

EDİTÖRDEN

Bumin Nuri DÜNDAR

DAVETLİ DERLEME

Beslenme ve Diyetetik Biliminin Dünü, Bugünü ve Geleceği

Past, Present and Future of Nutrition and Dietetics Science

Türkan KUTLUAY MERDOL

1-5

ARAŞTIRMALAR

Beyin Cerrahisi Kliniğinde Yatan Hastaların Düşme Risklerinin ve Alınan Önlemlerin Belirlenmesi

The Determination of Patients Falling Risk and Taken Preventive Measures in Neurosurgery Clinic

Gülay OYUR ÇELİK, Hatice ZİNGAL

7-11

Pacemaker Takılan Hastalarda Depresyon ve Anksiyete Düzeyinin İncelenmesi

Examination of Depression and Anxiety Levels of Patients with Pacemakers

Meltem ERTAŞ, Gülay OYUR ÇELİK

13-18

Evde Bakım Alanında Çalışan Hemşirelerin Çalışma Koşulları, Yaşadıkları Güçlükler ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi

A Determination of the Working Conditions, Training Requirements and Difficulties

They Faced at Work of Nurses Providing Home-Care

Nilgün YURTSEVER, Medine YILMAZ

19-25

Hemşirelik Öğrencilerinin Empati Düzeylerine Göre Kültürlerarası Duyarlılıklar

Intercultural Sensitivity of Nursing Students According to Their Empathy Level

Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ, Gülşen IŞIK, Beste ÖZGÜVEN ÖZTORNACI, Esra ARDAHAN,

Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN, Ekin Dila TOP, Elif ÜNSAL AVDAL

27-33

DERLEME

Hemşirelikte Psikomotor Beceri Eğitiminde Video Destekli Öğretim ve OSCE Uygulaması: Bir Deneyim Paylaşımı

Video-Based Teaching and OSCE in Nursing Psychomotor Skills Education Implementation: Sharing of an Experience

Esra AKIN KORHAN, Yasemin TOKEM, Derya UZELLİ YILMAZ, Hacı DİLEMEK

35-37

OLGU SUNUMU

Bariatrik Cerrahi Operasyonu Geçiren Morbid Obez Bir Hastanın 3 Yıl Sonraki Beslenme Durumu: Olgu Sunumu

Nutritional Status of a Morbid Obese Patient After Three Years of Bariatric Surgery: Case Report

Aysun YÜKSEL

39-45



İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ

Dergi İletişimi

Posta adresi : İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çiğli Ana Yerleşkesi, 35620 Çiğli – İzmir
Web : <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/ikcusbfd/>
Telefon : 0 232 329 35 35 / 4751 ve 4754
Faks : 0 232 325 33 57

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi yayınıdır.

Sahibi

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi adına
Prof. Dr. Bumin DÜNDAR

Editör

Prof. Dr. Bumin DÜNDAR

Editör Yardımcıları

(Unvana ve soyadına göre alfabetik sırayla)

Doç. Dr. Derya ÖZER KAYA
Doç. Dr. Yasemin TOKEM
Yrd. Doç. Dr. Dilek ONGAN

Yayın Kurulu

(Unvana ve soyadına göre alfabetik sırayla)

Doç. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI
Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL
Doç. Dr. Esra AKIN KORHAN
Doç. Dr. Hatice YILDIRIM SARI
Doç. Dr. Medine YILMAZ
Yrd. Doç. Dr. Betül AKTAŞ
Yrd. Doç. Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ
Yrd. Doç. Dr. Gülay OYUR ÇELİK

Yazı İşleri Sorumlusu

Arş. Gör. Dr. Melike TEKİNDAL

Dergi Sekreteryası

(Soyadına göre alfabetik sırayla)

Öğr. Gör. Beste ÖZGÜVEN ÖZTORNACI
Öğr. Gör. Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN

Derleme ve Mizanpaj

(Soyadına göre alfabetik sırayla)

Arş. Gör. Gülşen IŞIK
Arş. Gör. Ezgi BELLİKÇİ KOYU

Derginin Yayınlanması ve Web Sitesi Yönetimi

(Soyadına göre alfabetik sırayla)

Arş. Gör. Esra ARDAHAN
Arş. Gör. Hacı DİLEMEK

Yabancı Dil Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Wayne TROTMAN
Yrd. Doç. Dr. Aşkın Haluk YILDIRIM

Biyoistatistik Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Bülent ÖZKAN

Bilimsel Danışma Kurulu

(Soyadına göre alfabetik sırayla)

Ekin AKALAN, İstanbul Üniversitesi
Sedat AKAR, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Servet AKAR, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Galip AKHAN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Mehmet AKMAN, Mevlana Üniversitesi
Asiye AKYOL, Ege Üniversitesi
Meltem İŞINTAŞ ARIK, Dumlupınar Üniversitesi
Gülşah GÜROL ARSLAN, Dokuz Eylül Üniversitesi
Nurcan YABANCI AYHAN, Ankara Üniversitesi
Yeşim BAKAR, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Serkan BAKIRHAN, İzmir Üniversitesi
Serap BALCI, Haliç Üniversitesi
Zümrüt BAŞBAKKAL, Ege Üniversitesi
Kezban BAYRAMLAR, Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Tanju BESLER, Hacettepe Üniversitesi
Ayşe BEŞER, Koç Üniversitesi
Nalan GÖRDELES BEŞER, Niğde Üniversitesi
Lütfullah BEŞİROĞLU, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Dilek BEYTUT, İzmir Üniversitesi
Sevil BİLGİN, Hacettepe Üniversitesi
Özlem BİLİK, Dokuz Eylül Üniversitesi
Nursen BOLSOY, Celal Bayar Üniversitesi
Sakine BOYRAZ, Adnan Menderes Üniversitesi
Satı BOZKURT, Ege Üniversitesi
Gonca Gül BURAL, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Hüsniye ÇALIŞIR, Adnan Menderes Üniversitesi
M. Olcay ÇAM, Ege Üniversitesi
Şeyda TOPRAK ÇELENAY, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Neşe ÇELİK, Osmangazi Üniversitesi
Meltem ÇETİN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Kıvanç ÇEVİK, Celal Bayar Üniversitesi
Pınar ÇİÇEKOĞLU, Çankırı Karatekin Üniversitesi
Döndü ÇUHADAR, Gaziantep Üniversitesi
Şafak DAĞHAN, Ege Üniversitesi
Numan DEMİR, Hacettepe Üniversitesi
Ayşe DEMİRAY, Düzce Üniversitesi

Yıldız DENAT, Adnan Menderes Üniversitesi
Gül OBAN DİKEÇ, İzmir Üniversitesi
Derya DİKMEN, Hacettepe Üniversitesi
Yurdanur DİKMEN, Bolu İzzet Baysal Üniversitesi
Yelda CANDAN DÖNMEZ, Ege Üniversitesi
Şeyda DÜLGERLER, Ege Üniversitesi
Nihal OLGAÇ DÜNDAR, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
İrem DÜZGÜN, Hacettepe Üniversitesi
Emine EFE, Akdeniz Üniversitesi
Bülent ELBASAN, Gazi Üniversitesi
Aydan ERCAN, Başkent Üniversitesi
Emine ERDEM, Hacettepe Üniversitesi
Gül ERTEM, Ege Üniversitesi
Emine GEÇGİL, Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sezer ER GÜNERİ, Ege Üniversitesi
Mehmet HACIYANLI, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Arzu İLÇE, Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Nursen İLÇİN, Dokuz Eylül Üniversitesi
Sevil İNAL, İstanbul Üniversitesi
Gözde GÖKÇE İŞBİR, Niğde Üniversitesi
Gülşah KANER, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Ayşe KARAKOÇ, Marmara Üniversitesi
Şemseddin KARACA, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Mağfiret KAŞIKÇI, Atatürk Üniversitesi
Oya KAVLAK, Ege Üniversitesi
Neşe KAYA, Erciyes Üniversitesi
Selçuk KAYA, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Sefa KELEKÇİ, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Leyla KHORSHİD, Ege Üniversitesi
Dilek KILIÇ, Atatürk Üniversitesi
Serap PARLAR KILIÇ, Fırat Üniversitesi
Gül KIZILTAN, Başkent Üniversitesi
Yeter KİTİŞ, Gazi Üniversitesi
Eda KÖKSAL, Gazi Üniversitesi
Gökhan KÖYLÜOĞLU, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Yasemin KUTLU, İstanbul Üniversitesi
Özge KÜÇÜKERDÖNMEZ, Ege Üniversitesi
Mehmet Ali MALAS, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Hatice MERT, Dokuz Eylül Üniversitesi
Samiye METE, Dokuz Eylül Üniversitesi
Akmer MUTLU, Hacettepe Üniversitesi
Nesrin NURAL, Karadeniz Teknik Üniversitesi
Hülya OKUMUŞ, Şifa Üniversitesi
Deran OSKAY, Gazi Üniversitesi
Nimet OVAYOLU, Gaziantep Üniversitesi
Kurtuluş ÖNGEL, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Şeyda ÖZBIÇAKÇI, Dokuz Eylül Üniversitesi
Hanife ÖZÇELİK, Niğde Üniversitesi
Ayşe ÖZFER ÖZÇELİK, Ankara Üniversitesi
Filiz ÖZEL, Kastamonu Üniversitesi
Hülya GÖKMEN ÖZEL, Hacettepe Üniversitesi
Emel ÖZER, İstanbul Bilgi Üniversitesi
Dilek ÖZMEN, Celal Bayar Üniversitesi
Süheyla ÖZSOY, Ege Üniversitesi

Esmâ ÖZŞAKER, Ege Üniversitesi
Neslihan GÜNÜŞEN PARTLAK, Dokuz Eylül Üniversitesi
İbrahim PİRİM, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Neslişah RAKICIOĞLU, Hacettepe Üniversitesi
Selma SABANCIOĞULLARI, Cumhuriyet Üniversitesi
Melda SAĞLAM, Hacettepe Üniversitesi
Selda SEÇGİNLİ, İstanbul Üniversitesi
Pınar SERÇEKUŞ, Pamukkale Üniversitesi
Meltem SOYLU, Nuh Naci Yazan Üniversitesi
Media SUBAŞI, Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi
Recep SÜTÇÜ, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Habibe ŞAHİN, Erciyes Üniversitesi
Fitnat Şule ŞAKAR, İstanbul Arel Üniversitesi
Nevin ŞANLIER, Gazi Üniversitesi
Selma ŞEN, Celal Bayar Üniversitesi
Engin ŞİMŞEK, Dokuz Eylül Üniversitesi
Ela TARAKÇI, İstanbul Üniversitesi
Sultan TAŞÇI, Erciyes Üniversitesi
Muhittin TAYFUR, Başkent Üniversitesi
Emine ASLAN TELCI, Pamukkale Üniversitesi
Ayfer TEZEL, Ankara Üniversitesi
Mehmet TOKAÇ, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Aliye TOSUN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Mustafa TÖZÜN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Arzu TUNA, Sanko Üniversitesi
Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ, Atatürk Üniversitesi
Perim F. TÜRKER, Başkent Üniversitesi
Sevtap GÜNAY UÇURUM, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Songül ATASAVUN UYSAL, Hacettepe Üniversitesi
Mehmet YANARDAĞ, Anadolu Üniversitesi
Meryem YAVUZ, Ege Üniversitesi
Naciye VARDAR YAĞLI, Hacettepe Üniversitesi
Kerziban YENAL, Şifa Üniversitesi
Sevgi Sevi YEŞİLYAPRAK, Dokuz Eylül Üniversitesi
Sibel AKSU YILDIRIM, Hacettepe Üniversitesi
Meriç YILDIRIM, Dokuz Eylül Üniversitesi
Müge YILMAZ, Erciyes Üniversitesi
Gülendam HAKVERDİOĞLU YÖNT, Şifa Üniversitesi
Ufuk YURDALAN, Marmara Üniversitesi
Hülya YÜCEL, Bezmialem Vakıf Üniversitesi
Şebnem ÇINAR YÜCEL, Ege Üniversitesi
Birsan YÜRÜGEN, Okan Üniversitesi

Editöryal Politikalar

- Odak ve Kapsam
- Hakem değerlendirme süreci
- Açık Erişim Politikası

Odak ve Kapsam

İKÇÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından yılda üç kez yayımlanan multidisipliner, hakemli, süreli bir e-dergidir. İKÇÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi sağlık bilimleri ile ilgili klinik ve deneysel özgün araştırma, derleme, olgu sunumu şeklinde hazırlanan makale türünde güncel çalışmaları ve yayınlanmış yazılara ilişkin değerlendirmeleri içeren editöre mektupları kapsar. Dergi sağlık bilimlerinin tüm alanlarında sağlık profesyonellerine ve diğer araştırmacılara yöneliktir. Dergi; yayınladığı makalelerde, konu ile ilgili etik kurallara ve bilimsel standartlara uygun olma ve ticari kaygı gözetmeme şartını aramaktadır.

Bilimsel Danışma Değerlendirme Süreci

Makale gönderimi ve Bilimsel Danışma Kurulu Üyelerinin değerlendirmeleri elektronik ortamda gerçekleştirilmektedir. Yayımlanmak için gönderilen makalelerin daha önce başka bir yerde yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir. Eğer makalede daha önce yayınlanmış; alıntı yazı, tablo, resim vs. mevcut ise makale yazarı, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorundadır.

Bilimsel toplantılarda sunulan özetler, makalede belirtilmesi koşulu ile kabul edilir. Ayrıca, dergilerin özel sayılarında özetleri yayınlanan bildirimlere ait ayrıntılı bilginin bildirilmesi gerekmektedir. Dergiye gönderilen makale, biçimsel esaslara uygun ise danışman incelemesinden geçirilip, gerek görüldüğü takdirde, istenen değişiklikler yazarlarca yapıldıktan sonra yayınlanır.

Başvuruyu takiben, makale bir (1) ay içerisinde alanında uzman iki (2) danışman tarafından değerlendirilir. Düzeltme istendiği takdirde yazarlar, gözden geçirilmiş makaleyi iki (2) hafta içerisinde yeniden dergiye gönderirler. Gerektiği takdirde bu süre editörün kararıyla uzatılabilir. Hakemler tarafından yapılması istenen düzeltmelerin niteliğine bağlı olarak düzeltilerek tekrar dergiye gönderilen makale üç (3) hafta içerisinde hakemler tarafından değerlendirilir veya editör tarafından hakemlere gönderilmeksizin değerlendirme tamamlanır.

Makale yayınlanmak üzere dergiye gönderildikten sonra yazarlardan hiçbiri, tüm yazarların yazılı izni olmadan yazar listesinden silinemez, ayrıca hiçbir isim, yazar olarak eklenemez ve yazar sırası değiştirilemez.

Açık Erişim Politikası

Bu dergi yayınlanma ile birlikte açık erişimi sağlama politikasını benimsemiştir.

EDİTÖRDEN

Sağlık Bilimleri alanında son dekatta yaşanan gelişmeler, sağlıkla ilgili bilim insanlarının önünde her geçen gün yeni ufuklar açmakta ve yeni gelişmelere yol açmaktadır. Sağlık alanında görülen bu hızlı gelişimde literatüre kazandırılan her yeni bilginin şüphesiz büyük katkısı olmaktadır.

İzmir'in en genç devlet üniversitesi olan İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'nin, İzmir'in ilk Sağlık Bilimleri Fakültesi olarak kurulan Fakültemizin çıkarmakta olduğumuz İKÇÜSBF Dergisinin ilk sayısını sizlerle buluşturmanın haklı gururunu yaşamaktayız. Yayınladığı derleme, araştırma makaleleri ve olgu sunumları ile alanında önemli bir boşluğu dolduracağına inandığımız ve üniversitemizin sağlık alanında ilk bilimsel nitelikteki dergisi olarak yayın hayatına başlayan İKÇÜSBF Dergisinin hedefi; kalitesini sizlerin destekleriyle her geçen gün artırarak en kısa sürede ulusal ve uluslararası indekslerde taranan bir dergi haline gelmektir. Bu amaçla sağlığın tüm alanlarından gelecek değerli çalışmalarınızı bekliyoruz.

Dergimizin yayın hayatına başlamasında büyük desteklerini gördüğümüz başta Rektörümüz Sayın Prof. Dr. Galip Akhan olmak üzere üniversitemizin akademik ve idari personeline, dergimizin yayına hazırlanmasında tasarımından, içeriğine kadar büyük bir heyecanla çalışan ve çok büyük emek harcayan İKÇÜ Sağlık Bilimleri Fakültesinin değerli öğretim üyeleri ve öğretim elemanlarına, makalelerin yayınlanma sürecinde büyük desteklerini gördüğümüz değerli danışma kurulu üyelerimize en derin şükranlarımızı sunuyoruz.

Prof. Dr. Bumin N. Dündar

Editör

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

EDİTÖRDEN

Bumin Nuri DÜNDAR

DAVETLİ DERLEME

Beslenme ve Diyetetik Biliminin Dünü, Bugünü ve Geleceği

Past, Present and Future of Nutrition and Dietetics Science

Türkan KUTLUAY MERDOL

1-5

ARAŞTIRMALAR

Beyin Cerrahisi Kliniğinde Yatan Hastaların Düşme Risklerinin ve Alınan Önlemlerin Belirlenmesi

The Determination of Patients Falling Risk and Taken Preventive Measures in Neurosurgery Clinic

Gülşen OYUR ÇELİK, Hatice ZİNGAL

7-11

Pacemaker Takılan Hastalarda Depresyon ve Anksiyete Düzeyinin İncelenmesi

Examination of Depression and Anxiety Levels of Patients with Pacemakers

Meltem ERTAŞ, Gülay OYUR ÇELİK

13-18

Evde Bakım Alanında Çalışan Hemşirelerin Çalışma Koşulları, Yaşadıkları Güçlükler ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi

A Determination of the Working Conditions, Training Requirements and Difficulties

They Faced at Work of Nurses Providing Home-Care

Nilgün YURTSEVER, Medine YILMAZ

19-25

Hemşirelik Öğrencilerinin Empati Düzeylerine Göre Kültürel Arası Duyarlılıklar

Intercultural Sensitivity of Nursing Students According to Their Empathy Level

Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ, Gülşen IŞIK, Beste ÖZGÜVEN ÖZTORNACI, Esra ARDAHAN,

Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN, Ekin Dila TOP, Elif ÜNSAL AVDAL

27-33

DERLEME

Hemşirelikte Psikomotor Beceri Eğitiminde Video Destekli Öğretim ve OSCE Uygulaması:

Bir Deneyim Paylaşımı

Video-Based Teaching and OSCE in Nursing Psychomotor Skills Education Implementation:

Sharing of an Experience

Esra AKIN KORHAN, Yasemin TOKEM, Derya UZELLİ YILMAZ, Hacı DİLEMEK

35-37

OLGU SUNUMU

Bariatrik Cerrahi Operasyonu Geçiren Morbid Obez Bir Hastanın 3 Yıl Sonraki Beslenme Durumu:

Olgu Sunumu

Nutritional Status of a Morbid Obese Patient After Three Years of Bariatric Surgery: Case Report

Aysun YÜKSEL

39-45

DERLEME / REVIEW

Beslenme ve Diyetetik Biliminin Dünü, Bugünü ve Geleceği*Past, Present and Future of Nutrition and Dietetics Science*

Türkan KUTLUAY MERDOL, Prof. Dr.

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Kabul tarihi/Accepted: 21.01.2016

İletişim/Correspondence:

Türkan Kutluay Merdol, Okan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Beslenme ve
Diyetetik Bölümü Tuzla Kampüsü, 34959 Akfırat-
TUZLA/İSTANBUL
E-posta: tmerdol@hacettepe.edu.tr

Özet

Tarih boyunca, üzerine çeşitli anlamlar yüklenen beslenme, 18. yüzyıla kadar ampirik düzeyde kalmış, 19.yy ortalarına doğru kazanan bir ivme sonucunda tüketilen besinlerin bileşimlerinin analizi ve besin öğelerinin vücuttaki fonksiyonlarının birbiri ardına yapılan araştırmalarla belirlenmesiyle bir bilim alanı olarak hızlı bir gelişme göstermiş ve ardından hastalıklardan korunma ve hastalıkların tedavisinde nasıl bir beslenme uygulanacağı konusunun açıklıkla ortaya konulmasıyla diyetetik bilimi geliştirmiştir. Bu durum, insanlara beslenmelerinin kontrolü ve diyetlerinin planlanması konusunda yardımcı olacak meslek mensupları ihtiyacını doğurduğundan diyetisyen/beslenme uzmanı gibi meslek mensupları ve onların çalışma alanları tanımlanmaya başlanmıştır. Bu alanlara her gün bir yenisinin etkilenmesi, Beslenme ve Diyetetik bilimlerinin 21.yüzyıl başlarında gösterdiği gelişimin, yüzyılın sonlarına doğru ne büyük boyutlara ulaşacağına önemli bir göstergesidir.

Anahtar Kelimeler: Diyetetik, Diyetisyen, Beslenme Uzmanı, Tarihçe.

Abstract

Throughout history, several meanings were loaded on nutritional applications, but all of them had stayed at the empirical level until the 18th century. The science of nutrition won credibility in mid-19th century with the momentum of food analysis which gave way to identify nutrient content of foods and their functions in the body. Researches carried out one after the other clearly demonstrated the importance of nutrition and dietetics in the protection and the treatment of diseases and disorders. This development increased the need of dietitian/nutritionist professionals to control the patient feeding procedure and plan a diet suitable to the situation of the patients. The growing profile of the patients has made it mandatory of dietitians/nutritionists to branching. In the developed countries branches are increasing rapidly which is a good indication of what size to get the profession will be at the end of 21st century.

Key Words: Dietetics, Dietitian, Nutritionist, History.

Giriş

Günümüz dünyasında, gelişen teknolojinin de etkisi ile beslenme ve buna bağlı olarak diyetetik, her disiplini ilgilendiren, bu nedenle sayısız bilimsel araştırma ve yayın konusu olmaları yanında, medya aracılığı ile topluma her gün birbirini ile çelişen haberler yapılmasına bağlı olarak toplumda kargaşa yaratan ve hiç gündemden düşmeyen bilim alanlarıdır. Beslenme bilimi; tüketilen besinleri, bu besinlerin bileşiminin analizini, birbiriyle etkileşimlerini ve vücuttaki fonksiyonlarını hedef olarak geliştirirken, diyetetik bilimi, besinlerin hastalıklardan korunma ya da hastalıkların tedavisinde ne tür bir beslenme planı ile sunulması gerektiğini temel olarak geliştirmektedir. Tarih boyunca, üzerine çeşitli anlamlar yüklenen beslenme, 18.yüzyıla kadar ampirik düzeyde kalmış, bu tarihten sonra bilim adamları besinlerin içerikleri, metabolik etkileri vb. üzerinde çalışmalara başlamışlardır. Bu çalışmalar ancak 19. yüzyıl sonlarına doğru önemli bir ivme kazanmış, beslenme konusunda yapılan araştırmalar ve buna paralel olarak yapılan yayınlar çoğalmaya başlamış ve

20.yüzyılın ikinci yarısından sonra beslenmenin sağlık ve hastalıklar üzerindeki etkisi tüm boyutlarıyla açıkça ortaya konulmuştur. Bugün hastalıkların pek çoğunda tedavinin başarılı olabilmesi için hastanın beslenme düzeninde değişiklik yapmak ve kişiye özel diyet planı düzenlemek gerekmektedir. Nutrigenetik alanında yapılan çalışmalar çerçevesinde, diyetin kişiye özel olması gerekliliğinin daha iyi anlaşılması yanında besin sanayisinde oluşan gelişmeler (nanoteknoloji, hidroponik tarım, aquaponik tarım, umami ve oleogustus gibi yeni tat algılarının tanımlanmasına bağlı lezzet odaklı besin üretiminin artması, enteral-parenteral beslenme ve besin destek ürünlerindeki artış gibi) bireylerin sağlıklı kalmayı sürdürmek ve bir hastalık durumunda diyet planlarını oluşturmak için diyetisyene danışma ihtiyacını arttırmış, tedavinin en önemli parçası olduğu için, hastaların fizik muayeneleri beslenme odaklı olmaya ve sağlık kuruluşlarında, özellikle koruyucu halk sağlığı alanlarında ve yiyecek-içecek üretimi yapılan kuruluşlarda diyetisyen istihdamı arttırılmaya başlamıştır.

Beslenme ve Diyetetiğin Kısa Tarihi

Beslenme ve diyetetik uygulamalarında, tüm tarihsel dönemlerde yaşananları, farklı bölgelerde ve kültürlerde yaşayan toplumların özelliklerini de dikkate alarak yorumlamadan günümüzü değerlendirmek ve geleceğe yönelik değerlendirmeler yapmak doğru değildir. Yaşı 4,5 milyar yıl olarak bildirilen yer yüzünde M.Ö. 10.000 yılına kadar olan dönemde (Paleolitik Dönem) sağlık ve beslenme ilişkilerini inceleyen Paleonutrisyon alanında çalışan bilim adamları, kemiklerin yapısı üzerinde yaptıkları inceleme sonuçlarına dayanarak insanlarda enfeksiyon ve beslenme yetersizliklerini gösteren izler olduğunu belirtmektedirler. Bu da, besinin yetersiz olduğu ve enfeksiyonların kontrol altına alınamadığı durumda sağlığın ciddi şekilde etkilendiğinin en önemli kanıtıdır. Çağlar boyunca avcı toplayıcı olarak yaşayan insanoğlu, M.Ö. 10.000'lerde yerleşik düzene (Neolitik Dönem) geçtikten sonra tahılları ekip biçmeye başlamış böylece diyet, et tüketiminden daha çok ot tüketimine kaymıştır. Antropologlar bu dönemde insanların boylarında kısalma olduğunu belirtmektedirler. Taş tabletlerden ve Edvin Smith ve Ebers papiruslarından elde edilen bilgilerden, insanların bitkisel ya da hayvansal kaynaklı pek çok ürünü hastalıklarda destek ürün olarak kullandıkları anlaşılmaktadır. Sıklıkla kullanılanların; kekik, ceviz yaprağı ve yağı, zeytin yaprağı ve yağı, sarımsak, soğan, hardal, susam yağı, nane, yosun, defneyaprağı, üzüm, sirke, bal, karaciğer, beyin, kemik suyu gibi bitkisel ve hayvansal kaynaklı ürünler olduğu görülmektedir. M.Ö. 460-377 yıllarında yaşayan ve tıbbın babası olarak bilinen Hipokrat, hastaların tedavisinde istirahat ve temizlik yanında beslenmede yapılacak düzenlemelerin ne kadar önemli olduğunu "Besinle tedavi edebileceğiniz hallerde ilaç tavsiye etmeyiniz" sözüyle açıklamıştır. Hipokrat'ın tedavide besin karışımları denediği ve ilk önemli karışımının bal, sirke ve karabiber olduğu bilinmektedir. M.Ö. 106-43 yıllarında yaşamış olan Çicero "bedenimiz yiyecek ve içeceklerle tika basa doluyken, doğru dürüst düşünemeyiz" diyerek çok yemenin sağlık için sakıncasına dikkat çekmiştir. Lucretius (M.Ö. 95-55) "Bir kişi için yiyecek olan bir nesne bir başkası için zehir olabilir" sözüyle kişilerin besin duyarlılıkları ya da alerjileri olabileceğini, bu nedenle beslenmenin kişiye özgü olması gerektiğini anlatmak istemiştir. Plutarkos (M.S. 120-50) hastalıklarda yanlış beslenmenin kişi için sakıncalı olabileceğini "Zannetme ki yiyecek, sadece yaşama katkıda bulunan bir unsurdur, aynı zamanda ölümün de nedenidir. Çünkü hastalıklar, bollukta da yoklukta olduğu oranda, hastalığa yakalanan bedenlerdeki besinle kuvvet bularak gelişirler" sözü ile dile getirmiştir (Kutluay-Merdol, 2015).

Antik çağdaki uygulamaların bilimsel olarak bir anlam ifade edip etmediği ancak, 19.yüzyıl sonlarında yapılan çalışmalarla anlaşılmaya başlamış ve hastalara ilk diyet planları doktorlar tarafından belirlenmeye ve hastaların bu diyete uyumlarının sağlanması hemşireler aracılığı ile gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Doktor ve hemşirelerin hastanın tedavi sürecinde işlerinin yoğunluğu, diyetin doktor ve hemşire dışında başka bir sağlık personeli tarafından kontrole alınması zorunluluğunu doğurduğundan, konu ilk kez 1870'li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) gündeme getirilmiş, Amerikan Tıp Derneği 1877 yılında kendisine bağlı bir Diyetetik Komitesi oluşturarak komitenin başına o sıralar tarifeleri daima besinlerin sağlıkla ilişkilerini göz önüne alarak hazırlamasıyla ünlü yemek öğretmeni Sarah Tyson Rorer'ı getirmişlerdir. Mrs. Rorer aynı yıl Diyetetik Gazete adı ile

bir yayına başlamış, gazete çok ilgi görmüş ve kendisine her gün yüzlerce; "su şişmanlatır mı", "sıcaklarda et mi, sebze mi yemeli" gibi sorularla dolu mektuplar gelmeye başlamıştır. 1880'de üç doktor Mrs. Rorer'a kurumlarında bir diyet mutfağı açmasını önermişler ve o tarihten sonra hastanelerde diyet mutfağı yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu gelişmelerden sonra diyet alanında çalışacak kişi gereksinimi ağırlık kazanmış ve 1899 yılında DİYETİSYEN unvanı ile yeni bir meslek tanımı yapılmıştır (American Dietetic Association [ADA], 1985).

Yirminci yüzyıl başlarında besinlerin bileşimleri ve besin öğelerinin vücuttaki fonksiyonları üzerine çalışmaların yoğunlaştırılmasına paralel olarak hastalıkların iyileştirilmesinde tedaviden çok korunmanın önemli olduğu konusundaki görüşler ağırlık kazanmaya başlamış ve koruyucu hekimlik daha da önemli olmuştur. Bu durumda diyetetik alanı daha fazla ilgi çekmeye başlamış ve sadece hastalıkta nasıl bir diyet uygulanacağı değil, sağlığın korunması için neler yenilmesi gerektiği üzerinde de çalışmalar yapılmaya ve rehberler oluşturulmaya başlanmıştır. Bu tarihlerden sonra yaşanan Birinci Dünya Savaşı sırasında İngiltere'de 2.500.000 erkek, askere alınmak için sağlık kontrolünden geçirilirken bunların %41'inde beslenme bozukluğu olduğu saptanmış ve askere alınmaları uygun görülmemiştir. 1917'de ABD'nin savaşa girmesiyle besinleri satın alma, saklama ve servisinde dikkat edilecek noktaları öğretecek, askerlerin besin ihtiyaçlarını ve yemeleri gerekli miktarı tayin edecek, hasta ve yaralıların beslenmesini planlayacak kişi ihtiyacı ortaya çıkınca orduya diyetetik formasyonu olan 356 kişi alınmıştır. Diyetisyenler bu gelişmeler sonunda aynı yıl (1917) Amerikan Diyetetik Derneği (ADA) adı ile Dünya'da ilk olan diyetisyenler derneğini kurmuşlardır. ADA ilk toplantısını 1918 yılında yapmış ve o yıl ihtiyaç nedeniyle diyetetik hizmetlerini 4 alana ayırmışlardır. Bunlar, **1) Tedavici Diyetisyen** (Kliniklerde hastaların ihtiyaçlarına uygun beslenme programları geliştirir, bunların uygulanmasını ve raporlanmasını sağlar), **2) Yönetici Diyetisyen** (Toplu beslenme yapılan kurumlarda yiyecek içecek servisini, çalışan personeli eğiterek, fiyat kontrolünü ve servisin hijyenik olmasını sağlayarak yönetir), **3) Toplum Sağlığı Diyetisyeni** (Sağlık ocakları, Ana-çocuk sağlığı merkezleri, bakanlık vb. yerlerde görev alarak, bireylere ve gruplara hastalıkları önlemek ve yaşam kalitesini yükseltmek amacı ile geliştirilmiş beslenme uygulamaları için danışmanlıklar yapar), **4) Eğitici-Danışman Diyetisyen** (Bir sağlık kurumunda ya da kendi ofisinde kişilere durumlarını değerlendirerek önerilerde bulunur. Çoğunlukla eğitim kurumlarında, sağlık kurumlarında ve spor takımları ile çalışırlar) (ADA, 1985; Kutluay-Merdol, 2015).

Amerika'da yaşanan bu gelişmeler diğer ülkelere de yansımış ve pek çok ülkede üniversitelerde beslenme ve diyetetik alanında eğitim veren bölümler açılmaya başlamıştır. 1922 yılında İsveçli diyetisyenler, 1923 yılında da Danimarkalı diyetisyenler derneklerini kurmayı başarmışlardır. Bu arada (1922) ABD'de diyetisyenlik eğitimi dört yıla çıkarılmış ve ADA 1925 yılında "Journal of American Dietetic Association" adlı bir dergi yayınlamaya başlamıştır. Beslenme ve Diyetetik eğitimini başlatan Japonya'da da diyetisyenler 1926 yılında derneklerini kurarak faaliyetlerine başlamışlardır.

Diyetisyenler mesleğe başladıklarında ağırlıklı olarak hastanelerde görev almışlar, daha sonra Ana ve Çocuk

Sağlığı Merkezleri'nde de çalışmaya başlamışlardır. Önceleri kadınların icra ettiği bu mesleğe erkekler de katılmaya başlamış ve ADA ilk erkek üyesini 1930 yılında kayda geçirmiştir.

Sonraki yıllarda, çalışma yaşamındaki kişilerin sayısının artışı ve kadınların da çalışma yaşamına başlaması, ev dışında yemek yemeyi gündeme getirince Yönetici Diyetisyen olarak tanımlanan kurum diyetisyenliği ağırlık kazanmaya ve yemek servisi veren kurumlar diyetisyen istihdam etmeye başlamışlardır. Bu gelişmelerin ardından 1938'de II. Dünya Savaşı patlak verince diyetisyenliğin önemi yine gündeme gelmiş ve 1939 yılında orduya 1300 diyetisyen çağırılmıştır. Hastanelerde uygulamaların daha etkin bir şekilde gerçekleştirilebilmesini sağlamak amacıyla 1942'de hastanelerde Beslenme ve Diyet Şeflikleri ile yönetim organizasyonları yapılmaya ve *Tedavici Diyetisyen* tanımı da etkin bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. ABD ordusu, bünyesine diyetisyen olarak onlara yüzbaşı, binbaşı gibi unvanlar kazandırmışlardır. Daha sonra ordu kendi akademilerinde diyetisyen eğitimini de üstlenmiş ve ihtiyaçları olan diyetisyenleri kendileri yetiştirmeye başlamışlardır. Bu arada, Kanada (1933), İngiltere (1936), Hollanda (1941), İsviçre (1942), Yeni Zelanda (1943), Norveç (1948), Fransa (1954), Avusturya (1955), Almanya (1957), İrlanda (1960) gibi ülkeler de derneklerini kurarak faaliyetlerine başlamışlardır (Kutluay-Merdol, 1996).

Tüm bu gelişmeler yaşanırken kalp hastalıkları ile beslenme arasındaki ilişkiler üzerinde yapılan araştırmaların yoğunlaşmasıyla üniversitelerde diyetisyen yetiştirmek amacıyla açılan Beslenme ve Diyetetik Bölümleri sayıca artmaya başlamış ve 1961'de International Labor Organisation-Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 0.69 kodu ile meslek tanımını yönetmeliğine geçirmiştir. Mesleğin yaygınlaşması, meslekte yeni düzenlemelerin yapılmasını zorunlu kılınca ADA 1969 yılında diyetisyen olarak çalışılabilmesi için Registered Dietitian-Kayıtlı Diyetisyen (RD) koşulunu getirmiştir. RD olabilmek için ADA'nın Accreditation Council for Education in Nutrition and Dietetics-Beslenme ve Diyetetik Eğitimi için Akreditasyon Konseyinden (ACEND) onay almış bir eğitim kurumundan mezun olmak, yine ACEND onaylı bir kurumda 6-12 aylık staj süresini tamamlamak, ADA'ya bağlı Commission on Dietetic Registration-Diyetetik Tescil Komisyonu (CDR) tarafından hazırlanan ve ulusal çapta uygulanan bir sınavda başarı göstermek ve Continuing Professional Development-Sürekli Mesleki Gelişim (CPD) kredisi toplamak (en az 75 saat) gerekmektedir. ADA bu amaçla 1977 yılından itibaren yoğun bir şekilde hizmet içi eğitim seminerleri düzenlemeye başlamıştır. 1984 yılında ADA'nın 51.000 üyesi varken bugün (2012 yılı itibarıyla) bu sayı 72.000'e ulaşmış bulunmaktadır. Amerikan Diyetisyenler Derneği 2012 yılında adını Academy of Nutrition and Dietetics (AND) olarak değiştirmiştir. Amerikan nüfusuna göre (314 milyon), sadece akademiye üye olanlar dikkate alınarak yapılan hesaplamada, diyetisyen başına 4361 kişi düştüğü görülmektedir. Bu değer Türkiye için bugün yaklaşık 28.000 dolayındadır. ABD'de 2008 yılında alınan bir kararla 13 Mart Registered Dietitian Day (Kayıtlı Diyetisyenler Günü) olarak kutlanmaya başlanmıştır. 2013 yılında bu kutlamalar tüm Mart ayında düzenlenen etkinliklerle gerçekleştirilmeye başlamıştır (Kutluay-Merdol, 2015).

Diyetisyenlik mesleğindeki gelişmeye paralel olarak diyetisyenlerin çalışma alanları da oldukça fazlaşmıştır.

Filipinli meslektaşımız Orbeta'nın söylediği gibi "*nerede besin varsa orada diyetisyen için bir altın kâse vardır*" (Kutluay-Merdol, 1993). Beslenme alanındaki gelişmelere bağlı olarak diyetisyenlik eğitimi almayan, beslenme alanında çalışan kişiler kendilerini Nutritionist (Türkçe'de henüz karşılığı yok ama beslenme uzmanı olarak adlandırma eğilimi var) olarak adlandırmaya başlamışlardır. Çalışma alanları diyetisyenlerin çalışma alanları ile zaman zaman çakıştığı için, diyetisyenler çalışma alanlarına bağlı olarak kendilerini diyetisyen ya da nutritionist olarak tanımlayabilmektedirler. Ancak nutritionist olduğunu ileri süren kişi kendisini diyetisyen olarak tanımlayamamaktadır. Bu durumu AND şu sözlerle anlatmaktadır: *All registered dietitians are nutritionists but not all nutritionists are registered dietitians (Tüm kayıtlı diyetisyenler nütrisyonisttir ancak tüm nütrisyonistler kayıtlı diyetisyen değildir).*

Beslenme ve Diyetetik eğitimi pek çok ülkede 4 yıllık bir eğitimle yürütülmektedir. Avrupa'da İngiltere başta olmak üzere bazı ülkelerde bu eğitimin süresi, pek çok diğer meslek için olduğu gibi, lise eğitiminin dört yıl olması nedeniyle üç yıldır. Beslenme ve Diyetetik bölümlerinde verilmekte olan eğitim ve öğretim programlarının birinci aşaması, diyetetik uygulamalarına esas olan kimya, biyokimya, fizyoloji, anatomi gibi temel ve sağlık bilimleri derslerini içermektedir. İkinci aşamada dersler, doğrudan uygulama alanıyla ilgilidir. Öğrenciler, beslenme ilkeleri, besin kimyası, beslenme biyokimyası, ana-çocuk beslenmesi, hastalıklarda beslenme, toplum sağlığında beslenme, toplu beslenme sistemleri yönetimi gibi derslerde teorik yanında laboratuvar destekli eğitimler almaktadır. Son aşamada, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sahada gözlem ve deneyimini kazanmak üzere yapılan staj çalışması yer almaktadır. Bu eğitim programı ile öğrenci, diyetisyenlik mesleği için gerekli ilke, kavram, bilgi ve becerileri kazanıp geliştirmektedir. Amerika başta olmak üzere bazı ülkelerde staj, temel eğitimin tamamlanmasından sonra yapılmakta ve diyetisyenler, yukarıda anlatıldığı gibi kayıtlı diyetisyen unvanı almadan göreve başlayamamaktadırlar. Diyetisyen unvanı ile mezun olan öğrenciler, beslenme ve diyetetik alanlarında bilim uzmanlığı ve doktora programları ile eğitimlerine devam edebilirler.

"Nerede besin varsa orada diyetisyen için bir altın kâse vardır."

Diyetisyenler, ülkelerarası işbirliğini ve bilgi alışverişini sağlamak amacı ile 1950 yılında Uluslararası Diyetetik Dernekleri Komitesi (International Committee of Dietetic Associations- ICDA) ([www.international dietetics.org](http://www.internationaldietetics.org)) adı ile bir komite kurmuşlardır. 2002 yılında adını Komite yerine Konfederasyon olarak değiştiren bu kuruluş 1952 yılından başlayarak 4 yılda bir uluslararası kongreler düzenlemektedir. Türkiye Diyetisyenler Derneğinin ICDA'ye üyeliği 2000 yılında başarılabilmektedir. Bilindiği gibi diyetetik dernekleri dışında her ülkede beslenme ile uğraşan uzmanların üye oldukları Beslenme Dernekleri (Society of Nutrition) de bulunmaktadır. Bu dernekler de 1948 yılında International Union for Nutrition Societies-Uluslararası Beslenme Dernekleri Birliği (IUNS) adı ile bir çatı altında birleşmişler ve 1952 yılında uluslararası kongrelerini düzenlemeye başlamışlardır. ICDA 1978 yılında bu birliğe, tüm dünya diyetetik dernekleri adına üye olarak bu iletişim ağı içinde etkin roller üstlenmeye başlamıştır. Avrupa'daki Diyetetik Dernekleri de federasyon şeklinde bir

araya gelmelerinin uygun olacağı görüşü ile 1978 yılında Danimarka'da European Federation of Associations of Dietitians-Avrupa Diyetisyen Dernekleri Federasyonu'nu (EFAD) (www.efad.org) kurmuşlardır. Türkiye EFAD'a 1994 yılında üye olmuştur ve EFAD etkinliklerine delege göndererek aktif olarak katılmaktadır. Asya ülkelerindeki diyetisyen dernekleri de Asian Federation of Dietetic Associations-Asya Diyetetik Dernekleri Federasyonu (AFDA) adı ile 1990 yılında kurdukları federasyon aracılığı ile iletişimlerini gerçekleştirmektedirler. AFDA da ICDA gibi dört yılda bir kez kongre düzenlemektedir (Kutluay-Merdol, 2015; EFAD, 2003).

“Türkiye’de diyetisyenlik, ilk mezunların üstün gayretleri ile bugün tanınır bir meslektir.”

Türkiye’de Durum

Türkiye’de diyetisyenlik eğitimi 1962 yılında Hacettepe Üniversitesi’nde Prof. Dr. İhsan Doğramacı tarafından başlatılmıştır. Önceleri Diyetetik adı ile açılan program 1963’de Beslenme ve Diyetetik olarak değiştirilmiştir. İlk mezunlarını 1966’da veren bölümde ilk beş yıl sırasıyla; 10, 13, 11, 4 ve 11 olmak üzere toplam 48 gibi çok az sayıda öğrenci eğitim almıştır. Daha sonra kontenjanın 60'lara yükseltilmesiyle bugün, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü’nden mezun öğrenci sayısı 2200’ü aşmış durumdadır. Bu mezunların yaklaşık 170’i bilim uzmanlığı ve yaklaşık 75’i de doktora derecelerini almışlardır. Otuz altı yıl tek başına eğitimini sürdüren Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü’nden sonra diğer bölümler aynı program ile 1998 yılında Erciyes Üniversitesi’nde, 1999’da da Başkent Üniversitesi’nde açılmıştır. Uzun bir aradan sonra başka üniversitelerde de beslenme ve diyetetik bölümleri açılmaya ve diyetisyen yetiştirilmeye başlanmıştır (2007-2008 Yeditepe, Haliç ve Yakın Doğu Üniversiteleri, 2008-2009 Bilim Üniversitesi vb). Daha sonra büyük bir hızla artan bölüm sayısının 2015 yılında 50’yi aştığı görülmektedir.

Türkiye’de diyetisyenlik mesleği, ilk mezunların üstün gayretleri ile atılan sağlam temeller üzerinde, diğer ülke gelişmelerinin yakından takip edilmesiyle bugün tanınır bir meslek konumuna gelmiştir. Bu gelişimde, Hacettepe Üniversitesi kurucusu Prof. Dr. İhsan Doğramacı’nın her yayına kolayca ulaşılabilen kütüphanesinin, Prof. Dr. Ayşe Baysal ve Prof. Dr. Orhan Köksal gibi hocaların ve ilk öğretim üyesi olarak görev yapanların büyük katkısı olmuştur. Türkiye’de Diyetisyenler Derneği pek çok Avrupa ülkesinden önce 1969’da kurulabilmiştir (www.tdd.org.tr). Derneğin kuruluşunu takiben 1972 yılında bilimsel dergisi Beslenme ve Diyet yayınlanmaya başlanmıştır. Dergi, yayınına hala başarıyla sürdürmektedir.

Mesleğin öncülleri, meslekte yaşam boyu eğitimin önemini bilinciyle 1989 yılında Türkiye Diyetisyenler Derneği ve Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü işbirliği ile “Hizmet İçer Eğitim Seminerlerini” başlatmışlardır. Bu seminerler halen yılda en az iki kez olmak üzere sürdürülmektedir. 1998 yılından beri 6 Haziran, “Diyetisyenler Günü” olarak çeşitli etkinliklerle kutlanmaktadır. Bu kutlamalarda meslekte 20, 30 ve 40 yıllarını dolduranlara hizmet plaketleri verilmektedir. İlk mezunlar 2016 yılında 50. yıl plaketlerini alacaklardır. AND’ın diyetisyenler günü kutlamasına 2008 yılında başladığı dikkate alınırsa TDD’nin bu anlamda bir öncülük

yaptığı söylenebilir. İngiltere Diyetisyenler Derneği üye sayısı 6500 kadardır ve dernek ofisinde hepsi maaşlı 25 kişi çalışmaktadır. Henüz 2000 dolayında üyesi bulunan TDD ofisinde maaşlı-görevli (son 15 yıldır) sadece bir kişi çalışmaktadır. Bu da TDD’nin özverili çalışmalarının önemli bir göstergesidir. Son yıllarda pek çok bölüm mezun vermeye başlamıştır, bu da TDD’nin üye sayısında önemli bir artış yaratacaktır. Bu artışla mesleğin yurt içi ve yurt dışı etkinliklerde daha fazla yer alabileceği, böylece hem eğitim kalitesinin hem de meslek mensuplarının sağlık alanındaki etkinliğinin daha fazla hissedilir olacağı kuşkusuzdur.

Diyetisyenliğin Geleceği

1900’lü yılların ikinci yarısına kadar pek çok ülkede diyetisyenler daha çok hastaların besin gereksinimlerini karşılayan ve beğenebilecekleri yemeklerin yapımı için besin kontrolü, personel seçimi ve eğitimi, hijyen ve maliyet kontrolü gibi daha çok yönetim ve denetim sorumlusu olarak çalışıyorlardı. Hastane malnütrisyonlarının önemli oranda artışı, bu durumun hastanın tedavi başarısını düşürmesi, hastanın hastanede kalış süresinin artması, prognozun kötü olması ve araştırmalarla hastalıkların tedavisinde kişiye özel olarak planlanan diyetlerin etkinliğinin saptanmasından sonra diyetisyenlerin tedavi diyetisyeni olarak çalışmaları farklı bir boyut kazanmış ve çalışma alanları gelişimlere cevap verebilmek için artmıştır. Pek çok ülkede diyetisyenler; diyabet diyetisyeni, obezite diyetisyeni, bariatrik cerrahi diyetisyeni, kanser diyetisyeni, diyaliz diyetisyeni, pediatri diyetisyeni gibi alanlarda uzmanlaşmaya başlamıştır. Hastalar sağlık durumlarının değerlendirilmesinde nutrition focused physical examination-beslenme odaklı fizik muayene (NFPE) yapılmadan tedavi programına alınmamaya başlanmıştır. Sporda başarı için sporcunun yeterli ve dengeli beslenmesi öncelikli koşuldur. Bu bağlamda pek çok spor kulübü bünyesinde diyetisyen istihdamına başlamıştır.

Tedavide hastane mutfaklarında hazırlanan diyetlerin pek çok hasta için daha özel (tüple beslenmeye uygun) hazırlanması gerekliliği, yeme güçlüğü olan hastalarda daha özel ürünlerin kullanılma gerekliliği, bu alanda özel beslenme ürünleri üretimini zorunlu kılmış ve piyasaya çok çeşitli parenteral ve enteral beslenme ürünleri sürülmeye başlanmıştır. Bu gelişmelere paralel olarak hastanelerde Enteral Parenteral Beslenme Üniteleri kurulmuş ve diyetisyen bu ünitelerin en önemli parçası haline gelmiştir. Bu gelişmeler çerçevesinde pek çok klinikte medikal beslenme tedavisi (medical nutrition therapy) ifadesi kullanılmaya başlanmıştır. Artık hastaya sadece diyetin düzenlenmesi ile diyetisyenin görevi bitmemekte, hastanın bu diyeti uygulayabilmesi için eğitilmesi ve izlenmesi gerekmektedir. Hastalar nasıl ki uzun yıllar sağlıklı kalabilmek için yılda bir-iki kez doktor ve diş hekimi kontrolüne gitmek zorunda ise aynı şekilde diyetisyenlere de başvurmak ve diyetlerinde düzenlemeler yaptırmak ve izlenmek ihtiyacındadırlar. Nutrigenomik ve nutrigenetik alanında yapılan çalışmalar ve piyasaya birbiri ardına verilen besin destek ürünleri paralelinde diyetisyenlik mesleğinin daha da önem kazanacağı açıktır. Bu bağlamda “*danışman diyetisyenlik*” de daha büyük önem kazanacaktır. Bu nedenle diyetisyenlerin etkin danışmanlığın nasıl yapılacağı konusunda kendilerini yetiştirmeleri ve diyetisyen derneklerinin de bu ihtiyaca uygun sertifika programları açması gerekmektedir.

“Diyetisyenliğin birçok alanda gösterdiği gelişme ile çalışma alanları gün geçtikçe artacaktır.”

Hastaların yeterli ve sağlıklı beslenebilmeleri ve malnütrisyonun önlenmesi için hastalar için hazırlanan yemeklerin hastanın besin gereksinimlerini doğru ölçüde karşılaması kadar, hastanın beslenme alışkanlıklarına uygunluğu, yemeğin temiz ve sağlıklı bir ortamda hazırlanması ve hastanın damak tadına uygun olması da bir o kadar önemlidir. Bu nedenle yönetici diyetisyenlik alanında da büyük değişimler yaşanmış ve mutfaklarda yemek üretimleri için gelişmiş mutfak araç ve gereçleri yanında Cook and Chill (Pişir-Soğut), Cook and Freeze (Pişir-Dondur), Sous-Vide (vakumlu torbalarda paketlenip ön pişirilmeye tabi tutulmuş donmuş besin) ve Freeze-Dry (Dondur-Kurut) gibi yöntemler kullanılmaya başlanmış, buna bağlı olarak yemek hazırlama ve pişirme oldukça kolaylaşmıştır. Uzunca bir dönem yemekler kurumların mutfaklarında hazırlanmış ve kimilerinde sıcak yemek arabaları ile servislerde hastalara dağıtılmış, kimilerinde mutfakta hasta tepsilerine konularak tepsilerin hastalara ulaştırılması sağlanmıştır. Bu nedenle de izolasyonlu sıcak yemek tabakları ya da tepsileri kullanılmaya başlanmıştır. Yeni gelişmelere bağlı olarak üretim fabrikalarında hazırlanmakta, paketlenmekte ve kurumlara hazır olarak sunulmaktadır. Bu sistemlerde bilgisayar destekli pek çok program kullanılmaktadır. Bu nedenle klinik diyetisyenlerin de, yönetici diyetisyenlerin de Information Technology-Enformasyon Teknolojisi (IT) konusunda donanımlı olması gerekmektedir (Bell, 1985).

Bir başka gelişme de mutfak artıkları konusunda yaşanmaktadır. Biyoyakıt kullanımının artması, kurum mutfaklarında yemek artıklarının değerlendirilmesini zorunlu kılmış ve mutfaklarda artıkların ayrılması ve ilgili yerlere gönderilmesi gibi pek çok işlemi zorunlu kılmış, bu da yöneticinin etkinliğini daha da arttırmıştır. Bu gelişmeler sonunda yönetici diyetisyenlik alanlarında çalışan diyetisyenlerin ücretleri diğer alanlarda çalışanlardan daha yüksek bir hale gelmiştir. Çünkü hastanın yemeğinin hastaya doğru zamanda, doğru miktarda ulaştırılması ve hastanın bunu tüketmesinin sağlanması tedavinin en önemli basamağı olmuştur. Tedavi, hastaya diyet düzenleme aşamasından hastanın yiyeceği yemeklerin hasta tepsisine alınması ve hastaya ulaştırılmasına kadar geçen tüm aşamalarda diyetisyen denetimini zorunlu kılmaktadır. Diyetisyen hasta ve doktor arasında adeta bir arabulucu olarak çalışmakta ve hastanın istekleri (lezzet ve ilgi) ile doktorların istekleri (kolay servis edilen) çerçevesinde hastanın hastalığına uygun besin gereksinimlerini karşılayacak, kolay tüketilecek ve hastanın isteklerine uygun diyet düzenlemek için büyük çaba göstermesi gerekmektedir. Bu nedenle hastanelerde yönetici diyetisyen ve tedavi diyetisyen uyumlu ve etkin bir şekilde çalışmak zorundadır. Bunun için de diyetisyenlerin personel eğitimindeki etkinliklerinin de artmasına paralel olarak iletişim becerileri, eğitim yöntemleri ve araçları konusunda da hizmet içi eğitim sertifikaları almaya başlamışlardır. Amerika Birleşik Devletlerinde, şirketlerin bünyelerinde diyetisyen çalıştırılması teşvik edilmekte ve hastaların hastane masrafları için önemli olan geri ödemeler listesine diyetisyenlik hizmetinin alınması

da başlamış bulunmaktadır. Çünkü beslenme tedavisi, hastanın iyileşmesinde temel etkidir, hastanın yaşam kalitesini arttırmakta ve sağlık harcamalarını, özellikle de ilaca harcanan parayı azaltmaktadır. Pek çok sigorta şirketi diyabet diyeti, bariatrik cerrahi sonrası diyet ve kronik renal yetmezlik diyetlerini sigorta kapsamına almaya başlamışlardır. Az sayıda olsa da bazı sigorta şirketleri de anorexia, bulimia, marasmus, PEM (Protein Enerji Malnütrisyonu) gibi yeme bozuklukları diyetlerini, hipertansiyon, ülser, enterit, kalp damar hastalıkları diyetlerini ve gebe ve emzikli diyetlerini sigorta kapsamına dâhil etmektedirler. Diyet danışmanlıklarının sigorta kapsamına alınması için hastaların diyetisyene yönlendirilmelerinin sağlanması çok önemlidir (Khan, 2011).

Sonuç ve Öneriler

Tüm bu gelişmeler, diyetisyenlik mesleğinin de pek çok alanda gelişme gösterdiğinin ve diyetisyenlerin çalışma alanlarının gün geçtikçe artacağına önemli göstergeleridir. Bu gelişmelere ayak uydurabilmek için üniversitelerdeki beslenme ve diyetetik bölümlerinin çağdaş bilgi ve deneyimle diyetisyen mezun edebilmek için eğitim programlarında sürekli düzenleme yapmaları ve eğitim kadrolarını güçlendirmeleri gerekir.

Alana Katkı

Beslenme bilimi; tüketilen besinleri, bu besinlerin bileşiminin analizini, birbirleriyle etkileşimlerini ve vücuttaki fonksiyonlarını; diyetetik bilimi, besinlerin hastalıklardan korunma ya da hastalıkların tedavisinde ne tür bir beslenme planı ile sunulması gerektiğini temel alarak gelişmeye devam etmektedir. Beslenme biliminin tarihin tüm dönemlerinde insan yaşamı ve sağlığı için ön planda olduğu, bilimsel ve teknolojik gelişmelerle beslenme ve diyetetik biliminin sürekli geliştiği, beslenme bilgilerinin yenilediği görülmektedir. Bu dinamik bilim alanı insan yaşamının merkezinde olup, sağlığı gelecekte de etkilemeye devam edecek gibi görünmektedir.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Bell, L., (1985). Use of information technology by clinical dietitians in Canada. *Journal of Canadian Dietetic Association*, 46(2):35-39.
- European Federation of The Associations of Dietitians. Education programmes for dietitians in the memberstates of EFAD, Mimograf, 2003.
- Khan, E., (2011). How to Get Nutrition Consulting Paid for by Insurance. <http://anutritionrevolution.com/healthtips/70/>
- Kutluay-Merdol, T., (1993). Diyetisyenleri ve Beslenme Uzmanlarını 21. Yüzyıla Hazırlamak (Çev). *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 22(1):15.
- Kutluay-Merdol, T., (1996). 30. Yılıımızda Dünya Diyetisyenliği, *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 25(1):7-11.
- Kutluay-Merdol, T., (2015). *Beslenme ve Diyetetik: Tarihçe, Temel Beslenme ve Diyetetik*, (ed: Kutluay-Merdol, T.). Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara.
- The American Dietetic Association. A new look at the profession of dietetics, report of the 1984 study commission on dietetics, Chicago, 1985.

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Beyin Cerrahisi Kliniğinde Yatan Hastaların Düşme Risklerinin ve Alınan Önlemlerin Belirlenmesi*The Determination of Falling Risk of Patients and Precautions Taken in Neurosurgery Clinic*Gülây OYUR ÇELİK, Yrd. Doç. Dr.¹, Hatice ZINGAL, Uzm. Hem.²¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı

Kabul tarihi/Accepted: 25.01.2016

İletişim/Correspondence:

Gülây Oyur Çelik, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Balatçık Kampüsü Çiğli Ana Yerleşkesi, Merkezi Ofisler 1, 2. Kat Çiğli, İzmir
E-posta: gulayoyur@gmail.com

Özet

Amaç: Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma bir üniversite hastanesinin beyin cerrahisi kliniğinde yatan hastaların düşme riskini ve alınan önlemleri belirlemek amacı ile yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma verileri etik kurul izni alındıktan sonra 11 Aralık 2014 - 30 Ocak 2015 tarihleri arasında toplanmıştır. Örnekleme, kliniğe yatan 102 hastadan, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 70 hasta dâhil edilmiştir. İlgili literatür taranarak sosyo-demografik veri toplama formu ve İtaki Düşme Riski Ölçeği veri toplama aracı olarak kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 20.0 for Windows programında, bireylerin sosyo-demografik özellikleri sayı, yüzde olarak, İtaki Düşme Riski Ölçeği'nin verileri ise çalışmanın örneklem verileri tam olarak eşit dağılım göstermediği ve varsayımları karşılayamadığı için çapraz tablo (Cross match) analiz yöntemi ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Araştırmaya katılan hastaların %52.9'unun erkek, %31.4'ünün 45-54 yaş ve %28.6'sının 65 yaş üzerinde, %77.1'inin evli, %55.7'sinin ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir. Hastaların aldığı tıbbi tanımlara bakıldığında; %51.4'ünün omurga hastalıkları nedeniyle klinikte yattığı saptanmıştır. İtaki Düşme Riski Ölçeği doldurulan hastaların %82.9'unun düşme riskleri puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Düşme riskine karşı alınan önlemler incelendiğinde ise %91.4'ünde yatak kenarlıklarının kaldırıldığı, %90.0'ida tekerlek kontrollerinin yapıldığı, %42.9'unda düşme riski konusunda hasta ve hasta yakınlarının eğitimi yapıldığı, %82.9'unda oda, hasta çevresi ve zeminle ilgili risk kontrolü yapıldığı ve %28.6'sında yanında refakatçi bulundurulduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Beyin cerrahisi hastalarının düşme riski yüksektir. Hemşirelerin hasta kabulünden taburculuğa kadar risk tanımlama ölçeği kullanarak, hastaları değerlendirmesi, doğru, uygun ve hasta bireye özgü önlemleri alması, hasta ve ailesini düşme olasılığına karşı alacağı kişisel önlemler hakkında bilgilendirmesi, uygun yöntemlerle eğitim yapması ve planlaması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İtaki Düşme Riski Ölçeği, Düşme Riski, Hasta Güvenliği.

Abstract

Objective: The aim of this descriptive research is to determine the risks of inpatient falls at the department of neurosurgery clinic in a university hospital and precautions taken against it. **Material and Method:** The data were collected between the dates of December 11, 2014 and January 30, 2015 after the ethical approval was obtained. The sample included 70 volunteers out of 102 hospitalized patients who agreed to participate in the study. After the literature review, the sociodemographic data collection form and Itaki Fall Risk Scale were used as data collection tools. Data analysis was made by SPSS 20.0 for Windows Program and descriptive statistical tests (number and percentage) were used to evaluate socio-demographic characteristics of the individuals. Crosstab analysis for the data of Itaki Fall Risk Scale was made since research sample data do not have an equal distribution and meet the assumptions. **Findings:** It has been determined that 52.9% of the participants were men, 31.4% were between 45 and 54 years of age, 28.6% were above 65 years, 77.1% were married, 55.7% were primary school graduates, 51.4% were admitted to the clinic due to spinal diseases. Itaki Fall Risk Scale scores of 82.9% were found to be high. Taking into consideration of the precautions against fall risks, it has been designated that bed guards of 91.4% of the patients were removed, wheel control of 90.0% was done, 42.9% of the patients and their families received training on fall risks, risk control related to the room, environment and floor of 82.9% was done, and 28.6% were accompanied by hospital attendants. **Conclusion:** The neurosurgery patients have a high risk of fall. It should be ensured that nurses examine patients by using risk identification scale from their admission to their discharge, take correct, appropriate, and specific precautions for each patient, inform the patients and their family on personal precautions against fall risks, train them with appropriate methods and do its planning.

Keywords: Itaki Fall Risk Scale, Fall Risk, Patient Safety.

Giriş

Yataklı tedavi kurumlarında tanı ve tedavi süreleri boyunca hastaların güvenliğinin sağlanması tüm sağlık çalışanları ve yöneticileri tarafından büyük önem taşımaktadır. Kaliteli sağlık hizmetinin en önemli göstergelerinden biri hasta güvenliğidir (Duman ve ark., 2013).

Hastanelerde hasta güvenliğini tehdit eden durumlardan biri de çevresel ve bireysel faktörlerden kaynaklanan hasta düşme ve yaralanmalarıdır. Hasta düşmeleri, tüm dünyada sağlık bakım kurumlarında önemli bir hasta güvenliği problemi olarak belirtilmektedir (Bulut ve ark., 2013; Çırpı ve ark., 2009; Duman ve ark., 2013; İsbir ve ark., 2011).

Düşmeler diğer sağlık problemlerinden bağımsız olarak morbiditenin kısıtlanmasına, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa neden olarak bireyin bağımsızlığını tehdit etmektedir. Düşmeler, bireyde yaralanma ve fonksiyon kayıplarına dolayısı ile hastanede kalış süresinin uzamasına, tedavi maliyetinin artmasına, aynı zamanda hasta, hasta yakınları, bakım verenler ve hastane personeline anksiyete ve korku gelişmesine neden olmaktadır. Düşme hareketsizliğe neden olup günlük yaşam aktivitelerini etkileyerek yaşam kalitesini ciddi ölçüde bozmaktadır (Işık ve ark., 2006; Özden ve ark., 2012; Salık ve ark., 2007).

Düşme; literatürde bireyin olduğu, bulunduğu ve tutunduğu yerden ayrılarak, dengesini kaybederek yukarıdan aşağıya inmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Çeçen ve ark., 2011).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde Sağlık Kurumları Akreditasyon Ortak Komisyonu (JCAHO) 2005 yılında 271 düşme yaşandığını ve tıbbi hataların % 5.8'inin düşme sonucu olduğunu belirtmiştir. 2007 yılı raporlarında düşme oranının % 0.17 ile % 2.5 arasında değiştiği belirtilmektedir (Berke ve ark., 2010).

Ülkemizde ise düşme risk düzeyini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada klinik ortamda 65 yaş ve üzeri bireylerde düşme oranının % 10 olduğu bildirilmektedir (Savcı ve ark., 2009). Hastalar en çok hasta yatağının çevresinde düşmektedirler. Tuvalet, banyo ve koridorlarda da düşme olayları yaşanmaktadır. Düşmeler en sık hasta odasında görülmekte, bunu takiben hasta taşınması sırasında (% 37), sandalyede oturma sırasında (% 20), yürüme esnasında (% 15) yaşandığı tespit edilmiştir (Berke ve ark., 2010; Deniz, 2009).

Amaç

Bu araştırma bir üniversite hastanesinin beyin cerrahisi kliniğinde yatan hastaların düşme riskini ve alınan önlemleri belirlemek, konu hakkında farkındalık yaratmak amacı ile yapıldı.

Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı tipte olup örneklemini bir üniversite hastanesinin beyin cerrahisi anabilim dalı kliniğinde yatan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturdu.

Veri Toplama Araçları: Araştırmacılar tarafından ilgili literatürler taranarak oluşturulan sosyo-demografik veri toplama soru formu ve İtali Düşme Riski Ölçeği veri toplama aracı olarak kullanıldı. Sosyo-demografik veri toplama soru formunda klinikte yatan hastaların yaş, cinsiyet, kilo-boy, medeni durumu, mesleği, gelir durumu, eğitim düzeyi ile ilgili 7 soru yer aldı. İtali Düşme Riski

Ölçeği ise hasta düşmelerine neden olan 19 risk faktörü sorusundan oluşmaktadır. Risk faktörleri minör ve majör olarak kategorize edilerek minör risk faktörlerine 1 puan, majör risk faktörlerine ise 5 puan verilmiştir. Risk faktörlerinin değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puan üzerinden düşük ve yüksek olmak üzere iki risk düzeyi belirlendi.

Araştırma için üniversite hastanesinin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11 Aralık 2014 tarih ve 257 sayılı yazısı ile izin alındı. Veriler 11 Aralık 2014 - 30 Ocak 2015 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin beyin cerrahisi anabilim dalı kliniğinde toplandı. Bu süreç içinde kliniğe yatan 102 hastadan, araştırmaya katılmayı kabul eden 70 hasta çalışmaya dâhil edildi.

Verilerin Analizi: Verilerin değerlendirilmesi SPSS 20.0 for Windows programında yapıldı. Beyin Cerrahisi kliniğinde yatan hastaların sosyo-demografik özellikleri sayı yüzde analizi ile İtali Düşme Riski Ölçeği'nin verileri ise çalışmanın örneklem verileri tam olarak eşit dağılım göstermediği ve varsayımları karşılayamadığı için çapraz tablo (Cross match) analiz yöntemi ile değerlendirildi. Ayrıca fisher exact testi ve wald testi uygulandı. Çalışmadaki tüm analizlerin kontrolleri bir istatistik uzmanı tarafından desteklendi.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hastaların; % 52.9'unun erkek, % 31.4'ünün 45-54 yaş arasında ve % 28.6'sının 65 yaş üzerinde ve yaş ortalamasının 56.65±13.42, % 77.1'inin evli, % 55.7'sinin ilkökul mezunu, % 40.0'inin 60-69 kilo arasında, % 42.9'unun boyunun 155-165 cm arasında, % 44.3'ünün 166-175 cm arasında, % 81.4'ünün gelir gidere eşit ya da fazla olduğu belirlendi (Tablo 1).

Hastaların tıbbi tanıları incelendiğinde % 30.0'inin beyin tümörü, % 18.6'sının hematoma ve % 51.4'ünün omurga hastalıkları nedeniyle klinikte yattığı saptandı (Tablo1).

Tablo 1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Sosyo-demografik Özellikler	n	(%)
Cinsiyet		
Kadın	33	47.1
Erkek	37	52.9
Yaş		
44 yaş altı	10	14.3
45-54	22	31.4
55-64	18	25.7
65 yaş üzeri	20	28.6
Medeni Durum		
Evli	54	77.1
Bekâr	6	8.6
Dul/boşanmış	10	14.3
Kilo		
<60	5	7.1
60-69	28	40.0
70-79	19	27.1
80-90	11	15.7
>90	7	10.0

Sosyo-demografik Özellikler (Tablo 1 devamı)	n	(%)
Boy		
155-165	30	42.9
166-175	31	44.1
>175	9	12.9
Meslek		
Çalışmıyor	29	41.4
Çalışıyor	25	35.7
Emekli	16	22.9
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	7	10.0
İlkokul	39	55.7
Ortaokul	12	17.1
Lise ve üzeri	12	17.1
Gelir Durumu		
Gelir gidere eşit ya da fazla	57	81.4
Gelir giderden az	13	18.6
Tanı		
Beyin Tümörü	21	30.0
Hematomlar	13	18.6
Omurga Hastalıkları	36	51.4
Toplam	70	100

Araştırmada hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeği'ne göre düşme riski puanları incelendiğinde % 82.9'unun yüksek risk, % 17.1'inin düşük risk grubunda olduğu belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma Kapsamındaki Hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanları (n:70)

Düşme Risk Puanı	n	%
Düşük Risk (5 puan altı)	12	17.1
Yüksek Risk (5 puan ve üzeri)	58	82.9
Toplam	70	100

Araştırma kapsamındaki hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeği'ne göre düşme risk puanları ve hastaların yaşları arasında bir ilişki olup olmadığı karşılaştırıldığında düşük risk grubunda yer alanların % 41.7'sinin 65 yaş ve üzeri, yüksek risk grubunda yer alanların % 36.2'sinin 45-54 yaş grubunda olduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırma Kapsamındaki Hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanı ile Yaş Gruplarının Karşılaştırılması (n:70)

Yaş Grupları	Düşük Risk (5 puan altı)		Yüksek Risk (5 ve üzeri puan)	
	n (sayı)	Yüzde (%)	n (sayı)	Yüzde (%)
44 yaş altı	2	16.7	8	13.8
45-54 yaş arası	1	8.3	21	36.2
55-64 yaş arası	4	33.3	14	24.1
65 yaş ve üzeri	5	41.7	15	25.9
Toplam	12	100	58	100

Düşme riski ile cinsiyet arasındaki ilişki karşılaştırıldığında düşük risk grubunda yer alanların %66.7'sinin kadın, yüksek risk grubunda olanların %56.9'unun erkek olduğu belirlendi (Tablo 4). Düşme riski ve cinsiyet arasındaki ilişkinin ileri analizi için Kruskal Wallis testi uygulandı. Bunun sonucunda kadın ve erkeklerde düşük risk puanı sahip olma oranlarının eşit olduğu belirlendi.

Tablo 4. Araştırma Kapsamındaki Hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanı ile Cinsiyetin Karşılaştırılması (n:70)

Cinsiyet	Düşük Risk (5 puan altı)		Yüksek Risk (5 ve üzeri puan)	
	n (sayı)	Yüzde (%)	n (sayı)	Yüzde (%)
Kadın	8	66.7	25	43.1
Erkek	4	33.3	33	56.9
Toplam	12	100	58	100

Araştırma bulgularına göre düşme riskine karşı alınan önlemlere bakıldığında; yataklarının %91.4'ünün yatak kenarlıklarının kaldırıldığı, %90.0'ünün tekerlek kontrollerinin yapıldığı, %42.9'unun düşme riski konusunda hasta ve hasta yakınlarının eğitim aldığı, hastaların %82.9'unun oda, hasta çevresi ve zeminle ilgili risk kontrolü yapıldığı, %28.6'sinin yanında refakatçi bulundurulduğu saptandı (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırma Kapsamındaki Düşme Riskli Hastalara Karşı Alınan Önlemler (n:70)

Alınan Önlemler	n	%
Yatak Kenarlıklarının Kaldırılması		
Kaldırıldı	64	91.4
Kaldırılmadı	6	8.6
Tekerlek Kilitlerinin Kontrolü		
Kontrol Edildi	63	90.0
Kontrol Edilmedi	7	10.0
Hasta ve Yakınına Düşme ile İlgili Bilgi Verilmesi		
Eğitim Verildi	30	42.9
Eğitim Verilmedi	40	57.1
Oda, Hasta Çevresi ve Zeminle İlgili Risk Kontrolü		
Kontrol Edildi	58	82.9
Kontrol Edilmedi	12	17.1
Refakatçi Bulundurulması		
Bulunduruldu	20	28.6
Bulundurulmadı	50	71.4
Toplam	70	100

Hasta ve yakınına düşme riski konusunda hemşireler tarafından eğitim verilme durumu incelendiğinde ise düşük risk grubundaki hastaların % 91.7'sine bilgi verilmediği, yüksek risk grubundaki hastaların % 50.0'sine bilgi verildiği saptandı. Hasta ve yakınına düşme riski konusunda bilgi verilmesi ile risk puanı arasındaki ilişki fisher exact test ile istatistiksel olarak analiz edildiğinde p= .009 bulundu. Hasta ve yakınına düşme riski konusunda bilgi verilmesi ile düşme risk puanı arasında istatistiksel olarak p< .005 düzeyinde anlamlı bir fark bulundu.

Hastaların tıbbi tanıları ile düşme risk puanları karşılaştırıldığında düşük risk grubu hastaların % 50.0'ının ve yine yüksek risk grubu hastaların % 51.7'sinin omurga rahatsızlıkları tanı grubunda yer aldığı saptandı (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırma Kapsamındaki Hastaların Tanıları İle Düşme Risk Puanının Karşılaştırılması (n:70)

Tanı	Düşük Risk (5 puan altı)		Yüksek Risk (5 ve üzeri puan)	
	n (sayı)	Yüzde (%)	n (sayı)	Yüzde (%)
Beyin Tümörü	5	41.7	16	27.6
Hematomlar	1	8.3	12	20.7
Omurga Hastalıkları	6	50.0	30	51.7
Toplam	12	100	58	100

Tartışma

Hastanelerde en sık görülen ikincil yaralanmalar kazayla düşmelerdir. Sağlık çalışanlarının ihmallerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumu ortadan kaldıracak önlemler ancak sağlık çalışanları tarafından alınabilir.

Araştırmada beyin cerrahisi kliniğine yatan hastalara İtaki Düşme Riski Ölçeği uygulanarak 70 hastanın tanımlayıcı özellikleri, düşme risk puanları ve düşme riskine karşı alınan önlemlerin belirlenmesine ilişkin bulgular incelendi.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 56.65±13.42 olarak belirlendi. Savcı ve arkadaşlarının, nöroloji ve nöroşirürji kliniklerindeki yaptıkları düşme riski çalışmalarında yaş ortalaması araştırmamız bulguları ile benzer özelliktedir (58.93 ±17.05) (Savcı ve ark., 2009).

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş gruplarına göre İtaki Düşme Riski Ölçeği sonuçlarına bakıldığında yüksek risk puanının 45-54 yaş grubunda olduğu görüldü. Literatürde, yaşlılık ve yaşın ilerlemesi ile artan fiziksel yetersizliğin düşme riskini artıran bir faktör olduğu belirtilmektedir, 65 yaş ve üzeri düşme riskinin değerlendirilmesinde bir kriterdir. Savcı (2009) ve arkadaşlarının çalışmasında kullanılan risk düzeyinin belirlenmesinde yaşın bir kriter olarak alınmadığı Hendrich II Düşme Riski Modelinde, yüksek düşme riskine sahip olma açısından yaş grupları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüş olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Savcı ve ark., 2009).

Araştırma kapsamına alınan hastaların % 52.9'unun erkek olduğu saptandı. Çalışmaya katılan düşme riski yönünden yüksek risk puanına sahip olan hastaların % 56.9'u erkektir. Savcı (2009) ve arkadaşlarının çalışmasında da erkek hastaların oranı % 55 olarak bulunmuştur. Literatürde, nedeni tam olarak belirlenememesine karşın, erkeklerin daha fazla düştüğü ve cinsiyetin risk faktörü olduğu bildirilmektedir (Özden ve ark., 2011). Savcı ve arkadaşlarının çalışmasında kullanılan Hendrich II Düşme Riski Modelinde olduğu gibi düşme riskini değerlendiren bazı model, ölçek ya da puanlama sisteminde erkek cinsiyetine risk kriterleri arasında yer verilmektedir. Uz (2008)'un yaptığı çalışmada ise düşme ile cinsiyet arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki tespit edilmiş ve kadınlarda düşme oranı erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (Savcı ve ark., 2009). Bu çalışmada ise farklı olarak düşme ile cinsiyet faktörü arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>.05).

Araştırma bulgularına göre çalışmaya katılan hastaların düşme risk skoruna bakıldığında % 82.9'unun yüksek risk puanına sahip olduğu saptandı. Savcı ve ark. (2009) düşme riski olan hastalar için alınan önlemleri değerlendirdiği çalışmasında, düşme riski yüksek hastaların yataktan düşmelerini önlemek için hemşirelik önlemleri arasında ilk sırada % 74.5 oranında hastanın yanında sürekli refakatçi bırakmak, % 60 oranında ise yatak kenarlığının yükseltilmesi olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, düşmeleri önlemeye yönelik alınan önlemler arasında; zeminin ıslak olmaması (% 87.6), merdiven ve koridorların yeterli aydınlatılması (% 83.5), yeterli aydınlatmanın sağlanması (% 83.5), yatak kenarlığı kullanılması (% 65.3), yemek masası, etejer gibi eşyaların hastaya yakın yerleştirilmesi (% 45.5), hasta odasındaki fazla eşyaların alınması (% 25.6) belirtilmektedir (Çeçen ve ark., 2011; Savcı ve ark., 2009; Ürkmez ve ark., 2014).

Yapılan bu çalışmada ise düşme riskine karşı alınan önlemlere bakıldığında % 91.4'ünün yatak kenarlıklarının kaldırıldığı, % 90.0'ünün tekerlek kontrollerinin yapıldığı, % 42.9' unun düşme riski konusunda hasta ve hasta yakınlarının eğitim aldığı, % 82.9'unun oda, hasta çeşresi ve zeminle ilgili risk kontrolü yapıldığı, % 28.6'sının yanında refakatçi bulundurulduğu saptanmış olup benzer önlemlerin alındığı dikkati çekmektedir.

Salık (2007) ve arkadaşlarının parkinson hastalarında düşme riskini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada yaş ortalaması 70.83±12.76 bulunmuştur. Parkinson yaşla birlikte progresif olarak ilerleyen bir tıbbi tanidir. Çalışmamızda da tıbbi tanı ile bağlantılı bir düşme riski belirlenmiş fakat literatürde belirtildiği gibi tıbbi tanı ile yaş ortalaması arasında bir ilişki saptanmamıştır (Savcı ve ark., 2009; Yeşilbakan ve ark., 2005).

Sonuç

- Çalışmaya katılan hastaların % 52.9'unun erkek, % 31.4'ünün 45-54 yaş grubu arasında, % 77.1'inin evli, % 41.4'ünün çalışmadığı, % 55.7'sinin ilkökul mezunu olduğu, % 81.4'ünün gelirinin giderine eşit ya da fazla olduğu, düşme risk puanlarının % 82.9'unun yüksek, % 36.2 oranla yüksek risk puanına sahip hastaların 45-54 yaş grubundaki hastalarda olduğu, düşme risk puanı yüksek olan hastaların % 56.9'unun erkek olduğu,

- Araştırma bulgularına göre araştırma kapsamına giren hastalarda düşme riskine karşı alınan önlemlere bakıldığında; yüksek risk puanına sahip hastalarda, % 91.4 oranla en çok alınan önlemin yatak kenarlıklarının kaldırılması olduğu,

- Araştırma kapsamına giren hastaların tıbbi tanılarına ilişkin değerlendirilme yapıldığında; en fazla % 51.4'ünün omurga hastalıkları tanısıyla klinikte yattığı, düşme risk puanı yüksek olan hastaların da % 51.7'sinin omurga rahatsızlıkları tanısına sahip olduğu saptandı.

“Düşme riski yüksek hastaların omurga rahatsızlıkları olduğu belirlenmiş olup bu rahatsızlığa sahip olan hastalarda düşme riskine ilişkin önlemlerin alınmasında dikkat çekici bir çalışmadır.”

Öneriler

- Hasta bakımında düşmelerinin önlenmesinde kullanılan prosedür ve talimatlara uyulması,
- Hemşirelerin düşme riski yüksek olan / gelişen hastalarda, düşmeyi önlemek için hasta kabulünden taburculuğa kadar risk tanılama ölçeği ile hastaları değerlendirerek, doğru, uygun ve hasta bireye özgü önlemleri alması,
- Hasta ve ailesinin düşme olasılığına karşı alacağı kişisel önlemler hakkında bilgilendirilmesi,

Ancak; hastaya bakım veren kişinin hemşire olduğu ve hastane ortamında hastanın başına gelecek her türlü sorundan sağlık çalışanlarının sorumlu tutulacağı unutulmamalıdır. Bu bağlamda hasta refakatçilerinin sadece işi kolaylaştırıcı ve yardımcı kişiler olduğu bilinen sorumlulukların üstlenilmesi gerektiği, yıllık eğitim planında sağlık personeline düşmeler ve önlenmesine yönelik olarak eğitim verilmesi, düşmelerin önlenmesine yönelik bilgilendirme broşürü oluşturulması ve yatışı yapılan hastalara broşürün sağlık personeli tarafından anlatılarak verilmesi önerilmektedir.

Alana Katkı

Düşme riski olan hastaların belirlenmesinde gerekli önlemlerin alınmasına ilişkin hemşire ve sağlık çalışanlarında farkındalık oluşturacağı düşünülmektedir.

Çıkar Çatışması

Bu araştırmada herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Berke D., Alan F., (2010), "Cerrahi Hastalarını Bekleyen Bir Risk: Düşmeler, Nedenleri ve Önlemler", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4): 72-76
- Bulut S., Türk G., Şahbaz M., (2013), "Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemeye Yönelik Uygulamalarının Belirlenmesi", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3): 163-169
- Canpolat Ö., Kantar G., (2011), "Geriatrik Hastaların Düşme Riskini Önlemek İçin Hemşirelik Girişimleri ve Hemşirelerin Eğitici Rolü", 3. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Sözel Bildiriler Kitabı: 524-534.
- Çeçen D., Özbayır T., (2011) "Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastalarda Düşme Riskinin Belirlenmesi ve Düşmeyi Önlemeye Yönelik Yapılan Girişimlerin Değerlendirilmesi", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27 (1): 11-23.
- Çırpı, F., Merih, Y.D., Kocabey, M.Y., (2009) "Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 8 : 26-34
- Deniz B., (2009), "Düşmeler" <http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/dusmeler>
- Duman S., Kitiş Y., (2013), "Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Hasta Düşmeleri İle İlgili Farkındalıklarının Belirlenmesi", *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 11: 72-75
- Erkuş B., Hasta Düşmelerinin Önlenmesi ve İzlemi, <http://www.acibademhemşirelik.com> , (07/02/2011)
- Işık A. Turan., Cankurtaran M., Doruk H., Mas M. Refik (2006), "Geriatrik olgularda düşmelerin değerlendirilmesi", *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(1): 45-50
- İsbir B., Yavaş B., (2014), "Hasta Düşme Bildirimlerinin Kök Neden Analizi İle Hasta Düşmelerinin Önlenmesi Programının Geliştirilmesi", 5.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, 437-454.

- Karataş G.K., Maral I., (2001) "Ankara- Gölbaşı İlçesinde Geriatrik Popülasyonda 6 Aylık Dönemde Düşme Sıklığı Ve Düşme İçin Risk Faktörleri", *Turkish Journal of Geriatrics*, 4: 152-158
- Özden D., Karagözoğlu Ş., Kurukız S., (2012), "Hastaların İki Ölçeğe Göre Düşme Riskinin Belirlenmesi ve Bu Ölçeklerin Düşmeyi Belirlemedeki Duyarlılığı", *Anadolu ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 : 80-88
- Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı İtaki Düşme Riski Belirleme Ölçeği (2001), <http://www.kalite.saglik.gov.tr>
- Salık, Y., Kara, B., Dönmez Ç.B., Çakmur R., (2007), "Parkinson Hastalarında Düşme Riskini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*, 10 : 35-41
- Sanar S., Demirci H., Taşçıoğlu S., (2013), "Bir Devlet Hastanesinin Dahili ve Cerrahi Servislerinde Düşme Riski, Alınan Önlemlerin Belirlenmesi ve Yönetimi", 3. Ulusal Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri Kitabı, 3-16
- Savcı, C., Kaya, H., Acaroğlu, R., Kaya N., Bilir A., Kahraman H., Gökerler N., (2009), "Nöroloji ve Nöroşirürji Kliniklerinde Hastaların Düşme Riski ve Alınan Önlemlerin Belirlenmesi", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3: 19-25
- Tunçay S., Özdiñler A. Razak, Erdiñler D. Suna, (2011), "Geriatrik Hastalarda Düşme Risk Faktörlerinin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi", *Turkish Journal of Geriatric*, 14(3) : 245-252
- Uymaz P., Nahcivan N., (2013), "Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliliği", *Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(1): 22-32
- Ürkmek D., Özel H., Sertoğlu E., Çevik L., Buğday K., Koç S., Demiray S., Cebeci Z., (2014) "Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hemşirelerin Düşme Riskine Karşı Aldıkları Önlemlerin Değerlendirilmesi", 5. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, 437- 454
- Yeşilbakan Ö.U., Karadakovan A., (2005), "Narlidere Dinlenme ve Bakımında Yaşayan Yaşlı Bireylerdeki Düşme Sıklığı ve Düşmeyi Etkileyen Faktörleri", *Türk Geriatri Dergisi*, 8(2) : 72-77.

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Pacemaker Takılan Hastalarda Depresyon ve Anksiyete Düzeyinin İncelenmesi*Examination of Depression and Anxiety Levels of Patients with Pacemakers*Meltem ERTAŞ, Uzm. Hem.¹, Gülay OYUR ÇELİK, Yrd. Doç. Dr.²¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Kabul tarihi/Accepted: 28.01.2016

İletişim/Correspondence:

Gülay OYUR ÇELİK, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Balatçık Kampüsü Çiğli Ana Yerleşkesi, Merkezi Ofisler 1, 2. Kat Çiğli, İzmir
E-posta: gulayoyur@gmail.com

Özet

Amaç: Bu araştırma pacemaker takılan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek ve sağlık personelinin farkındalığını arttırarak bu konu hakkında doğru yaklaşımı uygulamaya koymalarını sağlamak amacı ile yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı türde tasarlanmış olup, etik kurul izni alındıktan sonra 17 Aralık 2014-22 Ocak 2015 tarihleri arasında araştırmaya katılmaya gönüllü 67 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri ilgili literatür taranarak Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 20.0 for Windows programında sayı, yüzde, ortalama analizleri, t test ve ANOVA analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Araştırmaya katılan bireylerin %44.8'i kadın, %55.2'si erkektir. Hastaların yaş ortalaması 60.25±5.25'tir. Hastaların %40.3'ünün ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir. Hastaların %41.8'inde hali hazırda depresyonun mevcut olduğu, bu hastaların %28.5'inin antidepresan ilaç kullandığı saptanmıştır. Hastaların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Anksiyete (HAD-A) ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Depresyon (HAD-D) ölçeğinin alt boyut puanları değerlendirildiğinde; hastaların %32.8'inin anksiyete alt boyutundan eşik üstü, %73.1'inin depresyon alt boyutundan eşik üstü puan aldıkları saptanmıştır. Araştırma verilerine göre kadınların HAD-A ölçek puanının, erkeklere göre yüksek olduğu; eğitim düzeyi azaldıkça depresyon düzeyinin arttığı (p< .05), ekonomik durumu kötü olan bireylerin HAD-A ve HAD-D ölçek puanının yüksek olduğu ve psikolojik destek alan bireylerin depresyon düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. **Sonuç:** Pacemaker takılan hastaların anksiyete ve depresyon yönünden risk altında olduğu araştırmada saptanmıştır. Hatta ağrı gibi 6. bulgu olarak değerlendirilmelidir. HAD ölçeği rutinde kullanılması tercih edilebilecek nitelikte kolay, çabuk ulaşılabilir, uzun zaman almayan ölçeklerden biri olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Pacemaker, Anksiyete-Depresyon, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği.

Abstract

Objective: This study has been conducted to determine the anxiety and depression levels of the patients with pacemakers and to make the health staff adopt the correct approach regarding the subject by increasing their awareness. **Material and Method:** This is a descriptive study conducted with 67 patients selected voluntarily to participate in the study between the dates of December 17, 2014 and January 22, 2015 after ethical permission was received. Research data have been collected by scanning the relevant literature and by using the socio-demographic form and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Data evaluation has been done by using number, percentage, mean analyses, t test, and ANOVA analyses of SPSS 20.0 for Windows program. **Findings:** 44.8% and 55.2% of the patients who participated in the study were females and males, respectively. The mean age of the patients was 60.25±5.25 years. 40.3% of the patients were primary school graduates. It was found out that 41.8% of the patients were already depressed, and 28.5% of them had been on antidepressants. When the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Anxiety (HAD-A) and Depression (HAD-D) sub-dimension scores were assessed, it was identified that 32.8% of the patients scored above the threshold of HAD-A and 73.1% of the patients scored above the threshold of HAD-D. According to the research data, it has been defined that HAD-A scale score of women is higher than men, the depression level got higher as the education level got lower (p < .05), the individuals with low income had higher HAD-A and HAD-D scores, and depression level of the individuals who got psychological support was high. **Conclusion:** It has been identified that patients with pacemakers were under the risk of anxiety and depression. It should even be evaluated as the 6th symptom like pain. HAD scale can be regarded as one of the scales which are readily accessible, time saving and preferably useful in routine.

Keywords: Pacemaker, Anxiety-Depression, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).

Giriş

Kardiyovasküler sistem hastalıklarında ve uygulanan tedavi yöntemlerine bağlı en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklar anksiyete ve depresyondur (Çam ve Engin, 2014). Psikiyatrik sendromların birçoğunda da kardiyovasküler sisteme ait belirti ve bulgular bulunmaktadır. Bunun sonucunda kardiyovasküler sistem bozuklukları ve psikiyatrik sendromlar arasında karşılıklı ilişki ve etkileşim olduğu gösterilmiştir (Arslan ve ark., 2011). Uzun yıllar yapılan çalışmalarda depresif bireyler arasında iskemik kalp hastalığı riskinin yüksek olduğu, kalp hastalarının depresyon sürecini kötüleştirdiğini ve depresif hastalarda miyokard infarktüsün hemen sonrasındaki periyootta ölüm oranının arttığı belirtilmiştir (Kalkan, 2001).

Koroner arter hastalıklarına eşlik eden psikiyatrik bozuklukların %5-10 'unun anksiyete bozukluğu, %10-15 oranında ise duygu durum bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (Bayata ve ark., 2010; Kocabaşoğlu, 2008; Love, 2006). Kardiyovasküler sistem hastalıklarında psikiyatrik bozukluk çok rastlanılan bir durumdur ve çoğunlukla çalışmalar miyokard infarktüsü geçirmiş hastalar üzerinde yapılmıştır. Pacemaker implantasyonu olan hastalarda ise bu çalışmalara daha az rastlanılmaktadır. Pacemaker implantasyonu sonrasında erken dönemde hastalarda ciddi düzeyde uyum sorunları yaşanmaktadır. Bir sonraki dönemde ise günlük yaşam aktivitelerinde sıkıntılar ortaya çıkmakta ve ardından psikiyatrik bozukluk görülmeye başlamaktadır (Türkçapar, 2014). En yaygın görülen problemler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bozukluk, psikik anksiyete, enerji kaybı, hipokondriyazis ve uyku bozukluğudur (Aydemir ve ark., 1994; Türkçapar, 2014).

Amaç

Bu araştırma pacemaker takılan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek ve sağlık personelinin farkındalığını artırarak bu konu hakkında doğru yaklaşımı uygulamaya koymalarını sağlamak amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı türde tasarlanmış olup, örneklemini bir üniversite hastanesinin kardiyoloji kliniğinde tedavi gören ve polikliniğe başvuran çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturdu.

Veri toplama araçları; araştırma verileri ilgili literatür taranarak hazırlanan sosyo-demografik veri toplama formu, hastaların hastalıklarına ilişkin bilgilerin yer aldığı soru formu ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılarak toplandı.

Sosyo-demografik soru formunda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, beraber yaşadığı aile fertleri ekonomik durum ve sosyal güvence ile ilgili 9 soru yer aldı. Hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri içeren soru formunda ise pacemaker takılan bireylerin hastalığına ilişkin bilgileri elde etmek amacıyla literatür bilgisine dayanılarak geliştirilmiş ve formda bireyin tanısının ne zaman konulduğu, kalp pilinin ne zaman takıldığı, pacemaker hakkında bilgisinin olup olmadığı, pacemaker hakkında bilgiyi kimden aldığı, depresyon tanısı alıp almadığı, antidepresan ilaç kullanma durumu, ilaç kullanma süresi ve psikolojik destek alma durumunu sorgulayan 9 soru yer aldı. Üçüncü veri toplama aracı

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)'dir. Zigmound ve Snaith (1983) tarafından hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiş olup Türkiye'deki geçerlilik güvenilirlik çalışmasını Aydemir ve ark. (1997) yapmıştır.

Bu ölçek bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar için tanı koymak amaçlı değil anksiyete ve depresyonu kısa sürede tanılayıp risk grubunu belirlemek için kullanılan bir ölçektir. Ölçek toplam 14 maddeden oluşmakta ve maddeler 4'lü likert tipindedir. HAD-A 7 soru ile anksiyeteyi ve HAD-D 7 soru ile depresyonu değerlendirmektedir. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken, depresyon alt ölçeği 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan ise 21'dir. HAD Ölçeğinin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için 10, depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır (Aydemir, 1997).

Aydemir ve arkadaşlarının yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.8525, depresyon alt ölçeği için 0.7784 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.835, depresyon alt ölçeği için 0.489 olarak bulunmuştur.

Araştırma için bir üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (11 Aralık 2014 tarih ve 259 sayılı yazı) izin alındı.

Veriler 17 Aralık 2014- 22 Ocak 2015 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kardiyoloji servisi ve polikliniğinde tedavi gören ve takibi yapılan pacemakerlı 80 hastadan araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 67 hasta dâhil edildi.

Veriler görüşmenin kesintiye uğramayacağı bir ortamda bire bir yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Bir görüşme yaklaşık 25-30 dakika sürdü. Araştırma kapsamına mevcut durumu belirlemek için depresyon tanısı almış hastalarda dâhil edildi.

Veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 programı ile analiz edildi. Pacemaker takılan hastaların sosyodemografik özellikleri frekans, ortalama ve yüzde analizi ile anksiyete ve depresyon ölçeği değerlendirmesi için Student t testi ve Varyans Analizi (one way ANOVA) ile test edildi. Ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alpha değeri ile ölçüldü. Değerlendirmede anlamlılık düzeyi $p < .05$ kabul edildi.

Bulgular

Araştırmaya katılan pacemaker takılmış hastaların yaş ortalaması 60.25 ± 5.25 'dir. Hastaların %44.8'i kadın, %55.2'si erkek, boy ortalaması 167.10 min:150-max:190 ve kilo ortalaması ise 78.2 ve min:40-max:100'dür. Pacemaker takılan hastaların %40.3'ü ilköğretim mezunu, %49.3'ü emekli, %76.1'i evli, %65.7'sinin eşi ile birlikte yaşadığı saptandı. %76.1'inin ekonomik durumunun orta düzeyde, %73.1'inin

sosyal güvencesinin Sağlık Güvenlik Kurumu (SGK) olduğu belirlendi. Olguların %34.3'ünün hastalığı 5-10 yıl içinde tanımlanmış, %37.3'ünün kalp pilinin 1-5 yıl içinde takıldığı saptandı. Hastaların %65.7'sinin pacemaker hakkında bilgisinin olduğu ve %80.6'sının pacemaker hakkındaki bilgiyi hekim ve hemşireden aldığı, %76.1'inin hastalıkları ile ilgili ilaç kullandığı belirlendi.

Hastaların %41.8'inde depresyonun mevcut olduğu (bu veri hem hastadan hem de hastane kayıtlarından elde edilmiştir), %28.5'inin antidepresan ilaç kullandığı ve %10.4'ünün psikolojik destek aldığı saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Pacemaker Takılan Hastaların Depresyon ve Depresyona İlişkin Tedavi Durumlarının Dağılımı

Özellikler	n	%	
Depresyon Varlığı	Yok	39	58.2
	Var	28	41.8
Antidepresan İlaç Kullanma Durumu	Hayır	20	71.5
	Evet	8	28.5
Antidepresan İlaç Kullanım Süresi	0-12 ay	4	9.0
	1-3 yıl	4	11.9
	Kullanmıyor	20	9.0
Psikolojik Destek Alma	Hayır	60	89.6
	Evet	7	10.4
TOPLAM		67	100

HAD-A (Anksiyete) puan ortalaması 8,5970 (Min:0 Maks:19), HAD-D (Depresyon) puan ortalaması ise 8,8209 (Min:1 Maks:17) olarak bulundu. (Tablo 2).

Anksiyete ve depresyon puan ortalamaları alt boyutlarından aldıkları puanlar eşik altı ve eşik üstü olarak ele alındığında; hastaların %32.8'i anksiyete alt boyutundan eşik üstü, %73.1'i depresyon alt boyutundan eşik üstü puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Pacemaker Takılan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları

HAD	n	%	Ort.	Min.	Maks.	
HAD-A	Eşik altı (0-10 puan)	45	67.2	8.59	0	19
	Eşik üstü (11-21 puan)	22	32.8			
HAD-D	Eşik altı (0-7 puan)	18	26.9	8.82	1	17
	Eşik üstü (8-21 puan)	49	73.1			

Hastaların cinsiyeti ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmadı ($p > .05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Pacemaker Takılan Hastaların Cinsiyetlerine göre HAD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	n	Ort.	SS	F/t	P	
HAD-A Cinsiyet	K	30	9.53	5.42	1.460	.149
	E	37	7.83	4.07		
HAD-D Cinsiyet	K	30	8.76	3.90	-0.114	.909
	E	37	8.86	3.12		

Araştırmamızda ayrıca bireylerin eğitim durumuna göre HAD-A puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim düzeyi ile anksiyete arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Bireylerin eğitim durumuna göre HAD-D puan ortalamaları incelendiğinde ise eğitim düzeyi azaldıkça depresyon düzeyinin arttığı saptandı ($p < .05$) (Tablo 4).

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumu ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p > .05$).

Bireyin hastalığını tanılama süresi ve pacemaker takılma zamanı ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > .05$) (Tablo 5). Araştırmaya katılan bireylerin pacemaker hakkında bilgi sahibi olup olmamaları ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > .05$).

Tablo 4. Pacemaker Takılan Hastaların Eğitim Durumuna Göre HAD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyodemografik özellikler		n	Ort	Ss	F/t	p	
HAD-A Toplam	Eğitim Durumu	Okuryazar değil	13	9.15	5.27	1.157	.341
		Okuryazar	5	9.20	3.89		
		İlkokul	27	9.14	4.26		
		Ortaokul	8	8.75	4.46		
		Lise	9	8.33	6.22		
		Üniversite	5	3.80	3.63		
HAD-D Toplam	Eğitim Durumu	Okuryazar değil	13	9.46	3.28	3.484	.008
		Okuryazar	5	9.60	2.96		
		İlkokul	27	10.07	2.84		
		Ortaokul	8	7.87	2.64		
		Lise	9	6.77	4.52		
		Üniversite	5	4.80	2.77		

(Tablo 6). Araştırmaya katılan bireylerde depresyonun varlığı ve ilaç kullanımı ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark görülmezken ($p > .05$), psikolojik destek

alan bireylerin depresyon ölçek puanının yüksek olduğu belirlendi ($p < .05$) (Tablo 7).

Tablo 5. Pacemaker Takılan Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine göre HAD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	n	HAD-A Ort±SS	HAD-D Ort±SS	
Hastalığın Tanılanma Süresi	0-12 ay	1	8.84± 5.32	9.61± 3.09
	1-5 yıl	3	8.16± 4.36	8.27±3.21
	5-10 yıl	1	8.47± 4.74	9.04± 3.53
	10-20 yıl	8	9.12± 4.51	8.87± 4.54
	20 yıl ve üzeri	18	9.20± 6.87	7.60± 3.91
		F=0.088 p> .05	F=0.445 p> .05	
Pacemaker Takılma Zamanı	0-12 ay	1	9.52± 4.88	9.41± 2.80
	1-5 yıl	7	8.24± 4.24	8.32± 3.33
	5-10 yıl	2	7.75± 5.23	8.95± 4.31
	10-20 yıl	5	5.50± 3.53	6.50± 3.53
	20 yıl ve üzeri	7	14.00± 2.64	10.33± 1.52
		F=1.58 p= .19	F=0.612 p= .655	

Tablo 6. Pacemaker Takılan Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine göre HAD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	n	HAD-A Ort±SS	HAD-D Ort±SS	
Pacemaker hakkında bilgi	Evet	44	8.86 4.83	8.70± 3.12
	Hayır	23	8.08± 4.70	9.04± 4.10
		t= 0.63 p= .531	t= -0.377 p= .707	
Pacemaker ile ilgili bilgi alınan kişi	Hiç biri	6	9.83± 0.75	8.50± 2.25
	Hekim-hemşire	54	8.38± 5.02	8.75± 3.54
	İnternet-medya	7	9.14± 4.94	9.57± 3.99
		F= 0.293 p= .747	F= 0.193 p= .825	

Tartışma

Bu araştırmada, HAD ölçeği kullanılarak, pacemaker takılan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerine bakıldı. Araştırma bulgularına göre HAD ölçeği anksiyete ve depresyon alt boyutlarından aldıkları puanlar eşik altı ve eşik üstü olarak değerlendirildiğinde; hastaların %32.8'inin anksiyete alt boyutundan eşik üstü, %73.1'inin depresyon alt boyutundan eşik üstü puan aldıkları saptandı. Araştırmaya katılan bireylerin HAD-A ölçeği puan ortalaması 8.5970, HAD-D ölçeği puan ortalaması 8.8209 olarak saptandı. Mohanty ve ark. (2012)'nin yaptıkları bir çalışmada pacemaker takılmadan önce verilen eğitimin anksiyete ve depresyon üzerine etkisi (HAD-A ve HAD-D kullanılarak) incelenmiş ve verilen eğitim sayesinde öncesi ve sonrasında anksiyete ve depresyon düzeyinde düşüş olduğu belirlenmiştir. Vellone ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada Mohanty ve ark. (2012)'nin araştırması ve araştır-mamız

sonuçları ile benzer sonuçlara sahiptir (Mohanty ve ark., 2012; Vellone ve ark., 2008). Kelleci ve ark. (2009) tarafından yapılan başka bir çalışmada, hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyine bakıldığında küçük cerrahi işlem geçiren hastaların %23.3'ünde ve kalp hastalarının %35.3'ünde anksiyete ve depresyon yönünden risk taşıdıkları saptanmıştır (Kelleci ve ark., 2009). Bu araştırmalar sonuçlarımıza uygun olarak önerilerimizin belirlenmesinde etkin literatür bilgisi olarak değerlendirilmiş ve önerilerimize ışık tutmuştur.

Oğuz ve ark. (2014) tarafından pacemaker takılan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini inceledikleri çalışmalarında ise hastaların %21.8'inin anksiyete alt boyutundan eşik üstü, %35.6'sının depresyon alt boyutundan eşik üstü puan aldıkları saptanmıştır. Araştırma sonuçlarımız bu çalışma ile benzerlik göstermektedir (Oğuz ve ark., 2014).

Tablo 7. Pacemaker Takılan Hastaların İlaç Kullanımı Depresyon Varlığı ve Psikolojik Destek Alma Özelliklerine göre HAD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler		n	HAD-A Ort±SS	HAD-D Ort±SS
İlaç kullanımı	Yok	16	8.87± 4.70	8.00± 4.19524
	Var	51	8.50± 4.83	9.07± 3.21150
			t= 0.265	t=-1.087
			p= .792> .05	p= .281> .05
Depresyon varlığı	Yok	39	8.00± 5.04	8.3590± 3.60181
	Var	28	9.42± 4.29	9.4643± 3.22585
			t= -1.21	t=-1.29
			p= .229> .05	p= .201> .05
Psikolojik destek alma	Hayır	60	8.36± 4.70	8.4333± 3.34140
	Evet	7	10.57± 5.25	12.1429± 2.85357
			t= -1.16	t= -2.815
			p= .250> .05	p= .006< .05

Bu araştırmada cinsiyet ile anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. Anksiyete ve depresyonun alt boyutlarına bakıldığında kadınlarda anksiyete, erkeklerde ise depresyon puanlarının rakamsal olarak yüksek olduğu saptandı. Araştırma bulguları Oğuz ve ark. (2014) tarafından yapılan pacemaker takılan kadın hastaların erkek hastalara göre anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu saptanan bir çalışma ile benzer sonuçlara sahiptir. Ayrıca Bahar ve ark. (2008) tarafından yapılan başka bir araştırmada da kadınların anksiyete puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bahar ve Taştanir, 2008). Elde edilen sonuç kadınlarda anksiyete görülme oranının erkeklere göre daha fazla görülmesi ile açıklanabilir. Kadınların yaşamlarında daha çok değişiklik yapmaya zorlanması, evliliklerinde ve aile içindeki geleneksel rollerini sürdürmede sorun yaşaması depresyon ve anksiyete yaşamalarında etkili faktörler olabilmektedir (Özer ve ark., 2009).

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumu ile anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > .05$). Oğuz ve ark. (2014)'nin çalışmasında da pacemaker takılan bireylerin medeni durumu ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Oğuz ve ark., 2014). Bu yönüyle araştırma bulgularımız Oğuz ve ark. (2014)'nin çalışma bulguları ile benzerdir.

Eğitim durumu ile HAD-A puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Ancak eğitim düzeyi azaldıkça HAD-D ölçeği puan ortalamasının yüksek olduğu saptandı ($p < .05$). Bahar ve ark. (2008)'nin yaptığı araştırmada eğitim düzeyi azaldıkça anksiyete ve depresyon puan ortalamasının arttığı bulunmuştur (Bahar ve Taştanir 2008). Özer ve ark. (2009)'nin eğitim düzeyi ile HAD-D puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptamışlardır Araştırmamızın bulguları yukarıdaki bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerin hastane ortamında yapılan girişim ve uygulamaları anlamada zorluk çekmelerinin bu duruma neden olabileceği sonucunu düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin pacemaker hakkındaki bilgi sahibi olup olmadıkları ile anksiyete ve depresyon

arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > .05$). Ancak araştırmada pacemaker hakkında bilgi sahibi olmayan bireylerin HAD-D puan ortalamasının bilgi sahibi olanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Gerekli eğitimler yapıldığında hastalarda depresyon düzeyinin düşük ve hatta görülmediği çalışmalarla desteklenmektedir. Sonuçlarımız Bahar ve ark. (2008)'nin çalışmaları ile benzerdir. Bahar ve ark. (2008)'nin araştırmalarında hastalarda bilinmeyene karşı oluşan anksiyetenin daha sonra depresyona dönüştüğü belirtilmektedir. Araştırmamız sonuçları da bu savı desteklemektedir. Hastalara cerrahi işlemde önce verilen eğitim sayesinde işlemle ilgili olarak öncesi ve sonrasında yaşayacakları ve yapması gerekenlere ilişkin eğitimler ile anksiyetenin depresyona dönüşmesi engellenecektir.

Araştırmada bireylerin hastalığını tanılama zamanı ve pacemaker takılma süreleri ile anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. ($p > .05$). Ancak hastalığını tanılama süresi 20 yıl ve üzeri olan bireylerin, hastalığını tanılama süresi daha kısa olan bireylere göre HAD-A puanının yüksek olduğu saptandı.

Psikolojik destek alan bireylerin HAD-D ölçek puanının yüksek olduğu saptandı ($p < .05$). Oğuz ve ark. (2014)'nin yaptığı çalışmalarda depresyonu olan ve psikolojik destek alan hastaların anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçları bu çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonuçları;

- Araştırmamızda pacemaker takılan hastaların anksiyete ve depresyon yönünden risk altında olduğu,
- Kadınların anksiyete puanlarının, erkeklere göre yüksek olduğu,
- Erkeklerin depresyon puanının kadınlara göre yüksek olduğu,
- Eğitim düzeyi düşük hastaların anksiyete ve depresyon düzeyinin yüksek olduğu

- Hastalıkları ile ilgili bilgilendirmenin eksik olduğu saptanmıştır.

Araştırma verilerimizin ışığında;

- Pacemaker takılan hastaların korku ve kaygılarını rahat ifade etmelerini sağlayacak ortamlar oluşturulmalıdır. 0
- Hastalara hastalıkları ile ilgili, bireysel farklılıkları göz önünde bulundurularak eğitim verilmelidir.
- Bu eğitimlerin işlem öncesinde uygun zamanda ve yeter zaman ayrılarak yapılması sağlanmalıdır.
- Pacemaker takılan hastaların anksiyete ve depresyon açısından risk altında olduğu bilinmelidir. Özellikle sağlık çalışanları tarafından bu konuya ilişkin değerlendirme yapılmalıdır. HAD-A ve HAD-D ölçekleri kullanılarak pacemaker takılacak hastaların anksiyete ve depresyon durumları belirlenebilir. Bu işlemlerin rutin olarak değerlendirilmesi hatta 6. hemşirelik tanısı olarak takibinin yapılması, hemşireler tarafından tanımlanması uygundur.
- HAD ölçeği hemşirelik tanılmasında kullanılabilecek kullanışlı, kısa ve tanımlamada zorluk yaratmayacak, vakit almayacak bir ölçektir. Hasta bireylerin bütüncül yaklaşımla ele alınması ve hemşirelik girişimlerinin bu doğrultuda uygulanması sağlanmalıdır.
- Elde edilen sonuçlara göre pacemaker takılan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin üzerinde durulması ve gerekli olan girişimlerin yapılması gerekmektedir.

“Anksiyete ve depresyon tanılmasının 6. bulgu olarak hemşireler tarafından tanımlanmasına dikkat çekilmelidir.”

Alana Katkı

Pacemaker takılan hastaların anksiyete ve depresyon yönünden risk altında olduğu, risk değerlendirilmesini sağlık profesyonellerinin yapabileceğine dikkati çekmiş ve kısa ve zaman alıcı olmayan ölçeklerle bu tanılamanın yapılabileceğini göstermiştir.

Çıkar Çatışması

Bu araştırmada herhangi bir nakdi/ayni yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Arslan H., Arkar H., Danaoğlu Z., (2011) “Miyokard Enfarktüsü Geçiren Kişilerde Mizaç ve Karakter Boyutları ve Öfke, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri”, *Klinik Psikiyatri*, 14:143-149.
- Aydemir Ö., (1997) “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8:280-7.
- Aydemir Ö., Özmen E., Önal C., Kültür S., Bayata S., (1994) “Kalıcı Pacemaker Takılan Hastalarda Depresif Belirtiler ve Psikiyatrik Tanı Dağılımı”, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 31(1):14-19.
- Bahar A., Taşdemir H.S., (2008) “Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11:2.

- Bayata S., Yeşil M., Arıkan E., Postacı N., Berilyen R., Ceylan Ö., Avcı E., (2010) “Bir Kardiyoloji Kliniğinde Ardışık 2 Ayrı Dönemde Takılan 1650 Kalıcı Kalp Piliin Rektospektif Karşılaştırılması İncelenmesi”, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 10:130-4.
- Çam O., Engin E., (2014) “Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği”, 1. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, sf:275-599.
- Kalkan Oğuzhan oğlu N., (2001) “Tıbbi Durumlar ve Depresyon”, *Duygu Durum Dizisi*, 3:116-125.
- Kelleci M., Aydın D., Sabancıoğulları S., Doğan S., (2009), “Hastanede Yatan Hastaların Bazı Tanı Gruplarına Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri”, *Klinik Psikiyatri*, 12:90-98.
- Kocabaşoğlu N., (2008), “Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış”, *Türkiye’de Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, sf:175-184.
- Love J.C., “Cardiac Pacemakers and Defibrillators” Second Edition, (2006);104-110.
- Mohanty S., and et. all, (2012), Catheter Ablation Improves Quality of Life in Patients with Atrial Fibrillation and Previous Atrio-Ventricular Junction Ablation Followed by Pacemaker Implantation, *American College of Cardiology Foundation*, 59(13):122-130
- Oğuz S., Kara N., Araç V., Karataş A., (2014) “Pacemaker Takılan Hastalarda Anksiyete ve Depresyonun İncelenmesi”, *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(7):22-31.
- Özer S., Şenuzun F., Tokem Y. (2009), “Miyokard Enfarktüsü Hastalarda Anksiyete ve Depresyonun İncelenmesi”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 37(8): 557-562.
- Türkçapar H., (2014), “Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonu Tanısal İlişkileri”, *Klinik Psikiyatri*, 4:12-16.
- Vellone E., and et. all., (2008), Anxiety and Depression Before and After a Pacemaker Implantation: a Comparative Study, *Int Nurs Persp*, 8(3): 93-99

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Evde Bakım Alanında Çalışan Hemşirelerin Çalışma Koşulları, Yaşadıkları Güçlükler ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi*A Determination of the Working Conditions, Training Requirements and Difficulties They Faced at Work of Nurses Providing Home-Care*Nilgün YURTSEVER, Uzm. Hem.¹, Medine YILMAZ, Doç Dr.²¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Kabul tarihi/Accepted: 01.02.2016

İletişim/Correspondence:

Medine Yılmaz, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk
Sağlığı Hemşireliği, Çiğli/İZMİR
E-posta: medine.cyilmaz@ikc.edu.tr

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı İzmir ilinde çalışan evde bakım hemşirelerinin sosyo-demografik özelliklerinin, hizmet sunumunda yaşadıkları güçlüklerin ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesidir. **Gereç ve Yöntem:** Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden çalışanların tamamı alınmıştır (N:71). Veri toplama görüşme formu kullanılmıştır. Etik kurul ve kurum izinleri alınmıştır. **Bulgular:** Evde bakım hemşiresi olarak çalışanların hemşire (%64.8) olduğu, %46.5'inin devlet, %36.6'sının belediye ve %16.9'unun özel sektörde çalıştığı görülmüştür. Hemşirelerin %71.8'i kurumlarında evde bakım alanına ilişkin herhangi bir eğitim almamışlardır. Hemşirelerin %54.9'u hizmetçi eğitime ihtiyaç duyduğunu ifade etmiş, eğitim almak istedikleri konuların en sık "evde bakım gerektiren durum / hastalıkların yönetimi" (%47.9), "evde bakım hemşireliğinin görev tanımı rol ve sorumlulukları" (%42.2) ile "evde kullanılması gereken tıbbi cihaz ve malzemelere" (%36.4) ilişkin olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %42.3'ü kurum kaynaklı güçlüklerle, %16.9'u fiziksel ortamdaki kaynaklanan güçlüklerle, %14.1 hasta ve hasta yakını kaynaklı güçlüklerle birinci sırada yer vermiştir. Hemşirelerin %59.2'si işten ayrılmayı düşündüğünü belirtmiştir. **Sonuç:** Evde bakım hizmetleri, yaşlanan nüfus ve beraberinde giderek artan kronik hastalıklar nedeniyle gelecekte daha da önemli hale gelecektir. Bu nedenle evde bakım hizmetlerinin etkin olabilmesi için bu alanda çalışanların desteklenmesinin, nitelik ve niceliklerinin artırılmasının önemi ortaya çıkmaktadır.

Anahtar sözcükler: Evde bakım hemşireliği, İş ile ilgili güçlükler, Eğitim gereksinimleri.

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine the socio-demographic characteristics of the home-care nurses working in İzmir, and determine the difficulties they experienced in service delivery and their training needs. **Method:** All voluntary participants were accepted (N:71) without following a sampling process. An interview form was used to collect data. The ethical and institutional approvals were obtained. **Findings:** Sixty-four point eight percent of those providing health care at home were nurses. While 46.5% worked for the government, and 36.6% worked for municipalities, 16.9% were employed in the private sector. Seventy-one point eight percent of the nurses were provided no training on home-care in the institutions they were employed in. The most frequently mentioned topics that they needed training on were: cases requiring home-care / disease management (47.9%), the job description of nurses providing home-care and home-care nursing roles and responsibilities (42.2%), and medical equipment and supplies to be used at home (36.4%). Concerning the difficulties faced by home-care nurses, it was found out that the institutional difficulties (42.3%), physical difficulties (16.9%) arose from patients or their caregivers (14.1%). More than half of the nurses were considering quitting their jobs. **Conclusion:** Home care services will become more important with aging populations and accompanying increases in chronic illnesses. Therefore, this study showed the importance of supporting the health care workers and increasing their quantity and quality so as to get more effective home care services.

Keywords: Home care nursing, Work difficulties, Training needs.

Giriş

Ülkemizdeki demografik, sosyal, teknolojik, epidemiyolojik ve politik değişimler sonucu yaşlı ve özürli nüfusun giderek artıyor olması, doğuştan beklenen ortalama yaşam süresinin uzaması beraberinde kronik hastalıkların artışı ve bakım sorunlarını gündeme getirmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de uygun ve etkili bakım hizmetlerini daha düşük maliyette, kapsamlı, kısa/uzun süreli olarak gereksinimleri karşılayacak, evde bakım hizmetlerini geliştirme ve politika oluşturma konusunda çaba gösterilmektedir. Özel sektörde 2005, kamusal alanda 2010 yılından itibaren evde bakım hizmetleri sunulmaya başlanmıştır (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2005; Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2010). Özel sektör ve kamu tarafından sunulacak evde bakım hizmetlerinin sunumuna ilişkin yönetmeliklerde evde bakım hizmetleri "çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri" şeklinde tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2010). Tanımda hem tıbbi hem de sosyal hizmetlerin üzerinde durulmuş, bu hizmetlerin multidisipliner ekip ile birlikte verilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Günlük uygulamada tıbbi ve sosyal hizmetlerin işbirliği içinde yürütüldüğü bir entegrasyon henüz yaygınlaşmamış olup, özel kuruluşlar ve hastaneler tıbbi, belediyeler ise ağırlıklı olarak sosyal hizmet kapsamında evde bakım hizmeti sunmaktadır.

Yoğun emek gerektiren evde bakım hizmetlerinde, bu hizmetlerin güçlendirilmesi ve devamlılığın sağlanması adına hemşirelerin desteklenmesi önemlidir (Martin ve Bowles, 2014). Araştırmalar evde bakım hemşirelerinin rol ve sorumluluklarını gerçekleştirirken pek çok güçlük yaşadığını göstermektedir (Çoban, 2013; Ellenbecker, Neal-Boylan ve Samia, 2006; Flynn, 2003; Samia, Ellenbecker, Friedman ve Dick, 2012; Kar, 2003). Evde bakım hizmet sunumunda yasal düzenlemelerin yeterli olmaması, evde bakım hemşiresinin iş güvencesinin olmaması, ücret konusundaki yetersizlikler, yazılı görev tanımının olmayışı, diğer ekip üyeleri ile iletişim sorunları, malzeme temini konusunda yetersizlikler, tedavi düzenlemede sorunların yaşanması, etkili denetimin olmayışı, geri bildirimlerin olmayışı gibi kurum ve işleyişten kaynaklanan güçlükler bildirilmektedir. Yanı sıra ulaşım zorluğu, ilaç uygulamaları ve tedavinin sağlıklı koşullarda veriliyor olması gibi fiziksel ortam ile ilgili güçlükler, planlanan bakıma müdahale edilmesi, tedavi ve beslenme programlarını değiştirme, sağlık durumuna ilişkin bilgi düzeyleri, iş birliği yapmada eksiklik, bakıma uyum sağlayamama gibi bakım verilen gruptan kaynaklanan güçlüklerde görülebilmektedir. Sayılan bu güçlüklerin dışında hemşire-hasta/hasta yakını arasında profesyonel ilişki kurulamaması, mesleki bilgi beceri eksikliğinden kaynaklanan sorunlar (tıbbi cihaz ve uygulamaları yeterince bilmeme gibi), yeterli temel ve hizmetiçi eğitimin alınmamış olması, hemşirenin kendini yeterli hissetmesindeki eksikler gibi çalışanın kendisinden kaynaklanan güçlükler de olabilmektedir. Yapılan literatür taramasında yurtdışında bazı çalışmaların evde bakımda çalışan hemşirelere yönelik yapıldığı (Ellenbecker, Neal-Boylan ve Samia, 2006; Flynn, 2003; Samia, Ellenbecker, Friedman ve Dick, 2012; Neal-Boylan, 2006), ülkemizde ise evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında karşılaştıkları

güçlüklerle ilişkin yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu görülmüştür (Çoban, 2013; Kar, 2003). Bu çalışmanın amacı İzmir ilinde çalışan evde bakım hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerinin, hizmet sunumunda yaşadıkları güçlüklerin ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma Örneklemi

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma İzmir ili sınırları içinde faaliyet gösteren kamu, belediye ve özel kuruluşların evde bakım merkezi/birimlerinde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma özelliklerinin, evde bakıma ilişkin yaşadıkları güçlüklerin ve eğitim gereksinimlerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma 01 Şubat-5 Mayıs 2015 tarihleri arasında İzmir ili merkezi ve ilçelerinde evde bakım merkezi/birimlerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evreni kamu, belediye ve özel sektör de evde bakım birimlerinde çalışan tüm hemşirelerden oluşmuştur (N:71).

Veri Toplama

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan görüşme formu literatüre dayalı olarak geliştirilmiştir (Çoban, 2013; Ellenbecker, Neal-Boylan ve Samia, 2006; Hasson, Arnetz, 2008; Kar, 2003; Neal-Boylan, 2006; Toprak, 2013). Formda sosyodemografik özellikler, çalışma koşulları ve işte yaşanan güçlükleri belirlemek için tanımlama formu kullanılmıştır. Formda aşağıdaki alanlara ilişkin sorular yer almıştır.

Sosyodemografik özellikler: Cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, gelir durumu, mesleki deneyim süresi (altı soru).

Çalışma koşullarına ilişkin özellikler: Çalışılan kurum tipi, çalışma süresi ve şekli, yazılı görev tanımı olması, evde bakımda yapılan uygulamalar, hizmetin denetlenmesi (10 soru).

Evde bakımda yaşanan güçlükler ve eğitim gereksinimleri: Evde bakım hizmet sunumunda karşılaşılan güçlükler, kararlara katılma, bakımı planlama, evde bakım ile ilgili eğitimlere, kurs ve toplantılara katılma durumunu içeren sorular yer almıştır (yedi soru). Çalışma yaşamı ile ilgili güçlükleri belirlemek için, güçlükler sıralanmış, çalışma alanında yaşadığı güçlüklerin önem derecesine göre 1 den başlayarak numaralandırılması istenmiştir. Hemşirelerin eğitim gereksinimleri "evde bakım ile ilgili hizmetiçi eğitime gereksinim duyuyor musunuz? Gereksinim duyuyorsanız hangi konu/alanda olduğunu yazınız" sorularına verilen cevaba göre belirlenmiştir.

Görüşme formu hazırlandıktan sonra uzman görüşleri alınmış ve öneriler doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Formun ön uygulaması bir kamu hastanesinde çalışan 10 hemşire ile yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından ilgili kurumun evde bakım birimlerinde görüşülerek toplanmıştır. Veriler kâğıt-kalem yöntemi ile toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS PASW (Predictive ve Analytics Software Statistics) 21.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel analizlerden nominal verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde sayı, yüzde, ölçümsel verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde aritmetik ortalama, standart sapma ve ortanca kullanılmıştır.

Etik Uygulamalar

Araştırmaya başlamadan önce Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (05.02.2015 tarih/no:13) alınmıştır. Çalışmanın yapılacağı Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey ve Güney Genel Sekreterlikleri ile belediyelerden yazılı, özel kurumlardan sözlü izinler alınmıştır. Veri toplama işleminden önce bireylere araştırmacı kimliği tanıtılmış, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. Bunlardan ilki evde bakım hizmeti veren özel kurumların çok dağınık ve küçük ölçekli olmaları, serbest çalışan evde bakım hemşirelerinin de hiçbir resmi kurumda kayıtlı olmamaları evrenin tamamının bilinmesine engel olmuştur. Belediyelere bağlı evde bakım birimlerinden bazılarında çalışan hemşirelerin sözleşmeli olmaları ve işlerini kaybetme endişeleri anketlerin doldurulmasını etkilemiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin %39.2'si 30-39 ve %27.5'i 40-49 yaş grubunda, %85.9'u kadın, %74.6'sı evlidir. Eğitim durumlarına göre %56.4'ü lisans, %23.9'u ön lisans, %19.7'si de lise mezunudur. Hemşirelerin %50.7'sinin geliri giderine eşit, %43.7'sinin ise geliri giderinden azdır. Evde bakım hemşiresi olarak çalışanların %64.8'i hemşire, %22.5'i ebe ve %12.7'si sağlık memurudur. Çalıştıkları kuruma göre %46.5'i kamu, %36.6'sı belediye ve %16.9'u özel sektörde çalışmaktadır (Tablo 1). Meslekte geçirdikleri hizmet yılları medyan 15 (1-42 yıl) olup evde bakım alanında çalışma süreleri ise medyan 30 aydır. Çalışma şekli olarak %84.5'i sürekli gündüz, %9.9'u sürekli gündüz ve ek başka klinikte, %5.6'sı sürekli gündüz+başka klinikte nöbet şeklinde çalışmaktadır. Haftalık çalışma süresi ortalama 41.1±7.9 saattir. Aylık ev ziyareti sayısı medyan 80'dir (1-250).

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özelliklerinin Dağılımı (n:71)

Özellikler	n	%
Meslek		
Hemşire	46	64.8
Ebe	16	22.5
Sağlık Memuru	9	12.7
Eğitim Durumu		
Lise	14	19.7
Ön lisans	17	23.9
Lisans	40	56.4
Çalışılan Kurum		
Kamu	33	46.5
Belediye	26	36.6
Özel	12	16.9
Çalışma Şekli		
Sürekli gündüz	60	84.5
Sürekli gündüz+başka klinikte nöbet	4	5.6
Sürekli gündüz+başka klinik	7	9.9
Toplam	71	100

Tablo 2'de hemşirelerin evde bakım hizmeti sunumuna ilişkin özelliklere ait bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %62'si kurum tarafından görev tanımlarının yazılı olarak belirlendiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların %71.8'i yapılan ev ziyaretlerinde hemşirelik girişimlerini hemşirelerin planladığını, %70.4'ü bağımsız karar verebildiklerini, %76.1 ise bu ziyaretlerin denetlendiğini ifade etmiştir. Bakımı denetleyenlerin çoğunlukla (%24.1) kurum sorumlusu/hastane yöneticisi ve müdür (%22.2) olduğu belirlenmiştir. Hizmetlerin kim tarafından denetlendiğini belirtmeyenlerin oranı ise %25.9'dur.

Tablo 2. Hemşirelerin Evde Bakım Hizmeti Sunumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Çalışma Koşulları	n	%
Yazılı Görev Tanımı		
Yazılı görev tanımı var	44	62.0
Yazılı görev tanımı yok	27	38.0
Ziyaretlerde Hemşirelik Girişimlerini Planlayan Kişi		
Hemşire	51	71.8
Hemşire+doktor	9	12.7
Doktor	7	9.9
Diğer (Müdür, tüm ekip)	4	5.6
Hemşirelerin Bağımsız Karar Verebilme Durumu		
Bağımsız karar veriyor	50	70.4
Bağımsız karar vermiyor	21	29.6
Hemşirelik Bakımı/Hizmetin Denetlenme Durumu		
Denetleniyor	54	76.1
Denetlenmiyor	17	23.9
Bakımı Denetleyenler (n:54) *		
Kurum Sorumlusu/Hast. Yöneticileri	13	24.1
Müdür	12	22.2
Birim Sorumlusu	7	13.0
Diğer (Başhekim Yard., İl Sağlık Md., Halk Sağlığı)	8	14.8
Denetleyeni belirtmeyen	14	25.9

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hemşirelerin işte yaşadıkları güçlükleri derecelendirdikleri bulguların dağılımı Tablo 3'de görülmektedir. Buna göre hemşirelerin %42.3'ü kurum kaynaklı güçlüklerle, %16.9'u fiziksel ortamdaki kaynaklanan güçlüklerle, %14.1 hasta ve hasta yakını kaynaklı güçlüklerle birinci sırada yer vermiştir. İkinci sırada yer verilen en önemli güçlük fiziksel ortamdaki kaynaklanan güçlüklerdir (%43.6). Hemşirelerin %59.2'si işten ayrılmayı düşündüklerini belirtmişlerdir. Evde bakımda hizmet sunumuna yönelik hemşirelerin %71.8'inin kurumlarında evde bakım alanına ilişkin herhangi bir eğitim almadıkları belirlenmiştir. Eğitim alan 20 hemşireden sadece 11'inin evde bakım kursuna katıldığı, 10 tanesinin yara/stoma bakımı eğitimi aldığı görülmüştür. Hemşirelerin %55.7'si "Evde Bakım Hemşireliği" ya da "Hemşirelik" alanına ilişkin herhangi bir kongreye katılmadıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %45.1'i kurumlarının eğitimi desteklemediğini ifade etmiştir. Bununla birlikte %54.9'u hizmetçi eğitime ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir.

Hemşirelerin eğitim almak istedikleri konuların en sık "evde bakım gerektiren durum/hastalıkların yönetimi" (%47.9), "evde bakım hemşireliğinin görev tanımı rol ve sorumlulukları" (%42.2) ile "evde kullanılması gereken tıbbi cihaz ve malzemelere" (%36.4) ilişkin olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin %70.4'ü kurumlarının sadece kurum içi eğitimlere destek sağladığını, %29.6'sı sağlamadığını; %57.7'si eğitimsel-bilimsel aktivitelere sadece izin desteği verdiğini, %18.3'ü hem izin hem maddi destek verdiğini, %81.4'ü ise yurt dışı eğitimsel-bilimsel aktivitelere katılımı desteklemediğini belirtmiştir (Tablo 4). Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre bazı çalışma durumlarına ilişkin özellikleri incelenmiştir. Buna göre özel kurumlarda (%77.8) ve belediyelerde (%30.8) hizmetiçi eğitim alan hemşire oranının daha fazla olduğu görülmüştür. Yazılı görev tanımı olduğunu belirten hemşire oranı yine özel kurum (%61.2) ve belediyelerde (%72.0) daha fazladır. Her kurumda çalışan hemşirelerin büyük kısmı "kısmen" hizmetiçi eğitime ihtiyaç duyduklarını, kamu ve belediyelerde çalışanlardan yaklaşık dörtte biri, özel kurumda çalışanların üçte biri gereksinim duyduğunu belirtmiştir. Eğitim programlarına kurum desteği verildiğini belirten çalışan oranının, özel (%22.2) ve belediyelere (%46.1) göre kamu kurumlarında (%66.7) daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 3. Hemşirelerin İşte Yaşadıkları Güçlüklerle İlişkin Bulgularının Dağılımı

İşte Yaşanan Güçlüklerle İlişkin Bulgular*	1.Derece		2.Derece		3.Derece	
	n	%	n	%	n	%
Kurumsal güçlükler	30	42.3	9	12.7	16	22.5
Fiziksel ortam ile ilişkili güçlükler	12	16.9	31	43.6	11	15.5
Hasta ve hasta yakınından kaynaklanan güçlükler	10	14.1	24	33.8	17	23.9
Ekipten kaynaklanan güçlükler	9	12.7	15	21.1	25	35.2
Kendi mesleki bilgi yetersizliğinden kaynaklanan güçlükler	1	1.4	8	11.2	10	14.1
Yetersiz malzeme nedeniyle yaşanan güçlükler	-	-	15	21.1	15	21.1

*Birden fazla cevap verilmiştir

Tartışma

İzmir ilinde çalışan evde bakım hemşirelerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin incelendiği çalışmanın birinci bölümü olan bu çalışmada evde bakım hemşirelerinin yaşadıkları güçlükler ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma bir il genelinde kamu kurumlarını, belediyeleri ve resmi kayıtlı özel kuruluşları kapsayacak şekilde, evde bakım alanında çalışan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri, evde bakımda yaşadıkları güçlükleri ve eğitim gereksinimlerini irdeleyen ilk çalışmadır.

Amerikan Hemşireler Birliği 2008 yılında evde bakım hemşireliğinin uygulama standartlarını güncelleştirir. Buna göre evde bakım hizmetlerinde gerekli olan eleştirel düşünebilme ve otonomi sağlayabilmek için bu alanda çalışan hemşirelerin en az üniversite mezunu olması

gereklidir (Abele ve Nies, 2010). Araştırmaya katılan çalışanların eğitim düzeyleri çoğunlukla (%56.4) lisans düzeyindedir. Evde bakım hemşireliği genel hemşirelik becerilerine ek olarak birey/ailenin gereksinimlerini tanımlayabilmek için toplum tanılama becerileri, sağlık eğitim becerisi, en iyi sonuçlara ulaşabilmek için bakımı planlama ve yönetme, vaka yönetimi gibi becerilere sahip olmayı gerektirir. Evde bakım hemşireliğinin çok eski ve yaygın olduğu Amerika Birleşik Devletleri'nde bu alanda çalışabilmek için "evde bakım hemşireliği sertifikası" gereklidir (American Nurses Association [ANA],2008). Ülkemizde ise henüz sertifikalı eğitim programları başlamamış olup, hazırlık çalışmaları yürütülmektedir. Halen çalışmakta olan hemşirelerin meslekte hizmet süreleri 15 yılın üzerinde, ancak evde bakım alanında çalışma süreleri ise medyan 15 aydır. Smith Stoner'in (2004) evde bakımda çalışanlarla yürüttüğü çalışmaya göre hemşirelerin çoğunluğu 6-10 yıl (%32.9) ve 11-15 yıldır (%24.4) bakım veren hemşire olarak çalışmaktadır. Ülkemizde özel kurumların hizmet sunabilmesine yönelik çıkarılan yönetmeliğin üzerinden 10 yıl, kamu kurumlarını kapsayan yönetmelikte ise henüz beş yılın geçmiş olması bu araştırma grubundaki çalışanların evde bakım hizmetlerinde uzun süre çalışmalarının olanaklı olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte evde bakım alanında çalışmaya başlarken eğitim alma ve kongre/ eğitimlere katılım oranının çok düşük olduğu, hizmetiçi eğitime gereksinim duyan hemşire oranının da yüksek olduğu görülmüştür. Özel kurum ve belediyelerde hizmetiçi eğitim alan hemşire oranı kamuya göre daha yüksektir. Bu durum yoğun evde bakım hizmeti sunan kamu kuruluşlarında da hizmetiçi eğitimlerin yaygınlaşmasına dikkati çekmektedir.

Araştırmaya katılan çalışanların yarısından fazlası (% 62) kurum tarafından görev tanımlarının yazılı olarak belirlendiğini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin eğitim almak istedikleri konular içinde yaklaşık yarısının (%42.2) "evde bakım hemşireliğinin görev tanımı, rol ve sorumluluklarına" ilişkin olduğu görülmektedir. Her ne kadar kurum tarafından yazılı görev tanımları olduğu belirtilse de bu sonuçlar hemşirelerin görev tanımları, hak ve sorumluluklarına ilişkin konularda bilgi gereksinimlerinin olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin evde bakım hizmetlerine ilişkin görev tanımları 2005 (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik) ve 2010 (Sağlık Bakanlığına Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge) yönetmeliğinde belirtilmiş olmasına karşın, uygulamada hemşirelerden beklenen rol ve görevlerin farklı olduğu, sorumluluklar ve yetki arasındaki dengesizliklerden kaynaklanan sorunlar yaşandığı görülmektedir. Ülkemizdeki yönetmeliklerde yer almamasına karşın evde bakım hemşiresinin uygulayıcı, yönetici, araştırmacı, savunucu ve danışman rolleri bulunmaktadır. Evde bakım hemşireleri Amerikan Hemşireler Birliği (ANA, 2008) ve Toplum Sağlığı Hemşireliği konseyi tarafından geliştirilen "Evde Bakım Hemşireliği Uygulama Standartlarına" göre hizmet vermektedirler (ANA, 2008). Evde bakım hemşiresinin işlevleri "hastanın durumunu fiziksel ve emosyonel yönleriyle gözlemek ve değerlendirmek, hastanın tedavi ve rehabilitasyonunda yer almak, ilaç uygulamaları, pozitif sağlık davranışlarının gelişimi için hasta/ailesine yardım etmek, tedavilerin ve ilaç uygulamalarının yan etkilerini hastaya ve ailesine öğretmek, özel diyet uygulaması, tedavi ve bakım sırasında gelişebilecek tehlikelerin fark edilmesi, hastanın

durumu ve tıbbi tedaviyle ilgili belirti ve bulguları hekime rapor etmek, hasta ve ailesine yol göstermek" şeklinde belirtilmektedir (Stanhope ve Lancaster,1996). Ülkemizdeki kamu ve özel kuruluşların evde bakım hizmetine yönelik her iki yönetmelikte de hemşirelerin görev, yetki, rol ve sorumlulukları daha çok tedavi hizmetlerini gerçekleştirme, malzeme temini vb konulara yöneliktir. Uzmanlık alanlarının yer aldığı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte (2011) ise hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumlulukları ayrıntılı olarak belirtilmiştir (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12606/hemşirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-y-.html>). Tüm yönetmeliklerin hemşirenin görev, yetki ve

sorumlulukları yönüyle gözden geçirilerek, yasal yönden çelişkili noktaların giderilmesi karşılaşılabilecek sorunların giderilmesi açısından önemlidir. Baykara ve Şahinoğlu'nun aktardığına göre Walker ve Avant hemşirelik mesleğinde özerkliği (otonomi), hemşirenin hasta merkezli yaklaşımı ve hasta savunuculuğunu benimseyerek, hasta ile karşılıklı dayanışma içinde, bağımsız olarak bakıma karar verme ve bu kararın sorumluluğunu üstlenmesi olarak tanımlamaktadırlar (Baykara ve Şahinoğlu, 2013). Hemşirelerin mesleki becerilerinde, hastaların sorunlarını çözebilme yeterliliğinde, motivasyonlarında, iş doyumlarında ve performanslarında mesleki özerklik olumlu etki sağlar.

Tablo 4. Evde Bakım Konusunda Eğitim Alma Durumuna İlişkin Bulguların Dağılımı (n:71)

Eğitim Alma Özellikleri	n	%
Çalıştığı Kurumdan Eğitim Alma Durumu		
Eğitim Almayan	51	71.8
Eğitim Alan	20	28.2
Evde Bakıma İlişkin Eğitim Alma Kaynakları (n:20)*		
Evde bakım kursuna katılım	11	55.0
Yara ve stoma bakımı eğitimi	10	50.0
Üniversitede ders olarak		
Enteral beslenme eğitimi	2	10.0
İletişim ve sorunlarla baş etme eğitimi	2	10.0
Evde Bakım ile İlgili Kongrelere Katılma (n:70)		
Katılmayan	39	55.7
Katılan	31	44.3
Kurumun Eğitimleri Desteklemesi		
Destekliyor	39	54.9
Desteklemiyor	32	45.1
Hizmetiçi Eğitime Gerekksinim Duyma		
Gerekksinim duyan	39	54.9
Kısmen gerekksinim duyan	23	32.4
Gerekksinim duymayan	9	12.7
Evde Bakım ile İlgili Eğitim İstene Konular *		
Evde bakım gerektiren hastalıkların yönetimi	34	47.9
Evde bakım hemşireliğinin görev tanımı, rol ve sorumlulukları	30	42.2
Evde kullanılması gereken tıbbi cihaz ve malzemeler	28	36.4
Hasta ve çalışan hakları	17	23.9
Evde bakımda kullanılan teknolojik programlar	16	22.5
Hemşirelik tanıları	11	15.5
Organizasyon kültürü/ kurum kültürü	10	14.1
Toplam	71	100

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 5. Hemşirelerin Bazı Çalışma Özelliklerinin Kurum Tipine Göre Dağılımı*

Özellikler	Kamu n (%)*	Belediye n (%)*	Özel n (%)*
Görev tanımı (n:71)			
Yok	14 (42.4)	10 (38.3)	3 (22.0)
Var	19 (57.6)	16 (61.2)	9 (72.0)
Hizmet içi eğitim alma (n:68)			
Hayır	26 (78.8)	18 (69.2)	7 (77.8)
Evet	7 (21.2)	8 (30.8)	2 (22.2)
Hizmet içi eğitime ihtiyaç duyma (n:68)			
Hayır	2 (6.7)	3 (11.5)	1 (8.3)
Evet	18 (60.0)	14(53.8)	7 (58.3)
Kısmen	10 (33.3)	9 (34.6)	4 (33.3)
Eğitim için kurum desteği (n:68)			
Yok	11 (33.3)	14 (53.8)	7 (58.3)
Var	22 (66.7)	12(46.1)	2 (22.2)

*Sütun yüzdesi

Araştırmaya katılan çalışanların yarısından fazlası evde bakım hizmeti sunumunda karar verme sürecine katıldığını, yine yarısı bakıma ilişkin kararlara katkıda bulunduğunu bildirmiştir. Bu durum çalışanların yarısından fazlasının mesleki özerkliğini kullanabildiğini düşündürmüştür. Bununla birlikte verilen bakımı/hizmeti denetleyenlerin çoğunlukla kurum sorumlusu /hastane yöneticisi ve müdür olduğu belirlenmiştir. Görüşmeler sırasında çalışanlar yapılan denetimlerin bakımın niteliğinden çok sayısal olarak kaç hastanın ziyaret edildiği kısmına yönelik olduğunu ifade etmişler, denetleyenler arasında hemşire yöneticilerin varlığından söz etmemişlerdir. Bu durumun verilen hemşirelik bakımının niteliğinden çok niceliğinin ölçüldüğünü, ziyaret edilen hasta sayısına önem verildiğini göstermektedir. Ayrıca bir meslek üyesinin hizmetlerinin aynı meslek üyesi tarafından denetlenmesi standardizasyonu sağlamak ve aynı dili konuşmak açısından son derece önemlidir. Bununla birlikte hemşirelerin eğitim almak istedikleri konular içinde en sık “evde bakım gerektiren durum/ hastalıkların yönetimi (%47.9)” ile “evde kullanılması gereken tıbbi cihaz ve malzemelerin (%36.4)” yer almasının da çalışanların hizmetleri sunumunda mesleki özerkliğini olumsuz etkileyebilecektir.

“Evde bakım hizmetlerinde çalışan hemşirelerin eğitim gereksinimlerinin yüksek oranda olduğu görülmüştür.”

Bu araştırmada, çalışanların yarısından fazlası işinden ayrılmayı düşündüğünü, neden olarak ise önemsenmemek, ast-üst ilişkileri ve sistemin işlememesi olarak ifade etmişlerdir. Nitekim çalışanlar evde bakım hizmetlerinde öncelikli olarak yaşadıkları güçlükleri kurumsal, fiziksel ortam ve hasta/ hasta yakın kaynaklı güçlükler olarak sıralamışlardır. Çoban'ın çalışmasında (2013) ise evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında en çok (%72.2) fiziksel ortamdaki kaynaklı güçlüklerden “tanımadığı

insanların evinde olmaktan dolayı güvenliğiyle ilgili” güçlüklerle karşılaştıkları belirlenmiştir. Evde bakımda çalışan hemşireler için profesyonel gelişim fırsatlarının olmaması evde bakım hizmetlerinden ayrılmaya için bir etken olarak bildirilmesine karşın (Ellenbecker, Neal-Boylan ve Samia, 2006) bu araştırmada hemşireler eğitim/kongrelere katılmamayı, kurumun eğitimlere katılımı desteklememesini güçlük olarak belirtmemişlerdir. Yapılan literatür taramasında evde bakım alanında çalışan hemşirelerin işten ayrılma, iş doyumu konularıyla ilgili araştırma bulunamadığı için bu bulgular karşılaştırılamamıştır.

“Hemşirelerin evde bakım alanında çalışma süreleri kısa olmasına karşın işten ayrılmayı düşünen oranı yüksektir.”

Sonuç

Sosyal ve sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamak üzere evde bakım hizmetlerinin kapsamı hızla değişmekte, bu alanda çalışanların gelişiminin desteklenmesi de gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Evde bakım hemşireliğinin gelişimi için evde bakım ile ilgili derslerin lisans müfredatında yer alması, meslek yaşamında ise oryantasyon ve hizmetiçi eğitimlerin düzenlenmesi kaçınılmazdır. Bununla birlikte sertifika programlarının başlatılması da bakımın kalitesi ve çalışanların yaşadıkları güçlüklerin azaltılması açısından önemli bir adım olacaktır. Gittikçe daha çok yaygınlaşmaya başlayan evde bakım hizmetlerinin kalitesinin ve sürekliliğinin sağlanabilmesi açısından tıbbi ve sosyal hizmetleri kapsayacak şekilde tüm ekip üyelerine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi de son derece önemlidir.

“Evde bakım hemşireliği sertifika programlarının başlatılması bu alanda çalışan hemşireleri güçlendirecek önemli bir girişim olacaktır.”

Alana Katkı

İzmir ilinde farklı kurumlarda çalışan evde bakım hemşireleri ile yapılan bu çalışmanın sonuçları, evde bakım hemşireliğinin hem niceliksel hem de niteliksel yönden geliştirilmeye ve desteklenmeye gereksinim olduğunu göstermiştir. Yerel ve ulusal düzeyde programların düzenlenmesi evde bakım hemşirelerinin özellikle kurumsal ve fiziksel nedenlerden kaynaklanan çalışma koşullarının iyileştirilmesi açısından önemlidir.

Çıkar Çatışması

Bu araştırmada herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Abele, C.L., Nies, M.A. (2010). Home Health and Hospice. İçinde: M.A. Nies, M. McEven. Community/Public Health Nursing. 5th edition. Missouri, Elsevier Saunders Co
- American Nurses Association: Scope and standards of home health nursing practice, Washington, DC, 2008. Erişim; 10 Aralık 2015. <http://www.nursingworld.org/scopeandstandardspractice>

- Baykara, Z.G., Şahinoğlu, S. (2013). Hemşirelikte mesleki özerklik kavramının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3), 176-181.
- Çoban, S. (2013). Evde Bakım hemşirelerinin çalışma alanında karşılaştıkları güçlüklerin ve bakım vermede duyulan gereksinim alanlarının belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Ellenbecker, C.H., Neal-Boylan, L., Samia L. (2006). What home healthcare nurses are saying about their jobs. *Home Healthcare Nurse*, 24(5), 315-324.
- Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmî Gazete.
- Flynn, L. (2003). Agency characteristics most valued by home care nurses: findings of a nation wide study. *Home Healthcare Nurse*, 21(12), 812-817.
- Hasson H., Arnetz JE. (2008). Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes., *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 468-81.
- <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12606/hemshirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-y-html> (Erişim; 10 Aralık 2015).
- Kar, G. (2003). Evde bakım hizmeti veren hemşirelerin hizmetlerde yaşadıkları güçlükler ve iş doyumları düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Leslie Neal- Boylan. (2006). An analysis of the differences between hospital and home health care nurse. *Home Healthcare Nurse*, 24 (8), 505-512
- Martin, K.S., Bowles, K.H. (2014). Nurse in home health and hospice. İçinde: M. Stanhope, J. Lancaster. Public Health Nursing: population centered health care in the community. 8.th edition. Missouri, Elsevier Mosby
- Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. Erişim: 10 Kasım 2015. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u-.html>.
- Samia, L.W., Ellenbecker, C.H. Friedman DH, Dick C. (2012). Home care nurses' experience of job stress and considerations for the work environment. *Home Health Care Services Quarterly*, 31 (3), 243-265.
- Smith-Stoner, M. (2004). Home care nurses' perceptions of agency and supervisory characteristics: Working in the rain. *Home Healthcare Nurse*, 22 (8), 536-546.
- Stanhope, M., Lancaster, J. (2008). Public Health Nursing: population centered health care in the community. 8th edition. Missouri, Elsevier Mosby.
- Toprak, E. (2013). Mesleki tükenmişlik düzeyi ile iş tatmini arasındaki ilişki: Sağlık sektöründe bir araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde.

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Hemşirelik Öğrencilerinin Empati Düzeylerine Göre Kültürlerarası Duyarlılıkları*Intercultural Sensitivity of Nursing Students According to Their Empathy Level*

Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ, Yrd. Doç. Dr., Gülşen IŞIK, Ar. Gör., Beste ÖZGÜVEN ÖZTORNACI, Öğr. Gör., Esra ARDAHAN, Ar. Gör., Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN, Öğr. Gör., Ekin Dila TOP, Öğr. Gör., Elif ÜNSAL AVDAL, Doç. Dr.

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Kabul tarihi/Accepted: 07.02.2016

Özet

İletişim/Correspondence:

Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Balatçık Kampüsü Çiğli Ana Yerleşkesi, Merkezi Ofisler 1. Çiğli, İzmir
E-posta: nurayegelioglu@gmail.com

Bu çalışma; 21-23 Mayıs 2015 tarihinde Çanakkale'de düzenlenen III. Uluslararası Katılımlı Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi'nde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

Amaç: Bu çalışmanın amacı; hemşire adaylarının kültürlerarası duyarlılık ve empati düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek; birinci ve dördüncü sınıfta okuyan öğrencileri bu açıdan karşılaştırmaktır. **Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma; bir devlet üniversitesinin hemşirelik bölümünde öğrenim gören birinci ve dördüncü sınıf hemşirelik öğrencileri ile tanımlayıcı ve karşılaştırılmalı olarak yürütülmüştür. Veriler Birey Tanıtım Formu, Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Temel Empati Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın evrenini, araştırmanın yürütüldüğü üniversitenin Hemşirelik Bölümü öğrencileri; örneklemini ise birinci ve dördüncü sınıflarda öğrenim gören 320 öğrenci oluşturmuş, 195 öğrenci çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. **Bulgular:** Birinci sınıfta öğrenim gören öğrencilerin yaş ortalaması 19.12±1.49 yıl, % 77.1'i kadın olup, dördüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin yaş ortalaması 22.11±0.85 yıl, % 82.6'sı kadındır. Birinci sınıftaki öğrencilerin % 69.7'si başka kültürden insanlarla tanıştığını, % 51.4'ü kültürlerarası duyarlılığa ilişkin bilgi almadığını, dördüncü sınıf öğrencilerinin %84.9'u başka kültürden insanlarla tanıştığını, %65.1'i kültürlerarası duyarlılığa ilişkin bilgi almadığını ifade etmiştir. Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre yaş ortalamaları ve başka kültürlerden insanlarla tanışma durumları arasında fark vardır. Araştırmaya katılan öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Temel Empati Ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur. Birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Temel Empati Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. **Sonuç:** Çalışmada hemşirelik öğrencilerinin empati düzeylerinin artması ile kültürlerarası duyarlılıklarının arttığı saptanmıştır. Bu sonuca göre; hemşirelik eğitimi sırasında öğrencilerin iletişimin en temel unsuru olan empati becerisini kazanmalarının, hastaya özgü ve kültüre duyarlı bakım vermede katkısı olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği, Temel Empati Ölçeği, Transkültürel hemşirelik, Hemşirelik öğrencileri.

Abstract

Objective: The purpose of this research is to determine the relationship between intercultural sensitivity and empathy level of nursing students and to compare the junior and senior students in this respect. **Material and Method:** This research is descriptively and comparatively carried out with freshmen and senior nursing students who attend a state university. The data have been collected by using Individual Description Form, Intercultural Sensitivity Scale and Basic Empathy Scale. Population of this research is the nursing students of the university that this research is carried out; sample of the research is 320 freshmen and senior students who are currently studying, and only 195 students accepted to join. **Findings:** The mean age of the freshmen was 19.12±1.49 years and 77.1% of them were women; the mean age of the seniors was 22.11±0.85 years and 82.6% of them were women. It has been designated that 69.7% of the freshmen met people from other cultures, 51.4% of them got no information about intercultural sensitivity; and 84.9% of the seniors met people from other cultures, 65.1% of them got no information about intercultural sensitivity. There is a difference between the mean age of the students and the status of meeting someone else from other cultures according to their year. There is no statistical difference between the Intercultural Sensitivity Scale and Basic Empathy Scale, mean total and sub-scale scores according to the year of the students. It has been determined that there was a positive and significant relation between the mean total scores of freshmen and senior Intercultural Sensitivity Scale and Basic Empathy Scale. **Conclusion:** It has been determined that as empathy level of the students increased, intercultural sensitivity of them also increased. Consequently, it is concluded that acquiring the skills of empathy during the nursing education has a contribution to making patient-specific and culture-sensitive care.

Keywords: Intercultural Sensitivity Scale, Basic Empathy Scale, Transcultural nursing, Nursing students.

Giriş

Kültür, bir grup insan tarafından öğrenilen, paylaşılan, nesilden nesile aktarılan değerler, inançlar, tutum ve davranışlar, örf ve adetler olarak tanımlanmaktadır. Kültür yaşamın dokusudur ve her insan bir kültüre sahiptir. Çok kültürlü toplumlarda kültürel çeşitliliğe dayalı karmaşık, benzer ve farklı kültürel anlayışlar yaygındır. Bu kültürel anlayışlar; yaş, cinsiyet, ırk, etnik özellikler, sosyoekonomik düzey, dinsel kimlik, cinsel davranışlar, eğitim, tarih gibi pek çok faktörle şekillenir (Bayık, 2008; Bolsoy ve Sevil, 2006).

Sağlığı koruma ve hastalıkları tedavi etme kültüre özgü uygulamaları içerir. Bu nedenle kültür aynı zamanda sağlık ve hastalık için dinamik bir faktör olarak kabul edilebilir. Hastanın kültürel değerleri, inançları ve uygulamaları bütüncül hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır (Bekâr, 2004). Küreselleşen dünyada artık hemşirelik mesleği, tüm topluma ve etnik gruplara birey merkezli bakım vermenin gerekliliğini ve sorumluluğunu benimsemiştir (Öztürk ve Öztaş, 2012). Nitelikli bireysel bakım sadece bireyin kültürü, inançları, gelenekleri ve değerleri bir bütün olarak göz önüne alındığında verilebilir (Bekâr, 2004).

“Kültürlerarası Hemşirelik (Transcultural Nursing)” terimi, ilk kez Madeleine Leininger (1925-2012) tarafından 1979 yıllarında kullanılmış ve bu tarihten sonra da hemşirelik bakımında kültürel evrensellik ve kültüre özgünlük sağlayan, sağlık, hastalık, inanç ve değerlere saygılı bir şekilde yaklaşmaya odaklanan hemşireliğin bir alt dalı olarak günümüzde daha yaygın kullanılmaya başlanmıştır. Kültürel temelli bakım bilgisi 20. yüzyılın ortalarında ve hala dünyanın bazı yerlerinde hemşireliğin eksik olan önemli bir alanıdır (Biol, 2005; Leininger, 2002; Sayan, 1999).

Değişen dünya şartları gereği farklı kültürlerin bir arada yaşaması veya çeşitli sebeplerle etkileşim kurması gerekir. Toplumun kültürel gereksinimlerine yanıt verecek kültürel bilgi ve becerilere sahip hemşirelerin yetiştirilmesi giderek önem kazanmaktadır. Sağlıkla ilgili temel bakım vericilerden biri olan hemşireler, etkin bir bakım vermek ve bakımın kalitesini arttırmak için toplum içerisindeki bireylerin kültürel farklılıklarına duyarlı olmalı ve kültürlerarası farklılıkları göz önünde bulundurmalıdırlar (Öztürk ve Öztaş, 2012). Hemşirelik eğitiminde kültürel bakıma yönelik literatür bilgisi kısmen yeterli olsa da, kültürel içerikli bakım yeterli düzeyde uygulanmamaktadır. Kültürel yönden uygun olan bir bakım hazırlığı, hemşirenin bireysel olarak kültürel farklılıklar ve benzerlikler hakkında bilgi sahibi olmasını ve duyarlı davranmasını da gerektirir. Bunun için hemşirelik eğitiminde kültürel yeterliliği kazandırmaya yönelik yetkinlikler çerçevesi geliştirilmelidir (Bulduk, Tosun, Ardiç, 2011; Ruddock ve Turner, 2007; Tortumluoğlu, Okanlı, Şıpkın, Özyazıcıoğlu, Akyıl, 2007; Üstün, 2011). İnsanların kültürel ihtiyaçlarını karşılama becerisini teşvik etme ve bu konuların hemşirelik müfredatında yer almasının önemi giderek artmaktadır.

Türkiye, çok eski çağlardan beri çeşitli uygarlıkların kurulduğu, bu nedenle zengin kültüre sahip bir ülkedir. Özellikle büyük şehirlerde toplumsal ve kültürel yapı heterojen bir özellik gösterir (Şenol, Ünalın, Çetinkaya, Öztürk, 2004). Türk toplumunda var olan çok kültürlülük gerçeği, kültürel farklılıkları anlama ve kültürlerarası ilişkiler konusunda “Kültürlerarası Hemşirelik” alanına duyulan gereksinimi arttırmıştır (Biol, 2005; Leininger, 2002; Sayan, 1999).

Ülkemizde, kültüre duyarlı bakım vermek için hemşirelik eğitiminde NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)’nın tanıları, Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli, NIC (Nursing Interventions Classification), NOC (Nursing Outcomes Classification), Günlük Yaşam Aktiviteleri ve OMAHA sistemi vb. gibi çeşitli model ve rehberler kullanılmaktadır. Kültürel model ve rehberlerin kullanılması, hemşirelerin bakım verdikleri toplumun kültürel özelliklerini değerlendirmesinde, kültürel verilere daha sistematik ve standardize yollarla ulaşmasında ve kültürlerarası hemşirelik alanında bilgi birikiminin artmasında yararlı olmaktadır (Tanrıverdi, Seviğ, Bayat, Birkök, 2009; Tortumluoğlu, Okanlı, Özyazıcıoğlu, Akyıl, 2006; Tortumluoğlu ve ark., 2007). Hemşirelikte lisans programı içerisinde anlatılan konular kültürel bakış açısı ile bütünleştirilerek aktarılmaktadır.

Ülkemizde hemşirelik alanında kültürlerarası bakımla ilgili yapılan az sayıda çalışma vardır. Türkiye’nin doğusunda yapılan, hemşirelik öğrencilerinin hasta bakımında deneyimledikleri kültürlerarası farklılıkları tanımlama çalışmasında, diğer bölgelerden gelen ve eğitim hayatının ilk yılında olan öğrencilerin daha fazla kültürel farklılık yaşadığı saptanmıştır (Tortumluoğlu ve ark., 2006). Türkiye’nin iki farklı bölgesinde çalışan hemşirelerin bakım verme sırasında karşılaştıkları kültürel problemlerin analizinin yapıldığı Parlar ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, örneklem grubundaki hemşirelerin büyük çoğunluğunun farklı kültürden insana bakım verdiği ve bu oranın batıda çalışan hemşirelerde doğuda çalışanlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur. Hastaların kültürel özelliklerine göre verilen bakımda yaşanan problemlerin daha çok iletişim alanında olduğu, bu yaşanan problemlerin oranının batıda çalışan hemşirelerde daha fazla olduğu belirlenmiştir. İletişim alanında yaşanan problemlerin fazla olmasının sebebi Türkçe konuşmayan hasta sayısının fazla olmasından kaynaklanmaktadır (Parlar, Besen, Tokem, Fadiloğlu, Karadağ, 2014). Tanrıverdi ve arkadaşlarının (2010) hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin bakımda deneyimledikleri kültürel farklılıklar, bu farklılıkların bakıma yansımaya şeklinin değerlendirildiği çalışmada, öğrencilerin çoğunluğunun bakımda kültürel farklılık deneyimlediği ve bu kültürel farklılıkların bakıma olumsuz yansıdığı belirlenmiştir (Tanrıverdi, Okanlı, Şıpkın, Özyazıcıoğlu, Akyıl, 2010).

“Kültürlerarası farklılıkları anlamada, kabul etmede ve takdir etmede kendi motivasyonunu sağlamak için gerekli olan aktif istek” olarak tanımlanan kültürlerarası duyarlılık; gelişmiş toplumlarda yetiştirilen bireylerin farklı kültürlerle karşı olumlu tutum geliştirmeleri için ön plana çıkan kavramlardan biri olmuştur (Bulduk ve ark., 2011; Chen ve Starosta, 2000; Cırık, 2008). Kültürlerarası duyarlılık, kültürlerarası iletişim becerisinin bir parçasıdır ve temel unsurlarından birisi empatidir. Empati, bir kişinin kendini karşısındaki kişinin yerine koyarak, olaylara onun bakış açısı ile bakması ve o kişinin duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlaması ve bu durumu iletmesi sürecidir. Her insan gerek kendisini gerekse çevresini, kendine özgü bir biçimde algılar; bu algısal yaşantı öznedir. Bir insanı anlamak için dünyaya onun bakış tarzıyla bakılmalı, olayları onun gibi algılamaya ve yaşamaya çalışılmalıdır (Dökmen, 1994; Rogers, 1983).

Hemşirelik, insan ilişkilerinin yoğun olarak yaşandığı mesleklerden birisidir. Empati hemşirelik bakımının en temel bileşenlerindedir. Empati yapabilen hemşire tarafsız olma özelliğine sahiptir. Empati yapmak, hastanın durumuna uygun hemşirelik girişimini planlamada yararlı olmasının yanı sıra, hastadaki olumlu gelişmeler açısından hemşirelere de mesleki doyum sağlamaktadır. Hemşirelerin kültürel duyarlı bakım vermeleri için; hastayı doğru şekilde anlamaları, ihtiyaçlarını belirlemeleri ve bu doğrultuda bakımı planlayıp uygulayabilmeleri, bunlar için de empati yapabilme yeteneğine sahip olmaları gerekmektedir (Maatta, 2006; Williams ve Stickley, 2010).

Amaç

Bu araştırmanın amacı; Türkiye'nin batısında yer alan bir devlet üniversitesinin hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık ve empati düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek; birinci ve dördüncü sınıfta okuyan öğrencilerin bu açıdan karşılaştırılmasını sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi: Bu araştırma Türkiye'nin batısında yer alan bir devlet üniversitesinin hemşirelik bölümünde öğrenim gören birinci ve dördüncü sınıf hemşirelik öğrencileri ile tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini, araştırmanın yürütüldüğü üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü birinci ve dördüncü sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Örneklem seçimine gidilmemiş olup, 320 öğrencinin 195'i çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Veri Toplama Araçları;

Birey Tanıtım Formu: Hemşirelik öğrencilerinin kişisel özelliklerine ilişkin literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan 8 soru yer almaktadır (Baños, 2006; Bolsoy ve Sevil, 2006; Chen ve Starosta, 2000; Leininger, 2002; Öztürk ve Öztaş, 2012; Ruddock ve Turner, 2007; Sayan, 1999; Üstün, 2011; Yılmaz ve Göçen, 2013).

Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği (KDÖ): Chen ve Starosta (2000) tarafından geliştirilen ölçeğin 2011 yılında Bulduk, Tosun ve Ardiç tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, Cronbach Alpha katsayısı .72 (yeterli) olarak hesaplanmıştır. Ölçek 24 madde ve beş alt boyuttan oluşan, beşli likert tipi bir ölçektir. İletişimde sorumluluk, kültürel farklılıklara saygı, iletişimde kendine güvenme, iletişimden hoşlanma ve iletişimde dikkatli olma ölçeğin alt boyutlarıdır. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 24, en yüksek toplam puan 120'dir. Ölçekten alınan toplam puanın artması kültürlerarası duyarlılık düzeyinin arttığını göstermektedir (Baños, 2006; Bulduk ve ark., 2011; Chen ve Starosta, 2000; Ruddock ve Turner, 2007). Ölçeğin bu çalışmadaki cronbach alpha değeri .70'tir.

Temel Empati Ölçeği (TEÖ): Jolliffe ve Farrington (2006) tarafından geliştirilen, Topçu ve ark. tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması (2010) yapılan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .76 - .80 aralığında ve yeterli bulunmuştur. Psikometrik özellikleri de yeterli olan ölçeğin empati düzeyini belirlemek için Türkiye'de kullanılabilir bir ölçek olduğu saptanmıştır. 9 maddesi bilişsel empatiyi ve

11 maddesi duygusal empatiyi ölçen, 20 maddelik, beşli likert tipi bir ölçektir. Bilişsel empati alt boyutu için ölçekten alınabilecek en düşük puan 9, en yüksek puan 45'tir. Duygusal empati alt boyutu için ise ölçekten alınabilecek en düşük puan 11, en yüksek puan 55'tir. Ölçekten alınacak yüksek puanlar empati düzeyinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise empati düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir (Jolliffe ve Farrington, 2006; Topçu, Baker ve Aydın, 2010) Ölçeğin bu çalışmadaki cronbach alpha değeri 0.79' dur.

Veri toplama

Veriler 01-25 Mart 2015 tarihleri arasında, sınıf ortamında öz bildirim yöntemi ile 15 dakikalık süre içerisinde toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayar ortamında yapılmıştır ve sosyodemografik özellikler sayı ve yüzde dağılımları olarak verilmiştir. Grupların normal dağılım göstermemesi ve parametrik test varsayımları yerine getirilemediği için öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre kültürel duyarlılık ölçeği puan ortalamaları ve temel empati ölçeği puan ortalamaları Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılarak incelenmiştir. Kültürel Duyarlılık Ölçeği puan ortalaması ile Temel Empati Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Veriler; kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yapan yazarlardan ve araştırmanın yürütüldüğü üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izinler alındıktan sonra toplanmıştır (16.04.2015 tarih ve 66 Karar Nolu yazı) Ayrıca araştırmaya katılan öğrencilerden de onam alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişisel özellikleri öğrenim gördükleri sınıflara göre Tablo 1'de verilmiştir. Birinci sınıfta öğrenim gören öğrencilerin yaş ortalaması 19.12±1.49, % 77.1'i kadın olup, % 47.7'si yurtdışı kaldığını ve % 64.2'si ülkenin batısında yetiştiğini belirtmişlerdir. Birinci sınıftaki öğrencilerin % 69.7'si başka kültürden insanlarla tanıştığını, %51.4'ü kültürlerarası duyarlılığa ilişkin bilgi almadığını, bilgi alanların ise % 47.2'si bu bilgiyi üniversitedeki derslerden aldığını ifade etmiştir. Dördüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin yaş ortalaması 22.11±0.85, % 82.6'sı kadın olup, % 43'ü evde arkadaşları ile kaldığını ve % 48.8'i batıda yetiştiğini belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan dördüncü sınıf öğrencilerinin % 84.9'u başka kültürden insanlarla tanıştığını, % 65.1'i kültürlerarası duyarlılığa ilişkin bilgi almadığını, bilgi alanların ise % 43.3'ü bu bilgiyi üniversitedeki derslerden aldığını ifade etmiştir. Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre yaş ortalamaları (F=3.868, p= .000), şu an kaldıkları yer (x²=11.137, p= .004), başka kültürlerden insanlarla tanışma durumları (x²=6.128, p= .013) arasında fark vardır (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Sınıflara Göre Kişisel Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-demografik Veriler		Birinci Sınıf (n=109)		Dördüncü Sınıf (n=86)	
		Ortalama±SD		Ortalama±SD	
Yaş Ortalaması		19.12±1.49		22.11±0.85	
t=3.868 p=.000					
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	84	77.1	71	82.6
	Erkek	25	22.9	15	17.4
	x ² /p	x ² =0.890		p=.346	
Şu An Kalınan Yer	Ailemle	34	31.2	17	19.8
	Yurtta	52	47.7	32	37.2
	Evde arkadaşlarımla	23	21.1	37	43.0
	x ² /p	x ² =11.137		p=.004	
Yetişilen Coğrafi Bölge	Batı	70	64.2	42	48.8
	Güney	16	14.7	18	21.0
	Orta	11	10.1	8	9.3
	Kuzey	3	2.8	8	9.3
	Doğu	9	8.3	10	11.6
	x ² /p	x ² =7.306		p=.121	
Başka Kültürden İnsanlarla Tanışma	Evet	76	69.7	73	84.9
	Hayır	33	30.3	13	15.1
	x ² /p	x ² =6.128		p=.013	
Kültürlerarası Eğitim	Evet	53	48.6	30	34.9
	Hayır	56	51.4	56	65.1
	x ² /p	x ² =3.712		p=.054	
Bilgiyi Aldığı Yer	Yazılı-Görsel Basından	12	22.6	10	33.3
	Üniversitedeki derslerden	25	47.2	13	43.4
	Aile-arkadaşlardan	16	30.2	7	23.3
	x ² /p	x ² =1.213		p=.545	

Araştırmaya katılan birinci sınıf öğrencilerinin KDÖ toplam puan ortalaması 78.42±8.82, dördüncü sınıf öğrencilerinin ise 78.61±5.33'tür, TEÖ toplam puan ortalaması ise sırasıyla 60.28±6.25 ve 58.98±5.80'dir. Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre KDÖ ve TEÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur (p>.05) (Tablo 2).

Birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin kişisel özelliklerine

göre Kültürlerarası Duyarlılık ve Temel Empati Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 3'de gösterilmiştir. Dördüncü sınıftaki kız öğrencilerin TEÖ toplam puan ortalaması 59.56±5.73 iken, erkek öğrencilerin 56.26±5.57'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (MU=354.50, p=.042). Her iki sınıfta öğrenim gören öğrencilerin de diğer kişisel özelliklerine göre Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Temel Empati Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur (p>.05) (Tablo 3).

Tablo 2. Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Sınıflara Göre Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Temel Empati Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Ölçekler	Birinci Sınıf (n=109) Ortalama±SD	Dördüncü Sınıf (n=86) Ortalama±SD	MU	p
Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği Toplam Puan Ortalaması	78.42±8.82	78.61±5.33	4.836	.703
İletişimde Sorumluluk	25.73±3.98	26.22±2.44	4.771	.829
Kültürlerarası Farklılıklara Saygı	17.03±2.87	17.12±3.26	4.734	.902
İletişimde Kendine Güvenme	16.74±2.83	16.46±1.84	4.402	.462
İletişimden Hoşlanma	7.30±2.82	7.38±2.02	4.978	.453
İletişimde Dikkatli Olma	11.60±2.21	11.41±1.47	4.260	.267
Temel Empati Ölçeği Toplam Puan Ortalaması	60.28±6.25	58.98±5.80	3.898	.054
Bilişsel Empati	29.29±3.69	29.61±2.93	4.884	.611
Duygusal Empati	30.97±4.25	29.37±4.52	3.634	.009

Çalışmaya katılan birinci sınıf öğrencilerinin Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği toplam puan ortalaması (78.42±8.82) ve Temel Empati Ölçeği toplam puan ortalaması (60.28±6.25) arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ($r=0.444$, $p=.000$) bir ilişki vardır. Dördüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin de Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği toplam puan ortalaması (78.61±5.33) ve Temel Empati Ölçeği toplam puan ortalaması (58.98±5.80) arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=0.298$, $p=.005$) bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tartışma

Kültürlerarası duyarlılık, Türkiye gibi çok farklı kültürlerin birleştiği toplumlarda hemşirelik bakımının temelinin

oluşturan önemli unsurlardan biridir. Bu nedenle hemşirelik eğitiminin, kültüre duyarlı ve bu duyarlılığın oluşmasında en önemli ve merkezi unsurlarından birisi olan empati becerisine sahip bireylerin gelişmesine katkı sağlayıcı olması beklenmektedir. Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin eğitim gördükleri sınıflara göre kültürlerarası duyarlılık ve empati düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Çalışmada öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre KDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı saptanmıştır. Banos'un çalışmasında (2006) sınıf düzeylerinin, öğrencilerin kültürlerarası duyarlılıklarında belirgin bir fark yaratmadığı saptanmıştır. Banos'un çalışmasında olduğu gibi bizim çalışmamızda da KDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 3. Öğrencilerin Kişisel Özelliklerine Göre Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Temel Empati Ölçeği Puan Ortalamaları

Kişisel özellikler	Birinci Sınıf		Dördüncü Sınıf	
	KDÖP Ortalama±SD	TEÖP Ortalama±SD	KDOP Ortalama±SD	TEOP Ortalama±SD
Cinsiyet				
Kız	78.19±8.46	60.38±5.81	78.90±5.54	59.56±5.73
Erkek	79.20±10.07	59.95±7.72	77.26±4.11	56.26±5.57
MU	1.056	914.00	471.50	354.50
p	.963	.486	.486	.042
Şu an kalınan yer				
Ailesiyle	77.00±7.74	60.06±6.11	79.29±6.51	58.82±5.11
Yurtta	79.53±9.24	60.23±5.76	78.03±3.83	58.09±5.77
Evde	78.00±9.37	60.73±7.65	78.81±5.92	59.83±6.15
KW	3.187	0.150	0.751	0.757
p	.203	.928	.687	.685
Yetişilen Coğrafi Bölge				
Batı	77.27±7.95	59.75±6.15	78.66±5.05	59.09±5.02
Güney	79.87±5.43	61.31±5.35	78.66±6.43	59.88±6.18
Kuzey	77.33±4.04	61.33±1.52	78.37±3.15	57.25±5.59
Orta	82.54±13.98	59.00±5.17	79.00±5.42	60.62±9.51
Doğu	80.11±12.57	64.25±9.91	78.20±6.57	57.00±5.07
KW	2.826	3.498	0.241	6.234
p	.587	.478	.993	.182
Başka kültürde insanlarla tanışma				
Evet	79.42±9.26	60.24±6.45	78.43±5.01	58.97±5.55
Hayır	76.12±7.32	60.39±5.86	79.61±7.04	59.07±7.34
MU	981.50	1.296	501.50	449.00
p	.072	.693	.744	.758
Kültürlerarası eğitim				
Evet	79.16±10.34	60.19±7.39	78.46±3.71	58.90±6.57
Hayır	77.71±7.10	60.37±5.04	78.69±6.06	59.03±5.41
MU	1.328	1.526	837.00	827.50
p	.345	.664	.978	.910

Tablo 4. Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Sınıflara Göre Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Temel Empati Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Birinci Sınıf		Dördüncü Sınıf	
	Ort±SD	r/p	Ort±SD	r/p
KDÖP Ortalaması	78.42 ±8.82	.444 .000	78.61 ±5.33	.298 .005
TEÖP Ortalaması	60.28 ±6.25		58.98 ±5.80	

Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre TEÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı saptanmıştır. Hong ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2012), ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıfta okuyan 233 tıp öğrencisinin bir yıl ara ile empati puanlarındaki değişiklik incelenmiştir. Bir yıllık süre içerisinde empati puanlarının giderek arttığı, ancak bu değerler arasında anlamlı farklılıkların olmadığı saptanmıştır. Hasan ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) ise, öğrencilerin sınıfları ile empati düzeyleri arasında fark olduğu; öğrenim görülen sınıf arttıkça empati düzeylerinin de arttığı görülmüştür. Khademalhosseini, Khademalhosseini ve Mahmoodian'ın

(2014) ilk yıldan yedinci yıla kadar olan süreçte İran'daki 260 tıp öğrencisinin empati düzeylerini incelediği araştırmada ise; öğrencilerin eğitim düzeyleri arttıkça empati skorlarının azaldığı saptanmıştır.

Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre TEÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde; puan ortalamaları yıllar içerisinde artma ya da azalma gösterebilmektedir. Ancak literatür taramasında bu değerlerin anlamlı olduğunu belirten çalışmalar olduğu gibi anlamlı olmadığını belirtenler çalışmalar da yer almaktadır (Hong ve ark., 2012; Hasan ve ark., 2013; Khademalhosseini, Khademalhosseini ve Mahmoodian, 2014). Bu bulgular ışığında çalışmamızda da yıllar içerisinde azalma olduğu ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Çünkü öğrencilerin yaşadıkları heyecan, öğrenme isteği ve merak meslek eğitimlerinin başında çok daha fazla olduğu için yıllarda TEÖ puan ortalamalarının yüksek olması beklenen bir durumdur.

“Hemşirelik öğrencilerinin öğrenim gördükleri sınıflara göre KDÖ ve TEÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında fark yoktur.”

Çalışmada birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin cinsiyetlerine göre KDÖ ve TEÖ'den aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, cinsiyet açısından birinci sınıf öğrencilerinde her iki ölçek puan ortalamalarında fark saptanmazken, dördüncü sınıf öğrencilerinde TEÖ puan ortalamasının kız öğrencilerde erkek öğrencilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Neumann ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise cinsiyetler ile empati düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmazken, Hasan ve arkadaşları (2013), Khademalhosseini, Khademalhosseini ve Mahmoodian (2014), Jolliffe ve Farrington (2006) ve Dehning ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmalarda kız öğrencilerin empati puanlarının erkek öğrencilerin puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kız öğrencilerin empati yapma becerisinin erkeklerden daha yüksek olmasının nedeni, kız öğrencilerin erkeklerden daha duygusal olmaları ve böylece empatik beceri geliştirebilmeleri olarak düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin yetiştikleri coğrafi bölgeye göre her iki ölçekten aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde ise birinci sınıf öğrencilerinin KDÖ puan ortalaması ülkemizin orta ve doğu bölgelerinde, TEÖ puan ortalaması ise kuzey ve doğu bölgelerinde istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek olarak saptanmıştır. Dördüncü sınıf öğrencilerinde KDÖ puan ortalamaları arasında büyük farklılıklar olmamakla birlikte orta, batı ve güney bölgelerimizde yüksek iken, TEÖ puan ortalamaları orta ve güney bölgelerimizde daha yüksektir. Üstün'ün yaptığı çalışmada (2010), yurt dışında yaşayanlarda KDÖ puan ortalamalarının daha fazla olduğu, Türkiye içinde en yüksek puan ortalamasının Güneydoğu Anadolu bölgesinde yetişenlerde, en düşük puan ortalamasının ise Ege ve Akdeniz bölgelerinde yetişenlerde olduğu saptanmıştır. Kültürel farklılık ve benzerliklere duyarlı olmanın ve empati yapabilmenin yetişilen bölge ile ilişkisi olmadığı, iyimser, açık görüşlü, güvenilir ve saygılı bireylerin her türlü koşulda kültürel duyarlılığa ve empati yapma becerisine sahip olabileceği söylenebilir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin başka kültürden insanlarla tanışma durumları ile her iki ölçekten aldıkları

puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Banos'un çalışmasında (2006), farklı kültürlerden arkadaşlara sahip olan öğrencilerin kültürlerarası duyarlılık düzeylerinin, diğerlerine göre daha yüksek olduğu, bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu; Üstün'ün çalışmasında (2010) öğretmen adaylarının farklı ülkelerden veya kültürlerden arkadaşlara sahip olma durumları ile kültürlerarası duyarlılık düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Hemşirelik eğitim programında öğrencilere, bireylerle ilişkilerinde dürüst olmaları, saygılı ve anlayışlı olmaları, mahremiyetlerine özen göstermeleri gibi konular öğretilmektedir. Bu nedenle başka kültürden olsun ya da olmasın her bireye duyarlı olmaları gerektiği anlatılmaktadır.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin KDÖ ve TEÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; birinci sınıf öğrencilerinde pozitif yönlü, orta düzeyde bir ilişki, dördüncü sınıf öğrencilerinde ise pozitif yönlü ancak zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır.

“Hemşirelik öğrencilerinin empati düzeyleri ile kültürlerarası duyarlılık düzeyleri arasında ilişki vardır.”

Literatürde TEÖ ile KDÖ ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Chen ve Starosta'nın (2000) kültürlerarası duyarlılık ölçeği geliştirmek amacıyla yaptıkları çalışmada empatinin kültürlerarası duyarlılığın merkezi unsurlarından biri olduğu belirtilmiştir. Toplumun kültürel gereksinimlerine yanıt verecek kültürel bilgi ve becerilere sahip hemşirelerin yetiştirilmesi için hemşirelik eğitiminde, öğrencilerin iletişimin en temel unsuru olan empati becerisini kazanmalarının, hastaya özgü ve kültüre duyarlı bakım vermede önemli katkısı olduğu düşünülmektedir.

Sonuç

Değişen dünya şartları gereği farklı kültürlerin bir arada yaşaması veya çeşitli sebeplerle etkileşime girmesi kaçınılmazdır. Ülkemizde de kültürel açıdan zenginliğin olması kültürel farklılıkları beraberinde getirmektedir. Bu nedenle kültürel farklılıkları kabul etmek, algılamak ve en aza indirmek, bu farklılıklara uyum sağlayarak toplumsal bir farkındalık yaratmak; kültür ve empati konularının başta ulusal hemşirelik eğitim programı olmak üzere sağlık alanında eğitim veren tüm disiplinlerin eğitim programları içerisine entegre edilmesiyle mümkün olacaktır.

Özellikle sağlık alanında hasta ya da sağlıklı bireyle güvenilir bir iletişim başlatılabilmesi için kültürlerarası farklılıkların bilincinde olmak, bireylerin kültürel yaklaşımlarına duyarlı olmak hemşirenin bireye empatik bir yaklaşımla sağlık hizmeti vermesini daha da önemli hale getirmiştir. Bu nedenle; hemşirelik öğrencilerinin ilk yıldan itibaren ders konularına kültürel duyarlılık, kültürel farkındalık konuları eklenmeli ve kültürü farklı olan bireylere empatik bir yaklaşımla hemşirelik yönetimini planlaması öğretilmelidir. Farklı kültürlere duyarlı ve empati kurma becerileri gelişmiş hemşireler, sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda daha etkin rol alacaktır.

Bu çalışma sonuçlarına göre; hemşirelik öğrencilerinin yanı sıra başta hemşireler olmak üzere, tüm sağlık personellerinde kültürel duyarlılık ile empati durumlarının araştırılması, hizmet içi eğitimlerle çalışanların kültürel

bakış açılarının genişletilmesi, farkındalıklarının artırılması, çalışma kapsamında incelediğimiz değişkenler dışında farklı değişkenlerin kültürlerarası duyarlılık ve temel empati düzeylerine etkisinin incelenmesi önerilebilir. Yapılacak olan nitel çalışmalarla bu konuda farklı grupların görüş ve tutumları da incelenerek duyarlılık düzeylerini geliştirecek eğitim programları düzenlenebilir.

“Hemşirelerin kültürel duyarlı bakım vermeleri için, empati yapabilmek yeteneğine sahip olmaları gerekmektedir.”

Alana Katkı

Literatür taramasına göre TEÖ ile KDÖ ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yaptığımız bu araştırma ile empati ve kültürlerarası duyarlılık düzeylerinin birbirini doğrudan etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle araştırmamızın alandaki bu boşluğu dolduracağı düşünülmektedir.

Çıkar Çatışması

Bu araştırmada herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Baños, R.V. (2006). Intercultural sensitivity of teenagers: A study of educational necessities in catalonia. *Intercultural Communication Studies*, 15(2):16-22.
- Bayık, A. (2008). Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2):92-101.
- Bekâr, M. (2001). Transcultural nursing. *Toplum ve Hekim*, 16:136-141.
- Biröl, L. (2005). Hemşirelik süreci. (7. Baskı). İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.
- Bolsoy, N., Sevil Ü. (2006). Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3):78-87.
- Bulduk, S., Tosun, A., Ardiç, E. (2011). Türkçe kültürlerarası duyarlılık ölçeğinin hemşirelik öğrencilerinde ölçümsel özellikleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 19(1):25-31.
- Chen, G.M., Starosta, W. (2000). The development and validation of the intercultural sensitivity scale. *Human Communication*, 3(1):2-14.
- Cırık, İ. (2008). Çok kültürlü eğitim ve yansımaları. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 34:27-40.
- Dehning, S., Gasperi, S., Krause, D., Meyer, S., Reiß, E., Burger, M., et al. (2013). Emotional and cognitive empathy in first-year medical students. *ISRN Psychiatry*. 2013(1):1-6.
- Dökmen, Ü. (1994). Sanatta ve günlük yaşamda iletişim çatışmaları ve empati. (1.Baskı). İstanbul: Ögünç Ofset.
- Hasan, S., Al-Sharqawi, N., Dashti, F., Abdülaziz, M., Abdullah, A., Shukkur, M., et al. (2013). Level of empathy among medical student in Kuwait University, Kuwait. *Medical Principles and Practice*, 22(4):385-389.
- Hong, M., Lee, W.H., Park, J.H., Yoon, T.Y., Moon, D.S., Lee, S.M., et al. (2012). Changes of empathy in medical college and medical school students: 1-year follow up study. *BMC Medical Education*, 12(1):122.
- Jolliffe, D., Farrington, D.P. (2006). Development and validation of the basic empathy scale. *Journal of Adolescence*, 29(4):589-611.
- Khademalhosseini, M., Khademalhosseini, Z., Mahmoodian, F. (2014). Comparison of empathy score among medical students in both basic and clinical levels. *Journal of Advances in Medical Education and Professionalism*, 2(2):88-91.

- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3):189-192.
- Maatta, S.M. (2006). Closeness and distance in the nurse-patient relation. the relevance of edith stein's concept of empathy. *Nursing Philosophy*, 7(1):3-10.
- Neumann, M., Scheffer, C., Tauschel, D., Lutz, G., Wirtz, M., Edelhauser, F. (2012). Physician empathy: Definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 29(1):1-21.
- Öztürk, E., Öztaş, D. (2012). Transkültürel hemşirelik. *Batman University Journal of Life Sciences*, 1(1):293-300.
- Parlar, S., Besen, B.D., Tokem, Y., Fadiloğlu, Ç., Karadağ, G. (2014). An analysis of the cultural problems encountered during caregiving by the nurses working in two different regions of Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 20(3):310-319
- Rogers, C.R. (1983). Empatik Olmak Değeri Anlaşılmamış Bir Varoluş Şeklidir. (F. Akkoyun, Çev.). *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 16: 103-124.
- Ruddock, H.C., Turner de S. (2007). Developing cultural sensitivity: nursing students' experiences of a study abroad programme. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4):361-369.
- Sayan, A. (1999). Kültür ve sağlık. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2):50-52.
- Şenol, V., Ünalın, D., Çetinkaya, F., Öztürk, Y. (2004). Kayseri ilinde halk ebeği ile ilgili geleneksel uygulamalar. *Klinik Gelişim*, 17(3/4):47-55
- Tanrıverdi, G., Seviğ, Ü., Bayat, M., Birkök, M.C. (2009). Hemşirelik bakımında kültürel özellikleri tanılama rehberi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1):793-806.
- Tanrıverdi, G., Okanlı, A., Şıpkın, S., Özyazıcıoğlu, N., Akyıl, R. (2010). The evaluation of the cultural differences experienced by nursing and midwifery students in nursing. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(3):117-122.
- Topçu, Ç., Baker, E.Ö., Aydın, Ç.Y. (2010). Temel empati ölçeği Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(34):174-182.
- Tortumluoğlu, G., Okanlı, A., Özyazıcıoğlu, N., Akyıl, R. (2006). Defining cultural diversities experienced in patient care by nursing students in eastern Turkey. *Nurse Education Today*, 26(2):169-75.
- Tortumluoğlu, G., Okanlı, A., Şıpkın, S., Özyazıcıoğlu, N., Akyıl, R. (2007). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin bakım verirken yaşadıkları kültürel deneyimler ve etkileyen faktörler. T.S.K.İI. Ulusal/Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı). Erzurum. 8-11 Mayıs.
- Üstün, E. (2011). Öğretmen adaylarının kültürlerarası duyarlılık ve etnik merkezlik düzeylerini etkileyen etmenler. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri ABD. İstanbul.
- Yılmaz, F., Göçen, S. (2013). Sınıf öğretmeni adaylarının kültürlerarası duyarlılık hakkındaki görüşlerinin farklı değişkenlere göre incelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(15):373-392.
- Williams, J., Stickley, T. (2010). Empathy and nurse education. *Nurse Education Today*, 30(8):752-755.

DERLEME / REVIEW

Hemşirelikte Psikomotor Beceri Eğitiminde Video Destekli Öğretim ve OSCE Uygulaması: Bir Deneyim Paylaşımı*Video-Based Teaching and OSCE Implementation in Nursing Psychomotor Skills Education: Sharing of an Experience*

Esra AKIN KORHAN, Doç. Dr., Yasemin TOKEM, Doç. Dr., Derya UZELLI YILMAZ, Öğr. Gör., Hacı DİLEMEK, Ar. Gör.

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Kabul tarihi/Accepted: 25.01.2016

Özet**İletişim/Correspondence:**

Esra Akın Korhan, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Balatçık Kampüsü Çiğli Ana Yerleşkesi, Merkezi Ofisler-1, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çiğli, İzmir
E-posta: akinesra80@hotmail.com

Hemşirelik eğitiminde psikomotor beceri eğitiminin iyi yapılandırılması oldukça önemlidir. Bu bağlamda, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde psikomotor beceri eğitiminin klasik yöntemlerin yanı sıra yenilikçi bir yaklaşım olan video destekli öğretim ile gerçekleştirilmesine karar verilmiştir. Beceri eğitimini gerçekleştiren Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim elemanları tüm becerilere ait video çekimleri yapmıştır. Her bir beceriye ait teorik anlatımların hemen ardından videolar öğrencilere ulaştırılmış ve kendilerine bir ders materyali olarak verilmiştir. Böylece, öğrencilerin beceriyi laboratuvar ortamından önce tüm işlem adımları doğrultusunda görmeleri sağlanmıştır. Beceri eğitiminin verilmesi kadar değerlendirilmesinin de oldukça önemli olduğundan yola çıkılarak ve değerlendirmede öğrenciler arasında standardizasyonu, objektifliği sağlamak amacı ile Objektif Yapılandırılmış Klinik Sınav uygulanmıştır. Psikomotor becerinin hem öğretimde hem de değerlendirilmesinde kullanılan bu yöntemlerin hemşirelik eğitimine katkıları olumlu yönde olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Psikomotor Beceri, Video Destekli Öğretim, OSCE.**Abstract**

Better structuring of psychomotor skills training in nursing education is of great importance. Therefore, innovative approach of video-assisted instruction in addition to conventional methods in psychomotor skills training was decided to be applied in the Department of Nursing of Health Sciences Faculty of İzmir Kâtip Celebi University. The members of the Department of Fundamentals of Nursing who perform skills training made video recordings related to all skills. After theoretical explanations of each skill, related videos were immediately presented to the students and used as course material. Thus, all steps in the process were able to be observed by the students before their application in the laboratory. Considering that evaluation of skills is as important as training, it was decided to implement the Objective Structured Clinical Examination in order to achieve standardization and objectivity in the evaluation of the students. These methods, used both in teaching and evaluation of psychomotor skills, have made a positive contribution to nursing education.

Keywords: Nursing, Psychomotor Skill, Video- Assisted Instruction, OSCE.**Giriş**

Hemşirelik eğitimi, bilişsel, psikomotor ve tutumsal davranışların kazandırılmasını amaçlamaktadır (Terzioğlu ve ark., 2012). Bu nedenle, hemşirelik eğitimi öğrencilere belirtilen rolleri kazandıracak yeterlilikte bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanlarını kapsayan bir eğitim sistemini ve yenilikçi uygulamaların kullanılmasını gerektirmektedir (Göriş, Bilgi, Bayındır, 2012). Öğrencilerin klinik uygulama öncesi beceri niteliğinin artırılması klinik uygulamada hasta bakım ve tedavi sürecinde yeterliliğinin artırılması açısından oldukça önemlidir. Bu bağlamda; psikomotor beceri eğitimi günümüzde gösterme yöntemi ve beceri listelerinin kullanılması gibi geleneksel

yöntemlerin yanı sıra gerçek klinik senaryolar, rol oynama, video gösterimi, simüle hasta ve standardize hasta gibi eğitim yöntemlerinin kullanılması ile daha etkin bir biçimde yürütülme eğilimi ortaya çıkmaktadır (Mete ve Uysal, 2010).

Teknoloji beceri eğitiminde daima önemli bir rol oynamıştır. Teknolojinin bir unsuru olan videolar, hemşirelik öğrencilerinin beceri öğrenmesini kolaylaştırmaktadır (Mete ve Uysal, 2010). Eğitim-öğretim ortamlarında bilimsel videoların kullanımı pedagojik bir araç olarak tanımlanmakta ve teori ile uygulamayı birleştirdiği düşünülmektedir. Videoların eğitim-öğretim ortamlarında

kullanılması bilişsel fayda (çok ve iyi öğrenme, bellekte tutma, hatırlama), psikolojik fayda (motivasyon, öğrenme zevki) ve bilgileri görselleştirme kolaylığı gibi etkileri vardır. Öğrenme süreci içerisinde video kullanımı, öğrenciler tarafından anlamlı zihinsel etkinlikler oluşturmasına ve yorumlama, kritik düşünme, problem çözme becerileri gibi bilişsel yeteneğin öğrencilerde gelişmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca, öğretimsel materyal olarak video kullanımı öğrenci motivasyonu üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir (Schwan ve Riempp, 2004). Hemşirelikte psikomotor beceri eğitiminde video destekli öğretimin kullanıldığı çalışmalar sınırlı olmakla birlikte kullanımı giderek artmaktadır.

Hemşirelik eğitiminde etkin öğrenme yöntemlerinin kullanımı kadar öğrencilerin temel hemşirelik becerilerine ait performanslarının etkin değerlendirilmesinde büyük önem taşımaktadır. Değerlendirme aynı zamanda, eğitimde öğrenmeyi yönlendiren bir süreçtir. Hemşirelik eğitiminde beceri değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler genel olarak becerinin gözlenmesi, vaka temelli değerlendirme ve objektif yapılandırılmış klinik sınavların uygulanması şeklindedir (Boztepe ve Terzioğlu, 2013). Bu bağlamda klinik beceri ve uygulamaların yoğun olduğu hemşirelik alanında da kullanılan etkin değerlendirme yöntemlerinden biri objektif yapılandırılmış klinik sınavlardır. Klinik beceri performansını değerlendirmede kullanılan bir yaklaşım olan Objektif Yapılandırılmış Klinik Sınav (OSCE), öğrencilerin klinik uygulamalar sırasında kendilerinden beklenen uygulama ve becerileri istenen düzeyde uygulamaya hazır olma durumlarını değerlendirmek için kullanılan geçerli bir stratejidir. Objective Structured Clinical Examination" ifadesinin kısaltması olan OSCE "Tarafsız (Objective)", "Yapılandırılmış (Structured)", "Klinik (Clinical)", "Sınav (Examination)" olarak tanımlanmaktadır (Denat ve Tuğrul, 2012). OSCE, üst düzey düşünme becerilerini ölçmede kullanılan, birden fazla istasyondan oluşan ve her bir istasyonda farklı klinik becerilerin değerlendirildiği bir performans sınavıdır (Yılmaz, 2012). Böylece öğrencilere yapılandırdığı bilgi ve becerilerini gösterme fırsatı vermektedir (Denat ve Tuğrul, 2012). Geçmek ya da kalmak konusunda kabul edilen kriterler ve kontrol listeleri (check list) ile işin standardize edilmesi sınavdaki "objektifliği"; sınav içeriğinin önceden dikkatle gözden geçirilerek uygun miktarda konu ve ustalık alanları içeren gelişmiş bir sınav yapısı oluşturulması ve her türlü olası performansın nasıl puanlandırılacağına önceden belirlenmesi "yapılandırılmışlığı"; ölçülebilir klinik beceriler ve bazı özel klinik alanlardaki yeterliliklerin, bir kontrol listesi üzerinden puanlanarak test edilmesi "kliniği"; değişkenliklerden kaçınılarak tüm adayların aynı ya da eşdeğer materyaller üzerinde, her bir basamaktan geçecek şekilde test edilmesi "sınavı" ifade etmektedir (Denat ve Tuğrul, 2012).

Tıp Fakültesi öğrencilerinin becerilerini değerlendirmek amacı ile geliştirilen bu yöntem hemşirelik de dâhil olmak üzere birçok sağlık profesyonelinin eğitiminde becerilerin değerlendirilmesinde kullanılmaya başlanmıştır. Çünkü yeni mezun hemşirelerin klinik yeterliliklerinin istenilen düzeyde olmaması, hastaların hastanede kalış sürelerinin kısalması nedeniyle öğrencilerin istenilen düzeyde bakım verememeleri, teori ve uygulama arasındaki bağlantının kurulmaması OSCE'nin hemşirelikte kullanımını zorunlu hale getirmiştir. Yapılan çalışmalar OSCE'nin avantajlarını birçok değerlendirme yöntemine göre daha üstün bir

objektifliğe sahip olması, farklı eğitimciler ve gözlemciler tarafından kullanılabilirdiği için sınavı yapan kişiden kaynaklanan önyargıyı önlediği, eğitmen ve öğrenciler tarafından kabul gören bir değerlendirme yöntemi olduğu, öğrenme motivasyonunu artırdığı, yüksek düzeyde geçerliliğe ve güvenilirliğe sahip olması yönünde belirtmiştir. Bu avantajlarına karşın bazı çalışmalar OSCE'nin öğrencilerde strese neden olduğunu belirtmektedir (Boztepe ve Terzioğlu, 2013).

Tüm bu bilgiler ve gerekçeler ışığında üniversitemizde hemşirelik öğrencilerinin psikomotor beceri eğitimlerinde video destekli öğretim yöntemi kullanılmakta ve beceri performanslarının etkin bir şekilde değerlendirilmesi için de OSCE sınavları yapılmaktadır. Bu makalede, uyguladığımız yenilikçi eğitim ve değerlendirme yöntemlerinin ayrıntıları paylaşılacaktır.

Video Destekli Öğretimin Uygulanışı

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim elemanları tarafından ders kapsamında öğretimi gerçekleştirilen becerilere ait kontrol listeleri ilgili alanda yer alan ulusal ve uluslararası literatür ışığında oluşturulmuş, ayrıntılı işlem basamakları Asepsi-Enfeksiyon Kontrolü, Yaşam Bulguları, Yatak Başı Hasta Bakımı, Sıcak ve Soğuk Uygulamalar, Vücut Mekaniği ve Hareket Sistemi Uygulamaları, İlaç Uygulamaları, Solunum Sistemi Uygulamaları, Sindirim Sistemi Uygulamaları, Üriner Sistem Uygulamaları ve Boşaltım Sistemi Uygulamaları başlıklı konular için belirlenmiştir. Bu kontrol listeleri doğrultusunda her bir konuya ait uygulamalar için Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim elemanları tarafından video çekimleri laboratuvar ortamında gerçekleştirilmiştir. Tüm becerilerin anlatımında standardizasyon sağlamak için, video akış planı hazırlanmış, bu plan doğrultusunda kayıtlar gerçekleştirilmiştir. Video öğretimine ilişkin eğitim hedefleri tanımlanmış ve bu doğrultuda içerik tasarlanmıştır. Video akış planı; ilgili beceride kullanılacak malzemelerin tanıtılması ve uygulamanın beceri kontrol listesi doğrultusunda tüm basamaklarının öğretim elemanı tarafından gerçekleştirilmesini içermiştir. Videoların özellikleri sesli, uygulayıcının görüldüğü, tüm işlem adımlarını uygulayıcının anlatarak gerçekleştirdiği şeklindedir. Bu videolar ilgili becerinin teorik ders anlatımı sırasında öğrencilere izletilmiş ve videolar öğrencilere ulaştırılmış ve bir ders materyali olarak kendilerine verilmiştir. Öğrencilerin bu uygulamaya ilişkin olumlu geribildirimleri olmuştur. Video gösterimi sonrasında yapılan demonstrasyon tekniğinde öğretim elemanı, uygulamaları işlem adımları doğrultusunda gerçekleştirmiş ve sonrasında tek tek bütün öğrencilerden yapmalarını istemiştir. Tüm bunlar doğrultusunda öğrencilerimizin psikomotor beceri eğitimi demonstrasyon tekniğinin yanı sıra video destekli öğretimin de kullanımı ile gerçekleştirilmiştir. Öğrenciler, becerileri laboratuvar uygulamasından önce izlemiş, görmüş olmanın ve videoların bir ders materyali olarak kendilerine verilmesinin becerileri öğrenmelerini kolaylaştırdığını ve pekiştirdiğini ifade etmişlerdir.

OSCE Sınavının Uygulanması ve Değerlendirilmesi

Öğrencilerin becerileri, Hemşirelik Esasları ders programı içerisinde yer alan tüm konuların teorik anlatımı ve laboratuvar uygulamasının ardından OSCE sınav yöntemi kullanılarak değerlendirilmiştir. OSCE sınavına karar verildikten sonra, sınavda değerlendirilecek beceriler

belirlenmiştir. Değerlendirilecek beceriler “Nazotrekeal Aspirasyon Uygulaması” ile “Ventrogluteal Bölgeden İntramüsküler Enjeksiyon Uygulama” olarak belirlenmiştir. Sınava girecek öğrenci sayısı, kullanılacak malzeme miktarı ve yararlanılacak manken sayıları göz önünde tutularak sınav süreleri, istasyon sayıları ve sınavın aynı anda kaç koldan yürütüleceği netleştirilmiştir. Bu bağlamda her bir uygulama için 8 dakikalık sürenin verilmesi belirlenmiş ve sınavın dört istasyonda yürütülmesine karar verilmiştir. Sınavın uygun şekilde yürütülmesi için bir koordinatör ve istasyonlarda görev alacak dört öğretim elemanı belirlenmiştir. Sınavın etkin yürütülmesi için bir rehber oluşturulmuştur. İstasyonlarda görev alacak öğretim elemanlarına bu rehber doğrultusunda seçilmiş becerilere, sınav sürecinin yönetilmesine ve değerlendirme kriterlerine ilişkin eğitim verilmiştir. Sınavda becerilerin değerlendirilmesi için eğitimciler tarafından yapılandırılmış kontrol listeleri oluşturulmuştur. Sınav ortamı olan beceri laboratuvarının fiziki koşulları düzenlenmiş ve sınav düzeni oluşturulmuştur. Sınav başlamadan önce öğrencilere sınav düzenine ilişkin ayrıntılı bilgi verilmiştir.

Sınav başladığında öğrenciler belirlenen iki beceriye ait istasyonlarda verilen süre içerisinde uygulamalarını gerçekleştirmişlerdir. Öğrenciler bir istasyondan diğerine sürenin dolduğunu belirten zil sesinden sonra geçmişlerdir. Zil sesiyle öğrenci diğer istasyona girmiş ve önceden tanımlanmış zaman içerisinde beceriyi gerçekleştirmiştir. Belirlenen sürenin sonunda zil sesiyle istasyondan ve sınav ortamından ayrılmıştır.

Sınavın değerlendirilmesinde “Yapılandırılmış Kontrol Listeleri” kullanılmıştır. Bu kontrol listeleri her iki beceriye ait işlem adımlarını içermiştir. Her bir işlem adımı “Yaptı” ve “Yapmadı” şeklinde değerlendirilmiştir ve her biri işlemin özelliği dikkate alınarak puanlanmıştır. “Yapılandırılmış Kontrol Listeleri” 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Her bir uygulama için alınacak minimum puan bir, maksimum puan ise 100’dür.

OSCE sınavı 2014-2015 Eğitim-Öğretim yılı Bahar Döneminde Hemşirelik Esasları dersini alan 201 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerin OSCE sınav ortalaması 73 puan olarak bulunmuştur. “Nazotrekeal Aspirasyon Uygulaması” için değerlendirme sonuçları ise minimum 30 puan, maksimum 92 puan, ortalama 74 puan olarak belirlenmiştir. “Ventrogluteal Bölgeden İntramüsküler Enjeksiyon Uygulama”sı için sonuçlar; minimum 20 puan, maksimum 95 puan, ortalama 72 puan olmuştur. Öğrenci bu sınav sonuçlarının daha önceki yıllar ile karşılaştırıldığında puan ortalaması olarak olumlu yönde değiştiği ve yükselme gösterdiği belirlenmiştir. Öğrencilerin OSCE sınavına ilişkin görüşleri gerçekleştirilen geribildirim toplantısında belirlenmiştir. Öğrenciler sınavı; “objektif”, “güven duygusunu geliştiren”, “standart” bir sınav olarak tanımlamışlardır. Yanı sıra OSCE’nin kendilerinde strese ve korkuya neden olduğunu da belirtmişlerdir.

Sonuç ve Öneriler

Hemşirelik eğitimi bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme ortamlarını kapsayan bir eğitim sistemi gerektirmektedir. Bu nedenle öğrenci eğitiminde video destekli öğretimin bir eğitim yöntemi olarak kullanılmasının önemli olduğu ve eğitimin niteliğini olumlu

yönde etkilediği düşünülmektedir. Bu bağlamda, gelecek yıllarda üniversitemiz bilgi sistemi üzerinden video destekli öğretimin başlatılması planlanmakta, bunun için çalışmalar yapılmaktadır.

“Psikomotor becerinin öğretiminde video destekli öğretim ve OSCE, öğrencilerin motivasyonunda önemlidir”

Eğitimin niteliği kadar verilen eğitimin uygun değerlendirilmesinin de gerekliliği yadsınamaz bir gerçektir. Bu bağlamda, hemşirelik eğitiminde her öğrenci performansının aynı beceri ile, aynı sürede, aynı değerlendiriciler tarafından ve belirlenmiş beceri kontrol listeleri ile gerçekleştirildiği OSCE sınavlarının kullanılmasının önemi büyüktür. Uygulama sonuçlarımız ve tüm bu gerçeklikler doğrultusunda hemşirelik eğitiminde video destekli öğretimin ve OSCE’nin kullanımı ve sürdürülmesi önerilmektedir.

Alana Katkı

Uygulanan yenilikçi yaklaşımların hemşirelikte psikomotor beceri eğitimine katkı sağladığı ve yapılacak yeni uygulamalara rehberlik ettiği düşünülmektedir.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Boztepe, H., Terzioğlu, F. (2013). Hemşirelik eğitiminde beceri değerlendirme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1): 57-64.
- Denat, Y., Tuğrul, E. (2012). Klinik beceri performanslarını değerlendirmede bir yöntem: objektif yapılandırılmış klinik sınavlar. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3): 53-59.
- Görüş, S., Bilgi, N., Bayındır, S.D. (2014). Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2):25-29.
- Mete, S., Uysal, N. (2010). Hemşirelik mesleksi beceri laboratuvarındaki psikomotor beceri eğitiminin öğrenci ve eğitimciler tarafından değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2:28-38.
- Schwan, S., Riempp, R.(2004). The cognitive benefits of interactive videos: Learning to tie nautical knots. *Learning and Instruction*, 14(3):293-305.
- Terzioğlu, D., Kapucu, S., Özdemir, L. ve ark. (2012). Simülasyon yöntemine ilişkin hemşirelik öğrencilerinin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2012; 16-23.
- Yılmaz, F.N. (2012). İletişim becerileri istasyonundan elde edilen öz değerlendirme ve puanlayıcı değerlendirmelerinin karşılaştırılması. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 1(2): 357- 363.

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Bariatrik Cerrahi Operasyonu Geçiren Morbid Obez Bir Hastanın 3 Yıl Sonraki Beslenme Durumu: Olgu Sunumu*Nutritional Status of A Morbid Obese Patient After Three Years of Bariatric Surgery: Case Report*

Aysun YÜKSEL, Dr. Diyetisyen

İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü, Buca Toplum Sağlığı Merkezi

Kabul tarihi/Accepted: 27.01.2016

İletişim/Correspondence:

Aysun Yüksel, İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü Buca Toplum Sağlığı Merkezi, Yenigün Mahallesi 222/11. sokak, No:35 Buca/ İzmir.

E-posta: dyt.aysun@hotmail.com

Özet

Bariatrik cerrahi, ülkemizde ve dünyada son on yıl içerisinde giderek popüler hale gelen ve daha çok tercih edilmeye başlayan, obezite tedavî yöntemlerinden biridir. Obez hastaların bariatrik cerrahi ile hızlı kilo vermeleri ve komorbid hastalıklarda da iyileşmelerin olması, bariatrik cerrahi uygulanan hasta sayısını her geçen gün daha da arttırmaktadır. Ancak son dönemde en çok uygulanan Sleeve Gastrektomi (SG) yöntemi ile kilo veren hastaların, uzun dönem beslenme durumlarının ve antropometrik ölçümlerinin değerlendirildiği çalışmalar kısıtlıdır. Bu olgu sunumunda SG yöntemi ile bariatrik cerrahi operasyonu geçiren bir hastanın 3 yıl sonraki beslenme alışkanlıklarının ve Beden Kütle İndeksi (BKİ)'nin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Bariatrik Cerrahi, Beslenme, Beden Kütle İndeksi, Ağırlık Kaybı

Abstract

Bariatric surgery is one of the obesity treatment methods that started to be more preferred and has become increasingly popular over the last decade in our country and in the world. Because of the rapid weight loss of the obese patients thanks to bariatric surgery and the improvement in comorbid diseases, the number of patients undergoing bariatric surgery is increasing each passing day. However, studies evaluating the long-term nutritional status and anthropometric measurements of patients who lose weight with the most recently practiced method Sleeve Gastrectomy (SG) are limited. This article aims to evaluate the next 3 years of body mass index and nutritional habits of a patient undergoing bariatric surgery with the SG method.

Key Words: Obesity, Bariatric Surgery, Nutrition, Body Mass Index, Weight Loss

Giriş

Obezite; gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülme sıklığı hızla artan, toplum sağlığını ve sağlık harcamalarını önemli derecede etkileyen, en önemli sağlık ve beslenme sorunlarından biridir (Arslan, Dağ ve Türkmen, 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite "vücutta, sağlığı bozacak şekilde aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2013). Obeziteyi tanımlama ölçütü olarak genellikle vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesiyle bulunan "Beden Kütle İndeksi (BKİ)" kullanılır. DSÖ'nün BKİ'ye göre obezite sınıflaması; "25-29.9 kg/m² pre-obez, ≥30.0 kg/m² obez, 30-34.9 kg/m² I. derecede obez, 35-39.9 kg/m² II. derecede obez ve ≥40.0 kg/m² morbid obez" şeklindedir. Dünyada 2008 yılında toplam 1.4 milyar pre-obez, 400 milyon obez birey olduğu, 2015'de 2.3 milyar pre-obez ve 700 milyon obez olduğu bildirilmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [THSK], 2015). Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2010" ön çalışma raporuna göre obezite

görülme sıklığı erkeklerde %20.5, kadınlarda %41.0, toplam oran ise %30.3 olarak saptanmıştır. Ayrıca morbid obezite sıklığı %2.9 olarak belirlenmiştir (THSK, 2015). Vücuttaki yağ miktarına ve dağılımına bağlı olarak hastalıkların morbidite ve mortalitesi değişkenlik göstermekte, yaşam kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkilemektedir. Dünya çapında bir salgın olan ve tedavi edilebilir, dahası önlenilebilir bir sağlık sorunu olarak görülen obezite; tıbbi beslenme (diyet), egzersiz, davranış değişikliği, farmakolojik ve cerrahi yöntemler ile tedavi edilebilmektedir (Pekcan, 2013). Bu tedaviler arasında tıbbi beslenme tedavisinin anahtar rol oynadığı kabul edilmekte, ancak morbid obez hastalarda tek başına diyet tedavisinin başarısız olduğu bildirilmektedir (Atila, 2014; Yorgancı ve Tırnaksız, 2007). Bu bağlamda obez hastalarda diyet, egzersiz ve davranış değişikliğinin vazgeçilmez olduğu, gerekirse farmakolojik ve cerrahi tedavinin uygulanabileceği ancak morbid obez hastaların tedavisinde başarı için cerrahi tedavinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Cerrahi obezite tedavisi (Bariatrik cerrahi), beslenme durumu değerlendirmesi ve ekip

Morbid obezite cerrahisi, obeziteye bağlı ortaya çıkan yandaş hastalıkların iyileşmesinde veya tamamen düzelmesinde ve obeziteye bağlı yeni hastalıkların ortaya çıkmasını önlemede oldukça etkindir (Arslan ve ark., 2012; Atila, 2014; Yorgancı ve Tırnaksız, 2007). Obezite cerrahisi endikasyonları ile ilgili ulusal ve uluslararası çeşitli raporlar mevcuttur. "Ulusal Obezite Önleme ve Tedavi Klavuzu"nda obezitenin cerrahi tedavisinin 16-60 yaş aralığında ve diğer sağlık sorunlarının eşlik ettiği BKİ ≥ 35 kg/m² olan bireyler için uygundur" denmektedir (Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği [TEMED], 2009). Avrupa Klinik Uygulamalar Rehberi'ne göre ise (Tsigos ve ark., 2008); diğer yöntemler ile kalıcı kilo kaybı sağlayamamış tüm hastalarda komorbiditeler göz önüne alınarak BKİ ≥ 35 kg/m² olduğu durumlarda cerrahi uygulama tavsiye edilmektedir. Ülkemizde, son yıllarda bariatrik cerrahi yöntemlerinden biri olan ve "Tüp Mide" olarak bilinen Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG) operasyonları yapılmaktadır (Sağlam ve Güven, 2014). Bu yöntem; kilo vermede oldukça iyi sonuçların alındığı, morbiditenin %1-2, mortalitenin %1 olduğu cerrahi bir teknik olarak literatürde yerini almıştır (Martin ve ark., 2015). LSG esas olarak mide hacmini küçülterek (80-100 mL), besin miktarının azalmasını sağlamaktadır. Sindirimin etkilenmemesi nedeniyle komplikasyonların azaldığı (ek vitamin-mineral kullanımına gerek olmadığı) ancak yeni oluşan mide formu nedeniyle de aşırı yeme sonucu kusma riskinin ve sızıntının fazla olduğu belirtilmektedir (Menenakos ve ark., 2010). Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası dönemde hastaların beslenme durumu değerlendirmesi mutlaka yapılmalı ve hasta

bilgilendirilmelidir (Mechanick ve ark., 2013). Bariatrik cerrahi sonrası hastalar, çok aşamalı diyetleri uygulamak durumundadırlar ve operasyonların bazı özelliklerine göre beslenme içerikleri değişebilmektedir. Burada Sleeve Gastrektomi (SG) yöntemine uygun beslenme planı anlatılmış, SG sonrası dört aşamalı beslenme planı özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir (Erdem ve Kahraman, 2015). Obezite cerrahi ekibi, uzman ve deneyimli obezite cerrahi, iç hastalıkları uzmanı, endokrinolog, diyetisyen, psikiyatrist, psikolog, fizik tedavi uzmanı veya spor hekimi ve fizyoterapist'den oluşmalıdır. Bu olgu sunumunda, ülkemizde sayısı ve popüleritesi hızla artan LSG uygulamasından sonra hastanın beslenme durumunun, alışkanlıklarının değerlendirilmesi ve bununla beraber BKİ değerinin ve bazı laboratuvar bulgularının bildirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Olgu izlemi Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi'nde (YEDH), bilgilendirilmiş gönüllü onam alınarak yapılmıştır. Hasta, başlangıçta "Topuk Dikeni (Plantar Fassisitisi)" şikâyeti nedeniyle Eskişehir Tepebaşı Toplum Sağlığı Merkezine (TSM) başvurmuş ve burada obez olduğu gerekçesiyle YEDH cerrahi polikliniğinden adına 11.12.2012 tarihinde randevu alınarak, hastaneye yönlendirilmiştir. Bu tarihte muayene olan hastaya morbid obez olduğu ve 15 gün sonra ameliyat edilebileceği söylenmiştir. Ameliyat olmayı kabul eden hasta; kadın, 62 yaşında, ev hanımı, ilköğretim mezunu, 149 cm boyunda, 125.7 kg ağırlığındadır (BKİ=56.6 kg/m²) ve komorbiditesi bulunmamaktadır. Hasta ameliyat öncesi diyet polikliniğine sevk edilmemiş, herhangi bir beslenme eğitimi almamıştır.

Tablo 1. Bariatrik Cerrahi Sonrası Aşamalı Planı Özellikleri

	Diyet Özellikleri
1. Aşama	Berrak sıvı diyeti: Ameliyat sonrası beslenmenin ilk basamağı olarak iki gün boyunca uygulanır. Diyeti destekleyici içecekler, dengeli beslenmeyi sağlamak için eklenmelidir. Sıvıları, küçük miktarlarda tüm güne yayararak almak oldukça önemlidir. Berrak sıvı diyetler, sıvı, elektrolit ve enerjinin bir kısmını ve ameliyat sonrası bağırsak aktivitesinin restorasyonunu sağlarlar. Berrak sıvı diyetler 24-48 saat sonra oral destek veya ticari düşük rezidüü ilaveler yapılmaksızın beslenme açısından yetersizdir. Bu aşamada berrak sıvılar; su, diyet jelatini, yağsız et suyu, taze sıkılmış ve süzölmüş meyve suları, yapay tatlandırıcı içecekler ve protein destekleridir. İçeceklerin karbonatsız, kalorisiz, şekersiz ve kafeinsiz olması uygundur. Protein destekleri ise, tam protein konsantreleri, kollojen bazı konsantreler, aminoasitler ve hibrit protein ilaveli aminoasitlerdir. Sleeve Gastrektomi ameliyatı sonrası komplikasyon yoksa 1. günde hastalar su ve berrak sıvıları yudumlayabilirler.
2. Aşama	Tam sıvı diyeti: Şekersiz ve az şekerli tam sıvı diyetler, berrak sıvı diyet aşamasını takip ederler. Berrak sıvı diyetine ilave olarak süt ve ürünleri, yapay tatlandırılmış yoğurt, sebze suları, süzölmüş çorbalar, haşlanıp blenderize edilip, süzölmüş tahıllar ve şekersiz pudinglerden oluşur. Hastalar tuzlu içeceklerle yönlendirilmelidirler. Doğal olarak yiyeceklerin ve içeceklerin içinde bulunan şeker önerilmekte olup, saf şeker eklenmiş içecekler önerilmemektedir. Proteinden zengin sıvılar olmalı, yağlar ve yağlı içecekler sınırlandırılmalıdır. Tam sıvı diyetler, berrak sıvı diyetlerle karşılaştırıldıklarında biraz daha dokulu yapıda ve gastrik rezidüyü artırmış durumdadır. Buna ek olarak, hastaların enerji ve besin ögesi gereksinimleri karşılanırken protein desteği de mutlaka yapılmalıdır. Bu diyet 10-14 gün boyunca uygulanır.
3. Aşama	Püre diyeti: Ameliyat sonrası dönemde sıvı diyetler sonrası, hastaya iki hafta süreyle püre edilmiş yumuşak diyetler verilir. Bu süre hastanın tolerasyonuna göre uzayabilir. Hastalar bu evrede, katı yiyecekleri blenderize veya püre edilmiş olarak tüketebilirler. Diyetle protein alımını tamamlamak için bu aşamada da protein desteğine devam edilmelidir. Ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi ve başarılı bir kilo kaybı için, yeme alışkanlıklarının uygun şekilde düzeltilmesine ihtiyaç vardır. Hastalar aşırı yemekten sakınılmalı, önerilen porsiyon hacimlerine dikkat etmelidirler. Yiyecekler iyice çiğnenmeli ve çok yavaş bitirilmelidir. Sıvılar, katı yiyecekler ile birlikte alınmamalıdır. Ayarlanabilir gastrik band hastaları, sıvıları en az 10 dk önce ve yemekten 30 dk sonra tüketmelidirler. Diğer bariatrik cerrahi yöntemlerinde ise sıvılar, yemekten en az 30 dk önce ve yemekten 30 dk sonra tüketilmelidir. Sıvılar düzenli aralıklarla yudum yudum içilmelidir. Bu aşamada hafta hafta değişimler yapılarak devam edilir. Porsiyon kontrolüne yardımcı olmak için küçük kaplar kullanılıp ve küçük tabaklardan yemek yenilmelidir. Berrak sıvılar artırılmalıdır. Günlük toplam sıvı $\geq 1360-1814$ mL olmalıdır.
4. Aşama	Katı besinler diyeti: Bu evrede, hastanın diyetine uygun katı yiyecekler (iyi pişmiş et ve benzeri) eklenerek, diyetisyen tarafından düzenlenen diyet programına yaşam boyu devam edilmelidir. Su ve sıvılar yemekle birlikte alınmamalıdır, aksi takdirde bulantı ve kusmaya neden olabilir. Günlük vitamin ve mineral desteği verilmelidir. Porsiyon kontrolüne yardımcı olmak için küçük kapların kullanılmasını ve küçük tabaklarda yemek yenilmesi hatırlatılmalıdır. Besinler çok iyi çiğnenmeli ve lokmalar arasında beklenmelidir.

Kaynak: Erdem, Z. ve Kahraman, F. (2015). Bariatrik hastaların diyetlerinin izlenmesi. İçinde Temel beslenme ve diyetetik (1.Baskı, sy.355-382). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.

Tablo 2. Olgunun Diyet Yapma Öyküsü

1. Diyet deneyimi
107 kg iken 1 yıl süreyle akupunktur yaptırmış ve 20 kg ağırlık kaybetmiş, ancak akupunktur sonrası 6 ayda 30 kg ağırlığı tekrar almıştır.
2. Diyet deneyimi
120 kg ile 15 gün herbalife diyeti yapmış, ancak tek öğün (ikinci) beslenme nedeniyle çok açlık çekmiş ve diyeti sonlandırmıştır. 2-3 kg ağırlık kaybı olmuş ve tekrar aynı ağırlığı kazanmıştır.
3. Diyet deneyimi
Pilav, makarna, ekme ve tüm tahıl ürünlerini kestiği bir diyet uygulamasıdır. Bu diyeti 3 ay yapmış ve 20 kg vermiştir. Ancak, kendi ifadesine göre çok ciddi açlık çekmiş ve tekrar 6 ay içinde vücut ağırlığı 125 kg olmuştur. Mutlaka yemek yediğini ancak çok dikkat etmesine karşın yine de hızla tekrar kilo aldığını belirtmiştir.

Planlanan tarihte LSG ameliyatı gerçekleşen hasta, enfeksiyon nedeniyle postop 12. güne kadar yoğun bakımda kalmış ve postop 14. gün taburcu edilmiştir. Hastanın ilk oral beslenmesi serviste, günlük 2 su bardağı tanesiz komposto ve 1 su bardağı su olarak planlanıp, verilmiştir. Hastaya diyet konsültasyonu taburculuk sırasında istenmiştir. Konsültasyon ile birlikte diyetisyen takibi başlamıştır ve öncelikli olarak hastanın genel bilgileri ve beslenme öyküsü alınmış ve diyeti (berrak açık sıvı) (Tablo 1) oluşturulmuştur. Ayrıca yüksek ve çok frekanslı "Tanita MC 180 BIA" ile vücut analiz ölçümü yapılmıştır. Olgunun tüm vücut analiz ölçümleri; öğleden önce, son 1 saattir herhangi bir şey yememiş/içmemiş ve hemen öncesinde idrarı yaptırılarak yapılmıştır. Olgu; çocukluk dönemini normal ağırlıkta geçirmiş, 17 yaşında 49 kg ağırlıkta iken Almanya'ya gitmiş ve 1 yıl içerisinde 20 kg ağırlık kazanmıştır. Olgu, kilo alımının, yoksul bir yaşamdan varlıklı bir yaşama geçmekten kaynaklandığını söylemiştir. Daha sonra evlenmiş ve peş peşe 3 hamilelikten sonra (toplam 5-6 yıl içerisinde) vücut ağırlığı 70 kg'dan 110 kg'a çıkmıştır. Olgu daha sonra sürekli kilo vermek istemiş ancak diyet yapamamış, aktivitesini artırmayı ve/veya diyetisyene başvurmayı hiç düşünmemiştir. Ancak, tıbbi beslenme tedavisi dışında 3 kez kilo verme deneyimi olmuştur (Tablo 2). Olgumuz daha sonra diyet yapmayı bırakmış, beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıkları yıllarca aynı şekilde devam

etmiştir. Bunlar şu şekildedir: Kahvaltı yapmamaktadır. Her gece uyanıp 1 veya 2 adet meyve yemektir. Tüm besin gruplarından (süt, et, sebze-meyve, tahıl) her gün tüketmektedir. Kullandığı yağ çeşitleri ayçiçeği ve tereyağıdır. Yemekleri pişirirken genellikle kızartma yöntemini kullanmaktadır. Hasta ev dışında yemek tüketmemektedir. Şekersiz çay içmekte, gofret, çikolata, bisküvi vb. ürünler yememektedir. Hiçbir besine alerjisi yoktur. Çiğneme veya yutma güçlüğü yoktur. Hastamız TV karşısında uzun saatler geçirmektedir. Olgumuza öncelikli olarak ameliyat sonrası aşamalı beslenme tedavisi hakkında eğitim verilmiştir. Tablo 1'de görülen ilkeler doğrultusunda diyetler oluşturulmuştur. 1. aşama (Berrak Sıvı) diyetten 4. aşama (Normal) diyete sekizinci haftanın sonunda ulaşılmıştır.

Postop 17. günden itibaren 6 ay boyunca, toplam 9 kutu, modüler toz protein (Protifar®) protein açığını kapatabilmek için diyete ek olarak verilmiştir. Olgunun diyet ve toz protein ile protein alması sağlanmıştır (Miller, 2013). Başka herhangi bir beslenme solüsyonu (enteral ürün), enerji açığı olmasına karşın operasyonu gerçekleştiren cerrahın isteği doğrultusunda kullanılmamıştır. Bunun yerine özel tarifler ile yemekler peynir altı suyu, yumurta, laktosuz süt, yağsız soya sütü, zeytinyağı, meyve püresi vb. besinler ile zenginleştirilerek enerji ve protein miktarları dengelenmeye çalışılmıştır. Aynı zamanda ek multivitamin-

Tablo 3. Olgunun Antropometrik Ölçümleri

Hafta	Preop	2. Hafta	1. ay	3. ay	6. ay	9. ay	1. yıl	3. yıl
Ağırlık (kg)	125.7	114.5	102.8	97.8	89.7	89.4	87.1	92.2
BKI (kg/m²)	56.6	51.6	46.3	44.1	40.4	40.2	39.2	41.5
Yağ (kg)	-	52.8	48.2	46.9	33.9	33.9	34.9	39.5
Yağ (%)	-	46.1	46.9	47.9	37.9	38.0	40.1	43.0
Yağsız kütle (kg)	-	61.7	54.6	50.9	55.7	55.4	52.2	52.5
Yağsız kütle (%)	-	53.9	53.1	52.0	62.1	62.0	59.9	57.0
Kas (kg)	-	58.7	51.9	48.4	52.9	52.6	49.6	49.9
Sıvı (kg)	-	43.8	38.7	36.1	39.5	39.2	36.9	37.2
Sıvı (%)	-	38.2	37.6	36.9	44.0	43.9	42.4	40.3
Bel Çevresi (cm)	-	138.0	129.0	123.0	117.0	117.0	114.5	119.0
Ağırlık kaybı (kg)	-	11.2	11.7	5.0	8.1	0.3	2.3	+5.1
FKK (%)	-	16.0	32.7	39.8	51.4	81.8	55.1	47.8

mineral tablet de, yine cerrahin isteği doğrultusunda, yapılan ameliyatın emilimi etkilemeyen bir yöntem olması gerekçesiyle, kullanılmamıştır. Hastada ameliyattan sonra ilk 2 hafta mide bulantısı ve kusması olmuştur. Ancak, ilk besin alımından itibaren şiddetli mide ağrısı yaşamış ve bu durum 1 yıllık takip boyunca azalarak devam ederken, 3. yılda mide ağrısının çok şiddetli olduğu ve düzenli ilaç kullandığı görülmüştür. Olgumuzun 3. yılında mide hacminin aynı olduğu, hala bir defada 1 çay bardağı (70 mL) sıvı tüketebildiği anlaşılmıştır. Beslenme alışkanlıklarında olumsuz değişimler olduğu saptanmıştır. Olgumuz öncelikle daha yoğun açlık hissetmeye başladığını

belirtmiştir. 2. yılın sonundan itibaren ameliyat öncesinde olduğu gibi iki ana öğün ile beslenmeye, kahvaltı öğününü atlamaya geri dönmüştür. Ameliyat öncesinde her gece uyanıp 1-2 meyve yiyen olgumuz bu alışkanlığına tekrar dönmüş, hatta gece uyanma sayısını ikiye çıkarmış, burada da 1 çay bardağı süt içtiğini belirtmiştir. Olgumuz bu durumun nedeninin tamamen açlık olduğunu ifade etmiştir. Aynı zamanda tüketebildiği besin çeşidinde de mide ağrısı nedeniyle azalma olmuştur. Hiç tüketemediği besinler; yoğurt, yumurta beyazı, tüm mercimek çeşitleri, kuru fasulye, çiğ haldeki tüm sebzeler, pişmiş halde bazı sebzeler (bezelye, karnabahar, lahan vb.), muz, üzüm,

Tablo 4. Olgunun Biyokimyasal Ölçümleri

	Preop	2. hafta	1. ay	3. ay	6. ay	9. ay	1. yıl	3. yıl
Açlık Kan Glukozu (70-100 mg/dL)	119	110	98	92	86	85	85	82
BUN (6-22 mg/dL)	16	12	13	17	18	16	-	12
Kreatinin (0.5-1.2 mg/dL)	0.34	0.67	0.87	0.96	0.83	0.89	0.77	0.69
Total protein (6-8.3 g/dL)	-	-	8	8	-	-	-	7
Albumin (3.2-4.9)	-	-	4.7	4.9	-	-	-	3.3
Total Kolesterol (120-200 mg/dL)	237	-	-	252	252	247	189	266
Trigliserid (50-150 mg/dL)	128	-	-	129	131	120	149	129
Ürik asit (2.6-6 mg/dL)	-	-	-	-	-	-	-	6.5
HDL-K (35-80 mg/dL)	55	-	-	55	49	48	52	68.5
LDL-K (60-130 mg/dL)	156	-	-	171	177	175	107	172
ALT (7-45 U/L)	7	-	-	7	10	6	19	6
AST (7-45 U/L)	16	-	-	21	16	-	17	14
Sodyum (135-145 mmol/L)	144	138	141	142	-	142	-	4.66
Potasyum (3.5-5.2 mmol/L)	4.0	3.98	4.6	4.5	-	4.2	-	142
Klor (95-110 mmol/L)	104	104	100	106	-	108	-	109
HGB (12-16 g/dL)	13.4	-	-	14.8	13.1	13.5	14	13.3
TSH (0.35-4.94 µIU/mL)	-	-	-	-	2.18	-	2.56	3.81
Folik asit (3.1-20 ng/mL)	-	-	-	-	3.9	2.7	-	6.2
Ferritin (4.63-204 ng/dL)	-	-	-	-	-	98.9	-	109.13
Vitamin B12 (187-883 pg/mL)	-	-	-	-	-	377	-	336
Kalsiyum (8.8-10.6 mg/dL)	-	-	9.5	-	-	-	-	9.4
İnsülin (açlık) (0-25 uU/mL)	-	-	-	-	-	-	-	3.8

hurma dışındaki tüm meyvelerdir. Ayrıca olgumuz yürüyüş öncesi ve sonrası, hatta sırasında ani açlık hissi nedeniyle 2-3 avuç/gün beyaz leblebi ve 1-2 adet/gün kremalı şekerli bisküvi yemeyi alışkanlık haline getirmiştir. Olgumuz artık kızartma yöntemi ile yemek yapmadığını ve haftada 1-2 kez bıçak uçunu geçmeyecek şekilde tereyağı tükettiğini belirtmiştir. 3. yılın sonunda olgumuzun 3 günlük besin tüketim kaydı değerlendirildiğinde; ortalama 1455 kkal/gün enerji aldığı, bunun %51'nin karbonhidrat, %13'ünün protein ve %37'sinin yağdan sağlandığı hesaplanmıştır. Kilogram başına 0.57 g protein almaktadır. Hastamızın su tüketimi 200 mL/gündür. Düzenli olarak her gün 45 dakika orta tempoda yürüyüş yapmaktadır. Olgunun biyokimyasal ve antropometrik ölçümleri Tablo 3 ve 4'de gösterilmiştir. Başlangıçta 125.7 kg olan olgunun ideal ağırlığı 51-62.1 kg (BKİ 23-28 kg/m²) aralığında hesaplanmıştır. Fazla olan ağırlığı ortalama 70 kg'dır. Postop 1. yıl sonunda 87.1 kg'a düşmüş, kaybettiği ağırlık 38.6 kg'dır. Fazla Kilo Kaybı (FKK) ise %55.1 olarak saptanmıştır. Ancak olgu 3. yılda 5.1 kg tekrar almış ve FKK %47.8'e düşmüştür. Başlangıçta 56.6 kg/m² olan BKİ değeri 3. yılda 41.5 kg/m²'dir. Olgunun yağsız kütle değeri (kg) taburculuk sırasında, 1. yılın ve 3. yılın sonunda sırasıyla; 61.7, 52.2 ve 52.5 olarak saptanmıştır. Olgunun obeziteye eşlik eden, tanısı konmuş herhangi bir hastalığı yoktur. Preop dönemde topuk dikenini ve kabızlık şikâyeti olan hasta postop 3. yılda sadece kabızlık ve mide ağrısı şikâyeti olduğunu belirtmiştir. Tablo 4'de görülen biyokimyasal bulgular, Endokrinoloji ve Genel Cerrahi doktor kontrollerinde yapılmıştır. Olgu 3. yıl diyet kontrolünde "sürekli açlık" şikâyeti üzerine Endokrinoloji uzmanına tekrar gönderilmiş ancak herhangi bir sorun bulunmamıştır. Preop dönemde açlık kan şekeri (AKŞ) değerinin 119 mg/dL iken 3. yılda 82 mg/dL olduğu, ancak hiper kolesterolünün mevcut olduğu belirlenmiştir. Olgu, ameliyatı ile ilgili olarak kilo verdiği için mutlu olduğunu ancak mide ağrısı, bel ve karın bölgesinde (Şekil 1) küçülme olmadığı için de pişmanlık duyduğunu belirtmiştir.

Tartışma

Bariatrik cerrahi operasyonlarının değerlendirilmesinde öncelikli olarak ağırlık kaybına, diğer bir anlamda vücut yağ dokusunun azalmasına odaklanılmaktadır. Bu bağlamda morbid obezite cerrahisi sonrası ağırlık kaybının değerlendirilmesinde en sık kullanılan parametre, fazla kilolardan kaybedilen ağırlık yüzdesidir (%FKK). Eğer hasta fazla vücut ağırlığının %40'ından azını kaybettiye ameliyatın başarısız, %40-60'ını kaybettiye orta-iyi düzeyde ve %60'ın üzerinde kaybettiye ameliyatın başarılı olduğu kabul edilmektedir (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007). Olgumuzda 3. yılda bu oran %47.8'dir ve orta-iyi düzeyde başarı sağlanmıştır. LSG'li 292 morbid obez hastanın izlendiği bir çalışmada 2. yılın sonunda ortalama FKK %79 olarak saptanmıştır (Martin ve ark., 2015). Yapılan başka bir çalışmada da 260 morbid obez hastaya uygulanan LSG sonucunda 1. yıldaki ortalama FKK %65 bulunmuştur (Menenakos ve ark., 2010). Olgumuzda ise 1. yıl sonunda FKK %55'dir. Hastamızın postop 1 yıllık takibinden sonraki 1 yıl içinde hiç kilo alıp vermediği ancak 2. yıldan sonra sürekli mide ağrısı ve aşırı yeme isteği sonucu 5.1 kg aldığı belirlenmiştir. Hastanın bu süreçte uyanıp gece yediği ve yürüyüş sırasında yüksek kalorili besinler tükettiği belirlenmiştir. Bariatrik cerrahi komplikasyonu olarak nitelendirilecek mide ağrısının ve sürekli açlık hissinin ve/veya psikiyatrik sorunların hastanın gece yeme alışkanlığına tekrar geri dönmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Ameliyat sonrası psikolojik destek, ameliyat öncesinde teşhisi konulan yeme bozukluklarının tedavisi açısından tavsiye edilmektedir. Ancak olgumuzun ameliyat öncesi beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmemiş olması gece yemek yeme bozukluğu gibi bir durumun tedavi edilmeden atlanmasına neden olmuştur. Ameliyat öncesi ve sonrasında, multidisipliner bir ekip tarafından yapılan dikkatli bir tarama ve izlem gereklidir. Ayrıca obezitenin cerrahi tedavisinin diğer yöntemler gibi konservatif bir yöntem olmaması cerrahiye seçilen hastanın özellikle psikiyatrik ve psiko-sosyal açıdan değerlendirilmesi için önemlidir (Sevinçer ve ark., 2014).



Şekil 1. Olgunun LSG Operasyonu Sonrası 3. Yıl Karın ve Bel Çevresi Görüntüsü

Beslenme açısından hastaya ameliyat öncesi yanlış beslenme alışkanlıkları ile ilgili eğitim verilmesi, ameliyat sonrası nasıl beslenmesi gerektiği ile ilgili beslenme planının anlatılması gereklidir. Diyetisyen konsültasyonunun taburculuk sırasında istenmesi ve postop 12. günde beslenmeye başlanması, yeni beslenme biçimine hazırlığın dışında hızlı ağırlık kaybına (postop 14. gününde -11.2 kg) neden olmuştur. Hızlı ağırlık kaybının yağsız kütle kaybına, bununla beraber kas kitlesinde azalmaya neden olduğu bilinmektedir. Ayrıca obez hastalarda beslenme yetersizliğinin oluşmayacağı ile ilgili tutum, hastaların beslenmemelerine veya yetersiz beslenmelerine neden olmaktadır. Aynı zamanda vitamin ve mineral takviyesinin de aynı tutum ile yapılmaması da söz konusu olabilmektedir. Olgumuzda operasyonu gerçekleştiren cerrahin isteği doğrultusunda ek vitamin-mineral takviyesi yapılmak istenmemiştir. Bu durum operasyonun emilimi etkilememesinden kaynaklı yetersizlik oluşmayacağı içindir. SG ameliyatlarının kısıtlayıcı olması, emilimi etkilememesi, vitamin-mineral alınmaması yönünde bir fikir birliği oluşturmaktadır. Ancak biz diyetisyenler olarak, hastaların 24 saatlik besin tüketimlerini değerlendirdiğimizde; hem kısıtlı mide hacimleri hem de tekrar kilo alma korkusu nedeniyle diyetle yeterli vitamin mineral almadıklarını belirlemektediriz. Ayrıca olgumuzda olduğu gibi birçok besinin diyetten çıkarılmış olması çeşitli vitamin-mineral yetersizliklerinin görülebileceğini düşündürmektedir. Olgumuzun preop dönemde vücut bileşimi analiz edilmemiştir. İlk ölçüm taburculuk sırasında. Vücut ağırlığı dışında vücut analizinde yağsız kütle ve sıvı ağırlığı takibi (Tablo 3) yapılmış ve başlangıçtaki kas ağırlığı 58.7 kg iken 1. yılın sonunda 49.6 kg ve 3. yılın sonunda 49.9 kg olarak belirlenmiştir. Vücut analizi ölçümlerinde toplam yağsız kütle (kas, kemik, mineral vb.) dolayısıyla kas ağırlığı, sıvı

ağırlığından etkileneneği (artacağı veya azalacağı) için ölçümler standartlaştırılmaya çalışılmıştır. Olgu ilk ayın sonunda toplam 22.9 kg kaybetmiştir (Tablo 3). Bu hızlı ağırlık kaybı başlangıç ağırlığının %18.2'sidir. Olgunun protein gereksinimini karşılayabilmek için postop 17. gün ek protein tozu başlanmış ve 6 ay kullanılmıştır. Yetersiz beslenme ile oluşabilecek protein malnütriyonunu önlemek için proteine gereksinim duyulmaktadır. Bu nedenle toz protein kullanım gerekliliği tüm rehberlerde yer almaktadır (Erdem ve Kahraman, 2015). Olgumuzda takip sırasında diyetle protein alımında yetersizlik olmamıştır. Ancak 3. yıl sonunda besin tüketimi ile kg başına 0.57 g protein tükettiği saptanmış ve kan albumin düzeyinde düşme görülmüştür (Tablo 4). Bu durumun uzun sürede yetersiz protein tüketiminden kaynaklandığı düşünülmektedir. Olgumuzun gereksinimi olan kg başına 0.8-1 g protein alması sağlanmalıdır. Daha sık diyetisyen görüşmelerinin yapılması, besin tüketim takibi ve beslenme eğitimi açısından gereklidir. Yaşlı kütlelenin korunmasında beslenme dışında multidisipliner tedavi yaklaşımı içinde de bulunan bir spor hekimine hastalar yönlendirilmelidir. Bariatrik cerrahi operasyonu geçiren hastalar için standart bir tedavi protokolünün olması önemlidir. Ayrıca standart bir biyokimyasal veri isteminin olmadığı görülmektedir (Tablo 4). Beslenme durumunun değerlendirilmesinde, biyokimyasal monitorizasyon önerilmektedir. Bunun için; komple kan sayımı, biyokimya paneli, 25-hidroksi vitamin D, paratroid hormon, B1 vitamini, riboflavin, kobalamin, folik asit, Fe, Çinko, A, D, E, K vitamini ve protein düzeylerinin sürekli olarak izlenmesi gerektiği bildirilmiştir (Fujioka, Dibaise ve Martindale, 2011). Olgumuzun 3. yıl sonunda olumsuz yönde çeşitli beslenme alışkanlıkları edindiği görülmüştür. Bunlardan biri günlük yürüyüş sırasında sürekli kremalı bisküvi tüketmesi ve bu besin tercihinin enerji alımını artırdığı gibi alınan doymuş yağ miktarını da arttırdığı, bunun kan lipit profiline yansıdığı, hiperkolesterolemi mevcut olduğu görülmüştür (Tablo 4). Tüp mide operasyonunun lipit profiline etkisi kısa dönemde değişken olmakla beraber uzun dönemde mutlaka olumlu etkilerinin görüleceği belirtilmektedir (Strain ve ark., 2015). Hastamıza az yağlı az kolesterolü, tekli doymamış yağ asidi alımını artırmak için de yemeklerde zeytinyağı kullanımı tavsiye edilerek diyet planı oluşturulmuştur. Ayrıca özellikle tüp mide operasyonu sonrasında Tip 2 Diabetes Mellitus (T2DM) ve insülin direncinin kısmi ya da tamamen remisyonunu sağladığını gösterilmiştir (Liu, Wang, Lam, Yung ve Kong 2015). Olgumuzda da açlık kan şekeri düzeyinde azalma görülmüştür. Kahvaltı öğününün atlanmasının gün içinde enerji alımında dengesizliğe neden olabileceği bilinen bir gerçektir. Bu durumda olgumuzun kahvaltısı atlaması yaptığı büyük bir beslenme yanlışdır. Sürekli açlık hissinin oluşmaması için öğün düzenine uyması tavsiye edilmiştir. Mide kapasitesi nedeniyle de küçük ve sık aralıklar ile beslenme gereklidir. Hazırlanan diyet planında öğleden önce tüketmesi gereken iki öğününü tüketmemektedir. Aynı zamanda olgumuza sürekli midesinin ağrımamasının, uzun süre midesini boş bırakmasından kaynaklanabileceği veya besinleri büyük parçalar halinde, iyi çiğnemenin tükettiği için olabileceği hatırlatılmıştır. Her öğünü zamanında ve besinlerin her lokmasını iyi çiğnemesi gerektiği tekrarlanmıştır. LSG uygulanan 176 hastanın katıldığı bir araştırmada hastaların ameliyat öncesinde %34.6'sının gastro-özofageal reflü hastalığı (GÖRH) şikâyeti olduğu saptanmıştır. Cerrahi sonrası 30 günde hastaların %49'u hemen, %47.2'si LSG sonrası 1 aydan fazla süren kalıcı GÖRH semptomlarını

yaşamış ve %33.8'i cerrahi sonrası GÖRH için ilaç kullandıklarını ifade etmişlerdir. En yaygın semptomlar mide yanması (%46) ve bunu takip eden mide yanması ile beraber regürjitasyon (%29.2)'dur (Carter ve ark., 2014). Olgumuz mide ağrısı nedeniyle sebze ve meyvelerin çoğunu, kuru baklagillerin tamamını beslenmesinden çıkarmıştır. Bu besinleri yumuşak, püre kıvamında, küçük lokmalar şeklinde tüketmesi tavsiye edilmiştir. Hastamızda artan kabızlık şikâyetinin bundan kaynaklanabileceği, ayrıca yetersiz su tüketiminden de kaynaklanabileceği belirtilerek, yudum yudum 1500 mL/gün su tüketmesi önerilmiştir. Bariatrik cerrahi sonrası hastaların katı besinleri almada özellikle ilk üç ayda sıkıntı yaşaması nedeniyle yeterli ve dengeli beslenmelerini sağlamak zordur. Olgumuzda olduğu gibi ameliyata bağlı sebze ve meyve grubunun tüketilememesi bağırsak sağlığı açısından risk oluşturmaktadır. Bazı kaynaklarda mide hacminin küçük olmasından kaynaklı olarak bireyin proteinli kaynakları tüketmesinin öncelikli olması gerekliliği vurgulanmaktadır (Erdem ve Kahraman, 2015). Ayrıca bağırsak sağlığı ve vitamin alımı açısından düşünüldüğünde sebze ve meyve tüketiminin önemi de unutulmamalıdır. Diyetin enerjisi ve besin ögesi yüzdeleri kişiye göre hazırlanmış yeterli ve dengeli beslenme, tüm zayıflama hastalarında olduğu gibi bariatrik cerrahi operasyonu geçirmiş hastalar için de geçerlidir. Bu hastaların, tekrar ağırlık kazanımını engellemek için fiziksel aktivitelerini artırmaya teşvik edilmesi gerekir (Erdem ve Kahraman, 2015). Olgumuzun her gün yürüyüş yapma alışkanlığı kazanmış olması önemli bir kazanıdır. Ancak tek başına çözüm olmamış, tekrar ağırlık artışı yaşamıştır. Beden Kütle İndeksi değerinin 3. yıl sonrasında 41.5 kg/m² olması hala morbid obez olduğunu, bel çevresinin >88 cm'den fazla olması Metabolik Sendrom riski ile hala karşı karşıya olduğunu göstermektedir. Olgumuza "1300 kkal'lık az yağlı az kolesterolü zayıflama diyeti" takibi tekrar başlatılmıştır. Diyet enerjisinin %53'ü karbonhidrat, %19'u protein ve %28'i yağdan oluşmaktadır. Menü planı 8 öğünlük yapılmıştır. Yürüyüş öncesi ve sonrası açlık atakları için, yürüyüş zamanı iki ara öğün arasına alınmıştır. 10 günlük kontrollerle takip edilmesi kararlaştırılmıştır. İlk on gün sonunda 150 gram kaybetmiştir. Bariatrik cerrahi, morbid obez hastalar için ağırlık kaybını sağlamada ve kontrolünün sürdürülmesinde etkili yol olarak kabul edilmektedir. Ancak vücut ağırlığının geçici değil kalıcı olabilmesi için hastanın seçimi, tüm tedavilerin planlanması, uygulanması ve sonrası hayatı öneme sahiptir.

Sonuç

Morbid obezite kronik bir hastalıktır. Diğer kronik hastalıkların yönetiminde olduğu gibi obezitede de ağırlık kaybedilmesi ve korunması kontrol altında tutulmalı, ömür boyu dikkatle takip edilmelidir. Bariatrik cerrahinin uzun süreli ve başarılı bir sonuç vermesi, hastanın ömür boyu beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerine bağlıdır. Diyetisyenler bariatrik cerrahi ekibinin önemli bir üyesidir. Aynı zamanda, bir hastanın ameliyata alınmadan önce beslenme alışkanlıklarının, sosyal, çevresel ve klinik durumunun multidisipliner bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve izlenmesi şarttır.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Arslan, P., Dağ, A., ve Türkmen, E.G. (2012). *Her yönüyle obezite: önleme ve tedavi yöntemleri*. İstanbul: Ofset Matbaacılık.
- Atila, K. (2014). Morbid obezitenin cerrahi tedavisi. *Archives of Clinical Toxicology*, 1(1):23-27.
- Carter P.R., LeBlanc, K.A., Hausmann, M.G., et al. (2011). Association between gastroesophageal reflux disease and laparoscopic sleeve gastrectomy. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 7(5):569-572.
- Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ] (2013, Ağustos). *Obezite raporu*. Web sitesi. <http://www.xn--ds-gka.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Erişim Tarihi:24.10.2015.
- Edem, Z. ve Kahraman, F. (2015). Bariatrik hastaların diyetlerinin izlenmesi. İçinde *Temel Beslenme ve Diyetetik* (1.Baskı, sy.355-382). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
- Fujioka, K., Dibaise, J.K., ve Martindale R.G. (2011). Nutrition and metabolic complications after bariatric surgery and their treatment. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 35 (suppl 5):52-59.
- Liu, S.Y., Wong, S.K., Lam, C.C., et al. (2015). Long-term results on weight loss and diabetes remission after laparoscopic sleeve gastrectomy for a morbidly obese chinese population. *Obesity Surgery*, 25(10):1901-1908, (doi: 10.1007/s11695-015-1628-4).
- Martin, D.J., Lee, C., Rigas, G., et al. (2015). Predictors of weight loss 2 years after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Asian Journal of Endoscopic Surgery*, 8:328-332, (doi:10.1111/ases.12193).
- Mechanick, J., Youdim, A., Jones, D.B., et al. (2013). Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic and non surgical support of bariatric surgery patient. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 9(2):159-162.
- Menenakos, E., Stamou, K., Albanopoulos, K., et al. (2010). Laparoscopic sleeve gastrectomy performed with intent to treat morbid obesity: a prospective single-center study of 261 patients with a median follow-up of 1 year. *Obesity Surgery*, 20:276-82.
- Miller, N. (2013). Mineral malnutrition following bariatric surgery. *Advance Nutrition*, 4(5):506-17.
- Pekcan, G. (2013). Yetişkin bireylerde antropometrik yöntemlerde beslenme durumunun değerlendirilmesi. İçinde *Hastalıklarda diyet tedavisi* (1.Baskı, sy.1-8). İstanbul: Yelken Basım.
- Sağlam, F. ve Güven H. (2014). Obezite cerrahi tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30 (ek 1):60-65, (doi:10.5222/otd.suppl1.2014.060).
- Sevinçer, G., Çoşkun H., Konuk N. ve ark., (2014). Bariatrik cerrahinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1):32-44, (doi:10.5455/cap.20130522110439).
- Strain, G.W., Saif, T., Ebel, F., et al. (2015). Lipid profile changes in the severely obese after laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG), 1, 3, and 5 years after surgery. *Obesity Surgery*, 25:285-289.
- Tsigos, C., Hainer, V., Fine, N., et al. (2008). Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. *Obesity Facts*, 2008;1:106-116, (doi: 10.1159/000126822).
- Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2009). *Obezite Tedavi Kılavuzu ve Yaşam Tarzı Önerileri*, Web Sitesi. <http://www.turkendokrin.org/files/pdf/obezite.pdf> Erişim Tarihi:24.10.2015.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [THSK] (2015). Obezite.Websitesi. <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40> Erişim Tarihi:24.10.2015
- Yorgancı, K. ve Tırnaksız, B. (2007). Morbid obezitenin cerrahi tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 38(4):218-222.