

Modül I-4

Psikososyal ve Davranışsal Yaklaşımlar

Genel Açıklama

Diabetes mellitus, diyabetli bireyler ve ailelerinin yaşamlarının her alanı üzerinde önemli etkisi olan kronik bir hastalıktır. Diyabet, çocukların ve gençlerin normal psikolojik ve sosyal gelişimlerini engelleyebilir, aile düzeninin işleyişini bozabilir. Diyabetliler, dopdolu bir yaşam sürerlerken diyabetlerini kendi başlarına düzenleme zorluğuyla karşı karşıyadırlar.

Diyabet öz-bakım uygulamalarını öğrenmek ve bu sağlık davranışlarını günlük yaşamla bütünleştirmek, diğer sorumluluklar ve yaşam stresiyle birlikte, psikolojik olarak zor ve yorucudur. Akut ve kronik diyabet komplikasyonları, kişinin iyilik halini ve hareket yeteneğini olumsuz yönde etkileyebilir.

Bireyler, diyabet yönetimleri için bireysel ihtiyaçlarını değerlendirmelerinde ve bu bireysel yönetim ihtiyaçlarıyla etkili bir şekilde başa çıkma yeteneklerinde farklılık gösterirler. Bazı diyabetliler psikolojik olarak diğerlerinden daha savunmasızdırlar ve özel dikkat gerektirirler. Bu nedenle, davranış değişimi gerçekleştirilmesinin güçlüğünden dolayı, eğitimciler öğretim becerilerinin yanında, diyabetin günlük yaşamdaki psikolojik etkisine yönelik iyi bir anlayışa ve bireylerin baş edebilme yeteneklerini geliştirebilmek için davranış bilimleri bilgisine gereksinim duyarlar.

Amaçlar

- Diyabetin etkisini diyabetli bireylerin ve ailelerinin psikolojik ihtiyaçlarını vurgulamak.
- Katılımcıları hasta merkezli bir yaklaşım kullanarak, diyabetlilerin psikolojik iyilik halini ve kendi kendine diyabet yönetimlerini geliştirmek için gerekli bilgi ve becerilerle donatmak.
- Bireysel yönetim eğitiminde davranışsal yaklaşımları ve duygusal desteği bir araya getirmek.

Hedefler

Bu modül tamamlandıktan sonra katılımcı aşağıdaki konularda yeterliliğe ulaşacaktır:

- Birey ve aile üyeleri üzerinde diyabetin ve tedavisinin psikolojik etkilerini tanımlamak
- Diyabetlilere yardımcı olan/olmayan profesyonel tutum ve davranışları tanımak.

- Katılımcı şu konuları anlamalıdır:
 - Diyabete uyumun devam eden bir süreç olduğunu ve hem erken evrelerde hem de yaşam döngüsü boyunca ele alınmasının gerekliliğini anlamak
 - Diyabetle yaşamının sıklıkla yaşam tarzında değişiklikler gerektirdiğini ve bunun dayanılması ve başarılmasının da pek çok insan için zor olduğunu kabul etmek
 - Diyabet stres ilişkisinin, özellikle de hipoglisemi korkusunun ve uzun dönem komplikasyonlarının yaygın olduğunu farkında olmak
 - Diyabete bağlı sıkıntı (distres) yaygındır ve kendini öfke, korku ve engellenme şeklinde göstererek tanıdan sonra yıllarca devam edebilir
 - Klinik depresyon diyabetli bireylerde genel popülasyondan daha fazla görülür
 - Diyabet ve stres tedavisinin gereklilikleriyle başa çıkmak için, diyabetlilerin farklı bilişsel ve davranışsal stratejiler kullanabileceklerini kabul etmek
 - Diyabet gibi, kendi kendine yönetimi gerektiren hastalıklarda bireyi yetkilendirme temelli bir yaklaşıma göre paradigma değişimi bir uyum/bağlılık yaklaşımından daha uygundur
 - Davranışsal ve duygusal bileşenleri içinde barındıran eğitimsel girişimler daha etkilidirler
- Öz-bakımın önündeki bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyal engelleri ve bu engelleri aşma stratejilerini tartışmak
- Diyabet eğitimi bağlamı içinde diyabetli bireylere ve ailelerine uygun duygusal ve davranışsal desteği anlamak ve sunmak
- Yaşam tarzı davranışlarını değiştirmeye çalışan bireye yardım etmek için gösterilmiş olan strateji ve yaklaşımları tartışmak
- Uyum ve yetkilendirme yaklaşımları arasındaki farkları yaklaşım ve stratejiler bakımından tartışmak
- Bireysel ve grup eğitimi ve bakımını etkili bir şekilde sağlamak için, bireylerin uygulamada davranış değişikliği yapmalarına yardım eden strateji ve yaklaşımları bir araya getirmek
- Diyabetli bireylerde özel bir dikkat ve uzman tedavisi gerektiren yaygın psikolojik bozukluklar (depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları, madde kullanımı gibi) hakkında bilgiye sahip olmak ve iyilik hali, bireysel yönetim davranışları ve klinik sonuçlar üzerindeki etkisini açıklamak

	<ul style="list-style-type: none"> • Toplumun diyabetle ilgili anlayışını ve tutumunu tartışmak • Diyabetli bireyler ve aileleri için mevcut olan destek hizmetlerini tartışmak
Öğretim Yöntemleri	<p>Kendi kendine yönetim eğitimi etkililiğiyle ilgili teorik kavramların ve güncel kanıtların açıklanmasına yönelik kısa ders</p> <p>Diyabetle yaşamayı (3 gün süresince diyeti sürdürme, enjeksiyon yapma, kendi kendine kan şekerini izleme gibi) ve kronik diyabet komplikasyonlarını (katarakt gözlükleri takma, buzda yürüme gibi) canlandıran aktiviteler. Bu aktivitelerin bireylere, diyabetli olmanın nasıl bir şey olduğuna yönelik, asla, gerçek bir anlayış sunmadığını belirtmek önemlidir; bu aktiviteler, diyabetin fiziksel/klinik bakımı hakkında, yalnızca, bazı deneyimler sağlamaktadır</p> <p>Rol canlandırması ve vaka çalışması aracılığıyla problem çözme de dahil olmak üzere interaktif grup çalışması</p> <p>Diyabetli birey ya da bireylerle birlikte gerçekleştirilen interaktif oturum</p>
Önerilen Süre	2-3 saat
Bu Modülün Eğitimsi	Psikolog, diyabet eğitmeni, diyabetli bireyler
Öğrenimin Değerlendirilmesi	Bir rol canlandırmasından sonra diyabetli ve uzman arasındaki etkileşimin analizi
Kaynaklar	<p>Anderson RM, Funnell MM, Arnold MS. Using the empowerment approach to help patients change behavior. In Anderson BJ, Rubin RR (Eds). <i>Practical Psychology for Diabetes Clinicians</i> 2nd edition. American Diabetes Association. Alexandria, 2002.</p> <p>Anderson B, Funnell M. <i>The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators</i> 2nd edition. American Diabetes Association. Alexandria, 2005.</p> <p>Anderson BJ, Rubin RR (Eds). <i>Practical psychology for diabetes clinicians. How to deal with the key behavioural issues faced by patients and health care teams</i>. American Diabetes Association. Alexandria, 1996.</p> <p>Bandura A. <i>Self-efficacy, the exercise of control</i>. WH Freeman and Company. New York, 1997.</p> <p>Barlow J, Wright C, Sheasby J, et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. <i>Patient Educ Couns</i> 2002; 48: 177-87.</p> <p>Brown SA. Interventions to promote diabetes self-management: State of the science. <i>Diabetes Educ</i> 1999; 25(Suppl): S52-S61.</p> <p>Donie JF. The relationship between diabetes and depression: improving the effectiveness of case management interventions. <i>Lippincott's Case Management</i> 2004; 9: 177-83.</p>

Fisher EB, Thorpe CT, Devellis BM, Devellis RF. Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: a systematic review and appraisal. *Diabetes Educ* 2007; 33: 1080-103.

Funnell MM, Anderson RM. Patient empowerment: A look back, a look ahead. *Diabetes Educ* 2003; 29: 454-64.

Gary TL, Genkinger JM, Guallar E, et al. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2003; 29: 488-501.

Gerstein HC, Haynes RB. *Evidence-based diabetes care*. BC Decker. London, 2001.

Glanz K, Rimer B, Lewis FM. *Health behavior and health education: theory, research and practice* 3rd edition. Jossey-Bass. San Francisco, 2002.

Glasgow RE. Behavioural and psychosocial measures for diabetes care: What is important to assess? *Diabetes Spectrum* 1997; 10: 12-7.

Knight KM, Dornan T, Bundy C. The diabetes educator: trying hard, but must concentrate more on behaviour. *Diabet Med* 2006; 23: 485-501.

Norris SL, Engelgau MM, Narayan KMV. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001; 24: 561-87.

Norris SL, Lau J, Smith SJ, et al. Self-management education for adults with type 2 diabetes: A meta-analysis on the effect on glycemic control. *Diabetes Care* 2002; 25: 1159-71.

Norris SL. Self-management education in type 2 diabetes. *Practical Diabetology* 2002; 22: 7-13.

Peyrot M, Kruger DF. A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes; stress, coping and regimen adherence. *J Health Soc Behav* 1999; 40: 141-58.

Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, et al. The International DAWN Advisory Panel. Resistance to insulin therapy among patients and providers: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care* 2005; 28: 2673-9.

Piette JD, Glasgow RE. Education and self-monitoring of blood glucose. In Gerstein HC, Haynes RB (Eds). *Evidence-based diabetes care*. BC Decker. Hamilton, 2001.

Piette JD, Richardson C, Valenstein M. Addressing the needs of patients with multiple chronic illnesses: the case of diabetes and depression. *Am J Manag Care* 2004; 10: 152-62.

Piette JD, Weinberger M, McPhee SJ. The effect of automated calls with telephone nurse follow-up on patient-centered outcomes of diabetes care: a randomized, controlled trial. *Med Care* 2000; 38: 218-30.

Powers MA, Carstensen K, Colon K, et al. Diabetes basics: education, innovation, revolution. *Diabetes Spectrum* 2006; 19: 90-8.

Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health Behaviour change. A guide for practitioners*. Churchill Livingstone. Edinburgh, 1999.

Roter DL, Hall JA, Merisca R, et al. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: A meta-analysis. *Med Care* 1998; 36: 1138-61.

Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 1999; 15: 205-18.

Rubin RR, Peyrot M. Men and diabetes: Psychosocial and behavioural issues. *Diabetes Spectrum* 1998; 11: 81-7.

Sabate E. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization. Geneva, 2003.

Snoek FJ, Skinner TC (Eds). *Psychology in Diabetes Care*. John Wiley and Sons. Chichester, 2000.

World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Annex I: Behavioural mechanisms explaining adherence. WHO. Geneva, 2003: 35-48.

Bu modül için ilave bilgi bir slayt sunusu olarak www.idf.org adresinden temin edilebilir