

E-ISSN 2148-5348  
ISSN 1300-0853

# sted

'Bilimsel  
ve Dostça'

SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ | JOURNAL OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION  
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINI | THE PUBLICATION OF TURKISH MEDICAL ASSOCIATION

EYLÜL | SEPTEMBER  
EKİM | OCTOBER  
2016 | 2016  
CİLT 25 | VOLUME 25  
SAYI 5 | ISSUE 5

# 5





#### Kurucu Yayın Yönetmenleri / Founding Editors

Dr. Füsün Sayek Prof. Dr. Şükrü Hatun

#### Yayın Yönetmenleri / Editors

Doç. Dr. Orhan Odabaşı Doç. Dr. Özen Aşut

#### Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Assistant Editors

Doç. Dr. Aysun Balseven Odabaşı Dr. Aylin Sena Beliner

#### Bilimsel Danışma Kurulu / Advisory Board

##### Acil Tıp / Emergency Medicine

Doç. Dr. Bülent Erbil

##### Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer  
Prof. Dr. Hamit Hancı

##### Aile Hekimliği / Family Medicine

Dr. Mehmet Özen

##### Beslenme ve Diyetetik / Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

##### Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

##### Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalıkoğlu

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Adnan Yüce

##### Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatric Psychiatry

Prof. Dr. Bahar Gökler

Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

##### Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

##### Tıp Tarihi ve Etik / Medical History and Ethics

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

##### Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Physical Medicine and Rehabilitation

Doç. Dr. Deniz Erdoğan

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

##### Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

##### Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Hakan Şen

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

##### Halk Sağlığı / Public Health Medicine

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

##### İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

##### Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics

Doç. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

##### Kulak Burun Boğaz Hastalıkları / Otorhinolaryngology

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

##### Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

##### Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

##### Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

##### Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

##### Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Dr. Arif Onan

##### Tıp Eğitimi / Medical Education

Doç. Dr. Melih Elçin

##### Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

#### Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Prof. Dr. M. Raşit Tükel

#### Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Yeter Canbulat

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is published bimonthly by the Turkish Medical Association for the continuing education of the physicians working at the primary health care services.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini ve Türkiye Atıf Dizini içinde yer almaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is indexed by TUBITAK Turkish Medical Database and Citation Index of Turkey.

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.

Tel: 0 312 397 16 17 / Adres: Macun Mah. Anadolu Bulvarı Mesa Plaza No: 5/15 Gimat-Yenimahalle / Ankara

Vergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234-Ticaret Sicil No: 131/133 - Baskı Tarihi: Aralık 2016



## Merhaba,

Dr. Ezgi Karadaş ve arkadaşları "**Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Yeti Yitimi İle Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki**" isimli çalışmalarında KOAH'lı hastaların yeti yitimi ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlamışlar. Yazarlar, KOAH'lı hastalarda depresyon düzeyi ile yeti yitimi arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğunu, depresyon düzeyi arttıkça yeti yitiminin de arttığını saptamışlar. Bu nedenle KOAH'lı hastalara bakım veren hemşirelerin hastaların psikolojik sorunlarını göz ardı etmemeleri ve hastaların rutin olarak ruhsal durumunu da değerlendirmeleri önerilmektedir.

Dr. Ayfer Karadakovan ve arkadaşlarının "**Ödemiş Bölgesindeki İntihar Girişimlerinin İncelenmesi**" isimli çalışmalarında intihar girişimlerinin incelenmesi ve ilişkili faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. İntihar girişiminde bulunan bireylerin yarısından fazlasının 25 yaş ve üzerinde, ağırlıklı olarak kadın olduğu ve bir bölümünde aile bireylerinde intihar öyküsü



Fotoğraf: "**Uçan Balık**" Dr. Can Mustafa EREN  
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2011 Sergi Ödülü

saptanmıştır. Bireylerin intihar girişimine neden olarak gösterdikleri faktörlerin başında ailevi sorunlar bildirilmiştir. Bu araştırmadan elde edilen veriler intiharları önleme amacıyla yapılacak sosyal çalışmalar için veri olarak kullanılmak amacıyla ilgili birimlere yazarlar tarafından iletilmiştir.

Dr. Ayla Çapık ve arkadaşlarının "**Nişanlı Çiftlerin Birbirleriyle Olan İlişkilerinin Değerlendirilmesi**" isimli çalışmalarında evlilik öncesi çiftlerin ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Nişanlı çiftlerin, %56,7'si tanışarak, %43,3'ü görücü usulüyle nişanlanmış olduğu çalışmaya alınan nişanlı çiftlerin evlilik öncesi ilişkilerinin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Dr. Yurdanur Dikmen'in "**Hemşirelerde Profesyonel Değerler ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi**" isimli çalışmasında hemşirelerin profesyonel değerlerini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır. Yazar, hemşirelerin profesyonel değerlere iyi düzeyde önem verdiklerini saptamıştır. Yazar, mesleki profesyonel değerlerinin daha iyi düzeyde geliştirilebilmesi için kursların ve hizmet içi eğitim programları uygulanmasını, hemşirelerin bilimsel toplantılar için cesaretlendirilmesi ve özendirilmesini önermektedir.

Dr. Alev Yıldırım ve Dr. Banu Çevik "**Diyabetik Ayak Vaka Örneğinde Hemşirelik Gereksinimlerinin Örem Özbakım Kuramına Göre Değerlendirilmesi**" isimli çalışmalarında Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi'nin kavramları diyabetik ayak vaka örneği ile ilişkilendirilerek açıklanmıştır.

Dr. Rasim Levent Kılıçaslan "**Tıpta Uzmanlık Eğitimi Dışı Doktora Programlarından Fizyopatoloji ve Ülkemiz Tıp Tarihine Etkisi**" isimli çalışmasında birinci basamak sağlık hizmetlerindeki hekimlerin ve intörnlerin uzmanlığa giriş ve akademik kariyer geleceklerini belirleyen Tıpta Uzmanlık Sınavı'nın yanı sıra klinik öncesi tıp bilimlerinde doktora derecesi ile de akademik yükselmenin gerçekleşebileceği bağlamında fizyopatoloji doktora eğitimine; ülke tıbbına katkıları ile tarihçesine değinmiştir.

**Bilimsel ve dostça.**



### Araştırma / Research

- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Olan Hastalarda Yeti Yitimi İle Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki 175  
*The Relationship between the Status of Disability and the Level of Depression among the Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*  
Dr. Ezgi Karadağ, Dr. Bahar Vardar İnkaya, Ersin Kunduracı
- Ödemiş Bölgesindeki İntihar Girişimlerinin İncelenmesi 181  
*An Examination of Suicide Attempts in Ödemiş District*  
Dr. Ayfer Karadakovan, Dr. Sibel Ergün, Dr. Satı Bozkurt, Aysun Çelebioğlu, Dr. Zeynep Daşkan, Dr. Zuhal Emlek Sert, Dr. Tülay Sağkal Midilli
- Nişanlı Çiftlerin Birbirleriyle Olan İlişkilerinin Değerlendirilmesi 188  
*Assessment of Premarital Couple Relationships*  
Dr. Ayla Çapık, Dr. Hava Özkan, Dr. Serap Ejder Apay
- Hemşirelerde Profesyonel Değerler ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi 197  
*An Investigation of the Professional Values and Related Factors among Nurses*  
Dr. Yurdanur Dikmen

### Derleme / Review Article

- Diyabetik Ayak Vaka Örneğinde Hemşirelik Gereksinimlerinin Orem Özbakım Kuramına Göre Değerlendirilmesi 205  
*Orem's Self-Care Deficit Theory-based Assessment on the Nursing Interventions for a Diabetic Foot Case*  
Dr. Alev Yıldırım, Dr. Banu Çevik
- Tıpta Uzmanlık Eğitimi Dışı Doktora Programlarından Fizyopatoloji ve Ülkemiz Tıp Tarihine Etkisi 213  
*Post-graduate Programs in Pathophysiology other than Medical Specialty Education and their Impact on Turkish History of Medicine*  
Dr. Rasim Levent Kılıçaslan

### Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



Derya Özpolat "Yılkılar"  
STED Fotoğraf Yarışması 2015 Jüri Özel Ödül

### Derya Özpolat

1984 Kayseri doğumlu iki çocuk annesiyim. Erciyes Üniversitesi mezun olup halen Erciyes Üniversitesi Plastik Cerrahi Servisinde Hemşire olarak görev yapmaktayım. 10 yıllık çalışma yaşamım boyunca Sağlık Kurumları İşletmeciliği bölümünü de bitirip Kayseri'de fotoğraf dernekleri ve klüplerin fotoğraf etkinliklerinde çalışmalar yapmaktayım. Doğa ve insan fotoğrafları çekmek daha çok ilgimi çekmektedir. Çeşitli yarışmalarda sergileme ve özel ödülleri aldım.

# Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Hastalarda Yeti Yitimi İle Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki

The Relationship between the Status of Disability and the Level of Depression among the Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

Araştırma



Research

Dr. Ezgi Karadağ<sup>1</sup>, Dr. Bahar Vardar İnkaya<sup>2</sup>, Ersin Kunduracı<sup>3</sup>

Geliş/Received : 02.11.2015  
Kabul/Accepted: 09.05.2016

## Öz

**Amaç:** Bu çalışma KOAH'lı hastaların yeti yitimi ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Araştırmanın örneklemini 100 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri; Sosyo-demografik ve hastalık verilerine ilişkin soru formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYA) kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde t-testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Mann Whitney-U testi, Pearson korelasyon analizi ve Cronbach alfa iç tutarlılık testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hastaların BDÖ'ne göre aldığı puanlar incelendiğinde; hastaların %19'u minimal, %40'ı hafif, %33'ü orta, %8'inin şiddetli derecede depresyonda olduğu saptanmıştır. KYA puanlarının dağılımı incelendiğinde; hastaların %10.0'inde yeti yitimi yokken, %5.0'ında hafif, %23.0'inde orta, %62.0'ında ağır derecede yeti yitimi geliştiği belirlenmiştir. Erkek hastalarda yeti yitimi düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. KOAH'nın ruh sağlığını etkilemediğini ifade eden hastaların yeti yitimi ve depresyon puanları, ruh sağlığını etkilediğini ifade eden hastalara göre daha yüksek çıkmıştır.

**Sonuç:** KOAH'lı hastalarda depresyon düzeyi ile yeti yitimi arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu, depresyon düzeyi arttıkça yeti yitiminin arttığı saptanmıştır. Bu nedenle KOAH'lı hastalara bakım veren hemşirelerin hastaların psikolojik sorunlarını göz ardı etmemeleri ve hastaların rutin olarak ruhsal durumunu da değerlendirmeleri gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Depresyon, Yeti yitimi, Hemşirelik

## Abstract

**Aim:** The study was performed to explore the relationship between the status of disability and the level of depression among the patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

**Method:** The sample of the study consisted of 100 patients. The data were collected using a questionnaire on socio-demographic factors and disease symptoms, Beck Depression Inventory (BDI) and Brief Disability Questionnaire (BDQ). Kruskal Wallis Analysis of Variance, t-test, Mann Whitney-U test, Pearson's Correlation and Cronbach's alpha internal consistency test were used to analyse data.

**Findings:** When the BDI scores of the patients were examined, it was seen that 19% of the patients experienced minimal level of depression; 40% had mild, 33% had moderate and 8% had severe depression. The distribution of the BDQ scale scores showed that 10.0% of the patients had no disability whereas the severity of the disability among the patients was mild, moderate and severe in 5.0%, 23.0% and 62.0%, respectively. Higher levels of disability were found in male patients. The disability and depression scores of the patients who stated that COPD didn't affect their mental health were higher compared to those of others expressing that COPD had an effect on their mental health.

**Conclusion:** It was found that there was an extremely significant positive correlation between the level of depression and disability in the patients with COPD and as the level of depression increased so did the disability. Therefore, the nurses providing healthcare for patients with COPD should not ignore their psychological problems and should assess the patients' mental states routinely.

**Key words:** Chronic obstructive pulmonary disease, Depression, Disability, Nursing

1 Yrd. Doç.; Dokuz Eylül Ü. Hemşirelik Fak., İzmir

2 Yrd. Doç.; Yıldırım Beyazıt Ü. Sağlık Bilimleri Fak. İzmir

3 IV. Sınıf Öğrencisi; Tunceli Ü. Sağlık Yüksekokulu, Tunceli

## Giriş

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), balgam üretimi, öksürme, dispne ile görülen solunum belirtilerinin eşlik ettiği, zamanla ilerleyici akciğer fonksiyon bozukluklarına yol açan kronik bir hastalıktır. Bu hastalık dünya çapında önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Son verilere göre KOAH nedeni ile mortalite oranı artmakta ve 2020 yılına kadar dünyada ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer alacağı tahmin edilmektedir (1).

KOAH'lı hastalarda fiziksel, sosyal, ekonomik sorunlarla birlikte anksiyete, depresyon gibi duygusal sorunlar da sık görülmektedir (2). Kronik solunum sistemi hastalıklarında kaygı ve depresyon en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır (3). Kronik hastalığın yarattığı fiziksel belirtiler ve sosyal izolasyon depresif duygulanıma yol açarken, depresyonda hastalıkla mücadele etme gücünü azaltır ve hastalığa toleransı zorlaştırır, böylece hastalar bir kısır döngüye girerler (4).

Bu hastalarda görülen depresyon artmış mortalite riski, kilo kaybı, hastalığın alevlenme dönemleri ve hastanede uzun süreli yatış, azalmış mobilite, psikolojik, fizyolojik ve sosyal kayıplar ile ilişkilidir (5). KOAH tanısı olan hastalarda depresyon prevalansı, kesme puanları, kullanılan tanı araçlarının değişkenliği, örneklem farklılıkları gibi nedenlerle % 10 ile % 42 arasında değişmektedir (6). KOAH'lı hastalarla yapılan bir çalışmada hastalarda % 29.6 oranında depresyon görüldüğü bildirilmektedir (4). Korkmaz ve Tel (2010) çalışmalarında hastaların % 85.7'unda depresyon belirtileri olduğu saptanmıştır. Aynı grup hastalarla yapılan başka bir çalışmada yüksek oranda (% 68) depresyon saptanmıştır (7). Kronik hastalıklarda görülen depresyon vb. ruhsal sorunlar hastaların yeti yitimi yaşamalarına da neden olmaktadır (7,8). Yeti yitimi, bir etkinliğin, kişi için normal kabul edilen sınırlarda ya da biçimde yapılabilme yetisinde, bir kısıtlanma ya da kayıp olarak tanımlanmaktadır. Bu durum geçici ya da kalıcı olabilir (9). Afşar, Yalçınsoy, Yakar, Bilgin, Akkaya'nın (2012) KOAH tanılı hastalarla yaptığı çalışmada hastaların % 32.0'inde orta, % 28.0'inde ağır derecede yeti yitimi geliştiğini belirlenmiştir.

KOAH hastalarında sık görülen ruhsal sorunlar ve bununla ilişkili yeti yitimi hastaların günlük yaşam

aktivitelerini kısıtlayarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi ve tedaviye uyumu güçleştirmesi nedeniyle önemlidir. Türkiye'de KOAH tanılı hastalarda depresyon düzeyi ile yeti yitimi arasındaki ilişkiyi yansıtan araştırma verileri sınırlı oranda bulunmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada, KOAH'lı hastalarda yeti yitimi ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte yürütülen araştırmanın evrenini Haziran 2014-Eylül 2014 tarihleri arasında KOAH tanısı ile Tunceli Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları servisinde yatan 124 hasta oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeden çalışma ölçütlerini (*18 yaş üzeri, iletişim engeli olmayan, herhangi bir ruhsal hastalık tanısı olmayan*) karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 100 hasta örnekleme alınmıştır. Sekiz hasta araştırma ölçütlerini karşılamadığı, 16 hasta da çalışmaya katılmak istemediği için çalışma dışında tutulmuştur. Çalışmaya katılan hastalara bilgilendirilmiş onam formu doldurularak imzalatılmıştır.

## Verilerin toplanması

Araştırmanın verileri; Sosyo-demografik ve hastalık verilerine ilişkin soru formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYA) kullanılarak toplandı. Hastalardan veriler uygun ve sessiz bir ortamda yüz yüze görüşme tekniğiyle toplandı.

## Veri Toplama Araçları

### Sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine ilişkin soru formu

Bu form, araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlandı. Sosyo-Demografik veriler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve sosyal güvence durumu vb. içeren sorular ile; sağlık durumuna ilişkin veriler ise; kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanma durumu, günlük yaşam aktiviteleri yapma durumu, ruh sağlığının etkilenme durumu vb. ilişkin sorular ile toplandı.

### Beck depresyon ölçeği (BDÖ)

1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtilerin belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Hisli tarafından

yapılmıştır. Ölçek likert tipi toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyi ya da şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir (10). Beck depresyon ölçeği şiddet olarak; 0-9= Minimal, 10-16= Hafif, 17-29= Orta, 30-63= şiddetli şeklinde yorumlanmaktadır. İç tutarlılık katsayısı (cronbach alpha) .80 olarak bildirilmektedir. Bu çalışmada ise iç tutarlılık katsayısı 74 olarak bulunmuştur.

### Kısa yeti yitimi anketi (KYA)

Kişilerin hem bedensel, hem de sosyal yeti yitimlerini birlikte soruşturan ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş dokuz sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçeğin toplam puan aralığı 0 ile 22 arasında değişmektedir. Ölçekten 0-4 puan alanlar "yeti yitimi yok" 5-7 puan alanlar "hafif derecede yeti yitimi", 8-12 puan alanlar "orta derecede yeti yitimi" ve 13 ve üzeri puan alanlar "ağır derecede yeti yitimi" olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kaplan tarafından (r: 0,91) yapılmıştır (11). Bu çalışmada ise iç tutarlılık katsayısı .79 olarak bulunmuştur. KYA'dan 5 puan ve daha yukarı alanlar "fiziksel sosyal yeti yitimi var" olarak kabul edilmektedir.

### Etik boyut

Çalışmanın yürütülebilmesi için Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı. Veri toplamaya başlamadan önce, bütün katılımcılardan Helsinki bildirgesi doğrultusunda aydınlatılmış onam alındı.

### Verilerin analizi

Veriler SPSS 16.0 paket programında değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirmede, yüzdeler hesaplama, t-testi, Kruskal Wallis

**Tablo 1.** Hastaların yeti yitimi derecelerinin dağılımı

Yeti Yitimi	n	%
Yok	10	10.0
Hafif	5	5.0
Orta	23	23.0
Ağır	62	62.0

**Tablo 2.** Hastaların depresyon derecelerinin dağılımı

Depresyon derecesi	n	%
Minimal	19	19.0
Hafif	40	40.0
Orta	33	33.0
Şiddetli	8	8.0

Varyans Analizi, Mann Whitney-U testi, pearson korelasyon analizi ve cronbach alfa iç tutarlılık testi kullanıldı. Veriler ordinal dağılım göstermektedir.

### Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların %47'si erkek, %53'ü kadındır. Tüm örneklemin yaş aralığı 50 ve üstündedir. Hastaların %48'inin okuma ve yazması yoktur. %87'si sosyal güvencesi olduğunu söylemiştir. Olguların %73'ü sigara içmediğini belirtmiştir. %59'unun aile tipi geniş ailedir. Hastaların %79'unun KOAH dışında bir kronik hastalığı vardır. Hastaların %81'i KOAH'ın ruh sağlığını etkilediğini ifade etmiş, %51'i ise GYA'nin etkilenmediğini belirtmiştir. Hastaların %47'si 1-5 yıl arası tanı almışken, %15'i 21 yıl ve üstü arası tanı almıştır. Hastaların %25'i nebül, %23'ü oksijen tüpü, %4'ü oksijen konsantretörü, %4'ü mekanik ventilatör kullanmaktadır. Bakımınızla ilgilenen birisi var mı sorusuna hastaların %60'ı evet, %27'si hayır, %13'ü ise "bakıma ihtiyacım var ama bakacak kimse yok" yanıtını vermiştir.

Hastaların yeti yitimi derecelerine göre yüzdeleri Tablo 1'de verilmiştir.

Hastaların depresyon derecelerinin yüzdeleri Tablo 2'de verilmiştir.

KOAH'lı hastalarda depresyon ve yeti yitiminin incelendiği bu çalışmada hastaların %62'sinin yeti yitiminin ağır derecede olduğu, %8'inin ise depresyonun şiddetli düzeyde olduğu saptanmıştır.

KOAH hastalarının BDÖ puan ortalaması  $16.48 \pm 9.22$  (min:1 - max: 60), KYA puan ortalaması  $13.47 \pm 5.77$  (min: 0-max: 22) olarak saptanmıştır.

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile depresyon ve yeti yitimi puanları arasında istatistiksel incelemeye göre yeti yitimi puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Erkek hastalarda yeti yitimi düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

### Tartışma

Bizim çalışmamızda hastaların %62'sinde yeti yitimi düzeyi ağır, depresyon düzeyi ise %40 ile hafif düzeyde bulunmuştur (Tablo 1 ve 2). Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH'lı



**Tablo 3.** Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre yeti yitimi ve depresyon puanları

Tanıtıcı Özellikler	Yeti Yitimi Puanı X±SS	Depresyon Puanı X±SS
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	12.17±5.71	14.82±8.42
Erkek	14.58±5.65	17.94±9.71
	t: -2.091 p:0.039	t:-1.701 p:0.092
<b>Yaş Grubu</b>		
50-60 yaş	14.59±2.77	16.72±6.00
61-70 yaş	14.14±5.53	20.27±13.67
71-80 yaş	12.81±6.22	15.08±7.38
81-90 yaş	12.72±7.43	14.59±8.36
	KW:1.054 p:0.788	KW:3.177 p:0.365
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	13.09±5.94	15.56±8.21
Bekar/Dul	15.78±4.07	22.07±12.90
	U:447.500 p:0.153	U: 398.000 p:0.042
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Okur-yazar değil	12.65±6.46	15.08±7.81
Okur yazar	13.94±4.37	16.61±9.24
İlkokul	14.52±5.93	18.80±11.50
Ortaokul+Lise	14.00±3.53	17.22±9.23
	KW:2.086 p:0.555	KW: 2.134 p:0.545
<b>Sosyal güvence durumu</b>		
Var	13.12±5.89	16.19±9.40
Yok	15.76±4.49	18.38±7.92
	U:429.500 p:0.196	U: 457.000 p:0.265
<b>Kronik hastalık varlığı</b>		
Var	13.42±6.17	16.49±9.67
Yok	13.66±4.10	16.42±7.46
	U:788.500 p:0.862	U: 818.000 p:0.922
<b>KOAH'ın Ruh Sağlığını Etkileme Durumu</b>		
Evet	12.74±5.91	15.37±8.46
Hayır	16.57±3.94	21.21±10.94
	U:463.000 p:0.010	U:470.500 p:0.009
<b>KOAH GYA ni</b>		
Etkiliyor	14.35±6.01	17.48±9.04
Etkilemiyor	12.64±5.46	15.50±9.36
	t: 1.477 p:0.143	t: 1.074 p:0.285
<b>KOAH tanı süresi (yıl)</b>		
1-5 yıl	13.43±6.10	16.74±10.31
6-10 yıl	14.52±5.67	16.68±8.82
11-20 yıl	13.31±5.95	15.87±6.73
21 yıl ve üstü	12.33±4.96	16.00±9.25
	KW: 0.455 p:0.797	KW: 0.112 p:0.945

hastalarda da depresyon ve yeti yitimi yüksek olabilmektedir (12). Literatürde farklı yöntemlerle ölçülmekle birlikte bu bilgiyi destekleyen birçok çalışma bulunmaktadır. 49 KOAH'lı hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %33'ünde majör depresyon, %14'ünde orta düzeyde depresyon saptanmıştır (13). Yine Afşar, Yalçınsoy, Yakar, Bilgin, Akkaya'nın (2012) yaptığı çalışmada depresyon düzeyi %68 olarak bulunmuştur. Farklı bir çalışmada ise depresyon prevalansı %13

olarak bulunmuştur (14). KOAH olan kişilerin depresyon ve anksiyete prevalansının yüksek olduğu ve bu durumunda hastalarda kötü sağlık durumu ile sonuçlandığı görülmektedir (5,6).

Kaplan'ın (1995) yaptığı çalışmada depresyonu olan hastaların yeti yitiminin %67.2 olduğu belirtilmiştir. Fenomenolojik bir çalışmada hastalar günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık yaşadığını belirtmiştir (15). Charlson İndeksi kullanılarak



yapılan bir çalışmada 164 KOAH'lı hasta alınmış ve hastaların % 37.3'nün yetersizliği olduğunu, %64.7'sinin ise en az bir tane günlük yaşam aktivitesinde yetersiz kaldığını belirlemiştir (16). Bu sonuçlara göre araştırmamızın bulguları literatürle paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada erkek hastalarda yeti yitimi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Afşar, Yalçınsoy, Yakar, Bilgin, Akkaya'nın (2012) çalışmasında yeti yitimi ağır olan hasta durumu %28'dir ve kadınlarda yeti yitiminin daha fazla olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olan yaşlılarda yapılan bir çalışmada okuryazar olmayan, kadınlar ve GYA'de başkalarına bağımlı olanların yeti yitimi düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (17). Yine başka bir çalışmada erkek hastalarda fonksiyonel yeti yitiminin daha düşük olduğunu saptamıştır (18). Ancak yeti yitimi düzeyinin evli olmayan, yaşı ilerlemiş ve işitme-görsel sıkıntıları olan hastalarda daha yüksek olduğu da görülmüştür. Bizim çalışmamızda erkek hastalarda yeti yitimi düzeyinin daha yüksek olmasını da ilerleyen yaşa ve KOAH'ın erkeklerde daha yüksek oranda görülmesine bağlayabiliriz.

Hastaların medeni durumu ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 3). Bekar hastaların depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bizim bulgularımızın aksine Korkmaz ve Tel'in (2010) yaptığı çalışmada evli hastaların depresyon düzeyinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bir başka çalışmada 67 hasta ve eşini araştırma kapsamına almış, hem hastaların hem de eşlerinin yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon içinde olduğunu, bu durumun onların yaşam kalitesini kötü yönde etkilediği saptanmıştır (19). Evli hastalarda sorumlulukların fazla olması ve hastalık nedeni ile bunları yerine getirememenin depresyon düzeyini artırabileceği kabul edilmekle birlikte bekar hastalarda da yalnızlık, destek görmeme ve paylaşım yapamamanın depresyon düzeyini arttığı, ayrıca bu hastaların ileri bir yaş grubunda olması da dikkate alındığında yaşlılık ve ölüm kaygısı nedeni ile de depresyon puanlarının arttığı düşünülebilir.

KOAH'nın ruh sağlığını etkileme durumu ile ölçek puanları arasındaki istatistiksel incelemede her iki ölçek puanı ile ruh sağlığının etkilenme durumu

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). KOAH'ın ruh sağlığını etkilemediğini ifade eden hastaların yeti yitimi ve depresyon puanları, ruh sağlığını etkilediğini ifade eden hastalara göre daha yüksek çıkmıştır. Yapılan bir çalışmada ruh sağlığını etkileniyor diyen hastaların depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (2). Bizim sonucumuzun beklenenin aksine olmasını hastaların kültürel özelliklerine bağlı olarak duygularını rahat ifade edememesine bağlı olabileceğini söyleyebiliriz.

Bunun dışında ölçek puanları ile hastaların diğer tanıttıcı özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 3).

KYA ile BDÖ arasındaki ilişki incelendiğinde, depresyon ile yeti yitimi arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p < 0.01$ ,  $r = 0.657$ ). Bu durum beklenen bir sonuçtur. KOAH'ın kronik ve ilerleyici olması, kişinin yaşam kalitesinin düşmesine, anksiyete ve depresyonu tetiklemesine bu durumda yeti yitiminin artmasına yol açabileceğini söyleyebiliriz.

Sonuç olarak KOAH olan hastalarla yapılan bu çalışmada hastaların % 10.0'ında yeti yitimi yokken, %5.0'ında hafif, %23.0'ında orta, %62.0'ında ağır derecede yeti yitimi geliştiği belirlenmiştir. Hastaların BDÖ'ne göre aldığı puanlar incelendiğinde; hastaların % 19'u minimal, %40'ı hafif, %33'ü orta, %8'inin şiddetli derecede depresyonda olduğu saptanmıştır. KYA ile BDÖ arasındaki ilişki incelendiğinde, depresyon ile yeti yitimi arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu, depresyon düzeyi arttıkça yeti yitiminin arttığı saptanmıştır.

Bu sonuçlara göre holistik bir yaklaşımla bakım vermesi gereken hemşirelerin hastaların yalnızca fiziksel sıkıntılarına değil, ruhsal durumlarına da önem vermesi gerektiği söylenebilir. Bu nedenle hem mevcut çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitimlerle hem de gelecek hemşire nesilleri olacak öğrencilerin eğitimleriyle bu yönde desteklenmesi önerilebilir. Ayrıca; KOAH'lı hastalara bakım veren hemşirelerin hastaların rutin olarak ruhsal durumunu da değerlendirmeleri ve bu bireyin sorunlarla etkin başetmesinde sosyal destek kaynaklarından yararlanabilmesini sağlamaları önemlidir.

**İletişim:** Dr. Ezgi Karadağ

**E-posta:** ezgikaradag@gmail.com

#### Kaynaklar

1. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2007;176(6): 532–555.
2. Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13(2): 79-86.
3. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Mood disorders in elderly patients with COPD. *Reviews in Clinical Gerontology* 2000;10(2):193-202
4. Kömürcüoğlu B, Baloğlu M Öztuna I, Büyüksirin M, Işık E. KOAH'lı Erkek Olgularda Depresyon, *Toraks Dergisi*, 2000; 1(3):31-34.
5. Mikkelsen RL, Middelboe T, Pisinger C, Stage K. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2004; 58(1):65-70.
6. Cafarella PA, Effing TW., Usmani ZA And Frith PA., Treatments for anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A literature review, *Respirology*, 2012; 17(4): 627–638.
7. Afşar BB, Yalçınsoy M, Yakar Hİ, Bilgin S, Akkaya E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 2012; 34, 260-267.
8. Corsonello A, Antonelli Incalzi R, Pistelli R, Pedone C, Bustacchini S, Lattanzio F. Comorbidities of chronic obstructive pulmonary disease. *Current Opinion Pulmonary Medicine* 2011; December; 17 (Suppl 1): S21–S28.
9. Mollaoğlu M. Diyaliz Hastalarında Yeti Yitimi, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Öz Yeterlilik Durumu, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2011; 10(2): 181-186.
10. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988; 6(22): 118- 122.
11. Kaplan İ. Yarı kırsal alanda bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yeti yitimi ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1995; 6(3): 169-179.
12. Ed VL, Yzermans CJ, Brouwer HJ. Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax*, 1999; 54 (8): 688-92.
13. Stage KB, Middelboe T, Pisinger C. Measurement of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Nordic Journal of Psychiatry*, 2003; 57(4):297 -/301.
14. Atacanlı MF, Dilbaz N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2001; 4 (3): 147-53.
15. Tel HA, Yıldız FT, Karagözlü Ş, Özden D. Hastaların Bakış Açısıyla Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ile Yaşamak: Fenomenolojik Çalışma. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012; 20(3): 177-183.
16. Braido F, Baiardini I, Menoni S, Bagnasco AM, Balbi F, Bocchibianchi S, Balestracci S, Piroddi MG, Canonica GW. Disability in COPD and its relationship to clinical and patient-reported outcomes. *Current Medical Research Opinion*. 2011; May; 27(5):981-986.
17. Tel H, Tay BN, Canbay M, Akaya İ, Yalkaya S. Kronik Fiziksel Hastalıklı Yaşlılarda Yeti Yitimi ve Depresyon. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2014; 22(2): 69-75.
18. Gupta P, Mani K, Ra SK, Nonskynrth B, Guta SK. Functional disability among elderly persons in a rural area of Haryana. *Indian Journal of Public Health*, 2014; 58 (1):11-16.
19. Gamal EA. Quality of life, anxiety and depression among patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Issues Mental Health Nursing*. 2014; Oct; 35 (10): 761-7.



## Ödemiş Bölgesindeki İntihar Girişimlerinin İncelenmesi

An Examination of Suicide Attempts in Ödemiş District

*Dr. Ayfer Karadakovan<sup>1</sup>, Dr. Sibel Ergün<sup>2</sup>, Dr. Satı Bozkurt<sup>3</sup>, Aysun Çelebioğlu<sup>4</sup>,  
Dr. Zeynep Daşkan<sup>3</sup>, Dr. Zuhale Emlek Sert<sup>5</sup>, Dr. Tülay Sağkal Midilli<sup>6</sup>*

Geliş/Received : 04.08.2016

Kabul/Accepted: 20.10.2016

### Öz

**Amaç:** Bu çalışma Ödemiş ilçesindeki intihar girişimlerinin incelenmesi ve ilişkili etmenlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma, retrospektif olarak yapılmıştır. İzmir ilinin Ödemiş ilçesindeki intihar girişimleri ile ilgili resmi kayıtların birleştirilmesiyle Ocak 2008–2009 Aralık döneminde intihar girişiminde bulunan 321 kişi araştırmanın evrenini, halen Ödemiş İlçe Merkezinde yaşayan, araştırmaya katılmayı kabul eden 57 kişi örnekleme oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan 43 soruluk form kullanılmış ve veriler Temmuz–Aralık 2010 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmış, veriler tanımlayıcı istatistik ve ki-kare analizleri ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** İntihar girişiminde bulunan bireylerin yaklaşık %50,9'u 25 yaş ve üzerinde, %78,9'u kadın idi ve %14'ünün aile bireylerinde intihar öyküsü bildirilmiştir. Bireylerin intihar girişimine neden olarak gösterdikleri etmenlerin başında ailevi sorunlar (%66,7) bildirilmiştir. Katılımcılar en çok ilkbahar mevsiminde (%40,4) ve %72'si ilk kez intihar girişiminde bulunmuştur, %78,9'u intiharı planlanmadan gerçekleştirmiştir ve %86'sı tıbbi ilaç ya da tarım ilacı içme yoluyla ve %91,2'si evde intihar girişimini gerçekleştirmiştir.

**Sonuç:** Bu araştırmadan elde edilen veriler Ödemiş'teki intihar önleme amacıyla yapılacak sosyal çalışmalar için veri olarak kullanılmak amacıyla Ödemiş Kaymakamlığına rapor edilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** İntihar, Girişim, Risk faktörleri

### Abstract

**Aim:** The aim of this study was to examine the suicide attempts in Ödemiş district and to ascertain the factors associated with these occurrences.

**Material and Method:** This study was performed retrospectively. The study population consisted of 321 people who have attempted suicide between January 2008 and December 2009 and have been found by searching the official records of Ödemiş district in İzmir province of Turkey for the suicide attempts. The sample of the study was composed of 57 people still living in Ödemiş district center and who agreed to participate in the study. A 43 questions form that has been created by the researchers in line with the literature was used to collect data through face-to-face interviews conducted between July and December 2010. Descriptive statistics and chi-squared test were used to analyse data.

**Findings:** Of the people, who have attempted suicide, 50.9% were 25 or more years of age, 78.9% were female and 14% reported having a family member with a history of suicide. Family problems were mainly reported reason for their suicide attempts (66.7%). Spring was found to be the season in which most of the suicide attempts occurred (40.4%). Of the suicide attempts, 72% were first attempt, 78.9% were unplanned, 86% were carried out by taking medicines or agricultural chemicals and 91.2% took place at home.

**Conclusions:** The data obtained in this study were reported to Ödemiş District Governor's Office for use in social work to be performed to prevent suicides in Ödemiş.

**Key words:** Suicide, Attempt, Risk factors

1 Prof.; Ege Ü. Hemşirelik Fak., İzmir

2 Yrd. Doç.; Balıkesir Ü. Sağlık Yüksek Okulu, Balıkesir

3 Yrd. Doç.; Ege Ü. Hemşirelik Fak., İzmir

4 Emekli Öğretim Görevlisi, İzmir

5 Öğr. Gör.; Ege Ü. Hemşirelik Fak., İzmir

6 Yrd. Doç.; Manisa Celal Bayar Ü. Sağlık Bil. Fak., Manisa

## Giriş

İntihar doğal olmayan ölümler sınıfında toplumsal bir sorundur (1). Kişinin istemli olarak ölümlerle sonuçlandırdığı eyleme intihar, girişimde bulunup sonuçlandıramadığı eylemlere ise intihar girişimi (tanımlanmamış, başarısız ve çelişkili girişimler) denmektedir (2). İntihar girişimi, tamamlanmış intiharlardan 10 ila 40 kat daha sık gözlenmektedir ve sonraki olası intihar girişimleri için en önemli risk faktörüdür (3). İntihar önlenabilir bir sorundur. İntiharın önlenmesi ve intihar girişim sıklıklarının azaltılması için mesleki, toplumsal ve yasal çalışmalar ulusal programlar ve eylem planları hazırlanması gerekmektedir (1,4). Türkiye’de intihar girişimleriyle ilgili Ankara’da yapılan en kapsamlı çalışmada intihar girişimi sıklığı 1989 yılında 100.000’de 107, 1995 yılında 100,000’de 113 olarak saptanmıştır (5). TÜİK 2014 verilerine göre ise, Türkiye kaba intihar hızı, 2014 yılında yüz binde 3,97’dir ve en yüksek olduğu il yüz binde 11,63 ile Tunceli’dir. İntihar edenlerin %74,3’ü erkek, %25,7’si kadındır (6).

Ödemiş ilçesinin nüfusu çalışmanın yapıldığı yıl yaklaşık 120,000’ dir. Çalışma kapsamına alınan bir yıllık dönemde bölgedeki konuyla ilgili resmi kayıtların birleştirilmesiyle elde edilen listede intihar girişiminde bulunan kişi sayısı 321’dir. Bu sıklık Türkiye ortalamasının üzerindedir ve bu sonuç yerel yönetimleri konunun incelenmesi için harekete geçirmiştir. Bu bağlamda durum saptaması için, Ödemiş ilçesindeki intihar girişimlerinin incelenmesi ve ilişkili etmenlerinin belirlenmesi amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışma İzmir ilinin Ödemiş ilçe merkezindeki intihar girişimlerinin incelenmesini amaçlayan retrospektif tanımlayıcı tiptedir. Araştırma verilerinin toplanmasında literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen, 43 soru içeren anket formu kullanılmıştır. Anket formunda bulunan sorular sosyo-demografik özellikler, aile özellikleri, intihar eylemine yönelik sorular olmak üzere üç başlık altında toplanmıştır.

Araştırma öncesi, Ödemiş İlçe Kaymakamı, Sağlık Grup Başkanı ve Sağlık Grup Başkanlığı’na bağlı tüm aile hekimleri ve araştırmacılar ortak bir toplantı yapılmış ve intihar girişiminde bulunan kişilere nasıl ulaşılabileceği, görüşmenin nerede yapılacağı ve nasıl görüşme yapılacağı

planlanmıştır. Ödemiş Sağlık Grup Başkanlığı’ndan ve Ödemiş Cumhuriyet Başsavcılığı’ndan yazılı izin ve katılımcılardan da sözel izin alınmıştır. Ödemiş ilçesindeki intihar girişiminde bulunan bireylerin kayıtları, İlçe Emniyet Müdürlüğü, Savcılık, İlçe Jandarma Komutanlığı ve İlçe Kaymakamı’ndan elde edilmiştir. Araştırma verileri; Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) Aile Hekimi tarafından davet edilen bireylerden ve ASM’ne herhangi bir nedenle gelemeyen ancak araştırmaya katılmayı kabul eden ailelerin evlerine gidilerek yüz yüze görüşme tekniği ile 45-60 dakikalık sürelerde toplanmıştır.

Araştırma verileri, Ödemiş İlçesi’nde bulunan yedi ASM’de Temmuz-Aralık 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Ödemiş Bölgesindeki intihar girişimleri ile ilgili resmi kayıtların birleştirilmesiyle elde 2008 Ocak–2009 Aralık döneminde intihar girişiminde bulunan 321 kişi araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyip tüm bireylere ulaşılmaya çalışılmıştır. Ödemiş İlçe Merkezinde yaşayan, eldeki kayıtlardan ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 57 kişi örneklemi oluşturmuştur. Örneklem dahil olmayan 264 kişinin gerekçeleri; il dışına taşınmış olmaları, yineleyen kayıtlar, ölümle sonuçlanan yinelenmiş girişim, damgalanma kaygısı ile kayıtlarda yanlışlık olduğunu belirterek intihar girişimini reddetme ve araştırmaya katılmayı kabul etmeme şeklindedir. Toplanan verilerin, tanımlayıcı istatistikleri (sayı ve yüzde) ve grupların karşılaştırılmasında ki-kare analizleri kullanılmıştır. Bu çalışma Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi (BAP) tarafından desteklenmiştir. Araştırma sonuçları Ekim 2011’de proje raporu olarak sunulmuştur.

## Bulgular

İntihar girişiminde bulunan bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Bireylerin yaklaşık %51’i 25 yaş ve üzerinde, %79’u kadın ve %82,5’i çekirdek ailede yaşamakta, %54,4’nün sosyal güvencesi yoktur. Bireylerin %61,4’ü çalışmadığını, %40,4’ü gelir durumunun kötü, %52,6’sı sigara kullandığını bildirmiştir.

İntihar girişiminde bulunan bireylerin; %59,6’sında kronik ailesinde hastalık olduğunu, %26,3’ünde psikiyatrik hastalık olduğunu ve %14’ünde intihar girişim öyküsünün olduğunu



Tablo 1. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları (n: 57)		
Özellikler	Sayı	%
<b>Yaş grubu</b>		
15-24 yaş	28	49,1
25 yaş ve üzeri	29	50,9
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	45	78,9
Erkek	12	21,1
<b>Eğitim durumu</b>		
İlköğretim	41	81,9
Lise ve üniversite	16	28,1
<b>Medeni durumu</b>		
Evli	34	59,6
Bekâr	23	40,4
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek Aile	47	82,5
Geniş Aile	10	17,5
<b>Sosyal güvence durumu</b>		
Var	26	45,6
Yok	31	54,4
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışmayan	36	61,4
Çalışan	13	24,6
Öğrenci	8	14,0
<b>Gelir durum algısı</b>		
İyi	11	19,2
Orta	23	40,4
Kötü	23	40,4
<b>Sigara /alkol /madde kullanımı</b>		
Sigara	30	52,6
Alkol/madde	9	15,8

bildirmiştir. Bireylerin %21,1'i kendisinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğunu bildirmiştir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin %57,9'u ailesinden aldığı sosyal desteğin iyi, %52,6'sının aile içi iletişiminin iyi olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

İntihar girişiminde bulunan bireylerin %61,4'ü intihar girişimi öncesi aile içi sorun yaşadığını belirtmiştir. Bu sorunların; partner sorunları ve parçalanmış aile, kaza-felaket yaşama, maddi sorunlar, alkol-madde kullanımı, işsizlik, şiddet-istismara uğrama, iletişim ve ilişki sorunları ve baş etme sorunları olduğunu belirtmiştir. İntihar girişimi öncesi bireylerin %84,2'sinde yaşam değişikliği olmuş ve en fazla belirtilen yaşam

değişiklikleri sırasıyla ailevi sorunlar ve eş/partnerle ilgili sorunlar, başarısızlık, maddi sorunlar, kayıp, göç, engellenme/öfke, iletişim ve ilişki sorunları, yalnızlık, baskı ve şiddet görme olarak bildirilmiştir. Bireyler intihar girişiminde bulunduğu dönemde %22,8'i yasal bir sorun, %42,1'i kayıp/ayrılık yaşadığı, %52,6'sı sözel şiddet, %33,3'ü fiziksel şiddet yaşadığını belirtmiştir. Bireylerin intihar girişimine neden olan etmenlerin başında en fazla ailevi sorunlar (%66,7) ve ekonomik sorunlar (%12,3) yer almaktadır (Tablo 3).

İntihar girişiminde bulunan bireylerin %28'si daha önceden intihar girişiminde bulunduğunu bildirmiştir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin büyük çoğunluğu (%78,9) intiharı planlı gerçekleştirmediği, intihar girişimi için en fazla ilaç içildiği (%86), intihar girişimini çoğunluğun evde gerçekleştiği (%91,2), bireylerin yarıdan fazlasının (%52,6) intihar edeceğini bildirdiği ve en fazla intihar girişiminin ilkbahar mevsiminde (%40,4) olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

İntihar girişiminde bulunan bireylerin cinsiyete göre intiharı planlama durumu ( $p < 0,05$ ), intihar

Tablo 2. İntihar girişiminde bulunan bireylerin ailesel ve bireysel sağlık durumlarının dağılımı (n: 57)

Özellikler	Sayı	%
<b>Ailede kronik hastalık öyküsü</b>		
Var	34	59,6
Yok	23	40,4
<b>Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü</b>		
Var	15	26,3
Yok	42	73,7
<b>Ailede intihar girişim öyküsü</b>		
Var	8	14,0
Yok	49	86,0
<b>Bireyin psikiyatrik hastalık öyküsü</b>		
Var	12	21,1
Yok	45	78,9
<b>Aile sosyal destek</b>		
Kötü	15	26,3
Orta	9	15,8
İyi	33	57,9
<b>Aile içi iletişim durumu</b>		
İyi	30	52,6
Orta	15	26,3
Kötü	12	21,1

**Tablo 3.** İntihar girişiminde bulunan bireylerin girişim öncesi yaşadıkları sorunlar ve intihar girişimine neden olan etmenlerin dağılımları (n: 57)

Özellikler	Sayı	%
<b>Aile içi sorun yaşayan</b>		
Evet	35	61,4
Hayır	22	38,6
<b>Yaşam değişikliği olan</b>		
Evet	48	84,2
Hayır	9	15,8
<b>Yasal sorun yaşayan</b>		
Evet	13	22,8
Hayır	44	77,2
<b>Kayıp/ayrılık yaşayan</b>		
Evet	24	42,1
Hayır	33	57,9
<b>Şiddet yaşama durumları*</b>		
Ekonomik	17	29,8
Fiziksel	19	33,3
Cinsel	4	7,0
Sözel	30	52,6
<b>İntihar girişimine neden olan etmenler*</b>		
Ailevi Sorunlar	38	66,7
Okulla İlgili Sorunlar	7	12,3
Ekonomik Sorunlar	16	28,1
Arkadaşlarla İlgili Sorunlar	6	10,5
Çalışma Yaşamındaki Sorunlar	1	1,8
Ailesi Tarafından Çalışmanın Engellenmesi	5	8,8
Aile Tarafından Evliliğe Zorlama	2	3,5
Aile Tarafından Eğitimin Engellenmesi	5	8,8
Belirtmeyen	10	17,5

\*Bireyler birden fazla seçenek işaretlemiştir.

yöntemi(p<0,001), intihar girişiminin gerçekleştiği yer (p<0,05) ve intihar girişiminde bulunduğu mevsim arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır (Tablo 5). Kadınların erkeklere göre intiharı planladığı, intihar yöntemi olarak ilaç içtiği, çoğunluğun intiharı evde gerçekleştirdiği, intihar girişiminin en fazla yaz mevsiminde olduğu saptanmıştır. Erkeklerin ise hepsinin intiharı planlamadığı, intihar yöntemi olarak çoğunluğun (%85,7) kesici ve delici aletle yaralama, tarım ilacı içme, çatıdan atlama, ateşli

**Tablo 4.** Bireylerin intihar girişimine ilişkin özelliklerin dağılımı (n: 57)

Özellikler	Sayı	%
<b>Önceden intihar girişim öyküsü</b>		
Var	16	28,0
Yok	41	72,0
<b>İntiharı Planlama Durumu</b>		
Planlayan	12	21,1
Planlamayan	45	78,9
<b>İntihar Yöntemi</b>		
İlaç içme	49	86,0
Diğer <sup>a</sup>	8	14,0
<b>İntihar Girişimin Gerçekleştiği Yer</b>		
Ev	52	91,2
Diğer <sup>b</sup>	5	8,8
<b>İntihar Düşüncesini Belirtme Durumu</b>		
Belirten	30	52,6
Belirtmeyen	27	47,4
<b>İntihar Girişimin olduğu Mevsim</b>		
Kış	11	19,3
İlkbahar	23	40,4
Yaz	13	22,8
Sonbahar	6	10,5
Hatırlamıyor <sup>c</sup>	4	7,0
<b>Girişim Sonrası Psikiyatrik Tedavi Alma</b>		
Alan	24	42,1
Almayan	33	57,9
Toplam	57	100

<sup>a</sup>(Kesici ve delici aletle yaralama, tarım ilacı, çatıdan atlama, ateşli silahla yaralama)

<sup>b</sup>(Tarla, işyeri, sokak ve cami)

<sup>c</sup> İntihar ettiği mevsimi bilemeyen dört kişi analize alınmamıştır.

silahla yaralama gibi yöntemleri kullandığı, erkeklerin çoğunluğun (%80) intiharı tarla, işyeri, sokak ve cami gibi yerlerde gerçekleştirdiği, intihar girişiminin en fazla sonbahar mevsiminde %66,6 olduğu saptanmıştır.

### Tartışma

İntiharlar, kültürel ve sosyal farklılıkları açısından, gerek görülme sıklığı ve şekli, gerekse bu olgunun toplumda oluşturduğu tepki ve yargı açısından büyük değişkenlikler gösteren çok bileşenli, değişkenli bir niteliğe sahip, sosyal etkileri olan fenomendir (7). İntihar davranışının oluşumunda çok sayıda etmen söz konusudur. Bireyin intihar

**Tablo 5.** Bazı özelliklere göre intihar girişiminde bulunanların cinsiyet özellikleri (n: 57)

Özellikler	Kadın n:45	Erkek n:12	Test	
	%	%	*x2	P
<b>Önceden intihar girişim öyküsü</b>				
Var	81,2	78,0	0,71	0,550
Yok	18,8	22,0		
<b>İntiharı Planlama Durumu</b>				
Planlayan	100	73,3	4,053	0,044**
Planlamayan	0,0	26,7		
<b>İntihar Yöntemi</b>				
İlaç içme	88,0	14,3	20,075	0,000**
Diğer <sup>a</sup>	12,0	85,7		
<b>İntihar Girişimin Gerçekleştiği Yer</b>				
Ev	84,6	20,0	11,458	0,001**
Diğer <sup>b</sup>	15,4	80,0		
<b>İntihar Düşüncesini Belirtme Durumu</b>				
Belirten	86,7	70,4	2,271	0,119
Belirtmeyen	13,3	29,6		
<b>İntihar Girişimin olduğu Mevsim</b>				
Kış	81,8	18,2	11,076	0,026**
İlkbahar	78,3	21,7		
Yaz	100,0	0,0		
Sonbahar	33,3	66,7		
Hatırlamıyor <sup>c</sup>				
<b>Girişim Sonrası Psikiyatrik Tedavi Alma</b>				
Alan	83,3	75,8	0,480	0,362
Almayan	16,7	24,2		
Toplam	57	100		

<sup>a</sup>(Kesici ve delici aletle yaralama, tarım ilacı, çatıdan atlama, ateşli silahla yaralama)

<sup>b</sup>(Tarla, işyeri, sokak ve cami)

<sup>c</sup> İntihar ettiği mevsimi bilemeyen dört kişi analize alınmamıştır.

\*fisher ki kare, sütun yüzdeleri alınmıştır.

\*\*p<0,05

davranışına yöneliminde, hem ruhsal bozuklukların hem de sosyo-demografik etmenlerle ilişkilerinin değerlendirilmesi, intihar davranışını anlama ve engelleme açısından oldukça önemlidir (8).

Araştırma bulgularına göre; bireylerin %50,9'u 25 yaş ve üzeridir. Bu sonuç ülkemizde bildirilen çalışma sonuçları ile uyumludur (3,8,9,10). Cinsiyet durumlarına göre incelendiğinde bireylerin yaklaşık %78,9'u kadındır. Bu bulgu literatürdeki "kadınların erkeklere göre daha fazla intihar düşüncesi ve girişimi olmaktadır" bilgisini desteklemektedir (8,9,11,12,13).

Araştırma sonucunda intihar girişim yüzdesi eğitim seviyeleri düşük olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç ülkemizde bildirilen

çalışma sonuçları ile uyumludur (9,14). Katılımcıların %49,2'si ev hanımıdır. Deveci ve ark. (2005) yapmış olduğu çalışmada intihar girişiminde bulunanların %36'sının ev kadını olduğunu belirtmiştir (9). İntihar nedenlerinden biriside bireylerin gelir düzeylerinin kötü olmasıdır (10,11). Araştırma sonucunda katılımcıların %40,4'ü gelir durumlarını orta ve kötü olarak tanımlamışlardır. Çalışmamızdan elde edilen bulgular literatürle uyumludur.

İntihar eyleminin risk faktörlerinden biri bireyin aile ve sosyal destek sistemlerinin kötü olmasıdır (15). Araştırma bulgularına göre, bireylerin %26,3'ü aile desteğini kötü olarak ifade etmişlerdir. Sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir.

İntihar girişiminde bulunanlar %14'ünün ailesinde intihar öyküsünün bulunduğunu, %21,1'i ailesinde psikiyatrik bir hastalığın olduğunu bildirmiştir. Bu bulgular bireylerin, aile öyküsünde psikiyatrik hastalığın ve intihar girişiminin bulunması ile intihar girişimini etkileyen etmenler arasında ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde intihar öyküsü bulunan bireylerin ailede intihar öyküsü bulunma yüzdesi daha yüksektir (8).

Katılımcıların %61,4'ü intihar girişimi öncesi aile içi sorun yaşadığını ve bu sorunların; partner sorunları ve parçalanmış aile, kaza-felaket yaşama, maddi sorunlar, alkol-madde kullanımı, işsizlik, şiddet-istismara uğrama, iletişim ve ilişki sorunları ve baş etme sorunları olduğunu belirtmiştir. İntiharlar genellikle stres yaratan yaşam olaylarından sonra olmaktadır. Bu yaşam olayları sıklıkla eş ile ilişkili sorunlar, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey gibi psikososyal stres etkenleridir (9,15). Deveci ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da başta eş ile geçimsizlik olmak üzere ilişki sorunları tetikleyici etkenler olarak ortaya çıkmıştır (9,16). Bu yaşam değişiklikleri intihar için risk faktörleri olduğunu desteklemektedir.

Araştırmanın sonucunda; katılımcılar en yüksek (%52,6) sıklıkta sözel, daha sonra fiziksel, ekonomik ve cinsel şiddet yaşadıklarını ve katılımcıların çoğu şiddeti aile içi bireylerden gördüklerini belirtmişlerdir. Toplumumuzda bireylerin en çok karşılaştıkları şiddet türü sözel şiddettir. Türkiye kadına yönelik şiddet araştırmasına göre (2014) Batı Anadolu'da, kadınların %54'üne sözel şiddet uygulandığı bildirilmiştir (17).

Katılımcılar intihar girişimi öncesi yaşadıkları duyguları; kendini sorgulamak, kullanılmışlık hissi, çaresizlik, çıkmazda hissetme, ümitsizlik, tükenmişlik, şiddet altında hissetme ve korku, başarısızlık, moral bozukluğu ve sıkıntı, yalnızlık, güvensizlik ve özgüven sorunları, öfke-kontrol kaybı, sinirlilik, sorunlardan ya da yaşamdan kaçıp kurtulma isteği, kıskançlık, değersizlik olarak belirtilmişlerdir. Literatürde de bireylerin intihar girişimi öncesi benzer duygulara sahip olduğu bildirilmiştir (18).

Çalışmada bireylerin %28'i iki ve daha fazla sayıda intihar girişiminde bulunduğunu ifade etmiştir. İntihar girişimi öyküsü ve çok sayıda intihar girişimi varlığı intihar davranışında önemli risk faktörlerindedir. Ayrıca daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerde daha sonraki girişimlerin mortalitesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (19).

Bu araştırmanın sonucuna göre katılımcılar en yüksek sıklık ile ilkbahar ayında intihar girişiminde bulduklarını belirtmişlerdir. Literatürde intihar davranışı için ilkbahar ve yaz aylarının risk dönemlerini oluşturduğunu belirtmiştir (20). İlkbahar ve yaz mevsimi insanların iş nedeniyle dışarı çıkması ve sosyal yaşamın hareketlenmesi nedeniyle intihar eyleminin daha kolay yapılabilmesinden kaynaklandığı söylenebilir. Araştırmanın sonucuna göre intiharların çoğunluğunun planlı olmadığı bulunmuştur. Deveci ve ark. (2005) yapmış olduğu araştırma sonucuna göre de; intihar girişimlerinin %64'ünün plansız olduğu ve %92'sinde intihar notunun yazılmadığını bildirmiştir (9).

### **Sonuç**

Çalışma bulguları doğrultusunda; sağlık kuruluşlarına intihar girişimiyle gelen hastaların, hastaneden çıktıktan sonra da psikolojik destek almaları sağlanmalı ve maddi-manevi her türlü destek alt yapısı oluşturulmalıdır. Sağlık personeli, polis, jandarma, öğretmen ve imamlar, intiharlar konusunda eğitilerek halk bilgilendirilmeli, sosyal dayanışma ve yardımlaşma güçlendirilmelidir. Ailesinde kronik hastalığı ya da psikiyatrik hastalığı olanlara sosyal destek ağları oluşturulmalıdır. Aile içi şiddet görenlerin en çok ekonomik şiddete maruz kaldıklarından ailelere ekonomik yönden destek sağlanmalı ve aile içi iletişim konusunda eğitim verilmelidir. Ailelerin kriz yaşayabilecekleri ya da yaşadıkları dönemlerde aile danışmanlık hizmeti almaları sağlanmalıdır. İntihar girişimi önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu için daha geniş kitlelerle, çok merkezli soruna yönelik izlem ve önleme çalışmaları yapılmalıdır.

### **Teşekkür**

Bu çalışmanın yapılmasında maddi destek sağlayan Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Koordinatörlüğü'ne (Proje No: 10/OSYO/004) ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara teşekkür ederiz.



**İletişim:** Dr. Tülay Sağkal Midilli  
**E-posta:** tulay.sagkal@cbu.edu.tr

### Kaynaklar

1. Sayıl I. İntihar Davranışı ve Epidemiyolojisi, Psikiyatrik Epidemiyoloji. İzmir: Ege Psikiyatri Yayınları, 2002. s:118.
2. Sayıl I. Krize Müdahale ve İntiharı Önleme. Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği İntiharı Önleme Derneği, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 2008. s. 81-101.
3. Karamustafalıoğlu O, Özcelik B, Bakım B, Ceylan YC, Yavuz BG, Güven T, Gönenli S. İntiharı öngörebilecek bir araç: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010; 23:152-7.
4. WHO – Suicide Prevention. SURPE. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE – MISS: Protocol of SUPRE – MISS. Management of Mental and Brain Disorders. Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, Geneva, 2002 – WHO/MSD/MBD/02, p.87 Accessed March 01, 2016 at <http://teach-vip.edc.org/documents/Suicide/SupreProtocol.pdf>
5. Atay İM, Kerimoğlu E. Ergenlerde intihar davranışı. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2003;10: 128-36.
6. TÜİK İntihar İstatistikleri, 2014. Sayı: 18626 Erişim tarihi: 19 Haziran 2015 <http://www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=18626>
7. Lizardi D, Grunebaum MF, Burke A, Stanley B, Mann JJ, Harkavy-Friedman J, Oquendo M. The effect of social adjustment and attachment style on suicidal behaviour. Acta Psychiatr Scand. 2011; 124: 295-300.
8. Atay İM, Eren İ, Gündoğar D, Isparta İl Merkezinde İntihar Girişimi, Ölüm Düşünceleri Yaygınlığı ve Risk Faktörleri. Türk Psikiyatri Derg. 2012; 23:89-98.
9. Deveci A, Taşkın EO, Dündar PE, Demet MM, Kaya E, Özmen E, Dinç G. Manisa İli Kent Merkezinde İntihar Düşüncesi ve Girişimi Yaygınlığı. Türk Psikiyatri Derg. 2005; 16:170-8.
10. Çileli G, Koçar İ, Dokgöz H. Mersin ilinde gerçekleşen intihar olgularının sosyodemografik özellikleri. Adli Tıp Bülteni. 2014;19:49-52.
11. Şimşek H, Donmez G, Binbay T, Erkoyun E, Uçku R, Manisa İlinde Özkıyım Girişimlerine İlişkin Özellikler: Beş Yıllık Verinin Değerlendirilmesi. Turk J Public Health - 2014;12:23-34.
12. Harmancı P. Dünya'daki ve Türkiye'deki İntihar Vakalarının Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal. 2015; 1:1-15.
13. Arslan M, Duru M, Kuvandik G, Bozkurt S, Kaya E. Hatay'da İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Analizi. Adli Tıp Dergisi. 2008; 22: 9-14.
14. Söğüt Ö, Sayhan MB, Gökdemir MT, Kaya H, Al B, Orak M, Üstündağ M. Türkiye'nin Güneydoğusunda, Şanlıurfa ve Çevresinde Özkıyım Girişimlerinin Değerlendirilmesi. AATD. 2011;8-13.
15. Önsüz MF, Demir F, Afşarı EK, Şahin A, Çatalbaş Y, Bektaş H. Sakarya İlinde Gerçekleşen İntihar Girişimi Vakalarının Değerlendirilmesi. Turk J Public Health. 2012; 10:141-50.
16. Vahip I, Doğanavşargil Ö. Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Kadın Hastalarımız. Türk Psikiyatri Derg. 2006; 17:107-14.
17. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2014. Erişim: 06 Mart 2016 [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TKAA2014\\_Ozet\\_Rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TKAA2014_Ozet_Rapor.pdf)
18. Konkan M. İntihar Girişiminde Bulunan Kişilerde Başa Çıkma Tutumu. Nöropsikiyatri Arşivi. 2014; 51:46-51.
19. Özdemir S. İntihar Girişimlerinde Bulunan Ergen ve Yetişkin Olgularda Psikolojik Dinamiklerin İncelenmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, 2010.
20. Gür Akgöl ST, Acil Servise İntihar Girişimi Nedeni ile Yapılan Başvuruların Demografik ve Klinik Özellikleri. Uzmanlık Tezi, Erzurum Atatürk Üniversitesi, 2012.



## Nişanlı Çiftlerin Birbirleriyle Olan İlişkilerinin Değerlendirilmesi

Assessment of Premarital Couple Relationships

Dr. Ayla Çapık<sup>1</sup>, Dr. Hava Özkan<sup>2</sup>, Dr. Serap Ejder Apay<sup>3</sup>

Geliş/Received : 06.02.2014

Kabul/Accepted: 14.09.2015

### Öz

**Amaç:** Çalışmanın amacı evlilik öncesi çiftlerin ilişkilerinin değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırmanın evrenini bir Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezine 15 Haziran-20 Eylül 2012 tarihlerinde başvuran, ilk evliliğini yapacak olan 300 nişanlı çift, örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden 164 nişanlı çift oluşturdu. Veriler; Anket Formu ve Evlilik Öncesi İlişkileri Değerlendirme Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım, ortalama, Cronbach Alpha, t testi, Mann Whitney U, Kruskal Walls ve tek yönlü varyans analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan nişanlı çiftlerden kadınların yaş ortalaması  $24,18 \pm 4,81$ , erkeklerin yaş ortalaması  $26,73 \pm 4,43$ , kadınların %28,7'si lise mezunu, erkeklerin ise %37,2'si üniversite mezunudur. Nişanlı çiftlerin, %56,7'si tanışarak, %43,3'ü görücü usulüyle nişanlanmıştır. Nişanlı çiftlerden kadınların Evlilik Öncesi İlişkileri Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamasının  $138,14 \pm 16,4$ , erkeklerin puan ortalamasının  $136,24 \pm 15,1$  olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı.

**Sonuç:** Çalışmaya alınan nişanlı çiftlerin evlilik öncesi ilişkilerinin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Nişanlılık, Çift, İlişki

### Abstract

**Aim:** The aim of this research is to assess the premarital couple relationships.

**Method:** This is a descriptive study. While the population of the study consisted of 300 engaged couples to get married for the first time, who came to a Maternal and Child Health and Family Planning Center between the dates of June 15, 2012 and September 20, 2012, the sample group comprised 164 engaged couples agreed to participate in the research. The data were collected through a questionnaire and the Premarital Relationship Assessment Scale. Percentage distribution, mean, Cronbach Alpha, t test, Mann Whitney U, Kruskal Walls and one-way analysis of variance were used to assess the data.

**Findings:** Among the engaged couples included in the study, the women had an average age of  $24,18 \pm 4,81$  years and the men  $26,73 \pm 4,43$  years. 28,7% of the women were high school graduates and 37,2% of the men were university graduates. It was found that, of the engaged couples, 56,7% got engaged after dating, 43,3% through arrangement. Among the engaged couples, the women had a total mean score of  $138,14 \pm 16,4$  as the men scored  $136,24 \pm 15,1$  on Premarital Relationship Assessment Scale and the difference wasn't statistically significant.

**Conclusion:** It was determined that the engaged couples included in the study had good levels of premarital relationships.

**Key words:** Engagement, Couple, Relationship

## Giriş ve Amaç

Aile toplumun çekirdeği olup, toplum sağlığı açısından son derece önemlidir (1). Aile kuruluşu evlilikle başlar. Sosyologlar evliliği "Aynı evi paylaşan, aralarında sosyal ve hukuksal bağlar bulunan, cinsiyetlerine uyan rollerde ilgili fonksiyonlara sahip bir kadın ve bir erkeği içeren yetişkin grubu" olarak tanımlamaktadır (2).

Evlilik öncesi ilişkiler dönemi, birbirini tanımayan iki bireyin evlilik kararı alabilmesi için birbirlerini tanıdıkları ve gerekli sevgi bağı kuracakları bir dönemdir. Evlilik öncesinde yürütülen arkadaşlık, sözlülük ve nişanlılık bu gerçeği yerine getirme amacına yöneliktir (3). Nişanlılık, eşlerin evlilik için ne derece uygun olduklarının son bir kez daha sınanması ve evlilik için plan yapılması işlevlerini üstlenir (4). Nişanlılar bu dönemde birbirlerini yakından tanıma fırsatı bulurlar; birbirlerinin maddi ve manevi değer hükümlerini öğrenmeye çalışırlar (5).

Nişanlılık süresi çiftlere mutlu bir evliliğin kurulabileceği ya da kurulamayacağı konusunda karara varma olanağı verecek kadar uzun olmalıdır (4). Bir insanı tanımanın üç yolu vardır. Birincisi, bireyin geçmişi hakkında bilgi edinmek, ikincisi, insan ilişkilerinde bıraktığı izlenimleri incelemektir. Üçüncüsü ise kişinin kendisini tanımaya çalışan taraf üzerinde bıraktığı etkidir (6). Bu açıdan nişanlılık dönemi insanların birbirlerini tanımaları için önemli bir fırsattır.

Nişanlı gençler, geleceklerini düşünmeli, planlar yapmalı, kararlar almalı, evlilik yaşamlarına ve geleceğe yönelik önemli konularda fikir birliğine varabilmelidir. Evlilik öncesinde, geleceğe yönelik önemli konular arasında; evlendikten sonra eşlerin çalışma durumları, kadının çalışıp çalışmayacağı, nerede oturulacağı, evin gelirinin nasıl yönetileceği, ne zaman çocuk sahibi olunacağı, eşlerin birbirine ne ölçüde karışabileceği gibi konular bulunmaktadır. Bu konuların açıkça konuşulup anlaşmaya varılmaması, evlilik sonrası anlaşmazlıklara ve hatta boşanmalara neden olabilmektedir (3). Amerika Birleşik Devletleri'nde evli çiftlerde boşanma oranı %40-60 arasındadır (7). Ülkemizdeki boşanma oranlarına bakıldığında, yıllara göre artış gösterdiği ve kaba boşanma hızının, 2010 ve 2011'de binde 1,62, 2012'de

binde 1,64, 2013'de binde 1,65 olduğu görülmektedir. 2015 yılı verilerine göre Türkiye'de boşanmaların %39.3'ü evliliğin ilk 5 yılı içinde gerçekleşmektedir (8).

Nişanlılık döneminde çiftlerin ilişkilerinin değerlendirilmesi, çiftlerin birbirlerini daha iyi tanımalarını, anlaşma durumlarını ve evlilikte ortaya çıkabilecek olan problemlerin önceden görülmesini sağlaması açısından önemlidir. Bu çalışma evlilik öncesi çiftlerin birbirleriyle olan ilişkilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma Erzurum Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezinde yapıldı. Araştırmanın evrenini; ilgili merkeze 15 Haziran-20 Eylül 2012 tarihleri arasında evlilik raporu almak için başvuran ve ilk evliliğini yapacak olan 300 nişanlı çift oluşturdu. Evrenden örneklem seçim yöntemine gidilmeksizin, çalışmaya katılmayı kabul eden 164 (%54,6) nişanlı çift çalışmaya dahil edildi.

Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ve Evlilik Öncesi İlişkileri Değerlendirme Ölçeği (EÖİDÖ) kullanılarak toplandı. İlgili formlar çiftlerin birbirlerini etkilememeleri amacıyla erkek ve kadınlara ayrı ayrı uygulandı.

Anket formu nişanlı çiftlerin tanıtıcı özelliklerini ve nişanlanma biçimlerini içeren toplam 12 sorudan oluşmaktadır. Evlilik Öncesi İlişkileri Değerlendirme Ölçeği, Kalkan ve Kaya (2007) tarafından geliştirilmiştir (9). Ölçek likert tipli olup 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki her bir ifade 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. "hiç katılmıyorum 1 puan", "katılmıyorum 2 puan", "kararsızım 3 puan", "katılıyorum 4 puan" ve "tamamen katılıyorum 5 puan" dir. Ölçekte bazı maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 34, en yüksek puan 170'dir. Ölçek "din, iletişim, arkadaş, aile, cinsellik" olmak üzere beş alt boyuta sahiptir (Tablo1).

Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği, bireyin mevcut ilişkisine yönelik mutluluk düzeyinin yüksekliğini ve ilişkisine yönelik olumlu düşüncelerinin fazlalığını göstermektedir (9). Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.86 olarak

bulunmuştur (9). Bu çalışmada toplam EÖİDÖ için Cronbach Alfa 0,85 olarak bulundu.

Araştırma verilerinin toplanması için Erzurum AÇSAP merkezinden yazılı izin alındı. Nişanlı çiftlere araştırmanın amacı anlatılarak "Bilgilendirilmiş Onam" ilkesi, araştırmaya gönüllü katılımı "Özerkliğe Saygı" ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı söylenerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkeleri yerine getirildi (10).

Veriler SPSS 16 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım, ortalama, Cronbach Alpha, t testi, Mann Whitney U, Kruskal Walls ve tek yönlü varyans testi kullanıldı.

### Bulgular

Araştırma kapsamına alınan nişanlı çiftlerden; kadınların yaş ortalamasının  $24,18 \pm 4,81$ , erkeklerin  $26,73 \pm 4,43$  olduğu, kadınların %28,7'sinin lise mezunu erkeklerin %37,2'sinin üniversite mezunu olduğu saptandı. Nişanlı çiftlerin, %56,7'si tanışarak, %43,3'ü görücü usulüyle nişanlanmıştır (Tablo 2).

Çalışmada kadınların EÖİDÖ toplam puan ortalamasının  $138,14 \pm 16,4$ , erkeklerin EÖİDÖ toplam puan ortalamasının  $136,24 \pm 15,1$  olduğu ve puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p > 0.05$ ) (Tablo 3).

Araştırma kapsamına alınan nişanlı çiftlerin tanımlayıcı özelliklerine göre EÖİDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında; kadınlarda yaş gruplarına göre toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p > 0.05$ ). 17-23 yaş grubunda olan kadınların arkadaş alt boyutu puanının, 31 yaş ve üzerinde olanlara göre daha düşük olduğu ve aradaki

farkın anlamlı olduğu saptandı ( $p < 0.001$ ) (Tablo 4-A).

Erkeklerde 17-23 yaş grubunda EÖİDÖ toplam puan ortalamasının  $129,87 \pm 14,5$ , 31 ve üstü yaş grubunda olanlarda  $139,40 \pm 13,6$  olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ). Yaş gruplarına göre iletişim, arkadaş, aile alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ).

Kadınların eğitim durumu göre puan ortalamaları arasında iletişim alt boyutu hariç, diğerlerinde anlamlılık olmadığı ( $p > 0.05$ ) ve iletişim alt boyutunda eğitim düzeyi arttıkça iletişim puan ortalamasının arttığı saptandı ( $p < 0.05$ ). Erkeklerde eğitim durumuna göre EÖİDÖ toplam puan ortalaması ve iletişim, arkadaş, aile alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ve eğitim düzeyi yükseldikçe puan ortalamalarının arttığı tespit edildi (Tablo 4-A).

Nişanlı çiftlerin çalışma durumlarına göre EÖİDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; her iki grupta da yalnızca din alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ). Din alt boyutu puan ortalaması çalışmayan kadın ve erkeklerde çalışanlara oranla daha yüksektir.

Hem kadın, hem de erkeklerde nişanlanma şekli ile toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p > 0.05$ ).

Evlilik sonrası yaşamayı düşündükleri aile tipine göre hem erkek, hem de kadınlarda toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p > 0.05$ ). Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında; kadınlarda cinsellik, iletişim ve din alt boyutu puan ortalamaları arasında, erkeklerde

**Tablo 1.** Evlilik öncesi ilişkileri değerlendirme ölçeğinin tanıtımı

EÖİDÖ Alt Boyutları	Alınabilecek Madde Sayısı	Minimum Puan	Alınabilecek Maksimum Puan
Din	7	7	35
İletişim	7	7	35
Arkadaş	8	8	40
Aile	6	6	30
Cinsellik	6	6	30
<b>Toplam</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>170</b>



**Tablo 2.** Nişanlı çiftlerin tanıtıcı özelliklerin dağılımı

Özellikler	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
<b>Yaş</b>				
17-23	87	53,0	32	19,5
24-30	59	36,0	97	59,1
31 ve üstü	18	11,0	35	21,3
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlkokul	42	25,6	22	13,4
Ortaokul	32	19,5	23	14,0
Lise	47	28,7	58	35,4
Üniversite	43	26,2	61	37,2
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışan	37	22,6	146	89,0
Çalışmayan	127	77,4	18	11,0
<b>Nişanlanma Şekli</b>				
Görücü Usulüyle	71	43,3	71	43,3
Konuşarak/tanışarak	93	56,7	93	56,7
<b>Yaşanılmayı Düşünülen Aile Tipi</b>				
Çekirdek	121	73,8	133	81,1
Geniş	43	26,2	31	18,9
<b>Aynı Memleketli Olma Durumu</b>				
Evet	105	64	105	64
Hayır	59	36	59	36
Askerlik Görevi				
Tamamlanmış	-	-	131	79,9
Tamamlanmamış	-	-	33	20,1

**Tablo 3.** Nişanlı çiftlerin cinsiyete göre EÖİDÖ puan ortalamasının karşılaştırılması

Cinsiyet	n	%	Din	İletişim	Alt boyutlar	Aile	Cinsellik	Toplam
			$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	Arkadaş	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	EÖİDÖ
Kadın	164	50,0	28,41±4,6	28,82±4,6	31,84±4,6	24,34±4,1	24,71±4,4	138,14±16,4
Erkek	164	50,0	27,54±4,1	28,44±4,1	31,62±5,1	23,76±4,2	24,87±3,8	136,24±15,1
Test ve p değeri			df=326 t=1.8 p>0.05	df=326 t=0.7 p>0.05	df=326 t=0.1 p>0.05	df=326 t=1.2 p>0.05	df=326 t=0.3 p>0.05	df=326 t=1.01 p>0.05

ise, arkadaş alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4-B).

Araştırma kapsamına alınan kadınların nişanlıları ile aynı memleketli olma durumlarına göre yalnızca iletişim alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlılık olduğu, aynı memleketli

olmayanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ). Erkeklerde ise nişanlıları ile aynı memleketli olmayanların toplam EÖİDÖ puan ortalaması ve diğer alt boyutlar puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı biçimde daha yüksek olduğu bulundu (sırasıyla  $p < 0.05$ ,  $p < 0.05$ ,  $p < 0.001$ ,  $p < 0.05$ ,  $p < 0.05$ ) (Tablo 4-B).

**Tablo 4-A. Nişanlı çiftlerin tanıtıcı özelliklerine göre EÖİDÖ puan ortalamasının karşılaştırılması**

Cinsiyet	Alt boyutlar					Toplam	
	Din	İletişim	Arkadaş	Aile	Cinsellik	EÖİDÖ	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Kadın	Yaş						
	17-23	29,03±3,9	28,90±4,3	30,88±4,3	24,37±3,7	24,33±4,8	137,54±14,5
	24-30	27,52±5,4	28,59±5,2	32,15±4,8	24,05±4,6	24,88±3,6	137,20±19,0
	31 ve üstü	28,33±4,4	29,16±4,5	35,44±3,8	25,16±3,3	26,00±4,2	144,11±15,6
	Test ve p değeri	KW=2.5 p>0.05	KW=0.1 p>0.05	KW=15.2 p<0.001	KW=0.2 p>0.05	KW=2.4 p>0.05	KW= 2.3 p>0.05
Erkek	Yaş						
	17-23	27,15±3,1	26,75±4,1	29,87±5,9	21,81±3,9	24,28±3,8	129,87±14,5
	24-30	27,27±4,3	29,25±3,7	31,44±4,8	23,97±4,2	25,24±3,8	137,20±15,4
	31 ve üstü	28,62±3,7	27,74±4,4	33,71±4,6	24,94±3,2	24,37±3,5	139,40±13,6
	Test ve p değeri	F=1.6 p>0.05	F=5.4 p<0.05	F=4.9 p<0.05	F=5.4 p<0.05	F=1.1 p>0.05	F= 3.8 p<0.05
Kadın	Eğitim Durumu						
	İlkokul	28,14±4,5	27,21±5,5	31,90±4,9	23,42±5,2	23,33±5,1	134,02±18,7
	Ortaokul	28,75±4,8	28,31±4,4	30,93±3,5	24,37±3,1	24,56±2,2	136,93±10,9
	Lise	28,23±5,3	29,12±4,3	31,44±5,5	24,08±3,7	25,23±4,9	138,12±18,6
	Üniversite	28,62±3,6	30,44±3,7	32,88±3,8	25,51±3,5	25,60±4,1	143,06±13,9
Test ve p değeri	F=0.1 p>0.05	F=3.7 p<0.05	F=1.2 p>0.05	F=1.97 p>0.05	F=2.2 p>0.05	F=2.273 p>0.05	
Erkek	Eğitim Durumu						
	İlkokul	26,22±4,2	26,36±3,8	28,68±6,0	20,90±4,1	24,31±3,7	126,50±14,0
	Ortaokul	27,52±3,7	27,69±2,5	29,13±5,8	21,56±3,9	23,91±3,8	129,82±15,4
	Lise	27,34±3,7	28,50±4,4	32,51±5,2	23,89±4,1	25,01±3,8	137,27±16,4
	Üniversite	28,21±4,1	29,42±4,0	32,77±3,7	25,49±3,1	25,29±3,7	141,19±11,7
Test ve p değeri	KW=3.3 p>0.05	KW=11.9 p<0.05	KW=16.3 p<0.001	KW=26.5 p<0.001	KW=3.6 p>0.05	KW=19.2 p<0.001	
Kadın	Çalışma Durumu						
	Çalışan	26,56±5,5	29,00±5,1	31,18±4,1	24,51±4,4	24,75±4,0	136,02±18,1
	Çalışmayan	28,95±4,1	28,77±4,5	32,03±4,7	24,29±3,9	24,70±4,5	138,75±15,9
Test ve p değeri	t= -2.8 p<0.05	t=0.2 p>0.05	t= -0.9 p>0.05	t=0.2 p>0.05	t=0.06 p>0.05	t= -0.8 p>0.05	
Erkek	Çalışma Durumu						
	Çalışan	27,22±3,9	28,52±4,0	31,41±5,2	23,70±4,1	24,82±3,9	135,70±15,3
	Çalışmayan	30,11±3,2	27,77±4,7	33,27±4,9	24,22±3,7	25,22±3,0	140,61±13,5
Test ve p değeri	U=759.5 p<0.05	U=1276.0 p>0.05	U=1052.5 p>0.05	U=1225.0 p>0.05	U=1301.5 p>0.05	U=1060.0 p>0.05	

**Tablo 4-B. Nişanlı çiftlerin tanıtıcı özelliklerine göre EÖİDÖ puan ortalamasının karşılaştırılması**

Cinsiyet	Nişanlanma Şekli	Alt boyutlar					Toplam
		Din	İletişim	Arkadaş	Aile	Cinsellik	EÖİDÖ
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Kadın	Görücü Usulüyle	28,57±4,1	28,47±4,2	31,73±4,37	24,08±3,79	24,69±3,5	137,56±14,5
	Konuşarak/tanışarak	28,29±4,9	29,08±5,0	31,92±4,8	24,54±4,3	24,73±5,0	138,58±17,8
	Test ve p değeri	t=0.3	t= -0.8	t= -0.2	t= -0.7	t= -0.05	t= -0.3
		p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Erkek	Görücü Usulüyle	27,35±4,0	28,45±3,7	32,07±5,9	23,95±4,4	24,28±3,5	136,11±17,0
	Konuşarak/tanışarak	27,68±4,0	28,44±4,3	31,27±4,5	23,61±3,7	25,32±4,0	136,34±13,7
	Test ve p değeri	t= -0.5	t= 0.01	t= 0.9	t= 0.5	t= -1.7	t= -0.09
		p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Kadın	Yaşanılmayı Düşünülen Aile Tipi						
	Çekirdek	27,89±4,79	29,33±4,3	32,06±4,6	24,58±3,7	25,19±4,0	139,06±16,1
	Geniş	29,88±3,69	27,39±5,3	31,20±4,6	23,67±4,9	23,37±5,1	135,53±17,2
	Test ve p değeri	t= -2.4	t=2.3	t=1.04	t=1.1	t=2.3	t=1.2
	p<0.05	p<0.05	p>0.05	p>0.05	p<0.05	p>0.05	
Erkek	Yaşanılmayı Düşünülen Aile Tipi						
	Çekirdek	27,68±3,9	28,40±4,3	32,05±5,1	24,00±4,0	24,66±3,9	136,81±15,8
	Geniş	26,93±4,3	28,61±2,6	29,77±5,4	22,70±4,4	25,74±3,3	133,77±11,7
	Test ve p değeri	t= 0.9	t= -0.3	t=2.2	t=1.5	t= -1.4	t=1.2
	p>0.05	p>0.05	p<0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	
Kadın	Aynı memleketli olma durumu						
	Evet	28,00±5,0	27,97±4,7	31,98±4,2	24,43±4,1	24,67±4,2	137,06±15,4
	Hayır	29,15±3,6	30,33±4,09	31,59±5,3	24,18±4,01	24,77±4,7	140,05±18,0
	Test ve p değeri	t= -1.6	t= -3.1	t=0.5	t=0.1	t= -0.1	t= -1.1
	p>0.05	p<0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	
Erkek	Aynı memleketli olma durumu						
	Evet	27,03±3,7	27,60±4,0	31,05±5,5	23,08±3,9	25,00±3,5	133,79±14,0
	Hayır	28,44±4,3	29,93±3,7	32,62±4,4	24,96±4,1	24,64±4,2	140,61±16,2
	Test ve p değeri	t= -2.1	t= -3.6	t= -1.9	t= -2.8	t= 0.5	t= -2.8
	p<0.05	p<0.001	p<0.05	p<0.05	p>0.05	p<0.05	
Erkek	Askerlik Görevi (n=164)						
	Tamamlanmış	27,54±4,0	28,23±4,1	31,67±5,4	23,26±4,1	24,54±4,0	135,27±15,9
	Tamamlanmamış	27,51±4,1	29,27±3,8	31,39±3,8	25,72±3,4	26,18±2,4	140,09±11,3
	Test ve p değeri	t=0.04	t= -1.3	t=0.3	t= -3.1	t= -2.9	t= -1.9
	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p<0.05	p<0.05	p<0.05	

Erkeklerde askerliğini yapan grubun EÖİDÖ toplam puan ortalamasının  $135.27 \pm 15.9$ , yapmayan grubun  $140,09 \pm 11,3$  olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ). Askerlik durumuna göre ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında aile ve cinsellik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ) (Tablo4-B).

### Tartışma

Nişanlılık dönemi, çiftlerin evlilik öncesi anlaşma durumlarının değerlendirilmesi açısından önemli bir fırsattır. Nişanlı çiftlerin evlilik öncesi ilişkilerinin değerlendirilmesi sağlıklı evliliklerin yapılabilmesi ve mutlu ailelerin kurulabilmesi açısından çok önemlidir (5).

Araştırma sonucunda cinsiyete göre EÖİDÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu. Ölçekten alınan toplam puanlar değerlendirildiğinde kadın ve erkeklerin ilişkiye yönelik olumlu düşüncelere sahip olduğu görülmektedir. Şen (2009) çalışmasında evlilik öncesi çiftlerin %75,0'inin birbirlerine karşı anlayışlı olduklarını bulmuştur (11). Sağlıklı ilişkilerde üyeler birbirlerine değer vermekte, birbirlerini dinlemekte ve saygı göstermektedir. Eşler birbirlerine karşı açık ve samimidir (12).

Çalışmada, ölçeğin arkadaş alt boyutu ile yaş grupları arasında anlamlı fark olduğu ve yaş arttıkça arkadaş alt boyutu puan ortalamasının arttığı saptandı. Bu durum yaş arttıkça kişilerin arkadaş ve eş kavramlarını birbirinden daha iyi ayırabilmelerinden kaynaklanabilir. Bazı çiftler için iyi vakit geçirmelerini sağlayacak yakın



Fotoğraf: "Yalnız Sensin" Serdar Başboğa  
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2014 Sergi Ödülü

arkadaşlarının olmaması ya da onlarla çok az görüşmesi ilişkide mutluluğu olumsuz etkileyebilmektedir (13).

Erkeklerde ise yaş arttıkça EÖİDÖ toplam puan ortalaması ve iletişim, arkadaş, aile alt boyutları puan ortalamalarının arttığı saptandı. Bu durumun, yaşla birlikte olgunlaşmanın artmasından ve olası yaşı büyük olanlarda eğitim düzeyinin de yüksek olması nedeniyle nişanlısına daha anlayışlı davranmasından kaynaklandığı söylenebilir. İnsanın tüm yaşamında olduğu gibi evlilik yaşantısında da iletişim son derece önemlidir. Çiftler arasındaki iletişim bozukluğu eşlerin birbirlerine zıt davranmalarına yol açmaktadır (14). Çiftlerin kendi bağımsız arkadaşlarıyla ilişkilerinin miktarı ve arkadaşlık ilişkilerinin dengelenmesi ilişkinin geleceği açısından önemlidir (15). Kişinin yaşının küçük olması ailesinin, ilişkisine yön vermesine neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda kişinin aile ile (kayınvalide, kayınpeder v.b) olumsuz ilişkisinin evliliği tehdit eden bir unsur olarak görüldüğü belirtilmiştir (16-18).

Çalışma sonucunda eğitim düzeyi yükseldikçe kadınlarda iletişim alt boyutu, erkeklerde ise iletişim, arkadaş, aile alt boyutu ve toplam puan ortalamasının arttığı bulundu. Bu durum, eğitim düzeyi arttıkça etkili iletişim kurma yeteneğinin artması ile açıklanabilir. Eğitim düzeyi insan ilişkilerinde anlaşmayı etkileyen en önemli unsurdur. Eğitim düzeyinin yüksekliği bireylere anlayışlı davranma özelliğini kazandırmaktadır. Fışiloğlu (1992), eşin eğitim düzeyi arttıkça evlilik uyumunun yüksek olduğunu bulmuştur (19).

Nişanlı çiftlerden her iki grupta da çalışma durumu göre ölçeğin din alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Din alt boyutu puan ortalaması, çalışmayan kız ve erkeklerde çalışanlara oranla daha yüksektir. Bu durum çalışmayan kız ve erkeklerin olası eğitim düzeylerinin düşük olması, aynı memleketli olması, dini görüşlerinin aileden-toplumdan gördükleri biçimde biçimlenmiş olması, bu nedenle dini görüşlerinin aynı yönde olmasından kaynaklanabilir. Dinlerin birbirinden farklı öğretileri vardır. Bundan dolayı farklı dinlere mensup eşlerin de yaşayış biçimleri farklı olabilir. Dinleri farklı eşlerin, tutumları, yeme, içme ve eğlenme alışkanlıkları farklı olacağından sorunlar



yaşanabilir. Bu tip evliliklerde yaşanan sorunlar evlilik birliğini olumsuz etkilemektedir (4).

Nişanlı çiftlerde yaşamayı düşündükleri aile tipine göre kadınlarda cinsellik ve iletişim alt boyutu puan ortalamasının çekirdek ailede yaşamayı düşünenlerde, geniş ailede yaşamayı düşünenlere oranla daha yüksek olduğu bulundu. Yapılan bazı çalışmalarda rahat cinsel ilişkinin yaşanılmadığı durumlarda eşler arasında sorunlar çıktığı ve boşanmalara neden olduğu bulunmuştur (16, 20, 21). Çekirdek ailede yaşamak çiftlerin birbirleriyle daha rahat iletişim kurmalarında etkili olmaktadır. Ayrıca geniş ailede yaşamayı düşünen kadınlarda çekirdek ailede yaşamayı düşünenlere göre din alt boyut puan ortalaması daha yüksektir. Bunun nedeni muhtemelen bu kadınların dini olarak büyüklere hizmet etmek ve dolayısıyla eşlerini memnun etmek istemeleri olabilir. Ya da bu kadınların aile yapısı da geniş aile tipindedir ve dini olarak yetiştirilme tarzlarından dolayı nişanlıları ile dini konularda daha iyi anlaşabilmektedirler. Aile Yapısı Araştırması 2010 sonuçlarında kadınların %67,0'sinin dini bilgileri aile ve akrabalarından aldığı belirtilmiştir (22).

Erkeklerde ise, çekirdek ailede yaşamayı düşünenlerde arkadaş alt boyut puan ortalaması daha yüksek bulundu. Çekirdek ailede yaşamak insanların arkadaş çevresine daha fazla zaman ayırabilmesine ve daha rahat davranabilmesine olanak sağlamaktadır.

Erkeklerde nişanlıları ile aynı memleketli olma durumuna göre EÖİDÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Nişanlıları ile aynı memleketli olmayan erkeklerde aynı memleketli olanlara göre EÖİDÖ toplam puan ortalaması daha yüksektir. Farklı kültürel çevreden gelmek, eşler arası uyumu güçleştirmektedir. Farklı aile kültürlerine ve değer sistemine sahip olmak, olay ve durumları farklı biçimde algılama ve yorumlamaya neden olmaktadır (23). Bu sonuçlar çalışma ile paralellik göstermemektedir. Bu sonucun ortaya çıkmasında bu araştırma grubundaki bireylerin yalnızca kendileri ve ilişkileri ile ilgili konuları konuşmalarının etkili olduğu düşünülebilir.

Ayrıca askerlik görevini yapmayan erkeklerde yapanlara göre EÖİDÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulundu.

Askerliğini yapmayan erkeklerin muhtemelen yaşının da küçük olması olaylar karşısında mantıklı düşünmekten çok duygusal davrandığı ve bunun puan ortalamasını etkilediği düşünülebilir.

Nişanlılık döneminde, eşler birbirlerinin iç dünyalarını ve ruhsal yönlerini tanıma fırsatı bulurlar. Evlilikte uyumun sağlanıp sağlanamayacağı, nişanlılık dönemindeki ilişkiler sonucunda ortaya çıkar. Çiftler, birbirlerinin huylarını, kişilik özelliklerini, kültürel değerlerini, doğal yaşantılarını, yaşama bakış açılarını, aile ilişkilerini, dini inançlarını, cinselliğe bakış açılarını, zevk ve alışkanlıklarını yakından görme ve tanıma imkanı bulurlar. Bu nedenle nişanlılık döneminde çiftlerin birbirlerini yeterince tanımaları evlilik ilişkisinin geleceğini belirler (24,25).

#### **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın yalnızca tek bir kurumda yapılmış olması ve kuruma başvuran nişanlı çiftlerin hepsinin araştırmaya katılmak istememesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

#### **Sonuç ve Öneriler**

Çalışma sonucunda çiftlerin evlilik öncesi ilişki durumlarının iyi düzeyde olduğu ve cinsiyete göre aralarında fark olmadığı bulundu. Sağlıklı ve mutlu evliliklerin temellerinin atılabilmesi için çiftlerin nişanlılık döneminde birbirlerini iyi tanımaları gerekmektedir. Evlilik öncesi aile danışmanlık hizmetlerinde evliliğe uyum ve evlilikte iletişim gibi konularda gençlerin ve eş adaylarının, bilinçlendirilmesi, eğitim verilmesi, ilişkilerindeki mevcut ve olası sorunların belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması sağlık personellerinin asıl amacı olmalıdır. Evli çiftlerin ilişkilerini düzenlemekten çok evlilik öncesi danışmanlık hizmeti yaparak evliliklerin kurtulması çok daha kolaydır. Bireyler evlendikten sonra ortaya çıkacak olan evlilik sorunlarına yönelik müdahaleler geç kalınmış bir yardım olabilir. Ülkemizde gençlerin, daha sağlıklı bir aile yapısı kurabilmeleri, sorumluluklarını ve kendilerini nelerin beklediğini bilmeleri, gelecekte evlilik ilişkisinin sağlıklı yürüebilmesi için evlenmeden önce eğitim almaları oldukça önemlidir.

**İletişim:** Ayla Çapık

**E-posta:** aylakanbur28@hotmail.com

## Kaynaklar

1. Woltan SB. Community health nursing. Mineapolis; 1998. p. 435-467.
2. Tütengil CO. Aile ve evlilik araştırma sonuçları. Aile yazıları IV. Ankara: 1999. p. 347-348.
3. Özgüven İE. Evlilik ve aile terapisi. Ankara: Pdrem Yayınları; 2000. p. 23.
4. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Orta öğretim projesi aile ve tüketici bilimleri, aile olmak. Ankara: 2009.
5. Abik Y. Nişanlanma ve nişanlılık. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2005;54(2):65-152.
6. Tarhan N. Evlilik psikolojisi. İstanbul: Timaş Yayınları; 2008. p. 35.
7. Sullivan KT, Bradbury NT. Are premarital prevention programs reaching couples at risk for marital dysfunction? Journal of Consulting and Clinical Psychology 1997;65:24-30.
8. Türkiye İstatistik Kurumu. Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2015. Tük Haber Bülteni 2016; sayı 21515. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21515> / Erişim tarihi: 27/05/2016.
9. Kalkan M, Kaya NS. Evlilik öncesi ilişkileri değerlendirme ölçeğinin (EÖİDÖ) geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi 2007;3(11):35-40.
10. Bayık A. Hemşirelik araştırmalarında etik. In: Erefe İ, ed. Hemşirelikte araştırma ilke, süreç ve yöntemleri. 3. Baskı. İstanbul: Odak Ofset; 2004. p. 27-46.
11. Şen B. Evlenmek üzere başvuruda bulunan bir grup nişanlı çiftin evlilik ve evlilik öncesi çift eğitimi'ne ilişkin bilgi, görüş ve değerlendirmeleri. Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara. 2009.
12. Çelik M. Evlilik doyum ölçeği geliştirme çalışması. Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Adana. 2006.
13. Gren LR, Richardson DS, Lago T, Schatten-Jones EC. Network correlates os social and emotional loneliness in young and older adults. Personality and Social Psychology Bulletin 2001;27(3):281-8.
14. Özüğurlu K. Evlilik raporu. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi; 1996. p. 63.
15. Kearns JN, Leonard KE. Social networks, structural interdependence and marital quality over the transition to marriage: A prospective analysis. Journal of Family Psychology 2004;18(2):383-95.
16. Abalı S. Boşanmak için başvuran kadınların evlilikteki cinsel yaşamlarını boşanma nedeni olarak görme durumları. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul. 2006.
17. Goldenberg I, Goldenberg H. Family therapy. CA: Brooks/Cole; 1996. p. 106-123.
18. Yıldırım N. Türkiye'de boşanma ve sebepleri. Türk Dünyası Sosyal Bilimler Dergisi 2004;28:59-81.
19. Fışıoğlu H. Lisans Üstü öğrencilerinin evlilik uyumu. Psikoloji Dergisi 1992;7(28):16-23.
20. Breznsnyak M, Whisman MA. Sexual desire and relationship functioning : the effects of marital satisfaction and power. Journal of Sex&Marital Therapy 2004;30(3):199-217.
21. Uyar S. Boşanmış bireylerin evlilik süreci ve bugüne ilişkin psikolojik sorunları üzerine bir araştırma. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi. Ankara. 1999.
22. Aile Yapısı Araştırması T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu. 1. Basım. İstanbul: Nakış Ofset;2010.
23. İlgar Ş. Evlilik birlikteliğinin bozulması-boşanma. In: Yavuzer H, ed. Evlilik okulu. 1. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2004. p. 227-239.
24. Milli Gazete 2010. Eş Adaylarının Nişanlılık Dönemi. <http://www.milligazete.com.tr/haber/es-adaylarının-nisanlilik-donemi-185205.htm>./ Erişim tarihi: 18/01/2015.
25. Tatakter T. Evlenmeden Önce Dikkat 2011. [http://www.doktorsitesi.com/yazi/2500/Evlenmeden-Once-dikkat?a\\_id=109](http://www.doktorsitesi.com/yazi/2500/Evlenmeden-Once-dikkat?a_id=109)./ Erişim tarihi: 20/03/2015.



Dr. Yurdanur Dikmen<sup>1</sup>

Geliş/Received : 01.02.2016

Kabul/Accepted: 19.04.2016

### Öz

**Giriş:** Hemşirelerin sağlık bakımında kritik düşünebilmeleri ve karar verebilmeleri için profesyonel değerlerinin gelişmiş olması gerekmektedir.

**Amaç:** Bu araştırma, hemşirelerin profesyonel değerlerini ve bunu etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve analitik olarak planlanan bu araştırma, bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerle gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini bu hastanede çalışan ve çalışmaya gönüllü olan 244 hemşire oluşturmuştur. Veriler, hemşirelerin özelliklerini belirleyen tanıtım formu ile Orak ve Alpar (2012) tarafından uyarlama çalışması yapılan "Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, kategorik veriler için frekans ve yüzdelikler, nicel veriler için aritmetik ortalama±standart sapma (X±SS) kullanıldı. İstatistik değerlendirmeler Tek Yönlü Varyans Analizi ve Bağımsız Gruplarda t Testi ile yapılmıştır. Bireysel grup farklılıkları için post hoc Tukey Testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin profesyonel değerler ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 121,06±11,27 (44-220 puan arası) olarak bulunmuştur. Araştırmada bekar olan, lisansüstü eğitim mezunu olan, yönetim görevi bulunan, bilimsel toplantılara katılan ve mesleki bir dernek üyesi bulunan hemşirelerinin diğerlerine göre mesleki profesyonel değerlerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05).

**Sonuç:** Hemşirelerin profesyonel değerlere iyi düzeyde önem verdikleri görülmüştür. Hemşirelerinin mesleki profesyonel değerlerinin daha iyi düzeyde geliştirilebilmesi için kursların ve hizmet içi eğitim programları uygulanmalı, hemşireler bilimsel toplantılar için cesaretlendirilmeli ve teşvik edilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Profesyonel, Değer, Hemşirelik

### Abstract

**Introduction:** In order for nurses to be able to think critically and to make decisions in healthcare, their professional values should be advanced.

**Aim:** The study was conducted to identify the professional values among nurses and the factors that affect them.

**Method:** The sample of this descriptive and analytical study consisted of 244 nurses working in a public hospital and who volunteered to participate in the research. The data were collected using a nurse identification form and the Turkish version of Nurses' Professional Values Scale adapted by Orak and Alpar (2012). In data assessment, frequencies and percentages were counted up for categorical variables whereas means±standard deviations (X±SS) were calculated for quantitative data. The statistical analyses were performed using one-way analysis of variance and independent samples t-test. Post hoc Tukey's test was carried out to compare samples' differences.

**Findings:** The total mean score for Nurses' Professional Values Scale was found to be 121.06±11.27 (a score between 44-220). It was seen that the nurses who were single, working in an administrative position, the member of a professional association, had a graduate degree and attended scientific meetings scored significantly higher than the others (p<0.05) on the professional values.

**Conclusion:** It was ascertained that the nurses paid attention to professional values at satisfactory levels. In order to enhance the professional values among the nurses, the courses and in-service training programs should be carried out and they should be encouraged to participate in scientific meetings.

**Key words:** Professional, Value, Nursing

\*Bu çalışma, 05-06 Kasım 2015 tarihinde yapılan III. Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumunda sözlü bildiri olarak sunulmuş ve sözel bildiri 3. lük ödülü almıştır.

1 Doç.; Sakarya Ü. Sağlık Bilimleri Fak Esentepe Kampüsü, Sakarya

## Giriş

Hemşirelik geçmişten günümüze sosyal, kültürel ve teknolojik değişimlerle kendini yenilemeyi başaran; birey, aile ve toplumun sağlık durumu ile ilgilenen uygulamalı bir sağlık disiplini (1). Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) hemşireliği "bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeyi sağlayan bir meslek grubu olarak tanımlamaktadır (2). Günümüzde hemşireler sağlık bakımı vermenin yanı sıra araştırma yapma, teori geliştirme, mesleki örgütlere ve politik aktivitelere katılma gibi profesyoneller tarafından yerine getirilen işlevleri gerçekleştirir duruma gelmişlerdir (3). Böylece hemşirelikte profesyonellik ve hemşirelikte profesyonel değerler kavramları ön plana çıkmıştır (2).

Değerler genel anlamda bir amaç, obje, ilke ya da davranış hakkındaki inanç ve tutumlardır. Dolayısıyla değer, bireysel ve toplumsal olarak yaşamı anlamlandırma biçimine göre tercih edilen bir davranış normu ya da yaşam amacı biçimindeki kalıcı bir inançtır. İnsan yaşamındaki ideallere işaret eden değerler, bir taraftan birey, grup ya da toplum için önemli olan şeyin anlamını ifade ederken, diğer taraftan kişiye aidiyet duygusu ile birlikte bir kimlik yüklerler (4). Bu anlamda her birey yaşamına anlam katan, yaşamını biçimlendiren ve yönlendiren kişisel, sosyal/toplumsal/kültürel ve mesleki değerlere sahiptir (5). Mesleki değerler ise eylemleri ve amaçları yargılamada temel bir standart sağlayan ve meslek üyelerinin güçlü duygusal bağlılıklarıyla oluşmuş, soyut ve genelleştirilmiş davranış ilkeleri olup, mesleki etik kodlarda sözel olarak ifade bulurlar (6).

Hemşireler sağlıklı/hasta bireye hizmet verirken, davranış ve tutumlarını savunurken, gerekçelerini açıklarken, etik ikilemlerle karşılaştığında karar verirken bir takım dayanaklara yani etik ilkelere ve mesleki değerlere gereksinim duymaktadır (7). Bu nedenle hemşirelerin mesleki değerleri hemşirelerin bakım eylemlerini uygulamalarında, kararlarında ve etik sorunları çözümlenmelerine rehberlik ederken, aynı zamanda sağlıklı/hasta bireyler, meslektaşları, diğer ekip üyeleri ve toplum ile etkileşimlerine de rehberlik eder (8).

Literatürde, hemşirelerin mesleki değerlere ilişkin algı ve davranışlarının araştırılmasının önemi vurgulanmaktadır (9,10). Ülkemizde hemşirelikte profesyonelleşme, profesyonel davranış düzeyi ve profesyonel tutum gibi konularda çalışmalar (11-16) yapıldığı görülmeye karşın, hemşirelikte profesyonel değerler ve mesleki değerlerin içselleştirilmesine dikkat çeken sınırlı sayıda araştırma yapılmıştır (2). Mesleki değerlerin içselleştirilmesi, çatışmaları çözümüleme ve öncelikli eylemleri belirleme yeterliği kazandırarak, güvenli, kaliteli ve etik bir bakımın sürdürülmesini sağlar (8).

Hemşirelik mesleği için çok önemli bir kavram olan profesyonel değerlerin ile etkileyen etmenlerin belirlenmesi ve bu konuya gerek mesleki gerekse hizmet içi eğitimlerde yer verilmesi önem taşımaktadır. Mesleki değerlerin incelenmesi ile elde edilecek sonuçların, bu değerlerin içselleştirilmesine yönelik eğitim ve uygulamalara rehberlik edeceği ve daha etkin stratejilerin geliştirilmesi için yararlı bilgiler sağlayacağı öngörülmektedir (17).

## Yöntem

### Araştırmanın amacı ve türü

Tanımlayıcı ve kesitsel tasarımda planlanan bu çalışma, hemşirelerin profesyonel değerleri algılama düzeyini ve bunu etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### Araştırmanın evreni ve örnekleme

Bu araştırma Eylül-Kasım 2014 tarihleri arasında bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerle gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini farklı kliniklerde halen çalışmakta olan 265 hemşire oluşturmuştur. Hemşirelerden 10'unun araştırmaya katılmayı kabul etmemesi, 11'inin yıllık-doğum-ücretsiz izinde olması nedeniyle 244 hemşire (*katılım oranı %92*) araştırma kapsamına alınmıştır. Dolayısıyla araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, çalışma bu hastanede çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 244 hemşire ile yürütülmüştür.

### Veri Toplama Araçları

Veriler hemşirelerin özelliklerini belirleyen birey tanıtım formu ile Orak ve Alpar (2012) tarafından uyarılma çalışması yapılan "Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği" (HPDÖ) kullanılarak toplanmıştır.



## Birey Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan formda hemşirelerin profesyonel değerlerini etkileyebileceği düşünülen; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik özellikler ile mesleki çalışma süresi, çalıştığı klinik, mesleği sevmeye durumu, mesleki bir derneğe üye olma ve bilimsel toplantılara katılma durumu gibi mesleki özellikleri içeren sorular bulunmaktadır.

## Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği

(HPDÖ): Ölçek, Darlene Weis ve Mary Jane Schank tarafından geliştirilmiş ve Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Orak ve Alpar (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek 44 maddeden oluşan ve 11 alt boyutu olan son derece önemli (5); çok önemli (4); önemli (3); biraz önemli (2); önemli değil: (1) şeklinde beşli likert derecelendirmeye sahip bir ölçektir. Ölçeğin toplam puanı yukarıda belirtilen puanlama doğrultusunda hemşirelerin verdikleri cevaba göre puanlanan maddelerin toplamından oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 44-220 arasında değişmektedir. Dolayısıyla puanın yüksek olması, hemşirelerin profesyonel değerlere ve etik konulara daha fazla önem verdikleri yönünde değerlendirilmektedir. Ülkemizde uyarlama çalışmasında ölçeğin madde toplam puan korelasyon katsayısının 0,36-0,66 arasında değiştiği ve ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısının 0,95 olduğu bildirilmektedir (7). Bu araştırmadaki örneklem grubu için Cronbach alfa katsayısı ise 0,94 olarak bulunmuştur.

## Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından hemşirelerin çalışma saatleri içerisinde uygun olduğu zamanlarda yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

## Verilerin Analizi

Veriler bilgisayarlı istatistik programıyla değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, kategorik veriler için frekans ve yüzdeler, nicel veriler için aritmetik ortalama±standart sapma ( $X\pm SS$ ) kullanılmıştır. Öncelikle veriler normal dağılıma uygunluk testi yapılmış olup (*Kolmogorov Smirnov testi*: 2,180,  $p>0,05$ ), verilerin normal dağılım gösterdiği belirlendiği için değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Bağımsız

Gruplar için t Testi kullanılmıştır. Bireysel grup farklılıkları için ileri analiz olan post hoc Tukey Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı 0.05 olarak alınmıştır.

## Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle yerel etik kuruldan gerekli onay alındıktan sonra çalışmanın yapılacağı kurumdan da yazılı izin alınmıştır. Bilgi edinilen tüm araştırmalarda yanıtların gönüllü olarak verilmesi gerektiği için araştırmaya alınacak hemşirelerinin gönüllü katılımlarına önem verilmiştir. Ayrıca, araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı hemşirelere açıklandıktan sonra onayları (*bilgilendirilmiş onay ilkesi*) sözlü olarak alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin, kendileri ile ilgili bilgilerin başkaları ile paylaşılmayacağı konusunda açıklama yapılmış ve "*gizlilik ilkesine*" uyulmuştur.

## Araştırmanın Sınırlılığı

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. Öncelikle araştırma kesitsel tipte bir çalışma olduğundan sonuçları ülkemizdeki tüm hemşireler üzerinde genellemek olanaksızdır. Bu çalışmanın diğer bir sınırlılığı ise yanıtların araştırmaya katılan hemşirelerin kendi bildirimine dayanmasıdır. Dolayısıyla sonuçlar, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin vermiş oldukları yanıtlarla sınırlıdır.

## Bulgular

Araştırma bulgularına göre; hemşirelerin %57,3'ü 23-33 yaş grubunda olup, yaş ortalamaları  $34,2\pm 6,0'$  dir. Hemşirelerin %86'sı kadın, %60,2'si evli, %23'ü lisans mezunu, %86,4'ü servis hemşiresi, %35,6'sı dâhili kliniklerde çalışmakta, %41,4'ü ise 0-5 yıldır mesleki deneyime sahiptir. Hemşirelerin yalnızca %16,4'nün mesleki bir derneğe üye olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin HPDÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması  $121,06\pm 11,27$  (*44-220 puan arası*) olarak bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre HPDÖ toplam puanları arasındaki karşılaştırmalar Tablo 1 ve 2 'de verilmiştir.

Çalışmada lisans ( $139,35\pm 11,65$ ) ve lisansüstü eğitim mezunu ( $145,05\pm 11,77$ ) olan hemşirelerin HPDÖ puan ortalamaları lise ( $135,11\pm 17,99$ ), önlisans mezunu ( $134,37\pm 11,36$ ) olan

**Tablo 1.** Hemşirelerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre HPDÖ toplam puanlarının karşılaştırılması (n=244)

Tanıtıcı Özellikler	n	X±SS	F	p
<b>Yaş grubu</b>				
23-33 yaş	140	124,07±11,30		
34-44 yaş	80	121,82±10,52	2,200	0,87
45 ve üzeri yaş	24	121,67±12,57		
<b>Eğitim durumu</b>				
Lise	51	135,11±17,99	1,089	*0,03
Ön lisans	105	134,37±11,36		
Lisans	56	139,35±11,65		
Lisansüstü	32	145,05±11,77		
<b>Çalışma süresi</b>				
0-5 yıl	101	131,567±8,60	3,675	0,32
6-10 yıl	60	130,795±12,84		
11-15 yıl	31	130,407±14,63		
16 yıl ve üzeri	52	128,255±13,53		
<b>Çalıştığı klinik</b>				
Dahiliye servisleri	87	136,45±16,11	1,828	0,59
Cerrahi servisleri	61	138,95±11,37		
Yoğun bakım servisi	34	145,00±9,74		
Diğer destek hizmetleri	30	142,26±11,35		
Acil servis	32	140,35±14,89		
<b>Memnuniyet durumu</b>				
Memnun	145	141,25±8,77		
Kararsız	59	137,95±13,79	2,258	0,27
Memnun değil	40	136,90±8,78		

Tek Yönlü ANOVA Testi, \*p<0.05

hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 1). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc ileri analizi (*Tukey Testi*) yapılmıştır. Yapılan post-hoc analizine göre, lisans ve lisansüstü mezunu olan hemşirelerin lise ve önlisans mezunu hemşireler lehine anlamlı bir farklılık varken, lise mezunu ile önlisans mezunu hemşire grupları arasında HPDÖ puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca çalışmada genç yaş grubunda olan, mesleğinden memnun olan, 0-5 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olan ve yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin HPDÖ toplam puanları daha yüksek bulunmasına karşın istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 1).

Bu çalışmada bekar olan, yönetim görevi bulunan, bilimsel toplantılara katılan ve mesleki

dernek üyeliği bulunan hemşirelerin diğerlerine göre profesyonel değerleri algılama düzeyinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 2).

### Tartışma

Hemşirelerin mesleki değerleri hemşirelerin bakım eylemlerini uygulamalarında, kararlarında ve etik sorunları çözümlenmelerine rehberlik ederken, aynı zamanda sağlıklı/hasta bireyler, meslektaşları, diğer ekip üyeleri ve toplum ile etkileşimini sağlar (7). Hemşirelerin profesyonel değerlerinin ve bu değerler üzerinde etkili etmenlerin belirlenmesi, gerek lisans eğitimi gerekse hizmet içi eğitimlerde vurgulanması, hemşirelik mesleğinin gelişimi açısından önem taşımaktadır (2). Bu doğrultuda planlanan hemşirelerin profesyonel değerlerini ve bunu etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmada, hemşirelerin HPDÖ'den

**Tablo 2.** Hemşirelerin bazı mesleki özelliklerine göre HPDÖ toplam puanlarının karşılaştırılması (n=244)

Özellikler	N	X±SS	t	p
Cinsiyet				
Kadın	210	138,42±8,55	1,142	0,46
Erkek	34	140,08±7,02		
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	147	134,42±7,53	2,579	*0,01
Bekar	97	140,08±8,12		
<b>Çalıştığı birimde görev</b>				
Sorumlu (yönetici)	33	148,72±7,93	2,098	*0,02
Servis hemşiresi	211	131,08±9,02		
<b>Bilimsel toplantılara katılma</b>				
Evet	56	150,56±10,76	2,930	*0,01
Hayır	118	137,50±11,62		
<b>Mesleki bir derneğe üye olma</b>				
Evet	40	144,71±8,87	1,976	*0,04
Hayır	204	138,72±9,52		

Bağımsız Gruplar için t-Testi, \*p<0.05

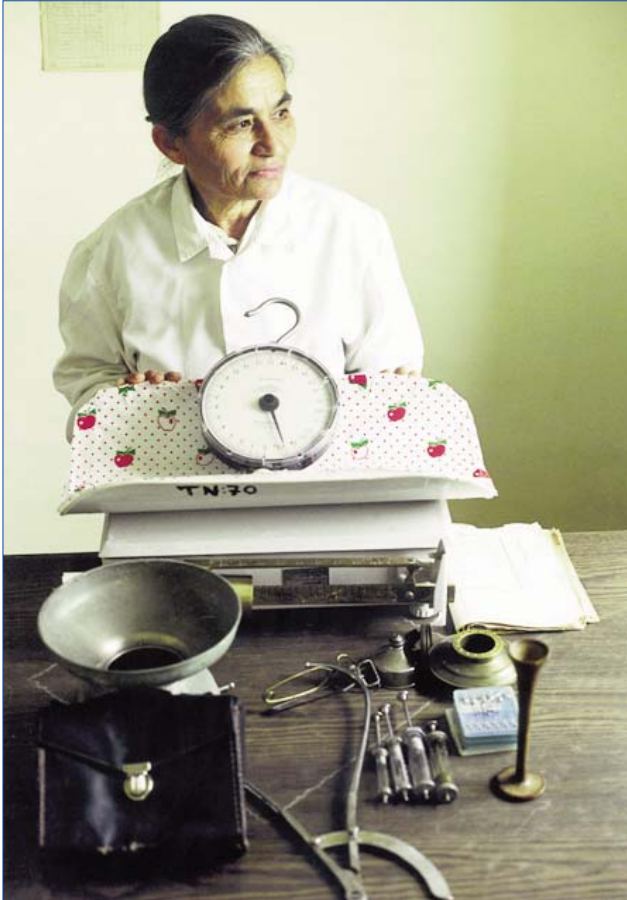
aldıkları toplam puan ortalaması 121,06±11,27 (44-220 puan arası) olarak bulunmuştur.

Çalışmada veri toplamak amacıyla kullanılan ölçeğin bir kesme noktası olmadığından, bu sonuç hemşirelerin profesyonel değerlere iyi düzeyde önem verdikleri şeklinde yorumlanmıştır. Bu sonuç ile benzer biçimde (18). tarafından bu çalışmada kullanılan ölçüm aracı kullanılarak yapılmış bir araştırmada, çocuk hemşirelerinin profesyonel değerlere önem verme düzeyini 135,84±15,27 olarak bildirilmişlerdir. Literatürde profesyonel tutum envanteri kullanılarak yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelerin profesyonellik tutumlarının iyi düzeyde olduğu belirtilmiştir (11,13,16). Buna karşın Demir ve Yıldırım (2014) psikiyatri hemşirelerinde profesyonel davranışları inceledikleri çalışmalarında, hemşirelerin profesyonellik puanlarının düşük olduğunu bildirmiştir. Yine HPDÖ kullanılarak yapılan bir çalışmada (2015) da hemşirelerin mesleki profesyonel değerleri algılama düzeyi 90,7±14,7 olarak diğer çalışma sonuçlarından daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada hemşirelerin profesyonel değerlere iyi derece önem vermelerinin, araştırmanın yapıldığı hastanede kalite çalışmalarının devam etmesi ve bu kapsamda hizmet içi eğitimlere gereken önemin verilmesine bağlanabilir.

Hemşirelerin bazı tanıtıcı özellikleri ile HPDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bekar ve eğitim düzeyi yüksek olan (lisans ve yüksek lisans) hemşirelerin HPDÖ toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte genç yaşa sahip olan (23-33 yaş) hemşirelerin HPDÖ toplam puan ortalamaları, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasına karşın, diğer gruplara göre yüksektir. Giriş ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada, lisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelerde profesyonel değerler ölçek puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Hemşireliğin profesyonelliğe geçişinde nitelikli eğitim alınması son derece önemlidir. Profesyonel kimlik gelişiminin büyük bir çoğunluğu, hemşirelerin hemşirelik okulunda aldıkları eğitim sırasında gerçekleşen, profesyonel sosyalizasyon sürecinin önemli bir sonucu olarak meydana gelmektedir (19). Yapılan gerek yurt içi gerekse yurt dışı çalışmalarda da, hemşirelerin aldıkları eğitim düzeyinin profesyonel kimliğin gelişimi üzerine olumlu katkısı olduğu dolayısıyla eğitimin profesyonel davranış ve profesyonellik algısında etkiliği olduğu belirtilmektedir (11,13,14,20). Yine Karadağ ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir çalışmada da, hemşirelerin eğitim durumunun profesyonelliği anlamlı biçimde etkilediği, servis hemşiresi olarak görev yapan

hemşirelerde profesyonel davranışların daha düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar, bu çalışma bulgusuyla uyumlu bulunmuş, alınan eğitimin süresinin mesleki profesyonel davranış ve algısında olumlu etkisi olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Araştırmada, sorumlu hemşire olarak çalışanların mesleki profesyonel değerleri algılama düzeyinin klinik hemşirelerinden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ) (Tablo 2). Sorumlu hemşirelerin, hasta bakımı dışında otonomi, ekip iletişimi ve yönetsel sorumluluklar gibi birçok görev alanı bulunmaktadır. Sorumlu hemşirelerin birlikte çalıştığı hemşire grubuna liderlik yapabilmesi ve etik sorunları çözebilmesi için diğer çalışanlardan daha yüksek düzeyde profesyonel değer algılarına sahip olması gerekmektedir (21). Benzer biçimde sorumlu hemşire olarak çalışan hemşirelerde profesyonel davranış ve tutum puan ortalamasının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar, bu çalışma bulgularını desteklemektedir (11,13,22,23).



Fotoğraf: "Hayatım ve Sosyalizasyon" Abdül Kadir Ekinci TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2001 Büyük Ödül

Çalışmada, bilimsel toplantılara katılan hemşirelerin profesyonel değer algılarının katılmayanlardan anlamlı biçimde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna göre mesleki alana yönelik bilimsel etkinliklere katılma durumunun profesyonel değerleri algılama durumuna olumlu katkı sağladığı söylenebilir. Ayrıca çalışmada, hemşirelerin bilimsel kongre ve sempozyumlara katıldıklarını bildirmelerine karşın, bu alanlarla ilgili derneklere üye olduğunu bildirenlerin sayısı azdır (% 16,4; n:40). Gruplar arasında yapılan istatistiki değerlendirmede, hemşirelikte ilgili bir derneğe üye olan hemşirelerin HPDÖ puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Günümüzde hemşirelerin hastalarına bakım verme rollerinin yanında, mesleki örgütlere ve politik aktivitelere katılma işlevlerini de yerine getirmeleri beklenmektedir (24). Yiğit ve arkadaşlarının (2004) yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin yalnızca %24'ünün Türk Hemşireler Derneği'ne (THD) üye olduğu, profesyonel derneklere yönelik tutum ve duygularının negatif yönde ve örgütsel duyarlılıklarının düşük olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda, hemşirelerde profesyonel davranış ve algıların gelişmesi için ülkemizde dernekler ile sağlık kurumları arasında yapılacak ortak toplantılar ile ulusal/uluslararası düzeydeki bilimsel faaliyetlere katılımlarının desteklenmesi, hemşirelere daha fazla ulaşılması ve derneklere üyelik faaliyetlerinin geliştirilmesi önemli görünmektedir.

Çalışmada genç yaş grubunda olan ve 0-5 yıl ve üzeri süredir mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin HPDÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamış olmasına karşın, diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 1). Bu sonuç, literatürde konu ile ilgili yapılan çalışma bulguları ile uyumludur (11). Bu bulgular genç ve yeni mezun hemşirelerin profesyonelliği daha çok önemsedikleri ve çalışma süresi arttıkça mesleki tükenmişliklerinin profesyonelliklerini etkilediğini düşündürmektedir. Bu çalışmada da hemşire olarak çalışma yılının artması mesleki profesyonelliği olumsuz etkilediğini göstermektedir. Aynı zamanda çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunu bayan hemşireler oluşturmuştur. Bu nedenle kadının iş yaşamından gelen zorluklara karşı kadın ve annelik rolünün getirdiği sorumlulukların ve



toplumsal baskıların, profesyonellik değer algısını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir (11). Bunun yanında evli ve mesleki deneyimi fazla olan hemşirelerin uzun süredir yaşadıkları mesleki tükenmişliğin profesyonellik algılarını olumsuz yönde etkilediği ve bu durumun da hemşirelerin HPDÖ puan ortalamalarının düşük olmasında etkili olabileceği söylenebilir. Nitekim bu çalışmada evli olan hemşirelerin, bekar olan hemşirelere göre HPDÖ puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Bu çalışma bulgusuna paralel olarak, Sorucuoğlu ve Tüfekçi (2015) tarafından yapılan bir çalışmada da medeni durumu bekar olan hemşirelerin HPDÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada araştırma kapsamına alınan hemşirelerin profesyonel değer algılarını; cinsiyet, mesleği sevme durumu ve çalışılan birim gibi değişkenler etkilememektedir.

### Sonuç

Sonuç olarak bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin profesyonel değerlere iyi düzeyde önem verdikleri dolayısıyla profesyonel değer algılarının iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Bunun yanında bekar olan, lisansüstü eğitim mezunu olan, yönetici görevi bulunan, mesleki bilimsel toplantılara katılan ve mesleki bir derneğe üye olan hemşirelerin değer gruplarına göre profesyonel değer algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelik mesleğinin profesyonelleşme çabasında şüphesiz ki hemşirelerin bilimsel bilgileri takip etmeleri, bilimsel toplantı ya da kongrelere katılmaları ve mesleki bir derneğe üye olmaları önemlidir. Bu noktada hemşirelerin hem maddi hem de manevi olarak desteklenmesi ve cesaretlendirilmesi gerekmektedir. Hemşirelerin profesyonel davranış alanlarındaki gelişmelerinin değerlendirilmesi ve desteklenmesi bunun yanında yöneticilerin, hemşireleri profesyonel davranışlar ve önemi konusunda bilgilendirmesi önemlidir. Bu bağlamda, hemşirelerin profesyonel değerlerinin daha iyi düzeyde geliştirilmesi için düzenli aralıklarla eğitimlerin düzenlenmesi, hemşirelerin profesyonel değerlerini belirleyecek bu konudaki farkındalığı sağlayacak ve yapılacak eğitimlerin etkinliğini değerlendirecek daha kapsamlı çalışmaların yapılması önerilebilir. Ayrıca profesyonel değerleri etkileyebilecek diğer

etmenlerin (kişilik özellikleri, çalışılan kurumun özellikleri vb) bir arada ele alındığı gelecekteki çalışmalar bu konu hakkında daha fazla bilgiyi açıklayacaktır.

**Teşekkür:** Yazar, bu çalışmaya katılarak destek veren tüm hemşirelere teşekkür eder.

**İletişim:** Dr. Yurdanur Dikmen

**E-posta:** nurdem35@gmail.com

### Kaynaklar

1. Ay FA. Mesleki Temel Kavramlar. Ay FA, ed. Temel Hemşirelik Kavramlar: İlkeler, Uygulamalar. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 4; 2010.
2. Görüş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A. Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014; 5(3): 137-142.
3. Karadağ G, Uçan Ö. Hemşirelik eğitimi ve kalite. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2006; 1: 42-51.
4. Milton CL. Professional values in nursing ethics: Essential or optional in the global universe? *Nursing Science Quarterly* 2007; 20(3): 212-215.
5. Acaroğlu, R. Revize Edilen Hemşirelerin Mesleki Değerleri Ölçeği Türkçe Formunun Güvenirlilik ve Geçerliliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2014; 22(1): 8-16.
6. Snellman I, Gedda KM. The value ground of nursing. *Nursing Ethics* 2012; 19(6): 714-726.
7. Orak NS, Alpar ŞE. Validity and reliability of the nurses' professional values scale's Turkish version. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012; 2(1): 22-31.
8. Martin P, Yarbrough S, Alfred D. Professional values held by baccalaureate and associate degree nursing students. *Journal of Nursing Scholarship* 2003; 35(3): 291-296.
9. Schank MJ, Weis D. Exploring commonality of professional values among nurse educators in the United States and England. *Journal of Nursing Education* 2000; 39(1): 41-44.
10. Weis D, Schank MJ. An instrument to measure professional nursing values. *Journal of Nursing Scholarship* 2000; 32(2): 201-204.
11. Dikmen YD, Yönder M, Yorgun S, Usta YY, Umur S, Aytekin A. Hemşirelerin profesyonel tutumları ile bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 17(3): 158-164.
12. Demir S, Yıldırım NK. Psikiyatri hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014; 5(1): 25-32.
13. Karamanoğlu AY, Özer FG, Tuğcu A. Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2009;14(1):12-7.

14. Addis G, Karadağ A. An evaluation of nurses' clinical teaching role in Turkey. *Nurse Educ Today* 2003; 23(1): 27-33.
15. Karadağ A, Hisar F, Elbas NÖ. The level of professionalism among nurses in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship* 2007; 39(4): 371-374.
16. Çelik S, Ünal Ü, Saruhan S. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *F N Hem Derg* 2012; 20(3): 193-199.
17. Weis D, Schank MJ. Development and psychometric evaluation of the nurses professional values scale-revised. *Journal of Nursing Measurement* 2009; 17(3): 221-231.
18. Sorucuoğlu AY, Tüfekci FG. Çocuk Hemşirelerinde Mesleki Profesyonel Değerler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 6(2):105-109.
19. Sabancıoğulları S, Doğan S. Profesyonel kimlik gelişimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 15(4): 275-282.
20. MacDonald JA, Herbert R, Thibeault C. Advanced Practice Nursing, Unification Through A Common Identity. *Journal of Professional Nursing* 2006; 22(3): 172-179.
21. Duygulu S, Kubilay G. Yönetici hemşirelerin ve birlikte çalıştıkları hemşirelerin liderliğe ilişkin değerlendirmeleri ve yönetici hemşirelerin sahip oldukları liderlik özellikleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2008; 15(1): 1-15.
22. Podsakoff PM, Mackenzge SB, Pağn JB, Bacharach DG. Organizational Citizenship Behavior: a critical review of the theoretical and empirical literature and suggestions for future research. *JOM* 2000; 96: 513-563.
23. Cohen A, Kol Y. Professionalism and organizational citizenship behavior. An empirical examination among Israeli nurses. *Journal of Managerial Psychology* 2004; 19(4): 386-405.
24. Oweis AL. Bringing the professional challenges for nursing in Jordan to light. *Int J Nurs Pract* 2005; 11(6): 244-249.
25. Yiğit R, Özcan A, Kanık A. Profile of nurses with baccalaureate degrees in Turkey. *Journal of Professional Nursing* 2004; 20(6): 403-412.

# Diyabetik Ayak Vaka Örneğinde Hemşirelik Gereksinimlerinin Orem Özbakım Kuramına Göre Değerlendirilmesi

Orem's Self-Care Deficit Theory-based Assessment on the Nursing Interventions for a Diabetic Foot Case

Derleme



Review Article

Dr. Alev Yıldırım<sup>1</sup>, Dr. Banu Çevik<sup>2</sup>

Geliş/Received : 11.06.2016  
Kabul/Accepted: 19.10.2016

## Öz

Teori ya da modellerin hemşirelik uygulamalarında rehber olarak kullanılması; sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, profesyonelleşmede önemli bir adımdır. Teoriler, hemşirelerin klinik uygulamalarında çerçeve, bakış açısı oluşturmasında, doğru ve etkili kararları vermelerinde yol gösterici olmaktadır. Orem'in "Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisine" göre sağlıklı bir birey gereksinimlerini kendisi karşılayabilir. Fakat sağlıktan sapma durumlarında bireyin kendi kendine karşılayamayacağı gereksinimler ortaya çıkar. Bu gereksinimler, Orem'in Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi'nde sağlıktan sapma gereksinimleri olarak adlandırılır. Sağlıktan sapma gereksinimlerinin ortaya çıktığı hastalıklardan birisi de diyabettir. Diyabet, uzun dönem komplikasyonları azaltmak ve akut komplikasyonları önlemek için hastanın kendi özbakımını ve tıbbi bakımı sürdürmeyi gerektiren kronik bir hastalıktır. Diyabetik ayak ise; özbakım gereksinimini artıran önemli bir mikrovasküler komplikasyondur. Özbakım gücü ve diyabet hakkında bilgi diyabetik ayak kontrolünün sağlanmasında önemli bir yere sahiptir. Bu makalede; Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi'nin kavramları diyabetik ayak vaka örneği ile ilişkilendirilerek açıklanacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Diyabetik ayak, Özbakım kuramı, Hemşirelik

## Abstract

The use of the theories and the models in nursing practices as the guides is a milestone for protection and promotion of health and towards the professionalization of nursing. The theories play a leading role for nurses in forming a framework and point of view for clinical practices and in making accurate and effective decisions. According to Orem's "Self-Care Deficit Theory of Nursing", a healthy individual can meet his/her needs on his/her own. However, in the conditions of deviation from health, various requisites arise which the individual becomes unable to meet on his/her own. Those requisites are called 'health deviation self-care requisites' in Orem's "Self-Care Deficit Theory of Nursing". One of the disorders in which health deviations occur is diabetes mellitus. Diabetes mellitus is a chronic disease that requires the patient to maintain self- and medical-care to prevent long-term medical and acute complications. Diabetic foot, however, is a microvascular complication requiring an increase in self-care needs. Self-care agency and knowledge about diabetes mellitus play a key role in controlling diabetic foot. In this study, the concepts of Orem's Self-Care Deficit Theory will be explained through a diabetic foot case.

**Key words:** Diabetic foot, Self-care theory, Nursing

1 Selçuk Ü. Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu, Konya  
2 Başkent Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Ankara

## Giriş

### 1. Diabetes Mellitus (DM) ve Diabetik Ayak

Diyabet, hem insülin eksikliği hem de insülinin direnci ya da her ikisinin birlikte bulunması sonucu oluşan karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasında bozukluklar ile karakterize olan heterojen bir hastalıktır (1).

Diyabet hastalarında kan şekeri yüksekliği kontrol altına alınamazsa zaman içinde diyabetin kronik komplikasyonları olarak kabul edilen retinopati, nefropati, periferik ve otonom nöropati gibi mikrovasküler düzeydeki problemler ortaya çıkabilir (1,2). Diyabetin dünyada ki prevalansının yüksek olması, terminal böbrek yetmezliği olan olguların %25'inde, tüm alt ekstremitte amputasyonlarının %50'sinde ölüm nedenidir (3). 2010 yılı diyabetin dünyada genel prevalansının %6,6 ve diyabetli sayısının 285 milyon olduğu belirtilmektedir. Dünya'da diyabete bağlı ölüm sayısı (20-79 yaş grubu) erkeklerde 1,826,485 ve kadınlarda 2,136,571'dir (4). Avrupa'da diyabetin bölgesel prevalansı %8,5, diyabetli sayısı ise 55,2 milyondur. Diyabet mortalitesi erkeklerde 296,600 ve kadınlarda bu oran 336,500'dür. Türkiye'de ise Ulusal diyabet prevalansı %7,4, diyabetli kişi sayısı 3,679,000, (20-79 yaş grubu) diyabet mortalitesi erkeklerde 13,001 ve kadınlar 20,830'dur. Diyabete bağlı kişi başı sağlık harcamaları ise 703 ABD dolarıdır. DSO tahminlerine göre, on yıl içinde diyabet ve diğer kronik hastalıklar nedeniyle ölümlerde %17 oranında artış beklenmektedir. Nüfus artışı ile birlikte diyabetin ekonomik yükünde de artma olduğu belirtilmektedir (4,5). Dünyada diyabetin en sık görüldüğü üç ülke sırasıyla Hindistan, Çin ve ABD'dir (6).

Ölüme neden olan hastalıklar içinde birçok ülkede diyabet beşinci sırada yer almaktadır (7). Diyabet prevalansı arttıkça diabetik ayak ülserlerinin görülme sıklığı ve önemi giderek artmaktadır. Diyabetli hastaların %10-15'inde yaşamlarının bir döneminde diabetik ayak ülserleri gelişmektedir. Diabetik ayak problemlerinin en önemli sonucu; ayak ülseri sonrası dolaşım bozukluğu, iyileşmeyen yara ve amputasyonlardır (8,9). Diabetiklerde ayak bakımı yapmak, ayak ülserlerini ve amputasyonlarını önlemek açısından önemlidir (3). Diabetik ayak ülserleri morbidite artışına, yaşam kalitesinin bozulmasına, tedavi

maliyetlerinde artmaya ve yüksek oranda alt ekstremitte amputasyonlarına neden olmaktadır (8,9). Travmatik olmayan ayak amputasyonlarının %40-60'ı DM'li bireylere yapılmaktadır (10). Bazı ülkelerde toplam sağlık hizmeti harcamalarının %3-12'sini diyabet giderleri oluşturmaktadır (11).

Diyabette erken görülen damar hastalığı DM'li bireylerin yaşamlarından 7-10 yıllık kayıplara neden olmakta ve %80'inin ölümünden sorumludur (2). Ayak ülseri bulunan bir hastanın ortalama hastanede kalış süresi ülseri olmayan diabetiklerden en az %50 daha fazladır (8,9). Bu nedenle diabetik hastalarda diabetik ayak oluşmadan önce hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Ayak bakımıyla ilgili hasta eğitiminde; günlük ayak incelemesi, uygun ayakkabı seçimi, ayakların temizliği ve kurulanması, tırnakların kesimi konularına yer verilmelidir. Hastanın öz-bakımını doğru ve etkili bir biçimde yapması sağlamalıdır. Öz-bakım kavramı, ilk kez Orem tarafından 1959 yılında yayınlanmıştır. Orem, öz-bakıma herkesin gereksinimi olduğunu ve hemşireliğin temelinde de insanların bu gereksinimlerini karşılamaya yardım etmek olduğunu belirtmiştir (12).

Orem bir bireyi biyolojik, sembolik (kültürel) ve sosyal element olarak tanımlar. Kişinin değerler sistemi onun öz-bakımındaki önceliklerini belirler. Orem'e göre her birey aynı zamanda öz-bakım ajanıdır. Orem'in öz-bakım modeli bir eklektik (seçicilik, aktarmaçılık) modeldir. Orem kuramında birbiriyle ilişkili 6 kavram üzerinde durmuştur. Öz bakım, öz bakım gücü, terapötik (tedavi edici) öz bakım gereksinimi, öz bakım yetersizliği, hemşirelik gücü, hemşirelik sistemidir (12).

Orem'in modeline göre bazı bireyler sürekli olarak öz-bakımını yerine getiremezler. Bu bireyler aktif değildirler ve öz-bakım ajanı olamazlar. Bebekler, çocuklar, adolesanlar, hastalar ve sakat bireyler bakımlarını destekleyici ya da kendi bakım aktivitelerine yardımcı olabilecek bireylere gereksinim duyarlar. Orem 1971'de hemşireliği; kısmi ya da tam olarak bağımlı kişiyi destekleyen ya da yardım eden kişi olarak tanımlamıştır. Orem'e göre her birey çevre ile entegre olan sistemden oluşan açık bir sistemdir. Hemşire aktif ajandır. Hasta ise; alıcıdır ya da pasif ajandır. Orem'in modeli diğer modellerin tersine bireysel



sınırlılıkların varlığı üzerine odaklanır (13). Orem'e göre; her bireyin çevresiyle nasıl ilişkide olduğu önemlidir. Birey ve çevresi öz-bakım sistemi içinde etkileşim halindedir. Bireyler sağlık ve hastalık durumunda; çevreye adapte olma, yaşamını sürdürme, psikolojik fonksiyon halini devam ettirme, büyüme ve gelişimini tamamlama, düzenli gelişim ve hareketini sağlamak durumundadır. Orem hemşirelik sistemini düzenli mekanizma içinde öz-bakım ajanı olarak görmektedir (13). Burada ki ajan kelimesi eylem yapan birey anlamında kullanılmaktadır (14). Orem hastalık ve sağlığı iki ayırıcı durum olarak görür. İyiliği bireylerin fiziksel, sosyal ve mental fonksiyonlarının bütünlüğü olarak tanımlamaktadır. Bir birey fonksiyonel ve yapısal olarak sağlam ise; o birey sağlıklıdır ve kendi fonksiyonlarını yapabilmektedir (13).

Sistem terminolojisinde iyilik, bireylerin öz-bakım talepleri ve kendi gereksinimlerini karşılayabilmeleri arasındaki denge olarak tanımlanmaktadır (Tablo 1).

Öz-bakım; bireyin sağlık ve iyilik durumunu sürdürmek için bireylerin kendilerinin başlattığı ve gerçekleştirdiği etkinlikler, kişisel merak, eğitim ve deneyimlerle öğrenilmiş davranışlardır (15). DM'li bireyin beslenme tedavisine uyumu, insülin tedavisini uygulaması, kan şekeri düzenli ölçmesi, fiziksel aktivitesi, ayak bakımı ve sağlık kontrollerini düzenli yaptırması öz-bakım davranışlarıdır (5). Orem'e göre öz-bakımını sağlayan birey öz-bakım ajanıdır (15). Beklenen hedeflere ulaşmak için araştırmacılar hemşirelik uygulamalarında teori ve model kullanımının etkili olduğunu ifade etmektedirler. Teoriler, bireyin davranışlarını bir bütün halinde görmeyi ve hedeflere ulaşmak için seçilecek yolları belirlemeyi kolaylaştırmaktadır (14,15,16).

### Öz bakım Eksikliği Teorisi ve Öz bakım

Öz bakım Eksikliği Teorisi, hemşirelik uygulamalarında en sık kullanılan teorilerden biridir. Teori, ilk kez Dorethea Elizabeth Orem tarafından 1956 yılında "Öz-bakım Teorisi" olarak oluşturulmaya başlanmış, 1971 ile 2001

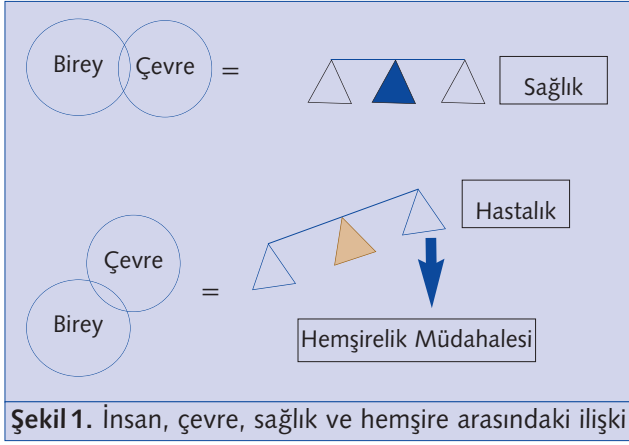
yılları arasında "Öz-bakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi" olarak biçimlenmiştir (15,17).

Orem'in kuramına göre; öz-bakım bir faaliyet sistemidir. Öz-bakım öğrenilmeli ve zamanında, devamlı yapılmalıdır (12). Öz bakım; insan, çevre, kültür ve günlük yaşam değerleri gibi pek çok kavramla ilgilidir. İnsan kavramı; bireyin içsel, bedensel, psikolojik ve sosyal doğasını içerir. Bireyleri bütüncül olarak görür. Çevre kavramı ise; insanın dışındaki öğeleri kapsar. Aile, kültür ve toplumu içermektedir. Orem'in kuramına göre; insan ve çevresi bir bütünü oluştururlar. Bu çevrenin içinde insanın ailesi, yaşadığı kültür ve toplum bulunmaktadır. İnsan çevreyi çevrede insanı etkiler. Orem'e göre; öz-bakım yalnızca bireyin aile içindeki konumundan etkilenmekle kalmaz, bireyin oynadığı rol, yaş ve sağlık durumundan da etkilenir. Kişinin değerler sistemi onun öz bakımındaki önceliklerini belirler. Orem'e göre sağlık ise; fiziksel, mental ve sosyal olarak iyi olma hali ve hastalığın olmaması durumudur (18,19). İyiliği bireylerin bütünlüğü olarak tanımlamaktadır (13). Orem'in modelinin gelişiminde sembolik etkileşim teorisi ve rol teorisi büyük etkiye sahiptir. Hemşireliğe; hasta ve hemşire arasındaki etkileşim süreci olarak bakılır. Bu süreç içerisinde her bireyin spesifik rolleri açıkça tanımlanır. Orem'e göre; bireyin sağlık durumunu sürdürmesi, öz-bakımını yapabilmesi içinde bulunduğu çevre ile ilişkilidir. Birey çevresi ile uyum içerisinde ise fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden sağlıklıdır. Fakat birey içinde bulunduğu çevre ile uyum sağlayamamış ise; bireyin çevresine adaptasyonu için hemşirelik müdahalesi gerekiyorsa bu durum bireyde sağlıktan sapma yani hastalık durumunun ortaya çıktığını göstermektedir (13) (Şekil 1).

Orem hastalıktan korunmak ve sağlığı geliştirmek için birey tarafından yapılması gerekli tüm öz-bakım eylemlerini terapötik (tedavi edici) öz-bakım gereksinimi olarak tanımlamıştır. Terapotik öz-bakım gereksinimleri her bireyin yaşamının bir parçasıdır. Bu gereksinimler karşılanmadığı ve bakım devam ettirilemediği zaman sağlıktan

**Tablo 1.** Sağlık: İyilik ve hastalık

Sağlık	Öz-bakım ajanı $\geq$ Tedavi Edici Öz-Bakım Talebi
Hastalık	Öz-bakım ajanı $\leq$ Tedavi Edici Öz-Bakım Talebi



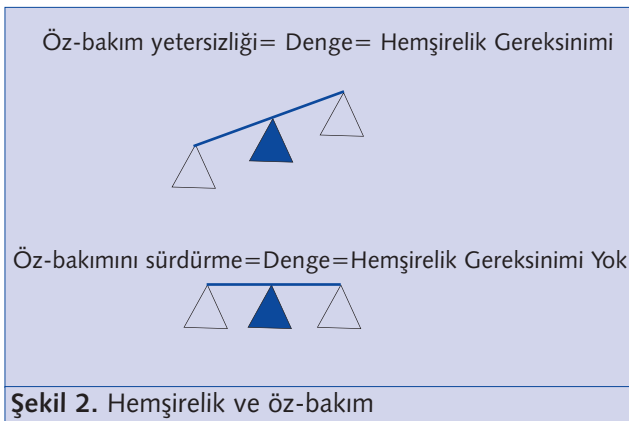
sapma durumlarında sağlık olumsuz yönde etkilenir (15).

Bireyin öz-bakımını sürdürme eylemi ve uygulanacak hemşirelik gereksinimi terazinin dengesi gibidir. Bir birey öz-bakımını sürdürebiliyor ve hemşirelik hizmetine gereksinim duymuyor ise birey sağlıklıdır ve bireyin yaşantısı sağlığını sürdürme anlamında dengededir diyebiliriz. Birey öz-bakımını koruma ve sürdürme eylemini yerine getiremiyorsa ve hemşirelik hizmetlerine gereksinim duyuyor ise terazi dengede değildir ve bu durum bireyin sağlığının bozulduğunu göstermektedir (13) (Şekil 2).

**Orem genel hemşirelik kuramının temelini oluşturan beş varsayımı şöyle tanımlamıştır:** İnsan, belli bir çevre içinde, doğuştan getirdiği yetenekleri ile canlı kalmaya çalışır.

İnsan, öz bakımını gerçekleştirmek için gereksinimlerini belirleme ve yapma gücüne sahiptir.

Yetişkin insan, öz-bakımını sürdürmede yaşamı destekleyen ve fonksiyonlarını düzenleyen



faaliyetlerde sınırlamaları deneyimler. İnsan, kendisi ve diğerleri için gereksinimleri belirlemede değişik yolları keşfeder, geliştirir ve bunları başkalarına aktarır.

Bir grup içinde yaşayan insanın, hem kendisinin hem de gruptaki eksiklik deneyimleyen diğer üyelerin bakımını sağlamada sorumlulukları vardır (12,18).

Hemşireliğin amacı hemşirelik sürecine ulaşmaktır. Bu süreçte hemşire hastanın öz-bakım ihtiyacının ne kadar ve neden olduğunu belirlemeye dayalı bir veri ortaya çıkarır. Hemşire, hastanın inançları, alışkanlıkları ve aynı zamanda kültürel grubu, karakteri ve yaşam biçimini belirler. Hastanın gelişimsel süreçte ki pozisyonunu bakımı planlarken göz önünde bulundurmalıdır. Hastanın mevcut zamandaki gereksinimleri önemlidir ve belirlenmelidir. Öz-bakım hem aile durumu hem de aile rolleri hem de belirli zaman dilimlerindeki rolleri ile ilişkilidir. Hemşire bakım planını geliştirirken hastanın öz-bakım taleplerini karşılamak için bireyselleştirmelidir. Hemşirelik müdahaleleri ya da yardımını üç yoldan biri ile oluşturur:

(1) Tümüyle destekleyici, (2) Gelişimsel destekleme, (3) Kısmi destekleme (13,15). Orem'e göre; hemşirelik sistemi yaratıcılık ürününün sonudur. Hemşirelik sisteminin tasarımı hemşirelerin seçimiyle, hasta ve hemşire için belirli rolleri olan yardım metodunun kullanımı ile yapılır (13). Bütünüyle tamamlayıcı sistemde hasta aktif değildir; hemşire hastanın aktivitelerini hasta adına yapar. Destekleyici gelişimsel sistem de ise; hasta aktivitelerini yapabilir ya da öğrenmek için yapmalı fakat yardımsız yapamaz. Bu seviyedeki hemşirelik müdahaleleri; destekleyici, rehberlik edici, öğretici ve gelişime yardım eden çevreyi yaratıcı biçimde olmalıdır. Kısmi destekleyici sistemde ise; hem hemşire hem de hasta öz-bakım ölçümlerini yapmalıdır (13).

### Öz-bakım Gereksinimleri

Öz bakım gereksinimleri üçe ayrılır.

**1. Evrensel Öz-bakım Gereksinimleri:** Bireylerin temel gereksinimleri olan günlük yaşam aktivitelerinin karşılanmasıdır. Orem'e göre evrensel gereksinimleri:

- Hava, su ve besin alımının korunması,
- Atıklar için gerekli koşulların sağlanması,
- Hareket ve dinlenme arasındaki dengeyi korunması,
- Yalnızlık ve toplumsal etkileşim arasındaki dengeyi sağlanması,
- Yaşama yönelik tehditlerin önlenmesi,
- İnsanların gelişim ve işlevselliğinin artırılması (12,18).

## 2. Sağlıkta Sapmalarda Öz-bakım Gereksinimleri:

Birey evrensel gereksinimlerini karşılayamadığı zaman sağlıkta sapma durumları meydana gelecek ve bu duruma yönelik öz bakım gereksinimleri doğacaktır. Orem, sağlıkta sapmalarda öz-bakımı yalnızca rahatsızlıklar, sakatlık ya da hastalık olaylarında gereksinilen durum olarak tanımlamaktadır (18,19).

## 3. Gelişimsel Öz-bakım Gereksinimleri:

Gelişimsel öz-bakım gereksinimleri, yaşam döngüsünün çeşitli aşamalarında meydana gelen gereksinimler olarak tanımlanabilir. Gelişimsel öz-bakım gereksinimleri aynı zamanda insanın gelişmesini etkileyebilecek "eğitimsel yoksunluk, sosyal uyumsuzluk, akraba, arkadaş ve dost kayıpları, toplumsal statü ile ilgili problemler, sakatlık, zorlayıcı yaşam koşulları, terminal hastalık ya da ölüm tehdidi altında olma gibi durumların sağlığa zararlı etkilerinden korunmasını, bu durumlarla baş edebilecek bakımın sağlanmasını gerektirmektedir (18).

## Öz-bakım Yetersizlik Kuramı:

Bu kuram hemşireliğe niçin ve ne zaman gereksinim duyulduğunu açıklamaktadır. Öz-bakım davranışları ile tedavi edici öz bakım ihtiyacı arasındaki bir ilişkidir (16,19). Öz-bakım gereksinimleri bireyin öz-bakım gücünü aşıyorsa dengesizlik oluşur ve öz-bakım eksikliği ortaya çıkar (15). Öz-bakım yetersizliği bireylerin bakım gereksinimleri, öz-bakım gücü ve bireylerin bilgi ve yetenekleri arasındaki ilişkiyi ifade eder. Öz-bakım, eylem kısıtlılıkları olarak ifade edildiğinde öz-bakımda hasta rollerini anlamak ve yöntemlerin seçimine yardım eden için gerekli olan soyut bir kavramdır (12,18,19). Bu olgu, diyabetik ayak tanısı almış erişkin bireyin hastalığına bağlı olarak gereksinim duyduğu öz-

bakım gereksinimlerinin, öz-bakım gücünün Orem'in Öz-bakım Kuram'ına göre değerlendirilmesini içermektedir.

## Hastanın Öyküsü

Hasta İ.Ş. 65 yaşında, erkek, 8 yıldır DM tanısı almış, sağ ayak küçük parmağının altında nekrotik bir alan oluşması, başparmağında ödem ve deri bütünlüğünde bozulma olması nedeniyle hastaneye başvurmuş ve diyabetik ayak ön tanısı ile yatışı verilmiştir. Hastanın dosyasında fizik muayenesinde sağ ayak dorsalis pedisten nabız alınamadığı ve ayakta enfeksiyon olması nedeniyle antibiyotik tedavisine başlandığı belirtilmiştir. Hasta ile ilk görüşmede hastanın yatışının 15. günü olduğu tespit edilmiştir. Hastanın tıbbi özgeçmişi incelendiğinde; 15 yıl önce Koroner Anjio Grafi (KAG) işlemi yapıldığı ve 10 yıl önce HT tanısı aldığı görülmüştür. Hastanın soy geçmişi incelendiğinde anne ve babası hayatta olmadığı ve annesinde diyabet olduğu bilinmektedir. Hasta evli, dört çocuğu var. Çiftçilik yapıyor. Sağlık güvencesi var.

## Hastada diyabetik ayak öyküsünü incelediğimizde;

1. İmmobilizasyon,
2. Yalnızlık,
3. Hijyen Eksikliği,
4. Ekonomik maliyet- yatak işgali,
5. Yakınlarında anksiyete, stres, üzüntü,
6. Evden ve yakınlarından uzakta olma,
7. Pansuman ağrısı,
8. Başkalarına bağımlı olma duygusu gibi fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal yönden pek çok sorunlar yaşadığı belirlenmiştir.

## Hastanın sorunları özbakım gereksinimleri doğrultusunda değerlendirildiğinde; Evrensel özbakım gereksinimleri

Diyabetik ayağa bağlı imbolizasyon nedeniyle hijyen eksikliği (banyo yapamama),

Yatak içerisinde hareket etmede ve yürüme sırasında denge kaybı,

Hareketsizliğe bağlı olarak konstipasyon sorunu,

Uzun süre hospitalizasyon ve sosyal izolasyon,

Yalnızlık duygusu gibi gereksinimlerdir.



### **Sağlıktan sapmaya bağlı özbakım gereksinimleri**

Diyabet tanısına bağlı olarak ara ve ana öğün kavramlarında bilgi eksikliği,

İnsülini fazla doz yapma ve sürekli aynı enjeksiyon bölgesini kullanma,  
Egzersiz yapmada kısıtlılık,

Ağrı,

Kan basıncının yüksek olması gibi hastada var olan sorunlar sağlıktan sapma durumlarıdır.

### **Gelişimsel döneme bağlı özbakım gereksinimleri**

Hastanın yaşam sürecindeki gelişimsel sürecine bağlı olarak;

65 yaşında rutin tarama testlerinin (prostat muayenesi, akciğer filmi vb.) yapılması,

Grip aşısı, pnömokok aşısı, görme ve işitme testi gibi tetkiklerin yapılması,

Bireyin yaşına özgü durumlarının incelenmesini içerir.

Bu yaş grubunda görme, işitme ve denge kayıpları, inkontinans gibi durumlar sık görülmektedir. Bireyin bu üç aşamada da Orem'e göre öz-bakım yetersizliğini gidermede kısmi ve/veya tamamen destekleyici öz-bakım gereksinimi vardır. Bu öz-bakım ajanı hemşire ve bakım vericidir. Hemşire bu aşamada öz-bakım yetersizliğini destekler, hasta ve yakınlarına nasıl yardımcı/destekleyici olacaklarını öğretir. Hemşire hastaya kendi öz-bakım gücünü yeniden kazandırana kadar yardımcı olur. Örneğin bu hastada, insülin tedavisini bilme, başlatma, sürdürme yönetme becerisi, ara ve ana öğünlerini yönetebilme becerisi, diyabetin mikro ve makro komplikasyonlarını bilme ve gerekli önlemleri alma becerisi, ayakta deri bütünlüğü bozulan bölgede enfeksiyon belirtilerini bilme ve sağlam olan ayakta bir komplikasyonun gelişmesini önleme becerisini kazanması bireyin öz-bakım gücünün bir göstergesidir.



Erişim adresi: <https://www.nursingtimes.net/roles/older-people-nurses/course-to-create-cadre-of-nurse-experts-in-older-patient-care/5073751.article>



Orem'e göre öz-bakım gücünü kazandırabilmek zor bir süreçtir. Çünkü bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, sağlık durumu, gelişim durumu, sosyokültürel özellikleri, sağlık bakım sistemi, aile sistemi, yaşam şekli, çevresel durumu, kaynakların varlığı ve yeterliliği gibi etmenler öz-bakım gereksinimleri ve öz-bakım gücünü etkilemektedir. Hastamızın çiftçilikle uğraşması, eşinin de yaşlı ve kronik hastalığının olması ve çocuklarının uzakta yaşamaları hastanın insülin ilacını yapmada, beslenme alışkanlıklarını değiştirmesinde ve kendisinin öz-bakımını yapabilmesini engellemiştir. Bireyin yeni diyabetik ayak tanısı alması bu yeni duruma uyum sorununa neden olmuştur. Hastalığının yönetimi hakkında bilgi eksikliğinin olması; ilaç tedavisi, beslenme, fiziksel aktivite, ayak bakımı, kendi kendini izlem gibi yeni ortaya çıkan gereksinimleri karşılamak için öz-bakım gücü yetersiz kalmıştır ve öz-bakım eksikliği sorunu yaşamıştır. Bireyde öz-bakım gücünün etkisizliği nedeniyle, bireyin öz-bakımında yetersizlik, komplikasyonlarda ilerleme ve diyabetik ayak komplikasyonu gelişmiştir.

Orem'e göre hemşireliğin amacı, insanoğlunun sınırlılıklarının üstesinden gelmek, bireye öz-bakımını başarabilmesi için yardım etmek, ailesini içine alarak uygun hemşirelik eğitimi ve danışmanlığı ile öz-bakımını sağlamak ve güçlü kılmaktır. Olumsuz başatma yöntemlerini ortamdaki uzaklaştırmalıdır (15). Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde, öz-bakım gücü arttıkça, yaşam kalitesinin istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olarak artış gösterdiği saptanmıştır (14,20,21). Yapılan çalışmalarda diyabetle başa çıkmada; öz-bakım becerisinin yüksek olması, hastalık bilgisinin ve öz-bakım konusunda pozitif tutumda olmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır. Aile bireylerinin bakıma katılımının sağlanmasının diyabetli hasta bireylerin öz-bakımlarını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (22).

Diyabetli bireylerin öz-bakım gereksinimlerini yerine getirebilmeleri için destekleyici, eğitici ve geliştirici hemşirelik uygulamalarına gereksinimleri vardır. Bu hemşirelik uygulamaları; destek olma, rehberlik etme, çevresel düzenleme yapma ve hastalık tedavisinin öğretimi gibi programları içerir (16,23). Derya, Karadağ ve Oltuluoğlu (2012) diyabetli gebelerle yaptıkları çalışma sonuçlarına

göre; insülin kullanan gruba verilen diyet ve egzersiz programlarına uyum oranının düşük olduğu (diyet %30 ve egzersiz %38,3) ifade edilmektedir (24). Etkili bir öz-bakım gücünün oluşabilmesi için algısal, bilişsel, kişilerarası ve psikomotor özelliklere gereksinim vardır. Hemşireler baktıkları bireyin kendilerine bakma yeteneklerini tanımlayabilmeli ve bu yetenekleri anlamaya çaba harcamalıdır.

### **Hemşireler, öz bakım gücünü doğru tanımlayamadıklarında;**

Mevcut ya da olası öz bakım yetersizliklerini ve bunların nedenleri konusunda karara varmada, Geçerli ve güvenilir yardım etme yöntemleri ve hemşirelik sistemlerini seçme ve uygulamada mantıklı bir temel oluşturamazlar.

### **Sonuç**

Diyabet hastalığı ülkemizde ve dünyada önemli bir sağlık sorunudur. Türkiye'de genç diyabet nüfusun sayısı son yıllarda artmaktadır. Diyabetli hastaların sağlıklarının korunması, geliştirilmesi ve komplikasyonlarının önlenmesi önemlidir. Diyabetli bireylerin öz-bakımlarını yapabilmeleri ve öz-bakım güçlerini koruyabilmeleri için sağlığı ve hastalıkları hakkında bilgiye, motivasyona, mentorlülüğe, güç ve yeteneğe gereksinimleri vardır. Hemşire, eğitim ve danışmanlık rolleri ile hastasının ve toplumun bilgi eksikliğini, öz-bakımını, uygulama yetersizliğini, motivasyon eksikliğini giderebilir ve kendi bakımını üstlenmesine yardımcı olabilir. Hemşire hastasına bilgi verirken ve psikolojik destek olurken; hastasını dinlemeli, hastasının kararlarına katılmalı, değerlerine ve inançlarına saygı duymalı, ailenin öz-bakıma katılımını sağlamalı, yapılan tetkik sonuçlarını, olması gerekli tarama testlerini ve güncel gelişmelerle (tanısı ve tedavi ile ilgili) bilgi vermeli ve hastasının olumlu ve güçlü yönlerini desteklemelidir.

**İletişim:** Dr. Alev Yıldırım

**E-posta:** ayiles@hotmail.com

### **Kaynaklar**

1. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Ankara; 2005. p. 708-725.
2. Runge MS, Greganti MA. Netter İç Hastalıkları Kitabı. Çeviri: Ünal S, Demir M. Güneş Tıp Kitabevi. Ayrıntı Basımevi. Ankara; 2009. p. 184-192.

3. Carpenter CCJ, Griggs RC, Loscalzo J. Cecil Essentials of Medicine (Türkçesi). Çeviri: Çavuşoğlu H, Akin S, Alican İ, Direskeneli SG. Bölüm 68: Barnett P, Braunstein G. 2002; p. 583-598.
4. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı (2011-2014). Anıl Matbaa. Ankara; p. 2-18. [http://www.diyabet.gov.tr/content/files/news/2011/eylul/diyabet\\_kitap.pdf](http://www.diyabet.gov.tr/content/files/news/2011/eylul/diyabet_kitap.pdf).Erişim Tarihi: 07.09.2014.
5. American Diabetes Association (ADA). National standards for diabetes self-management education. Diabetes Care, International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, 4 th Edition, Brussels; 2009. Volüm 32. p. 13-61.
6. [http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/mised/mised\\_may10/12.pdf](http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/mised/mised_may10/12.pdf).Erişim Tarihi: 18.10.2016.
7. Wild S, Roglic G, Green A, et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004; 27: 1047-53.
8. Jeffcoate WJ, Harding KG. Diabetic foot ulcers. Lancet, 2003; 361: 1545-1551.
9. Calhoun JH, Cantrell J, Cobos J, et al. Treatment of diabetic foot infections: Wagner classification, therapy, and outcome. Foot Ankle, 1988; 9:101-106.
10. Reiber GE, Vileikyte L, Boyko EJ, et al. Causal pathways for incident lower-extremity ulcers in patients with diabetes from two settings. Diabetes Care 1999; 22: 157-162.
11. Donovan DS. Epidemiology of diabetes and its burden in the World and in the United States. Principles of Diabetes Mellitus. Ed: L Poretzky. Boston, Dordrecht, London, Kluwer Academic Publishers, 2002; p. 107-21.
12. Marriner A. Theorists and Their Work. The Mosby Company. St. Louis, 1986; p. 175-191.
13. Thibodeau JA. Systems Theory and Nursing Models. Analysis and Evaluation. (Editör: Keatin J). Chapter 9, 1983; p. 125-139.
14. Akyol AD, Karadakovan A. Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesi ve Özbakım Gücü ile Bunlar Üzerine Etkili Değişkenlerin İncelenmesi, Ege Tıp Dergisi 2002; 41 (2): 97-102.
15. Orem DE. Self-care deficit theory of nursing: concepts and applications, USA: Dennis CM Mosby-Year Book Inc.7 ed. 2001; p. 99-135.
16. Converse M. Nursing theory as practice guide: a totallity paradigm perspective of Orem's self-care deficit nursing theory. Nursing Science 2006; (431): 1-13.
17. Avdal EÜ, Kızılcı S. Diyabet ve Öz-bakım Eksikliği Hemşirelik Teorisinin Kavram Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2010; 3(3): 164-168.
18. Velioglu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Bölüm II: Hemşireliğin Doğası ve Hemşireliğin Kavramsal Çerçevesi. Alaş Ofset, İstanbul, 1999; p. 323-347.
19. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge Analysis And Evaluation Of Nursing Models And Theories, Second Edition, Philadelphia, 2006; p. 223-314.
20. Bakoglu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu Hastaların Öz bakım Gücünün Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2000; 4 (1): 41-49.
21. Ören G, Söyük S, Yürügen B. Sürekli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Öz bakıma İlişkin Tutumları ve Sosyo-demografik Özellikleri ile Öz bakım Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, Çınar Dergisi 2000; 6 (3-4): 64-66.
22. Düzöz GT, Çatalkaya D, Uysal DD. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Özbakım Gücünün Değerlendirilmesi. Yeni Tıp Dergisi 2009; 26: 210-213.
23. Alligood RM, Tomey MA. Nursing theory: utilization & application (3rd ed.) USA: Mosby; 2006. p. 255-79.
24. Derya YA, Karadağ E, Oltuluoğlu H. Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Sağlık Durumu Yönetiminin Değerlendirilmesi. Sted Dergisi 2012; 21 (4): 230-235.



*Dr. Rasim Levent Kılıçaslan<sup>1</sup>*

Geliş/Received : 14.12.2015

Kabul/Accepted : 21.06.2016

### Öz

Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki hekimlerin ve intörnlerin uzmanlığa giriş ve akademik kariyer geleceklerini belirleyen Tıpta Uzmanlık Sınavı'nın yanı sıra klinik öncesi tıp bilimlerinde doktora derecesi ile de akademik yükselmenin gerçekleşebileceği bağlamında Fizyopatoloji doktora eğitimine; ülke tıbbına katkıları ile tarihçesine değinilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Fizyopatoloji, Doktora, Sağlık bilimleri

### Abstract

Considering the fact that PhD degree in pre-clinical medical sciences gives the physicians practising in primary care and the medical interns the opportunity to achieve academic promotion as well as Medical Specialty Exam which determines their admission to medical specialty and their academic future, post-graduate education programs in pathophysiology and their contribution to Turkish history of medical education were addressed in this study.

**Key words:** Pathophysiology, PhD Degree, Health Sciences

*1 Opr. Dr.; Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hast. Genel Cerrahi Uzmanı, Ankara Doktora Tez Öğrencisi, Ankara Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyopatoloji Bölümü, Ankara*

## Giriş

### Niye doktora eğitimi?

Tıpta Uzmanlık Eğitimi Sınavı hemen tüm hekimlerin intörnlik eğitimi sırasında kabusudur. Kayırmacılığın önüne geçmesi için 1987'den bu yana Tıpta Uzmanlık Eğitimi için tıp fakültesi mezunlarının göreceli adil merkezi bir sınavla seçilmesi için sınav yapılması ilkesine dayanmakta ise de; sendromların, gerçek yaşamda çok nadir görülen hastalıkların ve bunların bulgularının soru olarak karşımıza çıktığı bir sıralama yarışmasına dönüşmüştür. Üniversite sınavlarına hazırlık kursları benzeri test sistemi ve soru bilgisi öğreten hazırlık kursları ile ise tıbbi mesleki etik ötesi kıyasıya bir yarış haline gelmiştir. Tıpta uzmanlaşma içindeki temel amacın öncelikle branşlaşarak her ne kadar şu an için kapı kapanmış da olsa iyi kazançlı muayene hekimliği ve takiben öğretim üyeliği olduğu gerçeğini kimse yadsıyamaz. Oysa ki bilim yapmak, öğretim üyesi olmak isteyen tüm tıp fakültesi mezunları için tıpta doktora programları hemen yanı başlarında durmaktadırlar.

Hekimlere mevcut iktidar tarafından getirilen zorunlu Tıbbi Mali Yükümlülük Sigortası, Hasta Hakları Yönergesinin sağlık çalışanlarının hakları hiçe sayılarak kötüye kullanımı, sağlık personellerine karşı şiddet sarmalı, açılan tazminat ve ceza davaları hekimleri önce cerrahi branşlardan ardından klinik branşlardan soğutmuş; gerçekte hak ettiği yer çoğunlukla göz ardı edilmiş klinik öncesi tıp bilimlerine yönelik artmıştır. Tıpta Uzmanlık Sınavında klinik öncesi tıp bilimleri kadroları sözde hekim açığının kapatılması gayesiyle klinik bilimlere yönelimini sağlamak için kaldırılmış; yeni açılan tıp fakülteleri dahil tüm tıp fakültelerinde tıbbın bel kemiği klinik öncesi tıp bilimlerin eğitimi verecek öğretim üyesi açığı oluşmaya başlamıştır. Her ne kadar 2015 Eylül ayından itibaren bu yanıştan kısmen dönülmüş olsa da Sağlık Bakanlığı adına üniversitelerde açılan Tıpta Uzmanlık Sınavı ile girilen klinik öncesi tıp bilimleri kadroları ülke genelindeki ihtiyacı karşılamakta yetersizdir.

Eğitimi üniversitelerin tıp fakülteleri bünyesinde verilen sağlık bilimleri enstitülerinin doktora programları Türkiye genelinde yeni açılan ve mevcut tüm tıp fakültelerinin öğretim üyesi açığının kapatılması için çözüm olabilir. Anatomi, Fizyoloji, Histoloji ve Embriyoloji, Mikrobiyoloji,

Biyokimya, Farmakoloji, Biyofizik, Fizyopatoloji, Tıp Tarihi ve Etiği doktora programları tüm hekimlerimizin katılımlarına açıktır.

Yüksek lisans ve doktora eğitimine giriş için yasal bir zorunluluk olan Akademik Lisansüstü Eğitim Sınavı yerine Tıpta Uzmanlık Sınavı sonuç belgeleri de bazı üniversiteler tarafından doktora eğitime başlamak için kabul görmektedir. Bilindiği üzere beş yıl ve üzeri eğitim gören yüksek öğretim programlarından olduğu için tüm tıp fakültesi mezunları Yüksek Öğretim Kurumu kararı uyarınca Yüksek Lisans Mezunlu olarak tanınmaktadır. Bu nedenle tıp fakültesi mezunları doğrudan doktora programına başvuru hakkına sahiptirler. Akademik Lisansüstü Eğitim Sınavı ya da Tıpta Uzmanlık Sınavından 55 puan ve Yabancı Dil Sınavı ya da eşdeğeri Üniversiteler arası Dil Sınavı ya da Kamu Personeli Dil Sınavından 55 puan alınması ardından yapılacak mülakat sınavı ardından bilimin kapıları hekimlere açılacaktır.

### Fizyopatoloji Bilim Dalının Tarihçesi

Bugün Türkiye'de Fizyopatoloji Bilim Dalı yalnızca İstanbul Üniversitesi İstanbul (Çapa) Tıp Fakültesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde bulunmaktadır. Fizyopatoloji Doktora eğitimi olarak yalnızca Ankara Tıp Fakültesi bünyesinde Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün bir programı olarak verilmektedir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyopatoloji Bilim Dalı Prof. Dr. Eyüp Canat başkanlığında 1946 yılında Cebeci Kampüsü içinde kurulmuştur. 1967 yılından itibaren Sıhhiye Morfoloji Binası'nda çalışmalarına devam etmiştir. Fizyopatoloji Bilim Dalı; Dr. Memduh Gündüz, Dr. Turgut Aktürk, Dr. Fuat Taner, Dr. Mithat Torunoğlu, Dr. Şeref Zileli, Dr. Türkan Torunoğlu, Dr. Beyhan Ural, Dr. Yıldız Divanlı, Dr. Rezzan Hatungil, Dr. Gülser Öğün, Dr. İbrahim Ethem Akçıl, Dr. İbrahim Bilgen, Dr. Güzin Özelçi Kavas'ın gösterdikleri çabalar sonucunda gelişmesini tamamlamıştır.

1974 yılında o dönemki adıyla Fizyopatoloji Kürsüsü Başkanlığına seçilen Prof. Dr. Mithat Torunoğlu; Fizyopatoloji Kürsüsü'nün, Tıp Fakültesi 3. sınıf öğrencilerine 184 saat teorik ve 196 saat pratik eğitim-öğretim; fakülte içine ve dışına çağdaş teknolojik laboratuvar cihazları ile bilimsel araştırma ve eser elementler konusunda



rutin hizmet veren verimli, güçlü bir bölüm olmasını sağlamıştır. Laboratuvar çalışmalarının önem taşıdığı Kürsü'de başlangıçta dört laboratuvar ve 60 öğrencilik bir pratik salonu ile Hematoloji, Dolaşım, Solunum, Endokrin ve Metabolizma konularında gerek fakülte içi gerekse fakülte dışı diğer kurumlara bilimsel araştırma ve eğitim hizmetleri yoğun biçimde verilmiştir. 1976 yılında Kürsü bünyesine Elektron Mikroskop Laboratuvarı eklenmiştir. Prof. Dr. Torunoğlu'nun 1981 yılında beklenmeyen vefatının ardından kürsü başkanlığı'na Doç. Dr. Fuat Taner getirilmiştir.

Yüksek Öğretim Kurulu Yasası'nın yürürlüğe girmesi ile birlikte Tıp Fakültesi eğitim-öğretiminde yapılan yeni düzenleme sonucunda yurt dışında bir çok batı ülkesinde halen Fizyopatoloji bilim dalları bulunurken herhangi bir neden gösterilmeksizin 1982 yılında Türkiye genelinde Fizyopatoloji eğitimine son verilerek; kürsünün çalışmalarını Fizyoloji Anabilim Dalı bünyesinde sürdürmesi uygun görülmüştür. Sahip olduğu zengin akademik personel ve laboratuvar potansiyelini yıllar içinde yitiren Fizyopatoloji; tıp öğrencilerin eğitim-öğretimde görülen gereklilik nedeni ile Doç. Dr. Güzin Özelçi Kavas ve Yrd. Doç. Dr. İbrahim Ethem Akçıl çabalarıyla Mayıs 1993 tarihinde İç Hastalıkları Anabilim Dalı'na bağlı bir Bilim Dalı olarak fakülte kurulunun üniversitesi senatosuna teklifi ve Yüksek Öğretim Kurumu'nun onayı ile yeniden kurulmuş; Bilim Dalı Başkanlığı'na Doç. Dr. Güzin Özelçi Kavas getirilmiştir.

Atıl kaldığı yaklaşık 10 yıl içinde yitirdiklerini kazanmak ve yeniden çağdaş teknolojiyi yakalama çabaları ile 1993 yılından itibaren çalışmalarına ivme kazandıran Fizyopatoloji Bilim Dalı öncelikle akademik kadrosunu geliştirmeyi amaçlayarak doktora programı açmıştır. 1994 yılından itibaren geliştirilen bu program ile Prof. Dr. Pelin Arıbal Ayrıl, Prof. Dr. Nuray Yazıhan, Doç. Dr. Mehtap Kacak Koçar gibi genç Fizyopatologlar yetiştirilerek eğitim-öğretimimizde ve bilimsel çalışmalarda etkin rol oynamaları sağlanmaya çalışılmıştır. Bugün Fizyopatoloji Bilim Dalı, Prof. Dr. Güzin Özelçi Kavas, Prof. Dr. İbrahim Ethem Akçıl, Prof. Dr. Pelin Arıbal Ayrıl, Prof. Dr. Nuray Yazıhan'ın öğretim üyesi olduğu sekiz doktora programı öğrencisi ve laboratuvar

sorumlularından oluşan kadrosu ile çağdaş bilimsel etkinliklerini sürdürmektedir.

Fizyopatoloji Bilim Dalı, hastalıkların oluş mekanizmalarını inceleyen bir Bilim Dalı olması nedeni ile Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde üçüncü yıl öğrencilerinin Yapı ve İşlev Bozuklukları dersleri kapsamında Fizyopatoloji konularının eğitim-öğretiminden sorumludur. Son 40 yıldan bu yana çalışma konularında Eser Elementler, Oksidatif ve Nitrozatif Stres, Antioksidanlar yer almaktadır. Bölüm araştırma laboratuvarı kapsamında invivo ve invitro hayvan modelleri, hücre kültürü sistemleri, farklı proteinlerin RNA/DNA ekspresyonel analizleri ve immunolojik çalışmalara uygun gerekli altyapı bulunmaktadır. Fizyopatoloji Laboratuvarlarında çalışmalar klinik ve deneysel düzeyde sürdürülmektedir.

Bu çalışmaların dışında, Fizyopatoloji Bilim Dalı'nda yer alan Prof. Dr. Mithat Torunoğlu Araştırma Laboratuvarı ve Atomik Absorpsiyon Laboratuvarında rutin laboratuvar hizmetleri de verilmektedir. Uzun yıllardan beri psikiyatri hastalarının Lityum düzeyleri, çocuk ve erişkin hastaların plazmada-eritrosit içinde Bakır, Çinko ve Magnezyum ölçümleri başarı ile yürütülmektedir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyopatoloji Bilim Dalında Prof. Dr. Güzin Özelçi Kavas 1993-2008, Prof. Dr. İ. Ethem Akçıl 2008-2011 yılları arasında Bilim Dalı Başkanlığını yürütmüştür. Bilim Dalı Başkanlığı görevine 2011 yılında Prof. Dr. Pelin Arıbal Ayrıl seçilmiştir. Günümüzde Fizyopatoloji Bilim Dalı Morfoloji Yerleşkesi içinde gerek teorik dersler gerekse Prof. Dr. Mithat Torunoğlu Araştırma Laboratuvarı, Atomik Absorpsiyon Laboratuvarı Hücre Kültürü ve Moleküler Biyoloji Laboratuvarında yapılan laboratuvar çalışmaları ve bilimsel yayınları ile modern tıp bilimine katkıda bulunmaktadır.

#### **Fizyopatoloji Doktora Programı**

Fizyopatoloji doktora programına başvuru için tıp fakültesi mezunu olmak gereklidir. Tıp fakültesi mezuniyet ortalaması'nın fakülte geçme notu esasına göre puanların katsayı karşılıkları dikkate alınarak dört üzerinden en az üç ya da 100 üzerinden en az 75 olması gereklidir. Doktora

Programına başvuru için lisansüstü eğitime giriş sınav puanı yerine Tıpta Uzmanlık Sınavı Sonuç Belgesi ile de başvurulabilir. Bu durumda birinci bölümde elde edilen puanın 0.7, ikinci bölümde elde edilen puanın 0.3 ile çarpımından elde edilen değer en düşük toplam puanı ise 55 olmalıdır. Belgeler süresiz geçerli kabul edilir.

Başvuruda Yabancı Dil Bilgisi Seviye Tespit Sınavı, Üniversiteler arası Dil Sınavı ya da Kamu Personeli Dil Sınavından 55 almış olmak gerekli olup; bu belgeler de süresiz geçerlidir. İki öğretim üyesinden alınacak referans mektubu bu programa başvuracaklar için zorunludur.

Fizyopatoloji Bölümü Öğretim Üyeleri'nin oluşturduğu bir jüri önünde yapılacak bir mülakat sınavından sonra doktora programlarına öğrenci kabulünde bilim sınavı puanının %50'si, mezuniyet not ortalamasının %20'si ve mülakat sonucunun %30'u dikkate alınarak sınav jürisinin önerisi ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla en az toplam 70 puan alanlar arasında sıralama yapılır. Fizyopatoloji Doktora Programı Ocak ve Haziran aylarında olmak üzere yılda iki kez her dönem üç doktora öğrencisi kabul etmektedir.

Doktora öğrenimi süresi dört yıl, azami süre ise altı yıldır. Enstitü akademik kurulu öğrencinin bilimsel çalışmalarını, çalışmak istediği alanı ve tercihini dikkate alarak en geç ikinci yarıyıl sonuna kadar danışman atamasını gerçekleştirir. Doktora programı için gerekli kredili dersleri başarıyla tamamlamanın normal süresi iki yıldır. Derslerini başarıyla bitiren, yeterli sınavında başarılı bulunan ve tez önerisi kabul edilen öğrenciler tez çalışmasına başlarlar. Doktora programını tamamlayabilmek için tez önerisinin kabulünden sonra altı ay ara ile yapılacak en az iki tez izleme komitesi toplantısında başarılı olunması gerekir. Tez çalışmasını azami süre olan altı yılda tamamlayamayan öğrenciye tezini savunması için her seferinde en az altı ay olmak üzere yeni süreler verilir. Doktora öğrenimi üç aşamalıdır.

### 1. Ders Dönemi

Ders döneminde öğrenciler dört yarıyıl içinde en az 36 kredilik dersi başarmalı, en az bir seminer sunmalıdır. Bu dönemde öğrencilerin başka bir anabilim dalından en az bir ders alıp başarılı olmaları gereklidir. Başarı puanı 4.00 üzerinden

değerlendirilir. Yarıyıl sonu başarılı sayılmak için doktora öğrencilerinin en az 3.00 almaları gerekir.

### 2. Yeterlilik Dönemi

Ders dönemini başarı ile tamamlayan, yabancı dil koşulunu yerine getiren öğrenciler, beş kişilik bilim jürisi önünde yeterlilik sınavına girerler. Sınavı izleyen bir ay içinde adayın çalışacağı tez konusu ile koordine disiplinler arası özelliğe sahip üç kişilik tez izleme komitesi oluşturulur. Bu dönem içinde, aday bir tez projesi hazırlar ve tez izleme komitesi önünde savunur.

### 3. Tez Çalışma ve Tez Savunma Dönemi

Tez önerisi kabul edilen öğrenci için tez izleme komitesi, yılda iki kez toplanarak tez çalışması ile ilgili yaptığı uygulamalar ve bir sonraki dönemde yapacağı çalışma planı değerlendirilir. Doktora öğrenimleri süresince en az bir ulusal ya da uluslararası hakemli dergilerde yayınının olması ve bir poster sunumu ya da sözlü sunum yapılması gereklidir.

Doktora tez savunma jürisi, üçü öğrencinin tez izleme komitesinde yer alan ve en az biri başka bir yükseköğretim kurumunun öğretim üyesi olmak üzere beş kişiden oluşur. Jüri üyeleri, tezin kendilerine teslim edildiği tarihten itibaren en geç bir ay içinde raporlarını hazırlayarak toplanır ve öğrenciyi tez sınavına alır. Tez sınavı, tez çalışmasının sunulması ve bunu izleyen soru-cevap bölümünden oluşur. Sınavın tamamlanmasından sonra jüri tez hakkında salt çoğunlukla "kabul", "red" ya da "düzeltme" kararını gerekçeli olarak verir. Tezi başarılı bulunan öğrenci "Bilim Doktoru" ünvanı alır ve öğretim görevlisi olarak üniversitelere atanıp; üniversitelerde öğrencilere ders verebilir, akademik kariyer yapabilir.

### Tartışma ve Sonuç

Hekimlik güncel bilimin ışığında hastaları iyileştirme sanatı olarak hekim-hasta ilişkisini gerektirir; hastalıkları nedenleri bunların insan metabolizmasındaki etkileri, normal ve bozuk beden işlevlerinin bilinmesi, tedavideki etik değerler ve geçmişten bugüne tıp biliminin gelişiminin değerlendirilebilmesinin gerekliliği klinik bilimler öncesinde tıp fakültelerinde verilen klinik öncesi tıp bilimleri derslerinin ve alanlarının önemini ortaya koymaktadır.

Hekimlere getirilen zorunlu Tıbbi Mali Yükümlülük Sigortası, Hasta Hakları Yönergesinin hekim ve sağlık çalışanlarının hakları hiçe sayılarak kötüye kullanımı, hekime ve sağlık personellerine karşı şiddet sarmalı, açılan tazminat ve ceza davaları hekimleri önce cerrahi branşlardan ardından klinik branşlardan soğutmuş; gerçekte hak ettiği yer çoğunlukla göz ardı edilmiş klinik öncesi tıp bilimlerine yöneliş artmıştır.

Tıpta Uzmanlık Sınavında klinik öncesi tıp bilimleri kadroları son yıllarda sözde hekim açığının kapatılması gayesiyle klinik bilimlere yönelimini sağlamak için kaldırılmış; yeni açılan tıp fakülteleri dahil tüm tıp fakültelerinde tıbbın bel kemiği klinik öncesi tıp eğitimi verecek öğretim üyesi açığı oluşmaya başlamıştır. Eğitimi üniversitelerin tıp fakülteleri bünyesinde verilen sağlık bilimleri enstitülerinin doktora programları Türkiye genelinde yeni açılan ve mevcut tüm tıp fakültelerinin öğretim üyesi açığının kapatılması

için çare olabilir. Bu bağlamda köklü üniversitelerin birinde verilen tıp doktora programının tarihçesi konusunda tüm hekimlerin bilgisinin olması bu alana yönelimi ve tıp bilimine hizmeti sağlayacaktır.

**İletişim:** Dr. Rasim Levent Kılıçaslan  
**E-posta:** levent\_kilicaslan@hotmail.com

#### **Kaynaklar**

1. Atatürk'ün doğumunun 100.yılında Ankara Tıp Fakültesi Kitabı, Fیزیopatoloji Kürsüsü bölümü, Prof.Dr. Rıdvan Ege, 1981.
2. Ankara Tıp Fakültesi'nin 50.kuruluş yılı Kitabı, Fیزیopatoloji Bilim Dalı bölümü, Prof.Dr. Rıdvan Ege, 1996.
3. Ankara Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği, 12.09.2013/28763 sayılı, Resmi Gazete, 2013.
4. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Eğitim Programları Katoloğu, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2015.



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005-2007 arasında TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'nde yer aldı. STED, 2012 yılı başında yeniden TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ne girdi. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır.

#### Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işlenme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.

- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.

- Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul kararı alınmış olmalı, kararlar metin içinde belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, [www.ulakbim.gov.tr](http://www.ulakbim.gov.tr)). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirmeye alınamayacaktır.

#### Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

**1. Başlık Sayfası:** Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.

- **Yazarlar:** Her yazarın akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı soyadı belirtilmelidir. Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metinle ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi, mali destek ve diğer kaynaklar, ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı belirtilmelidir.

**2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler:** İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-175 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. Anahtar sözcüklerin, Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altındaki "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerinden seçilmesi gerekmektedir. Türkçe anahtar sözcükler için, bu amaçla hazırlanmış MeSH - Medical Subject Headings terimlerinin Türkçe karşılıklarını içeren anahtar sözcükler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri kullanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>)

**3. Giriş:** Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir.

**4. Gereç ve Yöntem:** Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız.

**5. Sonuçlar:** Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz.

**6. Tartışma:** Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

**7. Teşekkür:** Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereçsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

**8. Kaynaklar:** Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1,2,4-7) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler"

kaynak olarak kullanılamaz. En fazla yirmi beş (25) kaynak kullanılabilir.

#### Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

**Tipik dergi makalesi:** Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3. ya da 1996 Jun 1;124(11):980-3.

**Kitap:** Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers;1966.

**Kitap bölümü:** Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. *Family medicine: principles and practice*. 3rd ed. New York: Springer - Verlag;1988. p.521-32.

**Web Sitesi:** Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group.

Accessed November 12, 2003, at

<http://www.clinicalevidence.com>

**9. Tablolar:** Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: \*, †, ‡, §.

Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

**10. Şekiller ve Fotoğraflar:** Fotoğraf, şekiller ana metinde ilk değindikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir.

#### Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

**1. Sayfa numaraları:** Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

**2. Başlıklar:** Yazının ana başlıkları ve ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

**3. Birimler:** Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11,6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

**4. Rakamlar:** Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz. "Tam sayılardan sonra ondalık değerleri nokta ile değil, virgül ile ayırarak belirtiniz."

**5. İlaç adları:** Tüm ilaçların jenerik adlarını kullanınız. Ticari adlar, ilacın metinde ilk geçişinde parantez içinde verilebilir.

**6. Kısaltmalar:** Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetinde kısaltma kullanılmamalıdır.

**7. Yüzdeler:** Yüzde işareti (%) ile belirtilebilir.

**8. Yazı tipi:** Yazıların sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

**9. Çeviri:** Çeviri yazılarda çeviri yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

**Metinlerin Gönderilmesi:** Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir.

**Yazılar;** <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/sted> adresi üzerinden gönderilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Yazarların Yayın Hakkı Devir Formu ile birlikte çalışmalarını göndermeleri gerekmektedir. Yayın Hakkı Devir Formu olmayan çalışmalar değerlendirilmeye alınmayacaktır.

#### Yayın Hakkı Devir Formu

<http://www.ttb.org.tr/STED/index.php/yazar>