

Tip 1 Diyabet Yönetimi: Bir Hemşirelik Modeli Örneği♦

Type 1 Diabetes Management: Example of a Nursing Model

ÇAĞRI ÇÖVENER *
AYŞE FERDA OCAKÇI **

Geliş Tarihi: 25.12.2012, Kabul Tarihi: 28.02.2013

ÖZET

Dünyada sıklığı artan ve görülme yaşı gittikçe azalan Tip 1 diyabet, iyi yönetildiğinde çocuk ve ergenlerin kaliteli bir yaşam sürdürmelerine engel oluşturmamaktadır. Bunun gerçekleşmesinde diyabet eğitimi sağlayan hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Ülkemizde diyabet eğitim hemşireleri tarafından diyabet merkezlerinde eğitimler verilmesine karşın bu eğitimlerin verilmiş biçimleri bir standarda oturtulmamıştır.

Hemşirelik uygulamalarının sistematize edilmesinde ve hemşirelik araştırmalarına yön vermede kullanılan kuram ve modeller, bakıma yansıtıldığında çözüm getirci yaklaşım sağlayarak hemşirelik bakımının kalitesini artırır. Hemşirelik bakımında verilen eğitimlerin standartlaştırılması bakımın kalitesini ve profesyonelliği artırır. Bu makalede, Sağlık Geliştirme Modeli ile Tam Öğrenme Kuramı kullanılarak Tip 1 diyabetli çocuk/ergenler için diyabet eğitiminin standartlaştırılmasına yönelik bir örnek verilmiştir. Bu örneğin farklı kronik hastalıkların yönetimine de uyarlanabilir nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Çocuk/ergen; diabetes mellitus; hasta eğitimi; hemşirelik; kuram; model.

ABSTRACT

An increase in the incidence of Type 1 diabetes in the world and a decrease in the age of onset does not mean a lower quality of life for diabetic adolescents and children when well-managed. Nurses providing diabetes education have important responsibilities in realizing this. Although there are education programs in diabetes centers by specialist nurses in Turkey, no standardized education has been established.

The quality of nursing care increases by providing solution-focused approaches when theories and models are implemented to systematize nursing practices and give direction to nursing research. Standardizing education in nursing care improves the quality of care and professionalism. In this article, an example is given in order to illustrate the diabetes education standards for adolescents/children with Type 1 diabetes by using Type 1 Diabetes Management Model based on the Health Promotion Model and Mastery Learning Theory. It is believed that this example may be adapted for the management of different chronic diseases.

Key words: Child/adolescent; diabetes mellitus; patient education; nursing; theory; model.

♦ Bu makale, 1-2 Aralık 2011 tarihlerinde İstanbul'da düzenlenen "1st Pediatric Nursing Associations of Europe (PNAE) Congress on Pediatric Nursing"de sözel bildiri olarak sunulmuştur.

* Ç Çöven, Dr.
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tıbbiye Cad. No: 40 34668 Haydarpaşa, Üsküdar / İstanbul
Tel.: 0 216 330 20 70-1158 Faks: 0 216 418 37 73
e-posta: ccoven@hotmmail.com, ccoven@gmail.com

** A F Ocakçı, Prof.Dr.
Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Güzelbahçe Sk. No:20, 34365 Nişantaşı / İstanbul
Tel.: 0 212 311 26 01 Faks: 0 212 311 26 02
e-posta: afocakci@hotmail.com

Tip 1 diyabetli bireyler tüm dünyada diyabetlilerin %5-10'unu oluşturmaktadır.^[1] Ülkemizde Tip 1 diyabetin insidansı ve/veya prevalansını tespit eden güncel çalışmalar bulunmamaktadır.^[2] Ancak, 1996 yılında 0-15 yaş arası Tip 1 diyabetlilerle yapılan insidans çalışmasına (Ulusal Çocuk ve Adölesan Çağı Diyabeti Veri Toplama (UÇADİVET) Çalışması) göre bu oran yılda 100.000'de 2.52 olarak saptanmıştır.^[3] Yerel çalışmalar, tüm dünyada olduğu gibi Tip 1 diyabet sıklığının arttığını ve genellikle ergenlik dönemi olan başlangıç yaşının, 5-7 yaşa doğru kaydığını göstermektedir.^[2] Diyabet, etkili şekilde yönetildiğinde, yaşam kalitesi artılmakta; ancak birçok diyabetli çocuk/ergen, bireysel özelliklerden etkilenen çeşitli faktörler nedeniyle diyabet yönetimine uyum sağlayamamaktadır.^[4] Diyabetli çocuk/ergenlerde yaşam boyu sürececek sağlık sorunlarının azaltılması ya da önlenmesinde, çocuk/ergenlere diyabet yönetim becerilerini öğreten girişimlerin uygulanması diyabet eğitim hemşireleri başta olmak üzere bu alanda rol alan sağlık profesyonellerinin önemli bir sorumluluğudur.^[5]

Diyabet eğitimi, diyabet yönetiminin ayrılmaz bir parçasıdır ve dünyada diyabet eğitimi ile glisemik kontrolün sağlandığı, hastaneye yatışların azaldığı ve komplikasyonların geciktirildiği/önlendiği kabul edilmektedir. Eğitimin, diyabet yönetiminde etkili olduğu ve metabolik kontrolü iyileştirdiği araştırmalar ile kanıtlanmıştır.^[5-7] Nansel ve arkadaşlarının^[5] 11-16 yaş tip 1 diyabetli ergenlere diyabet yönetimiyle ilgili verdikleri eğitim sonucunda HbA1C düzeyinde gelişme görülmüştür. Leite ve arkadaşlarının^[6] 2000-2007 yılları arasında diyabet eğitimiyle ilgili yapılan araştırmaları inceledikleri çalışmada, 40 araştırma incelenmiş ve diyabet eğitiminin glisemik kontrol üzerindeki olumlu etkisi vurgulanmıştır. Cochran ve Conn'un^[7] yetişkin diyabetli bireylerle ilgili yaptıkları meta analizde de diyabet yönetimini geliştirmek amacıyla yapılan tüm girişimlerin diyabet yönetimi üzerine olumlu etkisi olduğu ve dolayısıyla yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır.

Diyabet eğitimi, diyabet eğitim hemşireleri, pediatrist hekim, endokrinolog, diyetisyen, psikolog tarafından yapılmakta olup diyabet eğitiminde farklı öğretim modelleri/kuramları kullanılmaktadır.^[8] Diyabetli bireylerin diyabet yönetim becerilerini geliştirmek amacıyla yapılan eğitimlerde davranış temelli yaklaşımların kullanımı önerilmektedir.^[4,9] Son 10 yıl içinde bu model ve yaklaşımların terapötik eğitimdeki etkileri açıkça görülmektedir.^[9] Jöhnsson ve arkadaşlarının^[10] 3-16 yaş yeni tanı Tip 1 diyabetli çocukların ebeveynleri (n=18) ile yaptığı kalitatif çalışmada, felsefe temelli bir kuram kullanılmış ve ebeveynlerin diyabet eğitimi hakkındaki görüşleri bu kuram doğrultusunda değerlendirilmiştir. Tang ve arkadaşları^[11] bir öğrenme kuramına (Kolb's experiential learning theory) temelli diyabette akran eğitimi programı oluşturmuşlardır. Wdowik ve arkadaşlarının^[12] çalışmasında Tip 1 diyabetli üniversite öğrencilerine (18-27 yaş) Sağlık İnanç Modeli ve Sosyal Öğrenme Kuramına temellendirilmiş diyabet eğitim programı doğrultusunda verilen eğitim sonrası, öğrencilerin HbA1C değerleri düşmüş ve diyabete ilgili bilgi düzeyleri anlamlı olarak artış göstermiştir.

Ülkemizde tip 1 diyabetli çocuk/ergenlere verilen diyabet eğitimi henüz bir standarda ulaşmamış, hemşirelerin bireysel çabalarının ötesine geçememiştir. Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation=IDF) tarafından diyabetli bireyler ve diyabetli bireylerle çalışan sağlık profesyonelleri için çeşitli rehberler oluşturulmuştur.^[13] Ülkemizde ise bu rehberlerden ikisi (Diyabet Sağlık Profesyonelleri İçin Uluslararası Eğitim Rehberi, Uluslararası Diyabet Eğitim Standartları) Diyabet Hemşireliği Derneği tarafından dilimize çevrilmiştir.^[14] Ancak, bu rehberlerin uygulanması ve sonuçları ile ilgili yayınlanmış çalışmalara rastlanmamıştır. Bu makalede, Sağlık Geliştirme Modeli (SGM) ile Tam Öğrenme Kuramı (TÖK) kullanılarak Tip 1 diyabetli çocuk/ergenlerin diyabet eğitimini standartlaştırmak için bir örnek oluşturulması amaçlanmıştır.

Hemşirelikte Model ve Kuramların Kullanımı

Hemşirelik uygulamalarının sistematize edilmesinde ve hemşirelik araştırmalarına yön verilmesinde kuram ve modellerden yararlanılmaktadır.^[15-17] Kuram, oldukça somut ve belirli kavramları bir dizi içinde görme ve bu kavramları önermelerle açıklama ya da bağlantı kurmanın bir yolu olarak tanımlanır.^[17] Hemşirelik modelleri kavramlar arasındaki ilişkileri sistematize eder, kuram ise gözlem ve önermelerin kanıtlanmış halidir. Hemşire, karar verme ve kritik düşünmede kuramsal bilgiyi sistematik bir rehber olarak kullandığında mesleki gücünü de artırmış olur.^[15] Böylelikle birbirini bütünleyen kuram ve modeller bakıma yansıtıldığında çözüm getirci yaklaşım sağlayarak hemşirelik bakımının kalitesini artırır.^[15,16]

Kuram ve modeller, hem eğitimde hem de araştırmalarda hemşirenin hedeflerine ulaşabilmesi için gerekli birer araçtır. Ancak bu araçların etkin kullanımı hemşirenin beceri ve vizyonu ile doğrudan ilişkilidir. **Diyabet eğitim hemşiresi diyabet eğitiminde kullanacağı kuram ya da modele karar vermeden şu sorulara yanıt aramalıdır:**^[18]

- Bu kuram/model diyabet eğitimi ile ilgili vizyonumla örtüşüyor mu?
- Bu kuram/model gözlemlerim ve deneyimlerimle örtüşüyor mu?
- Bu kuram/model araştırma yapmak, farklı eğitim yöntemleri geliştirmek vb için yararlı mı?

Bu makalede sunulan Tip 1 Diyabet Yönetim Modeli'ni oluşturmak için, diyabetli çocuk/ergenlerin diyabet eğitiminin temel hedefi olan davranış değişikliği ve sağlık geliştirme kavramından yola çıkılmış ve bunu gerçekleştirmek için en uygun hemşirelik modeli olan SGM'nin kullanılmasına karar verilmiştir. Ancak SGM'nde sağlığı geliştirmede gerekli uygun basamaklar verilmesine karşın bunların gerçekleştirilebilmesi için hangi yöntemin kullanılması gerektiği açıklanmamıştır. Bu nedenle SGM'nin kullanılacağı çalışmalarda bu modelin farklı eğitim teknikleri/ modelleri ile birlikte kullanılmasının daha yararlı ve kronik hastalık yönetiminde daha etkili olacağı düşünülebilir.

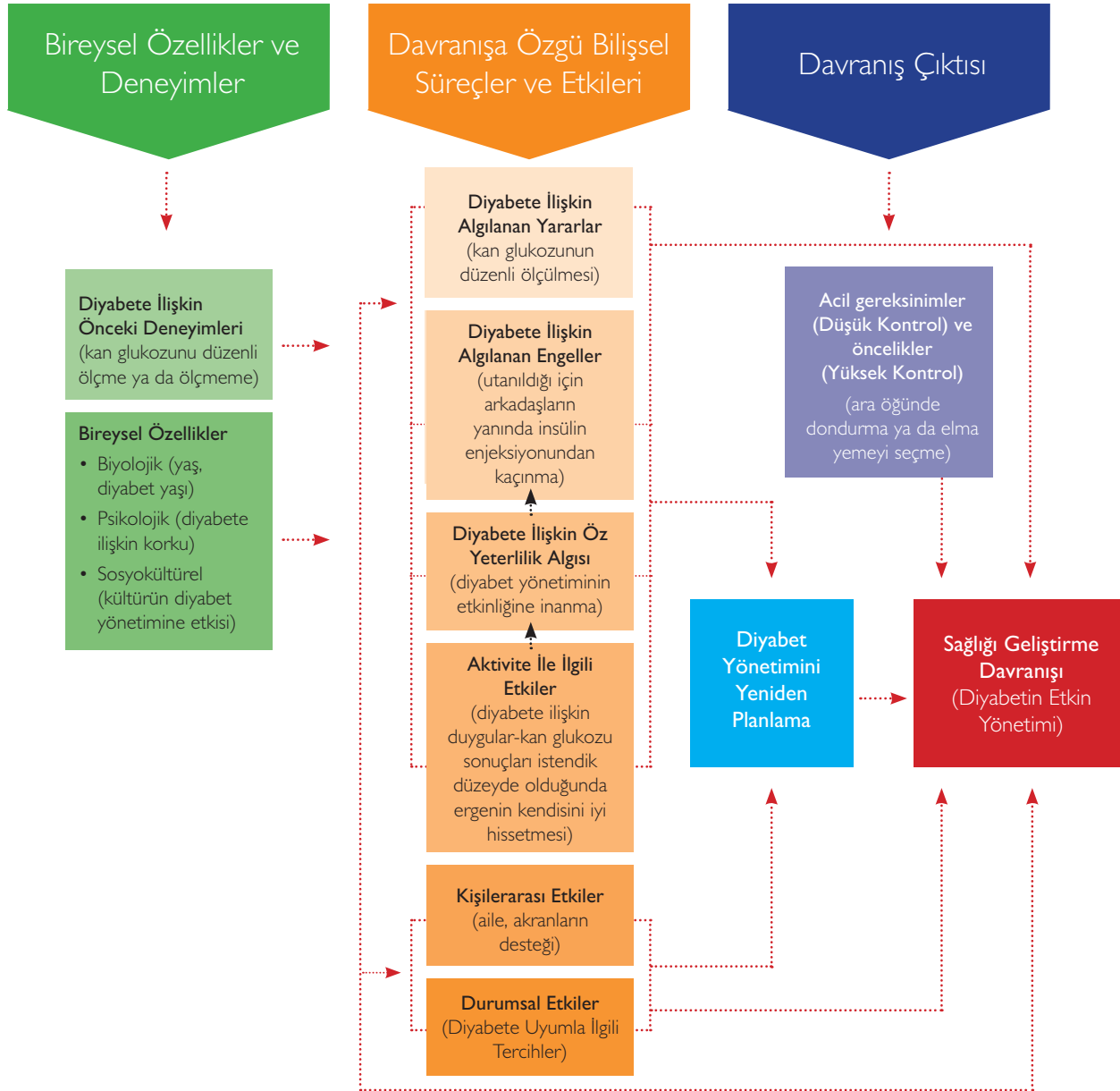
TÖK kullanılmıştır. Şekil 1'de SGM'nden uyarlanan Tip 1 Diyabet Yönetim Modeli gösterilmiştir.

Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM)

Günümüz sağlık anlayışı sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanmıştır. Birçok ülkede ulusal düzeyde yapılan çalışmalarda, yıllık ölümlerin en az %50'sinin bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu bulunmuştur.^[19,20] Sağlığı geliştirme, bireylerin kendi sağlıklarını

üzerinde kontrollerini artırmayı ve geliştirmeyi olanaklı kılan bir süreçtir.^[21]

Pender ve arkadaşlarının^[22] bildirdiğine göre, Nola Pender tarafından geliştirilen SGM, herhangi bir hastalık ya da bozukluğu önlemeye yönelik olmayıp, sağlığın geliştirilmesini başka bir ifade ile bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmesini amaçlamaktadır. 1980 yılında geliştirilen, 1987 ve 1996 yıllarında güncellenen bu model, hemşirelik ve davranış bilimlerinin bakış açılarının birleştirilmesi ile oluşturulmuştur. Bandura'nın Sosyal Öğrenme Kuramı'ndan



Şekil 1: Tip 1 Diyabet Yönetim Modeli^[33] (Sağlığı Geliştirme Modeli'nden uyarlanmıştır)

yola çıkılarak geliştirilmiş olan model, bireyin sağlığı geliştiren davranışlarını etkileyen bilişsel süreçlerin önemini açıklamaktadır.^[15,22] SGM'nin temel değişkenleri ve Tip 1 diyabette kullanımı aşağıda açıklanmıştır:

Bireysel özellikler ve deneyimler

Davranışa ilişkin önceki deneyimler: Benzer ya da aynı davranışın geçmişte yapılma sıklığını açıklar. Önceki davranışların doğrudan ve dolaylı etkileri sağlığı geliştiren davranışları (örneğin kan glukozunu düzenli ölçme ya da ölçmeme gibi) üzerinde oldukça etkilidir.^[15,22,23]

Bireysel özellikler: Bireysel özellikler; biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler olarak ayrılmıştır. Biyolojik özellikler; yaş, diyabet yaşı vb. ile ilgilidir. Psikolojik özellikler; diyabete ilişkin korkuları ve sağlık durumunu algılamadır. Sosyokültürel özellikler ise; kültürün diyabet yönetimine etkisidir. Bu faktörlerin değişkenliğine göre sağlık davranışları da farklı etkilenecektir.^[15,22,23]

Davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkileri

Davranışa ilişkin algılanan yararlar: Çocuk/ergen kazanması gereken sağlık davranışının diyabetin etkin yönetimi üzerindeki olumlu etkilerini algılar ve bilirse bu davranışa başlama ve sürdürmeye kolaylıkla karar verebilir.^[22,23] Örneğin çocuk/ergen kan glukozunu düzenli ölçmenin diyabet yönetiminde önemli olduğunu algılar ve bilirse günde dört ya da daha fazla kez kan glukozunu ölçecektir.

Davranışa ilişkin algılanan engeller: Davranışla ilgili olumsuz duygular, davranışı geliştirmeyi olumsuz yönde etkileyecektir.^[22] Örneğin çocuk/ergen arkadaşlarının alay edeceğini düşünerek utanma duygusu ile arkadaşlarının yanında insülin enjeksiyonundan kaçınabilir ve bunun sonucunda da diyabetik ketoasidoz gelişebilir. Bu tür bir olumsuz duygu diyabetin etkin yönetimini doğrudan etkileyecektir.

Algılanan öz yeterlilik: Algılanan öz yeterlilik, bireyin sağlığı geliştirme davranışını başarılı bir şekilde yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancı olarak tanımlanır.^[15,22-24] Örneğin çocuk/ergen diyabet yönetiminin sağlığı üzerindeki etkisine inanmazsa diyabetle ilgili davranışları başlatma ve sürdürmede başarısız olacaktır.

Aktivite ile ilgili etkiler: Bireyin davranış ile ilgili davranış öncesinde, sırasında ya da sonrasında olumlu duygular taşıması ve olumlu bakış açısına sahip olması, bireyin davranışa başlaması ve sürdürmesini kolaylaştırmaktadır.^[15,22] Örneğin kan glukozu sonuçları istendik düzeyde olduğunda çocuk/ergenin kendisini iyi hissetmesi ve kan glukozunu düzenli olarak ölçmeye devam etmesi.

Kişilerarası etkiler: Sağlık davranışlarını kazanma ve sürdürmede; kişilerarası etkilerin önemli olduğu belirtilmektedir. Bu etkilerin en başta gelen kaynakları aileler, arkadaşlar, akrabalar

ve sağlık görevlileridir.^[15,22,24] Bu kaynaklar, çocuk/ergen diyabetini etkin yönetmesi için gerekli davranışları kazanmasında destek olacaktır.

Durumsal etkiler: Durumsal etkiler, davranışı kolaylaştırabilen ya da engelleyebilen kişisel algılardır.^[15] Bireyin içinde bulunduğu çevre, davranışını doğrudan etkilemektedir.^[22,23] Örneğin çocuk/ergen diyabete uyumlu ilgili tercihleri (günde dört kez kan glukozunu ölçmenin çocuk/ergeni rahatsız etmesi) çevresinden gördüğü olumlu/olumsuz destek diyabet yönetimini doğrudan etkileyecektir.

Davranış çıktısı

Davranışa karar verme: Bu aşama bireyin artık sağlık davranışını sergilediği, harekete geçtiği aşamadır. Birey, davranışla ilgili olarak planladığı yöntemleri, kendi yaşam biçimine göre belirler ve düzenler.^[15] Örneğin çocuk/ergen değişen yaşam koşullarını göz önünde bulundurarak diyabet yönetimini yeniden planlayabilir.

Acil gereksinimler (düşük kontrol) ve öncelikler (yüksek kontrol): Bireyin sağlık davranışını gerçekleştirmede çevresel faktörlerin de etkisiyle davranışlar üzerinde düşük ve yüksek kontrol sağladığı durumları tanımlar.^[15] Örneğin çocuk/ergen ara öğünde dondurma ya da elma yemeyi seçerek önceliklerini belirlemesi davranış üzerinde yüksek kontrol sağladığını göstermektedir.

Sağlığı geliştirme davranışı: Sağlığı geliştirme davranışı, en iyi iyilik hali, bireysel doyum ve üretken bir yaşama sahip olma gibi olumlu sağlık çıktıları ile sonuçlanan davranışlardır.^[15,22] Diyabetin etkin yönetimi örnek olarak verilebilir.

Tam Öğrenme Kuramı (TÖK)

Benjamin Bloom^[25,26] tarafından geliştirilen kuram, uygun öğrenme koşulları ve yeterli zaman sağlandığında dünyadaki herhangi bir bireyin öğrenebileceği tüm yeni davranışları hemen hemen herkes öğrenebilir görüşüne temellenen bir eğitim felsefesidir (Şekil 2). TÖK, okuldaki %20 oranında beklenen başarıyı %75-90'a çıkaran bir öğretim sürecidir.^[25,27] Bu kuramın üç temel değişkeni ve Tip 1 diyabette kullanımı aşağıda açıklanmıştır:

Öğrenci Nitelikleri

Bilişsel giriş davranışları: Eğitime başlamadan önce, çocuk/ergenin anımsadıkları, bildikleri ile ilgisi, güdülenmişliği, tutumu gibi özellikler saptanmalı ve öğretim bu özellikler göz önünde bulundurularak düzenlenmelidir (örneğin çocuk/ergenin insülin dozunu ayarlayabilmesi için karbonhidrat sayımını bilmesi gerekliliği).^[28,29]

Duyuşsal giriş özellikleri: Çocuk/ergenin belli bir üniteyi iyi öğrenebilmesi için öğrenmeye açık olması, o üniteyi öğrenmeye istekli olması ve güçlüklerle karşılaşması durumunda bunlarla

baş edebilecek çabayı göstereceğine güvenmesi gerekmektedir.^[30] Çocuk/ergenin istekli olduğu ve kendine güvendiği zaman diyabet eğitiminin verilmesi eğitimin etkinliğini artıracaktır.

Öğretim (Öğretme-Öğrenme Süreci)

Öğrenme ünitesi: Dersin bir ünitesi, ders kitabının bir bölümü ya da öğretim programının bir konusu olabilir. Örneğin diyabetin etkin yönetimi için verilen bir eğitimin bir ünitesi insülinler olabilir.^[28]

Öğretim hizmetinin niteliği: Öğretim hizmetinin niteliğini ipuçları, pekiştireçler, katılım ve dönüt-düzeltilme olmak üzere dört öge belirlemektedir.^[26,28]

İpuçları (işaretler); öğrenciyi neyin öğrenileceğini açıklayan mesajların tümüdür. Örneğin konuşma sırasındaki vurgular, örnekler, sorular, grafikler, şemalar, modeller, filmler, resimler, demonstrasyonlar ipucu olarak kullanılabilir.^[26,28,31]

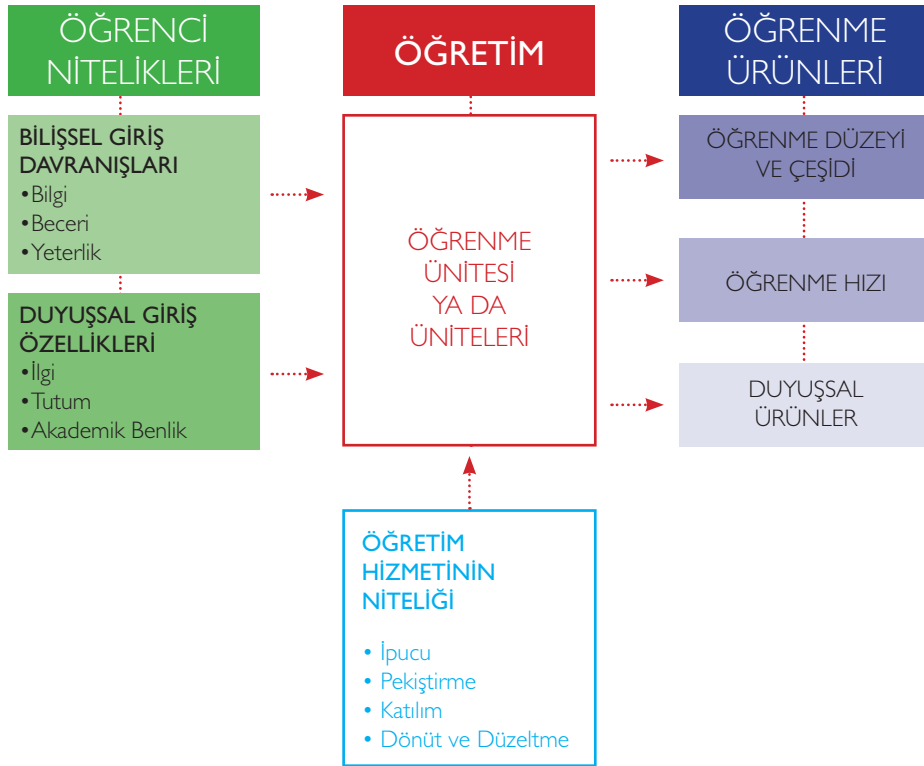
Pekiştireç; bir davranışı gösterme eğiliminin güçlendirilmesi sürecidir. Örneğin okul çocukları için “kalem, silgi” gibi maddi değer taşıyan pekiştireçler uygun olabilecekken, ergenlerde “çok iyi, tebrik ederim” gibi manevi pekiştireçler daha uygundur.^[31,32]

Katılım; çocuk/ergenin öğretim-öğrenme süreci sırasında kendisine sunulan ipuçları ve yönergeler doğrultusunda bir şeyler yapmasıdır. Bu katılım açık (çocuk/ergenin soru sorması, açıklama yapması, örnek vermesi vb) ya da zihinsel (örtülü) (çocuk/ergenin açıkça cevap vermemesi, açıklama yapmaması ancak zihinsel olarak öğrenmesi) olabilmektedir.^[26,28] Çocuk/ergenin katılımının sağlanması için farklı öğretim stratejileri, yöntem ve teknikleri (grup çalışması, drama vb.) kullanılmalıdır. Bunun için de eğiticinin zengin bir yöntem bilgisine sahip olması gerekmektedir.^[26,32]

Dönüt-düzeltilme; dönüt, çocuk/ergenin eğitimin amaçlarına uygun davranımda bulunup bulunmadığının bildirilmesi ya da hedef davranışların kazanılıp kazanılmadığının bildirilmesidir. Düzeltilme ise, belirlenen bu eksik ya da yanlışların tamamlanması ya da doğrulanmasıdır. Örneğin bir soruya verilen yanıt dönüt, yanlış verilen yanıtın doğru ifade edilmesi ise düzeltilmedir.^[32]

Öğrenme ürünleri: Öğrenme ürünleri, çocuk/ergenlerin nitelikleri ile öğretim-öğrenme sürecinin etkileşimi sonucunda elde edilir (örneğin diyabetle ilgili soruların çocuk/ergenin doğru yanıtlaması).^[25,26]

TÖK'nın uygulamasının başarılı olması için Tablo 1'de verilen basamakların eksiksiz olarak uygulanması gerekmektedir.^[28,30,31] TÖK'nın değişkenleri Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2: Tam Öğrenme Kuramı^[26]

Tablo 1: Tam Öğrenme Kuramı'nın Başarılı Biçimde Uygulanabilmesi İçin Gerekli Basamaklar

| |
|--|
| Öğretime başlamadan önce, kazandırılmak istenen hedef davranışların belirlenmesi gerekmektedir. |
| Öğretim, iyi tanımlanmış öğretim üniteleri ile örgütlenmelidir. |
| Öğretim hizmetinin niteliği, öğrenmedeki başarıyı artıran önemli bir faktör olduğu için öğretim, çocuk/ergenin giriş davranışlarına uygun olarak düzenlenmeli, davranışlar arasındaki ön koşul ilişkiler; belirlenmeli, çocuk/ergen öğrenme işine karşı güdülenerek, öğrenme işine aktif olarak katılmaları sağlanmalıdır. |
| Her ünitenin sonunda çocuk/ergene dönüt sağlayacak, öğrenme güçlüklerini saptamaya yönelik izlem testleri verilmeli, elde edilen sonuçlara göre çocuk/ergendeki öğrenme eksiklikleri tamamlanmalıdır. |
| Öğrenme için çocuk/ergene gerekli süre verilmelidir. |
| Ek öğretim-öğrenme sürecini tamamlayan çocuk/ergene paralel izleme testi uygulanarak çocuk/ergenin tam öğrenme ölçütüne ulaşmış olmadığı belirlenmelidir. |
| Bir üniteden diğerine geçmek için işlenen ünitelerde öğrencilerin tam öğrenme hedefine ulaşması gerekmektedir. En az %70'lik tam öğrenme ölçütüne göre çocuk/ergenlerin öğrenme düzeyi belirlenmelidir. |
| Çocuk/ergenler tam öğrenme ölçütüne ulaştığında bir sonraki üniteye geçilmelidir. |

Sağlığı Geliştirme Modeli ve Tam Öğrenme Kuramına Temellendirilmiş Tip 1 Diyabetli Çocuk/Ergenlerin Eğitimine Yönelik Bir Örnek

Bu örnekte amaç; diyabetli çocuk/ergenlerde diyabetin etkin şekilde yönetimini sağlayarak çocuk/ergenlerin sağlığını geliştirmektir.

Diyabet eğitimi planlanırken öncelikle çocuk/ergenin diyabete ilişkin önceki deneyimleri ve bireysel özellikleri saptanmalıdır. Bu özellikler değiştirilebilir nitelikte olmadığı için dikkatle incelenmeli ve eğitim programı bu özelliklere göre yapılandırılmaktadır.

Tip 1 Diyabet Yönetim Modeli'nin^[33] ikinci aşaması olan Davranışa Özgü Bilişsel Süreçler ve Özellikler ise değiştirilebilir faktörlerdir. Hemşire, eğitim programını bu faktörleri değiştirme ya da güçlendirme yönünde hazırlarsa amaçladığı Diyabetin Etkin Yönetimi davranışına ulaşması daha olası olacaktır (Şekil 1). Böylelikle diyabet yönetiminde asıl istenilen davranış değişikliğine de eğitim programı ile ulaşabilecektir. Hemşire planladığı eğitimi sırasında TÖK basamaklarını eksiksiz uygulaması ile çocuk/ergeni hem öğrenmeye istekli hale getirebilecek hem de çocuk/ergenin gereksinimi doğrultusunda yapacağı tekrarlarla %75-90 oranında öğrenmeyi sağlamış olacaktır. Bu model ve kurama temellendirilerek planlanacak eğitim, bireysel ya da grup eğitimi şeklinde olabilir.

Grup Eğitimi Tasarlanarak Hazırlanmış Bu Örneğin Uygulama Basamakları

- Diyabet eğitiminde temel olarak değinilen konular belirlenerek üniteler oluşturulur.
- Diyabetli çocuk/ergenler daire oluşturacak ve herkes birbirinin yüzünü görecektir şekilde yere oturur.
- Her oturumun başlangıcında diyabetli çocuk/ergenler ısınmasını sağlamak amacı ile küçük oyunlar oynanır.
- Üniteler dikkat çekme basamağı ile başlar. Bu basamak için diyabetle ilgili karşılaşılabilecek olası durumlara yönelik örnek olaylar oluşturulur ve hemşire tarafından diyabetli çocuk/ergenlerden soruna çözüm bulmaları istenir.

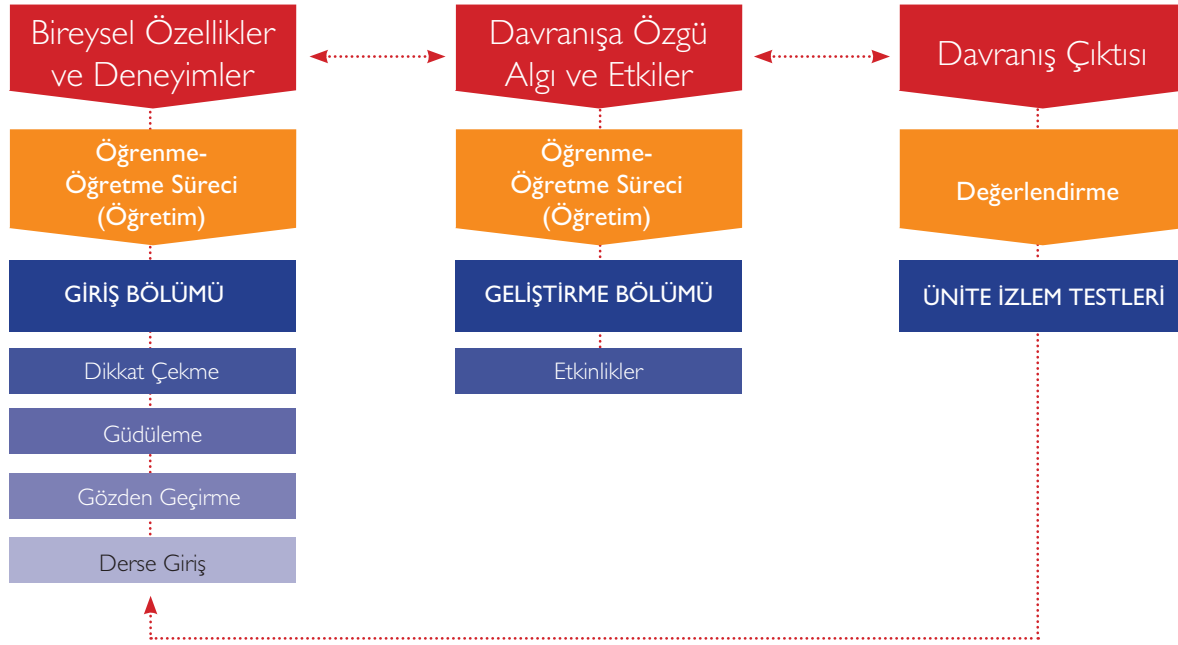
Örnek:

"Eylül ayı ve okullar yeni açıldı. Her öğleden sonra beden eğitimi dersine katılıyorsunuz ve bu derste futbol/basketbol oynuyorsunuz. Her beden eğitimi dersinden sonra kan şekerinizin düşük, yaklaşık 60 mg/dl civarında olduğunu fark ettiniz".

Ne yapardınız?

Verdiğiniz yanıtları lütfen unutmayın dersin sonunda tekrar buraya döneceğiz".

- Diyabetli çocuk/ergenlerden yanıtlar dinlenir, ancak yanıtlarla ilgili düzeltme yapılmaz. Dikkat çekme basamağının ardından diyabetli çocuk/ergenler, ünite ile ilgili güdülenerek ünitenin önemi vurgulanır, ünite içeriğinden söz edilir ve ünite hedefleri gösterilir.
- Etkinlikler basamağında interaktif öğretim yöntemi ve teknikleri kullanılarak ünite işlenir. Diyabetli çocuk/ergenler çeşitli sorularla yönlendirilir ve yanıtları bulmaları ya da konuyu tartışmaları sağlanır.
- Ünitenin işleniş sırasında hemşire tarafından hazırlanan eğitim kartları, insülin kalemleri, glukagon, glukometre gibi tedavi ile ilgili araç-gereçler, video gösterimleri vb. kullanılabilir.
- Her bir etkinliğin bitiminde dönüt ve düzeltme yapılır.
- Hemşire konu aralarında ara özet ve ara geçişler ile grubun dikkatini toplar.
- Ünite bitiminde, ünitelerde öğrenilenler hemşire tarafından kısaca özetlenir, tekrar güdüleme yapılarak ünitenin önemli bir kez daha vurgulanır.
- Kapanış bölümünde dikkat çekme basamağında verilen örnek olay tekrar hatırlatılarak katılımcıların yanıtları yazı tahtasına yazılır ve gerekli düzeltmeler yapılır.
- Her ünite sonunda, o üniteye ait çoktan seçmeli Ünite İzlem Testi uygulanır. Ünite izlem testinde başarı düzeyi grubun %80'inin %70'in üzerine başarı göstermesi olarak kabul edilir.



Şekil 3: Sağlığı Geliştirme Modelinin Tam Öğrenme Kuramına göre uygulanması^[33]

Tablo 2. “Tip I Diyabetle Yaşam Dersi” Örnek Eğitim Planı^[33]

| EĞİTİM İÇERİĞİ | TAM ÖĞRENME KURAMI ETKİLENEN ALANLAR | SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ ETKİLENEN ALANLAR |
|---|---|--|
| <p>Ünite: Tip I Diyabet ve Sağlıklı Beslenme</p> <ol style="list-style-type: none"> Sağlıklı Beslenme Programının Önemi Temel Besin Öğeleri Öğün Saatleri ve Sıklığı Yapay Tatlandırıcıların Kullanımı Glisemik İndeks, Glisemik Yük ve Karbonhidrat Sayımı Besin Etiketlerinin Okunması | <ul style="list-style-type: none"> Bilişsel Giriş Davranışları (<i>beslenme ile ilgili önceki bilgiler</i>) Duyusal Giriş Özellikleri (<i>sağlıklı beslenmenin diyabeti yönetebilmek için gerekli ve yararına inanma</i>) Öğrenme-Öğretme Süreci (<i>üniteyi öğrenme için gerekli tüm etkinlikler</i>) Öğrenme Ürünleri (<i>tüm katılımcıların ünitenin öğrenme hedeflerine ulaşması</i>) | <ul style="list-style-type: none"> Diyabete İlişkin Önceki Deneyimleri (<i>beslenme bilgileri, daha önce uyguladıkları beslenme programları</i>) Bireysel Özellikler (<i>psikolojik-beslenme programını reddetme, sosyokültürel beslenme alışkanlıkları</i>) Diyabete İlişkin Algılanan Yararlar (<i>sağlıklı beslenmenin diyabet yönetimine olumlu etkisini bilme ve algılama</i>) Diyabete İlişkin Algılanan Engeller (<i>istediği zaman her şeyi yiyememe</i>) Diyabete İlişkin Öz Yeterlilik (<i>sağlıklı beslenmeyi başaracağına inanama</i>) Aktivite ile İlgili Etkiler (<i>sağlıklı beslenildiğinde kan glukozunun regüle olması sonucu ergenin kendini iyi hissetmesi</i>) Kişilerarası Etkiler (<i>aile, akran desteği</i>) Durumsal Etkiler (<i>okulda sağlıklı besinlerin olmaması nedeniyle sağlıklı beslenme davranışlarını uygulayamama</i>) Planlama (<i>beslenme planını yeniden yapma</i>) Acil gereksinimler ve öncelikler (<i>ara öğünde dondurma ya da elma yemeyi seçme</i>) Sağlığı Geliştirme Davranışı: <i>Sağlıklı beslenme davranışı</i> |

- Bu düzeyi sağlayamayan katılımcılar için o ünite tekrarları ve bitiminde o üniteye ait Ünite İzlem Testi tekrar uygulanır.
- Tüm katılımcılar aynı başarı düzeyine ulaştığında bir sonraki üniteye geçilerek eğitime devam edilir.

Şekil 3'de yukarıdaki basamakları içeren, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinin ve Tam Öğrenme Kuramına göre uygulanması gösterilmiştir.^[33]

Tablo 2'de "Tip 1 Diyabetle Yaşam Dersi" Örnek Eğitim Planı'nda, Sağlığı Geliştirme Modeli ile Tam Öğrenme Kuramına temellendirilerek hazırlanan diyabet eğitiminin bir ünitesine ait örnek plan verilmiştir.^[33]

Sonuç

Hemşirelik bakımında verilen hasta eğitimlerin standartlaştırılması bakımın kalitesini ve profesyonelliği artırır. Bu makalede, Sağlığı Geliştirme Modeli ile Tam Öğrenme Kuramına temellendirilerek tip 1 diyabetli çocuk/ergenlere yönelik hazırlanmış diyabet eğitim örneği verilmiştir. Ülkemizde diyabet eğitim hemşireleri farkında olmadan, makalede örneği verilen modeldeki basamaklara benzer şekilde diyabet eğitimi verebilmekte ancak bunlar bireysel çabaların ötesine gidememektedir. Bununla birlikte gerçekleştirilen diyabet eğitimleri ise yapılandırılmış değerlendirme araçlarıyla test edilmemektedir.

Tip 1 Diyabet Yönetim Modeli, tüm diyabet eğitim hemşireleri tarafından kolaylıkla uygulanabilecek niteliktedir. Modelin uygulanmasında kullanılacak araç-gereçler hemşirelerin kendi imkanlarıyla oluşturabilecekleri maliyetleri oldukça düşük materyallerdir. Modelin her bir ünitesi sonunda uygulanan yapılandırılmış ünite izlem testlerinin sonuçları doğrultusunda akşayan aşamalarda model davranış değişikliğini oluşturma yönündeki gerekli değişikliklerin nasıl yapılacağı konusunda yol göstericidir. Tip 1 Diyabet Yönetim Modeli, Çöven'er'in^[33] çalışması ile test edilmiş ve yararlılığı kanıtlanmıştır. Bu nedenle, Tip 1 Diyabet Yönetim Modeli doğrultusunda hazırlanan ulusal bir eğitim programı ile tüm diyabetli çocuk/ergenlerin aynı düzeyde eğitim alacakları ve yaşam kalitelerinin de aldıkları eğitim doğrultusunda daha iyi olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda diyabet eğitim hemşireleri de verdikleri eğitimi kanıtlayabileceklerdir. Bununla birlikte model diyabetle ilgili yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalara da yön verebilecek özelliktedir. Ayrıca, bu modelin farklı kronik hastalıkların yönetimine de uyarlanabilir nitelikte olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. American Diabetes Association (ADA). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2012; 35(Suppl. 1): S64-S71.
2. Diyabet 2020: Vizyon ve hedefler. www.diyabet2020.org (Erişim tarihi: 29 Ocak 2012).
3. Günöz H, Oraltay İlgüven P. National Working Group for child and adolescent diabetics. *Diabetes, Nutrition and Metabolism* 1999; 12(3):232.
4. Amsberg S, Anderbro T, Wredling R, Lisspers J, Lins PE, Adamson U, et al. A cognitive behavior therapy-based intervention among poorly

- controlled adult type 1 diabetes patients-A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2009; 77:72-8
5. Nansel TR, Iannotti RJ, Simons-Morton BG, Cox C, Plotnick LP, Clark LM, et al. Short-term and 1-year outcomes of a diabetes personal trainer intervention among youth with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30(10):2471-2477.
6. Leite SAO, Zanim LM, Granzotto PCD, Heupa S, Lamounier RN. Educational program to type 1 diabetes mellitus patients: Basic topics. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2008; 52(2): 233-242.
7. Cochran J, Conn VS. Meta-analysis of quality of life outcomes following diabetes self-management training. *The Diabetes Educator* 2008; 34(5):815-823.
8. Bonnet C, Gagnayre R, D'Ivernois JF. Learning difficulties of diabetic patients: a survey of educators. *Patient Educ Couns* 1998; 35(SAYI):139-147.
9. Golay A, Lagger G, Chambouleyron M, Carrard I, Lasserre-Moutet A. Therapeutic education of diabetic patients. *Diabetes Metab Res Rev* 2008; 24(3): 192-196.
10. Jönhsson L, Hallström I, Lundqvist A. "Logic of care"-parents perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes. *BMJ Pediatrics* 2012; 12:165. doi: 10.1186/1471-2431-12-165.
11. Tang TS, Funnell MM, Gillard M, Nwankwo R, Heisler M. The development of a pilot training program for peer leaders in diabetes. *The Diabetes Educator* 2011; 37(1):67-77.
12. Wdowik M, Kendall PA, Harris MA, Keim KS. Development and evaluation of an intervention program: Control on campus". *The Diabetes Educator* 2000; 26(1):95-104.
13. http://www.idf.org/idf_publications (Erişim Tarihi: 04.02.2013).
14. <http://www.tdhd.org/yayinlar.php> (Erişim Tarihi: 04.02.2013).
15. Allgood MR, Tomey AM. *Nursing theorists and their work*. 7th ed. USA: Mosby; 2010. p.434-454.
16. Tokat Aluş M, Okumuş H. Başarılı emzirme için kuram ve modele dayalı hemşirelik uygulamaları nasıl geliştirilir? *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi (HEMAR-G)* 2008; 10(3):51-58.
17. Fawcett J, Watson J, Neuman B, Walker PH, Fitzpatrick JJ. On nursing theories and evidence. *J Nurs Scholarship* 2001; 33(2):115-119.
18. Anderson RM, Funnell MM, Hernandez CA. Choosing and using theories in diabetes education research. *The Diabetes Educator* 2005; 31(4):513-520.
19. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Harris WA, et al. Youth risk behavior surveillance-United States 2005. *Center for Disease Control and Prevention (CDC) Surveillance Summaries, Morbidity and Mortality Weekly Report* 2006; 55(SS 05):1-108.
20. Kulbok PA, Cox CL. Dimensions of adolescent health behavior. *J Adolescent Health* 2002; 31(5):394-400.
21. Özvarış ŞB. *Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme*. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı; 2001.
22. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 5th ed. USA: Pearson Prentice Hall; 2006. p.47-67.
23. Galloway RD. Health promotion: Causes, beliefs and measurements. *Clin Med Res* 2003; 1(3): 249-258.
24. Ronis DL, Hong O, Lusk SL. Comparison of the original and revised structure of the health promotion model in predicting construction worker's use of hearing protection. *Res Nurs Health* 2006; 29(1):3-17.
25. Block JH, Airasian PW, Bloom BS, Carroll JB. *Mastery learning theory and practice*. New York: Holt, Rinehart and Winston Inc; 1971.
26. Bloom BS. İnsan nitelikleri ve okulda öğrenme. Çeviri, DA Özçelik. İstanbul: Milli Eğitim Basımevi; 1998.
27. Demirel Ö. *Eğitimde program geliştirme*. 12. basım. Ankara: Pegem Akademi; 2009. s.160-161.
28. Senemoğlu N. *Gelişim öğrenme ve öğretim*. Geliştirilmiş 22. baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2012. s. 436-452.
29. Sönmez V. *Program geliştirmede öğretmen el kitabı*. 15. baskı. Ankara: ANI Yayıncılık; 2009. s.353-354.
30. Erden M, Akman Y. *Gelişim ve öğrenme*. Genişletilmiş 9. baskı. Ankara: Arkadaş Yayınevi; 2001. s.242-247.
31. Duman B, Çubukçu Z, Taşdemir M, Güven M, Babadoğan C, Oğuz A ve ark. Programda öğretme-öğrenme süreci. İçinde: *Öğretim ilke ve yöntemleri*. B Duman, editör. Ankara: Maya Akademi; 2008. s. 317-322.
32. Demirel Ö. *Öğretme sanatı*. Geliştirilmiş 14. baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2009. s.132-136.
33. Çöven'er Ç. *Tip 1 diyabet yönetiminde sağlığı geliştirme modeli ve tam öğrenme kuramına dayalı eğitimin etkisi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. İstanbul; 2012.