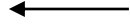


Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak.



Tez, Yüksek Lisans'sa, **YÜKSEK LİSANS TEZİ**;
Doktora ise **DOKTORA TEZİ** ifadesi kalacak



Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(DOKTORA TEZİ)

**TİP 2 DİYABETLİ HASTALARDA MOTİVASYONEL
GÖRÜŞMENİN ÖZ-YÖNETİM VE HBA1C ÜZERİNE
ETKİSİ**

DENİZ KAYA MERAL

**DANIŞMAN
PROF. DR. FATMA YASEMİN KUTLU**

**RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2018

DOKTORA TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programında Doktora öğrencisi Deniz Kaya Meral tarafından Prof.Dr.Fatma Yasemin Kutlu danışmanlığında hazırlanan "Tip 2 Diyabetli Hastalarda Motivasyonel Görüşmenin Öz-Yönetim ve HgA1c Üzerine Etkisi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 14 / 09 / 2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.


Jüri Başkanı

Prof.Dr. Ayşe Okanlı
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi / Hemşirelik Bölümü


Jüri--Danışman

Prof.Dr. Fatma Yasemin Kutlu
İ.Ü-C Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı

Jüri

Doç.Dr. Hülya Bilgin
İ.Ü-C Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı


Jüri

Doç.Dr. Leyla Küçük
İ.Ü-C Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı


Jüri

Dr.Öğr. Üyesi Makbule Batmaz
Haliç Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Deniz KAYA MERAL



İTHAF

*Biricik eşim Yasin'e, canım kızım Zeynep'e ve aileme
ithaf ediyorum.*

TEŞEKKÜR

Gerek doktora süreci gerek tez çalışmam süresince samimi yaklaşımıyla, bilgisi ve deneyimiyle bana destek olan değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. F. Yasemin KUTLU'ya,

Tez izleme komitesindeki katkı ve tecrübelerinden faydalandığım hocalarım Doç. Dr. Leyla Küçük ve Yard. Doç. Dr. Makbule BATMAZ'a,

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerimle akademik gelişime katkı sağlayan hocalarım Prof. Dr. Sevim BUZLU ve Doç. Dr. Hülya Bilgin'e,

Araştırma sürecinde desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Banu BÖYÜK, Doç. Dr. Okcan BASAT, Dyt. Emine Esra ARSLAN ve Hem. Zülfiye KARAAL'a

Zor anlarımda bana hemen el uzatan sevgili arkadaşlarım Feride GÖRÜRGÖZ ve Dersu UYSAL'a,

Doktora eğitimim boyunca beni hoşgörüsüyle cesaretlendiren değerli hemşirelik hizmetleri yöneticilerim Banu KATRAN ve Saadet MEYDANCI'ya,

Çalışmamın istatistik kısmında yardımını esirgemeyen sevgili arkadaşım Nevin ŞİŞMAN'a,

Akademik kariyerim için İstanbul'a geldiğim günden bu güne bana yol arkadaşlığı yapan, her anımda yanımdan ayrılmayan ve en büyük destekçilerimden biri olan canım arkadaşım Firdevs KAYACAN'a,

Beni bu günlere getiren canım anneme ve babama, ailemin iyi ki varları sevgili kız kardeşlerime,

Çalışmam boyunca bana sabrı ve anlayışıyla destek olan sevgili hayat arkadaşım Yasin MERAL'e

Ders çalışmam gereken zamanlarda babasıyla işbirliği yaparak bana çalışma fırsatı veren güzel kızım Zeynep MERAL'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	II
BEYAN.....	III
İTHAF	IV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ	IX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	XI
ABSTRACT.....	XII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Diyabet	5
2.1.1. Diyabetin Tanımı ve Önemi.....	5
2.1.2. Tip 2 Diyabet	6
2.2. Diyabette Öz-yönetim.....	7
2.3. Motivasyonel Görüşme ve Diyabet	9
2.4. Diyabet Öz-yönetiminde Hemşirenin Rolü	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. Araştırmanın Amacı ve Deseni	15
3.2. Araştırmanın Değişkenleri	15
3.3. Araştırmanın Hipotezi.....	15
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	15
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları	17
3.6.1. Hasta Bilgi Formu (Ön Test) (EK-2)	17
3.6.2. Hasta Bilgi Formu (Son Test) (EK-3).....	17
3.6.3. Diyabet Öz-yönetim Ölçeği (Diabetes Self-management Instrument DSMI-35) (EK-4)	17

3.6.4. Tip II Diyabetli Hastalarda Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formu (EK-5)	18
3.7. Araştırma Süreci	18
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	22
3.9. Verilerin Analizi	23
3.10. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri	23
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇLAR	44
7. ÖNERİLER	46
8. KAYNAKLAR	47
9. FORMLAR	56
EK-1 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (DENEY)	56
EK-1 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (KONTROL)	57
EK-2 HASTA BİLGİ FORMU (ÖN TEST)	58
EK-3 HASTA BİLGİ FORMU (SON TEST)	63
EK-4 DİYABET ÖZ YÖNETİM ÖLÇEĞİ-35	65
EK-4 DÖYÖ-35 ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇEYE UYARLAMASI VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ	67
EK-5 TİP 2 DİYABETLİ HASTALARDA DAVRANIŞ DEĞİŞİM AŞAMASI TANILAMA FORMU	75
EK-6 MOTİVASYONEL GÖRÜŞME EĞİTİMİ KATILIM BELGESİ	76
10. İZİNLER	78
11. ETİK KURUL KARARI	79
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	80
ÖZGEÇMİŞ	81

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3-1. Motivasyonel Görüşme ile Yapılan Diyabet Oturumları

Tablo 3-2. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistikî Analizler

Tablo 4-1. Deney ve Kontrol Gruplarının Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 4-2. Deney ve Kontrol Gruplarının Diyabete İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4-3. Deney ve Kontrol Grubunun Ön test Son test DÖYÖ-35 Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4-4. Deney ve Kontrol Grubunun Ön test Son test DÖYÖ-35 Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4-5. Deney ve Kontrol Grubunun Ön test Son test HbA1c Değerlerinin Karşılaştırılması

Ek-Tablo 3-1. Faktör Analizi Gösterim Tablosu

Ek-Tablo 3-2. Doğrulayıcı Faktör Analizine Ait Uyum Ölçüleri

Ek-Tablo 3.3. Diyabet Öz Yönetim Ölçek Puanlarının Dağılımı

Ek-Tablo 3.4. KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları

Ek-Tablo 3.5. Faktör Analizi Ağırlıkları

Ek-Tablo 3.6. Güvenilirlik Değeri

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil-3.1. Araştırmanın Uygulama Şeması

Ek-Şekil-3.1. Diyabet Öz Yönetim Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi

Ek-Şekil 3.2. Diyabet Öz Yönetim Ölçek Puanlarının Dağılımı-I

Ek-Şekil 3.3. Diyabet Öz Yönetim Ölçek Puanlarının Dağılımı-II



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

Diyabet Öz-Yönetim Ölçeği- DÖYÖ

Motivasyonel görüşme- MG

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalansı-
TURDEP

Uluslararası Diyabet Federasyonu- IDF (*International Diabetes Federation*)

Dünya Sağlık Örgütü- WHO (*World Health Organization*)

Bozulmuş Glukoz Toleransı- BGT

Beden Kitle İndeksi- BKİ

Tıbbi Beslenme Tedavisi- TBT

Oral Antidiyabetik- OAD

Transteoretik Model- TTM

Kapsam geçerliği indeksi- KGI

ÖZET

MERAL, K.D. (2017). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Motivasyonel Görüşmenin Öz-yönetim ve HbA1c Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, Tip 2 diyabetli hastalarda motivasyonel görüşmenin öz-yönetim ve HbA1c üzerine etkisini belirlemek amacıyla ön test son test kontrol gruplu deneysel araştırma deseninde gerçekleştirildi.

Araştırmanın örneklemini; İstanbul Avrupa yakasında bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde polikliniğe başvuran 25 deney ve 26 kontrol olmak üzere toplam 52 hasta oluşturdu. Veriler, Şubat 2017-Aralık 2017 tarihleri arasında araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Bilgi Formu, Tip 2 Diyabetli Hastalarda Davranış Değişim Aşamalı Tanılama Formu ve Diyabet Öz-yönetim Ölçeği ile toplandı. Ön test sonrasında, deney grubuna 4 oturumdan oluşan motivasyonel görüşme yöntemiyle girişimde bulunuldu, kontrol grubuna ise rutin tedavi uygulandı.

Verilerin analizinde tanımlayıcı ve karşılaştırmalı istatistiksel yöntemler kullanıldı.

Girişim öncesi deney ve kontrol grubundaki hastaların bireysel, hastalık özellikleri ve Diyabet Öz-yönetim Ölçeği sonuçları benzerdi. Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test Diyabet Öz-yönetim Ölçeği (DÖYÖ-35) toplam puanı karşılaştırıldığında; son testte anlamlı fark saptandı ($Z=-6,031$, $p<0,05$). Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test HbA1c değerleri karşılaştırıldığında; son test HbA1c Değerleri arasında anlamlı fark saptandı ($Z=-4,093$, $p<0,05$).

Bu sonuçlar, motivasyonel görüşme tekniğinin tip 2 diyabetli hastaların öz-yönetim düzeylerini arttırmada ve HbA1c değerlerini düşürmede etkili olduğunu gösterdi. Gelecek çalışmalar için motivasyonel görüşme yöntemine dayalı girişimlerin uzun süreli etkilerinin değerlendirildiği araştırmalar yapılması öneri olarak sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 diyabet, motivasyonel görüşme, öz-yönetim, HbA1c

ABSTRACT

MERAL, K.D. (2017). Effects of motivational interviewing intervention on self-management and HbA1c in Type 2 Diabetes Patients. Istanbul University Institute of Health Science, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, PhD Thesis, Istanbul.

This study was carried out as a research design with randomized controlled pretest, posttest, control group aiming to determine the effect of motivational interviewing on self management and HbA1c in Type 2 diabetes patients. A total of 51 patients (25 experimental and 26 controls) were included in the sample of the study in training and research Hospital in European side of Istanbul. The data were collected between February 2016 and December 2016 by using the Patient Information Form established by the researcher, Behaviour Change Stage Diagnostic Form in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus and Diabetes Self-management Instrument. After pretest, motivational interviewing consisting of four sessions was implemented to experimental group and the control group was subjected to routine treatment.

Descriptive and comparative statistical methods were used in the analysis of the data. Experimental and control groups were similar in terms of individual, disease features and diabetes self-management scale results at the baseline. There were detected meaningful difference posttest ($Z=-6,031$, $p<0,05$) when the pretest and posttest Diabetes Self-management Instrument-35 (DSMI-35) scores of the patients in the experimental and control groups were compared. There were detected meaningful difference posttest ($Z=-4,093$, $p<0,05$) when the pretest and posttest HbA1C values of the patients in the experimental and control groups were compared.

These results show that motivational interview technique is effective in increasing self-management and decreasing HbA1c values of patients with type 2 diabetes. It was suggested that new investigations should be undertaken to evaluate the long-term effects of motivational interviewing.

Key words: Type 2 diabetes, motivational interview, self-management, HbA1c

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Diabetes Mellitus daha basit adıyla diyabet, vücutta insülin hormonunun üretilmemesi, yetersiz üretilmesi veya yeterince salgılanmasına rağmen vücutta kullanılamaması sonucu kanda glikoz seviyesinin yükselmesiyle ortaya çıkan akut ve kronik komplikasyonları nedeniyle düzenli hasta eğitimi/desteği ve sürekli tıbbi bakım gerektiren kronik bir hastalıktır (ADA 2017, IDF 2017). Diyabet sınıflamasında dört klinik tip yer almaktadır. Bunlar: tip 1 diyabet, tip 2 diyabet, gestasyonel diyabet ve spesifik diyabet tipleri olarak bilinmektedir (TEMD 2017).

Diyabet görülme sıklığı ve komplikasyonları sebebiyle dünyanın birçok bölgesinde ve ülkemizde prevelansı gittikçe artan bir sağlık sorunudur. Dünya genelinde yetişkin nüfusun yaklaşık %9' unun (425 milyon kişi) diyabet hastası olduğu 2045 yılında bu oranın %48 artarak 629 milyon kişiye ulaşacağı öngörülmektedir (IDF 2017). Türkiye'nin diyabet prevalansı, 1997 yılında TURDEP-1 (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalansı) çalışması ile %7.2 olarak belirtilmiştir. 2010 yılında TURDEP-2 çalışmasıyla bu oran %90 artarak % 13.7' ye yükselmiştir. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 2017 raporuna göre Türkiye'nin Avrupa Bölgesi'nde yaşa göre en yüksek diyabet prevalansa (%12.1) sahip ülke olduğu, diyabetli hasta açısından Almanya ve Rusya'dan sonra 3. ülke olduğu belirtilmiştir. 2045 yılında ise dünya çapında en yüksek diyabet hastası olan on ülke arasında yer alacağı tahmin edilmektedir (IDF 2017).

Yaşam tarzındaki değişimlerin sonucunda obezite artmakta ve fiziksel aktivite azalmaktadır. Bu da gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tümünde, özellikle tip 2 diyabet prevelansının hızla artmasına sebep olmaktadır. (TEMD 2017). Tip 2 diyabet daha ileri yaşlarda ortaya çıkan en yaygın diyabet tipi olup ülkemiz ve bölge ülkelerinde tüm diyabet vakalarının yaklaşık %90'ını oluşturmaktadır (Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi 2013).

Diyabet kontrol altına alınmadığında, vücudun birçok yerinde komplikasyonlara yol açarak, sık hastaneye yatış ve erken ölümle sonuçlanmakta ve tüm dünyada ölüm nedenleri arasında 10. sırada bulunmaktadır. IDF (2017) verilerine göre 20-79 yaş aralığında 4 milyon kişi diyabet nedeniyle hayatını kaybetmiştir ve bunların %46.1'i 60 yaşının altındadır. Bu veri her 8 saniyede 1 insanın diyabete bağlı hayatını kaybettiğini

göstermektedir (IDF 2017). Diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarına bakıldığında, bireylerin hipoglisemi ve hiperglisemik komalar nedeni ile acile başvurma oranlarının oldukça yüksek olduğu, diyabetli olanlarda olmayanlara göre kardiyovasküler hastalıkların görülme oranının fazla olduğu, böbrek yetersizliğinin ve travma dışı amputasyon olgularının en yaygın nedeninin diyabet olduğu ve diyabetin en sık görme kaybı ve körlük nedeni olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre diyabetli kişilerde, tıbbi bakım maliyetlerini arttıran ve yaşam kalitesini düşüren, yaşamı tehdit eden ciddi sağlık problemleri geliştirme riski artmaktadır. (IDF 2017, Maitra 2015). Yüksek prevalans nedeniyle, diyabet, toplam sağlık harcamalarının büyük bir kısmından sorumludur. Avrupa, diyabete bağlı ikinci en büyük sağlık harcaması yapan bölgedir ve toplamda diyabet için yapılan harcamaların % 23'ünü oluşturmaktadır (IDF 2017). Dünya Sağlık Örgütü (WHO),“21. yüzyılda yirmi bir sağlık hedefi”nin sekizinci maddesinde 2020 yılına kadar Avrupa’da diyabete bağlı amputasyonlar, körlük, böbrek yetmezliği, gebelik komplikasyonları ve diğer komplikasyonların insidansını üçte bir oranında azaltma hedefleri olduğunu bildirmiştir (WHO 1998). Kronik komplikasyonların gelişmesini önlemek için metabolik kontrolün sağlanması gerekir. Bunun için de, günlük yaşam aktiviteleriyle ilişkili olan tıbbi uygulamalar, sağlıklı beslenme, sağlıklı kilo verme ve düzenli egzersiz yapma gibi yaşam tarzı değişikliklerine öncelik verilmelidir (Dungan 2016). Diyabetin önlenmesi içinse tip 2 diyabet yönünden yüksek riskli bireylerde kilo kaybı sağlayacak düzenli fiziksel aktivite, yağ ve enerji alımını azaltacak şekilde yaşam tarzı değişikliklerini sağlamayı hedefleyen yapılandırılmış programlar uygulanmalıdır (TEMD 2017). Yapılan bir çalışmada yaşam tarzı değişikliği ile diyabet olma olasılığının %58 azaltıldığı bildirilmiştir (The Diabetes Prevention Program Research Group 2002).

Diyabet bakım ve hizmet kalitesini yükseltmede başarı sağlamak için terapötik eğitim yoluyla hastaların özerkliğini arttırmak gerekmektedir. Diyabetli bireylerin özerkliği yeterli bilgi, beceri ve olumlu tutumlara sahip olup öz yönetim kapasitelerini arttırdıklarında sağlanmış olur (Van der Broucke ve ark. 2014).

Öz-yönetim, bir kişinin kendi durumunu yönetme becerilerini geliştirme sürecidir. Başarılı bir öz-yönetim, koşullar, nasıl bir tedavi gerektiği ve ne yapılması gerektiği hakkında bilgi gerektirir. Bu bilgi aynı zamanda; davranış değişiklikleri,

öğrenme ve problem çözme becerilerini, işlerin yanlış gittiği veya daha zor hale geldiği durumlarda nasıl baş edebileceğini de içerebilir (Diabetes UK 2009).

Diyabette öz yönetim, hastanın günlük yaşantısına entegre edilmesi gereken bir görev ve krizleri yönetmek ve yaşam tarzı değişiklikleri yapmak için gerekli bilgi ve becerilerini kazandırmak için kullanılan bir süreçtir. Diyabette başarıyı yakalamak için hastaların öz yönetim kapasitesini arttırmak gerekir. Diyabetin kapsamlı bir kişisel bakımı gerektirmesi nedeniyle, hastaların hastalıklarını ve bakım süreçlerini yönetme kapasiteleri tedavi sonuçlarının önemli bir belirleyicisi kabul edilir (Funnel ve ark. 2009, Khunti ve ark., 2013, Van der Broucke ve ark. 2014).

Diyabetin olumsuz etkilerini başarıyla önlemek için sadece tıbbi uygulamalar ve yaşam tarzı değişiklikleriyle ele almayıp, bireyi fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak da değerlendirmek gerekir. Diyabetli bireylerde yaşam kalitesinin araştırıldığı çalışmaların çoğunda, fiziksel sağlık ve psikososyal alanlar başta olmak üzere tüm alanlarda olumsuz etkilenme olduğu bildirilmektedir. Diyabetle yaşayan insanların çoğunluğu bağımsız, sağlıklı ve aktif bir yaşam sürdürmek isterler ve bunu başarmak için desteğe ihtiyaç duyduklarında erişilebilir olmalıdır. Ancak, öz-yönetim, insanların kendi başlarına her şeyi kontrol edebilecekleri anlamına gelmez. Sağlık ve sosyal bakım profesyonelleri, arkadaşları ve aile üyelerinin ilgisi ve desteğine ihtiyaç duyarlar. Diyabetli insanlar, her gün ne yedikleri, hangi faaliyetleri ne kadar gösterecekleri, belirli durumlara nasıl tepki verecekleri ve ilaçlarını ne zaman alacakları konusunda kararlar alırlar. Öz-yönetimin desteklenmesi insanların diyabetle daha iyi başa çıkabilmeleri için güven ve becerilere sahip olmalarını sağlamaktır (Buzlu 2002, Diabetes UK 2009, Kumsar ve Yılmaz 2014).

Sağlık hizmetlerinin çoğunda, özellikle de diyabet gibi kronik rahatsızlıklara dikkat etmek için insanlara yetersiz oldukları şeyleri kontrol altına almayı amaçlayan modeller kullanılmaktadır. Bilgi ya da motivasyon gibi ihtiyaç duyulan davranış değişiklikleri de çoğu zaman aynı şekilde ele alınır. Bu yüzden hastaların değişmemesinin sebebi, kendilerine yeterince önem vermemeleri olabilir. (Steinberg and Miller 2015). Diyabette öz yönetim hastaların diyabeti kontrol altına almalarında önemli olmasına rağmen çalışmalar hastalarda motivasyon eksikliği ya da hastaları güçlendirmede eksiklikler olduğunu göstermektedir. (Redman 2004). Bu varsayımdan yola çıkıldığında, hastaların tedavilerini sürdürmelerinde ve hastalığa uyumun

geliştirilmesinde motivasyonlarının sağlanmasının oldukça önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Yapılan birçok çalışmada motivasyonel görüşmenin diyabet hastalarının hastalıklarına uyum sağlamada ve yönetmede olumlu sonuçlarının olduğu gösterilmiştir (Smith-West ve ark. 2007; Calhoun ve ark. 2010; Chen ve ark. 2012; Song ve ark. 2014). Ancak Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar sınırlıdır (Muslu ve Ardahan 2017).

Psikiyatri hemşireliği birey, aile ve toplumun ruh sağlığının geliştirilmesinde, ruhsal hastalık ve acı çekme yaşantısını önlemede ya da hastalıkla baş etme ve gerekirse bu yaşantılardan anlam bulmada profesyonel bir hemşirenin yardım ettiği kişilerarası bir süreçtir. Psikiyatri hemşireleri hastaları psikososyal olarak değerlendiren ruh sağlığı profesyonelleri olduğu için onları aktif olarak dinler ve bakıma katılmalarını sağlar (Yılmaz ve Özcan 2016). Bu sebeple psikiyatri hemşireleri kronik hastalıklarda hastalıkla baş etmede ve hastalığa uyum sağlamada en büyük eksiklik olan cesaretlendirme ve motivasyon ihtiyacını karşılamış olur.

Bu araştırmanın amacı; tip 2 diyabetli hastalarda motivasyonel görüşmenin öz-yönetim ve HbA1c üzerine etkinliğini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabet

2.1.1. Diyabetin Tanımı ve Önemi

Diyabet, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki bozulmalar nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik bir metabolizma hastalığıdır (TEMD 2017).

Diyabet, görülme sıklığı ve yol açtığı komplikasyonlar açısından tüm dünyada ve ülkemizde önemi giderek artan kronik hastalıklar arasında yer almaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF 2017), dünya genelinde yetişkin nüfusun yaklaşık %9'unun (425 milyon kişi) diyabet hastası olduğunu tahmin etmektedir. Diyabet görülme prevalansı epidemik oranlara ulaşmış ve 2045 yılına kadar %48 oranında artması beklenmektedir (IDF 2017). IDF'in 2017 yılında yayımlanan Diyabet Atlasında ülkemiz için diyabet prevalansı ise %12.5 olarak belirlenmiştir. Türkiye'de 20-79 yaş aralığında yaklaşık 7 milyon diyabet hastası olduğu ve bu rakamın toplam yetişkin nüfusun yaklaşık %14'ünü oluşturduğu belirtilmiştir (TURDEP 2 2011).

Diyabet hiperglisemi ile karakterize metabolik bir hastalıktır ve uzun süreli hiperglisemi böbrek, sinir, kalp, kan basıncı ve göz gibi çeşitli organ sorunlarına neden olabilir. Son dönem böbrek yetmezliğinin, travmaya bağlı olmayan alt ekstremitte amputasyonlarının, erişkinlikte görülen körlüklerin en önemli nedenidir. Bu nedenle diyabetli bireylerde kronik komplikasyonların gelişmesini önlemek için metabolik kontrolün sağlanması gerekir (Maitra 2015, Dungan 2016).

Diyabet sınıflamasında dört klinik tip yer almaktadır. Bunlar, tip 1 diyabet, tip 2 diyabet, gestasyonel diyabet ve spesifik diyabettir (ADA 2017, TEMD 2017). Genellikle çocukluk ve gençlik yıllarında ortaya çıkan Tip 1 diyabet, diyabet hastalarının %3-5'ini oluştururken, tip 2 diyabet daha ileri yaşlarda ortaya çıkan en yaygın diyabet tipi olup ülkemiz ve bölge ülkelerde tüm diyabet vakalarının yaklaşık %90'dan sorumludur (Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi 2013).

2.1.2. Tip 2 Diyabet

Geçmişte “insüline bağımlı olmayan diyabet”, “erişkin diyabet” olarak da isimlendirilen tip 2 diyabet, diyabet türlerinin en yaygın tipidir (IDF 2013). Tip 2 diyabet, hipergliseminin insülin direncinden ve insülin azalmasından kaynaklandığı metabolik bir hastalıktır (ADA 2017). Dünyadaki vakaların % 90'ını oluşturan, dünya çapında baskın bir diyabet biçimidir. Tip 2 diyabette, insülin üretimin yetersizliği sonucunda hiperglisemi yaşanır ve vücut insülin direnci olarak tanımlanan insüline tam olarak cevap veremez. İnsülin direnci hali süresince, insülin etkisizdir ve bu nedenle başlangıçta yükselen glikoz seviyelerini düşürmek için insülin üretiminde bir artışa neden olur ancak zamanla göreceli yetersiz insülin üretimi durumu gelişebilir. Bazı önemli değiştirilebilir risk faktörleri, doğum öncesi çocuğun gebelik sırasında yüksek kan şekeri seviyesine maruz kalması ile birlikte aşırı obezite, kötü beslenme, fiziksel hareketsizlik, bozulmuş glukoz toleransı (BGT) ve sigaradır (IDF,2017).

Tip 2 diyabet çoğunlukla 30 yaş sonrası ortaya çıkar, özellikle son 10-15 yıldır çocukluk veya adolesan çağlarında obezitenin artması sebebiyle tanı konulan vaka sayısı artmıştır. Bu tip diyabette genetik yatkınlık vardır ve ailede genetik yoğunluğun artması, sonraki nesillerde diyabet riskini arttırmakta ve hastalığın daha erken yaşlarda görülmeye başlamasına sebep olmaktadır. Hastalar genellikle obez veya kiloludur [Beden kitle indeksi (BKİ) $>25 \text{ kg/m}^2$]. Hastalık genellikle sinsi başlangıçlıdır ve hastaların çoğunda başlangıçta belirti bulunmamaktadır. Bazı hastalar ise bulanık görme, el ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma, ayak ağrıları, tekrarlayan mantar enfeksiyonları veya yara iyileşmesinde gecikme nedeniyle sağlık kurumlarına başvurumaktadırlar (TEMD 2017).

Tip 2 Diyabet Tedavisi:

- Tıbbi beslenme tedavisi (TBT) ve kilo kontrolü
- Eğitim
- Fiziksel aktivite
- Oral antidiyabetik ilaçlar (OAD) ve gereğinde insülin
- Hasta tarafından yapılacak evde kan glukoz ölçümü

- Eşlik eden hastalıkların [hipertansiyon, dislipidemi vb.] tedavisi ve antiagreganlar olarak belirlenmiştir (TEMD 2017).

Diyabet, hastaların günlük rejimlerine uyum sağlama ve metabolik kontrolde yetersiz olduğu, buna bağlı olarak yaşam tarzı ve hastalığı yönetme sorunlarının yaşandığı bir hastalıktır (Welch ve ark. 2006). Hastaların kan glukoz düzeyini istenen seviyeye getirmek ve sürdürmek için, günlük yaşam aktiviteleriyle ilişkili olan tıbbi uygulamalar, diyet ve egzersizi içeren tedavi programına uyum göstermeleri gerekmektedir. Yapılan çalışmalar BKİ 25 kg / m²'nin altına tutan yüksek lif ve doymamış yağ, düşük doymuş ve trans-y yağlar ve düşük glisemik indeksli diyetin, düzenli beslenmenin, sigaradan uzak durmanın, sınırlı alkol almanın ve egzersizin tip 2 diyabetin insidansında önemli bir azalma sağladığını göstermiştir. Bu yüzden hastaların tıbbi beslenme tedavisi düzenlenmeli ve yaşam tarzı önerileri, fiziksel ve fonksiyonel yeteneklerine göre ayarlanmalıdır. Yine yapılan çalışmalara bakıldığında diyabetli bireylerin %50-80'inin HbA1c düzeylerinin, önemli bilgi ve beceri eksiklikleri nedeni ile ortalamanın oldukça üstünde seyretmekte olduğu bildirilmektedir. Tüm bu veriler doğrultusunda, diyabetli hastanın günlük diyabet yönetimini başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için yeterli bilgi beceri ve olumlu tutumlara sahip olması gerektiği çalışmalarda belirtilmiştir ve diyabette öz-yönetimin önemine vurgu yapılmıştır (Kartal ve ark. 2008, Olokoba ve ark. 2012, Crandal ve Shamoon 2016, İnkaya ve Karadağ 2017).

2.2. Diyabette Öz-yönetim

Öz-yönetim; bireylerin kendileri için sağlıklı bir yaşam tarzı oluşturmaları, sosyal, duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaları, bakımlarına uzun süre dikkat etmeleri ve daha fazla hastalık veya kaza oluşmasını önleme konularında harekete geçebilmeleridir. Bu tanım, semptomlar, tedavi, fiziksel ve sosyal sonuçlar ve yaşam tarzı değişiklikleri de dâhil olmak üzere, tüm kronik hastalıklarla başa çıkmada hastaların rol modeli olarak düşünülebilir. Öz yönetim bireylerin içinde bulunduğu ve onlarla ortaklaşa çalışan bir dizi profesyonelin yer aldığı işbirliğine dayalı bir bakım sistemidir. Uzun süreli kronik hastalıkların yönetimine yönelik politikalar, sağlık hizmetlerinin sunumunda aktif hasta katılımına ve kronik hastalık öz yönetiminin önemine önemli ölçüde öncelik vermektedir. (Lawn ve ark., 2011, Small ve ark. 2013, İnkaya ve Karadağ, 2017).

Diyabette öz yönetim, hastanın günlük yaşantısına entegre edilmesi gereken bir görev ve krizleri yönetmek, yaşam tarzı değişiklikleri yapmak için gerekli bilgi ve becerilerini kazandırmak için kullanılan bir süreçtir. Diyabette başarıyı yakalamak için hastaların öz yönetim kapasitesini arttırmak gerekir. Diyabetin kapsamlı bir kişisel bakımı gerektirmesi nedeniyle, hastaların hastalıklarını ve bakım süreçlerini yönetme kapasiteleri tedavi sonuçlarının önemli bir belirleyicisi kabul edilir (Funnel ve ark. 2009, Khunti ve ark., 2013, Van der Broucke ve ark. 2014).

Diyabette öz yönetim faaliyetleri şunlardır:

- Gıda, fiziksel aktivite ve ilaçlar arasındaki koordinasyonun sağlanması
- Kan şekeri, tansiyon ve retina taraması yapılarak kişinin kendini izlemesi
- Ayak bakımı, kilo verme, enjeksiyon tekniği ve kendi kendini izleme faaliyetleri gibi bireysel ihtiyaçların belirlenip uygulanması
- Hastaneye gidilmesi gereken durumlarda yapılması gerekenlerin bilinmesi
- Diyabetle ilgili hizmetlere nasıl ulaşılabileceğinin bilinmesi
- Akut komplikasyonları - hipoglisemi ve hiperglisemi- yönetmesi
- İsdihdam ve sosyal haklar gibi yasal konular hakkında bilgilendirilmesidir (Diabetes UK 2009).

Diyabetin olumsuz etkilerini başarıyla önlemek için tıbbi uygulamalar, sağlıklı beslenme, sağlıklı kilo verme ve düzenli egzersiz yapmanın yanısıra bireyi fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak destekleyen bütünsel bir yaklaşımla ele almak gerekir (Buzlu, 2002). Diyabetli bireyler, ilaçlarını, diyetlerini, fiziksel aktivitelerini ve streslerini kontrol ederken, hastalıklarıyla ilgili günlük kararlar verirler. Bu yüzden, psikososyal engeller diyabet yönetimini bireyler için mücadele haline getirir. Bu sebeple, diyabetli bireylerin hastalıklarının yönetiminde sağlık hizmeti sunucularının, ailelerin, arkadaşların ve işverenlerin desteğini almalarının önemli olduğunu belirtmek gerekmektedir. Böylece diyabetin öz yönetimi, kan şekeri düzeylerini yönetmenin ve ilaç almanın ötesine geçer; genellikle iş, dinlenme, yemekler, ilişkiler ve benlik saygısı gibi hastanın yaşamının diğer alanlarında da ayarlamalar gerektirir (Lin ve ark., 2008; Khunti ve ark., 2013).

Sonuç olarak, diyabet yönetimi, hastaların kendi eylemlerini düzenleyerek istenen hedeflere ulaşmak için stratejiler geliştirdikleri, sağlık hizmeti sunucuları ve diğer önemli kişilerle işbirliği içinde olan, önleyici ve terapötik sağlıkla ilgili çalışmaları yürüten aktif, esnek bir süreçtir (Lin ve ark. 2008).

2.3. Motivasyonel Görüşme ve Diyabet

Sağlık hizmetlerinin çoğunda, özellikle de diyabet gibi kronik rahatsızlıklara dikkat etmek için insanlara yetersiz oldukları şeyleri kontrol altına almayı amaçlayan bakım modelleri kullanılmaktadır. Diyabet ilaçları, insülin yetmezliği veya insülin direnci gibi metabolik eksiklikleri kontrol altına alır. Bilgi ya da motivasyon gibi ihtiyaç duyulan davranış değişiklikleri de çoğu zaman aynı şekilde ele alınır. Bu varsayımdan yola çıkıldığında hastaların değişmemesinin sebebi, yeterince bilgi sahibi olmamaları ya da kendilerine yeterince önem vermemeleri olabilir (Steinberg and Miller 2015). Hastaları kendi adlarına yaptıkları bu özgür seçimden döndürmenin yolu, değişime inanmalarını sağlamaktır. Motivasyon, kişinin spesifik değişim stratejilerine girme, sürdürme ve bunlara sıkı sıkıya bağlanma ihtimalidir. Motivasyon, bir özellik değil bir durumdur. Motivasyon dış faktörlerden etkilenen içsel bir durum olup, değişmeye hazır ya da istekli değildir ve duruma/zamana göre değişkenlik gösterir (Ögel, 2009).

Motivasyonel Görüşme (MG) ilk olarak Miller tarafından 1983 yılında alkol bağımlılığı gibi yüksek oranda suç işleme ile ilgili sağlık sorunlarını tedavi etmek için kullanılmıştır ve sonrasında da kurama dönüştürülmüştür. MG, bireylerin sağlığının teşviki ve geliştirilmesi davranışını uygulamadaki ambivalansı/ikilemi keşfedip çözümlemelerine yardımcı olmak için kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşımdır (Rubak 2005, Ögel 2009, Rhode 2017).

Bu yöntem değişime isteksiz olan veya davranışlarını değiştirmek konusunda kararsız olan bireyler için yararlıdır. Özellikle bir tedavi planı geliştirilirken, her bireyin kendine özgü bakış açılarını ve önceliklerini anlamadaki önemi vurgulanıp, daha sonra güçlendirme ve davranış değişikliğini teşvik etmek için yansıtıcı dinleme, terapötik iletişim ve uyum sağlama becerilerini kullanılmak gerekir. MG, bağımlılık davranışları, HIV riskini azaltma, yeme bozuklukları, meyve ve sebze tüketimi, egzersiz ve majör psikiyatrik bozukluklar dâhil olmak üzere çok çeşitli hedef davranışların yönetiminde uygulanmıştır (Welch ve ark. 2006, Dellasega ve ark. 2010).

Motivasyonel görüşme, psikologlar, doktorlar, hemşireler ve ebeler de dâhil olmak üzere çeşitli sağlık hizmeti verenler tarafından kullanılmaktadır (Rubak ve ark. 2005).

Motivasyonel görüşmenin özellikleri aşağıda belirtilmiştir:

- Motivasyonel görüşme kişinin değişme ya da değişmeme sebeplerini anlamasına yardımcı olur. Bu yüzden görüşme boyunca kişi değişime karar vermediği sürece çözüm önerileri sunulmaz.
- MG danışan merkezli olduğu için terapistin gerekli olduğunu düşündüğü konular üzerinde değil, danışanın sorunları üstünde durur.
- Danışan bilen ve uzmandır. Terapist bilen rolüne girmez. Bu yüzden terapist kendi düşüncelerini empoze etmez.
- MG savaş değil danıştır. Birbirleriyle mücadele etmek yerine birlikte hareket ederler. Terapist danışanın değişime yönelik isteğini ortaya çıkarmalıdır.
- Terapist danışanın kararlarına ve tercih yapma hakkına saygı duyar.
- Danışanın değişime hazır olması terapist danışan ilişkisinin ürünüdür. Danışanın inkâr ve direnç göstermesi terapistin davranışlarına karşı geri bildirimdir.
- MG’de ambivalansı/ikilemi çözmek terapistin değil, danışanın görevidir (Ögel,2009).

Motivasyonel görüşmenin temel ilkeleri ise şunlardır:

1. Empatinin gösterilmesi: Burada sıcak, destekleyen, saygı duyan, ilgilenen bir yaklaşım söz konusudur. Kişinin duygu ve düşüncelerini yargılamadan ve onun bakış açısından anlamaya çalışmaktır. Empatik sıcaklık ve yansıtıcı dinleme ile hastanın hikâyesini doğru bir şekilde anlamak, MG'nin temelidir ve sürecin tamamında uyulması gereken bir kuraldır.

2. Çelişkilerin ortaya çıkarılması: Etkili dinleme yoluyla bireyin mevcut davranışı ile hedefleri, ilgi alanları ve değerleri arasında değişen hasta davranış değişikliğinin ana itici gücü olarak kabul edilir. Hastanın mevcut davranışları ile değer verdiği kişisel değerleri ve hedefleri arasındaki tutarsızlıkların farkına varmasına yardımcı olarak değişiklik için içsel motivasyonunu (“değiştirmek istediğim için değiştireceğim”) arttırmaktır.

3. Dirençle çalışma: Belirli bir empati tipidir. Tartışmanın önüne geçilir ve hastanın değişime karşı isteksizliğini tam olarak anlamak için girişimlerde bulunur. MG savaş değil dans etmek gibidir: birbirleriyle mücadele etmek yerine, klinisyen ve hasta birlikte hareket ederler. Kazanan veya kaybeden olmaz. Klinisyene düşen hastanın algılama yönündeki değişimine ivme kazandırmaktır. Hasta yeni bilgileri kabullenmeye ve yeni bakış açılarını görmeye davet edilir.

4. Öz yeterliliği destekleme: Öz-yeterlik, kişinin belirli bir görevi yerine getirip getirememeye yeteneğine olan inancını ifade eder. Hastaların tedavi planlarını uygulamaları için yeterli bilgi ve güvene sahip olduklarına inanmaları gerekir. Cesaretlendirme, olumlu geri bildirimler ve övgünün sağlanması kişinin kendisi için çaba sarf etmesini destekleyerek öz yeterliliğini artırır. Böylece kişi, değişmeyi istemenin, davranış değişikliği savaşının sadece yarısı olduğunu kabul eder. Bu yüzden hastaların, değişimin mümkün olduğuna, engellerin ortaya çıkması durumunda sağlık davranışında değişiklik yapmaya devam etmenin ve sürdürmenin bir yolunun olduğuna inanmaları gerekir. Güçlendirme ve seçenek sunulması, hasta öz yeterliliğinin gelişimi için kritik bir öneme sahiptir. Potansiyel çözümlerin terapist tarafından reçete edilmemesi, hastalar tarafından bulunması sağlanmalıdır. MG'de, tıbbi uzmanlığa, eğitimsel uzmanlığa ve desteğe sahip olan hastaların, değişimin odağını ve ilerlemenin en iyi yolunu bulmak için en iyi konumda olduklarını gösteren bir çalışma prensibi vardır (Possidente ve ark. 2005, Welch ve ark. 2006, Ögel 2009).

Bireydeki davranış değişimi, sonuçtan çok süreç olduğundan değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan girişimlerde bulunmak gerekmektedir. Davranışta değişimin olması bireyin davranış değiştirmeye olan ilgisini ve motivasyonunu yansıtır. Değişimi gerçekleştirmek, insanların beş bilişsel-deneyimsel aşamadan oluşan bir döngüden geçerek değiştiğini öne süren transteoretik modele dayanmaktadır. Bunlar: Düşünmeme, düşünme/niyet, hazırlık/karar, hareket/eylem ve devam ettirme aşamalarıdır. Birçok insan yeni bir alışkanlığı kabullenmeden önce birkaç kez bu döngüden geçer. Terapist bu değişim süreci boyunca danışanın hangi evrede olduğunu belirleyerek, en etkili danışmanlık yaklaşımını seçebilir (Duffy 2016).

Değişim konuşmanın yapılabilmesinin ilk aşamasıdır ve danışanlara açık uçlu sorular sorulur. Bu teknik danışan hakkında ayrıntılı bilgi toplanmasına yardımcı olur.

Bu aşamada sor-söyle-sor stratejisi kullanılmalıdır. İlk “sor” stratejisinde danışman hastayı öğrenerek ilişkiyi güçlendirir; ikinci strateji “söyle”de danışana bilgi verilir, soruları cevaplandırılır ve yanlış bilinenler düzeltilir; üçüncü strateji “sor”da ise danışanın fikir ve niyetini ifade etmesi istenir. İkinci aşama, danışanın motivasyon düzeyini ölçmek için önemlilik, güven-yeterlilik cetveli kullanılmasıdır. Üçüncü aşama, karar dengesini açığa çıkarmadır. Burada değişimin avantajları ve dezavantajları konuşulur. Dördüncü aşama olan ayrıntılandırmada danışan değişim için ne söylediye ayrıntılı olarak konuşulur. Beşinci aşama, uç durumları sormaktır. Burada geçmişteki durumuyla bugünü karşılaştırılır. Altıncı aşama olan geleceğe bakma aşamasında şu an mevcut durumuyla devam ettiğinde ya da değişim olduğunda gelecekte nasıl olacağı (mesela 10 yıl sonrası) karşılaştırılır. Son aşama olan yedinci aşamada ise hedefleri ve değerleri ortaya çıkarılır.

Tüm aşamalar hastanın değişim tereddüdünü güçlendirir. Değişim konusunda gelinen nokta özetlenerek gerektiğinde bilgi ve tavsiye verilebilir (Welch ve ark. 2006, Ögel 2009, Duffy 2016).

Motivasyonel görüşme tekniğiyle yapılan bir sistematik meta analiz çalışmasında MG’nin fizyolojik ve psikolojik hastalıklar üzerinde klinik olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Rubak ve ark. 2005).

Muslu ve Ardahan (2017), Tip 2 diyabet tanılı yetişkinlerde MG’nin etkinliğini anlamaya yönelik yaptıkları 16 makaleden oluşan sistematik derleme çalışmasında; MG girişiminden sonra hemogloblin A1c düzeylerinde anlamlı bir azalma olduğunu, diyabet öz-yönetim ve diyabet öz-bakımlarıyla ilgili anlamlı değişimler olduğunu belirtmişlerdir.

Diyabette öz yönetim hastaların diyabeti kontrol altına almalarında önemli olmasına rağmen, çalışmalar hastalarda motivasyon eksikliği ya da hastaları cesaretlendirmede eksiklikler olduğunu göstermektedir. (Redman 2004). Bu nedenle, bu hastaların tedavilerini sürdürmelerinde ve hastalığa uyumun geliştirilmesinde hastanın motivasyonu önemlidir ve motivasyonun sağlanmasında hemşireler önemli rol oynayabilir.

2.4. Diyabet Öz-yönetiminde Hemşirenin Rolü

Toplumun sağlıklı yaşam isteğinin artması, tıbbi ve teknolojik gelişmeler yaşam süresini uzatarak kronik hastalıklarla birlikte nitelikli bir yaşamın sürdürülmesi sorununu gündeme getirmiştir. Bu sorunun çözümündeki ön koşul, eğitim yoluyla birey, aile ve toplumun bilinçlenmesi, onların sağlıkları/hastalıkları hakkında daha fazla sorumluluk üstlenmeleridir. Yakın zamana kadar tedavinin doğru şekilde uygulanmasına odaklanan hasta eğitimi, günümüzde öncelikle hasta ve ailesinin bakım hakkında doğru kararlar vermelerini, sorumluluk üstlenmelerini amaçlamaktadır. Bu amacı gerçekleştirmenin yolu; onların gerekli bilgi, beceri, tutum ve davranışları kazanmaları yani eğitilmeleridir (Alkan 2016).

Diyabet, bireyin ve ailesinin yaşamını çeşitli boyutları ile etkileyen, zorunlu yaşam tarzı değişikliklerini gerektiren, komplikasyonları nedeni ile yaşam kalitesini azaltan kronik bir hastalıktır. Diyabetli kişi yaşamı boyunca planlanmış bir bakımı sürdürmek zorundadır. Bu bakımı sürdürebilmesi için uzman yardımına ihtiyacı vardır. Diyabet yönetiminde en az tıbbi yardım ile en iyi glisemik kontrolü sağlamada “bütüncül bakım” ve “interdisipliner ekip yaklaşımı” çok önemlidir. Bütüncül bakımda diyabetli kişi fiziksel ve psikososyal olarak ele alınır. Bu yaklaşımda hastalığın yönetimi eğitim, danışmanlık ve tıbbi tedaviyle sağlanır. Diyabet bakımında bütüncül yaklaşım ekip çalışmasını gerektirir. Diyabet bakım ekibi hekim, hemşire ve diyetisyenden oluşmaktadır. Ailede bu ekibin önemli bir parçasıdır. Ayrıca; psikolog, psikiyatrist, pediatrist, oftalmolog, egzersiz fizyoloğu, eczacı, sosyal hizmet görevlileri ve daha pek çok meslek grubu da gerektiğinde bu ekipte yer alır (TDHD 2015).

Ekip üyelerinden biri olan hemşirilerin en önemli rolü diyabetli hastaların eğitimidir. Çünkü diyabetli bireylerin hastalığı yönetebilmeleri için gereken bilgi, tutum ve davranış değişikliklerini kazanmaları gerekir. Diyabette eğitim sadece bilgi aktarımı şeklinde değildir. Eğitim davranış değişim stratejileri, öz yönetim ve destekleyici yaşam değişiminde etkili olmalıdır. Bu yüzden diyabet eğitimcisinin rolü, diyabetli insanları kapasitelerini en iyi şekilde kullanarak diyabetle ilişkili sağlık durumlarını yönetmeye yeterli hale getirmek; seçim yapmalarına, bilinçli kararlar üzerine kurulmuş önlemler almalarına olanak tanımak ve diyabetli kişinin yaşam kalitesini yükseltmektir (IDF 2008).

Bireysel yönetim diyabet yönetiminin temelidir. Optimal sonuçlar sadece, diyabetli birey, hastalığını günlük yaşamı temelinde yönetmeye istekliyse ve bu kapasiteye sahipse, sağlanabilir. Sağlık bakım profesyonellerinin, eğitim ve bakım verirken diyabetin psikolojik, duygusal ve ekonomik etkilerinin farkında olmaları önemlidir.

Sonuç olarak, Diyabet diğer pek çok kronik hastalıkta olduğu gibi bireyin tüm yaşamını etkileyebilmekte ve sadece fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik, ekonomik ve sosyal boyutları olan bir hastalıktır. Bu yüzden duygusal tepki ve uyum sorununu da beraberinde getirmektedir. Bu sonuçtan yola çıkarak, hastalara bütüncül yaklaşımla bakım veren hemşirelerin, hastaların öz yeterliliklerini arttırmalarında motivasyonel görüşme tekniğini kullanarak girişimde bulunmaları yararlı olabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Deseni

Bu araştırma, Tip 2 diyabetli hastalarda motivasyonel görüşmenin öz-yönetim ve HbA1c üzerine etkisini belirlemek amacıyla ön test son test kontrol gruplu, deneysel araştırma deseninde yapıldı.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni: Motivasyonel görüşme yöntemidir. Bağımlı değişkenler: Diyabet Öz-yönetim Ölçeği (DSMI-35) puanı ve HbA1c değeri ölçümleridir. Kontrol değişkeni olarak; hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, boy, kilo, BKİ, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum, sosyal destek) ve diyabete ilişkin özellikleridir (diyabet süresi, ailede diyabet öyküsü, son 1 yıl içerisinde diyabet ya da komplikasyon nedeni ile hastaneye yatış, sağlık kontrollerini düzenli yaptırma, diyabet tedavisi, diyabet tedavisine uyum).

3.3. Araştırmanın Hipotezi

Motivasyonel görüşme tekniği ile diyabet eğitimi alan hastalar bu eğitimi almayanlarla karşılaştırıldığında öz yönetim puanları daha yüksek olacaktır.

Motivasyonel görüşme tekniği ile diyabet eğitimi alan hastalar bu eğitimi almayanlarla karşılaştırıldığında HbA1c düzeyleri daha düşük olacaktır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Aralık 2016- Eylül 2018 tarihleri arasında İstanbul'da gerçekleştirildi. Araştırma verileri Şubat 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında İstanbul Avrupa yakasında bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde toplandı. Bölge genel olarak sosyoekonomik ve eğitim durumu düşük insanlardan oluşmaktadır. Veri toplama aşaması diyabet eğitim odasında, uygulama aşaması ise hastanenin karma cerrahi servisi sorumlu hemşire odasında bireysel olarak gerçekleştirildi.

Merkezin özellikleri: Hastanenin poliklinik 1. katında dahiliye ve yetişkin endokrinoloji muayene odalarının yanında diyabet eğitim odası adıyla yer almaktadır. Yönlendirme dahiliye, yetişkin endokrin, çocuk endokrin poliklinikleri ve bu bölümlerin yatan hasta servisleri tarafından yapılmaktadır. Her gün eğitime gelen hasta

sayısı 5-10 arasında değişmekte olup poliklinik hafta içi 08.00-16.30 saatleri arasında hizmet vermektedir. Verilen hizmetler; diyabet eğitimi, endokrin özel testleri ve şeker yükleme testidir. Verilen eğitimler ise, temel diyabet eğitimi, kendi kendine izlem, ilaç tedavisi (insülin ve oral antidiyabetikler), diyabetle ilişkili özellikli durumlar (Gestasyonel diyabet, sigara, cinsel sorunlar, ağız hijyeni, akut/kronik komplikasyonlar ve koruyucu ayak bakımı)dır. Poliklinikte toplam 2 hemşire hizmet vermektedir.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Şubat 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında İstanbul Avrupa yakasında bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde dahiliye/endokrin poliklinikleri yada servislerinden diyabet eğitim odasına yönlendirilen hastalar oluşturdu (N=1200).

Cohen tarafından belirlenen etki büyüklüklerine göre; Örneklem sayısını belirlemek amacıyla G*Power (v3.1.7) programı kullanılarak güç analizi yapıldı. Çalışmanın gücü $1-\beta$ (β = II. tip hata olasılığı) olarak ifade edilir ve genel olarak araştırmaların %80 güce sahip olmaları gerekmektedir. Cohen'in etki büyüklüğü katsayılarına göre; iki bağımsız grup arası yapılacak olan değerlendirmelerin büyük etki büyüklüğüne ($d=0.8$; large) sahip olacağı varsayılarak yapılan hesaplama göre gruplarda en az 26'şar kişi olması gerektiğine ve çalışma sürecinde kayıplar olabileceği göz önünde bulundurularak 30'ar kişi (N=60) alınmasına karar verilmiştir.

Örnekleme dâhil edilme kriterleri:

- ☐ 3 ayı aşkın süredir Tip 2 diyabet tanısı almış olan
- ☐ 18 yaşından büyük olan
- ☐ Ruhsal bozukluğu olmayan (hastaların ifadesi doğrultusunda)
- ☐ Okuma yazma bilen
- ☐ İşitme, anlama ve görme sorunları olmayan
- ☐ Transteoretik Modelin Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formunun herhangi bir bölümünde (ilaç kullanımı, beslenme, fiziksel egzersiz bölümlerinden) düşünme, hazırlık ve/veya harekete geçme aşamasında olan
- ☐ HgA1c düzeyinin 6'nın üzerinde olması
- ☐ Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar olarak belirlendi.

Randomizasyon: Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan 60 kişi randomizasyon yöntemi ile deney ve kontrol gruplarına atandı. Deney ve kontrol gruplarının belirlenmesinde seçim yanlılığını azaltmak için araştırmada doğrudan rolü olmayan üçüncü bir şahıs tarafından bir liste oluşturuldu ve rastgele sayılar tablosundan randomizasyon yöntemi ile deney ve kontrol grubu atamaları yapıldı (<http://www.stattek.com/statistics/random-number-generator.aspx>). Daha sonra bu liste araştırmacıya verilerek uygulamaya geçildi.

3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları

3.6.1. Hasta Bilgi Formu (Ön Test) (EK-2)

Araştırmacı tarafından literatür bilgisinden yararlanılarak hazırlanan, bilgi formu hastaların kişisel bilgilerini, diyabete ilişkin özelliklerini, sağlık algılamalarını, diyabet kontrollerini ve metabolik kontrole ilişkin bilgileri içeren toplam 43 sorudan oluşmaktadır (Yeşilbakan 2001, Ucakan 2010, Yanık 2011, Şireci 2012).

3.6.2. Hasta Bilgi Formu (Son Test) (EK-3)

Araştırmacı tarafından literatür bilgisinden yararlanılarak hazırlanan, bilgi formu hastaların sağlık algılamalarına ilişkin bilgileri içeren toplam 6 sorudan oluşmaktadır (Yeşilbakan 2001, Ucakan 2010, Yanık 2011, Şireci 2012).

3.6.3. Diyabet Öz-yönetim Ölçeği (Diabetes Self-management Instrument DSMI-35) (EK-4)

Lin et. al (2008) tarafından geliştirilen Diyabet Öz- Yönetim Ölçeği (DSMI-35), Tip 2 diyabetli yetişkinlerin son üç ay boyunca 35 maddeden oluşan öz-yönetim becerilerini uygulama sıklığını belirlemek için, her maddeye 4 puanlık cevap veren ve kendi kendini raporlayan bir ölçektir. Cevaplar 1 (asla) ile 4 (her zaman) arasında değişir. Ölçek için toplam puanlar 35 ile 140 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar öz yönetim faaliyetlerinin daha sık olduğunu göstermektedir. Bu ölçek beş alt faktöre ayrılmıştır. Bunlar; özdenetim (10 madde), öz entegrasyon (9 madde), sağlık uzmanları ve diğer önemli insanlarla işbirliği (9 madde), kan şekeri kontrolü (4 madde) ve önerilen rejimlere uyma (3 madde) şeklindedir. Ölçeğin doğrulanması, 0.94'lük Cronbach alfa katsayısı ve 0.73'lük bir test-tekrar test korelasyonu ile elde edilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması, D. Kaya Meral, Y. Kutlu ve B. Böyük tarafından uygulama

öncesinde gerçekleştirildi ve psikometrik özellikleri EK-4'te gösterildi. Mevcut çalışmada, ölçeğin cronbach alpha değeri 0.959 olarak belirlendi.

3.6.4. Tip II Diyabetli Hastalarda Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formu (EK-5)

Hastaların ilaç kullanımı, beslenme ve fiziksel egzersiz alanlarındaki davranış değişim aşamalarını belirlemek amacıyla transteoretik modelin değişim aşamalarından yararlanarak araştırmacı tarafından literatüre dayanarak hazırlanmış bir formdur (Ay ve Temel 2008, Baysal 2013, Tosun 2015).

Bireyi problemleri davranışını değiştirmesi için motive etmek, değişim evrelerini içeren davranış değişiminin transteoretik modelinden gelmektedir (LaBrie ve ark. 2006). Transteoretik Model (TTM) psikolog Prochaska ve Diclemente (1982) tarafından geliştirilmiştir. Modelde davranış değişiminin aşama aşama gelişen bir süreç olduğu belirtilmektedir. TTM, bireyin davranış aşamasını sınıflandırmada bir çerçeve sağlar (Van Nes ve Sawatzky 2010). Bu çalışmada modelin sadece değişim aşamaları üzerinde durulmuştur. Değişim aşamaları modelin zaman boyutunu göstermektedir ve beş aşamadan oluşmaktadır. Model yapısında bulunan düşünmeme (precontemplation), düşünme (contemplation), hazırlık (preparation), hareket/eylem (action), devam ettirme (maintenance), sonlandırma (termination) aşamaları bulunmaktadır (Nigg 2001; Prapavessis ve ark. 2004; Erol ve Erdoğan 2007). Bu değişim aşamaları değişim sürecinde bireyin niyet, tutum ve davranış değişikliğinin zamanını, aynı zamanda değişime olan ilgi ve motivasyonu da açıklar (Kim ve ark. 2006).

3.7. Araştırma Süreci

Deney ve kontrol gruplarına ön test Hasta Bilgi Formu, Tip 2 Diyabetli Hastalarda Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formu ve Diyabet Öz-yönetim Ölçeği-35 uygulanıp, daha sonra deney grubuna 4 oturumdan oluşan ve her oturumu 30-60 (ortalama 45 dk) dakika süren MG yöntemi ile girişimde bulunuldu. Oturumlar Transteoretik modelden yararlanarak ve diyabetli hastalara uyarlanarak araştırmacı tarafından geliştirilen Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formuna göre oluşturulmuştur. Görüşmeler her hafta bir oturum olacak şekilde, 4 hafta sonunda tamamlandı. Görüşmeler mesai saatleri içerisinde hastalara uygun gün ve saatlere göre planlandı. Her görüşmeden sonra hastanın bir sonraki görüşme planı yapıldı.

Diyabet tedavisinde rutin kontroller her üç ayda bir yapıldığı için kontrol grubu hastalar üç aylık kontrollerinde görüldü.

Araştırma süreci boyunca hem deney hem kontrol grubundaki hastalar ilaç kullanımı, hekim kontrolleri gibi rutin tedavilerine devam etmişlerdir.

Deney grubuna uygulanan MG yöntemi oturumları tamamlandıktan sonraki üçüncü ayda, kontrol grubuna ise üçüncü ayda son test ve Diyabet Öz-yönetim Ölçeği uygulandı (Şekil 3-1). Deney grubu 25, kontrol grubu 26 hastayla tamamladı.

Deney grubundaki 5 hasta (2 kişi şehir değişikliği, 1 kişi kendi isteğiyle, 1 kişi iş ve 1 kişi ameliyat olma sebebiyle) ve kontrol grubundaki 4 hasta (kendi istekleri ile) araştırmadan ayrılmıştır.

Oturumların içeriği literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Ögel 2009; Chen ve ark. 2012; Calhoun ve ark. 2010; Steinberg and Miler 2015; Tosun ve Zincir 2016; Ok, 2017).

1. **Oturum:** Açılış, Görüşmenin Yapılandırılması ve Gündem Oluşturma.

Bu ilk oturumda, araştırmacı öncelikle rolünü, burada bulunma sebebini ne kadar zamanı olduğunu bildirir. MG hakkında bilgi verdikten sonra diyabet öz-yönetimi ile ilgili açık uçlu sorular sorularak hasta hakkında ayrıntılı bilgi alınır. İlaç kullanımına ve/veya beslenmeye ve/veya egzersize yönelik neler düşündüğü ve deneyimlediği; sorun yaşadığı durum veya durumlar belirlenir. Hastanın gündem belirlemesi istenir. Hastanın öz-yönetimini sorgulayabilmesi için bir sonraki haftaya kadar kan şekeri ölçümleri istenir. Bu noktada önemli olan hastayla tartışmadan, yargılamadan işbirlikçi bir yaklaşımla uyum sorunu yaşadığı konuların nedenlerinin neler olduğunu saptamaktır.

2. **Oturum:** Değişim İçin Motivasyonu Yükseltme.

Oturuma bir önceki oturumun özetiyle başlanır. Yaptığı ölçümler üzerinden haftayı nasıl geçirdiği konuşulur. Eğer hastanın bilgi eksikliği veya yanlış bilgisi varsa ve hastanın talebi varsa bilgilendirilir. Kendisi için nasıl öz değerlendirme yaptığı değerlendirilir. Sorun yaşanan konuda değişim için hastanın daha önce neler deneyimlediği görüşülebilir. Hastanın değişim için karar dengesini ortaya çıkarmak için

önemlilik, güven-yeterlilik cetvelleri ve üçlü karar dengesi kullanılır ve öz yeterliliği desteklenir. Hasta değişime hazır değilse, hastanın bu konudaki çelişkili düşüncelerini ifade etmesi desteklenir. Uç durumlar sorgulanır ve geleceğe bakması sağlanır. Şuan ki durumuyla devam ettiğinde ve değişim olduğunda gelecekte nasıl olacağı (mesela 10 yıl sonrası) karşılaştırılır. Böylece kişinin şimdiki davranışları ile hedefleri arasındaki çelişkileri hastanın zihninde ortaya çıkarılmaya çalışılır. Hasta istekliyse tekrar kan şekeri ölçümü yapması teklif edilir. Burada amaç hastanın bedenini ve hastalığı daha iyi tanımasıdır. Hasta günlük yaşamının kan şekeri üzerindeki etkisini de görmüş olacaktır.

3. Oturum: Özetleme, Destekleme ve Değişimi Konuşmak.

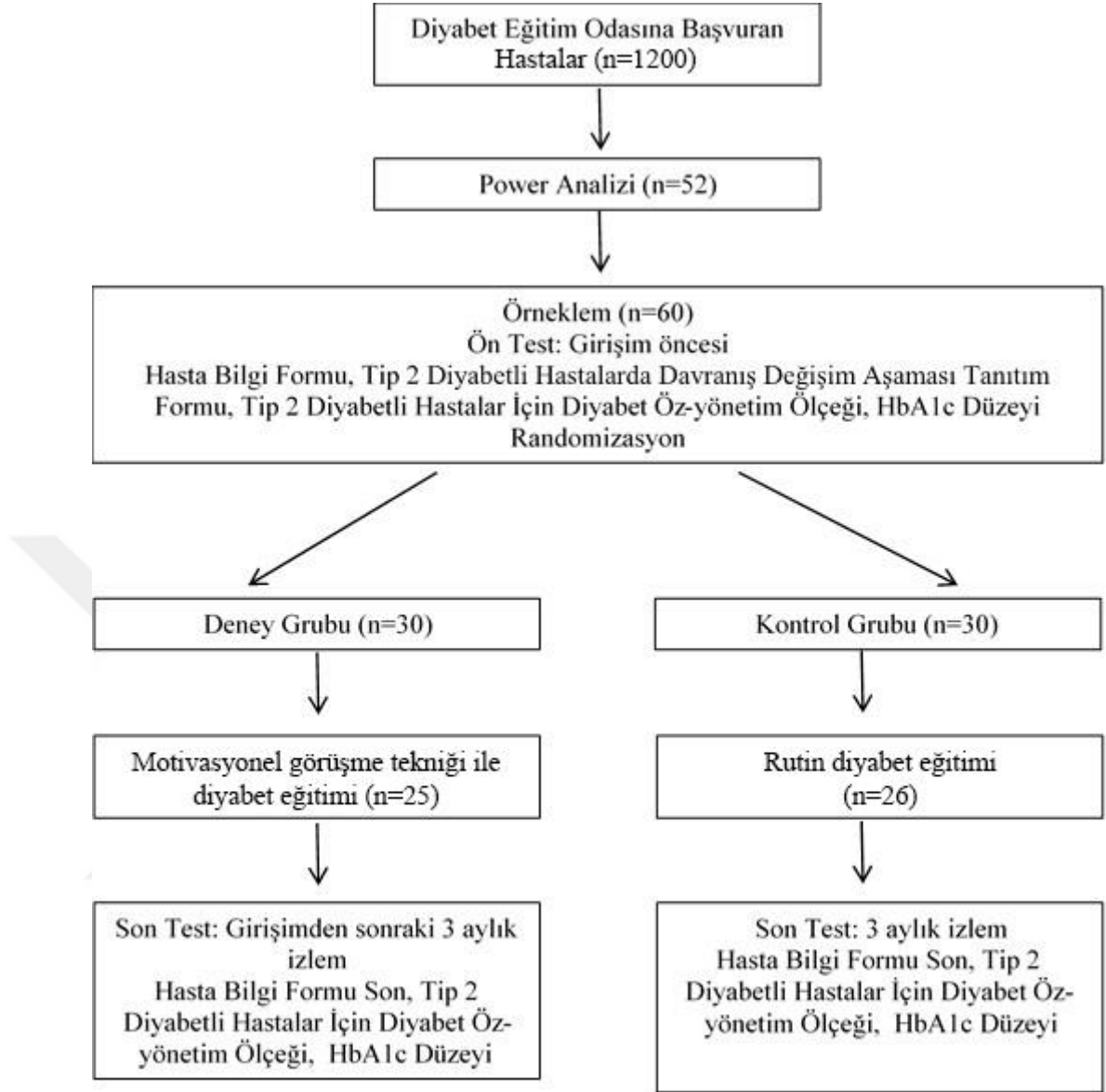
Bu aşamada hastanın hedefine ne kadar yakın ya da uzak olduğunu anlayabilmesi için ilk iki oturumdaki durumu özetlenir. Hastanın olumlu yönleri desteklenir. Empatik yaklaşımla şimdiki durumunun olumsuz yanlarının farkına varması ve değişimin avantajlarının farkına varıp anlaması için değişimi konuşması sağlanır. Değişimi tetikleyecek sorular sorulur. Değişim hastanın vermesi gereken bir karar olduğu için, danışman sadece hastayı değişime hazırlayan itici güçtür. Bu yüzden hastaya bundan sonraki aşamada ne yapmak istediği sorgulanarak sürece devam edilir. Eğer hasta değişim için hazırsa, hastayla birlikte değişim planı yapılır. Nasıl, ne zaman, nerede gibi detaylar belirlenir. Hasta değişim için hazır olma aşamasında değilse, önceki aşamalara tekrar bakılır. Hastayla geleceğe dair beklentileri, hedefleri ve değerleri konuşulur.

4. Oturum: Değerlendirme.

Hastayla değişim planı yapılmışsa görüşmeye bu planın uygulanmasıyla ilgili olumlu veya olumsuz deneyimler konuşulur. Hasta başarısı sebebiyle takdir edilir ve desteklenir. Planın uygulanmasıyla ilgili sorun yaşandıysa tekrar değerlendirme yapılır. Hastanın süreç boyunca neler hissettiği öğrenilir ve kapanış yapılır.

Tablo 3.1: Motivasyonel Görüşme Yöntemi ile Yapılan Diyabet Oturumlarının İçeriği

Motivasyonel Görüşme Oturumları	Süre	Oturum İçeriği
1. Oturum (Birinci hafta)	45 dk	- Tanışma - Diyabet hakkındaki bilgi ve görüşleri - Hastalığa uyum sağlamada yaşanan zorluklar - Motivasyonel görüşme için gündem belirleme
2. Oturum (İkinci hafta)	45 dk	- Önceki haftanın özeti - Öz değerlendirme - Değişim için karar dengesini ortaya çıkarma - Öz yeterliliği destekleme - Çelişkileri ortaya çıkarma - Değişim için motivasyonu yükseltme
3. Oturum (Üçüncü hafta)	45 dk	- Önceki haftanın özeti - Değişimin avantajlarını farkettilme - Destekleme - Değişim planını oluşturmak - Değişimi konuşmak
4. Oturum (Dördüncü hafta)	45 dk	- Önceki haftanın özeti - Değişim planı yapıldıysa uygulamayla ilgili olumlu veya olumsuz deneyimlerin konuşulması - Destekleme - Değerlendirme - Kapanış



Şekil 3.1: Araştırmanın Uygulama Şeması

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmacı, Miller ve Rollinck'ten motivasyonel görüşme eğitiminde uzman olan bir kişiden, ayda bir oturum olmak üzere toplamda iki oturumda motivasyonel görüşme tekniği eğitimini tamamladı (EK-6)

Etik Kurul İzni için Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Komitesine başvuru yapıldı ve 16.11.2016 tarihinde 36 protokol numarası ile onay alındı (EK-8). Kurum izni için Eğitim ve araştırma hastanesinin yönetiminden yazılı ve sözlü izin alındı (EK-7). Araştırmaya

katılan hastalara Helsinki Deklerasyonuna göre bilgilendirme yapılarak yazılı ve sözlü onamları alındı (EK-1).

3.9. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler, lisanslı SPSS for Windows 21 (Statistical Package for Social science for Windows, Version 21.0) paket programında analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel analizler Tablo 3.1’de verildi. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Tablo 3.2: Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistik Analizler

Değerlendirilen Parametreler	Uygulanan Testler
Deney ve kontrol grubunun benzerliğini değerlendirmede	❖ Tanımlayıcı analizler (aritmetik ortalama, standart sapma, minimum-maximum, oran, yüzde) ❖ Kikare Testi
Deney ile kontrol grubunun ön test, son test ölçek puanlarının karşılaştırılması	▪ Mann Whitney U Testi
Deney grubunun ön test, son test ölçek puanlarının karşılaştırılması	○ Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi
Kontrol grubunun ön test, son test ölçek puanlarının karşılaştırılması	➤ Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

3.10. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Araştırmanın güçlü yönleri;

- ❖ Çalışmada ön test son test kontrol gruplu, deneysel tasarım tipinin kullanılmış olması,
- ❖ Deney ve kontrol grubunun randomize atanması,
- ❖ Deney ve kontrol grubunun homojen olması,
- ❖ Tedaviye uyumu değerlendirmek amacıyla subjektif verilerin (Öz-yönetim Ölçeği-35) yanında objektif verilerin de (tıbbi kayıtlardan elde edilen biyokimyasal veri) kullanılmasıdır.

Araştırmanın sınırlılıkları;

- ❖ Araştırma bulguları bu örneklem grubu ile sınırlı olup genellenemez.
- ❖ Araştırmanın yapıldığı bölgenin eğitim seviyesinin düşük olması örneklem sayısını sınırlamıştır.



4. BULGULAR

Tip 2 Diyabetli Hastalarda Motivasyonel Görüşmenin Öz-yönetim ve HgA1c Üzerine Etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırma bulguları aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4.1: Deney Kontrol Gruplarının Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

<i>Değişken</i>		<i>Deney (n=25)</i>	<i>Kontrol (n=26)</i>	<i>İstatistik</i>	
				<i>Z/ X^2</i>	<i>p</i>
Yaş (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	40-69 (57)	46-74 (55)		
	<i>Ort±Ss</i>	56,28±8,18	55,54±7,60	-,632	,527
Cinsiyet; n (%)	Kadın	14 (56)	18 (69,2)	,954	,329
	Erkek	11 (44)	8 (30,8)		
Boy (cm)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	148-175 (164)	143-178 (159,5)		
	<i>Ort±Ss</i>	162,76±7,28	159,50±9,91	-1,501	,133
Kilo (kg)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	55-133 (85)	54-128 (84,5)		
	<i>Ort±Ss</i>	86,12±17,62	85,76±19,19	-,047	-,999
BKİ (kg/m²)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	24,6-48,3 (30,8)	22,4-47 (32,8)		
	<i>Ort±Ss</i>	32,49±6,41	33,54±5,93	,962	,318
Eğitim durumu; n (%)	Okur-yazar	1 (4)	5 (19,2)		
	İlk/ortaöğretim	21 (84)	17 (65,4)	4,737	,192
	Lise ve üzeri	3 (12)	4 (15,4)		
Meslek; n (%)	Çalışmıyor	10 (40)	17 (65,4)		
	Maaşlı çalışan	3 (12)	5 (19,2)		
	Emekli	10 (40)	3 (11,5)	6,400	,094
	Diğer	2 (8)	1 (3,8)		
Ekonomik durum; n (%)	Kötü	3 (12)	1 (3,8)		
	Orta	20 (80)	25 (96,2)	3,537	,171
	İyi	2 (8)	-		
Birlikte yaşam; n (%)	Yalnız	1 (4)	2 (7,7)		
	Eşli	10 (40)	6 (23,1)		
	Eşli ve çocuklu	14 (56)	17 (65,4)	2,605	,457
	Çocuklu	-	1 (3,8)		

Z= Mann-Whitney U Testi;
 X^2 =ki kare testi

Tablo 4-1'deki diyabet hastalarının demografik incelendiğinde; deney grubundaki hastaların yaş ortalamasının 56,28±8,18 olduğu, %56'sının kadın, BKİ

ortalamalarının $32,49 \pm 6,41$ olduğu, %84'ünün ilk/ortaöğretim mezunu, %40'ının emekli veya çalışmıyor olduğu, %80'inin orta düzeyde ekonomik durumu olduğu, %56'sının eşi ve çocuğuyla birlikte yaşadığı; kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının $55,54 \pm 7,60$ olduğu, %69.2'sinin kadın, BKİ ortalamalarının $33,54 \pm 5,93$ olduğu, %65.4'ünün ilk/ortaöğretim mezunu, %65.4'ünün çalışmıyor olduğu, %96.2'sinin orta ekonomik durumu olduğu, %65.4'ünün eşi ve çocuğuyla birlikte yaşadığı saptandı. Deney kontrol gruplarının demografik özellikleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.005$).

Tablo 4.2: Deney Kontrol Gruplarının Diyabete İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırması

<i>Diyabete İlişkin Özelliklerin Dağılımı</i>		<i>Deney (n=25)</i>	<i>Kontrol (n=26)</i>	<i>İstatistik</i>	
				<i>Z/ X^2</i>	<i>p</i>
Diyabet süresi (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-20 (7)	2-30 (10)	-,454	,649
	<i>Ort±Ss</i>	9,20±5,70	10,15±6,37		
Ailede diyabet öyküsü; n (%)	Evet	21 (84)	23 (88,5)	1,739	,419
	Hayır	4 (16)	2 (7,7)		
	Bilmiyorum	-	1 (3,8)		
Son 1 yıl içerisinde diyabet ya da komplikasyon nedeni ile hastaneye yatış; n (%)	Evet	2 (8)	1 (3,8)	,397	,529
	Hayır	23 (92)	25 (96,2)		
Sağlık kontrollerini düzenli yaptırma; n (%)	Evet	7 (28)	8 (30,8)	,047	,828
	Hayır	18 (72)	18 (69,2)		
Diyabet tedavisi; n (%)	OAD	2 (8)	3 (11,5)	3,248	,197
	İnsülin	5 (20)	1 (3,8)		
	İnsülin	+ 18 (72)	22 (84,6)		
	OAD				
Diyabet tedavisine uyum	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-11 (4)	0-6 (3)	-2,958	,003
	<i>Ort±Ss</i>	5,16±2,40	3,30±1,69		
HbA1c	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	8,4-15,3 (10)	6,5-14,4 (10)	-1,103	,270
	<i>Ort±Ss</i>	10,66±1,91	9,95±2,23		

Z= Mann-Whitney U Testi;
 X^2 =ki kare testi

Tablo 4-2'de deney kontrol gruplarının diyabete ilişkin özellikleri incelendiğinde; deney grubundaki hastaların diyabet süresinin ortalama $9,20 \pm 5,70$ olduğu, %84'ünün ailesinde diyabet öyküsü olduğu, %92'sinin son 1 yıl içerisinde

diyabet ya da komplikasyon nedeni ile hastaneye yatmadığı, %72'sinin düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığı, %72'sinin medikal tedavi olarak İnsülin ve OAD kullandığı, diyabet tedavisine uyum ortalamalarının $5,16 \pm 2,40$ olduğu ve HbA1c düzey ortalamalarının $10,66 \pm 1,91$ olduğu; kontrol grubu hastalarının diyabet süresinin ortalama $10,15 \pm 6,37$ olduğu, %88.5'inin ailesinde diyabet öyküsü olduğu, %96.2'sinin son 1 yıl içerisinde diyabet ya da komplikasyon nedeni ile hastaneye yatmadığı, %69.2'sinin düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığı, %84.6'sının medikal tedavi olarak İnsülin ve OAD kullandığı, diyabet tedavisi, diyabet tedavisine uyum ortalamalarının $3,30 \pm 1,69$ olduğu ve HbA1c düzey ortalamalarının $9,95 \pm 2,23$ olduğu saptanmıştır.

Deney kontrol gruplarının diyabete ilişkin özellikleri karşılaştırıldığında Diyabet süresi, Ailede diyabet öyküsü, Son 1 yıl içerisinde diyabet ya da komplikasyon nedeni ile hastaneye yatış, sağlık kontrollerini düzenli yaptırma, diyabet tedavisi ve HbA1c düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.005$). Deney kontrol gruplarının diyabet tedavisine uyumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.005$). Deney grubunun uyum düzeyleri kontrol grubundan yüksek bulundu.

Tablo 4.3: Deney ve Kontrol Grubunun Ön test Son test DÖYÖ-35 Puanlarının Karşılaştırılması

		Deney (n= 25)			Kontrol (n= 26)			Z**	p
		Ort±Ss	Min	Maks	Ort±Ss	Min	Maks		
DÖYÖ-35	Ön test	83,08±21,30	47	132	80,38±16,08	51	106	-,226	,821
	Son test	122,36±13,37	87	139	73,92±12,93	51	100	-6,031	0,000
		Z*=-3,983 p=0,000			Z*=-2,542 p=0,011				

*Z, Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi; **Z, Mann-Whitney U Testi

Deney ve kontrol grubunun uygulama ön test son test DÖYÖ-35 Puanlarının karşılaştırılması Tablo 4-3'de gösterildi. Deney grubundaki hastaların ön test DÖYÖ-35 puan ortalaması $83,08 \pm 21,30$, son test puan ortalaması ise $122,36 \pm 13,37$ bulunmuştur. Kontrol grubundaki hastalarında ise ön test DÖYÖ-35 puan ortalaması $80,38 \pm 16,08$, son test puan ortalaması ise $73,92 \pm 12,93$ bulunmuştur.

Deney grubu ile kontrol grubunun ön test DÖYÖ-35 puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($Z=-,226$, $p>0,05$). Deney ve kontrol grubunun son test DÖYÖ-35 puanları arasında anlamlı fark bulundu ($Z=-6,031$, $p<0,05$). Deney grubunun DÖYÖ-35 puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu belirlendi.

Deney grubunun ön test son test DÖYÖ-35 puanları arasında anlamlı fark bulundu ($Z=-3,983$, $p<0,05$). Deney grubunun uygulama sonrası son test DÖYÖ-35 puanlarının uygulama öncesine göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Kontrol grubunun ön test son test DÖYÖ-35 puanları arasında anlamlı fark bulundu ($Z=-2,542$, $p<0,05$). Kontrol grubunun uygulama sonrası son test DÖYÖ-35 puanlarının uygulama öncesine göre daha düşük olduğu belirlendi.



Tablo 4.4: Deney ve Kontrol Grubunun Ön test Son test DÖYÖ-35 Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		Vaka (n= 25)			Kontrol (n= 26)			Z**	p
		Ort±Ss	Min	Maks	Ort±Ss	Min	Maks		
Faktör 1	Ön test	18,40±6,24	10	32	18,53±5,50	11	32	-,123	,902
	Son test	31,04±4,23	18	36	16,34±4,25	11	27	-5,971	0,000
		Z* = -4,051 p =0,000			Z* = -2,884 p =,004				
Faktör 2	Ön test	20,72±6,47	12	36	20,42±4,63	13	27	-,293	,769
	Son test	31,04±4,23	18	36	19,30±3,66	12	27	-5,805	0,000
		Z* =-3,770 p =,000			Z* =-1,524 p =,128				
Faktör 3	Ön test	26,60±4,76	15	36	25,34±3,78	17	36	-1,033	,302
	Son test	34,28±2,77	27	36	22,92±4,03	17	32	-6,040	0,000
		Z* =-4,266 p =0,000			Z* =-2,990 p =,003				
Faktör 4	Ön test	8,88±3,80	4	16	8,30±3,00	4	13	-,275	,783
	Son test	14,12±2,20	8	16	7,50±2,17	4	11	-6,003	0,000
		Z* =-3,688 p =0,000			Z* =-1,512 p =0,131				
Faktör 5	Ön test	8,48±1,78	5	12	7,76±2,38	3	12	-1,140	,254
	Son test	11,28±1,20	8	12	7,84±1,68	3	11	-5,580	0,000
		Z* =-3,853 p =0,000			Z* =-,053 p =0,958				

*Z, Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi; **Z, Mann-Whitney U Testi

Deney ve kontrol grubunun ön test son test DÖYÖ-35 alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 4-4’de gösterildi. Deney grubu ile kontrol grubunun ön test DÖYÖ-35 F1 puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($Z=-,123$, $p>0,05$). Deney ve kontrol grubunun son test DÖYÖ-35 F1 puanları arasında anlamlı fark bulundu ($Z=-5,971$, $p<0,05$). Deney grubunun DÖYÖ-35 F1 Puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu belirlendi.

Deney grubunun ön test son test DÖYÖ-35 F1 puanları arasında anlamlı fark bulundu ($Z=-4,051$, $p<0,05$). Deney grubunun uygulama sonrası son test DÖYÖ-35 F1 puanlarının uygulama öncesine göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Kontrol grubunun ön test son test DÖYÖ-35 F1 puanları arasında anlamlı fark bulundu ($Z=-2,990$, $p<0,05$). Kontrol grubunun uygulama sonrası son test DÖYÖ-35 F1 puanları uygulama öncesine göre düşük olduğu belirlendi.

Deney grubu ile kontrol grubunun ön test DÖYÖ-35 F2 puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($Z=-,293$, $p>0,05$). Deney ve kontrol grubunun son test DÖYÖ-35 F2 puanları arasında anlamlı fark bulundu ($Z=-5,805$, $p<0,05$). Deney grubunun DÖYÖ-35 F2 Puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu belirlendi.

Deney grubunun ön test son test DÖYÖ-35 F2 puanları arasında anlamlı fark bulundu ($Z=-3,770$, $p<0,05$). Deney grubunun uygulama sonrası son test DÖYÖ-35 F2 puanlarının uygulama öncesine göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Kontrol grubunun ön test son test DÖYÖ-35 F2 puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($Z=-1,524$, $p>0,05$).

Deney grubu ile kontrol grubunun ön test DÖYÖ-35 F3 puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($Z=-1,033$, $p>0,05$). Deney ve kontrol grubunun son test DÖYÖ-35 F3 puanları arasında anlamlı fark bulundu ($Z=-6,040$, $p<0,05$). Deney grubunun DÖYÖ-35 F3 Puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu belirlendi.

Deney grubunun ön test son test DÖYÖ-35 F3 puanları arasında anlamlı fark bulundu ($Z=-4,266$, $p<0,05$). Deney grubunun uygulama sonrası son test DÖYÖ-35 F3 puanlarının uygulama öncesine göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Kontrol grubunun ön test son test DÖYÖ-35 F3 puanları arasında anlamlı fark bulundu ($Z=-2,990$, $p<0,05$). Kontrol grubunun uygulama sonrası son test DÖYÖ-35 F3 puanları uygulama öncesine göre daha düşük olduğu belirlendi.

Deney grubu ile kontrol grubunun ön test DÖYÖ-35 F4 puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($Z=-,275$, $p>0,05$). Deney ve kontrol grubunun son test DÖYÖ-35 F4 puanları arasında anlamlı fark bulundu ($Z=-6,003$, $p<0,05$). Deney grubunun DÖYÖ-35 F4 puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu belirlendi.

Deney grubunun ön test son test DÖYÖ-35 F4 puanları arasında anlamlı fark bulundu ($Z=-3,688$, $p<0,05$). Deney grubunun uygulama sonrası son test DÖYÖ-35 F4 puanlarının uygulama öncesine göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Kontrol grubunun ön test son test DÖYÖ-35 F4 puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($Z=-1,512$, $p>0,05$).

Deney grubu ile kontrol grubunun ön test DÖYÖ-35 F5 puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($Z=-1,140$, $p>0,05$). Deney ve kontrol grubunun son test DÖYÖ-35 F5 puanları arasında anlamlı fark bulundu ($Z=-5,580$, $p<0,05$). Deney grubunun DÖYÖ-35 F5 puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu belirlendi.

Deney grubunun ön test son test DÖYÖ-35 F5 puanları arasında anlamlı fark bulundu ($Z=-3,853$, $p<0,05$). Deney grubunun uygulama sonrası son test DÖYÖ-35 F5 puanlarının uygulama öncesine göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Kontrol grubunun ön test son test DÖYÖ-35 F5 puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($Z=-,053$, $p>0,05$).

Tablo 4.5: Deney ve Kontrol Grubunun Ön test Son test HbA1c Değerlerinin Karşılaştırılması

		Deney (n= 25)			Kontrol (n= 26)			Z**	p
		Ort±Ss	Min	Maks	Ort±Ss	Min	Maks		
HbA1C	Ön test	10,66±1,91	8,4	15,3	9,95±2,23	6,5	14,4	-1,103	,270
	Son test	7,20±1,32	4,0	10,3	9,50±2,14	06,4	13,9	-4,093	0,000
		Z*=-4,373 p =0,000			Z*=-1,258 p =,209				

*Z, Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi; **Z, Mann-Whitney U Testi

Deney ve kontrol grubunun ön test son test HbA1c Değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4-5’de gösterildi. Deney grubunun ön test HbA1c değeri ortalaması 10,66±1,91, son test değer ortalaması ise 7,20±1,32 bulundu. Kontrol grubunun ön test HbA1c değeri ortalaması 9,95±2.23, son test değer ortalaması ise 9,50±2,14 bulundu.

Deney grubu ile kontrol grubunun ön test HbA1c değerleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($Z=-1,103$, $p>0,05$). Deney ve kontrol grubunun son test HbA1c Değerleri arasında anlamlı fark bulundu ($Z=-4,093$, $p<0,05$). Deney grubunun HbA1c değerlerinin kontrol grubundan daha düşük olduğu belirlendi.

Deney grubunun ön test son test HbA1c değerleri arasında anlamlı fark bulundu ($Z=-4,373$, $p<0,05$). Deney grubunun uygulama sonrası son test HbA1c

değerlerinin uygulama öncesine göre daha düşük olduğu belirlendi. Kontrol grubunun ön test son test HbA1c değerleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($Z=-1,258$, $p>0,05$).



5. TARTIŞMA

Tip 2 Diyabetli Hastalarda Motivasyonel Görüşmenin Öz-yönetim ve HgA1c Üzerine Etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda tartışılarak dört başlık altında sunuldu.

5.1. Deney ve kontrol grubunun demografik ve diyabete ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması

5.2. Deney ve kontrol grubunun ön test son test DÖYÖ-35 puanlarının karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması

5.3. Deney ve kontrol grubunun ön test son test DÖYÖ-35 ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması ilgili bulguların tartışılması

5.4. Deney ve kontrol grubunun ön test son test HbA1c değerlerinin karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması

5.1. Deney ve kontrol grubunun demografik ve diyabete ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması

Deney ve kontrol grupları basit rastgele randomizasyon yöntemi ile belirlendikten sonra, araştırma sonuçlarını etkileyebilecek özellikleri açısından benzer olup olmadıkları değerlendirildi.

Deney grubunun yaş ortalamasının $56,28 \pm 8,18$, kontrol grubunun yaş ortalamasının ise $55,54 \pm 7,60$ olduğu ve aralarında anlamlı fark olmadığı belirlendi. Bu bulgu deney ve kontrol gruplarının yaş ortalaması yönünden benzer olduğunu ve orta yaşta olduklarını göstermektedir. Cinsiyet açısından ise her iki grupta kadın hasta fazla olmakla birlikte gruplar birbirine benzerdi.

Deney grubundaki hastaların BKİ ortalaması $32,49 \pm 6,41$, kontrol grubundaki hastaların BKİ ortalaması ise $33,54 \pm 5,93$ olup birbirine benzerdi. BKİ tablosuna göre hastalar birinci derece obez grubunda bulunmaktaydı.

Eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum ve birlikte yaşadığı kişiler açısından deney ve kontrol grubu değerlendirildiğinde yine her iki grubun benzer olduğu belirlendi.

Tip 2 diyabetli hastalarda motivasyonel görüşmenin etkinliğine yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde, çalışmamızdaki hastaların demografik özelliklerinin literatürle benzerlik gösterdiği saptandı (Calhoun ve ark. 2010, Welch ve ark. 2011, Rosenbek Minet ve ark. 2011, Chen ve ark. 2012, Li ve ark. 2014, Do Valle Nascimento ve ark. 2017). Hem deney hem de kontrol grubu hastaların çoğunluğunun eş ya da çocuklarıyla yaşıyor olması destek sistemlerinin iyi olduğunu ve herhangi bir acil durumda kolaylıkla yardım alabileceklerini düşündürdü. Diyabetin öz yönetiminde sosyal desteğin olması hastaların hastalıklarına uyumunu artıran önemli bir faktördür.

Deney ve kontrol grubu hastaların diyabete ilişkin özelliklerine bakıldığında; deney grubunun ortalama diyabet süresi $9,20 \pm 5,70$, kontrol grubunun ortalama diyabet süresi ise $10,15 \pm 6,37$ olduğu ve aralarında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p=0,649$) (Tablo 4.2). Yine ailede diyabet hastalığı olması ve son 1 yıl içerisinde diyabet ya da komplikasyon nedeni ile hastaneye yatış oranları açısından deney ve kontrol gruplarının benzer olduğu belirlendi. Düzenli sağlık kontrolü yaptırma açısından gruplar benzer

olmakla birlikte her iki grupta da hastaların 3 aylık HbA1c değerlerine baktırmadığı, rutin metabolik kontrolleri için hastaneye başvurmadığı sadece ilaç raporları iki yıllık olduğu için ilaçları bittiğinde aile hekimlerine giderek ilaçlarını reçete ettirdikleri belirlendi. Hastaların diyabete yönelik sağlık kontrollerini düzenli yaptırmamaları hastalıkla ilgili öz yönetimlerinin kötü olduğunu ve öz yönetimi artırmaya yönelik girişimlerin önemli olduğunu bize düşündürmüştür. Mevcut çalışmada deney ve kontrol grubundaki hastaların HbA1c düzey ortalamaları benzerlik göstermekte olup; deney grubunda HbA1c ortalaması $10,66 \pm 1,91$, kontrol grubunda HbA1c ortalaması $9,95 \pm 2,23$ 'di.

Tip 2 diyabetli hastalarda HbA1c değeri diyabet yönetiminin önemli bir göstergesidir ve motivasyonel görüşmenin etkinliğinin incelendiği çalışmalarda da HbA1c değerleri yüksek olup mevcut çalışma bulguları ile benzerdir. (West ve ark. 2007, Shigaki ve ark. 2010, Rosenberk Minet ve ark. 2011, Waker 2012, Kang ve Gu 2015, Miller ve ark. 2014, Do Valle Nascimento ve ark. 2017). Hastaların diyabet tedavileri sorgulandığında; deney grubundaki hastaların %72'si, kontrol grubundaki hastaların ise %84.6'sının insülin ile birlikte OAD kullanmaktadırlar. Bu bulgu deney ve kontrol gruplarının kullandıkları tedavi yönünden benzer olduğunu göstermektedir. Hastaların tedavileri HbA1c düzeyine göre belirlenir. Eğer hastanın kan şekeri OAD ilaçlarla kontrol altına alınamadığında ve HbA1c düzeyine göre insülin tedavisine de karar verilir. Hem deney hem de kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun OAD ile birlikte insülin kullanması her iki gruptaki hastaların kan şekerlerinin kontrol altında olmadığını bir göstergesidir.

5.2. Deney ve kontrol grubunun ön test son test DÖYÖ-35 puanlarının karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön test son test DÖYÖ-35 puanları karşılaştırıldığında; DÖYÖ-35 ön test puanları birbirine benzerdi. Son test DÖYÖ-35 puanları arasında ise anlamlı fark olup deney grubunun puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.3).

Yine deney grubunun ön test-son test DÖYÖ-35 puanları arasında da anlamlı fark bulundu. Bu bulgu motivasyonel görüşme tekniği kullanılarak verilen diyabet eğitimin hastaların diyabet öz yönetiminde etkili olduğunu düşündürdü. Mevcut çalışmada, kontrol grubunun ön test-son test DÖYÖ-35 puanları arasında da anlamlı

fark bulundu. Ancak bu fark kontrol grubunun uygulama sonrası son test DÖYÖ-35 puanlarının uygulama öncesine göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktaydı. Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun düzenli kontrole gelmediği belirtmesi ve diyabet tedavisini sadece tıbbi/ilaç tedavisi olarak görmesi ve yaşam stilinde herhangi bir değişim yapmaması kontrol grubu hastaların öz yönetimlerinin düşük olmasında etkili olabilir.

Bütün bu sonuç doğrultusunda deney ve kontrol grubu arasında fark olması, özellikle sadece rutin diyabet eğitimi alan kontrol grubu hastalarda son test DÖYÖ-35 puanlarının düşmesi MG tekniğinin rutin eğitime göre daha etkili olduğunu göstermiş olup ‘Motivasyonel görüşme tekniği ile diyabet eğitimi alan hastalar bu eğitimi almayanlarla karşılaştırıldığında öz yönetim puanları daha yüksek olacaktır’ hipotezimiz desteklenmiştir.

Chen ve ark. (2012) toplam 215 tip 2 diyabetli hastadan oluşan çalışmada MG’nin öz yönetim, psikolojik ve glisemik sonuçlara etkisini araştırmıştır. Çalışmada, DÖYÖ-35 ön test ve 3 ay sonraki puanlarını karşılaştırdığında MG’nin olumlu yönde etkili olduğunu bildirmiştir. DÖYÖ-35 3 aylık son test puanını 121.24 (35-140) olarak bulmuştur. Bizim bulgularımızda ise DÖYÖ-35 ön test puanı 83. 03 iken son testte DÖYÖ-35 puanı 122,36 olarak bulunmuştur. Bu bulgu yapılan çalışmayla bizim çalışmamızın paralel olduğunu göstermektedir.

Rubak ve ark. (2011), Stuckey ve ark. (2009), Lakerveld ve ark. (2013), Miller ve ark. (2014) ve Waker (2012)’in tip 2 diyabetli hastalarla yaptıkları çalışmalara göre; MG’in diyabette öz-bakım davranışlarında gelişmeye katkı sağladığını bildirilmişlerdir.

Wang (2011), Zhang (2012), Ye (2012)’nin MG’nin öz yönetim becerilerine (6 boyutta: diyet, düzenli egzersiz, tedaviye uyum, KŞ takibi, ayak bakımı ve hipoglisemi-hiperglisemi tedavisi ve korunma) etkisini değerlendiren araştırmalarının sunucuna göre MG’nin bu 6 parametrede iyileşme gösterdiğini bildirmişlerdir (aktaran Song ve ark. 2014).

Li ve ark. (2014) tip 2 diyabetli hastalarda MG’nin hastaların yaşam kalitesine ve uzun dönem kötü glisemik sonuçlarına etkisini araştırmış, MG’nin tip 2 diyabetli hastalarda öz yönetim aktivitelerini önemli ölçüde arttırdığını saptamıştır.

Tosun (2015)'un tip 2 diabetes mellitusu olan bireylerde transteoretik model temelli motivasyonel görüşmenin öz-etkililik, metabolik kontrol ve sağlık davranışına etkisini araştırdığı çalışmasında, MG uygulamasının altı aylık süreçte öz-etkililik düzeyini artırdığı, metabolik kontrolde iyileşme sağladığı, beslenme, egzersiz ve ilaç kullanımı davranış aşamalarında ilerleme sağladığı saptanmıştır.

Doğru (2016)'nın diyabetik hastalarda motivasyonel görüşme tekniğinin öz yönetim algısı ve metabolik değişkenlere etkisi isimli araştırmasında, MG'nin Diyabette Öz Yönetim Algısı Skalası puanlarını belirgin düzeyde arttırdığı bulunmuştur.

Muslu (2016)'nın motivasyonel görüşme programının tip 2 diyabet tanılı yetişkinlerin hastalıkla baş etme ve uyumlarına etkisini araştırdığı çalışmasında, MG'nin hastaların baş etme uyum, diyabet öz-etkililik ve diyabet öz bakım aktiviteleri düzeylerinin artmasında etkili olduğu saptanmıştır.

Yapılan bu araştırmalar incelendiğinde, sadece Chen ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışma yöntem açısından mevcut çalışmaya benzer olup diğer çalışmalar farklılıklar göstermekteydi. Çalışmalarda tip 2 diyabetli hastaların hastalıkla baş etmesi kilo kontrolü, diyet, fiziksel aktivite, tedaviye uyum, diyabet öz yönetim ve yaşam kalitesi gibi boyutlarıyla değerlendirilmiş ve motivasyonel görüşme yönteminin yararlı olduğu rapor edilmiştir.

5.3. Deney ve Kontrol Grubunun Ön test Son test DÖYÖ-35 Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması İlgili Bulguların Tartışılması

Deney grubu ile kontrol grubunun ön test-son test öz düzenleme alt boyut puanları değerlendirildiğinde anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Dokuz maddeden oluşan 'öz düzenleme', alt boyutu hastaların kendi kendilerini düzenleyen davranışlarını yansıtırken, vücut belirtileri ve semptomlarının kendi kendini izlemesi (yani, kan şekeri değişiklikleriyle ilgili yaşam durumlarını ve nedenlerini tanımlamak ve bu gözlemlere dayanarak harekete geçmek) durumları hakkında bilgi verir.

Literatüre bakıldığında MG'nin direkt öz düzenlemeye etkisi ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır.

Rubak ve ark. (2011)'nın MG'nin tip 2 diyabetli kişilerde davranış değişikliğine karşı tutumunu araştıran çalışmasında deney grubundaki hastaların diyabetlerinin

kontrol altına alınmasının önemi ve komplikasyonları önleme konularında daha bilinçli olduğu bildirilmiştir. Ayrıca MG'nin hastalarının diyabet anlayışını, tedaviye uyumla ilgili inançlarını, düşüncelerini ve davranış değişikliği için motivasyonlarını geliştirdiği saptanmıştır.

Calhoun ve ark. (2010)'in tip 2 diyabetli Kızılderili hastalarla yaptığı çalışmada, MG' nin hastaların glisemik kontrollerinde iyileşme sağladığı; Kang ve Gu (2015)'nin diabetes mellituslu yaşlı hastalarda motivasyonel görüşme özyönetim programının gelişimi ve etkilerini araştırdığı çalışmada deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre öz-etkililik, öz bakım davranışı, glisemik kontrol ve yaşam kalitesi (günlük yaşam doyumu, hastalığın etkisi) açısından anlamlı düzelme olduğu bulunmuştur.

Mevcut çalışmada da MG nin diyabet öz yönetim ölçeğinin alt boyutu olan öz düzenlemede etkili olduğu bulunmuş olup diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Diyabet eğitimin odasına gelen ve diyabet öz yönetimi kötü olan hastalarla yaptığımız görüşmeler sonucunda, hastaların genel olarak vücut belirtileri ve semptomlarını gözardı ettiği bu sebeple KŞ ölçümünden çekindiği gözlenmiştir. Hastalara bunun sebebi sorulduğunda, KŞ sonuçlarını yüksek çıktıkça morallerinin bozulduğu yönünde geri bildirimi alınmıştır. Bu sonuçlardan yola çıkılarak MG tekniğiyle yapılan görüşmelerde deney grubundaki hastalara KŞ ölçümünün önemi açıklanmış ve öz düzenleme becerilerini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunulmuştur.

Deney ve kontrol grubunun ön test son test alt boyut puanları karşılaştırıldığında, öz entegrasyon alt boyutunda anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Öz yönetimin alt boyutlarından olan 'öz entegrasyon' diyabet bakımını kişinin yaşamına nasıl entegre ettiğini sorgular. Bu alt boyut genel olarak hastanın beslenme rutinleri, kilo kontrolü, fiziksel egzersiz durumu ve diyabetle başa çıkma durumları hakkında bilgi verir.

Clark ve ark. (2004)'nın araştırmasında, MG'nin tip 2 diyabetli hastalarının diyetlerinde düzelmeye ve fiziksel aktivite seviyelerinin artmasına olumlu yönde etkisinin olduğu, Rubak ve ark. (2005)'nin MG ile ilgili meta analiz çalışmasında, MG'in kilo kontrolü ve fiziksel egzersiz üzerinde etkili olduğu, West ve ark. (2007)'nin tip 2 diyabetli kadın hastaların kilo kaybına MG'nin etkisini araştırdığı çalışmasında, hastaların müdahale sonrası 6. ve 18. ayda kilo vermede tamamlayıcı bir yöntem

olduğu, Christian ve ark (2008) ‘nin tip 2 diyabetli obez hastalarda MG tekniğinin hastaların kilo ve fiziksel aktivitelerine etkisinin olup olmadığını araştırdığı çalışmada, MG yönteminin fiziksel aktivitenin ve kilo kaybının artmasında yararlı olduğu, Martins ve McNeil (2009) ‘in sağlık davranışlarını teşvik etmede motivasyonel görüşmenin etkiye baktığı meta analiz çalışmada, diyet ve egzersiz, diyabet ve ağız sağlığını inceleyen 37 çalışma değerlendirilmiş ve bu alanlarda MG’nin etkili olduğu, Bennett ve ark. (2010) ‘nın kilo kontrolünü sağlamak için MG tekniğini kullanarak verdiği eğitim programında MG’nin hastaların kilo kontrolünde etkili olduğu, Calhoun ve ark. (2010)’in tip 2 diyabetli Kızılderili hastalarla yaptığı çalışmada, MG’ nin hastaların egzersiz ve yaşam kalitesinde etkili olduğu, Rosenbek Minet ve ark. (2011)’in 153 kişi kontrol ve 145 kişi deney olmak üzere 298 hastayla yaptığı çalışmada MG’nin hastaların diyabetle başa çıkmalarında etkili olduğu, Wattanakorn ve ark. (2013)’nin tip 2 diyabetli obez hastalarda yaptığı çalışmada motivasyonel görüşmenin beslenme davranışları üzerine olumlu yönde etkisinin olduğu belirtilmiştir.

Dellasega ve ark. (2012)’nin tip 2 Diabetes mellituslu hastaların MG’ye nasıl yanıt verdiklerini araştırdığı çalışmada, MG’nin bazı psikolojik parametreler üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu belirtmiştir. Örneğin, bazı bireyler beslenme ve egzersiz ile ilgili yaşam tarzı değişiklikleri yapma konusunda kendilerini güçlenmiş ve zorluklarla başa çıkma becerilerine olan güvenlerinde artma oluğu geri bildiriminde bulunmuşlardır.

Yapılan bu araştırmalar, tip 2 diyabet hastalarında motivasyonel görüşme tekniğinin öz entegrasyona olumlu etkisini göstermekte olup mevcut çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Deney grubu ile kontrol grubunun ön test-son test sağlık uzmanları ve diğer önemli insanlarla işbirliği alt boyutunda anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Öz yönetim ölçeğinin 3. alt boyutu olan ve 9 maddeden oluşan ‘sağlık uzmanları ve diğer önemli insanlarla işbirliği’, iyi bir diyabet bakımının sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla ve hastaların sosyal destek sisteminin işbirliği ile sağlanacağı savunulmaktadır.

Motivasyonel görüşme oturumlarının sonuncusu olan değerlendirme oturumunda hastaların 4 haftalık süreyi nasıl geçirdikleri sorulmuş ve işbirliği içinde yapılan MG eğitimi ile ilgili görüşlerini bildirmişlerdir. Bu görüşler:

‘Daha önce hasta okulu eğitimlerine de katılmışım fakat bireysel olarak görüşmelerden daha çok faydalandım çünkü ne yapmam gerektiğini biliyordum ama uygulayamıyordum’ (E4).

‘Hemşire hanım hastalığım için bunca yıl hiçbir şey yapmamıştım ama insülin kullanacak olduğumu duyunca çok üzülmüştüm, ilaç bağımlısı olacağımı düşündüm. İyi ki bu çalışmaya katıldım’ (K8).

‘Raporum bittikçe hastaneye geliyordum. Sizin gibi kimse hastalığımın önemini anlatmamıştı ve benimle bu kadar ilgilenmedi’ (K12).

‘Hemşire hanım bendeki bu değişime çok sevinen eşim size çok teşekkür etmemi istedi’ (E21).

Hastaların tedavilerini kabullenebilmesi için öncelikle hastalık varlığının kabul edilmesi gerekmektedir. Tanı açıklandıktan sonra hastalarda hastalığı inkâr etme, isyan etme, hastalıkla uzlaşma, üzüntü ve kendini geri çekme, kabullenme, uyum sağlama ya da sağlayamama durumları görülebilir. Bazı hastalar hastalıklarını malesef hastalığa bağlı komplikasyonlar ortaya çıktıktan sonra kabullenmektedirler. Bu süreçte güvendikleri kişilerin desteği önemlidir. Hastanın sosyal desteğinin yanı sıra sağlık çalışanlarının da desteği oldukça büyük önem taşır. Hastalarda empati kurarak hastalıkları ve tedavilerine ilişkin duygu ve düşüncelerini öğrenmek gerekli müdahalelerin belirlenmesine katkı sağlar (Taşkın, 2006). Motivasyonel görüşme tekniğinin temel ilkeleri arasında da hastaların algı/görüşlerine yer verilir ve tüm görüşmelerde empatik yaklaşım vardır. Bu bilgiler, deney grubundaki son testte ölçeğin ‘sağlık uzmanları ve diğer önemli insanlarla işbirliği’ bölümündeki soruların puan ortalamasını yüksek çıkması sonucunu desteklemektedir.

Concert ve ark. (2012) yaptığı sistematik değerlendirmede sağlık disiplinleri, tip 2 diyabetli hastalar için bilginin güçlendirilmesi, bilinçli karar verme, öz bakım davranışları ve problem çözme alanlarında MG tekniğini kullandıklarında hastaların yaşam kalitesi, sağlık durumu ve olumlu klinik sonuçlara yol açtığını belirtmiştir.

Mevcut çalışmada kontrol grubunun son test ‘sağlık uzmanları ve diğer önemli insanlarla iş birliği’ puanları incelendiğinde ön teste göre daha düşük olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki hastaların geçmişe dönük hastane kayıtlarına bakıldığında ve hasta bilgi formu incelendiğinde düzenli takip sıklığı %30.8’di. Bu veriden yola çıkarak,

genel olarak düzenli takip yaptırmadıkları söylenebilir. Aynı zamanda kontrol grubundaki hastaların önceki bulgulardan öz entegrasyon uyumlarının son testte daha düşük olduğu da göz önünde bulundurulduğunda, bu gruptaki hastaların ‘sağlık uzmanları ve diğer önemli insanlarla işbirliği’ maddelerindeki sorulara negatif yönde yanıt vermeleri beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Deney grubu ile kontrol grubunun ön test son test kan şekeri kontrolü alt boyut puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). ‘Kan şekeri kontrolü’ alt boyutu 4 madde içermekte olup kendi kendine bakım aktivitelerini ayarlamak için hiperglisemik veya hipoglisemik reaksiyonları saptamak için kan glikozunu test etmekle ilgilidir.

Wang (2011), Zhang (2012), Ye (2012)’nin MG’nin öz yönetim becerilerine etkisini 6 boyutta incelemiştir. Bu boyutlardan bir tanesi hiperglisemik veya hipoglisemik reaksiyonları saptamak için kan glikozunu test etmekle ve hiperglisemi ve hipoglisemiden korunmakla ilgilidir. Bu 3 araştırmacı araştırma sonucunda MG’nin bu faktörde etkili olduğunu bildirmişlerdir (aktaran Song ve ark. 2014).

Deney grubu ile kontrol grubunun ön test son test “önerilen rejimlere uyma” alt boyut puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Öz-yönetim ölçeğinin son alt boyutu olan ve 3 maddeden oluşan ‘önerilen rejime uyma’, hastanın önerilen medikal tedaviye uyma ve rutin kontrollere gelme durumu hakkında bilgi verir.

Possidente ve ark. (2005)’nin çalışmasında MG’nin medikal tedaviye uymada etkili olduğunu, Wang (2011), Zhang (2012), Ye (2012)’nin MG’nin öz yönetim becerilerine etkisini 6 boyutta incelediği çalışmada MG’nin diyabet tedavisine uyumda etkili olduğunu bildirmiştir (aktaran Song ve ark. 2014).

Özpulat (2015)’ın motivasyonel görüşmenin hipertansif bireylerin özyeterlilik algısına ve ilaç tedavisi uyumuna etkisi ile ilgili yaptığı çalışmada MG’nin hipertansif bireylerin kan basınçlarını düzenlemede, bireylerin hastalık algılarını olumlu yönde etkilemede, yaşam tarzı değişikliklerini sağlamada, ilaç tedavisi uyumlarını ve öz-yeterlilik algılarını artırmada kullanılabileceği saptanmıştır.

Pladevall ve ark. (2015)’nin diyabet tedavisine ve lipid kontrolüne uyum sağlamada MG’nin etkisini araştırdığı çalışmada MG seanslarının oral diyabet ilaçlarına uyum sağlamada pozitif ilişki olduğunu, Abughosh ve ark. (2017)’nin eczacı

öğrencilerinin MG müdahalesinin diyabeti ve diyabete bağlı hipertansiyonu olan hastaların ilaç uyumlarına etkisi konulu araştırmasında, MG'nin tedavi uyumunu arttırdığını bildirmiştir.

5.4. Deney Ve Kontrol Grubunun Ön Test Son Test HbA1c Değerlerinin Karşılaştırılması İlgili Bulguların Tartışılması

Deney grubu ile kontrol grubunun ön test HbA1c değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), son test HbA1c değerleri arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$).

Brug ve ark. (2007) toplam 142 hastanın dâhil edildiği ve hastaların düşük doymuş yağ alımlarında diyetisyenlerin uyguladığı MG'nin etkinliğine baktıkları çalışmada, MG nin HbA1c değerlerinin uygulama öncesine göre düşük olduğunu, West ve ark. (2007)'nin tip 2 diyabetli kadın hastaların kilo kaybına MG'nin etkisini araştırdığı çalışmasında, hastaların müdahale sonrası 6. Ayda HbA1c değerlerinin düştüğünü, Stuckey ve ark. (2009)'nin Diyabet hemşirelerinin diyabet hataları için motivasyonel görüşme tekniğiyle vaka yönetimi tekniğini kullandıkları çalışmada, Mg'nin HbA1c düzeylerinde anlamlı düşüş olduğunu, Zhang (2012) ve Zou (2013) tip 2 diyabetli hastalarda HbA1c değerinin MG görüşme sonrası 3. Ve 6. ayda, Wang (2011)'da HbA1c değerinin MG görüşme sonrası 3. ayda daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (aktaran Song ve ark. 2014).

Welch ve ark. (2011)'nin diyabet eğitimcileri tarafından yapılan motivasyonel görüşmenin kötü kontrollü tip 2 diyabetli hastalarda kan glikozu kontrolüne etkisi konulu araştırmalarında, MG'nin HbA1c düzeyini iyileştirici düzeyde etkilediğini, Chen ve ark. (2012)'nin tip 2 diyabetli hastalarda MG'nin öz yönetim, psikolojik ve glisemik sonuçlara etkisini araştırdığı çalışmasında, HbA1c değerini girişim sonrası 3. ayda istatistiksel olarak anlamlı daha düşük olduğunu, Waker (2012)'in motivasyonel görüşmenin diyabet öz-yönetim davranışları ve tip 2 diyabette glisemik kontrol üzerine etkisine baktığı araştırmada, girişim sonrası HbA1c değerinde anlamlı bir azalma görüldüğünü, Wattanakorn ve ark. (2013)'nin tip 2 diyabetli obez hastalarda yaptığı çalışmada motivasyonel görüşmenin HbA1c değeri üzerine olumlu yönde etkisinin olduğunu, Miller ve ark. (2014)'nin Afro- Amerikalı obez ve tip 2 diyabet tanılı

hastalarda uyguladığı MG'nin hastaların 6., 12. ve 18. haftalardaki HbA1c değerlerine etkili olduğunu bildirmiştir.

Tip 2 diyabetli hastaların en fazla olduğu ülkelerden biri Çin'de (IDF 2017). Chapman ve ark. (2015)'in Tip 2 diyabetli hastalarda psikolojik müdahalelerin, hastaların glisemik ve psikolojik sonuçlarının etkisine baktıkları meta analiz çalışmasında MG'nin HgA1c değerini düşürücü yönde olumlu etkisinin olduğu bildirilmiştir.

HbA1c değeri kan şekerinin 3 aylık değerinin ortalamasını gösterir. Vücuttaki kan şekeri miktarı arttıkça HbA1c değeri de artar. Dolayısıyla tip 2 diyabetli hastalarda HbA1c değeri diyabet öz yönetiminde hastanın hangi durumda olduğunun en önemli göstergelerinden biridir. Çalışmamızda deney grubunda bulunan diyabet hastalarının motivasyonel görüşme sonrası üç aylık kontrollerinde HbA1c değerinin düştüğü bulunmuştur. Sonuç olarak motivasyonel görüşme tekniğinin HbA1c değeri üzerinde olumlu etkisi olup “motivasyonel görüşme tekniği ile diyabet eğitimi alan hastalar, bu eğitimi almayanlarla karşılaştırıldığında HbA1c değerleri daha düşük olacaktır” hipotezimiz desteklenmiştir.

6. SONUÇLAR

Tip 2 diyabetli hastalarda MG etkinliğini belirlemek amacıyla ön test son test kontrol gruplu, yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir;

- ✓ Deney grubundaki hastaların hastaların yaş ortalaması $56,28 \pm 8,18$ olup, % 56'sının kadın, , %84'ünün ilkokul mezunu, %40'ının emekli ve çalışmıyor, %80'inin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, %56'sının eşi ve çocuğuyla yaşadığı ve BKİ ortalamasının $32,49 \pm 6,41$ kg/m2 olduğu belirlendi.
- ✓ Kontrol grubundaki hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde; hastaların yaş ortalamasının $55,54 \pm 7,60$ yıl, %69,2'sinin kadın, BKİ ortalamasının $33,54 \pm 5,93$ kg/m2, %65,4'ünün ilkokul mezunu, %65,4'ünün emekli ve çalışmıyor, %96,2'sinin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, %65,4'ünün eşi ve çocuğuyla yaşadığı belirlendi.
- ✓ Deney ve kontrol grubunun bireysel özellikleri incelendiğinde aralarında fark olmadığı belirlendi.
- ✓ Deney grubundaki hastaların diyabete ilişkin özellikleri incelendiğinde, ortalama diyabet süresinin $9,20 \pm 5,70$ yıl, ailede diyabet öyküsünün %84 olduğu, %92'sinde son 1 yıl içerisinde diyabet ya da komplikasyon nedeni ile hastaneye yatışın olmadığı, %72'sinin düzenli sağlık kontrollerini yaptırmadığı, %72'nin diyabet tedavisinde OAD'le birlikte insülin kullandığı, ve HbA1c ortalamasının $10,66 \pm 1,91$ olduğu belirlendi.
- ✓ Kontrol grubundaki hastaların diyabete ilişkin özellikleri incelendiğinde, ortalama diyabet süresinin $10,15 \pm 6,37$ yıl, ailede diyabet öyküsünün %88,5 olduğu, %96,2'sinde son 1 yıl içerisinde diyabet ya da komplikasyon nedeni ile hastaneye yatışın olmadığı, %69,2'sinin düzenli sağlık kontrollerini yaptırmadığı, %84,6'sının diyabet tedavisinde OAD'le birlikte insülin kullandığı, ve HbA1c ortalamasının $9,95 \pm 2,23$ olduğu belirlendi.

- ✓ Deney ve kontrol grubunun diyabete ilişkin özellikleri incelendiğinde aralarında fark olmadığı belirlendi.
- ✓ Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön test DÖYÖ-35 toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken son test DÖYÖ-35 toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu.
- ✓ Deney ve kontrol grubunun ön test öz düzenleme, öz entegrasyon, sağlık uzmanları ve diğer önemli insanlarla işbirliği, kan şekeri kontrolü ve önerilen rejimlere uyma alt boyut puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, son test öz düzenleme, öz entegrasyon, sağlık uzmanları ve diğer önemli insanlarla işbirliği, kan şekeri kontrolü ve önerilen rejimlere uyma DÖYÖ-35 F1 puanları açısından deney grubunun lehine anlamlı fark bulundu.
- ✓ Deney grubu ile kontrol grubunun ön test HbA1c düzeyi ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, son test HbA1c düzey ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu.

7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda gelecek araştırmalar için;

Tip 2 diyabetli hastalarda motivasyonel görüşme tekniğinin öz- yönetim ve HbA1c üzerindeki uzun süreli etkisinin tekrarlayan ölçümlü çalışmalarla değerlendirilmesi,

Örneklem sayısının daha büyük olduğu çalışmalarda MG etkinliğinin değerlendirilmesi önerilebilir.

Ayrıca;

Diyabet eğitim hemşireleri için yapılan sertifika programlarında motivasyonel görüşme tekniğine yönelik eğitim verilmesi önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

Abughosh, S., Wang, X., Serna, O., Esse, T., Mann, A., Masilamani, S., Holstad, M.M., Essien, E.J., Fleming, M. (2017). A Motivational Interviewing Intervention by Pharmacy Students to Improve Medication Adherence. *J Manag Care Spec Pharm*, 23(5):549-560.

Alkan, Ö.H. (2016). Hasta Eğitimi ve Davranış Değişikliği Geliştirme. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(2):41-47.

Akgül, A., Çevik, O. (2003). İstatistiksel Analiz Teknikleri, Emek Ofset, Ankara.

American Diabetes Association. (2017). ADA Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*, 40(1):S11-24, 2017.

Ay, S. Temel, A.B. (2008). The transtheoretical model of behavioral change to exercise in applying to adult Turkish people. *Gait & Posture*, 28, 118.

Baysal, Y.H. (2013). Fazla Kilolu Kadınlara Transteoretik Model Temelli Verilen Eğitim Ve Gözlemin Egzersiz Davranışı Kazandırmaya Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.

Bennett, .G.G., Herring, S.J., Puleo, E., Stein, E.K., Emmons, K.M., Gillman, M.W.(2010). Web-based weight loss in primary care: a randomized controlled trial. *Obesity*, 18,308–313.

Brug, J., Spikmans, F., Aartsen, C., Breedveld, B., Bes, R., Fereira, I. (2007). Training Dietitians in Basic Motivational Interviewing Skills Results in Changes in Their Counseling Style and in Lower Saturated Fat Intakes in Their Patients. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 39(1),8-12.

Buzlu, S. (2002). Diyabetin Psikososyal Yönü, Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. (ed.). İstanbul: Yüce Yayın Dağıtım.

Calhoun, D., Brod R., Kirlin K., Howard B.V., Schuldberg D., Fiore C. (2010). Effectiveness of motivational interviewing for improving self-care among Northern Plains Indians with type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*, 23(2), 107-114.

Chapman, A., Liu, S., Merkouris, S., Enticott, J.C., Yang, H., Browning, C.J., Thomas, S.A. (2015). Psychological Interventions for the Management of Glycemic an

Psychological Outcomes Type 2 Diabetes Mellitus in China: A Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials. *Front Public Health*, 16(3): 252.

Chen, S. M., Creedy, D., Lin, H. S., Wollin, J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on self- management, psychological and glycemic outcomes in Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 637–644.

Christian, J.G., Bessesen, D.H., Byers, T.E., Christian, K.K., Goldstein, M.G., Bock, B.C. (2008). Clinic-Based Support to Help Overweight Patients with Type 2 Diabetes Increase Physical Activity and Lose Weight. *Arch Intern Med*, 168(2):141-146.

Clark, M., Hampson S.E., Avery, L., Simpson, R. (2004). Effects of a Tailored Lifestyle Self-management Intervention in Patients with Type 2 Diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 9(3), 365-379.

Concert, C.M., Burke, R.E., Eusebio, A.M., Slavin, E.A., Shortridge-Baggett, L.M. (2012). The Effectiveness of Motivational Interviewing on Glycemic Control for Adults with Type 2 Diabetes Mellitus (DM2): A Systematic Review. *JBIM Libr Syst Rev*, 10(42):1-17.

Crandal, J., Shamoon, H. (2016). Diabetes Mellitus. Chapter 23th. Goldman-Cecil Medicine (Ed. Lee Goldman, Andrew I. Schafer)p. 1528-1548.

Dellasega C., Gabbay R., Durdock K., Martinez- King N. (2010). Motivational Interviewing to Change Type 2 Diabetes Self-Care Behaviours. *Journal of Diabetes Nursing*, 14(3):112-118.

Dellasega, C., El-Tiangco, Raquel, M., & Gabbay, R. A. (2012). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 95, 37-41.

Diabetes UK (2009). Improving supported self-management for people with diabetes. [Erişim tarihi: 14.04.2018] https://www.diabetes.org.uk/resources-s3/2017-09/Supported_self-management.pdf

Do Valle Nascimento, T.M.R., Resnicow, K., Nery, M., Brentani, A., Kaselits, E., Agrawal, P., Simanjit, M., Heisler, M. (2017). A pilot study of a Community Health Agent-led Type 2 Diabetes Self-management Program Using Motivational Interviewing-based Approaches in a Public Primary Care Center in Sao Paulo, Brazil. *BMC Health services Research*, 17(32).

Doğru, A. (2016). Diyabetik Hastalarda Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Öz Yönetim Algısı Ve Metabolik Değişkenlere Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.

Duffy, D.F. (2016). Counselling for Behaviour Change. Goldman- Cecil Medicine (Ed. Lee Goldman, Andrew I. Schafer). Chapter 14. 25th Edition by Elsevier.

Dungan, K.M. (2016). Management of Type 2 Diabetes Mellitus, L.J. Jameson, L.J De Groot, D.M. Kretser, L.C. Giudice, A.b. Grossman, S. Melmed, J.T. Potts, G.C. Weir (Ed), Endocrinology: Adult and Pediatric (7th Edition) (Chapter 48, pp.839-853).

Erol, S. Erdoğan, S. (2007). Sağlık Davranışlarını Geliştirmek Ve Değiştirmek İçin Transteoretik Modelin Kullanılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(2): 86-93.

Funnel, M.M., Brawn T.L., Childs, B.P., Haas, L.B., Hosey G.M., Jensen, B., Maryniuk, M., Peyrot, M., Piette J.D., Reader, D., Siminderio, L.M., Weinger, K., WeissM.A. (2009). National Standards for Diabetes SelfManagement Education. Diabetes Care, 32,87-94.

Heinrich E., Candel, J. J. M., Schaper, N. C., & Vries, N. K. (2010). Effect evaluation of a motivational interviewing based counselling strategy in diabetes care. Diabetes Research and Clinical Practice, 90(3), 270-278.

International Diabetes Federation IDF (2008). Diyabet Sağlık Profesyonelleri İçin Uluslararası Eğitim Rehberi. [Erişim Tarihi: 15.04.2018] http://www.tdhd.org/pdf/IDF_Curriculum_Final%20071108_Turkish.pdf

International Diabetes Federation. (2013). IDF Diabetes Atlas, 6th edn. [Erişim Tarihi: 15.04.2018] <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/19-atlas-6th-edition.html>

International Diabetes Federation. (2017). IDF Diabetes Atlas, 8th edn. Brussels, Belgium:International Diabetes Federation. [Erişim Tarihi: 15.04.2018] <http://www.diabetesatlas.org>

İnkaya, B.V., Karadağ, E. (2017). Diyabetli Bireyler ve Onlara Bakım Veren Hemşirelerin Hastalık Özyönetim Stratejilerine Bakışı: Kalitatif Bir Çalışma. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 14 (1): 31-37.

Kang, H.Y., Gu, M.O. (2015). Development and Effects of a Motivational Interviewing Self-management Program for Elderly Patients with Diabetes Mellitus. J Korean Acad Nurs, 45(4):533-43.

Kartal, A., Çağırğan, G.M., Tıgılı H., Güngör Y., Karakus N., Gelen M. (2008). Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(3).

Khunti, K., Davies, M.J., Kalra, S. (2013). Self-titration of insulin in the management of people with type 2 diabetes: a practical solution to improve management in primary care. *Diabetes, Obesity and Metabolism a Journal of Pharmacology and therapeutics*, 15(8), 690-700.

Kim, Y., Cardinal, B.J., Lee, J. (2006). Understanding exercise behavior among Korean adults: a test of the transtheoretical model. *Int J Behav Med.*, 13(4), 295-303.

Kumsar, K.A., Yılmaz, T.F. (2014). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2):62-70.

LaBrie, J.W., Pedersen, E.R., Earleywine, M. (2006). Reducing heavy drinking in college males with the decisional balance: Analyzing an element of motivational interviewing. *Addictive Behaviors*, 31, 254- 263.

Lakerveld, J., Bot, S. D., Chinapaw, M. J., Tulder, M. V., Kostense, P. J., Dekker, J. M., ve ark. (2013). Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(4), 2-9.

Lawn, S., McMillan, J., Pulvirenti, M. (2011). Chronic Condition Self-Management: Expectations of Responsibility. *Patient Education and Counseling*, 84(2), 5-8.

Li, M., Li, T., Shi, B.Y., Gao, C.X. (2014). Impact of Motivational Interviewing on the Quality of life and Its Related Factors in Type 2 Diabetes Mellitus Patients with Poor Long-term Glycemic Control. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(3):250-254.

Lin, C. C., Anderson, R. M., Chang, C. S., Hagerty, B. M., & Loveland-Cherry, C. J. (2008). Development and testing of the diabetes self-management instrument: A confirmatory analysis. *Research in Nursing and Health*, 31(4), 370-380. doi:10.1002/nur.20258

Maitra, A. (2015). The endocrin system, Chronic complications of Diabetes Mellitus, V. Kumar, A. K. Abbas, J. Aster (Ed), Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease (9th Edition) (Chapter 24, pp. 1115).

Martins, R.K., McNeil, D.W. (2009). Review of Motivational Interviewing in Promoting Health Behaviors. *Clinical Psychology Review*, 29(4),283-293.

Miller, S. T., Marolen, K. N., & Beech, B. N. (2010). Perceptions of physical activity and motivational interviewing among rural African-American women with type 2 diabetes. *Women's Health*, 20, 43–49.

Miller, S. T., Oates, V. J., Brooks, A. M., Shintani, A., Gebretsadik, T., & Jenkins., D. (2014). *Hindawi Publishing Corporation Journal of Obesity*, 2014, 1-7

Muslu, L. (2016). Motivasyonel Görüşme Programı'nın Tip 2 Diyabet Tanılı Yetişkinlerin Hastalıkla Başetme Ve Uyumlarına Etkisi: Bir Eylem Araştırması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir.

Muslu, L., Ardahan, M. (2017). Tip 2 Diyabet Tanılı Yetişkinlerde Motivasyonel Görüşmenin Etkisi: Sistematik Derleme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(3), 167-176.

Nigg, C.R. (2001). Explaining adolescent exercise behavior change: A longitudinal application of the transteoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(1), 11-20.

Ok, E. (2017). Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Motivasyonel Görüşme Yönteminin Tedaviye Uyum Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Olokoba, A.B., Obateru, O.A., Olokoba L.B. (2012). Type 2 Diabetes Mellitus: A Review of Current Trends. *Oman Medical Journal*, 27(4), 69-273.

Ögel, K. (2009). Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2(2), 41-44.

Özpulat, F. (2015). Motivasyonel Görüşmenin Hipertansif Bireylerin Özyeterlilik Algısına Ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.

Pladevall, M., Divine, G., Wells, K.E., Resnicow, K., Williams, L.K. (2015). A Randomized Controlled Trial to provide adherence Information and Motivational Interviewing to Improve Diabetes and Lipid Control. *Diabetes Educ*, 41(1):136-46.

Polonsky, K.S., Buranti C.F. (2016). Type 2 Diabetes Mellitus Epidemiology and Diagnosis. Willams Textbook of Endocrinology. Thirteenth Edition. Chapter 31. 1385-1450.

Possidente, C.J., Bucci, K.K., McClain, W.J. (2005). Motivational interviewing: A tool to improve medication adherence? *Am J Health-Syst Pharm*, 62,1311-4.

Prapavessis, H., Maddison, R., Brading, F. (2004). Understanding exercise behavior among New Zealand adolescents: A test of the Transteoretical Model. *Journal Adolescent Health*, 35(4), 17-27.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3): 276-288.

Redman, B.K. (2004). Patient self-management of chronic disease. Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts.

Rhode R. (2017). Motivational Interviewing. Integrative Medicine, Fourth Edition, (David Rakel). Chapter 101. Part III. Copyright by Elsevier, e-book.

Rosenberk Minet, L., Lønvig, E., Henriksen, J. E., & Wagner, L. (2011). The experience of living with diabetes following a selfmanagement program based on motivational interviewing. *Qualitative Health Research*, 21(8), 1115-1126.

Rosenberk Minet, L., Wagner, L., Lonvig, E.M., Hjelmberg, J., Henriksen, J.E. (2011). 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. *Diabetologia*, 54,1620-1629.

Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., & Christensen, B. (2011). Effect of “motivational interviewing” on quality of care measures in screen detected type 2 diabetes patients: A one-year follow-up of an RCT, ADDITION Denmark. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(2), 92–98

Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen T., Chritensen B. (2005). Motivational Interviewing: a Systematic Review and Meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 5,305-312.

Satman, I., Tutuncu, Y., & Gedik, S. (2011). The TURDEP-II Study Group, Diabetes epidemic in Turkey: results of the second population based survey of diabetes and risk characteristics in Turkey (TURDEP-II) (Vol. 54).

Shigaki, C., Kruse, L.R., Mehr, D., Sheldon, M.K., Ge, B., Moore C., Lemaster, J. (2010). Motivation and Diabetes Self-management. *Chronic Illness*, 6, 202-214.

Small, N., Bower, P., Chew-Graham, C. A., Whalley, D., & Protheroe, J. (2013). Patient empowerment in long-term conditions: Development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Services Research*, 13(1), 263, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-263>.

Smith-West, D. S., Dillo, V., Bursac, Z., Gore, S.A., Greene, P. G. (2007). Motivational interviewing improved weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 30, 1081–1087.

Song, D., Xu, T.Z., Sun, Q.H. (2014). Effect of Motivational Interviewing on Self-management in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 1, 291-297.

Steinberg, M., P., Miller W., R. (2015). *Motivational Interviewing in Diabetes Care*. The Guilford Press, London.

Stuckey, H. L., Dellasega, C., Graber, N. J., Mauger, D. T., Lendel, İ., & Gabbay, R. A. (2009). Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): study design and baseline characteristics in the chronic care model for type 2 diabetes. *Contemporary Clinical Trials*, 30(4), 366–374.

Şireci, E. (2012). *Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabul Etme Ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi*. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ.

Taşkın, M.Y. (2006). *Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyumunu Etkileyen Faktörler*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

The Diabetes Prevention Program Research Group (2002). The Diabetes Prevention Program (DPP): Description of lifestyle intervention, *Diabetes Care*, 25(12): 2165-2171.

Tosun, S.A. (2015). Tip 2 Diabetes Mellitus'u Olan Bireylerde Transteoretik Model Temelli Motivasyonel Görüşmenin Öz-Etkililik, Metabolik Kontrol ve Sağlık Davranışına Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Doktora Tezi,Kayseri.

Tosun, S.A., Zincir, H. (2016). Tip 2 Diabetes Mellitus'ta Sağlık Davranış Değişiminde Transteoretik Model Temelli Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 8(1),32-41.

Türkiye Diyabet Hemşireliği Derneği (TDHD), (2015). Diyabet Hemşireliği. [ErişimTarihi:15.04.2018]

http://www.tdhd.org/pdf/30_03_15_DIYABET_HEMSIRELIGI.pdf

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2017). Temel Diabetes Mellitus Ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu. Ankara.

Ucakan, G. (2010). Tip II Diabetes Mellituslu Bireylerin Benlik Saygısı Ve Öz Etkililik Düzeyleri. Erciyes Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.

Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi (2013) Türkiye’de ve bölge ülkelerinde diyabet sorunu [Erişim Tarihi: 27.10.2017]
http://www.diabetesforumturkey.com/document/briefingbook_tr.pdf

Van der Broucke, S., Van der Zanden, G., Chang, P., Doyle, G., Levin, D., Pelikan, J., Schillinger, D., Schwarz, P., Sørensen, K., Yardley, L., Riemenschneider, H. (2014). Enhancing the Effectiveness of Diabetes SelfManagement Education: The Diabetes Literacy Project. *Hormone and Metabolic Research*, 46(13), 933-938.

Van Nes, M., Sawatzky, J.A. (2010). Improving cardiovascular health with motivational interviewing: a nurse practitioner perspective. *J Am Acad Nurse Pract*, 22,654-660.

Waker, C. L. (2012). Effects of motivational interviewing on diabetes self-management behaviors and glycemic control in type 2 diabetes: a translational study. Doctor of Philosophy in Nursing Dissertation, University of Cincinnati, Boston, US.

Wattanakorn, K., Deenan, A., Puapan, S., Schneider, K.J. (2013). Effects of an Eating Behaviour Modification Program on Thai People with Diabetes and Obesity: a Randomised Clinical Trial. *Pacific Rim Int. J. Nurs. Res.*,17, 356-370.

Welch G., Rose G., Ernst D.(2006). Motivational Interviewing and Diabetes: What is It, How is It Used and Does Work? *Diabetes Spectrum*, 19(1):5-11.

Welch, G., Zagarins S.E., Feinberg, R.G., Garb, J.L. (2011). Motivational Interviewing Delivered by Diabetes Educators: Does it Improve Blood Glucose Control Among Poorly Controlled Type 2 Diabetes Patients?. *Diabetes Res Clin Pract*, 91,54–60.

West, S. D., Dilillo, V., Bursac, Z., & Greene, G.P. (2007). Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 30(5), 1081-1087.

World Health Organization, WHO (1998). Health 21, The health for all policy framework for the WHO European Region, European Health for All Series No. 6, [Erişim Tarihi: 10.04.2018]

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf

Yanık, T.Y. (2011). Tip 2 Diyabetlilerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Yeşilbakan, U.Ö. (2001). Tip 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz-yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Yılmaz, M., Özcan, A. (2016). Psikiyatri Hemřirelięinin Geleceęi. *Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg*, (9)1,53-59.

9. FORMLAR

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (DENEY EK-1)

Araştırma, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı kapsamında yürütülen, “Tip 2 Diyabetli Hastalarda Motivasyonel Görüşmenin Öz-yönetim ve HgA1c Üzerine Etkisi” belirlemek amacıyla yapılan bir doktora tezidir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmak size bağlıdır ve istediğiniz zaman herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu araştırma için sizden bir ücret talep edilmeyecek ve size bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırmaya katılacak gönüllüler rastgele atanmıştır. Görüşmeler öncesi, görüşmelerden üç ay sonra sizden bilgi formu ve ölçek doldurmanız istenecektir. Bilgi formu ve ölçek doldurulma süresi yaklaşık 30 dakikadır. Araştırmada diyabet öz yönetiminizi arttırmak amacıyla, 4 hafta süren görüşmeler uygulanacaktır. Vereceğiniz yanıtlar araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliği açısından önemlidir. Bu nedenle değerlendirmelerinizi dürüstçe ve titizlikle yapmanız, cevaplandırılmamış soru bırakmamanız, bilimsel sonuçlar açısından son derece önemlidir. Bu araştırmadaki kayıtlar yasaların öngördüğü şekilde gizli tutulacak ve araştırmacı tarafından güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmada çıkan sonuçlar, kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmaksızın kongrelerde veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir. Katılımınız için şimdiden teşekkürler.

Uzm. Hem.Deniz KAYA MERAL
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD Doktora Öğrencisi
Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Karayolları mah. Osmanbey cad.616. sok Gaziosmanpaşa/İSTANBUL
TLF:0 212 945 30 00

Prof. Dr. Yasemin KUTLU (Tez danışmanı)
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD
Abide-i-Hürriyet Cad. 34381 Şişli / İSTANBUL
TLF: 0 212 440 00 00

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklamalar yukarıda adı belirtilen hemşire tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından da araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Araştırmacının

Adı, soyadı:

Adı, soyadı:

İmza:

İmza:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (KONTROL EK-1)

Araştırma, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı kapsamında yürütülen, “Tip 2 Diyabetli Hastalarda Motivasyonel Görüşmenin Öz-yönetim ve HgA1c Üzerine Etkisi” belirlemek amacıyla yapılan bir doktora tezidir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmak size bağlıdır ve istediğiniz zaman herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu araştırma için sizden bir ücret talep edilmeyecek ve size bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırmaya katılacak gönüllüler rastgele atanmıştır. Sizden şimdi ve üç ay sonra bilgi formu ve ölçek doldurmanız istenecektir. Bilgi formu ve ölçek doldurulma süresi yaklaşık 30 dakikadır. Vereceğiniz yanıtlar araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliği açısından önemlidir. Bu nedenle değerlendirmelerinizi dürüstçe ve titizlikle yapmanız, cevaplandırılmamış soru bırakmamanız, bilimsel sonuçlar açısından son derece önemlidir. Bu araştırmadaki kayıtlar yasaların öngördüğü şekilde gizli tutulacak ve araştırmacı tarafından güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmada çıkan sonuçlar, kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmaksızın kongrelerde veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir. Katılımınız için şimdiden teşekkürler.

Uzm. Hem.Deniz KAYA MERAL
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD Doktora Öğrencisi
Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Karayolları mah. Osmanbey cad.616. sok Gaziosmanpaşa/İSTANBUL
TLF:0 212 945 30 00

Prof. Dr. Yasemin KUTLU(Tez danışmanı)
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD
Abide-i-Hürriyet Cad. 34381 Şişli / İSTANBUL
TLF: 0 212 440 00 00

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklamalar yukarıda adı belirtilen hemşire tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından da araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Araştırmacının

Adı, soyadı:

Adı, soyadı:

İmza:

İmza:

HASTA BİLGİ FORMU (ÖN TEST) (EK-2)

Sayın Katılımcı;

“Tip 2 Diyabetli Hastalarda Motivasyonel Görüşmenin Öz-yönetim ve HbA1c Üzerine Etkisi”başlıklı araştırma için aşağıda bilgi soruları bulunmaktadır. Soruları içtenlikle cevaplamanız, cevaplanmayan soru bırakmamanız verilerin güvenilir olması açısından önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Uz.Hem. Deniz KAYA MERAL

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABDDoktora Öğrencisi

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Karayolları Mah. Osmanbey Cad.616. Sok

Gaziosmanpaşa/İSTANBUL

TLF:0 212 945 30 00

Prof. Dr. Yasemin KUTLU

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD

Abide-i-Hürriyet Cad. 34381 Şişli / İSTANBUL

TLF: 0 212 440 00 00

Sayı:

I. KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. Hasta Adı Soyadı: Protokol:
2. Adres:
3. Telefon No:
4. Yaş:
5. Cinsiyet: 1()Bayan 2()Erkek
6. Boyunuz:
7. Kilonuz:.....
8. BKİ:
9. Medeni Durum:
 - 1() Evli
 - 2() Bekar
 - 3() Dul
 - 4() Boşanmış

10. Eğitim Durumu:
- 1() Okur-yazar değil
 - 2 () Okur-Yazar
 - 3() İlk-Orta Öğretim
 - 4() Lise
 - 5() Yüksekokul/Üniversite
 - 6() Lisansüstü

11. Meslek:
- 1() Çalışmıyor
 - 2() Maaşla çalışan
 - 3() Emekli
 - 4() Diğer.....

12. Ekonomik Durumunuz:
- 1() Kötü
 - 2() Orta
 - 3() İyi

13. Kiminle Birlikte Yaşıyorsunuz?
- 1() Yalnız Yaşıyorum
 - 2() Eşimle
 - 3() Eşim ve Çocuklarımla
 - 4() Çocuklarımla
 - 5() Diğer.....

II. DİYABETE İLİŞKİN ÖZELİKLER

14.Diyabet Tanısı Ne Zaman Konuldu?.....ay/yıl

15.Ailenizde Diyabesthasası Var Mı?:

- 1() Evet 2() Hayır 3() Bilmiyorum

Cevabınız HAYIR ise 18. soruya geçiniz.

16. Birinci Derece Akrabalarımnda Var (anne, baba, kardeş)

- 1() Yok 2() Var 3() Bilmiyorum

17. İkinci Derece Akrabalarımnda Var (anneanne, dede, babaanne, hala, amca, teyze)

- 1() Yok 2() Var 3() Bilmiyorum

18.Son bir yıl içinde diyabet ya da komplikasyonları nedeni ile hastaneye hiç yattınız mı?

- 1() Evet 2() Hayır

19.Cevabınız Evet İse, hangi komplikasyonla hastaneye yazınız?

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 1() Kardiyovasküler hastalıklar | 7() Diyabetik ketoasidoz koması |
| 2() Diyabetik ayak ülserleri | 8() Hiperosmolarnonketotik koma |
| 3() Diyabetik retinopati | 9() Laktik asidoz koması |
| 4() Diyabetik nefropati | 10() Hipoglisemi komaları |
| 5() Diyabetik nöropati | 11() Diğer..... |
| 6() Diyabetik otonomiknöropati | |

20.Size önerilen aralıklarla, sağlık kontrollerinizi düzenli yaptırıyor musunuz?

- 1() Evet 2() Hayır

21.Diyabet tedavinizde şu anda ne kullanıyorsunuz?

- 1() Oral antidiyabetik ilaç
 2() İnsülin
 3() Hem insülin hem oral antidiyabetik ilaç

22.Şu anki diyabet tedavinize uyumunuz sizce nasıl? Aşağıdaki çizgi üzerinde işaretleyiniz



23.Diyabet dışında herhangi bir sağlık sorunuz var mı? Lütfen yazınız.....

24.Tanısı konmuş bir ruhsal bozukluğunuz var mı? Lütfen yazınız.....

25.Şuan Kullanmakta Olduğunuz ilaçlarınız varsa, lütfen isimlerini yazınız.....

.....

26.Günde Toplam Kaç Tane İlaç Alıyorsunuz?.....

27. İlaçlarınızı Düzenli Alıyor musunuz/ Kullanıyor musunuz?

- 1() Evet 2() Hayır

28.Düzenli Egzersiz Yapar mısınız?

- 1() Evet 2() Hayır

29.Sigara Kullanıyor Musunuz?

- 1() Evet
 2() Hayır
 3() Bıraktım

30.Sigara kullanıyorsanız Günde Kaç Adet İçiyorsunuz?adet/paket

31.Sigarayı bıraktıysanız Ne Kadar Süre İle Kullandınız?.....ay/yıl

32. Alkol Kullanıyor Musunuz?

- 1 () Evet
- 2 () Hayır
- 3 () Bıraktım

33. Alkol Kullanıyorsanız Ne Sıklıkta Kullanıyorsunuz?(Gün/hafta/ay olarak belirtiniz)

- 1 () Her Gün
- 2 () Haftada.....
- 3 () Ayda.....
- 4 () Diğer.....

34. Hastalığınızın İş Yaşamınıza Etkilerini Nasıl Puanlarsınız? Aşağıdaki Çizgi Üzerinde İşaretleyiniz.



35. Hastalığınızın Aile Yaşamınıza Etkilerini Nasıl Puanlarsınız? Aşağıdaki Çizgi Üzerinde İşaretleyiniz.



III. SAĞLIK ALGILAMASI

36. Son 1 Yıl İçin Sağlık Durumunuzu Nasıl Puanlarsınız? Aşağıdaki Çizgi Üzerinde İşaretleyiniz.



37. Yaştlarınızla Karşılaştırdığınızda Genel Sağlığınızı Nasıl Puanlarsınız? Aşağıdaki Çizgi Üzerinde İşaretleyiniz.



IV. DİYABET KONTROLÜ

	1	2	3	4	5	6
38. Terleme, halsizlik, gerginlik (huzursuzluk), titreme, açlık hissi ya da baş ağrısı gibi şikâyetlerle birlikte kan şekeri düşmesini son 1 ay içinde kaç kez yaşadınız?	0	1-3	4-6	7-12	12+	Bilmiyorum
39. Bayılmaya yol açan ya da tedavi için yardım gerektiren ciddi kan şekeri düşmesini son 1 yılda kaç kez yaşadınız?	0	1-3	4-6	7-12	12+	Bilmiyorum
40. Susama, ağızda ve ciltte kuruma, idrarda kan şekerinin artması, iştah azalması, bulantı ya da yorgunluk gibi belirtileri olan kan şekeri yükselmesini son 1 ayda kaç kez yaşadınız?	0	1-3	4-6	7-12	12+	Bilmiyorum
42. Son 1 ayda kaç gün idrarınızda aseton oldu?	0	1-3	4-6	7-12	12+	Test yapılmadı

V. METABOLİK KONTROL

43. HbA1c(%):

HASTA BİLGİ FORMU (SON TEST) (EK-3)

Sayın Katılımcı;

“Tip 2 Diyabetli Hastalarda Motivasyonel Görüşmenin Öz-yönetim ve HgA1c Üzerine Etkisi” başlıklı araştırma için aşağıda bilgi soruları bulunmaktadır. Soruları içtenlikle cevaplamınız, cevaplanmayan soru bırakmamanız verilerin güvenilir olması açısından önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Uz.Hem. Deniz KAYA MERAL

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABDDoktora Öğrencisi

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Karayolları mah. Osmanbey cad.616. sok

Gaziosmanpaşa/İSTANBUL

TLF:0 212 945 30 00

Prof. Dr. Yasemin KUTLU

İstanbul Üniversitesi FlorenceNightingale Hemşirelik Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD

Abide-i-Hürriyet Cad. 34381 Şişli / İSTANBUL

TLF: 0 212 440 00 00

I. SAĞLIK ALGILAMASI

1. Şu anki diyabet uyumunuz sizce nasıl? Aşağıdaki çizgi üzerinde işaretleyiniz



2. Son 3 ay İçin Sağlık Durumunuzu Nasıl Puanlarsınız? Aşağıdaki Çizgi Üzerinde İşaretleyiniz.



3. Yaşıtlarınızla Karşılaştırdığınızda Genel Sağlığınızı Nasıl Puanlarsınız? Aşağıdaki Çizgi Üzerinde İşaretleyiniz.



III. DİYABET KONTROLÜ

	1	2	3	4	5	6
4. Terleme, halsizlik, gerginlik (huzursuzluk), titreme, açlık hissi ya da baş ağrısı gibi şikâyetlerle birlikte kan şekeri düşmesini son 3 ay içinde kaç kez yaşadınız?	0	1-3	4-6	7-12	12+	Bilmiyorum
5. Bayılmaya yol açan ya da tedavi için yardım gerektiren ciddi kan şekeri düşmesini son 3 ayda kaç kez yaşadınız?	0	1-3	4-6	7-12	12+	Bilmiyorum
6. Susama, ağızda ve ciltte kuruma, idrarda kan şekerinin artması, iştah azalması, bulantı ya da yorgunluk gibi belirtileri olan kan şekeri yorum yükselmesini son 3 ayda kaç gün yaşadınız?	0	1-3	4-6	7-12	12+	Bilmiyorum
7. Son 3 ayda kaç gün idrarınızda aseton oldu?	0	1-3	4-6	7-12	12+	Test yapılmadı

IV. DİYABET KONTROLÜ

8. HbA1c(%):

DİYABET ÖZ YÖNETİM ÖLÇEĞİ-35 (EK-4)

SAYI _____

Aşağıdaki ifadeler son üç ay içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve size neler olduğuyula ilgilidir. Yanlış veya doğru cevap yoktur. Lütfen diyabetle ilgili sizi en iyi ifade eden bölüme “x” işareti koyun. Boşluğun yanında yer alan rakamlar şunları ifade etmektedir:

- 1= Asla (Hiç olmadı.)
 2= Nadiren (Haftada bir- üç kez olur. Haftanın yarısından az bir kısmında olur.)
 3= Genelde (Haftada dört- altı kez olur; haftanın yarısından daha fazla bir kısmında olur.)
 4= Her zaman (Her gün olur.)

	Asla	Nadiren	Genelde	Her zaman
1.Yiyeceğim gıda ve porsiyon miktarlarını seçerken bunların kan şekeri üzerindeki etkisini dikkate alırım.	☐	☐	☐	☐
2. Sosyal aktivitelere katılabilirim ve diyabetimi de yönetebilirim.	☐	☐	☐	☐
3. Dışarda yemek yediğim zaman yemek porsiyonları ve tercihlerimi nasıl yöneteceğimi bilirim.	☐	☐	☐	☐
4. Diyabet yönetimimi sağlığını korumanın bir yolu olarak görürüm.	☐	☐	☐	☐
5. Diyabet yönetimi ile ilgili ipuçlarını öğrenmek için diğer diyabetli kişilere soru sorma konusunda rahatımdır.	☐	☐	☐	☐
6. Diyabet olmadan öncesine göre günlük yaşam tarzım daha sağlıklı.	☐	☐	☐	☐
7. Diyabeti günlük hayatıma başarılı bir şekilde uyumlandırımdı.	☐	☐	☐	☐
8. Kan şekeri düzeyimle ilgili vücudumun verdiği işaretlere dikkat ederim.	☐	☐	☐	☐
9. Günlük yaşamımda kan şekeri düzeyimin değişmesine neden olabilecek durumlara dikkat ederim.	☐	☐	☐	☐
10.Hangi belirti ve bulguların kan şekeri düzeyimle ilgili olduğunu çoğunlukla fark edebilirim.	☐	☐	☐	☐
11.Kan şekeri düzeyimdeki değişikliklerin nedenini genellikle anlayabilirim.	☐	☐	☐	☐
12.Mevcut kan şekeri düzeyim ile hedeflenen kan şekeri düzeyi arasındaki farkı karşılaştırırım.	☐	☐	☐	☐
13.Kan şekeri düzeyi ve A1c takibi yaparak istediğim hedeflere doğru gelişimimi izlerim.	☐	☐	☐	☐
14.Susama, sinirlilik ve huzursuzluk gibi beden belirtilerine göre harekete geçerim.	☐	☐	☐	☐

- 15.Kan şekerimi düşükmüş gibi hissettiğimde mümkün olan en kısa sürede kan şekeri düzeyimi kontrol ederim. ☐ ☐ ☐ ☐
- 16.Daha önce yaptığım tecrübelerimin sonucuna dayanarak ne yapacağıma karar veririm. ☐ ☐ ☐ ☐
- 17.Kendimi kötü hissettiğimde nedeninin kan şekerimin yüksekliği mi yoksa düşüklüğü mü olduğundan emin değilsem kan şekerimi en kısa zamanda ölçerim. ☐ ☐ ☐ ☐
- 18.Diyabet programımı yeni durumlara uyacak şekilde ayarlayabilirim (evden uzak olmak, program değişikliği ve kutlamalar gibi). ☐ ☐ ☐ ☐
- 19.Kan şekerimi yüksekmiş gibi hissettiğimde kan şekeri düzeyimi mümkün olan en kısa sürede ölçerim. ☐ ☐ ☐ ☐
- 20.Tedavi planımla ilgili soruları sağlık çalışanlarına sorma konusunda rahatımdır. ☐ ☐ ☐ ☐
21. Diyabet kontrolüm kötü olduğunda olası nedenleri tespit etmek için sağlık çalışanları ile çalışırım. ☐ ☐ ☐ ☐
22. Tedavi planımda ne kadar esneklik istediğimi sağlık çalışanlarına rahatlıkla söylerim. ☐ ☐ ☐ ☐
23. Tedavi planımda yapmak istediğim değişiklikleri sağlık çalışanlarına rahatlıkla söylerim. ☐ ☐ ☐ ☐
24. Diyabetimi kontrol etmek için yardımlarına ihtiyacım olduğunda bunu diğer insanlara (arkadaşlarım, ailem vs.) söylerim. ☐ ☐ ☐ ☐
- 25.Normal kan şekeri düzeyi dışındaki sonuçları sağlık çalışanları ile rahatça tartışırım. ☐ ☐ ☐ ☐
- 26.Gerektiğinde yüksek kan şekeri belirtilerim ile ilgili olarak başkalarından (arkadaşlarım, ailem vs.) bana yardım etmelerini isterim. ☐ ☐ ☐ ☐
- 27.Diyabet yönetimimde bana yardımcı olabilecek kaynaklar konusunda sağlık çalışanlarına rahatlıkla soru sorarım. ☐ ☐ ☐ ☐
- 28.Kişisel bakımım ile ilgili kararları (ilaçlar, diyet, egzersiz vs.) almamda bana yardımcı olması için kan şekerimi kontrol ederim. ☐ ☐ ☐ ☐
- 29.Yemek tercihlerimi kan şekerimi kontrol etmemde yardımcı olacak şekilde düzenlerim. ☐ ☐ ☐ ☐
- 30.Diyabet ilaçlarımı reçetede belirtilen zamanlarda alırım. ☐ ☐ ☐ ☐
- 31.Kan şekerimi ve kilomu kontrol etmeme yardımcı olacak kadar egzersiz yaparım. ☐ ☐ ☐ ☐
- 32.Kilomu sağlık çalışanlarının ve benim belirlediğim aralıkta tutarım. ☐ ☐ ☐ ☐
- 33.Diyabet ekibini her 1-3 ayda bir görürüm. ☐ ☐ ☐ ☐
- 34.Düşük kan şekeri belirtilerim olduğunda nasıl tedavi edeceğimi bilirim. ☐ ☐ ☐ ☐
35. Diyabet ilaçlarımı reçetede belirtilen dozlarda alırım. ☐ ☐ ☐ ☐

DÖYÖ-35 ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇEYE UYARLAMASI VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ (EK-4)

1. Amaç ve Desen

Bu araştırmanın amacı, Diyabet Öz-yönetim Ölçeğini- DSMI-35 (Diabetes Self-management Instrument-35) Türkçe'ye uyarlamak ve psikometrik özelliklerini belirlemektir. Araştırma metodolojik araştırma deseni kullanılarak yürütülmüştür.

2. Yöntem

2.1. Diyabet Öz-yönetim Ölçeği (DSMI-35): Lin et. Al (2008) tarafından geliştirilen Diyabet Öz- Yönetim Ölçeği (DSMI-35), Tip 2 diyabetli yetişkinlerin son üç ay boyunca 35 maddeden oluşan öz-yönetim becerilerini uygulama sıklığını belirlemek için, her maddeye 4 puanlık cevap veren ve kendi kendini raporlayan bir ölçektir. Cevaplar 1 (asla) ile 4 (her zaman) arasında değişir. Ölçek için toplam puanlar 35 ile 140 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar öz yönetim faaliyetlerinin daha sık olduğunu göstermektedir. Bu ölçek beş alt faktöre ayrılmıştır. Bunlar; öz düzenleme (10 madde), öz entegrasyon (9 madde), sağlık uzmanları ve diğer önemli insanlarla işbirliği (9 madde), kan şekeri kontrolü (4 madde) ve önerilen rejimlere uyma (3 madde) şeklindedir. Başlangıçta, Tayvan'da doğrulanması için İngilizce olarak geliştirildi ve Çince'ye tercüme edildi. Bu ölçeğin Çin versiyonunun Tayvan'daki T2DM'li 634 yetişkin üzerinde doğrulanması, 0.94'lük Cronbach alfa katsayısı ve 0.73'lük bir test-tekrar test korelasyonu ile elde edilmiştir (p <0.01; Lin ve ark., 2008).

2.2. DÖYÖ-35'in Türkçe Formunun Dilsel Eş Değerliği: DSMI-35'in tercümesi hemşirelik alanında uzman olan 3 akademisyen tarafından yapılmıştır. Türkçe'ye tercümesi yapılan ölçek, profesyonel bir tercüman tarafından orfinal ölçek görülmeden tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Ölçeğin tekrar İngilizce'ye tercüme edilen versiyonu, denklik açısından orijinal ölçek ile karşılaştırılmıştır.

2.3. Pilot Çalışma: Pilot çalışma 30 kişiden oluşan bir hasta grubuyla yürütülmüştür. Yapılan değerlendirmelere yönelik güvenirlik, sınıf içi korelasyon katsayısı 0,76 olarak bulunmuştur.

2.4. DÖYÖ-35'in Türkçe Formunun Kapsam Geçerliliği: DÖYÖ-35'in Türkçe Formunda yer alan maddeler, diyabet alanında uzman 4 hekim ve 6 hemşire akademisyen tarafından değerlendirilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliliği, Davis Tekniği kullanılarak belirlenmiştir. Uzmanların her birinden 4 puanlı ölçekte yer alan tüm maddeleri "1=uygun değil", "2=biraz uygun", "3=oldukça uygun" ve "4=oldukça uygun" ifadeleri ile

değerlendirmeleri istenmiştir. Kapsam geçerliği indeksi (KGİ) bakımından kabul edilebilir ortalama katsayısı en az 0.80 olarak dikkate alınır. Araştırmamızda KGİ 0,99 bulunmuştur.

3. DÖYÖ-35 Faktör Analizi Sonuçları

3.1. Geçerlilik Analizi

3.1.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Tablo 3.1: Faktör Analizi Gösterim Tablosu

	<i>Sorular</i>
Faktör 1	1, 2, 3, 4, 6, 7, 18, 29, 31, 32
Faktör 2	8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 34
Faktör 3	5, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
Faktör 4	15, 17, 19, 28
Faktör 5	30, 33, 35

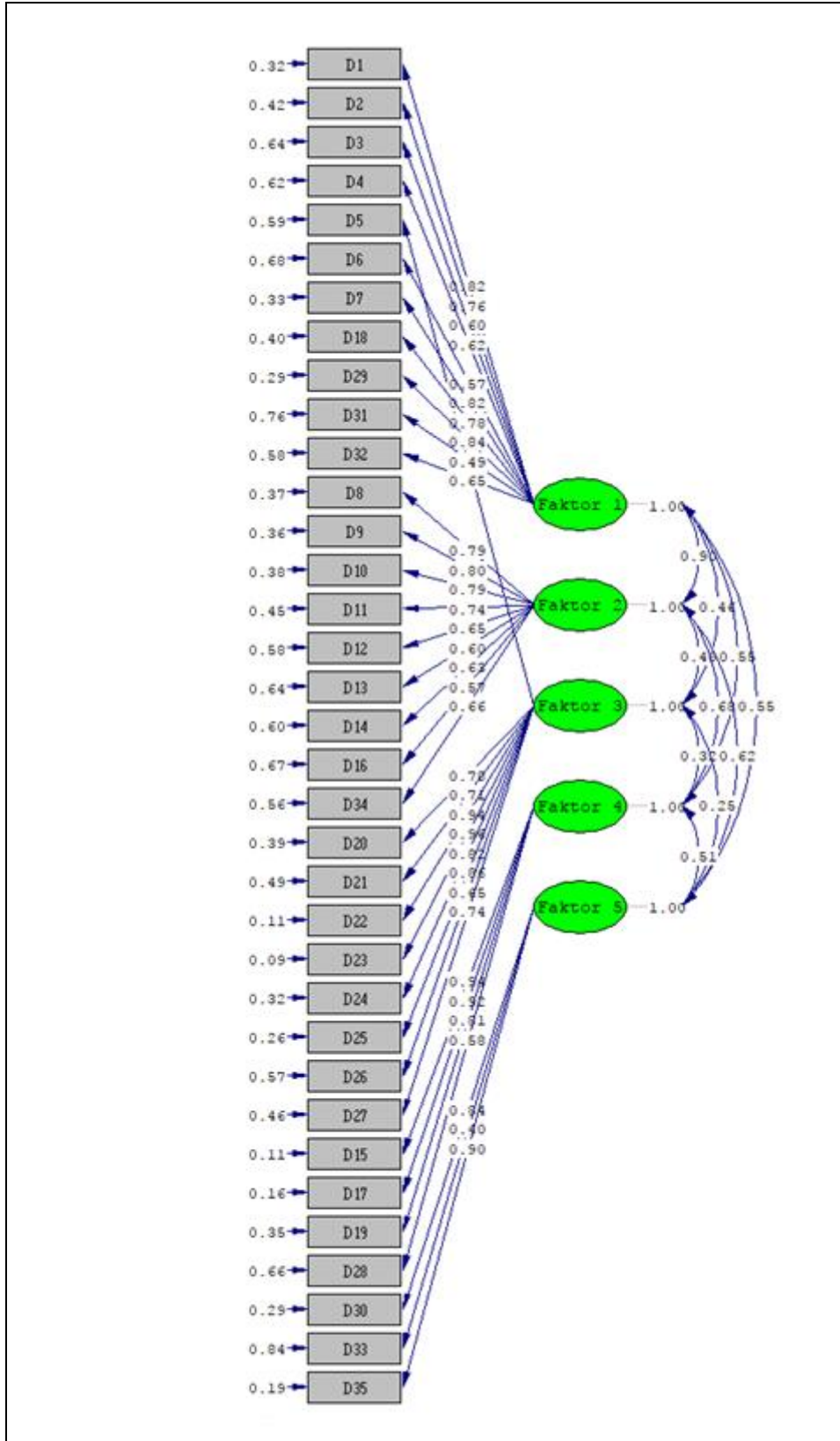
Ölçeğe ilişkin orijinal faktör sonuçları Tablo 3-1’de görülmektedir.

Tablo 3.2: Doğrulayıcı Faktör Analizine Ait Uyum Ölçüleri

Uyum Ölçüleri	İyi Uyum	Kabul Uyum	Edilebilir Modelin Sonuçları	Uyum
RMSEA	$0 < \text{RMSEA} < 0,05$	$0,05 \leq \text{RMSEA} \leq 0,10$	0,086	Kabul Edilebilir
NFI	$0,95 \leq \text{NFI} \leq 1$	$0,90 \leq \text{NFI} \leq 0,95$	0,92	Kabul Edilebilir
NNFI	$0,97 \leq \text{NNFI} \leq 1$	$0,95 \leq \text{NNFI} \leq 0,97$	0,95	Kabul Edilebilir
CFI	$0,97 \leq \text{CFI} \leq 1$	$0,95 \leq \text{CFI} \leq 0,97$	0,95	Kabul Edilebilir
IFI	$0,97 \leq \text{IFI} \leq 1$	$0,95 \leq \text{IFI} \leq 0,97$	0,95	Kabul Edilebilir
SRMR	$0 \leq \text{SRMR} \leq 0,05$	$0,05 \leq \text{SRMR} \leq 0,10$	0,097	Kabul Edilebilir
RFI	$0,90 \leq \text{RFI} \leq 1$	$0,85 \leq \text{RFI} \leq 0,90$	0,92	İyi uyum
χ^2 / df	$0 \leq \chi^2 / \text{df} \leq 2$	$2 \leq \chi^2 / \text{df} \leq 3$	2,29	Kabul Edilebilir

RMSEA uyum ölçümü 0.086 olup, kabul edilebilir uyum göstermektedir. Diğer uyum ölçülerinden RFI iyi uyum gösterirken; NFI, NNFI, CFI, IFI, SRMR ölçümleri kabul edilebilir uyum göstermektedir. Buna göre uyum ölçülerinin iyi uyum ve kabul edilebilir uyum göstermeleri ayrıca düzeltmeli ki-kare değerinin de kabul edilebilir

uyum göstermesi, verilerimizin kabul edilebilir uyuma sahip olduğu ve modelimizin istatistiksel olarak anlamlı ve geçerli olduğunu göstermektedir (Tablo 3-2) (Şekil 3-1).

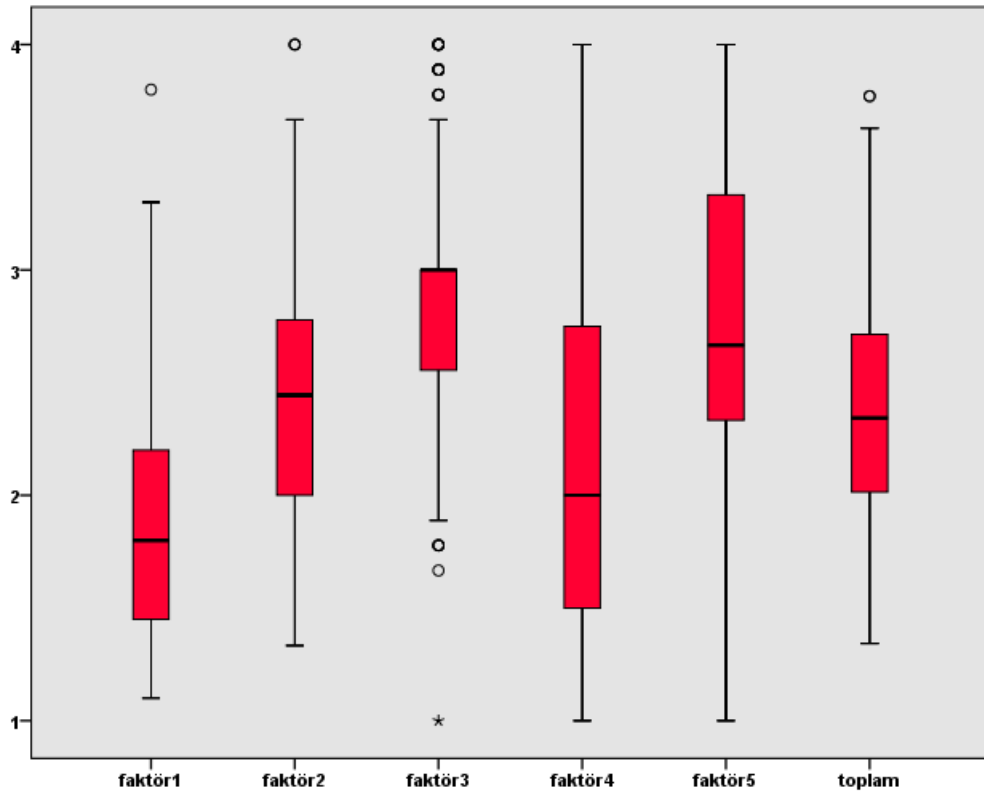


Şekil 3.1: Diyabet Öz Yönetim Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi

Tablo 3.3: Diyabet Öz Yönetim Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Soru sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach's Alpha
Faktör 1	10	1,1-3,8 (1,8)	1,89±0,54	0,903
Faktör 2	9	1,33-4,0 (2,4)	2,39±0,55	0,894
Faktör 3	9	1-4 (3)	2,87±0,54	0,940
Faktör 4	4	1-4 (2)	2,13±0,74	0,885
Faktör 5	3	1-4 (2,7)	2,72±0,71	0,715
Toplam	35	1,34-3,77 (2,3)	2,37±0,47	0,956

Diyabet Öz Yönetim ölçeğinin Faktör 1 alt boyut puanı 1 ile 3.86 arasında değişmekte olup, ortalama 1.82 ± 0.57 ; Faktör 2 alt boyut puanı 1 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama 2.87 ± 0.54 ; Faktör 3 alt boyut puanı 1.2 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama 2.97 ± 0.57 ; Faktör 4 alt boyut puanı 1 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama 2.13 ± 0.74 'dür. Diyabet Öz Yönetim ölçeği toplam puanı ise 1.31 ile 3.78 arasında değişmekte olup, ortalama 2.34 ± 0.47 'dir (Tablo 3-3) (Şekil 3-2).

**Şekil 3.2: Diyabet Öz Yönetim Ölçek Puanlarının Dağılımı-I**

3.1.2. Keşfedici (açıklayıcı) Faktör Analizi

Keşfedici (açıklayıcı) Faktör Analizinde Varimax rotasyonu uygulandığında sorularımız 5 faktör altında toplanmaktadır. Ancak 4., 10. ve 11. sorular ikiden fazla faktörde birbirine yakın yükler aldığından, bu sorular çalışma dışı bırakılarak tekrar faktör analizi uygulaması yapılmıştır. İkinci kez yapılan faktör analizi sonucunda sorularımızın 4 faktör altında topladığını görmekteyiz. Keşfedici (açıklayıcı) Faktör Analizinin uygulanabilirliğinin ölçümü için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) yeterlilik ölçümüne ve Bartlett's Küresellik testine bakılmıştır. Tablo 3-4'de Diyabet Öz Yönetim anketinin KMO ve Bartlett testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 3.4: KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterlilik Ölçümü		0,910
Bartlett Küresellik Testi	Ki kare	4246,706
	Serbestlik derecesi	496
	Anlamlılık	0,001

Çalışmamızda KMO örneklem yeterlilik ölçümü değeri 0.910 olduğu görülmektedir. Bu değer KMO için oldukça iyi bir değer olduğu ve ilgili veri gruba analiz yapılmasının uygun olduğunu söyleyebiliriz. Bartlett Küresellik Testi, korelasyon matrisinin benzer matris olup olmadığı hipotezini test etmek için kullanılmış olup ve bu hipotez $p < 0.001$ seviyesinde reddedilmiştir. Bu da bize maddeler arasında ilişkinin varlığını ortaya koyarak faktör analizi için verilerin uygunluğunu göstermektedir (Akgül ve Çevik 2003).

Tablo 3.5: Faktör Analizi Ağırlıkları

	Faktörler			
	1	2	3	4
13.Kan şekeri düzeyi ve A1c takibi yaparak istediğim hedeflere doğru gelişimi izlerim.	0,790			
7.Diyabeti günlük hayatıma başarılı bir şekilde uyumlandırıyorum.	0,749			
12.Mevcut kan şekeri düzeyim ile hedeflenen kan şekeri düzeyi arasındaki farkı karşılaştırırım.	0,737			
29.Yemek tercihlerimi kan şekeri kontrol etmemde yardımcı olacak şekilde düzenlerim.	0,713			
9.Günlük yaşamımda kan şekeri düzeyimin değişmesine neden olabilecek durumlara dikkat ederim.	0,696			
1.Yiyeceğim gıda ve porsiyon miktarlarını seçerken bunların kan şekeri üzerindeki etkisini dikkate alırım.	0,656			
33.Diyabet ekibini her 1-3 ayda bir görürüm.	0,636			
18.Diyabet programımı yeni durumlara uyacak şekilde ayarlayabilirim	0,629			
32.Kilomu sağlık çalışanlarının ve benim belirlediğim aralıkta tutarım.	0,622			
2.Sosyal aktivitelere katılabilirim ve diyabetimi de yönetebilirim.	0,614			
8.Kan şekeri düzeyimle ilgili vücudumun verdiği işaretlere dikkat ederim.	0,594			
6.Diyabet olmadan öncesine göre günlük yaşam tarzım daha sağlıklı.	0,572			
31.Kan şekeri ve kilomu kontrol etmeme yardımcı olacak kadar egzersiz yaparım.	0,558			
3.Dışarda yemek yediğim zaman yemek porsiyonları ve tercihlerimi nasıl yöneteceğimi bilirim.	0,551			
23. Tedavi planımda yapmak istediğim değişiklikleri sağlık çalışanlarına rahatlıkla söylerim.		0,909		
22. Tedavi planımda ne kadar esneklik istediğimi sağlık çalışanlarına rahatlıkla söylerim.		0,908		
25.Normal kan şekeri düzeyi dışındaki sonuçları sağlık çalışanları ile rahatça tartışırım.		0,848		
20.Tedavi planımla ilgili soruları sağlık çalışanlarına sorma konusunda rahatımdır.		0,817		
24. Diyabetimi kontrol etmek için yardımlarına ihtiyacım olduğunda bunu diğer insanlara söylerim.		0,799		
27.Diyabet yönetimimde bana yardımcı olabilecek kaynaklar konusunda sağlık çalışanlarına rahatlıkla soru sorarım.		0,774		
21. Diyabet kontrolüm kötü olduğunda olası nedenleri tespit etmek için sağlık çalışanları ile çalışırım.		0,744		
26.Gerektiğinde yüksek kan şekeri belirtilerim ile ilgili olarak başkalarından bana yardım etmelerini isterim.		0,646		
5.Diyabet yönetimi ile ilgili ipuçlarını öğrenmek için diğer diyabetli kişilere soru sorma konusunda rahatımdır.		0,622		
30.Diyabet ilaçlarımı reçetede belirtilen zamanlarda alırım.			0,745	
35. Diyabet ilaçlarımı reçetede belirtilen dozlarda alırım.			0,742	
16.Daha önce yaptığım tecrübelerimin sonucuna dayanarak ne yapacağıma karar veririm.			0,654	
34.Düşük kan şekeri belirtilerim olduğunda nasıl tedavi edeceğimi bilirim.			0,601	
14.Susama, sinirlilik ve huzursuzluk gibi beden belirtilerine göre harekete geçerim.			0,464	
15.Kan şekeri düşükmüş gibi hissettiğimde mümkün olan en kısa sürede kan şekeri düzeyimi kontrol ederim.				0,815
17.Kendimi kötü hissettiğimde nedeninin kan şekeri yüksekliği mi yoksa düşüklüğü mü olduğundan emin değilsem kan şekeri en kısa zamanda ölçerim.				0,799
19.Kan şekeri yüksekmüş gibi hissettiğimde kan şekeri düzeyimi mümkün olan en kısa sürede ölçerim				0,770
28.Kişisel bakımım ile ilgili kararları almamda bana yardımcı olması için kan şekeri kontrol ederim.				0,613

Bu 4 faktör bizim ölçeğimizin varyansının %62.86'sını açıklamaktadır. Analiz sonucunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı da o karda güçlü olmaktadır. Faktör analizine ilişkin faktör ağırlıkları Tablo 3-5'te görülmektedir. Faktör ağırlıkları incelendiğinde 14 maddeden oluşan (1,2,3,6,7,8,9,12,13,18,29,31,32,33) Faktör 1'de en düşük 0.551 en yüksek 0.790; 9 maddeden oluşan (5,20,21,22,23,24,25,26,27) Faktör 2'de en düşük 0.622 en yüksek 0.909; 5 maddeden oluşan (14,16,30,34,35) Faktör 3'de en düşük 0.464 en yüksek 0.745 ve 4 maddeden oluşan (15,17,19,28) Faktör 4'de en düşük 0.613 en yüksek 0.815 arasında saptanmıştır.

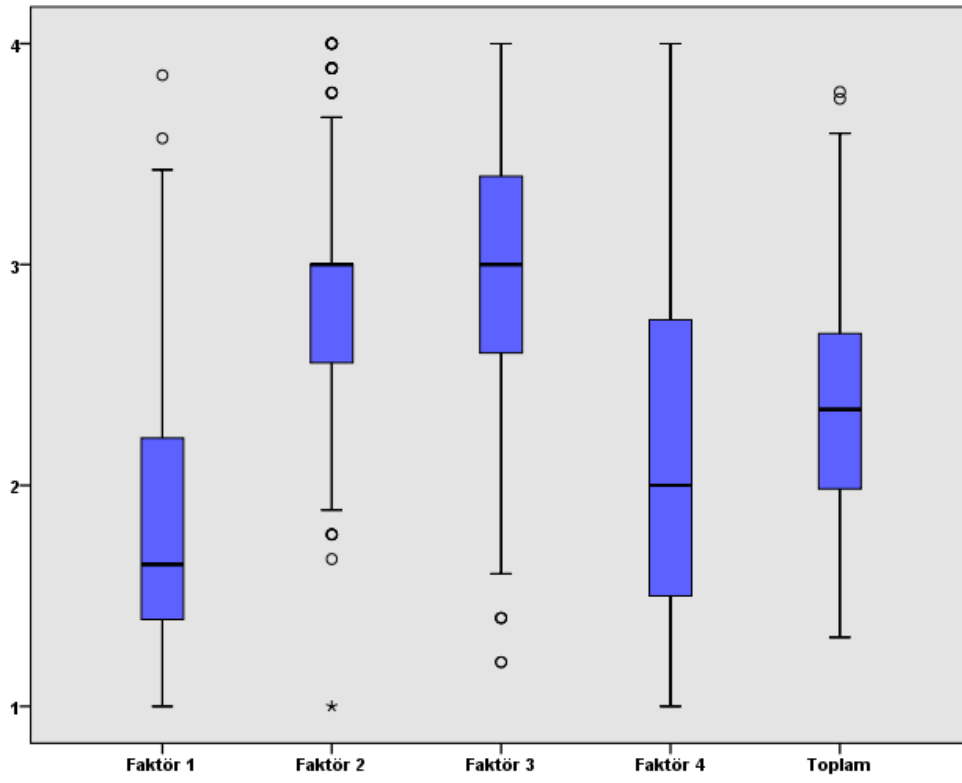
3.2. Güvenilirlik Analizi

Diyabet Öz Yönetim anketinin iç tutarlılığının incelenmesi sonrasında $\alpha = 0.950$ güvenilirlik değeri elde edilmiştir. Buna göre ölçeğimizin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.6: Güvenilirlik Değeri

Cronbach Alfa	n
0,950	32

Faktörü oluşturan maddelerin güvenilirlik düzeyine etkileri ise Tablo 3-6'da sunulmuştur. Tablonun Madde Silindiğinde Cronbach Alfa değerleri incelendiğinde herhangi bir maddenin faktörden çıkarılmasının güvenilirliği arttırmayacağını göstermektedir. Bu çerçevede 4 maddelik faktör yapısı korunmuştur (Şekil 3.3).



Şekil 3.3: Diyabet Öz Yönetim Ölçek Puanlarının Dağılımı-II

**TİP 2 DİYABETLİ HASTALARDA DAVRANIŞ DEĞİŞİM AŞAMASI
TANILAMA FORMU (EK-5)**

- 1) Düzenli olarak (her gün aynı saatte) ilaçlarınızı kullanıyor musunuz?**(Size en uygun seçeneği işaretleyiniz.)

İLAÇ KULLANIMI		Hayır, ve gelecek 6 ay içinde düzenli olarak ilaç kullanmaya başlama niyetinde değilim.
		Hayır, ama gelecek 6 ay içinde düzenli olarak ilaç kullanmaya başlama niyetindeyim.
		Hayır, ama gelecek 30 gün içerisinde düzenli olarak ilaçlarımı kullanmaya başlama niyetindeyim.
		Evet, yapıyorum ama 6 aydan daha kısa süredir ilaçlarımı kullanıyorum.
		Evet, 6 aydan daha uzun süredir ilaçlarımı kullanıyorum.

- 2) Düzenli olarak yeterli ve dengeli besleniyor musunuz (3 ana 3 ara öğününüzü düzenli alıyor musunuz)?** (Size en uygun seçeneği işaretleyiniz.)

BESLENME		Hayır, ve gelecek 6 ay içinde düzenli olarak yeterli ve dengeli beslenmeye başlama niyetinde değilim.
		Hayır, ama gelecek 6 ay içinde düzenli olarak yeterli ve dengeli beslenmeye başlama niyetindeyim.
		Hayır, ama gelecek 30 gün içerisinde düzenli olarak yeterli ve dengeli beslenmeye başlama niyetindeyim.
		Evet, yapıyorum ama 6 aydan daha kısa süredir yeterli ve dengeli besleniyorum.
		Evet, 6 aydan daha uzun süredir yeterli ve dengeli besleniyorum.

- 3) Düzenli olarak, 3 kez veya daha fazla, en az 150 dakika orta yoğunlukta egzersiz yapıyor musunuz? (Ör; tempolu yürüyüş)** (Size en uygun seçeneği işaretleyiniz.)

FİZİKSEL EGZERSİZ		Hayır, ve gelecek 6 ay içinde düzenli olarak fiziksel egzersize başlama niyetinde değilim.
		Hayır, ama gelecek 6 ay içinde düzenli olarak fiziksel egzersize başlama niyetindeyim.
		Hayır, ama gelecek 30 gün içerisinde düzenli olarak fiziksel egzersize başlama niyetindeyim.
		Evet, yapıyorum ama 6 aydan daha kısa süredir fiziksel egzersiz yapıyorum
		Evet, 6 aydan daha uzun süredir fiziksel egzersiz yapıyorum

MOTİVASYONEL GÖRÜŞME EĞİTİMİ KATILIM BELGESİ (EK-6)

26 Aralık 2014

Sayın Deniz KAYA MERAL,Sayı,

26 Aralık 2014 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel
Görüşme Tekniği birinci aşama eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla



Prof. Dr. Kültegin Öge

Motivasyonel Görüşme Eğitici

13 Şubat 2015

Sayın Deniz KAYA MERAL,

13 Şubat 2015 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel Görüşme Tekniği ikinci aşama eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla



Prof. Dr. Kültegin ögel
Motivasyonel Görüşme Eğitici

10. İZİNLER

(EK-7)

Evrak Tarih ve Sayısı: 16.12.2016-70241



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 97175836-770-
Konu : Araştırma İzni (Deniz KAYA MERAL)

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GAZİOSMANPAŞA TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalında Doktora Programı öğrencisi Deniz KAYA MERAL'ın, Doç.Dr.Yasemin KUTLU danışmanlığında "Tip 2 Diyabetli Hastalarda Motivasyonel Görüşmenin Öz-Yönetim ve HbA1c Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmasını Kurumunuzda yapabilmesi uygun görülmüştür. Araştırmanın yapılması esnasında gerekli hassasiyetin gösterilmesi hususunda; Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Aşkın AYVAZ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER :
Araştırma Başvuru Belgeleri (27 sayfa)

16.12.2016 Birim Sorumlusu: C.SAVCI
16.12.2016 Uzman: G.ŞERBETÇİ

Fulya Mah. Mehmetçik Cad. No:63 Şişli/İstanbul
Telefon:0 212 386 13 30 / 2047 Faks:0212 386 13 31
e-Posta: cemilesavci@beyoglubirlik.gov.tr
Elektronik imzalı suretine:<http://ebys.beyoglubirlik.gov.tr/envision/Dogrula/ND4JBNU> erişebilirsiniz.

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Cemile SAVCI
Eğitim, Araştırma ve Geliştirme

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

11. ETİK KURUL KARARI**(EK-8)**

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı:36

Tarih: 16.11.2016

Konu: Onay Yazısı

Sayın Deniz KAYA MERAL:

“Tip 2 Diyabetli Hastalarda Motivasyonel Görüşmenin Öz-Yönetim Ve Hırc Üzerine Etkisi ” isimli çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.



Doç. Dr. Okcan BASAT

Etik Kurul Başkanı

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

TİP 2 DİYABETLİ HASTALARDA MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN ÖZ YÖNETİM VE HGA1C ÜZERİNE ETKİSİ

ORIJINALLIK RAPORU

% 13	% 11	% 4	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.omicsonline.org İnternet Kaynağı	% 1
2	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	www.idf.org İnternet Kaynağı	% 1
4	www.ices-uebk.org İnternet Kaynağı	% 1
5	nabizdergisi.com İnternet Kaynağı	% 1
6	besni1noluasm.com İnternet Kaynağı	% 1
7	hemsirelikblog.blogspot.com İnternet Kaynağı	% 1
8	ikkh.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Deniz	Soyadı	KAYA MERAL
Doğ.Yeri	Bergama	Doğ.Tar.	21.03.1983
Uyruğu	T.C	TC Kim No	53257613912
Email	denizkayameral@gmail.com	Tel	0555 564 22 38

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	2018
Yük.Lis.	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı	2012
Lisans	Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik	2007
Lise	Aliağa Süper Lisesi	2001

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Diyabet Eğitim Hemşiresi	GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2015-Halen
2.	Sorumlu Hemşire	Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2013-2015
3.	Hemşire	Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2010-2013
4.	Hemşire	Bakırköy Acıbadem Hastanesi	2009-2010
5.	Hemşire	Nöropsikiyatri İstanbul Hastanesi	2007-2009

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	YÖKDİL Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	72,5	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	71.542		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	Çok iyi
SPSS	İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

- Kaya, D., Batmaz, M. (2012). Transrektal Ultrasonografi Eşliğinde Prostat Biyopsisi Yapılan Hastalarda İşlem Öncesi Bilgilendirmenin Ağrı Ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı Poster Bildiri, s:284-285, Erzurum.
- Kaya, D. (2016). Transrektal Ultrasonografi Eşliğinde Prostat Biyopsisi ve Hemşirelik Yaklaşımı. Aydın Sağlık Dergisi, 2(2):1-11.
- S.B.Ü. Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Sertifika Programı Eğitmenliği (2016- Halen)

Eğitim\ Sertifika

- “Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü Psikodrama ve Grup Terapisi” Eğitimi, 2013-Halen, İstanbul (Eğitimciler: Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM-Psk/Analist Behice BORAN).
- “Motivasyonel Görüşme Tekniği” eğitimi, Yeniden, Aralık 2014- Şubat 2015, İstanbul (Eğitimci: Prof. Dr. Kültekin ÖGEL).