

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN CERRAHİ HASTASININ BESLENMESİ KONUSUNDA
BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARININ İNCELENMESİ**

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı

Yüksek Lisans Tezi

Melike KARASU

DANIŞMAN

Yard. Doç. Dr. Esmâ ÖZŞAKER

İZMİR

2015

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN CERRAHİ HASTASININ BESLENMESİ KONUSUNDA
BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARININ İNCELENMESİ**

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı

Yüksek Lisans Tezi

Melike KARASU

DANIŞMAN

Yard. Doç. Dr. Esmâ ÖZŞAKER

İZMİR

2015

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Melike KARASU



Başkan : Yard. Doç. Dr. Esmâ ÖZŞAKER

(Danışman)

Üye: Prof. Dr. Meryem YAVUZ VAN GİERSBERGEN

Üye: Yard. Doç.Dr. Fatma VURAL



Yüksek Lisans Tezinin Kabul Edildiği Tarih : 27.05.2015

ÖNSÖZ

Araştırma konusunun seçilmesi, yürütülmesi ve sonuçlanmasına kadar her aşamada yol gösteren, ilgisini esirgemeyen ve tüm çalışmalarında beni yüreklendiren tez danışmanım Yard. Doç. Dr. Esmâ ÖZŞAKER'e,

Tez önerim sırasında önerileri ve katkıları ile yardımda bulunan tez jüri üyeleri Prof. Dr. Meryem YAVUZ VAN GIERBERGEN'e ve Yard. Doç. Dr. Fatma VURAL'a,

Araştırmam sırasında yardım ve desteklerini gördüğüm başta Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı Yoğun Bakımda çalışan iş arkadaşlarım ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi cerrahi birimlerinde çalışan meslektaşlarıma,

Araştırmamın her aşamasında beni destekleyip güç veren aileme ve hep yanımda hissettiğim arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Melike KARASU

Mayıs-2015

İZMİR

ÖZET

HEMŞİRELERİN CERRAHİ HASTASININ BESLENMESİ KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

Cerrahi hastalarının sağlığını korumak ve sürdürmek için hastaların yeterli beslenmesi gerekir. Cerrahi hemşireleri, holistik bakım rolleriyle hastaların yeterli beslenmesinin sağlanmasında önemli bir yere sahiptir. Bu araştırma, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin cerrahi hastalarının beslenmesine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi cerrahi birimlerde Haziran-Ekim 2014 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın örneklemini, araştırmanın yapıldığı hastanelerin cerrahi kliniklerinde görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 252 hemşire oluşturdu. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen ve cerrahi hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerine ilişkin sorularla, cerrahi hemşirelerinin beslenmeye ilişkin bilgilerini, tutumlarını ve uygulamalarını değerlendiren toplam dört bölüm, 48 sorudan oluşan ve uzman görüşü alınan anket formu kullanıldı. Veriler; bilgisayar ortamına işlenerek sayı, yüzde, ortalama, Kolmogorov Smirnov, Shapiro-Wilk, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testleri, Cronbach's α ve Spearman rank korelasyon analizleriyle değerlendirildi.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 32.51 ± 6.88 olduğu, %65,9'unun cerrahi hastasında beslenmeye yönelik eğitim aldığı, hemşirelerin bilgi düzeyi puanının 39.39, tutum puanının 42.94 olduğu, hemşirelerin %63,9'unun bilgi düzeyinin "iyi" düzeyde olduğu saptandı. Hemşirelerin yaş ve çalışma yılı yükseldikçe bilgi puanlarının arttığı, eğitim alan hemşirelerde tutum puanlarının daha yüksek olduğu ve bilgi düzeyi puanı arttıkça tutum puanlarının da arttığı saptandı. Hemşirelerin %44.8'inin kliniğe yatan tüm hastalara beslenme tanılmasını yaptıkları, %85.7'sinin bir hastanın yeterli beslenmediğini düşündüklerinde doktora bildirdikleri, %66.7'sinin beslenme yönünden risk grubunda olan hastalar için yeterli zaman ayırdıkları, %71.8'i hastaların beslenme durumunu "beslenme tanılması yapıp, diyetisyen ve doktorla çalışarak" yönettikleri saptandı.

Araştırma sonucunda cerrahi hemşirelerinin beslenmeye ilişkin bilgi düzeyi puanları arttıkça tutum puanlarının da arttığı saptandı. Bu doğrultuda, hastanelerde cerrahi hastasında beslenmenin önemi ve hastalardaki sonuçları hakkında hizmet içi eğitimler planlanması ve hastaların beslenme durumlarının değerlendirilmesini kapsayan standartlar geliştirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, beslenme, hasta, hemşire, bilgi, tutum, uygulama



ABSTRACT

AN EXAMINATION OF THE KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICE OF NURSES REGARDING THE NUTRITION OF SURGERY PATIENTS

In order to protect and prolong the lives of surgery patients, adequate nutrition is necessary, and surgery nurses, with their holistic care roles, are an important part of ensuring this. The aim of this study was to determine the knowledge, attitudes and practice of nurses working in surgery units regarding the nutrition of surgery patients.

The study was conducted between June and October 2014 in the surgery units of Dokuz Eylül University Hospital and Ege University Medical Faculty Hospital. The study sample was composed of 252 nurses who were working in the surgery clinics of these hospitals and who agreed to take part in the research. The questionnaire used to collect data was developed by the researchers after consultation with experts, and consisted of 48 questions in four sections on the nurses' sociodemographic characteristics and their knowledge, attitudes and practice with regard to nutrition. Data was expressed numerically and as percentages and means, and processed by computer using Kolmogorov Smirnov, Shapiro-Wilk, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests, and Cronbach's α and Spearman rank correlation analyses.

The mean age of the nurses participating in the study was 32.51 ± 6.88 years; 65.9% had received training on the nutrition of surgery patients; their knowledge level score was 39.39, their attitude score was 42.94, and 63.9% of them had a knowledge level of "good". As the nurses' age and years of work increased, their knowledge scores also increased; the attitude scores of nurses who had received training were higher, and as knowledge level scores increased, attitude scores also increased. It was found that 44.8% of the nurses had carried out nutrition identification of all the patients in the clinic, 85.7% had reported to a doctor when they thought a patient was inadequately nourished, 66.7% had devoted sufficient time to patients in the nutritionally at-risk group, and 71.8% had managed patients' nutrition by "making a nutrition identification and working with the dietician and the doctor".

As a result of the study, it was found that as the scores of surgery nurses on knowledge of nutrition increased, their attitude scores also increased. Therefore, it is recommended that in-service training on the importance of nutrition in surgery patients in hospitals and its results should be planned, and that standards should be developed to cover the assessment of the nutritional status of patients.

Keywords: Surgery, nutrition, patient, nurse, knowledge, attitude, practice



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	VI
İÇİNDEKİLER.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	XI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XIV
1.GİRİŞ.....	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	2
1.2.1. Araştırmanın Özel Amaçları.....	2
1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	2
1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	3
1.5. SINIRLILIKLAR.....	4
1.6. TANIMLAR.....	4
1.6.1. Beslenme Desteği.....	4
1.6.2. Malnutrisyon (Beslenme Yetersizliği)	4
1.6.3.Tutum.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. BESLENME VE MALNUTRİSYON.....	6
2.2. CERRAHİDE BESLENME VE MALNUTRİSYON.....	7
2.3. MALNUTRİSYONUN PATOFİZYOLOJİSİ.....	8
2.4. MALNUTRİSYONUN BELİRTİ VE BULGULARI.....	9

2.5. CERRAHİDE BESİN VE ENERJİ GEREKSİNİMLERİ.....	10
2.5.1.Enerji Gereksinimi.....	10
2.5.2. Protein Gereksinimi.....	11
2.5.3. Karbonhidrat Gereksinimi.....	11
2.5.4. Yağ Gereksinimi.....	11
2.5.5. Su Gereksinimi.....	12
2.5.6. Vitamin ve Mineral Gereksinimi.....	12
2.6. HASTALARDA BESLENME YÖNETİMİ.....	13
2.6.1. Beslenme Durumunun Taraması.....	13
2.6.2. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi.....	14
2.6.3. Beslenme Yöntemleri.....	17
2.7. CERRAHİ DÖNEMDE BESLENME YÖNETİMİ.....	18
2.7.1. Ameliyat Öncesi Dönemde Beslenme.....	18
2.7.2. Ameliyat Sonrası Dönemde Beslenme.....	21
2.8. HEMŞİRELER VE BESLENME.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	24
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	24
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	24
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	24
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	26
3.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ...28	
3.5.1. Bağımlı Değişkenler.....	28
3.5.2. Bağımsız Değişkenler.....	28

3.6.ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI.....	28
3.6.1. Veri Toplama Aracı.....	28
3.6.2. Veri Toplama Yöntemi.....	31
3.6.3. Verilerin Analizi Ve Değerlendirme Teknikleri.....	31
3.7. SÜRE VE OLANAKLAR.....	31
3.8.ARAŞTIRMANIN ETİĞİ.....	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. TANIMLAYICI VERİLER.....	33
4.2. BİLGİ DÜZEYİ VERİLERİ.....	36
4.3. TUTUM VERİLERİ.....	45
4.4. HEMŞİRELİK UYGULAMALARI VERİLERİ.....	53
4.5. BİLGİ DÜZEYİ PUANLARI İLE TUTUM PUANLARI KARŞILAŞTIRMALARI.....	60
5. TARTIŞMA.....	70
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
6.1. SONUÇ.....	84
6.2. ÖNERİLER.....	86
7. KAYNAKLAR.....	87
EKLER.....	93
ÖZGEÇMİŞ.....	104

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.3.1. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşire Sayıları.....	25
Tablo 3.3.2. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşire Sayıları.....	25
Tablo 3.4.1. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Cerrahi Birimlerde Çalışan ve Örneklemeye Alınan-Alınmayan Hemşire Sayıları.....	26
Tablo 3.4.2. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Cerrahi Birimlerde Çalışan ve Örneklemeye Alınan-Alınmayan Hemşire Sayıları.....	27
Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Hastanelere Göre Dağılımı (n=252).....	33
Tablo 4.1.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	33
Tablo 4.1.3. Hemşirelerin Cerrahi Hastasında Beslenmeye Yönelik Eğitim Alma Durumlarının Dağılımları (n=252).....	35
Tablo 4.2.1. Malnutrisyonun Cerrahi Hastasındaki Sonuçlarına İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı.....	36
Tablo 4.2.2. Cerrahi Girişim Sonrası Proteinlerin Vücuttaki Kullanım Amaçlarına İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı.....	38
Tablo 4.2.3. Cerrahi Stres Sonucu Vücutta Oluşan Olaylara İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı.....	38
Tablo 4.2.4. Cerrahi Hastalarında Malnutrisyon Gelişme Nedenlerine İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı.....	39
Tablo 4.2.5. Malnutrisyonda Risk Faktörlerine Verilen Cevapların Dağılımı...40	
Tablo 4.2.6. Hemşirelerin Bilgi Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	42
Tablo 4.2.7. Ameliyat Öncesi Dönemde Beslenmeyle İlgili Önermelere İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı.....	43

Tablo 4.3.1. Hemşirelerin Beslenmeye Yönelik Tutum İfadelerine İlişkin Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	45
Tablo 4.3.2. "Cerrahi kliniklere yatan hastaların beslenmeleriyle ilgili olarak hemşirelerin rolleri sizce nelerdir?" Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımı.....	52
Tablo 4.4.1. "Hastaların beslenme durumunu tanımlarken kullandığınız kriterler nelerdir?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı.....	53
Tablo 4.4.2. "Hangi hastalarda beslenme tanılması yapıyorsunuz?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı.....	54
Tablo 4.4.3. "Hastaların kliniğe kabulü sırasında vücut ağırlıkları tartılıyor mu?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı.....	54
Tablo 4.4.4. "Hastalarınızda kilo takibi yapıyorsanız, bunun yapılma nedeni sizce nedir?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı.....	55
Tablo 4.4.5. "Çalıştığınız klinikte antropometrik ölçüm aracı (ağırlık, bel çevresi ölçümü, kol çevresi ölçümü vb.) kullanıyor musunuz?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı.....	55
Tablo 4.4.6. "Cevabınız "Evet" ise hangi antropometrik ölçüm aracını ya da araçlarını kullanıyorsunuz?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı.....	56
Tablo 4.4.7. "Çalıştığınız klinikte hasta teslimi sırasında hastaların beslenme durumlarını ve beslenme yönetimlerini ne sıklıkla tartışırsınız?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı.....	56
Tablo 4.4.8. "Bir hastanın yeterli beslenmediğini düşündüğünüzde ne yaparsınız?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı.....	57
Tablo 4.4.9. "Beslenme yönünden risk grubunda olan hastalar için yeterli zaman ayırıyor musunuz?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı.....	57
Tablo 4.4.10. "Hastaların beslenme durumu nasıl yönetilebilir?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı.....	58
Tablo 4.4.11. "Çalıştığınız klinikte ameliyat sonrası hastalar ne zaman beslenmeye başlamaktadır?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı.....	58

Tablo 4.4.12. “Çalıştığınız klinikte ameliyat öncesi hastaların beslenmesi ne zaman kesilmektedir?” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı.....	59
Tablo 4.4.13. “Çalıştığınız birimde hastanın kullandığı rutin ilaçlar (kalp, diyabet, hipertansiyon vb.) ameliyat öncesi açlık döneminde veriliyor mu?” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı.....	59
Tablo 4.5.1. Cerrahi Hemşirelerinin Cerrahi Hastasında Beslenmeye Yönelik Bilgi ve Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	60
Tablo 4.5.2. Çalışmaya Katılan Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi Durumlarına Göre Dağılımları.....	60
Tablo 4.5.3. Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi ve Tutum Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı.....	62
Tablo 4.5.4. Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi ve Tutum Puanlarının Hemşire Olarak Çalışma Süresine Göre Dağılımı.....	64
Tablo 4.5.5. Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi ve Tutum Puanlarının Hemşirelerin Cerrahi Birimde Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı.....	66
Tablo 4.5.6. Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi ve Tutum Puanlarının Hemşirelerin Cerrahi Hastasında Beslenmeye Yönelik Eğitim Alıp Almama Durumlarına Göre Dağılımı.....	68
Tablo 4.5.7. Cerrahi Hemşirelerinin Tutum Puanı Ortalamalarının Bilgi Düzeyi Durumlarına Göre Dağılımı.....	69

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1.1. Cerrahi Hastasında Beslenmeye Yönelik Eğitimin Alındığı Yer.....	36
Şekil 4.3.1. “Hastaların beslenme durumunu tanılamak hemşirelerin sorumluluğudur.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	46
Şekil 4.3.2. “Hastaların beslenme durumunu tanılamak diyetisyenlerin sorumluluğudur.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	46
Şekil 4.3.3. “Hastaların beslenme durumunu tanılamak doktorların sorumluluğudur.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	47
Şekil 4.3.4. “Cerrahi birimlerde genellikle uygun ve yeterli beslenme desteği sağlanır.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	47
Şekil 4.3.5.“Hastaların hastaneye kabulü sırasında beslenme riski taraması yapılması önemlidir.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	48
Şekil 4.3.6. “Hastaların cerrahi servise kabulünde beslenme durumunun tanılanması önemlidir.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	48
Şekil 4.3.7. “Beslenme eğitimi yapmak hemşirelerin sorumluluğudur.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	49
Şekil 4.3.8. “Beslenme hastalıklarının önlenmesinde önemlidir.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	49
Şekil 4.3.9. “Büyük ameliyatlar öncesi beslenme tedavisi önemlidir.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	50
Şekil 4.3.10. “Beslenme ameliyat sonrası iyileşmede önemlidir.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	50
Şekil 4.3.11. “Beslenmesi yetersiz hastalara yemek zamanlarında özel uyarı verilmeli, hatırlatmalar yapılmalıdır.”İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı..	51
Şekil 4.3.12. “Yeterli beslenemeyen hastalar (ara öğün, protein desteği vb) desteklenmelidir.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	51

Şekil 4.3.13. “Hemşireler beslenme konusunda yeterli bilgi sahibidir.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	52
Şekil 4.5.1. Çalışmaya Katılan Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi Durumlarına Göre Dağılımları	61
Şekil 4.5.2. Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi ve Tutum Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı.....	61
Şekil 4.5.3. Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi ve Tutum Puanlarının Hemşire Olarak Çalışma Süresine Göre Dağılımı.....	65
Şekil. 4.5.4. Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi ve Tutum Puanlarının Hemşirelerin Cerrahi Birimde Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı.....	66
Şekil 4.5.5. Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi ve Tutum Puanlarının Hemşirelerin Cerrahi Hastasında Beslenmeye Yönelik Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	69

1.GİRİŞ

1.1 PROBLEMİN TANIMI

Florence Nightingale 1859'da hastalıkların iyileşme döneminde beslenmenin hayati önemini vurgulamıştır. O zamanlardan beri beslenmenin önemi herkes tarafından kabul görmüştür (1).

Beslenme, hastanın fiziksel tanılarını, durumunu, yaşı ya da fizyolojisini hesaba katmaksızın hasta bakımında tamamlayıcı ve esas faktörlerden biridir. Yemek sadece bir ihtiyaç değildir, hastaların hastanedeki kalış sürelerince sağlıkları için önemli elementleri sağlar (1).

Birçok hasta hastanede kalışları süresince yeterli miktarda yiyip, içemezler (2). Malnutrisyon yetersiz besin alımı ya da alınan besinlerin yetersiz emilimi sonucu oluşan beslenme yetersizliği durumudur (3). Birçok çalışma hastanedeki hasta popülasyonun büyük çoğunluğunun malnutre olduğunu göstermektedir (4). McWirtter ve Pennington hastaların %40'ında hastaneye yatış sırasında malnutrisyon saptamış, %75'inde hastaneye yatıştan 1 hafta sonra kilo kaybıyla gözlenen malnutrisyon saptamışlardır (4, 5). Malnutrisyon kas fonksiyonlarında, solunum fonksiyonlarında, immun sistem fonksiyonlarında, yara iyileşmesinde ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olarak (6, 7); mortalite, morbidite ve sağlık harcamalarında artışla sonuçlanmaktadır (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13).

Malnutrisyon cerrahi hastaların %60'ında hastaneye kabul sırasında görülmektedir (14). Yetersiz beslenme yara iyileşmesini güçleştirir ve cerrahi hastalarını ameliyat dönemi komplikasyonlarına yatkın hale getirir (15). Cerrahi hastalara sağlanan beslenme desteği ile cerrahi komplikasyonlar azalır, yara yeri iyileşmesi hızlanır, bağışıklık sistemi güçlenir ve oksijenasyon artar (16).

Hemşireler hastanın beslenmeye yönelik bakımında hayati rol oynar. Bu nedenle hemşireler rollerine ilişkin farkındalığa sahip olmalı ve bu rollerini başarıyla yerine getirebilmelidirler (1).

Hemşireler, hasta bakımı sırasında hastaların beslenme risklerini tanırlar, uygun beslenme gereksinimlerini saptar, yeme güçlüklerinde yardım sağlar, hastanın besin alımını takip eder, yeterli besin alınamadığında bununla ilgili çözüm üretirler

(17). Hastaların yeterli beslenip beslenemediğinden emin olma konusunda en iyi pozisyonda bulunurlar. Hastalara sağladıkları uygun bilgi ve beslenme durumlarını da kapsayan bütüncül bakım sayesinde hastaların beslenme durumlarını iyileştirir ve hastaları malnutrisyondan korurlar (18).

Hasta bakımında birinci sırada yer alan hemşirelerin beslenmeye ilişkin algıları, gelişmiş beslenme ilkelerine yönelik bilgileri ve kanıtlanmış standartlar doğrultusundaki uygulamaları oldukça önemlidir. Hemşirelerin beslenme konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması bu konudaki yanlış ve eksiklerin tamamlanarak daha kaliteli, bütüncül ve standartlar doğrultusunda bir bakımın planlanması için gereklidir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin cerrahi hastalarının beslenmesine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

1.2.1. Araştırmanın Özel Amaçları

- Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta beslenmesine ilişkin bilgi düzeylerini saptamak,
- Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hastaların beslenme yönetimine ilişkin tutumlarını saptamak,
- Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hastaların beslenme durumlarını tanılamak için kullandıkları yöntemleri saptamak,
- Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hastaların beslenmesine ilişkin girişimlerini saptamaktır.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H0_a: Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin cerrahi hastalarının beslenmesine ilişkin bilgi düzeyleri yüksektir.

H1_a: Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin cerrahi hastalarının beslenmesine ilişkin bilgi düzeyleri düşüktür.

H0_b: Cerrahi birimlerde çalışan hemşireler hasta beslenmesine yönelik gerekli ve uygun tutum ve davranışları göstermektedir.

H1_b:Cerrahi birimlerde çalışan hemşireler hasta beslenmesine yönelik yetersiz tutum ve davranışları göstermektedir.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Hastanın beslenme durumu morbidite ve mortaliteye neden olan klinik sonuçlar yaratmaktadır (9, 16). Türkiye’de malnutrisyon oranının %15 olduğu saptanmıştır (19).

Malnutrisyon cerrahi hastalarında ciddi sonuçlara sebep olmaktadır. En önemli sonuçlar arasında yara iyileşmesinde gecikme ve cerrahi ya da cerrahi olmayan organ komplikasyonlarında artış sayılabilir. Enfeksiyon riski ve buna bağlı komplikasyonlar artar. Ayrıca hastanede kalış süresinde uzama ve nazokomiyal enfeksiyon oranlarında artmaya sebep olur. Sonuçta da iyileşme hızında yavaşlama ve bakım maliyetlerinde artmayla sonuçlanır (14).

Malnutrisyon tanısının hızlıca konulması ve etkin tedavisi için sağlık çalışanlarının tümünün beslenme ile ilgili kavramları ve beslenme yetersizliğinin fizyopatolojisini bilmesi gerekmektedir. Yeterince bilgi sahibi olunmaması tanı ve tedavide gecikmelere mortalite ve morbidite hızında artmalara yol açmaktadır (20).

Sağlık çalışanları hastaların beslenme ihtiyacının optimum sağlığı sürdürmek açısından öneminin farkında olmalıdır. Hemşireler hastalara bakım sırasında en yakın kişilerdir. Bu yakın etkileşim sayesinde hastaların beslenme durumlarını yakından takip edebilir, malnutrisyondan korunmak için müdahalede bulunabilirler (1).

Hastanede kalış süresince beslenmeye yönelik bakımın en iyi olduğundan emin olmak için European Society of Parenteral ve Enteral Nutrition (ESPEN) beslenmeye yönelik bakım için kanıta dayalı rehber geliştirmiştir (21). Ayrıca Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO) tarafından da geliştirilen standartlar mevcuttur (22, 23). Bu rehber ve standartlarda beslenme bakımının kalitesini arttırmak için benzer aktiviteler önerilmiştir (23). Bu standartlar tüm hastaların izlenmesi, yüksek riskli hastaların tanınması, hasta kayıtlarında diyetin reçetelenmesi ya da beslenme istemlerinin bulunması, hasta izlemi, hastalarla beslenme konusunda iletişim gibi uygulamaları kapsamaktadır (22, 23). Hemşireler bu standartların günlük klinik uygulamalarda yerine getirilmesi konusunda önemli

rol oynamaktadır. Hemşireler beslenme riskini tanırlar, uygun beslenme ihtiyaçlarını tespit eder, alınan yiyecek miktarını izler ve yeterli besin alınamadığı durumlarda uygun solüsyonları belirler (21).

Malnutrisyon tanısının koyulması ve etkin tedavisi için beslenme eksikliğiyle sıklıkla karşılaşan ve malnutrisyonun yarattığı olası komplikasyonlardan en çok etkilenen hastalara bakım veren cerrahi hemşirelerinin ve yoğun bakım hemşirelerinin beslenme konusunda yeterince bilgi sahibi olması, bu konudaki rollerine ilişkin farkındalığının yüksek olması ve kaliteli bakım için geliştirilmiş standartlar ve rehberler doğrultusunda bakım girişimlerini planlayıp uygulaması önemlidir.

1.5. SINIRLILIKLAR

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi birimlerde planlandı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı ve İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi birimlerinden gereken izin alınamadığı için araştırma; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi cerrahi birimleriyle, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı haricindeki cerrahi birimlerle sınırlıdır.

1.6. TANIMLAR

1.6.1. Beslenme Desteği: Hastaların doğal yoldan yeterli alamadıkları besin gereksinimlerinin (makro ve mikro besinler) bir kısmını ya da tamamını karşılayan bir tedavidir (24).

1.6.2. Malnutrisyon (Beslenme yetersizliği): Enerji, protein ve diğer besinlerin yetersiz ya da gereğinden fazla alınımının ya da yetersiz emilim ve sindiriminin doku, vücut yapısı, vücut fonksiyonları ve klinik sonuç üzerine ölçülebilir yan etkilerinin görüldüğü bir durumdur (1, 3, 20, 25).

1.6.3. Tutum: Bireyin kendine ya da çevresindeki herhangi bir nesne, toplumsal konu, ya da olaya karşı deneyim, bilgi, duygu ve güdülerine (motivation) dayanarak örgütlediği zihinsel, duygusal ve davranışsal bir tepki ön eğilimidir. Tutum, bir

eylemin tamamlanması yönünde uygun görülen nesneleri veya uyarıları arar, seçer, reddeder veya eylemin ilerleyişi sırasında ortaya çıkacak olan başarı veya başarısızlıklar yoluyla bu eylemin değerlendirilmesi için referansta bulunabilecek esasları saptar. Böylece söz konusu eylem gelişmesine devam ederken, tutum, eylemin değişikliğe uğramasına neden olabilir (26).



2.GENEL BİLGİLER

2.1. BESLENME VE MALNUTRİSYON

Yemek; biyolojik, sosyal, kültürel, davranışsal ve sembolik bir fenomen olarak tanımlanır. Normal yaşamda bireysel seçimler ve yaşam alışkanlıkları neyi; ne zaman, nerede ve ne kadar yiyeceğimize karar vermemizi sağlar (27). Yemek sadece bir zorunluluk değildir, hastalara hastanede kalış süreleri boyunca sağlıkları için gerekli olan elementleri sağlar (1).

Birçok hasta hastanede kalış süreci boyunca yeteri kadar yiyip, içemez (2). Hastalık halinde temel gıda ihtiyaçlarının alımının azalmasına yol açan iştahsızlık, gastrointestinal sistemde fonksiyonel bozukluk, orofarengeal disfaji, absorpsiyon bozukluğu ve ilaç etkisi gibi nedenler beslenme yetersizliğini daha belirgin hale getirebilir (28).

Beslenme yetersizliği (malnutrisyon); enerji protein ve diğer besinlerin yetersiz veya gereğinden fazla alımının doku, vücut yapısı, vücut fonksiyonları ve klinik sonuç üzerine ölçülebilir yan etkilerinin görüldüğü bir durum olarak tanımlanmaktadır (3, 20, 25).

Malnutrisyon vücutta pek çok sistemi etkilemekte ve bu sistemlerde olumsuzluklara yol açarak mortalite ve morbiditede, hastanede yatış süresinde ve hastane maliyetlerinde artışa yol açmaktadır (1, 8, 18, 19, 20).

Malnütrisyon, oluşmasına yol açan sebeplere göre primer (ekzojen) ve sekonder (endojen) olmak üzere iki grupta incelenir. Primer malnütrisyonda besinlerin kıtlık, savaş, hapis, sosyoekonomik fakirlik vb. sebeplerle yeterli ölçüde bulunmaması söz konusudur. Besinler bulunabildiği takdirde oral alınmalarında ve metabolizmalarında görülen ve bilinen organik bir bozukluk yoktur. Vücudun gereksinimi karşılandığında yani yeterli besin verildiğinde malnütrisyon tablosu spontan olarak ortadan kalkar. Sekonder malnütrisyonda ise neden organiktir. İştahsızlık, yeme ve yutma güçlüğü, kusma, ishal, kanser, pankreas yetmezliği ve malabsorpsiyon gibi nedenlerle malnütrisyon oluşabilir. Enteral veya parenteral yoldan alınan temel yapı ve enerji elemanlarının metabolizmasında bozukluk olması da malnütrisyona yol açar. Besinlerin sindirim, emilim ve metabolizmalarının normal olmasına rağmen fistül, kanama, kusma, ishal, kronik böbrek hastalığı gibi

nedenlerle vücuttan kayıpların artmış olması veya normal dönemlerde yeterli olabilecek miktarlarda besin alınmasına rağmen travma, ateş, stres, gebelik, laktasyon, yanık gibi sebeplerle gereksinimin artması durumlarında gelişen malnütrisyon tablosu da sekonder gruba girer (29).

Malnütrisyonunda başlıca risk faktörleri; ileri yaş, güçsüzlük, fakirlik, mobilite ya da görmeyi azaltan fonksiyonel sağlık problemleri, besin alımını etkileyen oral ya da gastrointestinal problemler, kronik ağrı ya da pulmoner, kardiyovasküler, renal, endokrin kaynaklı kronik hastalıklar, iştahı etkileyen ilaçlar ve tedaviler, enfeksiyon, cerrahi girişim ya da travma gibi akut problemler olarak sıralanabilir (30).

2.2. CERRAHİDE BESLENME VE MALNUTRİSYON

Malnutrisyon son 70 yıldır cerrahi sonuçları kötüleştiren bir risk faktörü olarak bilinmektedir (31). Cerrahi kliniklerinde ve yoğun bakımlarında yatan hastaların %30-65'inde malnutrisyon mevcuttur. Bu durum hastaların tüm fonksiyonlarını etkileyebilmekte ve çoğu zaman göz ardı edilmektedir (32).

Cerrahi hastasında yetersiz besin alımı, yatağa bağımlı olma, kayıplar (diyare, fistül, kanama), metabolik bozukluklar (protein, karbonhidat, yağ metabolizması), büyük ameliyatlar, radyoterapi, kemoterapi, iyatrojenik malnütrisyon (hastanede yatarken gelişen beslenme bozukluğu, %10-50 oranında görülmektedir) başlıca malnutrisyon gelişmesinin sebepleridir (30, 33).

Cerrahi dönemde hastaların yeterli enerji ve protein alımı özellikle protein ve yağ kaybı durumlarında zorunludur. Ancak pek çok hasta cerrahi sonrası daha da artan ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli miktarda yiyemez. Sıklıkla cerrahi sonrası oluşan ağrı, bulantı, ilaç tedavisi, ağız kuruluğu, mide rahatsızlığı ve distansiyon, açlık, anksiyete, alışıktır olunmayan yiyecekler ve hastane rutinleri gibi küçümsenen konuların hepsi potansiyel olarak iştahı ve besin alımı azaltır (34).

Cerrahi metabolizma ve enerji ihtiyacını arttıran bir durumdur. Bazal metabolizma hızının her küçük cerrahi girişim için %10, ciddi cerrahi girişimlerde %100 artabileceği tahmin edilmektedir (35).

Cerrahi ve travma sonrası oluşan fizyolojik strese yanıt olarak hormonal ve sempatik sinir sistemi etkilenir. Sonuçta da hipermetabolizma ve katabolizma oluşur.

Bunun sonucu su ve tuz retansiyonu, bazal metabolizma hızında artma, hepatik glikoz üretimi göze çarpar. Yara iyileşmesinin %80'i glikoz üretiminin artması ve protein sentezi ile oluşur. Yağ (adipoz doku) ve protein depoları (kaslar) negatif nitrojen dengesi ve kilo kaybı sonucu gerekli olan glikoz ve protein sentezi için seferber edilir. Genel olarak katabolik yanıt cerrahinin büyüklük ve süresine bağlı olarak artar (34).

2.3. MALNUTRİSYONUN PATOFİZYOLOJİSİ

Akut hastalıklar ve travmalar strese farklı cevap vermektedir. Bedenin cerrahi travmaya karşı oluşturduğu stres tepkisi, genellikle ameliyattan sonraki ilk 2 ile 5. Günlerde görülür ve bedende nöro-endokrin değişikliklere neden olur.

Stres sonucu; bazal enerji gereksinimi artar, protein katabolizması artar, glikoneogenezis (proteinden glikoz oluşumu) artar, amino asit tüketimi artar, azot atımı artar ve (-) nitrojen dengesi gelişir, hiperglisemi, periferik insülin rezistansı ve lipolizis gelişir (30).

Akut strese cevap, hipermetabolizma ve katabolizmadır. Hipermetabolik durum enerji harcanmasını ve besin gereksinimini artırır. Eğer tedavi uygulanmazsa bedenin protein depolarından yarıdan fazlası, 3 hafta içinde kullanılır. Cerrahi girişimler ya da hastalıkların oluşturduğu stres cevabı, protein-kalori malnütrisyonuna neden olmaktadır. Protein-kalori malnütrisyonunda hem protein hem de kalori eksikliği vardır. Stres sonucu görülen katabolizma artışı hayati öneme sahip metabolik değişikliklere yol açar. Öncelikle bazal enerji gereksinimi ve oksijen tüketimi artar. Komplikasyonsuz bir ameliyatta enerji gereksinimi %10, peritonitte %30-50, geniş yanıkta %60-95 oranında artmaktadır. Glukoneogenezde artış, periferik insülin direncinin gelişmesi, hiperglisemiye karşın normal veya hafif artmış insülin düzeyi, başlıca karbonhidrat metabolizması değişiklikleridir. Artan enerji gereksiniminin yanısıra, beyin, sürrenal, miyokard, eritrosit gibi bazı doku ve hücrelerin enerji kaynağı olarak glikozu kullanması, talebi artırır. Vücut glikoz depoları bu gereksinimi ancak bir gün karşılayabildiğinden, organizma, kas proteini yıkılması sonucu elde edilen amino asitlerden glukoneogenez ile glikoz yaparak ihtiyacını karşılama yoluna gider. Kas proteinlerinin yıkımının artması, periferik dokuda protein yapımının azalması, karaciğerde akut faz proteinleri yapımında canlanma, dallanmış zincirli amino asitlerin hızla tüketilmesi, idrarla azot kaybının

artması, protein metabolizmasındaki temel değişikliklerdir. Ağır strese günde 200-250 gr kas proteini yıkılır ve idrarla 30- 40 gr azot atılır. Akut ve ağır protein yıkımı önlenemeyen olgularda çoğul organ yetmezliği sendromu gelişme riski ve mortalite oranı artmaktadır (30, 33).

2.4. MALNÜTRİSYONUN BELİRTİ VE BULGULARI

Malnütrisyonun çok farklı belirtileri olabilir. En yaygın görüleni kilo kaybıdır. Malnütrisyonlu hasta, ideal kilosunun %90 altında olabilir. Beden kitlesi ve cilt kalınlığı azalmıştır. Kötü görüntü, kuru ve kırılmış saçlar, solgun müköz membran, periferik ya da abdominal ödem olabilir. Subkutanöz yağ ve kas proteinleri protein-kalori malnütrisyonunda yıkılır. Buna bağlı olarak mobilitede azalma ve basınç ülserleri gelişir. Protein sentezi sınırlıdır ve yara iyileşmesi gecikir. Serum albumin düzeyinin azalması, abdominal ödem; diyare ve besin emilim bozukluğuna neden olur. Bağışıklık sisteminin fonksiyonu bozulur, enfeksiyon riski artar. Solunum fonksiyonlarında azalma, dolaşım sisteminde yetersizlik gelişir. Kalp debisi azalır ve postural hipotansiyon riski artar, böbrek fonksiyonları bozulur.

Malnütrisyon ile post-operatif morbidite ve mortalite arasında yakın ilişki olduğu bilinmektedir. Katabolizma sırasında; plazma proteinleri, sindirim enzimleri, karaciğer enzimleri gibi önemli rolleri olanlar dahil bütün endojen proteinler, harcanmaya yatkındırlar.

Malnütrisyon, vücuttaki tüm organların yapısını ve fonksiyonlarını etkiler. Enfeksiyon riskinin artması, yara iyileşmesinde gecikme, hipoproteinemik ödem oluşması, bağırsak motilitesinde azalma, hemorajik şoka yatkınlık, kemik iliği depresyonu, malnütrisyonun primer sonuçlarıdır. Sekonder sonuçları ise; morbidite ve mortalite artar, hastanede kalma süresi uzar ve maliyet artar.

Malnütrisyonun başlıca etkilerinden biri de bağışıklık sistemi üzerinedir. Beslenme bozukluğu olan hastalarda lenfatik dokular atrofiye uğrar, hücresel bağışıklık bozulur ve bakteristik lökosit aktivitesi azalır. Malnütrisyonu hastalar gram negatif bakteriler, candida albicans, pneumocystis carinii ve hepatit grubu virüsler gibi fırsatçı organizmalara duyarlıdır.

Malnütrisiyondaki hastada inspirasyon, vital kapasite, fonksiyonel rezidiül kapasite ve oksijenizasyon azalır. Malnütrasyon sonucu atelektazi ve pnömoniye yol açan solunum fonksiyonları bozukluğu, sık görülen ölüm nedenidir.

Malnütrisyonun kardiyovasküler sistem üzerine etkileri de ağır bir tablo yaratır. Orta derecede hipotansiyon, bradikardi, kardiyak outputta düşme, santral venöz basınçta ve oksijen tüketiminde azalma, gibi ciddi etkileri vardır.

Preoperatif dönemdeki malnütrisyonun, cerrahi girişim sonuçlarını olumsuz etkilediğinin bilinmesi, perioperatif beslenme desteği fikrinin yerleşmesi ve gelişmesine neden olmuştur. Perioperatif beslenme desteğinde amaç; organ fonksiyonlarını stabilize etmek, immün sistemin aktivasyonunu korumak ve yaraların iyileşmesini hızlandırmaktır (29, 30, 33).

2.5. CERRAHİDE BESİN VE ENERJİ GEREKSİNİMLERİ

2.5.1. Enerji Gereksinimi

İnsan vücudunun travma ve hastalığa metabolik cevabı enerji tüketimi ve buna bağlı olarak oluşan protein yıkımının artması şeklindedir. Fizyolojik stres durumunda enerji tüketimi iki nedenle artar. Birincisi; altta yatan hastalık sempatik sinir sistemini uyarak katekolamin salınımını artırır. Artan katekolaminler dokularda daha fazla oksijen tüketiminde ve vücut ısısında artışa neden olur. Sonuçta toplam enerji tüketimi artar. İkincisi; hastalık indirekt olarak karşıt etkili hormonların artışıyla etkisiz metabolik olayların aktifleşmesine ve eşleşmeyen birçok etkinin gelişmesine neden olur. Etkisiz metabolik yolların aktifleşmesi yararsız substrat oluşumu ve artmış enerji gereksinimine rağmen daha az miktarda ATP üretimi sağlayan döngülerin ön plana çıkmasıyla sonuçlanır. Tüm bu mekanizmalar hastada enerji açığına neden olur (13).

Cerrahi kalori ve protein ihtiyacını %20 ile %50 arasında artırır (36). Enerji ihtiyacı 85-150 kJ/kg arasında değişir (34). Enerji ihtiyacı doğru hesaplanması beslenmeye yönelik girişimlerin etkili olmasını sağlar. Enerji ihtiyacının hesaplanması için standart yaklaşım, bazal enerji tüketiminin hesaplanarak, bu miktarı bir stres katsayısı ile çarpılmasıyla elde edilir (24, 34).

2.5.2. Protein Gereksinimi

Protein özellikle büyük cerrahi girişimler sonrası doku devamlılığının sürdürülmesi, yara iyileşmesi, endojen kaynaklı protein katabolizmasının yavaşlaması gibi önemli rollere sahiptir. Cerrahi sonrası protein ihtiyacı 1,2-2 gr/kg arasında değişir. Alt sınır komplikasyonsuz elektif cerrahi sonrası uygundur ve üst sınır majör cerrahi girişimler sonrasında önerilir (37). Protein alımı; bağışıklık sistemi hücrelerini sentezlemek ve antikor üretmek, inflamasyonu azaltmak, insizyon alanındaki yarayı onarmak için önemlidir (35, 36).

Proteinler vücutta depolanamaz bu nedenle gereksinim arttığında protein alımı arttırılmalıdır (38). Yiyeceklerden yetersiz protein alındığında enerji sağlamak için vücut proteinleri kas, organ ve dokulardan yıkarak (glükoneogenez) aminoasitlere dönüştürür (36). 1 gr protein 4 kcal enerji sağlar (24).

2.5.3. Karbonhidrat Gereksinimi

Karbonhidratlar hücreler için temel enerji kaynağını oluşturur. Özellikle beyin, renal parankim ve kan hücreleri için tek enerji kaynağıdır (38). Karbonhidratlardan glikoz üretilir, glikoz hücreler tarafından kullanılarak ATP üretilir. ATP tüm hücresel aktivitelerin yakıt ürünüdür. Karbonhidratlar yetersiz miktarda alınırsa vücut yağ ve protein depolarını glükoneogenezis ile yıkarak glikoz üretirler (35).

Genel olarak günlük kalori ihtiyacının %60-70'i karbonhidratlardan geri kalanı ise lipidlerden karşılanmalıdır. 1gr glikoz 3,8 kcal enerji sağlar (24).

2.5.4. Yağ Gereksinimi

Protein dışı enerji gereksiniminin %30-40'ı lipidlerden sağlanır. 1 gr lipid 9 kcal enerji sağlar (24). Yağlar birim olarak en çok enerji veren ünite olmasına rağmen sadece glikoza bağımlı olmayan kaslar ve iç organlar gibi dokular tarafından enerji elde edilmesi için kullanılır. Vücutta yağ metabolizması ve enerji elde edilmesi başlıca yağ asitleri, keton cisimcikleri, trikarboksilik asit siklusu ile olmaktadır (38).

2.5.5. Su Gereksinimi

Cerrahi hastalarda su gereksinimi özellikle ameliyat sonrası ilk günlerde ve komplikasyonların varlığında oldukça değişkendir ve kayıplar, dren bulunması, vücut ısısı ve solunum şekli gibi faktörlere bağlıdır. Teorik olarak normal renal, kardiyopulmoner ve hepatik fonksiyonları olan bir hastada su gereksinimi 30-40 ml/kg/gün arasındadır. Ancak bu değişim gösterebilir. Bu yüzden gereksinim sıvı kayıplarına ve hastanın durumuna göre günlük belirlenmelidir (38).

2.5.6. Vitamin ve Mineral Gereksinimi

Vitamin ve minerallerin antioksidan, immunitenin ve yara iyileşmesinin sağlanması gibi işlevleri vardır (15).

Metabolik fonksiyonlar ve anabolizma için hücre içi elektrolitlerin yeterli miktarsa verilmesi önemlidir. Potasyum, selanyum, çinko, kalsiyum, magnezyum ve demir cerrahi hastaları için önemli elementlerdir. Elektrolit gereksinimi dren, fistül bulunma, kusma, diyare ve sepsis gibi durumlarda değişiklik gösterebilir (39). Potasyum, kan basıncını düşürür, sıvı volüm dengesinin düzenlenmesine yardımcıdır (40). Selenyum, antioksidandır ve yağların oksidasyonunu önler (15). Magnezyum ve kalsiyum kemik yapısını güçlendirir ve kalp kasılmalarını düzenler (40). Çinko, gerekli olan protein sentezini sağlar ve kollajen üretir, hücre büyümesi ve doku onarımı için gereklidir (15). Demir oksijenin kanda taşınmasına yardımcıdır, yara yatağının oksijenlenmesini sağlar (35).

Vitaminler bağışıklık sisteminin güçlenmesi ve doku onarımının sağlanmasında önemli rol oynamaktadır (36).

Tüm vitamin ve mineraller önemli olmasına rağmen C vitamini ve çinko bağışıklık sistemini güçlendirmesi ve cerrahi yara iyileşmesini hızlandırması açısından oldukça önemlidir. C vitamini vücutta kollajen üretiminde yardımcıdır. Kollajen insizyon yerini onarmak ve güçlendirmek için gereklidir. Ayrıca C vitamini bağışıklık sisteminin de güçlenmesine yardımcıdır. Doku onarımı ve hücre büyümesini harekete geçirmek için vücutta yeterli çinko stoğu olmalıdır. Bağışıklık sisteminin güçlendiren ve doku onarımını sağlayan diğer vitaminler A, B₆, B₁₂ ve folik asittir (35, 36).

2.6. HASTALARDA BESLENME YÖNETİMİ

Malnutrisyonu olan hastalarda beslenme riski taraması, değerlendirme ve uygulamaları beslenme bakımının temel unsurlarıdır (41).

Hastanede yatan hastalar çeşitli pahalı tıbbi ve cerrahi girişimler alırken beslenme ve sıvı tedavisi genellikle ihmal edilir (23). Malnutrisyon farkındalığını arttırmaya yönelik çalışmalar ve yayınların sayısı artmakla birlikte yeterli düzeyde değildir (42).

ASPEN (American Society of Parenteral and Enteral Nutrition) tarafından özel beslenme bakım standartları geliştirilmiş, JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations) tarafından kullanılmıştır. Benzer standartlar daha sonra ESPEN (European Society of Clinical Nutrition and Metabolism) tarafından geliştirilmiş ve sonuçları Avrupa Konseyi tarafından desteklenmiştir.

ESPEN standartları;

- Hastaneye kabul sırasında tüm hastalara risk taraması yapılmalıdır.
- Özel problemleri olan hastalar değerlendirilmelidir.
- Hasta kayıtlarına yönelik beslenme girişimleri reçetelendirilmelidir.
- Hastanede bulunmaları sırasında beslenme girişimlerinin etkileri izlenmelidir.
- Birinci basamak sağlık bakım kuruluşları ve bakımevleriyle beslenme bakımıyla ilgili iletişim kurulmalıdır (23).

Hemşireler rehberlerin ve standartların günlük klinik uygulamalarda önemli rol oynamaktadır. Hemşireler beslenme riskini değerlendirir, uygun beslenme ihtiyacını tespit eder, yemek yeme sırasında yardım eder, alınan yiyecek miktarını izler ve yeterli besin alınmadığında uygun beslenme çözümü bulur (17).

2.6.1. Beslenme Durumunun Taraması

Beslenme yetersizliği tanısında beslenme durumunun değerlendirilmesi önemli yer tutar (42). Hastanede yatan hastalarda beslenme durumunun değerlendirilmesi, uygun nutrisyon tedavisinin planlanması amacıyla klinik, beslenme, vücut bileşimi ve biyokimyasal veriler gibi bilgilerin toplanarak ve değerlendirilerek beslenme durumu bozuk olan hastaların saptanma sürecidir (38).

Beslenme durumu taraması, beslenme bakımının birinci adımıdır. Beslenme riski taraması hastanede yatan hastalar için önerilir (Kanıt E)(43). Beslenme riski ya da beslenme durumunu tanılamak için altın bir standart yoktur (34). Malnutrisyonlu ya da malnutrisyon riski altındaki hastaları belirlemek amacıyla hastalar hastaneye yatırılırken hemşireler ve hekimler tarafından hızlı yapılabilecek basit beslenme riski taraması yöntemleri vardır (42).

İdeal bir beslenme riski değerlendirme testi yüksek duyarlılık ve özgünlüğe sahip olmalı, kolay ve hızlı uygulanabilmeli erken müdahale için orta derecede ve şiddetli malnutrisyonlu hastaları tespit edebilmelidir. Günümüzde nutrisyon risk değerlendirmesinde kullanılan başlıca testler; Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Nutritional Risk Screening (NRS, 2002), Mini Nutritional Assessment (MNA), Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ), Malnutrition Screening Tool (MST) ve Subjective Global Assessment (SGA)'dır (13). Günümüzde en yaygın kullanılan tarama yöntemi NRS 2002'dir (5, 42).

2.6.2. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Beslenme durumu değerlendirmesi tarama ile nutrisyon riski altında olan tüm hastalar için önerilir.(Kanıt E) (43). Beslenme durumu değerlendirmesi tüm bakım sağlayıcılar tarafından kaydedilmeli ve hazırlanmalıdır. Beslenme değerlendirmesinin amacı, temel beslenme parametrelerini, tanımlayıcı beslenme risk faktörlerini, özel beslenme zararlarını tespit etmek, bireysel beslenme ihtiyaçlarını belirlemek ve beslenme destek tedavisinin reçete ve yönetimini etkileyen tıbbi, psikososyal ve sosyoekonomik faktörleri tanımdır (44).

Hastanın metabolik durumuna ilişkin değerlendirme beslenme değerlendirmesi ile birlikte yapılmalıdır. Bu değerlendirme anamnez, fizik muayene (kas kütlesi, yağ depoları, ödem, asit, vitamin ve mineral eksiklikleri belirtileri), kullanılan ilaçların sorgulanması (ilaç-besin etkileşimleri, diyare/konstipasyon, bulantı/kusma), fonksiyonel incelemeler, laboratuvar incelemeleri, besin alımının irdelenmesini içermelidir (38, 42).

Fizik Muayene

Fizik muayenede ağırlık kaybı, iştah, gastrointestinal semptomlar (diyare, konstipasyon, kusma), ateş, tıbbi geçmiş ve ilaç hikayesi, diyet hikayesi, psikiyatrik semptomlar (depresyon, anoreksia nervosa) sorgulanmalıdır (42).

Laboratuvar Değerlendirmeleri

Beslenme durumunun değerlendirilmesinde laboratuvarda ölçülen serum protein düzeyleri de diğer parametrelerle birlikte kullanılır. Bu amaçla kullanılan serum proteinleri:

- Albümin
- Transferrin
- Prealbümin (Transthyretin)

Albümin karaciğerde üretilen, kompleks yapılı, molekül ağırlığı yüksek bir proteindir. Kolaylıkla ve yaygın biçimde ölçülebildiğinden beslenme değerlendirmesinde sıkça kullanılır. Albümin düzeylerinde azalmanın hastanede yatan hastalarda morbidite ve mortalitedeki artış ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (42). En önemli fonksiyonu plazma onkotik basıncının oluşturulması ve diğer maddelerin transportunu sağlamaktır. 3.5 g/dL'nin altındaki konsantrasyonlar protein yetersizliğini düşündürür. Ancak yarılanma ömrünün uzun olması, birçok hastalıkta düşük bulunabilmesi ve bütün vücut sıvılarına geçerek geniş bir havuzda dağılması nedeniyle hastanın beslenme durumu hakkında yeterli bilgi vermemektedir (32).

Serum transferrin plazmada demiri taşıyan bir beta-globulindir. Transferrinin plazma düzeyleri beslenme etmenlerinden ve demir metabolizmasından etkilenir. Yarı-ömrünün kısa olması nedeni ile teorik düzeyde beslenme göstergesi olarak albüminden daha değerlidir. Klinik çalışmalarda ise böyle bir üstünlük görülmemektedir (32, 42). Buna rağmen beslenme desteğinin izlenmesi sırasında değerinin bir haftada normal düzeye ulaşabilmesi önemli bir üstünlüğüdür. Ancak TRF demir durumuna bağlı bir proteindir. Bu nedenle takiplerde yanılsamalara sebep olabilir (32).

Prealbümin (transthyretin-TTR) tiroksin ve retinol bağlayan protein taşıyıcısı olarak işlev görür. Besin alımı değişikliklerinde 1 hafta içinde değişiklikler görülür

(42). Ayrıca, yeterli beslenme sağlanabilmişse kısa sürede (üç gün) normal değerlere döner. Ancak prealbumin inflamatuvar reaksiyonlardan oldukça fazla etkilenmektedir (32).

Malnütrisyon immün işlevleri bozar. Toplam lenfosit sayısının 900/mm³ altında olması ileri derecede bir eksikliğin, göstergesidir. Sağlıklı kişilerde 1500/mm³ üzerindedir. Enfeksiyon ve lösemilerde sayı artarken ameliyat sonrasında ve kronik hastalık koşullarında azalır (42).

Beslenme desteği yapılan hastalarda plazma elektrolit düzeyleri izlenmelidir. Bu takip, özellikle organ yetersizliği veya malnütrisyonu olan hastalarda beslenme desteği başlandığında önemlidir (32).

Antropometrik Göstergeler

Antropometrik ölçümler de beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerdendir. Bu amaçla;

- Mutlak ağırlık (vücut ağırlığı) ve boya göre ağırlık (VKI)
- Zaman içinde ağırlık kaybı oranı (%)
- Kol ortası çevresi (akromiyon ve olekranon çıkıntıları ortasından ölçülür)
- Triseps cilt kalınlığı (subjektiftir ve hata payı yüksektir) kullanılır.
- BMI- Beden Kitle İndeksi

Fonksiyonel Testler

Fonksiyonel değerlendirme amacı ile çeşitli kasların gücü incelenir. Yatak başında kolaylıkla uygulanabilen el sıkma gücünün değerlendirildiği el dinamometresinin yanı sıra kasların doğrudan elektriksel uyarısına bağlı incelemeler (direkt kas stimülasyonu) de vardır. Solunum kaslarının gücü de tepe akım ve FEV1 (Zorlu ekspirasyonun 1. saniyesinde atılan volümdür) ile değerlendirilebilir. Solunum kaslarının gücünü yansıtır ve vücut proteinlerindeki azalmalardan etkilenir.

Besin Alımının Değerlendirilmesi

Besin alımının değerlendirilmesinde aşağıdaki formül kullanılmalıdır:

$$\text{Enerji dengesi} = \text{Alınan enerji} - \text{Tüketilen enerji}$$

Diyetle alınan besinlerin değerlendirilmesi sadece durumun ortaya koyulabilmesini değil hastanın ve hastalığın seyrinin de öngörülebilmesini sağlayacaktır. Düzenli aralıklarla sorgulamalar yapılarak diyet verileri değerlendirilmeli, yemek alışkanlıkları, yemek zamanları sorgulanmalıdır.

Vücut ağırlığı, boy ölçümleri, vücut kütle indeksi hesaplamaları ve vücut bileşimi ölçümleri de bu değerlendirmelerin içinde bulunmalıdır. Laboratuvar ölçümleri yapılmalı, hastanın aktivite düzeyi sorgulanmalıdır.

Azot (N) Dengesi

Organizmanın protein dengesini değerlendirmekte kullanılır. Proteinlerle vücuda alınan azottan idrar, feçes, deri, saç, vb. yollarla kaybedilen azotun çıkartılması ile hesaplanır (42).

2.6.3. Beslenme Yöntemleri

Oral Beslenme

Cerrahiden sonra normal diyet almaya başlama zamanında anestezi tipi, uygulanan cerrahi girişim türü ve hastanın gastrointestinal sistem (GİS) fonksiyolarının geri dönmesi belirleyicidir. Oral besin alımı sindirim salgılarını uyarır, GİS fonksiyonları ve bağırsak peristaltizmi normale döner (45).

Enteral Beslenme

Enteral beslenme yeterli miktarda oral alımı olmayan veya oral alımın kontrendike olduğu hastalarda kullanılır (46). Enteral beslenme; GİS fonksiyonlarının normal veya normale yakın olduğu durumlarda, besin maddelerinin nazoenterik, gastrostomi veya jejunostomi yoluyla devamlı ya da aralıklı olarak hastaya verilmesidir (47). Enteral beslenme daha ucuz, daha güvenli ve daha fizyolojik olması ve bağırsak bariyerini koruma özelliğiyle daha kabul edilir özelliklere sahiptir. Enteral beslenme desteği kısa süreli olaksa nazogastrik veya nasojejunal tüp ile, uzun süreli olaksa endoskopik veya radyolojik olarak yerleştirilebilen gastrostomi tüpleriyle sağlanır (46).

Hastalar enteral yolla beslendiği sürece GİS'le ilgili diyare, konstipasyon, bulantı ve kusma; tüple ilgili nazal ülserler, tüp tıkanması, tüpün yerinden çıkması;

solunumla ilgili pulmoner aspirasyon ve metabolik sorun olarak hiperglisemi, dehidratasyon, elektrolit değişiklikleri gibi komplikasyonlarla karşı karşıya kalabilir (47). Ağızdan alımı hiç olmayan ve erken dönemde enteral beslenme başlanan cerrahi hastaların kıyaslandığı iki geniş metaanalizde mortalite oranları değişmezken, infeksiyöz komplikasyonların ve hastanede kalış süresinin enteral beslenen hastalarda daha az olduğu gösterilmiştir (46).

Parenteral Beslenme

Beslenme desteği gereken durumlarda, gastrointestinal kanalın anatomik veya fonksiyonel bütünlüğünün bozulması sonucu enteral beslenmenin yapılamadığı durumlarda hasta için gerekli besin öğelerinin tamamının veya bir kısmının damar yoluyla verilmesine parenteral beslenme denir. Santral veya periferik venler beslenme için kullanılırlar (38). Santral kataterlerden verilecek beslenme solüsyonunun osmolaritesi 900 mOsm/L'den büyük, periferik kataterlerden verilecek olanın osmolaritesi 900 mOsm/L'den küçük olmalıdır. Total parenteral beslenme gereksinimi 15 günden uzun olduğunda santral venöz katater şarttır (24).

Parenteral beslenme komplikasyonları katatere bağlı, metabolik ve gastrointestinal komplikasyonlar olarak üç başlıkta toplanabilir. Pnömotoraks, hemotoraks, hava embolisi, arter yaralanması, uygun olmayan yerleşim, flebit, tromboz, sepsis katatere bağlı; sıvı elektrolit dengesi bozuklukları, hiperglisemi, hipoglisemi, BUN yükselmesi, hepatoksisite, bağırsak mukoza atrofisi, kolestaz, lipid metabolizması bozuklukları, metabolik kemik hastalıkları metabolik; ishal, konstipasyon, barsak nekrozu, akut erozif gastrit gastrointestinal komplikasyonlardır (24).

2.7. CERRAHİ DÖNEMDE BESLENME YÖNETİMİ

2.7.1. Ameliyat Öncesi Dönemde Beslenme

Ameliyatın başarısı ve ameliyat sonrası iyileşme, beslenme durumuyla doğrudan ilişkilidir. Ameliyat öncesi dönemde beslenme durumu iyi olan hasta ameliyat sonrası komplikasyonlar ve ameliyat stresıyla daha kolay baş edebilir (48). Bir hastanın beslenme düzeyinin değerlendirilmesi ameliyat sonrası sonuçları yakından etkiler. Ameliyat öncesi risk değerlendirmesinin bir amacı da beslenme desteğinin seçimine karar vermektir (31).

Ameliyat öncesi dönemde beslenme yetersizliği saptanan hastalara, enerji ihtiyacını karşılamak ve yara iyileşmesini kolaylaştırmak amacıyla ameliyat öncesi evrede karbonhidrat ve proteinden zengin yeterli vitamin ve mineralleri içeren besinler verilmelidir (36, 48). Oral alımı olmayan hastalara besinler enteral yolla veya parenteral yolla verilebilir (31, 48).

Ameliyat öncesi dönemde hastaların ilaç alımının ve bitkisel ürün kullanımının değerlendirilmesi gerekmektedir. İlaçlar ve bitkisel ürünler anestezi sırasında diğer ilaçlarla etkileşime girebilir, bitkisel ürünler bağışıklığı baskılayabilir, bu da istenmeyen komplikasyonların oluşmasına neden olabilmektedir (36, 48). Örneğin ekinezya bitkisi 8 haftadan fazla süreyle kullanıldığında bağışıklığı baskılar ve yara iyileşmesini geciktirerek, ameliyat sonrası komplikasyonların oluşmasına sebep olur. Sarımsak ve ginseng bitkisi kanama zamanını uzatır. Bazı bitkiler anestezinin sedatize etkilerini artırır. Bu yüzden ameliyat öncesi dönemde ilaç ve bitkisel ürün kullanımının hekime bildirilmesi ve kısıtlanması gerekmektedir (36).

Ameliyat Öncesi Aç Kalma

Mide içeriğinin hacmini ve asiditesini azaltmak için genel anestezi öncesi hastaların aç kalması gerekir. Böylece ameliyat esnasında mide içeriğinin regürjitasyonu ve aspirasyonu, abdominal cerrahide ameliyat alanının gaita ile kontamine olması, idrar ve gaita inkontinansı önlenmiş olur (49). Elektif cerrahi girişim uygulanacak hastalara ameliyattan önceki gece boyu açlık uygulaması “Nil Per Os (NPO)” genellikle kabul görmekte ve rutin olarak uygulanmaktadır. NPO uygulaması 1800’lü yıllarda aspirasyon nedeni ile kaybedilen bir hasta sonrası kullanıma girmiş ve yakın döneme kadar son derece katı bir şekilde uygulan gelmiştir (50). Son yıllara kadar hastalar anestezi öncesi 8-12 saat süresince aç kalmaktaydı. NPO Ameliyat öncesi uzamış açlık süresinin hastalarda açlık hissi, huzursuzluk, baş ağrısı, dehidratasyon, hipovolemi ve hipoglisemi gibi olumsuz etkileri oluşabilmektedir. Ayrıca ameliyat öncesi uzun süre aç kalma hasta memnuniyetinin azalmasına, ameliyat sonrası dönemde geç iyileşme ve geç taburculuğa neden olabilmektedir (49, 50).

İlk kez 1993 yılında Norveç’te rutin olarak NPO uygulamasından vazgeçilerek hastalara ameliyattan 2 saat öncesine kadar belirli gıdalar verilmeye başlanmıştır. Norveç’i kısa sürede Avrupa Ülkeleri ve Amerika izlemiş ve

protokoller geliştirilmiştir (50). Son 20 yıldır ameliyat öncesi aç kalma sürelerine yönelik yapılan çalışmalar sonucu ameliyat öncesi açlık ile ilgili rehberler yayınlanmıştır. Bu rehberlerde hastanın alabileceği katı ve sıvı gıdalarla ilgili değişiklikler yer almaktadır. Amerikan Anestezi Birliğinin (ASA, The American Society of Anesthesiologists) ameliyat olacak hastalar için aç kalma ile ilgili önerileri vardır. ASA'nın önerilerine göre ameliyatın altı saat öncesinde katı gıdaların, iki saat öncesinde de berrak sıvıların kesilmesinin yeterli olduğu belirtilmektedir. İngiliz Hemşirelik Koleji (The Royal College of Nursing) tarafından Kasım 2005 yılında basılan rehberde ameliyat öncesi aç kalma; sağlıklı kişiler için ameliyat öncesi aç kalma, sağlıklı çocuklarda ameliyat öncesi aç kalma, yüksek riskli gruplarda ameliyat öncesi aç kalma olarak gruplandırılmıştır (49).

İngiliz Hemşirelik Koleji'nin (The Royal College of Nursing) sağlıklı yetişkinler için önerileri;

- Elektif cerrahide anestezi indüksiyonundan 2 saat öncesine kadar su alımı sağlıklı yetişkinlerde güvenlidir ve hasta refahını artırır (Kanıt A).
- Berrak sıvılar, açık çay yada sütsüz kahve anesteziiden iki saat öncesine kadar alınabilir (Kanıt A).
- Sütlü çay ya da kahve anesteziiden 6 saat öncesine kadar alınabilir (Kanıt B).
- Uygulanan sıvıların hacmi hastaların rezidüel gastrik hacmi ve standart bir açlık rejimi ile karşılaştırıldığında gastrik pH, üzerinde bir etkisi görünmüyor. Bu nedenle, hastaların anestezi verilmeden önce en fazla iki saat su ve diğer berrak sıvı sınırsız miktarda olabilir (Kanıt A).
- Katı yiyecekler ve süt için ameliyat öncesi en az 6 saat açlık önerilir (Kanıt D).
- Sakız çiğnemeye ameliyat yapıldığı gün izin verilmemelidir (Kanıt B).
- Tatlılar katı yiyeceklerdir. Ameliyat öncesi en az 6 saat açlık önerilir (Kanıt D).
- Aksi önerilmedikçe ameliyat öncesi kullanılan düzenli ilaçlara devam edilmelidir (Kanıt D (GGP)).
- Hastalar ilaçlarını 30 ml su ile alabilirler (Kanıt D (GGP)).
- Premedikasyon ilaçları da su ya da berrak sıvılarla alınabilir (Kanıt A).

- H2 reseptör antagonistleri rutin kullanımı sağlıklı yetişkinler için tavsiye edilmez (Kanıt D).
- Elektif işlem gecikirse aşırı susama ve sıvı kaybını önlemek için, gözlenen hastaya bir bardak su verilmelidir (Kanıt D(GGP)).

Yüksek riskli hastalar için öneriler;

- Kontrendike olmadıkça yüksek riskli hastalarda, sağlıklı yetişkinlerle aynı ameliyat öncesi açlık rejimi takip edilmelidir. Buna ek olarak, anestezi ekibi hastanın genel klinik durumuna uygun girişimleri göz önünde bulundurmalıdır (Kanıt D).
- Acil ameliyat olacak yetişkinler tam dolu mideleri varsa tedavi edilmelidir. Uygunsa midayı boşaltmak için normal açlık önerileri izlenmelidir (Kanıt D). (51).

2.7.2. Ameliyat Sonrası Dönemde Beslenme

Cerrahi girişimden sonra hastanın uygun olan en kısa sürede beslenmeye başlaması önemlidir. Normal beslenme gastrointestinal sistem fonksiyonlarının kısa sürede normale dönmesini sağlar ve hasta üzerinde olumlu psikolojik etki yaratır. Ayrıca cerrahi girişim nedeniyle oluşan negatif nitrojen dengesinin, kısa sürede düzeltilmesi için de beslenme önemlidir. Stres yanıtı olarak adrenal bezlerden fazla miktarda salınan glikokortikoid hormonların etkisiyle vücutta protein yıkımının artması sonucu negatif nitrojen dengesi ortaya çıkar. Hastanın ameliyat öncesi aç bırakılması ve ameliyat sonrası bir-iki gün normal beslenememesi de negatif nitrojen dengesinin gelişmesinde rol oynar.

Ameliyat sonrası dönemde görülen bulantı, kusma ve hıçkırık gibi GİS rahatsızlıkları normal beslenmeyi etkiler. Bu nedenle bu rahatsızlıkların giderilmesi önemlidir (45). Ameliyat sonrası dönemde ameliyat sonrası görülebilecek komplikasyonların azaltılması için protein, çinko ve c vitamininden zengin diyet önerilmelidir. Vitamin ve mineral desteği sağlanmalıdır. Mümkün olan en kısa sürede berrak sıvılara ve diğer uygun besin alımına başlanmalıdır. Hasta az az ve sık sık yemeğe teşvik edilmelidir (36).

2.8. HEMŞİRELER VE BESLENME

Hemşireler klinik ortamda hastalara iyileşme süreci boyunca bütüncül bakım sağlayan sağlık profesyonelleridir. Bakım sağlayıcı olarak birinci basamakta yer alan hemşireler rolleri göz önünde tutulduğunda hastaya iyi bir beslenme sağlamak için en iyi konumdadır (18). Servis hemşireleri hastalarla olan yakın temasları, beslenme yetersizliğinden koruma ve buna yönelik önlemleri izleme olanakları sayesinde beslenme bakımının temel taşlarıdır (1).

Hemşirelik bakımı; malnutrisyonun nedenleri, beslenme ve fizyolojik gereksinimlerin giderilmesi, hasta ve ailesinin eğitimi ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanmasını içerir.

Cerrahi hemşiresinin, hemşirelik değerlendirmesi ve girişimleri hastada malnutrisyonun belirlenmesi, ekip ile uygun beslenme desteğinin başlatılması, komplikasyonların önlenmesi ve uzun süre hastanede kalışları önlemeye yardımcı olabilir. Cerrahi girişim için hastaneye yatan hastalar yeterli besin alımı açısından dikkatli gözlenmelidir. Hasta ve ailesi bu konuda bilgilendirilmelidir (30).

Hemşirelerin beslenme bakımıyla ilgili yeterli bilgi ve donanıma sahip olması ve bu konudaki sorumluluk duyguları hastaların beslenme durumlarını iyileştirmek ve beslenme yetersizliğinden korunmak için önemlidir. Birçok hemşire beslenmenin hasta bakımında önemli bir unsur olduğu fikrindedir. Hemşireler beslenme desteğinin hastanede yatma süresince oluşan malnutrisyonun neden olduğu ciddi komplikasyonları önleyeceği konusunda fikir birliğine varmışlardır. Bununla birlikte beslenme durumu kötü olan hastalarda bu durumun kötü beceri ve bilinçsiz yöntemlerin bir sonucu olabileceği rapor edilmiştir (18).

Hemşireler beslenme bakımı vermekle sorumludurlar (1). Hastaların hastaneye kabulü sırasında beslenme durumlarını değerlendirmeli, hastaların önemli ve potansiyel beslenme problemlerini tanımlamalıdır (1, 17). Bazı çalışmalar hemşirelerin beslenme konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğunu ve beslenmeye ilişkin tutumlarının nötr ya da negatif olduğunu saptamıştır (17). Bununla beraber, hemşirelerin hasta beslenmesiyle ilgili bilgi ve tutumları klinik alanda nadiren incelenmiştir (18).

Hemşireler hastaların beslenme bakımında hayati bir rol oynamaktadır, bu rolü yerine getirmek için farkındalık, bilgi ve becerilere sahip olması esastır (1). Sutton ve arkadaşları yaptıkları çalışmada 4 yıl süresince beslenme hemşirelerinin bakım ve takibi sonucu kateter enfeksiyonu ve sepsis oranının %52.0'den %2.3' e düştüğünü, beslenme hemşirelerinin bakımın kalitesini artırmada önemli rol oynadığını belirtmişlerdir (52).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin cerrahi hastalarının beslenmesine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını saptamak amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlandı ve yürütüldü.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi cerrahi birimlerde Haziran-Ekim 2014 tarihleri arasında yürütüldü. Cerrahi Birimler; cerrahi servisler ve cerrahi yoğun bakımlardan oluşmaktadır.

Cerrahi Birimler:

- Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı
- Beyin ve Sinir Cerrahisi (Nöroşirürji) Anabilim Dalı
- Genel Cerrahi Anabilim Dalı
- Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı
- Göz Hastalıkları Anabilim Dalı
- Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
- Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı
- Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı
- Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
- Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
- Üroloji Anabilim Dalı

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Haziran-Ekim 2014 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi cerrahi birimlerde çalışan tüm hemşireler oluşturmaktadır. Cerrahi birimlerde çalışan hemşire sayıları birimlerin başhemşire ve sorumlu hemşirelerinden elde edildi.

Tablo 3.3.1. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşire Sayıları

Cerrahi Birimler	Toplam Hemşire Sayısı
Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı	36
Beyin ve Sinir Cerrahisi (Nöroşirürji) Anabilim Dalı	12
Genel Cerrahi Anabilim Dalı	20
Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı (Servis)	17
Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı (Yoğun Bakım)	22
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı	7
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı	15
Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı	7
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı	22
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı	7
Üroloji Anabilim Dalı	7
Toplam	174

Tablo 3.3.2. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşire Sayıları

Cerrahi Birimler	Toplam Hemşire Sayısı
Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı	51
Beyin ve Sinir Cerrahisi (Nöroşirürji) Anabilim Dalı	33
Genel Cerrahi Anabilim Dalı	34
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	6
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı	9
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı	32
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	- *
Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı	12
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı	17
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı	12
Üroloji Anabilim Dalı	18
Toplam	224

* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı'ndan araştırmanın uygulanması için gerekli izin alınamadı.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Haziran – Ekim 2014 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi cerrahi birimlerde çalışan tüm hemşirelerden araştırmaya katılmayı kabul eden, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, beslenmeye yönelik eğitim alıp almama durumları ayırt edilmeksizin ulaşılabilen hemşireler örnekleme alınmıştır. Araştırmaya katılmayı reddeden, cerrahi birimde çalışma süresi 6 aydan az olan ve veri toplama süreci boyunca izinli olup ulaşılamayan hemşireler örnekleme alınmadı. Araştırmada örnekleme alınan ve alınmayan hemşire sayıları “Tablo 3.4.1” ve “Tablo 3.4.2” de verilmiştir.

Tablo 3.4.1. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Cerrahi Birimlerde Çalışan ve Örnekleme Alınan-Alınmayan Hemşire Sayıları

Cerrahi Birimler	Araştırmaya katılan	Araştırmaya katılmayı reddeden	Doğum izninde olan	Raporlu olan	İzinli olan	Toplam Hemşire
Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı (*1 kişi araştırmacı olduğu için araştırma dışı tutuldu)	26	3	2	2	2	36
Beyin ve Sinir Cerrahisi (Nöroşirürji) Anabilim Dalı	7	4	0	1	0	12
Genel Cerrahi Anabilim Dalı	15	2	0	3	0	20
Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı (Servis)	15	0	0	0	2	17
Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı (Yoğun Bakım)	16	2	2	0	2	22

Göz Hastalıkları Anabilim Dalı	5	2	0	0	0	7
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı	13	1	0	0	1	15
Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı	4	3	0	0	0	7
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı	15	4	0	3	0	22
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı	5	1	0	0	1	7
Üroloji Anabilim Dalı	6	2	1	0	0	9
TOPLAM HEMŞİRE	127	24	5	9	8	174

Tablo 3.4.2. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Cerrahi Birimlerde Çalışan ve Örneklem Alınan-Alınmayan Hemşire Sayıları

Cerrahi Birimler	Araştırmaya katılan	Araştırmaya katılmayı reddeden	Doğum izninde olan	Raporlu olan	İzinli olan	Toplam Hemşire
Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı	35	10	3	1	2	51
Beyin ve Sinir Cerrahisi (Nöroşirürji) Anabilim Dalı	13	10	0	2	3	33
Genel Cerrahi Anabilim Dalı	19	11	2	0	2	34
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	4	2	0	0	0	6
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı	5	4	0	0	0	9
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı	10	20	0	2	0	32
Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı	7	5	0	0	0	12
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı	13	2	0	2	0	17
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı	8	3	0	0	1	12
Üroloji Anabilim Dalı	11	4	2	0	1	18
TOPLAM HEMŞİRE	125	76	7	7	9	224

3.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta beslenmesine ilişkin bilgi düzeyleri, tutumları ve davranışları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

Sonuç kriterlerini etkileyebileceği düşünülen hemşirelerin yaşı, eğitim düzeyleri, hasta beslenmesiyle ilgili bilgi alıp almama durumları, meslekteki ve cerrahi birimdeki çalışma yılları gibi sosyo-demografik özellikler araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.6. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

3.6.1. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen bir veri toplama formu kullanıldı. Veri toplama formu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde cerrahi hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerine ilişkin sorular, İkinci bölümde cerrahi hemşirelerinin beslenmeye ilişkin bilgilerini değerlendiren sorular, Üçüncü bölümde beslenmeye ilişkin tutumlarını değerlendiren sorular ve Dördüncü bölümde de hemşirelerin uygulamalarını değerlendiren sorular yer almaktadır.

Veri toplama formu hazırlandıktan sonra formun ölçek ve kapsam geçerliliğini test etmek amacıyla 10 öğretim üyesinden uzman görüşü alındı. Uzman görüşü için veri toplama formunun her bir maddesi Waltz ve Bausell tarafından geliştirilmiş Content Validity Index (CVI)'e göre uyarlanarak bir dereceleme ölçütü geliştirildi (53). Bu aracı kullanarak uzmanlar her bir maddenin ölçüm değeri ile ilgili olarak 1 ile 4 arasında puan vermişler ve değişiklik gereken maddelerdeki değişiklikleri maddeler üzerinde belirtmişlerdir. Uzmanların sorular için verdikleri puan ortalamaları alındı ve her madde için verilen puan ortalamaları 2.5' ten büyük olduğu için veri toplama formu kapsam yönünden geçerli kabul edildi. Uzmanların

önerileri doğrultusunda madde değişiklikleri yapıldı ve veri toplama formuna son şekli verildi.

Sorulara verilen cevaplarda tutarlılığın olması, elde edilen sonuçların güvenilirliğini arttıracaktır (53). Hemşirelerin bilgi ve tutum sorularına vermiş oldukları cevaplar arasındaki iç uyumu değerlendirildiğinde, Cronbach alfa değeri 1 değerine oldukça yakın olması nedeniyle (Bilgi Formu Cronbach's alfa değeri: 0.875; Tutum Formu Cronbach's alfa değeri: 0.839) cevaplar arasında yüksek uyum ve tutarlılık olduğu söylenebilir.

Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu

Oluşturulan soru formunda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma yılı, çalışılan cerrahi birim ve beslenme konusunda eğitim alıp almadıkları gibi hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerini içeren sorular yer almaktadır.

Beslenme Bilgisi Soru Formu

Bu bölümü oluşturan sorular özellikle cerrahi hastasında hemşirelerin klinik ve temel beslenme bilgisini değerlendirmek amacıyla. Sorular literatür bilgisi doğrultusunda cerrahi hastasında enerji gereksinimi, cerrahi hastasında besin gereksinimi, beslenme yöntemleri, besin destekleri ve cerrahi hastasında besin seçiminin yönetimini kapsayan konuları içermektedir.

Bu bölümde kapalı uçlu sorular (doğru-yanlış-fikrim yok soruları, çoktan seçmeli sorular) yer almaktadır. Formdaki ifadelere verilen cevaplar “Doğru” ve “Yanlış” ifadeleriyle standardize edildi.

Kişilerin bilgi düzeyi puanlarını hesaplamak için doğru cevaplar için “1”, yanlış cevaplar için “0”, fikrim yok cevapları için “0” puan verildi. Formdan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 52 olarak belirlendi.

Kişilerin bilgi düzeyi durumlarını belirlemek için; soru formundan aldıkları toplam puan üzerinden “0-21” arası puan alan (soruların 0-%40’ını doğru cevaplayan) hemşirelerin bilgi düzeyi durumu “Zayıf”, “22-36” arası puan alan (soruların %41-%70’ini doğru cevaplayan) hemşirelerin bilgi düzeyi durumu “Orta”, “37-52” arası puan alan (soruların %71-%100’ünü doğru cevaplayan) hemşirelerin

bilgi düzeyi durumu “İyi” olarak değerlendirildi. Formun Cronbach’s alfa değeri 0.875 olarak saptandı.

Beslenmeye Yönelik Tutum Değerlendirme Formu

Bu bölüm hemşirelerin cerrahi hastasında beslenme yönetimiyle ilgili tutumlarını, buna yönelik hemşirenin rolleri ve hissettiklerini değerlendirme amacıyla. Kararın derecesini belirlemek amacıyla 4 puanlı likert bir ölçüm skalası oluşturuldu. Hemşirelerin hasta beslenmesine yönelik rollerine ilişkin hissettiklerini değerlendirme amacıyla bir adet açık uçlu soru yer almaktadır.

Dörtlü likert tipinde oluşturulan forma verilecek cevaplar “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Katılıyorum”, “Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde standardize edildi.

Kişilerin tutum puanlarını hesaplamak için “Kesinlikle Katılmıyorum” cevabına “1” puan, “Katılmıyorum” cevabına “2” puan, “Katılıyorum” cevabına “3” puan, “Kesinlikle Katılıyorum” cevabına “4” puan verildi. Formdan alınabilecek en düşük puan “13”, en yüksek puan “52” olarak belirlendi. Formun Cronbach’s alfa değeri 0.839 olarak saptandı.

Hemşirelerin hasta beslenmesine yönelik rollerine ilişkin hissettiklerini değerlendirme amacıyla sorulan açık uçlu soruya verilen cevaplar değerlendirildi ve ortak olanlar gruplandırılarak verildi.

Hemşirelik Uygulamaları Soru Formu

Bu bölüm hemşirelerin günlük bakım girişimlerini dikkate alarak beslenmeye yönelik aktivitelerini değerlendirmek ve cerrahi hastasının beslenme durumlarını tanılama yöntemlerini belirlemek amacıyla hazırlanmış sorulardan oluşmaktadır. Bu bölüm özellikle hastaların beslenme durumlarının tanılama metotlarını, beslenmeye yönelik uygun önerileri ve günlük hemşirelik girişimlerini, servislerde beslenme yönetiminin yapılıp yapılamayacağını ve hatta açık uçlu sorularla da beslenme bakımını geliştirmek için en iyi yöntemlerin neler olabileceğini sorgulayarak değerlendirmektedir. Sorulara verilen cevaplar tek tek değerlendirilerek cevapları sunuldu.

3.6.2. Veri Toplama Yöntemi

Verilerin toplanması için öncelikle cerrahi birimlerin başhemşire ve sorumlu hemşireleriyle görüşüldü. Araştırma hakkında gereken bilgi verildikten sonra cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerle yüz yüze görüşülerek onamları alındı ve uygun oldukları durumda veri toplama formunu cevaplamaları için süre tanınıp cevaplamaları beklendi. Görüşmenin uygun olmadığı durumlarda veri toplama formu birimlerin başhemşire ya da sorumlu hemşirelerine bırakıldı ve uygun zamanda geri toplandı. Ayrıca veri toplama formunu çalışma saatleri dışında ya da evde tamamlamak isteyen katılımcılara form teslim edilip uygun zamanda geri toplandı.

3.6.3. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Araştırma sonucu elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS- Statistical Package for Social Science (PASW 18) paket programında yapıldı. Veriler; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verildi. Bilgi ve tutum formlarının cevapları arasındaki iç güvenirliliği incelemede Cronbach alfa katsayısı kullanıldı. Bilgi ve tutum skorlarının normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığı Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile test edildi. Bilgi ve tutum skorlarının normal dağılım göstermemesi nedeniyle bu skorları etkileyen parametreleri belirlemede non parametrik testler (Mann Whitney U veya Kruskal Wallis) kullanıldı. Değerlendirilen parametrenin iki kategorili olması halinde skorların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Değerlendirilen parametrenin 3 veya üzeri kategorili olması durumunda ise skorların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kruskal Wallis testi ile yapılan karşılaştırmalarda anlamlı bulunan durumlar için farklılığın hangi gruplar arasında kaynaklandığını saptamak amacıyla ikili alt grup karşılaştırmaları Mann Whitney U testi ile değerlendirildi. Bilgi ve tutum puanları arası ilişki normal dağılım göstermediği için Spearman rank korelasyon katsayısı ile incelendi. Tüm testlerde p değeri 0,05'ten küçük olduğunda istatistiksel açıdan anlamlı olduğu göz önünde bulunduruldu.

3.7. SÜRE VE OLANAKLAR

Mayıs-Eylül 2013 döneminde araştırma planı yapıldı, ilgili literatürler tarandı, tez konusu belirlendi. Araştırma 27 Şubat 2014 tarihinde tez önerisi olarak

sunuldu ve üzerinde son değişiklikler yapıldı. Haziran 2014 döneminde veri toplama formu için uzman görüşü alındı ve son değişiklikleri yapıldı. Haziran 2014- Ekim 2014 tarihleri arasında veriler toplandı ve aynı zamanda araştırmacı tarafından kodlamaları yapıldı. Ocak 2015- Mayıs 2015 tarihleri arasında analizler yapılarak tezin yazımı tamamlandı.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu’ndan onay alındıktan sonra Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliklerinden “Kurum izni” alındı.

Araştırmaya katılmaya istekli olanlar araştırma kapsamına alındı. Veri toplama formuyla birlikte araştırmanın konu ve amacını anlatan ve araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları ve verilerin hiç bir şekilde kimlik belirtilmeden sadece araştırma için kullanılacağı hakkında bilgi veren onam formu kullanıldı.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, cerrahi hastasında beslenmeye yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarının istatistiksel değerlendirilmesinden elde edilen bulgular verilmiştir.

4.1. TANIMLAYICI VERİLER

Araştırma kapsamına 2 üniversite hastanesi alınmış olup, bunların %50.4'ünü (n=127) Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, %49.6'sını (n=125) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi cerrahi birimlerinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır.

Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Hastanelere Göre Dağılımı (n=252)

Hastaneler	Sayı n	Yüzde %
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	127	50.4
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	125	49.6
Toplam	252	100.0

Tablo 4.1.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler		Min-Max	Ort±SD
Yaş		23-56	32.51±6.88
		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	25 ve altı	39	15.5
	26-30	89	35.3
	31-35	43	17.1
	36-40	42	16.7
	41 ve üstü	39	15.5
Cinsiyet	Erkek	9	3.6
	Kadın	243	96.4
Eğitim Seviyesi	Önlisans	16	6.3
	Lisans	226	89.7
	Lisansüstü	10	4.0

Hemşire olarak çalışma süresi	6 ay- 1 yıl	15	6.0
	2-5 yıl	67	26.6
	6-10 yıl	86	34.1
	11 yıl ve üstü	84	33.3
Cerrahi birimde çalışma süresi	6 ay- 1 yıl	29	11.5
	2-5 yıl	82	32.5
	6-10 yıl	69	27.4
	11 yıl ve üstü	72	28.6
Çalışılan cerrahi birim	Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı	61	24.2
	Beyin ve Sinir Cerrahisi (Nöroşirürji) Anabilim Dalı	20	7.9
	Genel Cerrahi Anabilim Dalı	34	13.5
	Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	4	1.6
	Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı (Servis)	15	6.0
	Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı (Yoğun Bakım)	16	6.3
	Göz Hastalıkları Anabilim Dalı	10	4.0
	Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı	23	9.1
	Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı	11	4.4
	Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı	28	11.1
	Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı	13	5.2
	Üroloji Anabilim Dalı	17	6.7

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları 23 ile 56 arasında değişmektedir (ortalama yaş 32.51 ± 6.88). Hemşirelerin %15.5'inin (n=39) 25 yaş ve altında, %35.3'ünün (n=89) 26-30 yaşları arasında, %17.1'inin (n=43) 31-35 yaşları arasında, %16.7'sinin (n=42) 36-40 yaşları arasında, %15.5'inin (n=39) 41 yaş ve üstünde olduğu saptandı. Hemşirelerin %96.4'ü (n=243) kadın, % 3.6'sı (n=9)

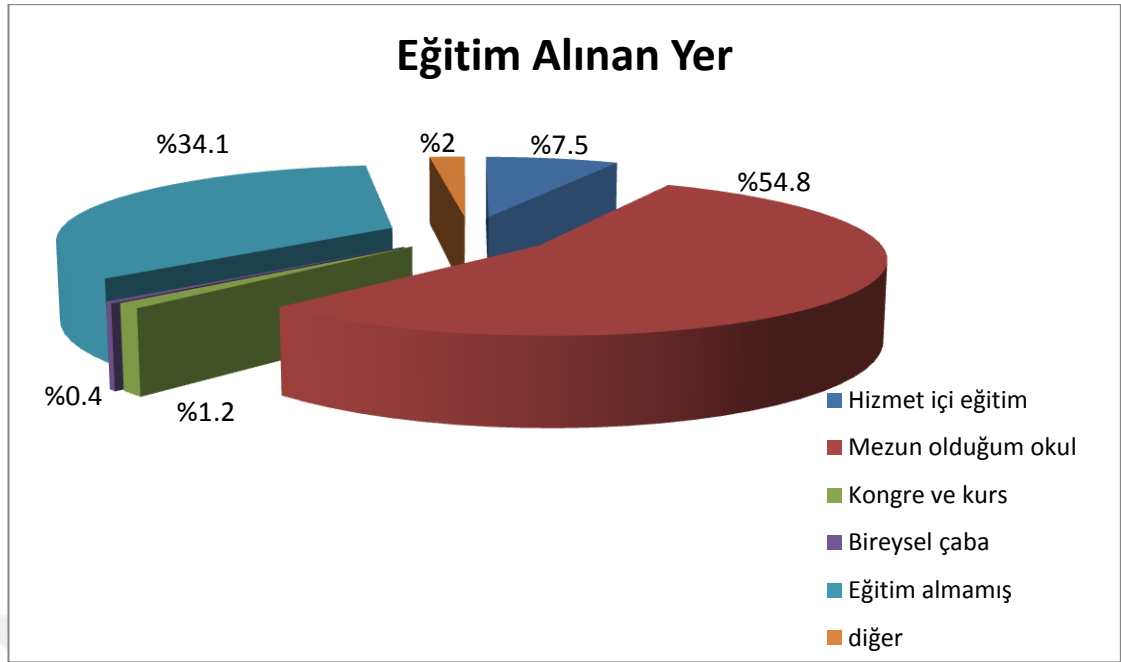
erkektir. Hemşirelerin %6.3'ü (n=16) önlisans mezunu, %89.7'si (n=226) lisans mezunu, %4'ü (n=10) lisansüstü mezunudur. Araştırmanın genelini lisans mezunu hemşireler oluşturmaktadır. Hemşirelerin %6'sının (n=15) 6 ay-1 yıl, %26.6'sının (n=67) 2-5 yıl, %34.1'inin (n=86) 6-10 yıl, %33.3'ünün (n=84) 11 yıl ve üzeri hemşire olarak çalıştıkları belirlendi. Hemşirelerin %11.5'inin (n=29) 6 ay-1 yıl, %32.5'inin (n=82) 2-5 yıl, %27.4'ünün (n=69) 6-10 yıl, %28.6'sının (n=72) 11 yıl ve üzeri cerrahi birimlerde çalıştıkları tespit edildi.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %24.2'si (n=61) Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı'nda, %7.9'u (n=20) Beyin ve Sinir Cerrahisi (Nöroşirürji) Anabilim Dalı'nda, %13.5'i (n=34) Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda, %1.6'sı (n=4) Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda, %6'sı (n=15) Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Serviste, %6.3'ü (n=16) Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Yoğun Bakımda, %4'ü (n=10) Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda, %9.1'i (n=23) Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda, %4.4'ü (n=11) Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı'nda, %11.1'i (n=28) Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'nda, %5.2'si (n=13) Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda, %6.7'si (n=17) Üroloji Anabilim Dalı'nda çalıştıkları belirlendi.

Tablo 4.1.3. Hemşirelerin Cerrahi Hastasında Beslenmeye Yönelik Eğitim Alma Durumlarının Dağılımı (n=252)

Eğitim Alma Durumu	Sayı (n)	Yüzde(%)
Evet	166	65.9
Hayır	86	34.1
Toplam	252	100.0

Araştırmaya katılan hemşirelerin %65.9'unun (n=166) cerrahi hastasında beslenmeye yönelik eğitim aldığı, %34.1'inin (n=86) beslenmeye yönelik eğitim almadığı saptandı (Tablo 4.1.3.). Hemşirelerin %7.5'i (n=19) hizmet içi eğitim ile, %54.8'i (n=138) mezun oldukları okuldan, %1.2'si (n=3) kongre ve kurs ile, %0.4'ü (n=1) bireysel çaba ile, %2'si (n=5) diğer (mezun oldukları okul-kongre ve kurs-bireysel çaba-hizmet içi eğitim) yerlerden cerrahi hastasında beslenmeye yönelik eğitim aldıkları görülmektedir (Şekil 4.1.1).



Şekil 4.1.1. Cerrahi Hastasında Beslenmeye Yönelik Eğitimin Alındığı Yer

4.2. BİLGİ DÜZEYİ VERİLERİ

Tablo 4.2.1. Malnutrisyonun Cerrahi Hastasındaki Sonuçlarına İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı

Malnutrisyonun cerrahi hastasındaki sonuçları	Doğru		Yanlış		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
Yara iyileşmesinde gecikme	246	97.6	0	0	6	2.4
Enfeksiyona yatkınlıkta artış	238	94.4	4	1.6	10	4.0
Hastanede kalış süresinin uzaması	243	96.4	1	0.4	8	3.2
Bakım ve tedavi maliyetlerinde artma	239	94.8	6	2.4	7	2.8
Solunum fonksiyonlarında azalma	121	48.0	75	29.8	56	22.2
Kilo kaybı	242	96.0	1	0.4	9	3.6
Kuru ve kırılmış saçlar	213	84.5	14	5.6	25	9.9
Böbrek fonksiyonlarında bozulma	187	74.2	21	8.3	44	17.5
Ödem	106	42.1	77	30.6	69	27.4
Kas güçsüzlüğü ve atrofi	181	71.8	6	2.4	65	25.8
Kalp debisinde azalma	143	56.7	12	4.8	97	38.5

Malnutrisyonun cerrahi hastasındaki sonuçlarının neler olduğunun sorgulandığı soruya verilen cevaplar incelendiğinde hemşirelerin %97.62'sinin (n=246) "yara iyileşmesinde gecikme" şikkına "doğru" cevabını verdikleri, %2.4'ünün (n=6) "fikrim yok" olarak cevapladıkları görüldü. %94.4 kişinin (n=238) "enfeksiyona yatkınlıkta artış" şikkına "doğru" cevabını verdikleri, %1.6 kişinin (n=4) "yanlış", %4 kişinin (n=10) fikrim yok" cevabını verdikleri saptandı. Hemşirelerin %96.4'ünün (n=243) "hastanede kalış süresinin uzaması" şikkına "doğru" cevabını verdikleri, %0.4'ünün (n=1) "yanlış", %3.2'sinin (n=8) "fikrim yok" cevabını verdikleri saptandı. %94.8 kişinin (n=239) "bakım ve tedavi maliyetlerinde artma" şikkına "doğru", %2.4 kişinin (n=6) "yanlış", %2.8 kişinin (n=7) fikrim yok" cevabını verdikleri saptandı. "Solunum fonksiyonlarında azalma" şikkına hemşirelerin %48'i (n=121) "doğru", % 29.8'i (n=75) "yanlış", %22.2'si (n=56) "fikrim yok" cevabını verdikleri görüldü. "Kilo kaybı" şikkını hemşirelerin %96'sı (n=242) "doğru", %0.4'ü (n=1) "yanlış", %3.6'sı (n=9) "fikrim yok" olarak cevapladıkları saptandı. "Kuru ve kırılmış saçlar" şikkına %84.5 kişinin (n=213) "doğru", %5.6 kişinin (n=14) "yanlış", %9.9 kişinin (n=44) "fikrim yok" cevabını verdiği saptandı. "Böbrek fonksiyonlarında bozulma" şikkına %74.2 kişinin (n=187) "doğru", %8.3 kişinin (n=44), "yanlış", %17.5 kişinin (n=44) "fikrim yok" cevabını verdiği bulundu. "Ödem" şikkını hemşirelerin %42.1'i (n=106) "doğru", %30.6'sı (n=77) "yanlış", %27.4'ü (n=69) "fikrim yok" olarak cevapladıkları saptandı. "Kas güçsüzlüğü ve atrofi" şikkına kişilerin %71.8'i (n=181) "doğru", %2.4'ü (n=6) "yanlış", %25.8'i (n=65) olarak cevapladıkları görüldü. %56.7 hemşirenin (n=143) "Kalp debisinde azalma" şikkını "doğru", %4.8 hemşirenin (n=12) "yanlış", %38.5 hemşirenin (n=97) "fikrim yok" olarak cevapladıkları bulundu (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2. Cerrahi Girişim Sonrası Proteinlerin Vücuttaki Kullanım Amaçlarına İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı

Cerrahi girişim sonrası proteinlerin vücutta kullanım amaçları	Doğru		Yanlış		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
Bağışıklık sistemi hücrelerini sentezlemek ve antikor üretmek	226	89.7	0	0	26	10.3
İnflamasyonu azaltmak	167	66.3	7	2.8	78	31.0
Enerji sağlamak	219	86.9	9	3.6	24	9.5
İnsizyon alanındaki yarayı onarmak	200	79.4	3	1.2	49	19.4

Tablo 4.2.2’de proteinlerin vücuttaki kullanım amaçlarına ilişkin verilen cevapların dağılımları incelendi. Hemşirelerin %89.7’sinin (n=226) “Bağışıklık sistemi hücrelerini sentezlemek ve antikor üretmek” ifadesine “doğru”, %10.3’ünün (n=26) “fikrim yok” cevabını verdikleri saptandı. %66.3 hemşire (n=167) “İnflamasyonu azaltmak” ifadesini “doğru”, %2.8 hemşire (n=7) “yanlış”, %31 hemşire (n=78) “fikrim yok” olarak cevapladıkları görüldü. “Enerji sağlamak” ifadesini hemşirelerin %86.9’u (n=219) “doğru”, %3.6’sı (n=9) “yanlış”, %9.5’i (n=24) “fikrim yok” olarak cevapladıkları belirlendi. “İnsizyon alanındaki yarayı onarmak” ifadesini %79.4 hemşirenin (n=200) “doğru”, %1.2 hemşirenin (n=3) “yanlış”, %19.4 hemşirenin (n=49) “fikrim yok” olarak cevapladıkları bulundu.

Tablo 4.2.3. Cerrahi Stres Sonucu Vücutta Oluşan Olaylara İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı

Cerrahi stres sonucu vücutta oluşan olaylar	Doğru		Yanlış		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
Enerji gereksinimi artar.	223	88.5	4	1.6	25	9.9
Protein yıkımı artar.	186	73.8	4	1.6	62	24.6
Amino asit tüketimi artar.	148	58.7	3	1.2	101	40.1
Azot atımı artar ve negatif nitrojen dengesi gelişir.	104	41.3	5	2.0	143	56.7
Hiperglisemi gelişir.	79	31.3	45	17.9	128	50.8
İnsülin direnci gelişir.	100	39.7	18	7.1	134	53.2
Lipoliz gelişir.	86	34.1	14	5.6	152	60.3

Cerrahi stres sonucu vücutta oluşan olaylara verilen cevapların dağılımı incelendiğinde “Enerji gereksinimi artar.” ifadesine hemşirelerin %88.5’i (n=223) “doğru”, %1.6’sı (n=4) “yanlış”, %24.6’sı (n=62) “fikrim yok” cevabını verdikleri görüldü. “Protein yıkımı artar.” ifadesine %73.8 (n=186) hemşirenin “doğru”, %1.6 (n=4) hemşirenin “yanlış”, %24.6 (n=62) hemşirenin “fikrim yok” cevabını verdiği saptandı. “Amino asit tüketimi artar.” ifadesini hemşirelerin %58.7’si (n=148) “doğru”, %1.2’si (n=3) “yanlış”, %40.1’i (n=101) “fikrim yok” olarak cevapladıkları belirlendi. “Azot atımı artar ve negatif nitrojen dengesi gelişir.” ifadesini hemşirelerin %41.3’ü (n=104) “doğru”, %2’si (n=5) “yanlış”, %56.7’si (n=143) “fikrim yok” olarak cevapladıkları bulundu. %31.3 (n=79) hemşirenin “Hiperglisemi gelişir.” ifadesini “doğru”, %17.9 (n=45) hemşirenin “yanlış”, %50.8 (n=128) hemşirenin “fikrim yok” olarak cevapladıkları saptandı. “İnsülin direnci gelişir.” ifadesini hemşirelerin %39.7’si (n=100) “doğru”, %7.1’i (n=18) “yanlış”, %53.2’si (n=134) “fikrim yok” şeklinde cevapladıkları belirlendi. %34.1 (n=86) hemşire “Lipoliz gelişir.” ifadesini “doğru”, %5.6 (n=14) hemşire “yanlış”, %60.3 (n=152) hemşire “fikrim yok” şeklinde cevapladıkları saptandı (Tablo 4.2.3.).

Tablo 4.2.4. Cerrahi Hastalarında Malnutrisyon Gelişme Nedenlerine İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı

Cerrahi hastalarında malnutrisyon gelişme nedenleri	Doğru		Yanlış		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
Yetersiz besin alımı	245	97.2	2	0.8	5	2.0
Yatağa bağımlı olmak	227	90.1	6	2.4	19	7.5
Kayıpların olması (kusma,diyare,fistül,kanama,drenler)	249	98.8	2	0.8	1	0.4
Metabolik bozukluklar	233	92.5	5	2.0	14	5.6
Yapılan ameliyatın büyük olması	219	86.9	12	4.8	21	8.3
Radyoterapi, kemoterapi	223	88.5	5	2.0	24	9.5
Vücut sıcaklığında artış	108	42.9	90	35.7	54	21.4

Hemşirelerin “Cerrahi hastalarında malnutrisyon gelişme nedenleri nelerdir?” sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde “Yetersiz besin alımı” nedenini %97.2 (n=245) hemşirenin “doğru”, %0.8 (n=2) hemşirenin “yanlış”, % 2 (n=5) hemşirenin

“fikrim yok” olarak cevapladıkları saptandı. “Yatağa bağımlı olmak” nedenini %90.1 (n=227) hemşirenin “doğru”, %2.4 (n=6) hemşirenin “yanlış”, %7.5 (n=19) hemşirenin “fikrim yok” olarak cevapladıkları belirlendi. Hemşirelerin %98.8’inin (n=249) “Kayıpların olması” nedenini “doğru”, %0.8’inin (n=2) “yanlış”, %0.4’ünün (n=1) “fikrim yok” şeklinde cevapladıkları saptandı. “Metabolik bozukluklar” nedenini hemşirelerin %92.5’i (n=233) “doğru”, %2’si (n=5) “yanlış”, % 5.6’sı (n=14) “fikrim yok” olarak cevapladıkları belirlendi. “Yapılan ameliyatın büyük olması” nedenini hemşirelerin %86.9’unun (n=219) “doğru”, %4.8’inin (n=12) “yanlış”, %8.3’ünün (n=21) “fikrim yok” şeklinde cevapladıkları bulundu. “Radyoterapi, kemoterapi” nedenini hemşirelerin %88.5’inin (n=223) “doğru”, %2’sinin (n=5) “yanlış”, %9.5’inin (n=24) “fikrim yok” olarak cevapladıkları saptandı. “Vücut sıcaklığında artış” nedenini hemşirelerin %42.9’unun (n=108) “doğru”, %35.7’sinin (n=90) “yanlış”, %21.4’ünün (n=54) “fikrim yok” olarak cevapladıkları belirlendi (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.5. Malnutrisyonda Risk Faktörlerine Verilen Cevapların Dağılımı

Malnutrisyonda risk faktörleri	Doğru		Yanlış		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
İleri yaş	238	94.4	4	1.6	10	4.0
Güçsüzlük	204	81.0	8	3.2	40	15.9
Gelir düzeyinin düşük olması	227	90.1	11	4.4	14	5.6
Hareket ya da görmeyi azaltan fonksiyonel sağlık problemleri	212	84.1	12	4.8	28	11.1
Besin alımını etkileyen oral ya da gastrointestinal problemler	244	96.8	4	1.6	4	1.6
Kronik ağrı	232	92.1	1	0.4	19	7.5
Kronik Hastalıklar (Diyabet, Hipertansiyon, Kanser vb.)	242	96.0	3	1.2	7	2.8
İştahı etkileyen ilaçlar ya da tedaviler (Kemoterapi vb.)	247	98.0	2	0.8	3	1.2
Enfeksiyon	214	84.9	11	4.4	27	10.7
Cerrahi ya da travma gibi akut nedenler	235	93.3	3	1.2	14	5.6
Mental bozukluk / psikiyatrik hastalıklar	223	88.5	4	1.6	25	9.9

Malnutrisyonun risk faktörlerine verilen cevapların dağılımı incelendiğinde, “ileri yaş” faktörünü hemşirelerin %94.4’ü (n=238) “doğru”, %1.6’sı (n=4) “yanlış”, %4’ü (n=10) “fikrim yok” olarak cevapladıkları görüldü. “Güçsüzlük” faktörünü %81 (n=204) hemşirenin “doğru”, %3.2 (n=8) hemşirenin “yanlış”, %15.9 (n=40) hemşirenin “fikrim yok” şeklinde cevapladıkları saptandı. “Gelir düzeyinin düşük olması” faktörünü %90.1 (n=227) hemşirenin “doğru”, %4.4 (n=11) hemşirenin “yanlış”, %5.6 (n=14) hemşirenin “fikrim yok” olarak cevapladıkları saptandı. “Hareket ya da görmeyi azaltan fonksiyonel sağlık problemleri” faktörünü hemşirelerin %84.1’i (n=212) “doğru”, %4.8’i (n=12) “yanlış”, %11.1’i (n=28) “fikrim yok” olarak cevapladıkları belirlendi. “Besin alımını etkileyen oral ya da gastrointestinal problemler” faktörünü %96.8 (n=244) hemşirenin “doğru”, %1.6 (n=4) hemşirenin “yanlış”, %1.6 (n=4) hemşirenin “fikrim yok” olarak cevapladıkları belirlendi. “Kronik ağrı” faktörünü hemşirelerin %92.1’i (n=232) “doğru”, %0.4’ü (n=1) “yanlış”, %7.5’i (n=19) “fikrim yok” şeklinde cevapladıkları saptandı. “Kronik Hastalıklar (Diyabet, Hipertansiyon, Kanser vb.)” faktörünü hemşirelerin %96’sının (n=242) “doğru”, %1.2’sinin (n=3) “yanlış”, %2.8’inin (n=7) “fikrim yok” olarak cevapladıkları bulundu. “İştahı etkileyen ilaçlar ya da tedaviler (Kemoterapi vb.)” faktörüne hemşirelerin %98’inin (n=247) “doğru”, % 0.8’inin (n=2) “yanlış”, %1.2’sinin (n=3) “fikrim yok” şeklinde cevap verdikleri saptandı. “Enfeksiyon” faktörüne hemşirelerin %84.9’unun (n=214) “doğru”, %4.4’ünün (n=11) “yanlış”, %10.7’sinin (n=27) “fikrim yok” olarak cevap verdikleri görüldü. “Cerrahi ya da travma gibi akut nedenler” faktörünü %93.3 (n=235) hemşirenin “doğru”, %1.2 (n=3) hemşirenin “yanlış”, %5.6 (n=14) hemşirenin “fikrim yok” şeklinde cevapladıkları bulundu. “Mental bozukluk / psikiyatrik hastalıklar” faktörünü hemşirelerin %88.5’inin (n=223) “doğru”, %1.6’sının (n=4) “yanlış”, %9.9’unun (n=25) “fikrim yok” olarak cevapladıkları saptandı (Tablo 4.2.5).

Tablo 4.2.6. Hemşirelerin Bilgi Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı

Bilgi soruları	Doğru		Yanlış	
	n	%	n	%
Aşağıdakilerden hangisi yara iyileşmesinde önemli olan mineraldir?	190	75.4	62	24.6
Aşağıdakilerden hangisi C vitaminin görevlerinden değildir?	159	63.1	93	36.9
Cerrahi hastasında beslenme durumu risk taraması ne zaman yapılmalıdır?	125	49.6	127	50.4
Aşağıdakilerden hangisi beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılmaz?	197	78.2	55	21.8
Ameliyat sonrası dönemde cerrahi hastaları ne zaman beslenmeye başlamalıdır?	183	72.6	69	27.4
Yutma refleksi olmayan ve gastrointestinal sistemi normal çalışan bir hasta için beslenme şekli nasıl olmalıdır?	223	88.5	29	11.5
Ameliyat öncesi aç kalma süresi için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?	36	14.3	216	85.7

Cerrahi hemşirelerinin bilgi sorularına verdikleri cevapların dağılımı incelendiğinde “Aşağıdakilerden hangisi yara iyileşmesinde önemli olan mineraldir?” sorusunu %75.4 (n=190) hemşire doğru cevaplarırken %24.6 (n=62) hemşire yanlış cevapladıkları saptandı. “Aşağıdakilerden hangisi C vitaminin görevlerinden değildir?” sorusuna hemşirelerin %63.1’inin (n=159) doğru, %36.9’unun (n=93) yanlış cevap verdikleri belirlendi. “Cerrahi hastasında beslenme durumu risk taraması ne zaman yapılmalıdır?” sorusuna hemşirelerin %49.6’sının (n=125) doğru, %50.4’ünün (n=127) yanlış cevap verdikleri görüldü. “Aşağıdakilerden hangisi beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılmaz?” sorusuna hemşirelerin %78.2’si (n=197) doğru, %21.8’i (n=55) yanlış cevap verdikleri saptandı. “Ameliyat sonrası dönemde cerrahi hastaları ne zaman beslenmeye başlamalıdır?” sorusuna hemşirelerin %72.6’sının (n=183) doğru, %27.4’ünün (n=69) yanlış cevap verdikleri bulundu. “Yutma refleksi olmayan ve

gastrointestinal sistemi normal çalışan bir hasta için beslenme şekli nasıl olmalıdır?” sorusuna %88.5 (n=223) hemşirenin doğru, %11.5 (n=29) hemşirenin yanlış cevap verdikleri saptandı. “Ameliyat öncesi aç kalma süresi için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?” sorusunu hemşirelerin %14.3’ünün (n=36) doğru, %85.7’sinin (n=216) yanlış cevap verdikleri belirlendi (Tablo 4.2.6).

Tablo 4.2.7. Ameliyat Öncesi Dönemde Beslenmeyle İlgili Önermelere İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı

Ameliyat öncesi dönemde beslenmeyle ilgili önermeler	Doğru		Yanlış		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
Ameliyat öncesi beslenme durumu iyi olan hastalarda komplikasyon görülme oranı daha düşüktür.	235	93.3	8	3.2	9	3.6
Ameliyat öncesi malnutrisyon saptanan hastalara ameliyattan önce beslenme desteği sağlanmalıdır.	240	95.2	3	1.2	9	3.6
Ameliyat öncesi hastaların ilaç kullanımı değerlendirilmelidir.	220	87.3	11	4.4	21	8.3
Ameliyat öncesi bitkisel ürün (bitki çayları, bitkilerden yapılmış tabletler ve merhemler, vb) kullanımı değerlendirilmelidir.	139	55.2	39	15.5	74	29.4
Ameliyat gecikecekse aşırı susuzluk ve sıvı kaybını önlemek için hastaya ameliyattan 2 saat öncesine kadar su verilebilir.	62	24.6	112	44.4	78	31.0

Ameliyat öncesi dönemde beslenmeyle ilgili önermelere ilişkin verilen cevapların dağılımı incelendiğinde “Ameliyat öncesi beslenme durumu iyi olan hastalarda komplikasyon görülme oranı daha düşüktür.” önermesine %93.3 (n=235) hemşirenin “doğru”, %3.2 (n=8) hemşirenin “yanlış”, %3.6 (n=9) hemşirenin “fikrim yok” olarak cevap verdiği saptandı. “Ameliyat öncesi malnutrisyon saptanan hastalara ameliyattan önce beslenme desteği sağlanmalıdır.” önermesine hemşirelerin

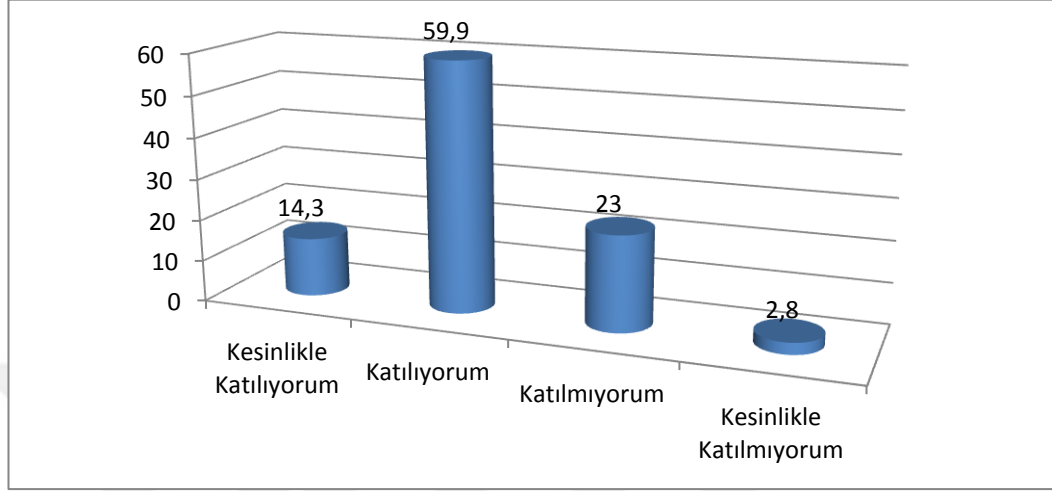
%95.2'sinin (n=240) “doğru”, %1.2'sinin (n=3) “yanlış”, %3.6'sının (n=9) “fikrim yok” cevabını verdikleri saptandı. “Ameliyat öncesi hastaların ilaç kullanımı değerlendirilmelidir.” önermesine hemşirelerin %87.3'ünün (n=220) “doğru”, %4.4'ünün (n=11) “yanlış”, %8.3'ünün (n=21) “fikrim yok” cevabını verdikleri belirlendi. “Ameliyat öncesi bitkisel ürün (bitki çayları, bitkilerden yapılmı tabletler ve merhemler,vb) kullanımı değerlendirilmelidir.” önermesine hemşirelerin %55.2'sinin (n=139) “doğru”, %15.5'inin (n=39) “yanlış”, %29.4'ünün (n=74) “fikrim yok” cevabını verdikleri saptandı. “Ameliyat gecikecekse aşırı susuzluk ve sıvı kaybını önlemek için hastaya ameliyattan 2 saat öncesine kadar su verilebilir.” önermesine hemşirelerin %24.6'sının (n=62) “doğru”, %44.4'ünün (n=112) “yanlış”, %31'inin (n=78) “fikrim yok” cevabını verdikleri belirlendi (Tablo 4.2.7).

4.3. TUTUM VERİLERİ

Tablo 4.3.1. Hemşirelerin Beslenmeye Yönelik Tutum İfadelerine İlişkin Verdikleri Cevapların Dağılımı

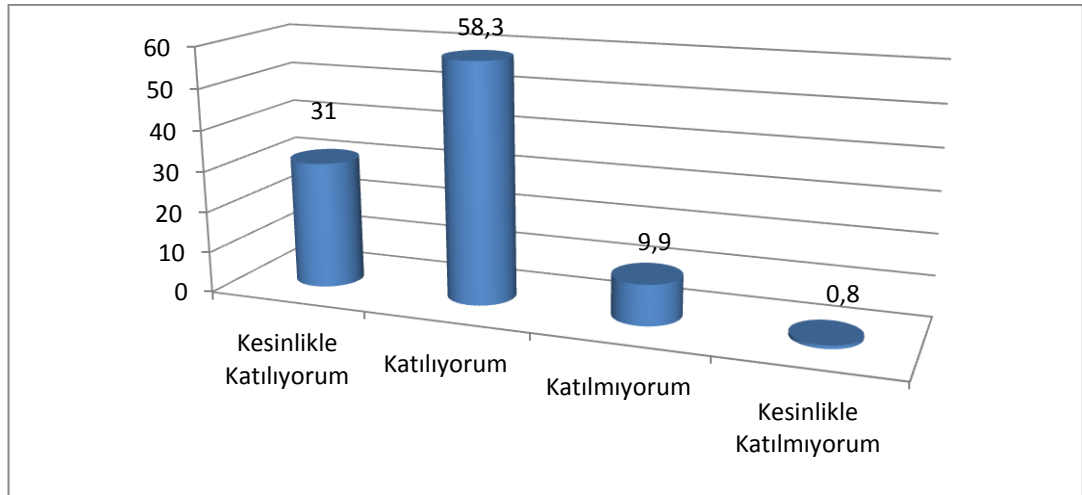
Tutum İfadeleri	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastaların beslenme durumunu tanılamak hemşirelerin sorumluluğudur.	36	14.3	151	59.9	58	23.0	7	2.8
Hastaların beslenme durumunu tanılamak diyetisyenlerin sorumluluğudur.	78	31.0	147	58.3	25	9.9	2	0.8
Hastaların beslenme durumunu tanılamak doktorların sorumluluğudur.	61	24.2	173	68.7	15	6.0	3	1.2
Cerrahi birimlerde genellikle uygun ve yeterli beslenme desteği sağlanır.	34	13.5	145	57.5	72	28.6	1	0.4
Hastaların hastaneye kabulü sırasında beslenme riski taraması yapılması önemlidir.	91	36.1	140	55.6	20	7.9	1	0.4
Hastaların cerrahi servise kabulünde beslenme durumunun tanınması önemlidir.	103	40.9	139	55.2	10	4.0	0	0
Beslenme eğitimi yapmak hemşirelerin sorumluluğudur.	65	25.8	137	54.4	44	17.5	6	2.4
Beslenme hastalıklarının önlenmesinde önemlidir.	162	64.3	86	34.1	4	1.6	0	0
Büyük ameliyatlar öncesi beslenme tedavisi önemlidir.	162	64.3	82	32.5	7	2.8	1	0.4
Beslenme ameliyat sonrası iyileşmede önemlidir.	175	69.4	73	29.0	4	1.6	0	0
Beslenmesi yetersiz hastalara yemek zamanlarında özel uyarı verilmeli, hatırlatmalar yapılmalıdır.	159	63.1	89	35.3	4	1.6	0	0
Yeterli beslenemeyen hastalar (ara öğün, protein desteği vb) desteklenmelidir.	172	68.3	77	30.6	3	1.2	0	0
Hemşireler beslenme konusunda yeterli bilgi sahibidir.	50	19.8	157	62.3	45	17.9	0	0

“Hastaların beslenme durumunu tanılamak hemşirelerin sorumluluğudur.” tutum ifadesine hemşirelerin %14.3’ünün (n=36) “Kesinlikle Katılıyorum”, %59.9’unun (n=151) “Katılıyorum”, %23’ünün (n=58) “Katılmıyorum”, %2.8’inin (n=7) “Kesinlikle Katılmıyorum” cevabını verdikleri saptandı (Şekil 4.3.1).



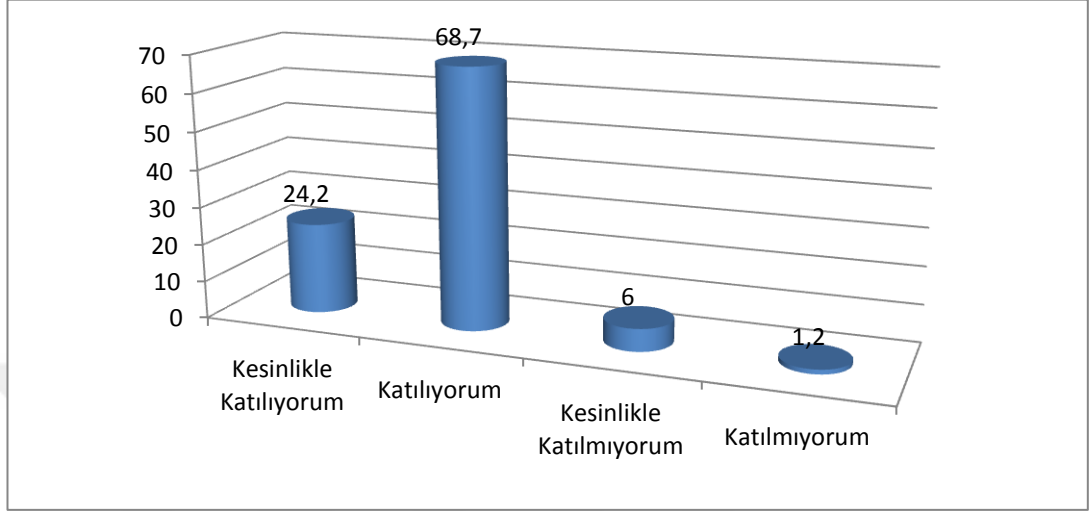
Şekil 4.3.1. “Hastaların beslenme durumunu tanılamak hemşirelerin sorumluluğudur.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

“Hastaların beslenme durumunu tanılamak diyetisyenlerin sorumluluğudur.” ifadesine hemşirelerin %31’inin (n=78) “Kesinlikle Katılıyorum”, %58.3’ünün (n=147) “Katılıyorum”, %9.9’unun (n=25) “Katılmıyorum”, %0.8’inin (n=2) “Kesinlikle Katılmıyorum” cevabını verdikleri saptandı (Şekil 4.3.2).



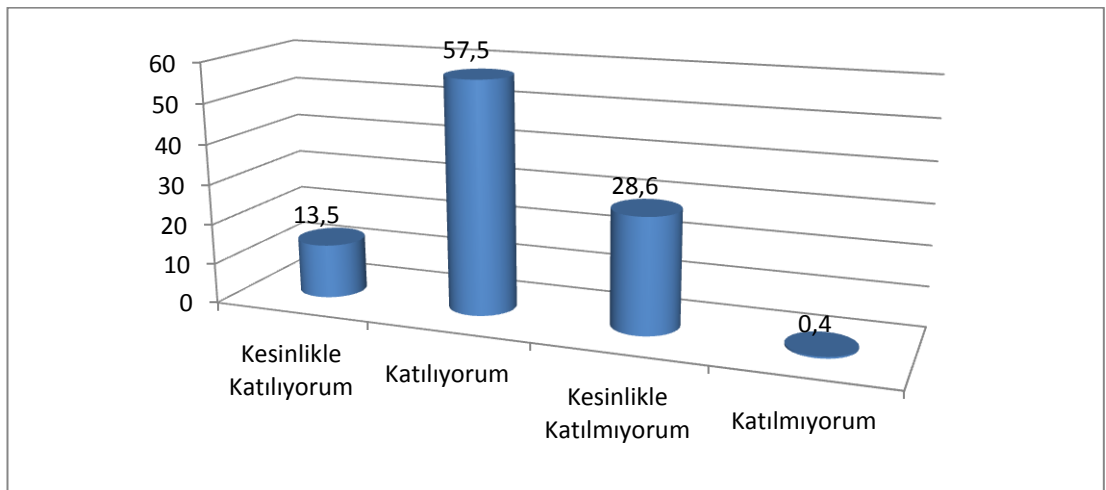
Şekil 4.3.2. “Hastaların beslenme durumunu tanılamak diyetisyenlerin sorumluluğudur.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

“Hastaların beslenme durumunu tanılamak doktorların sorumluluğudur.” ifadesine hemşirelerin %24.2’sinin (n=61) “Kesinlikle Katılıyorum”, %68.7’sinin (n=173) “Katılıyorum”, %6’sının (n=15) “Katılmıyorum”, %1.2’sinin (n=3) “Kesinlikle Katılmıyorum” cevabını verdikleri saptandı (Şekil 4.3.3).



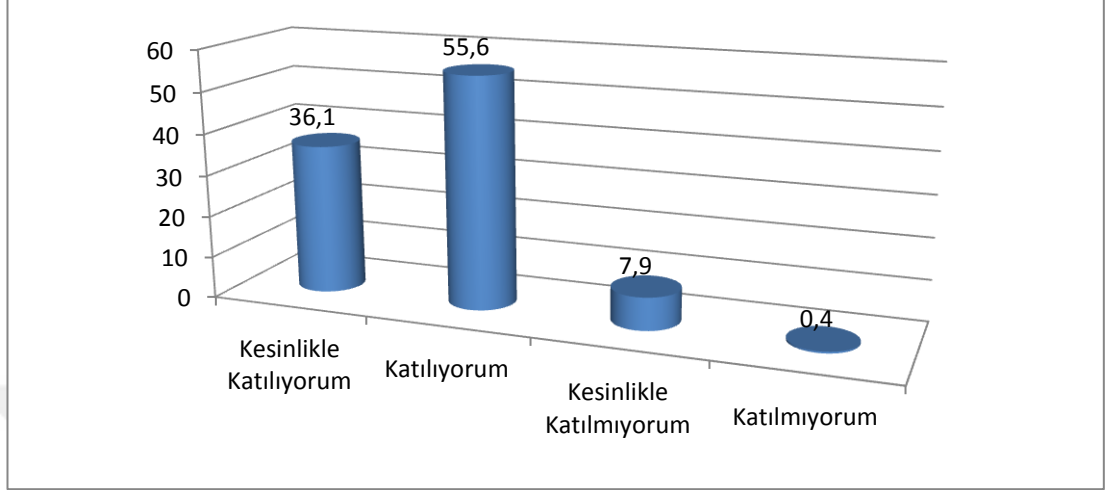
Şekil 4.3.3. “Hastaların beslenme durumunu tanılamak doktorların sorumluluğudur.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

“Cerrahi birimlerde genellikle uygun ve yeterli beslenme desteği sağlanır.” ifadesine hemşirelerin %13.5’inin (n=34) “Kesinlikle Katılıyorum”, %57.5’inin (n=145) “Katılıyorum”, %28.6’sının (n=72) “Katılmıyorum”, %0.4’ünün (n=1) “Kesinlikle Katılmıyorum” cevabını verdikleri saptandı (Şekil 4.3.4).



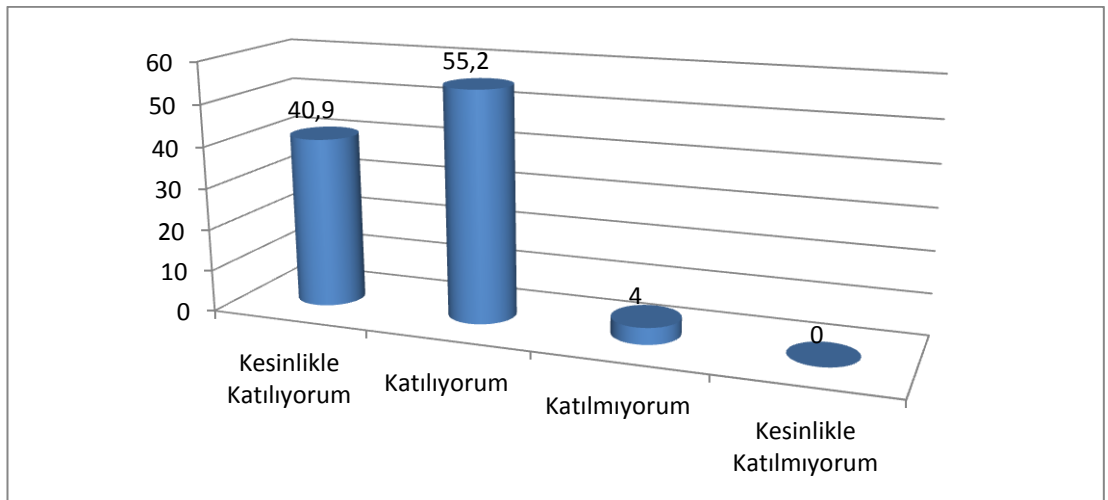
Şekil 4.3.4. “Cerrahi birimlerde genellikle uygun ve yeterli beslenme desteği sağlanır.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

“Hastaların hastaneye kabulü sırasında beslenme riski taraması yapılması önemlidir.” ifadesine hemşirelerin %36.1’inin (n=91) “Kesinlikle Katılıyorum”, %55.6’sının (n=140) “Katılıyorum”, %7.9’unun (n=20) “Katılmıyorum”, %0.1’inin (n=1) “Kesinlikle Katılmıyorum” cevabını verdikleri belirlendi (Şekil 4.3.5).



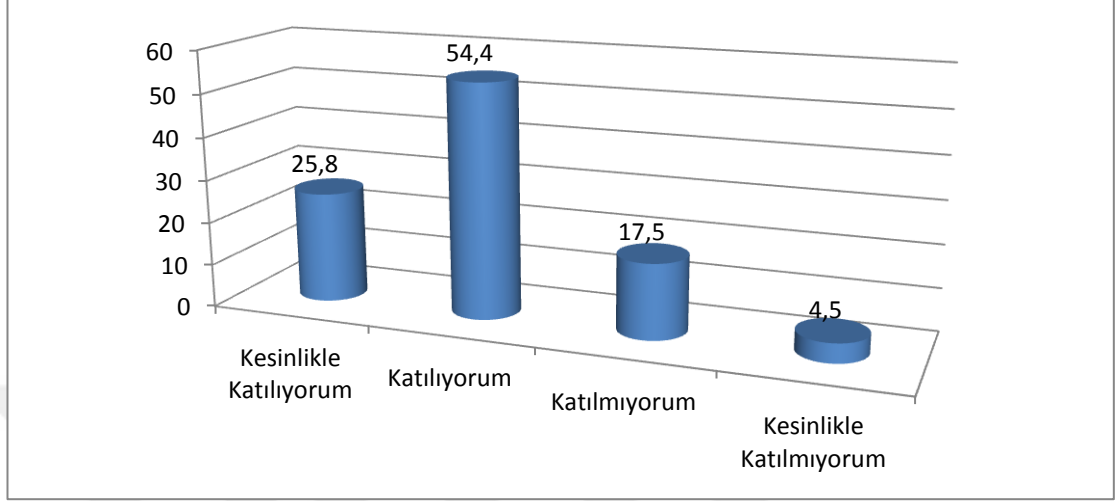
Şekil 4.3.5. “Hastaların hastaneye kabulü sırasında beslenme riski taraması yapılması önemlidir.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

“Hastaların cerrahi servise kabulünde beslenme durumunun tanılanması önemlidir.” ifadesine hemşirelerin %40.9’unun (n=103) “Kesinlikle Katılıyorum”, %55.2’sinin (n=139) “Katılıyorum”, %4’ünün (n=10) “Katılmıyorum” cevabını verdikleri; “Kesinlikle Katılmıyorum” cevabını hiçbir hemşirenin vermediği görüldü (Şekil 4.3.6).



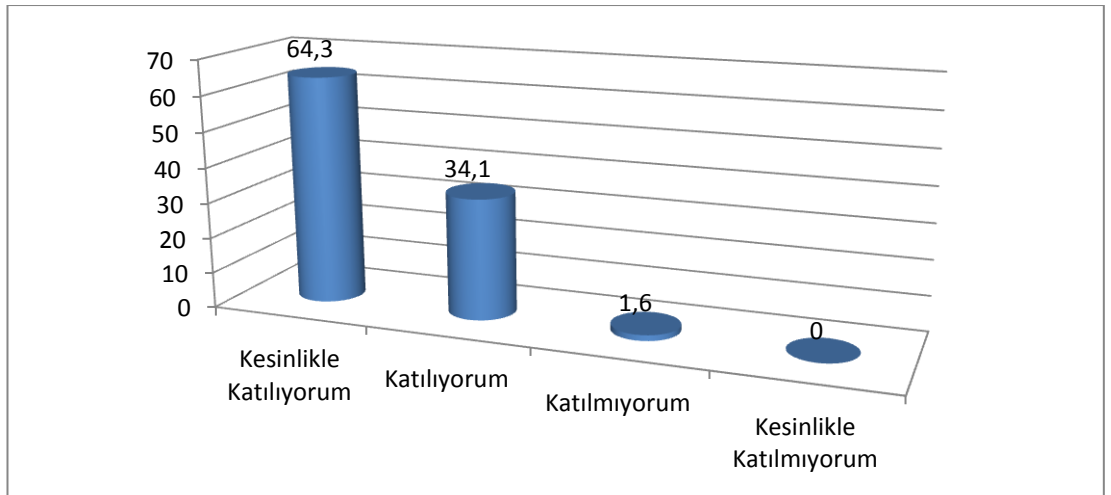
Şekil 4.3.6. “Hastaların cerrahi servise kabulünde beslenme durumunun tanılanması önemlidir.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

“Beslenme eğitimi yapmak hemşirelerin sorumluluğudur.” ifadesine hemşirelerin %25.8’inin (n=65) “Kesinlikle Katılıyorum”, %54.5’ünün (n=137) “Katılıyorum”, %17.5’inin (n=44) “Katılmıyorum”, %2.4’ünün (n=6) “Kesinlikle Katılmıyorum” cevabını verdikleri saptandı (Şekil 4.3.7).



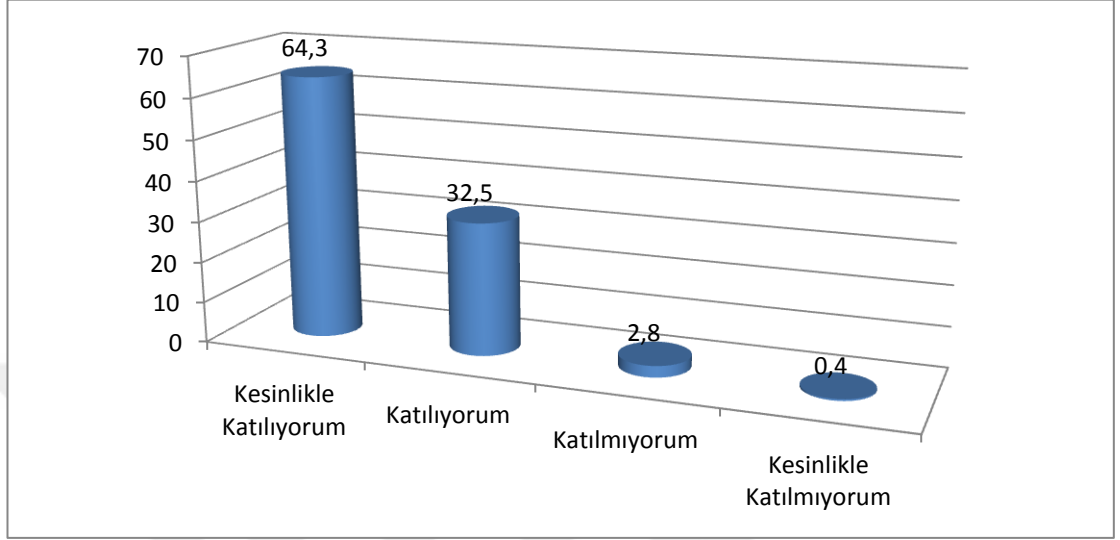
Şekil 4.3.7. “Beslenme eğitimi yapmak hemşirelerin sorumluluğudur.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

“Beslenme hastalıklarının önlenmesinde önemlidir.” ifadesine hemşirelerin %64.3’ünün (n=162) “Kesinlikle Katılıyorum”, %34.1’inin (n=86) “Katılıyorum”, %1.6’sının “Katılmıyorum”, cevabını verdikleri; “Kesinlikle Katılmıyorum” cevabını hiçbir hemşirenin vermediği bulundu (Şekil 4.3.8).



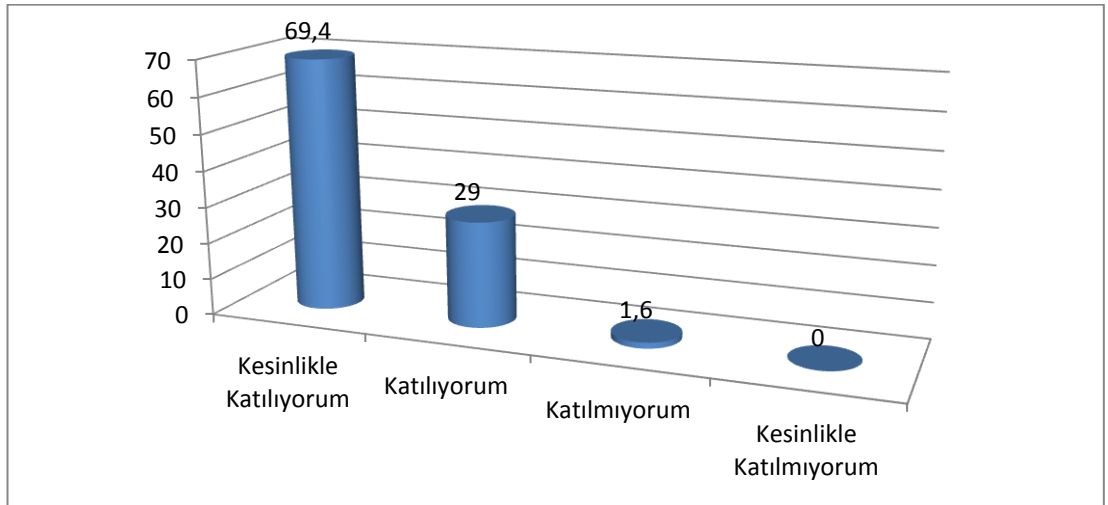
Şekil 4.3.8. “Beslenme hastalıklarının önlenmesinde önemlidir.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

“Büyük ameliyatlar öncesi beslenme tedavisi önemlidir.” ifadesine hemşirelerin %64.3’ünün (n=162) “Kesinlikle Katılıyorum”, %32.5’inin (n=82) “Katılıyorum”, %2.8’inin (n=7) “Katılmıyorum”, %0.4’ünün (n=1) “Kesinlikle Katılmıyorum” cevabını verdikleri görüldü (Şekil 4.3.9).



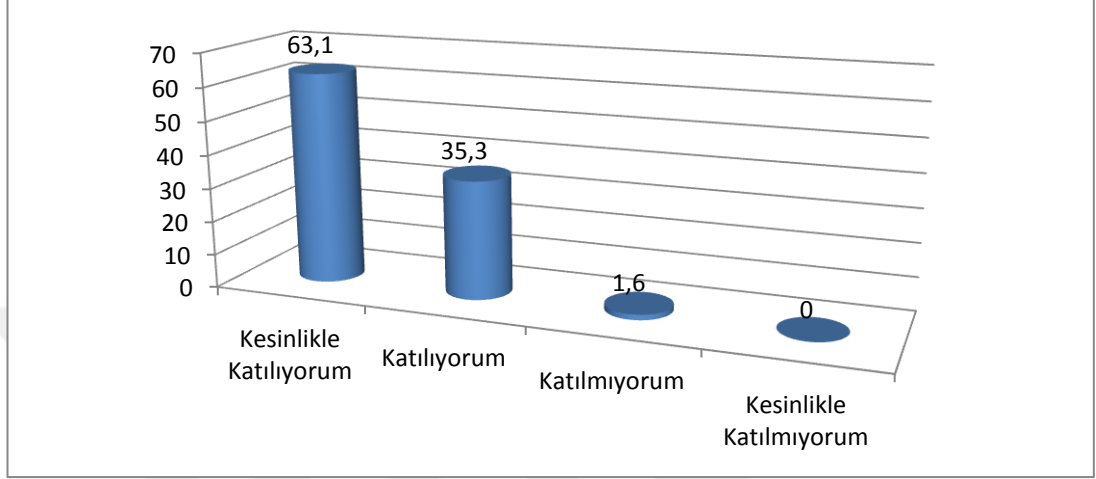
Şekil 4.3.9. “Büyük ameliyatlar öncesi beslenme tedavisi önemlidir.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

“Beslenme ameliyat sonrası iyileşmede önemlidir.” ifadesine hemşirelerin %69.4’ünün (n=175) “Kesinlikle Katılıyorum”, %29’unun (n=73) “Katılıyorum”, %1.6’ünün (n=4) “Katılmıyorum”, cevabını verdikleri; “Kesinlikle Katılmıyorum” cevabını hiçbir hemşirenin vermediği bulundu (Şekil 4.3.10).



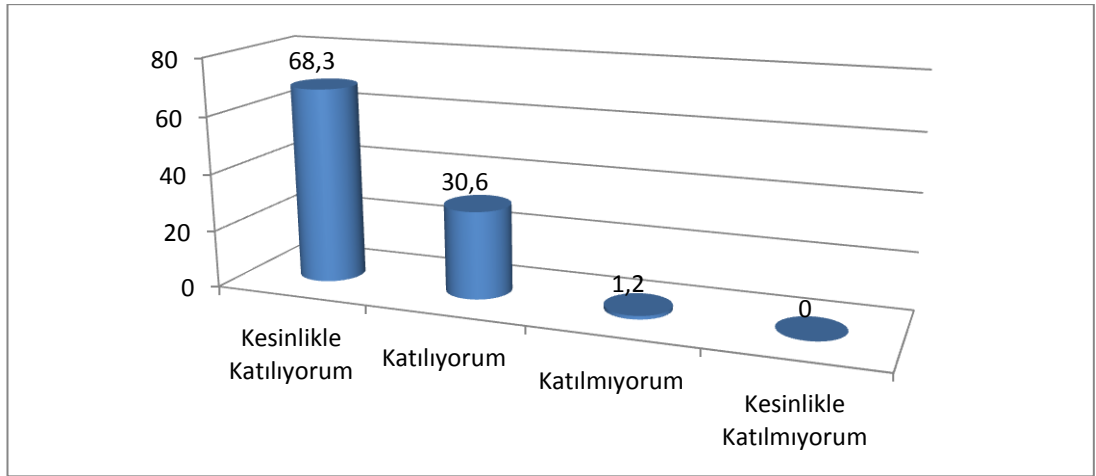
Şekil 4.3.10. “Beslenme ameliyat sonrası iyileşmede önemlidir.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

“Beslenmesi yetersiz hastalara yemek zamanlarında özel uyarı verilmeli, hatırlatmalar yapılmalıdır.” ifadesine hemşirelerin %63.1’inin (n=159) “Kesinlikle Katılıyorum”, %35.3’ünün (n=89) “Katılıyorum”, %1.6’sının (n=4) “Katılmıyorum” cevabını verdikleri; “Kesinlikle Katılmıyorum” cevabını hiçbir hemşirenin vermediği saptandı (Şekil 4.3.11).



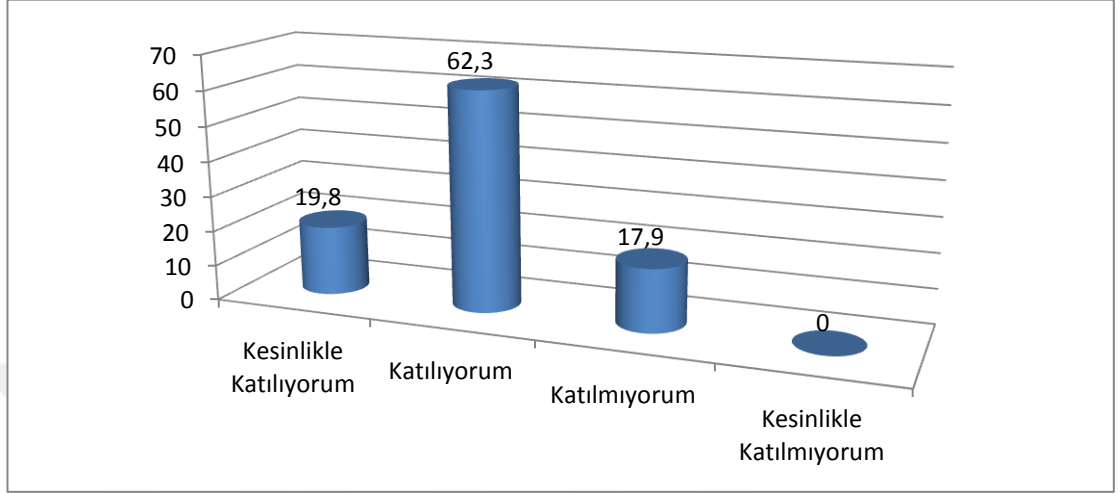
Şekil 4.3.11. “Beslenmesi yetersiz hastalara yemek zamanlarında özel uyarı verilmeli, hatırlatmalar yapılmalıdır.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

“Yeterli beslenemeyen hastalar (ara öğün, protein desteği vb) desteklenmelidir.” ifadesine hemşirelerin %68.3’ünün (n=172) “Kesinlikle Katılıyorum”, %30.6’sının (n=77) “Katılıyorum”, %1.2’sinin (n=3) “Katılmıyorum” cevabını verdikleri; “Kesinlikle Katılmıyorum” cevabını hiçbir hemşirenin vermediği belirlendi (Şekil 4.3.12).



Şekil 4.3.12. “Yeterli beslenemeyen hastalar (ara öğün, protein desteği vb) desteklenmelidir.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

“Hemşireler beslenme konusunda yeterli bilgi sahibidir.” ifadesine hemşirelerin %19.8’inin (n=50) “Kesinlikle Katılıyorum”, %62.3’ünün (n=157) “Katılıyorum”, %17.9’unun (n=45) “Katılmıyorum” cevabını verdikleri; “Kesinlikle Katılmıyorum” cevabını hiçbir hemşirenin vermediği görüldü (Şekil 4.3.13).



Şekil 4.3.13. “Hemşireler beslenme konusunda yeterli bilgi sahibidir.” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

Tablo 4.3.2. "Cerrahi kliniklere yatan hastaların beslenmeleriyle ilgili olarak hemşirelerin rolleri sizce nelerdir?" Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımı

Cerrahi kliniklere yatan hastaların beslenmeleriyle ilgili olarak hemşirelerin rolleri sizce nelerdir?	Sayı n	Yüzde %
Cevaplayan	44	17,5
Cevaplamayan	208	82,5
Cerrahi kliniklere yatan hastaların beslenmeleriyle ilgili olarak hemşirelerin rollerine ilişkin verilen yanıtlar	Sayı n	Yüzde %
Eğitim vermek	16	36,4
Beslenme konusunda teşvik etmek	9	20,5
Diyetisyen-Doktor-Hasta arasındaki iletişimi sağlamak	9	20,5
Hastanın beslenme durumundaki aksaklıkları doktora iletmek	6	13,6
Hastanın beslenme durumunun takip etmek	26	59,1
Hastanın beslenme durumunu tanılamak	14	31,8
Hastalara uygun beslenme sağlamak	12	27,3
Uygun hemşirelik girişimlerini planlamak	10	20,3
<i>* Birden fazla yanıt verilmiştir.</i>		

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerine “Cerrahi kliniklere yatan hastaların beslenmeleriyle ilgili olarak hemşirelerin rolleri sizce nelerdir?” sorusunu hemşirelerin %17.5’inin (n=44) cevaplandığı, %82.5’inin (n=208) soruyu boş bıraktığı bulundu. Soruya verilen cevaplar değerlendirildi ve ortak cevaplar gruplandırıldı. Verilen cevaplar incelendiğinde hemşirelerin %36.4’ünün (n=16) “Eğitim vermek”, %20.5’inin (n=9) “Beslenme konusunda teşvik etmek”, %20.5’inin (n=9) “Diyetisyen-Doktor-Hasta arasındaki iletişimi sağlamak”, %13.6’sının (n=6) “Hastanın beslenme durumundaki aksaklıkları doktora iletmek”, %59.1’inin (n=26) “Hastanın beslenme durumunun takip etmek”, %31.8’inin (n=14) “Hastanın beslenme durumunu tanılamak”, %27.3’ünün (n=12) “Hastalara uygun beslenme sağlamak”, %20.3’ünün (n=10) “Uygun hemşirelik girişimlerini planlamak” ifadeleriyle hemşirelerin rollerini tanımladıkları saptandı (Tablo 4.3.2).

4.4. HEMŞİRELİK UYGULAMALARI VERİLERİ

Tablo 4.4.1. “Hastaların beslenme durumunu tanımlarken kullandığınız kriterler nelerdir?” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Hastaların beslenme durumunu tanımlarken kullandığınız kriterler nelerdir?	Sayı n	Yüzde %
Yaşam bulguları	6	2.4
İdrar kan tahlili sonucu	2	0.8
Kilo, boy, VKİ ve beslenme öyküsü	231	91.7
Diğer (tırnakların durumu, saç dökülmesi, ağızdaki aftlar)	1	0.4
Hepsi	12	4.8
TOPLAM	252	100.0

Hemşirelik uygulamaları sorularından “Hastaların beslenme durumunu tanımlarken kullandığınız kriterler nelerdir?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde cerrahi hemşirelerinin %2.4’ünün (n= 6) yaşam bulgularını, %0.8’inin (n=2) idrar-kan tahlili sonucunu, %91.7’ünün (n=231) kilo, boy, VKİ ve beslenme öyküsünü, %0.4’ünün (n=1) diğer durumları (tırnakların durumu, saç dökülmesi, ağızdaki aftlar) ve %4.8’inin belirtilen tüm kriterleri kullandıkları saptandı (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.2. “Hangi hastalarda beslenme tanılması yapıyorsunuz?” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Hangi hastalarda beslenme tanılması yapıyorsunuz?	Sayı n	Yüzde %
Kliniğe yatan tüm hastalar	113	44.8
Kaşektik ya da obez hastalar	39	15.5
Beslenme tanılması yapılmıyor	97	38.5
Diyabet tanısı olan hastalar	2	0.8
İmmobil hastalar	1	0.4
TOPLAM	252	100.0

“Hangi hastalarda beslenme tanılması yapıyorsunuz?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde hemşirelerin %44.8’inin (n=113) kliniğe yatan tüm hastalara, %15.5’inin (n=39) kaşektik ya da obez hastalara, %0.8’inin (n=2) diyabet tanısı olan hastalara, %0.4’ünün (n=1) immobil hastalara beslenme tanılması yaptığını, %38.5’inin (n=97) beslenme tanılması yapmadıklarını ifade ettikleri bulundu (Tablo 4.4.2).

Tablo 4.4.3. “Hastaların kliniğe kabulü sırasında vücut ağırlıkları tartılıyor mu?” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Hastaların kliniğe kabulü sırasında vücut ağırlıkları tartılıyor mu?	Sayı n	Yüzde %
Evet	55	21.8
Kilo takibi yapmıyoruz	111	44.0
Kiloları tahmini kaydediyoruz	46	18.3
Hasta ya da yakınlarının ifadelerine göre kaydediyoruz	40	15.9
TOPLAM	252	100.0

“Hastaların kliniğe kabulü sırasında vücut ağırlıkları tartılıyor mu?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde %21.8 (n=55) hemşirenin kilo takibi yaptığı, %44 (n=111) hemşirenin kilo takibi yapmadığı, %18.3 (n=46) hemşirenin hastaların kilolarını tahmini kaydettiği, %15.9 (n=40) hemşirenin hastaların kilolarını hasta ve yakınlarının ifadelerine göre kaydettiği belirlendi (Tablo 4.4.3).

Tablo 4.4.4. “Hastalarınızda kilo takibi yapıyorsanız, bunun yapılma nedeni sizce nedir?” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Hastalarınızda kilo takibi yapıyorsanız, bunun yapılma nedeni sizce nedir?	Sayı n	Yüzde %
Servis rutini olduğu için	39	15.5
Yeterli beslenip beslenemediklerini anlamak için	48	19.0
Tedavi amaçlı	53	21.0
Diğer (Cerrahi sonuçları takip etmek için)	1	0.4
Kilo takibi yapılmıyor	109	43.3
Yeterli beslenip beslenemediklerini anlamak için ve tedavi amaçlı	2	0.8
TOPLAM	252	100.0

“Hastalarınızda kilo takibi yapıyorsanız, bunun yapılma nedeni sizce nedir?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde hemşirelerin %15.5’inin (n=39) servis rutini olduğu için kilo takibi yaptıkları, %19’unun (n=48) hastaların yeterli beslenip beslenemediklerini anlamak için kilo takibi yaptıkları, %21’inin (n=53) tedavi amaçlı kilo takibi yaptıkları, %0.4’ünün (n=1) cerrahi sonuçları takip etmek için kilo takibi yaptıkları, %0.8’i (n=2) yeterli beslenip beslenemediklerini anlamak için ve tedavi amaçlı kilo takibi yaptıkları, %43.3’ü (n=109) kilo takibi yapmadıkları saptandı (Tablo 4.4.4).

Tablo 4.4.5. “Çalıştığınız klinikte antropometrik ölçüm aracı (ağırlık, bel çevresi ölçümü, kol çevresi ölçümü vb.) kullanıyor musunuz?” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Çalıştığınız klinikte antropometrik ölçüm aracı (ağırlık, bel çevresi ölçümü, kol çevresi ölçümü vb.) kullanıyor musunuz?	Sayı n	Yüzde %
Evet	32	12.7
Hayır	220	87.3
TOPLAM	252	100.0

“Çalıştığınız klinikte antropometrik ölçüm aracı (ağırlık, bel çevresi ölçümü, kol çevresi ölçümü vb.) kullanıyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde cerrahi hemşirelerinin %12.7’sinin (n=32) antropometrik ölçüm aracı

kullandığı, %87.3'ünün (n=220) antropometrik ölçüm aracı kullanmadığı belirlendi (Tablo 4.4.5).

Tablo 4.4.6. “Cevabınız “Evet” ise hangi antropometrik ölçüm aracını ya da araçlarını kullanıyorsunuz?” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Cevabınız “Evet” ise hangi antropometrik ölçüm aracını ya da araçlarını kullanıyorsunuz?	Sayı n	Yüzde %
Ağırlık skalası	7	21.8
Vücut kitle indeksi	20	62.5
Kol çevresi ölçümü	5	15.6
TOPLAM	32	100.0

Hemşirelerin %21.8'inin (n=7) antropometrik ölçüm araçlarından ağırlık skalasını, %62.5'inin (n=20) vücut kitle indeksini, %15.6 'sının (n=5) kol çevresi ölçümünü kullandıkları saptandı (Tablo 4.4.6).

Tablo 4.4.7. “Çalıştığınız klinikte hasta teslimi sırasında hastaların beslenme durumlarını ve beslenme yönetimlerini ne sıklıkla tartışırsınız?” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Çalıştığınız klinikte hasta teslimi sırasında hastaların beslenme durumlarını ve beslenme yönetimlerini ne sıklıkla tartışırsınız?	Sayı n	Yüzde %
Her zaman	47	18.7
Bazen	194	77.0
Hiçbir zaman	11	4.4
TOPLAM	252	100.0

Hasta teslimi sırasında hastaların beslenme durumlarını ve beslenme yönetimlerini çalışmaya katılan hemşirelerin %18.7'sinin (n=47) her zaman, %77'sinin (n=194) bazen tartıştıkları, %4.4'ünün (n=11) hiçbir zaman tartışmadıkları belirlendi (Tablo 4.4.7).

Tablo 4.4.8. “Bir hastanın yeterli beslenmediğini düşündüğünüzde ne yaparsınız?” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Bir hastanın yeterli beslenmediğini düşündüğünüzde ne yaparsınız?	Sayı n	Yüzde %
Diyetisyenle görüşürüm	9	3.6
Doktora bildiririm	216	85.7
Hastayla beslenmesi ve diyeti üzerine tartışırım	12	4.8
Diğer (Hasta yakınlarını bilgilendiririm)	1	0.4
Hepsi	14	5.6
TOPLAM	252	100.0

Araştırmaya katılan hemşireler bir hastanın yeterli beslenmediğini düşündüklerinde %3.6'sının (n=9) diyetisyenle görüştüğünü, %85.7'sinin (n=216) doktora bildirdiğini, %4.8'inin (n=12) hastayla beslenmesi ve diyeti üzerine tartıştığını, %0.4'ünün (n=1) hasta yakınlarını bilgilendirdiğini, %5.6'sının (n=14) belirtilen tüm durumları uyguladığını ifade ettikleri bulundu (Tablo 4.4.8).

Tablo 4.4.9. “Beslenme yönünden risk grubunda olan hastalar için yeterli zaman ayırıyor musunuz?” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Beslenme yönünden risk grubunda olan hastalar için yeterli zaman ayırıyor musunuz?	Sayı n	Yüzde %
Evet	168	66.7
Hayır	84	33.3
TOPLAM	252	100.0

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin %66.7'sinin (n=168) beslenme yönünden risk grubunda olan hastalar için yeterli zaman ayırdığı, %33.3'ünün (n=84) yeterli zaman ayıramadığı belirlendi (Tablo 4.4.9).

Tablo 4.4.10. “Hastaların beslenme durumu nasıl yönetilebilir?” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Hastaların beslenme durumu nasıl yönetilebilir?	Sayı n	Yüzde %
Hastaların kendini iyi beslemesiyle	5	2.0
Hasta yakını ya da bakıcıların iyi beslemeleri ile	43	17.1
Beslenme tanınması yapıp, diyetisyen ve doktorla çalışılarak	181	71.8
Hepsi	23	9.1
TOPLAM	252	100.0

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin “Hastaların beslenme durumu nasıl yönetilebilir?” sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde; hemşirelerin %2’sinin (n=5) hastaların kendini iyi beslemesiyle, %17.1’inin (n=43) hasta yakını ya da bakıcıların iyi beslemeleri ile, %71.8’inin (n=181) beslenme tanınması yapıp, diyetisyen ve doktorla çalışılarak, %9.1’inin (n=23) belirtilenlerin hepsiyle beslenme durumunun yönetilebileceğini ifade ettikleri saptandı (Tablo 4.4.10).

Tablo 4.4.11. “Çalıştığınız klinikte ameliyat sonrası hastalar ne zaman beslenmeye başlamaktadır?” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Çalıştığınız klinikte ameliyat sonrası hastalar ne zaman beslenmeye başlamaktadır?	Sayı n	Yüzde %
Ameliyattan hemen sonra oral, enteral ya da parenteral yolla	36	14.3
Ameliyattan 1 gün sonra	40	15.9
Doktorun istemine göre	174	69.0
Diğer (Hastaya özel, ameliyatta aldıkları anestezi yöntemine göre)	2	0.8
TOPLAM	252	100.0

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin %14.3’ünün (n=36) çalıştıkları klinikte hastaları ameliyattan hemen sonra oral, enteral ya da parenteral yolla beslemeye başladıkları, %15.9’unun (n=40) hastaları ameliyattan 1 gün sonra beslemeye başladıkları, %69’unun (n=174) doktorun istemine göre hastaları beslemeye başladıkları, %0.8’inin (n=2) diğer (hastaya özel, ameliyatta aldıkları

anestezi yöntemine göre) zamanlarda hastaları beslemeye başladıkları görüldü (Tablo4.4.11).

Tablo 4.4.12. “Çalıştığınız klinikte ameliyat öncesi hastaların beslenmesi ne zaman kesilmektedir?” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Çalıştığınız klinikte ameliyat öncesi hastaların beslenmesi ne zaman kesilmektedir?	Sayı n	Yüzde %
12 saat önce	98	38.9
6 saat önce	20	7.9
8 saat önce	133	52.8
Katı gıda almasa bile 2 saat öncesine kadar su içebilir	1	0.4
TOPLAM	252	100.0

“Çalıştığınız klinikte ameliyat öncesi hastaların beslenmesi ne zaman kesilmektedir?” sorusuna çalışmaya katılan cerrahi hemşirelerinin %38.9’u (n=98) “12 saat önce”, %52.8’i (n=133) “8 saat önce”, %7.9’u (n=20) “6 saat önce”, %0.4’ü (n=1) “Katı gıda almasa bile 2 saat öncesine kadar su içebilir” cevabını verdikleri belirlendi (Tablo 4.4.12).

Tablo 4.4.13. “Çalıştığınız birimde hastanın kullandığı rutin ilaçlar (kalp, diyabet, hipertansiyon vb.) ameliyat öncesi açlık döneminde veriliyor mu?” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Çalıştığınız birimde hastanın kullandığı rutin ilaçlar (kalp, diyabet, hipertansiyon vb.) ameliyat öncesi açlık döneminde veriliyor mu?	Sayı n	Yüzde %
Evet, az su ile verilir.	93	36.9
Hayır, kesinlikle verilmez.	5	2.0
Doktora danışılarak karar verilir.	154	61.1
TOPLAM	252	100.0

“Çalıştığınız birimde hastanın kullandığı rutin ilaçlar (kalp, diyabet, hipertansiyon vb.) ameliyat öncesi açlık döneminde veriliyor mu?” sorusunu hemşirelerin %36.9’u (n=93) “Evet, az su ile verilir.”, %2’si (n=5) “Hayır, kesinlikle

verilmez.”, %61.1’i (n=154) “Doktora danışılarak karar verilir.” olarak cevapladıkları bulundu (Tablo4.4.13).

4.5. BİLGİ DÜZEYİ PUANLARI İLE TUTUM PUANLARI KARŞILAŞTIRMALARI

Tablo 4.5.1. Cerrahi Hemşirelerinin Cerrahi Hastasında Beslenmeye Yönelik Bilgi ve Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçümler	Sayı (n)	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Ortalama Puan	Standart Sapma	Ortalama (%)
Bilgi Skoru	252	16	52	39.39	7.01	75.75
Tutum Skoru	252	25	52	42.94	4.49	82.57

Araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi sorularından aldıkları bilgi düzeyi puan ortalaması 39.39, standart sapması 7.01, en yüksek bilgi düzeyi puanı 52, en düşük bilgi düzeyi puanı 16 olarak saptandı. Cerrahi hemşirelerinin (n=252) bilgi düzeyi puan ortalaması %75.75 olarak saptandı (Tablo 4.5.1).

Araştırmaya katılan hemşirelerin tutum sorularından aldıkları puan ortalaması 42.94, standart sapması 4.49, en yüksek tutum puanı 52, en düşük tutum puanı 25 olarak saptandı. Cerrahi hemşirelerinin (n=252) tutum puanı ortalaması %82.57 olarak saptandı (Tablo 4.5.1).

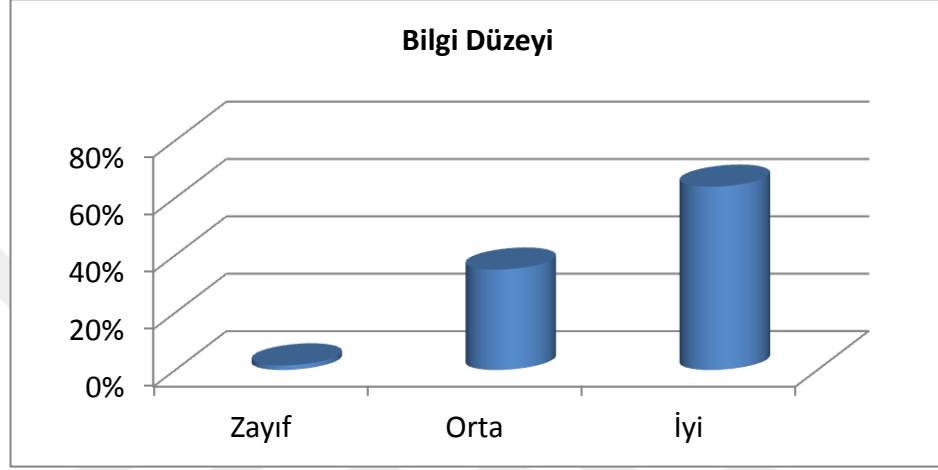
Tablo 4.5.2. Çalışmaya Katılan Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi Durumlarına Göre Dağılımları

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)	Yüzde %
Zayıf	4	1.6
Orta	87	34.5
İyi	161	63.9
Toplam	252	100.0

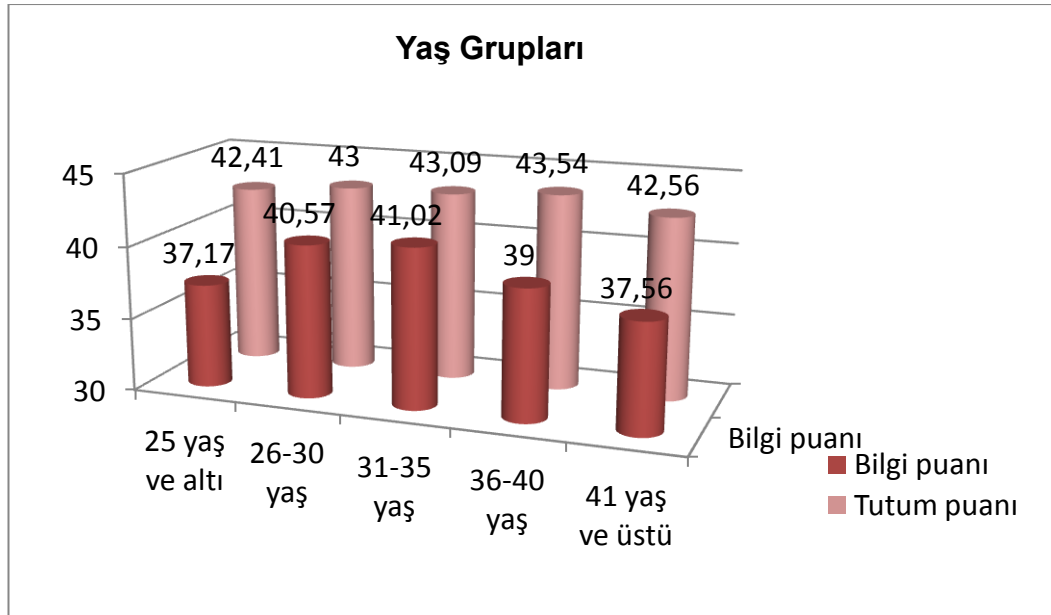
Araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi düzeyleri “zayıf”, “orta”, “iyi” olarak derecelendirilmiştir. Bilgi sorularını 0-%40 (0-21 puan arasında alan) arasında doğru

cevaplayan kişilerin bilgi düzeyi “zayıf”, %41-%70 arasında (22-36 arasında puan alan) doğru cevaplayan kişilerin bilgi düzeyi “orta”, %71-%100 arasında (37-52 arasında puan alan) doğru cevaplayan kişilerin bilgi düzeyi “iyi” olarak derecelendirildi.

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin %1.6’sının (n=4) bilgi düzeyi “zayıf”, %34.5’inin (n=87) bilgi düzeyi “orta”, %63.9’unun (n=161) bilgi düzeyinin “iyi” olduğu saptandı (Tablo 4.5.2 ve Şekil 4.5.1).



Şekil 4.5.1. Çalışmaya Katılan Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi Durumlarına Göre Dağılımları



Şekil 4.5.2. Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi ve Tutum Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı

Tablo 4.5.3. Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi ve Tutum Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı

Ölçümler	Yaş Grupları	Ortalama Puan	Standart Sapma	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Anlamlılık Test değeri
Bilgi Düzeyi Puanı	25 yaş ve altı	37.17	7.12	16	48	K-W test p=0.011
	26-30 yaş	40.57	7.22	18	52	
	31-35 yaş	41.02	5.91	28	50	
	36-40 yaş	39.00	5.75	23	50	
	41 yaş ve üstü	37.56	7.98	22	51	
Tutum Puanı	25 yaş ve altı	42.41	3.95	36	52	K-W test p=0.659
	26-30 yaş	43.00	4.89	31	52	
	31-35 yaş	43.09	4.95	25	52	
	36-40 yaş	43.54	4.00	34	50	
	41 yaş ve üstü	42.56	4.11	35	52	

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin bilgi düzeyi ve tutum puanlarının yaşa göre dağılımı Tablo 4.5.3’de ve Şekil 4.5.2’de verilmiştir. Bilgi ve tutum formundan hemşirelerin alabilecekleri en yüksek puan 52’dir.

Araştırmaya katılan 25 yaş ve altındaki hemşirelerin ortalama bilgi düzeyi puanı 37.17 ± 7.12 , bu yaş grubundaki hemşirelerin aldıkları en yüksek puan 48, en düşük puan 16 olarak saptandı. 26-30 yaş grubundaki hemşirelerin aldıkları ortalama bilgi düzeyi puanı 40.57 ± 7.22 , aldıkları en yüksek puan 52, en düşük puan 18 olarak bulundu. 31-35 yaşları arasındaki hemşirelerin bilgi formundan aldıkları ortalama bilgi düzeyi puanının 41.02 ± 5.91 olduğu, formdan aldıkları en yüksek puanın 50, en düşük puanın ise 28 olduğu saptandı. Araştırmaya katılan 36-40 yaş grubundaki hemşirelerin aldıkları ortalama bilgi düzeyi puanı 39 ± 5.75 , aldıkları en yüksek puan 50, en düşük puan 23 olarak saptandı. 41 yaş ve üstü hemşirelerin aldıkları ortalama

bilgi düzeyi puanı 37.56 ± 7.98 , aldıkları en yüksek puan 51, en düşük puan 22 olarak belirlendi.

Hemşirelerin yaş gruplarına göre bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde, bilgi düzeyi puan ortalamaları ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptandı ($p=0.011$). Yaş grupları arasındaki anlamlılığı test etmek için yapılan Mann-Whitney testi incelendiğinde, “25 yaş ve altı” ve “26-30 yaş” arasında; “25 yaş ve altı” ve “31-35 yaş” arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ve anlamlılığın yaş büyüklüğü yönünde olduğu belirlendi (“25 yaş ve altı” ve “26-30 yaş” arasında $p=0.004$; “25 yaş ve altı” ve “31-35 yaş” arasında $p=0.016$). “26-30 yaş” ve “41 yaş ve üstü” arasında; “31-35 yaş” ve “41 yaş ve üstü” arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ve anlamlılığın yaş küçüklüğü yönünde olduğu belirlendi (“26-30 yaş” ve “41 yaş ve üstü” arasında $p=0.026$; “31-35 yaş” ve “41 yaş ve üstü” arasında $p=0.045$).

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin yaş grupları ve aldıkları tutum puanları incelendiğinde, 25 yaş ve altındaki hemşirelerin tutum puanı ortalamasının 42.41 ± 3.95 , aldıkları en yüksek puanın 52, en düşük puanın 36 olduğu bulundu. 26-30 yaş arasındaki cerrahi hemşirelerinin aldıkları tutum puanı ortalaması 43 ± 4.89 , aldıkları en yüksek tutum puanı 52, en düşük tutum puanı 31 olarak saptandı. 31-35 yaş grubundaki cerrahi hemşirelerinin aldıkları ortalama tutum puanı 43.09 ± 4.95 , aldıkları en yüksek tutum puanı 52, en düşük tutum puanı 25 olarak belirlendi. 36-40 yaş grubundaki cerrahi hemşirelerinin aldıkları ortalama tutum puanı 43.54 ± 4 , aldıkları en yüksek tutum puanı 50, en düşük tutum puanı 34 olarak bulundu. 41 yaş ve üstündeki hemşirelerin aldıkları ortalama tutum puanı 42.56 ± 4.11 , aldıkları en yüksek tutum puanı 52, en düşük tutum puanı 35 olarak saptandı.

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin yaş gruplarına göre aldıkları tutum puanları ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde, tutum puan ortalamaları ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmadığı saptandı ($p=0.659$).

Tablo 4.5.4. Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi ve Tutum Puanlarının Hemşire Olarak Çalışma Süresine Göre Dağılımı

Ölçümler	Hemşire olarak çalışma süresi	Ortalama Puan	Standart Sapma	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Anlamlılık Test değeri
Bilgi Düzeyi Puanı	6ay-1yıl	37.53	6.93	20	48	K-W test p=0.163
	2-5yıl	39.68	7.84	16	52	
	6-10yıl	40.33	6.16	18	51	
	11yıl ve üstü	38.53	7.10	22	51	
Tutum Puanı	6ay-1yıl	42.00	3.68	38	50	K-W test p=0.372
	2-5yıl	42.47	4.44	35	52	
	6-10yıl	43.43	4.55	31	52	
	11yıl ve üstü	43.00	4.61	25	52	

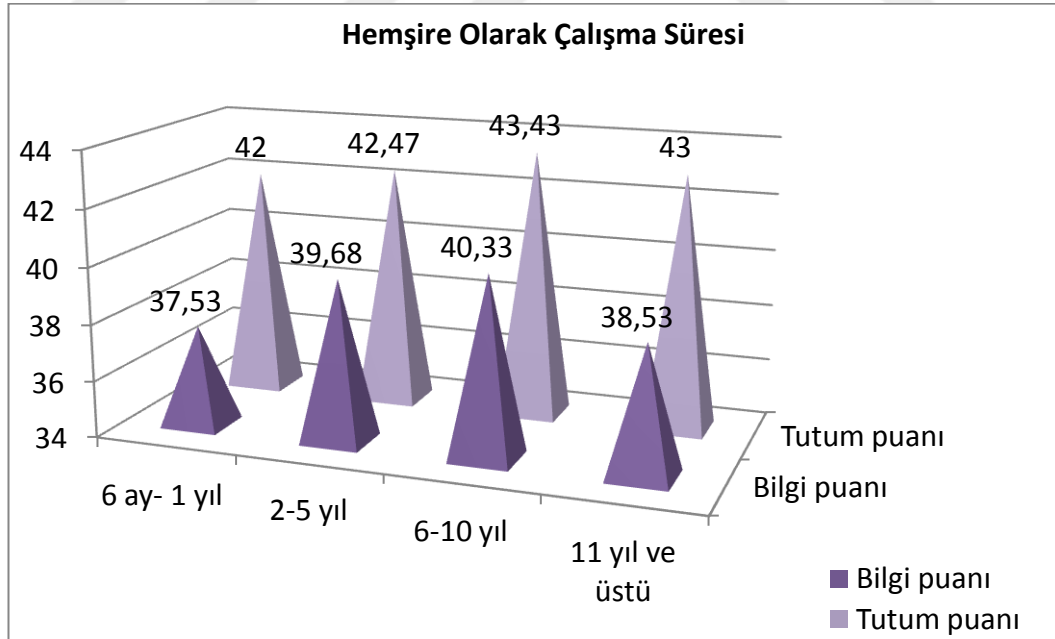
Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin bilgi düzeyi ve tutum puanlarının hemşire olarak çalışma süresine göre dağılımı Tablo 4.5.4’de ve Şekil 4.5.3’te verilmiştir.

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin bilgi düzeyi puan ortalamaları incelendiğinde 6 ay-1 yıl arasında hemşire olarak çalışan cerrahi hemşirelerinin aldıkları bilgi düzeyi puan ortalamasının 37.53 ± 6.93 , aldıkları en yüksek puanın 48 ve en düşük puanın 20 olduğu saptandı. 2-5 yıl arasında hemşire olarak çalışan cerrahi hemşirelerinin aldıkları bilgi düzeyi puan ortalamasının 39.68 ± 7.84 , aldıkları en yüksek puanın 52 ve en düşük puanın 16 olduğu saptandı. 6-10 yıl arasında hemşire olarak çalışan cerrahi hemşirelerinin aldıkları bilgi düzeyi puan ortalamasının 40.33 ± 6.16 , aldıkları en yüksek puanın 51 ve en düşük puanın 18 olduğu saptandı. 11yıl ve üstü olarak çalışan cerrahi hemşirelerinin aldıkları bilgi düzeyi puan ortalamasının 38.53 ± 7.1 , aldıkları en yüksek puanın 51 ve en düşük puanın 22 olduğu saptandı.

Hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamaları ve hemşire olarak çalışma süreleri karşılaştırıldığında hemşire olarak çalışma süresi ile bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p=0.163$).

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin tutum puanı ortalamaları incelendiğinde 6 ay-1 yıl arasında hemşire olarak çalışan cerrahi hemşirelerinin aldıkları tutum puanı ortalamasının 42 ± 3.68 , aldıkları en yüksek puanın 50 ve en düşük puanın 38 olduğu saptandı. 2-5 yıl arasında hemşire olarak çalışan cerrahi hemşirelerinin aldıkları tutum puanı ortalamasının 42.47 ± 4.44 , aldıkları en yüksek puanın 52 ve en düşük puanın 35 olduğu bulundu. 6-10 yıl arasında hemşire olarak çalışan cerrahi hemşirelerinin aldıkları tutum puanı ortalamasının 43.43 ± 4.55 , aldıkları en yüksek puanın 52 ve en düşük puanın 31 olduğu bulundu. 11 yıl ve üstü çalışan cerrahi hemşirelerinin aldıkları tutum puanı ortalamasının 43 ± 4.61 , aldıkları en yüksek puanın 52 ve en düşük puanın 25 olduğu saptandı.

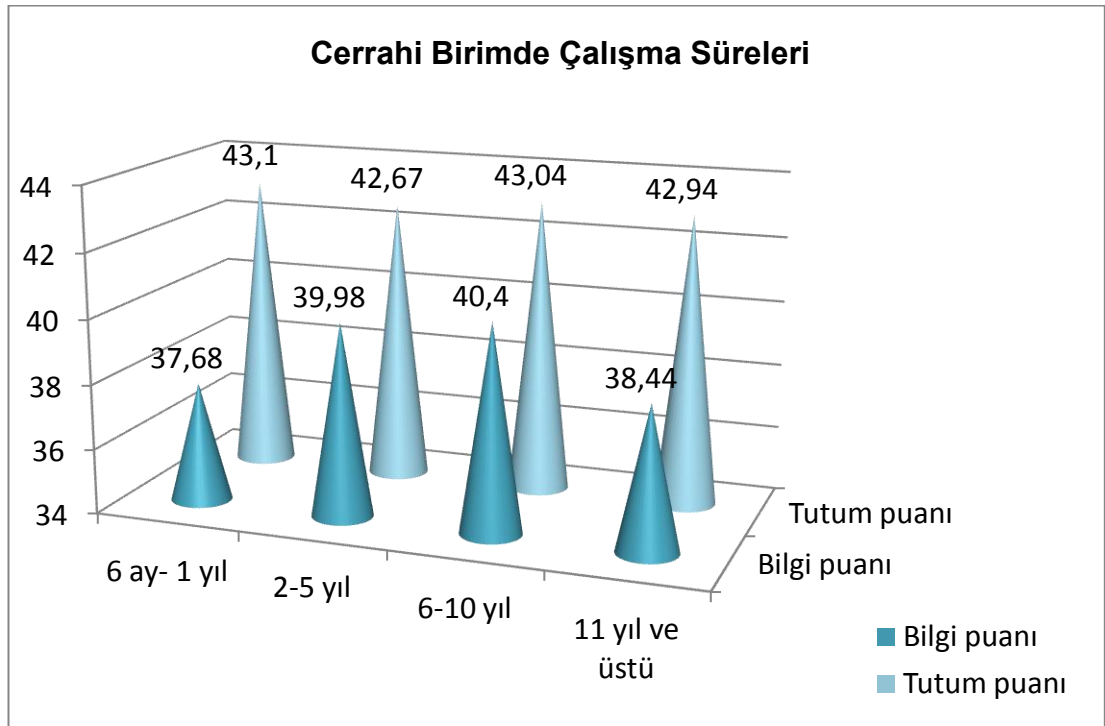
Hemşirelerin tutum puanı ortalamaları ve hemşire olarak çalışma süreleri aralarındaki ilişki incelendiğinde hemşire olarak çalışma süresi ile tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p=0.372$).



Şekil 4.5.3. Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi ve Tutum Puanlarının Hemşire Olarak Çalışma Süresine Göre Dağılımı

Tablo 4.5.5. Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi ve Tutum Puanlarının Hemşirelerimiz Cerrahi Birimde Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

Ölçümler	Cerrahi birimde çalışma süresi	Ortalama Puan	Standart Sapma	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Anlamlılık Test değeri
Bilgi Düzeyi Puanı	6ay-1yıl	37.68	6.71	20	48	K-W test p=0.102
	2-5yıl	39.98	7.21	16	52	
	6-10yıl	40.40	6.56	18	51	
	11yıl ve üstü	38.44	7.20	22	51	
Tutum Puanı	6ay-1yıl	43.10	4.80	36	52	K-W test p=0.880
	2-5yıl	42.67	4.12	34	52	
	6-10yıl	43.04	4.80	31	52	
	11yıl ve üstü	42.94	4.54	25	52	



Şekil. 4.5.4. Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi ve Tutum Puanlarının Hemşirelerimiz Cerrahi Birimde Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

6 ay-1 yıl arasında cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalaması 37.68 ± 6.71 , aldıkları en yüksek puan 48, en düşük puan 20 olarak saptanmıştır. 2-5 yıl arasında cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalaması 39.98 ± 7.21 , aldıkları en yüksek puan 52, en düşük puan 16 olarak bulundu. 6-10 yıl arasında cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalaması 40.40 ± 6.56 , aldıkları en yüksek puan 51, en düşük puan 18 olarak saptandı. 11 yıl ve üstü cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalaması 38.44 ± 7.20 , aldıkları en yüksek puan 51, en düşük puan 22 olarak saptandı.

Hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamaları ve hemşirelerin cerrahi birimlerde çalışma süreleri arasındaki ilişki incelendiğinde hemşirelerin cerrahi birimlerde çalışma süresi ile bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmadığı belirlendi ($p=0.102$).

6 ay-1 yıl arasında cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tutum puanı ortalamasının 43.10 ± 4.8 , aldıkları en yüksek puanın 52, en düşük puanın 36 olduğu saptandı. 2-5 yıl arasında cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tutum puanı ortalamasının 42.67 ± 4.12 , aldıkları en yüksek puanın 52, en düşük puanın 34 olduğu bulundu. 6-10 yıl arasında cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tutum puanı ortalamasının 43.04 ± 4.8 , aldıkları en yüksek puanın 52, en düşük puanın 31 olduğu saptandı. 11 yıl ve üstü cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tutum puanı ortalamasının 42.94 ± 4.54 , aldıkları en yüksek puanın 52, en düşük puanın 25 olduğu görüldü.

Hemşirelerin tutum puanı ortalamaları ve cerrahi birimlerde çalışma süreleri arasındaki ilişki incelendiğinde cerrahi birimlerde çalışma süresi ile tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p=0.88$) (Tablo 4.5.5 ve Şekil 4.5.4).

Tablo 4.5.6. Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi ve Tutum Puanlarının Hemşirelerin Cerrahi Hastasında Beslenmeye Yönelik Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Ölçümler	“Beslenmeye yönelik eğitim aldınız mı?”	Ortalama Puan	Standart Sapma	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Anlamlılık Test değeri
Bilgi Düzeyi Puanı	Evet Hayır	39.45 39.29	6.61 7.76	20 16	52 51	M-W test p=0.87
Tutum Puanı	Evet Hayır	43.52 41.83	4.50 4.28	25 31	52 52	M-W test p=0.02

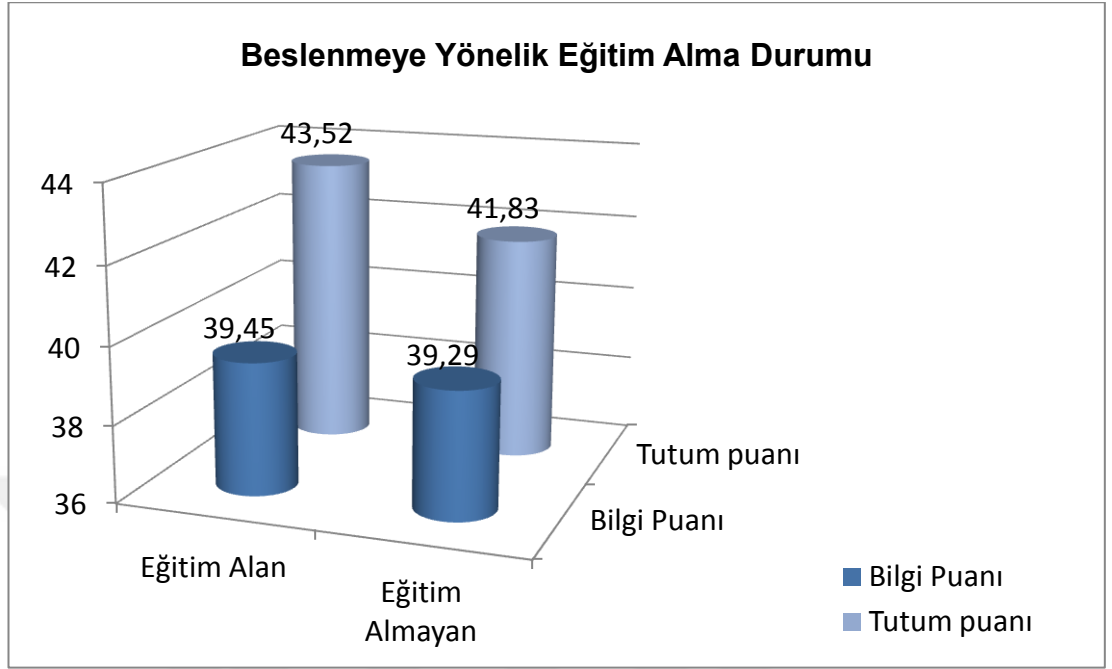
Cerrahi hemşirelerinin bilgi düzeyi puanlarının hemşirelerin cerrahi hastasında beslenmeye yönelik eğitim alıp almama durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, eğitim alan hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamasının 39.45 ± 6.61 , eğitim aldığını ifade eden hemşirelerin aldıkları en yüksek puanın 52, en düşük puanın 20 olduğu saptandı. Eğitim almadığını ifade eden hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamasının 39.29 ± 7.76 , eğitim aldığını ifade eden hemşirelerin aldıkları en yüksek puanın 51, en düşük puanın 16 olduğu saptandı.

Cerrahi hemşirelerin bilgi düzeyi puanları ile cerrahi hastasında beslenmeye yönelik eğitim alıp almama durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p=0.87$).

Cerrahi hastasında beslenmeye yönelik eğitim aldığını ifade eden hemşirelerin tutum puanı ortalaması 43.52 ± 4.5 , aldıkları en yüksek tutum puanı 52, en düşük puan 25 olarak bulundu. Eğitim almadığını ifade eden hemşirelerin tutum puanı ortalamasının 41.83 ± 4.28 , aldıkları en yüksek puanın 52, en düşük puanın 31 olduğu saptandı.

Cerrahi hemşirelerin tutum puanları ile cerrahi hastasında beslenmeye yönelik eğitim alıp almama durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak

anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p=0.02$). Eğitim aldığını ifade eden hemşirelerin tutum puanları da yüksek bulundu (Tablo 4.5.6 ve Şekil 4.5.5).



Şekil 4.5.5. Cerrahi Hemşirelerinin Bilgi Düzeyi ve Tutum Puanlarının Hemşirelerin Cerrahi Hastasında Beslenmeye Yönelik Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Tablo 4.5.7. Cerrahi Hemşirelerinin Tutum Puanı Ortalamalarının Bilgi Düzeyi Durumlarına Göre Dağılımı

Ölçümler	Bilgi düzeyi durumları	Ortalama Puan	Standart Sapma	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Anlamlılık Test değeri
Tutum Puanı	Zayıf	37.00	4.08	31	40	K-W test p=0.014
	Orta	42.40	3.84	35	51	
	İyi	43.39	4.71	25	52	

Araştırmaya katılan bilgi düzeyi zayıf olan cerrahi hemşirelerinin tutum puanı ortalaması 37 ± 4.08 , aldıkları en yüksek tutum puanı 40, en düşük tutum puanı 31 olarak saptandı. Bilgi düzeyi orta olan cerrahi hemşirelerin tutum puanı ortalaması

42.40±3.84, aldıkları en yüksek tutum puanı 51, en düşük tutum puanı 35 olarak saptanmış. Bilgi düzeyi iyi olan cerrahi hemşirelerin tutum puanı ortalaması 43.39±4.71, aldıkları en yüksek tutum puanı 52, en düşük tutum puanı 25 olarak belirlendi.

Hemşirelerin tutum puanları ile bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p=0.014$). Bilgi düzeyi iyi olan hemşirelerin tutum puanları da yüksek olarak bulundu.

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin bilgi düzeyi puanları ile tutum puanları arasında zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Spearman korelasyon katsayısı=0.182, $p=0.004$). Buna göre bilgi düzeyi puanı arttıkça, tutum puanının da arttığı gözlemlendi.

5. TARTIŞMA

Beslenme, hastalıklara karşı direnç sağlayarak, zihin ve vücut fonksiyonlarının en yüksek düzeyde çalışmasını sağlayarak uzun, sağlıklı bir yaşam için temel koşuldur (54). Cerrahi ya da hastalıklar vücutta stres cevabını arttırarak malnütrisyonu neden olmaktadır. Malnütrisyon, ameliyat sonrası iyileşmede gecikmeye ve komplikasyonlara, hastanede kalma süresinin uzamasına ve morbidite, mortalite oranlarında artmaya neden olur. Hemşireler, diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte malnutrisyonu olan hastanın değerlendirilmesi ve bakımında, beslenme tedavisi ve komplikasyonların önlenmesinde önemli bir rol oynar (30).

Hasta bakımıyla doğrudan ilgili tüm sağlık profesyonelleri yeterli beslenmenin sağlanmasının önemine ilişkin eğitim almalı ve çalışmalıdırlar (25). Bu nedenle hastalarla doğrudan etkileşim içinde bulunan hemşirelerden, malnütrisyon riski olan hastaları saptayıp, hastaların özel beslenme ihtiyaçlarına uygun, doğru, pratik ve tutarlı beslenme önerilerini sağlamak için gerekli bilgi ve tutum ile donatılmış olmaları beklenmektedir (55).

Cerrahi hemşirelerinin cerrahi hastalarının beslenmesine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular literatür ile tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan 252 cerrahi hemşiresinin katılmış, yaş ortalamasının 32.51 ± 6.88 olduğu, %96.4'ünün kadın, % 89.7'sinin lisans mezunu olduğu saptandı. Kobe'nin (2006) araştırmasında 101 cerrahi hemşiresi katılmış, yaş ortalaması 37.2 ± 8 , %85'i kadın, %92'si hemşirelik okulu mezunu, %8'i lisans mezunu olduğu bulunmuştur (56). Hemşirelerin yaş ortalamaları ve cinsiyetleri paralellik gösterirken, hemşirelik eğitim düzeyleri farklılık göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %32.5'i 2-5 yıldır cerrahi birimlerde görev yapmaktadır. Kobe'nin (2006) araştırmasında cerrahi birimlerde çalışma yılı ortalaması 5.3 ± 5 olarak bulunmuştur (56). İki araştırmada da çalışma yılları arasında bir uyumluluk gözlenmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin cerrahi hastasında beslenmeye yönelik eğitim alma durumları incelendiğinde %65.9 'unun eğitim almış, % 34.1'inin eğitim almamış olduğu bulundu. %54.8'inin mezun oldukları okulda eğitim aldıkları

belirlendi. Araştırmada cerrahi hastasında beslenme eğitimi almadığını ifade eden hemşirelerin olması dikkat çekicidir. Kim ve ark.'ın yaptığı araştırmada hemşirelerin % 30.3'ünün okullarında beslenme eğitimi aldıklarını ifade ettikleri saptanmıştır (18). Hemşirelik okullarında cerrahi hastasında beslenmeye yönelik eğitimin yetersiz kaldığı iki çalışmada da paralellik göstermektedir. Hemşirelerin mezun olduktan sonra beslenme eğitimi alma durumları incelendiğinde hemşirelerin %11.1'inin mezun oldukları okul dışında eğitim aldıkları saptandı. Kobe'nin (2006) araştırmasında hemşirelerin %91'i mezun oldukları okulda beslenme eğitimi aldıklarını, %9'u okul dışında beslenme eğitimi aldıklarını ifade etmişlerdir (56). Hemşirelerin mezun olduktan sonra beslenme eğitimi alma durumları iki çalışmada da yetersiz olduğu gözlenmektedir.

Araştırmada, malnutrisyonun cerrahi hastasındaki sonuçlarından olan “yara iyileşmesinde gecikme” maddesine hemşirelerin %97.62'sinin “doğru” cevabı verdikleri, %94.4'ünün “enfeksiyona yatkınlıkta artış”, %96.4'ünün “hastanede kalış süresinin uzaması”, %94.8'inin “bakım ve tedavi maliyetlerinde artma”, %48'inin “Solunum fonksiyonlarında azalma”, %96'sının “Kilo kaybı”, %84.5'inin “Kuru ve kırılmış saçlar”, %74.2'sinin “Böbrek fonksiyonlarında bozulma”, %42.1'inin “Ödem”, % 71.8'inin “Kas güçsüzlüğü ve atrofi”, %56.7'sinin “Kalp debisinde azalma” maddelerine “doğru” cevabını verdikleri saptandı. Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin malnutrisyonun cerrahi hastasındaki sonuçlarını (30, 33) büyük ölçüde bildiği görülmektedir.

Cerrahi hastalarında protein alımı; bağışıklık sistemi hücrelerini sentezlemek ve antikor üretmek, inflamasyonu azaltmak, insizyon alanındaki yarayı onarmak için önemlidir (35, 36). Araştırmaya katılan hemşirelerin bu konudaki bilgi durumları incelendiğinde hemşirelerin %89.7'si “Bağışıklık sistemi hücrelerini sentezlemek ve antikor üretmek”, %66.3'ü “İnflamasyonu azaltmak”, %86.9'u “Enerji sağlamak”, %79.4'ü “İnsizyon alanındaki yarayı onarmak” ifadelerine “doğru” cevabını verdikleri saptandı. Hemşirelerin proteinlerin kullanım amaçlarını büyük ölçüde bildiği görülmektedir.

İnsan vücudu cerrahiye karşı bir stres tepkisi oluşturmaktadır. Vücudun oluşan bu strese karşı cevabı hipermetabolizma ve katabolizmadır (30, 33). Araştırmaya katılan hemşirelerin cerrahi stres sonuçlarını bilme durumları

incelenmiş hemşirelerin %88.5 'i enerji gereksiniminin attığını bildiği, % 73.8'inin protein yıkımının arttığını bildiği, %58.7'sinin amino asit tüketiminin arttığını bildiği saptandı. Hemşirelerin katabolik olaylar sonucu gelişen azot atımı artışı ve negatif nitrojen dengesi oluşmasını (%41.3), hiperglisemi (%31.3), insülin dreci (%39.7) ve lipoliz (%34.1) gelişmesi olaylarını yeterli düzeyde bilmedikleri belirlendi. Kobe (2006) araştırmasında hemşirelerin %80'inin travma ve cerrahinin kişinin beslenme gereksinimini arttırdığını, %86'sının cerrahi hastaların normal beslenmelerine ek olarak enerji gereksinimleri için ek beslenmeye ihtiyaç duyduklarını ifade ettikleri saptanmıştır (56). Cerrahinin bir stres durumu olduğu düşünülürse beslenme planlaması yapan hemşirelerin bu konuda yeterli bilgi sahibi olması beslenmeye verdikleri önemi arttıracaktır.

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin cerrahi hastalarında malnutrisyon gelişme nedenlerinden yetersiz besin alımını %97.2'sinin, yatağa bağımlı olmayı %90.1'inin, kayıpların olmasını %98.8'inin, metabolik bozuklukları %92.5'inin, yapılan ameliyatın büyük olmasını %86.9'unun, radyoterapi, kemoterapi maddesini %88.5'inin “doğru” bildiği, vücut sıcaklığında artış maddesini %42.9'unun “doğru” bildikleri bulundu. Vücut sıcaklığında artış dışındaki maddeler malnutrisyonun primer gelişme nedenidir (29, 30). Vücut sıcaklığında artış sonucu malnutrisyon sekonder olarak gelişir (29). Bunun ilk etapta akla gelmemesi doğru cevap oranını düşürdüğü düşünülmektedir. Hemşirelerin sekonder malnutrisyon gelişimi dışındaki nedenleri büyük oranda doğru olarak cevaplamaları sevindiricidir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin malnutrisyona neden olan risk faktörlerine ilişkin bilgi durumları yüksek bulundu. Malnutrisyonda başlıca risk faktörleri; ileri yaş, güçsüzlük, fakirlik, mobilite ya da görmeyi azaltan fonksiyonel sağlık problemleri, besin alımını etkileyen oral ya da gastrointestinal problemler, kronik ağrı ya da pulmoner, kardiyovasküler, renal, endokrin kaynaklı kronik hastalıklar, iştahı etkileyen ilaçlar ve tedaviler, enfeksiyon, cerrahi girişim ya da travma gibi akut problemler olarak sıralanabilir (30). Soruna yol açan risk faktörlerinin bilinmesi bu faktörlere yönelik önlemlerin alınması için önemlidir. Araştırmaya katılan hemşirelerin bu konudaki yüksek bilgi düzeyinin bulunması oldukça sevindiricidir.

Vitamin ve minerallerin antioksidan, immunitenin ve yara iyileşmesinin sağlanması gibi işlevleri vardır. Çinko, gerekli olan protein sentezini sağlar ve

kollajen üretir, hücre büyümesi ve doku onarımı için gereklidir (15). Araştırmaya katılan hemşirelerin %75.4'ü çinko'nun yara iyileşmesinde önemli bir mineral olduğunu bildiği saptandı.

Araştırmaya katılan hemşirelerin % 63.1'i C vitamininin görevlerini doğru bildiği bulundu. Kobe'nin (2006) çalışmasında da hemşirelerin %61'inin C vitaminin görevlerini doğru bildiği saptanmıştır (56). Her iki araştırma sonuçları arasında paralellik olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin %49.6'sının "Cerrahi hastasında beslenme durumu risk taraması ne zaman yapılmalıdır?" sorusunu doğru olarak cevapladıkları saptandı. ESPEN standartlarına göre tüm hastalara hastaneye kabul sırasında risk taraması yapılmalıdır. (23). Beslenme riski taraması hastanede yatan hastalar için önerilir (Kanit E) (43). Araştırmadaki hemşirelerin yarı yarıya doğru cevap verdikleri görülmektedir. Bu konunun öneminin eğitimlerde anlatılması gerekmektedir.

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin %78.2'si "Aşağıdakilerden hangisi beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılmaz?" sorusunu doğru cevapladıkları belirlendi. ASPEN Beslenme durumu değerlendirmesi nutrisyon riski altında olan tüm hastalar için önermektedir (Kanit E) (43). Bu sorunun yüksek oranda doğru cevaplanması sevindiricidir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %72.6'sının "Ameliyat sonrası dönemde cerrahi hastaları ne zaman beslemeye başlamalıdır?" sorusunu doğru cevapladıkları belirlendi. Kobe'nin (2006) araştırmasında bu oran %64 olarak bulunmuştur (56). İki araştırmanın sonuçları da paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %88.5'i "Yutma refleksi olmayan ve gastrointestinal sistemi normal çalışan bir hasta için beslenme şekli nasıl olmalıdır?" sorusunu doğru cevapladıkları belirlendi. Kobe'nin (2006) araştırmasında aynı soruyu hemşirelerin %24'ünün doğru cevapladıkları saptanmıştır (56). Beslenme şekillerine ilişkin bilgi düzeyinin yüksek bulunması sevindiricidir.

İngiliz Hemşirelik Koleji (The Royal College of Nursing) tarafından Kasım 2005 yılında basılan rehberde ameliyat öncesi aç kalma; sağlıklı kişiler için ameliyat öncesi aç kalma, sağlıklı çocuklarda ameliyat öncesi aç kalma, yüksek riskli

gruplarda ameliyat öncesi aç kalma olarak gruplandırılmıştır (49, 51). Bu rehber doğrultusunda sorulan ameliyat öncesi aç kalma süresiyle ilişkili soruya araştırmaya katılan hemşirelerin %14.3'ünün doğru cevabı verdikleri saptandı. Bu sonuç kanıta dayalı rehberlerin etkin şekilde kullanılmadığının ve eskimiş bilgilerin hala süregeldiğinin göstergesi olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4.2.7'deki ameliyat öncesi dönemde beslenmeyle ilgili önermelere verilen cevaplar tartışılmıştır. “Ameliyat öncesi beslenme durumu iyi olan hastalarda komplikasyon görülme oranı daha düşüktür.” önermesine cerrahi hemşirelerinin %93.3'ünün doğru cevabı verdikleri belirlendi. Cerrahinin strese yol açan bir etken olduğu düşünülürse ve stres sonucu enerji ihtiyacının atacağı göz önünde bulundurulduğunda ameliyat öncesi beslenme ameliyat sonrası iyileşmede ve komplikasyonların görülmemesi açısından önemlidir (48). Hemşirelerin büyük oranda bu önermeyi onaylamaları sevindiricidir. “Ameliyat öncesi malnutrisyon saptanan hastalara ameliyattan önce beslenme desteği sağlanmalıdır.” önermesine hemşirelerin %95.2'sinin “doğru” cevabını verdikleri belirlendi. Ameliyat öncesi dönemde beslenme yetersizliği saptanan hastalara, enerji ihtiyacını karşılamak ve yara iyileşmesini kolaylaştırmak amacıyla ameliyat öncesi evrede karbonhidrat ve proteinden zengin yeterli vitamin ve mineralleri içeren besinler verilmelidir (36, 48). “Ameliyat öncesi hastaların ilaç kullanımı değerlendirilmelidir.” önermesine hemşirelerin % 87.3'ünün “doğru” cevabını verdiği, “Ameliyat öncesi bitkisel ürün (bitki çayları, bitkilerden yapılmış tabletler ve merhemler,vb) kullanımı değerlendirilmelidir.” önermesine hemşirelerin %55.2'sinin “doğru” cevabını verdiği görüldü. İlaçlar ve bitkisel ürünler ameliyat sırasında verilen ilaçlarla etkileşime girebilir. İlaçların etkinliğini artırabilir, azaltabilir. Bu yüzden ilaç ve bitkisel ürünlerin takibini yapmak önemlidir (48). Hemşirelerin ilaç kullanımına daha fazla önem verdiği bitkisel ürün kullanımını göz ardı ettikleri gözlenmektedir. Halbuki ilaçların ham maddelerinin bitkiler olduğu düşünülürse bitkisel ürün kullanımının da ameliyat öncesi dikkate alınması gerekmektedir. “Ameliyat gecikecekse aşırı susuzluk ve sıvı kaybını önlemek için hastaya ameliyattan 2 saat öncesine kadar su verilebilir.” önermesine hemşirelerin %24.6'sı “doğru” cevabını verdiği saptandı. The Royal College of Nursing'in ameliyat öncesi rehberinde ameliyattan 2 saat öncesine kadar su alımının güvenli olduğu (Kanıt A) ve elektif işlem gecikirse aşırı susama ve sıvı kaybını önlemek için, gözlenen hastaya bir bardak su verilmeli (Kanıt

D(GGP)) maddeleri göze çarpmaktadır (49, 51). Araştırmaya katılan hemşirelerin bu konudaki bilgileri düşük düzeydedir.

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin beslenme konusundaki bilgi düzeyi sorularından ortalama olarak %75.75 puan aldıkları saptandı. Kobe'nin (2006) araştırmasında hemşirelerin bilgi düzeyi skoru %57 olarak hesaplanmıştır (56). Araştırmadaki cerrahi hemşirelerinin büyük oranda lisans mezunu olmasının bilgi düzeyini yükselttiği düşünülmektedir.

Tablo 4.4.2'de hemşirelerin bilgi düzeyi “zayıf”, “orta”, “iyi” olarak derecelendirildi. Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin %1.6'sının bilgi düzeyi “zayıf”, %34.5'inin bilgi düzeyi “orta”, %63.9'unun bilgi düzeyinin “iyi” olduğu saptandı. Özçelik ve ark.'ın (2007) hemşirelerin nutrisyona ilişkin bilgi düzeylerini inceledikleri araştırmada hemşirelerin beslenmeye yönelik bilgi düzeyi “iyi”, “yeterli”, “yetersiz” olarak derecelendirilmiş ve hemşirelerin %10.4'ünün bilgi düzeyi “yetersiz”, %56.9'unun bilgi düzeyi “yeterli”, %32.7'sinin bilgi düzeyi “iyi” olarak bulunmuştur (54). Bizim araştırmamızda cerrahi hemşirelerinin bilgi düzeyinin yüksek olması sevindiricidir. Her iki araştırmada da bilgi düzeyi “zayıf” ya da “yetersiz” olan grubun az olduğu gözlenmektedir.

Yaş grupları arasında en yüksek bilgi düzeyi puanı 31-35 yaş arasında saptandı. Özçelik ve ark.'ın (2007) hemşirelerin nutrisyona ilişkin bilgi düzeylerini inceledikleri araştırmada en yüksek bilgi düzeyi puanı 31-35 yaş arasındaki hemşire grubunda görülmüştür (54). Her iki araştırmada da paralellik saptanmıştır. Sonucun bu şekilde çıkması bilgi düzeyine deneyimlerinde etkisi olabileceği ile açıklanabilir.

Çalışma yılları arasındaki en yüksek bilgi düzeyi puanı 6-10 yıldır çalışan hemşire grubunda saptandı. Özçelik ve ark.'ın (2007) hemşirelerin nutrisyona ilişkin bilgi düzeylerini inceledikleri araştırmada en yüksek bilgi düzeyi puanını 11-15 yıldır çalışan hemşirelerin aldıkları görülmüştür (54). Park ve ark.'nın (2011) hemşirelerin teropatik diyet rejimine ilişkin hemşirelerin bilgi düzeylerini değerlendirdikleri araştırmada daha fazla deneyim sahibi olan hemşirelerin (11 yıl ve üstü çalışan) beslenme bilgisi daha yüksek bulunmuştur (57). Araştırma sonuçları uyumsuz olmasına rağmen, her iki çalışmada da 6 yıldan az çalışma yılına sahip hemşirelerin bilgi düzeyleri daha düşük çıkmıştır. Sonucun bu şekilde çıkması bilgi düzeyine deneyimlerinde etkisi olabileceği ile açıklanabilir.

Cerrahi hemşirelerin bilgi düzeyi puanları ile cerrahi hastasında beslenmeye yönelik eğitim alıp almama durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p=0.87$). Mowe ve ark.'nın (2008) sağlık çalışanları arasında beslenme bilgisine ilişkin yaptıkları araştırmada iyi düzeyde beslenme eğitimi alanların beslenme eğitimini yetersiz düzeyde alanlara göre bilgi düzeylerinin daha iyi olduğu saptanmıştır (58). Araştırma sonuçları arasında farklılık gözlenmiştir. Araştırmada eğitim alıp-almama durumunun bilgi düzeyini etkilememesi; beklenen bir sonuç değildir. Araştırmamızdaki eğitim aldığını ifade eden hemşirelerin büyük çoğunluğu (%54.8 hemşire) beslenme eğitimini mezun oldukları okullardan aldıklarını ifade etmişlerdir. Eğitim almadığını ifade edenlerin (%34.1 hemşire) de okullarında beslenme eğitimini aldıkları düşünülürse eğitim ve bilgi düzeyi arasında ilişki saptanmaması beklenen bir sonuçtur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin beslenmeye yönelik tutum ifadelerine verdikleri cevapların dağılımı incelendiğinde “Beslenme durumunu tanılamak hemşirenin sorumluluğudur.” ifadesine hemşirelerin %14.3'ünün “kesinlikle katılıyorum”, % 59.9'unun “katılıyorum” cevabını verdikleri saptandı. Kobe'nin (2006) çalışmasında aynı ifadeye hemşirelerin %26'sı “kesinlikle katılıyorum”, %53'ü katılıyorum cevabını verdikleri saptanmıştır (58). Her iki araştırma sonuçlarının paralellik gösterdiği gözlenmiştir. Kim ve ark.'nın (2009) hemşirelerin beslenme yönetimine ilişkin pozitif tutumları üzerine yaptıkları araştırmada araştırmaya katılan tüm hemşirelerin %39.4'ü, cerrahi hemşirelerinin de %36'sı beslenme durumunu tanılamak hemşirenin sorumluluğu olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır (18). Rasmussen ve ark.'nın (1999) hastanelerde klinik nutrisyonla ilgili yaptıkları araştırmada hemşirelerin %76'sı, doktorların da %35'i beslenme durumunu tanılayanın hemşirelerin sorumluluğu olduğunu ifade ettikleri görülmüştür (22). Perry'nin (1997) nutrisyonel bakımla ilgili hemşirelerin bilgi ve tutumlarına ilişkin yaptıkları araştırmada hemşirelerin %71'i beslenme durumunu tanılayanın hemşirelerin sorumluluğu olduğunu ifade ettikleri görülmüştür (7). Tüm araştırmalarda hemşireler büyük oranda hastaların beslenme durumunu tanılama konusunda kendilerini sorumlu hissettikleri görülmüştür. Beslenme durumunu tanılamak beslenme yetersizliğinin saptanmasında önemli ve ilk adımdır (42).

Hemşirelerin bu konuda kendilerini sorumlu bulmaları bakımın planlanması ve yürütülmesi açısından oldukça önemlidir.

Araştırmada “Hastaların beslenme durumunu tanılamak diyetisyenlerin sorumluluğudur.” ifadesine hemşirelerin %31’inin “kesinlikle katılıyorum”, %58.3’ü “katılıyorum” cevabını verdikleri belirlendi. Kobe’nin (2006) araştırmasında aynı ifadeye hemşirelerin %72’sinin “kesinlikle katılıyorum”, %25’inin “katılıyorum” cevabını verdikleri saptanmıştır (56). Kim ve ark.’nın (2009) hemşirelerin beslenme yönetimine ilişkin pozitif tutumları üzerine yaptıkları araştırmada tüm hemşirelerin %57’si, cerrahi hemşirelerinin de %58.7’si beslenme durumunu tanılamamanın diyetisyenin sorumluluğu olduğunu ifade etmişlerdir (18). Rasmussen ve ark.’nın (1999) hastanelerde klinik nutrisyonla ilgili yaptıkları araştırmada hemşirelerin %20’si, doktorların %7’si “beslenme durumunu tanılamak diyetisyenin sorumluluğudur” cevabını vermişlerdir (22). Perry’nin (1997) nutrisyonel bakımla ilgili hemşirelerin bilgi ve tutumlarına ilişkin yaptıkları araştırmada hemşirelerin %19.5’i beslenme durumunu tanılamamanın diyetisyenlerin sorumluluğu olduğunu ifade ettikleri görülmüştür (7). Araştırma sonuçları arasında farklılıklar gözlenmesine rağmen hemşirelerin beslenme durumunu tanılamamanın diyetisyenlerinde sorumluluğunda olduğunu savundukları dikkat çekmektedir.

Araştırmada “Hastaların beslenme durumunu tanılamak doktorların sorumluluğudur.” ifadesine cerrahi hemşirelerinin %24.2’sinin “kesinlikle katılıyorum”, %68.7’sinin “katılıyorum” cevabını verdikleri saptandı. Kobe’nin (2006) çalışmasında aynı ifadeye hemşirelerin %25’inin “kesinlikle katılıyorum”, %61’inin “katılıyorum” cevabını verdikleri görülmüştür (56). Araştırma sonuçları arasında paralellik söz konusudur. Kim ve ark.’nın (2009) hemşirelerin beslenme yönetimine ilişkin pozitif tutumları üzerine yaptıkları araştırmada tüm hemşirelerin %54.3’ü, cerrahi hemşirelerin %53.3’ü beslenme durumunu tanılamamanın doktorun sorumluluğu olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır (18). Rasmussen ve ark.’nın (1999) hastanelerde klinik nutrisyonla ilgili yaptıkları araştırmada aynı soruya çalışmaya katılan hemşirelerin %82’sinin, doktorların da %94’ünün “doktor sorumludur” cevabını verdikleri saptanmıştır (22). Bu araştırmalarda tanılama da doktorların daha fazla sorumlu tutuldukları göze çarpmaktadır. Doktorların da kendilerini bu konuda sorumlu tuttıkları görülmüştür. Perry’nin (1997) nutrisyonel bakımla ilgili hemşirelerin bilgi ve tutumlarına ilişkin yaptıkları araştırmada ise hemşirelerin

sadece %9'u beslenme durumunun tanılmasında doktorları sorumlu tutmuşlardır (7).

“Cerrahi birimlerde genellikle uygun ve yeterli beslenme desteği sağlanır.” ifadesine araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin %13.5'inin “kesinlikle katılıyorum”, %57.5'inin “katılıyorum” şeklinde cevapladıkları belirlendi. Kobe'nin (2006) araştırmasında aynı ifadeye hemşirelerin %27'sinin “kesinlikle katılıyorum”, %42'sinin “katılıyorum” şeklinde cevapladıkları görülmüştür (56). Her iki araştırma sonuçlarının benzer oldukları görülmektedir. Kim ve ark.'nın (2009) hemşirelerin beslenme yönetimine ilişkin pozitif tutumları üzerine yaptıkları benzer araştırmada araştırmaya katılan tüm hemşirelerin %53'ünün “her zaman uygun ve yeterli beslenme desteği sağlanır”, %30.3'ünün “bazen uygun ve yeterli beslenme desteği sağlanır” cevabını verdikleri saptanmıştır (18). Perry'nin (1997) nutrisyonel bakımla ilgili hemşirelerin bilgi ve tutumlarına ilişkin yaptıkları araştırmada aynı soruya hemşirelerin %67'sinin “çoğu zaman”, %25'inin de “bazen” cevabını verdikleri saptanmıştır (7). Araştırma sonuçlarında hemşirelerin çoğunluğunun kliniklerinde uygun ve yeterli beslenme desteğinin sağlandığını ifade ettikleri görülmektedir.

Araştırmada “Hastaların cerrahi servise kabulünde beslenme durumunun tanılanması önemlidir.” ifadesine cerrahi hemşirelerinin %40.9'unun “kesinlikle katılıyorum”, %55.2'sinin “katılıyorum” şeklinde cevapladıkları saptandı. Kobe'nin (2006) araştırmasında benzer ifadeye hemşirelerin %76'sının “kesinlikle katılıyorum”, %26'sının “katılıyorum” şeklinde cevapladıkları görülmüştür (56). Kobe'nin (2006) araştırmasında verilen önemin daha büyük olduğu görülmektedir. Kim ve ark.'nın (2009) hemşirelerin beslenme yönetimine ilişkin pozitif tutumları üzerine yaptıkları araştırmada benzer soruya hemşirelerin %68.8'inin “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri saptanmıştır (18). Perry'nin (1997) nutrisyonel bakımla ilgili hemşirelerin bilgi ve tutumlarına ilişkin yaptıkları araştırmada ise “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” şeklinde cevap verenlerin oranı (%20) daha düşük bulunmuştur (7).

Araştırmada “Beslenme eğitimi yapmak hemşirelerin sorumluluğudur.” ifadesine hemşirelerin %25.8'inin “kesinlikle katılıyorum”, %54.4'ünün “katılıyorum” cevabını verdikleri bulundu. Kobe'nin (2006) araştırmasında “Beslenme eğitimi yapmak hemşirelerin sorumluluğu değildir.” ifadesini hemşirelerin

%35'inin "kesinlikle katılmıyorum", %47'sinin de "katılmıyorum" şeklinde cevapladıkları görülmüştür (56). İki araştırmanın sonuçlarının benzer olduğu görülmektedir. Hemşireler kendilerini beslenme eğitimi yapma konusunda sorumlu hissetmektedirler.

"Beslenme hastalıkların önlenmesinde önemlidir." ifadesine cerrahi hemşirelerinin %64.3'ünün "kesinlikle katılıyorum", %34.1'inin "katılıyorum" cevabını verdikleri saptandı. Kobe'nin (2006) araştırmasında benzer ifadeye hemşirelerin %86'sının "kesinlikle katılıyorum", %13'ünün "katılıyorum" cevabını verdikleri saptanmıştır (56). Her iki araştırma sonuçları paralellik göstermektedir.

"Büyük ameliyatlar öncesi beslenme tedavisi önemlidir." ifadesine hemşirelerin %64.3'ünün "kesinlikle katılıyorum", %32.5'inin "katılıyorum" cevabını verdikleri belirlendi. Kobe'nin (2006) araştırmasında benzer ifadeye hemşirelerin %71'inin "kesinlikle katılıyorum", %23'ünün "katılıyorum" cevabını verdikleri saptanmıştır (56). Sonuçların birbirleriyle uyumlu oldukları gözlenmiştir.

"Beslenme ameliyat sonrası iyileşmede önemlidir." ifadesine hemşirelerin %69.4'ünün "kesinlikle katılıyorum", %29'unun "katılıyorum" cevabını verdikleri saptandı. Kobe'nin (2006) araştırmasında benzer olarak "Beslenme hastalıkların iyileşmesinde önemlidir." ifadesi verilmiştir. Bu ifadeye hemşirelerin %60'ının "kesinlikle katılıyorum", %36'sının "katılıyorum" şeklinde cevap verdikleri belirlenmiştir (56). Sonuçlar birbiriyle uyumludur.

"Beslenmesi yetersiz hastalara yemek zamanlarında özel uyarı verilmeli, hatırlatmalar yapılmalıdır." ifadesine hemşirelerin %63.1'inin "kesinlikle katılıyorum", %35.3'ünün "katılıyorum" cevabını verdikleri saptandı. Kobe'nin (2006) araştırmasında benzer ifadeye hemşirelerin %53'ünün "kesinlikle katılıyorum", %26'sının "katılıyorum" cevabını verdikleri saptanmıştır (56). Her iki araştırma sonuçları paralellik göstermektedir.

Araştırmada "Hemşireler beslenme konusunda yeterli bilgi sahibidir." ifadesine hemşirelerin %19.8'inin "kesinlikle katılıyorum", %62.3'ünün "katılıyorum" cevabını verdikleri belirlendi. Kobe'nin (2006) araştırmasında benzer ifadeye hemşirelerin %21'inin "kesinlikle katılıyorum", %53'ünün "katılıyorum" cevabını verdikleri saptanmıştır (56). Her iki araştırma sonuçları paralellik

göstermektedir. Her iki araştırmada hemşirelerin yeterli bilgi sahibi olmadığını düşünen grubun azımsanamayacak kadar fazla olması düşündürücüdür.

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin beslenme konusundaki tutum ifadelerinden ortalama olarak 52 puan üzerinden 42.94 puan aldıkları saptandı. Araştırmada eğitim aldığını ifade hemşirelerin ortalama tutum puanları 52 puan üzerinden 43.52 puan, eğitim almadığını ifade eden hemşirelerin ortalama tutum puanları 52 puan üzerinden 41.83 puan olarak bulundu. Eğitimin tutum puanını minimal etkilediği görüldü. Christensson ve ark.'nın (2003) nutrisyonel hemşirelik bakımına ilişkin hemşirelerin tutumlarına yönelik yaptıkları araştırmada hemşireler deney ve kontrol gruplarına ayrılmış, deney grubuna eğitim verilerek tutum ifadeleri formu tekrarlanmış ve alınan skorlar karşılaştırılmıştır. Kontrol ve deney grubunun aldıkları tutum skorları eşit bulunmuştur. Her iki grup ta eğitim almadan önce tutum ifadeleri formundan ortalama olarak 95 puan üzerinden 77 puan almışlardır. Eğitim verildikten 1 yıl sonra her iki grubunda aldıkları toplam puan ortalama olarak 95 üzerinden 80 puan'dır. Eğitimin tutum skorunu çok az etkilediği saptanmıştır (27). Her iki araştırmanın sonuçları uyumluluk göstermektedir.

Hemşirelerin beslenme durumunu tanımlarken kullandıkları kriterler incelendiğinde, %91.7'sinin kilo, boy, VKİ ölçümü ve beslenme öyküsü değerlendirmeyi beslenme durumunu tanımlarken kullandıklarını ifade ettikleri saptandı. Kobe'nin (2006) araştırmasında da hemşirelerin %92'si beslenme durumunu tanımlarken aynı kriteri kullandıklarını ifade ettikleri gözlenmektedir (56). Her iki araştırma sonuçlarında paralellik söz konusudur.

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin %44.8'i kliniğe yatan tüm hastalara beslenme tanınması yaptıklarını, %38.5'i klinikte beslenme tanınması yapılmadığını ifade ettikleri bulundu. Kobe'nin (2006) araştırmasında benzer olarak klinikte beslenme tanınması yapılan hasta oranı sorulmuş, hemşirelerin %47 'si tüm hastalara beslenme tanınması yaptıklarını, %6'sı beslenme tanınması yapmadıklarını ifade etmişlerdir (56). Beslenme tanınmasının tüm hastalara yapılma oranı her iki çalışmada da aynı bulunmuştur fakat beslenme tanınmasını yapılmama oranının Kobe'nin (2006) araştırmasında daha düşük bulunduğu göze çarpmaktadır.

Araştırmada hastaların kliniğe kabulü sırasında vücut ağırlıklarının tartılıp tartılmadığı sorusuna, hemşirelerin %44'ünün kilo takibi yapmadıklarını, %2.8'inin

hastaları tarttıklarını, %18.3'ünün hastaların kilolarını tahmini kaydettiklerini ifade ettikleri saptandı. Kobe'nin (2006) araştırmasında ise hemşirelerin büyük çoğunluğu (%43) hastalarını tarttıklarını, %25'i tartmadıklarını, %2'i hastaların kilolarını tahmini kaydettiklerini ifade ettikleri saptanmıştır (56). Araştırmada hastaları tartma oranının çok düşük olması düşündürücüdür. Kilo takibi beslenme durumunu değerlendirme için gereken kriterlerdendir (42). Kilo takibinin yapılmaması klinikte hastaların beslenme durumunun tanılama ve değerlendirme aşamasının eksik kaldığını düşündürmektedir. Araştırmada hemşirelerin %21'i hastalara kilo takibi yapılma nedenini kendi düşüncelerine göre tedavi amaçlı olduğunu ifade etmişlerdir. Kobe'nin (2006) araştırmasında hemşirelerin %59'u kilo takibi yapılma nedeninin tedavi amaçlı olduğunu düşündükleri saptanmıştır (56).

Araştırmada cerrahi hemşirelerinin %12.7'sinin antropometrik ölçüm aracı kullandıklarını ifade ettikleri saptandı. Hemşirelerin %21.8'inin ağırlık skalası, %62.5'inin VKİ'ni kullandıkları belirlendi. Kobe'nin (2006) araştırmasında cerrahi ünitelerde antropometrik ölçüm aracı yaygın olarak kullanılmakta olduğu ve hemşirelerin %89'unun ağırlık skalasını kullandıklarını ifade ettikleri saptanmıştır (56).

Cerrahi hemşirelerinin çalıştıkları kliniklerde hasta teslimi sırasında hastaların beslenme durumlarını ve beslenme yönetimlerini tartışma durumları sorgulanmış ve hemşirelerin %77'sinin “bazen” cevabını verdikleri, %18.7'sinin “her zaman”, %4.4'ünün “hiçbir zaman” cevabını verdikleri saptandı. Kobe'nin (2006) araştırmasında hemşirelerin %66'sının “bazen”, %28'inin “her zaman”, %7'sinin “hiçbir zaman” hastaların beslenme durumlarını vizitler sırasında tartışmadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (56). İki araştırma arasında uyumluluk göze çarpmaktadır.

Araştırmada cerrahi hemşirelerinin %85.7'sinin bir hastanın yeterli beslenmediğini düşündüğünde doktora bildirdiğini ifade ettikleri belirlendi. Kobe'nin(2006) araştırmasında ise hemşirelerin %82'si hastaların yeterli beslenmediğini düşündüklerinde diyetisyenden konsültasyon istediklerini ifade etmiştir (56). İki araştırma arasında uyumsuzluk göze çarpmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %66.7'sinin besleme yönünden risk grubunda olan hastalar için yeterli zaman ayırabildiklerini ifade ettikleri görüldü.

Kobe'nin (2006) araştırmasında benzer olarak özel bakım ihtiyacı olana hastalara zaman ayırıp ayırmadıkları sorgulanmış ve hemşirelerin %68'i "bazen", %26'sı "her zaman" cevabını verdikleri saptanmıştır (56). Her iki araştırmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun hastalar için vakti olduğunu ifade ettikleri görülmüştür.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %71.8'inin "Hastaların beslenme durumu nasıl yönetilir?" sorusuna "Beslenme tanılması yapıp, diyetisyen ve doktorla çalışarak" cevabını verdikleri saptandı. Kobe'nin (2006) araştırmasında beslenmeye yönelik bakımın nasıl geliştirileceğini düşünüyorsunuz sorusuna hemşirelerin %72'si beslenme yönetiminde multidisipliner yaklaşım seçeneğini işaretlemişlerdir (56). Araştırma sonuçları arasında uyumluluk gözlenmektedir.

Araştırmada hemşirelere çalıştıkları klinikte ameliyat sonrası hastalarını ne zaman beslemeye başladıkları sorgulandı. Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%69) doktorun istemine göre cevabını verdikleri saptandı. Bu kliniklerde beslenmenin hemşirenin bağımsız işlevleri arasında yer almadığını düşündürmektedir.

Araştırmada hemşirelerin %52.8'inin çalıştıkları cerrahi klinikte hastaları ameliyat öncesi 8 saat aç bıraktıkları, %38.9'unun 12 saat aç bıraktıkları saptandı. İngiliz Hemşirelik Koleji'nin (The Royal College of Nursing) sağlıklı yetişkinler için önerilerine göre; ameliyattan 2 saat öncesine kadar su alımı (Kanıt A), katı yiyecekler ve süt için ameliyat öncesi en az 6 saat açlık (Kanıt D) önerilir (51). Araştırmanın yürütüldüğü cerrahi kliniklerde kanıta dayalı rehberlerin kullanılmadığı gözlenmiştir. Profesyonel bir hasta bakımı için rehberlerin klinik kullanıma alınması gerekmektedir.

"Çalıştığınız birimde hastanın kullandığı rutin ilaçlar (kalp, diyabet, hipertansiyon vb.) ameliyat öncesi açlık döneminde veriliyor mu?" sorusunu hemşirelerin %36.9'u "Evet, az su ile verilir.", %61.1'i "Doktora danışılarak karar verilir." olarak cevapladıkları belirlendi. İngiliz hemşirelik koleji; hastalar ilaçlarını 30 ml su ile alabilirler (Kanıt D (GGP)) şeklinde öneride bulunmuştur (51). Literatür bilgisiyle uyumluluk gözlenmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin cerrahi hastalarının beslenmesine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını saptamak amacıyla yapıldı.

Araştırma kapsamına Haziran – Ekim 2014 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi cerrahi birimlerde çalışan 398 hemşireden araştırmaya katılmayı kabul eden, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, beslenmeye yönelik eğitim alıp almama durumları ayırt edilmeksizin ulaşılabilen 252 hemşire alındı.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 32.51 ± 6.88 , %96.4'ünün kadın, %89.7'sinin lisans mezunu, %34.1'inin 6-10 yıldır hemşire olarak çalıştığı, %32.5'inin 2-5 yıldır cerrahi birimlerde çalıştığı saptandı.

Hemşirelerin daha önceden beslenmeye yönelik eğitim alma durumları incelendiğinde %65.9'unun eğitim aldığı, %54.8'inin beslenme eğitimini mezun oldukları okuldan aldıkları belirlendi.

Araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi düzeyi puanı 39.39, tutum puanları 42.94 olarak bulundu. Bilgi ve tutum formundan hemşirelerin alabilecekleri en yüksek puan 52'dir. Hemşirelerin bilgi düzeyi durumları “zayıf”, “orta” ve “iyi” olarak derecelendirilmiş, hemşirelerin %63.9'unun bilgi düzeyi “iyi” olarak belirlendi.

Araştırmada 31-35 yaş grubunda bulunan hemşirelerin bilgi düzeyi puanı en yüksek (41.02 ± 5.91) bulundu. Hemşirelerin yaş gruplarına göre bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde, bilgi düzeyi puan ortalamaları ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p=0.011$). 36-40 yaş grubunda bulunan hemşirelerin tutum puanı en yüksek (43.54 ± 4.0) bulundu. Çalışmaya katılan cerrahi hemşirelerinin yaş gruplarına göre aldıkları tutum puanları ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde, tutum puan ortalamaları ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p=0.659$).

6-10 yıldır hemşire olarak çalışmakta olan hemşirelerin bilgi düzeyi puanı 40.33 ± 6.16 olarak belirlenmiş ve hemşire olarak çalışma süresi ve bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p=0.163$). En yüksek tutum puanı ortalaması 6-10 yıldır hemşire olarak çalışan grupta bulundu ve 43.43 ± 4.55 olarak belirlendi. Hemşire olarak çalışma süresi ile tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p=0.372$).

Hemşirelerin cerrahi birimlerde çalışma süreleriyle bilgi düzeyi puanları ve tutum puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, 6-10 yıldır cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin ortalama bilgi düzeyi puanı 40.40 ± 6.56 olarak bulundu, cerrahi birimlerde çalışma süresi ve bilgi düzeyi puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.102$). 6ay-1 yıldır çalışan hemşirelerin tutum puanı ortalaması 43.10 ± 4.8 olarak bulundu, cerrahi birimde çalışma süresi ve tutum puanı ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.88$).

Araştırmaya katılan beslenmeye yönelik eğitim alan hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalaması 39.45 ± 6.61 olarak bulundu, eğitim alma durumlarıyla bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p=0.87$). Beslenmeye yönelik eğitim alan hemşirelerin tutum puan ortalaması 43.52 ± 4.5 olarak belirlendi, tutum puanları ile cerrahi hastasında beslenmeye yönelik eğitim alma durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p=0.02$). Eğitim aldığını ifade eden hemşirelerin tutum puanları da yüksek bulundu.

Araştırmada bilgi düzeyi “iyi” olan hemşirelerin tutum puanı 43.39 ± 4.71 olarak bulundu, tutum puanları ile bilgi düzeyi durumları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p=0.014$); bilgi düzeyi iyi olan hemşirelerin tutum puanları da yüksek bulundu. Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin bilgi düzeyi puanları ile tutum puanları arasında zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Spearman korelasyon katsayısı=0.182, $p=0.004$). Buna göre bilgi düzeyi puanı arttıkça, tutum puanında arttığı gözlemlendi.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hemşirelik uygulamalarına verdikleri cevaplar incelendiğinde; hemşirelerin %91.7’si hastaların beslenme durumlarını tanımlarken “kilo, boy VKİ ve beslenme öyküsü” kriterini kullandıklarını, %44.8’i kliniğe yatan tüm hastalara beslenme tanınması yaptıklarını, %44’ü kliniğe kabul sırasında kilo takibi yapmadıklarını, kilo takibi yapanların %21’i tedavi amaçlı kilo

takibi yaptıklarını, %87.3'ü çalıştıkları klinikte antropometrik ölçüm aracı kullanmadıklarını, antropometrik ölçüm aracı kullananların %62.5'inin vücut kitle indeksini kullandıklarını, %77'si bazen çalıştıkları klinikte hasta teslimi sırasında hastaların beslenme durumları ve beslenme yönetimlerini tartıştıklarını, %85.7'si bir hastanın yeterli beslenmediğini düşündüklerinde doktora bildirdiklerini, %66.7'si beslenme yönünden risk grubunda olan hastalar için yeterli zaman ayırdıklarını, %71.8'i hastaların beslenme durumunu “beslenme tanılması yapıp, diyetisyen ve doktorla çalışarak” yönettiklerini, %69'u çalıştıkları klinikte hastalarını ameliyat sonrası doktorun istemine göre belirlenen bir zamanda beslemeye başladıklarını, %52.8'i çalıştıkları klinikte hastaları ameliyat öncesi 8 saat aç bıraktıklarını, %61.1'i ameliyat öncesi açlık döneminde hastaların kullandığı rutin ilaçlarını doktora danışarak verdikleri belirlendi.

6.2. ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen sonuçlar göz önüne alındığında şu öneriler getirilebilir:

- Hemşirelik fakültelerinde cerrahi hastasında beslenme ve önemi hakkında dersler eklenmelidir.
- Hemşirelere cerrahi hastasında beslenme ve beslenme yetersizliğinin önemi ve hastalardaki sonuçları hakkında hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.
- Hemşirelere uluslar arası standartlar doğrultusunda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası hastalarda beslenme riski taraması, değerlendirmesi ve uygulamaları konusunda eğitim verilmelidir.
- Hastanelerde hastaların beslenme durumuna ilişkin risk tanılması yapılmasına, değerlendirilmesine ilişkin protokoller ve ayrıca ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin uygulamalar geliştirilmelidir.

7. KAYNAKLAR

- 1) O'Regan P. Nutrition For Patients in Hospital. Nursing Standard 2009;23(23):35-41.
- 2) Lassen KO, Kruse F, Bjerrum M, Jensen L, Hermansen K. Nutritional Care of Danish Medical Inpatients: Effect on Dietary Intake and The Occupational Groups' Perspectives of Intervention. Nutrition Journal 2004;3(12):1-13.
- 3) Ben-Ishay O, Gertsenzon H, Mashiach T, Kluger Y, Chermesh I. Malnutrition in Surgical Wards: A Plea for Concern. Gastroenterology Research and Practice 2011;2011:1-4.
- 4) Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Højlund Larsen I, Martinsen A et. al. Incidence of Nutritional Risk and Causes of Inadequate Nutritional Care in Hospitals. Clinical Nutrition 2002;21(6):461-468.
- 5) Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z, an AD HOC ESPEN Working Group. Nutritional Risk Screening (NRS 2002): A New Method Based on An Analysis of Controlled Clinical Trials. Clinical Nutrition 2003;22(3): 321-336.
- 6) Bruun LI, Bosaeus I, Bergstad I, Nygaard K. Prevalence of Malnutrition in Surgical Patients: Evaluation of Nutritional Support and Documentation. Clinical Nutrition 1999;18(3):141-147.
- 7) Perry L. Fishing for Understanding: Nurses Knowledge and Attitudes in Relation to Nutritional Care. Int. J. Nurs. Stud. 1997;34(6): 395-404.
- 8) Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia ITD. Hospital Malnutrition: The Brazilian National Survey (IBRANUTRI): A Study of 4000 Patients. Nutrition 2001;17(7/8):573-580.
- 9) Lindorff-Larsen K, Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, The Scandinavian Nutrition Group. Management and Perception of Hospital Undernutrition-A Positive Change Among Danish Doctors and Nurses. Clinical Nutrition 2007;26:371-378.

- 10)** Cerantola Y, Grass F, Cristaudi A, Demartines N, Schäfer M, Hübner M. Perioperative Nutrition in Abdominal Surgery: Recommendations and Reality. *Gastroenterology Research and Practice* 2011;2011:1-8.
- 11)** Schindler K, Pernicka E, Laviano A, Howard P, Schütz T, Bauer P et. al. How Nutritional Risk is Assesed and Managed in European Hospitals: A Survey of 21,007 Patients Findings From The 2007-2008 Cross-Sectional Nutritionday Survey. *Clinical Nutrition* 2010;29:552-559.
- 12)** Kotze V. (2011). Perioperative Nutrition: What Do We Know?. *S. Afr J Clin Nutr*, 24(3): 19-22.
- 13)** Demirel U, Aygün C. Yatan Hastanın Beslenme Durumunun Önemi ve Kalori İhtiyacının Belirlenmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2012;17(2).
- 14)** Kahokehr AA, Sammour T, Wang K, Sahakian V, Plank LD, Hill AG. Prevelance of Malnutrition on Admission to Hospital- Acute and Elective General Surgical Patients. *e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism* 5 2010;2010:21-25.
- 15)** Rahm D. A Guide to Perioperative Nutrition. *Aesthetic Surgery Journal* 2004;24(4): 385-390.
- 16)** Kuyumcu A, Polat-Düzgün A, Uzun S, Özmen MM, Coşkun F, Besler HT. Major Abdominal Cerrahi Geçiren Hastalarda Preoperatif Nutrisyonel Değerlendirme: İleri Yaş Radikal Cerrahiye Engel Midir? *Geriatri* 2003;6(4):128-134.
- 17)** Pederson PU, Tewes M, Bjerrum M. Implementing Nutritional Guidelines- The Effect of Systematic Training for Nurse Nutrition Practitioners. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012;26:178-185.
- 18)** Kim H, Choue R. Nurses' Positive Attitudes to Nutritional Management but Limited Knowledge of Nutritional Assessment in Korea. *International Nursing Review* 2009;56:333-339.

- 19) Kofralı G, Gündoğdu H, Aydınluğ S, Bahar M, Besler T, Moral AR et. al. Nutritional Risk of Hospitalized Patients in Turkey. Clinical Nutrition 2009;28:533-537.
- 20) İnal MT, Memiş D, Kargı M, Süt N. Üniversite Hastanesinde Çalışan Sağlık Görevlilerinin Beslenme Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Araştırılması. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2010;8:66-72.
- 21) Bjerrum M, Tewes M, Pedersen PNurses' Self-Reported Knowledge About and Attitude to Nutrition-Before and After A Training Programme. Scand J. Caring Sci. 2012;26:81-89.
- 22) Rasmussen HH, Kondrup J, Ladefoged K, Staun M. Clinical Nutrition in Danish Hospitals: A Questionnaire-Based Investigation Among Doctors and Nurses. Clinical Nutrition 1999;18(3):153-158.
- 23) Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun Ø. Nutritional Routines and Attitudes Among Doctors and Nurses In Scandinavia: A Questionnaire Based Survey. Clinical Nutrition 2006;25:524-532.
- 24) Gianotti L. Cerrahide Beslenme Desteği. Sayek İ, editör. Temel Cerrahi. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi 2004; s. 125-136.
- 25) Nice Guideline Development Group. Nice Guideline. Nutrition Support in Adults: Oral Nutrition Support, Enteral Tube Feeding and Parenteral Nutrition [Internet]. 2006 [cited 2015 May 3]. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg32/resources/guidance-nutrition-support-in-adults-pdf>
- 26) İnceoğlu M. Tutum Algı İletişim. 5.Baskı. İstanbul:Beykent Üniversitesi Yayınevi; 2010. s.13-20.
- 27) Christensson L, Unosson M, Bachrach-Lindström M, Ek A. C. Attitudes of Nursing Staff Towards Nutritional Nursing Care. Scand J Caring Sci 2003;17:223-231.

- 28)** Küçükardalı Y, Solmazgül E, Kaplan M, Karataş M, Salmanoğlu M, Çevir S ve ark. Dahiliye Servisi ve Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Nutrisyon Riski Taraması. Yoğun Bakım Dergisi 2007;7(2):270-275.
- 29)** Gündoğdu H. Malnütrisyon. İç Hastalıkları Dergisi 2010;17:189-202.
- 30)** Dal Ü. Malnutrisyona Bağlı Postoperatif Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11(1):85-92.
- 31)** Malone S, Weed H. Medical Care of Cancer Patients, Perioperative Nutritional Issues [Internet]. 2009 [cited 2013 Sept 14]. Available from: <http://connection.ebscohost.com/c/book-chapters/43778648/chapter-78-perioperative-nutritional-issues/>.
- 32)** Salman B, Oğuz M. Beslenme Desteğinin Moniterizasyonu. Yoğun Bakım Dergisi 2006;6(1):22-27.
- 33)** Bisgaard T, Kehlet H. Early Oral Feeding After Elective Abdominal Surgery- What Are the Issues? Nutrition 2002;18:944 –948.
- 34)** Daniels L. Good Nutrition for Good Surgery: Clinical And Quality of Life Outcomes. Australian Prescriber 2003;26(6):136-140.
- 35)** Casey G. The Importance of Nutrition in Wound Healing. Nursing Standard 1998;13(3):51-56.
- 36)** Golub C. Ready Yourself for Recovery: Tips for Pre- and Post-Op Nutrition. Environmental Nutrition 2001;24(11): 2.
- 37)** Huckleberry Y. Nutritional Support and Surgical Patient. Am J Healt-Syst Pharm 2004;61:671-684.
- 38)** Çoker A. Cerrahi Yönüyle Metabolizma ve Nutrisyon. İçinde: Gülay H, editör. Temel ve Sistemantik Cerrahi. Cilt 1. İzmir: Güven Kitabevi, 2005; s. 93-115.
- 39)** Cerra F. B. Cerrahi Hastada Nutrisyonel Destek ve Metabolik Destek. İçinde: Sayek İ, editör. Temel Cerrahi. Cilt 1. Baskı 2. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 1996; s. 125-141.

- 40)** United Ostomy Associations of America Web site [homepage on the Internet] Diet and Nutrition Guide, 2011[cited 2013 Sept 14]. Available from: <http://www.ostomy.org>
- 41)** Mualler C, Compher C, Ellen DM, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors A.S.P.E.N. Clinical Guidelines- Nutrition Screening, Assessment and Intervention in Adults. 2011;35(1):16-24.
- 42)** Yentur E. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. Klinik Gelişim 2011;24:1-4.
- 43)** Gunningberg L, Persson C, Akerfeldt T, Stridsberg M, Swenne CL. Pre- and Postoperative Nutritional Status and Predictors for Surgical-Wound Infections in Elective Orthopaedic and Thoracic Patients.e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism 2008;3:e93-e101.
- 44)** Ukleja A, Freeman KL, Gilbert K, Kochevar M, Kraft MD, Russell MK et. al. Standards for Nutrition Support: Adult Hospitalized Patients, Nutrition in Clinical Practice 2010;25(4): 403-414.
- 45)** Eti Aslan F. Standart Ameliyat Sonrası Bakım Gereksinimleri. Karadakovan A, Eti Aslan F, editörler. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Kitabevi 2011; s. 321-326.
- 46)** Dumlu EG, Bozkurt B, Tokaçlı M., Kıyak G., Özkardeş A.B, Yalçın S, Kılıç M. Cerrahi Hastalarda Malnütrisyon ve Beslenme Desteği. Ankara Medical Journal 2013;13(1):33-39.
- 47)** Uysal N, Eşer İ, Khorsid L. Hemşirelerin Enteral Beslenen Hastalara Yönelik Uygulama Ve Kayıtlarının İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14(2):1-9.
- 48)** Yavuz M. Ameliyat Öncesi Bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F. Editörler. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Kitabevi, 2011; s. 261-276.
- 49)** Dolgun E, Taşdemir N, Ter N, Yavuz M. Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Aç Kalma Sürelerinin İncelenmesi. F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg 2011;25(1):11 – 15.

- 50) Yılmaz E. Cerrahi Hastalarda Ameliyat Öncesi Açlık Sürecinde Yeni Yaklaşımlar. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;25(3):105-118.
- 51) Royal Collage of Nursing. Clinical Practice Guideline-Perioperative Fasting in Adults and Children [Internet]. 2005 [cited 2015 May 3]. Available from: https://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0009/78678/002800.pdf
- 52) Sutton CD, Garcea G, Pollard C, Berry DP, Dennison AR. The Introduction of a Nutrition Clinical Nurse Specialist Results in a Reduction in the Rate of Catheter Sepsis. Clinical Nutrition 2005;24:220–223.
- 53) Erefe İ. Veri Toplama Araçlarının Niteliği. Erefe İ. Editör. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Ankara: Hemar-ge, 2004; s. 169-188.
- 54) Özçelik AÖ, Sürücüoğlu MS, Akan LS. Nutrition Knowledge Level of Nurses in Turkey: Ankara as an Example. Pakistan Journal of Social Sciences 2007; 4(3):485-489.
- 55) Fletcher A, Carey E. Knowledge, Attitudes and Practices in the Provision of Nutritional Care. British Journal of Nursing 2011; 20(10):570-574.
- 56) Kobe JA. Aspects of Nutritional Knowledge, Attitudes and Practices of Nurses Working in the Surgical Division at the Kenyatta National Hospital, Kenya [Internet]. 2006 [cited 2015 March 20]. Available from: <http://scholar.sun.ac.za/handle/10019.1/1514>
- 57) Park KA, Cho WI, Song KJ, Lee YS, Sung IS, Choi-Kwon SM. Assessment Of Nurses' Nutritional Knowledge Regarding Therapeutic Diet Regimens. Nurse Education Today 2011; 31:192-197.
- 58) Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E., Irtun Ø., The Skandinavian Nutrition Group. Insufficient Nutritional Knowledge Among Health Care Workers? Clinical Nutrition 2008; 27:196-202.

EKLER

EK 1. HEMŞİRELERİN CERRAHİ HASTASININ BESLENMESİ KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARININ İNCELENMESİ VERİ TOPLAMA FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Değerli Meslektaşım ,

Sizi “Hemşirelerin Cerrahi Hastasının Beslenmesi Konusunda Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyorum. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Araştırmadan elde edilen veriler sadece eğitim amacıyla kullanılacak ve araştırmaya katılan bireylerin isimleri hiçbir şekilde açıklanmayacaktır. Anketi cevaplamak istediğinizi belirtmek için ankete başlamadan önce lütfen imzalayınız. Lütfen boş bırakmayınız. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı: Bu araştırma Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin cerrahi hastalarının beslenmesine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını saptamak amacıyla yapılacaktır.

Araştırmanın Önemi: Hasta bakımında birinci sırada yer alan hemşirelerin beslenmeye ilişkin algıları, gelişmiş beslenme ilkelerine yönelik bilgileri ve kanıtlanmış standartlar doğrultusundaki uygulamaları oldukça önemlidir. Hemşirelerin beslenme konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarının saptanması bu konudaki yanlış ve eksiklerin tamamlanarak daha kaliteli, bütüncül ve standartlar doğrultusunda bir bakımın planlanması için gereklidir.

Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
İmzası

Araştırmacı

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D.
Yüksek Lisans Öğrencisi
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
Anestezi Yoğun Bakım Hemşiresi
Melike KONDAKÇI**

BÖLÜM I. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BİLGİ SORULARI

(Size en uygun seçeneği işaretleyiniz.)

1) Yaşınız?.....

2) Cinsiyetiniz?

a) Erkek

b) Kadın

3) Eğitim seviyeniz?

a) Lise

d) Lisansüstü (yükseklisans, doktora)

b) Önlisans

e)

Diğer.....

c) Lisans

4) Hemşire olarak çalışma süreniz?

a) 6 aydan az

d) 6-10 yıl

b) 6 ay-1 yıl

e) 11 yıl ve üstü

c) 2-5 yıl

5) Cerrahi birimde çalışma süreniz?

a) 6 aydan az

d) 6-10 yıl

b) 6 ay-1 yıl

e) 11 yıl ve üstü

c) 2-5 yıl

6) Hangi cerrahi birimde çalışmaktasınız? (Klinik ya da yoğun bakım ismini yazınız).

.....

7) Cerrahi hastasında beslenmeye yönelik eğitim aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır

8) Cevabınız “Evet” ise eğitimi nereden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a) Hizmet içi eğitim

d) Bireysel çaba

b) Mezun olduğum okul

e) Diğer.....

c) Kongre ve kurs

BÖLÜM II. BESLENME BİLGİSİ SORULARI

(Size en uygun seçeneği işaretleyiniz.)

1) Aşağıdakilerden hangisi malnutrisyonun cerrahi hastasındaki sonuçlarıdır?

	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
a) Yara iyileşmesinde gecikme			
b) Enfeksiyona yatkınlıkta artış			
c) Hastanede kalış süresinin uzaması			
d) Bakım ve tedavi maliyetlerinde artma			
e) Solunum fonksiyonlarında azalma			
f) Kilo kaybı			
g) Kuru ve kırılmış saçlar			
h) Böbrek fonksiyonlarında bozulma			
ı) Ödem			
i) Kas güçsüzlüğü ve atrofi			
j) Kalp debisinde azalma			

2) Cerrahi girişim sonrası proteinler vücutta ne için kullanılır?

	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
a)Bağışıklık sistemi hücrelerini sentezlemek ve antikor üretmek			
b) İnflamasyonu azaltmak			
c)Enerji sağlamak			
d)İnsizyon alanındaki yarayı onarmak			

3) Cerrahi stres sonucu aşağıdakilerden hangisi oluşur?

	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
a)Enerji gereksinimi artar.			
b)Protein yıkımı artar.			
c)Amino asit tüketimi artar.			
d)Azot atımı artar ve negatif nitrojen dengesi gelişir.			
e)Hiperglisemi gelişir.			
f)İnsülin direnci gelişir.			
g)Lipoliz gelişir.			

4) Cerrahi hastalarında malnutrisyon gelişme nedenleri nelerdir?

	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
a)Yetersiz besin alımı			
b)Yatağa bağımlı olmak			
c)Kayıpların olması (kusma, diyare, fistül, kanama, drenler)			
d)Metabolik bozukluklar			
e)Yapılan ameliyatın büyük olması			
f)Radyoterapi, kemoterapi			
g)Vücut sıcaklığında artış			

5) Malnutrisyonda risk faktörleri aşağıdakilerden hangisidir?

	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
a)İleri yaş			
b)Güçsüzlük			
c)Gelir düzeyinin düşük olması			
d)Hareket ya da görmeyi azaltan fonksiyonel sağlık problemleri			
e)Besin alımını etkileyen oral ya da gastrointestinal problemler			
f)Kronik ağrı			
g)Kronik Hastalıklar (Diyabet, Hipertansiyon, Kanser vb.)			
ı)İştahı etkileyen ilaçlar ya da tedaviler (Kemoterapi vb.)			
i)Enfeksiyon			
j)Cerrahi ya da travma gibi akut nedenler			
k) Mental bozukluk / psikiyatrik hastalıklar			

- 6) Aşağıdakilerden hangisi yara iyileşmesinde önemli olan mineraldir?
- a) Kalsiyum c) Magnezyum
b) Çinko d) Potasyum
- 7) Aşağıdakilerden hangisi C vitaminin görevlerinden değildir?
- a) Kollajen üretiminde yardımcıdır. c) Bağışıklık sistemini güçlendirir.
b) Kas kasılmalarını düzenler. d) Yara iyileşmesine yardımcıdır.
- 8) Cerrahi hastasında beslenme durumu risk taraması ne zaman yapılmalıdır?
- a) Hastanın hastaneye kabulü sırasında
b) Hasta hastaneye yattıktan sonra herhangi bir zamanda
c) Hastaların cerrahi servisine kabulünde
d) Cerrahi girişim uygulandıktan sonra
- 9) Aşağıdakilerden hangisi beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılmaz?
- a) Fizik muayene c) Besin alımının değerlendirilmesi
b) Laboratuvar bulguları d) Göz parlaklığı
- 10) Ameliyat sonrası dönemde cerrahi hastaları ne zaman beslenmeye başlamalıdır?
- a) Ameliyattan hemen sonra c) Ameliyattan 48-72 saat sonra
b) Ameliyattan 24 saat sonra d) Hekim istemine göre
- 11) Yutma refleksi olmayan ve gastrointestinal sistemi normal çalışan bir hasta için beslenme şekli nasıl olmalıdır?
- a) Oral beslenme c) Parenteral beslenme
b) Enteral beslenme d) IV sıvı desteği
- 12) Ameliyat öncesi aç kalma süresi için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
- a) 8-12 saat önce tüm gıdalar (oruç tutar gibi) kesilmelidir
b) Sıvı alımı 6 saat önce kesilmelidir
c) 2 saat önce tüm gıda alımı kesilmelidir
d) 6 saat önce katı gıda ve süt alımı, 2 saat önce su alımı kesilmelidir.

13) Aşağıda ameliyat öncesi dönemde beslenme ile ilgili önermeler bulunmaktadır. Size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
a)Ameliyat öncesi beslenme durumu iyi olan hastalarda komplikasyon görülme oranı daha düşüktür.			
b)Ameliyat öncesi malnutrisyon saptanan hastalara ameliyattan önce beslenme desteği sağlanmalıdır.			
c)Ameliyat öncesi hastaların ilaç kullanımı değerlendirilmelidir.			
d)Ameliyat öncesi bitkisel ürün(bitki çayları, bitkilerden yapılmış tabletler ve merhemler,vb) kullanımı değerlendirilmelidir.			
e)Ameliyat gecikecekse aşırı susuzluk ve sıvı kaybını önlemek için hastaya ameliyattan 2 saat öncesine kadar su verilebilir			

BÖLÜM III. BESLENMEYE YÖNELİK TUTUM DEĞERLENDİRME SORULARI (Size en uygun seçeneği işaretleyiniz.)

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1) Hastaların beslenme durumunu tanılamak hemşirelerin sorumluluğudur.				
2) Hastaların beslenme durumunu tanılamak diyetisyenlerin sorumluluğudur.				
3) Hastaların beslenme durumunu tanılamak doktorların sorumluluğudur.				
4) Cerrahi birimlerde genellikle uygun ve yeterli beslenme desteği sağlanır.				
5) Hastaların hastaneye kabulü sırasında beslenme riski taraması yapılması önemlidir.				
6) Hastaların cerrahi servise kabulünde beslenme durumunun tanınması önemlidir.				
7) Beslenme eğitimi yapmak hemşirelerin sorumluluğudur.				
8) Beslenme hastalıklarının önlenmesinde önemlidir.				
9) Büyük ameliyatlara öncesi beslenme tedavisi önemlidir.				
10) Beslenme ameliyat sonrası iyileşmede önemlidir.				
11) Beslenmesi yetersiz hastalara yemek zamanlarında özel uyarı verilmeli, hatırlatmalar yapılmalıdır.				
12) Yeterli beslenemeyen hastalar (ara öğün, protein desteği vb) desteklenmelidir.				
13) Hemşireler beslenme konusunda yeterli bilgi sahibidir.				

14) Cerrahi kliniklere yatan hastaların beslenmeleriyle ilgili olarak hemşirelerin rolleri sizce nelerdir? Yazınız.

.....

.....

BÖLÜM IV. HEMŞİRELİK UYGULAMALARI SORULARI (Size en uygun seçeneği işaretleyiniz.)

1) Hastaların beslenme durumunu tanımlarken kullandığınız kriterler nelerdir?

- Yaşam bulgularını (kan basıncı, nabız vb.) kontrol etme
- İdrar, kan tahlili sonucunu değerlendirme
- Kilo, boy, VKİ (Vücut kitle indeksi) ve beslenme öyküsünü değerlendirme
- Diğer (Lütfen belirtiniz).....

2) Hangi hastalarda beslenme tanınması yapıyorsunuz?

- Kliniğe yatan tüm hastalar
- Kaşektik ya da obez hastalara
- Beslenme tanınması yapılmıyor.
- Diğer (yazınız).....

- 3) Hastaların kliniğe kabulü sırasında vücut ağırlıkları tartılıyor mu?
- a) Evet
 - b) Kilo takibi yapmıyoruz.
 - c) Kilolarını tahmini olarak kaydediyoruz
 - d) Hasta ya da yakınlarının ifadelerine göre kaydediyoruz.
- 4) Hastalarınızda kilo takibi yapıyorsanız, bunun yapılma nedeni sizce nedir?
- a) Servis rutini olduğu için
 - b) Yeterli beslenip beslemediklerini anlamak için
 - c) Tedavi amaçlı
 - d) Diğer (Lütfen açıklayınız.).....
- 5) Çalıştığınız klinikte antropometrik ölçüm aracı (ağırlık, bel çevresi ölçümü, kol çevresi ölçümü vb.) kullanıyor musunuz?
- a) Evet
 - b) Hayır
- 6) Cevabınız “Evet” ise hangi antropometrik ölçüm aracını ya da araçlarını kullanıyorsunuz?
- a) Ağırlık skalası
 - b) Vücut kitle indeksi (VKİ)
 - c) Bel çevresi ölçümü
 - d) Kol çevresi ölçümü
- 7) Çalıştığınız klinikte hasta teslimi sırasında hastaların beslenme durumlarını ve beslenme yönetimlerini ne sıklıkla tartışırsınız?
- a) Her zaman
 - b) Bazen
 - c) Hiçbir zaman
- 8) Bir hastanın yeterli beslenmediğini düşündüğünüzde ne yaparsınız?
- a) Diyetisyenle görüşürüm
 - b) Doktora bildiririm
 - c) Hastayla beslenmesi ve diyeti üzerine tartışırım
 - d) Diğer (Lütfen açıklayınız.).....
- 9) Beslenme yönünden risk grubunda olan hastalar için yeterli zaman ayırıyor musunuz?
- a) Evet
 - b) Hayır
- 10) Hastaların beslenme durumu nasıl yönetilebilir?
- a) Hastaların kendilerinin iyi beslenmesi ile
 - b) Hasta yakınlarının ya da hasta bakıcının hastaları iyi beslemeleri ile
 - c) Beslenme tanılması yapılarak, diyetisyen ve doktor ile yakın çalışarak
 - d) Diğer (Lütfen açıklayınız.).....
- 11) Çalıştığınız klinikte ameliyat sonrası hastalar ne zaman beslenmeye başlamaktadır?
- a) Ameliyattan hemen sonra oral, enteral ya da parenteral yolla
 - b) Ameliyattan 1 gün sonra
 - c) Doktorun istemine göre
 - d) Diğer (Lütfen belirtiniz).....

12) Çalıştığınız klinikte ameliyat öncesi hastaların beslenmesi ne zaman kesilmektedir?

- a) 12 saat önce
- b) 6 saat önce içebilir
- c) 8 saat önce
- d) Katı gıda almasa bile 2 saat öncesine kadar su

13) Çalıştığınız birimde hastanın kullandığı rutin ilaçlar (kalp, diyabet, hipertansiyon vb.) ameliyat öncesi açlık döneminde veriliyor mu?

- a) Evet, az su (30ml) ile verilir
- b) Hayır, kesinlikle verilmez
- c) Doktora danışılarak karar verilir
- d) Diğer (Lütfen belirtiniz).....

ZAMAN AYIRDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR
EDERİM.

EK 2.ETİK KURUL RAPOR



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI :2014-53
KONU :Araştırma Kararı
(Yard.Doç.Dr.Esma ÖZŞAKER)

Bornova /İZMİR
15.04.2014

E.Ü. HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültemiz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yard.Doç.Dr.Esma ÖZŞAKER'in sorumluluğunda, Nisan- Ekim 2014 tarihleri arasında yapılması planlanan **"Hemşirelerin Cerrahi Hastasının Beslenmesi Konusunda Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının İncelenmesi"** konulu araştırma 15.04.2014 tarihinde, **Bilimsel Etik Kurul** tarafından incelenmiş ve **"Araştırmanın Yürütülmesi Uygunudur"** kararını almıştır.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.


Doç.Dr.Ülkü GÜNEŞ
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

EK 3. KURUM İZİNLERİ



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI : 69631334 -1253 -14082
KONU: Tez Çalışması Hk.

25.12/2014

EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 1305 sayılı ve 30.05.2014 tarihli yazınız.

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Melike KONDAKÇI'nın "Hemşirelerin Cerrahi Hastasının Beslenmesi Konusunda Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının İncelenmesi" konulu tezi ile ilgili olarak 01 Haziran 2014-31 Aralık 2014 tarihleri arasında Anabilim Dalında çalışan hemşirelerin istekleri doğrultusunda yapabilmeleri ve araştırma sonuçlarının Başhekimliğimize bildirilmesini, ayrıca Ege Üniversitesi Hastanesi isminin kullanılması halinde izin alınması koşulu ile uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Mehmet ÖZKAHYA
Başhekim



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



DOKUZ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

Sayı : 99577370 - 340

30.05/2014

Konu :

30.05.2014*006116

EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İlgi:02.05.2014 tarihli 70941619-1070 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden; Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Melike Kondakçı "Hemşirelerin Cerrahi Hastasının Beslenmesi Konusunda Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının İncelenmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasını belirtilen şekilde Hastanemizde yapması uygundur. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Yücel ARISOY
Başhekim V.

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/İZMİR
Tel: +90(232)412 23 15 Faks: +90(232) 412 97 97
E posta: elcin.safyurek@deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Hem.Hiz.Müd. Saliha Özdöker

Elektronik ağ: www.deu.edu.tr



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Güney Genel Sekreterliği
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi



SAYI : 47104536 / 770 /
ŞUBE : Eğitim Organizasyon Birimi
KONU: Uygulama İzni



EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İZMİR

Üniversiteniz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Yüksek Lisans öğrencisi Melike KONDAKÇI'nın "Hemşirelerin Cerrahi Hastasının Beslenmesi Konusunda Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının İncelenmesi " konulu tez çalışmasının uygulamasını 01/05/2014 ile 31/12/2014 tarihleri arasında hastanemiz Cerrahi Kliniğinde yapması talep edilmiş ise de, iş yoğunluğundan dolayı uygulamanın kurumumuzda yapılması uygun görülmemiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Mustafa DEMİRCİ
Hastane Yöneticisi

ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında İzmir’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İzmir’de tamamladı. 2004 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda üniversite öğrenimine başladı. Lisans eğitimini bitirdiği 2009 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesi’nde hemşireliğe başladı. 2011 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans eğitime başladı. Halen Dokuz Eylül Üniversitesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesi’nde çalışmaktadır.

