

**Sağlık Bilimlerinde Eğitim  
Dergisi**



**Journal of Education In Health Sciences**





ISSN: 0000 – 0000

JEDIHES-2018;1(1)

Journal Of Education In Health Sciences

# JOURNAL OF EDUCATION IN HEALTH SCIENCES

(Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi)

2018, Volume 1, Issue 1 / 2018, Cilt 1, Sayı 1

Publishing Date (Yayın Tarihi) / 22 January (Ocak) 2019

Journal of education in health sciences is a peer-reviewed international journal published once a year.

<http://dergipark.gov.tr/jedihes>

**Editör** : **Hüseyin SELVİ** **Murat YAKAR**

**Bilimsel Danışma Kurulu**  
*Scientific Advisory Board*

: Dr. Bayram BIÇAK  
Dr. C. Tayyar ŞAŞMAZ  
Dr. Cenk AKAY  
Dr. Devrim ALICI  
Dr. Didem DERİCİ YILDIRIM  
Dr. Emine ÖNCÜ  
Dr. Gülhan TEMEL  
Dr. Göktekin TENKECİ  
Dr. Hakkı AKTAŞ  
Dr. Hüseyin GÜMÜŞ  
Dr. Hüseyin SELVİ  
Dr. Leyla BAHAR  
Dr. Murat YAKAR  
Dr. Nevzat DEMİRCİ  
Dr. N. Bilge UZUN  
Dr. Semra ERDOĞAN  
\*Alfabetik sıraya göre dizilmiştir.

**Yazım Kontrol Sorumlusu** : **Şefika Pınar ŞENOL**  
Editing Scout

**Corresponding Address / Yazışma Adresi**

Mersin Üniversitesi Çiftlikköy Kampüsü  
Tıp Fakültesi Yenişehir / Mersin / TÜRKİYE

# SAĞLIK BİLİMLERİNDE EĞİTİM DERGİSİ

## YAZIM KURALLARI

<b>Genel yazım kuralları</b>	<b>Yazı Tipi</b>	Makale metni 11 punto, Times New Roman yazı karakteri ve 1 satır aralığında olmalıdır. <u>Çalışma 3. tekil/çoğul şahıs zamirleri kullanılarak yazılmalıdır.</u>
		Metin tek sütun olmalıdır.
	<b>Sayfa Yapısı</b>	A4 boyutlarındaki kâğıda üst, alt, sağ ve sol boşluk 2,5 cm (0.98 inç) bırakılarak, iki yana dayalı şekilde olmalıdır. Paragraflarda ve başlıklarda girinti ve çıkıntı olmamalıdır
	<b>Paragraf Yapısı</b>	Paragraf sekmesinde girintiler bölümünde; önce ve sonra alanı 6 nk, satır aralığı 1 olmalıdır.
	<b>İmla</b>	Türkçe makalelerde Türk Dil Kurumu'nun sözlükleri ve yazım kılavuzu dikkate alınmalı ve mümkün olduğunca Türkçe sözcükler kullanılmalıdır. Alana özgü yabancı dildeki kavramın/terimin Türkçe karşılığı kullanılırken ilgili kavramın/terimin ilk kullanıldığı yerde yabancı dildeki karşılığı parantez içinde verilmelidir.
<b>Makale Başlığı</b>	<b>Başlık</b>	Başlık 16 punto, cümle düzeninde ilk harfi büyük harflerle, ortalanmış ve kalın olarak yazılmalıdır. Başlık, makale Türkçe yazılmış ise önce Türkçe, sonra İngilizce; makale İngilizce yazılmış ise önce İngilizce, sonra Türkçe yazılmalıdır.
	<b>Yazar İsimleri</b>	Yazar/yazarların ad soyad bilgileri 11 punto, soyadı büyük harflerle ve ortalanmış olarak, yazar birden fazla ise, adlar çalışmaya katkılarına göre yan yana sıralı olarak yazılmalıdır.
		Yazar(lar)ın unvanıyla birlikte, çalıştığı yerin açık adı, şehir- ülke ve e-posta adresi, başlığın altındaki yazar ismi ya da isimleriyle eşleştirilmiş imlerle (*) belirtmeli ve makalenin ilk sayfasının altındaki dipnotta yer almalıdır. Dip notlardaki tüm bilgiler 9 punto olmalıdır.
		Çalışma herhangi bir bilimsel etkinlikte bildiri olarak sunulmuş ise, makalenin başlığına im (*) konularak, makalenin ilk sayfasının altında etkinliğin adı, yeri ve tarihi belirtilmelidir. Çalışma herhangi bir araştırma kurumu ya da fonu tarafından desteklenmiş ise, makalenin başlığına im (*) konularak, desteği sağlayan kuruluşun adı, projenin numarası ve tamamlandığı tarih ilk sayfanın altında belirtilmelidir. Çalışma lisansüstü tezlerden üretilmiş ise, makalenin başlığına im (*) konularak, tezin adı, danışmanın adı ve tamamlandığı tarih ilk sayfanın altında dip not olarak belirtilmelidir.
<b>Özet</b>	Her çalışmanın Türkçe başlığının hemen altında Türkçe ve İngilizce başlığının hemen altında da İngilizce özeti bulunmalıdır. Özet içeriği makale amacını, yöntemini ve sonuçlarını kısa ve net bir şekilde yansıtmalıdır.	

<b>Makale Başlığı</b>	<b>Öz</b>	Özet, 10 punto Times New Roman, tek satır aralığı, iki yana yaslı ve en fazla 250 sözcükten oluşmalıdır.
		Özet metni içinde kaynak verilmemelidir.
		Özetin altında o dilden çalışmayı betimleyen 3-5 anahtar sözcük yer almalıdır.
		Anahtar kelimeler virgül (,) işareti ile birbirinden ayrılmalı, küçük harfle yazılmalıdır. Özet ile anahtar kelimeler arasında ve giriş ile anahtar kelimeler arasında 1 satır boşluk bırakılmalıdır.
		Özet kısmında yer alan yazım kurallarının aynısı İngilizce özet için de geçerlidir.
<b>Ana Metin</b>	Makale ana metni özetlerden ayrı bir sayfada yazılmalıdır.	
	Ana metin “Giriş”, “Yöntem”, “Bulgular”, “Tartışma ve Yorum”, “Sonuç ve Öneriler”, ‘Kaynakça’ ve ‘Ekler’ bölümlerinden oluşmalıdır. Her bölüm birbirini takip etmeli, yeni sayfaya geçilmemelidir. Metin 11 punto Times New Roman, iki yana yaslı ve 1 satır aralığı olmalıdır.	
<b>Başlıklar</b>	<b>Ana bölüm başlıkları</b>	Numaralandırma yapmadan sola dayalı, 11 punto kalın ve büyük harfle yazılmalıdır. Başlığın altındaki metinde paragraf başı yapılmamalıdır.
	<b>İkinci düzey başlıklar</b>	Sola dayalı, ilk harfleri büyük, 11 punto, kalın ve italik olarak yazılmalıdır. Kendinden önceki paragraftan bir satır boşluk ile ayrılmalıdır.
	<b>Üçüncü düzey başlıklar</b>	Sola dayalı, 11 punto, italik ve sadece ilk kelimenin ilk harfi büyük olacak biçimde yazılmalıdır. Kendinden önceki paragraftan bir satır boşluk ile ayrılmalıdır.
	<b>Dördüncü düzey başlıklar</b>	Sola dayalı, 11 punto ve italik yazılmalıdır. Sonuna üst üste iki nokta konmalı ve paragraf başlığın hizasından devam etmelidir. Kendinden önceki paragraftan satır boşluğu ile ayrılmamalıdır.
<b>Makale Bölümleri</b>	<b>Giriş</b>	Giriş, çalışmanın amacını ve önemini, ilgili alanyazının tarihsel bir akış içinde yakın bir geçmişe kadar ele alınmasını, gerekli ise değişkenlerin kavramsal veya işe-vuruk tanımlamasını, araştırma sorularını veya denencelerini kapsamalıdır.
	<b>Yöntem</b>	Yöntem, ‘Araştırma Yöntem ve Düzenegi’, ‘Evren ve Örneklem’, ‘Veri Toplama Araçları/Teknikleri’, ‘İşlem’ ve ‘Verilerin Analizi’ alt başlıklarından oluşmalıdır.
	<b>Bulgular</b>	Bulgular, yapılan analizlerin sayıtlılarının karşılanıp karşılanmadığı, yapılan istatistiklerin hangi istatistikler olduğunu ve gözlenen değerleri, serbestlik derecelerini, farkın veya ilişkinin anlamlı olup olmadığını (anlamlı ise hangi hata düzeyinde ve hangi grup lehine olduğu) ve etki büyüklüğü bilgilerini açık şekilde ve net olarak içermelidir.
	<b>Tartışma ve Yorum</b>	Tartışma ve Yorum, <u>bulguların tekrarı olmamalı</u> ve giriş kısmında test edilmesi, cevap aranması amaçlanan araştırma sorunlarının/denencelerin hangilerinin doğrulandığını, doğrulanmasıysa bunların olası gerekçelerini alanyazınla bağlantılı şekilde ve tartışılarak ele alınmasını içermelidir.

<b>Makale Bölümleri</b>	<b>Sonuç ve Öneriler</b>	Sonuç ve Öneriler, elde edilen önemli bulgular özetlenmeli ve <u>genellenebilecek evren</u> de göz önünde bulundurularak elde edilen bulgulara dayalı öneriler sunulmalıdır.
	<b>Kaynakça</b>	Metin içi kaynak gösterimleri ve kaynakçada kaynak gösterimlerinde APA stili kullanılmalıdır. Ayrıntılı bilgi için: <a href="http://www.apastyle.org/">http://www.apastyle.org/</a>
	<b>Tablolar</b>	Tablo, Şekil, Resim, Grafik, vb. unsurlar metin içerisinde yer almalıdır. Çalışmanın sonunda ayrıca verilmemelidir.
<b>Tablo, Şekil ve Grafikler</b>	<b>Tablolar</b>	Tablolar, rakamla numaralandırılmalı ve Tablo başlığı tablonun üstünde kelimelerin baş harfleri büyük, sola dayalı ve 11 punto ile yazılmalıdır. Tablo başlığı kalın veya eğik yazı şeklinde olmamalıdır. Tablo numarasından sona nokta işareti konup tablo adı yazılmalıdır. Tablo adı ilk harfleri büyük yazılmalıdır. Tablo içi değerler/yazılar ise 9 punto olmalıdır. Tablo başlığı ile tablo arasında boşluk bırakılmamalıdır. Tablolar metin içinde tablo sayısı verilerek belirtilmelidir. Tablolar, metin içinde kullanıldıkları veya izleyen sayfada yer almalıdır. İlgili not ve kaynaklar, tablonun altında, "Not:" veya "Kaynak:" ifadelerinden sonra, belirtilmelidir. Tablodan önce ve sonra metin ile tablo arasındaki boşluk 1 satır olmalıdır. Tablolar mümkün olduğunca aynı sayfa içinde yer almalıdır. Bunun için gerekli düzeltmelerin sorumluluğu yazarlara aittir.
	<b>Şekil, Grafik ve Resimler</b>	Rakamlarla numaralandırılmalıdır. Şekil/Grafik/Resim başlığı, numarası ile birlikte, 11 punto olacak biçimde şeklin altında, kelimelerin baş harfleri büyük sola dayalı yazılmalıdır. Kalın veya eğik yazı şeklinde olmamalıdır. Şekil/Grafik/Resim numarasından sonra nokta işareti konup adı yazılmalıdır. Şekil içindeki yazılar 9 punto olmalıdır. Şekil ile şekil başlığı arasında boşluk bırakılmamalıdır. Şeklin başlığı, şeklin altında yer almalıdır. Kaynak kullanılmış ise parantez içinde şekil altına yazılmalıdır. Şekillere, metin içinde mutlaka atıfta bulunulmalıdır. Şekilden önce ve sonra metin ile şekil arasındaki boşluk 1 satır olmalıdır. Şekiller mümkün olduğunca aynı sayfa içinde yer almalıdır. Bunun için gerekli düzeltmelerin sorumluluğu yazarlara aittir. Tablo ve şekillerde genel şablonun dışında 9 punto Times New Roman yazı karakteri kullanılmalıdır.
	<b>Ekler</b>	Her bir ek ayrı sayfalarda, kaynakçadan sonra verilmelidir.

# JOURNAL OF EDUCATION IN HEALTH SCIENCES

## WRITING RULES

<b>General writing rules</b>	<b>Font</b>	The text of the manuscript should be 11 pt, Times New Roman and 1 line spacing. The study should be written using the 3rd individual / plural pronouns.
		The text should be a single column.
	<b>Page Structure</b>	The top, bottom, right and left margins are 2.5 cm (0.98 in) for A4 size paper. Paragraphs and titles should not contain indents or protrusions.
	<b>Paragraph Structure</b>	In the indents section of the paragraph tab; before and after the field should be 6 nk, line spacing should be 1
<b>First Page</b>	<b>Title</b>	The title should be written in 16-point, the first letter of words should be capitalized, centered and bold.
	<b>Author Names</b>	Names of the author (s) should be written in 11 pt, surname in capital letters and centered, and if the author is more than one, the names should be written side by side according to their contribution to the study
	<b>Footnotes</b>	<p>The city, country and e-mail address and ORCID numbers of the author (s) must be specified in the footnote. All information in footnotes must be 9 pt.</p> <p>If the study is presented as a paper in any scientific activity, the title, place and date of the activity should be stated in footnote.</p> <p>If the study is supported by any research institution or fund, the name of the organization providing the support, the project number and completion date should be stated in footnote.</p> <p>If the study is produced from post-graduate theses, the name of the thesis and the date of completion should be stated in footnote.</p>
	<b>Abstract</b>	<p>Abstract content should reflect briefly the purpose, method and results of the article.</p> <p>Abstract should be 10 point Times New Roman, single line spacing and up to 250 words.</p> <p>The abstract should not be cited within the text.</p> <p>The abstract should contain 3-5 key words describing work.</p> <p>Keywords should be separated by a comma (,) sign and should be written in lower case. There should be 1 line of space between the abstract and the keywords and between the input and the keywords.</p>
<b>Main Text</b>		The main text of the manuscript should be written on separate pages.
		<p>The main text should consist of Introduction, Method, Findings, Discussion and Interpretation, Conclusions and Recommendations, References and Attachments. Each section should follow each other.</p> <p>The text should be 11-point Times New Roman, justified, and 1 line spacing.</p>

<b>Headlines</b>	<b>Main section headings</b>	It should be left-justified, 11-point bold and capitalized without numbering. The text below the title should not be made per paragraph.
	<b>Second level headings</b>	Left based, The first letter should be written in bold, bold and italic. It should be separated from the preceding paragraph by a space.
	<b>Third-level headings</b>	Left based, 11 pt, italic and only the first letter of the first letter should be capitalized. It should be separated from the preceding paragraph by a space.
	<b>Fourth level headings</b>	Left based, 11 pt and italic. Paragraph must continue at the level of the title. It should not be separated from the preceding paragraph by the line spacing.
<b>Figure, Graphics and pictures</b>	<b>Tables</b>	Table, Picture, Graphic, etc. elements should be included in the text.
		Tables should be numbered and the title of the table should be placed on top of the table. The initials of the words should be capitalized, left-justified and written in 11 font size.
The first letters of the table name must be capitalized. Intra-table values should be 9 pt. No spaces should be left between the table title and the table. Tables should be specified by giving the number of tables in the text. Tables should be located on the page that they are used in the text or on the following page. Related notes and references should be indicated at the bottom of the table after the words Note or Source. The space between the text and the table must be 1 line before and after the table. Tables should be placed in the same page as possible.		
	<b>Figure, Graphics and pictures</b>	Must be numbered with numbers. In the tables and figures, you should use the Times New Roman font with 9 font size.
<b>References</b>		In-text and in references, representations should use the APA style. For more information: <a href="http://www.apastyle.org/">http://www.apastyle.org/</a>
<b>Attachments</b>		Each Attachments must be given on separate pages after the references.

## İÇİNDEKİLER / CONTENTS

### **Critical Thinking Trends and Learning Styles of Physiotherapy and Rehabilitation Students**

*Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimleri ve Öğrenme Stilleri*

İrem HÜZMELİ, Esra DOĞRU HÜZMELİ, Özden GÖKÇEK.....1-11

### **A Measurement Tool in Health and Education Assessment; Health Literacy**

*Sağlık ve Eğitimi Değerlendirmede Bir Ölçme Aracı; Sağlık Okuryazarlığı*

Hakkı AKTAŞ.....12-16

### **The Relationship Between Happiness, Resilience and Addiction Conditions of Psychological Consultants**

*Psikolojik Danışmanların Mutluluk, Psikolojik Sağlık ve Bağımlılık Durumları Arasındaki İlişkiler*

Hatice ARSLAN .....17-35

### **Innovation in Pharmacy Education**

*Eczacılık Eğitiminde Yenilikler*

Şefika Pınar ŞENOL, Bahar TUNÇTAN.....36-40

### **Access to Health Services in Erdemli**

*Erdemli 'de Sağlık Hizmetlerine Erişim*

Özlem ELVAN.....41-46





## Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimleri ve Öğrenme Stilleri

İrem HÜZMELİ\*

Esra DOĞRU HÜZMELİ\*\*

Özden GÖKÇEK\*\*\*

### Öz

Sorunları özüne inebilen ve rehabilitasyon açısından her yönden hastayı değerlendirebilen ve farklı tedavi metotları sunabilen fizyoterapistlerin eğitim aşamasında eleştirel düşünme düzeylerinin ve öğrenme biçimlerinin farkında olması gerekmektedir. Bu amaçla yükseköğretim düzeyindeki fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ve öğrenme biçimleri incelenmiştir. Gönüllü 111 katılımcının demografik bilgileri kaydedilmiştir. Eleştirel düşünme eğilimleri California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CCTDI) ile, öğrenme biçimleri Öğrenme Biçimleri Envanteri (BİG-16) ile sorgulanmıştır. Katılımcıların %59.5'i kız (yaş ortalaması 20.30±1.31 yıl), % 40.5 erkektir (yaş ortalaması 20.86±1.50 yıl). CCTDI' ne göre genel olarak eleştirel düşünme eğilimi düşüktür. Analitiklik ve açık fikirlilik alt boyutlarında cinsiyet bakımından, sınıflar arasında analitiklik alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır ( $p<0.05$ ). İşitsel, bedensel ve görsel öğrenme stili cinsiyete ve sınıflara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Eleştirel düşünme eğilimi ve öğrenme biçimleri arasında anlamlı korelasyon vardır ( $p<0.05$ ). Sonuç olarak fizyoterapi eğitimi alan öğrencilerin öğrenme biçimleri arasında fark bulunmaması ve eleştirel düşünme eğiliminin düşük olması sebebi ile uygulamaya dayalı sağlık bilimlerinde bu konu ile ilgili daha fazla farkındalık yaratılması gerekmektedir. Çalışmanın sağlık eğitimi alan diğer branş öğrencileri ve yaş grupları ile yapılması önerilir.

**Anahtar kelimeler:** Eleştirel Düşünme, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Öğrenme, Öğrenci

## Critical Thinking Trends and Learning Styles of Physiotherapy and Rehabilitation Students

### Abstract

Physiotherapists can come to the core of the point of problems and can evaluate patients from all sides in terms of rehabilitation and offer different treatment methods. This means that physiotherapists need to be aware of their critical thinking and learning styles during the education phase. So this study aimed to investigate the critical thinking tendencies and learning styles of physiotherapy students. The sampling of the study consisted of a total of 111 students from the school of physiotherapy and rehabilitation. A personal information form was recorded. Critical Thinking with the California Critical Thinking Disposition Inventory (CCTDI), and learning styles with the BİG-16 Learning Style Inventory were assessed. 59.5% of the participants were female (mean age 20.30 ± 1.31 years), 40.5% were male (mean age 20.86±1.50 years). According to CCTDI, we found that critical thinking tendencies were generally low and there were statistical significant only in analyticity and open-mindedness sub-dimensions between the gender while there were only in analyticity between the classes ( $p<0.05$ ). There were no statistical significant in the auditory learning, physical learning and visual learning style between sexes and classes ( $p>0.05$ ). In conclusion, the tendency of critical thinking were low in pt students and there were no difference between learning style so more awareness about this issue should be created in practice-based health disciplines. It is recommended that this study will contribute better to the literature if it is conducted with students of other health disciplines and different age groups.

**Key words:** Critical Thinking, Physiotherapy And Rehabilitation, Learning, Student

**Geliş Tarihi:** 27/07/2018

**Kabul Tarihi:** 20/11/2018

\*Öğr. Gör. Mustafa Kemal Üni. Fizik Tedavi ve Reh. Y.O., Hatay, Türkiye [ftirem@gmail.com](mailto:ftirem@gmail.com) (ORCID ID: 0000-0003-34000-6016)

\*\*Dr. Öğr. Üyesi, Mustafa Kemal Üni. Fizik Tedavi ve Reh. Y.O., Türkiye [esradogru001@hotmail.com](mailto:esradogru001@hotmail.com) (ORCID ID: 0000-0002-7025-8192)

\*\*\*Öğr. Gör. Mustafa Kemal Üni. Fizik Tedavi ve Reh. Y.O., [ozdencanbay@hotmail.com](mailto:ozdencanbay@hotmail.com) (ORCID ID: 0000-0003-3396-4108)

## GİRİŞ

Günümüzde farklı düşünme, araştırma, problem çözüme, eleştirel düşünme ve yaratıcılık anlayışlarını anlama ve kullanma gibi birçok yeteneğe sahip insanlara ihtiyaç vardır. Eleştirel düşünme, zorlukların üstesinden gelmek ve yaşamdaki bilgilere erişimi kolaylaştırmak için bir yol olarak kabul edilen düşünmenin yönlerinden biridir. Kişilerin nasıl düşündüğü ve nasıl öğrendiği arasında bir ilişki olup olmadığı sıklıkla araştırılan bir konudur. Bireylerin öğrenmedeki başarıları bilişsel süreçleri ayırt edebilmesi ile gerçekleşir. Bu durumda kişilerin kendi öğrenme stillerinin farkında olması gerekmektedir. Kendi öğrenmesinin farkında olan bireyler hem akademik hem de günlük yaşamda başarılı olabilir (1,2,3). Ayrıca iş dünyasında eleştirel düşünme farklılık yaratır. Bu nedenle iş yaşamında karşılaştığı sorunları çözen, sürekli kendini geliştiren bireylere ihtiyaç duyulmakta ve bu bireyler tercih edilmektedir (4).

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (WFME) eleştirel düşünme eğitiminin tıp eğitiminde olması gerektiğini ve öğretim kuruluşlarının akreditasyonu için kriterlerden birinin, öğrencilerinde eleştirel düşünmenin ölçülmesi olduğunu vurgulamaktadır (3). Sağlık eğitimi ezberci eğitimden ziyade düşünen, eleştiren, araştıran, yeni yollar üreten, bilgiye ulaşma yollarını bilen ve öğrenmeyi öğrenmiş bireyler yetiştirmeyi gerektirmektedir. Üniversite öğrencilerinin eleştirel düşünme yeteneklerini ne derecede geliştirdikleri ve öğrenme biçimlerinin ne kadar farkında olduğu halen araştırılan konulardandır. Günümüzde hızla gelişen bilişim çağıyla birlikte öğrencilerin bilgiyi alıp vermesi yerine, araştırma yapabilmesi, sorunu çözebilmesi, yaratıcı ve eleştirel düşünme gibi çeşitli kognitif yolları bilmesi ve uygulayabilmesi, öğrenme sürecinde etkin olabilmesi gibi birçok niteliğe sahip olmaları beklenmektedir. Bilişimin gittikçe yaygınlaşmasının eleştirel düşünme eğilimini azaltacağı düşünülmektedir (5,6).

Sağlık alanında eğitim-öğretim veren ve nitelikli sağlık personeli yetiştirmeyi amaçlayan fizyoterapi ve rehabilitasyon okullarında eğitim gören öğrencilerin eleştirel düşünme eğilimleri ve öğrenme stillerine yönelik böyle bir çalışma bulunmamaktadır. Ülkemizde sağlık alanında eleştirel düşünme ve öğrenme stillerinin ayrı ayrı incelendiği çalışmalar mevcuttur. Ancak bu kavramlar arasında bir ilişkinin varlığı veya nasıl bir ilişkinin olduğu hususunda çalışmalara nadir rastlanmıştır. Sorunların özüne inebilen ve rehabilitasyon açısından her yönden hastayı değerlendirebilen ve farklı tedavi metotları sunabilen fizyoterapistlerin, eğitim aşamasında eleştiren düşünme yapısının ve öğrenme biçiminin farkında olması gerekmektedir (7,8).

Bu amaçla yükseköğretim düzeyindeki fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ile öğrenme biçimleri incelenmiştir.

## YÖNTEM

### *Örnekleme*

Bu çalışma Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu'nda eğitim gören öğrencilerle gerçekleştirilmiştir. Öğrencilere verilerinin gizli tutulacağı ve herhangi bir zarar görmeyecekleri açıklanarak gönüllük esasına dayalı yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu'nda eğitim gören 111 öğrenci katılmıştır. Çalışma için Yüksekokulu Müdürlüğü'nden ve Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (2018/02).

Fizyoterapist adaylarının eleştirel düşünme eğilim düzeylerinin ve öğrenme biçimlerinin

belirlenmesinin amaçlandığı bu çalışma tanımlayıcı araştırma tasarımına uygun yapılmıştır.

Bilgilendirilmiş onam formunu okuyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerin cinsiyet, yaş, gibi demografik özellikleri kaydedilmiştir. Eleştirel düşünme eğilimleri California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CCTDI) ile, öğrenme biçimleri ise Öğrenme Biçimleri Envanteri (BİG-16) ile sorgulanmıştır.

#### ***California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CCTDI)***

Orijinal ölçek 7 alt ölçek ve 75 maddeden oluşmuştur. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Kökdemir (2003) tarafından yapılmıştır. CCTDI orijinalinden farklı bir yapı gösterdiğinden 6 alt ölçek ve toplam 51 maddeye düşürülüp uyarlanmıştır. Alt ölçeklerde yer alan maddeler; analitiklik, açık fikirlilik, meraklılık, kendine güven, doğruyu arama ve sistematikliktir. Ölçekte tamamen katılıyorum 6 puan, hiç katılmıyorum 1 puan değerindedir. Ölçeğin toplam puanı 240 puandan (40x6) az ise genel eleştirel düşünme eğilimi düşük, 241-300 puan arası genel eleştirel düşünme eğilimi orta, puanı 300'den (50x6) fazla ise genel eleştirel düşünme eğilimi yüksek şeklinde kategorize edilir. Alt boyutlarında puanlama minimum 10, maksimum 60 puan şeklindedir. Bir alt boyut puanının 40 puandan az olması bu boyutun eleştirel düşünme eğiliminin düşük, 50 puandan fazla olması ise eleştirel düşünme eğiliminin yüksek olduğunu ifade eder. Ölçeğin hesaplanan Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.88 iken bu çalışmaya ait Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.83 olarak hesaplanmıştır.

(9).

#### ***Öğrenme Biçimleri Envanteri (BİG 16)***

BİG 16 Öğrenme Biçimleri Envanteri Şimşek (2002) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Bedensel, işitsel ve görsel biçem şeklinde üç öğrenme biçimini ölçmektedir. Her bir öğrenme biçimi için 16 madde içermektedir. Toplam 48 maddeden oluşan 5'li Likert tipi bir ölçektir. Likert ölçeğine göre "Kesinlikle Katılıyorum=2, Katılıyorum=1, Kararsızım=0, Katılmıyorum=-1, Kesinlikle Katılmıyorum=-2" şeklinde puanlanmaktadır. Katılmıyorum ve Kesinlikle Katılmıyorum gibi cevaplar o öğrenme stiline tercih edilmediğini gösterir. Envanterin güvenilirliği iç tutarlılık ölçümü ve Cronbach Alfa katsayısı ile gösterilmiştir. Envanterin Cronbach Alfa güvenilirlik değeri 0.844, bu çalışmanın ise 0.846 olarak hesaplanmıştır. Alt testlerinden alınan toplam puanlar '8 ile 32 arasında ise, öğrenci o biçeme sahiptir, -8 ile -32 arasında ise, o biçeme tepkilidir' şeklinde biçem tercihi kaydedilir (10,11).

#### ***İstatistiksel analiz***

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 20 programı ile yapılmıştır. Çalışmada %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Analizde Pearson Korelasyon Testi, Bağımsız Gruplar T Testi, ANOVA Testi kullanılmıştır. Çalışmada ölçek puanlarının ilişkisi Pearson Korelasyon Testi ile, analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

## **BULGULAR**

Katılımcıların %59.5'i (n=66) kız ( yaş ortalaması  $20.30 \pm 1.31$ ), %40.5 (n=45) erkektir (yaş ort  $20.86 \pm 1.50$  ). Öğrencilerin %38.7'si (n=43) 1. sınıfta, %30.6'sı (n=34) 3. sınıf, %16.2'si 4. sınıf (n=18) ve %14.4'ü 2. sınıftır (n=16) (Tablo 1).

**Tablo 1.** Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Demografik Bilgileri

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	66	59.5
	Erkek	45	40.5
Yaş	16-20	61	55.0
	21-25	48	43.2
	26-30	2	1.8
Sınıf	1.sınıf	43	38.7
	2.sınıf	16	14.4
	3.sınıf	34	30.6
	4.sınıf	18	16.2

Kaliforniya Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği'nde alt boyutları puan ortalamaları analitiklik 41.95±5.95 (min:20, max:54), açıkfikirlilik 42.51±5.77 (min:25, max: 62), meraklılık 35.65±4.60 (min:20, max:49), kendine güven 28.77±5.12 (min:13, max:42), doğruyu anlama 25.64±4.06 (min:16, max:39) ve sistematiklik 21.29±3.92 (min:11, max:34) şeklindedir. Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğu çarpıklık ve basıklık değerlerinin hesaplanması ile gerçekleştirilmiştir ve parametrik testler tercih edilmiştir. Öğrencilerin ölçek alt boyutlarındaki ortalamaları hesaplandığında ölçek ortalamasının 240'dan az olması (alt boyutların toplamı: 195.81±21.98) nedeniyle eleştirel düşünme eğilimi genel olarak düşük olduğu halde alt boyutlarda analitiklik ve açık fikirlilik puanlarının 40'tan yüksek olmasından dolayı sadece bu alt boyutlarda eleştirel düşünme eğiliminin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 2).

**Tablo 2.** Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği Betimleyici İstatistikleri

	n	Minimum	Maksimum	Ort.± Ss.
Analitiklik	111	20	54	41.95±5.95
Açıkfikirlilik	111	25	62	42.51±5.77
Meraklılık	111	20	49	35.65±4.60
Kendine Güven	111	13	42	28.77±5.12
Doğruyu Anlama	111	16	39	25.64±4.06
Sistematiklik	111	11	34	21.29±3.92
Toplam	111	110	266	195.81±21.98

Kızlar ve erkekler için yapılan t testi sonuçlarına göre; erkekler ile kızlar arasında analitiklik puanı bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır (p=0.012). Erkeklerin analitiklik düzeyi daha yüksektir. Erkekler ile kızlar arasında açık fikirlilik puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark vardır (p=0.013). Erkeklerin açık fikirlilik düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Erkekler ile kızlar arasında meraklılık (p=0.320), kendine güven (p=0.173), doğruyu anlama (p=0.062), sistematiklik (p=0.302) bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır (Tablo 3).

**Tablo 3.** Cinsiyet Bakımından Eleştirel Düşünme Eğilimi Dağılımı

Cinsiyet		Ortalama± Ss.	t	p
Analitiklik	Kadın	40.79±6.01	-2.565	0.012*
	Erkek	43.67±5.48		
Açık fikirlilik	Kadın	41.39±6.03	-2.538	0.013*
	Erkek	44.16±4.98		
Meraklılık	Kadın	35.29±4.50	-1.000	0.320
	Erkek	36.18±4.75		
Kendine Güven	Kadın	28.23±5.36	-1.370	0.173
	Erkek	29.58±4.68		
Doğruyu Anlama	Kadın	25.05±4.13	-1.888	0.062
	Erkek	26.51±3.85		
Sistematiklik	Kadın	20.97±4.00	-1.037	0.302
	Erkek	21.76±.79		

Bağımsız gruplar t testi \*:  $p < 0.05$

Tablo 4'te farklı sınıftaki öğrencilerin CCTDI alt ölçek puanlarının karşılaştırılması görülmektedir. Farklı sınıf grupları için yapılan t testi sonuçlarına göre, sınıf grupları arasında analitiklik puanı bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır ( $p=0.03$ ). 3. sınıfların analitiklik düzeyi en düşük iken 4. sınıfların en yüksek bulunmuştur. Sınıf grupları arasında açık fikirlilik ( $p=0.34$ ), meraklılık ( $p=0.16$ ), kendine güven ( $p=0.34$ ), doğruyu anlama ( $p=0.053$ ), sistematiklik ( $p=0.25$ ) puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 4.** Sınıf Bakımından Eleştirel Düşünme Eğilimi Dağılımı

Sınıf		n	Ort. ± Ss.	f	p
Analitiklik	1. sınıf	43	41.63±6.42	3.020	0.033*
	2. sınıf	16	42.75±5.60		
	3. sınıf	34	40.26±5.45		
	4. sınıf	18	45.22±4,92		
Açık fikirlilik	1. sınıf	43	42.70±5.85	1.115	0.346
	2. sınıf	16	41.75±5.97		
	3. sınıf	34	41.59±5.37		
	4. sınıf	18	44.50±6.04		
Meraklılık	1. sınıf	43	35.14±4.96	1.756	0.160
	2. sınıf	16	35.50±4.55		
	3. sınıf	34	35.18±3.93		
	4. sınıf	18	37.89±4.64		
Kendine Güven	1. sınıf	43	28.44±5.11	1.128	0.341
	2. sınıf	16	28.63±4.70		
	3. sınıf	34	28.21±5.20		
	4. sınıf	18	3.78±5.28		
Doğruyu Anlama	1. sınıf	43	25.49±4.57	2.649	0.053
	2. sınıf	16	25.38±3.20		
	3. sınıf	34	24.74±3.23		
	4. sınıf	18	27.94±4.29		
Sistematiklik	1. sınıf	43	21.,74±4.66	1.372	0.255
	2. sınıf	16	20.31±2.52		
	3. sınıf	34	20.59±3.47		
	4. sınıf	18	22.39±3.62		

Tek yönlü ANOVA testi, Ss.: Standart Sapma,\* p<0.05

BİG 16 anketine göre işitsel öğrenme puanları ortalaması -11.75±6.86 (min: -28, max:7); bedensel - 9.92±7.74 (min:-29 , max:11) ve görsel -14.05±6.80 (min:-30 , max:9) olarak hesaplanmıştır (Tablo 5).

**Tablo 5.** Öğrenme Biçemleri Envanteri Betimleyici İstatistikleri

	n	Minimum	Maximum	Ort.± Ss
İŞİTSEL	111	-28	7	-11.75±6.86
BEDENSEL	111	-29	11	-9.92±7.74
GÖRSEL	111	-30	9	-14.05±6.80
Toplam	111	-79	23	-35.71±18.74

İşitsel öğrenme ( $p=0.96$ ), bedensel öğrenme ( $p=0.57$ ) ve görsel öğrenme stili ( $p=0.95$ ) cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Buna göre kızlarla erkekler arasında işitsel öğrenme, bedensel öğrenme ve görsel öğrenme stili açısından farklılık yoktur  $p>0.05$  (Tablo 6).

**Tablo 6:** Cinsiyetler Arası Öğrenme Biçimlerinin Karşılaştırması

		Ort. $\pm$ ss.	t	p
İşitsel	Kadın	-11.77 $\pm$ 6.47	-0.046	0.963
	Erkek	-11.71 $\pm$ 7.47		
Bedensel	Kadın	-9.58 $\pm$ 8.24	0.564	0.574
	Erkek	-10.42 $\pm$ 6.99		
Görsel	Kadın	-14.02 $\pm$ 7.36	0.056	0.956
	Erkek	-14.09 $\pm$ 5.96		

Bağımsız gruplar t testi Ss. Standart Sapma \*:  $p<0.05$

İşitsel, bedensel ve görsel öğrenme stilinde sınıflar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Buna göre 1.sınıf, 2.sınıf, 3.sınıf ve 4.sınıf arasında öğrenme stilleri yönünden fark yoktur (Tablo 7).

**Tablo 7.** Sınıflar Arası Öğrenme Biçemlerinin Karşılaştırılması

		n	Ort. $\pm$ Ss.	f	p
İşitsel	1.sınıf	43	-10.53 $\pm$ 6.93	1.189	0.317
	2.sınıf	16	-14.06 $\pm$ 7.72		
	3.sınıf	34	-12.41 $\pm$ 6.82		
	4.sınıf	18	-11.33 $\pm$ 5.77		
Bedensel	1.sınıf	43	-8.58 $\pm$ 8.14	1.623	0.188
	2.sınıf	16	-9.13 $\pm$ 7.92		
	3.sınıf	34	-10.24 $\pm$ 7.21		
	4.sınıf	18	-13.22 $\pm$ 7.13		
Görsel	1.sınıf	43	-14.09 $\pm$ 7.61	0.009	0.999
	2.sınıf	16	-14.00 $\pm$ 6.37		
	3.sınıf	34	-13.91 $\pm$ 6.87		
	4.sınıf	18	-14.22 $\pm$ 5.36		

Tek yönlü ANOVA testi Ss. Standart Sapma \*,  $p<0.05$

Eleştirel düşünme eğilimi ve öğrenme biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki varken ( $p=0.001$ ,  $r=-0.397$ ) açık fikirlilik ve işitsel öğrenme ( $p=0.377$ ), sistematiklik ve işitsel öğrenme; ( $p=0.132$ ) doğruyu anlama ve görsel öğrenme ( $p=0.099$ ), sistematiklik ve görsel öğrenme ( $p=0.062$ ) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 8).

**Tablo 8:** Eleştirel Düşünme ve Öğrenme Biçemleri İlişkisi

		İşitsel	Bedensel	Görsel
Analitiklik	r	-0.214*	-0.326**	-0.285**
	p	0.024	0.000	0.002
Açıkfikirlilik	r	-0.085	-0.334**	-0.231*
	p	0.377	0.000	0.015
Meraklılık	r	-0.217*	-0.442**	-0.261**
	p	0.022	0.000	0.006
Kendine güven	r	-0.297**	-0.363**	-0.288**
	p	0.002	0.000	0.002
Doğruyu anlama	r	-0.203*	-0.259**	-0.158
	p	0.032	0.006	0.099
Sistematiklik	r	-0.144	-0.292**	-0.178
	p	0.132	0.002	0.062

Pearson korelasyon testi ,\*: p<0.05

## TARTIŞMA VE YORUM

Kişilerin öğrenme başarıları bilişsel akış süreci ile ilişkilendirilmektedir. Fizyoterapi ve rehabilitasyon eğitimi alan öğrencilerde eleştirel düşünme eğiliminin ve öğrenme stillerinin cinsiyet ve sınıf düzeyinde araştırıldığı bu çalışmada, son sınıflarda diğer sınıflara göre eleştirel düşünme eğilimi ortalamaların yüksek olması uygulamaya dayalı eğitim veren bu bölümde eleştirel düşünmenin eğitim ile arttığını göstermektedir. Öğrenme stillerinde fark olmamasının ise yüksek öğrenimde öğrencilerin kendilerine ait bir öğrenme stilleri olmasından kaynaklandığı düşünülebilir (12).

Karadağ ve ark. (2018) hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin eleştirel düşünme yapısı ve öğrenme stillerini değerlendirdikleri çalışmalarında cinsiyet açısından Kaliforniya Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği'nin alt boyutlarında (açık fikirlilik, doğruyu arama ve sistematiklik) anlamlı farklılık bulmuşlardır ve genel olarak hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğiliminin düşük olduğunu vurgulamışlardır. Bu çalışmaya benzer olarak çalışmamızda, fizyoterapi ve rehabilitasyon eğitimi alan öğrencilerde eleştirel düşünme eğilimi genel olarak düşük bulunmuştur. Çalışmamızda aynı ölçeğin sadece analitiklik alt boyutunda hem sınıflar arasında hem de cinsiyetler arasında istatistiksel farklılık bulunması fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin sınıf düzeyi arttıkça sorun çıkabilecek durumlara karşı dikkatli olma ve zor problemler karşısında bile akıl yürütme ve nesnel kanıtları kullanma eğiliminin aldıkları eğitim ile arttığı savunulabilir.(8).

Domenech ve Watkins (2015) 1. sınıf fizyoterapi öğrencilerinde eleştirel düşünme ve eleştirel düşünme eğilimini değerlendirmişlerdir. Fizyoterapi bölümüne kayıt yaptırmada eleştirel düşünme yapısı ile ilgili bazı derslerde başarılı olma önkoşulu olduğu halde çalışmalarında öğrencilerin ortalamadan daha düşük bir eleştirel düşünme yapısına sahip olduklarını bulmuşlardır. Ayrıca fizyoterapi bölümüne kabul edilmeden önce bu öğrencilerin kabul sürecinin bir parçası olarak eleştirel



düşünme becerilerinin değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Bu çalışmaya paralel olarak eleştirel düşünme eğilimi ortalaması incelendiğinde çalışmamızda, genel olarak eleştirel düşünme eğiliminin düşük olduğu, tüm alt boyutlarda 4. sınıfların ortalamalarının daha yüksek olması, verilen eğitimin düşük eleştirel düşünme eğilimine azda olsa katkı sunduğunu düşündürmüştür (13).

Eleştirel düşünme ortalamalarının son sınıflarda ve erkeklerde yüksek olması, erkeklerin ve fizyoterapi eğitimi alan son sınıf öğrencilerinin bu anlamda eğitim ile birlikte sorgulayan, eleştiren düşünme yapısının geliştiği görülmektedir. Bizim çalışmamızın aksine Ay ve Akgöl (2008) çalışmalarında kadınlarda ve üst sınıflarda eleştirel düşünmenin daha iyi olduğunu bulmuşlardır. Cinsiyet ve sınıf düzeyi eleştirel düşünme eğilimini etkilemiştir (14).

Öğrenme biçimlerinin farkına varılması bireylerin kendi bilişsel süreçleri ile ilişkilidir. Bireyin kişisel öğrenme stillerinin farkında olması akademik ve iş yaşamında başarılı olmayı etkilemektedir. Çalışmamızda cinsiyet ve sınıf düzeyi işitsel, görsel ve bedensel öğrenme biçimleri açısından incelendiğinde herhangi bir farklılık saptanmaması öğrencilerin kendilerine göre bir öğrenme biçimlerinin olduğu ve fizyoterapi ve rehabilitasyon eğitimiyle bunun değişmediği savunulabilir. Bilasa (2012) çalışmasında sadece işitsel öğrenme stilinde farklılık saptamışken diğer öğrenme stillerinde çalışmamızdaki gibi sonuçlar elde etmiştir. Öğrenme stilleri sınıf bakımından incelendiğinde literatürle uyumlu olarak çalışmamızda herhangi bir farklılık bulunmamıştır (15).

Güven ve Kürüm 2006 öğrenme stilleri ile eleştirel düşünmeye genel bir bakış sağlayan çalışmalarında, kuramsal açıdan bu iki kavram arasında bir ilişkinin olabileceğini ve çalışmaları kapsamında incelenen kimi araştırmalarda öğrenme stilleri ile eleştirel düşünme arasında bir ilişkinin olduğunu, kimilerinde ise böyle bir ilişkinin olmadığını bulmuşlardır. Çalışmamızda ise farklı öğrenme stilleri ile eleştirel düşünme eğilimi Güven ve Kürüm (2006)'ün çalışmasına benzer olarak ilişkili bulunmuştur (1).

Fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimi ve öğrenme biçimlerinin sorgulandığı çalışmalara çok az rastlanmıştır. Wessel ve Williams (2004) master giriş seviyesindeki öğrencilerin eleştirel düşünme eğilimini araştırdıkları çalışmada, öğrenme stillerinde ve eleştirel düşünme eğiliminde majör değişiklik saptamamışlardır. Çalışmamızda bu sonuçlara benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonucun uygulama ağırlıklı eğitim verilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (16).

Sandmire (2000) interdisipliner uygulama yaklaşımının etkilerini arttırmak için bir nörobilim kursunda ergoterapi ve fizyoterapi öğrencilerinde bireysel öğrenme stili tercihinin ortak performans üzerindeki etkisini değerlendirmişlerdir. Çalışma sonucunda öğrenme stillerindeki farklılıkların disiplinler arası takım performansını etkilemediği öne sürülmüştür. Çalışmamızda sadece fizyoterapi öğrencilerinde öğrenme stilleri değerlendirilmiş öğrenme tercihleri açısından sınıflar arasında değişiklik saptanmamıştır. Araştırmada disiplinler arası karşılaştırma sözkonusu olmasa da sınıflar arası bireylerin öğrenme stillerinin kişiye özgü olduğu söylenebilir (17).

Gardner ve ark. (2016) daha önce geliştirilen, yenilikçi ve etkileşimli, kanıta dayalı, e-öğrenme paketini kullanarak, fizyoterapi öğrencilerinin kronik hastalık yönetimi için çevrimiçi e-öğrenmeye ilişkin algılarını niteliksel olarak araştıran 'Fizyoterapistler için Romatoid Artrit e-Öğrenme (RAP-eL) adlı çalışmalarında fizyoterapi öğrencilerinin kronik hastalık yönetimi hakkında bilgi edinmek için çok modlu ve karma formatları tercih ettiğini saptamışlardır. Ayrıca fizyoterapi öğrencilerinin kronik hastalığa sahip kişiler için disiplinler arası bakım ile ilgili pratik bilgi ve becerilerin geliştirilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir. Farklı öğrenme stilleri literatürde görüldüğü gibi her disiplin için araştırılmaya devam edilmektedir. Fakat çalışmamızda da görüldüğü gibi bireysel öğrenme tercihi de unutulmamalıdır (18).

Fizyoterapi öğrencilerinin eğitim ve öğretim tercihlerinin araştırıldığı başka bir çalışmada fizyoterapi öğrencilerinin karma bir öğrenme stilini tercih ettiği bulunmuştur. Çalışmamızda da öğrencilerin öğrenme stilleri arasında farklılık olmadığı saptanmıştır. Fizyoterapi eğitimcilerinin bu bağlamda özellikle farklı öğrenme stillerini göz önüne alarak karma bir eğitim vermeleri gerektiği literatürde vurgulanmıştır (19).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye'de fizyoterapi ve rehabilitasyon eğitimi alan öğrencilerin eleştirel düşünme eğilimleri ve öğrenme biçimleri üzerine yapılan ilk çalışma olması ve klinik deneyim ve pratik beceri gerektiren bu meslek mensubu adaylarının eğitime katkı sunması açısından çalışma önemlidir. Öğrenme biçimleri arasında fark olmaması, eleştirel düşünme eğilimi ortalamalarının genel olarak düşük olması fakat eleştirel düşünme eğiliminde yaş ve cinsiyete göre bazı özelliklerde fark olması sonucu bu çalışmanın sağlık eğitimi alan diğer branş öğrencileri ve yaş grupları ile yapılmasının literatüre daha iyi katkı sunacağını düşünmekteyiz.

Çalışmanın fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında yapılmış ilk çalışma olması güçlü yanı iken gönüllü katılımcıların sayısının sınıf bazında eşit olmaması zayıf yönlerindedir. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu'nda eğitim gören tüm öğrencilerin çalışmaya katılmaması çalışmanın kısıtlıklarındandır.

## Kaynakça

1. Güven, M., & Kürüm, D. (2006). Öğrenme stilleri ve eleştirel düşünme arasındaki ilişkiye genel bir bakış.6(1):75-90.
- 2.Öztuna, S.(2013).Bilişsel Biçem İle Öğrenme Biçemi Arasındaki İlişki. Ekev Akademi Dergisi, 56:429-452.
3. Ghazivakili, Z., Nia, R. N., Panahi, F., Karimi, M., Gholsorkhi, H., & Ahmadi, Z. (2014). The role of critical thinking skills and learning styles of university students in their academic performance. Journal of advances in medical education & professionalism, 2(3), 95.
4. Balay, R. (2004). Küreselleşme, bilgi toplumu ve eğitim. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 37(2), 61-82.
5. Bökeoğlu, D., Çokluk, O., & Yılmaz, A. (2005). The relationship between attitudes of university students towards critical thinking and research anxieties. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi; Sayı: 41; 47-67.
6. Beşoluk Ş,Önder İ.(2010).Öğretmen adaylarının öğrenme yaklaşımları, öğrenme stilleri ve eleştirel düşünme eğilimlerinin incelenmesi. İlköğretim Online,9(2).
7. Kanbay, Y., Aslan, Ö., Işık, E., & Kılıç, N. (2013). Hemşirelik Lisans Öğrencilerinin Problem Çözme ve Eleştirel Düşünme Becerileri. Journal of Higher Education & Science/Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 3(3).
8. Karadağ, M., Alparlan, Ö., & İşeri, Ö. P.(2018) Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimleri ve Öğrenme Stilllerinin İncelenmesi. Cukurova Medical Journal, 43(1), 1-1. DOI:

10.17826/cumj.340090

9. Kökdemir, D. (2003). Belirsizlik durumlarında karar verme ve problem çözme. Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

10. Şimşek, N. (2002). BİG 16 öğrenme biçimleri envanteri. Eğitim Bilimleri ve Uygulama, 1(1), 33-47.

11. Ünlü, H., Taşkın, S., & Elbaş, N. Ö. (2015). Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde eğitim gören öğrencilerin öğrenme biçimleri. International Journal of Social Sciences and Education Research, 1(4), 1185-1196.

12. Cemiloğlu, M., & Ogur, E. (2016). Okuma öğretiminde biliş ve üst-biliş stratejileri. International Journal of Humanities Art and Researches-Uluslararası Hakemli İnsan ve Sanat Araştırmaları Dergisi, Haziran, 118-137.

13. Domenech, M. A., & Watkins, P. (2015). Critical thinking and disposition toward critical thinking among physical therapy students. Journal of allied health, 44(4), 195-200.. PMID: 26661697

14. Ay, Ş., & Akgöl, H. (2008). Eleştirel düşünme gücü ile cinsiyet, yaş ve sınıf düzeyi. Kuramsal Eğitimbilim Dergisi, 1(2), 65-75.

15. Bilasa, P. (2012). Üniversite öğrencilerinin öğrenme stillerinin belirlenmesi (Gazi Üniversitesi örneği). ODÜ Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi (ODÜSOBİAD), 3(6), 7-20.

16. Wessel, J., & Williams, R. (2004). Critical thinking and learning styles of students in a problem-based, master's entry-level physical therapy program. Physiotherapy Theory and Practice, 20(2), 79-89.

17. Sandmire, D. A., Vroman, K. G., & Sanders, R. (2000). The influence of learning styles on collaborative performances of allied health students in a clinical exercise. Journal of Allied Health, 29(3), 143-149.

18. Gardner, P., Slater, H., Jordan, J. E., Fary, R. E., Chua, J., & Briggs, A. M. (2016). Physiotherapy students' perspectives of online e-learning for interdisciplinary management of chronic health conditions: a qualitative study. BMC medical education, 16(1), 62.. doi: 10.1186/s12909-016-0593-5.

19. Al Maghraby, M. A., & Alshami, A. M. (2013). Learning style and teaching method preferences of Saudi students of physical therapy. Journal of family & community medicine, 20(3), 192.



ISSN: 0000 – 0000

SBED-2018 :1(1); 12-16

Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi

## Sağlık ve Eğitimi Değerlendirmede Bir Ölçme Aracı; Sağlık Okuryazarlığı

**\*Hakkı AKTAŞ**

### **Öz**

Sağlık okuryazarlığı; “okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı fonksiyonel, iletişimsel ve eleştirel olmak üzere üç grupta sınıflandırılmaktadır. Sağlık okuryazarlığı insan sağlığı için gelirden, istihdam durumundan, eğitim seviyesinden, ırk veya etkin grubundan daha güçlü bir belirleyicidir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık, Eğitim

## A Measurement Tool in Health and Education Assessment; Health Literacy

### **Abstract**

The definition of health literacy is “linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course”. Health literacy is classified into three groups as functional, communicative and critical. Health literacy is a stronger predictor of an individual’s health status than income, employment status, education level and racial or ethnic group.

**Key words:** Health Literacy, Health, Education

**Geliş Tarihi:** 22/10/2018

**Kabul Tarihi:** 11/01/2019

## GİRİŞ

### *Sağlık Okuryazarlığı Tarihçesi, Tanımı ve Sınıflandırılması*

Sağlık okuryazarlığı terimini ilk kez Scott K. Simonds 1974 yılında “Health Education as Social Policy” adlı çalışmasında kullanmıştır (Simond, 1974). Sağlık okuryazarlığı kavramının yaygınlaşması 1986 yılında Ottawa’da yapılan “Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (International Conference on Health Promotion) sonrası başlamıştır. Konferansta sağlığı geliştirmede yalnızca sağlık sektörünün çabalarının yeterli olmayacağı ve çeşitli sektörlerin de bu noktada sorumluluk almasının gerektiği vurgulanmıştır. Sağlığı geliştirmede sağlıkla ilgili bilgilerin anlaşılabilir bir şekilde düzenlenmesi gerektiği ve toplumun buna uygun davranış geliştirmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu noktada “Sağlık Okuryazarlığı” kavramı öne çıkmıştır (WHO Health Literacy, 2013). Zamanla önemi giderek artan sağlık okuryazarlığı kavramını Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1998 yılında yayımladığı “Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğünde (Health Promotion Glossary)”, “bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler” olarak tanımlamıştır (Nutbeam, 1998). Sağlık okuryazarlığı, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde ise, bireylerin kendi sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla, yaşam tarzı ve koşullarında değişiklik yapabilmesinde gerekli bilgi, beceri ve kendine güven düzeyine ulaşması olarak tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Sorensen ve ark. literatürde yer alan tanımları analiz ederek sağlık okuryazarlığını “okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir” olarak tanımlamıştır (Sorensen ve diğ., 2012).

Sağlık okuryazarlığı fonksiyonel, iletişimsel ve eleştirel olmak üzere üç sınıfta değerlendirilmektedir (Nutbeam, 2000). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlıkla ilgili okuma ve yazma temel becerilerini gösterir. Sağlık riskleri veya sağlık sisteminin nasıl kullanılacağı, temel sağlık eğitim materyallerini okuma yeteneğini içerir. İletişimsel sağlık okuryazarlığı; sağlık sunucuları ile iletişim kurabilme konusunda gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekleri, kişisel ve sosyal yetileri sayesinde sağlık aktivitelerine katılma ve sağlık bilgilerini uygulamayı kapsar. Eleştirel sağlık okuryazarlığı; mevcut sağlık risklerini ve sağlık sorunlarını tanımlayıp analiz etme, çözüm için politika geliştirme süreçlerine katılma, medyada çıkan sağlık haberleri analizini ve yorumlama becerilerini içerir (Nutbeam, 2000).

### *Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Yöntemleri*

Sağlık okuryazarlığını belirlemek ve değerlendirmek için kullanılan birçok ölçme aracı mevcuttur. Sağlık okuryazarlığını kelime tanıma, okuduğunu anlama, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı gibi farklı boyutlarda değerlendirilmektedir (Sönmez, 2011).

**Tablo 1.** Sağlık okuryazarlığı ölçüm yöntemleri

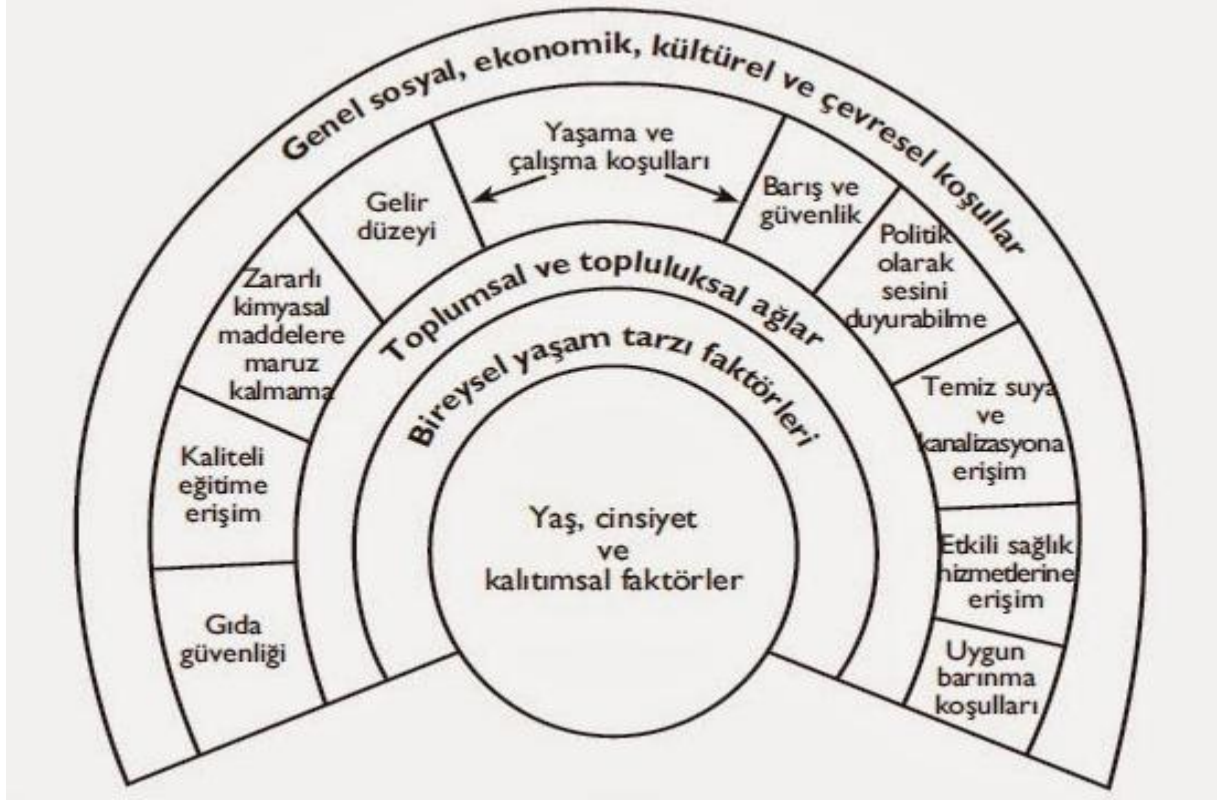
REALM	WRAT	TOFHLA	NVS	TOFHLA-S	REALM-R
(Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)	(Wide Range Achievement Test)	(Test of Functional Health Literacy in Adults)	(The Newest Vital Sign)	(Test of Functional Health Literacy in Adults)-S	(Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)-R
Kelime Tanıma ve Telaffuz Okuma yeteneği	Kelime Tanıma ve Telaffuz Okuma yeteneği	Boşluk Doldurma Anlama Yeteneği	Problem Çözme Anlama Yeteneği	Kısaltılmış - Boşluk Doldurma	Kelime Tanıma ve Telaffuz Okuma yeteneği
66 Tıbbi Kelime	42 Tıbbi Olmayan Terimler	17 numerik ögeli soru- 50 boşluk doldurma	Numerik ve Okuma-Yazma	Boşluk Doldurma-2 okuma anlama parçası	66 kelime 10 kelimeye indirgenmiş
Kavrama Testi değil	Kavrama Testi değil	Kavrama Testi	Kavrama Testi	Kavrama Testi	Kavrama Testi değil
2-3 dk.	5 dk.	20-30 dk.	3 dk.	5-7 dk.	
İngilizcesi mevcut. Diğer dillerde uygun değildir.	İngilizcesi mevcut. Diğer dillerde uygun değildir.	İngilizce ve İspanyolcası mevcut	İngilizce ve İspanyolcası mevcut	İngilizce ve İspanyolcası mevcut	İngilizcesi mevcut. Diğer dillerde uygun değildir.
Puanlamalı (Sınıf Düzeyli)	Puanlamalı (Sınıf Düzeyli)	Yetersiz/Orta/ Yeterli	Doğru sayısı	Yetersiz/Orta/ Yeterli	Puanlamalı (Sınıf Düzeyli)

Geliştirilen bu ölçeklerden REALM ve NVS 2009 yılında Özdemir ve ark.'ları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Özdemir ve diğ., 2010). Diğer ülkelerde geliştirilmiş ölçeklerin geçerlilik-güvenirliliğinin yapılmasına ek Türkçe ölçek geliştirme çalışmaları da bulunmaktadır. Sezer ve ark.'ları tarafından geliştirilen 23 maddelik “Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği” ve Okyay ve Abacıgil tarafından geliştirilen “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY 32)” çalışmaları mevcuttur (Sezer ve Kadioğlu, 2014) (Okyay ve Abacıgil, 2016).

### ***Sağlık Okuryazarlığı ve Etkileyen Faktörler***

Sağlık okuryazarlığı genel olarak demografik, kültürel ve psikososyal faktörlerden, genel okuryazarlık düzeyinden, bireysel özelliklerden, hastalıkla ilgili deneyimlerden ve sağlık hizmeti sistemi ile ilgili etmenlere kadar birçok faktörden etkilenmektedir (Sorensen ve diğ., 2012). Sağlık okuryazarlığı yetersizliği nedeniyle, bireylerin sağlığı üzerinde olumsuz yönde etkiler olduğunu destekleyen kanıtların giderek arttığı belirtilmektedir. Bu etkiler; koruyucu sağlık hizmetlerinin düşük düzeyde kullanımı, semptomatik dönemde sağlık bakımı arayışında gecikme, bireyin tıbbi durumunu anlamasında yetersizlik, tıbbi öneri/talimatlara bağlılıkta yetersizlik, öz-bakım yetersizliği, sağlık bakım maliyetlerinde yükselme ve mortalitede artış olarak gösterilmektedir (Freedman ve diğ., 2009).

Sağlığın temel belirleyicilerini genetik, cinsiyet, yaş, yaşam biçimi (beslenme, egzersiz, sigara vb), eğitim, barınma, iş, sağlık hizmetleri, su, sanitasyon, genel sosyo-ekonomik ve çevresel durum oluşturmaktadır (Dahlgren ve Whitehead, 1991) (Şekil 1).



**Şekil 1.** Sağlık Temel Belirleyicileri

Sağlıkta eşitsizlik kavramının iki temel ögesi sağlık hizmetleri ve sağlığın sosyal belirleyicilerinde eşitlikten oluşmaktadır (Şimşek ve Kılıç, 2012). Sağlık açısından sağlık okuryazarlığı gelirden, istihdam durumundan, eğitim seviyesinden, ırk veya etnik grubundan daha güçlü bir belirleyicidir (WHO Health Literacy, 2013). Sağlık okuryazarlığı kavramının sağlığın temel belirleyicileri arasında güçlü bir yeri olması sağlıkta eşitsizlik mücadelesinde önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığını yükseltmek için yaşam boyu öğrenme politikaların benimsenmesinin önemli etkileri olduğu belirtilmektedir (Bilir, 2014). Sağlık okuryazarlığının genel okuryazarlıkla birebir ilişkisi olması yönünden eğitim alanında yapılacak çalışmalar sağlık okuryazarlığına ve sağlığın geliştirilmesine dolayısıyla sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasına önemli katkılar sağlayabilir.

## Kaynaklar

- Bilir, N. (2014) Sağlık Okuryazarlığı. Turk J Public Health, 12(1), 64-68.
- Dahlgren, G., Whitehead, M.(1991) Rainbow model of health. In: Dahlgren G, Whitehead M (ed). European Health Policy Conference: Opportunities for the future. Vol 11–Intersectoral Action for Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 314.
- Freedman, D.A., Bess, K.D., Tucker, H.A., Boyd, D.L., Tuchman, A.M., Wallston, K.A.(2009) Public health literacy defined. Am J Prev Med, 36(5),446–451.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. Health Promot. Int., 13(4), 349-364.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy As A Public Health Goal: A Challenge For Contemporary Health Education And Communication Strategies into The 21st Century. Health Promotion International,15(3), 259–267.
- Sezer, A., Kadioğlu, H. (2014) Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.,17,3.
- Simonds, S.K (1974). Health education as social policy. Health Educ Monogr, 2, 1–25.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. ve ark. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12:80.
- Sönmez, B.F. (2011). Sağlık Okuryazarlığına AR-GE Yaklaşımı. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara. [www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72538/h/bfs-soy-egitim](http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72538/h/bfs-soy-egitim)
- Şimşek, H., Kılıç, B. (2012) Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar. Turk J Public Health, 10(2), 116-127.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü (2011). Ankara: Anıl Matbaacılık (1. Baskı).
- Okyay, P., Abacıgil, F. (2016). Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/530>.
- Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., Bilgel, N.(2010) Health literacy among adults: a study from Turkey. Health Educ Res.,25(3),464-77.
- WHO. Health Literacy (2013). In: Kickbusch I, Pelikan LM, Apfel F, Tsouros AD, editors World Health Organization, Regional Office for Europe.





## Psikolojik Danışmanların Mutluluk, Psikolojik Sağlık ve Bağımlılık Durumları Arasındaki İlişkiler\*

Hatice ARSLAN \*

### Öz

Okullarda psikolojik danışmanlar, öğrenci ve velilere bağımlılık eğitimleri veren, öğrencilerin bağımlılık deneyimlerini ilk paylaştıkları kişiler arasındadır. Bireylerin olumsuz yaşantılardan sonra, kendini toparlama ve hızlı bir şekilde normal hayatlarına dönme güçleri, psikolojik sağlık kavramıyla açıklanmaktadır. Bireyin bedensel ve psikolojik sağlığını korumada önemli olan mutluluk kavramı ise, bireyin yaşamına dair olumlu düşünce ve duygularının miktarca üstünlüğüdür ve bir kişinin hayatındaki en genel amaçlarındandır.

Bu çalışmada, çeşitli eğitim kurumlarında çalışan psikolojik danışmanların tütün, alkol, madde ve internet kullanım eğilimleri ile psikolojik sağlık ve mutluluk düzeylerinin arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, araştırmada asıl amaca ek olarak psikolojik danışmanların cinsiyet, yaş, mesleki deneyim ve medeni durumlarına bağlı olarak tütün, alkol, madde ve internet kullanım eğilimlerinin incelenmesi de kapsam dâhilinde tutulmuştur.

Araştırmanın örneklemini, Türkiye'nin çeşitli illerinde görev yapan 192'si kadın (%73.0), 71'i erkek (%27.0) olmak üzere toplam 263 psikolojik danışman oluşturmuştur. Araştırmada kişisel bilgi formu, Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği ve Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Formunu içeren veriler online olarak elde edilmiştir.

Araştırma bulgularına göre, cinsiyet açısından tütün, alkol, madde kullanımları ve internet kullanım süresi açısından herhangi bir farklılık gözlenmezken, yaş değişkeni açısından bağımlılık eğilimlerinde farklılık olduğu, medeni durum değişkeninde bekâr psikolojik danışmanların internette daha uzun süre geçirdikleri, 0-5 yıl arasında çalışma süresi olan psikolojik danışmanların tüm bağımlılık eğilimi türlerinde anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Mutluluk düzeyi yüksek olanların, alkol kullanma durumları düşük olanlara göre farklılaşmaktadır. İnternet kullanım süresi ile psikolojik sağlık ve mutluluk düzeyleri açısından farklılık görülmüştür, ayrıca psikolojik sağlık ve mutluluk değişkenleri arasında orta düzeyde korelasyon saptanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Mutluluk, psikolojik sağlık, psikolojik danışman, bağımlılık

## The Relationship Between Happiness, Resilience and Addiction Conditions of Psychological Consultants\*

### Abstract

Psychological counselors in schools are among the first to share addictive experiences of students and parents who provide addiction training to students and parents. After negative experiences, individuals' ability to recover

\* Bu çalışma 12. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

\* Çukurova Üniversitesi, Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü, Bağımlılık Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Adana/Türkiye, haticeaslanarslan@gmail.com (ORCID ID 0000-0002-9890-1282)

and return to their normal lives quickly is explained by the concept of psychological solidarity. The concept of happiness, which is important in protecting the physical and psychological health of the individual, is the superiority of the positive thoughts and feelings about the individual's life and is one of the most general aims of a person's life.

The aim of this study is to investigate the relationship between psychological, substance and internet usage trends and psychological stability and happiness levels of psychological counselors working in various educational institutions. In addition, in addition to the main purpose of the study, the examination of the tendencies of tobacco, alcohol, substance and internet use depending on the gender, age, professional experience and marital status of the psychological counselors were also covered.

The sample of the study, 192 women who serve in various provinces of Turkey (73.0%), 71 men (27.0%) participated, including a total of 263 counselors. Data in the study were obtained online from the personal information form, The Brief Resilience Scale and Oxford Happiness Scale Short Form. According to the findings of the study, there were no differences in terms of gender, tobacco, alcohol, substance use and duration of internet use, but there was a difference in dependence tendencies in terms of age variable. There were significant differences in all types of addiction tendencies of psychological counselors. Those with high levels of happiness differ according to those with low alcohol use. There was a significant difference between the duration of internet use and psychological resilience and happiness levels, and there was a moderate correlation between psychological durability and happiness variables.

**Keywords:** *Happiness, Resilience, Psychological Counselor, Addiction*

**Geliş Tarihi:** 24.12.2018

**Kabul Tarihi:** 07.01.2019

## **GİRİŞ**

### **1.1. Problem**

Bireyin bedensel ve psikolojik sağlığını korumada önemli olan mutluluk duygusu, bir kişinin hayatındaki en genel amaçlarından (Begum, Jabeen ve Awan, 2014). Mutluluk ya da öznel iyi olma, bireyin yaşamına dair olumlu düşünce ve duygularının miktarca üstünlüğüdür başka bir deyişle bireylerin yaşamlarından aldıkları doyum ve olumlu duyguların toplamıdır (Myers ve Diener, 1995). Alan yazında mutluluk öznel iyi olma kavramı ile birbirinin yerine geçerek kullanıldığı görülmektedir. Öznel iyi olma, kişilerin hayatlarını nasıl ve neden pozitif yollardan değerlendirdikleri ile ilgilendir ve bireylerin öznel olarak hayatlarını değerlendirmeleri sonucunda ortaya çıkan iyilik düzeyini gösteren şemsiye bir kavram niteliğindedir (Diener ve Ryan, 2009). Mutluluk, bireylerin yaşamlarından aldıkları doyum ve olumlu duyguların toplamıdır. Kavram bireyin kendi yaşamını değerlendirmesi ve yargı bildirmesi anlamına gelmektedir. Yaşam doyumunu, aile doyumunu, depresyon ve sıkıntının yokluğu, olumlu duygulanım ve duygu durumları gibi çok sayıda değişkeni kapsamaktadır (Yetim, 2001). Birçok filozof mutluluğun tanımını yapmaya çalışmıştır; ancak her araştırmacının üzerinde uzlaştığı tek ve değişmez bir tanım bulunmamaktadır. Öznel iyi olma ya da mutluluk tanımları yazında genelde üstü kapalı olarak yapılır ve kullanılan ölçekler tarafından işaret edilmektedir.

Mutluluk teriminin, üç etmeden oluştuğu vurgulanmaktadır (Diener, 1984):

- 1) Mutluluk, öznel; iyi olduğunu söyleyen kimsenin yaşadığı o kişiye ait bir deneyimdir.
- 2) Mutluluk, depresyon, çaresizlik vb. olumsuz niteliklere odaklanmadan olumlu nitelikleri içermektedir.

3) Mutluluk ölçümleri, tipik olarak bir kişinin hayatının bütün yönleriyle genel bir değerlendirme içermektedir. Ölçümler birkaç haftadan kişinin bütün yaşantısına kadar olan zamanı içerebilir (Diener, 1984).

Öznel iyi olma yazınında mutlu kişinin genel görüntüsünü çoğu demografik değişkenlere bağlı olmak üzere ilk defa Wilson belirtmiştir. Wilson (1967)'a göre mutlu kişi “genç, sağlıklı, iyi eğitilmiş, iyi ücret alan, dışa dönük, iyimser, kaygısız, dindar, evli, iş erdemi yüksek, makul isteklere sahip, her iki cinsiyetten ve zeki kişidir” (Akt. Diener ve ark. 1999).

Mutluluk düzeyleri yüksek olan kişilerin hayatı değerlendirmeleri, yorumlamaları ve durumlara tepkileri mutluluk düzeyleri daha düşük olan kişilere göre daha olumlu olduğu görülmektedir (Lyubomirsky, 2001).

Sapmaz ve Doğan (2012), mutluluk ve yaşam doyumunun yordayıcı olarak iyimserlik adlı çalışmalarında, iyimserliğin mutluluk ve yaşam doyum üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Katılımcıların 206 üniversite öğrencisinin oluşturduğu bu çalışmada, iyimserliğin mutluluk ve yaşam doyumunu ile olumlu yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır (Sapmaz ve Doğan, 2012). Gülcan ve Bal (2014) genç yetişkinlerde iyimserliğin, mutluluk ve yaşam doyumunu üzerindeki etkisinin saptanması için 394 üniversite öğrencisiyle çalışma yürütmüşlerdir. İyimserliğin mutluluk ve yaşam doyumunu üzerinde olumlu yönde etkisi olduğunu belirtmişlerdir (Gülcan ve Bal, 2014). Asıcı ve İkiz (2015) çalışmalarında bilişsel esneklik ile mutluluk arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Araştırmanın katılımcıları 278 üniversite öğrencisinden oluşmaktadır. Ölçme aracı olarak Bilişsel Esneklik Envanteri ve Oxford Mutluluk Envanteri kullanılmıştır. Bilişsel esneklik ile mutluluk düzeyleri arasında anlamlı ve olumlu bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (Asıcı ve İkiz, 2015).

Psikolojik sağlık kavramı, mutluluk kavramı gibi, pozitif psikoloji kavramlarından birisi olarak son yıllarda karşımıza çıkan araştırma konularından birisidir. Bireylerin olumsuz yaşantılardan sonra, kendini toparlama ve hızlı bir şekilde normal hayatlarına dönme güçleri, psikolojik sağlık kavramıyla açıklanmaktadır (Stewart, Reid ve Mangham, 1997). Psikolojik sağlık kavramı; Latince “resiliens” kökünden türemiştir ve bir maddenin elastik olması ve orijinaline kolayca dönebilmesini ifade etmektedir (Greene, 2002). Oxford İngilizce-Türkçe Sözlüğe göre psikolojik sağlık kavramı “zorluklardan çabuk iyileşebilme kapasitesi, esneklik” olarak tanımlanmıştır.

Masten, Best ve Garmezy, (1990, Akt. Masten, 1994) psikolojik sağlamlığın literatürde üç temel olguyu tanımlamak için kullanıldığına işaret etmektedirler:

- 1) Psikolojik sağlık kavramı, mevcut güçlükleri aşarak umulandan daha iyi gelişim gösteren yüksek risk altındaki kişileri belirtmektedir.
- 2) Psikolojik sağlık kavramı, stresli yaşam olayları ile karşılaşan bireyin kısa bir zaman içinde uyum gösterebilme yeteneğini göstermektedir.
- 3) Psikolojik sağlık kavramı, zorlu yaşam olaylarından dolayı yaşanan psikolojik travmanın olası etkilerinden kurtulma ve iyileşmeyi vurgulamaktadır.

Psikolojik sağlık kavramının bir kısmında, sağlıklı uyumla ilgili farklı kriterlere rastlanmaktadır. Mutluluk ve yaşam doyumunu gibi olumlu duygu, düşünce ve davranışlar, sosyal ve akademik başarının olması ya da bireyin yaşamında uyumsuzluk, duygusal stres gibi riskli ve suça yönelik davranışlar uyumla ilgili bu kriterlere örnek olarak gösterilebilir. (Masten ve Reed, 2002).

Benard'a (1995) göre psikolojik sağlık kavramı ile ilgili yapılan çalışmalarda bireyin gelişimi ile ilgili olarak daha önce ortaya koyulan teorileri doğrular niteliktedir. Yazar her bireyin doğuştan psikolojik olarak sağlam olduğunu ve bu sayede sorun çözme becerileri, eleştirel düşünce tarzı, özerklik ve sosyal yetkinlik kazandığını savunmaktadır (Akt. Toprak, 2014).

Sills ve diğeri (2006), üniversite öğrencilerinde psikolojik sağlamlık, kişilik özellikleri, sorunların üstesinden gelme biçimleri ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkileri üzerine çalışmışlardır. Psikolojik sağlamlık kişilik boyutlarından merhamet ve dışa dönüklük ile olumlu yönde; nevrozizm ile olumsuz yönde ilişkili bulunmuştur. Başa çıkma tarzlarının psikolojik sağlamlığı kişilik boyutlarından daha önemli derecede yordadığı görülmektedir. Çalışma sonucunda; görev odaklı başa çıkma psikolojik sağlamlık ile pozitif yönde ilişkiliyken, duygu odaklı başa çıkma negatif yönde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Akt. Sarıkaya, 2015).

Kararım ve Çetinkaya (2011) psikolojik sağlamlık değişkeninin benlik saygısı, olumlu duygular ve denetim odağı ile ilişkisini inceleyen çalışmada benlik saygısı ve denetim odağının bilişsel etkenler olarak duygular üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Hem olumlu, hem de olumsuz duyguların psikolojik sağlamlığı yordadığı sonucuna varılmıştır (2011).

Eğitim bireylerin, fiziksel, duygusal ve toplumsal açıdan yeteneklerini hem kendileri hem de toplum için geliştirilmeleri sürecidir. Çağdaş eğitim anlayışı içerisinde örgütlü eğitim kurumlarında öğretim ve yönetim hizmetlerinin yanında öğrencilerin tüm yönleriyle gelişmelerini sağlamaya yönelik olarak öğrenci kişilik hizmetleri sunulmaktadır. Öğrenci kişilik hizmetleri aracılığı ile bireyler öğrenmeyi ve yaşamayı öğrenirler; ayrıca kendi kimliklerini yapılandırır. Öğrenci kişilik hizmetleri görevinin büyük bir kısmını, eğitim kurumlarında okul psikolojik danışmanları gerçekleştirmektedir.

Psikolojik danışmanlık, stresli ve tükenmişliğe açık meslek gruplarından birisidir. Psikolojik danışmanlar, danışanları ve öğrencileri için dünyayı daha güvenli bir yer olarak gösterebilmek için tüm bilişsel süreçlerini yoğun bir şekilde kullanmaktadırlar. Bu durum, özellikle okul ortamlarında, okuldaki diğer aktivitelerle beraber üst üste olduğunda yorucu bir süreç haline dönüşebilmektedir. Okullarda psikolojik danışmanlar ayrıca, birçok olumsuz yaşantıyla da karşılaşabilmektedir. Bireylerin yetiştirilmesinde sorumluluk taşıyan ve branş öğretmenleri arasında yer alan psikolojik danışmanların hem öğrencilerle hem idareci, veli ve diğer öğretmenlerle ilişkilerinden kaynaklanan çatışmalar, stresli durumlar onların üretkenliklerinde, çalışma istek ve azimlerinde, insanlarla olan etkileşimlerinde, öznel iyi oluşları ve meslekten aldıkları doyum üzerinde olumsuz etkilerde bulunabilmektedir (Aykaç, 2016). Psikolojik danışmanlıkta, danışmanın kendisi merkezi ve profesyonel bir araçtır. Kendisini, danışanlarının yaşadığı umutsuzluk, öfke veya üzüntü gibi olumsuz duygularla korurken, aynı zamanda enerjik bir şekilde, karşıdaki kişinin duygularını anlayarak yönelimine uygun olan psikolojik danışma sürecini de tekrar tekrar yönetmektedir (Skovholt, Goh, Upidi, and Grier 2004).

Türkiye’de rehberlik ve psikolojik danışma alanında yapılan diğer çalışmalar değerlendirildiğinde mutluluk (öznel iyi oluş) ve psikolojik sağlamlık konusunda yapılan çalışmaların çok fazla olmadığı söylenebilir. Dahası, literatür tarandığında psikolojik danışman, psikolog veya sosyal çalışmacı gibi yardım mesleklerini icra eden bireylerde bağımlılık eğilimlerinin çalışılmadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında, Çivilidağ (2007), Aysan ve Bozkurt (2004) psikolojik danışmanların yaşam doyumlarını incelemişlerdir. Psikolojik danışman adaylarının pozitif duygularının mutluluk ve entelektüel beceri düzeylerine etkisi (Uz Baş, 2017), psikolojik ve öznel iyi oluş bağlamında mutluluk ve yaratıcılık arasındaki ilişki (Bilgin, 2017), tıp fakültesi öğrencilerinde psikolojik sağlamlık ve mutluluk düzeylerinin incelenmesi (Açıkgöz, 2016), üniversite öğrencilerinin mutluluk, psikolojik sağlamlık ve öz yeterliliklerinin incelenmesi (Can, 2018), algılanan psikolojik istismar ve öznel iyi oluş ilişkisinde psikolojik sağlamlık ve sosyal bağlılığın rolü (Bostan, 2018), psikolojik sağlamlığın yordayıcıları (Turgut ve Çapan, 2015) incelenmiştir.

Okullarda çalışan psikolojik danışmanlar, özel yaşantılarının yanı sıra okul ortamında birçok olumsuzlukla karşılaşabilmektedir. Aynı zamanda, psikolojik danışmanlar, öğrenci ve velilere bağımlılık eğitimleri veren, öğrencilerin çoğunlukla bağımlılık deneyimlerini ilk paylaştıkları kişiler olmakla beraber, ortaöğretim kurumlarında sigara, alkol veya diğer bir madde deneyen öğrencilerle

ilgili disiplin işlemleri yapılmadan ilk resmi görüşmeyi öğrenciyle yapan kişilerdir. Eğitim ortamında çalışan bir psikolojik danışmanın, sigara, alkol, madde veya internet kullanımı ile ilgili kişisel alışkanlığı veya algısı kimi zaman, okullarda çalıştıkları konulara farklı bir şekilde yansıtılabilmektedir. Dahası, eğitim binasının hemen dışında sigara içen bir psikolojik danışman öğrencileri tarafından görülebilmekte ve bu durum bağımlılıkla ilgili yaptığı çalışmalarda konu olabilmektedir. Danışan pozisyonundaki öğrencinin, umut, mutluluk, yeniden toparlanma konularında en önemli rol modellerinden birisi okullardaki psikolojik danışmanlardır. Araştırmada, bu perspektifle psikolojik danışman örnekleminde ilk defa, pozitif psikoloji kavramları psikolojik sağlık ve mutluluk ile bağımlılık durumları değişkenler olarak incelenmiştir.

## ***1.2. Araştırmanın Amacı***

Araştırmanın amacı, psikolojik danışmanların bağımlılık durumları, mutluluk düzeyleri ve sağlık düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesidir. Araştırmada ek olarak psikolojik danışmanların cinsiyet, yaş, mesleki deneyim, medeni durum, çalıştıkları kurum türüne bağlı olarak sigara, alkol ve internet bağımlılık durumlarının incelenmesi de kapsam dâhilinde tutulmuştur.

## **YÖNTEM**

### ***2.2. Evren ve Örneklem***

Araştırmanın evrenini, farklı illerde ikamet eden eğitim kurumlarında çalışan psikolojik danışmanlar oluşturmaktadır. MEB'in yaptığı açıklamaya göre 2015 yılında 25000 psikolojik danışman MEB'e bağlı okullarda görev yapmaktadır. Araştırma kapsamında, araştırmaya katılmaya istekli olan psikolojik danışmanlar, kolaylıkla bulunabileni (uygunluk) örnekleme (convenience sampling) yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamında 192'si kadın (%73.0) ve 71'i erkek (%27.0) olmak üzere 263 psikolojik danışman üç farklı ölçme aracına online olarak yanıt vermişlerdir.

### ***2.3. Ölçme Araçları***

Araştırma amaçları doğrultusunda oluşturulan anket formu üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısmı katılımcıların demografik özelliklerine ait 9 soruluk kişisel bilgi formu oluşturmaktadır. İkinci kısımda örneklemin psikolojik sağlık düzeyi ölçümü için Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği, üçüncü kısımda ise mutluluk düzeyi ölçümü için olan Oxford Mutluluk Ölçeği kısa formu kullanılmıştır.

#### ***2.3.1 Kişisel Bilgi Formu***

Örneklemdaki psikolojik danışmanlar hakkında sosyodemografik veri toplamak amacıyla 9 sorudan oluşan kısa bir form hazırlanmıştır. Bu kişisel bilgi formunda, cinsiyet, yaş, medeni durum, kıdem, sigara kullanım eğilimi, alkol kullanım eğilimi, madde deneyimi, internette geçirilen süre ve kurum türü soruları yer almaktadır.

#### ***2.3.2 Oxford Mutluluk Ölçeği***

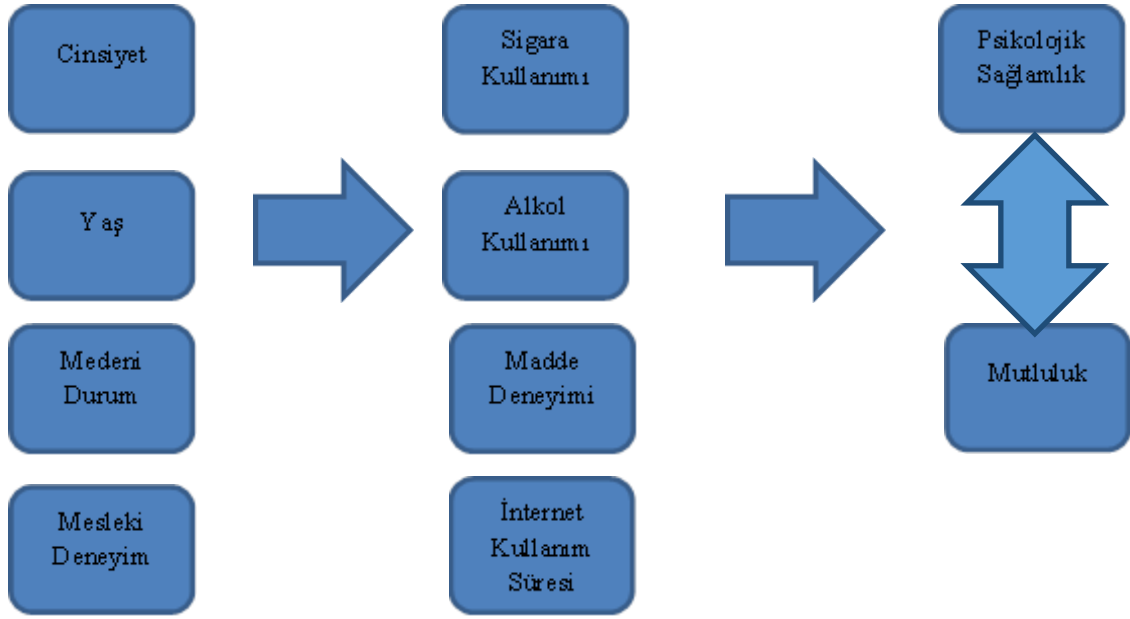
Hills ve Argyle (2002) tarafından geliştirilen, Doğan ve Akıncı Çötök (2011) tarafından Türkçeye uyarlanması yapılan Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Formu, 7 adet 5'li likert tipte soru ile katılımcıların mutluluk düzeylerini ölçmeyi amaçlayan hazır bir ölçektir. Formdaki sorulardan 2 tanesi (1. ve 7. soru) ters yönlü sorudur. Ölçek alt boyutsuz (tek faktör) olarak tasarlanmıştır. Ölçeğe varimax döndürme tekniği ve temel bileşenler yöntemi ile serbest sayıda faktöre izin verilerek uygulanan faktör analizinde ölçeğin tasarımındaki gibi tek boyutlu bir yapıda olduğu görülmüştür.

#### ***2.3.3 Psikolojik Sağlık Ölçeği***

Smith ve ark. (2008) tarafından geliştirilen ve Doğan (2015) tarafından uyarlanan, Psikolojik Sağlık Ölçeği Kısa Formu 6 adet 5'li likert tipte soru ile katılımcıların psikolojik sağlık düzeylerinin ölçmeyi amaçlamaktadır. Formdaki sorulardan 3 tanesi (2., 4. ve 6.sorular) ters yönlü sorudur. Ölçeğin kısa formu alt boyutsuz (tek faktör) olarak tasarlanmıştır. Ölçeğe varimax döndürme tekniği ve temel bileşenler yöntemi ile serbest sayıda faktöre izin verilerek uygulanan ilk faktör analizinde ölçeğin tek boyutlu bir yapıda olduğu görülmüştür.

## 2.5 Araştırma Modeli

02 Ağustos-05 Ekim 2018 tarihleri arasında, web-tabanlı ve öz-bildirime dayalı yapılan bu çalışma, tarama modelindedir. Gerçekleştirilen araştırma için, araştırma amaçları ve hipotezleri göz önünde bulundurulduğunda araştırma modeli Şekil 1'deki gibi görselleştirilebilir.



Şekil 1. Araştırma Modeli

\* Ok yönü incelenecek ilişkinin yönünü belirtmektedir, çift yönlü ok ilişkinin çift yönlü incelendiğini ifade eder.

## 2.6 Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında internet üzerinden uygulanan anket formlarından elde edilen veriler önce Microsoft Excel programına aktarılmış, bu programda yapılan sayısal kodlamalardan sonra IBM SPSS 22.0 versiyonuna aktarılıp, çalışmanın bundan sonraki kısımları IBM SPSS 22.0 versiyonu ile tamamlanmıştır. Araştırmaya dâhil edilen örneklemin tanımlayıcı istatistikleri frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri ile verilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin dağılım test istatistikleri Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-Kare testi, bir kategorik bir sürekli değişken arasındaki ilişkiler Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testi, iki sürekli değişken arasındaki ilişkiler ise Spearman parametrik olmayan korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Tüm testler için yeterli anlamlılık düzeyi %5 olarak tanımlanmıştır.

## BULGULAR

### 3.1 Tanımlayıcı Bulgular

Katılımcıların %73.0'ünün (n=192) kadın, %48.3'ünün (n=127) 23-30 yaş aralığında, %55.5'inin (n=146) bekâr, %43.7'sinin (n=115) 0-5 yıl mesleki deneyimli ve %77.9'unun (n=205) devlette çalıştığı belirlendi. Katılımcıların demografik ve iş ile ilgili özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Demografik ve İş ile İlgili Tanımlayıcı Bulgular

Özellik	Kategori	Frekans (n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	192	73.0%
	Erkek	71	27.0%
	Toplam	263	100.0%
Yaş	23-30 yaş	127	48.3%
	31-40 yaş	67	25.5%
	41-50 yaş	62	23.6%
	51 ve üzeri	7	2.7%
	Toplam	263	100.0%
Medeni Durum	Bekâr	146	55.5%
	Evli	117	44.5%
	Toplam	263	100.0%
Mesleki Deneyim	0-5 yıl	115	43.7%
	6-12 yıl	50	19.0%
	13-20 yıl	70	26.6%
	21 yıl ve üzeri	28	10.6%
	Toplam	263	100.0%
Kurum Türü	Devlet	205	77.9%
	Özel	58	22.1%
	Toplam	263	100.0%

Araştırmaya dâhil edilen psikolojik danışmanların %27'si (n=71) sigara kullandığı, %3.4'ünün (n=9), alkol kullandığı, %8.7'sinin (n=23) madde deneyimi olduğu, %41.4'ünün (n=109) internette günlük 1.5 saat 2 saat arası vakit geçirdiği tespit edilmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Sigara, Alkol, Madde ve İnternet Kullanımı İstatistikleri

Özellik	Kategori	Frekans (n)	Yüzde (%)
Sigara Kullanımı	Evet	71	27.0%
	Hayır	192	73.0%
	Toplam	263	100.0%
Alkol Kullanımı	Evet	9	3.4%
	Bazen	61	23.2%
	Hayır	193	73.4%
	Toplam	263	100.0%
Madde Deneyimi	Evet	23	8.7%
	Hayır	240	91.3%
	Toplam	263	100.0%
İnternette Geçirilen Süre	1 Saat veya daha az	56	21.3%
	1.5-2 saat	109	41.4%
	2.5-3 saat	71	27.0%
	3.5 saat ve üzeri	27	10.3%
	Toplam	263	100.0%

Psikolojik sağlamlık leği puan ortalamasının 3.42±0.68 (minimum 1, maksimum 5), mutluluk leğinin puan ortalamasının ise 3.49±0.58 (minimum 1.43, maksimum 4.71) olduğu belirlendi (Tablo 3). Ölçeklerin normal dağılım test istatistikleri Kolmogorov-Smirnov, Shapiro Wilk testleri ile değerlendirilmiş ve ölçekler puanların normal dağılıma uymadığı saptanmıştır.

**Tablo 3.** lek Betimsel İstatistikleri

Değişken	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Psikolojik Sağlamlık	263	1.00	5.00	3.425	0.683
Mutluluk	263	1.43	4.71	3.497	0.584

### 3.2 Sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde deneme ve günlük internet kullanımı ile ilişkili faktörler

Cinsiyete göre sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde deneyimi ve günlük internet kullanımı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4.** Cinsiyete Göre Farkları Sınayan Ki-Kare Test İstatistikleri

Özellik	Kategori	İstatistik	Cinsiyet		Ki-Kare	p
			Kadın	Erkek		
Sigara Kullanımı	Evet	n	47	24	2.286	0.089
		%	24.5%	33.8%		
	Hayır	n	145	47		
		%	75.5%	66.2%		
Alkol Kullanımı	Evet-Bazen	n	46	24	2.572	0.075
		%	24.0%	33.8%		
	Hayır	n	146	47		
		%	76.0%	66.2%		
Madde Deneyimi	Evet	n	13	10	3.474	0.057
		%	6.8%	14.1%		
	Hayır	n	179	61		
		%	93.2%	85.9%		
Günlük İnternet Kullanımı	≤1 Saat	n	40	16	2.598	0.458
		%	20.8%	22.5%		
	1.5-2 Saat	n	75	34		
		%	39.1%	47.9%		
	2.5-3 Saat	n	56	15		
		%	29.2%	21.1%		
≥3 Saat	n	21	6			
	%	10.9%	8.5%			

Yaş gruplarına göre yapılan değerlendirmede; 22-30 yaş arasındaki psikolojik danışmanlarda sigara kullanımının (%15.7) 31 yaş ve üzeri psikolojik danışmanlardan (%37.5) daha az olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.001$ ). Çalışmada 22-30 yaş arasındaki psikolojik danışmanlardan alkol kullanan ve bazen kullananların (%17.3) 31 yaş ve üzeri psikolojik danışmanlardan (%35.5) daha az olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p=0.001$ ). Çalışmada 22-30 yaş arası katılımcılarda 1 saat ve altı (%11.8) internet kullanımı 31 yaş ve üzeri katılımcılara (%30.1) göre oldukça az iken 3 saatten fazla internet kullanımı



ise 22-30 yaş arası katılımcılarda (%15) 31 yaş ve üzeri katılımcılardan (%5.9) oldukça fazla olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p=0.001) (Tablo 5).

**Tablo 5.** Yaş Faktörüne Göre Farkları Sınayan Ki-Kare Test İstatistikleri

Özellik	Kategori	İstatistik	Yaş		Ki-Kare	p
			23-30 Yaş	≥31 Yaş		
Sigara Kullanımı	Evet	n	20	51	15.767	<0.001*
		%	15.7%	37.5%		
	Hayır	n	107	85		
		%	84.3%	62.5%		
Alkol Kullanımı	Evet-Bazen	n	22	48	10.859	0.001*
		%	17.3%	35.3%		
	Hayır	n	105	88		
		%	82.7%	64.7%		
Madde Deneyimi	Evet	n	15	8	2.893	0.069
		%	11.8%	5.9%		
	Hayır	n	112	128		
		%	88.2%	94.1%		
Günlük İnternet Kullanımı	≤1 Saat	n	15	41	17.489	0.001*
		%	11.8%	30.1%		
	1.5-2 Saat	n	53	56		
		%	41.7%	41.2%		
	2.5-3 Saat	n	40	31		
		%	31.5%	22.8%		
≥ 3 Saat	n	19	8			
	%	15.0%	5.9%			

\*%5 anlamlılık düzeyinde manidar farklılığı simgeler.

Medeni duruma göre yapılan değerlendirmede; evli katılımcılarda 1 saatten az internet kullananların oranı (%30.1) bekar katılımcılardan (%10.3) daha az iken, 3 saatten fazla internet kullanımı ise bekar katılımcılarda (%13.7) evli katılımcılardan (%7.5) daha fazla olduğu ve aradaki farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p=0.001). Medeni durum ile sigara kullanımı, alkol kullanımı ve madde deneme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 6).

**Tablo 6.** Medeni Durum Faktörüne Göre Farkları Sınayan Ki-Kare Test İstatistikleri

Özellik	Kategori	İstatistik	Medeni Durum		Ki-Kare	Sig.
			Evli	Bekar		
Sigara Kullanımı	Evet	n	42	29	0.522	0.281
		%	28.8%	24.8%		
	Hayır	n	104	88		
		%	71.2%	75.2%		
Alkol Kullanımı	Evet-Bazen	n	42	28	0.778	0.230
		%	28.8%	23.9%		
	Hayır	n	104	89		
		%	71.2%	76.1%		
Madde Deneyimi	Evet	n	9	14	2.739	0.076
		%	6.2%	12.0%		
	Hayır	n	137	103		
		%	93.8%	88.0%		
Günlük İnternet Kullanımı	<1 Saat	n	44	12	17.662	0.001*
		%	30.1%	10.3%		
	1.5-2 Saat	n	59	50		
		%	40.4%	42.7%		
	2.5-3 Saat	n	32	39		
		%	21.9%	33.3%		
	>3 Saat	n	11	16		
		%	7.5%	13.7%		

\*%5 anlamlılık düzeyinde manidar farklılığı simgeler.

5 yıl ve daha az mesleki deneyime sahip psikolojik danışmanlar ile 6 yıl ve üzeri sürede mesleki deneyime sahip psikolojik danışmanlar arasında sigara kullanım oranları bakımından %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak manidar farklar saptanmıştır (sig.<0.05). 5 yıl ve daha az mesleki deneyime sahip psikolojik danışmanların sigara kullanma oranları (%16.5) 6 yıl ve üzeri sürede mesleki deneyime sahip psikolojik danışmanlardan (%35.1) daha azdır.

5 yıl ve daha az mesleki deneyime sahip psikolojik danışmanlar ile 6 yıl ve üzeri sürede mesleki deneyime sahip psikolojik danışmanlar arasında alkol kullanım oranları bakımından %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak manidar farklar saptanmıştır (sig.<0.05). 5 yıl ve daha az mesleki deneyime sahip psikolojik danışmanların bazen ve sürekli alkol kullanım oranları (%20) 6 yıl ve üzeri sürede mesleki deneyime sahip psikolojik danışmanlardan (%31.8) daha azdır.

5 yıl ve daha az mesleki deneyime sahip psikolojik danışmanlar ile 6 yıl ve üzeri sürede mesleki deneyime sahip psikolojik danışmanlar arasında madde deneme oranları bakımından %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak manidar farklar saptanmıştır (sig.<0.05). 5 yıl ve daha az mesleki deneyime sahip psikolojik danışmanların madde deneme oranları (%13.9) 6 yıl ve üzeri sürede mesleki deneyime sahip psikolojik danışmanlardan (%4.7) daha fazladır.

5 yıl ve daha az mesleki deneyime sahip psikolojik danışmanlar ile 6 yıl ve üzeri sürede mesleki deneyime sahip psikolojik danışmanlar günlük internet kullanım süreleri bakımından %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak manidar farklar saptanmıştır (sig.<0.05). 5 yıl ve daha az mesleki deneyime sahip katılımcıların 1 saatten az internet kullanma oranı (%13) 6 yıl ve üzeri mesleki

deneyime sahip katılımcılardan (%27.7) daha azdır. 2.5-3 saat arası internet kullanımı ve 3 saatten fazla internet kullanımı ise 5 yıl ve daha az mesleki deneyime sahip katılımcılarda bariz şekilde daha yüksektir.

**Tablo 7.** Mesleki Deneyim Faktörüne Göre Farkları Sınayan Ki-Kare Test İstatistikleri

Özellik	Kategori	İstatistik	Mesleki Deneyim		Ki-Kare	Sig.
			0-5 Yıl	≥6 Yıl		
Sigara Kullanımı	Evet	n	19	52	11.376	0.001*
		%	16.5%	35.1%		
	Hayır	n	96	96		
		%	83.5%	64.9%		
Alkol Kullanımı	Evet-Bazen	n	23	47	4.58	0.022*
		%	20.0%	31.8%		
	Hayır	n	92	101		
		%	80.0%	68.2%		
Madde Deneyimi	Evet	n	16	7	6.839	0.008*
		%	13.9%	4.7%		
	Hayır	n	99	141		
		%	86.1%	95.3%		
Günlük İnternet Kullanımı	<1 Saat	n	15	41	12.724	0.005*
		%	13.0%	27.7%		
	1.5-2 Saat	n	46	63		
		%	40.0%	42.6%		
	2.5-3 Saat	n	37	34		
		%	32.2%	23.0%		
	>3 Saat	n	17	10		
		%	14.8%	6.8%		

\*%5 anlamlılık düzeyinde manidar farklılığı simgeler.

Sigara kullanan ve kullanmayan psikolojik danışmanlar arasında psikolojik sağlamlık ve mutluluk değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 8).

**Tablo 8.** Sigara Kullanım Durumuna Göre Farkları Sınayan Mann Whitney U Testi İstatistikleri

Değişken	Sigara Kullanımı	N	Ortalama	Ortalama Sıra	Mann-Whitney U	Z	p
Psikolojik Sağlamlık	Evet	71	3.430	140.394	6220.000	-1.093	0.274
	Hayır	192	3.424	128.896			
	Toplam	263					
Mutluluk	Evet	71	3.437	128.852	6592.500	-0.410	0.682
	Hayır	192	3.520	133.164			
	Toplam	263					

Alkol kullanan ve kullanmayan psikolojik danışmanlar arasındaki farklar değerlendirildiğinde; mutluluk değişkeni açısından ortalama sıra değerleri incelendiğinde alkol kullanmayan katılımcıların daha yüksek ortalama sıra değerine sahip olduğu ve aradaki farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p=0.042$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9.** Alkol Kullanım Durumuna Göre Farkları Sınayan Mann Whitney U Testi İstatistikleri

Değişken	Alkol Kullanımı	N	Ortalama	Ortalama Sıra	Mann-Whitney U	Z	p
Psikolojik Sağlık	Evet-Bazen	70	3.310	121.879	6046.500	-1.305	0.192
	Hayır	193	3.468	135.671			
	Toplam	263					
Mutluluk	Evet-Bazen	70	3.357	116.207	5649.500	-2.035	0.042*
	Hayır	193	3.548	137.728			
	Toplam	263					

\*%5 anlamlılık düzeyinde manidar farklılığı simgeler.

Madde deneyen ve denemeyen psikolojik danışmanlar arasında psikolojik sağlık ve mutluluk değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 10).

**Tablo 10.** Madde Deneyim Durumuna Göre Farkları Sınayan Mann Whitney U Testi İstatistikleri

Değişken	Madde Deneyimi	N	Ortalama	Ortalama Sıra	Mann-Whitney U	Z	p
Psikolojik Sağlık	Evet	23	3.377	118.174	2442.000	-0.917	0.359
	Hayır	240	3.431	133.325			
	Toplam	263					
Mutluluk	Evet	23	3.391	110.913	2275.000	-1.397	0.162
	Hayır	240	3.508	134.021			
	Toplam	263					

Farklı sürelerde günlük internet kullanımına sahip psikolojik danışmanlar arasındaki farklar değerlendirildiğinde; günlük internet kullanımı 1 saatin altında olan psikolojik danışmanların psikolojik sağlık düzeyleri diğer danışmanlardan yüksek olup aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu diğer grup içi kıyaslamaların ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p=0.014$ ). Çalışmada günlük internet kullanımı 1 saatin altında olan psikolojik danışmanların mutluluk düzeyleri günlük internet kullanım süresi 1.5 - 2 saat arasında olan ve 2.5 - 3 saat arasında olan psikolojik danışmanlardan daha yüksek düzeyde olup aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu diğer grup içi kıyaslamaların ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p=0.041$ ) (Tablo 11).

**Tablo 11.** Günlük İnternet Kullanım Sürelerine Göre Farkları Sınayan Kruskal Wallis H Testi İstatistikleri

Değişken	Günlük İnternet Kullanım Süresi	N	Ortalama	Ortalama Sıra	Ki-Kare	p	Karşılaştırma
Psikolojik Sağlamlık	a.)1 Saat veya daha az	56	3.670	160.795	10.540	0.014*	a>b*
	b.)1.5-2 Saat	109	3.335	123.725			a>c*
	c.)2.5-3 Saat	71	3.432	127.077			a>d*
	d.)3.5 Saat ve üzeri	27	3.272	118.630			
	Toplam	263	3.426				
Mutluluk	a.)1 Saat veya daha az	56	3.709	157.741	8.232	0.041*	a>b*
	b.)1.5-2 Saat	109	3.417	125.454			a>c*
	c.)2.5-3 Saat	71	3.469	123.958			
	d.)3.5 Saat ve üzeri	27	3.460	126.185			
	Toplam	263	3.498				

\*%5 anlamlılık düzeyinde manidar farklılığı simgeler.

Tablo incelendiğinde, mutluluk ölçeği ile psikolojik sağlamlık ölçeği arasında %1 anlamlılık düzeyinde pozitif katsayılı bir korelasyonun olduğu görülmektedir ( $r=0.553$ ,  $p<0.001$ ). Korelasyon katsayısının pozitif olması değişkenler arasındaki ilişkinin aynı yönde olduğunu göstermektedir. 0.533 katsayısı için orta kuvvette bir korelasyon ilişkisinden bahsedilebilir. Korelasyon bulguları yorumlandığında; psikolojik danışmanların mutluluk düzeyleri artıkça psikolojik sağlamlık düzeyleri de artmaktadır veya psikolojik sağlamlık düzeyleri artıkça mutluluk düzeyleri de artmaktadır. Diğer bir deyişle, psikolojik danışmanların mutluluk düzeyi azaldıkça psikolojik sağlamlıkları da azalmakta veya mutluluk düzeyleri azaldıkça psikolojik sağlamlıkları da azalmaktadır (Tablo 12).

**Tablo 12.** Psikolojik sağlamlık ve mutluluk ölçekleri arası korelasyon analizi

Değişken	İstatistik	Psikolojik Sağlamlık	Mutluluk
Psikolojik Sağlamlık	r	1.000	.553**
	p		.000
	N	263	263
Mutluluk	r	.553**	1.000
	p	.000	
	N	263	263

\*\*%5 ve %1 anlamlılık düzeyinde manidar korelasyon katsayısını simgeler.

## TARTIŞMA ve YORUM

Araştırmanın bu bölümünde çalışma sonucunda elde edilen bulgulara göre ulaşılan sonuç ve önerilere yer verilmiştir. Çalışmanın hipotezleri doğrultusunda ilgili alan yazın araştırma bulgularıyla karşılaştırılmış ve bulguların olası nedenleri yorumlanmıştır.

Bu çalışmada, cinsiyete bağlı olarak sigara ve alkol kullanımı, madde deneyimleme ve internette geçirilen süre ile psikolojik sağlamlık ve mutluluk düzeyleri açısından herhangi bir farklılık görülmemiştir. Araştırmanın bu bulgusu, literatürdeki bazı çalışmalarla paralellik gösterirken, bazılarıyla çelişmektedir. Kutlu, Demir ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada, üniversite

öğrencilerinin internet bağımlılığı ve mutluluk düzeylerini incelemişlerdir. Bu araştırmaya göre, cinsiyete göre puanların anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür. Rubenking ve Lang (2015), 69 üniversite öğrencisinde alkol kullanımını motivasyon ve kendini kontrol sistemleri ile inceledikleri araştırmalarında cinsiyete göre herhangi bir farklılaşma olmadığını bulgulamışlardır. Avrupa uyuşturucu raporu ve ESPAD (2015) raporlarına göre, erkeklerin sigara, alkol, madde kullanım düzeyleri kadınlara göre farklılaşmaktadır. Bu verilerle araştırmanın bu bulgusu çelişmektedir; ancak ESPAD raporlarına göre, internette kalma süresi açısından cinsiyet açısından herhangi bir farklılık görülmemektedir. Cooper, Frone ve arkadaşları (1995), 13-19 yaş arasındaki 2544 gençle yaptıkları çalışmada, alkol kullanımı ve alkolle ilişkili problemleri erkeklerin kadınlara oranla daha yoğun yaşadıklarını tespit etmişlerdir.

31 yaş ve üzeri psikolojik danışmanlarda sigara ve alkol kullanımının daha fazla olması, alan yazın incelendiğinde, 2014 yılında Sağlık Bakanlığınca 81 ilde yapılan 18477 kişide sigara içme davranışı incelenmiştir. Bu çalışmada, en yüksek kullanım yaş aralığı 25-44 yaş olarak belirlenmiştir. İnternet kullanımı ile ilgili olarak 22-30 yaşlar genç yetişkin olarak adlandırılmaktadır. Ümmet ve Ekşi (2016), Türkiye'deki genç yetişkinlerde reel yaşamdaki yalnızlık ile sanal ortamdaki yalnızlık arasındaki ilişkileri ve reel yaşam yalnızlığı ile sanal yalnızlığın internet bağımlılığı üzerindeki yordayıcı etkisini araştırmışlardır. Bu araştırmaya göre, reel yaşam yalnızlığı ve sanal ortam yalnızlığı (tüm alt boyutları ile) genç yetişkinlerin internet bağımlılığını (kontrol kaybı, tolerans geliştirme ve sosyal ilişkilerde bozulma) yüksek oranda yordamaktadır.

Araştırmanın bir diğer bulgusu medeni durumun sigara ve alkol kullanımı ve madde deneyimleme üzerinde herhangi bir farklılaşma yaratmazken, internet kullanım süresinin bekar psikolojik danışmanlarda daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum, Ümmet ve Ekşi'nin (2016) gösterdiği gibi, internet kullanımında reel yalnızlığın rolü olduğu düşünülebilir.

Sigara kullanan ve kullanmayan psikolojik danışmanların, psikolojik sağlık ve mutluluk düzeyleri arasında fark bulunmamıştır. Alkol kullanan ve kullanmayan psikolojik danışmanların psikolojik sağlık düzeyleri açısından fark saptanmamıştır. Araştırmanın bu bulgusu, literatürdeki bulgulardan farklılık göstermektedir. Psikolojik dayanıklılıkla ilgili yetişkinlerle yapılan çalışmalarda, dayanıklılık düzeyi yükseldikçe, alkole bağlı daha az sorun, alkol kötüye kullanımından bağımlılığa geçiş riski düşük olduğu tespit edilmiştir (Green ve ark., 2010; Benda, 2002; Roy ve ark., 2011 ve Green ve ark. 2014; Akt: Aldemir, 2018). Aldemir ve ark. (2018), psikolojik dayanıklılığın 1 birim arttığında alkol kullanım bozukluğu hastalığının şiddetinde 0.18 birim azalma olduğunu araştırmalarında bulmuşlardır.

Psikolojik danışmanların madde deneyim durumları ile psikolojik sağlık ve mutluluk düzeyleri arasında bir fark bulunmamıştır. Literatürde dayanıklılık yükseldikçe madde kullanım sorunu varlığında hastaneye yatışın daha az olduğu ve aynı zamanda madde bağımlılarında özkiyim girişimlerinin daha az olduğu bulunmuştur (Green ve ark., 2010; Benda, 2002; Roy ve ark., 2011 ve Green ve ark. 2014; Akt: Aldemir, 2018).

Psikolojik danışmanların internet kullanım süreleri ile psikolojik sağlık arasında anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. Günlük internet kullanımı 1 saatin altında olan psikolojik danışmanların, psikolojik sağlık düzeyleri diğer psikolojik danışmanlardan manidar şekilde yüksektir. Psikolojik sağlık düzeyi yükseldikçe internet kullanım süresinin azaldığı yorumu yapılabilir.

Bu araştırmada son olarak, psikolojik sağlık düzeyi ile mutluluk düzeyi arasında orta düzeyde pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Birçok çalışmada, bu bulguyu destekler nitelikte sonuçlara rastlanmıştır. Örneğin Toprak (2014)'a göre psikolojik sağlık bilişsel değerlendirme yoluyla olumsuz duygulara karşı koruyucu etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Terzi (2005) öznel iyi olmaya ilişkin psikolojik sağlık modeli oluşturduğu araştırmanın sonucunda psikolojik sağlamlığın bilişsel

değerlendirme ve başa çıkma aracılığıyla mutluluğun üzerinde etkili olduğunu ortaya koymuştur. Kılıç (2014) tarafından yapılan çalışmada kendilerini mutlu algılayan üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları, kendilerini mutlu algılamayan üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Açıkgöz (2016) tarafından Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yürüttüğü çalışmada, psikolojik sağlık düzeyi ile mutluluk düzeyi arasında orta düzeyde pozitif bir korelasyon olduğu saptamıştır. Psikolojik sağlık düzeyi arttıkça mutluluğun artması, psikolojik sağlamlığın yüksek olması sonucunda örseleyici yaşantılardan daha az etkilenilmesi, daha kolay uyum sağlanabilmesi ve stresle başa çıkabilme sonucunda daha mutlu olunması ile açıklanabilir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, başlangıçtaki hareket noktasından farklı olarak psikolojik danışmanların çeşitli değişkenlere göre bağımlılık durumlarının, mutluluk ve psikolojik sağlık puanlarının kısmen farklılaştığı görülmüştür. Araştırmada, tüm değişkenler ilk defa homojen bir yapı gösteren psikolojik danışman örnekleminde ele alınmıştır. Bundan dolayı, araştırmada daha önce yapılan ve benzer sonuçlar gösteren araştırma sonuçları ile desteklenmekte kısır kalmaktadır.

Araştırmanın bulguları doğrultusunda daha sonra yapılacak araştırmalar için aşağıdaki önerilere yer verilmiştir:

- Benzer içerikte bir araştırma, farklı meslek gruplarında çalışan yetişkinlerin veya üniversite öğrencilerinin katılacağı bir örneklem grubunda yapılabilir.
- Farklı bir araştırmada bağımlılık eğilimlerinin yanı sıra stresle başa çıkma, psikolojik sağlık, yalnızlık, olumlu duygular ve mutluluk değişkenleri çalışılabilir.
- Farklı bir araştırmada, sigara, alkol, madde ve internet kullanımı ve psikolojik sağlık için farklı ölçekler kullanılabilir.
- SED, çocuk sahibi olma, yaşanan coğrafi bölge, kardeş sayısı, kardeşin bağımlılık durumu, eşin bağımlılık durumu gibi değişkenler farklı bir araştırmada bu araştırmadaki değişkenlere ek olarak ele alınabilir.

Ayrıca, daha sonra yapılması planlanan uygulamalara yönelik olarak ise aşağıda öneriler yer almaktadır:

- Psikolojik danışmanların, pozitif psikoloji konularında atölye çalışmalarına katılmaları sağlanabilir.
- Pozitif psikoloji konuları ile harmanlanarak hazırlanan bağımlılık ile ilgili önleme müdahalelerini içeren seminerler, atölyeler ve projeler toplumun her grubuna uygun bir şekilde düzenlenebilir.

## KAYNAKÇA

- Açıkgöz, M. Çukurova Üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin psikolojik sağlık ile mizah tarzları ve mutluluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). 2016 Çağ Üniversitesi, Mersin
- Aldemir, E. Neden herkes bağımlı olmuyor? Bağımlılık ve İncinme. (2018) 12. Alkol ve madde Bağımlılığı Kongresi konuşma metni Antalya.
- Aldemir, E., Çelikay, H., Havaçeligi Atlam, D., Ögel, K., Altıntoprak Ender, A. Üniversite öğrencilerinde alkol kullanımı ve alkol kullanımı ile ilişkili faktörler. Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi 2018;28(1):47-56
- Alim TN, Feder A, Graves RE, Wang Y, Weaver J, Westphal M, et al. Trauma, resilience, and recovery in a high-risk African–American population. *Am J Psychiatry*. 2008;165:1566–75.
- Argyle, M. ve Lu, L. (1990). Happiness and social skills. *Personality and Individual Differences*, II, 1255-1261.
- Argyle, M., Martin, M. ve Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. In J.P.Forgas ve J.M.Innes (Eds.), *Recent Advances in Social Psychology: an international perspective* (pp.189–203). North-Holland: Elsevier.
- Asıcı, E.ve İkiz, F.E. Mutluluğa Giden Bir Yol: Bilişsel Esneklik. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2015 1, 35, 191-211.
- Aykaç, F. Mobbing, öznel iyi oluş ve mesleki doyum:psikolojik danışmanlar üzerinde bir çalışma. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) 2016 Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Aysan, F. ve Bozkurt, N. Okul psikolojik danışmanlarının yaşam doyumunu, stresle başa çıkma stratejileri ile olumsuz otomatik düşünceleri:İzmir ili örnekleme. XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, 6-9 Temmuz 2004 İnönü Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Malatya
- Bal, M. Alkol kullanım bozukluğu olan ve sosyal içici bireylerin çocukluk travmalarının ve psikolojik dayanıklılıklarının incelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) (2018) Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lefkoşa.
- Baş, A.U. ve Yurdabakan, İ. Psikolojik Sağlık ve Okul İkliminin Ortaokul Öğrencilerinin Yaşam Doyumunu Yordama Gücü. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2017, 1 (41), 202-214
- Begum, S., Jabeen, S. ve Awan, A. B. (2014). Happiness: A psycho-philosophical appraisal. *Dialogue*, 2014, 9(3), 314.
- Block, J.H., ve Block, J. (1980) The Role of Ego-control and Ego-resiliency in the Organisation of Behaviour. WA Collins (Ed.), *Development of Cognition, Affect, and Social Relations: Minnesota Symposia on Child Psychology*, NJ:Erlbaum, vol.13: s.39-101. Hillsdale.
- Bradley B, Davis TA, Wingo AP, Mercer KB, Ressler KJ. Family environment and adult resilience: contributions of positive parenting and the oxytocin receptor gene. *Eur J Psychotraumatol*. 2013;18:21659.
- Büyüköztürk, Ş. Veri Analizi El Kitabı. 2004 Ankara:Pegem A Yayıncılık.
- Cocco KM, Carey KB. Psychometric properties of the drug abuse screening test in psychiatric outpatients. *Psychol Assess*. 1998;10:408–14.



- Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C, Maughan B. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse Negl.* 2007;31:211–29.
- Cooper, M.L., Frone, M.R. ve diğeri. Drinking to Regulate Positive and Negative Emotions: A Motivational Model of Alcohol Use. *Journal of Personality and Social Psychology* 69(5):990-1005 December 1995
- Çataloğlu, B. Madde kullanan ve kullanmayan ergenlerin psikolojik sağamlık ve aile işlevleri açısından karşılaştırılması (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) 2011. DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
- Çivilidağ, A. (2007). Okul psikolojik danışmanlarının psikolojik taciz ve yaşam doyumu düzeylerinin incelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12 (1), 129-144.
- Diener, E. Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 1984 95, 542-575.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. ve Griffin, S. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 1985, 49, 71–75.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R. E., Smith, H. L. Subjective Well-being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, Vol 125(2), Mar 1999, 276-302
- Diener, E. ve Ryan, K. Subjective Well-Being: A General Overview. *South African Journal of Psychology* 2009 Vol 39, Issue 4.
- Doğan, T. Kısa Psikolojik Sağamlık Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması *The Journal of Happiness & Well-Being*, 2015, 3(1), 93-102.
- Doğan, T. ve Akıncı Çötök, N. Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Formunun Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2011, 4 (36), 165-172.
- Erkuş, A. Davranış Bilimleri İçin Bilimsel Araştırma Süreci. Seçkin Yayınevi, Şubat 2017 5. Baskı [www.espad.org/report](http://www.espad.org/report)
- Fergusson DM, Lynskey MT. Adolescent resiliency to family adversity. *J Child Psychol Psychiatry & Allied Discip.* 1996;37:281
- Gizir, C.A. Psikolojik sağamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. 2007 Cilt:III Sayı:28 *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*.
- Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, ve ark.. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2010a;67:113–123.
- Green KT, Calhoun PS, Dennis MF, Beckham JC. Exploration of the resilience construct in posttraumatic stress disorder severity and functional correlates in military combat veterans who have served since September 11, 2001. *J Clin Psychiatry.* 2010b;71:823–30.
- Gülcan, A., Bal Nedim, P. Genç yetişkinlerde iyimserliğin mutluluk ve yaşam doyumunun üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Asya Öğretim Dergisi* 2014 – 2(1(ÖZEL)), 41-52

- Kararımk, Ö. ve Siviş Çetinkaya, R. The Effect of Self-Esteem and Locus of Control on Resilience: The Mediating Role of Affects. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* Yıl 2011, Cilt 4, Sayı 35, 30 – 41
- Kılıç, Ş.D. Üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyleri ve psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişkilerin bazı değişkenlere göre incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi) 2014 Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Krentzman, A.R. Review of the Application of Positive Psychology to Substance Use, Addiction, and Recovery Research. *Psychology of Addictive Behaviors* 2013, Vol. 27, No. 1, 151–165.
- Kutlu, M., Savcı M., Demir, Y. ve Aysan, F. (2016). Young İnternet Bağımlılığı Testi Kısa Formunun Türkçe uyarlaması: Üniversite öğrencileri ve ergenlerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(Ek1), 69-76.
- Lyubomirsky, S. Why are some people happier than others? *American Psychologist* Marc 2001 Vol.56 No.3, 239-249
- Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity: Challenges and prospects. In M. Wang, & E. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner city America: Challenges and prospects* (pp. 3-25). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Masten, A. S., & Reed, M.-G. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74-88). New York
- Myers, D., G. ve Diener, E. Who Is Happy? *Psychological Science*, Vol. 6, No. 1 (Jan., 1995), pp. 10-19.
- [www.narkotik.pol.tr/.../2018%20TURKIYE%20UYUSTURUCU%20RAPORU.pdf](http://www.narkotik.pol.tr/.../2018%20TURKIYE%20UYUSTURUCU%20RAPORU.pdf)
- Özdamar, K. Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modelleri sayfa:150 Nisan Kitabevi 2016 Eskişehir
- Rubening, B. ve Lang, A. Appetitive and impulsive: Examining alcohol use via the motivational and self-control systems. *The Social Science Journal* 2015 52 (2), 258-265.
- Sapmaz, F. , Doğan, T. , (2012). Mutluluk ve Yaşam Doyumunun Yordayıcısı Olarak İyimserlik. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt 8, Sayı 3, ss.63-69.
- Sarıkaya, A. 14-18 Yaş Arası Ergenlerin Benlik Saygısı ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Arasındaki İlişki. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) 2015. İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Skovholt, T.M., Goh, M., Upidi, S. & Grier, T. The resilient multicultural practitioner. *California Psychologist*, 2004. 37, (6), 18-19.
- Stewart, M., Reid,G.J. ve Mangham, C. (1997). Fostering children's resilience. *Journal of Pediatric Nursing*, 12 (1), 21-31.
- Şahiner, Ş. F. Alkol ve madde bağımlılarının sosyodemografik özellikler, çocukluk çağı travmaları, başa çıkma yöntemleri, ve kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) 2012. Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Terzi, Ş. İyi olmaya ilişkin psikolojik dayanıklılık modeli (Yayınlanmamış doktora tezi). 2005 Gazi Üniversitesi, Ankara

- Toprak, H. Ergenlerde mutluluk ve yaşam doyumunun yordayıcısı olarak psikolojik sağlık ve psikolojik ihtiyaç doyumu. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) 2014 Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Turgut, Ö. ve Çapan Eraslan, B. Ergen Psikolojik Sağlık Düzeyinin Yordayıcıları: Algılanan Sosyal Destek ve Okul Bağlılığı. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. Yıl 2017, Cilt 0, Sayı 44, 162-183.
- Ümmet, D. ve Ekşi, F. Türkiye'deki Genç Yetişkinlerde İnternet Bağımlılığı: Yalnızlık ve Sanal Ortam Yalnızlık Bağlamında Bir İnceleme. Addicta: The Turkish Journal On Addictions, 2016 - addicta.com.tr
- Veenhoven, R. Is happiness relative? Social Indicators Research, 1991 vol. 24, pp. 1-34.
- Veenhoven, R. Is happiness a trait? Tests of the theory that a better society does not make people any happier Social Indicators Research, 1994 vol. 32, p 101-160
- Veenhoven, R. Paper presented at conference on 'New Directions in the Study of Happiness: United States and International Perspectives', University of Notre Dame, USA, October 22-24 2006
- Wingo, P, Ressler, K. ve Bradley, B. (2014) Resilience characteristics mitigate tendency for harmful alcohol and illicit drug use in adults with a history of childhood abuse: A cross-sectional study of 2024 inner-city men and women. J Psychiatr Res. 2014 Apr; 51: 93-99
- Yüncü, Z., Kesebir, S., Özbaran, B., Çelik, Y., ve Aydın, C. (2009). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerin Ebeveynlerinde Psikopatoloji ve Mizaç: Kontrollü Bir Çalışma. Turk Psikiyatri Dergisi, 20(1).



## Eczacılık Eğitiminde Yenilikler

\*Şefika Pınar ŞENOL,

\*\*Bahar TUNÇTAN

### Öz

İnsanlık tarihinin ilk dönemlerinde tıp ve eczacılık iç içedir. Hipokrat'ın ünlü aforizmalarından bazıları doğrudan doğruya eczacılığı ilgilendiren bilgileri içermektedir. Eczacılık mesleği zamanla tıptan ayrılarak kendi misyonunu oluşturmuştur. İlk zamanlarda eczacı, doğadaki tedavi edici bitkileri tanımlayarak onlardan türlü yöntemlerle öz elde edip çeşitli hastalıklarda kullanılabilir biçime getirmekteydi. Böylece ilaç ilmi bu doğrultuda verilmekteydi. 20. yüzyılın başlarında ilaç sanayisinin gelişmesiyle eczacılara yapay ilaç yapımına ilişkin eğitim verilmeye başlanmıştır. Günümüzde ise eczacının odak noktası "ilaçtan hastaya" dönüşmüştür. Tüm bu değişiklikler ilgili kurum ve kuruluşların özverili çalışmaları doğrultusunda düzenlenmektedir. Bunların sonucu olarak eczacılık mesleği sağlık hizmetindeki gelişmelere uyumlu biçimde daha kapsamlı bir misyon ve vizyonu kazanmıştır. Bu derlemede eczacılık eğitimindeki değişim üzerinde durulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Eczacılık, Eğitim, İlaç, Hastalık, Sağlık.

## Innovation in Pharmacy Education

### Abstract

In the early periods of human history, medicine and pharmacy were indispensable. Some of Hippocrates' famous aphorisms include knowledges which directly associated with pharmacy. In time, the pharmacy profession has been divided from medicine to create its own mission. In early years, the pharmacist had characterized medical herbs in the nature and prepared their extracts by using various methods to be used in the treatment of several diseases. Therefore, pharmaceutical science had been given in this direction. In the early 20<sup>th</sup> century with the development of the pharmaceutical industry, pharmacists have started giving training for production process of synthetic drugs. Today, focus of the pharmacist has shifted from "drug to patient". All these changes are organized in line with the dedicated efforts of the related institutions and organizations. As a result, the pharmacy profession has gained a broader mission and vision consistent with developments in health care. This review focuses on the changes in pharmacy education.

**Key words:** Pharmacy, Education, Drug, Patient, Health.

**Geliş Tarihi:** 20/06/2018

**Kabul Tarihi:** 21/12/2018

\*Mersin Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji Ana Bilim Dalı, Mersin, Türkiye. E-mail: [pnr.snl@mersin.edu.tr](mailto:pnr.snl@mersin.edu.tr)  
(ORCID ID: 0000-0002-3019-9589)

\*\*Mersin Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji Ana Bilim Dalı, Mersin, Türkiye. E-mail: [btunctan@mersin.edu.tr](mailto:btunctan@mersin.edu.tr)  
(ORCID ID: 0000-0003-3439-7803)

## GİRİŞ

Tıp ve eczacılık, insan tarihinin başlangıcıyla birlikte başlamıştır. İnsan, ilk zamanlardan beri sağlıkla ilişkili patolojik durumlarına bilgi birikimleri doğrultusunda çare üretmeye çalışmıştır. Hipokrat sağlık alanında dönüm noktası kabul edilmektedir ve yaptığı bilimsel çalışmalar sonucu "modern (bilimsel)" döneme girilmiştir. Akılcı bir yaklaşımla insan sağlığına odaklanmış ve gözlediği hastalıkların bilimsel açıklamasını yaparak sonuç çıkarmaya çalışmıştır. Araştırmalarında, her hastalığın altında doğal bir gerekçe olduğunu ve bunu bulmak için her şeyden önce insan vücudunun incelenmesinin gerekliliğini temel alarak, klinik tıbbın temelini atmıştır (Grammaticos ve Diamantis, 2008).

Osmanlı'da ilk eczane 19. yüzyılda açılmıştır. O dönemde, ilaç hazırlamakta kullanılan galenik preparatların tümü ve birçok kimyasal madde eczanelerde hazırlanmaktaydı. İlaçlar hekim reçetesine göre her bir hasta için özel olarak yapılmakta, "müfred (tek drog içeren) ilaçlar" ve "mürekkep (birden çok sayıda drog içeren) ilaçlar" olarak iki grup altında toplanmaktaydı (Etker, 2011). Böylece eczacılık eğitiminin amacı doğadaki şifalı otları tanıyıp onlardan türlü yöntemlerle etken madde içeren toz, ekstre vb. ürünleri elde etmek ve gerektiğinde hastanın kullanabileceği formülasyon biçimine getirmektir. Yirminci yüzyılın başlarında kimya bilimindeki gelişmeler bitkilerdeki etken maddelerin yapay yollarla üretilmesini sağlamış ve buna paralel olarak ilaç ve eczacılık eğitimi programları da doğadan sanayiye evrilmeye başlamıştır. Eczacılar artık yalnızca eczanelerde değil etken maddenin üretiminin yapıldığı ve ilaç biçimine getirildiği fabrikalarda da istihdam edilmeye başlanmıştır (Dwyer, 2003). İlaç sanayisinin gelişmesiyle birlikte sentezlenen kimyasal maddelerin insan sağlığına ilişkin istenen etkilerinin yanı sıra öngörülemeyen etkilerinin varlığı, eczacının mesleki sorumluluğunun hasta üzerinde yoğunlaşması gerekliliğini zorunlu kılmıştır (Ruberg ve diğ., 2016). Bu amaca yönelik yapılan çalışmalar sonucunda eczacılar ve eczaneler hakkında ilgili gerekli yasal düzenlemeler aşağıda ifade edildiği biçimde yapılmış olup, eczacının görev ve sorumlulukları genişletilmiştir. Buna paralel biçimde Eczacılık eğitiminin de akılcı ilaç kullanımında insan odaklı uygulamalar çerçevesinde verilmesi gerekmektedir (Toklu, 2015). Bu amaçla ilgili kurum ve kuruluşlar çalışmalara başlamıştır. Bu derlemede, eczacılık hizmetinin son gelişmelere uygunluğu açısından eczacılık eğitiminde yapılan düzenlemelerin aktarılması amaçlanmıştır.

## ECZACILIK VE ECZACININ GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

Eczacılık, 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanun'un (1953) 1. maddesinde "Eczane, ecza deposu, ecza dolabı, galenik, tıbbi ve ispençiyari mevaz ve müstahzarat laboratuvarı veya imalathanesi gibi müesseseler açmak ve işletmek veya tıbbi ve ispençiyari müstahzarat ihzar veya imal etmek veyahut bu kabil resmi veya hususi müesseselerde mesul müdürlük yapmaktır" iken, sağlık hizmetinin en uygun biçimde sağlanmasının gerekliliği doğrultusunda 6308 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun ile Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun (2012) ile oldukça genişletilerek "Hastalıkların teşhis ve tedavisi ile hastalıklardan korunmada kullanılan tabii ve sentetik kaynaklı ilaç hammaddelerinden değişik farmasötik tipte ilaçların hazırlanması ve hastaya sunulması; ilacın analizlerinin yapılması, farmakolojik etkisinin devamlılığı, emniyeti, etkililiği ve maliyeti bakımından gözetimi; ilaçla ilgili standardizasyon ve kalite güvenliğinin sağlanması ve ilaç kullanımına bağlı sorunlar hakkında hastaların bilgilendirilmesi ve çıkan sorunların bildiriminin yapılmasına ilişkin faaliyetleri yürüten sağlık hizmetidir" olarak değiştirilmiştir.

Eczacının görev, yetki ve sorumlulukları 12 Nisan 2014 tarihli ve 28970 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik (2014) ile aşağıda yazıldığı biçimde açık ve kapsamlı bir biçimde ifade edilmiştir.

### ***Madde 6) Eczacının Görev ve Yetkileri***

- a) Hastalıkların teşhis ve tedavisi ile hastalıklardan korunmada kullanılan tabii ve sentetik kaynaklı ilaç hammaddelerinin elde edilmesini ve bu hammaddelerden değişik farmasötik tipte ilaçların hazırlanmasını ve hastaya sunulmasını sağlar.
- b) İlacın analizlerini yapar.
- c) İlacın farmakolojik etkisinin devamlılığı ile emniyeti, etkililiği ve maliyeti bakımından gözetimini sağlar.
- ç) İlaçla ilgili standardizasyon ve kalite güvenliğini sağlar.
- d) İlaç kullanımına bağlı sorunlar hakkında hastaları bilgilendirir ve çıkan sorunların bildirimini yapılmasına ilişkin faaliyetleri yürütür.
- e) Kozmetik imalathanesi, ilaç AR-GE merkezi, ecza deposu gibi müesseseleri açabilir veya bu tür resmî ya da özel müesseselerde mesul müdürlük yapabilir.

### ***Madde 7) Eczacının Sorumlulukları***

- a) Hastanın ilaçlarını, ilaçların uygulanmasında kullanılan araçları ve tıbbi cihaz ve malzemeleri güvenli ve etkin bir şekilde kullanabilmesine yardımcı olur, bunlar hakkında yeterli bilgi ve kavrayışa sahip olmasını sağlar.
  - b) Tıbbi ürünlerin güvenli şekilde kullanımlarının sağlanması için advers etkilerin sistematik bir şekilde izlenmesi, bu hususta bilgi toplanması, kayıt altına alınması, değerlendirilmesi, arşivlenmesi, taraflar arasında irtibat kurulması ve beşeri tıbbi ürünlerin yol açabileceği zararın en alt düzeye indirilmesi için gerekli tedbirlerin alınması hususlarında farmakovijilans çalışmalarının yürütülmesinde mevzuatın yüklediği görevleri yerine getirir.
  - c) İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.
  - ç) Reçeteye tâbi olmayan ilaçların ve sağlığa ilişkin tüm ürünlerin hastanın gereksinimlerine uygun, güvenli ve akılcı bir şekilde tedarikini sağlar ve bu konuda danışmanlık hizmeti verir.
  - d) İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.
  - e) İlgili mevzuat çerçevesinde geçerli mesleki ve etik davranışları sergiler. Hastanın veya faydalanıcının özel yaşam ve mahremiyetini korur. Akılcı ilaç kullanımını sağlayarak bireyin sağlıklı olma hâlini ve yaşam kalitesini arttırmaya çalışır.
  - f) Olağanüstü hâl veya kriz dönemlerinde her türlü ilaç tedarik süreçlerinde etkin rol alır ve kamu kurum ve kuruluşlarına yardımcı olur.
  - g) Sahip ve mesul müdürü olduğu eczanedeki, eczane çalışanları ve eczacılık fakültesi stajyerlerinin görev dağılımlarını gerçekleştirir, çalışmalarını denetler ve koordine eder.
- Tüm bu yasal düzenlemeler bir gereklilik doğrultusunda yapılmış olup, eczacılık eğitiminin düzenlenmesinde gerekli çalışmalar sürdürülmektedir.

## ECZACILIK EĞİTİMİ

Tüm disiplinlerde olduğu gibi değişen dünyaya ayak uydurabilmek adına eczacılık alanında da güncellemelerin yapılması bir gerekliliktir. Son zamanlarda sağlık alanındaki yenilikler, eczacıların ilaç ham maddesinin raftaki müstahzara dönüşüm süreçlerine ilişkin görev ve sorumluluklarına, ilacın hastalarca kullanımı ve sağlığın en iyi biçimde sürdürülebilmesini sağlamaya yönelik hasta odaklı bakım uygulamalarını eklemiştir. Bu kapsamda dünyada ilk klinik eczacılık uygulamaları 1960'ların ortasında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de Michigan Üniversitesi'nde başlamıştır. Klinik eczacılık eczacıların tedaviyi optimize etmek ve hastalığı önlemek, bireyi sağlıklı ve iyi olma durumuna teşvik etmek gibi görevlerle hasta bakımında rol oynadıkları sağlık bilimi disiplindir (*American College of Clinical Pharmacy [ACCP]*, 2008). 1979 yılında ACCP ve *European Society of Clinical Pharmacy* kurulmasıyla birlikte klinik eczacılıkta önemli atılımlar yapılmıştır (Carter, 2016). Buna paralel olarak ABD'de eczacılık eğitimi gözden geçirilmiş ve son 45 yılda ilaç üzerine yoğunlaşan eğitimden hasta odaklı eğitime geçiş üzerine değişiklikler yapılmıştır (Rapp, 2007). Bu çalışmaların amacı araştırma odaklı ve uygulamalı eğitim programları ile klinik açıdan donanımlı eczacıların yetiştirilmesini sağlamaktır. Ülkemizde klinik eczacılık eğitimi ilk olarak Marmara Üniversitesinde 1991 yılında açılan "klinik eczacılık yüksek lisans programı" ile başlamıştır. 1995 yılında ise aynı üniversitenin lisans eğitimine ders olarak eklenmiştir. Ardından Hacettepe ve Ankara Üniversitelerinde lisans düzeyinde ders verilmeye başlanmış olup, günümüzde neredeyse tüm eczacılık fakültelerinde gerek teorik gerekse uygulamalı biçimde klinik eczacılık dersleri verilmektedir (Aypar ve diğ., 2014). Dahası mezun eczacıların "uzmanlık" yaparak ilaç ve eczacılık hizmetlerinde daha güçlü katkı verebilmeleri için 6566 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanun ile Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (2014) gereğince "klinik eczacılık" ve "fitofarmasi" olmak üzere iki uzmanlık alanı belirlenmiştir.

Son zamanlarda eczacılık fakültelerinin sayısı oldukça artmıştır. Bu artış fakültelerdeki eğitimin standardizasyonunun gerekliliğini doğurmuştur. Ulusal Eczacılık Eğitimi Akreditasyon Kurulu (ECZAK) 2011 yılında bağımsız bir kurul olarak oluşturulmuştur, sonrasında ise Kurulun tüzel kişilik kazanması adına 2014 yılında ECZAK derneği (ECZAKDER) kurulmuştur. Fakültelerin fiziksel altyapıları ve olanaklarından akademik kadrolarına dek birçok parametrede yeterliliklerini kanıtlayarak kaliteli ve standart bir eğitim vermeleri teşvik edilmektedir. Günümüze dek 10 eczacılık fakültesi ECZAK tarafından akredite edilmiştir (ECZAKDER). Öte yandan, dünyada ve ülkemizde eczacılık alanındaki gelişmelere uyum sağlamak amacıyla Eczacılık Fakülteleri Dekanlar Konseyi tarafından Ulusal Eczacılık Çekirdek Eğitim Programı (EczÇEP-2015) hazırlanmıştır. EczÇEP-2015 ile eczacılık eğitiminde genel bir çerçeve oluşturularak ülkemizdeki eczacılık eğitimi veren tüm kurum ve kuruluşlar için belirli bir standardın sağlanması, eczacılık mesleğini yönlendiren kurum ve kuruluşlara standart zemin hazırlanması ve geliştirilebilir olması amaçlanmıştır. EczÇEP-2015'te lisans eğitimleri "program (mezun) yeterlilikleri" ve "eczacılık yetkinlikleri" olmak üzere birbirini tamamlayan iki temel unsur üzerine inşa edilmiştir. Böylece her fakülte kendi genişletilmiş eğitim programlarını EczÇEP-2015'in ilkelerini göz önüne alarak oluşturabilmektedir. Bu yönüyle eczacılık eğitiminde farklı bir yaklaşım sergilenerek, temel ve mesleki bilimlerin içeriklerinden/konu başlıklarından yola çıkarak bir eğitim programı geliştirmek yerine, yukarıda sıralanan iki ana bileşenden başlanması ve eğitim içerikleri ile yöntemleri dâhil olmak üzere diğer tüm bileşenlerin bu ana bileşenlere göre çıktı odaklı olarak belirlenmesi gerekmektedir ("2015-Mezuniyet Öncesi Eczacılık Eğitimi Ulusal Çekirdek Programı", 2015).

## SONUÇ

Son zamanlarda eczacılık alanında birçok otorite taşın altına elini koyarak önemli düzenlemeler yapmıştır. Bu düzenlemeler ile lisans, lisansüstü ve meslek içi eğitimlerde gerekli değişiklikler yapılarak eczacının görev, yetki ve sorumluluklarındaki genişlemelerin karşılanması hedeflenmektedir. Böylece eczacılık mesleği sağlık hizmetindeki gelişmelere uyumlu biçimde daha kapsamlı bir misyon ve vizyon kazanmıştır.

## KAYNAKÇA

- 2015-Mezuniyet Öncesi Eczacılık Eğitimi Ulusal Çekirdek Programı. (2015). Erişim tarihi: 18 Haziran 2018, <http://eczdekanlarkonsevi.org/images/dosyalar/635829146976856701.pdf>.
- 28970 Sayılı Resmi Gazete'de Yayımlanan Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik (2014). T.C. Resmi Gazete, 28970, 12 Nisan 2014.
- 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanun. (1953). T.C. Resmi Gazete, 8591, 24 Aralık 1953.
- 6308 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun ile Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun. (2012). T.C. Resmi Gazete, 28309, 31 Mayıs 2012.
- 6566 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanun ile Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. (2014). T.C. Resmi Gazete, 29175, 14 Kasım 2014.
- American College of Clinical Pharmacy. (2008). The definition of clinical pharmacy. *Pharmacotherapy*, 28(6):816-817.
- Aypar E., Sancar M., İzzettin F.V. (2014). New period in pharmacy: place in health system and clinical pharmacy. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 30:48-51.
- Carter B.L. (2016). Evolution of clinical pharmacy in the USA and future directions for patient care. *Drugs Aging*, 33(3):169-177.
- Dwyer P. (2003). The duty of the pharmacist and the pharmaceutical industry. *Med Law*, 22(3):495-516.
- ECZAKDER. Erişim tarihi: 18 Haziran 2018, <http://www.eczakder.org.tr>
- Etker, Ş. (2011). Leigh Chipman, The World of Pharmacy and Pharmacists in Mamlûk Cairo. *Osmanlı Bilimi Araştırmaları*, 12 (2), 174-176.
- Grammaticos P.C., Diamantis A. (2008). Useful known and unknown views of the father of modern medicine, Hippocrates and his teacher Democritus. *Hell J Nucl Med*, 11(1): 2- 4.
- Rapp R.P. (2007). A perspective on 45 years in clinical pharmacy education. *Ann Pharmacother*, 41:1047-9.
- Ruberg K., Bitschnau A., Joist T. (2016). Pharmacists as part of an outpatient palliative care team. *Med Monatsschr Pharm*. 39(11):470-473.
- Toklu H.Z. (2015). Eczacılık Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics* 3(1):74-83





## **Erdemli’de Sağlık Hizmetlerine Erişim\***

**Özlem ELVAN\*\***

### **Öz**

Kamu sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık kuruluşları olarak aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerini, ikinci basamak sağlık kuruluşları olarak devlet hastanelerini, üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak Sağlık Bakanlığı’na ve üniversitelere bağlı eğitim ve araştırma hastanelerini içermektedir. Erdemli ilçesinde Sağlıklı Hayat Merkezi ve Devlet Hastanesi tarafından sunulan birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini içeren sunum aynı zamanda 2017 yılında bu hizmetlere erişim hakkında bilgiler içermektedir. İhtiyaç duyan kişilerin ve hastaların sağlık kurumlarına ulaşımı konusunda bilgilendirilmesi ve doğru merkeze başvurmaları konusunda sağlık çalışanları tarafından rehberlik yapılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Erdemli, Devlet Hastanesi, Sağlıklı Hayat Merkezi, Hasta, Sağlık

## **Access to Health Services in Erdemli**

### **Abstract**

Public health services are composed of primary health care institutions that contain family health center and community health center; secondary health care institutions that contain public hospitals, and tertiary care institutions that contain education and research hospitals of ministry of health and universities. This presentation consists of primary and secondary health cares offered by Erdemli Sağlıklı Hayat Merkezi and Erdemli Public Hospital. Also, we present information about access to these services in 2017. The people who need and patients should be informed about access to health institutions. Guidance should be given by health workers for application to the correct centers.

**Key words:** Erdemli, Public Hospital, Healthy Life Center, Patient, Health

**Geliş Tarihi:** 22/11/2018

**Kabul Tarihi:** 20/12/2018

\* Bu çalışma “Uluslararası Erdemli Sempozyumunda, 19-21 Nisan 2018”de sözlü olarak sunulmuştur.

\*\* Dr. Öğretim Üyesi, Mersin Üniversitesi, İçel Sağlık Yüksek Okulu, Mersin, Türkiye, [ozlemelvan@mersin.edu.tr](mailto:ozlemelvan@mersin.edu.tr)  
(ORCID ID: 0000-0002-5796-4279)

## GİRİŞ

Kamu sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık kuruluşları olarak aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerini, ikinci basamak sağlık kuruluşları olarak devlet hastanelerini, üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak Sağlık Bakanlığı'na ve üniversitelere bağlı hastaneleri içermektedir. Sağlık hizmetlerinde sistematik gelişmelerle birlikte, sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve erişimine ilişkin ulusal düzeyde veriler sınırlıdır (Sağlık Bakanlığı, 2004).

Sağlık hizmetlerinde eşitlik, eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik ve eşit hizmet kullanma ana unsurlarını içermektedir (Whitehead, 2001). Bu konuda sağlık sektöründekiler tarafından bu kurumlara ulaşmak isteyenler için bilgilendirme fırsatları yaratılmalıdır. Bu amaçla, bu çalışmada Erdemli ilçesinde resmi sağlık kurumları, bu kurumlarda verilen hizmetler ve 2017 yılında bu hizmetlere erişim hakkında bilgiler sunulması amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Erdemli ilçesinde bulunan sağlık kurumları tespit edilerek bu kurumlara başvuran hastalara ait demografik bilgiler elde edildi. Ayrıca bu kurumların başvuran kişilere sundukları hizmetler ve olanakları değerlendirildi. Ayrıca resmi kurumlarca sürdürülen hasta bazlı projeler tarandı. Çalışma için Etik Kurul iznine başvurulmadı, gerekli izinler sağlık kurumlarından alındı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde) kullanıldı.

## BULGULAR

### *Erdemli'de Bulunan Resmi Sağlık Kurumları ve Sunulan Sağlık Hizmetleri*

Erdemli'de birinci basamak kamu sağlık kurumu olarak; T.C. İlçe Sağlık Müdürlüğü Erdemli Sağlıklı Hayat Merkezi ve ikinci basamak kamu sağlık kurumu olarak; T.C. Erdemli Devlet Hastanesi bulunmaktadır. Özel kurum olarak bir diyaliz merkezi bulunmaktadır. İlçedeki tüm sağlık işlemleri bu kurumlar tarafından sağlanmaktadır.

### *Birinci basamak sağlık hizmetleri*

Birinci basamak sağlık hizmetleri, T.C. İlçe Sağlık Müdürlüğü Erdemli Sağlıklı Hayat Merkezi tarafından sunulmaktadır (Erdemli İlçe Sağlık Müdürlüğü, 2017).

Bu kapsamda 2017 yılı verilerine göre;

- Birinci basamak sağlık kurumlarına 681500 hasta, 29482 Suriyeli hasta ve yaz döneminde yaz turizmi ile gelen misafir hastalar başvurmuştur.
- Erdemli ilçesinde 16 Aile Sağlığı Merkezi'nde aile hekimlerince hizmet verilmektedir.
- Çeşmeli, Elvanlı, Kızıkalesi, Limonlu, Sarıkaya, Toros, Alata, Koyuncu ve Tömük Aile Sağlığı Merkezi'nde 19 aile hekimi tarafından gezici sağlık hizmeti verilmektedir ( toplam gezici nüfus 17954).
- Erdemli ilçesi Kösbucağı ve Karayakup mahallelerinde yerleşik 2 adet sağlık evi bulunmakta ve sağlık evlerinde 2 ebe görev yapmaktadır.
- Yaz döneminde Kızıkalesi ve Sarıkaya Aile Sağlığı Merkezi'nde açılan ek istasyonlarda 08.00 – 20.00 saatleri arasında hizmet verilip, haftada bir gün diyetisyen ve psikolog görev almaktadır.
- Toplum sağlığı hizmetleri verilmektedir. Bu kapsamda;
  - ▶ Defin ruhsatlarının düzenlenmesi
  - ▶ Adli ölüm belgesi düzenlenmesi hizmetleri verilmektedir.

- Sığınmacılara sunulan toplum sağlığı hizmetleri; Suriyeli sığınmacılara yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri tüm aile hekimliği birimlerince sunulmaktadır. 2017 yılında 25846 muayene olup ikinci basamağa 83 sevk gerçekleştirilmiştir.
- Cezaevine sunulan sağlık hizmetleri; Erdemli K2 tipi ceza infaz kurumundan 1 aile hekimi sorumludur, 2017 de toplam 977 muayene yapılmış, ikinci basamağa 375 sevk gerçekleştirilmiştir.
- Ağız ve diş sağlığı taramaları ve florürlü vernik uygulamaları yapılmaktadır. Florürlü vernik uygulama oranını artırmak için okullar ile farkındalık eğitimi yapılmaktadır (6400 öğrenciye ulaşılmıştır).
- İlkokul 1. sınıflara yönelik işitme tarama programı yapılmaktadır.
- Engelsiz Sağlık Hizmetleri Birimi projesi çalışmaları kapsamında;
  - ▶ 2017 yılı içerisinde Erdemli sınırları içinde yaşayan %70 ve üzerinde engeli bulunan bireyler tespit edilip, kendi yaşam alanlarında ziyaret edilmiştir. Ziyaretler sonucunda her engelli vatandaşın durumu ve ihtiyaçları çerçevesinde kapsamlı rapor ve kişiye özel dosya hazırlanıp, gerçekleştirilen ihtiyaç analizi çerçevesinde çözüm üretilmesi ve destek süreci planlanmıştır.
- “Afiyetteyiz projesi” ile obezite ile mücadele, yeme bozuklukları tedavi ve rehberlik hizmetleri, gebeler ve emziren annelere yönelik danışmanlık, destek ve eğitim çalışmalarına 2150 kişi başvurmuştur. Diyetisyen kontrolünde beslenme danışmanlığı verilen kişi sayısı 2855’tir.
- Fizyoterapi ve egzersiz programları 4001 kişiye ulaşmıştır.
- Sigara bırakma danışmanlığı verilen kişi sayısı 111’dir.
- Psikolojik danışmanlık verilen kişi sayısı (psikoloğun hizmet verdiği kişi sayısı) 1415’tir.
- Ruh Sağlığı ve Kötü Alışkanlıklarla Mücadele Birimi çalışmaları kapsamında;
  - ▶ Madde bağımlısı hasta ve hasta yakınlarına danışmanlık hizmeti, hastaların sevki ve sağlık hizmetlerinin organizasyonu,
  - ▶ Uyuşturucu ile mücadele
  - ▶ Ruh sağlığı hastalarına ve hasta yakınlarına danışmanlık hizmeti, hastaların sevki ve sağlık hizmetlerinin organizasyonu,
  - ▶ Psikolog görüşmesi sağlanmaktadır.
- Ailenin Projesi; ebeveynleri ayrı, öksüz ve yetim çocukların bağımlılık, istismara uğrama ve suça yönel(t)me olasılıklarının diğer çocuklara göre daha yüksek olduğunun tespiti üzerine 2017 Ocak ayında Erdemli Kaymakamlığı oluru ile uygulamaya girmiştir.
  - ▶ Aile birliğinin sağlanmasının önemi noktasında toplumsal farkındalık oluşturulması, özellikle çocukların kimsesiz olmadığı bilincinin toplumda yerleştirilmesi, çocukların devletin cömert ve şefkatli tarafıyla tanıştırılması, çocukların devletine bağlı ve milletini seven bireyler olarak yetiştirilmesine yardımcı olunması ve risk grubundaki çocukların problem ve ihtiyaçlarının çözümünde çok taraflı yaklaşmanın sağlanması hedeflenmektedir.
- Erdemli ilçesinde yaşayan anne-babası ayrı ve anne-babasını kaybetmiş okul çağındaki tüm çocukların listesi hazırlanmıştır.
- Çevre Sağlığı Birimi hizmetleri kapsamında;
  - ▶ İçme ve kullanma suları kontrol ve denetim izlemleri, havuz suyu su numunesi kontrol ve denetim izlemleri,
  - ▶ Okul ve kantin denetimleri yapılmaktadır.
- Örtü altı sera çalışanlarında meslek hastalıkları çerçevesinde Erdemli pilot bölge seçilmiş olup konu hakkında aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına meslek bilgilerinin sisteme girilmesi konusunda eğitimler verilerek sonuç bilgileri toplanmaktadır.
- Enfeksiyon kontrol birimi (Tüberküloz birimi) tarafından Tablo 1’deki hizmetler sağlanmıştır.

**Tablo 1.** Enfeksiyon kontrol birimi hizmetleri

PPD testi	DGT (Doğrudan Gözetimli Tedavi)	Hac-Umre aşı sayısı
178 kişi	8 kişi	848 kişi

- Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) tarafından sunulan hizmetler ve ulaşılan kişi sayıları Tablo 2’de gösterilmektedir.
- Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Birimi (ÇEKÜSH) tarafından sunulan hizmetler ve ulaşılan kişi sayıları Tablo 3’te gösterilmektedir.

**Tablo 2.** Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)

Taramalar	Yaş aralığı	Kişi sayısı
Gaitada Gizli Kan (GGK)	30-69 Yaş Arası Kadın-Erkek	8712
Meme muayene sayısı	30-65 Yaş arası Kadın	1580
HPV+Smear	30-65 Yaş arası Kadın	2299
Mamografi	40-69 Yaş arası Kadın	2182

**Tablo 3.** Çocuk, Ergen, Kadın Ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Birimi (ÇEKÜSH)

Evlilik Öncesi Verilen Danışmanlık Sayısı	Hemoglobino pati (Kan Örneği Alınan Kişi Sayısı)	Eğitim Verilen Gebe Sayısı (Gebe Sınıfı)	Dağıtılan Kondom Sayısı	Dağıtılan OKS sayısı	1 aylık enjeksiyon sayısı	3 aylık enjeksiyon sayısı	RİA sayısı	15-49 Yaş İzlem Sayısı
1837	2166	1198	5290	1523	350	41	377	33839

### ***İkinci basamak sağlık hizmetleri***

İkinci basamak sağlık hizmetleri, T.C. Erdemli Devlet Hastanesi tarafından sunulmaktadır.

Bu kapsamda (Kalite Yönetimi Erdemli Devlet Hastanesi, 2017);

- Hastane bünyesinde, beyin cerrahi, cildiye, çocuk cerrahi, çocuk hastalıkları, dahiliye, enfeksiyon, fizik tedavi, genel cerrahi, göğüs hastalıkları, göz hastalıkları, kadın hastalıkları ve

doğum, kardiyoloji, kulak burun boğaz, nöroloji, üroloji, ortopedi ve acil poliklinikleri bulunmaktadır, yan dal polikliniği bulunmamaktadır.

- Hastane bünyesinde 51 uzman hekim, 12 pratisyen doktor, 3 fizyoterapist, 166 hemşire, 85 ebe, 2 psikolog, 1 diyetisyen, 2 sosyal hizmet uzmanı ve 243 diğer olmak üzere toplamda 557 personel hizmet vermektedir.
- Hastane 159 yatak kapasiteli olup bunların 15'i yoğun bakım yatağı, 6'sı yenidoğan yoğun bakım yatağı olarak tahsis edilmiştir.
- Evde bakım hizmetleri kapsamında; yatağa bağımlı, yarı bağımlı veya kendi ihtiyacını gideremeyen kişilere pratisyen hekim, hemşire ve sağlık memuru tarafından enjeksiyon, pansuman ve kan alma hizmetleri sunulmaktadır.
- Hastaneye 2017 yılı başvuru sayısı toplam 648623 olup, başvuru oranları Tablo 4'te gösterilmektedir.

**Tablo 4.** Hastaneye başvuru oranları

Poliklinik muayene sayısı	381073
Konsültasyon sayısı	4793
Acil muayene sayısı	267550
Toplam muayene sayısı	648623

- Hastanede toplam 1517 doğum gerçekleşmiş olup, bunların 819'u normal ve 698'i sezeryan doğumdur. Sezeryan dışında müdahaleli veya zorlu doğum gerçekleşmemiştir.
- Hastanede tüm branşlarda gerçekleştirilen toplam cerrahi sayısı 10994 olup, hastanede ölüm sayısı 197 olarak belirtilmiştir.
- Mesai dışı “dâhiliye, çocuk, göz, kadın doğum, cildiye ve diş poliklinikleri” 2018 Şubat ayı itibarı ile hizmet vermektedir.
- Hastaneye bağlı olarak “Ağız Diş Sağlığı Merkezi” bulunmaktadır.
- Hastaneye bağlı olarak “Hemodiyaliz Merkezi” bulunmaktadır.
- Suriyeli hastalar en sık acil, çocuk hastalıkları ve kadın doğum olmak üzere 851 kez hastaneye başvurmuştur.
- Kayıt yaptırmaları halinde Suriyeliler sağlık hizmeti ve ilaç alımını ücretsiz olarak gerçekleştirebilmektedir (Oytun & Gündoğar, 2015). Kayıt yaptırmayanlara ise bu haklar sağlanmamaktadır. Suriyelilerden kaynaklanan acil servislerin yoğunluğu ve Türkiye’de görülmeyen (çocuk felci, şark çıbanı, sayısı çok azalan kızamık vb.) bazı hastalıkların yeniden ortaya çıkması toplum sağlığını olumsuz etkilemektedir (Tunç, 2015).
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Dairesi Başkanlığı bünyesinde 7/24 saat Arapça, İngilizce, Almanca ve Rusça dilinde acil durumlarda 112, şikâyet durumlarında 184 numaralı hatlardan ve uluslararası hastalara tercümanlık hizmetleri mevcuttur.
- Misafir hasta kapsamında (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013); Almanya, Norveç, Rusya Federasyonu, Belçika, Fransa, Ukrayna, Brezilya, Sudan, İsveç, KKTCC, İngiltere, Mayotte Adaları, Kırgızistan, Gürcistan, Makedonya, Surinam, Mısır, Özbekistan, Afganistan, Irak, İran, Eritre, Sırbistan Karadağ, Amerika, Avusturya, Tayland, Avustralya, Fransa,

Türkmenistan, Azerbaycan, Hollanda'dan başvuru olmuştur. Bu hastalar en sık olarak acil, kadın doğum, çocuk hastalıkları ve ortopedi bölümlerine başvurmuştur.

- Gerekli durumlarda üçüncü basamak olan Mersin Üniversitesi Hastanesi'ne başvurular olmaktadır.

- 

## TARTIŞMA VE YORUM

Erdemli ilçesi coğrafi konumu gereği doğu ve batı arasında yer alan, ılıman iklimi, denizle iç içe olması, tarihi dokusunun zenginliği ve yaşam standartlarının elverişli olması ile göç alması bakımından cazip bir bölgedir. Nüfusu her geçen yıl artmaktadır. Ayrıca diğer ilçeler ve şehir merkezi arasında geçiş bölgesi olmasından dolayı diğer ilçelerden de hasta kabul etmektedir. İlçede bulunan sağlık kurumları devlet desteği ile geliştirilmeye ve arttırılmaya çalışılmaktadır. Ayrıca hastaların ilgili sağlık kurumlarına ulaşması için hizmetler yaygınlaştırılmakta ve ulaşılabilir hale getirilmektedir. Bununla birlikte, artan nüfusa karşılık sağlık kurumlarının personel, yatak ve sarf malzemeleri ne ölçüde temin edilebiliyor tam olarak bilinmemektedir. Artan hasta sayısı ile birlikte sağlık kurumlarının personel ve donanım bakımından iyileştirilmeye ihtiyacı vardır.

Çalışmamızın zayıf yönü olarak hastaların başvurduğu sağlık kurumlarından memnuniyet durumları, ayrıca bu kurumlarda çalışan tıbbi ve idari personelin memnuniyet durumlarına bu çalışmada değinilmemiştir. Ancak gelişmiş ülke modellerinde olduğu gibi sağlık kurumlarına doğru yönlendirilme sağlık, zaman ve maddi kayıpların önüne geçmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Erdemli ilçesi bir geçiş bölgesi olmasıyla çevre ilçelerden hasta kabul etmektedir. Bununla birlikte son yıllarda yaşanan göç alma ve yaz dönemi turizmi nedeniyle ilçe nüfusu önemli ölçüde artmaktadır. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri devlet eliyle sağlanmakta ve iyileştirilmeye ihtiyaç duymaktadır. İhtiyaç duyan kişiler ve hastaların sağlık kurumlarına ulaşımı konusunda bilgilendirilme ve doğru merkeze ulaşması konusunda rehberlik yapılmalıdır. Bu konuda sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmektedir.

## Kaynaklar

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2013). <https://www.saglik.gov.tr/TR,10516/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeliği.html>.

Erdemli İlçe Sağlık Müdürlüğü Sağlıklı Yaşam Merkezi 2017 Brifingi

Kalite Yönetimi Erdemli Devlet Hastanesi. <http://www.erdemlidh.saglik.gov.tr/TR,77311/kalite-yonetimi.html>

Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı. (2004). <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2004/index.htm>, Erişim tarihi: 5.6.2006.

Tunç, A. Ş. (2015). Mülteci Davranışı ve Toplumsal Etkileri: Türkiye'deki Suriyelilere İlişkin Bir Değerlendirme. 2(2).

Oytun, O., & Gündoğar, S. S. (2015). Suriyeli sığınmacıların Türkiye'ye etkileri raporu. Orsam-Tesev Rapor, (195), 1-40.

Whitehead, M. (2001). Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. Türk Tabipleri Birliği Yayını, s 10-14.