

DERLEME / REVIEW

# Diyaliz Hastalarının Beslenmesinde Davranış Değişikliği

## Behaviour Change in Nutrition of Dialysis Patients

Eylem TOPBAŞ

Yard. Doç. Dr. Amasya Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Amasya, Türkiye

**Geliş Tarihi:** 17 Kasım 2016

**Kabul Tarihi:** 25 Aralık 2016

**İletişim / Correspondence:**

Eylem TOPBAŞ

**E-posta:** eylem.topbas@amasya.edu.tr

**Özet**

Beslenme eğitiminde sıkça karşılaşılan sorunlardan birisi verilen eğitimin davranışa dönüşmemesidir. Diyaliz hastaları hem yeni tedavi modeline hem de yeni yaşam biçimine uyum sağlamak zorundadır. Ayrıca diyetlerinde birçok kısıtlama ile de karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum onların beslenme eğitimine uyumunu güçleştirmektedir. Eğitimi veren kişilerin ise, eğitim yöntemini yeniden gözden geçirmesini, davranış değişikliği sağlayan modellerin farkında olmasını gerekli kılmaktadır. Bu nedenle, bu derlemede beslenme eğitiminde davranış değişikliği nasıl sağlanır ve kullanılan davranış değişikliği modelleri nelerdir, kanıtlar çerçevesinde incelenmesi amaçlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Diyaliz, Diyaliz hastası, Beslenme eğitimi, Davranış değişikliği modelleri

**Abstract**

One of the common problems of dietetics is that diet education does not turn into behaviour. If education does not turn into behaviour it should be considered just as teaching. Dialysis patients have to accommodate themselves to both new treatment model and new life style. Besides, they have many restrictions in their diets. This makes it difficult for them to adjust to diet education. Thus, people who provide training should reconsider their education method and be aware of the models that help behavioural change. Therefore, this review aims to examine how behavioural change can be achieved in diet education and which behavioural change models are used, based on the available research.

**Keywords:** Dialysis, Dialysis patients, Nutrition education, Behavior change model

Bu derleme 21-25 Ekim 2015 tarihleri arasında Antalya/Belek'te yapılan "Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi"nde oturum konuşması olarak sunulmuştur.

## GİRİŞ

Beslenme eğitimi ve danışmanlığı verecek kişiler eğitim verdiği grubun/bireyin bireysel/kültürel özelliklerini ve beslenme biçimlerini iyi tanımalıdır. Beslenme eğitiminde amaç, bireylere doğru beslenme alışkanlıkları kazandırmaktır. Bireylere doğru beslenme alışkanlığı kazandırmak ise ancak davranış değişikliği sağlayarak mümkün olabilir. Beslenme eğitimi veren kişilerin, beslenme eğitiminde uygulanan davranış değişikliğine yönelik tedavinin nasıl verildiği, tedavinin basamaklarının neler olduğu gibi konuları bilmesi gerek-

mektedir. Bu nedenle, bu derlemede beslenme eğitiminde davranış değişikliği nasıl sağlanır ve kullanılan davranış değişikliği modelleri nelerdir, kanıtlar çerçevesinde incelenmesi amaçlanmaktadır.

Öncelikle eğitimin tanımı ve eğitimde temel ilkelere incelenmesi gerekir. Eğitim, önceden saptanmış amaçlara göre insanların davranışlarında belli gelişmeler sağlamaya yarayan planlı etkiler dizgesidir (1). Eğitim kişileri bilgilendirme, onlarda eğitilen konu konusunda bir tutum oluşmasını sağlama ve sonunda istenen davranışa

ulaştırma için geliştirilmiş dinamik sistemler bütünüdür (2). Bireylerin beslenme alışkanlıkları, doğumdan ölüme kadar olan süreçte şekillenir, sağlıklı ya da sağlıksız beslenme alışkanlıkları bu dönemlerde kazanılır. Bu süreç içinde kazanılan davranışların değiştirilmesi çok kolay olmamaktadır. Bu nedenle eğitimci eğitim vereceği grup/kişinin özelliklerini, beslenme alışkanlıklarını göz önünde bulundurarak, vermek istediği mesajları şekillendirmelidir. Bireylerde davranış değişikliği oluşturmak için uygun eğitim programlarının, modüllerinin oluşturulması ve tekrarlı eğitimlerin verilmesi önemlidir (3). Beslenme eğitiminde öncelikle eğiticinin kendini değerlendirmesi ve bazı iletişim tekniklerini (empatik yaklaşım, aktif dinleme, hastanın söylediklerini tekrar etme, hastanın doğru anladığını kontrol etme, hastanın duygularını yansıtma, olumlu bir geri bildirim verme, hastanın kültürel beslenme alışkanlıklarını göz önünde bulundurma ve eğitim planlama tekniklerini iyi kullanabilme, vb) bilmesi gerekir (4).

Diyaliz hastaları yeni tedavi modellerine uyum sağlarken ayrıca beslenmelerinde de değişiklik yapmak zorunda oldukları için davranış değişikliğini sağlamak zor olabilir. Bu nedenle eğitimcilerin bu zorluklarla baş edebilmesi için beslenme eğitiminde eğitim ortamı, eğitim zamanı, eğitimde kullanılacak materyallerin neler olabileceği, eğitim yöntemi vb bazı teknik ayrıntıları bilmesi ve bunları beslenme eğitimini planlarken kullanması gerekmektedir.

### Uygun Beslenme Eğitiminde Neler Olmalı?

Uygun beslenme eğitimi planlama, kaynak değerlendirme, organize etme, uygulama ve kontrol etme aşamalarını içermektedir (2).

**1. Planlama:** Eğitimin ne zaman nerede, ne kadar süre verileceği ve hangi mesajları (amacı belirlenmiş her parçacıkta en çok üç mesaj bulunmalı) içereceğinin belirlenmesidir.

**Eğitimin verileceği mekânın özellikleri:** Hava dar, rahat, aydınlık ve gürültüden uzak olmalıdır.

**Eğitim ne zaman verilmeli?** Eğitilecekler ve eğitim verecek kişi açısından en uygun aç ya da tok (aç tok karnına olmamalı, yorucu bir aktiviteden sonra olmamalı) zamanda belirli bir program dahilinde eğitim planlanmalı ve uygulanmalıdır (2). Örnek olarak diyaliz hastalarında fosfor kontrolünü içeren eğitim programında aşırı

fosfor tüketiminin kemik sağlığı açısından zararlı olduğunun kavratılması ve fosforlu gıdalardan uzak durma alışkanlığının geliştirilmesi konusunda eğitim verilmek istendiğinde eğitimin bir program dahilinde uygulanırsa başarıya ulaşılabılır. Program etkin bir şekilde uygulandığında hasta bu davranışı etkin bir şekilde yapacaktır. **Hastalara verilecek fosfor kontrollü eğitim parçacığında şu mesajlar yer alabilir:** Günlük alınması gereken fosfor miktarı idrarla atılmadığında vücutta birikeceği, kemik sağlığı için fosfordan uzak durması gerektiği, neskafe, kola, tahin, pekmez, çikolata vb fosfordan zengin gıdalar olduğu gibi konular yer alabilir. Süt de fosfordan zengindir ve alınması gereken miktar vücut ağırlığına uygun olarak hesaplanmalıdır.

**2. Kaynak Değerlendirme:** Uygun eğitim planı yapıldıktan sonra kaynak değerlendirme aşamasına geçilir. Eğitimi kimin, hangi yöntem ve materyalleri (kitap, gerçek besinler, model besinler, broşür, film, video vb.) kullanarak vereceği belirlenir (2). Hemodiyaliz (HD) hastalarının sıvı ve tuz kontrolünü sağlamada kitapçık ve broşür kullanılarak verilen eğitimin sıvı ve tuz kontrolünü sağlamada etkili olduğu belirtilmektedir (3).

**3. Organizasyon:** Eğitim yöntemlerinin ve kullanılacak materyalin belirlendiği aşamadır. Seçilecek eğitim yöntemi çoğunlukla katılımcıyı eğitime dahil etmeye odaklı (soru-cevap, grup tartışması, demonstrasyon, beyin fırtınası-drama, rol yapma ve hikaye anlatma, bireysel ve grup eğitimleri vb.) yöntemler olmalıdır (2). Örneğin diyaliz hastalarına verilen grup eğitimlerinde, hasta toplantılarında, tiyatro ile kişilerin kendilerini özdeşleştirdikleri ve mesajı olan eğitim programı da düzenlenebilir.

**4. Uygulama:** Yöntem ve materyal belirlendikten sonra ders akış planı (ne zaman anlatım, ne zaman grup çalışması, ne zaman resim gösterme vb ayrıntılı olarak) ve değerlendirme kriterleri belirlenir ve uygulamaya geçilir. Bireysel eğitimler, davranış değişikliği gerçekleşmesi düşünülen hastalar için kaçınılmaz bir yöntemdir (2). Grup eğitimlerinde on dakikalık ara verilmesi, bu aralarda da eğitime katılanların durumlarına uygun sıcak soğuk ikramların sunulması hastaların birbiri ile etkileşime girmelerinin sağlanması önerilmektedir (2).

**5. Kontrol Etme:** Uygulamadan sonra başarı kontrolü yapılır, aksaklıklar belirlenir, gerekli düzeltmeler yapılır, yeniden uygulanır ve tekrar kontrolden geçirilir (2).

### **Davranış Değişirme (Davranış Modifikasyonu) Nedir?**

Davranış modifikasyonu kişinin beynini yıkama, zihnini kontrol altına alma işlemi değil, aksine davranış modifikasyonu, yeni beceri ve bilgilerin öğrenilmesi, istenmeyen reaksiyonların eliminasyonu ve kişinin değişiklik için daha iyi motive olmasıdır (2). Beslenmede davranış değişikliği sağlamaya yönelik yapılacak eğitimlerde eğitici, bireysel farklılıkları göz önünde bulundurmalı, hangi davranış değişikliği sağlayan modeli kullanacağını belirlemelidir. Bir kişide davranış değişikliği sağlamak oldukça zor bir iştir. Bu nedenle etkinliği kanıtlanmış model ve teorilerden yararlanılmalıdır. Literatürde beslenme eğitiminde davranış değişikliği sağlamada etkinliği kanıtlanmış teoriler Tablo 1’de özetlenmiştir. Özellikle bu teorilerden Davranışçı teori ve bilişsel davranışçı teori beslenme danışmanlığı alanında uzun zamandır kullanılan ve çok kere test edilmiş davranış değişikliği teorilerindedir (5). Bu iki teori Kognitif bilişsel teori (KBT) diye adlandırılan bilişsel davranış terapisinin kuramsal çerçevesini oluşturmaktadır (5). KBT, bazı bilişsel ve davranışsal stratejileri kullanarak bireylerin hedeflenen ya da istenen davranış ya da davranışları hem öğrenilebileceğini hem de unutulabileceğini savunmaktadır (5). Bu eğitimlerde eğitilenlerinde eğitimciler yardımcı olması gerekmektedir. Eğitilenler motivasyonlarını artıran veya azaltan etmenleri, önüne çıkabilecek engelleri ve zaaflarını belirleyip kendine ve sağlık ekibine yardımcı olmalıdır. Davranış değişikliği oldukça sabır isteyen bir aşamadır. Çünkü mevcut davranışların oluşması için aylar hatta yıllar geçmesi gerekir. Aynı şekilde bu davranışların değişmesi de zaman alacaktır (6). Davranış değişikliği tedavisinin önemli hedefleri vardır. Bunlar:

1. Uygun olmayan beslenme alışkanlıklarından vazgeçmek,
2. Vazgeçilemeyen beslenme alışkanlıklarını azaltmak,

3. Uygun beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını sağlamak ve tekrarlamak,
4. Uygun olmayan beslenme alışkanlıklarının olumsuz sonuçlarını görmek ve düzeltmek,
5. Uygun beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını günlük yaşantı içine sokmak ve sürekliliğini sağlamaktır (7).

Bu hedeflere ulaşmak için bir takım beslenme danışmanlığı stratejiler vardır. Bunlar, güdül görüşme, kendini denetleme, yemek replasmanı ve düzenlenmiş yeme planı, ödüllendirme stratejileri, sorun çözme, sosyal destek, hedef koyma, bilişsel yapılandırma, stres yönetimi, uyarıcı kontrolü ve bireysel psikolojik danışma/ grup ile psikolojik danışmadır (5).

### **Beslenmede Davranış Değişikliği Oluşturma Stratejileri Nelerdir?**

**1. Güdül Görüşme:** Hasta odaklı bir strateji olan güdül görüşmede hastanın duygu ikilemelerini keşfedip çözümleyebilmesi için açık uçlu sorular, reflektif dinleme, doğrulama ve özetleme teknikleri ile davranış değişikliğinin gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir (5).

**2. Kendini Kendini Gözleme/İzleme:** Kişinin ekonomik, sosyal, psikolojik durumunun, beslenme alışkanlıklarının, beslenmesinde gerçekten değişiklik yapmaya gereksinimi olup olmadığının belirlendiği, kayıt edildiği aşamadır (2). Daha sonra bu kayıt hasta ile birlikte gözden geçirilir ve durumu tetikleyen etmenler ya da oluşan modeller varsa bunlara odaklanılarak hastanın sorunu çözmesi ve hedef belirlemesine yardımcı olunur. Kendini denetleme stratejisi CBT ve sosyal bilişsel teoride kullanılır ve bu stratejide hasta, düşünce, duygu, beslenme davranışları, fiziksel aktiviteleri ve ölçümlerinin (kan basıncı, kan şekeri vb.) kaydını tutar (5). Hastalarda davranış değişikliği kazandırmak için kendini izleme stratejisinin kullanıldığı bir çalışmada; hastaların böbrekleri korumak için kendilerine önerilen böbrek diyetine uyum sağlamalarında kendini izleme stratejisinin etkili olduğu belirtilmektedir (8). Hastanın 24 saatlik ya da üç günlük besin tüketim kayıtları tutması istenir. Böylece yediklerinin farkına varması sağlanır. Hastaya hangi besini, ne şekilde, ne zaman, ne kadar yediği konusunda sorular sorulur

ve kayıt tutması istenebileceği gibi önceden hazırlanmış bir besin listesi eşliğinde hangi besinleri ya da besin gruplarının hangi sıklıkla yediği de sorulabilir. (4). Ayrıca hastanın beslenme tutum ve davranışlarını belirlemek için önceden hazırlanmış bir anket aracılığı ile görüşme yapılır. Ankette hangi besinleri ne zaman ne şekilde, ne kadar yediğinin yanında, sevdiği ve sevmediği besinler, nedenleri, günlük aktiviteleri, öğün saatleri, besin hazırlama ve pişirme şekilleri, yemeği kimin hazırladığı gibi

konularda soruların içinde yer alır (4). Böylece hangi besinleri daha çok, hangi besinleri daha az tükettiği ve yeme davranışı belirlenebilir. Bu durum beslenme eğitimi veren eğitimci için yol gösterici olacaktır.

**3. Yemek Replasmanı ve Düzenlenmiş Yeme Planı:** Hastaların beslenme alışkanlıklarını düzenlemesinde porsiyon kontrolüne odaklanarak besin alımlarını kontrol etmelerine katkı sağlar (5).

**Tablo 1.** Beslenme eğitiminde kullanılan davranış teorileri ve danışmanlık stratejileri (5)

Teori modeli	Kurucular	Filozofinin ana vurgusu	Beslenme danışmanlığı stratejileri
Bilişsel davranış teorisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Albert Skinner</li> <li>• Aaron Beck</li> <li>• Albert Ellis</li> </ul>	Eylem ve düşüncenin işlevliğini, modelini analiz etmek, tanımlamak ve açıklamak, aktif oryantasyon yaklaşımını bir kişiye açıklamak için kullanılan bir direktiftir. Nasıl hareket ederiz, nasıl davranırız, düşünürüz, nasıl hissederiz. Hem bilişsel hemde davranış değişim stratejisini kullanır.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kendini izleme (Örnek: Düşünme, duygu, yiyecek alımı,davranış)</li> <li>• Sorun çözme</li> <li>• Amaç belirleme</li> <li>• Ödüllendirme ve edimsel yönetim</li> <li>• Bilişsel yeniden yapılanma</li> <li>• Sosyal destek</li> <li>• Stres yönetimi</li> <li>• Uyarın Kontrolü</li> <li>• Kötüye gitmeyi önlemek</li> </ul>
Transteorik model	• James O. Prochaska	Davranış değişiminin sonuçtan çok süreç olduğunu, değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun girişimler kullanılması gerektiğini savunur. Özyeterlilik ve denge kararını içeren ölçüm sonuçlarını önerir. Uygulanan stratejilerin takdiri hastaların değişim aşamalarına bağlı.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivasyonel görüşme</li> <li>• Beceri geliştirmeyi öğrenme ve koçluk</li> <li>• Demonstrasyon ve model olma</li> <li>• Kendini izleme</li> <li>• Pekiştirme</li> <li>• Amaç belirleme ve davranışları sınırlama</li> <li>• Sosyal destek</li> <li>• Uyarı kontrolü</li> </ul>
Sosyal bilişsel teori (sosyal öğrenme teorisi)	• Albert Bandura	İnsanların diğer sosyal etkileşimler, dış medya etkilerini gözlemleyerek öğrenirler fikrine dayanarak davranış değişikliğinin yapısını, tahmin etme ve anlamayı sağlar. Değişimler dört koşul üzerine temellidir: İlgî, motivasyon, akılda tutma ve taklit.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrasyon ve model olma</li> <li>• Beceri geliştirmeyi öğrenme ve koçluk</li> <li>• Sosyal destek</li> <li>• Pekiştirme</li> <li>• Uyarın kontrolü</li> <li>• Motivasyonel görüşme</li> </ul>

**4. Ödüllendirme Stratejisi:** Ödüllendirme stratejileri hedeflenen davranış değişiklikleri sürecinde danışan ve danışılan tarafından kullanılabilir (5). Literatürde ağırlık kaybetmeyi ve davranış değişikliği sağlamada parasal ödülünün etkili olmadığını gösteren çalışmalara rastlandığı gibi (9,10), HD hastalarında para ödülünün serum fosfor düzeyini düşürmede etkili (11) olduğunu gösteren yayınlara da rastlanmaktadır.

**5. Sorun Çözme:** Hedefin başarılmasını engelleyen etmenlerin belirlenmesi, çözümler için beyin fırtınasının yapılması, olası çözüm önerilerinin artı ve eksi yönlerinin gözden geçirilmesi, çözüm önerilerinin uygulanması, çözümlerin etkinliğinin değerlendirilmesi ve stratejilerin tekrar düzenlenmesinde hastalar ile işbirliği yapıldığı aşamadır (5). Sorun çözme tekniği kullanılarak yapılan randomize kontrollü çalışmalarda bu tekniğin davranış değişikliği sağlamada etkili olduğu belirtilmektedir (12,13).

**6. Sosyal Destek:** Sosyal destek, davranış değişikliğinin desteklenmesinde aile, arkadaş çevresi, meslektaşlar, sağlık mesleği mensuplarından oluşan bir ağ oluşturup bu ağı bilgi, cesaretlendirme, duygusal destek ve çevresel etmenlerin iyileştirilmesi hususlarında kullanabilme kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır (5). Literatürde yaşam stili değişiklik sağlamada sosyal desteğin etkisinin olmadığını (14,15) gösteren çalışmaların yanı sıra fiziksel aktivite, yağ tüketimi ve HbA1c üzerinde sosyal desteğin orta düzeyde etkin olduğunu gösteren çalışmalara (16,17) rastlandığı için Spahn ve arkadaşları (5) davranış değişikliği sağlamada bu tekniğin kullanıldığı ek çalışmaların yapılmasının önemine dikkat çekilmektedirler.

**7. Hedef Koyma:** Hedef koyma, danışanın ve diyetisyenin işbirliği yaparak, danışanın olası eylem planlarından hangisini seçtiğini ve neyi başarmak istediğini, enerjisini nereye kanalize edeceğini belirlediği süreçlerini kapsayan bir stratejisidir (5). Diyabetes Mellitus (DM) hastalarının özyönetimini artırmak için hedef koyma strateji kullanılarak ve hastaların altı ay süre ile izlendikleri çalışmada, hedef koymanın diyetle yağ alımının azalmasında, fiziksel aktivitede artış da sağlamada standart bakıma göre daha etkili olduğu ortaya konmuştur (18).

**8. Bilişsel Yapılandırma:** Bu strateji “hastaların kendileri ile ilgili algıları diyet, vücut ağırlığı, ağırlık kaybı beklentileri ile ilgili inançları

konusunda bilinçlendirilmeleri için kullanılan bir strateji” olarak belirtilmektedir (5).

**9. Stres Yönetimi:** Beslenme danışmanlığında genel olarak çevresel (geleceği planlama, zaman yönetimi becerileri) ve duygusal stres (olumlu içsel konuşmanın kullanılması ya da rahatlama egzersizleri) kaynaklarını hedef alan stres yönetimi rehberliği kullanılmaktadır (5).

**10. Uyarıcı Kontrolü:** Uyarıcı kontrolü davranışçı terapide kullanılan ana stratejidir. Diyet ve egzersizle alakalı istenmeyen davranışı tetikleyecek çevresel ya da sosyal etmenler düzenlenir (5).

**11. Bireysel Psikolojik Danışma/ Grup ile Psikolojik Danışma:** Çok az sayıdaki çalışma da bağımsız değişken olarak bireysel psikolojik danışmanlık ile gruba verilen psikolojik danışmanın etkileri incelenmiştir (19,20).

Kronik böbrek hastalığı evrensel bir sağlık sorunudur. Diyaliz hastaları arasında yaygın olan dengesiz beslenme sağlığı olumsuz etkiler hatta mortaliteye bile yol açabilir. Hastaların böbrek diyet rejimine bağlılıkları açısından bilgi, tutum ve davranışsal değişim ile ilgili beslenme eğitimlerinin etkileri ile ilgili yetersiz veri vardır. Diyaliz hastalarında davranış değişikliği sağlamaya yönelik bazı çalışmalar incelenecek olursa: HD hastalarında sıvı ve tuz tüketiminin azalmasında verilen eğitimin etkisinin incelendiği (0. 1. 3. ve 6. ay) çalışmada eğitimin tuz ve sıvı tüketiminin azalmasında etkili olmasına rağmen eğitimin üstünden zaman geçtikçe hastaların bazı bilgileri unuttukları ve eğitimi davranışa dönüştürmede yetersiz kaldıkları belirtilmektedir. Ayrıca aynı çalışmada bazı hastaların komplikasyonlarla karşılaştıkça zaman zaman eğitimde kullanılan kitapçıklara tekrar göz atıkları için verilen eğitimlerde unutmayı engellemek için görsel kitapçık, broşür, CD vb. materyallerden yararlanılması gerektiği, davranış değişikliğinin gerçekleşmesi için eğitimlerin akılda kalmayı kolaylaştıracak şekilde düzenli olarak üçer aylık periyotla yinelenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (3). Hemşireler tarafından verilen düzenli ve planlı eğitimler sayesinde, diyaliz hastaları olumlu sağlığı geliştirici davranış değişiklikleri gösterebilirler (3). On iki hemodiyaliz merkezinde randomize yöntemle belirlenen bir gruba günlük bakım, diğer gruba ise böbrek hastalarının beslenmesi konusunda uzmanlaşmış özel diyetisyen tarafın-

dan aşamalı beslenme eğitimi verilmiştir. Özel diyetisyenden aşamalı eğitim alan grupta fosfor düzeyinde eğitimi izleyen altı ay ve altı aydan sonraki süreçlerde sağlığı geliştirici önemli davranış biçimi değişikliği sağlanmıştır (21). Hintli HD hastaları ile dört hafta boyunca birebir görüşme yöntemi kullanılarak yapılan çalışmada böbrek diyet rejimi bilgisinin tutum ve davranışlardaki etkisine bakılmıştır. Böbrek diyet rejimindeki davranış değişikliğinin bilgi tutumla arasında bir korelasyon olmadığı, bilgileri artırmanın tek başına davranış değişikliği sağlamaya yetmediği vurgulanmaktadır (22). Yine HD hastalarında davranış değişikliği kazandırmak için aşamalı teorik model kullanılarak yapılandırılmış koçluk eğitiminin ve para teşvikinin fosfor düzeyini düşürmede etkisinin değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmada on hafta boyunca hastalar izlenmiştir. Mali teşvik verilen grubun fosfor düzeyinin diğer gruba göre daha fazla düştüğü görülmüştür (11). Diyaliz hastalarında kendini izleme stratejisinin (8) davranış değişikliği sağlamada etkili olduğunun altı çizilmektedir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Bilişsel Davranış Teorisi ve Transteorik Modelin sağlığı geliştirme ve davranış değişikliği sağla-

mada etkili olduğu görülmektedir. Diyaliz hastalarının beslenmesine dair en uygun zamanın ne zaman olması gerektiğine dair literatürde bir bilgiye rastlanmamıştır. Bu nedenle eğitim zamanının (diyaliz öncesi dönem, diyalize başladıktan sonraki herhangi bir dönem vb) davranış değişikliğini sağlamada etkisinin inceleneceği çalışmaların yapılmasına gereksinme vardır. Eğitimcilerin beslenme eğitiminde, grup eğitimleri sırasında on dakikalık ara vermesi, verilen aralarda eğitime katılanların durumlarına uygun sıcak ya da soğuk içecek ikramını sağlamasına, parçacığında en fazla 3 mesaj içermesine dikkat etmesi vurgulanabilir. Ayrıca literatürde, kardiyovasküler hastalık riskinin azaltılmasında, diyabetin tedavisinde ve önlenmesinde ve ağırlık kaybı konusunda hedeflenen davranış değişikliğini kolaylaştırmak için CBT'nin kullanımını destekleyen çok sayıda kanıt olduğu, diyet değişikliği bağlamında transteorik modelin kullanımı ile ilgili kanıtlar ortaya çıktığı, beslenmede parasal teşviklerin işe yaramadığını gösteren çalışmaların yanı sıra 2015 yılında bu konuda yeni bir makale ortaya çıktığı belirtilmektedir.

**Çıkar Çatışması/Conflict of interest:** Yazarlar ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

## Kaynaklar

1. [http://tdk.org.tr/index.php?option=com\\_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.563e2193b0aa49.85753937](http://tdk.org.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.563e2193b0aa49.85753937) Erişim Tarihi: 24.10.2015.
2. Merdol TK: Beslenme eğitimi ve danışmanlığı: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı Yayınları. Ankara: Klasmat Matbaacılık; 2008. s.16.
3. Topbaş E, Kavalalı T, Öztür<sup>k</sup> F, Can S, Dedekoç Ş, Sapcı Y. The impact of controlled fluid and salt intake training in hemodialysis patients. *Journal of Renal Care* 2015;41 (4):247–252.
4. Barışkın E, Yüksel M, Ertem M, Aslan S, Güriz O, Çakır B ve ark. Birinci basamak hekimler için obezite ile mücadele el kitabı. In: Barışkın E, Ersoy G, Görpelioğlu S, Karaoğlu S, Kılıç G, Köksal G ve ark. eds. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı Yayınları. Ankara: Anıl Matbaacılık; 2013. s.46-47.
5. Spahn JM, Reeves RS, Keim RS, Laquatra I, Kellogg M, Jortberg B, et al. State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate, health and food behavior change. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 2010; 110(6):879-891.
6. Obezitede davranış değişikliği tedavisi. <http://obezite.fatih.edu.tr/obezitede-davranis-degisikligi-tedavisi/>. Erişim Tarihi: 24.10.2015.
7. Mercanlülil SM. Şişmanlığın tedavi yöntemleri doğrular ve yanlışlar. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı Yayınları. Ankara: Klasmat Matbaacılık; 2008. s.9.
8. Milas NC, Nowalk MP, Akpee L, Castaldo L, Coyne T, Doroshenko L, et al. Factors associated with adherence to the dietary protein intervention in the modification of diet in renal disease study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 1995;95(11):1295-1300.

9. Jeffery RW, Wing RR. Long-term effects of interventions for weight loss using food provision and monetary incentives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995;63(5):793-796.
10. Paul-Ebhohimhen V, Avenell A. Systematic review of the use of financial incentives in treatments for obesity and overweight. *Obes Rev* 2007;9(4):1-13.
11. Reese PP, Mussell A, Potluri V, Yekta Z, Levsky S, Bellamy S, et al. A pilot randomized trial of financial incentives or coaching to lower serum phosphorus in dialysis patients. *Journal of Renal Nutrition*. 2015;25(6):510-517.
12. Glasgow RE, Toobert DJ, Barrera M, Strycker LA. Assessment of problem-solving: A key to successful diabetes self-management. *Journal of Behavioral Medicine*. 2004;27(5):477-490.
13. Perri MG, Nezu Am, McKelvey WF, Shermer RL, Renjilian DA, Viegner BJ. Relapse prevention training and problem-solving therapy in the long-term management of obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001;69(4):722-726.
14. Wing RR, Jeffery RW. Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *Journal of consulting and clinical psychology*1999;67(1):132-138.
15. Wing RR, Marcus MD, Epstein LH, Jawad A. A "family-based" approach to the treatment of obese type II diabetic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991;59(1):156-162.
16. Toobert DJ, Glasgow RE, Strycker LA, Barrera M, Ritzwoller DP, Weidner G. Long-term effects of the Mediterranean lifestyle program: A randomized clinical trial for postmenopausal women with type 2 diabetes. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2007;4(1):1-12.
17. Barrera M, Toobert D, Angell K, Glasgow R, Mackinnon D. Social support and social-ecological resources as mediators of lifestyle intervention effects for type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology*. 2006;11(3):483- 495.
18. Estabrooks PA, Nelson CC, Xu S, King D, Bayliss EA, Gaglio B, et al. The frequency and behavioral outcomes of goal choices in the self-management of diabetes. *The Diabetes Educator*.2005;31(3):391-400.
19. Gucciardi E, De Melo M, Lee R, Grace S. Assessment of two culturally competent diabetes education methods: Individual versus individual plus group education in Canadian Portuguese adults with type 2 diabetes. *Ethnicity and Health* 2007;12(2):163-187.
20. Renjilian DA, Nezu A, Shermer RL, Perri MG, McKelvey WF, Anton SD. Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting And Clinical Psychology*.2001;69(4):717-721.
21. Karavetiana M, Vriesa N, Elzeinb H, Rizka R, Bechwaty F. Effect of behavioral stage-based nutrition education on management of osteodystrophy among hemodialysis patients, Lebanon. *Patient Education and Counseling*. 2015;98(9):1116–1122.
22. Shailendranath B, Ushadevi C, Prashant G, Kedlaya. Impact of knowledge, attitude and behavior among maintenance hemodialysis patients for adherence to dietary regimen – A single centre experience. *International Journal of Humanities and Social Science* 2014;4(12):257-262.