

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAKTA TAKİP EDİLEN TİP 2 DİYABET HASTALARINDA MOTİVASYON ODAKLI VE HASTA MERKEZLİ KISA GÖRÜŞME SÜRECİNİN BESLENME İLE EGZERSİZ DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİSİ

DR. BİLGE TUNCEL TURGUT

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2016



T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAKTA TAKİP EDİLEN TİP 2 DİYABET HASTALARINDA MOTİVASYON ODAKLI VE HASTA MERKEZLİ KISA GÖRÜŞME SÜRECİNİN BESLENME İLE EGZERSİZ DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. BİLGE TUNCEL TURGUT

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. MEHMET AKMAN

İSTANBUL 2016

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimimde ve tez sürecimde verdiği destek ve değerli katkılarından dolayı başta tez danışmanım sayın Doç. Dr. Mehmet Akman olmak üzere, değerli hocalarım sayın Prof. Dr. Arzu Uzuner'e, sayın Prof. Dr. Pemra Ünalan'a, sayın Doç. Dr. Serap Çifçili' ye, Sayın Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya'ya,

Birlikte çalıştığım süre içinde dostluklarını, fedakârlıklarını ve özverilerini her zaman hissettiğim asistan arkadaşlarıma,

Büyük özveriyle çalışan ve tecrübelerinden çok faydalandığım bölüm personeline,

Tezime katkılarından dolayı Diyetisyen Cansu Darıcı'ya,

Hayatım boyunca sürekli arkamda olduklarını hissettiren Sevgili annem, babam ve kardeşlerime,

Varlığıyla hayatıma her an neşe katan biricik kızım Asya Turgut'a en içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Bilge TUNCEL TURGUT

İÇİNDEKİLER Sayfa No

ÖNSÖZ 3

İÇİNDEKİLER 4

TABLO LİSTESİ 5

KISALTMA LİSTESİ 6

ÖZET-ANAHTAR SÖZCÜKLER 7

ABSTRACT-KEY WORDS 10

GİRİŞ VE AMAÇ 13

GENEL BİLGİLER 14

GEREÇ VE YÖNTEM 23

BULGULAR 43

TARTIŞMA ve SONUÇ 55

KISITLILIKLAR 63

KAYNAKLAR 64

EKLER 71

TABLO LİSTESİ:

Tablo1. Tanımlayıcı Özellikler

Tablo 2. Eşlik Eden Hastalıklar

Tablo 3. Her İki Grup İçin Başlangıç Beslenme ve Egzersiz Alışkanlıkları

Tablo 4. Her İki Grup İçin 3. Aydaki Beslenme ve Egzersiz Alışkanlıkları

Tablo 5. Başlangıç ve 3. Aydaki Primer Çıktılar

Tablo 6. Adımsayar, EPAQ2 ve Kalori Farkları

Tablo 7. Her İki Gruptaki Katılımcıların Günlük Aldıkları Enerji Durumları ve Bir Haftalık Adımsayar Ortalama Durumları

Tablo 8. Başlangıç ve 3. Ay EQ5D Ölçek Puanları

Tablo 9. Başlangıç CBDA Ölçek Puanları

Tablo 10. Üçüncü Aydaki CBDA Ölçek Puanları

Tablo 11. Her İki Grup İçin CBDA Ölçek Puan FARKLARI

Tablo 12. Her İki Grup İçin Başlangıç Motivasyon Düzeyleri

Tablo 13. Her İki Grup İçin Üçüncü Aydaki Motivasyon Düzeyleri

Tablo 14. Her İki Grup İçin Motivasyon FARKLARI

Tablo 15. Her İki Grupta Başlangıç ve Üçüncü Ay Beslenme Durumu Farkları

Tablo 16. Her İki Grup İçin Başlangıç ve Üçüncü Ay HbA1c ve BMI Farkları

Tablo 17. Logistik Regresyon Analizi

KISALTMALAR:

WHO	Dünya Sağlık Örgütü
TURDEP-2	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-2
EPAQ2	Uluslararası Aktivite Formu Kısa
BMC	BioMed Central
EQ5D	Avrupa 5 Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
MDDQ - CBDA	Çok Boyutlu Diyabet Ölçeği
BMI	Beden Kitle İndeksi
T.E.M.D.	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
OAD	Oral Anti Diyabetik

ÖZET:

Giriş ve amaç: 'Birinci Basamakta Takip Edilen Tip 2 Diyabet Hastalarında Motivasyon Odaklı ve Hasta Merkezli Kısa Görüşme Sürecinin Beslenme ile Egzersiz Davranışı Üzerine Etkisi' adlı uzmanlık tezi birinci basamakta takip edilen tip 2 diyabetli hastalarda yaşam tarzı değişikliklerine uyumu arttırmak amaçlı yapılmıştır. Davranışçı model üzerinden yapılandırılmış kısa görüşmelerle hastaların günlük fiziksel aktivite ve beslenme durumlarının iyileştirilmesi hedeflenmiştir.

Çalışmamızın amaçları;

1)Birinci basamak hekimlerine davranış değişikliği yaratmak için, davranışçı teorilere dayalı, yapılandırılmış, pratik bir kısa görüşme modeli oluşturmak

2) Oluşturulan modelin birinci basamağa başvuran tip 2 diyabet hastalarının egzersiz ve beslenme ile ilişkili davranış değişikliği yaratmada etkili olup olmadığını sınamak

Yöntem: Çalışma randomize kontrollü çalışma olarak planlanmıştır, etik kurul onayı Marmara Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Komitesinden 09.2015.218 protokol no ile alınmıştır. Çalışmanın süresi 6 ay, her bir hasta için takip süresi 3 ay olarak belirlenmiştir. Çalışmamızın primer hedefleri bir haftalık adım sayısı ortalamasının 1300 adım arttırılması ve günlük alınan kalorinin 300 kkal düşürülmesi olmuştur. Adım sayısı hesabı için bir haftalık adım sayar ortalaması hesaplanmış, kalori hesabı için bir günlük besin tüketim formu üzerinden diyetisyen tarafından günlük kalori hesaplanmıştır. Kontrol grubunda 79 ve müdahale grubunda 84 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmamızda kısa görüşme modelinde akış şeması üzerinden kolay anlaşılabilir ve uygulanabilir bir model geliştirilmeye çalışılmıştır.

Altı aylık literatür çalışması sonucunda davranışçı modele uygun bir yapılandırılmış kısa görüşme form taslağı araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından hazırlanmıştır. Sonrasında yaklaşık 3 aylık bir süreçte Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniğinde hastalar

bu taslak form üzerinden danışman öğretim üyesi ve araştırmacı tarafından takip edilmiş ve formun geliştirilmesi sağlanmıştır. Daha sonrasında araştırmacı birinci basamakta çalışma kriterlerine uygun yaklaşık 10 hastayla taslak form üzerinden görüşmeler yapmış ve bu görüşmeler sesli kayıt altına alınmıştır. Bu sesli kayıtlar üzerinden danışman öğretim üyesinden süpervizyon almış ve formun son hali şekillenmiştir. Toplamda yaklaşık 10 aylık bir süreçte form son haline gelmiştir.

Müdahale grubundaki hastalarla her biri en fazla 15 dakika süren davranışsal teorilere dayanan yapılandırılmış üç/dört kısa görüşme yapılmıştır. İlk görüşmede; mevcut durumun gözden geçirilmesi (doğru bilenenlerin desteklenmesi, yanlış bilgilerin düzeltilmesi), problemli noktaların tarifi, temel problemler üzerinde ortaklaşma ve hastada farkındalık yaratma üzerine kurulmuştur. İkinci görüşmede hastanın üzerinde düşündüğü problem listesi gözden geçirilip, güçlükler, en çok zorlanılan durumlar, kolaylaştırıcılar, destek alınabilecek kişiler üzerinde netleşme ve ortaklaşma sağlanması hedeflenmiştir. Olası çözüm önerileri ve alternatif çözümler tartışılmıştır. Bu görüşmede hedeflenen hastayla birlikte düşünerek alternatifler üretmek ve ortaklaşılmış bir eylem planı ortaya koyabilmektir. Üçüncü ve Dördüncü görüşme destek ve idame görüşmesidir. Hastadan davranış değişikliğine yönelik ortaklaşılmış eylem planını uygularken yaşadığı deneyimi aktarması istenmiş, olası ek problemler ve güçlükler konuşulup hastanın bu durumları aşması için özgüveni desteklenmiştir. Bu görüşmelerin hedefi davranış değişikliği sürecini izlemek, hastaya 'Yalnız olmadığını' hissettirmek ve karşılaşılabilecek güçlüklerle anında yüzleşerek davranış değişikliği başarı yüzdesini artırmak olmuştur. (Müdahale formunun ayrıntılı şeması sf 26'da bulunmaktadır ve hastalarla kayıt altına alınan görüşmelerden örnekler sf 33'de bulunmaktadır)

Her iki gruptaki hastalara ön test olarak Modifiye Morrisky ve birinci basamağa özgü Beck depresyon envanteri uygulanmış sonrasında EQ5D, CBDA, motivasyon değerlendirme anketleri ile boy kilo ölçümleri yapılmıştır.

Bulgular: Başlangıçta 217 hastaya ulaşıldı, modifiye morisky ve birinci basamağa özgü beck depresyon envanter puanları uygun saptanan hastalar ayrıntılı diyabet bilgilerinin alınması, adım sayar verilmesi ve beslenme tüketim anketi verilmesi için çalışmacıya yönlendirildi. Araştırmacı tarafından bu hastalara diyabet formu

doldurduldu besin tüketim anketi ve adım sayar verildi. Sonuç olarak kontrol grubunda 79 ve müdahale grubunda 84 kişi ile çalışma tamamlandı.
Primer çıktılara baktığımızda müdahale grubunda hedeflenen adım sayısı artışı ve EPAQ2 formunda anlamlı artış **p<0,01** ile sağlanmıştır. Kalori azaltılması ile ilgili yeterli hasta sayısına ulaşılamamakla birlikte mevcut hastaların durumunu değerlendirdiğimizde yine **p<0,01** ile anlamlı etkinlik sağlanmıştır.
Sekonder çıktılara baktığımızda CBDA özyeterlilik alt ölçeği, motivasyon durumu beslenme ve egzersizde kendine güven, günlük öğün sayısı ve ana öğün sayısı ve ara öğün sayısı ile kilo ve BMI'da p**<0,01** ile anlamlı iyileşme sağlanmıştır.
Tartışma ve sonuç: Tip 2 diyabet hastalarında beslenme ve egzersizin düzenlenmesi için motivasyonel teknikler baz alınarak yapılandırılmış kısa görüşmelerin faydalı olduğu görülmüştür. Mevcut kısa görüşmelerden farklı bir düzeni olmasına rağmen görüşmelerin etkin bulunması görüşme düzeninin kolay ve anlaşılabilir olduğunu doğrulamaktadır. Bu sebeplerle çalışmamızdaki kısa görüşme modelinin birinci basamak hekimlerince kullanılması önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: kısa görüşme tekniği, birinci basamak, davranışsal model, yaşam tarsi değişikliği, tip 2 diyabet, motivasyon

Abstract:

Aim: The title of 'The Effect of Motivational Short Interview Model in Type 2 Diabetic Patient in Primary Care' study designed for develop life style changes at type 2 diabetic patients in primary care. The target of the study is to increase pyhsical activity and diet regimen with behaviroul change model based short interview tecniques.

The aim of the study is;

1)To develop behaviroul change model based practical short interview model for primary care.

2)To test the effectiveness of this short interview model in type 2 diabetic patients to raise exercise and diet regimens in primary care.

Method: This is a randomized controlled trial. Its' ethic committe protocol no is 09.215.218 and taken from Marmara University Ethic Committy. Time of the study was 6 months and every patient followed for three months. The primary outcomes of our study are, increasing 1300 step/one week mean, increasing EPAQ2 levels up to category 2 and decrasing 300 kcal/day. The pedometer for one week has given to and food intake form for one day asked from all participants. There are two groups; control (n:79) and the intervention group (n:84). The steps of the intervention was easy to understand and practical for use.

There was six months literature research for preparation of preform of short interview model. Then in three months period Marmara University Pendik Training and Research Hospital Family Medicine Outpaitents followed with this preform and the preform was developed to second form. After that the researcher followed nearly 10 patients in primary care and took voice record of these interviews. With these voice record the researcher took an other supervision from the advisor and the second form turned to final form. Totally it was nearly 10 months to develop the interview form.

In interview grup there were three/four short interviews max 15 min based behaviroul chanege model. At first step; learn about the patient rights and wrongs, give a description of problems of the patient, and increase patient awereness about prbomlems. Second step; talk about problems with patient and try to learn thuf situtiations and easy situtiations and the back up of patient. Then discuss alternative solutions for the problems the participant has and making decisions for action. And at the third and fourth interview includes new alternative solutions for new difficulties if there is and promotion of self efficacy. The target of theese interviews are following the behavşroul changes and giving the patient the feeling of 'You're not alone'. (The diagram of the short interview form is at pg:26 and the examples of transcript of voice records are at pg:33)

The scales in our study are Modify Morrisky and Beck depression scale for primary car efor pretest and EQ5D, MDDQ, motivational status level scales fiilled and weights and heights measured all patients both groups.

Results: At the beginning there were 217 patients after the depression scale and modify morrisky scale and they have been given pedometers and one day diet diary. After the first step there were 79 patients at control group and 84 patients at intervention group.

In our study the motivational short interview technique found effective for primer targets both incrasing EPAQ2 levels (**p<0,01)** and increasing 1300 pedometer/day **(p<0,001).** Although there were not enough patients for decreasing 300 ckal /day it's still found effective with **p<0,001** ,

At secondery targets there is significantly effective with p**<0,01** at MDDQ self efficacy subscale, motivational scale self efficacy for exercise and diet, eating frequencies in a day, weight and BMI.

Discussion: The motivational short interview technique model in our study detected effective in diet and exercise programmes in type 2 patients. Our short interview model has some differences from other short interview models but still found usefull for chronic care in primary care. This shows that our short interview model is

practical and effective for use. We suggest the practitionars in primary care to use our motivational short interview model in their daily practice.

Key words: short interview, primary care, behaviroul change model, life style changes, type 2 diabetes, motivation

1.GİRİŞ ve AMAÇ

1.1 GİRİŞ ve AMAÇ:

'Birinci Basamakta Takip Edilen Tip 2 Diyabet Hastalarında Motivasyon Odaklı ve Hasta Merkezli Kısa Görüşme Sürecinin Beslenme ile Egzersiz Davranışı Üzerine Etkisi' adlı uzmanlık tezi çalışması birinci basamakta takip edilen tip 2 diyabetli hastalarda yaşam tarzı değişikliklerine uyumu arttırmak amaçlı yapılmıştır. Davranışçı model üzerinden yapılandırılmış kısa görüşmelerle hastaların günlük fiziksel aktivite ve beslenme durumlarının iyileştirilmesi hedeflenmiştir.

Mevcut bilgiler diyabet tedavisinde yaşam tarzı değişikliğinin medikal tedaviye eş zamanlı hatta medikal tedaviden önce ilk basamak olarak başlanması gerektiğini ortaya koymaktadır (1,29-33). Bahsedilen yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasında ve özellikle hastaların bu davranış değişikliklerini devam ettirme sürecinde aile hekimlerine önemli rol düşmektedir. Hastaların hekime kolay ulaşabildiği ve aynı hekimle tekrarlayan görüşmeler yapma imkanı olması davranış değişikliğinin ilk uygulanması ve takip edilmesi gereken yer olarak birinci basamağı işaret etmektedir. Hastayla olan özel iletişimi ve uzun dönem takip etme olanağı olması ise aile hekimlerini davranış değişikliği uygularken avantajlı duruma getirmektedir.

[i]Bu çalışmada yapılandırılmış kısa görüşmeler aracılığıyla bağlı olduğu aile sağlığı merkezine başvuran tip 2 diyabet hastalarında davranış değişikliği yaratılması planlanmıştır.

Hastalarla bir ay boyunca üç/dört kez, 15 dakikayı geçmeyen yapılandırılmış kısa görüşmelerle günlük attıkları adım sayısının 1300 adım arttırılması ve günlük aldıkları kalorinin 300 kalori azaltılması hedeflenmiştir.

Çalışmamızda birinci basamak hekimlerinin davranış değişikliği yaratmak için kullanacakları etkili ve pratik bir yolun tanımlanması amaçlanmıştır.

Çalışmamızın amaçları kısaca aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

1)Birinci basamak hekimlerine davranış değişikliği yaratmak için, davranışçı teorilere dayalı, yapılandırılmış, pratik bir kısa görüşme modeli oluşturmak

2) Oluşturulan modelin birinci basamağa başvuran tip 2 diyabet hastalarının egzersiz ve beslenme ile ilişkili davranış değişikliği yaratmada etkili olup olmadığını sınamak

1.2 GENEL BİLGİLER

1.2.1 Tip 2 Diyabetes

Diyabet, insülin eksikliği veya organizmanın insülini kullanamamasından kaynaklanan sürekli izlem gerektiren metabolik bir hastalıktır. (1) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı'nın sahada lojistik işbirliği ile gerçekleştirilen 'Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması)'na göre Türk erişkinlerde diyabet prevalansı %13,7 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya 26 499 kişi katılmış ve çalışma %92 katılım oranı ile bitirilmiştir. (2)

Diyabet tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri, beslenme ve egzersize uyum ve ilaç uyumu önemli bir yer tutmaktadır. (1,4,34) Tip 2 diyabetli bireylerin kilo vermeye yönelik olarak planlanan kalori kısıtlaması ile birlikte haftada toplam en az 150 dakika orta derecede aerobik fiziksel aktivite (örneğin, tempolu yürüme) programı uygulamaları önerilir.Diyabet tedavisinde ADA ve TEMD önerilerine göre beslenme düzeninde karbonhidrat, protein ve yağ karışımı diyet önerilmelidir. Enerjinin <%30'unun yağlardan, <%7'sinin doymuş yağlardan sağlanması kalp damar hastalıklarının önlenmesinde etkilidir. Bununla beraber günlük enerjinin %15-20'sinin (0.8-1 g/kg/gün) proteinlerden karşılanması önerilmektedir. LDL düzeyi düşürülmeli ve HDL düzeyi arttırılmalıdır. Tek başına beslenme önerilerine uyulması tip 2 diyabet hastalarında HbA1c değerinde %1-2, LDL kolesterol değerinde 15-25 mg/dl azalma sağlar.

HbA1c'nin %50'si son bir ayda, %30'u ölçümden önceki ikinci ayda ve geri kalan %20'si ölçümden önceki üçüncü ayda oluşan glisemik değişiklikleri yansıtır. HbA1c arttıkça açlık gliseminin katkısı daha çok artar. Buna karşılık HbA1c normale yakınsa tokluk gliseminin katkısı daha ön plandadır. Tip 2 diyabetli hastalarda, hipoglisemi riskini artıran özel bir durum yoksa, yaşam beklentisi yeteri kadar uzun ise, mikrovasküler komplikasyonların azaltılması için HbA1c hedefi ≤%6.5 olarak belirlenmelidir.HbA1c'yi %1 düşürmek diyabete bağlı ölümlerde %25, tüm nedenlere bağlı mortalitede %7, miyokard infarktüsü riskinde %18, mikrovasküler komplikasyon riskinde %35 azalma sağlar. (1,5) HbA1c'yi düşürmek için kullanılan oral antidiyabetiklerden metformin tek başına yaklaşık %1 düşüş sağlarken, tek başına yaşam tarzı değişikliği yani beslenme ve egzersizin düzenlenmesi %1-2 düşüş sağlamaktadır. Yaşam tarzı değişikliği diyabet tedavisinin bu kadar önemli bir kısmını oluşturmasına rağmen hastalar yinede beslenme ve egzersize yeteri kadar önem vermemektedir. (1, 4) Hastaların diyabetlerine uygun beslenme ve egzersiz düzenlerinin olmaması diyabet tedavisinin ilk basamağını eksik bırakmaktadır. Bunun sonucunda obezite diyabetli hastalar için sık karşılaşılan bir sorun haline gelmiştir. Obezite beraberinde yaşam kalitesini düşürmekte ve kişilerin depresyon ve anksiyete puanlarını arttırmaktadır.(4, 30, 35-36)

Yaşam tarzı değişikliklerini hastaların uygulayamaması ile ilgili nedenlerin araştırıldığı çalışmalarda hekimlerin hastalara yeteri kadar yaşam tarzı önerilerinde bulunmadıkları ortaya konmuştur. (13,21,30,37-38) Bu da bizi hekim-hasta iletişimindeki yetersizliğe yönlendirmektedir.(21,30).Yapılan araştırmalarda diyabetli hastaların hekim- hasta iletişimini yetersiz buldukları saptanmıştır. (21,30). Hekim ve hastalarla ayrı ayrı yapılan odak görüşmeler sonucu hem hekimler hem de hastalar tarafından diyabet tedavisine ve beslenme ve egzersize uyumu güçleştiren faktörler; maddi imkansızlıklar, eğitim eksikliği ve yetersiz destek konuları olduğu bildirilmiştir (11). Bununla birlikte hastaların diyet ve egzersiz yerine ilaç içmenin daha önemli olduğunu düşündükleri bildirilmiştir. Diyet ve egzersiz kendi içinde kıyaslandığındaysa egzersizin diyete göre daha üstün olduğunu düşündükleri ortaya konmuştur. (4). Her ne kadar hastalar diyet ve egzersizi önemli bulmasa da hekimlerin de bu önerilerde bulunmakla ilgili eksiklikleri tespit edilmiştir. (37).

Nordmann J. ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları çalışmada 1975-2008 yılları arasında Almanya'da birinci basamak hekimlerinin hastalarıyla yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili ne kadar konuştukları araştırılmıştır. Hekimlerle hastaların görüşmeleri video kayıt altına alınmıştır. Hekimlere ve hastalara kayıtların tutulma amacının yaşam tarzı değişiklikleriile ilişkili olduğu belirtilmemiştir.

1975 yılından 2008 yılına kadar toplanan verilerde hasta hekim görüşmelerinde hekimlerin beslenme önerilerinde bulunma oranı %4,7'den %8,3'e; egzersiz önerilerinde bulunma oranı ise %5,6'dan %23'e çıktığı gözlenmiştir. Sonuç olarak bu çalışmada geçen yıllar içinde hekimlerde yaşam tarzı değişikliği konuşma oranı artsa da hala düşük düzeyde olduğu ve özellikle birinci basamak hekimlerinin yaşam tarzı değişikliklerini hastalarıyla yeteri kadar konuşmadıkları ortaya konmuştur. Bu çalışmanın sonuçları; hekimlerin standart görüşmeler yerine hastalarla yapılandırılmış görüşmeler yaparak hastaların henüz farkında olmadıkları riskli davranışlarına yönelik farkındalık yaratmalarının davranış değişikliği sağlamak adına üstün olabileceği hipotezini gerekçelendirmektedir. (37- 38.)

1.2.2 Hasta Merkezli Klinik Yöntem

Diyabet gibi kronik hastalıkların yönetiminde hasta ve hekimin ortaklaşa çalışması, hasta günlük bakımda ağırlıklı aktif rol alırken, uzun vadede gerçekleşebilecek riskleri hekimin takip etmesi beklenir. (3) Aile hekimliğinde hasta hekim iletişimi ön planda tutan hasta merkezli yaklaşım temel ilkelerdendir. Hasta merkezli klinik yöntemin temelleri 1926'da doğal ve geleneksel ekol ile atılmıştır.). Bu yöntemi anlamak için önce hastalık ve rahatsızlık kavramlarını ayırmak gerekmektedir. 'Rahatsızlık' hastanın o gün o an o hekime başvurma sebebidir; 'başım dönüyor veya halsiz hissediyorum' gibi. 'Hastalık' ise hastanın şikayetlerine hekimin verdiği kod olarak tanımlanabilir; 'vertigo veya anemi' gibi. Aile hekimliğinde sıklıkla tanımlanabilir bir hastalık adı verilemeyen rahatsızlıklar karşımıza gelir. Örneğin tip 2 diyabetli hasta hekim için sadece diyabeti ile kodlanmamalı, tüm yönleriyle ele alarak hastalığına uygun beslenme ve egzersiz önerilerine uymamasının altında yatan hastanın tariflediği bir rahatsızlık olup olmadığı irdelenmelidir. Sadece fenalaşma halsizlik şikayetiyle gelen bir diyabetli hastada hipoglisemi sorgulanırken eş zamanlı olarak beslenme düzeniyle ilgili görüşme için fırsat yaratılmalıdır. Aile hekimliğinde

hasta merkezli klinik yöntem rahatsızlığı tüm yönleriyle ele alarak, hastayı biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel düzeylerde anlamayı sağlar. Aile hekimliğinde tek bir hasta hekim görüşmesinden ziyade tekrarlayan görüşmeler hasta merkezli klinik yöntemin iyi işlemesine imkan verecektir. Tekrarlayan görüşmelerdeki deneyimlerin bir kısmı hasta dosyasına kaydedilirken klinik patolojiden bağımsız büyük bir kısmı da hasta ve hekim arasında kalacak, sözsüz bir birikim oluşturacaktır. Hasta merkezli klinik yöntem kronik hastalıkların birinci basamak takibinde önemli yer tutmaktadır. Birinci basamak hekimliğinde hasta hekim ilişkisinin sürekliliğinin olması ve hastanın da istediği zaman hekime ulaşabilmesi kronik hastalıkların takibinde kolaylık sağlamaktadır.

Hasta merkezli klinik yöntemin öğrenilmesi ve uygulanması birbirinden farklı süreçlerdir. Bir klinik yöntemin öğrenilmesi için bir düzen ve kurallar bütünü yeterli olabilir; ancak bu uygulama için geçerli değildir. Bir klinik yöntem ancak tekrarlayan uygulamalarla içselleştirilebilir. Görüşme öncesi hasta merkezli klinik yöntemin kuralları tekrarlanabilir veya görüşme sonrasında görüşmeyle ilgili geribildirim alınabilir; ancak görüşme esnasında o kurallara çok takılmak hekimin görüşmede duraklamalarına sebep olabilir. Bu nedenle özellikle hasta merkezli klinik yöntem hekimin sürekli tekrarlayarak, her hastaya uygulayarak kendini geliştirebileceği bir yöntemdir. (39). Bizim çalışmamızdaki yapılandırılmış kısa görüşme yöntemi de hasta merkezli yaklaşımı içermektedir. Görüşmenin basamakları tekrar edilebilir olmakla birlikte esas olarak her hasta için içerik hastanın ihtiyaçlarına göre şekillenir ve sonuçta izlenecek yol kişiselleştirilmiş uzlaşıyla gerçekleşen bir tercihtir.

1.2.3 Davranış değişliği geliştirmeye yönelik modeller

Başlangıçta sigara ve alkol bağımlığının tedavisinde kullanılmış olan davranış değişikliği modelleri, aslında riskli davranışlar aracılığıyla sağlığı tehdit eden tüm hastalıklarda kullanılabilmektedirler ve özellikle tedaviye uyum üzerine etkileri ile ön plana çıkmaktadırlar. (16-17,40-42)

Kronik hastalıklarda Davranış değişikliği elde etmek için kullanılan yöntemler ‘davranışçı teorilere‘ dayanır. (16) Davranışçı teoriler üç başlık altında izlenebilir.

(17) Bunlar motivasyonel model, davranışsal sahneleme modeli ve çok aşamalı modellerdir.

Motivasyonel model; zaman içerisindeki belirli noktalarda sağlık davranışlarının öngörülebilirliği üzerine tasarlanmıştır. Sağlık davranışlarındaki değişimi ve bunların öngörülebilirliğini kapsar. Motivasyonel modelin alt grupları ise, sağlık inanç modeli, motivasyon koruma teorisi, sosyal bilişsel teori, nedenli davranış teorisi ve planlı davranış teorisidir. Davranışsal sahneleme modeli: Kişinin istediği halde davranış değişikliğini neden yapamadığını açıklamaya yönelik bir modeldir. Çok aşamalı model: Bu modelde eyleme geçmeden önce, yapılacaklara her boyutuyla karar verilmesi, artılar ve eksiler belirlenerek davranış süreci belirlenmesi esas alınmıştır. Transteorik model çok aşamalı modelin alt boyutlarındandır. Davranış değişim sürecini anlamada en yararlı yollardan biri Transteorik model'dir (17). Bu model, değişim için 5 aşamanın gerektiğini öne sürer: Düşünme öncesi, Düşünme, Hazırlanma, Eylem, İdame ve Sonlandırma. (17)

Düşünme öncesi dönem (precontemplation): Bu dönem kişinin değişmesi gereken bir davranışı olduğunun farkında olmadığı dönemdir ve kişi değişime hazır değildir. Kişinin riskli davranışıyla ilgili farkındalık yaratmak bu evredeki kişiye yapılacak ilk eylem planı olmalıdır. Kişinin kendisine zarar veren davranışıyla ilgili olumlu ve olumsuz yanların listelenmesi istenebilir. Bilgi eksikliği varsa eğitimlerle bu eksiklik tamamlanabilir. (40-41)

Düşünme (contemplation): Düşünme dönemi kişinin problemi kabul ettiği dönem olarak kabul edilir. Kişi problemin varlığını kabul etmekle birlikte henüz onu değiştirmek isteyip istemediği net değildir. (40). 'Önümüzdeki 6 ay içinde bu davranışımı değiştirmeyi düşünüyorum' bu dönemdeki bir kişinin tipik ifadesidir (the clemente 2003.) Bu dönem zaman olarak birkaç haftadan bir ömür süresince değişkenlik gösterebilir. Düşünme dönemindeki bir kişi değişime istekli olabilir ancak değişebileceğine dair kendine inancı zayıf olabilir. Ya da değişimi yeteri kadar önemli bulmayabilir. Özellikle bu dönemdeki kişiyle yapılan görüşmelerde tüm motivasyonel süreçlerde olduğu gibi kişiye yönelik bireysel yaklaşımlarda bulunulmalı. Görüşmeler her bireyin ihtiyacına uygun olarak şekillendirilmelidir.

Düşünme öncesi ve düşünme dönemindeki kişi değişim için her an hazır hale gelebileceği gibi her an vazgeçme ihtimali de bulunmaktadır. Yine bireye yönelik yaklaşım bu iki dönemin temelini oluşturmaktadır. (40-41). Her iki dönemdeki bireye de motivasyon durumunu ölçmek için 'Diyabet hastalığınızla ilgili olarak egzersiz yapmak sizin için ne kadar önemli?' ve 'Diyabet hastalığınızla ilgili olarak; egzersiz yapmış olmaya karar vermiş olsaydınız. Bunu yapabileceğinize dair kendinize olan güveniniz ne kadar?' soruları kullanılabilir. 0-10 arası puanlanarak kişinin motivasyon düzeyi not edilebilir ve süreç içindeki ilerleme takip edilebilir. (41)

Hazırlanma (preperation): Kişinin aktif eyleme geçmeden önce planlama yaptığı ve kendini hazırladığı dönemdir. Kilo vermek isteyen bir kişi için bu süreç diyete başlamadan önce öğünlerdeki porsiyonlarını azaltmak olabilir.

Eylem (action): Bu dönemde kişi aktif olarak planını uygular. Kişi önceden oluşturduğu eylem planı doğrultusunda hareket eder. Bu süreçte yaşayacağı zorluklar ile ilgili olarak kişiye destek verilmesi önemlidir.

İdame (maintenance): Bu dönemde kişi eyleme geçmiştir, hayatında değişiklik yapmıştır; ancak bu süreçte değişimin kalıcı olması için ara hatırlatmalar veya destek görüşmeleri yapılabilir. (40-41)

Kısa Görüşme Teknikleri

Kısa görüşme teknikleri özellikle yaşam tarzı değişikliğine direnç, uyum sorunları ve riskli davranışlar üzerine etkili olmaktadır. 1. basamağa yönelik kısa görüşme teknikleri BATHE (background, affect, trouble, handling, emphatic), FRAMES (feedback about personal risk, responsibility of patient, advence of change, menu of strategies, emphatic style, promote self efficacy), Five A (ask, advice, asses, assist, arrange), Problem Solving Therapy olarak sıralanabilir.(17,42)

Davranışsal modellerden motivasyonel kısa görüşmeler kullanılarak yapılan çalışmalarda; diyabetli hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili motivasyonlarını yükseltmek değişim öncesi ilk müdahale olarak yapılmıştır. Sadece kısa görüşmelerle hastaların self efficacy ve diyabete bağlı care ölçek puanları yüksek

saptanmıştır. (19, pattel n, 24.) Kısa görüşme teknikleri kullanılarak yapılan diğer çalışmalarda diyabetli hastaların egzersiz durumları iyileştirmeye çalışılmış ve epaq ve adım sayar üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Bu çalışmalarda EPAQ2 ve adım sayısında artma sağlanabildiği gibi 12 ayın sonunda egzersiz durumunda başlangıç düzeyine dönüş de gözlemlenmiştir. (8,26, 31, 46-47,54) Bu çalışmalar da göstermiştir ki egzersiz durumunun arttırılmasında kısa görüşme tekniklerini kullanmak faydalıdır ancak uzun vadede düzenli takip ve hatırlatmalar gerekmektedir (6). Bunun da en başarılı şekilde yönetileceği yer aynı hekim tarafından takip edilme imkanı ve kolay ulaşılabilirliği açısından aile hekimliği merkezleridir. (39) Yaşam tarzı değişikliklerinden motivasyonel modelle, beslenme üzerine yapılan çalışmalar hastalarda kilo kaybı sağlamakta başarılı olmuştur (45). Yine bu tür bir çalışmada diyabet hastalarının günlük aldıkları kalorinin 300 kalori düşürülmesi hedeflenmiş ve kısa görüşmeler yapılarak bu hedefe ulaşılması sağlanmıştır. (43)

Kısa görüşme teknikleri temelde aynı prensiplerden yola çıkılarak farklılaşmış yöntemlerdir. Empati ve hasta merkezli olma hepsinin ortak özelliği olup motivasyonel teoriye dayanmaktadır. Birinin diğerine üstünlüğü kanıtlanmamakla birlikte kullanımlarına göre etkinlik göstermektedirler. Örneğin BATHE, Frames kronik hastalık modellerinde daha çok kullanılmaktayken, problem solving terapi ve five A modeli spesifik davranış üzerinde kullanılmaktadır. Kronik hastalıklarda kullanımıyla BATHE birinci basamak içintasarlanmış bir kısa görüşme modelidir. Backgraound, Affect, Trouble, Handling ve Emphaty başlıklarından oluşmaktadır. Background'da kişinin sorunu ortaya konmaktadır. Affect'de kişinin bu durumla ilgili ne hissettiği sorulur, Trouble kısmında kişiye sorun teşkil eden yönler ortaya çıkarılır. Handling bölümünde kişinin nasıl başa çıktığı sorgulanır ve tüm bu süreç empatik bir dilde geçer. FRAMES modelinde ise; (Feedback about personal risk, responsibilty of patient, advantege of changes, menu of strategies, emphatic style) kişide riskli davranışı ile ilgili somut verilerle farkındalık yaratılmaya çalışır. İkinci kısımda bu rsikli durumun ve değişimin gerçekleşmesinin hastanın sorumluluğunda olduğu ortaya konulur. Daha sonra değişimin avantajları hasta ile birlikte ifade edilmeye çalışılır, ve değişim için gerekli planlar çizilir. Tüm bu süreç yine empatik bir şekilde gelişir ve devam eder. Problem solving therapy (problem definition, generating alternative solutions, decision making, solution verification and

implementation) modelinde yine önce kişinin problemi tanımlanır, alnernatif çözümleri hastadan düşünmesi istenir, sonrasında karar verme süreci ve eylem ortaya çıkar. Yine bu süreç de empatik bir dil kullanılır ve kişinin kendi yolunu bulması sağlanmaya çalışılır. Five A yöntemi (ask, advice, asses, assist, arrenge) beş kısımdan oluşur. Daha çok sigara bırakma yöntemi olarak kullnaılar beş A modelinde sor, öner, değerlendir, destekle, yönet bölümleri bulunmaktadır. (17) Çalışmamızdaki kısa görüşme modeli de BATHE gibi birinci basamak için düzenlenmiştir. Özellikle kronik hastalık takibine yönelik hazırlanmış olup tek bir soru ile çözüm arayışından çok kronik hastalık takibindeki süreç yönetimi için bir modeldir. Öncelikle kronik hastalığın getirdiği yük ortaya konmaya çalışılırken bu süreçte kişide hastalıkla ilgili farkındalık yaratmaya çalışılır. Sonrasında kişinin zorlandığı durumlar kişiyle birlikte açıklanmaya çalışılır ve kişiden bu zorluklarla başa çıkabileceği çözüm önerileri beklenir. Hastanın takıldığı yerde bir örnekle alternatif çözüm sunulabilir. Sonrasında kişiyle alternatif çözümler değerlendirilir ve bir eylem planı oluşması sağlanır. Daha sonraki görüşmelerde eylem süreci konuşulur, yeni zorluklar eklendiyse onlara alternatif çözümler aranır ve kişiye destek verilir. Bu süreçte hekim empatik bir dil kullanır ve insiyatifi hastaya vermeye çalışır. .

Kronik hastalık anlık bir hekim-hasta karşılaşması değil, uzun soluklu bir hekim-hasta birlikteliğidir. Bu sebeple kronik hastalık yönetimi için birinci basamak hekimlerinin daha geniş bir vizyonla olayı ele almaları gerekmektedir. Çalışmamızda birinci basamakta kronik hastalıklara yaklaşımda herkesin aslında bildiği ancak nasıl kullancağından tam emin olamadığı bir yöntemi birinci basamak için pratik ve etkin bir kullanım yaratmaya çalıştık. Yöntemimizin etkinliğini değerlendirmek için de bu çalışmayı planladık. Bu bağlamda kronik hastalıklardan Tip 2 diyabetli hastaları, HbA1c si 7% ile 10% arasındaki, BMI >25 olan, beslenme veya egzersiz uyumu düşük olan hastaları çalışmamıza aldık. Oluşturduğumuz motivasyon odaklı, hasta merkezli, kısa görüşme formu üzerinden haftada 1 kez olmak üzere 4 yapılandırılmış görüşme yapmayı planladık. Müdahalenin etkinliği 3. Ay sonunda değerlendirilecek ve çalışmamızda birinci basamağa özgü kısa Beck depresyon envanteri , modifiye Morrisky uyum anketi, Çok boyutlu diyabet algısı envanteri, EQ5D yaşam kalitesi anketi, IPAQ uluslararası aktivite değerlendirme anketi, Motivasyon durum sorgusu

(içsel motivasyon değerlendirme) kullanılacaktır, bir günlük besin tüketim kaydı tutulacak ve enerji içeriği hesaplanacaktır.

Çalışmanın amacı

İstanbul'da A sınıfı bir aile sağlığı merkezine başvuran tip 2 DM hastalarının diyet ve egzersize olan uyumunu kendi yapılandırdığımız hasta merkezli motivasyon odaklı kısa görüşme tekniğiyle artırmak.

2.GEREÇ ve YÖNTEM

2.1.1 Çalışmanın tipi: Randomize kontrollü çalışmadır.

2.1.2 Çalışmanın süresi: Ekim 2015- Mart 2016 (6 ay)

2.1.3 Müdahalenin süresi: 3 ay

2.1.4 Etik kurul onayı: 09.2015.218 protokol kodu ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır.

2.1.5 Yapılandırılmış kısa görüşme formunun hazırlanması: Altı aylık literatür çalışması sonucunda davranışçı modele uygun bir yapılandırılmış kısa görüşme form taslağı araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından hazırlanmıştır. Sonrasında yaklaşık 3 aylık bir süreçte Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniğinde hastalar bu taslak form üzerinden danışman öğretim üyesi ve araştırmacı tarafından takip edilmiş ve formun geliştirilmesi sağlanmıştır. Daha sonrasında araştırmacı birinci basamakta çalışma kriterlerine uygun yaklaşık 10 hastayla taslak form üzerinden görüşmeler yapmış ve bu görüşmeler sesli kayıt altına alınmıştır. Bu sesli kayıtlar üzerinden danışman öğretim üyesinden süpervizyon almış ve formun son hali şekillenmiştir. Toplamda yaklaşık 10 aylık bir süreçte form son haline gelmiştir.

2.1.6 Çalışmada kullanılan formlar: Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara ilaç uyumunu ölçmek için Modifiye Morrisky ölçeği ve Beck depresyon ölçeği uygulandı ve bu ölçeklere göre ilaç uyuncu düşük hastalarla depresyon riski orta-yüksek hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve kriterlere uyan hastalara sosyo demografik özelliklerin sorgulandığı hasta formu, EQ5D ölçeği, Çok boyutlu diyabet algısı ölçeği ve motivasyon değerlendirme ölçeği doldurulmuştur. Ayrıca hastalardan bir günlük beslenme günlüğü tutmaları istenmiştir. Beslenme günlüklerinden toplam alınan kalori hesabı ve karbonhidrat, protein ve yağ oranının hesaplanması bir diyetisyen tarafından yapılmıştır.

Müdahale görüşmesinden önce kontrol ve müdahale grubunun ayrıntılı diyabet öyküsünü öğrenildi. Tüm hastalara adım sayar verildi ve beslenme günlüğü tutması istendi. Randomizasyon öncesi tüm hastaların bir haftalık adım sayar ortalaması ve bir günlük beslenme günlüğünden toplam aldığı kalori ve diyetteki karbonhidrat, protein, yağ oranı hesaplandı.

3. ayda her iki gruba EQ5D, CBDA (tüm alt ölçekleri ile birlikte), motivasyon değerlendirme formu yeniden dolduruldu. Yine bir haftalık adım sayar ortalaması ve bir günlük beslenme günlüğünden toplam aldığı kalori ve diyetteki karbonhidrat, protein ve yağ oranı hesaplandı .

2.1.7 Randomizasyon: Kapalı zarf yöntemi ile rastgele yapılmıştır. 10'ar adet zarfa kontrol veya müdahale olarak yazılıp karıştırılmış ve her hasta için üstten bir zarf çekilmiştir. Bu şekilde kontrol grubunda 81 kişi ve müdahale grubunda 85 kişiye ulaşılmıştır.

2.1.8 Uygulanan müdahale: 2013 yılında İstanbul'un Kartal ve Pendik bölgesinde birinci basamakta yapılmış 'Hasta Perspektifinden Diyabet ve Davranış Değişikliği' isimli tez çalışmasında tip 2 diyabetli hastaların sorunları irdelenmiş ve olası çözüm önerileri tartışılmıştır. Buna göre hekim hasta iletişimini güçlendirecek uygulaması kolay bir müdahale ihtiyacı belirtilmiştir. Mevcut davranışsal modellerin motivasyon arttırarak yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanmasında etkili olduğu ancak birinci basamakta bu yöntemlerin pek tercih edilmediği ortaya çıkmıştır. Bunun nedenleri arasında bu yöntemlerin birinci basamak hedef alınarak yapılmaması ve/veya birinci basamak hekimlerinin davranışsal modelleri uygulama konusunda kendilerine güvenmemeleri yer alabilir. Çalışmamızda kısa görüşme modelinde akış şeması üzerinden kolay anlaşılabilir ve uygulanabilir bir model geliştirilmeye çalışılmıştır.

Her biri maksimum 15 dakika olmak üzere 4 kez gerçekleştirilecek olan motivasyon odaklı hasta merkezli kısa görüşmelerdir. Müdahale görüşmelerinde nötral, empatik ve önyargısız bir dil kullanılmıştır.

Müdahale görüşmelerinin içeriği aşağıdaki gibidir:

İlk görüşmede; mevcut durumun gözden geçirilmesi (doğru bilenenlerin

desteklenmesi, yanlış bilgilerin düzeltilmesi), problemli noktaların tarifi , temel problemler üzerinde ortaklaşma ve hastada farkındalık yaratma üzerinedir. Bu görüşme sonunda diyabetin daha iyi yönetilebilmesinin önündeki engeller/problemlerin listesinin oluşturulması hedeflenmektedir. Hastalardan bir sonraki görüşmeye kadar bu liste üzerinde düşünmeleri, listede yer alan her bir engel/problemin ortaya çıkmasını kolaylaştıran etmenler, olası destekleyici faktörler ve muhtemel çözüm yollarını sıralamaları istenmektedir.

İkinci görüşmede hastanın üzerinde düşündüğü problem listesi gözden geçirilip, güçlükler, en çok zorlanılan durumlar, kolaylaştırıcılar, destek alınabilecek kişiler üzerinde netleşme ve ortaklaşma sağlanması hedeflenmektedir. Olası çözüm önerileri ve alternatif çözümler tartışılacaktır. Bu görüşmede hedeflenen hastayla birlikte düşünerek alternatifler üretmek ve ortaklaşılmış bir eylem planı ortaya koyabilmektir. Örneğin: beslenmenize – egzersizinize uygun olmayan davranışları nasıl değiştirebilirsiniz? Değiştirebilir misiniz? Siz bu konuda ne yapabilirsiniz?, biz size nasıl yardımcı olabiliriz? Sizce bu ortaya koyduğumuz plan uygulanabilir mi? Gibi sorularla hastanın sürece ve karara katılımı sağlanmaya çalışılır. Görüşme sonunda ortaklaşılmış hedeflere yönelik eylem planı ortaya konarak, bir sonraki görüşmeye kadar hastanın bu planı gerçekleştirmesi beklenmektedir.

Üçüncü ve Dördüncü görüşme destek ve idame görüşmesidir. Hastadan davranış değişikliğine yönelik ortaklaşılmış eylem planını uygularken yaşadığı deneyimi aktarması istenecek, olası ek problemler ve güçlükler konuşulup hastanın bu durumları aşması için özgüveni desteklenmektedir. Bu görüşmelerin hedefi davranış değişikliği sürecini izlemek, hastaya ‘Yalnız olmadığını’ hissettirmek ve karşılaşılabilecek güçlüklerle anında yüzleşerek davranış değişikliği başarı yüzdesini artırmaktır.

Müdahalemiz şematik olarak aşağıdaki gibidir:

DOKTOR HASTA

1)HASTAYI TANIMA

Diyabet öyküsü/durumu öğrenme
Beslenme günlüğü değerlendirmesi
Adım sayar değerlendirmesi

2)SORUNLARIN KABULÜ/ORTAKLAŞMA

Durumun farkında olma

Uygun olmayan davranışlara yönelik düzenlemeler:

'ASLINDA.....yapmamalıyım/yapabilirim'

Hastanın yanlış bildiklerini düzeltme, uygun olmayan davranışları kabulüne destek, ortaklaşma
Sizce şekeriniz neden yüksek?
Şeker hastalığınızda yanlış giden ne?
Aç kalmamalısınız, 3 ana 3 ara öğün yemelisiniz

3)ALTERNATİFLER

Uygun olmayan davranışları nasıl değiştirebilirsiniz/değiştirebilir misiniz?/ Siz ne yapabilirsiniz?

Bu dediğiniz durumu nasıl değiştirebilirsiniz?
Onun yerine ne yapabilir siniz?
Arkadaşlarınızla buluşmaya gitmeden evde
yemek yeseniz gittiğiniz zaman daha az yemenize
yardımcı olur mu sizce?

'Onun <u>YERİNE</u> böyle <u>YAPABİLİRİM</u>'

4)HEDEFLER

Hedeflerde ortaklaşma (yazılı anlaşma)

'O zaman hedefler:
1)….
2)….
3)….
YAPABİLİRMİSİNİZ?'
Konuştuklarımızla ilgili aklınıza takılan,
nasıl yaparım dediğiniz bir şey var mı?
Bana sormak istediğiniz bir şey var mı?
O zaman … tarihte az önce belirlediğimiz hedeflerle
ilgili ne durumdayız konuşmak için buluşalım.

5) DESTEK

Güçlükler

Ek problemler
Destek

Nasıl gidiyor? Her şey yolunda mı?
Yapmak isteyip yapamadığınız bir şey oldu mu?
Yürüyüş ya da beslenmeyle ilgili size engel olan bir şey var mı?
Benle paylaşmak istediğiniz bir durum var mı?

6) TAKİP
3-6 ay sonra tekrar görüşelim,
bu arada bir sıkıntınız olursa daha önce de gelebilirsiniz

Transteorik modele göre değişime hazır olduğu görülen ve ortaklaşılmış eylem planı oluşturabilecek durumdaki hastalarda 1. ve 2. görüşme birlikte gerçekleştirilebilecektir. Yukarıdaki şema göz önünde bulundurularak hazırlanmış her bir görüşmeye ait formlar aşağıda verilmiştir:

1.GÖRÜŞME: (problem tanımlama, empatik ilişki kurma, temas anı)

Gelecek beklentileri neler?	

Diyabetle nasıl hissediyorsunuz?	
Hastalığınızla ilgili düzeltmek istediğiniz en önemli şey ne?	
Bunun düzelmesi hayatınızı nasıl etkiler?	
Geçmiş deneyimler?	

problem listesi (hastadan)	
problem listesi (hekim)	
Problem tanımı	
Bunun/bunların düzelmesi hayatınızı nasıl etkiler?	

Güçlükler	
En çok zorlandığı durum	
Kolaylaştırıcılar	
Destek alabildiği kişiler/durumlar	

HEDEFLER:

1)

2)

3)

hastanın yorumu:

2.GÖRÜŞME:

(plan oluşturma, en fazla 3 mesaj)

Olası çözüm önerileri (hastadan)	
Alternatif çözüm önerileri (hekimden)	
Ortaklaşılmış çözüm	

Hastanın cümleleri:

Hastanın yorumu:

EV ÖDEVİ:

1)

2)

3)

4)

not:

3.GÖRÜŞME: (destek)

ödevler yaptıkları	
ödevler yapamadıkları	

Güçlükler	
En çok zorlandığı durum	
Kolaylaştırıcılar	
Destek alabildiği kişiler/durumlar	

Olası ek problemler	
Olası ek problemlere çözüm önerileri	

Hedefler:

4.GÖRÜŞME:(destek)

ödevler yaptıkları	
ödevler yapamadıkları	

Güçlükler	
En çok zorlandığı durum	
Kolaylaştırıcılar	
Destek alabildiği kişiler/durumlar	

Olası ek problemler	
Olası ek problemlere çözüm önerileri	

Hedefler:

Daha önce özetlenen 4 görüşme ile ilgili örnek hasta cümleleri ve hekimin cevapları aşağıdadır:

Birinci görüşme:

-evin temizliği çocuklara bakma derken hep hareket ediyorum.

Sadece evin içindeki adımlarınız çok güzel. Biraz da yürüyüş eklemeyi düşünürmüsünüz

-Yürüyüş eklemeye vaktim yok.

Hımm anlıyorum. Peki sizce fazla yediğiniz bişey var mı

-Ekmeği çok yiyorum, kendim köy ekmeegi yapıyorum.

Çok lezzetli oluyodur tabi, ne yapabilirsiniz peki bunun için? Ne yapabiliriz?

Börek çöreği arada mı yiyorsunuz yemek olarak mı?

-Kahvaltı olarak. Ekmek ve çayı çok tüketiyorum. Ekmekten bi uzaklaşabilsem. Bi karnım doyduktan sonra bi daha yemek yemem.

Ekmekten uzaklaşmak için ne geliyor aklınıza, sonuçta sizin eviniz sizin imkanlarınız

-Annem ekmeği bıraktı , çok kilo verdi.

Hımm, çok güzel. O nasıl yaptı peki?

-Bilmiyorum hocam, nasıl kesti bilmiyorum. Babamla ikisi bir oldular yemeyeceğiz dediler, yemiyorlar.

Peki beyaz un yerine biraz kepek unu koysanız ya da önden ayran içebilrsnz, açlığınızı bastırır biraz.

-Kepek unuyla yapsam eşim yer mi bilmiyorum. Ama kenndime ekmeği ayrı kepek unuyla yapabilirim ekmeği.

Tamam ozaman bir öyle deneyelim, haftaya gelebilirmisiniz bir konuşalım nasıl gidiyor ekmek işi?

İkinci görüşme:

Nasılsınız görüşmeyeli

-İyiyim , düğün telaşım vardı.

Aa öyle mi hayırlı olsun , daha önce konuştuğumuz şeyleri yapabiliyomusnuz

-Evet bakkala gittiğimde hep uzak markete gidiyorum artık yürüyüş olsun diye.

Çok güzel.

-Evet kendimi daha iyi hissediyorum şimdiden.

Tabiki yürüyüş yapmak kendinizi daha iyi hissetmenizi sağlar. Peki yaşadığınız bir zorluk var mı? Bana anlatmak istediğniz bir şey?

-Hayır ne bilim yok.

O zaman böyle devam edelim. Haftaya nasıl gidiyor diye bir daha konuşalım uygun mu size.

-Tabi hocam siz ne zaman derseniz.

İkinci görüşme:

-Aç beklemiyorum.

Evet çok güzel, beslenme günlüğünüze de bakıyorum gayet güzel bir beslenme düzeniniz var. Adımlarınız biraz istediğimiz düzeyde değil.

-Aslında yürüyorum haftada br iki gün.

Yürüyüş yapmanız çok güzel. Acaba yürüyüşü arttırabilirmisiniz biraz?

-Sitede oturuyorum ben sabah kalkıp yürüyebilirim her gün. Ama yagmur yağarsa yürüyemem

Tamam , site içinde oturuyomuşsunuz zaten, yürüyüşünüzü de orda yapıyorsunuz. Yağmur yağarsa durana kadar beklersiniz, durunca yürürsünüz olur mu?

-Tabi tabi yağmur geçince yürürüm.

Tamam ozaman bir öyle deneyelim, haftaya tekrar konuşalım.

-Tamam olur.

Üçüncü görüşme :

-Tüm gün pazardayım, ara öğün yapamadım.

Mesela pazarda çalışıyosunuz bir mandalina o araya sıkıştırabilirmisiniz? Var mı imkanınız? Zor olur mu?

-Haa öyle mi diyorsunuz. Yok onu yaparım, tadımlık da olsa onu yapabilirim.

Dördüncü görüşme:

-Hocam müsaitmisiniz?

Tabi buyrun.

-Ben yapamıyorum hocam bu ara öğünleri. Siz bana salatalık ye dediniz ama benim ocağıma incir ağacı dikecek hanım.

Nasıl bir zorlukla karşılaştınız?

-Hocam benim hanım biraz fazla titiz, salatalıkları bi ton suyla yıkıyor, gelen su faturasının haddi hesabı yok.

Anladım. İlle salatalık yemek zorunda değilsiniz, paketli birşeyler de alıp yiyebilirsiniz. Galeta gibi.

-Onu yerim hocam, yalnız bana meyve demeyin.

Tamam galeta yiyin, diyet bisküvilerden yiyebilirsiniz, yoğurt yiyebilirsiniz, süt içebilirsiniz. Meyve yemek zorunda değilsiniz.

-Tamam hocam, teşekkürler.

Yine bir sorun olursa gelebilirsiniz.

Üçüncü ay:

-Yürüyüş olarak okula gittim geldim torunu götürdüm.

Konuştuğumuz herşeyi yapmışsınız,

-Yapmaya devam ediyorum

Evet böyle devam edelim 3 ay sonra tekrar görüşelim

Bunun yanı sıra bir kontrol hastasıyla yapılan standart görüşme şu şekildedir:

Adımsayınızı ve beslenme günlüğünüzü kontrol ediyorum. Şeker hastalarına önerdiğimiz haftada 5 gün yarım saat yürüyüş ve 3 ana 3 ara öğün yapmalıısınız. 3 ay sonra kan tahlilinizle tekrar görüşelim. İyi günler.

2.2 Etkinlik değerlendirme parametreleri:

2.2.1 Primer:

Egzersiz: İlk başvuru ve 3. aydaki bir haftalık adım sayar ortamalarındaki farklar hesaplandı ve hedef olarak müdahale grubunda egzersiz önerisinde bulunulan hastalara ortalama 1300 adım arttırılması (Johnson ST1, Mundt C, Qiu W, Soprovich A,Wozniak L,Plotnikoff RC,Johnson JA., Increase in Daily Steps After an Exercise Specialist Led Lifestyle Intervention for Adults With Type 2 Diabetes In Primary Care: A Controlled Implementation Trial , J Phys Act Health.2015 Jan 29.)belirlendi. Ayrıca uluslararası fiziksel aktivite formuna göre kategori 1'den kategori 2'ye çıkarılması hedeflendi.

Beslenme: İlk başvuru ve 3. aydaki beslenme günlükleri üzerinden aldığı toplam kalorilerin farkı hesaplandı. Enerji alımı fazla olanların günlük kalorisinin 300 kalori

düşürülmesi (Saslow LR1,Kim S1,Daubenmier JJ1,Moskowitz JT1,Phinney SD2,Goldman V1,Murphy EJ1,Cox RM3,Moran P1,Hecht FM1. A randomized pilot trial of a moderate carbohydrate diet compared to a very low carbohydrate diet in overweight or obese individuals with type 2 diabetes mellitus or prediabetes, , PLoS One. 2014 Apr 9;9(4):e91027) hedef olarak belirlendi.

2.2.2 Sekonder: Kilo, BMI ve HbA1c değerlerinde azalma olarak belirlendi.

Bir aile hekimi uzmanı ve dört aile hekiminin çalıştığı A sınıfı bir aile sağlığı merkezinde mevcut tip 2 diyabet hastalarından çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya alınma kriterlerine uyanlar, 2 gruba randomize edildi. %95 güven aralığı ve %80 istatistiksel güç için her bir gruba adım ölçerde en az 1300 adım artırmak için 54'er kişi; günlük enerji içeriğini 300 kalori azaltmak için 80'er kişi alınması gerekmekteydi. Drop outlar göz önüne alınarak her iki grubun 100'er hastadan oluşması planlanmıştı. Her iki grupla randomizasyon öncesi hasta formunun ve ölçeklerin doldurulması ve ayrıntılı diyabet öyküsü alınması için görüşüldü. İlk grup kendi oluşturduğumuz hasta merkezli motivasyon odaklı yapılandırılmış kısa görüşme yöntemine göre araştırmacı tarafından, ikinci grup ulusal kılavuzlara uygun olarak aile hekimlerince takip edildi. Her iki gruba ilk görüşmede adım ölçer verildi. Adım ölçer ilk görüşme öncesi 7 gün boyunca hastanın ortalama bazal yürüyüş miktarını hesaplamak için kullanıldı. Sonrasında adım ölçerler 3. ay kontrolünde yine 7 gün süre ile ortalama yürüyüş miktarını hesaplamak için kullanıldı. Beslenme günlüğü, bir günlük, ilk görüşme öncesi ve 3. ay kontrolünde istenecek ve beslenme ve diyet uzmanı tarafından toplam kalori ve yağ- protein-karbonhidrat içeriği hesaplandı. 4 seanstan oluşan 1 aylık görüşme yapılacaktır. Her seans birer hafta ara ile yapıldı. İki gruba hastalar; kapalı zarf yöntemi ile rasgele seçildi. İlk görüşme öncesi ve 3. ayda ölçeklerin yeniden uygulanması, kilo ölçümü ve beden kitle indeksi hesaplandı. Üçüncü ayda hastalar rutin diyabet kontrolüne geldi, ölçekler ve HbA1c, kilo, beden kitle indeksi hesabı ve adım ölçer değerlendirmesi tekrarlandı.

2.3.1 Çalışmaya alınma kriterleri:

40-65 yaş aralığında olmak

HbA1C değeri 7% ile 10% arasında olmak

BMI > 25kg/m2 olmak

En az 1 yıldır bilinen ve tedavi edilen tip 2 Diyabet hastası olmak

En az 3 aydır tedavi değişikliği yapılmamış olmak

Diyabet tedavisi için önerilen yaşam tarzı değişikliklerinden (beslenme ve egzersiz) en az birine uyumsuz olmak

İlaç uyumsuzluğu olmaması (Modifiye Morrisky ölçeğinden >4 puan almış olmak)

Depresyon tanısı ile tedavi almıyor olmak ve Beck depresyon ölçeğinden <7 puan almış olmak

2.3.2 Çalışmadan dışlanma kriterleri:

İlaç uyumsuz olmak (Modifiye Morisky ölçeğinden <4 puan almak)

Beck depresyon ölçeğinden >7 puan almış olmak

Kontrollere gelemeyecek olmak

Çalışma süresinde ilaç değişikliği yapılmış olmak

2.4 ÖLÇEKLER:

Modifiye Morisky Ölçeği: Hastaların ilaç uyuncunu ölçen 6 soruluk bir ölçek olup, 4 ve üstü puanlar yüksek ilaç uyuncunu göstermektedir. Sorular Evet/Hayır olarak yanıtlanmış olup değerlendirmede; 2 ve 5. sorularda evet 1 puan, hayır 0 puan; diğer sorularda evet 0 puan, hayır 1 puandır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Bekir Vural, Özgür Tebrru Acar, Tuncay Müge Filiz tarafından 2010 yılında yapılmıştır .

Beck depresyon ölçeği - BB: Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB) olası depresyon hastalarını yakalayarak depresyon ihtimalini azaltan bir tarama testidir. BDÖ-BB, üzüntü, kötümserlik, geçmişteki başarısızlıklar, kendini beğenmeme, kendini suçlama, ilgi kaybı ve intihar düşüncesi veya isteği belirtilerini kullanarak yedi başlık altında depresyon taraması yapar. Kullandığı başlıklar DSM-IV'e göre majör depresif bozukluğu yansıtan Beck Depresyon Ölçeği'nden alınmıştır. Her başlık 0'dan 3'e kadar dört basamaklı bir derecelendirme içerir; BDÖ- BB puanı her başlıktaki en yüksek puanların toplanmasıyla elde edilir. Toplam en fazla 21 puan elde edilebilir. Herhangi bir kesme puanı bildirilmemekle birlikte 4'ün üzerindeki puanlarda depresyon olasılığı %90'ın üzerindedir.Birinci basamağa yönelik Beck depresyon envanterinin türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aktürk Z. ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılmıştır.

2.4.1 EQ5D: EQ5D bir öz-bildirim ölçeğidir ve beş yaşam kalitesi boyutu beş soruyla değerlendirmektedir. Bu beş boyut hareketlilik, öz-bakım, olağan günlük aktiviteler, ağrı/rahatsızlık hissi ve anksiyete/depresyondur. Bu boyutlar aşağıdaki spektrumda ölçekte yer almaktadır:

Hareketlilik: hastanın rahatça yürüyebilmesinden yatağa bağımlılığa kadar

Öz-bakım: kendi gündelik bakımını rahatça yapabilmekten kendi başına giyinip yıkanamamaya kadar

Olağan günlük aktiviteler: gündelik rutin aktivitelerini rahatça yürütmekten hiçbir işini görememeye kadar

Ağrı: hiç ağrı bulunmamasından aşırı derecede ağrı ve rahatsızlık bulunmasına kadar

Anksiyete/depresyon: hastanın kendini tamamen iyi hissetmesinden aşırı derecede anksiyeteli veya depresyonda hissetmesine kadar (12).

Ölçeğin her maddesi üçlü Likert tipi skala ile değerlendirilmiştir. Ölçek aracılığıyla sağlık yararlanım endeks puanı da hesaplanabilmektedir. Ayrıca ölçeğin içinde 0 ila 100 arasında yani "hayal edilebilecek en kötü sağlık durumu" ila "hayal edilebilecek en iyi sağlık durumu" biçiminde yanıtlama içeren bir görsel eşdeğerlilik skalası bulunmaktadır.

EQ-5D ölçeği EuroQoL çalışma grubu tarafından geliştirilmiştir (1990).

2.4.2 Çok Boyutlu Diyabet Algısı Ölçeği: Talbot ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen ÇBDA' nin orijinali 3 bölüm, 7 alt boyut ve 41 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanı yoktur ve her bir ölçek ayrı ayrı değerlendirilir.

1. Bölüm; Genel olarak diyabetin algılanması ve sosyal destek üzerine odaklanır. Üç alt boyut (ölçek) ve 16 maddeden oluşur. Diyabetlinin günlük aktivitelerinin iş, sosyal ve eğlence aktivitelerinin diyabet nedeni ile ne kadar olumsuz etkilendiğini ve sınırlandığını sorgulayan 9 madde Engel Algısı alt boyutunu oluşturur. Ciddiyet Algısı, bireyin diyabetin ciddiyetini algılama derecesini ölçen 3 maddeden oluşur. Sosyal Destek Algısı ise diyabetlinin hayatındaki önemli kişilerin, ailenin, arkadaşların ve sağlık çalışanlarının sağladığı sosyal destek algısının sorgulandığı 4 maddeden oluşur. Birinci bölümde yanıtlar 7 puanlık (0- hiç, 6-oldukça çok) Likert tipi ölçek üzerinde işaretlenir. Ölçekteki her bir alt boyut için bireyin yanıtladığı maddelerin puanları toplanır ve yanıtlanan madde sayısına bölünerek ortalama puan elde edilir. Yüksek puanlar algılanan engel, sosyal destek ve ciddiyet düzeyinin yüksek olduğunu gösterir.

2. Bölüm; Diyabetlinin eşinin (ya da onun için önemli olan bir başkasının) diyabetlinin hastalığına ilişkin öz bakım aktivitelerini destekleyen ve destekleyici olmayan davranışlarının düzeyini sorgular. Bu bölüm iki alt boyut (ölçek) ve 12 maddeden oluşur. Pozitif Destekleyici Davranışlar, diyabetlinin eşinin ya da onun için önemli olan bir başkasının diyabetlinin hastalığını yönetmesinde onu destekleyen olumlu davranışlarını belirlemeye yönelik 8 maddeden, Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Destek Davranışları ise, diyabetlinin eşinin ya da onun için önemli olan bir başkasının diyabetlinin hastalığını yönetmesinde onu desteklemek amacını taşıyan ancak diyabetliyi rahatsız eden, zorluk çıkaran destekleyici olmayan davranış biçiminin düzeyini belirlemeye yönelik 4 maddeden oluşur. İkinci bölümün yanıtları 7'li likert tipi ölçek üzerinde (0-asla, 6-her zaman) işaretlenir. Yalnız yaşayan bireyler bu bölümü doldurmazlar.

3. Bölüm: Bireyin hastalığın yönetimine ilişkin öz yeterlik ve sonuç beklentisi algısını belirler. İki alt boyut (ölçek) ve 13 maddeden oluşur. Öz yeterlik Algısı, bireyin hastalığına yönelik öz bakım aktivitelerini gerçekleştirmede kendine olan güvenini belirleyen 7 maddeden oluşur. Yanıtlar Likert tipi ölçek üzerinde (0 -hiç

emin değilim, 6- çok eminim) işaretlenir. Sonuç Beklentisi Algısı, metabolik kontrolün sağlanması ve komplikasyonların önlenmesi için öz bakım davranışlarının ve tedavinin etkisinin algılanmasını değerlendiren 6 maddeden oluşur. Yanıtlar Likert tipi ölçek üzerinde (0-hiç önemli değil, 6-çok önemli) işaretlenir. Yüksek puanlar algılanan öz yeterlik ve sonuç beklentisinin yüksek olduğunu gösterir.

2.4.3 Motivasyon değerlendirme ölçeği: Hastanın yaşam tarzı değişikliklerinden beslenme ve egzersizle ilgili olarak ayrı ayrı cevaplandırdığı hastalığına uygun diyet yapması/hastalığına uygun egzersiz yapmasının öneminin değerlendirildiği ve hastalığına uygun diyet/hastalığına uygun beslenme yapabilirliğinin (kendine olan güven) değerlendirildiği bir ölçek uygulandı. 0-10 arasında puanlandırılan ölçekte hastanın beslenme ve egzersiz durumu ayrı ayrı ne kadar önemsediği ve yaşam tarzı değişikliği yapabilmekle ilgili kendine ne kadar güvendiği ile ilgili değerlendirildi.

2.4.4 EPAQ2: Uluslararası kısa aktivite formu Bu ankete göre kişinin gün içinde harcadığı enerji kabaca hesaplanmaktadır. Bu skorlama her bir aktivitenin yapıldığı süre ile kişinin MET-dakika üzerinden hesaplanırken, METs durumu ise yapılan aktivitenin bazal metabolizma katsayısını ifade etmektedir. MET-dakika hesabı ortalama 60 kg olan bir kişinin aynı aktiviteyi yaparken yaktığı kilo kalori miktarına denk kabul edilir. Yine aynı hesapla kişinin aktivite sırasında yaktığı kilokalori MET-dakika x (kilo/60 kg) formülüyle hesaplanabilir. Düşük, orta ve yüksek olmak üzere üç derece fiziksel aktivite durumu vardır. Yüksek aktivite durumu; kişiden kişiye ve topluluktan topluluğa değişkenlik göstermekle birlikte yüksek dereceli fiziksel aktivite en az 1 saatlik orta şiddetli aktivite veya günlük en az yarım saat şiddetli aktivite yapılmasını kapsamaktadır. Orta aktivite durumu; her gün olmamakla beraber çoğunlukla yarım saatlik orta şiddetli aktivite yapılmasını kapsamaktadır. Düşük aktivite durumu; önceki iki kategoriye de uymayacak derecede az olan aktivite durumunu kapsamaktadır.
Kategori 1 düşük aktivite durumu,

Kategori 2 orta aktivite durumunu;
a) haftada 3 gün veya daha fazla gün en az 20 dk şiddetli aktivite,
b) haftada 5 gün veya daha fazla gün orta şiddetli aktivite ve/veya günlük en az 30 dk

yürüyüş,
c) haftada 5 gün veya daha fazla gün yürüyüş, orta şiddetli veya şiddetli fiziksel aktivite haftalık toplam fiziksel aktivite en az 600 MET- dk/hafta olacak şekilde.

Kategori 3;

a) haftada en az 3 gün haftalık toplam fiziksel aktivite en az 1500 MET-dk/hafta olacak şekilde,

b) haftanın her günü yürüyüş, orta şiddetli veya şiddetli aktiviteyi haftalık toplam en az 3000 MET-dk/hafta olacak şekilde tanımlanır. (6)

Beslenme Günlüğü: Bir günlük beslenme günlüğü değerlendirildi ve toplam aldığı kalori ile diyetteki karbonhidrat, protein ve yağ içeriği bir diyetisyen tarafından hesaplandı.

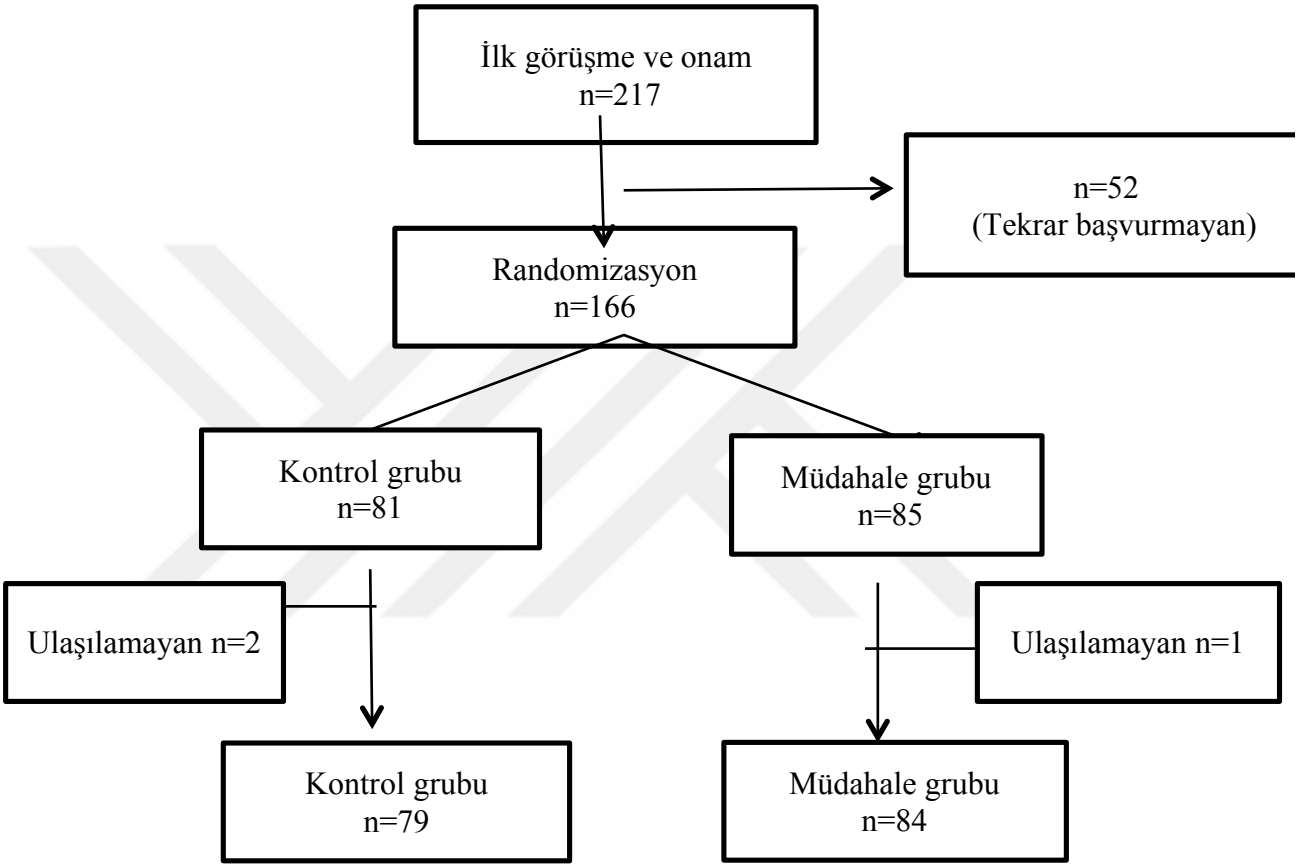
Adım sayar: T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Aile Sağlığı Merkezlerine dağıttığı PM2000 TNV ile hesaplanacaktır. TNV PM2000 3D adım sayar hastalara en az 2 günü haftasonuna gelmek kaydıyla 7 gün boyunca üstlerinde taşımaları istendi. Bir haftanın sonunda adım sayar ortalamaları hesaplandı.

3.BULGULAR

Bu kontrollü randomize müdahale çalışması İstanbul ili Kartal ilçesi A sınıfı bir aile sağlığı merkezinde Tip 2 diyabetli hastalarla yapılmıştır.

Aşağıdaki akış şeması görülmektedir.

Şema 1. Randomizasyon öncesi ve sonrası katılımcı sayısı



Yukarıdaki şemada görüldüğü üzere aile hekimleri tarafından randomizasyon öncesi 217 hastaya ulaşıldı, modifiye morrisky ve birinci basamağa özgü beck depresyon envanter puanları uygun saptanan hastalar ayrıntılı diyabet bilgilerinin alınması , adım sayar verilmesi ve beslenme tüketim anketi verilmesi için çalışmacıya yönlendirildi. Araştırmacı tarafından bu hastalara diyabet formu doldurduldu besin tüketim anketi ve adım sayar verildi. Ancak bu hastalardan 52'si adım sayarı ve besin tüketim anketini verecekleri randevularına gelmediler ve çalışmadan çıkarıldılar. Bir haftalık adım sayar kullanımı ile geri gelen hastalardan kontrol grubunda 2, müdahale grubunda 1 kişi daha sonra takiplere gelmedi ve çalışmadan

çıkarıldı. Sonuç olarak kontrol grubunda 79 ve müdahale grubunda 84 kişi ile çalışma tamamlandı.

3.1 TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

3.1.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 1. Tanımlayıcı özellikler

	KONTROL GRUBU		MÜDAHALE GRUBU	
	n	%	n	%
Kadın	51	64,5	53	63,1
Erkek	28	35,5	31	36,9
Eğitim durumu				
≤8 yıl	75	94,9	83	98,8
>8 yıl	4	5,1	1	1,2
Meslek				
Çalışmıyor	42	53,2	52	61,9
Çalışıyor	25	31,6	11	13,1
Emekli	12	15,2	21	25,0
Gelir				
Ülke ortalamasının altında	8	10,1	2	2,4
Ülke ortalamasında	64	81,0	77	91,6
Ülke ortalamasının üstünde	7	8,9	5	6,0
Yalnız yaşıyor	0	0	5	6,0
Yalnız yaşamıyor	79	100,0	79	94,0
Evde yemeği kendisi yapıyor	42	53,2	50	59,5
Evde yemeği başkası yapıyor	37	47,8	34	40,5
Alışkanlıklar				
Sigara	13	16,5	8	9,5
Alkol	3	3,8	1	1,2
Kullandığı antidiyabetik				
OAD	68	86,1	67	79,8
İnsülin	11	13,9	17	20,2
TOPLAM	79	100,0	84	100,0

Yukarıdaki tabloda çalışmamıza katılan hastaların tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. Buna göre her iki grupta kadın –erkek katılımcı oranı, eğitim durumu, gelir durumu, yalnız yaşama durumu, evde yemeği kimin yaptığı durumu, alışkanlıklar ve kullanılan ilaçlar benzerdi.

3.1.2 Eşlik Eden Hastalıklar

Tablo 2. Eşlik eden hastalıklar

	KONTROL GRUBU		MÜDAHALE GRUBU	
	n	%	n	%
Hipertansiyon	51	64,6	41	48,8
Hiperlipidemi	11	13,9	13	15,5
Koroner arter hastalığı	6	7,6	10	11,9
Hipotiroidi	6	7,6	10	11,9
Diğer	12	15,2	14	16,7

Tablo 2 te her iki grupta eşlik eden hastalıklar yer almaktadır. Buna göre her iki grupta ilk sırada hipertansiyon gelmektedir.

3.1.3 Beslenme ve egzersiz durumları

Tablo 3. Her İki Grup İçin Başlangıç Beslenme ve Egzersiz Alışkanlıkları

BAŞLANGIÇ	KONTROL GRUBU		MÜDAHALE GRUBU	
	n	%	n	%
Günlük içtiği su miktarı				
<8 bardak	35	44,3	49	58,3
≥8 bardak	44	55,7	35	41,7
Günlük yaşamda aktif mi				
Hayır	36	45,6	29	34,5
Evet	43	54,4	55	64,5
Toplam öğün sayısı <6	66	83,5	72	84,7
≥6	13	16,5	12	14,3
Ana öğün <3	31	39,2	39	44,3
Ana öğün ≥3	48	60,8	45	55,7
Ara öğün <3	64	81,0	65	77,4
Ana öğün ≥3	15	19,0	19	22,6

Epaq2				
Kategori 1	73	92,4	77	91,7
Kategori 2	6	7,6	7	8,3
Kategori 3	0	0	0	0
BMI ≤25	0	0	0	0
25-30	31	39,2	31	36,9
≥30-35	48	60,8	53	62,1

Hastaların gün içinde aktif olup olmadıkları , hareketli ve ayakta geçen zaman çoksa evet olarak alınmıştır. EPAQ2 (uluslararası aktivite formu) kategori 1 düşük aktivite düzeyini göstermektedir.

Tablo 4. Her İki Grup İçin 3. Aydaki Beslenme ve Egzersiz Alışkanlıkları

3. Ay	KONTROL GRUBU		MÜDAHALE GRUBU	
	n	%	n	%
Günlük içtiği su miktarı				
<8 bardak	44	55,7	51	60,7
≥8 bardak	35	44,3	33	39,3
Günlük yaşamda aktif mi				
Hayır	35	44,3	30	35,7
Evet	44	55,7	54	64,3
Toplam öğün sayısı <6	68	86,1	62	73,8
≥6	11	13,9	22	26,2
Ana öğün <3	31	39,2	25	29,8
Ana öğün ≥3	48	60,8	59	70,2
Ara öğün <3	66	85,5	61	72,6
Ana öğün ≥3	13	16,5	23	27,4
Epaq2				
Kategori 1	75	94,9	50	59,5
Kategori 2	4	5,1	34	40,5
Kategori 3	0	0	0	0
BMI				
<25	2	2,5	2	2,4
25-30	28	35,4	29	34,5
≥30-35	49	62,0	53	63,1

3.2 PRİMER ÇIKTILAR

3.2.1 Başlangıç ve 3. Ay Primer Çıktılar ve FARK

Tablo 5. Başlangıç ve 3. Aydaki primer çıktılar

PRİMER ÇIKTILAR	KONTROL GRUBU Ortalama ±sts	MÜDAHALE GRUBU Ortalama ±sts	İstatistik
Adımsayar başlangıç	3294,39±1556,56	3826,25±1586,42	**p<0,05**
EPAQ2 başlangıç	114,54± 247,33	73,33± 197,40	**p<0,05**
Kalori günlük başlangıç	1424,55±376,16	1479,76±424,62	p>0,05
Adım sayar 3. ay	3184,26±1463,91	5232,45±1916,03	**p<0,01**
EPAQ2 3.ay	108,29± 223,46	461,19± 396,25	**p<0,01**
Kalori günlük 3. ay	1453,79±355,43	1450,59±369,91	p>0,05

Yukarıdaki tabloda çalışmamızın başlangıç ve 3. Aydaki primer çıktıları bulunmaktadır. Buna göre egzersiz durumunda 3. Ayda **p<0,01** ile anlamlı fark bulunmuştur. Başlangıçta her iki grupta adımsayar ve EPAQ2 düzeyleri için fark bulunsada 3. Ay verileri ve tablo 4'teki veriler müdahalenin etkinliğini göstermektedir.

Tablo 6. Adımsayar, EPAQ2 ve kalori farkları

FARK	KONTROL GRUBU Ortalama ±sts	MÜDAHALE GRUBU Ortalama ±sts	istatistik
FARK Adımsayar	-110,12±447,82	1406,20 ±1126,04	**p<0,01**
FARK EPAQ2	-6,25± 135,55	387,85 ± 360,76	**p<0,01**
FARK Kalori	-29,24± 53,53	29,16 ± 117,50	**p<0,01**

Yukarıdaki tabloya göre **p<0,01** ile müdahale grubunda kontrol grubuna göre adımsayar, EPAQ2 ve kalori değişimleri anlamlı bulunmuştur.

Tablo 7. Her iki gruptaki katılımcıların günlük aldıkları enerji durumları ve bir haftalık adımsayar ortalama durumları

	KONTROL GRUBU		MÜDAHALE GRUBU	
	n	%	n	%
Günlük aldığı enerji başlangıç				
<1600	54	68,4	52	61,9
≥1600	25	31,6	32	38,1
Günlük aldığı enerji 3. ay				
. <1600	53	57,1	56	66,7
≥1600	26	32,9	28	33,3
Bir haftalık adımsayar ortalaması başlangıç				
<5 bin	64	81,0	65	77,4
≥5 bin	15	19,0	19	22,6
Bir haftalık adım sayar ortalaması 3. ay				
<5 bin	67	84,8	39	46,3
≥5 bin	12	15,2	45	53,7

Yukarıdaki tabloda başlangıç değerlerine bakıldığında günlük alınan kalori çoğunlukla <1600 kkal olarak saptanmış ve bir haftalık adım sayar ortalaması <5bin olanlar çoğunlukta tespit edilmiştir.

Üçüncü ay değerlerine baktığımızda ise hastaların beyan ettikleri günlük enerji alımında bir değişiklik gözlenmezken bir haftalık adımsayar ortalaması ≥5bin olanlar müdahale grubunda %22,6'dan %53,7'ye yükselmiştir.

3.3 SEKONDER ÇIKTILAR

3.3.1 Ölçekler

Tablo 8. Başlangıç ve 3. Ay EQ5D Ölçek Puanları

	KONTROL GRUBU Ortalama±sts	MÜDAHALE GRUBU Ortalama±sts	İstatistik
EQ5D başlangıç	5,6 ±1,57	5,2± 0,64	p>0,05
EQ5D 3. Ay	5,5± 1,28	5,1± 0,45	**p<0,01**

Yukarıdaki tablo 8'de hastaların ilk başvurudaki ve 3. Aydaki EQ5D ölçek ortalamaları bulunmaktadır.

Tablo 9. Başlangıç CBDA Ölçek Puanları

CBDA Başlangıç Alt ölçekler	KONTROL GRUBU Ortalama ±sts	MÜDAHALE GRUBU Ortalama ±sts	İstatistik
Özyeterlilik	446,20 ±177,41	474,52 ±141,13	p>0,05
Ciddiyet	20,74 ±,32	20,23 ±3,09	p>0,05
Sonuç beklentisi	41,21± 3,31	40,69 ±5,34	p>0,05
Destek	57,67 ±24,0	45,63 ±26,32	**p<0,01**
Engel	10,02 ±5,47	9,35 ±1,94	p>0,05

Yukarıdaki tablo 9'da ilk başvuruda çok boyutlu diyabet algısı ölçeğinin alt grup puan ortalamaları gösterilmiştir.

Tablo 10. Üçüncü aydaki CBDA Ölçek Puanları

CBDA 3. ay Alt ölçekler	KONTROL GRUBU Ortalama ±std	MÜDAHALE GRUBU Ortalama ±std	İstatistik
Özyeterlilik	459,62 ±194,06	591,78 ±118,19	**p<0,01**
Ciddiyet	20,77 ±1,04	20,78 ±0,90	p>0,05
Sonuç beklentisi	41,36± 3,04	41,30 ±2,42	p>0,05
Destek	58,53 ±23,85	47,09 ±26,63	**p<0,01**
Engel	10,00 ±5,56	9,29 ±1,47	p>0,05

Tablo 11. Her İki Grup İçin CBDA Ölçek Puan FARKLARI

FARK ÖLÇEK	KONTROL GRUBU Ortalama ±sts	MÜDAHALE GRUBU Ortalama ±sts	İSTATİSTİK
EQ5D	-0,15 ±0,48	-0,08 ±0,54	p>0,05
EQ5D sağlık puanı	3,67 ±10,02	4,04± 8,51	p>0,05
CBDA özyeterlilik	13,41± 74,48	117,26 ±136,65	**p<0,01**
CBDA ciddiyet	0,02 ±0,53	0,54 ±2,30	p>0,05
CBDA sonuç beklentisi	0,15± 1,13	0,61± 3,14	p>0,05
CBDA destek	0,86 ±2,26	1,46 ±4,93	p>0,05
CBDA engel	-0,02± 0,35	-0,05± 0,54	p>0,05

CBDA ölçek alt boyutlarından destek algısında başlangıçta iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır. Ancak bu fark control grubunda destek algısının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. 3. Ayın sonunda oluşan farkla ise müdahale grubunun destek algısı artmıştır ve aradaki fark müdahale lehine anlamlıdır.

3.3.2 Motivasyon Düzeyi

Tablo 12. Her İki Grup İçin Başlangıç Motivasyon Düzeyleri

Motivasyon düzeyi Başlangıç	KONTROL GRUBU Ortalama ±sts	MÜDAHALE GRUBU Ortalama ±sts	İstatistik
Beslenme önem	9,79± 1,25	9,80± 1,14	p>0,05
Beslenme güven	6,81 ±3,94	7,75± 3,00	p>0,05
Egzersiz önem	9,60± 1,77	9,96± 0,24	p>0,05
Egzersiz güven	6,15 ±4,46	6,72 ±3,65	p>0,05

Yukarıdaki tabloda her iki grup için başlangıçtaki motivasyon düzeyleri ortalamaları gösterilmiştir.

Tablo 13. Her İki Grup İçin 3. Aydaki Motivasyon Düzeyleri

Motivasyon düzeyi 3. ay	KONTROL GRUBU Ortalama ±std	MÜDAHALE GRUBU Ortalama ±std	istatistik
Beslenme önem	9,79± 1,25	9,97± 0,21	p>0,05
Beslenme güven	6,81 ±3,96	8,89± 1,82	**p<0,01**
Egzersiz önem	9,67± 1,58	10,0± 0,00	p>0,05
Egzersiz güven	6,64 ±4,33	8,73 ±1,78	**p<0,01**

Yukarıdaki tabloda her iki grup için üçüncü aydaki motivasyon durumları gösterilmiştir.

Tablo 14. Her İki Grup İçin Motivasyon FARKLARI

FARK MOTİVASYON	KONTROL GRUBU Ortalama ±std	MÜDAHALE GRUBU Ortalama ±std	İstatistik
Beslenme önem	0,00±0,00	0,16±1,12	p>0,05
Beslenme güven	0,00±0,32	1,14± 1,87	**p<0,01**
Egzersiz önem	0,06± 0,29	0,03± 0,24	p>0,05
Egzersiz güven	0,49± 1,88	2,01± 2,70	**p<0,01**

Yukarıdaki tabloda her iki grup için motivasyon durumları başlangıç ve üçüncü ay farkları gösterilmiştir. Buna göre beslenme ve egzersiz düzeninin kurulmasında kişinin kendine olan güveni müdahale grubunda **p<0,01** ile anlamlı olarak artmıştır.

3.3.3 Günlük Tüketilen Su Miktarı ve Ana-Ara Öğün Sayıları FARKLARI

Tablo 15. Her İki Grupta Başlangıç ve Üçüncü Ay Beslenme Durumu Farkları

FARK	KONTROL GRUBU Ortalama±std	MÜDAHALE GRUBU Ortalama±std	İstatistik
FARK Günlük tükettiği su (bardak)	-0,51±1,17	1,10±8,30	p>0,05
FARK Toplam öğün sayısı	0,03±0,33	0,55±0,62	**p<0,01**
FARK Ana öğün sayısı	0,00±0,00	0,16±0,37	**p<0,01**
FARK Ara öğün sayısı	0,03±0,33	0,39±0,65	**p<0,01**

Yukarıdaki tabloda her iki grup için günlük tükettikleri su miktarı ve öğün sayıları arasındaki başlangıç ve 3. Aydaki farklar gösterilmiştir. Buna göre her iki grupta tüketilen su miktarında iki grup arasında anlamlı fark saptanmazken hem ana öğün hem ara öğün hem de toplam öğün sayısında müdahale grubunda anlamlı fark saptanmıştır.

3.3.4 HBA1C, Kilo ve BMI FARKLARI

Tablo 16. Her iki grup için başlangıç ve üçüncü ay HbA1c ve BMI farkları

FARK	KONTROL GRUBU Ortalama ±sts	MÜDAHALE GRUBU Ortalama ±sts	İstatistik
FARK HbA1c	0,04± 0,67	0,17 ± 0,81	p>0,05
FARK Kilo	-0,39±0,97	0,80 ±1,33	**p<0,01**
FARK BMI	0,14±0,36	-0,31 ±0,51	**p<0,01**

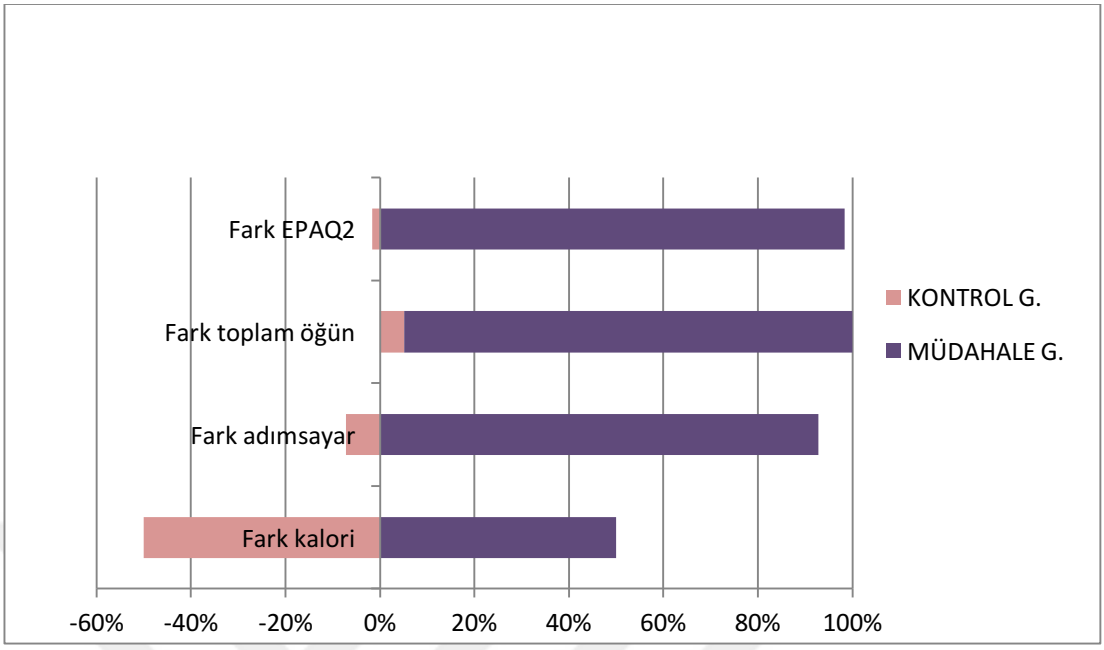
Yukarıdaki tabloda her iki grup için HbA1c, kilo ve BMI fark ortalamaları verilmiştir. Buna göre müdahale sonrası kilo ve BMI 'da **p<0,01** ile anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 17. Logistik Regresyon Analizi

	B	S.E	Sig.	Exp (B) (Lower-Upper)
Step1a				
gelirgb1	1,377	1,126	,221	3,965 (,436-36,037)
EPAQ1	-,002	,001	,248	,998 (,995-1,001)
CBDAD1tot	-,001	,009	,907	,999 (,982-1,016)
Group(1)	3,959	1,036	**,000**	**52,418** (6,878-399,49)
Constant	-5,388	1,586	**,001**	**,005**
Step 2a				
gelirgb1	1,392	1,119	,214	4,023 (,449-36,081)
EPAQ1	-,002	,001	,250	,998 (,995-1,001)
Group(1)	3,969	1,033	**,000**	**52,947** (6,993-400,87)
Constant	-5,459	1,468	**,000**	**,004**
Step 3a				
gelirgb1	1,663	1,096	,129	5,274 (,616-45,169)
Group(1)	4,008	1,032	**,000**	**55,023**(7,281-415,82)
Constant	-5,851	1,454	**,000**	**,003**

Yukarıdaki tabloda gelir durumu EPAQ başlangıç puanları, CBDA destek başlangıç puanları, müdahale (group 1) üç aşamalı logistik regresyon analizinde incelenmiştir. Buna göre müdahalemiz üçüncü aşamada 55 kat fark ile etkin bulunmuştur.

Grafik 1. Her iki grupta EPAQ2, toplam öğün sayısı, adım sayar ve kalori farkları



Yukarıdaki grafikte EPAQ2, toplam öğün sayısı, adım sayar ve günlük alınan kalori için her iki grupta 3 ayda meydana gelen farklar gösterilmiştir.

4.TARTIŞMA ve SONUÇ

4.1.SONUÇLARIN ÖZETİ

Çalışmamızda kadın katılımcılar kontrol grubunda % 64,5 oranında müdahale grubunda %63,1 oranında idi ve yaş aralığı 40-65 yaş arasıydı. Her iki grupta eğitim yılı 8 yıldan az olarak saptandı; kontrol grubu için %94,9 ve müdahale grubu için %98,8. kontrol grubunda % 31,6 lık bir çalışma oranı varken müdahale grubunda bu oran %13,1 oidi. Ortalama gelir düzeyi her iki grupta da ülke ortalamasının altında veya ülke ortalamasında olarak tespit edildi. Kontrol grubunda %81 ülke ortalamasında geliri olduğunu belirtirken müdahale grubunda bu oran %91,6 idi. Kontrol grubunda ortalamanın altında geliri olduğunu söyleyenler ise %10,1 oranındayken müdahale grubunda bu oran %2,4 idi. Katılımcıların neredeyse tamamı yalnız yaşamıyordu. Evde kendi yemeğini yapma oranı her iki grup için nerdeyse yarı yarıyaydı. Her iki grup için OAD kullanımı ve insülin kullanımı benzerdi. Eşlik eden hastalıklar değerlendirildiğinde ilk sırada her iki grup için de %64,6 (kontrol grubunda) ve %48,8 (müdahale grubunda) ile Hipertansiyon yer almaktaydı. Hipertansiyonu; hiperlipidemi ve koroner arter hastalığı takip etmekteydi.

Başlangıç beslenme ve egzersiz alışkanlıklarına baktığımızda her iki grupta günde 8 bardak ve daha fazla su içme oranları kontrol grubu için %55,7 ve müdahale grubu için %41,7 idi. Toplam öğün sayısı altıdan az olanlar kontrol grubunda %83,5 ve müdahale grubunda %84,7 oranıyla her iki grupta da çoğunluktayken, toplam öğün sayısında ana öğün sayısı üçten fazla olan kişi sayısı her iki grupta da fazlaydı. Besin tüketim formunda katılımcıların beyanlarına göre kontrol grubunda %68,4 ve müdahale grubunda %61,9 oranıyla her iki grup için günlük aldıkları kalori <1600 olanlar çoğunluktaydı.

Uluslararası aktivite formuna göre (EPAQ2) her iki grupta da çoğunluk kategori 1 düzeyinde olmakla birlikte, ‘aktif misiniz?’ sorusuna verilen evet yanıtı her iki grupta da çoğunluktaydı, kontrol grubu için %54,4 ve müdahale grubu için %64,5. Yine kendilerini ‘aktif’ olarak nitelendirmelerine rağmen her iki grupta da katılımcıların çoğunluğunun bir haftalık adım sayar ortalaması 5 binin altındaydı kontrol grubu için %81 ve müdahale grubu için %72,4.

4.2.ANA BULGULAR

4.2.1 PRİMER ÇIKTILAR

Çalışmamızın primer çıktı hedefleri bir haftalık ortalama adım sayısında 1300 adım artış, EPAQ2 formunda kategori 1'den kategori 2'ye çıkarılması ve bir günlük beslenme günlüğünden toplam kalorinin günde 300 kkal azaltılması olarak belirlenmiştir.

ADIM SAYAR: Adım sayısı hedefi her bir hasta için 1300 adım artış olarak belirlenmiştir. Başlangıç adım sayılarına bakıldığında her iki grupta da bir haftalık adım sayısı ortalaması 5 binden az olarak tespit edilmiştir. Kılavuzların obez ve tip 2 diyabet hastaları için önerdiği günde 10 bin adım atılması her hastaya önerilmiştir. Müdahale grubunda ayrıca bu konuya geniş yer verilmiş ve yapılandırılmış kısa görüşmeler fiziksel aktivite ağırlıklı olarak devam etmiştir. Üçüncü ayın sonunda müdahale grubunda adım sayısında başlangıç değerlerine göre 1406,20 $\pm$1126,04 adım sayısı ile anlamlı bir artış sağlanmıştır **(p<0,001)** ve 1300 adım sayısı hedefine ulaşılmıştır. Bu durum literatürle uyumlu olup motivasyonel bazlı görüşmenin ve hekimin hastanın yaşam tarzı davranışın ayrıntılandırmasının fiziksel aktivite üzerindeki olumlu etkisi görülmüştür.(7-8,11,18,23-24,26) Müdahalemizin adım sayısını arttırmasındaki etkinlik incelendiğinde günlük aldıkları kalorinin değerlendirilmesinin aksine adım sayar üzerinden geçmiş yedi günün adım sayısının okunması ile elde edildiği görülecektir. Hastaların yanlış hatırlama nedeniyle hatalı beyanda bulunma ihtimallerinin olmaması adım sayısındaki artış hedefine ulaşmamızı sağlayan etken olabilir.

De Greef K. Ve arkadaşlarının yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada her iki gruba adım sayar verilmiş ve müdahale grubuna davranışsal yöntem ile grup görüşmeleri yapılmıştır. On iki haftanın sonunda müdahale grubunda adım sayısında 2000 adım artış saptanmıştır. Bir yılın sonunda müdahale grubunda adım sayısında anlamlı fark devam etmiştir.(7) Sadece adım sayar kullanılması adım sayısını arttırmak için yeterli motivasyonu sağlamazken, görüşmelerin eklenmesiyle birlikte adım sayısı bir yıl boyunca yüksek kalmıştır. Grup görüşmeleri birinci basamakta her zaman mümkün olmamakla birlikte bireysel görüşmelerle bu sürecin yönetilmesi mümkün olduğu çalışmamız sonucunda da görülmektedir.

Steffan F. ve arkadaşları tarafından 2009'da yayınlanan bir derlemede tip 2 diyabet hastalarının fiziksel aktivitesinin arttırılması için neler yapılabileceği sorusuna yanıt aranmıştır. Sonuçta egzersiz düzeyinin iyileştirilmesi için özel olarak hazırlanmış egzersize yönelik yapılandırılmış davranışsal görüşmelerin gerekliliği vurgulanmıştır.(38) Biz de çalışmamızda bu vurgu üzerinden yola çıkarak tip 2 diyabet hastalarında egzersiz durumunun iyileştirilmesi için özel olarak hazırladığımız kısa görüşme modelini kullandık. Çalışmamızda kısa görüşme modelinin tip 2 diyabetlilerde adım sayısının arttırılmasında etkili olduğu bulunmuştur. Yukarıdaki literatürler ışığında çalışmamızdaki kısa görüşme modelinin birinci basamakta tip 2 diyabetlilerde fiziksel aktivitenin arttırılması için bir yöntem olarak önerilir.

EPAQ2: Müdahale grubunda EPAQ2 METs dk/hafta üzerinden değerlendirme yapıldığında, üçüncü ayın sonunda kontrol grubuna göre anlamlı artış sağlanmıştır (**p<0,001**). Sonuç olarak müdahale grubundaki hastalarda egzersiz düzeyi artmış olup çalışmamızdaki görüşme modelinin hekimlerce tercih edilmesi önerilir.

Kalori azaltma: Yapılan çalışmalar yeterli ve doğru şekilde egzersiz yaptıklarını belirten hastaların bile aslında istenilen sayı, sıklık ve şekilde egzersiz yapmadıklarını göstermiştir.(30, 32, 42, 45,50-52) Hastaların kendilerini uygun şekilde egzersiz yapıyor olarak görmelerinin sebepleri arasında hekimlerin yeterince ayrıntılı bir şekilde egzersiz önerilerinde bulunmamaları ve egzersizin niteliğini yeterince tarif etmemelerinin yer aldığı düşünülmektedir. Bir diğer literatür de hekimlerin hastaların değişebileceğine dair inancının zayıf olduğu bu yüzden yaşam tarzı değişikliği önerilerinde yeteri kadar bulunmadıkları yönündedir. Bununla birlikte önerilerde bulunulduğunda ise hastaların yeteri kadar uyum sağlamadığı da tespit edilmiştir. (31) Öte yandan hastalarla yapılan eğitim müdahaleli çalışmalar ve motivasyonel görüşme müdahaleli çalışmalar göstermiştir ki hastalara bireysel veya grup olarak yapılandırılmış görüşmeler yapıldığında yaşam tarzı değişikliklerine uyum artmıştır. (17-20,23-26)

Katılımcıların günlük aldıkları kalori her iki grupta da çoğunlukla <1600 olması hastaların besin tüketim anketlerini eksik doldurmuş olabilecekleri ya da besin tüketim anketini dolduracakları için o gün normalden daha az yemiş olabileceklerini

düşündürmektedir. Çalışmalar göstermiştir ki hastalara 'az az sık sık yemek yiyin' veya 'porsiyonlarınızı azaltın' şeklinde tam net olmayan öneriler, bir süre sonra hastaların bu önerilere uymamasına sebep olmaktadır (31-32,50). Bu sebeple her vizitte beslenme ve egzersiz önerileri açık ve net şekilde tekrarlanmalı, hastaya nasıl beslendiği ayrıntısıyla sorulmalı, besin tüketim anketi doldurmuş olsa da, yüzyüze sorularla atlamış olabileceği yiyecekler sorgulanmalıdır. Çalışmamızda sadece aldığı günlük kalori >1600 kkal olan hastalara kalori azaltılmasına yönelik yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Müdahale sonrası üçüncü ayda kontrol grubunda -29,24± 53,53 kkal kalori farkı saptanırken müdahale grubunda bu fark 29,16 ± 117,50 olup **p<0.001** ile anlamlı fark saptanmıştır. Hedefimiz çalışma öncesinde 300 kkal azaltmak idi. Müdahalenin etkinliği kalori azaltılması için görüşülecek hasta sayısı yeterli olmamıştır. Buna rağmen yine de müdahale grubunda kalori azalması sağlanmıştır. Bu da bize kısa görüşme modelimizin yüksek kalorili beslenenlerde kalori azaltmak için etkili olacağını düşündürmektedir. Müdahalemiz birinci basamakta günlük alınan kalorinin azaltılması için önerilmektedir.

Saslow R. ve arkadaşlarının yaptığı bir randomize kontrollü çalışmada obez ve fazla kilolu tip 2 diyabetliler ve prediyabetlilerin aldıkları kalorinin günlük 300 kkal azaltılması hedeflenmiş ve bu hastalar haftada bir kısa görüşmelerle üç ay boyunca takip edilmiştir. Üçüncü ayın sonunda müdahale grubunda kalori azalması ile ilgili anlamlı fark saptanmıştır. Çalışmamızdaki kısa görüşme modeli ile de günlük kalori alımında azalma sağlanmış olup yukarıdaki literatürle uyumlu bulunmuştur (43) Daha fazla hasta ile çalışmamızdaki kısa görüşme modelinin kalori azaltılması için çalışmalarda kullanılması uygun görülmektedir. Çalışmamızda yer alan besin tüketim anketi kişilerin beyanına dayanmaktadır. Ölçüler hastalara bardak, kepçe, yemek kaşığı, tatlı kaşığı üzerinden anlatılmış olsa da yine de eksik yazımlar olduğu düşünülmektedir. Hastalara görsel örneklerle ölçülerin anlatılması besin günlüğü tutarken faydalı olabilir.

4.2.2 SEKONDER ÇIKTILAR

Motivasyon Durumu: Başlangıçta motivasyon durumlarına bakıldığında her iki grupta beslenmeye olduğu gibi egzersize verilen önem de yüksek saptanmıştır.

Kişilerin egzersiz yapabileceklerine dair kendilerine olan güvenleri sorgulandığında ise kontrol ve müdahale grubunda benzer saptanmıştır. Müdahale sonrası üçüncü aydaki değerlendirmede ise kişilerin egzersize verdikleri önem değişmezken ve hala yüksekken; egzersiz yapabileceklerine dair kendilerine olan güvenleri müdahale grubunda anlamlı derecede artmıştır (**p<0,001**). Bu durum yine literatürle uyumlu olup (Stefan N. 2013) beslenmede bahsettiğimiz motivasyon düzeyi arttıkça kişilerin yaşam tarzı değişikliklerine uyumlarının arttığını desteklemektedir. (19)

Stefan N. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada motivasyonel model baz alınarak yeni bir kısa görüşme şekli dizayn edilmiş ve 20 aile hekimi ile 350 hastaya bu yöntemin ulaşılması sağlanmıştır. Oluşturdukları kısa görüşme basamakları farkındalık yaratmak, motivasyonu geliştirmek, hedef planlamak ve hastayla ortaklaşa çalışmayı içermektedir. Çalışmanın primer çıktısı hastaların motivasyon düzeylerini arttırmak olmuştur. Çalışmanın sonucunda davranışsal modelin hastaların kilo verme, egzersiz yapma, sigara bırakma, beslenme alışkanlıkları, stresle başa çıkma ve alkol bırakma konularında motivasyonlarını arttırmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (19) Çalışmamızdaki kısa görüşme modeli yukarıda bahsedilen model ile benzerlik göstermektedir. Tip 2 diyabet hastaları için çalışmamızdaki kısa görüşme modelinin kullanılması beslenme ve egzersiz durumunun iyileştirilmesi için kişilerin motivasyonlarının arttırılmasında faydalı olacaktır. Motivasyon durumunun iyileştirilmesi beslenme ve egzersiz durmunun iyileştirilmesinde ilk olarak görülmektedir. Sadece motivasyon arttırmaya yönelik çalışmalar da yapılmış olup elde edilen iyleşme yaşam tarzı değişikliklerinin temelini oluşturduğu düşünülmektedir. Bu nedenlerle müdahalemiz birinci basamakta motivasyon arttırmak ve yaşam tarzı değişikliklerini yaratmak için önerilmektedir.

Başlangıç motivasyon durumlarına bakıldığında her iki grupta beslenmeye verilen önem maksimum düzeye yakın saptanmıştır. Beslenme düzenine uyabileceğine dair kişinin kendine olan güveni ise kontrol ve müdahale grubunda benzer olmakla birlikte her iki grup için de önem değeri kadar yüksek saptanmamıştır (min:0-maks:10). Müdahale sonrası üçüncü ayda motivasyon düzeyleri tekrar incelendiğinde beslenmeye verilen önem her iki grup için de hala yüksek bulunurken; beslenme düzenine uyumda kişinin kendine güvenmesi müdahale grubunda kontrol grubuna

göre anlamlı derecede artmıştır **(p<0,001**). Bu da kişilerin öğün sayısının artmasını ve günlük aldıkları kalorinin azalması ile uyumlu bir bulgudur. Literatürde motivasyon artırılarak yaşam tarzı değişikliği gerçekleştirilmesinde daha başarılı olunacağını bildiren çalışmalar vardır (17,26,33,37). Motivasyon durumunun değerlendirilmesi kişinin zaman içindeki gelişimini hem hekimin hem de hastanın görmesi açısından önemlidir. Müdahale grubunda zaman içinde beslenme motivasyonunda kişinin kendine güveninin arttığı görülmüştür.

Diyabet 2020 vizyon ve hedefler çalıştay raporunda belirtildiği üzere hastaların yaşam tarzı değişikliklerini gerçekleştirebilmeleri için motivasyonlarının arttırılması önerilmektedir (34). Birinci basamakta her hastaya ayrılan süre de düşünüldüğünde bunu sağlamak için çalışmamızda kullandığımız gibi kısa görüşme modellerine ihtiyaç vardır.

Beslenme Durumu: Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu başlangıçta, kılavuzlara uygun (TEMD 2015) üç ana öğün ve üç ara öğün toplam altı öğün beslenmemekteydi. Yaşam tarzı değişikliği anlamında beslenmenin düzenlenmesinde öğün sayısı ve öğün içerinin planlanması önemli bir yer tutar. Yapılan çalışmalarda tip 2 diyabet hastalarında beslenmenin düzenlenmesi için motivasyonel görüşmenin faydalı olduğu ortaya konmuştur. (17,22,29,48-49) Careli R.A. ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü çalışmada 44 obez ve sedanter hastaya kısa görüşmeler ve yaşam tarzı değişiklik önerilerinde bulunulmuş, kontrol grubuna ise sadece yaşam tarzı değişiklik önerilerinde bulunulmuş. Sonuçta 12 aylık izlemde kısa görüşmelerle yaşam tarzı değişikliklerinde bulunulan hastalarda beslenme ve egzersiz durumunun anlamlı olarak iyileştiği tespit edilmiştir. (22) Bizim de çalışmamızda yaptığımız müdahale görüşmeleriyle katılımcıların beslenmelerinin düzenlenmesi için öğün sayısının ideal olan 6 öğüne çıkarılmasını sağlanmıştır. Bu durum literatürle uyumludur.

Müdahale görüşmelerinde özel olarak su içilmesi üzerinde durulmamış, bu konuya beslenme önerileri içinde zaman zaman yer verilmiştir.

ÖLÇEKLER

EQ5D

Yaşam kalitesi ölçeği kişinin o anki yaşam kalitesini tarifleyecek 5 soru ve kişinin o günkü kendi sağlık durumuna verdiği 100 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Yaşam kalitesi ölçeğinde müdahale grubunda anlamlı iyileşme saptanması aynı grupta beslenme ve egzersiz düzeninde oluşan iyileşme ile açıklanabilir. Diyabetine uygun beslenme ve egzersiz önerilerine uymak yaşam kalitesini arttırmıştır diyebiliriz.

CBDA

Çok boyutlu diyabet algısı ölçeğinin 5 alt ölçeği ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Buna göre müdahale sonrası hastaların diyabetle ilgili öz yeterlilikleri artmıştır. Motivasyonları yükselen hastaların farkındalıkları ve beslenme ve egzersiz uyumları da artmıştır. Bu bilgi literatürle uyumlu bulunmuştur. Katılımcıların motivasyon durumunda beslenme ve egzersize verdikleri önem ciddiyet ve sonuç beklentisi alt ölçeğinde de kendini göstermekte ve ciddiyet ve sonuç beklentisi algı puanları yüksek saptanmaktaydı. Başlangıç ve üçüncü aydaki ciddiyet ve sonuç beklentisi algı puan ortalamaları her iki grup içinde yüksek saptanıp aradaki fark anlamlı bulunmamıştır. Başlangıçta algılanan destek alt ölçek puan ortalaması müdahale grubunda daha düşükken üçüncü ayda her iki grupta da artış olsa da müdahale grubu için anlamlı bir artış saptanmamıştır. Her iki grupta diyabet hastalığının kişiler için günlük yaşamda engel teşkil edip etmediklerinin sorgulandığı engel algısı alt ölçeğinde her iki grupta başlangıç ve üçüncü ay sonuçları benzer olup ortalama puanlar minimuma yakın olarak saptanmıştır.

Kişilerin diyabet hastalıklarına verdikleri önem ciddiyet algısı ve sonuç beklentisi algısında kendini tekrarlamaktadır. Çalışmamızda ciddiyet, sonuç beklentisi ve engel algısı alt ölçeklerinde her iki grupta anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bunun nedenleri arasında katılımcıların en az 1 yıllık diyabet hastası oldukları için başlangıç eğitimleri almış ve hastalığı kabul etme sürecini geride bırakmış olmaları düşünülebilir. Öz yeterlilik algısı alt ölçeği ise kişinin diyabetini nasıl yönettiğiyle alakalı sorular içerdiğinden beslenme ve egzersiz durumu gibi, kişilerin motivasyonel durumundan etkilenmiş ve müdahale sonrası anlamlı bir şekilde artış göstermiştir. Bu bilgi literatürle uyumludur (53).

Wallace AS ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada tip 2 diyabetli 250 kişi çalışmaya dahil edilmiş ve yapılandırılmış davranışsal görüşmenin ardından 2-4 haftalık aralıklarla telefon görüşmeleri yapılmış. Üçüncü ayın sonunda hastaların self efficacy (kendilerine güven) ve diyabet stres skorları müdahale grubunda anlamlı derece yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdaki kısa görüşme modelinin tip 2 diyabet hastalarının öz yeterliliklerini arttırmak için faydalı olduğu bulunmuştur. Kısa görüşmeler diyabet hastalarında kendine güveni arttırmakta ve kendi kendine diyabet yönetimini kolaylaştırmaktadır(24).

Çalışmamızda motivasyonel teknik kullanılarak yapılandırılmış kısa görüşmelerle tip 2 diyabet hastalarının fiziksel aktivite ve beslenme durumunda iyileşme sağlanmıştır. Çalışmamızın temelinde birinci basamakta etkin ve pratik uygulanabilirlik arayışı yer almaktadır. Diğer kısa görüşme teknikleri gibi bizim yapılandırdığımız kısa görüşme düzeni de etkili olmuştur. Özellikle BATHE tekniği birinci basamağa özgü geliştirilmiştir. Bizim çalışmamızın BATHE'ye benzer yanı tamamen birinci basamak için düşünülmüş ve uygulanmış olmasıdır. Çalışmamızdaki kısa görüşme modeli aile hekimliği bakış açısıyla birinci basamak hekimlerinin mevcut hasta yoğunluğunda hızlı ve kolay kullanabilecekleri şekilde basamaklandırılmıştır. Kısa görüşme modelimizin kronik hastalıklarda süreç odaklı ve kişi merkezli olacak şekilde geliştirilmiş olması önemli bir farklılığıdır. Çalışmamızdaki kısa görüşme modeli kalıp kelimeler üzerinden değil, durumlar üzerinden şematize edilmiş olup uygulayanların rahat anlayabileceği bir tarz ile oluşturulmuştur.

Bundan sonra bu yöntemin birden fazla hekimin katılacağı çok merkezli bir çalışmada kullanılması ihtiyacı doğmuştur.

4.3 SONUÇ

4.3.1 Primer Çıktılar

Egzersiz

Çalışmamızdaki kısa görüşme modeli primer hedefimiz olan bir haftalık adım sayısı ortalamasının 1300 adım arttırılmasında etkili bulunmuştur. Hastaların adım sayısı artarken buna paralel olarak EPAQ2 aktivite puanı da artmıştır.

Beslenme

Çalışmamızdaki kısa görüşme modeli tip 2 diyabet hastalarında beslenme durmunun

iyileştirilmesinde faydalı olmuştur. Primer hedef olan 300 kkal azaltmak yeterli hasta sayısına ulaşılamadığı için tam olarak değerlendirilememiştir. Bu durumun, hastaların fazla kilolu ve obez olmalarına rağmen günlük aldıkları kaloriyi <1600 olarak besin tüketim anketlerini doldurmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bunun yanısıra sekonder hedeflerimizden olan ana ve ara öğün sayısının arttırılması ve günlük toplam öğün sayısının altı olması konusunda müdahalemiz etkin bulunmuştur.

4.3.2 Sekonder Çıktılar

Motivasyon durumu

Başlangıç ve 3. ay motivasyon durumlarını değerlendirecek olursak hastaların diyabet tedavisinde beslenme ve egzersize verdikleri önem yüksek olmakla birlikte; diyet ve egzersiz yapabileceklerine dair kendilerine olan güveni aynı derecede yüksek saptanmamıştır. Ancak müdahale sonrası 3. ayda müdahale grubunda hastaların diyet ve egzersiz yapabileceklerine dair kendilerine olan güveni anlamlı derecede artmıştır **(p<0,001)**.

Ölçekler

EQ5D: Müdahale grubunda 3. ayda yaşam kalitesi puan ortalaması artmıştır. Bunun sebebi olarak beslenme ve egzersize uyumun hastaların tedavilerine katkı sağlaması olarak düşünülebilir.

CBDA: Öz yeterlilik alt ölçeği hastaların diyabet yönetimi ile ilgili sorular içerdiğinden 3. ayda müdahale grubunda hastaların motivasyon- kendine güven düzeyleri arttıkça öz yeterlilik alt ölçek puanları da artmıştır.

Tip 2 diyabet hastalarında beslenme ve egzersizin düzenlenmesi için motivasyonel teknikler baz alınarak yapılandırılmış kısa görüşmelerin faydalı olduğu görülmüştür. Mevcut kısa görüşmelerden farklı bir düzeni olmasına rağmen görüşmelerin etkin bulunması görüşme düzeninin kolay ve anlaşılabilir olduğunu doğrulamaktadır. Bu sebeplerle çalışmamızdaki kısa görüşme modelinin birinci basamak hekimlerince kullanılması önerilmektedir.

5.KISITLILIKLAR

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında tüm müdahale sürecinin tek hekimle yapılması bu nedenle hekimin kişilik yapısına bağlı özelliklerin motivasyonel müdahalenin etkisine katkısı bilinmemektedir. Ancak çalışmamızın güçlü yönü olarak kontrol grubundaki katılımcılarla da randomizasyon öncesi aynı hekimin görüşmüş olması bu etkiyi nispeten her iki grup için de eşitlemeye çalışmasıdır.

Besin tüketim anketinde her iki grupta çoğunluğun günlük aldıkları kalorinin <1600 kkal olması beyana dayalı olmasından kaynaklanmış olabilir. Katılımcılarımızın tamamının BMI >25 olduğu düşünülünce bu durum kişilerin besin tüketim anketi dolduracakları için o gün her zamankinden daha az yemiş olabilecekleri ya da porsiyonları olduğundan az tarif etmiş olabileceklerini düşündürmektedir.

Başlangıç EPAQ2 düzeylerini incelediğimizde müdahale grubunun ortalama değerleri anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p<0,05$). Bu durum diğer hekimler tarafından hasta yönlendirilirken zaten fiziksel aktivitesi düşük olduğu bilinen kişilerin araştırmacıya yönlendirmiş olması ile açıklanabilir.

6.KAYNAKLAR

1) Türk endokrin ve metabolizma derneği, Diyabetus mellitus ve komplikasyonlarının tanı ve tedavi kılavuzu, 2014: 15-70 (http://www.turkendokrin.org/files/15055_DIYABET_web(1).pdf)

2) 'Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması), (http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf)

3) Celina Stafie. Therapeutic Patient Education for the Self Management of Chronic Dieases. Romanian Journal of Bioethics, Vol. 7, No. 2, April – June 2009 :103-105

4) Broadbent E, Donkin L, Stroh JC. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabeticpatients. Diabetes Care. 2011 Feb;34(2):338-40

5) Cramer J. A., Benedict A., Muszbek N., Keskinaslan A., Khan Z. M. The significance of compliance and persistence in thetreatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review. Int J Clin Pract. 2008 Jan; 62(1): 76–87.

6)Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), short and long forms, November 2005, 2-12.

7)De Greef K., Deforche B., Tudor-Locke C., De Bourdeaudhuij I. Increasing Physical Activity in Belgian Type 2 Diabetes Patients: a Three Arm Randomized Controlled Trial. International Journal of Behavioral Medicine Close:block:publicationBlock 18.3 (Sep 2011): 188-198

8)Weinstock R. S., Brooks G., Palmas W., Morin P. C., Teresi J. A., Eimicke J. P., Silver S., Izquierdo R., Goland R., Shea S. Lessened decline in physical activity and impairment of older adults with diabetes with diabetes with telemedicine and pedometer use: results from the IDEATel study. Oxford University Press on behalf of the British Geriatric Society, Age Ageing. 2011 Jan;40(1):98-105.

9) Vural B., Acar Ö. T., Tuncay M. F., "Modifiye Morisky Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması", Turkish Family Physician 2012, 3(2):17-20

10) Tamir O, Wainstein J, Raz I, Shemer J, Heymann A. Quality of life and patient-perceived difficulties in the treatment of type 2 diabetes. Rev Diabet Stud. 2012 Spring;9(1):46-54
11) Peytremann-Bridevaux I, Lauvergeon S, Mettler D, Burnand B. Diabetes care: Opinions, needs and proposed solutions of Swiss patients and healthcare professionals: a qualitative study. Diabetes Res Clin Pract. 2012 Aug;97(2):242-50
12) Svenningsson I, Björkelund C, Marklund B, Gedda B. Anxiety and depression in obese and normal-weight individuals with diabetes type 2: a gender perspective. Scand J Caring Sci. 2012 Jun;26(2):349-54
13) Porojan M, Poantă L, Dumitraşcu DL. Assessing health related quality of life in diabetic patients. Rom J Intern Med. 2012 Jan-Mar;50(1):27-31
14) Baban A., Cracıun C., Changing health risk behaviours : a review of theory and evidence- based interventions in health psychology Vol 7, No. 1, 2007, 45-67. Romania.
15) McWhinney I. The importance of being different. British Journal of General Practice 1996 Jul;46:433–6.
16)Wardle J, Haase AM, Steptoe A, Nillapun M, Jongwutiwes K and Bellisle F. Gender differences in food choice: the contribution of health beliefs and dieting. Annals of Behavioral Medicine. 27, 2004, 107-116
17) Searight H. R., PhD, MPH, Realistic Approaches to Counseling in the Office Setting, American Academy of Family Physicians, *Am Fam Physician.* 2009 Feb 15;79(4):277-284
18) Johnson ST, Mundt C, Qiu W, Soprovich A, Wozniak L, Plotnikoff RC, Johnson JA. Increase in Daily Steps After an Exercise Specialist Led Lifestyle Intervention for Adults With Type 2 Diabetes In Primary Care: A Controlled Implementation Trial , J Phys Act Health.2015 Jan 29.

19)Stefan N. J., Schmid M. and Grüninger U. The “Health Coaching” programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. Neuner-Jehle et al. BMC Family Practice 2013, 14:100 (http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/100)

20) Lawton J., Ahmad N., Hanna L., Douglas M. and Hallowell N. 'I can't do any serious exercise': barriers to physical activity amongst people of Pakistani and Indian origin with Type 2 diabetes . HEALTH EDUCATION RESEARCH Vol.21 no.1 2006 Theory & Practice Pages 43–54 Advance Access publication 13 June 2005

21)Vinter-Repalust N., Petrièek G., Katiæ M. Obstacles which Patients with Type 2 Diabetes Meet while Adhering to the Therapeutic Regimen in Everyday Life: Qualitative Study . 45(5):630-636,2004 crot. med. jour. Clinical Sciences CMJ.

22)Carels RA, Darby L, Cacciapaglia HM, et. AL. aplying a srepped-care approach to the treatment of obesity. 2005.

23)Kreuter M.W. and Strecher V.J . Do tailored behavior change messages enhance the effectiveness of health risk appraisal? Results from a randomized trial . heaLTH EDUCATION RESEARCH Vol.11 no.l 1996 Theory & Practice Pages 97-105

24)Wallace AS, Seligman HK, Davis TC, Schillinger D, Arnold CL, Bryant-Shilliday B, Freburger JK, DeWalt DA. Literacy-appropriate educational materials and brief counseling improve diabetes self-management. 2009.

25)Patel N. K., MD, MPH, and Parchman M. L., MD, MPH . The Chronic Care Model and Exercise Discussions during Primary Care Diabetes Encounters . J Am Board Fam Med 2011;24:26–32.

26) Griffin S.J, Simmons R. K., Prevost A.T., Williams K. M., Hardeman W., Sutton S., Brage S., Ekelund U., Parker R. A., Wareham N.J., Kinmonth A.L. On behalf of the ADDITION-Plus study team . Multiple behaviour change intervention and outcomes in recently diagnosed type 2 diabetes: the ADDITION-Plus randomised controlled trial . Diabetologia (2014) 57:1308–1319 DOI 10.1007/s00125-014-3236-6

27) Aktürk Z., Dağdeviren N., Türe M., Tuğlu C. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Tarama Ölçeğinin Türkçe Çeviriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği Türk Aile Hek Derg 2005; 9(3): 117-122

28)Coşansu G., Erdoğan S. Çok Boyutlu Diyabet Anketi Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010; 13: 4
29) Turgut Ç. Hasta Perspektifinden Diyabet ve Davranış Değişikliği. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2013.
30) Penn L, Moffatt SM, White M. 'Participants' perspective on maintaining behaviour change: a qualitative study within the European Diabetes Prevention Study.' United Kingdom, 2007. (BMC Public Health. 2008 Jul 10; 8: 235)
31) Vermeire E. ,Van Royen P. , Coenen S. , Wens J. , Denekens J. , 'The adherence of type 2 diabetes patients to their therapeutic regimens: a qualitative study from the patient's perspective'. Antwerp, Belgium. 2002. (Practical Diabetes International 08/2003; 20(6):209 - 214)
32) Patel A., Grant M., Gregory S.K. ,Justin WL. Keogh L. ' General practitioners' views and experiences of counselling for physical activity through the New Zealand Green Prescription program.' Auckland, New Zealand. 2010. (BMC Family Practice 2011, 12: 119)
33) McKenna J, Naylor T, McDowell N. Barriers to physical activity by general practitioners and practice nurses. Br J Sports Med. 1998;32:342–247
34)Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler Çalıştay Raporu 2010. 3. Çalışma grubu sf:51-60.
35) Lawton J, Fox A, Fox C, Kinmonth AL. 'Participating in the United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS): a qualitative study of patients' experiences.' Edinburg, United Kingdom. 2002. (The British Journal of General Practice ,The Journal of The Royal College of General Practitioners. 2003 May;53(490):394-8)
36) Aydemir Ö., Ergün H., Soygür H., Kesebir S. 'Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma' 2009. Manisa, Türkiye. (Türk Psikiyatri Dergisi 2009; 20(3):205-212)
37)Nordman J. 2008. Noordman et al. BMC Family Practice 2010, 11:87 http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/87
38) Preat S. F., Luc J. C. Van Loon L. J. C. Exercise therapy in Type 2 diabetes. Acta Diabetol (2009) 46:263-278. Doi:10.1007/s00592-009-0129-0

39) Mcwhinney I. R., Freeman T. Aile Hekimliği Kitabı, Türkçeye çeviri Güldal D., Medikal Akademi. Sf:140-170.3. Basım. 2012.

40) Levounis P., Arnaout B. Handbook of Motivation and Change. A Practical Guide for Clinicians. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC, London, England. Pg:25-129. 2010.

41) Miller W. R., Rollnick S. Motivasyonel Görüşme Kitabı. Türkçeye çeviri Karadağ F., Ögel K., Tezcan E. Boylam Psikiyatri Enstitüsü, Ankara. 2009.

42)Stuart M., Lieberman III A. The Fifteen Minunte Hour: Therapeutic Talk in Primary Care. Radcliffe Publishing, Oxford, New York. 2008

43) **Saslow LR**, **Kim S**, **Daubenmier JJ**, **Moskowitz JT**, **Phinney SD**, **Goldman V**, **Murphy EJ**, **Cox RM**, **Moran P**, **Hecht FM**. A randomized pilot trial of a moderate carbohydrate diet compared to a very low carbohydrate diet in overweight or obese individuals with type 2 diabetes mellitus or prediabetes. **PLoS One.** 2014 Apr 9;9(4):e91027. doi:10.1371/journal.pone.0091027. eCollection 2014

44) Johnson ST, **Mundt C**, **Qiu W**, **Soprovich A**,**Wozniak L**,**Plotnikoff RC**,**Johnson JA**., Increase in Daily Steps After an Exercise Specialist Led Lifestyle Intervention for Adults With Type 2 Diabetes In Primary Care: A Controlled Implementation Trial , **J Phys Act Health.**2015 Jan 29

45) Hankonen N., Sutton S., Prevost A. T., Simmons R. K., Griffin S.J., Kimmonth A. L., Hardeman W. Which behavior change techniques are associated with changes in physical activity, diet and body mass index in people with recently diagnosed diabetes? Ann. Behav. Med. (2015) 49:7-17. Doi:10.1007/s12160-014-9624-9

46) Patel A., Grant M., Gregory S.K. ,Justin WL. Keogh L. ‘ General practitioners' views and experiences of counselling for physical activity through the New Zealand Green Prescription program.’ Auckland, New Zealand. 2010. (BMC Family Practice 2011, 12: 119)

47) Caner S. , Ersoy R. BİRİNCİ BASAMAKTA DİYABETES MELLİTUSA YAKLAŞIM’ 2009, Ankara, Türkiye. (Ankara medical journal; s: 41-44)

48) Chen SM, Creedy D, Lin HS, Wollin J., 2012 Jun;, Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes intype 2 diabetes: a randomized controlled trial. (Int J Nurs Stud. 49(6):637-44. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.011. Epub 2011 Dec 30.)

49) Rosenbek Minet LK, Wagner L, Lønvig EM, Hjelmborg J, Henriksen JE Diabetologia. 2011 Jul, The effect of motivational interviewing on glycaemic control and perceived competence of diabetes self-management in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus after attending a group education programme: a randomised controlled trial. (;54(7):1620-9. doi: 10.1007/s00125-011-2120-x. Epub 2011 Apr 1.)
50) Van den Arend IJ, Stolk RP, Krans HM, Grobbee DE, Schrijvers AJ. Management of type 2 diabetes: a challenge for patient and physician. [Review] Patient Education & Counseling.2000;40:187–94.
51) Dimeo F, Bauer M, Varahram I, Proest G, Halter G. Benefits of aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study. Br J Sports Med. 2001;35:114–117
52) Heisler M, Vijan S, Anderson RM, Ubel PA, Bernstein SJ, Hofer TP: When do patients and their physicians agree on diabetes treatment goals and strategies, and what differences does it make?
53) Vermeire E, Van Royen P, Coenen S, Wens J, Denekens The adherence of type 2 diabetes patients to their therapeutic regimens: patients' perspective. A qualitative study. Pract Diabetes Int. 2003;20:209–214. doi: 10.1002/pdi.505.
54) Linmans J. J., Spigt M. G., Deneer L., Lucas A. EM., Bakker M., Gidding L. G, Linssen R., Knottnerus A. J.. Effect of lifestyle intervention for people with diabetes or prediabetes in real world primary care: propensity score analysis. BMC Family Practice 2011, 12:95. www.biomedcentral.com/1471-2296/12/95

……

EKLER

BECK ENVANTERİ
Açıklama
Bu ankette yedi grup ifade bulunmaktadır. Her gruptaki ifadeleri dikkatle okuduktan sonra bugün dahil olmak üzere son iki haftadaki duygu durumunuzu en iyi açıklayan ifadeyi seçiniz. Seçtiğiniz ifadenin yanındaki sayıyı daire içerisine alınız. Eğer bir grupta birden fazla ifade sizin durumunuza uyuyorsa en yüksek puanı alan ifadeyi seçiniz.

1. Üzüntü
0 Üzgün değilim.
1 Zaman zaman üzgünüm.
2 Her zaman üzgünüm.
3 Dayanamayacak kadar üzgün ve mutsuzum.

2. Kötümserlik
0 Gelecekten umutsuz de¤ilim.
1 Geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum.
2 Gelecekten çok umutsuzum.
3 Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.

3. Geçmişteki başarısızlıklar
0 Kendimi başarısız görmüyorum.
1 Yapabileceğim kadar başarılı olamadım.
2 Geriye baktığımda pek çok başarısızlık görüyorum.
3 Kendimi bir insan olarak tamamen başarısız görüyorum.

4. Kendini beğenmeme
0 Kendi hakkımda her zamanki gibi hissediyorum.
1 Kendime olan güvenim azaldı.
2 Kendimle ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum.
3 Kendimden nefret ediyorum.

5. Kendini suçlama
0 Kendimi her zamankinden fazla eleştirmiyor ve suçlamıyorum.
1 Kendimi her zamankinden fazla suçluyorum.
2 Kendimi bütün hatalarım için suçluyorum.
3 Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

6. İlgi kaybı
0 Diğer insanlara ve olaylara olan ilgimi kaybetmedim.
1 Diğer şeyler ve insanlar eskisine göre daha az ilgimi çekiyor.
2 Diğer şeyler ve insanlara olan ilgimin çoğunu kaybettim.
3 Herhangi bir şeye ilgi duymakta çok zorlanıyorum.

7. İntihar düşüncesi veya isteği

0 Kendimi öldürme gibi düşüncelerim yok.
1 Kendimi öldürme düşüncem var ama bunu yapmam.
2 Kendimi öldürmek isterdim.
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

Modifiye Morisky Ölçeği

a) İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?

□ Evet □ Hayır

2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?

□ Evet □ Hayır

3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?

□ Evet □ Hayır

4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?

□ Evet □ Hayır

5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?

□ Evet □ Hayır

6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?

□ Evet □ Hayır

Hasta Formu

Ad-Soyad: **Telefon:**

<u>İLK GÖRÜŞME:</u> **Tarih:**

1.Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek

2.Yaş:……..

3**.Eğitim düzeyi:** 1) Okur yazar 2)İlk ögretim 3) Lise 4)Üniversite

4**.Meslek:** 1) Ev hanımı 2) Çalışmıyor 3) Halen çalışıyor 4) Emekli

5**.Gelir durumu:**

1) Haneye gelen toplam gelir yaşadığınız ülkenin gelir ortalamasının altında
2) Haneye gelen toplam gelir yaşadığınız ülkenin gelir ortalamasında
3) Haneye gelen toplam gelir yaşadığınız ülkenin gelir ortalamasının üstünde

6**.Yalnız mı yaşıyorsunuz?:** 1) Evet 2) Hayır

Hayırsa hastalığınızla ilgili evde size **destek** olan kimseler var mı?

……

Hastalığınızla ilgili evde destek alamadığınız kimseler var mı?

……

7**.Alışkanlıklar?:** 1) Yok 2) Sigara 3) Alkol 4) Diğer

8**.Evde yemeği kim yapıyor?** 1) Kendisi 2) Diğer

9**. Günlük tükettiği su miktarı?** ……. Su bardağı kadar

10. Aktif günlük yaşam: 1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok (aktif: çoğunlukla hareket halinde geçen, oturulan zamanın az olduğu)

11. Beslenme durumu: Günlük öğün sayısı: ….Ana, … ara öğün

3. AY: **Tarih:**

12.Kilo:……..kg

13.HbA1c:……

14.Günlük tükettiği su miktarı? ……. Su bardağı kadar

15.Aktif günlük yaşam: 1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok (aktif: çoğunlukla hareket halinde geçen, oturulan zamanın az olduğu)

16.Beslenme durumu: Günlük öğün sayısı: ….Ana, … ara öğün

---

ilk görüşme beslenme günlüğü kalori:

ilk görüşme adım sayısı 1 haftalık ortalama:

3. ay beslenme günlüğü kalori:

3. ay adım sayısı 1 haftalık ortalama:

BESLENME GÜNLÜĞÜ 1günlük

Ölçüler su bardağı, çay bardağı, yemek kaşığı, tatlı kaşığı, çay kaşığı, kepçe, kase ve ekmek dilimi şeklinde olmalıdır.

Sizin için normal (her zamanki gibi) bir günde beslenme günlüğünü doldurunuz.

KAHVALTI:
saat:

ARA ÖĞÜN:
saat:

ÖĞLEN:
saat:

ARA ÖĞÜN:
saat:

AKŞAM:
saat:

ARA ÖĞÜN:
saat:

SU:

DİĞER:

ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (kısa) (EPAQ2)

Bu bölümdeki sorular son 7 gün içerisinde fiziksel aktivitede harcanan zamanla ilgilidir. Lütfen son 7 günde yaptığınız şiddetli fiziksel aktiviteleri düşünün. (işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence vb.)

Şiddetli fiziksel aktiviteler yoğun fiziksel efor gerektiren ve nefes alıp verme temposunun normalden çok daha fazla olduğu aktivitelerdir. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika süre ile yaptığınız aktiviteleri düşünün.

1.Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol, veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?
Haftada____gün
□ Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. →(3.soruya gidin.)

2.Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?
Günde____saat
Günde____dakika

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3.Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç.
Haftada____gün
□ Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. →(5.soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?
Günde____saat
Günde____dakika

Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5.Geçen 7 gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?
Haftada____gün
□ Yürümedim. →(7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?
Günde____saat
Günde____dakika

Son soru, geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dâhildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7.Geçen 7 gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?
Günde____saat
Günde____dakika

MOTİVASYON DURUMU

BESLENME ÖNEM

Diyabet (şeker) hastalığınız için **diyet** yapmanın sizin için ne kadar önemli olduğunu söylerdiniz?

(0-10 arası)

BESLENME GÜVEN

Diyet yapmaya karar vermiş olsanız bunu yapabileceğinize dair kendinize ne kadar güveniniz olduğunu söylerdiniz?

(0-10 arası)

EGZERSİZ ÖNEM

Diyabet (şeker) hastalığınız için **diyet** yapmanın sizin için ne kadar önemli olduğunu söylerdiniz?

(0-10 arası)

EGZERSİZ GÜVEN

Diyet yapmaya karar vermiş olsanız bunu yapabileceğinize dair kendinize ne kadar güveniniz olduğunu söylerdiniz?

(0-10 arası)

►*Lütfen Aşağıda Bulunan 'Genel Yaşam Kalitenizi' Değerlendirecek Olan Ölçeği Doldurunuz:*

EQ-5D GENEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

A- Hareket
1( ) Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum.
2( ) Yürürken bazı güçlüklerim oluyor.
3( ) Yatalağım.

B- Öz-bakım
1( ) Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum.
2( ) Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor.
3( ) Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim.

C- Olağan aktiviteler
*(*örneğin*, iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya b*oş *zaman faaliyetleri)*
1( ) Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum.
2( ) Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor.
3( ) Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim.

D- Ağrı/rahatsızlık
1( ) Ağrı veya rahatsızlığım yok
2( ) Orta derecede ağrı veya rahatsızlarım var
3( ) Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlarım var

E- Anksiyete/Depresyon
1( ) Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim.
2( ) Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk.
3( ) Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk.

► Bugünkü Sağlık Durumunuz :

En iyi sağlık durumu (100 puan) En Kötü Sağlık Durumu.(0 puan)

100…….90…...80..…70..…60……50..…40..…30..…20..…10.....0

ÇOK BOYUTLU DİYABET ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki her bir soruyu , yan taraftaki numaraları kullanarak , size en uygun rakamı (0 dan 7 ye kadar veya 0 dan 100 e kadar) daire içine alarak cevaplandırınız.

HİÇ 0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7 OLDUKÇA ÇOK

HİÇ EMİN DEĞİLİM 10...20...30...40...50...60...70...80...90...100 ÇOK EMİNİM

ÖZYETERLİLİK ALGISI	
Diyetinize uyabildiğinizden ne kadar eminsiniz?	10...20...30...40...50...60...70...80...90...100
Kan şekerinizi önerilen sıklıkta ölçebildiğinizden ne kadar eminsiniz?	
Düzenli olarak egzersiz yapabildiğinizden ne kadar eminsiniz?	10...20...30...40...50...60...70...80...90...100
Kilonuzu kontrol altında tutabildiğinizden ne kadar eminsiniz?	10...20...30...40...50...60...70...80...90...100
Kan şekerinizi kontrol altında tutabildiğinizden ne kadar eminsiniz?	10...20...30...40...50...60...70...80...90...100
Yasak olan yiyeceklere karşı koyabildiğinizden (kendinizi tutabildiğinizden) ne kadar eminsiniz?	10...20...30...40...50...60...70...80...90...100
Diyabet tedavinize (diyet, ilaç kullanımı, kan şekeri testi, fiziksel aktivite gibi) uyabildiğinizden ne kadar eminsiniz?	10...20...30...40...50...60...70...80...90...100

HİÇ 0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7 OLDUKÇA ÇOK

CİDDİYET ALGISI							
Diyabetinizi ne kadar ciddi bir sağlık problemi olarak görüyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
Diyabetin uzun vadede organlarınızda oluşturabileceği hasarlar hakkında ne kadar endişeleniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
Diyabetiniz hakkında ne kadar endişelisiniz?	1	2	3	4	5	6	7

SONUÇ BEKLENTİSİ ALGISI							
Diyabetinizi kontrol altında tutmak sizce ne kadar önemli?	1	2	3	4	5	6	7
Diyabetinizi kontrol altında tutmak için ilaçlarınızı önerildiği şekilde almak sizce ne kadar önemli?	1	2	3	4	5	6	7
Diyabetinizi kontrol altında tutmak için egzersiz sizce ne kadar önemli?	1	2	3	4	5	6	7
Diyabetinizi kontrol altında tutmak için kan şekerinizi ölçmek sizce ne kadar önemli?	1	2	3	4	5	6	7
Diyabetinizi kontrol altında tutmak için diyabet tedavinize bağlı kalmak sizce ne kadar önemli?	1	2	3	4	5	6	7

Uzun vadede diyabete bağlı olarak gelişebilecek hasarları (böbrek, göz, kalp ve ayakla ilgili problemler) önlemek veya geciktirmek için tedaviye bağlı kalmak sizce ne kadar önemli?	1	2	3	4	5	6	7

DESTEK ALGISI							
Eşiniz veya aynı evi paylaştığınız ve sizin için önemli olan kişi, diyabetinizle ilgili size ne kadar destek oluyor?	1	2	3	4	5	6	7
Aileniz ve arkadaşlarınız diyabetinizle ilgili size ne kadar destek oluyor veya yardım ediyor?	1	2	3	4	5	6	7
Eşiniz veya aynı evi paylaştığınız ve sizin için önemli olan kişi, diyabetli olduğunuz için size ne kadar özen gösteriyor?	1	2	3	4	5	6	7
Eşim veya aynı evi paylaştığım ve benim için önemli olan kişi diyetime uyduğum zaman beni kutlar	1	2	3	4	5	6	7
Eşim veya aynı evi paylaştığım ve benim için önemli olan kişi kan şekerimi düzenli ölçtüğüm için beni kutlar	1	2	3	4	5	6	7
Eşim veya aynı evi paylaştığım ve benim için önemli olan kişi ayaklarıma bakım yapmamı bana hatırlatır	1	2	3	4	5	6	7
Eşim veya aynı evi paylaştığım ve benim için önemli olan kişi öğün programıma uyduğum zaman beni kutlar (ana ve ara öğünler)	1	2	3	4	5	6	7

Eşim veya aynı evi paylaştığım ve benim için önemli olan kişi; diyabet ilaçlarımı (haplar ve insülin) almamı bana hatırlatır	1	2	3	4	5	6	7
Eşim veya aynı evi paylaştığım ve benim için önemli olan kişi; egzersiz yaptığım zaman besin alımını ayarlamamda bana yardımcı olur	1	2	3	4	5	6	7
Eşim veya aynı evi paylaştığım ve benim için önemli olan kişi; aile faaliyetlerini ilaçlarımı zamanında alabileceğim şekilde planlar	1	2	3	4	5	6	7
Eşim veya aynı evi paylaştığım ve benim için önemli olan kişi; egzersiz yapmam için beni teşvik eder	1	2	3	4	5	6	7
Eşim veya aynı evi paylaştığım ve benim için önemli olan kişi; diyabet ilaçlarımla (hapve insülin) ilgili bana zorluk çıkarır	1	2	3	4	5	6	7
Eşim veya aynı evi paylaştığım ve benim için önemli olan kişi; egzersiz konusunda bana zorluk çıkarır	1	2	3	4	5	6	7
Eşim veya aynı evi paylaştığım ve benim için önemli olan kişi; diyetim konusunda bana zorluk çıkarır	1	2	3	4	5	6	7
Eşim veya aynı evi paylaştığım ve benim için önemli olan kişi; kan şekerimi ölçme konusunda bana zorluk çıkarır	1	2	3	4	5	6	7

HİÇ 0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7 OLDUKÇA ÇOK

HİÇ 0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7 OLDUKÇA ÇOK

ENGEL ALGISI							
Diyabetiniz günlük aktivitelerinize ne kadar engel oluyor?	1	2	3	4	5	6	7
Diyabetiniz sosyal hayattan veya eğlenceli aktivitelerden aldığınız keyfi ve memnuniyeti ne kadar azaltıyor?	1	2	3	4	5	6	7
Diyabetiniz işlerinizdeki verimliliği ne kadar etkiliyor?s	1	2	3	4	5	6	7
Diyabetiniz eşiniz veya aynı evi paylaştığınız ve sizin için önemli olan kişi ile olan ilişkinizi ne kadar etkiliyor?	1	2	3	4	5	6	7
Diyabetiniz dilediğiniz kadar seyahat etmenizi ne kadar engelliyor?	1	2	3	4	5	6	7
Diyabetiniz sosyal ya da eğlenceli aktivitelere katılabilmenizi ne kadar etkiliyor?	1	2	3	4	5	6	7
Diyabetiniz aktivitelerinizi planlayabilmenizi ne kadar etkiliyor?	1	2	3	4	5	6	7
Diyabetiniz istediğiniz kadar aktif olabilmenizi ne kadar etkiliyor?	1	2	3	4	5	6	7

Diyabetiniz istediğiniz programa göre hareket etmenizi ne kadar önlüyor? (örneğin geç yatmak gibi)	1 2 3 4 5 6 7

Kaç yıldır DM?	
HbA1c?	
Kullandığı ilaçlar?	
Aile DM öyküsü?	
Evde başka DM li var mı?	
Diyabet takip sıklığı?	
Diyabete bağlı komplikasyon?	

Diğer hastalıklar?	Diğer ilaçlar?

Hastayı en çok rahatsız eden durum- hastalık?……

Günlük kullandığı toplam tablet sayısı?……

1.GÖRÜŞME: (problem tanımlama, empatik ilişki kurma, temas anı)

Gelecek beklentileri neler?	

Diyabetle nasıl hissediyorsunuz?	
Hastalığınızla ilgili düzeltmek istediğiniz en önemli şey ne?	
Bunun düzelmesi hayatınızı nasıl etkiler?	
Geçmiş deneyimler?	

problem listesi (hastadan)	
problem listesi (hekim)	
Problem tanımı	
Bunun/bunların düzelmesi hayatınızı nasıl etkiler?	

Güçlükler	
En çok zorlandığı durum	
Kolaylaştırıcılar	
Destek alabildiği kişiler/durumlar	

HEDEFLER:

1)

2)

3)

hastanın yorumu:

2.GÖRÜŞME:

(plan oluşturma, en fazla 3 mesaj)

Olası çözüm önerileri (hastadan)	
Alternatif çözüm önerileri (hekimden)	
Ortaklaşılmış çözüm	

Hastanın cümleleri:

Hastanın yorumu:

EV ÖDEVİ:

1)

2)

3)

4)

not:

3.GÖRÜŞME: (destek)

ödevler yaptıkları	
ödevler yapamadıkları	

Güçlükler	
En çok zorlandığı durum	
Kolaylaştırıcılar	
Destek alabildiği kişiler/durumlar	

Olası ek problemler	
Olası ek problemlere çözüm önerileri	

Hedefler:

4.GÖRÜŞME:(destek)

ödevler yaptıkları	
ödevler yapamadıkları	

Güçlükler	
En çok zorlandığı durum	
Kolaylaştırıcılar	
Destek alabildiği kişiler/durumlar	

Olası ek problemler	
Olası ek problemlere çözüm önerileri	

Hedefler:

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	**PROTOKOL KODU**	09.2015.218	70737436-050.06.04-
	PROJE ADI	Birinci Basamakta Takip Edilen Tip 2 Diyabet Hastalarında Motivasyon Odaklı ve Hasta Merkezli Kısa GörüGme Sürecinin Beslenme ile Egzersiz Davranışı Üzerine Etkisi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç. Dr. Mehmet AKMAN	

KARAR BİLGİLERİ	Tarih : 04.09.2015 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ EVET ☐ HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Doç.Dr. Elif AYDINER KARAKOÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Doç.Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Doç.Dr. Tolga GÜVEN	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Yrd.Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Av.Ümit ERDEM	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	