



**HEMŞİRELERİN NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRMEİN
ÖNEMİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ, NÜTRİSYONEL
BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE NÜTRİSYONEL
BAKIM KALİTESİ ALGILARININ İNCELENMESİ**

Tuğba ÇOŞĞUN

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŐİRELİŐİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Öznur GÜRLEK KISACIK

Tez No: 42

2020-AFYONKARAHİSAR

T.C
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRMENİN
ÖNEMİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ, NÜTRİSYONEL
BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE NÜTRİSYONEL
BAKIM KALİTESİ ALGILARININ İNCELENMESİ**

Tuğba ÇOŞĞUN

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Öznur GÜRLEK KISACIK

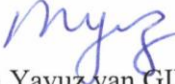
Tez No: 42

2020 - AFYONKARAHİSAR

KABUL ve ONAY

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

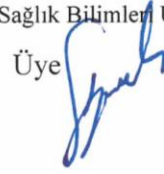
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.
Tez Savunma Tarihi: .. /.. /2020


Prof. Dr. Meryem Yavuz van GIERBERGEN
Ege Üniversitesi
Jüri Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Öznur GÜRLEK KISACIK
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Üye



Dr. Öğr. Üyesi Pakize ÖZYÜREK
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Üye



Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi
Tuğba Çoşğun'un "Hemşirelerin Nutrisyonel Değerlendirmenin Önemine İlişkin
Tutumlarının, Nutrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Nutrisyonel Bakım
Kalitesi Algılarının İncelenmesi" başlıklı tezi .../.../2020 günü saat.....'da
Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca
değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Özal ÖZCAN
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamın her aşamasında ilgisi ve sabrı ile bana yol gösteren, manevi desteğini ve sonsuz anlayışı benden esirgemeyen, sahip olduğuengin bilgi ve tecrübesini benimle paylaşarak eğitim sürecimi başarılı bir şekilde tamamlamamı sağlayan değerli danışmanım *Dr. Öğr. Üyesi Öznur GÜRLEK KISACIK*'a

Yüksek lisans eğitimimde öğrencileri olma fırsatı bulduğum bilgileriyle beni aydınlatan ve her konuda destekçim olan Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları anabilim dalı değerli hocalarım, *Dr. Öğr. Üyesi Pakize ÖZYÜREK* ve *Dr. Öğr. Üyesi Yeliz CİĞERCİ*'ye

Çalışma verilerimin toplanmasında Afyonkarahisar Devlet Hastanesi ve Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi hastanelerinin birimlerinde çalışan meslektaşlarıma, çalışmama sağladığı destek ve yardımlarından dolayı *Zümrüt GİRGİN*'e, manevi desteği için arkadaşım *Atiye SARAÇ*'a

Hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan canım ailem; annem ve kardeşlerime,

Yüksek lisans eğitimi süresince, her türlü maddi ve manevi desteğiyle, çalışmamın her aşamasında anlayışıyla yanımda olan eşim *İbrahim Güven ÇOŞĞUN*'a

Sonsuz TEŞEKKÜRLER...

Tuğba ÇOŞĞUN

2020

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL ve ONAY.....	ii
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
ŞEKİLLER.....	vii
TABLolar	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	5
1.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
1.3. Nütrisyondun Önemi	7
1.4. Nütrisyondel Desteğinin Tarihsel Süreci	8
1.5. Malnütrisyond	9
1.5.1. Malnütrisyondun Tanımı ve Sıklığı	9
1.5.2. Malnütrisyondun Nedenleri ve Risk Faktörleri.....	11
1.5.3. Malnütrisyondun Ekonomik Boyutu.....	12
1.6. Nütrisyondel Değerlendirme	14
1.6.1. Nütrisyondel Değerlendirmede Kullanılan Teknikler.....	16
1.6.1.1. Öykü Alınması	16
1.6.1.2. Antropometrik Ölçümler	16
1.6.1.3. İleri Fonksiyondel Testler	18
1.6.1.4. Laboratuvar Testleri	19
1.6.1.5. Biyoelektriksel İmpedans (BI)	21
1.6.2. Enerji Gereksinimin Hesaplanması.....	21
1.7. Nütrisyond Desteği Yöntemleri	22
1.7.1. Oral Nütrisyond Desteği	23
1.7.2. Enteral Nütrisyond Desteği	24
1.7.2.1. Enteral Nütrisyond Desteğinin Uygulama Yöntemleri	26
1.7.2.2. Enteral Nütrisyond Uygulamalarında Komplikasyonlar ve Hemşirelik Girişimleri	28
1.7.2.3. Metabolik Komplikasyonlar.....	32
1.7.3. Parenteral Nütrisyond Desteği	33
1.7.3.1. Parenteral Nütrisyond Desteğinin Uygulama Yöntemleri	35
1.7.3.2. Parenteral Nütrisyondun Uygulamalarında Gelişebilecek Komplikasyonlar ve Hemşirelik Girişimleri	36
1.8. Nütrisyond Desteğinin İzlenmesi	39
1.9. Nütrisyondel Bakım	40
1.10. Nütrisyond Destek Ekibi	48

1.11. Nütrisyon Desteğinde Hemşirenin Rolü	48
2. GEREÇ VE YÖNTEM	51
2.1. Araştırmanın Tipi	51
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	51
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	51
2.4. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları	53
2.4.1. Veri Toplama Araçları	53
2.4.2. Araştırma Verilerinin Toplanması	55
2.4.3. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	56
2.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi	56
2.5. Araştırmanın Etik Yönü	57
2.6. Araştırmanın Süre ve Olanakları	57
3. BULGULAR	58
3.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular	58
3.2. Nütrisyon Desteğine Yönelik Eğitim Alma Özelliklerine İlişkin Bulgular	59
3.3. Nütrisyonel Bakıma Yönelik Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bulgular	59
3.4. Nütrisyon Desteğinin Sağlanması ve Nütrisyonel Bakım Uygulamalarına İlişkin Bulgular	60
3.5. Hemşirelerin Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemine İlişkin Tutumlarının Belirlenmesine Yönelik Bulgular	62
3.6. Hemşirelerin Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyinin Belirlenmesine Yönelik Bulgular	66
3.7. Hemşirelerin Nütrisyonel Bakım Kalitesi Algılarına Yönelik Bulgular	70
4. TARTIŞMA	75
4.1. Hemşirelerin Nütrisyon Desteğine Yönelik Eğitim Alma ve Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi	75
4.2. Nütrisyon Desteğinin Sağlanması ve Nütrisyonel Bakım Uygulamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi	78
4.3. Hemşirelerin Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemine İlişkin Tutumlarının İncelenmesi	80
4.4. Hemşirelerin Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi	83
4.5. Hemşirelerin Nütrisyonel Bakım Kalitesi Algılarının İncelenmesi	87
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	91
ÖZET	94
KAYNAKLAR	98
EKLER	120
ÖZGEÇMİŞ	132

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABMA	: Üst Kol Kemiksiz Kas Alanı
AMA	: Üst Kol Kas Alanı
ASPEN	: Amerikan Parenteral ve Enteral Beslenme Topluluğu
BET	: Bazal Enerji Tüketimi
BI	: Biyoelektriksel İmpedans
CRP	: C-reaktif Protein
ESPEN	: Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Derneği
FEV ₁	: Birinci Saniyedeki Ekspiratuar Volüm
Gİ	: Gastro İntestinal
GRV	: Gastrik Rezidüel Volüm
MAC	: Üst Orta Kol Çevresi
NRS	: Nutrisyonel Risk Taraması
RBP	: Retinol Bağlayıcı Protein
REE	: İstirahat Enerji Tüketimi
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
TEE	: Total Enerji Tüketimi
TSF	: Triseps Deri Kıvrım Kalınlığı
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

ŞEKİLLER

	Sayfa
Şekil 1.1. Vücut Kitle İndeksi Değerine Göre Malnütrisyon Sınıflaması	17
Şekil 1.2. Nütrisyon Desteğinde Kullanılan Yöntemler	23
Şekil 1.3. Enteral Nütrisyon Desteğinde Uygulama Yerinin Seçilmesi	27
Şekil 1.4. Nütrisyonel Bakım Şeması	47
Şekil 2.1. Çalışma Akış Şeması	53



TABLOLAR

	Sayfa
Tablo 1.1. Nütrisyonel Risk Taraması	15
Tablo 1.2. Nütrisyonel Değerlendirmede Kullanılan Teknikler	16
Tablo 1.3. Schofield Kalori Hesaplama Formülü	22
Tablo 1.4. Harris-Benedict Denklemine Etki Eden Faktörler	22
Tablo 1.5. Nütrisyonel Bakım Süreci Modelinin 4 Aşaması	41
Tablo 3.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	58
Tablo 3.2. Hemşirelerin Nütrisyon Desteğine Yönelik Eğitim Alma Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	59
Tablo 3.3. Hemşirelerin Nütrisyonel Bakıma Yönelik Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bulguların Dağılımı.....	60
Tablo 3.4. Hastalara Nütrisyon Desteğinin Sağlanmasına İlişkin Bulguların Dağılımı.....	61
Tablo 3.5. Hemşirelerin Nütrisyonel Bakım Uygulamalarına İlişkin Bulguların Dağılımı.....	62
Tablo 3.6. Hemşirelerin Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemine İlişkin Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	63
Tablo 3.7. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemine İlişkin Tutum Puan Ortalamaları	65
Tablo 3.8. Hemşirelerin Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	66
Tablo 3.9. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi Puan Ortalamaları	69
Tablo 3.10. Hemşirelerin Nütrisyonel Bakıma İlişkin Algılanan Bakım Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	71
Tablo 3.11. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Nütrisyonel Bakıma İlişkin Algılanan Bakım Kalitesi Puan Ortalamaları	73

1. GİRİŞ

Beslenme, insanın en temel gereksinimlerinden biridir. Yaşamın sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesi için gerekli fonksiyonların devamlılığını sağlayan kontrol edilebilir bir risk faktörüdür (Druml ve ark., 2016; Özbaş ve Baykara, 2018). Yeterli beslenme vücudun enerji ihtiyacının karşılanması, doku ve organ fonksiyonlarının sürdürülmesi için besin öğelerinin gerekli miktarda alınması olarak tanımlanmaktadır (Koçhan ve Akın, 2018).

Dünya genelindeki birçok sağlık kurumunda hastanın hastaneye yatışı öncesinde ya da hastaneye yattığı dönemde yetersiz beslendiği bilinmektedir (Marshall ve ark., 2019). Malnütrisyon, sıklıkla hastanede yatan hastalar için daha da önemli bir sağlık problemi olarak kabul edilen, metabolizmanın gereksinim duyduğu enerji ve beslenme yetersizliğini tanımlayan bir durumdur (Al Kalaldeh ve Shahin, 2014; Meijers ve ark., 2014). Hastanede yatan her 3 hastadan birinin malnütrisyon riski altında olduğu tahmin edilmektedir (Sauer ve ark., 2019). Yapılan çalışmalar hastanede yatan hastalarda %10-60 oranında değişen prevalansta malnütrisyon görüldüğünü göstermektedir (Bruun ve ark., 1999; Agarwal ve ark., 2012; Barker ve ark., 2011; Kirkland ve ark., 2013; Calleja Fernandez ve ark., 2014; Chapman ve ark., 2015; Christner ve ark., 2016; Bonetti ve ark., 2017; Liu ve ark., 2017; Avelino-Silva ve Jaluul 2017; Kang ve ark., 2018; Valentini ve ark., 2018; Bhirommuang ve ark., 2019; Marshall ve ark., 2019).

Malnütrisyon hastaneye yatan hastalarda yatış süresinde uzama ve mortalite riskinde artış gibi olumsuz klinik durumlarla ilişkili bulunmuştur (Chapman ve ark., 2015; Allard ve ark., 2016; Hiramatsu ve ark., 2019). Malnütrisyon, mortalite oranı ile ilişkili bağımsız bir risk faktörüdür (Agarwal ve ark., 2013). Bu duruma ek olarak, hastanede yatan hastalardaki malnütrisyon, yatış süresinde uzama, bakım maliyetlerinde de artışa sebep olmaktadır (Lim ve ark., 2012; Agarwal ve ark., 2013; Curtis ve ark., 2016; Ballesteros-Pomar ve ark., 2018; Marshall ve ark., 2019).

Malnütrisyonlu hastaların ortalama 3 gün daha uzun hastanede yatış süresine sahip olduğu (Ballesteros-Pomar ve ark., 2018) yatış masraflarının malnütrisyonu olmayan hastalara göre 3 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Correia ve Waitzberg, 2003).

Hastanede yatan hastalarda malnütrisyonun neden olabileceği olumsuz klinik sonuçlar göz önüne alındığında, hastaneye yatışta hastaların nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi ve malnütrisyon riskinin tanımlanması, hastanın ihtiyaç duyduğu nütrisyon desteğine zamanında başlanabilmesi için kritik öneme sahiptir (Ballesteros-Pomar ve ark., 2018). Malnütrisyonun varlığının saptanabilmesi için hastaneye yatışta etkin bir nütrisyonel değerlendirme yapılması gereklidir (Luma ve ark., 2017). Nütrisyonel değerlendirme sonucunda malnütrisyonlu hastalar belirlenebilir ve nütrisyon desteği başlanabilir. Etkin bir nütrisyonel değerlendirmenin, malnütrisyon oranında azalma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Meijers ve ark., 2014). Nütrisyon desteğine yönelik müdahalelerin, hastaların hastanede kalış süresinde kısalma sağladığı bilinmektedir (Rinninella ve ark., 2019). Philipson ve ark. (2013), doğru zamanda ve etkin şekilde sağlanan nütrisyonel desteğin, hastaların hastanede kalış süresini iki güne kadar, yeniden yatış oranlarını ise %7 azalttığı, bakım maliyetinde ise %20 oranında azalma sağladığını bildirilmiştir.

Malnütrisyonun mortalite riskinde artış, hastanede yatış süresinde uzama ve bakım maliyetinde artış gibi olumsuz etkilerine rağmen, hastanede yatan hastalarda disiplinlerarası işbirliğine dayalı nütrisyonel durum değerlendirilmesi ve nütrisyon desteğinin sağlanması yetersiz düzeydedir (Waitzberg ve ark., 2001; Barker ve ark., 2011; Theilla ve ark., 2016; Luma ve ark., 2017; Kang ve ark., 2018). Nütrisyonel değerlendirmenin, hekim, hemşire, diyetisyenin iş birliğinde yapılması ve hastaların nütrisyonel durumlarının izlenmesi büyük bir öneme sahiptir (Yentür, 2011). Bu nedenle hastaneye yatışından itibaren hastanın nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi ve nütrisyon desteğinin iyi planlanması, hasta tedavisinin önemli bir parçası olarak görülmelidir (Demirel ve Bahçecioğlu, 2010). Ancak malnütrisyonun olumsuz etkilerini vurgulayan çalışmalara rağmen, hastanede yatan hastalara, profesyonel bir ekip tarafından nütrisyon desteğinin sunulması ve

n trisy nunun hasta bakım ve tedavisinin bir parçası olarak ele alınması sıklıkla ihmal edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, önemli rol ve fonksiyonlara sahip bir ekip  yesi olan hemşirelerin, bu durumu değiştirmede önemi büyüktür ( zer ve Kapucu, 2013). Hemşireler, hastalarına günün 24 saati hizmet sunmaları ve düzenli gözlem yapmaları nedeniyle, hastanın nütrisyonel durumunu değerlendirmede ve maln trisy n riski altındaki hastaları erken dönemde tespit etmede ideal bir konumdadırlar (Kim ve Choue, 2009; Yalcin ve ark., 2013; Al Kalaldehy ve Shahin, 2014; Mogre ve ark., 2015). Kim ve Choue (2009), hemşirelerin, hastanın nütrisyonel bakımına dahil olduğunda, maln trisy n prevalansında azalma sağlandığını bildirmiştir. Bu nedenle, hastanın ihtiyaç duyduğu nütrisyonel bakımın sunulmasında önemli rolleri olan hemşirelerin bu süreçte aktif olarak görev almaları önemlidir (Yalcin ve ark., 2013). Hastanın nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi, maln trisy n riskinin değerlendirilmesi, hastanın gereksinim duyduğu nütrisyonel desteğin sunulması, besin alımının yeterliliğinin takip edilmesi, hastanın beslenme durumundaki değişimlerin takip edilerek ekip  yeleri ile paylaşılması, hasta ve ailesine gereksinimi olan beslenme eğitiminin verilmesi, hemşirelerin bu alana yönelik rol ve sorumlulukları arasında sayılabilir (Yalcin ve ark., 2013; Sauer ve ark., 2016; Theilla ve ark., 2016). Hastanın nütrisyonel bakımında, hemşirelerin kendisinden beklenen bu rol ve sorumlulukları yerine getirebilmeleri için, nütrisyonel bakımına ilişkin yeterli bilgiye sahip olmaları, olumlu bir tutuma sahip olarak da hastanın nütrisyonel bakımına ilişkin sorumluluk hissetmeleri ve n trisy nunun önemini algılamaları gereklidir (Kim ve Choue, 2009; Jefferies ve ark., 2011; Mogre ve ark., 2015; Theilla ve ark., 2016). Hemşirelerin, hastanın nütrisyonel bakımına ilişkin sorumluluk hissetmemeleri, beslenme ile ilişkili olumsuz klinik sonuçların gözden kaçırılmasına yol açabilir. Hastanın nütrisyonel bakımı alanında, hemşirelerin önemli sorumlulukları olduğu birçok çalışmada vurgulanmış olmasına rağmen, hemşirelerin n trisy n ile ilişkili bilgi düzeylerinin, farkındalık ve tutumlarının istendik düzeyde olmadığı, n trisy nu, hemşirelik uygulamalarının bir parçası olarak görmedikleri bilinmektedir (Bachrach-Lindström ve ark., 2007;

Persenius ve ark., 2008; Kim ve Choue, 2009; Martin ve ark., 2014; Yalcin ve ark., 2013; Khalaf ve ark., 2014; Theilla ve ark., 2016; Ameri ve ark., 2016).

Ülkemizde, hastanın nütrisyonel bakımına ilişkin hem  irelik uygulamalarını değerlendiren çalışmalar incelendiğinde; genellikle hem  irelerin bilgi düzeyi boyutunun (Kalender ve ark., 2015; Koçhan ve Akın, 2018;  zbaş ve Baykara, 2018) ele alındığı görülmekle birlikte, hem  irelerin nütrisyonel bakıma yönelik tutumlarının, nütrisyonel bakıma verdikleri önemin ve hem  irelerin nütrisyonel bakım kalitesini nasıl algıladıklarının değerlendirildiği çalışma sayısının çok sınırlı olduğu görülmektedir. Oysaki Türkiye'de hem  irelerin nütrisyona ilişkin sorumlulukları, yasal düzenleme boyutunda Hem  irelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011) kapsamında ele alınmış, ‘‘Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hem  irelik bakımını planlar ve uygular’’ şeklinde tanımlanmıştır. Buna ek olarak, ülkemizdeki tüm hastanelerde uygulanmak üzere 2015 yılında yürürlüğe girmiş olan Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti kapsamında, hem hastaneye yatışı yapılan hem de kurum prosedürlerinde tanımlanmış olan tanılara sahip ayaktan hastalarda, nütrisyonel değerlendirmenin yapılması ve hastalara ihtiya ı olan nütrisyonel desteğin profesyonel bir ekip tarafından sunulması gerekmektedir. Bu düzenlemelere rağmen, ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda da hastanede yatan hastaların önemli bir bölümünün malnütrisyon riski altında olduğu (Bayır ve ark., 2014; Bayır ve ark., 2015) nütrisyonel değerlendirmenin ihmal edildiği (Yılmaz ve ark., 2017), hastanın nütrisyonel durumunun, hem  irelik uygulamaları kapsamında algılanmadığı, nütrisyonel desteğin yönetimine ilişkin hem  irelerin bilgi düzeylerinin istendik düzeyde olmadığı ve farklı algılara sahip oldukları bilinmektedir (Rasmussen ve ark., 1999; Duerksen ve ark., 2016; Yılmaz ve ark., 2017; Ekincioğlu ve ark., 2017).

Hem  irelerin, malnütrisyonu tanıyıp önlemesi, hastaların hastanede yatış süresinde ve maliyetin azaltılmasına katkı sağlayabilir. Bu nedenle hem  irelerin nütrisyon konusunda yeterli bilgi ve uygulamaya sahip olması ve hastanın nütrisyonel bakımına dâhil olmaları gereklidir. Chapman ve ark. (2015), hem  irelerin, nütrisyonel bakıma dahil olduklarında, tutumlarının olumlu yönde

değiştirdiğini bildirmiştir (Chapman ve ark., 2015). Ülkemizdeki hemşirelerin, hastaların nütrisyonel bakımına dâhil olmalarına katkıda bulunmayı amaçlayan müdahalelerin yapılmasına ihtiyaç olduğu açıktır. Bunun için ülkemiz hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin mevcut tutumlarının, nütrisyonel bakıma yönelik bilgi düzeylerinin ve kendi kliniklerinde hastalara sağlanan nütrisyonel bakıma ilişkin algıladıkları bakım kalitesinin değerlendirilmesi önemlidir. Bu gereksinimden yola çıkılarak planlanmış olan bu çalışmanın, hastaların nütrisyonel değerlendirmesi ve nütrisyonel bakımında önemli rol ve fonksiyonlara sahip hemşirelerin, bu konudaki farkındalık ve sorumluluklarının artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutumlarını, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeylerini ve hemşirelerin nütrisyonel bakım kalitesi algılarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H_{0a}:Hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum puan ortalamaları ile sosyo-demografik (cinsiyet, yaş ortalaması, eğitim durumu) ve mesleki özellikleri (çalıştıkları kurum, çalıştıkları klinik, meslekte ve çalıştıkları klinikte çalışma yılları, nütrisyon desteğine yönelik eğitim alma durumları) arasında anlamlı farklılık yoktur.

H_{1a}:Hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum puan ortalamaları ile sosyo-demografik (cinsiyet, yaş ortalaması, eğitim durumu) ve mesleki özellikleri (çalıştıkları kurum, çalıştıkları klinik, meslekte ve çalıştıkları klinikte çalışma yılları, nütrisyon desteğine yönelik eğitim alma durumları) arasında anlamlı farklılık vardır.

H_{0b}:Hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile sosyo-demografik (cinsiyet, yaş ortalaması, eēitim durumu) ve mesleki özellikleri ( alıştıkları kurum, çalıştıkları klinik, meslekte ve çalıştıkları klinikte çalışma yılları, nütrisyon desteēine yönelik eēitim alma durumları) arasında anlamlı farklılık yoktur.

H_{1b}:Hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile sosyo-demografik (cinsiyet, yaş ortalaması, eēitim durumu) ve mesleki özellikleri ( alıştıkları kurum, çalıştıkları klinik, meslekte ve çalıştıkları klinikte çalışma yılları, nütrisyon desteēine yönelik eēitim alma durumları) arasında anlamlı farklılık vardır.

H_{0c}:Hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin algılanan bakım kalitesi puan ortalamaları ile sosyo-demografik (cinsiyet, yaş ortalaması, eēitim durumu) ve mesleki özellikleri ( alıştıkları kurum, çalıştıkları klinik, meslekte ve çalıştıkları klinikte çalışma yılları, nütrisyon desteēine yönelik eēitim alma durumları) arasında anlamlı farklılık yoktur.

H_{1c}:Hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin algılanan bakım kalitesi puan ortalamaları ile sosyo-demografik (cinsiyet, yaş ortalaması, eēitim durumu) ve mesleki özellikleri ( alıştıkları kurum, çalıştıkları klinik, meslekte ve çalıştıkları klinikte çalışma yılları, nütrisyon desteēine yönelik eēitim alma durumları) arasında anlamlı farklılık vardır.

1.3. Nütrisyonun Önemi

Temel bir ihtiyaç olan nütrisyon büyüme, gelişme, yaşamın sürdürülebilmesi, sağlığı koruma, iyileştirme ve yaşam kalitesini arttırmak için gerekli besin öğelerinin yeterli ve dengeli miktarda alınması olarak tanımlanmaktadır (Özbaş, 2014; Gök Metin ve Özdemir, 2015). Hastanede yatan ve doğal yollarla beslenemeyen hastalarda yaygın olarak nütrisyon desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Hastalıkların tedavilerinde nütrisyon günümüzde tıbbi tedaviden ayrı düşünülmemektedir (Sivrikaya ve Eryılmaz, 2018). Tıbbi tedavinin yanında nütrisyon desteğin sağlanması hastalığa bağlı komplikasyonları azaltmakta, hastaların hastanede kalış süresini kısaltarak psikolojik durumunu olumlu etkilemekte, uygulanan tedavinin etkinliğini ve sağ kalımı arttırmaktadır (Philipson ve ark., 2013; Mete ve Emeksiz, 2017).

Nütrisyon desteğine ihtiyacı olan hastaların zamanında tespit edilip en kısa sürede nütrisyon desteğinin başlanması yaşamsal öneme sahiptir. Nütrisyonel desteğin sağlanamadığı durumlarda gelişen malnütrisyon, kas kitlesinde ve yağ dokusunda azalma, kilo kaybı, enfeksiyon görülme oranının artması, bağışıklık sisteminin baskılanması, gastrointestinal bozukluklar, hipoalbuminemi, kan onkotik basıncında azalma, ödem, yara iyileşmesinde gecikme, metabolik asidoz, cerrahi operasyonların anastomoz ve süturlarında komplikasyonlar, kardiyak debide azalma, miyokardiyal kontraktilite ve kompliyans azalması, respiratuar fonksiyon bozuklukları, ventilatör desteğine bağlı hastalarda spontan solunuma geçişte güçlükleri ortaya çıkarmaktadır (Barr ve ark., 2004; Schneider ve ark., 2004; Alberda ve ark., 2006; Kubrak ve Jensen, 2007; Felder ve ark., 2016; Weijs, 2014; Güngör, 2015; Şen ve ark., 2015; Pierik ve ark., 2017; Kara Yılmaz ve ark., 2017; Özbaş ve Baykara, 2018; Wilson ve ark., 2019). Malnütrisyonun tüm bu etkilerinin sonucunda hastalıkların prognozu olumsuz yönde etkilenmekte, hastaların iyileşmesinde gecikme, mortalite ve morbite oranlarında artışa, hastanede kalış süresinde uzama, tekrarlayan hastane başvurusu ve hastane maliyetlerinde artışa neden olmaktadır (Correia ve Waitzberg, 2003; Rasmussen ve ark., 2004; Pirlich ve ark., 2006; İnal ve ark., 2010; Demiryılmaz ve ark., 2012; Stratton ve ark., 2012; DeLegge ve Kelle, 2014; Bulut ve ark., 2015; Şen ve ark., 2015; Kara Yılmaz ve ark., 2017).

Nütrisyon desteğinin yetersiz olması sonucu ortaya çıkan bu tür olumsuz sonuçlar düşünüldüğünde, hastaneye yatan hastaların kabul anında nütrisyonel olarak değerlendirilmeleri, belirlenen ihtiyaca göre nütrisyonel desteğin planlamasının yapılması, hastanın hastaneye yatmasına sebep olan hastalığın tedavisi kadar önemli olduğu görülmektedir (Kondrup ve ark., 2002; Brownie, 2006; Demirel ve Bahçecioğlu, 2010).

1.4. Nütrisyonel Desteğinin Tarihsel Süreci

Tıp tarihinin en göze çarpan isimlerinden biri olan Kos adalı Hipokrat, beslenme müdahalelerinin hastalığın tedavisine olan etkisi konusunda büyük umutlar taşıyordu. “Gıda ilaçtır, bırak ilacın olsun” sözü ile Hipokrat milattan önce 5. yüzyılda hastalıkların iyileşmesinde beslenmenin öneminden ilk kez bahseden kişi olmuştur (Ioannidis, 2018).

Enteral beslenme, 3500 yıl öncesinde Eski Yunan ve Mısırlıların çeşitli bağırsak hastalıklarını iyileştirmek için rektum içine besin infüze etmeleriyle başlamıştır (Forchielli ve Bines, 2008). James Lind'in, 1747'de ilk defa gerçekleştirdiği randomize kontrollü çalışmada, on iki denizciye uygulanan altı farklı tedaviyi karşılaştırarak beslenme konusundaki araştırmalara ümit verici bir başlangıç yapmıştır (Carpenter, 2012). Gastrointestinal sisteme tüp yolu ile besinlerin verilmesinde ilk kez 1617 yılında, Aquapendente tarafından nazogastrik tüp kullanılmıştır. Helmont tarafından 1636 yılında mideye ulaşabilen esnek deri tüpler geliştirilmiştir. Hunter, 1790 yılında yılan balığı derisinden yapılmış tüple besinleri vererek hastalarını tedavi etmiştir (Karabulut ve Uzun, 1998). Parenteral nütrisyon tedavisi ilk kez 1665'de Sir Christopher Wren'in tarafından intravenöz yoldan alkol vermesiyle başlamaktadır. Enteral ve parenteral beslenme yöntemleri 1943 yılında kıyaslandığında, hastaların kilo alımında ve serum plazma proteinlerinin normal değerinin sağlanmasında, enteral beslenmenin daha üstün olduğu belirlenmiştir (Mulholland, 1943). Durick ve ark. (1968), tarafından intravenöz aminoasit ve

hipertonik glikoz sıvıları ile oral yoldan beslenemeyen bebeklerin kilo alabileceği gösterilmiştir.

1.5. Malnütrisyon

1.5.1. Malnütrisyonun Tanımı ve Sıklığı

Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Derneği'ne (ESPEN) göre malnütrisyon, protein, enerji ve diğer besin öğelerin dengesiz alımı, klinik olarak ise doku yapısında ve fonksiyonlarında ölçülebilir olumsuz etkilerin ortaya çıkmasına neden olan beslenme durumu olarak tanımlamaktadır. Malnütrisyon besin alımındaki eksikliğe bağlı olarak geliştiğinde primer malnütrisyon, bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıktığında ise sekonder malnütrisyon olarak sınıflandırılır. Her iki durumda da vücudun ihtiyaç duyduğu besin gereksiniminin karşılanamaması söz konusudur (Selçuk, 2012; Derin ve ark., 2018).

Gelişmiş ülkelerde hastaneye yatan hastaların yarısından fazlasında malnütrisyonun farklı derecelerde ve yaygın olarak görüldüğü bildirilmektedir (Dal, 2007; Derin ve ark., 2018). Hastaneye yatırılan hastaların, %30 ve daha fazlası yetersiz ya da kötü beslendiği bilinmektedir (Bally ve ark., 2016). Avrupa'da yapılan çalışmalarda hastanedeki hastalarda malnütrisyon prevalansı %25-40 olarak bulunmuştur. Malnütrisyon prevalansı farklı bakım ortamlarındaki hastalarda farklılık gösterebilir. Yoğun bakımda yatan hastalarda malnütrisyon prevalansı %30-99.4 arasında değişmektedir (Balaban ve ark., 2014; Bayır ve ark., 2015; Shpata ve ark., 2015). Bu oran huzurevinde kalan kişilerde %18.3-40.1 (Verbrugghe ve ark., 2013; Serrano-Urrea ve Garcia-Meseguer, 2013; Van Nie-Visser ve ark., 2014; Korousic, 2019), evde bakım hastalarında %20 (Korousic, 2019), bakım evi sakinlerinde %56 (Rodriguez-Rejon ve ark., 2019) olarak saptanmıştır. Palyatif bakım ünitesindeki hastaların %57.4'inde (Çınar ve ark., 2017), nefroloji servisinde yatan hastaların %40'ında (Borek ve ark., 2017) malnütrisyon geliştiği bildirilmiştir.

Onkoloji hastalarında ise prevalansın %40-80 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (Gupta ve ark., 2011; Fernandez Lopez ve ark., 2015; Planas ve ark., 2016). Onkoloji hastaların %20'sinin malnütrisyon ve bununla ilişkili komplikasyonlardan dolayı hayatını kaybettiği bildirilmektedir (Gupta ve ark., 2011). Yaşlı hastalarda malnütrisyon prevalansının özellikle 65 yaş ve üstünde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Alvarez-Hernandez ve ark., 2015; Fernandez Lopez ve ark., 2015; Castro-Vegave ark., 2017; Hernandez-Galiot ve Goni, 2017; Malafarina ve ark., 2018). Tedavi gören geriatric hasta popülasyonunda malnütrisyon sıklığının %10-46 arasında değiştiği, malnütrisyon riskinin ise %17-58 (Van Bokhorst-de van der Schueren ve ark., 2013; Kantoch ve ark., 2017; Slavikova ve ark., 2018; Malafarina ve ark., 2018) olduğu, geriatric travma hastalarında ise bu oranın %30-60 arasında değiştiği bilinmektedir (Eschbach ve ark., 2016; Ihle ve ark., 2017).

Hastane ortamında farklı kliniklerdeki malnütrisyon prevalansı incelendiğinde; dahili ve cerrahi kliniklerde tedavi altındaki yaşlı hastaların %21.4-52.3'ünün (Bonettive ark., 2017), malnütrisyon riski altında bulunduğu ve üçte birinden fazlasının (%38.7) hastaneye yatışta yetersiz beslendiği saptanmıştır (Rinninella ve ark., 2018). Malnütrisyon riski, ortopedik ve travma cerrahisi alanındaki hastalarda %22.3 (Ihle ve ark., 2017), jinekolojik hastalar da ise %35.8 olarak bildirilmiştir (Hertlein ve ark., 2014). Rehabilitasyon ortamındaki hastalarda malnütrisyon prevalansı, %14-65 arasında değişmekte olup, Avrupa ve Avustralya bildirilen en yüksek prevalansa sahip ülkelerdir (Marshall ve ark., 2019).

Ülkemizde malnütrisyon prevalansı incelendiğinde %12-61 (Karakoç ve ark., 2016; Bektaş ve ark., 2017; Yılmaz ve ark., 2018; Koc ve ark., 2018) olarak bulunmuştur. Malnütrisyon cerrahi ortamdaki hastaların %30.5'inde karşılaşılan bir problem olup, bu hastaların %28.6'sında malnütrisyonla ilişkili bir komplikasyon geliştiği bildirilmektedir (Güler ve Tireli, 2018). Hastanede yatan hastaların %20-75'inin malnütrisyon riski altında (Birdane, 2018; Atalay ve ark., 2019) olduğu saptanmıştır. Farklı bakım ortamlarındaki hastalar incelendiğinde, malnütrisyon görülme oranı serebrovasküler bir hastalığa sahip olan hastalarda %39.4-58.3 (Öztürk ve ark., 2018; Ongun, 2019), onkoloji hastalarında %43.9 (Koc ve ark.,

2018), kronik obstrüktif akciğer hastalarında %38 olarak saptanmıştır (Karakoç ve ark., 2016). Atalay ve ark. (2019), malnütrisyon riski altındaki hastalarda mortalite oranını %59 olarak bildirmiştir.

1.5.2. Malnütrisyonun Nedenleri ve Risk Faktörleri

Sağlıklı bir yaşamın temel kuralı olan nütrisyon, yeterli ve dengeli besin tüketimi ile sağlanabilir. Toplumların nütrisyonel durumlarını geleneksel yaşam şekli, yaşanan coğrafi bölge, kültür, ortalama gelir düzeyi, eğitim seviyesi, bireysel seçimler ve beslenme alışkanlıkları etkilemektedir (Cederholm ve Hellström, 1992; Küçükardalı ve ark., 2007; Van Bokhorst- de van der Schueren ve ark., 2013; Van Nie-Visser ve ark., 2014; Lambert ve ark., 2017; Skrebneva ve ark., 2018; Tormo-Santamaria ve ark., 2018; Hung ve ark., 2019). Yeterli ve dengeli beslenme, özellikle hastanede yatan hastalarda önemli bir rol oynar. Hastalık sırasında, organizma, sağlık sorunları ve zayıf vücut direncine bağlı olarak morbidite ve mortalite oranlarının artmasına neden olan malnütrisyonu karşı daha savunmasız hale gelir (Bozkurt, 1995; Bulut ve ark., 2015). Hastanede yatan hasta grubu malnütrisyonu oldukça yatkındır. Malnütrisyonu neden olan etkenler arasında; hastalığın şiddeti ve komplikasyonları, hastane ile ilgili nedenler, hastanın kullandığı ilaçlar, yaşlılığın etkisi, malnütrisyon risklerini tanımadaki yetersizlikler bulunmaktadır. Malnütrisyonun risk faktörleri ise hastaya bağlı olan ve hastaya bağlı olmayan birçok faktörü kapsamaktadır.

Hastaya bağlı olan risk faktörleri arasında; hastanın yaşı, hastalığı (diyabet (Paris ve ark., 2013), kanser (Argiles, 2005), pulmoner (de Blasio ve ark., 2018), renal, kardiyovasküler, karaciğer, nörolojik, endokrin ile ilgili kronik hastalıklar, akut ve kronik pankreatit, inflamatuvar bağırsak hastalığı, oral veya gastrointestinal problemler), cerrahi ya da travma gibi akut problemler (Diaz de Bustamante ve ark., 2018), yanık, kronik ağrı, ilaç tedavisi (ilacın türü, sayısı ve yan etkileri) (Kalan ve ark., 2019), çiğneme ve diş problemleri (Val ve ark., 2017), yutma problemi (Westergren ve ark., 2002), tat/koku duyu kaybı, kilo kaybı, güçsüzlük, kronik alkolizm, mobilizasyon ve titreme problemleri, psikolojik sorunlar (apati/depresyon),

enfeksiyon (Fitzpatrick ve ark., 2019), hastaların açlığı ifade etmedeki yetersizliği ve artmış kalori ihtiyacı yer almaktadır (Campbell ve ark., 2002; Norman ve ark., 2008; Meijers ve ark., 2009; Alvarez-Hernandez ve ark., 2012; Gheorghe ve ark., 2013; Bayır ve ark., 2015; Konturek ve ark., 2015; Rentero Redondo ve ark., 2015; Erdoğan ve Tunca, 2016; Leij-Halfwerk ve ark., 2019; Wiegand ve ark., 2019; Calderon ve ark., 2019).

Hastaya bağlı olmayan risk faktörleri ise; malnütrisyonu tanımada veya riskinin saptanmasındaki yetersizlikler, hastaların nütrisyonel durumunun izlenmesi ve takibindeki eksiklikler, nütrisyonel değerlendirmedeki sorunlar (Kondrup, 2003), hastane ortamı (gürültü, ses, koku vb.), boy ve kilo ölçümünün yapılamaması veya hatalı kaydedilmesi, besin alımındaki eksiklik, hastanın aldığı besinlerin kaydedilmesindeki hatalar, uzman görüşünün alınmaması, hastanedeki rutin uygulamaların etkisi (uygulanan diyetler, yemek saati, ara öğünler, hastane odaklı çalışma vb.), sağlık ekibi üyelerinde nütrisyon ile ilgili farkındalığın eksik olması, sağlık personelinin iş yükünün fazla olması ve nütrisyon eğitiminin eksik olması nedeniyle bilgi düzeylerinin yetersiz olması sayılabilir (Bayır ve ark., 2015). Malnütrisyonu neden olabilecek bu faktörlerin bilinmesi malnütrisyonun önlenmesi veya oluşması durumunda ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi bakımından oldukça önemlidir (Bayır ve ark., 2015; Derin ve ark., 2018)

1.5.3. Malnütrisyonun Ekonomik Boyutu

Malnütrisyonun hasta sonuçları ve iyileşme üzerindeki olumsuz etkileri, sağlık kaynaklarının kullanımının artması sebebiyle sağlık maliyetlerinde artışa yol açtığı için ciddi bir sağlık tehdidi oluşturmaktadır (Guest, 2011; Meijers ve ark., 2014; Alvarez-Hernandez ve ark., 2012; Zadak ve ark., 2013; Soltani ve Vidal, 2016; Sharma ve ark., 2018). Malnütrisyon, erken tanımlanmadığında hastanın yetersiz izlemi ve tedavi edilememesi sonucu komplikasyonların oluşmasına ve sağlık harcamalarında artışa neden olur (Güngör, 2015). Hastalar nütrisyonel durumu ve malnütrisyon riski bakımından değerlendirilmeli ve planlama yapılarak yönetilmesi

sağlanmalıdır. Hastanede kalış süresi nütrisyonel durum kötüleştikçe artar ve klinik durumun tehlikeye girmesine, yaşam kalitesinde azalmaya, mortalite ve morbidite oranlarında artışa neden olur (Bıçaklı ve Savaş, 2011; Calleja Fernandez ve ark., 2014; Hertlein ve ark., 2014; Bulut ve ark., 2015; Alvarez-Hernandez ve ark., 2015; Leon-Sanz ve ark., 2015; Özer ve ark., 2016; Liu ve ark., 2017; Kang ve ark., 2018; Sun ve ark., 2018; Lin ve ark., 2019). Martín Palmero ve ark. (2017), malnütrisyonu olan hastalarda ortalama hastane yatış süresinin 9 gün, malnütrisyonu olmayan hastalarda ise ortalama yatış süresinin 7 gün olduğunu, malnütrisyonun hastaların tedavi ve tanı gereksinimlerini artırarak ortalama yatış süresinin uzamasına neden olduğunu bildirmiştir. Yapılan başka bir çalışmada malnütrisyonun, hastanede ortalama yatış süresinde ortalama 4.5 gün uzamaya yol açtığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada, malnütrisyonun, ameliyat olan hastalarda gecikmiş mobilizasyon süresi için önemli bir faktör olduğu da vurgulanmıştır (Ihle ve ark., 2017).

Malnütrisyon nedeniyle palyatif bakım ünitelerinde yatan hastalarda mortalite ve morbidite oranlarının arttığı gözlenmiştir (Eser, 2018). Shpata ve ark. (2015), malnütrisyon riski altındaki yaşlı hastalarda, komplikasyonların artması ve yoğun bakım ünitesinde kalış süresindeki uzama (>14 gün) nedeniyle, mortalitenin arttığını saptanmıştır. Başka bir çalışmada, malnütrisyonlu hastaların hastanede kalma süresindeki uzamanın mortalite riskini 2,7 kat arttırdığı ve eve taburcu olma oranını üçte bir oranında düşürdüğü saptanmıştır (Sanz-Paris ve ark., 2016). Yaşlılarda olduğu kadar daha genç yaştaki hastalarda da malnütrisyonun organ fonksiyonlarının işlevlerinde bozulmaya neden olduğu dolayısıyla bakım kurumlarına ihtiyaç duyan birey sayısında artışa sebep olduğu bilinmektedir (Derin ve ark., 2018). Malnütrisyon ile ilişkili bu olumsuz sonuçlar, beraberinde maliyet oranlarındaki artışı da beraberinde getirmektedir. Leon-Sanz ve ark. (2015), malnütrisyon riski altındaki hastalarda, hastanede kalış süresindeki uzama ile ilişkili olarak malnütrisyonun potansiyel maliyetinin yılda en az 1.143 milyar Euro olduğunu bildirmiştir.

1.6. Nütrisyonel Değerlendirme

Hastanın bireysel nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi için, hastaneye yatışı yapılırken, hekim ve hemşireler tarafından hızlı ve basit bir şekilde uygulanabilecek nütrisyonel risk değerlendirme yöntemleri bulunmaktadır. Nütrisyonel durumun değerlendirilmesi için kullanılan en yaygın yöntem ESPEN'in belirlediği ve iki aşamadan oluşan "Nütrisyonel Risk Taraması (NRS 2002)" yöntemidir. Nütrisyonel değerlendirmenin ilk aşamasında "hastanın besin alımı", "son 3 ay içerisindeki kilo kaybı", "vücut kitle indeksi" ve "hastalığının şiddeti" sorgulanır. Bu aşamadaki sorulardan birine "evet" yanıtı alınıyorsa ikinci değerlendirmeye geçilir. Bu değerlendirme "beslenme durumu" ve "hastalık ciddiyeti" olmak üzere iki skarlama bölümünden oluşmaktadır. Skarlama "problem yok", "hafif", "orta" ve "ağır" olmak üzere yapılır. İki skarlama bölümünde 0-3 arası puan verilir. Hastanın yaşı, 70 yaş ve üzerinde ise 1 puan daha eklenerek, sonuçta hastanın toplam NRS 2002 skoru ≥ 3 ise malnütrisyon riski altında olduğunu ifade eder. Malnütrisyon bakımından risk altında olan hastalar, ayrıntılı nütrisyonel anamnez, fizik muayene ve mental fonksiyonların değerlendirilmesine yönelik testler ve laboratuvar incelemeleri ile daha ayrıntılı değerlendirilmelidir (Sobotka, 2013; Bolayır, 2014).

Tablo 1.1. Nütrisyonel Risk Taraması (NRS 2002) (Sobotka, 2013)

Nütrisyonel Risk Taraması (NRS 2002)			
Ön değerlendirme		Evet	Hayır
1	VKİ 20'den küçük mü?		
2	Son 3 ay içerisinde hasta kilo kaybetmiş mi?		
3	Son haftada hastanın besin alımı azalmış mı?		
4	Hastanın hastalığı çok şiddetli mi?		

Esas değerlendirme			
Nütrisyon durumunda bozulma		Hastalığın şiddeti (=gereksinimlerde artış)	
Yok Skor 0	Normal nütrisyon durumu	Yok Skor 0	Normal nütrisyonel gereksinimler
Hafif Skor 1	Üç ayda> %5 kilo kaybı ya da geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %50-75'inin altında	Hafif Skor 1	Kalça kemiğinde kırık Özellikle akut komplikasyonları olan kronik hastalar: siroz, KOAH, kronik hemodiyaliz, diyabet, onkoloji
Orta Skor 2	İki ayda> %5 kilo kaybı ya da BKİ 18.5-20.5 + genel durum bozukluğu ya da geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %25-50'si	Orta Skor 2	Majör abdominal cerrahi, inme, şiddetli pnömoni, hematolojik malignite
Şiddetli Skor 3	Bir ayda> %5 kilo kaybı (üç ayda> %15) ya da BKİ <18.5 + genel durum bozukluğu ya da geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %0-25'i	Şiddetli Skor 3	Kafa travması, Kemik iliği transplantasyonu, Yoğun bakım hastaları (APACHE> 10)
Skor:		+	Skor: = Toplam skor:
Yaş ≥ 70 yaş ise toplam skora 1 ekle = yaşa uyarlanmış toplam skor			
Skor > 3: Hasta nütrisyon riski altındadır ve bir nütrisyon planı başlatılır.			
Skor <3: Haftada bir taranmalı. Majör operasyon planı varsa yine bir nütrisyon planı geliştirilmelidir.			

Hastalığın derecesine ilişkin protipler:

Skor=1:Kronik hastalığı olup komplikasyonlar nedeniyle hastaneye yatan bir hasta. Halsiz-düşkün durumdadır ancak düzenli olarak yataktan kalkabilir. Protein gereksinimleri artmıştır ancak oral diyet ya da suplemanlarla karşılanabilir.

Skor=2:Majör abdominal cerrahi gibi bir hastalık nedeniyle yatağa bağlı bir hasta. Protein gereksinimleri oldukça artmış, fakat birçok hastada klinik beslenme yöntemleri gerekse de karşılanabilir.

Skor=3:Ventilasyon desteği altındaki yoğun bakım hastası. Protein gereksinimleri yüksek, klinik beslenme yöntemleriyle karşılanamıyor. Protein yıkımı ve azot kaybı önemli derecede azaltılabilir.

1.6.1. Nütrisyonel Değerlendirmede Kullanılan Teknikler

Nütrisyon taramasında risk grubunda olan hastaların doktor, diyetisyen ve hemşire tarafından detaylı bir şekilde değerlendirmesinin yapılmasıdır. Değerlendirme sonucuna göre uygun tedavi yaklaşımı ve planı oluşturulur.

Tablo 1.2.Nütrisyonel Değerlendirmede Kullanılan Teknikler (Sobotka, 2013)

1.Öykü alınması	
2. Antropometri	Vücut ağırlığı Vücut kitle indeksi (VKİ) Üst orta kol çevresi, triceps deri kıvrım kalınlığı
3. İleri fonksiyonel testler	Direkt kas stimülasyonu Solunum fonksiyonu İmmün fonksiyon
4. Laboratuvar testleri	Serum albümin düzeyi Transtretin (prealbumin) ve Transferrin Retinol bağlayıcı protein Kreatinin Nitrojen dengesi C-reaktif protein (CRP) Diğer testler (karaciğer enzim testleri, kreatinin, üre ve elektrolit düzeyleri, kalsiyum, fosfat ve magnezyum)
5. Biyoelektriksel impedans (BI)	

1.6.1.1. Öykü Alınması

Nütrisyonel değerlendirmenin başlangıcını oluşturur. Bu değerlendirme kapsamında hastanın diyet alışkanlıkları, vücut ağırlığındaki değişimler, alerjiler, ilaç kullanımı (iştah etkileyen), gıda intoleransı, gastrointestinal fonksiyonlar ve semptomları, yakın zamanda yapılan besin kısıtlamaları ve özgeçmiş sorgulanır (Rakıcıoğlu, 2009; Bayır ve ark., 2015).

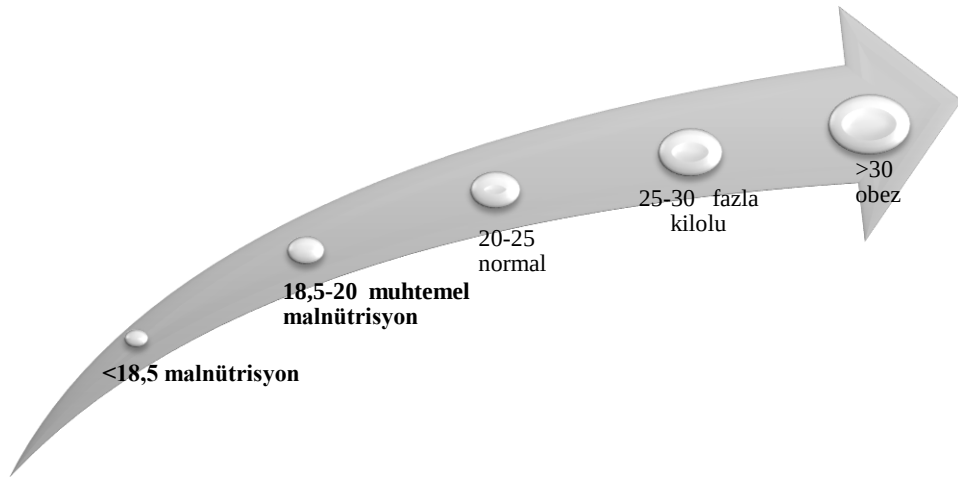
1.6.1.2. Antropometrik Ölçümler

Malnütrisyon durumunda ortaya çıkan anatomik değişiklikler hakkında bir takım bilgiler sunan bu değerlendirme, basit, ucuz ve noninvaziv bazı ölçümlerden oluşmaktadır.

Vücut ağırlığı: Vücut ağırlığı klinikte yaygın olarak kullanılan, ucuz ve kolay uygulanabilen ölçümlerden biridir. Vücut ağırlığındaki kısa sürede olan değişimler sıvı dengesini göstermekte ve vücuttaki sıvı dengesinin en önemli ölçütlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Uzun dönemde vücut ağırlığındaki değişimler doku kitlesindeki net değişimleri yansıtmaktadır. Hastada 3-6 ay içerisinde meydana gelen %5'den az istemsiz kilo kaybı hafif, %10-15'ten fazla kilo kaybı ise şiddetli bir nütisyonel değişimin anlamlı göstergesi olarak kabul edilir (Sobotka, 2013). Son bir yılda önemli vücut ağırlığı kaybedildi ve bu durum devam ediyorsa nedeni araştırılmalıdır. Nütisyonel gereksinim hesaplanırken önemli bir değişken olan vücut ağırlığının ölçümünde, aşırı kilolu ya da aşırı zayıf kişilerde ideal vücut ağırlığının kullanılması daha doğru olarak kabul edilmektedir (Aydoğan, 2008).

Vücut Kitle İndeksi (VKİ): Antropometrik ölçümlerden en pratik olanıdır. Malnütisyon ve kilo durumunun (obezite) değerlendirmek amacıyla ağırlığın, boyun karesine bölünmesiyle hesaplanan değerdir. VKİ vücut yağ oranının anlamlı bir göstergesidir.

$$VKİ = \text{Ağırlık (kg)} / \text{Boy}^2 (\text{m}^2)$$



Şekil 1.1. Vücut Kitle İndeksi Değerine Göre Malnütisyon Sınıflaması (Sobotka, 2013)

VKİ 20'nin altında olması mortalite ve morbidite riskini arttırmaktadır. VKİ'nin 22'den düşük olması malnütisyonu göstermektedir (Sobotka, 2013).

Üst orta kol çevresi (MAC), triseps deri kıvrım kalınlığı (TSF): Kolay bir işlem olan bu ölçüm, mezura kullanılarak akromion ile olekranon çıkıntısının orta noktasından yapılmaktadır. Vücut ağırlığının ölçülemediği durumlarda, ağırlık ölçümün yerine kullanılmaktadır. Üst orta kol çevresinin ölçüm; kemik, yağ, sıvı, doku ve kas kitlesinin toplamını vermektedir. TSF ölçümü ile birlikte kullanıldığında ise yağ ve kas kitlesini göstermektedir (Diker ve ark., 2009).

Triseps deri kıvrım kalınlığının ölçümü kaliperle yapılmakta ve oldukça dikkat gerektirmektedir. Vücuttaki sıvı dengesi değişimlerinden MAC ve TSF etkilenmektedir. Heymsfield tarafından düzenlenen aşağıdaki denklemle üst kol kas alanı(AMA) ve üst kol kemiksiz kas alanı(ABMA) hesaplanabilmektedir (Aydoğan, 2008; Soeters ve ark., 2011; Sobotka, 2013):

$$\text{Kadınlar için AMA} = \frac{(\text{MAC} - \pi \text{TSF})^2 - 6,5}{4\pi}$$

$$\text{Erkekler için AMA} = \frac{(\text{MAC} - \pi \text{TSF})^2 - 10}{4\pi}$$

1.6.1.3. İleri Fonksiyonel Testler

Direkt kas stimülasyonu: Hasta başında uygulanabilen ve sinir sisteminden bağımsız olarak kas gücünü ölçen bir araçtır. Adduktor pollicis kasının elektriksel uyarısı ile kuvvet, gevşeme ve kontraksiyonunu ölçerek kuvvet frekans eğrilerinin çizilmesini sağlamaktadır. Nutrisyonla oluşan erken dönemdeki değişiklikleri belirleyebilir ama rutin olarak kullanıma uygun olmayan bir yöntemdir (Sobotka, 2013).

Solunum fonksiyonu: Solunum kasları inspirasyon ve ekspirasyonda solunuma yardımcı olur. FEV₁ (Birinci saniyedeki ekspiratuar volüm / Force expiratory volume in one second) solunum kaslarının gücünün ölçülmesini sağlar. Solunum

fonksiyonları vücut proteinlerinin azalmasından etkilendiği için önemli bir ölçümdür (Hill, 1992).

İmmün fonksiyon: Ağır malnütrisyonunda hücrel immünite, antikor konsantrasyonları, lökosit fonksiyonları, fagosit fonksiyonu ve sitokin üretimi gibi faktörlerde bozulma meydana gelirken, bazı nütrientlerin eksikliklerinde de immün yanıt değişmektedir. Beslenme durumundan etkilenen lenfositlerin bu testlerde sayı ve oranının değerlendirilmesi önemlidir. Hastada görülen sekonder immün yetmezliğin en sık nedenlerinden birisi de malnütrisyonudur (Yentür, 2011).

1.6.1.4. Laboratuvar Testleri

Serum albümin düzeyi: Serum albümin düzeyi hastalığın ciddiyetini, enfeksiyon durumunu ve hastadaki metabolik cevabı gösterir. Albüminin yarılanma ömrü 14-20 gün olması nedeniyle protein malnütrisyonunu erken dönemde saptamak için zayıf bir belirleyici olması rağmen, uzun süre malnütrisyonu bulunan hastalarda bilgi verici durumdadır. Serum albümin düzeyi karaciğer hastalıkları, renal problemler, gastrointestinal hastalıklar ve hidrasyon durumundan etkileniyor olması bu testin duyarlılığını düşürmektedir. Serum albümin düzeyi böbrek hastalığı, konjektif kalp yetmezliği gibi plazma hacminin arttığı durumlarda düşerken, yaşlılık, yatağa bağımlılık ve hidrasyon durumunda yüksek çıkmaktadır. Ayrıca serum albümin değeri düştüğünde kollaid onkotik basıncı da düşürerek asit, bağırsaklarda ve alt ekstremitelerde ödem oluşturur (Rakıcıoğlu, 2009; Bolayır, 2014).

Transtretin (prealbumin) ve Transferrin: Tiroksinin transport proteini olan transtretin, 2 gün yarılanma ömrüne sahiptir. Düzeyleri dilüsyon, karaciğer hastalığı ve metabolik stres durumlarından etkilenmektedir. Malnütrisyonun saptanmasında kısa yarı ömrü nedeniyle duyarlı bir parametredir. Transferrin, 8-10 gün yarılanma ömrü olan viseral protein depolarının göstergelerinden biridir. Transferrin, demir metabolizmasından ve hidrasyon durumundan etkilenmektedir. Düzeylerini birçok

durum etkiyebileceğinden dolayı malnütrisyon için iyi bir indikatör değildir (Salman ve Oğuz, 2006; Bolayır, 2014).

Retinol bağlayıcı protein (RBP): Yarı ömrü 12 saat olan retinol bağlayıcı proteinin ölçümü pahalıdır. Böbrek fonksiyonu ve A vitamininden plazma konsantrasyonu etkilenmektedir (Burchman, 2004; Diker ve ark., 2009).

Kreatinin: Üriner atılımı kas kitlesini göstermekte olup 24 saatlik idrar toplamı ile formül kullanılarak hesaplaması yapılır. Kreatin atılımı kas kitlesi fazla olan hastada yüksek, kas kitlesinin kaybı yüksek seviyede olan (malnütrisyonlu) hastada düşük çıkmaktadır. Kas kitlesinin belirleyicisi olan 24 saatlik idrar kreatinin atılımı, yaşlı ve diyet değişikliği olan hastalarda azalır (Utku, 2011).

Nitrojen (Azot) dengesi: Protein katabolizmasında meydana gelen değişikliklerin ve idrardaki üre atılımının bir göstergesi olarak kullanılmaktadır. Üre, total üre nitrojeninin, stres olmadığı zamanlarda %30-90'nını gösterir. İdrardan azot (N) kaybının hesaplanabilmesi için 24 saatlik idrar toplamı formül kullanılarak hesaplaması yapılır.

C-reaktif protein (CRP): C-reaktif protein değeri ise enflamatuvar yanıt değerlendirilmesi için fayda sağlamaktadır. Travma sonucu 4-6 saatte düzeyi artar. Yarı ömrü kısa olan proteinlerin (prealbümin vb.) artması sonucu düzeyi düşer, protein düzeylerinin düşmesi sonucu da CRP düzeyi artar (Sarıkaya, 2013).

Diğer testler: Karaciğer enzim testleri, üre ve elektrolit düzeyleri, kalsiyum, fosfat ve magnezyum değerlerine düzenli bakılmalıdır. Çinko, demir ve selenyum değerleri gastrointestinal hastalıkların tanınmasında değerlendirilir (Diker ve ark., 2009; Utku, 2011).

1.6.1.5. Biyoelektriksel İmpedans (BI)

Dokuların iletkenlik durumlarını yani dokuların impedansını (karşı koyma durumlarını) ölçmektedir. Objektif ve kolay bir yöntemdir. Dokuların iletkenlik düzeylerine bakıldığında hava, kemik, yağ kitlesinin iletkenlik durumunun zayıf olduğu ve su, elektrolit içeren dokularda iletkenlik durumunun ise iyi olduğu görülür. Bu yöntem intrasellüler ve ekstrasellüler sıvı, hidrasyon durumunu, yağlı ve yağsız kitleyi ölçmeyi amaçlamaktadır (Rakıcıoğlu, 2009; Sarıkaya, 2013).

1.6.2. Enerji Gereksiniminin Hesaplanması

Yaşam için enerji gerekir. Enerjide metabolik hız ya da bazal enerji tüketimi (BET) olarak tanımlanır. Vücudun enerjiyi tüketme ya da kullanma hızına metabolik hız denir. Metabolik hızda 24 saatte kilokalori (Kcal) olarak adlandırılır. Organizmada karbonhidrat, yağ ve protein yanmasıyla oksijen tüketilip karbondioksit üretilerek enerji üretimi gerçekleşir. Hastalarda enerji tüketimi yaş, vücut ağırlığı, cinsiyet, fiziksel aktivite, sıcaklık, altta yatan hastalık vb. durumlarda metabolik hızı etkilemektedir. Hastanın enerji ihtiyacının doğru yöntemle belirlenmesi, etkili, doğru nütrisyonel desteğin verilmesini ve olumlu sonuçlar alınmasını sağlar (Utku, 2011; Dikmen ve Çekmen, 2014; Bayır ve ark., 2015).

Hasta istirahat durumunda, kas aktivitesinin bulunmadığı ve ısı açısından etkilenmeyeceği bir yerde değerlendirme yapılmalıdır. Kişinin gün içerisinde yaptığı aktiviteler total enerji tüketimi (TEE) ile ifade edilir. TEE, bazal enerji tüketimi, metabolik harcamalar, termoregülasyon ve diğer işler için harcanan enerjilerin toplamını ifade eder (Utku, 2011). BET “Schofield formülü” kullanılarak bulunmaktadır.

Tablo 1.3. Schofield Kalori Hesaplama Formülü (Aydoğan, 2008; Şenoğlu, 2016)

Yaş	Erkek	Kadın
15-18	BET=17,6 x Ağırlık + 656	BET=13,3 x Ağırlık + 690
18-30	BET=15,0 x Ağırlık + 690	BET=14,8 x Ağırlık + 485
30-60	BET=11,4 x Ağırlık + 870	BET=8,1 x Ağırlık + 842
>60	BET=11,7 x Ağırlık + 585	BET=9,0 x Ağırlık + 656

Hastanın yatak başında değerlendirilmesinin en kolay yolu istirahat enerji tüketimidir. İstirahat enerji tüketimi (REE) hesaplanırken en sık “Harris-Benedict Denklemi” kullanılmaktadır. Bu denklemde yaş, cinsiyet, vücut kütlesi ve boy kullanılmaktadır (Sobotka, 2013; Çekmen ve Dikmen 2014).

Harris-Benedict Denklemi

Erkek REE= 66,5 + [13.8 x Ağırlık] + [5.0 x Boy] - [6.8 x Yaş]

Kadın REE= 65,5 + [9.6 x Ağırlık] + [1.8 x Boy] - [4.7 x Yaş]

TEE= BET x Aktivite faktörü x Yaralanma faktörü x Isı faktörü

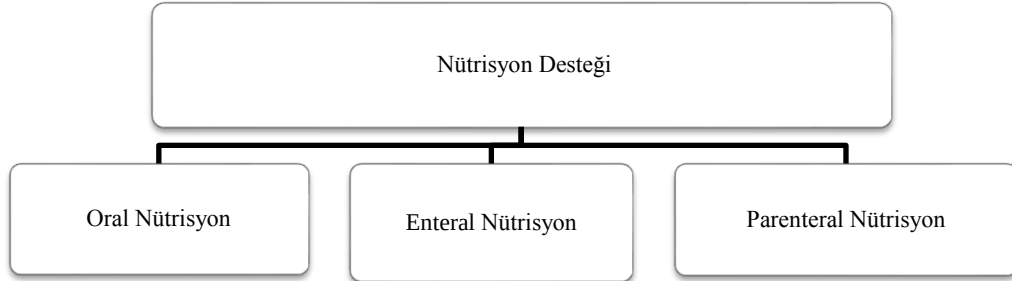
Tablo 1.4. Harris-Benedict Denklemine Etki Eden Faktörler (Utku, 2011; Çekmen ve Dikmen, 2014)

Aktivite faktörü	Yaralanma faktörü	Isı faktörü
Mobilize olamayan hasta x1,2	Cerrahi x1,1-1,2	>37°C üzerinde
Mobilize olan hasta x1,3	Enfeksiyon x1,2-1,6	her 1°C artış için x 1,3
	Travma x1,4-1,8	
	Sepsis x1,4-1,8	
	Yanık x1,5-2	

1.7. Nütrisyon Desteği Yöntemleri

Malnütrisyonu önlemek ya da tedavi etmek için hastaların nütrisyon ihtiyacının sağlanması gereklidir. Nütrisyon desteğine ihtiyacı olan hastalara uygun nütrisyon yolunun seçilmesi sağlanmalıdır. Nütrisyon desteği; oral nütrisyon, enteral nütrisyon ve parenteral nütrisyon yollarıyla sağlanabilir (Dumlu ve ark., 2013). Atalay ve ark. (2019), hastanede yatan malnütrisyon riski altındaki hastaların %19'unu oral nütrisyon desteği, %2'si oral nütrisyon desteğine ek parenteral nütrisyon desteği, %59'u enteral nütrisyon desteği, %18'i parenteral nütrisyon desteği ve %2'si

kombine n trisy n desteği tedavisi (enteral ve parenteral n trisy n) aldığını saptamıştır.



Şekil1.2. N trisy n Desteğinde Kullanılan Yöntemler (Sobotka, 2013)

1.7.1. Oral N trisy n Desteği

Oral n trisy n hastanın durumuna göre normal gıda, p re veya sıvı halindeki besinlerin ağız yoluyla verilmesine denir. Hastanede yatan hastaların normal diyet veya hastanın durumuna göre hangi diyeti alması gerekliliğine hekim karar verir. Diyetisyen tarafından ise belirlenen diyet türüne göre yiyecekler ve  g n ayarlamaları yapılır. Hastanede yatan hastalarda, hastanın tıbbi durumuna göre üç farklı rejim uygulaması bulunmaktadır. Hastanın yeterli ve dengeli bir şekilde tüm besin gruplarından alabilmesi Rejim III olarak tanımlanır. Hastaya yumuőak diyet (hafif çorba, muhallebi, patates püresi veya haőlaması, sıvı içecek vb.) olarak da bilinen kolay  iğnenebilen ve sindirilebilen yumuőak kıvamlı besinlerin verilmesi Rejim II olarak adlandırılır. Sıvı diyet olarak bilinen, açık ve koyu sıvı diyet olarak ikiye ayrılan diyet ise Rejim I olarak adlandırılmaktadır. Hastanın hastalık ve tedavisine göre özel diyet uygulamaları yapılarak günlük ihtiya ı olan enerji ve besin ihtiyaçlarının yeterli ve dengeli şekilde hastaya verilmesi sağlanır. Özel diyet olarak ishal diyeti, kabızlık diyeti, diyabetik diyet, gut diyeti, n tropenik diyet, mide koruma diyeti, kardiyak diyet, safra kesesi koruma diyeti, karaciğer koruma diyeti, böbrek koruma diyeti ve çocuklar için ise büyüme ve geliőimlerine göre ayrı diyet uygulaması yapılır (Alphan, 2019).

Hastanın kendi beslenmesine ek olarak ya da ihtiyacı olduğu düşünölen, protein, mineral ve enerji ihtiyaçlarını karşılamak için hastaya sağlanan diyet desteğidir. Thibault ve ark. (2011), hastaların sadece %31'inin enerji ve protein ihtiyaçlarını hastane yemekleri ile karşıladığını göstermiştir. Oral nştrisyon ile desteklenen hastalarda komplikasyonlarda %35, hastanede kalış süresinde 2.25 gün ve maliyetlerde %12 azalma olduğu görölmüştür (Elia ve ark., 2016).

1.7.2. Enteral Nştrisyon Desteği

Hastanın fonksiyonel Gİ (gastro intestinal) sistemi bulunuyorsa tercih edilecek etkili ve güvenli nştrisyon yöntem enteral nştrisyondur. Enteral nştrisyon fonksiyonel olan Gİ kanala, beslenme solşsyonları ulaştırılarak absorbe olmasının sağlanmasıdır (Demirel ve Bahçecioğlu, 2010). Hastanın durumu uygun olduğunda en erken dönemde enteral nştrisyona başlanmalıdır. Enteral nştrisyon ile hastaya enerji ve protein sağlanması yanında, intestinal fizyolojinin sürekliliğini sağlama, gastrointestinal mukozal atrofiyi engelleme ve florasını koruma, intestinal geçirgenliği azaltma, intestinal pH dengesini düzenleme, iskemik reperfüzyon durumlarına karşı koruyucu, enfeksiyon ve septik komplikasyonları önleyici, bağışıklık sisteminin ve bariyer fonksiyonlarının devamlılığının sürdürölmesi, malnştrisyon durumunu önleyici ve maliyetin azaltılmasını sağlamaktadır (Zaloga, 2006; Anthony, 2008; ekmen ve Dikmen, 2014). İlk hafta hastanın tam doz enteral nştrisyonu tolere etmediği görölüyorsa parenteral nştrisyon başlanması güvenliği ve yararları hasta bazında değerlendirilmelidir (Singer ve ark., 2019).

Enteral nştrisyon, parenteral nştrisyona göre, daha az komplikasyon görölmesi ve daha düşük maliyet olması sebebiyle daha üstün kabul edilmektedir (Kreymann ve ark., 2006). Nştrisyon desteği sağlanacak kritik hastalarda kontrendikasyon bulunmadıkça ilk tercih olarak enteral nştrisyon tercih edilmelidir (Peter ve ark., 2005).

Lewis ve ark. (2009), özellikle postoperatif dönemde ilk 24 saat içinde başlanan erken enteral nütrisyon desteğinin, daha sonraki başlangışlara göre daha avantajlı olduğunu göstermiştir. Kompartman sendromu olmayan intraabdominal hipertansiyon, terapötik hipotermi esnasında, hayatı tehdit oluşturan metabolik bozuklukların kontrolü ele alındığı akut karaciğer yetersizliği durumlarında düşük doz enteral nütrisyon başlanması önemlidir (Singer ve ark., 2019).

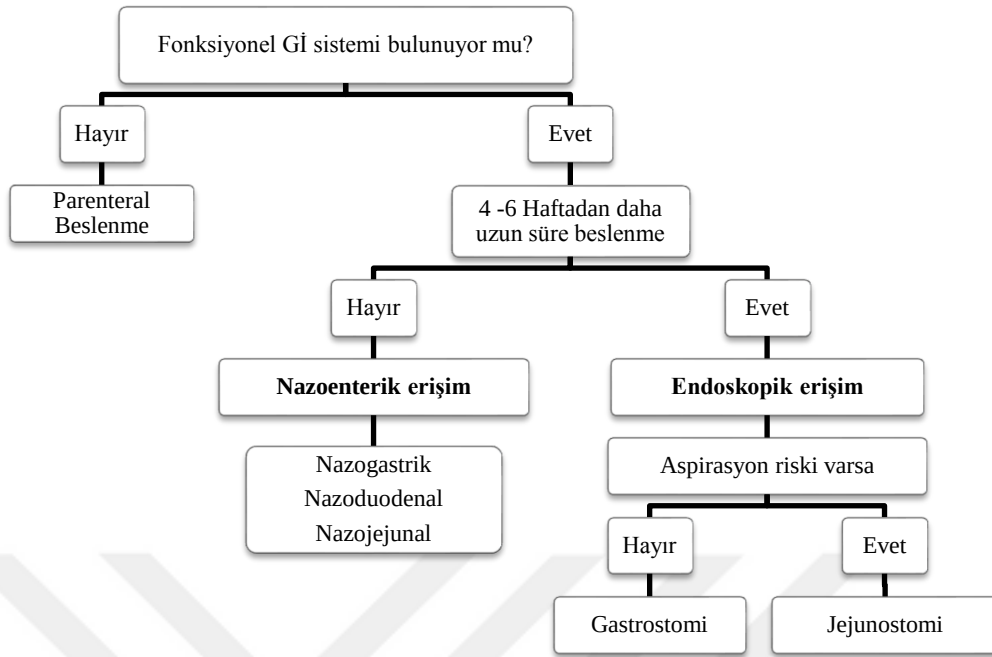
Avantajları: İntestinal pH dengesini düzenler, intestinal villus atrofiği önler, immün sistem ve bağırsak bariyer fonksiyonlarının korunmasına etki eder, bakteri translokasyonunu önler, oral beslenmeye geçişin daha kolay olmasını sağlar, ihtiyaçların karşılanmasında daha güvenli bir yoldur, septik ve metabolik komplikasyonları azaltır, gastrointestinal sistemin daha kısa zamanda normale dönüşünü kolaylaştırır, enfeksiyon riskini azaltır, parenteral nütrisyona göre daha ucuzdur ve uygulaması kolay, fizyolojik sürece daha uygun, mortalite ve morbidite oranı daha az görülmektedir (Anthony, 2008; Btaiche ve ark., 2010;  zbaş, 2014). Peter ve ark. (2005), tarafından yapılan çalışmada enteral nütrisyon uygulanan hastalarda enfeksiyon oranlarının daha düşük olduğunu ve hastanede kalış süresinin azaldığı saptanmıştır.

Endikasyonları: Hastanın malnütrisyonlu olması ve yemek yememesi, bir haftadan uzun süre oral almayan hasta veya bir haftadan uzun yetersiz besin alımı, nörolojik hastalıklar (inme vb.) (Roberts ve ark., 2003), psikiyatrik bozukluklar (Burchman, 2004), gastrointestinal hastalıklar, şiddetli travma (beyin ve omurilik yaralanmaları vb.) ve yanıklar, ameliyat öncesi hazırlık, ameliyat sonrası (GİS cerrahisi, abdominal aort cerrahi sonrası vb.) nütrisyon, özafagus hastalıklar, organ yetmezlikleri, oral alıma hazırlık yapmak için gastrointestinal kanalın açık tutulmaya çalışılması durumlarında enteral nütrisyonun başlanması önemlidir (Stroud ve ark., 2003; Aydoğan, 2008). Kompan ve ark. (1999), travma hastalarında erken başlanan (24 saat içinde) enteral nütrisyonun septik komplikasyonları ve çoklu organ yetmezliğini azalttığını bildirmiştir.

Kontrendikasyonları: Gastrointestinal obstrüksiyon, paralitik ileus, intestinal fistül (yüksek debili), yüksek çıkışlı intestinal fistül olan hastalarda fistülün distaline ulaşamadığı durumlar, gastrointestinal kanama (yüksek debili), beslenme solüsyonunun düşük doz gönderilmesine rağmen, intestinal iskemi belirtileri görülüyorsa, hemodinami kontrol edilemiyor ve doku perfüzyonu sağlanamadığı durumlar, şok, gastrik rezidü hacmi > 500 ml/6 saat olan hastalar, enfeksiyon (tüple beslenme kontrendikasyonu), abdominal kompartman sendromu, terminal dönemdeki hastalar gibi etik durumlar, inatçı kusmalar, yanık veya travma gibi sebeplerden dolayı bağırsağa ulaşım sağlanamaması, diyabetik ketoasidoz, diyabetik koma, hepatik koma, ağır akut kalp yetmezliği, hayatı tehdit eden hipoksemi, hiperkapni, asidoz, ağır inflamasyon, yetersizlik ve postoperatif staz nedeniyle intestinal fonksiyonun olmaması gibi durumlarda enteral nütrisyon desteği kontrendikedir (Gopalan ve Khanna, 2003; Burchman, 2004; Sobotka, 2013; Singer ve ark., 2019).

1.7.2.1. Enteral Nütrisyon Desteğinin Uygulama Yöntemleri

Enteral nütrisyon, oral yoldan başlanarak jejunuma kadar Gİ sisteminin farklı bölgelerine ulaşarak uygulanabilir. Enteral nütrisyon desteği nazoenterik, endoskopik ve cerrahi yöntemler kullanılarak uygulanır. Enteral nütrisyonda bölge tercihinde hastanın tolere edebileceği fizyolojik olarak en üst bölge seçilmelidir. Kısa süreli 4-6 haftalık nütrisyon uygulamalarında nazoenterik tüp kullanımı önerilmektedir. Uzun süreli nütrisyon uygulamalarında gastrostomi ve jejunostomi tüp yöntemi tercih edilmelidir (Koçhan, 2018).



Şekil 1.3. Enteral Nutrisyon Desteğinde Uygulama Yerin Seçilmesi (Özyurt ve ark., 2000; Boztaş, 2015)

Enteral nutrisyon devamlı beslenme, bolus beslenme, aralıklı beslenme ve döngüsel beslenme olmak üzere dört yoldan uygulanmaktadır.

Devamlı (Sürekli) Beslenme: Beslenme ürününün, enteral infüzyon pompası ile 16-24 saate varan süre boyunca gastrik, duodenal veya jejunal tüpten uygulanmasıdır. İnfüzyon hızı 10-20 ml/saat ile başlanır ve hasta tarafından tolere edildiğinde hedeflenen miktara, beslenme hızı her 4-6 saatte bir 10-20 ml arttırılarak ulaşılır.

Bolus Beslenme: Uygulanacak olan miktar 5-10 dakika içinde enjektör/gravity setleri ile beslenme tüpüne verilerek uygulanır. Beslemeye 100 ml bolus ile başlanarak tolere edildiği sürece günde 50 ml arttırılarak uygulanır. Hastanın devamlı olarak nutrisyon pompasına bağlı kalmak istemediği veya huzursuz olduğu zaman genellikle bu yöntem kullanılır. Bolus uygulama yerine devamlı nutrisyon tercih edilmelidir.

Aralıklı Beslenme: Enteral solüsyonun 24 saatlik süre içinde dinlenme-besleme şeklindeki periyotlarla (5-8 defa, 60-75 dk) hastaya verilmesidir. Bu metod kullanılarak beslenen hastalar, dinlenme periyodunda infüzyon pompasına bağlı kalmadığı için hastanın hareketli olmasına olanak tanır.

Döngüsel (Nokturnal) Beslenme: Hastanın daha özgür kalmasını sağlamak için enteral solüsyon gece uyku periyodunda (12 saat) uygulanırken, gündüz saatlerinde uygulanmaz. Oral alımı desteklemek için yararlı bir yöntem olarak kabul görmektedir (Gura, 2009; Özbaş, 2014; Çelebi ve Yılmaz, 2019).

Enteral nütrisyonunda kullanılan solüsyonlar: Polimerik ve elemental/semielemental solüsyonlar olarak iki temel gruba ayrılır. Bu solüsyonlarda immünite arttırıcı, hastalık spesifik ve standart olarak üç farklı şekilde üretim yapılmaktadır. Hastane ve bakım evlerinde en sık standart formüllü solüsyonlar kullanılır. Kalorisi 1-2 kcal/ml arasında farklılık gösterir. Yüksek kalorili nütrisyon planlanması, renal yetmezlik, kalp yetmezliği, hipervolemik hiponatremi, asit gibi sıvı kısıtlaması olan hastalarda solüsyonlar yüksek konsatrasyonlu (2 kcal/ml) seçilir (Çekmen ve Dikmen, 2014).

1.7.2.2. Enteral Nütrisyon Uygulamalarında Komplikasyonlar ve Hemşirelik Girişimleri

Fonksiyonel Gİ sistemi bulunan hastalarda uygulanan enteral nütrisyon genellikle etkin, güvenli ve iyi tolere edilmekle birlikte gelişen bazı gastrointestinal komplikasyonlar sonucu kesilmesi gerekebilmektedir. Nütrisyon desteğine bağlı ortaya çıkan bu komplikasyonların çoğunlukla uygulamada yapılan hatalardan kaynaklandığı ve engellenebilir olduğu bilinmesi önemli bir noktadır. Enteral nütrisyonun komplikasyonları gastrointestinal, mekanik ve metabolik olmak üzere üç grupta sınıflandırma yapılır.

1.7.2.2.1. Gastrointestinal Komplikasyonlar

✱ **Diyare:** Enteral nütrisyona özgü bir komplikasyon olmamasına rağmen sık görülmektedir. Diyare, yumuşak veya sıvı dışkı >200-250 g/gün ve sıklığı ≥3-5 kez/gün olarak tanımlanmaktadır (Wiesen ve ark., 2006). Olası nedenlerine bakıldığı zaman hipertonic besinler, bakteriyel kontaminasyon, enfeksiyonlar, kullanılan ilaçlar (antibiyotik tedavisi), laktoz intoleransı, beslenme solüsyonunun soğuk olması veya kısa sürede (bolus) verilmesi, malabsorbsiyon, düşük rezid l  nütrisyon ve sinirsel gerginlik olarak gösterilmiştir. Diyarenin kontrolü için;

1. Hastanın kullandığı ilaçlar gözden geçirilmeli,
2. Bakteriyel kontaminasyonun engellenmesi için enfeksiyon kontrol önlemlerine uyulması sağlanmalı,
3. Uygulama bolus nütrisyon ise devamlı nütrisyona geçilmeli,
4. Uygulanan infüzyon hızı düşürülmeli (tolere edilen max. veriliş hızı 120 ml/saati aşmamalıdır),
5. Kullanılacak olan solüsyonun ısısının uygun olması (20-25 C) sağlanmalı,
6. Bakteriyel kontaminasyondan kaçınılmalı (set her gün değiştirilmeli, ürün önceden hazırlanmamalı ve açık sistemler 6-10 saat içinde gönderilmeli),
7. Diyarenin sıklığı ve miktarı kaydedilmeli,
8. Gastrointestinal enfeksiyon şüphesi varsa doktor istemi ile dışkı kültürü bakılmalı,
9. Enteral nütrisyon ürünü gözden geçirilerek çözünebilen lif kaynaklı, osmolaritesi ve yağ oranı düşük ürün kullanıma başlanarak önlemler alınmalıdır (Bowling, 2010; Blumenstein ve ark., 2014; Bıçak Ayık ve ark., 2019).

✱ **Bulantı ve kusma:** Aspirasyon pnömonisi riskini arttıran bulantı kusma, enteral beslenme desteği sağlanan hastaların %26'sında karşılaşılan, sebebi çoğunlukla altta yatan hastalık kaynaklı olup kullanılan ilaçlar bu durumun güçlü bir tetikleyicisidir. Bu amaçla tedavide antiemetik ilaçların kullanılması gerekir.

Bulantı ve kusmayı birçok etken etkilemiş olsa da en sık görülen nedeni nazoenterik erişimlerde tüpün varlığı ve gecikmiş gastrik boşalmadır. Abdominal rahatsızlık gecikmiş gastrik boşalmanın belirtilerindendir. Yoğun bakımda ventilatöre bağlı hastalarda PEEP değeri yüksekse bulantı ve batin distansiyonu oluşabilir. Bulantı ve kusmanın kontrolü için;

1. Beslenme solüsyonunun miktarı azaltılmalı (gecikmeli mide boşalması bulunuyorsa),
2. Hastaya nütrisyon desteği sırasında semi fowler pozisyonu verilmeli,
3. Her 4 saatte bir gastrik rezidüel volüm (GRV) kontrol edilip toleransı değerlendirilmeli ve 1 saat nütrisyon durdurularak tekrar GRV kontrolü yapılmalı,
4. Hasta bulantıya neden olabilecek ilaç kullanıyorsa kontrol edilmeli,
5. Doktor istemi ile antiemetik ilaç başlanmalı,
6. Gastrointestinal obstrüksiyon şüphesi varsa nütrisyon desteği durdurulmalı,
7. Nütrisyonda kullanılan besinler açıldıktan sonra buzdolabında saklanmalı ve 24 saati geçince imha edilmelidir (Bıçak Ayık ve ark., 2019).

✱ **Konstipasyon:** Yetersiz sıvı alımı, aktivitenin azalması, diyetle lif eksikliği, elektrolit veya hormonlardaki dengesizlik, kullanılan ilaçlar ve azalmış intestinal motilite, konstipasyonun nedenleri arasında yer almaktadır. Konstipasyon ve gastrointestinal obstrüksiyon ayrımı kesinlikle yapılmalıdır. Konstipasyon meydana gelen hastada;

1. Gastrointestinal tıkanıklık ekarte edilmeli,
2. Gastrointestinal motiliteyi yavaşlatan ilaçlar kesilmeli veya azaltılmalı,
3. Yeterli sıvı alımı sağlanmalı,
4. Hastanın mobilizasyonu arttırılmalı,
5. Çözünmeyen lif içeren ürün alımı sağlanmalı (nütrisyon reçetesi kontrol edilmeli),
6. En son çözüm olarak laksatif kullanımı sağlanmalıdır (Elia ve ark., 2008).

1.7.2.2.2. Mekanik Komplikasyonlar

✱ **Aspirasyon:** Yüksek mortalite oranına sahip olan bir komplikasyondur. Hastanın gastrik veya orofarengeal içeriği aspire etmesi sonucu, aspirasyon pnömonisi gelişir. Bu durum kendini hastada ateş, taşipne, dispne, ajitasyon, wheezing, taşikardi ve siyanoz gibi belirtilerle gösterebilir. Aspirasyonun risk faktörleri; bilinçte azalma, nörolojik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, Gİ reflü, kusma, hastanın nütrisyon sırasında supine pozisyonunda olması, özafageal alt sfinkterde yetmezlik, öğürme refleksinde yetersizlik, GRV miktarının fazla olması, beslenme tüplerinin hastaya uygun olmaması (geniş çaplı) veya tüp yerleşimin yanlış olması sayılabilir. Aspirasyon riskini önlemek için;

1. Hastalara semi fowler pozisyonunda nütrisyon desteği sağlanmalı,
2. GRV ölçümü yapılarak, sonuca göre beslenme solüsyonunun miktarı azaltılmalı ya da beslenme desteği sonlandırılmalı,
3. Abdominal distansiyon değerlendirilmeli,
4. Hastaya düzenli aralıklarla ağız bakımı uygulanmalı,
5. Aralıklı ve bolus beslenme sonrasında hastanın en az bir saat semi fowler pozisyonunda kalması sağlanmalı,
6. Aspirasyon riski yüksek olan hastalarda beslenme desteğinde nazojejunal tüp yerleşimi tercih edilmelidir (Williams ve Leslie, 2005; Gürkan ve Gülseven, 2013).

✱ **Tüp ile ilişkili komplikasyonlar:** Tüpün yer değiştirmesi, hastada kanamaya, gastrointestinal sistem perforasyonuna sebep olabilmektedir. Tüpün yerleşimini doğrulamak için oskültasyon yeterli olmaz. Nütrisyon başlanmadan önce tüpün pozisyonu radyolojik değerlendirme ile doğrulanmalıdır. Nütrisyon desteği için hastaya yerleştirilen tüpün nazoferanjiyal, özafageal, duodenal ve gastrik bölgelere temas noktaları, ülserasyon, apse ve nekroz oluşumuna neden olabilir (Sucu, 2012). Özellikle PEG kullanılan hastaların %13-88'inde sızıntı, enfeksiyon gibi komplikasyonlar görülmektedir (Farrag ve ark., 2019).

1. Nütrisyon desteğine başlanmadan önce mutlaka tüpün yerleşim yeri kontrol edilmeli,
2. Nazoenterik erişimlerde tüpün yer değiştirmesini engelleyebilmek için nazal tespitleyiciler kullanılmalı,
3. Enfeksiyonu önlemek için düzenli olarak cilt ve stoma bakımı yapılmalı,
4. Beslenme tüpü olan hastada öksürme, kusma, öğürme, aspirasyon vb. durumlar sonrasında tüpün yerleşim yeri kontrol edilmelidir.

✱ **Tüpün tıkanması:** Tıkanmalar geniş hacimli nütrisyon solüsyonların verilmesi, koagülasyon ve solüsyon verildikten sonra tüpün yıkama işleminin yetersiz yapılmasından kaynaklanır. Diğer nedenler ise, ilaçların çökelti ya da parça oluşturması (Williams ve Leslie, 2005) ve nütrisyon tüpünün kıvrılmasıdır. Nütrisyon tüpünün tıkanma oranı tüpün yerleşim yerine, kalma süresine, tüpün çapına ve tipine, hemşire bakımın kalitesine göre değişim göstermektedir.

1. Beslenme tüpünden ilaç verilmeden önce suda çözölmüş olmalı,
2. Tıkanma durumunda sodyum bikarbonatlı pankreatik enzim solüsyonu kullanılmalı,
3. Tüpün açıklığını sağlamak için sürekli infüzyonda dört saatte bir defa, bolus nütrisyon yönteminde ise her besleme ve ilaç uygulaması sonrası tüp ılık su ile 20-30 ml yıkanmalıdır (Anderson, 2009; Gürkan ve Gülseven, 2013; Bıçak Ayık ve ark., 2019).

1.7.2.3. Metabolik Komplikasyonlar

✱ **Refeeding sendromu:** Uzun süre aç olan veya ciddi malnütrisyonu bulunan hastalara tekrar nütrisyon desteğinin sağlanması sonucu ortaya çıkan ciddi sıvı-elektrolit ve metabolik bozuklukların meydana gelmesi olarak tanımlanır. Refeeding sendromu hem enteral hem de parenteral nütrisyon desteği sonucunda görülebilir. Refeeding sendromu potasyum, fosfor ve magnezyum değerlerinde düşme, vitamin eksikliği ve glikoz metabolizmasında bozulmaya neden olmaktadır.

1. Hastaya yükleme yapmamak için nütrisyon yavaş başlanmalı,
2. Hastanın düzenli olarak elektrolit düzeyleri, özellikle de potasyum, fosfor ve magnezyum değerleri yakından takip edilmelidir (Adkins, 2009; Boateng ve ark., 2010).

1.7.3. Parenteral Nütrisyon Desteği

Hastalarda oral veya enteral beslenmenin yapılamadığı durumlarda, hastanın ihtiyacı olan besin maddelerinin tamamının veya bir kısmının parenteral yol ile hastaya verilmesi durumuna denir (Cederholm ve ark., 2017). Parenteral nütrisyon desteği ile hastanın ihtiyacı olan su, karbonhidrat, proteinler, yağlar, vitaminler, elektrolitler ve eser elementler intravenöz yolla hastaya 24 saatte bir infüzyon pompası ile sabit hızda verilerek hastanın beslenme gereksiniminin karşılanmasıdır. Parenteral nütrisyonunda hedeflenen doza çıkarken birinci gün 1/4 doz, ikinci gün 2/4 doz, üçüncü gün 3/4 doz ve dördüncü gün hedeflenen doza geçilir. Nütrisyon kesilirken veya enteral beslenmeye geçerken de aynı şekilde doz azaltılarak geçiş sağlanır (Şenoğlu, 2016).

Parenteral nütrisyonunda amaç gastrointestinal sistemin anatomik veya fizyolojik bütünlüğünün bozulması sonucu ortaya çıkan malnütrisyonun önlenmesi ve oluşan malnütrisyonun tedavisinin sağlanmasıdır. Parenteral nütrisyon kullanımı gastrointestinal sistem yetmezliğinde, enteral nütrisyonun verilemeyeceği durumlarda ve intestinal sistemin dinlenmesi gerektiği durumlarda önerilmektedir (Çelebi, 2010; Çelebi ve Yılmaz, 2019). Enteral nütrisyon desteğinin tek başına yeterli olmadığı durumda da destek amacıyla parenteral nütrisyon kullanılmaktadır. Hastanın durumuna göre ihtiyacı olan makro ve mikro besin öğeleri, santral veya periferik yol kullanılarak hastaya uygulanır. Parenteral nütrisyon desteği, uygun durumlarda kullanıldığında hastanın prognozuna pozitif etki sağlarken, uygunsuz ve gereksiz kullanılması bir takım komplikasyonların ortaya çıkmasına ve maliyetin artmasına neden olmaktadır. Parenteral nütrisyon hastalarda neden olabileceği aşırı

beslenme, barsak mukozasında atrofi, infeksiy ve hiperglisemi gibi komplikasyon nedeniyle morbiditede artışa neden olmaktadır (Burchman, 2004).

Endikasyonları: Hastada malnütrisyon, ağır ishal, malabsorbsiyon, kontrol edilemeyen inatçı kusmalar, pankreatit, ileus, diffüz peritonit, gastrointestinal kanama, ağır travma, yanıklar, kemoterapi tedavisi gören hastalarda ağır mukozit/özafajit durumları, kanser vb. nedenlerden dolayı ortaya çıkan intestinal obstrüksiyon durumları, enflamatuvar intestinal hastalıklar (ülseratif kolit, crohn hastalığı, ağır çölyak vb.), kısa barsak sendromu, anoreksiya nervosa, geçirilen hastalık veya operasyon sonucu bağırsağın dinlendirilmesi gereken durumlarda ve enteral nütrisyonun tolere edilemediği zaman parenteral nütrisyon başlanmalıdır (Üstündağ, 2001; Koçhan, 2018). Burden ve ark. (2012), tarafından yapılan çalışmada, gastrointestinal cerrahi hastalarında preoperatif dönemde parenteral nütrisyon desteğinin başlanması, hastalardaki komplikasyonların oranlarını önemli derecede azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Kontrendikasyonları: Hastada gastrointestinal sistemin fonksiyonel olduğu durumlarda, beyin hasarının geri dönüşü olmayan hastalar, terminal dönem hastaları, aktif hemorajili hastalar, hemodinamik açıdan normal olmayan hastalar, hipertonic solüsyonlar tolere edilmeyen ve ciddi kardiyovasküler instabilitesi bulunan hasta gruplarında parenteral nütrisyon desteğinin kullanılması önerilmemektedir (Ersoy ve ark., 2010).

Avantajları: Hedeflenen enerji değerine kısa sürede ulaşmayı sağlar, gastrointestinal intolerans ve aspirasyon gibi komplikasyon riski bulunmamaktadır ve hastanın protein/enerji düzeyinin iyi duruma gelmesini sağlamaktadır (Bayır ve ark., 2015).

1.7.3.1. Parenteral Nütrisyon Desteğinin Uygulama Yöntemleri

Parenteral nütrisyon desteği periferik ve santral venler olmak üzere iki yol kullanılarak uygulanabilir. Hastanın alacağı kalori miktarı, sıvı miktarı ve nütrisyon desteğinin süresine göre periferik veya santral yol tercih edilmelidir (Koçhan, 2018). Beslenme solüsyonlarının osmolaritesinin yüksek olması nedeniyle, yedi günden fazla sürecek parenteral nütrisyon desteğinde santral venlerin kullanılması önerilmektedir. Eğer periferik venler kullanılırsa tromboflebit gelişme riski vardır. Solüsyonun osmolaritesi >900 mOsm/L'den yüksek olması durumunda, santral venler kullanılarak beslenme solüsyonu hastaya uygulanmalıdır (Çekmen ve Dikmen, 2014)

Periferik parenteral nütrisyon: Nütrisyon desteği için kullanılacak solüsyonun periferik intravenöz kateter aracılığı ile periferik venlerden hastaya uygulanmasıdır. Enteral nütrisyonun kullanılmadığı veya yeterli olmadığı zamanlarda destek tedavi olarak, santral yol (kateterle veya ulaşım ile ilgili) kullanımında sıkıntılar olan, düşük kalori ihtiyacı olan hastalarda, hipoosmolar solüsyonların kullanıldığı (<600 , ≤ 900 mOsm/L), kısa süreli (7 gün↓) nütrisyon sağlanması gereken durumlarda periferik parenteral nütrisyon tercih edilmelidir (Çekmen ve Dikmen, 2014; Tamer, 2018). Periferik parenteral nütrisyonun avantajları; pratik ucuz bir yöntem olması, damar yoluna ulaşımın kolay olması, flebitin tanımlanmasının kolay olması ve santral parenteral nütrisyonun komplikasyonlarından kaçınmak sayılabilmektedir. Ancak nütrisyon solüsyonlarının hiperosmolar olması nedeniyle periferik venlerde ağrı, tromboz, doku nekrozu, sepsis ve flebit gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle periferik parenteral nütrisyon uygulanan hastalarda intravenöz yol yakından takip edilmelidir (Sobotka, 2013).

Santral parenteral nütrisyon: Nütrisyon desteği için kullanılacak solüsyonun santral bir kateter aracılığıyla, santral venlerden hastaya verilmesidir. Uzun süre (7 gün ↑) nütrisyon ihtiyacı olduğu belirlenen, hiperosmolar solüsyonların (>900 mOsm/L) kullanıldığı, sıvı kısıtlaması olan hastalarda ve yüksek kalori

gereksiniminin olduğudurumlarda uygulanır (Utku, 2011; Koçhan, 2018). Kateter çeşitleri incelendiğinde implante portlar, tünelli, kısa dönemli ve periferik yerleşimli kateterler olmak üzere dört çeşittir. Çoğunlukla santral parenteral nütrisyonunda superior vene kava kullanılsada femoral, subclavian, basilic, brakial, internal ya da eksternal juguler venlerde tercih edilebilir. Kateterler ise giriş bölgesi, yerleştirme yöntemi, tedavi süresi, lümen sayısı vb. özelliklerden işleme göre uygun olan tercih edilir. İşlem mümkünse ameliyathane ortamında, lokal anestezi yapılarak, uygun kateter ve yerinin seçiminden sonra pozisyonu uygun verilerek, steril koşullarda uzman personel tarafından, her adımında protokolleri uygulayarak, gerekirse doppler ya da ultrasonla venöz kontrol edilip, eşliğinde girişim uygulanması, kateterin tıkanmaması için izotonik solüsyonla veya heparin ile yıkanması, tecrübeli personel tarafından bakımının yapılması, hastanın hidrasyonunun sağlanması ve koagülasyon düzeyinin normal seviyeye getirilmesi hastada ortaya çıkabilecek komplikasyonların azaltılmasında önemlidir (Sobotka, 2013).

Parenteral nütrisyonunda kullanılan solüsyonlar: Nütrisyonunda solüsyonların içeriği kalori ihtiyacına göre hesaplanır. Parenteral nütrisyon karbonhidrat, proteinler, yağlar, vitaminler, elektrolitler ve eser elementleri içermektedir (Koçhan, 2018). Hastanın günlük ihtiyacına göre hesaplanan ve hedeflenen tedavi planına uygun olarak uygulanmalıdır. Parenteral nütrisyonunda hastaya verilecek besinler ikili ve üçlü torba sistemleri ya da hepsi bir arada olarak verilir. Hepsi bir arada uygulama kateterden dolayı ortaya çıkan komplikasyonları azaltmakta, nütrisyon desteğinin hastaya özgü hazırlanmasına olanak sağlama ve hiperosmolar solüsyonların kullanılabilmesine imkan sağlamaktadır. Ayrıca uygulamada kolaylık sağlamakta, güvenliği ve etkinliği arttırmaktadır (Sobotka, 2013).

1.7.3.2. Parenteral Nütrisyonun Uygulamalarında Gelişebilecek Komplikasyonlar ve Hemşirelik Girişimleri

Parenteral nütrisyonun santral kateter aracılığıyla uygulanması ve verilen solüsyonların osmolaritesinin 900 mOsm/L'nin üzerinde olmasından dolayı bir takım

komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (Utku, 2011). Parenteral n trisy n komplikasyonları mekanik, infektif ve metabolik olmak üzere üç grupta sınıflandırılmaktadır.

1.7.3.2.1. Mekanik Komplikasyonlar

Santral kateterle ilgili olarak ortaya çıkan komplikasyonlar, kateterin yerleştirmesinden kaynaklanıyorsa erken, yerleşim bölgesi, kateterin uygunsuz kullanımı ve kateter bakımından kaynaklanıyorsa geç komplikasyon olmak üzere ikiye ayrılır (Dudrick, 2006).

✱ **Erken komplikasyonlar:** Kateterin yerleştirilmesinde ve pozisyonundaki uygunsuzluk, hemat m/apse, kanama, kateterin yanlış bölgeye yerleştirilmesi ve migrasyon, kateter embolisi/hava embolisi, aritmi, hemotoraks/pnömotoraks, kalp tamponadı/hemo-hidroperikard, santral ven trombozu/tromboemboli, sinir yaralanmaları, subaraknoid kanama, arteriyel ponksiyon veya laserasyon, supuratif mediastinit, klavikula veya birinci kaburga osteiti, duktus torasikus yaralanması ve şilotoraks komplikasyonlar genellikle teknikle ilgili olup erken dönemde ortaya çıkmaktadır (Pittiruti ve ark., 2009).

Komplikasyonları belirleyebilmek için hastanın takibi çok önemlidir. Bu komplikasyonların çoğunluğu erken dönemde belirti verebilir. Belirti ve bulgular erken dönemde tanımlanıp müdahalesi yapılmalı ve gereken önlemler alınmalıdır.

✱ **Geç komplikasyonlar:** Ciddi komplikasyonlardan biri olan santral ven trombozu, ultrason ile değerlendirilerek antitrombotik tedaviye başlanır. Kateter yerinin ve giriş bölümünün tercihinin uygun yapılması, infüzyon ve yıkama yöntemleri kullanılması, kateter uygulanması sonrası heparin yapılması tromboz gelişimini engelleyebilir (Baskin ve ark., 2009).

1.7.3.2.2. İnfektif Komplikasyonlar

Ciddi komplikasyonlardan biridir. Hastaya bağlı etmenler; (kronik hastalıklar, enfeksiyona yatkınlık, immunsupresyon), santral kateterin kalma zamanının uzun olması, hastaya uygulanan solüsyonun hipertonic olması, solüsyonun hazırlanma veya verilme sırasında kontaminasyon olmasıdır (Aydoğan, 2008). Ortaya çıkan belirti, bulgular tanınıp tedavi başlanmalıdır. Önlem alırken özellikle kateter yerleştirme yapılırken aseptik koşullara uyulması gereklidir.

1.7.3.2.3. Metabolik Komplikasyonlar

Akut ve kronik metabolik komplikasyonlar olmak üzere iki gruba ayrılır. Akut komplikasyonlar nütrisyon desteği başlamadan önce değerlendirmede hata yapıldığı, hastaya uygun solüsyonun başlanmadığı, biyokimyasal değerlendirmenin atlandığı ve sıvı-elektrolit dengesinin sağlanamadığı durumlarda görülür. Kronik komplikasyonların ise birden fazla nedeni olup her yönüyle tanımlanması zor olabilir

- ✱ **Akut metabolik komplikasyonlar:** Refeeding sendromunun etkilediği besin eksikliğine bağlı (hipoglisemi, hipofosfatemi, hipokalemi, akut wernicke ensefalopatisine sebep olan tiyamin eksikliği), aşırı beslenmeye bağlı (hiperglisemi, hiperkalsemi, hiperazotemi, hipertrigliseritemi) komplikasyonlar gelişebilmektedir. Hastanın biyokimyasal monitorizasyonu bu durumda önemlidir ve komplikasyonların gelişimini önleyebilir (Sobotka, 2013).
- ✱ **Kronik metabolik komplikasyonlar:** Karaciğer yağlanması, kolestatik karaciğer hastalığı, kolelitiazis ve akallülöz kolesistit ve kemik hastalığı komplikasyonları görülebilmektedir. Kronik komplikasyonları önlemeye yönelik hastanın besin ihtiyacının doğru hesaplanması ve belirlenmesi büyük öneme sahiptir (Staun ve ark., 2009; Sobotka, 2013).

1.8. Nütrisyon Desteğinin İzlenmesi

Nütrisyon desteğinde hasta için hedeflenen ve beklenen sonucu değerlendirmek, oluşan değişikliği fark edebilmek ve nütrisyonel desteğin yeterliliğini kontrol etmek için hastanın takibinin yapılması, beslenmeye ilişkin kayıtların tutulması gereklidir. Klinik izlem ve laboratuvar ölçümlerinin takibi, nütrisyon desteğinin koordinasyonuna yardımcı olarak hastadaki değişikliklerin izlenmesine izin verir. Hastanın tanısı, nütrisyonel risk değerlendirmesi, enerji durumu ve nütrisyon desteğinin uygulanma yöntemi, hastanın izlenmesini etkilemektedir.

Klinik değerlendirme: Hastanın fizik muayenesi, antropometrik ölçümleri ve fonksiyonel testler ile klinik değerlendirmesi yapılır. Hastanın fizik muayenesinde, vital bulgular (ateş, nabız, kan basıncı), dehidratasyon veya ödem bulgusu, sistemlerin klinik olarak değerlendirilmesi (kalp, akciğer, batin vb.), bilinç düzeyi, genel kondüsyonu, iştah durumu, solunumsal durumu, gastrointestinal ve diürez durumu, alınan tedaviyle ilgili öznel değerlendirme bu aşamada değerlendirilen parametreler arasında yer alır (Sobotka, 2013).

Laboratuvar testlerin değerlendirilmesi: Biyokimyasal ölçümler kısa ve uzun dönemde hastaya verilen nütrisyon desteğinin sonucunu kontrol etmeye yardımcı olur. Temel laboratuvar testleri olarak hemogram, bilirubin, lipit, C-reaktif protein, karaciğer enzimleri, bazı proteinler (albumin, transferin, transtretin, retinol bağlayıcı protein), elektrolitler, üre ve kreatin parametrelerinin takibi yapılır (Sobotka, 2013). Nütrisyonunda istenen hedefe ulaşıncaya kadar günde bir-iki defa, hedefe ulaşıldığında ise haftada iki-üç defa izlem yapılması önerilir (Gürkan ve Gülseven, 2013). Ekinci ve ark. (2013), malnütrisyonlu hastalarda albumin, prealbumin ve CRP seviyelerinin mortalite ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Hastaların hipoglisemi ve hiperglisemi açısından kan şekeri düzenli olarak izlenmelidir. Nütrisyon sırasında uygulamalara (nütrisyonun hatalı kesilmesi veya hızlı verilmesi, insülin dozlarının yanlış yapılması, diyabetik hastalar, nütrisyon ürününün kademeli arttırılmaması vb.) dikkat edilmesi önemlidir. Azot (N) dengesinin takibinin düzenli yapılması önemlidir (Utku, 2011; Sobotka, 2013).

1.9. Nütrisyonel Bakım

Koruyucu veya klinik nütrisyon konusunda, hastada nütrisyonla ilgili durumların tedavi edilmesi, hastanın ihtiyacı olan gerekli nütrisyonel desteğin ve eğitimin sunulması olarak tanımlanmaktadır. Nütrisyonel bakım, nütrisyon değerlendirmesi, nütrisyon önerileri, nütrisyon danışmanlığı ve ayrıca nütrisyon odaklı diğer sağlık profesyonellerine ve ilgili hizmetlere yönlendirmeyi içerebilir. Malnütrisyonu bulunan ve nütrisyon desteği sağlanan hastaların hemşirelik bakımı malnütrisyon prevalansının azalmasını sağladığı için nütrisyon bakımında hemşirelerin aktif rol almaları önemlidir (Kim ve Choue, 2009; Yalcin ve ark., 2013). Hastaların nütrisyonel risk taraması yapılarak nütrisyonel risk düzeyinin belirlenmesi, malnütrisyon riskinin değerlendirilmesi, hastaya uygulanan nütrisyonun planlaması yapılarak hedeflerinin belirlenmesi ve buna göre nütrisyon desteğinin sağlanması, hastanın besin alım durumunun takip edilmesi, izlenmesi ve değişimlerin diğer ekip üyelerine aktarılması, nütrisyon desteği alan hasta ve yakınlarının eğitimlerinin verilmesi hemşirelerin nütrisyonel bakımdaki rol ve sorumlulukları arasındadır. Hemşirelerin nütrisyonel bakımda belirtilen bu rol ve sorumlulukları gerçekleştirebilmeleri için nütrisyonel bakımının önemini bilmeleri ve yeterli bilgiye sahip olmaları önemlidir (Dal, 2007; Yalcin ve ark., 2013; Mogre ve ark., 2015; Theilla ve ark., 2016; Sauer ve ark., 2016).

Nütrisyonel bakımda uluslararası ortak bir uygulamanın oluşturulması için yol gösterici modeller oluşturulmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2003 yılında standart bir dilin geliştirilmesi ve sürecin doğru yönetimi için nütrisyonel bakım süreci modeli kullanılmaya başlanmış, bu model uluslararası diyetetik dernekleri tarafından da desteklenmiştir. Nütrisyonel bakım süreci modeli, sağlık çalışanlarının nütrisyonel bakım için kullandıkları, bireylere ve topluma sağlık sunumunda iş akışını açıklayan sistematik bir yöntemdir. Bu model, nütrisyonel bakımda ortak bir çerçevede, eleştirel düşünmenin, nütrisyonel bakımın diğer sağlık çalışanlarınca daha fazla kabul edilmesi, uygulamaların iyileştirilmesi ve kanıta dayalı uygulamaların geliştirilmesi gibi avantajlara sahiptir. Problem çözme modeli olarak da bilinen bu model, aynı zamanda araştırmacıların hasta popülasyonlarında gözlemlenen

beslenme problemlerini, sağlanan tedavileri ve bu tedavilerin sonuçlarını daha net bir şekilde tanımlamalarını sağlamaktadır (Swan ve ark., 2017).

Nütrisyon bakım süreci modeli bir yol haritasıdır ve birbiriyle bağlantılı dört ayrı adımdan oluşur: nütrisyonel değerlendirme ve yeniden değerlendirme, mevcut nütrisyonel sorunun tanımlanması, nütrisyonel girişim, nütrisyonun izlenmesi ve değerlendirilmesi şeklindedir (Tablo 1.5). Dört adım, problem tanımı ve problem çözme olmak üzere iki bileşene ayrılmıştır. Bu ayrım uygulamanın amacı için önemlidir. Problem tanım aşamasında nütrisyonel değerlendirme ve yeniden değerlendirme (Adım 1), mevcut nütrisyonel sorunun tanımlanması (Adım 2) yer almaktadır. Problem çözme aşaması ise nütrisyonel girişim (Adım 3), nütrisyonel izleme ve değerlendirmeyi (Adım 4) içermektedir. Her adımın, bir sonraki adıma geçmeden önce tamamlanması önemlidir. Hastayla ilgili değişiklik meydana geldiğinde, tanıyı, tedaviyi, hedefleri değiştirmek için önceki adımlar gözden geçirilir (Swan ve ark., 2017).

Nütrisyon bakım süreci modeli Şekil 1.4’de tek yönlü olarak gösterilmiştir. Yine de pratikte, model eleştirel düşünmeyi ve zamanında bakımı desteklemek için dinamik ve çok yönlü olmasından dolayı hasta bakım takibinde önemlidir. Hasta ile ilgili yeni bilgiler toplandıkça ya da değişiklik meydana geldiğinde tedaviyi düzenlemek için bir önceki adımlara dönüş yapılabilir.

Tablo 1.5. Nütrisyonel Bakım Süreci Modelinin 4 Aşaması (Swan ve ark., 2017; Swan ve ark., 2019).

Adım 1. Nütrisyonel Değerlendirme ve Yeniden Değerlendirme	
Tanım ve amaç	Nütrisyonel durumun değerlendirmesi, hastaların nütrisyonla ilgili verilerinin toplanması, sınıflandırılması ve sentezlenmesi için sistematik bir yaklaşımdır. Bu adım ayrıca, ek olarak yeni verilerin toplanmasını ve önceki etkileşimden diğerine veriyi karşılaştırıp yeniden değerlendirmeyi de içerir. Nütrisyonel durumun değerlendirmesi, ilk verilerin toplanmasının yanı sıra, hastanın durumunun kabul edilen standartlar, öneriler ve/veya hedeflerle karşılaştıran sürekli olarak yeniden değerlendirilme ve analizini içeren, dinamik bir süreçtir.
Verinin toplanması / ölçüm teknikleri	- Değerlendirme formu - Tıbbi kayıtlar - Aile üyeleriyle görüşme - Odak gruplarla ilgili yapılan çalışmalar - İstatistiksel raporlar, idari veriler ve epidemiyolojik çalışmalar

Tablo 1.5. (Devam). Nütrisyonel Bakım Süreci Modelinin 4 Aşaması (Swan ve ark., 2017; Swan ve ark., 2019)

Toplanan veri türleri	- Gıda ve beslenme ile ilgili anamnez - Antropometrik ölçümler - Biyokimyasal veriler, tıbbi testler ve prosedürler - Nütrisyon durumu ile ilgili fizik muayene bulguları - Hasta anamnezi
Nütrisyon değerlendirmenin bileşenleri	-Nütrisyon ve sağlık durumunu etkileyen faktörler için toplanan verilerin gözden geçirilmesi -En az 1 nütrisyon teşhisini tanımlamak için bireysel verilerin gruplandırılması -Verilerin karşılaştırılacağı standartlar, öneriler ve/veya hedeflerin belirlenmesi
Yeniden değerlendirme bileşenleri	-Yeni veri toplanması -Verilerin önceki etkileşim/ler ile karşılaştırılması -Önceki etkileşimde belgelenen izleme ve değerlendirme çıktıları / göstergelerini yeni verilerle karşılaştırılması -Girişimin etkinliğini göstermek için hastanın nütrisyon durumunun değişip değişmediğinin değerlendirilmesi -Nütrisyon teşhisinin durumunun değerlendirilmesi -Hastanın durumuna veya durumuna bağlı olarak önceki etkileşime ait nütrisyon değerlendirme verilerinin yeniden değerlendirilmesinin veya değiştirilmesinin gerekip gerekmediğinin değerlendirilmesi -Bir sonraki etkileşimde izlenecek ve değerlendirilecek yeni nütrisyon değerlendirme verilerinin belirlenmesi
Eleştirel düşünce	-Toplanacak ilgili verilerin belirlenmesi -Ek bilgi ihtiyacının belirlenmesi -Durumla eşleşen değerlendirme araçlarının ve prosedürlerin seçilmesi -Değerlendirme araçlarının geçerli ve güvenilir yollarla uygulanması -Verilerin doğrulanması
Bakımın devamı için karar	Nütrisyon desteğinin gerekliliğinin değerlendirmesi veya yeniden değerlendirilmesi sonrası, nütrisyon bakımının devamı, taburculuk veya nütrisyon bakımının sonlandırılmasının değerlendirilmesidir.
Adım 2. Nütrisyonel sorunun tanımlanması	
Tanım ve amaç	Mevcut nütrisyonel sorunun teşhisi, bir beslenme ve diyetetik uzmanının, mevcut bir nütrisyon sorununu tanımlaması ve isimlendirmesi olup, beslenme ve diyetetik uzmanının tedaviden sorumlu olduğunu göstermesi
Veri kaynakları / teşhis için araçlar	Teşhis için başvuru kaynaklarında listelenen tanımlar ile şüpheli tanı arasındaki özelliklerin karşılaştırılması için sınıflandırılmış veriler

Tablo 1.5. (Devam). Nütrisyonel Bakım Süreci Modelinin 4 Aşaması (Swan ve ark., 2017; Swan ve ark., 2019)

Nütrisyon tanı bileşenleri	Nütrisyonel sorunun teşhisi, nütrisyon teşhis tanımı ve her bir teşhisi açıklayan başvuru kaynaklarında tanımlanan etiyolojik nedenler, belirtiler ve semptomlar kullanılarak ifade edilir. Bir nütrisyon sorunun teşhisinin üç ayrı bileşeni vardır: 1.Nütrisyonel sorunun teşhisi, hastanın durumundaki değişikliklerin tanımlanması 2.Etiyolojik bilgi nütrisyon değerlendirmesi sırasında elde edilir. Nütrisyonel değerlendirme patofizyolojik, psikososyal, gelişmişlik, kültürel ve/veya çevresel durumların bakımını ve sürdürülebilirliğini ele alması -Etiyoloji, nütrisyon ile ilişkilidiğer tanımlamalardan önce gelir -Etiyolojinin ortaya konulması, altta yatan sebebin çözümünü nütrisyon tedavi hedefinin belirlenmesini sağlar 3. Belirti / semptomlar (tanımlayıcı özellikler) - Tanımlayıcı özellikler, semptom ve bulguların toplamıdır - Nütrisyonel sorunun tanımlanması -Bulgu/semptomlar, eğitimli bir profesyonelin gözlemleridir -Semptomlar, hasta tarafından bildirilen değişikliklerdir
Nütrisyon tanı durumu	İyi belirlenmiş bir nütrisyonel sorun şunları içermelidir: -Açık ve net; -Hastaya özgü; -Hastanın problemine yönelmelidir; -Tam olarak etiyoloji ile ilişkili olmalıdır; -Değerlendirmeden elde edilmiş bulgu ve semptomlara dayanmalı
Eleştirel düşünce	-Veriler ve olası nedenler arasında kalıpları ve ilişkileri bulma -Çıkarım yapmak -Sorunu net ve tekil olarak ifade etmek -Belirli tanıları dışlama/ele alma - Beslenme yetersizliğinin nedenini tamamen ya da kısmen düzeltebilecek tedavinin tanımlanması -Saptanmış bulgu ve semptomların ölçülmesi ve değişikliklerinin takip edilmesi -Tanımlanmış sorunlara öncelik vermek
Bakımın devamı için karar	Nütrisyonel sorunun tanımlanması bir problemi tanımladığı için, problem çözme aşaması bu adımı izler. Sağlık profesyoneli varolan nütrisyon tanısını veya gelişmesi mümkün nütrisyon durumu belirleyemezse bile, profesyonel bakım sıklığını ve yaklaşım metodunu belirleyebilir
Adım 3. Nütrisyonel Girişim	
Tanım ve amaç	Nütrisyonel girişim, beslenmeyle ilgili davranış, risk faktörü, çevresel durum veya sağlık durumunu değiştirmek amacıyla tasarlanan amaçlı bir eylemdir. Nütrisyonel girişim birbiriyle ilişkili iki bileşenden oluşur: planlama ve nütrisyonel tedavinin uygulanması. Nütrisyonel girişim, tipik olarak nütrisyonel sorunun tanımlanması veya nütrisyonel sorunun etiyolojisinin çözümüne yöneliktir. Daha az sıklıkla, bulgu ve semptomları hafifletmeye yöneliktir.
Tedaviler için veri kaynakları / araçları	-Beslenme ve Diyetetik Akademisinin Kanıta Dayalı Beslenme uygulama klavuzu guidelines veya diğer organizasyonların kanıta dayalı klavuzları -Beslenme ve Diyetetik Akademisi Kanıt Analizi Kütüphanesi veya Cochrane Kütüphanesi gibi diğer kaynaklar -Güncel araştırma literatürü -Sonuç yönetimi çalışmalarının veya kalite iyileştirme projelerinin sonuçları

Tablo 1.5. (Devam). Nütrisyonel Bakım Süreci Modelinin 4 Aşaması (Swan ve ark., 2017; Swan ve ark., 2019)

Nütrisyonel girişiminin bileşenleri	1. Planlama -Acil tedavilere ve ulaşılabilir kaynaklara öncelik verilmesi -Hastanın kişiselleştirilmiş tedavisi, diyet klavuzları, güncel referans standartlarına dayalı önerilen miktarda enerji alımı ve gıda seçiminin hastanın sağlık durumuna ve tanısına göre düzenlenmesidir -Tedavinin hedeflerinin belirlemek için hasta ile işbirliği yapılması -Seçilen tedavi etkili olduğu bilinen güncel bilgi ve kanıtlara dayanmalı ve etyolojik probleme odaklanmalı -Yoğunluk, süre ve takip dahil olmak üzere bakımın zamanını ve sıklığını tanımlamalı 2. Uygulama -Bakım planını gerçekleştirmek için hasta ile işbirliği yapılmalı -Nütrisyonel bakım planının iletilmesi -Bakım planının gerektiği durumlarda düzenlenmesi -Planın uygulandığının takip edilmesi ve doğrulanması -Durumdaki değişikliklere veya tedavi yanıtına göre uygulamanın revize edilmesi
Eleştirel düşünce	-Önceliklerin ve hedeflerin belirlenmesi - Nütrisyon tedavisinin veya temel planın tanımlanması -Disiplinlerarası bağlantı kurma - Hastanın ihtiyaçları, tanısı ve değerleri ile tedavi stratejilerini eşleştirmek -Eylem rotası belirlemek için alternatifler arasından seçim yapma -Bakım zamanını ve sıklığını belirlemek
Bakımın devamı için karar	Eğer bir hastatedavi hedeflerine ulaşmışsa veya şu anda gerekli değişiklikleri yapabilecek/uygun değilse, profesyoneller tedavi planının bu kısmından çıkartabilir
Adım 4. Nütrisyonel İzleme ve Değerlendirme	
Tanım ve amaç	İlk değerlendirmede, izlem ve sonraki değerlendirmede kullanılacak göstergeler seçilir. Takip eden değerlendirme sırasında, göstergeler, kaydedilen ilerlemenin miktarını ve hedeflerin veya beklenen sonuçların karşılanıp karşılanmadığını göstermek için kullanılır. Nütrisyon izleme ve değerlendirme, nütrisyon tanı ve tedavi plan ve hedefleriyle ilgili göstergeleri tanımlar.
Nütrisyon İzleme ve Değerlendirme Veri Kaynakları / Araçları	Formlar, elektronik tablolar, bilgisayar programlarından veya hastanın kendisini takibinden elde edilen veriler Antropometrik ölçümler, biyokimyasal veriler, tıbbi testler ve prosedürler Hasta anketleri, ön testler, son testler ve/veya anketler Posta, telefon ve elektronik medya takibi(e-mail)
Ölçülen sonuç türleri	-Beslenme ile ilgili öykü -Antropometrik ölçümler -Biyokimyasal veriler, tıbbi testler ve prosedürler - Nütrisyon odaklı fiziksel bulgular -Bilgi edinme -Davranış değişikliği

Tablo 1.5. (Devam). Nütrisyonel Bakım Süreci Modelinin 4 Aşaması (Swan ve ark., 2017; Swan ve ark., 2019)

Nütrisyonel İzleme ve Değerlendirme bileşenleri	-İlk değerlendirmede: Uygun göstergeleri seçmek -Sonraki değerlendirmede Bu adım, üç farklı ve birbiriyle ilişkili süreç içerir 1. İlerlemeyi izleme -Hasta anlayışı ve plana uyumu kontrol edilmeli; -Tedavinin öngörülen şekilde uygulanıp uygulanmadığını belirlemek; -Plan / tedavi stratejisinin hasta davranışını veya durumunu değiştirdiğine veya değiştirmediyine dair kanıt sağlanmalı; -Diğer olumlu veya olumsuz sonuçlar tanımlanmalı; -İlerlemenin yetersizliğini gösteren bilgiler toplanmalı; ve -Delillerle sonuçları destekleyin 2. Sonuçların/göstergelerin ölçülmesi - Nütrisyon teşhisi, belirtileri, semptomları, nütrisyon hedefleri, tıbbi teşhis, sonuçlar veya kalite yönetimi hedefleriyle ilgili sonuçlar/ göstergeler için veri toplanması 3. Sonuçları / göstergeleri değerlendirin -Mevcut bulguları önceki durum, tedavi hedefleri ve referans standartlarıyla karşılaştırılması
Eleştirel düşünce	- Uygun sonuçların / göstergelerin seçilmesi -Karşılaştırma için uygun referans standartların kullanımı -Hastanın beklenen sonuçların neresinde olduğu tanımlama -Beklenen sonuçlardan varyansı açıklama -İlerlemeye yardım eden veya engelleyen faktörlerin belirlenmesi -Tedavinin devamı veya sonlandırılması arasındaki kararı verme
Bakımın devamı için karar	Bulgulara dayanarak, profesyoneller bakıma devam edebilir; veya nütrisyon bakımı tamamlandığında ya da başka bir değişiklik beklenmiyorsa, hasta tedavisi sonlandırılmalı. Nütrisyon bakımı devam ederse, yeniden değerlendirme ile teşhis ve tedavinin iyileştirilmesi sağlanır. Bakım sonlandırılırsa, hastanın durumu hala takip edilir ve daha sonraki bir tarihte nütrisyonel bakım tekrar başlayabilir

1.Adım nütrisyonel değerlendirme ve yeniden değerlendirme ile hastanın nütrisyonel durumunu, beslenme sorunlarını ve nedenlerini tanımlamak için veri toplamak, sınıflandırmak ve sentezlemek için sistematik bir yaklaşımdır. Nütrisyonel değerlendirme, nütrisyon taramasından veya hasta yönlendirmesiyle başlar. Bu adım sistematik yaklaşımı kolaylaştırır, eleştirel düşünmeye yönlendirir ve hastalara yönelik iletişimi, işbirliğini ve kaliteli bakımı destekler. Toplanan ve analiz edilen veriler, nütrisyon teşhisi seçiminde uzmanları yönlendirmektedir. Hasta takibi sırasında toplanan yeni bilgiler (yani ilk olandan sonra gerçekleşen etkileşimler) ve etkileşimler arasındaki verilerin karşılaştırılması, yeniden değerlendirme için temel ve değişmiş veya çözülmüş beslenme teşhisi olasılığını sağlar. Bu nedenle, bir takip etkileşiminde yeniden değerlendirme, önceki etkileşim sırasında izleme ve değerlendirmenin bittiği yerde başlar. Yeniden değerlendirmenin, etkileşimler arasında değişiklik/ilerleme sağlamak için yalnızca bir etkileşimden diğerine sonuçları karşılaştırmak olmadığı vurgulanmalıdır. Yeniden değerlendirme, bir

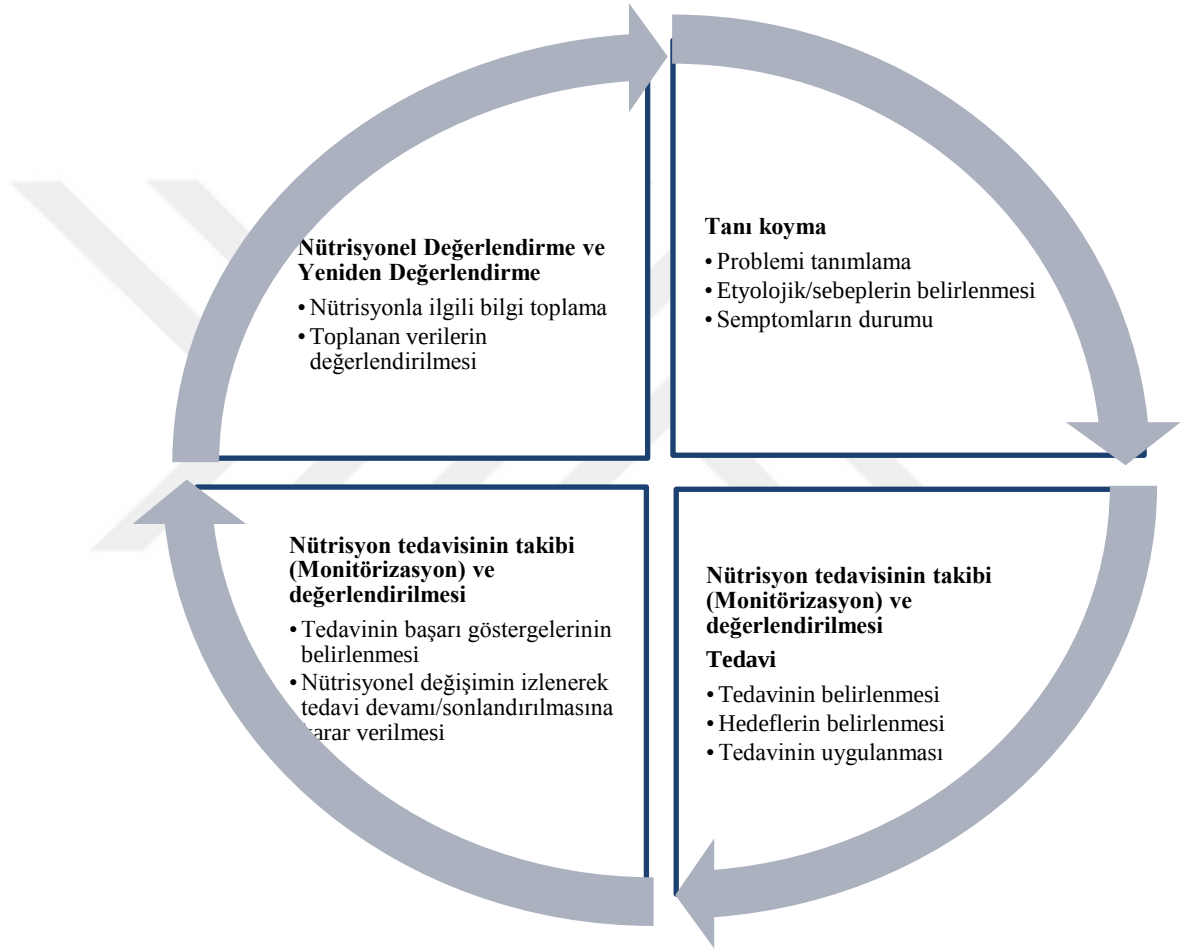
hastanın mevcut durumuna en iyi şekilde uyan bir n trisy n teşhisi geliştirmek veya değiştirmek için yeni önemli ve ilgili bilgileri toplamak için bir fırsattır.

2.Adım, n trisy nel değerlendirme sonucu elde edilen verilerden, bir sağlık profesyoneli hastanın beslenme sorunu olup olmadığını belirleyebilir ve bunu n trisy nel sorunun tespiti olarak isimlendirebilir. N trisy nel sorunun tanımlanması, n trisy nel girişim ile çözülebilen veya iyile tirilebilen belirli bir problem veya problemleri tanımlar. Eleştirel düşünme, n trisy nel sorunun tanımlanmasını geliştirmek için önemlidir. N trisy nel tanı, problemin ortaya koyulması, etiyolojinin belirlenmesi, bulgular ve semptomların durumu ile ilişkilidir. Etiyolojiye yönelik n trisy nel girişimin seçilmesi, arzu edilen n trisy nel bakım sonuçlarını sağlama olasılığı artırır.

3.Adım, n trisy nel girişim, bir sağlık profesyoneli ile hasta arasında i birli inin olmasını sa lar. Sağlık profesyoneli, n trisy nel sorunun tanımlanmasına öncelik verdikten sonra n trisy nel girişimi, n trisy n sorununun ciddiyetini ve hastanın değerlerini ve güvenliğini eleştirel olarak g   n ne alarak planlar. N trisy nel girişimin iki planlama aşaması vardır. İlk aşamada, sağlık profesyoneli ve hasta ortak olarak ulaşılabilir ve ölçülebilir hedefleri belirler. Bu hedefler, n trisy nel sorunun çözüleceği zaman dilimini tanımlamak, plana y  n vermek, hedeflere ulaşmak için gereken tedavileri seçmek ve uygulamak, n trisy nel izleme ve değerlendirme sırasında tedavinin sonuçlarını ölçmek için kriterler sağlamak ve etkinliği değerlendirmek için önemlidir. Bir sonraki aşama, n trisy n reçetesini ve kararlaştırılan hedefleri karşılayacak tedavileri belirlemektir. Tedaviler, bir hastayı istenen bir sonuca yönlendiren bir profesyonel tarafından gerçekleştirilen, yetki verilmiş, koordine edilmiş veya önerilen bir dizi belirli davranış veya eylemdir. Seçilen tedaviler, n trisy n teşhisini çözmek için etiyolojiyi de i tirmeyi veya ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır.

4.Adım n trisy nel izleme ve değerlendirme sırasında, bir sağlık profesyoneli n trisy nel girişimin uygulanmasını takiben sonuçları inceler. N trisy nel izleme ve değerlendirme uygulama eylemlerini içerecek ifadeler açıkça belirtilmiştir (Tablo 1.5

ve Şekil 1.4). Bu eylemler, en iyi uygulamalardan ve kanıta dayalı kılavuzlardan türetilmiş kalite göstergelerinin seçilmesini içerir. Göstergeler, sağlık uzmanları, kuruluşlar ve bakımda iyileşmeyi hedefleyen ve hasta bakımının sağlandığı süreçleri hedefleyen planlayıcılar için nicel bir ölçüm sağlamak için hazır veriyi kullanır. Profesyonel nütrisyon teşhisinin ilerlemesini veya çözülmesini izler, değerlendirir ve yeniden değerlendirmenin gerekli olup olmadığını belirler.



Şekil 1.4. Nütrisyonel Bakım Şeması (Swan ve ark., 2017)

1.10. Nütrisyon Destek Ekibi

Nütrisyon desteği, doğru hastaya, doğru zamanda ve yerde, doğru nütrisyon desteğinin sağlanmasıdır. Bu başarının sağlanabilmesi için yönetimin dikkatli olması ve altyapısının etkin olarak desteklenmesi gereklidir. Ülkemizde 01.07.2015 tarih ve 2015.5411.106 sayılı makam onayı ile yürürlüğe giren Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-Hastane (Versiyon-5) Seti kapsamında; hastanelerde hastalara ihtiyaç duyduğu nütrisyonel desteğin sunulması için, nütrisyon destek ekibi başlığı altında multidisipliner bir ekibin kurulması zorunlu hale gelmiştir.

Bu ekip hastanelerde doktor, diyetisyen, eczacı ve hemşireden oluşmaktadır. Nütrisyon destek ekibi kliniklerde nütrisyon desteğinin bilimsel kaynaklara dayanarak etkin şekilde verilmesine, maliyetin azaltılmasına ve hastanın hastanede kalış süresinde kısalmayı sağlamıştır. Yılmaz ve ark., (2016), çalışmasında nütrisyon ekibinin enteral/parenteral ürün kullanımında ve hasta başı maliyetlerinde azalma meydana getirdiği görülmüştür. Nütrisyon destek ekibi personele eğitim desteği sağlayan, taburculuk sonrası nütrisyonel desteğe devam edecek hastalara ve yakınlarına eğitim verilmesi, nütrisyon desteğini organize eden (günlük enerji ihtiyacının hesaplanması, uygun nütrisyon desteğinin belirlenmesi, karşılanması, izlenmesi ve komplikasyonların takibine yönelik süreçler) ve her gün hastayı yatak başında değerlendirmesini yapan, sürekli iyileştirme için faaliyetler gerçekleştiren, nütrisyon desteği sırasında karşılaşılan sorunlar varsa çözüm oluşturan, ilgili kayıtları tutan bir ekiptir (Çelebi, 2010).

1.11. Nütrisyon Desteğinde Hemşirenin Rolü

Nütrisyon desteğinde en ideal konumda bulunan hemşirelerin, hastanın nütrisyonel durum değerlendirmesi, nütrisyonel bakım ve tedavisinde önemli rolü bulunmaktadır. Nütrisyon desteğinde hemşirelerin rol ve sorumlukları şöyle sıralanabilir:

- * Hastanenin belirlemiş olduğu politika, hedef ve düzenlemelere uygun, hemşirelik hizmetinin en etkili şekilde sunulmasını sağlar.
- * Nütrisyon destek ekibiyle beraber hastanın değerlendirilmesinde ve nütrisyon destek sürecinde görev alır.
- * Nütrisyon desteği sağlanırken hemşirelik girişimleri hakkında belirlenmiş olan standartlara uyulmasını sağlar.
- * Nütrisyon destek ekibi ile birlikte hasta viziti yaparak, nütrisyon planının doğru yöntem, doz ve pozisyonda uygulanmasını takip eder.
- * Nütrisyon destek tedavi sırasında ihtiyaç duyulan ekipmanların temin edilmesi, kullanımı ve uygulaması sırasında ekipte yer alır.
- * Enteral nütrisyonunda tüp ile ilişkili komplikasyonların belirtilerini takip ederek komplikasyonların önlenmesi için hemşirelik girişimleri uygular. Klinik çalışanlarına, hasta ve yakınlarına enteral nütrisyonun bakım ve pansumanı için gerekli eğitimleri vererek danışmanlık yapar.
- * Parenteral nütrisyon desteği periferik uygulamalarında komplikasyonların önlenmesi için hemşirelik girişimleri uygular. Klinik çalışanlarına, hasta ve yakınlarına santral parenteral nütrisyon uygulamalarında, kateter pansumanı ve bakımı için gerekli eğitimler vererek danışmanlık yapar.
- * Nütrisyon destek tedavisi ile birlikte tıbbi tedavi, kan ve kan ürünleri uygulamaları hakkında klinik çalışanlarına, hasta ve yakınlarına bilgilendirme yapar.
- * Nütrisyon ürünlerinin saklama koşulları, uygulama süreleri ve şekilleri hakkında klinik çalışanlarına, hasta ve yakınlarına bilgilendirme yapar.
- * Nütrisyon desteğinde ortaya çıkabilecek komplikasyonları izler. Komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi için hemşirelik girişimleri uygular. Konu ile ilgili klinik hemşirelerine eğitim vererek danışmanlık yapar.
- * Evde enteral/parenteral nütrisyon desteği almaya devam edecek hastalar için gerekli tüm eğitimleri klinik çalışanlarına, hasta ve yakınlarına verilmesini sağlar.
- * Nütrisyon destek ekibinde nütrisyon hemşiresi, ekip ile birlikte sorumluluklarını yerine getirerek, tam zamanlı olarak çalışır.

- * Nütrisyon konusunda güncel, bilimsel yayınları, kongre vb. etkinlikleri takip ederek katılım sağlar.
- * Bilimsel araştırmalara katılım sağlar.
- * Hastanede verilen hizmet içi eğitimlerinde nütrisyon destek ekibiyle birlikte klinik nütrisyon hakkında eğitim verir.
- * Etik kurallara göre uygulamalar yapar.
- * Görevleri doğrultusunda ilgili tüm kayıtları tutar (Sivrikaya ve Eryılmaz, 2018; Kepan, 2019).



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutumlarını, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeylerini ve hemşirelerin nütrisyonel bakım kalitesi algılarını değerlendirmek amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Afyonkarahisar Devlet Hastanesi ve Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin dahili, cerrahi, pediatri, kadın doğum klinikleri ile yoğun bakım ünitelerinde 15.03.2019-01.06.2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

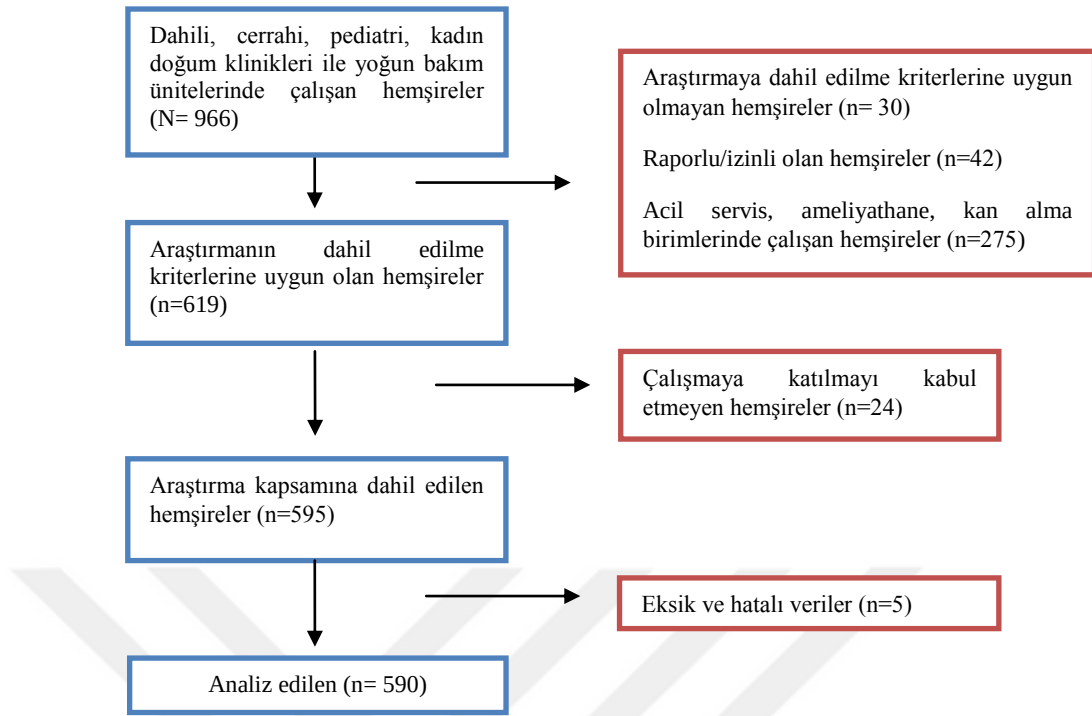
Araştırmanın evrenini 15.03.2019-01.06.2019 tarihleri arasında Afyonkarahisar Devlet Hastanesi ve Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin dâhili, cerrahi, pediatri, kadın doğum klinikleri ile yoğun bakım ünitelerinde çalışan 966 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada zaman, maliyet vb. nedenlerle evrenin tamamı yerine örneklem alınma yoluna gidilmiştir. Örneklem hacminin hesaplanmasında aşağıdaki formül kullanılmıştır; minimum örneklem hacmi 352 olarak bulunmuştur. Bu kapsamda eksik, hatalı ve geriye dönmeyecek veri toplama formları dikkate alınarak, en az 400 hemşirenin örnekleme dâhil edilmesine karar verilmiştir.

$$n = \frac{N.S^2.Z\alpha^2}{(N-1)d^2 + S^2.Z\alpha^2}$$

$$n = \frac{966.1,2.1,96_{0,05}^2}{(966-1).0,1^2 + 1,2.1,96_{0,05}^2}$$

$$n = 352$$

Araştırmanın yürütüldüğü zaman aralığında belirtilmiş olan hastanelerin dahili, cerrahi, pediatri, kadın doğum klinikleri ile yoğun bakım ünitelerinde en az bir aydır çalışan, izinli ya da raporlu olmayan, araştırmaya katılmayı sözlü ve yazılı olarak beyan eden 590 hemşireye ulaşılarak araştırmanın örnekleme dahil edilmiştir (Şekil 2.1). Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, araştırmanın yürütüldüğü tarih aralığında izinli ya da raporlu olan, nütrisyon desteği ve nütrisyonel bakıma yönelik hizmetlerin birincil olarak gerçekleştirilmediği acil servis, ameliyathane, kan alma birimlerinde çalışan hemşireler araştırma kapsamına dâhil edilmemiştir.



Şekil 2.1. Çalışma Akış Şeması

2.4. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

2.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında Hemşire Bilgi Formu (EK 1) ve Theilla ve ark. (2016) tarafından geliştirilen, "The Assessment, Knowledge and Perceived Quality of Nutrition Care Questionnaire" ölçeği aracının Türkçe formu; Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği (EK 2) kullanılmıştır.

Hemşire Bilgi Formu (EK 1)

Araştırmacılar tarafından literatür taraması (Boztaş, 2015; Kara Yılmaz ve ark., 2017; Özbaş ve Baykara, 2018; Akın ve Koçhan, 2018) ve uzman görüşü alınarak oluşturulan, araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (9 soru) ile nütrisyonel destek ve nütrisyonel bakım ile ilişkili eğitim alma durumları, eğitim ihtiyaçları, nütrisyonel bakıma yönelik hemşirelik uygulamaları, çalıştıkları kliniklerdeki nütrisyon desteğine ve nütrisyonel bakıma ilişkin mevcut uygulamalar (12 soru) hakkındaki verileri elde etmeyi amaçlayan toplam 21 sorudan oluşmaktadır.

Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği (EK 2)

Theilla ve ark. (2016), tarafından geliştirilen, ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması Kısacık ve ark. (2019), tarafından yapılan ölçek üç bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölüm; nütrisyonel değerlendirmenin klinik önemine ilişkin hemşirelerin tutumlarını ve hem hastaların hastaneye yatışı sırasında hem de hastanede kaldıkları süre boyunca nütrisyonel değerlendirmeyi hemşirelik bakımının temel bir bileşeni olarak görme durumlarını değerlendiren yedi ifadeyi içermektedir. İfadeler 4'lü likert tipinde "kesinlikle katılmıyorum" (1), "katılmıyorum" (2), "katılıyorum" (3), "kesinlikle katılıyorum" (4) olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin bu bölümünden alınabilecek puan aralığı 7-28'dir.

İkinci bölüm; hemşirelerin, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeylerini değerlendiren 10 adet ters puanlanan ifadede oluşmaktadır. İfadeler 4'lü likert tipinde "kesinlikle katılmıyorum" (4), "katılmıyorum" (3), "katılıyorum" (2), "kesinlikle katılıyorum" (1) olarak puanlanmaktadır. Bu bölümdeki 10 maddeden

alınabilecek puan arttıkça, hemşirelerde daha yüksek bir nütrisyonel bakım bilgisini yansıtacaktır. Ölçeğin bu bölümünden alınabilecek puan aralığı 10-40'tır.

    nc  bölüm; hem  irelerden, çalıştıkları bölümlerde hastalara sunulan nütrisyonel bakımın kalitesini değerlendirmelerini isteyen 9 adet ifadeden oluşmaktadır. İfadeler 5'li likert tipinde "kesinlikle katılmıyorum" (1), "katılmıyorum" (2), "kararsızım" (3), "katılıyorum" (4), "kesinlikle katılıyorum" (5) olarak puanlanmaktadır. Bu bölümdeki dokuz maddeden alınabilecek daha yüksek puan, hem  irelerde nütrisyon bakım kalitesinin daha olumlu bir değerlendirmesini yansıtacaktır. Ölçeğin bu bölümünden alınabilecek puan aralığı 9-45'tir.

Ölçekten elde edilebilecek toplam bir puan bulunmayıp,    bölüm birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmektedir (Theilla ve ark., 2016; Kısacık ve ark., 2019).

Theilla ve ark. (2016), ölçeğin alt boyutlarının Cronbach's alpha katsayılarını sırasıyla 0.82; 0.79; 0.90 olarak bildirmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin alt boyutlarının i  tutarlılığını ölçmek için yapılan Cronbach's alpha güvenirlik analizinde; tutum alt boyutu için güvenirlik katsayısı $\alpha = 0.82$, bilgi düzeyi alt boyutu için $\alpha = 0.63$, algılanan bakım kalitesi alt boyutu için $\alpha = 0.85$ olarak, test-tekrar test toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları 0.89-0.92 arasında bulunmuştur (Kısacık ve ark., 2019). Bu  alı mada Cronbach's alpha katsayısı, tutum boyutu için $\alpha = 0.85$, bilgi düzeyi boyutu için $\alpha = 0.67$, algılanan bakım kalitesi boyutu için $\alpha = 0.87$ olarak bulunmuştur.

2.4.2. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan hem  irelere çalışmanın amacı konusunda bilgilendirme yapılmış, araştırmaya dahil olup olmak istemedikleri sorulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden hem  irelerin uygun oldukları bir zaman diliminde yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak veriler elde edilmiştir. Verilerin toplanması ortalama 20-30 dakikalık bir süreyi gerektirmiştir.

2.4.3. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bu araştırmada aşağıda belirtilmiş olan bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılımı ve ilişkileri incelenmiştir.

Bağımlı Değişkenler: Araştırma kapsamına dahil edilen hemşirelerin nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum puanı ortalamaları, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları, nütrisyonel bakım kalitesi algısı puan ortalamaları.

Bağımsız Değişkenler: Araştırma kapsamına dahil edilen hemşirelerin cinsiyeti, yaş, meslekte çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, klinikte çalışma yılı ortalamaları, eğitim durumu, çalıştıkları kurum ve klinik, nütrisyon desteğine yönelik eğitim alma durumları.

2.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerin analizi SPSS versiyon 22.0 (Armonk, NY: IBM Corp) paket programı ile yapıldı. Araştırmadaki sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleriyle, kategorik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde ile gösterildi. Verilerin normal dağılıp dağılmadığını değerlendirmek için Skewness-Kurtosis değerleri ve Shapiro-Wilk testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin bağımsız ikili grup karşılaştırmalarında Bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi (One Way Anova), tespit edilen anlamlı bulgular için gruplar arasındaki farkları tanımlamada Bonferroni post hoc test kullanıldı. Bağımsız değişkenlerin etkilerini ve ölçek alt boyutlarının birbiri ile ilişkili olup olmadığını değerlendirmek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Yapılan testlerde istatistiksel anlamlılık sınırı için alfa düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

2.5. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırmanın yürütülebilmesi için,

- * Afyonkarahisar ilinde yer alan Afyonkarahisar Devlet Hastanesi ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin (EK 3, EK 4) alınmıştır.
- * Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan tüm hemşirelere çalışmanın amacı konusunda bilgilendirme yapılmış, araştırmaya dahil olup olmak istemedikleri sorularak, gönüllülüğün esas olduğu vurgulanmış, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.
- * Araştırmanın yürütülebilmesi için Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 08.02.2019 tarih ve 2019/95 sayılı etik kurul izni alınmıştır (EK 5).

2.6. Araştırmanın Süre ve Olanakları

Araştırma 15.03.2019-01.06.2019 tarihleri arasında yürütülmüş olup, araştırma süresince gerekli giderler araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına dahil edilen hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 3.1'de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N= 590)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	468	79.3
Erkek	122	20.7
Medeni Durum		
Evli	341	57.8
Bekâr	249	42.2
Eğitim Durumu		
Lise	121	20.5
Ön lisans	102	17.3
Lisans	342	58.0
Lisansüstü	25	4.2
Çalıştığı Kurum		
Devlet hastanesi	362	61.4
Üniversite hastanesi	228	38.6
Çalıştığı Bölüm		
Dahili klinik	176	29.8
Cerrahi klinik	133	22.5
Yoğun bakım ünitesi	176	29.8
Pediyatri kliniği	71	12.0
Kadın hastalıkları ve doğum kliniği	34	5.8
Toplam	590	100.0
Özellikler	X ± SS (Min-Maks)	
Yaş (yıl)	30.97 ± 7.77 (19-54)	
Meslekte çalışma yılı	9.34 ± 7.62 (1-35)	
Kurumda çalışma yılı	5.48 ± 5.80 (1-35)	
Bölümde çalışma yılı	3.37 ± 3.84 (1-30)	

Tablo 3.1'deki bulgulara göre hemşirelerin yaş ortalamasının 30.97±7.77, meslekte çalışma yılı ortalamasının 9.34±7.62, çalıştıkları bölümdeki hizmet yılı ortalamasının ise 3.37±3.84 olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin çoğunluğunun

(%79.3; n= 468) kadın cinsiyette, %58'inin (n= 342) lisans mezunu olduğu, %61.4'ünün (n= 362) devlet hastanesinde, dörtte birinden fazlasının dahili kliniklerde (%29.2; n= 176) ve yoğun bakım ünitesinde çalıştığı (%29.2; n= 176) saptanmıştır.

3.2. Nütrisyon Desteğine Yönelik Eğitim Alma Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin nütrisyon desteğine yönelik eğitim alma özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 3.2'de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Hemşirelerin Nütrisyon Desteğine Yönelik Eğitim Alma Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N= 590)

Özellikler	n	%
Eğitim alan		
Evet	366	62.0
Hayır	224	38.0
Eğitim Alma Zamanı (n= 366)		
Son 1 ay içinde	29	7.9
Son 6 ay içinde	86	23.5
Son 1 yıl içinde	138	37.7
1 yıl üzeri bir zamanda	113	30.9
Eğitim Alınan Yer*		
Hastane içi hizmet içi eğitim	335	81.9
Sertifikasyon programı	20	4.9
Bilimsel toplantı (kongre, sempozyum vb.)	23	5.6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 3.2'deki bulgulara göre araştırma kapsamına dahil edilen hemşirelerin %62'sinin (n= 366) daha önce nütrisyon desteğine yönelik eğitim aldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin çoğunluğunun (%37.7; n= 138) bu eğitimi son 1 yıl içerisinde ve hastane içi hizmet içi eğitime katılarak (%81.9; n= 335) eğitim aldığı saptanmıştır.

3.3. Nütrisyonel Bakıma Yönelik Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin nütrisyonel bakıma yönelik bilgi gereksinimlerine ilişkin bulgular Tablo 3.3'de sunulmuştur.

Tablo 3.3. Hemşirelerin Nütrisyonel Bakıma Yönelik Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N= 590)

Özellikler	n	%
Mevcut Bilgilerini Yeterli Bulma		
Evet	53	9.0
Kısmen	424	71.9
Hayır	113	19.2
Mevcut Bilgilerinin Kaynağı*		
Uygulama alanındaki deneyim	431	46.3
Hastane içi hizmet içi eğitim	388	41.7
Sertifikasyon programı	30	3.2
Bilimsel toplantı (Kongre, Sempozyum vb.)	34	3.7
Diğer	47	5.1
Eğitim gereksiniminin olduğu konular*		
Nütrisyon ve Malnütrisyon	301	14.6
Nütrisyon riskinin değerlendirilmesi ve kullanılan yöntemler	318	15.4
Beslenme gereksiniminin hesaplanması	346	16.8
Beslenme yolunun tercihi	245	11.9
Nütrisyon desteği yöntemleri	261	12.6
Nütrisyon desteği ihtiyacı olan özel hasta grupları	303	14.7
Nütrisyon desteği alan hastada hemşirelik bakımı	291	14.1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 3.3'deki bulgulara göre hemşirelerin sadece %9'unun (n= 53) nütrisyonel bakıma ilişkin mevcut bilgilerinin yeterli bulduğu, çoğunluğunun (%46.3; n= 431) mevcut bilgilerini uygulama alanındaki deneyimlerinden edindiği belirlenmiştir. Hemşirelerin eğitim gereksinimine yönelik bulguları incelendiğinde çoğunlukla "hastanın beslenme gereksiniminin hesaplanması (%16.8; n=346)", "nütrisyon riskinin değerlendirilmesi ve kullanılan yöntemler (%15.4; n=318)", "Nütrisyon desteği ihtiyacı olan özel hasta grupları (%14.7; n=303)" gibi konularda eğitim gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır.

3.4. Nütrisyon Desteğinin Sağlanması ve Nütrisyonel Bakım Uygulamalarına İlişkin Bulgular

Hastalara nütrisyonel desteğin sağlanmasına ilişkin bulgular Tablo 3.4'de sunulmuştur.

Tablo 3.4. Hastalara Nütrisyon Desteğinin Sağlanmasına İlişkin Bulguların Dağılımı

Özellikler	n	%
Çalıştığınız klinikte hastalara nütrisyon desteği sağlanıyor mu?		
Evet	484	82.0
Hayır	106	18.0
Hastanın nütrisyonel durumu üzerinde primer olarak ilgilenen branş*		
Hastanın hekimi	414	34.1
Klinik hemşiresi	348	28.7
Diyetisyen	222	18.3
Nütrisyon hemşiresi	223	18.4
Hiç kimse	6	0.5
Hastaların nütrisyon riskini değerlendiren kişi		
Hastanın hekimi	296	50.2
Klinik hemşiresi	252	42.7
Diyetisyen	13	2.2
Nütrisyon hemşiresi	14	2.4
Hiç kimse	15	2.5
Hastalara nütrisyon desteğinin verilmesinden sorumlu bir ekibiniz var mı?		
Evet	342	58.0
Hayır	290	15.3
Bilmiyorum	158	26.8
Hastalara nütrisyon desteğinin sağlanması konusunda yazılı bir prosedürünüz var mı?		
Evet	321	54.4
Hayır	61	10.3
Bilmiyorum	208	35.3

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 3.4'deki bulgulara göre hemşirelerin çoğunluğu (%82; n= 484) çalıştıkları klinikte hastalara nütrisyon desteğinin sağlandığını belirtirken, hastaların nütrisyonel durumuyla birincil olarak ilgilenen branşın çoğunluğunu hastanın hekiminin (%34.1; n= 414) ve klinik hemşiresinin (%28.7; n= 348) oluşturduğu saptanmıştır. Hemşirelerin dörtte birinden fazlasının (%26.8; n= 158) hastalara nütrisyon desteğinin sağlanmasından sorumlu bir ekibin varlığından haberdar olmadığı görülürken, yaklaşık yarısına yakınının (%45.6; n= 269) nütrisyon desteğinin sağlanmasına ilişkin yazılı bir prosedüre yönelik farkındalıklarının istendik düzeyde olmadığı saptanmıştır.

Tablo 3.5. Hemşirelerin Nütrisyonel Bakım Uygulamalarına İlişkin Bulguların Dağılımı

Nütrisyonel Bakım Uygulamaları	n	%
Hastanın nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi	420	15.3
Hastaların boy/kilo ölçümlerinin yapılması ve takibi	351	12.8
Hastayı enteral yoldan besleme	363	13.3
Hastayı TPN (Total Parenteral Nütrisyon) ile besleme	287	10.5
Ağızdan beslenebilen hastaların beslenme yeterliliğini izleme	441	16.1
Hastayı beslenme komplikasyonları bakımından gözlemlleme ve takip etme	354	12.9
Hastaya verilen nütrisyonel bakımı kayıt altına alma	338	12.3

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Hemşirelerin hastalara sundukları nütrisyonel bakım uygulamalarına ilişkin bulguların dağılımı Tablo 3.5'de sunulmuştur. Bulgulara göre; "hastanın nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi" (%15.3; n= 420), "hastaların boy/kilo ölçümlerinin yapılması ve takibi" (%12.8; n=351), "hastayı enteral yoldan besleme" (%13.3; n=363), "ağızdan beslenebilen hastaların beslenme yeterliliğini izleme" (%16.1; n=441), "hastayı beslenme komplikasyonları bakımından gözlemlleme ve takip etme" (%12.9; n=354), "hastaya verilen nütrisyonel bakımı kayıt altına alma" (%12.3; n=338), gibi uygulamaların oluşturduğu saptanmıştır.

3.5. Hemşirelerin Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemine İlişkin Tutumlarının Belirlenmesine Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin, nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3.6'da sunulmuştur.

Tablo 3.6. Hemşirelerin Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemine İlişkin Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımı (N= 590)

Ortalama ± SS			Minimum		Maksimum		Puan aralığı			
23.41 ± 2.85			12		28		7-28			
Maddeler			Ortalama ± SS	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
				n %	n %	n %	n %	n %	n %	
1.	Hasta bakımında ilk nütrisyonel değerlendirme önemlidir		3.57 ± 0.51	341 57.8	242 41.0	7 1.2	- -			
2.	Hastanın nütrisyonel durumunun izlenmesi hemşirelik bakımının temel bir unsurudur		3.36 ± 0.58	240 40.7	324 54.9	22 3.7	4 0.7			
3.	Hasta yemeğini yemediğinde, hemşire bu durumu doktora bildirmekten sorumludur		3.28 ± 0.68	236 40.0	288 48.8	60 10.2	6 1.0			
4.	Yatışı yapıldığında hastaları tartmak önemlidir		3.14 ± 0.63	162 27.5	353 59.8	72 12.2	3 0.5			
5.	Hastanede yatış süresince nütrisyonel değerlendirmenin her hafta tekrarlanması önemlidir		3.18 ± 0.58	163 27.6	372 63.1	55 9.3	- -			
6.	Hemşirelerin, nütrisyonel durumu değerlendirmesi ve izlemesi hastanın iyileşmesini hızlandırır		3.45 ± 0.53	277 46.9	301 51.0	12 2.0	- -			
7.	Hemşirelik bakımı, hastaların nütrisyonel durumu üzerinde önemli bir etkiye sahiptir		3.43 ± 0.53	268 45.4	311 52.7	10 1.7	1 0.2			

Tablo 3.6'daki bulgulara göre, hemşirelerin tutum puan ortalamasının 23.41 $\pm$ 2.85 olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin ölçek maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde, "hasta bakımında ilk nütrisyonel değerlendirme önemlidir" (3.57 $\pm$ 0.51), "hemşirelerin, nütrisyonel durumu değerlendirmesi ve izlemesi hastanın iyileşmesini hızlandırır" (3.45 $\pm$ 0.53), "hemşirelik bakımı, hastaların nütrisyonel durumu üzerinde önemli bir etkiye sahiptir" (3.43 $\pm$ 0.53) ifadelerine

verdikleri "kesinlikle katılıyorum/katılıyorum" yanıtları ile tutum puanlarının daha yüksek olduğu belirlenirken, "yatışı yapıldığında hastaları tartmak önemlidir" (3.14 ± 0.63) ifadesine yönelik tutum puanlarının düşük olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre tutum puanları analiz edildiğinde, cinsiyet, eğitim durumu, çalıştıkları kurum ile tutum puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Hemşirelerin tutum puanlarının çalıştıkları bölüm ve nutrisyon desteğine yönelik eğitim alma değişkenleri bakımından istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık gösterdiği, yoğun bakım ünitesi ve pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin tutum puanlarının, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere göre, nutrisyon desteğine yönelik eğitim alan hemşirelerin, almayanlara göre tutum puanlarının istatistiksel bakımdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$; Tablo 3.7).

Hemşirelerin yaş ($r = 0.058$; $p = 0.158$), meslekte çalışma yılı ($r = 0.059$; $p = 0.152$), kurumda çalışma yılı ($r = 0.028$; $p = 0.496$) ve çalıştıkları bölümde çalışma yılı ($r = 0.040$; $p = 0.333$) ortalamaları ile tutum puanları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmadığı saptandı (Tablo 3.7).

Tablo 3.7. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemine İlişkin Tutum Puan Ortalamaları (N= 590)

Özellikler		n	%	Ortalama ± SS	t/F	p
Cinsiyet	Kadın	468	79.3	23.41 ± 2.86	0.136	0.892*
	Erkek	122	20.7	23.37 ± 2.83		
Eğitim Durumu	Lise	121	20.5	23.32 ± 2.85	1.350	0.257**
	Ön lisans	102	17.3	23.22 ± 2.76		
	Lisans	342	58.0	23.41 ± 2.88		
	Lisansüstü	25	4.2	24.48 ± 2.80		
Çalıştığı Kurum	Devlet hastanesi	362	61.4	23.57 ± 2.84	1.812	0.71*
	Üniversite hastanesi	228	38.6	23.14 ± 2.86		
Çalıştığı Bölüm	Dahili klinik	176	29.8	23.28 ± 2.91	6.284	p<0.001**
	Cerrahi klinik	133	22.5	22.61 ± 2.76 ^a		
	Yoğun bakım ünitesi	176	29.8	23.93 ± 2.78 ^b		
	Pediatric kliniği	71	12.0	24.22 ± 2.72 ^b		
	Kadın Doğum kliniği	34	5.8	22.70 ± 2.66		
Nütrisyon Desteğine Yönelik Eğitim Alma	Evet	366	62.0	23.61 ± 2.76	2.218	0.027*
	Hayır	224	38.0	23.07 ± 2.98		
			r***	p		
Yaş (yıl)			0.058	0.158		
Meslekte çalışma yılı			0.059	0.152		
Kurumda çalışma yılı			0.028	0.496		
Klinikte çalışma yılı			0.040	0.333		

^{a,b}Tutum puan ortalamaları bakımından anlamlı farklılık gösteren gruplar

p<0.05; *Bağımsız örneklem t-testi (independent-samples t-testi); **Tek yönlü varyans analizi (OneWayAnova); ***pearson korelasyon katsayısı

3.6. Hemşirelerin Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyinin Belirlenmesine Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3.8'de sunulmuştur.

Tablo 3.8. Hemşirelerin Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı (N= 590)

Ortalama $\pm$ SS		Minimum		Maksimum				Puan aralığı	
25.95 $\pm$ 3.45		10		36				10-40	
Maddeler	Ortalama $\pm$ SS	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1. Hemşireler, hastaların nütrisyonel durumundan ziyade hastanın birincil tanısına odaklanmalıdır	2.38 $\pm$ 0.71	65	11.0	253	42.9	256	43.4	16	2.7
2. Yemek yemeyi reddeden bir hasta yemesi için zorlanmamalıdır	2.31 $\pm$ 0.66	49	8.3	327	55.4	197	33.4	17	2.9
3. Hastaların hastane yemeğini yememesinin ana nedeni, yemeğin görünümü ve tadıdır	2.07 $\pm$ 0.81	158	26.8	251	42.5	162	27.5	19	3.2
4. Nütrisyon desteği, yalnızca tıbbi tedavi tamamlandıktan sonra başlatılmalıdır	2.94 $\pm$ 0.66	19	3.2	90	15.3	388	65.8	93	15.8
5. Nütrisyon desteği kaynak tüketen ve maliyeti yüksek bir yatırımdır	2.66 $\pm$ 0.71	39	6.6	169	28.6	335	56.8	47	8.0
6. Nütrisyon desteğinin sağlanmasından hemşirelerden ziyade, diyetisyenler sorumludur	2.18 $\pm$ 0.80	125	21.2	250	42.4	196	33.2	19	3.2

Tablo 3.8. (Devam). Hemşirelerin Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı (N= 590)

7.	Komplikasyonlarından dolayı parenteral beslenmeden kaçınılmalıdır	2.59 ± 0.66	35	5.9	197	33.4	333	56.4	25	4.2
8.	Obez hastalar (BMI > 30) malnütrisyon riski altında değildir ve az miktarda beslenmelidir	2.60 ± 0.65	27	4.6	207	35.1	329	55.8	27	4.6
9.	Yemek yiyen bir hasta, tıbbi tedavi için bile rahatsız edilmemelidir.	2.89 ± 0.74	109	18.5	330	55.5	127	21.5	24	4.1
10.	Aşırı kilolu kanserli hastalarının kilo kaybetmesi kaçınılmazdır ve diyetisyene yönlendirilmelerine gerek yoktur	3.32 ± 0.66	13	2.2	26	4.4	310	52.5	241	40.8

Tablo 3.8'deki bulgulara göre, hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamasının 25.95±3.45 olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin ölçek maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde, "aşırı kilolu kanserli hastalarının kilo kaybetmesi kaçınılmazdır ve diyetisyene yönlendirilmelerine gerek yoktur" (3.32±0.66), "nütrisyon desteği, yalnızca tıbbi tedavi tamamlandıktan sonra başlatılmalıdır" (2.94±0.66) ifadelerine verdikleri "kesinlikle katılmıyorum/katılmıyorum" yanıtları ile bilgi düzeyi puanlarının daha yüksek olduğu belirlenirken, "hastaların hastane yemeğini yememesinin ana nedeni, yemeğin görünümü ve tadıdır" (2.07±0.81), "nütrisyon desteğinin sağlanmasından hemşirelerden ziyade, diyetisyenler sorumludur" (2.18±0.80) ifadelerine yönelik bilgi düzeyi puanlarının düşük olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre bilgi düzeyi puanları analiz edildiğinde, cinsiyet, çalıştıkları bölüm, nütrisyon desteğine yönelik eğitim alma durumu ile bilgi düzeyi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin bilgi

düzeyi puanlarının eğitim durumlarına ve çalıştıkları kurumlara göre istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık gösterdiği, devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin, üniversite hastanesinde çalışanlara, lisans ve lisansüstü eğitim durumuna sahip hemşirelerin, lise mezunu olanlara göre bilgi düzeyi puanlarının istatistiksel bakımdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$; Tablo 3.9).

Hemşirelerin yaş ($r=-0.029$; $p= 0.490$), meslekte çalışma yılı ($r=-0.038$; $p= 0.360$), kurumda çalışma yılı ($r=-0.042$; $p= 0.307$) ve çalıştıkları bölümde çalışma yılı ($r=-0.068$; $p= 0.098$) ortalamaları ile bilgi düzeyi puanları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmadığı saptandı (Tablo 3.9).

Tablo 3.9. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi Puan Ortalamaları (N= 590)

Özellikler		n	%	Ortalama ± SS	t/F	p
Cinsiyet	Kadın	468	79.3	26.01 ± 3.25	0.802	0.424*
	Erkek	122	20.7	25.68 ± 4.14		
Eğitim Durumu	Lise	121	20.5	25.22 ± 3.26 ^a	4.201	0.006**
	Ön lisans	102	17.3	25.59 ± 2.86		
	Lisans	342	58.0	26.20 ± 3.65 ^b		
	Lisansüstü	25	4.2	27.36 ± 2.95 ^b		
Çalıştığı Kurum	Devlet hastanesi	362	61.4	26.18 ± 3.17	2.127	0.034*
	Üniversite hastanesi	228	38.6	25.56 ± 3.82		
Çalıştığı Bölüm	Dahili klinik	176	29.8	25.65 ± 3.42	1.447	0.217**
	Cerrahi klinik	133	22.5	25.92 ± 3.26		
	Yoğun bakım ünitesi	176	29.8	26.35 ± 3.76		
	Pediyatri kliniği	71	12.0	26.07 ± 3.02		
	Kadın Doğum kliniği	34	5.8	25.11 ± 3.34		
Nütrisyon Desteğine	Evet	366	62.0	26.13 ± 3.41	1.694	0.091*
Yönelik Eğitim Alma	Hayır	224	38.0	25.63 ± 3.50		
				r***	p	
Yaş (yıl)				-0.029	0.490	
Meslekte çalışma yılı				-0.038	0.360	
Kurumda çalışma yılı				-0.042	0.307	
Klinikte çalışma yılı				-0.068	0.098	

^{a,b}Bilgi düzeyi puan ortalamaları bakımından anlamlı farklılık gösteren gruplar, $p < 0.05$;

*Bağımsız örneklem t-testi (independent-samples t-testi); **Tek yönlü varyans analizi (OneWayAnova); ***pearson korelasyon katsayısı

3.7. Hemşirelerin Nütrisyonel Bakım Kalitesi Algılarına Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin, hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin algılanan bakım kalitesi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3.10'da sunulmuştur.



Tablo 3.10. Hemşirelerin Nütrisyonel Bakıma İlişkin Algılanan Bakım Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (N= 590)

Ortalama ± SS				Minimum		Maksimum		Puan aralığı			
33.70 ± 5.51				13		45		9-45			
Maddeler	Ortalama ± SS	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kliniğimizde;											
1. Hastalara eksiksiz bir nütrisyon desteği sağlanır	3.52 ± 0.92	74	12.5	253	42.9	182	30.8	69	11.7	12	2.0
2. Hemşirelik ekibimiz, hastaların nütrisyonel durumunu takip eder	3.91 ± 0.79	116	19.7	343	58.1	95	16.1	31	5.3	5	0.8
3. Nütrisyonel değerlendirme düzenli olarak ve profesyonelce yapılır	3.50 ± 0.96	79	13.4	244	41.4	171	29.0	84	14.2	12	2.0
4. Diyetisyen desteği gereken hastalara, en kısa sürede diyetisyen konsültasyonu sağlanır	3.68 ± 0.98	112	19.0	290	49.2	96	16.3	73	12.4	19	3.2
5. Doktorlarımız, hastanın nütrisyonel yönünü de değerlendirir	3.68 ± 0.93	81	13.7	339	57.5	91	15.4	61	10.3	18	3.1
6. Hastalar yemeklerini diyet düzenlemelerine uygun olarak alır	4.15 ± 0.71	179	30.3	344	58.3	48	8.1	16	2.7	3	0.5
7. Hemşireler, bir hastanın yemeğini bitirip bitirmediğinin farkındadır	3.72 ± 0.94	114	19.3	277	46.9	126	21.4	64	10.8	9	1.5
8. Hastanın nütrisyonel durumuna ilişkin bilgiler sağlık çalışanları arasında etkili bir şekilde iletilmektedir	3.96 ± 0.78	129	21.9	343	58.1	85	14.4	29	4.9	0.4	0.7
9. Kliniğimizde verilen nütrisyonel bakımdan memnunum	3.58 ± 0.95	88	14.9	259	43.9	172	29.2	52	8.8	19	3.2

Tablo 3.10'daki bulgulara göre, hemşirelerin algılanan bakım kalitesi puan ortalamasının 33.70 ± 5.51 olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin ölçek maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde, kliniğimizde; "hastalar yemeklerini diyet düzenlemelerine uygun olarak alır" (4.15 ± 0.71), "hastanın nütrisyonel durumuna ilişkin bilgiler sağlık çalışanları arasında etkili bir şekilde iletilmektedir" (3.96 ± 0.78), "hemşirelik ekibimiz, hastaların nütrisyonel durumunu takip eder" (3.91 ± 0.79) ifadelerine verdikleri "kesinlikle katılıyorum/katılıyorum" yanıtları ile algılanan bakım kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu belirlenirken, kliniğimizde; "nütrisyonel değerlendirme düzenli olarak ve profesyonelce yapılır" (3.50 ± 0.96), "hastalara eksiksiz bir nütrisyon desteği sağlanır" (3.52 ± 0.92) ifadelerine yönelik algılanan bakım kalitesi puanlarının düşük olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre algılanan bakım kalitesi puanları analiz edildiğinde, eğitim durumu, çalıştıkları bölüm değişkenleri bakımından algılanan bakım kalitesi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Hemşirelerin algılanan bakım kalitesi puanlarının cinsiyet, çalıştıkları kurum ve nütrisyon desteğine yönelik eğitim alma durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği, erkek cinsiyetteki hemşirelerin kadın cinsiyettekilere, devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin, üniversite hastanesinde çalışanlara, nütrisyon desteğine yönelik eğitim alan hemşirelerin, almayanlara göre algılanan bakım kalitesi puanlarının istatistiksel bakımdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$; Tablo 3.11).

Hemşirelerin yaş ($r = 0.123$; $p = 0.003$), meslekte çalışma yılı ($r = 0.136$; $p = 0.001$), kurumda çalışma yılı ($r = 0.097$; $p = 0.018$) ile algılanan bakım kalitesi puanları arasında çok zayıf düzeyde anlamlı korelasyon bulunduğu, çalıştıkları bölümde çalışma yılı ($r = -0.010$; $p = 0.817$) ortalamaları ile algılanan bakım kalitesi puanları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmadığı saptandı (Tablo 3.11).

Tablo 3.11. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Nütrisyonel Bakıma İlişkin Algılanan Bakım Kalitesi Puan Ortalamaları (N= 590)

Özellikler		n	%	Ortalama ± SS	t/F	p
Cinsiyet	Kadın	468	79.3	33.41 ± 5.43	-2.466	0.014*
	Erkek	122	20.7	34.79 ± 5.68		
Eğitim Durumu	Lise	121	20.5	33.10 ± 5.26	0.868	0.664**
	Ön lisans	102	17.3	33.20 ± 5.63		
	Lisans	342	58.0	33.58 ± 5.58		
	Lisansüstü	25	4.2	34.93 ± 5.41		
Çalıştığı Kurum	Devlet hastanesi	362	61.4	34.48 ± 5.34	4.397	p<0.001*
	Üniversite hastanesi	228	38.6	32.46 ± 5.56		
Çalıştığı Bölüm	Dahili klinik	176	29.8	33.31 ± 5.60	1.090	0.344**
	Cerrahi klinik	133	22.5	32.34 ± 5.72		
	Yoğun bakım ünitesi	176	29.8	35.74 ± 4.55		
	Pediyatri kliniği	71	12.0	32.70 ± 6.13		
	Kadın Doğum kliniği	34	5.8	32.52 ± 4.56		
Nütrisyon Desteğine Yönelik Eğitim Alma	Evet	366	62.0	34.30 ± 5.48	3.441	0.001*
	Hayır	224	38.0	32.71 ± 5.42		
				r***	p	
Yaş (yıl)				0.123	0.003	
Meslekte çalışma yılı				0.136	0.001	
Kurumda çalışma yılı				0.097	0.018	
Klinikte çalışma yılı				-0.010	0.817	

p<0.05; *Bağımsız örneklem t-testi (independent-samples t-testi); **Tek yönlü varyans analizi (OneWayAnova); ***pearson korelasyon katsayısı

Hemşirelerin lek alt boyut puan ortalamalarının birbiri ile ilişkileri incelendiğinde; nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum puanları ile nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında ($r=0.102$; $p=0.013$), nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum puanları ile algılanan bakım kalitesi puanları ortalamaları arasında ($r=0.309$; $p=0.000$), nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi puanları ile algılanan bakım kalitesi puanları ortalamaları arasında zayıf düzeyde anlamlı korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0.090$; $p=0.028$).



4. TARTIŞMA

4.1. Hemşirelerin Nütrisyon Desteğine Yönelik Eğitim Alma ve Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Hastalarının beslenme durumlarını değerlendirmek, hastanın ihtiyacı olan enteral veya parenteral beslemeyi önerilen nütrisyon desteği programına uygun olarak başlatmak ve yönetmek, nütrisyon desteğine ilişkin olası komplikasyonları izlemek ve beslenme hedeflerini değerlendirmek hemşirelerin önemli sorumluluklarıdır. Bu nedenle hemşirelerin nütrisyon desteğine yönelik bilgi düzeylerini geliştirmeyi amaçlayan eğitim programlarının düzenlenmesi önemlidir (Kim ve Chang, 2019). Bu çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun son bir yıl içinde nütrisyon desteğine yönelik eğitim aldığı saptanmıştır. Bu bulgu, ülkemizde hemşirelerin nütrisyon alanına yönelik sorumluluklarının ön plana çıkarılmasını amaçlayan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011), Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti (2015) gibi yasal düzenlemeler kapsamında, nütrisyonun bir hasta bakım standardı olarak hemşirelik rolleri arasında tanımlanmış olmasının bir sonucu olarak düşünülebilir. Konu ile ilişkili yapılan çalışmalar eğitimsel müdahalelerin, hemşirelerin nütrisyon desteğine yönelik bilgi düzeyi ve uygulamalarındaki iyileşmeye katkı sağlayabileceğini ortaya koymuştur (Ke ve ark., 2008; Ameri ve ark., 2016; Khalil El-Meanawi, 2017; Kim ve Chang, 2019; Sharour, 2019).

Bu çalışmada elde ettiğimiz bir diğer bulgu, hemşirelerin çoğunluğunun nütrisyon desteğine yönelik eğitim almış olmalarına rağmen, üçte ikisine yakınının nütrisyonel bakıma yönelik mevcut bilgilerini kısmen yeterli bulmasıdır. Duerksen ve ark. (2016), tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin büyük çoğunluğu nütrisyonla ilgili bilgilerinin güncellenmeye ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir. Mowe ve ark. (2008), nütrisyonel bakıma ilişkin yetersiz uygulamaların en yaygın nedeninin, bilgi eksikliği olduğunu ortaya koymuştur. Ameri ve ark. (2016),

malnütrisyona ilişkin olumsuz sonuçların önlenmesinde hemşirelik bilgisi ve uygulamaları arasındaki boşluğun kapatılmasının önemine dikkat çekmiştir. Ancak ülkemizde hemşirelerle yürütülen bazı çalışmalarda da görüldüğü gibi hemşirelerin nütrisyonel alana yönelik bilgi ve uygulamaları istendik düzeyde değildir. Koçhan ve Akın (2018), hemşirelerin beslenme desteğine yönelik bilgi düzeylerinin, teorik ve uygulamalı eğitimlerle desteklenme ihtiyacının olduğunu saptamıştır. Hemşirelerin nütrisyon desteğine yönelik uygulamalarını gözlemlemeye yönelik yapılan bir diğer çalışmada, hemşirelik uygulamalarının, klavuzlarda bildirilmiş olan önerilerle yeterince uyumlu olmadığı saptanmıştır (Uysal ve ark., 2011). Yılmaz ve ark.'nın (2017), çalışmasında, hemşirelerin neredeyse yarısının, bakımından sorumlu oldukları hastalarda malnütrisyon varlığı konusunda bir fikrinin olmadığı saptanmıştır. Bu bulgular hemşirelerin nütrisyona yönelik önemli rollerini yerine getirmeleri bakımından, hemşirelerin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinin ve profesyonel ve etkili eğitim müdahalelerinin gerekliliğinin önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğu, nütrisyonla ilgili mevcut bilgilerinin kaynağını, uygulama alanında edindikleri deneyim olarak bildirmiştir. Bulgularımıza benzer şekilde, Yalcin ve ark.'nın (2013), çalışmasında hemşirelerin önemli bir bölümünün nütrisyonla ilgili bilgilerinin, uygulama alanlarındaki deneyimlerine dayandığı saptanmıştır. Kim ve Chang (2019), tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin önemli bir bölümü, nütrisyonel uygulamalarının bilgi kaynağı olarak, kendi meslektaşlarını bildirmiştir. Wentzel Persenius ve ark. (2006), kritik bakım hemşirelerinin beslenme ile ilgili bilgileri için yoğun olarak meslektaşlarına güvendiklerini belirlemiştir. Benzer şekilde bir Ürdün çalışmasında, hemşireler, nütrisyonel bilgi gereksinimleri için çoğunlukla meslektaşlarına danıştıklarını bildirmiştir (Darawad ve ark., 2015). Bu durumun önemli nedenleri arasında, yoğun çalışma ortamı ve zaman yetersizlikleri nedeni ile hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarına etkin olarak katılamaması gösterilmiştir (Darawad ve ark., 2015). Bizim çalışmamızda da hemşirelerin dörtte birinden fazlasının eğitime katılmadıkları belirlenmiştir. Klinik alanda uygulamalara yön verebilecek meslektaşlar önemli bir bilgi kaynağı olarak görülse de, her zaman bilimsel kanıtlar sağlamayabilirler. Bununla birlikte, hemşirelerin nütrisyona yönelik eğitilmiş olmalarını ve hemşirelik

uygulamalarının kanıta dayalı olmasını sağlamak önemlidir. Bu nedenle hemşirelerin nütrisyona ilişkin bilgi ve uygulamalarını yeni kanıtlarla güncellemeyi ve geliştirmeyi amaçlayan, hemşirelerin edindikleri bilgileri klinik ortamda kullanmalarını sağlayacak sürekli eğitim programları uygulanmalıdır.

Yetersiz beslenmenin olumsuz klinik sonuçlarını bildiren çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak, hastanede yatan hastalarda nütrisyonel durum değerlendirmesi ve ihtiyaç duyulan beslenme desteği sıklıkla ihmal edilmektedir (Barker ve ark., 2011; Kang ve ark., 2018). Bu durumun en önemli nedenleri arasında, malnütrisyon riski altında olan hastaların zamanında ve doğru bir şekilde tespit edilememesi yer almaktadır (Sauer ve ark., 2016; Theilla ve ark., 2016; Shin ve ark., 2018). Oysaki hastanın hastaneye kabul  sırasında nütrisyonel değerlendirmesinin yapılması, yetersiz beslenen ya da malnütrisyon bakımından risk altında olan hastaların tespit edilmesini sağlayabilir (Aydın ve Karaöz, 2008). Hemşireler risk altındaki hastaların tespit edilmesi ve sürekli nütrisyonel bakım için en uygun ekip üyeleridir (Khalaf ve ark., 2014; Sauer ve ark., 2016). ABD'deki hastanelerdeki mevcut beslenme uygulamalarını değerlendirmeye yönelik yürütülen bir çalışmada, hemşirelerin nütrisyonel risk değerlendirmesini yürüten en etkin ekip  yesi oldukları belirlenmiştir (Patet ve ark., 2014). Ancak, hemşirelerin kendinden beklenen bu rolü etkin olarak yerine getirmeleri, yeterli bir bilgi birikimini gerektirir. Yapılan bu çalışmada, hemşirelerin çoğunluğu, hastaların nütrisyonel riskinin değerlendirilmesi ve beslenme gereksiniminin hesaplanması konularında bilgi gereksinimlerinin olduğunu ifade etmiştir. Bulgularımıza benzer şekilde, Mowe ve ark. (2008), tarafından yapılan çalışmada, yetersiz beslenmiş ya da malnütrisyon riski altındaki hastaları tanımlamada kullanılan yöntemler konusunda hemşirelerin orta seviyede bir bilgi düzeyine sahip oldukları saptanmıştır. Aynı çalışmada hemşirelerin yarısından fazlasının hastaların enerji ihtiyaını hesaplamakta zorlandığı bildirilmiştir. Yapılan başka bir çalışmanın sonuçları, sağlık profesyonellerinin nütrisyon ile ilgili daha fazla bilgi almak istedikleri alanın, hastanın besin ve enerji gereksiniminin hesaplanması olduğunu göstermiştir (Lane ve ark., 2014).

4.2. Nütrisyon Desteğinin Sağlanması ve Nütrisyonel Bakım Uygulamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Klinik kılavuzlar, hastanede yatan hastalarda bireyselleştirilmiş bir nütrisyonel değerlendirmeyi, disiplinlerarası işbirliğine dayalı nütrisyonel desteği ve hastaların nütrisyonel durumlarının izlenmesini vurgulamaktadır (Hopkinson, 2015; Theilla ve ark., 2016). Ülkemizdeki tüm kamu ve özel hastanelerinde uygulanmak üzere 2015 yılında yürürlüğe girmiş olan Sağlıkta Kalite Standartları, hastanede tedavi altındaki hastalarda bireyselleştirilmiş bir nütrisyonel değerlendirmenin yapılmasını ve hastanın ihtiyaç duyduğu nütrisyonel desteğin profesyonel bir ekip tarafından sunulmasını gerektirmektedir. Yapılan bu çalışmada, hastaların nütrisyonel durumu üzerinde primer olarak ilgilenen meslek üyelerinin çoğunluğunu hekimlerin oluşturduğu belirlense de, hemşirelerin dörtte birinden fazlası, klinik hemşirelerinin de bu rolü üstlendiklerini ifade etmiştir. Hemşirelerin, nütrisyonel bakım uygulamalarına yönelik ülkemizde yürütülen çalışma sayısı çok sınırlıdır. Konu ile ilişkili yapılan bir çalışmada, bulgularımıza benzer şekilde, hekimlerden sonra hastanın nütrisyonel durumuna odaklanan ikinci meslek üyesinin hemşireler olduğu bildirilmiştir (Yılmaz ve ark., 2017). Hemşireler, ideal bir nütrisyon desteğinin vazgeçilmez üyesidir (DeLegge ve Kelley, 2014). Hem nütrisyon desteğine duyulan ihtiyacın tanımlanmasında hem de uygun önlemlerin alınmasında önemli bir rol oynamaktadırlar (Eide ve ark., 2015). Hastaların nütrisyonel durumlarını yakından takip ederek, yetersiz beslenmenin olumsuz sonuçlarını azaltmaya yardımcı olabilirler (Hopkinson, 2015; Sauer ve ark., 2016). Bu nedenle hemşirelerin, nütrisyonel bakıma ilişkin sorumluluk hissetmeleri ve bilgi birikimlerinin arttırılması bakımından desteklenmeleri önemlidir. Uluslararası literatür, hemşireler tarafından, hastalara verilen beslenme ile ilişkili önerilerin ve buna yönelik hemşirelik uygulamalarının, hastaların fiziksel işlevlerinde, zihinsel, duygusal fonksiyonlarında iyileşme sağladığını göstermiştir (Baldwin ve Weekes, 2011; Young ve ark., 2011).

Hastanın nütrisyonel riskinin değerlendirilmesi ve uygun beslenme desteğinin sunulması, yetersiz beslenme durumu ile ilişkili olumsuz sonuçları tersine çevirmeye veya durdurmaya yardımcı olabilir. Protein-enerji gereksinimi bakımından yetersiz

beslenmiş olan veya yetersiz beslenme riski olan hastaların tespit edilmesine yardımcı olmak için bir nütrisyonel risk değerlendirme süreci önerilmektedir (Yentür, 2011). Çalışmamızda, hemşirelerin yarısı, hastanın nütrisyonel riskini değerlendiren kişinin çoğunlukla hastanın hekimi olduğunu bildirmiştir. Yılmaz ve ark. (2017), tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmeyi uygulama durumlarının yetersiz olduğu bildirilmiştir. Hastaların nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi konusunda hemşirelerin yaklaşımlarını inceleyen bir çalışmada, hemşirelerin çoğunluğu, nütrisyonel değerlendirmenin bir hekimin sorumluluğu olduğunu bildirmiştir (Aydın ve Karaöz, 2008). Norveç'te yapılan bir çalışmada, hemşireler hastaların nütrisyonel durumunun nasıl değerlendirileceğinde emin olmadıklarını bildirmiştir (Eide ve ark., 2015). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hastanelerde nütrisyonel değerlendirme yaklaşımlarını incelemeye yönelik yapılan çok merkezli bir çalışmada, hastaların beslenme değerlendirmesinin çoğunlukla klinik diyetisyenler tarafından yapıldığı saptanmıştır (Mogensen ve ark., 2018). Literatürden farklı olarak bizim çalışmamızda hemşirelerin nütrisyonel risk değerlendirmesinde daha fazla rol aldıkları saptanmıştır. Bu bulgu, hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin sorumluluklarını ön plana çıkaran düzenlemelerin bir sonucu olmakla birlikte, nütrisyonel risk değerlendirmesinin nasıl ve hangi yöntemlerle uygulanması gerektiği konusunda hemşirelerin yeterli donanıma sahip olması gerekliliğini de vurgulamaktadır. Bu alana ilişkin hemşirelik uygulamalarının yetersiz kalması, malnütrisyon riski altındaki hastaların gözden kaçırılmasına ya da yanlış değerlendirmelerine yol açabilir. Bir Kore  alışması, hemşirelerin nütrisyon bilgilerinin sınırlı olması nedeniyle, klinik ortamda nütrisyonel değerlendirme kriterlerini kötü kullandıklarını göstermiştir (Kim ve Choue, 2009). Çalışma bulgularımızda da sunulduğu gibi, nütrisyonel risk değerlendirmesi, hemşirelerin geliştirilmesine ihtiyaç duydukları bir nütrisyonel bakım uygulamasıdır.

Hastaların ihtiyaç duyduğu nütrisyonel desteğin, disiplinler arası işbirliğine dayalı olarak verilmesi oldukça önemlidir. Disiplinler arası beslenme uygulamalarını optimize etmek amacıyla nütrisyon destek ekiplerinin oluşturulması 1980 ve 1990'lı yıllarda nütrisyonel bakımın altın standardı haline gelmiştir. Nütrisyon destek ekibi  yeleri arasındaki işbirliğinin, nütrisyon desteği ile ilişkili maliyet etkinliğini ve

kalitesini artırabileceği gösterilmiştir (Pietka ve ark., 2014). İdeal bir ekip kompozisyonu, özel beslenme eğitimi alan doktorları, hemşireleri, diyetisyenleri ve eczacıları içerir. Bununla birlikte nütisyon destek ekibinin yapısı ve işlevselliği, kurum kültürüne, mevcut personel durumuna göre değişiklik gösterebilir (DeLegge ve Kelley, 2014). Ülkemizde de, 2015 yılında yürürlüğe girmiş olan Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında hastanelerde nütisyon destek ekiplerinin oluşturulması zorunlu hale getirilmiştir. Yapılan bu çalışmada, hemşirelerin yarısına yakını, çalıştıkları kurumda nütisyon destek ekibinin olmadığını ya da böyle bir ekibin varlığından haberdar olmadıklarını bildirmiştir. Bulgularımıza benzer olarak, Al Kalaldehy ve ark.'nın (2015), çalışmasında hemşirelerin önemli bir bölümü nütisyon destek ekibinden haberdar olmadıklarını bildirmiştir. Bu bulgular, nütisyon destek ekiplerinin işlevselliğinin istendik düzeyde olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca, nütisyonel destek ekiplerinin kurum içindeki tanınırlığının artırılmasına ve disiplinler arası işbirliğine dayalı bir kurumsal kültürün geliştirilmesinin gerekliliği de vurgu yapmaktadır. Bu nedenle kurum yöneticileri, yasal prosedürlerin uygulamadaki yeterliliklerini değerlendirmeli, nütisyon alanında eğitilmiş hemşirelerin bu sürece dahil olmalarını desteklemelidir.

4.3. Hemşirelerin Nütisyonel Değerlendirmenin Önemine İlişkin Tutumlarının İncelenmesi

Hasta bakımının önemli bir bileşeni olarak, beslenme ile ilişkili uygulamaların iyileştirilmesi ve sürdürülmesi, hemşirelerin nütisyonel bakımın yönetimi konusunda olumlu tutuma sahip olmaları ve nütisyonel değerlendirmeyi hemşirelik bakımının temel bir bileşeni olarak görmeleri ile ilişkilidir (Kim ve Choue, 2009; Bauer ve ark., 2015). Hemşirelerin bu süreçte aktif olarak rol alması, hastanın nütisyonel durumu ile ilişkili ortaya çıkabilecek birçok olumsuz durumunun erken dönemde tanımlanmasını ve hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır (Sharour, 2019). Yapılan bu çalışmada, hemşirelerin nütisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum puan ortalamaları incelendiğinde, olumlu bir tutuma sahip oldukları söylenebilir. Theilla ve ark. (2016), tarafından yapılan

çalışmada, İsrailli hemşirelerin tutum puanı, bulgularımıza benzer olarak bulunmuştur. Martin ve ark. (2014), Avustralyalı hemşirelerin, hastalara ihtiyaç duydukları nütrisyonel bakımın sunulmasında önemli rollerinin olduğuna inandıklarını bildirmiştir. Bir Kore çalışmasında, hemşirelerin çoğunluğunun, hastaların nütrisyonel durumlarına yönelik olumlu tutuma sahip olduğu ve nütrisyona yönelik bilgilerini geliştirme isteğinde oldukları bildirilmiştir (Kim ve Choue, 2019). Bu bulgular, aynı zamanda hemşirelerin nütrisyonel bakım uygulamalarının iyileştirilmesine yönelik müdahalelere açık olduklarının da bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Hastanın hastaneye kabulünde, bireysel bir nütrisyonel değerlendirmenin yapılması, malnütrisyon riski altında olan hastaların erken dönemde tanımlanması ve hastanın ihtiyacı olan nütrisyonel destek ihtiyacının saptanması bakımından önemlidir. Yapılan çalışmalar, nütrisyonel bakımın önemli bir adımı olan nütrisyonel değerlendirmenin sıklıkla ihmal edildiğini göstermektedir (Barker ve ark., 2011; Theilla ve ark., 2016; Shin ve ark., 2018; Kang ve ark., 2018). Hemşireler, hastaların nütrisyonel bakımını olumlu yönde etkileyebilecek değişikliklerin yaratılmasında önemli bir role sahiptir (Sauer ve ark., 2016). Hastaneye kabulden sonraki ilk üç gün içinde hemşireler tarafından bireysel nütrisyonel değerlendirmenin yapılmasını da kapsayan bir müdahale çalışmasının sonuçları, hastalarda kilo alımının daha stabil ve beslenme uyumsuzluk belirtilerinin daha az görüldüğünü ortaya koymuştur (Schmidt ve ark., 2019). Ülkemizde hemşirelerin konu ile ilişkili tutumlarını değerlendiren çalışmaların sayısı çok sınırlı olmakla birlikte, Yılmaz ve ark.'nın (2017), çalışmasında hemşirelerin çoğunluğu, nütrisyonel değerlendirmenin hemşireler tarafından yapılamayacağını ve bu süreçte etkin rol almadıklarını bildirmiştir. Yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin, hastaların nütrisyonel bakımdan değerlendirilmeleri gerektiği konusunda fikir birliğinde oldukları ancak bu değerlendirmenin nasıl yapılması gerektiği konusunda yeterli veya açık bir bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada, hemşirelerin önemli bir bölümü, nütrisyonel değerlendirmenin bir doktorun ya da diyetisyenin görevi olduğunu ifade etmiştir (Aydın ve Karaöz, 2008).

Yapılan bu çalışmada, hemşirelerin en yüksek tutum puanını "hasta bakımında ilk nütrisyonel değerlendirme önemlidir" ifadesinden aldıkları saptanmıştır. Bu bulgu Theilla ve ark.'nın (2016), çalışma bulgularıyla uyumludur. Buna ek olarak, çalışmamızdaki hemşirelerin çoğunluğu, hastaların nütrisyonel yönden değerlendirilmesi ve takibinin hasta bakımına olabilecek katkıları konusunda olumlu tutum bildirmiştir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada, sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğunun, nütrisyonel desteğin, kritik bir hastanın klinik sonuçlara olumlu katkıda bulunacağı konusunda hem fikir oldukları belirlenmiştir (Lane ve ark., 2014). Kanada'da yapılan başka bir çalışma, hemşirelerin nütrisyon alanında daha fazla bilgi edinmek istediklerini ve nütrisyonel risk taramasına katılmaya istekli olduklarını göstermiştir (Duerksen ve ark., 2016). Bu bulgular, hastaların nütrisyonel bakımı için hayati öneme sahip olan hemşirelerin, yetersiz beslenme riski altındaki hastaları erken dönemde tespit ederek hastanın klinik sonuçlarına olabilecek olumlu katkıları bakımından önemlidir. Ancak, hastaların nütrisyonel olarak değerlendirilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi gereksinimlerinin olduğuna dikkat çeken önceki çalışma bulgumuz, hemşirelerin olumlu tutumlarının eyleme geçirilmesi için nütrisyonel değerlendirme ve malnütrisyon riskinin saptanmasına yönelik eğitim müdahalelerine ihtiyaç olduğunu da ortaya koymaktadır. Ürdün'de onkoloji hemşireleri ile yapılan bir çalışmanın sonuçları, eğitim müdahalesinin, hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirme ve danışmanlık ile ilgili bilgilerini iyileştirdiğini, özgüvenlerini arttırdığını göstermiştir (Sharour, 2019).

Çalışma bulgularımız, nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum puanlarının sadece nütrisyon desteğine yönelik eğitim almış, yoğun bakım ünitesi ile pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir. Theilla ve ark. (2016), İsrail'li hemşirelerin tutum puanlarının, cinsiyet dışındaki sosyo-demografik özellikleri bakımından anlamlı farklılık göstermediğini saptamıştır. Kim ve Choue (2009), yoğun bakım ünitesinde çalışan Kore'li hemşirelerin, nütrisyonel değerlendirmenin önemine daha fazla değer verdiklerini bildirmiştir. Bu sonuç, yoğun bakım ünitelerindeki hemşirelerin, hastaların kritik beslenme gereksinimleri ile ilişkili olarak nütrisyon desteğine yönelik uygulamalara daha fazla katılmaları ile ilişkili olabilir. Hastaların beslenme gereksinimlerinin

karşılanmasında kilit rol oynayan hemşirelerin n trisy n ile ilişkili yeterlilikleri, hastaların n trisy nel yönden değerlendirilmesi ve n trisy n desteği hakkındaki bilgilerine bağlıdır (Yalcin ve ark., 2013). Fjeldstad ve ark. (2017), hastanın n trisy nel yönüne ilişkin sorumluluk alma yetersizliğinin, sağlık  alışanlarında n trisy nla ilişkili bilgi boşluğunun önemli bir faktör olduğunu vurgulamıştır. Çalışma bulgularımıza benzer olarak, eğitimsel müdahalelerin, hemşirelerin n trisy na yönelik farkındalıklarını arttırmaya, tutumlarını iyileştirmeye katkıda bulunduğu yapılan çalışmalarla desteklenmiştir (Ke ve ark., 2008; Theilla ve ark., 2016; Kim ve Chang, 2019).

4.4. Hemşirelerin N trisy nel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Hastaların n trisy nel durumlarını korumak ve gerekli n trisy nel desteği almalarını sağlamada, hemşirelik bakımının kritik olduğunu kabul etmektedir. Hemşirelerin, n trisy nel bakıma ilişkin rollerinin farkında olmaları ve hemşirelik uygulamalarını geliştirmeleri, hastaların n trisy nel durumlarının sürdürülmesine ya da iyileştirilmesine katkıda bulunur (Jefferies ve ark., 2011). Hemşirelerin, n trisy nel bakıma ilişkin rollerini yerine getirebilmeleri bu konudaki bilgi düzeyleri ile ilişkilidir (Yalcin ve ark., 2013). Ancak hem uluslararası (Mowe ve ark., 2008; Ke ve ark., 2008; Kim ve Choue, 2009; Al Kalaldehy ve ark., 2015; Bauer ve ark., 2015; Theilla ve ark., 2016; Ameri ve ark., 2016; Kim ve Chang, 2019; Sharour, 2019) hem de ulusal (Yılmaz ve ark., 2017; Yalcin ve ark., 2013; Ekincioğlu ve ark., 2017) alanda yapılan çalışmalar, n trisy n konusundaki bilgi eksikliğine ve hemşireler için kapsamlı n trisy n eğitimlerinin gerekliliğine vurgu yapmaktadır. Hastalara yeterli n trisy nel bakım sunmadaki engelleri, hemşirelik bakış açısıyla inceleyen bir çalışmada, hemşirelerin önemli bir bölümü n trisy nel bakım konusunda yeterliliklerinin geliştirilmesine ve desteklenmelerine ihtiyaç duyduğuna dikkat çekmiştir (Eide ve ark., 2015). Avustralya'da yapılan bir çalışmanın sonuçları, sağlık profesyonellerinin, hastaların n trisy nla ilgili sorunlarının farkında olsalar da bunu nasıl yönetecekleri konusunda bilgi arayışında olduklarına vurgu yapmıştır (Lea ve ark., 2014). Martin ve ark.'nın (2014), çalışmasında katılımcı hemşirelerin yarısı,

hastalara beslenme önerisinde bulunma konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmiştir. Bu çalışmada, hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamaları incelendiğinde, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin yeterli düzeyde olmadığı söylenebilir. Thiella ve ark. (2016), İsrail’li hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamalarını bizim bulgularımıza benzer olarak bildirmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, hemşire katılımcıların tamamının orta düzeyde bir bilgi puanı aldıkları saptanmıştır (Yalcin ve ark., 2013). Bu bulgular, hemşireler için kapsamlı eğitim programlarının uygulanmasına ihtiyaç duyulduğunu gösterse de, hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin yeterliliklerinin ve farkındalıklarının geliştirilmesine hemşirelik eğitim sürecinden itibaren başlanmasının önemine de dikkat çekmektedir.

Bu çalışmada, hastaya ihtiyaç duyduğu nütrisyonel desteğin sağlanmasında hemşirelerin sorumluluk alanına ilişkin bilgi puanının daha düşük olduğu, hemşirelerin %63.6’nın, "kesinlikle katılıyorum/katılıyorum" yanıtları ile nütrisyon desteğinin bir hemşireden çok diyetisyenin sorumluluk alanı olduğunu düşündüğü saptanmıştır. Nütrisyonel bakım alanına ilişkin hemşirelerin sorumlulukları ülkemizde bazı yasal düzenlemelerde tanımlanmış olsa da, hemşirelerin nütrisyonel bakımda kendi rollerinin yeterince farkında olmadıkları görülmektedir. Literatür, nütrisyonel bakımın tıp, hemşirelik ve diyetetik arasındaki boşlukta kaldığını ve her bir mesleğin nütrisyonel bakım ekibindeki rolünün yeterince açığa kavuşturulamadığına dikkat çekmiştir (Jefferies ve ark., 2011). Eide ve ark. (2015), hastane ortamında nütrisyonel bakım stratejilerinin yeterince tanımlanmadığı sistemsel sorunların, nütrisyonel bakımda ihmale yol açan önemli bir faktör olduğunu vurgulamıştır. Nütrisyonel bakım uygulamalarına daha fazla dahil olmalarını sağlamak, hemşirelerin nütrisyon ile ilgili bilgi ve farkındalıklarının arttırılmasına katkı sağlayabilir. Yalcin ve ark. (2013), nütrisyonel değerlendirme faaliyetlerini yürüten hemşirelerin nütrisyon bilgi puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Hastaneye yatış ve hastanın tıbbi süreci ile ilişkili durumlar hastaların beslenme alışkanlıklarını ve nütrisyonel durumunu etkileyebilir. Bu nedenle hastalarda besin alımının takip edilmesi önemlidir (Bulut ve ark., 2015; Marshall ve

ark., 2019). Bu çalışmada, hastanın yemeğini yememesinin olası nedenine ilişkin hemşirelerin bilgi puanının yeterli olmadığı, bir hasta yemeğini yemiyorsa bunun temel nedeninin yemeğin tadı ve görünümü olabileceğine hemşirelerin %69.3'ünün "kesinlikle katılıyorum/katılıyorum" yanıtını verdikleri saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, hemşireler tarafından hastane ortamındaki hastaların beslenme alışkanlıklarının değişmesinin önemli bir nedeni olarak, hastaların beslenme öğünlerinde sevdiği yiyecekleri bulamaması gösterilmiştir. Aynı çalışmada, hemşireler tarafından nütrisyonun sadece, hastanın yeme-içme durumu ya da yeme alışkanlıkları olarak algılandığına da dikkat çekilmiştir (Aydın ve Karaöz, 2008). Bu bulgular, hastanın nütrisyonel durumuna katkı yapabilecek ya da besin alımını olumsuz etkileyebilecek tıbbi durumu ile ilişkili diğer faktörlerin gözden kaçırılmasına yol açabilir.

Yapılan bu çalışmada hemşirelerin dörtte birinden fazlası (%28.6) "katılıyorum" yanıtları ile nütrisyon desteğini kaynak tüketen ve maliyeti yüksek bir yatırım olarak tanımlamıştır. Bu bulgu, nütrisyonel desteğin hasta sonuçlarına katkısı konusunda hemşirelerin bilgi gereksinimlerinin olduğunu düşündürmektedir. Bu durum aynı zamanda, hemşirelerin nütrisyon desteği uygulamalarında etkin rol almasının önünde bir engel teşkil edebilir. Hastaların nütrisyonel bakımdan yetersiz kalmasının hasta bakım kalitesini ve hasta güvenliğini tehdit eden en önemli unsurlardan biri olduğu kabul edilmektedir (Avelino-Silvave Jaluul, 2017). Bununla birlikte, yetersiz nütrisyonel desteğin, mevcut tıbbi durumda kötüleşme, iyileşme sürecinde gecikme, yaşam kalitesinde bozulma ve mortalite riskinde artış gibi birçok olumsuz klinik sonuç ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Brantervik ve ark., 2005; Agarwal ve ark., 2013; Sohrabi ve ark., 2015; Alzahrani ve Alamri 2017; Leiva ve ark., 2017; Fjeldstad ve ark., 2018; Sun ve ark., 2018). Ayrıca yetersiz beslenme ile ilgili olumsuz sonuçların, sağlık bakım sistemi için hastanede kalış süresinde uzama, tedavi ve bakım maliyetinde artma gibi önemli sorunlara yol açtığı da bilinmektedir (Lim ve ark., 2012; Alzahrani ve Alamri, 2017; Curtis ve ark., 2017).

Çalışma bulguları, devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Bu bulgu, nütrisyonel bakım sürecine ilişkin işlerliğin ve uygulamaların kurumlar arasındaki farklılığından kaynaklanabilir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı hastanelerinde kurumsal kültürün bir parçası olarak Sağlıkta Kalite Standartlarına ilişkin çalışma ve uygulamaların geçmişi daha eskilere dayanmaktadır. Dolayısıyla Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında (2015) bir hasta bakım standardı olarak da değerlendirilen nütrisyonel bakım uygulamalarına ilişkin hemşirelerin bilgi düzeyinin devlet hastanelerindeki hemşirelerde daha yüksek olması bununla ilişkili olabilir. Bu çalışmada elde ettiğimiz bir diğer bulgu, daha yüksek eğitim düzeyine sahip hemşirelerde, nütrisyonel bakım bilgi puanının anlamlı olarak daha yüksek olmasıdır. Bulgularımıza benzer şekilde, Yalcin ve ark. (2013), orta  ğretim düzeyindeki hemşirelerle kıyaslandığında, lisans ve lisansüstü hemşirelerin daha yüksek nütrisyon bilgi puanına sahip olduklarını bildirmiştir. Avusturya'da yapılan bir çalışmada, lisans mezunu hemşirelerin, nütrisyona ilişkin daha fazla bilgiye sahip oldukları saptanmıştır (Bauer ve ark., 2015). Theilla ve ark. (2016), eğitim düzeyindeki artışın, nütrisyonel bakım bilgisinin önemli bir belirleyicisi olduğunu saptamıştır. Hemşirelik lisans programlarının eğitim müfredatında nütrisyonel bakım uygulamalarına daha fazla vurgu yapılması, nütrisyon alanında daha yetkin hemşirelerin yetiştirilmesini ve hemşirelerin nütrisyonel bakım uygulamalarının iyileştirilmesini sağlayabilir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu, nütrisyonla ilgili bilgilerinin kaynağının mesleki deneyimlerine dayandığını bildirmiş olsa da bulgularımız, hemşirelerin meslekte ve çalıştıkları klinikteki çalışma süreleri ile nütrisyonel bakım bilgi puanları arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir. Bulgularımıza benzer şekilde, yapılan bazı çalışmalarda mesleki profesyonellik s resindeki artışın, hemşirelerin nütrisyona ilişkin bilgilerinde artış sağlamadığı vurgulanmıştır (Crogan ve Evans, 2001; Yalcin ve ark., 2013). Bu aynı zamanda nütrisyon ile ilişkili özel bir eğitim almadan ve nütrisyonla ilişkili bir alanda çalışma deneyimi olmadan tek başına uzun süreli hemşirelik deneyiminin, nütrisyonel bakım bilgisini arttırmayacağı anlamına gelebilir.

4.5. Hemşirelerin Nütrisyonel Bakım Kalitesi Algılarının İncelenmesi

Sağlık bakım ortamlarında, hastalara sunulan nütrisyonel bakım uygulamalarının, klinik klavuzlar tarafından vurgulanmış olan öneriler ve yönergeler ile uyumlu olması, güvenli ve kaliteli nütrisyonel bakımın temelini oluşturur (Persenius ve ark., 2015). Ancak, sağlık profesyonellerine, hastaları için yüksek kalitede bir nütrisyonel bakım sunma fırsatı sağlayan bu düzenlemelere rağmen, yetersiz beslenme riski altında olan hastaların belirlenmesi, nütrisyonel desteğin zamanında ve uygun bir şekilde sağlanması sıklıkla göz ardı edilmektedir (Sauer ve ark., 2016; Theilla ve ark., 2016; Shin ve ark., 2018; Kim ve Chang, 2019). Hastaların nütrisyonel bakımında önemli bir role sahip hemşirelerin, hastaların nütrisyonel durumunun önemini ve hastalara sunulan nütrisyonel bakımın kalitesini nasıl algıladıkları önemlidir (Kim ve Choue, 2009; Jefferies ve ark., 2011; Mogre ve ark., 2015). Bu çalışmada hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin algılanan bakım kalitesi puan ortalamaları, kendi kliniklerinde hastalara sunulan nütrisyonel bakım kalitesini yeterince olumlu olarak değerlendirmediklerini göstermektedir. Theilla ve ark. (2016), çalışmalarında, hemşirelerin nütrisyonel bakım kalitesi algılarının, nütrisyonun önemi ile ilişkili bilgilerine dayandığını bildirmiştir. Çalışma bulgularımızdaki hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi puanları ile algılanan bakım kalitesi puan ortalamaları arasındaki korelasyon bu literatür bulgusunu desteklemektedir. Bu bulgu aynı zamanda, daha iyi bir nütrisyonel bakım bilgisinin, hemşirelerin hastalarına sunduğu nütrisyonel bakımın kalitesine olacak olumlu yansımalarının, hemşirelerin de bakım kalitesi algılarını olumlu yönde geliştirebileceği anlamında yorumlanabilir.

Çalışma bulgularımız, hemşirelerin, kendi kliniklerinde nütrisyonel değerlendirmenin düzenli ve profesyonelce yapılmasına ilişkin algıladıkları bakım kalitesi puan ortalamalarının daha düşük olduğunu göstermiştir. İdeal bir nütrisyonel bakımın ilk adımı, hastaneye yatışın hemen ardından hastaların yetersiz beslenme riski açısından taranmasını ve nütrisyonel yeterliliğinin değerlendirilmesini gerektirir (Meijers ve ark., 2014; Abi Saleh ve ark., 2018). ASPEN, morbidite ve mortaliteyi azaltmak, hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek için yetersiz beslenme riski

altındaki hastaların erken dönemde tespit edilmesini ve uygun n trisy n desteğinin hastalara sunulmasını savunmaktadır (Mogensen ve ark., 2018). Ancak yapılan çalışmalar hastaların n trisy nel bakımdan yeterince değerlendirilmediklerini göstermektedir (DeLegge ve Kelley, 2014; Sun ve ark., 2018). Lübnan'da 41 hastanedeki n trisy n destek uygulamalarının değerlendirildiği çok merkezli bir çalışmada, hastanelerin %92'sinin yetersiz beslenme riski altındaki hastaları saptamaya yönelik bir tarama sistemi kullanmadıkları saptanmıştır (Abi Saleh ve ark., 2018). Hastanede yatan hastalar için beslenme bakım kalitesinin iyileştirmesinde en önemli etkiye sahip olan n trisy nel değerlendirme için, hemşireler uygun ekip üyeleridir (Aydin ve Karaöz, 2008). Ancak yapılan birçok çalışmada da belirtildiği gibi, n trisy nel değerlendirmenin hemşirelik uygulamalarının bir parçası olarak kabul edilmesi bu konuda gerekli eğitimi almaları ile mümkündür (Duerksen ve ark., 2016; Lane ve ark., 2014; Theilla ve ark., 2016; Kara Yılmaz ve ark., 2017; Aydın ve Karaöz, 2018; Sharour, 2019). Bu nedenle temel hemşirelik eğitiminden başlamak üzere, n trisy nel değerlendirmenin nasıl ve hangi araçlarla yapılacağı konusu, hemşirelik eğitim müdahalelerinde daha fazla vurgulanmalıdır.

Çalışmamızda, hemşirelerin dörtte birinden fazlası, kendi kliniklerindeki n trisy nel bakım uygulamalarından memnun olma ve hastalara eksiksiz bir n trisy nel desteğin sağlanması konularında, kararsız olduklarını ifade etmiştir. Bu bulgular aynı zamanda, n trisy n desteğine yönelik uygulamaların, kurumsal işleyişinin mevcut durumundaki yetersizliklerinde bir sonucu olarak düşünülebilir. Ülkemizdeki 2015 yılından itibaren bazı yasal düzenlemelerle birlikte n trisy n desteğine ilişkin uygulamaların bir hasta bakım standardı olarak, profesyonel bir ekip tarafından ele alınması gerekliliği kabul edilmiş olsa da, standartların uygulamadaki yeterliliklerinin yönetimsel olarak takip edilmesi oldukça önemlidir. Yılmaz ve ark. (2017), çalışmasında katılımcı hemşirelerin sadece beşte biri, kendi kliniklerinde hastaların n trisy nel yönünün ele alındığını ifade etmiştir. Ekincioglu ve ark. (2017), çalışmalarında n trisy n desteğinin yönetimine ilişkin hekim ve hemşirelerin farklı bakış açılarına sahip olduğuna dikkat çekmiştir. Bu bulguların, hastanede yatan hastalarda n trisy nla ilişkili olumsuz klinik sonuçlara yol açabileceği göz önünde

bulundurulduğunda, ülkemizde nütrisyon desteği ile ilişkili uygulamaların profesyonel ekip işbirliği içinde sunulmasının daha fazla çaba gerektirdiği açıktır. Literatür, hemşirelerin, nütrisyonel bakım kalitesini iyileştirmeye yönelik gerekli istek ve kapasiteye sahip olsalar da, sağlık sistemindeki bazı engellerin bu rollerini yerine getirmelerine engel olduğunu bildirmiştir (Khalaf ve ark., 2014). Sistemsel iyileştirmeler, hemşirelerin nütrisyonel bakımda daha aktif rol almalarını amaçlamalıdır. Ayrıca, hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmeye ilişkin rollerinin açık olarak tanımlanması, hemşirelerin nütrisyon desteğine yönelik uygulamalara daha fazla katılmalarını kolaylaştıran düzenlemelerin yapılması, hasta bakım kalitesinin arttırılmasına yardımcı olabilir. Hem ülkemizde hem de uluslararası literatürde konu ile ilişkili çalışmalar, hemşirelerin çalışma koşullarındaki yoğunluğun, zaman yetersizliğinin ve önemli bir faktör olarakta nütrisyonel bakımda kendi rollerine ilişkin bilgi ve farkındalık eksikliklerinin bu rolü üstlenmelerinde engel teşkil ettiğini ortaya koymaktadır (Aydın ve Karaöz, 2008; Mowe ve ark., 2008; Eide ve ark., 2015; Sharour, 2019; Yılmaz ve ark., 2017; Lane ve ark., 2014).

Bu çalışmada, katılımcı hemşirelerin en yüksek algılanan bakım kalitesi puan ortalamasını "hastalar yemeklerini diyet düzenlemelerine uygun olarak alır" ifadesinden aldıkları saptanmıştır. Bu bulgu, olumlu olarak değerlendirilse de, klinik ortamda nütrisyonel bakımın hastaların diyet düzenlemelerin yapılması ile sınırlı olduğu düşüncesini de gündeme getirmektedir. Bu sonuç aynı zamanda, hastaların diyet düzenlemelerine göre besin alımlarının kontrolünde hemşirelerin daha fazla rol almalarının da bir sonucu olabilir. Aydın ve Karaöz (2008), yaptıkları çalışmada, hemşirelerin çoğunluğunun nütrisyon algılarının oral gıda alımı ya da hastanın beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesine odaklı olduğunu vurgulamıştır.

Çalışma bulgularımız, nütrisyon desteğine yönelik eğitim alan hemşirelerin, algılanan nütrisyonel bakım kalitesi puanlarının, eğitim almayan hemşirelerden anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bulgularımıza benzer şekilde Theilla ve ark. (2016), nütrisyon eğitiminin, hemşirelerde nütrisyonel bakım kalitesi algısının tek ve en önemli belirleyicisi olduğunu saptamıştır. Bu bulgu, eğitimsel müdahalelerin hemşirelik uygulamalarını iyileştirerek, bakım kalitesi algılarını

olumlu yönde geliştirebileceği olarak yorumlanabilir. Bulgularımızda hemşirelerin nütrisyonel bakım kalitesi algılarına ilişkin kurumlar arasındaki anlamlı farklılık, hastalara sunulan nütrisyon desteği uygulamalarının devlet hastanesinde daha profesyonelce uygulandığı dolaylı olarakta hemşirelerin bakım kalitesi algılarının daha olumlu olduğu anlamına gelebilir. Çalışma bulgularımız, hemşirelerin nütrisyonel bakım kalitesi algılarının, hemşirelikte ve kurumdaki çalışma süresi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu sonuç, hemşirelerin bakım kalitesi algılarının, mesleki deneyim ve kurumsal kültürden etkilenebileceğini düşündürmüştür. Bu nedenle nütrisyonel bakımın, hemşirelik uygulamalarına dahil edilmesi ve sağlık kuruluşlarında nütrisyon desteğinin iyileştirilmesini amaçlayan sistemsel düzenlemeler gereklidir. Böylece hemşirelerin kaliteli nütrisyonel bakımı daha kolay tanımlamaları ve bakım kalitesini iyileştirmek için daha fazla sorumluluk almaları sağlanabilir.

Bu çalışmada elde ettiğimiz bir diğer bulgu, hemşirelerin nütrisyonel bakım kalitesi algılarının, nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutumları ile ilişkili olmasıdır. Nütrisyonel değerlendirmenin önemine ve gerekliliğine yönelik hemşirelerin tutumlarının olumlu olması, malnütrisyon riski altındaki hastaların daha erken dönemde belirlenmesini ve nütrisyonel desteğin zamanında başlatılmasını sağlar. Theilla ve ark. (2016), nütrisyonel değerlendirmenin önemini kabul eden ve kavrayan hemşirelerin, nütrisyonel bakım kalitesini daha doğru olarak değerlendirebileceklerini bildirmiştir. Bu bulgular, hemşirelerin, hastanın beslenme ile ilgili sorununu tespit ettiklerinde, daha iyi kalitede nütrisyonel bakım sunma olasılıklarının daha yüksek olduğu anlamında yorumlanabilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerde nütrisyonel değerlendirmenin önemini, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyini ve algılanan nütrisyonel bakım kalitesini değerlendirmek amacıyla yaptığımız bu çalışmadan şu sonuçlar elde edilmiştir;

- ✱ Araştırma kapsamına dahil edilen hemşirelerin %62'sinin son 1 yıl içinde nütrisyon desteğine yönelik eğitim aldığı ancak çoğunluğunun (%71.9) nütrisyonel bakıma yönelik mevcut bilgilerini kısmen yeterli bulduğu belirlenmiştir.
- ✱ Hemşirelerin çoğunluğunun (%46.3) nütrisyonla ilişkili mevcut bilgilerinin kaynağını, uygulama alanında deneyimlerinin oluşturduğu saptanmıştır.
- ✱ Hemşireler çoğunlukla "hastanın beslenme gereksiniminin hesaplanması" (%16.8), "nütrisyon riskinin değerlendirilmesi ve kullanılan yöntemler" (%15.4) gibi konularda eğitim gereksinimlerinin olduğunu ifade etmiştir.
- ✱ Hemşirelerin çoğunluğu, çalıştıkları klinikte hastalara nütrisyon desteğinin sağlandığını bildirmiş olup, hastaların nütrisyonel durumuyla birincil olarak ilgilenen branşın çoğunluğunu hastanın hekiminin (%34.1) ve klinik hemşiresinin (%28.7) oluşturduğu saptanmıştır.
- ✱ Araştırmaya katılan hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin olumlu bir tutuma sahip oldukları belirlenirken, nütrisyon desteğine yönelik eğitim alan, yoğun bakım ünitesi ile pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin tutum puanlarının istatistiksel bakımdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
- ✱ Araştırmaya katılan hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin yeterli düzeyde olmadığı belirlenirken, bilgi puanlarının hemşirelerin çalıştıkları kurum ve eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).
- ✱ Araştırma kapsamına dahil edilen hemşirelerin, kendi kliniklerinde hastalara sunulan nütrisyonel bakım uygulamalarına ilişkin ortalamanın üzerinde bir bakım kalitesi algısına sahip olduğu belirlenirken, hemşirelerin algılanan bakım kalitesi puanlarının cinsiyet, çalıştıkları kurum ve nütrisyon desteğine

yönelik eğitim alma durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği, ayrıca hemşirelerin nütrisyonel bakım kalitesi puanlarının, yaş, meslekte ve kurumda çalışma yılı ile zayıf düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

- * Hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum puanlarının, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi ve algılanan nütrisyonel bakım kalitesi puanları ile pozitif yönde ilişkili olduğu, ayrıca nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi puanlarının, algılanan nütrisyonel bakım kalitesi puanları ile zayıf düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Elde edilen bu sonuçların doğrultusunda; hemşirelerin nütrisyonel bakımdaki rollerini daha etkin yürütmeleri ve hastaların nütrisyonel bakımına olan katkılarını arttırmak için;

- * Hemşirelik lisans eğitiminden itibaren, hemşirelerin nütrisyon ile ilişkili rol ve sorumluluklarına yönelik farkındalıklarının artırılması,
- * Hemşirelik eğitim müfredatında, nütrisyonel bakıma ilişkin kavramların ve bilimsel bilginin daha fazla ele alınması,
- * Klinik alanda çalışan hemşirelerin nütrisyonel bakımdaki rol ve sorumluluklarını iyileştirmeyi ve bilgi gereksinimlerini geliştirmeyi amaçlayan sürekli hizmet içi eğitim programlarının uygulanması,
- * Hizmet içi eğitim programlarının, nütrisyonel risk taraması-malnütrisyon riskinin değerlendirilmesi gibi hemşirelerin bilgi gereksinimlerinin olduğu alanlara daha fazla vurgu yapması,
- * Nütrisyon desteğine yönelik uygulamaların multidisipliner bir ekip yaklaşımı ve bilimsel gereklilikler doğrultusunda yürütülmesi, kurum yöneticilerinin yazılı düzenleme ve standartların uygulamadaki yeterliliğini takip etmeleri,
- * Hastaların nütrisyonel yönünün, bir hemşirelik bakım sorumluluğu olarak kabul edilirliğinin artırılması için; nütrisyon destek ekibinde hemşirelerin daha fazla rol almalarının sağlanması,
- * Nütrisyon destek hemşireliği sertifikasyon programı gibi hemşirelerin nütrisyon alanındaki yeterliliklerini geliştirmeyi amaçlayan eğitim

programlarına daha fazla hemşire katılımın sağlanması, hemşirelerin kurum yöneticileri tarafından desteklenmeleri önerilmektedir.



ÖZET

Hemşirelerin Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemine İlişkin Tutumlarının, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Nütrisyonel Bakım Kalitesi Algılarının İncelenmesi

Nütrisyon, hasta bakım kalitesini ve güvenliğini etkilediği bilinen önemli bir faktördür. Bu nedenle hastanede yatan hastalara ihtiyaç duydukları nütrisyonel desteğin ve bakımın sağlanması önemlidir. Hemşireler, nütrisyonel bakım sürecinin en önemli ekip üyesidir. Bu çalışma, hemşirelerin nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutumlarını, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeylerini ve hemşirelerde nütrisyonel bakıma ilişkin algılanan bakım kalitesini değerlendirmek amacıyla Mart 2019-Haziran 2019 tarihleri arasında Afyonkarahisar ilindeki bir devlet ve bir üniversite hastanesinde 590 hemşire ile yürütülen tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırma verilerinin toplanmasında Hemşire Bilgi Formu ve Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma verilerin analizi SPSS versiyon 22.0 ile tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi, pearson korelasyon analizi ile yapıldı. Hemşirelerin nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum puan ortalaması 23.41 ± 2.85 , nütrisyonel bakıma yönelik bilgi düzeyi puan ortalaması 25.95 ± 3.45 , algılanan nütrisyonel bakım kalitesi puan ortalaması 33.70 ± 5.51 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin tutum puanlarının, nütrisyon desteğine yönelik eğitim alma ve çalışılan kliniğe göre; bilgi düzeyi puanlarının çalışılan kurum ve eğitim düzeyine göre; algılanan nütrisyonel bakım kalitesi puanlarının cinsiyet, çalışılan kurum ve nütrisyon desteğine yönelik eğitim alma durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0.05$). Bununla birlikte, nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum puanları ile nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında ($r=0.102$; $p=0.013$), nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum puanları ile algılanan bakım kalitesi puanları ortalamaları arasında ($r=0.309$; $p=0.000$), nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi puanları ile algılanan bakım kalitesi puanları ortalamaları arasında zayıf düzeyde anlamlı korelasyon

olduğu saptanmıştır ($r=0.090$; $p= 0.028$). Yapılan bu çalışma sonucunda; hemşirelerin nştrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin olumlu bir tutuma sahip oldukları, ancak nştrisyonel bakıma ilişkin bilgi dşzeylerinin yeterli dşzeyde olmadığı ve kendi kliniklerinde hastalara sunulan nştrisyonel bakım kalitesini yeterince olumlu olarak değerlendirmedikleri söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Nştrisyon, Nştrisyonel Bakım, Nştrisyonel Değerlendirme, Hemşire



SUMMARY

Determination the Attitude toward the Nutritional Assessment, the Level of Knowledge of Nutritional Care and the Perceived Nutritional Care Quality among Nurses

Nutrition is an important factor that is known to affect quality and safety in patient care. As such, it is important to provide patients with the necessary nutritional support and care, and it is nurses that are the most important team member of the nutritional care process. In this descriptive study, conducted with 590 nurses between March 2019 and June 2019 at a state and a university hospital in the Afyonkarahisar province of Turkey, we evaluate the attitudes of nurses toward the importance of nutritional assessment, their level of knowledge of nutritional care, and the nurse-perceived quality of nutritional care. The study data was collected using the Nurse Information Form and the Questionnaire for Evaluating the Importance of Nutritional Assessment, the Level of Nutritional Care Knowledge and the Perceived Quality of Care among Nurses. The study data was analyzed with descriptive statistics, an independent samples t-test, a one-way analysis of variance and Pearson correlations using SPSS version 22.0 software. The mean score was 23.41 ± 2.85 for the nurses' attitudes toward the importance of nutritional assessment, 25.95 ± 3.45 for the level of knowledge of nutritional care among nurses, and 33.70 ± 5.51 for the nurse-perceived quality of nutritional care. The nurses' attitude scores differed significantly by training on nutritional support and their clinic; the knowledge scores differed significantly among the nurses based on their institution and educational level; and the nurses' perceived nutritional care quality scores differed significantly by gender, their institution and access to training in nutritional support ($p < 0.05$). Furthermore, there was a weak yet significant correlation between the mean scores for the attitudes toward the importance of nutritional assessment and the mean scores for the level of knowledge of nutritional care ($r = 0.102$; $p = 0.013$); between the mean scores for attitudes toward the importance of nutritional assessment and the mean scores for the perceived quality of nutritional care ($r = 0.309$; $p = 0.000$); and between the mean

scores for the level of knowledge on nutritional care and the mean scores for the perceived quality of nutritional care ($r=0.090$; $p= 0.028$). It can be concluded from this study that nurses have a positive attitude toward the importance of nutritional assessment; however, they lack a sufficient level of knowledge in nutritional care, and do not evaluate the quality of care provided to patients at their clinics as sufficiently favorable.

Keywords: Nutrition, Nutritional Assessment, Nutritional Care, Nurse



KAYNAKLAR

- ABİ SALEH, W., BOU KHALİL, P., OUAİJAN, K., ABİLLAMA, F., AKİKİ, S., AHMAD, N., MATTAR, L. (2018). Evaluation of nutrition support practices: Results from a nationwide survey. *Clin Nutr.* **37(6)**: 1976-1979.
- ADKİNS, S.M. (2009). Recognizing and Preventing Refeeding Syndrome. *Dimens Crit Care Nurs.* **28(2)**: 53-58.
- AGARWAL, E., FERGUSON, M., BANKS, M., BATTERHAM, M., BAUER, J., CAPRA, S., ISENİRİNG, E. (2013). Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clin Nutr.* **32(5)**: 737-45.
- AGARWAL, E., FERGUSON, M., BANKS, M., BAUER, J., CAPRA, S., ISENİRİNG, E. (2012). Nutritional status and dietary intake of acute care patients: results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clin Nutr.* **31(1)**: 41-47.
- AL KALALDEH, M., WATSON, R., HAYTER, M. (2015). Jordanian nurses' knowledge and responsibility for enteral nutrition in the critically ill. *Nurs Crit Care.* **20(5)**: 229-241.
- AL KALALDEH, M.T., SHAHİN, M. (2014). Nurses' knowledge and responsibility toward nutritional assessment for patients in intensive care units. *Journal of Health Sciences.* **4(2)**: 90-96.
- ALBERDA, C., GRAF, A., McCARGAR, L. (2006). Malnutrition: etiology, consequences, and assessment of a patient at risk. *Best practice&research clinical gastroenterology.* **20(3)**: 419-439.
- ALLARD, J.P., KELLER, H., JEEJEEBHOY, K.N., LAPORTE, M., DUERKSEN, D.R., GRAMLİCH, L., PAYETTE, H., BERNİER, P., VESNAVER, E., DAVIDSON, B., TETERİNA, A., LOU, W. (2016). Malnutrition at Hospital Admission-Contributors and Effect on Length of Stay: A Prospective Cohort Study From the Canadian Malnutrition Task Force. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* **40(4)**: 487-497.
- ALPHAN M. E. (2019). Hastalıklarda Beslenme Tedavisi. 5. Baskı. Hatipoğlu Yayıncılık, Ankara.
- ÁLVAREZ HERNÁNDEZ, J., LEÓN SANZ, M., PLANAS VİLÁ, M., ARAUJO, K., GARCÍA DE LORENZO, A., CELAYA PÉREZ, S. (2015). Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized dysphagic patients: a subanalysis of the predyces study. *Nutr Hosp.* **32(4)**: 1830-1836.
- ÁLVAREZ-HERNÁNDEZ, J., PLANAS-VILA, M., LEÓN-SANZ, M., GARCÍA DE LORENZO, A., CELAYA-PÉREZ, S., GARCÍA-LORDA, P., ARAUJO, K., SARTO GUERRÍ, B.; PREDYCES RESEARCHERS. (2012). Prevalence and costs of

malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES Study. *Nutr Hosp.* **27(4)**: 1049-1059.

ALZAHRANİ, S.H., ALAMRİ, S.H. (2017). Prevalence of malnutrition and associated factors among hospitalized elderly patients in King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia. *BMC Geriatr.* **17(1)**: 136.

AMERİ, Z.D., VAFAEE, A., SADEGHİ, T., MİRLASHARİ, Z., GHODDOOSİ-NEJAD, D., KALHOR, F. (2016). Effect of a comprehensive total parenteral nutrition training program on knowledge and practice of nurses in NICU. *Glob J Health Sci.* **8(10)**: 135-142.

ANDERSON, M.A., BEN-MENACHEM, T., GAN, S.I., APPALANENİ, V., BANERJEE, S., CASH, B.D., FİŞHER, L., HARRİSON, M.E., FANELLİ, R.D., FUKAMİ, N., IKENBERRY, S.O., JAİN, R., KHAN, K., KRİNSKY, M.L., LİCHTENSTEİN, D.R., MAPLE, J.T., SHEN, B., STROHMEYER, L., BARON, T., DOMİNİTZ, J.A. (2009). Management of antithrombotic agents for endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc.* **70(6)**: 1060-1070.

ANTHONY, P.S. (2008). Nutrition screening tools for hospitalized patients. *Nutrition in Clinical Practice.* **23(4)**: 373-382.

ARGİLÉS, J.M. (2005). Cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs.* **2**: 39-50.

ATALAY, B.G., AKYEL, S., ÖNER, S.Ö., ATALAY, H.H. (2019). Hastanede Yatan ve Beslenme Destek Ekibine Danışılan Hastalarda Malnütrisyon Durumu ve Hedeflenen Beslenme Desteği Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi.* **47(1)**: 24-32.

AVELİNO-SİLVA, T.J., JALUUL, O. (2017). Malnutrition in hospitalized older patients: management strategies to improve patient care and clinical outcomes. *Int J Gerontol.* **11**: 56-61.

AYDİN, N., KARAÖZ, S. (2008). Nutritional assessment of patients before gastrointestinal surgery and nurses' approach to this issue. *J Clin Nurs.* **17(5)**: 608-617.

AYDOĞAN, Z.G. (2008). Kritik hastada enteral ve kombine enteral-parenteral nütrisyon tedavisi. Uzmanlık tezi, Göztepe Eğitim Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği.

BACHRACH-LİNDSTRÖM, M., JENSEN, S., LUNDİN, R., CHRİSTENSSON, L. (2007). Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care. *J Clin Nurs.* **16(11)**: 2007-2014.

BALABAN, H., AYGENCEL, G., TÜRKOĞLU, M., ÜLGER Z. (2014). Bir Dahili Yoğun Bakım Ünitesinde Nütrisyon Destek Tedavi Uygulamaları. *Yoğun Bakım Derg.* **5**: 30-35.

- BALDWIN, C., WEEKES, C.E. (2011). Dietary advice with or without oral nutritional supplements for disease-related malnutrition in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. **7(9)**: 1-141.
- BALLESTEROS-POMAR, M.D., LLINÀS, D.M., GOATES, S., BARRIUSO, R.S., SANZ, A. (2018). Cost-Effectiveness of a Specialized Oral Nutritional Supplementation for Malnourished Older Adult Patients in Spain *Nutrients*. **10(2)**: 246.
- BALLY, M.R., BLASER YILDIRIM, P.Z., BOUNOURE, L., GLOY, V.L., MUELLER, B., BRIEL, M., SCHUETZ, P. (2016). Nutritional Support and Outcomes in Malnourished Medical Inpatients: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. **176(1)**: 43-53.
- BARKER, L.A., GOUT, B.S., CROWE, T.C. (2011). Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the health care system. *Int J Environ Res Public Health*. **8(2)**: 514-527.
- BARR, J., HECHT, M., FLAVIN, K.E., KHORANA, A., GOULD, M.K. (2004). Outcomes in critically ill patients before and after the implementation of an evidence-based nutritional management protocol. *CHEST Journal*. **125(4)**: 1446-1457.
- BASKIN, J.L., PUİ, C.H., REİSS, U., WİLİMAS, J.A., METZGER, M.L., RİBEİRO, R.C., HOWARD, S.C. (2009). Management of occlusion and thrombosis associated with long-term indwelling central venous catheters. *Lancet*. **374(9684)**: 159-169.
- BAUER, S., HALFENS, R.J., LOHRMANN, C. (2015). Knowledge and attitudes of nursing staff towards malnutrition care in nursing homes: A multicentre cross-sectional study. *J Nutr Health Aging*. **19(7)**: 734-740.
- BAYIR, H., TEKELİOĞLU, Ü.Y., KOÇOĞLU, H., AKKAYA, A., DEMİRHAN, A., BİLGİ, M. (2014). Açık Kalp Cerrahisinde Malnütrisyon Oranları ve İlişkili Risk Faktörlerinin Araştırılması. *GKDA Derg*. **20(4)**: 209-214.
- BAYIR, H., YILDIZ, İ., ERKURAN, M.K., KOÇOĞLU, H. (2015). Yoğun bakım hastalarında malnütrisyon. *Abant Medical Journal*. **4(4)**: 420-427.
- BEKTAŞ, Y., ÖZGÜN BAŞIBÜYÜK, G., ÇINAR, Z., AY, F., ALAN, A. (2017). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Malnütrisyon Sıklığı. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. **3(2)**: 339-348.
- BHIROMMUANG, N., KOMİNDR, S., JAYANAMA, K. (2019). Impact of nutritional status on length of stay and hospital costs among patients admitted to a tertiary care hospital in Thailand. *Asia Pac J Clin Nutr*. **28(2)**: 252-259.
- BİRDANE, S. (2018). Hastaneye Yatan Hastaların Beslenme Riski ve Hastaların Yemeklerden Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- BIÇAK AYIK, D., ENÇ, N. (2019). Yoğun bakım hastalarında enteral beslenme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. **23(2)**: 114-122.
- BLUMENSTEIN, I, SHASTRI, Y.M., STEIN, J. (2014). Gastroenteric tube feeding: techniques, problems and solutions. *World J Gastroenterol*. **20(26)**: 8505-8524.
- BOATENG, A.A., SRIRAM, K., MEGUID, M.M., CROOK, M. (2010). Refeeding syndrome: treatment considerations based on collective analysis of literature case reports. *Nutrition*. **26(2)**: 156-167.
- BOLAYIR, B. (2014). Hospitalize Hastalarda Nutrisyonel Değerlendirme Testi NRS-2002'nin Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Enstitüsü.
- BONETTI, L., TERZONI, S., LUSIGNANI, M., NEGRI, M., FROLDI, M., DESTREBECQ, A. (2017). Prevalence of malnutrition among older people in medical and surgical wards in hospital and quality of nutritional care: A multicenter, cross-sectional study. *J Clin Nurs*. **26(23-24)**: 5082-5092.
- BOREK, P., CHMIELEWSKI, M., MAŁGORZEWCZ, S., DEBSKA ŚLIZIEN, A. (2017). Analysis of Outcomes of the NRS 2002 in Patients Hospitalized in Nephrology Wards. *Nutrients*. **9(3)**: 287.
- BOWLING, T.E. (2010). Diarrhoea in the enterally fed patient. *Frontline Gastroenterology*. **1(3)**: 140-143.
- BOZKURT, N. (1995). Enteral ve parenteral beslenmenin önemi. Enteral Parenteral Beslenme. *Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını*. **8**: 1-5.
- BOZTAŞ D. (2015). Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Enteral Beslenmeyle İlgili Kanıt Dayalı Uygulamalarının İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- BRANTERVIK, A.M., JACOBSSON, I.E., GRIMBY, A., WALLÉN, T.C., BOSAEUS, I.G. (2005). Older hospitalised patients at risk of malnutrition: correlation with quality of life, aid from the social welfare system and length of stay? *Age Ageing*. **34(5)**: 444-449.
- BROWNIE, S. (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *Int J Nursing Practice*. **12(2)**: 110-118.
- BRUUN, L.I., BOSAEUS, I., BERGSTAD, I., NYGAARD, K. (1999). Prevalence of malnutrition in surgical patients: evaluation of nutritional support and documentation. *Clin Nutr*. **18(3)**: 141-147.
- BTAICHE, I.F., CHAN, L.N., PLEVA, M., KRAFT, M.D. (2010). Critical illness, gastrointestinal complications, and medication therapy during enteral feeding in critically ill adult patients. *Nutr Clin Pract*. **25(1)**: 32-49.

- BULUT, F., MİMAROĞLU, C., İSBİR, A.C., DÜĞER, C., KAYGUSUZ, K., GÜRSOY, S. (2015). Detection of malnutrition in hospitalized cases scheduled for elective surgery. *Cumhuriyet Medical journal*. **37(2)**: 136-141.
- BURCHMAN, A.L. (2004). Practical Nutritional Support Techniques. Pratik Nutrisyon Desteği Teknikleri. 2. Baskı. Çev. Ed: Ersin, Format matbacılık, İstanbul.
- BURDEN, S., TODD, C., HILL, J., LAL, S. (2012). Pre-operative nutrition support in patients undergoing gastrointestinal surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. **14(11)**.
- CALDERON, C., CARMONA-BAYONAS, A., BEATO, C., GHANEM, I., HERNANDEZ, R., MAJEM, M., ROSA DÍAZ, A., HIGUERA, O., MUT LLORET, M., JIMENEZ-FONSECA, P. (2019). Risk of malnutrition and emotional distress as factors affecting health-related quality of life in patients with resected cancer. *Clin Transl Oncol*. **21(5)**: 687-691.
- CALLEJA FERNÁNDEZ, A., VIDAL CASARIEGO, A., CANO RODRÍGUEZ, I., BALLESTEROS POMARMD. (2014). Malnutrition in hospitalized patients receiving nutritionally complete menus: prevalence and outcomes. *Nutr Hosp*. **30(6)**: 1344-1349.
- CAMPBELL, S., AVENELL, A., WALKER, A. (2002). Assessment of nutritional status in hospital in-patients. *QJM*. **95(2)**: 83-87.
- CARPENTER, K.J. (2012). The discovery of vitamin C. *Ann Nutr Metab*. **61(3)**: 259-264.
- CASTRO-VEGA, I., VESES MARTÍN, S., CANTERO LLORCA, J., BARRÍOS MARTA, C., MONZÓ ALBIACH, N., BAÑULS MORANT, C., HERNÁNDEZ-MIJARES, A. (2017). Prevalence of nutritional risk and malnutrition established in outpatient, institutionalized and hospitalized populations in a health department. *Nutr Hosp*. **34(4)**: 889-898.
- CEDERHOLM, T., HELLSTRÖM, K. (1992). Nutritional status in recently hospitalised and free-living elderly subjects. *Gerontology*. **38(1-2)**: 105-110.
- CEDERHOLM, T., BARAZZONI, R., AUSTIN, P., BALLMER, P., BİOLO, G., BİSCHOFF, S.C., COMPHER, C., CORREIA, I., HİGASHİGUCHİ, T., HOLST, M., JENSEN, G.L., MALONE, A., MUSCARİTOLİ, M., NYULASİ, I., PİRLİCH, M., ROTHENBERG, E., SCHİNDLER, K., SCHNEİDER, S.M., DE VAN DER SCHUEREN, M.A.E., SİEBER, C., VALENTİNİ, L., YU, J.C., VAN GOSSUM, A., SİNGER, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*. **36**: 149-64
- CHAPMAN, C., BARKER, M., LAWRENCE, W. (2015). Improving nutritional care: innovation and good practice. *J Adv Nurs*. **71(4)**: 881-894.
- CHRİSTNER, S., RİTT, M., VOLKERT, D., WİRTH, R., SİEBER, C.C., GAßMANN, K.G. (2016). Evaluation of the nutritional status of older hospitalised geriatric patients: a

comparative analysis of a Mini Nutritional Assessment (MNA) version and the Nutritional Risk Screening (NRS 2002). *J Hum Nutr Diet.* **29(6)**: 704-713.

CORREIA, M.I., WAITZBERG, D.L. (2003). The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical nutrition.* **22(3)**: 235-239.

CROGAN, N.L., EVANS, B.C. (2001). Nutrition assessment: experience is not a predictor of knowledge. *J Contin Educ Nurs.* **32(5)**: 219-222.

CURTIS, L.J., BERNIER, P., JEEJEEBHOY, K., ALLARD, J., DUERKSEN, D., GRAMLICH, L., LAPORTE KELLER, H.H. (2017). Costs of hospital malnutrition. *Clin Nutr.* **36(5)**: 1391-1396.

ÇEKMEN, N., DİKMEN, E. (2014). Yoğun bakım hastalarında enteral ve parenteral nutrisyon. *Bulletin of Thoracic Surgery/Toraks Cerrahisi Bülteni.* **5(3)**: 187-197.

ÇELEBİ, D., YILMAZ, E. (2019). Cerrahi Hastalarda Enteral ve Parenteral Beslenmede Kanıta Dayalı Uygulamalar ve Hemşirelik Bakımı. *IGUSABDER.* **7**: 714-731.

ÇELEBİ, Z. (2010). Hemşirelerin Total Parenteral Beslenmeye İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Yüksek lisans tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

ÇINAR, H., KAYA, Y., ENGİNYURT, Ö. (2017). Palyatif Bakım Hastalarında Beslenme Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Bozok Tıp Dergisi.* **7(4)**: 1-7.

DAL, Ü. (2007). Malnutrisyonu olan hastanın hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* **14(2)**: 74-81.

DARAWAD, M.W., HAMMAD, S., AL-HUSSAMİ, M., HAOURANİ, E., ABOSHAIQAH, A.E., HAMDAN-MANSOUR, A.M. (2015). Investigating critical care nurses' perception regarding enteral nutrition. *Nurse Educ Today.* **35(2)**: 414-419.

DE BLASIO, F., DI GREGORIO, A., DE BLASIO, F., BIANCO, A., BELLOFIORE, B., SCALFİ, L. (2017). Malnutrition and sarcopenia assessment in patients with chronic obstructive pulmonary disease according to international diagnostic criteria, and evaluation of raw BIA variables. *Respir Med.* **134**: 1-5.

DELEGGE, M.H., KELLY, A.T. (2013). State of nutrition support teams. *Nutr Clin Pract.* **28(6)**: 691-697.

DEMİREL, U., BAHÇECİOĞLU, İ.H. (2010). Enteral ve Parenteral Beslenmeye Klinik Yaklaşım. *Güncel gastroenteroloji.* **14(3)**: 149-154.

- DEMİRYILMAZ, İ., YILMAZ, İ., ALBAYRAK, A., ŞAHİN, A., SEKBAN, N. (2012). Uzun süreli enteral beslenmede perkütan endoskopik tüp gastrostomi kullanımı. *Sakarya Tıp Dergisi*. **2(3)**: 122-125.
- DERİN, N.Z.A., KARAHAN, İ., ÇİFCİ, A. (2018). Hastanede yatan hastalarda malnütrisyonu etkileyen faktörler. *Journal of Health Sciences and Medicine*. **1(3)**: 62-67.
- DÍAZ DE BUSTAMANTE, M., ALARCÓN, T., MENÉNDEZ-COLINO, R., RAMÍREZ-MARTÍN, R., OTERO, Á., GONZÁLEZ-MONTALVO, J.I. (2018). Prevalence of malnutrition in a cohort of 509 patients with acute hip fracture: the importance of a comprehensive assessment. *Eur J Clin Nutr*. **72(1)**: 77-81.
- DİKER, T., ÖNTÜRK, Z.K., BADIR, A., ASLAN, F.E. (2009). Yoğun bakım hastalarında beslenme gereksinimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. **13(2)**: 90-93.
- DRUML, C., BALLMER, P.E., DRUML, W., OEHMİCHEN, F., SHENKİN, A., SINGER, P., SOETERS, P., WEIMANN, A., BISCHOFF, S.C. (2016). ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr*. **35(3)**: 545-556.
- DUDRICK, S.J. (2006). History of vascular Access. (2006). *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. **30(1)**: 47-56.
- DUDRICK, S.J., WILMORE, D.W., VARS, H.M., RHOADS, J.E. (1968). Long-term total parenteral nutrition with growth, development, and positive nitrogen balance. *Surgery*. **64(1)**: 134-142.
- DUERKSEN, D., KELLER, H.H., VESNAVER, E., LAPORTE, M., JEEJEEBHOY, K., PAYETTE, H., GRAMLICH, L., BERNIER, P., ALLARD, J.P. (2016). Nurses' perceptions regarding the prevalence, detection, and causes of malnutrition in Canadian hospitals: results of a Canadian malnutrition task force survey. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. **40(1)**: 100-106.
- DUERKSEN, D.R., KELLER, H.H., VESNAVER, E., LAPORTE, M., JEEJEEBHOY, K., PAYETTE, H., GRAMLICH, L., BERNIER, P., ALLARD, J.P. (2016). Nurses' perceptions regarding the prevalence, detection, and causes of malnutrition in Canadian hospitals: results of a Canadian malnutrition task force survey. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. **40(1)**: 100-106.
- DUMLU, E.G., BOZKURT, B., TOKAÇ, M., KIYAK, G., ÖZKARDEŞ, A.B., YALÇIN, S., KILIÇ, M. (2013). Cerrahi hastalarda malnütrisyon ve beslenme desteği. *Ankara Medical Journal*. **13(1)**: 33-39.
- EİDE, H.D., HALVORSEN, K., ALMENDİNGEN, K. (2015). Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses. *J Clin Nurs*. **24(5-6)**: 696-706.

- EKİNCİ, O., TERZİOĞLU, B., TEKELİ, S.Ö., YILMAZ, E., ÇUKURLU, T. (2013). Ciddi malnütrisyon hastalarında nütrisyonel ve inflamatuvar belirteçlerin hastanede kalış süresi ve mortaliteyi öngörmedeki etkinliği. *Nobel Medicus*. **9(2)**: 79-85.
- EKİNCİOĞLU, A.B., KELLEÇİ, B., SÜRMEİİOĞLU, N., HAWES, E., DEMİRKAN, K., HALİL, M., ABBASOĞLU, O. (2017). Practice Perspectives of Healthcare Professionals Regarding Common Dilemmas Associated with Enteral Nutrition. *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi [Journal of Medical and Surgical Intensive Care Medicine]*. **8(2)**: 44-49.
- ELİA, M., ENGFER, M.B., GREEN, C.J., SİLK, D.B. (2008). Systematic review and meta-analysis: the clinical and physiological effects of fibre-containing enteral formulae. *Aliment Pharmacol Ther*. **27(2)**: 120-145.
- ELİA, M., NORMAND, C., LAVİANO, A., NORMAN, K. (2016). A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in community and care home settings. *Clin Nutr*. **35(1)**: 125-137.
- EL-MEANAWİ, N.H.K.K. (2017). Impact of Implementing an Educational Program Regarding Care of Nasogastric Tube Feeding on Nurses' Knowledge and Performance. *Journal of Nursing and Health Science*. **6(1)**: 101-109.
- ERDOĞAN, T., TUNCA, H. (2016). Dâhiliye polikliniğine başvuran geriatrik hastaların çok yönlü fonksiyonel değerlendirilmesi ve beslenme durumlarının irdelenmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. **38(3)**: 17-24.
- ERSOY, E., İSKİT, A.T., ABBASOĞLU, O. (2010). Parenteral Nutrisyon. *İç Hastalıkları Dergisi*. **17(4)**: 209-216.
- ESCHBACH, D., KİRCHBİCHLER, T., OBERKİRCHER, L., KNOBE, M., JUENEMANN, M., RUCHHOLTZ, S., BUECKİNG, B. (2016). Management of malnutrition in geriatric trauma patients: results of a nationwide survey. *Eur J Trauma Emerg Surg*. **42(5)**: 553-558.
- ESER, U. (2018). Palyatif bakım hastalarında malnütrisyon yaklaşım: olgu sunumu. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*. **10(2)**: 42-43.
- FARRAG, K., SHASTRİ, Y.M., BEİLENHOFF, U., AKSAN, A., STEİN, J. (2019). Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG): a practical approach for long term management. *BMJ*. **22**: 364.
- FELDER, S., BRAUN, N., STANGA, Z., KULKARNİ, P., FAESSLER, L., KUTZ, A., STEİNER, D., LAUKEMANN, S., HAUBİTZ, S., HUBER, A., MUELLER, B., SCHUETZ, P. (2016). Unraveling the Link between Malnutrition and q2Adverse Clinical Outcomes: Association of Acuteand Chronic Malnutrition Measureswith Blood Biomarkers from Different Pathophysiological States. *Ann Nutr Metab*. **68(3)**: 164-172.

- FERNÁNDEZ LÓPEZ, M.T., FIDALGO BAAMİL, O., LÓPEZ DOLDÁN, C., BARDASCO ALONSO, M.L., DE SAS PRADA, M.T., LAGOA LABRADOR, F., GARCÍA GARCÍA, M.J., MATO MATO, J.A. (2015). Prevalence of malnutrition in not critically ill older inpatients. *Nutr Hosp.* **31(6)**: 2676-2684.
- FITZPATRICK, F., SKALLY, M., O'HANLON, C., FOLEY, M., HOULIHAN, J., GAUGHAN, L., SMITH, O., MOORE, B., CUNNEEN, S., SWEENEY, E., DINESH, B., O'CONNELL, K., SMYTH, E., HUMPHREYS, H., BURNS, K. (2019). Food for thought. Malnutrition risk associated with increased risk of healthcare-associated infection. *J Hosp Infect.* **101(3)**: 300-304.
- FJELDSTAD, S.H., THORESEN, L., MOWÉ, M., IRTUN, Ø. (2018). Changes in nutritional care after implementing national guidelines-a 10-year follow-up study. *Eur J Clin Nutr.* **72(7)**: 1000-1006.
- FORCHIELLI, M., BINES, J. (2008). Enteral Nutrition. *Approach to Nutritional Support.* **68(6)**: 765-775.
- GHEORGHE, C., PASCU, O., IACOB, R., VADAN, R., IACOB, S., GOLDİS, A., TANTAU, M., DUMİTRU, E., DOBRU, D., MIUTESCU, E., SAFTOIU, A., FRATICIU, A., TOMESCU, D., GHEORGHE, L. (2013). Nutritional risk screening and prevalence of malnutrition on admission to gastroenterology departments: a multicentric study. *Chirurgia (Bucur).* **108(4)**: 535-541.
- GOPALAN, S., KHANNA, S. (2003). Enteral nutrition delivery technique. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care.* **6(3)**: 313-317.
- GÖK METİN, Z., ÖZDEMİR, L. (2015). Enteral beslenme komplikasyonları ve hemşirelik bakım uygulamaları. *Sağlık ve Toplum.* **25(3)**: 28-32.
- GUEST, J.F., PANCA, M., BAEYENS, J.P., DE MAN, F., LJUNGQVİST, O., PİCHARD, C., WAIT, S., WILSON, L. (2011). Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. *Clin Nutr.* **30(4)**: 422-429.
- GUPTA, D., VASHİ, P.G., LAMMERSFELD, C.A., BRAUN, D.P. (2011). Role of nutritional status in predicting the length of stay in cancer: a systematic review of the epidemiological literature. *Ann Nutr Metab.* **59(2-4)**: 96-106.
- GURA, K.M. (2009). Is there still a role for peripheral parenteral nutrition? *Nutr Clin Pract.* **24**: 709-717.
- GÜLER, Y., TİRELİ, M. (2018). Malnutrition frequency in surgical patients and its effect on morbidity and mortality. *Acta Medica.* **2(1)**: 35-39.
- GÜNGÖR, A.E. (2015). Malnütrisyonun yaygınlığı ve önemi. *Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics.* **8(1)**: 1-9.

GÜRKAN, A., GÜLSEVEN, B. (2013). Enteral Beslenme: Bakımda Güncel Yaklaşımlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. **16(2)**: 106-112.

GÜRLEK KISACIK, Ö., ÇOŞGUN, T., TAŞTEKİN, A. (2019). Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri. *EGE HFD*. **35 (3)**: 123-135.

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (19 Nisan 2011). Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir>. Erişim Tarihi: 14.09.2019.

HERNÁNDEZ-GALÍOT, A., GOÑÍ, I. (2017). Quality of life and risk of malnutrition in a home-dwelling population over 75 years old. *Nutrition*. **35**: 81-86.

HERTLEİN, L., KIRSCHENHOFER, A., FÜRST, S., BEER, D., GÖB, C., LENHARD, M., FRIESE, K., BURGESS, A., RITTLER, P. (2014). Malnutrition and clinical outcome in gynecologic patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. **174**: 137-140.

HILL, G.L. (1992). Jonathan E. Rhoads Lecture. Body composition research: implications for the practice of clinical nutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. **16(3)**: 197-218.

HİRAMATSU, M., MOMOKI, C., OIDE, Y., KANEISHI, C., YASUI, Y., SHOJI, K., FUKUDA, T., HABU, D. (2019). Association Between Risk Factors and Intensive Nutritional Intervention Outcomes In Elderly Individuals. *J Clin Med Res*. **11(7)**: 472-479.

HOPANCI BIÇAKLI, D., SAVAŞ, S. (2011). Malnütrisyon ve Sonuçları. *Türkiye Klinikleri J Nephrol-Special Topics*. **4(2)**: 1-5.

HOPKINSON, J.B. Nutritional support of the elderly cancer patient: the role of the nurse. *Nutrition*. **31(4)**: 598-602.

HUNG, Y., WIJNHOFEN, H.A.H., VISSER, M., VERBEKE, W. (2019). Appetite and Protein Intake Strata of Older Adults in the European Union: Socio-Demographic and Health Characteristics, Diet-Related and Physical Activity Behaviours. *Nutrients*. **11(4)**: 777.

HUPPERTZ, V.A.L., VAN DER PUTTEN, G.J., HALFENS, R.J.G., SCHOLS, J.M.G.A., DE GROOT, L.C.P.G.M. (2017). Association Between Malnutrition and Oral Health in Dutch Nursing Home Residents: Results of the LPZ Study. *J Am Med Dir Assoc*. **18(11)**: 948-954.

IHLE, C., BAHR, C., FREUDE, T., BICKEL, M., SPIELHAUPT, I., WINTERMEYER, E., STOLLHOF, L., GRÜNWARD, L., ZIEGLER, P., PSCHERER, S., STÖCKLE, U., NUSSLER, A. (2017). Malnutrition in Elderly Trauma Patients-Comparison of Two Assessment Tools. *Z Orthop Unfall*. **155(2)**: 184-193.

- IHLE, C., FREUDE, T., BAHR, C., ZEHENDNER, E., BRAUNSBERGER, J., BIESALSKI, H.K., LAMBERT, C., STÖCKLE, U., WINTERMEYER, E., GRÜNWALD, J., GRÜNWALD, L., OCHS, G., FLESC, I., NÜSSLER, A. (2017). Malnutrition - An underestimated factor in the inpatient treatment of traumatology and orthopedic patients: A prospective evaluation of 1055 patients. *Injury*. **48(3)**: 628-636.
- IOANNIDIS, J.P.A. (2018). The Challenge of Reforming Nutritional Epidemiologic Research. *JAMA*. **320(10)**: 969-970.
- İNAL, M.T., MEMİŞ, D., KARGI, M., SÜT, N. (2010). Üniversite hastanesinde çalışan sağlık görevlilerinin beslenme hakkındaki bilgi düzeylerinin araştırılması. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*. **8**: 66-72.
- JEFFERIES, D., JOHNSON, M., RAVENS, J. (2011). Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care. *J Clin Nurs*. **20(3-4)**: 317-330.
- KALAN, U., ARİK, F., İSİK, A.T., SOYSAL, P. (2019). Nutritional profiles of older adults according the Mini-Nutritional Assessment. *Aging Clin Exp Res*. 1-8.
- KALENDER, N. TOSUN, A.N. KILIÇ, A.S. (2015). Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Total Parenteral Nutrisyona İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. **7(1)**: 10-19.
- KANG, M.C., KİM, J.H., RYU, S.W., MOON, J.Y., PARK, J.H., PARK, J.K., PARK, J.H., BAİK, H.W., SEO, J.M., SON, M.W., SONG, G.A., SHİN, D.W., SHİN, Y.M., AHN, H.Y., YANG, H.K., YU, H.C., YUN, I.J., LEE, J.G., LEE, J.M., LEE, J.H., LEE, T.H., YİM, H., JEON, H.J., JUNG, K., JUNG, M.R., JEONG, C.Y., LİM, H.S., HONG, S.K. (2018). Prevalence of Malnutrition in Hospitalized Patients: a Multicenter Cross-sectional Study. *J Korean Med Sci*. **33(2)**: 1-10.
- KAŃTOCH, A., WIELEK, J., GRYGLEWSKA, B., GRODZICKI, T. (2017). Nutritional and Functional Status in Newly Hospitalized Older Patients Who are Not Underweight. *J Nutr Gerontol Geriatr*. **36(2-3)**: 111-120.
- KARA YILMAZ, D., SARKUT, P., DÜZGÜN, F., KUZU, C., KILIÇTURGAY, S. (2017). Yatan Hastaların Nutrisyonel Değerlendirme ve Desteğine Yönelik Hemşirelerin Görüşleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. **14(2)**: 139-143.
- KARABULUT, N., UZUN, Ö. (1998). Nazogastrik tüp uygulaması ve hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. **1(1)**: 86-97.
- KARAKOÇ, G.A., ERNAM, D., AKTÜRK, Ü.K., ÖZTAŞ, S., OĞUR, E., KABADAYI, F. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında beslenme durumunun belirlenmesi ve vücut kompozisyonu, dispne algısı, egzersiz kapasitesi, atak sayısı ile ilişkisi. *Tüberk Toraks*. **64(2)**: 119-126.

- KE, L.S., CHİU, T.Y., HU, W.Y., LO, S.S. (2008). Effects of educational intervention on nurses' knowledge, attitudes, and behavioral intentions toward supplying artificial nutrition and hydration to terminal cancer patients. *Support Care Cancer*. **16(11)**: 1265-1272.
- KHALAF, A., WESTERGREN, A., EKBLOM, O., AL-HAZZAA, H.M., BERGGREN, V. (2014). Nurses' views and experiences of caring for malnourished patients in surgical settings in Saudi Arabia - a qualitative study. *BMC Nurs*. **13(29)**: 2-9.
- KHALATBARİ-SOLTANİ, S., MARQUES-VİDAL, P. (2016). Impact of nutritional risk screening in hospitalized patients on management, outcome and costs: A retrospective study. *Clin Nutr*. **35(6)**: 1340-1346.
- KİM, H., CHANG, S.J. (2019). Implementing an educational program to improve critical care nurses' enteral nutritional support. *Aust Crit Care*. **32(3)**: 218-222.
- KİM, H., CHOUE, R. (2009). Nurses' positive attitudes to nutritional management but limited knowledge of nutritional assessment in Korea. *Int Nurs Rev*. **56(3)**: 333-339.
- KİRKLAND, L.L., KASHİWAGİ, D.T., BRANTLEY, S., SCHEURER, D., VARKEY, P. (2013). Nutrition in the hospitalized patient. *J Hosp Med*. **8(1)**: 52-58.
- Klinik Enteral Parenteral Nütrisyon Derneği. (2019). Erişim adresi: http://kepan.org.tr/files/file/Hemsire_gorev_tanimlari.pdf. Erişim Tarihi: 05.10.2019.
- KOC, E.M., CAN, H., ALACACIOĞLU, A., KUCUKZEYBEK, Y., TURAN, S., BİLGİN, B., OZKAN, H.G., HARVEY, C., KARACA, C. (2018). Prevalence of malnutrition/malnutrition risk in cancer patients: experience of an oncology outpatient clinic in Turkey. *Family Practice and Palliative Care*. **3(1)**: 39-44.
- KOÇHAN, E. (2018). Hemşirelerin Enteral ve Parenteral Beslenme Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- KOÇHAN, E., AKIN, S. (2018). Hemşirelerin Enteral ve Parenteral Beslenme Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *JAREN*. **4(1)**: 1-14.
- KOMPAN, L., KREMZAR, B., GADZİJEV, E., PROSEK, M. (1999). Effects of early enteral nutrition on intestinal permeability and the development of multiple organ failure after multiple injury. *Intensive Care Med*. **25(2)**: 157-161.
- KONDRUP, J., ALLİSON, S.P., ELİA, M., VELLAS, B., PLAUTH, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*. **22(4)**: 415-421.
- KONTUREK, P.C., HERRMANN, H.J., SCHİNK, K., NEURATH, M.F., ZOPF, Y. (2015). Malnutrition in Hospitals: It Was, Is Now, and Must Not Remain a Problem!. *Med Sci Monit*. **2(21)**: 2969-2975.

- KOROUSIĆ SELJAK, B., MLAKAR MASTNAK, D., MREVLJE, Z., VENINSEK, G., ROTOVNIK KOZJEK, N. (2019). A multi-center survey on hospital malnutrition and cachexia in Slovenia. *Eur J Clin Nutr.*
- KREYMAN, K.G., BERGER, M.M., DEUTZ, N.E., HIESMAYR, M., JOLLIET, P., KAZANDJIEV, G., NITENBERG, G., VAN DEN BERGHE, G., WERNERMAN, J.; DGEM., EBNER, C., HARTL, W., HEYMANN, C., SPIES, C.; ESPEN. (2006). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. *Clin Nutr.* **25(2)**: 210-223.
- KUBRAK, C., JENSEN, L. (2007). Malnutrition in acute care patients: a narrative review. *International journal of nursing studies.* **44(6)**: 1036-1054.
- KÜÇÜKARDALI, Y., SOLMAZGÜL, E., KAPLAN, M., KARATAŞ, M., SALMANOĞLU, M., ÇEVİR, S., SARI, A., GÜL, Ş. (2007). Dahiliye Servisi ve Yoğun Bakım Ünitesine Yatan Hastalarda Nutrisyon Riski Taraması. *Yoğun Bakım Dergisi.* **7(2)**: 270-275.
- LAMBERT, C., NÜSSLER, A., BIESALSKI, H.K., FREUDE, T., BAHR, C., OCHS, G., FLECH, I., STÖCKLE, U., IHLE, C. (2017). Age-dependent risk factors for malnutrition in traumatology and orthopedic patients. *Nutrition.* **37**: 60-67.
- LANE, C., WEDLAKE, L.J., DOUGHERTY, L., SHAW, C. (2014). Attitudes towards and knowledge of nutrition support amongst health care professionals on London intensive care units. *J Hum Nutr Diet.* **27(Suppl 2)**: 339-351.
- LEIJ-HALFWERK, S., VERWIJS, M.H., VAN HOUDT, S., BORKENT, J.W., GUAITOLI, P.R., PELGRIM, T., HEYMANS, M.W., POWER, L., VISSER, M., CORISH, C.A., DE VAN DER SCHUEREN, M.A.E.; MANUEL CONSORTIUM. (2019). Prevalence of protein-energy malnutrition risk in European older adults in community, residential and hospital settings, according to 22 malnutrition screening tools validated for use in adults ≥ 65 years: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas.* **126**: 80-89.
- LEIVA, B.E., BADIA, T.M., VIRGILI, C.N., ELGUEZABAL SANGRADOR, G., FAZ MENDEZ, C., HERRERO MESEGUER, I., IZQUIERDO GONZÁLEZ, Á., LÓPEZ URDIALES, R., OCA BURGUETE, F.J., TUBAU MOLAS, M., VILARASAU FARRÉ, C., LLOP TALAVERON, J.M. (2017). Hospital malnutrition screening at admission: malnutrition increases mortality and length of stay. *Nutr Hosp.* **34(4)**: 907-913.
- LEÓN-SANZ, M., BROSA, M., PLANAS, M., GARCÍA-DE-LORENZO, A., CELAYA-PÉREZ, S., HERNÁNDEZ, J.Á.; PREDYCES GROUP RESEARCHERS. (2015). Predyces study: The cost of hospital malnutrition in Spain. *Nutrition.* **31(9)**: 1096-1102.
- LEWIS, S.J., ANDERSEN, H.K., THOMAS, S. (2009). Early enteral nutrition within 24 h of intestinal surgery versus later commencement of feeding: a systematic review and meta-analysis. *J Gastrointest Surg.* **13(3)**: 569-575.

- LİM, S.L., ONG, K.C.B., CHAN, Y.H., LOKE, W.C., FERGUSON, M., DANİELS, L. (2012). Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. *Clin Nutr.* **31(3)**: 345-350.
- LİN, Y.M., WANG, M., SUN, N.X., LIU, Y.Y., YİN, T.F., CHEN, C. (2019). Screening and application of nutritional support in elderly hospitalized patients of a tertiary care hospital in China. *PLoS One.* **14(3)**: 1-14.
- LIU, G.X., CHEN, Y., YANG, Y.X., YANG, K., LIANG, J., WANG, S., GAN, H.T. (2017). Pilot study of the Mini Nutritional Assessment on predicting outcomes in older adults with type 2 diabetes. *Geriatr Gerontol Int.* **17(12)**: 2485-2492.
- LUMA, H.N., ELOUMOU, S.A.F.B., MBOLİGONG, F.N., TEMFACK, E., DONFACK, O.T., DOUALLA, M.S. (2017). Malnutrition in patients admitted to the medical wards of the Douala General Hospital: a cross-sectional study. *BMC Res Notes.* **10(1)**: 238.
- MALAFARİNA, V., REGİNSTER, J.Y., CABRERİZO, S., BRUYÈRE, O., KANİS, J.A., MARTİNEZ, J.A., ZULET, M.A. (2018). Nutritional Status and Nutritional Treatment Are Related to Outcomes and Mortality in Older Adults with Hip Fracture. *Nutrients.* **10(5)**: 555.
- MARSHALL, A.P., TAKEFALA, T., WILLİAMS, L.T., SPENCER, A., GREALİSH, L., ROBERTS, S. (2019). Health practitioner practices and their influence on nutritional intake of hospitalised patients. *International Journal of Nursing Sciences.* **6(2)**: 162-168.
- MARTÍN PALMERO, Á., SERRANO PÉREZ, A., CHİNCHESTRU RANEDO, M.J., CÁMARA BALDA, A., MARTÍNEZ DE SALİNAS SANTAMARÍ, M.Á., VİLLAR GARCÍA, G., MARÍN LİZÁRRAGA, M.D.M. (2017). Malnutrition in hospitalized patients: results from La Rioja. *Nutr Hosp.* **34(2)**: 402-406.
- MARTİN, L., LEVERİTT, M.D., DESBROW, B., BALL, L.E. (2014). The self-perceived knowledge, skills and attitudes of Australian practice nurses in providing nutrition care to patients with chronic disease. *Fam Pract.* **31(2)**: 201-208.
- MEIJERS, J.M., SCHOLS, J.M., VAN BOKHORST-DE VAN DER SCHUEREN, M.A., DASSEN, T., JANSSEN, M.A., HALFENS, R.J. (2009). Malnutrition prevalence in The Netherlands: results of the annual dutch national prevalence measurement of care problems. *Br J Nutr.* **101(3)**: 417-423.
- MEIJERS, J.M., TAN, F., SCHOLS, J.M., HALFENS, R.J. (2014). Nutritional care; do process and structure indicators influence malnutrition prevalence over time? *Clin Nutr.* **33(3)**: 459-465.
- METE, R., EMEKSİZ, G.K. (2017). Nutrisyon. *Namık Kemal Tıp Dergisi.* **5(2)**: 92-99.

- MOGENSEN, K.M., BOUMA, S., HANEY, A., VANEK, V.W., MALONE, A., QURAİSHİ, S.A., GUENTER, P. (2018). Hospital nutrition assessment practice 2016 survey. *Nutr Clin Pract.* **33(5)**: 711-717.
- MOGRE, V., ANSAH, G.A., MARFO, D.N., GARTİ, H.A. (2015). Assessing nurses' knowledge levels in the nutritional management of diabetes. *International Journal of Africa Nursing Sciences.* **3**: 40-43.
- MOWE, M., BOSAEUS, I., RASMUSSEN, H.H., KONDRUP, J., UNOSSON, M., ROTHENBERG, E., IRTUN, Ø.; Scandinavian Nutrition Group. (2008). Insufficient nutritional knowledge among healthcare workers? *Clin Nutr.* **27(2)**: 196-202.
- MULHOLLAND, J.H., TUI, C., WRİGHT, A.M., VİNCİ, V.J. (1943). Nitrogen metabolism, caloric intake and weight loss in postoperative convalescence. *Ann Surg.* **117(4)**: 512-534.
- NORMAN, K., PİCHARD, C., LOCHS, H., PİRLİCH, M. (2008). Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr.* **27(1)**: 5-15.
- ONGUN, N. (2019). Nöroloji Kliniği'nde yatan hastalarda nutrisyonel durumun polifarmasi ve hastane yatış süresi ile ilişkisi. *Pamukkale Tıp Dergisi.* **12(3)**: 467-473.
- ÖZBAŞ, N. (2014). Hemşirelerin tüple enteral beslenme konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
- ÖZBAŞ, N., GÖÇMEN BAYKARA, Z. (2018). Hemşirelerin tüple enteral beslenme konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Journal of Human Sciences.* **15(1)**: 359-367.
- ÖZER, B., KOKAKUŞAK, A., TATAR, C., KOYUNCU, A., BENEK, S., AYDIN, H., ÇİTLAK, G., ÖZGÜL, H. (2016). Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastaların Pre-operatif Nütrisyonel Durumunun Değerlendirilmesi ve Nütrisyonel Destek Gereksiniminin Belirlenmesi. *Haseki Tıp Bülteni.* **54(4)**: 232-236.
- ÖZER, E., KAPUCU, S. (2013). Yaşlılarda görülen yetersiz beslenme ve risk faktörleri. *Akademik Geriatri Dergisi.* **5(1)**: 5-11.
- ÖZTÜRK, G.Z., ARDIÇ, C., VATANSEVER, M. (2018). Hemiplejisi Olan Bireylerin Beslenme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *The journal of neurobehavioral science.* **5(1)**: 18-21.
- ÖZYURT, Y., ERKAL, K.H., YILDIRIM, M., ARIKAN, Z. (2000). Total enteral beslenme. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi.* **12(3)**: 950-953.
- PERSENİUS, M., HALL-LORD, M.L., WİLDE-LARSSON, B., CARLSSON, E. (2015). Clinical nursing leaders' perceptions of nutrition quality indicators in Swedish stroke wards: a national survey. *J Nurs Manag.* **23(6)**: 705-715.

- PERSENIUS, M.W., HALL-LORD, M-L., BÅÅTH, C., LARSSON, B.W. (2008). Assessment and documentation of patients' nutritional status: Perceptions of registered nurses and their chief nurses. *J Clin Nurs.* **17(16)**: 2125-2136.
- PETER, J.V., MORAN, J.L., PHILLIPS-HUGHES, J. (2005). A metaanalysis of treatment outcomes of early enteral versus early parenteral nutrition in hospitalized patients. *Crit Care Med.* **33(1)**: 213-220.
- PHILIPSON, T.J., SNIDER, J.T., LAKDAWALLA, D.N., STRYCKMAN, B., GOLDMAN, D.P. (2013). Impact of oral nutritional supplementation on hospital outcomes. *Am J Manag Care.* **19(2)**: 121-128.
- PİERİK, V.D., MESKERS, C.G.M., VAN ANCUM, J.M., NUMANS, S.T., VERLAAN, S., SCHEERMAN, K., KRUIZINGA, R.C., MAIER, A.B. (2017). High risk of malnutrition is associated with low muscle mass in older hospitalized patients - a prospective cohort study. *BMC Geriatr.* **17(1)**: 118.
- PIETKA, M., WATROBSKA-SWIETLIKOWSKA, D., SZCZEPANEK, K., SZYBŃSKI, P., SZNITOWSKA, M., KŁĘK, S. (2014). Nutritional support teams: the cooperation among physicians and pharmacists helps improve cost-effectiveness of home parenteral nutrition (HPN). *Nutr Hosp.* **31(1)**: 251-259.
- PİRLİCH, M., SCHÜTZ, T., NORMAN, K., GASTELL, S., LÜBKE, H.J., BİSCHOFF, S.C., BOLDER, U., FRIELING, T., GÜLDENZOPH, H., HAHN, K., JAUCH, K.W., SCHİNDLER, K., STEIN, J., VOLKERT, D., WEİMANN, A., WERNER, H., WOLF, C., ZÜRCHER, G., BAUER, P., LOCHS, H. (2006). The German hospital malnutrition study. *Clinical nutrition.* **25(4)**: 563-572.
- PİTTİRUTİ, M., HAMILTON, H., BİFFİ, R., MACFİE, J., PERTKIEWICZ, M. (2009). ESPEN guidelines on parenteral nutrition: central venous catheters. *Clin Nutr.* **28(4)**: 365-377.
- PLANAS, M., ÁLVAREZ-HERNÁNDEZ, J., LEÓN-SANZ, M., CELAYA-PÉREZ, S., ARAUJO, K., GARCÍA DE LORENZO, A.; PREDyCES RESEARCHERS. (2016). Prevalence of hospital malnutrition in cancer patients: a sub-analysis of the PREDyCES study. *Support Care Cancer.* **24(1)**: 429-435.
- RAKICIOĞLU N. (2009). Yaşlılık Döneminde Malnütrisyonun Saptanması. *Yaşlı Sağlığına Multidisipliner Yaklaşım*. Ed.: Kutsal, Y.G. Türk Birliği Eczacılık Akademisi, sy. 115-120.
- RASMUSSEN, H.H., KONDRUP, J., LADEFOGED, K., STAUN, M. (1999). Clinical nutrition in Danish hospitals: a questionnaire-based investigation among doctors and nurses. *Clinical Nutrition.* **18(3)**: 153-158.
- RASMUSSEN, H.H., KONDRUP, J., STAUN, M., LADEFOGED, K., KRISTENSEN, H., WENGLER, A. (2004). Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clinical nutrition.* **23(5)**: 1009-1015.

- RENTERO REDONDO, L., INIESTA NAVALÓN, C., GASCÓN CÁNOVAS, J.J., TOMÁS JIMENEZ, C., SÁNCHEZ ÁLVAREZ, C.. (2015). Malnutrition in the elderly patient to hospital admission, an old problem unsolved. *Nutr Hosp.* **32(5)**: 2169-2177.
- RINNINELLA, E., CINTONI, M., DE LORENZO, A., ADDOLORATO, G., VASSALLO, G., MORONI, R., MIGGIANO, G.A.D., GASBARRINI, A., MELE, M.C. (2018). Risk, prevalence, and impact of hospital malnutrition in a Tertiary Care Referral University Hospital: a cross-sectional study. *Intern Emerg Med.* **13(5)**: 689-697.
- RINNINELLA, E., FAGOTTI, A., CINTONI, M., RAOUL, P., SCALETTA, G., QUAGLIOZZI, L., MIGGIANO, G.A.D., SCAMBIA, G., GASBARRINI, A., MELE, M.C. (2019). Nutritional Interventions to Improve Clinical Outcomes in Ovarian Cancer: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Nutrients.* **11(6)**: 1404.
- ROBERTS, S.R., KENNERLY, D.A., KEANE, D., GEORGE, C. (2003). Nutrition support in the intensive care unit adequacy, timeliness and outcomes. *Critical Care Nurse.* **23(6)**: 49-57.
- RODRÍGUEZ-REJÓN, A.I., RUÍZ-LÓPEZ, M.D., ARTACHO, R. (2019). Dietary Intake and Associated Factors in Long-Term Care Homes in Southeast Spain. *Nutrients.* **11(2)**: 1-13.
- Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti (1 Temmuz 2015). Erişim Adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf>. Erişim Tarihi: 14.09.2019.
- SALMAN, B., OĞUZ, M. (2006). Beslenme desteğinin monitörizasyonu. *Yoğun Bakım Dergisi.* **6(1)**: 22-27.
- SANZ PARÍS, A., GARCÍA, J.M., GÓMEZ-CANDELA, C., BURGOS, R., MARTÍN, Á., MATÍA, P.; Study VIDA group. (2013). Malnutrition prevalence in hospitalized elderly diabetic patients. *Nutr Hosp.* **28(3)**: 592-599.
- SANZ-PARÍS, A., GÓMEZ-CANDELA, C., MARTÍN-PALMERO, Á., GARCÍA-ALMEIDA, J.M., BURGOS-PELAEZ, R., MATÍA-MARTÍN, P., ARBONES-MAÑAR, J.M.; STUDY VIDA GROUP. (2016). Application of the new ESPEN definition of malnutrition in geriatric diabetic patients during hospitalization: A multicentric study. *Clin Nutr.* **35(6)**: 1564-1567.
- SARIKAYA, D. (2013). Geriatrik Hastalarda Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testinin Uzun ve Kısa (MNA-SF) Formunun Geçerlilik Çalışması. Uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı.
- SAUER, A.C., ALISH, C.J., STRAUSBAUGH, K., WEST, K., QUATRARA, B. (2016). Nurses needed: Identifying malnutrition in hospitalized older adults. *Nursing Plus Open.* **2(1)**: 21-25.

- SAUER, A.C., GOATES, S., MALONE, A., MOGENSEN, K.M., GEWIRTZ, G., SULZ, I., MOICK, S., LAVIANO, A., HIESMAYR, M. (2019). Prevalence of Malnutrition Risk and the Impact of Nutrition Risk on Hospital Outcomes: Results From nutrition Day in the U.S. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* **43(7)**: 918-926.
- SCHMIDT, S.B., BOLTZMANN, M., KRAUSS, J.K., STANGEL, M., GUTENBRUNNER, C., ROLLNIK, J.D. (2019). Standardized nutritional supply versus individual nutritional assessment: Impact on weight changes, complications and functional outcome from neurological early rehabilitation. *Clin Nutr.* **19**: 30224-30229.
- SCHNEIDER, S.M., VEYRES, P., PIVOT, X., SOUMMER, A.M., JAMBOU, P., FLIPPÉ, J., VAN OBERGHEN, E., HEBUTERNE, X. (2004) Malnutrition is an independent factor associated with nosocomial infections. *Br J Nutr.* **92(1)**: 105-111.
- SELÇUK, H. (2012). Malnütrisyon ve önemi. *Güncel gastroenteroloji.* **16(2)**: 158-162.
- SERRANO-URREA, R., GARCÍA-MESEGUER, M.J. (2013). Malnutrition in an elderly population without cognitive impairment living in nursing homes in Spain: study of prevalence using the Mini Nutritional Assessment test. *Gerontology.* **59(6)**: 490-498.
- SHARMA, Y., THOMPSON, C., MILLER, M., SHAH, R., HAKENDORF, P., HORWOOD, C., KAAMBWA, B. (2018). Economic evaluation of an extended nutritional intervention in older Australian hospitalized patients: a randomized controlled trial. *BMC Geriatr.* **18(1)**: 41.
- SHAROUR, L.A. (2019). Improving oncology nurses' knowledge, self-confidence, and self-efficacy in nutritional assessment and counseling for patients with cancer: A quasi-experimental design. *Nutrition.* **62**: 131-134.
- SHIN, B.C., CHUN, I.A., RYU, S.Y., OH, J.E., CHOI, P.K., KANG, H.G. (2018). Association between indication for therapy by nutrition support team and nutritional status. *Medicine (Baltimore).* **97(52)**:1-5.
- SHPATA, V., OHRI, I., NURKA, T., PRENDUSHI, X. (2015). The prevalence and consequences of malnutrition risk in elderly Albanian intensive care unit patients. *Clin Interv Aging.* **10**: 481-486.
- SINGER, P., BLASER, A.R., BERGER, M.M., ALHAZZANI, W., CALDER, P.C., CASAER, M.P., HIESMAYR, M., MAYER, K., MONTEJO, J.C., PICHARD, C., PREISER, J.C., VAN ZANTEN, A.R.H., OCZKOWSKI, S., SZCZEKLİK, W., BISCHOFF, S.C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr.* **38(1)**: 48-79.
- SİVRİKAYA, S.K., ERYILMAZ, A. (2018). Nütrisyonel destek ekibinde hemşirelik. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi.* **3(2)**: 33-37.
- SKREBNEVA, A.V., POPOV, V.I., ALEKSEEV, N.Y. (2018). Assessment of the risk of malnutrition in the older age group of the Voronezh Region. *Vopr Pitan.* **87(6)**: 42-47.

- SLAVÍKOVA, M., PROCHAZKA, B., DLOUHY, P., ANDEL, M., RAMBOUSKOVA, J. (2018). Prevalence of malnutrition risk among institutionalized elderly from North Bohemia is higher than among those in the Capital City of Prague, Czech Republic. *Cent Eur J Public Health*. **26(2)**: 111-117.
- SOBOTKA, L. (2013). Klinik Nutrisyon Temelleri. Çeviri Ed.: Gündoğdu, R.H. 4. Baskı. Bayt Yayıncılık, Ankara.
- SOETERS, P.B., REIJVEN, P.L., ALLISON, S.P., KONIG, W., SOBOTKA, L. (2011). Diagnosis of malnutrition-Screening and assessment. *Basics in clinical nutrition*. 21-32.
- SOHRABI, Z., EFTEKHARI, M.H., ESKANDARI, M.H., REZAEIANZADEH, A., SAGHEB, M.M. (2015). Malnutrition-inflammation score and quality of life in hemodialysis patients: is there any correlation? *Nephrourol Mon*. **7(3)**: 1-5.
- STAUN, M., PIRONI, L., BOZZETTI, F., BAXTER, J., FORBES, A., JOLY, F., JEPPESEN, P., MORENO, J., HEBUTERNE, X., PERTKIEWICZ, M., MÜHLEBACH, S., SHENKIN, A., VAN GOSSUM, A.; ESPEN. (2009). ESPEN Guidelines on parenteral nutrition: home parenteral nutrition (HPN) in adult patients. *Clin Nutr*. **28(4)**: 467-479.
- STRATTON, R.J., GREEN, C.J., ELIA, M. (2012). Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. *European Journal of Gastroenterology&Hepatology*. **19(5)**: 353-358.
- STROUD, M., DUNCAN, H., NIGHTINGALE, J. (2003). Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients. *Gut*. **52(Suppl VII)**: 1-12.
- SUCU, G. (2012). Enteral Beslenme Tasarlanan Karar Destek Sistemi'nin Hasta Bakım Sonuçlarından Gastrik İntolerans, Diyare'ye Etkisi ve Sistemi Kullanan Hemşirelerin Deneyimlerinin Tanımlanması. Doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- SUN, H., ZHANG, L., ZHANG, P., YU, J., KANG, W., GUO, S., CHEN, W., LI, X., WANG, S., CHEN, L., WU, J., TIAN, Z., WU, X., LIU, X., LIU, Y., WANG, X. (2018). A comprehensive nutritional survey of hospitalized patients: Results from nutrition Day 2016 in China. *PLoS One*. **13(3)**: 1-16.
- SWAN, W.I., PERTEL, D.G., HOTSON, B., LLOYD, L., ORREVAL, Y., TROSTLER, N., VIVANTI, A., HOWARTER, K.B., PAPOUTSAKIS, C. (2019). Nutrition Care Process (NCP) Update Part 2: Developing and Using the NCP Terminology to Demonstrate Efficacy of Nutrition Care and Related Outcomes. *J Acad Nutr Diet*. **119(5)**: 840-855.
- SWAN, W.I., VIVANTI, A., HAKEL-SMITH, N.A., HOTSON, B., ORREVAL, Y., TROSTLER, N., BECK HOWARTER, K., PAPOUTSAKIS, C. (2017). Nutrition

Care Process and Model Update: Toward Realizing People-Centered Care and Outcomes Management. *J Acad Nutr Diet*. **117(12)**: 2003-2014.

ŞEN, A., ERDİVANLI, B., KOYUNCU, T., ÖZDEMİR, A., KAZDAL, H. (2015). Yoğun bakım hastalarının beslenme tedavisinde anestezi uzmanlarının tercihleri: anket çalışması. *Journal of the Turkish Society of Intensive Care*. **13(2)**: 62-67.

ŞENOĞLU, N. (2016). *Nütrisyon Kılavuzu*. Tepecik Hastanesi Yayınları, İzmir.

TAMER, A. (2018). Nütrisyonel destek yaklaşımında karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. **3(3)**: 155-165.

THEİLLA, M.R.N., COHEN, J., SİNGER, P., LİEBMAN, C., KAGAN, I. (2016). The Assessment, Knowledge and Perceived Quality of Nutrition Care among Nurses. *J Nutri Med Diet Care*. **2(12)**: 1-5.

THİBAULT, R., CHİKHİ, M., CLERC, A., DARMON, P., CHOPARD, P., GENTON, L., KOSSOVSKY, M.P., PİCHARD, C. (2011). Assessment of food intake in hospitalised patients. A 10-year comparative study of a prospective hospital survey. *Clin Nutr*. **30(3)**: 289-296.

TORMO-SANTAMARÍA, M., TRESCASTRO-LÓPEZ, E.M., GALIANA-SÁNCHEZ, M.E., PASCUAL-ARTIAGA, M., BERNABEU-MESTRE, J. (2018). Malnutrition and inequalities in developmentalist Spain: rural food and nutrition surveys. *Nutr Hosp*. **35(5)**: 116-122.

UTKU, E. (2018). Palyatif Bakım Hastalarında Malnütrisyonu Yaklaşım: Olgu Sunumu. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*. **10(2)**: 42-43.

UTKU, T. (2011). Enteral ve Parenteral Nütrisyonun Takibi. *Klinik Gelişim*. **24**: 26-33.

UYŞAL, N., EŞER, İ., KHORSİD, L. (2011). Hemşirelerin Enteral Beslenme İşlemine Yönelik Uygulama ve Kayıtlarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. **14(2)**: 1-9.

ÜŞTÜNDAĞ, H. (2001). Total parenteral beslenme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. **5(1)**: 41-43.

VALENTİNİ, A., FEDERİCİ, M., CİANFARANİ, M.A., TARANTİNO, U., BERTOLİ, A. (2018). Frailty and nutritional status in older people: the Mini Nutritional Assessment as a screening tool for the identification of frail subjects. *Clin Interv Aging*. **13**: 1237-1244.

VAN BOKHORST-DE VAN DER SCHUEREN, M.A., LONTERMAN-MONASCH, S., DE VRİES, O.J., DANNER, S.A., KRAMER, M.H., MULLER, M. (2013). Prevalence and determinants for malnutrition in geriatric outpatients. *Clin Nutr*. **32(6)**: 1007-1011.

- VAN NIE-VISSER, N.C., MEIJERS, J., SCHOLS, J., LOHRMANN, C., BARTHOLOMEYCZIK, S., SPREEUWENBERG, M., HALFENS, R. (2014). Which characteristics of nursing home residents influence differences in malnutrition prevalence? An international comparison of The Netherlands, Germany and Austria. *Br J Nutr.* **111(6)**: 1129-1136.
- VERBRUGGHE, M., BEECKMAN, D., VAN HECKE, A., VANDERWEE, K., VAN HERCK, K., CLAYS, E., BOCQUAERT, I., DERYCKE, H., GEURDEN, B., VERHAEGHE, S. (2012). Malnutrition and associated factors in nursing home residents: a cross-sectional, multi-centre study. *Clin Nutr.* **32(3)**: 438-443.
- WAÏTZBERG, D.L., CAÏAFFA, W.T., CORREÏA, M.I. (2001). Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition.* **17(7-8)**: 573-580.
- WEÏJS, P.J. (2014). Funda mental determinants of protein requirements in the ICU. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* **17(2)**: 183-189.
- WENTZEL PERSENIUS, M., LARSSON, B.W., HALL-LORD, M.L. (2006). Enteral nutrition in intensive care nurses' perceptions and bedside observations. *Intensive Crit Care Nurs.* **22(2)**: 82-94.
- WESTERGREN, A., UNOSSON, M., OHLSSON, O., LOREFALT, B., HALLBERG, I.R. (2002). Eating difficulties, assisted eating and nutritional status in elderly (> or = 65 years) patients in hospital rehabilitation. *International Journal of Nursing Studies.* **39(3)**: 341-351.
- WÏEGAND, A., ZÏEGER, A., STAÏGER, R.D., EGLÏ, A., FREYSTÄTTER, G., BÏSCHOFF-FERRARÏ, H.A., CHOCANO-BEDOYA, P.O. (2019). Association of depression with malnutrition, grip strength and impaired cognitive function among senior trauma patients. *J Affect Disord.* **247**: 175-182.
- WÏESEN, P., VAN GOSSUM, A., PREÏSER, J.C. (2006). Diarrhoea in the critically ill. *Curr Opin Crit Care.* **12(2)**: 149-154.
- WÏLLIAMS, T.A., LESLÏE, G.D. (2005). A Review of The Nursing Care of Enteral Feeding Tubes in Critically ill Adults: Part II. *Intensive Crit Care Nurs.* **21(1)**: 5-15.
- WÏLSON, J.M., HOLZGREFE, R.E., STALEY, C.A., SCHENKER, M.L., MEALS, C. (2019). The Effect of Malnutrition on Postoperative Complications Following Surgeryfor Distal Radius Fractures. *J Hand Surg Am.* **44(9)**: 742-750.
- YALCÏN, N., CÏHAN, A., GUNDOGDU, H., OCAKÇÏ, A. (2013). Nutrition Knowledge Level of Nurses. *Health Science Journal.* **7(1)**: 99-108.
- YENTÛR, E. (2011). Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. *Klinik Gelişim.* **24**: 1-4.

- YILMAZ, A.F., KILIÇ, E., GÜRSEL, S., TİRYAKİ, N. (2016). Nütrisyon timi yoğun bakımda neleri değiştirir? *Türk Yoğun Bakım Dergisi*. **14(2)**: 59-62.
- YILMAZ, D.K., SARKUT, P., DÜZGÜN, F., KUZU, C., KILIÇTURGAY, S. (2017). Yatan Hastaların Nutrisyonel Değerlendirme ve Desteğine Yönelik Hemşirelerin Görüşleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. **14(2)**: 139-143.
- YILMAZ, S., KOÇ, E.M., KUNDURACI, E., AKBABA, Ş., ACUN, Ü.B., KILIÇ, O., FASLI, A. (2018). Kardiyoloji polikliniğine ayaktan başvuran hastalar ile kardiyoloji servisinde yatan hastaların beslenme durumlarının mini nütrisyonel değerlendirme testi ile karşılaştırılması. *MN-Kardiyoloji Dergisi*. **25(3)**: 121-126.
- YOUNG, K., BUNN, F., TRİVEDİ, D., DİCKINSON, A. (2011). Nutritional education for community dwelling older people:a systematicreview of randomised controlledtrials. *Int J Nurs Stud*. **48**: 751-780.
- ZADAK, Z., HYSPLER, R., TİCHA, A., VLCEK, J. (2013). Polypharmacy and malnutrition. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. **16(1)**: 50-55.
- ZALOGA, G.P. (2006). Parenteral nutrition in adult in patients with functioning gastrointestinal tracts: assessment of outcomes. *Lancet*. **367(9516)**: 1101-1111.

EKLER

EK. 1. HEMŞİRE BİLGİ FORMU

HEMŞİRELERDE NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRMENİN ÖNEMİ, NÜTRİSYONEL BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ VE ALGILANAN BAKIM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

Sayın katılımcı; Yüksek lisans tez çalışması olarak planlanan bu araştırma hemşirelerin, hastalarda nütrisyonel değerlendirme öneminde görüşlerinin, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyleri ve algılanan bakım kalitesinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmadan elde edilecek olan verilerin, bilimsel amaç dışında kullanılmayacağını belirterek, katılımınız için teşekkür ederiz.

Tuğba COŞĞUN

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Yüksek Lisans Öğrencisi

HEMŞİRELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1. Yaşınız?
2. Cinsiyetiniz? a) Kadın b) Erkek
3. Medeni Durumunuz? a) Evli b) Bekar
4. Eğitim Durumunuz? a) Lise b) Ön lisans c) Lisans d) Lisansüstü
5. Meslekte Çalışma Yılıınız?
6. Şuanda Çalıştığınız Klinikte Çalışma Yılıınız?.....
7. Bulunduğunuz Kurumda Çalışma Yılıınız?
8. Çalıştığınız Kurum? a) Devlet Hastanesi b) Üniversite Hastanesi
9. Çalıştığınız Bölüm?
 - a) Dahili Klinik b) Cerrahi Klinik c) Pediatri Kliniği d) Kadın-Doğum Kliniği
 - e) Cerrahi Yoğun Bakım f) Nöroloji Yoğun Bakım g) Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım
 - h) Anestezi Yoğun Bakım ı) Beyin Cerrahi Yoğun Bakım i) Koroner Yoğun Bakım

j) Dahiliye Yoğun Bakım f) Diğer,.....

10. Nütrisyon desteğinin sağlanmasına yönelik daha önce eğitim aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

11. Daha önce eğitim aldıysanız, lütfen zamanını belirtiniz?

- a) Son 1 ay içinde b) Son 6 ay içinde c) Son 1 yıl içinde d) 1 yıl üzeri bir zamanda

12. Daha önce eğitim aldıysanız, bu eğitimi nereden aldınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- a) Hastane içi hizmet içi eğitim
b) Sertifikasyon programı
c) Kongre, sempozyum vb. bilimsel toplantı
d) Diğer,.....

13. Nütrisyon desteğinin sağlanması ve nütrisyonel bakıma ilişkin mevcut bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz?

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır

14. Nütrisyon desteği ve nütrisyonel bakıma ilişkin mevcut bilgilerinizin kaynağı aşağıdakilerden hangisi/hangileridir? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- a) Uygulama alanındaki deneyim
b) Hastane içi hizmet içi eğitim
c) Sertifikasyon programı
d) Kongre, sempozyum vb. bilimsel toplantı
e) Diğer,.....

15. Nütrisyon desteğinin sağlanması ve nütrisyonel bakıma ilişkin eğitim gereksiniminizin olduğu alanlar aşağıdakilerden hangisi/hangileridir? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- a) Nütrisyon ve Malnütrisyon
b) Nütrisyon riskinin değerlendirilmesi ve kullanılan yöntemler
c) Beslenme gereksiniminin hesaplanması
d) Beslenme yolunun tercihi
e) Nütrisyon desteği yöntemleri

- f) Nütrisyon desteği ihtiyacı olan özel hasta grupları
- g) Nütrisyon desteği alan hastada hemşirelik bakımı
- h) Diğer,.....
- i) Diğer,.....
- j) Diğer,.....

16. Çalıştığınız kurumda nütrisyon (enteral/parenteral) desteği konusunda destek veren bir ekibiniz var mı?

- a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

17. Çalıştığınız kurumda nütrisyon (enteral/parenteral) desteğinin sağlanması konusunda yazılı bir prosedürünüz var mı?

- a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

18. Çalıştığınız birimde hastanız kliniğe yattığında hastanın nütrisyonel (beslenme) durumu üzerinde primer olarak ilgilenen branş aşağıdakilerden hangisi ya da hangileridir? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- a) Hastanın Hekimi b) Klinik Hemşiresi c) Diyetisyen d) Nütrisyon Hemşiresi
- d) Hiç kimse

19. Kliniğinizde hastaların yatışında nütrisyonel (beslenme durumu) değerlendirme kim tarafından yapılıyor?

- a) Hastanın Hekimi b) Klinik Hemşiresi c) Diyetisyen d) Nütrisyon Hemşiresi
- d) Hiç kimse

20. Çalıştığınız birimde hastalara nütrisyon desteği (enteral-parenteral beslenme) sağlanıyor mu?

- a) Evet b) Hayır

21. Çalıştığınız birimde hemşire olarak sizin nütrisyonel destek/bakım uygulamaları pratiğiniz aşağıdakilerden hangi/hangilerini kapsıyor? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- a) Hastanın nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi
- b) Hastaların boy/kilo ölçümlerinin yapılması ve takibi
- c) Hastayı enteral yoldan besleme
- d) Hastayı TPN (Total Parenteral Nütrisyon) ile besleme
- e) Ağızdan beslenebilen hastaların beslenme yeterliliğini izleme
- f) Hastayı beslenme komplikasyonları bakımından gözlemleme ve takip etme
- g) Hastaya verilen nütrisyonel bakımı kayıt altına alma
- h) Diğer,.....
- i) Diğer,.....
- j) Diğer,.....

EK. 2. HEMŞİRELERDE NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRMENİN ÖNEMİNİ, NÜTRİSYONEL BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİ VE ALGILANAN BAKIM KALİTESİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

NUTRİSYONEL DEĞERLENDİRMENİN ÖNEMİ, NUTRİSYONEL BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ VE ALGILANAN BAKIM KALİTESİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Bölüm 1				
Nutrisyonel Değerlendirmenin Önemi				
Sayın katılımcı, bu bölümde hastalarda nutrisyonel değerlendirme öneminde ilişkin aşağıda verilen ifadelerle katılma durumunuzu uygun seçenekte belirtiniz				
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Hasta bakımında ilk nutrisyonel değerlendirme önemlidir	☐	☐	☐	☐
2. Hastanın nutrisyonel durumunun izlenmesi hemşirelik bakımının temel bir unsurudur	☐	☐	☐	☐
3. Hasta yemeğini yemediğinde, hemşire bu durumu doktora bildirmekten sorumludur	☐	☐	☐	☐
4. Yatışı yapıldığında hastaları tartmak önemlidir	☐	☐	☐	☐
5. Hastanede yatış süresince nutrisyonel değerlendirme her hafta tekrarlanması önemlidir	☐	☐	☐	☐
6. Hemşirelerin, nutrisyonel durumu değerlendirme ve izlemesi hastanın iyileşmesini hızlandırır	☐	☐	☐	☐
7. Hemşirelik bakımı, hastaların nutrisyonel durumu üzerinde önemli bir etkiye sahiptir	☐	☐	☐	☐

Bölüm 2**Nutrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi**

Sayın katılımcı, bu bölümde nutrisyonel bakıma ilişkin aşağıda verilen ifadelere katılma durumunuzu uygun seçenekte belirtiniz

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Hemşireler, hastaların nutrisyonel durumundan ziyade hastanın birincil tanısına odaklanmalıdır	☐	☐	☐	☐
2. Yemek yemeyi reddeden bir hasta yemesi için zorlanmamalıdır	☐	☐	☐	☐
3. Hastaların hastane yemeğini yememesinin ana nedeni, yemeğin görünümü ve tadıdır	☐	☐	☐	☐
4. Nutrisyon desteği, yalnızca tıbbi tedavi tamamlandıktan sonra başlatılmalıdır	☐	☐	☐	☐
5. Nutrisyon desteği kaynak tüketen ve maliyeti yüksek bir yatırımdır	☐	☐	☐	☐
6. Nutrisyon desteğinin sağlanmasından hemşirelerden ziyade, diyetisyenler sorumludur	☐	☐	☐	☐
7. Komplikasyonlarından dolayı parenteral beslenmeden kaçınılmalıdır	☐	☐	☐	☐
8. Obez hastalar (BMI > 30) malnutrisyon riski altında değildir ve az miktarda beslenmelidir	☐	☐	☐	☐
9. Yemek yiyen bir hasta, tıbbi tedavi için bile rahatsız edilmemelidir	☐	☐	☐	☐
10. Aşırı kilolu kanserli hastalarının kilo kaybetmesi kaçınılmazdır ve diyetisyene yönlendirilmelerine gerek yoktur	☐	☐	☐	☐

Bölüm 3 Algılanan Nutrisyonel Bakım Kalitesi Sayın katılımcı, bu bölümde kendi kliniğinizdeki , hastalara sunulan nutrisyonel bakım kalitesini değerlendirme durumunuzu uygun seçenekte belirtiniz					
Kliniğimizde;	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Hastalara eksiksiz bir nutrisyon desteği sağlanır	☐	☐	☐	☐	☐
2. Hemşirelik ekibimiz, hastaların nutrisyonel durumunu takip eder	☐	☐	☐	☐	☐
3. Nutrisyonel değerlendirme düzenli olarak ve profesyonelce yapılır	☐	☐	☐	☐	☐
4. Diyetisyen desteği gereken hastalara, en kısa sürede diyetisyen konsültasyonu sağlanır	☐	☐	☐	☐	☐
5. Doktorlarımız, hastanın nutrisyonel yönünü değerlendirir	☐	☐	☐	☐	☐
6. Hastalar yemeklerini diyet düzenlemelerine uygun olarak alır	☐	☐	☐	☐	☐
7. Hemşireler, bir hastanın yemeğini bitirip bitirmediğinin farkındadır	☐	☐	☐	☐	☐
8. Hastanın nutrisyonel durumuna ilişkin bilgiler sağlık çalışanları arasında etkili bir şekilde iletilmektedir	☐	☐	☐	☐	☐
9. Kliniğimizde verilen nutrisyonel bakımdan memnunum	☐	☐	☐	☐	☐

EK. 3. AFYONKARAHİSAR DEVLET HASTANESİ YAZILI İZİN FORMU

T.C.
AFYONKARAHİSAR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 44946004-602.01.01
Konu : Bilimsel Araştırma İzni Hk.

AFYONKARAHİSAR DEVLET HASTANESİNE BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 28/09/2018 tarihli ve 52832905-929-1781 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazıyla; Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesinde görevli Sorumlu Araştırmacı Yard. Doç. Dr. Öznur GÜRLEK KISACIK ve hastanenizde görevli Yardımcı Araştırmacı Tuğba ÇOŞĞUN'a ait *"Hemşirelerde Nutrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nutrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi ve Algılanan Bakım Kalitesinin Belirlenmesi"* konulu araştırma izin talebiniz. 'Bilimsel Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu' tarafından değerlendirilmiş olup; komisyon kararı ekte gönderilmiştir. Ekte gönderilen ıslak imzalı (fiziki) komisyon kararı ile katılımcı mağduriyetini içeren bilgilerin korunması ve kişisel bilgilerin kullanılmaması şartıyla gerçekleştirilmesinde herhangi bir sakınca görülmemiştir.

Bilgi ve gereği için ilgiliye tebliğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Opr.Dr.Kadir Gökhan SAÇKAN
İl Sağlık Müdürü a.
Başkan

Ek: 1 Syf. Komisyon Kararı

Güvenli Elektronik İmza
Aş ile Aynıdır 16.10.2018
Başar YILMAZ - Memur 1791



Dervişpaşa Mah. Dr. Mahmut Hoca Cad.No:26 Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü

Faks No:

e-Posta: munevver.gedik1@sağlik.gov.tr İnt.Adresi: Munevver.gedik1@sağlik.gov.tr

Bilgi için: Munevver GEDİK

Unvan: HEMŞİRE

Telefon No: 444 04 30

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 409fbc2-c25a-449c-a840-215f11004a58 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK. 4. AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ YAZILI İZİN FORMU

[illegible]

EK. 5. AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İZİN FORMU



T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Birimi : Tıbbi Etik Kurul Başkanlığı
Kodu : 2011-KAEK-2
Sayı : 2019/ 95
Konu : Tıbbi Etik Kurul Kararı

08.02.2019

Sayın ; Dr.Öğr.Üyesi Öznur GÜRLEK KISACIK

İlgi: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08.02.2019 tarih ve 2019/81 sayılı kararı.

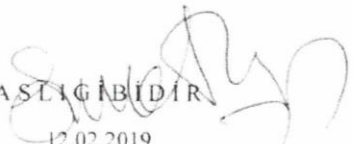
Sorumluluğunuzda yürütülecek olan “**Hemşirelerde, Nutrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nutrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi ve Algılanan Bakım Kalitesinin Belirlenmesi**” başlıklı çalışmanıza ilişkin ilgi sayılı Etik Kurul Kararı ekte gönderilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Dağıstan Tolga ARIÖZ
Etik Kurul Başkanı

EK:
1-İlgi sayılı karar (1 sayfa)

Toplantı Tarihi	08.02.2019	Toplantı Numarası	2019/3	Toplantı Saati	09:00	Etik Kurul 2011-KAEK-2
-----------------	------------	-------------------	--------	----------------	-------	---------------------------

81- Dr.Öğr.Üyesi Öznur GÜRLEK KISACIK'ın sorumluluğunda yürütülecek olan "Hemşirelerde, Nutrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nutrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi ve Algılanan Bakım Kalitesinin Belirlenmesi" konulu Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için başvuru dosyası tekrar incelendi. Araştırma protokolüne uyularak, Sağlık Bakanlığı'nın 13.04.2013 tarih 28617 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmeliği ve yayımlanan klavuzlarında belirtilen hususlar dikkate alınarak, sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere araştırmanın yapılmasında etik sakınca olmadığına toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verildi.


ASLI GIBNİDİR
12.02.2019
Dr.Öğr.Üyesi Evrim Suna ARIKAN TERZİ
Raportör

EK. 6. TURNİTİN ORJİNALLİK RAPORU

ORJİNALLİK RAPORU

% 8	% 7	% 2	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	% 1
2	www.cocukergen2020.com İnternet Kaynağı	% 1
3	kepan.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<% 1
5	www.istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	www.scribd.com İnternet Kaynağı	<% 1
7	acikerisim.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	umityilmaz.blogcu.com İnternet Kaynağı	<% 1
9	GÜNAYDIN, Nevin. "Bir devlet hastanesinde	<% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Tuğba ÇOŞĞUN

Doğum Yeri ve Tarihi: Afyonkarahisar 03/01/1989

Medeni Hali: Evli

Görev Yeri: Afyonkarahisar Devlet Hastanesi

Yabancı Dil: Orta Derece

E-posta Adresi: tugba.ercosgun@gmail.com

Öğrenim Durumu

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lise	Sağlık Meslek Lisesi		2006
Lisans	Sağlık Memurluğu	Pamukkale Üniversitesi	2010
Yüksek Lisans			

Görevleri

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Afyon Kocatepe Üniversitesi-Genel Cerrahi Servisi	2010
Hemşire	Denizli Cerrahi Hastanesi- Ameliyathane	2011
Hemşire	Denizli Devlet Hastanesi-Acil Servis	2011-2013
Hemşire	Sorgun Devlet Hastanesi- Genel Yoğun Bakım	2013-2014
Hemşire	Afyonkarahisar Devlet Hastanesi-Beyin Cerrahi Servisi	2014-2015
Hemşire	Afyonkarahisar Devlet Hastanesi- Koordinasyon Birimi	2015-2016
Hemşire	Afyonkarahisar Devlet Hastanesi- Eğitim Birimi	2016-2018
İdareci	Afyonkarahisar Devlet Hastanesi-Sağlık Bakım Hizmetleri Müd. Yard.	2018-2020
İdareci	Afyonkarahisar Devlet Hastanesi- Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü	2020-Halen devam etmekte

Yayınlar

1. Kısacık ÖG, Coşgun T. Yoğun Bakım Hastalarında Kısıtlama Uygulamalarının ve Nörovasküler Etkilerinin İncelenmesi. Yoğun Bakım Derg 2019;10(2):1-10
<https://doi.org/10.33381/dcbybd.2019.2031>.

2. Gürlek Kısacık, Ö. Coşğun, T. ve Taştekin, A. (2019). Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri, EGE HFD., 35 (3):123-135.
3. KISACIK GÖ, COŞĞUN T. Yoğun Bakım Ünitelerinde Kısıtlama Uygulamalarının Özellikleri. Sözel Bildiri, 2. International Health Science and Life Congress, 24-27 Nisan 2019, Burdur.
4. KISACIK GÖ, COŞĞUN T. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Uygulamasına Yönelik Bilgi Tutum ve Uygulamalarının incelenmesi. Sözel Bildiri, 1. International Health Science and Life Congress, 02 Mayıs 2018, Burdur.
5. Kısacık ÖG, Sönmez M, Coşğun T. Use of Physical Restraints in Critical Care Units: Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practices. Crit Care Nurse. 2020; 40(3):37- 47. doi:10.4037/ccn2020856
6. COŞĞUN T, KISACIK GÖ. Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi ve Algılanan Bakım Kalitesinin Belirlenmesi. Sözel Bildiri, ICHES-IDU 2020 International Congress of Health Sciences June 20-21, Izmir.