



**T.C.  
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**NÜTRİSYON TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN TEDAVİYE  
İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ, KAYGI DÜZEYLERİ VE SAĞLIK  
EKİBİNDEN BEKLENTİLERİNİN BELİRLENMESİ**

**TUBAY BOZKURT**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI**

**SIVAS 2020**

**T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**NÜTRİSYON TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN TEDAVİYE  
İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ, KAYGI DÜZEYLERİ VE SAĞLIK  
EKİBİNDEN BEKLENTİLERİNİN BELİRLENMESİ**

**TUBAY BOZKURT**

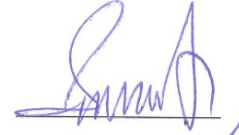
**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU**

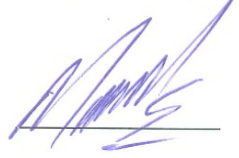
**SİVAS 2020**

“Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye ilişkin Görüşleri, Kaygı Düzeyleri ve Sağlık Ekibinden Beklentilerinin Belirlenmesi” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Esasları** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

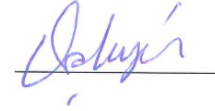
Başkan Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU



Üye Prof.Dr.Meral KELLEÇİ



Üye Dr. Öğr. Üyesi Şahizer ERAYDIN



ONAY

Bu tez çalışması, 10.01.2020 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## ÖZET

### NÜTRİSYON TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN TEDAVİYE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ, KAYGI DÜZEYLERİ VE SAĞLIK EKİBİNDEN BEKLENTİLERİNİN BELİRLENMESİ

**Tubay BOZKURT**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı**

**Danışman: Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU**

**2020, 78+xiii sayfa**

Bu çalışma nütrüsyon tedavisi alan hastaların tedaviye ilişkin görüşleri, kaygı düzeyleri ve sağlık ekibinden beklentilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu araştırmamız Cumhuriyet Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylanmış ve tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırmanın örneklemini, 15.07.2019- 04.11.2019 tarihleri arasında İç Anadolu Bölgesi'nin bir ilinde yer alan üniversite hastanesinin yoğun bakım üniteleri, dahili ve cerrahi kliniklerde yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 180 hasta oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak "Tanıtıcı Bilgiler Formu, Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavisine Yönelik Soru Formu, Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Yönelik Görüşlerine Yönelik Soru Formu, Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavisine İlişkin Sağlık Ekibinden Beklentilerine Yönelik Soru Formu ve Spielberger'in Sürekli-Durumluluk Kaygı Envanteri" kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların Durumsal Kaygı Ölçeği puan ortalaması 48.24 olarak bulunmuş olup, araştırmaya alınan hastaların %43.9'u ise beslenme tedavisine yönelik kaygılarının olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda hastaların %68.9'u beslenmeye yönelik verilen bilgi ve danışmanlık hizmetlerinden memnun olduğunu, %77.2' sinin beslenmeye yönelik verilen bilgi ve eğitimi yeterli gördüğünü, %98.3'ünün beslenme tedavisinin güvenli ve doğru uygulandığını düşündüğünü belirtmiştir. Araştırmamızda günlük yaşam aktivitelerinden destek alanların almayanlara göre kaygı düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışmamızda verilen bilgi ve danışmanlık hizmetinden memnuniyet düzeyi kararsız olanların, çok memnun olanlara göre kaygı düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastaların verilen bilgi ve eğitimi yeterli bulmayanların, yeterli

bulanlara göre kaygı düzeyi istatistiksel olarak daha anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışmamızda tüm katılımcıların sağlık ekibinden “gerekli bilgi ve danışmanlık hizmetinin yapılması,” “komplikasyonlara yönelik bilgi verilmesi,” “ilerleyen süreçte bakımıyla ilgili gerekli danışmanlığın yapılması,” “açık, net ve anlaşılır ifadelerle iletişimin sağlanması,” “anlayışlı ve güler yüzlü olunması,” beklentilerinde olduğu görülmüştür.

Nütrisyon tedavisi alan hastaların kaygı düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğu, nütrisyon tedavisiyle ilgili verilen danışmanlık ve hizmetten memnun oldukları, ancak beslenmeye yönelik merak edilen konuların varlığı ve sağlık ekibinden beklentilerinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak beslenme tedavisine yönelik gerekli eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin multidisipliner nütrisyon ekibi ile tekrarlı aralıklarla ve düzenli olarak verilmesi önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Nütrisyon tedavisi, hasta görüşleri, kaygı düzeyleri, hastaların sağlık ekibinden beklentileri

## **ABSTRACT**

### **DETERMINING THE OPINIONS AND ANXIETY LEVELS OF PATIENTS RECEIVING NUTRITION THERAPY AND THEIR EXPECTATIONS OF THE HEALTHCARE TEAM**

**Tubay BOZKURT**

**Postgraduate Thesis**

**Department of Nursing Principles**

**Supervisor: Prof.Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU**

**2020, 78+xiii pages**

This study was conducted to determine the opinions and anxiety levels of patients receiving nutrition therapy and their expectations of the healthcare team.

This descriptive and cross-sectional study was approved by the Ethics Committee of Cumhuriyet University, and informed consent was obtained from all the participants. The study sample comprised 180 patients hospitalized in intensive care units, and internal and surgical clinics of a university hospital located in a province in Central Anatolia, Turkey between July 15, 2019 and November 04, 2019, and agreed to participate in the study. The data collection tools used in the study were as follows: Descriptive Information Form, Questionnaire Regarding Nutrition Therapy for Patients Receiving Nutrition Therapy, Questionnaire Regarding the Opinions of Patients Receiving Nutrition Therapy about Nutrition Therapy, Questionnaire Regarding the Expectations of Patients Receiving Nutrition Therapy of the Healthcare Team Regarding the Nutrition Therapy and Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory.

The mean score the patients participating in the study obtained from the State-Trait Anxiety Inventory was 48.24, and 43.9% them stated that they had concerns about nutrition therapy. Of the participants in our study, 68.9% were satisfied with the information and consultancy services on nutrition provided for them, 77.2% thought that the information and education provided for nutrition were sufficient, and 98.3% thought that nutrition therapy was administered safely and correctly. Anxiety levels of the participants who received support while performing daily life activities were significantly higher than were those of the participants who did not ( $p<0.05$ ). Anxiety levels of the participants who were not sure whether the information and consultancy

service provided for them were satisfactory were significantly higher than were those of the participants who were very satisfied ( $p < 0.05$ ). Anxiety levels of the participants who considered that the information and education provided for them were adequate were statistically significantly higher than were those of the participants who did not ( $p < 0.05$ ). All the participants had such expectations of the healthcare team as “provision of the necessary information and consultancy service,” “provision of information about the complications,” “provision of the necessary consultancy about my care in the future,” “provision of clear and understandable communication” and “being understanding, and friendly and cheerful.”

It was concluded that the anxiety levels of the participating patients receiving nutrition therapy were above average, that they were satisfied with the counseling and service provided about nutrition therapy, that they had higher levels of expectations of the healthcare team and that there were several points they wanted to learn about nutrition. In conclusion, it is recommended that necessary training and consultancy services on nutrition therapy should be provided at regular intervals by a multidisciplinary nutrition team.

**Keywords:** Nutrition therapy, patient opinions, anxiety levels, patients' expectations of the healthcare team



## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaşan, kendisine ne zaman danışsam bana kıymetli zamanını ayıran, büyük bir sabır ve ilgiyle elinden gelenin fazlasını sunan, bu zorlu süreçte her sorun yaşadığımda desteğini benden esirgemeyen, güler yüzünü, samimiyetini ve mesleğine olan bağlılığını örnek aldığım kıymetli hocam Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU'na içtenlikle teşekkürlerimi ve saygılarımı sunuyorum.

Tez çalışmamın her aşamasında benden desteğini esirgemeyen, uygulama süresince benim her türlü sıkıntılara katılan sevgili arkadaşım Hülya KOÇYİĞİT'e, beni bu süreçte yalnız bırakmayan ve motive eden sevgili arkadaşım Nezih AYDOĞDU' ya, bu süreçte deneyimlerinden yararlandığım çok sevdiğim klinik sorumlum Zuhal TAMER'e, benden yardımlarını, desteğini, sabrını esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma, her ne kadar uzakta olsa da varlığını her daim yanımda hissettiren sevgili arkadaşım Rabia BÖLÜKBAŞ'a, meslek hayatımda tanıştığım canım arkadaşım Şeyda ORHAN'a desteklerinden ve bilime katkılarından dolayı çok teşekkür ediyorum.

Hayattaki en kıymetlim canım annem Meryem BOZKURT ve biricik babam Yusuf BOZKURT, beraber gülüp, beraber ağladığımız hayata karşı beraber büyüdüğümüz canım kız kardeşim Emine BOZKURT'a ve Esengül BOZKURT'a, çok kıymetli ablalarım, eniştelere, sevgili yengem ve çok değerli canım abilerim Murat BOZKURT ve Turgut BOZKURT'a her zaman yanımda oldukları, bana her zaman güvendikleri, başarılarımla daima gurur duydukları ve sevgilerini, yüreklerini benden esirgemedikleri ve en büyük destekçim oldukları için çok teşekkür ediyorum.

Tezimin istatistiksel yorumuna katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. Başaran GENÇDOĞAN' a çok teşekkür ediyorum

Kıymetli vakitlerini ayırıp tezime katkıda bulunan jüri üyelerime yürekten teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

|  |             |
|--|-------------|
| <b>ÖZET</b> .....  | <b>iv</b>   |
| <b>ABSTRACT</b> .....  | <b>vi</b>   |
| <b>TEŞEKKÜR</b> .....  | <b>viii</b> |
| <b>İÇİNDEKİLER</b> .....   | <b>ix</b>   |
| <b>TABLolar DİZİNİ</b> .....   | <b>xii</b>  |
| <b>KISALTMALAR / SİMGELER</b> .....                                      | <b>xiii</b> |
| <b>1. GİRİŞ</b> .....  | <b>1</b>    |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....                                      | 1           |
| 1.2. Araştırmanın Amacı .....  | 4           |
| 1.3. Araştırmanın Soruları.....  | 4           |
| <b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....   | <b>6</b>    |
| 2.1. Enerji Metabolizması ve Gereksinimi.....                            | 6           |
| 2.2. Malnütrisyon .....  | 7           |
| 2.3. Nütrisyonel Değerlendirme.....                                      | 8           |
| 2.4. Nütrisyon Desteği .....   | 9           |
| 2.4.1. Oral Beslenme Ürünleri.....                                       | 11          |
| 2.4.2. Enteral Beslenme.....   | 11          |
| 2.4.2.1. Enteral Nütrisyonun Endikasyonları .....                        | 12          |
| 2.4.2.2. Enteral Beslenme Kontrendikasyonları.....                       | 13          |
| 2.4.2.3. Enteral Beslenmenin Komplikasyonları ve Tedavisi .....          | 13          |
| 2.4.2.4. Enteral Beslenmenin Verilme Yolları .....                       | 14          |
| 2.4.2.5. Enteral Nütrisyonda Kullanılan Solüsyonlar ve Özellikleri ..... | 16          |
| 2.4.3. Parenteral Beslenme .....   | 17          |
| 2.4.3.1 Parenteral Beslenme Kontrendikasyonları: .....                   | 19          |
| 2.4.3.2. Parenteral Beslenmenin Endikasyonları.....                      | 19          |
| 2.4.3.3. Parenteral Solüsyonlar.....                                     | 19          |
| 2.4.3.4. Parenteral Nütrisyonun Komplikasyonları .....                   | 20          |
| 2.4.3.5. Parenteral Nütrisyonda Hasta İzlemi.....                        | 20          |
| 2.5. Nütrisyon Desteği ve Hemşirelik.....                                | 21          |
| 2.6. Kaygı Kavramı .....   | 22          |
| <b>3. MATERYAL ve METOT</b> .....  | <b>24</b>   |
| 3.1. Araştırmanın Şekli .....  | 24          |

|   |           |
|---|-----------|
| 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....   | 24        |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....   | 24        |
| 3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri .....  | 25        |
| 3.5. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları .....  | 25        |
| 3.5.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu.....   | 25        |
| 3.5.2. Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavisine Yönelik Soru<br>Formu (EK-2) .....  | 26        |
| 3.5.3. Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Yönelik Görüşlerini İçeren<br>Soru Formu (EK-3).....                                 | 26        |
| 3.5.4. Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavisine İlişkin Sağlık<br>Ekibinden Beklentilerine Yönelik Soru Formu (EK-4)..... | 26        |
| 3.5.5. Spielberger'in Sürekli -Durumluluk Kaygı Envanteri (EK-5) .....  | 26        |
| 3.6. Araştırmanın Uygulama Şekli.....   | 27        |
| 3.7. Araştırma Verilerin Değerlendirilmesi .....  | 27        |
| 3.8. Araştırmanın Etik Boyutu .....   | 28        |
| 3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları .....  | 28        |
| <b>4. BULGULAR.....</b>   | <b>29</b> |
| <b>5. TARTIŞMA.....</b>   | <b>43</b> |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>  | <b>51</b> |
| 6.1. Sonuçlar .....   | 51        |
| 6.2. Öneriler .....   | 53        |
| <b>7. KAYNAKLAR .....</b>   | <b>54</b> |
| <b>EKLER .....</b>  | <b>64</b> |
| Ek 1. Tanıtıcı Bilgiler Formu .....   | 64        |
| Ek 2. Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavisine Yönelik Soru<br>Formu.....   | 66        |
| Ek 3. Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Yönelik Görüşlerini İçeren<br>Soru Formu .....  | 68        |
| Ek 4. Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavisine İlişkin Sağlık<br>Ekibinden Beklentilerine Yönelik Soru Formu .....        | 70        |
| Ek 5. Durumsal Kaygı Ölçeği .....   | 71        |
| Ek 6. Etik Kurul Kararı .....   | 72        |
| Ek 7. Kurum Uygulama İzin Belgesi .....   | 74        |
| Ek 8. Bilgilendirilmiş Olur Formu .....   | 75        |



## TABLolar DİZİNİ

|  |    |
|--|----|
| <b>Tablo 1.</b> Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....   | 29 |
| <b>Tablo 2.</b> Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavilerine Yönelik Özelliklerinin Dağılımı.....                          | 31 |
| <b>Tablo 3.</b> Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Yönelik Görüşlerinin Dağılımı.....   | 33 |
| <b>Tablo 4.</b> Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavisine İlişkin Sağlık Ekibinden Beklentilerinin Dağılımı.....          | 35 |
| <b>Tablo 5.</b> Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri .....               | 36 |
| <b>Tablo 6.</b> Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....                        | 37 |
| <b>Tablo 7.</b> Hastaların Beslenme Tedavilerine Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....                         | 39 |
| <b>Tablo 8.</b> Hastaların Nütrisyon Tedavisine Yönelik Görüşlerine Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması ..... | 40 |
| <b>Tablo 9.</b> Hastaların Beslenme Şekline Göre Bağımlılık Durumlarının Dağılımı .....  | 41 |

## KISALTMALAR / SİMGELER

|            |                               |
|------------|-------------------------------|
| <b>GİS</b> | Gastrointestinal Sistem       |
| <b>GYA</b> | Günlük Yaşam Aktiviteleri     |
| <b>TPN</b> | Total Parenteral Nutrisyon    |
| <b>SPB</b> | Santral Parenteral Beslenme   |
| <b>PPB</b> | Periferik Parenteral Beslenme |
| <b>BMH</b> | Bazal Metabolik Hız           |
| <b>BET</b> | Bazal Enerji Tüketimi         |
| <b>NRS</b> | Nütrisyonel Risk Skoru        |

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Vücudun çeşitli fonksiyonlarını yerine getirmek için gerekli olan enerjiyi besin alımı sağlamaktadır. Bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmak ve bu sağlıklı durumun devamını sürdürebilmek, ancak yeterli ve dengeli beslenme ile mümkün olup, yeterli ve dengeli beslenme yaşam için gerekli fonksiyonların sürekliliğini idame ettiren insanın, en temel öncelikli gereksinimidir (Boz Ciğeroğlu, 2010; Özbaş, Göçmen Baykara, 2018).

Dokuların, ihtiyacı olan makro ve mikro besin maddelerinden çeşitli sebeplerle mahrum kalması birçok hücresel ve organ fonksiyonlarında bozulmaya sebep olabilmektedir. Bu gibi durumlar iyileşme sürecini olumsuz etkilemekte olup, hastane yatışlarının tekrarlaması, uzun süren hastane yatışları gibi nedenlerle de aynı zamanda sağlık maliyetlerinde de artışa neden olmaktadır (Dumlu ve ark., 2013).

Sağlıklı bir yaşam için yeterli beslenme gerekmekte olup, beslenmenin önemi hastalık durumlarında daha da önem kazanmaktadır (Suluhan ve ark., 2014). Gerek hastalığı iyileştirebilmek gerekse malnütrisyonu ve ona bağlı komplikasyonları ortadan kaldırmak için hastaların yeterli ve dengeli beslenmeleri gerekmektedir. Önceden var olan malnütrisyonların önlenmesi, ileri düzeyde kayıpların engellenmesi, katabolizma etkilerinin en aza indirgenmesi ve mortalite ile komplikasyon oranlarının azaltılması amacıyla beslenme desteğinin yapılması oldukça önemlidir (Sobotka, 2011; Kreymann et al., 2009).

Günümüzün önemli sorunu olan artan yaşlı nüfus ve karmaşık sağlık problemleri beraberinde doğal yolla kendi beslenemeyen hasta gruplarına ve beslenmeyi devam ettirmek için alternatif yöntemlerin gündeme gelmesine neden olmuştur (Özden ve ark., 2016). Öncelikli tercih edilen beslenme şekli doğal beslenme yolu olan oral alım olmasına karşın, gastrointestinal (Gİ), nöromusküler, kardiyovasküler hastalıklar, yanık ve travma gibi çeşitli nedenlerle bu yolun kullanılmasının mümkün olmadığı durumlar mevcuttur. Bu gibi durumlar klinisyenleri daha farklı nütrisyon yolları bulmaya yöneltmiş olup, enteral ve parenteral nütrisyon çeşitleri oluşturulmuştur (Uysal, 2010; Çelebi, 2010).

Enteral beslenme; oral alımı kısıtlı veya kontrendike olan hastalarda, ağızdan başlayarak jejenuma kadar gastrointestinal sistemin farklı bölgelerine doğrudan, bir tüp ile cerrahi girişimlerle veya perkütan girişimlerle ulaşılarak, makro ve mikro besin maddelerinin devamlı ya da aralıklı olarak hastaya verilmesi olarak tanımlanmaktadır (Gürkan, Gülseven, 2013). Enteral beslenmenin daha ekonomik, güvenilir ve fizyolojik olması ve aynı zamanda bağırsak bariyerini koruması enteral beslenmenin tercih edilme nedenleri arasında gösterilmektedir (Akıncı, 2011; Dumlu ve ark., 2013; Gürkan, Gülseven, 2013). Enteral yolla beslenmenin intestinal fizyolojinin devamını sağladığı, barsak villus atrofisini önlediği, intestinal permeabiliteyi azalttığı, intestinal perfüzyonu uyararak iskemik reperfüzyon hasarına karşı rol oynadığı, çeşitli hasarlara karşı barsak bariyerinin devamlılığını sağladığı, lokal ve sistemik immün cevabı düzelttiği ve epitelyal proliferasyonu arttırdığı bildirilmiştir (Sobotka, 2011; Anthony, 2008).

Oral veya enteral nütrisyonun yapılamadığı, gastrointestinal kanalının anatomik ya da fonksiyonel bütünlüğünün bozulduğu ve katabolik dönemi ağır ve uzun süren hastalarda, hasta için gerekli enerji ve besin maddelerinin tamamının veya bir kısmının damar yolu ile verilmesine parenteral nütrisyon denir (Borazan, 2006; Çelebi, Yılmaz, 2019; Koçkan, 2018). Total parenteral nütrisyon ile vücudun günlük ihtiyacı olan vitamin, protein, yağ, glikoz, elektrolit ve sıvılar gastrointestinal yol devre dışı bırakılarak santral venöz katater veya periferik damar yolu ile dolaşıma katılır (Çelebi, Yılmaz, 2019).

Parenteral uygulamada uygun kullanım oldukça önemlidir. Parenteral uygulamada kişisel uygulamalar yerine diyetisyenler, hemşireler, eczacılar ve hekimlerden oluşan beslenme destek ekibinin multidisipliner yaklaşımı gerekmektedir. Parenteral beslenme, gastrointestinal sistemi sınırlı absorpsiyon kapasiteli, nonfonksiyonel veya enteral beslenemeyen hastaların beslenmesini mümkün kılan önemli bir araçtır. Uygun şekilde kullanıldığında hastanın klinik seyrini olumlu etkilemesine rağmen, uygunsuz kullanımı enfeksiyöz komplikasyonların artmasına, metabolik anormalliklerin oluşmasına ve medikal maliyetlerin artışına neden olmaktadır (Keith, 2008; Zaloga, 2006). Parenteral ya da enteral nütrisyon desteği alan hastalarda, beslenme tedavisi için hedeflenen durumlara ulaşmak ve oluşabilecek komplikasyonların önüne geçebilmek için yakın, kapsamlı, klinik ve laboratuvar izlemlerin yapılması ve güncel bilimsel bilgi ve kanıtlar temelinde uygulamaların gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir (Dikmen, Çekmen, 2001).



Her insan yaşamının bir bölümünde, zaman zaman sağlıklı olma durumundan uzaklaşarak tedavi ve bakımı gerektiren hastalık durumlarıyla karşı karşıya gelmektedir. Hasta olmak, hastaneye yatmak ve ameliyat olmak gibi olası birçok durum bireylerin yaşamını önemli oranda etkilemekte, kaygı ve endişelerini artırmaktadır. Kişinin kendisini tehdit altında hissettiğinde ortaya çıkan kaygı; evrensel bir deneyimdir ve nedeni bilinmeyen, içten gelen, bireyi tetikte olması için uyaran bir duygudur (Yıldız, 2011). Kişiden kişiye değişmekte olan kaygı düzeyi; bireyin yaşı, yaşam deneyimleri, cinsiyeti ve baş etme becerileri gibi kişisel özelliklerden etkilenen, tanımlanması zor bir durumdur (Mitchell, 2000; Ala, 2007).

Nütrisyon tedavisi hastalar üzerinde önemli psikolojik etki yaratan ve sıklıkla başvuru bir uygulamadır. Bireyde var olan ek hastalıklar, devam eden infüzyona bağlı hareket kısıtlılığı, noktüri ve buna bağlı sık sık uyanma, koldan veya boyundan santral venöz katater yerleştirilmesi, diğer hastalardan farklı olarak birden fazla solüsyon bulunması, beslenmeden kaynaklanan komplikasyonlar ve tedavinin genellikle uzun süreli olması nedeniyle nütrisyon tedavisi sürecinde birey kendini yorgun hissedebilmekte ve kaygı yaşayabilmektedir (Dinç, 1997; Cevheroğlu, 2014).

Nütrisyon tedavisi nedeni ile oluşan anksiyete bireyin tedaviye katılımını azaltmakta ve fizyolojik etkileri nedeniyle de iyileşme sürecinin önemli oranda uzatmaktadır. Anksiyetenin azaltılması ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi için hastalara verilecek eğitim oldukça önemlidir (Dinç, 1997). Bu alanda hemşirelerin sorumluluğu hasta bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek için, hasta bireyi rahatlatmaya yardım etme, gerekli bakımı verme, karşılıklı saygı ve iş birliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde hastanın yaşam kalitesini değerlendirmektir (Cevheroğlu, 2014). Hemşire hastalara nütrisyon tedavisinin amacını ve tedavisi için yararlarını, nasıl uygulanacağını anlatarak hastanın psikolojik olarak rahatlatılmasını, bu konuda bilgi ve farkındalık sahibi olmasını sağlamalıdır (Dinç, 1997).

Bu noktada hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri öncelikle nütrisyon tedavisi alan hastaların bağımsızlığını sürdürmesine ya da var olan bağımlılık durumu ile başa çıkmasına, bağımsız davranış geliştirmesine olanak sağlayacak bilgi, kişi ve kurumlara ulaşmasına, yaşamına kalite getirecek yeni davranışlar kazanmasına katkı sağlamalıdır (Cevheroğlu, 2014).

Yapılan çalışmalarda etkili bilgilendirmenin kaygı, korku ve depresyon gelişimini, ameliyat sonrası analjezik gereksinimini azalttığı, ağrı düzeyini düşürdüğü, hastanede yatış süresini kısalttığı birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir (Hume et al., 1994; Özkan Salkım, 2010).

Günümüzde gelişen bilim ve teknoloji ile nütrisyon tedavisinde her geçen gün yeni uygulamalar gündeme gelmektedir. Bu durum nütrisyon tedavisi alan bireylerde yeni uygulamalara karşı kaygı oluşturmakta, hastaneye yatış ve değişen durumlarla zaten var olan kaygı düzeyini daha da yükseltmekte ve sağlık profesyonellerinden beklentilerini arttırmaktadır. Bu bağlamda başta hemşire olmak üzere diğer sağlık ekibinin danışmanlık ve eğitici rolü daha da ön plana çıkmaktadır.

Literatür incelendiğinde nütrisyon tedavisine yönelik hemşirelerin bilgi düzeyini inceleyen ulusal (Ertav, 2018; Çelebi, 2010; Koçhan, 2018) ve uluslararası (Al- Rafay et al., 2012; Lane et al., 2014; Ameri et al., 2016; Kim, Chang, 2019) birçok çalışmaya rastlanılmış olmakla birlikte, nütrisyon tedavisi alan hastaların tedavi sürecine yönelik görüşlerini, kaygı düzeylerini ve sağlık profesyonellerinden beklentilerini araştıran bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Bu nedenle bu çalışmanın amacı nütrisyon tedavisi alan hastaların tedaviye ilişkin görüşleri, kaygı düzeyleri ve sağlık ekibinden beklentilerinin belirlenmesidir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye İlişkin Görüşleri, Kaygı Düzeyleri ve Sağlık Ekibinden Beklentilerinin Belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Nütrisyon tedavisi alan hastaların beklenti, görüş ve kaygı düzeylerinin belirlendiği bu çalışmadan elde edilecek verilerle beslenme tedavisi alan hastaların beklentilerinin karşılanması, beslenme tedavisine yönelik yaşanabilecek sorunların fark edilerek sorunlara yönelik önlem alınması ve hastaların memnuniyet ve yaşam kalitesini arttırmaya katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

## **1.3. Araştırmanın Soruları**

- 1: Nütrisyon tedavisi alan hastaların tedaviye yönelik görüşleri nelerdir?
- 2: Nütrisyon tedavisi alan hastaların beslenme tedavisine ilişkin sağlık ekibinden beklentileri nelerdir?
- 3: Nütrisyon tedavisi alan hastaların tedaviye yönelik kaygıları ne düzeydedir?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Enerji Metabolizması ve Gereksinimi

Vücudun 24 saatte enerjiyi kullanma hızı metabolik hız olarak adlandırılır, 24 saatte kilokalori (Kcal) olarak tanımlanır. Organizmanın hayati işlevlerinin devamlılığı için gerekli olan enerji, bazal metabolik hız (BMH) veya bazal enerji tüketimi (BET) olarak ifade edilir (Utku, 2011).

Sağlıklı bir bireyin diyeti vitamin, mineral, enerji (lipit ve karbonhidrat) ve eser element bileşenlerini içermekte olup, sağlıklı yetişkin bir kişinin günlük kalori ihtiyacı ise 20-25 kcal/ gün'dür. (Mete, Emeksiz, 2017; Dumlu ve ark., 2013). Ancak travma, cerrahi girişimlerin neden olduğu metabolik stres ve sepsis gibi durumlarda günlük kalori ihtiyacı 35-40 kcal/ gün'e çıkarmaktadır (Dumlu ve ark., 2013).

Vücuda sağlanacak enerji katabolizma sonucu açığa çıkar (Cerra et al.,1997). Enerji kaynağı olarak kullanılmak üzere; protein, lipit ve karbonhidratlar kullanılmaktadır (Mete, Emeksiz, 2017). Lipitler esas enerji kaynağıdır ve lipitlerden elde edilen enerji gram başına 9/kcal dir. 70 kg ağırlığındaki bir yetişkinde ortalama 12-18 kg yağ deposu vardır (Mete, Emeksiz, 2017). Erişkin bir insanın günlük protein ihtiyacı 0.8-1 gr/kg'dır. Hastaların protein gereksiniminin belirlenmesinde azot dengesi esas alınıp, azot dengesi; vücuda alınan azot ile atılan azot arasındaki dengedir (Utku, 2011; Mete, Emeksiz, 2017). Karbonhidratlar, glikoza metabolize olur. Glikojen depoları acil durumlarda kullanılmak üzere kas ve karaciğerde korunur. Kan hücreleri ve beyin korteks nöronları ise her koşulda enerji olarak glikozu kullanır (Mete, Emeksiz, 2017).

Bireylerin veya popülasyonun beslenme durumunun değerlendirilmesi ve yeterli diyet planlanması hakkında bilgi gereksinimine ihtiyaç bulunmaktadır. 19. yüzyılın ikinci yarısında diyet protein standartları yetişkin için tahminlere dayanmaktaydı (Rand et al., 2003). Günümüzde en iyi bilinen ve en sık kullanılan tahmini bazal metabolik hız ölçüm yöntemi Harris-Benedict yöntemidir (Demirel, Bahçecioglu, 2010).

Harris-Benedict Denklemi:

$$\text{Erkek BMH} = 66,5 + (13.75 \times \text{kg}) + (5 \times \text{boy}) - (6.77 \times \text{yaş})$$

$$\text{Kadın BMH} = 655,1 + (9.56 \times \text{kg}) + (1.85 \times \text{boy}) - (4.67 \times \text{yaş})$$

(Cerra et al.,1997; Utku, 2011; Mete, Emeksiz, 2017).

Bu yöntemle hesaplanan bazal metabolik hıza mevcut hastalığın stres faktörüne karşılık gelen kalori artışı eklenerek total enerji ihtiyacı hesaplanır. Hesaplanan total enerji miktarına hastanın fizik aktivite derecesi ve vücut ısısı değişikliklerine göre ek düzeltmelerin yapılması gerekmektedir (Şahin ve ark., 2003; Demirel, Bahçecioğlu, 2010; Utku, 2011).

1.Stres faktörü:

- Postoperatif +%10
- Multipl yaralanma +%30
- Sepsis (1derece ateş için) +%10

2.Aktivite faktörü:

- Yatakta hareketsiz +%10
- Yatakta hareketli +%20
- Mobil +%30

3.Enteral gıdanın termojenik aktivitesi +%10

4.Ventilatöre bağlı -%15

5. Isı Faktörü:

- 38°C 1.1
- 39°C 1.2
- 40°C 1.3 (Şahin ve ark., 2003; Utku, 2011).

## 2.2. Malnütrisyon

Malnütrisyon , gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunu olup, besin alınımındaki yetersizliğe bağlı, nütrisyonel replasmanla önlenebilen, makro ve mikro besin eksikliği olarak tanımlanmaktadır (Topeli, 2001; Genel ve ark., 1997; Dünder, Dünder, 2006). Malnütrisyon hastanede yatan hastalar için oldukça önemli olup, malnütrisyonun tanımlanması ve uygun beslenmenin başlanması morbidite ve mortalite oranlarında azalma sağlamaktadır (Avaner, Avaner, 2018).

Son 3-6 ayda %10-15 kilo kaybı vücut kitle indeksinin 18,5 kg/m<sup>2</sup> den az olması, yağsız kitlenin kadınlarda 15kg/m<sup>2</sup> ve erkeklerde ise 17kg/m<sup>2</sup> olması şiddetli

beslenme yetersizliği durumu olarak değerlendirilirken; kişinin malnütrite sayılabilmesi için istemsiz kilo kaybı, yetersiz oral alım, azalmış fiziksel fonksiyon, fizik muayenede kas kitlesi cilt altı yağ dokusu kaybı ve sıvı birikimi kriterlerinden ikisinin varlığı yeterli görülmektedir (Tamer, 2018).

Malnütrisyon hastanın kliniğinin kötüye gidişine neden olup, morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerinden biridir. Malnütrisyon gelişimi düşünüldüğünde en riskli grup hastanede takip edilen hastalardır (Olmos et al., 2005, Demirel, Bahçecioğlu, 2010; Dumlu ve ark., 2013; Bauer et al., 2005).

Dokuların makro ve mikro besin elamanlarından yoksun kalmaları gastrointestinal sistem düz kas atrofisi, kardiyak ve respiratuar kas fonksiyonlarında bozulma, immünitete, yara ve anastomoz iyileşmesinde bozulma gibi birçok hücrel ve organ fonksiyonlarında olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Bu değişiklikler ise komplikasyon oluşumuna, iyileşme sürecinin zarar görmesine ve tekrarlı ve uzun süren hastane yatışlarına neden olarak sağlık maliyetlerinde artışa yol açmaktadır (Demirel, Bahçecioğlu, 2010; Dumlu ve ark., 2013; Tamer, 2018).

### **2.3. Nütrisyonel Değerlendirme**

Malnütrisyon tedavisinde yapılacak ilk adım nütrisyonel değerlendirmedir. Bu değerlendirme detaylı anamnez, fizik muayenesi, fonksiyonel incelemeler, laboratuvar incelemeleri, hastanın iştah durumu, üst kol çevresi, vücut ağırlığı, kilo değişikliği, triseps cilt kıvrım kalınlığı, beslenme alışkanlığı, ek hastalıklar, kullanılan ilaçlar ve besin alımının sorgulanması gibi ayrıntılı soru ve incelemeleri içermelidir (Olmos et al., 2005; Diker ve ark., 2009; Utku, 2011; Yentür, 2011; Mete, Emeksiz, 2017; Bonnefoy et al., 2002).

Fizik muayenede; hastaların bilinç düzeyi, kilo, boy, triceps deri kıvrım kalınlığı, vücut ağırlığı, hemodinamik ve solunumsal açıdan durumları, cildin kuru veya ödem gibi nitelikleri, kreatinin - boy indexi ve kreatinin - total kol uzunluk ölçümlerinden faydalanılır (Utku, 2011; Mete, Emeksiz, 2017). Biyokimyasal verilerde hasta takibinde önemli bir bileşen olan laboratuvar testleri değerlendirilmekte olup, bu testlerde total lenfosit, serum albümin, transferrin miktarı, ortak antijenlere karşı gecikmiş deri yanıtı, azot dengesine bakılır ve bunlar objektif ölçütlerdir. Özellikle serum albümin düzeyi, kritik hastalarda güvenilir ve basit biyokimyasal ölçümdür (Utku, 2011; Mete, Emeksiz, 2017).

Yapılan çalışmalar hastanın nütrisyonel durumunun hastanın klinik seyrini önemli oranda etkilediğini göstermektedir. Bu nedenle malnütrisyonlu ya da malnütrisyon riski taşıyan hastaların tespiti oldukça önemlidir (Demirel, Bahçecioğlu, 2010; Dumlu ve ark., 2013). Malnütrisyonlu veya malnütrisyon riski olan hastalar hastaneye yattıkları andan itibaren hekim ve hemşireler tarafından hızlıca uygulanabilen, basit beslenme riski taramaları ile değerlendirilir. Bu taramalarda kullanılan araçlar, son zamanda kilo kaybı, son zamanda besin alımı, mevcut vücut kitle indeksi ve hastalık şiddeti sorularına yanıt aramaktadır (Yentür, 2011).

Beslenme desteği kavramının önem kazanması ve gündeme gelmesiyle beraber, çok çeşitli beslenme parametreleri kullanılmaya başlanmıştır (Dervişoğlu ve ark., 2006). Nütrisyon değerlendirmesi için kullanılan Subjektif Global Değerlendirme, Beslenme Risk İndeksi, Mini Nütrisyonel Değerlendirme gibi birçok kılavuz olup, günümüzde en yaygın olarak kullanılan tarama yöntemi NRS 2002' dir (Gündoğdu, 2008; Yentür, 2011). Avrupa Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği (ESPEN) nütrisyon değerlendirmesinde NRS 2002 ve yaşlı hastalarda ise Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) yöntemini önermektedir (Yentür, 2011).

NRS 2002 de hastalar beslenme yetersizliği ve hastalık şiddeti tablodaki bakımından değerlendirilir ve 0: Yok, 1: Hafif, 2: Orta şiddette ve 3: Ağır beslenme yetersizliği olarak değerlendirilip, toplam skoru  $\geq 3$  olan hastalar beslenme riski altında olarak ele alınır (Yentür, 2011).

#### **2.4. Nütrisyon Desteği**

Nütrisyon, yaşamda ve tıpta oldukça önemli bir yere sahip olup, hastalıkların önlenmesinde yaşamsal öneme sahiptir ve uzun süre sağlığı etkileyen kontrol edilebilir bir risk faktörüdür (Kara Yılmaz ve ark., 2017). Tanımlayıcı  alışmalar, hastalarda yetersiz beslenmenin mekanik ventilasyondan ayrılmama, hastanede yatış s resinde uzama ve enfeksiyonlarda artışa neden olduğuna işaret etmektedir (Deane et al., 2007).

Nütrisyon diyabet, kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve bilişsel bozukluklar gibi hastalıkların önlenmesi ya da geciktirilmesinde sağlığa ait başlıca belirleyici faktördür (GBD 2013 Risk Factors Collaborators, 2015). Amerikan Parenteral ve Enteral Nütrisyon Komitesi (ASPEN) 2015 yılında hasta bakım kalitesini artırmak, klinik sonuçları iyileştirmek ve maliyetleri azaltmak için hastanede yatan hastalarda

yetersiz beslenmenin ele alınması ve buna yönelik ulusal bir hedef belirlenmesi gerektiğini bildirmiştir (Sauer et al., 2019).

Hastalıkları iyileştirmek, malnütrisyonu ve ona bağlı gelişebilecek olası komplikasyonları engellemek amacıyla yeterli ve dengeli beslenme sağlanarak nütrisyon desteği yapılmaktadır (Çekmen, Dikmen, 2014; Avaner, Avaner, 2018). Beslenme desteğinin immün yeterliliği kazandırdığı, yara iyileşmesini hızlandırdığı, septik morbiditeyi azaltarak morbidite ve mortalite hızlarını düşürdüğü konusunda fikir birliğine ulaşılmıştır (Moore et al., 1992, Tekin ve ark., 2019).

Beslenme desteği genel olarak; kritik hastalardaki yağsız vücut kitlesini korumak ve hastayı strese oluşturduğu yanıt boyunca desteklemeyi amaçlar (Stephen et al., 2016).

Nütrisyon desteğinin amaçları şunlardır:

- 1) Önceden var olan ya da oluşabilecek malnütrisyonu önlemek,
- 2) Katabolizmayı önlemek ve var olan katabolizma etkilerini en az düzeye indirmek,
- 3) İmmün sistemin güçlendirmek,
- 4) İleri düzeyde kayıpları önlenmek,
- 5) Mortalite, enfeksiyon ve komplikasyon oranlarını azaltmak (Sivrikaya, Eryılmaz, 2018; Çekmen, Dikmen, 2014; Cerra et al., 1997).

Hastaların optimal sağlık ve kalite güvencesine sahip olması her hastaya, her koşulda, her zaman verilecek olan optimal beslenme hedefinin gerçekleşmesine bağlıdır. Bu nedenle hastaneye yatışı ile tedavisi planlanan hastalarda, tedavi planının bir bileşeni olan nütrisyon destek tedavisi sağlanmalıdır (Utku, 2011; Sobotka, 2011). Hücre biyoloji ve biyokimya bilgilerinin artmasının ardından, nütrisyon beslenmesinde ilerlemeler olmuştur. Beslenme tedavisindeki bu ilerlemeler klinisyenlerin yetersiz beslenmeyi tedavi etmesine ve hastaların sonuçlarını iyileştirmesine olanak tanımıştır (Abunnaja et al., 2013).

Hastaya uygulanacak olan beslenme destek tedavisinin avantaj ve dezavantajları nütrisyon ekibi tarafından klinisyenin de önerileri alınarak değerlendirilip, hastaya uygun olan beslenme şekline karar verilir. Nütrisyon desteği direkt oral alım, enteral beslenme tüpü ve parenteral yoldan sağlanmaktadır. (Dumlu ve ark., 2013; Özbaş, Baykara, 2018; Sivrikaya, Eryılmaz, 2018).



### **2.4.1. Oral Beslenme Ürünleri**

Bu ürünler oral alımı yetersiz ya da yenilen yemekle yeterince ihtiyacı karşılayamayan hastalara verilmekte olup, içeriğinde yağ, karbonhidrat ve protein bulunan sıvı besinlerdir. Komplikasyon olasılığının düşük olması, lezzetli ve maliyetinin ucuz olması oral nütrisyonların tercih edilme nedenleri arasında sayılabilmektedir. Yapılan çalışmalar oral nütrisyon ürünlerinin mortalite ve ameliyat sonrası komplikasyon oranını azalttığını, malnütrisyonlu hastalarda ise kilo alımını sağladığını göstermektedir (Dumlu ve ark., 2013)

### **2.4.2. Enteral Beslenme**

Enteral nütrisyon gastrointestinal sistemi fonksiyonel olan hastalar için seçilecek beslenme şekli olup, ağızdan başlayarak jejenuma kadar gastrointestinal yolun değişik bölgelerine; doğrudan, bir tüp vasıtasıyla, peruktan girişimlerle veya cerrahi yöntemlerle ulaştırılmasıdır (Gürkan, Gülseven, 2013; Wireko, Bowling, 2010; Scott, Bowling, 2015; Akıncı, 2011; Tekin ve ark., 2019).

Günümüzde enteral beslenme, kritik hastaları beslemek için tercih edilen ve şiddetli hastalıkların neden olduğu katabolik süreci önlemek için kullanılan önemli bir uygulamadır (Gürkan ve ark., 2013). Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl, bebeklerden yaşlı yetişkinlere kadar 250.000 hastanede yatan hastada kullanılmakta olan enteral nütrisyonun kullanım alanı oldukça geniş olup, rehabilitasyon merkezleri, uzun süreli bakım ve ev ortamlarında da yaygın olarak kullanılmaktadır (Joseph et al., 2017).

Enteral nütrisyonun septik komplikasyonları önlediği, gastrointestinal sistemin doğal mekanizmasının sürdürülmesini sağladığı, malnütrisyonu önlediği, vücudun strese verdiği cevabı hafiflettiği ve IgA salgılanmasıyla immün yeterliliği koruduğu düşünülmektedir (Demirel, Bahçecioğlu, 2010; Abunnaja, 2013). Son 20 yıldır hastalarda parenteral beslenmeden enteral beslenmeye yönelim giderek artmakla beraber (Dumlu ve ark., 2013), hangisinin daha iyi olduğuna yönelik tartışmalar hala devam etmektedir (Moore et al., 1992, Dumlu ve ark., 2013).

Enteral yolla beslenme ile gastrointestinal mukozal atrofisinin önlenmesi, sindirim sisteminin florasının korunması ve bakteriyel translokasyonun azalması, bağışıklık sisteminin devamlılığının sürdürülmesi, intestinal pH dengesinin düzenlenmesi, septik

komplifikasyon ve malnütrisyonun önlenmesi, enfeksiyon ve organ yetmezliği riskinin azaltılması ve uygulama kolaylığı sağlanmış olmaktadır (Özyurt ve ark., 2000; Deane et al., 2007; Özbaş, Baykara, 2018).

Enteral beslenmenin güvenli, kolay ve daha az maliyetle uygulanması tercih edilme nedenleri arasında sayılırken, gastrontestinal intolerans (regürjitasyon, kusma, yüksek gastrik rezidüel volüm, diyare, abdominal distansiyon) riski olan hastalarda kullanımı enteral beslenme kullanımını engellemektedir (Moore et al., 1992; Deane et al., 2007; Gürkan ve ark., 2013; Tekin ve ark., 2018).

Her ne kadar enteral beslenme parenteral beslenmeye göre daha güvenli olsa da yan etki ve riskleri mevcuttur. Bu komplifikasyonlar basit olabileceği gibi ciddi morbiditelere de sebep olmaktadır. Sık görülen komplifikasyonları arasında kusma, diyare, abdominal distansiyon, regürjitasyon, yüksek gastrik rezidüel volüm gibi gastrointestinal intolerans örnekleri sayılabilirken, yaşamı tehdit eden tüp kayması, aspirasyon pnömonisi de olabilecek komplifikasyonlar arasında sayılabilmektedir (Gürkan, Gülseven, 2013; Dumlu ve ark., 2013; Tekin ve ark., 2018).

#### **2.4.2.1. Enteral Nütrisyonun Endikasyonları**

- Bozulmuş yutma (örneğin; İnme, Motor nöron hastalığı, Parkinson hastalığı)
- Değişen bilinç düzeyi ağızdan beslenmeyi imkânsız kılar
- Entübe hastalar
- Orofarengeal / özofagus tıkanıklığı ile disfaji (yani baş-boyun ve özofagus kanseri)
- Gastrik çıkış tıkanması: mekanik (tümör, pilorik striktür) veya fonksiyonel (staz)
- Şiddetli pankreatit (mide veya jejunal)
- Kistik fibroz
- Hiperkatabolik durumlar (örneğin; Yanma hasarı, dekompanse karaciğer hastalığı)
- Yüz yaralanması
- HIV
- Psikolojik / psikiyatrik nedenler (örneğin; anoreksiya nervoza) (Wireko, Bowling, 2010; Scott, Bowling, 2015)

#### **2.4.2.2. Enteral Beslenme Kontrendikasyonları**

Enteral beslenme, tercih edilen ilk beslenme seçeneği olmasına rağmen, çeşitli kontrendikasyonları vardır (Kamarlı, Açıkgöz, 2016).

- Şiddetli yanık ve ishal, çoklu travma gibi nedenlerle bağırsağa erişimin sağlanamaması
- Tam intestinal tıkanıklık (mekanik bağırsak obstrüksiyonu, paralitık ileus), yüksek debili fistül
- Ciddi enflamasyon ya da ameliyat sonrası staz gibi bazı özel durumlardaki yetersizliğe bağlı intestinal fonksiyon kaybı
- Bağırsak istirahati gerektiren durumlar
- Terminal dönem hastaları gibi etik açıdan değerlendirilmesi gereken olgular,
- Bağırsağın tam obstrüksiyonu, malabsorbsiyon, yüksek çıktılı multipl fistüller, intestinal iskemi, şiddetli şok, batında şişlik/ gerginlik, tedaviye dirençli kusma, ağır diyare ve fulminan sepsis bulunur (Abunnaja et al., 2013; Çelebi, Yılmaz, 2019; Kamarlı, Açıkgöz, 2016).

#### **2.4.2.3. Enteral Beslenmenin Komplikasyonları ve Tedavisi**

Enteral beslenmenin reflü, bulantı ve kusma, diyare, kontipasyon, distansiyon gibi gastrointestinal; tüp tıkanması, tüpün yerinden çıkması, pulmoner aspirasyon ve nazal ülserasyon gibi mekanik; sıvı elektrolit bozukluğu, dehidratasyon, hipoglisemi ve hiperglisemi gibi metabolik komplikasyonları olabilmektedir (Abunnaja et al., 2013; Gürkan, Gülseven, 2013; Gürkan ve ark., 2013; Utku, 2011; Özyurt ve ark., 2000)

Bu komplikasyonlar yakın izlem, erken tanılama ve girişimde bulunulması, tüpün doğru yerleştirilmesi, uygun formül seçimi ve uygun hemşirelik bakımı ile en aza indirilebilmektedir (Abunnaja et al., 2013; Gürkan, Gülseven, 2013).

1. Bulantı ve Geğirme: Enteral solüsyonun verilme hızı azaltılmalıdır.

2. İshal ve Kramplar: Solüsyon seyreltilmeli, akış hızı azaltılmalı ve gerekirse antidiyaretik ilaç verilmeli ya da farklı bir solüsyona geçilmelidir. Bunların yanı sıra geniş spektrumlu antibiyotik alan hastaların, antibiyotiğin yan etkisi olarak diyare olabileceği de unutulmamalıdır.

3. Hiperglisemi: Enteral solüsyona gerekli miktarda insülin eklenmeli ve solüsyonun verilme hızını azaltılmalıdır.

4. Kötü Koku veya Tat: Aromalı oral beslenme ürünleri tercih edilmelidir.

5. Nazofarenkste Rahatsızlık Hissi: Ilık su ile ağız gargarası yapılabilir, şekeriz sakız çiğnenmesi önerilebilir, topikal anestetikler ve ağız çalkalama solüsyonları kullanılabilir.

7.Elektrolit Dengesinde Bozukluklar: Enteral beslenme solüsyonundaki elektrolitler ayarlanmalı, eksikliği olan elektrolitler takviye yapılmalı, elektrolit fazlalığı olan solüsyonlar elektrolit yoğunluğu daha az olan solüsyonlarla değiştirilmeli.

8. Konjestif Kalp Yetersizliği: Enteral sıvılar kontrollü ve yavaş hızda verilmeli, gerekli durumlarda diürez sağlanmalıdır.

9. Serum Transaminazlarında Artış: Karbonhidrat içeriği düşük olan solüsyonlar seçilmelidir.

10. Yağ Malabzorpsiyonu: Yağ içeriği az olan solüsyonlar tercih edilip, pankreas enzimleri ile takviye edilmelidir.

11. Aspirasyon Pnömonisi: Yatak başı yükseltilmeli, öksürük refleksi varlığı kontrol edilmeli ve yemek yerken fazla sıvı yüklenilmesinden kaçınılmalıdır.

12. Akut Otit Media: Plastik veya vinilden yapılmış tüpler poliüretan veya silikondan yapılan tüplere oranla daha çok iritasyona, sinüzite ve akut otit gelişimine neden olmaktadır. Böyle durumlarda nazogastrik sonda değiştirilmeli ve antibiyotik verilmelidir (Başaran, 2004).

#### **2.4.2.4. Enteral Beslenmenin Verilme Yolları**

Enteral beslenme yolunun seçimi hastalığa, rahatlığa, aspirasyon riskine, gastrointestinal sistem patolojisine, tahmini beslenme süresine, yaşam tarzına ve hastaların veya akrabalarının seçilen yöntemi uygulama yeteneğine göre değişir (Kamarlı, Açıköz, 2016).

Enteral beslenmede seçilecek bölge önemlidir ve bu bölge hastanın tolere edebileceği en üst fizyolojik bölge olarak planlanmalıdır. Herhangi kontrendike bir durum yoksa enteral beslenme için öncelik oral yoldur. Oral beslenme, hastadaki makro ve mikro besinlerin eksikliğine yol açarsa, dikkate alınmalıdır. Bu yolun uygulanması

için, hastanın yutma refleksi olmalı, ancak özofageal veya gastrik tıkanıklığı olmamalıdır (Akıncı, 2011; Kamarlı, Açıkgöz, 2016). Oral alamayan ya da oral alımında kontrendikasyon olan hastalarda ise gastrik erişim tercih edilmelidir ve mide, duodenum veya jejunum kullanılmalıdır (Kamarlı, Açıkgöz, 2016; Akıncı, 2011). Gastrik erişimin kolay, hızlı erişiminin olması ve hemşire tarafından uygulanabilme gibi avantajlarının olmasına rağmen, aspirasyon riski, tüpün çıkması ya da yer değişmesi, pozisyon doğrulama zorluğu, nazofaringeal travmaya sebep olması gibi dezavantajları da vardır (Akıncı, 2011). Eğer gastrointestinal sistemin üst kısımları geçirilmiş cerrahi, tümör, tekrarlayan aspirasyon pnömonileri gibi nedenlerle beslenmeye uygun değilse beslenme için gastrointestinal yolun daha alt kısımları tercih edilmelidir. Burada dikkat edilmesi gereken durum ise farklı enteral yollarda uygulanacak enteral ürünlerinin farklı özelliklerinin olmasıdır (Akıncı, 2011).

Enteral beslenmede ulaşılmak istenen bölgeye farklı şekillerde ulaşım sağlanmaktadır. Bu yollar doğrudan ağızdan oral boşluğa, bir tüp yardımıyla (nazogastrik, nazoduodenal yollar), jejenostomi veya perkütan gastrostomi gibi perkütan girişimlerle ya da bunların dışında cerrahi girişimlerle sağlanabilmektedir (Akıncı, 2011). Enteral beslenme desteğinin seçiminde beslenmenin uygulanacağı süreçte belirleyici olup, dört- altı hafta gibi kısa süreli beslenmelerde nazogastrik veya nazojejunal tüp en sık tercih edilen araçlar iken, uzun süreli beslenmelerde ise gastrostomi veya jejunostomi açılmaktadır (Gürkan, Gülseven, 2013; Dumlu ve ark., 2013).

### **Enteral Nütrisyon Erişim Yolları**

1. Oral yol
2. Gastrik yol
  - a. Nazogastrik beslenme tüpü
  - b. Gastrostomi
    - b1. Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG)
    - b2. Radyolojik görüntüleme ile birlikte yapılan gastrostomi
3. Duodenal yol
  - a. Nazoduodenal beslenme tüpü

4. Jejunal yol
  - a. Nazojejunal beslenme tüpü
  - b. Perküten endoskopik jejunostomi
5. Özel cerrahi teknikler
  - a. Direkt erişim
  - b. İnce iğne kateter yöntemi (Akıncı, 2011).

#### **2.4.2.5. Enteral Nutrisyonda Kullanılan Solüsyonlar ve Özellikleri**

Enteral beslenmede kullanılan ürünler iki temel kategoriye ayrılabilir;

- 1) Polimerik çözeltiler
- 2) Elemental ve Semielemental çözeltiler (Çekmen, Dikmen, 2014; Bahçecioğlu ve Demirel, 2010).

Her iki çözelti grubunda da standart ürünler, hastalığa özgü ürünler, yüksek enerjili ürünler, yüksek protein içeriği olan ürünler, peptid bazlı ürünler ve bağışıklık artırıcı ürünler mevcuttur. Hastanın enteral olarak beslenmesi için bir ürün seçerken hastanın klinik durumu, ürün için tolere edilebilirlik ve beslenme ihtiyaçları (enerji, protein, yağ gereksinimleri) ve oral verilecekse hasta tercihleri dikkate alınmalıdır. Ancak enteral nutrisyon Avrupa Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition; ESPEN) kılavuzu incelendiğinde birçok klinik durumda standart ürünlerin kullanılmasının hem maliyet etkin hem de uygulanabilir olduğu dikkati çekmektedir (Tamer, 2018).

Standart formüller bakım evleri veya hastanelerde takip edilen hastalar için kullanılır. Solüsyonların konsantrasyonları 1-2 kcal/mL arasında değişmekte olup, hastada sıvı kısıtlanmasını gerektiren kalp yetmezliği, renal yetmezlik, hipervolemik hiponatremi, asit mevcutsa ya da bunların dışında yüksek kalori verilmesi planlanıyorsa 2 kcal/mL olan yüksek konsantrasyonlu solüsyonlar tercih edilmelidir (Çekmen, Dikmen, 2014; Kamarlı, Açıkgöz, 2016; Demirel ve Bahçecioğlu, 2010).

### 2.4.3. Parenteral Beslenme

Gastrointestinal sistemin anatomik ya da fonksiyonel bütünlüğünün bozulduğu, enteral beslenmenin sağlanamadığı durumlarda (Topeli, 2001; Üstündağ, 2001; Şahin ve ark., 2003) glukoz, lipid, vitamin, elektrolit, amino asit ve eser elementler gibi besin öğelerinin damardan verilmesine parenteral nütrisyon denir (Üstündağ, 2001; Şahin ve ark., 2003; Baz, Ardahan, 2016)

Parenteral beslenmenin uygun şekilde kullanımı hastanın klinik tablosunu olumlu yönde etkilemesine karşın, özel eğitim görmüş fazla sayıda personel ihtiyacı, aseptik koşullar gerektirmesi nedenleri ile maliyeti yüksek bir tedavi yöntemi olup, uygunsuz kullanımı ile metabolik komplikasyon, sıvı yüklenmesi, venöz tromboz, enfeksiyöz komplikasyonlarında artışa neden olabilmektedir (Demirel, Bahçecioğlu, 2010; Kalender ve ark., 2015).

Parenteral beslenme, santral parenteral nütrisyon (SPB) ve periferik parenteral nütrisyon (PPB) olarak iki şekilde uygulanabilir (Mete, Emeksiz, 2017; Şentürk, 2011)

#### **Santral Parenteral Beslenme:**

Beslenme durumu iyi olan hastalara hastane yatışlarının ilk 5-7 gününe kadar herhangi bir beslenme desteği gerekmez. Böyle hastalara 2-3 gr/kg/gün şeklinde glukoz desteği yeterli olabilir. Fakat hastada malnutrisyon varlığı saptanmış ise hastaya yatışından itibaren uygun beslenme desteği sağlamak hastaya uygulanan tedavinin önemli bir parçası olup, hastanın klinik seyri için oldukça önemlidir. Çünkü hastada uzamış olan negatif enerji dengesi, kritik hastalarda artmış enfeksiyöz komplikasyonlar, yoğun bakımda kalış süresinin uzaması, uzamış mekanik ventilasyon, antibiyotik kullanımının uzaması ve diğer komplikasyonlarda artış ile beraber olduğu gösterilmiştir (Demirel, Bahçecioğlu, 2010).

Hastaya uygulanacak olan parenteral beslenme yolunun seçimi hastaya verilecek kalori miktarına, verilecek total sıvı miktarına ve beslenme desteğinin kaç gün süreceğine göre belirlenir (Demirel, Bahçecioğlu, 2010; Çekmen, Dikmen, 2014)

Eğer verilecek beslenme tedavisi 15 günü aşacak ise, çözeltilerdeki aminoasit konsantrasyonu %5 den fazla ise, dextroz solüsyonunun konsantrasyonu %50 - %70 arasında ise ve verilen solüsyonun osmolaritesi 700 mosm den fazla ise tercih edilecek yol santral venöz nütrisyonudur. Enteral beslenmede olduğu gibi bu yöntemler seçilirken

de olası komplikasyonlar göz önünde bulundurulmalı ve dikkatli olunmalıdır (Mete, Emeksiz, 2017).

Santral parenteral n trisyonda santral yolun kullanım sırası önemli olup, öncelikli tercih edilmesi gereken subklavian vendir. Femoral ven enfeksiyon ve tromboflebit riskinin yüksek olması nedeni ile son sırada tercih edilmelidir. Santral ven öz katater işlemi asepsi kurallarına uyarak yapılmalı ve katater takıldıktan sonra ise bakım prosedürlerine dikkat edilerek bakımı sağlanmalıdır (Tamer, 2018).

### **Periferik Parenteral Beslenme:**

Genellikle beslenme durumu iyi olan hastalarda kısa süreliğine uygulanan, enteral beslenme ya da santral parenteral beslenmeye geçerken köprü olarak kullanılan beslenme yoludur (Demirel, Bahçecioğlu, 2010; ekmen, Dikmen, 2014; Başaklar, 1995).

Periferik parenteral beslenme desteği beslenme durumu iyi olup, kısa süreli beslenme desteği gerekli olan, yüksek kalori gerekmeyen hastalara, daha önce santral parenteral beslenme desteği almış, ancak katatere bağlı tekrarlı sepsis tablosu olan hastalara, yiyebilen, ancak yeterli kaloriyi alamayan ve santral yola ulaşmada sorun olan hastalara seçilebilecek beslenme şeklidir (Demirel, Bahçecioğlu, 2010; Mete, Emeksiz, 2017). Ancak uzun süreli enteral beslenemeyecek, yüksek kalori ihtiyaı olan ve hiperkatabolik klinik tablosu olan hastalarda periferik parenteral beslenme uygun değildir (Demirel, Bahçecioğlu, 2010; ekmen, Dikmen, 2014).

Periferik parenteral n trisyonda Santral parenteral nütrisyona göre enfeksiyon kontrolünün daha kolay, daha güvenli, hiperosmolar ve glukoz komplikasyonlarının daha az ve hemşirelik bakımının daha kolay olması nedeni ile daha sık tercih edilen bir yöntemdir (Mete, Emeksiz, 2017). Fakat kullanılan solüsyonun hiperosmolar olması nedeniyle tromboflebit ve kaloriyetersizliği gelişebilir (Mete, Emeksiz, 2017).

Periferik parenteral uygulamada dikkat edilmesi gereken birçok unsur vardır. Bunlar arasında kısa periferik kataterlerin tercih edilmemesi ve periferik katateri için geniş lümenli venler tercih edilmesi, uygulanan bölgenin flebit varlığı açısından yakın ve sık kontrolünün sağlanması ve kalsiyum gibi yüksek riskli solüsyonların dikkatli verilmesi sayılabilir (Demirel, Bahçecioğlu, 2010; ekmen, Dikmen, 2014).



Periferik parenteral uygulamada dikkat edilmesi gereken bir diğer durum ise alt ekstremitelerdeki venlerin Derin Ven Trombozu (DVT) ve Tromboflebit riski taşıdığından tercih edilmemesi gerekliliğidir (Tamer, 2018)

Periferik parenteral solüsyonları; aminoasit solüsyonlarının karışımı, dextroz ve lipid içeren emülsiyonlardır. Periferik ven toleransı ise 800 mOsm/L dir (Mete, Emeksiz, 2017).

#### **2.4.3.1 Parenteral Beslenme Kontrendikasyonları:**

Tedaviden yanıt alınmayacağı kararlaştırılmış hastalarda, şiddetli metabolik rahatsızlıklarda, ince bağırsağı total 8 cm den kısa olan yenidoğanlarda, kardiyovasküler dengesizliği olan hastalarda, irreversible deşebre olgularda, TPN kontrendikedir (Şahin ve ark., 2003).

#### **2.4.3.2. Parenteral Beslenmenin Endikasyonları**

|   |   |
|---|---|
| Anoreksiya                              | Karaciğer ve böbrek yetmezliği                |
| Enterokolitler                          | Kısa barsak sendromu                          |
| Orofaringeal travma                     | Transplantasyonlar                            |
| İleus                                   | Pankreatit                                    |
| Gastrointestinal stenozlar              | Ağır travma ve yanıklar                       |
| Radyasyon enteritleri                   | İnatçı diyareler                              |
| Gastrointestinal ameliyatlar            | Multiple yaralanmalar                         |
| Büyük toraks ameliyatları               | Crohn hastalığı gibi enflamatuvar hastalıklar |
| Malabsorbsiyon                          | Sepsis  |
| Gastrointestinal fistüller              | Ülseratif kolit                               |
| Uzun sürmüş intestinal obstrüksiyon     | AIDS  |
| Kemoterapi ve Radyoterapi alan hastalar |   |

(Üstündağ, 2001; Şahin ve ark., 2003).

#### **2.4.3.3. Parenteral Solüsyonlar**

Parenteral beslenme için kullanılan solüsyonlarda gliserol, su, yağ, karbonhidratlar, amino asitler, elektrolitler, eser elementler, vitaminler ve dekstroz bulunur. Hastanın kilosu, günlük bazal gereksinimleri ve malnütrisyon derecesine göre hastaya uygun

parenteral beslenme programı hazırlanıp, hastaya günlük ihtiyacını karşılayacak kadar eser elementler ve multivitaminler verilmelidir (Demirel, Bahçecioğlu, 2010; Üstündağ, 2001).

#### **2.4.3.4. Parenteral Nütrisyonun Komplikasyonları**

Hipoglisemi, hiperglisemi, hipokalemi ve hiperkalemi, kalsemi, magnezemi, fosfatemi, azotemi, akut tiamin eksikliği, lipid infüzyonuna istenmeyen reaksiyonlar, flebit, karaciğerin akut yağlı infiltrasyonu, taurin ve karnitin eksikliği, protein - kalori uyumsuzluğu, biotin ve selenyum eksikliği, solunumsal komplikasyonlar ve kateter enfeksiyonlarıdır (Demirel, Bahçecioğlu, 2010; Jiang et al., 2019; Mete, Emeksiz, 2017).

#### **2.4.3.5. Parenteral Nütrisyonunda Hasta İzlemi**

Total parenteral nütrisyonun hedefine ulaşması için iyi bir gözlem, programın tam olarak uygulanması, eksiksiz hasta kaydı tutulması, parametre tabikinin iyi yapılması gerekmektedir. Glukoz yüküne karşı insülin salınımı için solüsyonun yavaş yavaş artırılması, 2-3 gün içinde istenilen doza ulaşılması gerekmektedir. Solüsyon damla sayısı hesaplanarak infüzyon pompası ile sabit hızla gönderilmeli ve takibi sağlanarak kaydedilmelidir (Üstündağ, 2001).

Santral katater steril bir pansuman ile kapatılmalı ve kataterin yerinde çıkma olasılığı, enfeksiyon ve emboli riski oluşturduğundan katater kan alma ya da ilaç uygulama işlemleri için kullanılmamalıdır (Üstündağ, 2001). Parenteral solüsyona besin dışı ilaçlar ilave edilirken ilaçların fizikokimyasal etkinliği dikkate alınmalıdır (Boullata, 2014).

Hastanın hergün aynı saatte, aynı giysiyle ve aynı tartıyla tartılıp kaydı yapılmalıdır. Hastada kilo artışı, pozitif nitrojen dengesinin sağlanması, serum proteinlerinin düzelmesi parenteral nütrisyonun başarılı olarak uygulandığını gösterir (Üstündağ, 2001). Kateterler enfeksiyon yönünden sürekli gözlem ve takip edilmelidir. Santral katater olan hastaların katater bölgesi steril pansuman yapılarak kapatılmalı, düzeli olarak kültür alınmalıdır ve tıkanması veya lokal enfeksiyon belirtilerinin görülmesi durumunda ise katater çekilerek kültüre gönderilmelidir. Solüsyon için

kullanılan infüzyon setleri 24 saatte bir değiştirilmelidir (Üstündağ, 2001; Şahin, Bengisu, 1995).

Hastaya uygulanan parenteral solüsyonun içindeki elektrolit oranlarının bilinmesi, ilgili elektrolitlere bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde ve hastanın ihtiyacı olan elektrolitlerin karşılanmasını sağladığından önemli olup, verilen total sıvı hacminin bilinmesi nütrisyon tedavisi alan hastanın sıvı yönetiminde oldukça önemlidir (Utku, 2011).

Total parenteral beslenme uygulamasında, tedavi öncesinde, tedavi sırasında ve sonrasında Total Parenteral Beslenme izleme Protokolü takip edilmelidir (Üstündağ, 2001)

## **2.5. Nütrisyon Desteği ve Hemşirelik**

Nütrisyon tedavi süreci hastanın değerlendirilmesi, nütrisyonun seçilmesi, ürünün seçimi ve hazırlanması, nütrisyonun hastaya verilmesi, hastanın izlenmesi ve değerlendirilmesi gibi birçok adımı içermektedir (Boullata et al., 2017). Bu nedenle nütrisyon tedavisinin oluşabilecek komplikasyonlarını önlemek, uygulamadan kaynaklanan maliyetleri azaltabilmek için, kişisel uygulamalar yerine hekim, hemşire, diyetisyen ve eczacılardan oluşan beslenme destek ekibine ihtiyaç vardır (Demirel, Bahçecioğlu, 2010; Çekmen, Dikmen, 2014). Nütrisyon tedavisinde hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri hayati öneme sahip olup, tedavide başarılı sonuçlara ulaşmak, ancak ekip yaklaşımıyla gerçekleşmektedir (Sivrikaya, Eryılmaz, 2018; Gürkan, Gülseven, 2013).

Hastanın beslenme durumu değerlendirilirken öncelikle detaylı hasta öyküsü ve fizik muayene yapılmalıdır. Hasta hastaneye yattığında ilk anamnezi hemşireler aldığından, hemşirelere bu aşamada büyük rol düşmektedir (Sivrikaya, Eryılmaz, 2018). Ekip üyesi olan hemşire nütrisyon tedavisinin başarısında kilit rol oynamakta olup, beslenme tedavisinin başarıya ulaşması için; yüksek riskli hastaları belirleyebilmeli, yetersiz beslenmenin belirtilerini gözlemleyebilmeli, beslenmenin öneminin farkında olmalı, hasta güvenliği açısından olabilecek komplikasyonları unutmamalı ve buna yönelik gerekli hemşirelik girişimlerini belirleyip, uygulayabilmelidir (Suluhan ve ark., 2014; Gürkan ve ark., 2013).

**Nütrisyonel destek sağlanmasında hemşirelerin görevleri şunlardır:**

- 1) Nütrisyon ekibi ile beraber, hastanın beslenme durumunun değerlendirilmesinde, tedaviye başlama, sürdürme ve tedaviyi bitirmede görev alır.
- 2) Nütrisyon Destek Tedavisin'de hemşirelik girişimleri için belirlenen standartları uygular.
- 3) Nütrisyon ekibi ile düzenli aralıklara vizit yapar ve hasta için belirlenen beslenme destek planını doğru dozda, doğru şekilde, doğru yöntemle ve hasta için uygun pozisyonda uygular.
- 4) Beslenme tedavisi için gerekli ekipmanların teminini ve kullanımını sağlar.
- 5) Enteral tüplerin tıkanma, çatlama, yerinden çıkma, enfeksiyon, ciltte iritasyon gibi komplikasyonlarını takip edip, oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi için gerekli hemşirelik girişimlerinde bulunur.
- 6) Klinik çalışanlarını, hasta ve hasta yakınlarını beslenme ürününün saklama koşulları, uygulama şekli ve uygulama süresi konusunda bilgilendirir.
- 7) Klinik nütrisyon konusunda seminer, toplantı ve kongre gibi etkinliklere katılıp, bilimsel ve güncel yayınları takip ederek, klinik hemşirelerine eğitim ve danışmanlık verir.
- 8) Nütrisyon uygulamalarının her aşamasını etik kurallar çerçevesinde uygular (Sivrikaya, Eryılmaz, 2018).

## **2.6. Kaygı Kavramı**

Kaygı, kaynağı genellikle kişiye özgü olmayan ve bilinmeyen bir tehlikeye karşı yaşanan, bedensel, zihinsel ve duygusal değişimlerle kendini gösteren bir uyarılmışlık hali olup (Ghimire, Poudel, 2018; Ergin ve ark., 2016), aynı zamanda gelecekte olabilecek bir talihsizlik ya da tehlike ile ilgili olarak endişeli bekleyiş içinde olma hali olarak da özetlenmektedir (Ergin ve ark., 2017).

Kaygı, kişi için tehdit ya da tehlike oluşturan durumlarda ortaya çıkan evrensel bir yanıttır (Gül ve ark., 2014; Kayhan, 2003; Canlı Özer ve ark., 2009) ve günlük hayatta sıkıntı ya da bunaltı ifadeleri ile eş değer olarak kullanılır (Kayhan, 2003).

Her insanın yaşamının belirli dönemlerinde zaman zaman kaygı yaşamaktadır. Kaygının asıl amacı yaşamın sürdürülmesi, uyum davranışının gelişiminin sağlanması olup, bu duygu ile bilinmeyen, yeni ya da tehlikeli uyaranlardan sakınma ve baş etme gibi davranışlar görülür. Kaygının yaşanması bir yere kadar sağlıklı iken, bir süre sonra

kişinin sosyal yaşamını, aktivitelerini ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz etkilemektedir (Kaplan ve ark., 2007).

Kaygı, durumluk ve sürekli kaygı olarak iki şekilde ele alınmaktadır. Tehlikeli, istenmeyen durumların yarattığı ve genellikle her bireyin yaşadığı geçici, o anda ortaya çıkan kaygı, durumluk kaygı olarak tanımlanır ve kişinin aniden bir uyarıcı veya durumu kendisi için zararlı ve tehlikeli olarak algılamasıyla ortaya çıkar. Geleceğe yönelik olarak hissedilen, ortada nesnel bir neden yokken de var olan ve böyle bir neden olduğunda da bu durumla orantısız biçimde uzun süreli ve şiddetli olan kaygı ise sürekli kaygı olarak tanımlanmaktadır. Sürekli kaygı, nötr ve baskılı olmayan durumların kişi tarafından tehdit edici ve tehlikeli olarak algılanmasıdır. (Gökçe, Dünder, 2008; Kaya, Varol, 2004).

Akut olarak yaşanan anksiyete kişide bulantı, kusma, idrar sıklığı, diyare gibi fizyolojik bozuluklara ve davranışsal bozukluklara neden olabilir (Marakoğlu ve ark., 2003). Kişide yaşanan kaygı sempatik, parasempatik ve endokrin stimülasyonunun bir sonucu olarak anormal hemodinamiğe neden olup, pituiterhipotalamik ve adrenalkortikal sistemi olduğu kadar, sempato-adrenal yolu da aktive eder. Bu durumun sonucunda tükürük ve mukus gibi sekresyonlarda, gastrointestinal motilite ve tonusda, gastrik asiditede ve katekolamin salınımında artış görülür (Ghimire, Poudel, 2018; Yazkili, 2011).

Kaygıyla beraber vücutta bir takım duyular eşlik edebilir. Kaygılı kişilerde kalp çarpıntısı, nefes almada zorluk yaşama, hızlı hızlı nefes alma, el ve ayaklarda titreme, terleme gibi fizyolojik; heyecan, kötü bir şey olacakmış hissi ve sıkıntı gibi psikolojik belirtiler görülmektedir (Karamustafaoğlu, Yumrukçal, 2011; Türkçapar, 2004). Hafif düzeyde yaşanan kaygı bireyin dikkatini, cesaretini ve atılganlığını artırırken, yüksek düzeyde yaşanan kaygı bireyin algılama-kavrama ve karar verme yetenekleri üzerinde olumsuz etki oluşturmaktadır (Çetinkaya, Karabulut, 2010).

Sağlığın korunması ve devamı için zaman zaman her insan hastaneye yatmak durumunda kalmaktadır ve bu yatış hangi nedenle olursa olsun bireyde korku, kaygı ve depresyon durumlarına neden olmaktadır (Çetinkaya, Karabulut, 2010). Bu süreçte bilgilendirme oldukça önemli olup, birçok araştırmacı gerekli bilgilendirmenin kişide korku, kaygı ve depresyon gelişimini azalttığını bildirmiştir (Yazkili, 2011).

### **3. MATERYAL ve METOT**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Tanımlayıcı ve kesitsel türde olan bu araştırmanın amacı nütrisyon tedavisi alan hastaların yaşadıkları kaygı düzeylerini ve beslenmeye yönelik görüşlerini ve sağlık profesyonellerinden beklentilerini belirlemektir.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi, Beyin Cerrahisi Yoğun Bakım, Beyin Cerrahisi Yoğun Bakım, Cerrahi Onkoloji, Dahiliye, Enfeksiyon Hastalıkları, Gastroenteroloji, Genel Cerrahi, Genel Cerrahi Yanık Tedavi Merkezi Yoğun Bakım, Genel Cerrahi Yoğun Bakım, Göğüs Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi Yoğun Bakım, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz, Hematoloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp Damar Cerrahisi, Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım, Kardiyoloji, Koroner Yoğun Bakım Servisi, Nefroloji, Nöroloji, Nöroloji Yoğun Bakım, Ortopedi ve Travmatoloji, Palyatif Bakım, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Tıbbi Onkoloji B.D., Üroloji bölümlerinde 15.07.2019- 04.11.2019 tarihleri arasında uygulanmıştır. Uygulama yapılan hastanede 2002 yılından bu yana Nütrisyon Birimi bulunmaktadır. Hastanenin Nütrisyon ekibi bir eczacı, bir hemşire, bir diyetisyen, bir asistan doktor ve bir sorumlu doktordan oluşmaktadır ve ekip üyeleri 6 ayda bir hastanenin kalite biriminin eşliğinde toplantı yapmaktadır. Hastanede hastaların beslenme durumunu değerlendirmede NRS 2002 kullanılmaktadır. NRS 2002 de hastalar beslenme yetersizliği ve hastalık şiddeti bakımından değerlendirilir. Değerlendirmede 0: Yok, 1: Hafif, 2: Orta şiddette ve 3: Ağır beslenme yetersizliği olarak puanlama yapıp, toplam skoru  $\geq 3$  olan hastalar beslenme riski altında olarak ele alınır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesinde dahili, cerrahi klinikleri ve yoğun bakım ünitelerinde yatan nütrisyon tedavisi alan hastalar oluşturmuştur.

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte uygulanan bu araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, çalışmaya katılmayı kabul eden (gönüllü), aydınlatılmış onamı alınan ve araştırma kriterlerini karşılayan hastalar örnekleme oluşturmuştur.

### **3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri**

Araştırmaya;

- Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde tedavi gören,

-Okuma yazması olan bireyler,

-Yetişkin bireyler (18 yaş üstü),

-Total Parenteral ve Enteral Beslenme alan hastalar (Nazogastrik, Nazojejunal, Perkütan Endoskopik Gastrostomi, Perkütan Endoskopik Jejenostomi, Gastrostomi, Jejunostomi, Santral Total Parenteral Beslenme, Periferik Total Parenteral Beslenme, Oral Nütrisyonlar),

-Bilinci açık iletişim problemi olmayan hastalar çalışma kapsamına dahil edilmiştir.

### **3.5. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları**

Veri toplamak için, literatür (Bjuresäter, 2010; Cevheroğlu, 2014; Özden ve ark., 2016; Öner, Le Compte, 1985) bilgisine dayanılarak oluşturulan “Tanıtıcı Bilgiler Formu (EK-1),” “Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavisine Yönelik Soru Formu (EK-2),” “Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Yönelik Görüşlerini İçeren Soru Formu (EK-3),” Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavisine İlişkin Sağlık Ekibinden Beklentilerine Yönelik Soru Formu (EK-4)” ve “Spielberger’in süreklı-durumluluk kaygı envanteri (EK-5)” kullanılmıştır.

#### **3.5.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu**

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür (Bjuresäter, 2010; Cevheroğlu, 2014; Özden, 2016) incelenerek hazırlanan bu form hastanın demografik özelliklerinin yer aldığı, yaş, cinsiyet, boy-kilo, eğitim durumu, daha önce hastane deneyimi olup olmadığı, herhangi bir şeye karşı allerji varlığı, yatmış olduğu klinik, aylık gelir durumu, beraber yaşadığı kişiler, günlük yaşam aktivitelerinde destek alıp almadığına yönelik 13 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır.

### **3.5.2. Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavisine Yönelik Soru Formu (EK-2)**

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür (Bjuresäter, 2010; Cevheroğlu, 2014; Özden, 2016) incelenerek hazırlanan bu form hastalara uygulanan nütrisyon tedavisinin hastanın kaç gündür aldığını, hastanın hastanede yatış süresini, hastanın beslenme şeklini, ek hastalığının olup olmadığını, hastanın beslenmesi ile ilgili bilgi alıp almadığını içeren 14 adet sorudan oluşmaktadır.

### **3.5.3. Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Yönelik Görüşlerini İçeren Soru Formu (EK-3)**

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür (Bjuresäter, 2010; Cevheroğlu, 2014; Özden, 2016; İnci, Erdem, 2007) incelenerek hazırlanan bu form nütrisyon tedavisi alan hastaların tedaviye yönelik memnuniyet durumlarını, almış oldukları tedavinin olumlu ve olumsuz yanlarını, mevcut beslenme tedavileri ile ilgili almış oldukları bilgi ve danışmanlık hizmetlerine yönelik görüşlerini içeren 14 adet sorudan oluşmaktadır.

### **3.5.4. Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavisine İlişkin Sağlık Ekibinden Beklentilerine Yönelik Soru Formu (EK-4)**

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür (Bjuresäter, 2010; Cevheroğlu, 2014; Özden, 2016; İnci, Erdem, 2007) incelenerek hazırlanan bu form nütrisyon tedavisi alan hastaların beslenme tedavisine ilişkin sağlık ekibinden beklentilerine yönelik 5 adet sorudan oluşmaktadır.

### **3.5.5. Spielberger'in Sürekli -Durumluluk Kaygı Envanteri (EK-5)**

Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri toplamda 20 maddeden oluşmakta olup, Durumluluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği olmak üzere iki ayrı alt ölçekten meydana gelmektedir. Durumluluk Kaygı Ölçeğinin cevaplandırılmasında maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce veya davranışların şiddet derecesine göre “hiç”, “biraz”, “çok” ve “tamamıyla” ifadelerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenmektedir. Durumluluk Kaygı Ölçeği’nde “doğrudan” veya “düz” ve “tersine çevrilmiş” ifadeler bulunmaktadır. Düz ifadeler olumsuz duyguları, tersine çevrilmiş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Olumlu



duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluluk Kaygı Ölçeği"nde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), tersine çevrilmiş ifade vardır. Ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder (Öner, Le Compte, 1985). Çalışmamızda Cronbach Alpha değeri 0,858 olarak bulunmuştur.

### **3.6. Araştırmanın Uygulama Şekli**

15.07.2019-04.11.2019 tarihleri arasında gerçekleştirilen araştırmanın uygulanması için, uygulama yapılması belirlenen kliniklerdeki, araştırma kriterlerine uyan hastalar tespit edilmiş olup, yapılan araştırmanın amacı, kapsamı ve süresi hakkında hastaya açıklama yapılmış ve hastanın aydınlatılmış onamı alınmıştır. Tanımlayıcı-kesitsel nitelikte yapılan bu çalışmada veri toplama araçları hastaların onamları alınarak yüz yüze görüşme şekliyle uygulanmıştır. Anket formunun doldurulması yaklaşık 30 dakikalık bir süre içinde tamamlanmıştır.

### **3.7. Araştırma Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) windows 22.0 programı kullanılmıştır.

Verilerin analizinde 7 farklı istatistiksel analiz kullanılmış olup, bu analizler şunlardır:

- 1) Frekans
- 2) Yüzde
- 3) t Testi
- 4) Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA)
- 5) Kruskal Wallis H testi
- 6) Dunnet T3 Post Hoc testi
- 7) Mann Whitney U testi

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılabilmesi için Cumhuriyet Üniversitesi Etik Kuruluna başvurularak etik kurul onayı ve araştırma öncesi çalışma yapılacak Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alındı. Araştırma katılmayı kabul eden hastalara araştırmanın amacı ve sürecine yönelik bilgi verilerek yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onamları alındı. Çalışma Helsinki Deklarasyonu'nun prensiplerine göre gerçekleştirildi.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Nütrisyon tedavisi alan hastaların tedaviye ilişkin görüşleri, kaygı düzeyleri ve sağlık ekibinden beklentilerinin belirlenmesi hastaların kendi ifadelerine dayalı olması ile sınırlı olmuştur.

## 4. BULGULAR

**Tablo 1.** Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

|  | n                          | %           |
|--|----------------------------|-------------|
| <b>Cinsiyet</b>  |                            |             |
| Kadın  | 87                         | 48.3        |
| Erkek  | 93                         | 51.7        |
| <b>Yaş</b>   | Min: 18 yaş    Max: 94 yaş | 63.49±15.70 |
| <b>Sağlık güvencesi</b>                                  |                            |             |
| Emekli sandığı   | 38                         | 21.1        |
| SSK  | 92                         | 51.1        |
| BAGKUR   | 30                         | 16.7        |
| Genel sağlık sigortası                                   | 20                         | 11.1        |
| <b>Kilo</b>  | Min: 36 kg    Max: 130 kg  | 67.29±16.13 |
| <b>Boy</b>   | Min: 140 cm    Max: 188 cm | 164.91±9.03 |
| <b>Beden Kitle İndeksi</b>                               | Min: 1,56    Max: 5,08     | 24.83±6.07  |
| <b>Beden Kitle İndeksi Durumu</b>                        |                            |             |
| Düşük  | 27                         | 15.0        |
| Normal   | 77                         | 42.8        |
| Fazla  | 40                         | 22.2        |
| Obez   | 36                         | 20.0        |
| <b>Eğitim Durumu</b>                                     |                            |             |
| Okur-yazar   | 58                         | 32.2        |
| İlköğretim   | 54                         | 30.0        |
| Ortaöğretim  | 16                         | 8.9         |
| Lise   | 38                         | 21.1        |
| Yükseköğretim ve üzeri                                   | 14                         | 7.8         |
| <b>Medeni Durum</b>                                      |                            |             |
| Evli   | 139                        | 77.2        |
| Bekar  | 41                         | 22.8        |
| <b>Aylık gelir</b>                                       |                            |             |
| Düşük (Gelir giderden az)                                | 66                         | 36.7        |
| Orta (Gelir ve gider eşit)                               | 108                        | 60.0        |
| Yüksek (Gelir giderden fazla)                            | 6                          | 3.3         |
| <b>Günlük yaşam aktiviteleri için yardım alma durumu</b> |                            |             |
| Yardım Alan  | 122                        | 67.8        |
| Yardım Almayan   | 58                         | 32.2        |
| <b>Günlük yaşam aktivitelerinde destek alınan kişi *</b> |                            |             |
| Eş   | 53                         | 33.5        |
| Çocuk  | 72                         | 45.6        |
| Anne baba  | 6                          | 3.8         |
| Diğer  | 27                         | 17.1        |
| <b>Birlikte yaşanan kişiler*</b>                         |                            |             |
| Yalnız yaşıyorum   | 14                         | 5.9         |
| Annem/babam ile  | 12                         | 5.1         |
| Çocuklarım ile   | 95                         | 40.3        |
| Eşim ile   | 111                        | 47.0        |
| Diğer  | 4                          | 1.7         |
| <b>Yatmış Olduğu Klinik</b>                              |                            |             |
| Dahili klinik  | 82                         | 45.6        |
| Cerrahi klinik   | 70                         | 38.9        |
| Yoğun bakım ünitesi                                      | 28                         | 15.6        |
| <b>Daha önce hastaneye yatma durumu</b>                  |                            |             |
| Yatan  | 151                        | 83.9        |
| Yatmayan   | 29                         | 16.1        |
| <b>Herhangi bir şeye karşı alerjinin olma durumu</b>     |                            |             |
| Evet   | 20                         | 11.1        |
| Hayır  | 160                        | 88.9        |

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları Tablo1’de incelenmiştir.

Tablo incelendiğinde araştırmaya alınan hastaların %48.3’ünün kadın, %51.7’sinin erkek, yaş ortalamalarının  $63.49 \pm 15.70$  olduğu görülmektedir. Hastaların %51.1’inin sağlık güvencesinin SSK, kilo ortalamalarının  $67.29 \pm 16.13$ , boy ortalamalarının  $164.91 \pm 9.03$ , BKİ ortalamalarının  $24,83 \pm 6,07$  olduğu saptanmıştır. Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında; %30’unun ilköğretim mezunu, %32.2’sinin okur-yazar, %8.9’unun ortaöğretim mezunu, %7.8’inin yükseköğretim ve üzeri mezunu olduğu görülmektedir. Çalışmaya dahil edilen hastaların %77.2’sinin evli, % 67.8’inin günlük yaşam aktiviteleri için yardım aldığı ve % 45.6’sının ise günlük yaşam aktiviteleri için çocuklarından yardım aldığı görülmektedir. Hastaların aylık gelir durumlarına bakıldığında; %36.7’sinin aylık gelirinin düşük, %60’ının aylık gelirinin orta, %3.3’ünün aylık gelirinin yüksek olduğu ve hastaların %45.6’sının Dahiliye kliniğinde yattığı, %38.9’unun Cerrahi kliniğinde yattığı, %15.6’sının ise yoğun bakım ünitesinde yatmakta olduğu saptanmıştır. Hastaların %83.9’unun ise daha önce hastaneye deneyimi olduğu görülmektedir (Tablo 1).

**Tablo 2.** Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavilerine Yönelik Özelliklerinin Dağılımı

|   | n   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Tanı grupları</b>                                    |     |      |
| Ortopedik Hastalıklar                                   | 2   | 1,1  |
| Onkolojik Hastalıklar                                   | 52  | 28,9 |
| Nörolojik Hastalıklar                                   | 23  | 12,8 |
| Beslenme desteği alan Hastalar                          | 14  | 7,8  |
| Cerrahi Hastalıklar                                     | 55  | 30,6 |
| Dahili Hastalıklar                                      | 34  | 18,9 |
| <b>Beslenme Şekli</b>                                   |     |      |
| Nazogastrik   | 39  | 21,7 |
| Perkütan endoskopik jejunostomi                         | 2   | 1,1  |
| Gastrostomi   | 4   | 2,2  |
| Jejunostomi   | 4   | 2,2  |
| Santral TPN   | 16  | 8,9  |
| Periferel TPN   | 50  | 27,8 |
| Oral nütrisyon  | 65  | 36,1 |
| <b>Nütrisyonel Risk Skoru</b>                           |     |      |
| 0   | 27  | 15,0 |
| 1   | 29  | 16,1 |
| 2   | 19  | 10,6 |
| 3   | 86  | 47,8 |
| 4   | 19  | 10,6 |
| <b>Eşlik eden hastalık varlığı</b>                      |     |      |
| Var   | 96  | 53,3 |
| Yok   | 84  | 46,7 |
| <b>Eşlik eden hastalıklar*</b>                          |     |      |
| Hipertansiyon   | 96  | 45,1 |
| Diyabet   | 67  | 31,5 |
| KOAH/Astım  | 32  | 15,0 |
| Kalp ve KAH   | 18  | 8,4  |
| <b>Kaç gündür hastanede yatmakta olduğu</b>             |     |      |
| 1-15gün   | 114 | 63,3 |
| 15-20gün  | 16  | 8,9  |
| 21-30gün  | 31  | 17,2 |
| 31 gün ve üzeri   | 19  | 10,6 |
| <b>Kaç gündür beslenme tedavisi almakta olduğu</b>      |     |      |
| 1-15gün   | 129 | 71,7 |
| 15-20gün  | 20  | 11,1 |
| 21-30gün  | 19  | 10,6 |
| 31 gün ve üzeri   | 12  | 6,7  |
| <b>Beslenme tedavisi başlanma nedenini bilme durumu</b> |     |      |
| Evet  | 133 | 73,9 |
| Hayır   | 47  | 26,1 |
| <b>Uyku düzeninde değişim durumu</b>                    |     |      |
| Evet  | 41  | 22,8 |
| Hayır   | 139 | 77,2 |
| <b>Daha önce beslenme tedavisi alma</b>                 |     |      |
| Evet  | 40  | 22,2 |
| Hayır   | 140 | 77,8 |
| <b>Oral Nütrisyon</b>                                   |     |      |
| Evet  | 36  | 20,0 |
| Hayır   | 144 | 80,0 |
| <b>TPN</b>  |     |      |
| Evet  | 2   | 1,1  |
| Hayır   | 178 | 98,9 |

**Tablo 2. (devam)**

|   | n   | %    |
|---|-----|------|
| <b>NG</b>   |     |      |
| Evet  | 1   | ,6   |
| Hayır   | 179 | 99,4 |
| <b>Uygulanan beslenme tedavisi hakkında bilgi alma durumu</b> |     |      |
| Evet  | 121 | 67,2 |
| Hayır   | 59  | 32,8 |
| <b>Bilgi alınan kişi*</b>                                     |     |      |
| Hekim   | 89  | 44,3 |
| Hemşire   | 101 | 50,2 |
| Diyetisyen  | 9   | 4,5  |
| Diğer sağlık personeli  | 2   | 1,0  |
| <b>Alınan beslenme tedavisinde yan etki görülme durumu</b>    |     |      |
| Evet  | 34  | 18,9 |
| Hayır   | 146 | 81,1 |
| <b>Hangi yan etkiler görüldü*</b>                             |     |      |
| Diyare  | 19  | 44,2 |
| Konstipasyon  | 1   | 2,3  |
| Bulantı-kusma   | 10  | 23,2 |
| Distansiyon   | 11  | 25,6 |
| Boğazda tahriş  | 2   | 4,7  |

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavilerine yönelik Özelliklerinin Dağılımı Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo incelendiğinde araştırmaya alınan hastaların %1.1’inin ortopedik hastalık tanısı, %28.9’unun onkolojik hastalık tanısı, %12.8’inin nörolojik hastalık tanısı, %7.8’inin beslenme desteği tanısı, %30.6’sının cerrahi hastalık tanısı ve %18.9’unun dahili hastalık tanısı almış olduğu görülmektedir. Hastaların beslenme şekilleri incelendiğinde %21.7’sinin Nazogastrik, %1.1’inin Perkütan Endoskopik Jejenostomi, %2.2’sinin Gastrostomi, %2.2’sinin Jejonostomi, %8.9’unun Santral TPN, %27.8’inin Periferik TPN, %36.1’inin beslenme şeklinin ise Oral Nütrisyon olduğu görülmektedir. Hastaların %47.8’inin NRS puanının “3,” %10.6’sının NRS puanının “4” olduğu saptanmış olup, hastaların %53.3’ünde eşlik eden bir hastalığının olduğu görülmüştür. Hastaların %63.3’ünün 1-15 gündür hastanede yatmakta olduğu, %71.7’sinin 1-15 gündür beslenme tedavisi almakta olduğu görülmektedir. Çalışma kapsamına dahil edilen hastaların %73.9’u beslenme tedavisine başlanma nedenini bildiğini, %77.8’i daha önce beslenme tedavisi almamış olduğunu, %67.2’si uygulanan beslenme tedavisi hakkında bilgi aldığını, %44.3’ü uygulanan beslenme tedavisi hakkında bilgiyi hekimden aldığını, %50.2’si uygulanan beslenme tedavisi hakkında bilgiyi hemşireden aldığını, %4.5’i uygulanan beslenme tedavisi hakkında bilgiyi diyetisyenden aldığını

ifade etmiştir. Hastaların%81.1'i uygulanan beslenme tedavisine yönelik yan etkisi yaşamadığını belirtmiştir. (Tablo 2).

**Tablo 3.** Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Yönelik Görüşlerinin Dağılımı

|  | n   | %    |
|--|-----|------|
| <b>Beslenmesiyle ilgili verilen danışmanlık ve bilgilerden memnuniyet düzeyi</b>                 |     |      |
| Çok memnunum   | 18  | 10,0 |
| Memnunum   | 124 | 68,9 |
| Kararsızım   | 28  | 15,6 |
| Memnun değilim   | 10  | 5,6  |
| <b>Beslenme Tedavisi ile ilgili alınan eğitimin bilgi gereksinimini karşılama durumu</b>         |     |      |
| Karşıladı  | 139 | 77,2 |
| Karşılamadı  | 41  | 22,8 |
| <b>Hayırsa nedeni*</b>   |     |      |
| Yetersiz bilgilendirme   | 43  | 64,2 |
| Merak edilen konuların olması  | 24  | 35,8 |
| <b>Beslenme tedavisinin hastalığa etkisine yönelik görüşler</b>                                  |     |      |
| Olumlu   | 169 | 93,9 |
| Olumsuz  | 11  | 6,1  |
| <b>Alınan beslenme tedavisine yönelik kaygı varlığı durumu</b>                                   |     |      |
| Var  | 79  | 43,9 |
| Yok  | 101 | 56,1 |
| <b>Kaygı nedenleri*</b>  |     |      |
| Yeterli bilgi sahibi olamamak  | 62  | 26,1 |
| Tedaviye ilişkin komplikasyon yaşayacağımıza inanmak   | 52  | 21,8 |
| Beslenmeye bağımlı hale geleceğini düşünmek  | 51  | 21,4 |
| Uzun süreli yorgunluk hali   | 37  | 15,5 |
| Gelecek ile ilgili kaygı duymak  | 36  | 15,1 |
| <b>Beslenme tedavisinin günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı hale getirme durumu</b> |     |      |
| Evet   | 76  | 42,2 |
| Hayır  | 104 | 57,8 |
| <b>Evetse hangi aktivitelerde bağımlı olduğu *</b>   |     |      |
| Giyinme  | 70  | 22,8 |
| Beslenme   | 61  | 19,9 |
| Tuvalet  | 64  | 20,8 |
| Taşıma   | 62  | 20,2 |
| Yıkama   | 50  | 16,3 |
| <b>Beslenme tedavisinin yeterli olduğunu düşünme durumu</b>                                      |     |      |
| Yeterli  | 156 | 86,7 |
| Yetersiz   | 24  | 13,3 |
| <b>Hayırsa nedeni</b>  |     |      |
| Doymuyorum   | 13  | 51,2 |
| Halsiz hissediyorum  | 11  | 48,8 |
| <b>Beslenme tedavisinin güvenli ve doğru şekilde uygulandığını düşünme</b>                       |     |      |
| Evet   | 177 | 98,3 |
| Hayır  | 3   | 1,7  |
| <b>Gün içinde kendini günlük aktivitelerini yapamayacak kadar yorgun hissetme</b>                |     |      |
| Evet   | 130 | 72,2 |
| Hayır  | 50  | 27,8 |
| <b>Yorgun hissetme nedeni *</b>  |     |      |
| Hastalıktan kaynaklı   | 118 | 67,8 |
| Uykusuzluktan kaynaklı   | 56  | 32,2 |
| <b>Beslenme tedavisi sürecinde yaşanan güçlükler</b>   |     |      |
| Boğazda tahriş   | 19  | 10,6 |
| Ekipman sıkıntısı  | 22  | 12,2 |
| Cihazların alarm vermesi   | 5   | 2,8  |
| Damarların kötüleşmesi   | 12  | 6,7  |
| Sürekli kendisine bağlı bir aparat olması  | 28  | 15,6 |
| Güçlük yaşamadım   | 94  | 52,2 |

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 3'te Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Yönelik Görüşlerinin Dağılımı verilmiştir.

Tablo incelendiğinde araştırmaya alınan hastaların %68.9'u beslenmesiyle ilgili verilen danışmanlık ve bilgilerden "memnun" olduğunu, %15.6'sı beslenmesiyle ilgili verilen danışmanlık ve bilgilerden memnuniyet durumunun "kararsız" olduğunu ve %15.6'sı ise beslenmesiyle ilgili verilen danışmanlık ve bilgilerden "memnun olmadığını" ifade etmiştir. Hastaların %77.2'si beslenme tedavisi ile ilgili verilen eğitimin, bilgi gereksinimini karşıladığını, %93.9'u beslenme tedavisinin hastalığına olumlu etkisi olduğunu belirtmiştir. Hastaların %43.9'u aldığı beslenme tedavisine yönelik kaygılarının olduğunu ifade etmiş olup, bu hastaların %26.1'i kaygı nedeni olarak "yeterli bilgi sahibi olamamak," %21.8'i kaygı nedeni olarak "tedaviye ilişkin komplikasyon yaşayacağınıza inanmak," %21.4'ü kaygı nedeni olarak "beslenmeye bağımlı hale geleceğini düşünmek," %15.5'i kaygı nedeni olarak "uzun süreli yorgunluk hali," %15.1'i kaygı nedeni olarak "gelecek ile ilgili kaygı duymak" yanıtlarını vermişlerdir. Tablo incelendiğinde hastaların %42.2'sinin beslenme tedavisinin günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı hale getirdiğini düşündüğü, %86.7'sinin beslenme tedavisinin yeterli olduğunu düşündüğü, %98.3'ünün beslenme tedavisinin güvenli ve doğru şekilde uygulandığını ifade ettiği görülmektedir. Hastaların %72.2'si gün içinde kendini günlük aktivitelerini yapamayacak kadar yorgun hissettiğini ifade etmiş olup, yorgunluk nedeni olarak %67.8 oranında hastalıktan kaynaklı, %32.2 oranında uykusuzluktan kaynaklı olarak yorgun hissettiklerini belirtmişlerdir. Hastaların %52.2'si beslenme tedavisi sürecinde güçlük yaşamadığı belirtirken, güçlük yaşadığını belirten hastaların %10.6'sı boğazda tahriş, %12.2'si ekipman sıkıntısı, %2.8'i cihazların alarm vermesi, %6.7'si damarların kötüleşmesi, %15.6'sı sürekli kendisine bağlı bir aparat olması yüzünden beslenme tedavisi sürecinde güçlük yaşadığını ifade etmektedir (Tablo 3).



**Tablo 4.** Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavisine İlişkin Sağlık Ekibinden Beklentilerinin Dağılımı

|  | n   | %    |
|--|-----|------|
| <b>Beslenme tedavisine ilişkin merak edilen/bilmek istenilen konular varlığı</b> |     |      |
| Var  | 122 | 67,8 |
| Yok  | 58  | 32,2 |
| <b>Beslenme tedavisine ilişkin bilgi alınmak istenilen konular*</b>              |     |      |
| Olumlu ve olumsuz etkileri   |     |      |
| Komplikasyonlara yönelik bilgi   | 114 | 22,0 |
| Beslenme tedavisi ile ilgili en doğru bakımı öğrenmek                            | 101 | 19,5 |
| Taburculuk sonrası bilgi ve eğitim   | 92  | 17,8 |
| Ne zaman başlandı ve ne zaman bitecek  | 122 | 23,6 |
| Beslenmenin içinde ne olduğunu bilmek istemek                                    | 51  | 9,9  |
|  | 37  | 7,2  |
| <b>Bilgi alınmak istenilen kişi</b>  |     |      |
| Hekim  | 55  | 30,6 |
| Hemşire  | 41  | 22,8 |
| Uzman kişi   | 4   | 2,2  |
| Diğer sağlık çalışanları   | 2   | 1,1  |
| Hiç kimse  | 3   | 1,7  |
| Hekim ve hemşire   | 75  | 41,7 |
| <b>Alınan beslenme tedavisinden beklentiler *</b>                                |     |      |
| Tedavi sürecimi olumlu etkilemesi  | 167 | 13,9 |
| Kısa sürede etkili olması  | 153 | 12,8 |
| Bakımının kolay olması   | 149 | 12,4 |
| Günlük aktivitelerimde bağımsız hareket edebilmeyi                               | 153 | 12,8 |
| Malzeme temininde güçlük yaşamamayı  | 138 | 11,5 |
| Yan etkilerinin olmaması ya da en ez düzeyde olmasını                            | 142 | 11,9 |
| Yara iyileşme sürecimi hızlandırmasını   | 147 | 12,3 |
| Hastanede yatış süresimi kısaltması  | 149 | 12,4 |

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4’de Nütrisyon tedavisi alan hastaların beslenme tedavisine ilişkin sağlık ekibinden beklentilerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo incelendiğinde araştırmaya alınan hastaların %67.8’inin beslenme tedavisine ilişkin merak ettiği/bilmek istediği konular olduğunu ve %23,6’ sının taburculuk sonrası bilgi ve eğitim, %22’sinin beslenme tedavisinin olumlu ve olumsuz etkileri, %19,5’inin komplikasyonlara yönelik bilgi, %17,8’ inin beslenmeyle ilgili en doğru bakım konularında bilgi almak istedikleri görülmektedir. Hastalar beslenme tedavisi ile ilgili bilgiyi %30.6 oranında hekimden, %22.8 oranında hemşireden almak istediği belirtirken, %41.7 oranında hasta ise hem hekim hem de hemşireden bilgi almak istediğini ifade etmiştir. Hastaların %13.9’u alınan beslenme tedavisinin “tedavi sürecini olumlu etkilemesini,” %12.8’i “kısa sürede etkili olmasını,” %12.4’ü

“bakımının kolay olmasını,” %12.8’i “günlük aktivitelerde bağımsız hareket edebilmesini sağlamasını,” %11.5’i “malzeme temininde güçlük yaşamamayı,” %11.9’u “yan etkilerinin olmaması ya da en ez düzeyde olmasını,” %12.3’ü “yara iyileşme sürecini hızlandırmasını” ve %12.42’si “hastanede yatış süresini kısaltmasını” beslenme tedavisinden beklentileri olarak belirtmişlerdir. Hastaların %100 oranında sağlık ekibinden “gerekli bilgi ve danışmanlık hizmetinin yapılması,” “komplikasyonlara yönelik bilgi verilmesi,” “ilerleyen süreçte bakımla ilgili gerekli danışmanlığın yapılması,” “açık, net ve anlaşılır ifadelerle iletişimin sağlanması,” “anlayışlı ve güler yüzlü olunması” beklentilerinde olduğu görülmektedir (Tablo 4).

**Tablo 5.** Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

|                              | N   | Minimum | Maximum | Aritmetik ortalama | S.S. |
|------------------------------|-----|---------|---------|--------------------|------|
| <b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b> | 180 | 29      | 76      | 48,24              | 8,79 |

Tablo incelendiğinde Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamasının  $48.24 \pm 8.79$ , olduğu görülmektedir.

**Tablo 6.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

|  |                               | <b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b><br><b>X±S.s</b> |
|--|-------------------------------|--|
| Cinsiyet   | Kadın                         | 48,52±8,519                                  |
|  | Erkek                         | 47,99±9,075                                  |
|  | TEST                          | t=,402<br>p=,688                             |
| Sağlık güvencesi                                     | Emekli sandığı                | 50,03±9,508                                  |
|  | SSK                           | 47,27±8,327                                  |
|  | BAGKUR                        | 47,37±9,148                                  |
|  | Genel sağlık sigortası        | 50,65±8,592                                  |
|  | TEST                          | KW=5,477<br>p=,140                           |
| Eğitim durumu  | Okur-yazar                    | 48,36±7,864                                  |
|  | İlköğretim                    | 47,61±8,966                                  |
|  | Ortaöğretim                   | 51,44±11,894                                 |
|  | Lise                          | 47,87±8,276                                  |
|  | Yükseköğretim ve üzeri        | 47,57±9,573                                  |
| TEST   | KW=2,010<br>p=,734            |  |
| Medeni durum   | Evli                          | 48,53±8,626                                  |
|  | Bekar                         | 47,27±9,370                                  |
|  | TEST                          | t=,808<br>p=,420                             |
| Günlük yaşam aktiviteleri için yardım alma durumları | Evet                          | 49,39±7,586                                  |
|  | Hayır                         | 45,84±10,576                                 |
|  | TEST                          | <b>t=2,564</b><br><b>p=,011</b>              |
| Aylık gelir  | Düşük (Gelir giderden az)     | 46,09±7,458                                  |
|  | Orta (Gelir ve gider eşit)    | 49,42±9,481                                  |
|  | Yüksek (Gelir giderden fazla) | 50,83±4,535                                  |
|  | TEST                          | <b>KW=7,426</b><br><b>p=,024</b>             |
|  | Fark                          | <b>2&gt;1</b>                                |
| Yatmış olduğu klinik                                 | Dahili klinik                 | 47,88±8,274                                  |
|  | Cerrahi klinik                | 49,19±10,446                                 |
|  | Yoğun bakım ünitesi           | 46,96±4,865                                  |
| TEST   | KW=1,051<br>p=,591            |  |
| Daha önce hastaneye yatma durumu                     | Evet                          | 48,68±8,989                                  |
|  | Hayır                         | 46,00±7,407                                  |
|  | TEST                          | t=1,507<br>p=,134                            |
| Herhangi bir şeye karşı alerjinin olma durumu        | Evet                          | 47,70±7,197                                  |
|  | Hayır                         | 48,31±8,986                                  |
|  | TEST                          | U=1591,000<br>p=,967                         |
| BKİ durumu   | Düşük                         | 51,26±7,481                                  |
|  | Normal                        | 47,64±8,295                                  |
|  | Fazla                         | 46,18±8,944                                  |
|  | Obez                          | 49,53±10,056                                 |
|  | TEST                          | F=2,198<br>p=,090                            |

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 6’da verilmiştir.

Hastaların cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve daha önce hastaneye yatma durumlarına göre, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarındaki farklılıklara ait t

değeri  $p>0.05$  önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur. Bu bulgular, hastaların cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve daha önce hastaneye yatma durumlarına göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarında fark olmadığını göstermektedir.

Hastaların sağlık güvencesine, eğitim durumlarına ve yatmış olduğu kliniğe göre, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarındaki farklılıklara ait KW değeri  $p>0.05$  önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur. Bu bulgular, hastaların sağlık güvencesine, eğitim durumlarına ve yatmış olduğu kliniğe göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarında fark olmadığını göstermektedir.

Hastaların günlük yaşam aktiviteleri için yardım alma durumlarına göre, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarındaki farklılıklara ait t değeri  $p<0.05$  önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular, hastaların günlük yaşam aktiviteleri için yardım alma durumlarına göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarında fark olduğunu göstermektedir. Tablo incelendiğinde günlük yaşam aktiviteleri için yardım alan hastaların yardım almayanlara göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların aylık gelirlerine göre, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarındaki farklılıklara ait KW değeri  $p<0.05$  önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular, hastaların aylık gelirlerine göre, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarında fark olduğunu göstermektedir. Aylık geliri ne kadar olan hastalar arasında fark olduğunu anlamak amacıyla Dunnett T3 Post Hoc testi uygulanmıştır. Dunnett T3 Hoc testi sonucu, aylık geliri orta olan hastaların aylık geliri düşük olan hastalara göre, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir.

Hastaların herhangi bir şeye karşı alerjinin olma durumlarına göre, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarındaki farklılıklara ait U değeri  $p>0.05$  önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur. Bu bulgular, hastaların herhangi bir şeye karşı alerjinin olma durumlarına göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarında fark olmadığını göstermektedir.

Hastaların BKİ durumlarına göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarındaki farklılıklara ait F değeri  $p>0.05$  önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur. Bu bulgular, hastaların BKİ durumlarına göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarında fark olmadığını göstermektedir (Tablo 6).

**Tablo 7.** Hastaların Beslenme Tedavilerine Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

|  |          | <b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>    |
|--|----------|---------------------------------|
|  |          | <b>X±S.s</b>                    |
| Nütrisyonel Risk Skoruna göre                      | Düşük    | 45,71±8,033                     |
|  | Yüksek   | 49,39±8,908                     |
|  | TEST     | <b>t=2,638</b><br><b>p=,009</b> |
| Hastanede yatış süresi                             | 1-15gün  | 47,85±9,614                     |
|  | 15-20gün | 46,38±8,366                     |
|  | 21-30gün | 50,23±7,126                     |
|  | 1ay-1yıl | 48,95±5,816                     |
|  | TEST     | KW=4,031<br>p=,258              |
| Beslenme tedavisine başlanma nedenini bilme durumu | Evet     | 47,68±8,812                     |
|  | Hayır    | 49,85±8,617                     |
|  | TEST     | t=1,462<br>p=,145               |

Hastaların beslenme tedavilerine göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 7’de verilmiştir.

Hastaların NRS puan ortalaması durumuna göre, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarındaki farklılıklara ait t değeri  $p < 0.05$  önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular, hastaların NRS puan ortalaması durumuna göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarında fark olduğunu göstermektedir. Tablonun incelenmesine devam edildiğinde NRS puan ortalaması yüksek olanların düşük olanlara göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların hastanede yatış süresine göre, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarındaki farklılıklara ait KW değeri  $p > 0.05$  önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur. Bu bulgular, hastaların hastanede yatış süresine göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarında fark olmadığını göstermektedir.

Hastaların beslenme tedavisine başlanma nedenini bilme durumuna göre, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarındaki farklılıklara ait t değeri  $p > 0.05$  önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur. Bu bulgular, hastaların Beslenme tedavisine başlanma nedenini bilme durumuna göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarında fark olmadığını göstermektedir (Tablo 7).

**Tablo 8.** Hastaların Nütrisyon Tedavisine Yönelik Görüşlerine Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması

|   |                | <b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>     |
|---|----------------|----------------------------------|
|   |                | <b>X±S.s</b>                     |
| Alınan Beslenme türüne göre   | Oral Nütrisyon | 52,11±8,031                      |
|   | TPN            | 51,00±4,243                      |
|   | NG             | 54,00±0,000                      |
|   | TEST           | KW=,161<br>p=,922                |
| Beslenmesiyle ilgili verilen danışmanlık ve bilgilerden memnuniyet durumu           | Çok memnunum   | 43,89±7,760                      |
|   | Memnunum       | 48,19±9,234                      |
|   | Kararsızım     | 50,46±7,545                      |
|   | Memnun değilim | 50,60±5,254                      |
|   | TEST           | <b>KW=8,482</b><br><b>p=,037</b> |
|   |                | <b>FARK</b>                      |
| Beslenme tedavisine yönelik aldığı eğitim ve bilgiyi yeterli bulma durumu           | Evet           | 47,05±9,061                      |
|   | Hayır          | 52,29±6,385                      |
|   | TEST           | <b>t=3,454</b><br><b>p=,001</b>  |
| Almış olduğu beslenme tedavisine ilişkin merak ettiği ya da bilmek istediği konular | Evet           | 48,62±8,729                      |
|   | Hayır          | 46,84±8,994                      |
|   | TEST           | t=1,108<br>p=,269                |

Araştırma kapsamına alınan hastaların nütrisyon tedavisine yönelik görüşlerine göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 8’de verilmiştir.

Hastaların tedavi türüne göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarındaki farklılara ait KW değeri  $p>0.05$  önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur. Bu bulgular hastaların tedavi türüne göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarında fark olmadığını göstermektedir.

Hastaların beslenmesiyle ilgili verilen danışmanlık ve bilgilerden memnuniyet durumuna göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarındaki farklılara ait KW değeri  $p<0.05$  önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular, hastaların beslenmesiyle ilgili verilen danışmanlık ve bilgilerden memnuniyet durumuna göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarında fark olduğunu göstermektedir. Farkın memnuniyet durumu ne olan hastalardan kaynaklandığını anlamak amacıyla

Dunnet T3 Post Hoc testi uygulanmış ve kararsız olanların çok memnun olanlara göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların beslenme tedavisine yönelik aldığı eğitim ve bilgiyi yeterli bulma durumuna göre, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarındaki farklara ait t değeri  $p<0.05$  önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular, hastaların beslenme tedavisine yönelik aldığı eğitim ve bilgiyi yeterli bulma durumuna göre Durumluk Kaygı Ölçeği puanları açısından aralarında fark olduğunu göstermektedir. Tablonun incelenmesine devam edildiğinde beslenme tedavisine yönelik aldığı eğitim ve bilgiyi yeterli bulmayanların yeterli bulanlara göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların almış olduğu beslenme tedavisine ilişkin merak ettiği ya da bilmek istediği konuların olma durumuna göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarındaki farklara ait t değeri  $p>0.05$  önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur. Bu bulgular hastaların almış olduğu beslenme tedavisine ilişkin merak ettiği ya da bilmek istediği konuların olma durumuna göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları aralarında fark olmadığını göstermektedir.

**Tablo 9.** Hastaların Beslenme Şekline Göre Bağımlılık Durumlarının Dağılımı

| Beslenme Şekli                  | Bağımlılık |      |       |      | Test ve p                   |
|---------------------------------|------------|------|-------|------|-----------------------------|
|                                 | Evet       |      | Hayır |      |                             |
|                                 | n          | %    | n     | %    |                             |
| Nazogastrik                     | 32         | 82,1 | 7     | 17,9 | $\chi^2=66,344$<br>$p=,000$ |
| Perkütan endoskopik jejenostomi | 2          | 100  | 0     | 0,0  |                             |
| Gastrostomi                     | 3          | 75,0 | 1     | 25,5 |                             |
| Jejenostomi                     | 2          | 50,0 | 2     | 50,0 |                             |
| Santral TPN                     | 11         | 68,8 | 5     | 31,3 |                             |
| Periferel TPN                   | 21         | 42,0 | 29    | 58,0 |                             |
| Oral Nütrisyon                  | 5          | 7,7  | 60    | 92,3 |                             |

Hastaların beslenme şekline göre bağımlılık durumlarının dağılımı Tablo 9 'de verilmiştir.

Nazogastrik tüp ile beslenen hastaların %82'si, Perkütan endoskopik jejenostomi ile beslenen hastaların %100'ü, Gastrostomi ile beslenen hastaların %75'i, Jejenostomi ile beslenen hastaların %50'si, Santral TPN ile beslenen hastaların % 68,8'i, Periferel TPN ile beslenen hastaların %42'si ve oral nütrisyon ile beslenen hastaların %7.7'sinde

başkalarına bağımlılık var olup, aldıkları tedavi türlerine göre bağımlılık durumları açısından aralarındaki farklılıklara ait ki-kare değeri  $p < 0.05$  önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular, hastaların beslenme şekline göre başkalarına bağımlılık durumları açısından aralarında fark olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak başkalarına en fazla bağımlı olan hastaların Perkütan endoskopik jejenostomi beslenen ve Nazogastrik beslenen hastaların olduğu en az bağımlı olan hastaların ise Oral Nutrisyon beslenen hastalar olduğu söylenebilir.





## 5. TARTIŞMA

Tanımlayıcı ve kesitsel türde planlanan bu araştırma nütisyon tedavisi alan hastaların yaşadıkları kaygı düzeylerini, beslenmeye yönelik görüşlerini ve sağlık profesyonellerinden beklentilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmamızda nütisyon tedavisi alan hastaların tanıtıcı özellikleri, almış oldukları nütisyon tedavisi, tedaviye ilişkin görüşleri, sağlık ekibinden beklentileri ve durumsal kaygı düzeyleri incelenmiştir. Çalışma kapsamında 180 hasta ele alınmıştır.

Literatür incelendiğinde nütisyon tedavisine yönelik hemşirelerin bilgi düzeyini inceleyen ulusal (Suluhan ve ark., 2014, Ertav,2018; Çelebi,2010; Koçhan,2018; Kalender ve ark., 2015; Özbaş, Göçmen Baykara, 2018) ve uluslararası (Al- Rafay et al. 2012; Lane C, et al., 2014; Ameri et al, 2016; Kim, Chang, 2019) birçok çalışmaya, Nütisyon tedavisinde hemşirelik bakımını inceleyen (Çelebi, Yılmaz, 2019, Gürkan, Gülseven, 2013), hastaların beslenme durumu ve desteğini değerlendiren (Yentür, 2011; Dumlu ve ark., 2013; Gündoğdu, 2008; Diker ve ark., 2009), enteral(Wireko, Bowling, 2010; Scott, Bowling, 2015; Gürkan, Gülseven, 2013; Akıncı, 2011; Kamarlı, Açıkgoz, 2016; Özyurt ve ark., 2000) ve parenteral (Şahin ve ark., 2003; Singer et al., 2009) beslenmeyi ayrı ayrı ele almış çalışmalar, parenteral ve enteral nütisyonu tanımlayıcı ve karşılaştıran (Demirel, Bahçecioğlu, 2010; Utku, 2011; Çekmen, Dikmen, 2014) çalışmalar ve Nütisyon tedavisi alan hastaların yaşam kalitesini ve yaşadıkları sorunları ele alan çalışmalar (Cevheroğlu, Acaroğlu, 2015; Ciğercioğlu, 2010; Özden ve ark., 2016) mevcut olmasına karşın; çalışmamızla birebir benzerlik gösteren ve Nütisyon Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye ilişkin Görüşleri, Kaygı Düzeyleri ve Sağlık Ekibinden Beklentilerini bir arada inceleyen bir çalışmaya ulaşılmamıştır.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri dahilinde ve nütisyon tedavisine yönelik yapılan çalışmalar ile karşılaştırılarak tartışılmıştır. Nütisyon tedavisi alan hastaların beklenti, görüş ve kaygı düzeylerinin belirlendiği bu çalışmadan elde edilecek verilerle beslenme tedavisi alan hastaların beklentilerinin karşılanması, beslenme tedavisine yönelik yaşanabilecek sorunların fark edilerek sorunlara yönelik önlem alınması ve hastaların memnuniyet ve yaşam kalitesini arttırmaya katkı sağlanabilir.

## **1)Hasta bireylerin tanıcı özellikleri, aldıkları nütrisyon tedavisi ve kaygı düzeylerine yönelik yanıtlarının bulgularının tartışılması**

Çalışmamızda nütrisyon tedavisi alan hastaların kaygı düzeyleri incelenmiş ve kaygı düzeyi ortalamasının üzerinde bulunmuştur (Tablo 5).

Kaygı nedeni belli olmayan bir duruma karşı verilen tepki ve sinyal olup, kişide huzursuzluk, yorgunluk ve sorunlara neden olmaktadır (Sigdel, 2015). Sağlığın korunması ve sürdürülmesi için her insan zaman zaman hastanede yatmak durumunda kalmaktadır. Hasta olmak, hastaneye yatmak hangi nedenle olursa olsun kişinin kaygı, korku ve endişe yaşamasına neden olmaktadır (Çetinkaya, Karabulut, 2010; Yıldız, 2011; Dolgun, Candan Dönmez, 2010). Bu durum beslenme tedavisi alan hastalar için de geçerli olup, kaygı düzeylerini arttıran önemli faktörlerin başında hastanede yatma ve bu süreçte normal beslenmenin dışına çıkma olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda hastalara almış oldukları beslenme tedavisine yönelik kaygı varlığı sorulmuş ve yarıya yakın bir kesim evet demiştir. Hastalara kaygı nedenleri sorulduğunda ise yeterli bilgi sahibi olamamak, komplikasyon yaşayacağına inanmak, tedaviye bağımlı hale gelmek yanıtları alınmıştır (Tablo 3). İlgili literatür incelendiğinde beslenme tedavisinin yaşamı sürdürmede önemli bir uygulama olmasına karşın birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal problemleri de beraberinde getireceği belirtilmiş ve bu nedenle beslenme tedavisi alan hastanın beden imajındaki ve yeme fonksiyonundaki değişikliklere bağlı olarak psikolojik problemlerin gelişebileceği dile getirilmiştir (Özden ve ark., 2016). Bu durum beslenme tedavisi alan hastalarda kaygı görülmesinin nedeni olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde yardım alma durumları sorulmuş ve büyük çoğunluğun çocuk, eş, anne- baba gibi kişilerden yardım aldığı görülmüştür (Tablo 1). Çalışmamızda hastaların günlük yaşam aktiviteleri için yardım alma durumlarına göre, kaygı düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuş olup ( $p<0.05$ ) (Tablo 6), günlük yaşam aktiviteleri için yardım alan hastaların yardım almayanlara göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Enteral ve parenteral beslenmenin birçok avantajı olmasına karşın; hastaların beslenme tedavisine bağlı olarak genel yaşam aktivitelerinde sorunlar yaşadığı ve bu durumun kişinin bağımsızlığını kaybetmesi, aile içi ve toplumsal rollerini yerine getirememesi,

ekonomik sorunlar yaşaması gibi olumsuz etkilere neden olduğu belirtilmiştir (Totur, Yavuz, 2013; Cevheroğlu, Acaroğlu, 2015). Bireyin günlük yaşam aktivitelerini yeterince yapamaması yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Durmaz Akyol, 1993). Bu durum günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olan hastaların yaşam kalitesinin düştüğünü, kendilerini bağımlı ve kısıtlı hissettiğini ve buna bağlı olarak kişide kaygı oluşturabileceğini düşündürmekte olup, aynı zamanda hastalarda yetkinlik düzeyi ve benlik saygısını da etkileyen bir boyut olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Kişinin kendini yapabilir ve yeterli olarak görme düzeyi, benlik saygısının bir boyutu olan yetkinlik boyutu olarak adlandırılır. Bireyin karşılaştığı sorunlar karşısında yetersizlik yaşaması, benlik saygısını düşürüp, kaygı düzeyini arttıran bir durumdur (Duyan ve ark., 2005). Beslenme tedavisi alan hastalar da zaman zaman tedaviye bağlı sorunlar yaşayıp, yetersizlik ve başkalarına bağımlılık durumlarıyla karşılaşabilmektedirler. Bu durumun da kişinin benlik saygısını düşürüp, kaygı yaşamasına neden olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda aylık gelir düzeyi orta olan hastaların kaygı düzeyinin aylık geliri düşük olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ) (Tablo 6). Bu durum, aylık geliri düşük olan hastaların genel sağlık sigortası kapsamında olup, hastane giderlerinin devlet tarafından karşılanması ve buna bağlı olarak maddi kaygılarının daha az olabileceğini ve bu nedenle daha az kaygı yaşayabileceklerini düşündürebilir.

Malnütrisyonlu veya malnütrisyon riski altındaki hastaları belirlemek amacı ile nütrisyonel tarama ve değerlendirme yapılmaktadır. Beslenme durumunun değerlendirilmesi için hekim veya hemşireler tarafından hızlı ve kolayca yapılacak basit beslenme riski tarama yöntemleri vardır (Barbosa et al.,2019, Yentür, 2011). Bu amaçla kullanılan NRS 2002, Subjektif Global Değerlendirme gibi çeşitli kılavuzlar olup, günümüzde en yaygın olarak kullanılan NRS 2002'dir. NRS 2002 de hastalar beslenme yetersizliği ve hastalık şiddeti bakımından değerlendirilir ve 0:yok, 1: hafif, 2: orta şiddette ve 3: ağır beslenme yetersizliği olarak skorlandırılır. Toplam skoru  $\geq 3$  olan hastalar beslenme riski altında olarak değerlendirilirler (Kondrup ve ark., 2003).Çalışma yaptığımız kurumda da NRS 2002 kullanılmaktadır.Çalışmamızda NRS puanı 3 ve üzeri olanların, 2 ve altı olanlara oranla kaygı düzeyleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo7). Literatür incelendiğinde NRS puanının beslenme

durumu bozukluğu, siroz, KOAH, kronik hemodiyaliz, diyabet, onkoloji, majör batın cerrahi, kafa travması, inme gibi soruları içerdiği ve bu hastalıkların varlığına göre NRS puanının arttığı görülmüştür (Gündüz ve ark., 2019; Yentür, 2011).

İlgili literatürler tarandığında beslenme bozukluğunun yara iyileşmesinde bozulma, immun sistemde baskılanma, kas iskelet kaybı gibi birçok fonksiyonel düşüşe neden olduğu, bununla beraber hastanede kalış süresini uzattığı, hasta bakım maliyetini de arttırdığı belirtilmiştir (Diker ve ark., 2009; Kara Yılmaz ve ark., 2017; Ertem, 2008). Kronik hastalıklar, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yeterince yapamaması, aile ilişkilerinde bozulma, fonksiyonel güçsüzlük, beden imajında değişiklik, fiziksel iyilik halinde bozulma gibi fiziksel semptomlara neden olup, stresör kaynağı olabilmektedir. Bu durum ise bireyin depresif duygulanıma yol açıp, hastalığa toleransını zorlaştırmakta ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Özdemir, Taşcı, 2013; Durmaz Akyol, 1993; Üskül ve ark., 2006). Tüm bunlara bakıldığında NRS puanı arttıkça kronik hastalık ve beslenme bozukluğunun daha fazla olduğu ve buna bağlı olarak kaygı düzeylerinin daha yüksek olacağı düşünülebilir.

Çalışmamızda hastalara beslenmeye bağlı yan etki yaşanma durumu sorulmuş olup, hastaların gözlemledikleri ve ifade etmelerine göre bu oran düşük bulunmuştur (Tablo 2) Özellikle kompleks nütrisyon tedavileri teorik ve pratik bilgi gerektiren ve ciddi komplikasyonları beraberinde getiren tedaviler olması nedeniyle dikkatle ve titizlikle uygulanmalıdır (Kalender ve ark., 2015). Bizim çalışmamızda komplikasyon oranının düşük olması başta hemşire olmak üzere diğer sağlık profesyonellerinin bilgi birikiminin donanımlı olduğunu, nütrisyon takibi, tedavisi ve izleminde gereken hassasiyeti gösterdiklerini ve hastalara da bu beslenme tedavilerinin kullanım ve saklanma koşulları için gerekli eğitimin verildiğini düşündürebilir.

Çalışmamızda araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyet, sağlık güvencesi, eğitim durumu, medeni durum, yatmış olduğu klinik, hastane deneyimi, allerji varlığı ve Beden Kitle İndeksi ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6).

## **2. Hasta bireylerin tedaviye ilişkin görüşleri, sağlık ekibinden beklentileri ve Kaygı düzeylerine yönelik bulgularının tartışılması**

Çalışmamıza alınan hastaların büyük çoğunluğu kendilerine verilen danışmanlık ve bilgidir memnun olduğu belirtmiştir (Tablo 3). Sağlık hizmetinde kalite, bireyin

algıladığı kalite düzeyi ile beklediği kalite düzeyinin farkı olup, verilen sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmek için genellikle tıbbi çıktılar, maliyet analizleri ve hasta memnuniyeti üzerinden inceleme yapılmaktadır (Tükel ve ark., 2004; Önsüz ve ark., 2008; Demir ve ark., 2011). Literatürde hasta memnuniyetini değerlendirmede hastanın doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile iletişimi, bilgilendirme, beslenme hizmetleri, fiziksel koşullar ve bürokrasi boyutları incelenmektedir (Taşlıyan, Gök, 2012; Özcan ve ark., 2008; Büber, Başer, 2012 ). Çalışmamızda memnuniyet düzeyinin yüksek olması hizmette iyiye gidildiğine, sağlık ekibinin takip, bakım, danışmanlık ve becerisinin iyi olmasına yorumlanabilir. Bu durumun hizmet kalitesini daha iyiye götürecektir çalışmalar için motivasyon kaynağı olarak değerlendirilmesinin yararlı olacağı düşünülmelidir.

Litaretür incelendiğinde hasta memnuniyetinin temelini büyük ölçüde hasta ve hemşire birlikteliğinden oluştuğu görülmektedir. Hastalarla 24 saat birlikte olan, hastaya uygulanan işlemler sırasında hastanın nasıl etkilendiğini en yakından gözlemleyen hemşiredir. Hemşirenin uzun süre hastayla kalması hastada güven duygusu oluşturmaktadır. Hastaların hemşireden destek alması, hemşirelerin hastalara gösterdiği saygı, hastalara yaklaşımının olumlu olması, hastaların sorularına açık yanıt vermesi, her zaman ulaşılabilir olması gibi birçok faktör hastaların memnuniyet düzeylerini etkilemekte oldukça önemli etmenlerdir (Kayrakçı, Özşaker, 2014).

Genel memnuniyet düzeyinin yüksek olması hastaların yaş ortalamasına da bağlanabilir. Yaptığımız bu çalışmada, nütrisyon tedavisi alan hastaların ileri yaş grubunda olduğu görülmektedir. Nütrisyon tedavisi alan hastalar üzerinde yapılan benzer çalışmalarda da bizim çalışmamızı destekler nitelikte sonuçlar bulunmuş olup, nütrisyon tedavisi alan hasta grubunun yaş ortalamasının genelde yüksek olduğu görülmüştür (Aydın, 2017; Işıl ve ark., 2013; Radpay et al., 2016; Acar Aktaş, 2013). Nütrisyon tedavisi alan hastaların memnuniyet düzeyinin araştıran bir çalışmaya rastlanılmasa da, farklı hasta popülasyonlarında memnuniyet düzeyini araştıran farklı çalışmalar mevcut olup, çalışmalarda yaş arttıkça memnuniyet oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Önsüz ve ark., 2008; Emhan, Bez, 2010; Demir ve ark., 2011). Bu durum yaşlı hastaların daha hoşgörülü ve olgun olmalarına, iletişime daha fazla önem vermelerine bağlanabileceği gibi, sağlık ekibinin yaşlı hastalara saygı göstermelerine bağlı da olabilir. Diğer yandan, bu durum gençlerin daha eleştireci ve tüketici bilincine sahipken, yaşlıların geleneksel edilgen olmasıyla da açıklanabilir. Bu noktada önemli

olan sağlık hizmetlerinin kalitesine 6nem verilmesi, insan odaklı hizmetin erişilebilecek en 6st d6zeyde sunulması ve hasta memnuniyeti 6l6ç6m6n6n rutin olarak yapılmasıdır.

Çalışmamız dahiline alınan hastaların b6y6k 6oğunluğu verilen n6trisyon tedavisinin kendilerine olumlu etkisi olduğunu, beslenme tedavisinin kendileri i7in yeterli olduğunu, beslenme tedavisinin g6venli ve doğru bir şeklide uygulandığını ifade etmektedir (Tablo 3).

Bu durum da hastalardan alınan memnuniyet oranının y6ksek olmasını a7ıklayabilir. Hastalarda sağlık ekibine y6nelik oluşan g6ven duygusu memnuniyet d6zeyini arttıran bir fakt6r olarak d6ř6n6lebilir. Çalışmamızda hastaların beslenmesiyle ilgili verilen danışmanlık ve bilgilerden memnuniyet durumuna g6re kararsız olanların 7ok memnun olanlara g6re kaygı d6zeylerinin anlamlı d6zeyde daha y6ksek olduğu g6r6lm6řt6r ( $p<0.05$ ) (Tablo 8). Bu durum memnuniyet d6zeyi y6ksek olan hastaların verilen hizmetten tatmin olduklarına ve buna bağlı kaygı d6zeylerinin daha az olmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda hastalara g6n i7inde yorgun hissetme durumları sorulmuş ve b6y6k 6oğunluk evet yanıtını vermiş olup, yorgun hissetme nedeni olarak ise b6y6k 6oğunluk mevcut hastalıklarına bağlı olarak yanıtını verirken daha az bir kesim ise yuksuzluktan kaynaklı yorgunluk yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 3).

Çalışmamızda hastaların verilen bilgi ve eğitimi yeterli bulma durumuna g6re kaygı d6zeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve verilen bilgi ve eğitimi yeterli bulmayan hastaların kaygı d6zeylerinin daha y6ksek olduğu g6r6lm6řt6r ( $p<0.05$ ) (Tablo 8). Literat6rde bilgilendirmenin kaygı, korku ve depresyon gelişimini, hastanede yatış s6resini kısalttığı belirtilmektedir (6zberksoy ve ark., 2009). Hastaya tedavisine y6nelik bilgi verilmesi, hastanın kontrol duygusunun gelişmesine, tedaviyi anlamasına ve tedavisiyle ilgili kararlara katılmasına yardımcı olur (Demir ve ark., 2010; 6zberksoy ve ark., 2009). Bu bilgiler ışığında, eğitim verilen hastaların bilinmezlik duygusunun daha az olması ve buna bağlı olarak kaygı d6zeylerinin daha az olacağı s6ylenabilir.

Çalışmamızda beslenme tedavisi alan hastalara almış oldukları beslenme tedavisine ilişkin g67l6k yaşama durumları sorulmuş ve yarısından fazla herhangi bir g67l6k yaşamadığını ifade etmiş olup, geri kalan kesim ise s6rekli kendilerine bağlı bir cihaz- kablo olmasından, ekipman sıkıntısından, boğazda tahriş durumundan, beslenme

tedavisine bağı damarlarının kötüleşmesinden ve cihazların alarm vermesinden dolayı güçlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 3).

Çalışmamızda hastaların büyük bir oranı beslenme tedavisine ilişkin konularda verilen bilgiyi yeterli görmelerine karşın (Tablo 3), merak ettiği ve bilmek istediği konuların varlığı sorulduğunda büyük çoğunluğu evet yanıtını vermiştir (Tablo 4). Çalışmamızda hastaların yaş ortalamasının ileri olduğu (Tablo 1) ve yarısından fazlasında ise ek hastalık varlığı saptanmıştır (Tablo 2). Bu durum, hastalara verilen bilgi ve danışmanlık yeterli olsa da, hastalarda var olan ek hastalıkların bilinmezlik ve merak edilen konulara neden olduğunu düşündürmektedir. Verilen bilginin her ne kadar yeterli olduğu düşünülse de bilgi ihtiyacının her zaman gerekli olup, düzenli aralıklarla tekrarını gereken bir durum olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların beslenme tedavisine yönelik kimden bilgi aldıkları sorulduğunda hemşireden bilgi alan hasta grubu en fazla olup, bunu sırasıyla hekim, diyetisyen ve diğer sağlık çalışanlarının takip ettiği saptanmıştır (Tablo 2). Kimden bilgi almak istersiniz soruna ise daha yüksek bir hasta grubunun hekim ve hemşire yanıtı alınmıştır (Tablo 4). Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların sağlık profesyonellerinin her birinden farklı konu ve aşamalarda beklentisinin olduğu ve asıl istenenin Nutrisyon tedavisi sürecinde karşılarında bir ekip birliği görmek olduğu söylenebilir. Literatür incelendiğinde nutrisyonel tedavi sürecinin birkaç büyük adımdan oluştuğu görülmektedir. Bunlar hastanın değerlendirilmesi, nutrisyon için öneriler, nutrisyonun seçimi, reçetesi, siparişin gözden geçirilmesi, ürün seçimi ve hazırlanması, ürünün etiketlenmesi ve dağıtılması, nutrisyonun hastaya verilmesi, hastanın izlenmesi ve değerlendirilmesi gibi birçok adımı içerir. Tüm bu süreç güvenli beslenme bakımını sağlamak için hekim, hemşire, diyetisyen ve eczacılardan oluşan multidisipliner bir ekibin gerekliliğini ortaya koymaktadır (Demirel, Bahçecioğlu, 2010; Çekmen, Dikmen, 2014; Boullata et al., 2017). Tüm bunlar düşünüldüğünde sağlık destek hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulması için multidisipliner bir ekip varlığı gerekli olup, hemşirenin de bu süreçte sorumluluklarının oldukça önemli olduğu görülmektedir (Özden ve ark.,2016).

Çalışmamızda hastalara yöneltilen beslenme tedavinizden beklentiniz nelerdir sorusuna neredeyse tamamına yakını aldıkları beslenme tedavisinin, tedavi sürecini olumlu etkilemesini, kısa sürede etkili olmasını, bakımının kolay olmasını, günlük aktivitelerinde bağımsız hareket etmelerini sağlamasını, malzeme temininde güçlük

yaşamamayı, yan etkilerinin en az düzeyde olmasını, yara iyileşme sürecini hızlandırmasını ve hastanede yatış sürecini kısaltmasını beklediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4).

Çalışmamıza dahil edilen hasta grubuna sağlık ekibinden beklentileri sorulduğunda ise hepsi gerekli bilgi ve danışmanlık hizmetinin yapılması, komplikasyonlara yönelik bilgi verilmesi, gerekli danışmanlık hizmetlerinin sağlanması, açık ve anlaşılır ifadelerle iletişimin sağlanmasını ve anlayışlı ve güler yüzlü olunmasını istediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4).

Çalışmamızda hastalara Beslenme tedavisinin kendilerini günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı hale getirme durumu sorulmuş ve neredeyse yarıya yakını evet demiştir (Tablo 3). Kendini en fazla bağımlı hisseden hastaların perkütan endoskopik jejenostomi, Nazogastrik, Gastrostomi ve TPN ile beslenen hastalar olduğu görülmüş, en az bağımlılık yaşadığını ifade edenlerin ise oral nütrisyon alan hasta grubu olduğu görülmüştür (Tablo 9). Hastaların aldıkları tedavi türlerine göre bağımlılık durumları açısından aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 9). Bu bulguya bakılarak oral nütrisyon dışında diğer beslenme tedavilerinin daha komplike olmasının, düzenli bakım ve takip gerektirmesinin hastaların bağımlı hissetmesine neden olabileceği çıkarımı yapılabilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Bu araştırma, Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye ilişkin Görüşlerini, Kaygı Düzeylerini ve Sağlık Ekibinden Beklentilerini Belirlemek amacıyla tanımlayıcı-kesitsel olarak yapılmıştır.

1. Araştırma kapsamına alınan hastaların %48.3'ü kadın, %77.2'si evli, yaş ortalaması 63.49±15,70, %30,0'u ilköğretim mezunudur. Hastaların %67,8'i günlük yaşam aktivitelerinden destek alıp %45,6'sı çocuklarından destek almaktadır. Hastaların %60.0' ı orta gelir düzeyine sahiptir (Tablo 1).

Araştırmaya alınan hastaların cinsiyet, sağlık güvencesi, medeni durum, eğitim durumları, yatmış olduğu klinik, daha önce hastaneye yatma durumu, herhangi bir şeye karşı allerji durumu, beden kitle indeksi ve yaş ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 6).

Araştırmaya alınan hastaların günlük yaşam aktivitelerinden destek alanların destek almayanlara göre kaygı düzeyi anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 6). Araştırmamızda aylık geliri orta olan hastaların kaygı düzeyi, aylık geliri düşük olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 6).

2. Hastaların %30.6'sının tanısı cerrahi uygulamalardır. Hastaların beslenme şekilleri %36.1 i oral nütrisyon, %27.8'i Periferel TPN, %21.7'si NG 'dir. Hastaların %47.8 'inin Nütrisyon Risk Skalası 3 tür. Hastaların %53.3 'ünde eşlik eden kronik hastalık mevcuttur. %73.9'u kendilerine beslenme tedavisinin nedenini bildiklerini ifade etmişlerdir. %67.2'si kendilerine başlanan belenme tedavisi ile ilgili bilgi aldığını ve %50.2'si bu bilgiyi hemşireden aldığını ifade etmiştir. Beslenmeye bağlı yan etki olmadığını ifade eden %81.1' i hayır yanıtını vermiştir (Tablo 2).

Araştırmaya alınan hastaların nürisyonel risk skoru puanına göre kaygı düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ( $p<0.05$ ), NRS puanı yüksek olanların kaygı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Hastaların hastanede yatış süresine ve beslenme tedavisini bilme durumlarına göre kaygı düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 7).

3. Araştırma kapsamına alınan hastaların %68.9'u verilen bilgi ve danışmanlıktan memnun olduğunu, %77.2'si verilen bilgi ve eğitimin yeterli olduğunu

söylemiştir. Hastaların %42.2'si beslenme tedavisinin kendilerini başkalarına bağımlı hale getirdiğini ifade etmektedir. Hastaların %86.7 'si beslenme tedavisinin yeterli olduğunu ve %98.3'ü beslenme tedavisinin güvenli ve doğru bir şekilde uygulandığını ifade etmiştir. Hastaların %52.2'si beslenme tedavisi sırasında güçlük yaşamadığını belirtmiştir (Tablo 3).

Araştırma kapsamına alınan hastaların tedavi türüne göre ve almış oldukları tedaviye ilişkin merak edilen, bilmek istenen konuların olması durumuna göre kaygı düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

Çalışmamızda hastaların beslenme ile ilgili verilen danışmanlık ve bilgilerden memnuniyet düzeyleri ve kaygı düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ( $p<0.05$ ), kararsız olanların çok memnun olanlara göre kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Hastaların beslenme tedavisine yönelik aldığı eğitim ve bilgiyi yeterli bulma durumlarına göre kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) Beslenme tedavisine yönelik aldığı eğitim ve bilgiyi yeterli bulmayanların yeterli bulanlara göre kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Araştırmamıza dahil edilen hastalara aldıkları beslenme tedavisine bağlı olarak bağımlılık durumları sorulmuş ve bağımlılık durumları açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ( $p<0.05$ ), bağımlılık oranı en fazla olan hastaların daha komplike nütrisyon tedavisi alan hastalar olduğu görülmüştür (Tablo 9).

4. Araştırmamızda Hastaların %67.8 'i beslenme tedavisine ilişkin merak ettikleri konuların olduğunu ve bu konulardaki bilgiyi %41.7 si hekim ve hemşireden almak istediklerini ifade etmiştir (Tablo 4).

Hastaların almış olduğu tedaviden beklentileri; tedavi sürecini olumlu etkilemesi, kısa sürede etkili olması, bakımının kolay olması, günlük aktivitelerde bağımsız hareket edebilmeyi sağlaması, malzeme temininde güçlük yaşanmaması, yan etkilerinin olmaması ya da en az düzeyde olması, yara iyileşme sürecini hızlandırması, hastanede yatış sürecini kısaltması olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Hastaların sağlık ekibinden beklentileri; gerekli bilgi ve danışmanlık hizmetinin yapılması, komplikasyonlara yönelik bilgi verilmesi, ilerleyen süreçte bakımla ilgili gerekli danışmanlığın yapılması, açık ve anlaşılır ifadelerle iletişimin sağlanması, anlayışlı ve güler yüzlü olunması olarak saptanmıştır (Tablo 4).

## 6.2. Öneriler

Çalışmamızdan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda, Nütrisyon tedavisi alan hastaların kaygı düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların genel memnuniyet düzeyleri yüksek bulunmuş, ancak merak edilen konuların bulunduğu ve bu anlamda sağlık ekibinden beklentilerinin yüksek olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda;

- I. Nütrisyon tedavisi alan hastalara gerekli eğitimin planlanarak verilmesi, bilgi ve danışmanlık hizmetinin sürekliliğinin sağlanması,
- II. Hasta ve hastanın bakımını üstlenen kişilere nütrisyon tedavisine yönelik gerekli eğitim programlarının düzenlenmesi ve gereksinim duyduklarında başvurabilecekleri rehber kitapçıkların verilmesi,
- III. Nütrisyon tedavisi alan hasta ve yakınlarına, taburculuk öncesi bilgi ve danışmanlığın sağlanması,
- IV. Hemşirelik bakımının kalitesi hemşirelerin bilgi ve becerisine bağlı olduğundan, sağlık ekibine nütrisyon tedavisine yönelik belirli zaman aralıklarıyla hizmet içi eğitim programların ve çeşitli etkinliklerin düzenlenmesi,
- V. Araştırmacıların nütrisyon tedavisi alan hastalara yönelik kalitatif çalışmalar yapmalarının sağlanması,
- VI. Geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış ölçüm araçları ile nütrisyon tedavisi alan hastaların yaşadığı durumlara ilişkin sistematik değerlendirilmelerin gerçekleştirilmesi,
- VII. Nütrisyon tedavisinin başarısı ekip yaklaşımıyla sağlanabilir. Bu bağlamda Nütrisyon destek tedavisinin multidisipliner bir ekip ile sürdürülmesi,
- VIII. Nütrisyon tedavisine yönelik oluşabilecek komplikasyonlar kapsamında hasta ve yakınının bilgilendirilmesi önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Abunnaja, S., Cuviallo, A., Sanchez, J. A. (2013). Enteral And Parenteral Nutrition In The Perioperative Period, State Of The Art. *Nutrients*, 5(2): 608-623.
2. Acar Aktaş, R. (2013). Enteral Yoldan Beslenen Yoğun Bakım Hastalarının Beslenme Yönteminin Glikoz Kontrolüne Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*
3. Akıncı, S.B. (2011). Enteral Nutrisyon Uygulama Yöntemleri. *Klinik Gelişim*, 24, 20-25.
4. Akyol, A. D. (1993). Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(2), 75-80.
5. Al- Rafay, S.S., Al-Sharkawy, S. S. (2012). Educational outcomes associated with providing a comprehensive guidelines program about nursing care of preterm neonates receiving total parenteral nutrition. *Clin Nurs Res*, 21(2):159-163.
6. Ala, S. (2007). Tiroidektomi Ameliyatı Öncesi Hemşirenin Bilgilendirici Rolünün Hastaların Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.*
7. Ameri, Z. D., Vafae, A., Sadeghi, T., Mirlashari, Z., Ghoddoosi-Nejad, D., Kalhor, F. (2016). Effect of a comprehensive total parenteral nutrition training program on knowledge and practice of nurses in NICU. *Global journal of health science*, 8(10), 135.
8. Avaner, T., Avaner, E. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Etkin Kaynak Yönetimi: Vitreoretinal Cerrahi ve Total Parenteral Nutrisyon (TPN) Cihaz ve Malzemelerinin Merkezi Alım Örnekleri Üzerinden Bir Değerlendirme. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(1), 131.
9. Aydın S.S., Eroğlu A. (2017). Yoğun Bakımda Enteral ve Parenteral Nutrisyon Desteği Alan Hasta Gruplarının Beslenmeye Bağlı Komplikasyonlarının Karşılaştırılması. *Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Trabzon.*
10. Barbosa, A. A. D. O., Vicentini, A. P., Langa, F. R. (2019). Comparison of NRS-2002 criteria with nutritional risk in hospitalized patients. *Ciencia & saude coletiva*, 24, 3325-3334.

11. Başaklar, C. (1995). Çocuklarda Parenteral Beslenme. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 15(2), 98-110.
12. Başaran, G.A. (2004). Kanser Hastalarında Beslenme. *Klinik Gelişim*, 17, 24-32.
13. Bauer, J. M., Vogl, T., Wicklein, S., Trögner, J., Mühlberg, W., Sieber, C. C. (2005). Comparison of the Mini Nutritional Assessment, Subjective Global Assessment, and Nutritional Risk Screening (NRS 2002) for Nutritional Screening and Assessment in Geriatric Hospital Patients. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(5), 322-327.
14. Baz, S., Ardahan, M. (2016). Yaşlılarda Malnütrisyon ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 147-153.
15. Bjuresäter, K. (2010). Home enteral tube feeding - from patients', relatives' and nurses' perspectives. *Karlstads Universitet Faculty of Social Life Sciences Department of Nursing, Dissertation. Swedish.*
16. Bonnefoy, M., Jauffret, M., Kostka, T., Jusot, J. F. (2002). Usefulness of Calf Circumference Measurement in Assessing the Nutritional State of Hospitalized Elderly People. *Gerontology*, 48(3), 162-169.
17. Borazan, E. (2006). Ciddi Malnütrisyonu Olan Gastrointestinal Sistem Kanserli Hastalarda Perioperatif Total Parenteral Beslenmenin Postoperatif Morbidite ve Mortalite Üzerine Etkileri. *Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Gaziantep.*
18. Boullata, J. I., Carrera, A. L., Harvey, L., Escuro, A. A., Hudson, L., Mays, A., Kinn, T. J. (2017). ASPEN Safe Practices For Enteral Nutrition Therapy. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 41(1), 15-103.
19. Boullata, J. I., Gilbert, K., Sacks, G., Labossiere, R. J., Crill, C., Goday, P., American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. (2014). ASPEN clinical guidelines: parenteral nutrition ordering, order review, compounding, labeling, and dispensing. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 38(3), 334-377. Doi: 10.1177/0148607114521833.
20. Boz Ciğeroğlu, D., R. (2010). Evde Tüple Enteral Beslenen Hastaların Yaşadıkları Sorunlar ve Sorunlara Yönelik Yapılan Girişimlerin Belirlenmesi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.*
21. Büber, R., Başer, H. (2012). Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama. *Sosyal Ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 4(1), 265-274.

22. Cevheroğlu S. (2014). Total Parenteral Beslenen Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
23. Cevheroğlu, S., Acaroğlu, R. (2015). Total Parenteral Beslenen Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23( 2), 96-104.
24. ekmen, N., Dikmen, E. (2014). Yoğun Bakım Hastalarında Enteral ve Parenteral Nütrisyon. Toraks Cerrahisi Bülteni, 5(3), 187-197.
25. Çelebi, D., Yılmaz, E. (2019). Cerrahi Hastalarda Enteral ve Parenteral Beslenmede Kanıta Dayalı Uygulamalar ve Hemşirelik Bakımı. IGUSABDER, 7: 714-731.
26. Çelebi, Z. M. (2010). Hemşirelerin Total Parenteral Beslenmeye Yönelik Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
27. Çetinkaya, F., Karabulut, N. (2010). Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(2), 20-26.
28. Deane, A., Chapman, M. J., Fraser, R. J., Bryant, L. K., Burgstad, C., Nguyen, N. Q. (2007). Mechanisms underlying feed intolerance in the critically ill: implications for treatment. World journal of gastroenterology: WJG, 13(29), 3909.
29. Demir, Y., Arslan, G. G., Eşer, İ., Khorsid, L. (2011). Bir Eğitim Hastanesinde Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeylerinin İncelenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 19(2), 68-76.
30. Demirel, U., Bahçecioğlu, İ. H. (2010). Enteral ve Parenteral Beslenmeye Klinik Yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji, 149, 14-3.
31. Dervişoğlu, A., Tümer, G., Canbaz, S., şenyürek, G., Malazgirt, Z. (2006). Cerrahi Hastalarda Malnütrisyon Riski ve Beslenme Değerlendirilmesinde Kullanılan Farklı Yöntemlerin Karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri Cardiovascular Sciences, 18(3), 206-210.
32. Diker, T., Öntürk, Z. K., Badır, A., Aslan, F. E. (2009). Yoğun Bakım Hastalarında Beslenme Gereksinimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 13(2), 90-93.
33. Dikmen, E., ekmen, E. (2001). Yoğun Bakım Hastalarında Enteral ve Parenteral Nütrisyon Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Ünitesi ve Erişkin Hastanesi Nütrisyon Destek Ünitesi, Ankara.

34. Dinç, L. (1997). Total Parenteral Beslenme Uygulanan Hastalarda Katetere Bağlı Enfeksiyonun Önlenmesinde Hemşirelik Bakımının Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.
35. Dolgun, E., Candan Dönmez, Y. (2010). Hastaların Ameliyat Öncesi Döneme Ait Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 3(3), 10-5.
36. Dumlu, E., Bozkurt, B., Tokaç, M., Kıyak, G., Özkardeş, A., Yalçın, S., Kılıç, M. (2013). Cerrahi Hastalarda Malnütrisyon ve Beslenme Desteği. Ankara Medical Journal, 13(1):33-39.
37. Duyan, V., Yazıcıoğlu, K., Karataş, K., Taşkaynatan, M., Aksu, S. (2005). Sosyo-Demografik Özelliklerin, Hastalık Sürecinin ve Sosyal Desteğin Gazilerin Benlik Saygısı ve Kaygı Düzeyine Etkisi. Ufku Ötesi Bilim Dergisi, (1), 5-16.
38. DüNDAR, N., DüNDAR, B. (2006). Malnütrisyonlu Çocuğun Değerlendirilmesi. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 13(4), 39-42.
39. Emhan, A., Bez, Y. (2010). Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri. Dicle Tıp Dergisi, 37(3), 241-247.
40. Ergin, A., Uzun, S. U., Topaloğlu, S. (2017). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 5. ve 6. Sınıf Öğrencilerinin Sürekli Kaygı ve Mesleki Kaygı Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Etkenler. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi, 3(3), 16-21.
41. Ertav, F. G. (2018). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Parenteral Beslenme ve Uygulamaları ile İlgili Bilgi Düzeyleri Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
42. Ertem, G. (2008). Kanser Hastalarında Beslenme ve Hemşirelik Yaklaşımı. Dirim Tıp Gazetesi, 83, 56-63.
43. Gb, C., Rios Benitez, M. R., Irwin, R. S., Jeejeebhoy, K., Kats, D. P., Pingleton, S. K., Zalosa, G. P. (1997). Applied nutrition in ICU patients. A consensus statement of the American College of Chest Physician. Chest, 111, 769-778.
44. GBD 2013 Risk Factors Collaborators. (2015). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet (London, England), 386(10010), 2287

45. Genel, F., Atlıhan, F., Bak, M., Paytoncu, Ş. T. Ş., Fidan, F., Umutlu, N. (1997). Hastanede Yatan Olgularda Malnütrisyon ve Anemi Prevalansı. *Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 6(4), 173-177.
46. Ghimire, R., Poudel, P. (2018). Preoperative Anxiety and its Determinants Among Patients Scheduled for Major Surgery: A Hospital Based Study *Journal of Anesthesiology*, 6 (2), 57-60.
47. Gökçe, T., DüNDAR, C. (2010). Samsun Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hekim Ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(1), 25-28.
48. Gül, A. İ., Karaçavuş, S., Okur, A., Özkırış, M., Uçar, M., Sarp, Ü., Börekçi, E. (2014). Tanısal Testlerin Hastalarda Oluşturduğu Anksiyetenin Ölçümlemesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(3), 257-263.
49. Gündoğdu, H. (2008). Yoğun Bakım Hastasında Nutrisyon Destek Tedavisinin İlkeleri. *Yoğun Bakım Dergisi*, 8, 5-21.
50. Gündüz, S., Doğan, D., Bayraktar, E. (2019). Nutrisyonel Risk Değerlendirme Ölçeklerinin İstatistiksel Testlerle Karşılaştırılması. *Opus Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 10(17), 815-834.
51. Gürkan A., Gülseven B., Aydın H., (2013). Nursing Care And Records in Enteral Nutrition by Nasogastric Tube: Turkey Sample. *Healthmed*, 7(3): 852-858.
52. Gürkan, A., Gülseven, B. (2013). Enteral Beslenme: Bakımda Güncel Yaklaşımlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 116-122.
53. Hume, M. A., Kennedy, B., Asbury, A. J. (1994). Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care. *Anaesthesia*, 49(8), 715-718.
54. Işıl, T. C., Türk, Ş. H., Totoz, T., Oba, S. (2013). Reanimasyon Ünitemizin Bir Yıllık Nutrisyon Profili. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, (47) 3.
55. İnci, F., Erdem, M. (2007). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik Ve Güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 85-95.
56. Jiang, Z., Wen, C., Wang, C., Zhao, Z., Bo, L., Wan, X., Deng, X. (2019). Plasma Metabolomics Of Early Parenteral Nutrition Followed With Enteral Nutrition In Pancreatic Surgery Patients. *Scientific Reports*, 9(1), 1-11.
57. Kalender, N., Tosun, N., Kılıç, S. (2015). Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Total Parenteral Nutrisyona İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 7(1), 10-19.



58. Kamarlı, H., Açıkgöz, A. (2016). Enteral Beslenme. Sağlık Bilimlerinde Son Gelişmeler, 508.
59. Kaplan, S., Bahar, A., Sertbaş, G. (2007). Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(1), 113-121.
60. Kara Yılmaz, D., Sarkut, P., Düzgün, F., Kuzu, C., Kılıçturgay, S. (2017). Yatan Hastaların Nutrisyonel Değerlendirme ve Desteğine Yönelik Hemşirelerin Görüşleri. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 14 (2): 139-143.
61. Kara Yılmaz, D., Sarkut, P., Düzgün, F., Kuzu, C., Kılıçturgay, S. (2017). Yatan Hastaların Nutrisyonel Değerlendirme ve Desteğine Yönelik Hemşirelerin Görüşleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi;14 (2): 139-143.
62. Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 45(2), 65-74.
63. Kaya, M., Varol, K. (2004). İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeyleri ve Kaygı Nedenleri (Samsun örneği). Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 17(17), 31-63.
64. Kayhan, C. (2003). Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkinin İncelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Afyon.
65. Kayrakçı, F., Özşaker, E. (2014). Cerrahi Hastalarının Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 22(2), 105-113.
66. Keith, J. N. (2008). Bedside nutrition assessment past, present, and future: a review of the subjective global assessment. Nutrition in Clinical Practice, 23(4), 410-416.
67. Kim H., Chang S.j. (2019). Implementing an Educational Program to Improve Critical Care Nurses Enteral Nutritional Support. Aust Crit Care. 32(3), 218-222.
68. Koçhan, E. (2018). Hemşirelerin Parenteral ve Enteral Beslenme Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Bilişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans Programı. İstanbul.
69. Kondrup, J. E. S. P. E. N., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clinical nutrition, 22(4), 415-421
70. Kreymann, G., Adolph M., Mueller M., J, (2009). Working group for developing the guidelines for parenteral nutrition of The German Association for Nutritional

- Medicine. Energy expenditure and energy intake- Guidelines on Parenteral Nutrition, Chapter 3. Ger Med Sci:7-25.
71. 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. *Journal of human nutrition and dietetics*, 27(2); 339-351. doi:10.1111/jhn.12152
72. Marakoğlu, İ., Demirer, A. G. S., Özdemir, U. P. D., Sezer, H. (2003). Periodontal Tedavi Öncesi Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi. *Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 6(2).
73. McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., Gervasio, J. M. (2016). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(2), 159-211.
74. Mete, R., Emeksız, G. K. (2017). Nutrisyon. *Namık Kemal Tıp Dergisi* 2017; 5(2) 92 - 9.
75. Mitchell, M. (2000). Anxiety management: a distinct nursing role in day surgery. *Ambulatory surgery*, 8(3), 119-127.
76. Moore, F. A., Feliciano, D. V., Andrassy, R. J., Mcardle, A. H., Booth, F. V., Morgenstein-Wagner, T. B., Moore, E. E. (1992). Early Enteral Feeding, Compared with Parenteral, Reduces Postoperative Septic Complications. The Results of a Meta-Analysis. *Annals of Surgery*, 216(2), 172.
77. Olmos, M. M., Vázquez, M. M., Lopez, E. M. P., Del Campo Pérez, V. (2005). Nutritional Status Study of İnpatients in Hospitals of Galicia. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(8), 938.
78. Öner, N., Le Compte, W. A. (1985). Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı. Boğaziçi.
79. Önsüz, M., Topuzoğlu, A., Cöbek, U., Ertürk, S., Yılmaz, F., Birol, S. (2008). İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi. *Marmara Medical Journal*, 21(1), 33-49.
80. Özbaş, N., & Baykara, Z. G. (2018). The determination of the level of knowledge of nurses on enteral tube feeding. *Hemşirelerin tüple enteral beslenme konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Journal of Human Sciences*, 15(1), 359-367.

81. Özberksoy, A., Özbayır, T., Taşdemir, N. (2009). Meme Kanseri Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Eğitimin Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(6), 1605-1611.
82. Özcan, M., Özkaynak, V., Toktaş, İ. (2008). Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 35(2), 96-101.
83. Özdemir, Ü., Taşcı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
84. Özden, D., Karagözoğlu, Ş., Güler, N., Bülbüloğlu, S. (2016). Evde Enteral Tüple Beslenen Hastaların Beslenmeye İlişkin Yaşadığı Sorunlar ve Yakınlarının Bakım Yükü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 134-141.
85. Özer, Z. C., Şenuzun, F., Tokem, Y. (2009). Miyokart enfarktüsülü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi. *Türk Kardiyoloji Dern Arş-Arch Turk Soc Cardiol*, 37(8), 557-562.
86. Özkan Salkım. (2010). Kapalı Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Hastaların Bilgi Düzeyine ve Ameliyat Sonrası Kaygı ve Ağrı Düzeylerine Etkisi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
87. Özyurt, Y., Erkal, K. H., Yıldırım, M., Arıkan, Z. (2000). Total Enteral Beslenme. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 6(3).
88. Radpay, R., Kermany, M. P. Z. N., Radpay, B. (2016). Comparison Between Total Parenteral Nutrition vs. Partial Parenteral Nutrition on Serum Lipids Among Chronic Ventilator Dependent Patients; A Multi Center Study. *Tanaffos*, 15(1), 31.
89. Rand, W. M., Pellett, P. L., Young, V. R. (2003). Meta-Analysis of Nitrogen Balance Studies for Estimating Protein Requirements In Healthy Adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 77(1), 109-127.
90. Sauer, A. C., Goates, S., Malone, A., Mogensen, K. M., Gewirtz, G., Sulz, I., Hiesmayr, M. (2019). Prevalence of Malnutrition Risk and The Impact of Nutrition Risk on Hospital Outcomes: Results from Nutritionday In The US. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 1-9. Doi: 10.1002/Jpen.1499.
91. Scott, R., Bowling, T. E. (2015). Enteral Tube Feeding in Adults. *The Journal of The Royal College of Physicians of Edinburgh*, 45(1), 49-54.
92. Sigdel, S. (2015). Perioperative Anxiety: A Short Review. *Glob Anesth Perioper Med*, 1(4), 107-8.

93. Singer, P., Berger, M. M., Van Den Berghe, G., Biolo, G., Calder, P., Forbes, A., Pichard, C. (2009). Espen Guidelines on Parenteral Nutrition: İntensive Care. *Clinical Nutrition*, 28(4), 387-400.
94. Sivrikaya, S. K., Eryılmaz, A. (2018). Nütrisyonel Destek Ekibinde Hemşirelik. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 33-37.
95. Sobotka, L. (2011). Nutritional support in different clinical situations. In: Allison SP, eds. *Basic in clinical nutrition*. 4rd ed. Prague: Galen Pr:433-436.
96. Suluhan, D., Yıldız, D., Kılıç, S. (2014). Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Çocuk Hemşirelerinin Parenteral Beslenmeye Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi. *Gulhane Medical Journal*, 56(1).
97. Şahin, F. G., Karadağ, M., Özyardımcı, N. (2003). Total Parenteral Nütrisyon. *Türkiye Klinikleri Archives of Lung*, 4(2), 113-118.
98. Şahin, O. M., Bengisu, N. (1995). Total Parenteral Beslenme. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 15(2), 81-84.
99. Şentürk, E. (2011). Yoğun Bakımda Total Parenteral Beslenme. *Klinik Gelişim*, 24, 50-52.
100. Tamer, A. (2018). Nütrisyonel Destek Yaklaşımında Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 155-165.
101. Taşlıyan, M., Gök, S. (2012). Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 69-94.
102. Tekin, E., Akan, M., Koca, U., Adıyaman, E., Gökmen, A. N., Özkardeşler, S., Kılıçaslan, N. (2019). Enteral Beslenme Uygulanan Yoğun Bakım Hastalarında Farklı Gastrik Rezidüel Volümlerin Karşılaştırılması. *Türk Yoğun Bakım Dergisi*, 17(1), 25-30.
103. Topeli, A. (2001). Yoğun Bakım Ünitesinde Beslenme. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1(1), 11-20.
104. Totur, B., Yavuz, M. (2013). Kafa Travmalı Hastalarda Beslenme. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 19(1), 1-6.
105. Tuğhan, U. (2011). Enteral ve Parenteral Nütrisyonun Takibi. *Klinik Gelişim*, 24, 26-33.
106. Tükel, B., Acuner, A. M., Önder, Ö. R., Üzgül, A. (2004). Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(04).

107. Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. Klinik Psikiyatri, 4, 12-16.
108. Uysal, N. (2010). Aralıklı Enteral Beslenen Hastalarda Abdominal Masajın Gastrik Rezidüel Volüm ve Komplikasyonlarına Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı Doktora Tezi, İzmir.
109. Üskül, T. B., Selvi, A., Melikoğlu, A., Varol, N., Türker, H. (2006). Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ve hastalık tanılarının ilişkisi. Türkiye Klinikleri Archives of Lung, 7(1), 11-15.
110. Üstündağ, H. (2001). Total Parenteral Beslenme. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 5(1), 41-43.
111. Wireko, B. M., Bowling, T. (2010). Enteral Tube Feeding. Clinical Medicine, 10(6), 616-619.
112. Yazkili, Z. (2011). Preoperatif Anksiyete Düzeyinin Genel Anestezi İndüksiyonunda, Rokuronyum Enjeksiyon Ağrısına Bağlı Kol Çekme Hareketine Etkisi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İzmir.
113. Yentür, E. (2011). Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. Klinik Gelişim, 24, 1-4.
114. Yıldız, D. (2011). Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, K.K.T.C.
115. Zaloga, G. P. (2006). Parenteral nutrition in adult inpatients with functioning gastrointestinal tracts: assessment of outcomes. The Lancet, 367(9516), 1101-1111.

## EKLER

### Ek 1. Tanıtıcı Bilgiler Formu

1.Yaşınız:

2.Sağlık güvenceniz:

Emekli sandığı

Sgk

Bağkur

Genel sağlık sigortası

3.Cinsiyetiniz:

Kadın

Erkek

4. Boy: ..... Kilo: .....

5.Eğitim durumunuz:

Okur- yazar

İlköğretim

Ortaöğretim

Lise

Yükseköğretim ve üzeri

6. Medeni durumunuz:

Evli

Bekar

7. Aylık Gelir Durumu

Düşük (Gelir giderden az)

Orta (Gelir ve gider eşit)

Yüksek (Gelir giderden fazla)

8.Günlük yaşam aktiviteleriniz için yardım alıyor musunuz?

Evet

Hayır

9. Cevabınız evet ise günlük yaşam aktivitelerinizde kimden destek alıyorsunuz?

Eşim

Çocuklarım

Anne/baba

Diğer..... (Belirtiniz)

\* Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

10. Birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?

Yalnız yaşıyorum

Annem/babam ile

Çocuklarım ile

Eşim ile

Diğer..... (Belirtiniz)

\* Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

11. Yatmış Olduğunuz Klinik hangisi?

- Dahili klinik .....(Belirtiniz)  
 Cerrahi klinik .....(Belirtiniz)  
 Yoğun bakım ünitesi .....(Belirtiniz)

12. Daha önce hastaneye yattınız mı?

- Evet  Hayır

13. Herhangi bir Şeye karşı alerjiniz var mı?

- Evet  Hayır



**Ek 2. Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavisine Yönelik Soru Formu**

1.Tanısı:

2.Beslenme Şekli:

- Nazogastrik  
 Nazojejunal,  
 Perkütan Endoskopik Gastrostomi,  
 Perkütan Endoskopik Jejenostomi,  
 Gastrostomi,  
 Jejunostomi,  
 Santral Total Parenteral Beslenme,  
 Periferik Total Parenteral Beslenme,  
 Oral Nütrisyonlar

\*Birden fazla seçenek olabilir

3. Nütrisyonel Risk Skoru:

4. Eşlik Eden bir hastalığınız var mı?

- Evet ..... (Belirtiniz)  
 Hayır

5. Kaç gündür hastanede yatıyorsunuz?

- 1-15 gün  15- 20 gün  
 21- 30 gün  31 gün ve üzeri  
 1 yıldan fazla

6. Ortalama kaç gündür beslenme tedavisi alıyorsunuz?

- 1-15 gün  15- 20 gün  
 21- 30 gün  31 gün ve üzeri  
 1 yıldan fazla

7. Size beslenme tedavisi başlanma nedenini biliyor musunuz?

- Evet  Hayır

8. Bu tedavi uyku düzeninizi değiştirdi mi?

- Evet  Hayır

9.Daha önce beslenme tedavisi aldınız mı?

- Evet  Hayır

10. Cevabınız evet ise hangi beslenme tedavisini aldınız? Açıklayınız.

11. Size uygulanan beslenme hakkında bilgi aldınız mı?

- Evet  Hayır



12. Cevabınız evet ise, beslenme ile ilgili bilgiyi kimden aldınız?

- Hekim  
 Hemşire  
 Diyetisyen  
 Diğer Sağlık Personeli ..... (Belirtiniz)

\* Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

13. Mevcut beslenme tedavisi sizde herhangi bir yan etkiye sebep oldu mu?

- Evet  Hayır

14. Cevabınız evet ise hangi yan etkilerin görüldüğünü açıklayınız?



### Ek 3. Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Yönelik Görüşlerini İçeren Soru Formu

1.Hastanede yatmış olduğunuz süre içinde beslenmeniz ile ilgili size verilen danışmanlık ve bilgilerden memnuniyet durumunuzu belirtiniz

- Çok memnunum  
 Memnunum  
 Kararsızım  
 Memnun değilim  
 Hiç memnun değilim

2.Mevcut beslenme tedavinize yönelik aldığımız eğitim, bilgi gereksiniminizi istediğiniz ölçüde karşıladı mı?

- Evet  Hayır

3. Cevabınız hayır ise nedenini açıklayınız?

4. Aldığınız beslenme tedavisinin hastalığınıza nasıl etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?

- Olumlu  Olumsuz

5. Aldığınız beslenme tedavisine yönelik kaygılarınız var mı?

- Evet  Hayır

6. Cevabınız evet ise aldığınız beslenme tedavinin sizde kaygı oluşturmasının nedeni olarak neyi görüyorsunuz?

- Yeterli bilgi sahibi olamamak  
 Tedaviniz için gerekli olmadığını düşünmek  
 Gerekli takibin sağlanmadığını düşünmek  
 Tedaviye ilişkin komplikasyon yaşayacağınıza inanmak  
 Beslenmeye bağımlı hale geleceğini düşünmek  
 Temel gereksinimlerinizi karşılayamamak ve günlük aktivitelerinizde başkalarına bağımlı hale gelmek  
 Uzun süreli yorgunluk hali  
 Cinsel fonksiyonlarda bozulma  
 Gelecek ile ilgili kaygı duymak  
 Diğer..... (Belirtiniz)

\*Birden fazla seçenek işaretlenebilir

7. Aldığınız beslenme tedavisi sizi günlük yaşam aktivitelerinizde başkalarına (eş, çocuk, anne, baba ve diğer) bağımlı hale getirdi mi?

- Evet  Hayır

8.Cevabınız evet ise hangi durumlarda bağımlı olduğunuzu düşünüyorsunuz?

- Giyinme  
 Beslenme  
 Tuvalet

- Taşıma  
 Yıkama  
 Diğer.....(Belirtiniz)  
\*Birden fazla seçenek işaretlenebilir

9. Aldığınız beslenme tedavisinin sizin için yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?  
 Evet  Hayır

10. Cevabınız hayır ise nedenini açıkla mısınız?

11. Mevcut beslenme tedavinizin güvenli ve doğru şekilde uygulandığını düşünüyor musunuz?  
 Evet  Hayır

12. Gün içinde kendinizi günlük aktivitelerinizi yapamayacak kadar yorgun hissediyor musunuz?  
 Evet  Hayır

13. Cevabınız evet ise nedenini açıkla mısınız?

14. Mevcut almış olduğunuz beslenme tedavisi sürecinde yaşadığınız güçlükleri açıkla mısınız?

#### Ek 4. Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavisine İlişkin Sağlık Ekibinden Beklentilerine Yönelik Soru Formu

1. Almış olduğunuz beslenme tedavisine ilişkin merak ettiğiniz ya da bilmek istediğiniz konular var mı?

Evet

Hayır

2. Almış olduğunuz beslenme tedavisine ilişkin hangi konular hakkında bilgi almak isterdiniz?

Beslenme tedavisinin almış olduğum tedaviye olumlu ya da olumsuz etkisini öğrenmek

Oluşabilecek komplikasyonlara yönelik bilgi almak

Beslenme tedavisinde en doğru bakımı öğrenmek

Taburculuk sonrası beslenme tedavime ilişkin gerekli bilgilerin ve eğitimin verilmesi

Diğer ..... (Belirtiniz)

\*Birden fazla seçenek işaretlenebilir

3. Cevabınız evet ise öğrenmek istediğiniz konuları kimden öğrenmek isterdiniz?

Hemşire

Hekim

Diğer sağlık profesyonellerinden

Yanımda yatan hastalardan

Aynı deneyimi geçiren hastalardan

Refakatçimden

Diğer ..... (Belirtiniz)

4. Almış olduğunuz tedaviden beklentileriniz nelerdir?

Tedavi sürecimi olumlu etkilemesi

Kısa sürede etkili olması

Bakımının kolay olması

Günlük aktivitelerimde bağımsız hareket edebilmeyi

Sosyal aktivitelerimi kısıtlamamasını

Malzeme temininde güçlük yaşamamayı

Yan etkilerinin olmaması ya da en ez düzeyde olmasını

Yara iyileşme sürecimi hızlandırmasını

Hastanede yatış süresimi kısaltması

Diğer .....(Belirtiniz)

\*Birden fazla seçenek işaretlenebilir

5 Almış olduğunuz beslenme tedavi planınızın daha güvenilir ve doğru uygulanması için sağlık ekibinden beklentileriniz nelerdir?

Gerekli bilgi ve danışmanlık hizmetinin yapılması

Komplikasyonlara yönelik bilgi verilmesi

İlerleyen süreçte bakımım ile ilgili gerekli danışmanlığın yapılması

Açık, net ve anlaşılır ifadelerle iletişimin sağlanması

Anlayışlı ve güler yüzlü olunması

Diğer .....(Belirtiniz)

\*Birden fazla seçenek işaretlenebilir

## Ek 5. Durumsal Kaygı Ölçeği

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

|    |  | Hiç | Biraz | Çok | Tamamiyle |
|----|--|-----|-------|-----|-----------|
| 1  | Şu anda sakinim                                | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 2  | Kendimi emniyette hissediyorum                 | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 3  | Şu anda sinirlerim gergin                      | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 4  | Pişmanlık duygusu içindeyim                    | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 5  | Şu anda huzur içindeyim                        | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 6  | Şu anda hiç keyfim yok                         | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 7  | Başıma geleceklerden endişe ediyorum           | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 8  | Kendimi dinlenmiş hissediyorum                 | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 9  | Şu anda kaygılıyım                             | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 10 | Kendimi rahat hissediyorum                     | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 11 | Kendime güvenim var                            | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 12 | Şu anda asabım bozuk                           | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 13 | Çok sinirliyim                                 | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 14 | Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum  | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 15 | Kendimi rahatlamış hissediyorum                | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 16 | Şu anda halimden memnunum                      | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 17 | Şu anda endişeliyim                            | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 18 | Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 19 | Şu anda sevinçliyim                            | (1) | (2)   | (3) | (4)       |
| 20 | Şu anda keyfim yerinde.                        | (1) | (2)   | (3) | (4)       |

## Ek 6. Etik Kurul Kararı



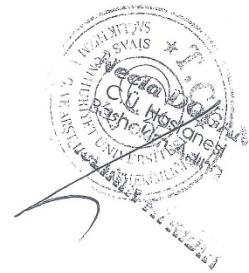
### CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

|                       |   |
|-----------------------|---|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye ilişkin Görüşleri, Kaygı Düzeyleri ve Sağlık Ekibinden Beklentilerinin Belirlenmesi |
|-----------------------|---|

|                         |                  |   |
|-------------------------|------------------|---|
| ETİK KURUL<br>BİLGİLERİ | ETİK KURULUN ADI | Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  |
|                         | AÇIK ADRESİ:     | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı,<br>Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı<br>TR-58140 Merkez/Sivas |
|                         | TELEFON          | 0 346 219 10 10 / Dahili: 2092  |
|                         | FAKS             | -   |
|                         | E-POSTA          | gokaek2014@gmail.com  |

|                   |   |  |                                       |                                 |                                       |
|-------------------|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI   | Prof. Dr. Şerife Karagözoğlu   |                                       |                                 |                                       |
|                   | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI   | Hemşirelik Esasları  |                                       |                                 |                                       |
|                   | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı |                                       |                                 |                                       |
|                   | DESTEKLEYİCİ  | -  |                                       |                                 |                                       |
|                   | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ                    | -  |                                       |                                 |                                       |
|                   | ARAŞTIRMANIN TÜRÜ                                   | Yüksek lisans tezi   |                                       |                                 |                                       |
|                   | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER                       | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>   | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> |

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:





## CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

|                       |   |
|-----------------------|---|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye ilişkin Görüşleri, Kaygı Düzeyleri ve Sağlık Ekibinden Beklentilerinin Belirlenmesi |
|-----------------------|---|

| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER       | Belge Adı   | Tarihi                   | Versiyon Numarası | Dili   |
|--------------------------------|---|--------------------------|-------------------|--|
|                                | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ   |                          |                   | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
|                                | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU   |                          |                   | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
|                                | OLGU RAPOR FORMU  |                          |                   | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>            |
| DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER | Belge Adı   | Açıklama                 |                   |  |
|                                | SIGORTA   | <input type="checkbox"/> |                   |  |
|                                | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ   | <input type="checkbox"/> |                   |  |
|                                | BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU   | <input type="checkbox"/> |                   |  |
|                                | İLAN  | <input type="checkbox"/> |                   |  |
|                                | YILLIK BİLDİRİM   | <input type="checkbox"/> |                   |  |
|                                | SONUÇ RAPORU  | <input type="checkbox"/> |                   |  |
| DİĞER:                         | <input type="checkbox"/>  |                          |                   |  |
| KARAR BİLGİLERİ                | Karar No: 2019-07/17  | Tarih: 04.07.2019        |                   |  |
|                                | Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. |                          |                   |  |

| KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU |   |
|---------------------------------|---|
| ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI      | Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi |
| BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: | Prof. Dr. Muhittin Sönmez   |

| Unvanı/Adı/Soyadı              | Uzmanlık Alanı           | Kurumu  | Cinsiyet   | Araştırma ile ilişki   | Katılım *  | İmza             |
|--------------------------------|--------------------------|---|--|--|--|------------------|
| Prof. Dr. Muhittin Sönmez      | Anatomi                  | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi              | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>Muhittin</i>  |
| Prof. Dr. Yalçın Karagöz       | Biyoistatistik           | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi              | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Karagöz</i>   |
| Doç. Dr. Hatice Özer           | Patoloji                 | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi              | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Raporlu</i>   |
| Doç. Dr. Ercan Özdemir         | Fizyoloji                | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi              | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>Ercan</i>     |
| Doç. Dr. Gülay Yıldırım        | Tıp Tarihi ve Etik       | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi              | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Katılmadı</i> |
| Doç. Dr. Binnur Bağcı          | Beslenme ve Diyetetik    | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>Binnur</i>    |
| Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ataş     | Farmasötik Mikrobiyoloji | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi        | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>M. Ataş</i>   |
| Dr. Öğr. Üyesi Engin Altınkaya | İç hastalıkları          | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi              | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Katılmadı</i> |
| Dr. Öğr. Üyesi Melih Ülgey     | Protetik Diş Tedavisi    | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi    | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>Melih</i>     |

\*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:

## Ek 7.Kurum Uygulama İzin Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/08/2019-27682



T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi  
Başhekimliği

Sayı : 93596471-010.99-E.27682  
Konu : Anket Uygunluğu

15/08/2019

Sayın; Tubay BOZKURT\*

İlgi : 07.08.2019 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçenizde belirtilen "*Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye İlişkin Görüşleri, Kaygı Düzeyleri ve Sağlık Ekibinden Beklentilerinin Belirlenmesi*" konulu çalışmanın anketlerini 15.08.2019 ve 04.11.2019 tarihleri arasında hastanemizde yapma isteğiniz değerlendirilmiş olup, anket yapılacak kişilerinde onaylarının alınması şartıyla isteğiniz uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

**e-imzalıdır**  
Prof.Dr. Ömer Tamer DOĞAN  
Başhekim

Evrakı Doğrulamak İçin : [http://cbkapp1.cumhuriyet.edu.tr/en/Vision/validate\\_doc.aspx?V=BEND400RC](http://cbkapp1.cumhuriyet.edu.tr/en/Vision/validate_doc.aspx?V=BEND400RC)

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas  
Telefon : 0 346 2581326 Belgegeçer : 0 346 258 0024  
e-Posta : [hastaneyaziisleri@cumhuriyet.edu.tr](mailto:hastaneyaziisleri@cumhuriyet.edu.tr) Elektronik Ağ :  
[www.cumhuriyet.edu.tr](http://www.cumhuriyet.edu.tr)

Bilgi için : Elif KILIÇ  
Unvanı :





## Ek 8. Bilgilendirilmiş Olur Formu



### SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘Nütrisyon Tedavisi(Beslenme tedavisi) Alan Hastaların Tedaviye ilişkin Görüşleri, Kaygı Düzeyleri ve Sağlık Ekibinden Beklentilerinin Belirlenmesi’ dir.

Bu araştırmanın amacı nütrisyon tedavisi(Beslenme tedavisi) alan hastaların tedaviye ilişkin görüşleri, kaygı düzeyleri ve sağlık ekibinden beklentilerini belirlemektir. Verdiğiniz bilgiler sizin tedaviden ve sağlık profesyonellerinden beklentilerinizi, yaşadığınız kaygıyı, güçlükleri ve bu durumların yaşam standartlarınızı nasıl etkilediğine ilişkin bizlere veri sağlayacak ve sizlere daha kaliteli bir bakım sunmamızda bizlere yol gösterici olacaktır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu çalışmada siz hastalara beş bölümden oluşan soru formu uygulanacaktır. Birinci bölüm 13 sorudan oluşan sizlerin sosyodemografik özelliklerinizin yer aldığı, yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi bilgiler, ikinci bölüm Nütrisyon Tedavisi Alan Hastaların Beslenme Tedavisine Yönelik Sorularından oluşan sizin mevcut beslenme şekliniz ne olduğunu, eşlik eden hastalığınızı, kaç gündür tedavi gördüğünüzü içeren 14 adet sorudan, üçüncü bölüm mevcut beslenme tedavinize yönelik görüş ve düşüncelerinizi içeren 14 adet sorudan, dördüncü bölüm almış olduğunuz tedaviye ilişkin sağlık personelinin beklentilerinize yönelik 5 soru olup, formun son bölümü ise kaygı düzeylerinin belirlenmesinde kullanılacak olan durumluluk kaygı ölçeğidir ve 20 adet sorudan oluşmaktadır. Bu anket formları bir kez yapılacaktır ve 15.07.2019-04.11.2019 tarihleri arasında araştırma kriterlerini karşılayan hastalar alınacaktır. Çalışma ortalama 4 ay sürecektir

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen istenen araştırıcının sorularına uygun ve doğru cevap vermektir. Anket uygulamalarının ortalama 30 dk. süreceği tahmin edilmekte olup, anket formunu doldurmak için herhangi bir süre beyan edilmeyecektir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar beslenme tedavisinin sizde oluşturduğu bilinmezlik kaygısının ve sizin sağlık profesyonellerinden beklentilerinizin belirlenerek size daha iyi bir hizmet sunmak adına bilimsel verilerle girişimlerde bulunabilmektir. Sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Araştırmanın masrafları araştırmacılar tarafından karşılanacaktır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0541 469 45 88 numaralı telefonda araştırmacı Tubay Bozkurt'a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

#### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

## ÖZ GEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

**Adı Soyadı** : Tubay BOZKURT  
**Doğum Tarihi:** : 20.08.1991  
**Doğum Yeri** : Göbaşı  
**Uyruğu** : T.C.  
**Adres** : Örtülü Pınar mahallesi. Halil Rıfat Paşa caddesi. Kodaş apartman. Kapı/ Daire: 9/7  
**Tel No** : 0541 469 45 88  
**E-mail** : bozkurt.tubay@gmail.com

### Eğitim ve Akademik Durum

**Lise** :Atakent Anadolu Lisesi (2006-2009) ve Orgeneral Eşref Bitlis Anadolu Lisesi(2009-2010)

**Lisans** :Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu. Hemşirelik bölümü, 2014.

**Yüksek Lisans** :Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı (2016-2019)

**Unvan** : Hemşire

**İş Deneyimi** : 2017 ..... Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Genel Cerrahi servisi

2015-2017 Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım.

2014 – 2015 Malatya Gözde akademi Hastanesi, Kalp Damar

Cerrahisi Yoğun Bakım- Koroner Yoğun Bakım

**Katıldığı kongreler** : 1. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi-Katılımcı( 20-22 Nisan 2017)

**Sertifikalar** : Cumhuriyet Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Yoğun Bakım Sertifikası (2016)