

**IV.Ulusal  
Psikiyatri Hemşireliği Kongresi**  
(Uluslararası Katılımlı)

**Ortak Dil Oluşturmak**

**ÖZET KİTABI**

**24-26 Haziran 2010  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Atatürk Kongre ve Kültür  
Merkezi SAMSUN**

Psikiyatri Hemşireleri Derneği  
Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun SYO

Değerli Meslektaşlarımız,

15 Mayıs 2000 yılında kurulan Psikiyatri Hemşireleri Derneği, örgütlenmesini tüm psikiyatri hemşirelerini kapsayacak biçimde ülke çapında genişletmiş, ulusal psikiyatri hemşireliği kongrelerinin geleneksel bir yapı kazanmasında önemli bir başarı sağlamıştır. En son Düzce Akçakoca'da gerçekleştirilen III. UPHK'si, birliktelik, hoşgörü ve dayanışma örneği oluşturmuştur. Bu başarı sizlerin katkı ve katılımlarınız olmadan mümkün olamazdı. Kongreden ayrılırken coşkuluyduk, dayanışma, kararlılık, verimlilik ve mesleğimizin geleceğine dair umutlarla döndük.

Önümüzdeki yıl, içimizdeki coşkuyu verimli bir çalışmaya dönüştürerek umutlarımızı daha da ileri götürmek üzere, IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongre'sini, 24.25.26 Haziran 2010 tarihlerinde Samsun'da, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Hemşireleri ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık YO ile ortaklaşa gerçekleştireceğimizi sizlere duyurmaktan büyük bir mutluluk ve onur duymaktayız.

Dünya Sağlık Örgütü, 1990 yılında tüm üye ülkelerin sağlık bakım sistemlerinde hasta bakımının kalitesini güvence altına almak için etkili mekanizmalar oluşturulmasını önermiştir. Ancak ülkemizde bireye, topluma, sağlık sisteminin gelişmişlik düzeyine ve daha birçok etmene bağlı olarak değişen sağlık uygulamaları, hemşirelik hizmetlerine de yansımakta ve ortak dilde standart bir psikiyatri hemşireliği uygulamamızı güçleştirmektedir. Bu ihtiyacı göz önünde tutarak bu yıl kongrenin ana temasını "Ortak Dil Oluşturmak: Psikiyatri Hemşireliği Protokolleri" olarak belirledik. Üç gün boyunca ele alınacak olan bu tema kapsamında çeşitli konularda konferans, panel, çalışma grupları ve kurslar düzenlenecek, sözel/poster bildiriler sunulacaktır.

Psikiyatri Hemşireleri Derneği Bildiri Araştırma Ödülü bu yıl da ana temayı en başarılı biçimde yansıtan 3 sözel ve 1 poster bildiriye verilecektir.

IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'nin sağlayacağı bilimsel atmosferde karşılıklı etkileşimle, psikiyatri hemşireliği protokollerimizi oluşturmada bilgi ve deneyimlerinizi paylaşmak üzere sizleri kongremize davet etmekten büyük bir mutluluk ve onur duymaktayız.

Samsun'da buluşmak üzere...

**Nazmiye Öztürk**  
Eş Başkan  
Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi  
Başhemşiresi/Samsun

**Nurhan Eren**  
Eş Başkan  
İÜ İTF Psikiyatri AD  
Sosyal Psikiyatri Servisi/İstanbul

# DÜZENLEME KURULU

**ONURSAL BAŞKANLAR**  
**Samsun İl Sağlık Müdürü**  
Dr.Mustafa Kasapoğlu

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun SYO Müdürü**  
Prof.Dr.Yüksel Kesim

**Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimi**  
Dr.Osman Şalış

**PHD Eski Başkanları**  
Prof.Dr.Çaylan Pektekin  
Prof.Dr.Nesrin Aştı  
Prof.Dr.Sevim Buzlu

**PHD Başkanı**  
Yrd.Doç.Dr.Yasemin Kutlu

**KONGRE BAŞKANLARI**  
Nazmiye Öztürk & Nurhan Eren

**GENEL SEKRETERLER**  
**Organizasyon Sekreteryası**  
Hacer Atik & Sevim Öztürk & Serap Sezgin

**Bilimsel Sekreteryası**  
Semra Karaca & Nazmiye Kocaman Yıldırım

**SAYMANLAR**  
Münevver Akın & Fatma Tokur & Seniye Ünlü

**ÜYELER**  
Şaziye Aksel  
Hatice Akyol  
Neşe Arslantaş  
Arzu Aydoğdu  
Türkan Bakır  
Canan Bulat  
Emel Çavuş Şimşek  
Figen Çavuşoğlu  
Gönül Davulcu  
Zeliha Koç  
Nevin Onan  
Emel Özcan  
Nurcan Özergül  
Serhat Saygılı  
Gül Ünsal  
Kinyas Tekin  
Arzu Yalçinkaya  
Havvanur Yeşiltaş  
Zeliha Yıldız  
Nejla Yiğit

Not: Düzenleme kurulu isimleri alfabetik sırayla yazılmıştır.

## **BİLİMSEL DANIŞMA KURULU**

Filiz Adana  
Ebru Akgün Çıtak  
Gülsüm Ançel  
Hülya Arslantaş  
Nesrin Aştı  
Beyhan Bağ  
Makbule Batmaz  
Ayşegül Bilge  
Hülya Bilgin  
Nihal Bostancı Daştan  
Kadriye Buldukoğlu  
Sevim Buzlu  
Sibel Coşkun  
Olca Çam  
Zekiye Çetinkaya Duman  
Fatma Demirkıran  
Selma Doğan  
Gülgün Durat  
Şeyda Dülgerler  
Fatma Eker  
Mine Ekinci  
Esra Engin  
Nurhan Eren  
Perihan Güner Küçükkaya  
Ayça Gürkan  
Özlem Işıl  
Songül Kamışlı  
Semra Karaca  
Meral Kelleci  
Nazmiye Kocaman Yıldırım  
Yasemin Kutlu  
Leman Kutlu  
Leyla Küçük  
Fahriye Oflaz  
Ayşe Okanlı  
Fatma Öz  
Gülten Özaltın  
Ayşe Özcan  
Neslihan Özcan  
Serap Sezgin  
Mine Özen Turgay  
Çaylan Pektekin  
Havva Tel  
Gülşen Terakye  
Serpil Türkleş  
Gül Ünsal  
Besti Üstün  
Mualla Yılmaz

### **Bilimsel Olarak Destek Veren Kuruluşlar**

Türk Hemşireler Derneği  
Türkiye Psikiyatri Derneği  
HEMAR-G

Not: Bilimsel danışma kurulu isimleri alfabetik sırayla yazılmıştır.

# BİLİMSEL PROGRAM

## 1.GÜN (24 Haziran 2010)

### 08.00-09.00 Kayıt

### 09.00-10.00 AÇILIŞ KONUŞMALARI

Dr.Nurhan Eren

Kongre Eş Başkanı

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri AD Sosyal Psikiyatri Servisi / İstanbul

Hem.Nazmiye Öztürk

Kongre Eş Başkanı

Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhemşiresi / Samsun

Yrd.Doç.Dr.Yasemin Kutlu

Psikiyatri Hemşireleri Derneği Başkanı / İstanbul

Prof.Dr.Yüksel Kesim

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun SYO Müdürü / Samsun

Dr.Osman Salış

Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimisi / Samsun

### 10.00-10.45 İkili konferans: Bir Ağaç Gibi Tek ve Hür ve Bir Orman Gibi Kardeşesine

Moderatör: Hem.Birsen Öztürk

*THD Samsun Şube Başkanı / Samsun*

Psikiyatri Hemşireliğinde Ortak Dil Oluşturmak

Doç. Dr.Gülsüm Ançel

*Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi / Ankara*

Kanıtla Dayalı Psikiyatri Hemşireliği: Söz ya da Gerçek

Doç. Dr.Perihan Güner Küçükkaya

*Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği AD Öğretim Üyesi / İstanbul*

### 10.45-11.00 KAHVE ARASI

### 11.00-12.15 Panel: Sınıflama Sistemleri ve Psikiyatri Hemşireliğindeki Uygulamaları

Moderatör: Prof.Dr.Olcay Çam

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği AD Başkanı / İzmir*

Hemşirelikte Sınıflama Sistemleri

Doç. Dr. Firdevs Erdemir

*Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü Öğretim Üyesi / Ankara*

Psikiyatri Hemşireliğinde "NIC, NOC" Uygulanışı

Yrd.Doç.Dr. Ebru Akgün Çıtak

*Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü Öğretim Üyesi / Ankara*

### 12.15-13.15 ÖĞLE YEMEĞİ

### 13.15-13.45 Poster Başı Tartışma

Moderatör: Yrd.Doç.Dr. Zeliha Koç & Yrd.Doç.Dr. Serap Sezgin

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun SYO Öğretim Üyesi / Samsun*

**13.45-15.15 Çalıştay: Klinik Ortam Oluşturma, İyileştirme ve Psikiyatri Hemşireliği ile Kavramlarda Ortak Dil**

Moderatör: Prof.Dr. Fatma Öz

*Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği AD Başkanı / Ankara*

Klinik Ortam Oluşturma, Oluşan Ortamları İyileştirme

Prof.Dr. Fatma Öz

*Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği AD Başkanı / Ankara*

Psikiyatri Hemşireliği ile İlgili Kavramlarda Ortak Dil

Yrd. Doç. Dr. Fahriye Oflaz

*GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği AD Başkanı / Ankara*

Psikiyatri Hemşireliği Bakım Protokolleri ve Erişkin Hastanesi Deneyimi

Uzm.Hem.Feryal Uludağ

*Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Psikiyatri Kliniği / Ankara*

**15.15-15.30 KAHVE ARASI**

**Çalışma Grubu ve Kurslar**

**15.45-19.00 Kurs 1: Hasta Değilim Yardıma İhtiyacım Yok**

Yer: Ondokuzmayıs Üniversitesi Atatürk Kongre ve Kültür Merkezi – A Salonu

**15.45-19.00 Kurs 2: Huzurevi Sakinlerinin Geropsikiyatrik Sorunlarına GYA Doğrultusunda Yaklaşım**

Yer: Tepe Otel – C Room

**15.45-19.00 Atelye Çalışması 1: Mutluluk Bulaşıcıdır Sigarada Arama**

Yer: Tepe Otel – B Room

**17.00-19.00 Atelye Çalışması 2: Sanatın Psikoterapideki İşlevi: Vaka ve Kişisel Deneyim**

Yer: Tepe Otel – F Room

**17.00-19.00 Çalışma Grubu 1: Psikoeğitim Grubu: Topluma Yeniden Katılım Programı**

Yer: Tepe Otel – B Room

**17.00-19.00 Çalışma Grubu 2: Psikososyal Beceri Eğitim Programı**

Yer: Tepe Otel – E Room

**17.00-19.00 Çalışma Grubu 3: Yatan Hasta Grup terapisi Uygulama Teknikleri**

Yer: Tepe Otel – A Room

**17.00-19.00 Çalışma Grubu 4: Atılganlık**

Yer: Ondokuzmayıs Üniversitesi Atatürk Kongre ve Kültür Merkezi – B Salonu

**17.00-19.00 Çalışma Grubu 5: Psikodrama ve farkındalık**

Yer: Tepe Otel – D Room

**19.30.Açılış Kokteyli**

**Ondokuzmayıs Üniversitesi Konukevi**

## 2. GÜN (25 Haziran 2010)

### 08.30-10.30 Sözel Bildiri Sunumları

Salon A

Moderatör: Doç.Dr.Havva Tel

*Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi / Sivas*

Salon B

Moderatör: Yrd.Doç.Dr.Yasemin Kutlu

*İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği AD Öğretim Üyesi / İstanbul*

### 10.30-11.00 KAHVE ARASI

### 11.00-12.30 Panel: Bakım Uygulamalarında Değişim

Moderatör: Hem.Saime Yeşiloğlu

*Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhemşiresi / Bolu*

Psikiyatri Klinikleri ve Hastanelerinde Kalitenin Ortak Dili

Uzm.Hem.Banu Altuntaş

*Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü*

*Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı / Ankara*

Protokol Oluşturmada Gereklilikler, Geçişte Yaşanan Zorluklar ve Çözüm Önerileri

Uzm.Hem. Sevgi Bakır

*Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Müdürü / Ankara*

Psikiyatri Hemşireliğinde Protokol Oluşturma Süreçleri:

Cerrahpaşa Örneği

Uzm.Hem.Sevda Özel Goodal

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri AD / İstanbul*

### 12.30-13.30 ÖĞLE YEMEĞİ

### 13.30-14.00 Poster Başlı Tartışma

Moderatör: Yrd.Doç.Dr. Özlem Işıl

*Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu / İstanbul*

Moderatör: Dr. Nevin Onan

*Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği AD / İstanbul*

### 13.30-15.00 Panel:Ülkemizde Geliştirilip Uygulanan Bakım Protokol Örnekleri -I

Moderatör: Uzm.Hem.Selma Çimen

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri AD Hemşirelik Hizmetleri Sorumlusu / İstanbul*

Poliklinik, Acil Servis ve Yataklı Servise Kabul ve İzlem Protokolleri

Uzm.Hem.Selma Çimen

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri AD Hemşirelik Hizmetleri Sorumlusu / İstanbul*

Psikiyatri Kliniklerinde Terapötik Ortam Oluşturmak

Hem. Zeynep Koç

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri AD / İstanbul*

EKT ve Farmakoterapi Protokolleri

Uzm.Hem. Hacer Atik

*Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH / İstanbul*

### 15.15-15.30 KAHVE ARASI

## **15.30-16.45 Panel: Ülkemizde Geliştirilip Uygulanan Bakım Protokol Örnekleri - II**

Moderatör.Hem.Melahat Akbaş

*Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH Başhemşiresi / İstanbul*

Eksitasyon Durumlarında Uygulanan Hemşirelik Protokolleri (Agresyon, Agitasyon, Tespit vb...)

Uzm.Hem.Selda Aydın

*Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH / İstanbul*

Suisid Protokolü

Hem. Filiz Er

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri AD / İstanbul*

Anksiyete Durumlarında Uygulanan Hemşirelik Protokolleri (Panik Atak, Fobi, Konversiyon, Selfmutilasyon vb...)

Dr. Songül Kamışlı

*Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü / Ankara*

### **Çalışma Grubu ve Kurslar**

#### **17.00-19.00 Kurs 2: Huzurevi Sakinlerinin Geropsikiyatrik Sorunlarına GYA Doğrultusunda Yaklaşım**

Yer: Tepe Otel – C Room

#### **17.00-19.00 Atelye Çalışması 2: Sanatın Psikoterapideki İşlevi: Vaka ve Kişisel Deneyim**

Yer: Tepe Otel – F Room

#### **17.00-19.00 Çalışma Grubu 1: Psikoeğitim Grubu: Topluma Yeniden Katılım Programı**

Yer: Tepe Otel – B Room

#### **17.00-19.00 Çalışma Grubu 2: Psikososyal Beceri Eğitim Programı**

Yer: Tepe Otel – E Room

#### **17.00-19.00 Çalışma Grubu 3: Yatan Hasta Grup terapisi Uygulama Teknikleri**

Yer: Tepe Otel – A Room

#### **17.00-19.00 Çalışma Grubu 4: Atılgnalık**

Yer: Ondokuzmayıs Üniversitesi Atatürk Kongre ve Kültür Merkezi – B Salonu

#### **17.00-19.00 Çalışma Grubu 5: Psikodrama ve farkındalık**

Yer: Tepe Otel – D Room

#### **20.00 Gala Yemeği**

Büyük Otel



### **3.GÜN (26 Haziran 2010)**

#### **09.00-10.30 Panel: Yurtdışı Uygulamalar**

Moderatör: Dr.Nurhan Eren

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri AD Sosyal Psikiyatri Servisi Psikoterapist / İstanbul*

İngiltere'de Psikiyatrik Hizmetler

Nursac Ilarslan Registered Mental Health Nurse

*South London & Maudsley NHS Trust, The Ladywell Unit, Lewisham Hospital, London / UK*

Danimarka'da Psikiyatri Hemşiresinin Yasal Sorumlulukları

Uzm. Hem.Tilmizer Aydemir

*Mental Health Centre Sct. Hans Başhemşiresi Roskilde / Danimarka*

Almanya'da Psikiyatri Hemşireliği

Yrd.Doç.Dr.Beyhan Bağ

*Universitätsklinikum Gießen und Marburg Station der Klinik für Strahlentherapie Marburg / Deutschland*

#### **10.30-13.30 SOSYAL GEZİ ve ÖĞLEN YEMEĞİ**

#### **13.30-15.00 Panel: Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminde Ortak Dil: Lisans ve Lisansüstü**

Moderatör:Prof.Dr.Ayşe Özcan

*Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Müdürü & Psikiyatri Hemşireliği AD. Başkanı / Mersin*

Psikiyatri Hemşireliğinde Ortak Dil: Hemşirelik Kavramlarında Birlik

Prof.Dr.Ayşe Özcan

*Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Müdürü & Psikiyatri Hemşireliği AD. Başkanı / Mersin*

Ortak Dil için Eğitim: Psikiyatri Hemşireliği Lisans Eğitimi

Prof.Dr.Selma Doğan

*Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı / Sivas*

Ortak Dil İçin Eğitim: Psikiyatri hemşireliği Lisansüstü Eğitimi

Yrd. Doç. Dr. Yasemin Kutlu

*İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği AD*

*Öğretim Üyesi / İstanbul*

Öğrenci Deneyimleri (Yüksek Lisans)

Çiğdem F. Dönmez & Yasemin Keskin

#### **15.00-16.30 PHD ÖDÜL TÖRENİ**

Moderatör: Yrd. Doç. Dr. Yasemin Kutlu

Psikiyatri Hemşireleri Derneği Başkanı / İstanbul

#### **16.30-17.00 KAPANIŞ KONUŞMALARI**

# İÇİNDEKİLER

## SUNUM ÖZETLERİ

<b>Psikiyatri Hemşireliğinde Ortak Dil Oluşturmak</b> Gülsüm Ançel	19
<b>Kanıtı Dayalı Psikiyatri Hemşireliği: Söz ya da Gerçek</b> Perihan Güner Küçükkaya	20
<b>Hemşirelikte Sınıflama Sistemleri</b> Firdevs Erdemir	24
<b>Psikiyatri Hemşireliğinde "NIC, NOC" Uygulanışı</b> Ebru Akgün Çıtak	30
<b>Psikiyatri Hemşireliği Bakım Protokolleri ve Erişkin Hastanesi Deneyimi</b> Feryal Uludağ	34
<b>Psikiyatri Klinikleri Ve Hastanelerinde Kalitenin Ortak Dili</b> Banu Altuntaş	35
<b>Protokol Oluşturmada Gereklilikler, Geçişte Yaşanan Zorluklar ve Çözüm Önerileri</b> Sevgi Bakır	37
<b>Psikiyatri Hemşireliğinde Protokol Oluşturma Süreçleri: Cerrahpaşa Örneği</b> Sevda Özel Goodal	38
<b>Poliklinik, Acil Servis ve Yataklı Servise Kabul ve İzlem Protokolleri</b> Selma Çimen	40
<b>Psikiyatri Kliniklerinde Terapötik Ortam Oluşturmak</b> Zeynep Koç	41
<b>Anestezili EKT Uygulama Protokolü</b> Hacer Atik	42
<b>Agresyon Durumlarında Uygulanan Hemşirelik Protokolleri</b> Selda Aydın	45
<b>Anksiyete Durumlarında (Panik Atak, Fobi, Konversiyon, Selfmutilasyon Vb...) Uygulanan Hemşirelik Protokolleri</b> Songül Kamışlı	48
<b>Danimarka'da Psikiyatri Hemşiresinin Yasal Sorumlulukları</b> Tilmizer Aydemir	50
<b>Almanya'da Psikiyatri Hemşireliği</b> Beyhan Bağ	51

## ÇALIŞMA GRUPLARI/ATELYE ve KURSLAR

<b>Huzurevi Sakinlerinin Geropsikiyatrik Sorunlarına GYA Doğrultusunda Yaklaşım Kursu</b> Nesrin Aştı, Aynur Gökkaya	53
<b>Mutluluk Bulaşıcıdır Sigarada Arama</b> Nureddin Özden	54
<b>Sanatın Psikoterapideki İşlevi: Vaka ve Kişisel Deneyim/Atölye Çalışması</b> Nurhan Eren	57
<b>Psikoeğitim Grubu: Topluma Yeniden Katılım Programı</b> Zekiye Çetinkaya Duman, Nazmiye Kocaman Yıldırım	61
<b>Psikososyal Beceri Eğitimi</b> Gül Ünsal	64
<b>Atılganlık Eğitimi</b> Yasemin Kutlu, Leyla Küçük	67
<b>Psikodrama ve Farkındalık</b> Olca Çam, Esra Engin	68

## BİLDİRİ ÖZETLERİ

### SÖZEL BİLDİRİLER

<b>S.1 Akut Dönem Psikiyatri Hastalarının Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi</b> Nurdan Çetin, Fahriye Oflaz	71
<b>S.2 Başetme Grubu İle Sosyal Destek Grubunun Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyine Etkisi</b> Neslihan Partlak Günüşen, Besti Üstün	72
<b>S.3 Ergenlerde Kişilerarası Şiddet Algısı ve Şiddet Yaşama Durumunun Değerlendirilmesi</b> Sultan Çardakkaya, Fatma Gül Pala, Aygül Yenice, Eda Yurdakul, Satı Bozkurt	73
<b>S.4 Psikiyatri Hemşireliği Dersi Uygulamasının Bakım Planı ve Etkileşim Süreci Açısından Değerlendirilmesi</b> Nevin Onan, Semra Karaca, Gül Ünsal	74
<b>S.5 Psikiyatri Kliniğinde Riskli Hastalar (3. Derece) İçin Düzenlenen Hemşire Gözlem Formlarının Kapsam ve Nicelik Olarak İncelenmesi</b> Hülya Tün, Fahriye Oflaz	75
<b>S.6 Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Servis Ortamını Değerlendirmelerinin ve İlişkili Olabilecek Faktörlerin İncelenmesi</b> Fahriye Oflaz, Hatice Öklü	77

S.7	<b>Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalara Uygulanan Relaksasyon Egzersizinin Anksiyete Düzeyi ve Uyku Kalitesine Etkisi</b>	78
	Meral Kelleci, Elvan E. Ata, Meral İşkey, Tuba Kara, Selma Sabancıoğulları, Selma Doğan	
S.8	<b>Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Yük Algısını ve Duygu Dışavurumunu Etkileyen Faktörler</b>	79
	Hülya Arslantaş, Filiz Adana, İ.Ferhan Dereboy	
S.9	<b>Topluma Yeniden Katılım Programı Eğitimi Alan Hemşirelerin Programı Çalıştıkları Kliniklerde Uygulama Durumu</b>	80
	Zekiye Çetinkaya Duman, Nazmiye Kocaman Yıldırım	
S.10	<b>Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Bireylere Verilen Psikoeğitimin İlaç Tedavisine Uyum ve Anksiyete Düzeyine Etkisinin İncelenmesi</b>	81
	Havva Gezgin, Olcay Çam	

## POSTER BİLDİRİLER

P.1	<b>6. ve 7. Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı: Gaziantep Örneklemi</b>	83
	Mualla Yılmaz, Gülendamar Karadağ, Müjde Kerkez, Mehmet Ali Sungur	
P.2	<b>Ailelerin Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastalarına İlişkin Tutumları: Kocaeli Örneği</b>	84
	Rahime Aydın Er, Yüksel Can Öz	
P.3	<b>Akademisyen Hemşirelerin İşe ve Kuruma Yönelik Tutumları İle Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki</b>	85
	Serap Yıldırım, Olcay Çam	
P.4	<b>Algılanan Aile Yük Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması</b>	86
	Hülya Arslantaş, Filiz Adana, İ. Ferhan Dereboy, Vesile Altınyazar, Sevinç İnal, Saliha İldirli, Çiğdem Kırıcı	
P.5	<b>Avanos İlçesinde Görev Yapan Öğretmenlerin Okullarda Şiddetle İlgili Görüşlerinin İncelenmesi</b>	87
	Ayşegül Özcan, Caner Çelik	
P.6	<b>Bir Asker Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören 20- 30 Yaş Arasındaki Askerlerin Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Araştırılması</b>	88
	Betül Tosun, M.Ayşegül Şahbaz, Bilge Gündoğdu	
P.7	<b>Bir Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların Ruhsal Bakım Gereksinimleri</b>	89
	Burcu Cüre, Yasemin Yıldızbaş, Sibel Coşkun	
P.8	<b>Bir İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Ailelerinin Tutumlarının Çocukların Benlik Saygısı Üzerine Etkilerinin İncelenmesi</b>	90
	Gül Ünsal, Ayşe Tanşu, Mehtap Şener, Nesibe Kaçmaz, Özgül Taşkiran, Safiye Çalışkan Tekdemir	
P.9	<b>Bir Kurum Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Hakları Konusunda Mevcut Bilgilerinin Değerlendirilmesi</b>	92
	Betül Tosun, M. Ayşegül Şahbaz, Bilge Gündoğdu	

P.10	<b>Bir Kurum Hastanesinde Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı Mobbing (İşyeri Şiddeti) Davranışlarının Belirlenmesi</b>	93
	Betül Tosun, M. Ayşegül Şahbaz	
P.11	<b>Bir Psikiyatri Kliniği Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri</b>	94
	Zeliha Yoalan, Aylın Ata, Kadriye Gültekin, Ayşegül Bilge	
P.12	<b>Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Hasta Çalışan Güvenliği " 2 Yıllık Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi Deneyimi"</b>	95
	Sevinç Çapa, Melike Yönder, Saime Yeşiloğlu	
P.13	<b>Çocuk ve Erişkin Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuk Sevme ve Çocuk Yetiştirme Tutumlarının İncelenmesi</b>	96
	Tural E, Rızalar S, Güdek E, Oğuzhan H	
P.14	<b>Cezaevleri: Sağlığı Geliştirmek İçin Hemşirelere Fırsat Sunan Bir Alan Mıdır?</b>	97
	Serap Bulduk, Elif Ardıç	
P.15	<b>Çocukluk ve Ergenlik Çağı Depresyon ve Kaygı Bozuklukları</b>	98
	Derya Maden	
P.16	<b>Depresyonla Başa Çıkma Öz Yeterlik Ölçeğinin Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri</b>	100
	Esra Albal, Yasemin Kutlu, Hülya Bilgin	
P.17	<b>Ebe ve Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi</b>	101
	Yeliz Sertkaya, Sermin Savran, Zuhâl Emlek Sert	
P.18	<b>Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Ruhsal ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi</b>	102
	Emine Erdem, Birgül Özkan, Betül Çiçek	
P.19	<b>Ergenlerde Kan Basıncı, Öfke İfadesi Ve Beden Kitle İndeksinin Belirlenmesi</b>	103
	Banu Albayrak, Yasemin Kutlu	
P.20	<b>Etik İlkeler ve Hemşirelik Etiği Açısından Tecrit ve Tespit Uygulamaları</b>	104
	Rahime Aydın Er	
P.21	<b>Farklı Alanlarda Çalışan Hemşirelerde İş Doyumu İle Etik Duyarlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi</b>	105
	Rızalar S, Tural E, Güdek E, Ateş Y	
P.22	<b>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Akut Durumlara Yönelik Bakım Protokolleri</b>	106
	Aysun Çakmak, Gülşen Yıldırım, Aycan Kayalar, Arzu Uzun İşçi, Yeşim Söylemez, Aycan Özdoğan, Duygu Bülbül	
P.23	<b>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Tekrarlı Yatışların Sosyo-Demografik Değişkenleri</b>	107
	Azize Atlı Özbaş, Aycan Kayalar, Behcet Coşar, Aysun Çakmak, Arzu Uzun İşçi, Gülşen Yıldırım	

P.24	<b>Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Transkraniyal Manyetik Stimülasyonda (TMS) Hemşirelik Bakımı</b> Akdağ Cansu, Y. Sinem Üzar, Ayşe Yılmaz, Hülya Yolcu	108
P.25	<b>Hemşirelerde Duygusal Zekâ</b> Ceyda Yedikardaşlar, Gönül Özgür	110
P.26	<b>Hemşirelerde Öfke Düzeyinin İş Doyumuna Etkisi</b> Meryem Baran, Ayşe Okanlı	111
P.27	<b>Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Düzeyleri ve Etkili Faktörler</b> Deniz Güngör, Esra Engin, Serap Yıldırım	112
P.28	<b>Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara İlişkin İnançları ve Etkili Faktörlerin İncelenmesi</b> Tuğba Yıldız, Esra Engin, Döndü Çuhadar	113
P.29	<b>Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Evliliğe Bakış Açısı</b> Barış Kaya, Ülkü Özdemir, Fadime Üstüner, Yağmur Akbal, Dilek Yiğit, Meyrem İmamoğlu, Merve Muhsir	114
P.30	<b>Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Sigarayı Deneme ve İçme Durumları İle Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi</b> Barış Kaya, Fadime Üstüner, Nurgül Köksaldı, Gülümser Çiğdem, Z.İlknur Vuraloğlu, Gülcan Ay, Ceylan Şentürk	115
P.31	<b>Hemşirelik Öğrencilerinin Kişilerarası Çatışmaları Çözme Yaklaşımları</b> Fatma Öz, Duygu Hiçdurmaz	116
P.32	<b>Hemşirelik Öğrencilerinin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Düşüncelerinin Belirlenmesi</b> Zeliha Koç, Zeynep Sağlam	117
P.33	<b>Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi</b> Hatice Öner Altınok, Seher Sarıkaya Karabudak, Fatma Demirkıran	118
P.34	<b>Hemşirenin, Hekimin ve Aile Üyesinin Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastanın Tedaviye Karar Verme Yeterliliğini Değerlendirmesi</b> Rahime Aydın Er, Mine Şehiraltı	120
P.35	<b>İçselleştirilmiş Damgalamayı Azaltmada Hemşirelik Yaklaşımları</b> Olçay Çam, Döndü Çuhadar	121
P.36	<b>İnfertil Bireylerde Umutsuzluğun Belirlenmesi</b> Maral Kargın, Satı Ünal	122
P.37	<b>İnfertil Kadınları Psikolojik Olarak Etkileyen Faktörler</b> Satı Ünal, Maral Kargın, Aygül Akyüz	123
P.38	<b>Jinekolojik Muayeneye Gelen Kadınlarda Oluşan Anksiyeteye Bazı Değişkenlerin Etkisi</b> Birsen Altay, Bahar Kefeli	124

P.39	<b>Kadın Hastalıkları ve Doğum Acil Servisine Gelen Kadınların Vücut Algısı, Benlik Saygısı ve Evlilik Uyumları</b>	125
	Zübeyde Denizci, Ummahan Yücel, Ayşegül Bilge	
P.40	<b>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Maraş Otu, Alkol, Madde Kullanımı Ve Etkileyen Faktörler</b>	126
	Meral Miraloğlu, Feray Dal, Nihal Aloğlu, Firdevs Çevik, Ali Özer	
P.41	<b>Kanser Ağrısı Deneyimleyen Hastaların Yaşam Kalitesi ve Başetme Tutumlarının Değerlendirilmesi</b>	127
	Derya Subaşı, Serpil Türkleş	
P.42	<b>Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler</b>	128
	Ayşegül Savaşan, Mine Ayten, Oktay Ergene	
P.43	<b>Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri İle İlgili Yapılan Çalışmaların Sistematik Olarak İncelenmesi</b>	130
	Zekiye Çetinkaya Duman, Kerime Bademli	
P.44	<b>Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikiyatri Hemşireliği</b>	131
	Olca Çam, Sevgi Nehir	
P.45	<b>Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Psikososyal Uyumları, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi</b>	132
	Sevgi Nehir, Olca Çam	
P.46	<b>Mobbing (Manevi Taciz-Psikolojik Şiddet) ve Hemşirelik</b>	134
	Nermin Gürhan, Esra Kabataş Saral, Meryem Balya, Azize Atlı Özbaş	
P.47	<b>Mrsh Çocuk ve Ergen Kliniğine Yatan Madde Kötüye Kullanım Bozukluğu Tanısı Almış Hastaların İncelenmesi</b>	135
	Hatice Toy, Türkan Çalış, Gülden Lap	
P.48	<b>Muğla Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne 2008 Yılında Başvuran Fiziksel Şiddet ve Cinsel İstismar Mağduru Kadın Olgularının Değerlendirilmesi</b>	136
	Media Subaşı Başbuğa, Zöhre Irmak, M. Bülent Savran	
P.49	<b>Muğla Adli Tıp Şube Müdürlüğüne 2008 Yılında Başvuran Çocuk Cinsel İstismar Olgularının Değerlendirilmesi</b>	137
	Zöhre Irmak, Media Subaşı Baybuğa, M. Bülent Savran	
P.50	<b>Muğla İli Merkez Sağlık Ocaklarına Başvuran ve Böcek Sokması ve Yılan Isırması İle Karşılaşan Bireylerin Karşılaşma Sonrası Yaptıkları Uygulamalar</b>	138
	Zöhre Irmak, Media Subaşı Baybuğa, Demet Şen, Gülnihal Atmış, Yasemin Yolcu, Zeliha Hoşer	
P.51	<b>Nutrisyonel Terapi ve Psikiyatri Hemşireliği</b>	139
	Serap Yıldırım, Olca Çam	
P.52	<b>Okul Öncesi Dönemde Saldırgan Davranış ve Hemşirenin Rolü</b>	140
	Arzu Akcan, Ayşe Ergün, İlkay Keser	

P.53	<b>Onkoloji Birimindeki Kanser Hastalarının Yalnızlık Düzeyinin Değerlendirilmesi</b>	142
	Oya Sevcan Orak, Ayşe Büberci, Duygu Topçu, Emine Çimiç	
P.54	<b>Ortak Dil</b>	143
	Yasemin Uçun	
P.55	<b>Otistik Bozukluk Tanısı Almış Çocukların Ebeveynlerinin Stresle Başa Çıkma Stratejileri ve Etkileyen Faktörler</b>	144
	Sibel Özyıldız, Ayça Gürkan, Serap Yıldırım	
P.56	<b>Öfke Yönetimi Konusunda Hemşirelik Uygulaması İçin Bir Kavramsal - Teorik Sistem Oluşturulması</b>	145
	Satı Bozkurt, Olcay Çam	
P.57	<b>Öğrenci Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi</b>	147
	Ayşe Çetin, Ayça Gürkan, Emel Öztürk	
P.58	<b>Prof. Dr. M.O.Uzman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelik Personelinin Uyguladıkları Hasta ve Aile Eğitiminin Değerlendirilmesi</b>	148
	Münevver Akın, Semra Enginkaya	
P.59	<b>Psikiyatri Dersi Alan Hemşirelik Öğrencilerinin Psikiyatri Dersi ve Psikiyatri Hemşireliği İle İlgili Görüşleri</b>	149
	Yeliz Sertkaya, Tuğba Leblebici, Satı Bozkurt	
P.60	<b>Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi</b>	150
	Gülşah Emekli, Fatmana Oytun, Şeyma Bulut, Selma Sabancıoğulları, Selma Doğan	
P.61	<b>Psikiyatri Hastalarında Stigma ve Benlik Saygısı</b>	152
	Havva Tel, Şükran Ertekin Pınar	
P.62	<b>Psikiyatri Hastalarının Yasal Hakları</b>	153
	Azize Atlı, Nermin Gürhan	
P.63	<b>Psikiyatri Hastasına Bakım Verenlerin Yükü İle Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki</b>	154
	Serap Yıldırım, Özge Akyüz, Esra Engin, Kadriye Gültekin	
P.64	<b>Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hataların İlaç Uyumluluğu ve Sosyal Destekle İlişkisi</b>	155
	Meral Kelleci, Elvan E. Ata	
P.65	<b>Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Alan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin ve İlişkili Olabilecek Hasta Özelliklerinin İncelenmesi</b>	156
	Arzu Caymaz, Fahriye Oflaz	
P.66	<b>Psikiyatri Kliniğine İlk Kez Başvuran Bireylerin Hastalık Algısı ve Atıflarının İncelenmesi</b>	157
	Fahriye Oflaz, Meltem Meriç, Demet Özdoğan	



P.67	<b>Psikiyatri Kliniklerinde Agresyon ve Şiddeti Önlemede Hemşirelere Verilen Eğitimin Hasta ve Çalışan Güvenliği Açısından Önemi</b> Sibel Çoban (Arguvanlı), Birgül Özkan	158
P.68	<b>Psikiyatride Hasta Güvenliği</b> Birgül Özkan, Sibel Çoban	160
P.69	<b>Psikiyatrik Hastalıklar ve Ailesel Stigma</b> Selma Sabancıoğulları, Selma Doğan, Meral Kelleci, Elvan Ata, Dilek Avcı	161
P.70	<b>Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulamalarının Kanıta Dayalı Olarak Geliştirilmesinde Karşılaşılan Engeller</b> Emel Bahadır Yılmaz, Fatma Öz	162
P.71	<b>Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Yakınlarının Ruhsal Hastalıklara İlişkin İnançları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi</b> Hatice Bilhan, Esra Engin, Döndü Çuhadar	163
P.72	<b>Ruhsal Hastalığı Olan Ebeveynin Çocuğu Olmak: Bir Sistemik Derleme</b> Kadriye Buldukoğlu, Kerime Bademli, Dudu Karakaya, Gülşah Göral, İlkay Keser	164
P.73	<b>Ruhsal Sorunlu Gebeler Riskli Gebe Midir?</b> Ayşegül Bilge, Hafize Can Öztürk, Birsan Karaca Saydam, Rabia Ekti Genç	166
P.74	<b>Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Şiddet Eğilimleri ve Problem Çözme Yetenekleri</b> Fadime Üstüner Top, Kübra Çınarsoy, Hatice Alagöz, Emine Aydın Pekdemir, Barış Kaya	167
P.75	<b>Sağlık Çalışanlarının Şizofreni İle İlgili Tutumları</b> Ayşe Büyükbayram, Birmay Çam	168
P.76	<b>Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinde Vücut Kitle İndeksi ve Sağlığı Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi</b> Fadime Üstüner Top, Derya Çıtlak, Özlem Özçelik, Barış Kaya	169
P.77	<b>Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Sağlıkla İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Özelliklerinin İncelenmesi</b> Cansu Çakır, Gül Ergün	170
P.78	<b>Sağlık Yüksekokulu 1. Sınıf Öğrencilerinin Psikiyatrik Belirti Düzeyleri</b> Arzu Altunay	171
P.79	<b>Sağlıklı ve Diyabetik Adölesanların Yaşam Doyumlarının Karşılaştırılması ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi</b> Zeliha Koç, Gönül Güveli, Zeynep Sağlam	172
P.80	<b>Sepsise Bağlı Gelişen Deliryum: Olgu Sunumu</b> Gonca Gül, Perihan Çörçem	174
P.81	<b>Stresle Başa Çıkma Eğitiminin Onkoloji Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin Stres Belirtileri, Başa Çıkma Tarzları ve Tükenmişlik Durumlarına Etkisi</b> Nevin Onan, Özlem Işıl	175

<b>P.82</b>	<b>Şizofreni Hastalarının Öz-Bakım Gücü ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi</b>	<b>176</b>
	Perihan Çörçem, Neslihan Partlak Günüşen	
<b>P.83</b>	<b>Tedavi İle İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeğinin Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması</b>	<b>177</b>
	Meltem Meriç, Fahriye Oflaz	
<b>P.84</b>	<b>Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel İstismara Uğrama Durumları ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi</b>	<b>178</b>
	Fadime Üstüner Top, Merve Aydın, Çiğdem Dik, Emine Aydın Pekdemir, Nurten Gülsüm Akyar	
<b>P.85</b>	<b>Üniversite Öğrencilerinin Kayıp ve Başetme Yöntemleri İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları</b>	<b>179</b>
	Fadime Üstüner Top, Aslı Aslan, Zeynep Civelekoğlu, Nurten Gülsüm Akyar	
<b>P.86</b>	<b>Yaşlılık Döneminde Psikiyatrik Sorunlar</b>	<b>180</b>
	Havva Tel, Azize Atlı	
<b>P.87</b>	<b>Yeme Bozukluğu Olgularında Psikolojik Süreçlerin İncelenmesi ve Hemşirelik Hizmetlerinin Önemi</b>	<b>181</b>
	Yeliz Biçer, Nilgün Öngider, Feyza Ünal, Peykan Gökalp, Figen Karadağ	
<b>P.88</b>	<b>Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Deliryum ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi</b>	<b>182</b>
	Aliye Yaşayacak, Fatma Eker	
<b>P.89</b>	<b>Zekanın Değişik Halleriyle İletişim</b>	<b>183</b>
	Ayşegül Bilge, Ayça Gürkan	
<b>P.90</b>	<b>Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Ruhsal Hastalıklara İlişkin İnançları Ve Etkili Faktörlerin İncelenmesi</b>	<b>184</b>
	Özlem Aydın, Esra Engin, Döndü Çuhadar	
<b>P.91</b>	<b>Gevşeme Eğitiminin, Adjuvan Kemoterapi Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda, Uyku Kalitesi Ve Yorgunluk Belirtileri Üzerine Etkisi</b>	<b>185</b>
	Meral Demiralp, Fahriye Oflaz, Şeref Kömürcü	

## **DESTEK VEREN KİŞİ, FİRMA, KURUM VE KURULUŞLAR**

## SUNUM ÖZETLERİ

### PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE "ORTAK DİL"

Doç.Dr.Gülsüm Ançel

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

Dilin işlevi, insanlar arasında doğal, duygusal ve ruhsal bağlar kurulması ve sonuçta ortak bilince, ortak akıla ulaşmadır. Hemşirelikte ortak dil, hemşireliği veri, yönetim, eğitim, uygulama, araştırma, kalite ve etik açıdan ortak akıla ulaştıran ve böylece hemşireliği görünür hale getiren, geliştiren süreçler olarak görülmektedir. Ortak dilin gerekliliğini, Norma Lang (1992) şu şekilde açıklamaktadır; Eğer hemşireliği adlandıramazsak; (Onu) kontrol edemeyiz, uygulayamayız, araştıramayız, öğretemeyiz ve finanse edemeyiz!

Hemşirelikte ortak dili, hemşirelik işlevlerini yerine getirirken kullanılan sözcükler, terminoloji, veri setleri, standardize süreçler ve sınıflandırmalar oluşturmaktadır. Hemşirelikte ortak dilin gelişimi, toplumdaki ekonomik, sosyal, kültürel, teknolojik gelişim ve değişimin hemşireliğe yansımalarından köken almaktadır. Bu bağlamda, hemşireliğin varoluşuyla başlayan, genişleyen ve yaygınlaşan bir hemşirelik dili oluşmuştur. Günümüzde hemşirelikte ortak dil kullanımı kapsamında genel olarak aşağıdaki sistemler geliştirilmiş ve kullanılmaktadır:

- \*Hemşirelik Tanıları-NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association Taxonomy)
- \*Hemşirelik Girişimleri-NIC (Nursing intervention classifications),
- \*Bakım Çıktıları- NOC (Nursing outcomes classifications)
- \*OMAHA:Problem, girişim,değerlendirme sistemi
- \*Evde Bakım Sınıflandırması-HHCC (The Home Health Care Classification)
- \*Uluslar arası Hemşirelik Uygulamaları Sınıflandırması- ICNP(International Classification of Nursing Practice)
- \*Hasta Bakım Veri Seti-PCDS (The Patient Care Data Set),
- \*Perioperatif Hemşirelik Veri Seti PNDS (The Perioperative Nursing Data Set),
- \*Hemşirelik Yönetimi Minimum Veri Seti-NMMDS (Nursing Management Minimum Data Set) gibi veri setleri

Alanyazında, standardize terminoloji, sınıflandırma sistemleri ve ortak dilin hemşireliğe katkıları, özellikle karar verme ve otonomiye arttırdığı yönündeki bilgiler gitgide artmaktadır. Psikiyatri hemşirelerinin de bireye özgü en iyi, en doğru ve en etkili hizmeti vermek için ortak dile gereksinimleri bulunmaktadır. Çünkü toplumun ruh sağlığı hizmetlerine gereksinimi artmıştır.

Öte yandan, 1990' lardan bu yana standardize terminoloji, sınıflandırma sistemleri, veri setleri, bilişim sistemleri gibi, pek çok tanımlamalarla kuşatılmış durumdayız. Kimi yazarlar bu çabalara şüpheyle yaklaşmakta, bu çabaların amaç ve sonuçlarını sorgulamaktadırlar. Toplumun üç değişim dalgasından geçtiğini belirten Toffler, insan organizmasının belirli sınırlar içerisindeki değişimi emebildiğini ancak, bu sınırlar belirlenmeden yaşanan aşırı uyarılma ve değişimin insanları gelecek şokuna sokabileceğini savunmaktadır. Bunca hızlı değişim beklentisi ve -kendi bilinçliliğimiz içinde henüz pek sorgulamadığımız- yönlendirilme içinde nereye, ne amaçla, nasıl gideceğimizin bilincinde olmak, kendi koşullarımız ve gereksinimlerimizi belirlemek gerekmektedir. Aksi takdirde, kendimizi kontrolümüzde olmayan bir akıntıya, birbirimize yabancılaşmış olarak bulabiliriz. Bu nedenle psikiyatri hemşireleri olarak değişime direnmemekle birlikte, ortak dil konusunu enine boyuna tartışmalı, dünyadaki gidişi, bu gidişin neden ve sonuçlarını incelemeli, kendi ülkemiz koşullarını ve gereksinimlerini görmeden hazır paket dilleri aynen almak kolaycılığına kaçmamalıyız. Bu noktada sorulacak temel sorular, değişimi nasıl kontrol edebiliriz ve değişimin hem uluslar arası etkileşimi kolaylaştırıcı hem de kendimize özgüllüğümüzü yansıtıcı özellikleri içermesi olası mı sorularıdır.

## **KANITA DAYALI PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ: SÖZ YA DA GERÇEK**

Doç. Dr. Perihan Güner Küçükkaya

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği AD Öğretim Üyesi

Kanıtla Dayalı Tıp (KDT), Dr. Archie Cochrane'e cinsel işlev bozukluğunun tedavisi için uygulanan psikanalitik tedavi yönteminin sonuç vermemesi nedeniyle kendisinin tıbbi tedavi denemelerine ilgi duyması sonucu ortaya çıkmıştır. KDT, tıp literatüründe özellikle son 15 yılda yer almaya başlamıştır (Özerdem ve ark. 2008).

KDT kavramında olduğu gibi, Kanıtla Dayalı Hemşirelik (KDH) de günümüzde moda bir kavramdır (Zeitz ve McCutcheon, 2003). KDT uygulamasının odak noktasında yanıtlanabilir klinik sorular sorma, en yeni ve en iyi kanıtı bulma, kanıtı eleştirel gözle değerlendirebilme ve her bir hasta özelinde uygulayabilme yetisine sahip olma yer alır. KDT'ye göre tıbbi tedavi, var olan en iyi araştırma kanıtına dayanmalıdır. Bu da geçerli ve klinik açıdan anlamı olan bir araştırmadır. KDT, önce soruyu biçimlendirir, ardından bu soruya yanıt arar, sonra kanıtı eleştirel bir biçimde değerlendirir, sonuçları uygular ve sonunda da uygulamanın sonuçlarını ölçerek değerlendirir (Özerdem ve ark. 2008; Warelow ve Edward, 2007). KDT uygulaması, hastaların kendilerine zarar verebilecek yanlış yöntemlerle tedavi edilme riskinin azalmasını, klinikte karar verme yöntemlerinin daha anlaşılır olmasını, araştırma yöntemlerinin daha anlaşılır ve şeffaf olmasını ve tıbbi sonuçların karşılaştırılabilmesini sağlar (Özerdem ve ark. 2008).

Kanıtla Dayalı Uygulama (KDU), literatürde yer aldığı, hemşirelik toplantılarında tartışıldığı ve kanıtla dayalı mükemmellik merkezleri geliştirildiği halde, hemşirelik bakımına etkisinin çok az olduğu görülmektedir (Zeitz ve McCutcheon, 2003). Hemşirelikte araştırmaların uygulamada kullanımının hala sorun olduğu görülmektedir. Hemşirelikte araştırma kullanımı problemi ile, bilinenlerle yapılanların farklı olması kastedilmektedir. Bu konuda yapılan çalışma sayısı az olmakla birlikte, hemşirelerin araştırma sonuçlarını uygulamalarında çok fazla kullanmadıkları söylenebilir. Estabrooks (1998) tarafından 600 hemşire üzerinde yapılan çalışmada, hemşirelerin en fazla kullandıkları ilk üç bilgi kaynağının, araştırma sonuçları değil, klinik deneyimleri, okulda öğrendikleri bilgiler ve kongre katılımlarından elde ettikleri bilgiler olduğu saptanmıştır.

Psikiyatri hemşireliği uygulamasında da, durumun çok farklı olmadığı söylenebilir. Günümüzde artık en iyi ve en güncel kanıtlara dayalı kaliteli bakım gereksinimi olduğu açıktır, ancak mevcut durum bunu karşılayacak düzeyde değildir (Zauszniewski ve Suresky, 2003). O halde Kanıtla Dayalı Psikiyatri Hemşireliği (KDPH) gerçek olabilir mi ya da olması gerekir mi? (Zeitz ve McCutcheon, 2003). Bu konuda söylenenler ya da gerçekler nelerdir? Aşağıda bu konudaki tartışmalar yer almaktadır (Stuart, 2001). Bunlar:

**SÖYLENEN:** Psikiyatri hemşireliği kanıtla dayalı uygulama modelleri ve disiplinler arası araştırmada yerini hep koruyabilir.

**GERÇEK:** Psikoterapide kanıtla dayalı herhangi bir hemşirelik uygulaması modeli yoktur ve en basit bir psikiyatri hemşireliği araştırması dahi alandaki "altın kriter" i sağlamaktadır.

Uygulama, teori ve araştırma arasındaki ilişki interaktif ve karşılıklıdır. Teorinin yararlı olabilmesi için, uygulamaya yönelik çıkarımları olmalıdır ve uygulamanın test edilebilip onaylanması için de belirli bir teoriye dayanmalıdır. Uygulamadan doğan teori araştırma ile doğrulanır ve bu da doğrudan uygulamaya dönüşerek klinik bakım için çıkarımlar sağlar. Her ne kadar psikiyatri hemşireliği modelleri birden fazla da olsa, bu modellerin hiçbiri için etkililiklerini doğrulayacak araştırmalar yapılmamıştır. Bu durum, hiçbir hemşirelik modelinin hiçbir psikoterapi ders kitabında yer almaması gerçeği ile onaylanmaktadır (Stuart, 2001).

Psikiyatri hemşireliği, diğer disiplinler içinde geliştirilen bilginin/teorinin egemenliği altındadır. Psikiyatri hemşireliği bilgileri, psikiyatri, farmakoloji ve davranış bilimlerinden almaktadır ve bu bilgiler nicel yöntemler kullanılarak geliştirilmektedir. Psikiyatri hemşireliğinin diğer disiplinlerde geliştirilen bilgiyi kullanmak zorunda kalması, iki nedenle ortaya çıkmaktadır. Birincisi, psikiyatri hemşireliği ile ilgili yayınlanmış araştırma sayısının yetersiz olması nedeniyle, bu alanda bir bilgi temeli geliştirmenin mümkün olmamasıdır. İkincisi, diğer disiplinlerden alınan bilgiye güvenilerek, o bilgilerin kullanılması ve bu nedenle psikiyatri hemşireliğinin doğasını ortaya koyacak bilgi birikiminin elde edilememesidir (Geanellos, 2004).

Mevcut psikiyatri hemşireliği araştırmaları ağırlıklı olarak tanımlayıcı ve korelasyonel bir yapıdadır (Yonge, Qiupling ve Zaleski, 1997). Psikiyatri hemşireliğinde bakımın etkililiğini test eden sınırlı sayıda çalışma vardır (McCabe, 2000; Zauszniewski ve Suresky (2003) ) ve psikiyatri hemşireliği girişimlerine yönelik hiçbir meta-analiz yoktur. Mevcut çalışmaların çoğu Randomize Kontrollü Çalışmalar (RKÇ) için ifade edilen kriterlere uymamaktadır (Zauszniewski ve Suresky, 2003; Stuart, 2001; Mullen ve Streiner, 2004). Zauszniewski ve Suresky (2003) tarafından Ocak 2000-Aralık 2002 tarihleri arasında en fazla okunan beş Amerikan Psikiyatri Hemşireliği Dergisinde yayımlanan 227 çalışma analiz edilmiştir. Bu gözden geçirme çalışmasında araştırmaların yaklaşık % 88'inin Amerika'da yapıldığı ve sadece %11'inde psikiyatri hemşireliği girişimlerinin etkinliğinin test edildiği saptanmıştır.

Psikiyatri hemşireliği dergilerinin güncel bir derlemesine göre, alanda çok fazla küçük ölçekli çalışma ve teori açısından zengin görüşler olsa da doğrudan bakım uygulamalarının neye dayandırılacağı konusundaki kanıtların az olduğu sonucuna varılabilir. Alandaki çoğu çalışma bireysel düzeyde detaylı deneyimler vermekte ve kalitatif yapıdadır (Geanellos, 2004). Tersine, psikiyatri hemşireliği girişimlerinin etkililiği hakkındaki soruların cevaplanmasına yönelik kanıt ihtiyacını karşılayan kantitatif çalışmalar görece azdır. Psikiyatri hemşireliği için bu tür araştırmaların yapılması gerektiği açıkça görülmektedir (Haber, 2000, Stuart, 2001).

**SÖYLENEN:** Psikiyatri hemşireleri, psikiyatrik bakımın yapısı, işleyişi ve sonuçları üzerinde kayda değer bir etkiye sahiptir.

**GERÇEK:** Psikiyatri hemşireleri kanıta dayalı psikiyatri bakımına katkıda bulunmamaktadır.

Psikiyatri hemşirelerinin sağlık hizmeti organizasyonuna nasıl bir değer kattıklarını ve neler yaptıklarını açıklamaları beklenmektedir. Cevaplarını da etkililik, maliyet ve kalite konularına duyarlı bir şekilde çerçevelendirmeleri gerekmektedir. Zaman, ruhsal hastalıklar konusundaki gizemin anlaşılmaya en çok yaklaşıldığı zamandır. Neredeyse her gün ruhsal hastalıkların nedenleri ve en etkili tedavilerle ilgili yeni buluşlar ortaya çıkmaktadır. Hemşireler de bu gelişmelere ayak uydurmalı ve girişimlerini test edilmemiş geleneksel anlayışlar yerine ortaya çıkan kanıtlara dayandırmalıdır. Gerçekte ise, psikiyatri tedavileri literatüründe maalesef psikiyatri hemşireliği verileri bulunmamaktadır. Benzer şekilde, güncel psikiyatri hemşireliği uygulamaları da kanıta dayalı bakımın gereklerini karşılamamaktadır. Bu hedefe doğru ilerlemede hemşirelerce kaydedilecek çok gelişme vardır (Tucker ve Brust, 2000). Örneğin, çoğu deneyimli psikiyatri hemşiresi uygulamalarında klinik değerlendirme ölçeklerini ve sonuç ölçümlerini kullanmadıklarını rapor etmişlerdir (Barrell, Merwin, ve Poster, 1997). Yine de, ölçümlemenin ve değerlendirme ölçeklerinin kullanımı psikiyatri hemşireliği uygulamasının gerekli bir parçası olarak görülmelidir ve hemşireler bu süreci destekleyen teknolojinin gelişmesinden büyük ölçüde faydalanacaklardır. Öte yandan, psikiyatri hemşirelerinin çoğunlukla yaptığı şey, bilimselliğe dayalı kanıtlar yerine test edilmemiş teorilere ve beğenilen geleneklere dayanmaktadır. Örneğin, psikiyatri hemşireleri tarafından kullanılan uygulama rehberleri ya da klinik algoritmaları açıklayan neredeyse hiç kaynak bulunmamaktadır ve psikiyatri hemşireliği bakımının finansal, işlevsel ve klinik

sonuçlarına yönelik son derece az çalışma yürütülmüştür (Zauszniewski ve Suresky, 2003; Stuart, 2001).

Hemşirelerin, yaptıkları girişimlerin etkilerini incelemeleri ve hemşirelik sonuçlarına ilişkin verileri kontrol etmeleri gerekmektedir. Ayrıca hemşirelerin yapılan araştırma sonuçlarına nasıl ulaşacaklarını, onları nasıl anlamlandırıp kanıta dayalı psikiyatri bakımında nasıl kullanacaklarını bilmeleri gerekmektedir. Hemşirelikte sonuçların ölçülmesine yönelik geliştirilen bir taslak Iowa Hemşirelik Girişimleri Projesi'dir (Iowa Nursing Intervention Project) ve hemşirelik girişimleri sınıflandırma kodları (McCloskey ve Bulcheck, 2000) ve hemşirelikte sonuç sınıflandırma kodları (Johnson, Maas, ve Moorehead, 2000) geliştirilmiştir. Bunlar bio-psikososyal bir bakış açısından, hemşirelik girişimleri ve sonuçları sınıflandırması oluşturmaktadır. Hemşirelik girişimleri sınıflandırma kodlarında tanımlanan hemşirelik girişimlerinin henüz çok azında etkililiğini onaylayacak bilimsel kanıt vardır. Bu alan, hemşirelik araştırmalarında psikiyatri hemşireliği uygulamasının yapısını, işleyişini ve sonuçlarını belgeleyebilecek üretkenlik potansiyeline sahiptir.

**SÖYLENEN:** Psikiyatri hemşireliği müfredatı, alandaki güncel düşünceleri yansıtmaktadır.  
**GERÇEK:** Kanıta dayalı psikiyatri bakımı, psikiyatri hemşireliği derslerinde ve programlarında standart olarak okutulmamaktadır.

Uzmanlığın büyük ölçüde teori üretmekten etkinlik araştırmalarına neden yönelmediği belirgin değildir. Alanın doğasından da kaynaklanamaz. Çünkü psikologlar ve psikiyatristler kendi uygulamaları için genişlemekte olan bir kanıt temeli geliştirmişlerdir (Margison ve ark., 2000; O'Donohue, Buchanan ve Fisher, 2000). Belki de, psikiyatri uzmanlığına yönelen hemşireler kalitatif bir tutumla düşünmekte ve sorgulamanın daha kantitatif olanlarına direnç göstermektedir. Alternatif olarak, kanıta dayalı psikiyatri hemşireliği uygulamasını öğretmeyi ve özendirmeyi başaramayan psikiyatri hemşireliği yüksek lisans veya doktora programlarının sonucu da olabilir. Bazı psikiyatri hemşireliği öğretim elemanları artık uygulama bile yapmamaktadır. Yapanlar ise, çoğu klinisyen gibi, kendi kariyer geçmişlerinde öğrendikleri girişimleri kullanabilmektedir. Yine de alanda terapötik girişimlere ilişkin deneysel kanıtlar sağlamak için büyük bir sıçrama kaydedilmiştir. Daha geleneksel bazı tedavilerin etkililik üstünde hiçbir etkisi yoktur. Aksine, diğer terapilerin etkililiği hakkında çok daha fazla şey bilinmektedir. Bundan dolayı, psikiyatri hemşireliği kadrosunun planlanmış ve deneysel geçerliliğe sahip bilişsel, davranışsal ve kişilerarası psikoterapiler konusunda ne derece uzmanlığı olduğu sorusu akla gelebilir. Alanda nasıl güncel kalıyorlar? (Stuart, 2001). Lisans ve lisansüstü öğrencilerine bu tedavilerin bileşenlerini öğretiyorlar mı, yoksa psikiyatri hemşireliğinin bilindiği ama test edilmemiş teorilerine mi sırtlarını yaslıyorlar? Bu konuda psikiyatri hemşireliği ders kitaplarının da yardımcı olduğu söylenemez. Eğer makalelerin referans listelerine bakılacak olursa, çoğunluğunda birincil değil ikincil referans alıntılanması yapıldığı göze çarpar. Bu da tanımlanan psikiyatri hemşireliğinin kanıta dayalı olma konusunda çelişki yaratmaktadır. Aynı zamanda, bu öğretim materyallerinde, klinik uygulama rehberleri ve psikiyatri bakımı algoritmaları nerededir? Hemşireler daha ne kadar deneysel destekten uzak, anlaşılmaz, belirsiz ve ölçülenmemiş girişimlere güvenebilir? Psikiyatri ve ruh sağlığı hemşireliği mezun programlarına giren öğrenci sayısı ise azalmaktadır (Stuart, 2001, Delaney, ve ark. 1999). Bu, uzmanlığın uygulamaya yönelik bilimsel temeldeki netliğini kaybetmesinden dolayı mıdır? Hemşireler girişimlerini geçerli kılacak ve böylece sağlık hizmetlerindeki değerlerini doğrulayacak başka uygulama alanlarına mı yöneliyor? Açıkçası, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına işaret edecek yeni öğrenme ve öğretme stratejilerine ihtiyaç vardır (Glanville, Schirm, & Wineman, 2000). Özellikle, psikiyatri ve ruh sağlığı hemşireliği uzmanlığı, bu konuyu tartışmak, düşünmek ve analiz etmek için daha fazla bekleyemez. Geleneksel ve içgüdüsel uygulamalar yerini kanıta dayalı uygulamaya bırakmaktadır (Rosswurm & Larrabee, 1999; Stuart 2001). Geriye kalan tek soru ise, psikiyatri hemşirelerinin güncel klinik gerçeklikler vagonunda mı yoksa üretkenlikten uzak söylenenlere kaygılanma bekleyişinde mi olacaklarıdır (Stuart 2001).

## Sonuç

Psikiyatri hemşireleri KDU konusunda birçok problem yaşamaktadırlar. Diğer ruh sağlığı profesyonelleri çoğu zaman klinik uygulamalarına, eğitimlerine ve araştırmalarına KDU yaklaşımını entegre etmektedirler. Bu nedenle zaman, psikiyatri hemşirelerinin de bu mücadeleye katılma zamanıdır. Bu yapılmazsa, psikiyatri hemşiresinin daha aktif, eşit, ekibin değerli bir üyesi olması ve psikiyatri hemşireliğinin var olması konusunda sorunlar devam edecektir.

## Kaynaklar

- 1.Barrell, LM., Mervin, EI., & Poster, EC. (1997). Patients outcomes used by advanced practice psychiatric nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 4: 111- 120.
- 2.Delaney, K., Chisholm, M., Clement, J., & Merwin, E. (1999). Trends in psychiatric mental health nursing education. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13: 67-73.
- 3.Estabrooks, CA.(1998). Will evidence-based nursing practice make practice perfect?. *Canadian Journal of Nursing Research*, 30( 1): 15-36.
- 4.Geanellos, R.(2004). Nursing based evidence: moving beyond evidence-based practice in mental health nursing. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10(2): 177-186.
- 5.Glanville, I., Schirm, V., & Wineman, N.( 2000). Using evidence-based practice for managing clinical outcomes in advanced practice nursing. *Journal of Nursing Care Quality*, 15: 1-11.
- 6.Haber, J. (2000). Hildegard Peplau: The psychiatric nursing legacy of a legend. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 6(2): 56-62.
- 7.Johnson, M., Maas, M., & Moorehead, S.( 2000). *Nursing outcomes classification( NOC)*. St. Louis, MO: Mosby.
- 8.Margison, F., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Clark, J., Audin, K. & Connell, J.( 2000). Measurement and psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 177: 123-130.
- 9.McCabe, S.( 2000). Bringing psychiatric nursing into the twenty-first century. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14: 109-116.
- 10.McClosky, J., & Bulechek, G.( 2000). *Nursing interventions classification(NIC)*. St. Louis, MO: Mosby.
- 11.Mullen, EJ., Streiner, DL.( 2004). The evidence for and against evidence-based practice. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4 (2 Summer): 111-121.
- 12.O'Donohue, W., Buchanan, J., & Fisher, J.( 2000). Characteristics of empirically supported treatments. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9: 69-74.
- 13.Özerdem, A., Tunca, Z., Aydın, H., Örs, Y., & Karaçam, Ö( 2008). Kanıta dayalı tıp ve psikiyatri, *Türkiye'de Psikiyatri*, 10(3): 123-127.
- 14.Rosswum, M., & Larrabee, J.( 1999). A model for change to evidence-based practice. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 31:317-322.
- 15.Stuart, GW( 2001). Evidence-based psychiatric nursing practice: Rhetoric or reality? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 7(4): 103-114.
- 16.Tucker, S.,& Brust, S.( 2000). Establishing an empirically based psychiatric nursing practice in a rapidly changing health care environment. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 6: 112-118.
- 17.Warelow, P. & Edward, K.( 2007). Evidence-based mental health nursing in Australia: Our history and our future. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16: 57-61.
- 18.Yonge, O., Qiupling, Z.,& Zaleski, J.( 1997). Variables and designed in psychiatric/mental health nursing research articles published from 1982 to 1992. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4: 339-343.
- 19.Zauszniewski, J., & Suresky, J. (December 19, 2003) *Psychiatric/Mental Health Nursing - "Evidence for Psychiatric Nursing Practice: An Analysis of Three Years of Published Research"* *Online Journal of Issues in Nursing*. 9(1) Available: 20.[www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No1Jan04/HirshArticle/EvidenceforPsychiatricNursingPractice.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No1Jan04/HirshArticle/EvidenceforPsychiatricNursingPractice.aspx) (Erişim tarihi: 18.01. 2010)
- 21.Zeitz, K.&, McCutcheon, H.( 2003). Evidence- based practice: to be or not to be, this is the question!. *International Journal of Nursing Practice*, 9: 272-279.

## HEMŞİRELİK SINIFLAMA SİSTEMLERİ

Doç.Dr.Firdevs Erdemir

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü  
Öğretim Üyesi

Florence Nightingale'den beri hemşirelik uygulamada, yönetimde, eğitim ve araştırmada hemşirelerin yaptıklarıyla gelişmeye devam etmektedir. Buna karşın, hemşirelik hala iyi anlaşılammış, dolayısı ile gerçek değeri bilinmeyen, hak ettiği değeri bulamayan bir meslek olarak kalmıştır. Hemşireler neden hala bu problemi yaşamaktadır? Şu iyi bilinmektedir: "*Hemşirelik uygulamalarının kalitesi bir farklılık yaratır*". Hemşirelik tam olarak ne farklılık yaratır ve sağlık bakım sistemine nasıl bir katkıda bulunabilir? Profesyonel bir hemşire ile yardımcı sağlık personeli arasındaki farkı tanımlamakta neden böyle bir güçlük yaşamaktayız? Bu sorulara yanıtlardan biri şu olabilir: Hemşirelerin ne yaptığını, hastanın hangi tür problemlerini ya da hasta durumlarını ele aldığını, hangi sonuçları elde ettiğini tanımlayacak ortak bir dil yoktur. Hemşirelik kavramlarını ifade edecek bir dil olmaksızın şeyleri ve anlamları anlayışımızın aynı olup olmadığını bilemeyiz, diğer insanlara hemşirelik uygulamalarını açık şekilde ifade edemeyiz.

Hemşireliği tanımlayan satandardize, birleştirilmiş sözcükçe / söz dağarcığı (vokabulari) yokluğu hemşirelik disiplinin daha fazla gelişmesini engelleyen major bir problem olarak görülmüştür. Standart bir hemşirelik adlandırma ve sınıflama listesine (nomenklatür) olan gereksinim yıllardır ve sürekli ifade edilmekle birlikte, henüz her alanda ve hemşireliğin tüm uygulamalarını tanımlayan tek bir nomenklatür bulunmamaktadır.

Hemşirelik uygulamalarının adlandırılması, taksonomisi ve sınıflandırılması çalışmalarına 1970'li yıllarda ABD'de başlanmıştır. 1990'lı yıllarda Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) NANDA Taksonomisini (North American Nursing Diagnosis Association Taxonomy I) ve daha sonra Omaha Sistem sınıflamasını, Evde Sağlık Bakımı Bakımı Sınıflamasını, Hemşirelik Girişimleri Sınıflamasını, Hemşirelik Sonuçları Sınıflamasını ve Hasta Bakımı Veri Tabanını hemşirelik sınıflama sistemleri olarak tanımlamıştır. Ancak, bu var olan hemşirelik dillerinin hiçbiri "*hemşirelerin hangi durumlara/koşullara yönelik olarak, hangi sonuçlar için neler yaptığını*" tam olarak kapsamamaktadır.

1989 yılında Uluslar arası Hemşireler Konseyi ICN (International Council of Nurse) "birleştirici bir çerçeve" olarak tanımlanan Uluslararası Hemşirelik Uygulamaları Sınıflaması ICNP (International Classification for Nursing Practice) çalışmasını başlatmıştır.

**Burada günümüzde yaygın olarak kullanılan hemşirelik terminolojileri ve sınıflama sistemlerinden;** Uluslararası NANDA Hemşirelik Tanıları Sınıflaması: Taksonomi II (North American Nursing Diagnosis Association- NANDA International :Taxonomy II); Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (Nursing Intervention Classification - NIC); Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması (Nursing Outcomes Classification -NOC) ve Hemşirelik Uygulamalarının Uluslararası Sınıflaması (International Classification for Nursing Practice -ICNP®) ele alınmaktadır.

### 1.Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği Hemşirelik Tanıları Sınıflaması NANDA Taxonomy II

Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği ilk olarak, 1973'de hemşirelik mesleğinin terminolojisini geliştirmek ve sınıflamak üzere yapılan çağrı ile bir "Ulusal Görev Gücü" (National Task Force) olarak örgütlenmiştir. Bu Ulusal Görev Gücü'nün hemşirelik tanılarını geliştirme ve sınıflama çalışmaları "hemşirelik tanısı" kavramının yaygınlaşması ve 1980 yılında Amerikan Hemşireler Birliği'nin (ANA) hemşirelik tanımında sağlamış yer almasını sağlamıştır; "***Hemşirelik, mevcut ve olası sağlık problemlerine karşı insana tepkilerinin tanı ve tedavisidir.***" 1982 yılında, Ulusal Görev Gücü bir Birlik haline gelmiş ve NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) adını almıştır. 1988 yılından itibaren NANDA'ya uluslararası katılımlar başlamıştır. Uluslararası katılıma paralel olarak, NANDA'nın yapısı ve adında değişime gidilmiş ve 2002 yılında **NANDA International** adını almıştır. Ayrıca, Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) ve Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması (NOC) ile hemşirelik



tanılarının ilişkilendirilmesi çalışmaları başlamıştır. Tanılarla girişimlerin ve sonuçların ilişkilendirilmesi çalışması *NANDA, NIC, NOC Linkage* kitabı olarak yayınlanmıştır. 1990 yılında yapılan 9. kongrede halen geçerli olan Hemşirelik Tanısı tanımı yapılmıştır. Buna göre Hemşirelik Tanısı; “bir birey, aile ya da toplumun mevcut ya da olası sağlık problemlerine/ yaşam süreçlerine tepkileri hakkında hemşire tarafından verilen klinik bir karar/ yargıdır”. Bir hemşirelik tanısı hemşirenin yerine getirmeye yetkili ve sorumlu olduğu hemşirelik girişimlerinin seçimini yönlendirir ve ulaşılabilecek sonuçlar için bir temel oluşturur.

NANDA Taksonomi II’de yer alan alanlar, sınıflar ve hemşirelik tanılarının sınıflaması Gordon’un *Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri* modeline göre yapılmaktadır. Bu yapıdaki Taksonomi II; toplam 13 alan, 46 sınıf ve 2010 yılı itibarı ile 206 tanı içermektedir

<b>NANDA Hemşirelik Tanıları Taksonomisi</b>	
<b>ALAN</b>	<b>SINIF</b>
<b>1. Sağlığı Geliştirme</b> İyilik halinin farkında olma, fonksiyonun normalliyi VE iyilik halini ve normal fonksiyonu sürdürmek ve güçlendirmek için kullanılan stratejiler	Sağlığın farkında olma , Sağlığın yönetimi
<b>2. Beslenme:</b> Enerji üretimi, doku onarımı, doku bütünlüğünün sürdürülmesi amacıyla besinleri alma/ yeme, özümleme ve kullanma aktiviteleri	Yemek, Sindirim, Emilim, Metabolizma, Hidrasyon
<b>3. Boşaltım/ eliminasyon:</b> Atık ürünlerin salgılanması ve vücuttan atılması	Üriner sistem (Mesane/ Böbrek), GİS (barsaklar), Deri ve Akciğerler
<b>4. Aktivite/ Dinlenme:</b> Enerji kaynaklarının üretilmesi, korunması, harcanması ya da dengelenmesi	Uyku/ Dinlenme, Aktivite/ Egzersiz, Enerji alanı, Kardiyovasküler pulmoner tepkiler
<b>5. Algısal Bilişsel</b> Dikkat, oryantasyon, duyumsama, algılama, biliş ve iletişimi içeren insan bilgi işleme süreçleri	Dikkat, Oriyantasyon, Bilişsel/Algısal, Biliş, İletişim
<b>6. Kendini algılama:</b> Kendi hakkında farkındalık	Benlik kavramı, Benlik saygısı, Beden imgesi
<b>7. Rol İlişkileri:</b> İnsanlar veya insan grupları arasında olumlu ya da olumsuz bağlantılar, ilişkiler ve bunun ilişkinin sergilendiği insanlar için anlamı	Bakımverici rolleri, Aile ilişkileri, Rol performansı
<b>8. Cinsellik:</b> Cinsel kimlik, cinsel fonksiyon ve üreme	Cinsel kimlik, Cinsel işlev, Üreme
<b>9. Baş etme/ Stres Toleransı:</b> Yaşam olayları / yaşam süreçleri ile mücadele	Post-travma tepkileri, Baş etme, Nöro-davranışsal stres
<b>10. Yaşam İlkeleri:</b> Doğru ve gerçek bir değer olarak görülen eylemler, alışkanlıklar ya da yerleşik kurallar hakkında düşünce, davranış ve davranış biçimi/ yaklaşımın altında yatan ilkeler	Değerler, İnançlar, Değer-İnanç-Eylem Uyumluluğu
<b>11. Güvenlik / Korunma:</b> Tehlikelerden, fiziksel yaralanma ve immün sistem hasarından uzak olma, kayıplardan korunma, güvenlik ve güvenin korunması	Enfeksiyon, Fiziksel Yaralanma, Şiddet, Çevresel tehlikeler, İmmün tepki, Termoregülasyon
<b>12. Konfor/ Rahatlık</b> Mental, fiziksel ve sosyal iyilik ya da rahatlık durumu /duygusu	Fiziksel rahatlık, Çevresel rahatlık, Sosyal rahatlık
<b>13. Büyüme / Gelişme:</b> Fiziksel boyutlarında, organ sistemlerinde yaşa uygun şekilde artma ve /veya gelişimsel dönüm noktalarına ulaşma	Büyüme, Gelişme

## 2.Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması/HGS (Nursing Interventions Classification /NIC)

Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması /HGS (Nursing Interventions Classification /NIC) hasta/birey adına gerçekleştirilmesi gereken hemşirelik girişimlerini tanımlamak üzere Iowa Üniversitesi Hemşirelik okulundaki bir ekip tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Bu girişimler hastaya doğrudan uygulanan ve dolaylı olarak uygulanan, hemşire tarafından ve hekim istemiyle başlatılan girişimleri içermektedir. NIC oldukça kapsamlıdır ve bu özelliği ile hemşireliğin tüm özel alanlarında, çeşitli uygulama ortamlarında ve çeşitli uygulama düzeyindeki hemşireler tarafından kullanılabilir. (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2008). Mevcut durumda NIC taksonomisi yedi alan ( temel fizyolojik, karmaşık fizyolojik, davranışsal, güvenlik, aile, sağlık sistemi ve toplum) ve 30 sınıf altında, 542 girişim içermektedir (Bulechek ve ark., 2008).NIC bir hemşirelik girişimini "hasta/ bireyin sonuçlarını iyileştirmek/ güçlendirmek için hemşirenin yerine getirdiği, klinik yargı ve bilgiye dayalı herhengi bir uygulama/işlemdir" şeklinde tanımlanır (Bulechek et al., 2008, p. 3). Her girişimin bir tanımı, aktivite listesi (girişimin uygulanmasında tamamlanması gereken spesifik davranış ya da eylemler) ve kaynak listesi bulunmaktadır (Bulechek et al., 2008).

<b>Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması Taksonomisi</b>	
<b>ALANLAR</b>	<b>SINIFLAR</b>
<b>Fizyolojik: Temel</b> Fiziksel fonksiyonları destekleyen bakım	A. Aktivite ve Egzersiz Yönetimi <b>B. Eliminasyon Yönetimi</b> C. Immobilite Yönetimi D. Nutrisyon Desteği E. Fiziksel Rahatlığı Sağlanması/ sürdürme F. Özbakımı Kolaylaştırma
<b>Fizyolojik: Karmaşık</b> Homeostatik düzenlemeyi destekleyen bakım	G. Elektrolit ve Asit-Baz Yönetimi H. İlaç Yönetimi I. Nörolojik Yönetim J. Perioperatif Bakım K. Solunum Yönetimi L. Deri/ Yara Yönetimi M. Termoregülasyon N. Doku Perfüzyonu Yönetimi
<b>Davranışsal</b> Psikososyal işlevselliği destekleyen ve yaşam şeklindeki değişimleri kolaylaştıran bakım	O. Davranış Terapisi P. Bilişsel Terapi Q. İletişimi Güçlendirme R. Başetmeye Yardım S. Hasta Eğitimi T. Psikolojik Rahatlığı Sürdürme
<b>4. Güvenlik</b> Tehlikelere karşı korunmayı destekleyen bakım	U. Kriz Yönetimi <b>V. Risk Yönetimi</b>
<b>5. Aile</b> Aileyi destekleyen bakım	W. Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonrası Bakım Z. Çocuk Yetiştirme Bakımı X. Yaşam Boyu Bakım
<b>6. Sağlık Sistemi</b> Sağlık bakım sisteminin etkili kullanımını destekleyen bakım	Y. Sağlık Sistemi Düzenlemesi (Mediation) a. Sağlık Sistemi Yönetimi b. Bilgi (Information) Yönetimi
<b>7. Toplum</b> Toplumun sağlığını destekleyen bakım	c. Toplum Sağlığını Geliştirme d. Toplum Risk Yönetimi

### 3. Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması /HSS (Nursing Outcomes Classification - NOC)

Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması /HSS (Nursing Outcomes Classification /NOC), 1997 yılında hemşirelik bakımına duyarlı hasta sonuçlarını ve göstergeleri kavramsallaştırmak, etiketlemek (etiket adını belirlemek), tanımlamak ve sınıflamak üzere Iowa Üniversitesi Hemşirelik okulunda geliştirilmiştir. Mevcut sonuç sınıflaması 385 hemşirelik bakımına duyarlı hasta sonucunu içermektedir. Sonuçlar yedi alan (fonksiyonel sağlık, fizyolojik sağlık, sağlık bilgisi ve davranışı, algılanan sağlık) ve 31 sınıf bulunan taksonomide yerleştirilmiştir (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2008). Hemşireliğe duyarlı sonuç şu şekilde tanımlanmaktadır: "bir birey, aile ya da toplumun hemşirelik girişimine /girişimlerine yanıtta/ tepkisinde meydana gelen, süreç boyunca ölçülen durum, davranış ya da algılamadır" (Moorhead et al., p. 30). Her bir sonuç, daha spesifik olarak -bir sonucu ölçmek için gerekli olan- gözlemlenebilir ilgili bir grup gösterge/indikatör ile tanımlanır. Göstergeler daha genel bir isim olan sonuç etiketinin farklı boyutlarını ve yönlerini yansıtır; daha spesifik sonuçlardır ve özellikle aktif – devam eden bir hemşire hasta ilişkisi sırasında işlem/ uygulamalara tepkilerin izlenmesinde kullanışlıdır (Iowa Outcomes Project, 2000). Sınıflamadaki tüm sonuç etiketleri ve göstergelerinin bir ölçüm /değerlendirme ölçeği/ ölçekleri vardır. Ölçmede beşli likert tip ölçek kullanılmaktadır ve 5 puan istendik durumu göstermektedir. Bir sonucun bir kez kabulde ve bir kez de taburculuk ya da başka bakım ortamına/ üniteye transferde olmak üzere en az iki kez ölçülmesi önerilmektedir. Skalası / ölçeği vardır. (Moorhead et al., 2008)

Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması Taksonomisi	
ALANLAR	SINIFLAR
<b>1.Fonksiyonel Sağlık</b> Temel yaşam işlevlerinin yerine getirilmesinde performansı ve kapasiteyi tanımlayan sonuçlardır.	A. Enerjiyi Sürdürme B. Büyüme ve Gelişme C. Hareket D. Özbakım
<b>2. Fizyolojik Sağlık</b> Organik işlevselliği tanımlayan sonuçlardır	E. Kardiyopulmoner F. Boşaltım Sıvı ve Elektrolitler H. İmmun tepki I. Metabolik Düzenleme J. Nörobilişsel K. Beslenme a. Terapötik Tepki L. Doku Bütünlüğü Duyusal Fonksiyon
<b>3.Psiko-Sosyal Sağlık</b> Psikolojik olarak ve işlevselliği tanımlayan sonuçlardır	M. Psikolojik İyilik Hali N. Psikolojik Uyum O. Öz Kontrol P. Sosyal Etkileşim
<b>4.Sağlık Bilgisi- Davranışı</b> Sağlık ve hastalıkla ilgili tutumları, kavrayışı ve eylemleri tanımlayan sonuçlardır.	Q. Sağlık Davranışı R. Sağlık İnançları S. Sağlık Bilgisi T. Risk Kontrolü ve Güvenlik
<b>5. Algılanan Sağlık</b> Bireyin sağlığını ve sağlık bakımı hakkındaki algılamalarını/izlenimlerini tanımlayan sonuçlardır.	U. Sağlık ve Yaşam Kalitesi V. Semptom durumu e. Bakım ile İlgili Doyum
<b>6. Aile Sağlığı</b> Aile üyesi olarak bir bireyin ya da bir bütün olarak ailenin sağlık durumunu, davranışını ve işlevselliğini tanımlayan sonuçlardır.	W. Aile İçi Bakım Vericinin Performansı Z. Aile Üyesinin Sağlık Durumu X. Ailenin İyilik Hali d.Ebeveynlik
<b>7. Toplum Sağlığı</b> Bir toplumun veya popülasyonun sağlığını, iyilik halini ve işlevselliğini tanımlayan sonuçlardır.	b. Toplumsal İyilik Hali c. Toplum Sağlığını Koruma

#### 4. Hemşirelik Uygulamalarının Uluslararası Sınıflaması (International Classification for Nursing Practice -ICNP®)

ICNP, Uluslararası Hemşirelik Birliği (International Council of Nursing- ICN) tarafından 1989 yılında, Geneva’da kurulmuştur. Hemşirelik uygulamalarının üç temel ögesi olan hemşirelik fenomeni (nursing phenomena), hemşirelik eylemleri (nursing action) ve hemşirelik sonuçları (nursing outcomes) ICNP sınıflamanın temel öğeleridir. ICNP, hemşirelik uygulamalarına yönelik, mevcut sözcükçeler ve sınıflamalar ile karşılıklı eşleştirmelere uygun tümleşik bir terminolojidir. Beta versiyonu hemşirelik tanıları, hemşirelik girişimleri ve hemşirelik sonuçlarının ifadesini kolaylaştıran çok eksenli ve çoklu aşamalı/sıradüzenli bir sınıflamadır.

a. **Hemşirelik Fenomeni Sınıflaması;** Hemşirelik tanısı, hemşirelik girişiminin odağı olan fenomen hakkında hemşire tarafından verilen karardır. Hemşirelik fenomeni sınıflamasında yer alan 8 eksen şunlardır; A- Hemşirelik fenomeni, (örn. ağrı, benlik saygısı, yoksulluk) B- Karar (örn. güçlendirilmiş, yetersiz, gelişmiş), C- Sıklık (örn. aralıklı, sık) C- Süre (örn. akut, kronik) E- Topoloji (sağ, sol, kısmi, total), F- Vücut bölgesi (örn. göz, parmak), G- Olasılık (örn. risk, tesadüfi), H- Taşıyan / hamil (örn. birey, aile, toplum)

b. **Hemşirelik Eylemleri Sınıflaması:** Hemşirelik eylemi/ girişimi, bir hemşirelik tanısına yanıt olarak ve bir hemşirelik sonucuna ulaşmak için verilen tepki, eylemdir. Bir hemşirelik girişimi Eylem Sınıflamasındaki eksenlerdeki kavramların birleşimidir. Bu eksenler; A- Eylem tipi (örn. öğretme, takma, izleme), B- Hedef (örn. ağrı, bebek, evde bakım hizmetleri), C- Araç/ Yöntem (örn. bandajlar, mesane eğitim teknikleri, taburculuk işlemleri), D- Zaman (örn. taburculukta, intra-operatif, prenatal), E- Topoloji (örn. sağ, sol, total), F- Lokasyon (örn. baş, kol, ev, iş yeri), G- Yol (örn. oral, subkutan), H- Yararlanıcı (örn. birey, grup)

c. **Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması:** Hemşirelik sonucu, bir hemşirelik girişiminden sonraki bir zamanda bir hemşirelik tanısının durumu ya da ölçümüdür.

ICNP mevcut hemşirelik terminolojilerini ve sınıflamalarını birleştirici bir çerçeve olarak işlev gören “bir hemşirelik uygulamaları terminolojisi” sağlamaktadır. Bu tümleşik çerçevenin hemşirelik verilerini karşılaştırabilme olanağı sağlaması beklenmektedir. ICNP-Beta 2 versiyonu hemşirelik uygulamalarını tanımlayan, sağlıkla ilgili bilgi sistemlerinde hemşirelik uygulamalarını temsil eden verileri sağlayan bir bilgi sistemidir.

**“... eğer (yaptığımızı) adlandırmaz isek; bunu kontrol edemeyiz, bunun değerini ve maliyetini hesaplayamayız, bunu öğretemeyiz, toplumun politikalarına yerleştiremeyiz” Norma LANG**

Sonuç olarak hemşirelik dili hemşirelik fenomeni ve hemşirelik eylemlerini tanıma ve tanıtmada, belgelemede, elektronik ortamlara kayıt etmek ve geliştirmede önemli bir rol oynar. Hemşirelik tanıları, girişimlerini ve sonuçlarını tanımlayan çeşitli sözcükçeler ve sınıflamalar bulunmaktadır. Ancak, uluslar arası terminoloji ve sınıflama standartları ile uyumlu birleştirilmiş bir dilin yokluğu hemşirelik disiplininin gelişiminde önemli bir engel, bir problem olarak görülmektedir. Hemşirelikte birleştirilmiş dil ve sınıflama sistemine olan gereksinim yaygın olarak kabul görmektedir. Bu görüşten hareketle gösterilen çabalar ile önemli ilerlemeler sağlanmaktadır.

#### Kaynaklar

- 1.Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (Eds.). (2008). Nursing Interventions Classification (NIC) (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- 2.Erdemir, F. (2004). “Hemşirelikte Ortak Dil ve Hemşirelik Sınıflama Sistemleri”, içinde Birol, L. “Hemşirelik Süreci” 6.baskı, Etki Matbaacılık, İzmir,
- 3.Erdemir,F., Yılmaz, E. (Ed) Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyumu Kitabı, Başkent Üniversitesi, 5-7 Haziran, Ankara
- 4.Gordon, M. (2003) “Hemşirelikte Standardize Bir Dile Neden Gereksinim Vardır? (Why Do We Need a Standardized Nursing Language), Hemşirelik Sınıflama Sistemlerinin Tarihsel Gelişimine Genel Bakış (Historical Development of the Nursing Classification Systems), Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ve Klinik Karar Verme (Functional Health

Patterns and Clinical Judgement)", Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyumu, Başkent Üniversitesi, 5-7 Haziran, Ankara

5.Herdman, HT., Heath, C., Meyer G(Eds) Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2007-2008, NANDA International.

6.Herdman, HT.,. NANDA-I Nursing Diagnosis: Definitions & Classification 2009-2011 (NANDA™) Blackwell Publishing Ltd

7.Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2008). Nursing Outcomes Classification (NOC) (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

## **Psikiyatri Hemşireliğinde "NANDA, NIC, NOC" Uygulanışı**

Yrd. Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü

Psikiyatri hemşiresi, ruh hastalıklarından korunmada sağlık eğitimi ve danışmanlık yapabilen sağlam ya da hastanın psikolojik durumunu anlayıp davranışlarını değerlendirebilen, psikolojik gereksinimleri kavrama yeteneği yüksek, hastaya gerekli bakım, rehberlik, rehabilitasyon ve desteği sağlayabilen, kişiler arası ilişkilerde bilgi ve becerisi olan hemşiredir. Psikiyatri hemşireliği, insan davranışı teorilerinin uygulandığı daha çok davranışsal ve zihinsel becerilerin ön plana çıktığı hemşirelik uygulamalarının özel bir alanı olarak görülmektedir.

Psikiyatri hemşireliği uygulamaları ve diğer hemşirelik uygulamaları alanında tüm dünyada önemli değişimler yaşanmaktadır. Bu değişimlerle birlikte, hemşirelikte standart bir dilin geliştirilmesinde önemli gelişmeler olmuştur. Günümüzde hemen hemen her ülke hemşirelik tanıları, girişimleri ve sonuç kavramları, ortak dilin geliştirilmesi ve uygulanması üzerine çalışmaktadır. Ülkemizde de bu yönde çalışmalar yürütülmektedir. Ülkemizdeki çalışmalar, hemşirelik sürecine uygun olarak, üç temel sınıflama sistemine, Hemşirelik Tanıları (NANDA), Hemşirelik Girişimleri NIC- Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması ve Hemşirelik Sonuçları NOC- Hemşirelik Sonuçları Sınıflama Sistemlerine odaklanmıştır. Psikiyatri Hemşireliğine yönelik uygulamalarda bu sınıflama sistemleri doğrultusunda tartışılacaktır.

NANDA Hemşirelik Tanıları Sınıflaması, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği tarafından oluşturulmuştur. NANDA Hemşirelik tanıları ülkemizde de Türkçeye çevrilmiş ve kullanılmaktadır. Ülkemizde, NANDA tanılarının psikiyatri hemşireliğinde kullanımıyla ilgili araştırmalar, özellikle psikiyatri hemşireliğinin eğitiminde gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmalar incelendiğinde;

Çam ve arkadaşlarının psikiyatri hemşireliği dersi klinik uygulaması yapan 130 öğrencinin psikiyatri hastalarıyla birlikte çalışırken hazırladıkları toplam 146 hemşirelik sürecinde öğrencilerin en sık kullandıkları hemşirelik tanısını belirlemişlerdir; bu tanıları;

- \*Uyku düzeninde bozukluk
- \*Sosyal izolasyon
- \*Bireysel baş etmede yetersizlik
- \*Benlik saygısında bozukluk
- \*Düşünce sürecinde değişim
- \*Kendine ya da başkalarına yönelik saldırganlık potansiyeli
- \*Anksiyete
- \*Sağlığın sürdürülmesinde yetersizlik/ değişimlik
- \*Beslenmede değişiklik/vücut gereksiniminden az besin alımı
- \*Bireysel bakımda/ banyo yapma, hijyenik öz bakımda eksiklik

NANDA tanılarıyla ilgili bir diğer çalışmada, Öz ve arkadaşları tarafından, toplum ruh sağlığı uygulaması yapan son sınıf hemşirelik öğrencilerinde yürütülmüştür. Öğrencilerin 146 aileye yönelik uyguladıkları hemşirelik sürecinde en sık kullandıkları NANDA tanıları aşağıdaki gibidir;

- \*Bilgi Eksikliği
- \*Etkisiz bireysel baş etme
- \*Anksiyete
- \*Rol performansında değişim
- \*Uyku alışkanlığında bozulma
- \*Sosyal etkileşimde bozulma
- \*Konstipasyon
- \*Enfeksiyon riski
- \*Korku
- \*Aile sürecinde değişim

NIC, hemşirelik uygulamalarının standardize edilmiş ayrıntılı sınıflandırmasıdır. Sınıflandırma, hemşirenin hastaya uyguladığı, hem bağımsız ve ekip içindeki uygulamalarını, hem de doğrudan ve dolaylı bakım işlevlerini içermektedir. NIC hem fizyolojik hem de psikolojik girişimleri içerir. Girişimler, bireye, aileye ve topluma yönelik olarak geliştirilmiştir. NOC, hemşirelik girişimlerinin etkinliğini değerlendirmek için geliştirilmiş hasta sonuçlarının kapsamlı, standardize edilmiş bir sınıflandırmasıdır.

Literatürde, Psikiyatri hemşireliği alanında NIC ve NOC'un kullanımıyla ilgili araştırmalar incelendiğinde, bu alanda çok fazla araştırma olmadığı, var olan araştırmalarında daha çok NIC üzerine odaklandığı görülmektedir.

Boomsma ve arkadaşlarının Hollanda'da kriz durumunda ve evde uzun süreli psikiyatrik bakım sırasında kullanılan NIC girişimlerini inceledikleri çalışmalarında sıklıkla kullanılan girişimlerin davranışsal, güvenlik, fizyolojik karmaşık, alanlarına ait girişimler olduğu görülmektedir. Bu iki farklı psikiyatri uygulama alanlarında kullanılan girişimler aşağıda yer alan tabloda verilmiştir.

<b>Kriz Durumunda Psikiyatrik Bakıma Yönelik Girişimler</b>		<b>Uzun Süreli Psikiyatrik Bakıma Yönelik Girişimler</b>	
<b>Sınıf</b>	<b>Girişimler</b>	<b>Sınıf</b>	<b>Girişimler</b>
A. Aktivite ve Egzersiz Yönetimi	Enerji Yönetimi Egzersizin Sağlanması	A. Aktivite ve Egzersiz Yönetimi	Enerji Yönetimi Egzersizin Sağlanması
D. Beslenme Desteği	Beslenme Yönetimi Beslenme Danışmanlığı	D. Beslenme Desteği	Beslenme Danışmanlığı
F. Özbakımın Kolaylaştırılması	Uykunun İyileştirilmesi Özbakımına Yardım İlaç Yönetimi	F. Özbakımın Kolaylaştırılması	Uykunun İyileştirilmesi Özbakımına Yardım İlaç Yönetimi
H. İlaç Yönetimi	Tedavi Yönetimi Reçete Edilen Tedavi Öğretimi	H. İlaç Yönetimi	Tedavi Yönetimi
O. Davranış Terapisi	Aktivite Terapisi Davranış Yönetimi Davranış Uyarılma Ortak Amaç Oluşturma Sorumluluk Almanın Kolaylaştırılması Öfke Kontrol Yardımı	O. Davranış Terapisi	Aktivite Terapisi Davranış Yönetimi Davranış Uyarılma Kendi Farkındalığın Geliştirilmesi Madde Kullanımının Önlenmesi
P. Bilişsel Terapi	Bilişsel Yapılandırma Anımsama Terapisi	Q. İletişimin İyileştirilmesi	Aktif Dinleme Kompleks İlişki Kurma Sosyalizasyonun Geliştirilmesi
Q. İletişimin İyileştirilmesi	Aktif Dinleme Kompleks İlişki Kurma Sosyalizasyonun Geliştirilmesi	R. Baş Etmeye Yardım	Baş Etmenin Geliştirilmesi Danışmanlık Karar Vermeye Destek Duygusal Destek Yas Tutmanın Kolaylaştırılması Boş Zaman Terapisi Güvenliğin İyileştirilmesi Benlik Saygısının Geliştirilmesi Destek Sisteminin İyileştirilmesi Destek Grup
R. Baş Etmeye Yardım	Baş Etmenin Geliştirilmesi Danışmanlık Karar Vermeye Destek Duygusal Destek Yas Tutmanın Kolaylaştırılması Umut Aşılama Mood Yönetimi Var Olma	S. Hasta Eğitimi	Eğitim: Hastalık Süreci

	Boş Zaman Terapisi Güvenliğin İyileştirilmesi Benlik Saygısının Geliştirilmesi Destek Sisteminin İyileştirilmesi		
S. Hasta Eğitimi	Eğitim: Hastalık Süreci	T. Psikolojik Rahatlığın Sağlanması	Anksiyetenin Azaltılması
T. Psikolojik Rahatlığın Sağlanması	Anksiyetenin Azaltılması İntihar Önleme	X. Yaşam Boyu Bakım	Aile Desteği Aile Süreçlerini Sürdürme Aile Bütünlüğünün Sağlanması
U. Kriz Yönetimi	Kriz Müdahale Delüzyon Yönetimi	Y. Sağlık Sistemine Aracılık Etmek	Sağlık Sistemi Rehberliği Taburculuk Planı
V. Risk Yönetimi	Gözetim Gözetim: Güvenlik		
X. Yaşamboyu Bakım	Aile Desteği Aile Süreçlerini Sürdürme Aile Bütünlüğünün Sağlanması Aile Terapisi Bakım verenlere Destek		
Y. Sağlık Sistemine Aracılık Etmek	Sağlık Sistemi Rehberliği Taburculuk Planı		

Wallace ve arkadaşlarının toplum ruh sağlığı alanında yürüttükleri çalışmada da, hemşirelerin kullandıkları NIC girişimlerinin de sıklıkla bu alanlar içinde yer aldığı görülmektedir. Bu girişimler aşağıdaki gibidir;

- \*Vaka yönetimi
- \*Kompleks ilişkiler kurma
- \*İlaç yönetimi
- \*İlişki geliştirme ve sürdürme
- \*Var olma
- \*Gözetme
- \*Geleceğe yönelik rehberlik etme
- \*Sağlık sistemi rehberliği
- \*Problem çözme stratejileri
- \*Aile desteği

NIC'in psikiyatri hemşireliğinde kullanımıyla ilgili araştırmalar incelendiğinde, kullanılan girişimlerin, psikososyal işlevselliği destekleyen ve yaşam şeklindeki değişimleri kolaylaştıran bakımı içeren davranışsal alana, homeostatik düzenlemeyi destekleyen bakımı içeren fizyolojik: karmaşık alana, tehlikelere karşı korunmayı destekleyen bakımı içeren güvenlik ve sağlık bakım sisteminin etkili kullanımını destekleyen sağlık sistemi alanlarına yönelik olduğu görülmektedir.

Literatürde, NOC'a yönelik araştırmaların, belirli hemşirelik sorunlarına yönelik NOC geliştirme şeklinde olduğu belirlenmiştir. Psikiyatri hemşireliğinde NOC'un sıklıkla kullanılan alanlarının, psikososyal sağlık, aile sağlığı, sağlık bilgisi ve davranış alanlarının olduğu görülmüştür.



## **Kaynaklar**

- 1.Çam, O., Özgür, G., Gürkan, A., Dülgerler, Ş., Engin, E. ( 2004) Psikiyatri Hemşireliği Klinik Uygulamalarında Öğrenci Hemşirelerin Hemşirelik Süreci Raporlarının Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 20 (1) : 23-34.
- 2.Öz, F., Babaoğlu, E., Arı, F. ( 2003) Hemşirelik Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Toplum Ruh Sağlığı Uygulamasında Ele Aldıkları Hemşirelik Tanıları. Hemşirelikte Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı. 5-7 Haziran 2003, Ankara
- 3.Boomsma, J., Dassen, T., Dingemans, C., Heuvel, W.( 1999) Nursing Interventions in Crisis-oriented and Long-term Psychiatric Home Care. Scandivian Journal of Caring Sciences ,13, pp: 41–48.
- 4.Wallace, T., O'Connel, S., Frisch, S. ( 2005) What do Nurses do When they Take to the Streets? An Analysis of Psychiatric and Mental Health Nursing Interventions in the Community. Community Mental Health Journal, Vol. 41, No. 4,pp: 481-496

## **PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ BAKIM PROTOKOLLERİ VE ERİŞKİN HASTANESİ DENEYİMİ**

Uzm.Hem.Feryal Uludağ

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemşirelik Müdürlüğü

Psikiyatri kliniklerinde bireyin yaşam aktivitelerini sağlıklı biçimde yerine getirdiği ve güven duygusu hissettiği, fiziksel, psikolojik tehlikelerden, yaralanmalardan uzak tutulduğu güvenli bir ortamın sağlanması gereklidir. Güvenli tedavi edici bir ortamın sağlanması için gerekli olan tüm faaliyetlerin belirlenmiş ve yazılı olarak kaydedilmiş olması gereklidir. Faaliyetlerin ve birbirini izleyen işlerin kim tarafından yapılacağı, nasıl yapılacağı, nasıl kaydedileceği ve hangi kayıtların tutulacağı belirlenmiş olmalıdır.

Kurumlarda temel prosedürler tasarlanmalı bu prosedürlerde bahsedilen ancak detaylı olarak tanımlanmayan faaliyetlerin nasıl ve kim tarafından yapılacağı da talimat ve protokollerle adım adım anlatılmalıdır.

Prosedürler yapılan işin kalitesini etkileyen tüm etkinliklerin nerede kim tarafından nasıl ve ne zaman yürütüleceğinin ve gerektiğinde nasıl kontrol edileceğini açıklayan yazılı dokümanlardır. Talimat ve protokoller ise bir işin basamaklarının nasıl yapılacağını ayrıntılarıyla anlatan kısa basit anlaşılır dokümanlardır. Örneğin kurumda hasta güvenliği prosedürü olmalı bunu destekleyen açıklayan kısıtlama kısıtlama altındaki hastanın bakım protokolü, psikiyatri kliniğinde yatan intihar riski olan hastanın izlem protokolü gibi protokoller ve talimatlar da yazılı olmalıdır.

Hacettepe üniversitesi psikiyatri kliniğinde oluşturulan protokol ve talimatlar aşağıda belirtilmiştir;

- \*Psikiyatri Kliniği Ziyaretçi Kabul Protokolü
- \*Psikiyatri servisinde işbölümü toplantısı yapma protokolü
- \*Psikiyatri bölümünde ortam güvenliğinin sağlanması talimatı
- \*Psikiyatri kliniğinde yatan hastayı kısıtlama protokolü
- \*Psikiyatri servisi hasta teslim alma verme talimatı
- \*Psikiyatri servisinde detoksifikasyon programında olan hastanın bakım protokolü
- \*Psikiyatri servisinde gözlem yazma talimatı
- \*Psikiyatri servisinde gündün toplantısı yapma protokolü
- \*Psikiyatri servisinde hastalara ilaç verme protokolü
- \*Psikiyatri kliniğinde yatan İntihar riski olan hastanın izlem protokolü
- \*Psikiyatri servisinde yatan hastayı tespit gömleğine alma protokolü
- \*Psikiyatri servisinde yeme bozukluğu tanısı ile yatan hastayı izleme protokolü
- \*Psikiyatri servisine hasta kabul protokolü

## **PSİKİYATRİ KLİNİKLERİ VE HASTANELERİNDE KALİTENİN ORTAK DİLİ**

Uzm. Hem. Banu Altuntaş Turasan

SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Kongreyi düzenleyen ve bu oturumda bize yer veren Psikiyatri Hemşireliği Derneği'ne ve kongreye emeği geçen herkese teşekkürlerimi sunarım. Aslında bu tür toplantılar sistemin içinde değişik noktalarda hizmet veren tarafların bir araya gelmesi, sorunların paylaşımı, çözüm yollarının tartışılması ve fikir alışverişinin mümkün olması anlamında çok önemli. Bu sebeplerle kendim ve daire başkanlığım adına şunu belirtmek isterim ki, biz fikir paylaşımı sağlayan bu tür çalışmaları çok önemsiyor ve bu ortamlarda bulunmaktan çok mutluluk duyuyoruz. Hedefimiz bildiğiniz gibi tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında hizmet kalitesinin artırılması, etkin verimli, hakkaniyetli hizmet sunumunun sağlanmasıdır.

Sağlık hizmetlerinin her açıdan daha iyi bir noktaya taşınması için her ülke uluslar arası tecrübeleri de dikkate alarak kendine özgü uygulamalar geliştirmektedir. Bakanlık olarak 2003 yılında başlattığımız çalışmaların bileşenlerinden biri de sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi ve artırılmasıdır. Amaç, sağlık hizmeti sunumunda hizmet kalitesini artırmak, sürekli gelişimi sağlamak, sağlık bakımına ihtiyaç duyan bireylerin ve sağlık hizmeti verenlerin hukukunu ve güvenliğini en üst düzeyde korumak ve israf etmeksizin kaynakları en etkili yolla kullanmaktır.

Dinamik bir yapıya sahip olan sağlık kurumlarındaki hızlı değişim, kalite çalışmalarının da hızlı değişimini ve gelişimini zorunlu kılmaktadır. Bu kapsamda Başkanlığımız tarafından yapılan önemli çalışmalar sonucunda; kamu hastanelerinde uygulanmak üzere "**Hizmet Kalite Standartları**" hazırlanarak, uygulamada önemli bir eksiklik giderilmiştir. Yaklaşık 380 alt bileşenden oluşan "Hizmet Kalite Standartları" uygulamada kurumlarımıza önemli kolaylıklar sağlamıştır. Sağlık hizmetinde önemli bir yer tutan acil sağlık hizmetlerine yönelik olarak "**112 Acil Servis Hizmetleri Kalite Standartları**" hazırlanmış ve bu konuda bir ilk gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, bağımsız bir sağlık hizmeti birimi olarak hizmet veren ağız ve diş sağlığı merkezlerinde hizmet kalitesini artırmak için "**Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri Hizmet Kalite Standartları**" oluşturulmuş ve uygulanmaya başlanmıştır. Bu çerçevede Bakanlığımız ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından, sağlık hizmetlerinde önemli bir paydaş olan özel sağlık kurumlarının verdikleri sağlık hizmetlerinin kalite standartları ile değerlendirilmesine karar verilmiştir. Bu amaçla, Başkanlığımız tarafından "**Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları**" hazırlanmıştır. Tüm bu standart setlerinin oluşturulmasında kaliteli sağlık hizmetinin temel hedefleri olan güvenli, etkili, hakkaniyetli, hasta merkezli, israftan kaçınan ve zamanında verilen, hizmet koşullarının sağlanması esas alınmıştır.

Sürekli iyileştirme ilkesiyle hizmet veren Bakanlığımız, kamu - özel ayrımı yapmadan tüm sağlık kurumlarımızda sağlık hizmetinde kalitenin yükseltilmesi için sahanın ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurarak çalışmalarına devam etmektedir. Bu veriler doğrultusunda kamu-özel-üniversite hastanelerini kapsayan tek bir standarda ihtiyaç duyulmuş olup yeni standart taslağı hazırlanmıştır. Bu revizyon kapsamında gerek Başkanlığımız tarafından gerekse sahadan gelen geribildirimler doğrultusunda var olan Hizmet Kalite Standartlarının Psikiyatri Hastanelerini ve kliniklerini yeterince değerlendiremediği düşünülmüş olup bu alanda yapılan çalışmalar sonrası psikiyatrye özel standartlar hazırlanmıştır. Bu standartların sağlayacağı faydalara baktığımızda öncelikli olarak hastalarımızın yaşadığı ortamları iyileştireceğini, hizmetin her alanında kayıt tutmanın önemini vurguladığını, hasta ve yakınlarının katılımının en az olduğu psikiyatri kliniklerinde hasta güvenliğini ön plana çıktığını görüyoruz. Hizmet sunucuların en büyük bölümünü oluşturan hemşireler standartlarımızın en önemli uygulayıcıları olduğunun bilinciyle özellikle böyle bir sempozyumda bakımın ve hizmetin kalitesini artıracaklarını düşündüğümüz standartların uygulanmaya başlayacağını sizlerle paylaşmaktan gurur duyuyorum. Bu standartlara bazı örnekler verecek olursam;

- \*Psikiyatri kliniğinin genel işleyişi ile ilgili yazılı bir düzenleme bulunmalıdır.  
Bu yazılı düzenleme; hasta kabulü, hastalarla ilgili günlük, haftalık, aylık tedavi ve aktivite planları ile ilgili işleyiş ve sorumluluklar, akut eksite hastalar ve tıbbi sorunlu hastalarla ilgili tedavi yaklaşımları, hasta ve hasta yakınlarına verilecek eğitimler, taburculuk işlemleri ve taburculuk sonrası takip, personelin hizmet içi eğitimi, personel için gerçekleştirilecek, kişisel ve çevresel farkındalık artırma ve psikolojik destek planları gibi konuları kapsamalıdır.
- \*Psikiyatri kliniği hasta odaları gerekli fiziki koşulları sağlamalıdır.
  - a) Hasta odaları en fazla iki kişilik olmalıdır.
  - b) Her hastanın tanımlanmış yatağı olmalıdır.
  - c) Odalardaki camlar kırılmaz olmalıdır.
  - d) Pencereler düşmeyi engelleyici şekilde yarı açılır ya da açılmaz olmalıdır.
  - e) Odalarda kişisel kullanım için duvara monte birer dolap ve komodin bulunmalıdır.
  - f) Odaların boya rengi, uyarıcı olmamalıdır, dinlendirici olması açısından pastel renklerden seçilmelidir.
  - g) Odalardaki etajer, masa ve dolaplar ahşap malzemelerden yapılmalı ve hastaların kendilerine zarar vermelerini önlemek açısından köşeleri keskin olmamalıdır.
  - h) Havalandırma yeterli olmalıdır.
  - I) Her hastanın özel eşyalarını koyabileceği kendisine ait dolabı olmalıdır.
- \*Hastaların kılık kıyafetlerinin temiz olması sağlanmalıdır.
- \*Hastaların tıraş ve saç bakımının belirli bir periyotta yapılması sağlanmalıdır.
- \*Hastaların en az bir saat açık havadan faydalanabilecekleri bahçeler olmalı ve dışarı çıktıkları zaman dilimleri kayıt altına alınmalıdır.
- \*Kurum güvenlik risklerini tanımlamalı ve yönetmelidir.
- \*Psikiyatri servisi içinde olabilecek acil durumlar için planlar hazırlamalıdır.  
Bu planlar; acil durumlarda personelin ve hastaların güvenliğinin nasıl sağlanacağını ve gerektiğinde tahliyenin nasıl yapılacağını içermelidir.

## **PROTOKOL OLUŞTURMADA GEREKLİLİKLER, GEÇİŞTE YAŞANAN ZORLUKLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

Uzm. Hem. Sevgi Bakır

H.Ü Erişkin Hastanesi Hemşirelik Müdürü

Günümüzde hemşireler, bireyin ve toplumun gelişen - değişen sağlık gereksinimlerinin karşılanması ile ilgili rol ve işlevlerinde başarılı olabilmek için sorumluluklarını tekrar gözden geçirmek zorundadır. Tartışmasız hemşirenin en önemli sorumluluğu hasta bakım kalitesini güvence altına almak ve hasta güvenliğini sağlamaktır. Profesyonel hemşire, bakım verdiği bireyin gereksinimlerini belirlemeli, önceliklendirmeli, araştırma bulgularının ışığında bakım planını oluşturmalı, uyguladığı bakım aktivitelerini kaydetmeli ve sunduğu bakımın sorumluluğunu almalıdır. Bu anlayışla oluşturulan hedeflere ulaşmak için bakım standartlarının belirlenmesi gerekmektedir. Hemşirelik bakım standartlarının geliştirilmesi, bakım kalitesinin artırılması ve ortak bakım dilinin oluşturulması hemşirelik protokolleri ve talimatları ile sağlanabilir.

Hemşirelik Bakım Protokolleri;

- \*Profesyonel hizmet anlayışını geliştirir
- \*Uygulamaları ortak bir düzen içinde standartlaştırır
- \*Bakımın etkinliğini değerlendirme olanağı sağlar
- \*Kaynakların (işgücü, zaman v.b) verimli kullanımını sağlar, maliyeti düşürür
- \*Hasta güvenliğini destekler, hata riskini azaltır
- \*Hasta ve çalışan memnuniyetini sağlar
- \*Ekip üyeleri arasında etkin iletişimi sağlar
- \*Çalışanın kendini güvende hissetmesini sağlar
- \*Yeni başlayan /öğrenci hemşirenin oryantasyonu kolaylaştırır
- \*Hemşirelik rol ve işlevlerinin tanımlanmasına olanak tanır

Hemşirelik bakım protokolleri, kanıta dayalı doğru bilgiyi içermeli, uygulanabilir ve ulaşılabilir olmalı, değişen bilgi ve yöntemler ışığında güncellenmelidir. Protokoller hazırlanırken ortak akıl oluşturmak amacıyla olabildiğince çok ekip üyesini sürece katmak değişimin uygulayıcılar tarafından kabul edilmesini de kolaylaştırır.

Hacettepe Hastanelerinde "JCI Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları" benimsenmiştir. Aynı sağlık problemi ve bakım gereksinimi olan hastalar kurumun tümünde aynı kalitede bakım alma hakkına sahiptir. Her hastaya verilen bakımın bütünleştirilmesi ve koordine edilmesi hasta bakım prosedürü ile tanımlanmıştır. Kurumda hemşirelik bakım standartlarının geliştirilmesi, bakım kalitesinin artırılması ve ortak bakım dilinin oluşturulması için gerekli organizasyonları yapmak üzere Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Hemşirelik Hizmetleri Müdürleri ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlük çalışanlarından oluşan bir komite oluşturulmuştur.

Komitenin görevleri:

- \*Hemşirelik protokollerinin, bakım kayıt araçlarının oluşturulması ve revizyonu (*Protokol Hazırlama Alt Grupları ile birlikte*)
- \*Kullanılan skalaların ve formların basımı, dağıtımı, gruba tanıtılması, revizyonu
- \*Hazırlanan skalaların uygulamada kullanımının değerlendirilmesi
- \*Elektronik ortamda oluşturulan hasta bakım planlarının geliştirilmesi
- \*Bası yarası, ağrı ve düşme değerlendirmelerinin uygunluğunun ve bakım planına uyumunun takibi
- \*Bildirilen düşme olaylarının ayrıntılı değerlendirilmesi ve kayıt altına alınması
- \*Hasta güvenliği ve bakım standartlarının iyileştirilmesi ( *hasta güvenliği ile ilgili*)
- \*Protokol revizyonu, skala, form vb. değişikliklerde ekibi bilgilendirmek ve yeni duruma uyumu sağlamak
- \*Hazırlanan protokol talimat ve revizyonların Kalite Koordinatörlüğü tarafından yerel ağ ortamında yayımlanmasını sağlamak
- \*Bilgilendirme broşürleri oluşturmak, oluşturulmasında danışmanlık yapmak

## **PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE PROTOKOL OLUŞTURMA SÜREÇLERİ: CERRAHPAŞA ÖRNEĞİ**

Uzm.Hem. Sevda Özel Goodal

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri A. B. D.

Son yıllarda dünyada meydana gelen hızlı gelişme ve değişimler her alanda olduğu gibi sağlık bakım sistemi üzerinde de etkisini göstermektedir. Toplum, nüfus özellikleri, ekonomi, politika ve teknolojiye bağlı değişimler hem sağlık bakım sistemindeki talepleri, hem de bu talepleri karşılamak için oluşturulan yöntemleri yönlendirmektedir. Bu gibi faktörler sağlık bakımının maliyetini yükseltmiştir. Diğer taraftan kalite kavramının sağlık bakım hizmetlerine yansmasıyla sağlık kurumları, artan talepleri sınırlı kaynaklara rağmen kaliteli bir hizmet sunarak karşılamak durumuyla yüz yüze gelmiştir. Bu durum birçok sağlık kurumunu düşük maliyetli ve kaliteli bir hizmet sunma arayışına yöneltmiştir. Vaka yönetimi bu amaca yönelik olarak geliştirilen bir yöntemdir.<sup>1,4</sup>

İlk defa endüstri alanında kullanılmış olan bakım protokolleri, bir planlama ve yönetim aracı olarak kullanılmak üzere geliştirilmiş ve 1980'lerde sağlık alanında kullanılmaya başlanmıştır. Literatürde bakım ya da uygulama protokolü klinik yol (clinical pathway), kritik yol (critical pathway /paths), bakım yolu (care path) terimleri ile ifade edilir. Bakım protokolü önceden belirlenen hasta bakım sonuçlarına ulaşmak için ilgili disiplinler tarafından yapılması gereken aktiviteleri belli bir zaman çizelgesi üzerinde gösteren, multidisipliner bir klinik yönetim aracıdır.<sup>1,4,6</sup>

Vaka yönetiminin önemli bir bileşeni olan bakım protokolü vaka yönetiminin etkinliğini artırır. Hastanelerde ilk bakım protokollerinin çoğu hemşireler tarafından yalnızca hemşirelik bakımını yansıtabilecek şekilde geliştirilmiştir. Ancak daha sonra bakım protokolü, hasta bakımının tüm yönlerini kapsayacak şekilde multidisipliner bir ekip tarafından oluşturulmaya başlanmıştır.<sup>4</sup>

Vaka yönetimi ve bakım protokolü maliyeti düşük ve kaliteli bir sağlık bakım hizmeti sunmak amacıyla özellikle gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Araştırmalar bu yöntemlerin bakımın kalitesi, maliyeti hasta memnuniyeti ve sağlık personelinin iş doyumunu üzerindeki olumlu etkilerini desteklemektedir. Bu açıdan bakıldığında vaka yönetimi ve bakım protokolü, ülkemizde de sınırlı olan kaynakların etkili bir şekilde kullanılmasına, bakım kalitesinin yükseltilmesine ve ayrıca kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına katkıda bulunan sistematik bir yöntemdir. Bilimsel düzeyde hemşirelik uygulamalarına olanak sağlamaları nedeniyle bu protokollerin hazırlanması, geliştirilmesi ve ülkemizde kullanılmaya başlanmaları önemlidir.<sup>1,2,6</sup>

Tüm bu gereklilikler doğrultusunda Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nün rehberliğinde İ.Ü. C.T.F. Psikiyatri Anabilim Dalı hemşireleri psikiyatri servislerinde yatan hastaların en çok gereksinimleri duydukları bakım gereksinimlerini saptamak için yaptıkları geçmişe dönük veri tarama ön çalışması akabinde hemşirelerin en sık kullandıkları hemşirelik uygulamaları belirlenmiştir. Bu bilgi doğrultusunda psikiyatri servisine özgü hemşirelik uygulamaları belirlenerek servisimizde çalışan her hemşire bakım protokollerinin hazırlanmasında aktif görev almıştır.<sup>3,5</sup>

Sunum içerisinde ön çalışma sonrası veriler, bakım protokolü hazırlanacak hemşirelik uygulamalarının saptanması, protokol hazırlama sürecinde temel alınan esaslar ve örnek bir protokol çalışması hakkında bilgi verilecektir. Cerrahpaşa hemşireleri olarak dileğimiz kendi gereksinimlerimiz doğrultusunda oluşturduğumuz bakım protokollerinin daha geniş hemşire kitlelerinin uygulamalarına ışık tutmasıdır. Eleştiriler daha gelişmiş bakım protokollerimizin oluşturmada bizi motive edecektir.

## **Kaynaklar**

1. Birol, L. Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir, 1997.
2. Gail W. S. Evidence-Based Psychiatric Nursing Practice: Rhetoric or Reality. J Am Psychiatr Nurses Assoc 2001; 7; 103
3. Kamışlı, S., Dastan, L. Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelik Uygulamaları ve Bu Uygulamalara Yönelik Hasta Görüşleri. C.U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008 12 (1)
4. Kayahan, M., Aksoy, Ş. Psikiyatride Vaka Yönetimi ve Vaka Yönetimi Metodunda Hemşirenin Rolü. T Klin J Med Ethics 2001,9
5. Öz, F. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakım Hizmetinden Beklentileri ve Karşılama Durumu. Kriz Dergisi 11 (2) 7-18
6. Yıldırım, A. Hemşirelik Bakım Protokolleri El Kitabı, İ.Ü. Basımevi müdürlüğü, İstanbul, 2001

## **POLİKLİNİK, ACİL SERVİS VE YATAKLI SERVİSE KABUL VE İZLEM PROTOKOLLERİ**

Uzm. Hem. Selma Çimen

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Psikiyatri Hastane veya kliniklerinde Kurum işleyişi, mevcut personel durumu ve psikiyatri servisleri açısından farklılıklar mevcuttur. Fakat temel yaklaşımda (hasta tedavi ve bakımının) vakanın doğru anlaşılması ve yönetilmesi büyük önem taşır.<sup>1,4,5,7</sup> Özellikle Acil poliklinik, Acil Psikiyatri servisleri ve yataklı servislerde psikiyatrik tablolar kaos ortamına neden olabilmektedir. Ortamın düzenlenmesinde psikiyatri sağlık ekibinin bilgi, deneyim sahibi olması oldukça etkilidir.<sup>1,4,5</sup>

Psikiyatri hemşiresi ruh sağlığının sağlanması ve sürdürülmesinde etkin rol oynamakta; genellikle hastanın (danışanın) ilk karşılaştığı kişi olmaktadır. Psikiyatrik hasta kabul ve izleminde; hemşirenin bilgi, beceri deneyiminin yanı sıra yapılandırılmış ve standardize edilmiş bakım ve tedavi yaklaşımları süreç üzerinde sağlıklı ve iyileştirici bir etki yaratmaktadır.<sup>2, 3,6</sup>

2009 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Cenel Psikiyatri polikliniği'ne yaklaşık olarak (KLP, Geropsikiyatri, Psikoz poliklinikleri dışında) 7000, Acil Polikliniğe 1037, yataklı birimlere 863 hasta kabulü yapılmış olduğu saptanmıştır.

Hasta kabulü sırasında hastanın kendi isteği (hastalıkla ilgili iç görüşü) veya kendi isteğinin dışında(zorla, polis ile ,kandırılarak) başvurusu tedavi ve bakımının yapılandırılmasında birincil öneme sahiptir. Hemşire Acil birimlere veya servislere hasta kabulünde çok hızlı bir şekilde veri toplama, tanılama, risk faktörlerini, güvenlik önlemlerini ve yaklaşımı belirlemesi gerekmektedir. Kendisine zarar verme (agresyon, ajitasyon, öz kıyım, suistimal), konversiyon nöbetleri, deliryum, yas, panik atak, ilaç yan etkileri sık karşılaştığımız hemşirenin acilen tanınması ve müdahale etmesi gereken durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır.<sup>3,5,7</sup>

Poliklinik ve yataklı servislerin yapısına göre en sık karşılaştığımız, hemşirelik müdahalesini gerektiren işlevler belirlenerek, oluşturduğumuz çalışma grupları ile yapılandırılmış hemşirelik bakım ve yaklaşım protokolleri oluşturulmuştur.<sup>3</sup>

Hasta kabul ve izlenimine yönelik hemşirelik yaklaşımlarının yapılandırılması ve standardize çalışmalarımız 2000 yılından itibaren devam etmektedir.

### **Kaynaklar**

- 1.Baştürk M (2008). Psikiyatrik Aciller, Ed:İşık E, Taner E, İşık U, Güncel klinik psikiyatri. Ankara; 511-523
- 2.Birol L (1997). Hemşirelik süreci. İzmir
- 3.Hemşirelik Bakım Protokolleri (2001). Ed: Yıldırım A, İstanbul; 375-447
- 4.Howard S.S (2007) Psikiyatrik Aciller, Sudock jB, Sudock VA, eds, Compherensive textbook of Psychiatry. 8 Basım. İstanbul; 2442-2470
- 5.Jorge R. P (2008). Acil Psikiyatri El Kitabı, Çev: Çoştun M, İstanbul; 22- 220
- 6.Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı (2000) Ed: Kum N,İstanbul; 4-22
- 7.Şuer T (2008) Psikiyatrik Aciller. Türkiye'de sık karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Ed: Uğur M, Balcioğlu İ, Kocabaşoğlu N. İstanbul; 193-196



## **AKUT PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE TERAPÖTİK ORTAM OLUŞTURMAK**

Hem. Zeynep Koç

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

İnsan psiko-sosyal bir varlıktır ve çevresinden etkilenmektedir. Ruhsal salığının bozulması ile birlikte tıbbi desteğe ihtiyaç duyan bireye hazırlanan ortama terapatik ortam (Tedavi edici ortam) denir. Bu ortam bireyin fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılayan, bakım ve tedavi anlamında doyuma ulaştıran ortamdır.<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

Tedavi edici ortamın amaca hizmet etmesi için emniyet, yapı, normlar, sınırlar, denge ve esneklik unsurlarını içermelidir. Klinisyenlerin tedavi süresinde ve kriz anlarında etkili iletişim becerisine ve yeterli donanıma sahip olması gerekmektedir. Ayrıca klinisyenin hastayı iyi analiz etmesi, sorunları / bulguları ayırt etmesi, tanınması ve en yararlı tedavi ve bakımı sunması gerekmektedir. Ortamı oluşturan ekibin ise (hekim, hemşire, psikolog, uğraş terapisti vb.) bir bütünlük sağlaması gerekmektedir. Hemşireler ise bu ortamın biçimlendiricisi, yöneticisi ve kurucusudur.<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

Kliniklere göre belli doğrular ve genel uygulamalar olsa da bazen duruma ve kişiye özel stratejiler geliştirmek gerekir.

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri A.B.D. olarak yirmi yataklı erkek, yirmi yataklı kadın, on üç yataklı geropsikiyatri ve on yataklı konsültasyon-iyazon (KLP) psikiyatrisi servisleri olarak hizmet vermektedir. Kadın ve erkek servisleri koşu şeklide olup hastaların ortak kullanabilecekleri televizyon izleme, toplu sohbet etme alanı mevcuttur. Geropsikiyatrisi ve KLP servisleri bir, iki ve dört yataklı odalar şeklindedir, bu servislerde de hastaların kullanabileceği TV ve uğraş odası mevcuttur. Hemşirelerimiz hastalara bireysel ve grup terapatik ortamları oluşturmak için işbirliği içerisinde çalışmaktadır. Diğer klinik üyeleri de çalışmalara destek sağlamaktadır.

### **Kaynaklar**

- 1.Babuçoğlu O. Ergen Madde Bağımlılığı Servislerinde Hemşirelik, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2009, 1-41.
- 2.Oflaz F. Psikiyatri Kliniklerinde Tedavi Edici Ortam Kavramı ve Hemşirenin Sorumlulukları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006;7:55-61.
3. Songül K. ve ark. Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelik Uygulamaları ve Bu Uygulamalara Yönelik Hasta Görüşleri. C.U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(1):45-51.
- 4.Doğanavşargil Ö. ve ark. Tepapötik İşbirliği Neden Önemli? Psikiyatri Yakınması "Olmayan" Bir Aile İçi Şiddet Olgusu. Ege Üniversitesi Psikiyatri A. B. D., İzmir, 165-166.
- 5.Gökçe S. Psikolojide Müziğin Kullanılması: Örnek Çalışma. Müzik Eğitim Yayınları,1-5.
- 6.Saydam B. Sosyal Psikiyatride Ekip Çalışması ve Terapatik Demokrasi. Kriz Dergisi 2(1): 197-202, 197-198.

## **ANESTEZİLİ EKT UYGULAMA PROTOKOLÜ**

Uzm.Hem. Hacer Atik

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH

Günümüzde ruhsal bozukluklarda sağaltım ilaç sağaltımı, psikoterapiler ve somatik tedavi yöntemleri olmak üzere üç ana başlık altında toplanabilir. Somatik tedavi yöntemleri içinde psikoşirürji, ışık sağaltımı, uyku yoksunluğu sağaltımı ve ülkemizde sık kullanılan elektrokonvülsif tedavi yer almaktadır.

Elektrokonvulsif Tedavi, beyin dokusunu elektrik akımıyla uyararak yaygın (jeneralize) konvülsiyonlar oluşturma işlemidir. Psikiyatri tarihinde geçmişten günümüze kadar insülin koması, kardiazol şoku gibi çeşitli şok ve koma yöntemleri kullanılmıştır. İnsanda elektrik akımıyla konvülsiyon oluşturmaya, ilk kez 1938 yılında Cerletti ve Bini gerçekleştirmiştir.

Türkiye’de ilk EKT 1946 yılında Dr. Hüseyin Kerem TUNAKAN tarafından Fransız La Paix hastanesinde yapılmıştır. Dr. Mazhar Osman UZMAN 1949 yılında Bakırköy Akıl Hastanesinde kendi tasarımı olan aletlerle EKT uygulamıştır. Bakırköy Hastanesinde o yıllarda EKT için “Mazhar Osman’ın Bülbülü” adı verilmekteydi. Çünkü bu tedavi konuşmayan, hareket etmeyen hastaları düzeltiyor ve bülbül gibi şakıyordu.

Genellikle;

- \*Yüksek intihar riski,
- \*Depresyona, maniye, şizofreniye bağlı hızla bozulan fiziksel durum (yeme-içme reddi),
- \*Psikomotor retardasyonla giden ağır depresyon,
- \*Psikotik özellikler,
- \*İlaçlara zayıf yanıt veya yanıtızlık,
- \*Standart ilaç tedavisi ile ilgili risklerin EKT risklerinden fazla olması; özellikle tıbbi açıdan duyarlı ya da yaşlı hastalarda,
- \*EKT’ye iyi yanıt öyküsü,
- \*Hastanın tercihi,
- \*Yüksek homisid riski,
- \*Aşırı süreğen ajitasyon,
- \*Konfüzyon,
- \*Şizofrenide ani ya da yakın zamanda başlayan pozitif semptomlar,
- \*Psikotik semptomlara yanıt olarak oluşan antisosyal davranış,
- \*Negatif şizofrenide yalnızca belirgin depresyon semptomları olduğunda,
- \*Şizofreniform bozukluk,
- \*Şizoafektif bozukluk,
- \*Akut paranoid sendromlar,
- \*Gebelik,
- \*Postpartum affektif psikoz,
- \*Kalp-dolaşım bozukluğu, prostat hipertrofisi, glokom, emzirme gibi nedenlerle ilaç verilemeyen durumlarda EKT tercih edilen tedavi yöntemidir.

Multipl Monitorize Elektrokonvulsif Tedavi, Koruyucu Elektrokonvulsif Tedavi, Yalın Elektrokonvulsif Tedavi, Anestezili Elektrokonvulsif Tedavi Elektrokonvulsif Tedavi Uygulama Çeşitleri arasında yer almaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği(APA); güvenilir ve kabul edilebilir bir EKT uygulaması için anestezi, kas gevşetici ve oksijen desteği koşullarını koymaktadır.

### **EKT Öncesi Önemli Noktalar;**

- \*EKT kesinlikle deneyimli uzman hekim denetiminde ve hekim tarafından yapılmalıdır.
- \*Ayrıntılı psikiyatrik öykü alınmalı, EKT nedeninin tam belirlenmelidir.
- \*Fiziki muayene, tıbbi, nörolojik ve anesiyolojik değerlendirilmelidir.
- \*Eğer psikiyatrik rahatsızlığına eşlik eden tıbbi bir hastalık varsa bu amaçla devam eden tedavileri gözden geçirme, daha ileri inceleme, test ya da konsültasyonlara gerek olup olmadığına karar verilmelidir.
- \*Hastaya ve ailesine EKT kararının nedenleri ve EKT hakkında bilgi verilmelidir. EKT’nin

güvenilir ve etkili bir tedavi yöntemi olduğu anlatılmalı, EKT hakkında yanlış bilgiler, önyargılar ve korkular giderilmeye çalışılmalıdır. Hasta ve ailesinden gerekli yazılı izin alınmalıdır.

### **Bakırköy Ruh ve Sinir hastalıkları hastanesinde EKT olacak hasta fiziksel olarak hazırlanırken;**

- \*Hasta anestezi öncesi en az 6 saat aç bırakılmalı, hastanın oral alıp almadığı çok iyi takip edilmez.
- \*Elektrot kantağının sağlanması için hastanın saçlarının temiz olmasını sağlar.
- \*Hastanın rahat giysiler giymesi sağlanmalı, solunumu güçleştirecek düğme, yaka, kemer gibi şeyler gevşetilir.
- \*Takma diş, protez vb çıkartılır.
- \*Mesanenin boş olması sağlanır.
- \*Hastanın yaşam bulguları kontrol edilir.
- \*İV anestezi ve kas gevşetici uygulanabilmesi için damar yolu açılır.
- \*Hastanın kaygı ve korkuları azaltılmaya çalışılır, hastaya güven verilmesi sağlanır ve destek olunur.
- \*Oral salgıların azaltılması amacıyla uygulamadan yarım saat hekim istemine göre önce kas içine 0,5 mg atropin uygulanır.
- \*Yapılacak işlem öncesi hastaya işlem hakkında bilgi verilmeli, gerekli açıklama yapılır.
- \*Hastaya damar yolu açılır

Anestezili Elektrokonvulsif Tedavi Ekibi içinde psikiyatri uzmanı(koordinatör), anestezi uzmanı, anestezi teknisyeni, psikiyatri uzmanı (müdavi hekim), sorumlu hemşire, hemşire, tıbbi personel bulunmaktadır.

Anestezili Elektrokonvulsif Tedavi Ünitesinde, bekleme odası, hazırlık odası, uygulama odası, derleme odası, son bekleme odası bulunmaktadır.

### **Anestezili Elektrokonvulsif Tedavi Sonrası İzlem;**

- \*Spontan solunum geri döndükten, vital fonksiyonlar normal hale geldikten ve hasta uyanmaya başladıktan sonra anestezi ekibinin onayı ile hasta derlenme odasına alınır.
- \*Aspirasyon olasılığına karşı hasta yan yatırılır.
- \*Hastanın vital fonksiyonları 15 dakikada bir ölçülür.
- \*Derlenme odasında hastalar vital fonksiyonlar, uyanma esnasında ortaya çıkabilecek ajitasyonlar, bununla bağlantılı düşmeler ve erken dönemde yeniden nöbet açısından yakından izlenmelidir. Ajitasyonlar esnasında yumuşak bir yaklaşımla emniyet duygusu temin edilmeye çalışılmalı ve hasta korunmalıdır.
- \*Hastaya ismiyle seslenilerek uyandırılmaya çalışılır.
- \*Hasta uyandıktan sonra bir süre bilinç bulanıklığı (konfüzyon) içinde kalabilir. Bu nedenle görevli hemşire tarafından yakından gözlemlenir.
- \*Baş ağrısı, mide bulantısı, kusma, kırı, kardiyak etkiler (sinüs bradikardisi, taşikardi, bradikardi, bradiaritmiler, taşiaritmiler), EKG'de ST ve T dalga değişiklikler oluşmamış (infra) nöbet, uzamış nöbet, geç (tardif) nöbet, kas ağrıları, konfüzyon, bellek bozuklukları (anterograd, retrograd ve özyaşamsal amnezi) Kafa içi basınç artışı, malign hipertermi, hipertansiyon gibi komplikasyon oluşup oluşmaması yönünden hasta değerlendirilmelidir.
- \*Hastanın bilinci yerine gelene kadar hastayı oryante etmelidir.
- \*Hastanın ateşini, kan basıncını ve nabzını ölçer ve kaydeder.
- \*Yatak kenarlarını kaldırarak hastanın güvenliğini sağlar.
- \*Hastanın oryantasyonu sağlandıktan sonra, hasta iyileşme alanından odasına alınmaya kadar eşlik eder.
- \*Hastayı odasında gözler ve oryantasyonunu değerlendirir.
- \*Hastanın baş ağrısı, kas ağrısı gibi şikâyetleri varsa hastaya parasetamol vb. analjezikler verir.
- \*Hastada hafıza değişikliği varsa bu durumun birkaç hafta içerisinde geçeceğini bildirir
- \*Hastanın mide bulantısı varsa antiemetik verir.

\*Nöbet tesliminde nöbete gelen hemşireye; hastanın durumu, verilen medikasyon, hastanın davranışları ve tedaviye yanıtı hakkında bilgilendirir

Hastanın hemşiresi işlem öncesinden itibaren her aşamayı **Anestezili EKT Hemşire İzlem Formuna** kayıt eder.

### **Kaynaklar**

- 1.Aştı N. (1987). Elektro Konvulsif Tedavi Uygulanacak Psikiyatri Hastalarında Gözlenen Korku ve Anksiyetenin Giderilmesinde Terapötik Hemşirelik Yaklaşımının Etkisini Araştırmak. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ç Pektekin).
- 2.Babaoğlu A. (2002). Psikiyatri Tarihi. Okuyan Us Yayınevi. İstanbul. s.208–216.
- 3.Evlice YE (1997). Elektrokovülsif Terapi. İçinde: Psikiyatri Temel Kitabı. Ed: Güleç C, Köroğlu E, MedicoGraphics Ajans ve Matbaacılık, Ankara, s.1019–1034.
- 4.Öztürk O.(2004).Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.10 Baskı, Feryal Matbaası, Ankara, s.605–683.
- 5.Tomruk NB, Kutlar MT, Mengeş OO, Canbek Ö, Soysal H. (2007). Elektrokonvülsif Tedavi Klinik Uygulama El Kitabı. Ece Matbaacılık, İstanbul
- 6.Tomruk NB, Oral T. (2007). Elektrokonvulsif Tedavinin Klinik Kullanımı: Bir Gözden Geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: 302–309.

## **AGRESYON DURUMLARINDA UYGULANAN HEMŞİRELİK PROTOKOLLERİ**

Uzm. Hem. Selda Aydın

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH

Agresyon (saldırganlık), bedensel ve ruhsal açıdan başka bir insana, canlıya, çevreye zarar verme amacına yönelik tahrip, öfke ve nefret yüklü davranışlar olup; güç ve baskı anlamında kullanılan psikomotor bir davranıştır.

Agresyon ifade tarzına göre;  
Sözel Agresyon

### Fiziksel Agresyon

- \*Objelere karşı fiziksel agresyon
- \*Başkalarına karşı fiziksel agresyon
- \*Kendisine karşı fiziksel agresyon

Çalışmalarda psikiyatri kliniklerinde en sık görülen agresyon türünün sözel agresyon olduğu belirtilmektedir. Psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların kendisine, personele ve diğer hastalara karşı gösterdiği agresyon önemli bir problemdir ve sağlık personeli ekibi tarafından sürekli değerlendirilmesi etkin tedavinin ilk şartıdır.

### **Psikiyatri servislerinde kullanılan kontrol yöntemleri**

Psikiyatri servislerinde hastaların ve çalışanların saldırgan davranışlarından zarar görmesini önlemek amacıyla kullanılan yöntemler, "Kontrol Yöntemleri" olarak tanımlanmaktadır.

- \*Mekanik Kısıtlama
- \*Fiziksel kısıtlama (Bedensel tespit, tedavi edici tutma)
- \*İzolasyon (Tecrit)
- \*Mola verme yöntemi
- \*Özel gözlem
- \*Ağ yatak
- \*Lüzum hali tedavi uygulaması
- \*Zorla/İstem dışı intramuskuler (trankilizan) sedasyon (kimyasal kısıtlama)

Agresyonun yönetimi içinde en önemli adım başlangıçta hastanın zarar verme olasılığı en az iken değerlendirilebilmesi ve ilaç tedavisi, tecrit etme ya da fiziksel kısıtlamalardan önce davranışsal ve çevresel değişikliklerle ilgili yolların kullanılabilmesidir.

**Profesyonel kontrol yöntemlerinin uluslararası kullanım şekilleri** ülkeler arasında farklılıklar mevcuttur. İngiltere'de mekanik kısıtlama kullanılmayıp, izolasyon, fiziksel kısıtlama ve aralıklı ve sürekli gözlem, Hollanda'da mekanik kısıtlama ve izolasyon, Norveç'te açık alan izolasyonu, Finlandiya istem dışı ilaç uygulamalarından ziyade mekanik kısıtlama ve izolasyon, Çek cumhuriyeti, Avusturya ve Rusya'da ağ yataklar, İsviçre'de izolasyon Almanya, ABD ve Türkiye'de ise daha çok *mekanik kısıtlama* yöntemi kullanılmaktadır.

Hasta ve Sağlık Ekibi açısından kullanılan yöntemlerin işlevselliğine yönelik bazı ikilemler ortaya çıkmaktadır. Sağlık ekibinde kişileri kontrol altına almanın saygınlığına, mahremiyetine, bütünlüğüne müdahale olarak değerlendirenler olduğu gibi, terapötik bir girişim olarak değerlendirenler de bulunmaktadır.

Hastalar; tecriti bir cezalandırma olarak algılamakta, ilaçları tecrit ve tespite tercih etmekte, tecrit ve tespit için küçük sorunlar için ve ekibin güç ve kontrol göstermesinin bir yolu olarak kullanıldığına inanmaktadırlar.

Ulusal Devlet Akıl Sağlığı Programı Direktörleri Birliği (NASMHPD), tecrit ve tespiti "güvenlik için son çare.....tedavi edici bir müdahale değil" şeklinde tanımlamaktadır.

### **Yöntemler**

Tedavi ekibi tehdit oluşturan durumları ortadan kaldırmak ve hastanın tedavisinin devamlılığı, hasta ve çevresinin güvenliği için müdahale de bulunma gereksiniminde bulunabilirler.

Tecrit ve tespit tehlikeli davranışlara karşı kullanılacak son seçenek olmalıdır. Bu yöntemler hastaları cezalandırma amacıyla, çalışanların rahatlığı veya bir tedavi programının yerine kullanılmamalıdır.

### **Kontrol yöntemleri ile ilgili prosedürler ve rehberler**

Son yıllarda çalışanları ve hastaları koruyabilmek için "Kontrol yöntemlerinin" kullanımına yönelik politikalar ve prosedürler geliştirilmektedir ve yeni mevzuat, öneriler, mesleki kılavuzlar ortaya çıkmıştır.

İngiltere ve Galler için, Ulusal Klinik ve Sağlık Mükemmeliği Enstitüsü Rehberi (**NICE**) bunlardan biridir. **NICE**'in (2005) odak noktası, fiziksel girişimler, izolasyon ve gözlem uygulamalarına yöneliktir.

Avrupa İşkenceyi ve İnsanlık Dışı veya Onur Kırıcı Muamele veya Cezaları Önleme Komitesi (**CPT**), kısıtlama veya izolasyon kullanımıyla ilgili kesin bir politika olmasını ve olayların ayrıntılı bir şekilde düzenli olarak kaydedilmesini ve izolasyon veya başka kısıtlama yöntemleri uygulanan hastalara işlem sonrası açıklama yapılmasını önermektedir.

Kısıtlama ve izolasyon yöntemlerinin kullanımına ilişkin kurallar, İngiltere'de Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (**NPSA**) (2006) ve ABD' de Sağlık Kurumlarında Akreditasyon Komisyonu-**JCAHO-** (2005) tarafından belirtilmektedir.

Ülkemizde profesyonel kontrol yöntemlerinin uygulamalarına ilişkin standart yönergeler henüz yoktur. Özel dal hastanelerinde son yıllarda Tespit Uygulama Yönergeleri hazırlanmış ve uygulamalar kayıt altına alınmaya başlanmıştır.

**Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak** Hasta Tespit Talimatı, Hasta Tespit Formu ve Tespit Defteri kullanılmaktadır.

**Hastanemizde Uygulanan Hasta Tespit Talimatı aşağıdaki maddeleri içermektedir:**

- \*Hastanın tespit edilmesinde doktor tarafından karar verildiğinde bu talimata uyulmalıdır.
- \*Tespit kararını vermeden önce diğer seçenekler (Sözel olarak sakinleştirme, yakın gözlem, ilaç uygulaması vb.) öncelikle denenmelidir.
- \*Tespit hasta sakinleştirmede ve mümkün olduğu kadar en kısa zamanda sonlandırılmalıdır.
- \*Tespit edilme nedeni hastaya açıklanmalıdır.
- \*Hasta ve çevresindeki riskler belirlenmelidir. Bu riskler aşağıda sıralanmıştır:
  - Başka bir hastaya saldırgan davranış.
  - Tedavi ekibine saldırgan davranış.
  - Başka bir kişiye (bir hasta veya tedavi ekibi dışında) saldırgan davranış.
  - Kendisini yaralama.
  - Eşyaya yönelik şiddet.
  - Şiddet davranışında bulunma (başkasına, etrafa veya kendine yönelik tehdit).
  - Aşırı gürültü çıkarma ve davranış bozukluğu, tedavi ortamını bozma.
  - Servisten izinsiz çıkmaya teşebbüs.
  - Konfüzyon -Deliryum.
- \*Hasta ve çevresindeki risk belirdikten sonra hasta, doktor isteğiyle gözlem odasında tespiti alınır.
- \*Gözlem odasında tespit edilen hastanın yanında tespit edilmeyen başka bir hasta bulundurulmamalıdır.
- \*Tespit alınan hastanın adı soyadı, tespit edilme nedeni, tespit yeri, istemde bulunan doktorun kaşesi ve gözlem saatleri belirtilerek tespit defterine ve Hasta Tespit Formuna kayıt edilir.
- \*Hasta tespitinde gömlek tespitine göre yatak tespiti tercih edilir.
- \*Tespitteki hastanın izlemi yüz yüze yapılır.
- \*Hasta hemşire veya sağlık memuru tarafından 15.dk.'da bir, doktor tarafından ise en geç saatte bir değerlendirilmelidir.

\*Hasta en geç 2 saatte bir kısmi veya mobilize edilerek, kol, bacak ve diğer beden bölgelerinin ödem veya ekimoz açısından değerlendirilmesi gerekir.

\*Doktorun serviste bulunmaması durumunda hemşire veya sağlık memuru gerektiğinde hastayı tespit ederek en kısa zamanda doktora haber vermeli ve doktor tarafından hasta muayene edilerek hasta tespit defterine ve Hasta Tespit Formuna doktor kaşesi atılıp imzalanmalıdır.

Tespit Formumuzda ise önemli noktalar belirtilmektedir. Bunlar;

\*Doktor servis dışındayken, telefonla tespit edilmesini istediği hastayı, 30 dakika içinde mutlaka muayene etmelidir.

\*8 saatten uzun süren tespitlerde, yeni tespit formu ve çizelgesi hazırlanmalıdır.

\*Tespitin başlama ve bitiş saati, tespit formuna mutlaka yazılmalıdır.

Hastanemizde Tespit talimatı oluşturulmadan önce hastaların tespitte kalış süreleri daha uzun olmakla beraber hastaların mola verme ihtiyaç karşılama durumları daha uzun süre ertelenmekteydi.

Talimatlar dışında hizmet içi eğitimlerle kontrol yöntemlerinde standart bir yaklaşım oluşturmaya çalışıyoruz. Bir hizmet içi eğitim sonrası psikoz servisine çalışan kişilerin müdahale yöntemlerine yönelik görüşleri ile ilgili bulgular şöyledir:

\*Anket 45 hemşire ve diğer sağlık personeline uygulandı.

\*Bireylerin yaşları 23 ile 50 arasında değişmekte olup yaş ortalaması  $30.82 \pm 6.66$ 'dir.

\*%73,3 'ü kadın, %53,3'ü evli, %77,8'i 1–5 yıl arası psikiyatride çalışmakta, %53.3'ü Gündüz-gece şeklinde çalışmaktadır.

\*%40'ı agresyon davranışının öğlen, %62,2'si hafta içi, %60'ı hemşire bankosunda ve %48,9 tedavi zamanı olduğunu belirtmiştir.

\*İlk uygulanan müdahale yöntemi hasta ile konuşma (%80), 2. sırada Yakın gözlem (%42,2), %24,4 ile acil olarak enjeksiyon yolu ile ilaç verme 3. sırada yer almaktadır.

### **Kaynaklar**

1.Bilici R. (2007). Psikiyatri kliniklerinde tespit ve tecrit uygulamaları. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

2.Bowers L, Alexander J, Simsson A ve ark. (2004). Cultures of psychiatric and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. Nurse Educ Today. 24: 435- 442.

3.Kutlu L. (2003). Açık Agresyon Ölçeğinin ( The Overt Aggression Scale) Türk psikiyatrik hasta grubunda geçerlik-güvenirlik çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

4.Sailas E, Wahlbeck K. (2005). Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. Psikiyatri servislerinde tecrit ve tespit. Current Opin Psychiatry. 18:555–559

5.Tekkaş K, Bilgin H. (2010). Psikiyatri Servislerinde Kullanılan profesyonel Kontrol Yöntemleri: Kullanım Nedenleri, Türleri, Uluslar arası Uygulamalar ve Algılamalar.

### **ANKSİYETE DURUMLARINDA (PANİK ATAK, FOBİ, KONVERSİYON, SELF MUTİLASYON VB...) UYGULANAN HEMŞİRELİK PROTOKOLLERİ**

Dr. Songül KAMIŞLI

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü

Anksiyete bozuklukları psikiyatrik sorunlar arasında önemli yer tutmaktadır. Anksiyete bozukluklarında en belirgin özellik bireyde anksiyete belirtilerinin yoğun olarak bulunması veya fobi, obsesyon, konversiyon ve kompülsiyon gibi belirtilerle anksiyeteden kurtulma

çabalarıdır. Bu hastaların hemşirelik bakımında uygulanacak yaklaşımların standart olması ve ortak bir dil oluşturma hedefine yönelik aşağıda belirtilen içerik hazırlanmıştır.

**Amaç:** Anksiyetesi olan hastanın izleminde standart bir yöntem belirleme

**Kapsam:** Hastanın anksiyetesiyle başa çıkmasına yönelik yöntemleri uygulama ve değerlendirme

Anksiyete bozukluğu olan hasta genellikle rahatsızlığının farkındadır. Psikotik hastadan farklı olarak gerçekte ilişkisi bozulmamıştır. Bedensel yakınmaları ön plandadır.

### **Tanımlar**

Anksiyete: Nedeni bilinmeyen iç huzursuzluğu

Teröpatik ortam: Hastanede yatan bireylerin en kısa zamanda sosyal yaşamlarına yeniden dönebilecek bir düzeye gelebilmelerine yardım eden, onların özgüvenlerini, benlik değerlerini ve başkalarıyla olan ilişkilerini geliştiren yeteneklerini artıran ortamdır.

### **Temel İlkeler**

Bireyin durumunun doğru değerlendirilmesi

Hastayla iyi ve güvenli bir ilişkinin kurulması

Bireye hastalığının doğası ve iyileştirilmesi hakkında yeterli bilginin verilmesi

Bireyin biyopsikososyal bir bütünlük içinde ele alınması

Bireyle kısa, açık ve anlaşılır ifadeler kullanılarak iletişim kurulması

Bireyin çevresindeki uyaranların en aza indirilerek güvenli bir ortamın sağlanması

### **Tanımlama**

\*Anksiyete oluşumunu hazırlayan etkenler

\*Durumsal faktörler

\*Yaşamsal etkenler

\*Anksiyete belirtileri; fiziksel, davranışsal ve duygusal belirtiler

\*Hastanın anksiyete düzeyinin belirlenmesi

\*Hafif anksiyete: çevreye karşı uyanıklığın artması, algılama ve öğrenme kapasitesinin artması, rahat olamama, huzursuzluk, tırnak yeme, kişiler arası iletişimi sınırlandırarak kendini koruma, ağlama, uyku düzeninde bozulma, sık sigara içme, hareketlerinin nedenini tanımlayamama, yürüme, yemek yememe, gülme

\*Orta düzeyde anksiyete: İletişim ve anlama düzeyinde azalma, çevresinde olup bitenlerin farkında olamama, kas gerginliği, kalp çarpıntısı, mide şikayetleri, terleme, algılama ve yaratıcılığın azalması, seçici dikkat, sözel konuşma ya da açıklamada artma

\*Ağır derecede anksiyete: Ayrıntıları kavrayamama, aralarında bağlantı kuramama, fiziksel ve duygusal huzursuzluk, iletişim yeteneğinin kaybı, amaçsızlık sorumluluğunu yerine getirememe, fiziksel ve duygusal rahatsızlıkta artma (baş ağrısı, bulantı, titreme, baş dönmesi ), öğrenme güçlüğü

\*Panik düzeyde anksiyete: kontrolü kaybetme, söylenenleri yerine getirememe, iletişim sorunları, uyarıya rağmen kendine gelememe, hezeyan ve halüsinasyon, atak sırasında ölüm korkusu, dispne, boğulma tıkanma hissi, titreme, baş dönmesi, entelektüel ve duygusal değişiklikler

\*Tedavi

\*Uygulama

\*Anksiyetenin oluşumunu hazırlayan etkenler bilinir.

\*Hastanın anksiyeteye karşı gösterdiği tepki ve davranışlar bilinir.

\*Tedavi sürecinde hasta anksiyete belirtileri yönünden gözlenir.

\*Başa çıkma yöntemleri belirlenip desteklenir.

\*Anksiyete hisleri duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için hasta cesaretlendirilir

\*Durumunu gerçekçi değerlendirmesine yardımcı

\*Bireyin anksiyetesiyle baş etmesine yönelik etkinlikler öğretilir.

Solunum egzersizleri

Duş alma

Yürüyüş, spor yapma

Yavaş düşünme



Sesli olarak kendine emirler verme

Bakış açısını değiştirme, durumu uzaktan izlemeyi hayal etme

\*Fizik ortamın güvenliğini sağlayacak şekilde ortam düzenlenir.

\*İletişim sırasında yargılamadan, kabullenici, anlayışlı ve empatik bir ilişki kurulur (sessizliğin kullanımı, dokunma, ağlamaya izin verme, konuşma)

\*Hasta bireyin anksiyete düzeyi değerlendirilir ve anksiyete düzeyine uygun yaklaşımda bulunulur.

\*Ağır ve panik düzeyde anksiyetede hasta bireyin anksiyetesi azalınca kadar yanında kalınır.

\*Hastada gözlenen anksiyete belirtilerine göre diğer hastalar ve ailesiyle görüşmesi tedavi ekibinin değerlendirmesine göre kısıtlanır.

\*Duygu ve düşüncelerini paylaşabileceği uygun teröpatik ortam sağlanarak hastayla güven ilişkisi kurulur. Hasta ağlamak isterse izin verilir ortam sağlanır.

\*Hastayla iletişim kurulurken alçal ya da yüksek bir ses tonuyla değil uygun bir ses tonuyla kısa, açık net ifadeler kullanılır. Gerekirse açıklamalar sık sık tekrarlanır

\*Hastayla anksiyetenin nedenine yönelik görüşülür. Görüşmeler hemşire gözlem formuna yazılır.

\*Hastayla birlikte anksiyetesinin artmasına neden olan durumlar belirlenip, bunları tanıması sağlanır. Geçmişte benzer durumlarda kullandığı baş etme yöntemleri gözden geçirilip başarılı olan tepkileri desteklenir.

\*Hasta birey bir bütün olarak ele alınır. Tedavinin her aşamasında hasta ve ailesi bilgilendirilir, işbirliği yapılır ve iletişim sürdürülür.

\*Hasta anksiyete düzeyi yükseldiğinde gerçekçi olmayan düşüncelerini iletirse bu konuda tartışılmaz.

\*Hastanın gerilimini azaltacak, ilgisini fiziksel semptomların dışında tutacak grup ve sosyal aktivitelere yönlendirilir (oyunlar, el işi uğraşları )

\*Hastanın zaman zaman dinlenmesine izin verilir.

\*Hastanın kendine bakımı yetersizse bakım verilir desteklenir.

\*Hastaya fiziksel belirtilerini açıklaması için gün içinde belli bir süre verilir. Bir sonraki görüşme için randevu verilir.

\*Hasta birey karar vermesi için zorlanmaz.

\*Hasta aşırı isteklerde bulunduğu zaman bu isteklerinin nedenlerine yönelik bilinçli olması sağlanır.

\*Hekim istemine göre uygun ilaç verilir. İlacın etkileri gözlenip hemşire izlemine kaydedilir.

\*Tedavi yaklaşımını sonlandırma kriteri

Hastanın kendi anksiyetesiyle baş etmeyi öğrenmesi ve bunu kullanması

Psikolojik ve fizyolojik olarak rahatladığını ifade etmesi

## DANİMARKADA PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN YASAL SORUMLULUKLARI

Uzm.Hem. Tilmizer Aydemir

Mental Health Centre Sct. Hans Başhemşiresi Roskilde

tilmize.aydemir@regionh.dk, tilmize@hotmail.com

**Hemşirelik eğitimi:** Liseden sonra 3 yıl dokuz ay sürmektedir.

- **Kademe 1: (Novice)**
- Psikiyatrik hemşirelikte temel bilgilere sahip olmak.
- Ünite içinde kullanılan hemşirelik teorilerine sahip olmak.
- Ünite içinde kullanılan değer ve hedefleri bilmek.

**Transkültürel hemşirelik:** burdaki amaç, müslüman hastaların davranışlarının hastalıktan mı, kültürden mi veya dininden dolayı mı olduğunu tespit etmek ve aynı zamanda diğer personeli bu konuda aydınlatmak.

- **Kademe 2: (Advanced beginner)**
- Genel psikiyatrik hastalıkları hakkında, güncel bilgilere sahip olmak.
- Hastalıklarla bireysel tedavi yöntemlerini bağdaştırmak.
- Standart tedavi yöntemlerine kendi tecrübelerini de katarak hemşirelik uygulamak.
- Ünite içinde kullanılan değer ve hedefler çerçevesinde çalışmak.

**Döküman hemşireliği:** psikiyatri hemşireliği standartlarını uygulayıp tanıtmak ve diğer personelleri bu konuda eğitmek.

- **Kademe 3: (Competent)**
- Kararlı bir şekilde literatür arayışı içinde olmak.
- Konuyla ilgili teorileri okumak
- Teorileri meslektaşlarına tavsiye etmek.
- Yüksek psikiyatrik hemşireliğinde, akademik tartışmalarda önerilen teoriyi kullanmak,

**Özel psikiyatri hemşireliği:** psikiyatrik hemşireliğini en yüksek dereceye ulaştırmak ve bir bütün olarak kaliteyi geliştirmek, eğitim, rehberlik ve aynı zamanda sektörler arasında işbirliği kurmak ve düzenlemek.

- **Kademe 4: (Proficient)**
- Yüksek derecede psikiyatrik hemşireliği uygulamak.
- Ünite içinde eğitim ihtiyacını gözetleyip, süpervizyon ve gelişimi sağlamak.
- Psikiyatrik bakım teorik mevzuunu öğretmek.
- Pratikte kullanılan bilgilere kritik davranmak.

**Klinik Yönetici hemşire:** "özel psikiyatri hemşireliğini" kapsar ve yüksek derecede bir tedavi ekibi oluşturur. Meslektaşlara süpervizyon ve klinik liderliği sağlar.

**Baş hemşirelik:** Kopenhag üniversitesinde 3 yıl şirket yönetimi ve liderlik eğitimi aldıktan sonra olunabiliyor.

- **Kademe 5: (Expert)**
- Ünite içinde kritik hemşireliği analiz edip yeni metodlar geliştirmek.
- Akademiksel ve bilimsel hemşireliği gözetlemek ve bunlara kritiksel davranmak.
- Hedef ve değerler çerçevesinde çalışmak.

## **ALMANYA'DA PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ**

Yard. Doc. Dr. Beyhan Bağ

Universitätsklinikum Gießen und Marburg Station der Klinik für Strahlentherapie Marburg

İstatistiklere göre AB vatandaşların % 27'si yaşamlarında en az bir kez psikolojik bir rahatsızlık geçiriyor. Psikolojik hastalıkların maliyeti ise ülke gayri safi yurtiçi hasılanın tahmini olarak % 3-4'üne denk gelir. Bu rahatsızlıklar malulen emekliliğin ve iş veriminin düşmesinde ana etkenlerden biridir. Anksiyete ve depresyon en fazla görülen rahatsızlıktır. Tahminler, 2020 yılına kadar depresyonun AB üye ülkelerinde en yaygın görülen hastalık sıralamasında ikinci sıraya yerleşeceği yönündedir. Örneğin AB ülkelerinde yılda 58 000 birey intihar ediyor ve psikosomatik rahatsızlıklar daha da artmaktadır. AB ülkeleri için geçerli olan bu rakamlar Almanya ile de benzerlik gösterir (örneğin Almanya'da kronik ruhsal sorunlu hasta sayısı 75. 0000 ve yetişkinlerin ¼'ü yaşamlarında en az bir kez ruhsal sorun yaşlar).

Eşitlik ve paydaşlığı hedefleyen bir insan hakkı hareketi olarak görülen ve psikiyatri bağlamında gündelik yaşam akışında değişen gerçeklikte yansımaları bulan, Almanya'daki psikiyatri reformuyla ruhsal sorunlu bireyin katılımı, kendi kendine yardım, psikiyatri deneyimlileri ve ruhsal sorunlu birey yakınları hareketi profesyonel psikiyatri yardımdan öncelikli duruma gelmiştir.

Psikiyatri Deneyimliler, Psikolojik Hasta Yakınları inisiyatifi, kendine yardım grupları (Almanya'daki sayısı 5000'nin üzerindedir) hemen hemen tüm eyaletlerde dernek olarak temsil edilir. Çeşitli projelerde aktif olarak görev alır, ilgili uzman kuruluşlarla işbirliği içerisinde. Birçok eyalet de bu tür inisiyatif grupları parasal olarak destekler. Psikiyatrik reformla eskiden normalde uzun vadeli ya da sonsuza dek bir psikiyatri hastanesinde kalması gereken hasta bireylere kontrollü- evlerde yaşama ve gündelik yaşam biçimlendirilmesi alanlarında birey odaklı destek almasına olanak sağlamıştır. Bu destekle hastaların yalnızca sosyal bağlantılarını sürdürmeleri değil, aynı zamanda bireyin bağımsız olması da amaçlanır.

Bu paradigma değişimi psikiyatri alanında görevli hemşirenin daha da profesyonelleşmesine neden olmuştur. 1996 yılından itibaren de meslek bir uzmanlık eğitimi için yasal çerçeve oluşturulmuştur. Artık psikiyatrideki bakım veren bekçi/muhafız işlevi gören personel uygun eğitim programlarıyla artık uzman psikiyatri hemşire, co-terapist, ergo terapist ve bağımlı danışmanı ve çocuk-genç psiko terapisti gibi yeni unvanlar edinmeye başlamışlardır.

Bu uzmanlaşma, aynı zaman da hastanın karmaşık ilişki çevresinde eslik etme yetisi, gereksinimlerine uygun birey odaklı bakım, sağlıklı danışmanlığı, ilgili meslek gruplarıyla işbirliği ve alanda çalışan diğer hemşire ve öğrencilerin eğitimi ve servis sorumluluğu anlamına gelir.

Daha çok on yıllık bir orta öğretim sonrası 3 yıllık bir meslek okul düzeyinde eğitim sonucunda hemşirelik lisansı ve 2 yıllık bir deneyim ( bunun 6 ayı bir psikiyatri servisinde çalışmış olmak zorundadır), genelde (yaklaşık 800 saat kuramsal, 1600 saat de uygulama) 24 aylık bir psikiyatri hemşirelik uzmanlığı eğitimi için koşuldur. Ders içerikleri psikiyatri, nöroloji, dahiliye ve psikosomatik gibi tip alanlarında, psikoloji, sosyoloji, pedagoji etik gibi sosyal bilimlerde, hukuk ve işletme, hemşirelik model ve konseptler, psikiyatride spesifik hemşirelik girişimleri, psikofarmakoloji, somatik terapi, sosyal terapi, çevre terapi, terapötik ekip, görüşme, yakınlarla çalışma, rehabilitasyon ve tedavi sonrası, denetim/supervizyon, vaka tanıtımı, kongre ve gezilerden oluşur. Staj ise genel psikiyatri birimleri, çocuk ve genç psikiyatrisi, geropsikiyatri, ayakta ve kısmi yataklı psikiyatri çalışma alanlarında toplam 1600 saatten oluşur. Ayrıca servis sorumlusu veya evde bakım psikiyatrisi hemşiresi olabilmek için de 64 saatlik bir ek modül alınır.

**Kaynaklar**

1.Grünbuch: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union, EU Generaldirektion 'Gesundheit und Verbraucherschutz, 14.10.2005, KOM(2005)484 [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf)

2.M. Stolz, Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven, Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden, Baden-Württemberg, 2007.

## ÇALIŞMA GRUPLARI/ATELYE ve KURSLARIN ÖZETLERİ

### HUZUREVİ SAKINLERİNİN GEROPSİKİYATRİK SORUNLARINA GYA DOĞRULTUSUNDA YAKLAŞIM KURSU

Prof. Dr. Nesrin Aşti<sup>1</sup>, Hemşire Aynur Gökkaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Geropsikiyatri Hemşiresi

<sup>2</sup>Özel Acıbadem Huzurevi Yöneticisi

**Kurs'un Amacı:** Demans/Alzheimerli hasta /sakinin gün içinde ve kurumda yaşamını kolaylaştırmaktır. Bunun için; hastalığın oluşturduğu, biopsiko sosyal sorunların çözümünde hastaya ve ortama uygun bakımla ilgili- geropsikiyatrik bakım protokolünü kullanarak- bilgi ve becerilerin huzurevlerinde çalışan hemşirelere öğretilmesi planlanmıştır.

#### İçerik:

\*Depresyon, Demans/Alzheimer Nedir?

\*Tedavi Yönetimi

\*Depresyon, Demans /Alzheimer Hastalığının Geropsikiyatrik Bakım Protokolüne göre değerlendirilmesi:

\*Fonksiyonel (GYA)Tanılama

\*Mental Tanılama

\*Geriyatrik Davranışsal Tanılama

\*Kurum Ortamı Tanılaması

\*Bakımverenlerin Tanılanması

\*Alzheimerli Hastanın Davranış bozukluğu ve Ajitasyonu ile başa çıkma

\*Beslenme sorunu ile başa çıkma

\*Duyusal yetersizliklerle başa çıkma

\*Hijyenik sorunları ile başa çıkma

\*Unutkanlığı ile başa çıkma

\*Bakıcı stresi ile başa çıkma

**Kursa Katılan Hemşireler:** Huzurevi/Bakımevi hemşireleri

#### Kurs Yönergesi

1. Konular uzmanlarınca verilecek olup, grubun aktif katılımı ve küme çalışmaları ile izlenecektir.

2. Kursun verimli olması amacıyla ev ödevlerine ve devam durumuna özen gösterilmesi gerekmektedir.

3. Programın sonunda katılımcıların görüşlerini de içeren bir değerlendirme yapılacaktır.

4. Katılanlara katılma belgesi verilecektir.

## **MUTLULUK BULAŞICIDIR, SİGARADA ARAMA**

Uzm. Dr. Nureddin ÖZDENER

Adana Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şubesi  
[nureddinmardin@gmail.com](mailto:nureddinmardin@gmail.com)

Sigara dünyada en yaygın, önlenemez mortalite nedeni olmasına karşın, her sekiz saniyede bir kişi, sigaranın neden olduğu bir hastalıktan yaşamını yitirmeye devam etmektedir. Başta hekimler, hemşireler olmak üzere sağlık alanında çalışanlar, toplumda lider olarak önemli bir role sahiptir ve sigaraya başlamanın önlenmesi konusunda toplumun tüm kesimlerinde birinci sırada teşvik edici konumdadır.

Hekim ve hemşireler hem sağlık eğitmeni olmaları, hem de toplum tarafından örnek alınmaları nedeniyle sigara içmemelidirler. Başta hekim ve hemşireler olmak üzere sağlık personelinin sigara içmesi sigaranın sağlığa etkileri ile ilgili mesajlara zarar vermektedir. Sigara içen hekim ve hemşireler hastalarını sigarayı bırakmaya cesaretlendirmede de gönülsüz davranmaktadırlar.

Dünya Sağlık Örgütü, MPOWER–2008 Küresel Tütün Salgını Raporunda “Tütün, tüketicisine zarar veren yegâne yasal üründür. Bu yıl Tütün 5 milyondan fazla kişinin ölümüne yol açacaktır ki bu sayı tüberküloz, HIV/AIDS ve sıtmaya bağlı ölümlerin toplamından daha fazladır. Halen akciğer kanseri, kalp hastalığı ve diğer nedenlere önümüzdeki yüzyıl boyunca 1 milyar erkek, kadın ve çocuğun hayatını tehdit eden küresel tütün salgınına kontrol etmek için çözüm yolları bizim elimizdedir. Dünyada en önde gelen 8 ölüm nedeninin altı tanesi için risk faktörü olan tütün, insanları çeşitli yollarla öldürebilir. Dünyadaki 10 ölümden 1 tanesinin nedeni tütündür. Bu yıkıcı salgının kontrolü ilaçlarla veya aşı ile yapılamaz, hükümetlerin ve sivil toplumun birlikte çabası ile çözülebilir. Tam anlamı ile korunulabilir olan bu salgını tersine çevirmek, dünyanın bütün ülkelerinde halk sağlığını düşünenlerin birinci önceliği olmalıdır. Ancak; bizler geleceği değiştirebiliriz. Bizler tütün salgınına durdurabiliriz ve tütünsüz bir dünyaya doğru harekete geçebiliriz – ancak hemen harekete geçmeliyiz.”

ABD’de 1974’ten 1991’e dek sigara içme prevalansı klinisyenlerde %18.8’den %3.3’e, hemşirelerde %31.7’den %18.3’e gerilemiştir. Prevalanslardaki bu düşme eğilimi klinisyenlerde yılda %1.1 iken hemşirelerde yılda %0.88’dir.

Ülkemizde 03 Ocak 2008’de TBMM tarafından kabul edilen 5727 sayılı Kanunla, 4207 sayılı Kanunda değişiklik yapılarak, kamu kurum ve kuruluşları, lokanta, kahvehane ve barlar dahil olmak üzere tüm kapalı alanlarda sigara içilmemesi kanun ile güvence altına alınmıştır. Kapalı ortamlarda sigara içmek yasaktır. Hastaneler, klinikler, muayenehaneler, tüm sağlık kurum ve kuruluşları bu yasak kapsamı içerisine girmektedir.

Beklentimiz neredeyse halkından daha yüksek bir oranda sigara tüketen sağlık çalışanlarını sigara bırakmak için birbirleriyle yarışmalarıdır. “Madem sigara bu kadar zararlı neden sağlık çalışanları, neden bu kadar çok sigara içiyor” sorusundan kurtulmak, Tütün Kontrolü alanında çalışanların öncelikli hedeflerinden biridir.

Varoluştan başlayarak insanoğlunun en değerli saydığı şey yaşamı olmuştur ve bu en değerli sayılan şey biz sağlık çalışanlarının da uğraş alanını oluşturmaktadır. Bizlerden beklenen, yaşamın sürekliliğine yardımcı olabilmemiz ve bu amaçla sağlığı, esenliği sağlayıcı eylem ve tutumlara öncülük etmemizdir.

İnsanlar, biz sağlık çalışanlarına ayrıcalık tanırırlar.

Yaşamları değerlidir ve bu en değerli şeylerini bize emanet ederler, yalnızca kendilerinin değil, sevdikleri diğer insanların, değerli saydıkları şey olan çocuklarının da yaşamlarını bizlere emanet ederler. Bedenlerinin tüm gizli yerlerini, sırlarını tanınmasalar bile bizlere açarlar.

Tanınan her ayrıcalık, beraberinde ödev ve yükümlülükleri de getirir:  
Hastalarımıza karşı yükümlülüklerimizi yerine getirmede bize yardımcı olacak şey eylemlerimizin, tutumlarımızın:

- \*Nedenlerini,
  - \*Sonuçlarını,
  - \*Üçüncü kişilere etkilerini
- tanımlayıp tartabilmemizdir.

Seçtiğimiz tutum, gerçekleştirdiğimiz davranış ahlaki değerler açısından:

- \*Doğru mudur?
- \*Kabul edilebilir mi?
- \*İyi bir tercih midir?

Artık yakacağımız her sigarayı sağlık çalışanları olarak sorgulamamız gerekmektedir.  
Günlük yaşamımızda

SİĞARA İÇME EYLEMİ ile sıklıkla karşılaşırız:

- \*İçerek
- \*İçilmesinden rahatsızlık duyarak
- \*Neden olduğu hastalıkları tedavi ederek, önlemeye çalışarak...

Berberinde, sağlığı etkileyen ve sağlıkçılar tarafından da yaygın olarak uygulanan bir eylem olması gibi nedenler "Sigaranın sağlık çalışanları tarafından sorgulanmasını daha da gerekli kılmaktadır.

Etik ilkeler açısından da ela alındığında sağlık çalışanı olarak sigara içiyor olmak sorgulanması gereken bir davranıştır..

Tıp fakültelerinde, Sağlık Kolejlerinde bu günün Sağlık Eğitim Fakültelerinde sağlık alanında profesyonelleşirken öğrendiğimiz ilk kavram "ZARAR VERMEME İLKESİ" dir.

İçtiğimiz sigaranın bireysel sağlığımıza zarar verdiğini biliyoruz. İstemediğimiz solunan sigara dumanının içmeyenlerde de benzer etkiler yapabileceğini, zarar verebileceğini biliyoruz.

Çevresel sigara dumanından zarar görmeme hakkı? Yeterince savunuyor muyuz?

"Sürekli olarak sigara içilen ortamlarda yaşamının ve büyümenin, çocuklarımızın sigara içmeyi normal bir davranış olarak algılamasına neden olduğunu" da göz önünde tutuyor muyuz?

Sigara içen hemşire hastasına nasıl zarar verir?

Hemşire davranış ve önerileri ile hastasının tutumunu belirlemede önemli bir rol modelidir.

\*Sigara içen bir hemşire, hastasının daha fazla zarar görmemesi için sigarayı bırakmasını sağlamada etkin bir çaba harcayabilir mi?

\*Hastasına sigara içme derken, odasındaki kül tabağı izmaritle dolu olduğunda inandırıcı olabilir mi? Güven bunalımı, hasta-hemşire ilişkisini zedeler; kötü bir ilişki de hastaya zarar verir.

\*Kapsamlı bir tütün mücadele programında en hızlı ve muhtemelen en büyük yarar sağlayan komponenti gençlere ve erişkinlere sunulan başarılı bir sigara bırakma programıdır. Sigara içen bir hemşire toplumu sigaranın zararlarından korumaya yönelik bu tür girişimlerde aktif olarak yer alabilir mi? Sigara bırakma polikliniklerinin açılması için liderlik etme isteği duyar mı?

"Doktorun dediğini yap, yaptığını yapma!" Temeli üzerine kurulan bir hasta-hemşire-sağlık çalışanı ilişkisi hastaya ne kadar yarar sağlayabilir?

Bunun yanında başta hekimler ve hemşireler olmak üzere, sağlık çalışanlarının tamamının toplumun yararını sağlama ödevi vardır.

Koruyucu sağlık hizmetleri açısından "Her sağlık çalışanı, özellikle hekimler ve hemşireler, toplumun hastalık riski yaratan her türlü madde, faktör ve olaya maruz kalmasını önlemek için çaba harcamalıdır".

Pasif içimiyle bile pek çok yıkım ve zarara neden olduğu bilimsel açıdan binlerce kez kanıtlanmış olan sigara içme alışkanlığından, "önce kendimizin sonra da tüm toplumun yararı için korunmamız gerektiği" sonucunu çıkartmak, tütün ürünlerini kullanım sıklığını azaltmanın birinci adımudur.

Bazen unutulsa da, sağlık çalışanlarını bir arada tutacak olan dayanaklardan belki de en etkilisi aynı değer ve kavramları paylaşılabilmesinde saklıdır. Gerçekleştirdiğimiz eylemlerin basit bir haz duyusundan öte, evrensel değerlere dayandırılmış olması hem kendimizin hem toplumun hem de ortak uğraş alanımız olan hastalarımızın gözünde bizlere daha büyük değerler yükleyecektir. SİGARAYI BIRAKMAK...

Sağlığa gösterilen özen, bir toplumun "HAYATIN DEĞERİ"ne bakışının en açık göstergesidir. Ayrıca bu, başkalarının hayatına verdiğimiz değeri ve birbirimize karşı yükümlü olduğumuz saygıyı gösterebilmemizin önemli yollarından da biridir.

*Sigarayı bırakarak özgürleşebilirsiniz. HAYDİ, ARTIK GERÇEK ÖZGÜRLÜĞÜN TADINI ÇIKARIN.*

Bu atölye çalışmasının amacı, Sigara içme konusunda farkındalık oluşturmak, sigara içme davranışını irdelemek, bunu davranış değil bağımlılık olduğunu kavratmak. Katılımcılar arasında sigara içme sıklığını saptamak (anket uygulamasıyla), sonrasında sigara içenler arasında sigara bırakma motivasyonu başlatmak, özellikle pasif içicilerin tam desteğini sağlamak, Dumansız Hava Sahası taraftarı yaparak, bilgi ile güçlendirmek.

Atölye çalışmasında yemekli (genellikle üçgen peynir simit ve çay, sıkma, gözleme, börek), canlı yada banttan müzikli (gitar, ney, saz, CD ) katılımcılarla sohbet ortamı içerisinde,

Dünya ve sigara, Türkiye ve sigara, kadın ve sigara, **Endüstrinin hedefinde kadınlar var!**

Sigara, Edebiyat ve Sanat. Nasıl sigara tiryakisi bir topluluk olduk,  
Sigara ve sağlık zararları anlatılacak,  
Kısa filmler gösterilecek.

Daha çok atölye katılımcılarının, katılımları ve yaşamsal deneyimlerini anlatmaları sağlanarak, katılımcılara birer beyaz tişört verilecek, katılımcılar tişörtlerin ön yüzüne kendi sloganlarını, çelişli boyalar (sprey boya, kumaş boyası, yağlı boya, fosforlu kalemler) aracılığıyla oluşturacaklar. (Bilgisayar çıktıları için transfer kâğıdı ve ütü de kullanılabilir)

Sonraki adımda, bu tişörtler bir ipe dizilecek ve arka yüzlerine grup dinamiği içinde karşılaştırılan slogan her bir tişörtte bir harf gelmek üzere yazılacak.

Bunun etrafında dizilerek fotoğraf çekilecek, basına dağıtılacak, yerel basına sunulacak, Finans bulunursa bu Tişörtler mankenlere giydirilip bir "Dumansız Hava Sahasına Teşekkürler" defilesi düzenlenecek.

En önemli ve nihai hedef Psikiyatri hemşireleri arasında yüksek olduğunu tahmin ettiğimiz sigara içme prevalansına bir müdahalede bulunmak, bir eylem planı ile Psikiyatri Hemşireleri arasında sigara bırakma yarışını başlatmaktır.

Selam, saygı ve sevgilerimle,  
Mutluluk Bulaşıcıdır.



## **SANATIN PSİKOTERAPİDEKİ İŞLEVİ: Vaka ve Kişisel Deneyim/Atölye Çalışması**

Dr. Nurhan Eren

İÜ İTF Psikiyatri AD. Sosyal Psikiyatri Servisi

### **Sanat Materyalinin İşlevi ve Uygulama Alanları**

Psikiyatride sanatın üç alanda işlev gördüğünü söyleyebiliriz. Tanı koyma, tedavi ve hastalığın seyrini izleme (Velioğlu).

#### **Tanı Koyma**

Sanat materyalinin, yani bir resim ya da plastik bir sanat ürününün, izlenebilir bir biçimi ve onu yapan kişinin kişiliğine özgü bireysel, kültürel ve evrensel sembollerden oluşan bir iç anlamı vardır. Tıpkı rüyaların görünen ve gizli anlamı gibi.

Sanat eserinin biçimi ve kişinin ona verdiği anlamlar, bireyin psikopatolojisi ve kişilik yapısının hakkında önemli ipuçları verir. Resmin, resim alanı üzerinde konumlandırılışı, kenarlara ve merkeze uzaklığı, resimdeki ana unsurların birbirine göre yerleşimi renklerin ve biçimlerin birbirine uyumu, parçalar arasındaki mantıklı bir bütünlüğün var olup olmaması, resimdeki hareket ve zaman değerlendirilen biçime özgü niteliklerdir. Örneğin, şizofren hastaların resimlerinde dış dünyaya ait şekiller deforme olmuş, perspektif ve bir kompozisyon oluşturma yeteneği bozulmuş, ego sınırları kaybına bağlı iç ve dış, birbirine karışarak resimlere, iç organlar ya da evin içi görüntüleri şeklinde yansımıştır (transparanlık). Şekiller kağıda gelişigüzel dağılmış, kağıdın tüm yüzeyini, stereotipik olarak tekrarlanan ve birbiri ile bağlantısız görünen birçok şekil ve parçalanmış insan figürleri doldurmuştur (doldurma fenomeni). Hastalığın ilerlemiş regresyon durumlarında tamamen dağınık ve karmaşık bir alan vardır. Belirli bir şekil görülmez ve geniş, soluk, nüanssız lekeler halinde kullanılır. En derin regresyon halinde tam bir hareketsizlik vardır. Biraz daha hafif durumlarda öznel bir alan kavramı vardır. Gerçekliğe uygun olmamakla birlikte figür fon ilişkileri belirmeye başlar. Resimlerdeki katılaşmış yapı azalır ve hareket serbestliği görülür. Bu yolla hastalığın seyrini değerlendirmek mümkündür (Arieti, Landgarten, Naumburg).

Depresif hastaların resimlerinde ise, soluk ve gri renklerin kullanımı ve intihar isteğine dair bir belirti olarak değerlendirilebilecek girdap, spiral, çarpı işareti ya da mezarı çağrıştıran şekiller, kağıttaki boş alanlar dikkat çekicidir (Wadeson).

Sınır patolojiler gösteren hastaların resimlerinde ise, iyi ve kötü ayırımını gösteren zıtlıklar, afektif boşluğu ve impulsiviteyi gösteren geniş yüzeyleri kaplayan soluk renkler, bölünmüş kendilik ve nesne parçalarını gösteren şekiller belirgindir (Rubin).

Psikiyatride tanı aracı olarak kullanılan birçok test resmin bu niteliklerinden dolayı geliştirilmiştir. Bunlar; çok yaygın biçimde kullanılan, Rorschach, TAT, H.T.P., Goodenough gibi projektif kişilik testleridir.

#### **Tedavi -Sanatın Psikoterapötik İşlevi**

Hastanın, yaptığı resim hakkındaki yorumu, resimdeki unsurlarla ve terapistle olan ilişkisi, hem bilinçdışı çatışmaları hakkında ipuçları vererek psikopatoloji düzeyini değerlendirebilmeyi sağlar, hem de bilinçdışı çatışmaların farkındalığını arttırarak psikoterapötik bir süreci başlatır. Bu, aynı zamanda, hasta ve terapist arasındaki ilişkiyi oluşturmaya yardımcı, taşıyıcı ve değiştirici bir araç olarak işlev görür. Bilinçaltındaki temel düşünce ve duygular, kelimeler yerine imajlar (görüntüler) olarak ortaya çıkar. Bu ürünler, doğası ne olursa olsun emosyonel bir katarsis sağlar ve hastanın korkularını, istek ve arzularını açığa vurmasına araç oluşturur. Resim aracılığıyla, hasta ve terapist arasında sembolik bir dil gelişir. Sanat konusunda eğitilmemiş olmasına rağmen, bireyler sıklıkla çatışmalarını görsel forma yansıtarak, daha sonra bu formları serbest olarak birbiriyle bağlantılandırabilirler. Konuşması bloke olan veya serbestçe kendini ifade etmekte zorlanan hastalar, çizim ya da boyama yoluyla, düşünce ve duygularını, kelimelere aktarabilirler(Killick). Geçmişteki birçok otoriteye göre, sanatla tedavinin

işlevi, hastanın ürünlerini yorumlamak olmayıp, bilinçaltındaki fenomenlerin sembolik bir yolla, anlamı olan çizimleri aracılığıyla hastanın kendisini anlaması, keşfetmesi ve yeniden onarması yolundadır.

Bunun ötesinde, sembolizasyon yoluyla oluşan kavramlar, içsel impulsların, bireyde çok fazla suçluluk yaratmaksızın ifade edilmesini sağlar. Bu, özellikle regresif, yoğun afektlerini kontrol etmekte zorlanan ya da duygu ve düşünceleri arasında bağlantı kuramayan hastaların tedavisinde çok önemlidir.

Resim çiziminin, psikoterapide yararlı bir araç olarak kullanılmasına olanak sağlayan özelliklerini özetlersek; imaj oluşturma, savunmaları azaltma, nesneleştirme, kalıcılık, uzamsal yapı ve yaratmanın fiziksel enerji oluşturma özelliklerini sayabiliriz (Wadeson)).

**İmaj oluşturma/betimleme:** Bizler, imajlarla düşünürüz ve imajlar kelimelerden önce gelir. Anne demeden önce anneyi tanırız. Sözsüz (preverbal) düşünce, imajların oluşturduğu fotoğraf hafızası biçimindedir. Ve insanın kişiliğinin gelişiminde imaj oluşumunun büyük ölçüde rol oynadığını söyleyebiliriz. Sanatla tedavide, anı, rüya, fantezi ya da bir yaşantının imajlar yoluyla tanımlayabilir, yorumlayabilir ve yeniden oluşturabiliriz.

**Savunmaları azaltma:** Birincil iletişim aracımız konuşmadır ve sözcükler, daha kontrolümüzdedir. Neyi söylemek istersek onu söyleriz ve neyi söylemek istemezsek onu söylemeyiz. Ancak beklemediğimiz düşünceler, bir anda bir resim ya da şekil aracılığıyla ortaya çıkarır. Bunları kontrol etmek daha zordur. Sanatla tedavide, daha regresif hastalarda yapılandırılmış tekniklerle savunmaları güçlendirerek ego gücünü arttırmak, daha üst düzey hastalar da ise savunmaları azaltarak çatışmaları düzenlemek mümkündür.

**Nesneleştirme:** İmajlar üzerinde çalışmaya ek olarak sanatla terapinin diğer bir katkısı elle tutulur bir ürün üretmedir. Bunun tedavide birçok faydası vardır. Öncelikle, kişinin kendisi yerine resim geçer ve onun hakkında konuşmak direnci azaltır. Duygular ve düşünceler, bir resim ya da şekil ile nesneleşerek dışsallaştırılır. Ve daha sonra kendiliğin (self) bir parçası olarak yeniden birleştirilir. Bu süreç bir oturum içinde olabildiği gibi, aylar boyu da sürebilir.

**Kalıcılık:** Yaratılan ürünler anılarla bozulmaya uğramaz ve aylar yıllar sonra bile hatırlanabilir ve iç görü sağlayabilir. Ayrıca hasta, tedavi süreci içindeki gelişimini görebilir ve bu onu teşvik eder.

**Uzamsal/uzaysal yapı:** Sözeleştirme, çizgisel bir iletişimdir. Önce bir şey söyleriz, sonra diğerini. Duygu ve düşünceleri sözeleştirdiğimizde belli bir gramer, sentez ve mantık yapısı içinde kalırız. Resimsel dışavurum ise dilin kurallarına uymayı gerektirmez. Onun doğası uzaydır ve zaman elementleri yoktur. Resimde ilişkiler boşlukta oluşur. Bir hasta aile ilişkilerini anlatırken, anne, baba, kardeşler vb. sırayla onlar hakkında konuşur. Bir resimde ise, onların tümü ve birbirleriyle ilişkileri, yaşadıkları gibi, adeta deneyimlerin sureti halinde bir arada görülebilir. Yakınlığı ve uzaklığı, sınırları, bölünmeleri, benzerlikleri ve farklılıkları, duyguları..

**Yaratma ve fiziksel enerji:** Yaratma sürecini yaşarken fiziksel bir enerji oluşur. Özellikle sanat tedavi gruplarında bunu paylaşmak canlandırıcı bir etki yaratır. Birçok sanat tedavi grubunda ya da bireysel terapide, başlangıçtaki atmosfer, resim çalışmasından itibaren farklılaşmıştır. Bu, grup içi dinamikleri hızlandırarak kaynaşmayı arttırırken, bireysel de benzer bir etkiyi yaratarak terapiye bağlılığı kolaylaştırır.

### **Klinik Uygulamada Kullanım Alanları**

Genel anlamda sanat terapi terimi, çok çeşitli ortamlarda ve birçok durumda, sıklıkla resmin kullanıldığı büyük bir şemsiyedir. Özel uygulamada ise, uzun süreli içgörüyeye dayalı psikoterapi uygulamalarından, kısa süreli, sorun odaklı, davranışçı-kognitif uygulamalara kadar geniş bir alanda uygulanabilmektedir.

Amerikan Sanat Terapi Birliği, sanat terapisini, görsel sanatlar ve davranış bilimleri eğitimi görmüş bir terapist tarafından, bireylerde pozitif bir gelişme sağlamak, çatışmaları çözmek, fiziksel ve psikolojik bozuklukları azaltmak, problem çözmek, stresle başa

çıkma destek sağlamak üzere, tanı ve tedaviyi sağlamada çeşitli sanat materyalinin kullanımı yoluyla sürdürülen bir tedavi biçimi olarak tanımlamaktadır (Williams).

Bu amaçlarla sanat, birçok klinik durumda kullanılmaktadır:

\*Sözel iletişimin bozuk olduğu ve iletişim sağlanamayan hasta gruplarında (çocuklar, psikotik durumlar, yaşlı veya fiziksel ruhsal problemi olan hastalarda),

\*Kısa süreli krize müdahale merkezlerinde,

\*PTSD gösteren hastalarda (özellikle travmaya bağlı olarak yaşanan inkar ve agresyonun düzenlenmesinde),

\*Terapi sürecinde aktarımsal sorunların yoğun yaşandığı borderline ve narsisistik kişilik örgütlenmesi gösteren hasta gruplarında (taşıyıcı bir "kap" olarak, yoğun biçimde terapi ilişkisine aktarılan, libidinal ya da agresif yaşantıların ifadesini ehlileştirerek, başka bir deyişle, terapötik ilişkiyi yıkıcı etkilerini azaltarak),

\*Disosiyatif bozukluklarda ve özellikle de çoğul kişilik bozukluğunda (farklı yaş ve özelliklerdeki alter-kişiliklerin, hastanın çizimleriyle kalıcı bir materyal olarak terapide, önce görsel, sonra sözel ifadesi ve birleştirilmesini sağlamada,- Braun'un BASK modelinin temel alındığı sanat terapi uygulamaları -),

\*Psikotik hastalarda, anksiyetenin en aza indirildiği, yapılandırılmış korunaklı bir çerçeve oluşturarak duygular, düşünceler, günlük yaşamda karşılaşılan sorunlar ele alınabilir. Bu, özellikle hastalardaki negatif semptomların azalmasında ve psikotik regresyondan korunmada çok yararlı bir tedavi yoludur. Hastaların savunmalarını güçlendirmek ve ego sınırlarını oluşturmak temeldir.

\*Fiziksel hastalığı olan bireylerde (kanser, AIDS vb. gibi ),

\*Alkol ve ilaç bağımlılığı merkezlerinde, hastaların yaşantılarını incelemek ve düzenlemede destekleyici olarak kullanılmaktadır.

Ülkemizde sanat terapisi, eğitimi ve uygulama alanları henüz gelişmekte iken, yurtdışında en fazla hastane psikiyatrisinde ve ayaktan tedavi ünitelerinde, bireysel ve grup uygulaması şeklinde kullanılmaktadır. Bireysel terapide, terapistin yönelimine göre, yalnızca sembolik anlamlar üzerinde çalışıldığı gibi, hasta ve terapist arasındaki ilişkide bir araç olarak da kullanılabilir, terapistin hiç katılmadığı, hatta, hastanın evde çizip getirdiği resimler üzerinde sürdürülen uygulamalardan, terapistin de çizime katılarak kendi bilinçdışı karşılığını kullandığı yaklaşımlara kadar geniş bir yelpazede yer almaktadır. Grup psikoterapisinde de, tek tek üyelerin ürünleri üzerinde durularak sembolik içeriğin çözümlenmesi şeklinde çalışıldığı gibi, üyeler arası etkileşimde bir araç olarak da kullanılmaktadır. 1960'lı yıllardan sonra özellikle Kwiatkowska (Wadeson)) tarafından aile tedavilerinde de kullanılmaktadır. Aile terapisi oturumlarında, kişilerin aileleri ile ilgili algılamalarını çizerek aile dinamikleri üzerinde çalışılabildiği gibi, tüm aile üyelerinin aynı kağıt üzerinde ortak çalışması yoluyla, aile üyeleri arasındaki ilişkiler üzerinde de çalışılabilir.

### **Hastalığın Seyrini İzleme**

Hastalığın ilerlemesini ya da iyileşmesini değerlendirmede belirli aralarla yapılan resimlerin karşılaştırılması önemli ipuçları verir. Hatta bazen klinik semptomlar henüz ortaya çıkmamışken bilinçdışında oluşan patolojik değişimler sanat ürünlerine yansır. Örneğin, tedavinin bir aşamasında hastanın kendini ve dış dünyayı algılaması ile ilgili yaptığı resimler, başka bir aşamada farklılaşabilir. Süreç içinde hastaya belirli konular verilerek ya da doğrudan hastanın serbest çizimlerdeki biçim ve içerik değişimleri incelenerek tedavinin farklı aşamalarında hastalığın seyri izlenebilir.

### **ÇALIŞMA GRUBU**

Bu çalışma grubunun amacı, katılımcıların psikiyatri hastası ile çalışırken;

\*Sanat ve yaratma sürecini anlamasını,

\*Psikoterapötik bir ilişki sürecinde hastanın davranışlarının altında yatan dinamikleri değerlendirebilmesini,

\*Sanatın terapötik bir araç olarak kullanımı hakkında (özellikle sözel iletişimin yetersiz kaldığı hasta gruplarında) bilgi kazanmasını,

\*Kendi klinik pratiklerinde bundan yararlanabilmeyi öğrenmesini sağlamak amaçlanmıştır.

Çalışma grubunun işleyişi kuramsal bilgi sağlama ve yaratma sürecinin etkililiğini anlama, katılımcının kendi yaptığı resimlerle ilgili farkındalık ve vaka örnekleri üzerinden öğrenme sağlama şeklinde gerçekleştirilecektir.

### **Kaynaklar**

1. Arieti S. Şizofrenlerde Resim Motifleri. Image. Roche Resimli Tıbbi Dergi, Roche Müstahzarları Sanayi Limited Şirketi, 1974; 20: 5-8
2. Killick K. Working with psychotic processes in art therapy. Psychoanalytic Psychotherapy. 1993;7/1: 25-38
3. Landgarten HB. Clinical Art Therapy: A Comprehensive Guide. Brunner/Mazel, Publishers. New York. 1981; 271-323
4. Naumburg M. Schizophrenic Art: Its Meaning in Psychotherapy. Grune-Stratton, Inc. New York, 1950: 3-34.
5. Rubin JA. Approaches to Art Therapy- Theory and Tecnique. Brunner-Mazel, Inc. New York, 1987.
6. Velioğlu S. Klinik uygulamada psikopatolojik sanat. İstanbul, 1964.
7. Wadeson H. Art Psychotherapy. John Wiley-Sons, Inc. New York, 1980.
8. Winnicot DW. Oyun ve Gerçeklik. Çev: Birkan T. Metis Yayınları Ötekini Dinlemek 2. İstanbul, 1998.

## **PSİKOEĞİTİM GRUBU: TOPLUMA YENİDEN KATILIM PROGRAMI**

Yrd.Doç.Dr. Zekiye Çetinkaya Duman<sup>1</sup>, Dr. Nazmiye Kocaman Yıldırım<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği AD.

<sup>2</sup> İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri AD.

Dünyada, kronik ruhsal hastalıklı bireylerin tedavisi için yatan hasta hizmetlerinden topluma temelli hizmetlere doğru bir dönüşüm, değişim yaşanmaktadır. Kronik ruhsal hastalığı olan kişiler, kısa hastane yatışı ve sonrası toplum hizmetlerinden faydalanmaları yönünde desteklenmekte ve yönlendirilmektedir. Ülkemizde topluma temelli rehabilitasyon hizmetleri olmayıp kronik psikiyatri hastaları sadece yatan hasta ve ayaktan hasta izlem hizmetlerinden yararlanmaktadır. Yatan hasta hizmetleri sırasında hastaneden çıkışın plansız bir şekilde yapılması, hastaların sıklıkla hastalıkları ile ve dışarıdaki yaşamla mücadele etme yeteneği kazanmadan hastaneden çıkmaları, hastalıklarını yönetme, baş etme bilgilerini ve becerilerini arttırmaya yönelik programların olmaması ya da yetersizliği, özellikle de toplum kaynakları olmadığında riskli olabilmektedir. Bu durum kronik ruhsal hastalık tanısı olan kişilerin relaps oranlarında artmaya, tekrarlı hastane yatışlarına hastada ve ailede ümitsizliğe ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Hastaneye tekrar yatış riskini azaltmak için hastanın yatışından başlayarak hastaneden çıkışa hazırlanması, rehabilitasyonu ve toplum içinde izlenmesi çalışmalarının planlı bir biçimde yürütülmesi gerekmektedir. Kısa süreli yatışlar akut alevlenmenin ortadan kalkmasıyla birlikte hastaların ve ailelerin işbirliğine ve yardım almaya en hazır oldukları dönemdir. Bu dönemde, hastaların hastalıklarını yönetmekle ilgili psikososyal müdahaleler ve bazı programlar büyük önem kazanmaktadır.

Bu programlardan biri olan Topluma Yeniden Katılım Programı (TYKP) yatan hasta ortamında grup süreci ve psikoeğitimi birlikte kullanarak yürütülebilen yapılandırılmış bir programdır. Psikoeğitim modeli sistematiktir, amaçlıdır, şimdi ve burada ilkesini benimseyerek hasta ve ailesinin hastalık ve hastalığının sonuçlarını daha iyi anlamalarına katkı veren bilgi verme ve rehberlik etme aktivitelerini içerir. Grup süreci ve psikoeğitimin birlikte kullanıldığı uygulama modelinde; grup süreci-kişilerarası etkileşim ve psikoeğitsel içeriğin dinamik ve karşılıklı etkileşimi ile öğrenmenin oluşmasını sağlar. Ayrıca grup ortamında eğitim diğer üyelerden desteği ve geribildirimleri sağlayabilir.

Bağımsız ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı (TYKP) (Social and Independent Living Skills: The Community Re –Entry Program) Los Angeles Kalifornia Üniversitesi Psikiyatrik Rehabilitasyon Programı'nda Liberman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve klinik çalışmalarda kullanılmıştır. Davranışçı kuram ve teknikler esas alınarak geliştirilen yapılandırılmış bir programdır. Program şizofren ve diğer majör ruhsal bozukluğu olan hastaların taburculuk planlarına daha kapsamlı bir içerikle yaklaşmakta ve toplumda yaşamak için gereksinim duyacakları bilgi ve becerilerden oluşmaktadır. Program, kronik ve yineleyici ruhsal hastalığı olan kişilerin hastaneden taburcu olmadan veya bağımsız yaşama geçmeden önce:

- \*Hastalığın yol açtığı davranışları ve hastalık semptomlarını tanımlarını,
- \*Hastaneden çıkışı planlamada işbirliği yapmalarını,
- \*İlaçların yararları ve yan etkileri bilgisi ile hastaneden ayrıldıktan sonra gereken tedavileri sürdürmelerini, ilaçla ilgili problemleri çözmelerini,
- \*Hastalığın tekrarlanma riskini azaltmayı amaçlamaktadır.

TYKP her biri yaklaşık 35–90 dakika süren 6 oturumdan oluşmaktadır. Bunlar:

- \*Topluma yeniden katılma programına giriş
- \*Hastaneden taburcu olmaya hazır olmanın ölçütleri
- \*İlaçların etkilerini değerlendirme ve izleme
- \*İlaçla ilgili problemleri değerlendirme ve izleme
- \*Haberci belirtileri tanıma ve izleme
- \*Hastalığın tekrarlanmasını önleyici acil planları geliştirme.

Program 6-8 kişilik grup uygulaması ile yürütülmektedir. Grup sürecinde ödevler, kontrol listeleri, vaka okuma, soru cevap ve rol oynama gibi öğrenme aktiviteleri kullanılmaktadır. Bir hasta grubu programı yaklaşık iki haftada tamamlanmaktadır.

### **Programın Yürütülmesi için gerekli kaynaklar**

Topluma yeniden katılma programını uygulamak için;

- \*Her hafta bu programa ayrılmış yeterli zamana
- \*Sakin ve yeterince geniş bir mekana
- \*Bir kara tahta ya da flipcharta
- \*Daha önceden hazırlanmış vaka örneklerine
- \*Her oturuma ilişkin kendi kendine izleme listelerine
- \*Eğitiminin el kitabına
- \*Yardımcı-eğitimciye (zorunlu değil) gereksiniminiz vardır.

### **Eğitimci Olması Gereken Özellikler**

Eğitimci olarak gelişmiş bir hemşirelik, sosyal çalışmacı, psikiyatri, eğitim ya da psikoloji bilgisine sahip olmanız gerekli değildir. Programı yürütebilmek için gerekli özellikler;

- \*Coşku, sabır ve sıcaklık
- \*Ayrı ayrı her katılımcının gereksinimlerine karşı duyarlı olmak
- \*Ruhsal hastalığı olan kişilerle çalışma konusunda deneyimli olmak
- \*Her bir katılımcıya saygı duymak
- \*Her bir katılımcının çabasını ve gösterdiği küçük gelişme belirtilerini içtenlikle takdir edebilmek
- \*Eğitimcinin El Kitabı'nda yazılı açıklamaları sürekli biçimde takip edebilmektir.

En önemlisi de programın başarıya ulaşabilmesi ve bunun süreklilik kazanabilmesi için klinik ekibin ve idari kademenin bütünü tarafından destekleniyor olması gereklidir.

### **Katılımcılar için gruba dâhil etme kriterleri**

Topluma yeniden katılma programı özellikle şizofrenler, bipolar bozukluğu ve yineleyici depresyonu olan hastalar için hazırlanmıştır. Belirtiler grubun öğrenme sürecini bozmadıkça (bağırarak, tehdit etmek vb... gibi) halüsinasyonu ya da diğer belirtileri olan hastalar gruptan dışlanmamalıdır.

### **Katılımcılar için temel ölçütler;**

- \*Her bir öğrenme aktivitesindeki tanımlananları öğrenebilecek durumda olmak
- \*İstenenlere uygun yanıtlar verebilmek
- \*Oturum süresince anlatılanlara dikkatini verebilmek
- \*Bu programda öğretilen becerileri öğrenmeye gereksinim duymak
- \*Grubun işleyişini tolere edebilmek
- \*Katılımcıların yetenekleri arasında büyük farklılıklar bulunmadığı zaman grubun işleyişi ideal düzeyde olacaktır. Bazı kişiler diğerlerinden daha yavaş öğrenebilir ya da eğitimin tekrarlanmasına veya düzenli oturumlar dışında özel rehberliğe ihtiyaç duyarlar. Eğitim için o sırada hazır olmadığı açıkça belli olan kişileri hastalıkları kontrol altına alındıktan sonra programa almak uygun olacaktır.

### **Topluma Yeniden Katılım Programının Bileşenleri**

**Bu grubu yönetmek için; 8 katılımcı, bir eğitimci ve (mümkünse) bir yardımcı-eğitimci** oluşan bir grup idealdir. Üye sayısı arttıkça her bir üyenin alıştırmalara aktif olarak katılma şansı azalır. Ayrıca her bir oturumu tamamlamak için gereken süre de uzayacaktır. O oturumda öğretilen alıştırmaları kavrayabilecek durumdaysa, **grup başladıktan sonra yeni katılımcıların katılımı mümkündür.** Ancak kişi programa alınmadan önce, program hakkında ve biten oturumlar hakkında kısa bilgi verilmelidir. Sonradan katılanlar daha sonra başlayacak programın ilk oturumlarına katılarak programı tamamlayabilirler.

**Her eğitim oturumu** grubun büyüklüğüne ve katılımcıların dikkat kapasitelerine göre **30 -90 dakika sürmelidir**. Bazı oturumlarda diğerlerine göre daha fazla eğitim alıştırmaları bulunmaktadır. Bu oturumları iki kısa oturum şeklinde yapabilirsiniz ya da katılımcıların dikkatinin ve aktivitesinin devamlılığını sağlamak için kısa aralar verebilirsiniz.

**Her oturum bir önceki oturumda öğrenilenlerin kısaca gözden geçirilmesiyle başlar**. Bazı oturumlarda katılımcılardan önceki oturuma ilişkin ev ödevleri hakkında bilgi vermelerini isteyerek başlayabilirsiniz. Örneğin katılımcılardan her bir oturuma özel formları doldurmaları istenmiş ise, bunu yapıp yapmadıklarını kontrol ederek başlayabilirsiniz. Ya da oturumlar dışındaki çalışmalarda günlük yaşayanlara yardım/problem çözme ile başlayabilirsiniz.

**Her oturum o toplantıda islenen materyalin kısaca gözden geçirilmesiyle sona erer**. Gözden geçirme soruları Eğiticinin El Kitabı'nda yer almaktadır. Bunları sorarak grubun bir sonraki oturum için hazır olup olmadığını anlayabilirsiniz. Aksi takdirde o oturumda işlenen konuların bir daha gözden geçirilmesi gerekecektir.

**Haftada en az üç oturum yapılmalıdır**. Oturumların daha seyrek olması durumunda katılımcılar öğrendiklerini unutacaklardır. Oturumlar nispeten kısa olduğundan en iyisi her gün bir oturum düzenlemektir. Özellikle hastanede yatış süresinin kısa tutulduğu birimlerde günde iki oturum da uygulanabilir.

#### **Kaynaklar**

- 1.Duman Ç. Z., Kocaman N, Üçok A, Er F, Kanık T, Doğaner M, Yatan Hastalarda Psikoeğitsel Tedavi Grubunun Etkinliği, Düşünene Adam, Haziran 2006.
- 2.Duman Ç. Z., Aştı N., Üçok A, Kuşcu MK. Şizofreni tanılı bireylere ve ailelerine bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı uygulaması ve izleme çalışması, Anadolu Psikiyatri Dergisi, Cilt:8, Sayı:2, Sayfa:85-91.
- 3.....University of North Carolina, Wilmigton UCLA Clinical Research Center for Psychiatric Rehabilitation. Social and Independent Living Skills The Community Re – Entry Program Trainer's Manual.
- 4.Bauml J, Froböse T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families, Schizophrenia Bulletin vol: 32, page: 1-9, 2006 .

## **PSİKOSOSYAL BECERİ EĞİTİMİ**

Yrd.Doç.Dr. Gül Ünsal

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği  
AD

Şizofreniyi bireyin düşünce, duyu ve sosyal kapasitesini çeşitli zamanlarda etkileyen ve birçok yüzü olan bir hastalık olarak düşündüğümüzde; günümüzde varolan tedaviler bu bozukluğu iyileştiremez. İlaç tedavisine iyi yanıt veren bireyler bile yaşam kalitesinde bozulma, kronik işsizlik ve kişisel zorluklar açısından risk altındadır. Şizofrenide sosyal uyum ve rol işlevlerini hedef alan psikososyal beceri eğitimi, tedaviye bütünleştirici, tamamlayıcı ve koordine edici bazı özellikler katar (1,2,6,8,11).

Şizofrenide rehabilitasyon en az tedavinin kendisi kadar önemlidir ya da tedavinin bir parçası olmak durumundadır. Tedavide hastalığın doğrudan görünümünü azaltmak hedeflenirken, rehabilitasyonda hastalığın dolaylı sonuçlarını ortadan kaldırmak amaçlanır (5,13).

En iyi tedavi uygulama rehberi olan psikososyal beceri eğitimi ile ilgili 1993'ten itibaren yapılan çalışmalar gözden geçirilmiş ve aşağıda özetlenen sonuçlara ulaşılmıştır:

\*Psikososyal beceri eğitimi, şizofrenili hastalara karşılıklı konuşma ve göz teması kurma gibi basit davranışlardan, girişkenlik, karşılıklı konuşma becerileri ve ilaç tedavisinin kendi başına sürdürülmesi gibi daha karmaşık davranışlar arasında değişen geniş bir yelpazede sosyal ve kişisel olarak kendini ifade etmede yeterlilik kazandırılabilir.

\*Sosyal beceri eğitimi, tedavi sonrası hastaların daha girişken ve sosyal olmalarını sağlayarak, daha az kaygı yaşamaları üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır. Buna karşın belirtiler, yinelenmeler ve tekrar hastaneye yatma üzerinde daha az etkiye sahiptir (1,15).

Psikososyal beceri eğitimi, insan öğrenmesinin temel ilkelerini içeren bir çerçevede tasarlanmıştır. Bunlar;

- \*Problem tanımlama,
- \*Amaç belirleme,
- \*Davranışsal prova,
- \*Olumlu pekiştirme,
- \*Paylaşma,
- \*Teşvik etmedir.

Beceri eğitim teknikleri, aktif/direktif öğrenme ilkelerini kolaylaştıran; davranışsal uygulama, rol oynama, paylaşma, liderlik, ve genel geliştirici aktiviteleri içeren ve bireylerin problem çözme kapasitelerini güçlendiren ve bireyleri psikiyatrik belirtilerin sonuçlarına karşı koruyan tekniklerdir (7,10,12).

Sosyal beceri eğitimi, aile çatışmaları ve dirençleri, toplumsal tehditler gibi yaşam olaylarının stresli etkilerine karşı bireyin sosyal ve psikobiyolojik incinebilirliğini



güçlendirmek için verimli bir yol olarak ortaya çıkar. Sosyal beceri eğitimi bireyin rol gereksinimlerine odaklanır.

Bu gereksinimler doğrultusunda planlanan eğitimde;

- \*Kendi başına ilaç yönetimi,
- \*Ev bulma ve evde yaşamın sürdürülmesi,
- \*Başarısız becerilerin yeniden yapılandırılması,
- \*Tüketiciilik,
- \*Toplumsal kuruluşların kullanımı yer almalıdır.

Sosyal beceri eğitim grupları 4-12 hastaya bir ya da iki eğitici ile uygulanır. Eğiticiler sosyal çalışmacı, psikiyatri hemşiresi, psikiyatrist ya da psikolog olabilirler. Modüller, ilaçların kendi başına yönetimi becerileri, boş zaman ve eğlence becerileri, karşılıklı konuşma becerileri, sosyal problem çözme becerileri, para yönetimi, ev yaşamını sürdürme ve kişisel bakımı öğretmek için tasarlanmıştır. Eğiticiler sosyal becerileri öğretmek için temel elementler olan; model olma, davranış provaları, hatırlatma, geri bildirim, pekiştirme ve ev ödevlerinin değerlendirilmesini kullanmayı öğrenmelidirler (3,4,7,9,12).

### **Psikososyal Beceri Geliştirme Eğitiminin Amacı ve Özellikleri**

Psikososyal beceri geliştirme eğitiminin amacı, şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar, nasıl düzenli ilaç kullanılacağı, ilaçlarla ilgili sorunların neler olduğu ve bunlarla nasıl başa çıkılacağı, alevlenmeleri azaltmanın ve şiddetini en aza indirmenin yollarını hastalara öğretmektir. Hastaların kendi hastalıklarına karşı gözlemci olmalarını ve tedavilerine aktif olarak katılmalarını sağlamak bu programın temel amacıdır.

Lieberman ve arkadaşları tarafından geliştirilen Sosyal ve Bağımsız Yaşama Becerileri Programı birbirini tamamlayan modüllerden oluşmaktadır (14). Bu modüllerde kullanışlı ve yararlı birçok bilgiyi içeren beceri alanları vardır.

Bunlar;

- \*Etkili iletişim,
- \*Sorun çözme teknikleri,
- \*Antipsikotik ilaçlar hakkında bilgilenmek,
- \*İlaçları doğru kullanmayı ve tedaviyi değerlendirmeyi öğrenmek,
- \*İlaç yan etkilerini tanımak,
- \*Uyarıcı işaretleri tanımak,
- \*Uyarıcı işaretlerle başa çıkmak,
- \*İnatçı belirtileri tanımak ve başa çıkmak,
- \*Alkol ve uyuşturuculardan sakınmaktır.

Her beceri alanı öğrenme etkinlikleri olarak tanımlanan beş basamakta işlenmektedir. Bunlar;

- \*Amaç ve genel bilgiler,

- \*Sorular ve cevaplar,
- \*Rol oynama,
- \*Ortaya çıkan sorunlar ve çözümleri,
- \*Alıştırmalar ve ev ödevleridir.

Eğitim oturumları grup olarak ya da bireysel olarak yürütülebilir ancak grup daha iyi bir öğrenme ortamı sağlar. Grup üye sayısının 3-8 arasında olması önerilir. Grup, hastalar için etkileşim, karşılıklı model olma ve geri bildirimlere olanak sağlar ve böylece programın sorun çözme gibi daha zor kısımlarının bile öğrenilmesi kolaylaşır. Akut tedavisi tamamlanmış, ayaktan izlenen her eğitim düzeyinden hasta bu programdan yararlanabilir. Program en az bir eğitmen ile yürütülür ama rol oynamaların yürütülmesinde ve gerektiğinde grup liderliği yapabilecek yardımcı eğitmenin bulunması daha iyi olabilir. Eğitim programının tamamlanmasından sonra gelişme, ön-test ve son-test puanlarının karşılaştırılması yoluyla değerlendirilebilir.

### **Kaynaklar**

- 1.Heinssen R.K., Liberman R.P., Kopelowick A.: Psychosocial skills training for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin,26: 1:21-42, 2000.
- 2.Hogarty G.E.: Cognitive rehabilitation of schizophrenia. Harward Mental Health Letter, 17:2:4-7, 2000.
- 3.Chien H., Ku C., Lu R., Tao Y., Chou K.: Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing, 17:5:228-236, 2003.
- 4.Donegan K.R., Palmer-Erbs U.K.: Promoting the role of the psychiatric nurse. Journal of Psychosocial Nursing, 36:4:13-23, 1998.
- 5.İraurgi I., Bombin I., İmaz I.: Professional training in the rehabilitation of people with psychiatric disability. Psychiatric Rehabilitation, J., 23:2:175-181, 1999.
- 6.Lewis S.W., Buchanan R.W.: Şizofreni.Çev:Murat İçen. AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd.Şti. 2003.
- 7.Liberman R.P.: Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients.American Psychiatric Press, Washington DC, 1988.
- 8.Mueser K.T., McGurk S.: Schizophrenia. Lancet, 363:9426:2063-2072, 2004.
- 9.Öztürk O.M.: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 5.Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
- 10.Startup M.: Insight and interpersonal problems in long-term schizophrenia. Journal of Mental Health, 7:3:299-309, 1998.
- 11.Stuve P., Erickson R.C.: Cognitive rehabilitation: the next step in psychiatric rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal, 15:1:9-18, 1991.
- 12.The National Alliance for the Mentally Ill (NAMI): Psychosocial Treatment. 2001.
- 13.Yıldız M.: Şizofreni; Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek. HYB Yayıncılık, Ankara, 1999.
- 14.Yıldız M.:Şizofrenide Psikososyal Tedaviler IV Psikososyal Beceri Eğitimi Uygulama Kılavuzu. Kutu Grafik, İstanbul, 2001.
- 15.Schooler N.R., Fenton W.S.: Editors'concluding remarks: psychosocial treatment: more than compassion and common sense. Schizophrenia Bulletin, 26: 1:153-157, 2000.

## **ATILGANLIK EĞİTİMİ**

Yrd. Doç. Dr. Yasemin Kutlu, Yrd. Doç. Dr. Leyla Küçük  
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

Atılganlık, kişinin anksiyete yaşamaksızın kendini ifade etmede, duygularını dürüstçe açıklamada ve başkalarının haklarını inkar etmeden kişisel haklarını korumada bireylerin eşitliğini ve yeterliliğini geliştiren kişilerarası davranış biçimidir (Teegen1995).

Atılgan olmayı birçok faktör etkileyebilir. Özellikle hemşirelerin atılgan davranış göstermemelerinin en önemli nedeni, kadın mesleği olması ve kadının toplum içindeki geleneksel rolü olarak görülmektedir. Kadının geleneksel kız kardeş ve bakıcı rolü zaman zaman onun katı ve otoriter davranarak saldırgan olmasına, zaman zamanda pasif davranmasına neden olmaktadır. Ayrıca stres karşısında verilen tepkiler, benlik değerinin düşük olması, rol model eksikliği, atılgan olmayı öğrenme fırsatlarının eksikliği, hiyerarşik değerler de hemşirelerin pasif ya da saldırgan davranmasına sebep olabilir (Bernhard 1990; Tanış 1993).

Genel olarak atılganlık eğitimi, bireyin kişilerarası ilişkilerinde kendi düşünce ve duygularını, kendine güvenli fakat sosyal ortama uygun bir biçimde ifade etmesini amaçlar. Bu eğitim, bireyin öz saygısını ve güvenini arttırır. Bireye, eleştiriyi kabul etme yöntemlerini, stresle etkili baş etme yollarını, kendisi ile olumlu iletişimde bulunmasını, pasif, atılgan ve saldırgan davranışlar arasındaki farkı anlayabilmesini ve başkaları tarafından zorlanmaya izin vermeden kişisel haklarını nasıl koruyacağını öğretir (Bond 1988a; Bond 1988b; Cüceloğlu 1992; Çulha&Dereli 1987; Teegen 1995).

Bu kursun amacı, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde atılgan davranışın önemi hakkında farkındalık yaratmaktır. Katılımcıların; atılgan, saldırgan ve çekingen davranışları ayırt etmesi ve sözlü/sözsüz iletişimin özelliklerini kavraması kursun içeriğini oluşturacaktır.

### **Kaynaklar**

- 1.Teegen, F. (1995). Training in assertiveness and social competence. Istanbul University Medical Faculty Conference Paper, 1-5.
- 2.Bernhard, LA., Walsh, M. (1990). Leadership. 2nd Ed., C.V Mosby Company, St.Louis.
- 3.Tanış, Y. (1993). Assertivite ve hemşirelik. Hemşirelik Bülteni, 6 (27): 5-7.
- 4.Bond, M. (1988a). Assertiveness training. Assertive rights and body language. Nursing Times, 84(11): 61-64.
- 5.Bond, M. (1988b). When and why non-assertivite? Nursing Times, 84(10):69-72.
- 6.Cüceloğlu, D. (1992). İnsan ve davranışı, Remzi Kitapevi, İstanbul.
- 7.Çulha, M., Dereli, AA. (1987). Atılganlık Eğitim Programı. Psikoloji Dergisi 6(11):124-127.

## **PSİKODRAMA İLE FARKINDALIĞIN ARTIŞI NASIL OLMAKTADIR?**

Prof.Dr.Olcay Çam, Yrd.Doç.Dr.Esra Engin

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği AD

Psikodrama eylem içeren yaşantısal bir yöntemdir. Zerka Moreno, psikodramaya, nasıl yaşanacağını öğreten cezalandırıcı olmayan bir laboratuvar olarak bakmaktadır. Yöneticinin rolü ise dinlemek ve izlemektir. Psikodramada yararlı ya da 'terapötik' olan nedir? Sorusu kendisine sorulan üyelerin çoğu, kendisinin gerçekten olduğu gibi kabul edilmesinin önemini vurgulamıştır. Önemli bir kısmı ise, 'herşeyin nasıl başladığını' anlamasını sağlayışına vurgu yapmış ve bu farkındalıkla yaşamda ne yapması gerektiğini seçebilme yetisini değiştiren bir çeşit özgürlük kazandığını belirtmiştir (Kellermann 1994). Moreno, kişiliğin gelişmesinde iki temel özelliğin varlığını kabul eder. Birincisi; kişiler arası sosyal ve duygusal ilişki yeteneğinin gelişmesi (sosyo emosyonel gelişim), ikincisi; rol gelişimi sırasında edinilen deneyimdir (rol gelişimi). Moreno, rol kavramını yaşamın bütün boyutlarında izler. O insanın körü körüne kendi varoluşu içine atılmadığını, tam aksine daha embriyonel dönemde bile içinde bulunduğu dünya ile spontan olarak ilişkiye girdiğini kabul eder. Başlangıçtan itibaren insan, eyleme giren, davranışta bulunan bir varlıktır. En erken gelişim dönemlerinde bile içinde bulunduğu evrenle etkileşim içindedir (Özbek, Leutz 1987).

Moreno (1953) tarafından öne sürülen kişilik gelişimi kuramı da yukarıdakilere benzer; birey ile çevresi arasındaki etkileşimi, içsel dünyanın gelişiminde temel bir faktör olarak görür. Moreno'ya göre, insanlar sosyal atom içine doğarlar; bu bir sosyal ağıdır ve insanı yaşamı boyunca etkilemeyi sürdürür. Daha özgül olarak, Moreno, çocuğun kişiliğinin, ebeveynleri ve yakın bağlantısı olduğu önemli kişilerle ilişkilerinden geliştiğini iddia eder. Bu nedenle, "danışanları, onların sosyal atomlarını göz önüne almadan tam anlamıyla değerlendirmek olanaksızdır" der (Kellermann 1994).

Moreno (1914) ruh sağlığı alanına "ilişkiler" boyutunu ilk getiren kişidir. Bu, sorunların ortaya çıkışını olduğu kadar iyileşme sanatını da ilgilendiren bir boyuttur. Bireyin duygu ve düşüncelerini karşısındakine anlatabilme yeteneği insanlar arası ilişkilerin temelini oluşturur. İnsanlar arası ilişkilerin çoğunda kişilerin herhangi bir konu için yargıda bulunmaları, düşündükleri şeyleri anlatmaları, kendilerini açmaları beklenir. Bu yargılar farklı insanlar, yerler ve olaylarla ilgili nesnel durumlarla ilgili olabildiği gibi, kişinin kendisiyle ilgili öznel durumlarla da ilgili olabilir (Dökmen1995, Hargie, Saunders, Dickson 1981). Kendini açma, daima kişiler arası bir eylemdir ve sonuçları da grubun tedavi edici bir parçasıdır (Blatner 1973, Yalom 1992). Grupta kendini açarak sorunlarını getiren üyeler, sorunlarını nasıl çözümleneceklerine ilişkin yeni bakış açısı kazanırken, grup üyelerinden gelen geribildirimler yoluyla, bazı kişisel özelliklerini de fark edebilirler. Ayrıca, daha önce üzerinde düşünmedikleri gelecek yaşamlarını düşünme olanağı da bulabilirler. Bireyin, yeni rolleri kazanma sürecinde, kendisi ile ilgili değerlendirmeleri de kullanarak değişmesi de söz konusudur. Birey, bir yandan kendi içindeki bireysel dünyasını yaratırken diğer yandan yarattığı kapsamlı sosyal yaşamındaki kişilerle ilişkiye girer. Bu süreçte bir yandan kişilerarası ilişkilerini nasıl sürdürdüğünü görürken, diğer yandan grup sürecinde kişiliğiyle ilgili olarak fark ettiklerinin ışığında kişilik özelliklerini gözden geçirip yeni özellikler edinip bazı özelliklerini de değiştirmektedir. Psikodrama grup süreci de özünde bir kişiler arası ilişki sürecidir. Bu ilişki sürecinde, birey diğerlerinden gelen geribildirimlerle de yarattığı dünyayı geliştirerek yeni bir duruş sergiler.

Aslında, duygusal sorunlar nasıl ki bazı etkenlerin kombinasyonu ile ortaya çıkıyorsa (örneğin, çocukluktaki çatışmalar, gelişimsel duraklamalar, bozulmuş ilişkiler, baskılama ya da yetersiz alışkanlık öğrenimi), iyileşmenin yolu da değişik rotalar izleyebilir ve değişik bakış açıları ile açıklanabilir. Bunun da ötesinde iyileşme süreçlerinin, insandan insana, terapistten terapistte, koşuldan koşula değişebileceği; ayrıca hasta, terapist ve grup arasındaki değişik denk düşmelerden etkileneyeceği de bilinmelidir. Bir hasta eylem içgörüsü ile gelişim gösterirken bir diğerine sıcak ve otantik ilişkiler daha yararlı gelebilir.

Bazılarında, kişilik değişimi, onarıcı/ düzeltici duygusal yaşantı aracılığıyla olacaktır (Blatner 1994).

Moreno, sosyometriyi bu dinamikleri açıklayan bir yöntem olarak geliştirdi. Ayrıca, telenin ve onla ilişkili konuların, klinik bağlamı aştığını ve toplumdaki tüm gruplar için geçerli olduğunu vurguluyordu. Hatta o daha sosyal yönelimli bir psikiyatri vizyonuna sahip biri olarak "sosyoatri" terimini de icat etti. 1974'te çıkarmaya başladığı psikodrama dergisine de ilk iki yıl boyunca bu adı verdi (sonra Grup Psikoterapisi olarak değiştirdi).

Moreno, insanlar arasındaki bağlantıları, bireyi gruba bağlayan faktörü ve ayrı olma, bağlantılı olma, karşılıklılık, etkileşim, iletişim, karşılıklı eşduyum gibi ilişkiyel görüngüleri tanımlamak istediğinde bu süreçleri içeren, tam anlamıyla yeni bir terim yaratmak istemiştir. "Tele", "bir bireyden diğerine iletilen en basit duygu birimi"ni ifade eder. Tele, geçmişten gelip şimdikiyi bozan bir tekrar değil, şimdi buradaya uyan yeni bir tepkidir. Moreno'nun tele kavramının derin kökleri varoluşçu felsefede yer alır ve Martin Buber'in (1923) "Ben-Sen" kuramı ile daha geniş şekilde açıklanabilir. Basitçe anlatırsak, bu kuram şu fikri temel alır: "Ben, ancak seninle ilişkiyle ben olabilirim" (Kellermann 1994). Bu durumu Goethe tarafından çok güzel ifade edilmiştir.

### **"İnsan kendini insanda tanır "**

**Goethe**

Moreno tarafından icat edilen bir başka terim, "sosyal atom", terimi olup, "en küçük sosyal birimdir, ancak bu, birey değildir" denilerek, tanımlanmıştır. Bireyin etrafında dönen ilişkilerden oluşmuştur; bu bireyin başkalarıyla ilişkilerini de oluşturur. Normal olarak üç tip sosyal atom vardır: Özel ya da kişisel, mesleki ve sosyokültürel. Zaman zaman değişmeler de belirli bir tutarlılık gösterirler. Bu yapıları olanaklı kılan ve onlar için bir tutunacak yer yaratan şey teledir. Bu bir tür "sosyal zeka"dır. Telenin pek çok biçimi vardır. Tele, ötekinin gerçeğine ulaşma ve onu anlamadır. Mutlaka, ilişkiye katılan tüm insanların bakış açıları göz önünde tutulmalıdır; iki ucu olan değnekler gibi. Her ilişkide üç şey mevcuttur: iki insan ve onların arasındaki özel ilişki. İlişki, karşılıklı olumlu, karşılıklı olumsuz ya da birbirine uymaz doğada - yani biri birini seçerken, öteki onu ya reddeder ya ona karşı yüksüz ve kayıtsızdır - olur. Bu bakış açısından bakıldığında, o, ilişkideki kaynaşma ya da çözülmeden sorumludur. Karşılıklı olumlu tele zamk gibidir (Moreno 2000). Türkçe'de " kalp kalbe karşı olma" şeklinde de anlatılan durumdur.

Etkileşimlere ışık tutmak için tele farkındalığına gereksinim vardır. Bireyler ve onların bağlantıları çizildiğinde grubun yapısının algısal haritası ortaya çıkar. Çizimde, erkekler için üçgen, kadınlar için halka sembolleri kullanılır. Semboller arasında çekimler ve itimler konur. Genel olarak çekim için kırmızı itim için siyah renk kullanılır. Hatta kişinin özel yaşam, iş ve toplum olmak üzere üç düzlemdeki durumunu değerlendirmek üzere herkesin düzenli aralıklarla algısal sosyogramlar yapması bile önerilebilir. Zerka Moreno, "son yıllarda kendi rolümü bir psikoterapist olarak görmemeye başladım; çünkü iyileştirdiğim şeyin ruh olduğundan pek emin değilim; bana kalırsa ben ilişkileri iyileştiriyorum. İyileştirmenin gerçekleştiği şey tele tarafından taşındığı şekliyle ilişkiler" demektedir. Gordon W. Allport ise bu durum için, şöyle der: "Dr. Moreno teleyi, "başkasına ilişkin içgörü", "başkasını anlama", "başkasını hissetme" "başkasının gerçeğini anlama" olarak tanımlar. Burada insan ilişkilerinin tümü, tüm terapilerin özü tanımlanmıştır" (Moreno J. L. ve Moreno Z. T. 1975: 15; Aktaran Moreno 2000) .

Eylem, özgül içeriği ne olursa olsun her zaman ilişkiler kurar ve bu nedenle sınırları zorlayan ve tüm sınırları aşip geçen bir eğilimi vardır (Moreno 2000).

Tele, "bireyleri birbirine çeken ve birbirinden iten süreç" i anlatmak için J. L. Moreno tarafından icat edilmiş bir terimdir. Herhangi bir grupta her bir birey diğer üyelere karşı çekim, nötrallite, karmaşık duygular ya da itim hisseder. Ancak bu duygular, bilinçli olarak kaydedilmez, hatta nadiren dile getirilir. Tele kavramının önemi, güç algılanan sosyal

dinamikleri, apaçık şekilde bilince çıkarmasıdır. "Bir şeye bir isim vermek, onun varlığını ortaya çıkarmanın, insanların daha önce bir şey görmedikleri bir yerde bir kalıp görmelerini olası kılan bir yoludur" (Rheingold 1988:3; Aktaran Kellermann 1992).

Tüm ilişkiler gerçeklik ve kurgunun karışımıdır; gerçek ilişkiler aktarım öğelerinden etkilenir; aktarımlarda bir miktar gerçeklik vardır. Örneğin, ebeveyn ile çocuğu arasındaki gerçek ilişkide her iki taraf da birbirine gerçekliğe dayalı olmayan bazı beklentiler yansıtırlar ("Oğlum çok yetenekli!" "Benim babam çok zeki!") Öte yandan, hastaların terapistle ilişkin duyguları, sıklıkla, terapistin kişiliğinin bazı gerçek taraflarına dayalıdır ("Yorgun ve üzgün görünüyorsunuz, galiba çok çalışıyorsunuz!") (Kellermann 1992).

Tele kavramının en önemli uygulamalarından birisi de, onun, insanları, kendi tercihlerine daha çok özen göstermeye yöreklendirmesidir. Bunun, karşılığında, bireyin kendine ilişkin farkındalığı artar ve bireyselleşme konusunda kişiye yardımcı olur. Daha önce belirtildiği gibi, Karen Horney (1950: 17), kişinin "gerçek kendiliğini" geliştirme ihtiyacından söz etmiştir. Bunu sağlamanın en etkili yollarından birisi kişilerin kendi seçimlerine dikkat etmelerini, özen göstermelerini sağlamaktır; özellikle, tercihlerine, tabiatlarına, hayallerine. Terapiye gelen pek çok insan öz gelişimlerinin bu boyutları hakkında çok az farkındalığa sahiptir. Tele kavramının diğeri bir pratik uygulaması, insanların grup içinde tercihlerini, üye oldukları politik, dini, sanatsal vb. topluluklar dahil, tartışmalarını sağlamaktır. Arzu ettikleri bağlantıları, ait olmak istedikleri insanları ve grupları düşünmeleri sağlanmalıdır. Sadece toplumsal ağlarındaki kişiler değil, girmek istedikleri grupları da konuşmaları sağlanmalıdır. Çıktıkları kişileri, romantik ilişkilerini, işlerini, hobilerini nasıl seçtiklerini, hangi ölçütleri kullandıklarını konuşmak, giderek daha otantik bir kimliğin ortaya çıkmasını sağlayacaktır.

Bireyselleşmenin bu dinamiği, insanlara kendi gerçek kimliklerini bulmaları konusunda içgörü kazanmalarını, kendisi, çevresi, ve yaşama ilişkin farkındalığının artmasını sağlayarak ve bunun başkaları tarafından kabul edilip beğenildiğini görerek, yaşamdan daha fazla doyum alması ve üretken olması sağlanabilecektir.

### **Kaynaklar**

1. Blatner AH (1973). Psikodrama ile İletişim Dünyamıza Adımlar. Çev : Abdulkadir Özbek, Ertem Basın-Yayın Ltd.Şti., Ankara.
2. Blatner A.H (1994). Innovations in Theory and Practice: Psychodrama Since Moreno. Eds: Paul Holmes, Marcia Karp and Michael Watson. Chapter:12, Tele. Çeviren: İnci Doğaner. Routledge Publish, 283-300.
3. Dökmen Ü (1995). Sosyometri ve Psikodrama. 2. Baskı, Sistem Yayıncılık, İstanbul.
4. Hargie A, Saunders C, Dickson D (1981). Social Skill in Interpersonal Communication, Second Edition, London and Sydney: Croom Helm Ltd., 209-227.
5. Kellerman P.F (1992) Focus On Psychodrama. Jessica Kingsley Publishers Ltd, London, Bristol, Chapter 5. Therapeutic Aspects, 67- 75. Chapter 8. Tele, 96-108. (Çeviren: İnci Doğaner) First Edition, London.
6. Moreno Z. T. (2000). The Quintessential Zerka : Writings by Zerka Toeman Moreno on Psychodrama, Sociometry and Group Psychotherapy. Edited by Toni Horvatin and Edward Schreiber. Routledge Publishers Ltd, Newyork. 289-301, (Çeviren: İnci Doğaner).
7. Özbek A, Leutz G (1987). Psikodrama Grup Psikoterapisinde Sahnesel Etkileşim. Has-soy Matbaası, Ankara.
8. Yalom I.D (1992). Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği. Çev: Ataman Tangör, Özgür Karaçam, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

# BİLDİRİ ÖZETLERİ

## SÖZEL BİLDİRİLER

### S.1 AKUT DÖNEM PSİKİYATRİ HASTALARININ HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Hem. Nurdan Çetin<sup>1</sup>, Yrd.Doç.Dr. Fahriye Oflaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Öğrencisi

<sup>2</sup>GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Öğretim Üyesi

#### ÖZET

**Giriş:** Günümüz sağlık hizmetleri anlayışı hasta merkezlidir ve hizmetlerin geliştirilmesi ve kalitesinin ölçümü konusunda hasta görüşlerine sıklıkla başvurulmaktadır. Hastanede yatan hastalara sıklıkla ihtiyaçları ve hizmetler ile ilgili sorular sorularak ya da bu konularda görüşleri alınarak hizmetler değiştirmekle beraber psikiyatride yatan hastalarla ilgili bu tür çalışmalara az rastlanmaktadır. Akut psikiyatri hastalarının çoğu, hayatları üzerindeki kontrolü kaybetmesi nedeniyle yardıma ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle akut psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin hastaların bireysel gereksinimlerini göz önünde bulundurarak hemşirelik bakımını planlaması önemlidir.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı akut dönemde hastaların hastane ortamını ve sunulan yardımı nasıl algıladıklarını ve gereksinimlerini kendi bakış açıları ile nasıl ifade ettiklerini incelemektir.

**Yöntem:** Bu araştırma akut dönem hastalarının gereksinimlerini kendi görüşleri doğrultusunda açığa çıkarmak amacıyla niteliksel tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırmanın örneklemini, GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı kliniğinde 15 Şubat 2010-14 Nisan 2010 tarihlerinde en az 3 gündür yatmakta olan; araştırmacı ile görüşme yapabilecek olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan akut dönem hastaları oluşturmaktadır. Aranan nitelikte ve benzer bilgilere ulaşıncaya kadar görüşmelere devam edilmiştir. Veri toplamak amacıyla 11 sorudan oluşan "görüşme kılavuzu" oluşturulmuştur. Görüşme kılavuz formu hastaların yaşı, cinsiyeti, yatış sebebi, yatış süresi, tanısı, kullandığı ilaçlar, klinik ortamda bir gününü nasıl geçirdiği, klinik ortamda kendisine nelerin yardımcı olduğu ve gereksinimlerinin neler olduğunu içeren sorulardan oluşmaktadır.

Görüşmeler araştırmacı tarafından hastalara açıklama yapılarak onamları alındıktan sonra yürütülmüştür. Görüşmeler sırasında hastalardan izin alınarak ses kaydı yapılmış ve kayıtlar sonrasında birebir yazıya aktarılmıştır. Çalışma kapsamında farklı yaş, cinsiyet ve farklı tanıları olan hastalar örnekleme seçilerek heterojen bir örneklem oluşturulmuştur. Verilerin analizi için nitel araştırmalarda sıklıkla kullanılan betimsel analiz yöntemi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hastaların görüşmeleri analiz edildiğinde hastaların daha çok kendi yalnızlıklarını yaşayabilecekleri güvenli fakat yalnız kalabilecekleri alanlara; yargılanmadan dinlenecekleri kişi ve ortamlara ihtiyaç duydukları görülmüştür. Bunlar dışında düzenli uyku istirahat gereksinimi, oryantasyonu kolaylaştıracak (takvim, saat, hasta kabul vb) düzenlemeler ve hizmetler, kullandıkları ilaç ve tedaviler hakkında güven duyma/bilgilenme gereksinimi ve gün içinde meşgul olabilecekleri eğlence aktiviteleri ya da uğraşlar gibi hizmetlerle ilgili ifadeleri dikkat çekmiştir. Her ne kadar akut dönem hastaları ile iletişim kurmak ve sürdürmek zor olsa da hastalara zaman ayrıldığında ve dinlemeye çalışıldığında istek ve gereksinimlerini dolaylı yollarla olsa da ifade ettikleri gözlenmiştir.

**Sonuç:** Psikiyatri hemşiresi hasta ifadelerini dikkate alarak akut psikiyatri hastaları için bireye özgü bakımı sağlayabilir. Bu sayede ortamın esnekliği sağlayarak hastaneye yatışın daha olumlu bir deneyim olmasını ve hastaneye yatışla ilgili sonraki dönemlerde oluşabilecek dirençleri ve negatif tutumları önleyebilir. Ayrıca bu tür çalışma sonuçları hemşire ve hastaların aynı hedefe odaklanmasına yardımcı olacak bilgilerin açığa çıkmasına yardımcı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Psikiyatri hastası, hemşirelik bakım gereksinimi

## Kaynaklar:

1. Fourie WJ, McDonald S, Connor J, Bartlett S. (2005) The role of the registered nurse in an acute mental health inpatient setting in New Zealand: perceptions versus reality. *Int J Ment Health Nurs* 14(2):134-41.
2. Alexander J. (2006) Patients' feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 13(5):543-53.
3. Shajahan P, Taylor M. (2007) Outcome of acute psychiatric in-patient care where there are no crisis or home treatment teams. *Psychiatric Bulletin*, 31: 387-390.

## S.2 BAŞETME GRUBU İLE SOSYAL DESTEK GRUBUNUN HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNE ETKİSİ

Dr. Neslihan Partlak Günüşen<sup>1</sup>, Prof.Dr.Besti Üstün<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı hemşirelerin baş etme becerileri ve sosyal destek düzeylerinin baş etme ve sosyal destek grupları yoluyla artırılmasının tükenmişlik düzeyine etkisinin incelenmesidir. Araştırmanın kavramları Neuman Sistemler Modeline temellendirilmiştir (Neuman 2002).

**Yöntem:** Bu çalışmada randomize kontrollü deneysel yöntem kullanılmıştır. Araştırma İzmir'de bir üniversite hastanesinde yapılmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden, verilerin elde edildiği gruba göre ortalama puan ve üzerinde alan ve hastanenin genel kliniklerinde çalışan 108 hemşire örnekleme oluşturmuştur. Örnekleme oluşturan hemşireler randomize olarak baş etme, sosyal destek ve kontrol gruplarına atanmıştır. Baş etme grubunda duyguya ve soruna yönelik baş etme yöntemleri işte yaşanan durumlara entegre edilmiştir. Sosyal destek grubunda hemşirelerin yaşadıkları sorunlar refleksin (reflection) basamakları uygulanarak çözümlenmeye çalışılmıştır. Kontrol grubuna deney gruplarının girişimleri bittikten sonra baş etme eğitimi uygulanmıştır. Veri toplamada Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans ve tek yönlü varyans analizi, ki-kare ve bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş gruplarda t testi kullanılmıştır. Örnekleme yaşanan kayıplar nedeniyle veriler tedavi amaçlı analiz (intention to treat analysis) yaklaşımıyla değerlendirilmiştir. Ölçümler girişim öncesi, sonrası, altıncı ayda yapılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin tükenmişlik boyutunda duygusal tükenme puanlarının girişim sonrası azaldığı, altıncı ayda arttığı belirlenmiştir. Tükenmişliği azaltma yönünden baş etme ve destek grubunun istatistiksel olarak birbirine anlamlı fark oluşturmadığı belirlenmiştir. Sosyal destek boyutunda özel bir insandan alınan desteğin girişim sonrası arttığı görülmektedir. Stresle baş etme boyutunda iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımlarının girişim sonrası arttığı belirlenmiştir.

**Tartışma:** Girişimin özellikle duygusal tükenme boyutuna etki ettiği görülmüştür. Hemşirelerin duygusal tükenme puanları girişim sonrası azalmış altıncı ayda artmıştır. Bunun nedenlerinin girişimin etkisinin kısa süre devam etmesi ve hastanede yaşanan kurumsal değişimler olabileceği düşünülmüştür. Sosyal destek ve baş etme ölçeklerinden alınan puanların artması programın hemşirelerin bu becerilerini geliştirmede kullanılabileceğini göstermektedir. Bu çalışmada Neuman Sistemler Modeli kullanıldığından direnç hatları güçlendirildiğinde hemşirelerin tükenmişliğinin azalması Neuman'ın ikincil koruma ile temel yanıtın (core response) azaltılabileceği önermesini doğrulamaktadır. Bununla birlikte tükenmişlik düzeyi kısa dönemde azalıp altıncı ayda tekrar artmıştır. Neuman'a göre direnç hattının zamanla edinilen baş etme biçimi olduğu göz önüne alındığında yapılan eğitimlerin hemen uygulamaya geçmesini beklemek zordur. Bu nedenle belli aralıklarla tekrar edilirse bireyin yaşamına öğrendiklerini geçirebilmesi mümkün olacaktır (Neuman 2002, Rowe 1999).



**Sonuç:** Tükenmişlik düzeyini azaltmak için uygulama kolaylığı nedeniyle baş etme eğitimi verilmesi ve aralıklarla tekrar edilmesi, programın blok düzenlenmesi, organizasyona yönelik girişimlerle birlikte uygulanması önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Tükenmişlik, Neuman Sistemler Modeli, stresle baş etme, sosyal destek, hemşirelik

### Kaynaklar

1. Neuman, B. The Neuman systems model. In The Neuman Systems Model, 4th ed. (Neuman B. & Fawcett J., eds). 2002. Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ. 3–33.
2. Rowe, M. Teaching health-care providers coping: results of a two-year study. Journal of Behavioral Medicine. 1999; 22: 511-527

### S.3 ERGENLERDE KİŞİLERARASI ŞİDDET ALGISI VE ŞİDDET YAŞAMA DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sultan Çardakkaya<sup>1</sup>, Fatma Gül Pala<sup>1</sup>, Aygül Yenice<sup>1</sup>, Eda Yurdakul<sup>1</sup>, Satı Bozkurt<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniv. Ödemiş Sağlık Yüksekokulu 4.sınıf Öğrencisi

<sup>2</sup>Ege Üniv. Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Öğretim görevlisi

#### ÖZET

**Amaç:** Çalışmanın amacı; ergenlerde kişiler arası şiddet algısı ve şiddet yaşama durumlarını belirlemektir. Bu kapsamda ergenlerin şiddeti algılama biçimleri, şiddet davranışı karşısındaki tutumları; şiddet yaşama durumları ve bu davranışlar karşısında verdikleri tepkiler değerlendirilmiştir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini; İzmir ili Ödemiş ilçesinde bulunan Ödemiş Mesleki Eğitim Merkezi'ne kayıtlı öğrenciler oluşturmuştur. Veri toplama aracı, araştırmacılar tarafından ilgili literatür (1,2,3) taranarak oluşturulan 30 soru ve 3 bölümden oluşan (Sosyo demografik özellikler: 13 soru, şiddet algısı:9 açık uçlu soru ve şiddet yaşama durumu: 8 açık uçlu soru) soru formudur. Soru formu araştırmacılar tarafından; görüşmeyi kabul eden katılımcılar ile birebir görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur. Araştırmanın örneklemini sınıflara ve cinsiyete göre ağırlıklı tabakalı örneklem yöntemiyle belirlenen 150 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirme sürecinde, öncelikle açık uçlu sorular gruplandırılarak SPSS 16.0 programında kodlanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdeleri alınmıştır. Çapraz tablolar ve ki-kare analizleri yapılmıştır.

**Bulgular:** Ergenlerin yaş ortalaması  $16,5 \pm 1,2$ 'dir. Araştırmaya katılan ergenlerin; annelerin %98'i, babaların %93'ü ilköğretim düzeyi ve altı eğitime sahiptir. Şiddeti, %45,3'ü dövüş ve kavga, % 37,3'ü dayak olarak tanımlamıştır. Şiddetin görüldüğü ortamları, %42,7'si sokak, %26,7'si okul olarak belirtmiştir. Ergenlerin %31,3'ü psikolojisi bozuk olanlar, %19,3'ü kendini güçlü hissedenler, %13,3'ü alkol kullananlar şiddet uygular demiştir. Kimler şiddet görür sorusuna, %38,7'si güçsüz, savunmasız insanlar, %21,3'ü cahil, işsiz insanlar olarak belirtmiştir. Şiddetin sonuçları sorulduğunda, %52,7'si bıçaklanma-yaralanma olarak yanıtlamıştır. Ergenlerin %63,3'ü şiddet sorununu çözmek için birbirini dinlemesi gerektiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan ergenlerin %60'ının son bir yılda şiddet yaşadığı, bunların %12'sinin sık sık şiddet yaşadığı saptanmıştır, ergenlerin %35,3'ü arkadaşı tarafından, %14,7'si aile bireyleri tarafından şiddet görmüştür, bunların %35,3'ü sözel, %24'ü fiziksel şiddet görmüştür. Şiddet yaşama durumunda %24,7'sinin üzülüp ağladığı, %20'sinin elleri titreyip-sinirlendiği, %12,7'sinin kendisini aşağılanmış hissettiği, %6,7'sinin şok olduğu, %4'ünde karşısındakini öldürmek istediği saptanmıştır. Ergenlerin %45,3'ünün son bir yılda şiddet uyguladığı saptanmıştır, şiddet gerekçeleri; %57,3'ü karşılık vermek, %22,5'i sinirlilik, %11,7'si kız erkek ilişkileri, %7,3'ü söz dinlememe ve anlaşmazlıktır. Araştırmaya katılan ergenlerin son bir yılda şiddet yaşama durumları ile bir sorun ile karşılaştıklarında yardım istediği kişiler karşılaştırıldığında; aileden yardım alanların %45'i, kendi çözenlerin %74,5'i, arkadaşlardan yardım alanların %62'si şiddet yaşamıştır, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0.016$ ,  $p<0,05$ ). Uygun ve yeterli destek alamayan ergenlerin daha fazla şiddet yaşadığı görülmektedir. Son bir yılda şiddet yaşama durumları ile son bir

yılda şiddet uygulama durumları karşılaştırıldığında şiddet uygulayanların %90'ı, şiddet uygulamayanların %35'i şiddet görmüştür bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,001$ ). Şiddete maruz kalan ergenlerin şiddet uygulamaya eğilimli olduğu dikkat çekmektedir. Sosyal öğrenme kuramına göre; insanlar geçmişte yaşadıklarını zihinlerine kodlayarak bunları ileriye dönük olarak kullanma gücüne sahiptirler (4).

**Sonuç:** Şiddet davranışının gelişim sürecini bozan bir sorun olduğu ve bu sorunun temelinde ailelerin şiddete karşı tutumlarının ele alınması gerektiği ve şiddetin bir otorite, disiplin veya ceza yöntemi olmadığı da vurgulanmalıdır. Çocuğa fiziksel, sözel ve toplumsal şiddetin ne olduğu, şiddetin gelişimi ve etkileri konusunda eğitici programlar yapılmalıdır. Şiddeti önlemenin en önemli yollarından biri, risk gruplarına yönelik çalışmalardır ve bu çalışmalarda sektörler arası işbirliği ve çok disiplinli yaklaşım sergilenmesi gerekmektedir. Ergenlere yönelik sosyal ve psikolojik destek sağlayacak merkezler ve hizmetlere gereksinim vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Ergen, şiddet algısı

### Kaynaklar

- 1) Avcı. R. (2006). Şiddet Davranışı Gösteren ve Göstermeyen Ergenlerin Ailelerinin Aile İşlevleri, Öfke ve Öfke İfade Tarzları Açısından İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Adana. Yüksek Lisans Tezi
- 2) Bilgin, G.N., Toros, F., Çamdeviren, H., Şaşmaz, T. (2004). Okulda Fiziksel ve Sözel Şiddete Maruz Kalan Öğrencilerin Sosyo-demografik Özellikleri: Prevelans Çalışması. Türkiye klinikleri, Adli Tıp Dergisi, 1;1. s,s:25-30
- 3) Sargın, N. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Şiddet Algısı. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya. Yüksek Lisans Tezi
- 4) Aydoğdu. İ. (2006). Sosyal Öğrenme Kuramı. Kaynak II; Eğitim Psikolojisi, s. 219–228

## S.4 PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ DERSİ UYGULAMASININ BAKIM PLANI VE ETKİLEŞİM SÜRECİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nevin Onan, Semra Karaca, Gül Ünsal

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

### ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Psikiyatri hemşireliği dersinde amaç öğrenciye hemşireliğin temel ilke ve kavramları doğrultusunda, insan davranışları ve davranış bozukluklarına yönelik edinilen bilgi ve becerilerin ruh sağlığını korumada, hasta bakımı ve rehabilitasyonda etkin biçimde kullanmasıdır(1). Dersin uygulamasında öğrenci hemşirenin becerilerini ve bilgisini değerlendirmek için kullanılan hemşirelik bakım planı ve etkileşim süreci eğitimcilerin danışmanlığı ile uygulanır. Hemşirelik süreci, sağlıklı/hasta bireyin bakımının sürdürülmesinde öğrenci hemşireye sistematik bir bakış açısı kazandırır(2). Etkileşim süreci ise öğrencilerin terapötik görüşme sürecindeki becerilerini geliştirmeye yöneliktir. Bu çalışma; bir grup hemşirelik yüksekokulu öğrencisinin psikiyatri hemşireliği uygulamasını bakım planı ve etkileşim süreci açısından değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

**Yöntem:** Bir hemşirelik yüksekokulu 4. sınıfına devam eden öğrencilerin psikiyatri hemşireliği dersi uygulamasında kullandıkları 'hemşirelik bakım planı ve etkileşim süreç kaydı' formlarında yer alan hemşirelik tanıları ve etkileşim sürecinde kullandıkları; görüşmenin amacı, terapötik ve nonterapötik iletişim yöntemleri, sürecin değerlendirilmesi gibi alanları sayısal ve nitelik olarak incelemek üzere geriye dönük tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. 2009-2010 eğitim-öğretim yılında 4. sınıfa devam eden 83 öğrenci araştırmanın evrenini oluşturmuş, örneklem belirlenmesi yöntemine gidilmemiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden ve aydınlatılmış onam alınan 72 öğrenci örneklemi oluşturmuştur. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler 'Bilgi formu', psikiyatri hemşireliği dersi uygulamasının değerlendirilmesine ilişkin veriler ise 'Hemşirelik Bakım Planı' ve 'Etkileşim Süreç Kaydı' değerlendirilerek toplanmıştır.

Araştırmada 120 adet 'Hemşirelik Bakım Planı' ve 216 adet 'Etkileşim Süreç Kaydı' incelenmiştir. Veriler bilgisayar ortamında; tanımlayıcı istatistiksel analizler kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular ve Tartışma:** Çalışmaya katılan öğrencilerin %38,9'u 22 yaşında ve %61,1'i düz lise mezunudur. Öğrencilerin %55,6'sının annesi ilkokul mezunu olup, %94,4'ünün anne-babası birlikte yaşamaktadır. Öğrencilerin %66,7'si hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiklerini belirtmişlerdir. Psikiyatri hemşireliği dersi uygulamasının sonunda öğrencilerin %41,7'si psikiyatrik hastalıklara ilişkin önyargılarının azaldığını ve %65,3'ü de kişisel ve mesleki ilişkilerine olumlu katkısı olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin %22,2'si klinik ortamla ilgili güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Demir ve Gökdoğan çalışmalarında; öğrencilerin psikiyatri hemşireliği uygulama alanlarını fiziki (%90) ve ekip çalışması açısından (%80) uygun bulmadıklarını saptamışlardır. Bu bulgu çalışma bulguları ile kısmen paralellik göstermektedir(1). Hemşirelik bakım planlarında öğrencilerin %45,8'i kendine/başkalarına yönelik şiddet riski, %43,1'i sosyal izolasyon, %37,5'i düşünce süreçlerinde değişim, %36,1'i etkisiz bireysel başa çıkma, %33,3'ü anksiyete gibi daha çok psikiyatrik hastalıklarda görülebilecek hemşirelik tanıları belirlerken; %56,9'u uyku örüntüsünde bozulma, %43,1'i özbakım eksikliği; %26,4'ü konstipasyon gibi fiziksel hastalıklarda da sıklıkla tanılanan hemşirelik tanıları belirlemişlerdir.

Etkileşim süreç kayıtlarının araştırmacılar tarafından incelenmesine göre; öğrencilerin %90,3'ü tanışma ve iletişimi başlatma, %56,9'u bilgi verme amacıyla görüşme yaptıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin %93,1'i açık uçlu soru sorma, %65,3'ü dinleme, %51,4'ü konuşmaya cesaretlendirme gibi terapötik yöntemleri kullanırken; %69,4'ü yönlendirme ve %56,9'u kişisel merak içeren soru sorma gibi nonterapötik yöntemler kullandıkları belirlenmiştir. Sever ve arkadaşlarının(3) yaptıkları bir çalışmada öğrencilerin %55,0'nin terapötik yöntemleri, %45,0'nin hem terapötik hem de nonterapötik yöntemler kullandıklarını bulmaları araştırma bulgusuyla paralellik göstermektedir. Öğrencilerin %72,2'sinin görüşme sürecini değerlendirdiği de belirlenmiştir.

**Sonuç:** Sonuç olarak; psikiyatri hemşireliği dersi uygulamasında öğrencilerin hemşirelik bakım sürecini uygulamada çoğunlukla etkili olabildikleri ancak etkileşim sürecini yürütmekte güçlükler yaşayabildikleri söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Öğrenci, psikiyatri hemşireliği, bakım planı, etkileşim süreci

#### **Kaynaklar**

1. Demir Y, Gökdoğan F ( 2002). Öğrencilerin "psikiyatri hemşireliği" dersini değerlendirmesi. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 4 (3): 10-15.
2. Gök Özer F, Kuzu N (2006). Öğrencilerin bakım planlarında hemşirelik süreci ve NANDA tanımlarını kullanma durumları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 22 (1):69-80
3. Sever DA, Işıl Ö, Ünsal BG, Gonçe N (2000). I. Ve IV. Sınıf lisans öğrencilerinin terapötik iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. 1. Uluslar arası-8. Ulusal hemşirelik Kongresi, Tam Metin Kitabı, s:455-457.

### **S.5 PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE RİSKLİ HASTALAR (3. DERECE) İÇİN DÜZENLENEN HEMŞİRE GÖZLEM FORMLARININ KAPSAM VE NİCELİK OLARAK İNCELENMESİ**

Hem. Hülya Tün<sup>1</sup>, Yrd.Doç.Dr. Fahriye Oflaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı

#### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Psikiyatri klinik ortamında tedavi ekibinin görevi, hastanın normal dışı davranışlarını değiştirmesine yardımcı olmaktır. Hasta davranışları ile ilgili veriler ise görüşmeler yoluyla ve klinik içinde hastayı gözlemlemekle elde edilir. Hastanın hastalık belirtilerini, davranışlarını, duygularını herhangi bir otorite baskısı ve zorlanma hissetmediği zamanlarda gözlemlemek doğru sonuçlara ulaşma konusunda daha çok yardımcı olmaktadır. Hemşirelik gözlemleri hastanın bakım ve tedavi sürecinde büyük

değer taşımaktadır. Hemşireler hastayı klinikte birçok durumda gözleme olanağına sahip olan ekip üyesidir.

Bu çalışmanın genel hedefi riskli hastalarda hemşirelerin yöneldiği problem alanlarını ve bu sayede hemşirelik bakım planında ele alınacak öncelikli konuları belirlemek; doktor gözlemi ile iletilen konular arasındaki paralelliğe dikkat çekerek akut bakım ünitesinde sağlık ekibi arasında ortak dil oluşturarak, işbirliğini hasta yararına olacak şekilde geliştirmektir.

**Yöntem:** Bu çalışma, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin 3. derece olarak sınıflandırılan hastalar için kullanılan hemşire gözlem formlarında yer alan problem alanlarını sayısal ve nitelik olarak incelemek üzere tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırmada doküman incelemesi yöntemi kullanılmıştır. Doküman incelemesi araştırılması hedeflenen olgu ve olgular hakkında bilgi içeren yazılı materyallerin analizini kapsar. Bu çalışmada incelenen dokümanlar hekimler tarafından doldurulan "riskli hasta değerlendirme formu" ve bu hastalar için hemşireler tarafından kullanılan "hemşire gözlem formlarıdır". Hemşire gözlem formu hemşirelik gözlem alanlarını içeren bir listedir ve hemşireler listede yer alan hasta davranışlarını işaretleme yoluyla bu formu günlük olarak doldurmaktadırlar. Riskli hasta değerlendirme formu doktor tarafından en az 3 günde bir doldurulur ve ana başlıkları, agresyon ve ajitasyon, intihar, ilaç yan etkileri, tıbbi duruma bağlı riskler ve laboratuvar tetkikleri açısından riskli durumlardır. Hemşire gözlem formunda ise yüz ifadesi, giyim, motor davranışlar, sosyal davranışlar, düşünce ve algılama özellikleri, konuşma özellikleri, servis içi ilişkiler ve faaliyetlere katılım, uyku ve yeme özellikleri, ziyaretçi durumu ve tedaviye tepkisi yer almaktadır.

Araştırmanın verileri araştırma için belirlenen süre içinde 3. derece olarak belirtilen hastalar için doldurulan formların incelenmesi ile elde edilmiştir. İnceleme ve kategorizasyon için her iki formdaki maddeleri içeren bir kodlama çizelgesi oluşturulmuş ve her hasta için doldurulan tüm gözlem formları bu çizelge üzerinde kodlanmıştır. Hasta için doldurulan tüm gözlem formları çalışma kapsamına alınmıştır. Gözlemlerde sıklıkla yer alan alt başlıklar yüzde olarak gösterilmiştir.

**Bulgular:** Gözlem doldurulan hastaların çoğunluğunun psikotik bozukluğu olduğu, bunu depresif bozukluğun ve madde kullanım bozukluğunun izlediği görülmektedir. Hastalar için doldurulan hemşire gözlemi ortalaması 12 gün iken, doktorların genellikle ilk gün risk değerlendirme formunu doldurdıkları görülmüştür. Hemşire gözlemlerinde sırasıyla en fazla giyime özen azaldığı (%72.7); yemeğini yediği (%68); yüz ifadesinin duruma uygunsuz ve özellikle sıkıntılı olduğu (%54); gece uyuduğu (%53.3); görevlilerle ilişkilerinin uyumlu olduğu (46.7); servis içi faaliyetlere katılmakta isteksiz (%42.7) olduğu maddeleri işaretlenmiştir. Doktorun doldurduğu risk değerlendirme formunda ise agresyon ve ajitasyonun işaretlendiği ve buna ek olarak ilaç yan etkileri ve kendine zarar verme düşüncesi daha çok işaretlenmiştir.

**Sonuç:** Hemşire gözlem formunda belirtilen alanların daha çok günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olup, semptomlar açısından fazla bilgi vermediği ve çoğunlukla ifade edilen alanların risk olarak belirtilen davranış özellikleri ile bağlantısı olmadığı görülmüştür. Ekip içinde hasta yararına hedefleri ortaklaştırmak için ortak ifadeler içeren bir gözlem tarzının oluşturulmasının bu tür riskli hastalar için önemli olduğu düşünülmüştür.

**Anahtar kelimeler:** Psikiyatri kliniği, riskli hasta, hemşire gözlem

## Kaynaklar

1. Mısırlı Ş, Bora E, Gültekin K, Elçi S, Gülen G. Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalar için Etkileşimsel Gözlem Ölçeği: Güvenirlik, Geçerlik ve Faktör Yapısını İnceleyen Bir Çalışma. Klinik Psikiyatri 2005; 8:117-122
- 2.Kamışlı S, Daştan L. Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelik Uygulamaları ve Bu Uygulamalara Yönelik Hasta Görüşleri. C.U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 12(1): 45-52
3. Karagözoğlu Ş. Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005, 9 (1): 6-14
- 4.Yıldırım A., Şimşek H. Doküman İncelemesi. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri, genişletilmiş 5. baslı, Seçkin yayınevi, 2005, Ankara

## S.6 PSIKİYATRI KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARIN SERVIS ORTAMINI DEĞERLENDİRMELERİNİN VE İLİŞKİLİ OLABİLECEK FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Yrd.Doç.Dr. Fahriye Oflaz<sup>1</sup>, Hem. Hatice Öklü<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı

<sup>2</sup>GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

### ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Psikiyatri kliniklerinde çalışma ortamının sağlık ekibi ve hasta yararına tedavi edici ortam özelliği taşıması gerekmektedir. Tedavi edici ortam, hastaneye kabul edilen bireylerin en kısa zamanda sosyal yaşamlarına yeniden dönebilecek bir duruma gelmeleri için yardım eden; onların öz güvenlerini, benlik değerlerini, diğerleriyle ilişkilerini geliştiren, yeteneklerini arttıran ideal ve dinamik ortamdır. Tedavi edici ortam psikiyatride yatan hastaların hastanede yatma sürecinden en iyi şekilde yararlanmalarını sağlayacak önemli bir unsurdur. Hemşireler, ekip içinde hasta ile en uzun süre zaman geçiren kişiler olduklarından, yatan hasta bölümlerinde ortamın yöneticisi, yürütücüsü ve aynı zamanda kullanıcısı olan kişilerdir. Bu nedenle çevrenin hasta üzerindeki etkisini anlamalı ve bilinçli olarak bunu hasta yararına kullanabilmelidirler. Bu çalışma hastaların servis ortamının alt alanları ile ilgili taşıdıklarını belirlemek ve bu değerlendirmelerin hastaların bazı özellikleri ile ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

**Yöntem:** Bu çalışma, psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların gözüyle, servis ortamının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel desende planlanmıştır. Çalışmaya Şubat-Mart 2010 tarihleri arasında GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD Kliniğinde yatarak tedavi alan, en az 5 gündür yatmakta olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri hasta özelliklerini içeren 11 soruluk bilgi formu ve "servis ortamı değerlendirme ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Ölçek, servis ortamını değerlendirmek, hastaların ve çalışanların verilen hizmete yönelik algılarını ölçmek amacıyla Moos tarafından 1974 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Bozkurt (1998) tarafından yapılmıştır. Bozkurt alt ölçeklerin güvenilirlik katsayılarının 0.51-0.74 arasında değiştiğini bildirmiştir. Ölçeğin kesme noktası yoktur, her alt ölçek için ortalama puan alınır. Servis Ortamı Ölçeği, 3 boyut ve 10 alt ölçek içinde yer alan 100 maddeden oluşmaktadır. Ölçek ilişki, kişilik gelişimi ve sistemin işleyişi olmak üzere 3 boyuttan meydana gelmektedir. Anket ve ölçek hastalara araştırmacı tarafından uygulanmıştır

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 29.61±9.82 dir ve yatma günü ortalaması 11.3±9.7 dir. %12.9'u kadın, %87.1'i erkek olup, %35.5'i lise, %35.5'i üniversite mezunudur. Ayrıca %48.4'ü tedavi amacıyla yattığını belirtmiştir. Hastaların %71'i daha önce de hastanede yatmış hastalardır. Bu çalışmada eğitim düzeyleri (F= 3.772, p=0.035) ve yattığı bölüm (t= -2.328,p= 0.027) ile "katılım" alt ölçeği arasında bir ilişki bulunmuştur. Lise düzeyinde eğitimi olanların katılım puanları ilköğretim düzeyinde eğitimi olanlardan anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Ayrıca hastaların yattığı bölümlerden "c" bölümü akut alevli dönemdeki hastaların daha yoğun olduğu bir bölümdür ve katılım puanları diğer gruptan daha yüksektir. Cinsiyet açısından incelendiğinde ise erkeklerin öfke ve saldırganlık alt ölçeği puanı kadınlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu çalışma ile hastaların genel olarak servis ortamında özellikle otonomi, pratik yönelim ve katılım alt ölçeklerinden daha az puan aldıkları görülmüştür.

**Sonuç:** Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde katılım puanının az olma nedenleri özellikle de eğitimi grubun neden daha az katılım puanı aldığı farklı yöntemlerle incelenmesi gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca erkeklerin saldırganlık puanının yüksek olması hemşirelerin bu grup hasta ile öfke ve öfkenin ifadesi konusunda çalışması gerektiğine işaret etmektedir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda çalışmanın yapıldığı klinik ortamın otonomi, pratik yönelim ve katılım özelliklerini geliştirici tedbirlerin alınması gerektiği sonucuna varılmıştır. Hastaların kararlara katılımı ve taburculuğa hazırlanmaları konusunda hemşireler daha aktif rol alabilirler ve hastaları bu konuda destekleyebilirler.

**Anahtar Kelimeler:** Psikiyatri kliniği, yatan hasta, servis ortamı

## Kaynaklar

1. Çam O, Akgün E, Babacan Gümüş A, Bilge A, Ünal Keskin G. Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:213-220
2. Oflaz F. Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006;7:55-61
3. Bozkurt S. Servis ortamı ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998

## S.7 PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARA UYGULANAN RELAKSASYON EGZERSİZİNİN ANKSİYETE DÜZEYİ VE UYKU KALİTESİNE ETKİSİ

Meral Kelleci, Elvan E. Ata, Meral İşkey, Tuba Kara, Selma Sabancıoğulları, Selma Doğan Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma, bir psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastalara uygulanan relaksasyon egzersizinin hastaların anksiyete düzeyine ve uyku kalitesine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Çalışma bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören, çalışmaya katılmaya istekli, soruları anlama ve yanıtlama konusunda sorunu olmayan 77 hasta (34 hasta deney, 43 hasta kontrol grubu) üzerinde gerçekleştirildi. Relaksasyon egzersiz programı araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturuldu. Relaksasyon egzersizi her gün akşam 21:30'da bu konuda eğitilmiş klinik hemşiresi tarafından, uygulama için hazırlanan özel bir odada uygulandı. Toplam 45 dakika süren uygulama müzik eşliğinde ve grup halinde yapıldı. Veriler "Kişisel Bilgi Formu", "Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)" ve "Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)" aracılığıyla toplandı. Önce deney grubunun sonra kontrol grubunun verileri elde edildi. Veri formları hastanın yatışının ilk günü ve 11. günde uygulandı. Verilerin değerlendirilmesinde Paired-Sample T Testi, Frekans Dağılımı ve Independent Sample T testi Kullanıldı.

**Bulgular:** Deney grubundaki hastaların yaş ortalaması  $36.52 \pm 13.28$ , %52.9'u kadın, %58.8'i evli, %44.1'i orta öğretim mezunu, %52.9'u çalışmıyordu. Kontrol grubundaki hastaların ise yaş ortalaması  $36.65 \pm 13.62$ , %39.5'i kadın, %58.1'i evli, %46.5'i orta öğretim mezunu ve %58.1'i çalışmamaktadır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile yapısı, çalışma durumu ve ekonomik durum açısından gruplar arasında istatistiksel yönde anlamlı bir fark yoktu ( $p > 0.05$ ). Uygulama öncesinde deney ve kontrol grubunun BAÖ ve PUKİ puan ortalamaları benzerdi ( $p > 0.05$ ). Deney grubundaki hastaların BAÖ puan ortalaması uygulama öncesi  $25.32 \pm 17.38$  iken uygulama sonrasında  $18.76 \pm 18.28$  olmuş, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Kontrol grubunda ise BAÖ puan ortalaması uygulama öncesi ölçümde  $25.95 \pm 19.37$ , uygulama sonrasında ise  $21.62 \pm 15.34$  olarak saptanmış, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Her iki gruptaki hastaların PUKİ puan ortalamaları ise deney grubunda uygulama öncesi  $16.85 \pm 3.17$ 'den  $8.05 \pm 4.47$ 'ye, kontrol grubunda da  $15.60 \pm 5.25$ 'den  $8.18 \pm 4.45$ 'e düşmüştür. Her iki grubun uygulama öncesi ve sonrası PUKİ puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.005$ ). Diğer taraftan deney grubunun puan farkının kontrol grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca deney grubunda bulunan hastaların uygulama öncesi ve sonrası ölçümlerde PUKİ'nin uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku ilacı kullanma alt boyutları puan ortalamaları açısından istatistiksel yönden anlamlı bir farkın olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ). Kontrol grubunda ise uyku süresi ve alışılmış uyku etkinliği alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olduğu görüldü ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Relaksasyon egzersizinin hastaların anksiyete düzeylerini düşürdüğü ve uyku kalitesini yükseltmeye katkı verici olabileceği söylenebilir.

**Anahtar kelimeler:** Psikiyatri hastası, relaksasyon egzersizi, anksiyete, uyku kalitesi, hemşirelik bakımı

### **Kaynaklar**

- 1.Davis JL, Wright DC ( 2005) Case Series Utilizing Exposure, Relaxation and Rescripting Therapy: İmpact on Nightmares, Sleep Quality and Psychological Distress, Behavioral Sleep Medicine, 3(3), 151–157.
- 2.Dodd H, Wellman N (2000) Staff Development, Anxiety and Relaxation Techniques: A Pilot Study İn An Acute Psychiatric İnpatient Setting, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 7, 443–448.
- 3.Conrad A , Roth WT (2007) Muscle Relaxation Therapy For Anxiety Disorders: It Works But How?, Journal of Anxiety Disorders 21: 243–264.

## **S.8 ŞİZOFRENİ HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNİN YÜK ALGISINI VE DUYGU DIŞAVURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Hülya Arslantaş<sup>1</sup>, Filiz Adana<sup>2</sup>, İ.Ferhan Dereboy<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

<sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği AD

<sup>3</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri A

### **ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışmada şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Kesitsel araştırmanın örnekleme bir üniversite hastanesinin psikiyatri anabilim dalında şizofreni tanısıyla yatarak/ayaktan izlenen 72 hasta ve bakım vericisi alınmıştır. Araştırma öncesi hasta ve bakım vericisi bilgilendirilmiş ve bakım vericinin yazılı onamı alınmıştır. Veriler anket formu ve Levene ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiş olan ve geçerlik güvenirlik çalışması Arslantaş ve arkadaşları tarafından yapılan Algılanan Aile Yük Ölçeği (AAYÖ); Cole ve Kazarian (1988) tarafından geliştirilmiş olan ve geçerlik güvenirlik çalışması Berksun (1992) tarafından yapılan Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ) ile toplanmış, bilgisayar ortamında aritmetik ortalama, yüzdeler, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis ve t testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması  $34.51 \pm 10.97$  olup, %54.2'si ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip, %72.2'si ilaçlarını düzenli kullanmakta ve %95.8'i kontrollerine düzenli gelmektedir. Bakım vericilerin yaş ortalamaları  $48.138 \pm 13.896$  olup, %56.9'u ilköğretim ve altı eğitim düzeyine, %54.2'si sosyal desteğe sahip, %59.7'sinin geliri giderinden azdır. AAYÖ puanları ile hastaların sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmış hastanın erkek olmasının kadın olmasına göre ( $t=2.84; p=0.006$ ) ve hastanın ilaçlarını düzensiz kullanmasının ya da kullanmamasının düzenli kullanmasına göre ( $x=14.61; p=0.001$ ) bakım vericide daha fazla yük oluşturduğu görülmüştür. Bakım vericilerinin yük ortalamaları  $28.88 \pm 22.55$  olup %37.5'inde ortalamanın üzerinde yük puanı görülmektedir. AAYÖ puanları ile bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmış ve ailenin sosyal güvencesi olmamasının olmasına göre ( $x=160.50; p=0.003$ ); bakım vericide daha fazla yük oluşturduğu görülmektedir. Bakım vericilerin duygu dışavurumu puanları  $15.90 \pm 6.10$  olup %50'sinde ortalamanın üzerinde duygu dışavurumu puanı görülmektedir. DDÖ puanları ile hastaların sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmış hastanın erkek olmasının kadın olmasına göre ( $t=2.17; p=0.033$ ) ve bakım vericinin eğitiminin ilköğretim ve altı olmasının lise ve üniversite ve üstü eğitime göre ( $x=8.46; p=0.015$ ) bakım vericide daha fazla duygu dışavurumu oluşturduğu bulunmuştur. DDÖ puanları ile bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmış ve bakım vericinin eğitiminin ilköğretim ve altı olmasının lise ve üniversite ve üstü eğitime göre ( $x=14.46; p=0.001$ ) bakım vericinin mesleğinin olmamasının olmasına göre ( $t=2.89; p=0.05$ ) ailenin sosyal güvencesi olmamasının olmasına göre

( $x=177.00$ ;  $p=0.006$ ) ailenin gelir düzeyinin düşük olmasının yüksek olmasına göre ( $x=442.00$ ;  $p=0.037$ ) bakım vericide daha fazla duygu dışı vurumu oluşturduğu görülmektedir. Hastanın yaşı, bakım vericinin yaşı, hastalık süresi, yatış sayısı, DDÖ ve AAYÖ arasındaki ilişkiye bakılmış; hastalık süresi arttıkça hastanın yaşının ( $r=0.469$ ;  $p<0.001$ ) ve yatış sayısının ( $r=0.254$ ;  $p=0.033$ ) arttığı; AAYÖ puanı yükseldikçe DDÖ puanının ( $r=0.495$ ;  $p<0.001$ ) yükseldiği bulunmuştur.

**Tartışma:** AAYÖ puanları ile hastaların sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmış hastanın erkek olmasının kadın olmasına göre ve hastanın ilaçlarını düzensiz kullanmasının ya da kullanmamasının düzenli kullanmasına göre bakım vericide daha fazla yük oluşturduğu görülmüştür. AAYÖ puanları ile bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmış ve ailenin sosyal güvencesi olmamasının olmasına göre ( $x=160.50$ ;  $p=0.003$ ); bakım vericide daha fazla yük oluşturduğu görülmektedir. Maldonado ve ark. (2005) yapmış oldukları çalışmada ailenin yükünü bakım verenlerin eğitiminin düşük olmasının ve hastanın genç olmasının arttırdığını bulmuşlardır. Yine Li ve ark (2007) yapmış oldukları çalışmada yükün en iyi yordayıcılarının aile eğitiminin düşük olmasının olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmamızda AAYÖ puanı yükseldikçe DDÖ puanının yükseldiği bulunmuştur. Benzer şekilde Bogren'de (1997) toplam duygu dışıvurumu yükseldikçe algılanan aile yük ölçeği puanının arttığını bulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Şizofreni, bakım verici, yük algısı, duygu dışıvurumu

### Kaynaklar

1. Bogren LY(1997). Expressed emotion, family burden, and quality of life in parents with schizophrenic children. Nord J Psychiatry, 51: 229–233.
2. Maldonado JG, Urizar AC, Kavanagh DJ (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 40: 899–904.
3. Li J, Lambert CE, Lambert VA (2007). Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China. Nursing and Health Sciences, 9, 192–198.

## S.9 TOPLUMA YENİDEN KATILIM PROGRAMI EĞİTİMİ ALAN HEMŞİRELERİN PROGRAMI ÇALIŞTIKLARI KLİNİKLERDE UYGULAMA DURUMU

Yard.Doç.Dr.Zekiye Çetinkaya Duman<sup>1</sup>, Dr.Nazmiye Kocaman Yıldırım<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği AD

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

### ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Yatan hastalarda uygulanan psikososyal müdahaleler ile hastalar hastalığı ve tedaviyi yönetme becerisi kazanabilmekte, hastaneye yatış sıklığı azalabilmektedir. Yapılandırılmış psikoeğitim programları terapötik ortam aktivitelerinden olup ekiple birlikte, hemşirelerin sorumluluğunda yürütülebilir. Ancak bu programlar ülkemizde psikiyatri kliniklerinde yaygın bir uygulama değildir (1,2,3,4). Bu çalışmada yataklı psikiyatri kliniklerinde bir psikososyal müdahale olan Topluma Yeniden Katılım Programı (TYKP) eğitici eğitim kursu sonrası programın ülkemizdeki psikiyatri kliniklerinde uygulanma durumu ve uygulanmasını etkileyen engellerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu tanımlayıcı çalışma, 2000 yılından bu yana TYKP Eğitici Eğitimi Kursu'na katılan 68 hemşireyi kapsamaktadır. Eğitimden en az bir yıl sonra katılımcılara ulaşılmış, araştırmacılar tarafından hazırlanmış TYKP Değerlendirme Formu'nu doldurmaları istenmiştir. Ulaşılabilen ve formu eksiksiz dolduran 20 hemşire çalışmaya alınmıştır. Değerlendirme formu; hemşirelerin demografik ve mesleki özelliklerini, TYKP kursuna katılma nedenlerini, programı çalıştıkları kliniklerde uygulama durumlarını ve uygulayamama nedenlerini belirlemeye yönelik 16 soruyu içermektedir.

**Bulgular:** Hemşirelerin tümü kadın olup, yaş ortalaması  $36,55\pm 6,01$  (26–45) yıldır. Katılımcılar ortalama  $14,80\pm 7,43$  (4–27) yıl hemşire olarak çalışmakta olup, psikiyatri kliniğinde çalışma süreleri ortalama  $11,30\pm 6,96$  (1–25) yıldır. Eğitim durumu daha çok



(%60) önlisans, %10'u yüksek lisans mezunudur. Hemşirelerin psikiyatri kliniğinde çalışmaktan memnuniyet düzeylerine 1–10 arasında puan vermeleri istendi, ortalama puan  $8.50 \pm 1.00$  (7–10) olarak bulundu. Aynı yöntemle eğitim sonrası programın uygulanabilirliğine ilişkin inançlarının olumlu olduğu (ortalama puan  $7,42 \pm 2,00$  (4-10)) görüldü. Hemşirelerin hepsi psikoeğitimi hemşirenin sorumluluğu olarak belirtti ancak eğitim sonrası hemşirelerin sadece %10,5'i TYKP kendi kliniklerinde uyguladığını, %21,1'i bir süre uygulayabildiklerini bildirdi. Hemşirelerin %68,4'ü programı çalıştıkları kliniklerde uygulayamadıklarını belirttiler ve bunun birinci nedeni klinikte rutin işlerden zaman kalmaması, ikinci nedeni hasta yatış çıkışlarının çok hızlı olması, üçüncü nedeni yataklı psikiyatri kliniğinde akut durumları yönetmenin çok zaman alması olarak bulundu.

**Sonuç:** Hemşirelerin psikiyatri kliniğinde çalışmaya ilişkin memnuniyetleri iyi düzeyde olması, tamamının psikoeğitimi hemşirelerin sorumluluğu olarak belirtmeleri ve TYKP eğitici eğitimi sonrası programı kliniklerinde uygulanabileceğine inanmalarına rağmen eğitici eğitimi sonrası programın büyük ölçüde uygulanamadığı görüldü. Hemşirelerin programı uygulayamama nedenleri yataklı psikiyatri kliniğinin hem yapısından kaynaklanan, hem de prosedürlerin neden olduğu engeller kapsamında değerlendirildi. Psikiyatri ekibinin ilaç tedavileri gibi psikososyal müdahaleleri de klinik rutin içine yerleştirecek bir hizmet felsefesini benimsemesi gerektiği düşünüldü.

**Anahtar kelimeler:** Yataklı psikiyatri klinikleri, kronik ruhsal hastalık, psikososyal müdahale, hemşire

### **Kaynaklar**

- 1.Duman ZÇ, Yıldırım NK, Üçok A, Er F, Kanık T. The effectiveness of the psychoeducational group program with inpatients being treated for chronic mental illness. *Social Behavior and Personality* 2010; 3(5):657–666.
- 2.Dhillon AS, Dollieslager LP. Overcoming barriers to individualized psychosocial rehabilitation in an acute treatment unit of a state hospital. *Psychiatric Services* 2000;51(3):313–317.
- 3.Baker JA. Developing psychosocial care for acute psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2000;7:95–100.
- 4.Baker JA. Developing psychosocial care: development and evaluation of a short course which aims to introduce psychosocial interventions to inpatients staff. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2000;7:477–481.

## **S.10 YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI BİREYLERE VERİLEN PSİKOEĞİTİMİN İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM VE ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Uzm.Hem. Havva Gezgin<sup>1</sup>, Prof. Dr. Olcay Çam<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Asker Hastanesi

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

### **ÖZET**

**Amaç:** Araştırma, Psikiyatri Polikliniğine başvurup muayene olan ve "Nevrotik Kişilik Özelliği Zemininde Orta Düzeyde Yaygın Anksiyete Bozukluğu" tanısı alan bireylere verilen psikoeğitimin tedavideki etkinliğini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırma, İzmir Asker Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde 30 kontrol, 30 deney grubunda olmak üzere 60 er ile yapılmıştır. Araştırmanın evrenini psikiyatri polikliniğine Mart-Nisan 2009 tarihleri arasında başvuran 20-24 yaş grubu ilköğretim mezunu 3672 er oluşturmuştur. Araştırmanın yürütüldüğü sırada hekim tarafından Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı konulan, çalışmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 60 birey örnekleme alınmıştır.

Öntest-sontest kontrol gruplu araştırma modeline göre desenlenmiş yarı deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, Spielberger Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri ve Psikoeğitim Sonrası Değerlendirme Formu kullanılarak toplanmıştır. Deney grubundaki bireylerin anksiyete düzeyleri belirlenerek psikoeğitim programına alınmıştır. Eğitimler sonunda ilacı önerildiği gibi kullanıp kullanmama, ilacı bırakıp

birakmama, ilaç yan etkileri ile ilgili yaşadığı sıkıntılar ve işlevselliği yüzyüze görüşme yöntemiyle doldurulan formla değerlendirilmiştir. Kontrol grubunda ise, tanı aldıkları gün yapılan öntest ile anksiyete durumları belirlenerek deney grubunun eğitimleri sonunda, kontrol grubuna da sontest yapılarak anksiyete düzeyleri değerlendirilmiştir. Eğitimler günde bir kez 30 dakikalık sürelerle olmak üzere toplam dört oturum şeklinde hastanenin eğitim salonunda yapılmış, 10 kişilik gruplar halinde ve dört haftalık bir süreyi kapsamıştır (1,2).

Veriler bilgisayar ortamında, yüzde, Independent t testi, Paired Samples t testi ve ki kare testi ile analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Deney grubunun %40'ı, kontrol grubunun %30'u 20 yaşında olup, yaş ortalaması 21,7'dir ( $p>0,05$ ) ( $t=-0,330$ ). Deney ve kontrol grubunun tamamı ilköğretim mezunudur. Deney grubunun %60'ı, kontrol grubunun %46,7'si bekârdır. Deney ve kontrol grubunun %16,7'si işsiz olduğunu ifade etmiştir ( $p>0,05$ ).

Deney grubunun başlangıçtaki sürekli anksiyete puanı ortalaması  $51,7\pm 3,6$  iken, psikoeğitimler sonunda  $48,8\pm 2,4$ 'e düşmüştür ( $p<0,05$ ). Kontrol grubunun başlangıçtaki sürekli anksiyete puanı ortalaması  $51,4\pm 3,9$  olup, dört hafta sonunda sürekli anksiyete puan ortalaması  $51,3\pm 3,9$  bulunmuştur. ( $p>0,05$ ). Deney grubunun başlangıçta durumluk anksiyete puanı ortalaması  $48,7\pm 3,1$  iken dört hafta sonunda  $44,9\pm 3,9$ 'a düşmüştür ( $p<0,05$ ). Kontrol grubunun başlangıçtaki durumluk anksiyete puanı ortalaması  $48,8\pm 3,0$  olup dört hafta sonundaki puan ortalaması  $48,6\pm 4,6$ 'dır ( $p>0,05$ ).

Psikoeğitim sonunda deney grubunun %90'ı ilacını düzenli kullandığını, %10'u ilacını düzenli kullanmadığını ifade etmiştir. Deney grubunda ilacını bırakan görülmemiştir. Kontrol grubunun %56,7'si ilacını düzenli kullandığını, %33,3'ü ilacını düzenli kullanmadığını, %10'u da ilacını bıraktığını ifade etmiştir ( $p<0,05$ ). Bireylerin çalıştıkları yerlerdeki işlevselliğini değerlendirmek için soru formu amirlerine gönderilmiş ve gelen cevaplar değerlendirilmiştir. Deney grubundaki bireylerin işlevselliği psikoeğitim öncesine göre, %86,7 daha iyidir. Kontrol grubundaki bireylerin ise %53,3'ünün işlevselliğinin daha iyi olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ).

**Tartışma:** Deney grubunda kontrol grubuna göre olumlu yönde sonuçlar elde edilmesi, benzer çalışmalarda olduğu gibi eğitimin ilaç tedavisinde olumlu katkılarının olduğunu, farmakoterapinin etkinliğini arttırdığını ve bireylerin anksiyete seviyelerinin düşmesinde etkili olduğunu göstermektedir (3).

**Sonuç:** Deney grubundaki hastaların kontrol grubuna göre eğitimin başlangıcı ve dört hafta sonundaki durumlilik-süreklilik anksiyete düzeylerinin belirgin şekilde düştüğü görülmüştür. Deney grubunda, eğitim öncesine göre işlevsellik yüksek oranda (%86,7) artarken, kontrol grubunda bu oran %53,3'tür. Deney grubunda ilaca devam etme durumu tam olarak korunurken, kontrol grubunda ilacı üç kişinin bıraktığı görülmektedir. Bu nedenle psikiyatri hemşiresi tarafından verilen psikoeğitimin tedavideki yeri ve önemi büyüktür.

**Anahtar kelimeler:** Anksiyete, hemşirelik, psikoeğitim

## Kaynaklar

- 1-Oflaz, F. (2006). Psikiyatri Kliniğinde Tedavi Edici Ortam Kavramı ve Hemşirenin Sorumlulukları, Anadolu Psikiyatri Dergisi; 7:55-61.
- 2-Dülgerler, Ş. (2004). Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- 3-Devine, EC., Westlake, SK. (1995). The Effects of Psychoeducational Care Provided To Adults With Cancer: Meta-Analysis of 116 Studies, Oncology Nursing Forum: Oct; 22(9): 1369-81.

## POSTER BİLDİRİLER

### P.1 6 VE 7. SINIF ÖĞRENCİLERİ ARASINDA TÜTÜN, ALKOL VE MADDE KULLANIM YAYGINLIĞI: GAZİANTEP ÖRNEKLEMİ

Yrd.Doç.Dr. Mualla Yılmaz<sup>1</sup>, Öğr.Gör. Gülendamar Karadağ<sup>2</sup>, Müjde Kerkez<sup>3</sup>, Araş.Gör.Mehmet Ali Sungur<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği AD

<sup>2</sup>Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği AD

<sup>3</sup>Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

<sup>4</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik AD

#### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma, Gaziantep'te 6. ve 7. sınıf öğrencilerinin tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığını saptamak ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Yapılan araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini, Gaziantep ili Şehit Kamil Belediyesi'ne bağlı bir İlköğretim Okulu'nda okuyan 6 ve 7. Sınıf okuyan tüm öğrenciler oluşturmuştur. N=365. Araştırmanın örneklemini ise, 01-31/05/2009 tarihleri arasında Şehit Kamil Belediyesi'ne bağlı bir İlköğretim okulunun 6. ve 7. sınıfta okuyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden (320 öğrenci) oluşturmuştur.

Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan anket formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırma bulgularının analizinde, sayı ve yüzde dağılımı, ortalama ve standart sapma, önemlilik testi olarak da kıkare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin %57,5'i erkektir. Öğrencilerin %6,3'ünün sigarayı denediğini, %93,8'inin ise herhangi bir maddeyi denemediğini belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan öğrenciler arkadaşlarının %22,5'inin madde kullandığını ifade etmektedirler. Öğrencilerin %45,6'sı madde bağımlılığını bireyin ölümüne neden olduğunu, %40,3'ü ise yakınlarımıza zarar verir şeklinde açıklamışlardır. Öğrencilerin annelerinin eğitim seviyesi ile madde bağımlılığının zararlarını bilme arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p=0,024). Madde kullanımı ile ilişkili bozukluk saptanmaması bu maddelerin kullanımının legal olmaması nedeniyle bildirilmemesine bağlı veya bölgesel bir özellik olabilir.

**Sonuç:** Bu sonuçlar doğrultusunda madde kullanımı açısından riskli adölesanlara daha dikkatli yaklaşılması, ergenleri dirençli hale getiren alternatif programlar oluşturulması ve bu alanda niteliksel çalışmaların yapılması önerilmiştir. Türkiye'de madde kullanımı, korunma ve bunun neden olduğu zararlar ile ilgili eğitim programlarının yapılması ve psikiyatri hemşirelerinin bu tür eğitim programlarında rol alması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Ergen, madde bağımlılığı, sosyo-ekonomik düzey, ilköğretim

#### Kaynaklar

1. Ögel K, Taner S, Eke CY. Onuncu Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı: İstanbul Örnekleme. Bağımlılık Dergisi 2006; 7:18-23.
2. KH Altıntaş, MO Adıgüzel, AM Koç, B Aralov, E Yiğit, E Orhan. Bir Grup Öğrencinin Sigara İçme Davranışları ve Sigaranın Sağlık Etkileri İle İlgili Bilgileri. Bağımlılık Dergisi 2008; 9(3):107-113.
3. Ögel K, Taner S, Eke CY, Erol B. Madde Bağımlılığını Önlemede Öğretmen Ve Ebeveyn Eğitimlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004; 5:213-221.

## P.2 AİLELERİN PSİKİYATRİK BOZUKLUĞU OLAN HASTALARINA İLİŞKİN TUTUMLARI: KOCAELİ ÖRNEĞİ

Öğr. Gör. Rahime Aydın Er<sup>1</sup>, Araş. Gör. Yüksel Can Öz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psikiyatri Hemşireliği AD, Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, Kocaeli

<sup>2</sup>İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, Kocaeli

### ÖZET

**Giriş:** 1960'lardan itibaren psikiyatrik bozukluğu olan hastaların hastanelerden çıkıp toplum içinde yaşamlarını sürdürmeleri ile birlikte, aileler hastaların bakımıyla ilgilenmekle birinci derece yükümlülük kazanmışlardır.<sup>1</sup> Aile tutumlarının özellikle şizofreni, demans, duygu durum ve yeme bozuklukları gibi ruhsal hastalık belirtilerinin şiddeti ve gidişatı üzerine belirleyici bir rolü olduğu ve tedavi sırasında ailenin de ele alınmasının gerekliliği vurgulanmaktadır.<sup>1-3</sup> Aile tutumları hastalığın hangi aşamada olduğu ve hastalık süresiyle yakından ilişkilidir. İlk psikotik atağını geçiren bir hastanın ailesi şaşkınlık ve endişe içindeyken, yedinci kez hastaneye yatırılan bir hastanın aile üyelerinin bıkkınlık yaşayabileceği belirtilmektedir.<sup>4</sup>

**Amaç:** Çalışmada psikiyatrik bozukluk nedeniyle serviste yatarak tedavi gören hastaların birinci derece yakınlarının hastaya ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi ve hastalık ortaya çıktığında başvuru yeri ile tedavi amaçlı kullanılan tıbbi ve tıp dışı yöntemlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma Kocaeli Üniversite Hastanesi psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastaların yakınları üzerinde yürütülmektedir. Çalışma kapsamında katılımcı alımına Şubat 2010 tarihinde başlanmış olup, Mayıs sonuna kadar katılımcı alımına devam edilecektir. Çalışmaya; hastası DSM-IV Eksen I tanı kriterlerine göre serviste yatan, 18 yaşın üzerinde, hastanın 1. derecede yakını olan, iletişim kurulabilen ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hasta yakınları alınmaktadır. Katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanan 13 hastaya, 15 kendilerine ilişkin sorunun bulunduğu bilgi formu ve hastaya yönelik tutumları değerlendirmek üzere açık uçlu sorulardan oluşan anket formu bire bir görüşme yöntemiyle uygulanmaya devam edilmektedir.

**Bulgular:** Toplanan veriler doğrultusunda; çalışmamıza katılan 30 hasta yakınının %33,3'ü hastanın ebeveynidir. Yakınların hastaya yönelik tutumları değerlendirildiğinde; %43,3'ü hastayla tartıştığını, %36,7'si hastasına kızdığını ve bağırıldığını, %33,3'ü hastanın kendisine bir yük olduğunu ve %30'u kendisini yorgun hissettiğini ifade etmiştir. Hasta yakınlarının tümü hastalık ortaya çıktığında ilk başvurdukları yerin hastane olduğunu, bununla birlikte %40'ı tedavi amaçlı hocaya, cinci-periciye ve yatıra gittiğini de belirtmiştir.

**Sonuç:** Çalışma kapsamında katılımcı alımına devam edildiğinden, çalışma tamamlandığında bulgular tekrar değerlendirilecektir.

**Anahtar kelimeler:** Psikiyatrik bozukluk, hasta ailesi, aile tutumu

### Kaynaklar

1. Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E. Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri 2003;6: 198-203.
2. Wiedemann G, Rayki O, Feinstein E, Hahlweg K. The Family Questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. Psychiatry Research 2002; 109: 265-79.

### P.3 AKADEMİSYEN HEMŞİRELERİN İŞE VE KURUMA YÖNELİK TUTUMLARI İLE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ar.Gör.Dr. Serap Yıldırım, Prof.Dr.Olcay Çam

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği AD

#### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma, akademisyen hemşirelerin işe ve kuruma yönelik tutumları ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla planlanmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve ilişkisel tipteki araştırma, Türkiye'deki Devlet ve Vakıf Üniversiteleri'ndeki Hemşirelik Yüksekokulları ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümleri'nde, 01.10.2007- 21.02.2009 tarihleri arasında yürütülmüştür. Evrenin tamamı (N= 540) örnekleme alındığı için ayrıca örnekleme seçimi kullanılmamış ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde kurumda olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 287 (%53,15) akademisyen hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alındıktan sonra araştırma verileri "Akademisyen Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bilgi Formu", "İşe ve Kuruma Yönelik Tutum Ölçeği" (1) ve "Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI)" (2, 3) kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama araçları kurumlara posta yoluyla gönderilmiş ve geriye posta yoluyla alınmıştır. Verilerin dökümü sayı, yüzde olarak verilmiş, istatistiksel analiz olarak çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Akademisyen hemşirelerin yaş ortalaması  $33.64 \pm 8.27$  olup, %99,7'sinin kadın, %58,5'inin evli, %49,5'inin en son aldıkları diploma yüksek lisans iken %36,6'sının doktora, %59,2'sinin araştırma görevlisi, %36,2'sinin madde 35 ile görevli araştırma görevlisi olduğu belirlenmiştir. Akademisyen hemşirelerin, toplam çalışma yılı ortalamasının  $12.51 \pm 8.15$ , akademisyen hemşire olarak çalışma yılı ortalamasının  $9.04 \pm 7.09$ , kurumda çalışma yılı ortalamasının ise  $7.52 \pm 6.97$  olduğu saptanmıştır.

Akademisyen hemşirelerin, işe ve kuruma yönelik tutumlarını etkileyen faktörlerin regresyon analizi incelendiğinde; Akademisyen hemşirelerin, **İş Doyumu** düzeyinin açıklanmasında, toplam varyansın %7,2'sini açıklayan iki tane değişkenin olduğu ( $p < 0.01$ ), bu değişkenlerin etkililik önem derecesine göre sırasıyla; sosyo-ekonomik durum ( $p < 0.01$ ) ve Karakter özelliklerinin alt boyutlarından biri olan İş Birliği Yapma'nın olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Akademisyen hemşirelerin, **Kuruma Bağlılık** düzeyinin açıklanmasında ise, toplam varyansın %7,8'ini açıklayan üç tane değişkenin olduğu ( $p < 0.01$ ), bu değişkenlerin etkililik önem derecesinde göre sırasıyla; Karakter özelliklerinin alt boyutlarından biri olan İş Birliği Yapma ( $p < 0.01$ ), sosyo-ekonomik durum ( $p < 0.05$ ) ve Mizaç özelliklerinin alt boyutlarından biri olan Yenilik Arayışı'nın olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Akademisyen hemşirelerin, **İşle Bütünleşme** düzeyinin açıklanmasında, toplam varyansın %8,4'ünü açıklayan tek değişkenin olduğu ( $p < 0.01$ ), bu değişkenin de Mizaç özelliklerinin alt boyutlarından biri olan Sebat Etme'nin olduğu bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). Akademisyen hemşirelerin, **İşe Yönelik Motivasyon** düzeyinin açıklanmasında ise, toplam varyansın %10,8'ini açıklayan iki tane değişkenin olduğu ( $p < 0.01$ ), bu değişkenlerin sırasıyla; Mizaç özelliklerinin alt boyutlarından biri olan Sebat Etme ( $p < 0.01$ ) ve Karakter özelliklerinin alt boyutlarından biri olan İş Birliği Yapma'nın olduğu saptanmıştır ( $p < 0.01$ ). Akademisyen hemşirelerin, **İş Sürdürme Niyeti** düzeyinin açıklanmasında, toplam varyansın %12,8'ini açıklayan dört tane değişkenin olduğu ( $p < 0.01$ ), bu değişkenlerin sırasıyla; Mizaç özelliklerinin alt boyutlarından biri olan Yenilik Arayışı ( $p < 0.01$ ), toplam çalışma yılı ( $p < 0.01$ ), akademik unvan ( $p < 0.01$ ) ve Karakter özelliklerinin alt boyutlarından biri olan Kendini Yönetme'nin olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Akademisyen hemşirelerin işe ve kuruma yönelik tutumlarının, akademisyen hemşirelerin mizaç ve karakter özelliklerinden etkilendiği sonucuna varılarak, özellikle sebat etme mizaç özelliğine, iş birliği yapma ve kendini yönetme karakter özelliğine sahip kişilerin akademisyenliğe yönlendirilmesi ve seçilmesi gerektiği önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Akademisyen hemşire, iş, kurum, tutum, kişilik özelliği.

## Kaynaklar

1. Türköz Y (2000). Özel bir sağlık kuruluşunda işe ve kuruma yönelik tutum araştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi; 5(3): 63- 91.
2. Köse S, Sayar K, Ak İ ve ark. (2004). Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): geçerlik, güvenilirliği ve faktör yapısı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 14: 107- 131.
3. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993). Psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry, 50: 975- 990.

## P.4 ALGILANAN AİLE YÜK ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE SÜRÜMÜNÜN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

Yrd. Doç. Dr. Hülya Arslantaş<sup>1</sup>, Yrd. Doç. Dr. Filiz Adana<sup>2</sup>, Prof. Dr. İ. Ferhan Dereboy<sup>3</sup>, Yrd. Doç. Dr. Vesile Altınyazar<sup>4</sup>, Arş. Gör. Sevinç İnal<sup>5</sup>, Arş. Gör. Saliha İldırlı<sup>5</sup>, Arş. Gör. Çiğdem Kırcı<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Prof. Dr. Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Yrd. Doç. Dr. Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı

<sup>5</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada Algılanan Aile Yük Ölçeği (AAYÖ) Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Metodolojik olarak planlanan araştırmanın örnekleme bir üniversite hastanesinin psikiyatri anabilim dalında şizofreni tanısıyla yatarak veya ayaktan izlenen 72 hasta ve bakım vericisi alınmıştır. Çalışma 12 Şubat 2009 ve 19 Şubat 2010 tarihleri arasında sürdürülmüştür. Araştırmaya başlamadan önce hasta ve bakım vericisi araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve bakım vericinin yazılı onamı alınmıştır. Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda hazırlanan ve araştırmacılarca geliştirilen anket formu; Levene ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiş olan ve geçerlik güvenilirlik çalışması Arslantaş ve arkadaşları tarafından yapılan Algılanan Aile Yük Ölçeği (AAYÖ); birlikte geçerlilik için ise Cole ve Kazarian (1988) tarafından geliştirilmiş olan ve geçerlik güvenilirlik çalışması Berksun (1992) tarafından yapılmış olan Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ); Miller ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilen ve Türkçe de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bulut (1990) tarafından yapılmış olan Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ); Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş olan ve geçerlik güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır olan Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) kullanılmıştır. Ayırt edici geçerlilik için PANSS puanı yüksek olan hastalar ile yük puanı yüksek olan hastaların puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** AAYÖ'nün Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.916 olarak hesaplanmıştır. Düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları bir soru hariç 0.30 düzeyinin üzerinde bulunmuştur. AAYÖ; DDÖ ile orta düzeyde ( $r=0.495$ ,  $p<0.001$ ), ADÖ' nün roller, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları ile orta düzeyde (sırası ile  $r=0.455$ ,  $p<0.001$ ;  $r=0.315$   $p<0.01$ ;  $r=0.344$   $p<0.01$  ), şizofreni hastaları için PANSS ile yüksek düzeyde ( $r=0.509$ ,  $p<0.001$ ) korelasyon göstermiştir ve tüm korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlıdır.

**Tartışma:** Ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların ailelerinde hastalıkla baş etmede zorluklar ve hastanın bakım yükü ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle bakım vericilerin yükünü ölçmek aile içi işlevselliği değerlendirmede önemli olabilir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.916 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin orijinal çalışmasında güvenilirliğe zemin yaratacak sınıf içi korelasyon katsayıları 0.83 olarak elde edilmiştir (Levene ve ark. 1996). Çalışmamızda, AAYÖ; DDÖ ve PANSS ölçekleriyle orta ve yüksek düzeyde korelasyon gösterirken, ADÖ gibi daha çok ailenin birçok alt alandaki özelliklerini

yordayan ölçek ile roller, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları ile orta düzeyde korelasyon gösterdiği görülmektedir. Araştırmanın en önemli verilerinden birisi hastaların PANSS puanları arttıkça bakım vericilerin algıladıkları yükün artıyor olmasıdır. Bu da Levene ve arkadaşlarının (1996) belirttiği ölçeğin akut dönemde olan ve olmayan hastaların ailelerini ayırt edebildiği yönündeki bulguları ile paralellik göstermektedir. Levene ve arkadaşlarının yükün erken bir alevlenme öngörmede, duygu dışavurumunun ölçümüne göre daha fazla değeri olduğunu bildirmektedirler. Pereira ve Almeida (1999) hastalık şiddeti ve yeti yitimi fazla olduğunda yükün arttığını bildirmektedirler. Klinik özelliklerle ailenin yükü arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada da pozitif belirtilerin, manik/düşmanca tutumların ve yeti yitiminin yükü arttırdığı bildirilmiştir (Magliano ve ark. 1998).

**Sonuç:** Sonuç olarak bu çalışmada AAYÖ'nün Türkçe sürümünün geçerli ve güvenilir biçimde kullanılabilmesi gösterilmiştir. Bu özellikleriyle AAYÖ'nün hem gündelik psikiyatri uygulamasında, hem de şizofreni ile ilgili araştırmalarda ailenin yükünü değerlendirmek amacıyla kullanılması uygundur.

**Anahtar Kelimeler:** Algılanan aile yükü ölçeği, şizofreni, ölçek geçerliliği, güvenilirliği

### **Kaynaklar**

1. Levene JE, Lancee WJ, Seeman MV ve ark. (1996) The perceived family burden scale: measurement and validation. Schizophr Res, 15: 151–57.
2. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C ve ark. (1998) Family burden in schizophrenia: effects of socio-environmental and clinical variables and family intervention. Epidemiol Psychiatr Soc, 7: 178–87.
3. Pereira MG, de Almeida JM (1999) The repercussions of mental disease in the family. A study of the family members of psychotic patients. Acta Med Port, 12: 161–68.

## **P.5 AVANOS İLÇESİNDE GÖREV YAPAN ÖĞRETMENLERİN OKULLARDA ŞİDDETLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ**

Öğr. Gör. Ayşegül Özcan<sup>1</sup>, Caner Çelik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nevşehir Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu

<sup>2</sup>Avanos Lisesi Rehberlik Öğretmeni

### **ÖZET**

**Amaç:** Eğitim, toplumların geleceğini belirleyen en önem etkidir. Eğitim sistemi gelecek kuşaklara toplumun gereksinimlerini dikkate alarak yetiştirilirken, çevrenin olumsuz etkilerinden de korunması çok önemlidir. Özellikle basın ve yayın organlarında yer alan şiddete yönelik yayınlar öğrencileri olumsuz yönde etkilemektedir. Bu olumsuz etkileri ortadan kaldırmak, gençlerin gelecekte hem kendilerine, hem de toplumlara yararlı olacak şekilde yetiştirmek eğitim yöneticilerinin en önemli görevlerinin başında gelmektedir. Bu araştırma ile de hedeflenen; öğretmenlerin okullarda görülen şiddet olaylarıyla ilgili görüşlerinin belirlemektir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın evrenini, Nevşehir ili Avanos ilçesinde bulunan ilköğretim ve ortaöğretimde görev yapan tüm öğretmenler oluşturmaktadır (n=350). Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir. Örneklem Şubat-Mart 2010 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden, araştırmanın yapıldığı tarihlerde raporlu ya da izinli olmayan, veri toplama araştırmaya gönüllü olarak katılan 319 öğretmen katılmıştır. Değerlendirmede tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzde ve ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğretmenlerin %59,9'u erkek, büyük çoğunluğunun (%49,5) yaşları 26-31 yaşları arasındadır. Öğretmenlerin %33,9'unun görev süreleri 5 ile 10 yıl arasında, %73,4'ü evli olup, %33,2'sinin görev yeri ilk kademededir. Şiddet olayları ile karşılaşan öğretmenlerin %62,7'si 'bazen', %32,3'ü 'hiçbir zaman' yanıtını vermiştir. Öğretmenlerin %74,2'sini okul dışında da şiddet olaylarını gözlemlediklerini, şiddet vakaları ile karşılaştıklarında %21,9'u ne yapması gerektiğini bilmedikleri ifade etmişlerdir. Öğretmenlerin 'okulumuzda öğrencilere ayrılan sosyal mekânlar yeterlidir' yanıtına %78,7 katılmadıklarını ve %58,3'ü okullarda sportif

faaliyetlerin yetersiz olduğunu söylemişlerdir. Kalabalık okullarda şiddet olayların arttığını söyleyen öğretmenlerin oranı %8,4'dür. Öğrencilerin boş zamanların değerlendirilmesi, öğrencilerin enerjilerini başka kanallara yönlendirmesi, sorumluluk almalarının sağlaması ve özgüvenleri artırması nedeniyle şiddeti önlemede etkilidir. Şiddeti önlemeye yönelik eğitim almak ister misiniz sorusuna, öğretmenlerin %65,5'i evet yanıtını vermişlerdir. Öğretmenlerin %53,9'u okullarda yaşanan şiddet olaylarının çok azının kamuya yansıdığını düşünmektedir. Öğrencilere çatışma yöntemi ilgili eğitim verilmelidir düşünen öğretmenlerin oranı %85,6'dır. Ancak öğretmenlere 'çatışma yöntemi ilgili eğitim almak ister misiniz?' sorusuna, eğitim almak istemediklerini ifade etmeleri (%45,1) çarpıcı bir sonuçtur. Şiddeti önlemeye yönelik eğitim almak isteyen bayan öğretmenler %70,3 iken, erkek öğretmenlerin %62,8 olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede cinsiyete göre şiddeti önlemeye yönelik eğitim isteme arasında ilişki olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Yapılan diğer istatistiksel değerlendirmede öğretmenlerin görev yeri ile şiddeti önlemeye yönelik eğitim isteme arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p< 0.05$ ). Öğretmenlerin görev yeri ilköğretimden lise düzeyine ilerledikçe eğitim isteyen öğretmen sayısının arttığı bulunmuştur

**Sonuç:** Şiddete karşı eğitilmiş insanlar, şiddet görmeyen ve şiddet uygulamayan insanlardır. Bu tür bireylerin yetişmesi, bilinçle ve özenle hazırlanmış bir eğitim etkinliği programı gerektirir (Tasdelen, 2006). Okullarda meydana gelen ve toplumun genelini tehdit eden şiddet olaylarını önlemek amacıyla öğretmenlere ise kendini savunma eğitimi, saldırganlık yönetimi ve kavgaya müdahale edebilme, bireysel öğretim stratejileri kazandırma, olumlu disiplin yöntemleri konusunda eğitim verilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Öğretmen, şiddet, okul şiddeti

#### **Kaynaklar**

1. Taşdelen V (2006) Şiddet kültürü ve eğitim. Bilim ve Aklın Aydınlığında Eğitim Dergisi, 75:12-21.
2. Kızmaz Z (2006). Okullardaki şiddet davranışının kaynakları üzerine kuramsal bir yaklaşım. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11: 47-70.
3. Özcebe H (2002) Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. Sted Dergisi, 10: 374-377.

#### **P.6 BİR ASKER HASTANESİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN 20- 30 YAŞ ARASINDAKİ ASKERLERİN DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

Betül Tosun<sup>1</sup>, M. Ayşegül Şahbaz<sup>1</sup>, Bilge Gündoğdu<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Etimesgut Asker Hastanesi

<sup>2</sup> Eskişehir Asker Hastanesi

#### **ÖZET**

**Amaç:** Bedensel hastalıkları nedeniyle tedavi görmekte olan hastalar arasında psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı, başta uyum bozukluğu, depresyon, anksiyete bozuklukları, organik beyin sendromları ve somatoform bozukluklar olmak üzere dikkat çekici ölçüdedir. (1,2) Çünkü askerler kıtaya çıktıklarında alışa gelmiş davranışlarını, ortamın güçlüklerini ve toplu yaşamının zorluklarından dolayı problem çözme yeteneklerini geliştirememişlerdir ilk zamanlar. Bu hastalarda en sık saptanan tanılar depresyon ve anksiyete bozukluklarının belirtilerinin değerlendirilmesi güçtür. Bu çalışmanın amacı Etimesgut Asker hastanesinde yatarak cerrahi ve dahili bilimlerde tedavi gören hastalarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin saptanmasıdır.

**Yöntem:** Araştırmanın örnekleme OCAK- MART 2010 tarihleri arasında çeşitli fiziksel hastalıkları nedeniyle Etimesgut Asker Hastanesinde yatmakta olan hastalar arasından kademeli randomize örnekleme yoluyla seçilmiştir. Deneklerin yaş aralığı 20-30 yaş arasında olması, asker olması, fiziksel kapasitelerinin yeterli olması, görme kusurlarının olmaması eğer varsa düzeltici gözlük kullanıyor olması ve en az 7 gündür hastanede yatıyor olmaları şartı aranmıştır. Bu şartlara uyan araştırmamıza gönüllü katılmak isteyen 83 hastaya ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında demografik verilerin yanı sıra, Beck



Depresyon Ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Spielberger Durumluk Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada toplanan veriler SPSS paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.(1-4)

**Bulgular:** Araştırmaya alınan 83 deneğin %69,9' u cerrahi tıp bilimlerine ait bir klinikte, %27,7'i dâhili tıp bilimlerine ait bir klinikte yatmaktadır. Yaşları 20 ile 30 arasında değişmekte olup grubun ortalama yaşı  $22,50 \pm 2,48$ ' dir. Hastaların hastanede kaldıkları gün sayısı 7 ile 21 gün arasında değişmekte olup ortalama  $8.59 \pm 4.40$  gündür. Bu hastalardan %41,3 ü ilköğretim mezunu olup %68,4 memleketi Ankara'nın doğusundadır. Katılımcıların %80'i meslek sahibi sorusuna evet cevabı vermiştir. Hastaların BDÖ' nden aldıkları puan ortalaması  $12,44 \pm 11,21$ 'dir. Hastaların STAI 1 den aldıkları puan ortalaması  $40.37 \pm 11,5$ ' dir. Hastaların HADÖ den aldıkları puan ortalaması  $20,84 \pm 6,5$ 'dir. Beck depresyon ölçeğine göre olguların %51,8'i (n 43) de depresyon yok, %20,5 (n=17) hafif depresyon, %13,3 (n=11) orta derecede depresyon ve %14,5 (n=12) inde ağır depresyon tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Araştırma grubunda dâhili tıp bilimlerine ait kliniklerde ve cerrahi tıp bilimlerine ait kliniklerde yatan hastalar arasında yaş, eğitim durumu ve yatış süresi açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Uygulanan üç ölçekten elde edilen ortalama puanlar çeşitli sebeplerden yatan hastalarda saptanan depresyon düzeylerinde anlamlı bir artış gözlemlenmemiştir.

**Anahtar kelimeler:** Asker, Yatış Süresi, Depresyon, Anksiyete

#### **Kaynaklar**

- 1.Hisli N: Beck Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1989;7(23):3-1.
- 2.. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety inventory. Palo-Alto:Consulting Psychologists Press; 1970.
3. Öner N, LeComte A. Süreksiz ve sürekli kaygı envanteri el kitabı istanbul; 1983.
4. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. ActaPsychiatry of Scandinavia 1983; 67:361-370 .

#### **P.7 BİR DEVLET HASTANESİNDE YATAN HASTALARIN RUHSAL BAKIM GEREKSİNİMLERİ**

Burcu Cüre<sup>1</sup>, Yasemin Yıldızbaş<sup>2</sup>, Sibel Coşkun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Muğla Üniversitesi Fethiye Sağlık Yüksekokulu, Öğrenci

<sup>2</sup>Muğla Üniversitesi Fethiye Sağlık Yüksekokulu, Öğretim Üyesi

#### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Genel hastane ortamı hem hastalar, hem de sağlık elemanları için stres kaynağıdır. Hastalık ise biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikoseksüel yönden çok boyutlu bir olgu olup, bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir. Fiziksel hastalıklara sıklıkla anksiyete ve depresyon semptomlarının eşlik ettiğine dair pek çok çalışmaya rastlamak mümkündür (Özkan 1997). Hastalık halinde bozulan dengenin düzeltilmesine yardımcı olmada fiziksel gereksinimler kadar ruhsal gereksinimler de hemşirelik bakımı kapsamına alınmalıdır. Tedavi kurumlarında hemşirelerin amacı, sağlık bakım sistemine gerçek ya da potansiyel hastalık/işlev bozukluğu ile giren hasta ve ailelerinin duygusal, ruhsal, bilişsel tepkileri ile gereksinimlerini tanımlamak, hasta ve aileyi de sürece katarak tedaviye katkı sağlamaktır. Bu katkı ve yardım ise bütüncül bakımı gerektirmektedir. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi, genel hastanede yatarak ya da ayaktan tedavi gören hastalara yönelik tıbbi tedavi ve bakımın yanı sıra psikiyatrik tedavi ve psikososyal bakımın eş zamanlı olarak sunulmasıdır ve son yıllarda konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğinin de önemi artmaktadır (Kocaman 2005 ve Kocaman 2006). Bu çalışma fiziksel sağlık sorunları nedeniyle hastanede yatan hastaların ruhsal bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma Fethiye Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirilmiş olup, hastanede yatan hastalardan basit rastlantısal yöntemle seçilen, çalışmaya katılmayı kabul eden ve iletişim kurulabilen 15 yaş üzeri 150 hasta örnekleme

oluşturmaktadır. Doğum süreci için hastanede bulunan kadınlar çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan 30 soruluk anket ile toplanmıştır. 23 Mart - 28 Mart 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilen çalışma öncesinde gerekli kurumsal izinler alınmıştır. Veriler bilgisayar ortamında yüzdeler hesaplamaları ve ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması  $59.9 \pm 19.9$  olan örneklemin %46.7'si kadın %53.3'ü erkek olup %49.3'ünün eğitimi ilköğretim düzeyindedir. Hastaların %70'inin medeni durumu evli olup, ailelerin %46.0'sının hastaya yaklaşımı "ilgili" olarak bulunmuştur. Hastaların ruhsal bakım gereksinimlerine yönelik sorular değerlendirildiğinde; hastaların %74'ünün hastane ortamında bulunmaktan dolayı stres yaşandığı, %75'inin hastalıktan psikolojik olarak etkilendiği ve psikolojik destek ihtiyacı olduğu, %68'inin hastalıkla başa çıkmada zorlandığı ve hastalığın günlük yaşamı kısıtladığı, %70'inin çeşitli düzeylerde gerginlik, sinirlilik, umutsuzluk, korku gibi duygular ile uyku ve iştah değişiklikleri yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların tanısına ve bulunduğu servise göre ruhsal bakım gereksinimleri istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ( $p > 0,05$ ). Hastalığın rolleri etkileme durumu, umutsuzluk ve çaresizlik hissi, sağlıkla ilgili korku ve endişe ve problemlere çözüm bulabilme; cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklılık belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç ve Öneriler:** Araştırmadan elde edilen verilere göre hastaların çoğunda değişen düzeylerde ve oranlarda ruhsal bakım gereksinimleri belirlenmiştir, hastaların yattıkları servis ve tanısı ruhsal bakım gereksinimleri açısından farklılık göstermemektedir. Hemşirelik uygulamalarında bütüncül yaklaşımla hastaların ruhsal bakım gereksinimlerini de dikkate alan ve hasta bakım kalitesini daha da arttırıcı çabalara gereksinim bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, Ruhsal Bakım, Liyezon Psikiyatrisi

#### **Kaynaklar:**

Kocaman N. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Tarihsel Gelişimi. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi 2006;9(1):75-85.

Kocaman N. Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9(1):49.

Özkan S. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. 1.Baskı. İstanbul, 1997.

### **P.8 BİR İLKÖĞRETİM OKULUNDAKİ ÖĞRENCİLERİN AİLELERİNİN TUTUMLARININ ÇOCUKLARIN BENLİK SAYGISI ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

Yrd. Doç. Dr. Gül Ünsal<sup>1</sup>, Hemşire Ayşe Tanşu<sup>2</sup>, Hemşire Mehtap Şener<sup>3</sup>, Hemşire Nesibe Kaçmaz<sup>4</sup>, Hemşire Özgül Taşkıran<sup>5</sup>, Hemşire Safiye Çalışkan Tekdemir<sup>6</sup>

<sup>1</sup>M.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

<sup>2</sup>Bakırköy Acıbadem Hastanesi

<sup>3</sup>Kocaeli Üniversitesi

<sup>4</sup>Medikal Park Bakırköy Hastanesi

<sup>5</sup>İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği

<sup>6</sup>Karadeniz Ereğli Özel Diyaliz Merkezi

#### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Benlik; bireyin ne olduğu, ne olmak istediği ve çevresince nasıl tanındığı konularındaki bilinçliğidir ve yaşantılar sonucunda gelişir. Birey kendini ayrı bir varlık olarak algıladığı, kendisinin farkında olmaya başladığı an benlik kavramı oluşmaya başlamaktadır (Yavuzer 2000, Çankaya 2007). Benlik ayrıca, çocuğun ailesi, öğretmenler ve arkadaşların etkisiyle oluşmuş bir değerler sistemi olarak da tanımlanmıştır. (Altıntaş 1989). Benlik saygısı; bireyin kendisi ile ilgili değerlendirmeleridir. Kişinin kendini yeterli, önemli, başarılı ve değerli bulup bulmadığı gibi inançlarını ve kendisini kendini kabul edip etmeme gibi tutumlarını ifade eder (Coopersmith 1967, Türk 2007). Çocuğa yönelik ana-baba davranışlarının içeriği, çocuğun sağlıklı bir kişilik geliştirmesi, çevresine uyum sağlayabilmesi, kendine güvenebilmesi, yaratıcı, atılgan ve başarılı olabilmesi açılarından büyük önem taşımaktadır. Çalışma, İstanbul ili Anadolu yakasında bir ilköğretim

okulundaki öğrencilerin anne-baba tutumlarının, çocukların benlik saygısı üzerine etkilerini belirlemek amacı ile planlanmış ve uygulanmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın evrenini İstanbul ili Anadolu yakasında bir ilköğretim okulu 4-5-6-7 ve 8. sınıflarda okuyan toplam 300 öğrenci, örneklemini 140 kız, 160 erkek öğrenci oluşturmuştur. Çalışmada veriler, araştırmacılar tarafından literatür bilgisine dayalı olarak geliştirilen öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini belirleyen bilgi formu, Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (Parental Attitude Research Instrument-PARI) ve Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği kullanılmıştır. Çalışmanın yürütülebilmesi için, kurumlardan gerekli izinler ve etik kurul izni alınmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilere, araştırmanın amacı anlatılmış ve aydınlatılmış onam alınmıştır. Veriler bilgisayar ortamında yüzdelik, varyans analizi, pearson korelasyon analizi ve t-testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Öğrencilerin kişisel ve ailesel özelliklerine bakıldığında, %50,8'i erkek, %27,1'i 11 yaşında, %27,1'i 7.sınıf öğrencisi, %83,6'sının en az bir kardeşe sahip olduğu bulunmuştur. %48'inin ailede 1.çocuk, %89,4' ünün anne ve babası ile yaşadığı, %59,6'sının maddi durumunun iyi olduğu, %66,7'sinin kendisine ait odasının olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin annelerinin %35,9'unun 30-35 yaş arasında, %50,6'sının ilkökul mezunu, %69,6'sının çalışmadığı veya emekli olduğu, %98,9'unun öz ve sağ olduğu belirlenmiştir. Ayrıca öğrencilerin babalarının %53,3'ünün (n:96) 40 yaş ve üzerinde, %44,6'sının (n=78) ilkökul mezunu, %97,2'sinin çalıştığı, %99,4'ünün öz olduğu ve %98,3'ünün sağ olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin benlik saygısı ölçeğinden aldıkları puan dağılımlarına bakıldığında; %58'inin benlik saygısının yüksek, % 34,3'ünün orta, %14'ünün düşük benlik saygısına sahip olduğu belirlenmiştir. Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği puan dağılımı;%54,7 ile "aşırı koruyucu anneliğin", % 16 demokratik tutum ve eşitlik tanıma, % 14,4 ile evlilik çatışması, geçimsizlik, %9,9 ve % 5 ile en düşük puan ortalamasına "ev kadınlığı rolünü reddetme" olarak saptanmıştır. Benlik Saygısı Ölçeği ve Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği karşılaştırıldığında, çalışmaya katılan öğrencilerin; evlilik çatışması, geçimsizlik (%35,7) ve sıkı disiplin (%28,6) olan ailelerin çocuklarında benlik saygısının düşük, aşırı koruyucu annelik (%46,8) ve demokratik tutum ve eşitlik tanıma (%24,2) olanların benlik saygılarının orta olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Sonuç olarak, "otoriter" ve "ilgisiz" ana-baba tutumunun çocukların benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği ve düşürdüğü, "demokratik" ana-baba tutumunun ise çocukların benlik saygılarını olumlu etkilediğini söyleyebiliriz.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, benlik saygısı, aile tutumu.

### Kaynakça

- 1)Öztürk O.M: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9.basım, Ankara, 2002.
- 2)Yavuzer H: Çocuk Psikolojisi. 21.basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2001
- 3) Yavuzer H: Ana-Baba ve Çocuk., 13.basım, Remzi Kitabevi, İstanbul,2000.
- 4)Öner N: Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul,1996.
- 5)Yavuzer H. : Yaygın Ana-BabaTutumları, Ana-Baba Okulu 9.basım, Remzi Kitabevi Ankara, 2001.
- 6)Özyürek A.,Şahin T.F: 5-6Yaş Grubu Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Demografik Özelliklerinin Çocuk Yetiştirme Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi, Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 6(3), 395-414,2008.
- 7)Çetinkaya B., Başbakkal Z: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Benlik Saygısı Düzeylerinin ve Çocuk Yetiştirme Tutumlarının İncelenmesi,Ege Üniversitesi HYO Dergisi , 21(2) 47-57, 2005.
- 8)Baybek H.,Yavuz S: Muğla Üniversitesi Öğrencilerinin Benlik Saygılarının İncelenmesi, Muğla Üniversitesi SBE Dergisi Sayı:14, 2005.
- 10)Gürhan C: Lise öğrencilerinin Benlik Tasarım Düzeylerini Etkileyen Bazı Etmenler Yayınlanmamış Doktora Tezi. S. 114-115 Ankara Hacettepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü 1986.

## P.9 BİR KURUM HASTANESİNDE GÖREV YAPAN HEMŞİRELERİN HASTA HAKLARI KONUSUNDA MEVCUT BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Betül Tosun<sup>1</sup>, M.Ayşegül Şahbaz<sup>1</sup>, Bilge Gündoğdu<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Etimesgut Asker Hastanesi

<sup>2</sup> Eskişehir Asker Hastanesi

### ÖZET

**Amaç:** Hasta gereksinimlerinin karşılanmasında, hasta çıkarlarının korunması ve sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasında hasta memnuniyetinin sağlanması için sağlık personelinin hasta haklarını bilmesi ve bu haklara uygun davranması giderek önem kazanmaktadır (1,2). Hemşire, bakım verdiği birey/grup için fiziksel ve psikososyal olarak güvenli bir çevre sağlayıp, bakıma ilişkin karar verme süreçlerinde etik ilkeleri göz önünde bulundururken gelişen çağdaş rollerinden biri olan hasta haklarını savunucu rolü bağlamında bakım verdiği hastanın haklarını bilmelidir (3,4). Bu araştırma, bir kurum hastanesinde görev yapan hemşirelerin hasta hakları konusundaki mevcut bilgilerinin değerlendirilmesini amaçlamıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan çalışmanın örneklemini, Ocak-Mart 2010 tarihleri arasında hastanemizde görev yapmakta olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 63 hemşire oluşturmuştur. Araştırmacılar tarafından oluşturulan, tanımlayıcı özellikleri ve hasta hakları bilgi sorularına ilişkin 31 sorudan oluşan soru formu, yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Veriler bilgisayar ortamına aktarılarak frekans ve yüzde analizleri yapılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalamasının 33.0±5.6 yıl olduğu, hemşirelerin % 50.0'ünün polikliniklerde, %24.2'sinin kliniklerde çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin ortalama hizmet süresi 13.8±6.4 yıldır. Eğitim düzeyine bakıldığında katılımcıların %74.2'si sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu mezunu olduğu görülmektedir. Hemşirelerin yalnızca %3.2'si hasta olarak sağlık sektöründe bir sorun yaşadığında hasta hakları birimine başvurması gerektiğini, %81.0'ı ise böyle bir sorunla karşılaştığında başhemşireye başvurması gerektiğini düşünmektedir. Hemşirelerin % 98.4'ü hastaların haklarını aramak için hukuki yollara başvurabileceklerini düşünmektedir. Hasta haklarının korunması konusunda yapılması gerekenler sorusuna katılımcıların % 41.3'ü hasta ve sağlık personelinin eğitimi yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin % 72.2'si daha önce hastanede hasta hakları konulu pano ve broşürleri görüp okuduğunu, 53.4'ü hizmet içi eğitimle hasta hakları konusunda bilgilendirildiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin tamamı hastaların güvenli bir sağlık ortamında tedavi ve bakım alma hakkına sahip olduğunu belirtmiştir. Hasta hakları bilgi sorularının tamamını hemşirelerin yalnızca 17.5'i doğru olarak cevaplamıştır.

**Tartışma:** Çalışmaya katılan hemşirelerin neredeyse tamamının hasta hakları biriminden haberdar olmadığı ve hemşirelerin yarıya yakınının hizmet içi eğitimle hasta hakları konusunda bilgilendirilmediği saptanmıştır. Mevcut literatür bilgileriyle uyumlu olarak, hemşirelerin mezuniyet öncesi ve sonrası hizmet içi eğitimlerinde hasta hakları konusuna yer verilmesi, "Hasta Hakları Birimi"nin hasta hakları ihlallerinin önlenmesi, sağlık hizmetlerinin insan hak ve onuruna yakışır kalitede sunulması ve hemşirelerin eğitilmesini hedefleyen çalışmalar yürütmesi gerektiği değerlendirilmiştir (1-4).

**Anahtar Kelimeler:** Hasta hakları, hemşire, savunuculuk rolü

### **Kaynaklar:**

1. Teke A., Uçar M, Demir C, Çelen Ö, Karaalp T, Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6 (4) :259-266
2. Zincir H., ZK Erten, Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2009;6(1):78-84
3. Öztürk H, Yılmaz F, Hindistan S, Çilingir D, Yeşilçiçek K, Hekim, Hemşire ve Hastaların Hastanede Uygulanan Hasta Haklarını Değerlendirmeleri, Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 2007;15: 145–152
4. Ardahan M, Hemşirelerin Savunuculuk Rolü, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003;7(2):23–27

### **P.10 BİR KURUM HASTANESİNDE SAĞLIK PERSONELİNİN MARUZ KALDIĞI MOBBİNG (İŞYERİ ŞİDDETİ) DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

Betül Tosun, M.Ayşegül Şahbaz  
Etimesgut Asker Hastanesi

#### **ÖZET**

**Amaç:** Mobbing iş yaşamını zorlaştıran birçok huzursuzluğa ve çatışmaya neden olan önemli bir sorundur (1,2). Bu çalışmanın amacı hastanemizde sağlık personelinin maruz kaldığı mobbing davranışlarının belirlenmesidir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan çalışmanın örneklemini, Ocak-Mart 2010 tarihleri arasında hastanemizde görev yapmakta olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 55 sağlık personeli oluşturmuştur. Araştırmacılar tarafından oluşturulan, tanımlayıcı özellikleri ve mobbing davranışlarına ilişkin 59 sorudan oluşan soru formu, yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Veriler bilgisayar ortamına aktarılarak frekans ve yüzde analizleri yapılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalamasının 34.04±4.44 yıl olduğu, %14,5'inin erkek, %80,0'inin hemşire ve %67,3'ünün askeri okul mezunu olduğu belirlenmiştir. Ortalama hizmet süresi 13.71±6.35 yıl olan katılımcıların en sık belirttikleri meslek seçme nedeni tesadüfen olmuştur. Katılımcıların tamamı bir şekilde mobbing davranışına maruz kaldıklarını belirtirken %41,8'i sosyal ilişkilerini, %47,3'ü ise kişisel sağlıklarını hedef alan mobbing davranışları ile karşılaşmadıklarını ifade etmiştir. Mobbing davranışlarının en sık belirtilen kaynağı %63,6 ile hasta yakınları olarak tespit edilmiştir. Maruz kalınan mobbing davranışlarının en sık sebepleri olarak yoğun stres altında çalışma ve çalışma şartlarının kötülüğü olarak saptanmıştır.

**Tartışma:** Sağlık sektöründe, sağlık personelinin mobbing davranışlarına maruz kalmasının mevcut literatür bilgileri ile uyumlu olarak nadir görülen bir durum olmadığı ve mobbingin nedenleri, süreci, sonuçları ve nasıl önlenebileceği hakkında çalışanların bilgilendirilmesi gerektiği değerlendirilmiştir (1-6).

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık sektörü, sağlık personeli, mobbing

#### **Kaynaklar**

1. Ferrinho P, Biscaia A, Fronteira I, Craveiro I, Antunes AR, Conceição C, Flores I, Santos O, Patterns Of Perceptions Of Workplace Violence İn The Portuguese Health Care Sector, Human Resources for Health 2003, 1: 11
2. Demirel Y, Yoldaş MA, Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Psikolojik Yıldırma Davranışlarının Türkiye ve Kazakistan Açısından Karşılaştırılması, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2008;5(2): 1-25
3. Asunakutlu T, Safran B, Örgütlerde Yıldırma Uygulamaları (Mobbing) ve Çatışma Arasındaki İlişki, SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2006;6(11): 111–129
4. Martino VD. , ICN /WHO/ILO/PSI, Joint Programme On Workplace Violence İn The Health Sector, Relationship Of Work Stress And Workplace Violence İn The Health Sector, Genevre 2003,

5. Acar BA., Dündar G., İşyerinde Psikolojik Yıldırma (Mobbing) Maruz Kalma Sıklığı İle Demografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi , 2008;(37/2) :111-120
6. Cemaloğlu N., Örgütlerin Kaçınılmaz Sorunu: Yıldırma, Türk Dünyası Sosyal Bilimler Dergisi 2007;42: 111-126

## **P.11 BİR PSİKİYATRİ KLİNİĞİ ÇALIŞANLARININ TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ**

Zeliha Yoalan, Aylin Ata, Kadriye Gültekin, Ayşegül Bilge

### **ÖZET**

**Amaç:** Uzun süreli stresli çalışma ortamına maruz kalındığında fiziksel ve duygusal yorgunluk, duyarsızlaşma ve üretkenlikte azalma ile karakterize olan bu durum sağlık çalışanlarının iş yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Bu araştırmada psikiyatri kliniğinde çalışanların tükenmişlik düzeylerini ve etkileyen etmenleri saptamak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Nedensel kesitsel tipte planlanan bu araştırmanın örnek grubunu Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde çalışan hekim, hemşire ve yardımcı personeller oluşturmaktadır. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanılarak toplanmıştır. MTÖ beşli likert tipi (0=Hiçbir zaman, 1=Çok nadir, 2=Bazen, 3=Çoğu zaman, 4=Her zaman), 22 sorudan oluşan bir ölçektir. Alt ölçek puanları Duygusal Tükenme (DT) ve Duyarsızlaşma (DY) için yukarıdaki gibi puanlanırken, Kişisel Başarı (KB) için tersine puanlanmaktadır. Tükenmişliği yaşamakta olan bireylerde DT ve DY puanlarının yüksek, KB puanlarının düşük olması beklenmektedir.

**Bulgular:** Araştırma bulgularına göre; katılımcıların yaş ortalaması 31,9±7,1'dir. Mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde; %34'ü hemşire, %29'u hekim, %27'si hasta bakıcı ve %10'u ise temizlik personelidir. Çalışanların %44'ü hem gündüz hem de gece çalıştığını, %85'i iş yerinde dinlenme zamanı bulabildiğini, %90'ı ise evde kendine zaman ayırabildiğini belirtmektedir. Araştırmaya katılan ekibin tamamı bu klinikte çalışmaktan memnun olduklarını ve %51,2'si ise mesleğinde istediği yerde olduğunu belirtmişlerdir. Tükenmişlik ölçeği alt ölçek puan ortalamalarına göre; grubun KB puan ortalaması 10,2±5,5 DY puan ortalaması 3,1±3,3 ve DT puan ortalaması ise 11,8±6,5 bulunmuştur. Çocuk sahibi olma durumu ile DT puan ortalaması arasında, mesleğinde istediği yerde olma durumu ile KB ve DT puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05).

**Tartışma:** Araştırma sonucunda; örnek grubunun psikiyatri kliniğinde çalışmaktan dolayı memnun olduğu ve tükenme düzeyi açısından duygusal yönden daha fazla tükenme yaşadıkları, çocuk sahibi olanların daha çok duygusal tükenme yaşadığı, mesleğinde istediği yerde olmayanların tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

**Anahtar Kelime:** Psikiyatri kliniği, klinik ekibi, tükenmişlik

### **Kaynaklar**

- 1.Çam O. Hemşirelerde tükenmişlik sendromunun araştırılması. Yayımlanmamış Doktora Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi, 1991.
- 2.Ergin C. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. 3P Dergisi 1996; 4:28-33.
- 3.Oğuzberk M.,Aydın A. Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik.Klinik Psikiyatri 2008;11: 167-179.

## **P.12 BİR RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI HASTANESİNDE HASTA ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ " 2 YILLIK BOLU İZZET BAYSAL RUH SAĞLIĞI HASTALIKLARI HASTANESİ DENEYİMİ"**

Sevinç Çapa<sup>1</sup>, Melike Yönder<sup>2</sup>, Saime Yeşiloğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Kalite Performans Birim Temsilcisi,

<sup>2</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu, Araştırma Görevlisi

<sup>3</sup> Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Başhemşire.

### **ÖZET**

Bu çalışma, ruh sağlığı hastanesindeki hasta-çalışan güvenliği çerçevesinde gerçekleştirilen faaliyetleri belirtmek amacıyla yapılmıştır.

Son yıllarda hasta çalışan güvenliğinin ön plana çıkmasıyla birlikte, hastanemizde sunulan hizmetin bir bütün olarak iyileştirilmesi temel hedef olarak nitelendirilerek, Hizmet Kalite Standartları çerçevesinde, Hasta-Çalışan Güvenliği ilkesi bazında, Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü bir takım koşullar yerine getirilmeye çalışılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün ruh sağlığı politikaları ile ilgili önerdiği altı modül esas alınarak hazırlanan, resmi ve önemli bir metin niteliğindeki Ulusal Ruh Sağlığı Politikası içeriğindeki temel öneriler arasında; ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin artırılması, damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması, ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün artırılması gibi konular yer almaktadır (Yanık, 2007; WHO, 2003). Ruh sağlığı hastanesi olmanın da hassasiyetiyle, hasta-çalışan güvenliği konusu büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı Anket Komisyon Birimi tarafından hastanemizde gerçekleştirilmesi öngörülen "Hasta-Çalışan Güvenliği Memnuniyet Anketi" 2008 yılından itibaren periyodik aralıklarla uygulanmakta olup; elde edilen veriler, öneriler doğrultusunda gerekli iyileştirme çalışmaları, değerlendirmeler yapılmaktadır. 2009 yılı I. Dönem Memnuniyet Anketi çalışmasında "*hastane yönetimi tarafından, hasta ve çalışan güvenliği konusundaki aksaklıkların bildirilmesi*"ne ilişkin konuyu çalışanların %96.3'ünün yeterli düzeyde bulduğu saptanmış olup; bu sonuç II. Dönem yapılan çalışmada %100 olarak belirlenmiştir. Güvenlik personeli, özellikle psikotik hastaya yaklaşım; hasta-hasta yakınları ile iletişim konusunda sürekli eğitim almakta olup, 2008 yılında 8.5 saat, 2009 yılında ise 15 saat süreli olmak üzere toplam 7 adet eğitim verilmiştir. Hastanemizde hasta ve hasta yakınlarının güvenliğine ilişkin bir takım çalışmalar ve düzenlemeler yapılmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının öneri ve şikayetleri kurumumuz açısından oldukça önemli olup, bununla ilgili olarak kolaylıkla görülebilecek alanlara görüş, öneri ve şikayet kutuları yerleştirilmiştir. Hasta ve çalışan güvenliği kapsamında, fiziksel açıdan bir dizi düzenleme yoluna gidilerek, hastanedeki tüm camlar; hasta ve çalışanlara zarar vermeyecek şekilde, darbe gördüğünde dağılmayacak özellikteki camlarla değiştirilmiştir. Hastanın düşme riskleri dikkate alınarak; kaymaz terlikler, uyarıcı levhalar temin edilmiştir. Hasta odalarında, lavabo ve banyolarda hemşire çağrı sistemi kullanılmaktadır. Hasta hakları "Gizlilik" ilkesi temel alınarak; yasal gereklilikler dışında, hastanedeki hasta dosyalarındaki kayıtları görmesine izin verilmemekte, bu bağlamda; hastanın psikolojik açıdan güvenliği temin altına alınmış olup; gerek hastane içi gerekse de toplum içerisinde damgalanmasının önlenmesi felsefesi taşınmaktadır. 2009 yılı Hasta Memnuniyeti Anket Çalışmasında, hastaların %88'i yeterli ölçüde mahremiyetin sağlandığını ifade etmiştir. Acil yaşam desteği olan Mavi Kod Prosedürü oluşturulmuş ve uygulaması hastanemizde gerçekleştirilmektedir. İlaç güvenliğini sağlamak için; benzer isimli, yüksek riskli ilaç listeleri oluşturularak eczacı tarafından sağlık personeline eğitim verilmektedir. En son yapılan ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimi konulu eğitimde; ön test ve son test çalışması yapılmış olup, %45,15 oranında artış olduğu kaydedilmiştir.

Kliniklerde psikiyatri konusunda yetersiz bilgiye sahip hemşirelerin çalışmasına bağlı olarak; meslektaşlarımız, adaptasyon sorunu yaşamaktadırlar. Görev tanımı yetersizliği ve hemşirelerin branşlaşmamasının önemi literatürde de vurgulanmış olup, bu durumdan kaynaklanan bir takım sorunların ortaya çıktığı belirtilmiştir (Yanık, 2007; Kaçmaz, 2005; Taycan, 2006). Hastanelerin fiziksel özelliklerinin yanında mutlaka verilen tedavi

hizmetlerinin kalitesi de ölçülmeli, yatan hastaların hastaneye geliş sebepleri ve yatış tekrarlarının verileri de göz ardı edilmemelidir. Hastanemizde 2008 yılından itibaren başlatılan hasta-çalışan güvenliği uygulamalarının, daha büyük bir ivme kazanması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda kalite çalışmalarının bir göstergesi olan hasta-çalışan güvenliğine yönelik uygulamalar ve eğitimler devam etmektedir.

**Anahtar Kelimeler;** Güvenlik, psikiyatri hastaları, sağlık çalışanı, kalite

### **Kaynaklar**

1. Kaçmaz N. 'Tükenmişlik Sendromu' İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2005, 68: 29-32.
2. Yanık M. 'Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi üzerine Değerlendirme ve Öneriler' Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi 2007, İstanbul.
3. WHO, Organization of Services for Mental Health, Geneva, 2003.
4. WHO, Mental Health Policy, plans and programmes, Geneva, 2003.
5. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N, 'Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon Ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi', Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 100-108.

### **P.13 ÇOCUK VE ERİŞKİN KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÇOCUK SEVME VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

Tural E<sup>1</sup>, Rızalar S<sup>1</sup>, Güdek E<sup>1</sup>, Oğuzhan H<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Samsun Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi

<sup>2</sup>OMÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi BaşHemşire Yardımcısı

### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Çocuk yaşamının büyük bir bölümünü aile ortamında geçirir. Uyumlu ve özgür bir aile ortamı içinde, tutarlı ve sağlıklı ilişkilerle yetişen çocuk, özerk bir birey olarak yetişkin yaşamına ulaşabilir. Kendi kendine yetmeyi, kendinden hoşnut olmayı, kendine saygı duymayı öğrenir. Aileleri ile olumsuz ilişki kuran çocuk ise içine kapanık ve güvensiz olacaktır. Çocuk yetiştirme tutumları, toplumsallaşma da ve çocuğun kişiliğinin gelişmesinde önemlidir. Aile ile çocuk arasındaki sevgiye dayalı güçlü ve destekleyici ilişki çocuk için önemlidir. Çocuklara yönelik tutum, bir bireyin çocuk ve çocuklarla birlikte olma konusundaki temel inancının yansımasıdır. Özellikle çocuk hemşireleri çocukların fiziksel, duygusal ve sosyal gelişimsel farklılıklarını anlamaları, onlara gerekli sevgi ve ilgiyi göstermeleri gerekir. Ülkemiz koşullarında her hemşire kendi istedikleri alanda çalışmamaktadır. Bu durumda hemşirelerin çocukları sevme durumları ile hangi çocuk yetiştirme tutumu ile yetiştikleri önem kazanmaktadır. Bu çalışma, erişkin ve çocuk servislerinde en az bir yıl çalışan hemşirelerin çocuk sevme tutumları ile çocuk yetiştirme tutumlarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, Samsun ili OMÜ'de görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 160 hemşire ile yapılmıştır. Araştırmada, "Bireysel Bilgi Formu", "Çocuk Sevme Ölçeği" ve "Aile Yaşamı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği" (Parental Attitude Research Instrument – PARI) kullanılmıştır. "Çocuk Sevme Ölçeği" Duyan ve Gerbal (2008) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, 14 sorulu ve yedili likert tipinde bir ölçektir. Aile Yaşamı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeğinin Türkçe çevirisi ve uyarlanması Güney ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin beş alt boyutu ( aşırı annelik boyutu, demokratik tutum, ev kadınlığı rolünü reddetme boyutu, geçimsizlik boyutu ve artık boyut) vardır.

**Bulgular ve Tartışma:** Çalışma kapsamındaki hemşirelerin %62.2'si 22-30 yaş grubundadır ve %59.5'i evlidir ve %40.5'i çocuk sahibidir. Hemşirelerin %65.5'i lisans mezunudur ve %52'si beş yıldan daha uzun süredir çalışmaktadır. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile ( yaş grubu, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, çalışma yılı, yetiştiği ailenin; birey sayısı- ekonomik durumu- yaşadığı yer, anne-baba eğitimi ve mesleği, kardeş sayısı, ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu) çocuk sevme puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır(p>0.05). Erdem ve Duyan'ın çocuk hemşirelerinin çocuk sevme durumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hemşirelerin çocuk sevme ölçeğinden aldıkları puan ile çalışılan yer, yaş, medeni durum,



çocuk sahibi olma, eğitim durumu, görev, çalışma süresi, bakılan çocuk sayısı arasında istatistiksel fark bulunmamıştır (1). Çocuk yetiştirme ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanlar karşılaştırıldığında, ev kadınlığı rolünü reddetme boyutu ile yaş grubu (22- 30 yaş), medeni durum ( bekar olanların) ve çalışma süresi ( 5 yıldan daha az çalışma) arasında anlamlı fark var bulunmuştur(  $p < 0.05$ ). Ayyıldız'ın 0-6 çocuğu olan annelerin çocuk yetiştirme tutumları belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada da Ev kadınlığını reddedici tutum puanı ile anne yaşı arasında anlamlı fark bulunmuştur, annelerin yaşı küçüldükçe bu boyutun alınan puan ortalaması artmaktadır (2). Hemşirelerin çocuk sevme puanı ile demokratik aile tutumunda yetiştirme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çocuk sevme puanı düşük olan hemşirelerin çalıştığı bölümdeki hastalarla iletişim kurmada problem yaşadıkları görülmüştür. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(  $p < 0.05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, Çocuk sevme, Yetiştirme tutumu

### **Kaynaklar**

- 1- Erdem Y. Duyan V., 2009, Çocuk Hemşirelerinin Çocuk Sevme Durumları nın Belirlenmesi, 2. Ulusal ve 1. Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi Kitabı, 81.
- 2- Ayyıldız T., 2005, Zonguldak İl Merkezindeki 0-6 Yaş Çocuğu Olan Annelerin Çocuk Yetiştirme Tutumları, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- 3- Çetinkaya B., Başbakkal Z., 2005, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Benlik Saygısı Düzeylerinin ve Çocuk Yetiştirme Tutumlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 21(2): 59- 75.

### **P.14 CEZAEVLERİ: SAĞLIĞI GELİŞTİRMEK İÇİN HEMŞİRELERE FIRSAT SUNAN BİR ALAN MIDIR?**

Serap Bulduk<sup>1</sup>, Elif Ardıç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi

<sup>2</sup> Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Araştırma Görevlisi

### **ÖZET**

Cezaevi toplumu etnik, kültürel, cinse özel konular ve sağlıkla ilgili tutum ve davranışlar açısından farklılıkları olan bireylerden oluşur. "Mahkum" olmak, insanı ailesinden, evinden ve kendisi için önemli olan birçok uyarandan uzaklaştıran bir roldür<sup>3</sup>. Cezaevi koşullarında olan kişiler, yasal durumlarından dolayı ayırım yapılmaksızın, sağlık hizmetlerine erişim hakkında sahiptirler<sup>1</sup>. Sağlık profesyonellerinin mahkumlara kaliteli ve eşit sağlık bakım verilebilmesi için multidisipliner bir ekip çalışması gereklidir. Bu çalışmalarda bütün profesyonellerin amacı, gerekli sağlık bakım hizmetini vermek, cezaevi toplumunu rehabilite etmek ve topluma kazandırmak doğrultusunda olmalıdır<sup>4</sup>.

Cezaevi ortamı mahkumların sağlığını tanılamak, sağlık eğitimi vermek ve sağlığı geliştirmek için bir fırsattır. Nitekim, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1980'lerin ortalarında sağlığı geliştirme stratejileri için temel esasları açıkladığı Ottawa Sözleşmesi'nde sağlığı geliştirmede hedef kurumlar olarak okul, ev, işyeri ve toplum grupları ile birlikte cezaevlerine de yer verilmiştir<sup>5</sup>. Cezaevi sağlığı geliştirme uygulamalarının amacı, bireyselliğin korunması, reaktif hastalık odaklı risklerin azaltılması, sağlık eğitimi ve danışmanlık sağlanması, hijyen, bulaşıcı hastalıkların azaltılması ve yasadışı ilaç kullanımının yönetilmesidir<sup>3</sup>.

Cezaevi hemşireleri, kadın, erkek ve genç tutukluların sağlığı geliştirme davranışlarını geliştirmede anahtar kişiler olarak kabul edilmektedir<sup>2,3</sup>. Cezaevi hemşiresi özel bir eğitim almış, özgün ve farklı rolleri ve yetkileri olan hemşire olarak tanımlanmıştır. Cezaevleri zor bir bakım alanıdır. Çünkü cezaevindeki insanların birçoğunun sağlığı kötüdür ve diğer insanlara göre daha fazla riskli davranışlar gösterirler. Araştırmalar, tutukluların %90'ında teşhis edilmiş mental bir hastalığın, madde kullanımının ya da her ikisinin olduğunu göstermiştir<sup>4</sup>. Bu nedenle bu alanda çalışan hemşirelerin yaratıcılık, profesyonellik ve

bireysel bir şekilde bakım verme becerilerinin önemi büyüktür. Dünyada cezaevinde çalışan hemşirelerin rol ve fonksiyonları ile ilgili literatürde yetersizlikler bulunmakla birlikte, cezaevi hemşireliği kavramı Türkçe kaynaklı literatürde neredeyse hiç yer almamaktadır. Bu nedenle, bu makale cezaevi ortamında hemşirelerin sağlığı geliştirici rollerinin açıklanmasında belirgin bir kaynak olması amacı ile hazırlanmıştır. Suçu önlemenin en önemli unsuru; cezaevi toplumunu desteklemektir ve bu nedenle yerel ve ulusal sağlık hizmetleri kapsamında er geç bütün cezaevleri için sağlık ve hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin artırılacağı ümit edilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Cezaevi hemşireliği, sağlığı geliştirme

### **Kaynaklar**

1. Eşiyok, B., Hancı, İ.H., Özdemir, Ç., Yelken, N., Zeyfeoğlu, Y. (2004). Adli hemşirelik. STTED, 13(5): 169- 171.
2. Monsen R.B. (2007). Kids in prison. Journal of Pediatric Nursing, 22(6): 488-489.
3. McCausland, R., Parrish, A. (2002). The context of prison nursing. In Prison Nursing (Eds.: A.Norman, A. Parrish), Blackwell Publishing Company, UK, 1-13.
4. Whitehead, D (2006). The Health Promoting Prison (HPP) and its imprative for nursing. International Journal of Nursing Studies, 43: 123-131.
5. World Health Organization (WHO, 2007). Regional Office for Europe, Health In Prisons, A WHO Guide to the Essentials in prison health, Edited by: L. Møller, H. Stöver, R. Jürgens, A. Gatherer and H. Nikogosian, Publications WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

## **P.15 ÇOCUKLUK VE ERGENLİK ÇAĞI DEPRESYON VE KAYGI BOZUKLUKLARI**

Hemş. Derya Maden

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikiyatri Servisi

### **ÖZET**

**Kaygı** kişi tarafından bilinmeyen, belli olmayan tehlikelere karşı verilen heyecansal bir tepkidir, bireyin kendi varlığı için gerekli olan değerlerin, tehdit edilmesi halinin yaşandığı doğal içsel bir durumdur. Çocukluk döneminde maruz kalınan aşırı reddedici, küçük düşürücü tutumlar, ceza verirken ana-babaların cezaya eşlik eden itici davranışları, çocuğun fiziksel veya psikolojik baskı altında tutulması, çocuğun altını ıslatma ve cinsel oyunlarının tepkiyle karşılanması, aşırı koruyucu tutumlar, ana-babaların birbirine zit düşen istekleri, boşanmış ana-baba arasında boşandıktan sonra bile devam eden çekişmeler, çocukta kaygının oluşmasına neden olabilmektedir.

**Depresyon** ise çocuk ve ergenlerde sık görülen, belirgin sıkıntı ve işlev bozukluğuna yol açan, sıklıkla başka ruhsal bozukluklarla birlikte olan, intihar girişimi ve madde kullanımı gibi ciddi sonuçlar doğurabilen, tekrarlayan erişkinlikte devam edebilen ruhsal bozukluktur.

Depresyondaki çocuğun ilk önce okul hayatı etkilenir. Ders ve sorumluluklarını yerine getirmez, devamlı uyumsuzluk ve yaramazlık yapar. Bu nedenle öğretmenlerle ilişkisi bozulur. Notlar azaldığı için kendine güveni azalır. Aile ve öğretmenler de üzerine gelirse özgüven daha da azalır. Herkese karşı öfke duymaya başlar ve pes edebilir. Arkadaş ve ailesiyle ilişkileri bozulur. Hiçbir şeyden mutlu olmaz. Ailesinin onu anlamadığını çevreden anlaşılmadığını hayatın zor olduğunu herkesin kötü olduğunu düşünür.

Depresyon geçiren ergenlerin tedavi edilmesi son derece önemlidir. Depresyon ciddi bir durumdur ve tedavi edilmezse ergen bireyin hayatını tehdit eder bir duruma gelebilir.

Depresyon tedavisinde ilaç ve psikoterapi kullanılmaktadır.

Bu sorunlar yelpazesi içinde gencin ve çocuğun yetişmesi, aile ve toplum için çok önemli bir yer teşkil etmektedir. Tüm çalışmalar göstermiştir ki, çocuğun ve gencin ruh sağlıklarıyla ailenin durum ve tutumu arasında büyük bir ilişki söz konusudur. Psikiyatri hemşiresi çocuk ve çocuğun ailesine karşı empati kurabilmeli, hastalığın hastaya ve yakınlarına olabilecek zorlukları ile baş edebilmeleri için destekleyici bir tutum sergilemeli, hastalığın doğası, süreci, alınabilecek önlemleri aileye anlatmalı.

Çocukların sağlıklı davranış ve tutum geliştirmeleri için koruma şartlarını ortaya koymak gereklidir. Çocuk ruh sağlığı hemşiresi de bu doğrultuda çocuk ruh sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıklı, ruh sağlığı problemleri olan veya riskli çocuk ve ergenlerin döneme ilişkin fiziksel, emosyonel, entelektüel ve sosyal boyutuyla bir bütünlük içinde değerlendirmesi, hemşirelik bakım planı geliştirmesi, girişimlerini uygulaması, danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin etkin bir şekilde sağlanmasından sorumludur.

#### **Hemşirelik tanıları**

- Olumsuz bilişsel engel koyma(aşırı genelleme, kutuplaşmış düşünce) bağlı **Düşünce Süreçlerinde Bozulma**
- Davranış ve eylemlerin ilişkiler kurma ve sürdürme üzerine etkilerine bağlı **Sosyal Etkileşimde Bozulma(Sosyal İzolasyon)[çocuk ve ailede]**
- Rasyonel olmayan düşünceler ya da suçluluk duygularına bağlı **Anksiyete**
- Travmatik bir olaya uyum sağlamak için gerekli psikososyal kaynakların eksikliğine bağlı **Etkisiz Bireysel Baş Etme, Karar Vermede Çatışma**
- Vücuda ilginin azalmasına, karar verme yeteneğinin azalmasına ve değersizlik duygularına bağlı **Kendi kendine Giyinme/Kendine Özen Göstermede Yetersizlik**
- Tekrarlayan kabuslara bağlı **Uyku Düzeninde Bozulma**
- Emosyonel strese bağlı **Beslenmede Dengesizlik**
- Duruma(zaman, enerji),beklenen kayıplara bağlı **Aile İçi Süreçlerde Bozulma**
- Agresif eylemlerde bulunma öyküsüne bağlı **Şiddet Riski**
- Ümitsizlik, yalnızlık duygularına bağlı **Kendine Zarar Verme Riski**
- Enerji düzeyinin düşük olmasına, aktivitelerden haz almanın ve ilginin kaybına bağlı **Eğlence Aktivitesinde Eksiklik**

**Anahtar Kelimeler:** Çocukluk, ergenlik, depresyon, kaygı

#### **Kaynaklar**

- 1.DR. Koray KARABEKİROĞLU,Anne Babalar için ergen ruh sağlığı rehberi kitabı(2009)
- 2.DR. Koray KARABEKİROĞLU,Bebek ruh sağlığı rehberi,(2009)
- 3.Doç.Dr.Firdevs ERDEMİR,Hemşirelik tanıları el kitabı,2005
- 4.Prof.Dr.Fisun Çühadaroğlu,çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı,hekimler yayın
- 5.birliği,Ankara,2008
- 6.Prof.Dr.Ayşe Özcan,Hemşire-hasta ilişkileri ve iletişim kitabı(2006)
- 7.Prof.Dr.NevzatYüksel,depresyon tanı ve tedavi kitabı(2000)
- 8.III.Ulusal psikiyatri hemşireliği kongresi özet kitabı(2009)
- 9.www.donusumkonagi.net/makale.asp?id=&baslik=Ayrilik\_kaygisi
- 10.www.depam.com/depam/index.php?option=com
- 11.www.depresyon.biz/module=pages28
- 12.www.etkinlikpaylas.com/indir/kaygi-nedir
- 13.www.edubilim.com/ana/odev-arsivi/anne-baba-egitim/cocuklarda-kaygi
- 14.www.forumalev.net/cocuk-sagligi-ve-bakimi/228020-cocuklarda-kaygi
- 15.www.gata.edu.tr/dahilibilimler/cocukruh/akb.htm
- 16.www.hastaokulu.org/index.php?p=686&l=279&t=2
- 17.www.helpguide.org\mental\anxiety.symptoms
- 18.www.klinikpsikiyatri.com/files/journals/1/339.pdf
- 19.www.kralforumuz.biz/okul-oncesi-egitim/14794-cocukta-kaygi.html
- 20.www.lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/derindex/baska/2008/1/103.htm
- 21.www.mcatürk.com/Cocukluk-Depresyonu\_8\_kategori.html
- 22.www.pediatri.turkiyeklinikleri.com
- 23.www.psikologum.com/konular\_detay205
- 24.www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=tekMakale
- 25.www.turkpediatriarsivi.com/yazilar.asp?yaziid=90&sayiid=
- 26.www.yayim.meb.gov.tr/dergiler/alisinanoğlu.htm

## P.16 DEPRESYONLA BAŞA ÇIKMA ÖZ YETERLİK ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE FORMUNUN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

Esra Albal<sup>1</sup>, Yasemin Kutlu<sup>2</sup>, Hülya Bilgin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği AD.

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı Depresyonla başa çıkma öz yeterlik ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki bu araştırmanın örneklemini İstanbul ilinde bir Ruh ve Sinir hastalıkları hastanesinin 10 akut psikiyatri kliniğinde yatan DSM IV tanı kriterlerine göre majör depresif bozukluk, distimik bozukluk, bipolar I veya II depresif epizod tanısı almış 105 hasta oluşturmuştur. Çalışmada Perraud (2000) tarafından geliştirilmiş olan Depresyonla başa çıkma öz yeterlik ölçeği (DBÖYÖ); Beck(1961)'in geliştirdiği ve Hisli (1989)'nin Türkçeye uyarladığı Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır (1, 2, 3, 4). Çalışma öncesinde ilgili hastanenin Etik kurulundan izin alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak yazılı onamları alınmış ve isimlerinin gizli kalacağı konusunda güvence verilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması 38±11.71(min:18, max:66) olup, % 55,2'si kadın ve %44,8'i erkekti. %94,3'ünün majör depresif bozukluk tanısı vardı, %60'nın hastalık süresi üç yıl ve üzerindediydi, %54,3'ünün relaps sayısı 4 ve üzerindediydi, %31,4'ünün hastanede yatış süresi 2-3 hafta arasında değişmekteydi. Katılımcıların BDE puan ortalaması 29.68±13.45 (min:0, max:58) olup %65,7'sinin ciddi depresif belirtileri vardı; DBÖYÖ puanı 48,10±21,35 (min:10, max:97) olup %58,1'i düşük öz yeterliğe sahipti.

Ölçeğin içerik geçerliği değeri 0.85'di. Ayırt edici geçerlik analizinde DBÖYÖ ile BDE arasında negatif bir ilişki vardı ( $r = -0.71$ ,  $p < 0.001$ ). Yani BDE puanları arttıkça DBÖYÖ puanları düşüyordu. Faktör analizinde orijinal ölçekte olduğu gibi tek faktörlü çözümlenme yapıldı ve bu durum % 42.77 varyans ile açıklandı. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik değeri 0.73 ve cronbach alpha değeri 0.94'tü.

**Sonuç:** Çalışmanın sonuçları ölçeğin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermiştir. Ölçek depresif hastalara uygulanan hemşirelik girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesinde, hasta sonuçlarının ölçülmesinde ve geliştirilmesinde, bilişsel-davranışçı tedavilerin sonuçlarını değerlendirmede, hastaneye yatma riski olan hastaları belirlemede ve tekrar yatışları önlemede kullanılabilecek yararlı bir ölçektir.

**Anahtar Kelimeler:** Başa çıkma, depresyon, psikiyatri hemşireliği, öz-yeterlik

### Kaynaklar

1. Beck AT, Ward CH, Mendelson M. An Inventory for Measuring Depression. Arch. Gen. Psychiat. 1961; 4: 461-471.
2. Perraud S. Development of the depression coping self-efficacy scale (DCSES). Arch Psychiat Nurs 2000; 14(6): 276-284.
3. Perraud S, Fogg L, Kopytko E, Gross D. Predictive validity of depression coping self-efficacy scale (DCSES). Res Nurs Health 2006; 29:147-160.
4. Tucker S, Brust S, Richardson B. Validity of the depression coping self-efficacy scale. Arch Psychiat Nurs 2002; 16(3): 125-135.

## P.17 EBE VE HEMŞİRELERİN İLETİŞİM BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yeliz Sertkaya<sup>1</sup>, Sermin Savran<sup>1</sup>, Zuhale Emlek Sert<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu 4. Sınıf Öğrencisi

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma, İzmir İli Ödemiş İlçesi Devlet Hastanesi ve Ödemiş Merkez Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan hemşire ve ebelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi amacı ile planlanmış ve uygulanmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın evrenini İzmir İli Ödemiş İlçesi Devlet Hastanesi ve Aile Sağlık Merkezleri'nde görev yapan 178 ebe ve hemşire oluşturmaktadır. Evrenin tamamı araştırma kapsamına alındığı için örneklem seçme yöntemine başvurulmamıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 150 ebe ve hemşireye anket formu uygulanmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için gereken kurum izinleri alınmış ve çalışmaya katılan hemşire ve ebelere araştırmanın amacı anlatılarak onam alınmıştır. Araştırmada sosyodemografik özellikleri belirleyen soru formu ve Korkut (1996) tarafından geliştirilen İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS 16.0 paket programında değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler frekans ve yüzde olarak hesaplanmıştır. Parametrik verilere ilişkin ikili karşılaştırmada t-testi kullanılmıştır.

**Bulgular ve Tartışma:** Araştırmaya katılanların %81'i hemşire, %18'i ebelerden oluşmaktadır. Hemşire ve ebelerin %42'sinin 17-19 yaşları arasında %20'si 29 ve üzeri yaşlarında çalışmaya başladığı saptanmıştır. Çalışmaya katılanların %34'ünün 16 yıl ve üzeri %16'sinin ise 0-5 yıldır çalışma yaşamı içinde bulunduğu belirlenmiştir. Hemşire ve ebelerin eğitim durumları incelendiğinde; %50'si ön lisans %12'si lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Hemşire ve ebelerin %71'i mesleğini isteyerek seçtiğini belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %44'si kısa zamanda meslek sahibi olmak amacıyla mesleklerini seçmişlerdir. Hemşire ve ebelerin %82'si iletişim dersi almış ve %89'u iletişim becerilerini yeterli görmekteyler. Hemşire ve ebelerin %53'ü iletişimle ilgili herhangi bir eğitim almak istemediklerini ifade etmişlerdir. Araştırma sonucunda bağımsız değişkenlerden olan iletişim dersi alıp-almama durumu ile iletişim becerileri karşılaştırıldığında anlamlı olarak istatistiksel fark saptanmamıştır (p>0.05). Yine araştırma sonucuna göre bağımsız değişkenlerden olan eğitim durumu ile iletişim becerileri karşılaştırıldığında anlamlı olarak istatistiksel fark saptanmamıştır (p>0.05).

Babadağlı ve arkadaşlarının (2006) hekim ve hemşirelerle yaptıkları çalışmada örneklemin yarısından fazlasını (%53) 18-23 yaş grubundaki hemşireler oluşturmuştur (1). Bu çalışmada da örneklemin %30'u 30-34 yaş grubundaki hemşire ve ebelerdir. Bu araştırmanın örneklemi literatür ile benzerdir. Karamanoğlu ve arkadaşlarının (2009) hemşirelerle yaptığı çalışmada %32'sinin açık öğretim ön lisans mezunu olduğu (3), Dizer ve arkadaşının (2007) hemşirelerle yaptıkları çalışmada örneklemin yarısından fazlasını (%69) lise-ön lisans mezunu olduğu (2), Piyal ve arkadaşlarının (2000) hastane çalışanları ile yaptıkları çalışmada %39'sinin ön lisans mezunu olduğu saptanmıştır (5). Bu çalışmada ise %50'sinin ön lisans mezunu hemşire ve ebelerdir. Yaptığımız araştırmanın örneklemi diğer yapılmış olan üç araştırma ile benzerdir. Korkut'un (2005) yetişkinlere yönelik iletişim eğitimi adlı çalışmada örnekleme alınanlardan %15'i lise, %120'si üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (4). Eğitim düzeyleri ile iletişim becerileri değerlendirme ölçeği karşılaştırmasında aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum eğitim düzeyleri arasında farkın bulunmamasına bağlanmıştır. Bizim yaptığımız çalışmada da hemşire ve ebelerin ön lisans-lisans olma durumu ile iletişim becerileri karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır (p>0.05).

**Sonuç:** Araştırmanın sonucuna göre hemşire ve ebeler büyük bir oranla (%89) iletişim becerilerini yeterli görmektedir ve iletişim becerileri ile ilgili eğitim almak istememektedirler. Eğitim almak istememeleri iletişim becerileri konusundaki yenilikler hakkında bilgili olmalarını engelleyebilecek bir faktör olarak görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İletişim, Kişiler arası ilişkiler, empati

## Kaynaklar

- 1) Babadağlı, B., Ekiz Erim, S., Erdoğan, S.(2006). "Hekimlerin ve Hemşirelerin Hastayla İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi"(Erişim Tarihi: Mart 2010)
- 2) Dizer, B., İyigün, E.(2009)."Yoğun Bakım Hemşirelerinde Empatik Eğilim Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler"(Erişim Tarihi: şubat 2010)
- 3) Karamanoğlu, A. Y., Özer, F. G., Tuğcu, A.(2009)."Denizli İlindeki Hastanelerin Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi"(Erişim Tarihi: Mart 2010)
- 4) Korkut, F.(2005)."Yetişkinlere Yönelik İletişim Becerileri Eğitimi"(Erişim Tarihi: Mart 2010)
- 5) Piyal, B., Çelen, Ü., şahin, N., Piyal, B.(2000)."Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesinde Çalışanların İş Doyumunu"(Erişim Tarihi: şubat 2010)

## P.18 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL VE BESLENME DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emine Erdem<sup>1</sup>, Birgül Özkan<sup>2</sup>, Betül Çiçek<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

<sup>3</sup>Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

### ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Toplumla yönelik yapılan taramalarda ele alınması gereken gruplardan birisi de üniversite öğrencileridir. Üniversite öğrencilerinin ruhsal durumlarının pek çok faktörden etkilendiği bilinmektedir. Üniversite öğrencileri arasında yapılan araştırmalar, bu grubu tehdit eden başta depresyon olmak üzere pek çok ruhsal rahatsızlığın olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında öğrencilerinin tükettikleri besinler ile ruhsal durumları arasında ciddi bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Bu çalışma üniversite öğrencilerinin ruhsal durumlarını, besin tüketim özelliklerini ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışma 2006-2007 eğitim öğretim yılı bahar döneminde Erciyes üniversitesinin Kayseri il merkezinde bulunan fakólte, yüksekokul ve meslek yüksekokulları öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın örnekleme NCSS ve PASS programlarından yararlanılarak 1463 olarak hesaplandı ve ortalama olarak 1500 öğrenci olarak belirlendi ve öğrenciler randomize olarak seçildi. Araştırmada öğrencilere sosyodemografik özellikleri, besin tüketim özellikleri içeren anket formu ve ruhsal durumlarını belirlemek amacıyla *Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği*, Beck Depresyon Ölçeği, *Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği*, *Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği* uygulanmıştır. Değerlendirmede t testi, tek yönlü Anova varyans analizi, Kruskal-Wallis Varyans Testi, ki kare testleri kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin okudukları bölümleri ile durumluluk kaygı ölçeği arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Mühendislik bölümlerinde okuyan öğrencilerin durumluluk, süreklilik kaygı ve benlik saygısı puanları, sosyal bölümlerde okuyan öğrencilerin ise depresyon ve öfke puanları Diğer bölümlerde okuyan öğrencilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin cinsiyetleri ile durumluluk, depresyon, benlik saygısı ve öfke puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Yaş, gelir durumu, sigara, alkol kullanımı ve spor yapma durumları ile öfke, durumluluk kaygısı, depresyon ve benlik saygısı puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Yapılan incelemede besin grupları ile depresyon, öfke ve kaygı puanları arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Ayrıca BKİ ile benlik saygısı puanları arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Araştırmadan elde edilen sonuçlar öğrencilerin tükettikleri besin öğelerinin ruhsal durumlarını etkilediği şeklinde değerlendirilebilir.

**Anahtar kelime:** Üniversite öğrencisi, öfke, kaygı, depresyon, BKİ, benlik saygısı

## Kaynaklar

1. Aydın G, Demir A. ODTÜ öğrencilerinde depresif belirtilerin yaygınlığı İnsan Bilimleri Dergisi 1989; 8:27-40.
2. N Kuğu, G Akyüz, O Doğan, E Erşan, F İzgiç Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve yeme bozukluğu olanlarda benlik saygısı, aile işlevleri, çocukluk çağı istismarı ve ihmalinin araştırılması, Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi 2002;10 (3):255-266
3. Bumbery W: Validation of the BDI in a university population using psychiatric estimate as the criterion. J Cons Clin Psychol 1978; 46:150-155.

## P.19 ERGENLERDE KAN BASINCI, ÖFKE İFADESİ VE BEDEN KİTLE İNDEKSİNİN BELİRLENMESİ

Banu Albayrak<sup>1</sup>, Yasemin Kutlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği AD.

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği AD.

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma, 16-18 yaş arası ergenlerde kan basıncı, öfke ifade tarzı ve beden kitle indeksini ve bunlar arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırmada, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini, İstanbul ili içerisinde Beşiktaş ilçesine bağlı 4 lisede, yaşları 16 ila 18 arasında olan olasılıksız örneklem yöntemiyle seçilen 276 lise son sınıf öğrencisi oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında demografik veri toplama formu ve Sürekli Öfke/Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) kullanılmış; sistolik ve diastolik kan basınç ölçümleri, boy ve kilo değerleri anket formuna kaydedilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** Ergenlerin %68,5'i 17 yaşındaydı ve ortalama yaş  $17.30 \pm 0.48$ 'di. %67,8'inin Beden Kitle İndeksi normal sınırdaki olup %4,7'sinin sistolik, %3,3'ünün diastolik kan basıncı hipertansif düzeyde bulunmuştur. Sürekli öfke puanı  $23,24 \pm 5,72$ ; öfke içe vurum düzeyi  $15,42 \pm 3,78$ ; öfke dışı vurum düzeyi;  $17,70 \pm 4,55$  ve öfke kontrol düzeyi;  $19,39 \pm 4,53$  olarak belirlenmiştir. Ergenlerin öfke kontrolü ile sistolik kan basınç ( $r=0.13$ ;  $p<0.05$ ); beden kitle indeksi ile sistolik kan basıncı ( $r=0.24$ ;  $p<0.01$ ); beden kitle indeksi ile diastolik kan basıncı arasında ( $r=0.16$ ;  $p<0.01$ ) pozitif bir ilişki bulunmuştur.

**Tartışma:** Literatürde, BKİ ve kan basıncı arasındaki ilişkiyi araştıran birçok çalışma olup mevcut çalışmaya benzer şekilde aralarında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Öfke ifadesi, BKİ ve kan basıncı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma daha azdır ve aralarında anlamlı farklar bulunmamıştır.

**Sonuç:** Bu çalışma bize okul sağlığı çalışmalarında kan basıncı, öfke ifade tarzı ve beden kitle indeksinin belirlenmesinin önemli olduğunu göstermiştir. Ergenlik, sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesinde önemli bir dönemdir. Okul sağlığı hemşireleri eğitim ve danışmanlık programları ile bu davranışların gelişmesini olumlu bir biçimde etkileyebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Beden kitle indeksi, ergen, kan basıncı, okul sağlığı, öfke

## Kaynaklar

1. Starner TM, Peters RM. Anger expression and blood pressure in adolescents. J of School Nurs. 2004; 20(6): 335-342.
2. Paulus D, Saint-Remy A, Jeanjean M. Blood pressure during adolescence: a study among Belgian adolescents selected from a high cardiovascular risk population. Eur J of Epidemiol. 1999; 15: 783-790.
3. Peters R, Flack JM. Diagnosis and treatment of hypertension in children and adolescents. J of Am Acad Nurse Pract. 2003; 15(2): 56-63.

## P.20 ETİK İLKELER VE HEMŞİRELİK ETİĞİ AÇISINDAN TECRİT VE TESPİT UYGULAMALARI

Rahime Aydın Er

Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği AD

### ÖZET

Psikiyatrik ortamlarda tecrit ve tespit uygulamaları psikotik atak geçiren hastanın dürtüsel davranışlarını sınırlandırmada kullanılmaktadır.<sup>1</sup> Tecrit, hastanın hemşire tarafından izlenebileceği boş ve kilitli bir odada tek başına tutulması; fiziksel tespit, sağlık ekibi tarafından hastanın zapt edilmesi; mekanik tespit, hastanın kemerler ve bileklikler kullanılarak hareketinin kısıtlanması veya tamamen önlenmesi şeklinde tanımlanmaktadır.<sup>2</sup>

Tecrit ve tespit hasta sınırlandırmalarının en şiddetlisi olmakla birlikte, bu sınırlandırmaların hastanın agresif davranışlarını yatıştırıcı veya ciddi ruhsal bozukluğunu iyileştirici klinik etkinliği ile ilgili bilgi azdır. Hatta yapılan çalışmalar tecrit ve tespit sıklıkla hastaya zarar verdiğini ve hastada travmaya neden olduğunu göstermektedir.<sup>3,4</sup> Psikiyatri ekip üyelerinden tecrit ve tespit hastaya yarar sağladığını düşünenler olduğu gibi,<sup>1</sup> bu tür sınırlandırmalardan fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz etkilenen sağlık çalışanları da bulunmaktadır.<sup>2,4</sup>

Tecrit ve tespit gibi zorunlu sınırlandırmalar psikiyatrik bakımda karmaşık etik ikilemleri beraberinde getirmektedir. Bu sınırlandırmalar kişinin kendi kaderini belirleme hakkı, insan hakları, ruh sağlığı çalışanlarının etik ve yasal sorumlulukları ile yakından ilişkilidir.<sup>1,3</sup> Tespit uygulamasını etik açıdan tartışmalı hale getiren nedenlerden biri, hastadan aydınlatılmış onam alınmasıdır. Psikiyatrik bozukluk nedeniyle saldırgan davranışları olan hastanın karar verme yeterliğinin azalması nedeniyle hastadan aydınlatılmış onam alınması problemlili hale gelmekte ve mekanik tespit uygulamasında genellikle hastadan onam alınmamaktadır. Hastadan onam alınmaksızın tespit kullanımı, hastanın kendisine veya çevresindeki diğer kişilere belirgin bir tehlikenin varlığı ile haklılandırılmaktadır. Ayrıca uygulama sırasında hastayı en az sınırlayan yöntemin kullanılması, hastanın zarar görmemesi ve gereksiz tespit uygulamasından kaçınılması durumunda tespit kullanımı etik açıdan savunulabilmektedir. Tespit uygulamasında diğer bir etik sorun, diğer kişilerin yararı için hastanın tespit edilmesine izin verilip verilemeyeceğidir. Belirlenebilen bir kişi ciddi yaralanma veya ölüm riskiyle karşı karşıyaysa veya toplumun güvenliği risk altındaysa, yeterli bir psikiyatri hastasının tespit edilmeyi reddetme kararının geçersiz sayılmasına etik açıdan izin verilebilmektedir. Bu durum diğer kişilerin zarar görmesini engelleme etik ilkesiyle savunulmaktadır. Cezalandırma yöntemi olarak tespit kullanımına ise etik açıdan izin verilmemektedir.<sup>5</sup>

Psikiyatri hemşireleri saldırgan davranışları olan hastaya ilişkin bilgileri ekip üleriyle paylaşmakla birlikte, hastanın tecrit ve tespit edilmesine karar vermede önemli bir rol oynamaktadırlar.<sup>3</sup> Hasta tarafından kızdırılan veya tehdit edilen hemşireler cezalandırma yöntemi olarak tespiti kullanabilmektedirler (Moss, 1991). Hastada tecrit ve tespit kullanımı hemşirenin hastayla kurmayı hedeflediği tedavi edici iletişimi zorlaştırabilir.<sup>3</sup> Ayrıca psikiyatri hemşireleri tarafından tecrit ve tespit etik olarak problemlili durumlar olarak algılanmaktadır.<sup>1</sup>

Etik ilkeler, etik ikilemlerin çözümünde ve alınan kararların etik açıdan kabul edilebilir olup olmadığına karar vermede rehberlik sunmaktadırlar.<sup>6</sup> Bu bildiride etik ikilemlere neden olabilen tecrit ve tespit uygulamaları dört tıp etiği ilkesi: özerklik, yararlılık, zarar vermeme ve adalet açısından değerlendirilecektir. Ayrıca bu uygulamalar, hasta özerkliğine ve hastanın kendi kaderini belirleme hakkına saygıyı vurgulayan hemşirelik etiği boyutunda da tartışılacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik etiği, etik ilkeler, psikiyatri, tecrit, tespit

### Kaynaklar

1. Kontio R, Valimaki M, Putkonen H, Cocoman A, Turpeinen S, Kuosmanen L and et al. Nurses' and physicians' educational needs in seclusion and restraint practices. Perspectives in Psychiatric Care 2009; 45(3): 198-207.



2. Sailas E, Wahlbeck K. Psikiyatri servislerinde tecrit ve tespit. Current Opinion in Psychiatry 2005; 18:555-9.
3. Kontio R, Valimaki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A, Joffe G. Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? Nursing Ethics 2010; 17(1):65-76.
4. Mohr W.K. Restraints and the code of ethics: An uneasy fit. Archives of Psychiatric Nursing 2010; 24(1):3-14.
5. Moss R. La Puma J. The ethics of mechanical restraints. The Hastings Center Report 1991; 21(1):22-5.
6. Aydın E, Ersoy N. Tıp etiği ilkeleri. T Klin Tıbbi Etik 1995; 2-3:48-52.

## **P.21 FARKLI ALANLARDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE İŞ DOYUMU İLE ETİK DUYARLILIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Rızalar S<sup>1</sup>, Tural E<sup>1</sup>, Güdek E<sup>1</sup>, Ateş Y<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Samsun Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi

<sup>2</sup>OMÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi Eğitim Hemşiresi

### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** İş doyumunu bir yandan işten alınan bireysel haz, olumlu duygu, kendine güven gibi istenir sonuçları ortaya çıkarıp verimliliğin artmasına neden olurken; öte yandan mesleksi, genel insan sorunlarında bireylerin meslek örgütlerinin belirlediği etik kodlara uymaya ve insan olmayı getiren özgür kişisel vicdanın sergilenmesine daha fazla zemin hazırlamaktadır( Başak;2009, Durmuş ve Günay;2007). Bireyler işlerini yargılamada etik görevleri bir değer standardı olarak kullanabilirler. Bir diğer deyişle bireyler işinde onuru, saygınlığı, mesleğin gereklerini, erdemli olmayı, insancılığı ve İnsanı gözetmeyi birer standart olarak belirleyip; çalışma yaşamının bunların gereklerini yerine getirmesine çalışabilirler(Ulrich ver ark;2003). Böylece hem işten aldıkları doyum artar; hem de mesleğe ve-insana ilişkin sorumlulukları yerine getirmenin mutluluğu yaşanır. Hemşire meslek yaşantısı sırasında hastalarla ilgili çeşitli etik sorunlarla yüz yüze gelir. İki tarafla karşılaşan hemşire çözüm yolları üretmek ve uygun karar vermek durumunda kalmaktadır. Etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanan "etik duyarlılık" hemşirelerin deneyimlerinden ve meslekle ilgili iş doyumları ile yakından ilişkilidir( Başak;2009, Pekcan;2007).

**Yöntem:** Çalışma, sağlık bakımı sunan hemşirelerin iş doyumunu ve ahlaki duyarlılık seviyelerini belirleyerek, etiğe uygun davranışlarında iş doyumunun etkili olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, Samsun ili OMÜ'de görev yapan ve pediatri, dahiliye ve cerrahi kliniklerinde en az 1 yıl çalışan 300 hemşireden, araştırmaya katılmayı kabul eden 160 hemşire ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda hazırlanan "Bireysel Bilgi Formu", "Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA)" ve "Minnesota İş Doyumu Ölçeği ( MSQ)" kullanılmıştır. Veriler SPSS istatistiksel bilgisayar paket programı ile yüzdeler, ortalama, standart sapma, t testi ve varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan hemşirelerin % 49.4'ü 20- 29 yaş arasında, % 55,6'sı bekar ve % 58.8 'i lisans mezunudur. Hemşirelerin % 70.6'sı mesleği isteyerek seçmiş, % 48.8 'i 1- 5 yıl arası mesleki deneyime sahip ve % 90'ı servis hemşiresi olarak görev yapan kişilerden oluşmuştur. Etik konusunu Deontoloji dersi içeriğinde alan hemşireler % 65.6 oranında olup, % 46.9'u hastanede etikle ilgili bir komite olup olmadığı hakkında bilgisi olmadığını, % 45 'i etikle ilgili bir problem yaşadığını ve % 50' si de bu problemi kendi başına çözdüğünü ifade etmişlerdir. MSQ ölçeği toplam puanı 66.63 ± 13 ( 50- 69 puan = orta düzeyde iş doyumunu) olup, içsel iş doyum ( başarı, tanınma, iş sorumluluğu gibi işin içsel niteliğine ilişkin faktörler) puanı 41.83 ± 80 ve dışsal iş doyum (kurum politikası, yönetici, çalışma arkadaşları, ücret gibi işin çevresine ilişkin faktörler) puanı 24. 80 ± 50 bulunmuştur. ADA ölçeği 90. 05 ± 23 ( min=30, max= 210 puan) olup, otonomi puanı 20.01 ± 70 ( min:7- max:49), çatışma puanı 12.97± 34( min:3- max:21) ve bütüncül yaklaşım puanı 12.15± 52 (min:5- max:35) orta düzeyde bulunmuştur. 20-

29 yaş grubunda, bekar olan ve mesleğini severek yapan hemşirelerin daha fazla iş doyumunu yaşadıkları ( $p < 0.005$ ) belirlenmiştir. Hemşirelerin iş doyumları puanları ile ahlaki duyarlılık puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

**Sonuç:** Araştırmanın sonucunda hemşireler, etik problemler yaşadıklarını, destek almadan çözdüklerini ve mesleklerini isteyerek seçtiklerini ifade etmelerine rağmen, iş doyumunu ve ahlaki duyarlılık puanları orta düzeyde bulunmuştur. İş doyumunun hemşirelerde etik durumlara karşı duyarlılığını etkilemediği görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, İş Doyumu, Etik Duyarlılık

### **Kaynaklar**

- 1- Sevgi Pekcan H "Yalova İli ve çevresinde görev yapan hekim ve hemşirelerin etik duyarlılıkları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2007
- 2- Ulrich C M, Soeken KL, Miller N Ethical Conflict Associated With Managed Care, Views of nurse practitioners. Nursing Research May June 2003, 52(3)
- 3- Durmuş S., Günay O., 2007, Hemşirelerde İş Doyumu ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. Erciyes Tıp Dergisi, ;29(2)139-146.
- 4- Başak T., Uzun Ş., 2009, Yoğun Bakım hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 278.

## **P.22 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ AKUT DURUMLARA YÖNELİK BAKIM PROTOKOLLERİ**

Aysun Çakmak, Gülşen Yıldırım, Aycan Kayalar, Arzu Uzun İşçi, Yeşim Söylemez, Aycan Özdoğan, Duygu Bülbül

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği Hemşiresi

### **ÖZET**

Psikiyatrik akut durumlar, duygu ve davranış alanlarının bir ya da bir kaçında ortaya çıkan belirtilerin, hasta veya diğer insanlar için tehdit oluşturduğu ve acil psikiyatrik yardım gerektiren durumlar şeklinde tanımlanabilir (Fauman 2000). Bu bağlamda değerlendirildiğinde, akut durumların en ciddi olduğu tablolar; intihar ve saldırganlıktır. Her iki durumla da psikiyatri kliniklerinde sık karşılaşılmaktadır.

Psikiyatrideki akut durumlardan biri olan intihar, geçtiğimiz 45 yıl içinde %60 oranında artmıştır (WHO 2009). Kişinin, yakınlarının ve/veya tedavi ekibinin güvenliğini tehlikeye sokan, tıbbi bakımı engelleyen, kişinin işlevselliğini bozan, sesli, sözlü ve/veya motor davranışlar kümesi olarak tanımlanan saldırganlık, şiddet, kırıp dökme gibi kişinin normal davranış özelliklerinde olmayan, yeni ortaya çıkan bazı davranışlardan oluşabileceği gibi; tekrarlayıcı sorular veya adımlama gibi normal bir davranışın anormal bir biçimde tekrarlanması şeklinde de görülebilir (Verma ve ark. 1998). Saldırganlık ve psikiyatrik tanılar arasındaki ilişki pek çok çalışma ile ortaya konmuştur (Turgut ve ark 2006).

Psikiyatri kliniklerinde saldırgan hastaya yaklaşımda kullanılan tedavi yöntemlerinden biri de tecrit ve tespit uygulamasıdır. Tesbit uygulamasının literatürde kullanım yaygınlığı; %0-66 arasında değişmektedir. Tespit uygulaması uygun kullanılmadığında kişilerde travmaya neden olabilmekte, ciddi yan etkilere yol açabilmektedir (Sailasa & Wahlbecka 2005; Kaya ve ark. 2008).

Yukarıda bahsedilen durumlara müdahalede, bireysel farklılıkların ortadan kaldırılması, girişimlerin hızla ve etkin bir biçimde uygulanabilmesi, hizmet kalitesinin artırılması için her bir duruma özel bakım protokollerinin oluşturulması gerekmektedir. Bakım protokolü kavramı, sağlık hizmetlerinin sunumunda anahtar nokta olarak karşımıza çıkan kaliteli bakımın bir gereğidir (Akt. Daş 1999).

Tüm bu verilerden yola çıkılarak, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde, yukarıda bahsi geçen durumlara özel bakım protokolleri geliştirilmiştir. Ancak protokollerin geliştirilmesi esnasında bir pilot çalışma gerçekleştirilmemiştir. Protokoller

oluşturulurken, literatür taranmış, ilgili konulardaki bilgiler ve klinik rutininde yer alan uygulamalar esas alınarak protokoller oluşturulmuştur.

Protokoller, amaç, temel bilgi ve tanımlar, değerlendirme ve uyarı ve önlemler bölümlerinden oluşmaktadır. Saldırgan hastaya yaklaşım protokolünde tesbite ilişkin uygulama standardı da yer almaktadır. İntihara yönelik uygulama standardı ise depresyondaki hastaya yaklaşım protokolüne dâhil edilmiştir. Geliştirilmiş olan protokoller ve öz değerlendirme bildiride yer almaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Akut durum, bakım protokolleri

### **Kaynaklar**

1. Daş Z. Vaka Yönetimi Ve Bakım Protokolü C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1999, 3 (2).
2. Fauman Bj. Other Psychiatric Emergencies. In: Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Editors. Kaplan And Sadockos Comprehensive Textbook Of Psychiatry, Seventh Edition. Lippincott, Williams And Wilkins, Volume 2, 2000, P. 2040-2055.
3. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html)
4. Kaya H, Aştı T, Acaroğlu R, Erol S, Savcı C. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Tutum Ve Uygulamaları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, 2008;1(2).
5. Sailasa E, Wahlbecka K, Psikiyatri Servislerinde Tecrit ve Tespit Current Opinion İn Psychiatry 2005;1(4)
6. Turgut T, Lagace D, Izmir M, Dursun S Assessment Of Violence And Aggression İn Psychiatric Settings: Descriptive Approaches . Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2006; 16(3)
7. Verma SD, Davidoff DA, Kambhampati KK. Management of the agitated elderly patient in the nursing home: the role of the atypical antipsychotics, J Clin Psychiatry, 1998; 59(19):50-55.

### **P.23 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE TEKRARLI YATIŞLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİ**

Azize Atlı Özbaş<sup>1</sup>, Aycan Kayalar<sup>2</sup>, Behçet Coşar<sup>3</sup>, Aysun Çakmak<sup>2</sup>, Arzu Uzun İşçi<sup>2</sup>, Gülşen Yıldırım<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği Hemşiresi

<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği Anabilim Dalı Başkanı

### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Psikiyatri kliniklerindeki tekrarlı yatış oranları, psikiyatrik tedavi tarihi boyunca, tedavi ve bakımın etkinliğini değerlendirmek için kullanılan ölçütlerden biri olmuştur. Günümüzde ise tekrarlı yatış oranları, psikiyatri kliniklerinde uygulanan girişimlerin etkinliğini ölçmek için kullanılmaktadır (Owen ve ark. 1997). Ülkemiz literatürü değerlendirildiğinde, psikiyatri kliniklerinde tekrarlı yatışları konu alan çalışmalar ise sınırlıdır. Çalışmanın amacı, kurumumuzda 2008–2009 yıllarında yatarak tedavi gören hastaların, hastanemizdeki tekrarlı yatış oranlarını, tekrarlı yatışları olan hastaların da tanımlarını ve sosyo-demografik değişkenlerini belirlemektir.

Bu çalışmanın sonuçları, ülkemiz literatüründe sınırlı sayıda bulunan tekrarlı yatış oranları ile ilgili çalışmalara katkı sağlayacak ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ndeki bakımın değerlendirilmesi için somut veri oluşturulacaktır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda en fazla tekrarlı yatış oranına sahip hasalıklar ve hasta özellikleri belirlenecek ve sonuçlar paralellinde uygulamalar planlanabilecektir.

**Yöntem:** Araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde retrospektif olarak yürütülmüştür. Hastane bilgi sistemi aracılığıyla, 01.01.2008–01.01.2009 tarihleri arasında yatarak tedavi gören hastalardan, son 5 yıl içerisinde

tekrarlı yatışı olanları belirlenmiş ve bu hastaların tedavi ve sosyodemografik değişkenlerle ilgili özelliklerine ulaşılmıştır. Tanı ile ilgili özellikler; tanısı, tanı alma yılı, komorbid tanısının olup olmadığı şeklindedir. Sosyodemografik özellikleri ise, yaş, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu ve yerleşim yeridir. Toplanan veriler SPSS 11 programında değerlendirilmiş, değerlendirmede, frekans analizi, korelasyon ve  $k^2$  testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Bahsi geçen tarihlerde kliniğimizde 395 hasta yatarak tedavi görmüştür. 395 hastadan 89'u (%22.53), son 5 yıl içinde tekrarlı olarak kliniğimizde yatarak tedavi gören hastalarımızdandır. Tekrarlı yatışı olan hastaların %35,4'ü şizofreni, %26.8'i bipolar affektif bozukluk (BAB), %22.0'i ise depresyon tanısı ile izlenen hastalardır. Tekrarlı yatışı olan hastaların %64.4'ü ilaçlarını düzenli kullanmayan hastalardır. Tekrarlı yatışların çok büyük bir bölümü (%69.5), tanı alma süresi 1-8 yıl olan gruptadır. Tanı alma süresi uzadıkça bu oranın da azaldığı görülmektedir.

**Tartışma:** Tekrarlı yatışı olan hastalarda düzenli ilaç kullanmayan hastaların oranı dikkat çekici şekilde yüksektir. Ayrıca, tanı alma süresinin uzadıkça tekrarlı yatış oranları azalması, zaman içinde hastaların hastalıklarını yönetmeyi öğrendikleri şeklinde değerlendirilebilir. Literatürde hastalara hastalık yönetimi konusunda gerekli bilgi ve beceri kazandırılmasının rölapsları önlemede etkili olabileceğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. (Meijel ve ark). BAB tanısı alan hastalar, duygulanım bozuklukları başlığı altında depresyon ile aynı gruba dâhil edildiklerinde en fazla tekrarlı yatış olan grubu oluşturmaktadır (%48.8). Depresyonda da ilaç kullanımının erken bırakılmasının rölapslara neden olduğu bilinmektedir (Andrew ve ark. 2003). Ülkemizde özellikle şizofreni hastalarına yönelik olarak planlanan psikososyal ve eğitsel faaliyetlerin duygulanım bozukluklarına yönelik olarak da planlanması önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** tekrarlı yatış, rölaps, psikiyatrik hastalık, sosyo-demografik değişkenler

#### **Kaynaklar**

- 1.Meijel B.M., Kahn R.S. & Grypdonck M.H. Relapse prevention in patients with schizophrenia. Archives Of Psychiatric Nursing. 2003;17(3):117-125
- 2.Nierenberg A. A., Petersen T. J.& Alpert J. E. Prevention of relapse and recurrence in depression: the role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy. J Clin Psychiatry. 2003;64:13-17
- 3.Owen C., Rutherford V., Jones M., Tennant C.& Smallman A. Psychiatric Rehospitalization Following Hospital Discharge. Community Mental Health. 1997;33(1)

#### **P.24 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ TRANSKRANİYAL MANYETİK STİMÜLASYONDA (TMS) HEMŞİRELİK BAKIMI**

Akdağ Cansu, Y. Sinem Üzar, Ayşe Yılmaz, Hülya Yolcu

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğrencisi

#### **ÖZET**

**Giriş:** Trans Kranial Manyetik Stimülasyon (TMS) ruhsal bozukluğu olan bireylerde, beynin manyetik stimülasyonu ile uygulanan noninvazif bir tedavi yöntemidir. Noninvazif bir yöntem olması, uygulama sırasında anestezi gerektirmemesi ve yan etkilerinin olmaması nedeniyle kullanılmaktadır. Yöntemin uygulanmasında hemşirelik bakımı büyük önem taşımaktadır. İşlem sırasında hasta güvenliğinin sağlanması, hastanın tedavisini engellemeyecek ve herhangi bir komplikasyon gelişmesine engel olacak bir çevre yönetiminin sağlanması hemşirelerin sorumlulukları arasındadır. TMS özellikle Spinal kord yaralanmalarında, şizofrenlerde, depresyon-mani tedavisinde ve kognitif hastalıklarda uygulanmaktadır.

TMS uygulaması sırasında beyin üzerine yerleştirilen koiller, beynin 23 cm derininde yer alan manyetik alan üzerinde elektriksel akım sağlamaktadır. TMS beyindeki motor eşik değeri geçerek manyetik alanlardaki motor hareketlilik çeşitliliğini artırmaktadır. TMS'deki elektriksel etki nöronlarda depolarizasyona yol açarak davranışlara ve vücut hareketlerine

etki etmektedir. Hastalar tipik olarak 4 ile 6 haftada 20-30 tedavi almaktadırlar. Bu tedaviler, her hasta için çeşitlilik göstermektedir.

Psikiyatri hemşiresinin TMS işlemindeki bakımı önem taşımaktadır. Çünkü her geçen gün yeni değişimlerin olduğu bu alanda etkili bir hemşirelik bakımı hastaların yaşam kalitesini artırmaktadır. Amerikan Hemşireler Yeterlilik Merkezi (ANCC) tarafından da sertifikalı ruh sağlığı hemşirelerinin, TMS yönetiminde tanımlanan rolleri; etkili hasta-hemşire ilişkisi, çevre yönetimi ve güvenliği sağlama gibi alanlardan oluşmaktadır.

#### **TMS’de hemşirelik bakımında kriterler;**

1. Hemşirelik bakımında semptom kontrolü önemlidir ve bunun için bir skala kullanılmaktadır. Skalanın bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bunlar; Kavramsal anlayış: psikopatolojiye yönelik uygulamalar öğretici olmalıdır.
2. Klinik deneyim: Uygulamalar hastada varolan semptomların değerlendirilmesine ve hemşirenin yeterli klinik deneyimlere dayandırılmalıdır.
3. Görüşme becerisi: Skalayı uygulayanlar etkili klinik görüşme becerisine sahip olmalıdır.
4. Semptom skala yönetiminde uzmanlaşma: Uygulamalarda tüm semptom kriterlerinin belirlenmesinde bağlantı noktalarına benzerlikler dikkate alınmalıdır.
5. Araştırma çevresini anlama: Skalayı uygulayan hemşire, hastalarla yapılan skala yönetimi ve görüşmelerin uygunluğunun farkında olmalıdır.
6. Skalaya özel uzmanlık: Skalayı uygulayanlar klinik skalanın gelişimi ve yapılandırılmasına tanık olmalıdır.

#### **Hemşire hasta ilişkisinin basamakları:**

1. İlk Görüşme: Hasta-hemşire ilişkisi hastayla ilk karşılaştığı anda başlar, taburculuk sonrası ayaktan tedaviyi de kapsayarak primer hemşire rolüyle devam eder. Hastayla güven ilişkisi ve çalışma programı oluşturulur. Tedavi amaçları, beklentiler, sonuçlar, tedavi rejimi sırasında karşılaşılabileceği sorunlarla başa çıkması sağlanır.
2. Değerlendirme ve Oryantasyon: TMS sandalyesine oturması için cesaretlendirilir, aile ve hastayla interaktif tartışmalar yapılır. Tedavi ile ilgili belirsizliği ortadan kaldırılır ve tedaviye alınana kadar yanında bulunulur. Hemşire, semptom kontrol skalasını kullanarak hastayı değerlendirir .
3. Tedavi Yönetimi: Hastanın odası düzenlenir, tedavi planı tartışılır ve öneriler sunulur. TMS uygulanırken hastanın yanında bulunulur, prosedür ve öneriler doğrultusunda hastanın gereksinimleri karşılanır.
4. Vaka Yönetimi ve Çevre yönetimi: İyileşme sürecinde terapötik iletişim sürdürülür. Yaşam kalitelerinin artırılması için çabaları ve gelecekle ilgili gerçekçi hedefler belirlemeleri desteklenir. Taburculuk sonrası bakım koordine edilir.
5. Güvenlik: Hasta işlem esnasında ani bir rahatsızlık yaşadığında bunu iletebilmesi için panik butonunun olması sağlanır. Odada ya da yakınlarında antiepileptikler, oksijen tüpünün bulunması sağlanır. Odaya parolalı kartla erişimi sağlanır. Acil durumlar için tıbbi personel hazır bulundurulur.

**Sonuç:** TMS, mental rahatsızlığı olan bireylerin sağlık düzeylerinin yükseltilmesinde uygulanan yeni ve etkili bir yöntem olup, sağlık alanında oldukça geniş bir etkiye sahiptir. Hemşireler hasta güvenliğinin sağlanması, çevre ve vaka yönetimi, hastaların tedaviye uyumunun sağlanması gibi uygulamalarda kilit öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Transkraniyal manyetik stimülasyon, hemşirelik bakımı

#### **Kaynaklar**

- 1.Oscar G., (2009), Psychiatric Neurotherapeutics Program (PNP) Transcranial Magnetic Stimulation, Patient Care Journal, vol:23(2)
- 2.Linda F., Seth D. , Jennifer B., (2009), Effective Utilization and Future Directions for Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation: A Guide for Psychiatric Nurses, Psychiatr Nurses Assoc, 15; 314
- 3.Suzan B. , Greta W., Ristanio D., (2009), A Psychiatric Nurse’s Perspective Helping Patients Undergo Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) for Depression, Journal of the American Psychiatric Nurses Association, Vol. 15, No. 5

- 4.Guse B., Falkai P.,Wobrock T, (2009) Cognitive effects of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation: a systematic review, Journal of Neural Transmission, Vol. 117, Iss. 1; pg.105
- 5.William E., Steven T., (2005), Therapeutic Effects of Individualized Alpha Frequency Transcranial Magnetic Stimulation (aTMS) on the Negative Symptoms of Schizophrenia, Schizophrenia Bulletin ,Vol. 32 No. 3 , p. 556–561

## **P.25 HEMŞİRELERDE DUYGUSAL ZEKÂ**

Ceyda Yedikardaşlar<sup>1</sup>, Gönül Özgür<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Menemen Devlet Hastanesi

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu

### **ÖZET**

**Giriş:** Duygusal zekâ, sağlık bakımında hemşireler için hastaların görüş ve isteklerini anlamak, yönetici hemşireler için başarılı yönetmeyi kolaylaştıran ilişkileri geliştirmek için önemli bir kavramdır (3). Bar-On' a (2006) göre duygusal zekâ; kişinin duyguları tanıma, anlama, yönetme, diğer kişilerle ilişki kurma, kişisel ve kişilerarası problemlere çözüm bulma, değişimlere uyum sağlama ve günlük çatışma ve streslerle etkili bir şekilde baş edebilme yeteneğini etkileyen, duygusal ve sosyal yeterlikler, vasıflarla ilgi çok faktörlü bir düzendir (1,2).

**Amaç:** Hemşirelerin duygusal zekâ düzeylerini ve etkileyen etmenleri incelemektir.

**Yöntem:** Çalışma Ege Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Nisan- Haziran 2008 tarihleri arasında yürütülmüştür. Dâhili birimlerde çalışan(560) ve cerrahi birimlerde çalışan hemşireler(383) olmak üzere 943 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmuş ve tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiş 277 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. 10 soru içeren Hemşire Tanıtım Formu ve 87 maddeden oluşan Bar-On Duygusal Zekâ Testi uygulanmış, veriler bilgisayarda SPSS programı kullanarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma; bağımsız örneklemler "t" testi, tek yönlü varyans analizi (anova) ile değerlendirilmiştir(4). Bar- On Duygusal Zekâ anketinin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirliği Füsün Acar (2001) tarafından yapılmıştır(4). Duygusal Zekâ anketi için Cronbach Alpha katsayılarına bakılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin Duygusal Zekâ toplam puan ortalamaları yaş ve medeni durum, eğitim durumları, çalışma yıllarına, kadro durumlarına ve çalıştıkları birimlere göre anlamlılığı incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05). Hemşirelerin "Duygusal Zekâ Ölçeği" madde toplam puan ortalaması 1-5 puan arası gruplanıp düzeyler belirlendiğinde; toplam ortalamasının 2,75 olduğu ve "orta düzey" kabul edildiği, alt boyutlarının madde toplam puan ortalamalarının sırayla "stresle başa çıkma" 2,99, "kişisel beceriler" 2,82, "uyumluluk" 2,81, "genel ruh durumu" 2,64±0,29, "kişilerarası beceriler" 2,50 olduğu ve alt ölçek madde toplam puan ortalamaları birbirine yakın ve kişilerarası beceriler boyutu dışında "orta" düzey olduğu, kişilerarası beceriler boyutunun "düşük" düzey olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Hemşirelerin Duygusal Zekâ düzeyinin "orta" düzey olması, Duygusal Zekâ konusunda farkındalıklarının yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Hemşirelere duygusal zekâyı geliştirmeye yönelik olan kişisel gelişim programları kapsamında eğitim verilmesi ve duygusal zekâ beceri eğitimleri düzenlenmesi ve eğitim verilmesi önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Duygusal zekâ, hemşirelik.

### **Kaynaklar**

1. Bar-On, R.,The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence (ESI) Consortium for Research on Emotional in Organizations – Issues in Emotional Intelligence www.eiconsortium.org Erişim Tarihi: 04.11.2008
2. Bar-On, R. (2006). The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence (ESI). Psicothema, 18, supl., 13-25.
3. McQueen, A. (2004). Emotional Intelligence in Nursing Work. Journal of Advanced Nursing,47(1),101-108

4. Acar, F. (2001). Duygusal Zekâ Yeteneklerinin Göreve ve İnsana Yönelik Liderlik Davranışları ile İlişkisi: Banka Şube Müdürleri Üzerine Bir Alan Araştırması. İstanbul Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul.

### **P.26 HEMŞİRELERDE ÖFKE DÜZEYİNİN İŞ DOYUMUNA ETKİSİ**

Arş. Gör. Meryem Baran<sup>1</sup>, Yrd. Doç. Dr.Ayşe Okanlı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

<sup>2</sup>Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği AD.

#### **ÖZET**

**Amaç:** Uygun bir şekilde ifade edildiğinde son derece sağlıklı ve doğal bir duygu olan öfke, kontrolden çıkıp yıkıcı hale dönüştüğünde okul-ış hayatında, kişisel ilişkilerde ve genel yaşam kalitesinde önemli sorunlara yol açmaktadır. Bu çalışma hemşirelerde öfke düzeyinin iş doyumuna etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın verileri Ocak 2009-Mart 2009 tarihleri arasında Erzincan Devlet Hastanesinde toplanmıştır. Araştırmanın evrenini Erzincan Devlet Hastanesinde çalışmakta olan 165 hemşire oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçimine gidilmemiş araştırmaya katılmayı kabul eden 145 hemşire ile çalışılmıştır. Veriler soru formu, Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeği ve Minnesota Doyum Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılımlar, ortalamalar, t testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis varyans analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması 19.48±4.27, öfke kontrol puan ortalaması 23.30±3.97, öfke dışı puan ortalaması 14.08±2.86, öfke içe puan ortalaması 15.12±3.15 ve Minnesota Doyum Ölçeği puan ortalaması 64.74±10.96 olarak bulunmuştur. Ölçekler arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda sürekli öfke-öfke ifade tarzı ile iş doyumunu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.001). Öfkeyi doğru bir şekilde ifade edebilmenin iş doyumunu arttırdığı belirlenmiştir. Öfke kontrolü ile iş doyumunu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Sürekli öfke, öfke dışı ve öfke içe ile iş doyumunu arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve sürekli öfke, öfkeyi dışı vurma ve öfkeyi içe atma puanları yükseldikçe iş doyumunun düştüğü belirlenmiştir. Cinsiyetin, mesleğe uygun olma durumunun, meslekten ayrılma isteğinin, çalışılan birime gelme şeklinin ve birimden memnun olma durumunun iş doyumunu üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Gelir durumunun, mesleğe uygun olma durumunun, meslekten ayrılma isteğinin ve öfkeyi kontrol edebilme becerisinin sürekli öfke-öfke ifadesi üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

**Tartışma:** Bu araştırma sonuçları doğrultusunda hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının iş doyumunu üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Öfke düzeyi yüksek olan hemşirelerin iş doyumlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda hemşirelere düzenli aralıklarla öfke kontrolü eğitimi yapılması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, öfke, iş doyumunu

#### **Kaynaklar**

1.Soykan Ç. Öfke ve öfke yönetimi. Kriz Dergisi. 2003; 11(2):19-27.

2.Bayrı F. Hemşirelerin Öfke İfade Biçimleri Ve Genel Sağlık Durumları İle İlişkisinin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi Sivas, 2007

3.Balkaya F. Özgürlüğe uzanan yolda önemli bir rehber: Öfke. Gestalt Terapi Dergisi 2005;3: 109-126.

## P.27 HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA DÜZEYLERİ VE ETKİLİ FAKTÖRLER

Yüksek Hemşire Deniz Güngör, Yrd.Doç.Dr. Esra Engin, Ar.Gör.Dr. Serap Yıldırım  
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği AD

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma, hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeyleri ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla planlanmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı araştırma, Şubat- Mayıs 2009 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde gerekli izinler alındıktan sonra yapılmıştır. Araştırmanın evrenini acil serviste çalışan 54, psikiyatri kliniğinde çalışan 21 ve çocuk hastanesinde çalışan 102 olmak üzere toplam 177 hemşire, örneklemini ise araştırmanın yapıldığı tarihlerde kurumda bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 101 hemşire oluşturmuştur. Araştırma verileri, "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği" ile toplanmıştır (1). Uysal tarafından 1998 yılında geliştirilen Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği, altı alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar; İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri, istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri, ihmal belirtileri, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ve çocuk istismarı ve ihmali aile yapısı ile ilgili belirtilerdir. Ölçekteki her madde 5' li likert ile değerlendirilmekte olup, puan ortalamasının 5'e yaklaşması soruları doğru yanıtladıklarını, 3'den uzaklaşması yanlış yanıtladıklarını göstermektedir. Verilerin değerlendirilmesi sayı, yüzde dağılımı ve analizinde "t" testi ve varyans analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan hemşirelerin %35.6'sının 23-37 yaş grubunda, %70.3'ünün hemşirelik yüksekokulu mezunu olduğu, %40.6'sının hemşire olarak 1-5 yıldır, %46.5'inin bulunduğu kurumda 1-5 yıldır çalıştığı, %55.4'ünün daha önce çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almadığı, %92.1'inin bu konuda bilgi gereksinimi duyduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %47,6'sının çocuk istismarı ve ihmali "çocuktan faydalanma ve bakımını yapmama ve şiddet uygulama" olarak tanımladığı, %53,5'inin çocuk istismarı ve ihmali tanıma konusunda kendini "kısmen yeterli" bulduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin, Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek alt ölçek puan ortalamalarının sırasıyla "ihmal belirtileri" ( $4.07 \pm 0.55$ ), "istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri" ( $4.02 \pm 0.37$ ), "çocuk istismarı ve ihmali aile yapısı ile ilgili belirtileri" ( $4.00 \pm 0.53$ ), "istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri" ( $3.90 \pm 0.34$ ), "istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri"  $3.74 \pm 0.46$  ve "istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri" ( $3.51 \pm 0.6$ ) olduğu, ölçek toplam puan ortalamasının ise  $3.90 \pm 0.34$  olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin ihmal belirtileri alt ölçek puan ortalamaları, yaş grubu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve eğitim durumlarına göre ( $p < 0.01$ ), istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek puan ortalamaları ise medeni durum ve çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeylerinin kısmen yeterli olduğu sonucuna varılarak, hemşirelerin bu konuda ve özellikle risk grubunda olan çocuk ve ailelerin değerlendirilmesi konusunda daha fazla bilgilendirilmesi gerektiği önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, çocuk istismarı, çocuk ihmali

### Kaynaklar

1.Uysal A (1998). Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanması. Yüksekisans tezi, İzmir.



## **P.28 HEMŞİRELERİN RUHSAL HASTALIKLARA İLİŞKİN İNANÇLARI VE ETKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Yüksek Hemşire Tuğba Yıldız, Yrd. Doç. Dr. Esra Engin, Arş. Gör. Döndü Çuhadar  
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

### **ÖZET**

**Amaç:** Ruhsal hastalıkları olan kişilere karşı takınılan olumlu ve olumsuz tutumlar en açık biçimiyle hasta-hemşire ilişkisinde açığa çıkar. Ruh sağlığı çalışanlarının yarısından fazlasını oluşturan hemşireler, rehabilitasyondan, hastane ortamının düzenlenmesinden ve verilen hizmetlerin birçoğundan sorumlu olmasına rağmen hemşireler de akıl hastalıklarıyla ilgili toplumdaki yanlış inanışlardan etkilenirler (1,2). Bu çalışma hemşirelerin ruhsal hastalıklara ilişkin inançları ve bu inançları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma 23 Şubat– 30 Mart 2009 tarihlerinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden 131 hemşire ile yapılmıştır. Verileri toplamada, araştırmacılar tarafından literatür incelenerek geliştirilen hemşirelerle ilgili sosyodemografik özellikleri içeren "Sosyodemografik Veri Formu" ile birlikte, Hirai ve Clum (1998) tarafından geliştirilip, Bilge ve Çam (2008) tarafından geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği" (RHİÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi, t-testi ve ANOVA analizleri kullanılarak yapılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin RHİÖ puan ortalamalarının  $X=56,86 \pm 11,96$  olduğu, çaresizlik alt ölçeği puan ortalamalarının  $X=30,71 \pm 7,6$  olduğu, tehlike alt ölçeği puan ortalamalarının  $X=23,99 \pm 5,69$  olduğu, utanma alt ölçeği puan ortalamalarının  $X=2,16 \pm 2,42$  olduğu saptanmıştır. Ayrıca yaşamının uzun bir bölümünü köyde yaşayan hemşirelerde RHİÖ puan ortalaması, çaresizlik ve tehlike alt ölçekleri puan ortalamalarının, yüksekokul mezunu hemşirelerde utanma alt ölçeği puan ortalamasının, herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan hemşirelerde çaresizlik alt ölçeği puan ortalamasının, gelir giderden az olan hemşirelerde ise utanma alt ölçeği puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Hemşirelerin, yaşadığı yer, eğitim durumu ve ekonomik durum gibi özelliklerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını etkilediği belirlenmiştir. Hemşire ve diğer sağlık görevlileri, ruhsal sorunları olan ya da davranış bozukluğu gösteren bireylerle toplumda hizmet verdikleri her alanda karşılaşabilmektedirler (3). Bu nedenle hemşireden, hangi alanda çalışırsa çalışsın, her hastalık durumunda oluşabilecek duyguları ya da davranışların altında yatan nedenleri tanıyabilmesi ve bu doğrultuda bakımı planlaması ve uygulaması beklenmektedir. Bunu yaparken toplumsal önyargılardan uzak, kendi duygularının ve tutumlarının ayırımında olarak, mesleki iliksi doğrultusunda tarafsızlığını yitirmemelidir. Ancak birçok birimde çalışan doktor ve hemşireler mesleki eğitimden geçtikleri, hastalık bilgileri ile donanımlı oldukları ve belirtileri tanıdıkları halde çevrelerindeki ve kliniklerindeki ruhsal sorunlu bireyleri anlamakta güçlük yaşamaktadırlar. Kısacası halen bu hastalara yönelik olumsuz tutumlara da sahiptirler (4). Türkiye'de toplum ruh sağlığı düzeyinin yükseltilmesine ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğinin artırılmasına katkıda bulunabilmek için, bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından toplumdaki bireylere ulaşmak, öncelikle var olan ruhsal belirti ve hastalıklara yönelik inançlarını saptamak, bu konulardaki inançların eğitimle iyileştirilmesine yönelik araştırmalar yapmak, gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ruhsal hastalık, tutum, hemşire

### **Kaynaklar**

1. Eşsizoglu.A., Arısoy Ö. (2008); "Hemşirelerin Depresyona Ve Depresyon Hastalarına Karşı Tutumları:Karşılaştırmalı Bir Çalışma", Dicle Tıp Dergisi, Cilt: 35, Sayı: 3, (167-176).
2. Weller. L., Grunes, S.: "Does contact with the mentally ill affect nurses' attitudes to mental illness" , British Journal of Medical Psychology, 1988; 61: 277-284.
3. Kayahan, M. (2009): " Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye Karşı Tutumları Ve Psikiyatri Eğitiminin Etkisi", Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi , 6(1):27-34.

4. Bağ, B., Ekinci, M. : "Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması" , Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 2005; 3(11): 107-127.

## **P.29 HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN EVLİLİĞE BAKIŞ AÇISI**

Barış Kaya, Ülkü Özdemir, Fadime Üstüner, Yağmur Akbal, Dilek Yiğit,  
Meyrem İmamoğlu, Merve Muhsir  
Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Toplumun en küçük birimi olarak kabul edilen aile birliğinin, insan yaşamında vazgeçilmez bir önemi vardır. Kişiliğin şekillendiği gençlik döneminde, gençlerin fiziksel ve duygusal olgunluğa erişmeleri, aynı zamanda eş ve iş seçimi gibi önemli kararları ve sorumlulukları almaları beklenmektedir. Bu çalışma, üniversite öğrencilerinin evliliğe bakış açılarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmanın evrenini 2009-2010 öğretim yılı güz döneminde Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri, örnekleme ise hemşirelik bölümünde okuyan 180 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı gün öğrencilerin %77,7'sine (n =140) ulaşılmıştır. Araştırmada veriler literatür taranarak oluşturulan anket formu ile toplanmıştır. Anket formunda öğrencilerin ve ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri, öğrencilerin evliliğe bakış açıları ve cinsel yaşama ilişkin sorulara yer verilmiştir. Verilerin analizinde SPSS paket programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin %92,9'u bayan, %7,1'erkek, %62,1'i 20-22 yaş gurubunu, %10,7'si 23-25 yaş gurubunu oluşturmakta, %2,1'ievli , %2,9'u nişanlı, %14,3'ü sözlüdür. Öğrencilerin genelinin gelir düzeyi orta düzeyde olup, ebeveynlerin eğitim düzeyleri ise ilköğretim seviyesindedir. Öğrencilerin %86,4'ü evliliği hayatı paylaşma, %77,1'i evliliği sorumluluk alma, şeklinde tanımlamıştır. En uygun evlilik yaşını, öğrencilerin %48,6'sı bayan için 20-24, %81,4'ü erkek için 25-29 yaş gurubu olarak belirtmiştir. Öğrencilerin %92,9'u evleneceği kişinin iyi huylu olmasını ve %90,7'si (n=127) eğitilmiş olmasını tercih etmektedir. Eş seçiminde %75,7'si önce kendi karar verip daha sonra aile onayını alacağını ifade etmiştir. Öğrencilerin %88,6'sı sanal ortamda tanışmayı uygun bulmamaktadır.

**Tartışma:** Öğrencilerin evliliğe bakış açıları değerlendirildiğinde Pınar'ın çalışmasında evlilik "hayatı paylaşma", "sorumluluk alma" olarak belirtilirken, Ekşi'nin çalışmasında "eş, dost, arkadaş edinme" olarak belirtilmiştir. Toplumumuzda sosyo-ekonomik ve kültürel farklar, eğitim düzeyindeki değişimler evliliği farklı tanımlamaya neden olabilir. En uygun evlilik yaşı olarak öğrenciler Pınar'ın, Türkaslan ve Demirkan'nın yaptığı çalışmada 25-29 yaş aralığını belirtmişler, çalışmamızda ise erkekler için en uygun evlilik yaşı benzerlik gösterirken bayanlar için 20-24 yaş aralığı en uygun evlilik yaşı olarak ifade edilmiştir. Evlilik yaşı özellikle bayanlarda adölesan gebelikler açısından önemlidir. Öğrenciler eş seçiminde önce kendi kararlarını verip daha sonra aile onayını alacağını ve sanal ortamda tanışmayı uygun bulmadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışma Türkaslan ve Demirkan'nın yaptığı çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuç gençlerin kendi kararlarını verebilmeleri açısından ve eş seçiminde sanal ortamın yeterli olmadığını ifade etmeleri açısından önemli bir bulgudur.

**Anahtar kelimeler:** Üniversite öğrencisi, evliliğe bakış, eş seçimi

### **Kaynaklar**

- 1-Pınar G. Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Evliliğe Bakış Açısı. Aile ve Toplum Dergisi, 4(14): 49-60. 2008.
- 2-Ekşi, B. Evliliğe Hazırlık Aşamasında Karı-Koca Adaylarının Evlilik ve Anne-Baba Olma Üzerine Düşünceleri. Aile ve Toplum Dergisi, 2(8): 75-84. 2005.
- 3-Türkaslan, Nesrin, Demirkan, Semra Yurtkuran. Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Evliliğin Kuruluşuna İlişkin Görüş ve Düşünceleri. Ankara. Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, 175 s.(ASAGEM; yayın no.132).2007.

### **P.30 HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN SİGARAYI DENEME VE İÇME DURUMLARI İLE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Barış Kaya, Fadime Üstüner, Nurgül Köksaldı, Gülümser Çiğdem, Z.İlknur Vuraloğlu, Gülcan Ay, Ceylan Şentürk

Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

#### **ÖZET**

**Amaç:** Sigara içindeki nikotin, kısa sürede bağımlılık yapabilen, kullanan kişilere ekonomik yük getirebilen, içerdiği zararlı maddelerle organizmayı olumsuz etkileyebilen bir maddedir. Sigara Dünya'nın her yerinde kolay temin edildiği için gün geçtikçe kullanımı yaygınlaşmaktadır. Bu çalışma ile hemşirelik bölümü öğrencilerinin sigarayı deneme ve içme durumları ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel olarak 28-31 Aralık 2009 tarihleri arasındaki planlanan bu araştırmanın evrenini Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri, örneklem grubunu ise Hemşirelik Bölümü öğrencisi(180) oluşturmaktadır. Çalışmanın yapıldığı tarihte öğrencilerin %71,6'sına (n=129) ulaşılmıştır. Veriler literatür taranarak oluşturulan 29 soruluk anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.65±1.703 'dür. Öğrencilerin %10,1'i (n=13) erkek, %89,9'u(n=116) kız'dır. Öğrencilerin anne ve babaların eğitim durumlarına bakıldığında çoğunluğu ilkökul mezunu olup, aile geliri orta düzeydedir. Öğrencilerin %47,3'ü (n=61) bir nefes bile olsa sigarayı denediklerini ifade etmişlerdir. Öğrencilerin çoğunluğu sigara içmeyi denemede ruhsal sıkıntının etkili olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin günlük aldıkları harçlıklara göre sigarayı deneme ve içme yaygınlıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Annesi, babası ve öğretmeni sigara içen öğrencilerin sigarayı denemeleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0,05). Ancak arkadaşları sigara kullanan öğrencilerin sigarayı daha fazla denedikleri görülmüştür (p<0,05).

**Tartışma:** Lise öğrenimini tamamlayarak üniversiteye gelen öğrencilerde aile ve çevrenin denetiminden uzaklaşmanın ve daha özgür bir ortamda bulunmanın etkisiyle sigara içme sıklığı %20,1–51,2 seviyelerine kadar yükselmektedir. Tanrıku ve ark. (2009) Kars il merkezinde çeşitli üniversite öğrencileri arasında sigara kullanım sıklığı ve risk faktörleri çalışmasında öğrencilerin %57,5'i (n=672) en az bir kere sigara içmeyi denemiştir. Bu da üniversite öğrencilerinde sigarayı deneme eğiliminin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Çeşitli çalışmalarda öğrencilerin sigara içme davranışlarıyla yakın arkadaşların alışkanlıkları arasında sıkı bir ilişki saptamıştır. İlhan ve ark. (2005) çalışmasında da sigara içen öğrencilerin %36,7'si arkadaş etkisi ile sigaraya başladıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin üniversite eğitimi ile bağımsız bir yaşama geçişi arkadaş ortamlarında daha sık vakit geçirmeleri ve onların davranışlarından etkilenmeleri sigarayı denemelerinde etkili olabilir. Mesleklerine atıldıklarında toplum bireyleri için rol model olacağı düşünülen hemşirelik öğrencilerinin fakülte'deki öğrencilik yıllarında sigarayı deneme ve içme konusunda bilinçlendirmeye yönelik aktiviteler düzenlenmelidir.

**Anahtar Kelime:** Sigara içme, üniversite öğrencileri, risk faktörü

#### **Kaynaklar**

1-Marakoğlu K., Çivi S., Şahsivar Ş., Özdemir S. Tıp Fakültesi Birinci ve İkinci Sınıf Öğrencilerinde Sigara İçme Durumu ve Depresyon Yaygınlığı Arasındaki İlişki. Bağımlılık Dergisi,7(3): 129-134.2006.

2-Tanrıku A.Ç., Çarman K.B., Palancı Y.,Çetin D., Karaca M. Kars İl Merkezinde Çeşitli Üniversite Öğrencileri Arasında Sigara Kullanım Sıklığı ve Risk Faktörleri Türk Toraks Dergisi.10: 101-6.2009.

3-İlhan F., Aksakal F. N., İlhan M. N., Aygün R. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu. Koruyucu Hekimlik Bülteni. 4(4):188-198.2005

### **P.31 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN KİŞİLERARASI ÇATIŞMALARI ÇÖZME YAKLAŞIMLARI**

Prof. Dr. Fatma Öz, Ar. Gör. Duygu Hiçdurmaz  
Hacettepe Ü. S.B.F. Hemşirelik Bölümü

**Giriş ve Amaç:** Bir bireyin davranışlarının diğer kişilerin gereksinimlerine ters düşmesi, karşılanmasının engellenmesi ya da değerlerine uymaması durumunda ortaya çıkan kişilerarası çatışmaların etkili biçimde yönetilebilmesi ruh sağlığının korunmasında gereklidir. Hemşirelik kişilerarası etkileşim sürecidir ve süreçte verilen bakımın kalitesi önemlidir. Bakımın etkinliğini arttırmada önemli olan etkili çatışma çözme yaklaşımlarının geliştirebilmesi için öncelikle hangi yaklaşımların kullanıldığının belirlenmesi gerekmektedir(1). Kullanılan yaklaşımlarda olumsuz özelliklerin değiştirilebilmesi içinse mesleki eğitim süreci uygun bir dönemdir. Bu nedenle, çalışmada hemşirelik öğrencilerinin çatışma çözme yaklaşımlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim gören ve çalışmaya katılmayı kabul eden her sınıftan toplam 152 öğrenci ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Veriler 1 Şubat-10 Mart 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında bilgi formu ve Goldstein (2) tarafından oluşturulmuş, geçerlik ve güvenilirliği Arslan (3) tarafından yapılmış olan Kişilerarası Çatışma Çözme Yaklaşımı Ölçeği kullanılmıştır. Toplam 75 maddeden oluşan ölçek yüzleşme, duygusal ifade, kendini açma, özel/genel davranış ve yaklaşma/kaçınma olmak üzere toplam 5 alt ölçektir. Verilerin sunumunda yüzdeler, aritmetik ortalama ve istatistiksel analizlerde iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan öğrencilerin yarısı 21-22 yaşlar arasında, %28,3'ü ikinci sınıfta, yarıdan fazlasının annesi ilköğretim mezunu, yaklaşık üçte birinin babası ilköğretim mezunu ve iki kardeş sahibidir. Öğrencilerin büyük çoğunluğu çekirdek bir ailede (%89.5) ve ilde (%88.2) yaşamakta, yarısı yurttan kalmakta, büyük çoğunluğu herhangi bir işte çalışmamakta ve yarıya yakınının aylık geliri 100-300 TL arasında değişmektedir. Öğrencilerin kullandıkları çatışma çözme yaklaşımları sırasıyla duygusal ifade (78,52±13,00), yüzleşme (77,89±10,78), kendini açma (75,87±10,87), yaklaşma/kaçınma (55,40±12,60) ve özel/genel davranış (51,41±13,77)tir. Öğrencilerin yaşları ile duygusal ifade ve kendini açma, çalışma durumu ve baba öğrenim düzeyi ile özel/genel davranış alt ölçek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır(p<0,05). Ancak, kardeş sayısına, başarısını değerlendirilmesine, yaşadığı ve öğrenimi sırasında kaldığı yere, anne öğrenim düzeyine, aile tipine ve aylık gelir düzeyine göre çatışma çözme yaklaşımı alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farka rastlanmamıştır(p>0,05).

**Tartışma:** Öğrencilerin çatışma çözümünde en fazla kullandıkları yaklaşımlar; duygularını ifade etme, yüzleşme ve kendini açmadır. Çatışmaların etkili biçimde çözümü için önerilen kazan-kazan yaklaşımında; taraflar için önemli çıkar ve değerlerin ve tarafların birbirlerine ilişkin önyargı ve varsayımlarının ve çatışmanın etkilerinin belirlenmesi, çatışmanın gerçek nedenlerinin açıklanması, olası çözüm önerilerinin üretilmesi, bu çözümlerin uygulanıp değerlendirilmesi yer almaktadır(4,5). Öğrencilerin çatışma çözümü için kullandıkları yöntemler de kazan-kazan yaklaşımı için önerilen yaklaşımlarla benzerlik göstermektedir. Öğrencilerin yaşları ilerledikçe çatışma çözümü için kullandıkları duygusal ifade ve kendini açma alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir. Yaşla birlikte artan eğitim, yaşam deneyimleri ve psikolojik olgunluğun bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülebilir. Çalışmayan öğrencilerin çalışanlara göre her çatışma durumunda benzer ve rahat yaklaşım sergiledikleri belirlenmiştir. Çalışan öğrencilerin iş yaşamında farklı konum ya da düzeylerdeki bireylerle işbirliği içinde olmaları yaşadıkları çatışmaları yönetmek için kendilerine güvenli, tutarlı ve devamlı bir yaklaşım geliştirmelerine yol açmış olabilir.

**Sonuç:** Çalışma sonucunda öğrencilerin yaşadıkları çatışmaları çözmek amacıyla en sık kendilerini duygusal olarak ifade etme, yüzleşme ve kendini açma yaklaşımlarını kullandıkları belirlenmiştir. Çatışmaların etkili biçimde yönetilebilmesinde bu iki yaklaşım

olumlu ve etkili olduğu için öğrenciler tarafından mesleki yaşamda da kullanılmasının desteklenmesi ve sürdürülmesi önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Çatışma, çatışma çözümü, hemşirelik, hemşirelik öğrencisi

#### **Kaynaklar:**

1. Özcan, A. (2006). Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim. Ankara: Sistem Ofset.
2. Goldstein, S.B. (1999). Construction and Validation of a Conflict Communication Scale. Journal of Applied Social Psychology. 29(9), 1803-1832.
3. Arslan, C. (2005). Kişilerarası Çatışma Çözme ve Problem Çözme Yaklaşımlarının Yükleme Karmaşıklığı Açısından İncelenmesi. Doktora tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
4. Üstün, B., Akgün, E. ve Partlak, N. (2005). Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi. İzmir: Okullar Yayınevi.
5. Dökmen, Ü. (2005). İletişim Çatışmaları ve Empati. İstanbul: Sistem Yayıncılık.

### **P.32 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIMA İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ**

Yrd.Doç.Dr. Zeliha Koç, Msc. Zeynep Sağlam

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu

#### **ÖZET**

**Amaç:** İnsan biyolojik, psikolojik, manevi (spiritual), sosyal ve kültürel boyutları olan bir varlıktır. Özellikle manevi boyut bireylere; yaşamın, sağlığın, hastalığın, acının, ağrının ve ölümün anlamının bulunmasında yardımcı olur. Bireyin bütünlüğünü ve sürekliliğini tehlikeye sokan fiziksel ve duygusal tehditler olduğunda, bireyi destekler ve rahatlatır. Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşüncelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın evrenini Sağlık Yüksekokulunda okumakta olan 554 öğrenci, örneklemini ise hemşirelik bölümünde okumakta olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 188 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini, hemşirelik mesleğine ilişkin görüşlerini sorgulayan 22 sorudan oluşan bir anket formu ile McSherry, Draper ve Kendric tarafından (2002) geliştirilen; Ergül, Bayık ve Temel (2004) tarafından uyarlanan toplam 17 maddelik Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği, maneviyat ve manevi bakım (madde 6,7,8,9,11,12,14), dinsel (madde 4,5,13,16) ve bireysel bakım (madde 1,2,10) alt boyutlarından oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Maddelerin puanlanması kesinlikle katılmıyorum "1"den, tamamen katılıyorum "5"e doğru yapılmaktadır. İlgili kurumdan yazılı ve araştırmaya katılan öğrencilerden bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra hazırlanan anket formu öğrencilere 15 Aralık-30 Aralık 2009 tarihleri arasında uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik hesaplaması, one-way ANOVA, student t testi ve Tukey testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21,1±1,7'dir. Öğrencilerin %68,1'inin (n=128) hemşirelik mesleğini sevdiği, %79,3'ünün (n=149) manevi bakım kavramını daha önceden duyduğu, %80,9'unun (n=152) manevi bakımı, "Bakıma muhtaç kişilerin kişisel gelişimlerini ve morallerini artırma" olarak tanımladığı, %86,7'sinin (n=163) okullarda verilen eğitim programlarında kişinin manevi dünyası ve yaşamın anlamı konularına daha fazla yer verilmesi gerektiği görüşünü paylaştıkları belirlenmiştir. Öğrencilere maneviyatla ilgili olarak verilen ve madde puan ortalaması en yüksek olan ifadelerle verdikleri cevapların dağılımına bakıldığında "Hemşirelerin, bakım verirken, şefkatli, ilgili ve güler yüzlü davranarak manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum" ifadesine %62,8'inin (n=118), "Hemşirelerin, hasta gereksinim duyduğunda, ona destek olmak için zaman ayırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum" ifadesine %25,5'inin (n=48), "Hemşirelerin, hastaların korkularını, endişelerini ve üzüntülerini açıklamaları ve tartışmaları için onlara yeterli zaman ayırarak ve dinleyerek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum" ifadesine %35,6'sının (n=67), "Maneviyatın, insanın kendisiyle ve çevresiyle barışık olabilmesini sağlayan birleştirici bir güç olduğunu

düşünüyorum” ifadesine %34,5’inin (n=65) tamamen katıldıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin manevi bakım puan ortalaması 4,02±0,82’dir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,64’dür. Öğrencilerin manevi bakım puan ortalamaları ile okuduğu sınıf, yaş grupları, aile tipi ve aile yapısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş olup (p<0,05); 2. sınıfta öğrenim görmekte olanlarda, 21-23 yaş grubunda bulunanlarda, çekirdek aile yapısına sahip olanlarda, anneleri okur-yazar, babaları üniversite mezunu olanlarda ve koruyucu aile yapısına sahip olanlarda; maneviyat ve manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tartışma:** Malta’da yapılan bir çalışmada, hemşirelerin öğrenimleri sırasında hastaların manevi gereksinimlerini karşılama konusunda yeterince bilgilendirilmedikleri ve manevi bakıma ilişkin donanımlarının yetersiz olduğu; yeterli bilgi alamadıkları için de manevi bakım vermede kendilerini yetersiz gördükleri vurgulanmıştır (Baldacchino, 2006). Ülkemizde ise Ergül ve Bayık (2004) tarafından hemşire öğretim üyeleri üzerinde yapılan bir çalışmada, akademisyenlerin %61.3’ü hemşirelik eğitiminin öğrenciye manevi bakımı sağlamak üzere gerekli bilgi ve beceri kazandırmada yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir. Maneviyat subjektif bir kavramdır. Bu nedenle manevi gereksinimler bireyden bireye farklılık göstermektedir. Bu bağlamda yapılan bazı çalışmalarda maneviyat kavramının anlaşılması, manevi boyutların fark edilebilmesi için eğitimin önemli ve gerekli olduğu bildirilmiştir.

**Sonuç:** Elde edilen bulgular doğrultusunda öğrencilerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşüncelerinin kısmen yeterli olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda öğrencilerin eğitim-öğretimleri süresince maneviyat ve manevi bakımın önemini kavramalarının sağlanması ve bu konudaki farkındalık düzeylerinin artırılması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Manevi bakım, maneviyat, hemşirelik, öğrenci

#### **Kaynaklar**

- 1.Ergül ,Bayık A (2004) Hemşirelik ve manevi bakım, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (1):37 45.
- 2.Öz, F.: Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş. Ankara, 1-16.
- 3.Potter P.A, PerryA. G (1995) Foundations in Nursing Theory and Practice,London, Mosby: 173-174.
- 4.Baldacchino D (2006) Nursing competencies for spiritual care, Journal of Clinical Nursing,15:885 896

### **P.33 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİNİN İNCELENMESİ**

Hatice Öner Altıok, Seher Sarıkaya Karabudak, Fatma Demirkıran  
Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu

#### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Problem çözme, bireyin problemi ve çözümünü değerlendirirken farklı bakış açıları ve düşüncelerin doğruluğu üzerinde düşünmesini gerektiren eğitsel bir süreçtir. Bu nedenle problem çözme sürecinin tanınması ve bu süreç hakkında bilgi edinilmesi, hem etkili bir öğrenmenin gerçekleştirilmesi hem de bireysel yeteneklerin geliştirilmesi açısından son derece önemlidir. Hemşirenin, hasta ya da sağlıklı bireylerde çok hızlı ve sık değişim gösteren durumların üstesinden gelebilmesi için, çabuk ve etkili problem çözme becerisini kazanması önemlidir. Sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerinin problem çözme becerilerini ve bu becerileri etkileyen değişkenleri ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı olarak, 01-26 Mart 2010 tarihleri arasında, Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulunda yapılmıştır Hemşirelik Bölümünde eğitim gören 229 öğrenciden araştırmayı katılmayı kabul eden 159 öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışma için okul idaresi tarafından gerekli izinler alınmış, öğrencilere çalışmanın amacı açıklanmış, toplanan verilerin sadece araştırma için kullanılacağı ve araştırmacı dışında bir başka kişi veya kurumla paylaşılmayacağı ve gizliliği sağlamak amacıyla isim alınmayacağı belirtilmiştir. Veri toplama aracı olarak

araştırmacılar tarafından literatürden yararlanarak oluşturulan öğrencilerin sosyo demografik verilerini tanımlayan "Öğrenci Bilgi Formu" ve Heppner ve Peterson (1982) tarafından geliştirilen, Şahin, Şahin ve Heppner (1993) tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Problem Çözme Envanteri (PÇE)" kullanılmıştır. Ölçek Puan ranjı 32-192'dir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği bireyin problem çözme becerileri konusunda kendisini yetersiz olarak algıladığını gösterir. Veriler SPSS 12 paket programında yüzde, ANOVA ve korelasyon kullanılarak analiz edilmiştir.

**Bulgular ve Tartışma:** Araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 159 öğrenciden, 51'i hemşirelik birinci, 34'ü hemşirelik ikinci, 36'sı hemşirelik üçüncü, 38'i hemşirelik dördüncü sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin yaş ortalamaları  $20.91 \pm 1.56$  dir. Öğrencilerin, %86.8'i kız, %13.2'si erkektir. Öğrencilerin ailelerinin %79.9'u çekirdek aile, %57.9'nun geliri orta düzeydedir. Öğrencilerin %50.9'u aile içindeki kararlara her zaman katıldığını, % 46.5'i bazen katıldığını, %1.9'u hiçbir zaman katılmadığını ifade etmişlerdir. %73.6'sı problemlerini genelde kendisinin çözdüğünü, %17.6'sı her zaman kendisi çözdüğünü, %2.5'i de problemlerini hiçbir zaman çözemediğini ifade etmişlerdir. Öğrencilerin alt dönemlerden aldıkları ders sayılarının ortalaması  $0.73 \pm 1.06$ , PÇE puan ortalaması  $88.01 \pm 18.47$  olarak bulunmuştur. Öğrencilerin alt dönemlerden aldıkları ders sayıları ile PÇE puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=0.24$ ,  $p < 0.05$ ). Ailedeki kişi sayısı ile PÇE puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır, ( $r=0.19$ ,  $p < 0.05$ ). Ailedeki kişi sayısı arttıkça öğrencilerin problem çözme becerilerinin olumsuz yönde etkilendiği düşünülebilir. Pektaş ve Bilge (2007)'nin Sağlık Yüksekokulu öğrencileriyle yaptığı bir araştırmada, öğrencilerin problem tarama envanterinden aldıkları puan dağılımlarının kardeş sayısından etkilendiği belirtilmiştir. Sınıflar arasında PÇE puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $F=1.56$ ,  $p > 0.05$ ). Bizim bulgudan farklı olarak, Türkçapar(2009), Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu'nda okuyan öğrencilerle yaptığı çalışmasında; öğrencilerin sınıf düzeyleri ile PÇE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğunu saptamıştır.

**Sonuç:** Öğrencilerin büyük bir çoğunluğu problemlerini kendilerinin çözdüğünün ifade etmişlerdir. Öğrencilerin alttan aldıkları ders sayısı ile problem çözme becerisi arasında anlamlı bir fark vardır. Altan alınan dersin sayısı arttıkça problem çözme becerisi olumsuz yönde etkilenmektedir. Ailedeki kişi sayısı ile PÇE puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Sınıflar arasında PÇE puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır

**Anahtar Kelimeler:** Problem çözme, hemşirelik öğrencisi

### Kaynaklar

AKSAN N., SÖZER M. A. (2007 ). Üniversite Öğrencilerinin Epistemiyolojik İnançları ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkiler. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD). 8(1). 31-50

PEKTAŞ İ. , BİLGE A. (2007). Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Problem Alanlarının Belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Güz 8(14), 83–98

TÜRKÇAPAR Ü. (2009). Beden Eğitimi Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinin Farklı Değişkenler Açısından Problem Çözme Becerileri Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD) 10(1). 129-139

## P.34 HEMŞİRENİN, HEKİMİN VE AİLE ÜYESİNİN PSİKİYATRİK BOZUKLUĞU OLAN HASTANIN TEDAVİYE KARAR VERME YETERLİĞİNİ DEĞERLENDİRMESİ

Öğr. Gör. Dr. Rahime Aydın Er<sup>1</sup>, Yrd. Doç Dr. Mine Şeharlı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psikiyatri Hemşireliği AD, Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, Kocaeli

<sup>2</sup>Tıp Tarihi ve Etik AD, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli

### ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Hastanın tedaviye karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde standardize araçların kullanımına ilişkin gereksinim artmış olmakla birlikte,<sup>[1]</sup> henüz karar verme yeterliğini değerlendirmede geçerli ve güvenilir kabul edilen tek bir araç yoktur.<sup>[2,3]</sup> Klinik uygulamada hastanın tedaviye karar verme yeterliğine ilişkin üç değerlendirmenin (hekim, araç ve aile üyesi) geçerli ve güvenilir olabileceği belirtilmektedir.<sup>[1]</sup> Bununla birlikte hekim dışında hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve terapist gibi diğer sağlık çalışanlarının da karar verme yeterliğini değerlendiren uzmanlar arasında yer almasını savunanlar bulunmaktadır.<sup>[4,5]</sup> Çalışmada psikiyatrik bozukluk nedeniyle serviste yatarak tedavi gören hastaların hemşire, psikiyatri uzmanı, hasta yakınları tarafından ve araç kullanılarak tedaviye karar verme yeterliklerinin değerlendirilmesinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma, 15 Haziran 2007-15 Şubat 2008 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Hastanesi psikiyatri servisinde yatan hastalar, hasta yakınları, hemşire ve hekimler üzerinde yürütülmüştür. Araştırmacılar tarafından hazırlanan bilgi formu gönüllü olarak katılmayı kabul eden hasta ya da vekiliyle karşılıklı görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Hastaların tedaviye karar verme yeterliklerin belirlenmesinde MacArthur Tedavi İçin Yeterlik Değerlendirme Aracı (MacCAT-T) kullanılmıştır. MacCAT-T, hastanın tedaviye karar verme yeterliğini değerlendirmede pratik bir yardım sunan yarı yapılandırılmış bir görüşmedir. MacCAT-T ile hastanın; aydınlatılmış onamı alınırken açıklanan tedaviyle ilgili bilgiyi *anlaması*, hastalığa ve tedavinin yararına ilişkin bilgiyi *değerlendirmesi*, tedavinin günlük yaşamındaki etkisini ve sonuçlarını karşılaştırarak karar verme sürecindeki *muhakemesi* ve tedaviyle ilgili *bir seçimi ifade etmesi* değerlendirilir. Hemşire, psikiyatri uzmanı ve hasta yakınlarının yeterlik değerlendirmeleri arasındaki uyum Cohen Kappa, bu üç değerlendirme ile araç değerlendirmesi arasındaki ilişki ki kare istatistik testleri kullanılarak saptanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamıza katılmış olan 83 hastanın %73,8'inin (n=65) yakınıyla görüşülmüş olup, yakınların %47,7'si hastanın ebeveynidir. Hasta yakınları hastaların %33,8'ini, hemşire hastaların %33,7'sini, psikiyatri uzmanı hastaların %28,9'unu tedavileriyle ilgili kararları vermede yetersiz olarak değerlendirmiştir. Bu üç değerlendirme arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmiş, hemşire ile psikiyatri uzmanının değerlendirmesi arasında orta derecede uyum ( $\kappa=,526$ ,  $p=,000$ ), bu iki değerlendirme ile hasta vekilinin değerlendirmesi arasında ise zayıf uyum (sırasıyla:  $\kappa=,267$ ,  $p=,003$ ;  $\kappa=,318$ ,  $p=,000$ ) bulunmuştur. Yeterlik değerlendirme aracı kullanılarak yapılan değerlendirmede hastaların %73,5'inin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Araç kullanılarak yapılan yeterlik değerlendirmesi ile hemşirenin, psikiyatri uzmanının ve hasta vekilinin değerlendirmesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark (sırasıyla:  $\chi^2=10,776$ ,  $p=,013$ ;  $\chi^2=15,119$ ,  $p=,004$ ;  $\chi^2=19,259$ ,  $p=,001$ ) olduğu gözlenmiştir.

**Sonuç:** Bulgularımız hastanın araç kullanılarak yapılan yeterlik değerlendirmesi ile hemşirenin, psikiyatri uzmanının ve hasta vekilinin yeterlik değerlendirmeleri arasında farklılık olduğunu göstermektedir. Hemşire, hekim ve hasta yakınları tedaviye karar vermede yetersiz olan tüm hastaları belirlemede zorlanmaktadırlar. Bu nedenle hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde objektif bir araç kullanılmasının yanı sıra, hastayla ilgili klinik bilgi sağlayabilecek hemşire ve hekim gibi sağlık personelinin, hastanın değerleri ve beklentileri hakkında bilgi sağlayabilecek hasta yakınlarının katılması önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Yeterlik, karar verme kapasitesi, psikiyatrik bozukluğu olan hasta



## Kaynaklar

1. Vellinga A, Smit JH, Van Leeuwen E, Van Tilburg W, Jonker C. Competence to consent to treatment of geriatric patients: judgements of physicians, family members and the vignette method. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2004;9:645-54.
2. Ganzini L, Volicer L, Nelson W, Derse A. Pitfalls in assessment of decision-making capacity. *Psychosomatics* 2003;44:237-43.
3. Fisk JD, Beattie BL, Donnelly M. Ethical considerations for decision making for treatment and research participation. *Alzheimer's & Dementia* 2007;3:411-17.
4. Appelbaum PS Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine* 2007;357(18):1834-40.
5. Pachet A, Newberry A, Erskjne L. Assessing capacity in the complex patient: RCAT's unique evaluation and consultation model. *Canadian Psychology* 2007;48(3):174-86.

## P.35 İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMAYI AZALTMADA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Prof. Dr. Olcay Çam, Arş. Gör. Döndü Çuhadar

Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

### ÖZET

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin psikiyatriye başvurduktan ve tanı aldıktan sonra, açık bir ayrımcılık ya da kötü davranışa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış olarak hissettikleri görülmüştür. Bu hastalarda, durumundan utanma, yetersizlik duyguları, olumsuz otomatik düşüncelerde artma, sosyal ilişkilerden kaçınma, kendilik değerinde azalma olduğu görülmüştür. Kullanılan psikiyatrik tanının damgalayıcı içeriği ne kadar fazla ise bu belirtilerin şiddeti de o kadar fazla olmaktadır. İçselleştirilmiş damgalama olarak isimlendirilen bu durum, nesnel olarak dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalma deneyimlerinden bağımsızdır ve daha önce çok farkına varılmasa bile bir ruhsal hastalık tanısı ya da etiketi alma ile birlikte etkisini göstermeye başlamaktadır (1).

İçselleştirilmiş damgalama, toplumdaki olumsuz kalıp yargıların ruhsal hastalıklı bireylerin kendileri tarafından onaylanması ve kabul görmesi sonucu ortaya çıkan, değersizlik, utanma, gizlilik ve geri çekilmedir. Toplumun diğer üyeleri gibi ruhsal hastalığa sahip bireylerde toplumdaki ruhsal hastalıklarla ilgili yaygın kalıp yargılarla etkileşime girmektedirler. Bu bireyler kendileri ya da diğerleri tarafından "akıl hastası" olarak etiketlendiklerinde, isteyerek ya da istemeyerek de olsa kendilerini, kalıp yargıların hedefindeki bu grubun bir üyesi olarak görürler. Damgalamayı psikolojik olarak özümleyen bireyler, kalıp yargıların gerçekten kendilerine uygun olduğuna inanarak bu kalıp yargıları onaylamaya daha eğilimlidirler ve bu da utanç duygusuyla sonuçlanır (2).

Hastaların kendilerinden kaynaklanan ve öznel bir damgalamayı ifade eden bu süreç nedeni ile öncelikle hastalar psikiyatrik yardım almaktan kaçınmaktadır. Damgalanma duygusu yaşayan hastaların kendilik saygısı azalmaktadır. Kendilik saygısı ve damgalanma duygusu birbirlerini karşılıklı olarak etkileyen değişkenlerdir. Kendilik saygısının azalmasının yanı sıra hastalarda sıklıkla demoralizasyon, sosyal uyumda bozulma, suçluluk ve utanç duygularında artışa da neden olmaktadır. İçselleştirilmiş damgalamanın en önemli sonuçlarından biri bu duygu nedeni ile hastaların kendilerini toplumda hak ettikleri yerde, hatta topluma ait hissedememelerine neden olmasıdır. Hastalar hastalık etkilerinden bağımsız olarak eski toplumsal ve mesleki rollerine tekrar dönememektedir. Damgalanma algısı hastalarda psikolojik nedenli kendini toplumdan soyutlamaya ve davranışsal kaçınmaya yol açmaktadır. Toplumda eski işlevselliğine dönemeyen ve toplumsal bağları zayıflayan hastalar da daha fazla damgalanmaktadır (1).

Toplum damgalamasında olduğu gibi içselleştirilmiş damgalama da, kalıp yargılar, ön yargıları ve ayırımı kapsamaktadır. İlk olarak, ön yargıları kendilerine dönüştüren kişiler, toplumdaki kalıp yargıları onaylarlar: " bu doğru, güçsüzüm ve kendime bakamıyorum" gibi. İkinci olarak, kişisel önyargılar olumsuz duygusal tepkilere neden olur; özellikle,

benlik saygısında ve öz yeterlilikte azalma ortaya çıkar. Ayrıca kişisel önyargılar davranışsal yanıtlara dönüşür. Ön yargılarından dolayı ruhsal hastalığı olan bireyler, çalışmayı ve bağımsız yaşama fırsatlarını sürdürmeyi bırakırlar (3). Hemşireler hastaların hastalıklarıyla ilgili olarak başvurdukları bu önyargıları, kalıp yargıları ve olumsuz inançları ortaya çıkararak ve bunların hasta üzerindeki etkilerini belirleyerek içselleştirilmiş damgalamayı azaltmada hastaya yardımcı olabilirler. İçselleştirilmiş damgalama, bireyler ona karşı koyan araştırmaya dayalı bilgiyi öğrendikleri zaman güçsüzleşecektir. İçselleştirilmiş damgalaması olan bireyleri ruhsal hastalıklar konusunda eğitmek, onların olumsuz inançlarına karşı çıkmalarına yardımcı olacaktır (4). Bu nedenle hemşireler hastaların hastalıkla ilgili bilgi düzeylerini değerlendirip, doğru bilgilendirmeleri yaparak da içselleştirilmiş damgalamayı azaltmada etkili olabilirler. Hastaların içselleştirilmiş damgalama düzeyini ve içselleştirilmiş damgalamanın hasta üzerindeki etkilerini belirlemek psikiyatri hemşireliğinin bakım verme rolü ve hasta haklarını korumaya yönelik rollerinin bir gereğidir. Böylelikle hemşire hastasını içselleştirilmiş damgalamanın olumsuz etkilerinden koruyabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Damgalama, İçselleştirilmiş Damgalama, Hemşirelik

### **Kaynaklar**

- 1- Taşkın, O. (2007), İçselleştirilmiş Damga ve Damgalanma Algısı. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama.Ed: Taşkın, O. Meta Basım ve Matbaacılık, İzmir, ss:31-40.
- 2- Boyd-Ritsher, J., Otilingam, PG., Grajales, M.(2003), Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. Psychiatric Research, 121:31-49.
- 3- Rüşch, N., Angermayer, MC., Corrigan, PW. (2005), Mental illness stigma. Concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. European Psychiatry, 20:529-539.
- 4- Watson AC., Corrigan PW. The Impact of Stigma on Service Access and Participation. <http://www.bhrm.org/guidelines/stigma.pdf> (Erişim Tarihi: 20.03.2010).

### **P.36 İNFERTİL BİREYLERDE UMUTSUZLUĞUN BELİRLENMESİ**

Bil. Uzm. Maral Kargın<sup>1</sup>, Öğr. Gör. Dr. Satı Ünal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

### **ÖZET**

**Amaç:** İnfertilite ekonomik olarak pahalı, tanı ve tedavi işlemleri nedeniyle de zor ve karmaşık bir durumdur. infertilite; bir sağlık sorunu olarak değil bir kusur/eksiklik olarak algılanan ve toplum içinde paylaşımı zor bir yaşam krizidir. Sonuçta ekonomik, fiziksel ve sosyal yönden sıkıntılara neden olan infertilite bireyleri duygusal yönden de olumsuz etkilemekte ve psikolojik sorunlara neden olmaktadır. İnfertilitede yaşanan psikolojik sorunlar, uygulanan tedavinin başarısını düşürmekte ve tedavinin yarıda bırakılmasına neden olmaktadır. Bu nedenle infertil bireylerde umutsuzluğun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesinin; koruyucu önlemlerin alınması ve tedavi başarısının artırılmasına katkı sağlayabilir. Bu araştırma infertil bireylerde umutsuzluğun belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Kesitsel tipte olan bu çalışmanın örneklemini, bir özel dal ve bir üniversite hastanesine bağlı iki in vitro fertilizasyon merkezine Mayıs-Eylül 2008 tarihleri arasında başvuran, olasılıksız örneklem yöntemiyle belirlenen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 609 birey oluşturmuştur. Veriler, sosyo-demografik özelliklerle ilgili sorulardan oluşan "Bilgi Formu" ve "Beck Umutsuzluk Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

**Bulgular:** Kadınlarda yaş, evlilik ve çocuk isteme süresi ile umutsuzluk düzeyi; erkeklerde ise çocuk isteme süresi ile umutsuzluk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). Sosyal güvencesi olmayan, gelir durumu kötü ve ilkökul mezunu olan erkek ve kadınların daha fazla umutsuzluk yaşadığı belirlenmiştir (p<0.05).

**Tartışma:** Araştırmada erkeklerin aksine, infertil kadınlarda yaş ve evlilik süresi ile umutsuzluk düzeyi arasında önemli bir ilişki bulunmuş, yaş ve evlilik süresi arttıkça

umutsuzluk düzeyinin de arttığı görülmüştür. İnfertilite tedavisinde kadının yaşı erkeğin yaşından daha önemli görülmekte ve tedaviye yön veren bir değişken olabilmektedir (1,2). Kadınların doğurganlık dönemlerinin erkeklere göre daha kısa olması ve belli bir yaştan sonra infertilite tedavisinin yapılmaması nedeni ile böyle bir sonuç çıktığı düşünülmektedir. Araştırmada infertil kadın ve erkeklerin çocuk isteme süresi arttıkça umutsuzluk düzeylerinin arttığı görülmektedir. Benzer şekilde, kadınlarda infertilite süresi arttıkça depresyon, ve anksiyetenin arttığı saptanmıştır (3). Eğitim düzeyi düştükçe, infertiliteye ilişkin olumsuz algı ve psikolojik sorunların yaşanma düzeyi artmaktadır (4). Çalışmamızda da ilkökul mezunu olan kadın ve erkeklerin lise ve üniversite mezunu olanlara göre daha fazla umutsuzluk yaşadığı görülmüştür. Sosyal güvencenin varlığı infertilite tedavisi gibi yüksek maliyetli bir tedaviden yararlanmayı etkileyen önemli faktörlerden biridir (5). Sosyal güvencesi olmayan bireylerde tedavi maliyeti daha da artmaktadır. Bireyler bu maliyeti karşılayamadıklarında psikolojik olarak olumsuz etkilenmektedirler (6). Araştırmada sosyal güvenceye, orta veya iyi düzeyde gelir durumuna sahip olan bireylerin daha az umutsuzluk yaşamaları mevcut literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İnfertilite, sosyo-demografik özellikler, umutsuzluk

### **Kaynaklar**

1. Lau WNT, So WWK, Yeung WSB, Ho PC. The effect of ageing on female fertility in an assisted reproduction programme in Hong Kong: retrospective study. Hong Kong Med J 2006; 6(2):147-52.
2. Stanford JB, Parnell TA, Boyle PC. Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice. J Am Board Fam Med 2008; 21(5):375-384.
3. Guz H, Ozkan A, Sarisoy G, Yanik F, Yanik A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology. 2003; 24(4): 267-71.
4. Kavlak O, Saruhan A. İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi 2002; 41(4):229-232.
5. Akyüz A, Sever N. Reasons for infertile couples to discontinue in vitro fertilisation (IVF) treatment. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2009; 27(3): 258-68.
6. Abbey A, Halman JL, Andrews M F. Psychosocial treatment and demographic predictors of the stress associated with infertility. Fertil Steril. 1992; 57(1): 122-8.

### **P.37 İNFERTİL KADINLARI PSİKOLOJİK OLARAK ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Öğr. Gör. Dr. Satı Ünal<sup>1</sup>, Bil. Uzm. Maral Kargın<sup>2</sup>, Doç. Dr. Aygül Akyüz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

<sup>2</sup>Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri

<sup>3</sup>GATA Hemşirelik Yüksekokulu

### **ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışma infertilite polikliniğine başvuran kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç Ve Yöntem:** Kesitsel tipte olan bu çalışmanın örneklemini, bir özel dal ve bir üniversite hastanesine bağlı iki IVF merkezine Mart-Eylül 2008 tarihleri arasında başvuran, olasılıksız örneklem yöntemiyle belirlenen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 344 kadın oluşturmuştur. Veriler, sosyo-demografik özelliklerle ilgili sorulardan oluşan Bilgi Formu ve İnfertilite Etkilenme Ölçeği (İEÖ) kullanılarak toplanmıştır. İEÖ, kadınların infertiliteden psikolojik olarak etkilenme düzeyini göstermekte olup, alınan puanın yüksek olması infertiliteden etkilenme düzeyinin de yüksek olması anlamına gelir.

**Bulgular:** Kadınların İEÖ puan ortalaması 39,0±9,6'dır. Yaş (r=0.106, p=0.048), evlilik süresi (r=0.232, p<0.001) ve çocuk isteme süresi (r=0.217, p<0.001) ile İEÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkiler bulunmuştur. İlkokul mezunu olan ( $\chi^2=13.03$ , p=0.004), çalışmayan (Z=-2.662, p=0.007), sosyal güvencesi olmayan (Z=-2.302, p=0.02) ve gelir durumu kötü olan ( $\chi^2=24.85$ , p<0.001) kadınların İEÖ puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir.

**Tartışma:** Çalışmamızda infertilite sorunu yaşayan kadınların yaş, evlilik süresi ve çocuk sahibi olmayı isteme süresi arttıkça infertiliteden etkilenme düzeylerinin de arttığı görülmüştür. Kadının yaşı ile infertilite tedavisinin başarısı arasında oldukça önemli bir ilişki vardır (1,2). Kadının yaşının, evlilik ve infertilite süresinin artmasının çocuk sahibi olma umutlarının giderek azalmasına, bu nedenle de stresin artmasına yol açtığı düşünülmektedir.

Diğer bir çalışmada çocuk isteme süresi 3-4 yıl olan kadınların yalnızlık düzeyinin, çocuk isteme süresi 1-2 yıl olanlardan önemli ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır (3). İlkokul mezunu olan kadınların infertiliteden lise ve üniversite mezunu olan kadınlara göre çalışmayan kadınların çalışan kadınlara göre infertiliteden daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Bu durumda iyi eğitim almış olmanın ve çalışıyor olmanın, infertilite ile baş etmeyi kolaylaştırıcı ve kadını destekleyici bir sosyal çevre yarattığı söylenebilir (4). Çalışmamızda sosyal güvencesi olmayan kadınların, sosyal güvencesi olan kadınlara oranla; gelir durumunu "kötü" olarak nitelendiren kadınların, gelir durumunu "orta" ya da "iyi" olarak belirten kadınlara oranla infertiliteden daha fazla etkilendikleri saptanmıştır. Diğer çalışmalar da tedavinin finansal yükünün çocuksuz kadınların ruh sağlığını bozduğunu (5), gelir durumu yükseldikçe depresyonun (4), psikolojik sıkıntı (6) ve yalnızlık düzeyinin (3) azaldığını göstermektedir.

**Sonuç:** Bu çalışmada elde edilen bulgular; yaş, evlilik süresi, çocuk isteme süresi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence ve gelir durumunun infertiliteden etkilenme düzeyinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir. İnfertilite tedavi merkezine başvuran kadınların değerlendirilmesinde ve destekleyici yaklaşımların planlanmasında, infertiliteden psikolojik olarak etkilenmede belirleyici olan bu özelliklerin dikkate alınmasının tedavi başarısını arttırabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İnfertilite, kadın, psikoloji, İEÖ

#### **Kaynaklar**

1. Lau WNT, So WWK, Yeung WSB, Ho PC. The effect of ageing on female fertility in an assisted reproduction programme in Hong Kong: retrospective study. Hong Kong Medical Journal. 2006; 6(2): 147-52.
2. Stanford JB, Parnell TA, Boyle PC. Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice. Journal of the American Board Family Medicine 2008; 21(5): 375-84.
3. Kavlak O, Saruhan A. İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi. 2002; 41(4): 229-32.
4. Özkan M, Baysal B. Emotional distress of infertile women in Turkey. Clinical and Experimental Obstetrics Gynecology. 2006; 33(1): 44-6.
5. Upkong D, Orji E. Nijerya'daki İnfertil Kadınlarda Ruh Sağlığı. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006; 17(4): 259-65.
6. McQuillan J, Greil AL, White L, Jacob MC. Frustrated Fertility: Infertility and psychological distress among women. Australian Journal of Marriage Family. 2003; 65(4): 1007-18.

### **P.38 JİNEKOLOJİK MUAYENEYE GELEN KADINLARDA OLUŞAN ANKSİYETEYE BAZI DEĞİŞKENLERİN ETKİSİ**

Birsen Altay, Bahar Kefeli

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksek Okulu

#### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Jinekolojik muayene 15-49 yaş grubu kadınların sıklıkla başvurdukları bir yöntem olup, anksiyete, jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda en sık karşılaşılan psikolojik problemlerdendir. Araştırma, jinekolojik muayene için başvuran kadınlarda oluşan anksiyeteye bazı değişkenlerin etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki bu araştırma 1 Mart- 30 Mayıs 2009 tarihleri arasında Samsun'da özel bir doğum hastanesinde yapılmış olup, örnekleme bu tarihler arasında hastaneye jinekolojik muayene için gelen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan

121 kadın alınmıştır. Çalışmaya alınan hastalar anket konusunda bilgilendirilmiş ve onlardan gönüllü onayı alınmıştır.

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan, sosyo-demografik değişkenleri ve kadınların gebelik ve jinekolojik muayene ile ilgili tanıtıcı bilgileri içeren görüşme formu ile anksiyete düzeylerini belirlemek için Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik hesaplaması, Student t-testi ve one way ANOVA yöntemleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; Hastaların %50,4'ünde düşük anksiyete puanı, %32,2'sinde yüksek anksiyete puanı ve %17,4'de orta anksiyete puanı görülmüştür. Anksiyete düzeylerinin hastaların eğitim, seviyeleri ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Yaşın, eğitim durumunun, çalışılan işin, anne baba eğitimi ve çalışma durumu ile anksiyete puan ortalamaları arasında etkileşim belirlenmemiştir ( $p>0.05$ ). Doktor seçiminin, jinekolojik muayeneyi reddetme nedeninin, muayene esnasında yaşanan duyguların ve sağlık personelinin beklenti durumunun boyutlarının anksiyete düzeyini anlamlı olarak yükselttiği saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Tartışma:** Çalışmamızda kadınlar, muayeneye geldikleri zaman utanma, ağrıdan korkma, mahremiyet, erkek doktordan çekinme gibi nedenlerden dolayı anksiyete yaşadıkları bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur (1,2,3). Jinekolojik muayene öncesi, sırası ve sonrasında sağlık personelinin tutum ve davranışı çok önemlidir. Jinekolojik muayene deneyiminin kadın açısından olumlu olması, kontrollere ve muayeneye gelmeyi cesaretlendiricidir. Buna göre kadınlara normal poliklinik uygulamasından birkaç dakika önce zaman ayrılması ile verilecek hemşirelik yaklaşımının muayene sırasındaki anksiyetelerinin azaltılabildiği düşünülmüştür. Hemşirelerin bu doğrultuda eğitilmeleri önerilebilir

**Anahtar kelimeler:** Kadın, jinekolojik muayene, anksiyete, hastane

#### Kaynaklar

- 1.Mete S. Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda oluşan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998, 2 (2):1-8.
2. Erbil N, Şenkul A, Sağlam Y, Ergül N. Jinekolojik muayene öncesinde Türk kadınların anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi 2008; 5 (1) :1-13.
3. Budakoğlu İ, Maral I, Coşar B, Biri A, Bumin MA. 15 yaş üzeri kadınlarda anksiyete sıklığı ve gelişimini etkileyen faktörler. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2005; 2(2): 92-97.

#### P.39 KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ACİL SERVİSİNE GELEN KADINLARIN VÜCUT ALGISI, BENLİK SAYGISI VE EVLİLİK UYUMLARI

Ebe Zübeyde Denizci<sup>1</sup>, Arş. Gör. Ummahan Yücel<sup>2</sup>, Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Bilge<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

#### ÖZET

**Amaç:** Hastanelerin acil servisleri başvuruların rastlantısal olarak ortaya çıktığı ve hastaların kabul edilmesi zorunlu olan servislerdir (1). Acil servis hizmetleri sağlık hizmetleri içerisinde önemli bir unsurdur (2). Kadınların acile başvuruları gerçekten sağlık gereksinimleri olmasının yanında sağlık gereksinimi dışında kendini ifade etme aracı olarak kullanılabilir. Bu çalışmada bir eğitim ve araştırma hastanesi kadın hastalıkları ve doğum acil servisine başvuran kadınların vücut algısı, benlik saygısı ve evlilik uyumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırma İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Acil Servisine başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar ile (n=94) yapılan nedensel ve kesitsel bir çalışmadır. Araştırmada veriler; Birey Tanıtım Formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Vücut Algısı Ölçeği ve Evlilik Uyum Ölçeği ile toplanmıştır (3,4,5). Çalışmada uygun hasta ölçütleri olarak acil serviste hemen veya

gözlem sonrası hastaneye yatırılan ve kısa süreli gözlem sonrası ayaktan tedavi edilen hastalar kabul edilmiştir (2).

**Bulgular:** Araştırma bulgularına göre; kadınların yaş ortalaması  $29.5 \pm 9.3$ 'tür. Kadınların %39.4'ü ilkökul mezunu, %60'ı ev hanımı, %88'i sağlık güvenceli ve %45'i ise gebedir. Gebelerin %17'si kanama, %23'ü ise karın ve kasık ağrısı nedeni ile başvurmuşlardır. Acil hekimi muayenesi ardından kadınların %62'si polikliniğe yönlendirilmiş, %38'i gözlem altına alınmış ve yatış endikasyonu olanların ise yatışı yapılmıştır. Doktor muayenesi sonrası polikliniğe yönlendirilen kadınlar ile gözlem altına alınan ve yatışı yapılan kadınların benlik saygısı, vücut algısı ve çift uyumları karşılaştırılmış, polikliniğe yönlendirilenlerin benlik saygısı dışında vücut algısı ( $p=0.03$ ) ve çift uyumları ( $p=0.01$ ) puan ortalamaları istatistiksel açıdan düşük ve anlamlı bulunmuştur.

**Tartışma:** Acil servisi kullanan kadınların çoğunluğunun eğitim seviyesinin düşük olduğu ve yarısından fazlasının ev hanımı olduğu saptanmıştır. Kadınların beşte üçü polikliniğe yönlendirilmiştir. Bu araştırma sonucunda polikliniğe yönlendirilen kadınların benlik saygıları düşük, vücudundan hoşnut olmayan ve evlilik uyumlarının acil gereksinimi olan kadınlardan daha kötü olduğu saptanmıştır. Edirne ve ark. (2008) belirttiği gibi acil servis hizmetlerinin uygun olmayan hastalar tarafından kullanılması evrensel bir sorundur(2). Bunun nedenleri arasında; hizmet kullanan bireylerin özellikleri ve sağlık hizmet sunumundan kaynaklanan pek çok faktör yer almaktadır. Bu araştırma bulgularına göre hizmet kullanımından kaynaklanan nedenlerden biri de kadınların bazı sekonder gereksinimlerinin olabileceği söylenebilir.

**Sonuç:** Polikliniğe yönlendirilen kadınların benlik saygıları düşük, vücudundan hoşnut olmayan ve evlilik uyumlarının acil gereksinimi olan kadınlardan daha kötü olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma sonucundan yola çıkarak acil servis hizmetlerini kullanan kadınların başvuru nedenleri ve gerçek acil hizmet gereksinimlerinin daha ayrıntı incelenmesi önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Kadın hastalıkları, doğum acil servisi, vücut algısı, benlik saygısı, evlilik uyumları

#### **Kaynaklar**

1. Çiftçi H, Topoyan M, (2004) Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi, [http://kisi.deu.edu.tr/mert\\_topoyan/dosyalar/ciftci-topoyan.pdf](http://kisi.deu.edu.tr/mert_topoyan/dosyalar/ciftci-topoyan.pdf).
2. Edirne T, Edirne Y, Atmaca B, Keskin S. (2008). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis Hastalarının Özellikleri, Van Tıp Dergisi: 15:4;107-111.
3. Uçar T, Uzun Ö. (2008). Meme Kanseri Kadınlarında Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Meme Sağlığı Dergisi, 4:3;162-168.
4. Fışıoğlu H, Demir A (2000). Applicability of the Dyadic Adjustment Scale of Marital Quality with Turkish Couples. Eur J Psychol Assessment, 16: 214-218.
5. Çuhadaroğlu F (1985) Gençlerde benlik saygısı ile ilgili bir araştırma. XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nöroloji Bilimleri Kongresi, Mersin

#### **P.40 KAHRAMANMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA, MARAŞ OTU, ALKOL, MADDE KULLANIMI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Meral Miraloğlu, Feray Dal, Nihal Aloğlu, Firdevs Çevik, Ali Özer

#### **ÖZET**

**Amaç:** Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi'nin çeşitli bölümlerinde okuyan öğrencilerin sigara, alkol, Maraş otu ve madde kullanım sıklığı hakkındaki durumlarının öğrenilmesi ve elde edilen sonuçlara göre sigarayla ve diğer maddelerle mücadele programı oluşturulması planlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırma Mart-Haziran 2009 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi'nde yapılmıştır. Çalışmaya KSU'de okuyan ve anketimize katılmayı kabul eden 1101 öğrenci dahil edilmiştir. Literatür bilgisinden yararlanılarak hazırlanan ve 28

sorudan oluşan anket formu, öğrencilere verilerek doldurulması istenmiştir. İstatistiksel analizler için ki kare testi kullanılmıştır ve  $p < 0.05$  değeri anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Ankete katılan öğrencilerin sadece 251'i (%22,8) Kahramanmaraşlıdır. Araştırmaya katılan 1101 öğrencinin; 532'si erkek (%48,4) ve yaşları  $21,3 \pm 1,97$ , 567'si (% 51,6) kız ve yaşları  $20,8 \pm 1,77$  dir. Öğrencilerin 262 (%23,8)'si Tıp fakültesi ve Sağlık Yüksek Okulu'nda, 86 (%7,8)'sı İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'nde, 141 (%12,8)'i Mühendislik Fakültelerinde, 39 (%3,5)'u Eğitim fakültelerinde, 445 (%40,4)'i Fen-Edebiyat Fakültesinde, 111 (%10,1) Meslek Yüksek okullarında okumaktadır.

Erkek öğrencilerin 165'i (%31) ve kızların 46'sı (%8,1) sigara içtiğini ( $p < 0.001$ ), Erkek öğrencilerin 114'ü (%21,4) ve kızların 26'sı (%4,6) alkol kullandığını ( $p < 0.001$ ) ve erkeklerin %13,2'si ve kızların ise sadece %0,2'si ( $p < 0.001$ ) Maraş otu kullandığını ifade etmiştir.

Maraşlı öğrencilerde; Maraş otu kullanmayan ailelerin çocuklarında Maraş otu kullanım oranı %6,7 iken, kullanan ailelerin çocuklarında Maraş otu kullanım oranı anlamlı derecede daha yüksek %22,6 ( $p = 0.002$ ) olduğu gözlenmiştir. Maraş dışından gelen öğrencilerde Ailenin Maraş otu kullanımı çocuklarının kullanım oranlarıyla ilişkili bulunmamıştır ( $p = 0.218$ ). Okunan fakültele göre sigara içme, Maraş otu kullanma oranları meslek yüksek okulunda en yüksek olduğu gözlenmiştir.

**Sonuç:** Sigara, alkol, Maraş otu ve madde kullanımı yalnız bireysel değil aynı zamanda sosyal sorunlar yaratması nedeniyle toplum sağlığını tehdit eden en ciddi sorunlardan biridir. Bu sorunun yarattığı morbidite ve mortaliteye tamamıyla önlenebilir niteliktedir. Maraş otu kullanımı ise kolay temin edilmesi ve yasal olarak bir sorun teşkil etmediği için Maraşlı öğrenci ve aileleri arasında sıkça kullanılmaktadır. Yine Tıp Fakültesi öğrencilerinde alkol, sigara, Maraş otu ve uyuşturucu madde kullanımı anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu da bize Tıp Fakültesi öğrencilerinin aldıkları eğitimle paralel olarak bu konuda daha duyarlı olduklarını göstermektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sigara, Maraş otu, Alkol, Madde bağımlılığı

#### **Kaynak**

1-Doğan YB. Bağımlılık kavram ve anlayışı. Dilbaz HN; ed. Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı. Ankara; 1998:1-8.

2-Kocabaş A. Türkiye'de sigara içme yaygınlığı ve bazı özellikleri. Sigara ve Sağlık 1. baskı, İstanbul: MEB Yayınları; 1994:15-8.

3- Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması raporu, PİAR, Ocak 1988.

#### **P.41 KANSER AĞRISI DENEYİMLEYEN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE BAŞETME TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzm. Hemş. Derya Subaşı<sup>1</sup>, Yrd.Doç.Dr. Serpil Türkleş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

<sup>2</sup>Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

#### **ÖZET**

**Giriş:** Kanser ağrısı hastanın yaşamının her alanında zararlı ve bozucu etkiye sahiptir ve yaşam kalitesine etki eden çok önemli bir faktördür. Hastaların yaşamlarını ağrılar ve acılar içerisinde geçirmeleri hem bir sağlık sorunu hem de bir sosyal sorun olarak kabul edilmektedir. Kanser hastası olan bireylerin hastalık ve onun yarattığı etkilerle baş etmelerinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir (1,2).

**Amaç:** Bu çalışma Mersin Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Algoloji Polikliniğinde tedavi gören hastaların yaşam kalitesi ve baş etme tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Çalışma, 1 Temmuz - 1 Aralık 2009 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ağrı Polikliniğinde kanser ağrısı nedeniyle tedavi gören hastaların yaşam kaliteleri ve baş etme tutumlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ağrı Polikliniğinde

kanser ağrısı nedeniyle en az bir aydır tedavi gören, ruhsal açıdan sorunu olmayan, 18-65 yaş arası, en az okur-yazar olan, araştırmaya katılmaya gönüllü, görme ve işitme engeli olmayan, işbirliğine açık 140 hasta oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından literatüre uygun olarak geliştirilen Sosyodemografik bilgi ve klinik görüşme formu, Kısa Form 36 (SF-36) Sağlık Taraması, COPE Baş Etme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Görsel Analog Skala (GAS) ile toplanmıştır. Elde edilen veriler Independent Samples t test ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamızda hastaların ortalama yaşının  $55.32 \pm 10.39$ , %57.1'inin erkek, %61.4'ünün evli, %47.1'inin okur-yazar, %84.3'ünün il merkezinde yaşadığı, %67.1'inin gelir getiren bir işi bulunduğu belirlenmiştir. Hastaların %41.4'ünün 6-10 aydır ağrı deneyimlediği, %23.6'sı sırt, bel ve sakrum bölgesinde ağrı yaşadığı, %60'ünün 1-4 aydır ağrı tedavisi gördüğü belirlenmiştir. Hastaların %17.9'unun akciğer kanseri olduğu ve %80.7'sinin kanser tedavisi gördüğü ve %42.1'inin kanser evresinin "III" olduğu görülmüştür. Hastaların %96.5'inin ağrı tedavisinden önce kansere ilişkin tedavi gördüğü, %66.4'ünün kemoterapi aldığı ve %60.7'sinin kanser olduğunu bilmediği belirlenmiştir. GAS puanlarının ortalama  $6.82 \pm 1.76$  olduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesinin yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, yalnız yaşama, gelir getiren işe sahip olma, ağrı süresi, tedavi süresi, kanser evresi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Baş etme tutumlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanan bölge, ekonomik düzey, ağrı süresi, ağrı bölgesi, tedavi süresi ve kanser evresi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesi ile baş etme tutumları arasında en güçlü ilişki enerji yorgunluk puanı ve sorun odaklı baş etme arasında bulunmuştur.

**Sonuç:** Çalışmamıza dahil edilen hastaların önemli bir kısmının evre III ve evre IV olması ve kanserle ilgili tedavi gördükten sonra ağrı tedavisi görmesi nedeniyle kanser tanısı konan hastaların erken dönemde ağrı polikliniğine yönlendirilmeleri; hastalık sürecinde hastanın yanında olan ailenin, hastanın yaşam kalitesi ve baş etme becerilerinde olumlu etkisi nedeniyle ağrı polikliniklerinde hasta ve ailelerine yönelik destek gruplarının oluşturulması ve ağrı polikliniklerinde tedavi gören hastaların belirli aralıklarla ağrı şiddeti, yaşam kalitesi, ruhsal ve psikososyal değerlendirmelerinin rutin bir şekilde yapılması ve bu değerlendirmede psikiyatri hemşirelerinin görev alması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Ağrı, Baş Etme Tutumları, Kanser Ağrısı, Yaşam Kalitesi

#### Kaynaklar

1. Erdine S., Onat H., Mandel N. M., (ed), Kanser Hastasına Yaklaşım: Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002. ss. 261-274.
2. Lin C.C. (2003) Barriers to the analgesic management of cancer pain: a comparison of attitudes of Taiwanese patient and their family caregivers. Pain. 88(1): 7-14.

#### P.42 KORONER ARTER HASTALARINDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Uzm.Hem Ayşegül Savaşan, Yük.Hem. Mine Ayten, Prof.Dr. Oktay Ergene  
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

#### ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır<sup>1</sup>. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimidir<sup>2</sup>. Hastalıklardan korunmada, erken tanı ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir<sup>2</sup>. Yapılan çalışmalar, ölümle sonuçlanan hastalıkların yarısında sağlığa zarar veren davranışların rol oynadığını göstermektedir. Bu durum hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan sağlıklı yaşam biçiminin önemini ortaya çıkarmaktadır<sup>1</sup>. Koroner Arter Hastalığı (KAH) gelişmiş ülkelerde mortalite ve morbidite nedenlerinin başında yer



almaktadır. Hastalığın oluşumunda ve gidişinde önemli risk etmenleri arasında sigara alışkanlığı, şişmanlık, diyabet, tedaviye uyum, fiziksel aktiviteye uyumsuzluk ve kolesterol yüksekliği yer almaktadır<sup>3</sup>. Koroner arter hastaları için sağlıklı yaşam biçimi davranışları, risk faktörlerini kontrol altına alma ve kendi sağlıkları üzerindeki kontrolü artırmaları açısından önem taşımaktadır. Bu düşünceden hareketle araştırmanın amacı, koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bunları etkileyen faktörleri incelemektir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği'nde 2009 Ekim-2010 Ocak aylarında yatarak tedavi gören, KAH tanısı almış 175 birey ile yapılmıştır. Araştırma verileri Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD) ve araştırmanın amacına uygun olarak hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu ile toplanmıştır<sup>2</sup>.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının  $57.16 \pm 11.08$  olduğu; %77.1'inin erkek, %22.9'unun kadın; %76.6'sının evli; %40.6'sının ilkokul mezunu; hastalık yıl ortalamasının ise  $2.54 \pm 5.04$  olduğu; %35.4'ünün sigara, %29.7'sinin alkol kullandığı; %44.6'sının fiziksel sağlığını, %40.0'inin ruhsal sağlığını "iyi" olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Hastaların SYBD puan ortalaması  $128.26 \pm 21.72$ 'dir. Boş zaman aktivitesi olarak spor yapanların puan ortalamasının ( $139.89 \pm 22.10$ ) spor yapmayanlara ( $126.85 \pm 21.32$ ) göre yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması  $20.67 \pm 5.13$ ; hastaneye yatma deneyimi olanların ( $21.20 \pm 5.22$ ) olmayanlara ( $19.37 \pm 4.71$ ) göre sağlık sorumluluğu puanının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Fiziksel aktivite alt ölçek puanı  $13.74 \pm 4.96$ 'dır. Spor yapanların ( $19.42 \pm 5.04$ ) spor yapmayanlara göre ( $13.05 \pm 4.49$ ) fiziksel aktivite puanı yüksek olup, aradaki fark anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Beslenme alt ölçek puanı  $22.26 \pm 4.64$ 'dir. Ruhsal sağlığı değerlendirme durumu, boş zaman aktivitesi olarak televizyon seyretme ve alışveriş yapmanın beslenme puanı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Manevi gelişim alt ölçek puanı  $26.16 \pm 4.94$ ; etkili faktörler ise cinsiyet, ekonomik durum değerlendirmesi ve ruhsal sağlığı değerlendirme durumlarıdır. Stres yönetimi alt ölçek puanının  $18.78 \pm 4.15$ 'dir. Erkeklerin stres yönetimi puanları ( $19.29 \pm 4.25$ ) kadınlara ( $17.05 \pm 3.31$ ) göre yüksek olup, aradaki fark anlamlıdır. Spor yapanların ( $21.10 \pm 4.48$ ) yapmayanlara ( $18.50 \pm 4.04$ ) göre stres yönetimi puanının yüksek olduğu, aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanı ise  $26.62 \pm 4.73$ 'tür. Bu alt ölçek puan ortalaması ile bireysel özellikler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

**Sonuç:** Sonuçlar üzerinde etkili olan faktörlerin belirlenmesine yönelik, daha geniş örneklerde yeni çalışmaların yapılması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Koroner arter hastalığı, sağlıklı yaşam biçimi

#### **Kaynaklar:**

- 1- Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3(7): 90-105
- 2- Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kısıl A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 12(1):1-12
- 3- Sarandöl A. Koroner arter hastalığı ve depresyon. Birinci Basamak İçin Psikiyatri, 2003; 3(2): 23-30

### **P.43 KRONİK PSİKİYATRİ HASTALARININ AİLELERİ İLE İLGİLİ YAPILAN ÇALIŞMALARIN SİSTEMATİK OLARAK İNCELENMESİ**

Yard.Doç.Dr. Zekiye Çetinkaya Duman<sup>1</sup>, Öğr.Gör. Kerime Bademli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

<sup>2</sup>Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu

#### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Kronik psikiyatri hastaları aile içinde ve toplumda kendilerinden beklenen rolleri yerine getirmede zorluk yaşamakta ve sürekli olarak aile bakımı ve desteğini almak zorunda kalmaktadır(5). Kronik ruhsal hastası olan ailelerin yaşadıkları güçlüklerle baş edebilmeleri için bilgi ve desteğe gereksinimi vardır. Aileler ile yapılan müdahale çalışmalarında hasta ve aileler üzerine olumlu etkileri kanıtlanmasına rağmen ailelerin ruh sağlığı uzmanlarından yeterli yardım alamadıkları bilinmektedir (8). Ülkemizde ise kronik psikiyatri hastalarının ailelerine yönelik tanımlayıcı ve müdahale çalışmalarının mevcut durumunu ve yönelimini gösteren bir bilgiye rastlanamamıştır. Aile çalışmalarının mevcut durumunun belirlenmesi bu alanda çalışan araştırmacılara ne tür çalışmalara gereksinim olduğunu belirlemede yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmaları belirlemek ve bu alanda ne tür çalışmalara gereksinim olduğunu ortaya çıkarmaktır.

**Yöntem:** Türkiye’de kronik psikiyatri hastalarının aileleri ile ilgili yapılan çalışmaları belirlemek için Aralık 2009 ve Ocak 2010 tarihleri arasında TÜRK TIP DİZİNİ, TÜRK PSİKİYATRİ DİZİNİ, TURKISH MEDLINE, TURK MEDLINE veri tabanları ile YÖK tez merkezi taranmıştır. Tarama yapılırken anahtar sözcük olarak ‘aile’ ve ‘bakım veren’ kelimeleri kullanılmıştır. Yapılan tarama sonucunda dahil etme ve dışlama kriterlerine uygun toplam 31 çalışma değerlendirmeye alınmıştır.

**Bulgular:** Kronik psikiyatri hastalarının aileleri ile yapılan çalışmalardan değerlendirmeye alınan toplam 20 çalışmadan, 12’si doktorlar, 12’si hemşireler, 4’ü hemşire ve doktorlar, 2’si psikologlar tarafından ve 1 çalışma ise eğitim bilimlerinde yapılmıştır. Çalışmalardan, 23’ü tanımlayıcı, 7’si deneysel, 1’i metodolojik çalışmadır. Tanımlayıcı çalışmalarda, ailelerin ruhsal sağlık durumları, aile yükü, yaşam kalitesi, umutsuzluk, ailelerin tutumu, işlevsellikleri, duygu dışavurumu ve eğitim gereksinimleri tanımlanmıştır.

**Tartışma:** Kronik psikiyatri hastalarının aileleri ile ilgili yapılan çalışmaların sistematik incelemesi sonucunda, ailelerin işlevsellikleri, tutumları, duygu dışavurumları, eğitim gereksinimleri tanımlanırken aile yükü, baş etmeleri ve ailelerin ruhsal sağlıkları tanımlanmamıştır. Kronik psikiyatri hastalarının tedavisinde aileyi de tedavi sürecine katmak önemlidir. Rehabilitasyon süreci sadece hastalara yönelik müdahaleleri içermemeli ailelere yönelik müdahaleleri de içermelidir(3). Uygulanacak müdahalelerin kapsamını ise tanımlayıcı çalışmalar belirleyebilir.

Kronik şizofreni hastalarının ailelerine yönelik uygulanan psikososyal müdahalelerin meta analiz çalışmalarının sonucunda, psikososyal tedavilerin hastanın tekrar hastaneye yatışını azalttığı ve ilaç tedavisine uyumunu arttırdığı ve hastalığın tekrarlanma oranını %20 azalttığı belirtilmektedir(4,8). Ailelere yönelik uygulanan müdahaleler sonucunda, ailelerin ruhsal hastalığın nedenleri ve tedavisi hakkındaki bilgilerinin arttığı, yaşadıkları güçlüklerle daha kolay baş edebildikleri, kendilerini güçlü hissettikleri, olumsuz duygularının azaldığı, sosyal desteklerinin arttığı ve hasta birey hakkındaki kaygılarının azaldığı belirtilmektedir. Ülkemizde kronik psikiyatri hastalarının ailelerine yönelik uygulanan psikososyal müdahaleler ile ilgili yapılan çalışmalarda, ailelerin bakımda yaşadıkları güçlüklerin azaldığı ve stresle olumlu baş etmeler geliştirdikleri (7), aile işlevlerinde olumlu değişiklikler olduğu (2) ve hastaların ilaç tedavisi ve kontrol randevularına uyumunun arttığı (1) belirtilmektedir. Belirtilen olumlu etkilerine rağmen ülkemizde kronik psikiyatri hastalarının ailelerine yönelik, bakım verme sürecinde yaşadıkları zorluklarla baş etmelerini geliştirebilecek sistematik, planlı ve sürekliliği olan müdahale programları uygulanamamaktadır.

**Sonuç:** Bu derleme sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda ülkemizde kronik psikiyatri hastalarının ailelerinin yükü, hastalıkla baş etmeleri konularında eksiklikler belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan müdahale çalışmalarından 6 tanesinin yarı deneysel

çalışma olması ve bu konuda yapılan çalışmalardan sadece bir tanesinin randomize kontrollü çalışma olması bu ailelere yönelik ülkemizde kanıt düzeyi yüksek bilginin az olduğunu göstermektedir. Ayrıca kronik psikiyatri hastalarının aileleri ile ilgili yapılan tezlerin yayına dönüştürülmediği de önemli bir bulgudur.

Kronik psikiyatri hastalarının ailelerine sunulan hizmetler hakkında hastalar, aile üyeleri ve bu alanda çalışan uzmanların görüşleri incelenebilir. Ayrıca kronik psikiyatri hastalarının ailelerine yönelik müdahalelerin sürekliliğini sağlayacak modellerin yatan hasta ve polikliniklerle birlikte toplum ortamlarında çalışılması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik hastalık, aile çalışması

### **Kaynaklar**

1. Duman Ç.Z, Aştı N, Üçok A, Kuşcu MK. Şizofreni Hastalarına Ve Ailelerine "Bağımsız Yaşam Becerileri Ve Topluma Yeniden Katılım Programı Uygulaması Ve İzlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007;8: 91-99.
2. Dülgerler Ş. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. İzmir Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi . İzmir. 2004.
3. Kuşcu K. Rehabilitasyon süreci ve bakım vericilik: Zedeleyen mi yoksa iyileyen mi? Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi 2000; 8(Ek 4):30-34
4. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. Psychological Medicine 2002; 32: 763-782
5. Saunders JC. Families living with severe mental illness: A literature review. Issues in Mental Health Nursing 2003; 24: 175-198.
6. Schenk SAP, Lippincott R.C, Bennett C, Steigman P.J. Improving knowledge about mental illness through family-led education: the journey of hope. Psychiatric Services 2008;59;1: 49-56.
7. Tel H, Terakye G. Şizofrenik Hasta Ailelerine Yönelik Bir Psikoeğitimsel Yaklaşım Uygulama Denemesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(3): 133-142.
8. Walz GP, Leucht S, Bauml J, Kissling W ve ark. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia-a meta-analysis. Schizophrenia Bulletin 2001; 27: 73-92.

### **P.44 MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ HASTALARDA PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ**

Prof.Dr.Olcay Çam, Arş.Gör.Sevgi Nehir

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

#### **ÖZET**

Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal ve davranışsal sorunlar, hastanın uyumunu, bakımını yaşam kalitesini, tedavi sürecindeki maliyeti, hastalığın seyrini, mortaliteyi ve morbiditeyi olumsuz etkilemektedir. Kalp hastalıkları ve özellikle miyokard enfarktüsü (MI) psikiyatrik komplikasyonların en fazla geliştiği hastalıklardandır. Koroner kalp hastalığı, gelişmiş batılı ülkelerde gerek mortalite, gerekse morbidite nedeni olarak ilk sırada yer almaktadır. Türkiye'de de kalp hastalıkları ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır. 1990'dan itibaren Türk Kardiyoloji Derneği ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı işbirliği ile yedi coğrafi bölgenin, 59 yerleşim yerinde yürütülen Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması çalışmasına göre, 20 yaş ve üzerinde 29.5 milyon kişi ile yapılan tarama sonucuna göre; bu bölgelerde 1.860.000 kalp hastası bulunmaktadır. Türkiye`de 4 milyon kişinin arasında 1-1.5 milyon kişi günlük işlerini yapamayacak çok ciddi yetersizliğe sahip durumda ve ciddi tedaviye ihtiyacı olan hastalardır. Amerika Birleşik Devletlerinde yılda yaklaşık 1500000 insan MI geçirmekte ve tüm ölümlerin ¼ kadarı MI'ne bağlıdır (1,3).

MI geçiren hastalar aşırı derecede stresli bir döneme girerek anksiyete, depresyon, yorgunluk, irritabilite, konsantrasyon azlığı ve uykusuzluk sorunları yaşamakta ve yaşam

kalitesi etkilenebilmektedir. MI geçiren bireylerin yaşam kaliteleri; kişinin kişilik özellikleri ile birlikte hastalığı nedeniyle depresyon, anksiyete, stres, hastalığa yönelik bilgi gereksinimi, hastalığı kontrol altında tutabilme ve sosyal destek ihtiyacı gibi faktörlerden etkilenebilmektedir(2). MI geçiren hastalar 4-8 haftalık dönemde, eski yaşantılarına geri dönmede güçlük çekmekte, işini kaybetme, iş değiştirme ve boşanma gibi sosyal travmalarla karşılaşabilmektedir(2). Hasta sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusu yaşamaktadır. Bilgilendirme, krize erken müdahale ve psikolojik yönlendirme, psikopatolojinin gelişmemesi açısından çok önemlidir. Psikiyatrik tedavi ve bakım sadece yaşam kalitesini ve tedavi hizmetlerinin kalitesini arttıran psikososyal bir hizmet değil, her şeyden önce hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyen bir klinik tıp hizmetidir (2).

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği (KLPH) psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlığı olarak; hastaların yaşadığı duyguları anksiyete, depresyon, öfke gibi sözel ve sözel olmayan belirtilerini değerlendirmesi gereklidir. Bu yüzden hemşire; hastaya motivasyon ve duygusal destek sağlar, hastanın ihtiyacı olan girişimleri ve hedefleri geliştirmesine yardım eder. KLPH; gerçek veya potansiyel fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hastaların, primer koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyona kadar uzanan yelpazede ortaya çıkan "duygusal, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal" tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlığı olarak işlev görür. KLP hemşirelik bakımının temel hedefi; bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu şekilde etkilemektir. Koroner kalp hastalıkları için birincil korunmada, KLP hemşirenin amacı; risk faktörleri açısından kişileri değerlendirmek ve risk faktörlerini giderme veya azaltmaya yönelik bireylere olumlu sağlık davranışlarını kazandırmaktır. KLP hemşiresinin ikincil korunmada, hastada kardiyak olayın tekrar oluşmasını ve komplikasyonları önlemek, yaşam değişikliği oluşturma, stresi ve anksiyeteyi azaltmak, öfke kontrolünü sağlama, bilişsel kontrol sağlama, problem çözme ve gevşeme tekniklerini öğrenme, MI riskinin tekrarını önlemektir. Bu amaç çerçevesinde KLP hemşiresi; saptanan hedeflere ulaşmasında yardımcı olmak için gerekli yaşam biçimi değişiklikleri hakkında hastaya eğitim ve danışmanlık sağlar. KLP hemşiresinin üçüncül korunmada, Miyokard infarktüsü geçiren hasta kendisine önerilen sağlığı geliştirici davranışları benimsemesi ve bunları kendi yaşam biçimi şekline dönüştürmesi için öncelikle davranış değişikliği gerçekleştirmek ve hastalığa psikososyal uyuma katkı sağlayabilirler.

**Anahtar Kelimeler:** Miyokard enfarktüs, hasta, psikiyatri hemşireliği

#### **Kaynaklar**

- 1.Alpert J.S., Thygesen K., Antman E., Bassand J.P (2000) Myocardial infarction redefineda consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. J Am Coll Cardiol 36:959-69.
- 2.Güneş N, Sevim M., Özden S. (2002) Akut Miyokard Enfarktüsü Sonrası Depresyon ve Anksiyete Sıklığı, Türk Aile Hekim Dergisi, 6(2):69-72.
- 3.Onat A. (1992) Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması: 3. Kalp Prevelansı, Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması, 20;S.129-136.

#### **P.45 MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ HASTALARIN PSİKOSOSYAL UYUMLARI, DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Arş.Gör.Sevgi Nehir, Prof.Dr.Olcay Çam

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

#### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Kronik bir hastalık olan kalp yetersizliğinin birey, aile ve toplum üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilerin azaltılması ve hastaların hastalığa psikososyal uyumun arttırılması sürecinde hemşireler hastaların bireysel ve hastalığa ilişkin özelliklerini dikkate almalı ve hastaların psikososyal uyumunu geliştirmelerinde destek

sağlamalıdır. Bu çalışma, Miyokard İnfarktüsü (MI) geçiren hastaların psikososyal uyumları, depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

**Yöntem:** Ege Üniversitesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde Ekim-Aralık 2009 tarihleri arasında MI tanısıyla yatan ve Kardiyoloji polikliniğine ayaktan gelen toplam 86 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş, katılmayı kabul eden 86 hasta ile araştırma yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında, hastaların sosyo-demografik özelliklerinin yer aldığı "Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu", "Psikososyal Uyum Ölçeği", "Beck Depresyon Envanteri" ve "Beck Anksiyete Envanteri" kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, hastaların yaş ortalaması 57.50±10.43'dir. Hastaların %76.7'si erkek, %79.1'i evli, %40.7'si ilkokul mezunu, %94'ü ailesi ile yaşadığı, %95'inin sosyal güvencesinin olduğu, %50.0'ı gelir gidere göre eşit olduğu belirlenmiştir. Hastaların psikososyal uyum puan ortalamaları orta derecede iyi (48.51±16.57), depresyon puan ortalamaları düşük düzeyde depresyon 12.00±10.22, hastaların anksiyete puan ortalamaları düşük düzeyde anksiyete 11.00±11.32 olarak belirlenmiştir. Hastaların yaş ortalaması x=58'dir. Hastalar MI genç yaşlarda geçirdiklerinde, bekâr ya da yalnız yaşayanlarda, gelir durumu az olanlarda, stresle baş etmede güçlük yaşayanlarda psikososyal uyum puan ortalamaları ve depresyon puan ortalamaları yüksek, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). MI geçiren hastaların depresyon ve anksiyete puanları arttıkça, hastalığa psikososyal uyum puanları da artmaktadır. Hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamasının yüksek olması bireylerin hastalığına uyumlarını azaltmaktadır (p<0.01).

**Tartışma:** Çalışmamızda hastalarda depresif semptomların, anksiyetenin olması, MI geçiren hastaların önceki yıl içerisinde geçirilmiş stresli yaşam olayların yaşanması gibi psikososyal faktörlerin daha fazla Kalp hastalıklarının ortaya çıkması neden olduğu ve hastaların hastalığa psikososyal uyumunda güçlük yaşadığı. Carney ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da (2003), hastaların depresyon semptomlarının olması bireylerin MI geçirme riskini arttırdığı belirlenmiştir. Hansen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2002) MI geçiren erkeklerde önceki yıl içinde geçirilmiş kötü olay hikâyesi gibi stresli yaşam olaylarının yaşandığı belirlenmiştir. Yaptığımız çalışma bu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermiştir.

Hastaların erken yaşta MI geçirmiş olması, bekâr olması, eşten ayrılması, eşin ölümü gibi yaşam olayları ve durumların hastalığa psikososyal uyumu olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Bireylerin sosyal desteğinin yetersiz olmasının, bireylerin stresle baş etmede güçlük yaşamasına sebep olduğu ve MI geçirme riskini arttırdığı belirlenmiştir. Frasure-Smith ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2000); sosyal destek gereksiniminin karşılandığı hastaların; hastalığın yönetiminde daha etkin olduğu ve kalp hastalığı riskinin daha az olduğu belirlenmiştir.

MI geçirmiş hastaların psikososyal uyum ölçeğinin alt boyutlarından mesleki/iş çevresi alandaki olumsuz etkilenme; hastaların ekonomik sorunlar yaşamalarını, bu durum da hastaların hastalığa psikososyal uyumunu olumsuz etkilediği görülmüştür. Hastaların hastalık nedeni ile mesleki işlerinin etkilenmesi gelir kaybına neden olduğu, gelir durumunun azalması da aile çevresini olumsuz etkilediği belirlenmiş, hastaların hastalığa psikososyal uyumunda güçlük yaşadığı ortaya çıkmıştır. Mesleki/iş çevresindeki olumsuz etkilenme hastaların çalışamaması ve gelir kaybı yaşamaları nedeniyle kalp yetersizliği hastalarının, ekonomik açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyduklarına dikkat çekmektedir. Durna ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışma da hastaların gelir kaybı yaşamaları hastaların hastalığa psikososyal uyumlarını olumsuz etkilediğini belirlenmiş yaptığımız çalışma ile benzerlik göstermiştir.

**Anahtar Kelime:** Miyokard infarktüsü, psikososyal uyum, hemşirelik

## Kaynaklar

- 1.Carney RM, Freedland KE. Depression, Mortality, and Medical Morbidity in Patients with Coronary Artery Disease. *Biol Psychiatry* (2003);54:241-247.
- 2.Durna Z., Akin S. (2006) Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumu, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(2).

3.Frasure-Smith N, Lespérance F, Gravel G. et al. (2000) Social Support, Depression, and Mortality During the First Year After Myocardial Infarction, *Circulation*;101;1919-1924.

4.Li J, Hansen D, Mortensen PB, Olsen J. Myocardial infarction in patients who lost a child: a nationwide prospective cohort study in Denmark. *Circulation* (2002); 106:1634-39.

#### **P.46 MOBBİNG (MANEVİ TACİZ-PSİKOLOJİK ŞİDDET) VE HEMŞİRELİK**

Yard. Doç. Dr. Nermin Gürhan, Arş. Gör. Esra Kabataş Saral,

Öğr. Meryem Balya, Arş. Gör. Azize Atlı Özbaş

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

#### **ÖZET**

Manevi taciz (mobbing) özellikle iş yerlerindeki psikolojik şiddeti tanımlamak için uzun süreden beri kullanılmaktadır. Kişiler arası iletişimde sapkın şiddet olarak bilinen, "manevi taciz" "psikolojik şiddet" ve başka adlarla da adlandırılan mobbing aslında eski bir olgu olmamasına rağmen, bu sapkın şiddetin adının konması ve davalarda konu olması oldukça yeni bir durumdur. Bu konuda yapılan pek çok çalışma ve tartışmaya rağmen, manevi taciz günümüzde hala varlığını sürdürmeye devam eden bir şiddet şeklidir. Suçluların arkalarında iz bırakmaması nedeniyle diğer şiddet türlerinden hayli farklılaşan manevi taciz ile mücadele edebilmek için öncelikle manevi tacizin ne olduğunu sorgulamamız gerekmektedir (1).

İş yerlerinde manevi taciz daha çok varlığı açıkça fark edilemeyen şiddet uygulamaları ile başlamakta ve kurban yavaş yavaş sosyal ortamdan dışlanmaktadır. Kötü anlam taşıyan her türlü davranış, sözü, eylem, hareket, yazıyı içeren manevi taciz farklı şekillerde sonuçlanabilmektedir. Olay manevi taciz uygulayanın tacize son vermesi ( bu pek karşılaşılan bir sonuç değildir), ya da daha çok mağdurun bunalıma girmesi ile gruptan kopması veya o yerden ayrılması (iş yeri ise istifa etmesi vb ) ile sonuçlanabilmektedir. Hatta özkıyım (intihar) ile sonuçlanan bazı vakalarda da ölüm kararının asıl nedeninin manevi taciz olduğu ileri sürülmektedir. Manevi taciz uygulanan kişinin, işe devamsızlığı, fiziksel sağlığının bozulması, iş kaybı yaşaması, benlik saygısında azalma, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu yaşaması da manevi taciz sonuçları arasında yer almaktadır (2). Kişide örgütsel bağlılığın azalması, dikkat toplama ve konsantrasyonda bozulma, motivasyonda azalma gibi durumlar iş veriminin düşmesine ve hizmet kalitesinin azalmasına yol açmaktadır (3, 2).

Sevda Ergenekon'un yaptığı bir araştırmaya göre manevi tacize maruz kalma oranı Türkiye'de Avrupa'dan daha fazladır ve kurbanların % 77'sini de kadınlar oluşturmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre, erkekler % 69 oranında kadınlara, kadınların ise % 84 oranında yine kadınlara manevi taciz uygulamaktadırlar (4). Yıldırım ve Yıldırım'ın hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışmada, örnekleme alınan grubun %84,6'sı manevi taciz davranışına maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (5). Manevi taciz davranışının yaş, veya eğitim durumu gözetmediğini aynı çalışma sonuçları arasındadır.

Bu çalışma manevi taciz kavramını hemşireliğe özgü özellikler bağlamında ele almakta, manevi taciz sonucu meydana gelebilecek istenmedik durumları engellemek için literatürde yer alan önlemleri özetlemektedir.

**Anahtar kelimeler:** Manevi taciz, hemşirelik, psikolojik şiddet

#### **Kaynaklar**

1.Cengiz S. Kişilerarası İletişimde sapkın şiddet: manevi taciz (manevi taciz). *Kriz Dergisi* 2005; 15 (2): 1-14

2.Tınaz P. İşyerinde psikolojik taciz (Manevi taciz). *Çalışma ve Toplum*. 2006; 4: 13-28

- 3.Ekşici Ş. Kurum Ve Kuruluşlarda Psikolojik Taciz (Manevi taciz) Eylemleri Ve Çalışanların Motivasyonu Üzerine Etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı. 2009 Konya
- 4.Ergenekon S. İşyerinde Duygusal Taciz. Bahçeşehir Üniversitesi Kazancı Hukuk Dergisi. Sayı:19-20
- 5.Yıldırım A., Yıldırım D., Manevi taciz Ğn The Workplace By Peers And Managers: Manevi taciz Experienced By Nurses Working İn Healthcare Facilities İn Turkey And Ğts Effect On Nurses, Issues In Clinical Nursing. Journal Of Clinical Nursing 2006; 1144-1149.

#### **P.47 MRSH ÇOCUK VE ERGEN KLİNİĞİNE YATAN MADDE KÖTÜYE KULLANIM BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ HASTALARIN İNCELENMESİ**

Hatice Toy, Türkan Çalış, Gülden Lap  
Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

##### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Günümüzde madde kötü kullanımı ilköğretim düzeyine kadar inen önemli bir unsurdur. Çocuğun yaşadığı sosyal çevrenin belirlenmesi ve psikososyal yaklaşımlarla; aile ilişkilerini düzeltmek, iş, eğitim gibi sorumluluklarını üstlenmesini, boş zamanlarını değerlendirmesini ve bireyin yeni beceriler kazanmasını sağlamaktır. Aile ve davranışçı tedaviyle hastanın maddeden uzak durup, madde kullanımına yol açan duygu ve düşüncelerini tanıyıp değiştirmesi hedeflenmektedir. Bilişsel-davranışçı tedavinin içinde yer alan beceri geliştirme eğitimiyle istekle başa çıkma, değişim için motivasyonun sağlanması, madde ile ilgili düşüncelerinin idaresi, sorun çözme yetilerinin geliştirilmesi, uygunsuz kararların tanınması ve reddetme becerilerini kazandırmaktır.

**Yöntem:** Bu çalışma, Manisa Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniğine, madde kötüye kullanım bozukluğu tanısıyla yatan hastaların kesitsel olarak incelemek ve mevcut hastaların durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma örneklemini, M.R.S.H.H. Çocuk-Ergen Erkek Kliniği'ne 01.07.2009-07.01.2010 tarihleri arasında madde kötüye kullanım bozukluğu tanısıyla yatan, çalışmayı kabul eden 35 hasta oluşturmuştur. Çalışma için kurum ve hastalardan sözel izin alınmıştır. Sosyodemografik özellikleri içeren anket formu doldurulmadan önce yatan hastalara çalışmanın amacı hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan 22 soruluk anket formunu yanıtlandırılmasıyla toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik dağılım kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan çocukların, %71,4'ünün 16-18 yaş aralığında olduğu, yaşadıkları yerin %40'ünün Antalya, %20'sinin Manisa'da olduğu anlaşılmıştır. Ailelerde %45,7 oranında göç öyküsü tespit edilmiştir. Çocukların %60'ünün ilköğretim mezunu oldukları, %85,7'sinin ailesiyle, 4 kişinin yurtdışı yaşadığı gözlenmiştir. Boşanmış aile çocuğu olanlar %34 iken, %14'ünün ebeveynlerinden birinin ölmüş, 3 çocuğun anne veya babasında üveylik olduğu anlaşılmıştır.

Madde kullanım öyküsü incelendiğinde, %48'i eroin, %34'ü uçucular, son sırada esrar tercih edilen maddeleri oluşturmaktadır. Eroin kullanıcılarının %37,1'i kaydırarak, %5,7'si İ.V kullanımı tercih etmektedir. Madde kullanım sürelerine bakıldığında; bir yıldan az kullananlar %54,3'ünü, 1-2 yıl arası %31,4'ünü, 2 yıldan fazla kullananlar %17,1'ini oluşturmaktadır. Kullanmakta oldukları ek maddenin %68,4'ü esrar olduğu gözlenmiştir. 5 kişinin ailesinde madde kullanım öyküsüne rastlanmıştır. Maddeye ilk başlama yaşının, %60'ünün 14-16 yaş aralığında olduğu görülmüştür.

Hastaların %22,9'unun yaşamının bir döneminde öz kısıyım girişiminde bulunduğu öğrenilmiştir. Çocukların %80'ünün ilk yatışı olduğu; %51'inin kendi isteğiyle başvurdukları anlaşılmıştır. Hastaların %37,1'inin yaşamının bir döneminde cezaevi deneyimi yaşadığı; suçun %38'inin gasp olduğu öğrenilmiştir.

**Sonuç:** Madde kötüye kullanımının tedavisi bir ekip işidir. Hemşirenin hasta, aile ve toplum sağlığı hizmetlerinde çalıştığı göz önüne alınırsa bu sosyal sorunun çözülmesinde sağlık gereksinimlerini karşılayan bir sağlık eğitimcisi olmalıdır. Eğitim programları bu doğrultuda düzenlenmelidir. Hizmet içi eğitim programlarında süreklilik sağlanmalı, roller belirlenmeli, konuya yönelik danışmanlık merkezleri ve bilgilendirme hatları içinde görev

üstlenilmelidir. Eğitim kurumlarında hemşire kadrosunun etkin bir şekilde yer alması desteklenmelidir.

Çocuk-ergenlerin %85,7' sinin aile ile yaşadıkları dikkate alındığında ailelerin bilgilendirilmesi ve farkındalığının oluşturulması, arkadaş ortamlarının ve yaşadığı çevrenin değiştirilmesinin madde kötü kullanımına olumlu etkileri izlenmektedir. Çocuklarda eroinin (%37,1 kaydırma - %5,7 İ.V) temel madde kullanımında ilk sırayı alarak artış göstermesi nedeniyle bulaşıcı hastalıklar konusunda eğitim ve destek sağlanmalıdır. Çocuklarda madde kullanımının azaltılması ile başa çıkmada bilişsel-davranışçı ve aile terapilerine önem verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk-ergen kliniği, yatan hasta, madde kötü kullanım bozukluğu

#### **Kaynaklar**

- 1- Soykan A, Taner Işık. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları. Ankara. 2006. S679-S692
- 2- Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara. 2007. S173-S183
- 3- Cheng K, M. Mers K. Child and Adolescent Psychiatry Philadelphia. 2005. S89-S110

### **P.48 MUĞLA ADLİ TIP ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ'NE 2008 YILINDA BAŞVURAN FİZİKSEL ŞİDDET VE CİNSEL İSTİSMAR MAĞDURU KADIN OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yrd.Doç. Dr. Media Subaşı Başbuğa<sup>1</sup>, Yrd.Doç. Dr. Zöhre Irmak<sup>1</sup>,  
Yrd.Doç. Dr. Bülent Savran<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

<sup>2</sup>Muğla Adli Tıp Şube Müdürlüğü

#### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Toplumda kadına yönelik fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaygın olarak görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların yaklaşık yarısının fiziksel şiddete maruz kaldığı, tam olarak gerçeği yansıtmasa da elde edilen veriler kadına yönelik cinsel şiddetin oldukça yüksek oranda (%32) olduğu görülmektedir.<sup>1,2</sup>

**Yöntem:** Ocak-Aralık 2008 yılında Muğla Adli Tıp Şube Müdürlüğüne başvuran ve adına adli rapor düzenlenen tüm olguların adli rapor ve savcılık müzekkere evrakı geriye dönük olarak Mart 2010 yılında taranarak; 18 yaş ve üstü 218 kadın fiziksel ve cinsel istismar olgusu yönünden incelenmiştir. Çalışmaya başlamadan önce Adli Tıp Kurumu Başkanlığından gerekli yazılı izin alınmıştır. Elde edilen veriler sayı ve yüzdeler olarak ifade edilmiştir.

**Bulgular:** 2008 yılında Muğla Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne başvuran 1645 olgudan fiziksel ve cinsel şiddete bağlı başvuran kadın sayısı 218 olup, yaşları kayıtlı olanların yaş ortalaması 33.71±13.73'dür. Adli künt travmalar nedeniyle gelen kadınlarda (n:165) uğradığı şiddete bağlı %46'sında ekimoz, %12,1'inde hematoma, %15,1'inde laserasyon, ve %12,7'sinde ödem bulgusu bulunduğu tespit edilmiştir. Kesici-delici alet yaralanması nedeniyle gelen kadınlardan (n:14) %92,8'inde kesici- delici alet yaralanması, %21,4'ünde sıyrık ve %7,1'inde ise ekimoz bulgusu saptanmıştır. Ateşli silah yaralanması olgularının (n:5) %40'ında hematoma, % 60'ında kırık belirlenmiştir. Cinsel şiddet mağduru kadınların (n:37) %43,2'si cinsel istismara teşebbüs, %48,6'sı ırza geçilme/tecavüz, %13,5'i livataya maruz kalmıştır. Ayrıca mağdurların bireysel ve ailenin isteğine bağlı olarak % 16,2'sine vaginal, %5,4'üne anal yönden cinsel istismar bulunup bulunmadığına dair muayeneleri yapılmıştır. Kadınlara (n:89) yönelik şiddeti %29,2'sinin mağduru eşi, % 69,6'sının aile dışındaki birey uygulamıştır. Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne gönderilen mağdurların yarısından fazlası (%52,6) cumhuriyet savcılığı ve başsavcılıklar kanalıyla gönderilmiş, çoğunluğu il merkezinden olmak üzere (%31,8), %36,9'u ilçelerden gelmiştir. Şiddet olgularının temmuz ve ağustos aylarında daha çok görüldüğü dikkati çekmiştir.

**Sonuç:** Elde edilen bulgular, toplumumuzda halen kadına yönelik fiziksel ve cinsel şiddetin yaygın olduğu ve genellikle eş ve aile dışı bireyler tarafından uygulandığını



göstermektedir. Şüphesiz ki elde edilen veriler adli kolluğa başvuran kadınları kapsamaktadır. Özellikle fiziksel ve cinsel şiddet görmesine rağmen bu olguların herhangi bir resmi kuruma başvurmaması sorunun tam olarak ortaya konmasını güçleştirmektedir. Bu nedenle sağlık personeli ve toplum ile daha yakın ilişki kuran hemşireler tarafından toplumda risk altındaki grupların şiddet konusunda yakından izlemlerinin yapılması, bu olguların resmi kanallara bildirilmesi, fiziksel ve cinsel şiddet konusunda, toplumun farkındalığının artırılmasında önemli roller düşmektedir<sup>3</sup>.

**Anahtar Kelimeler:** Kadın, fiziksel ve cinsel şiddet, adli tıp

#### **Kaynaklar**

1.Kaçar, N., Baykan Z., Poyrazoğlu, S., Çetinkaya, F (2009). Kayseri ilinde iki sağlık ocağı bölgesinde Kadına yönelik Aile İçi Şiddet. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(2):131-138.

2.Tokdemir, M., Deveci,S.E., Açık Y (2003). Elazığ Adli Tıp Şube Müdürlüğüne Eşi Tarafından Şiddete Maruz Kalma Nedeniyle Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi, Fırat Tıp Dergisi, 8(1):39-44.

3.Clemen-Stone S., McQuire S. L., Eigsti D.G (2002). Comprehensive Community Health Nursing Family, Aggregate,& Community Practice, Mosby, Six Edition, p:432-438.

#### **P.49 MUĞLA ADLİ TIP ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜNE 2008 YILINDA BAŞVURAN ÇOCUK CİNSEL İSTİSMAR OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yrd.Doç. Dr. Zöhre Irmak<sup>1</sup>, Yrd.Doç. Dr. Media Subaşı Baybuğa<sup>1</sup>,

Yrd.Doç. Dr. M. Bülent Savran<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

<sup>2</sup>Muğla Adli Tıp Şube Müdürlüğü

#### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Cinsel istismar, bir erişkinin cinsel gereksinim ve isteklerini karşılamak için çocukları araç olarak kullanmasıdır<sup>1</sup>. Çocuk cinsel istismarı, gerek tıbbi ve hukuki gerekse de toplumsal yönleri olan önemli bir halk sağlığı sorunudur<sup>2</sup>. Çalışmanın amacı, müdürlüğümüze 2008 yılında başvuran cinsel istismar olgularını değerlendirmektir.

**Yöntem:** Ocak-Aralık 2008 yılında Muğla Adli Tıp Şube Müdürlüğüne başvuran ve adına adli rapor düzenlenen tüm olguların adli rapor ve savcılık müzekkere evrakı geriye dönük olarak Mart 2010 yılında taranarak; 18 yaşın altında olduğu tespit edilen 77 cinsel istismar olgusu belirlenmiştir. Araştırmanın yapılması için Adli Tıp Kurumu Başkanlığından yazılı izin alınmıştır. Elde edilen veriler, frekans dağılımı yapılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** 2008 yılında düzenlenen 1645 adli raporun % 4,7'si cinsel çocuk istismarı olduğu tespit edilmiştir. Cinsel istismar mağdurlarının yaş ortalaması 12.86±2.85, %14,5'inin 10 yaşın altında, en küçüğü 5, en büyüğü ise 17 yaşında ve %97,4'ünün kız olduğu görülmüştür. Olguların adli raporları incelendiğinde % 61,0'i (47 kişi) cinsel istismara teşebbüs nedeniyle başvurmuş, bunların %19,1'ine sadece adli jinekolojik muayene, %14,9'una hem adli jinekolojik hem de anal muayene yapılmış, % 66.0'sı ise beden ve ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünden değerlendirilmiştir. Geri kalan olguların %26,0'sı (20 kişi) vaginal yolla, % 13,0'ü ise (10 kişi, ikisi erkek, 8'i kız çocuğu) anal yolla cinsel istismara maruz kalmıştır. Tüm olgularda sanıkların cinsiyeti erkektir. Cinsel istismar mağdurlarının %27,3'ü il merkezinden, %24,7'si ise il merkezine bağlı Milas ilçesinden, %48'i ise geri kalan diğer dokuz ilçeden gelmiştir. En fazla başvuru yaz aylarında (%33,8) ve takiben sonbahar aylarında (%27,3) olmuştur.

**Sonuç:** Düzenlenen adli raporların %4,7'sinin cinsel istismar olgusu ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Olguların (77 çocuk) %39,0'u vaginal ya da anal yolla cinsel istismara maruz kalmıştır. Gerçek yaygınlığın kadınlar için %12-17, erkekler için %5-8 olduğu düşünülmektedir<sup>3</sup>. Cinsel istismarının sıklıkla gizli kaldığı ve vakaların önemli bir kısmının bildirilmediği<sup>3</sup> göz önünde bulundurulduğunda; cinsel çocuk istismarı yaygınlığının tanınması ve önlenmesi oldukça önem kazanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, cinsel istismarı, adli tıp

## Kaynaklar

1. Kara, B., Biçer, Ü., Gökalp, S. A. Çocuk İstismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47: 140-151.
2. Özer, E. Bütün, C., Beyaztaş, Y.F., Engin, A. Çorum adli tıp Şube Müdürlüğü'ne 2006-2007 Yıllarında Başvuran Cinsel İstismar Mağduru Çocuk Olgularının Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 29(2): 51-55.
3. Taner, Y., Gökler, B. Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35(2): 82-86.

## P.50 MUĞLA İLİ MERKEZ SAĞLIK OCAKLARINA BAŞVURAN VE BÖCEK SOKMASI VE YILAN ISIRMASI İLE KARŞILAŞAN BİREYLERİN KARŞILAŞMA SONRASI YAPTIKLARI UYGULAMALAR

Yrd. Doç. Dr. Zöhre Irmak<sup>1</sup>, Yrd. Doç. Dr. Media Subaşı Baybuğa<sup>1</sup>, Demet Şen<sup>2</sup>,  
Gülnihal Atmış<sup>2</sup>, Yasemin Yolcu<sup>2</sup>, Zeliha Hoşer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

<sup>2</sup>Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Mezun Öğrencisi

## ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Geçmişten günümüze insanlar hastalıkların tedavi edilmesinde ve acil olarak karşılaştıkları sorunlarla baş etmede tıp dışı geleneksel yöntemleri tercih etmektedir. Bireyler her ne kadar bu yöntemleri yarar sağlayacağı inancıyla uygulasa da bazı uygulamaların sağlıklarını olumsuz olarak etkileyebileceği bilinmelidir. Hemşirenin, toplumdaki bireylerin böcek sokması ve yılan ısırması gibi herhangi bir durumla karşılaştıklarında uyguladıkları yöntemleri bilmesinin bireylerin sağlığın geliştirilmesi, korunması ve tedavisine yönelik verilecek hizmetlerinin planlanmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Bu çalışma Muğla ili Merkez Sağlık Ocaklarına başvuran bireylerin böcek sokma ve ısırması ile karşılaşan bireylerin karşılaşma sonrası yaptıkları uygulamaların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Bu tanımlayıcı çalışma, Muğla ili Merkez Sağlık Ocaklarına başvuran, böcek sokma ve ısırma ile karşılaşan 350 kişi ile Şubat- Mart 2009 tarihleri arasında anket formu kullanılarak yapılmıştır. Çalışmanın yapılması için Muğla Üniversitesi Rektörlüğü ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin, katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Elde edilen veriler sayı ve yüzdelik olarak ifade edilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcıların %54.9'u kadın, % 63.4'ü 25-64 yaş grubunda, % 36.6'sı evli, % 60.9'u ortaokul ve üstü eğitim düzeyinde, % 29.4'ü ise ev hanımıdır. Bireylerin % 54,2'si (n: 204) arı sokması, % 30,4'ü (n: 115) akrep sokması, % 6,3'ü (n:24) yılan ısırması, % 3,7'si (n: 14) örümcek ısırması ve %3,7'si (n: 14) kene ısırması, %1,9'u (n: 7) çıyan sokması ile karşılaşmıştır. Böcek sokması- yılan ısırması ile karşılaşan bireylerin karşılaşma sonrası yaptıkları uygulamalara bakıldığında; arı sokması ile karşılaşan bireylerin %92,6'sı, akrep sokması ile karşılaşanların %87,0'ı, yılan ısırması karşılaşanların % 91,6'sı, örümcek ısırması ile karşılaşanların % 92,8'i ve kene ısırması ile karşılaşanların % 85,7'si, çıyan sokması ile karşılaşanların ise % 85,7'si sokma ya da ısırma sonrası geleneksel uygulamaya başvurmuşlardır. Arı sokması ve yılan ısırması ile karşılaşan bireylerin en fazla sokulan bölgeye çamur (sırasıyla, %36,5 ve %27,3), akrep sokması ile karşılaşanların en fazla (%11.0) akrebin soktuğu yere benzin, mazot, örümcek ısırığı ile karşılaşanların ise % 23.0'ının yoğurt sürdüğü belirlenmiştir. Katılımcılardan kene ısırması ile karşılaşanların %16,7'sinin ısırma yerine zeytinyağı sürdüğü, çıyan sokması ile karşılaşanların ise sokulan bölgeye %33,4 oranında çamur ve %16,6 oranında zeytinyağı sürdüğü tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Araştırma sonucunda, toplumdaki bireylerin böcek sokması ve yılan ısırması ile karşılaştıklarında geleneksel yöntemleri yaygın olarak kullandıkları bulunmuştur. Toplumdaki bireylerin böcek sokması ve yılan ısırması gibi acil durumla karşılaştıklarında geleneksel yöntemlerden ziyade yapılması gereken ilk yardım uygulamalarına ilişkin eğitilmesi önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Böcek sokması, yılan ısırması, geleneksel yöntemler

## KAYNAKLAR

1. Büken N., Dinç L., Kutlay N., Oğuz Y., Öztürk H., Subaşı M., Şenol S .(1996). Toplumda Bir Kesimin Tıp Dışı uygulamalar Konusundaki Görüşleri. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, 4(3): 118-121.
- 2.Karatay G . (2009). Kars İli I. Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Kadınların Sağlıkla İlgili Bazı Acil Durumlarda Başvurdukları Uygulamaların Belirlenmesi. DEUHYO ED, 1(1): 3-16.
3. Rijal A. (2008). Living knowledge of the healing plants: Ethno-phytotherapy in the Chepang communities from the Mid-Hills of Nepal. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine, 4:23, 1-10.

## P.51 NUTRİSYONEL TERAPİ VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

Ar.Gör.Dr. Serap Yıldırım, Prof.Dr. Olcay Çam

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği AD

### ÖZET

İnsan bedeni ve zihninin yapısal ve işlevsel bütünlüğünün temeli olan nutrisyon (beslenme), bireyin ruh sağlığının da bir parçasıdır. Psikiyatrik hastalıklardaki terapötik kullanımı ise beslenmenin spesifik bir hastalığın tedavisine yönelik değil, tümüyle sağlığın yükseltilmesi ve sürdürülmesiyle olan ilişkilerine bağlıdır <sup>1,2</sup>

M.Ö. 460-377 yıllarında Hippocrates, fiziksel ve ruhsal hastalıkların gelişiminde beslenme, meslek ve çevresel etkenlerin rolü olduğunu bildirmiştir. Freud'un bazı yazılarında ise beyin kimyası ile beyin sağlığı arasında, psikanaliz dışında bazı tedavilerin olabileceğini düşündürecek veriler yer almaktadır. Günümüzde ise modern fizyobiyolojik araştırmalar sayesinde besinlerin beyin gelişimi ve işlevi üzerindeki etkisi bilinmektedir <sup>1,2</sup>

Beslenme, vücudun bir bütün olarak yapısal ve işlevsel birlikteliğinin sağlanması ve sürdürülmesi konusunda oldukça önemli bir role sahiptir. Tüm vücut sistemleri, vücudun bir bütün olarak yapısal ve işlevsel bütünlüğünü sürdürmek amacıyla yönelik birtakım görevler yürütürler ve bu görevleri yerine getirirken de enerjiye gereksinim duyarlar. Beyin gelişimi ve merkezi ve periferik sinir sistemlerinin işlevleri, yetersiz veya uygunsuz beslenmeden etkilenirken davranış ve ruh sağlığını etkileyen nörotransmitterlerin de miktarları, doğrudan diyetle ilgili olarak değişebilmektedir. Sinir sistemi gibi vücudun bir bütün olarak işlev görebilmesinde etkili olan bir başka sistemde endokrin sistemdir. Endokrin sistem, vücudun stres karşısında tüm kaynaklarını uygun yerlere yönlendirmesini sağlar ve bunu yaparken de besin metabolizmalarına gereksinim duyar. Vücudun genel savunma sistemi de (immün sistem ve iyileşme süreci), beslenme ve dolayısıyla ruh sağlığıyla yakından ilişkili olan bir başka sistemdir ve iki temel prensiple işlev görürler: yaşam, dokuların yapısal ve işlevsel bütünlüğüne bağlıdır ve insan dokuları, sağlıklı protein sentezinin sürekliliğine bağlıdır. Bu nedenle, bu sistemin bütünlüğü ve ruhsal açıdan sağlıklı olmak, beslenme desteğini gerektirir. <sup>3</sup>

Özellikle çocuklarda olmak üzere davranış üzerine odaklanmış olan çoğu gözlem, beslenme ile öğrenme ve davranışsal bozukluklar arasındaki olası ilişkiyi araştıran çalışmalara neden olmuştur. Çocuklarda bu tür ilişkiler için üç sağlık durumu üzerinde durulmuştur: <sup>1</sup> protein-kalori malnutrisyonu (kwashiorkor, marasmus), hiperkinezi (aşırı hareket gösterme hali) ya da dikkat eksikliği bozukluğu, mental retardasyon. <sup>4</sup>

Beslenme, vücut ağırlığına dair fobilerle de ilişkilidir. Yeme bozuklukları olarak adlandırılan bu fobiler, obezitede olduğu gibi normalüstü durumlar ile anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozadaki gibi normalin altındaki kilolar arasında değişiklik gösterir. <sup>5</sup>

Nutrisyonel terapi, sağlığın oluşturulması ve sŸrdŸrŸlmesi, spesifik klinik hastalıklara doğrudan mŸdahale ya da tıbbi bakım için spesifik besinlerin kullanılmasını kapsamaktadır.<sup>1</sup>

Ruh sağlığı açısından nutrisyonel terapiye danışanlar, gelişimsel gereksinimlerinin karşılanması, spesifik psikiyatrik hastalıkların tedavisi ve psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaç-besin ilişkisi nedeniyle alınırlar.

Nutrisyonel terapi, ekip çalışmasını gerektirmektedir ve bu ekibin önemli bir parçası olan psikiyatri hemşireleri tarafından anlaşılabilmesi oldukça önemlidir. Buradan hareketle, ruhsal bozukluklarda nutrisyonel terapi, psikiyatri hemşireliği bakımının ve kapsamlı sağlık bakımının önemli bir komponentidir. Psikiyatri hemşiresi öncelikle sağlık ekibi ile birlikte danışanın beslenme durumunu danışanın fiziksel, duygusal, entelektŸel, sosyal, spiritŸel boyutlarına odaklanarak değerlendirir ve bazı antropometrik lŸmler kullanarak veriler toplar, verilerin analiz edilerek değerlendirilmesi sonrasında hazırladığı beslenme ve bakım planını, ekip ve hasta ile birlikte uygulamaya koyar. Daha sonra sağlık ekibiyle birlikte nutrisyonel terapi planının amacına ulaşıp ulaşmadığını, hasta ve ailesinin gereksinimlerini karşılayıp karşılamadığını ve hasta ve ailesinin tedaviye olan uyumunu değerlendirerek nutrisyonel terapi planını sonlandırıp sonlandırmayacağına karar verir.<sup>1</sup>

**Anahtar kelimeler:** Nutrisyon, nutrisyonel terapi, psikiyatri hemşireliği

#### **Kaynaklar**

- 1.Beck CM, Rawlins RP, Williams SR. Nutritional Therapy, Mental Health- Psychiatric Nursing, A Holistic life Cycle Approach, The CV Mosby Company, Toronto, 1984; 1004-1030.
- 2.Pulat H. NŸtrisyonel Durum Değerlendirme Yöntemlerinin Etkinliğinin Araştırılması, Sağlık Bilimleri Ÿniversitesi YŸksek Lisans Tezi, 2005, Zonguldak.
- 3.Demircioğlu Y, Yabancı N. Beslenmenin bilişsel gelişim ve fonksiyonları ile ilişkisi. Hacettepe Ÿniversitesi Eğitim FakŸltesi Dergisi 2003; 24: 170-179.
- 4.Baysal A. Beslenmenin beyin gelişimi ve davranış Ÿzerine etkisi. <http://www.gidadernegi.org/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFA79D6F5E6C1B43FF00707F9CC8910484> (erişim tarihi: 01.03.2010).
- 5.Maner F. Yeme bozuklukları. Psikiyatri DŸnyası 2001; 5: 130- 139.

#### **P.52 OKUL ÖNCESİ DÖNEMDE SALDIRGAN DAVRANIş VE HEMşİRENİN ROLŸ**

Arzu Akcan<sup>1</sup>, Ayşe ErgŸn<sup>2</sup>, İlkey Keser<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Ÿniversitesi Antalya Sağlık YŸksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği

<sup>2</sup>Marmara Ÿniversitesi Sağlık Bilimleri FakŸltesi Hemşirelik BlŸmŸ Halk Sağlığı Hemşireliği

<sup>3</sup>Akdeniz Ÿniversitesi Antalya Sağlık YŸksekokulu Psikiyatri Hemşireliği

#### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Bu derleme makalenin amacı, okul öncesi dönemde çocuklarda saldırgan davranışların grŸlme durumunu ve bu davranışları önlemede hemşirenin rolŸnŸ gŸncel literatŸr işığında sunmaktır. Saldırganlık, fiziksel ya da psikolojik olarak zarar verici davranışlardan biridir ve çocuklarda saldırgan davranış bir çocuğun başkasına vurması, söz veya elle içine karışması, birinin elinden zorla bir Şeyi almaya kalkması olarak tanımlanabilir. Yaygın olarak tanımlanan Őekillerinden biri olan ilişkisel saldırganlık, çocuğun arkadaş ilişkilerine zarar vermeyi amaçlayan davranışlardır. Açık saldırganlık ise, fiziksel saldırganlık, sözel tehditler ve gözdağı verme aracılığıyla zarar vermeye yönelik davranışları içermektedir. Saldırgan davranışlar ergenlik döneminde dikkat çekse de kŸk yaştaki çocuklarda da grŸlen bir sorundur ve önemle ele alınması gerekmektedir. Okul ncesi dönem çocuğunun bencil kişilik yapısına paralel olarak, aynı zamanda aile ve sosyal yaşantısıyla da ilgili olan saldırgan davranışlar eğer önlenmezse ergenlik döneminde ya da yetişkinlik ağındaki Şiddet eğiliminin oluşumuna zemin hazırlayacaktır.

**Yöntem:** Çalışmada, konu ile ilgili yapılmış çeşitli araştırmalar ele alınarak, saldırgan davranışın okul öncesi dönemde görülme sıklığı ve önleme programlarında hemşirenin rolü incelenmiştir.

**Bulgular ve Tartışma:** Araştırmalar, anaokulu ve ilkokul öğrencilerinin %10-20'sinin akranları tarafından defalarca sataşmaya, tehdit edilmeye, saldırgan davranışlara maruz kaldığını göstermektedir (1-3). Okul öncesi dönemdeki çocuklarda yapılan bir çalışmada erkeklerin %12'si, kızların %3'ü fiziksel saldırgan; erkeklerin %0'ı, kızların %26'sı ilişkisel saldırgan ve erkeklerin %15'i, kızların %7'si fiziksel ve ilişkisel saldırgan olarak belirlenmiştir (4). Ülkemizde Kanlıkılıçer'in yaptığı çalışmada, anaokulu öğrencilerinde görülen davranış sorunlarına en fazla kavgacı-saldırgan boyutunda rastlandığı belirtilmiştir (5). Kandır'ın araştırmasında ise 5-6 yaş çocuklarda %42.4 ile ilk sırada saldırgan davranış görüldüğü belirlenmiştir (6).

Sağlık profesyonellerinin en büyük grubunu oluşturan hemşirelerin, şiddeti önleme programlarının planlama ve uygulamasında önemli role sahip olduğu vurgulanmaktadır (7). Çocukların güvenli çevrede yetişmelerinde ve tehlikelerden korunmalarında ilk sorumluluk ebeveyne ait olmakla birlikte, toplum içinde ve okullarda çalışabilen hemşireler ebeveyni ve öğrenciyi destekleyebilirler. Hemşireler toplum sağlığını korumak ve geliştirmek için yapacağı girişimler içine saldırganlık ve şiddet önleme programlarını katarak, öğretmenler ile işbirliği içinde şiddetin önlenmesinde yardımcı olabilirler ve bu konuda yapacağı araştırmalar ile destek verebilirler.

**Sonuç:** Sonuç olarak, hemşireler öğrenci ve aileler için, birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir kaynak ve rehberdirler. Toplum ruh sağlığı problemi olan şiddet ve saldırganlık, hemşireler tarafından çocuklara ve ailelere yapılacak uygun müdahaleler ile yaşam dönemlerinin erken evrelerinde önlenabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Okul öncesi dönem, saldırgan davranış, hemşire

#### **Kaynaklar**

1. Batsche G. M, Knoff H. M. (1994) Bullies and their victims: Understanding a pervasive problem in the schools. *School Psychology Review*; 1994, Vol. 23 Issue 2, p165
2. Kochenderfer B. J, Ladd G. W. (1996) Peer Victimization: Cause or Consequence of School Maladjustment? *Child Development*, 67,1305-1317
3. Leff S, Power TJ, Manz PH, Costigan TE, Nabors L. (2001). School-based aggression prevention programs for young children: Current status and implication for violence prevention. *School Psychology Review*, 30(3), 344-363
4. Crick N, Casas J, Mosher M. (1997). Relational and overt aggression in preschool. *Developmental Psychology*, 33, 579-588
5. Kanlıkılıçer P. (2005). Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği: Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Okul Öncesi Öğretmenliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Ozana Ural).
6. Kandır A. (2000). Öğretmenlerin beş- altı yaş çocuklarında görülen davranış problemlerine ilişkin bilgi ve tutumları. *Mesleki Eğitim Dergisi*. 2(1), 42-50.
7. Cooper W. O, Luttenbacher M, Facia K, Hepworth J. T. (2003) Planning of Youth Violence-Prevention Programs: Development of a Guiding Measure. *Public Health Nursing*, 20 (6): 432-439

## P.53 ONKOLOJİ BİRİMİNDEKİ KANSER HASTALARININ YALNIZLIK DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hem. Oya Sevcan Orak<sup>1</sup>, Hem. Ayşe Büberci<sup>2</sup>, Hem. Duygu Topçu<sup>1</sup>,  
Hem. Emine Çimiç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mehmet Aydın Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği

<sup>2</sup>Mehmet Aydın Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kemoterapi Ünitesi

### ÖZET

**Amaç:** Kansere eşlik eden ruhsal durumun iki temel bileşeni ölümlü olmak ve bedenimizin ne kadar kırılğan olduğunu kaçınılmaz biçimde fark etmektir. Yalnızlık, terk edilme, çaresizlik ve hayatın dışına itilme korkuları canlanır (1). Bu araştırma, kanser hastalarının yaşabileceği yalnızlığın düzeyini ve yalnızlıklarıyla ilişkili olabilecek faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmaya,20 Şubat–28 Mart 2010 tarihleri arasında Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniği'nde yatmakta olan ve aynı hastanenin Kemoterapi Ünitesi'nde tedavi alan kanser hastalarından; soruları cevaplamakta fiziksel, zihinsel ve organik engeli olmayan,18 yaş üzeri ve araştırmaya katılmayı kabul eden 53 hasta alınmıştır. Hastalara, araştırmacılar tarafından hazırlanan hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren Bilgi Toplama Formu ve Yalnızlık Envanteri (ucla-ls) uygulanmıştır. Ucla-ls 20 sorudan oluşmuş 1-4 arasında puanlama ile minimum 20, maximum 80 puan arasında değerlendirmesi olan bir ölçektir. 20-80 arasında yükseldikçe yalnızlık duygusu artar, azaldıkça yalnızlık duygusu azalır. Veriler, yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmış ve bir hasta için 10-15 dakikalık görüşme süresi ayrılmıştır. Veriler, SSPS 16.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde hastaların sosyodemografik değişkenlerinin sayı ve yüzde dağılımları ve sosyodemografik değişkenleri ile Yalnızlık Envanteri toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek için tek yönlü varyans analizi(ANOVA) yapılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya alınan 53 hastanın %37,7' si kadın , %62,3' ü erkek olup bunların %52,8i 41-60 yaş arasındaydı. %60,3' ü okuryazar ya da ilköğretim, %11,3' ü ortaokul ya da lise, %5,8' i yükseköğretim mezunu iken, %22,6'sı okuryazar değildi. %47,2'sinin aile geliri 500-1000 YTL arasında, %43,4'ünün 0-500 YTL arasında, %5,7'sinin 2000 YTL ve üzeriydi. Aile geliri, hastanın kendisinin, annesinin ve babasının eğitim düzeyi arttıkça ölçekten alınan puan azalmaktaydı. Erkeklerin aldıkları puanlar daha yüksek olduğu için anlamlıydı (p<0,05). Erkekler kadınlardan daha yüksek puan almıştı, erkekler yalnızlığı daha çok tanımlamaktaydı ( p< 0,05 ). Hastaların yalnızlık ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması %34,63±12,05di. Buna göre araştırmaya katılan kanser hastalarından % 15'i yalnızlık duygusu hissetmekteydi.

**Sonuç:** Hastaların yalnızlık puanının yüksek olmadığı, erkeklerin bayanlardan daha fazla yalnızlık duygusu hissettiği belirlendi. Yalnızlık puanının düşük oluşu ayaktan tedavi gören hastaların da araştırmaya alınmış olmasıyla ilişkili olabilir. Çünkü hastaneye yatma, yalnızlık duygusunun ortaya çıkışını etkileyen önemli bir faktördür. Kanser, ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, yoğun karmaşık duyguların yaşanmasına neden olan bir hastalıktır (3). Kanser hastalarının birçoğu yaşadıkları ile ilgili olarak duygularını açıkça ifade edememekte ve duygular genellikle yorum ve değerlendirmelerin altında gizli kalmaktadır (2).Bu durumda yalnızlık envanterinden alınan puanlarının düşük olmasında bir etken olabilir. Araştırma farklı sosyodemografik özelliklere sahip gruplarda ve hastanede yatan hasta gruplarında tekrarlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, yalnızlık

### Kaynaklar

1- Mete H. E., (2004), Kanserde Anksiyete Bozuklukları Ve Depresyon, Dahiliye Ve Psikiyatri, 6: 7-46.

2- Oflaz F., (2002), Onkoloji Kliniğinde Yatan Kanser Hastalarının Psikiyatrik Semptom Düzeyleri Ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması, Hemşirelik Araştırma Dergisi, 4(1).

3- Özbek Ö., Özşenol F., Oysul K., Beyzadeoğlu M., Pak Y., (2003), Radyoterapi Uygulanan Kanser Hastalarının Psikososyal Yönden Değerlendirmesi, T Klin Tıp Bilimleri 2003, 23: 189-194.

#### **P.54 ORTAK DİL**

Yasemin Uçun

Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

#### **ÖZET**

Işıkla ilgilenen ilk bilim adamı Newton'ldu. 1666'da güneş ışığını bir prizmadan geçirerek renk demeti elde etti ve bu demete spektrum adını verdi. Bu renk demetini mercekten geçirerek beyaz ışık üretti. Beyaz ışığın o zamana kadar sanıldığı gibi basit olmadığını birçok renkten oluştuğunu buldu. Işığı prizmadan geçirdi ve homojen renklere ayırdı, tersini de denedi ve bunları birleştirdi. Burada Newton'un icadını baz alınmasının sebebi sağlık alanında ve özellikle de soyut kavramlar içeren psikiyatride karmaşık ve farklı olarak görünen kavramların bir noktadan (prizmadan) geçip nasıl tek bir şey yaratıldığını, bir dilin oluştuğunu fiziki kurallarını da içine alarak göstermeye çalışmaktır.

Dünyanın bilim, sanat, ekonomi, teknoloji sağlık vb. alanlarda işbirliğine gidebilmesi için temel şart "ortak dil" oluşturmaktır. Herkes tarafından aynı şekilde anlaşılan, söylenen ve yazılan terimlerden oluşan ortak dil kullanılması fikrini benimsetmek, ilgili ortamlarda konunun gündeme getirilmesi ve gerekli çalışmaların ivedilikle yapılmasıyla sağlanabilir (Yakıncı ve ark 2004). Sağlık alanındaki gelişmeler yeni sözcük ve terimin yabancı kaynaklardan aynen alınarak kullanıma girmesine yol açmıştır. Bu terimler ve kavramların çeşitli seminerlerde kullanılması, bu sözcüklerin aynen benimsenmesine neden olmuş ve mevcut dilin kullanımında karşılığını bulamadığı için karışıklığa yol açmıştır.

Ülkemizde yayınlanan sağlık bilimleri dergilerinde kelimelerin farklı yazılışlarıyla karşı karşıya kalmaktayız. Örneğin; orjinali 'convulsion' olan kelime 'Konvülziyon, Konvülsiyon, Konvulsiyon' olarak karşımıza çıkar ve kullanılan dilin standart olmaması, bakım ve tedavi kalitesini olumsuz etkileyecektir (Özden 1997).

Yapılan çalışmalarda Türkçe tıbbi kelimelerin bir standardizasyonun olmadığı ve farklı şekillerde yazıldığını görmekteyiz (Yakıncı ve ark 2004). Örneğin; psikiyatride kullanılan affekt kelimesi Uzman (1935) tarafından "teessürde bozukluk" olarak kullanılırken; Adasal (1976) 'duygusal yaşam' diye tanımlamıştır. Arkonaç (1983) affekti "duygulanım bozuklukları" olarak kullanmıştır. İletilmek istenen temel anlam ise etki altında kalma şeklindedir. Bakıldığında etkileyicilik ile diğer kelimeler eş anlamlı değildir ancak aynı anlama gelir. Fakat birlik olmaması okuyucu kesimin farklı anlamasına ve bunu sonucunda dil birliğinin sağlanamamasına neden olmaktadır.

Bilim dilinin standartlaştırılmasındaki amaç bütün ilgililer tarafından aynı şekilde anlaşılan söylenen ve yazılan terimlerden oluşmuş ortak bir dil oluşturmaktır. Standart dil, ortak bir bakış açısına ve doğru bilgi akışını sağlayacaktır. Günümüzde hemşirelik, profesyonel kimliğini topluma en iyi göstermek ve sağlık sistemi içinde görünür olmak için ortak dil oluşturma çabası içindedir (Gordon 2003, Tanrıverdi ve ark 2009).

Kendi geleneksel perspektifleri ve bilimsel amaçları doğrultusunda diğer bilimler ve hemşirelik bilimi arasında temel bir ilişki söz konusudur. Hemşirelik mesleği diğer disiplinlerin bilgi birikimini kullanarak kendi biliminin temeline katkı sağlayabilir (Karagözoğlu 2005).

Özellikle psikiyatri hemşirelerin soyut kavramları kullanarak hem ekip içindeki iletişimde hem de bilimsel çalışmalarda standartizasyonu sağlamak için evrensel boyutta ortak dili

oluşturması gerekir. Hemşirelik uygulamalarında standart ve ortak dil kullanmanın; hemşirelik kararlarının, girişimlerinin ve bakım sonuçlarının açık terimlerle tanımlanmasına ve kayıt edilmesine olanak sağlayacağı, elektronik kayıtların ve güçlü bir veri tabanının gelişmesinin sağlanabileceği belirtilmektedir (Erdoğan, 2000; Martin, 2005 Akt İşçi ve ark, 2009). Yeterli ve doğru tutulmuş kayıtlar, bakımın kalitesine ve hemşirelik hizmetlerinin gelişimine özellikle de psikiyatride nükslerin önlenmesine katkı sağlayacaktır (Emiroğlu Örsal ve Akgün 2007 Akt İşçi ve ark 2009).

**Anahtar Kelimeler:** Dilbirliği, prizma, standartisasyon, hemşire, profesyonel, bilim

### Kaynaklar

1. Tanrıverdi G, Bayat M(2008).Hemşirelik Bakımında Kültürel Özellikleri Tanılama Rehberi, Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi ; Cilt: 6 Sayı:1 s 794-797.
2. Yakıncı C, Aslan M Bıçak U(2004). Tıpta Dil Birliğinin Sağlanması; Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi ; 47: 228- 32.
3. Özden S(1997). Türkçemiz Ve Psikiyatride Dil Sorunu Yeni Symposium 35 (3):61-66
4. İşçi F Esin M (2009).Bir İşyerinde İş Sağlığı Hemşireliği Girişimlerinin Omaha Hemşirelik Girişim Şeması İle Değerlendirme ; 2-(2 ) :39-55
5. Karagözoğlu Ş (2005). Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik ,C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi; 9 (1) :6-11.

### P.55 OTİSTİK BOZUKLUK TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN STRESLE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Yüksek Hemşire Sibel Özyıldız, Yrd.Doç.Dr. Ayça Gürkan, Ar.Gör.Dr. Serap Yıldırım  
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği AD

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma, otistik bozukluk tanısı almış çocukların ebeveynlerinin stresle başa çıkma stratejileri ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla planlanmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı araştırma, gerekli izinler alındıktan sonra, Menemen Sabahat Akşiray Otistik Çocuklar Eğitim Merkezi' de Aralık 2009- Ocak 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, bu merkezde eğitimi devam eden otistik bozukluk tanısı almış 140 çocuğun ebeveyni, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde çocuğu kurumda eğitim alan 72 ebeveyn alınmıştır. Araştırma verileri, "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği (SBÖ)" ile toplanmıştır (1). SBÖ, Amirkhan (1990) tarafından geliştirilmiş, Aysan (1994) tarafından Türkçe'ye uyarlama ve geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, "Problem Çözme", "Sosyal Destek Arama" ve "Kaçınma" olmak üzere üç alt ölçekten oluşmakta ve alt ölçek toplam puanları 11-33 arasında değişmektedir. Alt ölçek toplam puanlarının yüksek olması, tanımlanan niteliğin arttığına işaret etmektedir (2).Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılımı ve analizinde "t" testi ve ANOVA kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan ebeveynlerin %68.1'inin 41 ve üzeri yaş grubunda, %48.6'sının ilkökul mezunu, %91.7'sinin evli, %68.1'inin bir işte çalıştığı, %77.8'inin çalıştığı işten "memnun" olduğu, %65.3'ünün gelir durumunun "kötü" olarak algıladığı, %68.1'inin çocuğuyla olan ilişki durumunun "iyi", %75'inin aile içi ilişki durumunu "iyi" olarak değerlendirdiği, %41.7'sinin maddi ya da manevi destek aldığı, %53.9'unun desteği SHÇEK'ten aldığı, %65.3'ünün otizm ile ilgili bilgi düzeyinin orta derecede olduğu bulunmuştur. Ebeveynlerin, SBÖ alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek alt ölçek puan ortalamalarının sırasıyla "Kaçınma" (21.97±4.08), "Problem Çözme" (21.36±5.62), "Sosyal Destek Arama" (19.92±4.49) olduğu, ölçek toplam puan ortalamasının ise 63.25±12.04 olduğu bulunmuştur. Ebeveynlerin SBÖ alt ölçek puan ortalamalarını, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, algılanan gelir durumu, çocukla olan ilişki durumu, aile içi ilişki durumu, destek alma durumu, desteği kimden aldığı ve otizmle ilgili bilgi durumu etkilemezken (p>0.05), Kaçınma alt ölçek puan ortalamasını, çalıştığı işten "memnun" olma durumunun etkilediği saptanmıştır (p<0.05).



**Sonuç:** Otistik bozukluk tanısı almış çocuğa sahip ebeveynlerin stresle baş etmede en fazla kullandıkları stratejilerin öncelikli olarak kaçınma olduğu görülmektedir. Türk toplumunda kronik bir hastalığa sahip olma aileye yük getirirse bile bireyi ve hastalığı olduğu gibi kabullenme öğretisi doğrultusundadır. Bu da bireylerin stres yaratan problemle olumlu baş etmeden çok olumsuz bir baş etme yöntemi olan kaçınmayı tercih etmelerine neden olmaktadır. Hemşirelerin özellikle kronik bir hastalığı olan çocuklara bakım verirken aileyi de bakıma dahil etmeleri ve gerektiğinde ailenin de gereksinimlerini ele alması gerekmektedir. Kronik bir hastalığa sahip çocukları olan ailelere yönelik yapılacak destek grupları, bu çocuklara verilecek bakımda temel ilkelere yönelik danışmanlık ve psiko eğitimler hem çocuğun hem de aile üyelerine verilecek hizmetin kalitesini arttıracaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Otistik bozukluk, çocuk, ebeveyn, stresle başa çıkma

### **Kaynaklar**

- 1.Aysan F (1994). Başa çıkma stratejisi ölçeğinin üniversite öğrencileri için geçerliliği güvenilirliği, I. Eğitim Bilimleri Kongresi Bildiriler Kitabı, 3, Adana, 1158-1168.
- 2.Aysan F ve Bozkurt N (2000). Bir grup üniversite öğrencisinin kullandığı başa çıkma stratejileri ile depresif eğilimleri ve olumsuz otomatik düşünceleri arasındaki ilişki. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 12: 25-38.

### **P.56 ÖFKE YÖNETİMİ KONUSUNDA HEMŞİRELİK UYGULAMASI İÇİN BİR KAVRAMSAL - TEORİK SİSTEM OLUŞTURULMASI**

Satı Bozkurt<sup>1</sup>, Olcay Çam<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Hemşirelik uygulaması için, bir kavramsal-teorik sisteme göre biçimlendirilen öfke yönetimi müdahale programının oluşturulmasına ilişkin adımlar anlatılmıştır. Oluşturulan bu program çalışan ergenlerde öfke yönetimi amacıyla kullanılmıştır. Hemşirelik uygulamalarında kullanılmak amacıyla ergenlerde öfke yönetimi için oluşturulan bir kavramsal-teorik sistemin tanıtılmasıdır.

**Yöntem:** Öncelikle öfke ile ilgili kavramlar incelenmiştir. Çeşitli teorik yaklaşımların öfkeye bakış açıları değerlendirilmiştir. Daha sonra öfke ile ilgili meta analizler gözden geçirilmiştir (1, 2, 3, 4, 5, 6). Literatürde problem yaratan öfkeyi azaltmak için önerilen en iyi yöntem konusunda bir fikir birliği yoktur. Güncel kanıtlar çeşitli tedavi modellerinin potansiyel etkinliğini yansıtmaktadır (5). Ergenlerde öfke yönetiminde etkili bulunan teknikler saptanarak uygulama içeriğinde ele alınacak konulara karar verilmiştir. Literatürde çoğunlukla Bilişsel Davranışçı Teori (BDT) temelli teknikler üzerinde durulmuştur (7). Öfkeye yönelik hazırlanmış müdahale programları incelendiğinde genellikle farklı bileşenlerden oluştuğu görülmektedir. Sukhodolsky ve ark. (2004)'nın çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı öfke müdahalelerine ilişkin meta-analitik çalışmalarında beceri geliştirme (%15.7), duygusal eğitim (%15.7), problem çözme (%27.5), eklektik (%41.2) çalışmalar yer almıştır (7). Bu çalışmada öfke yönetimi müdahalesi, önceki çalışmalarda etkili bulunan teknik ve bileşenleri içererek eklektik ve bütüncül bir yaklaşım kazanmıştır. Programa alınan öfke müdahale teknikleri şöyledir:

**Psikoeğitim:** Öfke konusunda farkındalık kazandırmak, öfke yaratan uyaranlara verilen uyumsuz yanıtlar ile ruhsal-biyolojik-sosyal iyilik hali arasındaki ilişkiyi fark ettirmek, öfkeyi izlemek ve gevşeme eğitimini içermektedir.

**Sosyal Beceri Eğitimi:** Sosyal beceriler, girişkenlik eğitimi, sorun çözme eğitiminden oluşmaktadır.

**Bilişsel Teknikler:** Bilişsel yeniden yapılandırmayı içermektedir.

Profesyonel bir hemşirelik uygulamasının hemşirelik metaparadigmalarını içermesinin önemli olduğu görüşü ile hemşirelik teorileri incelenmiştir. Öfke kavramları ve öfke bileşenleri ve BDT ile uyumlu olduğu düşünülerek, Roy Adaptasyon Modeli (RAM) çalışmada temel alınmıştır (8). Hemşirelik sürecinin aşamalarında standart bir dil

kullanılması açısından NANDA, NOC ve NIC sınıflama sistemlerinin kullanılması kararlaştırılmıştır.

NANDA tanıları incelenerek öfkenin neden, süreç ve sonuçlarıyla ilişkili olabilecek tanımlar belirlenmiş ve çalışma içeriği ile ilişkilendirilmiştir.

NOC'lar incelenerek öfke ile ilişkili olabilecek sonuçlar belirlenmiştir.

NIC'ler incelenerek öfkenin bio-psiko-sosyal bileşenlerine uygun müdahale için gerekli olan girişimler belirlenmiştir.

RAM'a göre veri toplama rehberi oluşturularak, RAM'da belirtilen dört uyum alanında öfke açısından uyumlu davranış için pozitif göstergeler ve uyum sorunları belirlenerek, bunlar NANDA tanıları ile ilişkilendirilmiştir.

Araştırma için belirlenen teori ve kavramlar bütünleştirilerek, araştırmanın teorik çerçevesi oluşturulmuştur. Oluşturulan teorik çerçeve temelinde müdahale programına son şekli verilmiştir.

**Sonuç:** Ergenlerde öfke yönetimi sağlamak amacıyla Roy Adaptasyon Modeli temelli, Bilişsel Davranışçı Teori yaklaşımını bir kavramsal teorik sistem oluşturulmuştur. Sistem oluşturulurken, RAM, BDT ve öfke kavramları incelenerek, her biri ayrıntılı şekilde ele alınmış, aralarındaki ilişki ve benzerlikler incelenmiştir. Daha sonra teorik yaklaşımlar yeni bir sentezle kaynaştırılarak eklettik bir müdahale yaklaşımı oluşturulmuştur (9).

Hemşirenin uyguladığı öfke yönetiminde, Roy Adaptasyon Modelinin kullanımı çalışma için bir kavramsal çerçeve sağlamıştır (veri toplama, hemşirelik girişimlerini belirleme ve girişimlerin sonuçlarını değerlendirmek için). BDT uygulanacak öfke müdahale yaklaşımını belirlemede etkili olmuştur. Öfkeye ilişkin hemşirelik girişimlerinin temel hedefi olarak saptadığımız bilişsel-duygusal başatmayı (RAM'a göre) güçlendirme ve davranış değişimi için ise, Bilişsel Davranışçı Yaklaşım içeren NIC'ler hemşirelik girişimlerini uygulamada rehber olmuştur.

Oluşturulan kavramsal-teorik sisteme göre son şekli verilen müdahale programının uygulamadaki etkililiği deneysel bir çalışma ile değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Öfke yönetimi, hemşirelik, kavramsal-teorik sistem

### Kaynaklar

1. Beck, R., & Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 63-74.
2. Bowman-Edmondson, C., Cohen-Conger, J. (1996). A Review Of Treatment Efficacy For Individuals With Anger Problems: Conceptual, Assessment, And Methodological Issues. *Clin Psychol Rev*, 16:251-75.
3. DiGiuseppe, R., Tafrate, R. (2003). Anger Treatment For Adults: A Metaanalysis Review, *Clin Psychol Sci Pract* 10:70-48.
4. Del Vecchio, T., O'Leary, KD. (2004). Effectiveness Of Anger Treatments For Specific Anger Problems: A Meta-Analytic Review. *Clin Psychol Rev*, 24:15-34.
5. Saini, M. (2009). A meta-analysis of psychological treatment of anger: Developing guidelines for evidence based practice. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*,37(4):473-88.
6. Tafrate, R.C., 1995. Evaluation of treatment of strategies for adult anger disorders. In: Kassinove, H., Editor, , 1995. Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment, Taylor & Francis, Washington, DC, pp: 109-129.
7. Sukhodolsky, DG., Kassinove, H., Gorman, B. S. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for Anger in Children and Adolescents: A meta-analysis. *Aggression & Violent Behavior*, 9, 247-269.
8. Roy, C. (2009). The Roy Adaptation Model. 3rd Edition New Jersey Upper Saddle River, Pearson Prentice Hall Health.
9. Freeman,SM., Freeman, A. (2006). Cognitive Behavior Therapy in Nursing Practice, Siproinger s.3-29 , 373-410.

## P.57 ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN STRESLE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİNİN İNCELENMESİ

Ayşe Çetin, Ayça Gürkan, Emel Öztürk

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

### ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Stres, kişilerin fizik ya da sosyal çevreden gelen uyumsuz koşullar nedeniyle bedensel ve psikolojik sınırlarının zorlamasıdır. Hemşirelerin iş yükü, sağlık ekibiyle yaşanan çatışmalar, personel ve malzeme sıkıntısı, çalışma şekli gibi pek çok nedenlerle stres yaşadıkları ve bir takım fiziksel ve/ veya psikolojik sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir. Öğrenci hemşireler bu stres etkenlerinin yanı sıra okul başarısı kaygısı da yaşamaktadır ve başa çıkma stratejilerinin farklı faktörlerden etkilendiği bilinmektedir. Etkili başa çıkma stratejileri kullanamayan öğrencilerde depresyon ve tükenmişlik belirtileri görülebilmektedir; bu nedenle bedensel ve ruhsal sağlıkları ile başa çıkma stratejileri arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Chunping, 2010; Gibbons, 2010; Temel, 2007). Hemşirelik mesleğinin temel öğelerini oluşturacak öğrenci hemşirelerin, başa çıkma stratejilerinin saptanması, bu durumu iyileştirici ve geliştirici adımların atılmasında önem taşımaktadır. Bu nedenle, bu çalışma öğrenci hemşirelerin başa çıkma stratejilerini ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla planlanmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı olarak planlanan çalışma kurumdan, öğrencilerden ve Aysam'dan gerekli izinler alınarak, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda 16 Şubat- 16 Mart 2009 tarihleri arasında öğrenimini sürdüren, 718 öğrenci ile yapılmıştır. Basit rastgele tabakalı örnekleme ile seçilen, gönüllü, 250 öğrenci örneklem grubunu oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış 'Tanıtıcı Bilgi Formu' ve Amirham (1990) tarafından geliştirip, Aysam (1994) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış olan 'Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği' kullanılmıştır. Veriler SPSS 16 paket programında kodlanmıştır ve analizinde sayı- yüzde dağılımları, ortalama, one way ANOVA yöntemlerinden yararlanılmıştır.

**Bulgular:** Öğrenci hemşirelerin %33.6'sı birinci sınıfta; %56'sı 21-23 yaş grubunda olduğu ve %53.2'sinin başarı ortalamalarının 70- 80 puan olduğu saptanmıştır. 'Başa Çıkma Stratejileri' ölçeği, alt ölçekleri puan ortalamaları; problem çözme alt ölçeğinde  $16.91 \pm 4.02$ , sosyal destek arama alt ölçeğinde  $18.26 \pm 4.1$ , kaçınma alt ölçeğinde  $13.43 \pm 2.53$  olarak belirlenmiştir. Öğrenci hemşirelerin sosyal destek alt ölçeği ile sınıfları ve aile tipilerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Baba eğitiminde, kaçınma alt ölçeği puan ortalaması ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir.

**Tartışma:** Öğrenci hemşirelerin stresle başa çıkma stratejisi olarak çoğunlukla 'Sosyal destek arama' yöntemini kullandıkları belirlenmiştir. Çoğunun ailesinden uzak olması ve gelişim dönemi özellikleri nedeniyle problemlerinin paylaşımı ve çözümünde sosyal desteği daha fazla kullanma yönelimleri olmaktadır. İstatistiksel olarak dördüncü sınıf öğrencilerinin sosyal destek alt ölçek puanlarının yüksek olması ve parçalanmış aileye sahip olmaları bu sonucu desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Öğrenci hemşire, stres, başa çıkma

### Kaynaklar

1. Chunping, N., Xiwen, L., Qianzhen, H., Aili L., Bo, W., Yongping, Y. (2010). Relationship between coping, self-esteem, individual factors and mental health among Chinese nursing students: A matched case-control study. *Nurse Education Today*, 30: 338- 43.
2. Gibbons, C. (2010). Stress, coping and burn-out in nursing students. *International Journal of Nursing Studies*, 3-11.
3. Temel, E., Bahar, A., Çuhadar, D. (2007). Öğrenci Hemşirelerin Stresle baş etme Tarzları Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5): 107-118.

**P.58 PROF. DR. M.O. UZMAN BAKIRKÖY RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ HEMŞİRELİK PERSONELİNİN UYGULADIKLARI HASTA VE AİLE EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Münevver Akın, Semra Enginkaya

Prof. Dr. M.O. Uzman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Günümüzde sağlık sistemindeki değişim ve gelişmeler, sağlık bakım sistemlerini ve yapısını değiştirmektedir. Bu durum, hastaların hastanede kalış sürelerini kısaltmakta, tedavilerini daha karmaşık hale getirmekte, yaşam biçiminde değişimlere yol açmakta ve hasta ile ailesinin öz bakımla ilgili sorumluluklarını arttırmaktadır. Bu değişim ve gelişmeler sağlıklı/ hasta bireyin, ailesinin ve yakınlarının gerekli sağlık eğitimini alma hakkını gündeme getirmiştir. Bu eğitimin sistematik, nitelikli şekilde yerine getirilmesini zorunlu kılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi "Herkesin Sağlık Hedefleri"ne ulaşmada sağlık eğitiminin önemine dikkat çekerek hemşirelerin birer sağlık eğitimcisi olduğunu vurgulamış, hemşirenin sağlık eğitimi işlevleri içinde hasta ve aile eğitimine yer vermiştir (1,2,3,5,6, Hemş Kanunu 2007). Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (BRSSH-EAH) kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta ve aile eğitimine yönelik uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırma için BRSSH-EAH'nde 2009 Kasım- 2010 Mart tarihleri arasında kliniklerde çalışan 288 hemşire alınmıştır. Veri toplama aracı olarak literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen ve iki bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Veriler bilgisayar ortamında "yüzdeleme", " $\chi^2$ " testlerinden yararlanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular ve Tartışma:** Hemşirelerin % 33.7'nin sağlık meslek lisesi, %12.5'nin sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu, %20.8'nin önlisans, %25.8'nin lisans, % 2.8'nin yüksek lisans, % 4.9'nun diğer hemşirelik eğitimi dışı okullardan mezunu olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %80.2'nin servis hemşiresi olduğu ve %23.3'nün servislerinde aynı zaman diliminde 2 hemşirenin çalıştığı, %35.4'nün 36 ve üstü yatak kapasiteli servislerde hizmet verdikleri görülmektedir.

Hemşirelerin %73.6'nın hasta eğitimi ile ilgili bir eğitim programına katıldığı, %78.8'nin çalıştığı serviste hasta-aile eğitimi uyguladıklarını, %99.3'nün hasta-aile eğitiminin gerekli olduğunu ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin, hasta-aile eğitimini %75.7'i hekim-hemşirenin beraber eğitim yapmasını, %55.2'nin eğitim vermek için kendilerini kısmen yeterli hissettiklerini, hasta-aile eğitimi yapmak için kişisel gelişimlerini sağlamada %66'nın birlikte çalıştığı hemşirelerden, %54.92'nun mesleki kitap ve dergilerden, %51.4'nün hizmet içi eğitim programlarından yararlandıklarını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin, hasta-aile eğitimi yapma sıklıklarına bakıldığında %34.7'nin periyodik aralıklarla eğitim yapılması gerektiğini ifade ederken, %57.6'nın çalışma ortamlarındaki düzensizliği, %37.2'nin zamanlama aksaklıklarını hasta/aile eğitimini uygulamada başarı ve güdülenmelerini etkileyen temel sorunlar olarak saptanmıştır.

Hemşirelerin çalıştığı servislerdeki yatak sayıları ile hasta-aile programlarında karşılaştıkları başarılarını ve güdülenmelerini olumsuz etkileyen sorun/sorunlardan çalışma ortamındaki düzensizlik arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

Hastalara uygulanan planlı ve sistemli eğitimin hasta ve aileler açısından önemi büyük olmasına rağmen ülkemizde yapılan çalışmalar hemşirelerin eğitici rollerini yerine getiremediklerini göstermiştir (2,4).

Kliniklerde çalışan hemşirelerin %40.6'nın hasta-aile eğitimi ile ilgili uygulamalarının üst yetkililer tarafından denetlenmediği bulunmuştur. Hemşirelerin görevleri ile hasta-aile eğitimi ile ilgili uygulamalarının üst yetkililer tarafından denetlenme durumları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Sağlık kurumlarında hasta eğitiminin yapıp yapılmadığı kalite çalışmaları içinde önemli bir yer bulmaktadır, fakat yeterli denetlenmemektedir. Denetlemelerin sistemli olarak yapılması hasta eğitiminin tam olarak yerine getirilmesinde etkili olacağı ve hasta

eğitiminde ortaya çıkan aksaklıklara ve yetersizliklere çözüm bulmayı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Sonuç:** Hemşirelerin hasta ailesinin/yakınlarının eğitime etkin katılımını desteklediği ve hasta-aile eğitimlerinde hasta ve ailede düşünce/davranış değişikliği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Hemşireler hasta /aile eğitimlerinin değerlendirilmesini sağlayarak, bu süreçte eğitimci rolü kapsamında danışman ve rehber kişi olma sorumluluğunu üstlenmede önemli rolleri bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, eğitim, hasta – aile eğitimi

### **Kaynaklar**

- 1.Akçin, E. Yataklı Tedavi Kurumlarında Hasta Eğitimine Yönelik Hemşirelik Etkinlikleri. İstanbul Üniversitesi Florence Nihtingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 14, S:109-222, 2006.
- 2.Avşar, G.Klinik Hemşirelerinin Uyguladıkları Hasta Eğitiminin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Ana Bilim dalı Yüksek Lisans Tezi. Erzurum, 2006.
- 3.Kaya, H. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Eğitimi ve Hemşirenin Sorumlulukları, Türkiye Klinikleri Dergisi, Sayfa: 19-23, Cilt: 1, Sayı: 1, 2009.
- 4.Kayış, A. Hemşirelerin Hasta Eğitimine Verdikleri Önem ve Eğitimi Verirken Karşılaştıkları Güçlüklerin Saptanması. Özlem Grafik Matbaacılık, Sayfa 245-249, İstanbul,2001.
- 5.Salvage, J.Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem. ( Çeviri: Ülker S).Aydoğdu Ofset, Sayfa 9-18.Ankara,1985.
- 6.Taşocak, G. Hasta Eğitimi.2. Baskı. FNHYO Yayını,No 9. İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü; 2007.

### **P.59 PSİKİYATRİ DERSİ ALAN HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN PSİKİYATRİ DERSİ VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ**

Yeliz Sertkaya<sup>1</sup>, Tuğba Leblebici<sup>1</sup>, Satı Bozkurt<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu 4. Sınıf Öğrencisi

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi

#### **ÖZET**

**Amaç:** Çalışmanın amacı, psikiyatri dersi alan hemşirelik öğrencilerinin psikiyatri dersi ve hemşireliği ile ilgili görüşlerini belirlemektir. Bu kapsamda öğrencilerin psikiyatri hemşireliğine bakış açıları, aldıkları teorik eğitim ile klinik uygulamaların etkisi ve psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri değerlendirilmiştir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini; Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu'nda 4.sınıfta okuyan 35 öğrenciden çalışmaya katılmayı kabul eden 32 öğrenci oluşturmuştur. Veriler 15.03.2010-22.03.2010 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan anket formu ile toplanmıştır (1,2). Veriler bilgisayar ortamında, tanımlayıcı istatistiksel analizler kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Öğrencilerin yaş ortalaması; 23.0±1.23 tür. Annelerin %78'i ilköğretim, babaların ise % 47'si ilköğretim mezunudur. Öğrencilerin mesleği seçme nedenlerine bakıldığında ilk üç sırada % 38'i puanı yettiği için, % 15'i mesleği sevdiği için ve % 15'i mesleğin sağlıkla ilgili olduğu için seçtikleri saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 63'ü hemşirelik bölümünü okumaktan memnundur. Araştırmaya katılan öğrencilerin psikiyatri dersine ilişkin başarı algısına bakıldığında %70 olumlu bulunmuştur. Çalışmaya katılan öğrencilerin dersten önce ruhsal sorunlu bireyle %60'ı daha önce iletişimde bulunmuştur. Öğrencilerin %50'sinin yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan bir birey vardır. Öğrencilerin dersten önce ruhsal sorunlu birey hakkında düşüncelerine bakıldığında %38'i korktuğunu, %38'i acıdığını ve %53'ü diğer hastalar gibi olduğunu düşündüklerini belirtmiştir. Dersten sonra aynı düşüncelerine bakıldığında ise korku düzeyleri %3'e ve acıma düzeyleri %31'e düşerken, diğer hastalar gibi olduklarını düşünme düzeyleri ise %91'e yükselmiştir. Öğrencilerin dersten önce psikiyatri

hemşiresinin rollerini algılayışına bakıldığında %53'ünün ruh sağlığı gereksinimlerini değerlendirmek olduğunu, %37'si sağlığı yükseltme önleme müdahaleleri ve sağlığın korunması olduğunu ve %31'inin özbakım aktivitelerinde hastaya yardımcı olduğunu düşündüklerini belirtmiştir. Dersten sonra öğrencilerin %63'ü ruh sağlığı gereksinimlerini değerlendirmek, %6'sı terapotik ortamın yönetimi ve %53'ü kriz müdahalesi danışmanlığı olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin uygulamada psikiyatri hemşiresinin hangi rolleri gerçekleştirdiğine dair verdikleri cevaplar ise çoğunlukla %63'ü terapötik ortamın yönetimi, %53'ü sağlığı yükseltme ve sağlığı koruma ve %47'si kriz müdahalesi danışmanlığı olmuştur. Uygulamada hemşirenin gerçekleştiremediği rollerin sebebi olarak ise genellikle %59'u iş yorgunluğu nedeniyle, %56'sı tükenmişlik sendromu yaşadıkları ve %44'ü psikiyatri hemşiresinin görev tanımları olmadığı ya da bilemedikleri şeklinde cevaplamışlardır. Öğrencilerin klinik uygulama sırasında ne düşündükleri sorusuna verdikleri ilk üç yanıt; %63'ü burada öğrendiklerimin yaşamıma ve mesleğime yararı olacağını, %59'u psikiyatrik bozukluklarının tedavi edilebilir olduğunu ve %56'sı buradaki hemşirelik hizmetlerinin diğer kliniklerden farklı olduğu düşünceleridir. Uygulamalarda öğrencilerin %44'ü kendisini gergin hissederken %41'i kendini rahat ve güvende hissetmiştir. Dersin teorik eğitimi ile ilgili görüşleri sorulduğunda ise en çok; %84'ü psikiyatri hemşireliğinin temel bilgilerini öğrendiklerini ve %59'u dersin genel hemşirelik için gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Psikiyatri dersinde lisansüstü eğitim yapmak isteyenler %50 olarak saptanırken neden olarak ise psikiyatri hemşireliği ilgi alanını oluşturduğu şeklinde saptanmıştır. Öğrencilerin %53'ü psikiyatri kliniğinde çalışmak istediklerini belirtmiştir.

**Sonuç:** Öğrencilerin hemşirelik mesleğini tercih etmelerinde ÖSS puanları, ailelerinin etkisi, sağlıkla ilgili bir alan olması gibi ikincil sebepler etkili olduğu halde büyük oranda mesleklerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Psikiyatri hemşireliği dersi teorik ve klinik eğitiminden memnun oldukları saptanmıştır. Bunun yanında öğrencilerin klinik uygulama sırasında kendilerini rahatsız ve gergin hissetmeleri, üzerinde durulması gereken bir durumdur ve eğitim sürecinde dikkate alınmalıdır. Öğrencilere psikiyatri hemşiresinin rolleri sorulduğunda dersi almadan önce genel hemşirelik rollerine odaklanırken, dersi aldıktan sonra daha spesifik rollere odaklanmışlardır.

**Anahtar Kelimeler:** Psikiyatri hemşireliği, psikiyatri dersi, öğrenci görüşleri

#### **Kaynaklar**

1. Demir Y., Gökdoğan F. (2002). Öğrencilerin "Psikiyatri Hemşireliği" Dersini Değerlendirmesi. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 4 (3): 10-15.
2. Özbaş D. (2009). Hemşirelik Öğrencilerinin Psikiyatri Hemşiresinin Rollerini Algılayışı. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, 125-131.

#### **P.60 PSİKİYATRİ DIŞI KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN RUHSAL SORUNLARI OLAN BİREYLERE KARŞI TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Gülşah Emekli, Fatmana Oytun, Şeyma Bulut, Selma Sabancıoğulları, Selma Doğan Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

#### **ÖZET**

**Amaç:** Bu araştırma, Sivas ili'indeki hastanelerde psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin psikiyatri hastalarıyla ilgili bilgi, tutum ve davranışları ve bazı değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın örneklemini Sivas ili'indeki hastanelerde çalışan 1027 hemşireden psikiyatri dışı kliniklerde çalışan ve daha önce psikiyatri kliniğinde çalışma deneyimi olmayan basit rastgele örneklem yöntemi ile belirlenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 277 hemşire oluşturmuştur. Araştırma verileri "Kişisel Bilgi Formu" ile "Ruh Hastaları ve Ruh Hastalıklarına İlişkin Görüşler (Opinions About Mental Illness Scale-OMI) Ölçeği" ile elde edilmiştir. Bilgi formunda yaş, yaşanan yer, aile tipi, ruhsal hastalık ve hastalarla ilgili duygu ve düşünceleri belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. OMI; Cohan ve Struening tarafından 1963 yılında geliştirilmiş ve ülkemizde geçerlilik-

güvenilirlik çalışması Arıkan tarafından 1986 yılında yapılmıştır. OMI, ruh hastaları ve hastalıklarına ilişkin görüş ve tutumları 5 boyutta (Otoriterlik Boyutu 11-66, Koruyuculuk-Kollayıcılık Boyutu 14-84, Ruh Sağlığı İdeolojisi Boyutu 9-54, Sosyal Kısıtlayıcılık Boyutu 10-60, Bireylerarası Etiyoloji Boyutu 7-42 puan arasında değişmektedir) ölçmektedir. Puanlar yükseldikçe ruh hasta/hastalıklarına ilişkin görüş ve tutumlar olumsuzlaşma eğilimi göstermektedir. Formlar hemşirelere araştırmanın amacı açıklandıktan ve araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözel onamları alındıktan sonra, çalıştıkları kliniğin uygun bir odasında doldurmaları sağlanmıştır. Veriler bilgisayar ortamında SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede frekans dağılımı, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Mann-Whitney (U) testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin OMI alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; otorite alt boyut puan ortalaması  $X = 36.74 + 7.02$ , koruyuculuk- kollayıcılık alt boyut puan ortalaması  $X = 47.88 + 7.19$ , ruh sağlığı ideolojisi,  $X = 28.34 + 4.98$ , sosyal kısıtlayıcılık  $X = 36.11 + 6.10$  ve bireyler arası etiyoloji puan ortalamasının ise  $X = 22.23 + 4.36$  olduğu saptanmıştır. Bu ortalama puanlar değerlendirildiğinde sosyal kısıtlayıcılık puan ortalamasının ortanın üzerinde, diğer alt boyut puan ortalamalarının ise orta düzeye çok yakın olduğu belirlenmiştir. Ayrıca ailesinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olmayan ve yaşı ileri olan hemşirelerin, ailesinde psikiyatrik tedavi öyküsü olan ve genç yaş grubundaki hemşirelere göre ruhsal sorunu olan hastaların normal insanlardan farklı ve aşağı olduğu görüşüne daha çok katıldıkları belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin ruhsal sorunu olan hastalara karşı daha koruyucu ve insancıl yaklaşım içinde oldukları ve hastalara karşı daha az kısıtlayıcı bir tutum sergiledikleri saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Bekar olan hemşireler ruhsal sorunu olan hastalardan toplumu korumak için, hastaların hastane içinde ve dışında kısıtlanmaları gerektiği görüşüne evlilerden daha çok katılmaktadırlar ( $p < 0.05$ ). Hemşirelerin psikiyatri hastalarının normal insanlardan farklı olduğu, bilimsellikten uzak olan psikiyatri hastalarına karşı daha koruyucu ve insancıl yaklaşıma, ruhsal hastalıkların özellikle çocukluk çağındaki anne-baba-çocuk ilişkisine dayalı olarak ortaya çıktığı görüşüne ilişkin puanları orta düzeydedir. Ancak bu hastaların, toplumu korumak için hastane içi ve hastane dışında kısıtlanmaları gerektiği görüşüne ilişkin puanları ise ortanın üzerindedir.

**Sonuç:** Toplumun psikiyatri hastalarına karşı önyargılarını azaltmada önemli sorumlulukları olan ve rol modeli olması gereken hemşirelerin öncelikle psikiyatri hastalarına karşı kendi tutumlarını olumlu yönde değiştirmeleri gerekir.

**Anahtar kelimeler:** Stigma, hemşire, psikiyatri hastası

### Kaynaklar

1. Bailey SR (2000) An Exploration of Critical Care Nurses and Doctors Attitudes Towards Psychiatric Patients. Aust J Adv Nurs, 15(3):8-14.
2. Eşsizoğlu A., Arısoy Ö (2008) Hemşirelerin Depresyona ve Depresyon Hastalıklarına Karşı Tutumları: Karşılaştırılmalı Bir Çalışma. Dicle Tıp Dergisi, 35(3):167-168.
3. Üçok A., Erkoç Ş., Ataklı C., Polat A (2001) psikiyatri dışındaki hemşirelerin şizofreniye ilişkin tutumları. Bahar Sempozyumları 5, Nisan, Antalya, ss:24-29.

## P.61 PSİKİYATRİ HASTALARINDA STİGMA VE BENLİK SAYGISI

Doç. Dr. Havva Tel<sup>1</sup>, Öğr. Gör. Şükran Ertekin Pınar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CÜ. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği AD

<sup>2</sup>CÜ. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma, psikiyatrik hastalık tanısı olan ve ayaktan izlenen hastalarda stigma ve benlik saygısını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Çalışma 1 Ekim–31 Aralık 2009 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğe gelen ve ayaktan tedavi alan şizofreni, duygulanım bozukluğu ve genel anksiyete bozukluğu tanısı olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 160 hasta ile yapılmıştır. Hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek aydınlatılmış sözel onamları alınmıştır. Çalışma verileri kişisel bilgi formu, Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (1) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (2) ile toplanmıştır. Veri toplama araçları, hastalar poliklinikte doktorla görüşükten sonra, görüşme odasına alınarak yüz-yüze görüşme yoluyla uygulanmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım, Pearson korelasyon analizi ve ANOVA testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hastaların yaşlarının 18–59 arasında değiştiği, ortalama  $34.12 \pm 10.34$  olduğu, hastaların %58.8'inin kadın, %54.4'ünün evli, %35.6'sının ilköğretim eğitimi, %60.6'sının herhangi bir işte çalışmadığı, %68.8'inin şehirde yaşadığı, %30.6'sının 2–5 yıllık hastalık süresi olduğu, %48.8'inin ailesinde ruhsal hastalıklı birey olduğu saptanmıştır. Hastaların stigma duygusu ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta, stigma puanları arttıkça benlik saygısı puanları azalmaktadır ( $r=-.684$ ,  $p=.000$ ). Hastaların yaşadığı yer, medeni durum, tanı grubu ve çalışma durumuna göre stigma ve benlik saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ( $p>0.05$ ), eğitim ve yıllık hastaneye yatış sayısına göre hastaların stigma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p<0.05$ ), okur-yazar olmayan ve yılda en az bir kez hastane yatışı olan hastaların stigma puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Psikiyatri hastaları stigma yaşamaktadır. Stigma ile benlik saygısı arasında yakın ilişki bulunmaktadır. Bu çalışmada hastaların stigma puanları arttıkça benlik saygısı puanlarının azaldığı, eğitim düzeyi ve yıllık hastaneye yatış sayısının stigma düzeyini etkilediği görülmüştür. Yapılan çalışmalarda psikiyatri hastalarının stigma yaşamaları ve benlik saygısının düşük olmasında, eğitim düzeyi ve hastaneye yatış sıklığının etkili olduğu belirlenmiştir(3–5). Stigma bireyin hastalığa uyumunu ve sosyal yaşamını çok yönlü etkilediğinden, sağlık çalışanlarının, özellikle de toplum sağlığı alanındaki sağlık çalışanlarının psikiyatri hastalarının algıladığı stigma ve benlik saygısı düzeyini belirlemesi, bireyin benlik saygısını desteklemesi, stigma ile baş etmeye, toplumda stigma ile mücadele etmeye yönelik planlamalar yapması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Psikiyatrik hastalık, psikiyatri hastası, stigma, benlik saygısı, ayaktan tedavi

### Kaynaklar

1. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2007;18: 163–171.
2. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda Benlik Saygısı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara,1986.
3. Alonso J, Buron A, Rojas-Farreras S et al. Perceived Stigma Among Individuals With Common Mental Disorders. Journal of Affective Disorders 2009; 118: 180–186.
4. Coşkun S, Güven Caymaz N. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları EA Hastanesi ile Özel Bir Psikiyatri Ünitesine Başvuran Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyi Yönünden Karşılaştırılması. III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı 2009; 85–86.
5. Berge M, Ranney M. Self-Esteem and Stigma Among Persons With Schizophrenia: Implications for Mental Health. Care Management Journals 2005; 6: 139–144.



## **P.62 PSİKİYATRİ HASTALARININ YASAL HAKLARI**

Azize Atlı, Nermin Gürhan

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

### **ÖZET**

Kişinin birey olarak hakları ve bu hakların kullanım sınırları hukuk tarafından belirlenmektedir. Kişinin özgürlüğü, özel hayatına dokunulmaması, yurttaşlık haklarından yararlanması gibi haklar ülkemizde anayasa ile güvence altına alınmıştır (T.C. Anayasası 2010). Ancak bazı durumlarda kişilerin bu haklarını kullanmaları özellik taşımaktadır. Özellikle de psikiyatrik hastalıklarının doğasından kaynaklı olarak, zorla tedavi edilme, bir ruh sağlığı kliniğinde zorla tutulma, bazı kişilik haklarının kısıtlanması gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (Öztürk 2001). Bu gibi durumlar insan haklarının önemli bir bölümünü oluşturan hasta haklarının konusudur. Hasta haklarının bir bölümü de yasalarla koruma altına alınmıştır. Bunların söz konusu olduğu durumlarda olayın hukuki boyutu göz ardı edilemez (Oğuz 1993).

Hasta haklarının teorideki şekli ile sahada uygulanma şekli arasında bazı farklılıklar olabilmektedir (Özcan 1997; Kneisl 2004). Bu teori ve uygulamadaki farklılıkların nedeni sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgi eksikliği olabilir (Kneisl 2004). Ülkemizde olduğu gibi psikiyatri hastaları için düzenlenmiş yasaların bulunmadığı durumlarda, sağlık çalışanlarının bu konuda yeterli bilgiye sahip olmaları da zorlaşmaktadır.

Yasalarda belirlenmiş konuların uygulamaya doğru bir şekilde yansımaları hem hasta hem de sağlık çalışanları için önemlidir. Psikiyatri alanında çalışan profesyoneller, ancak bu şekilde kendilerini ve hastalarını yasal olarak koruyabilirler. Bu alanda çalışan sağlık profesyonellerinin; etik kodlar, uygulama standartları ve kurum prosedürleri gibi kurallar yanı sıra ilgili yasaları da bilmeleri gerekir. Psikiyatri hemşiresinin, bu alanda öne çıkan savunuculuk rolünü yerine getirebilmesi için de, ilgili yasal konuları bilmesi, hasta ve hasta ailesini bu konuda eğitmesi gerekmektedir (Kneisl ve ark. 2004).

Ülkemizde psikiyatri hastasının hakları ve ilgili durumları değerlendiren bir yasa yoktur. İlgili durumları açıklayan maddeler değişik yasa ve yönetmeliklerin içinde serpiştirilmiş olarak bulunmaktadır. Bu çalışma, ülkemizdeki psikiyatri hastalarını ilgilendiren yasa ve yönetmelikleri psikiyatri alanında çalışan hemşirelere tanıtmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. İlgili tüm yasa ve yönetmelikler tek bir dokümanda toparlanmış, aşağıdaki başlıklar altında ilgili maddeler açıklanmıştır.

1) Kişinin hastalık halinin saptanması ile saptanan hastalık halinin zorunlu olarak kişinin bir hastanede bazen kendi isteği dışında bir süre tutulmasını ve tedavi edilmesini gerektiren durumları düzenleyen yasa maddeleri

2) Akıl hastası ya da akli kusuru olan kişilerin eylemlerinde sorumluluk hal ve derecesini saptayan yasa maddeleri:

- a) Kamu düzenini bozma ve suç işleme olasılığı ile ilgili maddeler
- b) Suç işlemiş olma ve bunun değerlendirilmesi
- c) Ceza sorumluluğu

3) Kişinin vatandaşlık haklarını kullanmaya akıl hastalığı ve akli kusur nedeni ile ehil olmadığını ve ya Türk Medeni Kanunu gereğince yapılmış bir takım akitlerin zaman içinde ortaya çıkan akıl hastalıkları ile işlerliğini koruyup koruyamayacağını düzenleyen yasa maddeleri

- a) Yurttaşlık haklarını kullanabilme sorunu, kısıtlanma ve vesayet altına alma
- b) Evlenme –boşanma ile ilgili hükümler
- c) Cinsiyet değişikliği ile ilgili yasa

4) Diğer yasalar

- a) Özel akıl ve ruh hastanelerinin özellikleri
- b) TCK İntiharla İlgili Madde

**Anahtar Kelimeler:** Psikiyatri hastası, yasal haklar

## Kaynakalar

1. Knesil R.C., Wilson S.H., Trigoboff. Contemporary Psychiatric- Mental Health Nursing. Pearson Education. New Jersey. 2004
2. Oğuz N. Y. Temel yönleriyle psikiyatride hasta hakları. *Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi* 1993; 1 (3); 232-237,
3. Özcan A . Psikiyatride Hasta Hakları ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulamasına Yansıması. *T Klin Tıbbi Etik* 1997; 5;20-23
4. Öztürk O. Türkiye’de Ruh Hekimliğinin Yasal Konuları, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. Basım –Ankara 2001
5. Türk Ceza Kanunu, <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>
6. Türk Medeni Kanunu, <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4721.html>
7. T.C. Anayasası , <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa.htm>

## P.63 PSİKİYATRİ HASTASINA BAKIMVERENLERİN YÜKÜ İLE ÖFKE İFADE TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ar.Gör.Dr. Serap Yıldırım<sup>1</sup>, Uzman Hemşire Özge Akyüz<sup>1</sup>, Yrd.Doç.Dr. Esra Engin<sup>1</sup>, Yüksek Hemşire Kadriye Gültekin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği AD

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

### ÖZET

**Amaç:** Araştırma, psikiyatri hastasına bakımverenlerin yükü ile öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı araştırma, Mayıs 2009-Mart 2010 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Kliniği’nde gerekli izinler alındıktan sonra yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde klinikte yatan hastası olan 60 bakımveren araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma verileri, "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Bakımverenlerin Yükü Envanteri" ve "Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği" ile toplanmıştır. Bakımverenlerin yükü envanteri, zaman-bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük ve duygusal yük olmak üzere toplam beş alt ölçekten oluşmaktadır(1). Sürekli öfke-öfke ifade tarzı ölçeği ise sürekli öfke, öfke kontrol, öfke dışı ve öfke içe olmak üzere toplam dört alt ölçekten oluşmaktadır (2). Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde frekans dağılımı ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan bakım verenlerin yaş ortalaması 44.67±11.30 olup, %75.0’ünün kadın, %35.0’ünün ilkökul mezunu olduğu, %68.3’ünün bir işte çalışmadığı, %61.7’sinin gelir durumunu "orta" düzeyde algıladığı, %95.0’ünün sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin yakınlık derecesi incelendiğinde %38.3’ünün hastanın annesi, %20.0’ünün ise eşi olduğu, %76.7’sinin hastayla birlikte yaşadığı, %55.0’ünün hastalarına bakım verirken güçlük yaşadığını belirttiği, %45.45’inin yaşadığı güçlük için arkadaş ya da akrabalarından yardım aldığı saptanmıştır.

Bakım verenlerin; Zaman-bağımlılık Yükü puan ortalaması 7.45±4.32, Gelişimsel Yük puan ortalaması 6.48±5.17, Fiziksel Yük puan ortalaması 4.93±3.52, Sosyal Yük puan ortalaması 3.57±3.78 ve Duygusal Yük puan ortalaması 2.17±3.83 olarak bulunmuştur.

Bakım verenlerin; Öfke İçe puan ortalaması 14.65±3.87, Öfke Dışa puan ortalaması 12.85±3.60, Öfke Kontrol puan ortalaması 24.22±5.27 ve Sürekli Öfke puan ortalaması 15.13±4.38 olarak saptanmıştır.

Bakım verenlerin Sürekli Öfke puan ortalaması ile Gelişimsel Yük ( $r=.347$ ,  $p<0.01$ ), Fiziksel Yük ( $r=.278$ ,  $p<0.05$ ) ve Duygusal Yük ( $r=.366$ ,  $p<0.01$ ) puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki, Öfke İçe puan ortalaması ile Fiziksel Yük ( $r=.393$ ,  $p<0.01$ ) puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf, Gelişimsel Yük ( $r=.630$ ,  $p<0.01$ ), Sosyal Yük ( $r=.605$ ,  $p<0.01$ ) ve Duygusal Yük ( $r=.571$ ,  $p<0.01$ ) puan ortalaması arasında ise yine pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki, Öfke Dışa puan ortalaması ile Gelişimsel Yük ( $r=.453$ ,  $p<0.01$ ), Fiziksel Yük ( $r=.257$ ,  $p<0.05$ ), Sosyal Yük ( $r=.337$ ,  $p<0.01$ ) ve Duygusal Yük ( $r=.353$ ,  $p<0.01$ ) puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır.

**Sonuç:** Bulgular doğrultusunda, bakım verenlerin sürekli öfke düzeylerinin düşük olduğu, benzer şekilde öfkelerini düşük düzeyde içe ve dışa yansıttıkları, bunun yanı sıra öfkelerini yüksek düzeyde kontrol ettikleri ve bakım verme sürecindeki algıladıkları yüklerinin düşük olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak, bakım verenlerin algıladıkları yük arttıkça öfkelerini içe attığı saptanmıştır Türk toplumunda bireylerin yakınlarına bakım vermeleri geleneksel olarak kişiden beklenen bir davranıştır. Kronik bir hastalık söz konusu olduğunda, hastanın bakım yükü arttıkça öfkenin içe atılması ve ifade edilememesi özellikle depresyon ve tükenmişlik gibi ruhsal problemlere neden olabilmektedir. Bu nedenle psikiyatri hastasına bakımverenlerinde ruhsal durumunun dikkate alınması ve bakımverenler için oluşturulacak standart bir modelin geliştirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Bakımverenlerin Yükü, Öfke İfade Tarzları

### **Kaynaklar**

- 1.Küçükgüçlü Ö, Esen A, Yener G (2009). Bakımverenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Journal of Neurological Sciences [Turkish] 26: (1)18:060-073, <http://www.jns.dergisi.org/text.php3?id=269>
- 2.Savaşır I, Şahin NH (1997). Bilişsel-Davranışçı- Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Özyurt Matbaacılık,Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No:9, 9,71-78.

## **P.64 PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN HATALARIN İLAÇ UYUMLARI VE SOSYAL DESTEKLE İLİŞKİSİ**

Meral Kelleci, Elvan E. Ata

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği AD

### **ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışma psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumlarını ve sosyal destekle ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Çalışmanın örneklemini Nisan 2009-Mart 2010 tarihleri arasında klinikte yatan, çalışmaya katılmayı kabul eden, anlama ve iletişime geçme konusunda sorunu olmayan 140 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri "Kişisel Bilgi Formu", "Morisky Uyum Anketi" ve "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ile elde edildi. Morisky Uyum Anketi hastanın ilaç uyumunu ölçmek amacıyla kullanıldı. Ölçek "evet", "hayır" şeklinde yanıtlanmakta ve hastanın ilaç uyumunu "iyi", "orta" ve "kötü" şeklinde üç düzeyde göstermektedir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 12 maddeden oluşmakta, aile desteği, arkadaş desteği ve özel birisinin desteği olmak üzere üç alt gruba ayrılmaktadır. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 3, en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Araştırmanın verileri teke tek görüşme yoluyla toplandı. Verilerin analizinde varyans analizi, korelasyon ve frekans dağılımı kullanıldı.

**Bulgular:** Yaş ortalaması 37.20±12.82 olan hastaların %51.4'ü kadın, %53.6'sı evli, %44.3'ü ilköğretim, %25.7'si lise mezunu, %62.1'i orta düzeyde ekonomiye sahip ve %67.1'i çekirdek ailede yaşamaktaydı. Hastaların hastalık süre ortalaması 8.35±8.11 yıl ve ortalama yatış sayısı 3.25±2.08 idi. Hastaların tanı gruplarına bakıldığında %25.7'si depresyon, %23.6'sı psikotik bozukluk, %19.3'ü anksiyete bozukluğu, %17.1'i bipolar affektif bozukluk %9.3'ü şizofrenik bozukluk ve %5'i Alkol bağımlılığı idi. Hastaların %70.7'si kendi isteği ile kliniğe yatmıştı. Hastaların ilaç uyumları incelendiğinde, %20'sinin iyi, %48.6'sının orta ve %31.4'ünün kötü düzeyde olduğu belirlendi. Hastaların ilaç uyumlarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde aile desteği açısından gruplar arasında fark olmadığı ancak arkadaş desteği ve özel birisi desteği alt boyutlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu belirlendi(p<0.05). Arkadaş desteği ve özel birisinin desteğini hisseden hastaların ilaç uyum puanları daha yüksekti. İlaç uyum puanları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, arkadaş

desteği ile ilaç uyumu arasında istatistiksel yönden anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişkinin olduğu saptandı ( $r=0.272$ ,  $p=0.001$ ).

**Sonuç:** Araştırmanın sonucunda hastaların çoğunluğunun ilaç uyumlarının yetersiz olduğu, arkadaş desteği ve özel birisinin desteğini hisseden hastaların ilaç uyum puanlarının daha yüksek olduğu, arkadaş desteği ile ilaç uyumu arasında zayıf da olsa bir ilişkinin olduğu belirlendi. Hemşirelerin hastaların ilaç uyumlarını artırmada arkadaş ve özel birinin desteğini kullanabilecekleri söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Psikiyatri hastası, ilaç uyumu, sosyal destek, hemşirelik

#### Kaynaklar

1. Ebin S, etin M, BaŐođlu C ve ark. (2001) Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(1):5-14.
2. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M and et all. (2010) Assessment Of Adherence Problems In Patients With Serious And Persistent Mental Illness: Recommendations From the Expert Consensus Guidelines, J Psychiatr Pract. Jan; 16(1): 34-45.
3. Beebe LH (2010) What Community Living Problems Do Persons with Schizophrenia Report During Periods of Stability? Perspect Psychiatr Care, Jan; 46(1): 48-55.

### **P.65 PSIKIYATRI KLİNİĞİNDE YATARAK TEDAVİ ALAN HASTALARIN HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN VE İLİŞKİLİ OLABİLECEK HASTA ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ**

Yük.Hem. Arzu Caymaz<sup>1</sup>, Yrd.Doç.Dr. Fahriye Oflaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı

#### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Sağlık bakımının değerlendirilmesinde hasta memnuniyeti, temel gösterge olarak kabul edilmektedir. Hasta memnuniyeti; hizmetin sunumunu hasta ile hizmet verenlerin etkileŐimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliğini ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Hemşirelerin bakım davranışları ile hasta memnuniyeti arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu nedenle hasta perspektifinden hemşirelik bakımının değerlendirilmesi kalitenin belirlenmesinde bir geri bildirim sağlayacaktır. Kalite göstergesi olarak düşünülen hasta memnuniyetinin psikiyatri ortamına ilişkin olarak belirlenmesine yönelik çalışmalar oldukça sınırlıdır. Sağlık bakım sistemi içinde psikiyatri hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin ölçülüp, mevcut durumun saptanması, aksaklıkların giderilerek yeni düzenlemelerin yapılmasını sağlamada bir araç olabilecektir. Bu çalışmada yukarıda belirtilen ereve doğrultusunda hastanede yatarak tedavi gören ve bakım alan psikiyatri hastalarının, hemşirelik bakım süreci içindeki tanımlanmış hangi hizmetleri daha iyi aldığının belirlenmesi ve alınan hizmetler ile memnuniyet arasındaki ilişkinin belirlenmesi yoluyla, verilen hizmetin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bu sayede iyileştirici tedbirlerin alınmasında somut adımlarla ilerlenmesini sağlamak amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Bu alıŐma, psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların gözüyle, hemşirelik işlevlerinin değerlendirilmesi, hizmetten memnuniyet ve bunları etkileyebilecek faktörlerin ilişkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır. Çalışmaya Şubat-Mayıs 2010 tarihleri arasında GATA Ruh.Sağ.ve Hast. Kln.de yatarak tedavi alan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 100 hasta dahil edilmiştir. Anket ve ölçek hastalara araştırmacı tarafından taburcu oldukları gün uygulanmıştır. Çalışmada hastaların memnuniyet düzeyi bağımlı değişken; sosyodemografik özellikler, hizmet sunumu sırasında yürütülen hemşirelik aktiviteleri bağımsız değişken olarak ele alınmıştır. Çalışmanın verileri hasta özelliklerini ve hemşirelik aktivitelerini içeren 41 soruluk anket formu ve Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet leği kullanılarak toplanmıştır. Ülkemizde geçerlilik alıŐması Uzun (2003) tarafından 280 hasta üzerinde çalıŐılarak geçekleŐtirilen ölçeğin Türk insanına ve cerrahi hastalarına güvenle

uygulanabileceği sonucuna varılmıştır. Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeğinin Cronbach's alfa katsayısı bu çalışma için 0.98.4 olarak belirlenmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan hastaların %86'sı erkek hasta olup %56'sı evlidir. %45'i lise mezunu olup, %23'ü ilköğretim, %32'si üniversite mezunudur. %83'ü tedavi amaçlı yatmış olup, %63'ü ise daha öncede hastanede yatmış hastalardır. Hasta ifadeleri incelendiğinde hastaların %88'i hemşireleri ulaşılabilir bulmuş, %79'u da hemşirelerin iletişiminden memnun olduğunu belirtmiştir. Çalışmada cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi ile memnuniyet puanları arasında anlamlı bir fark görülmezken ( $p>0.05$ ) yaş arttıkça memnuniyet puanının da arttığı gözlenmiştir ( $p>0.05$ ). Ankette yer alan hemşirenin kendini ve kliniği tanıtmaması, klinik kurallarını söylemesi vb kabul işlevlerini yerine getirdiğini söyleyen ve söylemeyen hastaların memnuniyet oranları arasında fark olduğu görülmüştür. Bu işlemlerin yapıldığını belirten hastaların memnuniyet oranları da yüksek bulunmuştur.

**Sonuç:** Bu çalışma hasta memnuniyeti ile hemşirelik bakımı ve işlevleri arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Hastaların hemşirelik hizmetleri ile ilgili yaşayacakları olumsuz bir olay hastanın hastane yaşantısı ile ilgili algısını olumsuz etkileyecektir. Hastaların aldığı bakımdan memnuniyetini sağlamak için bakım verenlerin onların bakış açısını bilmeleri önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Psikiyatri kliniği, yataklı tedavi, hemşirelik bakımı, memnuniyet

### Kaynaklar

1. Tan NU. (2006) Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, İstanbul.
2. Oz F. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların Hemşirelik bakım hizmetinden beklentileri ve Karşılama durumu, kriz dergisi, 11(2); 7-18.
3. Schmidt LA. Patients' perceptions of nurse staffing, nursing care adverse events and overall satisfaction with the hospital experience. Nursing Economics, Nov/ Dec 2004, 22 (6): 295-306
3. Schmidt LA. Patients' perceptions of nurse staffing, nursing care adverse events and overall satisfaction with the hospital experience. Nursing Economics, Nov/ Dec 2004, 22 (6): 295-306
4. Uzun Ö. (2003) Hemşirelik Bakım Kalitesi ile ilgili Newcastle Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Saptanması, Türk Hemşireler Dergisi, 54 (2): 16- 24

### P.66 PSİKİYATRİ KLİNİĞİNE İLK KEZ BAŞVURAN BİREYLERİN HASTALIK ALGISI VE ATIFLARININ İNCELENMESİ

Yrd.Doç.Dr.Sağ.Yb. Fahriye Oflaz<sup>1</sup>, Uzm. Hem. Meltem Meriç<sup>1</sup>, Hem. Demet Özdoğan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği BD

<sup>2</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ruh Sağ.ve Hst AD

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı psikiyatri kliniğine ilk kez başvuran hastaların hangi şikâyetlerle ve hangi atıflarla psikiyatriye başvurduklarının ve hastalık algılarının incelenmesidir.

**Yöntem:** Araştırma kesitsel desende tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırmanın örneklemini, Şubat 2010-Nisan 2010 tarihlerinde GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Polikliniğine ilk kez başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 70 hasta oluşturmaktadır. Çalışmaya başlamadan önce etik kurul onayı alınmış olup, veri toplamak amacıyla 15 sorudan oluşan, hastaların sosyodemografik verileri ile hangi nedenlerle psikiyatri polikliniğine başvurduklarına dair soruları içeren bir soru formu ile, hastalık algısı ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 programı kullanılmış olup, istatistiksel analizde yüzdeler, ortalama ve ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılanların %85'i erkek, %15'i kadın olup; yaş ortalaması 23.2'dir. Katılımcıların %40'ı lise mezunu olup, %85'i bekâr ve %53.3'ü çalışmaktadır.

Katılımcıların % 73.5'i psikiyatri polikliniğine başvurmadan önce başka bir bölüme başvurmadığını belirtmiş olup, başka bir bölüme başvuranların %48.3'ünün dahiliye polikliniğine başvurdukları belirlenmiştir. Tedaviden beklentilerinin iyileşmek ve hastalıktan kurtulmak olduğunu belirtenlerin oranı %40'dır. Hastaların %33.3'ü sinirlilik, %33.3'ü içsıkıntısı ve %33.4'ü de yalnız kalma isteği belirtileri ile polikliniğe başvurduklarını ve %26.7'sinin "iyi olmalıyım" düşüncesiyle yardım arama davranışı gösterdikleri görülmüştür. Katılımcıların yarısından fazlası (%53.4), hastalıklarının en önemli nedeni olarak aile problemlerini göstermişlerdir. Hastalık algısı ölçeğinin hastanın hastalığı hakkındaki görüşlerini içeren algı bölümünün puan ortalaması  $130 \pm 12.4$  olup; alt ölçeklerden en yüksek puan "kişisel atıflar" alt ölçeğinden alınmıştır.

**Tartışma:** Çalışmadan elde edilen verilere göre, psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların çoğunluğunun erkek ve genç popülasyon olduğu görülmektedir. Benzer çalışmalarda, özellikle genç grubun ve kadınların sıklıkla psikiyatri polikliniklerine başvurdukları belirtilmektedir. Bizim çalışmamızın yapıldığı hastanenin askeri bir kuruluş olmasından dolayı erkeklerin sayısının fazla olduğu düşünülmektedir. Hastaların psikiyatri polikliniğine başvurmadan önce başka bir bölüme başvurma durumları incelendiğinde yarıya yakınının dahiliye polikliniğine başvurdukları görülmüş olup; bu sonuç, genellikle hastaların bedensel belirtilerle bu polikliniklere başvurduğunu belirten çalışmalarla uyumludur. Katılımcıların yarısından fazlasının hastalıklarının en önemli nedeni olarak aile problemlerini gösterdikleri belirlenmiş olup; bu sonuç hastaların, hastalık algısı ölçeğinin "kişisel atıflar" alt ölçeğinden en yüksek puan almaları ile paraleldir.

**Sonuç:** İlk kez psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin hangi nedenlerle ve hangi aşamalardan geçerek psikiyatri polikliniğine geldiklerini bilmek ve hastalık algıları hakkında bilgi edinmenin, hizmetlerin düzenlenmesi ve tedavinin seyri ve hastanın hastalığı kabul ve yaşam kalitesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma gençlerin psikiyatrik problemler açısından dikkat edilmesi gereken bir grup olduğunu ve dahiliye polikliniklerinde çalışanların ruhsal sorunlar açısından risk altında olan bu grubu izlerken psikolojik problemleri ayırt edici olmalarının önemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca, psikiyatrik problemlerin nedeni olarak ailenin gösterilmiş olması hastaların hastalıklarını kabul etme sürecinde önemli olabilecek önemli bir bilgi olarak değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastalık algısı, psikiyatri hastası, psikiyatri polikliniği

### **Kaynaklar**

1. Kocaman N, Özkan, Armay Z, Özkan S: Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8:271-280, 2007.
2. Yaşan A, Gürgen F: Psikiyatri ve Fizik Tedavi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Geleneksel Yardım Arama Davranışının Karşılaştırılması, Dicle Tıp Dergisi, 31(3):20-28, 2004.
3. Öyekçin D: Bir Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Bir Yıl İçinde Başvuran Olguların Sosyodemografik Özellikleri ve Psikiyatrik Tanı Dağılımı, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9: 39-43, 2008.

## **P.67 PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE AGRESYON VE ŞİDDETİ ÖNLEMEDE HEMŞİRELERE VERİLEN EĞİTİMİN HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ AÇISINDAN ÖNEMİ**

Öğr. Gör. Sibel Çoban (Arguvanlı), Öğr. Gör. Birgül Özkan  
Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

### **ÖZET**

Hastaların güvenli bakım alabilmeleri, sağlık hizmetlerinin öncelikli konusu olmakla birlikte, hizmetin sunumu sırasında yaşanan sorunlar, hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları olumsuz şekilde etkilemektedir (1). Diğer kliniklerde olduğu gibi psikiyatride de hasta ve çalışan güvenliği son derece önemli bir konudur.

Psikiyatri kliniklerinde tedavi gören bireylerin bir kısmı, hastalıklarının doğası gereği kendilerine ve başkalarına yönelik şiddet potansiyeline sahip olabilmektedir (2). Psikiyatri kliniklerinde, şiddet potansiyeli olan hastaların yönetiminde hemşireler önemli bir role sahiptir. Hemşirelerin en önemli amaçlarından birisi 24 saat boyunca hastaya güvenli ortam sağlamaktır. Şiddet potansiyeli olan hastaya etkili şekilde müdahale etmek için psikiyatri hemşireleri, acil eylem planı belirlemek ve uygulamak, hızla organize olabilmek ve stres altında etkili çalışabilmek durumundadırlar. Şiddet potansiyeli olan hastaların etkili yönetimi için son derece eğitilmiş ve deneyimli personele gereksinim vardır. Hemşireler, hekimler ve diğer sağlık ve güvenlik personelinin bu konuda eğitilmiş olmaları gereklidir (3,4).

Eğitimin; agresyon kavramı ve çeşitleri, agresif bireyin özellikleri ve değerlendirilmesi, agresyonun erken bulguları ve agresyonu önleme, agresyonun tedavisi, agresyon yönetiminde müdahaleler, personel hasta etkileşimi, tecrit ve tespit uygulamaları, hasta ve personel yaralanmasını önleme teknikleri gibi konuları içermesi gerekir (3).

Yapılan çalışmalarda, agresyon ve şiddetin hem personel hem de hasta için fiziksel ve psikolojik açıdan risk yaratan bir durum olduğu, kurumsal açıdan maddi kayıplara neden olduğu belirtilmektedir. (2).

Agresyon ve şiddetin olumsuz sonuçlarına karşın, halen mevcut olan bazı kurumsal ve bireysel engeller, agresyon ve şiddetin nedenlerinin değerlendirilmesi ve etkili önleme programlarının geliştirilmesine engel olmaktadır (4). Konuyla ilgili literatür, psikiyatri kurumlarında agresif davranış yönetimi için personel eğitiminin önemi üzerinde durmaktadır. **American Psychological Association (APA)** agresyon yönetimi için düzenli personel eğitiminin ve bu konuda politikalar geliştirilmesinin tüm personel için gerekli olduğunu savunmaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda saldırılarla başetmek için bir çok (%45-72) hemşirenin eğitim almadığı bulunmuştur (5-8).

Agresyon ve şiddetin önlenmesi ya da azaltılması, hasta ve çalışan açısından güvenli bir ortam sağlanması için, psikiyatri kliniklerinde önemli roller üstlenen hemşirelerin eğitilmesi oldukça önemlidir. Bu çalışmada; psikiyatri kliniklerinde agresyon ve şiddeti önlemede hemşirelere verilen eğitimin hasta ve çalışan güvenliği açısından önemi konusunda literatür doğrultusunda bir derleme yapılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** agresyon, eğitim, hemşirelik, hasta ve çalışan güvenliği

### **Kaynaklar**

1. World Health Organization (WHO) World Alliance for patient safety. Forward programme 2006- 2007. Geneva, Switzerland; WHO Press: 2006.
2. Björkdahl A et al. Changes in the Occurrences of Coercive Interventions and Staff Injuries on a Psychiatric Intensive Care Unit Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 21, No. 5 (October), 2007: pp 270-277
3. Morrison E. Love CC. An evaluation of four programs for the management of aggression in psychiatric settings. Archives of Psychiatric Nursing, Vol. XVII, No. 4 (August), 2003: pp 146-155
4. Peek-Asa C, Casteel C, Allareddy V. et al. Workplace Violence Prevention Programs in Psychiatric Units and Facilities Harrison Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 23, No. 2 (April), 2009: pp. 166-176
5. Bilgin H. Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kişilerarası İlişki Tarzları ile Hasta/Hasta Yakınlarından Kaynaklanan Saldırlara Karşı Tutumları, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilim Dalı, 2002
6. Poster EC, Ryan AJ. Nurses' attitudes toward physical assaults by patients. Arch Psychiatr Nurs; 3 (6) 1989: pp. 315-322.
7. Poster EC. A multinational study of psychiatric nursing staffs' beliefs and concerns about work safety and patient assault. Arch Psychiatr Nurs; 10 (6) 1996: pp. 365-373.

8.Schwartz TL, Park TL. Assaults by patients on psychiatric residents: a survey and training recommendations. Psychiatr Serv; (50) 1999: pp. 381-383.

## **P.68 PSİKİYATRİDE HASTA GÜVENLİĞİ**

Birgül Özkan, Sibel Çoban

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

### **ÖZET**

Hasta güvenliği uygulamaları; hastaya zarar verecek tıbbi hataları en aza indirgeyen süreç ve işlemler bütünüdür (1). Sağlık hizmetleri dinamik bir çevrede hastalar, sağlık çalışanları, yapı, prosedürler ve politikalar arasında bir etkileşim süreci içerisinde sunulmaktadır (2). Hizmet sunumu sonucunda genellikle başarıya ulaşırken kimi zaman tıbbi hatalar meydana gelebilmektedir. Tıbbi hata; uygulanan bilimsel tedavi yöntemi veya uygulamalar dışında, sağlık personelinin dikkatsizliği, yanlış uygulamaları veya kullanılan teknolojiye bağlı olarak ortaya çıkan ve hastanın daha uzun süre hastanede kalmasına yol açan, sağlığını bozan, hastaya zarar veren veya ölümüne yol açan uygulamalardır. Psikiyatride hasta güvenliği başlı başına önemli bir konu ve disiplindir. Psikiyatride hasta güvenliğinin özellikle çok daha önemli nedenleri arasında yapılan uygulamalar ve bu uygulamaların özellikleridir (3,4).

Literatürde kaliteli kanıtlar akut ve kronik psikiyatrik sorunu olan bireylerin tanı tedavi ve bakımlarında hasta güvenlik riskinin oldukça fazla olduğunu göstermektedir. Psikiyatride hasta güvenlik riskinin 3 temel etmene bağlı olarak geliştiği vurgulanmaktadır. Bu etmenler hasta faktörü, bakım ve tedavi sağlayıcıları ve sistem faktörleri olarak sıralanmaktadır. Hasta faktörü olarak akut psikiyatrik semptomların varlığı (örneğin dürtüsel olarak meydana gelebilecek durumlar, intihar, diğerine zarar verme, karar verme yetisinin düşük olduğu durumlar), planlanan tedavinin alınmaması ya da yanlış almasına bağlı durumlar sayılabilir. Tedavi ve bakım sağlayıcılarına ait faktörler arasında ise çalışan personelin (hekim, hemşire vb) gözlem ve iletişim becerilerinin yetersizliğine bağlı olarak psikiyatrik alanda tanılama, tedavi ve bakımın yanlış ya da yetersizliğine sebep olduğu düşünülmektedir. Bakım sağlayıcıların hasta güvenliğini tehdit eden yetersizlikleri daha çok psikotrop ilaç hatalarına neden olmaktadır. Literatürde yapılan inceleme sonucu psikiyatride hasta güvenliğini etkileyen önemli bir faktörde sistemdir(3-7).

Ayrıca hastanın gönüllü ve gönülsüz yatışları, zorla yatışlar, EKT uygulamaları, psikotrop ilaçların varlığı, hastalara yapılan sınırlama ve /veya tespit uygulamaları, psikiyatrik hastaların suistimali ve ihmale uğramaları, hastaların kendilerini ifade etmedeki güçlükleri nedeniyle haklarını koruyamamaları, pek çok nedenle bağımlı olmaları, hasta ve hasta ailesi olarak diğerleri tarafından stigmatize edilmeleri gibi özellikler psikiyatri alanında hasta güvenliğini çok önemli kılmaktadır (5- 7).

Yukarıda sayılan gerekçelere bağlı olarak psikiyatride hasta güvenliğinin sağlanması ve bu alandaki hataların azaltılması oldukça önemlidir. Bu bağlamda psikiyatri ekibinin bir üyesi olarak psikiyatri hemşiresinin tedavi edici ortamda oldukça önemli rolü bulunmaktadır. Psikiyatri hemşiresinin terapotik ortamı düzenleme ve bunu sürdürme sorumluluğunu etkin olarak yerine getirmesi durumunda psikiyatride özellikle klinikte hasta güvenliğinin sağlanabileceği ve tıbbi hataların ise azaltılabileceği düşünülmektedir.

Bu derleme günümüzde çok yaygın olan hasta güvenliğine paralel psikiyatride hasta güvenliğini, etkileyen durumları araştırmak ve bu alana güncel bilgi sağlamak amacıyla yapılmıştır.

**Anahtar:** Psikiyatri, hasta, güvenlik, bakım



## Kaynaklar

1. Iglehart JK. Revisiting duty hour limits-IOM recommendations for patient safety and resident education. N Engl J Med 2008; 359: 2633-2635
2. Dean, B., Schachter, M., Vincent, C., & Barber, N. (2002). Prescribing Errors in Hospital Inpatients: Their Incidence and Clinical Significance. Quality and Safety in Health Care, 11: 340-344.
3. Bates, D.W., Spell, N., Cullen, D. J., & Burdick, E. (1997). The Costs of Adverse Drug Events in Hospitalized Patients, Adverse Drug Events Prevention Study Group. Journal of the American Medical Association, 277 (4), 307-311.
4. Nolan, T. W. (2000). System Changes to Improve Patient Safety. British Medical Journal, 320 (7237), 771-773.
5. Wazana, A., & Primeau, F. (2002), Ethical Considerations in The Relationship Between Physicians and The Pharmaceutical Industry. Psychiatr Clin North Am, 25: 647-663.
6. Thomas S, Leese M, Dolan M, The individual needs of patients in high secure psychiatric hospitals in England The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology Vol 15 No 2 June 2004 222-243
7. Boyce P., Chair Australian And New Zealand guidelines For The Management Deliberate Self-Harm. Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry 2004; 38:868-884

## P.69 PSİKİYATRİK HASTALIKLAR VE AİLESEL STİGMA

Selma Sabancıoğulları, Selma Doğan, Meral Kelleci, Elvan Ata, Dilek Avcı  
C.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

### ÖZET

**Amaç:** Çalışma, psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların yakınlarının ruhsal hastalıklara karşı tutumunu, ruhsal hastalığı olan bireylerden etkilenimlerini ve ruhsal hastalıklarla ilgili bilgilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan çalışma bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların yakınları ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya, üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların, 248 hasta yakınından çalışmaya katılmayı kabul eden 182 hasta yakını alınmıştır. Çalışmada araştırmacılar tarafından hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu" ve "Hasta Yakınları için Ailesel Stigmatı Belirleme Formu" kullanılmıştır. Hasta Yakınları için Ailesel Stigmatı Belirleme Formu (ASBF); form 5li likert tipinde 53 maddeden oluşmaktadır. Form bu çalışmada kullanılmak üzere çalışmacılar tarafından geliştirilmiş, güvenirlik katsayısı (Cronbach alfa katsayısı) 0.85 olarak değerlendirilmiştir. Formda hasta yakınlarının ruhsal hastalıklara karşı tutumu, ruhsal bozukluğu olan bireyden etkilenme durumu, hasta bireyin bakımında sorumluluk alma ile ilgili tutumları ve ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirildiği maddeler bulunmaktadır. Bu maddeler doğrultusunda form; ailenin hissettiği stigma, hastadan etkilenme durumu, hastanın bakımında sorumluluk alma isteği ve hastalık hakkında bilgi düzeyi gibi dört alt gruptan oluşmaktadır. Formdan alınan puanın yüksekliği, aile etkileniminin ve damgalanma durumlarının yüksek olduğu şeklinde değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması  $42.15 \pm 12.14$ 'tür. Hasta yakınlarının ASBF genel puan ortalamasının  $143.47 \pm 20.43$  (53-265) olduğu belirlenmiştir. ASBF'nun alt grupları olarak değerlendirilen; ailenin hissettiği stigma alt grubu puan ortalaması  $46.22 \pm 8.42$  (80-16), hastadan etkilenme alt grup puan ortalaması  $50.13 \pm 9.98$  (85-17), hastanın bakımı ile ilgili sorumluluk alma isteği alt grup puan ortalaması  $15.42 \pm 3.02$  (35-7) ve hastalık hakkında bilgi düzeyi alt grup puan ortalaması ise  $31.68 \pm 4.73$  (65-13) olarak belirlenmiştir. Ayrıca hastasının tanısı şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar olan, okuryazar olmayan, hastanın eşi olan hasta yakınlarının, diğer tanı grubundaki, ilköğretim ve daha üst eğitilmiş, yakınlık derecesi anne-baba, çocuğu ya da kardeşi olanlara göre stigmatı daha çok hissettikleri ve ruhsal hastalıklı bireyden daha çok etkilendikleri saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). İilde yaşayan, erkek, çalışan, gelir durumu kötü olan, hastasının bakımında günlük yaşadığını belirten hasta yakınlarının, kadınlara, gelir durumu daha iyi olanlara, ilçe ve köyde yaşayanlara,

çalışmayanlara ve hastasının bakımında güçlük yaşamadığını belirtenlere göre ASBF genel puan ortalamalarının daha yüksek, hasta bireyden daha fazla etkilendikleri ve stigmatı daha fazla yaşadıkları saptanmıştır. Hastasının hastalığının ne olduğunu bildiğini söyleyenlerin ASBF genel puan ortalaması ve bireyin bakımından sorumluluk alma puan ortalamaları, hastalığın ne olduğunu bilmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

**Sonuç:** ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınlarının, stigma ve ruhsal hastalığı olan bireyden etkilenme durumunu orta düzeyde yaşadıkları, hastalıkla ilgili sorumluluk alma ve hastalık hakkında bilgi düzeylerinin ise ortanın altında olduğu söylenebilir. Buna göre hemşirelerin psikiyatri hasta ailelerine yönelik stigmatı azaltma ve aile bireylerini güçlendirme programları yapmaları önerilir.

**Anahtar kelimeler:** Stigma, hasta ailesi, psikiyatri hastası

### Kaynaklar

1. By Phelan, Jo C.; Bromet, Evelyn J.; Link, Bruce G (1998) Psychiatric illness and family stigma. Schizophrenia Bulletin. Vol 24(1):115-126.
2. Gülseren L (2002) Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. Türk Psikiyatri Dergisi, 13(2):143-151.
3. Soygür H., Özalp E (2005) Şizofreni ve damgalanma sorunu. Türkiye Klinikleri J Int. Med.Sci, 1(12): 74-80.

## P.70 RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ UYGULAMALARININ KANITA DAYALI OLARAK GELİŞTİRİLMESİNDE KARŞILAŞILAN ENGELLER

Arş. Gör. Emel Bahadır Yılmaz, Prof. Dr. Fatma Öz  
Hacettepe Üniversitesi, SBF, Hemşirelik Bölümü

### ÖZET

Kanıt Dayalı Hemşirelik (KDH), ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin, en iyi araştırma kanıtlarını kullanarak, klinik deneyimlerinden yararlanarak ve hastanın tercihlerini de göz önünde bulundurarak karar verdiği bir süreçtir. Hemşire; uyguladığı hemşirelik girişimlerinin amacına ulaşmış olup olmadığını ve girişimlerin uygun olup olmadığını değerlendirmek, girişimler için en uygun zamanı belirlemek, hizmetin organizasyonunu ve yönetimini sağlamak, hastayla ve bakımla ilgili ipuçlarını etkin bir biçimde değerlendirmek için kanıt dayalı hemşirelikten yararlanmaktadır.

Yapılan literatür taramasında ruh sağlığı hastalarının etkin bir sağlık bakımı almaları için ruh sağlığı hizmetlerinin kanıt dayalı olmasının önemi vurgulanmaktadır. Çünkü kanıt dayalı ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulaması, etkili ve yeterli bir sağlık bakımını güçlendirmenin yollarını bulmaya çalışmaktadır. Bunun yanı sıra KDH; bilgiye ulaşmayı ve teori geliştirmeyi kolaylaştırmakta, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamalarına ışık tutmaktadır. Ancak bu bağlamda düşünüldüğünde, kanıt dayalı uygulamaların var olan sistem içine entegre edilmesini engelleyen bazı durumların olduğu gözlenmektedir. Bunlar;

- **Hemşirelerin hemşirelik bakımının içine kanıt dayalı uygulamaları entegre edecek yeterli bilgi ve becerilere sahip olmaması:** Psikiyatri hemşiresinin psikiyatrik bozukluklar ve farmakolojik ve psikososyal girişimler gibi temel konularda bilgiye sahip olması önemlidir. Hemşirenin sahip olması gereken beceriler ise kişilerarası destek, araçsal destek, hedef oluşturma ve beceri eğitimidir.
- **Mevcut ekip anlayışının kanıt dayalı uygulamaları gerçekleştirmeyi teşvik edici olmaması:** Hem hemşirelik hem de diğer sağlık çalışanları arasındaki işbirliğinin sistemin uygunsuz işleyişi, anlayış eksikliği ve tükenmişlik nedeniyle uyum çoğu zaman sağlanamamaktadır.
- **Psikiyatri hemşireliği alanında niteliksel çalışmaların eksikliği:** Niteliksel çalışmaların azlığı bu alana temel oluşturacak kuramsal bilginin oluşmasını engellemekte ve yetersiz kılmaktadır.
- **Ruh sağlığı uygulamalarında var olan belirsizlik:** Bakım verilen bireyler, pek çok nedenden kaynaklanan ve nedenleri tam olarak belirlenemeyen, karmaşık duygusal

ve davranışsal sorunlara sahip oldukları için verilen bakımın standardize olması ve düzenlenmesi de güçleşmektedir.

• **Kanıt olarak kullanılacak bilginin niteliğinin yetersiz oluşu:** Kanıt olarak kullanılacak bilginin; kurallara uygun elde edilmesi, açık olması, araştırma sonuçlarına dayandırılması, bilimsel dayanağının olması ve genellenebilmesi gibi özelliklerinin olması gerekmektedir. Ayrıca bu bilgiyi elde ederken mesleki bilgi, klinik deneyim, araştırma bilgisi, hastanın deneyimi ve tercihleri gibi kaynaklardan yararlanılması da önemlidir.

Özetle, etkin bir ruh sağlığı hizmeti verebilmek için ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin uygulamalarını kanıta dayalı olarak geliştirmesi önemlidir. Kanıta dayalı uygulamaların geliştirilebilmesi için hemşirelerin gerekli olan bilgi ve becerileri kazanmaları ve gerekli düzenlemelerin yapılarak klinik ortamda desteklenmeleri sağlanmalıdır. Ayrıca kanıta dayalı bilginin uygulamaya aktarılmasındaki sorunlar belirlenmeli ve bu sorunları çözümlenmeye yönelik uygun önlemler alınmalıdır. Çünkü günümüzde, kanıta dayalı ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin engeli, sadece konu hakkında yeterli bilgi donanımına sahip olmamak değil, aynı zamanda sahip olunan bilgiyi uygulamaya aktarmada yaşanan zorluktur.

**Anahtar Kelimeler:** Kanıta dayalı hemşirelik, psikiyatri hemşireliği, ruh sağlığı, engeller

### **Kaynaklar**

1. Corrigan PW, Steiner L, McCracken SG, Blaser B, Barr M. Strategies for disseminating evidence-based practices to staff who treat people with serious mental illness. *Psychiatric Services* 2001; 58: 1598-1606.
2. Franks V. Evidence-based uncertainty in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2004; 11: 99-105.
3. Geanellos R. Nursing based evidence: moving beyond evidence-based practice in mental health nursing. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2004; 10(2): 177-86.
4. Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing* 2004; 47(1): 81-90.
5. Thompson C. Clinical experience as evidence in evidence-based practice. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 43(3): 230-237.

### **P.71 RUHSAL HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN YAKINLARININ RUHSAL HASTALIKLARA İLİŞKİN İNANÇLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Yüksek Hemşire Hatice Bilhan, Yrd. Doç. Dr. Esra Engin, Arş. Gör. Döndü Çuhadar  
Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı.

#### **ÖZET**

**Amaç:** Ruhsal hastalık tanısı alan kişiler toplumun geneli tarafından tehlikeli, ne yapacakları belli olmayan, yabancı, nefret edilen, uzak durulması gereken kişiler olarak değerlendirilmektedir. İnsanlar ruhsal hastalığı ve hastalıkla ilgili her şeyi olabildiğince kendilerinden uzak tutmak istemektedirler. Araştırmacılar, ruhsal hastalıklara sahip kişilerle yakın ilişkide bulunmanın olumsuz tutumları azalttığını ortaya koymuştur. Araştırmacılar yakın ilişkinin, hastayı bir gruba ait görmenin ötesinde bir birey olarak tanımayı sağlaması ile olumsuz tutumları azalttığını öne sürmüştür. Bu çalışmada ruhsal hastalığa sahip bireylerin yakınlarının ruhsal hastalıklara ilişkin inançları ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** tanımlayıcı tipte planlanan çalışma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri klinik ve polikliniğinde 2 Mart-29 Mayıs 2009 tarihleri arasında tedavi gören hastaların yakınları arasında olup araştırmaya katılmak isteyen 100 hasta yakını ile yürütülmüştür. Verileri toplamada, araştırmacı tarafından literatür incelenerek geliştirilen hasta yakınları ile ilgili sosyodemografik özellikleri içeren "Sosyodemografik Veri Formu" ile birlikte, Hirai ve Clum (1998) tarafından geliştirilip, Bilge ve Çam (2008) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan "ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği" kullanılmıştır. 21 maddeden oluşan ölçek, 6'lı likert tipi bir ölçek olup, "tehlike",

"çaresizlik" ve "utanma" alt ölçekleri vardır. Ölçek toplam puanı 0-105, tehlike alt ölçeği puanı 0-40, çaresizlik alt ölçeği 0-55, utanma alt ölçeği 0-10 puan arasında değişmektedir. Ölçek hem toplam puan hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, yüksek puan olumsuz inancı göstermektedir. Verilerin değerlendirilmesi, t-testi ve ANOVA kullanılarak yapılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hasta yakınlarının RHİÖ puan ortalamaları  $52,70 \pm 1,60$  çaresizlik alt ölçeği puan ortalamaları  $28,45 \pm 9,50$ , tehlike alt ölçeği puan ortalamaları  $21,40 \pm 6,5$ , utanma alt ölçeği puan ortalamalarının  $2,81 \pm 2,80$  olduğu saptanmıştır. Çalışmada erkek hasta yakınlarının RHİÖ toplam puan ortalaması  $54,04 \pm 14,22$ , kadın hasta yakınlarının puan ortalaması  $51,48 \pm 17,55$  olarak belirlenmiş olup aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $t = -2,386$ ,  $p = 0,019$ ). Evli olan hasta yakınlarının çaresizlik alt ölçeği puan ortalaması  $29,06 \pm 8,99$  bekar hasta yakınlarının çaresizlik alt ölçeği puan ortalaması  $28,45 \pm 10,19$  boşanmış hasta yakınlarının puan ortalaması  $15,00 \pm 1,0$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ( $F = 3,287$ ,  $p = 0,042$ ).

**Sonuç:** Hasta yakınlarının cinsiyet ve medeni durum gibi özelliklerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını olumsuz etkilediği saptanmıştır. Ruhsal hastalığı olanların kendi ortamında sağaltımının başarılı olabilmesi için çevresindeki kişilerin anlayışlı ve hoşgörülü olmaları gerekmektedir. Özellikle birçok hasta için toplumdan yalıtılmışlığın ve insan ilişkilerinden yoksunluğun kötü prognozla doğrudan ilişkili olduğu bilinmektedir. Ruh sağlığı bozulmuş bireylere yönelik olumsuz tutumları en aza indirmeye çalışmalarına, hasta ile birebir etkileşim halinde olan ve hastanın yükünü birlikte paylaşan hasta yakınlarının dahil edilmesi bu hastalara yönelik bakımın kalitesini artırmada büyük önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta yakını, ruhsal hastalık, tutum

#### **Kaynaklar**

- 1.Taskın EO, Seyfe Sen F, Aydemir O ve ark. Halkın şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı Üzerine Bir Epidemiyolojik Araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13(3): 205-214.
- 2.Yüce, S., Savaş, H. A., Ersoy, M. A. ,Savaş, E. ve Sertbaş, G. : "Sağlık Yüksek Okulu Öğrencileri ve Çalışan Hemşirelerin Depresyonu Olan Hastalara İlişkin Tutumu", Türkiye'de Psikiyatri / Cilt 7, Sayı 1, 2005.
- 3.Kayahan, M. (2009): " Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye Karşı Tutumları Ve Psikiyatri Eğitiminin Etkisi", Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 6(1):27-34.

#### **P.72 RUHSAL HASTALIĞI OLAN EBEVEYNİN ÇOCUĞU OLMAK: BİR SİSTEMATİK DERLEME**

Kadriye Buldukoğlu, Kerime Bademli, Dudu Karakaya, Gülşah Göral, İlkay Keser  
Akdeniz Üniversitesi, Antalya Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği AD

#### **ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, ruhsal hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarının yaşam deneyimlerinin araştırıldığı kalitatif çalışmaları tanımlamak ve sistematik olarak gözden geçirmektir.

**Yöntem:** Bu sistematik derleme, CRD (Centre for Reviews and Dissemination, 2001) rehberi ve Dixon-Woods ve ark. (2006) tarafından belirlenen, "kalitatif araştırmaların sistematik derlemesi ile ilgili ilkeler" doğrultusunda yapılmıştır. Literatür taraması, kapsadığı yıllar açısından herhangi bir sınırlama yapılmaksızın, Pubmed, Ovid, Cinahl, Springer Link, Wiley Interscience, Türk Tıp Veri Tabanı ve Türk Medline veri tabanlarında yapılmıştır. Tarama Türkçe ve İngilizce dillerinde, 13 anahtar sözcük kullanılarak, 03 Aralık 2009 tarihinde gerçekleştirilmiş ve toplam 691 makaleye ulaşılmıştır. Ulaşılan 691 makale başlıklara göre araştırmacılar tarafından incelenmiş ve araştırma konusuyla ilgisi olmayan 316 makale kapsam dışı bırakılmıştır. Kalan 375 makale incelenmiş ve 203 makalenin aynı olduğu belirlenmiştir. Aynı olan makaleler çıkarıldıktan sonra elde edilen

172 makalenin özeti ve tam metni, katma ve dışlama kriterleri açısından, araştırmacıların tümünün katılımıyla değerlendirilmiştir.

Bu derlemenin katma kriterleri "kalitatif çalışmalar, kantitatif ve kalitatif araştırma deseninin birlikte kullanıldığı çalışmaların kalitatif bölümleri, ebeveyni herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almış çocukların alındığı araştırmalar", dışlama kriterleri ise "kantitatif çalışmalar, kantitatif ve kalitatif araştırma deseninin birlikte kullanıldığı çalışmaların kantitatif bölümleri, vaka analizleri, derlemeler, kitap bölümleri, doktora tezleri, Türkçe ve İngilizce dışındaki dillerde yazılmış makaleler" olarak belirlenmiştir. Kriterlere göre yapılan değerlendirmenin sonunda, araştırma kapsamına dört makale alınmıştır. Ayrıca bu dört makalenin referansı incelenmiş ve inceleme sonucunda dokuz makale daha araştırmaya dahil edilmiştir. Sonuç olarak araştırmanın kapsamına 13 makale alınmıştır.

**Bulgular:** Bu çalışmada 13 araştırma makalesi incelenmiştir. Çalışmaların beşi ABD'de, üçü Kanada'da, ikisi İngiltere'de, biri Avustralya'da, biri Finlandiya'da, biri İsveç'te yapılmıştır. Makalelerin sonuçları üzerinde yapılan tematik analize göre, çocukların yaşam deneyimleri; a- Hastalığı anlama-anlamlandırma (çocukların ebeveynlerinin hastalıklarını anlama, tanıma ve yönetme çabaları), b- Duygusal tepkiler (korku, endişe, çaresizlik...), c- Rol ve ilişkiler (anneye annelik etme, arkadaşlık kurmada güçlük...), d- Aile yaşamına etkiler (ekonomik güçlükler, ev değiştirme, boşanma...), e-Stigma (hastalığı utanılacak bir sır olarak saklama...), f-Psikiyatrik hizmetlerle bağlantı deneyimleri (psikiyatri ekibinin yeterli açıklama yapmaması...) ve g-Baş etme deneyimleri (hastalıktan kendini sorumlu tutmama, madde kullanımı...) olmak üzere yedi başlık altında gruplandırılmıştır.

**Tartışma:** Bu sistematik derleme, ebeveyninde ruhsal hastalık olan çocukların benzer dramatik deneyimler yaşadıklarını göstermiştir. Bu deneyimler çocuğun baş etme becerisi geliştirmesini engellemekte, zorlayıcı yaşam olaylarına dayanıklılığını azaltmakta ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu yönüyle annesi ya da babası hasta olan çocukların çocukluk dönemlerinin örseleyici olduğu ve bundan dolayı kolay incinebilir hale geldikleri anlaşılmaktadır. Tüm bu olumsuzluklara karşın, bazı çocukların erken olgunlaşma ve içsel gelişim nedeniyle, özgüvenlerinin geliştiği, bağımsızlıklarının arttığı ve daha dayanıklı oldukları da belirtilmektedir (3,4,5).

Bu derleme, ruhsal hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarını ve diğer aile üyelerini bilgilendirecek, baş etme becerilerini güçlendirecek, mevcut hizmetlere ulaşımı kolaylaştıracak bir dizi müdahale programının oluşturulmasının ve bu programları yürütecek özel bir insan gücü yetiştirilmesinin önemini ortaya koymuştur. Bu derlemede ulaşılan bilgilerin ışığında ülkemizde de, ebeveyninde ruhsal hastalık olan çocukların deneyimlerini açıklaştıracak kapsamlı, kalitatif araştırmalara ve ulusal düzeyde özgün müdahale programlarına gereksinim olduğu ortaya çıkmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Ruhsal hastalık, ebeveyn, sistematik derleme

## Kaynaklar

- 1- Centre for Reviews and Dissemination (2001). Undertaking Systematic Reviews of Research on Effectiveness: CRD's Guidance for those Carrying out or Commissioning Reviews. CRD report. 4, 2nd edn. NHS CRD, York.
- 2- Dixon-Woods M., Bonas A. et al. (2006). How can systematic reviews incorporate qualitative research? A critical perspective. Qualitative Research 6 (1), 27-44.
- 3- Handley,C,Farrell GA,Josephs A,Hanke A,Hazelton M(2001) The Tasmanian children's Project:The needs of children with a parent/carer with a mental illness. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing:10,221-228.
- 4- Beardslee, W.R, Podorefsky, D. ( 1988) Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self- understanding and relationships. The American Journal of Psychiatry: 145 (1): 63-6.
- 5- Garley D., Gallop R., Johnston N(1997). Children of the mentally ill: A qualitative focus group approach. Journal of Psychiatric Mental Health Nursing. 4, 97-103.

### **P.73 RUHSAL SORUNLU GEBELER RİSKLİ GEBE MİDİR?**

Ayşegül Bilge, Hafize Can Öztürk, Birsen Karaca Saydam, Rabia Ekti Genç  
Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

#### **ÖZET**

Kadın için doğurganlık varoluşun timsallerindedir. Ancak kadının ruhsal durumu; gebeliğin gidişatını etkileyebilir, antenatal, intrapartum, postpartum ve laktasyon dönemleri de kadının ruh sağlığını etkileyebilir (2). Özellikle de gebelikte ortaya çıkan her komplikasyon ve gebeliği riskli hale getiren her tıbbi sorun sonucu ortaya çıkan riskli gebelik durumunda gebelik dönemi, ruhsal problemleri aktive edebilecek stresli bir dönem halini almaktadır. Bu nedenle gebede ruhsal sorunun varlığı temel risk kriterleri içinde yer almalıdır.

Literatürde gebelik öncesi ya da gebelikte yaşanan bir sağlık sorununun ardından gelişen ruhsal sorun varlığının, riskli gebelik açısından önemini vurgulayan araştırmalar oldukça fazladır. Bu durum gebe/kadın açısından değerlendirildiğinde; gebelikte herhangi bir sağlık sorunu yaşayan kadınlarda, bu tür komplikasyonları olmayan gebelere göre daha fazla psikopatoloji saptanmıştır. Alder ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan derleme araştırmada da; obstetrik komplikasyonların, gebeliğe bağlı ortaya çıkan semptomların ve preterm doğumların, kadınların depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisi olduğu vurgulanmaktadır. Yapılan bir başka araştırmada yüksek riskli gebelik tanısıyla klinikte yatarak izlenen gebeler (N=107) ile aynı bölümün gebe polikliniğinde ayaktan takip edilen gebeler (N=107) psikiyatrik açıdan karşılaştırılmış, riskli gebelerin %59.4'ü psikiyatrik tanı alırken, riskli olmayan gebelerin ise %30.6'sı psikiyatrik tanı aldığı saptanmıştır (4).

Diğer bir yandan bu durum fetüs açısından değerlendirildiğinde; ciddi psikiyatrik hastalığı bulunan kadınların gebe kalması, psikiyatrik ilaç kullanımının fetüs üzerine etkileri nedeni ile gebelik açısından risk oluşturmaktadır. Bir araştırmada prematürite, düşük doğum ağırlığı ve düşük APGAR skorunun gebelikteki ruhsal hastalıkların şiddetiyle ilişkili bulunduğu saptanmıştır (3). Ayrıca psikiyatrik tanı almış olan gebelerin çocuklarında da çeşitli ruhsal hastalıklar gelişebilmektedir. Örneğin şizofrenik ebeveynlerin çocuklarında şizofreni görülme riski artmaktadır.

Araştırmalardan çıkan ortak görüş; antenatal ve intrapartum dönemde yaşanan ruhsal sorunlar hem fetal hem de maternal sağlığı etkilemekte, bu nedenle gebelikte ruhsal sorun varlığının yüksek risk olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu bağlamda psikiyatrik, obstetrik ve pediatrik bakımı içeren hemşirelik alanlarının teorik ve uygulamaları içerisinde riskli gebelik ve ruhsal sorun ilişkisine yer vermesi uygun olacaktır.

**Anahtar Kelime:** Gebe, ruhsal sorun, risk

#### **Kaynaklar**

- 1.Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösl I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine 2007; 20(3):189-209.
- 2.Dülgerler Ş., Engin E., Ertem G. (2005). Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21(1): 115-126.
- 3.Miller W.H, Resnick MD, Williams MH, Bloom SD (1993). Pregnant psychiatric inpatient: A Missed opportunity. Gen Hosp Psychiatry, 12; 373-378.
- 4.Özkan S., Kaçmaz N., Anuk D. İbrahimoğlu L (2004). Yüksek Riskli Gebelerde Psikiyatrik Morbidite, İstambul Üniversitesi İstanbul Tıp Fak. Dergisi, 67(4), 210-217.

## P.74 SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN ŞİDDET EĞİLİMLERİ VE PROBLEM ÇÖZME YETENEKLERİ

Fadime Üstüner Top, Kübra Çınarsoy, Hatice Alagöz, Emine Aydın Pekdemir,  
Barış Kaya  
Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma; Sağlık Bilimleri Fakültesinde okuyan öğrencilerin şiddet eğilimlerinin değerlendirilmesi ve problem çözme becerilerini incelemek amacı ile planlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı kesitsel nitelikte olup Giresun ilinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 2009-2010 eğitim-öğretim yılında Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören toplam 315 öğrenci oluşturmuştur. Evrenin tamamı örneklem grubu olarak alınmış olup okula devamsızlık, hastalık, araştırmaya katılmayı kabul etmeme gibi nedenlerle toplam 193 (%61,2) öğrenci ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Şiddet Eğilim Ölçeği, Problem Çözme Envanteri (PÇÖ) ve öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik 19 soruluk anket formu uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 16.0 istatistik paket programından yararlanılarak gerekli analizler yapılmıştır. Verilerin analizinde frekans, ortalama ve standart sapma puanlarına betimsel istatistik yöntemleri kullanılarak bakılmıştır. Ayrıca ikili bağımsız gruplarda aritmetik ortalamalar arası farka ait t-testi kullanılmış, ikiden fazla gruplarda tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %92,2'si kız, %7,8'i erkek olup; yaş ortalamaları  $20.65 \pm 1.75$  (17-25)'tir. Öğrencilerin Şiddet Eğilim Ölçeği puan ortalamaları  $37,59 \pm 8,18$  (20-67), PÇÖ puan ortalamaları  $85,06 \pm 18,30$  (46-136) olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan 193 öğrencinin %70,5'i düşük şiddet eğilimli, %28'i yüksek şiddet eğilimli, %1'i çok yüksek şiddet eğilimli çıkmıştır. Öğrencilerin %56,0'sının düşük seviyede problem çözme becerisine, %44,0'ünün yüksek problem çözme becerisine sahip olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilere şiddete maruz kalıp kalmadıkları sorulduğunda %33,2'sinin evet, %68,8'inin ise hayır cevabını verdiği görülmüştür. Öğrencilerin %25,4'ünün fiziksel şiddete maruz kaldığı, %5,7'sinin ise ihmal edildiği saptanmıştır. Şiddetin hangi durumlarda uygulandığı öğrenilmek istendiğinde; öğrencilerin %84,0'ü hiçbir durumda şiddet uygulanamayacağını, %14,5'i cinsel taciz durumlarında şiddet uygulanabileceğini belirtmişlerdir. Cinsiyetlere göre şiddet eğilimlerine bakıldığında ise kızların şiddet eğilimi erkeklere göre daha düşüktür. Kız öğrencilerin problem çözme ölçeğinin ortalamaları erkek öğrencilere göre daha iyi bulunmuş ancak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ). Alkol kullanımı ile şiddet eğilimi arasındaki ilişki ki-kare testine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p = 0,03$ ). Alkol kullanım oranı arttıkça şiddet eğilimi de artmaktadır.

**Sonuç:** Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin şiddet eğilimleri düşük seviyededir. Ayrıca öğrencilerin problem çözme becerilerinin düşük olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin büyük çoğunluğu hiçbir durumda şiddet uygulanmamalı dediği halde küçümsenmeyecek oranda yüksek şiddet eğilimli grupta saptanmıştır.

**Anahtar Kelime:** Şiddet, şiddet eğilimi, problem çözme becerisi, üniversite öğrenci

### Kaynaklar

1. Cüceloğlu D. (2007) İnsan ve Davranışı, Remzi Kitapevi, İstanbul, s:555.
2. Kanbay Y., Üstün B. Kars ve Artvin İllerinde Hemşirelik İş Ortamı İle İlgili Stresörleri ve Başetme Yöntemlerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009, 2(4):155-161.
3. Uysal, A. (2003). Şiddet Karşıtı Programlı Eğitimin Öğrencilerin Çatışma Çözümleri, Şiddet Eğilimleri ve Davranışlarına Yansımaları, Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
4. Tel H. Gizli Sağlık Sorunu: Ev İçi Şiddet ve Hemşirelik Yaklaşımları. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002, 6(2):1-9

## P.75 SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ŞİZOFRENİ İLE İLGİLİ TUTUMLARI

Uzm. Hemş. Ayşe Büyükbayram, Uzm. Dr. Birmay Çam  
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

### ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Toplumun ve sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan kişilere ve psikiyatrik sağaltımlara yönelik olumsuz tutumları, hastaların sağaltım için başvurmalarını ve sağaltımı sürdürmelerini engelleyici bir etkide bulunmaktadır. Bütün ruhsal hastalıklar arasında damgalanmadan en fazla etkilenen grup şizofrenlerdir. Sağlık çalışanlarının bu konuyla ilgili tutumlarının belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma, sağlık çalışanlarının şizofreni ile ilgili tutumlarının belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırma verileri PAREM tarafından şizofreni ile ilgili tutumu belirlemek amacıyla geliştirilen anket formu kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma İzmir Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde, Ocak-Mart 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya 207 sağlık çalışanı (doktor, ebe, hemşire, sağlık memuru, teknisyen) katılmıştır.

**Bulgular:** Araştırma kapsamın alınan çalışanların %62,3'si kadın, % 37,7'si erkek, %46,4'ü doktor, % 42,5'i ebe, hemşire ve sağlık memuru, %11,1'i teknisyen olarak çalışmaktadır. Çalışanların eğitim durumları %38,6'sı lise ve önlisans, %13,5'i lisans, %47,8'i yüksek lisans ve üstüdür. %49,8'i psikiyatri eğitimi almıştır, %12,1'inin şizofreni hastası yakını vardır, % 87'i daha önceden tedavi gerektiren psikiyatrik rahatsızlık geçirmemiştir.

Sağlık çalışanların %95,7'si ankette şizofreni ile ilgili verilen olgu örneğindeki kişide ruhsal bir hastalık olduğunu, %97,6'sı şizofreninin ruhsal bir hastalık olduğunu, % 82,5'i şizofreninin akıl hastalığı olduğunu, %81,7'si şizofreninin tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu belirtirken; %82,4'ü ankette şizofreni ile ilgili verilen olgu örneğindeki kişide bedensel bir olduğunu, % 88,5'i şizofreninin aşırı üzüntü hali ve % 56,6'sı ruhsal bir zayıflık hali olmadığını, % 92,2'si şizofreni bir kişiyle evlenemeyeceklerini, % 77,9'u şizofreninin tam olarak düzelmeyeceğini, % 78,9'u şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların ciddi yan etkiler yaptığını, % 54,4'ü ilaçların bağımlılık yaptığını, %62,8'i şizofrenlerin saldırgan olduklarını, %57,9'u şizofreni hastaların toplumda serbestçe dolaşmamalarını, %54,7'si birlikte çalışmak istemediğini belirtmişlerdir.

Sağlık çalışanlarının meslek grupları ile olgu örneğindeki kişide ruhsal bir sorun olduğunu, şizofreninin ilaçla tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu, şizofreninin akıl hastalığı olduğunu ve şizofreninin tam olarak düzelmeyeceğini düşünenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Meslek grupları ile şizofreninin tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu düşünenler arasında ( $\chi^2: 7.74, p<0.05$ ), şizofreninin ruhsal zayıflık hali olduğunu düşünenler arasında ( $\chi^2:23.3, p<0.05$ ), kişilik yapısının zayıflığından kaynaklandığını düşünenler arasında ( $\chi^2: 34.8, p<0.05$ ), şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların bağımlılık yaptığını düşünenler arasında ( $\chi^2:12.9, p<0.05$ ), şizofreni hastalarının toplum içinde serbest dolaşmaması gerektiğini düşünenler arasında ( $\chi^2:14.6 p<0.05$ ) anlamlı bir fark bulunmaktadır.

Sağlık çalışanlarının eğitim durumları ile olgu örneğindeki kişide ruhsal bir sorun olduğunu, şizofreninin ilaçla tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu, şizofreninin akıl hastalığı olduğunu ve şizofreninin tam olarak düzelmeyeceğini düşünenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Eğitim durumları ile şizofreninin tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu düşünenler arasında ( $\chi^2:10.4, p<0.05$ ), kişilik yapısının zayıflığından kaynaklandığını düşünenler arasında ( $\chi^2:39.6, p<0.05$ ), şizofreninin ruhsal zayıflık hali olduğunu düşünenler arasında ( $\chi^2: 27.6, p<0.05$ ), şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların bağımlılık yaptığını düşünenler arasında ( $\chi^2:17, p<0.05$ ), şizofreni hastalarının toplum içinde serbest dolaşmaması gerektiğini düşünenler arasında ( $\chi^2:18.4, p<0.05$ ) anlamlı bir fark bulunmaktadır.

**Sonuç:** Sağlık çalışanlarının şizofreninin 'akıl hastalığı' olduğunu düşünenlerin oranının çok olmasının damgalayıcı bir anlam taşıdığı, şizofreni konusunda olumlu tutum geliştirmelerinde eğitim durumları ile meslek farklılıklarının önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Farklı çalışmalarda sonuçlar araştırma bulgularını destekler



niteliktedir. Şizofreninin hastalık ve sosyal boyutları konusunda hizmet içi eğitim programlarının düzenlenebileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık çalışanları, şizofreni, tutum

### **Kaynaklar**

BAHAR A.(2007), 'Şizofreni ve Damgalama', Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(4), 101-110

KAYAHAN M. (2009), 'Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye Karşı Tutumları Ve Psikiyatri Eğitiminin Etkisi', Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 6(1):27-34

TAŞKIN O. ve ark.(2003), Sağlık Yüksek okulu Öğrencilerinin Şifofreni ile ilgili Tutumları', Nöropsikiyatri arşivi, 40(1-2): 5-12

## **P.76 SAĞLIK MESLEK LİSESİ ÖĞRENCİLERİNDE VÜCUT KİTLE İNDEKSİ VE SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Fadime Üstüner Top, Derya Çıtlak, Özlem Özçelik, Barış Kaya  
Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

### **ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışma; sağlık meslek lisesi öğrencilerinin vücut kitle indeksleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı kesitsel nitelikte olup Giresun ili Piraziz ilçesinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 2009-2010 eğitim-öğretim yılında Piraziz ilçesi Sağlık Meslek Lisesinde öğrenim gören toplam 171 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı istemeyen ve o gün okula devamsızlık yapan öğrenciler nedeniyle toplam 146 (%98,6) öğrencinin verileri değerlendirilmiştir. Veri toplama aracı olarak anket formu ve Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği kullanılmıştır. Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği; Walker, Sechrist, Pender tarafından 1987'de geliştirilmiş olup 52 sorudan oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin toplamından alınabilecek puan aralığı 52-208 arasındadır. Alt grupları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir. Elde edilen veriler SPSS 16.0 istatistik paket programından yararlanılarak gerekli analizler yapılmıştır. Verilerin analizinde frekans, ortalama ve standart sapma puanlarına tanımlayıcı istatistik yöntemleri kullanılarak bakılmıştır. Ayrıca tek yönlü varyans analizi (one way anova), t-testi ve korelasyon testleri uygulanmıştır. Yapılan analizlerde  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyi esas alınmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması  $16,26 \pm 1,09$  (14-19) dir. Öğrencilerin %66,9'u (n=99) kız, %31,8'i (n=47) erkektir. Öğrencilerin vücut kitle indekslerinin ortalaması  $20,94 \pm 3,44$  (16-41)'tür. Araştırmaya katılan toplam 146 öğrencinin %60,8'i (90) normal, kız öğrencilerinin %80'i (16), erkek öğrencilerin %20'si (4) kilolu bulunmuştur. Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği'nin genelinden  $125,01 \pm 16,957$  puan almışlardır. Alt ölçeklerden alınan en yüksek puanın kişiler arası destek ( $25,39 \pm 3,853$ ), en düşük puanın ise egzersize ait ( $16,68 \pm 4,379$ ) olduğu saptanmıştır. Annenin eğitim durumuyla Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ( $F=2,050$   $p > 0,005$ ), beslenme toplam puanı ( $F=1,297$   $p > 0,005$ ) arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Stresle baş etme alt grubuyla kişinin kendi kilosundan memnun olup olmadığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $F=4,525$   $p < 0,005$ ). Vücut kitle indeksleriyle Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeğinin alt grupları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,005$ ).

**Sonuç:** Kız öğrencilerin erkeklere oranla daha kilolu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öğrencilerin sağlıklı ilgili davranışlarının orta düzeyde olduğu, en çok uygulanan sağlık davranışlarının kişilerarası destek ve kendini gerçekleştirme, en az uygulanan sağlık davranışlarının; beslenme, egzersiz, stresle baş etme ve sağlık sorumluluğu olduğu bulunmuştur. Ergenlik döneminde ağırlık artışı izlenmeli ve kontrol altında tutulmalı, okul eğitimi yoluyla sağlıklı yaşam desteklenmelidir. Ergenlerin sağlık davranışlarının artırılması için özellikle beslenme, egzersiz, stres yönetimi, sağlık sorumluluğunu kazanmaya yönelik sağlığı geliştirme programları uygulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Vücut kitle indeksi, sağlığı geliştirme, ergenlik dönemi

## Kaynaklar

- 1.Geçkil E.: Malatya İlindeki Adölesanların Sağlık Davranışlarının ve Sorunlarının Tanımlanması, Beslenme ve Stresle Başetme Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi: Doktora Tezi,İstanbul,2002.
- 2.Türker F: Yetişkin Eğitimi, Sağlık Davranış Modelleri ve Sağlığı Geliştirme Kavramları Arasındaki İlişkilerin Tanımlanması: Yüksek Lisans Dönem Projesi; 2006,Ankara (yayınlanmamış kaynak)
- 3.Yalçınkaya M, Gök Özer F, Karamanoğlu A.Y: Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi: TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007: 6(6), Denizli: 410
- 4.Yardım N, Gögen S, Mollahaliloğlu S: Sağlığın Geliştirilmesi: Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum: İstanbul Tıp Fak. Dergisi 2009;72-29-35.

## P.77 SAĞLIK YÜKSEKOKULU SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN CİNSEL SAĞLIKLA İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞ ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Cansu Çakır<sup>1</sup>, Gül Ergün<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Araştırma Görevlisi, Burdur

<sup>2</sup>Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Öğretim Görevlisi, Burdur

### ÖZET

**Amaç:** Çalışma Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nda öğrenim gören son sınıf öğrencilerinin cinsel sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve bunların bazı değişkenlerle ilişkisinin saptanması amacıyla planlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın evrenini ve örneklemini Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nda son sınıfta öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur. Araştırma için Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik özellikler ve cinsel sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışları değerlendirmeye yönelik bilgi formu aracılığıyla araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Veriler bilgisayar ortamında, ki-kare, frekans, yüzdelerle değerlendirilmesi yöntemleri ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular ve Tartışma:** Araştırmamıza katılan öğrencilerin %78.1’i kız,%21.9’u ise erkektir. Toplam 94 örnekleme ulaşılmıştır. Örneklemin %87.5’i 21-24 yaş arasında veyaş ortalaması 23.3±3.5’dir. Örnekleme grubunun %66.7’si düz lise mezunuyken, %28’1’i ise Fen lisesi veya yabancı dil ağırlıklı liseden mezun olmuştur. Öğrencilerin %42.7’si yaşamının büyük bölümünü bir şehirde, %28.1’, ilçede, %15.6’sı da kasaba/belde’de geçirmiştir. Öğrencilerin %63.5’i Burdur’da ayrı evde yaşamaktadır. %20.8’i ise devlete ait öğrenci yurdunda, %10.4’ü pansiyonda, yine %5.2’si akrabalarının yanlarında kalmaktadır.

Örnekleme grubunun annelerinin %61.5’i ilkökul mezunu, %26’sı ortaokul veya lise, %6.3’ü ise üniversite mezunudur. Babalarının ise %44.8’i ilkökul mezunu, %29.2’si ortaokul veya lise, %21.9’u ise üniversite mezunu olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %76’sı çekirdek ailede yaşıyorken, %17.7’si geniş aile, %6.3’ü ise ölüm ve boşanma gibi nedenlerle parçalanmış aileye sahiptir.

Öğrencilerin %91.7’si ders dışı kitaplar okuduğunu; %54.2’si “aklına geldikçe”, %20.8’i “hergün mutlaka” , %11.5’i ise ayda bir kez kitap okuduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan kişilerin %92.7’si daha önce cinsel sağlıkla ilgili bilgi aldığını, %7.3’ü ise bilgi almadığını belirtmiştir.

Öğrencilerin %79.2’si mastürbasyon yapmadığını, %20.8’i ise mastürbasyon yaptığını belirtmişlerdir. Mastürbasyon yapma sorusuna erkek öğrenciler kız öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha fazla olarak “evet” yanıtını vermişlerdir(p<0.05). Aras ve ark.(2005) lise öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada da erkek öğrencilerin kızlara oranla mastürbasyon yapma oranı yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin evlilik öncesi cinsel deneyime ilişkin soruya %43.8’i “flörtün ötesine

karşıyım", %28.1'i "tamamen karşıyım" yanıtlarını vermişlerdir. Öğrencilerin istatistiksel olarak anlamlı bir farkla evlilik öncesi cinsel deneyime karşı oldukları görülmüştür( $p<0.05$ ). Kız ve erkek öğrenciler arasında evlilik öncesi cinsel deneyime ilişkin tutumları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır( $p>0.05$ ). Bu sonuçlar Pınar ve arkadaşlarının (2009) üniversite öğrencilerinde cinsel tutumla ilgili yaptıkları çalışma sonuçları ile farklılık göstermektedir. Belirtilen çalışmada erkek öğrencilerin istatistiksel olarak anlamlı olarak evlilik öncesi cinsel deneyimi normal karşıladıkları saptanmıştır. Öğrencilerin cinsellikle ilgili sorun yaşadıklarında başvuracakları yollar incelendiğinde; yarısı (%49) "bir sağlık kuruluşuna başvururum", %27.1'i "kitap veya internetten çözüm ararım", % 6.3'ü "kimseyle konuşmam, çözülmesini beklerim" yanıtını vermişlerdir. Öğrenciler cinsel yolla bulaşan hastalıklara %42.7 oranında "AIDS, Sifiliz, Gonore, Frengi", %24 oranında AIDS ve %15.6 oranında AIDS, Hepatit cevabını vermişlerdir. Öğrencilere cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için yapılması gerekenler sorulduğunda; % 43.8'i prezervatif kullanmak, %39.6'sı tek eşlilik ve prezervatif kullanmak yanıtlarını vermişlerdir.

**Sonuç:** Araştırma sonuçlarına göre araştırmacılar; örneklem grubuna cinsel sağlık üzerine uzman kişiler tarafından mezuniyet öncesi eğitim verilmesini planlamıştır. Ayrıca araştırma evreninin genişletilerek daha detaylı alan çalışması yapılmasını, Üniversite ve lise okul müfredatlarına cinsel sağlıkla ilgili dersler koyulmasını veya öğrencilere danışmanlık alabilecekleri cinsel sağlık merkezi imkânı sunulmasını önerir.

**Anahtar Kelimeler:** Cinsel sağlık, bilgi, tutum

#### **Kaynaklar**

1. Aras Ş, Şemin S, Günay T, Orçın E, Özan S(2005) Lise öğrencilerinin cinsel tutum ve davranış özellikleri. Sexual attitudes and behaviors of high school students, Türk Pediatri Arşivi,40: 72- 82
2. Özan S, Aras Ş, Şemin S, Orçın E (2004)Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin cinsel tutum ve davranışları. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 18(1):27-39
3. Pınar G, Doğan N, Ökdem Ş, Algier L, Öksüz L (2009) Özel bir üniversitede okuyan öğrencilerin cinsel sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışları. Tıp Araştırmaları Dergisi, 7 (2) :105 -113

### **P.78 SAĞLIK YÜKSEKOKULU 1. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN PSİKİYATRİK BELİRTİ DÜZEYLERİ**

Arzu Altunay

Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

#### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Yaşamın yeni bir dönemi olarak görülen üniversiteye giriş, ruhsal açıdan çalkantıların da yaşandığı bir evredir. Üniversiteye yeni başlayan gençlerin, hem gençlik döneminin beraberinde getirdiği sorunlarla mücadele etme hem de yeni yaşamlarına uyum sağlama gibi görevleri bulunmaktadır. Ancak bazı öğrenciler, eğitim yaşamının beraberinde getirdiği sorunlarla baş edememekte ve zamanlarını etkili kullanıp sosyal yaşamlarını düzenleyemedikleri için ruhsal sağlıkları olumsuz yönde etkilenmekte ve depresif belirti yaygınlığı yüksek çıkmaktadır (1,2,3). Bu araştırma Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik ve Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümleri'nde okuyan öğrencilerde psikiyatrik belirti düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın evrenini Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik ve Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü 1. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır (N:100). Ayrıca örneklem seçilmemiş, çalışmaya katılmayı kabul eden 1. sınıftaki tüm öğrenciler araştırma kapsamına alınmıştır (n:94). Envanter 19 Şubat 2010 tarihinde I. Sınıf öğrencilerinin psikiyatrik belirti düzeylerini belirlemek amacıyla uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu ve Şahin ve ark. (2002) tarafından geçerlik güvenilirlik çalışması yapılan "Kısa Semptom Envanteri" (KSE)

kullanılmıştır (4). Verilerin analizi SPSS 11.5 bilgisayar istatistik programı yardımıyla yüzde, ortalama ve student t testi, one way anova testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin % 70'i hemşirelik bölümü öğrencisi, %57'si okula isteyerek ve % 95.72'si farklı şehirden gelmiş, %77'si kız, Kısa Semptom Envanteri'nin genel semptom ortalaması (49.16±29.39) ve alt ölçekleri ise Anksiyete (11.75±8.40, Depresyon (12.72±8.88), Benlik Algısı (9.12±6.75), Somatizasyon (7.39±4.96), Kızgınlık/Öfke (7.98±4.46)'dür. Öğrencilerin cinsiyet, bölümler, okula isteyerek gelip gelmeme, yaşadığı yer ve anne baba tutumları ile psikiyatrik belirtiler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ).

**Sonuç:** Öğrencilerin psikiyatrik belirti düzey ortalaması (49.16±29.39)'dir. Üniversiteye yeni başlayan gençlerin, hem gençlik döneminin beraberinde getirdiği sorunlarla mücadele etme hem de yeni yaşamlarına uyum sağlama gibi görevleri bulunmaktadır. Ancak bu süreç çoğu zaman kolay olmamakta ve gençler bazı uyum problemleri yaşayabilmektedirler. Bu uyum problemleri; yeni bir şehirde yaşamaya, üniversite yaşamının farklılığına, farklı kültürlerden gelen bireylerle etkileşim kurmaya ve yeni bir gruba ait olma gereksinimine bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu amaçla öğrencilerinin üniversiteye yeni başladıklarında uyumlarını kolaylaştırmak amacıyla kendini tanıma, empati, hayır diyebilme, etkili kişilerarası ilişkileri geliştirmeye yönelik bireysel ve grup eğitimleri verilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Üniversite öğrencisi, psikiyatrik belirti, sağlık yüksekokulu

#### Kaynaklar

1. Kaya, M., Genç, M., Kaya, B., ve Pehlivan, E. (2007) Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığı, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Etkileyen Faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi, 18(2): 137-146.
2. Temel, E., Bahar, A., Çuhadar, D. (2007) Öğrenci Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(5), 107-118
3. Beşer, N. G. ve İnci, F. (2009) Sağlık Yüksekokulu 1. Sınıf Öğrencilerinde Psikiyatrik Semptomlar, III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Bildiri Özet Kitabı, syf:182.
4. Şahin, N.H., Batıgün, A.D. ve Uğurtaş, S. (2002) Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenirlilik ve Faktör Yapısı Türk Psikiyatri Dergisi, 13(2):125-135.

#### P.79 SAĞLIKLI VE DİYABETİK ADÖLESLERİN YAŞAM DOYUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Yrd.Doç.Dr.Zeliha Koç<sup>1</sup>, Gönül Güveli<sup>2</sup>, Zeynep Sağlam<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu

<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi Endokrin Polikliniği

#### ÖZET

**Amaç:** Yaşam doyumunu bir bireyin kendi belirlediği kriterlere uygun bir biçimde bireyin tüm yaşamını pozitif değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır(1). Bu çalışma, sağlıklı ve diyabetik adölesanlarda yaşam doyumunu ile bu durumu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırma Şubat 2009-Ekim 2009 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Çocuk Hastanesi Çocuk Endokrin Polikliniği'nde takip edilen, 11-18 yaş grubunda bulunan 86 hastadan araştırmaya katılmayı kabul eden 78 Tip I diyabetli adölesan ile 2008-2009 Eğitim-Öğretim yılında bir ilköğretim okulu ve lisesinde öğrenim görmekte olan 11-18 yaş grubu 74 sağlıklı adölesanla yürütülmüştür. Veriler araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bir anket formu ile toplanmıştır. Anket formunun birinci bölümünü adölesanların sosyo-demografik ve klinik özelliklerini belirleyen 22 soru; ikinci bölümünü ise 5 maddelik Yaşam Doyum Ölçeği oluşturmaktadır. Yaşam Doyum Ölçeği 7 aşamalı likert tipi bir ölçektir. Bu ölçekten en az 7, en fazla 35 puan alınmaktadır. İlgili kurumlardan yazılı ve araştırmaya katılan bireylerden de bilgilendirilmiş onam alındıktan

sonra, belirtilen tarihlerde hazırlanan anket formunun uygulanmasına başlanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik hesaplaması ki-kare, one-way ANOVA, student t testi ve Tukey testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan diyabetik adölesanların %53,8'ini kızlar, %46,2'sini erkekler, %57,7'sini ilköğretimde ve %42,3'ünü de ortaöğretimde öğrenim gören bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan diyabetik adölesanların yaş ortalaması  $13,89 \pm 2,17$ , sağlıklı adölesanların yaş ortalaması ise  $14,54 \pm 2,24$ 'dür. Diyabetik adölesanlar klinik özellikleri yönünden değerlendirildiğinde ise, %38,5'inin 1-3 yıldır diyabet hastası olduğu, %97,4'ünün insülin kullandığı, %48,7'sinin ailesinde diyabetli birey bulunduğu saptanmış olup, HbA1c ortalamaları ise  $9,26 \pm 1,66$  olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada diyabetik adölesanların yaşam doyum puan ortalaması  $24,18 \pm 5,90$ , kontrol grubu adölesanların yaşam doyum puan ortalaması ise  $21,87 \pm 5,40$  olarak belirlenmiştir. Tip I diyabetli adölesanlar ile sağlıklı adölesanlar arasında sosyo-demografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ). Ayrıca bu çalışmada diyabetik ve kontrol grubu adölesanların sosyo-demografik özellikleri ile yaşam doyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

**Tartışma:** Çocuk ve ergenlerde hastalık tanısı konduktan sonra sağlıklarının kaybı nedeniyle yeni durumlarına uyum sağlamakta güçlük çektikleri ancak zamanla hastalıklarına uyum sağladıkları ve başlangıçta bozulmuş olan yaşam kalitesi algılarının yükseldiği bilinmektedir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda tip I diyabetli genç hasta grubunda yaşam kalitesinin daha iyi olduğu, yaşın genç olmasının emosyonel bakımdan yaşam kalitesine önemli ölçüde etki ettiği(2), tip I diyabetes mellituslu çocuk ve ergenler ile sağlıklı çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerini benzer algıladıkları(3), diğer bir araştırmada ise diyabetik olmayan bireylerle karşılaştırıldığında, diyabetik hastaların yaşam kalitesi ve doyumunun daha düşük olduğu belirlenmiştir(4).

**Sonuç:** Elde edilen bulgular doğrultusunda, diyabetik ve kontrol grubu adölesanların yaşam doyum puan ortalamalarının oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir. Her iki grubun yaşam doyum puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise, diyabetik adölesanların yaşam doyum puan ortalamalarının sağlıklı adölesanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum son derece memnuniyet verici olup, diyabetik adölesanların aldıkları sağlık bakımı ile sosyal destek sistemlerinin oldukça yüksek olduğunu düşündürmektedir. Adölesanların kendilerini ifade edebilecekleri bir ortam sağlanarak, sosyal paylaşımlarını artırabilecekleri etkinlik ve organizasyonların düzenlenmesi ve ailelerinin de bu konudaki farkındalık düzeylerinin daha da artırılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Diyabet, adölesan, yaşam doyum

## Kaynaklar

1. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S.: The satisfaction with life scale. Journal of Personality Assessment. 1985, 49: 71-75.
2. Yüksel, S.: Tip I ve Tip II Diyabetik Hastaların Uyku Kalitesi, Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Afyon Karahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Afyon, 2007.
3. Memik, N.Ç., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Hatun, Ş., Ayaz, M., Karakaya, I.: Tip 1 Diyabetes Mellitusu Olan Çocuk ve Ergenlerin Yaşam Kalitesi Algılarının Değerlendirilmesi. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi. 2007, 14(3):133-138.
4. Çıtıl, R.: Diyabetik Hastalarda Tıbbi ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Kayseri, 2009.

## P.80 SEPSİSE BAĞLI GELİŞEN DELİRYUM: OLGU SUNUMU

Gonca Gül<sup>1</sup>, Perihan Çörçem<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

### ÖZET

**Giriş:** Deliryum hızlı başlayan, dalgalı seyir gösteren, herhangi bir nedenle bütün beynin kısa bir sürede yaygın olarak etkilenmesi, bozulması ile ortaya çıkan, bilincin, başka bilişsel yetilerin, davranışın ağır derecede bozulduğu bir sendromdur (1). Genellikle, birkaç saatten birkaç haftaya kadar sürer. Bu süre boyunca ve gün içinde bilinçte açılmalar, kapanmalar olağandır. Başlı başına bir hastalık değil, farklı nedenlere bağlı olarak çıkan, akut beyin yetmezliği durumudur (1). Oluş nedenleri arasında; direkt beyinle ilgili nedenler (kafa travmaları), sistemik nedenler (sepsis), toksik etkenler, bağımlılık yapan maddelerden kesilme (alkol) yer alır. Deliryumda tanı ve tedavi çok önemlidir. Altta yatan nedenin kısa sürede belirlenmesi ve ona yönelik sağaltımın hemen başlatılması gerekir (1,2). Bu olgu sunumunda; apandisit nedeniyle opere olan hastanın, batına yerleştirilen direnden safralı geleni olması üzerine duodenal yaralanma nedeniyle ikinci bir operasyon planlanmış, duodenostomi ve mide rezeksiyonu yapılmıştır. Bunun sonucunda intraabdominal sepsis gelişen hastanın yoğun bakıma yatışından sonra ortaya çıkan deliryum tartışılacaktır.

**Olgu:** Hasta, operasyondan sonra yoğun bakıma kabul edildiğinde oral entübasyon ile ventilatöre bağlı olarak solutuluyordu. Dormicum 4 mg/h ve morfin 3mg/h infüzyonlarıyla sedatize izlenen hasta, üç saat sonra, dormicum infüzyonu kesilerek bilincinin açılması beklendi. Bilinci açılan hastanın, istenileni yaptığı, anlaşmalara açık olduğu gözlemlendi. Bir süre entübe izlenen hastanın, kan gazları sonucuna göre spontan solunumda izlenmesine karar verildi, ekstübe edildi. Gün içinde şiddetli ağrılardan yakınan hastanın, yapılan bilinç muayenesinde oryantasyonun tam olduğu saptandı. Vital bulgularında sıkıntısı olmayan hasta, yoğun bakıma yatışından 24 saat sonra hipertermik izlenmeye başladı (38,5°C). Ek olarak, solunum sıkıntısından yakınmaya başladı. Nefes alamadığını, boğulma hissine kapıldığını belirten hastanın oksijenlenmesinin, kan gazı ve PO2 değerleri doğrultusunda, normal sınırlarda olduğu gözlemlendi. Hasta, yoğun bakımda zorla tutulduğunu, hemen çıkmak istediğini belirtti. Monitörize olarak izlenen hasta, üzerinde bulunan EKG kablolarını çıkartmaya çalıştı. Huzursuzluğu giderek artmaya başladı ve sürekli olarak nefes darlığından, soluk alamamaktan yakındı. Oksijen desteği ile oksijen saturasyonu 100/ dk olarak izlenen hastaya, durumu açıklanmaya çalışıldı. Artan ajitasyonu için Norodol Ampul uygulandı. Ajitasyon ve gelişmeye başlayan bilişsel yıkımın varlığı, hastanede yoğun bakımda yatışın da risk etmeni olduğu göz önünde bulundurularak, deliryum tablosunun geliştiği düşünülmüştür. Hasta deliryum açısından izlenmeye başlandı. Belirtilerin, ara ara azalıp, arttığı izlendi.

**Tartışma:** Hastanede yatışın deliryum açısından risk etmeni olduğu bilinmektedir. Belirtiler fark edilemeyecek kadar hafif, yaşamı tehdit edecek kadar ciddi olabilir(3). Konuşma sıklıkla tekrarlayıcı nitelikte olup, iletişimi oldukça güçleştirir. Bu açıdan hastalar, sıklıkla gözlenmeli, bilinç takibi yapılmalıdır (3). Deliryum, doktorlar, hemşireler tarafından genellikle atlanan bir durumdur. Geliştirilen birtakım ölçeklerin kullanılması, bu durumu önleyebilir. Erken fark edilerek önlemlerin alınması sağlanabilir. Bu ölçeklerden birkaçı; "yoğun bakımda konfüzyonun değerlendirilmesi ölçeğidir (YBÜ-KDÖ). Bu form günlük kullanılan izlemlere eklenebilir. Yoğun bakım deliryum izleme ölçeği de bu formlardandır. Uykunun düzenlenmesi, uygun fiziki koşullar, terapötik iletişimin kurulması, erken mobilizasyon gibi önlemler alınabilir (3). Altta yatan nedenin bulunması ve ona yönelik sağaltımın hemen başlanması esas alınmalıdır (1).

**Anahtar Kelimeler:** Deliryum, hemşirelik

### Kaynaklar

1.Öztürk O, Uluşahin A.(2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, s. 645-655

- 2.Güleç C, Koroğlu E. (1996). Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.221-256.
3. Güner P., Geenen O. (2007). Atlanması Kolay Bir Bozukluk: Deliryum. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 11:(1) 37-46

## **P.81 STRESLE BAŞA ÇIKMA EĞİTİMİNİN ONKOLOJİ BİRİMLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN STRES BELİRTİLERİ, BAŞA ÇIKMA TARZLARI VE TÜKENMİŞLİK DURUMLARINA ETKİSİ**

Arş. Gör. Dr. Nevin Onan<sup>1</sup>,Yrd. Doç. Dr. Özlem Işıl<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Marmara Ün. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği AD

<sup>2</sup>Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Kanser, ölümü ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eden kronik bir hastalıktır (1). Onkolojide kanserin doğası, kritik karar verme, hastalığın seyri ile ilgili bilgilendirme, ciddi yan etkileri olan tedaviyi yönetme, hastaların aşırı bağımlılık, öfke ve tedaviye uyumsuzluk sorunları, ağrı ve acı çeken hastaları izleme, terminal bakımın yanısıra, hastalarla ilişkide yaşanan emosyonel güçlükler, terapötik iletişim kurmada yetersizlik, etik konular, ekip içi çatışmalar gibi ilişkilerden kaynaklanan durumlar strese neden olmakta ve tükenmişliğin gelişmesine yol açabilmektedir (1.2.3). Bu araştırma; onkoloji birimlerinde çalışan hemşirelere uygulanan stresle başa çıkma eğitiminin hemşirelerin stres belirtileri, başa çıkma tarzları ve tükenmişlik durumları üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırma öntest-sontest modeli kullanılarak deneysel olarak yapılmıştır. Evreni İstanbul ili içerisinde bulunan bir onkoloji enstitüsü ve iki eğitim-araştırma hastanesinin onkoloji birimlerinde çalışan 71 hemşire oluşturmuş; araştırma, eğitim süresince araştırmaya devam edebilecek, araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 30 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelere haftada bir gün 90 dakikalık oturumlardan oluşan dokuz oturumluk eğitim programı grup çalışması biçiminde uygulanmıştır. Veriler, eğitim başlamadan önce, eğitimden hemen sonra ve bir ay sonra Bilgi Formu, Stres Belirtileri Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler ve frekans, Spearman korelasyon analizi, Freadman testi, Bonferroni düzeltmesi ve Wilcoxon sıralı işaretler testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması 34.87±8.0 olup %76.7'si evli, %76.7'si çocuk sahibi ve %46.7'si sağlık meslek lisesi mezunudur. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ortalaması 13.87±8.8 ve onkolojide çalışma yılı ortalaması 6.77±6.9 yıldır. Hemşirelerin %70'si onkoloji biriminde çalışmaya istemeyerek başladıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %60'ı onkolojide çalışmanın aile ve sosyal yaşamlarını etkilediğini ve bu etkilenmenin yorgunluk, stresli ve gergin olmaya bağlı olarak en fazla aileye zaman ayıramama ve sosyal yaşamlarının yetersiz olması yönünde olduğunu belirtmişlerdir. Uygulanan eğitimin stres belirtileri üzerine etkisi değerlendirildiğinde; stres belirtileri toplam puan, bilişsel-duyuşsal ve fizyolojik belirtiler alt boyut puanlarının eğitim öncesi-sonrası (Z=-3.61, p=0.000; Z=-3.56, p=0.000; Z=-2.73, p=0.006) ve eğitim öncesi ile bir ay sonrası arasındaki farkın anlamlı olduğu (Z=-2.73, p=0.006; Z=-2.84, p=0.005; Z=-2.67, p=0.008) saptanmışken, eğitim sonrası ve bir ay sonrası arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin eğitim öncesi-sonrası ve bir ay sonrası başa çıkma tarzları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hemşirelerin emosyonel tükenme alt boyut puanlarının eğitim öncesi-sonrası arasındaki farkın anlamlı olduğu (Z= -2.75, p= 0.006) saptanırken, eğitim öncesi ile bir ay sonrası ve eğitim sonrası ile bir ay sonrası arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

**Sonuç:** Bulgular yapılan çalışmalarla paralellik göstermiş ve araştırma sonuçları doğrultusunda eğitimin düzenli, sürekli ve grup eğitimi şeklinde yapılması önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Onkoloji, stresle başa çıkma, eğitim

## Kaynaklar

1. Anuk D. (1998). Tedavi ekibinde stres ve tükenmişlik. V. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı. İstanbul, s.182-187.
2. Medlan J, Ruben JH, Whitaker E. (2004). Fostering psychosocial wellness in oncology nurses: adressing burnout and social support in workplace. Oncology Nursing Forum, 31(1):47-54.
3. Özkan S. (2007). Psiko-onkoloji. Novartis Oncology, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul, s:169-186.

## P.82 ŞİZOFRENİ HASTALARININ ÖZ-BAKIM GÜCÜ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİNİN İNCELENMESİ

Perihan Çörçem<sup>1</sup>, Dr. Neslihan Partlak Günüşen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

<sup>2</sup>Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı şizofreni hastalarının öz-bakım güçlerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olan araştırma İzmir Şizofreni Dayanışma Derneğinde yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden, hastalığının akut döneminde olmayan 21 şizofreni hastası örnekleme oluşturmuştur. Araştırmacılar ilgili literatürü inceleyerek öz-bakımı etkileyen değişkenleri içeren 13 soruluk bir anket formu oluşturmuşlardır. Araştırmada Kearney ve Fleischer tarafından geliştirilmiş ve ülkemizde Nahcivan (1993) tarafından geçerlilik güvenilirliği yapılan öz-bakım gücü ölçeği uygulanmıştır. Verileri değerlendirmede Kruskal Wallis ve Mann Witney U testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hastaların öz-bakım gücü genel puan ortalaması 88.42±25.09 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %90'ı bekâr ve erkek, % 47'si 30-35 yaş arasında, % 43'ü lise mezunu, % 62'sinin ekonomik düzeyinin orta ve üzeri düzeyde, % 67'sinin çalışmadığı belirlenmiştir. Hastaların %72'si alkol kullanmaktadır. Hastaların %62'sinin hastalık süresinin 10 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Hastaların %95'inin düzenli ilaç kullandığı ve %76'sının düzenli ilaç kullanmaktan kendilerinin sorumlu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %52'sinin ilaçlarının adını bilmediği, %67'sinin ilaç eğitimi almadığı, %38'inin dört ve üzerinde hastaneye yattığı saptanmıştır. Araştırmaya alınan değişkenlerden sadece ekonomik durum ve öz-bakım gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Hastaların, ekonomik düzeyi arttıkça öz-bakım gücü puan ortalamalarının arttığı (U:2.065,p:0.03) belirlenmiştir. Diğer değişkenler ile öz-bakım gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tartışma:** Cutler (2003) psikiyatri hastalarının öz-bakım gücünü değerlendirdiği derlemesinde hemşirelerin hastaların öz-bakımlarını tanımlama yolunu anlayabilmesinin önemini vurgulamıştır. Hemşireler tarafından öz-bakım gücünün anlaşılmasının psikiyatrik hastalığı kontrol altına almada hastaların motivasyonu ve kapasitesinin artırılmasını sağlayabileceğini belirtmiştir. Hastaların %72'si alkol kullanmaktadır. Psikiyatri hastalarında alkol kullanımı genel olarak yüksektir (Akvardar ve ark., 2003). Bununla birlikte bu çalışmada elde edilen bu oran örneklemin küçüklüğünden de kaynaklanabilir. Bu hastaların hepsi aynı zamanda psikotrop ilaçlar kullandıklarından alkol kullanımı hastalar için önemli bir risk oluşturmaktadır. Hastalık süresi 10 yıl ve üzeri olan bu hastaların %67'sinin ilaçlar hakkında eğitim almamıştır. İlaçlar hakkında hastaları bilgilendirmek hemşirelerin en önemli sorumluluklarıdır.

Bu çalışmada şizofreni hastalarının öz-bakım gücü puanı 88.42±25.09 olarak belirlenmiştir ve ölçeğin kesme noktası olmadığından düşük ya da yüksek olarak sınıflandırabilmek zordur. Ayrıca literatürde şizofreni hastalarının öz-bakım gücü puanlarının karşılaştırılabileceği bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bununla birlikte bu



sonuçlar diğerkronik hastalıkların öz-bakım güçleriyle karşılaştırıldığında puanların düşük olduğu görülmektedir. Bakoğlu ve Yetkin'in (2004) alışmasında hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücü puanının  $98.9\pm 20.1$  olduğu, Büyükkaya ve arkadaşlarının (2005) alışmasında siroz olan hastaların puanının  $109.43$  olduğu, Ünsal ve Kızılcı'nın (2009) alışmasında diyabetli bireylerin puan ortalamasının  $109.4\pm 28.4$  olduğu belirlenmiştir. Araştırmada ekonomik durumun öz-bakım gücünü etkilediği, ekonomik durumu yüksek olanların öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ekonomik durumu yüksek hastaların sağlık olanaklarının daha iyi olduğu, bu olanaklardan daha çok yararlandığı düşünülebilir. Yaş, eğitim durumu, hastalık süresi ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde bu değişkenlerle öz-bakım gücü arasında farklı sonuçlar yer almaktadır. Bu çalışmada örneklem sayısının az olması sonuçların genellenebilirliğini engellemektedir. Bu nedenle çalışmanın daha büyük bir örneklemlerde tekrarlanması önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Şizofreni, öz-bakım, hemşirelik

### **Kaynakça**

- 1- Akvardar, Y., Tümüklü, M., Alptekin, K. (2003) Şizofreni ve Madde Kullanımı. Bağımlılık Dergisi, 4 (3): 118-122.
- 2-Bakoğlu E, Yetkin, A. (2000) Hipertansiyonlu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1):41-49.
- 3- Büyükkaya D, Fesci H, Akdemir N.(2006). Karacığer Sirozu Olan Hastaların Öz-Bakım Güçlerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(2):13-24.
- 4-Cutler, C. (2003). Assessing Patients' Perception of Self-Care Agency in Psychiatric Care. Issues in Mental Health Nursing, 24:199-211.
- 5- Ünsal E, Kızılcı S. (2009) Diyabetli Bireylerin Bilgi Düzeyi Öz-Bakım Gücü ve A1c Düzeyi Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2(2):16-26.
- 6- Nahcivan, N. (1993). Sağlıklı Gençlerde Öz-Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkileri. Hemşirelik Programı Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, Türkiye.

### **P.83 TEDAVİ İLE İLGİLİ OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Uzm. Hem. Meltem Meriç, Yrd.Doç.Dr. Fahriye Oflaz

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği BD

### **ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeğini geliştirmek ve geçerlik ve güvenilirlik analizlerini yapmaktır.

**Yöntem:** Araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak ve bu konuda çalışan uzmanların görüşlerine başvurularak toplam 59 maddeli soru havuzu hazırlanmıştır. Uzman görüşleri ve hastalardan alınan geri bildirimler doğrultusunda düzenlemeler yapılarak 27 madde ve beşli likert tipinde olacak şekilde ölçeğe son şekli verilmiştir. Çalışmaya Gülhane Askeri Tıp Akademisi Psikiyatri polikliniğinde yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış 184 hasta dahil edilmiştir. Veri toplama araçları olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu, Tedavi İle İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeğiyle birlikte ölçüt geçerliliği için Otomatik Düşünceler Ölçeği uygulanmıştır. Test tekrar test güvenilirliğini gerçekleştirmek için ölçek 55 hastaya 4 hafta sonra tekrar uygulanmıştır. Kapsam geçerliği içinse dahiliye polikliniğine başvuran kronik hastalık tanısı almış 51 hastaya ölçekler uygulanmıştır.

**Bulgular:** alışmaya katılan 184 kişiden %62'si kadın, % 38'i erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması  $36,4$ 'dü. Katılımcıların tamamı YAB tanısı almış ve hastaların ortalama tedavi süreleri  $22\pm 1,3$  ay olarak belirlenmiştir. Çalışmada, Ölçeğin yapı geçerliğini kontrol etmek amacıyla, faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı  $0.91$  olarak bulunmuştur. Ölçüt geçerliğinin incelenmesinde; Tedavi İle İlgili Otomatik Düşünceler

Ölçeği ile ilişkili olabileceği düşünülen önceden geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış otomatik düşünceler ölçeği ile korelasyonuna bakılmıştır. İki ölçek arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ( $r=0,503$ ,  $p<0,001$ ). Güvenirlik analizinde, Test Tekrar Test sonucunda; birinci ve ikinci uygulama arasındaki toplam puan korelasyonu 0.98 olarak bulunmuştur.

**Tartışma:** Ölçeğin iç tutarlık için Cronbach Alfa değeri 0,91 olarak bulunmuştur. Bu sonuç ölçekte yer alan maddelerin birbirleri ile tutarlı, dolayısıyla iç tutarlık anlamındaki güvenilirliğin yüksek olduğunu kanıtlamaktadır. Çalışmamızda, test-tekrar test sırasında hastaların %29,8 ( $n=55$ )'ne ulaşılmış olması çalışmanın bir sınırlılığı olarak görülmekle birlikte, iki uygulama arasındaki toplam puan korelasyonu 0,98 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, TODÖ'nün 4 hafta aralıkla güvenli bir şekilde uygulanabileceğini göstermektedir. Ölçek geçerliğini test etmek amacıyla TODÖ, otomatik düşünceler ölçeği ile karşılaştırıldığında aralarında kuvvetli bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu sonuç, benzer testler (ölçüt) geçerliği açısından da tedavi ile ilgili otomatik düşünceler ölçeğinin ölçmek istediği özelliği ölçer nitelikte olduğu düşünülmüştür. Sonuç olarak, elde edilen bulgular, Tedavi İle İlgili Otomatik Düşünceler Ölçeğinin, yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarda kullanılabileceğini, yeterli düzeyde geçerlik ve güvenilirlik katsayılarına sahip olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Tedavi, otomatik düşünce, ölçek geliştirme

### Kaynaklar

1. Wyrwich K, Harnam N, Revicki DA, Locklear JC, Sveds H, Endicott J. Assessing health-related quality of life in generalized anxiety disorder using the Quality Of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire. *Int Clin Psychopharmacol* 2009; 24: 289–295.
2. Endicott J, Russell JM, Raskin J, Detke MJ, Erickson J, Ball SG, et al. Duloxetine treatment for role functioning improvement in generalized anxiety disorder: three independent studies. *J Clin Psychiatry* 200; 68:518–524.
3. Pollack MH, Endicott J, Liebowitz M, Russell J, Detke M, Spann M, et al. Examining quality of life in patients with generalized anxiety disorder: clinical relevance and response to duloxetine treatment. *J Psychiatr Res* 2008; 42:1042–1049.

## P.84 ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN FİZİKSEL İSTİSMARA UĞRAMA DURUMLARI VE PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİNİN İNCELENMESİ

Fadime Üstüner Top<sup>1</sup>, Merve Aydın<sup>1</sup>, Çiğdem Dik<sup>1</sup>, Emine Aydın Pekdemir<sup>1</sup>,  
Nurten Gülsüm Akyar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

<sup>2</sup>Prof.Dr. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi

### ÖZET

**Amaç:** Sağlık personeli fiziksel istismarın giderilmesi ile direkt ilgilenen bir meslek grubudur ve aynı zamanda sağlık çalışanı işyerinde fiziksel istismara uğrama açısından risk grubundadır. Problem çözme, bir amaca erişmekte karşılaşılan güçlükleri yenme sürecidir, bu da bilgiyi kullanarak ve buna orijinallik, yaratıcılık ya da hayal gücünü ekleyerek çözüme ulaşma süreci olarak açıklanabilmektedir. İnsanın sahip olduğu deneyimler, yaşadığı sorunlar çevreyle olan ilişkileri diğer insanları algılamasını ve davranışlarını etkilemektedir.

Bu çalışma; Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin fiziksel istismara uğrama durumları ve problem çözme becerisini incelemek amacı ile planlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı kesitsel nitelikte olup Giresun ilinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 2009-2010 eğitim-öğretim yılında ebelik ve hemşirelik bölümlerinden oluşan Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören toplam 315 öğrenci oluşturmuştur. Evrenin tamamı örneklem grubu olarak alınmış, örneklem seçimine gidilmemiştir. Ancak 56 öğrenciye okula devamsızlık, hastalık, araştırmaya katılmayı kabul etmeme gibi nedenlerle ulaşılamadığından toplam 259 (%82.2) kişi örneklemi oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak Problem Çözme Envanteri (PÇÖ) ve öğrencilere sosyo-demografik özellikler ve fiziksel istismar ile

ilgili verileri belirlemeye yönelik olarak 17 soruluk anket formu uygulanmıştır. Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde frekans, ortalama ve standart sapma puanlarına tanımlayıcı istatistik yöntemleri kullanılarak bakılmıştır. Ayrıca ikili gruplarda bağımsız gruplarda aritmetik ortalamalar arası farka ait t-testi kullanılmış, ikiden fazla gruplarda tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalamaları  $20,49 \pm 1,84$  (17-32) olup %54,8'i hemşirelik, %45,2'si ebellek bölümü öğrencisidir. Fiziksel istismara uğramayanlar %35,1 iken ailede uğrayanlar %24,3, okulda uğrayanlar %21,6, hem okulda hem ailede fiziksel istismara uğrayanlar %18,9 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin %30,9'unun fiziksel istismar çeşitlerinden tokat atılmasına maruz kaldığı belirlenmiştir. Öğrencilerin %37,5'inin fiziksel istismara uğradıkları ilk zaman ilköğretimdir. Öğrencilerin PÇÖ puan ortalamaları  $85,75 \pm 17,93$  (46-136) olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin %41,7'sinin yüksek, %58,3'ünün düşük seviyede problem çözme becerisine sahip olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerden fiziksel istismara maruz kalanların PÇÖ puan ortalaması ( $88,94 \pm 16,83$ ) düşük seviyede problem çözme becerisine sahip oldukları bulunmuş ancak PÇÖ ortalamaları arasında ki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Araştırmaya katılanların fiziksel istismara uğrama durumlarını ailesiyle paylaşanların PÇÖ puan ortalaması ( $82,34 \pm 16,81$ ) bulunmuş olup ve PÇÖ arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç:** Öğrencilerin problem çözme beceri puanları düşük seviyededir. Fiziksel istismara uğrayanların uğramayanlara göre problem çözme beceri puanları daha düşüktür.

**Anahtar kelime:** Fiziksel istismar, problem çözme becerisi, öğrenci

#### Kaynaklar

- 1.Adib, S.M., Al-Shatti, A.K., Kamal, S., El-Gerges, N. and Al-Raqem, M.; "Violence Against Nurses in Healthcare Facilities in Kuwait", Int J Nurs Stud, (2002) 39(4): 469-478.
- 2.Taylor C, Clinical problem-solving in nursing: insights from the literature. Journal of Advanced Nursing, (2000) 31(4),842-849.
- 3.Gündüz,B.,Gökçakan,Z, "Fiziksel İstismar Açısından Üniversite Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi".Muğla Üniversitesi,(2004) SBE Dergisi Sayı 13
- 4.Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion, International Nursing Review,2001; 48:129-130.

#### P.85 ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN KAYIP VE BAŞETME YÖNTEMLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Fadime Üstüner Top<sup>1</sup>, Aslı Aslan<sup>1</sup>, Zeynep Civelekoğlu<sup>1</sup>, Nurten Gülsüm Akyar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

<sup>2</sup>Prof.Dr. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi

#### ÖZET

**Amaç:** Hemşirelik öğrencilerinin kişiliği, duyguları ve düşünceleri terminal dönemde olan ve ölüme yaklaşan hastaya bakım verirken oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Hemşirelerin ölüm sürecinde bulunan hasta ve ailesine gerekli yardımı verebilmesi, öncelikli olarak hemşirelik eğitimi programlarından mezun olmadan önce kendi duygularını tanıyıp, kontrol edebilmeleri ile mümkündür. Bu araştırma; Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin kayıp ve yas sürecine ilişkin görüşlerinin ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı nitelikte olup Aralık 2009 tarihinde Giresun ilinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 2009-2010 eğitim-öğretim yılında Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören toplam 315 öğrenci oluşturmuştur. Evrenin tamamı örneklem grubuna alınmış olup 241 (%76,5) öğrenci ile çalışma tamamlanmıştır. Öğrencilerin verileri 36 sorudan oluşan anket formu ile toplanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde yüzdeler dağılımı, betimsel istatistik yöntemleri ve ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin %95'i(n=229) kız olup yaş ortalamaları  $20,59 \pm 1,71$ (17-25) dir. Öğrencilerin %55,2'si (n=133) hemşirelik, %44,8'i (n=108) ebelik bölümündedir. Öğrencilerin %39,8'i (n=95) kayıp yaşamış olsalardı bu durumu zamana bırakacaklarını, %32,4'ü (n=78) psikolojik desteğe ihtiyacı olabileceğini düşündüğünü ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların %90,5'i (n=218) sağlık personeli adayı olarak kayıp yaşayan bireye destek olacaklarını, %84,2'si (n=203) kayıp yaşayan bireyi teselli etmeye çalışacağını, %12,4'ü (n=30) yalnız bırakacağını bildirmiştir. Kayıp yaşayan katılımcıların kaybı yaşadıkları yaş ortalamaları  $15,47 \pm 4,13$  (3-23) tür. Öğrencilerin %2,6'sı (n=3) yaşadıkları kayıptan sonra intiharı düşünmüş olup, %73,9'u (n=85) kaybettikleri kişiler eğer hayatta olsaydı daha mutlu olacaklarını, %26,1'i (n=30) daha umutlu olacaklarını, %6,1'i (n=7) kayıptan sonra psikolojik destek aldığını ifade etmiştir. Öğrencilerin %23,5'i (n=27) kayıp anında kaybın yanında olduklarını belirtmiştir. Öğrencilerin cinsiyetleri ile yas sürecini atlatma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu ( $p < 0,05$ ); kızların erkeklere oranla bu süreci daha güç atlattığı ortaya çıkmıştır. Sağlık personeli adayı olarak öğrencilerin bölümleri ile ölen hasta yakınına destek olma durumu arasında ( $p > 0,05$ ), cinsiyet ile kayıp yaşadıktan sonra psikolojik desteğin gerekliliği hakkında ( $p > 0,05$ ) ve kayıp anında kaybın yanında olma ile üzülmeye arasında anlamlı ilişki bulunmadığı ( $p > 0,05$ ) saptanmıştır.

**Sonuç:** Kız öğrencilerin yas sürecini kolay atlatamadığı saptanmıştır. Ankete katılan öğrencilerin büyük çoğunluğunun sağlık personeli adayı olarak kayıp yaşayan bireye destek olacakları saptanmıştır.

**Anahtar kelimeLER:** Ölüm, kayıp, başetme, hemşirelik-ebelik öğrencileri

#### **Kaynaklar**

- 1.Cooper J, Barnett M (2005). Aspects of caring dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(8): 423-430.
- 2.Cimete G (2002). Yaşam Sonu Bakım, Ölümcül Hastalarda Bütüncül Bakım. İstanbul, Nobel, s.1-20.
- 3.Dik, A (2005). "Terminal Dönem Hastaya Yaklaşım", Hemşirelik Forumu, Temmuz-Ağustos; 59-60.
- 4.Öz F (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar: Kayıp, Ölüm ve Yas Süreci. Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret Anonim Şirketi, s.276-318
- 5.Shih F, Gau M, Lin Y, Pong S, Lin H (2006). Death and help expected from nurses when dying. *Nursing Ethics*, 13(4): 360-375.
- 6.Thompson, G, McClement, S (2002). "Defining and Determining Quality in End-of- Life Care", *International Journal of Palliative Nursing*, 8(6): 288-293.

#### **P.86 YAŞLILIK DÖNEMİNDE PSİKİYATRİK SORUNLAR**

Doç.Dr. Havva Tel<sup>1</sup>, Arş. Gör. Azize Atlı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

#### **ÖZET**

Yaşlılık bireyin fiziksel olarak kayba uğradığı, artan yeti yitimi sonucu çevreye bağımlı hale geldiği ve ruhsal sorunların daha fazla görüldüğü bir dönemdir. Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusun hızla artmasına paralel olarak, yaşlılığa özgü sağlık sorunları ve buna bağlı kısıtlılık ve özürllülük oranları da artmaktadır. Genel olarak yaşlılar günlük aktiviteleri sürdürmede desteğe ve yardıma gereksinim duyabilmektedir. Bu destek aile içinde sağlanabildiği gibi bazı durumlarda da kurum tarafından sağlanmaktadır.(1,2).

Yaşlılığın getirmiş olduğu fizyolojik değişiklikler yanı sıra, görme, işitme azlığı gibi duyu alanlarındaki fonksiyon kayıpları psikiyatrik tablolara yol açmaktadır. Yaşlılarda en sık rastlanan psikiyatrik tablo depresyon olmakla birlikte, demans, deliryum, psikotik hastalıklar ve kişilik bozuklukları, ilaç kötüye kullanımı gibi tablolarda sık görülmektedir (3). Psikozun özellikle 65 yaşından sonra arttığı bilinmektedir. İntihar riski yaşlı insanlarda geçlere oranla daha fazladır. Demans yaşlıların ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Yaşlı insanların yarısında kronik fizyolojik problemleri

vardır ve bilindiği gibi fizyolojik hastalıkların insan psikolojisi üzerinde olumsuz etkileri vardır. Fiziksel tabloya eklenen psikiyatrik rahatsızlıklar ise sağlığın yönetimini zorlaştırmaktadır (4).

Yukarıda sayılan durumlar geriatrik psikiyatrinin önemini ortaya koymaktadır. Yaşlıların pek çoğu düşünüldüğünden iyi durumdadır. Psikiyatrik hastalığa sahip olan yaşlılar da tedaviye yanıt verirler (1).

Hemşireler yaşlının bakımına ve sağlığının geliştirmesine önemli katkılar vermektedir. Yaşlı bakımında temel amaç, yaşlının olabilecek en üst düzeyde, işlev görmesine yardımcı olmak, kişiler arası iletişim becerilerini geliştirmek, çevresindekilerle arasına olan etkileşimin sayısını ve niteliğini artırmaktır. Bu amaca yaşlının bağımlılık derecesinin ve duygusal bozukluklarının azaltılması ile ulaşılabilir. Hemşire'nin bu amaca ulaşmak için bazı özel bilgi ve becerilere sahip olması gerekmektedir (5).

Yaşlılarla çalışacak olan hemşirenin, normal yaşlanma süreci, ilaç etkileşimleri ve kronik hastalıklar konusunda bilgili olması, yaşlıyı biyopsikososyal bir bütünlük içinde değerlendirebilmesi, ruh sağlığını koruma geliştirme ve sürdürmeye yönelik müdahalelerde etkin bir şekilde yer alabilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte akut travma yönetimi, vaka yönetimi, hastanede kronik hastalık bakımı, evde bakım ve diğer toplum temelli hizmetler, primer bakım sağlama ve araştırma, yaşlı bakımındaki hemşirelik rolleri içerisinde yer almaktadır (4,5). Yaşlıya bakım veren hemşire ile yaşlı birey arasında olumlu ve etkin bir iletişim olması için hemşirenin yaşlıya yaklaşım sürecini ve bu süreçteki normal ve normalden sapma durumlarını çok iyi bilmesi gerekmektedir.

Çalışma yaşlı hastalarla çalışması muhtemel meslektaşlarımıza, psikiyatrik problemi olan yaşlıya yaklaşımda kullanılabilecekleri hemşirelik müdahalelerini anlatmak amacıyla yapılmıştır. Hastayı çok yönlü değerlendirme, olası psikiyatrik tablolar ve bu tablolardaki hemşirelik müdahaleleri çalışmada yer almıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlılık, psikiyatrik hastalık, hemşirelik

#### **Kaynaklar**

1. Akgün s. Bakır c. Budakoğlu i. Dünyada ve türkiyede yaşlı nüfus eğilimi sorunalı ve iyileştirme önerileir. Türk geriatri dergisi. 2004 7(2):105-110
2. Topbaş M. Yarış F.Çan G. Suroğlu M. Gökdemir Ö. Kapucu M. Trabzon huzurevi ve sürekli bakım merkezindeki yaşlıların depresyon duygu durumları. 7. Halk sağlığı günleri bildiri kitabı. 11-13 eylül 2001. Eskişehir.
3. Güz H., Gördün Çolak E. Yaşlılıkta Görülen Psikiyatrik Rahatsızlıklar.T Klin J Psychiatry 2002, 3: 63-74
4. Holzapfel SK. The elderly. Foundations of psychiatric mental healt nursing. Ed: Varcarolis E.E. Saunders Company Philddelphia 1998. 953-076
5. Stuart GW. & Laraia MT Geropsychiatric nursing.. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. elsevier mosby, 8.ed. 2005.

#### **P.87 YEME BOZUKLUĞU OLGULARINDA PSİKOLOJİK SÜREÇLERİN İNCELENMESİ VE HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN ÖNEMİ**

Hem.Yeliz Biçer, Yrd. Doç. Dr.,Klinik Psikolog Nilgün Öngider, Dr. Feyza Ünal, Prof. Dr. Peykan Gökalp, Doç. Dr.Figen Karadağ  
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.D.

#### **ÖZET**

**Amaç:** Yeme bozukluklarında, hem genetik ve biyolojik hem de psikososyal faktörlerin öneminden söz edilmektedir. Bireylerin yeme davranışlarındaki bozukluklara, bedenleriyle aşırı uğraşmaları ve beden algılarındaki bozulmalar eşlik etmektedir. Kısaca, yeme bozukluklarında, bireyin yeme tutumu ve beden algısı bozulmaktadır. Anoreksiya Nevroza ise, çok faktörlü etiyojisi olan karmaşık bir yeme bozukluğudur. Bu çalışmada, yeme

bozukluğu olan iki olguda psikolojik süreçlerin incelenmesi ve bu tip olgularda hemşirelik hizmetlerinin önemine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

**Olgu 1:** Bayan A, 14 yaşında, Lise öğrencisi, Trabzon'da yaşıyor. İlk şikâyetleri Haziran 2009 da diş teli taktırdıktan sonra yemek yememe ve kilo verme şeklinde başlamış. Kasım 2009 da sınavlara girerken kaygı, başarılı olamayacağını düşünme şeklinde şikâyetlerinin artmasından dolayı fluoksetin başlanmış. Kilo kaybı devam eden hasta 4 gün yatarak tedavi görmüş. Bu süreç içinde toplam 20 kg kaybı olması, hayattan zevk alamama, moral bozukluğu, yeme reddi, şişmanlama korkusu, ölüm düşünceleri, agresif tavırları, öfke kontrol problemi, yakınlarına fiziksel olarak agresif tavırlar şeklindeki bulgularla servisimize yatışı yapılmıştır. Yatış sırasında kilo 41,7, boy 1.57 cm, BKİ 16,9. olarak ölçülmüştür. Yatışın ardından psikolojik değerlendirme için Rorschach ve MMPI testleri uygulanmıştır. Hastanın, servisteki yatışı sırasında psikofarmakoterapi, psikoterapi uygulamalarının yanı sıra, kilo kontrolünün sağlanması amacıyla davranışçı teknikler servis hemşireleri tarafından yürütülmüştür.

Tanı: Anoreksiya nervosa.

**Olgu 2:** Bayan B, 17 yaşında, lise öğrencisi, İstanbul'da yaşıyor. İlk kez 2 yıl önce aşırı yeme, bacaklarının kalın olduğunu düşünme, şişmanlama korkusu ile duloksetin, topimaral kullanmış; şikâyetleri azalan hasta bu dönemde provakasyonla kusmayı öğrenmiş, ancak kilo alımı olan hastanın kusmalarının artması üzerine ayaktan tedavi başlanmış. Aşırı yeme sonrasında kusmasının, şişmanlama korkusunun devam etmesi üzerine kliniğimize yatışı yapıldı. Yatış sırasında kilosu 56 kg, boyu 171 cm, BMI 19 idi. Öncelikle hastanın psikolojik incelemesi için Rorschach ve MMPI testleri uygulanmıştır. Servisteki yatışı sırasında psikofarmakoterapi, psikoterapi uygulamalarının yanı sıra, kilo kontrolünün sağlanması amacıyla davranışçı teknikler servis hemşireleri tarafından yürütülmüştür. Tanı: Bulimia Nervosa.

**Tartışma:** Yeme bozukluğu olan hastaların tedavilerinde psikofarmakoloji, psikoterapi, aile terapisi gibi çeşitli yaklaşımların bir arada kullanılması gerekmektedir. Ayrıca, birçok yeme bozukluğu olgusunda hastaneye yatarak tedavinin gerekliliği nedeniyle, hastanın sorununa yönelik hemşirelik girişimleri yakın takip ve etkin tedavi yönünden sonuca ulaşmamızı kolaylaştırır. Bu olgu sunumunda beslenmede değişim, fiziksel değişimler, beden imajında bozulma, sıvı volüm eksikliği, duygularını gösterememe, kişilerarası ilişkilerde bozukluk gibi sorunlara yönelik hemşirelik girişimleri de tartışılacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Anoreksiya nervosa, bulimia nervosa, hemşirelik girişimleri

### Kaynaklar

- 1- Ramjan L M (2004). Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa Journal of Advanced Nursing 45(5), 495–503
- 2- Finelli L A (2001) Revisiting the identity issue in anorexia. Journal of Psychosocial Nursing 39, 23–29.
- 3- Hoek H W (2006). Anoreksiya nervosa ve diğer yeme bozukluklarının sıklığı, yaygınlığı ve mortalitesi. Current Opinion in Psychiatry Cilt 2, Sayı 3, (Türkçe Baskı).

### P.88 YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARDA DELİRYUM VE RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ

Aliye Yaşayacak<sup>1</sup>, Yrd. Doç. Dr. Fatma Eker<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Araştırma Ve Uygulama Merkezi

<sup>2</sup>Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum ve risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın örneklemini Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi Hastanesi yoğun bakım ünitesinde yatan 55 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtım formu, Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Metodu, Glaskow Koma Skalası (GKS), Richmond Ajitasyon Sedasyon Skalası (RASS), Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (APACHE II) ve Basitleştirilmiş Tedavi Yaklaşımları Skorumu Sistemi (TISS-28) ile Mart 2008-Nisan 2009

tarahleri arasında toplanmıştır. Deliryum tanısı ve tipi araştırımcı tarafından, psikiyatrist olmayan kişilerin de kullanabilmesi için geliştirilmiş olan Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Metodu (CAM-ICU) kullanılarak belirlenmiştir. Verilerin analizinde Ki-kare, Fischer kesin ki-kare, t testi, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmanın sonucunda hastaların %18.2 (n=10)'sinde deliryum saptandığı, deliryum gelişen hastaların %80'ninin hipoaktif tip olduğu belirlenmiştir. Yoğun bakım skorlarından APACHE II, RASS, TISS-28 puanlarının deliryum gelişen grupta artış gösterdiği saptanmıştır ( u: 95.0, 47.0, 111.5; p<0.01). Deliryum olan ve olmayan hastalar deliryum risk faktörlerinden cinsiyet, yaş, yatış şekli, işitme bozukluğu, alkol ve sigara kullanma, cerrahi girişim ve kronik hastalık durumları bakımından karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). Görme bozukluğu deliryum için risk faktörü olarak belirtilmesine rağmen araştırmada görme bozukluğu olmayan (%30.8) kişilerde deliryum geliştiği tespit edilmiştir (p<0.05). Deliryum gelişen hastaların %80'i letarjik olarak tespit edilmiş, bilinç durumları açısından gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Deliryum gelişen hastaların mortalite hızının deliryum gelişmeyen gruptan daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu (p<0.05), deliryum gelişen hastalarda yoğun bakım ünitesinde yatış süresinin daha uzun olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

**Sonuç:** Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda APACHE II, RASS, TISS-28 puanları yüksek olan, yoğun bakımda uzun süre yatan ve laterjik olan hastaların deliryum riski açısından yakından izlenmesi önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Deliryum, hemşire, risk faktörleri, yoğun bakım ünitesi

#### **Kaynaklar**

1. Balas, MC, Deutschman, CS, Sullivan- Marx, E.M, Strumpf, NE, Alston, RP, Richmond, T S. Delirium in Older Patients in Surgical İntensive Care Units. Journal of Nursing Scholarship 2007; 39:2, 147- 154.
2. Bradley, WG, Baroff, RB, Fenichel, GM, Jankovic, J. Deliryum. Tan, E, Özdamar, SE. Neurology Clinical Practice, Ver Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2008; s: 27- 37.
3. Akıncı S. B, Rezaki M, Özdemir H, elikcan A, Kanbak M, Yorgancı K. Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirlik alışması. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Dergisi, 2005; 33:333- 41.

#### **P.89 ZEKANIN DEğİşİK HALLERİYLE İLETİşİM**

Yrd.Doç.Dr.Ayşeğül Bilge<sup>1</sup>, Yrd.Doç.Dr.Ayça Gürkan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

#### **ÖZET**

**Giriş:** Üstün zekalılar, yaratıcılık, sanat, liderlik kapasitesi veya özel akademik alanlarda yaşıtlarına göre yüksek düzeyde motivasyon, performans ve görev sorumluluğu gösteren ve bu tür yeteneklerini geliştirmek için uygun imkanlara gereksinim duyan bireylerdir. Toplumda 130 ve üstündeki zeka bölümüne %2, 140'ın üzerindeki zeka bölümüne ise % 0.2 oranında rastlanır.

Üstün zekalı bireylerin pek çok ayırt edici özellikleri vardır. En önemli yeteneklerinden biri kolaylıkla kavram oluşturabilmeleridir. Çünkü kavram oluşturma, soyut düşünmenin temelini oluşturur. Sorumluluk duyguları gelişmiştir, kendilerine güvenirlir ve kolaylıkla sorumluluk alabilirler. Başkalarıyla kolayca işbirliği yaparlar. Yeni ve değişik durumlara kolay ve çabuk uyarlar. Genellikle kendinden daha büyüklerle iletişime girerler. Üstün yetenekliler, birbirleriyle çok etkili ve verimli bir iletişim kurabilirler ve böylece anlaşılmaz olma problemleriyle başa çıkabilirler. Ancak özellikle üstün zekalı birey bir ocuksa, O'na üstünlük duygusunu yaratmanın zararlı sonuçları vardır; ocuk arkadaşlarını ve çevresindekileri aşağı görebilir ve toplumda yalnız bir kişi olarak yaşamına devam edebilir.

Zihinsel engelliler kendi isteklerini anlamlı ifade edemez. Zihinsel engelliler diğer engel gruplarından çok farklı olarak bir başkasına fiziksel, duygusal ve düşünsel bağımlılık yaşamaktadır. Zeka bölümü 75 ve altı olanlar zihinsel engelli olarak kabul edilmektedir. Engelliler toplumunun %2-3'ü zihinsel engellilerden oluşmaktadır. Zihinsel engelli her zaman için zeka yaşının gösterdiği yaşta olmak zorunda kalan bir bireydir. Ancak büyür, anlar, bazen unuttur, bazen de hiç unutmaz. Hassastır, duyarlıdır, kendisine nasıl yaklaşırsa o da öyle davranır. Özellikle zihinsel engelli çocuğun belleği zayıftır. Kısa süreli bellekteki bilgileri uzun süreli belleğe aktarmada çeşitli güçlükleri vardır. İletişim kurarken bedene dokunma davranışı zihinsel engellinin aynı şekilde cevap vermesine neden olur. Diğer yandan bu durum engelli tarafından istismara uğrama ya da engellinin geçmişte yaşadığı bir istismar davranışını anımsayarak farklı tepki göstermesi durumuna yol açabilir.

**Amaç:** Psikiyatri hemşiresinin toplum ruh sağlığı hizmetleri kapsamında sağlığı koruma ve sürdürme davranışlarını bireylere kazandırması, bireylerin zeka düzeyleri ile ilintilidir. Zeka düzeyleri arasında üstün zekalılar ve zihinsel engelliler ise iki uç düzeyi oluşturur. Bu derleme; farklı zeka düzeylerine sahip bireylerle iletişimi açıklamayı amaçlamaktadır.

**Sonuç:** Toplum ruh sağlığı hemşireleri üstün zekalı ve zihinsel engelli bireylerle toplumda ve tedavi ortamlarında karşılaşabilirler. Toplum ruh sağlığı açısından özellikli grup olan bu bireylerin özellikleri ve iletişim tarzları birbirinden farklıdır. Toplum ruh sağlığı hizmetleri kapsamında hemşireler, eğitim, danışman ve terapist rolünü sürdürürken farklı zeka düzeylerini göz önünde tutarak hizmet iletmeleri önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Zeka, iletişim

#### **Kaynaklar**

1. Ataman A. Üstün Zekalılar ve Üstün Yetenekliler. Anadolu Üniversitesi.
2. DİE, 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması - SIS, 2002 Turkey Disability Survey, Erişim Adresi: <http://www.ozida.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 09.04.2008.
3. Buldukoğlu K. Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresinin Önemi Rol ve Sorumlulukları. III. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Özet Kitabı, Akçakoca-Düzce :28-29.
4. Çimen S. Psikiyatri Hastası ve Bakım Verenlerin Yaşadığı Sorunların Çözümünde Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresinin Rolü. III. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Özet Kitabı, Akçakoca-Düzce :34-35.

#### **P.90 RUHSAL HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN RUHSAL HASTALIKLARA İLİŞKİN İNANÇLARI VE ETKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Yüksek Hemşire Özlem Aydın, Yrd. Doç. Dr. Esra Engin, Arş. Gör. Döndü Çuhadar  
Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

#### **ÖZET**

**Amaç:** Ruh sağlığı problemi olan kimseler, düşünme, duygu ve davranış alanlarında sorunlarla karşılaşabilirler. Bu sorunlar bu kişilerin ilişkilerini, çalışma hayatlarını ve yaşam kalitelerini ciddi biçimde etkileyebilmektedir (1). Ruhsal hastalığı olan kişiler çevreden somut olarak bir damgalanma, dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalmadıkları halde, bu duyguyu yaşadıkları görülmüştür. Ruhsal hastalığı olan kişiler ve yakınları toplumdan önce kendilerini damgalamaktadır. Bu süreç kişinin ruhsal hastalık tanısı alması ile başlar, bu kişide önceden var olan ruhsal olarak hasta kişi stereotipi canlanır. Kişinin bu stereotipi ne kadar olumsuzsa, algıladığı damgalanmada o kadar yüksek olmaktadır (2). Bu çalışma ruhsal hastalığa sahip bireylerin ruhsal hastalıklara ilişkin inançları ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla planlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırma 09 Mart-02 Haziran 2009 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği ve polikliniğinde yapılmıştır. Belirlenen tarihte tedavi alan bütün hastalar çalışmanın evrenini oluşturmuş olup, 18-65 yaş grubunda yer alan, taburculuğuna karar verilen klinik hastaları, poliklinikten tedavi edilen remisyonda olan hastalar, iletişimi engelleyici herhangi bir durumu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmada örneklem



seçimine gidilmemiştir. Verilerin toplanmasında, sosyodemografik veri formu ve ve Hirai ve Clum (1998) tarafından geliştirilip, Bilge ve Çam (2008) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan "ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği" kullanılmıştır. 21 maddeden oluşan ölçek, 6'lı likert tipi bir ölçek olup, "tehlike", "çaresizlik" ve "utanma" alt ölçekleri vardır. Ölçek toplam puanı 0-105, tehlike alt ölçeği puanı 0-40, çaresizlik alt ölçeği 0-55, utanma alt ölçeği 0-10 puan arasında değişmektedir. Ölçek hem toplam puan hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, yüksek puan olumsuz inancı göstermektedir. Verilerin değerlendirilmesi, t test ve ANOVA kullanılarak yapılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hastaların %38'i 20-29 yaş grubunda olup, %53'ü kadındır. Hastaların %71'i tanısını bildiğini, %58'i hastalık hakkında yeterli bilgisinin olmadığını belirtmiştir. Hastaların %34.0'ünün hastalık süresi 0-12 ay arasındadır. Hastaların ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği puan ortalaması, 50.79±13.44, çaresizlik alt ölçeği puan ortalaması 26.54±8.80, tehlike alt ölçeği puan ortalaması 21.04±5.47, utanma alt ölçeği puan ortalaması ise 3.21±2.77 olarak bulunmuştur. Hastaların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, hastalık tanısını bilme, hastalık hakkında bilgi sahibi olma, hastalık süresi gibi özelliklerine göre, ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği puan ortalamasının anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir.

**Sonuç:** Çalışmamıza katılan hastalarda ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançların düşük olması, bu hastaların tedaviye uyumlarının sağlanması ve sosyal yaşama devam etmelerinin sağlanması açısından umut verici bir bulgudur. Birçok hasta hastalıklarıyla ilgili olarak birçok olumsuz mitlere sahiptirler. Bu da onların tanıyla baş etmelerini zorlaştırarak, tedaviye uyumsuzluk göstermelerine neden olur (3). Bireylerin hastalıklarına ilişkin inançlarını saptamak ve hastalıklarına yönelik bilgilendirmenin yapıldığı eğitim programlarının düzenlenmesi psikiyatri hemşireliğinin, Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından belirlenen rolleri arasındadır. Ruh sağlığı hemşiresi sağlık öğretimi ile hastaya, başarılı, yeterli, üretken ve sağlıklı yaşam modellerinde yardımcı olur.

**Anahtar kelimeler:** Tutum, Hasta, Ruhsal Bozukluk

## Kaynaklar

1. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D. Halkın Şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı Üzerine Bir Epidemiyolojik Araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi, 2001, 12(2): 99-110.
2. Taşkın O.: İçselleştirilmiş damga ve damgalanma algısı. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar Ve Damgalanma. Taşkın EO (eds). Turkuaz bilişim, bilgisayar ve yayıncılık, izmir, 2007.
3. Colom, F., Vieta, E., (2004), Improving the outcome of bipolar disorder through non-pharmacological strategies: the role of psychoeducation. Rev Bras Psiquiatr, 26 (supl III): 47-50.

## P.91 GEVŞEME EĞİTİMİNİN, ADJUVAN KEMOTERAPİ UYGULANAN MEME KANSERLİ HASTALARDA, UYKU KALİTESİ VE YORGUNLUK BELİRTİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Meral Demiralp<sup>1</sup>, Yrd.Doç.Dr. Fahriye Oflaz<sup>1</sup>, Prof.Dr. Şeref Kömürcü<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GATA Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği BD

<sup>2</sup>GATA Tıbbi Onkoloji AD

## ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma, gevşeme eğitiminin adjuvan kemoterapi uygulanan meme kanserli hastalarda uyku kalitesi ve yorgunluk üzerine etkisini belirlemek amacıyla tekrarlı ölçümlü, kontrol gruplu deneysel desen olarak planlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırma, Mart 2005-Mart 2006 tarihleri arasında GATA Onkoloji AD Kliniğinde uygulanmıştır. Araştırma örneklemini, araştırmaya katılmayı kabul eden ve ilk kez

adjuvan kemoterapi alan, araştırma kapsamına uygun 27 kişi (14 kişi egzersiz grubu ve 13 kişi kontrol grubu) oluşturmuştur. Gevşeme eğitimi egzersiz grubuna uygulanmış, kontrol grubuna ise uygulanmamıştır. Eğitimin etkisi, ölçüm araçları ile dört farklı zamanda ölçülmüştür. Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacı tarafından oluşturulan bilgi toplama formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Piper Yorgunluk Ölçeği kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olan verilerde parametrik, normal dağılıma uygun olmayan verilerde ise non-parametrik testler kullanılmıştır. İstatistiksel ölçümlerde anlamlılık değeri 0.05 olarak belirlenmiştir.

**Bulgular:** Gevşeme egzersizlerine başlamaksızın, egzersiz ve kontrol gruplarının uyku kalitesi ve yorgunluk ölçeği başlangıç değerleri incelendiğinde, gruplararası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Her iki grubun uyku kalitesi toplam ölçek puan ortalamaları 5'in üzerinde belirlenmiş olup, çalışmaya katılan bireylerin kemoterapi ye başlamadan önceki geçen bir ay süresince, zayıf uyku kalitesine sahip oldukları değerlendirilmiştir. Bireylerin yorgunluk algısı başlangıç değerlerinin ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Gevşeme egzersizlerinin uyku kalitesi ve yorgunluk üzerine etkisi incelendiğinde ise; egzersiz ve kontrol grupları arasında ve ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tartışma:** Gevşeme egzersizlerinin, meme kanserli hastalarda uyku kalitesi ve yorgunluk algısını iyileştirebileceği belirlenmiştir. Çalışmamızın sonuçları yapılan bazı çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (1,2,3). Bu sonuçlar doğrultusunda, adjuvan kemoterapi alan meme kanserli hastaların yaşadıkları uykusuzluk, yorgunluk gibi semptomların kontrolü için hemşireler tarafından gevşeme egzersizlerinin uygulanması önerilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Gevşeme eğitimi, meme kanseri, yorgunluk, uyku kalitesi, hemşire

#### **Kaynaklar**

1. Dirksen SR & Epstein DR (2008) Efficacy of an insomnia intervention on fatigue, mood and quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing* 61, 664–675.
2. Kim S-D & Kim H-S (2005) Effects of relaxation breathing exercise on fatigue in haemopoietic stem cell transplantation patients, *Journal of Clinical Nursing* 14, 51-55.
3. Yoo HJ, Ahn SH, Kim SB, Kim WK & Han OS (2005) Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. *Supportive Care in Cancer* 13, 826–833.

## **DESTEK VEREN KİŞİ YA DA FİRMALAR**

Medikal Park Hastanesi Samsun Hastanesi

Yeşilyurt A.V.M.

Jansen Cilag İlaç Firması

Dinçer A. Ş (Çataltepe Suları)

Bilim İlaç AŞ

Abdi İbrahim İlaç AŞ

Menekşe Çiçekçilik

Mehmet Efendi Kahve

## **DESTEK VEREN KURUM VE KURULUŞLAR**

Samsun Valiliği

Samsun Büyükşehir Belediyesi

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Samsun Sağlık Müdürlüğü

Samsun Kültür Ve Turizm Müdürlüğü

Samsun Çaykur Bölge Müdürlüğü