



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DIYABETİK HASTALARDA MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEKNİĞİNİN ÖZ
YÖNETİM ALGISI VE METABOLİK DEĞİŞKENLERE ETKİSİ**

Ayşe DOĞRU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİREİĞİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Nimet OVAYOLU

Gaziantep

2016



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DIYABETİK HASTALARDA MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEKNİĞİNİN ÖZ
YÖNETİM ALGISI VE METABOLİK DEĞİŞKENLERE ETKİSİ**

Ayşe DOĞRU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Nimet OVAYOLU

Gaziantep

2016

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DİYABETİK HASTALARDA MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEKNİĞİNİN ÖZ
YÖNETİM ALGISI VE METABOLİK DEĞİŞKENLERE ETKİSİ

Ayşe DOĞRU

Tez Savunma Tarihi:29.06.2016
Sağlık Bilimleri Enstitü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans “ tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Nimet OVAYOLU
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans “ tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmzası

Prof. Dr. Nimet OVAYOLU

Prof. Dr. Nermin OLGUN

Doç. Dr. Özlem OVAYOLU

BEYAN

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

Tarih

29.06.2016

Ayşe DOĞRU

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında desteğini, bilgisini ve yardımını esirgemeyen her zaman sabırlı, anlayışlı, yaklaşımı ile bana cesaret veren çok kıymet verdiğim hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Nimet OVAYOLU'na,

Yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman yanımda olan bilgisini ve desteğini esirgemeyen kıymetli hocam Sayın Doç. Dr. Özlem OVAYOLU'na,

Beni bugünlere getiren, yaşadığı gururu her zaman hissettiren, her zaman yanımda olup bana moral veren canım annem Mualla DOĞRU, babam Mehmet DOĞRU ve canım kardeşim Mert DOĞRU ile çok değerli hastalarım,

Bana tezimi bitirme süreci aşamasında bilgilerini ve zamanını paylaşan sayın Yrd. Dr. Murat ÇETKİN'e ve eşine sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ	x
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ	4
1.1. Problemin Tanımı Ve Önemi	4
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırma İle İlgili Daha Önce Ne Biliniyordu	5
1.4. Bu Araştırma Hemşirelik Literatürüne Ne Kattı	6
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Diyabetin Tanımı	7
2.2. Diyabetin Epidemiyolojisi	7
2.3. Diyabetin Etiyolojisi	7
2.4. Diabetes Mellitusun Sınıflandırılması	8
2.4.1. Tip I diyabet	8
2.4.2. Tip II diyabet	8
2.4.3. Gestasyonel diyabet	9

2.4.4. Diğer tipleri	9
2.5. Diyabetin Klinik Belirtileri	9
2.6. Diyabet Tanılama ve Değerlendirme	9
2.6.1. Oral glikoz tolerans testi	10
2.6.2. Glikozilenmiş hemoglobin: A1c	11
2.7. Diyabette Metabolik Glisemik Kontrol	11
2.8. Diyabetin Komplikasyonları	12
2.8.1. Diyabetin akut komplikasyonları	13
2.8.1.1. Diyabetik ketoasidoz	13
2.8.1.2. Hiperglisemik hiperozmolar durum	13
2.8.1.3. Laktik asidoz	13
2.8.1.4. Hipoglisemi	13
2.8.2. Diyabetin kronik komplikasyonları	14
2.8.2.1. Diyabetik retinopati	14
2.8.2.2. Diyabetik nefropati	14
2.8.2.3. Diyabetik nöropati	14
2.8.2.4. Diyabetik ayak ülserleri	14
2.9. Diyabet Tedavisi ve İzlemi	14
2.10. Diyabet Eğitimi	15
2.11. Diyabet Eğitimi ve Hemşirenin Rolü	16
2.12. Diyabetes Mellitus Yönetimi	17
2.13. Diyabet ve Öz Yönetim	17
2.14. Motivasyonel Görüşme	18

3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	26
3.3.1. Araştırmanın evreni	26
3.3.2. Araştırmanın örnekleme	26
3.3.3. Örneklem dahil edilme kriterleri	26
3.3.4. Örneklem dahil edilmeme kriterleri	27
3.4. Verilerin Toplanması	27
3.4.1. Veri toplama araçları	27
3.4.1.1. Hasta tanımlama formu ve takip formu	27
3.4.1.2. Diyabette öz yönetim algısı skalası (DÖYAS)	27
3.4.2. Veri toplama araçlarının uygulanması ve girişimlere ilişkin bilgiler	28
3.4.3. Motivasyonel görüşmeye tekniğinin uygulanması	28
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri	29
3.7. Süre ve Olanaklar	29
4. BULGULAR	30
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	30
4.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Bulguları	33
4.3. Hastaların Motivasyonel Görüşme Öncesi ve Sonrası Öz Yönetim Algı Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	37

4.4. Hastaların Motivasyonel Görüşme Öncesi ve Sonrası Bazı Değişkenlere Ait Bulgular	38
4.5. Hastaların Motivasyonel Görüşme Öncesi Sosyodemografik Özellikleri ile Öz Yönetim Algısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	41
4.6. Hastaların Motivasyonel Görüşme Öncesi Hastalığına İlişkin Özellikleri ile Öz Yönetim Algısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	43
4.7. Hastaların Bazı Özellikleri İle Öz Yönetim Algı Puan Ortalamalarına Ait Bulgular	46
4.8. Hastaların Motivasyonel Görüşme ile Yaş ve Bazı Parametreler Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	47
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
6.1. Sonuçlar	55
6.2. Öneriler	55
7. KAYNAKLAR	56
8. EKLER	65
EK-1. Hasta Tanılama Formu	65
EK-2. Diyabette Öz Yönetim Algısı Skalası	68
EK-3. Etik Kurul Onay Yazısı	69
EK-4. Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Gaziantep İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden İzin Yazısı	71
EK-5. Bilgilendirilmiş Onam Formu	73
EK-6. Sertifika	75
EK-7. Diyabette Öz Yönetim Algısı Skalası Kullanım İzni	76
9. ÖZGEÇMİŞ	77

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADA	Amerikan Diyabet Birliği
ADA	American Diabetes Association
AKŞ	Açlık Kan Şekeri
BGT	Bozulmuş Glikoz Toleransı
BKİ	Beden Kütle İndeksi
DKA	Diyabetik Ketoasidoz
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DÖYE	Diyabet Öz Yönetim Eğitimi
DÖYAS	Diyabet Öz Yönetim Algısı Skalası
GTB	Glikoz Tolerans Bozukluğu
HbA1c	Glikozillenmiş Hemoglobin
HDL	Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HHD	Hiperglisemik Hiperozmolar Durum
IDF	International Diabetes Federation (Uluslar Arası Diyabet Federasyonu)
KKH	Koroner Kalp Hastalığı
KB	Kan Basıncı
KŞ	Kan Şekeri
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KY	Kalp Yetmezliği
LDL	Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
MG	Motivasyonel Görüşme
OAD	Oral Antidiyabetik
OARS	Motivasyonel Görüşmede Kullanılan Başlıca Araçlar
OGTT	Oral Glikoz Tolerans Testi
PTSD	Post Travmatik Stres Bozukluğu
TKŞ	Tokluk Kan Şekeri
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışma Grubu
WHO	World Health Organization



TABLO LİSTESİ

1.1. Diabetes Mellitus Sınıflandırılması	8
1.2. Diabetes Mellitus ve Glikoz Metabolizmasının Diğer Bozuklukların Tanı Ölçütleri	10
1.3. OGTT Sonuçlarının Yorumlanması	11
1.4. Hemogloblin A1c ve Kan Şekeri İlişkisi	11
1.5. Tip II Diyabette Metabolik Kontrol Kriterleri	12
1.6. Diyabetin Akut ve Kronik Komplikasyonları	12
4.7. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	32
4.8. Hastaların Hastalığa İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	35
4.9. Hastaların Motivasyonel Görüşme Öncesi ve Sonrası Öz Yönetim Algı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
4.10. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Motivasyonel Görüşme Öncesi ve Sonrası Bazı Değişikliklerin Karşılaştırılması	40
4.11. Hastaların Motivasyonel Görüşme Öncesi Öz Yönetim Algısı ile Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki	42
4.12. Hastaların Motivasyonel Görüşme Öncesi Öz Yönetim Algısı ile Hastalığına ilişkin Özellikleri Arasındaki İlişki	44
4.13. Hastaların Bazı Özellikleri ile Öz Yönetim Algı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
4.14. Hastaların Öz Yönetim Algısı ile Yaş ve Bazı Parametreler Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	48

ŞEKİL LİSTESİ

1.1. Değişim Döngüsü	19
1.2. Motivasyonel Görüşme öğeleri	21
1.3. Değişim Konuşmasının Uyum	23



ÖZET

DİYABETİK HASTALARDA MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEKNİĞİNİN ÖZ YÖNETİM ALGISI VE METABOLİK DEĞİŞKENLERE ETKİSİ

Ayşe DOĞRU

Yüksek Lisans Tezi, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Nimet OVAYOLU

Mayıs 2015, 76 sayfa

Çalışma diyabetik hastalara uygulanan motivasyonel görüşmenin öz yönetim algısı ve metabolik değişkenlere etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı. Çalışma Nisan-Temmuz 2015 tarihleri arasında bir kamu hastanesinin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları polikliniğine başvuran, Amerikan Diyabet Birliği kriterlerine uygun olarak son altı ay içinde hekim tarafından Tip 2 diyabet tanısı konulan yetişkin hastalarla deneysel olarak yapıldı. 30 müdahale, 30 kontrol olmak üzere toplam 60 hasta çalışmaya dahil edildi. Örneklem sayısının belirlenmesi için güç analizi yapıldı. Araştırma öncesi Etik Kuruldan, ölçek kullanımı için ve çalışmanın yapılacağı kurumdan ve hastalardan izin alındı. Çalışmanın verileri; hasta tanılama formu ve Diyabette Öz Yönetim Algısı Skalası (DÖYAS) ile toplandı. Müdahale grubuna motivasyonel görüşmeler yapıp, görüşmeler sonrasında her iki gruba tekrar anket formunun hasta bilgilerini sorgulayan bölümü ve DÖYAS uygulandı. Araştırmanın verileri Student t, One way anova, Mann whitney U, Kruskal wallis testi, paired t ve korelasyon analizi ile değerlendirildi. Motivasyonel görüşme sonrası müdahale grubundaki hastaların beden kütle indeksi, açlık ve tokluk kan şekeri, HbA1c, trigliserit, LDL ve HDL kolesterol, sistolik-diyastolik kan basıncı puan ortalamaları azalırken, öz yönetim algı puan ortalamalarının belirgin düzeyde arttığı, HDL ve diyastolik kan basıncı dışındaki değerlerde gözlenen bu değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. ($p<0,001$). Kontrol grubunda ise; trigliserit ve diyastolik kan basıncı dışındaki metabolik kontrol kriteri değerlerinde belirgin olarak artış görüldüğü ve öz yönetim algı puan ortalamalarında ise azalma olduğu tespit edildi.

Tip 2 diyabet tanısı alan hastalara uygulanan motivasyonel görüşme tekniğinin hastaların metabolik kontrol göstergelerini olumlu yönde etkilediği ve öz yönetim algılarını yükselttiği saptandı. Bu doğrultuda motivasyonel görüşme tekniğinin diyabetik hastalarda kullanılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Hemşirelik, Öz Yönetim Algısı, Motivasyonel Görüşme

ABSTRACT

THE IMPACT OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING TECHNIQUES ON THE AND METABOLIC VARIABLES IN DIABETIC PATIENTS

Ayşe DOĞRU

Post Graduate Thesis, Internal Diseases Nursing Post graduate Program

Thesis Supervisor

Prof. .Dr. Nimet OVAYOLU

May 2015, 76pages

The study was conducted in order to evaluate the impact of motivational interviewing techniques on the perception of self-management and metabolic variables in diabetic patients. The study was conducted experimentally with the adult patients who applied to department of endocrinology and metabolic diseases of a public hospital between the dates of April-July 2015 and which were diagnosed as type two (2) diabetes by a physician within the last six months according to the criteria of the American Diabetes Association. Totally 60 patients including 30 interventions and 30 control were included in the study. The power analysis was carried out in order to determine the number of samples. The permission was obtained from Ethics committee before the research and for the use of scale from the institution where the study will be done and from patients. Data of study; were collected with questionnaire form and the scale of perception of self-management in diabetes (PSSD) (DÖYAS). The motivational interviews were carried out with intervention group and the part of the questionnaire form which queries the information of patients and (PSSD) (DÖYAS) were applied to both groups after the interviews. The data of study were evaluated with Student t, one way Anova, Mann Whitney U, Kruskal Wallis test, paired t and correlation analysis. There was determined that the point averages of body-mass index, pre-prandial and post-prandial blood glucose, HbA1C, triglyceride, LDL and HDL cholesterol, systolic and diastolic blood pressure decreased for the patients in intervention group after motivational interviews and the point averages of perception of self management increased in significant level and these changes observed in the values excluding HDL and diastolic blood pressure

were significant statistically. ($p < 0,001$). In control group; it was determined that there was observed an increase in metabolic control criteria values significantly excluding triglycerides and diastolic blood pressure and the decrease in the point averages of perception of self-management. There was determined that the motivational interviewing technique applied to the patients with type two (2) diabetes affected the metabolic control indicators of patients positively and this technique increased the perception of self-management of patients. In this regard, it is recommended using the motivational interviewing technique in patients with diabetes.

Key Words: Diabetes, Nursing, Perception of self-management, Motivational interviewing

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar üretken dönemi kapsayan 20–64 yaş grubundaki ölümlerin önemli bir bölümünü oluşturmakta ve tüm dünya ülkelerinde giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre, dünyadaki ölümlerin %60'ı kronik hastalıklara bağlıdır ve bu ölümlerin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Kronik hastalıklara bağlı ölüm oranının 2020 yılında %75'e yükselmesi beklenmektedir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de nüfusun yaşlanması ve beklenen yaşam süresinin uzamasına paralel olarak, hastalık yükü giderek artmakta ve bu hastalıkların büyük bir bölümünü kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Ulusal raporlarda da ülkemizde ölüme neden olan ilk 10 hastalıktan yedisinin kronik hastalıklar olduğu belirtilmektedir (1).

Kronik hastalıklardan biri olan diyabet, ömür boyu süren akut ve kronik komplikasyonları olan, kişiye, ailesine ve topluma maddi ve manevi yük getiren, yaşam süresini olumsuz etkileyen ve multidisipliner takip edilmesi gereken kronik bir hastalıktır. Bu hastalık insanlığı tehdit etmektedir ve tüm dünyada diyabetik hasta sayısı gittikçe artmaktadır. Dünyadaki diyabetli hasta sayısı 1980 yılında 30 milyon iken, Uluslar arası diyabet federasyonu verilerine göre, 2015 yılında 415 milyon olan diyabetli sayısının 2040 yılında 642 milyona ulaşması beklenmektedir (2). Diyabetlilerin, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, komplikasyonlardan korunması ve metabolik kontrolün sağlanması için etkili ve sürekli bir bakıma ve izlem programına ihtiyaçları vardır (3). Sağlık davranışları özellikle kronik hastalıkların oluşumunda önemli bir belirleyicidir. Olumsuz sağlık davranışını değiştirmek güç olsa da değişimin sağlanması hastaların iyileşmesi için oldukça önemlidir. Hemşireler bireylerin sağlık davranışlarını etkilemede önemli role sahiptir. Çünkü hemşireler sağlık hizmetlerinin her aşamasında bireylerle iletişim halindedir (4). Bireylerin diyet, ilaç ve bireysel izlemelerine uyumlarını arttırmanın, davranış değişikliği sağlamanın yolu genellikle tavsiye vermek şeklinde olmuştur. Bu yöntem bazen işe yarsa da tavsiye vermenin etkinliğinin düşük olduğu görülmüştür. Buna karşılık birey odaklı programların daha fazla etkili olduğu bilinmektedir. Ancak, birey odaklı girişimlerin başarılı olması da, bireyin söylenilenlerin büyük bir kısmını yapması, birey ve uzmanın karşılıklı iletişim

kurması ile mümkündür. Birey odaklı yaklaşımlardan biri olan motivasyonel görüşme (MG), herhangi bir teori üzerine oturtulmamıştır. Ancak birey merkezli danışmanlık, bilişsel davranışsal tedavi, sosyal bilişsel teori, sağlık inanç modeli, transteoretik model gibi birçok modelden destek alınarak oluşturulmuştur. Motivasyonel görüşmenin temelini, empatik yaklaşım göstererek bireyin öz yeterliliğini desteklemek, davranış değişikliği konusunda yaşadığı çelişkileri çözümlemesine yardımcı olmak ve davranış değişikliğini gerçekleştirmesini sağlamak oluşturmaktadır (5). Motivasyonel görüşme; hastaların sorunlarını keşfetmek ve çözmelerine yardım ederek davranış değişimini sağlamak için öneri verilen danışan merkezli bir görüşme biçimidir. Bu yöntem sağlıklı davranışa doğru değişimi sağlamak açısından hemşireler için etkili bir iletişim tekniği olabilir. (4).

Diyabetin günümüzde önemli bir sağlık sorunu olması ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi nedeniyle bu çalışma planlanmıştır. Bu araştırmada motivasyonel görüşme tekniği ile yapılan diyabet eğitiminin bireylerin öz yönetim algısına ve metabolik değişkenlere etkisi incelenerek, araştırma sonuçlarına uygun önerilerin getirilmesi hedeflenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Diyabetli hastalarda MG tekniğinin öz yönetim algısı ve metabolik değişkenlere etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

H1:Diyabetik bireylerle yapılan MG diyabetik bireylerin öz yönetim algısını yükseltmede ve metabolik değerlerini olumlu yönde değiştirmede etkilidir.

H2:Diyabetik bireylerle yapılan MG diyabetik bireylerin öz yönetim algısını yükseltmede ve metabolik değerlerini olumlu yönde değiştirmede etkili değildir.

1.3. Araştırma İle İlgili Daha Önce Ne Biliniyordu

Diyabette öz yönetim diyabetle yaşamada oldukça önemlidir. Çünkü hastalıklarını iyi yöneten diyabetli bireylerin metabolik değişkenleri daha istendik düzeydedir. Ancak daha önce MG ile ilgili olarak yapılmış olan çalışmaların ağırlıklı olarak tip 1 diyabetiklerde yoğunlaştığı ve hemşireler tarafından MG'lerin yapıldığını gösteren çalışma sayısının da oldukça az olduğu görülmektedir.

1.4. Bu Araştırma Hemşirelik Literatürüne Ne Kattı

Bu çalışma Tip 2 diyabetlilerle yapılan MG'nin hastaların metabolik kontrol göstergelerini olumlu yönde etkilediğini ve öz yönetim algılarını yükselttiğini ve MG tekniğinin hemşireler tarafından uygulanabileceğini göstermiştir.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmaya Tip 1 diyabetli hastaların dahil edilmemesi, sadece Tip 2 diyabetli hastalarla dört aylık süreç boyunca, dört kez motivasyonel görüşme yapılması araştırmanın sınırlı yanlarıdır.

GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabetin Tanımı

Diyabet, pankreasın beta hücrelerinden salgılanan insülin hormonunun mutlak veya kısmi eksikliği veya periferik etkisizliği sonucu ortaya çıkan, karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında bozukluklar, kronik hiperglisemi, hızlanmış ateroskleroz, kapiller membran değişiklikleri ile seyreden, mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonların geliştiği akut komplikasyonları önlemek ve kronik komplikasyonları azaltmak için sürekli destek, diyabetlinin öz bakım eğitimlerini gerektiren ve tıbbi bakım, sağlık bakım harcamalarında en az %10'luk yer tutan kronik seyirli metabolik ve endokrin bir hastalıktır (6).

2.2. Diyabetin Epidemiyolojisi

Diyabetin prevelans ve insidansı, coğrafi bölge, ırk ve yaşa göre farklılıklar göstermektedir. Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışma Grubu (TURDEP) 2002 yılında ülkemizde Tip 2 DM prevelansını %7, Glukoz Tolerans Bozukluğu (GTB) prevelansını ise %6,7 olarak açıklamıştır (7) TURDEP 2 çalışmasının 2011 yılı sonuçlarına göre erişkin toplumunda diyabet sıklığının %13,7'ye ulaşarak, %90 arttığı saptanmıştır. (8). Uluslar arası diyabet federasyonu verilerine göre, 2015 yılında 415 milyon olan diyabetli sayısının 2040 yılında 642 milyona ulaşması beklenmektedir (2).

2.3. Diyabetin Etiyolojisi

Son yıllardaki yaş ortalamasının gittikçe artması, hareketsiz yaşam tarzı sağlıksız beslenme, ve obezite, diyabetin kaygı verici artış sebeplerindendir. Genetik yatkınlık, çeşitli hormonal bozukluklar, pankreas hastalıkları, çeşitli ilaçlar ve bazı genetik sendromlar, sekonder diyabet oluşmasına neden olmaktadır (9).

2.4. Diabetes Mellitusun Sınıflandırılması

Diyabet ile ilgili sınıflamalar ilk kez 1979 yılında American Ulusal Diyabet Veri Grubu tarafından yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü 1985 yılında diyabetin geniş bir sınıflamasını yapmıştır. Sonrasında Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association/ADA) ve Avrupa Diyabet Politikası Belirleme Grubu tanı göstergelerini gözden geçirerek yeni diyabet sınıflaması için önerilerde bulunmuştur. Günümüzde ise 1998’de DSÖ tarafından oluşturulan glisemi bozukluğunun etiyolojik ve klinik açıdan sınıflaması kullanılmaktadır (tablo 1) (10).

Tablo 1.1. Diabetes Mellitus Sınıflaması (11)

Tip 1 Diyabet • Nedeni Bilinmeyen • Immün Nedenli
Tip 2 Diyabet • İnsülin Sekresyon Yetmezliğinin Ön Planda Olduğu • Periferik İnsülin Direncinin Ön Planda Olduğu
Gestasyonel Diyabet
Diğer Tipler • Endokrin Hastalıklar • İnsülin Fonksiyonunda Genetik Bozukluklar • Pankreas Hastalıkları • Beta Hücre Fonksiyonunda Genetik Bozukluklar • İlaç ve Diğer Kimyasal Maddeler • Enfeksiyonlar

2.4.1. Tip 1 diyabet

Genetik zeminde beta hücrelerinin bozulması sonucu mutlak insülin yetersizliği ile ortaya çıkan otoimmün bir hastalıktır. Genellikle görülme yaşı 10-15 yaş arasındadır. Genel olarak 35 yaş altında ortaya çıkarmaktadır. Yaklaşık olarak tüm diyabetlilerin %5-10’unu oluşturur, her yıl tanı konulan birey sayısının 70.000 olduğu düşünülmektedir. İnsülin yetersizliği olduğu için tedavide insülin kullanılmalıdır (12).

2.4.2. Tip 2 diyabet

Metabolizma hastalıkları içerisinde yetişkinlerde en yaygın görülen metabolizma hastalığı tip 2 diyabettir. Tip 2 diyabet genetik yatkınlığı olan bireyde çevresel faktörlerin etkisi ile başlayan, patogeneğinde beta hücresi fonksiyon bozukluğu, insülin direnci ve hepatik glikoz üremi artışı gibi üç ana metabolik bozukluktan biri sonucu oluşabilir (12).

2.4.3. Gestasyonel diyabet

Gestasyonel diyabet ilk olarak gebelikte başlayan veya gebelik sırasında tanı alan değişik düzeydeki glikoz intoleransı olarak bilinmektedir (13).

2.4.4. Diğer tipleri

Beta hücre fonksiyonunda genetik bozukluklar, insülin fonksiyonunda genetik bozukluklar, pankreas hastalıkları, ilaç, endokrin hastalıklar, ve diğer kimyasal maddeler ve enfeksiyonlar diyabete neden olabilir (6).

2.5. Diyabette Klinik Belirtiler

Klinik olarak tüm tiplerde 3P belirtisi olarak geçen poliüri, polidipsi ve ayrıca polifaji, ağırlık kaybı gibi klasik belirtiler vardır. Poliüri aynı zamanda vücuttan fazla miktarda sıvı- elektrolit kaybına ve polidipsiye neden olur. Polifajinin nedeni ise insülin yetersizliği nedeniyle kullanılmayan karbonhidratların yerine yağ ve proteinlerin kullanılmasıdır. Dokular için yeterli enerji sağlanmadığından yorgunluk ve halsizlik meydana gelir. Görme bozuklukları, immün sistemin baskılanmasına bağlı enfeksiyonlara eğilim, yara iyileşmesinde gecikme, nöropati nedeniyle el ve ayaklarda uyuşma ve his kaybı gelişir (9).

2.6. Diyabet Tanılama ve Değerlendirme

Diyabette risk gruplarının tanı kriterleri henüz tartışmalıdır. Uluslar Arası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation/IDF) ve WHO açlık kan şekeri 100mg/dl'nin üzerindeki herkesi diyabet adayı olarak kabul eder. Fakat sağlık planlamacılarının yaptığı çalışmalar sonunda toplumda birçok bireyin açlık kan şekerinin risk sınırının 100mg/dl olması toplumun büyük bir kitlesini risk grubuna girmesinden dolayı, Aralık 2006'da bu sınır 110mg/dl'ye çekilmiştir. Fakat ADA bu sınırı hala 100mg/dl olarak almaktadır. Yine tokluk kan şekeri 140-199mg/dl arasında olan herkesin bozulmuş glikoz toleransının (BGT) olduğu kabul edilmektedir. Klinik diyabet sınırı için açlık 126mg/dl, tokluk 200mg/dl'nin üzerinde olması konusunda konsensus oluşmuştur (6) (tablo 2).

Tablo 1.2. Diabetes Mellitus ve Glikoz Metabolizmasının Diğer Bozukluklarında Tanı Ölçütleri*(14)

Diyabet tanısı Rasgele (random) glikoz: Semptomlar (poliüri, polidipsi, polifaji, açıklanamayan kilo kaybı vb.) olan bir hastada glikoz düzeyi	≥200mg/dl (≥11.1mmol/L)
APG (8 saatlik açlık sonrası glikoz düzeyi)	≥126mg/dl (≥7mmol/L)
75gr OGTT de 2. Saat PG	≥200mg/dl (≥11.1mmol/L)
A1C	≥%6.5
2.Bozulmuş Glikoz Regülasyonu Tanısı	100-125mg/dl (5.5-7.0mmol/L)
Bozulmuş Açlık Glikozu (BAG)**	
Bozulmuş Glikoz Toleransı (BGT) OGTT 2.saat Glisemi	140-199mg/dl (7.8-11.1mmol/L)

*Glisemi venöz plazmada glikoz oksidaz yönetimi ile 'mg/dl' olarak ölçülür.
**2006 yılı WHO/IDF Raporunda normal APG kesim noktasının 110mg/dl ve BAG 110-125mg/dl olarak korunması benimsenmiştir.
APG: Açlık plazma glikozu, 2. St PG: 2. Saat plazma glikozu, OGTT: Oral glikoz tolerans testi, BAG: Bozulmuş açlık glikozu, BGT: Bozulmuş glikoz toleransı

2.6.1. Oral glikoz tolerans testi

Diyabetin tanılanmasında kullanılan en duyarlı testtir. Sonucun net olabilmesi için öncesinde hastanın en az üç gün karbonhidrat kısıtlaması olmaksızın beslenmesi (en az 150gr/gün) gerekmektedir. Test hastaya sekiz saat açlıktan sonra uygulanmaktadır. Açlık kan şekeri ölçülür sonrasında 300ml suda eritilmiş 75gr glikoz üç beş dakikada içirilir. Tanı için glikoz alımından iki saat sonraki kan şekeri sonucu değerlendirilir. Sonuç 200mg/dl ise diyabet tanısı kesinleşir (15). Bu test sırasında hipergliseminin ortaya çıkmasını engellemek için kahve, sigara içilmesine izin verilmez ve glukoz toleransını bozabilecek dilantin, oral hipoglisemikler, tiazid grubu diüretikler, beta blokerler,nikotinik asit türevleri en az bir hafta öncesinden kesilir. (Tablo 3) (16).

Tablo 1.3. Oral Glikoz Tolerans Testi Sonuçlarının Yorumlanması (17)

	Plazma (mg/dl)		Tam kan (mg/dl)	
	Venöz	Kapiller	Venöz	Kapiller
Açlık				
Diyabet	>125	≥125	≥110	>110
Bozulmuş Açlık Glukozu	>110	≥110	≥100	>100
OGTT İkinci Saat				
Diyabet	≥200	≥220	≥160	≥140
Bozulmuş Açlık Glukozu	≥180	≥200	≥140	≥120

2.6.2. Glikozilenmiş hemoglobin: A1c

A1c, hemoglobine bağlanan glikozu ifade eder. Eritrositlerin yaşam süresi yaklaşık 120 gün olduğundan bu süre boyunca gerçekleşen kan şekeri düzeyine bağlı olarak değişim gösterir. Genellikle son iki üç aydaki veya geniş anlamda 1-12 haftalık kan şekeri düzeylerinin ağırlıklı ortalamasını yani metabolik kontrolü yansıtır (tablo 4). A1c diyabet tedavisinin etkili olarak sürdürülmesinde ana hedeftir ve komplikasyonlar için risk parametresidir. Hemoglobin A1c ve Kan Şekeri İlişkisi) (12).

Tablo 1.4. Hemoglobin A1c ve Kan Şekeri İlişkisi (5)

A1c	Ortalama	Kan Şekeri Değerleri
%	Mg/dl	Mmol/L
5	97(76-120)	5.4(4.2-6.7)
6	126(100-152)	7.0(5.5-8.5)
7	154(123-185)	8.6(6.8-10.3)
8	183(147-217)	10.2(8.1-12.1)
9	212(170-249)	11.8(9.4-13.9)
10	240(193-282)	13.4(10.7-15.7)
11	269(217-314)	14.9(12.0-17.5)
12	298(240-347)	16.5(13.3-19.3)

2.7. Diyabette Metabolik Glisemik Kontrol

Kan glikoz ölçümü, günlük glisemik durumun göstergesi iken HbA1c geçmiş 2-3 aylık dönemdeki ortalama glukoz değerini yansıtır ve diyabet komplikasyonlarının gelişme riskinin bir göstergesidir (tablo 5). Tip 2 Diyabette Metabolik Kontrol Kriterleri (15) HbA1c, tüm diyabetik hastaların glisemik kontrol durumunun ortaya konması için glisemisi iyi kontrol edilen hastalarda yılda iki kez, iyi kontrol edilmeyenlerde (örneğin insülin kullananlarda) üç ayda bir yapılmalıdır (18).

Tablo 1.5. Tip 2 Diyabette Metabolik Kontrol Kriterleri (19)

	İdeal	Kabul Edilebilir	Kötü
Açlık Plazma Glukozu (mg/dl)	<115	115-139	≥140
Postprandial plazma glukozu (mg/dl)	<140	140-199	≥200
Tedavi Sırasında En Düşük Plazma Glukozu	>75	65-75	≤65
HbA1c %	<6,5	<7,5	≥7,5
Total Kolesterol (mg/dl)	<200	200-239	≥240
LDL- Kolesterol (mg/dl)	<130	130-159	≥160
HDL- Kolesterol (mg/dl)	>45	44-36	≤35
Trigliserit (mg/dl)	<200	200-249	≥250
BKİ(kg/m2)			
Erkek	<25	25-30	>30
Kadın	<24	24-29	>29
Kan Basıncı (mmHg)	≤140/90	≤160/95	>160/95

*KKH olan diyabetiklerde LDL<100 mg/dl'ye indirilmelidir.

HbA1c: Glikozillenmiş Hemoglobin, **LDL:**Düşük Yoğunluklu Lipoprotein, **HDL:** Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein, **BKİ:** Beden Kütle İndeksi, **KKH:** Koroner Kalp Hastalığı

2.8. Diyabetin Komplikasyonları

Takip ve tedavideki tüm gelişmelere rağmen diyabetik aciller yine de mortalite nedeni olmaktadır (20). Diyabetin akut ve kronik komplikasyonları tablo 6'da verilmiştir (21).

Tablo 1.6. Diyabetin Akut ve Kronik Komplikasyonları (21)

1. Akut metabolik komplikasyonlar	
Diyabetik ketoasidoz	
Hiperozmolar Hiperglisemik durum	
Laktik asidoz	
Hipoglisemi	
2. Kronik komplikasyonlar	
a. Spesifik kronik komplikasyonlar	b. Nonspesifik kronik komplikasyonlar
Diyabetik retinopati	Enfeksiyonlar
Diyabetik nefropati	Koroner arter hastalığı
Diyabetik nöropati	Serebro vasküler hastalık
. Diyabetik ayak	Periferik arter hastalığı
	Safra kesesi patolojileri
	Palmar fasya kontrakturu

2.8.1. Diyabetin akut komplikasyonları

2.8.1.1. Diyabetik ketoasidoz

Diyabetik ketoasidozun (DKA) en önemli nedeni insülin eksikliği ya da kesilmesi veya travma, miyokard infarktüsü, enfeksiyon gibi fiziksel bir sebebin olmasıdır. Genellikle tip 1 diyabetliler tanı anında DKA ile gelirler (22).

2.8.1.2 Hiperglisemik hiperozmolar durum

Hiperglisemik hiperozmolar durum (HHD) ile DKA'un oluşum mekanizması aynıdır. HHD'da dehidratasyon ön plandadır ve az da olsa varolan insülin keton cisimciğinin oluşumunu engeller. HHD ileri derecede hiperglisemi, hiperozmolarite, bilinç bulanıklığı veya kaybı ile karakterize akut metabolik bir sendromdur. Tedavisi DKA ile benzerdir (20).

2.8.1.3. Laktik asidoz

Genellikle ciddi hastalığı bulunan diyabetlilerde görülen ve dokulara oksijen dağılımının ve kullanımının yetersizliğinden kaynaklanan ağır bir metabolik asidoz biçimidir. Metformin kullanan yaşlı diyabetiklerde karaciğer ve böbrek yetersizliği veya ağır hipoksi durumlarında nadir görülen bir komplikasyondur (20).

2.8.1.4. Hipoglisemi

Diyabetin en sık karşılaşılan akut komplikasyonu hipoglisemi; kan glukoz seviyesinin aniden normalin altına düşmesidir. Hipogliseminin klinik belirtileri: titreme, soğuk terleme, çarpıntı, acıkma hissi, bulantı, baş ağrısı, konsantrasyon güçsüzlüğü, halsizlik, bulantıdır. Ciddi uzamış hipoglisemi kalıcı beyin hasarına neden olur. Fakat hipogliseminin düzelmesi ile semptomlarda düzelmeler olur. Tip 1 diyabetli hastaların ölüm sebeplerinin %2-4'ünü hipogliseminin oluşturduğu düşünülmektedir (23). Hipoglisemi tip 1 diyabetlilerde tip 2 diyabetlilere göre daha az görülmektedir (24).

2.8.2. Diyabetin kronik komplikasyonları

2.8.2.1.Diyabetik retinopati

Diyabet körlüğe neden olan ilk üç hastalıktan biridir. Diyabetin bu komplikasyonunun sebebi retinada oluşan uzun süreli hiperglisemi sonrası retinadaki küçük damarların zarar görmesidir. Popülasyona ve tanı yöntemlerine göre değişmekle birlikte retinopati prevalansı %11.4 ile %45.3 arasında değişebilmektedir (25).

2.8.2.2. Diyabetik nefropati

Kronik böbrek yetersizliğinin en sık nedeni diyabettir. Diyaliz ünitelerine başvuran hastaların %50'sini diyabetli bireyler oluşturur. Diyabetli hastaların %20-40'ında diyabetik nefropati gelişir (26).

2.8.2.3. Diyabetik nöropati

Diyabetin otonom ve periferik sinirlerde meydana gelen bozukluklardır. Diyabetik nöropati her bireyde farklı gelişebilmektedir bunun nedeni her bireyde farklı sinir liflerinin değişik derecelerde etkilenmesidir. Nöropatiyi tespit için kullanılan yöntemlere ve popülasyona bağlı olarak diyabetik nöropati prevalansı çalışmalarda %10-90 arasında değişebilmektedir (27).

2.8.2.4. Diyabetik ayak ülserleri

Diyabetli bireylerde bazı sebeplerden dolayı (periferik nöropati, enfeksiyona yatkınlık nedeniyle ayak ülserleri ve periferik arter hastalığı) amputasyonlar çok fazla görülür. Yapılan çalışma, travmatik nedenler haricinde, ayak amputasyonuna yol açan sebeplerin %60'ının diyabet kökenli olduğunu göstermektedir (28).

2.9. Diyabet Tedavisi ve İzlemi

Tip 2 diyabetli hastaların çoğu obezdir ve sedanter yaşam tarzını sürdürürler.Sıklıkla hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi multiple kardiyovasküler risk faktörlerine sahiptirler. Tedavi; bu risk faktörlerinin uygun bir şekilde değiştirilmesini, uygun egzersiz, beslenme ve normale yakın bir HbA1c ile uygun glisemik kontrole ulaşılmasını içermelidir.

Diyabet tedavisi yönetiminin hedefi; diyabetli bireye kaliteli ve uzun bir yaşam süresi sağlamaktır. Bunun için;

- Diyabetlinin bireysel yönetim becerisi kazanması sağlanmalı
- Hedef kan şekeri düzeyine ulaşılmalı
- Diyabete özgü belirtiler giderilmeli
- Akut ve kronik komplikasyonların ortaya çıkışı, ilerlemesi önlenmeli veya

mümkün olduğunca geciktirilmelidir.

Başarılı diyabet tedavi ve izlemi beş temel ögenin iyi koordine edilmesi ile mümkün olabilir, bunlar;

1. İlaç tedavisi (OAD tedavi ve/veya insülin tedavisi)
2. Düzenli ve uygun egzersiz programı
3. Tıbbi beslenme tedavisi
4. Hastanın kendini izlemesi (self-monitoring): Kan şekeri ve ketonların kontrolü
5. Diyabet eğitimidir (10).

2.10. Diyabet Eğitimi

Bir diyabetlinin yıllar içinde olabildiğince en az komplikasyonla yaşamını devam ettirmesi gerekir. En az komplikasyon ile yaşayabilmesini sağlayan objektif kriterler; açlık-tokluk kan şekerleri, HbA1c, kan basıncı, kan yağları, kilo kontrolüdür. Metabolik kontrol değişkenlerinin olması gereken parametrelerde bulunmalıdır. Diyabetli bireyin hem diyabetini kontrol edebilmesinde hemde ağır komplikasyonlar ile karşılaşmadan yaşayabilmesi için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Yapılan çalışmalarda metabolik kontrolün sağlanmasında eğitimin etkinliği çok fazladır. Diyabetli bireylere verilecek eğitimi belirlerken bireyin özetkililik durumları, öz bakım gücü, inançları göz önüne alınmalıdır (29). Diyabetli bireylerle yapılan yaklaşık iki yıl süren Sarkadi ve Rosenqvist tarafından yapılan bir izlem çalışmasında HbA1c düzeyinde %4 oranında azalmanın olması eğitimin diyabet yönetiminde önemini ortaya çıkarmıştır (30). Yapılan meta analiz çalışmasında, sağlık çalışanları tarafından verilen diyabet

eğitimiyle ilgili yapılmış 12 çalışma incelenmiş ve eğitim alan hastaların hemoglobin A1c düzeylerinde anlamlı bir düşüş elde edilmiştir. Glisemik sonuçlarında anlamlı bir ilişki bulunan diyabetlinin diyabeti hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu ortaya çıkmıştır (31). Diyabetlilere verilen beslenme eğitim sonrasında hastaların diyabetini daha iyi yönettiği ve metabolik kontrol parametrelerinde anlamlı sonuçlar olduğu Tankova ve arkadaşları tarafından yapılmış çalışmada elde edilmiştir (30). Çalışmalar sonucunda diyabete uyumu etkileyen birçok faktör vardır. Özellikle diyabet eğitimi sırasında olumlu tutuma sahip kişilerin diyabet hakkındaki bilgi düzeylerinin, kan şekerinin, öz bakım becerilerinin, daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Tedaviye uyumu yüksek ve metabolik kontrol parametreleri iyi olan diyabetlilerde ciddiyet algısının yüksek, hastalıkla ilgili engel algısının düşük olduğu bulunmuştur (32). Öz etkililik algısı olumlu sağlık davranışlarının sürdürülmesinde ve başlatılması önemlidir (33). Yapılan çalışmalar sonucunda diyabetlilerin hastalıkla ilgili inanç veya tutumunu değerlendirerek verilen eğitimlerin metabolik kontrolü sağlamada etkin rol oynadığı ortaya çıkmıştır (30). Diyabetli bireyinde kazandırılması gereken davranışlar (insülin uygulama, kendi kendine kan şekeri ölçümü, ayak bakımı becerisi kazanma) öğretilirken bireylerin geçmişteki güdülenmesine, inançlarına, ve kültürüne ters düşmemesi dikkat edilmelidir. Sağlık inanç modeli insanlarda hastalıklardan korunmada bazı insanlarda korumada sorumluluk almayı neden yapamadıklarını anlamalarına yardımcı olmak amacıyla oluşturulmuş sistematik bir yöntemdir (30). Yaşam boyu devam eden diyabette, diyabetlinin hastalığını yönetmede beslenme, sorumluluk alması, ilaç uygulamaları, egzersiz, kendi kendine kan şekeri ölçümü gibi bakım uygulamalarını yapması hedeflenir. Hedeflere ulaşabilmek için kişiye özgü eğitim modellerine ihtiyaç vardır. Yapılandırılmış olan eğitim modellerinde bireyin öz etkililiğini değerlendirmede ve sağlık inançları çok etkilidir. Hemşirelik Yönetmeliğinde Özel alan hemşireliği arasında yer alan “Diyabet Eğitim Hemşireliği” dir ve hemşirenin görevi diyabetlinin eğitilmesidir (30).

2.11. Diyabet Eğitimi ve Hemşirenin Rolü

Diyabet eğitimi, diyabetin ayrılmaz bir parçasıdır. Dünyada glisemik kontrol sağlandığında ve diyabet eğitimi doğru ve etkili bir şekilde yapıldığında hastaneye yatışların azaldığı ve komplikasyonların önlendiği kabul edilmektedir. Eğitimin, diyabet yönetiminde etkili olduğu ve metabolik kontrolü iyileştirdiği araştırmalar ile de

kanıtlanmıştır (34). Diyabet eğitimi bireylere ne yapacaklarını söylemek değildir. Aynı zamanda sadece bilgi verilmesi ile de davranış değişikliğini beklemek yanlış olur (25).

Diyabet eğitimi, terapötik hasta eğitimi ilkelerine göre yapılmalıdır (35). Tedavinin yönetilmesini, yaşam kalitesinin korunmasını ve geliştirilmesini, komplikasyonların önlenmesini, hedefler (35).

Diyabet bakımı dinamik bir süreçtir. Her bireyde farklı özellikler gösterir ve yeni planlamalarla farklı kişisel yaklaşımları gerektirir, yani bireye özgüdür (36). Diyabet yönetiminde en az tıbbi yardım ile en iyi glisemik kontrolü sağlamada bütüncül bakım ve interdisipliner ekip yaklaşımı başarıyı arttırmaktadır (37, 36). Diyabet eğitimi, terapötik hasta eğitimi ilkelerine göre yetişmiş, hemşire, hekim, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, eczacı, ve podiatrist gibi değişik disiplin üyeleri tarafından yapılmaktadır (35). Ekibin vazgeçilmez üyesi olan diyabet hemşiresinin rol ve sorumlulukları; çalışmalarını düzenleme, hasta bakımı, danışmanlık yapma, kaynak olma, değişimin temsilcisi olma, politik kararlarda etkili olma, araştırma yapma, diğer sağlık profesyonellerini ve diyabetli bireyleri eğitmedir (38, 25). Diyabet hemşiresi bütüncül bakım sürecini uygulayarak, hastayı fiziksel ve psikososyal yönden bütün olarak ele alır; hasta ve ailesinin sadece psikomotor becerileri değil, ayrıca bilgiyi davranışa dönüştürmelerini sağlayacak yöntemleri ve becerileri öğrenmelerine de yardımcı olur (39).

2.12. Diabetes Mellitus Yönetimi

Diyabet yönetimi, diyabetli bireyde uygun tedavi ve bakım kriterleri ve hastanın uyumu ile amaçlanan metabolik hedeflere (tokluk kan şekeri, açlık kan şekeri, BMI, arteriyel kan basıncı, HbA1c, kan lipid düzeylerine) ulaşılması olarak tanımlanmaktadır (40). Diyabet yönetiminde başarılı olmak, etkin tedavinin belirlenmesi, etkin eğitim ve hastanın tedaviye tam uyumu ve katılımı ile gerçekleşir. Bu bağlamda diyabet yönetimi tedavi, eğitim, öz bakım-öz etkiliği içermektedir (40).

2.13. Diyabet ve Öz Yönetim

Öz bakım yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler olarak tanımlanmaktadır. Öz bakım bireylerin gönüllü katılımları ile bireysel sorumluluklarını alabilmeleridir. Orem, öz bakım kavramında bireysel kontrolün önemli olduğunu, öz bakımın bireyin gereksinimlerini

sürekli olarak tanınması ve karşılaması anlamına geldiğini belirtmektedir. Öz bakım kavramının üç temel ögesi vardır. Bu ögeler, faaliyet için güç ya da yetenek, öz bakım için karar vermeye yönelik eylemler, öz bakım için uygulamaya yönelik eylemlerdir (41). Diyabette öz bakım diyabetli bireyin kan glikozunu kontrol etmek ve diyabet komplikasyonlarını önlemek için yaptığı uygulamalardır. Bu uygulamalar kendi kendine kan şekerini izleme, egzersiz, beslenme tedavisi, insülin dozunun ayarlanması ve insülin uygulamalarıdır. Öz bakım yalnızca bu aktiviteleri uygulamayı değil bu aktiviteler arasındaki ilişkiye dikkat etmeyi, gerektiğinde günlük planda uygun değişiklikleri yapmayı da içermektedir (42).

Sonuç olarak; diyabet bakımının ana hedefleri doğrultusunda ve bu hedeflere ulaşmada bireylerin diyabet yönetimine uyumları ile öz bakımlarını karşılamaları ve diyabet yönetiminde bireysel sorumluluklarını yerine getirmeleri metabolik kontrolün sağlanması dolayısı ile diyabet yönetiminde başarının sağlanması açısından önemlidir (43).

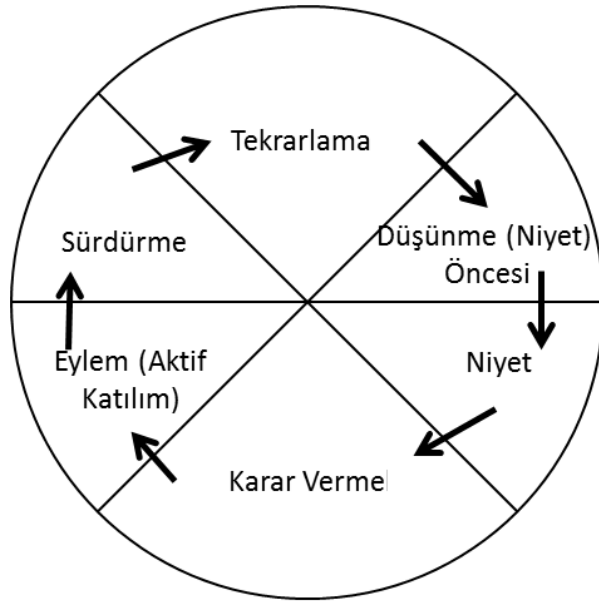
2.14. Motivasyonel Görüşme

1983'te MG klinik yöntemlerden biri olarak tanımlanmış olup, ilk olarak alkol problemi olan hastalarda kısa süreli bir müdahale yöntemi olarak kullanıldı. Motivasyonel görüşme, diğer sağlık sorunları ve kronik hastalıklarda davranış değişikliğini ve motivasyonu sağlamak amacıyla 1990'ların başlarından beri kullanılmaktadır. (44).

Motivasyonel görüşme, danışanların ambivalansını ortaya çıkarıp çözümlemelerine yardımcı olan, direktif ve danışan merkezli bir yöntemdir. Kişilerin sorunlarını anlamalarını ve değişim amacıyla eyleme geçmelerini sağlar. MG değişim için isteksiz olan bireylerde daha etkilidir (45). Bu teknik William R. Miller ve Stephen Rollnick tarafından geliştirilmiştir (46).

Ambivalans değişim ikilemidir. Kişilerde görüşmenin gereklerinden olan ambivalansın keşfedilmesi ve tanımlanmasıdır. Motivasyonunun sağlanması ise ambivalansın çözümü ile olur iken MG tekniğinin odağı ambivalansın çözümüne dayanmaktadır (46). İnsan deneyiminin ve değişiminin bir parçası da ambivalanstır. Ambivalans içerisinde sıkışmak genel bir durumdur. Ayrıca yaklaşma - kaçınma çatışmasını kişinin kendi kendine çözmesi oldukça zordur. Ambivalansı çözmek değişim süreci için gerekli bir adım oluştururken, çözüldüğünde değişim için çok az şey gerekir (45).

Motivasyonel görüşme hedefleri aynı olan farklı iki evreden oluşmaktadır. Birinci evrenin amacı içsel motivasyonun kazandırılmasıdır. Değişimin olması için sebeplerin belirlenmesi stratejilerden daha önemlidir. Değişim motivasyonunu sağlamak için ambivalansı çözmek Motivasyonel görüşmenin bu evredeki amacıdır. İkinci evre değişim ve güçlü bir bağlılığı aynı zamanda bunları başarmaya yönelik bir eylem meydana getirmektir. Danışanın istediği ve yapmayı planladığı olgular bu evrede odağını değiştirmek için değerlidir. Değişim görüşmeleri alışmasından sonra amaç belirlenmelidir, birinci evreden ikinci evreye geçilir ve sonrasında değişimi sürekli hale gelmesi için çaba sağlanır (47, 48). Prochaska ve Diclimente tarafından değişimin aşamalarını farklı şekillerde aktarılır. MG daha net anlatabilmek için bir döngü oluşturulmuş. Bu döngüye “Değişim Döngüsü” demiştir. Değişim modeli daire şeklinde bir yapıdır. Değişim döngüsü; düşünme (niyet) öncesi, niyet, karar verme, eylem (aktif katılım), sürdürme ve duraksama dönemlerinden meydana gelir. İlk basamaktan son basamağa dönebilmekte ve bazı durumlarda süreç tekrarlanabilir ve sonrasında davranış değişikliği kazandırılır. (şekil 1).



Şekil 1.1. Değişim Döngüsü

Düşünme (Niyet) Öncesi: Danışan tarafından değişikliğin reddedildiği basamaktır. Bu dönemde danışanda bir problem olduğu farklı kişiler tarafından fark edilebilir. MG değişikliğin önemini vurgulayan kademeli bir başlangıcı amaçlar. Görüşmede dinleme becerileri, empati ve özetleme bu aşamada önemlidir.

Niyet: Şüpheli bir yaklaşımın olduğu bir aşamadır. Danışanın davranış değişikliği sonrasında oluşacak avantaj ve dezavantajların farkında olduğu aşamadır. Fakat davranış değişikliğini yapmak için net kararı yoktur. Danışan değiştirilemeyen davranışlarını değiştirmenin zorluğunun farkındadır. Danışan değişimle ilgili bu süreçte sürekli olumlu veya olumsuz sesler duyuyor gibidir. Değişim sürecinin bu aşamasındaki karışıklılık ve hareketsizlikten dolayı üretilen düşünce ve sorunlu davranışların devamına yol açmaktadır.

Karar Verme: Danışanda değişim başladığında beyninin içinden gelen motive edici düşük tonda sesler duyar. Bu sesler:

Bende değişim başlayacaktır, ...

Başlamak için hazırım,

Değişebilirim, çünkü ...

Değiştirmek istiyorum, çünkü ...

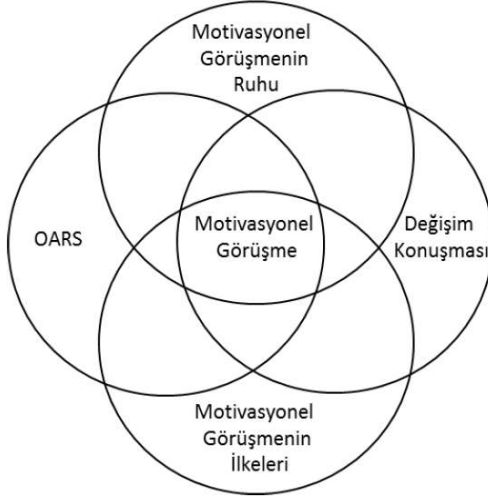
Danışan engelleri keşfetmek, aşmak ve değişim göstermek için anlaşmalar yapmak ister.

Eylem (Aktif Katılım): Engelleri aşmasında danışana yardım etmek çok etkilidir. Danışanlar engellerle karşılaşabilir fakat engelleri aşmakta kendileri etkin rol oynar. Eylem basamağında önemli iken düşünme aşamasında etkili olmayabilir.

Sürdürme: Belli bir süre geçtikten sonra değişim gerçekleşir. Bu süre genellikle altı ay veya daha fazladır. Bilişsel davranışçı yöntemler sürdürme aşamasında iyi sonuç verir. Danışman bu aşama da danışana yardım edecek motivasyonel becerileri kullanılır.

Duraksama: Sigara kullananlarda davranış değişikliği gerçekleşinceye kadar yedi defa döngü içerisinde kaldıklarını Prochaska ve Diclemente, çalışmaları sonucu ortaya koymuşlardır. Duraksama değişim döngüsünün vazgeçilme bir ögesidir. Duraksama dönemine her insan farklı şekillerde girebilir. Uzun vadeli bir duraksamaya neden olan öğeler; hayal kırıklığı, öfke, suçluluk, umut kaybıdır. Danışman, danışanlarından MG sonrasında iyimserlik düzeylerinde farklılıklar oluşan ve yeni davranışlar kazanan bireylerde etkili olabilmektedir (49).

Motivasyonel görüşme bazı öğelerden oluşur. Bu öğelerde dört noktaya üzerinde durulur. Motivasyonel görüşmenin ilkeleri, Motivasyonel görüşmede kullanılan başlıca araçlar (OARS), motivasyonel görüşmenin ruhundan ve değişim konuşmasından meydana gelir (şekil 2).



Şekil 1.2. Motivasyonel Görüşmenin Öğeleri

MG'nin dört temel ilkesi aşağıda sıralanmıştır:

Empatiyi ifade etme: Danışan sıcak, destekleyen, saygı duyan, ilgilenen bir yaklaşım içerisinde danışanı dinler. Amaç, danışmanın danışanın yaşantısıyla özdeşim yapabilme eğilimi değildir.

Çelişkiyi geliştirme: MG'de kişinin şimdiki davranışları ile hedefleri arasındaki çelişkileri danışanın zihninde ortaya çıkarmaktır.

Dirençle dönme: Burada danışana yeni hedefler veya bakışlar getirilmez danışana yeni bilgiler kabul etmeye ve yeni bakış açılarını görmeye davet edilir. Danışmanın görevi danışana yeni bir ivme kazandırmaktır.

Öz yeterliliği destekleme: Danışman bu aşamaya ulaşabilmişse danışan artık ciddi bir sorun olduğunun farkındadır ve kendi yeterliliği ile bu aşabileceğini bilir (50, 51, 52).

Motivasyonel görüşmeyi Fuller ve Taylor (49) ise beş ilkeye dayandırılmıştır. Bu ilkelerin dördüncüsü ise sözleşme oluşturmaktır

MG’de yapılacak ilkeleri Rollnick ve arkadaşları tarafından RULE kısaltmasını ile ifade edilmiştir;

R- Doğrulma refleksine direnmek: Buradaki amaç danışanın eğilim ve problemlere karşı etkin çözümlerle danışanı bilinçlendirmektir.

U- Danışanın motivasyonunu keşfetmek: Danışman, danışanların dünyalarını tanımak için çabalar ve onların içinde yatan önceki yorumlarından kaynaklanan ambivalansına göre motivasyonlarını ortaya çıkarmaya çalışır.

L- Danışanı dinlemek: Etkin bir MG’nin sağlanması için görüşmeler boyunca danışman danışanın tüm söylediklerini dikkatlice dinlemeli, görüşme süresince bunları doğru bir şekilde kullanıp, iyi bir görüşme elde edebilsin. Bundan dolayı iyi bir MG için dinlemek çok önemlidir.

E- Danışana yetki vermek: Değişimin gerçekleşebilmesi için danışman görüşmeler boyunca danışanı aktif olarak görüşmeye katar ki değişim için kendini değiştirmeye karar versin (53).

Motivasyonel görüşmede kullanılan başlıca araçlar OARS olarak tanımlanır. Bunlar:

O- Açık uçlu sorular: Danışmanın tarafsız ve açıklayıcı sorular sorup danışanın riskli davranışını yargılayıcı olmayan bir çerçevede öğrenmesidir.

A- Doğrulama, onaylama: Değişimin sağlanmasında danışanın söylediklerini davranış değişikliği sağlamak için doğrulamak ve onaylamak önemlidir.

R- Yansıtıcı dinleme: Danışanın ne söylediğini anlama ve onun söylediklerini danışana aktarmadır.

S- Özetleme: Danışanın ambivalansının ortaya çıkması ve danışanın değişimi için kendini duymasını yardım eder.

Motivasyonel görüşmede danışmanın görevi, değişim konuşmasının sağlanması için uygun bir ortamı yaratmaktır. Motivasyonel görüşmede değişim sürecinin konuşulması dört basamakta olur. Bunlar:

Olumsuz davranışları açıklama,

Değişim sonrasında oluşacak olumlu durumları açıklama,

Değişim için danışanı umutlandırarak ve değişimin gerçekleşmesinde bu enerjinin danışanda olduğunu hissettirmek,

Danışanda değişim için bir hareketlenme olur.

Motivasyonel görüşmede değişim konuşmasının daha etkin olabilmesi için kullanılan yöntemler:

Önem cetvellerinin kullanımı

Çağrışım yapıcı sorular sorma

İki uçlu sorular

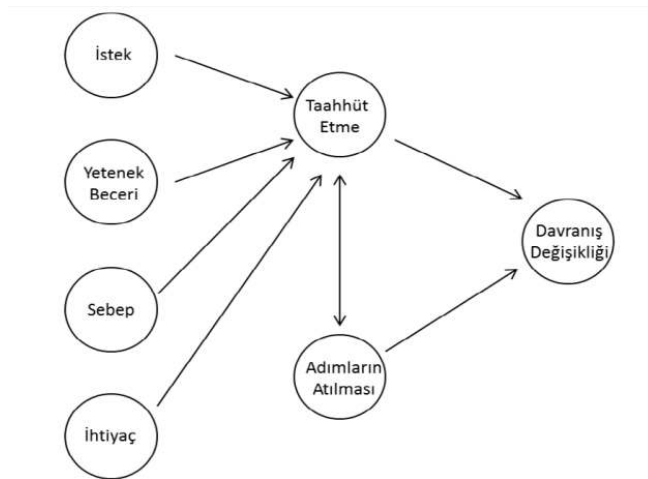
Hedeflerin ve değerlerin açıklanması

Karar verme dengesinin açıklanması

İleriye dönük bakış

Geçmişe göz atmadır (45).

Motivasyonel görüşmede değişim konuşmasının uyumu sonucu bireyde davranış değişikliği meydana gelir (şekil 3) (44).



Şekil 1.3. Değişim Konuşmasının Uyumu

Motivasyonel görüşmede bazı önemli öğeler de dikkate alınmalıdır:

İşbirliği: MG süreci, danışanın bildiklerine ve algılarına karşı çıkmayan uyumlu bir ortaklıktır. Danışanı değiştirmek yerine danışman, danışanın davranış değişikliği yapabilmesi için uygun bir ortam oluşturur.

Aklına getirme (Hatırlatma): Danışanda var olan içsel motivasyonu harekete geçirerek danışanın kendinin farkına varmasını sağlar.

Otonomi (Özerklik): MG’de danışana direktifler vermektense danışanın kendini yönetmesine olanak tanınır (53, 54).

Motivasyonel görüşme kişinin değişmek veya değişmemek nedenlerini daha iyi anlamasına yardımcı olur. Kişi değişim yönünde karar vermediği sürece Motivasyonel görüşme sırasında çözüm önerileri sunulmaz. Motivasyonel görüşme danışan merkezlidir. Danışmanın yapılmasının gerekli olduğunu düşündüğü şeyler üstünde değil, danışanın sorunları üstünde durur. Motivasyonel görüşmede danışan uzmandır. Bilen danışandır. Danışman bilen rolüne soyunmaz. Bu nedenle danışman, danışandan önce hazır olmaz, kendi düşüncelerini empoze etmez. Danışan neredeyse oraya gider. Motivasyonel görüşme insani eşlik etmedir, bireyi yargısız kabullenmedir. Danışman kişinin kendi enerjisini kullanmalı ve değişime yönelik isteği ortaya çıkarmalıdır. Danışman alıcı rolünden çok arkadaşlık ilişkisidir. Danışman danışanın davranışlarıyla ilgili özerkliğine ve tercih yapma özgürlüğüne saygı duyar. Değişime hazır olmak bir danışan özelliği değil, kişiler arası ilişkinin bir ürünüdür. Direnç ve inkar danışan özellikleri olarak değil danışman davranışına ilişkin geri bildirimler olarak değerlendirilir. Ambivalansı çözmek danışmanın değil danışanın görevidir. Ambivalans her ikisinin de çıkar ve bedeller sunduğu iki eylem biçimi arasındaki zıtlık biçimini alır. Danışmanlık tarzı sessiz ve veriyi çıkartan bir tarzıdır. Doğrudan ikna, saldırgan yüzleştirme ve tartışma MG’nin kavramsal karşıtlarıdır. (45, 46, 52, 55).

Motivasyonel görüşmenin danışanların davranışlarını değiştirmede etkin olduğu araştırmalarla gösterilmiştir. Araştırmalarda MG’nin kan alkol konsantrasyonu, kolesterolü, kan basıncı, vücut kütle indeksi ve standart etanol içeriği üstüne etkileri klinik olarak anlamlı olduğu gösterilmiştir. Motivasyonel görüşme tekniğinin kısa süreli görüşmelerde (15 dakika gibi) etkili olduğu belirtilmiştir (56).

Motivasyonel görüşmede yüzleştirmenin kullanıldığı tekniklerden olduğu gibi direnç olarak nitelendirilmez, direnci danışmanın kendisinin oluşturulduğu düşünülür. Direnç ile karşılaşıldığında tartışmak yerine yansıtma kullanılmalıdır (57).

Motivasyonel görüşmede danışmanın kullanabileceği araçlar: vücut dili ile kullandığı kelimelerin seçimi, danışma ortamının genel atmosferi, sessizliği doğru biçimde kullanabilme becerisidir. Motivasyonel görüşme sonrası danışanlarda meydana gelen değişiklikler sağlık durumlarına da olumlu katkılarda bulunabilir. Motivasyonel görüşmede danışmanların bireysel iletişim becerileri, tedavi araçlarının kendisini oluşturur. (44).

Araştırmalar MG tekniğinin çeşitli yaşam tarzlarında sorunları çözmeye yardımcı olduğunu, sorunların fizyolojik veya psikolojik olmasının herhangi bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Motivasyonel görüşme farklı ve geniş gruplarda, davranışla ilgili sorunlar yaşayanlarda uygulanabilir. Bunlara örnek verecek olur isek; diyabet, alkol bağımlılığı tedavisi, kardiyak bakım, beyin felcinin rehabilitasyonu, kronik ağrı, diyet, anksiyete bozukluğu, HIV/AIDS korunma, PTSD, depresyon, kilo verme sayılabilir (58). Motivasyonel görüşme yapılan her klinik çalışmada aynı başarıyı elde edememiştir. Bunlar; diyabetli hastalarında kan şekeri kontrolünü sağlamak ve şeker izlemin yapmak, egzersiz yapmalarını ve meyve sebze ağırlıklı beslenmelerini sağlamak, stres durumu azaltmak, diyet uyumu sağlamak, ve alkol ve madde bağımlılığını azaltmak, sigarayı içme alışkanlığını bırakmada ve hastaneye başvuruları azaltmak amacıyla yapılan klinik çalışmalardır. Bunlardan anlaşılabileceği üzere MG yapılan tüm klinik çalışmalarda anlamlı sonuçlar vermemiştir (44).

Sonuç olarak MG tekniği kısa süreli, uygulaması ve öğrenmesi kolay bir terapi yöntemidir. Kanıta dayalı bir yöntem olması, uygulamada güvenilirliği arttırmaktadır. Farklı uygulama alanlarına sahip olması yaygın bir şekilde kullanılabileceğini gösterir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma diyabetik bireylerde MG tekniğinin öz yönetim algısı ve metabolik değişkenlere etkisini değerlendirmek amacıyla randomize, kontrollü ve deneysel olarak yapılmış bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Nisan-Temmuz 2015 tarihleri arasında Gaziantep Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları polikliniğinde tedavi alan hastalarda yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1. Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini belirtilen tarihlerde üniteye başvuran tüm hastalar, örneklemini ise araştırmaya dahil edilme kriterlerini oluşturan hastalar oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın örnekleme

Araştırmanın örneklem sayısının hesaplanmasında güç analizi kullanılmış olup; konu ile ilgili yapılmış çalışmalar esas alınarak HbA1c değerinin öncesi sonrası karşılaştırıldığında 1,6 birimlik farkın istatistiksel olarak anlamlı çıkması beklentisi için gerekli minimum örnek genişliği $\alpha = 0,05$ testin gücü $(1-\beta)$ 0.80 iken her grupta 26 olarak hesaplanmıştır. Araştırma kapsamına ise 30 kontrol, 30 müdahale olmak üzere toplam 60 hasta alınmıştır. Çalışma süresince araştırmaya alınan hastalardan çalışmadan herhangi bir nedenle ayrılan hasta olmamıştır.

3.3.3. Örneklemeye dahil edilme kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; 18 yaş ve üstü olması, Amerikan Diyabet Birliği kriterlerine uygun olan ve son altı ay içinde diyabet tanısı almış olması, iletişim sorunu

olmaması, mental konfüzyonu ve herhangi bir psikiyatrik probleme sahip olmaması, araştırmaya katılmaya gönüllü olmasıdır.

3.3.4. Örneklemeye dahil edilmeme kriterleri

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri; 18 yaşın altında olması, iletişim sorunu olması, mental veya herhangi bir psikiyatrik probleme sahip olması, araştırmaya katılmayı kabul etmemesi, diyabet süresinin son altı aydan az olmasıdır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu (EK-1), DÖYAS (EK-2) ve MG uygulamalarının değerlendirilmesi için kullanılan bir form(EK 3) ile veriler toplanmıştır.

3.4.1. Veri toplama araçları

3.4.1.1. Diyabetli hasta tanılama ve takip formu (EK-1): Araştırmacı tarafından ilgili literatürler incelenerek (1, 2, 3, 4, 59) hazırlanan anket formu; hastaların sosyo-demografik özelliklerini, hastalığa ilişkin özelliklerini ve bazı metabolik değişkenlerini değerlendirmeye yönelik toplam 44 sorudan oluşmaktadır.

Bireye ilişkin sosyo-demografik özellikler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, hasta ifadesine göre ekonomik durum gibi özellikleri sorgulayan toplam yedi sorudan oluşmaktadır.

Hastalığa ilişkin özellikler: Diyabet süresi, ailede diyabet öyküsü, diyabet tedavisi, diyabet komplikasyonları yüzünden son bir yıl içinde kaç kez hastaneye yattığı ile ilgili toplam yirmi sekiz sorudan oluşmaktadır.

Bazı metabolik değişkenlere ilişkin özellikler: Boy, kilo, BKİ, AKŞ, TKŞ, HbA1c gibi değişkenleri sorgulayan toplam dokuz sorudan oluşmaktadır.

3.4.1.2. Diyabette öz yönetim algı skalası (DÖYAS) (EK-2): DÖYAS'nda sekiz madde bulunmaktadır ve beşli likert ölçeği ile değerlendirilmektedir. Ölçekte dört madde (1,2,6,7) olumsuz sorulmuştur. Ölçekten en az sekiz puan, en çok puan ise 40'dır. Puanın yüksek olması, bireyin diyabet yönetiminde farkındalığının çok iyi olduğunu göstermektedir (60).

3.4.2. Veri toplama araçlarının uygulanması ve girişimlere ilişkin bilgiler

Polikliniğin rutin uygulamaları sonrasında, hastalar MG yapılan (müdahale grubu) ve MG yapılmayan (kontrol grubu) olmak üzere sıralı olarak iki gruba ayrılmıştır. İlk alınan hasta müdahale grubuna dahil edilmiştir. Daha sonra sırasıyla kontrol grubu, müdahale grubu şeklinde gruplandırma devam etmiştir ve bu şekilde müdahale ve kontrol grubu oluşturulmuştur.

İlk aşamada; hastalardan çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair yazılı ve sözlü izinler alındıktan sonra; kontrol ve müdahale grubundaki hastalara anket formu ve DÖYAS uygulanmış ve sonrasında müdahale grubuyla motivasyonel görüşmeler yapılmıştır. Her görüşme sonrasında hem hastalar hem de araştırmacı tarafından motivasyonel görüşmelerin değerlendirildiği form doldurulmuştur.

İkinci aşamada; müdahale grubu ile yapılan motivasyonel görüşmeler bittikten sonra hem kontrol hem de müdahale grubuna anket formunun bazı metabolik değişkenleri içeren kısmı ve DÖYAS yeniden uygulanmıştır.

3.4.3. Motivasyonel görüşme tekniğinin uygulanması

Motivasyonel görüşmeler hastaneye başvuran hastaların poliklinik işlemleri bittikten sonra, diyabet eğitim hemşiresinin odasında, sadece danışan ve danışmanın olduğu bir yerde gerçekleştirilmiştir. Görüşmeye başlamadan önce danışana görüşme aralıkları, süresi, kaç kez yapılacağı konusunda bilgi verilmiştir ve diğer görüşmelerden farklı olarak konunun belirlenip danışanın bu konuyla ilgili görüşlerinin alınacağı anlatılmıştır. Her bir görüşme yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Her bir danışan ile toplam dört görüşme yapılmıştır. Motivasyonel görüşme sıklığına ve süresine uzman görüşü alınarak karar verilmiştir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Ki-kare, Student t, One Way Anova, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Paired t ve Pearson Korelasyon katsayısı ile analiz edilmiştir. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yürütülmesi için Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan (EK-4), araştırmanın uygulanabilmesi için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alınmıştır (EK-5). Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırma kapsamındaki hastaların haklarının korunması için araştırmadan çekilebileceklerini belirtilerek “Özerklik” ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi ve “insan Onuruna Saygı” etik ilkeleri göz önünde bulundurulmuştur. Ayrıca elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” etik ilkesi yerine getirilmiştir. Veriler toplanmadan önce hastalar araştırmanın amacı, uygulama yöntemi ve elde edilmesi planlanan sonuçlar hakkında bilgilendirilerek, gerekli açıklamalar yapıldıktan ve sorular yanıtlandıktan sonra araştırmaya katılım onayı alınmıştır (EK-5).

3.7. Süre ve Olanaklar

24 Aralık 2014 tarihinde Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne tez önerisi olarak verilmiştir. Gaziantep Üniversitesi Etik Kurulundan ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden izin yazısı alındıktan sonra elde edilen veriler, araştırmacı tarafından değerlendirilerek hazırlanan araştırma raporu, yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hastaların bazı özelliklerine ilişkin özellikler tablo 7’de verilmiştir. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde müdahale grubunun %66,7’sinin 45 yaş ve üzeri, %33,3’ünün 20-44 yaş grubundadır. Kontrol grubunda ise % 70’inin 45 yaş ve üzeri, %30’unun 20-44 yaş grubundadır. Hastaların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde müdahale grubunun %63,3’ünün kadın, %36,7’erkektir. Kontrol grubunda ise %73,3’ünün kadın, %26,7’si erkektir. Grupların eğitim düzeyi dağılımına baktığımızda; müdahale grubunun %66,7’sinin, kontrol grubunun %86,7’si ilköğretim mezunudur. Hastaların maddi durumlarına göre dağılımı incelendiğinde müdahale grubunun %56,7’sinin orta düzey, kontrol grubunun ise %60,0’ının kötü olduğu saptandı. Müdahale grubunun %86,7’sinin, kontrol grubunun %73,3’ü evlidir. Müdahale grubunun %50,0’sinin, kontrol grubunun %56,7’si çalışmadığını belirtti. Hem müdahale hem de kontrol grubundaki hastaların %30,0’nun memur olduğu belirlendi. Müdahale grubunun %56,7’sinin, kontrol grubunun %66,7’si eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Hastaların diyabet dışındaki diğer kronik hastalık varlığına göre dağılımı incelendiğinde müdahale grubunun %56,7’sinin, kontrol grubunda ise %50,0’sinin başka bir kronik hastalığının olmadığı belirlendi. Müdahale grubunun %53,8’i, kontrol grubunda ise %80,0’i hipertansiyon hastasıdır. Müdahale grubunun %63,3’ü, kontrol grubunda %80,0’i sigara kullanmamaktadır. Hastaların sigara içim yıllarına göre dağılımı incelendiğinde müdahale grubunun %36,4’ünün 0-10 yıl, %36,4’ünün 22 yıl ve üzeri, kontrol grubunda % 50,0’si 22 yıl ve üzeri yıldır sigara kullanmaktadır. Müdahale grubunun % 96,7’si, kontrol grubunda ise % 100,0’ü alkol kullanmamaktadır.

Müdahale ve kontrol grubunu oluşturan hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, maddi durum, medeni durum, meslek, kiminle yaşadığı, diğer kronik hastalık varlığı, kronik hastalığı, sigara kullanımı, sigara içim yılı, alkol kullanımına bakıldığında gruplar arasında bir fark olmadığı saptandı. ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 4.7. Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgularının karşılaştırılması

Özellikler	Müdahale n(%)	Kontrol n(%)	X ² /p
Yaş 20-44yaş 45 yaş üzeri	10(33,3) 20(66,7)	9(30,0) 21(70,0)	0,077/0,781
Cinsiyet Kadın Erkek	19(63,3) 11(36,7)	22(73,3) 8(26,7)	0,693/0,405
Eğitim durumu İlköğretim Lise Üniversite	20(66,7) 6(20,0) 4(13,3)	26(86,7) 3(10,0) 1(3,3)	3,583/0,167
Maddi durum Kötü Orta	13(43,3) 17(56,7)	18(60,0) 12(40,0)	1,669/0,196
Medeni durum Evli Bekar	26(86,7) 4(13,3)	22(73,3) 8(26,7)	1,667/0,197
Meslek Serbest Memur Çalışmıyor	6(20,0) 9(30,0) 15(50,0)	4(13,3) 9(30,0) 17(56,7)	0,525/0,769
Kiminle yaşadığı Yalnız Eşi ile Eşi ve çocukları ile	3(10,0) 10(33,3) 17(56,7)	5(16,7) 5(16,7) 20(66,7)	2,410/0,300
Diğer kronik hastalık varlığı Evet Hayır	13(43,3) 17(56,7)	15(50,0) 15(50,0)	0,268/0,605
Kronik hastalık HT KY Astım/KOAH	7(53,8) 1(7,7) 5(35,8)	12(80,0) 0(0,0) 3(20,0)	2,687/0,261
Sigara kullanımı Evet Hayır	11(36,7) 19(63,3)	6(20,0) 24(80,0)	2,052/0,152
Sigara içim yılı 0-10 yıl 11-21 yıl 22 ve üzeri	4(36,4) 3(27,3) 4(36,4)	2(33,3) 1(16,7) 3(50,0)	0,371/0,831
Alkol kullanımı Evet Hayır	1(3,3) 29(96,7)	0(0,0) 30(100,0)	1,017/0,313
Toplam	30(100,0)	30(100,0)	

*HT: Hipertansiyon *KY: Kalp Yetmezliği *KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

4.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Bulguları

Hastaların diyabet yılına göre dağılımı incelendiğinde müdahale grubunun %43,3'ü, kontrol grubunda ise %60,0'ı 0-5yıl arasında diyabetlidir. Müdahale grubunun %73,3'ü, kontrol grubunun ise %70,0'i diyabetli olduğunu ifade etti. Hastaların diyabetten dolayı yıldaki hastaneye yatış sayılarına göre dağılımı incelendiğinde müdahale grubunun %86,7'si, kontrol grubunda %93,3'ü 0-4 kez arasında hastaneye yattığı belirlendi. Müdahale grubunun %63,3'ünün, kontrol grubunda ise %66,7'sinin düzenli olarak kontrollerine gittiği saptandı. Hastaların doktor kontrollerine gitme sıklığına göre dağılımı incelendiğinde müdahale grubunun %21,1'nin ayda bir, kontrol grubunda ise %60,0'ı üç ayda bir gitmektedir. Hastaların doktor kontrollerine gitmeme sebeplerine göre dağılımı incelendiğinde müdahale grubunun %63,6'sının ihmal ve zamansızlıktan dolayı gitmediği, kontrol grubunda ise %70,0'inin ihmal ve zamansızlıktan dolayı gitmediği görülmüştür. Müdahale grubunun %63,3'nün düzenli egzersiz yapmadığı, kontrol grubunda ise %83,3'ü düzenli egzersiz yapmamaktadır. Hastaların düzenli egzersiz yapmama sebeplerine göre dağılımı incelendiğinde müdahale grubunun %47,4'ünün zamansızlıktan, kontrol grubunda ise %36,0'sının ağrıdan dolayı egzersiz yapmamaktadırlar. Hastaların haftada düzenli egzersiz yapma sıklığına göre dağılımı incelendiğinde müdahale grubunun %63,6'sının hemen hemen hergün, kontrol grubunda ise %60,0'ının haftada bir gün düzenli egzersiz yapmaktadırlar. Müdahale grubunun %54,5'inin 30dk, kontrol grubunda ise %50,0'sinin 30dk ve %50,0'sinin 90dk ve üzeri egzersiz yaptığı saptanmıştır. Hastaların diyetine uygun beslenmelerine göre dağılımı incelendiğinde müdahale grubunun %63,3'ünün diyetine uygun beslendiğini, kontrol grubunda ise %50,0'si diyetine uygun beslenmektedir. Hastaların ne tür ağırlıklı beslendiklerine göre dağılımı incelendiğinde müdahale grubunun %70,0'inin karışık(sebze-meyve ve hayvansal gıdalarla), kontrol grubunda ise %63,3'ünün karışık beslenmektedir. Müdahale grubunun %43,3'ünün günde iki öğün, kontrol grubunda ise %36,7'si iki öğün beslenmektedir. Hastaların gün içerisindeki kan şekeri ölçüm sayısına göre dağılımı incelendiğinde müdahale grubunun %80,0'inin 0-2 kez, kontrol grubunda ise %96,7'si 0-2 kez ölçmektedir. Hastaların diyabet tedavi şekline göre dağılımı incelendiğinde müdahale grubunun %53,3'ü oral antidiyabetiklerle, kontrol grubunun ise %70,0'i oral antidiyabetiklerle tedavi görmektedir.

Müdahale ve kontrol grubunu oluşturan hastaların diyabet yılı, ailede diyabet varlığı, hastaneye yatış sayısı(yıllık), kontrole gidip gitmediği, kontrole gitme sıklığı, kontrole gitmeme sebebi, düzenli egzersiz, egzersiz yapmama sebebi, egzersiz yapma sıklığı (haftada), egzersiz süresi, diyetle uygun beslenme, beslenme alışkanlığı, öğün sayısı, kış ölçüm sayısı, diyabet tedavi şekline bakıldığında gruplar arasında bir fark olmadığı belirlenmiştir. ($p>0.05$) (Tablo8).

Tablo 4.8. Hastaların hastalığına ilişkin bulgularının karşılaştırılması

Özellikler	Müdahale n(%)	Kontrol n(%)	X ² /p
DM yılı 0-5yıl 6-11yıl 12 ve üzeri	13(43,3) 8(26,7) 9(30,0)	18(60,0) 7(23,3) 5(16,7)	2,016/0,365
Ailede DM varlığı Evet Hayır	22(73,3) 8(26,7)	21(70,0) 9(30,0)	0,082/0,774
Hastaneye yatış sayısı(yıllık) 0-4 5-9	26(86,7) 4(13,3)	28(93,3) 2(6,7)	0,741/0,389
Kontrole gitme Evet Hayır	19(63,3) 11(36,7)	20(66,7) 10(33,3)	0,073/0,787
Kontrole gitme sıklığı Ayda bir Üç ayda bir	4(21,1) 15(78,9)	8(40,0) 12(60,0)	1,642/0,200
Kontrole gitmeme sebebi Yalnız yaşamak Maddi durum İhmal ve zaman problemi	3(27,3) 1(9,1) 7(63,6)	1(10,0) 2(20,0) 7(70,0)	1,289/0,525
Düzenli egzersiz Evet Hayır	11(36,7) 19(63,3)	5(16,7) 25(83,3)	3,068/0,080
Egzersiz yapmama sebebi Bilgi eksikliği Zamansızlık İhmal Ağrı	4(21,1) 9(47,4) 1(5,3) 5(26,3)	7(28,0) 4(16,0) 5(20,0) 9(36,0)	5,841/0,120
Egzersiz yapma sıklığı (haftada) Bir gün Dört gün Hemen hemen hergün	1(9,1) 3(27,3) 7(63,6)	3(60,0) 1(20,0) 1(20,0)	4,945/0,084
Egzersiz süresi 30dk 45dk 90dk ve üzeri	6(54,5) 4(36,4) 1(9,1)	2(40,0) 1(20,0) 2(40,0)	2,192/0,334
Diyete uygun beslenme Evet Hayır	19(63,3) 11(36,7)	15(50,0) 15(50,0)	1,086/0,287
Toplam	30(100,0)	30(100,0)	

*DM: Diyabet *KŞ: Kan Şekeri

Tablo 4.8. (Devam) Hastaların hastalığına ilişkin bulgularının karşılaştırılması

Özellikler	Müdahale n(%)	Kontrol n(%)	X ² /p
Beslenme alışkanlığı Sebze meyve Hayvansal Karışık	9(30,0) 0(0,0) 21(70,0)	9(30,0) 2(6,7) 19(63,3)	2,100/0,350
Öğün sayısı 2 öğün 3 öğün 4 öğün 3 ana 3 ara öğün	13(43,3) 10(33,3) 2(6,7) 5(16,7)	11(36,7) 9(30,0) 5(16,7) 5(16,7)	1,505/0,681
KŞ ölçüm sayısı 0-2 3-5	24(80,0) 6(20,0)	29(96,7) 1(3,3)	4,043/0,044
DM tedavi şekli Oral antidiyabetik İnsülin	16(53,3) 14(46,7)	21(70,0) 9(30,0)	1,763/0,184
Toplam	30(100,0)	30(100,0)	

*DM: Diyabet *KŞ: Kan Şekeri

4.3. Hastaların Motivasyonel Görüşme Öncesi ve Sonrası Öz Yönetim Algı Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

MG öncesi ve sonrası, müdahale ve kontrol grubundaki hastaların öz yönetim algı puan ortalamalarının karşılaştırmasına ait sonuçlar tablo 9’da verildi. Müdahale grubundaki hastaların MG öncesi $17,1 \pm 5,6$ olan öz yönetim algı puan ortalamasının MG sonrası $35,0 \pm 4,1$ ’e yükselmesi ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.05$). Kontrol grubunda ise MG öncesi $21,7 \pm 3,3$ olan öz yönetim algısı puan ortalamasının, MG sonrası $16,5 \pm 2,6$ olduğu, ancak bu değişimin anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Müdahale grubunda görüşme öncesi ve sonrası öz yönetim algı puan ortalamalarındaki fark anlamlı iken, kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlılık söz konusu değildir.

Tablo 4.9. Hastaların motivasyonel görüşme öncesi ve sonrası öz yönetim algı puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	Müdahale grubu X $\pm$ SE	Kontrol grubu X $\pm$ SE	P
Önceki öz yönetim algısı	17,1 $\pm$ 5,6	21,7 $\pm$ 3,3	0,000
Sonraki öz yönetim algısı	35,0 $\pm$ 4,1	16,5 $\pm$ 2,6	0,000
Önce-sonra fark	-17,9 $\pm$ 1,1	5,2 $\pm$ 0,5	
P	0,003	0,088	

4.4.Hastaların Motivasyonel Görüşme Öncesi ve Sonrası Bazı Değişkenlere Ait Bulgular

Müdahale grubundaki hastaların MG öncesi $30,1 \pm 8,1$ olan BKİ puan ortalamasının MG sonrası $29,1 \pm 7,1$ 'e düştüğü ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Kontrol grubunda ise MG öncesi $32,3 \pm 6,7$ olan BKİ puan ortalamasının, MG sonrası $33,7 \pm 6,9$ olduğu, ancak bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Müdahale grubundaki hastaların MG öncesi $255,3 \pm 104,7$ olan AKŞ puan ortalamasının MG sonrası $210,1 \pm 82,1$ 'e düştüğü saptanmıştır ($p < 0.05$). Kontrol grubunda ise MG öncesi $197,7 \pm 74,7$ olan AKŞ puan ortalamasının, MG sonrası $208,7 \pm 70,9$ olduğu, ancak bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Müdahale grubundaki hastaların MG öncesi $268,3 \pm 104,7$ olan TKŞ puan ortalamasının MG sonrası $213,8 \pm 94,6$ 'a düştüğü ve bu farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Kontrol grubunda ise MG öncesi $270,8 \pm 111,6$ olan TKŞ puan ortalamasının, MG sonrası $316,1 \pm 109,1$ olduğu, ancak bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Müdahale grubundaki hastaların MG öncesi $10,1 \pm 2,9$ olan HbA1C puan ortalamasının MG sonrası $9,1 \pm 2,5$ 'e düştüğü ve bu farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Kontrol grubunda ise MG öncesi $8,4 \pm 2,2$ olan HbA1C puan ortalamasının, MG sonrası $8,9 \pm 2,4$ olduğu, ancak bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Müdahale grubundaki hastaların MG öncesi $199,9 \pm 59,1$ olan kolesterol puan ortalamasının MG sonrası $166,4 \pm 45,8$ 'e düştüğü ve bu farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Kontrol grubunda ise MG öncesi $214,1 \pm 56,9$ olan kolesterol puan ortalamasının, MG sonrası $236,5 \pm 68,2$ olduğu, ancak bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Müdahale grubundaki hastaların MG öncesi $156,4 \pm 90,0$ olan trigliserit puan ortalamasının MG sonrası $135,7 \pm 74,4$ 'e düştüğü ve bu farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Kontrol grubunda ise MG öncesi $183,3 \pm 66,2$ olan trigliserit puan ortalamasının, MG sonrası $179,8 \pm 60,0$ olduğu, ancak bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Müdahale grubundaki hastaların MG öncesi $114,7 \pm 38,3$ olan LDL puan ortalamasının MG sonrası $98,4 \pm 30,3$ 'e düştüğü ve bu farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Kontrol grubunda ise MG öncesi $114,0 \pm 39,9$ olan LDL puan ortalamasının, MG sonrası $117,4 \pm 35,1$ olduğu, ancak bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit

edilmiştir ($p>0.05$). Müdahale grubundaki hastaların MG öncesi $44,6\pm14,7$ olan HDL puan ortalamasının MG sonrası $42,1\pm11,7$ 'e yükseldiği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Kontrol grubunda ise MG öncesi $48,0\pm18,9$ olan HDL puan ortalamasının, MG sonrası $52,6\pm15,1$ olduğu, ancak bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Müdahale grubundaki hastaların MG öncesi $125,3\pm16,3$ olan sistolik kan basıncı puan ortalamasının MG sonrası $119,0\pm12,1$ 'e düştüğü ve bu farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise MG öncesi $125,3\pm14,7$ olan sistolik kan basıncı puan ortalamasının, MG sonrası $126,6\pm12,9$ olduğu, ancak bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Müdahale grubundaki hastaların MG öncesi $71,6\pm9,8$ olan diyastolik kan basıncı puan ortalamasının MG sonrası $70,3\pm6,1$ 'e düştüğü ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Kontrol grubunda ise MG öncesi $75,3\pm11,6$ olan sistolik kan basıncı puan ortalamasının, MG sonrası $73,6\pm9,6$ olduğu, ancak bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). (Tablo 10)

Tablo 4.10. Hastaların motivasyonel görüşme öncesi ve sonrası bazı değişkenlerinin karşılaştırılması

Özellikler	Müdahale grubu X±SE	Kontrol grubu X±SE	P
Önceki BKİ	30,1±8,1	32,3±6,7	0,245
Sonraki BKİ	29,1±7,1	33,7±6,9	0,016
Önce-sonra fark	0,96±0,3	-1,3±1,1	
P	0,010	0,263	
Önceki AKŞ	255,3±104,7	197,7±74,7	0,17
Sonraki AKŞ	210,1±82,1	208,7±70,9	0,944
Önce-sonra fark	45,2±9,7	-11,0±7,3	
P	0,000	0,143	
Önceki TKŞ	268,3±104,7	270,8±111,6	0,930
Sonraki TKŞ	213,8±94,6	316,1±109,1	0,000
Önce-sonra fark	54,4±11,3	-45,3±18,4	
P	0,000	0,020	
Önceki HbA1C	10,1±2,9	8,4±2,2	0,012
Sonraki HbA1c	9,1±2,5	8,9±2,4	0,759
Önce-sonra fark	1,0±0,1	-0,5±0,5	
P	0,000	0,000	
Önceki kolesterol	199,9±59,1	214,1±56,9	0,346
Sonraki kolesterol	166,4±45,8	236,5±68,2	0,000
Önce-sonra fark	33,4±6,4	-22,4±10,7	
P	0,000	0,045	
Önceki trigliserit	156,4±90,0	183,3±66,2	0,192
Sonraki trigliserit	135,7±74,4	179,8±60,0	0,014
Önce-sonra fark	20,6±4,7	3,5±6,8	
P	0,000	0,606	
Önceki LDL	114,7±38,3	114,0±39,9	0,950
Sonraki LDL	98,4±30,3	117,4±35,1	0,029
Önce-sonra fark	16,2±4,0	-3,4±5,3	
P	0,000	0,532	
Önceki HDL	44,6±14,7	48,0±18,9	0,438
Sonraki HDL	42,1±11,7	52,6±15,1	0,004
Önce-sonra fark	2,5±1,6	-4,6±3,3	
P	0,133	0,117	

*BKİ: Beden Kitle İndeksi *AKŞ: Açlık Kan Şekeri *TKŞ: Tokluk Kan Şekeri

*HbA1C:Kandaki şekerin eritrositlerde bulunan hemoglobininle etkileşimi sonucu ortaya çıkan kanda oksijen taşıyan ana proteindir *KB: Kan Basıncı

*LDL:Düşük yoğunluklu lipoprotein *HDL:Yüksek yoğunluklu lipoprotein

4.5. Hastaların Motivasyonel Görüşme Öncesi Sosyodemografik Özellikleri ile Öz Yönetim Algısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların MG öncesi ile bazı parametreler ile öz yönetim algısı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak müdahale grubundaki hastalardan 20-44 yaş aralığında, erkek, evli, ekonomik durumu orta, tip 2 diyabet dışında başka bir kronik hastalığı olmayanların, serbest meslek grubunda bulunanların, sigara kullananların, alkol kullanmayanların, yalnız yaşayanların, üniversite mezunu olanların, diyabet dışında başka bir kronik hastalık olarak hipertansiyon olanların, 0-10 yıldır sigara kullananların öz yönetim algısı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise, 20-44 yaş aralığında, erkek, bekar, ekonomik durumu orta, tip 2 diyabet dışında başka bir kronik hastalığı olmayanların, serbest meslek grubunda bulunanların, sigara kullananların, alkol kullanmayanların, yalnız yaşayanların, üniversite mezunu olanların, 0-10 yıldır sigara kullananların öz yönetim algısı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p > 0.05$) (Tablo 11).

Tablo 4.11. Hastaların motivasyonel görüşme öncesi öz yönetim algısı ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki

Özellikler	Müdahale X±SE	P	Kontrol X±SE	P
Yaş 20-44 yaş 45 yaş ve üzeri	19,6±1,9 15,8±1,1	0,134	22,5±1,4 21,3±0,6	0,538
Cinsiyet Kadın Erkek	16,5±1,3 18,0±1,7	0,666	20,7±0,5 24,2±1,2	0,007
Medeni durum Evli Bekar	17,2±1,0 16,0±3,4	0,521	21,0±0,5 23,3±1,5	0,118
Ekonomik durum Kötü Orta	16,0±1,5 17,9±1,3	0,304	20,8±0,6 23,0±1,1	0,129
Meslek Serbest Memur Çalışmıyor	20,3±2,7 15,8±1,1 16,5±1,5	0,455	23,2±2,8 23,0±1,1 20,3±0,5	0,152
Sigara kullanımı Evet Hayır	17,1±1,7 17,0±1,2	0,897	23,6±1,6 21,2±0,6	0,111
Alkol kullanımı Evet Hayır	11,0±-- 17,3±1,0	0,224	--±-- 21,7±0,6	---
Kiminle yaşadığı Eş Eş ve çocuklar	18,0±4,0 17,8±1,7 16,5±1,4	0,783	25,8±1,4 22,2±1,6 20,5±0,5	0,010
Eğitim durumu İlköğretim Lise Üniversite	18,3±1,3 11,8±1,0 18,7±0,8	0,020	21,2±0,6 23,6±2,0 28,0±--	0,116
Başka bir kronik hastalık varlığı HT KY Astm-KOAH	19,0±1,5 10,0±-- 15,4±1,3	0,130	20,4±0,5 21,0±3,0 20,5±0,6	0,659
Sigara içme süresi 0-10yıl 11-21yıl 22 yıl ve üzeri	20,2±3,8 15,0±3,0 15,7±2,3	0,580	27,5±3,5 24,0±-- 21,0±1,0	--

***KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

4.6. Hastaların Motivasyonel Görüşme Öncesi Hastalığına İlişkin Özellikleri ile Öz Yönetim Algısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların MG öncesi ile bazı parametreler ile öz yönetim algısı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak müdahale grubundaki hastalardan ailesinde tip 2 diyabeti olmayan, yılda 0-4 kez hastaneye yatan, düzenli doktor kontrollerine gidenleri, ayda bir kez doktor kontrolüne gidenlerin, düzenli egzersiz yapanların, diyetle uygun beslenenlerin, günlük 0-2 kez kan şekeri ölçümü yapanların, diyabet tedavi şekli insülin olanların, 0-5 yıl süre ile diyabet olanların, diyabet dışında başka bir kronik hastalık olarak hipertansiyon olanların, ihmal ve zaman probleminden kontrollere gitmeyenlerin, ağrıdan dolayı egzersiz yapmayanların, hemen hemen hergün egzersiz yapanların, egzersiz süresi 90 dk ve üzeri olanların, beslenme alışkanlığının sebze ve meyve ağırlıklı beslenenlerin, günde 4 öğün tüketenlerin öz yönetim algısı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise, ailesinde tip 2 diyabeti olmayan, yılda 5-9 kez hastaneye yatan, düzenli doktor kontrollerine gidenleri ve gitmeyenlerin eşit , ayda bir kez doktor kontrolüne gidenlerin, düzenli egzersiz yapanların, diyetle uygun beslenenlerin, günlük 0-2 kez kan şekeri ölçümü yapanların, diyabet tedavisi şeklinin insülin olanların, 12 ve üzeri yıldır diyabet olanların, diyabet dışında başka bir kronik hastalık olarak astım-KOAH olanların, yalnız yaşamaktan dolayı kontrollere gitmeyenlerin, egzersizin faydalı olduğunu bilmemelerinden dolayı egzersiz yapmayanların, hemen hemen hergün egzersiz yapanların, egzersiz süresi 90 dk ve üzeri olanların, beslenme alışkanlığının hayvansal gıda ağırlıklı beslenenlerin, günde 4 öğün tüketenlerin, öz yönetim algısı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p > 0.05$) (Tablo 12).

Tablo 4.12. Hastaların motivasyonel görüşme öncesi hastalığına ilişkin özellikleri ile öz yönetim algısı puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Özellikler	Müdahale X±SE	P	Kontrol X±SE	P
Ailede DM varlığı Evet Hayır	15,0±1,9 17,8±1,2	0,188	20,4±0,7 22,2±0,7	0,263
Hastaneye yatış sayısı 0-4 5-9	17,8±1,1 12,2±0,6	0,076	21,5±0,6 23,5±0,5	0,224
Başka bir kronik hastalık varlığı Evet Hayır	16,9±1,2 17,2±1,6	0,933	20,5±0,6 22,8±0,9	0,072
Kontrole gitme Evet Hayır	17,3±1,2 16,6±1,8	0,730	21,7±0,7 21,7±0,9	0,756
Kontrole gitme sıklığı Ayda bir Üç ayda bir	20,0±3,7 16,6±1,2	0,316	23,0±1,5 20,8±0,7	0,258
Düzenli egzersiz Evet Hayır	19,2±1,7 15,8±1,2	0,142	25,2±1,7 21,0±0,5	0,020
Diyete uygun beslenme Evet Hayır	17,6±1,3 16,1±1,6	0,490	21,7±0,9 21,6±0,8	0,933
KŞ ölçüm sayısı 0-2 3-5	18,1±1,1 13,0±1,2	0,043	21,7±0,6 20,0±--	0,641
DM tedavi şekli İnsülin Oral diyabetik	17,2±1,2 16,9±1,7	0,739	21,8±0,6 21,4±1,3	0,523
DM süresi 0-5 yıl 6-11 yıl 12 ve üzeri	19,2±1,4 15,6±2,3 15,3±1,5	0,165	22,3±0,8 19,1±0,5 22,8±1,3	0,038
Kontrole gitmeme nedeni Yalnız yaşamak Maddi durum İhmal ve zaman problemi	12,3±1,4 13,0±-- 19,0±2,4	0,253	23,0±-- 20,5±2,5 21,8±1,2	0,728

*DM: Diabetes Mellitus *KŞ: Kan Şekeri

Tablo 4.12. (Devam) Hastaların motivasyonel görüşme öncesi hastalığına ilişkin özellikleri ile öz yönetim algısı puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Özellikler	Müdahale X±SE	P	Kontrol X±SE	P
Egzersiz yapmama sebebi Egzersizin faydalı olduğunu bilmeme Zamansızlık İhmal Ağrı	11,7±0,6 16,2±1,8 13,0±-- 19,0±2,5	0,302	20,8±0,7 22,2±1,4 21,6±1,3 20,2±1,0	0,494
Hafatada yapılan egzersiz sayısı Bir gün Dört gün Hemen hemen hergün	25,0±-- 18,3±1,4 18,8±2,6	0,540	22,6±0,8 31,0±-- 27,0±--	0,202
Egzersiz süresi 30dk 45dk 90dk ve üzeri	18,1±1,9 19,5±3,9 25,0±--	0,539	22,0±1,0 27,0±-- 27,5±3,5	0,223
Beslenme alışkanlığı Sebze-meyve Hayvansal gıda Karışık	20,5±2,0 15,6±1,0 17,1±1,0	0,031	21,8±1,0 24,5±6,5 21,3±0,6	0,916
Öğün sayısı 2 öğün 3 öğün 4 öğün 3 ana ve 3 ara öğün	16,6±1,7 16,0±1,2 27,5±2,5 16,4±2,0	0,195	21,6±1,2 20,4±0,7 24,6±1,2 21,2±1,0	0,128

4.7. Hastaların Bazı Özellikleri ile Öz Yönetim Algı Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların MG öncesi BKİ, AKŞ, TKŞ, Hba1C, kolesterol, trigliserit, LDL, HDL, sistolik ve diastolik kan basıncı, öz yönetim algı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$), MG sonrası ise TKŞ, kolesterol, HDL ve öz yönetim algı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.13. Hastaların bazı özellikleri ile öz yönetim algı puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	Müdahale X±SE	Kontrol X±SE	P
Önce BKİ	30,1±1,4	32,3±1,2	0,245
Önce AKŞ	255,3±19,1	197,7±13,6	0,017
Önce TKŞ	268,3±20,6	270,8±20,3	0,930
Önce Hba1C	10,1±0,5	8,4±0,4	0,012
Önce Kolesterol	199,9±10,8	214,1±10,4	0,346
Önce Trigliserit	156,4±16,4	183,3±12,1	0,192
Önce LDL	114,7±7,0	114,0±7,2	0,950
Önce HDL	44,6±2,5	48,0±3,4	0,438
Önce Diastolik KB	71,6±1,7	75,3±2,1	0,194
Önce Sistolik KB	125,3±2,9	125,3±2,5	1,000
Sonra BKİ	29,1±1,3	33,7±1,2	0,016
Sonra AKŞ	210,1±14,9	208,7±12,9	0,944
Sonra TKŞ	213,8±17,2	316,1±19,9	0,000
Sonra Hba1C	9,1±0,4	8,9±0,4	0,759
Sonra kolesterol	166,4±8,3	236,5±12,4	0,000
Sonra trigliserit	135,7±13,5	179,8±10,9	0,014
Sonra LDL	98,4±5,5	117,4±6,4	0,029
Sonra HDL	42,1±2,1	52,6±2,7	0,004
Sonra diastolik KB	70,3±1,1	73,6±1,7	0,021
Sonra sistolik KB	119,0±2,2	126,6±2,3	0,116

***BKİ:** Beden Kütle İndeksi, ***AKŞ:** Açlık Kan Şekeri, ***TKŞ:** Tokluk Kan Şekeri

***Hba1c:** Glikozillenmiş Hemoglobin, ***LDL:** Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

***HDL:**Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein, ***KB:** Kan Basıncı

4.8. Hastaların Motivasyonel Görüşme İle Yaş ve Bazı Parametreler Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların MG ile yaş, diyabet yılı, diyabetten dolayı hastaneye yatış sayısı, kan şekeri ölçüm sayısı, günlük sigara içim sayısı, önceki kilo, BKİ, AKŞ, TKŞ, Hba1C, kolesterol, trigliserit, LDL, HDL, sistolik ve diastolik kan basıncı, öz yönetim algı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 4.14. Hastaların öz yönetim algısı ile bazı parametreler arasındaki ilişkinin karşılaştırılması

Özellikler	Müdahale grubu		Kontrol grubu	
	R	P	r	P
Yaş	-0,242	0,199	-0,270	0,149
DM yılı	-0,232	0,217	-0,086	0,652
DM'den dolayı hastaneye yatış	-0,472	0,008	0,214	0,256
KŞ ölçüm sayısı	-0,416	0,022	-0,154	0,418
Günlük sigara içim sayısı	-0,430	0,187	-0,373	0,467
Önceki kilo	-0,125	0,512	-0,177	0,350
Önceki BKİ	-0,065	0,732	-0,368	0,045
Önceki AKŞ	-0,190	0,314	-0,103	0,590
Önceki TKŞ	-0,010	0,958	-0,161	0,396
Önceki Hba1c	-0,223	0,237	-0,043	0,822
Önceki kolesterol	-0,184	0,331	0,079	0,676
Önceki trigiliserit	0,039	0,838	-0,013	0,947
Önceki LDL	-0,274	0,142	0,283	0,130
Önceki HDL	0,041	0,828	-0,049	0,799
Önceki sistolik KB	-0,281	0,132	-0,282	0,132
Önceki diastolik KB	-0,188	0,319	-0,046	0,808
Önce ölçek	1		1	

*DM: Diabetes Mellitus, *BKİ: Beden Kütle İndeksi, *AKŞ: Açlık Kan Şekeri

*TKŞ: Tokluk Kan Şekeri, *Hba1c: Glikozillenmiş Hemoglobin, *KB: Kan Basıncı

*LDL: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein, *HDL:Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein

5. TARTIŞMA

Uluslararası sağlık örgütlerinin raporlarına göre, diabetes mellitus son yıllarda dünyanın birçok bölgesinde prevalansı gittikçe artan önemli bir halk sağlığı sorunudur (61, 62, 63) Bu nedenle diyabetin etkin tedavisi oldukça önemlidir. Diyabet tedavisi; tıbbi beslenme tedavisi, fiziksel aktivite, kan glikozu izlemi, oral antidiyabetik/insülin tedavisi ve diyabet özyönetim eğitiminden (DÖYE) oluşur (11). Joslin tarafından DÖYE kavramı üzerinde durmuştur ve diyabetli bireylerin bakımlarının sorumluluğunu kendileri tarafından yapılması gerektiğini savunmuştur. Joslin tarafından diyabetli bireyin diyabetini yönetebilmesinde eğitimin önemini vurgulamış, diyabet eğitim ve tedavisinde hemşirenin önemli bir rolü olduğunu belirtilmiştir (64). Diyabet öz yönetim eğitimi, diyabet tedavisinin önemli bir yapı taşıdır. Diyabetli bireylerde diyabet yönetimi ve davranış değişikliği için uygun bir girişimdir. Ancak DÖYE, eğitim verilecek diyabetli bireylerin özelliklerine, eğitimin amacına, seçilecek eğitim yöntemin avantaj ve dezavantajına göre seçilmelidir (65).

Hastalıkların yönetiminde hastalara yardımcı olmak için birçok yöntemden yararlanılmaktadır. Bu yöntemlerden biri olan MG'nin astım, diyabet, kilo kaybı, sigara bırakma, uyuşturucu bağımlılığı, anoreksiya nervroza, yakın partner şiddeti, kişiler arası iletişim, genelleşmiş kaygı bozukluğu hipertansiyon, intihar eğilimi, fiziksel aktivite, dislipidemi, ergenlerde görülen depresyonda ve kalp damar sağlığı gibi durumların yönetiminde oldukça etkili olduğu belirtilmekte ve kullanım alanı gittikçe genişlemektedir (66). Bir terapi yöntemi olarak kabul edilen MG davranış değişikliğinin etkili olduğu alanlarda yaygın olarak kullanılmaktadır. MG danışan odaklıdır, ambivalansın çözümünü hedefler. MG'nin davranış değişikliğinde etkin bir yöntem olduğu ilk olarak alkol ve madde bağımlılığının tedavisinde yapılan çalışmalar ile kanıtlanmıştır. Motivasyonel görüşme tekniği daha sonra HIV/AIDS'den korunmada, kronik ağrı, kazaları önleme gibi farklı alanlarda etkili olduğu yapılan çalışmalar tarafından kanıtlanmıştır. Günümüzde kanıta dayalı yöntemlere ihtiyaç duyulduğu şu dönemde, MG'nin etkinliği ispatlanmış, öğrenmesi ve uygulanması basit bir yöntem olduğu belirtilmiştir (52). Özellikle amaç odaklı aktiviteler, problem çözme, yaratıcılık,

öğrenme, motivasyon ve danışanın sahip olduğu kaynakları harekete geçirmede etkili olduğu ileri sürülmektedir (66).

Tip 2 diyabetlilerle yapılan birçok çalışmada da diyabetin zararlı etkilerini azaltmada ya da önlemede bireylerin hastalık yönetimine uyumunu arttırmak ve sağlıkla ilgili davranışlarını değiştirmek için transteoretik model ve MG tekniği kullanılmaktadır. Bu teknik ile glisemik kontrolde ve fiziksel aktivite düzeylerinde genel bir iyileşme sağlandığı, değişim aşamaları boyunca anlamlı ilerlemeler kaydedildiği gösterilmiştir (67). Yanık ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, diyabet yönetiminde MG'nin metabolik kontrol üzerinde olumlu etkisinin olduğu, öz yönetimin sağlanmasında ve yanlış sağlık davranışlarının düzeltilmesinde, diyabet eğitim hemşiresi tarafından uygulanan MG tekniğinin davranış değişikliği sağlamak için kullanılabileceği belirtilmiştir. (60). Diyabetik hastalarda MG tekniğinin öz yönetim algısı ve metabolik değişkenlere etkisini incelediğimiz deneysel çalışmamızın sonucunda da, MG öncesi ve sonrası puanlar arasındaki farkın müdahale grubu lehine anlamlı olduğu ve diyabetli bireylerin öz yönetim algı puanlarını ve bazı metabolik değişkenlerini anlamlı bir şekilde olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Naar – King ve ark. (68) yaptığı meta analiz çalışmasında, MG'nin madde kullanan ergenlerde davranış değişikliğine etkisi değerlendirilmek istemiş ve sonuçta MG'nin yapıldığı ergenlerde madde kullanım alışkanlığında bir azalma olduğu ve MG'nin ergenlerin zihinsel ve fiziksel sağlığına olumlu katkılar sağladığı görülmüştür. Gilder ve ark. (69) yapmış olduğu çalışmada, 36 Amerikan Yerlisi (Kızılderili) kabile liderleri ile birebir görüşmüşlerdir ve MG'nin 8–18 yaşları arasındaki gençlerde madde kullanımı ile baş edebilmelerindeki etkisini araştırmışlardır. Araştırmanın sonucunda, gençlerin büyük bir kısmının davranış değişikliği için MG'ye istek duyacaklarını, madde kullanımından uzak nesiller yetiştirmek için MG'nin uygun bir mücadele yöntemi olduğunu ortaya çıkarmışlardır.

Tip 2 DM'si olan bireylerin erken teşhisi ve komplikasyonların önlenmesi tedavi gereksinimini azaltmaktadır. Ayrıca Tip 2 DM'nin erken döneminde alınan önlemler maliyet etkilidir ve yaşam kalitesi açısından daha yararlıdır, özellikle bu önlemler tekrarlı hastane yatışlarını azaltmaktadır. Nitekim transteoretik model (TTM) temelli MG; hedeflenen davranış değişikliğine ulaşmak için kolay ve etkili bir danışmanlık tekniğidir. TTM temelli MG bireylerin öz-etkililiğini artırması nedeniyle sağlıklı davranış değişiminde olumlu sonuçlar sağlamaktadır (67). Araştırmamızda da; müdahale grubundaki hastaların MG öncesi $17,1 \pm 5,6$ olan öz yönetim algı puan

ortalamasının MG sonrası $35,0 \pm 4,1$ 'e yükselmesi ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olması bu sonucu doğrulamaktadır ($p < 0.05$). Ş. Yanık Zuhur, ve ark. (60) yaptıkları çalışmada diyabetli bireylerde; öz-yönetimin sağlanması için ve yanlış sağlık davranışlarının düzeltilmesi için, diyabet eğitim hemşiresi tarafından uygulanan MG tekniğinin eğitim sırasında davranış değişikliği gereken durumlarda kullanılabilecek bir teknik olduğu belirlenmiştir. Diyabet gibi kronik hastalıklarda; hastalığa uyumun sağlanmasında, tedavi ve bakımın istendik düzeyde sürdürülmesinde hemşireler tarafından uygulanan MG'nin etkili olacağı düşünülmektedir. Walpole ve ark. (70), gençlerle (10 – 18 yaşları arasındaki) yaptıkları çalışmada, MG'nin aşırı kilolu veya obez çocuk ve ergenlerde olumlu sonuçları sağlamada katkı sağladığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan diyabetlilerin metabolik kontrol değişkenleri Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association/ADA) kriterlerine göre değerlendirildiğinde; beden kitle indeksi, açlık kan şekeri, trigliserid ve HDL kolesterol düzeylerinin kötü kontrol, ortalama HbA1c ve total kolesterol düzeylerinin sınırda, ortalama kan basıncı seviyelerinin ise iyi kontrol sınırında olduğu görülmektedir (Tablo 10). Ülkemizde daha önce yapılan çalışmalarda da açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri ve HbA1c değerleri ortalamalarının yüksek olduğu ve kötü kontrol sınırlarına uyduğu, total kolesterol ve trigliserid düzeylerinin ise iyi kontrol sınırlarının olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, diyabetli hastaların önemli bir bölümünde metabolik kontrol değişkenlerinin kötü olduğunu ve diyabetlerini yönetmede daha fazla yardıma gereksinim duyduklarını göstermektedir. (71-74).

Diyabetli hastaların hastalıklarını kontrol etme konusunda problemleri arttıkça kan basıncı, total kolesterol, LDL kolesterol ve beden kitle indeksi artmaktadır. Kontrol problemlerinin ortadan kaldırılması ile bu parametrelerde hedeflenen düzeylere ulaşılabileceği düşünülmektedir (75). Bu çalışmada da MG öncesi ve sonrası hastalara ait bazı metabolik değişkenler karşılaştırıldığında müdahale grubundaki hastaların BKİ, AKŞ, TKŞ, HbA1C, kolestrol, trigliserit, LDL, ve sistolik kan basıncında istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme görülmüştür ($p < 0,05$). Perula ve arkadaşları, 35 sağlık merkezinde 50 pratisyen hekim yardımı ile 436 dislipidemili hastada, 12 ay boyunca ilaçsız, diyet ve fiziksel aktiviteye dayalı MG tekniğini kullanmıştır. Sonuçta, MG'nin tedavide son derece olumlu etki yaptığı ortaya konulmuştur. Taylor ve arkadaşları da yapmış olduğu çalışmanın sonucunda, MG'ye dayalı bireyselleştirilmiş erken müdahalelerin çocukların kilo vermelerinde etkili olduğu ve ailelere çocuklarının kilo

durumu hakkında geri bildirim sağlamanın etkili yollarını belirlemede bir fırsat sunduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışma kapsamına alınan hastaların da MG sonrası bazı değişkenlerinin düzelmesinin literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmamıza katılan hastaların MG sonrası tedaviye uyumları artmış, öz yeterlilik algıları ve bazı metabolik değişkenlerde önemli değişiklikler elde edilmiştir. Yapılan çalışmalarda da MG'nin hastaların tedaviye uyumunu arttırdığı belirtilmektedir. Tip II Diyabetlilerde Rubak ve ark. (76) yapmış oldukları MG sonrasında MG'nin Tip II Diyabetlilerin tedaviye bakışla ilgili inançlarını, diyabeti anlamalarını, davranışlarını değiştirmek için motivasyonlarını geliştirdiği sonucuna ulaşmışlardır. Krummenacher ve ark. (77) 104 HIV (+) hasta ile bireysel ve yarı yapılandırılmış MG tekniğini kullandıkları çalışmanın sonucunda da başarılı bir tedavinin sağlanması ve hastaların tedaviye uyumunda MG'nin fazla miktarda olumlu ve yararlı olduğu belirtilmiştir. Russell ve ark. (78) MG'nin diyaliz hastalarının uygulamışlardır ve MG'leri sonrası daha az kilo almalarını yardım ederken aynı zamanda, tedaviye uyumlarını sağladığı ve albümin düzeylerini olumlu yönde etkilediği sonucuna varmışlardır. Bununla birlikte çalışmada MG'nin yararlı bir yaklaşım olduğunu ve diyaliz hastaları ve klinik personelleri için uygulanabilir bir teknik olduğunu belirtilmiştir. Brody (79) çalışmasında, MG'nin depresif hastalarda tedavi sonuçlarının iyileştirilmesinde, klinisyenler için tedavi yollarını keşfetmede faydalı bir araç olduğunu belirtmiştir. Bu çalışma sonrasında MG'nin danışanın yaşadığı ikilemi belirlemeye yardımcı olmada, bu ikilemin hastanın stresine nasıl katkıda bulunduğunu anlamada ve onları çözmeye doğru harekete geçmesine yardım etmede yararlı olduğu sonucunu elde etmiştir. Sjöling ve ark. (80) 15 ay boyunca ve 31 hipertansiyon hastası ile yapmış oldukları araştırmada, MG ve fiziksel aktivitenin hastaların sağlığını olumlu etkilediği sonucuna varılmıştır. Thomson ve ark. (81) kalp damar sağlığının iyileşmesinde MG tekniğini kullanmışlardır. MG'nin bireylerde davranış değişikliği yaratmak için içsel motivasyona odaklandığı, bunun da olumlu bir etki yarattığını, aynı zamanda hemşirelerin kalp damar sağlığı açısından risk grubuna giren kişilerde sağlıkla ilgili olumlu davranışları geliştirmek için MG'yi kullanabileceklerini ifade etmiştir. Newnham – Kanas ve ark. (82) gönüllü sekiz obez yetişkin kadında kilo, bel çevresi, benlik saygısı, fonksiyonel sağlık durumu, yaşam kalitesi, öz yeterlik, fiziksel aktivite ve beslenme durumlarını incelemiş, işbirlikçi aktif yaşam koçluğu ile birlikte uygulanan MG'nin etkisini değerlendirmişlerdir. Gönüllü kadınlara tek tek haftada 35 dakika telefon ile 18 hafta

boyunca koçluk yapılmıştır. Araştırma sonucunda, katılımcıların bel çevrelerinin incelendiği, kilo verdikleri, benlik saygısına olumlu katkı sağlandığı, yaşam kalitelerinin arttığı, fonksiyonel sağlık durumlarının iyi olduğu, öz yeterlik düzeylerinin yükseldiği, beslenmelerine dikkat ettikleri ve fiziksel aktivitelerini arttırdıkları tespit edilmiştir. Price – Evans ve ark. (83) MG tekniğinin etkisini anoreksiya nervoza tedavisinde araştırmış ve çalışma sonucunda MG'nin onaylayıcı, empatik yaklaşım ve destekleyici yönüyle yararlı bir yöntem olduğunu ifade etmiştir. Meyer ve ark. (84) bilişsel-davranışçı grup terapisi ile birlikte yapılan MG ve düşünce haritası seanslarının tek başına uygulanan bilişsel-davranışçı grup terapisinden daha etkili olduğunu ve obsesif kompulsif semptomları azalttığını belirlemiştir. Mantler ve ark. (85) MG'nin katılımcıların davranışları hakkında içgörü kazanmalarını sağlayarak sigarayı bırakmak için neye ihtiyaçları olduklarını anlamalarında, tetikleyicileri fark etmelerinde, sigarayı azaltmalarında uygun bir yöntem olduğunu tespit etmiştir. Taylor ve ark. (86), MG uygulamasına dayalı bireyselleştirilmiş erken müdahalenin çocukların kilo vermelerini geliştirmede etkili olduğu sonucuna varmıştır. Ayrıca yapılan farklı çalışmalarda MG'nin ağır ruh sağlığı problemi olan bireylerin ağız sağlığı davranışlarının değişiminde etkili olduğunu ve genel popülasyon için de faydalı olabileceği (87), sosyal kaygı bozukluğu ve yaşam tarzı değişimlerinde nasıl kullanılabileceği (88), akran sosyal yardım çalışanlarına MG becerileri eğitimi verilerek hasta bakım hizmetleri sorumluluğunun geliştirilebileceği (68), intihar eğilimi olan hastalarda ve klinik krizlerde etkili olabildiği (89), ağır alkol kullanımını azaltmada geleneksel yöntemlere yardımcı olmak amacıyla potansiyel olarak etkili bir danışma stratejisi olabileceği (90), aşırı alkol alma davranışlarında belirgin bir azalma sağlayacağı (91), kronik kalp yetersizliği olan bireylerin hastaneye yeniden yatışını etkileyen faktörler ile diyet, ilaç ve bireysel izlemlerine uyumlarını arttıracacağı (5), madde kullanımını sonlandırmak açısından etkili bir yöntem olduğu (46) ve sigarayı bıraktırmada yardımcı olduğu (92) ifade edilmiştir.

Sonuç olarak sağlık davranışları özellikle kronik hastalıkların oluşumunda önemli bir belirleyicidir. Olumsuz sağlık davranışını değiştirmek güç olsa da değişimin sağlanması hastaların iyileşmesi için oldukça önemlidir. Hemşireler bireylerin sağlık davranışlarını etkilemede önemli role sahiptir. Çünkü hemşireler sağlık hizmetlerinin her aşamasında bireylerle iletişim halindedir. MG, sağlıklı davranışa doğru değişimi sağlamak açısından etkili bir iletişim tekniği olabilir. Hemşireler, MG için özel bir eğitim almasa da, temel

eğitimlerinin içeriği gereği Motivasyonel görüşmenin ilkelerini profesyonel iş yaşamında hayata geçirmeye ilişkin bilgi ve beceriye çoğunlukla sahiptir. Motivasyonel görüşme becerilerini geliştirmek isteyen hemşireler; uzmanlar tarafından yurt içinde ve dışında verilen eğitimlere katılabilir. Çünkü MG koruyucu, tedavi edici sağlık hizmetleri ile tedavinin sürdürülmesinde ve hastanın rehabilitasyonunda öz yeterliliği artırması nedeniyle oldukça olumlu sonuçlar sağlamaktadır. Hemşireler, etkinliği birçok çalışmayla ispatlanmış olan MG tekniği konusundaki bilgi ve deneyimini artırarak, bu tekniği davranış değişikliği beklenen hemen her alanda rahatlıkla kullanabilir ve bireyleri sağlıklı davranış değişikliğine yöneltmede danışmanlık yapabilir (4). Kronik hastalıklardan olan diyabette hemşireler tarafından da uygulanabilen MG'nin; hastalığa uyumun sağlanmasında, tedavi ve bakımın istendik düzeyde sürdürülmesi için motivasyon sağlamada etkili olduğu düşünülür (60). Ancak MG'nin başarısı, diğer yaklaşımlarla MG becerilerinin iyi bir şekilde birleştirilmesine bağlıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Tip 2 diyabeti olan hastalarla yapılan MG'nin; hastaların öz yönetim algısına ve metabolik değişkenlere olan etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada; tip 2 diyabetli bireylerin öz yönetim algı puanlarının oldukça düşük olduğu, hastalara uygulanan MG'nin hastaların metabolik kontrol göstergelerini olumlu yönde etkilediği ve öz yönetim algılarını yükselttiği saptandı.

6.2. Öneriler

MG tekniğinin diyabetik hastalarda kullanılması ve bu teknikle ilgili bilgilerin lisans ve lisansüstü düzeyde verilen eğitim programlarına dahil edilmesi önerilebilir.



7. KAYNAKLAR

- 1) İncirkuş K. , Nahcivan Ö. N. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. [Elektronik Dergi]. <http://www.deuhyoedergi.org/>. (2011)4 (1), 102-109.
- 2) International Diabetes Federation (2015) Atlası.
- 3) Bayrak G. , Çolak R. Patient Education in Treatment of Diabetes. Journal of Experimental and Clinical Medicine (Der.). (2012) pp. 7-11.
- 4) Özdemir H. , Taşcı S. Motivational Interviewing Technique And Use Of Nursing. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. (Der.). (2013). ss. 57-72.
- 5) Uysal H., Enç N. Motivational Interview For Compliance in Patients With Chronic Heart Failure. Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing. (2012). pp. 33-38.
- 6) American Diabetes Associaton. Standarts of medical care in diabetes. Diabetes Care. (2011). 34(suppl 1). pp. 11-61.
- 7) Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar I, Tütüncü Y, Sargin M, Dinççağ N, Karsidag K, Kalaça S, Ozcan C, King H. Population- Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey (TURDEP). Diabetes Care. (2002). 25 (9); pp. 1551-1556.
- 8) TURDEP 2 sonuçlarının özeti. <http://www.istanbul.edu.tr>. (Erişim tarihi:11.11.2015).
- 9) Hall JE. Guyton. Tıbbi Fizyoloji. 12. Baskı. Yeğen BÇ, Alican İ, Solakoğlu Z. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul. 2013. ss. 1088.
- 10) Olgun N, Eti Aslan F, Coşansu G, Çelik S. Diyabetes Melitus. Karadakovan A. Eti Aslan F.(Editörler). Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. Baskı. Adana. Nobel Tıp Kitapevi. (2014). s. 770.

- 11)** American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus. Diabetes Care. (2013). 36 (supp). pp.67-74.
- 12)** Olgun N, (2012) Diyabet (Tip 2) ve Bakım. Durna Z. (Editör). Kronik hastalıklar ve bakım. 1. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevi. ss.296.
- 13)** Crowther CA, Hiller JE, Moss JR ve ark. Australian carbohydrate intolerance study in pregnant woman (ACHOIS) Trial Group. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. N Engl J Med. (2005). 352: pp. 2477-2486.
- 14)** American Diabetes Association. Standarts of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care, (2010). 33(suppl): p. 3.
- 15)** American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. (2010). 33(1): pp. 62-69.
- 16)** Guideline For Management of Postmeal Glucose. (2007). <http://www.idf.org>. Erişim tarihi: 11.11.2015
- 17)** Stomwoll M, Mitrakou A, Pimenta W. Use of the Oral Glucose Tolerance Test to Asses Insulin Release and Insulin Sensitivity. Diabetes Care. (2000). 23: pp. 295-301.
- 18)** Kurt İ. Glukozile Hemoglobin Ölçümü Ve Diabetes Mellitusun Uzun Dönem Glisemik Kontrolünde Kullanılması. Gülhane Tıp Dergisi. (2003). 45(4): ss. 387-395.
- 19)** Samancıoğlu S. Endokrin Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. Ovayolu N, Ovayolu Ö.(Editörler). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana. Çukurova Nobel Kitabevi. (2016). s.340.
- 20)** Türkiye diyabet programı 2015-2020. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara. ss. 22-24.
- 21)** Maschak-Carey BJ. Assessment and Management of Patients of Diabetes Mellitus. 10th editioni Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. Smeltzer SC, Bare BG(Editor). Brunner and suddarth's Texbook of Medical Surgical Nursing. (2004). pp. 1149-1203.

- 22)** Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, Barrett EJ, Kreisberg RA, Malone JJ, Wall BM. American Diabetes Association. Hyperglycemic crises in diabetes. *Diabetes Care*. (2004). 27 (suppl) : ss. 94-102.
- 23)** SP, Swerdlow AJ, Slater SD, Botha JL, Burden AC, Waugh NR, Smith AW, Hill RD, Bingley PJ, Patterson CC, Qiao Z, Keen H. The British Diabetic Association Cohort Study. II. Cause-specific mortality in patients with insulin-treated diabetes mellitus. *Diabet Med*. (1999). 16: pp. 466–471.
- 24)** The United Kingdom Prospective Diabetes Study Group U.K. Prospective Diabetes Study. 16. Overview of 6 Years' Therapy of Type Diabetes: A Progressive Disease. *Diabetes*. (1995). 44: pp. 1249–1258.
- 25)** International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas*. 6th edition. <http://www.idf.org/diabetesatlas>. (2013).
- 26)** World Health Organization. Department of Noncommunicable Disease Surveillance. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Report of a WHO Consultation, WHO Publ., Geneva. (1999). pp.31-33.
- 27)** Vinik AI, Erbas T, Pfeifer MA; Feldman EL, Stevens MJ, Russell JW. Diabetic autonomic neuropathy. In: Porte D, Sherwin RS, Baron A eds. *Ellenberg and Rifkin's Diabetes Mellitus*. 6th ed. New York: Mc Graw Hill;2002. P 789-804.
- 28)** Eldor R, Raz I, Ben Yehuda A, Boulton AJ. New and Experimental Approaches to Treatment of Diabetic Foot Ulcers. A Comprehensive Review of Emerging Treatment Strategies. *Diabet Med*. (2004). 21(11): pp. 1161-1173.
- 29)** Gleeson –Kreig JM. Effects on Self Efficacy and Behavior in People With Type 2 Diabetes. Self Monitoring of Physical Activity. *The Diabetes Educator*. (2006). 32 (1): pp. 66-77.
- 30)** Olgun N, Akdoğan Altun Z. Effects of Education Based on Health Belief Model on Nursing Implication in Patients With Diabetes. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. (2012). ss. 46-57.
- 31)** Sturt J, Whitlock S, Hearnshaw H. Complex Intervention Development for Diabetes Self Management. *Journal of Advanced Nursing*. (2006). 54 (3): pp. 293-303.

- 32)** Kartal A. Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına ve Diyabet Yönetimine Etkisinin İncelenmesi.(2006.) Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi. ss. 37-42. İzmir. (Doç. Dr. Süheyla Altuğ ÖZSOY)
- 33)** Gözüm S, Aksayan S. Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz Etkililik Algısının Önemi. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi. (1998). 2(1): ss. 35 -42.
- 34)** Leite SAO, Zanim LM, Granzotto PCD, Heupa S, Lamounier RN. Educational Program toType 1 Diabetes Mellitus Patients. Basic Topics. Arq Bras Endrocrinol Metab, (2008). 52(2): 233-242.
- 35)** Erdoğan S. Diyabet Eğitimi ve Danışmanlık. Erdoğan S. (Editör). Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. İstanbul. Yüce Reklam/ Yayım/ Dağıtım AŞ. (2002). ss. 163-182.
- 36)** Özcan Ş. DM’ un Modern Tedavisi. Yılmaz T, Bahçeci M, BüyükbeşeM. (Editörler). İstanbul. Türkiye Diyabet Vakfı Yayını. (2003). ss. 189- 195.
- 37)** Özcan Ş. Her Yönüyle Diabetes Mellitus. M, Altuntaş Y.(Editörler). Yenigün. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri. (2001). ss. 969- 996.
- 38)** Fadıllıoğlu Ç. Diyabet Hemşiresi El Kitabı. Yılmaz C. (Editör). İzmir. Asya Tıp Yayıncılık. (2002). ss. 74- 120.
- 39)** Oktay S. Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. Erdoğan S. (Editör). İstanbul. Yüce Reklam/ Yayım/ Dağıtım AŞ. (2002). ss. 1-10.
- 40)** Bayraktar, F. “Diabetes Mellitus’ta Tarama, Tanı ve TKŞ Önemi”. I. Ege Diyabet Günleri Kursu Özet Kitabı. İzmir. (2005). ss: 1-13.
- 41)** Yeşilbalkan, U., Ö. Tıp II Diyabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz yeterlilikleri ve Öz etkililiklerini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. (2001). ss. 48-53. İzmir. (Prof. Dr. Ayfer Karadakovan).
- 42)** Mert, H. Diyabette Öz Bakım Yetersizliği. III. Ege Diyabet Günleri Kursu Özet Kitabı. İzmir. (2005). ss. 75.

- 43) Yeşilbalkan, U., Ö. Bireysel İzlem ve Öz Bakım. Fadiloğlu, Ç.(Editör). Diyabet Hemşireliği. İzmir. Meta Basım Matbaacılık. (2004). ss. 91-106.
- 44) Rollnick, Stephen, Miller, William R. ve Butler, Christopher C. Motivational Interviewing in Health Care. Helping Patients Change Behavior. New York. The Guilford Press. (2008). p. 4.
- 45) Miller, William R. ve Rollnick, Stephen. Motivasyonel Görüşme. Karadağ F, Ögel K, Özcan A, E. (Çeviri Editörleri). Ankara. HYB Basım Yayın. (2009). ss. 46-54.
- 46) Sevinç Ö. Denetimli Serbestlik Uygulamasında Motivasyonel Görüşmelerin Etkinliği. Ege Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir. (2009). ss: 18.(Prof. Dr. Hakan COŞKUNOL)
- 47) Rubak, Sune, ve et all. Motivational Interviewing: A Systematic Review and Meta-analysis. British Journal of General Practice. (2005). 55. pp. 305-312.
- 48) Arkowitz, Hal ve Miller, William R. Learning, Applying and Extending Motivational Interviewing. Hal Arkowitz, Henny A. Westra, William R. Miller, Stephen Rollnick (Editörler). Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems. New York: The Guilford Press. (2008). pp. 6.
- 49) Fuller, Catherine ve Taylor, Phil. A Toolkit of Motivational Skills. 2nd Edition. England: John Wiley & Sons Ltd. (2005). pp. 13-18.
- 50) Tubman, Jonathan G. et all. Brief Motivational Intervention for Substance-Abusing Delinquent Adolescents: Guided Self-Change as a Social Work Practice Innovation. Health & Social Work. (2002). 27 (3). pp. 208-212.
- 51) Saunders, Bill, Wilkinson, Celia ve Phillips, Mike. The Impact of A Brief Motivational Intervention With Opiate Users Attending A Methadone Programme. Addiction. (2005). 90. pp. 415-424.
- 52) Ögel K. Motivasyonel Görüşme Tekniği. Türkiye Klinikleri Journal Psychiatry-Special Topics. (2009). 2 (2). ss. 41-44.
- 53) Rosengren, David B. Building Motivational Interviewing, Skills: A Practitioner Workbook. New York: The Guilford Press. (2009). pp. 8-11.

- 54)** Kleinpeter, Christine, Koob, Jeffrey J. ve Chambers, Ruth. Motivational Interviewing Training for Probation Officers in California. *The International Journal of Learning*. (2011). 18 (2). pp.191-201.
- 55)** Baca, Catherine, Theresa, Manuel ve Jennifer, Knapp. Satisfaction with long-distance motivational interviewing for problem drinking. *Addictive Disorders & Their Treatment*. (2007). 6 (1). pp. 39-41.
- 56)** Adamson SJ, Sellman JD. Five-year outcomes of alcohol-dependent persons treated with motivational enhancement. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. (2008). 69. pp. 589–593.
- 57)** Murhhy, Ronald T. Enhancing Combat Veterans' Motivation to Change Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Other Problem Behaviors. Hal Arkowitz, Henny A. Westra, William R. Miller, Stephen Rollnick (Editörler). *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. New York: The Guilford Press. (2008). pp. 57-84.
- 58)** Baker, Amanda, et al. Cognitive-Behavioural Therapy for Substance Use Disorders in People with Psychotic Disorders: Randomised Controlled Trial. *The British Journal of Psychiatry*. (2006). 188. pp. 439-48.
- 59)** Sezgin H. Tip 2 Diyabetli Hastalara Verilen Diyabet Eğitiminin Ve Telefon İletişimi İle Takibinin Metabolik Değişkenlere Etkisinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. İstanbul. (2013). s. 38. (Doç. Dr. Sezgi ÇINAR).
- 60)** Diyabette Öz Yönetim Algısı Ölçeği. www.tdhd.org/pdf/16_UDHS_sunumlari/HSB-03.pdf. Erişim tarihi: 09.09.2014.
- 61)** ICN (International Council of Nurses) (2010). <http://www.icn.ch/>. Eriim Tarihi: 06.10.2015.
- 62)** Delivering Quality, Serving Communities. Nurses Leading Chronic Care. Geneva, International Council of Nurses. IDF (International Diabetes Federation) IDF Diabetes Atlas. 6th edition. Brussels. International Diabetes Federation. (2013). pp. 15-17.

- 63)** WHO (World Health Organization). Global Status Report on Noncommunicable Diseases. Geneva, World Health Organization. (2010). pp. 9-16.
- 64)** Allen, N. The History of Diabetes Nursing. Diabetes Educator. (2003). 29. pp. 976-989.
- 65)** Arda Sürücü H. Diyabet Özyönetim Eğitimi, Grup Temelli Eğitim ve Bireysel Eğitim.[Elektronik Dergi] <http://www.deuhyoedergi.org/>. (2014). 7(1). ss. 46-51.
- 66)** Levensky ER, Forcehimes A, O'Donohue WT, Beitz K. Motivational interviewing: an evidence-based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations. The American Journal of Nursing. (2007). 107(10). pp. 50-8.
- 67)** Selçuk Tosun A, Zincir H. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry. (2016). 8(1). ss. 32-41.
- 68)** Naar-King, Sylvie, et al. Motivational Interviewing by Peer Outreach Workers: A Pilot Randomized Clinical Trial to Retain Adolescents and Young Adults in HIV Care. AIDS Care. (2009). 21 (7). ss. 868-873.
- 69)** Gilder, David A., et al. Acceptability of the use of Motivational Interviewing to Reduce Underage Drinking in a Native American Community. Substance Use & Misuse. (2001). 46. ss. 836–842.
- 70)** Walpole, Beverly, et al. Motivational Interviewing as an Intervention to Increase Adolescent Self-Efficacy and Promote Weight Loss: Methodology and Design. BMC Public Health. (2011). 11. ss. 459-467.
- 71)** Özcan Ş, H. Diyabetli Hastalarda Hastalığa Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. (1999). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul. (Doç. Dr. Zehra DURNA).
- 72)** American Diabetes Association (ADA). Standarts of medical care in diabetes: glycemic goals in adults. Diabetes Care. (2009). 32(suppl). ss. 19-20.
- 73)** Kara B. Diyabetli Hastalarda Metabolik Kontrol İle Yorgunluk Arasındaki İlişki. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri. (2010). 2(1). ss. 42-47.

- 74)** Çıtık R, Öztürk Y, Günay O. Kayseri İl Merkezinde Bir Sağlık Ocağına Başvuran Diyabetik Hastalarda Metabolik Kontrol Durumu ve Eşlik Eden Faktörler. Erciyes Tıp Dergisi. (2010). 32. ss. 11-22.
- 75)** Kara K, Çınar S. Diyabet Bakım Profili ile Metabolik Kontrol Değişkenleri Arasındaki İlişki. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi. (2011). 1(2). ss. 57–63.
- 76)** Rubak, Sune, et al. General Practitioners Trained in Motivational Interviewing can Positively Affect the Attitude to Behaviour Change in People with Type 2 Diabetes. Scandinavian Journal of Primary Health Care. (2009). 27. ss.172-179.
- 77)** Krummenacher, Isabelle, et al. An Interdisciplinary HIV-Adherence Program Combining Motivational Interviewing and Electronic Antiretroviral Drug Monitoring. AIDS Care. (2011). 23 (5). ss.550-561.
- 78)** Russell, Cynthia L., et al. Motivational Interviewing in Dialysis Adherence Study (MIDAS). Nephrology Nursing Journal. (2011). 38 (3). ss.229-236.
- 79)** Brody, Amanda E. Motivational Interviewing With a Depressed Adolescent. Journal of Clinical Psychology: in Session. (2009). 65 (11). ss.1168-1179.
- 80)** Sjöling, Mats, et al. 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. ss.352-358.
- 81)** Thomson, David R., et al. Motivational Interviewing: A Useful Approach To Improving Cardiovascular Health?. Journal of Clinical Nursing. (2011). 20. ss.1236-1244.
- 82)** Newnham Kanas, Courtney, et al. The Quantitative Assessment of Motivational Interviewing Using Co-Active Life Coaching Skills as an Intervention for Adults Struggling With Obesity. International Coaching Psychology Review. (2011). 6 (2). ss. 211-228.
- 83)** Price Evans, Khanya ve Treasure, Janet. The Use of Motivational Interviewing in Anorexia Nervosa. Child and Adolescent Mental Health. (2011). 16 (2). ss.65-70.
- 84)** Meyer, Elisabeth, et al. A Randomized Clinical Trial to Examine Enhancing Cognitive-Behavioral Group Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder with

Motivational Interviewing and Thought Mapping. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. (2010). 38. ss. 319-336.

85) Mantler, Tara, Irwin, Jennifer D. ve Morrow, Don. Assessing Motivational Interviewing through Co-Active Life Coaching Tools as a Smoking Cessation Intervention: A Demonstration Study. International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring. (2010). 8 (2). ss. 49-63.

86) Taylor, Rachael W., et al. Motivational Interviewing for Screening and Feedback and Encouraging Lifestyle Changes to Reduce Relative Weight in 4-8 Year Old Children: Design of The MinT Study. BMC Public Health. (2010). 10. ss. 271-281.

87) Williams, Karen. Motivational Interviewing: Application to Oral Health Behaviors. The Journal of Dental Hygiene. (2010). 84 (1). ss. 6-10.

88) Arkowitz, Hal ve Westra, Henny A. Introduction to the Special Series on Motivational Interviewing and Psychotherapy. Journal of Clinical Psychology: In Session. (2009). 65 (11). ss.1149-1155.

89) Zerler, Harry. Motivational Interviewing in the Assessment and Management of Suicidality. Journal of Clinical Psychology: in Session. (2009). 65 (11). ss. 1207-1217.

90) Scholl, Mark B. ve Schmitt, Dorothy M. Using Motivational Interviewing to Address College Client Alcohol Abuse. Journal of College Counseling. (2009). 12. ss. 57-70.

91) Feldstein, Sarah W. ve Forcehimes, Alyssa A. Motivational Interviewing with Underage College Drinkers: A Preliminary Look at the Role of Empathy and Alliance. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. (2007). 33. ss. 737-746.

92) Karatay G. Sigara Bırakma Aşamalarına Odaklı Motivasyonel Görüşmelerle Gebelerde Sigara Bıraktırma. Doktora Tezi. (2007). Hacettepe Üniversitesi. Ankara. ss.1-94. (Prof. Gülümser KUBLAY).

8. EKLER

EK-1 HASTA TANILAMA FORMU

DİYABETLİ HASTA TANILAMA VE TAKİP FORMU

Ad- Soyad:..... Tel no:.....

1- Yaş:

2- Cinsiyet: () 1. Kadın () 2. Erkek

3- Medeni Durum: () 1. Evli () 2. Bekar

4- Mesleğiniz: () 1. İşçi () 2. Memur () 3. Emekli () 4. Serbest () 5. Çalışmıyor

5- Maddi durum algısı: () 1. Kötü () 2. Orta () 3. İyi

6- Kiminle yaşıyorsunuz? () 1. Yalnız yaşıyorum () 2. Eşimle () 3. Eşim ve çocuklarımla () 4. Çocuklarımla

7- Eğitim Durumunuz: () 1. İlköğretim () 2. Lise () 3. Üniversite

8- Diyabet tanısı alma süresi:.....yıl

9- Ailede diyabet öyküsü var mı? () 1. Hayır () 2. 1. Derece. yakın () 3. 2. Derece yakın

10- Diyabet ya da komplikasyonları için son bir yılda kaç kez hastaneye yattınız?sayısı

11- Diyabetiniz dışında başka hastalık var mı?: () 1. Evet () 2. Hayır

12- Evet ise hastalıklar: 1- 2- 3- 4-

13- Diyabet dışı hastalıklarınız için kullanılan ilaçlar:

14- İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır

15- Cevabınız hayır ise nedeni nedir?

16- Düzenli doktor kontrolüne gidebiliyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır

17- Cevabınız evet ise ne sıklıkla kontrole gidiyorsunuz?

() 1. ayda bir () 2. üç ayda bir () 3. 6 ayda bir () 4. yılda bir

18- Hayır ise gidememe nedeniniz nedir?

19- Düzenli egzersiz yapabiliyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır

20- Hayır ise egzersiz yapmama nedeniniz nedir?

21- Evetse haftada kaç kez egzersiz yapıyorsunuz?

() 1. 1 gün () 2. 2 gün () 3. 3 gün () 4. 4 gün () 5. hafta sonları () 6. hemen hemen hergün

22- Yaptığınız egzersizin süresi nedir?

() 1. 30 dk. () 2. 45 dk. () 3. 60 dk () 4. 90 dk ve üstü () 5 20 dk

23- Diyetinize uygun beslenebiliyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır

24- Beslenme alışkanlığınız ne ağırlıklı?

() 1. Sebze- meyve (bitkisel) () 2. Hayvansal gıda () 3. Karışık

25- Günde kaç öğün besin alıyorsunuz?

() 1. 2 öğün () 2. 3 öğün () 3 4 öğün () 4. 3 ana 3 ara öğün () 5. düzensiz-

26- Kan şekerinizi ne sıklıkla ölçüyorsunuz?.....

27- Sigara kullanıyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır

28- Evet ise günde kaç tane içiyorsunuz adet

29- Kaç yıldır içiyorsunuz?..... yıl

30- Alkol kullanıyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır

31- Evet ise ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?

32- Bir defa da aldığınız alkol miktarı ne kadar dır?.....

33- Diyabet Tedavi şekli: () Oral antidiyabetik ilaçlar () orta et. İnsülin (NPH) () kısa et. İnsülin () uzun et. İnsülin

34- Diyabet için kullanılan ilaçlar:

35- İlaç Kullanma şekli (Oral): Günlük doz

36- İlaç Kullanma şekli (İnsülin): Günlük doz

37- Boy: Kilo: BKİ:

38- AKŞ:

39- TKŞ

40- Hb A1c :

41 T: Kolesterol

42- Trigliserid

43- LDL -K

44-HDL- K

45- Kan basıncı: sistol mmHg: diastol mmHg.....

() 1. 2 öğün () 2. 3 öğün () 3 4 öğün () 4. 3 ana 3 ara öğün () 5. düzensiz-

26- Kan şekerinizi ne sıklıkla ölçüyorsunuz?.....

27- Sigara kullanıyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır

28- Evet ise günde kaç tane içiyorsunuz adet

29- Kaç yıldır içiyorsunuz?..... yıl

30- Alkol kullanıyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır

31- Evet ise ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?

32- Bir defa da aldığınız alkol miktarı ne kadar dır?.....

33- Diyabet Tedavi şekli: () Oral antidiyabetik ilaçlar () orta et. İnsülin (NPH) () kısa et. İnsülin () uzun et. İnsülin

34- Diyabet için kullanılan ilaçlar:

35- İlaç Kullanma şekli (Oral): Günlük doz

36- İlaç Kullanma şekli (İnsülin): Günlük doz

37- Boy: Kilo: BKİ:

38- AKŞ:

39- TKŞ

40- Hb A1c :

41 T: Kolesterol

42- Trigliserid

43- LDL -K

44- HDL- K

45- Kan basıncı: sistol mmHg: diastol mmHg.....

EK-2. DİYABETTE ÖZ YÖNETİM ALGISI SKALASI (DÖYAS)

DİYABETTE ÖZ-YÖNETİM ALGISI SKALASI (DÖYAS)

Kendinize en yakın şıkkı seçiniz...

Kesinlikle katılmıyorum..... (1)

Katılmıyorum (2)

Kararsızım..... (3)

Katılıyorum..... (4)

Kesinlikle katılıyorum.....(5)

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Hastalığım sırasında ortaya çıkan sorunlara çözüm bulmak benim için zordur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.Hastalığım sırasında değiştirmem gerekenleri değiştirmenin gerekliliğine inanmıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.Hastalığıma uyum göstererek kendimi idare ediyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Diğer birçok insan gibi hastalığımla ilgili şeyleri idare edebiliyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.Hastalığımla idare etmek için aldığım sorumlulukları başarıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.Hastalığımla idare etme konusundaki planlarım genellikle başarılı değildir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.Ne kadar uğraşsam da hastalığımla istediğim gibi idare edemiyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Hastalığımla idare etmekle ilgili hedeflerimi genellikle başarabiliyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

EK-3. ETİK KURUL ONAY YAZISI

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Diyabetik Hastalarda Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Öz Yönetim Algısı ve Metabolik Değişkenlere Etkisi
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	359

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704
	FAKS	0342 360 39 27
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Nimet OVAYOLU
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği AD
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	
	DESTEKLEYİCİ	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐
		FAZ 2 ☐
		FAZ 3 ☐
		FAZ 4 ☐
		Gözetimsel ilaç çalışması ☐
		Tıbbi cihaz klinik araştırması ☐
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐
		İlaç dışı klinik araştırma ☒
		Diğer ise belirtiniz
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	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 Adı			Açıklama
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Diyabetik Hastalarda Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Öz Yönetim Algısı ve Metabolik Değişkenlere Etkisi
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	359

	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2014/359	Tarih: 24.11.2014	
	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. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr.Ercan SIVASLI	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof.Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr Feridun IŞIK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. .Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Bünyamin KISACIK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Kemal ÜSTÜN	DIŞ HEKİMLİĞİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Uzm.Dr. Cahide Elif ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	Ex ☐ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Baha Günhan GÜNGÖRDÜ	İNŞ.MÜH (sivil Üye)	GASKİ	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

Elden teslim
aldım.
Ayşe DOĞRU

EK-4.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU GAZİANTEP İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ'DEN İZİN YAZISI



T.C.
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 82370929/ 774
Konu : Araştırma İzni

T.C TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ
KURUMU GAZİANTEP KHB GENEL
SEKRETERLİĞİ
KAYIT TARİHİ: 20.02.2015 08:18:56
TÜRÜ: GİDEN EVRAK
EVRAK NO: 4334
BİRİM ADI: EĞİTİM BİRİMİ



DR.ERSİN ARSLAN DEVLET HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

Gaziantep Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe DOĞRU' nun "Diyabetik Hastalarda Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Özyönetim Algısı ve Metabolik Değişkenlere Etkisi " konulu araştırma çalışmasını hastanenizde yapması ile ilgili Makam Onayı ekte gönderilmiş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Op.Dr. Selim Bülent CANSUNAR
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkan V.

EKİ:
1-Genel Sekreterlik Makam Onayı (1 Sayfa)

Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Ayrıntılı bilgi için irtibat: G. ÖZBAŞ
Telefon (0342) 326 27 27 -1341 Fax: (0342) 338 26 05 27500 Şehitkamil/G. Antep



T.C. Sağlık Bakanlığı
Gaziantep
Kamu Hastaneleri
Birliği Genel Sekreterliği

T.C.
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 82370929/ 774
Konu : Araştırma İzni

T.C. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ
KURUMU GAZİANTEP KHB GENEL
SEKRETERLİĞİ
KAYIT TARİHİ: 19.02.2015 13:49:04
TÜRÜ: GİDEN EVRAK
EVRAK NO: 4313
BİRİM ADI: EĞİTİM BİRİMİ



GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Genel Sekreterliğimize araştırma çalışması için başvuru yapan Ayşe DOĞRU'nun 13.02.2015 tarih ve 4772 sayılı dilekçesi ile Tıbbi Hizmetler Başkanlığının 18.02.2015 tarih ve 12815781-774-1170 sayılı yazısına istinaden Gaziantep Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Ayşe DOĞRU'nun "Diyabetik Hastalarda Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Özyönetim Algısı ve Metabolik Değişkenlere Etkisi " konulu araştırma çalışmasını Mart 2015' de hizmeti aksatmayacak şekilde Birliğimize bağlı Dr.Ersin Arslan Devlet Hastanesinde yapması, anket sonuçlarının tarafımıza bildirilmesi ve Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi şartıyla tarafımızca uygun mütalaa edilmekte olup;

Olurlarınıza arz ederim.

Op.Dr. Selim Bülent CANSUNAR
İdari Hizmetler Başkan V.

OLUR
19.02/2015

Doç. Dr. Hayati DENİZ
Genel Sekreter

EK-5. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı :

Diyabetik Hastalarda Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Öz Yönetim Algısı ve Metabolik Değişkenlere Etkisi

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Diyabetli hastalarda motivasyonel görüşme tekniğinin öz yönetim algısı ve metabolik değişkenlere etkisini olup olmadığının araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için çalışmaya katılmaya gönüllü olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Bu araştırma gerekli izinler alındıktan sonra Dr.Ersin Arslan Devlet Hastanesine başvuran, Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association-ADA) kriterlerine uygun olarak son altı ay içinde diyabet tanısı alan (5) yetişkin hastalarla yapılacaktır. Araştırmada Diyabette Öz Yönetim Algısı Skalası (DÖYAS) ve sosyodemografik ve hasta bilgilerini sorgulayan soruları içeren anket formu kullanılacaktır. Hasta sayısı belirlemek için Power Analizi yapılacaktır. Hastalar kontrol ve müdahale grubu olmak üzere iki gruba ayrılacaktır. Çalışmanın başlangıcında her iki gruba sosyodemografik ve hasta bilgilerini sorgulayan soruları içeren anket formu ve Diyabette Öz Yönetim Algısı Skalası uygulanacak ve metabolik değişkenler için laboratuvar değerleri değerlendirilecektir. Sonrasında müdahale grubundaki bireylerle motivasyonel görüşmeler planlanıp uygulanacaktır. Kontrol grubuna ise rutin uygulamalar dışında herhangi bir girişim yapılmayacaktır. Görüşmelerin bitiminde yine her iki gruba Diyabette Öz Yönetim Algısı Skalası ve metabolik değişkenler için laboratuvar değerleri değerlendirilecek ve elde edilen veriler bilgisayar ortamında uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edilecektir. Çalışmada kullanılacak olan tüm laboratuvar verileri için herhangi bir ölçüm yapılmayacak olup, verilere hasta kayıtlarından ulaşılabilecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Araştırmaya davet edilmenizin nedeni sizin Dr.Ersin Arslan Devlet Hastanesinde kayıtlı diyabet hastası olmanızdan. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 60 kişidir.

Tarih/Versiyon:

1/2

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı :

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre belirlenen hasta sayısına ulaşıp motivasyonel görüşmelerin bitmesidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu kayıtlar ileride tekrar incelenerek doğru diyabet eğitimi verilmesine yardımcı olacaktır. Bu kayıtlar kimliğiniz belirtilmeden tıp ve hemşirelik öğrencilerinin eğitiminde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmayı yapabilmek için sizin yapacağınız herhangi bir işlem yoktur, sadece çalışmaya katılmanız yeterlidir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Çalışmanın devamı sırasında ortaya çıkabilecek sorun ve riskler katılımcının/hastanın kendisine ya da ebeveyni/sorumlusuna iletilecektir.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

Tarih/Versiyon:

2/2

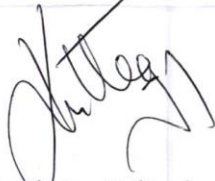
EK-6. SERTİFİKA

26 Aralık 2014

Sayın Ayşe DOĞRU,

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

Saygılarımla



Prof. Dr. Kültegin Öge
Motivasyonel Görüşme Eğitici

EK-7 Diyabette Öz Yönetim Algısı Skalası Kullanım İzni

Sayın Doğru,

Orjinali Wallston ve arkadaşlarına ait olan, iznini kendisinden aldığım bu ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Çalışmanızda başarılar cilerim.

Yrd. Doç. Dr. Ayfer Bayındır Çevik
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

From: ayse_dogru_02@hotmail.com
To: ayferbayindir@hotmail.com.tr
Subject: Diyabette Öz Yönetim Algısı Ölçeği İçin İzin
Date: Fri, 19 Sep 2014 03:19:20 +0300

İyi günler Ayfer hocam. Ben Gaziantep Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programından Prof. Dr. Nimet Ovayolu'nun öğrencisi Ayşe Doğru. Diyabette Öz Yönetim Algısı Ölçeğini tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Ölçeği ve izninizi rica edebilir miyim? İyi günler saygılarımla...

9. ÖZGEMİŞ

1989 yılında Adıyaman'nın Besni ilçesinde doğdu. İlköğrenimini, ortaokul ve liseyi Adıyaman'ın Besni ilçesinde tamamladı. 2012 yılında Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulundan mezun oldu ve aynı yıl Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programında eğitimine başladı. Dört yıldır Gaziantep Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde hemşire olarak çalışmaktadır.

