



**PENDER'İN SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE GÖRE  
YAPILANDIRILMIŞ MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN  
TİP 2 DİABETES MELLİTÜS'DE DİYABET ÖZ YÖNETİM  
DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

**Elanur ULUDAĞ  
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI**

**Doktora Tezi-2020**

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PENDER'İN SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE GÖRE  
YAPILANDIRILMIŞ MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN  
TİP 2 DİABETES MELLİTÜS'DE DİYABET ÖZ  
YÖNETİM DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

**Elanur ULUDAĞ**

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı  
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI**

**ERZURUM  
2020**

# İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>I</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>V</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>VI</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VII</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>VIII</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>IX</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>X</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>7</b>
2.1. Diyabet Bakımında Hemşirenin Rolü.....	7
2.2. Diabetes Mellitus Tanımı ve Önemi .....	8
2.2.1. Tip 2 Diabetes Mellitus.....	8
2.2.2. Diabetes Mellitus Tanı Kriterleri .....	10
2.2.3. Diabetes Mellitus Komplikasyonları .....	11
2.2.4. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisi.....	11
2.3. Nola J.Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli .....	12
2.4. Motivasyonel Görüşme .....	14
2.5. Diyabet Öz Yönetimi .....	18
2.5.1. Diyabet Öz Yönetim Davranışlarının Önündeki Engeller .....	19
2.6. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Motivasyonel Görüşme Girişimi... 20	
2.7. Diyabet Öz Yönetimi, Motivasyonel Görüşme ve Hemşirenin Rolü .....	22
<b>3. MATERYAL VE METOD</b> .....	<b>24</b>
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi .....	24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	24

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	24
3.4. Veri Toplama Araçları.....	25
3.4.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu.....	25
3.4.2. Diyabet Öz Yönetimine ilişkin Öz-Etkililik Ölçeği.....	25
3.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği.....	26
3.4.4. Motivasyonel Görüşme Önem-Güven Derecelendirme Cetveli.....	27
3.4.5. Değişim Aşaması Değerlendirme Formu-Karar Dengesi.....	27
3.4.6. Kan Şekeri İzlem Çizelgesi.....	28
3.4.7. Yürüyüş İzlem Çizelgesi.....	28
3.5. Verilerin Toplanması.....	28
3.6. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Motivasyonel Görüşmeler.....	30
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	35
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>37</b>
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	37
4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM ile İlgili Özelliklerine ve Ön Test Sonuçlarına İlişkin Bulgular.....	38
4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM ile İlgili Metabolik Değişkenlerin Ön Test Sonuçlarına İlişkin Bulgular.....	41
4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM ile İlgili Özelliklerinin Son Test Sonuçlarına İlişkin Bulgular ve SGM'deki Yeri.....	42
4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM ile İlgili Metabolik Değişkenlerin Son Test Sonuçlarına İlişkin Bulgular ve SGM'deki Yeri.....	44

4.6. Deney Grubundaki Bireylerin T2DM Öz yönetim Davranış Görüşlerine İlişkin Bulgular ve SGM'deki Yeri.....	45
4.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarının Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular ve SGM'deki Yeri.....	46
4.8. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM'de SYBDÖ ve Alt Boyutlarının Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular.....	48
4.9. Gruplar-arası Son Görüşmede T2DM'de SYBDÖ/Alt Boyutları ve Öz-Etkililik Ölçeği/Alt Boyutlarının Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular.....	50
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>52</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>64</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>66</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>83</b>
<b>EK-1. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>83</b>
<b>EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....</b>	<b>84</b>
<b>EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU.....</b>	<b>85</b>
<b>EK-4. KURUM İZİNİ.....</b>	<b>86</b>
<b>EK-5. HASTA TANITICI BİLGİ FORMU.....</b>	<b>87</b>
<b>EK-6. DİYABET ÖZ YÖNETİMİNE İLİŞKİN ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ.....</b>	<b>90</b>
<b>EK-7. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ.....</b>	<b>91</b>
<b>EK-8. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME ÖNEM-GÜVEN DERECELENDİRME CETVELİ.....</b>	<b>93</b>
<b>EK-9. DEĞİŞİM AŞAMASI DEĞERLENDİRME FORMU-KARAR DENGESİ.....</b>	<b>94</b>
<b>EK-10. KAN ŞEKERİ İZLEM ÇİZELGESİ.....</b>	<b>95</b>
<b>EK-11. YÜRÜYÜŞ İZLEM ÇİZELGESİ.....</b>	<b>96</b>
<b>EK-12. DENEY GRUBU BİLGİLENDİRİLMESİ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....</b>	<b>97</b>

## EK-13. KONTROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMESİ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

..... 98



## TEŞEKKÜR

Doktora tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen hocam Sayın Prof. Dr. Mağfret KAŞIKÇI' ya en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tezimin ilerlemesinde fikir ve görüşleriyle akademik çalışmama ışık tutan ve aynı zamanda tez izleme jürisinde yanımda olan değerli hocalarım Doç. Dr. Gülçin AVŞAR (Atatürk Üniversitesi, Erzurum) ve Doç. Dr. Nuray DAYAPĞOLU' na (Atatürk Üniversitesi, Erzurum), veri toplama sürecinde çok şey paylaştığım, sorularıma içtenlikle yanıt veren değerli T2DM hastalarına, tüm hayatım boyunca bana maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili babam Selahattin ULUDAĞ ve annem Hava ULUDAĞ' a, her zorlandığımda daha güzel günlerin bizim olacağına inanan ve beni de inandıran çok değerli sevgili abim Sebahattin ULUDAĞ' a, her zaman yanımda olduklarını bildiğim sevgili kardeşlerim Öznur ULUDAĞ ve Hüseyin ULUDAĞ' a, her zaman yanımda olduğunu bildiğim çok değerli sevgili arkadaşım Öğr. Gör. Özlem ALBAYRAK' a sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum.

**Elanur ULUDAĞ**

## ÖZET

### **Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Yapılandırılmış Motivasyonel Görüşmenin Tip 2 Diabetes Mellitus'da Diyabet Öz Yönetim Davranışları Üzerine Etkisi**

**Amaç:** Bu çalışma Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmenin Tip 2 Diabetes Mellitus'da (T2DM) diyabet öz yönetim davranışları üzerine etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test karşılaştırmalı kontrollü deneysel olarak yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Araştırmanın evrenini, 1000 birey oluşturdu. Örneklemine ise araştırma kriterlerini karşılayan 30 deney, 30 kontrol olmak üzere 60 birey oluşturdu. Araştırma Gümüşhane Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniği/Kliniğinde 20.09.2019–20.05.2020 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmada veriler; Tanıtıcı Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ile toplandı ve metabolik değişkenlere yönelik laboratuvar sonuçları değerlendirildi. Araştırma deney grubundaki bireylere 3 ay boyunca haftada 1 kez Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı motivasyonel görüşme girişimi yapılacak şekilde yürütüldü. 3 ay sonunda, hem deney grubundaki hem de kontrol grubundaki bireylere ölçekler tekrar uygulandı. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde), ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi ve eşleştirilmiş t testi kullanıldı.

**Bulgular:** T2DM' de Pender'e dayalı yapılan Motivasyonel Görüşme (MG) girişimi sonucu diyabet öz yönetimi davranışlarında (egzersiz, glikoz takibi, tedavi vs.) olumlu yönde anlamlı derecede fark oluşurken, kontrol grubunda olumsuz yönde fark olduğu bulundu. MG girişimi sonucu deney grubunda metabolik değişkenler HbA1c ve AKŞ değerlerinde anlamlı derecede düşüş olurken, HDL, LDL, kolesterol ve trigliserit düzeylerindeki düşüşün anlamlı derece olmadığı bulundu. Kontrol grubunda ise bu değerlerde anlamlı derece yükselişlerin olduğu görüldü. SYBDÖ ve öz-etkililik ölçeğinden alınan puan ortalamaları deney grubunda anlamlı derecede yükseliş gösterirken, kontrol grubunda benzer seviyede kaldığı görüldü.

**Sonuç:** Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmenin T2DM'de diyabet öz yönetim davranışlarını olumlu yönde artırdığına varıldı. Bu sonuç ile T2DM'li bireylerin diyabet öz yönetim davranışlarını sürdürebilmeleri için bu bireylerin hastalıkla ilgili eğitimlerinin Pender'e dayalı MG doğrultusunda verilmesi önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Davranış değişikliği, glisemik kontrol, hemşirelik, hemşirelik girişimi, motivasyonel görüşme, öz yönetim, Pender'in sağlığı geliştirme modeli, Tip 2 DM

## ABSTRACT

### The Effect of Motivational Interviewing Based on Pender's Health Promotions

#### Model on Diabetes Self Management Behaviors in Type 2 Diabetes Mellitus

**Aim:** In order to determine the effect of motivational interview structured according to Pender's health promotion model on diabetes self-management behaviours in type 2 DM, a pre-test-post-test was conducted in a comparative controlled experimental manner.

**Material and method:** The population of the study was 1000 individuals. Its sample consisted of 60 individuals, 30 experiments and 30 controls. The research was conducted in the Internal Medicine Polyclinic / Clinic of Gumushane State Hospital between 20.09.2019 - 20.05.2020. The data of the study were Information Sheet, the Healthy Lifestyle Behaviour Scale, Diabetes self-efficacy Scale and the laboratory results are evaluated considering metabolic variables. The study was conducted by applying motivational interview attempts based on Pender's health promotion model. Applying this model, I had an interview with experimental group once a week for three months. At the end of 3 months, the scales were applied again to the individuals in both the experimental group and the control group. Descriptive statistical methods (number, percentage), chi-square test, independent groups t test and paired t test were used in order to evaluate the data.

**Results:** As a result of motivational intervention based on Pender in T2DM, there was a significant positive difference in diabetes self-management behavior (exercise, glucose monitoring, treatment, etc.), while a negative difference was found in the control group. As a result of MG intervention, there was a significant decrease in metabolic variables HbA1c and FBG values in the experimental group, while the decrease in HDL, LDL, cholesterol and triglyceride levels was not found to be significant. In the control group, it was observed that there were significant increases in these values. While the mean scores obtained from HLBS and self-efficacy scale increased significantly in the experimental group, it was observed that it remained at a similar level in the control group.

**Conclusion:** It was concluded that motivational interview structured according to Pender's health promotion model positively increased diabetes self management behaviors in type 2 DM. With this result, it is recommended that individuals with T2DM be educated about the disease in line with Pender-based MG so that they can continue their diabetes self-management behavior.

**Key Words:** Behavior change, glycemic control, nursing, nursing intervention, motivational interview, self-management, Pender's health promotion model, Type 2 DM

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ADA</b>	: American Diabetes Association
<b>DM</b>	: Diabetes Mellitus
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>IDF</b>	: International Diabetes Foundation
<b>MG</b>	: Motivasyonel Görüşme
<b>OAD</b>	: Oral Antidiyabetik ilaçlar
<b>SGM</b>	: Sağlığı Geliştirme Modeli
<b>SYBDÖ</b>	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
<b>TBT</b>	: Tıbbi Beslenme Tedavisi
<b>T1DM</b>	: Tip 1 Diabetes Mellitus
<b>T2DM:</b>	: Tip 2 Diabetes Mellitus

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli.....	13
Şekil.2.2. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Motivasyonel Görüşmenin Tip 2 DM'li Bireylerde Değerlendirmesi .....	22
Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Şeması.....	36



## TABLolar DİZİNİ

<b><u>Tablo No</u></b>	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Tablo 4.1.</b> Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı .....	37
<b>Tablo 4.2.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM ile İlgili Özelliklerinin Ön Test Dağılımı .....	38
<b>Tablo 4.3.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM ile İlgili Metabolik Değişkenlerin Ön Test Sonuçlarının Dağılımı.....	41
<b>Tablo 4.4.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM ile İlgili Özelliklerinin Son Test Dağılımı .....	42
<b>Tablo 4.5.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM ile İlgili Metabolik Değişkenlerin Son Test Sonuçlarının Dağılımı .....	44
<b>Tablo 4.6.</b> Deney Grubundaki Bireylerin T2DM Öz yönetim Davranışlarına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı .....	45
<b>Tablo 4.7.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarının Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 4.8.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM’de SYBDÖ ve Alt Boyutlarının Toplam Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 4.9.</b> Gruplar-arası Son Görüşmede T2DM’de SYBDÖ/Alt Boyutları ve Öz-Etkililik Ölçeği/Alt Boyutlarının Toplam Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması .....	50

# 1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kronik hastalığı “uzun süren ve yavaş ilerleme gösteren hastalıklar” olarak ve kronik durumu ise “birkaç yıl veya on yıl boyunca sürekli bakıma ihtiyaç duyulan sağlık sorunları” olarak tanımlar. Diabetes Mellitus (DM), Türkiye’nin yanı sıra bütün dünyada pek çok insanı etkileyen kronik ve evrensel sağlık problemlerinden biridir.<sup>1,2</sup> DM, insan vücudunun insülin hormonunu yeteri kadar ya da hiç üretememesi veya üretilen insülini etkili bir şekilde kullanamaması sonucunda kandaki glikoz seviyesinin yükselmesi ve karbonhidrat metabolizmasının bozulması ile ortaya çıkan kronik bir hastalıktır.<sup>3,4</sup> DM, organ işlev kayıplarına yol açarak bireylerin yaşam süresi ve kalitesini olumsuz etkilemesi, sürekli tıbbi bakım gerektirmesi ve iş gücü kayıplarına bağlı sosyal ve ekonomik yük oluşturmasından dolayı günümüzün önemli sağlık sorunlarındanıdır.<sup>5,6</sup> Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) verilerine göre, 2019 yılında yaklaşık 463 milyon kişinin diyabet hastası olduğu bu sayının 2030 yılında 578 milyon olacağı ve 2045 yılında ise 700 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir.<sup>3</sup> Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP-II) çalışmasına göre ise; Türkiye’de diyabet prevalansı 12 yılda (1998-2010) %7.2’den %13.7’ye ulaşmış; farkındalık düzeyi ise %45 olarak belirlenmiştir.<sup>7,8</sup>

DM’nin son yıllardaki bu artışına; nüfusun yaş ortalamasının artması, sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam tarzı ve aşırı kilonun sebep olduğu belirtilmektedir.<sup>9</sup> Bu sebeplerden dolayı DM yönetiminde, hastalığın akut komplikasyonlarını önlemek ve kronik komplikasyon riskini azaltmak bireylerin ve sağlık çalışanlarının birincil önceliğidir.<sup>10,11</sup> DSÖ’nün belirlediği “21.Yüzyılda Yirmi Bir Sağlık Hedefi” çerçevesinde tip 2 Diyabetes Mellitusun (T2DM) önlenmesinde risk altındaki bireyleri tanımlama ve kilo kontrolü ile fiziksel aktivitenin artırılması gibi yaşam tarzı değişiklikleri önemli hedefler arasındadır.<sup>12,13</sup> Bu hedeflere ulaşabilmek için bireylerden

diyabet öz yönetim davranışları olan; yeterli ve dengeli beslenme, düzenli fiziksel egzersiz yapma, kendi kan glikoz düzeyini düzenli olarak izleme, ilaçlarını ve gerekiyorsa insülin enjeksiyonlarını zamanında ve doğru dozda uygulaması istenmektedir.<sup>14,15</sup> Ancak bireylerin bu olumlu öz yönetim davranışlarını kazanmaları kolay değildir. Yaş, eğitim durumu, başka bir kronik hastalığa sahip olma, hastalık süresi, davranışla ilgili farkındalığın olması, kültürel değer ve gelenekler doğrudan doğruya sağlıkla ilgili davranışları etkilemektedir.<sup>16-18</sup> Bazı ülkelerde yapılan çalışmalarda sadece sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri ile T2DM riskinin %58'e varan oranlarda önlenebileceği veya görülme yaşının geciktirilebileceği gösterilmiştir.<sup>1,2,8,11,14</sup>

American Diabetes Association (ADA)'ya göre diyabet tedavisi; tıbbi beslenme, kan glikoz düzeyinin düzenli izlemi, fiziksel aktivite, ilaç tedavisi ve diyabet öz yönetim eğitimi olmak üzere beş basamaktan oluşur.<sup>19</sup> Diyabet öz yönetim eğitiminde amaç DM'li bireylerin hastalıkla baş etme yöntemlerini öğrenmeleri ve hastalığa yönelik olumlu sağlık davranışı geliştirmeyi gereklilik haline getirmeleridir.<sup>20</sup> Diyabet ile ilgili yaşam tarzı değişikliğinin temelinde ise, hastalık ile baş etme ve sağlıklı yaşam tarzını sürdürme süreci yer almaktadır. Hastalığa uyum hastanın diyet, egzersize ve ilaca uyumunu kapsamaktadır.<sup>21,22</sup> Kartal'ın<sup>23,24</sup> yaptığı çalışmalarda diyabetli hastaların tedaviye uyumunun birinci çalışmada %44 olduğunu arkadaşları ile yaptığı ikinci çalışmada ise, tedaviye uyumunun %50'ye yükseldiğini belirtmiştir.

Diyabet öz yönetim davranışları gibi sağlık davranış değişimini kolaylaştırmak, günümüzde sağlık hizmeti sağlayıcılarının karşılaştığı en zor durumlardan biridir. Hemşireler diyabet öz yönetim davranışlarını teşvik etmede etkili bir rol oynarlar. Çünkü onlar diğer sağlık bakımı konularında hasta ile etkileşime geçebilirler ve hasta ile etkili bir terapötik ilişkiye girebilirler. Bununla birlikte hemşireler, etkili sağlık davranışı değişikliğini nasıl kolaylaştıracakları konusunda zorluk yaşayabilirler. Bu bakımdan,

hemşireler tarafından kendi klinik ortamlarında T2DM'li bireylerin sağlığını geliştirmelerine yardımcı olabilecek etkili bir girişim belirlemeleri çok önemlidir.<sup>11,25</sup> Hemşirenin hasta bakımında birçok rolü bulunmaktadır. Bu rollerden biri olan destekleyici rolünü diyabetli hastanın öz yönetim davranışlarını yönetme, geliştirme ve oluşabilecek komplikasyonlar için önlem alma noktasında iyi yönetmelidir. Hemşirenin bu rolü yönetebilmesi için, diyabetli hastanın öz yönetim davranışlarını yerine getirme konusunda hastanın sorunlarını ve sorumluluklarını belirleyerek bir bakım planı oluşturmalı ve hastanın yaşam tarzını düzenlemelidir.<sup>26</sup> Bu nedenle hemşirelik alanında pek çok model hastaların hastalığa uyum sürecini gözlemlemek ve sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Bu modeller arasında Motivasyonel Görüşme (MG), sosyal bilişsel öğrenme kuramı, transteorik model, sağlık inanç modelinden ve sağlığı geliştirme modelinden çok fazla yararlanılmaktadır.<sup>27</sup>

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli, hemşirelerin etkili bir şekilde bakımı yürütebilmeleri için uygun bir çerçeve sağladığı için uygulayıcılara iyi bir rehberdir.<sup>28,29</sup> Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre, her birey fiziksel çevre ve kişilerarası ilişkilerde çok yönlü bir bütünlüğe sahiptir ve sağlık durumunu iyileştirmede aktif rol oynar.<sup>29</sup> Pender, sağlık inanç modelinde yer alan yarar ve engel algısının sağlığı koruma davranışlarını açıklamada veya davranışı tahmin etmede önemli olduğunu savunur.<sup>30,31</sup> Yapısı sağlık inanç modeline benzemesine rağmen, sağlığı geliştirme modeli bireylerin hastalık tehdidi olmadan daha yüksek sağlık seviyesi için motive olmaları gerektiğini varsayar.<sup>32-34</sup> Model sağlığı geliştirici davranışların sonucunu etkileyen iki kategori ileri sürer; birisi bireysel özellikler ve deneyimler diğeri davranışa özgü bilişler ve duygulanımdır.<sup>32-36</sup> Modelin amacı; sağlıklı yaşam tarzı için gerekli olan sağlığı geliştirme davranışlarının bileşenlerini açıklamak, bireyin deneyimlerini ve sağlık

davranışına ilişkin algularını etkileyebilecek faktörleri değerlendirmek ve sağlıklı yaşam tarzını planlayabilmek için sağlık bakım sağlayıcılarına yardımcı olmaktır.<sup>37,38</sup>

MG'nin, çeşitli uygulama ortamlarında sağlık davranış değişimini kolaylaştıracak bir strateji olarak etkinliği gösterilmiştir. Miller ve Rollnick<sup>39</sup>, MG'yi "kararsızlığı keşfedip çözerek değişime yönelik içsel motivasyonu geliştirmek için hasta merkezli, yönlendirici bir yöntem" olarak tanımlamaktadır. Bu yöntem, Carl Rogers'ın birey merkezli danışma stilinden geliştirilmiştir, başlangıçta kimyasal bağımlılık uygulamasında kullanılmış ve diyabet de dahil olmak üzere çeşitli sağlık durumlarıyla klinik çalışmalarda başarıyla kullanılmıştır.<sup>11,40</sup> MG, iyi tanımlanmış danışmanlık teknikleri ve stratejileri içerir ve üç temel kavramdan oluşur. Bu kavramlar; hastanın otonomisine ve seçimine saygı duyma, işbirlikçi bir ilişki kurma ve kendi değişim sürecini kolaylaştırmak için hasta cevaplarından yararlanmadır. MG'nin "ruhunu" oluşturmak için danışman, bireyle kabul edilebilir ve eşitlikçi bir ilişki kurmaya odaklanır.<sup>41</sup> Birey ile işbirliği içinde olan danışman, MG sürecinin merkezi bir parçası olarak değişme kararsızlığını araştırmaya ve çözmeye çalışmaktadır.<sup>42,43</sup> Bazı deneysel çalışmalar, MG'nin çeşitli ortamlarda ve toplumlarda sağlık davranış değişimini kolaylaştırmak için etkili bir müdahale olduğunu kanıtlamıştır. MG daha sağlıklı gıda seçeneklerinin alımını arttırmak<sup>11,44</sup> ve T2DM'li bireylerde fiziksel aktiviteyi benimsemek için kullanılmıştır.<sup>45-47</sup> Ayrıca, MG alan T2DM olan katılımcılar, glisemik kontrolde<sup>19,48</sup> ve kendi kontrol gruplarından daha fazla kilo kaybında iyileşme sağlamıştır.<sup>40,49,50</sup> Davranışsal değişimde MG'nin etkinliği göz önüne alındığında, araştırmacılar, sağlık hizmeti sağlayıcılarının MG'yi, glisemik kontrolü en üst düzeye çıkarmak için bir strateji olarak ele almasını önermektedir.<sup>51-53</sup> Böylece, değişime karşı kararsızlığı çözmek, bireyi diyabet öz yönetim uygulamalarını başlatmaya teşvik edecektir.<sup>18</sup> Buna ek olarak, MG sadece öğrenilmesi için makul bir süre gerektirdiğinden,

çeşitli sağlık hizmeti sağlayıcıları ve personel tarafından çok uygun bir müdahale olması açısından klinik uygulamada T2DM'li bireyler ile çalışıldığında ve daha sonraki ziyaretlerde kullanılabilir.<sup>42,54</sup> Bununla birlikte, diyabet öz yönetim davranışı tanıtımına yönelik MG girişiminin etkilerini incelemek için çok az sayıda yapılmış çalışma vardır. Bu önerilen çalışma, araştırmacılar tarafından diyabette öz yönetim davranışı üzerine MG'nin etkilerini inceleyecektir. Hemşirelerin hastalarla en çok iletişim halinde olan grupta olmaları sebebi ile MG'yi kullanarak bireylerde istendik yönde davranış değişimi sağlayacakları ön görülmektedir.

Literatürde diyabetin öz yönetim davranışlarını bir model ile birlikte teşvik eden etkili müdahaleler konusunda önemli bir boşluk vardır. Hemşirelik bakımının geliştirilmesine ve sürdürülmesine rehberlik eden modeller, kanıta dayalı bakım uygulamalarının sonuçlarını bilimsel bir çerçevede açıklamayı sağlar.<sup>32,55</sup> Modellerin bakım için kullanımının uygun olup olmadığı ancak klinikte test edilerek anlaşılabilir.<sup>55</sup> Bu çalışma, diyabet üzerine MG müdahalesini bir modelle birleştirerek etkinliğini test edecektir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, glisemik kontrolü iyileştirmek ve sonuç olarak diyabetle ilişkili komplikasyonların gelişme riskini azaltmada diyabet öz yönetim davranışlarını kolaylaştırmak için hemşirelere yardımcı olacaktır.

Çalışmanın amacı; T2DM'li hastalarda Pender'in sağlığı geliştirme modelini motivasyonel görüşme tekniği ile harmanlayarak hastaların öz yönetim davranışları üzerine etkisini araştırmaktır. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde T2DM' de MG'nin etkisini Pender'in sağlığı geliştirme modeli ile ortaya koyan çalışmaların olmayışı çalışmanın gerekçesi olmuştur.

### **Araştırmanın Hipotezleri**

**H<sub>1</sub>:** Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeye katılan T2DM'li bireylerde deney grubunun kontrol grubuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranış puanı artar.

**H<sub>2</sub>:** Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeye katılan T2DM'li bireylerde deney grubunun kontrol grubuna göre metabolik değerleri (özellikle HbA1c) iyileşir.

**H<sub>3</sub>:** Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeye katılan T2DM'li bireylerde deney grubunun kontrol grubuna göre diyabet öz-etkililik davranış puanı artar.

**H<sub>4</sub>:** Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşme müdahalesi T2DM'li bireylerde etkindir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Diyabet Bakımında Hemşirenin Rolü

Diyabet kronik bir hastalık olduğu için, diyabetli bireyler sürekli sağlık bakım kuruluşlarına başvururlar ve bu başvurular sırasında da sağlık bakım ekibi üyelerinden en sık hemşireler ile temas halindedirler. Rutin klinik ziyaretlerden yatan hasta bakımına kadar sağlık sisteminin her kademesinde bulunan hemşireler, diyabetli bireylerin bakımında merkezi bir role sahiptir. Özellikle, hemşirelerin diyabetin erken tanı ve teşhisini sağlamada, risk faktörlerini ele alarak T2DM gelişimini önlemeye yardımcı olmada, diyabetli bireylere diyabet öz yönetim eğitimi ve psikolojik desteğin sağlanmasında önemli katkıları vardır.<sup>56,57</sup> Hemşireler tarafından bir model rehberliğinde verilen bakım diyabet yönetiminde etkili bir yoldur. Hemşirenin sorumluluğu, diyabet tanısı almış bireylerde sağlıklı yaşam tarzı değişimini teşvik etmek ve olası komplikasyonları önlemek amacıyla birinci, ikinci ve üçüncü basamak bakımı sağlamaktır. Dünya çapında artan diyabet yüküyle birlikte, diyabet bakımının merkezinde çalışan hemşireler her zamankinden daha önemlidir.<sup>58</sup> Bu nedenle IDF 2020 yılı için '14 Kasım Dünya Diyabet Gününde' diyabetin önlenmesi ve yönetiminde çok önemli role sahip olan hemşireleri desteklemeye karar vermiştir. IDF liderliğindeki 'Hemşireler Fark Yaratır' kampanyası, hemşirelerin dünya çapındaki sağlık hizmetleri iş gücünün neredeyse %60'ını oluşturduğunu, diyabetin bütün tiplerindeki hasta bakımında ve risk altındaki bireylerde T2DM'nin önlenmesinde kilit rol oynadığını vurgulamaktadır. Bu nedenle hemşirelerin odağında T2DM hastalığını yönetirken karşılaştıkları zorlukların üstesinden gelmelerine ve komplikasyonların gelişmesini önlemeye yardımcı olmak için gerekli bilgi ve becerinin yanı sıra bu hastaların hastalıkla baş etme yöntemlerini geliştirme ve sürdürmede etkili olabilecek bir girişim geliştirmeleri önemlidir.<sup>56,59</sup>

## 2.2. Diabetes Mellitus Tanımı ve Önemi

DM, insan vücudu insülini yeteri kadar ya da hiç üretilmediğinde veya üretilen insülini etkili bir şekilde kullanamadığında kandaki glikoz seviyesinin yükselmesi ile ortaya çıkan ciddi ve kronik bir durumdur.<sup>60</sup> İnsülin pankreasta üretilen temel bir hormondur.<sup>4,60</sup> İnsülin ayrıca protein ve yağ metabolizması içinde gereklidir.<sup>60,61</sup> İnsülin eksikliğinde veya hücrelerin insüline cevabı yetersiz olduğunda diyabetin klinik göstergesi olan hiperglisemi ortaya çıkar.<sup>5</sup>

IDF<sup>60</sup> verilerine göre 2019 yılında, 463 milyon diyabet hastasının olduğu hastalık için yeterli önlem alınmazsa, 2030 yılına kadar 578 milyon insana ulaşacağı ve 2045 yılına kadar bu rakamın şaşırtıcı bir şekilde 700 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Diyabet, ne ülkelerin sosyo-ekonomik durumunu ne de ulusal sınırlarını gözetmeksizin yayılan çok ciddi küresel bir sağlık sorunudur. Bu nedenle diyabetle yaşayan insanlarda, ciddi ve yaşamı tehdit eden nöropati, nefropati, kardiyovasküler hastalıklar ve göz hastalıkları gibi komplikasyonların gelişme riski vardır.<sup>60-63</sup> Bu durum tıbbi bakım ihtiyacının artmasına, yaşam kalitesinde düşüşe ve aileler üzerinde aşırı strese neden olmaktadır. Diyabet ve komplikasyonları iyi yönetilmezse, sık sık hastaneye yatışa ve erken ölüme neden olabilir. Diyabet, küresel olarak ilk 10 ölüm nedeni arasındadır. Buna rağmen hastalığın erken teşhisi, hastalığa uygun bakımın verilmesi ve uygun diyabet yönetimi sağlanırsa komplikasyonlar önlenir ve diyabet yönetilebilir.<sup>60,64</sup>

### 2.2.1. Tip 2 Diabetes Mellitus

T2DM, dünya çapındaki tüm diyabet tiplerinin yaklaşık %90'ını oluşturan en yaygın diyabet türüdür.<sup>2,65</sup> T2DM'de görülen 'insülin direnci' olarak adlandırılan hiperglisemi başlangıçta vücudun hücrelerinin insüline tam olarak cevap verememesinin bir sonucudur.<sup>60,66</sup> İnsülin direnci durumunda, hormon etkisizdir ve zamanla insülin üretiminde bir artışa neden olur. Zamanla, pankreatik beta hücrelerinin talebi

karşılayamaması sonucu yetersiz insülin üretimi gelişebilir.<sup>67</sup> T2DM en sık yaşlılarda görülür, fakat obezite seviyelerinin artması, fiziksel hareketsizlik ve yetersiz beslenme nedeniyle çocuklarda ve genç erişkinlerde de görülme sıklığı giderek artmaktadır.<sup>1</sup> T2DM, tip 1 diyabete (T1DM) benzer semptomlar ile ortaya çıkabilir, ancak genel olarak T2DM'nin ortaya çıkması tamamen semptomsuz olabilir. Ayrıca, T2DM'nin tam başlangıç zamanını genellikle belirlemek imkansızdır.<sup>14,64</sup>

Sonuç olarak, genellikle uzun bir teşhis öncesi dönem vardır ve popülasyonda T2DM kişilerin üçte biri veya yarısı kadarında tanı konulmayabilir.<sup>3</sup> Hastalığın tanı koyma süreci uzadığı zaman, retinopati veya iyileşmeyen alt ekstremitte ülseri gibi komplikasyonlar tanıda mevcut olabilir. T2DM'nin nedenleri tam olarak anlaşılammıştır, ancak etnik köken ve aile öyküsünün yanı sıra; aşırı kilo, obezite ve ileri yaş ile güçlü bir ilişki vardır.<sup>20,68</sup> T1DM'de olduğu gibi, T2DM, çok genli yatkınlık ve çevresel etmenlerin bir kombinasyonundan kaynaklanır.<sup>16,69,70</sup>

T2DM yönetiminin temel taşı, sağlıklı diyet, düzenli fiziksel aktivite, sigarayı bırakma ve sağlıklı bir vücut ağırlığının korunmasını içeren bir yaşam tarzının teşvik edilmesidir.<sup>65</sup> T2DM yönetiminin iyileştirilmesine katkıda bulunan Uluslararası Diyabet Federasyonu(IDF), 2017 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinde T2DM'nin yönetimi için 'IDF Klinik Uygulama Önerilerini' yayınlamıştır.<sup>4</sup> Yaşam tarzını değiştirme girişimleri kan şekeri seviyelerini kontrol etmek için yeterli değilse, oral ilaç tedavisine genellikle ilk seçenek olarak 'metformin' ile başlanır. Tek bir antidiyabetik ilaçla tedavi yeterli değilse, bir dizi ilaç kombinasyonu ile tedavi seçeneği mevcuttur. Ağızdan alınan ilaçlar hiperglisemiye önerilen seviyelerde kontrol edemediğinde, insülin enjeksiyonları gerekli olabilir.<sup>5,71</sup> Yüksek glikoz seviyelerini kontrol etmenin dışında, kan basıncını ve kan lipid düzeylerini yönetmek ve metabolik kontrolü düzenli olarak (en az yılda bir kez) değerlendirmek hayati önem taşır. Bu durum diyabette görülen böbrek

komplasyonları, retinopati, nöropati, periferik arter hastalığı ve ayak ülserasyonu gibi problemlerin erken dönemde teşhisini sağlayacaktır.<sup>7,23</sup>

Düzenli kontroller ve etkili yaşam tarzı yönetimi ile (gerektiğinde ilaç tedavisi ile) T2DM'li bireyler uzun ve sağlıklı bir yaşam sürebilirler/sürdürebilirler. Küresel olarak, T2DM prevalansı yüksektir ve tüm bölgelerde de yükselmeye devam etmektedir.<sup>3</sup> Bu yükselişe, nüfusun yaşlanması, ekonomik gelişme ve kentleşmenin artması, daha yerleşik bir yaşam tarzının olması ve obezite ile ilişkili sağlıksız gıdaların daha fazla tüketilmesi sebep olmaktadır.<sup>2,72</sup>

### **2.2.2. Diabetes Mellitus Tanı Kriterleri**

Aşağıdaki kriterlerden sadece biri için yeterlidir;

- Açlık kan şekeri (AKŞ)  $\geq 126$  mg/dl \*Açlık süresi en az 8 saat olmalıdır.<sup>18,69</sup>

VEYA

- Oral Glikoz Tolerans Testi (OGGT) süresince 2. saat plazma glikoz değeri  $\geq 200$  mg/dl olmalıdır \*Test suda çözünen 75gr susuz glikoz eşdeğeri içeren bir glikoz yükü kullanılarak WHO tarafından açıklandığı gibi yapılmalıdır.<sup>18,69</sup>

VEYA

- HbA1c  $\geq 6.5$  olmalıdır \*Test laboratuvar ortamında ve standardize yöntemler kullanılarak yapılmalıdır (Hipergliseminin yokluğunda, tanı aynı veya iki ayrı test örneğinden iki anormal test sonucu gerektirir).<sup>18,69</sup>

VEYA

- Klasik hiperglisemi semptomlarını ya da hiperglisemik kriz yaşayan bir hastada rastlantısal plazma glukozu  $\geq 200$  mg/dl olmalıdır.<sup>18,69</sup>

### **2.2.3. Diabetes Mellitus Komplikasyonları**

Diyabetin akut komplikasyonları, takip ve tedavideki gelişmelere rağmen mortalite nedeni olabilmektedir. Diyabetin akut komplikasyonları dört ana başlık altında incelenebilir. Bunlar;

- Diyabetik Ketoasidoz
- Hiperozmolar hiperglisemik durum
- Laktik Asidoz
- Hipoglisemi

Diyabetin kronik komplikasyonları makrovasküler hastalık ve mikrovasküler komplikasyonları olarak ele alınabilir. Bunlar;

- Makrovasküler Hastalık Komplikasyonu; Kardiovasküler Hastalıklar
- Mikrovasküler Komplikasyonları; Retinopati, Nefropati, Nöropati, Diyabetik Ayakdır.<sup>4,5,60,71,73</sup>

### **2.2.4. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisi**

Diyabet tedavisinde en önemli noktalardan birisi yüksek riskli bireylerde T2DM gelişiminin önlenmesi veya geciktirilmesidir. Yaşam tarzı değişikliği pre-diyabet öncesinde etkili bir tedavi yöntemi olabilmektedir. T2DM tedavisinde en önemli diğer nokta ise tedavinin bireyselleştirilmesidir.<sup>74</sup> Bireyselleştirilmiş bir tedavide amaç bireyin yaşam tarzını ve kültürünü göz önünde bulundurarak hastalığın semptomlarını azaltmak veya ortadan kaldırmak, glisemik kontrolü belirlenmiş hedefte tutarak hiperglisemi gibi akut komplikasyonları ya da ilerleyen dönemlerde gelişebilecek kronik komplikasyonları önlemek veya geciktirmek ve belirli bir tedavi planı içerisinde bireylere yaşam tarzları doğrultusunda eğitim vermektir.<sup>75,76</sup>

Diyabet tedavisinde hedefe ulaşmak için en temel etken diyet değişiklikleri ve artan fiziksel aktivite dahil olmak üzere yaşam tarzı değişikliğidir. Yaşam tarzı

değişiklikleri, görünüşte en temel ve en ucuz yöntem olsa da, genellikle hasta için uygulaması zordur ve önemli ölçüde motivasyon gerektirir.<sup>48</sup> Yaşam tarzı dışında diyabet tedavisi;

- Tıbbi beslenme tedavisi (TBT) ve kilo kontrolü
- Eğitim
- Fiziksel aktivite
- Oral antidiyabetik ilaçlar (OAD) ve gerektiğinde insülin
- Hasta tarafından yapılacak evde kan glikoz ölçümü olarak belirlenmiştir.<sup>60,71</sup>

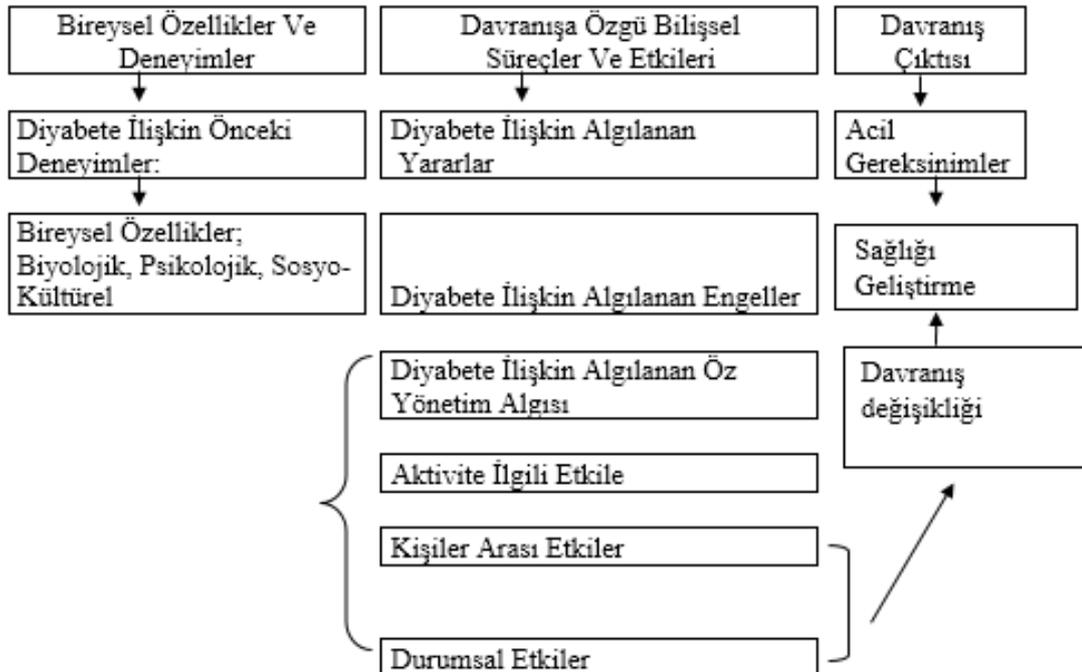
### **2.3. Nola J.Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli**

Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM), 1982 yılında Nola J. Pender tarafından geliştirilmiş, 1987, 1996 ve 2002 yıllarında yeniden gözden geçirilerek son halini almıştır.<sup>77,78</sup> Pender'in, hemşirelik, insan büyüme ve gelişimi, psikoloji ve eğitim alanlarında almış olduğu eğitim geçmişi, onu SGM'nin temelleri olan holistik bir hemşirelik yaklaşımı, sosyal psikoloji ve öğrenme teorisi kullanmaya yöneltmiştir. SGM belirli sağlık davranışlarını açıklamak ve tahmin etmek için bir çerçeve sağlar.<sup>29,79</sup> SGM, her bireyin çevre tarafından şekillendirilen biyo-psiko-sosyal bir varlık olduğunu, aynı zamanda doğuştan ve kazanılmış insan potansiyelini tam olarak ifade edilebilen bir ortam yaratmaya çalıştığını gösterir. SGM aslında bireysel hedefler için geliştirilmiştir; ancak modelin yapısı aileler, gruplar veya topluluk hedefleri için de kullanılabilir.<sup>77,80</sup>

SGM, hemşirelerin sağlığı geliştirme davranışlarını değerlendirmek için kullanabileceği üç temel alandan oluşur. Bunlar; bireysel özellikler ve deneyimler, davranışa özgü bilişler ve etkiler ve davranışsal sonuçlardır.<sup>34,35,81</sup> Girişimde önemli bir noktayı oluşturan davranışa özgü bilişler ve etkiler hemşirelik uygulamaları aracılığı ile değiştirilebilir. Bu değişkenler ise; eylemin algılanan faydaları, eylemin algılanan engelleri, algılanan öz-yeterlilik, aktiviteye bağlı duygular, kişilerarası etkileşim ve

durumsal etkilerdir. Bu değişkenlerdeki değişikliklerin ölçülmesi, sağlığı teşvik edici davranışların oluşumunu etkileyip etkilemediğini belirlemek için çok önemlidir.<sup>82,83</sup> Ayrıca, SGM davranış değişikliği planına bağlılık ve bireylerin taleplerinin kabulü gibi değişim sürecinin bileşenlerini içerir. Sonuçta beklenen ise, bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarına katılımıdır.<sup>79,84</sup>

Pender'in modeli, tam bir iyilik hali için sağlığı geliştirme davranışlarına katılan bireyleri motive eden, bireysel düzeyde etkileşimler ve biyofiziksel süreçler yoluyla hemşirelere rehberlik edecek bir kuramdır.<sup>27,77,78</sup> Pender'in modeli, hastalar için sağlığı geliştirme stratejilerine odaklanan profesyonel hemşirelere ve sağlığı geliştirici davranışları tahmin etmeyi amaçlayan araştırmalara önemli bir rehberlik sağlar. Son olarak, SGM farklı popülasyonlarda ve ortamlarda test edilmiştir. Ayrıca, hemşireler tarafından geniş çapta kabul görmüştür ve hemşirelik uygulamaları, araştırma ve eğitimde kullanılmaktadır.<sup>80</sup>



Şekil 2.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

## 2.4. Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme (MG), davranış değişikliği için çaba gösteren hastalara yardımcı olabilecek en iyi yöntemdir.<sup>45,85</sup> Madde bağımlılarında çok sık görülen davranışsal problemler ve hastanın motivasyon eksikliğinin, değişimin önündeki yaygın bir engel olduğu düşünüldüğünde, bu klinik yöntem ilk olarak Miller tarafından 1983 yılında tanımlanmış ve alkol bağımlıları için kısa süreli bir tedavi tipi olarak geliştirilmiştir.<sup>39,54,86</sup> 1990'larda, davranış değişikliğinin fiziksel ve kronik bozukluğu olan hastalar içinde önemli ve yaygın bir zorluk olduğu MG yöntemi kullanılarak belirlenmiş, daha sonra bu yöntemin, fiziksel aktivite, kilo kaybı, sigara bırakma, uyuşturucu bağımlılığı, astım ve diyabette uygulanması ile kullanım alanı genişlemiştir.<sup>40,87</sup>

Miller ve Rollnick, MG'yi ambivalansın çözümlenmesi, motivasyonun güçlendirilmesi ve değişim için bağlılığı amaçlayan, hasta merkezli bir yol gösterici metod olarak tanımlamaktadır.<sup>39,88,89</sup> Hümanist bir yaklaşım olarak MG, Carl Rogers'ın hasta merkezli terapötik yaklaşımından etkilenir. Ancak, MG'nin doğasında olan yol gösterici özelliği onu geleneksel hasta merkezli yaklaşımın ötesine taşıyan temel özelliğidir.<sup>65,86</sup> Ayrıca MG, daha çok hedef odaklıdır ve kasıtlı olarak davranış değişimine yönlendirmektedir.<sup>38</sup> MG'nin öğrenmesi kolaydır ve 15 dakikalık görüşmelere entegre edilebilir.<sup>90,91</sup>

MG yöntemi, insanların değişimin kendileri için neden önemli olabileceğini düşünmelerine ve bir plan geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. MG uzmanlara göre, hastaların değişimle ilgili tereddütlerine saygı duyar ve ambivalansı ortaya çıkarmak için alan yaratır.<sup>92,93</sup> Bu yöntemde olumlu ve kalıcı değişimi güçlendirmek için hasta değerlerini ve uzun vadeli çıkarlarını anlamak vurgulanmaktadır. Danışman, hastanın otonomisini ve seçimini güçlendirerek kabul ve merhamet atmosferi içinde değişimin

konusmasını dikkatlice dinler.<sup>86,93</sup> Değişim konuşması güçlendikçe, bu eylemler hastaların pratik bir plan hazırlamasına yardımcı olur.<sup>1,86</sup>

Motivasyonel görüşmeci, uzmanların görüşlerinden çok hastaların görüşlerine inanır ve değişim sürecinde hastaları ikna etmekten kaçınır. Bunun yerine, olumlu yönde sağlık değişimine yardımcı olacak bir bağlılık konuşmasını yönlendirmek için hastanın bireysel çıkarlarına çağrışım yapar.<sup>94,95</sup> Özetlemek gerekirse MG ruhu üç temel unsura dayanır: danışman ve hasta arasındaki işbirliği, hastanın değişim hakkındaki düşüncelerini ortaya çıkarma veya düşüncelerine çağrışım yapma ve hastanın özerkliğine vurgulama yapmaktır. MG ruhunu elde etmek ise, dört temel ilke ile oluşur. Bunlar; empatiyi ifade etme, çelişkiyi geliştirme, dirençle yuvarlanma ve öz-yeterliği desteklemedir.<sup>39,96</sup>

Empatiyi ifade etme, danışmanın bireyin durumu ile empati kurmasını gerektirir. Bireylerin yaşam tarzlarını değiştirmeleri gerektiğinde, zararlı davranışlarda bulduklarını kabul etmek zor olabilir. Bu nedenle bireyleri davranışları için yargılamadığınızda ve onlar için bu değişimin ne kadar zor olduğunu anladığınızı hissettirdiğinizde onlarda davranış değişikliği için kendilerini yeterince rahat hissedecektir.<sup>11,48</sup>

Çelişkiyi geliştirme, bireyin mevcut davranışı ile gelecekteki hedefleri arasında tutarsızlıklar geliştirmeyi içerir. Örneğin, sigara içen bir bireyin hedefinde maraton koşma olabilir, ancak bireyin sigara içiyor olması maraton koşacak akciğer kapasitesine sahip olmasını engelleyebilir. Gelecekteki hedef düşünüldüğünde, bireyin hedefine ulaşması için davranış değişikliğini yapması gerektiğinin farkına varacaktır. Böylece, MG'nin hedefi olan çelişkiyi ortaya çıkarma ve attırma gerçekleşecektir.<sup>39,41</sup>

Dirençle yuvarlanma, birey çelişki yaşadığı anda davranış değişikliğine karşı direnç gösterir. Bu durumda kişinin belirsizliği ifade etmesini sağlamak için destekleyici

ve tartışmasız kalmak danışmanın görevidir. Bu, genellikle açık uçlu sorular sorarak ve dinlemeyi yansıtarak elde edilir. Sonuç olarak direnç tartışma ile değil, yansıtma ile açılır.<sup>43,97</sup>

Öz yeterliliği desteklemek, davranış değişikliğini başlatmak ve sürdürmek için bireyleri güçlendirme ile olur. Bireylerin gerekli yaşam tarzı değişikliklerini yapabilmeleri için, sadece içsel motivasyonu hissetmeleri gerekmez, aynı zamanda bu değişikliği sürdürecektir kaynaklara sahip olduklarına da inanmaları gerekir. Bu ilkelere bağlı kalan danışman, bireyin değişime yönelik içsel motivasyonu keşfetmesine yardımcı olur ve ortak bir hedef için çalışmalarını sağlar. İçsel motive ediciler, daha fazla enerjiye sahip olmak veya uzun bir yaşam sürmek gibi somut olmayan değerleri içerebilir.<sup>39,48</sup>

MG uygulaması, “MG ruhunu” hayata geçirmek, MG ilkelerini göstermek ve hastanın değişim konuşmasını ve değişim taahhüdünü ortaya çıkarmak için sürece rehberlik edecek belirli tekniklerin ustaca kullanılmasını içerir.<sup>39</sup> Bu tekniklerin birincisi açık uçlu sorular sormaktır. Bu sorular, bireyin kararsızlığı ve değişimin nedenlerini keşfetmek için daha ayrıntılı yanıtlar vermesini gerektirir. Örneğin T2DM'li bir kişiye sorulabilecek açık uçlu soru, ‘Diyabet hastalığınız ile ilgili sizi en çok endişelendiren nedir?’ olabilir.<sup>18,22,39</sup> İkincisi yansıtıcı dinlemedir. Yansıtıcı dinlemenin amacı, sadece kişinin söylediği şeyi basitçe tekrarlamak değil, aynı zamanda alternatif anlamları keşfetmenin bir yolu olarak onların ifadelerinin yorumlanmasını sağlamaktır.<sup>39,94</sup> Örneğin;

Danışman: ‘Diyabetinize özen göstermediğiniz zaman sizi endişelendiren konu nedir?’

Hasta: ‘Sık sık halsiz hissediyorum ve alıştığım enerjiye sahip değilim. Sanırım bunun beni değiştirdiğinden endişeleniyorum ve hastalığıma özen göstermezsem asla eskisi gibi olmayacağım’

Danışman: ‘Öyleyse, diyabet günlük aktivitelerinizi büyük ölçüde etkilemiş gibi görünüyor ve eyleme geçmezseniz bunun kalıcı bir değişiklik olabileceğinden korkuyorsunuz’ şeklinde olmalıdır.

Yansıtıcı dinleme, danışanın sadece anlaşıldığını hissetmesini sağlamakla kalmaz, aynı zamanda değişimin nedenlerini vurgulamak ve ambivalansı ortaya çıkarmayı kolaylaştırmak için kullanılabilir.<sup>11,41,48</sup> Üçüncüsü, onaylama, kabullenme veya doğrulamaktır. Örneğin, ‘Bugün geldiğiniz için teşekkürler’ veya ‘ Çok zor olmasına rağmen değişme kararını vermiş olmanız harika’ şeklinde olmalıdır. Kabullenme, destek sağlamanın ve hastanın eylemlerini/seçimlerini kabul etmenin bir yoludur.<sup>48,98,99</sup> Dördüncüsü, bireylerin söylediklerinin ne anlama geldiğini tam olarak anladığınızdan emin olmak için özetlemedir. Özetleme, özellikle birey davranışı değiştirme konusunda sebepler buluyorsa sık sık yapılmalıdır. Örneğin, ‘Diyabet tanısı almak seni çok üzdü’ şeklinde olabilir. Özetlemek, hastaya söylenenleri düşünme ve danışman tarafından yapılan yanlış anlaşılmalara düzeltme fırsatı verir.<sup>21,53</sup> Beşincisi, bireylerin mevcut durumlarının avantaj ve dezavantajlarını düşündürerek değişim konuşmasını ortaya çıkarmaktır. Örneğin, danışman, ‘Diyabetinizin yönetimi ile ilgili değişiklik yapmak için nedenleriniz nelerdir?’ gibi sorular sorarak bir değişim cevabını ortaya çıkarabilir. Bireyler değişime olan bağlılıklarını tanımlamak için güçlü tanımlayıcı kelimeler kullandıklarında, davranışlarını gerçekten değiştirme olasılıkları daha yüksektir. Değişim konuşması belirlendikten sonra, bireylerden 1 ile 10 arasında değişen bir ölçekte, değişebilme ve değişiklik yapma olasılıklarını derecelendirmeleri istenir.<sup>45,100</sup>

MG’nin bir değişim süreci olduğu düşünüldüğünde, hemşirenin rolü, değişim için hastanın inanç ve değerlerini önemli motive ediciler olarak ele alıp değişim için bireyin motivasyonunu, hazır oluşluğunu ve kaynaklarını derinlemesine incelemektir. MG, değişim için hastayı bir üst aşamaya çıkarmayı amaçlar. Hemşirenin rolü, davranış

değişimini gerçekleştirmek için yolları ve sebepleri belirlemede bireyi cesaretlendirmektir.<sup>18,90,101,102</sup>

## **2.5. Diyabet Öz Yönetimi**

Diyabet öz yönetimi, diyabet kontrolünün temel taşıdır.<sup>49,60</sup> Diyabet öz yönetim davranışları, diyabetli bireylerin glisemiyi iyileştirmek için gerçekleştirdiği günlük uygulamalardır.<sup>40,62</sup> Tıbbi tedaviye ek olarak, diyabetin öz yönetim davranışlarını uygulayan bireyler glisemik kontrolü iyileştirebilir ve hastalığın uzun dönem komplikasyonlarının gelişme riskini azaltabilir.<sup>46</sup> ADA, fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, kan şekerini izleme, ilaç alma, riskleri azaltma (sigara içmeme gibi), problem çözme ve pozitif başa çıkma becerilerinin olduğu yedi temel diyabet öz yönetim davranışını tanımlamıştır.<sup>20,103</sup>

T2DM tanısı konulduğunda, çoğu bireyin yaşam tarzı davranışları, önerilen diyabet öz yönetim davranışları ile uyumsuzdur. Fazla kalorili yiyecekler tüketmek, fazla kilolu olmak veya fiziksel olarak hareketsiz olmak gibi sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıkları, bireyin glisemik kontrolünü kötüleştirecektir.<sup>11,22</sup> T2DM'li bireyler, tıbbi plana uyma konusunda sayısız günlük kararlar alarak ve varsa, hangi diyabet öz yönetim davranışına bağlı kalacağına karar vererek hastalıklarını yönetirler.<sup>19,49</sup>

Diyabetin öz yönetim davranışlarını günlük bir rutine dahil etmek zor ve sürekli çaba gerektiren bir durumdur. Bireyler tipik olarak diyabet öz yönetim davranışlarını kendi kişisel durumlarına uyacak şekilde uyarlarlar ve diyabet ile ilgili tüm tavsiyeleri mükemmel bir şekilde yerine getiren bir bireyle karşılaşmak alışılmadık bir durumdur.<sup>46,103</sup> Bununla birlikte, çoğu insan diyabet öz yönetim davranışlarını günlük rutinlerine dahil etmeyi seçmez. Hastalar önerilen diyabet öz yönetim davranışlarına uymadıklarında, sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastalarıyla birlikte sağlık davranışı değişikliğini kolaylaştırmak için farklı yöntemler deneyebilir.<sup>11</sup>

### 2.5.1. Diyabet Öz Yönetim Davranışlarının Önündeki Engeller

Bireylerin diyabet öz yönetimi davranışlarına bağlı kalmamasının sayısız nedeni vardır. Zaman veya kaynak yetersizliği, şimdiki durumda rahat olma, diyabetin ciddiyetini inkar etme, yetersiz bilgi veya beceriye sahip olma, yetersiz sosyal destek, görevlerden bunalmış hissetme, kültürel sağlık inançları ile çatışma ya da yanlış kaniya sahip olma, başka hastalık varlığı veya depresyon gibi psikolojik durumlar diyabet öz yönetimin önündeki engeller arasında sayılabilir.<sup>62,66</sup>

Sağlık davranışı değişikliklerini kolaylaştırmaya yönelik girişimler, genellikle insanların diyabet öz yönetim davranışlarına katılmamasının belirli nedenlerini ele almak için tasarlanmıştır.<sup>11</sup> T2DM hastası olan bireyler için, diyabet öz yönetim davranışlarına girmemek bilgi eksikliği ile ilişkili olmayabilir. Birey, hangi davranışların değişmesi gerektiğini bilebilir, ancak değişiklikleri nasıl yapacağını bilmeyebilir veya yapmak istemeyebilir.<sup>104</sup> Bazı bireyler, kendi davranışlarının sonuçlarını öngörmeyebilir ya da uzun süreli davranış değişikliğini sürdürmek için yeterince motivasyon veya disiplinden yoksun olabilir. Diyabet ilaçlarının, malzemelerinin veya eğitiminin maliyeti, diyabet öz yönetim davranışlarını gerçekleştirmede bir engel olabilir.<sup>11,12,104,105</sup> Ayrıca, öz yönetim konusunda sorumluluk almak belirli davranışa bağlı olabilir. Bazı sağlık davranışlarının değiştirilmesi diğerlerinden daha kolay görünmektedir. Örneğin, diyabet yönetiminde, hastaların sağlıklı beslenme veya herhangi bir aktivite yapmak yerine glikoz seviyelerini düzenli olarak izleme olasılıkları daha yüksek olabilir. Bir bireyin diyabet hakkındaki inançları ve ruh sağlığı durumu da diyabet öz yönetim davranışlarını yerine getirememede rol oynar.<sup>25,60,75</sup>

Diyabetin ciddi bir hastalık olduğunun farkına varmak, öz yönetim davranışlarını yerine getirme olasılığını artırabilirken, diyabete bağlı depresyon yaşıyor olmak öz yönetim davranışlarını gerçekleştirme olasılığını azaltarak, HgA1c değerinin daha yüksek

seviyelerde olmasına neden olabilir.<sup>11,49,106</sup> Sağlık hizmeti sağlayıcıları hastaların sağlık davranışını kolaylaştırmak için engellere takılmalarına rağmen çoğu, hastaları arasında sağlıklı davranışları teşvik etmenin kendi sorumlulukları olduğuna inanır. Sağlık hizmeti sağlayıcısı tarafından deneyimlenen engeller arasında hastaların eğitimlere yeterince zaman ayırmaması veya eğitime katılmaması, önceliklerinin değişmesi, sorunu konuşmanın hastayı utandırabileceği/kızdırabileceği inancı olması veya davranış değişikliğini nasıl etkili bir şekilde kolaylaştıracağından emin olamama sayılabilir.<sup>11,22,107</sup>

Sonuç olarak, hastaların diyabet öz yönetimi davranışlarını yerine getirememesi konusunda çok sayıda potansiyel engel vardır. Bu engelleri belirlemek ve ele almak davranış değişikliklerini teşvik edebilir.<sup>103</sup>

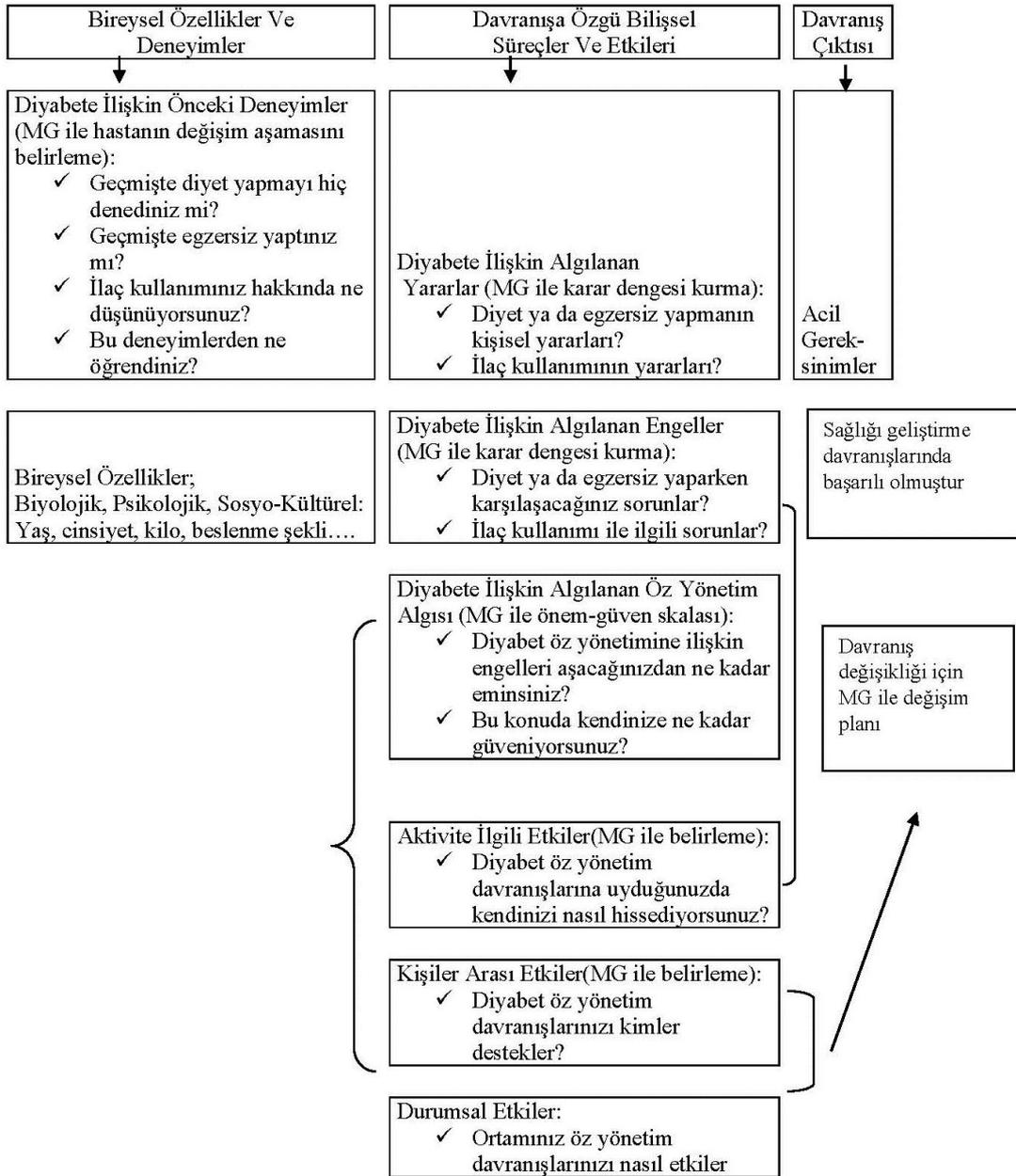
## **2.6. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Motivasyonel Görüşme**

### **Girişimi**

Son yıllarda, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastalıktan, hastalığı önlemeye ve sağlığı geliştirmeye doğru sağlık bakımının odağını değiştirmiştir. Sağlığı geliştirme, bireyleri fiziksel, zihinsel ve ruhsal aktiviteleri yapmaya teşvik eden tüm faaliyetleri içerir. Sağlığı geliştirme davranışları iyilik halini belirlemede önemli bir kriterdir ve hastalıkların önlenmesi bu davranışlarla doğrudan ilişkilidir.<sup>79,108</sup> Sağlığı geliştirici davranışların amacı; bireyleri yaşam tarzlarını iyileştirmeleri ve sağlıkları üzerinde daha fazla kontrole sahip olmaları için güçlendirmektir.<sup>100</sup> Bu amaç doğrultusunda, SGM, sağlık ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine katkıda bulunan faktörleri ve ilişkileri araştıran teorik bir perspektifi temsil eder. Bu model, bireylerin sağlığını geliştirmeye yönelik sağlık davranışlarını yapmaya motive eden biyo-psiko-sosyal süreçlerin araştırılması için bir rehber niteliğindedir.<sup>28,109</sup> Bu rehberi en iyi şekilde kullanacak olan hemşireler için ise; sağlığın teşviki, Florence Nightingale ile birlikte hemşirelik uygulamasının bir parçası olmuştur.<sup>34</sup>

T2DM’de sağlığın teŖviki ve geliŖtirilmesi, diyabet öz yönetim davranıŖlarını yaŖam tarzı haline getirmek ile mümkündür. Bu konuda bir çok hasta, önerilen sağlık davranıŖı deđiŖikliđini yerine getirmek istemediğinde hemŖireler için zorlu bir süreç baŖlamaktadır.<sup>11,110</sup> Bu süreçte hemŖire ile hasta arasındaki iliŖki sağlık davranıŖı deđiŖikliđinde önemli bir faktördür.<sup>28</sup> Sağlığın geliŖtirilmesi açısından Pender’in modeli ile yaŖam tarzı deđiŖikliklerini ele almanın bir yolu MG’yi kullanmaktır.<sup>108</sup> MG'nin temel amacı, bireylerin yaŖam tarzı problemlerini anlamalarına ve günlük yaŖamlarında olumlu deđiŖiklikler yapmalarına yardımcı olmaktır.<sup>111,112</sup> Genel olarak, MG, hastaların kendi yaŖam tarzlarıyla baŖa çıkma konusunda kontrol sahibi olmalarına yardımcı olmayı amaçlayan bir hasta güçlendirme biçimidir. Hasta güçlendirme, hastanın bilgi, beceri, farklı durumlarla baŖa çıkma ve karar verme becerisini geliŖtirmek için hemŖire ve hasta arasında iŖbirliđi kurmayı içerir.<sup>24,28</sup> Bu iŖbirliđini kurarken, Pender’in sağlığı geliŖtirme modeli hemŖirelik giriŖiminin test edilmesine rehberlik ederek, bulguların ve alıŖma sonuçlarının bilimsel bir çerçevede açıklamasını sağlayacaktır.<sup>34,78</sup>

Sonuç olarak, sağlığı geliŖtirme önemli ve değerli görülmekte ve bu amaçla hemŖireler iyi bir hemŖire-hasta iliŖkisi kurmayı hedeflemektedir.<sup>32,108</sup> Sağlığı geliŖtirici davranıŖların önemi ve dünyada MG artan kullanımı nedeniyle, bu alıŖmada Pender’in sağlığı geliŖtirme modeline dayalı MG giriŖiminin T2DM’li hastaların öz yönetim davranıŖları üzerindeki etkisi incelenmiŖtir.



**Şekil.2.2.** Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Motivasyonel Görüşmenin Tip 2 DM'li Bireylerde Değerlendirmesi

## 2.7. Diyabet Öz Yönetimi, Motivasyonel Görüşme ve Hemşirenin Rolü

Diyabet öz yönetim davranışları, T2DM'li bireylerin glisemik kontrolü iyileştirmek için yaptıkları günlük uygulamalardır. IDF'ye göre, diyabet öz yönetim davranışları arasında sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, kendi kendine kan şekerini izleme, ilaç / insülin alma, riskleri azaltma (sigara içmeme, göz problemlerinin olmaması), problem çözme, diyabetle yaşamanın günlük zorlukları ile bunlarla başa

çıkma yer alır.<sup>4,60</sup> Bir bireyin öz yönetim davranışlarına bağlı kalıp kalmaması, kan glikoz seviyelerini kontrol etmede önemli bir faktör olup, diyabetle ilgili komplikasyonları önleme veya geciktirmede rol oynar. Sonuç olarak, ulusal diyabet uygulama standartları, T2DM’li bireylerin glisemik kontrolünü iyileştirmek ve diyabetle ilişkili komplikasyon gelişme riskini azaltmak için diyabet öz yönetim uygulamalarına aktif olarak katılmalarını savunmaktadır.<sup>11</sup>

Diyabet öz yönetim davranışları gibi sağlık davranışı değişikliğini sağlamak, günümüzde hemşirelerin karşılaştığı en zor uygulamalardan biridir. Genel olarak hemşireler, diyabet öz yönetim davranışını teşvik etmede etkili bir rol oynar. Çünkü hemşire-hasta arasında terapötik bir ilişki vardır ve diğer sağlık bakımı konularında da hastayla düzenli olarak bir etkileşim halindedirler.<sup>11,62,113</sup> Ancak, diyabetli bireylerin klinik eğitimlerinin kısa sürmesi veya eğitime hiç katılmamaları, onların karmaşık ihtiyaçlarını karşılarken davranış değişikliğini kolaylaştırmak hemşireler için oldukça zordur. Bu nedenle, sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından kendi klinik ortamlarında kullanılabilecek etkili bir sağlık davranışsal müdahalesini belirlemek çok önemlidir.<sup>79,82,114</sup> MG, çeşitli uygulama ortamlarında diyabet öz yönetim davranışlarını kolaylaştırmak için hemşireler ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından kullanılmaya uygun bir müdahaledir.<sup>115,116</sup>

Sonuç olarak, hemşirelik tarih boyunca, çeşitli uygulama ortamlarında, çeşitli uygulama müdahaleleri ile sağlığı geliştirme çabalarında önemli bir rol oynamıştır. Bu mirasın sürdürülmesi, hemşirelere ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarına, sağlık bakımı sürecinde T2DM’li bireylerde sağlık kalitesine olumlu bir katkı yapma fırsatı sunar.<sup>11,82</sup> Diyabet öz yönetim davranışlarını sağlığı geliştirme modeli rehberliğinde bir girişim müdahalesi olan motivasyonel görüşme tekniği ile ele alan bir çalışmanın olmayışı, literatürde önemli bir boşluk oluşturduğu için bu çalışma gereklidir.

### **3. MATERYAL VE METOD**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Bu araştırma Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmenin tip 2 DM'de diyabet öz yönetim davranışları üzerine etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test karşılaştırmalı kontrollü deneysel olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Bu araştırma 29.01.2019-30.11.2020 tarihleri arasında Gümüşhane Devlet Hastanesi dahiliye poliklinikleri ve kliniğinde yürütülmüştür. Devlet hastanesinde 4 dahiliye polikliniği ve 1 klinik bulunmaktadır. Verilerin toplanma aşamasında poliklinik ve klinik kullanılmış, daha sonraki görüşmelerde hasta evlerinde devam edilmiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini, 20.09.2019-20.05.2020 tarihleri arasında Gümüşhane Devlet Hastanesi dahiliye polikliniklerine ve kliniğine başvuran T2DM tanılı hastalar oluşturdu (N=1000). Örnekleme ise; güç analizi ile çift yönlü anlam düzeyinde %80 evreni temsil gücünde 0.05 anlamlılık düzeyinde yapılan hesaplamaya göre gruplarda en az 23'er kişi olması gerektiğine ve çalışma süreci boyunca kayıplar olabileceği göz önünde bulundurularak 30'ar (N=60) kişi ile yürütülmüştür. Aşağıda belirtilen kriterleri taşıyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar örnekleme oluşturmuştur.

#### **Örnekleme alınma kriterleri;**

- 18 yaş ve üstü olmak,
- En az altı ay önce Tip 2 diyabet tanısı almış olmak,
- % 6.5 veya daha büyük bir HgA1c,(çalışma başlangıcındaki değer)
- Son 6 ay içerisinde diyabet öz yönetim eğitimi almış olmak,
- Okur-yazar olmak,

- Şehir merkezinde yaşıyor olmak,
- Diyabet öz yönetim davranışlarını yerine getirebilen bireyler (sağlıklı beslenme, egzersiz veya kan şekeri izlemesi),
- Psikiyatrik rahatsızlığı ve mental problemi bulunmamak

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Çalışmada kullanılan form ve araçlar;

- Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-5)
- Diyabet Öz Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği (EK-6)
- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (EK-7)
- Motivasyonel Görüşme Önem-Güven Derecelendirme Cetveli (EK-8)
- Değişim Aşaması Değerlendirme Formu-Karar Dengesi (EK-9)
- Kan Şekeri İzlem Çizelgesi (EK-10)
- Yürüyüş İzlem Çizelgesi (EK-11)

#### **3.4.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-5)**

Bireye ait sosyo-demografik özellikleri, bireylerin diyabet ve diyabetin kontrolüne ilişkin (tedavinin tipi, süresi, ilaç kullanımı, kan şekeri takibi, egzersiz durumu ve tedaviye uyum gibi...) durumu ve hastaya ait bazı metabolik kontrol değişken (AKŞ, TKŞ, HbA1C, LDL, HDL, Trigliserit, Kolesterol, BKİ) bilgilerinin de olduğu araştırmacılar tarafından oluşturulan soru formu kullanılmıştır.

#### **3.4.2. Diyabet Öz Yönetimine ilişkin Öz-Etkililik Ölçeği (EK-6)**

T2DM hastalarında diyabet yönetimine ilişkin 'Öz-etkililik Ölçeği' Van Der Bijl ve ark.<sup>117</sup> tarafından bu hastaların diyabetlerini yönetmek için gerçekleştirmeleri gereken öz bakım aktivitelerine dayanarak geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.81'dir.<sup>117</sup> Kara ve ark.<sup>118</sup> tarafından ölçeğin kültürlerarası uyarlama çalışması yapılmış ve Cronbach alpha değeri 0.89, test tekrar test güvenilirliği 0.91 ve yapı geçerliliği 0.80

olarak hesaplanmıştır. Bizim çalışmamız için ilk izlemde Cronbach alpha değeri 0.94 hesaplanmıştır. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir (1=Kesinlikle hayır, 2= Nadiren, 3=Bazen, 4=Çoğu zaman, 5=Kesinlikle evet). Kara ve ark.<sup>118</sup> tarafından yapılan kültürlerarası uyarlama çalışmasında ölçeğin üç boyutu belirtilmiştir. Bu boyutlar; diyet ve ayak kontrolü (4, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 20), tıbbi (medikal) tedavi (1, 2, 3, 18, 19), fiziksel egzersizdir (8, 11,12). Ölçekten alınacak en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür. Ölçeğin genel değerlendirmesinde; tüm alt ölçeklerin madde puan ortalamalarından elde edilen genel puan ortalamasına göre, puan ortalamasının altındakiler öz-etkililiği düşük, puan ortalamasından yüksek değer alanlar öz-etkililiği yüksek olarak kabul edilmektedir.<sup>118</sup>

### **3.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (EK-7)**

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) ilk kez 1987 yılında, Walker, Sechrist ve Pender<sup>119</sup> tarafından ortaya konmuştur. Bu ölçek sağlığı geliştirmek için, bireylere olumlu davranışların kazandırılması ve devam ettirilmesini sağlayarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçebilmeyi amaçlamaktadır.<sup>119,120</sup> SYBDÖ' nün Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Esin<sup>121</sup> tarafından yapılmıştır. Türkçeye uyarlama çalışmasında SYBDÖ toplam 50 kişi üzerinde uygulanmış ve aynı zamanda test- tekrarlı korelasyon ölçümü yapılmıştır. Geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçeğe ait Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak saptanmıştır. Değerlendirmeler neticesinde SYBDÖ' nün Türkiye'de kullanımının güvenli ve geçerli olduğu görülmüştür.<sup>121</sup> Bizim çalışmamız için ilk izlemde Cronbach alpha değeri 0.89 hesaplanmıştır.

SYBDÖ'de 48 ifade yer almaktadır. Ölçeğin altı alt boyutu bulunmaktadır. Bu alt boyutlar; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir. Alt boyutlardan her birinin puan hesaplaması bağımsız bir

şekilde kullanıma elverişlidir. Ölçekte olumsuz hiçbir ifade yer almamaktadır. Ölçek 4'lü likert tipe göre hazırlanmıştır. Ölçekte yer alan ifadeler 1'den 4'e kadar puanlandırılmıştır. Buna göre; "1" hiçbir zaman, "2" bazen, "3" sık sık, "4" düzenli olarak belirtilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 48 iken, en yüksek puan 192'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça bireyin sağlık yaşam biçimi davranışlarının iyi yönde olduğunu göstermektedir.<sup>16,119,121</sup>

#### **3.4.4. Motivasyonel Görüşme Önem-Güven Derecelendirme Cetveli (EK-8)**

MG'de, T2DM öz yönetim davranışları içerisinde olan diyet, egzersiz, ilaç kullanımı, kan glikoz takibi ve ayak bakımı gibi uygulamaların MG girişimi ve sağlığı geliştirme modeli ile önem-güven yeterlilik puan ortalamasını sorgulayan cetveldir. Önem cetveli '0-10' puan aralığında '0= hiç önemli değil', '10=Çok önemli', güven cetveli '0-10' puan aralığında '0=hiç hazır değilim', '10=çok hazırım' şeklindedir. Cetvelde bireylerin kendi değiştirmek istedikleri davranışa verdikleri önem ve kendilerine olan güveni belirlemek amaçlanarak, MG girişim müdahalesini uygulayabilmektir.<sup>111,122</sup>

#### **3.4.5. Değişim Aşaması Değerlendirme Formu-Karar Dengesi (EK-9)**

MG girişiminde değişim aşamasını saptamak için oluşturulmuş bir formdur. Bu aşamalar düşünme öncesi, farkındalık, niyet, aktif katılım ve sürdürmedir. Bireyin, hangi aşamada olduğunu belirlemek için, 'hastalığınızda dikkat etmeniz gereken noktaları göz önünde bulundurarak diyabet öz yönetim davranışlarına (düzenli egzersiz, diyetinize dikkat etme, düzenli kan şekeri izlemi, ilaçlarınızı zamanında ve uygun dozda alma gibi) dikkat ettiğinizi söyleyebilir misiniz?' şeklinde bir ifade yer almaktadır. Bu ifade ile belirlenen problemlili yaşam biçimi davranışı üzerinde önce ambivalans yaratmak sonra da değiştirmek istediği sağlık davranışı için değişim aşamasını belirlemek amaçlanmaktadır.<sup>39,122</sup>

#### **3.4.6. Kan Şekeri İzlem Çizelgesi (EK-10)**

Araştırmacılar tarafından oluşturulan çizelgede haftanın günleri ve kan şekeri ölçüm saatleri sabah, öğle ve akşam (açlık/tokluk) olmak üzere oluşturulmuştur. Bu çizelge MG girişimi doğrultusunda hastanın istediği günler ve zaman doğrultusunda hasta tarafından doldurulmuştur.

#### **3.4.7. Yürüyüş İzlem Çizelgesi (EK-11)**

Araştırmacılar tarafından oluşturulan çizelge haftanın bütün günlerinin ve 10-60 dakika arasında belirlenmiş yürüyüş saatlerinin bulunduğu bir çizelgedir. Bu çizelge MG girişimi doğrultusunda hastanın istediği günler ve zaman doğrultusunda hasta tarafından doldurulmuştur.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Çalışma verilerinin toplanması, diyabet bakım ve yönetim uygulamalarının kullanıldığı Gümüşhane Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğini/Kliniğinde Eylül 2019-Mayıs 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Daha önce diyabet tanısı konmuş ve A1c değerleri veya diyabetle ilişkili komplikasyonları olan bireyler genellikle polikliniklere yönlendirilir. Çalışmanın yapıldığı hastane diyabet öz yönetim eğitim programına sahiptir. Çalışmanın yapıldığı klinik/polikliniklerde hekimler ve hemşireler çalışma hakkında bilgilendirilmiştir. Bireylerin çalışmaya katılma kriterleri göz önünde bulundurularak örneklem seçimine gidilmiştir. Seçim kriterlerini karşılayan hastalar araştırmacı tarafından potansiyel katılımcı olarak tanımlanmış ve polikliniğe geliş sırasına göre protokol numarasının son rakamı tek olanlar deney grubuna çift olanlar kontrol grubuna alındıktan sonra bir çalışma numarası verilmiştir.

Araştırmacı katılımcıya kendini tanıtmış ve çalışmanın temel amacını kısaca açıklamıştır. Çalışmaya katılmak isteyen birey ile araştırmacı bilgilendirilmiş onam formunu incelemiş ve hastaya çalışma hakkında soru sormak için yeterli zaman

verilmiştir. Çalışmanın katılımcılarına ait bilgiler araştırmacılar tarafından hazırlanan hasta tanıtıcı bilgi formu, hastaya ait metabolik değişkenler ve diyabet öz yönetimine ilişkin davranışları belirleyebilmek için SYBDÖ ve öz-etkililik ölçeği kullanılarak veriler toplanmıştır. Bu veriler toplandıktan sonra, deney grubunu oluşturan hasta bireylere araştırmacı tarafından ilk MG girişimi için randevu verilmiştir. Kontrol grubu katılımcılarına ise, herhangi bir girişim yapılmamış üç ay sonra için tekrar randevu verilmiştir.

Deney grubundaki katılımcılara her zaman aldıkları bakımın yanı sıra Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı MG girişimini almıştır. MG, araştırmacılar tarafından oluşturulan Pender'in sağlığı geliştirme modeli ile tasarlanmış bir girişimdir. Bu girişim 3 ay boyunca yaklaşık 30-45 dakika süren her hasta için toplamda 12 oturumun olacak şekilde gerçekleştirilmiştir. Bu oturumlarda MG girişiminin ruhuna uygun şekilde gündemler oluşturulmuş, hastada oluşan ambivalanslar çözülmeye çalışılmış, hastanın değişim aşaması belirlenmiş, hastanın değişim için kendine olan güveni ve değişimi ne kadar önem verdiği sorgulanmış, hastanın değişim planına yardım edilmiştir. Ayrıca oturumlar boyunca hastanın diyabet öz yönetime ilişkin yaşadığı problemler, problemlerin sebepleri ve öz yönetim davranışlarını sürdürememenin önündeki engeller hasta ile konuşulmuş ve hastada farkındalık yaratılmaya çalışılmıştır. Pender'e dayalı 3 aylık MG girişiminin ardından, son değerlendirmeleri yapmak için araştırmacılar tarafından SYBDÖ ve öz-etkililik ölçeği doldurulmuş ve metabolik değişkenler tekrar değerlendirilmiştir.

Kontrol grubundaki katılımcılara her zaman aldıkları bakımın dışında herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Bu gruptaki bireylere araştırmacılar tarafından 3 ay sonra tekrar SYBDÖ öz-etkililik ölçeği doldurulmuş ve metabolik değişkenler tekrar ölçülmüştür.3

ayın sonunda bu gruptaki bireylere eşitlik ilkesini sağlamak adına bir oturum MG girişimi yapılmıştır.

### **3.6. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Motivasyonel Görüşmeler**

#### **1. Motivasyonel görüşme:**

- Tanışma, çalışmadaki rolümüz ve hedeflerimiz, ne kadar zamanımızın olduğu, danışanın rolünün belirtilmesi ve çalışma boyunca ayrıntılı soruların olacağına dair bilgi verilerek *'Aklında neler var?'* şeklinde bir soru ile oturum açıldı (Açılış ve yapılandırma).
- *Bugün neler konuşacağız?* (Bugün ne hakkında konuşmak isterdiniz, kan şekerinizi ölçtürmek, sağlıklı beslenmek, ilaçlarınızı almak veya egzersiz yapmak/ herhangi bir diyabet öz yönetimi davranışı hakkında konuşabiliriz? Belki de başka bir şey vardır?) (Gündem Oluşturma).
- Gündem oluşturulduktan sonra, Pender'in modeline göre diyabete ilişkin önceki deneyimler hakkında *'Geçmişte diyet yapmayı hiç denediniz mi?/Geçmişte egzersiz yaptınız mı?/İlaç kullanımınız hakkında ne düşünüyorsunuz?/Bu deneyimlerden ne öğrendiniz?'* şeklinde açık uçlu sorular sorularak hastanın değişim aşaması belirlendi (Açık uçlu sorular ile görüşmeyi devam ettirmek).
- Bireyin mevcut sağlık davranışları ve ideal/arzu edilen sağlık davranışlarını karşılaştırması istenerek bireyde çelişki yaratıldı (Karar dengesi)
- Karar dengesi oluşturulduktan sonra, hasta için uygunluğa bakılarak oturum sonunda istenilen davranış değişikliğine özgü bir eylem(değişim) planı hazırlandı ve bir sonraki görüşme günü-saati belirlenerek oturum kapatıldı.

## 2. Motivasyonel Görüşme:

- Bireyin geçmiş görüşmede hazırlanan kan şekeri takibi, ilaç kullanımı, beslenme, egzersiz gibi diyabet öz yönetim davranışlarının olduğu bir eylem planına karşı tutumu göz önünde bulundurularak, gündem oluşturuldu ve oturum açıldı.
- Değişimi gerçekleştirmeye yönelik algılanan yararlar '*Diyet ya da egzersiz yapmanın kişisel yararları?/İlaç kullanımının yararları?*' ve algılanan engeller '*Diyet ya da egzersiz yaparken karşılaşılabileceğiniz sorunlar?/İlaç kullanımı ile ilgili sorunlar?*' gibi açık uçlu sorular sorularak ve gerektiğinde yansıtılmalı dinleme yapılarak, bireyin algılanan yetkinliği güçlendirildi.
- Bireyin diyabete ilişkin algılanan öz yönetim algısını belirlemek için; '*Diyabet öz yönetim davranışları ( kan şekeri ölçümü, ilaç kullanımı, sağlıklı beslenme, egzersiz yapma gibi) sizin için ne kadar önemli? Eğer önemliliği 0'dan ona kadar bir cetvel yaparsak ve 0 'hiç önemli değil' ve 10 'çok önemli' şeklinde olursa, siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz?*' ile bireyin davranışa verdiği önem, '*Eğer ...düşünseydiniz, bunu başarmakta kendinize ne kadar güveniyorsunuz? Eğer kendinize olan güveni 0'dan ona kadar bir cetvel yaparsak ve 0 'hiç güvenmiyorum' ve 10 'çok güveniyorum' şeklinde olursa, siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz?*' ile bireyin davranışı gerçekleştirme konusunda kendine olan güveni belirlendi (Önem-güven derecelendirme cetveli).
- Görüşmeyi bitirmeden önce birey ve araştırmacı MG oturumunun eylem planının vurgularını gözden geçirdi ve bir sonraki görüşme planlanarak oturum kapatıldı (Özetleme).

### 3. Motivasyonel Görüşme:

- Önceki haftanın özeti ve öz değerlendirme yapıldı. Bir önceki görüşmede oluşturulan eylem planı (kan şekeri takibi, ilaç kullanımı, beslenme, egzersiz gibi diyabet öz yönetim davranışları) doğrultusunda hastada hangi konu üzerinde ambivalans geliştiği göz önünde bulundurularak, gündem oluşturuldu.
- Bireyin güveni ve yetkinliğini güçlendirmek için algılanan engeller ve bu durumların nasıl ele alındığı konuşuldu. Değişim ile ilgili bireyin deneyimlediği algılanan yararlar üzerine tartışıldı.
- Değişim planını gerçekleştirdiği durumda değişim ile ilgili etkileri belirlemek için *'Diyabet öz yönetim davranışlarına uyduğunuzda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?'* gibi açık uçlu bir soru soruldu.
- Görüşme sonunda araştırmacılar, mevcut sağlık davranışlarının bireyin en önemli değerlerini, inançlarını veya hedeflerini nasıl desteklediğini ya da zayıflattığını sorarak, değişime daha fazla teşvik sağlaması adına bireylere kan şekeri izlem formu ve yürüyüş izlem formu önerildi (Kan şekeri ve yürüyüş izlem formalarının uygulanması)
- Görüşme yeniden düzenlenen değişim planını gözden geçirerek ve bir sonraki görüşme günü planlanarak kapatıldı.

### 4. ve 5. Motivasyonel Görüşme:

- Önceki haftanın özeti ile oturum açıldı. Bireyin öz yönetim davranışı tercihine göre oluşturulan değişim planı (kan şekeri takibi, ilaç kullanımı, beslenme, egzersiz gibi diyabet öz yönetim davranışları) tartışılarak gündem oluşturuldu.
- Bireyin değişim ile ilgili yaşadığı deneyimler ve aktivite ile ilgili etkiler tartışıldı.

- Bireyin değişimi ile ilgili kişiler arası etkileri belirlemek için '*Diyabet öz yönetim davranışlarınıza kimler destekler?*' şeklinde bir açık uçlu soru soruldu ve hastanın ifadesi doğrultusunda '*Eğer doğru anladıysam.....*' şeklinde bir özetleme yapıldı (Açık uçlu sorular, özetleme).
- Hastaya önerilen kan şekeri ve yürüyüş izlem çizelgeleri sorgulandı ve yapılan aktiviteye göre birey ödüllendirildi (Ödüllendirme).
- Değişim planı revize edildi ve bir sonraki görüşme günü planlanarak oturum kapatıldı.

#### **6. ve 7.8.9.10.11. Motivasyonel Görüşme:**

- Önceki haftanın özeti ile oturum açıldı. Değişim planı tartışılarak gündem oluşturuldu.
- Diyabet öz yönetim davranışlarını yerine getirirken durumsal etkileri öğrenmek için '*Ortamınız öz yönetim davranışlarınızı nasıl etkiler?*' şeklinde bir açık uçlu soru soruldu ve hastanın ifadesine göre yansıtmalı dinleme yapıldı.
- Bireyin değişim planını sürdürme aşaması tartışıldı. Bunun için kan şekeri ve yürüyüş çizelgesi notları gözden geçirildi.
- Bir sonraki görüşme günü planlanarak oturum kapatıldı.

#### **12. Motivasyonel Görüşme:**

- Önceki görüşmenin özeti yapılarak oturum açıldı.
- Değişim üzerine genel bir tartışma yapıldı.
- Bireyin öz yönetim davranışları değerlendirildi.(sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği, öz etkililik ölçeği)
- Bireyin glisemik değerlerini ölçtürmesi için hastaneden randevu alındı ve değerler daha sonra kaydedildi (Glisemik laboratuvar sonuçları).
- Kapanış yapıldı.

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanan veriler araştırmacı tarafından SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Ölçülen parametrelerin normal dağılıma uygunluğunu tespit etmek için Shapiro-Wilk normallik analizi uygulanmıştır. Ölçülen parametrelerin tümünün normal dağılıma uygun olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Bunun yanı sıra eşleştirilmiş t testi gibi istatistiksel hesaplama yöntemlerine başvurulmuştur. Veriler, %95 güven aralığında ve  $p < 0.05$  olarak anlamlandırılmıştır.

#### Değerlendirilen Parametreler;

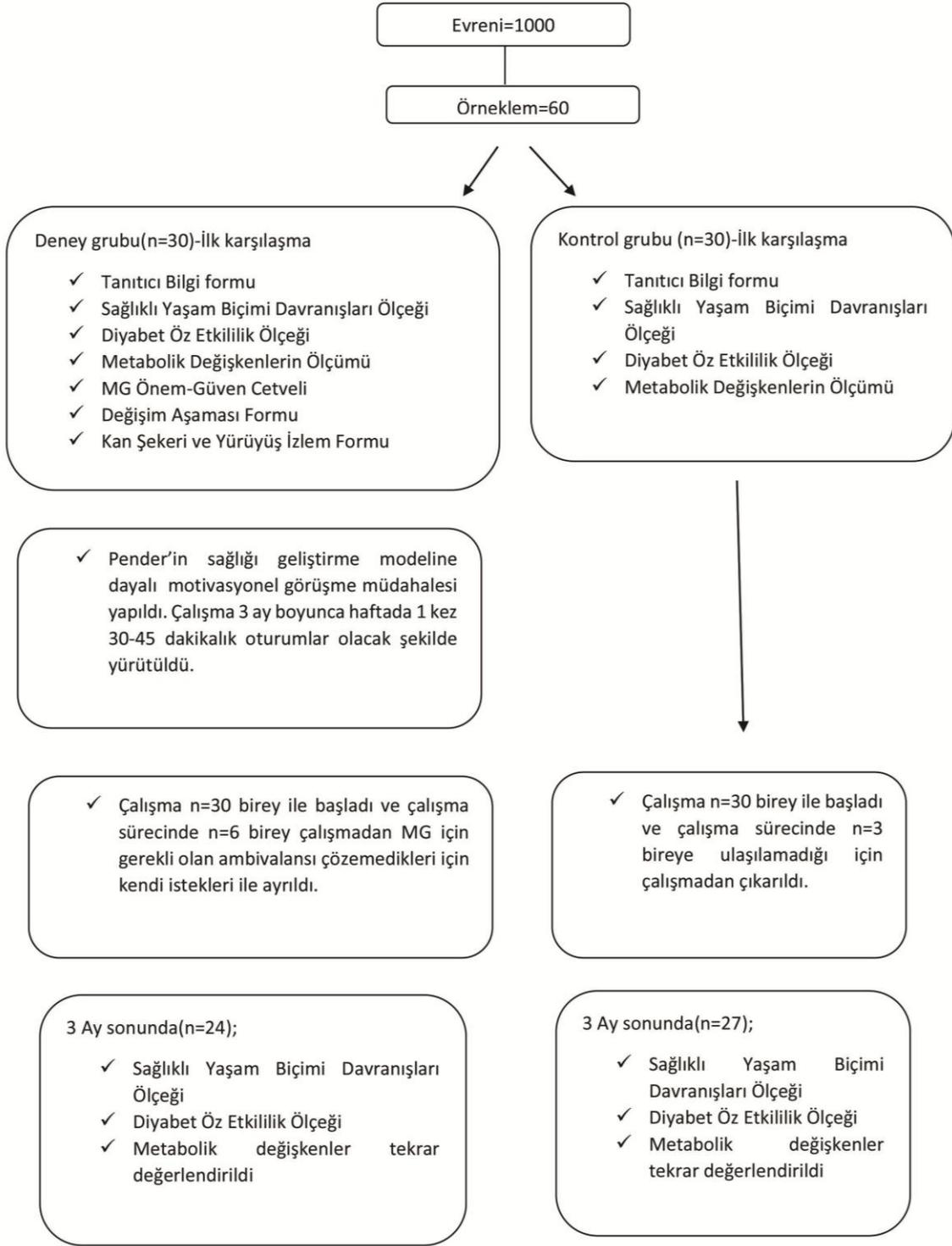
- Deney ve kontrol grubunun benzerliğini değerlendirmede: Tanımlayıcı analizler (aritmetik ortalama, standart sapma, minimum-maximum, oran, yüzde)-Kikare Testi
- Deney ile kontrol grubunun ön test, son test ölçek puanlarının karşılaştırılması: Bağımsız gruplarda t testi
- Grup içi (deney/kontrol) ön test, son test ölçek puanlarının karşılaştırılması: Eşleştirilmiş gruplarda t testi
- Motivasyonel görüşme önemlilik, güven-yeterlilik puanı: Derecelendirme cetveli
- Gruplar arasındaki niteliksel karşılaştırmalar: Ki-kare (Pearson Chi-Square, Continuity Correction, Fisher's Exact Test)

### **3.8. Araştırmanın Etik Yönü**

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulundan 2019-1/12 sayılı onayın (EK-3) alınmasının ardından Gümüşhane Devlet Hastanesi Başhekimliğinden ve Gümüşhane Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna dair yazılı izin (EK-4) alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır. Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı açıklanarak, sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formları ile onamları alınmıştır. Böylelikle “aydınlatılmış onam ilkesi” etik ilke olarak yerine getirilmiştir. Hastalara istedikleri tarihte araştırmadan ayrılacakları belirtilerek “Özerklik” ilkesine, bireysel bilgilerini araştırmacı ile paylaşmalarının ardından korunacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesine uyulmasına dikkat edilmiştir. Verilerin toplanmasının ardından, kontrol grubunu oluşturan bireylere de bir oturum Pender’in sağlığı geliştirme modeline dayalı motivasyonel görüşme gerçekleştirilerek ‘eşitlik ilkesi’ yerine getirilmiştir

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın uygulaması Gümüşhane il sınırlarında yaşayan T2DM’li hastalar ile sınırlıdır. Bu nedenle bu araştırmanın bulgularının bu örneklem grubu ile sınırlı olması, T2DM öz yönetim davranışları ve MG katılımcıların beyanına dayanması bu araştırmanın sınırlılıkları içerisinde yer almaktadır.



**Şekil 3.1.** Araştırmanın Akış Şeması

## 4. BULGULAR

Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmenin tip 2 diabetes mellitus'de diyabet öz yönetim davranışları üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada bulgular bu bölümde ele alınmıştır.

### 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı zelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.1.** Katılımcıların Tanıtıcı zelliklerinin Dağılımları

zellikler	Deney Grubu (n=24)		Kontrol Grubu (n=27)		İstatistik	
	Ort±Ss				t /X <sup>2</sup>	p
<b>Yaş(yıl)</b>		59.79±8.46		62.89±7.85	-1.454	.152
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>t /X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	17	70.8	15	55.6	.537	.111
Erkek	7	29.2	12	44.4		
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	24	100	22	81.5	-2.289	.026
Bekar	0	0	5	18.5		
<b>Eğitim Durumu</b>						
Okur-Yazar	0	0	4	14.8	1.221	.228
İlkokul	18	75	16	59.3		
Ortaokul	1	4.2	4	14.8		
Lise	3	12.5	3	11.1		
Yükseköğrenim	2	8.3	0	0		
<b>Meslek</b>						
İşçi	1	4.2	0	0	.038	.970
Memur	1	4.2	0	0		
Serbest alışan	0	0	3	11.1		
Ev Hanımı	15	62.5	14	51.9		
Emekli	7	29.1	10	37		
<b>Gelir Durumu</b>						
Gelir giderden az	4	16.7	8	29.6	.975	.334
Gelir gidere eşit	19	79.1	18	66.7		
Gelir giderden fazla	1	4.2	1	3.7		
<b>Birlikte Yaşam</b>						
Yalnız	2	8.3	4	14.8	-.977	.333
Eşitme	13	54.2	9	33.3		
Eşitim ve çocuklarımla	8	33.3	10	37		
ocuklarımla	1	4.2	3	11.2		
Diğer	0	0	1	3.7		

t=bağımsız örnekleme t testi; X<sup>2</sup>=Ki-kare testi; p=<0.05

Tablo 4.1'deki diyabet hastalarının demografik özellikleri incelendiğinde; deney grubundaki hastaların yaş ortalamasının  $59.79 \pm 8.46$  olduğu, %70.8'inin kadın, %100'ünün evli, %75'inin ilkokul, %62.5'inin ev hanımı ve %29.1'sinin emekli olduğu, %79.1'sinin gelir düzeyinin giderine eşit olduğu, %54.2'sinin eşi ile birlikte yaşadığı ve kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının  $62.89 \pm 7.85$  olduğu, %55.6'sının kadın, %81.5'inin evli, %59.3'ünün ilkokul mezunu, %51.9'unun ev hanımı ve %37'sinin emekli olduğu, %66.7'sinin gelir düzeyinin giderine eşit olduğu, %37'sinin eşi ve çocuğuyla ve %33.3'ünün eşi ile birlikte yaşadığı saptandı. Gruplar tanıtıcı özellik yönünden birbirine benzer olup, gruplarının demografik özellikleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p > 0.05$ ). Bireyin tanıtıcı özellikleri Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinde **bireysel özellikler** arasında yer almaktadır.

#### 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM ile İlgili Özelliklerine ve Ön Test Sonuçlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 4.2.** Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM ile İlgili Özelliklerinin Ön Test Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu(n=24)		Kontrol Grubu(n=27)		p
	n	%	n	%	
<b>Hastalık Süresi</b>					
1 yılın altı	4	16.7	1	3.7	.318
1-5 yıl	3	12.5	6	22.2	
6-10 yıl	6	25	4	14.8	
10 yıl üzeri	11	45.8	16	59.3	
<b>Tedavi</b>					
Sadece Diyet	0	0	1	3.7	.028
OAD	17	70.8	8	29.6	
İnsülin	3	12.5	9	33.3	
OAD+İnsülin	4	16.7	7	25.9	
Diğer	0	0	2	7.5	

**Tablo 4.2.** (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu(n=24)		Kontrol Grubu(n=27)		p
	n	%	n	%	
<b>İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu</b>					
Evet	19	79.2	19	70.4	.482
Hayır	5	20.8	8	29.6	
<b>Kan Şekeri Ölçüm Durumu</b>					
Evet	21	87.5	21	77.8	.373
Hayır	3	12.5	6	22.2	
<b>Kan Şekeri Ölçüm Sıklık</b>					
Her gün	3	12.5	10	37	.560
Ara sıra	9	37.5	4	14.8	
Düzensiz	12	50	10	37	
Diğer	0	0	3	11.2	
<b>Beslenme Durumu</b>					
Üç ana öğün	9	37.5	6	22.2	.387
Üç ana ve üç ara öğün	3	12.5	5	18.6	
Üç ana öğün ve DAÖ*	6	25	8	29.6	
İki ana öğün ve DAÖ	6	25	8	29.6	
<b>Şuan ki Diyete Uyum</b>					
İyi	7	29.2	4	14.8	.288
Orta	10	41.6	13	48.2	
Kötü	7	29.2	10	37	
<b>Egzersiz Yapma Durumu</b>					
Evet	9	37.5	8	29.6	.561
Hayır	15	62.5	19	70.4	
<b>Dişabet İçin Doktor Kontrolü</b>					
Gitmiyorum	3	12.5	4	14.8	.680
Ayda 1 kez	2	8.3	4	14.8	
2 ayda 1 kez	0	0	1	3.7	
3 ayda 1 kez	12	50	3	11.1	
6 ayda 1 kez	2	8.3	5	18.6	
Yılda 1 kez	0	0	3	11.1	
**Diğer	5	20.9	7	25.9	
<b>Şuan ki Tedaviye Uyum</b>					
İyi	6	25	7	26	.549
Orta	14	58.3	12	44.4	
Kötü	4	16.7	8	29.6	
<b>Dişabet Dışında Kronik Hastalık Varlığı</b>					
Evet	14	58.3	19	70.4	.379
Hayır	10	41.7	8	29.6	
<b>Şigara İçme Durumu</b>					
Evet	1	4.2	3	11.1	.703
Hayır	17	70.8	17	63	
Bıraktım	6	25	7	25.9	
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>					
Evet	1	4.2	1	3.7	.326
Hayır	23	95.8	24	88.9	
Bıraktım	0	0	2	7.4	

\*DAÖ; Düzensiz ara öğün, \*\*Diğer; ilaç yazdırmak, acil durumlar vs.

Tablo 4.2’de deney ve kontrol grubundaki bireylerin T2DM ile ilgili özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Deney grubundaki bireylerin, %45.8’inin on yıldan daha fazla süredir T2DM öyküsü olduğu, %70.8’inin OAD kullandığı, %79.2’sinin ilaçlarını düzenli kullandığı, %87.5’inin kan şekeri ölçümü yaptığı ve %50’sinin kan şekeri ölçüm sıklığının düzensiz olduğu, %37.5’inin üç ana öğün aldığı, %41.6’sının şuan ki diyetle uyumlarının orta olduğu, %62.5’inin fiziksel egzersiz yapmadığı, %50’sinin üç ayda bir kez diyabet için doktor kontrolüne gittiği, %58.3’ünün şuan ki tedaviye uyumunun orta olduğu, %58.3’ünün diyabet dışında bir kronik hastalığının olduğu, %70.8’inin sigara ve %95.8’inin alkol kullanmadığı saptandı. Kontrol grubundaki bireylerin ise, %59.3’ünün on yıldan daha fazla süredir T2DM öyküsü olduğu, %33.3’ünün insülin ve %29.6’sının OAD kullandığı, %70.4’ünün ilaçlarını düzenli kullandığı, %77.8’inin kan şekeri ölçümü yaptığı ve %37’sinin kan şekeri ölçüm sıklığının düzensiz olduğu, %29.6’sının üç ana öğün+DAÖ ve %29.6’sının ise iki ana öğün+DAÖ aldığı, %48.2’sinin şuan ki diyetle uyumlarının orta ve %37’sinin uyumunun ise kötü olduğu, %70.4’ünün fiziksel egzersiz yapmadığı, %25.9’unun diyabet için doktor kontrolüne düzenli gitmediği ve %18,6’sının ise altı ayda bir kez gittiği, %44.4’ünün şuan ki tedaviye uyumunun orta ve %29.6’sının ise uyumunun kötü olduğu, %70.4’ünün diyabet dışında bir kronik hastalığının olduğu, %63’ünün sigara ve %88.9’unun alkol kullanmadığı saptandı. Grupların hastalıkları ile ilgili özelliklerine bakıldığında tedavi tipi yönünden birbirlerine benzer olmadığı ve gruplar arasında fark olduğu bulundu ( $0.028 < p$ ). Grupların T2DM ile ilgili diğer özellikleri yönünden birbirine benzerdir ( $p > 0.05$ ).

### 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM ile İlgili Metabolik

#### Değişkenlerin Ön Test Sonuçlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 4.3.** Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM ile İlgili Metabolik Değişkenlerin Ön Test Sonuçlarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellik	Deney Grubu(n=24)	Kontrol Grubu(n=27)	P
	Ort±Ss	Ort±Ss	
HbA1c (%)	8.5042±1.69	8.8148±1.91	.545
LDL	131.46±46.61	126.64±43.59	.727
HDL	53.95±11.60	49.84±22.54	.427
Trigliserit	181.95±129.80	185.30±86.93	.914
Kolestrol	222.12±57.10	212.53±57.53	.557
BKİ(kg/m <sup>2</sup> )	28.91±3.86	30.76±6.47	.232
AKŞ	181.95±67.59	188.96±71.82	.722

Tablo 4.3'te deney ve kontrol grubundaki bireylerin T2DM ile ilgili metabolik değişkenler için ön test sonuçlarının dağılımı yer almaktadır. Deney grubundaki bireylerin HbA1c değerinin ortalaması 8.504±1.69, LDL ortalaması 131.46±46.61, HDL ortalaması 53.95±11.60, trigliserit ortalaması 181.95±129.80, kolestrol ortalamasının 222.12±57.10, BKİ ortalamasının 28.91±3.86 ve AKŞ ortalamasının 181.95±67.59 olduğu saptandı. Kontrol grubundaki bireylerin ise; HbA1c değerinin ortalaması 8.814±1.91, LDL ortalaması 126.64±43.59, HDL ortalaması 49.84±22.54, trigliserit ortalaması 185.30±86.93, kolestrol ortalamasının 212.53±57.53, BKİ ortalamasının 30.76±6.47 ve AKŞ ortalamasının 188.96±71.82 olduğu saptandı. Ön test metabolik değişken sonuçları incelendiğinde deney ve kontrol gruplarının bu sonuçlar yönünden birbirine benzer olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0.05).

#### 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM ile İlgili Özelliklerinin

##### Son Test Sonuçlarına İlişkin Bulgular ve SGM'deki Yeri

**Tablo 4.4.** Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM ile İlgili Özelliklerinin Son Test Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu(n=24)		Kontrol Grubu(n=27)		p
	n	%	n	%	
<b>Tedavi</b>					
Sadece Diyet	0	0	1	3.7	
OAD	17	70.8	5	18.5	
İnsülin	3	12.5	13	48.1	<b>.012</b>
OAD+İnsülin	4	16.7	8	29.7	
Diğer	0	0	0	0	
<b>İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu</b>					
Evet	24	100	18	66.7	<b>.001</b>
Hayır	0	0	9	33.3	
<b>Kan Şekeri Ölçüm Durumu</b>					
Evet	24	100	20	74.1	<b>.007</b>
Hayır	0	0	7	25.9	
<b>Kan Şekeri Ölçüm Sıklık</b>					
Her gün	4	16.6	1	3.7	
Ara sıra	1	4.2	5	18.6	
Düzensiz	1	4.2	20	74	<b>.000</b>
Haftada 4 kez	18	75	0	0	
Diğer	0	0	1	3.7	
<b>Beslenme Durumu</b>					
Üç ana öğün	0	0	6	22.2	
Üç ana ve üç ara öğün	17	70.8	3	11.1	
Üç ana öğün ve DAÖ*	6	25	10	37	.117
İki ana öğün ve DAÖ	1	4.2	8	29.7	
<b>Şuan ki Diyete Uyum</b>					
İyi	18	75	0	0	
Orta	6	25	15	55.6	<b>.000</b>
Kötü	0	0	12	44.4	
<b>Egzersiz Yapma Durumu</b>					
Evet	23	95.8	3	11.1	<b>.000</b>
Hayır	1	4.2	24	88.9	
<b>Dişabet İçin Doktor Kontrolü</b>					
Gitmiyorum	0	0	1	3.7	
Ayda 1 kez	1	4.2	2	7.4	
2 ayda 1 kez	1	4.2	0	0	
3 ayda 1 kez	22	91.6	7	25.9	<b>.001</b>
6 ayda 1 kez	0	0	4	14.9	
Yılda 1 kez	0	0	1	3.7	
Diğer	0	0	12	44.4	
<b>Şuan ki Tedaviye Uyum</b>					
İyi	22	91.7	2	7.4	
Orta	2	8.3	16	59.3	<b>.000</b>
Kötü	0	0	9	33.3	

DAÖ; Düzensiz ara öğün

p=<0.05

Tablo 4.4’de deney ve kontrol grubundaki bireylerin T2DM ile ilgili özelliklerinin son test dağılımı yer almaktadır. Deney grubundaki bireylerin, %70.8’inin OAD kullandığı, %100’ünün ilaçlarını düzenli kullandığı, %100’ünün kan şekeri ölçümü yaptığı ve %75’inin kan şekeri ölçüm sıklığının MG girişimi doğrultusunda haftada dört kez olmak üzere düzenli olduğu, %70.8’inin üç ana üç ara öğünü düzenli aldığı, %75’inin şuan ki diyetle uyumlarının iyi olduğu, %95.8’inin fiziksel egzersiz yaptığı, %91.6’sının üç ayda bir kez diyabet için doktor kontrolüne gittiği, %91.7’sinin şuan ki tedaviye uyumunun iyi olduğu saptandı. Kontrol grubundaki bireylerin ise, %48.1’inin insülin ve %29.7’sinin OAD+insülin kullandığı, %66.7’sinin ilaçlarını düzenli kullandığı, %74.1’inin kan şekeri ölçümü yaptığı ve %74’ünün kan şekeri ölçüm sıklığının düzensiz olduğu, %37’sinin üç ana öğün+DAÖ ve %29.7’sinin ise, iki ana öğün+DAÖ aldığı, %55.6’sının şuan ki diyetle uyumlarının orta ve %44.4’ünün uyumunun ise kötü olduğu, %88.9’unun fiziksel egzersiz yapmadığı, %44.4’ünün diyabet için doktor kontrolüne düzenli gitmediği ve %25.9’unun ise üç ayda bir kez gittiği, %59.3’ünün şuan ki tedaviye uyumunun orta ve %33.3’ünün ise uyumunun kötü olduğu saptandı. Grupların T2DM ile ilgili davranış özelliklerinin son test sonuçları karşılaştırıldığında; kullanılan tedavinin tipi, ilaçları düzenli kullanma durumu, kan şekeri ölçüm durumu ve sıklığı, egzersiz yapma durumu, şuan ki diyetle uyumu, diyabet için doktor kontrolüne gitme ve şuan ki tedaviye uyum arasında anlamlı bir fark olduğu bulundu ( $p<0.05$ ). Grupların beslenme durumu karşılaştırıldığında ise aralarında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p>0.05$ ).

Bireyin T2DM ile ilgili davranış özellikleri Pender’in Sağlığı Geliştirme Modelinde bireysel özellikler-diyabete ilişkin önceki deneyimler ve davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkileri-diyabete ilişkin algılanan yararlar/engeller arasında yer almaktadır.

#### 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM ile İlgili Metabolik

#### Değişkenlerin Son Test Sonuçlarına İlişkin Bulgular ve SGM'deki Yeri

**Tablo 4.5.** Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM ile İlgili Metabolik Değişkenlerin Son Test Sonuçlarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellik	Deney Grubu(n=24)	Kontrol Grubu(n=27)	p
	Ort±Ss	Ort±Ss	
<b>HbA1c (%)</b>	7.0500±0.93	8.960±1.96	<b>.000</b>
<b>LDL</b>	125.95±44.42	119.20±43.25	.592
<b>HDL</b>	51.83±11.00	47.18±13.32	.184
<b>Trigliserit</b>	148.91±65.12	187.18±90.15	.092
<b>Kolestrol</b>	212.08±48.13	202.51±53.78	.509
<b>AKŞ</b>	137.41±26.19	187.70±74.18	<b>0.03</b>

p=<0.05

Tablo 4.5'te deney ve kontrol grubundaki bireylerin T2DM ile ilgili metabolik değişkenler için son test sonuçlarının dağılımı yer almaktadır. Deney grubundaki bireylerin HbA1c değerinin ortalaması 7.050±0.93, LDL ortalaması 125.95±44.42, HDL ortalaması 51.83±11.00, trigliserit ortalaması 148.91±65.12, kolestrol ortalamasının 212.08±48.13 ve AKŞ ortalamasının 137.41±26.19 olduğu saptandı. Kontrol grubundaki bireylerin ise; HbA1c değerinin ortalaması 8.960±1.96, LDL ortalaması 119.20±43.25, HDL ortalaması 47.18±13.32, trigliserit ortalaması 187.18±90.15, kolestrol ortalamasının 202.51±53.78 ve AKŞ ortalamasının 187.70±74.18 olduğu saptandı.

Grupların son test metabolik değişken sonuçları karşılaştırıldığında da; HbA1c değerinin deney grubu ortalamasının (ön test) %8.5'ten (son test) %7'ye düşerken, kontrol grubunun ortalamasının (ön test) %8.8'den (son test) %8.9'a yükseldiği ve grupların son test sonuçları karşılaştırıldığında modele dayalı MG girişiminin deney grubunda anlamlı bir fark yarattığı saptandı (p<0.05). AKŞ son test sonuçlarının ortalaması ise; deney grubunda 137.41±26.19 ve kontrol grubunda 187.70±74.18 olarak

saptandı. Son test sonuçları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. ( $p<0.05$ ). Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak deney grubunda Pender'e dayalı MG girişimi sonucu AKŞ ölçümlerinde anlamlı derece bir düşüş olduğunu göstermektedir. Grupların HDL, LDL, kolesterol ve trigliserit yönünden son test sonuçları karşılaştırıldığına ise bu testlerin ön test sonuçlarına göre ortalamalarında azalma olduğu ancak gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptadı ( $p>0.05$ ).

Bireyin T2DM ile ilgili metabolik değişken sonuçları Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinde davranış çıktısı-sağlığı geliştirme basamağında yer almaktadır.

#### 4.6. Deney Grubundaki Bireylerin T2DM Öz yönetim Davranış Görüşlerine İlişkin Bulgular ve SGM'deki Yeri

**Tablo 4.6.** Deney Grubundaki Bireylerin T2DM Öz yönetim Davranışlarına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Deney Grubu(n=24)			
	n	%	Ort±Ss(Min-Max)
<b>Özyönetim Davranışı İçin Değişim Aşaması</b>			
Özyönetim Davranışlarını Uygulamaya Geçirmeye <u>Hazırım</u>	16	66.7	
Özyönetim Davranışlarını Uygulamaya Geçirme <u>Niyetindeyim</u>	6	25	<b><u>3.58±.654(2-4)</u></b>
Özyönetim Davranışları Üzerinde <u>Düşünüyorum</u>	2	8.3	
<b>MG ile Öz yönetim Davranışları Önemlilik Düzeyi(0-10)</b>			<b><u>8.50±2.571(0-10)</u></b>
<b>MG ile Öz yönetim Davranışları Güven Düzeyi(0-10)</b>			<b><u>8.63±1.884(3-10)</u></b>

Tablo 4.6’da deney grubundaki bireylerin T2DM özyönetim davranışlarına ilişkin görüşlerinin dağılımı yer almaktadır. Diyabet öz yönetim davranışlarını belirlemek için kullanılan değişim aşaması formuna göre gruptaki bireylerin %66.7’si öz yönetim davranışlarını uygulamaya geçirmeye ‘hazırım’ cevabı vermiştir. Grubun ortalaması ise  $3.58 \pm 0.654$  olarak saptandı. Bireylerin MG ile öz yönetim davranışlarına verdiği önemlilik düzeyi ortalaması  $8.50 \pm 2.571$  ve MG ile özyönetim davranışlarını yerine getirmede güven düzeyi ortalaması ise  $8.63 \pm 1.884$  olarak saptandı.

Katılımcıların öz yönetim davranışı değişikliği için niyet ifadeleri Pender’in Sağlık Geliştirme Modelinde **durumsal etkiler-diyabete ilişkin algılanan yararlar** arasında yer almaktadır. Bireyin T2DM öz yönetim davranışlarına ilişkin görüşleri Pender’in Sağlık Geliştirme Modelinde **davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkileri-diyabete ilişkin algılanan öz yönetim algısı** arasında yer almaktadır.

#### 4.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarının Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular ve SGM’deki Yeri

**Tablo 4.7.** Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarının Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek		Deney Grubu		Kontrol			
		(n=24)	t	p	Grubu(n=27)	t	p
Öz-etkililik toplam	Ön Test	65.58±13.79	-7.845	<b>.000</b>	56.33±18.29	4.285	<b>.000</b>
	Son Test	81.16±9.52			50.85±14.33		
Diyet+ayak kontrolü	Ön Test	39.62±9.19	-5.662	<b>.000</b>	32.92±13.67	3.470	<b>.002</b>
	Son Test	47.33±6.24			29.25±9.84		
Tıbbi Tedavi	Ön Test	17.20±4.11	-6.729	<b>.000</b>	16.62±5.00	1.006	<b>.324</b>
	Son Test	21.62±2.12			16.14±4.40		
Fiziksel Egzersiz	Ön Test	8.75±3.26	-7.298	<b>.000</b>	6.77±3.02	5.326	<b>.000</b>
	Son Test	12.20±1.81			5.44±2.47		

p<0.05; t: eşleştirilmiş gruplarda t testi

Tablo 4.7’de deney ve kontrol grubundaki bireylerin T2DM öz-etkililik ölçeği alt boyutlarının toplam ortalama puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Deney grubundaki bireylerin öz-etkililik ölçek toplam puanının ön test ortalaması  $65.58 \pm 13.79$  ve son test ortalaması  $81.16 \pm 9.52$ ’dir. Deney grubundaki bireylerin, Pender’e dayalı MG girişimi sonucu son test öz-etkililik toplam puan ortalaması, girişim öncesi ön test öz-etkililik toplam puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksektir ( $p < 0.05$ ). Ölçeğin alt boyutlarının toplam puan ortalaması ise; deney grubunda diyet ve ayak kontrolü ön test ortalaması  $39.62 \pm 9.19$  ve son test ortalaması  $47.33 \pm 6.24$ , tıbbi tedavi ön test ortalaması  $17.20 \pm 4.11$  ve son test ortalaması  $21.62 \pm 2.12$ , fiziksel egzersiz ön test ortalaması  $8.75 \pm 3.26$  ve son test ortalaması  $12.20 \pm 1.81$  olarak saptandı. Deney grubundaki bireylerin, Pender’e dayalı MG girişimi sonucu öz-etkililik ölçeği alt boyutları toplam puan ortalaması girişim öncesi öz-etkililik ölçeği alt boyutları toplam puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksektir ( $p < 0.05$ ).

Kontrol grubundaki bireylerin öz-etkililik toplam ölçek puanının ön test ortalaması  $56.33 \pm 18.29$  ve son test ortalaması  $50.85 \pm 14.33$ ’dür. Kontrol grubundaki bireylerin, Pender’e dayalı MG girişimi sonucu son test öz-etkililik toplam puan ortalaması, girişim öncesi ön test öz-etkililik toplam puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşüktür ( $p < 0.05$ ). Ölçeğin alt boyutlarının toplam puan ortalaması ise; kontrol grubunda diyet ve ayak kontrolü ön test ortalaması  $32.92 \pm 13.67$  ve son test ortalaması  $29.25 \pm 9.84$ , fiziksel egzersiz ön-test ortalaması  $6.77 \pm 3.02$  ve son test ortalaması  $5.44 \pm 2.47$  olarak saptandı. Kontrol grubundaki bireylerin, Pender’e dayalı MG girişimi sonucu öz-etkililik ölçeği alt boyutları toplam puan ortalaması girişim öncesi öz-etkililik ölçeği alt boyutları toplam puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşüktür ( $p < 0.05$ ). Tıbbi tedavi alt boyutunun ön test ortalaması  $16.62 \pm 5.00$  ve son test ortalaması ise  $16.14 \pm 4.40$ ’dır. Kontrol grubundaki bireylerin, Pender’e dayalı

MG girişimi sonucu tıbbi tedavi alt boyutu puan ortalaması girişim öncesi puan ortalamasına göre düşüktür fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

Bireyin T2DM ile ilgili davranış özellikleri Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinde **davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkileri-diyabete ilişkin algılanan öz yönetim algısı-aktivite ile ilgili etkiler** arasında yer almaktadır.

#### 4.8. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM'de SYBDÖ ve Alt Boyutlarının Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 4.8.** Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM'de SYBDÖ ve Alt Boyutlarının Toplam Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek		Deney Grubu (n=24)		t	p	Kontrol Grubu(n=27)	
		Ön Test	Son Test			t	p
SYBDÖ toplam	Ön Test	117.50±14.58		-15.246	<b>.000</b>	112.74±14.31	3.806
	Son Test	135.54±15.00				108.00±13.63	
Kendini Gerçekleştirme	Ön Test	34.91±5.58		-3.812	<b>.001</b>	31.57±6.84	2.037
	Son Test	36.70±5.13				29.96±5.62	
Sağlık Sorumluluğu	Ön Test	21.16±4.90		-8.832	<b>.000</b>	20.69±5.24	2.465
	Son Test	26.37±4.17				19.37±3.66	
Egzersiz	Ön Test	6.66±1.68		-12.804	<b>.000</b>	6.48±1.90	2.793
	Son Test	13.70±2.56				5.81±1.14	
Besleme	Ön Test	16.12±3.41		-5.791	<b>.000</b>	15.77±3.15	4.015
	Son Test	18.87±1.96				14.62±2.69	
Kişilerarası Destek	Ön Test	21.58±4.56		-.371	<b>.714</b>	22.07±3.70	-.858
	Son Test	21.54±4.54				22.40±3.20	
Stres Yönetimi	Ön Test	17.12±3.08		-3.825	<b>.001</b>	16.59±4.15	1.991
	Son Test	18.41±2.74				16.03±3.45	

$p<0.05$ ; t: eşleştirilmiş gruplarda t testi

Tablo 4.8'de deney ve kontrol grubundaki bireylerin T2DM'de SYBDÖ alt boyutlarının toplam ortalama puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Deney grubundaki bireylerin SYBDÖ ön test toplam ortalama puanı 117.50±14.58 ve son test toplam ortalama puanı ise 135.54±15.00 olarak saptandı. Deney grubundaki bireylerin, Pender'e dayalı MG girişimi son test SYBDÖ toplam puan ortalaması, ön test SYBDÖ toplam puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksektir ( $p<0.05$ ).

Ölçeğin alt boyutlarının toplam puan ortalaması ise; deney grubunda kendini gerçekleştirme alt boyutu ön test puan ortalaması  $34.91 \pm 5.58$  ve son test puan ortalaması  $36.70 \pm 5.13$ 'tür. Sağlık sorumluluğu alt boyutu ön test puan ortalaması  $21.16 \pm 4.90$  ve son test puan ortalaması  $26.37 \pm 4.17$ 'dir. Egzersiz alt boyutu ön test puan ortalaması  $6.66 \pm 1.68$  ve son test puan ortalaması  $13.70 \pm 2.56$ 'dır. Beslenme alt boyutu ön test puan ortalaması  $16.12 \pm 3.41$  ve son test puan ortalaması  $18.87 \pm 1.96$ 'dır. Stres yönetimi alt boyutu ön test puan ortalaması  $17.12 \pm 3.08$  ve son test puan ortalaması  $18.41 \pm 2.74$ 'dür. Deney grubundaki bireylerin, Pender'e dayalı MG girişimi son test SYBDÖ kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve stres yönetimi alt boyutlarının toplam puan ortalaması, ön test alt boyutları toplam puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksektir ( $p < 0.05$ ). Kişiler arası destek alt boyutu ön test puan ortalaması  $21.58 \pm 4.56$  ve son test puan ortalaması  $21.54 \pm 4.54$ 'dür. Deney grubundaki bireylerin, MG girişimi kişilerarası destek alt boyutu son test puan ortalaması ile ön test puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p > 0.05$ ).

Kontrol grubundaki bireylerin SYBDÖ ön test toplam ortalama puanı  $112.74 \pm 14.31$  ve son test ortalama puan ise  $108.00 \pm 13.63$  olarak saptandı. Kontrol grubundaki bireylerin, Pender'e dayalı MG girişimi son test SYBDÖ toplam puan ortalaması, ön test SYBDÖ toplam puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşüktür ( $p < 0.05$ ). Ölçeğin alt boyutlarının toplam puan ortalaması ise; kontrol grubunda kendini gerçekleştirme alt boyutu ön test puan ortalaması  $31.57 \pm 6.84$  ve son test puan ortalaması  $29.96 \pm 5.62$ 'dir. Stres yönetimi alt boyutu ön test puan ortalaması  $16.59 \pm 4.15$  ve son test puan ortalaması  $16.03 \pm 3.45$ 'dir. Kişiler arası destek alt boyutu ön test puan ortalaması  $22.07 \pm 3.70$  ve son test puan ortalaması  $22.40 \pm 3.20$ 'dir. Kontrol grubundaki bireylerin, Pender'e dayalı MG girişimi son test SYBDÖ kendini gerçekleştirme, stres yönetimi ve kişilerarası destek alt boyutlarının toplam puan

ortalaması ile ön test toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). Kontrol grubundaki bireylerde kendini gerçekleştirme alt boyutu toplam puan ortalaması ön test ve son test sonuçları açısından istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Sağlık sorumluluğu alt boyutu ön test puan ortalaması  $20.69\pm 5.24$  ve son test puan ortalaması  $19.37\pm 3.66$ 'dır. Egzersiz alt boyutu ön test puan ortalaması  $6.48\pm 1.90$  ve son test puan ortalaması  $5.81\pm 1.14$ 'tür. Beslenme alt boyutu ön test puan ortalaması  $15.77\pm 3.15$  ve son test puan ortalaması  $14.62\pm 2.69$ 'dur. Kontrol grubundaki bireylerin, Pender'e dayalı MG girişimi son test SYBDÖ sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme alt boyutlarının toplam puan ortalaması, ön test alt boyutları toplam puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşüktür ( $p<0.05$ ).

Bireyin T2DM ile ilgili davranış özellikleri Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinde davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkileri-diyabete ilişkin algılanan öz yönetim algısı-aktivite ile ilgili etkiler-kişilerarası etkiler arasında yer almaktadır.

#### 4.9. Gruplar-arası Son Görüşmede T2DM'de SYBDÖ/Alt Boyutları ve Öz-Etkililik Ölçeği/Alt Boyutlarının Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 4.9.** Gruplar-arası Son Görüşmede T2DM'de SYBDÖ/Alt Boyutları ve Öz-Etkililik Ölçeği/Alt Boyutlarının Toplam Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek		Deney Grubu (n=24)	Kontrol Grubu(n=27)	t	p
SYBDÖ toplam	Son Test	135.54±15.00	108.00±13.63	6.867	<b>.000</b>
Kendini Gerçekleştirme	Son Test	36.70±5.13	29.96±5.62	4.638	<b>.000</b>
Sağlık Sorumluluğu	Son Test	26.37±4.17	19.37±3.66	6.382	<b>.000</b>
Egzersiz	Son Test	13.70±2.56	5.81±1.14	14.320	<b>.000</b>
Besleme	Son Test	18.87±1.96	14.62±2.69	6.294	<b>.000</b>
Kişilerarası Destek	Son Test	21.54±4.54	22.40±3.20	-.7993	.432
Stres Yönetimi	Son Test	18.41±2.74	16.03±3.45	2.697	<b>.010</b>
Öz-etkililik Toplam	Son Test	81.16±9.52	50.85±14.33	8.777	<b>.000</b>
Diyet+Ayak Kontrolü	Son Test	47.33±6.24	29.25±9.84	7.716	<b>.000</b>
Tıbbi Tedavi	Son Test	21.62±2.12	16.14±4.40	5.537	<b>.000</b>
Fiziksel Egzersiz	Son Test	12.20±1.81	5.44±2.47	11.018	<b>.000</b>

$p<0.05$ ; t: bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.9’da deney ve kontrol grubundaki bireylerin SYBÖ/Alt boyutları ve öz-etkililik ölçeği/alt boyutlarının gruplar arası son görüşmede toplam ortalama puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Ölçeklerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında; SYBDÖ ve kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ile stres yönetimi alt boyutlarında iki grup arasındaki fark önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kişilerarası destek alt boyutun da ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). Öz-etkililik ölçeği toplam puanı ve diyet ve ayak kontrolü, tıbbi tedavi ile fiziksel egzersiz alt boyutları toplam puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Diyabetin prevalansı ve onunla ilişkili komplikasyonları her yıl artış göstermektedir. Glisemik kontrolü iyileştirmek ve kontrolsüz hiperglisemik komplikasyon riskini azaltmak için, T2DM'li bireylerin genellikle diyabet öz yönetim davranışlarında değişiklikler yapması gerekir.<sup>52</sup> Diyabetli bireyler öz yönetim davranışlarını günlük aktivitelerine dahil etmeyi zor bulmaktadır.<sup>85</sup> Hemşireler, hastaların diyabet öz yönetim davranışlarını günlük aktivitelerine dahil etmek için farklı stratejileri kullanıp, geliştirebilecek konumdadır. Kısa süreli yapılan eğitim yaklaşımları diyabet öz yönetiminde etkili olsa da, uzun vadede sağlık davranışını iyileştirmek için yetersizdir. MG, sağlık davranışı değişikliğini kolaylaştırmak için çeşitli klinik ortamlarda kullanılan bir danışmanlık yöntemidir.<sup>44,123</sup> Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşme müdahalesini T2DM'li bireylerle test etmek literatürdeki boşluğu doldurmak için önemlidir.

Bu bölümde Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmenin T2DM'de diyabet öz yönetim davranışları üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılan araştırmada elde edilen veriler tartışılmıştır.

### **Deney ve Kontrol Grubunun Demografik ve Diyabete İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması İle İlgili Bulguların Tartışılması**

Araştırmada deney ve kontrol grubu sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, medeni durum eğitim durumu, ekonomik durum, meslek ve birlikte yaşam açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. T2DM'li hastalarda MG'nin etkinliğini gösteren çalışmalarda da grupların sosyo-demografik özellikleri benzer olup gruplar arasında fark yoktur.<sup>11,22,49,67,107,112,124-126</sup> Çalışmalarda gruplar arasında önemli bir farkın bulunmaması, deney ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özellikler yönünden benzer olduğunu göstermektedir. Değişkenlerin gruplar

arasında benzer olması, çalışmanın sonuçlarının güvenilirliği açısından önemli bir durumdur. Her iki gruptaki hastaların genelinin eş ya da çocuklarıyla yaşıyor olması destek sistemlerinin iyi olduğunu gösterse de SYBDÖ alt boyutunda olan kişiler arası destek boyutunun her iki grupta da anlamsız çıkması diyabetin öz yönetiminde sosyal desteğin yetersiz olduğu fakat hastalarda MG ile ortaya çıkabilecek kendi içsel motivasyonunun olması ile birlikte hastalıklarına uyumun artacağını düşündürmektedir.

Deney ve kontrol grubu hastalarının diyabete ilişkin özelliklerine bakıldığında; diyabet süresinin deney grubundaki bireylerin %45'nin 10 yıl ve üzeri ve %25'inin 6-10 arasında olduğu, kontrol grubundaki bireylerin ise %59'unun 10 yıl ve üzerinde ve %14'ünün 6-10 yıl arasında diyabet hastası olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar ile gruplar arasında diyabet süresi açısından fark olmadığı görülmektedir. Literatürde diyabetle ilgili yapılan çalışmalarda diyabetin süresine bakıldığında ortalamanın 6-10 yıl arasında olduğu ve bizim çalışmamız ile uyumlu olmadığı görülmektedir.<sup>29,49,67,72,109,112,126,127</sup> Bu sonuç açısından diyabetin süresinin bölgesel farklılıklar, yaşam tarzı, bireylerin diyabete verdikleri önemin yetersizliği sonucu hastalığın yönetimini yürütemedikleri ve bu nedenle diyabet süresinin uzadığını düşündürmüştür. Araştırmaya alınan deney grubundaki bireylerin diyabet tedavisi olarak %70'inin OAD ve % 16.7'sinin ise OAD+insülini birlikte kullandığı, kontrol grubunda ise %33'ünün insülin, %29.6'sının OAD ve %25.9'unun OAD+insülini birlikte kullandığı saptandı. Grupların diyabet tedavisi yönünden birbirine benzer olduğu görülmektedir. Literatürde diyabetle ilgili yapılan çalışmalarda diyabet tedavisinde genel olarak OAD ilaçlarının kullanıldığı görülmektedir. Bu sonucun bizim çalışmamız ile uyumlu olduğu görülmektedir.<sup>46,66,67,72,128,129</sup> Meral'in<sup>112</sup> T2DM'li hastalarda MG'nin öz yönetim ve HbA1C üzerine etkisine baktığı çalışmada ise deney grubundaki bireylerin %72'sinin ve kontrol grubundaki bireylerin %84,6'sının OAD+insülin kullandığını saptamıştır. Bu

sonuç bizim çalışmamız ile benzerlik göstermemektedir. Bu durum bireylerde insülin hakkındaki olumsuz düşüncelerin olduğunu, insülin kullanımının belirli bir beceri ve sürede yapılma sorumluluğunun olması, insülin yapılan bölgelerde yaygın ekimozların görülmesi ve hızlı etki etmesi sonucu hipogliseminin gelişme korkusundan kaynaklandığını düşündürmüştür.

Araştırmaya katılan bireylerin deney grubunda %58.3'ü ve kontrol grubunda ise %70.4'de kronik başka bir hastalık olduğu ve gruplar arasında fark olmadığı görülmektedir. Literatürde diyabet ile ilgili yapılan çalışmalarda bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.<sup>11,126,128,130</sup> Ayrıca bireylerin deney grubunda %70.8'i ve kontrol grubunda %63'ünün sigara içmediği ve her iki grupta yaklaşık %90'ının alkol kullanmadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar yurtiçi literatür ile benzerlik göstermekle birlikte bazı yurtdışı literatür kaynaklarında farklılık göstermektedir.<sup>67,109,126,130</sup> Bu farklılığın sebebi ise Türkiye'deki genel aile yapısı ve inanç kaynaklı olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca diyabetik bireylerde sigara ve alkol kullanım oranının çok düşük ya da hiç olmayışı bu bireylerin sağlıkla ilgili farkındalıklarının daha yüksek olduğunu, diğer taraftan yaş ortalamalarının daha çok ileri yetişkinlikte olması ve birçoğunda diyabet ile birlikte başka bir kronik hastalığın olmasının etkisi olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan her iki gruptaki bireylerin yaklaşık %75'i ilaçlarını düzenli almakta, deney grubundaki bireylerin %87.5'i ve kontrol grubundaki bireylerin ise %77.8'si kan şekeri ölçümü yapmakta, deney grubundaki bireylerin %50'si kan şekeri ölçüm sıklığını düzensiz ve %37.5 ise ölçümü ara sıra yapmakta, kontrol grubundaki bireylerin %37'si kan şekeri ölçüm sıklığını her gün ve %37 ise düzensiz yaptığını bildirmiştir. Bu sonuçlar ile grupların birbirine benzer olduğu görülmektedir. T2DM'li hastalarda yapılan çalışmalarda da grupların ilaçlarını düzenli alma, kan şekeri ölçümü ve ölçüm sıklığı özellikleri benzer olup gruplar arasında fark yoktur.<sup>22,23,129,131</sup> Ancak

deney grubuna üç ay boyunca uygulanan Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı MG girişim sonucu ilaçları düzenli kullanma, kan şekeri ölçümü ve sıklığı yönünden gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturmuştur. Bu anlamlı fark, T2DM'de diyabet öz yönetimini sağlama ve sürekliliğini devam ettirme noktasında Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli rehberliğinde yapılan MG girişiminin modelin davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkilerinin-diyabete ilişkin algılanan yararlar/engeller davranış değişiminde önemli olduğunu göstermektedir.

Diyabet öz yönetiminde en önemli davranışlardan olan beslenme ve egzersiz yapma bireyin sağlığını geliştirme ve sürdürme noktasında önemlidir. Araştırmamızda bireylerin deney grubunda %37.5'inin üç ana öğün, %25'inin üç ana öğün + düzenli ara öğün beslendiği, kontrol grubunda ise %29.6'sını üç ana öğün + düzenli ara öğün ve %29.6'sının ise iki ana öğün +düzenli ara öğün şeklinde beslendiği görülmektedir. Deney grubundaki bireylerin diyet uyumlarının %41.7'sinin orta ve %29.2'sinin kötü olduğu, kontrol grubunda ise %48.1'inin orta ve %37'sinin kötü olduğu saptanmıştır. Literatürde diyabetli bireylerin diyet tedavisine uyumunun genellikle orta ve kötü olduğu bilinmektedir.<sup>51,66,131,132</sup> Çalışmamızın bulgusu diyabette MG'nin etkisini inceleyen literatür çalışmaları ile uyumlu bulunmuştur.<sup>51,132,133</sup> Egzersiz yapma durumu ise; müdale grubunda %62.5 ve kontrol grubunda %70.4'ünde yapılmadığı görülmektedir. Bu sonuçlar ile grupların birbirine benzer olduğu görülmektedir. T2DM'li hastalarda yapılan çalışmalarda egzersiz yapma bakımından bizim çalışmamız ile farklılıklar vardır. Li ve ark.<sup>132</sup> Çinli T2DM'li hastalarda bakımı geliştirmek için MG'nin etkinliğini belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada egzersiz yapılma oranının her iki grupta ortalama %44.9 olduğunu bildirmişlerdir. Chlebowy ve ark.<sup>45</sup> yaptıkları çalışmada ise egzersiz yapma oranı MG girişim sonucu artmıştır ancak girişim öncesi egzersiz yapanların %38 olduğunu bildirmiştir. Tekin ve Erol'un<sup>72</sup> yaptığı çalışmada ise bireylerin %35'inin

düzenli egzersiz yaptığı saptanmıştır. Yine Kartal ve ark.<sup>23</sup> yaptıkları çalışmada ise bireylerin %50'sinin egzersiz yaptığı ve sadece %5'inin egzersizsiz düzenli yaptığı belirtilmiştir. Bu sonuçların bizim çalışmamız ile farklılık göstermesi yapılan çalışmalarda bölgesel ve kültürel farklılıkların olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmada bireylerin diyabet için doktor kontrolüne gitme durumu deney grubunda %50'sinin 3 ayda 1 kez, %20'sinin diğer (gerek gördükçe, acil durumlarda) ve %12.5'inin gitmediği, kontrol grubunda ise %25'inin diğer, %18.5'inin 6 ayda 1 kez ve %14.8'inin gitmediği görülmektedir. Bireylerin tedaviye uyumlarına bakıldığında ise deney grubunda %58.3'ünün orta ve kontrol grubunda bireylerin %44.4 orta olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda düzenli sağlık kontrolü yaptırma ve tedaviye uyumları açısından gruplar benzer olmakla birlikte her iki grupta da bireylerin diyabet takibini kolaylaştıran bu sağlık davranışlarını düzenli yerine getirmediği sadece gerek duydukları zaman (ilaç yazdırmak için) ya da acil durumlarda (hipoglisemi gibi) hekime başvurdukları belirlendi. Bu sonuçlar bakımından çalışmamız literatür ile uyum göstermektedir.<sup>24,50,52,112,125,131,133</sup> Bireylerin diyabete yönelik sağlık kontrollerini düzenli yaptırmamaları ve tedaviye uyum sağlamamaları diyabet öz yönetimlerinin kötü olduğunu düşündürmüştür. Ancak deney grubuna üç ay boyunca uygulanan Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı MG girişim sonucu egzersiz yapma, diyabet için doktor kontrolüne gitme, diyetle uyum ve tedaviye uyum sağlık davranışları yönünden gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturmuştur. Bu anlamlı fark, T2DM'de diyabet öz yönetimini sağlama ve sürekliliğini devam ettirme noktasında Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli rehberliğinde yapılan MG girişiminin modelin davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkilerinin-diyabete ilişkin algılanan yararlar/engeller davranış değişiminde önemli olduğunu göstermektedir. Beslenme durumu ise her iki grupta daha düzenli bir beslenme alışkanlığı oluşmasına rağmen gruplar arasında anlamlı bir fark oluşmamıştır. Bu durum

deney grubunda Pender'e dayalı sağlığı geliştirme modeli rehberliğinde yapılan MG esnasında bireylerin 'düzenli yürüyüş yaptığımda kan şekerim çok düşüyor, kan şekerimin aç kaldığımda çok daha sık aralıklarla düştüğünü düşünüyorum bu nedenle beslenmeme dikkat edemiyorum' şeklindeki ifadelerin bu duruma sebep olduğunu düşündürmektedir.

### **Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM ile İlgili Metabolik Kontrol Değişken Sonuçlarının Tartışılması**

Araştırmaya katılan bireylerin metabolik kontrol değişkenleri ADA kriterlerine göre değerlendirildiğinde;<sup>75</sup> deney grubundaki bireylerin, BKİ ortalamasının 29, HbA1c değerinin ortalaması %8.5, LDL ortalaması 131, HDL ortalaması 53, trigliserit ortalaması 181, kolestrol ortalamasının 222 ve AKŞ ortalamasının 181 olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki bireylerin ise; BKİ ortalamalarının 30, HbA1c değerinin ortalaması %8.8, LDL ortalaması 126, HDL ortalaması 49, trigliserid ortalaması 185, kolestrol ortalamasının 212 ve AKŞ ortalamasının 188 olduğu belirlendi. Her iki grupta da HbA1c, AKŞ ve BKİ düzeylerinin yüksek (kötü kontrol), LDL ve HDL düzeylerinin sınırda, trigliserid ve kolestrol düzeylerinin ise yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Her iki grupta metabolik değişken bulguları yönünden birbirine benzerdir.

Araştırmamızda diyabet öz yönetim davranışları üzerine odaklanan Perder'in sağlığı geliştirme modeli rehberliğine dayandırılan MG'nin yapılması glisemik kontrolün sağlanmasında özellikle de diyabette önemli olan HbA1c düzeyinde azalma sağladığı görülmektedir. Perder'in sağlığı geliştirme modeline dayalı yapılan üç aylık MG girişimi sonucu deney grubundaki bireylerin; HbA1c değerinin ortalaması %7, LDL ortalaması 125, HDL ortalaması 51, trigliserit ortalaması 148, kolestrol ortalamasının 212 ve AKŞ ortalamasının 137 olduğu saptandı. Kontrol grubundaki bireylerin ise; HbA1c değerinin ortalaması %8.9, LDL ortalaması 119, HDL ortalaması 47, trigliserit ortalaması 187,

kolestrol ortalamasının 202 ve AKŞ ortalamasının 187 olduğu saptandı. Grupların girişim sonucunda metabolik değişkenleri karşılaştırıldığı da; HbA1c değerinin deney grubu ortalamasının %1.5 azaldığı, kontrol grubunun ortalamasının ise %0.1 yükseldiği ve grupların son test sonuçları karşılaştırıldığında modele dayalı MG girişiminin deney grubunda anlamlı bir fark yarattığı saptandı. Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalarda MG girişimi sonucu HbA1c düzeylerinde önemli azalmalar olduğu görülmektedir.<sup>11,12,49-52,101,109,134</sup> Grupların HDL, LDL, kolestrol ve trigliserit yönünden son test sonuçları karşılaştırıldığına ise bu testlerin ön test sonuçlarına göre ortalamalarında azalma olduğu ancak gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptadı. Literatürde yapılan çalışmalarda; HDL, LDL, trigliserid ve kolestrol düzeylerini inceleyen çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir.<sup>11,50,51,101,134</sup> Çalışmamız ile benzerlik gösteren T2DM tanılı bireylerde, MG uygulanan bir çalışmada, HDL kolesterol ve LDL kolesterol açısından fark görülmezken<sup>135</sup> başka çalışmalarda HDL kolesterol<sup>12,51,135</sup> açısından anlamlı fark olduğu görülmektedir.

### **Deney Grubundaki Bireylerin T2DM Özyönetim Davranış Görüşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Pender'in SGM'ne dayalı yapılan MG girişiminin hedefi, T2DM'li bireylerin sağlıklı yaşam tarzı için davranış değişimini sağlamaktır. Bu amaç ile bireyin davranış değişiminin hangi aşamasında olduğunun farkındalığı oldukça önemlidir.<sup>41,110</sup> Çalışmamızda bireylerin T2DM öz yönetim davranışlarına ilişkin görüşlerine bakıldığında %66.7'si öz yönetim davranışlarını uygulamaya geçirmeye 'hazırım' cevabı vermiştir. Değişim döngüsünün önemli aşamalarından olan 'hazırım(aktif katılım)' cevabını veren bireylere yardım etmek, aktif olan engelleri aşması için çok etkili olabilir. Çalışmamızda değişim farkındalığının yüksek çıkması çalışmanın süreci açısından çok önemlidir. Çalışmamız 3 aylık takibi içerdiği için bireylerinin çoğunluğunun kendileri

için bir şey yapma isteğinde olduğu sonucunu doğurmuştur. Pender'in SGM'de durumsal etkiler-diyabete ilişkin algılanan yararların değişim aşamasında önemli olduğu görülmektedir. Taşkın Yılmaz ve ark.<sup>131</sup> yaptıkları bir çalışmada diyabette kabul düzeyinin glisemik kontrol ile ilişkisinin olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuç bizim çalışmamızda da bireylerin değişime hazır olmaları hastalığı kabul ettiklerini düşündürmüştür.

Bireyin değişim döngüsünün hangi aşamasında olduğunu belirledikten sonra MG'de içsel motivasyonun oluşturulmasını sağlamada iki önemli anahtar nokta vardır. Bunlar önemlilik ve güvendir. 'Önemlilik' bireyi değişim yapma noktasına neyin getirdiği ve 'Güven' ise bireyin değişim yapmak için kendine olan inancı ile ilgilidir.<sup>44,101</sup> Çalışmamızda bireylerin MG ile öz yönetim davranışlarına verdiği önemlilik düzeyi ortalaması  $8.50 \pm 2.571$  ve MG ile öz yönetim davranışlarını yerine getirmede güven düzeyi ortalaması ise  $8.63 \pm 1.884$  olarak bulundu. Bu sonuçlar 1-10 arası puan verilen bir cetvelde oldukça yüksek bir sonuçtur. Bu sonuç hastaların değişime hazır olduklarını ve değişim için kendilerine güvendiklerini, sadece içsel motivasyonlarının farkında olmadıklarını düşündürmüştür. Pender'in SGM'de öz yönetim davranışlarına ilişkin görüşlerinin davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkileri-diyabete ilişkin algılanan öz yönetim algısının önemli olduğunu göstermiştir.

### **Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarının Toplam Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Öz-etkililik bireyin belirli bir durum ile ilgili sonuca ulaşabilmek için gerekli olan davranışı gerçekleştirebilme algısıdır.<sup>117</sup> Diyabette sağlıklı yaşam tarzı değişikliği için önemli olan öz-etkililik algısı, diyabette öz yönetim davranışlarının başlatılması ve devam ettirilmesinde önemli bir belirleyicidir.<sup>66,67</sup> Bireyin öz-etkililik algısının artması diyabet öz yönetim davranışlarının olumlu anlamda değişmesine sebep olmaktadır.<sup>136</sup> Bu

yüzden bu çalışmada hastaların diyabet öz yönetimine yönelik davranışlarını kontrol edebilmeleri açısından öz-etkililik puanları incelenmiştir. Deney grubundaki bireylerin öz-etkililik ölçek toplam puanının ön test ortalaması  $65.58 \pm 13.79$  ve son test ortalaması  $81.16 \pm 9.52$ 'dir. Ölçeğin alt boyutlarının toplam puan ortalaması; deney grubunda diyet ve ayak kontrolü ön test ortalaması  $39.62 \pm 9.19$  ve son test ortalaması  $47.33 \pm 6.24$ , tıbbi tedavi ön test ortalaması  $17.20 \pm 4.11$  ve son test ortalaması  $21.62 \pm 2.12$ , fiziksel egzersiz ön test ortalaması  $8.75 \pm 3.26$  ve son test ortalaması  $12.20 \pm 1.81$ 'dir. Kontrol grubundaki bireylerin öz-etkililik toplam ölçek puanının ön test ortalaması  $56.33 \pm 18.29$  ve son test ortalaması  $50.85 \pm 14.33$ 'dür. Ölçeğin alt boyutlarının toplam puan ortalaması ise; kontrol grubunda diyet ve ayak kontrolü ön test ortalaması  $32.92 \pm 13.67$  ve son test ortalaması  $29.25 \pm 9.84$ , fiziksel egzersiz ön test ortalaması  $6.77 \pm 3.02$  ve son test ortalaması  $5.44 \pm 2.47$ 'dir.

Bu sonuçlar göre, Pender'e dayalı MG girişimi sonucunun bireylerin orta düzeyde olan öz-etkililik algısının yüksek düzeyde bir puana yükselttiği görülmektedir. Diğer taraftan kontrol grubunda tıbbi tedavi alt boyutu puan ortalaması girişim öncesi puan ortalamasına göre düşük olup anlamlı bir seviyede fark yaratmamıştır. Bireylerin en düşük puanı fiziksel alt boyutta aldığı görülmektedir. Özellikle kontrol grubunda bu boyut puanının çok daha düşük olması, fiziksel egzersizin zaman alması, obezite, sağlık davranışı değişikliği gerektirmesi ve bireylerin bu davranış değişikliği için yeterince motivasyona sahip olmadıkları sonucunu düşündürmüştür.

Literatürde çalışmamız ile benzerlik gösteren çalışmalarda da öz-etkililik puan algısı ve alt boyutlarında artış görülmektedir.<sup>13,18,25,79,80,133</sup> Diyabette öz-etkililiğin başlanması ve sürdürülmesinde Pender'e dayalı MG girişimin davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkileri, diyabete ilişkin algılanan öz yönetim algısı, aktivite ile ilgili etkilerin

önemli olduğu ve diyabette öz-etkililik algısının artması sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının uygulamasını kolaylaştırdığını düşündürmüştür.

### **Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin T2DM’de SYBDÖ ve Alt Boyutlarının Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Deney grubundaki bireylerin SYBDÖ ön test toplam ortalama puanı  $117.50 \pm 14.58$  ve son test toplam ortalama puanı ise  $135.54 \pm 15.00$ ’dır. Kontrol grubunda bireylerin SYBDÖ ön test toplam ortalama puanı  $112.74 \pm 14.31$  ve son test ortalama puan ise  $108.00 \pm 13.63$ ’dir. SYBDÖ ön test puanları birbirine benzerdir. SYDÖ’de puan artıkcça algı yükselmektedir. Buna göre, son test puanları arasında ise deney grubunda anlamlı derece ölçek puanı artışı gözlemlenirken, kontrol grubunda ise anlamlı derecede ölçek puanında düşüş gözlemlenmiştir. Ayrıca, ölçeğin alt boyutlarında deney grubundaki bireylerde; kendini gerçekleştirme alt boyutu ön test puan ortalaması  $34.91 \pm 5.58$  ve son test puan ortalaması  $36.70 \pm 5.13$ , sağlık sorumluluğu alt boyutu ön test puan ortalaması  $21.16 \pm 4.90$  ve son test puan ortalaması  $26.37 \pm 4.17$ , egzersiz alt boyutu ön test puan ortalaması  $6.66 \pm 1.68$  ve son-test puan ortalaması  $13.70 \pm 2.56$ , beslenme alt boyutu ön test puan ortalaması  $16.12 \pm 3.41$  ve son test puan ortalaması  $18.87 \pm 1.96$ , Stres yönetimi alt boyutu ön test puan ortalaması  $17.12 \pm 3.08$  ve son test puan ortalaması  $18.41 \pm 2.74$ ’dür. Pender’e dayalı MG girişimi sonucu SYBDÖ kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve stres yönetimi alt boyutlarının toplam puan ortalamasında anlamlı ölçüde bir yükseliş görülürken, kişiler arası destek alt boyutunda önemli bir değişiklik olmamıştır. SYBDÖ’de MG uygulanan grupta puan artışının olması diyabet ile başa çıkmada önemli olan diyabet öz yönetim davranışlarının(egzersiz, beslenme gibi) benimsendiği SGM’de davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkileri, diyabete ilişkin algılanan öz yönetim algısı ve aktivite ile ilgili etkilerin özyönetim davranışını başlatma ve sürdürmede çok önemli olduğunu düşündürmektedir. Diğer

tarafından kişilerarası etkilerin diyabet öz yönetimi davranışlarının başlanması ve sürdürülmesinde yeterli olmadığı, bunun ile birlikte bireylerin içsel motivasyonlarının açığa çıkartılması gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca uygulanan girişimin diyabetli hastalarda metabolik değişkenlerden olan HbA1c ve AKŞ düzeylerinde anlamlılığın olması SYBDÖ'nin puan algısının yüksek olması ile ilişkilidir.

Kontrol grubundaki bireylerde ölçeğin alt boyutlarında; kendini gerçekleştirme alt boyutu ön test puan ortalaması  $31.57 \pm 6.84$  ve son test puan ortalaması  $29.96 \pm 5.62$ , stres yönetimi alt boyutu ön test puan ortalaması  $16.59 \pm 4.15$  ve son test puan ortalaması  $16.03 \pm 3.45$ , kişiler arası destek alt boyutu ön test puan ortalaması  $22.07 \pm 3.70$  ve son test puan ortalaması  $22.40 \pm 3.20$ 'dir. Bu sonuçlar ile Pender'e dayalı MG girişimi uygulanmayan bireylerin bu alt boyut puanlarında anlamlı bir değişiklik olmadığı görülmüştür. Diğer taraftan sağlık sorumluluğu alt boyutu ön test puan ortalaması  $20.69 \pm 5.24$  ve son test puan ortalaması  $19.37 \pm 3.66$ , egzersiz alt boyutu ön test puan ortalaması  $6.48 \pm 1.90$  ve son test puan ortalaması  $5.81 \pm 1.14$  ve beslenme alt boyutu ön test puan ortalaması  $15.77 \pm 3.15$  ve son test puan ortalaması  $14.62 \pm 2.69$ 'dur. Bu sonuçlar ile Pender'e dayalı MG girişimi uygulanmayan bireylerin bu alt boyut puanlarında anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür. Bütün bu sonuçlar MG girişimi uygulanmayan diyabet hastalarının büyük çoğunluğunun diyabet öz yönetim davranışlarından olan düzenli doktor kontrolüne gelmek istememeleri, diyabet tedavisini sadece ilaç tedavisi olarak görmeleri, kan glikoz takibi ölçümünü moralleri bozulduğu için yapmak istememeleri gibi nedenlerden dolayı benimsemedikleri ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına başlamak/sürdürmek için değişim yapmaması kontrol grubundaki bireylerin öz yönetimlerinin düşük olmasında etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde T2DM'li hastalarda yapılan çalışmalarda MG girişiminin diyabet öz yönetim davranışlarını başlama ve sürdürmede etkili olduğunu

bildirmişlerdir.<sup>11,49,52,101,112</sup> Yine T2DM'li bireylerde MG'nin öz yönetim aktivitelerini önemli ölçüde arttırdığını saptamıştır.<sup>124</sup> Ayrıca, MG uygulamasının altı aylık süreçte öz-etkililik düzeyine bakılan bir çalışmada öz-etkililik düzeyine artırdığı, metabolik kontrolde iyileşme sağladığı, beslenme, egzersiz ve ilaç kullanımı davranış aşamalarında ilerleme sağladığı ve diyabet hastalarında MG girişiminin öz yönetim algısı ve metabolik değişkenlere bakıldığı bir çalışmada öz yönetim algısını artırdığı bulunmuştur.<sup>12,18</sup> Çalışmalarda MG girişiminin diyabetli hastalarda etkili olduğu rapor edilmiştir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmenin tip 2 diabetes mellitus'de diyabet öz yönetim davranışları üzerine etkisi değerlendirmek amacı ile yapılan bu araştırmada;

- Deney ve kontrol grubundaki bireylerin T2DM ile ilgili özelliklerinde beslenme durumu hariç son test dağılım puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).
- Deney ve kontrol grubundaki bireylerin T2DM ile ilgili metabolik değişkenlerinde; deney grubunda HbA1c ve AKŞ düzeylerinde anlamlı bir düşüş olurken, kontrol grubunda HbA1C ve AKŞ düzeylerinde anlamlı derecede yükseliş olduğu ortaya konulmuştur. Diğer metabolik değişkenlerde (HDL, LDL, trigliserit, kolesterol gibi) ise anlamlı bir değişiklik olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.5). H<sub>2</sub> hipotezi kısmen doğrulanmıştır.
- Deney ve kontrol grubundaki bireylerin T2DM öz-etkililik ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarında; deney grubunda anlamlı ölçüde puan algısı yükselmiş, kontrol grubunda ise puan algısında düşüş saptanmıştır (Tablo 4.7). H<sub>3</sub> hipotezi doğrulanmıştır.
- Deney ve kontrol grubundaki bireylerin T2DM'de SYBDÖ ve alt boyutlarının toplam ortalama puanlarında; deney grubunda ölçekten alınan toplam puan ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve stres yönetimi alt boyutlarının toplam puanlarında son test sonucuna göre anlamlı ölçüde yükseliş olduğu, kişiler arası destek boyutunda ise bir anlamlılık olmadığı saptanmıştır. Kontrol grubunda ise; ölçekten alınan toplam puan son test sonucuna göre anlamlı ölçüde düşüktür. Ölçeğin kendini gerçekleştirme, stres yönetimi ve kişilerarası destek alt boyutlarının toplam son test puan ortalaması ile ön test

toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme alt boyutlarının toplam son test puan ortalaması ile ön test toplam puan ortalaması arasında anlamlı seviyede bir düşüş olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). H<sub>1</sub> hipotezi doğrulanmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmenin tip 2 diabetes mellitus'de diyabet öz yönetim davranışları üzerine etkisinin tekrarlayan ölçümlü çalışmalarla değerlendirilmesi,
- Örneklem sayısının daha büyük olduğu çalışmalarda Pender'e dayalı MG etkinliğinin değerlendirilmesi,
- MG girişiminin SGM ile, diyabet dışında diğer kronik hastalıklarda da hastaların hastalık algılarını olumlu yönde etkilemede, yaşam tarzı değişikliklerini sağlamada ve ilaç tedavisi uyumlarını arttırılmasında değerlendirilmesi,
- Pender'e dayalı MG tekniğinin diyabetik hastalarda kullanılması ve bu teknikle ilgili bilgilerin lisans/lisansüstü düzeyde verilen eğitim programlarına dahil edilmesi,
- Diyabet eğitim hemşireleri için yapılan sertifika programlarında Pender'e dayalı MG girişimine yönelik eğitim verilmesi ve bir MG polikliniğinin olması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Thepwongsa I, Muthukumar R, Kessomboon P. Motivational interviewing by general practitioners for type 2 diabetes patients: a systematic review. *Family Practice*, 2017, 4:376–383.
2. Ibrahim F, Megahed A-L, Abbas Ali S, Abdelwahid HA, Farg HK. The Effect of lifestyle modification for type 2 diabetic patients on the control of glycemc level. *Int J Nov Res Healthc Nurs*, 2020, 1:1011–1025.
3. IDF. 463 People living with diabetes million. *International Diabetes Federation*, 2019.
4. Ogurtsova K, da Rocha Fernandes JD, Huang Y, Linnenkamp U, Guariguata L, Cho NH, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Res Clin Pract*, 2017, 1:40–50.
5. Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nat Rev Endocrinol*, 2018, 2:88–98.
6. Baykal A, Kapucu S. Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların tedavilerine uyumlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2015, 2:44–58.
7. Kulak E, Berber B. Determination of type 2 diabetes risk levels in individuals applying to family medicine. *TAHUD*, 2019, 1:20–30.
8. Satman İ, İmanoğlu Ş, Yılmaz C, Ayvaz G, Çömlekçi A. Türkiye’de ve dünyada diyabet. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2012, 1:8-25
9. Tosun A, Zincir H. Motivational interview method based on transtheoretical model of health behaviour change in individuals with type 2 diabetes mellitus. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2015, 1:32–41.

10. Muslu L, Ardahan M. Diabetes mellitus'ta yaşam tarzı değişimi için motivasyonel görüşme tekniği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2018, 3:336–347.
11. Waker CL. Effects of Motivational interviewing on diabetes self-management behaviors and glycemic control in type 2 diabetes: a translational study. Philosophy in Nursing, Doctor Program, United States:University of Cincinnati, 2012.
12. Doğru A. Diyabetik hastalarda motivasyonel görüşme tekniğinin özyöneyim algısı ve metabolik değişkenlere etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirlik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep:Gaziantep Üniversitesi, 2016.
13. Doğru A, Ovayolu N, Ovayolu Ö. The effect of motivational interview persons with diabetes on self-management and metabolic variables. *JPMA*, 2019, 3:294-300.
14. Brackney DE. Enhanced self-monitoring blood glucose in non-insulin-requiring type 2 diabetes: a qualitative study in primary care. *J Clin Nurs*, 2018, 9–10:2120–2131.
15. Körceğiz Eİ. Tip 2 diyabetli hastalara eczacı tarafından diyabet polikliniğinde farmasötik bakım hizmetlerinin sunumu ve diyabe tedavisinde eczacının rolü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Eczacılık, Doktora Tezi, Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi, 2017.
16. Evcimen H. Tip 1 diabetes mellituslu ergenlerde motivasyonel görüşmenin öz-etkililik düzeylerine olan etkisinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ:Fırat Üniversitesi, 2018.
17. Muslu L, Ardahan M. Tip 2 diyabet tanılı yetişkinlerde motivasyonel görüşmenin etkisi: sistematik derleme. *DEUHFED*, 2017, 3:167–176.
18. Selçuk Tosun A. Tip 2 diabetes mellitus'u olan bireylerde transteoretik model temelli motivasyonel görüşmenin öz-etkililik,metabolik kontrol ve sağlık

- davranışına etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Kayseri:Erciyes Üniversitesi, 2015.
19. Hawkins SY. Improving glycemic control in older adults using a videophone motivational diabetes self-management intervention. *Research and Theory for Nursing Practice*, 2010, 4:217–232.
  20. Diabetes Care. classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes-2020. *Diabetes Care*, 2020, 1:14–31.
  21. Magill N, Graves H, De Zoysa N, Winkley K, Amiel S, Shuttlewood E, et al. Assessing treatment fidelity and contamination in a cluster randomised controlled trial of motivational interviewing and cognitive behavioural therapy skills in type 2 diabetes. *BMC Family Practice*, 2018, 1:2-9.
  22. Do Valle Nascimento TMR, Resnicow K, Nery M, Brentani A, Kaselitz E, Agrawal P, et al. A pilot study of a community health agent-led type 2 diabetes self-management program using motivational interviewing-based approaches in a public primary care center in são paulo, brazil. *BMC Health Services Research*, 2017, 32:2-10
  23. Kartal A, Çağırğan G, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M. Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008, 3:223–30.
  24. Kartal A, Özsoy SA. Tip 2 diyabetli hastalarda planlı eğitim programının sağlık inancına ve metabolik kontrole etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 1–15.
  25. Milo RB. Patient Knowledge, perceived self-efficacy, and self-management among patients with type 11 diabetes mellitus. Beyster Institute for Nursing Research,

- Philosophy in Nursing, Doctoral Program, United States:University og San Diego, 2017.
26. Sevinç S. Life style modification in individulas with myocardial infarction: pender's health promotion model. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2016, 14:147–152.
  27. Lari H, Tahmasebi R, Noroozi A. Effect of electronic education based on health promotion model on physical activity in diabetic patients. *Diabetes and Metabolic Syndrome Clinical Research and Reviews*, 2018, 1:45–50.
  28. Srof BJ, Velsor-Friedrich B. Health promotion in adolescents: a review of Pender's health promotion model. *Nursing Science Quarterly*, 2006, 4:366–373.
  29. Rouholamini S, Gheibizadeh M, Maraghi E, Jahanshahi A. The effects of a training program based on the health promotion model on physical activity in women with type 2 diabetes: a randomized controlled clinical trial. *Iran Journal Nursing and Midwifery Research*, 2020, 3:224–231.
  30. Sevinç S. pender'in sağlığı geliştirme modelinin miyokard infarktüsü geçirmiş bireylerde uygulanması.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi,İzmir.Ege Üniversitesi, 2012.
  31. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes -2018 introduction. *Diabetes Care*, 2018, 1:2017–2018.
  32. Koçak DY. Pender'in sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda uygulanan sağlıklı yaşam biçimi eğitiminin menapozal semptomların giderilmesine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Doktora Tezi İstanbul:İstanbul Üniversitesi, 2017.

33. Cangöl E, Hotun Şahin N. A model of breastfeeding support: motivational interviews based on Pender's Health Promotion Model. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2017, 1:98–103.
34. Dombrowski JJ, Snelling AM, Kalicki M. Health promotion overview: evidence-based strategies for occupational health nursing practice. *Workplace Health and Safety*, 2014, 8:342–349.
35. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı geliştirme modeli: kavramasal yapı. *DEUHYO ED*, 2014, 1:59-67.
36. Kim KA, Kim YJ, Choi M. Association of electronic health literacy with health-promoting behaviors in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *Computer Informatics Nursing*, 2018, 9:438–447.
37. Mohsenipoua H, Majlessi F, Shojaeizadeh D, Rahimiforooshani A, Ghafari R, Habibi V. Predictors of health-promoting behaviors in coronary artery bypass surgery patients: an application of Pender's health promotion model. *Iran Red Crescent Med J*, 2016, 9:1-9.
38. Gülcü ZG. Bipolar hastalarda motivasyonel görüşme ve telepsikiyatrik izlemin ilaç uyumuna etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2018.
39. R. Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing-Helping People Change*, 3<sup>th</sup> ed. 2013.
40. Soderlund PD. Effectiveness of motivational interviewing for improving physical activity self-management for adults with type 2 diabetes: a review. *Chronic Illness*, 2018, 1:54–68.
41. Dicle AN. Motivasyonel görüşme: öğeler, ilke ve yöntemler. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 2017, 15:2043–2053.

42. Cheryl Dellasega, Raquel M. Anel-Tiangco RAG. How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2012, 1:37–41.
43. Erat A, Ceyhan Ö. Motivasyonel görüşme ile değişime hazırlanma. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2020, 1:58-63.
44. Miller WR, Rollnick S. *Applications of motivational interviewing. Motivational interviewing: Helping people change*, 3<sup>th</sup> ed. 2013:662.
45. Chlebowy DO, El-Mallakh P, Myers J, Kubiak N, Cloud R, Wall MP. Motivational interviewing to improve diabetes outcomes in african americans adults with diabetes. *Western Journal of Nursing Research*, 2015, 5:566–580.
46. Rosenbek Minet LK, Wagner L, Lønvig EM, Hjelmberg J, Henriksen JE. The effect of motivational interviewing on glycaemic control and perceived competence of diabetes self-management in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus after attending a group education programme: a randomised controlled trial. *Diabetologia*, 2011, 7:1620–1629.
47. Soderlund PD, Stuart GW, Mueller M, York J, Lopez CM. Feasibility of motivational interviewing and physical activity counseling sessions for improving physical activity self-management for latina women either at risk for or diagnosed with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Transcultural Nursing*, 2019, 5:453–460.
48. Vail-Gandolfo NJ. The effects of a motivational program on glyceimic control, physical activity, and weight loss in individuals with type 2 diabetes mellitus. Doctoral of Philosophy, United States:Hofstra University, 2008.
49. Chen SM, Creedy D, Lin HS, Wollin J. Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glyceimic outcomes in type 2

- diabetes: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2012,6:637–644.
50. West DS, DiLillo V, Bursac Z, Gore SA, Greene PG. Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 2007, 5:1081–1087.
51. Heinrich E, Candel MJJM, Schaper NC, de Vries NK. Effect evaluation of a motivational interviewing based counselling strategy in diabetes care. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2010, 3:270–278.
52. Stuckey HL, Dellasega C, Graber NJ, Mauger DT, Lendel I, Gabbay RA. Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): study design and baseline characteristics in the chronic care model for type 2 diabetes. *Contemporary Clinical Trials*, 2009,4:366–374.
53. Alpaydın N, Çimen M, Tarçalır Erol B, Mortan Sevi O. Bilişsel davranışçı terapide direnç ve motivasyonel görüşme teknikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2016 2:94-101.
54. Ögel K. Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry*, 2009, 2:41–44.
55. Polat F. Sağlığı geliştirme modeline göre verilen egzersiz eğitiminin menapoz dönemindeki semptomlar üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2019.
56. Editorial. Nurses : at the heart of diabetes care. *The Lancet Diabetes Endocrinology*, 2020, 20:30377.
57. Siminerio LM, Funnell MM, Peyrot M, Rubin RR. US nurses' perceptions of their role in diabetes care: results of the cross-national diabetes attitudes wishes and needs (dawn) study. *Diabetes Educator*, 2007, 1:152–162.

58. Peimani M, Tabatabaei Malazy O, Pajouhi M. Nurses' role in diabetes care; a review. *Iran Journal of Diabetes Lipid Disorders*, 2010, 21:1–9.
59. Nikitara M, Constantinou CS, Andreou E, Diomidous M. The role of nurses and the facilitators and barriers in diabetes care: a mixed methods systematic literature review. *Behavioral Sciences (Basel)*, 2019, 6:1–16.
60. IDF. 463 People Living Diabetes million. 2019.
61. Egan AM, Dinneen SF. What is diabetes? *Medicine (United Kingdom)*, 2019, 1:1–4.
62. Song D, Xu TZ, Sun QH. Effect of motivational interviewing on selfmanagement in patients with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 2014, 3:291–297.
63. Jones A, Gladstone BP, Lübeck M, Lindekilde N, Upton D, Vach W. Motivational interventions in the management of HbA1c levels: a systematic review and meta-analysis. *Primary Care Diabetes*, 2014, 2:91–100.
64. Kulak E, Berber B, Temel H, Nur Kutluay S, Yıldırım M, Nilay Dedeoğlu F, et al. Aile hekimliğine başvuran bireylerde tip 2 diyabet risk düzeyinin belirlenmesi. *TAHUD*, 2019, 1:20-30.
65. Momtazi S, Salimi C, Zenouzian S. Motivational interviewing as group therapy for glycemic control and treatment satisfaction of patients with type 2 diabetes mellitus. *World Family Medicine Journal/Middle East Journal of Family Medicine*, 2018, 1:75–81.
66. Çallı D. Tip 2 diyabetli hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algısı ve iyilik halinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli:Pamukkale Üniversitesi, 2014.

67. Kılıç M. Tip 2 diyabetli bireylerin öz-etkililik düzeyleri ve sağlık kontrol odağı ile ilişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya:Selçuk Üniversitesi 2016.
68. Hurtado MD, Vella A. What is type 2 diabetes? *Medicine (United Kingdom)*, 2019, 1:10–15.
69. ADA 2. classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes-2020. *Diabetes Care*, 2020, 1:14-31.
70. Alvarado-Martel D, Boronat M, Alberiche M del P, Algara MA, Wägner A. motivational interviewing and self-care in type 1 diabetes:arandomized controlled clinical trial study protocol. *Research Squarer Preprint*, 2020, 1–30.
71. TEMD. Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği İzlem Klavuzu-2019, 2019, 1-15.
72. Tekin Y, Erol Ö. Araştırma tip 2 diyabetli bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 3:166-174.
73. Körçeğiz Eİ. Tip 2 diyabetli hastalara eczacı tarafından diyabet polikliniğinde farmasötik bakım hizmetlerinin sunumu ve diyabe tedavisinde eczacının rolü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Eczacılık, Doktora Tezi, Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi, 2017.
74. Türk Diyabet Vakfı. Diyabet tanı ve tedavi rehberi 2017. Türkiye Diyabet Vakfı, 2017.
75. ADA. Standards of medical care in diabetes - 2020. *Diabetes Care*, 2020, 1:5-224
76. Karakurt P. Tip 2 diyabeti hastalara verilen eğitimin öz-bakım üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları, Doktora Tezi, Erzurum:Atatürk Üniversitesi 2008.

77. Aqtam I, Darawwad M. Health promotion model: an integrative literature review. *Open Journal Nursing*, 2018, 07:485–503.
78. Gürkan KP, Bahar Z. Structuring the home care of adolescents with type 1 diabetes according to the health promotion model. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Araştırma ve Eğitim Dergisi*, 2020, 17:121–125.
79. Vahedian-Shahroodi M, Amin-Shokravi F, Hidarnia A, Jabbari Nooghabid H. A survey on the effects of the pender's health promotion model on prediction of the employees' physical activity. *Health Education & Health Promotion*, 2013, 1:51–66.
80. Bijani M. Investigation of diabetes prevention behaviors among teachers of different level of education based on Pender model in selected educational centers in. *Revista Latinoamericana Hipertension*, 2019, 4:291-293.
81. Heydari A, Khorashadizadeh F. Pender's health promotion model in medical research. *Journal of Pakistan Medical Association*, 2014, 9:1067–1074.
82. Ho AYK, Berggren I, Dahlborg-Lyckhage E. Diabetes empowerment related to Pender's health promotion model: a meta-synthesis. *Nursing and Health Sciences*, 2010, 2:259–267.
83. Chahardah-Cherik S, Gheibizadeh M, Jahani S, Cheraghian B. The relationship between health literacy and health promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2018, 1:65–75.
84. Çalık A, Kapucu S. Diyabetli hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme:Pender'in sağlığı geliştirme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2017, 2:62–75.
85. El-Mallakh P, Chlebowy DO, Wall MP, Myers JA, Cloud RN. Promoting nurse

- interventionist fidelity to motivational interviewing in a diabetes self-care intervention. *Reserach in Nursing and Health*, 2012, 3:289–300.
86. Momtazi S. A Review on Effectiveness of motivational interviewing in the management of diabetes mellitus. *Journalof Psychology & Clinical Psychiatry*, 2016, 4:1-6.
  87. Baur K, Moore B, Cecilia Wendler M. Influencing commitment to BSN completion a pilot project using motivational interviewing. *Journal of Nursing Administration*, 2017, 3:172–178.
  88. Moral RR, de Torres LAP, Ortega LP, Larumbe MC, Villalobos AR, García JAF, et al. Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: a cluster randomized clinical trial in primary care. *Patient Education and Counseling*, 2015, 8:977–983.
  89. Keukenkamp R, Merckx MJ, Busch-Westbroek TE, Bus SA. An explorative study on the efficacy and feasibility of the use of motivational interviewing to improve footwear adherence in persons with diabetes at high risk for foot ulceration. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 2018, 2:90–99.
  90. Ekong G, Kavookjian J. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 2016, 6:944–52.
  91. Howard LM, Williams BA. A focused ethnography of baccalaureate nursing students who are using motivational interviewing. *Journal of Nursing Scholarship*, 2016, 5:472–481.
  92. Channon S, Smith VJ, Gregory JW. A pilot study of motivational interviewing in adolescents with diabetes. *Arch Dis Child*, 2003, 88:680–683.

93. Mulimba AAC, Byron-Daniel J. Motivational interviewing-based interventions and diabetes mellitus. *British Journal of Nursing*, 2014, 1:8-13.
94. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 2005, 55:305–12.
95. Searight R. Realistic approaches to counseling in the office setting. *American Family Physician*, 2009, 4:276-283.
96. Fu SS, Roth C, Battaglia CT, Nelson DB, Farmer MM, Do T, et al. Training primary care clinicians in motivational interviewing: a comparison of two models. *Patient Education and Counseling*, 2015, 1:61–68.
97. Phillips AS, Guarnaccia CA. Self-determination theory and motivational interviewing interventions for type 2 diabetes prevention and treatment: a systematic review. *Journal of Health Psychology*, 2017, 1:1-23. p. 44–66.
98. Özdemir H, Taşçı S. Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 1:41–47.
99. Kızılırmak M, Demir S. Motivasyonel görüşme ve hemşirelikte kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 4:103-109.
100. Duran LS. Motivating Health: Strategies for the Nurse Practitioner. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2003, 5:200-205.
101. Steinberg MP, Miller WR. Motivational interviewing in diabetes care. [www.guilford.com/p/steinberg](http://www.guilford.com/p/steinberg). 10 Mart 2020.
102. Özpulat F. Motivasyonel görüşmenin hipertansif bireylerin özyeterlilik algısına ve ilaç tedavisine uyumuna etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara:Hacettepe Üniversitesi, 2015.
103. Kurnia AD, Amatayakul A, Karunchareerpanit S. Predictors of diabetes self-

- management among type 2 diabetics in Indonesia: application theory of the health promotion model. *International Journal of Nursing Sciences*, 2017, 3:260–265.
- 104.** Kurnia AD, Amatayakul A KS. Factors related to diabetes self- management among adults with type 2 diabetes mellitus in Malang city, East Java, Indonesia. [www.researchgate.net/publications](http://www.researchgate.net/publications). 2 Nisan 2020.
- 105.** Gallé F, Di Onofrio V, Miele A, Belfiore P, Liguori G. Effects of a community-based exercise and motivational intervention on physical fitness of subjects with type 2 diabetes. *European Journal of Public Health*, 2018, 2:1-5
- 106.** Milo RB. Patient knowledge, perceived self-efficacy, and self management among patients with type II diabetes mellitus. *PreQuest Dissertations and Theses*, 2017, 5:145.
- 107.** Minet LKR, Lønvig EM, Henriksen JE, Wagner L. The experience of living with diabetes following a self-management program based on motivational interviewing. *Qualitative Health Research*, 2011, 8:1115–1126.
- 108.** Dashti A, Yousefi H, Maghsoudi J, Etemadifar M. The effects of motivational interviewing on health promoting behaviors of patients with multiple sclerosis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2016, 6:640-645.
- 109.** Ha M, Chen J, Zhang X, Yang H, Liu C. Relationships of social support, health-promoting lifestyles, glycemic control, and bone turnover among adults with type 2 diabetes. *Japan Journal of Nursing Sciences*, 2020, 1:1-9.
- 110.** Brobeck E, Bergh H, Odencrants S, Hildingh C. Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 2011, 23–24:3322–3330.

111. Cangöl E. Emzirmeyi desteklemede gebelik boyunca sürdürülen motivasyonel görüşmenin etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul:İstanbul Üniversitesi, 2016.
112. Kaya Meral D. Tip 2 diyabetli hastalarda motivasyonel görüşmenin özyönetim ve HbA1c üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Anabilim Dalı Hemşireliği, Doktora Tezi, İstanbul:İstanbul Üniversitesi, 2018.
113. Stoffers PJ, Hatler C. Increasing Nurse Confidence in Patient Teaching Using Motivational Interviewing. *J Nurses Prof Dev*, 2017 Jul 1;33(4):189–95.
114. Cook M. The effectiveness of motivational interviewing in the management of diabetes: evidence summary. *Public Health Intelligence*, 2016, 8:1-27.
115. Mao X, Mao Q. Effect of motivational interviewing and phased intervention on the self-nursing ability and QOL of patients with a diabetic foot. *Int J Clin Exp Med*, 2020, 1:96–103.
116. Dellasega C, Gabbay R, Durdock K, Martinez-King N. Motivational interviewing (MI) to change type 2dm self care behaviors: a nursing intervention. *J Diabetes Nurs*, 2010, 3:112–118.
117. Van Der Bijl JJ, Van Poelgeest-Eeltink A, Shortridge-Baggett L. The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 2:352–359.
118. Kara M, Bijl JJ va. der, M.Shortridge-Baggett L, Aşti T, Ergüney S. Cross-cultureal adaptation of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus:scale development. *International Journal of Nursing Studies*, 2006, 43:611–621.

119. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The\_health\_promoting\_lifestyle profile:development and psychometric characteristics. *Nursing Reserch*, 1987, 2:76–81.
120. Sumen A, Oncel S. Factors that affect healthy lifestyle behaviors of high school students in Turkey: a systematic review. *Europan Journal Therapeutics*, 2017, 2:74–82.
121. Esin N. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçe’ ye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, 1999, 45:87–95.
122. Dehghan-Nayeri N, Ghaffari F, Sadeghi T, Mozaffari N. Effects of motivational interviewing on adherence to treatment regimens among patients with type 1 diabetes: a systematic review. *Diabetes Spectrum*, 2018, 2:1-7.
123. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care. *Diabetes Care*, 2000, 7:943–950.
124. Li M, Li T, Shi BY, Gao CX. Impact of motivational interviewing on the quality of life and its related factors in type 2 diabetes mellitus patients with poor long-term glycemic control. *International Journal of Nursing Sciences*, 2014, 3:250–254.
125. Calhoun D, Calhoun D, Brod R, Kirlin K, Howard B V, Schuldberg D, et al. Effectiveness of motivational interviewing for improving self-care among northern plains indians with type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*, 2010, 2:107-114.
126. Li Z, Chen Q, Yan J, Liang W, Wong WC. Impact of motivational interviewing on self-management in patients with type 2 diabetes: protocol for a pilot randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 2020, 57:1–9.
127. Ji M, Ren D, Dunbar-Jacob J, Gary-Webb TL, Erlen JA. Self-management behaviors, glycemic control, and metabolic syndrome in type 2 diabetes. *Nursing Research*, 2020, 2:9–17.

128. Cepeda Marte JL, Ruiz-Matuk C, Mota M, Pérez S, Recio N, Hernández D, et al. Quality of life and metabolic control in type 2 diabetes mellitus diagnosed individuals. *Diabetes and Metabolic Syndrome Clinical Research Reviews*, 2019, 5:2827–2832.
129. Şekerci YG, Kitiş Y. Effects of the stages of change model-based education and motivational interview on exercise behavior in diabetic women. *Translational Behavioral Medicine*, 2019, 2:256–265.
130. Taşkın Yılmaz F, Karakoç Kumsar A, Çelik S. The Association between healthy lifestyle behaviors and level of knowledge about cardiovascular disease risk factors in people with type 2 diabetes. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2018, 2:63-70.
131. Taşkın Yılmaz F, Şahin AD, TÜresin AK. Tip 2 diyabetli bireylerde hastalığı kabul düzeyinin glisemik kontrol ile ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 2019, 4:1284–1291.
132. Li Z, Chen Q, Yan J, Liang W, Wong WCW. Effectiveness of motivational interviewing on improving care for patients with type 2 diabetes in china: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 2020, 1:1-9.
133. Pourisharifa H, Babapoura J, Zamanib R, Besharatb MA, Mehryarb AH, Rajabb A. The effectiveness of motivational interviewing in improving health outcomes in adults with type 2 diabetes. In: *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2010, 5:1580–1584.
134. Welch G, Zagarins SE, Feinberg RG, Garb JL. Motivational interviewing delivered by diabetes educators: Does it improve blood glucose control among poorly controlled type 2 diabetes patients? *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2011, 1:54–60.

- 135.** Pladevall M, Divine G, Wells KE, Resnicow K, Williams LK. A randomized controlled trial to provide adherence information and motivational interviewing to improve diabetes and lipid control Manel. *Diabetes Education*, 2015, 41:1-16.
- 136.** Emine Kır Biçer. Diyabetli hastalarda ayak bakım uygulamaları ve öz etkililiğın değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Fakóltesi, İç Hastalıklar Hemşireliğ Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul:İstanbul Üniversitesi, 2011.



## EKLER

### EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
<b>Adı Soyadı:</b>	Elanur ULUDAĞ
<b>Doğum tarihi:</b>	10.01.1983
<b>Doğum Yeri:</b>	Erzurum
<b>Medeni Hali:</b>	Bekar
<b>Uyruğu:</b>	Türkiye Cumhuriyeti
<b>Adres:</b>	Palandöken-Erzurum
<b>Tel:</b>	05053984705
<b>Faks:</b>	
<b>E-mail:</b>	runale2006@hotmail.com
Eğitim	
<b>Lise:</b>	Nenehatun Kız Lisesi-Erzurum
<b>Lisans:</b>	Atatürk Üniversitesi
<b>Yüksek lisans:</b>	Atatürk Üniversitesi
<b>Doktora:</b>	Atatürk Üniversitesi
Yabancı Dil Bilgisi	
<b>İngilizce:</b>	73.750
<b>Almanca:</b>	
<b>Rusça:</b>	
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	
Hemşirelik Esasları	

## EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU



**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
Graduate School of Health Sciences

### ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Hemşirelik Esasları ana bilim dalında Doktora Tezi olarak Prof.Dr.Mağfiret KAŞIKÇI danışmanlığında sunulan “Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Yapılandırılmış Motivasyonel Görüşmenin Tip 2 Diabetes Mellitus’de Diyabet Öz-Yönetim Davranışları Üzerine Etkisi ” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre yazıldığını, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	14	15
Genel Bilgiler	5	30
Materyal ve Metod	16	35
Bulgular	7	10
Tartışma	7	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 17 /11/ 2020

  
**Elanur ULUDAĞ**  
İmza

  
**Prof.Dr. Mağfiret KAŞIKÇI**  
İmza

\* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve ..... sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve ..... sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

## EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı: 2019-1/12

Tarih: 29.01.2019

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Mağfired KAŞIKÇI, Elanur ULUDAĞ isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “**Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Yapılandırılmış Motivasyonel Görüşmenin Tip 2 DM’de Diyabet Öz-Yönetim Davranışları Üzerine Etkisi**” başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**

Prof. Dr. Mağfired KAŞIKÇI  
Başkan  
Katılmadı

Prof. Dr. Duygu ARIKAN  
Üye

Prof. Dr. Neziha KARABULUT  
Üye

Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR  
Üye

Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ  
Üye

## EK-4. KURUM İZİNİ



T.C.  
GÜMÜŞHANE VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü  
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı

GÜMÜŞHANE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - GÜMÜŞHANE  
KHH DİSİPLİN VE İLETİŞİM BİRİMİ  
15/02/2019 09:14 - 49229421 - 044 - E.36



Sayı : 49229421-044  
Konu : Çalışma İzni

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
( Sağlık Bilimleri Fakültesi )

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Görevlisi Elanur ULUDAĞ'ın "Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Yapılandırılmış Motivasyonel Görüşmenin Tip 2 DM'de Diyabet Öz-Yönetim Davranışları Üzerine Etkisi" konulu anket çalışması incelenmiş olup, uygulamasını müdürlüğümüze bağlı Gümüşhane Devlet Hastanesi bünyesinde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.  
Dr. Engin PEHLİVAN  
İl Sağlık Müdürü

Güvenli Elektronik İmza  
Aslı ile aynıdır 15.02.2019  
OKTAY ÖZTÜRK

Karaer Mah.Menekşe Sok. No:9 Merkez /GÜMÜŞHANE

Telefon: Faks No: 04562132486

e-Posta: Aynur.yalcin@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Karaer Mah.Menekşe Sok. No:9  
Merkez /GÜMÜŞHANE

Bilgi için: Aynur YALÇIN

EBE

Telefon No: 04562132487

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1e3f14a2-480a-43bd-8256-c4f44ffad019 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-5. HASTA TANITICI BİLGİ FORMU

Aşağıdaki kişisel bilgi formunda sosyo-demografik özellikleriniz ve hastalığınıza ait sorular yer almaktadır. Size en uygun cevabı soruların altındaki rakamlardan bir tanesini işaretleyerek cevaplayınız.

### Sosyo-demografik Özellikler

#### 1.Cinsiyetiniz

1. Kadın 2. Erkek

#### 2.Kilo:.....Boy:

#### 3. Kaç yaşındasınız.....( yaş olarak)

#### 4. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekar

#### 5. Öğrenim durumunuz nedir?

1. Okur-yazar 2.İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu 4.Lise mezunu 5. Yüksek öğretim mezunu

#### 6. Ne iş yapıyorsunuz?

1. İşçi 2. Memur 3. Serbest çalışıyor iseniz belirtiniz .....

4. Emekli 5. Ev hanımı 6. İşsiz- çalışmıyor 7. Diğer ise belirtiniz.....

#### 7. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere eşit 3. Gelir giderden fazla

#### 8.Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1.Yalnız yaşıyorum 2.Eşimle 3.Eşim ve çocuklarımla 4.Çocuklarımla 5.Eş, çocuk ve kayınvalide/kayınpeder

6. Diğer ise belirtiniz.....

#### Bireylerin Diyabet ve Diyabetin Kontrolüne İlişkin

#### 9. Kaç yıldır diyabet hastasıdır?.....

1. Bir yılın altında 2. 1-5 yıl 3. 6-10 yıl 4. 10 yıl üzeri

#### 10. Şu anki diyabet tedavinizin tipi aşağıdakilerden hangisidir?

1. Sadece diyet tedavisi

2. Ağızdan alınan şeker düşürücü hap (tatlandırıcı hariç) adı ve aldığı zaman dilimi.....

3. İnsülin (adları) ise adı ve uyguladığınız zaman dilimi.....

4. Ağızdan alınan şeker düşürücü hap + insülin ise adları ve uygulama zamanları.....

5. Diğer ise belirtiniz .....

#### 11.İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

#### 12. Kan şekeri ölçümü yapıyor / yaptırıyor musunuz?

1. Evet yapıyorum/yaptırıyorum 2. Hayır yapmıyorum/yaptırmıyorum

#### 13. Kan şekeri ölçümünü ne sıklıkta yapıyor veya yaptırıyor musunuz?

1. Her gün 2. Ara sıra 3. Düzensiz 4. Diğer ise belirtiniz .....

#### 14.Şu anki durumunuzu düşünerek aşağıdaki beslenme durumlarından hangisi size uyuyor?

1. Sadece 3 ana öğünümü alıyorum

2. Düzenli olarak 3 ana 3 ara öğünümü alıyorum

3. 3 ana öğünümü düzenli alıyorum ama 3 ara öğünümü düzensiz alıyorum

4. 2 ana öğün alıyorum, 3 ara öğünümü düzensiz alıyorum

#### 15. Şu anki diyetinize uyumunuz sizce nasıl?

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

#### 16. Egzersiz yapıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

#### 17. Diyabetinizin kontrolü için ne sıklıkla doktora başvuruyorsunuz?

1. Doktor kontrolüne gitmiyorum 2. Ayda bir kez 3. 2 ayda bir kez 4. 3 ayda bir kez 5. 6 ayda bir kez

6. yılda bir kez7. Diğer (ise belirtiniz.....)

#### 18. Şu anki diyabet tedavinize uyumunuz sizce nasıl?

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

#### 19. Diyabet dışında var olan kronik bir hastalığınız var mı?

1. Evet (.....) 2. Hayır

#### 20. Sigara kullanıyor musunuz?

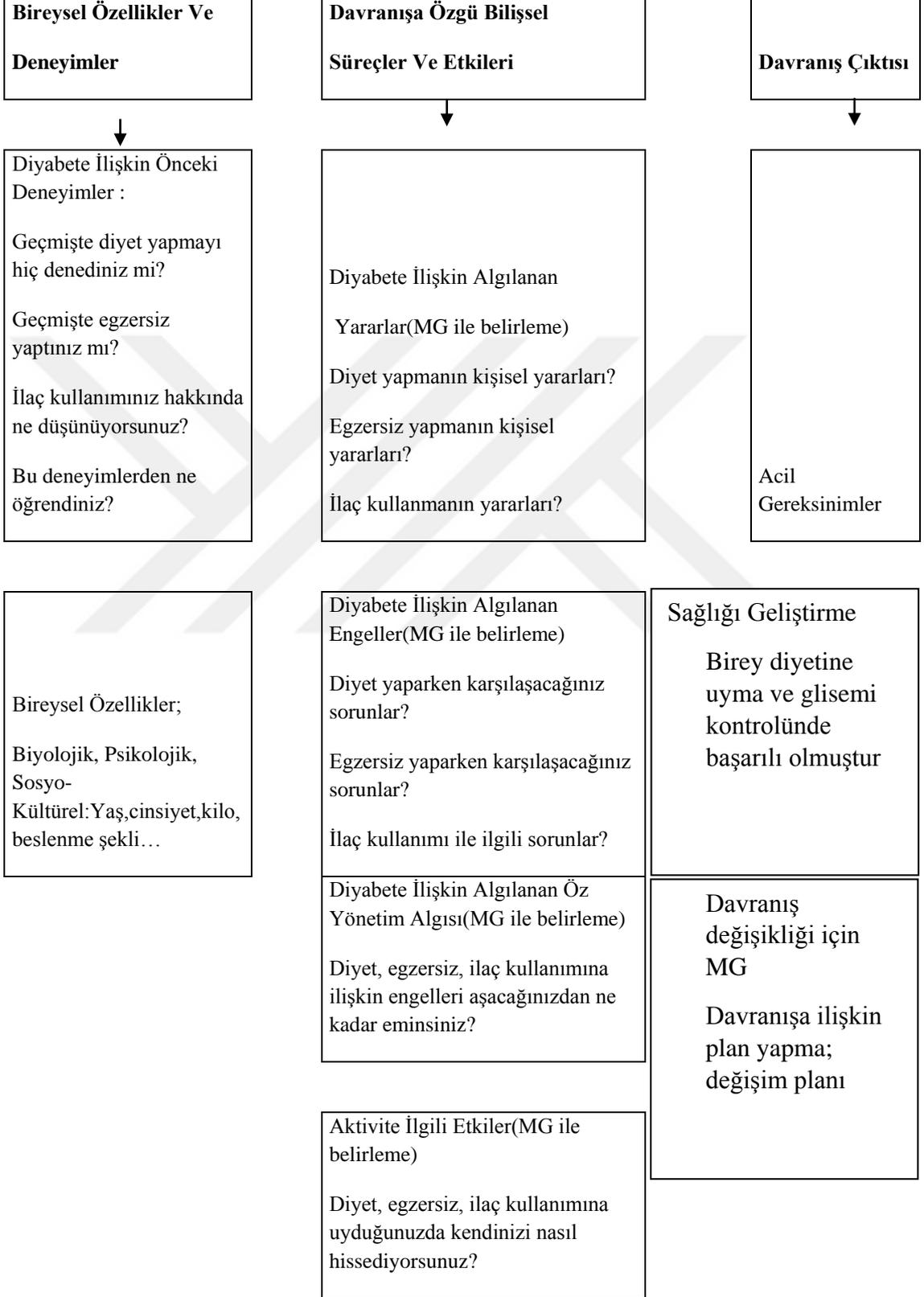
1. Evet 2. Hayır 3. Bıraktım

#### 21. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bıraktım

#### 22.Bireye Ait Laboratuvar Sonuçları

AKŞ		Kan Basıncı		Trigliserit	
TKŞ		LDL		Kolesterol	
HbA1C		HDL		BKİ	



Kişiler Arası Etkiler(MG ile belirleme)

Sizin davranıřlarınıza uymanız konusunda beklenti içerisinde olan birileri olduėunu dūřunuyor musunuz?

Bu konuda sizi kimler destekler?

Çevrenizde egzersiz veya diyet yapan birileri var mı?

Durumsal Etkiler

Ortamınız diyet, egzersiz yapmanızı veya ilaç kullanmanızı nasıl etkiler

## EK-6. DİYABET ÖZ YÖNETİMİNE İLİŞKİN ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

	Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Gerektiğinde kan şekerimi kontrol edebilirim					
2. Kan şekerim çok yüksek olduğunda düzeltebilirim					
3. Kan şekerim çok düşük olduğunda düzeltebilirim					
4. Doğru yiyecekleri seçebilirim					
5. Diyabet diyetine uyan farklı yiyecekleri seçebilirim					
6. Kilomu kontrol edebilirim					
7. Ayaklarımı yaralanma açısından kontrol edebilirim					
8. Yürüme ve bisiklete binme gibi fiziksel aktiviteler yapabiliyim					
9. Hasta olduğumda beslenmemi ayarlayabilirim					
10. Beslenme programıma çoğu zaman uyabilirim					
11. Doktor tavsiye ederse fazladan fiziksel aktivite yapabiliyim					
12. Fazla fiziksel aktivite yaptığımda beslenmemi ayarlayabilirim					
13. Evde olmadığımında beslenme programıma bağlı kalabilirim					
14. Evde olmadığımında beslenme programımı ayarlayabilirim					
15. Tatilde olduğumda beslenmeme uyabilirim					
16. Bir davete gittiğimde beslenme programıma bağlı kalabilirim					
17. Stresli durumlarda beslenme programımı ayarlayabilirim					
18. Diyabet kontrolü için yılda bir kez doktora gidebilirim					
Eğer diyabet için ilaç alıyorsanız aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Diyabet için ilaç almıyorsanız bu soruları yanıtlamayabilirsiniz					
19. Reçete edilen ilaçları alabilirim					
20. Hasta olduğumda ilaçlarımı ayarlayabilirim					

## EK-7. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1.Sabahları kahvaltı ederim.				
2.Sağlığımla ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.				
3.Kendimi beğenirim.				
4.Haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.				
5.Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.				
6.Her gün kendime rahatlamak için zaman ayırırım.				
7.Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
8.Hayata hevesle iyimserlikle bakarım				
9.Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde geliştiğini fark ederim.				
10.Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.				
11.Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.				
12.Kendime mutlu ve memnun hissederim.				
13.Haftada en az 3 kez 20 dakika yoğun egzersiz yaparım.				
14.Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.				
15.Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.				
16.Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.				
17.Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.				
18.Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19.Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
20.Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.				
21.Geleceğe ümitle bakarım.				
22.Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım				
23.Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				
24)Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.				

25)İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26)Çiğ sebze meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27)Her gün rahatlamak ve gevşemek için 15- 20 dakika zaman ayırırım.				
28)Sağlığımla ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.				
29)Kendi başarımla övünürüm.				
30)Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
31.Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
32)Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
33)Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım.				
34)Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum.				
35)Her gün 4 besin grubu (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.				
36)Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp gevşerim.				
37)Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38)Dinlenmek için, yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.				
39)Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.				
40)Yatarken mutlu, hoş, düşüncelere yoğunlaşırım.				
41)Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.				
42)Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.				
43)Vücudumu en az ayda bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44)Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım.				
45)Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.				
46)Sağlığımla ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.				
47)Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.				
48)Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım				

## EK-8. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME ÖNEM-GÜVEN DERECELENDİRME CETVELİ

- Sizin için diyabet öz yönetim davranışlarına uyumun önem derecesine kaç puan verirdiniz?

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Önemli Değil

Çok Önemli

- Diyabet öz yönetim davranışlarına uyumda kendinize güveninize kaç puan verirdiniz?

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Hazır Değilim

Çok Hazırım

## **EK-9. DEĞİŞİM AŞAMASI DEĞERLENDİRME FORMU-KARAR DENGESİ**

### **A.DEĞİŞİMİN AŞAMASINI DEĞERLENDİRME FORMU**

**Hastalığınızda dikkat etmeniz gereken noktaları göz önünde bulundurarak diyabet öz yönetim davranışlarına (düzenli egzersiz, diyetinize dikkat etme, düzenli kan şekeri izlemi, ilaçlarınızı zamanında ve uygun dozda alma gibi) dikkat ettiğinizi söyleyebilir misiniz?**

1-).....Hayır, Hastalığıma ve kullandığım ilaçlara uyum sağlayamadım ve gelecek 6 ay içinde ilaçlarımı düzenli olarak önerilen dozda kullanma niyetinde değilim. (Düşünce öncesi)

2-).....Hayır, ama gelecek 6 ay içinde düzenli ve önerilen dozda ilaçlarımı kullanmaya başlama niyetindeyim. (Farkındalık, niyet öncesi)

3-)..... Hayır, ama gelecek 30 gün içinde düzenli ve önerilen dozda ilaçlarımı kullanmaya başlama niyetindeyim. (Niyet)

4-).....Evet, ilaçlarımı düzenli ve önerilen dozda kullanıyorum ama 6 aydan daha kısa süredir uyguluyorum (Aktif katılım)

5-).....Evet, 6 aydan daha uzun süredir ilaçlarımı düzenli ve önerilen dozda kullanıyorum (Sürdürme)

## EK-10. KAN ŞEKERİ İZLEM ÇİZELGESİ

	KAN ŞEKERİ İZLEM ÇİZELGESİ					
	SABAH		ÖĞLE		AKŞAM	
	AÇ	TOK	AÇ	TOK	AÇ	TOK
PAZARTESİ						
SALI						
ÇARŞAMBA						
PERŞEMBE						
CUMA						
CUMARTESİ						
PAZAR						
PAZARTESİ						
SALI						
ÇARŞAMBA						
PERŞEMBE						
CUMA						
CUMARTESİ						
PAZAR						
PAZARTESİ						
SALI						
ÇARŞAMBA						
PERŞEMBE						
CUMA						
CUMARTESİ						
PAZAR						
PAZARTESİ						
SALI						
ÇARŞAMBA						
PERŞEMBE						
CUMA						
CUMARTESİ						
PAZAR						

## EK-11. YÜRÜYÜŞ İZLEM ÇİZELGESİ

YÜRÜYÜŞ ÇİZELGESİ											
	10dk	15dk	20dk	25dk	30dk	35dk	40dk	45dk	50dk	55dk	60dk
PAZARTESİ											
SALI											
ÇARŞAMBA											
PERŞEMBE											
CUMA											
CUMARTESİ											
PAZAR											
PAZARTESİ											
SALI											
ÇARŞAMBA											
PERŞEMBE											
CUMA											
CUMARTESİ											
PAZAR											
PAZARTESİ											
SALI											
ÇARŞAMBA											
PERŞEMBE											
CUMA											
CUMARTESİ											
PAZAR											
PAZARTESİ											
SALI											
ÇARŞAMBA											
PERŞEMBE											
CUMA											
CUMARTESİ											
PAZAR											

## **EK-12. DENEY GRUBU BİLGİLENDİRİLMESİ GÖNÜLLÜ OLUR**

### **FORMU**

#### **BİLGİLENDİRME**

Bu araştırmanın amacı, Tip 2 Diabetes Mellitus'u olan bireylerin Pender'e dayalı motivasyonel girişiminin diyabet özyönetim davranışları üzerine etkinliğini değerlendirmektir. Araştırmanın süresi üç aydır ve araştırmaya katılan gönüllü sayısı 60 kişidir. İlk görüşmede kendinize ve hastalığınıza ilişkin özellikler 'Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu' ile diyabet hastalığınıza ilgili kendi bakım aktivitelerinizi yerine getirme konusunda kendi gücünüzü algılama durumunuz 'Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği' ile değerlendirilecektir. Bu ölçek ilk görüşmede ve üç ay sonra tekrar doldurulacaktır. Tedavinizde önemli olan diyabet özyönetimini davranışlarını içeren SYBDÖ ilk görüşmede ve üç ay sonra doldurulacaktır. Yine ilk görüşmede ve üç ay sonra diyabetinize ilişkin metabolik değişkenler bakılacaktır. Motivasyonel görüşme tekniğinin sürecine göre oturumlarda önem-güven cetveli, karar dengesi, yürüyüş izlem çizelgesi, AKŞ izlem çizelgesi ve Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre tasarlanmış sorular sorulacaktır. Motivasyonel görüşme oturumları haftada bir gün gerçekleştirilecektir. Bu bireysel danışmanlık girişimi ile diyabet özyönetim davranışlarınızı sağlıklı yaşam biçimi haline getirmeniz ve metabolik değerlerinizde sağlıklı anlamda düşüş olması beklenmektedir.

Bu araştırmaya katılımınız isteğinize bağlıdır ve istediğiniz zaman, bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın ve hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin, araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Kimliğinizi ortaya koyacak kayıtlar gizli tutulacaktır ve kamuoyuna açıklanmayacaktır.

Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde bile kimliğiniz gizli kalacaktır.

.../.../2020

Öğr. Gör. Elanur ULUDAĞ

#### **GÖNÜLLÜ OLURU**

"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum".

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

.../.../2020

Gönüllünün Adı Soyadı

## **EK-13. KONTROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMESİ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

### **BİLGİLENDİRME**

Bu araştırmanın amacı, Tip 2 Diabetes Mellitus’u olan bireylerin Pender’e dayalı motivasyonel girişiminin diyabet özyönetim davranışları üzerine etkinliğini değerlendirmektir. Araştırmanın süresi üç aydır ve araştırmaya katılan gönüllü sayısı 60 kişidir. İlk görüşmede kendinize ve hastalığınıza ilişkin özellikler ‘Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu’ ile diyabet hastalığınız ile ilgili kendi bakım aktivitelerinizi yerine getirme konusunda kendi gücünüzü algılama durumunuz ‘Diyabet Öz-Etkililik Ölçeği’ ile değerlendirilecektir. Bu ölçek ilk görüşmede ve üç ay sonra tekrar doldurulacaktır. Tedavinizde önemli olan diyabet özyönetimini davranışlarını içeren SYBDÖ ilk görüşmede ve üç ay sonra doldurulacaktır. Yine ilk görüşmede ve üç ay sonra diyabetinize ilişkin metabolik değişkenler bakılacaktır.

Bu araştırmaya katılımınız isteğinize bağlıdır ve istediğiniz zaman, bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın ve hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin, araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Kimliğinizi ortaya koyacak kayıtlar gizli tutulacaktır ve kamuoyuna açıklanmayacaktır.

Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde bile kimliğiniz gizli kalacaktır.

..../...../2020

Öğr. Gör. Elanur ULUDAĞ

### **GÖNÜLLÜ OLURU**

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum”.

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

..../...../2020

Gönüllünün Adı Soyadı