

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği**

**KRONİK HASTALIĞA BAĞLI AMPUTASYON OLAN
BİREYLERE VERİLEN MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEMELLİ
DANIŞMANLIĞIN BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI VE ALGILANAN
SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

**Hazırlayan
Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK**

**Danışman
Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK**

Doktora Tezi

Haziran 2021

KAYSERİ

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği**

**KRONİK HASTALIĞA BAĞLI AMPUTASYON OLAN
BİREYLERE VERİLEN MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEMELLİ
DANIŞMANLIĞIN BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI VE ALGILANAN
SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Doktora Tezi

**Hazırlayan
Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK**

**Danışman
Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK**

Haziran 2021

KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda akademik ve etik kuralların gerektirdiği gibi tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu ve kaynaklar listesinde gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK

İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI

“Kronik Hastalığa Bağlı Amputasyon Olan Bireylere Verilen Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın Başa Çıkma Tutumları Ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerine Etkisi” adlı **Doktora tezi**, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Hazırlayan
Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK

Danışman
Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı
Doç. Dr. Salime MUCUK

Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK danışmanlığında **Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK** tarafından hazırlanan “**Kronik Hastalığa Bağlı Amputasyon Olan Bireylere Verilen Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın Başa Çıkma Tutumları Ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerine Etkisi**” adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalında Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarih

JÜRİ:**İmza****Danışman: Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK****Üye: Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK****Üye: Doç. Dr. Özlem CEYHAN****Üye: Doç. Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER****Üye: Doç. Dr. Arzu YÜKSEL****ONAY :**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

..... / /

Prof. Dr. Bilal AKYÜZ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Doktora eğitim süresince bilimsel bilgi birikimini ve tecrübelerini aktararak yetişmemde çok emeği olan değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK'e

Tez izleme komitesinde bilgi ve tecrübeleriyle katkıda bulunan ve öneri almak istediğim her an fikirleri paylaşan jüri üyeleri hocalarım Sayın Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e ve Doç. Dr. Özlem CEYHAN'a,

Tez araştırmasının yürütülmesinde amputasyon olan bireylere ulaşabilmem için desteklerini esirgemeyen ve çalışma ortamı sunan Sayın Prof. Dr. Mahmut ARGÜN ve Prof. Dr. Cemil Yıldırım TÜRK başta olmak üzere tüm ortopedi ve travmatoloji bölümü hocalarıma,

Veri toplama aşamasında her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen, birlikte çalıştığım ortopedi ve travmatoloji bölümünde çalışan hemşire, hekim ve personel arkadaşlarıma,

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve yaşadıkları süreci tüm içtenliği ile paylaşan bireylere,

Hayatım boyunca sevgi ve destekleriyle yanımda olan, her türlü fedakarlığı ve özveriyi gösteren annem Nursel KÜÇÜK'e ve babam Avni KÜÇÜK'e,

Desteğini her zaman sunan ve akademik kariyerimde büyük katkısı olan değerli eşim Ramazan İlter ÖZTÜRK'e

Doktora süreciyle büyüyen, hayatıma anlam katan ve zorlandığım her durumda varlığından güç aldığım canım oğlum Metehan ÖZTÜRK'e,

Sonsuz teşekkür ederim.

Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK

KRONİK HASTALIĞA BAĞLI AMPUTASYON OLAN BİREYLERE VERİLEN MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEMELLİ DANIŞMANLIĞIN BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Doktora Tezi, Haziran 2021

Danışman: Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK

ÖZET

Bu çalışma, kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel çalışma olarak yürütülmüştür. Çalışma bir üniversite hastanesinin ve bir şehir hastanesinin ortopedi ve travmatoloji bölümünde araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan 23'ü müdahale 25'i kontrol grubunda, toplam 48 hasta ile tamamlanmıştır.

Veriler; Tanıtıcı Bilgi Formu, Başa Çıkma Tutumları Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırma için etik kurul onayı ile bireylerden yazılı bilgilendirilmiş gönüllü onamı alınmıştır. Veriler SPSS Statistics 24.0 programında; Levene, Shapiro Wilk testi, Bağımsız Örneklem t testi, Eşleştirilmiş t testi ve Ki-kare testi kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi için $p<0.05$ değeri kabul edilmiştir.

Çalışmanın başlangıcında müdahale ve kontrol grubunun tanıtıcı bilgi ve amputasyon özellikleri bakımından birbirine benzer olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundaki bireylerin motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası son testte başa çıkma tutumları ölçeği ve algılanan sosyal destek ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ön teste göre arttığı ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Müdahale grubundaki bireylerin motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası son testteki başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının kontrol grubundaki bireylerin puan ortalamalarından yüksek olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç olarak, kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın başa çıkma tutumlarını ve algılanan sosyal destek düzeylerini arttırdığı saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda, amputasyon olan bireylere danışmanlık hizmeti verilirken motivasyonel görüşme temelli danışmanlık ilkelerinin kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalık, Amputasyon, Motivasyonel Görüşme, Başa Çıkma Tutumları, Algılanan Sosyal Destek

THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEW-BASED COUNSELING GIVEN TO INDIVIDUALS WITH AMPUTATION DUE TO CHRONIC DISEASE ON THE COPING ATTITUDES AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT LEVELS

Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK

Erciyes University, Institute of Health Sciences

Department of Nursing, Mental Health and Psychiatric Nursing

PhD Thesis, June 2021

Supervisor: Assoc. Prof. Nuray ŞİMŞEK

ABSTRACT

This randomized controlled experimental study was conducted to determine the effect of motivational interview-based counseling given to individuals with amputation due to chronic disease on coping attitudes and perceived social support levels. The study was completed in the orthopedics and traumatology department of a university hospital and a city hospital with 48 patients. The patients were split into two groups: 23 patients were included in the intervention group and 25 patients were included in the control group.

Data were collected using the Introductory Information Form, Coping Attitudes Scale, and Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Ethics committee approval was obtained for the research and written informed consent was obtained from the patients. The data were analyzed in SPSS Statistics 24.0 program; using Levene test, Shapiro Wilk test, Independent Sample t-test, Paired t-test, and Chi-square test. $p < 0.05$ was accepted as statistically significant in all analyses.

At the beginning of the study, it was determined that the intervention and control groups were similar in terms of introductory information and amputation characteristics. It was found that the coping attitudes scale, perceived social support scale sub-dimension, and total mean scores of the individuals in the intervention group significantly increased in the post-test after the motivational interview-based counseling compared to the pretest scores ($p < 0.05$). It was determined that the coping attitudes and perceived social support scale sub-dimension and total mean scores of the individuals in the intervention group in the post-test after the motivational interview-based counseling were higher than the mean scores of the individuals in the control group and the difference between the groups was significant ($p < 0.05$).

As a result, it was determined that the motivational interview-based counseling given to individuals with amputation due to chronic disease increased their coping attitudes and perceived social support levels. In line with this result, the use of counseling principles based on the motivational interviews is recommended while providing counseling services to individuals with amputation.

Key words: Chronic Disease, Amputation, Motivational Interview, Coping Attitudes, Perceived Social Support

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI	ii
ONAY :	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR ve SİMGELER	ix
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. AMPUTASYON	5
2.1.1.Amputasyon Nedenleri.....	5
2.1.2. Alt Ekstremitte Amputasyon Seviyeleri.....	8
2.1.3. Amputasyon Komplikasyonları.....	11
2.1.4. Amputasyonun Psikososyal Boyutu.....	13
2.1.5. Amputasyon Olan Bireylerde Hemşirelik Süreci	14
2.2. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME.....	18
2.2.1. Motivasyonel Görüşmenin Özellikleri.....	18
2.2.2.Motivasyonel Görüşmenin Temel İlkeleri.....	19
2.2.3. Motivasyonel Görüşme Stratejileri ve Süresi	20
2.2.4. Bireylere Danışmanlık Yapmada Hemşirenin Rolü.....	24
2.3. BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.3.1. Başa Çıkma Tutumlarının Kullanımında Hemşirenin Rolü	25

2.4. ALGILANAN SOSYAL DESTEK.....	26
2.3.4.1. Sosyal Destek Sağlamada Hemşirenin Rolü	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	30
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	30
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	30
3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLERMİ.....	32
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri	33
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	36
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK I).....	37
3.5.2. Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (EK II).....	37
3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK III).....	37
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	40
3.6.1. Müdahale Grubunun Verilerinin Toplanması	41
3.6.2. Kontrol Grubunun Verilerinin Toplanması.....	41
3.7. ÖN UYGULAMA.....	42
3.8. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	43
3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	43
3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	43
3.10.1. Araştırmanın Sınırlılıkları	43
4. BULGULAR.....	45
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	54
6. KAYNAKLAR	60
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR ve SİMGELER

AOYÖD	: Açık uçlu soru sorma, Onaylama, Yansıtma, Dinleme, Özetleme, Değişimi Konuşma
DM	: Diyabetes Mellitus
ERÜSUAH	: Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi
MG	: Müdahale Grubu
MI	: Miyokard İnfarktüsü
KG	: Kontrol Grubu
PAH	: Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon
USG	: Ultrasonografi
QARS	: Question, Affirmation, Reflective, Summary

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Amputasyondan Etkilenme Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	49

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Alt Ekstremité Amputasyon Seviyeleri.....	9
Şekil 2.2. Ayak Bileği ve Ayak Önü Amputasyon Seviyeleri.....	10
Şekil 3.1. Örneklem Diyagramı.....	35
Şekil 3.2. Uygulama Akış Şeması.....	39

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Amputasyon ekstremitenin bir bölümünün veya tümünün cerrahi yöntemle vücuttan kesilmesi olarak tanımlanmaktadır (Şükür ve ark., 2018). Amputasyon nedenleri ülkeden ülkeye farklılıklar göstermekle birlikte gelişmekte olan ülkelerde travmatik amputasyonlar tüm amputasyonlar içinde ilk sırada yer almaktadır. Gelişmiş ülkelerde ise, ateroskleroz, diyabet ve buerger hastalığı gibi periferik vasküler hastalıklar amputasyona en sık neden olan durumlardır (Dillingham ve ark., 2002; Witso ve Ronningen, 2001).

Her yıl amputasyon olan bireylerin sayısı yaşlanan popülasyona bağlı olarak artmaktadır (Canale ve Beaty, 2014). Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık olarak 1.6 milyon amputasyon olan bireyin yaşadığı ve 2050 yılında bu sayının 3.6 milyon olacağı düşünülmektedir (Graham, 2008). Gelişmiş ülkelerde travma ve kansere bağlı amputasyon sayısı azalmış olsa da diyabet ve periferik vasküler hastalığa bağlı amputasyon sayısı artmaya devam etmektedir (Jensen, 2017). Türkiye gelişmekte olan ve genç popülasyona sahip bir ülke olmasına rağmen diyabet ve periferik vasküler hastalıkların görülme sıklığı oldukça yüksektir (Uzun ve ark., 2013). Aynı zamanda kronik hastalıklara bağlı amputasyon olan bireylerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır (Coşansu, 2015).

Vasküler nedenli amputasyonlar genellikle 50 yaş üstü bireylerde görülürken tam olarak tedavi edilmemiş kırıklardan ve motorlu taşıt kazalarından kaynaklanan travmatik amputasyonların çoğu ergen veya genç erişkinlerde görülmektedir (Kılıç ve ark., 2014; Graham, 2008; Sümer ve ark. 2008). Amputasyonlar bireylerin tüm yaşamlarını etkileyerek yaşam kalitelerinin azalmasına ve yaşamlarında bazı farklılıklar oluşmasına neden olmaktadır (Berman ve Snyder 2012). Temel fiziksel fonksiyonlarını kaybeden bireyin, yaşam amaçlarını tehdit altında hissederek bir araca bağımlı olacağı kaygısı, üzüntü, suçluluk gibi çeşitli ve şiddetli duygusal tepkiler vermesi, beden algısı ve özgüvenin zedelenmesi ile bireyin psikiyatrik sorunlar yaşayarak ruh sağlığının bozulması ve sosyal ilişkilerini sürdürmede güçlüklerle karşılaşması muhtemeldir (Berman ve Snyder 2012). Amputasyon yalnızca fiziksel bir yaralanma değil beraberinde uzun süreli ve şiddetli bir stres olup fiziksel ve ruhsal sağlığı bozabilecek travmatik bir deneyimdir (Warmuz ve ark., 2014). Bu dönemde bireylerin ruh sağlığının korunması, başa çıkma becerilerini kullanma durumu ile ailesinin ve sağlık

ekibinin sağladığı desteklere bağlıdır (Şimşek ve ark., 2020). Bu noktada konsültasyon-liyezon psikiyatri hemşirelerinin önemli rol ve fonksiyonları vardır. Konsültasyon liyezon psikiyatrisinin temel işlevi; psikiyatri dışı kliniklerdeki bireylere ruh sağlığı hizmetlerini sağlamak ve hastalıkların psikososyal etkenlerini inceleyerek hizmetleri rasyonel ve bütüncül kılmaktır (Kocaman, 2005a). Konsültasyon-liyezon psikiyatri hemşirelerinin temel işlevi ise, hastalık durumunda bozulan dengenin düzeltilmesine destek olmaktır. Bu destek; bireyin, ailenin ve toplumun fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerine yönelen, bütüncül bakımı içerir. Bütüncül tanılama ve girişimler, fiziksel hastalığı olan hasta ve ailesinin psikososyal bakımının çatısını oluşturur (Kocaman, 2005b). Psikososyal bakımın sunulmasında ve psikososyal sorunların önlenmesinde hemşirelerinin önemli rollerinden biri danışmanlık rolüdür. Beraberinde konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi klinik, yönetim, araştırma ve eğitim rolleri ile bağımsız fonksiyonlarının farkında olup, birey ve ailenin gereksinimlerini saptayarak psikolojik müdahaleleri bakımın bir parçası olarak uygulamalıdır. (Şengün ve ark., 2011). Amputasyon olmuş bireylerde sosyal destek sistemlerini ve başa çıkma tutumlarını olumsuz etkileyecek durumların belirlenmesi uygun başa çıkma tutumlarının geliştirilmesi açısından önemlidir.

Uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren bir alan olan ortopedi ve travmatoloji klinikleri, fiziksel ve ruhsal sağlığın korunmasında hemşirelerin anahtar role sahip olduğu birimlerdir. Bu kapsamda, hemşirelerin kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere danışmanlık yapması bireylerin başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek düzeylerinin geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir. Literatürde amputasyonla ilgili bireylerin olgu sunumlarına veya tanımlayıcı çalışmalara yer verilmiştir. Yapılan bu çalışmalarda amputasyon sonrası bireylerin tedavi ve proteze uyumu, yaşam kalitesi, beden imajı, benlik saygısı, depresyon ve anksiyete düzeyleri, post travmatik stres bozukluğu ve yas süreci dile getirilmiştir (Mcdonalds ve ark. 2021; Keszler ve ark., 2020; Erdem ve ark., 2017; Kılıç ve ark., 2017; Özsoy ve Okyayuz Ülgen, 2016; Atay ve ark., 2014; Oğuz ve ark., 2012). Amputasyon olan bireylerin tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin multidisipliner bir anlayışla yürütülmesi gerektiği ve bu bireylere psikososyal desteğin sunulmasının önemli olduğu bildirilmiştir (Miller ve ark., 2020; Pedras ve ark., 2018; Öznur, 2013). Amputasyon olan bireylerde psikososyal destek; psikiyatrik hastalıkların erken tanısı ve tedavisi için psikiyatrik

değerlendirmenin yapılması (Erdem ve ark. 2017), psikiyatri konsültasyonuna gereksinimin değerlendirilmesi (Kaya ve Bilik, 2020) veya sürece aile ve arkadaşların dahil edilmesi (Keszler ve ark., 2020) olarak ele alınmıştır. Ancak amputasyon olan bireylere psikososyal desteğin nasıl sunulması gerektiği konusunda müdahalesel bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Motivasyonel görüşme, bireyin kendi motivasyonunu ve değişimini güçlendirmek için uygulanan iş birliğine dayalı bir danışmanlık olarak tanımlanmaktadır (Szczekala ve ark., 2018; Black, 2019; Miller ve Rollnick, 2013). Bireyin sorunlarına bakış açısının ve sorunlara ilişkin algısının değerlendirilmesi, bireyin sorunların çözümüne katılmasının sağlanması ve başarılı değişim olanakları için kişinin algılarının genişletilmesi motivasyonel görüşmenin temel yapıtaşlarıdır (Samsha, 2013). Motivasyonel görüşmenin geniş kullanım alanı vardır. Kronik hastalıklar dahil olmak üzere farklı yaş gruplarında ve sağlıkla ilgili çeşitli durumlarda kullanılmaktadır. Geçmişte motivasyonel görüşme genellikle bağımlılığı (alkol, madde, nikotin) olan bireylere uygulanırken, günümüzde ruhsal ve fiziksel hastalığı olan bireylere de sıklıkla uygulanmaktadır (Muslu ve Ardahan, 2018; Palacio ve ark., 2015; Hall ve ark. 2012; Rubak ve ark., 2005). Özellikle kronik hastalıkların bireyin motivasyonunda genel bir sorun teşkil etmesiyle birlikte, hastalıklara bağlı gelişen sorunlarla baş etmek için de motivasyonel görüşme kullanılmaktadır (Rollnick ve ark., 2008). Hemşirelerin yaptığı çeşitli bilimsel çalışmalarda motivasyonel görüşme kullanılmış, etkili ve başarılı bir yöntem olarak önerilmiştir (Noordman ve ark., 2012; Brobeck ve ark., 2010; Van Nes ve Sawatzky, 2010; Jansink ve ark., 2009; Brodie ve Inoue, 2005). Ayrıca, motivasyonel görüşmenin diyabet, hipertansiyon, kanser gibi hastalığa sahip bireylerin öz yeterliliğini arttırdığını, hastalık yönetimini sağladığını, yaşam tarzı değişikliklerine uyumu kolaylaştırdığını bildiren birçok çalışma mevcuttur (Van Nes ve Sawatzky, 2010; Sjöling ve ark., 2011; Ogedegbe ve ark., 2007) Bununla birlikte Özdemir ve Taşcı (2013) çalışmalarında, hemşirelikte motivasyonel görüşme becerilerinin kullanıldığı araştırmaların yapılmasının hemşirelik bakımının kalitesini-sürekliliğini arttıracığını belirtmişlerdir (Özdemir ve Taşcı, 2013).

Motivasyonel görüşme temelli yaklaşımlarla fiziksel ve ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik pek çok araştırma yapılmasına karşın (Boman ve ark., 2018; Shakiba ve ark., 2020; Lindson ve ark., 2019; Ertem ve Duman, 2016; Ekong ve Kavookjian, 2016)

amputasyon sonrası bireylere psikososyal desteğin sağlanmasıyla ilgili herhangi bir müdahale çalışmasına rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmanın kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireyin sorunlarına bakış açısını değerlendirmesine ve sorunlarının çözümüne katılmasına temellenen bir danışmanlıkla yapılacak ilk deneysel çalışma olması açısından önemli olduğu ve bu yönüyle bütüncül hemşirelik uygulamalarına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle çalışma, kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. AMPUTASYON

Amputasyon ekstremitenin bir bölümünün veya tümünün cerrahi yöntemle vücuttan kesilmesi olarak tanımlanmaktadır. Amputasyonun amacı işlevselliğini kaybetmiş dokuları ortadan kaldırmak, geriye kalan ekstremitenin ve vücudun dolaşımının sağlıklı olmasını sağlamak, bireyin ağrılarını azaltmak, protezin kullanılabilmesi için işlevsel bir güdüğün oluşmasını sağlamak ve bireyin yaşam refahını arttırmaktır (Şükür ve ark., 2018).

Amputasyon antik dönemden bu yana uygulanan bir yöntemdir. Antik dönemden beri amputasyon örneklerine birçok kültürlerde rastlanmaktadır. Bunlardan en bilineni Peru'nun kuzey kıyısında yaşamış olan (M.S. 100-750) Mochica halkıdır. Bu halka ait bazı seramiklerden amputasyon yapıldığı öğrenilmiştir. Ayak amputasyonu olan iskeletlere de rastlanmıştır (Verano ve ark., 2000). Son yıllarda Antik Mısır'da yapılan kazılarda bulunan iskeletlere göre amputasyonun inşaat kazası, taş düşmesi veya saldırı ile ortaya çıkan durumlarda uygulandığı düşünülmektedir (Dupras ve ark., 2010).

2.1.1. Amputasyon Nedenleri

Amputasyon nedenleri ülkeden ülkeye farklılıklar göstermekle birlikte, gelişmiş ülkelerde ateroskleroz, diyabet ve buerger hastalığı gibi periferik vasküler hastalıklara bağlı amputasyonlar ilk sırada yer alırken gelişmekte olan ülkelerde travmaya bağlı amputasyonlar ilk sırada yer almaktadır (Başal, 2015). Son yıllarda periferik vasküler hastalıklara bağlı yapılan amputasyon sayısı artarken travmaya bağlı yapılan amputasyonların sayısının aynı kaldığı veya azaldığı bildirilmiştir (Jensen, 2017). Genel olarak amputasyonun nedenleri; travma, periferik vasküler hastalıklar, diyabet, tümörler, enfeksiyonlar, konjenital anomaliler, donuklar, yanıklar, ateşli silah yaralanmaları, termal yaralanmalar olarak sıralanmaktadır (Kılıç ve ark., 2014; Başal ve ark., 2015).

2.1.1.1. Travma

Travma 50 yaş altında, özellikle gençlerde ve gelişmekte olan ülkelerde amputasyonun önde gelen nedenidir. Travma sonucu yapılan amputasyon mesleki nedenlerden dolayı erkeklerde daha fazla görülmektedir. Günümüzde cerrahi tekniklerde büyük gelişmeler olmuştur. Bu gelişmelerle birlikte daha önce amputasyon kararı alınan olguların çoğunda

ekstremiteler kurtarılabilmektedir (Canale ve Beaty, 2014; Başal ve ark., 2015). Travmada ekstremiteleri kurtarmak ve amputasyon kararını vermek için farklı puanlama sistemleri geliştirilmiştir. Bunlar; ekstremiteler yaralanma skoru, ekstremiteler kurtarma indeksi, ekstremiteler yaralanma indeksi, ciddi ve ağır yaralanma ekstremiteler skalası olarak sıralanabilir (Canale ve Beaty, 2014).

2.1.1.2. Periferik Vasküler Hastalıklar

Periferik vasküler hastalıklar, aort kemerinin distalindeki arterlerin önemli ölçüde daralması olarak tanımlanmaktadır (Davie-Smith, 2017). Amputasyonların yaklaşık %90'ı pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) nedeniyle yapılmaktadır. Bu grubu çoğunlukla yaşlı, diyabet ve vasküler hastalığı olan bireyler oluşturur. Diyabet ile beraber olan ya da olmayan pulmoner arteriyel hipertansiyon, genel olarak 50-70 yaş civarında görülür. Yaş, ekstremiteler amputasyonunda birincil endikasyon nedenidir. PAH nedeniyle yapılan amputasyonların neredeyse yarısını diyabet tanısı olan bireyler oluşturmaktadır. Ayrıca vasküler hastalıklara bağlı beslenme bozuklukları daha çok alt ekstremitelerde görülmektedir (Başal ve ark. 2015).

2.1.1.3. Diyabetes Mellitus (DM)

Tüm dünyada en sık görülen endokrin hastalık olan diyabet, günümüzde en önemli hastalıklardan biri olarak kabul edilmektedir. Diyabet tanısı olan bireylerin sayısının gün geçtikçe artması nedeniyle diyabet ile ilişkili hastalıkların ve sorunların insanların yaşam kalitesini ciddi düzeyde etkilediği belirtilmektedir (Coşansu, 2018).

Araştırmalar DM'nin alt ekstremiteler amputasyonunun en önemli nedeni olduğunu (%50) kanıtlamıştır. Diyabet tanısı olan bireyler arasında amputasyon oranı, diyabet tanısı olmayan bireylerden 15 kat daha yüksektir (Tan ve ark., 2011). Ayrıca diyabete bağlı amputasyonun yaklaşık %80'inin ayak yarısında gelişen enfeksiyon ve nekroz nedeniyle olduğu belirtilmektedir (Korkmaz ve ark., 2015).

2.1.1.4. Tümörler

İyi huylu tümörlerde nadiren amputasyon uygulanır. Kötü huylu tümörlerde ise amputasyonun amacı metastaz oluşmasını engellemektir. Fakat günümüzde ekstremiteler koruyucu girişimler (kemik grefti, implant uygulanması vs.) daha sıklıkla uygulanmaktadır (Başal ve ark., 2015). Tümör amputasyonları genellikle 10-20 yaşlarında görülür. Tümör amputasyonları, amputasyon nedenlerinin sadece %5'ini oluşturmaktadır (Canale ve Beaty, 2014).

2.1.1.5. Enfeksiyonlar

Enfeksiyonun tedavisinde tıbbi tedaviden yanıt alınamadığında ve bireyin yaşamının tehlikeye gireceği durumlarda amputasyon uygulanabilir. Amputasyon yapılmasını gerektiren akut enfeksiyonlarda en kısa sürede yüksek seviyeden amputasyon uygulanmalıdır. Kronik enfeksiyonlarda ise, medikal ve cerrahi girişimlere rağmen yıllarca süren ve ekstremiteye zarar veren enfeksiyonlarda amputasyon uygulanabilir (Başal ve ark., 2015). Enfeksiyon nedeniyle amputasyonda ekstremitenin uzunluğunu korumak yaşamsal olsa da önemli olan, enfekte veya iskemik ülserin uygun şekilde rezeksiyonunun sağlanmasıdır (Anari ve Donegan, 2017).

2.1.1.6. Konjenital Anomaliler

Konjenital anomalilere bağlı amputasyonlar, amputasyon nedenlerinin %5'ini oluşturur. Genel olarak çocuklarda (yaklaşık %60), polidaktili gibi deformiteleri gidermek amacı ile yapılır (Canale ve Beaty, 2014; Başal ve ark., 2015).

2.1.1.7. Yanıklar ve Donmalar

Yanıklar veya donmalar herhangi bir ekstremitede amputasyon gerektirebilecek şiddette olabilir. Bu durumların tedavisi canlılığını kaybetmiş dokuların erken debritletmesini, fasyotomiye, ameliyathane koşullarında yinelenen debritletme ve ciddi yara bakımını içermelidir. Donma nedeniyle amputasyonda özellikle dağcılar, kayakçılar, avcılar aynı zamanda alkol kullanım bozukluğu olan, şizofrenik bozukluğu olan ve evsiz bireyler risk grubunu oluşturur (Canale ve Beaty, 2014; Başal ve ark., 2015).

2.1.2. Alt Ekstremitte Amputasyon Seviyeleri

Alt ekstremitte amputasyonları üst ekstremitte amputasyonlarına göre yaklaşık 5 kat daha fazla görülmektedir. Amputasyon seviyeleri değerlendirildiğinde diz altı amputasyonları tüm amputasyonların çoğunluğunu oluşturmaktadır (Spoden, 2019). Ekstremitenin ampute edilmesinde seviyenin belirlenmesi; cerrah, sağlık ekibi ve birey için önemli bir karardır. Amputasyon seviyesinin belirlenmesinde klinik muayene ve doppler ultrasonografi (USG) yöntemi kullanılsa da (Sümer ve ark., 2008) değerlendirmede birçok ekonomik ve hızlı testlerden yararlanılmaktadır (Başal ve ark., 2015; Sümer ve ark., 2008; Tükenmez ve ark., 2005).

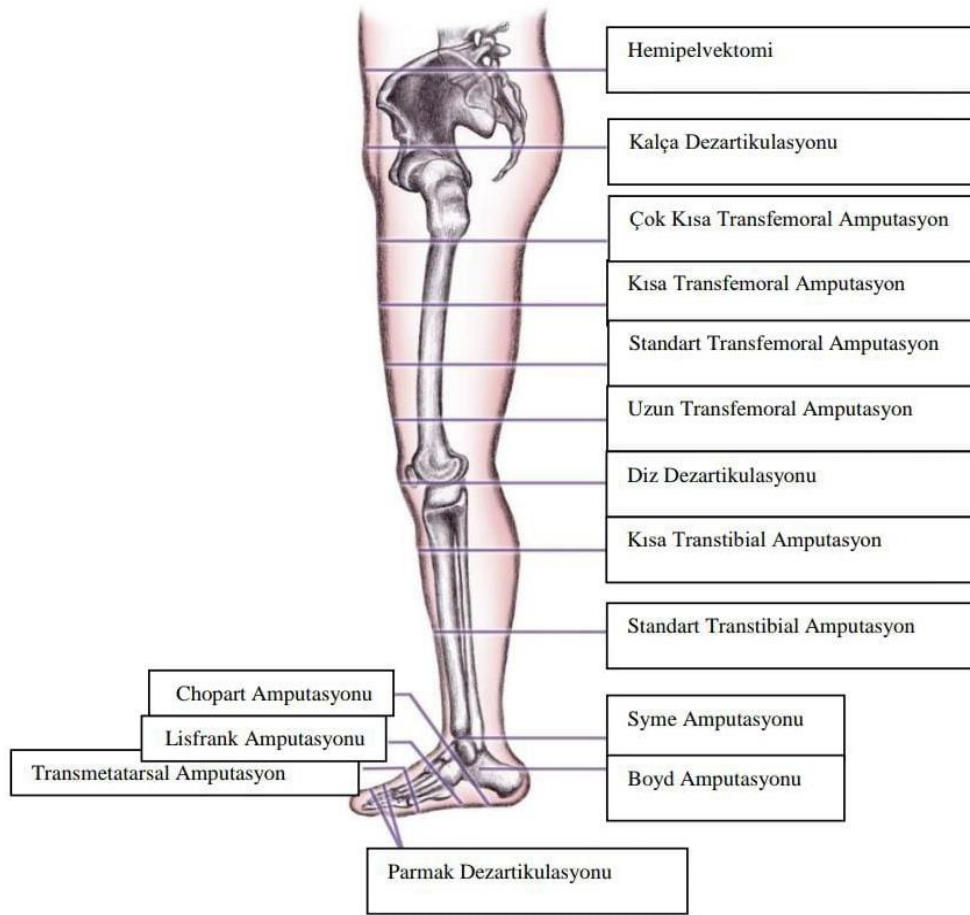
Amputasyon seviyesi belirlenirken;

- Nekrotik olan tüm dokuların tamamen alınması,
- İnsizyon yerinin iyileşebilme durumu (damar perfüzyonun yeterli olmasına bağlı),
- Amputasyon olan bireyin mümkün olan en uzun süre kullanabileceği işlevsel güdük formunun sağlanması,
- Ekstremitenin olabildiğince korunma durumunun değerlendirilmesi gerekir (Canale ve Beaty, 2014).

Seviyenin doğru belirlenmesi yeniden operasyon riskini ve mortaliteyi düşürdüğü için önemli bir konudur (Başal ve ark., 2015).

Alt ekstremitte amputasyon seviyeleri; parmak dezartikülasyonu, transmetatarsal amputasyonu, lisfrank amputasyonu, chopart amputasyonu, boyd amputasyonu, syme amputasyonu, standart transtibial amputasyonu, kısa transtibial amputasyonu, diz dezartikülasyonu, uzun transfemoral amputasyonu, standart transfemoral amputasyonu, kısa transfemoral amputasyonu, çok kısa transfemoral amputasyonu, kalça dezartikülasyonu ve hemipelvektomi olarak adlandırılır (Şekil 2.1.). Alt ekstremitte amputasyonlarının çeşitleri, sınıflandırma sistemi ile belirlenmektedir (El ve Peker, 2001). Bunlar:

1. %3 Ayak Bileği Amputasyonu (Syme Amputasyonu)
2. %59 Dizaltı Amputasyonu (Transtibial Amputasyonu)
3. %35 Dizüstü Amputasyonu (Transfemoral Amputasyonu)
4. %1 Diz Amputasyonu (Diz Dezartikülasyonu)
5. %2 Kalça Amputasyonu (Kalça Dezartikülasyonu)



Şekil 2.1. Alt ekstremitte amputasyon seviyeleri (Canale ve Beaty, 2014)

2.1.2.1. Ayak Parmak Amputasyonu (Parmak Dezartikülasyonu)

Ayak baş parmağı ve diğer ayak parmaklarında en sık görülen kısmi amputasyonlardır (Şekil 2.2). Bu amputasyonların en sık nedeni ise diyabettir. Diyabete veya vasküler hastalığa bağlı gelişebileceği gibi travmatik nedenlerle de olabilir. Parmak amputasyonları, tekli ya da çoklu olabilir. Ayak parmak amputasyonlarında baş parmak dışı parmak amputasyonlarında işlev kaybı çok az görülmektedir. Ayak baş parmağının vücudun biyomekaniksel işlevinde etkisi ve önemi fazla olduğu için, ayak baş parmak amputasyonu sonrasında bu bireyler denge ve yürüyüşte zorluk çekmektedir (Philbin ve ark., 2006).

2.1.2.2. Parsiyel Ayak Amputasyonu (Transmetatarsal Amputasyon)

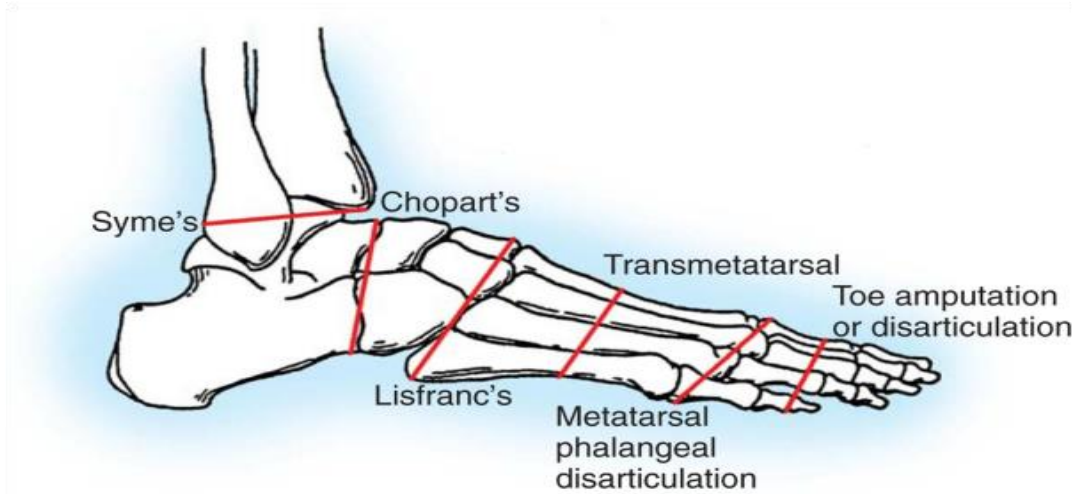
Hastalıklara veya yaralanmalara bağlı ayağın metatarsofalangeal eklem proksimal kısmı etkilendiği zaman en çok rastlanan amputasyon seviyesidir. Bu amputasyon metatars shaftları seviyesinde yapılır ve metatarsların kalan uçları plantar flep ile kapatılır. Ayak arkası bozulur ve kas grupları tutunma noktalarını kaybeder (Beyazova ve Kutsal, 2016, Şekil 2.2).

2.1.2.3. Chopart Amputasyon

1800'lü yıllarda Fransız cerrah François Chopart tarafından tanımlanıp yapılmaya başlanmıştır. Ekinovarus deformitesine sebep olması nedeniyle tanımladığı yıllarda çok tercih edilmemiştir. Ekstremité uzunluğunu koruyup ve oluşabilecek sorunlarla daha rahat başa çıkılabilmesi nedeniyle tekrar kullanılan bir yöntem olmuştur (DeGere ve Grady, 2005, Şekil 2.2).

2.1.2.4. Ayak Bileği Amputasyonu (Syme Amputasyon)

1843 yılında ilk Syme tarafından tanımlanmış olan transmalleolar seviyeden yapılan bu amputasyon, sonrasında Wagner tarafından iki aşamalı olacak şekilde geliştirilmiştir (Wagner, 1979). Syme amputasyonundan sonra tibiaya, topuk yağ yastığına tutturulur ve topuk yağ yastığı sayesinde ekstremitenin duyusu korunurken bireyler çok kısa sürede protez kullanabilmektedirler (Waters ve ark., 1976, Şekil 2.2).



Şekil 2.2. Ayak bileği ve ayak önü amputasyon seviyeleri (Canale ve Beaty, 2014)

2.1.2.5. Diz altı Amputasyonu (Transtibial Amputasyon)

En sık uygulanan amputasyon türüdür. Diz altı amputasyonlarda fonksiyonel sonuç, rehabilitasyon ve proteze uyum yüksektir (Beyazova ve Kutsal, 2016). İdeal dizaltı amputasyon seviyesinin, amputasyon olacak bireye göre değişmekle birlikte genel olarak tibial plato seviyesinden 12-17 cm aşağıdan belirlenmesi önerilir. (Başal ve ark., 2015).

2.1.2.6. Dizüstü Amputasyonu (Transfemoral Amputasyon)

Dizaltı amputasyondan sonra en sık uygulanan amputasyon türüdür (Başal ve ark., 2015). Dizüstü amputasyon sonrası iyileşme ve fonksiyonel bir protez kullanımı için en önemli husus, optimal bir yük taşıma kapasitesi olacak şekilde femur pozisyonunun verilmesidir. Böylece güdük, protezin içinde daha rahat pozisyonda olabilecektir (Beyazova ve Kutsal, 2016).

2.1.2.7. Diz Bölgesi Amputasyonu (Diz Dezartikülasyonu)

Diz bölgesi amputasyonu ile soketi iyi koruyabilecek bir güdüğün oluşması sağlanabilir. Ek olarak çocuklarda ve genç erişkinlerde femurun büyümesini engellemediği için çok önemlidir. Diz bölgesi amputasyonunda patella çıkarılmaz (Başal ve ark., 2015).

2.1.2.8. Kalça Bölgesi Amputasyonu (Kalça Dezartikülasyonu)

Kalça dezartikülasyonu, eklem bütünlüğünün kaybolduğu amputasyon seviyesidir. Travmatik, vasküler ve malignite gibi nedenlere bağlı olarak tercih edilen bir yöntemdir. Çoğunlukla malign durumlarda yapılan bir amputasyon seviyesidir. Proksimal seviyelere çıkıldıkça fonksiyonel kapasite düşer, protez kullanımı azalır (Beyazova ve Kutsal, 2016). Bu amputasyon türünde beden ağırlığı kalça kaslarına verilir. (Başal ve ark., 2015).

2.1.3 Amputasyon Komplikasyonları

Amputasyon sonrası yara yönetimi; hematoma, kanama, enfeksiyon, ödem gibi komplikasyonların gelişimini önlemektedir. Amputasyon sonrası yara yönetiminde önemli rol oynayan hemşirelerin, amputasyon komplikasyonlarının önlenmesine yönelik hemşirelik uygulamalarını bilmeleri oldukça önemlidir (Gürkan, 2019). Hemşirelik uygulamalarında amputasyon sonrası yara yeri; kanama, enfeksiyon, ödem ve ağrı açısından değerlendirilmelidir. Güdük dolaşımı için kapsamlı nörovasküler değerlendirme (duyu, nabız, hareket, cilt rengi, ısı vs.) yapılmalıdır (Ceyhan ve Akutay, 2019). Yara iyileşmesi takip edilmelidir. Eklem kontraktürünü önlemek ve

uygun aktivite seviyesi için hızlı rehabilitasyon öncelikli hedefler arasında yer almalıdır (Douglas ve ark. 2003). Amputasyon sonrası ekstremitede yara yerinin en iyi fonksiyonel ve estetik sonuçlarla birlikte komplikasyon gelişmeden hızla iyileşmesi amaçlanır (Thamilselvam ve ark., 2017). Yara yerinde görülebilecek komplikasyonlar şunlardır; kanama ve hematoma, nekroz, enfeksiyon, kontraktür, ödem ve ağrıdır.

Kanama, herhangi bir cerrahi girişim sırasında ve sonrası ortaya çıkabilen ciddi ve yaşamı tehdit edebilecek bir komplikasyondur (Adıgüzel, 2015). Hematomun oluştuğu yerde ise şişlik, kızarıklık, ağrı gibi enfeksiyona benzer belirtiler görülebilir (Akyolcu, 2017).

Nekroz, çeşitli nedenlerden dolayı kanlanması ve dolaşımı bozulan dokunun canlılığını yitmesidir. Özellikle periferik vasküler hastalıklara bağlı yapılan amputasyonlarda sebep dolaşımın bozulması olduğu için nekrozun görülme olasılığı daha yüksektir. Nekroz, amputasyon sonrası kısa ve uzun dönemde de görülebilir. Hatta birey bu nedenle yeniden amputasyon olabilir (Douglas ve ark. 2003).

Enfeksiyon cerrahi sonrası en sık gelişen yara iyileşmesi komplikasyonudur (Thamilselvam ve ark., 2017; Delmero ve ark., 2017; Yao ve ark., 2013). Cerrahi sonrası enfeksiyon hastanede kalış süresi, morbidite ve hatta mortalitenin en önemli nedenidir (Harris ve ark., 2018). Amputasyon sonrası enfeksiyon, diğer ameliyatlara neredeyse aynı oranlarda görülmekle birlikte diyabete bağlı amputasyonlarda görülme sıklığı kısmen daha yüksektir (Akan, 2015).

Kontraktür, rahat olmayan yatak kullanımı, erken dönemde hareket edilmemesi vs. durumlarında hızla gelişebilir (Öğce, 2009). Hafif ve orta düzeyde olan kontraktürlerde güdüğe uygun pozisyon verilerek, amputasyon olan ekstremitenin eklemine aktif/pasif egzersizler yaptırılarak ve bireyler erken dönemde hareket ettirilerek tedavi edilir. Ağır kontraktürlerde ise cerrahi tedaviye gerek olabilir (Cankul, 2006; Şaban, 2008).

Vasküler hastalıklar veya benzeri dolaşım sorunları nedeniyle amputasyon olan bireylerde ödemin gelişme riski daha fazladır. Bir hastalık nedeniyle değil de direk amputasyon nedeniyle oluşan ödemde amputasyon olan bölge yüksek tutularak ve çeşitli sargılardan destek alınarak ödem azaltılabilir (Öğce, 2009).

Ağrı, cerrahinin bir komplikasyonu olarak tanımlanabilir ve ağrının zararlı fizyolojik ve psikolojik sonuçlara yol açtığı belirtilmektedir (Pestilci et al., 2015). Ağrının şiddeti

çoğu zaman cerrahi işlemin büyüklüğüyle paraleldir (Mazzeffi ve Khelemsky, 2011). Ağrının şiddetini; cerrahinin yeri, insizyon büyüklüğü, travma derecesi, ameliyat öncesi kaygı düzeyi, kullanılan ağrı kesici ilaçların miktarları gibi çeşitli etkenler etkiler (Van de Ven & John Hsia, 2012). Cerrahi ameliyat sonrasında takip eden günlerde ağrının sıklığı ve şiddeti giderek azalır (Gerbershagen ve ark., 2013; Bjørnnes ve ark., 2016). Amputasyon sonrası görülen ağrıları, fantom hissi ve ağrısı ile güdük ağrısı oluşturur. Fantom hissi, amputasyon olduktan sonra kesilen ekstremitenin olduğunu hissetme; fantom ağrısı da kesilen ekstremitenin ağrısı olarak tanımlanmaktadır. Fantom hissi veya ağrısı amputasyonunun yapıldığı ilk zamanlarda görülebildiği gibi günler ya da haftalar sonrada görülebilir. Güdük ağrısı ise amputasyon olduktan sonra kalan ekstremitte bölümünün ağrısıdır. Enfeksiyon, ödem gibi yara bölgesinde oluşan komplikasyonların ağrıyı arttırıcı etkisinin olduğu belirtilmektedir (Jackson ve Simpson 2004).

2.1.4. Amputasyonun Psikososyal Boyutu

Amputasyonunun bireyler üzerindeki etkisi ve bireylerin bu amputasyona uyumu karmaşık ve dinamik bir süreçtir. Ekstremitte kaybı, amputasyon olan bireylerin tüm yaşamlarını önemli derecede etkileyebilmektedir (Şirzai ve ark., 2016). Amputasyon yalnızca fiziksel bir yaralanma değil beraberinde uzun süreli ve şiddetli bir stres olup fiziksel ve ruhsal sağlığı bozabilecek travmatik bir deneyimdir (Warmuz ve ark., 2014). Fiziksel yaralanmalar tedavi, bakım ve rehabilitasyon ile iyileştirilse bile yaralanmanın psikososyal sağlığa etkisi aylarca, yıllarca ya da yaşam boyunca sürebilir (Mugo, 2010).

Amputasyonla birlikte temel fiziksel fonksiyonları kaybeden birey, yaşamının tehdit altında olduğunu hissedebilir ve bir alete bağımlı olma kaygısı, ölüm korkusu, üzüntü, öfke, çaresizlik, umutsuzluk, pişmanlık ve suçluluk gibi çeşitli karmaşık ve yoğun duyguları yaşayabilir. Ayrıca bu tür karmaşık ve yoğun duygular, bireyin ruh sağlığını bozabilmekte ve sosyal ilişkilerini sürdürmede zorlanmasına neden olabilmektedir (Öznur, 2013; Şimşek ve ark., 2020).

Amputasyon süreci, bireyin amputasyona yüklediği anlama, işine, ailesine ve amputasyonun amaçları üzerinde tehdit olarak algılamasına, kişilik özelliklerine, geçmiş deneyimlerine, sosyal desteğine, ruh sağlığı durumuna ve baş etme becerilerine aynı zamanda bireyin yaşadığı çevredeki hastalığa ilişkin kültürel ve sosyal tutumlarına bağlı

olarak değişiklik gösterebilmektedir (Özsoy ve Okyayuz, 2016; Atay ve ark., 2014; Gilg, 2016).

Amputasyondan sonra sıklıkla belirlenen psikososyal sorunlar; beden görüntüsü endişeleri, bütünlük hissi kaybı, benlik saygısında azalma, beden imajında bozulma, boşluk ve değersizlik hissi, farklı davranılmasından dolayı sosyal uyumda zorlanma, sosyal izolasyon, azalmış cinsel aktivite, anksiyete, depresyon, aktivite kısıtlılığı, evlilik ilişkisinde bozulma, iş kaybı ya da iş değişikliği yüzünden maddi sıkıntılar şeklinde sıralanabilir (Mugo, 2010; Gilg, 2016). Amputasyon sonrası psikososyal sorunların birey, ailesi, yakın çevresi ve sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi ve o doğrultuda hizmet sunulması gereklidir (Oğul ve Erden, 2005). Bu süreçte bütüncül hizmetin sunulması için ekipte hemşirenin, cerrahın, fizyoterapistin, psikologun, sosyal hizmet uzmanının ve ailenin yer alması gerekir. Çünkü amputasyon sürecine uyum sağlamada hastanın bireysel yeterlilikleri kadar bakım veren kişilerin yoğun çaba ve etkili yaklaşımlarının payı da büyüktür. Kayıp yaşayan birey için sosyal desteğin sadece var olduğunu algılaması dahi stresi azaltabileceği belirtilmiştir (Özsoy ve Okyayuz, 2016).

Amputasyon sonrası başa çıkma becerilerinin yetersizliğiyle birlikte eş desteğinin az olmasının depresyon ve fantom ağrısı riskini arttırdığı, sosyal desteğin olmasının ise bu riskleri azalttığı belirtilmektedir. (Demirdel ve Bayramlar, 2014). Sosyal desteği ve işi olmayan kişilerde, travmaya bağlı amputasyon olan bireylerde ve kısa süre önce amputasyon olan bireylerde psikososyal sorunların daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır (Atay ve ark., 2014). Başka bir çalışmada alt ekstremitte amputasyonu olan bireylerin, sosyal ve iş yaşamlarının etkilendiği, evlilik hayatlarında sıkıntılar yaşadıkları ve depresif belirtiler gösterdikleri belirtilmiştir (Mozumdar ve Roy, 2010).

2.1.5. Amputasyon Olan Bireylerde Hemşirelik Süreci

Amputasyon, bireyin bağımsızlığını, hareketliliğini ve yaşam kalitesini artırma potansiyeline sahip yapılandırma süreci olarak görülmelidir (Öztürk, 2020). Ekstremitte amputasyonu olan bireye hemşirelik bakımı sunulurken birey bütüncül olarak değerlendirilmelidir. Bunun için amputasyon bir süreç olarak ele alınmalıdır. Amputasyon öncesi, sonrası ve adaptasyon aşamaları birbiri ile ilişkili olup, amputasyon seviyesi, önceki amputasyonlar, mevcut komorbidite, yaşı, medeni durum, amputasyona olan tepki, kişisel ve çevresel faktörler, sosyal destek, ekonomik durum gibi faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Bireyin tedavisi, bakımı ve

rehabilitasyonu için aileyi, hemşireyi, cerrahı, fizyoterapisti, psikologu, sosyal hizmet uzmanını vs. kapsayan çok disiplinli bir ekip yaklaşımı gerekir (Virani ve ark., 2015).

2.1.5.1. Amputasyon Öncesi Bireyin ve Ailesinin Değerlendirilmesi

Amputasyon öncesi bireylerin bilgilerinin eksiksiz toplanması ve doğru değerlendirilmesi hemşirelik bakımının sunulmasında önemlidir. Diyabet, kardiovasküler, solunum veya böbrek hastalıkları olan bireylerde amputasyon sonrası komplikasyon gelişme riski yüksek olduğu için bu doğrultuda bakım planlanmalıdır (Virani ve ark., 2015). Alt ekstremitte amputasyonu olan bireylerde ailenin sürece dahil edilmesi ve aile desteğinin olması kritik bir rol oynamaktadır. Bireyin ve ailenin amputasyona ilişkin bilgilendirilmesi; kaygıyı azaltarak adaptasyonu artırır, amputasyon sonrası komplikasyonları önler (Virani ve ark., 2015) ve olumsuz duyguları ifade etmeye yardımcı olur (Godlwana, 2016).

2.1.5.2. Amputasyonda Ağrı Yönetimi

Ekstremitte amputasyonu öncesi dönemde ağrı yönetiminin yapılmasının kronik ağrı gelişme olasılığını azalttığı gösterilmiştir (Anari ve Donegan, 2017). Amputasyon sonrası ağrı yönetimini sağlamak için, amputasyon öncesi yeterli analjezi sağlamak çok önemlidir. Yapılan bir çalışmada amputasyondan 48 saat önce analjezi uygulamasının, amputasyondan altı ay sonra fantom ağrısını azalttığı belirtilmiştir (Saka, 2016). Hemşirelerin düzenli olarak ağrıyı değerlendirmeleri ve gerektiğinde analjezik ilaç vermeleri ve analjezik ilacın uygun kullanımı için etkisini amputasyon olan bireylerle birlikte değerlendirmeleri gerekir. Ağrı yönetimi, bireylerin kaygı düzeyinin düşmesine ve amputasyon sonrası uyumlarının artmasına yardımcı olmaktadır (Virani ve ark., 2015). Amputasyon sonrası yara yerinin iyileşmesi, ağrı ve ödem kontrolünün yapılması ve güdük şekillenmesi öncelikli amaçlar arasında yer alır. Amputasyon sonrası nörolojik, kalp ve solunum fonksiyonlarının, ruhsal durumun, diyabet kontrolünün, ekstremitenin dolaşımının, cilt yapısının, ağrı ve ödem durumunun, üst ekstremitenin ve sağlam alt ekstremitenin değerlendirilmesi gerekir (El ve Peker, 2001).

2.1.5.3. Amputasyon Sonrası Güdük Bakımı

Güdüğün bütüncül olarak değerlendirilmesi ve bakımı ameliyat sonrası tedavi ve bakımın önemli bir bölümüdür. Kanama, enfeksiyon, ödem gibi güdük komplikasyonlarının oluşmaması, iyileşme süreci ve işlevsel bir protez uygulanması için önemlidir. Hemşireler, komplikasyonlar açısından güdük bölgesini

değerlendirmelidir. Ekstremitenin dolaşımı için nörolojik değerlendirmenin (duyu, hareket, nabız, deri rengi ve sıcaklık vs.) düzenli olarak yapılarak güdük dokusunda oluşabilecek nekrozun önlenmesi gerekmektedir. Pansuman değişikliğinde ağrı kesici ilaçların uygulanması gerekir. Bandaj olması gereken sıkılıkta sarılmalıdır. Sıkı bandajlar, güdüğün iskemisine neden olurken, gevşek yara örtüleri, güdüğün protezlerin yerleştirilmesini sağlayan konik şekli oluşturmasını önler (Virani ark., 2015; Beyazova ve Kutsal, 2016). Güdük konumlandırma dikkat edilmesi gereken diğer bir konu, ameliyattan sonra güdük venöz dönüşü arttırmak ve ödemi önlemek için 24-48 saat bir yastık üzerinde tutulur, ancak eklem hareket açıklığını koruyabilmek için güdüğün 48 saatten daha uzun süre yüksekte tutulmaması gerekir. Amputasyon olan birey ameliyattan sonraki ilk gün kısa bir süre, takip eden günlerde de günde 2-3 defa prone pozisyona getirilmelidir. Bu pozisyonun amacı, eklem hareket açıklığının sağlanmasıdır. Ödemi artırabileceğinden, ameliyat öncesi erken evrede uzun süreli aynı pozisyonda konumlandırma veya güdük sarkması tavsiye edilmez. Güdük her zaman iyi desteklenmelidir. Amputasyon olan birey bir saatten fazla aynı konumda kalmamalıdır. Cildin bozulmasını ve kontraktürleri önlemek için pozisyon değişikliğine dikkat edilmelidir. Kasları güçlendirmek ve erken mobilizasyona yardımcı olmak için egzersizler ameliyat sonrası erken aşamada öğretilmelidir (Virani ve ark., 2015; Canale ve Beaty, 2014).

2.1.5.4. Amputasyon Sürecinde Birey ve Ailesinin Eğitimi

Amputasyonun ekip anlayışı ve bütüncül tedavi yaklaşımıyla ele alınması daha iyi tedavi sonuçlarının alınması açısından önemlidir (Öznur, 2013). Bir çalışmada, sağlık profesyonellerinin fiziksel sağlık üzerinde durduğu, bireylerin duygusal ve varoluşsal sıkıntılarıyla yeterince ilgilenmediği belirtilmiştir (Madsen, 2017). Hemşireler amputasyon olan bireylerin fiziksel sağlığının yanında ruh sağlığı ile ilgili iyi gözlem yapmalı, bireyleri kayıpla yüzleşmesi için teşvik etmeli ve değişen bedeni ile topluma uyum sağlamasına cesaretlendirmelidir. Hemşireler; bireyin kaybı kabul etmesine, durumlarıyla ilgili endişelerini ve duygularını paylaşmasına, inançları doğrultusunda spiritual destek almasına olanak tanınmalıdır (Gilg, 2016). Ruhsal bozukluklar açısından riskli bireylerin saptanması, gerektiğinde farmakolojik ve psikoterapötik yöntemlerin kullanılması da yarar sağlayabilir. Ayrıca bireylere aile, toplum ve kurum desteğiyle birlikte eğitim, stres yönetimi, gevşeme teknikleri, duyguların ifade edilebilmesi, başa

çıkma becerilerinin geliştirilmesi, kayıpla yüzleşme gibi yöntemlerle de destek olunmalıdır (Öznur, 2013).

2.1.5.5. Amputasyon Sürecinde Rehabilitasyon

Ekstremité amputasyonu sonrası bireyler ağrı sorunları ve ekstremité kaybı yaşadığı için duygudurum değişiklikleri yaşayabilmektedir. Ağrı ile birlikte duygudurumdaki bu değişimler, bireylerin kendilerinde var olan rehabilitasyon gücünü fark etmelerine ve protez uygulaması ile başarabileceklerini anlamaya engel olabilmektedir (Robinson ve Sansam, 2010; Durmus ve ark., 2015) Ekstremité amputasyonu olan bireyin rehabilitasyonu ve topluma uyumu uzun ve zor bir süreçtir (Virani ve ark., 2015). Bu sürecin amacı bireyin fonksiyonel kapasitesini tekrar kazanmasını ve amputasyona bağlı kısıtlılığını azaltarak bireyin amputasyon öncesi iş ve sosyal yaşantısına dönebilecek duruma gelmesini sağlamaktır. Beraberinde yaşam kalitesini iyileştirmektir (Adıgüzel ve Tan, 2017). Rehabilitasyon sürecinde alt ekstremité amputasyonu olan bireyleri proteze hazırlamak, protezle kaliteli bir hareket becerisi kazandırmak, günlük yaşamında bağımsızlığını sağlamak, ev ve iş gibi faaliyet gösterdiği alanlarda çevre düzenlemeleri yapmak ve bireyin sosyal hayata katılımını desteklemek hedeflenir (Topuz ve Şener, 2016). Rehabilitasyon sürecinde eklem hareketliliğinin korunması, kas gücü eğitimi, kardiyovasküler uygunluk, denge, hareketlilik, egzersiz, günlük yaşam yönetimi ve ev durumuna uyum konularında destek sağlanmalıdır. Ayrıca amputasyon sürecinin nasıl ilerleyeceğinin bireylere açıklanması, amputasyon olacak bireyin gelecekle ilgili bakış açısına yardım etmesi ve yaşamını planlamasını sağlar (Hakimi, 2009). Yapılan bir çalışmada rehabilitasyonun %60-80 arasında işe dönüş olasılığını arttırdığı bildirilmiştir (Anari ve Donegan, 2017). Amputasyona bağlı kısıtlılığın azaltılması ve bireyin normal yaşantısının devam edebilmesi için bireyin işe dönmesi sağlanmalıdır. Böylece bireyin özsaygısının artırılması, sosyal izolasyonunun azaltılması ve kişinin kendini işe yarar hissetmesi sağlanabilir. Bu nedenle kapsamlı bir rehabilitasyon programı planlanmalı ve amputasyon olmuş bireylere uygulanmalıdır (Şirzai ve ark., 2016).

2.2. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

Motivasyonel görüşme klinik psikolog Miller ve Rollnick tarafından geliştirilen bir danışmanlık yaklaşımıdır. Motivasyonel görüşme ilk kez 1983'te alkol bağımlılığı olan bireylerde kısa süreli olarak, 1990'ların başlangıcında ise diğer sağlık sorunlarında özellikle davranış değişikliğinin anahtar rol oynadığı ve bireylerin motivasyonunun güç olduğu kronik hastalıklarda uygulanmaya başlanmıştır. Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, diyet, hipertansiyon, psikoz ve immun hastalık tedavisinde ve önlenmesinde motivasyonel görüşmenin olumlu etkisi olduğu bulunmuştur (Rollnick ve ark., 2008; Miller ve Rollnick, 2013).

Motivasyonel görüşme, bireyin kendi motivasyonunu ve değişimini güçlendirmek için uygulanan iş birliğine dayalı bir danışmanlık olarak tanımlanmaktadır. Motivasyonel görüşmenin temel amacı, ambivalansın çözülmesi ve incelenmesi olarak belirtilmektedir. Motivasyonel görüşme yönteminin bireye odaklı ve hedefe yönelik olduğu ifade edilmektedir (Miller ve Rollnick, 2013; Szczekala ve ark., 2018; Black, 2019).

2.2.1. Motivasyonel Görüşmenin Özellikleri

- Motivasyonel görüşme bireyin değişimini güçlendirmek için iş birliğine dayalı bütüncül görüşme becerileridir. Motivasyonel görüşmede değişim devam eden bir süreçtir. Bu nedenle motivasyonel görüşme bir yöntem değildir.
- Motivasyonel görüşme değişim konusunda ambivalan duyguları olan bireyleri ele alan danışan merkezli bir danışmanlıktır. Ambivalans değişim sürecinde ortaya çıkan normal bir süreçtir. Ambivalansı çözmek danışanın görevidir.
- Motivasyonel görüşmenin iş birliği, kabul etme, şefkat ve hatırlatma olmak üzere dört kilit noktası bulunmaktadır.
- Motivasyonel görüşmede danışman sessiz, bireyi görünmenin odağına getiren ve değerlendirmeyi yapan pasif bir rol üstlenmelidir. Bireyle pasif bir rolle bir etkileşim kurmalıdır.
- Yansıtıcı dinleme motivasyonel görüşmenin tüm sürecinde temel olan iletişim becerisidir. Yansıtıcı dinleme basit tekrardan karmaşık yansıtıcılara kadar derinlemesine değişmektedir.

- Motivasyonel görüşmede özetleme önemli bir aşamadır. Özetleme danışanın sunduğu, değerlendirdiği ya da bağlantı kurduğu bilgileri bir araya getirmektedir.
- Motivasyonel görüşmede bazı süreçlerin kullanımına bireyin ihtiyacına göre karar verilmelidir. Örneğin hatırlatma değişime karar vermiş bireyler için yanlış olabilir (Hall ve ark., 2012; Miller ve Rollnick, 2013; Arkowitz ve ark., 2015; Klonek ve ark., 2016).

2.2.2. Motivasyonel Görüşmenin Temel İlkeleri

Motivasyonel görüşmenin 5 temel ilkesi bulunmaktadır. Bunlar:

- Yansıtıcı dinleme ile empati gösterme
- Bireyin hedefleri ya da beklentileri ve şu anki davranışları arasındaki çelişkileri ortaya çıkarma
- Tartışma ve doğrudan çatışmadan kaçınma
- Dirençle çalışma
- Öz güveni ve iyimserliği desteklemedir (Arkowitz ve ark., 2015).

2.2.2.1. Empati

Empati, yansıtıcı dinlemeyle bir başka bireyi anlamak için öğrenilebilir ve belirlenebilir bir beceridir. Empati gösterebilmek ve her bireyi anlamak için karşıdaki kişinin dikkatle ve özenle dinlenmesi gerekmektedir (Arkowitz ve ark., 2015; Van der Oord ve ark., 2019).

Motivasyonel görüşmede empatinin kullanılması; değişimi oluşturacak durumları ortaya çıkarmak aynı zamanda bireysel nedenleri ve sorunları incelemek için terapötik ve güvenli bir ortam oluşturmaktır. Motivasyonel görüşmenin temel öğeleri, her bireyin benzersiz bakış açısını, hislerini ve değerlerini anlamak ve birey ile güvenli bir ilişki kurulduğu takdirde olumlu sonuçların alınmasını sağlamaktadır (Miller ve Rollnick, 2013; Stinson ve Clark, 2017).

Motivasyonel görüşmede etkin yansıtıcı dinleme empatinin temelidir. Tüm motivasyonel görüşme boyunca empatik tutumun sergilenmesi ve yansıtıcı dinlemenin yapılması gerekmektedir. Bunlar birer kuraldır (Miller ve Rollnick, 2013; Arkowitz ve ark., 2015).

2.2.2.2. Çelişkileri Ortaya Çıkarma

Çelişkilerin ortaya çıkarılmasında amaç, bireylerin mevcut olan davranışları ile gelecekteki hedefledikleri davranışları arasındaki çelişkileri ortaya çıkarmaktır. Bireyler, mevcut durumları ile gelecekteki hedefledikleri arasındaki çelişkileri algıladıklarında değişim için motivasyonları artmaktadır. Motivasyonel görüşmede danışmanın görevi, bireyin mevcut davranışının ideal veya istenen davranıştan ne kadar farklı olduğuna odaklanmasını sağlamaktır (Schumacher ve Madson, 2014; Stinson ve Clark, 2017).

2.2.2.3. Tartışma ve Doğrudan Çatışmadan Kaçınma ve Dirençle Çalışma

Motivasyonel görüşmenin amaçlarından bir diğeri bireye değişim sağlamaktır. Değişim sağlama sürecinde genellikle karşılaşılan bir durum dirençtir. Direnç, danışman için bir endişe kaynağıdır. Çünkü direnç motivasyonel görüşmenin terapötik sürecine katılımı azaltmakta ve olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Direnç bireyin durumunu farklı şekilde görmesinden kaynaklanmaktadır. Bu durum bireyin bakış açısının anlaşılmasını sağlar. Danışmanın da bu bakış açısına göre motivasyonel görüşmeyi devam ettirmesi gerekmektedir (Miller ve Rollnick, 2012; Westra, 2012).

Direnç durumu olduğunda birey ile tartışmadan kaçınılmalıdır. Empatik bir yaklaşım ile tartışmadan uzak ve saygılı bir iletişim sürdürülmelidir. Mümkün olduğunca direncin yeniden ortaya çıkmasına engel olunmalıdır. Bireyin motivasyonel görüşmedeki enerjisi olumlu değişime yönlendirilmelidir (Schumacher ve Madson, 2014; Arkowitz ve ark., 2015).

2.2.2.4. Öz Güveni - Kendine Yeterliği Destekleme

Kendine yeterlik bireyin değişim için davranışlarının sorumluluğunu alabilmesi, bir görevi yapabilmesi ya da başarabilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bireyler, kendilerini yeterli göremeyip davranış değişikliklerine başlayabilecekleri veya sürdürebilecekleri konusunda inançları yetersiz olabilmektedir. Motivasyonel görüşmenin hedeflerinden bir diğeri, bireyin değişim konusunda kendi yeterliğini ya da öz güvenini artırmaktır. Bireyin kendi yeterliğini ya da öz güvenini artırmak için, bireyin güçlü yönlerinin öğrenilmesi ve bu yönlerinin ön plana çıkarılarak vurgulanması gerekmektedir (Westra, 2012; Schumacher ve Madson, 2014; Özgür, 2016).

2.2.3. Motivasyonel Görüşme Stratejileri ve Süresi

Motivasyonel görüşmenin etkili olabilmesi için görüşmede etkili iletişim becerilerinin kullanılması gerekmektedir. Genellikle İngilizce olarak QARS (Question, Affirmation, Reflective, Summary) Türkçe ise AOYÖD (Açık uçlu soru sorma, Onaylama, Yansıtıcı Dinleme, Özetleme, Değişimi Konuşma) olarak adlandırılan danışma becerileri kullanılmaktadır. Bunlar; açık uçlu soru sorma, onaylama, yansıtıcı dinleme, özetleme ve değişimi konuşma, terapötik bir iletişim kurma ve değişim hakkında konuşmadır. Bu beceriler motivasyonel görüşmede kullanılan temel becerilerdir. (Miller ve Rollnick, 2013; Arkowitz ve ark., 2015).

Açık uçlu soru sorma; açık uçlu sorular, yalnızca sınırlı bir bilgi içeren evet, hayır veya kısa cevap ile kolaylıkla cevaplanamayan sorulardır. Açık uçlu sorular konuyu ayrıntılı olarak değerlendirmeyi ve bir konu hakkında daha derin olarak düşündürmeyi hedefler. Açık uçlu sorular, motivasyonel görüşmede bireyin ilgili konu hakkında yansıtma ve ayrıntılandırma yapmasını sağlamaktadır. Ayrıca açık uçlu sorular motivasyonel görüşme sürecinde bireyin iç dünyasını anlamayı, iş birliğine dayalı iletişimi ve ilişkiyi güçlendirmeyi ve görüşmelerde nasıl bir yol izleneceğini sağlamaktadır (Hall ve ark., 2012; Miller ve Rollnick, 2013; Arkowitz ve ark., 2015).

Onaylama; Özgüvenin ya da kendi yeterliğinin desteklemesinde önemli bir öğedir. Bireyin güçlü yönlerini ve çabalarını görebilmesini sağlayan ifadelerdir. Onaylamada, danışman bireyin becerilerini, güçlü yönlerini, hedeflerini, çabalarını öğrenerek yorumlamaktadır. Danışman bireyin olumlu adımlarına, gelişmelerine ve iyi niyetine odaklanmaktadır. Onaylamada önemli olan pozitif olan durumları vurgulamaktır (Westra, 2012; Schumacher ve Madson, 2014; Stinson ve Clark, 2017).

Yansıtıcı dinleme; Motivasyonel görüşmenin en önemli iletişim becerilerinden biridir. Yansıtıcı dinlemede amaç, empatinin gösterilmesi, aktif dinleme ve yansıtıcı cevaplarla bireyin konuyu kendi bakış açısından anlamasını sağlamaktır. Yansıtıcı ifadeler bireyin ifade ettikleri duygu ve düşünceleri, farklı kelimelerle tekrar duymasını ve böylece düşünmesini sağlar. İyi bir yansıtıcı dinleme bireyi konuşmaya, keşfetmeye ve düşünmeye yönlendiren eğilimindedir (Stinson ve Clark, 2017; Black, 2019). Aynı zamanda yansıtıcı dinlemenin kullanımı, bireyi değişime doğru yönlendirmede önemli bir aşamadır ve motivasyonel görüşmenin hedefe yönelik yönünü desteklemektedir. Bireylerin değişim düzeyleri, farklı seviyelerde olduğu için

basitten karmaşığa doğru farklı yansıtma seviyeleri bulunmaktadır. Örneğin, bireyler dirençli olduğunda yansıtmalı dinlenmenin bazı çeşitleri daha yararlı iken bireyler değişim için hazır olduğunda yansıtmalı dinlemenin başka çeşitleri daha yararlı olabilmektedir (Arkowitz ve ark., 2015; Klonck ve ark., 2016).

Özetleme; danışmanın motivasyonel görüşmede görüşmeleri özetlediği özel bir yansıtma şeklidir. Özetleme, daha önce görüşülmüş olan konular arasında bağlantı kurmada ya da bir hedeften diğerine geçiş yaparken yarar sağlamaktadır. Ayrıca, görüşmenin önemli noktalarını vurgulamayı, bu noktaların bireyler tarafından anlaşılmasını sağlamaktadır. Özetleme yaparak yönerge oluşturmak değişimi sağlamak için kullanılmaktadır. Özetleme, hangi bilgilerin dahil edileceği, hangilerinin azaltılacağını ya da hariç tutulacağı sağlar. Böylece bireyin uyumunun geliştirilmesinde, değişimin sağlanmasında ve ambivalansının çözümlenmesinde etkili olmaktadır (Schumacher ve Madson, 2014; Stinson ve Clark, 2017).

Değişimi konuşma; bireyin değişim motivasyonunu ya da değişim kararlılığını belirttiği ifadeler olarak tanımlanmaktadır. Bireyin değişim ifadelerini sık olarak kullanması değişim için hazır olduğunu göstermektedir. Bireyler değişim için hazır olduklarını farklı ifadeler ile belirtebilmektedir (Westra, 2012; Van der Oord ve ark., 2019).

Motivasyonel görüşmede değişimi gösterecek ve destekleyecek belirli terapötik adımlar bulunmaktadır. Bunlar:

- Çağrışım yapan sorular sormak: Açık uçlu sorular sorulduğunda cevabın değişim konuşması olması muhtemeldir.
- Dengeli olmak: Aynı kalma ve değişim durumlarının artı ve eksi yönlerinin neler olabileceğini değerlendirmesini sağlayın.
- İyi olmayan durumlar hakkında konuşmak: Hedef davranışın olumlu ve olumsuz yönlerinin neler olabileceğini değerlendirmesini sağlayın.
- Detaylandırma - örnekler istemek: Bir değişim konuşması olduğunda daha fazla detay isteyin. "Bu konu hakkında daha fazla bahsedebilir misiniz?"
- Geriye dönük davranışlara bakmak: Hedef davranış ortaya çıkmadan önceki davranışlar hakkında konuşun.
- Geleceğe yönelik konuşmak: Değişim aşaması olduğu gibi devam ederse neler olabileceğini sorun. "İstediğiniz değişimleri yapabilmiş olsaydınız, yaşamınızda

ne farklı olurdu? Bundan beş yıl sonra hayatınızda nelerin değişmiş olmasını isterdiniz?

- Uç noktaları sorgulamak: Bu değişikliği yapmazsanız sizin için olabilecek en kötü şey nedir? Bu değişikliği yaparsanız sizin için olabilecek en iyi şey nedir?
- Kuralları değiştirmeyi kullanmak: "1'in hiç önemli olmadığı ve 5'in çok önemli olduğu 1'den 5'e kadar olan bir çizelgede değişiminiz ne kadar önemli? "Sizi daha yüksek bir sayıya taşıyabilecek durum ne olabilir?" Alternatif olarak, "Yapmaya karar verdiyseniz değişimi yapma konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz?" sorusu sorulabilir.
- Hedefleri ve değerleri keşfetmek: Bireye yaşamına ve davranışlarına yön veren değerlerin ve etmenlerin ne olduğunu sorun. Hayatınızda değerler nelerdir, siz hayattan ne istiyorsunuz? Hedef davranışın devam etmesinin, kişinin hedefleri veya değerleri ile nasıl uyduğunu sorun.
- Yanında olmak: Ambivalansın negatif yanına destek olun. "Belki bu durum sizin için o kadar önemlidir ki, ne olursa olsun, hiç vazgeçmeyeceksiniz." (Rollnick ve ark., 2008; Hall ve ark., 2012; Westra, 2012; Miller ve Rollnick, 2013; Arkowitz ve ark., 2015; Özgür, 2016; Van der Oord ve ark., 2019).

Motivasyonel görüşmenin süresi görüşmenin yapıldığı yere, zaman ve danışman ile danışan arasındaki iletişime göre değişiklik göstermektedir. Martino ve arkadaşlarının yaptığı metaanaliz çalışmasında, kısa süreli görüşmelerde dahi motivasyonel görüşmenin etkili olabileceği, 15 dakikalık ve bir kişiyle birden fazla görüşmenin etki olasılığını artırdığı belirtilmiştir (Martino ve ark., 2008).

Motivasyonel görüşmenin görüşme süresi uygulanan nüfusa göre değişmektedir. Literatürde motivasyonel görüşme yöntemi uygulanan bireylerin birkaç ay ya da birkaç yıl gibi sürelerde takip edildiği görülmektedir. Motivasyonel görüşme yüz yüze ya da telefon yoluyla uygulanabilmektedir. Görüşmenin verimi, danışman ile danışan arasındaki iletişime ve danışmanın motivasyonel görüşme yapma konusundaki yeterliliğine bağlıdır (Martino ve ark., 2008; Özdemir ve Taşcı, 2013).

2.2.4. Bireylere Danışmanlık Yapmada Hemşirenin Rolü

Bireylere danışmanlık yapma, bireylerin bilgi eksikliğinin giderilmesi (Paterick ve ark., 2017), hastalıklarını yönetebilmeleri ve davranış değişikliği oluşturabilmeleri için

önemli bir faktördür (Sassen, 2018). Hemşireler danışmanlık yapmada önemli profesyonellerdir ve hastalara danışmanlık yapmayı uygulamalarına tüm yönleriyle dahil etmeleri gerekmektedir (Fereidouni ve ark., 2019). Danışmanlık yapan hemşire, bireyi mevcut durumunu keşfetmeye teşvik eder. Danışmanlık rolünü başarılı bir şekilde uygulamak için hemşire aktif dinleme becerilerini sergilemek, terapötik iletişim tekniklerini uygulamak, kendini keşfetme sürecinde rehberlik ve destek sağlamak, mesleki sınırları ve öz farkındalığı korumak zorundadır (Casanan ve ark., 2012). Hastalara danışmanlıkta, bireysel ya da grup danışmanlığı gibi birçok farklı yöntem kullanılmaktadır (Sassen, 2018). Motivasyonel görüşme gibi temellendirilmiş danışmanlık uygulamalarının bireyin bütüncül olarak değerlendirilmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (Lalazaryan ve Zare-Farashbandi, 2014; Zuhur ve Özpancar, 2017).

2.3. BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI

Başa çıkma kavramı ile ilgili birçok tanım mevcuttur. 1970’lerde, Freud’un “savunma mekanizmaları” yeniden gözden geçirilerek, stresi olan her bireyin hasta olmayacağını ortaya koyarak bir ara değişken aranmış ve “başa çıkma” kavramı ortaya atılmıştır. Bireyin kendisi için stres yaratan olay ya da faktörlere karşı dayanabilmesi ve bu durumlarda gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (Carver ve Connor-Smith, 2010). Başa çıkmanın değişken ve hareketli bir süreç olduğu ve birey ile çevresi arasındaki çift yönlü etkileşimler esnasında oluştuğu belirtilmiştir (Folkman ve ark., 1986). Başka bir deyişle, stresin olumsuz sonuçlarını azaltmaya yönelik dinamik, bilişsel, duygusal ve davranışsal çabalar (Yılmaz ve ark., 2017). Başa çıkma, yaşamın içinde insanların karşılaştıkları sorunlarla mücadele etme biçimleri olarak tanımlanabilir. Literatürde başa çıkma tutumları ile ilgili çeşitli sınıflandırmalar mevcuttur. Genel olarak başa çıkma tutumları işlevsel olan tutumlar ve işlevsel olmayan tutumlar şeklinde ayrılmaktadır. İşlevsel başa çıkma tutumları; çözümler üretebilmeye yönelik davranışlarda bulunmak, destek aramak ve olası çözümlerin ne olabileceğinin araştırmaktır. Stresli durumun yok sayılmaya çalışılması ve soruna çözüm üretilmemesi ise işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarıdır (Carver ve ark., 1989). Kronik hastalıkların neden olduğu stresin temelinde işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının olduğu belirtilmektedir (Mete, 2008). Kronik bir hastalığa sahip olma bireyin psikolojik, fiziksel ve sosyal rollerini ve fonksiyonlarını yerine getirememesine neden olur. Sorun çözme, destek arama davranışı, olumlu

yeniden yapılandırma, değerlendirme, direk eyleme katılma, sosyal olarak geri çekilme veya çaresizlik başa çıkma davranışlarının bir kısmıdır (Tümekaya, 2016). Başa çıkma tutumları cinsiyet, yaş, medeni durum, aile yapısı, kültür ve hastalık gibi birçok etmen nedeniyle değişiklik gösterebilir (Ağargün ve diğerleri, 2005).

Kronik hastalık bireyin yaşamını değiştirdiğinde, yaşam kalitesini azalttığı ve rollerini etkilediğinde; bireyler kendi kültür ve değerlerine göre kronik hastalığın olumsuz etkisini azaltmak veya bütünüyle başa çıkmak için bir takım başa çıkma tutumları geliştirir. Birey geliştirmiş olduğu bu başa çıkma tutumları sayesinde hastalıklarla baş edebilir. Yani başa çıkma ve hastalıklarla baş etme arasında yakın bir ilişki vardır (Polsky ve diğerleri, 2019; Ağargün ve diğerleri, 2005). Bu nedenle bireyde stres oluşturan bir durum karşısında kullandığı başa çıkma tutumlarını bilmek; stresi azaltma hedeflerinin belirlenmesini ve tedavi edici etkinliğin sürdürülmesini sağlar (Ağargün ve ark., 2005). Motivasyonel görüşme; bireylere, kronik hastalığa bağlı yaşadıkları fiziksel ve ruhsal sorunlarda kullandıkları başa çıkma tutumlarını keşfedebilmelerine ve etkili başa çıkma tutumları geliştirebilmelerine yardımcı olmaktadır.

Başa çıkma tutumları fiziksel ve ruhsal sağlıkla ilgili birçok durumda kullanılmaktadır (Baumstarck ve ark., 2017). Fiziksel olarak engelliliği bulunan bireylerde başa çıkma tutumlarının çok önemli olduğu, baş etme becerisi zayıf olan bireylerin günlük yaşam faaliyetlerinde daha düşük yaşam doyumuna sahip oldukları ve daha fazla ağrı beyan ettikleri saptanmıştır (Cederlund ve ark., 2010; Ashwood ve ark., 2017). Ayrıca fiziksel olarak engelliliğin başa çıkma tutumlarına etkisinin belirlenmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu durum, bireyin yaşamdaki işlevlerinin etkilenmesine, yaşam refahının azalmasına ve bireyde endişeye neden olarak bireylerin ruh sağlığının olumsuz olarak etkilenmesine yol açabilir. Bireyin sağlığını koruyabilmesi için başa çıkma becerilerinin olması gerekmektedir. Aksi takdirde fiziksel ve ruhsal sağlığını koruyamayabilir (Stonner ve ark., 2017).

2.3.1. Başa Çıkma Tutumlarının Kullanımında Hemşirenin Rolü

Kronik hastalıklar ister ruhsal olsun ister fiziksel olsun bireyi, ailesini ve çevresini sınırlamaktadır (Ceylan ve Çilli, 2015). Kronik hastalığı olan bireyler fiziksel sorunların yanında birçok psikososyal sorun da yaşamaktadır. Bu nedenle kronik durumların

yönetimi, fizyolojik sorunların yanısıra, psikososyal sorunların yönetimini de içermektedir (Özdemir ve Taşcı, 2013). Hemşire bireyin baş etme becerilerini geliştirerek bireylerin hastalık sonrası yaşamlarını yönetmelerine destek olur, aynı zamanda uyum göstermelerini sağlar (Roy, 2009). Psikososyal bakımda hemşire bireyin ve ailenin başa çıkma becerilerini güçlendirerek onların hastalığa ve hastalığın getirdiği yaşam değişikliklerine uyumlarını arttırmalıdır (Özdemir ve Taşcı, 2013). Başa çıkma becerilerini güçlendirmenin en etkili yöntemlerinden biri, yaşamın tüm alanlarında sosyal desteğe sahip olmaktır. Bireyin sosyal desteğinin olması hastalık yaşantısı ile başa çıkmayı öğrenmesi açısından önemlidir (Yıldırım, 2017). Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirme sorumluluğu olan hemşirelerin başa çıkma becerileri ve sosyal destek kaynaklarını bilerek etkili ve zamanında kullanılmasını sağlamaları kaliteli hizmet sunabilmelerinde önemli rol oynamaktadır (Gu ve ark.,2016). Ayrıca psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanan psikososyal girişimlerin olumlu düşüncüyü artırma (Casanas ve ark. 2012) ve etkili başa çıkma becerilerine yardımcı olduğu da belirtilmektedir (Hiçdurmaz ve Öz; 2016).

2.4. ALGILANAN SOSYAL DESTEK

Literatürde sosyal destek kavramının birçok tanımı vardır. Sosyal destek; bireyin yaşam konforunu arttıran kişilerarası ilişkiler olarak tanımlanırken (Mcdougal ve ark., 2016; Kahraman, 2017), aynı zamanda bireylere karşılaştıkları sorunlarla başetmek için bilgi ve beceri öğretme, sorunlarını paylaşan ve ihtiyacı olduğunda başetmek için yakınlarından aldığı destek olarak da tanımlanmaktadır (Feeney ve Collins, 2014; Gıynaş, 2017). Bu destek genellikle aile, arkadaşlar, özel bir kişi ya da bireyin etkileşimde olduğu kişiler tarafından duygusal, bilişsel veya maddi olarak verilebilmektedir.

Cohen ve Wills bireylerin dört tür sosyal desteğinin olabileceğini bildirmişlerdir. Bu sosyal desteklerinin saygı görme desteği, bilgi alma desteği, sosyal arkadaşlık desteği ve işlevsel destek olabileceği belirtilmiştir (Cohen ve Wills, 1985).

- **Saygı desteği:** Bireyin kendi öz değerlerinden kaynaklı saygı gördüğüne ve kabul edildiğine inanması saygı desteğini oluşturmaktadır
- **Bilgi alma desteği:** Birey açısından sorunun tanımlanması, anlaşılması ve sorunu çözmek adına alınan bilgiler bilgi alma desteğini oluşturmaktadır. Bilgi

alma desteği öğüt verme, sorunlarını kapsamlı değerlendirmesi ve bilişsel rehberlik etme gibi öğeleri içerir.

- **Sosyal eşlik etme desteği:** Bireyin boş zamanlarını başka bireylerle birlikte değerlendirmesidir. Bu durum bireyin başkalarıyla yakınlaşma gereksimini karşılarken beraberinde bireyi sorunlarını düşünmemesini sağlar. Dolayısıyla sosyal eşlik etme desteği bireydeki stresin giderilmesine yardımcı olur.
- **İşlevsel destek:** Birey açısından maddi destek ve gereksinimlerinin karşılanması anlamına gelen bir destek türüdür. İşlevsel destekle gereksinimlerin karşılanması, sorunların ortadan kaldırılmasında ve stresin azaltılmasında önemlidir.

Rosenfeld ve Richman ise sosyal destek çeşitlerini sekiz türde açıklamışlardır (Rosenfeld ve Richman, 1997). Bu destek türleri:

- **Dinlenildiğini bilme desteği:** Bireyin yargılanmadan dinlenildiğini ve önemsendiğini bilmesi durumudur.
- **Duygusal destek:** Bireyin korunduğunu ve desteklendiğini bilmesi durumudur.
- **Gerçeği doğrulama desteği:** Bireyin fikirleriyle uzlaştığını ve doğrulandığını bilmesidir.
- **Takdir desteği:** Bireyin gayretlerinin takdir edildiğini bilmesidir.
- **Bilinçli meydan okuma desteği:** Bireyin yaratıcılığını ilerletmek ve heyecanını artırmak için düşüncelerine bilinçli olarak meydan okunmasıdır.
- **Ekonomik destek:** Bireyin gereksinimi olduğu durumda para, hediye vb. maddi destek alacağını bilmesidir.

House'ın (1987) sosyal destek sınıflandırması ise dört boyuttan oluşmaktadır (House, 1987).

- **Duygusal destek:** Sevmeyi, sevmeyi, başkalarını anlayabilmeyi, çevreye ve insanlara ilgi göstermeyi içermektedir.
- **Takdir etme desteği:** Kişisel performansı geribildirim veya farklı yollarla takdir etmeyi ifade eder.
- **Bilgi desteği:** Sorunlara karşı bilgi veren, yol gösteren ve çözüm üreten kişileri ifade eder.
- **Araçsal destek:** Maddi yardımı ifade eder.

Destek nasıl verilirse verilsin, sosyal desteğin bireylerin ruh sağlığına ve yaşamına katkısı olduğu belirtilmektedir. Ayrıca sosyal desteğin ulaşılabilir olması ve bireyin sosyal desteği nasıl kullanacağını bilmesi sosyal desteğin işlevselliğini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Başer, 2006).

Sağlanan sosyal destek ile algılanan sosyal destek birbirinden farklıdır. Sağlanan sosyal destek, destek kaynakları tarafından çeşitli araçlarla verilen destek miktarıdır (Mackinnon, 2012). Algılanan sosyal destek ise, bireyin kişilerarası veya sosyal ilişkilerinden doyum alması, ihtiyacı olduğunda ona destek verecek kişilerin ve destek kaynaklarının olduğunu bilmesi olarak tanımlanmaktadır (Oktan, 2005). Algılanan sosyal destek bir bireyin aldığı desteğin çeşidine dair algısını ifade etmektedir. Dolayısıyla algılanan sosyal destek bireyin öznel değerlendirmesidir (Zamani-Alavijeh ve ark. 2017). Algının bireyin eğitim düzeyine, yaşadığı çevreye, yere ve zamana, ruhsal durumuna göre değişebilmesi nedeniyle bu durum karşında sosyal destek algısının da değişkenlik göstermesi kaçınılmazdır (Sarason ve ark., 1985).

Sosyal desteğin sağlıkla olan bağlantısı 1960'lı yıllardan itibaren araştırılmaya başlanmış ve yapılan araştırmalarda da sosyal desteğin hastalıklarla başetme konusunda olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır (Karakurt ve ark., 2013; Gıynaş, 2017). Bir baş etme biçimi olan ve sağlığı koruyabilen sosyal destek, son zamanlarda fazlasıyla vurgulanmaktadır. Sosyal desteğin sağlık üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu aynı zamanda ruh sağlığına karşı koruyucu olduğu bilinmektedir (Mcdougal ve ark., 2016). Sosyal destek, sosyal izolasyonu azaltarak bireylerin yaşam kalitesini artıran (Hutchison, 2019) ve sağlığın sürdürülmesini sağlayan büyük bir güçtür (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Sosyal destek sistemleri, hastalığın seyrini etkileyerek beden ve ruh sağlığının korunmasında etkin rol oynar (Heaney ve Israel, 2008). Yaşam boyunca oluşabilecek bazı yaşam deneyimleri (hastalık, sakatlık, bakıma muhtaç olma vb.) sosyal desteğe olan önemi artırmaktadır. Bu bağlamda sosyal destek her kişi için yaşamının önemli bir alanını kapsamaktadır. Sorunlarla başetmekte zorlanan bireye ailesinin, akrabalarının, arkadaşlarının, yakın çevresinin ve toplumun sağladığı destekler olarak tanımlanan sosyal desteğin, fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (Ardahan, 2006). Sosyal destek düzeyinin yüksek olmasının olumlu etkileri

yadsınamaz. Sosyal destek alan bireylerin, daha az olumsuz duygudurumu yaşadıkları bildirilmiştir (Robinson ve Pond, 2019).

İnsan biyolojik, psikolojik, spiritual, sosyal ve kültürel boyutlara sahip olduğu için bütüncül bir yaklaşım ile detaylı sağlık hizmeti sunulmalıdır. İnsanın sahip olduğu bu boyutların her biri, birbiri ile ilişkili ve birbirlerine bağımlıdır (Çelik ve ark., 2014). Bu bağlamda fiziksel sağlıkta oluşan bir sorun ruhsal ve sosyal sağlıkta, ruhsal sağlıkta oluşan bir sorun ise fiziksel sağlıkta başka sorunlara neden olabilmektedir.

2.4.1. Sosyal Destek Sağlamada Hemşirenin Rolü

Hemşirelerin; yönetici, eğitici, danışman, bakım verici ve araştırmacı rollerinden kaynaklı koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinde önemli görevleri vardır. Bu görevleri yerine getirirken bütüncül bir yaklaşımla sağlığın yükseltilmesi ve iyileştirilmesinde önemli katkıda bulunabilirler. Hemşireler danışmanlık rolüyle sağlık hizmetlerinin sunulmasını ve sürdürülmesini sağlamaktadırlar (Velioğlu, 2012; Crane ve Ward, 2016). Psikiyatri hemşireleri danışmanlık rolünü kullanarak bireylerin sosyal destek sistemlerini kullanmasını sağlayabilirler. Bu rolünü uygularken ilk olarak bireyin durumunu, yaşadığı zorlukları, bu zorlukların nedenini ve bireye nasıl bir sosyal destek sağlanması gerektiğini belirler (Ardahan, 2006). Varolan destek sistemlerinin etkinliğini değerlendirip gerekli yönlendirmeler yapılmalıdır (Stuart, 2013). Hemşire bireyin sosyal destek ihtiyacını zamanında, yeterli ve bütüncül olarak değerlendirmelidir. Bir başka deyişle hemşire bireyi değerlendirirken çevresindeki kişileri, bu kişilerle görüşme sıklığını ve şeklini, bu kişilerin bireye yakınlığını ve bu kişilerden hangi yönlerden destek aldığını doğru belirlemeli ve buna yönelik girişimlerde bulunmalıdır (Çiçek, 2012). Psikiyatri hemşirelerinin terapötik uygulamalarının sosyal becerileri desteklediği ve sosyal destek sağladığı belirtilmektedir (Casanan ve ark. 2012).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, randomize kontrollü deneysel çalışma olarak yürütülmüştür.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın;

- **H₀₁:** Başa çıkma tutumlarının arttırılmasına etkisi yoktur.
- **H₁₁:** Başa çıkma tutumlarının arttırılmasına etkisi vardır.
- **H₀₂:** Algılanan sosyal destek düzeylerinin arttırılmasına etkisi yoktur.
- **H₁₂:** Algılanan sosyal destek düzeylerinin arttırılmasına etkisi vardır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, hasta özellikleri ve uygulanan tedavi yönünden birbirine benzer özellik gösteren Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi (ERÜSUAH) ve Kayseri Şehir Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniklerinde yürütülmüştür.

Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, genel hastane bölümünün üçüncü katında yer almaktadır. Dört klinikten oluşup toplamda 60 yatak kapasitesine sahiptir. Bölümde altı öğretim üyesi, bir yandal asistanı ve 17 araştırma görevlisi görev yapmaktadır. Serviste biri sorumlu olmak üzere toplamda 24 hemşire, üç tıbbi sekreter ve sekiz hasta bakıcı hizmet vermektedir. Ortopedi ameliyatları haftanın beş günü toplam dört ameliyat salonunda yapılmaktadır. Bunun haricinde hafta içi akşamları ve hafta sonları da olmak üzere mesai dışı sağlık hizmeti verilmektedir. 2019-2020 yılı verilerine göre ortopedi ve travmatoloji bölümünde yaklaşık 7 bin ameliyat yapılmış olup bunların 587'sini amputasyonlar oluşturmaktadır. Amputasyon dışında bölümde sıklıkla travma cerrahisi, deformite cerrahisi, mikro cerrahi ve artroplasti işlemleri yapılmaktadır.

Kayseri Şehir Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, genel hastane bölümünün dördüncü katında yer almaktadır. İki klinikten oluşup toplamda 72 yatak kapasitesine sahiptir. Bölümde 22 uzman hekim ve sekiz asistan doktor görev yapmaktadır. Serviste biri sorumlu hemşire olmak üzere toplamda 20 hemşire, 10 sağlık teknikeri, altı oda destek elemanı ve üç taşıma personeli ile hizmet vermektedir. Ortopedi ameliyatları

haftanın beş günü toplamda dört ameliyat salonunda ve bir lokal odada yapılmaktadır. Bunun haricinde hafta içi akşamları ve hafta sonları da olmak üzere mesai dışı sağlık hizmeti verilmektedir. 2019-2020 yılı verilerine göre ortopedi ve travmatoloji bölümünde yaklaşık 6 bin ameliyat yapılmış olup bunların 411'ini amputasyonlar oluşturmaktadır. Amputasyon dışında bölümde sıklıkla travma cerrahisi, deformite cerrahisi, mikro cerrahi ve artroplasti işlemleri yapılmaktadır.

Her iki hastanede de hastalara taburculuk esnasında hekimler tarafından bilgilendirme yapılmaktadır. Kullanacağı ilaçlar, kontrol tarihleri, genel durumları ve gelişebilecek komplikasyonlara yönelik bilgiler ile hangi durumlarda sağlık kuruluşlarına başvurmaları gerektiği anlatılmaktadır.

Amputasyon Olan Bireylere Sunulan Hemşirelik Bakımı

Serviste çalışan hemşireler genel olarak amputasyon öncesi hasta kabulü, hastanın ameliyata hazırlığı ve gönderilmesi ve amputasyon sonrası hasta bakımını yerine getirmektedir.

- Bireyin kliniğe kabulünde bireyle tanışılarak klinik hakkında bilgi verilmekte, ön değerlendirme formu doldurulmasıyla bireyin ihtiyaçları belirlenerek hemşirelik bakım planı başlatılmaktadır.
- Amputasyon işleminden önceki gün hazırlıkları (oral alımın durdurulması, intravenöz sıvı tedavisinin ve vital bulguların takibi vs.) yapılmaktadır.
- Bireyler ameliyathaneye indirilmeden önce; güvenli cerrahi kontrol listesinin doldurulması, ameliyat gömleğini giydirmesi, takılarını çıkarma gibi ameliyat hazırlığı basamakları sağlanmaktadır. Varsa istemlenen premedikasyon ve antibiyotik gibi ilaçlar uygulanmakta ve IV sıvı takılması gibi gerekli işlemler yapılmaktadır.
- Amputasyon sonrası kliniğe getirilen bireyler uygun şekilde yatağına alınmakta; yaşam bulguları, idrarı, mayisi ve dreni kontrol edilip kaydedilmektedir.
- İlk 4 saatlik süreçte hastaların yaşam bulguları ilk saatte 15 dk da bir, ikinci saatte yarım saatte bir, daha sonra iki saatte bir olmak üzere yakından takip edilmektedir.

- Tedavi planının uygulanması, yara yerinin kontrolü, gelişebilecek komplikasyonların takibi, beslenmenin sağlanması hastaların klinikte kaldığı sürece yerine getirilen diğer hemşirelik uygulamalarından bazılarıdır.
- Taburcu edilmeden önce hasta ve yakınlarının evde yaşamlarını sürdürebilmeleri için hazırlanması ele alınan başka bir konudur. Hasta ve yakınlarına genel olarak taburculuk sırasında; uygulanacak beslenme planı ve egzersiz, ilaçların ve protezin kullanımı, oluşabilecek komplikasyonlar, yapılmaması gereken aktiviteler, banyo, kontrol zamanı, hangi durumlarda kliniğe başvurusu gerektiği ve varsa evde uygulanması gereken özel bakım konuları hakkında bilgi verilmektedir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLERMİ

Araştırmanın evrenini Haziran 2019- Eylül 2020 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Kayseri Şehir Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji servislerine amputasyon için yatırılan hastalar oluşturmuştur.

Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji bölümünde, alt ekstremitte büyük eklem amputasyonları ayak, dizaltı, düzüstü vs. olarak gruplandırılmaktadır. 2019-2020 yılı verilerine göre toplam 587 amputasyonun 274'ünü (kronik hastalık, travma, tümör vs.) büyük eklem amputasyonları oluşturmaktadır. Bunların 153'ü kronik hastalığa bağlı büyük eklem amputasyonlarıdır.

Kayseri Şehir Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji bölümünde de, alt ekstremitte büyük eklem amputasyonları ayak, dizaltı, düzüstü vs. olarak gruplandırılmaktadır. 2019-2020 yılı verilerine göre toplam 411 amputasyonun 147'sini (kronik hastalık, travma, tümör vs.) büyük eklem amputasyonları oluşturmaktadır. Bunların 81'i kronik hastalığa bağlı büyük eklem amputasyonlarıdır. Toplam 234 hasta araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini ise (müdahale ve kontrol grubunu), Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Kayseri Şehir Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji bölümlerinde alt ekstremitte büyük eklem amputasyonu olan (ayak, dizaltı ve düzüstü) bireyler oluşturmuştur. Uzman psikiyatri hemşiresi olan araştırmacı tarafından çalışmaya alınma kriterlerine uyan bireyler müdahale veya kontrol gruplarına randomizasyon kriterleri baz alınarak rastgele tayin edilmiştir. Randomizasyon için; yaş, cinsiyet ve medeni durum göz önünde bulundurulmuştur. Çalışmaya alınan bireylerin randomizasyonunu sağlamak için (bireylerin müdahale grubunda mı yoksa

kontrol grubunda mı olacağı) kura çekme yöntemi kullanılmıştır. Her hafta kura çekilerek ilk birey gruplardan birine seçildikten sonra benzer özelliklere sahip ikinci birey diğer gruba atanmıştır. Her iki grupta örneklem sayısı tamamlanana kadar bireylerin örnekleme alınma işlemine devam edilmiştir. Randomizasyon için temel alınan yaş, cinsiyet ve medeni durum özellikleri açısından müdahale ve kontrol grubunun birbirine benzer olduğu görülmüştür (Tablo 4.1).

Araştırmaya yakın çalışmaların (Kaya Meral, 2018; Ok, 2017) verileri dikkate alınarak başlangıçta 20 müdahale, 20 kontrol grubu olmak üzere toplam 40 bireyin örnekleme alınması planlanmıştır. Ancak kayıpların yaşanacağı varsayılarak araştırmanın örnekleme 25 müdahale, 25 kontrol olmak üzere toplam 50 bireyin alınması planlanmıştır. Araştırmanın veri toplama sürecinde 27 müdahale ve 28 kontrol olmak üzere toplamda 55 bireye ulaşılmıştır. Yaşanan kayıplar sonrası 23 müdahale ve 25 kontrol grubunda olmak üzere toplamda 48 birey ile çalışma tamamlanmıştır (Şekil 3.1.). Grupların mevcut örneklem sayısı ile yapılan güç analizi sonucunda araştırmanın gücü %91 olarak hesaplanmış ve araştırmanın veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

Müdahale grubuna dahil edilme kriterlerine uyan 27 birey alınmış, bir bireyin çalışma sırasında (3. görüşmeden sonra) miyokard infarktüsü (MI) geçirerek yaşamını yitirmesi, bir bireyin yara yerinde enfeksiyon oluşması nedeniyle yeniden ampute edilmesi, iki bireyin ise Covid-19 nedeniyle 3. ve 4. görüşmelere gelmemesi nedeniyle dört kişi çalışmadan çıkartılmış ve 23 birey ile tamamlanmıştır.

Kontrol grubuna ise dahil edilme kriterlerine uyan 28 birey alınmış, bir bireyin protez taktırmaya karar verdiğini belirtmesi, bir bireyin ruhsal hastalık tanısı alması ve bir bireyin ise Covid-19 nedeniyle son testlerin uygulamasını reddetmesi nedeniyle üç kişi çalışma dışı bırakılmış ve 25 birey ile tamamlanmıştır (Şekil 3.1.).

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

Araştırma kapsamına;

- 55 yaş üstü,
- Türkçe konuşup anlayabilen,
- İletişim sorunu olmayan,
- Kronik hastalığa bağlı alt ekstremitte amputasyonu olan,
- Alt ekstremitte amputasyon düzeyi ayak, dizaltı ve dizüstü bacak olan,
- İlk kez amputasyon olan,

- Amputasyon sonrası doku iyileşmesi gerçekleşen,
- Ampute olduktan yaklaşık 6 hafta sonrasında kontrole gelen,
- Görüşmenin yapılacağı hastaneye ulaşım sorunu olmayan bireyler dahil edilmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Ölçütleri

- Travmaya bağlı amputasyon olan,
- Tümörlere bağlı amputasyon olan,
- Üst ekstremitte amputasyonu olan,
- Parmak amputasyonu olan,
- Amputasyon sonrası gelişen komplikasyon nedeniyle birden fazla amputasyon olan,
- Araştırma süreci içerisinde protez taktıracağını belirten,
- Ruhsal bir hastalık tanısına sahip olan,
- İletişimi engelleyecek duyu kayıpları olan bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmayı Sonlandırma Ölçütleri

- Amputasyon sonrası ek komplikasyon gelişen,
- Çalışma sırasında bir üst seviyeden veya farklı bir amputasyon kararı alınan,
- Çalışma sırasında ruhsal hastalık tanısı alan,
- Motivasyonel görüşme görüşmelerine katılamayan bireyler için telafi görüşmesi yapılmış olup, telafi görüşmesine de katılmayan / katılamayan,
- Çalışma sırasında çalışmadan ayrılmak isteyen bireyler çalışma sonlandırılma ölçütü olarak belirlenmiştir.

ÇALIŞMANIN ÖRNEKLEMİ

15.07.2019 - 01.09.2020 tarihleri arasında 234 birey kronik hastalığa bağlı amputasyon olmuştur.

Dahil edilmeyen (n: 179)

77 birey ayak önü amputasyonu olmuştur.
43 bireyde komplikasyon nedeniyle birden fazla amputasyon olmuştur.
29 birey protez taktıracağını belirtmiştir.
19 birey çalışmaya katılmayı reddetmiştir.
11 bireyin iletişimi engelleyecek duyu kayıpları vardır.

Araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan 55 bireye ulaşıldı ve randomizasyon yapıldı.

Müdahale Grubu 27 kişiye ulaşıldı.

- Bir birey MI geçirerek yaşamını yitirdi.
- Bir bireyin 2.kez ampute edilmesi nedeniyle sonlandırıldı.
- İki birey Covid-19 nedeniyle görüşmeye gelmedi.

Kontrol Grubu 28 kişiye ulaşıldı.

- Bir birey protez taktırmaya karar verdi.
- Bir kişi ruhsal hastalık tanısı aldı.
- Bir kişi Covid-19 nedeniyle son testin uygulanmasını reddetti.

**Müdahale Grubu
(n=23)**

**Kontrol Grubu
(n=25)**

**Toplam örneklem Sayısı
(n=48)**

Şekil 3.1. Örneklem Diyagramı

3.5.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veriler; Tanıtıcı Bilgi Formu, Başa Çıkma Tutumları Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile toplanmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-I)

Araştırmacı tarafından literatür (Atay ve ark., 2014; Oğuz ve ark., 2012) taranarak oluşturulan form bireylerin demografik bilgileri, kronik hastalık ve amputasyondan etkilenme bilgilerini içeren toplam 16 sorudan oluşmaktadır. Tanıtıcı bilgi formu hasta ifadeleri ve hasta dosya bilgilerinden doldurulmuştur.

3.5.2. Başa Çıkma Tutumları Ölçeği COPE-R Formu (EK-II): Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989 yılında 15 alt boyut 60 madde olarak geliştirilen başa çıkma tutumları ölçeği Miron Zuckerman ve Marylene Gagne tarafından 2003 yılında Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma-Kaçınma ve Kendine Ceza isimli 5 faktör ve 40 madde olarak revizyon edilmiştir (Zuckerman ve Marylene, 2003). Revizyon edilen ölçek Ersanlı ve Dicle tarafından 2015 yılında 5 faktör, 32 madde olarak Türkçe'ye uyarlanmıştır (Dicle ve Ersanlı, 2015). Ölçek 4'lü likert tipi bir ölçektir. Maddeler puanlanırken “Asla Böyle Yapmam” için 1, “Çok Az Böyle Yaparım” için 2, “Böyle Yaparım” için 3, “Çoğunlukla Böyle Yaparım” için 4 puan verilir. Ölçekte olumsuz madde yoktur. Başa çıkma tutumları ölçeğindeki 1-6. maddeler kendine yardımı, 7-13. maddeler yaklaşımı, 14-20. maddeler uyum sağlamayı, 21-26. maddeler sakınma-kaçınmayı ve 27-32. maddeler kendine cezayı ölçmektedir. Başa çıkma tutumları ölçeğinin kendine yardım alt boyutu, bireyin duygularını ifade etmesi, duygularını anlaması ve hem duygusal hem de çevresel destek aramayı ifade etmektedir. Bu alt boyut bireyin duygusal refahını sürdürmek olarak adlandırılır. Yaklaşım alt boyutu, aktif başa çıkma, planlama, strese neden olan aktiviteleri bastırma ve çevresel destek aramayı kapsamaktadır. Bu alt boyut kaynağa yönelik problem çözme faaliyetlerini ifade etmektedir. Uyum sağlama alt boyutu, duyguları anlama, olumlu yeniden yorumlama, kabul etme, iyimserliği sürdürme ve hedef değiştirmeyi içermektedir. Bu alt boyut başa çıkmak için yapılan girişimleri ifade etmektedir. Ruhsal ve davranışsal olarak aktivite sürdürmeyi bırakma, reddetme, hedef değiştirme ve başkalarını suçlamayı içeren sakınma – kaçınma alt boyutu, bireyleri problemden uzaklaştıran davranışları ifade etmektedir. Son alt boyut olan kendine ceza, olayları tekrarlı düşünme, iyimserliği sağlamada zorluk ve aktiviteler ile problemin

bastırılmasını içermektedir. Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinin Türkçeye uyarlama geçerlik ve güvenirlik çalışmasında cronbach alfa katsayısı $\alpha=0.979$ olarak bulunmuştur. Bu araştırmada cronbach alfa katsayısı $\alpha=0.877$ olarak bulunmuştur. Ölçek maddelerin yanıtlanması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK-III): Ölçeğin orijinal formu Zimet et al. (1988) tarafından geliştirilmiş olup (Zimet ve ark., 1988), Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması Eker ve Arkar (1995) tarafından oluşturulmuştur (Eker ve Arkar, 1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği on iki ifade ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları sırasıyla “aile desteği”, “arkadaş desteği” ve “özel bir insan” şeklindedir. Ölçekteki 3’üncü, 4’üncü, 8’inci ve 11’inci maddeler aile desteğini 6’ncı, 7’nci, 9’uncu ve 12’nci maddeler arkadaş desteğini ve 1’inci, 2’nci, 5’inci ve 10’uncu maddeler ise özel bir insan desteğini ölçmektedir. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği “kesinlikle evet (1) ile kesinlikle hayır (7)” arasında yanıtlar verilebilen yedili likert tipi bir ölçektir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Kullanılan ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Eker ve Arkar (1995) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçeğin üniversite öğrencileri açısından güvenirlik katsayıları sırasıyla özel bir insan $\alpha=0,90$; aile, $\alpha=0,87$ ve arkadaş, $\alpha=0,87$ şeklindedir. Bu araştırmada güvenirlik katsayıları sırasıyla özel bir insan $\alpha=0,84$; aile, $\alpha=0,88$ ve arkadaş, $\alpha=0,85$ olarak bulunmuştur. Ölçek maddelerinin yanıtlanması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

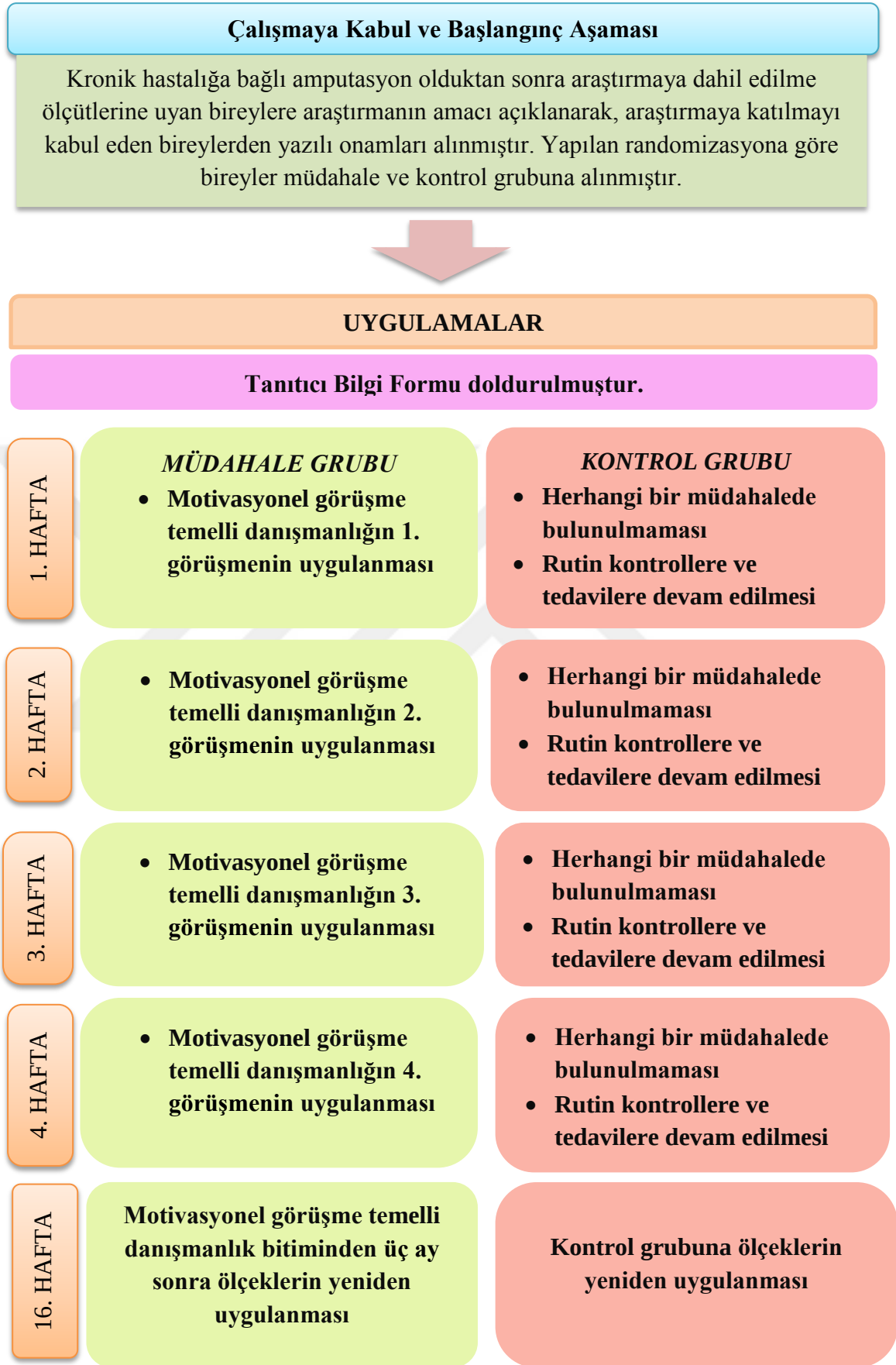
Araştırmanın uygun şekilde yürütülebilmesi için Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı öğretim üyelerine araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilmiştir. Ayrıca ortopedi ve travmatoloji bölümünde çalışan servis hemşirelerine, asistan hekimlere, tıbbi sekreterlere ve personellere araştırma hakkında bilgi verilmiştir.

Ortopedi ve Travmatoloji servisine amputasyon için yatışı yapılan, araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan bireylerle tanışıldıktan sonra araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmaya katılabileceğini ifade eden bireylerin iletişim ve kontrol zamanı bilgileri alınmıştır. Amputasyonun yeni gerçekleştiği dönemlerde hastaların yaralarının iyileşme sürecinde olması, ağrılarının fazla olması ve sürekli yatmaları gerektiğinden durumlarının çok farkında olmadıklarının bildirilmesi (Özsoy ve Okyayuz Ülgen, 2016) nedeniyle yaklaşık 6 hafta sonra kontrole gelen bireylerle çalışmaya başlanmıştır.

Amputasyon olan bireylerin ameliyat sonrası 3. haftada amputasyon yeri değerlendirilerek cerrahi sutureleri alınmaktadır. Takibinde 6. veya 7. haftada bireylere kontrol randevusu verilmektedir.

Yara yeri iyileşen ve kontrole gelen (6. veya 7. haftada) aynı zamanda araştırmaya katılmayı kabul ettiğini yineleyen bireylerin yazılı onamları alınmıştır (Ek-IV). Randomizasyon çerçevesinde bireyler müdahale ve kontrol grubuna atanarak araştırma uygulanmaya başlanmıştır. Müdahale ve kontrol grubuna yapılan işlemler Uygulama Akış Şeması'nda gösterilmiştir (Şekil 3.2).





Şekil 3.2. Uygulama Akış Şeması

3.6.1. Müdahale Grubunun Verilerinin Toplanması

Müdahale grubuna alınan bireylere yapılan uygulamalar aşağıda basamaklar şeklinde verilmiştir:

- Çalışmaya dahil edilme ölçütlerine uyan bireylere çalışma konusu ve kapsamı konusunda açıklama yapıp, yazılı onamları alınmıştır (Ek-IV).
- Tanıtıcı bilgi formu uygulanmıştır.
- Bireye başa çıkma tutumları ölçeği uygulanmıştır.
- Bireye algılanan sosyal destek ölçeği uygulanmıştır.
- Bireye motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın akış planı açıklanmıştır.
- Motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın dört görüşmeden oluşacağı, dört görüşmenin dört hafta boyunca haftada bir görüşme şeklinde olacağı ve bu görüşmelerin yaklaşık 40-50 dakika süreceği ifade edilmiştir. Ayrıca görüşmelerin ortopedi ve travmatoloji bölümünün servis toplantı odasında veya poliklinik odasında yapılacağı belirtilmiştir.
- Dört görüşmeden oluşan danışmanlıktan sonraki 16. Haftada başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek ölçeği ile ikinci bir değerlendirme yapılmıştır.
- Bireylere, danışmanlık sürecini etkileyecek herhangi bir durumda verilen cep telefonu numarasından ulaşabilecekleri belirtilmiştir.

3.6.1.2. Müdahale Grubuna Verilen Danışmanlığın Görüşme Basamakları

Motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın her bir görüşmede motivasyonel görüşme yöntemine özgü olan; açık uçlu soru sorma, yansıtıcı dinleme, onaylama ve özetleme iletişim yöntemleri kullanılmıştır.

Danışmanlığın görüşme basamaklarının kapsam geçerliliğini değerlendirmek üzere motivasyonel görüşme eğitimi veren ve bu alanda çalışan bir uzmandan uzman görüşü alınmıştır. Bununla birlikte motivasyonel görüşme kullanılarak yapılan çalışmalar (Rubak ve ark., 2005; Dilek ve Ünsar, 2019; Yangöz ve Özer, 2019) ve motivasyonel görüşmenin temel ilkeleri doğrultusunda başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek düzeylerinin dört görüşmeyle kapsamlı olarak ele alınabileceği düşünülmüş olup, bu doğrultuda görüşme basamaklarının içeriği planlanmıştır (Ek XII). Son olarak kronik hastalığı olan bireylerle yapılan ve motivasyonel görüşmenin kullanılarak değişimin

izlendiği çalışmalarda, görüşme ve izlem bulgularının genellikle 6 hafta-6 ay arasında değişim gösterdiği ve görülmüştür (Dilek ve Ünsar, 2019; Yıldız ve Aylaz, 2020; Harmancı ve Kavak Budak, 2020). Motivasyonel görüşmede uzun süreli izlemlerin önerilmesi nedeniyle (Rubak ve ark., 2005; Özdemir ve Taşcı, 2013) bu çalışmada motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın bitiminden üç ay sonra (araştırma başlangıcından 4 ay sonra) izlem yapılmıştır.

Birinci görüşmede, değişim için içsel motivasyon oluşturulmaya çalışılmıştır. Buradaki asıl amaç, ambivalansı çözerek değişim için motivasyon sağlamaktır. Bu doğrultuda birinci görüşmede bireyi motive etmek için öncelikle danışmanlık sürecinin içeriğinden bahsedilmiştir. Bireyin amputasyona ilişkin duygu, düşünce ve davranışları öğrenilmiştir. Amputasyonun bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını etkilediğinde neler yaptığını bir kağıda yazması istenmiştir. Ardından amputasyonun bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığına etkisi tartışılmıştır (Ek XII).

İkinci görüşmeye, birinci görüşmeden sonraki sürecin değerlendirilmesiyle başlanmıştır. Bireyin amputasyon öncesinde kullandığı başa çıkma tutumları ve algıladığı sosyal destekleri hakkında görüşülmüştür. Bu konu hakkındaki düşünceleri sorularak, değişim için niyeti ortaya çıkarılmıştır. Amputasyon sürecinde ne tür bir zorlanma yaşandığı, bu durumda hangi başa çıkma tutumlarını kullandığı ve kullandığı başa çıkma tutumlarının etkinliği tartışılmıştır. Amputasyon öncesinde varolan sosyal desteklerinin kim ve neler olduğu ve bu sosyal desteklerin nasıl bir destek sunduğu tartışılmıştır. Bireyin başa çıkma tutumları ve algıladığı sosyal destekleri hakkındaki bilgi ve istekleri tartışılarak değişim için motivasyon sağlanmıştır. Bireyin değişime bağlılığını güçlendirmek için başa çıkma tutumlarına ve algılanan sosyal desteklere ilişkin bilgi verilmiştir. Bireye bilgi vermeden önce, özerkliğini desteklemek ve dinleme isteğini artırmak için bireyden izin istenmiştir. Amputasyon sonrasında alternatif başa çıkma tutumlarının ve algıladığı sosyal desteklerinin neler olabileceği konusunda düşünmesi ve bir sonraki görüşmeye yazarak getirmesi istenmiştir. Motivasyonel görüşmenin ikinci görüşmesi, değişime olan bağlılığın güçlendirilmesini ve bu hedefe ulaşmak için plan geliştirilmesini kapsamaktadır. Üçüncü ve dördüncü görüşme bu doğrultuda şekillendirilmiştir (Ek XII).

Üçüncü görüşmeye, ikinci görüşmeden sonraki sürecin değerlendirilmesiyle başlanmıştır. Bireyin değişim sürecinin değerlendirilmesi için başa çıkma tutumlarının

ve algıladığı sosyal desteklerinin tekrar gözden geçirilmesi sağlanmış ve bu konu üzerine tartışılmıştır. Bireyin kendisi için uygun olan alternatif başa çıkma tutumlarının ve algıladığı sosyal desteklerinin kullanılabilirliğine karar vermesi sağlanmıştır. Karar vermesi için birey cesaretlendirilmiştir. Bireyin kendisi için uygun olan alternatif başa çıkma tutumlarının ve algıladığı sosyal desteklerinin kullanılabilirliğine karar verdikten sonra ne zaman / ne kadar süre sonra kullanabileceği değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda bir plan oluşturularak birey desteklenmiştir (Ek XII).

Dördüncü görüşmeye, üçüncü görüşmeden sonraki sürecin değerlendirilmesiyle başlanmıştır. Değişime bağlılığı güçlendirmek için bireyin değişimini ve gelişimini desteklemeye devam edilmiştir. Bireyin başa çıkma tutumları ve algıladığı sosyal destekler ile ilgili hedefleri netleştirilmiş ve seçilen hedefler değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda; bir önceki görüşmede bireyin kullanmaya karar verdiği alternatif başa çıkma tutumlarından ve algıladığı sosyal desteklerden hangilerini kullandığı ve ne tür yarar gördüğüyle ilgili düşünceleri tartışılmış ve birey bu konuda desteklenmiştir. Karar verilen ancak kullanılamayan başa çıkma tutumlarının ve algıladığı sosyal desteklerin hangileri olduğunu söylemesi ve kullanma konusunda ne tür bir zorlanma yaşadığını anlatması istenmiştir. Ayrıca bu tür bir zorlanma karşısında yapabileceklerini düşünmesi istenmiştir. Bireyin devam etme kararını sözlü olarak ifade etmesi sağlanmıştır. Değişikliği sürdürmek için duygu ve düşünceleri hakkında konuşularak verdiği kararlar desteklenmiştir. Son olarak değişim konuşularak özetleme yapılmıştır (Ek XII).

3.6.2. Kontrol Grubunun Verilerinin Toplanması

Kontrol grubuna alınan bireylere yapılan uygulamalar aşağıda basamaklar şeklinde verilmiştir:

- Çalışmaya dahil edilme ölçütlerine uyan bireylere çalışma konusu ve kapsamı konusunda açıklama yapıp, yazılı olurları alınmıştır (Ek-V).
- Tanıtıcı bilgi formu uygulanmıştır.
- Bireye başa çıkma tutumları ölçeği uygulanmıştır.
- Bireye algılanan sosyal destek ölçeği uygulanmıştır.
- Bireylere herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Ancak süreç içerisinde danışmanlık almak isteyen bireyler olursa çalışma sonlandıktan sonra danışmanlık verilebileceği açıklanmıştır. Veri toplama sürecinin sonlandırılmasıyla Ekim-Kasım

2020 tarihleri arasında kontrol grubundaki dört bireye motivasyonel görüşme temelli danışmanlık verilmiştir.

- Ölçeklerin uygulanmasından sonraki 16. haftada ölçekler yeniden uygulanarak ikinci bir değerlendirme yapılmıştır.
- Bireylere, çalışmayı etkileyecek herhangi bir durumda verilen cep telefonu numarasından ulaşabilecekleri belirtilmiştir.

3.7. ÖN UYGULAMA

Veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmek ve motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın görüşme basamaklarını değerlendirmek amacıyla Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ve Kayseri Şehir Hastanesi ortopedi ve travmatoloji servislerinde kronik hastalığa bağlı amputasyon nedeniyle yatan toplamda 4 bireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında tanıtıcı bilgi formunda yeterince anlaşılmayan sorular düzeltilerek anlaşılır hale getirilmiştir. Örneğin; kronik hastalık kelimesi yerine uzun süreli hastalık, amputasyon olmak yerine bacağı kaybetmek kelimeleri kullanılmıştır. Motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın görüşme aşamalarında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama verileri araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

3.8. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler: Başa çıkma tutumları puanları, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarıdır.

Bağımsız Değişken: Kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlık programıdır.

3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verilerinin analizi için IBM SPSS Statistics 24.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Bireylerin tanıtıcı bilgileri birim sayısı (n), yüzde (%) ve ortalama±standart sapma ($Ort \pm SS$) değerleri olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılımı Shapiro Wilk normallik testi ile değerlendirilmiştir. Analizlerde verilerin homojen olup olmadığı Levene Testi ile değerlendirilmiştir. Sayısal verilerde normal dağılım gösteren verilerin analizinde parametrik testlerden yararlanılmıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin benzer olup olmadıklarını belirlemek amacıyla; sayı,

yüzde dağılım gösteren verilerde ki-kare, iki grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi ve ardışık ölçüm değerlerdimelerinde eşleştirilmiş t testi kullanılmıştır. Tüm karşılaştırmalarda α yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Çalışmanın yapılabilmesi için Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı (Ek-VI) ve çalışmanın yapıldığı birimlerden yazılı izinler (Ek-VII) alınmıştır. Çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan bireylere araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklanarak, çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” (Ek- IV, Ek-V) aracılığıyla yazılı olur alınmıştır. Çalışma boyunca kontrol ve müdahale grubundaki hastaların rutin tedavilerine devam edilmiştir. Tüm bireylere çalışmaya devam etmek istemediklerinde bırakabilecekleri belirtilmiştir.

3.10.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın birden fazla hastanede yürütülmesi, bireylerin amputasyon ameliyatına ne zaman alınacağını bilinmemesi ve ameliyatların ertelenmesi, çalışma kriterlerine uyan bireylerin belirlenmesinde ve bu bireylere ulaşılmasında sınırlılığa neden olmuştur.

Amputasyon olan bireylerin amputasyona bağlı olarak toplu taşıma araçlarını kullanmada ve hastaneye ulaşımında zorlanması nedeniyle görüşmeleri ertelemeleri de çalışmanın planlandığı şekliyle yürütülmesinde yaşanan bir diğer sınırlılıktır.

Kliniklerde terapötik görüşme odalarının olmaması nedeniyle motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın ortopedi ve travmatoloji bölümünün servis toplantı odasında veya poliklinik odalarında yapılması da çalışma için sınırlayıcı bir faktör olmuştur.

4. BULGULAR

Kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları

Tanıtıcı Özellikler	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Test <i>p</i>
	(<i>n</i> =23)	(<i>n</i> =25)	
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
Yaş Ortalama <i>x</i> ± <i>ss</i>	61.26 ± 5.41	62.59 ± 6.70	<i>p</i> *= 0.391
Cinsiyet			
Kadın	11 (%47.8)	13 (%52)	<i>p</i> =0.773
Erkek	12 (%52.2)	12 (%48)	
Medeni Durumu			
Evli	20 (%87)	21 (%84)	<i>p</i> =0.772
Bekar	3 (%13)	4 (%16)	
Eğitim Durumu			
Okur-yazar değil	3 (%13)	6 (%24)	<i>p</i> = 0.110
İlköğretim	17 (%74)	11 (%44)	
Lise ve üzeri	3 (%13)	8 (%32)	
Gelir Durumu			
Gelir giderden az	16 (%69.6)	15 (%60)	<i>p</i> =0.752
Gelir gidere denk	6 (%26.1)	8 (%32)	
Gelir giderden fazla	1 (%4.3)	2 (%8)	
Çalışma Durumu			
Çalışan	4 (%17.4)	2 (%8)	<i>p</i> = 0.326
Çalışmayan	19 (%82.6)	23 (%92)	

Aile Tipi			
Çekirdek Aile	10 (%43.5)	15 (%60)	$p=0.485$
Geniş Aile	10 (%43.5)	7 (%28)	
Yalnız	3 (%13)	3 (%12)	
Kronik Hastalık Sayısı			
1	8 (%34.8)	7 (%28)	$p= 0.774$
2	7 (%30.4)	10 (%40)	
3 ve Üzeri	8 (%34.8)	8 (%32)	
Kronik Hastalığa Bağlı İlaç Kullanım Yılı Ort. ± ss	22.13±5.65	20.12±3.53	$p^*=0.149$

Ki-kare testi yapılmıştır.

p*: Bağımsız örneklem t testi

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre karşılaştırmasını gösteren veriler Tablo 4.1’de verilmiştir.

Müdahale grubundaki bireylerin yaş ortalamasının 61.26 $\pm$ 5.41, %52.2’sinin erkek, %87’sinin evli ve %74’ünün ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Ayrıca müdahale grubundaki bireylerin %69.6’sının gelirinin giderden az olduğu, %82.6’sının çalışmadığı, %43.5’inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve kronik hastalığa bağlı ilaç kullanım yılı ortalamasının 22.13 $\pm$ 5.65 olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalamasının 62.59 $\pm$ 6.70 olduğu, %48’inin erkek, %84’ünün evli ve %44’ünün ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kontrol grubundaki bireylerin %60’ının gelirinin giderden az olduğu, %92’sinin çalışmadığı, %60’ının çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve kronik hastalığa bağlı ilaç kullanım yılı ortalamasının 20.12 $\pm$ 3.53 olduğu saptanmıştır.

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireyler tanıtıcı özellikleri bakımından birbirine benzerdir ($p>0.05$).

Tablo 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin amputasyondan etkilenme durumlarına göre dağılımları

Etkilenme Durumları	Müdahale Grubu (n=23)	Kontrol Grubu (n=25)	Test p
	n (%)	n (%)	
Amputasyon Sonrası Ruh Sağlığının Etkilenme Durumu			
Etkilenen	19 (%82.6)	22 (%88)	p= 0.597
Etkilenmeyen	4 (%17.4)	3 (%12)	
Amputasyon Sonrası Aile Yaşamının Etkilenme Durumu			
Etkilenen	17 (%73.9)	17 (%68)	p= 0.653
Etkilenmeyen	6 (%26.1)	8 (%32)	
Amputasyon Sonrası Sosyal Yaşamın Etkilenme Durumu			
Etkilenen	22 (%95.7)	22 (%88)	p= 0.602
Etkilenmeyen	1 (%4.3)	3 (%12)	
Amputasyon Sonrası İş Yaşamının Etkilenme Durumu			
Etkilenen	4 (%17.4)	2 (%8)	p= 0.326
Etkilenmeyen	19 (%82.6)	23 (%92)	
Amputasyon Sonrası Cinsel Yaşamın Etkilenme Durumu			
Etkilenen	18 (%78.3)	14 (%56)	p= 0.102
Etkilenmeyen	5 (%21.7)	11 (%44)	
Amputasyondan Önce Psikiyatrik Danışmanlık Alma Durumu			
Evet	2 (%8.7)	3 (%12)	p= 0.708
Hayır	21 (%91.3)	22 (%88)	

Ki-kare testi yapılmıştır.

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin amputasyondan etkilenme durumlarına göre dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Amputasyon sonrası müdahale grubundaki bireylerin %82.6’sı ruh sağlığının, %73.9’u aile yaşamının, %95.7’si sosyal yaşamının, %78.3’ü cinsel yaşamının etkilendiğini bildirmiştir. Kontrol grubundaki bireylerde bu oranlar sırasıyla %88, %68, %88 ve %56’dır. Buna karşın müdahale grubundaki bireylerden sadece 2 (%8.7)’sinin, kontrol grubundaki bireylerden ise sadece 3 (%12)’ünün amputasyondan önce psikiyatrik danışmanlık aldığı belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireylerin amputasyon sonrası yaşamlarının etkilenme durumlarının birbirine benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin başa çıkma tutumları ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması

Başa Çıkma Tutumları Ölçeği	Müdahale Grubu (n=23) Ort ± ss			Kontrol Grubu (n=25) Ort ± ss			Gruplar Arası <i>p**</i>	
	Ön Test Ort ± ss	Son Test Ort ± ss	<i>p*</i>	Ön Test Ort ± ss	Son Test Ort ± ss	<i>p*</i>	Ön Test	Son Test
Kendine Yardım Alt Boyutu	9.26±2.01	20.60±3.04	<0.001	8.78±2.52	9.12±2.41	1.000	0.832	<0.001
Yaklaşım Alt Boyutu	10.52±2.15	24.04±3.54	<0.001	9.11±3.06	10.68±2.98	0.575	0.838	<0.001
Uyum Sağlama Alt Boyutu	11.08±2.60	23.04±3.51	<0.001	10.60±2.87	12.11±2.57	0.661	0.543	<0.001
Sakinme-Kaçınma Alt Boyutu	20.21±2.43	8.21±2.84	<0.001	19.08±2.06	20.01±2.38	0.905	0.832	<0.001
Kendine Ceza Alt Boyutu	21.13±1.99	7.26±2.74	<0.001	20.00±1.95	19.85±2.10	0.992	0.733	<0.001
Ölçek Toplam	72.20±7.02	83.15±10.99	<0.001	67.57±8.23	71.77±9.41	0.984	0.748	<0.001

p*: Eşleştirilmiş t testi

p**: Bağımsız gruplarda iki örneklem t testi

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin ön test ve son test değerlendirmelerine göre başa çıkma tutumları ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo.4.3’de yer almaktadır.

Müdahale grubundaki bireylerin motivasyonel görüşme temelli danışmanlık öncesi ön testte başa çıkma tutumları ölçeği puan ortalamaları; kendine yardım alt boyutunda 9.26 ± 2.01 , yaklaşım alt boyutunda 10.52 ± 2.15 , uyum sağlama alt boyutunda 11.08 ± 2.60 , sakınma – kaçınma alt boyutunda 20.21 ± 2.43 , kendine ceza alt boyutunda 21.13 ± 1.99 ve toplamda 72.20 ± 7.02 olarak bulunmuştur. KG’ndaki bireylerin motivasyonel görüşme temelli danışmanlık öncesi ön testte başa çıkma tutumları ölçeği puan ortalamaları; kendine yardım alt boyutunda 8.78 ± 2.52 , yaklaşım alt boyutunda 9.11 ± 3.06 , uyum sağlama alt boyutunda 10.60 ± 2.87 , sakınma – kaçınma alt boyutunda 19.08 ± 2.06 , kendine ceza alt boyutunda 20.00 ± 1.95 ve toplamda 67.57 ± 8.23 olarak bulunmuştur. Motivasyonel görüşme temelli danışmanlık öncesinde müdahale ve kontrol gruplarının başa çıkma tutumları ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının benzer olduğu görülmektedir ($p>0.05$).

Müdahale grubundaki bireylerin motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası son testte başa çıkma tutumları ölçeği puan ortalamaları; kendine yardım alt boyutunda 20.60 ± 3.04 , yaklaşım alt boyutunda 24.04 ± 3.54 , uyum sağlama alt boyutunda 23.04 ± 3.51 , sakınma – kaçınma alt boyutunda 8.21 ± 2.84 , kendine ceza alt boyutunda 7.26 ± 2.74 ve toplamda 83.15 ± 10.99 olarak bulunmuştur. Buna karşın, KG’ndaki bireylerin motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası son testte başa çıkma tutumları ölçeği puan ortalamaları; kendine yardım alt boyutunda 9.12 ± 2.41 , yaklaşım alt boyutunda 10.68 ± 2.98 , uyum sağlama alt boyutunda 12.11 ± 2.57 , sakınma – kaçınma alt boyutunda 20.01 ± 2.38 , kendine ceza alt boyutunda 19.85 ± 2.10 ve toplamda 71.77 ± 9.41 olarak bulunmuştur. Buna göre MG’ndaki bireylerde motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası son testte başa çıkma tutumları ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ön teste göre arttığı ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ancak KG’ndaki bireylerde danışmanlık sonrası başa çıkma tutumları ölçeğinin son test puan ortalamaları ile ön test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Bununla birlikte, MG’ndaki bireylerin motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası

son testteki başa çıkma tutumları ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının KG'nun puan ortalamalarından yüksek olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).



Tablo 4.4. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin algılanan sosyal destek ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Müdahale Grubu (n=23)			Kontrol Grubu (n=25)			Gruplar Arası p**	
	Ort ± ss			Ort ± ss				
	Ön Test Ort ± ss	Son Test Ort ± ss	p*	Ön Test Ort ± ss	Son Test Ort ± ss	p*	Ön Test	Son Test
Aile Desteği Alt Boyutu	8.89±3.50	22.30±3.34	<0.001	9.76±3.07	9.11±2.89	0.792	0.570	<0.001
Arkadaş Desteği Alt Boyutu	8.93±3.33	24.01±3.32	<0.001	9.71±3.02	9.01±2.95	0.806	0.571	<0.001
Özel Bir İnsan Alt Boyutu	8.21±3.45	21.97±3.39	<0.001	8.88±3.04	8.76 ± 3.17	0.774	0.573	<0.001
Ölçek Toplam	26.03±10.28	68.28±9.03	<0.001	28.35±4.21	26.88±9.27	0.963	0.573	<0.001

p*: Eşleştirilmiş t testi

p***: Bağımsız gruplarda iki örneklem t testi

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin ön test ve son test değerlendirmelerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo.4.4’de yer almaktadır.

Müdahale grubundaki bireylerin motivasyonel görüşme temelli danışmanlık öncesi ön testte çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları; aile desteği alt boyutunda 8.89 ± 3.50 , arkadaş desteği alt boyutunda 8.93 ± 3.33 , özel insan alt boyutunda 8.21 ± 3.45 ve toplamda 26.03 ± 10.28 olarak bulunmuştur. KG’ndaki bireylerin motivasyonel görüşme temelli danışmanlık öncesi ön testte çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları; aile desteği alt boyutunda 9.76 ± 3.07 , arkadaş desteği alt boyutunda 9.71 ± 3.02 , özel insan alt boyutunda 8.88 ± 3.04 ve toplamda 28.35 ± 4.21 olarak bulunmuştur. Motivasyonel görüşme temelli danışmanlık öncesinde müdahale ve kontrol gruplarının çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının benzer olduğu görülmektedir ($p>0.05$).

Müdahale grubundaki bireylerin motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası son testte çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları; aile desteği alt boyutunda 22.30 ± 3.34 , arkadaş desteği alt boyutunda 24.01 ± 3.32 , özel insan alt boyutunda 21.97 ± 3.39 ve toplamda 68.28 ± 9.03 olarak bulunmuştur. Buna karşın, KG’ndaki bireylerin motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası son testte çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları; aile desteği alt boyutunda 9.11 ± 2.89 , arkadaş desteği alt boyutunda 9.01 ± 2.95 , özel insan alt boyutunda 8.76 ± 3.17 ve toplamda 26.88 ± 9.27 olarak bulunmuştur. Buna göre MG’ndaki bireylerde motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası son testte çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ön teste göre arttığı ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ancak KG’ndaki bireylerde motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin son test puan ortalamaları ile ön test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Bununla birlikte, MG’ndaki bireylerin motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası son testteki çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının KG’nun puan ortalamalarından yüksek olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmada, kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek düzeylerine etkisi incelenmiş ve sonuçlar bu konu ile ilgili yapılan araştırmaların yetersiz olması nedeniyle, çalışmanın ve müdahalenin benzer içerikler taşıdığı araştırma bulguları ile tartışılmıştır.

Amputasyon sonucu ortaya çıkan ekstremité kaybı ve fiziksel görüntünün değişmesi, bireyin yaşamında psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak bir çok olumsuzluk meydana getirmektedir (Virani ve ark. 2015; Knežević ve ark., 2015; Kulkarni ve ark., 2014; Mugo, 2010; Sinha, 2011;). Birey bu olumsuzluklarla başa çıkmada zorlanabilir ve dolayısıyla ruh sağlığının bozulması açısından risk altında olabilir (Durmuş ve ark., 2015). Alt ekstremité amputasyonu olan bireylerin verdiği psikolojik tepkilerin, başa çıkma becerilerinin ve sosyal desteğin incelendiği bir çalışmada psikososyal uyumu sağlamak için zamanında sosyal desteğin sunulması ve başa çıkma becerilerinin desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir (Pedras ve ark., 2018). Çalışma kapsamındaki bireylerin de başa çıkmada zorlanmalarının ve algıladıkları sosyal destek algılarının düşük olması yaşadıkları süreçle paralel olarak beklendik bir durumdur.

Çalışmada alt ekstremité amputasyonu sonrası bireylerin çoğunluğu ruh sağlığının, aile yaşamının, sosyal yaşamının ve cinsel yaşamının etkilendiğini bildirmiştir (Tablo 2). Mozumdar ve Roy'un alt ekstremité amputasyonu olan bireylerin ruh sağlığı üzerine yaptıkları çalışmada depresyon prevalans oranının %45 düzeyinde olduğu belirtilmiştir (Mozumdar ve Roy, 2010). Öznur'un yaptığı çalışmada ise amputasyon sonrası çeşitli ruhsal sorunların yaşandığı bildirilmiştir (Öznur, 2013). Fiziksel yetersizliklerin yol açtığı ruhsal sorunlar kişilerin baş etme becerilerini olumsuz etkilemesinin yanında günlük yaşamın devam ettirilmesinde de engel oluşturmaktadır (Tough ve ark. 2017). Alt ekstremité amputasyonu yapılmış bireyler, günlük işlevlerini yerine getirirken zorluklarla karşılaşabilir ve yardıma gereksinim duyabilirler. Alt ekstremitesi ampute edilmiş bireylerin yürüme ve koşma işlevini kaybetmesi, ailesine ve topluma karşı kendini engelli olarak görmesi, ekstremité kaybının beden imajını bozması ile fiziksel, ruhsal ve genel sağlığı olumsuz etkilenmektedir (Özsoy ve Okyayuz, 2016). Engeli olan bireylere yönelik “acınılan, ötekileştirilen, yetersiz bulunan, yardıma muhtaç insanlar” şeklinde bir bakış açısı vardır. Bu bakış açısı engeli olan bireylerin ruhsal sorunlar

yaşamaya ve toplumsal yaşamdan soyutlanmasına sebep olmaktadır (Burcu, 2011). Ortopedik engeli olan bireylerle yapılan çalışmalarda, dış görünüşlerinin diğer insanlar tarafından olumsuz değerlendirilmesi kendilerini kötü hissetmelerine neden olduğu ve kendilerine acıma duygusu ile yaklaşacaklarına dair inançların olduğu belirtilmiştir (Wiegerink ve ark., 2008; Buz ve Karabulut 2015). Nitekim araştırmanın müdahale grubunda bulunan bireyler danışmanlık öncesi; amputasyon sonrası içine kapandıklarını, kesilen bacaklarını gördükçe üzüldüklerini, evden dışarı çıkmak istemediklerini, ailesinin (anne-baba, eş, çocuk) kendilerinin yetersiz olabileceğine yönelik söylemlerinin ve tutumlarının olduğunu, kendilerinin ailesine ve devlete karşı külfet olduklarını düşündüklerini ve en çok bu durumla başetmede zorlandıklarını belirtmişlerdir. Çalışmada kronik hastalığa bağlı alt ekstremitte amputasyonu olan bireylerin müdahale öncesinde başa çıkma tutumları puanları benzer iken, müdahale sonrasında motivasyonel görüşme temelli danışmanlık yapılan grup ile yapılmayan grubun başa çıkma tutum puanları arasında fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre alt ekstremitte amputasyonu olan bireylerin durumla başa çıkmakta zorlandıkları ancak yapılan danışmanlıkla başa çıkma tutumlarının geliştirilebileceği söylenebilir.

Alt ekstremitte amputasyonu olan bireyler amputasyon sonrası kendilerini ebeveynin çok evin çocuğu gibi hissettiklerini ve bu durumla baş etmede zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Kültürle ilişkili olarak kadın ve erkeğe atfedilen toplumsal cinsiyet rolleri, aile içindeki rol paylaşımını oldukça etkileyen bir özelliğe sahiptir. Bu nedenle aile üyelerinin sahiplendiği roller aile ilişkilerine yansımaktadır. Geleneksel ailelerde kadının rolü aileye yemek yaparak beslenme ihtiyacının giderilmesi ve çocuk yetiştirmesi iken; erkeğin rolü ise para kazanarak evin ihtiyaçlarını karşılamasıdır (Akgül, 2017). Literatüre benzer şekilde, bireylerin bir aile üyesi olarak sahiplendiği rollerini amputasyon sonrası yerine getirememesi nedeniyle aile yaşamlarının etkilendiği düşünülmüştür.

Amputasyon sonucu bireyler, yaşama ve topluma adapte olmalarını kısıtlayan birçok deneyim yaşayabilirler (Kulkarni, 2014). Bu durum bireylerin toplumsal yaşamdan izole edilmelerine ya da başetme becerilerinin azalmasına neden olmaktadır (Arslan ve ark., 2014). Amputasyon olan bireylerin tedavi, bakım ve rehabilitasyon sürecinde hemşirenin hastayı bütüncül olarak değerlendirmek, koordinasyonu ve iletişimi sağlamak, veri toplamak, tedavi ve bakım sunmak, ekip üyelerine bilgi vermek ve

bütüncül tedavinin devamlılığını sağlamak ve bireye ve ailesine psikososyal destek vermek gibi rolleri vardır (Kelly ve Dowling, 2008). Bu bağlamda amputasyon sonrası bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığı değerlendirilerek bütüncül hemşirelik bakımı sunulmalıdır. Çalışmada alt ekstremité amputasyonu olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek düzeylerini arttırdığı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuçta, motivasyonel görüşmenin, bireylerin olumlu ya da olumsuz yaşadığı deneyimlerini ve sorunlarını daha rahat ifade etmeleri, bireyin anlaşıldığını hissetmesi ve farklı bakış açıları kazanmasının etkisi olduğu düşünülmektedir.

Kronik hastalıkların bireyin motivasyonunda genel bir sorun teşkil etmesiyle birlikte, hastalığa bağlı gelişen sorunlarla baş edebilmek için motivasyonel görüşme kullanılmaktadır (Rollnick ve ark., 2008). Motivasyonel görüşmenin kronik hastalığı olan bireylerin yaşama adapte olmalarını kolaylaştırdığı, motivasyon düzeylerini arttırdığı ve başa çıkma tutumlarını geliştirdiği bildirilmektedir (Hides ve ark., 2020; Czyz ve ark., 2019; Chen ve ark., 2012; Sjöling ve ark., 2011; Rau ve ark., 2008; Yıldız ve Aylaz, 2020). Ayrıca motivasyonel görüşme, bir hastanın davranış değişikliği yapabilmesinde sağlık profesyoneline yol göstermektedir (Ekong ve Kavookjian, 2016). Downe-Wamboldt ve arkadaşlarının kronik hastalığı olan bireylerle yaptıkları çalışmada, hemşireler tarafından verilen danışmanlığın bireylerin başa çıkma becerilerini ve özgüvenlerini arttırdığı, depresyon oranlarını azalttığı, danışmanlık verilmeyen bireylerin ise etkili başa çıkma becerilerinin azaldığı vurgulanmıştır (Downe-Wamboldt ve ark., 2007). Yürütülen bu araştırmada da MG'ndaki bireylerde motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası son testte başa çıkma tutumları ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ön teste göre arttığı ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yine motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası MG'ndaki bireylerin başa çıkma tutumları ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının KG'ndaki bireylerin puan ortalamalarından yüksek olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu sonuç ile '**H₁₁: Kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın başa çıkma tutumlarının arttırılmasına etkisi vardır.**' hipotezi kabul edilmiştir.

Motivasyonel görüşmenin kullanıldığı randomize kontrollü bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin başa çıkma becerilerini geliştirdiği bildirilmiştir (Hosseini, 2016). Literatürle benzer şekilde araştırma kapsamındaki bireyler de motivasyonel görüşme sonrasında müzik dinlemek, saz çalmak veya boncuk el işi yapmak gibi baş etme becerileri geliştirmişlerdir. Özellikle motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası kendilerini isteklendirdiğini ve alternatif baş etme becerilerini geliştirmek için düşündüklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca bireylerin çoğu normal yaşama dönmeyi çok istediklerini belirtmişlerdir. Bu beklentinin onlar için önemli bir başa çıkma mekanizması olduğu düşünülmüştür. Gerçekçi beklentileri şekillendirmeye yardımcı olmak, sağlık profesyoneli olan hemşireler için bakım sürecinin önemli bir bölümüdür (Ostler ve ark., 2014). Dolayısıyla hemşireler, alt ekstremité amputasyonu olan bireylerin olumlu duygu, düşünce ve davranışlarını destekleyerek ve onlara alternatif çözümler sunarak başa çıkma tutumu geliştirmelerini sağlayabilir.

Amputasyon sonrası uyumu artıran etmenler etkili başa çıkma becerileri, sosyal desteğin varlığı, amputasyonun üzerinden zaman geçmiş olması, protezden memnuniyet, iyimser kişilik özelliği, işlevsel açıdan iyi bir amputasyon seviyesi, güdük ve fantom ağrının olmamasıdır (Horgan ve Machlachlan, 2004). Çalışmada motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası alt ekstremité amputasyonu olan bireylerin başa çıkma tutumlarından uyum sağlama düzeyinin arttığı saptanmıştır ($p<0.05$). Bireylerin çoğunluğu hekimin amputasyon olmaları gerektiğini belirttiğinde bu durumu kabullenmekte çok zorlandıklarını ancak zamanla ve destekleri sayesinde bu duruma da alıştıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle bireyler duygularını farkedip yaşamındaki olayları olumlu olarak değerlendirdiklerini vurgulamışlardır. 65 yaş üstü kronik hastalıkları olan bireylerin uyum sağlamasında motivasyonel görüşmenin etkinliğinin değerlendirildiği bir başka çalışmada sağlık profesyonelleri tarafından sunulan motivasyonel görüşmenin etkili olduğu belirtilmiştir (Moral ve ark., 2015). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylere uygulanan motivasyonel görüşme temelli uygulamaların bireylerin uyumunu arttırmada etkili sonuçları olduğu da gösterilmiştir (Harmancı ve Kavak Budak, 2020). Çalışmada motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası alt ekstremité amputasyonu olan bireylerin başa çıkma tutumlarından kendine yardım ve yaklaşım düzeyi artarken kaçınma ve kendine ceza düzeyi azalmıştır. Bireyler duygularını anlayıp rahatlıkla ifade edebildiklerini,

yaşamlarında strese neden olan konuların çözümü için çabaladıklarını ve çevrelerinden sosyal destek aramaya başladıklarını belirtmişlerdir. Bu bağlamda motivasyonel görüşmenin dirençle çalışma ve kendine yeterliliği destekleme ilkelerinin etkili olduğu düşünülmüştür.

Literatürde kronik hastalığı olan bireylere uygulanan motivasyonel görüşmenin, bireylerin ailesi ve arkadaşlarıyla daha iyi iletişim kurmasını sağladığı, sosyal destek düzeylerini ve sosyal aktivitelerini arttırdığı görülmektedir (Miller ve ark., 2020; Keszler ve ark., 2020; Hosseini ve ark., 2016). Yapılan bir çalışmada, motivasyonel görüşmenin hastaların günlük ve sosyal işlevlerini iyileştirmelerinde etkili olduğu belirtilmiştir (Salehzadeh ve ark., 2010). Yürütülen bu araştırmada, motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası müdahale grubundaki bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin (aile, arkadaş, özel bir insan) arttığı ve bu artışın müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yarattığı görülmüştür. Bu sonuç ile **‘H₁₂: Kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın algılanan sosyal destek düzeylerinin artırılmasına etkisi vardır.’** hipotezi kabul edilmiştir. Alt ekstremitte amputasyonu olan bireylerle yapılan bir çalışmada sosyal destek kaynaklarının sıklıkla arkadaşlar, eş, aile üyeleri ve evcil hayvanlar olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada ailelerinden ve eşlerinden destek göremeyen bireylerin ise ruhsal olarak zorlandıkları ve amputasyon sonrası süreçle baş etmede zorlandıkları belirtilmiştir (Stutts ve ark. 2015). Gustavsson ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin yaşam güçlükleriyle başa çıkmasında ailelerinin vereceği sosyal desteğin önemli olduğu bildirilmiştir (Gustavsson ve ark., 2006). Ayrıca fiziksel yetersizliği bulunan bireylerde motivasyonel görüşmenin psikososyal sağlığı iyileştirdiği vurgulanmaktadır (O’Halloran, 2016). Araştırma kapsamındaki bireyler motivasyonel görüşme sonrası sosyal desteklerinin ne olduğunu farkettiklerini, örneğin bir komşusunun beş çayına gelmesini veya emekli arkadaşının kendini arayıp sağlığını sıhhatini sormasını sosyal bir destek olarak görmeye başladığını ve bu durumun kendini iyi hissettirdiğini ifade etmişlerdir. Çalışmada amputasyon olan bireylerin motivasyonel görüşme sonrasında çevrelerine yönelik algılarının değiştiği, çevresindeki bireyleri ve bireylerin davranışlarını anlamlandırma süreçlerinin olumlu yönde etkilendiği söylenebilir. Bu durumun da psikososyal sağlığın geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada motivasyonel görüşmenin temel ilkeleri gereğince, bireylerle kronik hastalıkları ve amputasyon süreciyle ilgili deneyimlerin konuşulması, bireyin bu olumsuz deneyimlerin çözümündeki rolünün açıklanması, baş etme becerileri veya sosyal destek konusunda alternatif danışmanlıkta terapötik iletişim tekniklerini de içeren yöntemlerin kullanılmış olması bu sonuçlarda etkili olduğu da düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Kronik hastalığa bağlı alt ekstremitte amputasyonu olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın başa çıkma tutumlarına ve algılanan sosyal destek düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel araştırma olarak gerçekleştirilen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Kronik hastalığa bağlı alt ekstremitte amputasyonu olan bireylerde motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın başa çıkma tutum puanlarını arttırdığı,
- Kronik hastalığa bağlı alt ekstremitte amputasyonu olan bireylerde motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın algılanan sosyal destek puanlarını arttırdığı,

Sonuç olarak; Kronik hastalığa bağlı alt ekstremitte amputasyonu olan bireylerde motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek düzeylerinin artırılmasında etkili bir yöntem olduğu bulunmuştur. Buna göre;

- Hemşirelere motivasyonel görüşme temelli danışmanlık eğitimi verilerek hem başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek hem de diğer ruhsal ve fiziksel hastalık durumlarında kullanır hale gelmesi,
- Ortopedi ve Travmatoloji polikliniklerinin rutin uygulamalarına motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın entegre edilmesi,
- Motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın amputasyon nedenlerine (kronik hastalık, travma, tümör) göre etkisinin araştırılması,
- Amputasyon olan bireylerin neler yaşadıklarını daha detaylı anlayabilmek için nitel araştırmaların yapılması,
- Motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın daha büyük örneklem gruplarıyla, uzun süreli izlemin olduğu araştırmaların yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

- Adıgüzel C. Cerrahi sonrası kanama sorunları ve tedavi. Türkiye Klinikleri J Hematol-Special Topics, 2015;8(3):43-7.
- Adıgüzel E, Tan A.K. Amputasyonlu Hastanın Rehabilitasyonunda Temel İlkeler. Türkiye Klinikleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon-Özel Konular, 2017;10(4):325-330.
- Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005;6(4):221-6.
- Akan KH. Diyabetik ayakta amputasyon. Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Dergisi, 2015;14:421-432.
- Akgül Gök F, İl S. Evli Kadın ve Erkeklerin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlgili Algılarının Aile İşlevlerine Yansıması. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2017;10(54):524-532.
- Akyolcu N. Yara İyileşmesi ve Hemşirelik Bakımı. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, editörler. Cerrahi Hemşireliği I. Genişletilmiş 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi; 2017:79-114.
- Anari JB, Donegan DJ. A Surgeon's Perspective on Lower Extremity Amputation and Rehabilitation. J Orthop Res Physiother, 2017;3:32.
- Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006;9(2):68-75.
- Arkowitz H, Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems. New York, Amerika: Guilford Publications, 2015:1-400.
- Arslan Y, Şahin HM, Gülnar U ve Şahbudak M. Engellilerin toplumsal hayatta yaşadıkları zorluklar (Batman merkez örneği). Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi, 2014;4(2):1-14.
- Ashwood M, Jerosch-Herold C, Shepstone L. Learning to live with a hand nerve disorder: A constructed grounded theory. Journal of Hand Therapy. 2017.

- Atay İM, Turgay O, Atay T. Alt Ekstremitte Amputasyonlarında Protez Kullanımının Sıklığı ile Beden İmajı, Depresyon, Anksiyete ve Benlik Saygısı Üzerine Etkileri. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 2014;60:184-7.
- Başal Ö, Korkmaz S, Türk B. Amputasyonlar. *Derman Tıbbi Yayıncılık*, 2015:856-868.
- Baumstarck K, Alessandrini M, Hamidou Z, Auquier P, Leroy T, Boyer L. Assessment of coping: a new french four-factor structure of the brief COPE inventory. *Health and quality of life outcomes*. 2017;15(1):8.
- Berman A, Snyder S. *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice* (6th edition). New Jersey: Pearson Education 2012:906-911.
- Beyazova M, Kutsal YG. (Eds.). *Rehabilitasyona Katkı Sağlayan Ortopedik Yaklaşımlar. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. Güneş Tıp Kitabevleri. 2016:794-798.
- Bjørnnes AK, Rustøen T, Lie I, Watt-Watson J, Leegaard M. Pain characteristics and analgesic intake before and following surgery. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2016;15(1):47–54.
- Black SW. Using motivational interviewing and constructivism to address information illiteracy. *Psychology of Women Quarterly*. 2019;44(1):130-134.
- Boman J, Lindqvist H, Forsberg L, Janlert U, Granåsen G, Nylander E. Brief manual-based single-session motivational interviewing for reducing high-risk sexual behaviour in women—an evaluation. *Int J STD AIDS*. 2018;29(4):396- 403.
- Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 2016;8(15):137-150.
- Brobeck E, Bergh H, Odencrants S, Hildingh C. Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 2010;20:3322-3330
- Brodie DA, Inoue A. Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *Journal of advanced nursing*, 2005;50(5):518-527.
- Burcu E. Türkiye’de Engelli Bireylere İlişkin Kültürel Tanımlamalar: Ankara Örneği.

Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 2011;28(1):37-54.

Buz S, Karabulut A. Ortopedik Engelli Kadınlar: Toplumsal Cinsiyet Çerçevesinde Bir Çalışma. Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2015;7:25-45.

Canale ST, Beaty JH. Campbell's Operative Orthopaedics. Başbozkurt M, Yıldız C., çeviri editörleri. İstanbul: Güneş Tıp Kitapevleri, 11. Baskı 2014:561-639.

Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology, 1989;56(2):267.

Carver CS, Connor-Smith J. Personality and coping. Annual review of psychology, 2010;61:679-704.

Casañas R, Catalán R, Del Val JL, Real J, Valero S, Casas M. Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. BMC psychiatry, 2012;12(1):230.

Cederlund RI, Ramel E, Rosberg H-E, Dahlin LB. Outcome and clinical changes in patients 3, 6, 12 months after a severe or major hand injury-can sense of coherence be an indicator for rehabilitation focus? BMC musculoskeletal disorders. 2010;11(1):286.

Ceyhan Ö, Akutay S. Diyabetik Hastalarda Amputasyon Sonrası Yara İyileşmesi ve Bakım. Sakarya Tıp Dergisi, 2019;9(1):11-15.

Ceylan B, Çilli AS. Şizofreni ve Kronik Böbrek Yetersizliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması. Journal of Psychiatric Nursing, 2015;6(2):30-38.

Chen SM, Creedy D, Lin HS, Wollin J. 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, 2012;49:637-644.

Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological bulletin, 1985;98(2):310.

Coşansu G, Çelik S, Özcan S, Olgun N, Yıldırım N, Demir HG. Determining type 2

diabetes risk factors for the adults: A community based study from Turkey. Primary care diabetes, 2018;12(5):409-415.

Coşansu G. Diyabet: Küresel bir salgın hastalık. Okmeydanı Tıp Dergisi, 2015;31(ek sayı):1-6.

Crane PJ, Ward SF. Self- healing and self- care for nurses. AORN Journal 2016;104(5):386-400.

Czyz EK, King CA, Biermann BJ. Motivational Interviewing-Enhanced Safety Planning for Adolescents at High Suicide Risk: A Pilot Randomized Controlled Trial, Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2019;48:2:250-262.

Çelik Sis A, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. “Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi”, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;1(3):1-12.

Çiçek Z. Parkinson hastalığı olan bireye bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile bakım yükü arasındaki ilişkinin incelenmesi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi 2012.

Davie-Smith F, Coulter E, Kennon B, Wyke S, Paul L. Factors influencing quality of life following lower limb amputation for peripheral arterial occlusive disease: a systematic review of the literature. Prosthetics and orthotics international, 2017;41(6):537-547.

DeGere MW, Grady JF. A modification of Chopart’s amputation with ankle and subtalar arthrodesis by using an intramedullary nail. The Journal of foot and ankle surgery, 2005;44(4):281-286.

Delmore B, Cohen JM, O’Neill D, Chu A, Pham V, Chiu E. Reducing postsurgical wound complication. A critical review. Adv Skin Wound Care. 2017;30(6):272-85.

Demirdel UFS, Bayramlar K. Amputasyondan Sonra Normal Yaşama Yeniden Katılım Sürecinin Yaşam Kalitesi Ve Fonksiyonel Düzey İle İlişkisinin İncelenmesi. Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 2014;25(3):1-7.

- Dicle AN, Ersanlı K. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlama Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2015;16:111-126.
- Dilek F, Ünsar S. Sigara İçen Akut Koroner Sendromlu Hastalara Uygulanan Motivasyonel Görüşme Yönteminin Sigarayı Bırakma, Özetkililik- Yeterlilik Ve Anksiyete Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
- Dillingham TR, Pezzin LE, MacKenzie EJ. Limb amputation and limb deficiency: epidemiology and recent trends in the United States. South Med, 2002;95:875-83.
- Douglas GS, Lynne VM, Bruce JS, Gayle E, Joseph MC. Postoperative Dressing And Management Strategies For Transtibial Amputations: A Critical Review. Journal Of Rehabilitation Research & Development, 2003;40(3):213-224.
- Downe-Wamboldt BL, Butler LJ, Melanson PM, Coulter LA, Singleton JF, Keefe JM, Bell DG. The effects and expense of augmenting usual cancer clinic care with telephone problem-solving counseling. Cancer nursing, 2007;30(6):441-453.
- Dupras TL, Williams LJ, Meyer MD, Peeters C, Depraetere D, Vanthuyne B, Willems H. Evidence Of Amputation As Medical Treatment in Ancient Egypt. International Journal of Osteoarchaeology, 2010;20:405–423.
- Durmuş D, Safaz I, Adıgüzel E, Uran A, Sarısoy G, Goktepe AS, et al. The relationship between prosthesis use, phantom pain and psychiatric symptoms in male traumatic limb amputees. Comprehensive Psychiatry, 2015;59:45-53.
- Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliliği. Türk Psikoloji Dergisi, 1995;10(34):45-55.
- Ekong G, Kavookjian J. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: a systematic review. Patient Educ Couns. 2016;99(6):944-952.
- El Ö, Peker Ö. Alt ekstremité amputasyonları ve rehabilitasyonu. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 2001;47:28-37.
- Erdem Y, Yıldız C, Kürklü M. Savaş ve Terör Yaralanmaları Sonrası Amputasyon.

Okmeydanı Tıp Dergisi, 2017;33(Ek sayı):92-100.

Ertem M, Duman ZÇ. Motivational interviewing in a patient with schizophrenia to achieve treatment collaboration: A case study. Arch Psychiatr Nurs, 2016;30(2):150-54.

Feeney CB, Collins NL. A New Look at Social Support: A theoretical perspective on thriving through relationships. Personality and Social Psychology Review. 2014;1:35.

Fereidouni Z, Sabet Sarvestani R, Hariri G, Kuhpaye SA, Amirkhani M, Kalyani MN. Moving into action: The master key to patient education. Journal of Nursing Research. 2019;27(1):1-8.

Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 1986;50(3):571.

Gerbershagen HJ, Aduckathil S, van Wijck AJ, Peelen LM, Kalkman CJ, Meissner W. Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing surgical procedures. Anesthesiology, 2013;118(4):934–944.

Gilg AC. The Impact of Amputation on Body Image. The University of Southern Mississippi, Department of Nursing Thesis. 2016:4-9.

Godlwana LL. The Epidemiology and Functional Outcomes After a Major Lower Limb Amputation, 2016.

Graham KZ, MacKenzie EJ, Patti LE, Traviso, TG, Brookmeyer R. Estimating the prevalence of limb loss in the United States: 2005 to 2050. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2008;89:422-429.

Gu Y, Hu J, Hu Y, Wang J. Social supports and mental health: a cross-sectional study on the correlation of self-consistency and congruence in China. BMC Health Serv Res 2016;28;16:207.

Gustavsson M, Julkunen J, Hietanen P. Quality of life in cancer patients: The role of optimism, hopelessness and partner support. Quality of Life Research 2006;16:75-

- Gürkan A. Ameliyat sonrası yara iyileşmesi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. Türkiye Klinikleri Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular, 2019;5(2):37-42.
- Hakimi KN. Pre-Operative Rehabilitation Evaluation of the Dysvascular Patient Prior to Amputation. Phys Med Rehabil Clin N Am, 2009;20(4):677–88.
- Hall K, Gibbie T, Lubman DI. Motivational interviewing techniques: facilitating behaviour change in the general practice setting. Australian Family Physician, 2012;41(9):660-667.
- Harmancı P, Kavak Budak F. Şizofreni hastalarında motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitimin tedaviye uyum, umut ve psikolojik iyi oluşa etkisi. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2020.
- Harris CL, Kuhnke J, Haley J, Cross K, Somayaji R, Dubois J, et al. Best practice recommendations for the prevention and management of surgical wound complications. Canadian Association of Wound Care. Canada: Smith & Nephew; 2018:1-66.
- Heaney CA, Israel BA. Social networks and social support. Health behavior and health education: Theory, research, and practice, 2008;4:189-210.
- Hiçdurmaz D, Öz F. Interpersonal sensitivity, coping ways and automatic thoughts of nursing students before and after a cognitive-behavioral group counseling program. Nurse education today, 2016;36:152-158.
- Hides L, Quinn C, Chan G, Cotton S, Pocuca N, Connor JP, Kavanagh DJ. Telephone-based motivational interviewing enhanced with individualised personality-specific coping skills training for young people with alcohol-related injuries and illnesses accessing emergency or rest/recovery services: A randomized controlled trial, Addiction, 2020.
- Horgan O, Machlachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: A review. Disability and Rehabilitation, 2004;26:837–850.

- Hosseini N, Mokhtari S, Momeni E, Vossoughi M, Barekatian M. Effect of motivational interviewing on quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 2016;55:70-74
- House JS. Social support and social structure. In *Sociological forum*. Kluwer Academic Publishers, 1987;2(1):135-146.
- Hutchison C. Social support: factors to consider when designing studies that measure social support. *Journal of Advanced Nursing*, 1999;29(6):1520–1526.
- Jackson MA, Simpson KH. Pain After Amputation. *Continuing Education In Anaesthesia. Critical Care & Pain*, 2004;4(1):20-23.
- Jansink R, Braspenning J, Weijden T, Niessen L, Elwyn G, Grol R. Nurse-led motivational interviewing to change the lifestyle of patients with type 2 diabetes (MILD-project): protocol for a cluster, randomized, controlled trial on implementing lifestyle recommendations. *BMC Health Services Research*, 2009;9(19):1-12.
- Jensen PS, Petersen J, Kirketerp-Møller K, Poulsen I, Andersen O. Progression of disease preceding lower extremity amputation in Denmark: a longitudinal registry study of diagnoses, use of medication and healthcare services 14 years prior to amputation. *BMJ open*. 2017;7(11):e01603069
- Kahraman BB. Sağlıkın Geliştirilmesi. Sosyal Destek ve Sağlıkın Geliştirilmesi. Ankara: Hedef CS Basın Yayın, 2017;136-146.
- Karakurt P, Aşilar RH, Yıldırım A. Evaluation of the self-care agency and perceived social support in patients with diabetes mellitus. *Meandros Medical and Dental Journal*, 2013;14(1):1-9.
- Kaya Ç, Bilik Ö. Nursing Care based on the Roy Adaptation Model for a Patient Undergoing Amputation Surgery. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2020;17(Ek sayı):131-9.
- Kelly M, Dowling M. Patient Rehabilitation Following Lower Limb Amputation. *Nursing Standart*, 2008;22(49):35-40.

- Keszler MS, Wright KS, Miranda A, Hopkins MS. Multidisciplinary amputation team management of individuals with limb loss. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 2020;1-9.
- Kılıç B, Yücel AS, Yaman Ç, Hergüner G, Korkmaz M. Methods of Determining the Amputation Level of Lower Extremity. *European Journal of Experimental Biology*, 2014;4(3):55-60.
- Kılıç S, Adıyaman S, Sezer F, Cantürk G. İş Kazası Sonucu Maluliyet Tayinine Konu Olan Üst Ekstremitte Yaralanmaları: Üç Olgu Sunumu Ankara Adli Tıp Bülteni. 2017;22(1):72-75.
- Klonek FE, Wunderlich E, Spurr D, Kauffeld S. Career counseling meets motivational interviewing: A sequential analysis of dynamic counselor–client interactions. *Journal of Vocational Behavior*, 2016;94(1):28-38.
- Knežević A, Salamon T, Milankov M, Ninković S, Jeremić-Knežević M, Tomašević-Todorović S. Assessment of Quality of Life in Patients After Lower Limb Amputation. *Medicinski Pregled*, 2015;68(3-4):103-108.
- Kocaman N. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Rolü nedir?. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005a;8(3):107-118.
- Kocaman N. Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005b;9(1):49-54.
- Korkmaz M, Şener N, Bayram E, Yılmaz M, Çetinus ME. Diyabetik Ayak Yaraları ve Klinik Deneyimimiz. *Medical Journal of Bakırköy*, 2015;11(2):60-64.
- Kulkarni T, Hande D, Parab KU. Body Image and Quality of Life Among Individuals With Lower Limb Amputation. *Indian Journal of Basic and Applied Medical Research* 2014;3(3):63-66.
- Lalazaryan A, Zare-Farashbandi F. A Review of models and theories of health information seeking behavior. *International Journal of Health System and Disaster Management*. 2014;2(4):193-203.

- Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2019;7(7):CD006936.
- Mackinnon SP. Perceived social support and academic achievement: Cross-lagged panel and bivariate growth curve analyses. *Journal of youth and adolescence*, 2012;41(4):474-485.
- Madsen UR. Quality of Life, Functional Level And Needs of Care After Vascular Major Lower Limb Amputation. Faculty of Medicine, 2017.
- Martino S, Ball SA, Nich C, Frankforter TL, Carroll KM. Community program therapist adherence and competence in motivational enhancement therapy. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008;96(1-2):37-48.
- Mazzeffi M., Khelemsky Y. Poststernotomy pain: a clinical review. *J Cardiothorac Vasc Anesth*, 2011;25(6):1163-1178.
- Mcdougall MA, Walsh M, Wattier K, Knigge R, Miller L, Stevermer M, Fogas BS. The effect of social networking sites on the relationship between perceived social support and depression. *Psychiatry Research*, 2016;30(246):223–229.
- McDonald S, Sharpe L, MacCann C, Blaszczyński A. The Role of Body Image on Psychosocial Outcomes in People With Diabetes and People With an Amputation. *Frontiers in psychology*, 2021;11: 34-38
- Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2008;11(3):3-18.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. New York: Guilford Press, 2013:1-400.
- Miller MJ, Morris MA, Magnusson DM, Putnam K, Cook PF, Schenkman ML, Christiansen CL. Psychosocial factors influence physical activity after dysvascular amputation: a convergent mixed- methods study. *PM&R*, 2020
- Moral RR, de Torres LAP, Ortega LP, Larumbe MC, Villalobos AR, García JAF, Study CGAA. Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic

adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: A cluster randomized clinical trial in primary care. Patient education and counseling, 2015;98(8):977-983.

Mozumdar A, Roy SK. Depression in Adult Males With Lower Extremity Amputation and its Bio-Social Correlates. Health, 2010;2(8):878.

Mugo NN. The effect of amputation on body image and well-being: a systematic review, Degree Programme in Nursing, Turku University.2010:3-13.

Muslu L, Ardahan M. Diabetes Mellitus'ta Yaşam Tarzı Değişimi için Motivasyonel Görüşme Tekniği. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2018;10(3):346-357.

Noordman J, Van der Lee I, Nielen M, Vlek H, Van der Weijden T, Van Dulmen S. Do Trained Practice Nurses Apply Motivational Interviewing Techniques in Primary Care Consultations? J Clin Med Res, 2012;4(6):393-340.

O'Halloran PD, Shields N, Blackstock F, Wintle E, Taylor NF. Motivational interviewing increases physical activity and self-efficacy in people living in the community after hip fracture: a randomized controlled trial. Clinical rehabilitation, 2016;30(11):1108-1119.

Ogedegbe G, Schoenthaler A, Richardson T, Lewis L, Belue R, et al. An RCT of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive African Americans: Rationale and design. Contemporary Clinical Trials, 2007;28:169-181.

Oğul M, Erden G. Amputasyonun Psikososyal Boyutu. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 2005;7(1):27-33.

Oğuz A, Çuhacı N, Usluoğulları AC, Caner S, Uğurlu M, Ersoy R, Çakır B. Diyabetik Ayaklı Hastalarımızda Amputasyon Oranları ve Demografik Veriler. Ankara Medical Journal, 2012;12(1):11-15.

Oktan V. Yalnızlık ve algılanan sosyal destek düzeyinin ergenlerdeki öfkenin gelişimine etkisi. 2005.

Ostler C, Ellis-Hill C, Donovan-Hall M. Expectations of rehabilitation following lower

limb amputation: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 2014;36(14):1169-1175.

Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013;1(1):57-72.

Özgür G. Motivasyonel görüşme ve ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics*, 2016;2(3): 4-59.

Öznur T. Çatışmayla ilişkili travmatik amputasyonların fiziksel rehabilitasyon sürecinde eşlik eden psikiyatrik sorunlar. *Gülhane Tıp Derg*, 2013;55:332-341.

Özsoy İ, Okyayuz Ülgen H. Amputasyon Geçirmiş Kişilerin Baş Etme Becerileri: Olgu Sunumu. *Klinik Psikiyatri* 2016;19:45-51.

Öztürk Rİ, Küçük Öztürk G. Tıp Etiği Açısından Amputasyon Kararları: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 2020;28(3):492-8

Palacio AM, Uribe C, Hazel-Fernandez L, Li H, Tamariz LJ, Garay SD, Carrasquillo O. Can phone-based motivational interviewing improve medication adherence to antiplatelet medications after a coronary stent among racial minorities? A randomized trial. *Journal of general internal medicine*, 2015;30(4):469-475.

Paterick TE, Patel N, Tajik AJ, Chandrasekaran K. Improving health outcomes through patient education and partnerships with patients. *Proceedings* 2017;30(1):112-113.

Pedras S, Vilhena E, Carvalho R, Pereira MG. Psychosocial adjustment to a lower limb amputation ten months after surgery. *Rehabilitation Psychology*, 2018;63(3):418–430.

Pestilci Z, Sergin D, Alper I, Kocabaş S, Ulukaya S, Aşkar FZ. Fast-track kardiyak anestezi postoperatif sedasyon için propofol ve deksmedetomidinin karşılaştırılması. *GKDAYB Dergisi*, 2015;21(1):8-15.

Philbin TM, Berlet GC, Lee TH. Lower-extremity amputations in association with diabetes mellitus. *Foot and ankle clinics*, 2006;11(4):791-804.

Polsky D, Doshi JA, Marcus S, Rabin C, Leventhal H, Goodin S, Fletcher B. Coping.

- Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine, 2019;165:114.
- Rau J, Ehlebracht-König I, Petermann F. Einfluss einer Motivationsintervention auf die Bewältigung chronischer Schmerzen. *Schmerz* 2008;22:575–585.
- Robinson V, Sansam K, Hirst L, Neumann V. Major lower limb amputation what, why and how to achieve the best results. *Orthopaed Trauma*. 2010;24:276-85.
- Robinson C, Pond R. Do online support groups for grief benefit the bereaved? Systematic review of the quantitative and qualitative literature. *Computers in Human Behavior*, 2019; 100:48-59.
- Rollnick S, Miller WR, Butler CC, Aloia MS. Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2008;5(3):203.
- Rosenfeld LB, Richman JM. Developing effective social support: Team building and the social support process. *Journal of Applied Sport Psychology*, 1997;9(1):133-153.
- Roy C. The Roy adaptation model. 3rd ed, New Jersey Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall Health; 2009:35–50.
- Rubak S, Sandbek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British journal of general practice*, 2005;55(513):305-312.
- Salehzadeh M, Kalantari M, Molavi H, Najafi MR, Ebrahimi A. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression in Intractable Patients, *Adv CognSci*, 2010;12(2):59-68.
- Saka E. Alt Ekstremitte Amputasyonu Sonrası Kronik Ağrı İnsidansı ve Perioperatif Analjezi Yöntemiyle İlişkisi, İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul. 2016.
- Sarason BR, Sarason IG, Hacker TA, Basham RB. Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness, and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1985;49(2):469.

- Sassen B. Nursing: Health Education and Improving Patient Self-Management. Hollanda: Springer, 2018:70-79.
- Schumacher JA, Madson MB. Fundamentals of Motivational Interviewing: Tips and Strategies for Addressing Common Clinical Challenges. New York: Oxford University Press, 2014:11-70.
- Sjöling M, Lundberg K, Englund E, Westman A, Jong CM. Effectiveness of motivational interviewing and physical activity on prescription on leisure exercise time in subjects suffering from mild to moderate hypertension. BMC Research Notes, 2011;4:352.
- Shakiba M, Navaee M, Hassanzei Y. The effect of motivational interviewing on attitude and practice about type of delivery in primigravid women requesting elective cesarean section referring to comprehensive health services centers. J Educ Health Promot. 2020;9:37.
- Sinha R, Heuvel WJA, Arokiasamy P. Factors affecting quality of life in lower limb amputees. Prosthet Orthot Int, 2011;35: 90.
- Spoden M, Nimptsch U, Mansky T. Amputation rates of the lower limb by amputation level—observational study using German national hospital discharge data from 2005 to 2015. BMC health services research. 2019;19(1):8.
- Stinson JD, Clark MD. Motivational Interviewing with Offenders: Engagement, Rehabilitation, and Reentry. New York: Guilford Publications, 2017:15-199.
- Stonner MM, Mackinnon S, Kaskutas V. Predictors of disability and quality of life with an upper-extremity peripheral nerve disorder. American Journal of Occupational Therapy. 2017;71(1):1-8.
- Stuart GW. Principles and Practice of psychiatric nursing. 2013:189-219.
- Stutts LA, Bills SE, Erwin SR, Good JJ. Coping and posttraumatic growth in women with limb amputations. Psychology, health & medicine, 2015;20(6):742-752.
- Sümer A, Onur E, Altınlı E, Çelik A, Çağlayan K, Köksal N. Alt Ekstremitte Amputasyonlarında Klinik Deneyimlerimiz. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi,

2008;15(3):187-190.

Szczekala K, Wiktor K, Kanadys K, Wiktor H. Benefits of motivational interviewing application for patients and healthcare professionals. *Polish Journal of Public Health*, 2018;128(4):170-173.

Şengün F, Öner Altıok H, Üstün B. Kanıta dayalı bir uygulama: psikoeğitim. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2011;27(3):66-74.

Şimsek N, Küçük Öztürk G, Nahya ZN. The Mental Health of Individuals With Post-Traumatic Lower Limb Amputation: A Qualitative Study. *Journal of Patient Experience*, 2020:1-6.

Şirzai H, Köseoğlu BF, Kılınç G, Özel S. Amputasyon sonrası işe başlama. *Türk J Phys Med Rehab*. 2016;1(62):22-7.

Şükür E, Uyar AÇ, Özdemir U, Gökçen HB, Çiçekli O, Topçu HN. The evaluation of the relation among age, amputation levels and the revisions. *Medeniyet Medical Journal*, 2018;33(1):10-16.

Tan MLM, Feng J, Gordois A, Wong ESD. Lower Extremity Amputation Prevention in Singapore: Economic Analysis of Results. *Singapore Medical Journal*, 2011;52(9):662-668.

Tea C. Postoperative nursing management. In: Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, eds. *Brunner&Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2010:8-461.

Thamilselvam P, Vinothkumar R, Singh S. Surgical wound care. *JOJ Nurse Health Care*, 2017;2(3):1-5.

Topuz S, Ülger Ö, Şener G. Diz Altı Amputelerde Türkiye’de Sıklıkla Kullanılan Protez Ayakların Yürüyüş ve Ambulasyon Aktiviteleri Üzerine Etkisi. *Fizyoter Rehabil*, 2016;21(1):27-34.

Tough H, Siegrist J, Fekete C. Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC Public Health*, 2017;17(1):414-32.

Tükenmez M, Çekin T, Karataş C, Perçin S, Tezeren G. Diyabetik ayakta alt ekstremit

- amputasyonları. CÜ tıp fakültesi dergisi, 2005;3:4-100.
- Tümkiye S. Öğretmenlerin tükenmişlik düzeyleri ve kullandıkları başa çıkma davranışları. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2016;2(11):26-36.
- Uzun A, Diken A, Hanedan O, Çiçek ÖF, Yalçınkaya A, Özsoy H, Lafçı G. Amputasyon adayı diyabetik ayakların revaskülarizasyonu. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 2013;21(4):944-949.
- Van der Oord S, Bögels S, Peijnenburg D, Vidrine J, Spears C, Heppner W, Walsh R, et al. Motivational interviewing. Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. 2019;21(5):288-293.
- Van Nes M, Sawatzky JAV. Improving cardiovascular health with motivational interviewing: A nurse practitioner perspective. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 2010;22(12):654-660.
- Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar.1. Basım, İstanbul, Esen Ofset, 2012:319-35.
- Verano JW, Anderso LS, Franco R. Foot Amputation by The Moche Of Ancient Peru: Osteological Evidence And Archaeological Context. International Journal of Osteoarchaeology, 2000;10:177–188.
- Virani A, Werunga J, Ewashen C, Green T. Caring For Patients With Limb Amputation. Nursing Standard, 2015;30(6):51-58.
- Yangöz ŞT, Özer Z. Watson İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Motivasyonel Görüşmenin Ve Eğitiminin Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Tedaviye Uyumuna, Memnuniyetine ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
- Yao K, Bae L, Yew WP. Post-operative wound management. Aust Fam Physician, 2013;42(12):867-70.
- Yıldırım N, Karaca A, Cangur S, Acikgoz F, Akkus D. The relationship between stress, stress coping, self-esteem, social support, and health status among nursing in Turkey: A structural equation modeling approach. Nurse Educ Today.

2017;48:33-39.

Yıldız E, Aylaz R. How Counseling Based on Acceptance and Commitment Therapy and Supported with Motivational Interviewing Affects Levels of Functional Recovery in Patients: A Quasi-Experimental Study. *Clinical nursing research*, 2020; 1054773820935592.

Yılmaz M, Yaman Z, Erdoğan S. Öğrenci hemşirelerde stres yaratan durumlar ve baş etme yöntemleri. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017;10(2):88-99.

Zamani-Alavijeh F, Dehkordi FR, Shahry P. Perceived social support among students of medical sciences. *Electronic physician*, 2017;9(6),4479.

Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 1988;52(1):30-41.

Zuckerman M, Gagne M. The COPE revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies. *Journal of Research in Personality*, 2003;37(3):169-204.

Zuhur G, Özpancar N. Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2017;19(2):57-74.

Wagner Jr F. Management of the diabetic-neurotrophic foot. Part II. A classification and treatment program for diabetic, neuropathic, and dysvascular foot problems. *Instr Course Lect*, 1979;28:143-165.

Warmuz A, Szeliga D, Krzemień G, Stemplewska B, Witanowska J. Rehabilitation of patients after lower limb amputation as a basic element of adaptation to normal life. *Wiadomosci lekarskie*, 2014;57:331-334.

Waters R, Perry J, Antonelli D, Hislop H. Energy cost of walking of amputees: the influence of level of amputation. *J Bone Joint Surg Am*, 1976;58(1):42-46.

Westra HA. *Motivational Interviewing in the Treatment of Anxiety*. New York: Guilford Press; 2012::67-122.

Wiegerink D, Roebroek ME, Donkervoort M, Kettenis C, Peggy T, Stam HJ. Social, Intimate and Sexual Relationships of Adolescents with Cerebral Palsy Compared

with Able-Bodied Age-Mates. Journal of Rehabilitation Medicine, 2008;40(2):112-118.

Witso E, Ronningen H. Lower limb amputations: registration of all lower limb amputations performed at the University Hospital of Trondheim, Norway, 1994-1997. Prosthet Orthot Int, 2001;25:181-5.



EK-I. TANITICI BİLGİ FORMU

Hastanın Adı Soyadı:

İletişim Bilgileri:

Çalışma grubu: Deney ()

Kontrol ()

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

3. Medeni Durumunuz: 1.Evli 2.Bekar

4. Eğitim Durumunuz: 1.Okur Yazar Değil 2.İlköğretim 3. Lise ve üstü

5. Gelir düzeyiniz: 1.Gelir giderden az 2.Gelir gidere denk 3.Gelir giderden fazla

6. Çalışma Durumu 1. Çalışan 2. Çalışmayan

7. Aile tipi: 1. Geniş Aile 2. Çekirdek Aile 3. Yalnız

8. Hangi kronik (*uzun süreli*) hastalığa sahipsiniz? (Birden fazla varsa yazabilirsiniz)

.....

9. Kaç yıldır yukarıda belirttiğiniz hastalığa / hastalıklara sahipsiniz?

.....

10. Bacağınızı kaybetmenizin sizi ruhsal açıdan olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?

1.Evet 2. Hayır

11. Bacağınızı kaybetmenizin aile yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

1.Evet 2. Hayır

12. Bacağınızı kaybetmenizin sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

1.Evet 2. Hayır

13. Bacağınızı kaybetmenizin iş yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

1.Evet 2. Hayır

14. Bacağınızı kaybetmenizin cinsel yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

1.Evet 2. Hayır

15. Daha önce hiç psikiyatrik danışmanlığa ve psikolojik desteğe ihtiyaç duydunuz mu?

1.Evet 2. Hayır

16. Yukardaki sorunu cevabı evet ise hangi durumlarda duyduğunuzu yazınız.

.....

EK-II. BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI ÖLÇEĞİ (COPE-R)

Her sorunun karşısında bulunan; <i>(1) - Asla Böyle Yapmam (2) - Çok az böyle yaparım, (3) - Böyle yaparım, (4) - Çoğunlukla Böyle yaparım</i> anlamına gelmektedir. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.	Asla Böyle Yapmam	Çok Az Böyle Yaparım	Böyle Yaparım	Çoğunlukla Böyle Yaparım
1.Duygularımı ifade etmek için zaman ayırıyorum.	1	2	3	4
2. Duygularımı - hislerimi açığa vurmaya çalışırım.	1	2	3	4
3.Duygularımı başkalarıyla tartışırım.	1	2	3	4
4.Arkadaşılarımdan veya akrabalarımdan duygusal destek almaya çalışırım.	1	2	3	4
5. Ne hissettiğimi birileriyle paylaşıyorum.	1	2	3	4
6. Bir durumla ilgili daha fazla bilgi almak için birileriyle konuşurum.	1	2	3	4
7. Bütün gücümle yaptığım işe yoğunlaşıyorum.	1	2	3	4
8. Problemi çözümlemek için farklı yolları denerim.	1	2	3	4
9.Problemin üstesinden gelebilmek için hemen harekete geçerim.	1	2	3	4
10.Bir şeyler yapacağım zaman adım adım ilerlerim.	1	2	3	4
11. Yapacağım işle ilgili bir strateji belirlemeye çalışırım.	1	2	3	4
12. Adımlarımı düşünerek atarım.	1	2	3	4
13. Yaptığım işe başka şeylerin engel olmasını önlemek için yoğun çaba harcarım	1	2	3	4
14.Her durumda iyimser olmaya çalışırım.	1	2	3	4
15.Her ne üzerinde çalışırsam çalışayım olumlu duygularla yola çıkarım.	1	2	3	4
16.Bir şeyler kötü gözükse bile yaptığım işe olumlu bakmaya devam ederim.	1	2	3	4
17. Yeni fikirlere çabuk uyum sağlarım.	1	2	3	4
18. Ortaya çıkan durumun gerçekliğini kabullenirim.	1	2	3	4
19.Bir şeyi daha olumlu göstermek için onu başka bir açıdan görmeye çalışırım.	1	2	3	4
20. Önemsemediğim başka bir şeyler bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
21.Kendime “bu durumun gerçek olmadığını” söylerim.	1	2	3	4
22.Ortaya çıkan durum gerçekten olmamış gibi	1	2	3	4

davranırım.				
23. Ortaya çıkan durumla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemeyi bırakırım.	1	2	3	4
24. İstedğim şeyi almak için girişimde bulunmam.	1	2	3	4
25. Başıma gelen bir işle ilgili başkalarını veya başka bir şeyi suçlarım.	1	2	3	4
26. Her şeyi unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
27.Kendimi suçlarım.	1	2	3	4
28.Problemin kaynağı olarak kendimi görürüm.	1	2	3	4
29. Kendimi eleştirir veya azarlarım.	1	2	3	4
30. Bana sorun yaşatan şey zihnimi sürekli meşgul eder.	1	2	3	4
31.Bir problemi takıntı yapıp tekrar tekrar onu yaşarım.	1	2	3	4
32. Problemimi sürekli kara kara düşünürüm.	1	2	3	4

EK-III. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz.								
1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

EK-IV. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

BİLGİLENDİRME - MÜDAHALE GRUBU

Sayın gönüllü,

Bu çalışma, kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışma sürecinde başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek düzeylerinizin değerlendirilmesi yapılacak ve motivasyonel görüşme temelli danışmanlık sonrası izlenecektir. Çalışmaya kaynak taraması yapılarak oluşturulmuş tanıtıcı bilgi formunun, başa çıkma tutumları ölçeği ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin doldurulmasıyla başlanacaktır. Tanıtıcı bilgi formunda sosyo-demografik özelliklerinize (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu), kronik hastalığınıza ve ruhsal durumunuza ilişkin sorular yer almaktadır. Motivasyonle görüşme temelli danışmanlık planına göre belirlenen günlerde 4 görüşmeden oluşan danışmanlık verilecektir. Danışmanlık sonrası 3. Ayda başa çıkma tutumları ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği yeniden uygulanarak ikinci bir değerlendirme yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Başlangıçta kabul edip daha sonra fikir değiştirip, hiçbir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Böyle bir durumda size gösterilen tıbbi özende bir değişme olmayacaktır. Elde edilen veriler bilimsel amaç için toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Bilgilendirmeyi yapan

Tarih:

İmza:

Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tel:

GÖNÜLLÜ OLURU

Aşağıda imzası bulunan ben Çalışma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlı kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Çalışmaya katılmayı başlangıçta kabul edip sonradan vazgeçme gibi bir seçim şansımın olduğu bana söylenmiştir. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunda yer alan bilgileri okudum.

Tarih:

Gönüllünün Adı Soyadı:

İmza:

EK-V. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

BİLGİLENDİRME - KONTROL GRUBU

Sayın gönüllü,

Bu çalışma, kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışma sürecinde başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek düzeylerinizin değerlendirilmesi yapılacak ve herhangi bir müdahalede bulunulmayacaktır. Çalışmada kaynak taraması yapılarak oluşturulmuş tanıtıcı bilgi formu, başa çıkma tutumları ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği uygulanacaktır. Tanıtıcı bilgi formunda sosyo-demografik özelliklerinize (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu), kronik hastalığınıza ve ruhsal durumunuza ilişkin sorular yer almaktadır.

Bu çalışmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Başlangıçta kabul edip daha sonra fikir değiştirip, hiçbir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Böyle bir durumda size gösterilen tıbbi özende bir değişim olmayacaktır. Elde edilen veriler bilimsel amaç için toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Bilgilendirmeyi yapan

Tarih:

İmza:

Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tel:

GÖNÜLLÜ OLURU

Aşağıda imzası bulunan ben çalışma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlı kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Çalışmaya katılmayı başlangıçta kabul edip sonradan vazgeçme gibi bir seçim şansımın olduğu bana söylenmiştir. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunda yer alan bilgileri okudum.

Tarih:

Gönüllünün Adı Soyadı:

İmza:

EK VI: AKADEMİK KURUL KARARI

T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI
AKADEMİK KURUL KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
21.05.2019	2019 /03	03

Anabilim Dalı Akademik Kurulu 21.05.2019 Salı günü saat 10.00' da Anabilim Dalı Başkanı Doç.Dr.Salime MUCUK başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

Anabilim Dalımız Doktora Öğrencisi Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK'ün "**Kronik Hastalığa Bağlı Amputasyon Olan Bireylere Verilen Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın Başa Çıkma Tutumları ve Algılanan Sosyal Destek Üzerine Etkisi**" isimli çalışmayı Dr.Öğr.Üyesi Nuray ŞİMŞEK danışmanlığında yapmasına oy birliği ile karar verildi.

Öğretim Üyesi	Görevi
Doç.Dr.Salime MUCUK	Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Sultan TAŞCI	Üye
Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER	Üye
Doç. Dr. Emine ERDEM	Üye
Doç. Dr. Handan ZİNCİR	Üye
Dr.Öğr.Üyesi. Nuray ŞİMŞEK	Üye
Dr.Öğr.Üyesi. Özlem CEYHAN	Üye
Dr.Öğr.Üyesi. Sevil BİÇER	Üye

EK VII: ETİK KURUL KARARI

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011 - KAEK-80)									
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU									
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI			Kronik Hastalığa Bağlı Amputasyon Olan Bireylere Verilen Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın Başa Çıkma Tutumları ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerine Etkisi						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
DEĞERLEN DIRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası		Dili				
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ				Türkçe	İngilizce		Diğer	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe	İngilizce		Diğer	
	OLGU RAPOR FORMU				Türkçe	İngilizce		Diğer	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe	İngilizce		Diğer	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama							
	SİGORTA								
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ								
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU								
	İLAN								
	YILLIK BİLDİRİM								
	SONUÇ RAPORU								
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ								
DİĞER									
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2019/496		Tarih : 10.07.2019						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI			Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu						
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI			Prof. Dr. Sema Kader KÖSE						
Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma ile İlişki			Katılım (*)	
Prof. Dr. Sema Kader KÖSE	Tıbbi Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E	K	x	E	H	x	H
Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK	Halk Sağlığı	E.Ü. Tıp Fak.	E	x	K		E	H	x
Prof. Dr. Murat SİPAHOĞLU	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E	x	K		E	H	x
Prof. Dr. Güven KAHRİMAN	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	x	K		E	H	x
Doç. Dr. Yusuf SEVİM	Genel Cerrahi	Kayseri Eğitim Hast.	E	x	K		E	H	x
Doç. Dr. Emin Murat CANGER	Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi	E.Ü. Diş Hek. Fak.	E	x	K		E	H	x
Doç. Dr. Mehmet DOLANBAY	Kadın Hast. ve Doğum	E.Ü. Tıp Fak.	E	x	K		E	H	x
Doç. Dr. Fatih KARDAŞ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E	x	K		E	H	x
Doç. Dr. Serpil TAHERİ	Tıbbi Biyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E		K	x	E	H	x
Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	x	K		E	H	x
Doç. Dr. Gökmen ZARARSIZ	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E	x	K		E	H	x
Dr. Öğr. Üyesi Kemal Erdem BAŞARAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	x	K		E	H	x
Av. Serhat ÜSTÜNEL	Avukat	Hukuk Müşaviri	E	x	K		E	H	x
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E		K	x	E	H	x
Sevtap KOÇER	Sivil Üye	Serbest	E		K	x	E	H	x

* Toplantıda Bulunma

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011- KAEK-80)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI

Kronik Hastalığa Bağlı Amputasyon Olan Bireylere Verilen Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın Başa Çıkma Tutumları ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerine Etkisi

VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ETİK KURULUN ADI ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ
TELEFON 0 352 437 49 10 - 11
FAXS 0 352 437 52 85
E-POSTA sukriye@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI

UNVANI / ADI / SOYADI

Dr. Öğr. Üyesi Nuray Şimşek

KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI

Ruh Sağlığı ve Hastalığı Hemşireliği

KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi , Kayseri

VARSA İDARİ SORUMLU ÜNVANI/ ADI SOYADI

DESTEKLEYİCİ

PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVAN/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)

DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ

ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ

FAZ 1

FAZ 2

FAZ 3

FAZ 4

Gözlemsel ilaç çalışması

Tıbbi cihaz klinik araştırması

In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları

İlaç dışı klinik araştırma

Diğer ise belirtiniz

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Doktora Tezi

ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER

TEKMERKEZ ☐

ÇOKMERKEZ ☒

ULUSAL ☒

ULUSLARARASI ☐

EK VIII: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ



ölçek izin.pdf



09.04.2021

Posta - Gülhan Küçük Öztürk - Outlook



Tümü



ersanlı



Şimdi Topla



Yeni ileti



Sil



Arşivle



Gereksiz



Taşı



Kategorilere Ayır



Sık Kullanılanlar



COPE-R Ölçeği Hakk.



2



Klasörler



Gelen Kutusu 2



Gereksiz E-... 183



Taslaklar



Gönderilmiş Öğ...



Silinmiş Öğ... 47



Arşiv



Notlar

Conversation Hi...

Junk

RSS Feeds

Unwanted

Yeni klasör



Gruplar

Yeni grup

AD



Başa Çıkma Tutumlarını Değe...
82 KB

2 ek (917 KB)

Tümünü indir

Tümünü OneDrive'a kaydet

Gülhan Hocam Merhaba,

Prof. Dr. Kurtman ERSANLI Hocam ile birlikte Türkçe'ye uyarladığımız "Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğini - COPE-R" çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği, puanlamasını, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını vs. ekte gönderiyorum. Ölçek ile ilgili sormak istediğiniz bir husus olursa her zaman yardımcı olmaya çalışırım. Ancak çalışmanızdan elde edeceğiniz sonuçlardan haberdar ederseniz sevinirim. İyi çalışmalar dilerim, kolay gelsin

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Nuri DİCLE

EK IX: KURUM İZİNLER

11 - - - 06 Tarih: 17/05/2019 Prof.Dr. Mahmut Argün Prof.Dr.C. Yıldırım Türk, Prof.Dr. met Halici, Prof.Dr. Ahmet Güney ..Dr.İbrahim H. Kafadar, Doç.Dr. rahim Karaman	Gülhan Küçük Öztürk Doktora Tez Çalışması
KARAR	
17.05.2019 Tarihinde yapılan akademik kurul toplantısında; İzmir İktisadi ve Sosyal Üniversitesi Söğüt Bilimleri Enstitüsü Doktora Öğrencisi uzatma süreci Gülhan Küçük Öztürk'ün "Kronik Hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek düzeylerine etkisi" adlı çalışmasını anabilim dalımızda doktora tez çalışması olarak yapması uygun görülmüştür.	

22.05.2019

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Enstitünüzün 4024741701 numaralı Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK adlı doktora öğrencisinin yapmayı planladığı **“kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal destek düzeylerine etkisi”** isimli doktora tez çalışmasının Kayseri Şehir Hastanesi ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yapılması uygundur.

Klinik Eğitim Sorumlusu / Klinik Sorumlusu

EK X: KURS KATILIM BELGESİ

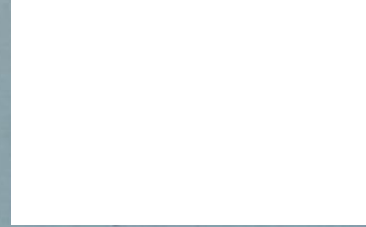
Katılım Belgesi

Sayın Gülhan Küçük Öztürk

23 Kasım 2018 tarihinde İstanbul'da yapılan
8 saatlik "Motivasyonel Görüşme Tekniği"
Eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla

Prof. Dr. Kültegin Ögel
Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğiticisi



EK XI:İNTİHAL RAPORU

KRONİK HASTALIĞA BAĞLI AMPUTASYON OLAN BİREYLERE VERİLEN MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEMELLİ DANIŞMANLIĞIN BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNE ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 7	% 7	% 2	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080	%1
İnternet Kaynağı		
2	acikerisim.nevsehir.edu.tr	%1
İnternet Kaynağı		
3	www.phdernegi.org	%1
İnternet Kaynağı		
4	acikerisim.sinop.edu.tr:8080	%1
İnternet Kaynağı		
5	sagens.erciyes.edu.tr	<%1
İnternet Kaynağı		
6	nek.istanbul.edu.tr:4444	<%1
İnternet Kaynağı		
7	dergipark.org.tr	<%1
İnternet Kaynağı		
8	mersin.mitosweb.com	<%1
İnternet Kaynağı		

9	eyh.aile.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
10	multicongress.net İnternet Kaynağı	<% 1
11	acikerisim.ybu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
12	paperity.org İnternet Kaynağı	<% 1
13	acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
14	es.scribd.com İnternet Kaynağı	<% 1
15	ijopab.com İnternet Kaynağı	2/3 <% 1
16	sssjournal.com İnternet Kaynağı	<% 1
17	wcssr.org İnternet Kaynağı	<% 1
18	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	<% 1
19	www.tevak.org İnternet Kaynağı	<% 1
20	ŞENGÜL, Sevgi and BAYKAN, Hayriye. "Zihinsel engelli çocukların annelerinde depresyon,	<% 1

anksiyete ve stresle başa çıkma tutumları",
Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2013.

Yayın

- | | | |
|----|--|------|
| 21 | issuu.com
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 22 | www.slideshare.net
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 23 | ASLANB, Fatma ETİ and BÜYÜKÇAMSARI,
Nurşah. "Cerrahi Hemşirelerinin Yaşam
Bulgularını Değerlendirme ve Klinik Karar
Verme Durumlarının İncelenmesi", Ortadoğu
Reklam Tanıtım Yayıncılık Turizm Eğitim İnşaat
Sanayi ve Ticaret A.Ş., 2018.
Yayın | <% 1 |
| 24 | www.turkailehekderg.org
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 25 | zgefdergi.com
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 26 | acikerisim.aku.edu.tr:8080
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 27 | dspace.ankara.edu.tr
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 28 | www.researchgate.net
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 29 | 1pdf.net
İnternet Kaynağı | <% 1 |

EK XII: MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEMELLİ DANIŞMANLIĞIN AŞAMALARI

Müdahaleyi yapan kişi:	Gülhan Küçük Öztürk / Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Öğrencisi
Süre:	40-50 Dakika
Yer:	Hastanedeki Görüşme Odaları
Genel Amaç	H₀₁: Kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın başa çıkma tutumlarının arttırılmasına etkisi yoktur. H₁₁: Kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın başa çıkma tutumlarının arttırılmasına etkisi vardır. H₀₂: Kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın algılanan sosyal destek düzeylerinin arttırılmasına etkisi yoktur. H₁₂: Kronik hastalığa bağlı amputasyon olan bireylere verilen motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın algılanan sosyal destek düzeylerinin arttırılmasına etkisi vardır.
<u>1.MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEMELLİ DANIŞMANLIK 1. GÖRÜŞME</u>	
Amaç	Amputasyon ile ilgili duygu, düşünce ve davranışlarının öğrenilmesi, Bireyde amputasyonun fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığına etkisini sorgulamasını sağlamak
Hedef Davranışlar	1. Bireyin amputasyon sonrasındaki duygularındaki değişikliklerinden 3 tanesini sayabilmesi 2. Bireyin amputasyon sonrasındaki düşüncelerindeki değişikliklerinden 3 tanesini sayabilmesi 3. Bireyin amputasyon sonrasındaki davranışlarındaki değişikliklerinden 3 tanesini sayabilmesi 4. Birey amputasyonun fiziksel sağlığına etkisini açıklayabilmesi 5. Birey amputasyonun ruhsal sağlığına etkisini açıklayabilmesi 6. Birey amputasyonun sosyal sağlığına etkisini açıklayabilmesi
Öğretme Yöntem ve Teknikleri	Anlatım, soru-cevap, video gösterimi, tartışma

Eğitim Araç ve Gereçleri	Kağıt, farklı renkte boyalı kalemler, yazı tahtası, projeksiyon cihazı, dizüstü bilgisayar, sunum.
İşleyiş	Bireyi motive etmek için öncelikle tanışılarak danışmanlık sürecinin içeriğinden bahsedilecektir. Amputasyon yerinin durumu değerlendirilecektir. Amputasyonun önemi ve tedavisinde yer alması gerekenler hakkında konuşulacaktır. Amputasyon olan bireylerin (örnek vakalar) yaşamındaki değişikliklerden hakkında kısa bilgi verilecektir. Bireyden amputasyon sonrası kendi yaşamında neler hissettiğine yönelik duygularını ifade etmesi istenecektir. Amputasyon sonrası neler düşündüğüne yönelik düşüncelerini ifade etmesi istenecektir. Amputasyon sonrası yaşamındaki değişen davranışları ifade etmesi istenecektir. Amputasyona ilişkin algıladığı olumlu – olumsuz durumları ifade etmesine fırsat tanınacak, + - çizelgesine yazması istenecek. Amputasyonun fiziksel sağlığına etkisi ve sonuçları durumunda neler yaptığını bir kağıda yazması istenecektir. Teker teker tartışılacaktır. Amputasyonun ruhsal sağlığına etkisi ve sonuçları durumunda neler yaptığını bir kağıda yazması istenecektir. Teker teker tartışılacaktır. Amputasyonun sosyal sağlığına etkisi ve sonuçları durumunda neler yaptığını bir kağıda yazması istenecektir. Teker teker tartışılacaktır. Bir sonraki görüşme zamanı belirlenerek görüşme sonlandırılacaktır.

2.MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEMELLİ DANIŞMANLIK 2. GÖRÜŞME

Amaç	Bireyin amputasyon öncesinde ve sürecindeki kullandığı başa çıkma tutumlarını ve algılanan sosyal destek düzeylerini sorgulamasını sağlamak, Amputasyon sonrasında olumlu başa çıkma tutumlarını ve sosyal desteklerini kullanmaya niyetlenmesini sağlama
Hedef Davranışlar	1. Bireyin başa çıkma tutumlarının ne olduğunu açıklayabilmesi 2. Bireyin amputasyon öncesinde ve sürecinde kullandığı başa çıkma tutumlarını açıklayabilmesi 3. Bireyin amputasyon öncesinde ve sürecinde kullandığı olumlu-olumsuz başa çıkma tutumlarından 3 tanesini sayabilmesi 4. Amputasyon sonrası süreç için bireye sunulan alternatif başa çıkma tutumlarından kendisine uygun olan en az 3 tane daha başa çıkma tutumu ifade edebilmesi, 5. Bireyin algılanan sosyal desteğin ne olduğunu açıklayabilmesi 6. Bireyin amputasyon öncesinde ve sürecinde algıladığı sosyal desteklerini söylebilmesi 7. Amputasyon sonrası süreçte bireyin algıladığı sosyal desteklerin alternatiflerinin olup olması konusunda yeni fikirlerini belirtebilmesi
Öğretme Yöntem ve Teknikleri	Anlatım, soru-cevap, tartışma, Sunum
Eğitim Araç ve Gereçleri	Kağıt, farklı renkte boyalı kalem, yazı tahtası, projeksiyon cihazı, dizüstü bilgisayar, sunum.
İşleyiş	Bireyi motive etmek için öncelikle ilk görüşmeden sonraki süreçte nasıl olduğu, neler yaptığı ve nasıl hissettiğine yönelik değerlendirilecektir. Baş a çıkma tutumları denildiğinde ne anladığı sorulur. Cevabı doğrultusunda baş a çıkma tutumlarının ne olduğu hakkında kısa bilgi verilecektir. Bilgilendirme sonrası, amputasyon sürecinde ne tür zorlanma yaşadığını anlatması istenecektir. Devamında amputasyon sürecinde ne tür bir zorlanma yaşadığı ve bu durumda hangi baş a çıkma tutumlarını kullandığını yazması istenecektir. Amputasyon sürecinde duygu düşünce ve davranışlarına yönelik kullandığı baş a çıkma tutumlarını sınıflaması konusunda bireyden

	eşleştirme yapması istenecektir. Eşleştirme sonrası kağıtta yazan amputasyon sürecinde kullandığı başa çıkma tutumlarının etkinliği bireyle tartışılacaktır. Danışmanlık esnasında alternatif başa çıkma tutumları hakkında konuşulur ve bireyin kendisine uyan başa çıkma tutumlarını belirleyip bir sonraki görüşmede söylemesi istenecektir. Algılanan sosyal destek denildiğinde ne anladığı sorulacaktır. Cevabı doğrultusunda sosyal desteğin ne olduğu hakkında bilgi verilecektir. Amputasyon öncesinde ve sürecinde varolan sosyal desteklerinin kim ve neler olduğunu düşünmesi istenir. Kağıda yazması istenecektir. Devamında kağıda yazdığı sosyal desteklerin kendisine nasıl bir destek sunduğu tartışılacaktır. Amputasyon sonrasında alternatif sosyal desteklerin neler olabileceği konusundan düşünmesi ve bir sonraki görüşmeye kağıda yazarak getirmesi istenecektir. Bir sonraki görüşme zamanı belirlenerek görüşme sonlandırılacaktır.
--	--

<u>3.MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEMELLİ DANIŞMANLIK 3. GÖRÜŞME</u>	
Amaç	Amputasyon sonrası değişime yönelik direnç ve ambivalan belirlenerek başa çıkma tutumlarını ve sosyal desteklerini kullanmaya hazırlanmasını sağlama
Hedef Davranışlar	1. Bireyin değişime yönelik direncin ne olduğunu ifade etmesi 2. Bireyin değişime yönelik ambivalansını açıklayabilmesi 3. Bireyin alternatif başa çıkma tutumlarından 3 tanesini sayabilmesi 4. Bireyin alternatif sosyal desteklerden 3 tanesini sayabilmesi 5. Bireyin alternatif başa çıkma tutumlarını ve sosyal desteklerini kullanabileceğini ifade etmesi
Öğretme Yöntem ve Teknikleri	Anlatım, soru-cevap, tartışma, sunum
Eğitim Araç ve Gereçleri	Kağıt, farklı renkte boyalı kalem, yazı tahtası, projeksiyon cihazı, dizüstü bilgisayar, sunum.

İşleyiş	Bireyi motive etmek için öncelikle ikinci görüşmeden sonraki süreçte nasıl olduğu, neler yaptığı ve neler düşündüğüne yönelik durumu değerlendirilecektir. Amputasyon sonrası bireyin alternatif başa çıkma tutumları ve algıladığı sosyal destek düzeyleri konusundaki gösterdiği gelişme geri bildirim olarak verilecektir. Amputasyon sonrası değişim konusunda ne düşündüğünü ifade etmesi için açık uçlu sorular sorulup, cevaplama için cesaretlendirilip yansıtma dinleme yapılacaktır. Amputasyon sonrası değişimin olumlu ve olumsuz yönlerini renkli + - kağıdına yazması istenecektir. Amputasyon sonrası değişimin olumlu olumsuz taraflarının etkisi açık uçlu sorularla teker teker tartışılacaktır. Yansıtma dinleme yapılacaktır. Bireyin alternatif başa çıkma tutumlarından belirttiği yöntemlerin kendisine uygunluğu hakkında tartışılacaktır. Bu konuda bir direnç varsa destekleyici yüzleştirme yapılacaktır. Yansıtma dinleme yapılacaktır. Bireyin bu yöntemleri değerlendirmesi ve kendisi için uygun olan alternatif yöntemlerin kullanılabilirliğine karar vermesi sağlanacaktır. Karar vermesi için cesaretlendirilir. Bireyin kendisi için uygun olan alternatif başa çıkma tutumlarının kullanılabilirliğine karar verdikten sonra ne zaman / ne kadar süre sonra kullanabileceği değerlendirilecektir. Amputasyon sonrası süreçte bireyin kağıda yazdığı alternatif sosyal desteklerini teker teker tartışılacaktır. Amputasyon sonrası süreçte bireyin kağıda yazdığı alternatif sosyal desteklerinden nasıl yararlanabileceğini tartışılacaktır. Bireyin kendisi için uygun olan alternatif sosyal destek sistemlerinin kullanılabilirliğine karar vermesi sağlanacaktır. Bireyin kendisi için uygun olan alternatif sosyal destek sistemlerinin kullanılabilirliğine karar verdikten sonra ne zaman / ne kadar süre sonra kullanabileceği değerlendirilecektir. Bir sonraki görüşme zamanı konuşularak görüşme sonlandırılacaktır.
----------------	--

4.MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEMELLİ DANIŞMANLIK 4. GÖRÜŞME

Amaç	Eylem başlamıştır. Bireyin değişim ve gelişmelerin desteklenmesi
Hedef Davranışlar	1. Bir önceki görüşmede amputasyon sonrası süreç için kullanmaya karar verdiği alternatif başa çıkma tutumlarından ve algıladığı sosyal desteklerden hangilerini kullandığını söylemesi 2. Amputasyon sonrası kullandığı alternatif başa çıkma tutumlarından ve algıladığı sosyal desteklerden ne tür yarar gördüğü konusunda 3 tane örnek verebilmesi 3. Amputasyon sonrası süreç için karar verilen ancak kullanılamayan başa çıkma tutumlarının ve algıladığı sosyal desteklerin hangileri olduğunu söyleyebilmesi 4. Amputasyon sonrası süreçte kullanılamayan alternatif başa çıkma tutumlarını ve algıladığı sosyal destekleri kullanma konusunda ne tür zorlanma yaşadığını ifade edebilmesi 5. Bu tür zorlanma karşısında yapabileceklerine 3 örnek verebilmesi 6. Amputasyon sonrası süreçte başa çıkma tutumlarının ve sosyal destek düzeyinin arttığını ifade etmesi 7. Amputasyon sonrası süreçte başa çıkma tutumlarının ve sosyal destek düzeyinin arttığının gözlenmesi
Öğretme Yöntem ve Teknikleri	Anlatım, soru-cevap, tartışma, sunum
Eğitim Araç ve Gereçleri	Kağıt, farklı renkte boyalı kalem, yazı tahtası, projeksiyon cihazı, dizüstü bilgisayar, sunum.
İşleyiş	Amputasyon sonrası bireyde artık başa çıkma tutumları ve algıladığı sosyal desteklerine ilişkin değişim eylemi başlamıştır. Bu görüşmede birey desteklenecektir. Amputasyon sonrası bireyin kullanmaya karar verdiği alternatif başa çıkma tutumlarından ve algıladığı sosyal desteklerden hangilerini kullandığını söylemesi istenecektir. Kullanma durumunun önemi vurgulanacaktır. Amputasyon sonrası kullandığı alternatif başa çıkma tutumlarından ve algıladığı sosyal desteklerden ne tür yarar gördüğünü açıklaması istenecektir. Kullanım sonrası duygu, düşünce ve davranışlarını yeniden değerlendirmesi istenecektir. Amputasyon sonrası süreç için karar verilen ancak kullanılamayan başa çıkma tutumlarının ve algıladığı sosyal

	desteklerin hangileri olduğunu söylemesi istenecektir. Amputasyon sonrası süreçte kullanılamayan alternatif başa çıkma tutumlarını ve algıladığı sosyal destekleri kullanma konusunda ne tür zorlanma yaşadığını ifade edebilmesi için açık uçlu sorular sorulacaktır. Yansıtmalı dinleme yapılacaktır. Bu tür zorlanma karşısında yapabileceklerini düşünmesi belirtilerek örnekler vermesi istenecektir. Son olarak değişim konuşularak özetleme yapılacaktır. İkinci değerlendirmeye kadar zorlandığı durumlarda araştırmacıdan telefonla veya görüşme ile destek alabileceği belirtilecektir. Danışmanlıkta görüşmelerin bittiği ifade edilecektir. 3. ay sonra ölçeklerin yeniden uygulanması için görüşme günü/zamanı belirlenerek görüşme sonlandırılacaktır.
--	--

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti (TC)

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Lisans	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2013
Yüksek Lisans	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	2016

AKADEMİK VE MESLEKİ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2013-2014	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri	Hemşire
2015- Halen	Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	Araştırma Görevlisi

YABANCI DİL

İngilizce / 78

YAPTIĞI TEZLER

Tez	Konu	Danışmanı
Yüksek Lisans	Ebeveyninde Bipolar Bozukluk Olan Gençlerin Benlik Tasarımlarının İncelenmesi	Prof. Dr. Olcay ÇAM

YAYIN VE BİLDİRİLER

YAYINLAR

Şimşek N, **Küçük Öztürk G**, Nahya ZN. The Mental Health of Individuals With Post-Traumatic Lower Limb Amputation: A Qualitative Study. Journal of Patient Experience, 2020;7(6):1665-1670. doi:10.1177/2374373520932451

Öztürk Rİ, **Küçük Öztürk G**. Amputation Decisions in Terms of Medical Ethics: Case Report and Review of Literature. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History, 2020;28(3):492-8 doi: 10.5336/mdethic.2020-75744

Şimşek N, **Küçük Öztürk G**, Nahya ZN. Psychosocial Problems And Care Of Patients With Amputatiton. EMJI, 2017;1(1):6-9 doi:10.14744 / EJMI.2017.22931

BİLDİRİLER

Reyhan Uzun, Kamuran Özdil, **Gülhan Küçük Öztürk**. Hemşirelik Öğrencilerinin Beden Algısı Benlik Saygısı ve Yeme Tutumlarının Beden Kütle İndeksi ile İlişkisi IV. Uluslararası ve VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa 2016 .

Gamze Muz, **Gülhan Küçük Öztürk**, Merve Dağdelen. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi. IV. Uluslararası ve VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa 2016.

Gülhan Küçük Öztürk. Etik Açıdan Psikiyatri Hemşireliği Uygulamaları. I. Uluslararası Etik Kongresi, Ankara 2020.

Ayşegül Özcan, **Gülhan Küçük Öztürk**, Kamuran Özdil. Üniversite Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı ile Ruhsal Durumları Arasındaki ilişkinin İncelenmesi. I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Aydın 2017.

Kamuran Özdil, Ayşegül Özcan, **Gülhan Küçük Öztürk**. İnternet Kafelerin Sağlık Riskleri Açısından İncelenmesi: Nevşehir Örneği. I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Aydın 2017.

Kamuran Özdil, **Gülhan Küçük Öztürk**, Aslıhan Çatıker, Gizem Deniz Büyüksoy. Dramatic Effects Of “Stay Home”: Covid-19 Pandemic And Elderly From The Perspective Of Senior Nursing Students. 3rd. International Clinical Nursing Research Congress, Ankara 2020.

KONGRE VE SEMPOZYUM

- III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Ankara 2014.
- IV. Uluslararası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa 2016.
- I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Aydın 2017.
- V. Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Sempozyumu, Kayseri 2019.
- III. Ruhsal İyileştirim Kongresi, Kocaeli 2019.
- I. Uluslararası Etik Kongresi, Ankara 2020.
- 3rd. International Clinical Nursing Research Congress, Ankara 2020.

