

**T.C.
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE METABOLİZMA ANABİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI BİLİM DALI**

**HASTANEYE YATAN HASTALARIN BESLENME RİSKİ VE
HASTALARIN YEMEKLERDEN MEMNUNİYETİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEKLİSANS TEZİ

Semra BİRDANE

**KIRIKKALE
Haziran, 2018**



T.C.

**KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE METABOLİZMA ANABİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI BİLİM DALI**

**HASTANEYE YATAN HASTALARIN BESLENME RİSKİ VE
HASTALARIN YEMEKLERDEN MEMNUNİYETİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Semra BİRDANE

Danışman

Prof. Dr. Selda Fatma BÜLBÜL

Haziran,2018

KIRIKKALE

Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Beslenme ve Metabolizma Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri üyeleri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25/07/2018

İmza

Jüri Başkanı

Prof. Dr.Selda Fatma Bülbül

İmza

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Fulya GülermanDoç.

Üye

İmza

Avrasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fak

Dr. Mehmet Gündüz

Üye

İmza

TEŐEKKÜR

Çalıőmam süresince tez danıőmanlıęımı üstlenerek tez konumun belirlenmesinde çalıőmamın planlanmasında, yürütülmesinde ve sonuçlandırılmasında bana yol gösteren, her türlü bilimsel, manevi desteğini ve sonsuz anlayıőını benden esirgemeyen, değerli tez danıőmanım Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakóltesi Beslenme ve Metabolizma Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Sayın Prof. Dr. Fatma Selda Bülbül'e ve diğer bölüm hocalarıma,

Hayattaki en büyük şansım olan ailem'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...



ÖZET

Hastaların herhangi bir nedenle hastaneye yattığında beslenme durumlarını (zayıflık, şişmanlık, dengesiz beslenme), hastalık durumu ve hastanede kalış süresini etkileyecek bu nedenlerle her hastanın nutrisyonel risklerinin değerlendirilmesi yapılmalıdır. Hastaların genel olarak bedenleri ile mevcut risk algıları düşüktür. Hastaların risk algılarının düşüklüğü nutrisyonel risk faktörü ile birleştirildiğinde hastaları olumsuz etkileyecektir. Ayrıca hastaların hastanede yattığı süre içinde hastane yemeklerinden memnuniyeti de beslenme durumunlarını etkileyecektir. Bu bilgilerden yola çıkarak hastane yemeklerinden memnuniyet ve nutrisyonel risklerini belirlemek amacı ile bu çalışma planlandı.

Bu kesitsel nitelikte tanımlayıcı klinik araştırmayı yapmak için konuyla ilgili literatür taraması yapılarak araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket formu ve bu anket sonunda hastaların nutrisyon riskinin ve hastalık şiddetinin değerlendirilmesi için Nutrisyonel Risk Taraması 2002 (NRS 2002) beslenme tarama testi Mayıs 2017 ve Haziran 2018 tarihleri arasında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yoğun bakım üniteleri hariç diğer kliniklerde tedavi alan 10 ile 24 yaş arası yatan hastalara uygulandı. Bu anket formunda gönüllülerin tanımlayıcı özellikleri, hastaneye yatış nedenleri, hastane yemeklerinden memnuniyetleri ve özel durumu olan gönüllülerin diyetlerinin özel durumlarına uygunluğu sorgulandı Ayrıca hasta-hastane personeli ilişkisi, sunulan yemeklerin hijyen koşullarına uygunluğu, hastaların yatış süreleri boyunca yiyecek hizmetleri tarafından gönderilen yemekleri tüketip tüketmedikleri, tüketmeme nedenleri araştırıldı ve nutrisyonel durumları ile karşılaştırıldı.

Çalışmaya katılan hastaların genel yaş ortalaması 21 ± 3.79 yıl olarak bulunmuş olup bu hastaların çoğu kadın hastalardan oluşmaktaydı. Hastaların yaşa göre BKİ' larına bakıldığında %4.5'i (n=9) zayıf, %81,0.'i (n=162) normal, %12.5'i(n=25) şişman, %2.0'ı (n=4) obez oldukları görüldü. Hastaların cinsiyete göre BKİ dağılımlarına bakıldığında hastaların çoğunluğunun normal kategorisinde yer aldığı ve bu hastalar arasında cinsiyet bakımından farklılık olmadığı saptandı. Eğitim düzeyine göre BKİ değerleri incelendiğinde 8 yıl üzeri eğitim alan hastaların normal kategorisinde daha fazla yer aldığı ve bu sayısal artışın istatistiksel olarak

fark yarattığı ($p<0.001$) görüldü. Bu bulgu ile eğitim düzeyinin BKI değerlerini olumlu yönde etkilediği düşünüldü. Yaş ve cinsiyete grubuna göre beden algısı sorgulandığında hastaların çoğunun normal kategoride (128 hasta, %64) yer aldığı görüldü. Eğitim grubuna göre beden algısı sorgulandığında hastaların çoğunun normal kategoride (128 hasta, %64) yer aldığı, 8 yıl üzeri eğitim alan hastaların daha çok bu kategoride olduğu görüldü ancak bu dağılımın istatistiksel olarak farklı olmadığı saptandı ($p=0.052$). BKI değerlerine göre beden algısı sorgulandığında hastaların çoğunun BKI değerlerinin normal kategoride (128 hasta, %64) yer aldığı görüldü. Bu hastaların dağılımının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.001$) saptandı. Bu bulgular ile hastaların BKI değerleri ile kendi kilo algıları ile paralel olduğu düşünüldü. Hastaların risk algısı derecelendirme puanları yaş grubuna, cinsiyete göre ve eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde risk algısının cinsiyet ve eğitim düzeyinin risk algıları üzerinde istatistiksel farklılık yaratmadığı saptandı. Oysa 10-18 yaş grubu ile 19-24 yaş grubu arasında “beslenme durumunun ileri dönemde sağlığına yönelik risk derecesi” değerlerinin istatistiksel olarak farklı olduğu ($p=0.019$) saptandı. Bu bulgu ile 18 yaş üzeri hastaların beslenme durumlarının ileri dönemde sağlığına yönelik yüksek risk oluşturacağını düşündüğü anlaşıldı. Diğer risk algıları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptandı. Yatan hastalara yapılan NRS- 2002 taramasında sadece %20’sinin risk altında olduğu saptandı. 200 hastadan 40’ının NRS-2002 puanlaması “Skor \geq 3 Hasta nutrisyon riski altındadır ve bir nutrisyon planı başlatılır” çıktı, 8’inin skoru ise “Skor $<$ 3 Haftada bir taranmalı, eğer majör operasyon planı varsa yine bir nutrisyon planı gerçekleştirilmelidir” çıktı. Araştırmaya katılan 200 hastanın sadece 40’ının malnutrisyonlu olduğu geri kalan katılımcıların nutrisyonel risk altında olmadığı saptandı.

Bu çalışmanın sonunda araştırma grubundaki hastanede yatan hastaların mevcut sağlık durumu ve beslenme durumları ile ilgili risk algısının düşük buna karşılık beslenme bozukluğu prevalansının yüksek olduğu görüldü. Bu sonuçlardan yola çıkarak hastaneye yatan her hastanın mutlaka beslenme riskinin değerlendirilip, hastalığına göre diyet programlarının düzenlenmesi gerektiği düşünüldü. Ayrıca hastaların genel olarak hastane yemeklerinden memnuniyetsizlikleri hastaların var olan beslenme riskini arttırabileceği, bu nedenle sunulan yemeğin tadının,

görünümünün, kokusunun, sıcaklığının, tazeliğinin, sunumunun ve hijyeninin değerlendirilip hastane yemekleri kalite standartlarına uygun hale getirilmesi gerektiği savunuldu. Diğer yandan bu bulgularla bu hastalara her hafta nutrisyon riski taramasının yapılmasının ve gerekli koşullarda önlem mahiyetinde bu hasta grubuna bir beslenme programının uygulanmasının uygun olacağı önerildi.

Anahtar kelimeler: beslenme riski, beden algısı, beslenme taraması, diyet programı, malnütrisyon



ABSTRACT

It is known that the risk perception regarding the current health status and nutritional status of hospitalized patients is low. One of the factors affecting pleasure from the hospital is hospital food. Patients are affected by factors such as taste, appearance, smell, warmth, freshness, presentation, hygiene of served food, which can affect the nutritional status of the patient. It can also reduce the level of pleasure from the hospital. Based on this information, this study was planned with the aim of determining the nutritional risks of the patients in Kırıkkale University Medical Faculty Hospital.

In order to perform descriptive clinical research in this cross-sectional study, a questionnaire was prepared by the researcher who searched the related literature. Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) test was also included in this survey to assess patients' nutritional risk and severity of illness. Between May 2017 and June 2018, this questionnaire and test was performed to the patients between 10 and 24 years old who were treated in clinics except intensive care units in the hospital of Kırıkkale University Medical Faculty. In this questionnaire, the descriptive characteristics of the patients, reasons for hospitalization, their pleasure with hospital meals, and the suitability of patients with special circumstances to their diets. In addition, the patient-hospital staff relationship, the suitability of the presented meals to the hygiene conditions, the consumption of their meals during the hospital stay, the reasons for not consuming the foods were investigated and compared with their nutritional status.

The mean age of the participants in the study was 21 ± 3.79 years and most of these patients were female patients. According to the age of the patients, 4.5% (n = 9) were weak weight, 81.0% (n = 162) were normal, 12.5% (n = 25) 4) they were obese. When the distribution of BMI according to the sex of the patients was examined, it was determined that the majority of the patients were in the normal category and there was no gender difference among these patients. When the BMI values were examined according to education level, it was seen that the patients who took education over 8 years were in the normal category and this finding was statistically significant ($p < 0.001$). With this finding, it was considered that education

level positively affected BMI values. According to age and gender group, most of the patients were found to be in normal weight (128 patients, 64%) when their body perception was questioned. According to the training group, when their body perception was questioned, it was seen that the majority of the patients were in normal weight (128 patients, 64%) and most of the patients who were educated over 8 years were in this category, but this distribution was not statistically different ($p = 0.052$). When body perception was questioned according to the BMI values, it was seen that most of the patients was in the normal category of the BMI values (128 patients, 64%) and the distribution of these patients were statistically significant ($p < 0.001$). With these findings, it was thought that the patients' BMI values and their own weight perceptions were parallel. When the risk perception rating scores of the patients were evaluated according to age group, sex and education level, it was determined that sex and education did not make any difference on the risk perceptions of the patients. However, it was found that the values of the "risk level for the health of the future state of nutrition" statistically differ between 10-18 age group and 19-24 age group ($p = 0.019$). This finding suggested that patients over the age of 18 believed that their nutritional status would constitute a high risk for future health. There was no significant difference between other risk perceptions. At the end of the NRS-2002 test, only 20% of the patients were at risk. NRS-2002 test score of 40 patients was found as "Score ≥ 3 patient is at risk of nutrition and a nutritional plan is initiated". However, test score of 160 patients was found as "Score < 3 should be screened once a week, and if there is a major operation plan, a nutrition plan should be done again". Briefly, of the 200 patients participating in the study, only 40 were found to be malnourished and the remaining participants were not at nutritional risk.

At the end of this study, the prevalence of malnutrition was found to be high in the patients in the study group with low risk perception about current health status and nutritional status. With these results, it was thought that every hospitalized patient should be evaluated for nutrition risk and diet programs should be organized according to his / her illness. It was also thought that patients' dissatisfaction with hospital food could increase the nutrition risk. For this reason, it was argued that the

taste, appearance, smell, temperature, freshness, presentation and hygiene of hospital food should be evaluated with frequent intervals and adjusted to the quality standards. On the other hand, in these findings, it was suggested that these patients should be screened every week for nutritional risk and, if necessary, it would be appropriate to administer a nutritional program for these patients.

Key words: nutrition risk, body perception, nutritional screening, diet program, malnutrition



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	
İÇİNDEKİLER.....	VII
ÖZET	VI
ABSTRACT	VIII
TABLolar LİSTESİ.....	XIV
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XV
GRAFİKLER LİSTESİ	
KISALTMALAR LİSTESİ	XVI
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Beslenme ve Beslenme Bozuklukları	1
1.1.1Beslenmenin Tanımı	1
1.1.2.Yeterli ve Dengeli Beslenme	3
1.1.3.Yetersiz ve Dengesiz Beslenme	5
1.1.4.Malnütrisyon(Yetersiz Beslenme).....	7
1.2.Beslenme Durumu Değerlendirme Yöntemleri.....	10
1.3.Beden Algısı	15
2. ÖZEL DURUMLARDA BESLENME	16
2.1.Zayıflıkta Beslenme	17
2.2.Şişmanlıkta (Obezite) Beslenme	18
2.3.Adolesan Dönemde Beslenme ve Genç Beslenmesi.....	21
2.3.1.Adolesan Dönemde Beslenme	21
2.4.Genç Beslenmesi	30
2.5.Gebelik Döneminde Beslenme	32
2.6.Onkoloji Hastalarında Beslenme	35
2.7.Komadaki Hastanın Beslenmesi	41
2.8.Operasyon Geçirmiş Hasta Beslenmesi	44
3.Hastanede Beslenme	45

3.1.Hastane Yemekleri Kalite Standartları	46
4.Hasta Memnuniyeti	49
4.1.Hasta-Doktor İlişkisi	54
4.2.Hasta-Hemşire İlişkisi	55
4.3.Hasta-Diğer Hastane Personeli İlişkisi	57
4.4.Bilgilendirme	57
4.5.Fiziksel ve Çevresel Faktörler	58
4.6.Bürokrasi	59
4.7.Güven	59
4.8.Ücret	60
4.9.Beslenme Hizmetleri	60
5.GEREÇ VE YÖNTEM	
5.1.Etik Kurul Onayı	61
3.2.Araştırmanın Amacı	62
5.3.Araştırmanın Hipotezi	63
5.3.1.Araştırmanın Modeli	64
5.3.2.Çalışma izlem şeması	66
5.3.4.Araştırma Evreni	66
5.3.5.Araştırma Grubu	67
5.3.6.Verilerin Toplanması	67
5.3.7.Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	75
6. BULGULAR	76
7. TARTIŞMA	
7. 1. Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri	112
7. 2. Sağlık Merkezi Kullanımı	113
7. 3 Beslenme Durumu	115
7. 4. Beden Algısı Değerlendirmesi	117
7. 5. Araştırmaya Katılan Hastaların Risk Algısı	119
7. 6.Araştırma sırasında Hastane Yatış Durumu	121
7. 7.Hastane Yemek Memnuniyeti	122
7.8.NRS	124

8. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	
8.1.Sonuç ve öneriler	125
9. KAYNAKLAR	
10. EKLER	142
EK1: Bilgilendirilmiş onam formu	
EK:2 Anket formu	
EK:3 Nutrisyonel Risk Taraması	
11. ÖZGEÇMİŞ ve İLETİŞİM BİLGİLERİ	

TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
1	BKİ' ne göre beslenme durumunun değerlendirilmesi	11
2	Adolesan dönemde beslenme ilişkisi sağlık problemi	29
3	Yaşa göre vücut ağırlığı boyuzunluğu ve BKİ z-skor dağılımı	71
6-1-1	Araştırma grubunun demografik özellikleri	76
6-1-2	Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	77
6-1-3	Çalışma grubunun demografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı	78
6-1-4	Çalışma grubunun eğitim durumlarının yaş gurubuna göre puan dağılımları	79
6-2-1	Araştırma grubunun sağlık merkezleri kullanım tercihlerinin yaşa göre dağılımı	81
6-2-2	Araştırma grubunun eğitim durumlarına göre kurum tercihi dağılımları	82
6-2-3	Araştırma grubunun cinsiyete göre kurum tercihi dağılımları	83
6-3-1	Hastaların boy, kilo ve BKİ değerleri tanımlayıcı tablosu	84
6-3-2	Araştırma grubunun yaşa göre boy, yaşa göre ağırlık ve BKİ z skoru dağılımları	85
6-3-3	Cinsiyete göre BKİ z skoru dağılımı	86
6-3-4	Yaşa göreBKİ dağılımı	86
6-3-5	Eğitime göre BKİ z skoru dağılımı	87
6.4.1	Çalışma grubunun beden algı değerlendirmesi	88

6-4-2 Beden algısı skorunun yaş grupları, cinsiyet ve eğitim grupları arasındaki Dağılımı	90
6-5-1 Çalışma grubunun mevcut sağlık ve vücut ağırlığına yönelik risk algılarının dağılımı risk algı derecelendirme puanı dağılımı	92
6-5-2 Çalışma grubunun mevcut sağlık ve vücut ağırlığına beslenmeye yönelik risk algılarının dağılımları	93
6-5-3 Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre risk algı puanları	94
6-5-4 Çalışma grubunun mevcut hastalığın ciddiyetinin yaş grubuna yönelik şimdi için risk algılarının dağılımı	94
6-5-6 Çalışma grubunun mevcut hastalığın ciddiyetinin zararlı alışkanlıklara yönelik şimdi için risk algılarının dağılımı	95
6-5-7 Hastaların mevcut kilosunun şimdi için risk derecesini algılama durumunun yaşa göre dağılımı	96
6-5-8 Hastaların mevcut kilosunun şimdi için risk derecesini algılama durumunu eğitim düzeyine göre dağılımı	96
6-5-9 Hastaların mevcut kilosunun şimdi için risk derecesini algılama durumunun zararlı alışkanlıklarına göre dağılımı	97
6-5-10 Hastaların mevcut kilosunun şimdi için risk derecesini algılama durumunun hastaneye yatış nedenlerine göre dağılımı	98
6-5-11 Hastaların yaş, kilo ve risk algısı değerlerinin korelasyon analizi	99
6-6-1 Hastaların yatış yaptıkları bölümlere göre dağılımları	101
6-6-2 Araştırma grubunun hastaneye yatış nedeniniz nedir? sorusunun cinsiyete, yaşa ve eğitime göre hastaneye yatış nedenleri	102
6-6-3 Çalışma grubunun diyet programının yaş grubu, cinsiyet ve eğitim grubuna göre dağılımı	105
67-1 Araştırma grubunun yemeği dağıtan personel tutumu, hijyeni, kıyafet temizliği ile ilgili görüşlerinin dağılımları	106
6-7-2 Araştırma grubunun En son yediğiniz akşam yemeğinin tadı, kokusu, görünümü, hijyeni, tazeliği, sıcaklığı, kıvamı, personel tutumu ve klinik temizliği ile ilgili dağılım tablosu	107
6-7-3 Son yenilen akşam yemeğinden memnuniyet puanı yaş grubuna göre, cinsiyet grubuna göre ve eğitim grubuna göre dağılımı	108
6-8-1 NRS-2002 puanlama durumu	109

6-8-2 Beslenme riski toplam skorunun yaş grupları, cinsiyet ve eğitim grupları, hastaların beslenme durumuna hastalık tanısı göre beslenme riski toplam skoru arasında dağılımı	110
6-8-3 Çalışma grubunun yaş, cinsiyet, eğitim, boy, kilo, bkz. z skoru korelasyon Analizi	111

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil No</u>	<u>Şekil Adı</u>	<u>Sayfa No</u>
1.	Malnütrisyon Gelişim Mekanizması	9
2.	Malnütrisyon Sonuçları	9
3.	Diyet hizmetleri Süreci İş Akışı	49
4.	Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	54
5.	Memnuniyet göstergesi olarak kullanılmış yüz ifadeleri	69
6.	Beden Algı Skalası (Stunkard Scale)	72
7.	Son akşam yemeği memnuniyet göstergesi yüz ifadeleri	75
8.	6-4-4, 6-4-5 Beden Algısı	91
	6-5-1 Yaşa Göre Risk Algısı Korelasyon Grafiği	100
	6-5-2 Kiloya Göre Risk Algısı Korelasyon Grafiği	100

SİMGELER VE KISALTMALAR

AHA : The American Society for Hospital Personnel Administration Of The American Hospital Association

BA: Beden Algısı

BKİ : Beden Kütle İndeksi

BKO : Bel/kalça oranı

CSFII : Continuing Survey of Food Intakes by Individuals

EB : Enteral Beslenme

ESPEN : Avrupa Parenteral ve Enteral Nutrisyon Derneği

IOTF : İnternational Obesity Task Force
LDH : Lomber Disk Hernisi
MNA : Mini Nutritional Assessment
MUST : Malnutrition Universal Screening Tool
NRS- 2002 : Nutrisyonel Risk Tarama- 2002
PB : Parenteral Beslenme
PGSGA : Patient-Generated Subjective Global Assessment
PNRS : Pediatric Nutritional Risk Score
PNST : Pediatric Nutrition Screening Tool
PYMS : Pediatric Yorkhill Malnutrition Score
SB : Sağlık Bakanlığı
SGNA : Subjective Global Nutritional Assessment
STAMP : Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics
STRONGkids : Screening Tool for Risk Of impaired Nutritional status and Growth
TTB : Türk Tabipler Birliği
ÜOKÇ : Üst Orta Kol Çevresi
WHO : Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)
Z skor : Z skor /SD (standart sapma skoru)

1. GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

1.1.Beslenme ve Beslenme Bozuklukları

1.1.1. Beslenmenin Tanımı

İnsanın doğası gereği; büyüme, gelişme, üretken ve sağlıklı olarak daha uzun süre yaşamını sürdürebilmesi için ihtiyacı olan besin öğelerini yeterli miktarlarda alıp vücudunda kullanmasına beslenme denir. Beslenme diğer yandan bireyins sağlığını korumak ve yaşam kalitesini yükseltmek, vücut için gerekli olan besin öğelerini yeterli düzeyde ve uygun zamanlarda almak için dikkatli ve bilinçli yapılması gereken bir eylemdir. Beslenme ana rahminde başlayıp, bireyin yaşamının son anına kadar geçen her süreçte yaşamının değişmez bir unsurudur. Bu nedenle üzerinde durulması gereken en önemli konulardan birisidir. Yapılan birçok çalışmada yetersiz ve dengesiz beslenmenin zekâ gelişimini ve fiziksel büyümeyi negatif yönde etkilediği göstermektedir (Baysal, 1997).

Canlı yaşamınının devamı için beslenme, gerekli ve zorunludur (Çalıştır ve ark., 2005). Beslenmenin amacı; canlının sağlıklı büyümesi, gelişmesi ve daha verimli olarak uzun süre yaşamını sürdürebilmesi için ihtiyacı olan enerji yi besin öğelerinden besin değerini yitirmeden yeterli miktarda almak ve besin değerinin azalmasına izin vermeden en ekonomik şekilde kullanmaktır (Tanır ve ark, 2001).

Besin öğelerinin herhangi birisinin alınmadığında, eser miktarda alındığında veya vücut için gereğinden fazla alındığında büyüme ve gelişmenin olumsuz yönde etkilendiği buna bağlı olarak sağlığın bozulduğu bilimsel olarak ortaya konmuştur (Baysal, 1993).

Beslenmenin yalnızca fizyolojik bir olay olmamakla birlikte psikolojik ve sosyolojik bir olay olduğu da unutulmamalıdır (Çalıştır ve ark, 2005).

Yaşamın her döneminde zihinsel ve bedensel yönden sağlıklı olabilmek ve sağlığın devamını sağlayabilmek yeterli ve dengeli beslenme ile mümkündür (Tanır ve ark, 2001).

Beslenme, sağlığın korunmasında ve hastalıkların tedavisinde, esastır. Günümüzde osteoporoz, obezite, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, pek çok kanser türü, diyabet, diş çürükleri ve alerjik hastalıklar gibi birçok kronik hastalığın önlenmesinde beslenmenin önemli rol oynadığı bilinmektedir. Kronik hastalıklar genellikle erişkin dönemde ortaya çıksada temelleri gençlik ve çocukluk yıllarında atılır (Garibağaoğlu ve ark,2006).

Dengeli ve yeterli beslenme, bir toplumu ve o toplumu meydana getiren bireylerin ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, sağlıklı ve güçlü olarak yaşamasında, refah düzeylerinin artmasında, huzur ve güvence altında varlıklarını sürdürebilmesi için gerekli olan temel koşullardan birisi, belki de en önemlisidir (Pekcan 2001; Şirin 2005).

Plutarkos (M.Ö. 120-50) hastalıklarda doğru beslenememenin kişi için sakıncalı olabileceği şu şekilde ifade etmektedir; “Zannetmek yiyecek, sadece yaşama katkı sağlayan bir faktördür, aynı zamanda ölümünde nedenidir. Çünkü hastalıklar, bollukta da kıtlıkta olduğu oranda, hastalığa yakalanan bedenlerdeki besinle kuvvet bularak gelişirler” (Kutluay-Merdol, 2015).

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2003–2004 örneklemindeki bireylerin genel beslenme alışkanlığı irdelendiğinde önceki yıllara oranla beslenme alışkanlıklarında farklılıklar gözlemlenmiştir. Bireyin ve toplumun beslenme düzeni ve alışkanlıkları iklim, nüfus yapısı, coğrafi konum, eğitim düzeyi, iç ve dış göçler, kitle iletişim araçları, sanayileşme gibi sosyal, kültürel ve ekonomik durumlardan etkilenmekte ve farklılıklar göstermektedir. Çevresel ve genetik faktörlerle birlikte bu değişiklikler farklı sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına ve gelişmesine neden olmaktadır (Arslan ve ark, 2006).

Beslenme alışkanlıkları yönünden Türkiye gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sorunlarının hepsini içermektedir. Genellikle toplumun beslenme alışkanlıkları tahıl ve tahıl ürünlerine yönelik olup, kentsel alandan kırsal alana gidildikçe, batıdan doğuya doğru ilerledikçe, gelir düzeyi azalmakta buna bağlı olarak hayvansal besinlerin

tüketiminde azalma ve tahıl tüketiminde artma gözlemlenmektedir. Sosyo-kültürel yapı, ekonomik durum, gelenek ve görenekler, eğitim düzeyinin etkisi toplumun davranışlarına yansımakta ve bu durum beslenme sorunlarının görülme sıklığı ve niteliği üzerinde etki yapmaktadır (DPT, 2001; Güler ve Akın, 2006).

Beslenme davranışlarındaki değişikliklerin farkında olmak ve bunların ekonomik, sosyodemografik faktörler ve sağlık ile olan ilişkilerini ortaya çıkarmak, beslenme davranışlarının nedenlerini ve sonuçlarını anlamaya önemli ölçüde ışık tutmaktadır. Şüphesiz bu da insanların daha sağlıklı beslenmeleri için gereken değişikliklerin yapılabilmesi ve geliştirilebilmesi konusunda yardımcı olacaktır (Önder ve ark, 2000).

1.1.2. Yeterli ve Dengeli Beslenme

Vücudun yenilenmesi, büyümesi ve çalışması için gerekli olan besin öğelerinin her birinin, yeterli miktarda alınması ve vücut içerisinde uygun bir biçimde kullanılması "Yeterli ve Dengeli Beslenme" olarak tanımlanmaktadır. Vücut içerisine alınan bu besin maddelerinin vücudun ihtiyacı düzeyinde alınamazsa gerekli enerji oluşmaz ve vücut dokuları yapılamaz. Bu durum sonucunda "yetersiz beslenme" durumu oluşur. Yeterli miktarda besin alınmasına karşın bazı besin öğelerinin vücudun gereksinim düzeyinden fazla, bazılarının ise az alınması ya da yanlış besin seçimi durumu "dengesiz beslenme" olarak ifade edilir (Erdoğan 2004).

Atıştırma şeklinde ayaküstü beslenme alışkanlığı yetersiz ve dengesiz beslenmeye örnek olarak verilebilir. Genellikle kentsel bölgelerdeki gençlerde yaygın bir beslenme biçimidir. Bu beslenme biçiminde besin değeri çok düşükken, sahip oldukları yüksek enerjinin %40- 50'si yağdan gelir. Aynı zamanda sodyum içeriği yüksek, vitamin A ve kalsiyum açısından fakirdir. Bu tip beslenme, yüksek tansiyon ve obeziteye yol açabilmektedir (S.B. 2004).

Beslenme alışkanlıklarında yapılan hatalar ve bu hatalardan kaynaklanan olumsuz sonuçları açıklamak için, çeşitli araştırmalar yapılmış ve sağlık sorunları belirtilmiştir. Batı toplumunun %30-50'sinin "şişman" olduğu, çok fazla besin tüketme ve denge-

siz beslenmeye dayalı olarak bu insanlarda, damar hastalıkları, yağ metabolizması bozuklukları, hipertansiyon, kalp ve diyabet gibi bozukluklar görüldüğü belirtilmiştir (Demirci 2003).

Dengeli beslenme çocukluk ve gençlik döneminde fiziksel ve zihinsel gelişim açısından son derece önemlidir. Gelişim açısından gerekli olan protein, yağlar, karbonhidrat ve benzerleri gibi besinlerin yeterli miktarlarda alınması gerekmektedir. Beslenmede karşılaşılan en önemli sorun açlığı gidermekten çok, vücut için gerekli olan tüm besinleri alabilmektir. Doğru beslenemeyen gençlerin vücut dirençlerinin azalması ve buna bağlı olarak da kolay hastalanabilir olmaları ve öğrenme güçlüğü çekmeleri beklenen bir sonuçtur. Vücut için gerekli olan besin öğeleri daha önce söylediğimiz gibi proteinler, yağlar, karbonhidratlar, mineraller, vitaminler ve sudur (Atay, T ve ark. 1998).

Kişinin yaşamının temel belirleyicisi beslenme şeklidir. İhtiyaçtan fazla beslenme gibi yetersiz beslenmede insan sağlığını olumsuz etkileyerek hastalıkların hatta ölümlerin görülmesine neden olur. Bu sebeple dengeli beslenme bireyin ve toplumun sağlığının geliştirilmesinde büyük önem taşımaktadır (Köksal, Gökmen Özel 2008).

Bu nedenle “yeterli beslenmek” ve “dengeli beslenmek” kavramlarını iyi bilmemiz gerekmektedir. Yeterli beslenme; yaş, cinsiyet, kilo ve fiziksel aktivite durumuna uygun kaloriyi almak demektir. Az ya da çok almamız kilo kaybına ya da vücudumuzda gereksiz yağ artışına neden olabilir. Dengeli beslenme ise; öğünlerin zamanında tüketilmesi demektir. Bu oldukça hassas bir konudur çünkü dengeli beslenebilmemiz için aslında dengeli de yaşıyor olmamız gerekir ve unutmamalıyız ki sağlıklı bir yaşamın en önemli koşulu düzenli uyku saatleri ve zindeliklidir (Arslan P, Bozkurt N 1999).

Beslenmenin yeterli, dengeli ve bireyin ihtiyaçlarına özel sağlıklı şekilde yürütülebilmesi için dikkat edilecek hususlar:

- Beslenme; sistematik, sağlıklı ve düzenli olmalıdır
- Bireyin ihtiyacı kadar besin gruplarının herbirinden her öğünde alınmalıdır.
- Beslenme, besleyici ve ekonomik olmalıdır
- Doğal besinlerin seçilmesine özen gösterilmelidir

- Beslenme; yaş, cinsiyet, sağlık ve çalışma durumuna göre bireye özgü olmalıdır
- Besinler tüketilirken değerlerinin yok olmamasına özen gösterilmelidir
- Özel durumlarda (hamilelik, lohusalık, hastalık, vb.) özel beslenme uygulanmalıdır (Kırkıncıoğlu M, 2003).

Yeterli ve Dengeli Beslenen Kişilerde Görülen Özellikler; (Sağlık B, 2004).

- Sağlam ve sağlıklı bir görünüştedir
- Hareketli ve esnek bir bedene
- Muntazam bir cilde, canlı ve parlak saçlara ve gözlere
- Kuvvetli, gelişimi normal kaslara
- Çalışmaya istekli kişiliğe
- İyi gelişmiş kol ve bacaklara
- Boy uzunluğuna uygun vücut ağırlığına
- Normal zihinsel gelişme
- Sık sık hasta olmayan bir yapıya sahiptir
- Zihinsel, ruhsal ve sosyal gelişimleri normaldir.

1.1.3. Yetersiz ve Dengesiz Beslenme

Yetersiz beslenme; kişinin ihtiyacı olan besin öğelerinin yeterli miktarlarda alınmaması ya da alınmaması sonucu canlılığın devamı ve fizyolojik ihtiyaçları için yeterli enerjinin oluşmadığı ve dokuların gelişemediği beslenme şeklidir. Beslenmenin yetersiz olması durumunda, fiziksel gelişmeyle birlikte mental gelişim ve buna bağlı olarak zekâ da olumsuz etkilenmektedir. Yetersiz beslenme durumuna genellikle büyüme çağındaki çocuklarda, gençler, emziren anneler, gebeler ve ağır işlerde çalışan kişilerde daha sık rastlanmaktadır (Akşit 1991).

Dengesiz beslenme; eğitim, sağlık ve diğer sosyal haklardan yararlanmadaki eşitsizliklere bağlı olarak ülkemizde farklılık göstermektedir. Sosyoekonomik eşitsizlik bunların başında yer alan önemli bir nedendir (Baysal 2003).

Yetersiz ve dengesiz beslenme bağışıklık sisteminin zayıflamasına neden olduğundan hastalıklara yakalanma riskini artırmakta ve hastalıkların ağır seyretmesine se-

bep olmaktadır. Kronik ishaller genellikle yetersiz ve dengesiz beslenme ile birlikte görülmektedir. Kızamık, boğmaca, difteri gibi çocukluk çağı hastalıkları ile solunum yolları hastalıkları yetersiz ve dengesiz beslenen gruplarda sık görülmekte, ağır seyretmekte ve ölümlerle sonuçlanabilmektedir (Baysal 2009).

Farklı türdeki besinlerden gereği gibi seçmek beslenme bilgisini gerektirir. Bireylerin evlerinde yeteri kadar değişik türde besin bulunmasına karşın, bunların beslenme ilkelerine uygun olarak kullanamayan bireyler çoğunluktadır. Bilgi eksikliği sonucu kötü beslenme alışkanlıklarının insanın yaşam biçimine yerleşeceği ve yerleşen alışkanlıklardan kurtulmanın oldukça zor olduğu şüphesizdir (Aktaş 1988).

Yetersiz ve dengesiz beslenme soruları ile ülkemizde en fazla karşı karşıya olan gruplar içerisinde büyüme çağındaki çocuklar ve gençlerin olduğu görülmektedir. Aileden gelen eğitim ve kültür, öğrencilik döneminde alınan eğitim ile beslenme konusundaki bilgi, fiziksel gelişim ve vücut ağırlığı gibi sağlık ile ilgili etkenler, beslenme alışkanlıkları ve ürün alma tercihlerinin birbirleriyle yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (Arslan 1999, UGBÇ 2003).

Yetersiz, dengesiz ve sıhhsiz beslenen kişilerde;

İştahsız, yorgun ve isteksiz kişilerdir. Hasta bireyler toplum için bir güç ve kuvvet değil bir

Yüktür. Bu kişilerde aşağıda bildirilen özellikler görülebilir

- Büyüme, gelişme ve vücudun çalışmasında aksaklıklar meydana gelmektedir.
- Bağışıklık düzeneğinin zayıflamasına neden olur. Bu sebeple hastalığa yakalanma riski artar.
- Hastalıkların ağır seyretmesine ve tedavini sürecinin uzamasına neden olur.
- Fiziksel aktivite ve verimliliğin azalmasına neden olur.
- Zihinsel geriliğe neden olur.
- Şişmanlığın (obezitenin) meydana gelmesine neden olur.
- Pürüzlü parlak olmayan cilt ve saç, şişkin karın, iştahsızlık, yorgunluk, isteksizlik, sık sık baş ağrısı, bel ve omuzlarda eğilme halleri görünür (SağlıkB 2004).

1.1.4. Malnütrisyon (Yetersiz Beslenme)

Malnütrisyon, vücuda alınan ana besin öğelerinin (karbonhidrat, protein ve yağ) ya da vitamin ve mineraller gibi mikro besinlerin eksikliği sonucunda ortaya çıkan klinik bir tablodur. Malnütrisyon yetersiz beslenme, absorpsiyon bozukluğu, besinlerin kullanımının artması yani metabolik gereksinim artmasından kaynaklanabilir. Beslenme bozuklukları arasında en yaygın olanı malnütrisyonudur ki, kilo kaybı ve organ sistem fonksiyon yetersizliklerine neden olarak sağlığı olumsuz etkilemektedir. Bu sorun tüm dünyada kabul edilen hastalık ve ölümlerin en yaygın nedenleri arasındadır (Lemone P, Burke K. 2004).

Yatan hastaların beslenme durumları ile morbidite ve mortalite oranları, hastanede kalış süresi ve maliyet arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla hastaların hastaneye yattıktan sonraki ilk 72 saat içinde beslenme durumlarını değerlendirmişlerdir.

Günümüzde hastaneye yatan hastalarda nütrisyon risk değerlendirilmesinde kullanılan başlıca testler; Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Nutritional Risk Screening (NRS-2002), Mini Nutritional Assessment (MNA), Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ), Malnutrition Screening Tool (MST) ve Subjective Global Değerlendirme 'dir (SGA). Bu testler malnütrisyon tanısını koymada yardımcı olmaktadır. Ancak; obezite gibi enerji dengesizliği veya vitamin toksisitesi de malnütrisyon kavramı içinde yer alsada bu testlerle tanımlamak zordur. Zira Latince 'Mal' kötü, dolayısıyla malnütrisyon kötü beslenme anlamındadır (Selçuk H.2012, Mavrommatis Y. ve ark.2011).

Malnütrisyonun başlıca nedenleri: düşük sosyo-ekonomik durum, çeşitli gastrointestinal hastalıklar, depresyon, pek çok kanser türü, kardiyak bozukluklar ve fiziksel engel gibi durumlardır. Diğer yandan, malnütrisyonun bağımsız risk faktörleri arasında hastanede yatış süresinin uzaması, hastanın yaşı ve komplikasyonların mevcudiyeti sayılabilir (Kandiah J ve ark.2006).

Hastaneye yattıklarında tanımlanmış bir malnütrisyonu olmayıp ancak hastanede kalış süresinde malnütrisyonu gelişen hastalar da mevcuttur ve bu durum %20-50 ora-

nında bildirilmektedir. Bu nedenle malnütrisyon günümüzde de hastanede yatan hastalar içinde önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (Campanozzi A ve ark.2009, Rocha GA, ve ark.2006).

Hastaneye yatışlarında malnütrisyon prevelansının yüksek olmasının nedenleri şöyle sıralanabilir;

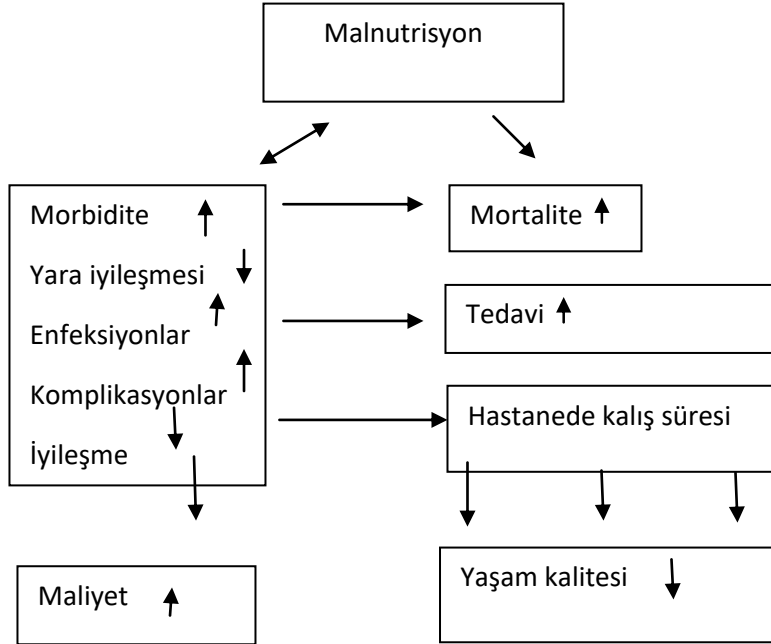
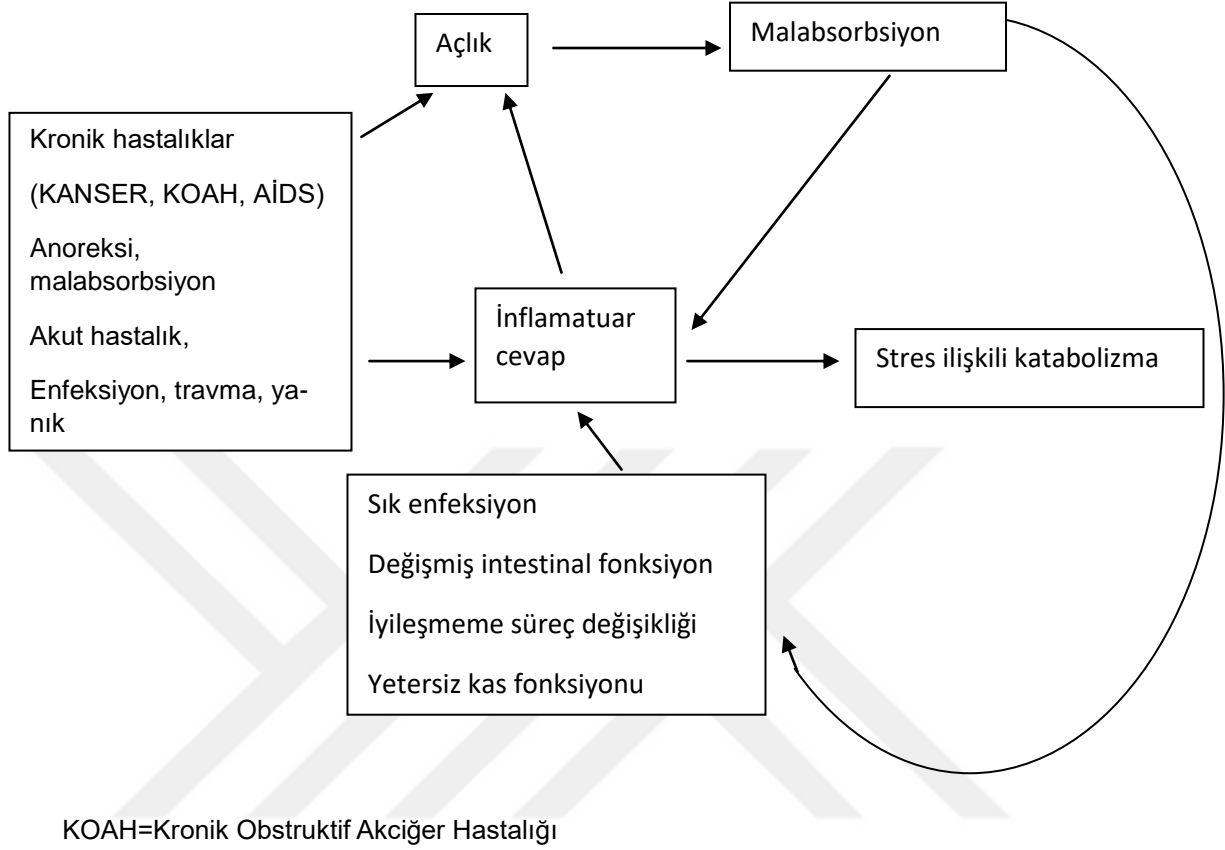
- Hastaların ihtiyaç duydukları besin gereksinimlerin belirlenip takip edilmemesi,
- Hastaların tedavi ve tetkik nedeniyle birkaç gün boyunca yemeklerini düzenli tüketememesi
- Besin tüketiminin, tedavi sürecinden ya da komplikasyonlarından olumsuz etkilenmesi
- Hastaların, hastaneye yatmadan önce de yetersiz beslenme riski altında olması
- Hastanın psikolojik durumu, hastalık ile ilgili endişeleri.

Son zamanlarda gıda teknolojilerindeki gelişmelere karşın hastane yiyecek hizmetleri hala tüm dünyada yaygın bir sorun olarak gösterilmektedir. Örneğin; Amerika'daki hastanelerde tedavi edilen hastaların neredeyse yüzde ellisi yetersiz beslenme sorunu ile karşı karşıyadır (Sahin B ve ark. 2006).

Hastalık türü ne olursa olsun hastanede kaldığı süre içinde hastanın uygun şekilde beslenmesi, hastanın hastanede kalış süresini kısaltıp, ekonomik ve psikolojik destek sağlayacağı gibi, yatağa bağımlı hastalarda gelişebilecek pek çok olumsuzlukları azaltacaktır. Bu olumsuzlukların başında isemalnütrisyon gelmektedir. Yapılan araştırmalarda, uzun süre hastanede yatan hastalarda malnütrisyon görülme oranının %5-50 arasında olduğu bildirilmiştir (Wunderlich, 1992).

Malnutrisyon vücudun organ ve sistemlerinde fonksiyonel ve metabolik değişikliklere neden olarak, tüm organ ve/veya sistemleri etkilemektedir. Bu durum artmış hastalık komplikasyonu, uzamış hastanede kalış süresi, sağlık bakım harcamalarında artış, artmış mortalite ve morbidite ile ilişkilidir (Selçuk H. 2012).

Şekil 1. Malnütrisyon Gelişim Mekanizması. (Selçuk H. 2012).



Şekil 1.2. Malnütrisyon Sonuçları. (Selçuk H. 2012).

1.2. Beslenme Durumu Değerlendirme Yöntemleri Antropometrik ölçümler ve değerlendirmeler

Vücut kütlesi, yapısı, büyüklüğü, şişmanlık ve zayıflık seviyesinin belirlenmesinde kısacası vücut bileşiminin saptanmasında antropometrik ölçüm kullanılmaktadır. Antropometri, yağ ve kas deposunun göstergesi olması aynı zamanda beslenme durumunun saptanmasında kullanabildiğimiz için büyük önem taşımaktadır. Güvenilir, kolay, hızlı, duyarlı, objektif kendine has aynı zamanda sayılarla ifade edildiği için anlaşılması kolay yöntemler olarak değerlendirilmektedir. Beslenme durumunun belirlenmesinde bel çevresinin ölçülmesi veya boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının belirlenmesi yeterli olabilmektedir.

Antropometrik ölçümler de beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerdendir.

Bu amaçla;

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

Antropometrik yöntemler günümüzde beslenme tarama testlerinin de (Nutrisyonel Risk Taraması NRS 2002 vb.) önemli bileşenleri olarak gösterilmektedir (Baysal, A. 2014, Gibson RS. 1990).

Vücut Ağırlığı ve Boy Uzunluğu

Beslenme durumunun göstergesi olarak vücut ağırlığı ölçümü sıklıkla kullanılmaktadır. Ağırlık; vücuttaki toplam kas, yağ su ve kemiklerin toplamıdır. Çocuk ve adolesanlarda antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesine bireyin değerlendirilmesi için persentil değerlerinin, toplum değerlendirilmeleri için de özellikle Z-skor ve gerek-

tiğinde persentil değerlerinin kullanılması önerilmektedir (Baysal ve ark. 2013) (WHO-2007).

Beden kitle indeksinin hesaplanması:

Ölçülen boy uzunluğu santimetreden metre cinsine çevrilir kilogram cinsinden vücut ağırlığına bölünür standart değerlerle kıyaslanır.

[BKİ= Vücut ağırlığı (kg) / boy (m)². Beden ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile hesaplanmaktadır](WHO 2010).

Tablo 1 BKİ' ne göre beslenme durumunun değerlendirilmesi (WHO 2010)

BKİ (kg/m²)	SINIFLANDIRMA
<18.5	Zayıf
18.5- 24.9	Normal
25.0 – 29.9	Hafif kilolu
≥30	Obez

Deri Kıvrım Kalınlığının Ölçülmesi:

Ölçüm olarak sıklıkla subskapular ve triseps deri kıvrım kalınlığı ölçümleri çocuklarda, gençlerde hemde yetişkin bireylerde kullanılmaktadır. Deri kıvrım kalınlığından vücut yağ miktarı ve yağsız vücut dokusu miktarı bulunulacak olursa, o durumlarda yetişkinlerde subskapular ve triseps ve deri kıvrım kalınlıkları Lange kaliper ile yöntemine uygun ek olarak suprailiak ve biceps deri kıvrım kalınlıkları da ölçülür kaydedilmiştir (Lohman, Roche, Martorell, 1988; Slaughter ve ark 1988; Gibson, 1990).

Üst kol çevresi:

Üst orta kol çevresi (ÜOKÇ) ölçülürken; kolun dirsek kısmından 90 derece katlı olmasına ve ayakta dik bir şekilde durulmasına dikkat edilmelidir. Omuzda akromial çıkıntı ile dirsekte olekranon (inferior çıkıntı) arasındaki orta noktanın çevresi esnemeyen mezür ile ölçülmüştür. BKİ' nin saptanamadığı yerlerde ÜOKÇ ölçümü kullanılarak;

Eğer ÜOKÇ<23.5 cm ise büyük olasılıkla BKİ< 20 kg /m²

Eğer ÜOKÇ>32.0 cm ise, büyük olasılıkla BKİ>30 kg/m² değerlendirmesi kullanılmıştır (Bishop CW 1981).

Bel, kalça, baldır çevresi ve kulaç uzunluğu:

Yetişkinlerde bel/kalça oranı ve bel çevresi kronik hastalıklarda risk değerlendirmesi amacıyla kullanılır.

Krista iliyak arası ile en alt kaburga kemiği bulunur, orta noktadan geçen çevre mezür ile bel çevre ölçümü yapılır.

Kalça çevresi ölçümü için bireyin yan tarafında durulur, en yüksek noktadan çevre ölçümü yapılır. Kulaç uzunluğu ölçümünde ise kişinin sırtı duvara dayalı ayakları bitişik, avuç işleri dışa dönük, orta parmak sabit bir noktaya değdirildikten sonra kollar yere paralel bir konumda iken ölçüm alınır (Lohman, Roche, Martorell, 1988) (Pekcan G.2015).

Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırmasına uygun olarak bel çevresi değerlendirmeleri alınmıştır. Bel çevresi değerinin kadınlarda <80 cm ve erkeklerde <94 cm olması uygun bulunmuştur. Bel çevresi değerinin kadınlarda 80-88 cm ve erkeklerde 94-102 cm arası olması riskli, kadınlarda ≥88 cm olması ve erkeklerde ≥102 cm olması yüksek riskli olarak değerlendirilmektedir. Hastaların bel çevresi ölçümleri DSÖ standartlarına göre değerlendirilmiştir (WHO 2011).

Bel/ kalça oranı (BKO):

Bel/kalça oranının kadınlarda <0.85 ve erkeklerde <0.90 olmasını Dünya Sağlık Örgütü 2011 yılında önermiştir.

Bel çevresi (cm)/kalça çevresi (cm) formülü ile Bel/kalça oranı hesaplanmış ve DSÖ sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir (WHO 2011).

Nutrisyonel Risk Taraması NRS-2002

Malnütrisyon; nutrisyonel değerlendirme yöntemleriyle objektif hale getirilmektedir. En sık kullanılan nutrisyonel değerlendirme yöntemlerinden biri antropometrik (vücut ağırlığı, beden kitle indeksi, triseps deri kalınlığı, üst kol çevresi, gibi), laboratuvar (serum albumin, retinol bağlayıcı protein, prealbumin, lenfosit sayısı, transferin, azot bilançosu). MNA, SGA, NRI, MUST ve NRS-2002 gibi kombine değerlendirme araçlarıdır. Ancak, yetersiz beslenme durumunu saptamak için hızlı ve kolay tarama araçlarının kullanılması önerilmektedir (Kondrup, J.2003, Bonilla-Palomas ve ark 2014). Kompleks yöntemler sağlık personeli tarafından iş yükü içinde göz ardı edilmektedir. Bu nedenle hastaneye yatan hastalarda beslenme tarama araçları kullanılmadığında yetersiz beslenen hastaların %50'sinin tanımlanamadığı rapor edilmiştir (Özgen L ve ark 2012). Malnütrisyonun gözden kaçırılmaması ve önlenmesi için günümüzde geliştirilmiş farklı hedeflere sahip tarama yöntemleri mevcuttur. Bu yöntemlerin günlük uygulamaya girebilmesi için güvenilir, çok zaman almayan ve basit olması önemlidir. Günümüze kadar çocuklarda uygulanan yedi beslenme riski tarama yöntemi oluşturulmuştur. Bunlar;

- 1) Beslenme risk skoru [Nutritional Risk Score (NRS)] (Reilly HM ve ark 1995)
- 2) Çocuklarda beslenme risk skoru [Pediatric Nutritional Risk Score (PNRS)] (Sermet-Gaudelus I ve ark 2000)
- 3) Öznel genel beslenme değerlendirmesi [Subjective Global Nutritional Assessment (SGNA)] (Secker DJ, Jeejeebhoy KN 2007)

- 4) Çocuklarda malnütrisyonun değerlendirilmesi için tarama yöntemleri [Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics (STAMP)] (McCarthy H ve ark 2008)
- 5) Çocuk Yorkhill malnütrisyon skoru [Pediatric Yorkhill Malnutrition Score (PYMS)] (Gerasimidis K ve ark 2010)
- 6) Büyüme ve beslenme bozulma riskini tarama yöntemi [Screening Tool for Risk Of impaired Nutritional status and Growth (STRONGkids)] (Hulst JM ve ark 2010)
- 7) Çocuklarda beslenme tarama yöntemi [Pediatric Nutrition Screening Tool (PNST)] (White M, ve ark,2014).

Ancak erişkinlerde olduğu gibi henüz herkesin üzerinde uzlaştığı bir yöntem belirlenmiş değildir. Bu konuda farkındalığı artırmak ve dikkati çekmek için beslenmenin sorgulanmasının normal muayenin bir parçası olduğu kabul edilmelidir (Erkan T. 2014).

ESPEN (Avrupa Enteral ve Parenteral Beslenme Derneği- European Society of Parenteral and Enteral Nutrition) hastanede yatan hastaların nutrisyon riskinin değerlendirilmesi için NRS 2002 testini önermektedir. Bu test hastanın değerlendirme anındaki nutrisyon riskini ve mevcut hastalığın şiddeti ile oluşabilecek riskleri dikkate alarak hastaya yapılacak nutrisyon desteğinin planlanmasına olanak sağlar (Demirel U ve ark 2012).

Malnütrisyonlu yada malnütrisyon riski altındaki hastaları belirlemek amacı ile hastalar henüz hastaneye yatırılırken sağlık çalışanları (hemşireler, hekimler, diyetisyenler ve diğer sağlık personelleri) tarafından hızlı yapılabilecek tarama yöntemleri ile değerlendirilmelidir. Bu testler beslenme yönünden risk taşıyan en yüksek sayıda hastayı belirleyebilecek ölçüde duyarlı olmalıdır. Tarama amacı ile kullanılan araçların çoğu dört temel soruya yanıt arar (Demirel U,ve ark 2012).

- Son zamanlarda kilo kaybı
- Son zamanlarda besin alımı
- Mevcut beden kütle indeksi
- Hastalık şiddeti

NRS-2002; hastanede yatan hastaların beslenme durumunu değerlendirmede kullanılan 2 aşamalı bir tarama aracıdır. İlk aşamasında BKİ düşüklüğünü, son 3 ay içindeki

ağırlık kaybını, son bir haftada besin alımı durumundaki değişimi ve hastanın ağır düzeyde hasta olup olmadığını sorgulamaktadır. Sorulan bu 4 sorudan herhangi birine ‘Evet’ yanıtı verilmesi durumunda diğer aşamaya geçilmekte ve 2. aşamada vücut ağırlık kaybı yüzdesi, BKİ ve kişinin besin alımının, gereksinmesine göre ne kadar eksik olduğu sorgulanarak beslenme durumu bozukluğu ve kişinin var olan hastalık şiddetine göre değerlendirilmesi yapılmaktadır. Sonuç olarak 0 ile 6 arası bir puan verilmekte ve buna ek olarak NRS-2002 tarama aracı ilerleyen yaşı da bir risk faktörü olarak gördüğü için; hastanın yaşı eğer 70’in üzerinde ise toplam hesaplanan puana 1 puan daha ilave edilir ve bunun sonucunda bireyin beslenme yönünden risk altında olduğu veya herhangi bir risk altında değilse bu testin her hafta tekrarlanması gerektiği sonuçlarına varılmaktadır. Eğer ilk basamak sonucunda sorulan tüm sorulara ‘Hayır’ yanıtı verildiyse diğer aşamaya geçilmemekte; hastanın her hafta taramaya tekrar alınması istenmektedir (Bonilla-Palomas ve ark, 2014).

Tarama aracının amacı, hastanede yetersiz beslenmenin oluşma riskini ve yetersiz beslenmenin varlığını belirlemektir. Hastaların iştah durumu ve yemek tüketme miktarı hastalara sorularak nutrisyonel durumları belirlenmeye çalışılmıştır. Ortaya çıkan sonuçlar arasında hastaların iştah durumları; “normal, hiç yok, gerekenden fazla, gerekenden az” olarak tanımlanmıştır. Ancak beslenmede iştah, normalin altında ise “düşük” olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle analizlerin sonuçlarında iştah durumu; “düşük” ve “normal” olarak belirtilmiştir.

1.3. Beden Algısı

Beden algısı (BA), Beden algısı zihnimizde şekillendirdiğimiz bedenimizin kendimizce yorumlama şeklimizdir. Beden algısı benlik saygısı ile doğru orantılıdır. BA, bireyin kendisini kendi olmayanlardan ayırt etmeye başladığı ilk yaştan itibaren ortaya çıkar ve yaşam boyu sürekli gelişerek değişir. Kişinin kendi bedenini algılaması subjektiftir. BA kişinin kendi bedeninin parçalarına ve onların işlevlerine karşı olumlu ve olumsuz duygularının kendisi tarafından değerlendirilmesi olarak da tanımlanmaktadır. Bir kişinin algısı diğerlerinin bakışlarıyla uyum göstermeyebilir, sıklıkla başkaları-

nın yargılarından daha olumsuzdur, kişinin kendine özgüvenin önemli bir parçasıdır ve kişinin sağlık hizmeti alma gereksinimini de etkileyen önemli bir faktördür (Sarwer D ve ark1998).

Suçluluk duygusu ve etiketlenme bireyin olumsuz vücut ve benlik algısına odaklanmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle obez kişilerin kilo kaybetme arzusu ve sosyal normlara kavuşabilmek amacıyla katı ve sınırlı yemek yeme davranışı ve olumsuz benlik ve beden algısı geliştirdikleri belirtilmektedir (JacksonT ve ark.2000). Obezlerdeki beden algısı ile ilgili yapılan literatür çalışmalarına bakıldığında; BKİ'nin beden hoşnutsuzluğuna anlamlı düzeyde etkisi olduğunu ve obez grubun, obez olmayan grupla karşılaştırıldığında obezlerin daha fazla beden hoşnutsuzluğuna sahip oldukları görülmektedir (Caldwell Mve ark 1997).

2. ÖZEL DURUMLARDA BESLENME

2.1.Zayıflıkta Beslenme

'Zayıflık' vücut içerisine alınan besin öğelerinin organizma tarafından tam olarak kullanılamaması veya alınan enerjinin harcanan enerjiden daha az olması durumu olarak ifade edilir. Kişinin vücut tipine, cinsiyetine, boyuna ve vücut ağırlığının normalin altında olması ve kişinin ideal vücut ağırlığının %20 ve daha fazla zayıf olma şekli olarak da tanımlanmaktadır (Eastwood M, Second E ve ark 2003).

Zayıflık; enfeksiyonlar, düzensiz yemek yeme, kötü beslenme alışkanlıklarının artması, aşırı enerji harcanması, iştahsızlık, öğün atlama, kullanılan bazı ilaçlar sindirim sistemi bozuklukları, psikolojik bozukluklar, metabolik bozukluklar, metabolizmanın normalin üzerinde çalışması, yeme davranış bozuklukları vb. nedenlerden ortaya çıkan bir durumdur. Bağışıklık sisteminin yavaşlaması ile sık hastalanma, kuvvet kaybı, psikolojik sorunlar, kadınlarda adet düzensizlikleri, uyku eğilimi, tırnak kırılması, yorgunluk, saç dökülmesi, osteoporozis, eklem ve sırt ağrıları, unutkanlık, halsizlik, yetersiz ve dengesiz beslenme sonucunda oluşabilecek vitamin ve mineral eksiklikleri gibi sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır (Eastwood M, Second E ve ark 2003).

Zayıflık veya şişmanlığın belirlenmesi erişkin bireylerde boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırması kullanılmakta ve Beden Kütle İndeksi (BKİ) esas alınmaktadır (WHO 2008).

Zayıflık; en çok çocuklarda, gençlerde ve ağır işlerde çalışanlarda daha fazla görülmektedir. Vücuda alınan besinlerin emilim eksikliği, besin alımının yetersiz olması, yeme davranışında görülen bozukluklar ve aşırı fiziksel aktivite sonucunda görülmektedir. Zayıflık çocukluk ve gençlik dönemlerinde ortaya çıkarsa büyümeyi olumsuz etkiler. Bu durum ise sonuç olarak verimliliğin düşmesine, hastalıkların iyileşme süresinin uzamasına, bağışıklık sisteminin zayıflamasına, enfeksiyonlara yakalanma riskinin artmasına, osteoporoz riskinin artmasına, yaşam süresinin kısalmasına sebep olur (Alphan E. 2001).

Zayıf kişilerde vücut direncinde azalma hastalıklara yakalanma risklerinin yüksek olması durumu olduğu için kendilerine olan özgüvenlerinin düşmesi ve toplumda kilo alması yönünde baskıyla karşılaşması da ruhsal olarak olumsuz etkilemektedir. Bu durumla karşı karşıya olan bireylere diyet önerileriyle takip edilerek psikolojik yönden de desteklenmelidir. Eğer bireyin zayıflığı bir hastalığa bağlı ise tedavisi yapılmalıdır. Fakat çoğu zayıf kişide bu durum herhangi bir sebebe bağlı olmayabilir. Ancak gerekli görüldüğü takdirde tedavi edilmelidir (Zhao G 2009).

Zayıflık nedenleri arasında kişilerin özgeçmişlerindeki doğum öyküleri yanı sıra, genetik faktörlerin, anksiyete ve depresyon varlığı veya doğum kiloları, anne sütü tüketim miktarları gibi etkenlerin de neden olabileceği söz konusudur. Kötü beslenme, özellikle çocuk ve gençlerin yemek aralarında çikolata, şeker gibi yiyeceklerle iştahlarının azaltılması. Ayrıca yanlış zayıflama rejimleri de sağlıksız kilo kaybına sebep olabilir. Sık doğum yapan ve ağır işlerde çalışan (tarım işçileri) kadınlar da harcadıkları enerjiyi alamazlarsa zayıflar. Ülkemizdeki zayıflık oranı erkeklerde %7,3 kadınlarda %3,2'tür. Zayıflık içinde bulunduğumuz toplumda az görülsede kişide önemli sorunlara yol açabileceği için mutlaka araştırılması ve üzerinde durulması gereken önemli bir sağlık sorunudur (WHO 2004, Brown WJ ve ark, 2000).

2.2. Şişmanlıkta (Obezite) Beslenme:

Obezite" Latince şişman karşılığı olarak kullanılan "iyi beslenmiş" anlamına gelen "obesus" kelimesinden türetilmiştir. Obezite vücutta normal olmayan ve aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanan bir sağlık sorunudur. Besinlerle alınan enerji harcanan enerjiden çok daha fazladır. Obezitenin genetik, kültürel, sosyo ekonomik, fizyolojik, psikolojik ve yaşam biçiminden (beslenme düzeni ve fiziksel aktivite azlığı) kaynaklanan birçok nedeni bulunmaktadır (Çelebi F.2011).

Günümüzde şehirleşme, ekonomik gelişme ve küreselleşme, yaşam biçiminde ve beslenme şeklinde değişikliklere yol açmıştır. Bu değişikliklerin neden olduğu en önemli sorunlardan birisi şişmanlıktır. Genetik, çevresel ve davranışsal faktörler gibi birçok faktörler bireyin vücut ağırlığını etkilemektedir. Vücutta yağ dokusu ağırlığının erkeklerde %19' un, kadınlarda ise %22'nin üzerinde olması durumunda obezite söz konusudur (Balcı M K. 1996).

Obezite enerji alımının, tüketiminden fazla olduğu, enerji dengesinin bozulduğu durumlarda ortaya çıkar. Kronik hastalıkların gelişiminde ve ölüm oranlarında artışa yol açması nedeniyle sağlığı tehdit eden ve mutlaka önlenmesi ve tedavi edilmesi gereken en önemli sağlık sorunlarından birisidir (Astarlı Ö.2008).

Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere uluslararası pek çok kuruluş obezitenin ve kronik hastalıkların önlenmesinde yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının yerleştirilmesi ve hareketli yaşam biçiminin benimsenmesini önermektedir. Birçok kronik hastalıklara sebebiyet veren ölüm oranlarını artıran sağlığı tehdit eden ve mutlaka önlenmesi gereken bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Kanselerin %30-40'ında, kardiyovasküler hastalıklardan ölümlerin enaz üçte birinde, şişman ve kilolu olmanın diyabet hastalığının oluşumunda, kardiyovasküler hastalıkların ve bazı kanser türlerinde artan riskte, ölümlerde, osteoporoz ve yaşlılarda osteoporoz sonucu görülen kalça kırıkları gibi sonuçların oluşumunda etkileri bilinmektedir (WHO, 2003).

Obezite kronik hastalıkları tetikleme ölüm riskine yol açmasının yanı sıra, psikososyal alanda da kayıplara neden olmaktadır (Gortmarker SL ve ark 1993).

Şişmanlığı ve şişmanlığın boyutunu saptamak için çok çeşitli yöntemler vardır. En çok bilinen ve kullanılan yöntem beden kütle indeksine (BKİ) göre değerlendirme yöntemi-

dir. BKİ'nin hesaplanabilmesi için vücut ağırlığı ve boy uzunluğu tekniğine göre ölçülür. DSÖ standartlarına göre hastaların BKİ değerleri yorumlanmıştır Tablo1 (WHO2010).

Obezite prevalansını etkileyen en önemli faktörler; yaş, cinsiyet, genetik faktörler, sosyokültürel düzey, ailede obez bireylerin varlığı, sigara, alkol, düzenli spor hareketli yaşam ve beslenme alışkanlıklarının da prevalans üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Sosyo-ekonomik düzey düşüklüğü, evli olma ve çalışmama obezite için risk faktörleri olarak bulunmuştur (Şarbat G,1999). Eğitim durumu düşüklüğü, evlilik, gebelik, genetik faktörler, bir işle meşgul olmama obezite risk faktörünü artırmaktadır (WHO1995, Özkahraman Ş ve ark 2002).

Obezite gelişmiş ülkelerin az ve orta gelirli kesimlerinde, gelişmekte olan ülkelerin ise orta ve yüksek gelir düzeyli tabakalarında daha fazla gözlenirken çok yoksul kesimlerde çok görülmemektedir (Tüzün M.1999).

Vücut Ağırlığının Yönetimive Enerji Dengesi

Enerji dengesi, tüketilen besinler ve normal vücut fonksiyonları (örn. metabolik süreçler) ile fiziksel aktivitelerle harcanan enerji arasındaki ilişki ifade eder. Tüketilen besinlerden alınan enerji ve fiziksel aktiviteyle harcanan enerji kontrol altına alınabilir ve vücut ağırlığı yönetilebilir. Yaşam sürecinde vücut ağırlığındaki artışı önlemek ve sağlıklı vücut ağırlığını korumak önemlidir. Şişmanladıktan sonra normal vücut ağırlığına ulaşmak uzun zaman alır ve büyük çaba gerektirir. Bu nedenle enerji dengesine dikkat edilmesi vücut ağırlığının korunmasını sağlar (TÜBER 2015).

Enerji dengesinin sağlanmasında besin alımının yaşa, cinsiyete, fizyolojik duruma (gebelik ve emzirme) ve fiziksel aktivite düzeyine göre önerilen günlük gereksinimler doğrultusunda olması gerekmektedir. Vücut ağırlığının korunması için günlük diyetle alınan enerji ile harcanan enerji eşit olmalıdır. Harcanandan çok enerji alımı vücut ağırlığında artışa, harcanandan az enerji alımı ise vücut ağırlığı kaybına neden olmaktadır. Enerji dengesinin sağlanması ve vücut ağırlığı yönetimini başarılı bir şekilde sürdürebilmek için günlük enerji gereksinimlerini bilmek, o yönde yeterli ve

dengeli beslenmek gerekmektedir. Büyüme ve gelişme, dokuların yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin gereksinim kadar alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılmasına yeterli ve dengeli beslenme denir. Kişinin günlük gereksinimi olan enerji; cinsiyet, yaş, boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve fiziksel aktivite düzeyi gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Boy uzunluğuna uygun vücut ağırlığı hedeflenmeli, sağlıklı vücut ağırlığı korunmalıdır (TÜBER 2015).

BKİ: 18.5-24.99 kg/m² olmalıdır. Yeterli ve dengeli beslenme ilkelerine uygun olacak şekilde günde üç ana öğün tüketilmelidir. Özellikle kahvaltı öğünü atlanmamalıdır. Kahvaltı öğününün atlanması sağlıklı vücut ağırlığının sürdürülebilirliğini engeller. Öğünlerde çeşitli besinlerin tüketimi sağlanmalıdır. Öğünler tüketilirken yemek dışında farklı bir uğraş içinde olunmamalıdır (örn; televizyon seyretme, gazete okuma, cep telefonu kullanma vb). Öğün aralarında enerji içeriği düşük olan besinler (örn; önerilen porsiyonlarda meyve, sebze, süt ve ayran vb.) tüketilmeli ve sağlıklı besin seçimine özen gösterilmelidir;

- Basit karbonhidrat, toplam ve doymuş yağ içeriği yüksek olan yiyeceklerin (şeker, çikolata, kek, pasta, börek, çörek, yağlı, kremalı ve içeriği bilinmeyen her türlü yiyecek) tüketiminden kaçınılmalıdır.
- Enerji içeriği yüksek olan içecekler (şeker eklenmiş gazlı/gazsız içecek ve hazır meyve suları, alkollü içecekler, vb.) sınırlı miktarlarda tüketilmelidir. Bunların yerine su, süt, ayran, taze sıkılmış meyve suyu gibi sağlıklı içecekler tercih edilmelidir.
- Vücut ağırlığının denetiminde posa içeriği yüksek olan besinlerin tüketimi önemlidir.

Bunun için beyaz ekmek yerine tam tahıl ürünleri, pirinç yerine bulgur pilavı, sebze ve meyve sularının yerine sebze ve meyvenin kendisi tüketilmelidir. Kuru baklagillerin tüketimi artırılmalıdır

- Yiyecekler iyice çiğnenmeli, yavaş yavaş tüketilmelidir.
- Su tüketimine özen gösterilmelidir. Yetişkin birey için günlük 2.0-2.5 litrenin (8-10su bardağı) altına düşmemelidir.

- Sağlıklı ve dengeli beslenmek için haftalık menü planı yapılmalı ve bu doğrultuda alışveriş listesi oluşturulmalıdır. Aç karnına yiyecek ve içecek alışverişi yapılmamalıdır.
- Enerji dengesinin sağlanması için porsiyon miktarlarına (büyüklüğüne) dikkat edilmelidir.
- Dışarıda yemek yeneceği zaman sağlıklı seçimler yapılmalıdır. Izgara, haşlama, buğulama gibi sağlıklı pişirme yöntemleri tercih edilmeli yağlı ve kremalı soslarla hazırlanmış yiyeceklerden ve kızartmalardan kaçınılmalıdır.
- Yiyecek içecek alışverişi yaparken besin etiketleri okunmalıdır. Etiketlerde yer alan porsiyon başına enerji ve besin ögesi içeriklerine dikkat edilmelidir. Sağlıklı olmak için yeterli ve dengeli beslenme kadar düzenli fiziksel aktivite (egzersiz) yapmak da önemlidir. Fiziksel aktivite bireylerin enerjik ve zinde olmasını, sağlıklı vücut ağırlığının sürdürülmesini ve uygun vücut bileşimini sağlamakta, aynı zamanda kronik hastalıklara yakalanma riskini azaltmaktadır (TÜBER 2015).

2.3. Adölesan Dönemde Beslenme ve Genç Beslenmesi

2.3.1. Adölesan Dönemde Beslenme

10-19 yaşları arasını Dünya Sağlık Örgütü adölesan dönem olarak 15-24 yaş arasını “genç” ve 19-24 yaşları arası ise “gençlik” olarak tanımlanmaktadır (WHO 2005). Adölesanlar dünya nüfusunun %20’sini oluşturmaktadır. Adölesan dönemi bebeklikten sonra büyümenin en hızlı olduğu önemli bir dönemdir. Büyüme sürecinde vücuttaki yağ, su ve hormon miktarlarında değişiklikler olur. Tüm bu değişiklikler ve hızlı büyüme nedeni ile enerji ve besin öğelerine olan gereksinim de artar (SCN2005, WHO 2010). Genellikle çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilen ergenlik dönemi, gerçekte fiziksel, psikolojik ve sosyal olgunluğa erişmenin tamamlandığı bir dönemdir. Ergenlik kendi içinde aşamaları olan homojen olmayan bir süreçtir. Adölesanlarda, enerji gereksinimi öncelikle iştah artışı şeklinde kendini gösterir ve öğün aralarında ek

besin tüketme isteği artar. Ana öğünleri atlama ve öğün aralarında gelişi güzel hızlı-hazır yemek yeme alışkanlığı oluşur. Televizyon ve bilgisayar başında uzun süre oturma ve bu süreler içinde atıştırma tarzı yiyecek tüketme yaygın görülen davranışlardır (WHO2010).

Adolesanlardaki dış görünüş ile ilgili endişe, çevresi tarafından kabul edilme ihtiyacı, giderek artan bağımsızlık ve aktif yaşam tarzı yeme alışkanlıklarını ve gıda tercihlerini etkilemektedir. Özellikle yemek öğünlerini atlama (kahvaltı, öğle yemeği), ev dışında daha fazla yemek yeme, “fast food” tüketimi, vejetaryan ve sıkı diyet programları sık görülen gıda alışkanlıkları olup, beslenmede bozukluklara yol açmaktadır. Bu davranışlar adolesanda hareketsiz bir yaşam tarzına ve buna bağlı olarakda şişmanlığa eğilimi artırır. Adölesan döneminde kazanılan yanlış beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıkları kalıcı olabilmekte bu da sağlığı yaşam boyunca etkileyebilmektedir (WHO 2005).

Adölesan dönemdeki hızlı büyüme, enerji ve besin öğelerine olan gereksinimin artmasına neden olmaktadır. Ayrıca bu dönemde yetersiz beslenme veya kötü beslenme alışkanlıkları sonucunda ileriki yıllarda osteoporoz, şişmanlık, vücutta hızlı yağ artışı, cinsel gelişimde gecikme, kalp-damar hastalıkları ve kanser önemli sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır (McNaughton S ve ark 2008).

Adolesan dönemde besin öğeleri ve enerji gereksinimi;

Adolesan çağda bazal metabolizmada önemli artış görülmektedir. Buna bağlı olarak enerji gereksinimi de artar. Büyüme sürecinde enerji harcaması gerektirdiğinden; çocukların enerji gereksinimi yetişkinlerden fazladır. Erkeklerde kas dokusu daha fazla gelişirken yağ dokusu azalır, kızlarda her iki dokuda da artış gözlenir. Yirmi yaş civarında kızlar erkeklerden bir kat fazla yağ dokusu, fakat erkeklerin üçte ikisi kadar kas dokusuna sahip olurlar. Bu gözlemler adolesanda erkeklerin adolesan kızlardan daha fazla enerjiye ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Düzenlenen diyetler büyüme ve gelişmeyi aksatmadan yaş ve cinsiyete göre gereksinimlerin karşılanmasına dikkat edilmedir (Baltacı G, Ersoy G,ve ark2008).

Büyüme ve fiziksel aktivite için ek enerjiye ihtiyaç vardır. 11-18 yaş arasındaki erkeklerin günde yaklaşık 2500-2800 kalori, kızların ise 2200 kalori almaları gerekmektedir. Bu miktarlarda çocukluk dönemine göre oldukça önemli bir artış vardır. Yarışmalı spor dallarına katılan veya fiziksel aktivitesi fazla olan ergenlerin enerji gereksinimi bu ortalamalardan daha da yüksek olmalıdır. Bunun karşılanabilmesi için ergenlerin çeşitli protein kaynaklarını, düşük yağlı süt ürünlerini, sebze ve meyveleri tüketmeleri gerekmektedir. Bu dönemdeki enerji ve besin eksikliği pubertenin gecikmesine ve büyümenin geri kalmasına neden olmaktadır. Yetersiz enerji alımı ise sıkı diyet yapılması, düşük ekonomik düzey ya da kronik hastalık ile yakından ilişkilidir (Tülay E 2008).

Protein gereksinimi;

Günlük olarak belirlenen enerjinin %12-15'inin proteinlerden alınması tavsiye edilmektedir. Ancak bu miktar, düşük enerjili diyetlerde yaşa ve cinsiyete göre günlük alınması önerilen miktarlara göre denetlenmeli ve negatif azot dengesine neden olmamalıdır. Proteinlerin yeterli miktarda alınması; tokluk hissi sağlamaları, yüksek termik etkileri, yağsız vücut kütlelerinin korunumu ve özellikle çocukluk döneminde büyüme ve gelişmedeki olumlu etkileri nedeniyle önemlidir (Baltacı G, Ersoy G, ve ark2008). Bu nedenle verilen toplam proteinin %50-60'ı biyolojik değeri yüksek hayvansal kaynaklı besinlerden sağlanmalıdır. Bu dönemde kas kitlesindeki artıştan, eritrosit ve miyogloblin ihtiyacının artması ve hormonal değişikliklerden dolayı artış görülmektedir. Aynı zamanda proteinler enerji sağlamalarının yanında hücrelerin yapı taşı olduğu için büyüme-gelişme ve yıpranan hücrelerin yenilenmesi için de gereklidir (Baltacı G, Ersoy G,ve ark 2008).

Adolesanda protein alımı, enerji alımının doruğa varması ile eş zamanlı olarak en üst düzeye ulaşır, kızlarda 11-14 yaş arasında, erkeklerde 15-18 yaş arasında daha fazladır. Diyet ile alınan protein miktarı ve bireyin fizyolojik durumu dışında protein metabolizmasını etkileyen birçok faktör vardır. Bunlardan başlıcaları; diyet proteinin-

deki aminoasit kompozisyonu, enerji ve diğerk besleyicilerin yeterli miktarda alınması ve organizmanın nutrisyonel durumudur. Ergenlerin çoğı bu miktarı et, sütlü ve süt ürünleri, tavuk, yumurtadan ve alarak bu gereksinimi karşılayabilir. Ayrıca soya, taneli tahıllar ve fındık gibi et dışı ürünler de buna katkıda bulunur. Yeterli protein alınmadığında lineer büyümede, cinsel olgunlaşmada gerilik ve yağsız vücut kütleinde azalma görülür (Tülay E 2008).

Karbonhidrat gereksinimi;

Adölesanların günlük enerjilerinin %50' si veya daha fazlası karbonhidratlardan karşılanmalıdır. Karbonhidratlar çabuk enerjiye çevrilen ve büyümekte olan adölesanın gerekli enerjisini karşılayabilen besin öğeleridir (Tülay E 2008). Karbonhidratların kompleks karbonhidrat ve lifli yiyeceklerden zengin olması önerilmektedir. Yaş gruplarına göre yeterli miktarlarda sebze ve meyve tüketilmeli, kabuklu yiyecekler tüketilmeli kuru baklagiller yeterli miktarlarda tüketilmeli. Meyve suları yerine meyve tercih edilmelidir (Baltacı G, Ersoy G,ve ark 2008).

Yağ gereksinimi;

Vücuda en fazla enerji veren besin öğeleri yağlardır. Günlük enerjinin %25-30' unun yağlardan gelmesi gerekir. Doymuş yağ oranının %10' unu geçmemelidir. Yağların yoğun enerji kaynağı olması nedeni ile toplam yağ alımındaki dikkatsiz kısıtlamalar enerji alımının yetersiz kalmasına, proteinlerin bu amaçla tüketilmesine, büyüme ve gelişmenin kötü yönde etkilenmesine yol açabilir. Tüketilen toplam yağ miktarlarının tekli ve çoklu doymamış yağ asitlerini içerecek şekilde dengelenmesine, gençler için alınması gereken yağ asidi miktarının karşılanması ve doymuş yağ asitlerinden sağlanan enerji miktarının %7-10 arasında olmasına özen gösterilmelidir (Baltacı G, Ersoy G,ve ark 2008).

Vitaminler ve Mineraller

A vitamini

A vitamini normal görmeyi sağlaması yanında, büyüme, üreme ve bağışıklık sisteminin işlevlerinde de yaşamsal rolü büyük önem arz etmektedir. Büyüme ve gelişmeye paralel olarak A vitamini gereksinimi değişir. Bedenin yeterli A vitamini deposunun sağlanabilmesi için 9-13 yaş arasındaki kız ve erkeklerin günde 600 mg, 14-18 yaş arasındaki kızların 700 mg, erkeklerin 900 mg A vitamini alması gerekir. Sağlıklı bir beslenme vitaminin tüketmeleri gerekmektedir. CSFII gözlemine göre ergenlerin %30'u yeterli A vitamini almamaktadırlar (Subar AF1994). Tahıl, havuç, süt, margarin ve peynir en önemli A vitamini kaynaklarıdır (Smith SM1998).

D vitamini

D vitamini Kalsiyum (Ca) dengesinin sağlanması ve iskelet sisteminin bütünlüğünün korunması açısından önemlidir. Ancak bunun dışında hücre farklılaşması ve hücre büyümesinde, çoğalmasında, hormon salgılanmasında da çok önemli rol oynar (Smith SM1998). Kan basıncı yüksekliği, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser, ve immun sistem bozuklukları gibi birçok kronik hastalıkta D vitamini eksikliği saptanmıştır (Rowner AJ2008).

Dvitamininin kandaki en iyi göstergesi serum 25(OH)D düzeyidir. Düzeyi konusunda tam bir birlikteliği oluşmamış olmasınan karşın, 10-15 mg/mL'nin altında olması D vitamini eksikliği olarak kabul edilmektedir (Rowner AJ2008).

E vitamini

E vitamin antioksidan özellikleri olması nedeniyle çok önemlidir. Günlük E vitamini gereksinimi 9-13 yaş arasında 11 mg, 14-18 yaş arasında 15 mg'dır. CSFII gözlemlerine göre ergenlerin %40'ının günlük E vitamini tüketimi olması gerekenden azdır (Subar A 1994). E vitamini kaynaklarının çoğu yağlı gıdalardır. Ergenlere vitaminle desteklenmiş tahıllar ve özellikle fındık önerilmektedir (Tülay E 2008).

C vitamini

C vitamini kollajen ve bağ dokularının sentezi için mutlaka alınması gereken bir vitamindir. Günlük alınması gereken miktar ise 9-13 yaş arasında 45 mg, 14-18 yaş arasındaki erkekler için 75 mg, kızlar için 65 mg'dır. Genelde ergenlerin %86-98'i uygun miktarda C vitamini tüketmektedir. Sigara oksidatif stresi ve C vitamininin metabolik döngüsünü hızlandırdığı için, sigara içenlerin C vitamini düzeyi içmeyenlere göre daha düşüktür. Bu nedenle sigara içenlerin günde 35 mg daha fazla C vitamini almaları gerekmektedir (Garriguet D2010).

Sigara içen ergenlerin beslenme düzenlerinin kötü olduğu ve daha az meyve ve sebze tükettikleri için, C vitamini düzeyleri de daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Tülay E 2008).

Folat

Folatlar protein, DNA ve RNA sentezi rol oynarlar. Günlük folat ihtiyacı 9-13 yaş arasındaki ergenler için 300 mg, 14-18 yaş arasındakiler için 400 mg'dır. Sabah kahvaltısı yapma alışkanlığı olmayan ya da hiç portakal suyu ve limon ya da hububat tüketmeyen ergenler özellikle folat eksikliği açısından risk grubundadırlar (Tülay E 2008).

Kalsiyum

Sağlıklı bir kemik yapısı için elzem minerallerdendir. Kemik kütlesinin %45'i ergenlik döneminde oluştuğundan, bu dönemde uygun miktarda kalsiyum almak çok önemlidir. Ergen dönemde yeterli kalsiyum alınmaması ileri dönemde osteoporoz gelişimine yol açar (Rivadeneira D 1988). Günde yaklaşık 1200 mg kalsiyum alımının sağlanabilmesi için ergenlerin her gün 3–4 defa kalsiyumdan zengin gıda alması önerilmektedir. Süt, yoğurt, peynir, kalsiyum ile zenginleştirilmiş meyve suları ve tahıllar bu açıdan değerlidir. Erkeklerin her yaş döneminde günlük kalsiyum gereksinimi kızlardan daha fazladır (Tülay E 2008).

Demir

Adolesan dönemde demir ihtiyacı kan hacmi ve kas kitlesindeki artıştan dolayı daha fazladır. Özellikle kız adolesanlarda menstruasyon dönemi başladığı için erkek adolesanlara göre daha fazla gereksinim vardır. Demir eksikliği psikiyatrik bozukluklarla, çeşitli bilişsel, motor bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir. Demir eksikliğinin hiperaktivite bozukluğu, dikkat eksikliği ve diğer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olabileceği konusunda yapılmış çalışmalar mevcuttur. Sosyo-ekonomik yetersizliklerde bütün beslenme öğeleri yanında demir eksikliğine de sıklıkla rastlamak mümkündür. Estetik gerekçelerle yapılacak rejimlerde de adolesan aynı riskler ile karşı karşıyadır. Vejetaryen diyet ile beslenen adolesanlarda yetersiz alıma, atlet adolesanlarda ise kayba bağlı olmak üzere demir eksikliği riski mevcuttur. Bitkisel ürünlerdeki demirin emilimi daha düşük olduğu için vejetaryenler günlük demir gereksinimlerini karşılayabilmek için en az iki kat daha fazla demir almak zorundadırlar (Donovan UM, Gibson RS1995).

Çinko

Çinko bedende 100'den fazla enzim yapısına katılmakta ve gerek protein oluşumu gerekse gen "ekspresyon"unda yaşamsal değeri çok büyüktür. Büyüme ve cinsel gelişimdeki rolü nedeniyle ergenler için önemlidir. Çinko eksikliğine bağlı olarak gözlenen en erken belirtinin büyüme hızındaki azalma olduğunu göstermiştir. Ergen kızların %18-33'ünde orta derece çinko eksikliği ($<10,71\mu\text{mol/L}$)saptanmıştır. 9-13 yaşındaki kız-erkek ergenlerin çinko gereksinimi günde 8 mg'dır. Kırmızı et, balık ve tüm taneli hububat çinko açısından zengindir (Tülay E 2008). Ergen erkeklerin 14-18 yaş arasındaki çinko gereksinimi günde 11 mg, kızların 9 mg'dır. "Continuing Survey of Food Intakes by Individuals" (CSFII) verilerine göre ergenlerin yaklaşık 1/3'ünde çinko alımı yeterli değildir (Subar AF1994).

Lifler

Diyette alınan lifin yeterli düzeyde bulunması normal barsak alışkanlığı açısından önemli olduğu gibi, bazı kronik hastalıkların önlenmesinde büyük önem arz etmektedir. Ayrıca serum kolesterol düzeylerinin düşürülmesinde, şişmanlık riskinin azaltılmasında da rol oynayabilir. (Williams CL1995).

Adolesan dönemdeki fiziksel değişim ve gelişimi göz önünde bulundurduğumuzda beslenmelerini doğrudan etkiler. Dolayısıyla ergenlerdeki ek kalori, protein, demir ve kalsiyuma ihtiyaçları vardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada ergenlerin günlük besin tüketimlerinde toplam yağ, doymuş yağ, kolesterol, sodyum, kolesterol ve şekeri gerğinden fazla alırken vitaminlerden folat. A, E, B6' yı minerallerden demir, kalsiyum, çinko, magnezyum ile lifi gerekenden az tüketildiği gözlenmiştir(StangJ,StoryM2005),(PoowellLMveark.2007).

Adolesanlarda Nutrisyonel Risk Faktörleri ve İlişkili Sağlık Problemleri

Adolesan döneminde beslenmeye bağlı sağlık sorunlarının başında obezite, demir eksikliği ve B12 vitamini eksikliğine bağlı anemi, çinko eksikliğine bağlı büyüme ve gelişme geriliği, aşırı zayıflık, *anoreksiya nervoza*, *bulimiya nervoza*, diş çürükleri, *akne vulgaris*, depresyon, *polikistik over sendromu* gibi yetişkin dönemde de etkisini sürdürmeye devam edecek sorunlar gelmektedir.

Tablo 2 Adolesan dönemde beslenme ilişkisi sağlık problemi (DemirH 2008).

Sağlık problemleri	Risk faktörleri
Hipertansiyon	Artmış kilo, artmış sodyum alımı
Obezite	Kalori ihtiyacından fazla alım, sedanter yaşam stili
Zayıflık	Anoreksiyanervoza, bulimiya nervoza
Demir eksikliği anemisi	Malnütrisyon, diyetle yetersiz demir alımı
Artmış serum kolesterol /kalp hastalığı, aterosklerozis	Fazla doymuş yağ ve kolesterol alımı
Diş çürükleri	Şekerli, nişastalı ürünlerin fazla ve sık tüketilmesi, oral hijyenin azlığı
Osteoporoz	Yetersiz kalsiyum ve vitamin D alımı

Yeme davranışı bozuklukları: (TÖBR 2004).

Ölçüsüz yeme, tıkanırcasına yeme, kusma, bozulmuş beden algısı ve şişmanlık korkusu gibi düzensiz yeme davranışları yaygın olarak adolesanlarda, yeme bozuklukları ise her yaşta görülür.

Yeme bozukluğu riskini azaltmak için çocukların;

- Yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının desteklenmesi
- Çeşitli beden algısı ve vücut ağırlığına ulaşma ile ilgili ısrarlardan kaçınılması
- Sınırlı diyetler veya zararlı ağırlık kontrolü davranışlarından (örn; kusma, aşırı laksatif kullanımı) sakınılması
- Ruhsal sağlığın iyi yönde teşvik edilmesi önerilir.

Adolesanlar için Beslenme Önerileri: (Demir H 2008),

- 1) Yeterli vitamin, protein, mineral ve lif için değişik ve farklı türden besinlerin tüketilmesini sağlamak
- 2) Diyet dengesizliklerinden sakınmak (yüksek oranda yağ, doymuş yağ, kolesterol, şeker tuz; düşük oranda protein, vitamin, mineral ve lif içeren bir diyet uygulamaktan sakınmak)
- 3) Kemiklerin gelişimi için yeterli düzeyde kalsiyum ve D vitamini alımını sağlamak
- 4) Sağlıklı kiloyu dengede tutmak, obezite ve yeme bozukluklarını önlemek için uygun ve yeterli enerji alımını sağlamak
- 5) Fiziksel dengeyi sağlamak için sürekli egzersiz ve aktif bir yaşam stili geliştirmek
- 6) Barsak sağlığını bozacak laksatif ve diüretik kullanımından kaçınmak
- 7) Alkol ve sigara gibi sağlığı riske atacak zararlı alışkanlıklardan kaçınmak gibi önerileri göz önüne almak gereklidir.

2.4. Genç Beslenmesi

Gençlik çağı iyi ve kötü alışkanlıkların olduğu dönemlerden biridir. Gençlikte beslenme ile ilgili yapılan hatalar, kazanılan yanlış alışkanlıklar o andaki sağlık ve verimlilik düzeyini düşürdüğü gibi, ileriki yaşlardaki sağlık ve verimliliği de olumsuz yönde etkiler. Bu nedenle gençliğin yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilinçlendirilmesi ve beslenme için gerekli koşulların sağlanması üzerinde önemle durulmalıdır. Beslenme alışkanlıklarının olumlu yönde değiştirilmesi, kronik hastalık riskinin azaltılmasında

temel etkindir. Yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarına ilişkin diyetle yapılan değişikliklerin yaşam boyunca sağlık üzerine olumlu ya da olumsuz etkilere yol açtığı bir gerçektir. Diyetteki olumlu davranışlar kişinin sağlığını korurken, ileri yaşlarda oluşabilecek hipertansiyon, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, osteoporoz vb. hastalıkların oluşum riskini de önlemektedir (Anon, 1999; Uyar, 2007).

Gençlerin beslenme alışkanlıklarının oluşmasında birincil faktörler; kişisel yeme seçimleri, ailenin yeme biçimi, anne ve babanın yeme seçimi konusunda model olması, medya ve toplum normlarıdır (Neumark-Sztainer ve ark. 2005). Ancak beslenme alışkanlıklarına etki eden kişisel faktörler; davranışlar, özsaygı, inançlar, bilgiler, öğün-atıştırma örüntüsü ve ağırlık kontrolüdür. Yeme alışkanlıklarına etki eden sosyal çevresel faktörler ise aile, arkadaşlar ve diğer yakın çevredir. Yemek yeme davranışı gencin fiziksel gelişiminin, sağlığının ve kişiliğinin merkezini oluşturmaktadır. (Story ve ark. 2002).

Gençlerin ilgi alanlarındaki artış, bağımsızlık kazanılması, kendi kendine karar verme yetkisi, sosyal hayata girme ve yaşlılarıyla bütünleşme kaygıları zamanlarının büyük kısmını dışarıda geçirmeye yönlendirir. Bu da beslenme alışkanlıkları ve davranışlarının değişmesine, fast food gıdaların aşırı tüketilmesine, yanlış diyet uygulamalarına, öğün atlamalarına, öğün aralarında bir şeyler atıştırarak açlığın yatıştırılmasına neden olmaktadır (Kardaş, Orbak, 2002). Çünkü davranış, geçmişte yaşanan olaylara ya da uyarana karşı ortaya çıkan yanıttır. Geçmişte yaşanan olay ne kadar yoğun yaşanmışsa oluşan yanıtta o kadar keskindir. Bu sonuçların keskinliği olumlu veya olumsuz bir davranışın oluşmasıyla sonuçlanmaktadır. Yani beslenme davranışları da hem geçmiş deneyimlerin hem de o anki durumun sonuçlarıdır (Whitney, Cataldo, Rolfe 1994; Artan, 2003). Ayrıca toplumsal değişmeler beslenme alışkanlıklarının da zamanla değişmesine yol açmaktadır. Ekonomik düzeyin yükselmesi bireylerde genellikle geleneksel besinler yerine enerji değeri yüksek, besleyici değeri düşük saflaştırılmış besinlere eğilimi artırmaktadır (Çekal, 2008). Erken yaşlarda kazandırılacak beslenme alışkanlıkları ve davranışları ilerleyen zamanlarda besin çeşitliliğine göre besin seçiminde, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde ve sağlığın korunmasında önemli bir belirleyici olmaktadır (Martens ve ark. 2005).

2.5. Gebelik Döneminde Beslenme

Gebelik insan yaşamında beslenmenin en önemli olduğu evrelerden birisidir. Gebelikte beslenme ile bebeğin doğum ağırlığı, beyin gelişimi, intrauterin ölüm, prematürel ve preeklamsi arasındaki ilişkiler çeşitli araştırmalarla kanıtlanmıştır. Gebelik her kadın için doğal bir olaydır. Bu dönemde anne ve bebeğin sağlığını etkileyen bazı etmenler vardır. Annenin erken ya da genç yaşta çocuk sahibi olması, gebelik sayısı, son iki gebelik arasındaki süre, gebelikte geçirilen enfeksiyonlar, kullanılan ilaçlar, kronik hastalıklar, ışın (radyasyon) alması, besinlerle küf, mantar, pestisit kalıntılarının alınması en önemlisi de yeterli ve dengeli beslenmedir (Köksal,1996).

Bilimsel araştırmalar, gebelik ve emzicilik döneminde annelerin yeterli ve dengeli beslenmesinin; hem kendi sağlığının uzunca süre korunabilmesinde hem de bebeğin sağlıklı doğması ve gelişmesinde etkin olduğunu göstermektedir. Bu nedenle gebelik ve emzicilik döneminde bebek ve anne sağlığının temel taşlarından birisi yeterli ve dengeli beslenmedir. Yetersiz ve dengesiz beslenme sorunlarından etkilenen grupların başında okul öncesi yaş grubu çocuklarla birlikte gebe ve emzikli kadınların geldiği bilinmektedir. Beslenme sorunlarının başlıca nedenleri; gebelik ve emzicilikte artan gereksinmelere uygun olarak günlük beslenmeye ek yapılmaması, ekonomik yetersizlikler nedeniyle besin alımının azalması, gelenek ve göreneklerin etkisi nedeniyle yanlış besinlerin seçimi, yiyecek hazırlama ve saklamada yapılan yanlış uygulamalardır. Gebelikte artan enerji ve protein gereksiniminin karşılanamaması annede ağırlık azalmasına neden olabilmektedir. Artan gereksinimler karşılanmadığı zaman anemi, diş çürükleri, osteomalasia gibi hastalıklar ortaya çıkabilmektedir (Köksal,1996).

Sağlıklı bir gebelik için, ağırlık kazanımının miktarı kadar hızı da önemlidir. Gebeliğin ilk üç ayı süresince beklenen ağırlık kazancı 1-2 kg olup; adolesanlarda ise 2-3 kg'dır. Daha sonraki dönemde haftalık ağırlık kazanımı 0.3-0.5 kg civarında beklenmektedir. Gebeliğin başlangıcında şişman olan kadının fazla ağırlık kazanmasına

gerek yoktur. Aşırı şişmanlık doğum zorluğuna neden olabilir. Gebelikte ağırlık artışı fetal büyüme ile ilgilidir. Gebelik ilerledikçe ağırlık artmaktadır (Kramer, 2003).

Annenin enerji, protein, vitamin ve mineral gereksinmesi artmaktadır. Gebelik ile ilgili diyet yasakları, bilgi eksikliği nedeniyle yetersiz prenatal beslenme, yetersiz alım, hastalıkla ilgili emilim bozukluğu ya da kayıplar nedeniyle yetersizlikler oluşabilmekte bu da hem anne hem de yeni doğan bebek için olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (Ladipo, 2000).

Folik asit:

Gebelik öncesi yeterli folik asit alımı fetusu nöral tüp defekti, düşük doğum ağırlığı ve plasentanın erken ayrılmasına karşı koruyucu olduğundan, gebelik planlayan kadınlara gebelik öncesi dönemden başlayarak, diyet ek olarak 400 mcg/gun folik asit desteği (suplementasyon) verilmesi ve gebeliğin ilk 3 ayı boyunca da bu desteğin devam ettirilmesi önerilmektedir. Bu nedenle planlanmış gebelikler önem taşımaktadır. Ayrıca gebelik süresince yeterli taze sebze ve meyve tüketimi de sağlanmalıdır. Gebelikte özellikle demir ve folattan zengin diyet alınmalıdır. Demir yetersizliği anemisi de erken doğum ve düşük doğum ağırlı riskini arttırmaktadır (Allen,2000).

D vitamini:

D vitamini gereksinmesi güneş ışığından karşılanmasına rağmen, gebelik döneminde gereksinmenin artması nedeniyle T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından tüm gebelere D vitamini desteği programı başlatılmıştır. Gebelere, gebeliğin 12. haftasından itibaren 1200 IU (30 mcg)/gun (9 damla) tek doz D vitamini başlanması, gebelik süresince devam edilmesi ve doğum sonrası en az 6 ay emzirme süresince kullanılması önerilmektedir (Samur G.2012).

Gebelik döneminde makro ve mikro besin öğelerinin yeterli miktarlarda alınması bebeğin sağlığı açısından büyük önem arz etmektedir. Gebelik döneminde D vitamini

yetersizliği çocukta rikets, hipokalsemiye ve kemikleşmede gecikme sebep olmaktadır (Schroth, 2005).

Kalsiyum:

Çoklu doğumlar, güneş ışınlarından yararlanamama, hareket azlığı ve emzirme süresinin uzaması ve kaybedilen kalsiyumun yerine yeterli ekleme yapılmaması durumunda kadında osteomalasia (kemik yumuşaması) ve diş çürükleri görülebilmektedir. Türkiye’de süt ve türevleri grubu besinlerin toplam tüketim miktarı gebe-emziren kadınlar için önerilen miktarların altındadır. Bu nedenle süt ve süt ürünleri tüketiminin artırılması gereklidir. Yeterli miktarlarda alımı ile annenin kemik kütlesi korunur ve anneyi ileri yaşlarda osteoporozu karşı korur ayrıca bebeğın iskelet yapısı gelişir (Samur G.2012).

İyot:

Kadınlarda gebe ve emziliklik dönemde iyot gereksinimi artmaktadır. Türkiye’de 1995 yılından günümüze “İyot Yetersizliği Hastalıklarının Önlenmesi ve Tuzun İyotlanması Programı” yürütölmektedir. Program kapsamında 1998 yılında tuzun iyotlanması konusunda yasal düzenleme yapılarak sofralık tuzların iyotlanması zorunlu hale getirilmiştir. Gıda sanayi tuzuna iyot eklenmemektedir. Özellikle çeşitli nedenlerle tuz alımının kısıtlanması gereken gebelik planlayan kadınlar, gebe ve emziren kadınların iyot gereksinmesi (200- 250 mcg/gun) mutlaka karşılanmalıdır (Samur G.2012).

Sıvı alımı:

Gebe ve emziren kadınların sıvı gereksinmesi artan hücre dışı sıvı hacmi, fetus gereksinmesi, amniyotik sıvı ve anne sütü salgılanması gibi nedenlerle artmaktadır. Bu nedenle günlük yeterli sıvı alımının sağlanması önemlidir. Sıvı kaynağı olarak; su, süt, ayran, taze sıkılmış meyve suları tercih edilmelidir. Gebe ve emziren kadınlarda 750-1000 mL (3-4 bardak) ek sıvı alınması önerilir. Günlük kafein alımı en fazla 200 mg/gün olmalıdır (yaklaşık 2 fincan neskafe veya 4-5 bardak cay) (Samur G.2012).

2.6.Onkoloji Hastalarında Beslenme

Hücrelerin kontrolsüz bir biçimde çoğalması kanser olarak tanımlanmaktadır. Buna sebep olan beslenmeyle ilgili faktörler arasında; yanlış besin seçimi ve kötü beslenmek, fiziksel aktivite yetersizliği ve aşırı kilolu olmak yer almaktadır.

Kalp hastalığından sonra ölüm riski taşıyan ikinci hastalık kanserdir (Braunwald et al. 2004). Onkoloji hastalarının %40'ında tanı-tedavi sürecinde beslenme yetersizliği gelişir (Bavbek, 2005). Tüm onkoloji hastalarında %20-80 oranında görülen protein kalori malnütrisyonu ortak bir komplikasyon olup (Kubrak ve Jensen, 2007), sağ kalım ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Caro, Laviano ve Pichard, 2007), (Pedraso et al. 2000), (Perez ve Zanuy, 1999). (Vigano ve ark.2007) çalışmasında onkoloji hastalarının 6 haftada 8.1 kg'dan fazla kilo kaybettiklerini belirtmiştir. Yarış ve ark. (2002) çalışmasında malnütrisyon oranının % 29.8'i olduğunu, bu oranın tedavi sırasında % 38.3'e kadar yükseldiğini bildirmiştir. Onkoloji hastasının beslenme durumunun değerlendirildiği bir başka çalışmada, özefagus tümörlü hastaların %57'si, mide tümörlü hastaların %50'si ve larenks tümörlü hastaların %47'sinde yüksek oranda kilo kaybı saptanmıştır (Segura et al. 2005).

Onkoloji hastalarında beslenme bozukluğu; antikor yapımında azalma, enfeksiyonlar, yaraların iyileşmesinde gecikme ve hastanede kalış süresinde uzama gibi prognozun kötüleşmesine neden olmaktadır (Arends et al, 2006), (Bavbek, 2005). Onkoloji hastalarının %20'den fazlası, primer hastalıklardan çok nütrisyonel komplikasyonlardan ölmektedir (Çehreli, 2004).

Kanserli hastalarda malnütrisyonun nedenleri: (Çehreli, 2004), (Kömürcü, 2006), (Rivadeneira et al, 1998), (Braunwald, 2004).

1.Tümöre bağlı mekanik nedenler

- Disfaji
- Fistüller
- Malabsorbsiyon
- Gastrointestinal ülserasyonlar

- Kanama
- Diyare
- İntestinal obstrüksiyon
- 2-Operasyona bağlı nedenler
 - İleus
 - Gastrik boşalmanın gecikmesi
 - Diyare
 - Malabsorbsiyon
- 3- Metabolik değişiklikler
 - Kanser kaşeksi sendromu
 - Anoreksi
 - Tat bozukluğu
- 4- Radyoterapi
 - Diyare
 - Bulantı
 - Tat değişikliği
 - Kusma
 - Malabsorbsiyon
 - Yanıklar
- 5- Kemoterapi
 - Bulantı
 - Kusma
 - Özefajit
 - Diyare
- 6- Enerji ihtiyacının artması
 - Metabolizmada artış
 - Katabolik etki
 - Kaşektin salgılanması
- 7- Depresyon ve diğer psikolojikfaktörler
 - Sosyal yaşantının bozulması
 - Anksiyete

Onkoloji hastalarında beslenme bozukluğuna sebep olan metabolik nedenler;

- a) Protein metabolizmasındaki değişiklikler: Onkoloji hastalarında, tümöral hücrelerin nitrojen gereksinimi, hastaların azalmış olan protein alımlarından dolayı kaslardan karşılanır. Bu nedenle hastaların hızla, kas kitlesinde azalma olur (Apak, 2004). Onkoloji hastalarında protein metabolizmasında görülen bozukluklar; vücut protein kullanımının artması, kas protein yıkımının devam etmesi, karaciğerde protein sentezinde artma ve plazmada dallı zincirli aminoasitlerin (lösin, valin, izölösın) azalmasıdır (Donald ve Kotler, 2000).
- b) Karbonhidrat metabolizmasındaki değişiklikler: Onkoloji hastasının karaciğerinde glikoneogeneziste bir miktar artış olur (Başaran, 2004). Karbonhidrat metabolizmasında görülen değişiklikler; insülin direnci, glikoz intoleransı, laktik asidoz, glikoz klirensinin gecikmesi, anormal insülin sekresyonudur (Apak, 2004), (Donald ve Kotler, 2000).
- c) Lipid metabolizmasındaki değişiklikler: Onkoloji hastalarında hiperlipidemi ve lipid depolarında azalma olur. Bu hastaların serumundaki artmış lipid seviyesi, hastalığın prognozunda önemli bir yere sahiptir. Hiperlipidemi, immünsüpresyona yol açabilir ve özellikle monosit ve makrofajlar üzerinde inhibitör etkilere sahiptir (Apak, 2004), (Jing-ting et al. 2007). Kanserli hatalarda lipid metabolizmasında meydana gelen değişiklikler; vücut yağının harcanmasında artma, lipogenezisde azalma, serbest yağ asitleri (FFA) artışı, FFA oksidasyonunun baskılanarak glukozun tüketilmesi, total lipitlerde azalma ve serum lipid peroksidoz (LPP) aktivitesinin azalmasıdır (Donald, Kotler, 2000), (Zuijdgeest-van, 2000).

Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Kanser hastalarının beslenme durumunun belirlenmesi malnütrisyon açısından yüksek riskli hastaları takip için ilk basamaktır. Değerlendirmenin hedefi riskli hastaları hızlıca ayırt etmek ve hastalara kapsamlı ve uygun beslenme desteğini sağlamaktır. Bir hastanın beslenme durumunu hızlı ve etkin bir şekilde taramak için, objektif ve subjektif

veriler hızla gözden geçirilmelidir. Boy, kilo, kilo değişimleri, teşhis, hastalığın evresi ve komorbid durumların varlığı beslenme durumunun taramasındaki objektif verilerdir. Beslenme durumunun değerlendirilmesi için kullanılan yöntemler aşağıda özetlenmiştir (Huhmann MB 2008 ,Ferguson M 1999, Bauer J 2003, Read JA2005, Guigoz Y 1996).

Kanser Hastalarında Kullanılan Beslenme Durumu Değerlendirme Yöntemleri

‘Malnutrition Screening Tool (MST)’ (Ferguson M, ve ark1999) : Ağırlık, iştah, kilo kaybı yüzdesi

‘Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)’ (Bauer J, Capra S 1999) : Beden kitle indeksi, kilo kaybı yüzdesi, akut hastalık etkisi

‘Patient-Generated Subjective Global Assessment (PGSGA)’ (Read JA, ve ark.2005) : Kilo kaybı hikayesi, aktivite düzeyi, belirtiler, gıda alımı, klinisyenin değerlendirmeleri

‘Mini Nutritional Assessment (MNA)’ (Guigoz Y. ve ark1996) : 18 madde içerir; 6 madde; gıda alımı, kilo kaybı, fiziksel aktivite, beden kitle indeksini içeren tarama bölümü

12 madde; daha önce aldığı tedavileri, yeme alışkanlıkları, antropometrik ölçümleri içeren değerlendirme bölümü

Yukarıda belirtilen yöntemlerle onkoloji hastalarının beslenme riski belirlenir ve gerekli olan uygun beslenme desteğine karar verilir. Bu değerlendirmeler hastaların beslenme durumunun sürekli değişiklik göstermesine sebebi ile sık tekrarlanmalıdır.

Onkoloji hastalarında meydana gelen beslenme bozukluğunun düzeltilmesinde ilk adım beslenme durumunun değerlendirilmesidir. Bu değerlendirme hem hastanın

vücudundaki yağ ve protein kitlesi hakkında bilgi vererek, malnütrisyon gelişmiş hastalarda bunun derecesini belirlemeye hem de malnütrisyon gelişme riski olan hastaların saptanmasına ve önlemlerin alınmasına yardımcı olur (Başaran, 2004).

BKİ; normalin alt sınırı 18.5'tir fakat kanser hastalarında 22 değeri ve altı protein kalori malnütrisyonun göstergesi olarak kabul edilebilir (Başaran, 2004), (Kubrak ve Jensen, 2007).

Kanser Hastalarında Beslenme Desteği Algoritması

Sağlıklı bir kişinin günde 2000-2500 kaloriye (25 kal/kg) ihtiyacı vardır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı, 2004). Onkoloji hastalarının ise kiloyu koruyabilmek, pozitif nitrojen dengesi sağlayabilmek ve karaciğerin protein üretimini arttırabilmek için normalden daha fazla besin tüketmeleri, yaklaşık 2700-4000 kalori/gün almaları gerekmektedir (Başaran, 2004), (Damcı, 2003), (Nitenberg, 2000).

I.Oral beslenme desteği: Oral beslenme desteği, diyet önerilerine rağmen oral yoldan yeterli besin alamayan hastalarda etkilidir. Hastaların besin alımını artıran, invaziv olmayan basit ve doğal bir yöntemdir. Bu yöntemle kilo alımı, iştah artışı, performans durumunda artış, gastrointestinal komplikasyonlarda azalma sağlanabilir. Bu faydalı etkilerin BKİ < 20 kg/m² olan hastalarda daha belirgin olduğu bildirilmiştir (Stratton RJ200).

II. Enteral beslenme desteği: Verilme yolundan bağımsız olarak "özel medikal amaçlarla uygulanan beslenme desteği" enteral beslenme olarak tanımlanmıştır. Oral yoldan verilen beslenme solüsyonları ile nazogastrik, nazoenteral veya perkütan tüp yoluyla yapılan tüple beslenme yöntemlerini içerir. Diğer yandan enteral beslenme,

oral beslenme desteğiyle beslenme ve tüple beslenme olarak kabul edilmiştir (Ferguson Mve Ark.2002,Lochs H 2006).

Enteral beslenme ile hastanın beslenme durumunda düzelme sağlandığı gibi, bağırsak fonksiyonları da korunmuş olur. Ayrıca, parenteral beslenmeye kıyasla daha kolay, maliyetinin ve infeksiyon komplikasyonlarının daha az olması gibi avantajları vardır (Marín Caro MM ve ark. 2007).

Onkoloji hastasının gastrointestinal sistemi çalışmasına rağmen aldığı besinler enerji gereksinimini karşılamıyorsa, enteral beslenme desteği sağlanmalıdır. Radyoterapi sırasında profilaktik enteral beslenmenin kilo kaybını, dehidrasyon, zayıflama ve mukozit komplikasyonları ile hastaneye yatış oranında azalma olduğu belirtilmiştir (Başaran, 2004), (Arends et al, 2006), (Lee ve ark. 1998). Isenring ve ark. (2004) gastrointestinal ve baş-boyun bölgesine radyoterapi alan hastalarda standart bakıma nazaran yoğun nütrisyon bakım gören hastalarda vücut ağırlığı ve yaşam kalitesinde daha az oranda düşme olduğu saptamıştır. Yetersiz beslenmenin var olduğu ve gıda alımının 7-10 günden fazla bir süredir belirgin olarak azaldığı durumlarda enteral beslenmeye başlanmalıdır (Arends, 2006). Gerek oral gerekse enteral veya parenteral beslenmeyle onkoloji hastalarında fiziksel ve fonksiyonel bütünlüğün sağlanması ile yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedeflenmektedir (Lipman, 1998). Onkoloji hastalarının beslenmesinde hangi safhada olursa olsun, hastaların ve yakınlarının konu ile ilgili bilinçlendirilmeleri ve eğitilmeleri gerekmektedir. Uygun ve iyi bir beslenme ile tedavinin daha etkin olacağı, iyileşme şansının artacağı, yaşam süresinin uzayabileceği anlatılmalıdır.

Enteral beslenme; durdurulamayan kusma, üst gastrointestinal kanama, intestinal obstrüksiyon / ileus, gastrointestinal sistemde fistül varsa önerilmez (Başaran, 2004).

III. Parenteral beslenme desteği: Parenteral nütrisyon sadece şiddetli malabsorpsiyon, dismotilite, yüksek debili fistül ve karın ağrısı gibi gastrointestinal yolun uygun bulunmadığı durumlarda kullanılmalıdır. Ayrıca, kemik iliği transplantasyonu yapılacak solid tümörü olan veya hematolojik malignitesi olan hastalarda parenteral beslenme sıklıkla tercih edilmektedir. Kemik iliği transplantasyonu sırasında kullanılan tedaviler şiddetli mukozit yaptığından enteral nütrisyon genellikle tolere edi-

lememektedir. Bu hastalarda glutamin ve omega-3 yağ asitleriyle zenginleştirilmiş formüllerle daha faydalı sonuçlar alınmıştır (Muscaritoli M ve ark. 2002). Etkili bir beslenme tekniği kullanılmasına rağmen yüksek komplikasyon oranları ve maliyeti başlıca dezavantajlarıdır (Braunschweig CL ve ark. 2001).

Parenteral beslenmenin pnömotoraks, emboli, subklavian arter yaralanması, venöz tromboz veya kateterin yanlış yerleştirilmesi gibi mekanik; hiperglisemi, azotemi, hiperozmolar non-ketotik koma, hipokalemi, hipoglisemi, hiperkalemi, karbondioksit retansiyonu, esansiyel yağ asidi eksikliği gibi metabolik; karaciğerde yağlanma, kolelitiasis, kolestaz, gibi gastrointestinal ve enfeksiyon komplikasyonları vardır (Başaran, 2004), (Caro et al., 2007).

2.7. Komadaki Hastanın Beslenmesi

Vücudumuzda yapılan her türlü işlev için enerjiye ihtiyaç duyulmaktadır. Besinlerin bir kısmı yapım için kullanılıyor olsa da büyük bir bölümü enerji gereksinimini karşılamak için kullanılmaktadır. Büyüme ve gelişme çocukluk çağında meydana geliyor olsa da hücrelerin yapım (anabolizma) ve yıkım (katabolizma) işlevleri ömür boyu devam eder ve bunun için enerjiye ihtiyaç vardır (Dubois MJ ve ark 2006, Erkan T. 2007).

Sağlıklı bir insanda enerji gereksinimi 25-35 kg/gün'dür. Bu ihtiyaç başta karbonhidratlardan ve yağlardan en son proteinlerden elde edilmektedir. Vitamin, mineraller ve su ise vücudun gereksinim duyduğu diğer günlük besinlerdir. Günlük enerjinin %40-45'i karbonhidrat ve yağlardan, %10-20'si ise proteinlerden karşılanmaktadır. (Roberts SR ve ark. Dikmen Y. 2004) Alınan bu besinler, yapı maddesi, enerji kaynağı, metabolik reaksiyonların düzenleyicisi ve eritici ortam olarak kullanılmaktadır. Bu birbirinden farklı görevleri yerine getirebilmek için, farklı özellikte besin öğelerine gereksinim duyulmaktadır. Özellikle yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatan hastalarda beslenme gereksiniminin karşılanması en az diğer destek tedavileri kadar önemlidir. Yeterli düzeyde beslenemeyen YBÜ hastalarında, organ fonksiyonlarının bozulması, sağ kalımın düşük olması, hastanın klinik seyrinin kötüleşmesi ve enflamatuvar yanıt artışının anlaşılması bu hasta grubunda beslenmenin

ne kadar önemli olduğunu gözler önüne sermiştir (Roberts SR ve ark, Dikmen Y. 2004, Wernerman J. 2005, Heyland Dve ark. 1995).

Yoğun bakım hastaları protein-enerji malnütrisyona girmeye oldukça yatkın bir hasta grubudur ve bu durum çoklu organ yetmezliği ve nozokomiyal infeksiyon gibi komplikasyonlara yol açarak hem yoğun bakımda kalış süresinin uzamasına, hem de morbidite ve mortalitede artışa sebep olmaktadır (Martínez Olmos MAve ark. 2005, Waitzberg DL2003).

Bu nedenle nütrisyon desteği yoğun bakım tedavisinde rutin bir gerekliliktir ve yoğun bakım hastalarında beslenme yetersizliklerinden korunması ve tedavi edilmesinde hayati bir role sahiptir (Btaiche IF 2010, Waitzberg DL2003).

Nütrisyon desteğinin yeterince sağlanamadığı yoğun bakım hastalarında ortaya çıkan sonuçlar, hastanın prognozunda da önemli rol oynarlar (Martínez Olmos MA 2005-Sobotka L 2011).

Bunlar (Martínez Olmos MA ve ark.2005, Sobotka L 2011);

1. Yağ ve kas dokusu kitlesinde azalma ile ağırlık kaybı
2. İmmun cevapta bozulma, infeksiyon riskinin artması
3. Hipoalbüminemi, kan onkotik basıncının düşmesi sonucu ödemler
4. Yara iyileşmesinde gecikme
5. Cerrahi insizyon, sütür ve anostomozlarda komplikasyonlar
6. Gastrointestinal bozukluklar
7. Kas güçsüzlüğü
8. Kardiyak debi, myokardiyal kontraktilite ve kompliyans azalması
9. Metabolik asidoz
10. Respiratuar fonksiyon bozuklukları
11. Ventilatör desteğindeki hastalarda spontan solunuma geçişte güçlükler
12. İyileşme ve hastanede kalış süresinin uzaması

Yoğun bakım hastalarında beslenme desteğine ne zaman başlanacağı (erken/geç), hangi yolun kullanılacağı (enteral/parenteral), içeriğinin nasıl olacağı, hangi miktarda verileceği, enteral veriliyorsa devamlı mı, yoksa aralıklı mı, verileceği gibi birçok konuda halen çalışmalar devam etmekle birlikte mevcut çalışmalara dayalı ola-

rak birçok konu hakkında önerilerin getirildiği uluslararası kılavuzlar halen kullanımdadır (Martínez Olmos MA 2005).

Bu kılavuzlara göre: Yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastalar hemodinamik stabilizasyon sağlandıktan sonra 24-48 saat içinde beslenmeye başlanmalıdır (Martínez Olmos MA 2005). Hedef kalori (HK) alımına 48-72 saatte ulaşılmalıdır (Martínez Olmos MA 2005). HK, 25-30 kcal/kg/gün olarak hesaplanabilir (Martínez Olmos MA 2005).

Normal gastrointestinal fonksiyona sahip hastalarda enteral beslenme (EB) güvenlidir, etkindir ve iyi tolere edilir (Martínez Olmos MA 2005). EB hastane enfeksiyon riskini azaltır (Martínez Olmos MA 2005). EB ve parenteral beslenme (PB) karşılaştırıldığında EB'nin hastaların mekanik ventilatörde kalım süresi, hastanede kalım süresi ve mortaliteyi azalttığı belirlenmiştir (Martínez Olmos MA 2005). Erken EB, PB'ye göre gastrointestinal kan akımını ve oksijenizasyonu artırır (Chiang YH2012). Erken başlanan EB'nin mukozal atrofiyi azalttığı, barsağın bariyer fonksiyonunu koruduğu ve intestinal bakteriyel translokasyonu azalttığı gösterilmiştir (Chiang YH 2012). Enteral beslenen hastalarda stres ülser gelişimi hiç beslenmeyen hastalara kıyasla daha az görülür (Chiang YH 2012, Pilkington KB ve ark.2012). PB ile karşılaştırıldığında da EB'nin maliyeti daha düşük olmakla birlikte septik komplikasyonlar daha az görülür ve hastalık seyri iyileşir (Braunschweig CL2001). PB yalnızca gastrointestinal sistem fonksiyonel değilse ya da EB uygulanamadığında başlanmalıdır (Bozzetti Fve ark. 2009). EB ile 7-10 gün içinde hedef kaloriye ulaşılamadığı durumlarda PB göz önünde bulundurulmalıdır (Bozzetti F ve ark. 2009).

Koma hastalarında nütrisyon desteğinin amaçları şunlardır (Heyland DK, 2003-Kreymann G 2009);

1. Önceden var olan malnütrisyonun önlenmesi
2. Katabolizma (yıkım) etkilerinin en aza indirilmesi
3. İleri düzeyde kayıpların önlenmesi
4. Katabolizmayı (yıkım) önlemek
5. Mortalite ile komplikasyon oranlarını en aza indirmek.

2.8. Operasyon Geçirmiş Hasta Beslenmesi

Hastaların beslenme durumu, cerrahi sonrası kliniği değerlendirmede önemli bir belirleyici faktördür ve malnütrisyon ile hasta kliniğinin kötüye gidişi arasında güçlü bir ilişki saptanmaktadır. Studley, 1936 yılında yaptığı çalışmada; peptik ülser nedeniyle gastrektomi yapılan hastalarda ameliyat öncesi ağırlığının >%20'sini kaybeden hastalarda mortalite oranını %30, <%20'sini kaybedenlerde ise %3 olduğunu göstermiştir (Studley HO). Malnütrisyon, anestezi ve perioperatif bakımdaki olumlu gelişmelere rağmen, cerrahi hastaların %27- 50'sini olumsuz yönde etkileyen ve tedavi edilmediği takdirde mortalite ve morbiditeyi ciddi biçimde artıran bir durum olmaya devam etmektedir (McWhirter JP ve ark 1994, Hill GL2007).

Malnütrisyon sonucunda dokuların asıl gereksinimi olan besin elemanlarından (makro veya mikro) yoksun kalması sonucunda, hücresel ve organ fonksiyonlarında bozulmaya neden olarak; kardiyak ve respiratuar kas fonksiyonlarında bozulma, immünitete, gastrointestinal sistem düz kas atrofisi, yara ve anastomoz iyileşmesinde gecikmeye yada bozulmaya neden olur. Bu değişiklikler cerrahi sonrası komplikasyon oluşumuyla iyileşme sürecine zarar verdiği gibi, sağlık maliyetlerinde (uzun süre hastanede kalma, tekrarlayan hastane yatışları, birincil bakım ziyaretleri vb) artışa sebep olmaktadır (Stratton RJ ve ark. 2007).

Ameliyat sonrası beslenme desteği alacak olan hastalarda enteral ya da tamamlayıcı parenteral kombinasyonu tercih önceliği olmalıdır (Saito H 1987).

Katater sepsisi dışarıda bırakılarak yapılan ve postoperatif parenteral nütrisyon ile erken enteral nütrisyonun karşılaştırıldığı bir çalışmada erken enteral nütrisyon ile septik komplikasyonların daha az görüldüğü belirtilmiştir (Braga M ve ark. 2009).

Geçmişte hastalar cerrahi sonrası beslenmeye ancak barsak fonksiyonları normale geldiğinde başlıyorlardı. Ancak günümüzde ESPEN normal gıda alımına ya da enteral beslenmeye erken başlanmasını önermektedir (Weimann A ve ark. 2006). Erken beslenmeye başlanması ile infeksiyöz komplikasyonlarda azalma olduğu ve hastanede kalış süresinin azaldığı gösterilmiştir (Lewis SJ, Marik PE 2001).

Cerrahi sonrası uzun dönem başarıda anahtar rol oynayan davranışlar ise şu şekildedir: (Violeta LM 2010).

- Günlük iyi dengelenmiş 3 ana ve 2 ara oğn yemek
 - Su içmek, soda ve diğer tüm karbonatlı içeceklerden kaçınmak
 - Gıdaları tamamen çiğnemek ve besinleri küçük miktarlarda yemek
 - Yavaş yemek; hastalar bolus yemek alımından kaçınmak ve tokluk hissinin oluşmasına izin vermek için 20 dakika veya daha fazla sürede yemelidirler.
 - Reçete edilen porsiyon miktarından fazlasını tüketmekten kaçınmak
 - Günlük kalsiyum, D vitamini demir gibi vitamin ve mineral takviyeleri almak
 - Çok pişmiş ve bayat yiyeceklerden kaçınmak
- Uzun dönemde sağlıklı beslenme için; esansiyel yağ asiti kaynakları, kompleks karbonhidratlar ve yüksek kaliteli proteinleri baz alan diyet tavsiye edilmektedir.

3. HASTANEDE BESLENME

Toplu beslenme, insanların ev dışında çalıştıkları, yaşadıkları veya kaldıkları yerlerde bir arada bu hizmeti veren kuruluşlar tarafından sunulan yiyecek veya yemeklerle beslenmesi olarak tanımlanmakta ve bu hizmeti veren kuruluşlar da “toplu beslenme” yapılan kuruluşlar olarak adlandırılmaktadır (Kutluay & Merdol vd., 2003; stel 2005; Bilici, 2008).

Toplu beslenme hizmeti veren kuruluşlar arasında yer alan hastaneler hem hastalara hem de çalışan personele yemek servisi vermesi açısından önemli kurumlardır. Hastanelerin hasta odaklı çalışma yürütmesi ve hastaların sağlığına kavuşmasını hedef bir sistemin parçası olması bu hizmeti veren diğer kurumlardan ayıran en önemli özelliğidir (Hartwell, 2001).

Hastanelerde hastanın sağlık sorunu ile ilgili tedavi sürecinde, malnütrisyon ve gelişebilecek komplikasyonlarından korumak için, yeterli ve dengeli beslenme önemlidir. Bu nedenle hastanelerde sunulan toplu beslenme servis hizmetlerinin titizlikle planlanması ve uygulanması gereklidir. Ayrıca sunulan yemeklerin hijyen standartlarına uygun bir şekilde hazırlanıp sunulması büyük önem taşımaktadır. Bugün toplu beslenme sistemlerinde organizasyon planları yapılmakta, standartları

belirlemekle beraber hem sağlık hem de hizmetten yararlanan hastalar açısından memnuniyetsizlikler yaşanmakta ve yakınmalar dile getirilmektedir (Üstel, 2005).

3.1. Hastane Yemekleri Kalite Standartları

Hastanelerde beslenme hizmetleri; Hasta ve personelin yemek gereksinmelerinin karşılanmasına yönelik üretim ve dağıtım etkinliklerini değil, aynı zamanda gıda madde ve malzemelerinin satın alınması, muayene edilmesi etkinliklerini de içermektedir. Malzeme veya yemek siparişi, yemek seçimi, sunumu, kalitesi ve süreç içerisindeki tüm hizmetler son derece önemlidir. Hastane gibi toplu yemek yapılan yerlerde servise sunulan yemek sunulduğu kişiler tarafından zorunlu olarak tüketilmektedir. Bu nedenle böyle yerlerde yapılan uygulamalar toplumun beslenme politikası için bir ölçüm niteliğindedir. Bu nedenle pek çok ülke toplu beslenme sistemleri için yönetmelikler hazırlamışlardır (Baysal A, Kutluay Merdol T, 1994).

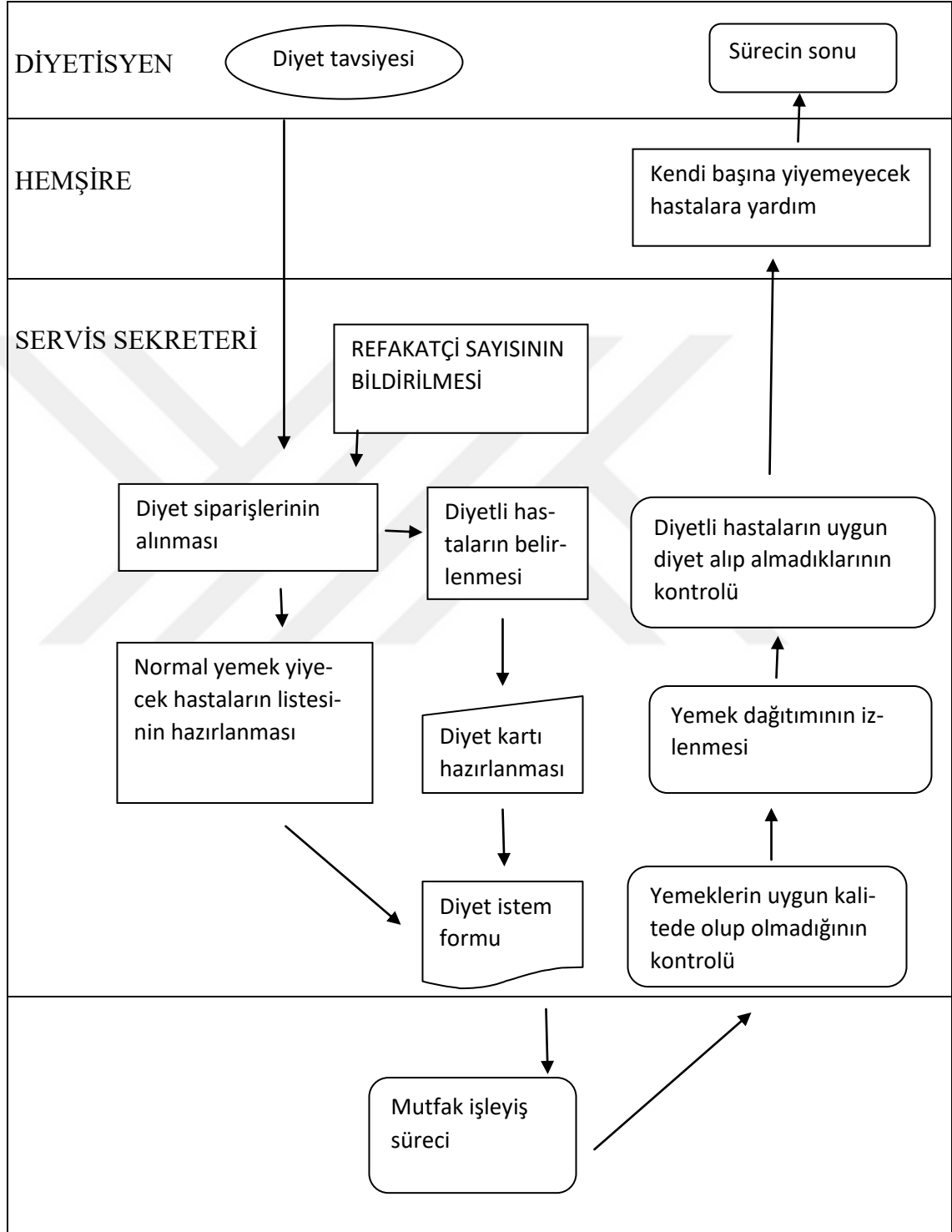
Yemek hizmetleri hem personel hizmetleri hem de tedavi sürecini etkileyen tıbbi hizmetler niteliği taşıyan önemli faktörlerdendir. Son yıllarda yemek hizmetleri klinik bir fonksiyon olarak düşünölmektedir (The American Society for Hospital Personnel Administration Of The American Hospital Association (AHA) 1985). Hasta yemekleri hastanede hasta tedavisinin ayrılmaz bir parçasıdır. Böylece yeterli ve dengeli beslenme sağlanması ve tüketimi, tedaviyi desteklemek için temeldir faktörlerdendir. Hatta McWhirter and Pennington'ın 1994 yılındaki araştırmalarında hastaneye kabul edilen hastaların %40'dan fazlasının yetersiz beslenebileceği belirtilmektedir. Hasta yemek hizmetlerinin uygunluğu ve önemi, pek çok klinik faaliyet ile karşılaştırıldığında daima önemslenmemiş ve sık sık bütçe kısıtlamalarının uygulandığı bir alan olarak görölmüştür (Edward J.S.A.2004).

Sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde yemek hizmetleri süreci, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği 89., 90., 91., 92., 104., 124., 153., 156., ve 168. maddelerine içeriğine göre düzenlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, (Y.T.K.İ.Y.),2007).

Hastanelerde yemek hizmetlerinin amaçları: (Yanık A,1992).

- Hastane personelinin yemek gereksinmelerini beslenme bilimi ilke ve kuralları doğrultusunda karşılamak
- Yeterli ve dengeli beslenmelerini sağlayarak personel motivasyonu ve verimliliğini artırmak
- Yatan hastaların, önerilen tedavi biçimine ve hastalık koşullarına uygun biçimde beslenmelerini sağlamak
- Diyet tedavisi yoluyla hastaların kendi kendilerine bakım için gerekli bilgiyi vermek ve hastaların bu bilgiyi günlük yaşamlarında uygulama biçimini göstermek hastalara doğrudan tedavi edilmesini sağlamak,
- İyi bir beslenme hizmeti sağlayarak personelin iş motivasyonunu ve örgüt birey bütünlüğünü gerçekleştirmek
- İyi bir halkla ilişkiler sisteminin geliştirilmesine katkıda sağlamaktır. Yemek hizmeti faaliyetleri ise Jones ve Lockwood'a (1995) göre;
- Bütünleştirilmiş yemek hizmet sistemleri hem yemek sunumu hem de yemek üretimini tek bir faaliyetin parçası olarak yürütülmektedir
- Yemek imalat sistemleri; yemeklerin üretimi, yemeklerin sunumundan ayrıdır. Üretimden sunum ayrılmış olup, bazı hastanelerde bu yöntem uygulanmaktadır
- Yemek dağıtım sistemleri; yemek üretimi az ya da hiç yoktur ve sadece sürekli olarak menülerin sunumuna odaklanır. Ayrıştırma ve üretim hattı vardır (Edward J.S.A.2004). Yemek hizmetleri sisteminin genel yapısına uygun olarak, hastanenin yemek hizmetleri süreci iş akışı halinde Şekil3'de gösterilmektedir.

Şekil 3 Diyet hizmetleri Süreci İş Akışı



Düzeltilmiş alıntı: Benli 2007

Yapılan incelemeler sırasında, söz konusu hastanenin, Hastaneler Hizmet Kalite Standartlarına (mutfakta yemek hazırlama ve yıkama yerlerinin ayrı olması; yiyecek depolarının ışık, ısı, ve nem kontrollerinin yapılması; mutfak personelinin koruyucu ekipmanları uygun şekilde kullanması, mutfak ortamının hijyenik şartlarda yıkanmaya ve dezenfeksiyona elverişli olması) uygun olduğu belirlenmiştir.

4. Hasta Memnuniyeti

Memnuniyet; yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler ve bireysel ve toplumsal değerleri ve sevinç içeren birçok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramdır (Carr-Hill A 1992).

Hasta memnuniyeti; "hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu, bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt" olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz M 2001, Akdağ R 2010).

Hastaların hastanede yatış süreleri, hastane ortamı, yiyecek hizmetleri ve hastane personelinin davranışı hasta memnuniyetini etkileyen önemli faktörlerdendir. Hasta memnuniyeti, algılanan kalite ile beklenen kalitenin bütünüdür. Hastanın hizmeti almadan önce birtakım beklentileri olmakta ve hizmetin sunumundan sonra, geçirdiği deneyime dayalı olarak belli algılara ulaşmaktadır (Özgen H. 1953). Hasta algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucunda tatmin olup olmadığına karar vermektedir (Bülbül S 2008; Tükel B 2004).

Hasta memnuniyeti kaliteli hizmetin en önemli göstergeleri arasında sayılmaktadır. Kaliteyi artırma çabaları öncelikle hastaların kaliteli hizmeti tercih etme isteğini oluşturur. Kalite çalışmalarının son yıllarda yoğunlaşması sonucunda hastalar sağlık hizmetleri üretim ve sunumunda söz hakkı sahibi olmuşlardır. Bu sebeple yeni gelişmekte olan sağlık hizmetlerinde hastaların beklentilerini karşılamak ve memnuniyet düzeylerini yükseltmek amaçlı birçok strateji geliştirilmiştir (Nieuwenhuizen W 2010; Gupta M. 2014).

S. Linder, hasta memnuniyetini tanımlamada kullanılabilecek 10 temel öğeyi, Şu şekilde belirlemiştir (Aktaran: Solmaz, 2006).

Kolay erişebilme, kaynakların kullanılabilirliği, bakımın devamlılığı, bakımın çıktıları, maliyet, insancılık, hoş gitme, bilgi toplama, bilgi verme, kalite ve yeterlilik. O. Engiz ise hastaların sunulan hizmetlerle ilgili beklentilerini etkileyen dört temel olgudan bahsetmiştir. Bunlar; Hastanın medikal (tıbbi) ihtiyaçları, sosyo-kültürel konumları ve psikolojik durumları, diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri tecrübeler, zihinlerdeki kalite tanımları. Kişilerin medikal ihtiyaçları, kendilerini rahatsız hissetmeleri, kaza ya da daha farklı sağlığı bozucu bir etkileşime girmeleri sonucu ortaya çıkmaktadır. Tecrübe olgusu ise, hastaların bir sağlık kuruluşuna gelmeden önce diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri tecrübelerdir. Hastalar, önceki tecrübelerine dayanarak bazı beklentiler içinde olabilecekleri gibi, yakınlarının bu sağlık kuruluşları hakkındaki ilettikleri tecrübelerine benzer beklenti içinde de olabilirler (Engiz 1994).

Dünya Sağlık Örgütüne göre ise hasta memnuniyeti şu hususları içermektedir: Hizmetlerin güvenilirliği ve uygun şartlarda sunumu, hizmeti talep edenin ihtiyaçlarıyla uyumlu ve sorumluluk anlayışı içinde verilmesi, hizmeti alana karşı saygı, güvenlik ve hasta kayıtlarının güvenliği (WHO 2000).

Günümüzde, kişilerin sağlığa verdikleri önemin artması, ihtiyaç ve beklentilerinin gün geçtikçe artması, sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması ve sağlık hizmeti gereksinimi halinde ilgili kuruluşlar arasında daha seçici davranmaları; sağlık kurumlarının topluma kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunma zorunluluğunu gündeme getirmiş ve geçmişte daha çok üretim sektöründe kullanılan “Toplam Kalite Yönetimi (TKY)” nin sağlık sektöründe kullanılmaya başlanmasına neden olmuştur (Aktan H. 1999).

TKY, klasik yönetim anlayışının alternatifi olarak gelişen ve gelişiminisürdürmekte olan modern ve etkin yönetim anlayışının bugünkü adıdır (Yalçınkaya N. 2000).

Sağlık hizmeti sunan tüm organizasyonların topluma karşı sorumluluk taşıdığı ve temel vazifelerinden en önemlisinin, topluma kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunmak olduğu söylenebilir. Kalite arayışı-yarışında kurumlar arasında rekabette ve hizmetlerin geliştirilmesinde belirleyici unsur olarak Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları ve ISO 9000 serisi standartlar kuruluşların en fazla kabul edilen yaklaşımların başında gelmektedir (Özgen H. 1997, Toktamışoğlu M. 1999).

Sağlık kurumları, sürekli hizmet verme amacı taşıyan diğer tüm kuruluşlar gibi hizmetlerinin kullanıcıları tarafından nasıl algılandığını ve ne derecede memnun kalındığını araştırmak, öğrenmek, değerlendirmek ve harekete geçmek zorundadır (Engiz O. 1997). Toplam Kalite Yönetimi felsefesi içinde en önemli konulardan birisi olan hasta memnuniyetinin sağlanması, ancak hastaların hastaneden ve hizmet veren kuruluştan neler beklediğinin ölçülmesi ile mümkündür (Alcan Z. 1996).

Sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı, “uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetleriyle birlikte, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması” olarak tanımlanmaktadır (Çoruh M. 1996).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi söz konusu olduğunda, hasta memnuniyeti en temel basamaklardan birini oluşturmaktadır. Memnuniyetin ölçümü ve memnuniyet düzeyini belirleyen faktörlerin belirlenmesi; durumun saptanması, önceliklerin belirlenmesi ve doğru planların yapılabilmesi açısından bilimsel bir doğrudur (Öztaş D. 1996).

Kaliteli bir sağlık hizmeti için gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, ister kaynak dağıtımında isterse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında adalate özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin yerine getirilmesi gerekmektedir. Hasta memnuniyetini sağlamak, bir sağlık kuruluşunun önündeki en zor ve en hassas konudur. Konunun hassasiyetinin en belirgin kanıtı, algılanan değerler ile olması gereken değerler arasında, her zaman yakalanamayan bir uyum olma zorunluluğudur (Hayran O.1997).

Sağlık hizmetinde bulunan kuruluşlar için, “hasta sadakati” şeklinde ifade edilen, hastaların ihtiyaçları olduğunda, hizmetlerinden yararlandıkları sağlık kurumuna geri dönmeleri veya tercih etmeleri önemlidir. Hastaların hizmetten tatmin düzeyleri arttıkça, hasta sadakati oranlarının da arttığı bilinmektedir. Her iki durum arasında pozitif korelasyon olduğu söylenebilir. (Engiz O. 1997).

Hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmalar incelendiğinde; araştırmalarda, “hasta-doktor ilişkisi”, “hasta-hemşire ilişkisi”, “hasta diğer hastane personeli ilişkisi”, “hastane beslenme hizmetleri”, “fiziksel ve çevresel koşullar (temizlik hizmetleri)”

konularının araştırıldığı görülmüştür (Demir H. 1998, Çerekçi S. 1998,Özgen H. Hayran O199-Alcan Z. 1996).

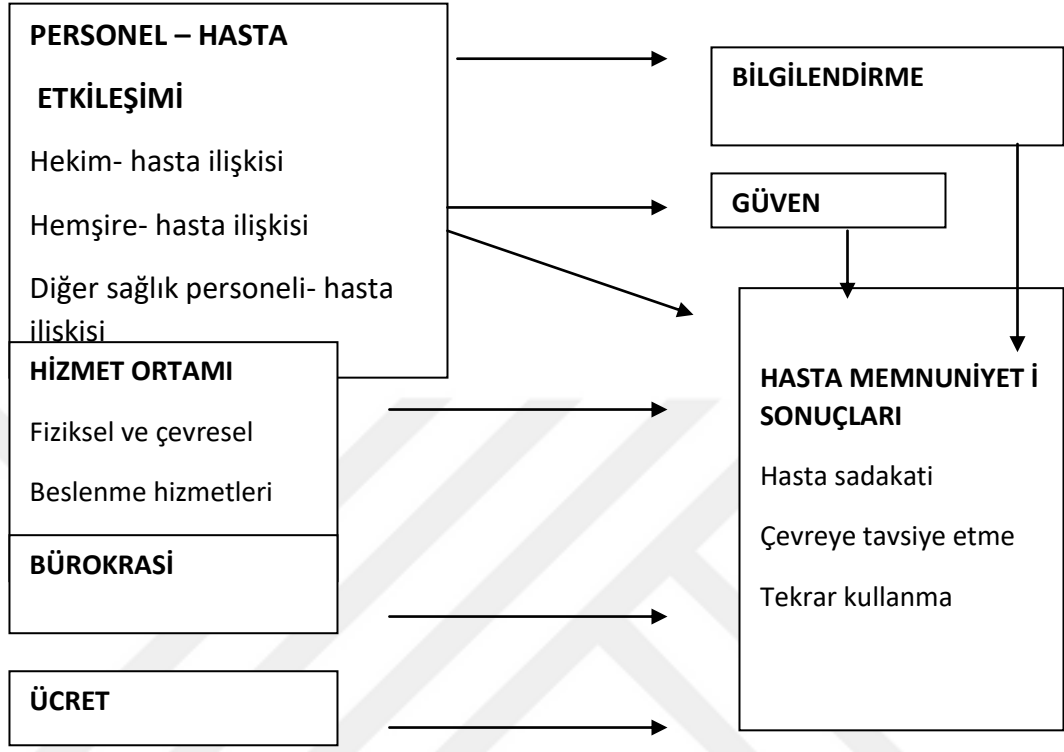
Hastaların memnuniyetlerinin değerlendirilmelerinde, dokuz özellik sıklıkla kullanılmaktadır (Esatoğlu, 1997).

Bunlar;

- 1)Hasta-doktor ilişkisi
- 2) Hasta-hemşire ilişkisi
- 3) Hasta-diğer hastane çalışanları ilişkisi
- 4) Beslenme hizmetleri
- 5) Bilgilendirme
- 6) Fiziksel ve çevresel koşullar
- 7) Bürokrasi
- 8) Güven
- 9) Ücret.

Yukarıda görüldüğü gibi hasta memnuniyetine etki eden çok sayıda faktör bulunmaktadır. Bunlar hastanın içinde bulunduğu durumu göstermesi açısından önem arz etmektedir. Kişinin fiziksel, psikolojik ve hizmetlere ilişkin deneyimi memnuniyet düzeyini etkilemektedir. Sosyo-psikolojik ve kültürel faktörlerin önemi büyük olmaktadır (Demir, 2007).

Şekil 4. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Kavuncubaşı , 2000: 298).



4.1 Hasta-Doktor İlişkisi

Doktor hasta arasındaki ilişki, hastanın başvurusu/ihtiyacı/talebiyle kurulur. Bu ilişkinin temelinde yatan amaç hastanın ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması şeklindedir. Hekim, hastanın ihtiyacının sadece hastalığının tanı ve tedavisiyle sınırlı olmayıp; bilgi edinme, teselli alma, sorularına yanıt bulma, semptomlarından kurtulma gibi talep ve beklentileri olduğunu ve bunları da karşılamakla yükümlü olduğunu unutmamalıdır. Hasta hekim ilişkisinin çerçevesi, sadece anamnez alma, muayene, teşhis için gerekli inceleme ve girişimlerin yapılması, tanının konması ve tedavinin reçetlenmesiyle sınırlı tutulmamalıdır (TTB, 1999).

Hastanın hastalığıyla başedebilmesi için ihtiyacı olan her türlü bilgi, beceri ve motivasyona sahip kılınacak şekilde eğitilmesi, sorularının yanıtlanması, endişe ve korkularının giderilmesi, cesaretlendirilmesi, teselli edilmesi ve tedaviye katılımını

sağlayacak şekilde bir partnerlik kurulması esas alınmalıdır. Hastayla hekim, aynı amaca ulaşmaya çalışan bir ekibin doğal (vazgeçilmez, devredilemez) iki tarafıdır. Bu ilişkiden amaçlanan faydanın (hastanın iyileşmesi, sorunun çözülmesi, sağlığın korunup, geliştirilmesi, vb...) elde edilebilmesi için taraflar arasında uyumlu bir iş birliği şarttır. Hastayla hekim arasında açık ve uygun bir ilişkinin sürdürülmesi hem hastanın hem de hekimin yararına. Uygulanan tedavinin ve dolayısıyla tedaviyi uygulayan hekimin başarılı olmasının yanı sıra, hekimin hasta memnuniyetini temin etmesi de ancak bu yolla gerçekleşebilir (TTB, 1999).

Hekimi ile olumlu ilişki kuran hastalar hastaneye tekrar geldiklerinde aynı hekimi tekrar tercih ederler. Hastanın hekimi tercih etmesinde hekimin ilgi ve yaklaşımı, iletişimi çok önemlidir. Hasta kurumun hizmet kalitesinden memnun olmasa bile hekimi için yine aynı kurumu tercih ediyor olabilir. Hekim hangi kuruma geçerse geçsin hekiminden memnun olan hasta yine aynı hekimi takip edecektir (TTB, 2006).

Doktorların kişiler arası ilişki becerisi, hasta tatminini etkileyen en önemli faktördür. Hastalar doktorların verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, doktorun uzmanlık bilgisinden daha çok nezaket ve saygı göstermek, duyarlı olma, dinleme, yeterli zaman ayırma gibi davranışlarını göz önünde tutmaktadırlar. Doktor tutum ve davranışı, hasta tatmini yanında verilen hizmetin etkililiğini de artırmaktadır. Hasta ve doktor arasında olumlu ilişki kurulması halinde hastalar doktorların tavsiyelerine tamamen uymaktadırlar ve tedavilerine ara vermemektedirler (Kısa, 2007).

Emanul ve Dubler (1995), doktor-hasta arasındaki ilişkilerde "6 C" kuralının önemli olduğunu ileri sürmektedirler. *Bunlar; seçenek (choice), yeterlilik (competence), iletişim (communication), merhamet (compassion), devamlılık (continuity), ilgi çatışması (conflict of interest)dir* (Aktaran: Öz, 2004). Bir başka araştırmada ise Gordon ve Sterling, hasta memnuniyetini artırıcı hekim davranışları ile ilgili şu saptamaları yapmışlardır (Aktaran: Öz, 2004). Bunlar; doktorun, hastaya dostça, sıcak, nazik, destekleyici ve güven verici biçimde davranması, hastanın beklenti ve kaygılarını ortaya koyacak şekilde empatik ve yüreklendirici bir yaklaşımla sorgulaması, doktorun, aldığı yanıtları özetlemesi, açıklaması ve hastanın anlayabileceği bir dil kullanarak ona daha fazla bilgi vermesi, hasta odaklı görüşme olması ve doktorların etkileşimde baskın olmaması, hastalara tıbbi karşılaşma sonucu durumları ile ilgili karar vermede dahafazla fırsat ta-

nıması, hasta ihtiyaçlarının ifade edilmesi, görüşmede hastaların psiko-sosyal sorunlarının tartışılması ve kaygılarının giderilmesi olarak saptanmıştır (TTB, 2006).

4.2 Hasta-Hemşire İlişkisi

Velioğlu, 1982 yılında yapmış olduğu çalışmasında “Dünya Sağlık Örgütü'nün kabul ettiği tanıma göre; sağlık kuruluşunda, evde, iş yerinde, okulda her yaşta hastanın, sakatın duygusal ve sosyal, bedensel ihtiyaçlarına göre hizmet veren köyde ve şehirde, kişilere ve ailelere sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda danışmanlık yapan onlara yardımcı olan, Sağlık Bakanlığı tarafından tescil edilen ya da denkliği kabul edilen Türk ve yabancı okullardan mezun olan meslek sahiplerine *hemşire* denilmektedir” (Velioğlu P 1982). Hasta memnuniyetinde hemşirelik hizmetinin oldukça büyük önemi vardır. Hastalar hastanede yattıkları süre boyunca hemşirelik bakımı verilmektedir. Hemşireler hastaların ihtiyacının karşılanmasında hastaların sürekli yanlarında bulunarak hizmetin her aşamasını hastalarla birlikte yaşarlar.

“Hemşirelik, sağlık adaptasyon, gelişme ve kendini gerçekleştirmeyle ilgili olarak için çevresinde değişiklik meydana getirerek hemşirelik süreci içinde hareket eden, bir meslektir. Türkiye'nin hemşireliğin tanımı, görev, yetki, niteliklerine ve sorumluluklarına dair ilk bilimsel çalışma Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulunda, Perihan Velioğlu tarafından yapılmıştır. Bu bilimsel çalışma Sağlık Bakanlığınca da benimsenerek bir genelge durumunda yayınlanmıştır. Velioğlu 'nun bu çalışmasındaki ve 1970 yılında ilk baskısı yapılan Hemşirelikte Yönetim isimli kitabındaki hemşire tanımı şu şekildedir: Hemşire hastaya bakım veren, tedavisi için en iyi fiziksel, psikolojik ve sosyal ortamı yaratan hastalıklardan korunmada ve sağlığın iyi yönde ilerlemesine öğretici sorumluluklar taşıyan bireydir” (Velioğlu P 1982).

Hemşireliğin mesaisi günün 24 saatinde hizmet sunan bir meslek olması ve hemşirenin hastaya diğer sağlık ekibi üyelerinden daha yakın konumda bulunması hemşireye bazı ek sorumluluklar da yüklemektedir. Bu sorumluluklarını yerine getirmesi gereken hemşirenin iletişim becerilerini devreye sokması beklenir. Hemşire hastasının bütüncül bir değerlendirmesini yapmak, gereksinimlerini saptamak, hastanın

tanısında hekime yardımcı olabilecek bilgileri toplamak, tanı ve tedavide çok gerekli olan hasta işbirliğini sağlamak için öncelikle hastasını iyi anlamak ve kendisini hastasına iyi anlatmak zorundadır. Hemşire etkili iletişim kurabilmek için çeşitli iletişim tekniklerine başvurmalıdır. Hemşirelerin temel görevi sağlıklı ve hasta bireye yardım etmektir. Özellikle yataklı tedavi kurumlarında, hastaların tedavi sürecince en fazla etkileşimde buldukları personel grubu hemşirelerdir. Bu nedenle, hemşire davranışlarının, hasta memnuniyetine önemli katkısı bulunmaktadır (Kavuncubaşı, 2000).

4.3 Hasta-Diğer Hastane Personeli İlişkisi

Hastanenin farklı bölümlerinde hizmet sunan çok sayıda sağlık çalışanı vardır. Laboratuvar personelleri, danışma hizmeti verenler hasta kayıt bölümü çalışanları, temizlik personelleri, yemek hizmeti verenler hastalarla iletişim halindedirler. Günümüz iş ve toplum yaşamındaki kişiler arası çatışmanın temelinde ya iletişim bozukluğu veya iletişim kopukluğu olduğu görülür. İnsanlar arasındaki çatışmaların çoğu, maalesef yanlış anlamalardan kaynaklanmaktadır. Bu iletişimsizlik ortamında sağlıklı bireyler, sağlıklı aileler, sağlıklı toplum ve sağlıklı olmayan başarısız bir iş yaşamı ortaya çıkmaktadır. Kötü iletişim ve onun bir sonucu olan kişiler arası çatışma, maddi ve manevi tahribatlara neden olur. Hizmet sunumlarında herhangi bir bölümde çalışanlardan ötürü olabilecek bir aksaklık hastaların memnuniyetlerini etkileyecek ve bu kurumun imajını olumsuz etkileyecektir (Kırmızı H 2010).

Ayrıca hastaneler için temizlik hizmetleri de çok önem taşımaktadır. Çünkü hastane evlerden ve diğer kurumlardan daha temiz olmalıdır. Ayrıca kurum içi bulaşmayı önlemek amacıyla temizlik kurallarına, hijyen kurallarına dikkat edilmelidir. Temizlik dışarıyla olan ilişkileri de etkilediğinden önemlidir. Onarım hizmetleri ise fiziki şartlardan azami yararlanmak için gereklidir. Günlük denetimlerdeki elektrik, su ile ilgili veya diğer arızalar hemen giderilmeli, düzenli aralıklarla bakımları yapılmalıdır (Sözen, 2003).

4.4 Bilgilendirme

Hasta ve yakınlarının doktorlar tarafından bilgilendirilmesi, onların hastalık durumunu daha anlayışla karşılayabilmelerini sağlamaktadır. Hasta; durumunu, başından neler geçtiğini, ne kadar süre bu şekilde kalacağını ne tür tedavi süreçlerinden geçeceğini merak etmektedir. Hastaların; sağlık durumu hakkında bilgilendirilmelerinin, hasta tatminini etkilediği çeşitli araştırmalar da saptanmıştır (Kısa, 2007).

Bilgilendirme, hasta memnuniyeti sağlamanın yanında, verilen hizmetlerin etkililik düzeyini de olumlu yönde etkilemektedir. Hastaların verilen tedavi hizmetinin ayrıntıları konusunda hekimler tarafından aydınlatılmaları onların tedaviye uyum ve bağlılıklarını arttırmaktadır. Bu nedenle sağlık personelinin hastaları bilgilendirirken, sade, teknik olmayan, anlaşılır ifadeler kullanması gerekir. Doktorun, hastasına açıklama yapmaması veya açıklamalarında hastasının anlamayacağı tıbbi terimler kullanması, doktor hasta ilişkisine olumsuz yansıyacaktır (Öz, 2004).

Birey olarak değer verildiğini hissetmek bir anlamda yeterince bilgilendirilme ile ilişkilidir. Birçok durumda bireylerin gereksinimlerini belirleyip bu gereksinimlerine yönelik bilgi veren sağlık personeli hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir. Durumu ve yapılacak işlemlere yönelik yeterince bilgilendirilen hastaların sağlık personeline güvenleri ve hizmetlerden memnuniyetleri artmaktadır. Bilgi verme, hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir ancak, kendisine birey olarak değer verildiğini hissetmek yalnızca bilgi vermeyi içermemektedir, ek olarak personelin hastaya gerçekten ilgi göstermesi, ne hissettiklerine odaklanması ve onlara zaman ayırması konularını da kapsar (Aktaran: M. Yılmaz, 2001).

4.5 Fiziksel ve Çevresel Faktörler

Hastanenin ve hastanede yaşanan odanın fiziksel koşulları, bireylerin çok üzerinde durdukları, önem verdikleri tatmin boyutlarından birisi olarak ortaya çıkmaktadır. Yetersiz oda koşulları, bakımsız bir hastane, hastaların mutlaka şikâyet

nedeni, tatminsizlik unsuru olmakta ve yeniden tercih edilme şansını yitirmektedir. Fiziksel ortam, tüketicinin hizmet satın alımı öncesinde ki aradığı ipuçlarını vermesi bakımından, önemli bir kaynaktır (Esatoğlu, 1997).

Sağlık kuruluşlarının ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir. Sağlık kuruluşlarının fiziksel ve sosyal yönden sağlayacağı rahatlık bireylerin kendilerini evinde hissetmelerine neden olmakta ve memnuniyetlerini arttırmaktadır. Yeterince bilgilendirilen, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duymaktadırlar (Aktaran: M.Yılmaz: 2001).

4.6 Bürokrasi

Hasta tatminini etkileyen önemli boyutlardan birisi de hastanedeki bürokratik engellerden kaynaklı zaman kayıpları, işlem sırasında uzun beklemler olarak belirtilmektedir. Pek çok hastane için, hastaların yatış ve taburculuk hizmetleri, hastaların ve yakınlarının uzun süre bekletilmelerinden dolayı, problem haline dönüşebilmektedir. Hastaların zaman kaybından dolayı mutsuz ve tatminsiz oldukları kolaylıkla gözlenebilmektedir (Esatoğlu, 1997).

4.7 Güven

Güven kişiler arası ilişkilerin başında gelmektedir. Sağlık personelinin ilgi şefkat, nezaket göstermesi bilgi ve becerisini sunabildiği profesyonel davranış gerçekleştirmesi hastanın güvenini kazanmasını sağlar. Sağlık hizmeti özelliği açısından aldığı hizmet ile ilgili yeterli bilgiye sahip değildir. Karar verici konumda olmadığı için sağlığı ile ilgili kararı verecek olan sağlık personeline güvenmek ister. Hasta birey, hastanenin tıbbi bakım ve tedavisine güvenmek sağlığını emanet etmek ister, kendisine yapılan teşhis ve tedaviden her zaman emin olmak ister. Kişinin hastalık durumu ortaya

çıkıldığı andan itibaren, özellikle de hastaneye yatması halinde, hem fiziksel hem de sosyal çevresi değişmekte, sosyal sorumlulukları kesintiye uğramaktadır. Ortaya çıkan bu değişikliğin bireylerde özellikle yalnızlık, önemsenmeme, reddetme, korku, çaresizlik ve güvensizlik gibi duyguların yaşanmasına neden olduğu bilinmektedir (Solmaz, 2006). Hasta, kendisine yapılan teşhis ve tedaviden her zaman emin olmak istemektedir. Çoğu zaman da tıbbi bakımın özellikleri nedeniyle, hastalar karar verici konumda değildir. Bu nedenle de hastaların hastaneye, sağlık personeline ve verilen tıbbi bakıma güven duymaları son derece önemlidir. Hastaların tıbbi personel tarafından bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içerisinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi süreci ve bakımları hakkındaki planların onlarla paylaşılması, hastaların hastaneye güven duymalarıyla ilgili değerlendirme kriterlerinin temelini oluşturur (Öz, 2004).

4.8 Ücret

Hasta memnuniyetini etkileyen diğer bir önemli faktör, verilen hizmetlerin ücretidir. Ücret konusu, özellikle sosyal güvencesi veya sağlık sigortası olmayan hastalar için büyük önem arz etmektedir. Hastalar, kaliteli hizmetleri, en düşük ücretle almayı istemektedirler. Yüksek hastane faturaları hastaların tatminsizliğini arttırmaktadır (Kavuncubaşı, 2000).

4.9 Beslenme Hizmetleri

Hasta memnuniyetinde beslenme hizmetlerinin önemi büyüktür. Yemek hizmetleri süreci içerisinde beslenme ve diyet faaliyetleri önde gelmektedir. Hastalar yemeğin kalitesi, lezzeti kadar sunumuna, görünümüne ve hijyeni yemeği dağıtan personelin tutumunda önem vermektedirler. Hastaların hastane ortamında beslenme alışkanlıkları değişmekte, bu duruma uyma sürecine zorluk yaşabilmekte ve memnuniyetsizliklerini dile getirmektedirler (Puckett 2004).

Hastalık türü ne olursa olsun hastanede kaldığı süre içinde hastanın uygun şekilde beslenmesi, hastanın hastanede kalış süresini kısaltıp, psikolojik ve ekonomik destek sağlayacağı gibi, yatağa bağımlı hastalarda gelişebilecek pek çok olumsuzlukları kısmen azaltacaktır. Bu olumsuzlukların başında malnütrisyon gelmektedir. Yapılan araştırmalarda, uzun süre hastanede yatan hastalarda malnütrisyon görülme oranının %5-50 arasında olduğu bildirilmiştir (Wunderlich, 1992).

Gülmez'e göre; "Hastaların, diyet hizmetlerinden memnuniyetleri ile ilgili en büyük sorun, çoğunlukla daha önce diyet yapmamış hastaların bu değişikliği kabullenmeyerek, yiyeceklerin çeşit, miktar ve lezzetini beğenmemeleridir. Hasta bireyin bu değişikliği anlayabilmesi için hastane diyet uzmanı tarafından bilgilendirilmesi gerekir. Bu bilgilendirme doktor ve hemşirenin bilgilendirmesi ile desteklenmelidir. Beslenme hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen değerlendirme boyutlarını saptayabilmek için yapılan bir araştırmada yedi temel boyutun belirlendiği gözlemlenmiştir. Bunlardan dört tanesi olan yiyeceğin kalitesi, öğünün zamanlaması, yiyeceğin ısı ve hizmetin güvenilirliği boyutları hizmetin teknik yönü olarak değerlendirilmiştir. Diğer üç tanesi ise, hizmetin müşteriye sunumu, mөнünün sunulmasındaki personel tutumu ve mөнünün hazırlanmasında ve dağıtılmasındaki personel tutumu boyutları da hizmetin kişiler arası ilişkiler yönü olarak değerlendirilmiştir. Beslenme hizmetine ilişkin değerlendirme boyutlarının, hastanın sosyo-demografik durumu, hastalığın durumu, tıbbi tedavisi ve geçmiş tecrübeleri ile de ilişkili olduğu ortaya çıkarılmıştır" (Gülmez, M. 2005).

Hastaların memnuniyetini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan araştırmada, hastaların hastane hizmetleri ile ilgili olarak yaptıkları açıklama ve değerlendirmelerde beslenme hizmetlerine çok yer verdikleri ortaya çıkmıştır. Hastalar yemeğin sadece kalitesinden değil, yemeği sunan kişilerden, yemeğin sunulmuş biçiminden ve görüntüsünden de etkilenmektedirler. Hastaya sunulan yemek, diyet yemeği de olsa sunum biçimi iyi olduğunda, hastalar hizmetleri kaliteli olarak değerlendirmektedirler (Kısa, 2007).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmanın modeli, araştırmanın evreni ve örnekleme, ölçme aracının geliştirilmesi, verilerin toplanması ve verilerin değerlendirilmesine yer verilmiştir.

5.1 Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılması için Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 09.05.2018 tarihinde 18/1 karar no 2018.05.5 ile onay alınmıştır.

5.2 Araştırmanın Amacı

Son yılların en popüler konularından birisi olan nütrisyonel destek günümüzde tedaviyi destekleyen bir önlemden farklı olarak tedavinin önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Hastaneye yattığında belirgin bir malnütrisyonu olmayan ancak hastanede kalış süresinde malnütrisyonu gelişen hastalar da mevcuttur ve bu durum %20-50 oranında olduğu görülebilmektedir (Doğan Y ve ark.2005, Joosten KFM, ve ark.2011). Nütrisyonel destek programlarının iyi organize olmuş ve özel bir ekip tarafından yürütülmesi komplikasyon oranını önemli ölçüde azaltmıştır. Beslenme desteğinin uygulanması dinamik bir süreçtir. Program hastanın fizik aktivitesi, yeni komplikasyon gelişmesi, vücut ısısındaki değişiklikler ve enfeksiyon gibi en son klinik değişkenlerin ışığı altında düzenli olarak gözden geçirilmelidir. Malnütrisyonun gözden kaçmaması için mutlaka her hastanın beslenme durumunun değerlendirilmesi alışkanlık haline getirilmelidir. Bu amaçla geliştirilmiş hedefi farklı, değişik tarama yöntemleri mevcuttur (Joosten KFM, Hulst JM, 2011, Campanozzi A ve ark, 2009).

Akut ve kronik malnutrisyon tanısında beslenme durumunun değerlendirilmesi önemlidir. Tarama amacı ile kullanılan araçların çoğu 4 dört temel soru üzerinde yoğunlaşır:

- Son zamanlarda kilo kaybı
- Son zamanlarda besin alımı
- Mevcut vucüt kütle indeksi
- Hastalık şiddeti

Bu amaçla kullanılan ve hastanelerdeki hastalar için önerilen tarama araçlarından bir tanesi Nutrisyonel Risk Taraması (NRS 2002) günümüzde en fazla kullanılan tarama yöntemidir. NRS 2002 testinin temel amacı yetersiz beslenmenin varlığını ve hastanede yetersiz beslenmenin oluşma riskini en kolay en pratik şekilde saptamaktır (Çetin C.2014).

Hastane yemekleri ile ilgili diğer bir konu ise hasta memnuniyetidir. Hasta memnuniyetinin ölçülmesi kuruma ayna görevi yaparak kendini değerlendirmesini sağlar, üstünlük ve zayıflıklarını ortaya koyar, ayrıca memnuniyeti yeterli seviyede olmayanların geri bildirimlerini alarak hizmetin iyileştirilmesine fırsat sunar. Hastanın memnuniyet beklentileri karşılanmış ise hem hastanedeyken hem de hastaneden ayrıldıktan sonra tedaviye uyumunun artması beklenir (Burke D, Burke M ve ark,1994).

Yukarıda yer alan bilgilerden yola çıkarak hastanede yatan hastaların yeterli beslenmesinde kendilerine sunulan yemeklerin sunumunun, görünümünün, kokusunun, sıcaklığının, tadının, tazeliğinin, hijyeninin önemli faktörler olduğu ve bu faktörlerin hastaların nutrisyonel durumunu bozabileceği, kilo kaybına neden olabileceği ve mevcut olan hastalığını etkileyebileceği

Genel Amaç

Hastanede yatan hastaların beslenme durumunun, hastaların hastane yemeklerinden memnuniyet derecesinin ve hastanın beslenme durumu ile memnuniyet ilişkisinin araştırılması

Yakın Gelecekteki Amaç

Çalışmanın yakın gelecekteki amaçları,

- Hastaneye yatan hastaların hastane memnuniyeti düzeyini belirlemek
- Hastaların hastane yemeklerinden memnuniyet düzeyini etkileyecek faktörleri belirlemek.
- Hastaneye yatan hastaların beslenme durumunun belirlenmesi hastaların kendi sağlık ve beslenme durumlarına yönelik risk algılarını belirlemek.

Uzak Gelecekteki Amaç

- Bu araştırma sonuçlarından yola çıkarak hastanelerde verilen yemeklerin kalitesini yükseltmek ve hastaların memnuniyetini arttırmak
- Hastanemizde yatan her hastanın beslenme durumunun değerlendirilmesinin rutin işlemler içine sokulmasını sağlamak.

5.3. Araştırmanın Hipotezi

Hastanede yatan hastaların mevcut sağlık durumu ve beslenme durumları ile ilgili risk algısı düşüktür. Hastaneden memnuniyeti etkileyen faktörlerden biriside hastane yemekleridir ve hastaların sunulan yemeğin tadı, görünümü, kokusu, sıcaklığı, tazeliği, sunumu, hijyeni gibi faktörlerden etkilenmekte bu da hastanın beslenme durumunu etkileyebilmekte ve hastaneden memnuniyet düzeyini düşürecektir.

5.3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma kesitsel nitelikte tanımlayıcı klinik bir araştırma olarak planlanmıştır. Konuyla ilgili literatür taraması sonucunda araştırmacı tarafından hazırlanmış anket formu (ek.) ve Nutrisyonel Risk Taraması 2002 (NRS 2002) beslenme tarama testi kullanılmasına karar verilmiştir.

Bu araştırmada aşağıdaki alışma Şekli ile veriler toplanacaktır.

- 1) *Mayıs 2017 ve Haziran 2018 tarihleri arasında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakóltesinde yoğun bakım üniteleri hariç diğer kliniklerde yatışı yapılmış olan 10 ile 24 yaş arası yatan hastalar dahil edilerek araştırma sırasında, araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu gönüllülere gözlem altında uygulanması*
- 2) Anket formunda gönüllülerin tanımlayıcı özelliklerini, hastaneye yatış nedenlerini, hastane yemeklerinden memnuniyetlerini sorgulayan soruların ve özel durumu olan gönüllülerin diyetlerinin özel durumlarına uygunluğunu araştıran soruların oluşturulması
- 3) Bu anketle ayrıca hasta-hastane personeli ilişkisinin, sunulan yemeklerin hijyen koşullarına uygunluğunun, hastaların yatış süreleri boyunca yiyecek hizmetleri tarafından gönderilen yemekleri tüketip tüketmediklerinin, tüketmeme nedenlerinin araştırılması ve nutrisyonel durumları ile karşılaştırılması
- 4) Ayrıca her hastaya anket sonunda hastaların nutrisyon riskinin ve hastalık Őiddetininin değerlendirilmesi için Nutrisyonel Risk Taraması NRS-2002 uygulanması

5.3.2. Çalışma izlem şeması:

İş Paketi Adı/Tanımı	AYLAR											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Literatür taraması	X	X	X	X	X	X	X					
Araştırma alt yapısının hazırlanması				X	X	X	X					
Verilerin toplanması									X	X		
Anket sonrası verilerin değerlendirilmesi										X	X	
İstatistiksel değerlendirme ve raporlama											X	X
Tez Basımı ve sunumu												X

5.3.4. Araştırma Evreni

Araştırma evreni araştırmanın yapıldığı tarihlerde Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran tüm 10-24 yaş grubu bireyler oluşturmaktadır.

5.3.5 Araştırma Grubu

Araştırma grubunu ise; Araştırma tarihleri arasında hastanede yatarak hizmet almış ve araştırmaya katılmayı kabul etmiş 10-24 yaş grubu 200 bireyler oluşturmuştur.

Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri şunlardı:

- 1) 10-24 yaş arasında olmak
- 2) Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi bir klinikte yataklı tedavi hizmeti alıyor olmak
- 3) Klinikte yatan hastanın bilincinin açık olması
- 4) Yatan hastanın ağızdan besleniyor olması
- 5) Klinikte yatan hastanın normal veya özel bir diyet alıyor olması
- 6) Araştırmaya katılımında gönüllü olması
- 7) Hastaların en az 24 saat hastanede kalmış ve kahvaltı, öğle ve akşam yemekleri ve özel diet alan hastalarda bu öğünlere ilave en az iki ara öğün de tüketmiş olmaları

Hastaların çalışmadan dışlanma kriterleri şunlardı:

- 1) 10 Yaş altı veya 25 yaş üzeri olmak
- 2) Hastanın bilincinin kapalı olması
- 3) Ağız yoluyla beslenemeyip damar yoluyla NG (nazogastrik tüple) veya PEG (perkütan endoskopik gastrostomi) ile besleniyor olması
- 4) Yoğun bakım ünitesinde yatıyor olması
- 5) Araştırmaya katılımında gönüllülüğü reddetmek

5.3.6. Verilerin Toplanması

Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür taramasını takiben özgün bir anket formu hazırlandı (Ek 2) Bu anket formu hastanın sosyo demografik özellikleri, sağlık merkezi kullanımı, beslenme durumu, hastane memnuniyeti ve hastane yemekleri ile ilgili memnuniyetini ve hastanın hastalığı ve beslenme durumuna göre risk algı değerlendirmesini araştırmaya yöneliktir. Anket şu bölümlerden oluşmaktadır;

- Sosyodemografik bilgiler (10 soru)
- Sağlık merkezi kullanımı (10 soru)
- Hastane personeline ilişkin özellikler (7 soru)
- Sunulan yemeğe ait özellikler (14 soru)
- Mevcut hastalığına yönelik risk derecesini belirleme (4 soru)
- Beden görünüş algısına yönelik görsel analog skala (1 tane)
- NRS-2002 tarama formu (1 adet)

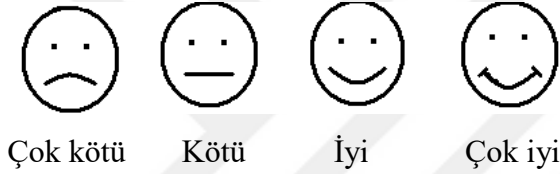
Araştırmaya alınan hastaların yaş, cinsiyet ve eğitim durumları tek tek sorgulanıp kaydedildi. Takiben bu verilerin analiz edilebilmesi için yaş ve eğitim düzeyi verileri aşağıdaki şekilde gruplandırıldı:

- *10-18 yaş grubu:* bu grup hem üniversite öğrenimi öncesi, hem bir işte çalışma öncesi yaşları kapsadığı için “çocuk yaş grubu” olarak kabul edildi ve bu grupta Dünya Sağlık Örgütü sınıflaması göz önünde bulundurularak oluşturuldu (WHO 2005).
- *19-24 yaş grubu:* bu grup Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasının “genç yaş grubu” olarak kabul ettiği kriterler göz önünde bulundurularak oluşturuldu (WHO 2005).
- *8 yıl altı eğitim alan grup:* bu grup hem lise öğrenimi öncesi hem de bir işte çalışma öncesi yaşları kapsadığı için oluşturuldu.
- *8 yıl üstü eğitim alan grup:* bu grup lise ve üzeri eğitimi almış ya da almakta olan hastalardan oluşturuldu.

Araştırmacı tarafından hastalara çalışma hakkında detaylı bilgi verildikten ve onamları alındıktan sonra, yüzyüze görüşme tekniği ile anketleri ve Nutrisyonel Risk Taraması 2002 soruları doldurulmuştur. Hastanın klinik özellikleri ve araştırmacı tarafından hastanede yapılan boy ve kilo ölçüm değerlendirmeleri ile Nutrisyonel Risk Puanı hesaplanmıştır.

Anket formu içinde personele ait sorular evet hayır şeklinde cevaplandırılmış olup buna göre değerlendirme yapılmıştır.

Sunulan yemeğe ait özellikler ise 4 farklı yüz ifadesi şeklinde hastaya gösterilmiş ve hissettiği duyguya eş olanı seçmesi istenmiştir. Bu şekilde hazırlanmış toplam 9 soru vardır. Değerlendirme şekliimiz şekil 5 de gösterilmiştir.



şekil 5: Memnuniyet göstergesi olarak kullanılmış yüz ifadeleri

Hastanın mevcut hastalığı ve beslenme durumu ile hastalık riski arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere toplam 4 tane soru hazırlanmıştır. Bu soruda hastadan 1 den 7 ye kadar risk derecelendirmesini yapması istenmiştir.

1’i ‘‘Hiç risk yok’’ ve 7’yi ‘‘ok risk Var’’ olarak düşünmeleri ve buna göre değerlendirme yapmaları istenmiştir.

Nutrisyonel Risk Taraması

NRS-2002 hastanede yatan tüm hastaların malnütrisyon riski açısından taranması için önerilen en uygun yöntemlerdendir. Uygulaması kolay, güvenilir ve malnütrisyonu önceden tahmin edebilen bir testtir. NRS-2002’nin önemli bir avantajı ise sağlık çalışanları (hemşire, doktor, diyetisyen ve diğer sağlık personelleri) tarafından da uygulanabilir olmasıdır (Pekcan G.2015, etin C. 2014).

Nutrisyonel risk puanı Hesaplanması

NRS 2002' de hastalar beslenme yetersizliği ve hastalık Şiddeti bakımından değerlendirilir ve aşamalı olarak değerlendirilir.

Öncesinde hastaların boy ve kilo ölçümleri araştırmacı tarafından yapılmış ve BKI'leri hesaplanmıştır. Bu değerlendirme NRS2 ilk aŐaması 1. sorusunda kullanılmıştır.

NRS2 ilk aşamasında toplam 4 soru vardır her bir soruya evet veya hayır Şeklinde cevap verilmektedir (EK3). Bu aşamada eğer hasta hiçbir soruda evet Őıkkını karşılamıyorsa tarama sonlandırılır ve hasta "0" risk puanı alır.

Eğer 1 tane bile evet cevabı varsa esas taramaya devam edilerek ikinci aşamaya geçilir.

Bu aşamada 2 kısımdan oluŐmuŐtur; 1) beslenme durumunda düzensizlik ve 2) hastalık Şiddeti. Herbir grup için ayrı ayrı aşağıda görüldüğü Şekli ile risk skorlaması yapılmıştır.

Risk skor değerlendirmesi aşağıdaki değerlendirme skorlamasına göre puanlanarak yapılmıştır;

- Yok (0)
- Hafif (1)
- Orta Őiddette (2)
- Ağır (3)

Toplam skoru ≥ 3 olan hastalar beslenme riski altında olarak değerlendirilirler.

70 yaş üzeri hastalara +1 puan verilerek nihayi puan hesaplanmaktadır.

Buna göre;

≥ 3 Puan; beslenme riski mevcut, beslenme planı yapılması uygun.

<3 Puan; her hafta tarama tekrarlanması durumu uygun. Hastaya örneğin büyük bir cerrahi müdahale uygulanması planlanıyorsa, olası risklere karşı, önlem mahiyetinde bir beslenme planı uygulanmalıdır.

Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Araştırma grubunun boy ve kilo ölçümleri anket uygulanması sonrasında araştırmacı tarafından hastanede Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Beslenme ve Metabolizma Kliniğinde bulunan standart tartı ve boy ölçer kullanılarak yapılmıştır. Ameliyat olmak için yatmış hastaların ise ameliyat öncesinde boy ve kilo ölçümleri alınmıştır. Çocukadolesanlarda ve gençlerin bireysel beslenme durumlarının değerlendirilmesi için persentil değerlerinin, toplum değerlendirmeleri için de özellikle z-skor ve gerektiğinde persentil değerlerinin kullanılması önerilmektedir (Baysal ve ark. 2013) (WHO-2007). Bu yüzden çalışmaya katılan grubun beslenme durumunun değerlendirmesi yaşa göre vücut ağırlığı ve yaşa göre boy uzunluğu ile yaşa göre BKİ değerlendirilmesi z- skor dağılımı ile yapılmıştır. Bu hesaplamalar için DSÖ WHO-Anthro-plus programı kullanılmıştır. Bu program 19 yaş üzerini hesaplama için kabul etmediğinden 19 yaş üzeri bireyler 19 yaş üzerinden bu program ile hesaplanmıştır (C:\Program Files (x86)\WHO\WHO Anthro). Hastaların beslenme durum değerlendirilmesi tablo 3’de da belirtildiği gibi kabul edilmiştir.

Tablo 3: Yaşa göre vücut ağırlığı boyuzunluğu ve BKİ z-skor dağılımı

Ölçümler	Değerlendirme	Z-skor (SD)
Yaşa göre vücut ağırlığı	Çok zayıf (düşük kilolu)	$< -2SD$
	Zayıf	$-2SD \leq < -1SD$
	Normal	$-1SD \leq < +1SD$
	Kilolu, hafif şişman (fazla kilolu)	$+1SD \leq < +2SD$
	Şişman (obez)	$+2 SD \leq$
Yaşa göre boy uzunluğu	Çok kısa (bodur)	$< -2SD$
	Kısa	$-2SD \leq < -1SD$
	Normal	$-1SD \leq < +1SD$
	Uzun	$+1SD \leq < +2SD$
	Çok Uzun	$+2 SD \leq$
Yaşa göre BKİ	Çok zayıf	$< - 2SD$
	Zayıf	$\geq - 2SD - < - 1SD$
	Normal	$\geq - 1 SD - < + 1SD$
	Kilolu, hafif şişman	$\geq + 1SD - < + 2SD$
	Şişman (obez)	$\geq + 2SD$

(Baysal ve ark. 2013) (WHO-2007)

İstatistiksel analizlerde;

Yaşa göre ağırlık değerlendirilmesinde hastalar; zayıf ($< -2SD < -1SD$), normal ($-1SD \leq < +1SD$), fazla kilolu ($+1SD \leq < +2SD$) ve obez ($+2 SD \leq$) olarak nitelendirilmiştir.

Yaşa göre boy değerlendirilmesinde hastalar; kısa ($< -2SD < -1SD$), normal ($-1SD \leq < +1SD$), uzun ($+1SD \leq < +2SD$) ve çok uzun ($+2 SD \leq$) olarak nitelendirilmiştir.

Yaşa göre BKİ değerlendirilmesinde hastalar; zayıf ($< -2SD < -1SD$), normal ($-1SD \leq < +1SD$), fazla kilolu ($+1SD \leq < +2SD$) ve obez ($+2 SD \leq$) olarak nitelendirilmiştir.

BKI Hesaplama

Hastaların beden kitle indeksini değerlendirmek üzere WHO, 2009 (<http://www.who.int/growthref/tools/en/>) kullanılmıştır.

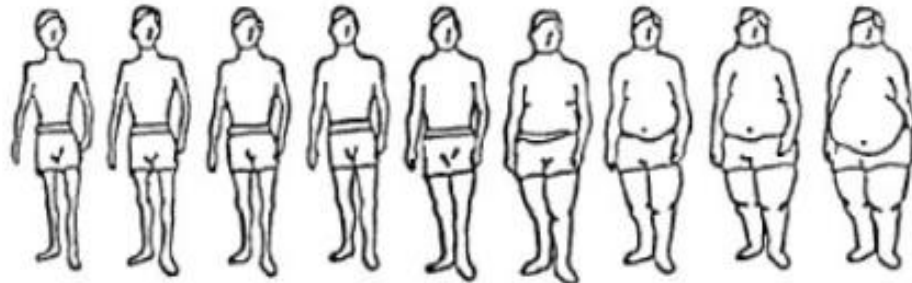
Beden Algı Değerlendirmesi

Hastaların beden algılarını değerlendirmek üzere Beden Algı Skalası (Stunkard Scale <http://healthland.time.com/2009/11/18/obese-and-unaware-can-you-be-too-comfortable-with-your-body-size/>) kullanılmıştır (Şekil 6)

Hastalara kadın ve erkek için ayrı skalalar gösterilerek kendilerine en yakın gördükleri şekli işaretlemeleri istenmiştir. Bu skalada her bir resmin altında BKI percentile değeri verilmiştir. Biz çalışmamızda veri analizi yaparken hem erkek hem de kadın için 1 ve 2. Şekilleri “zayıf”, 3, 4 ve 5. şekilleri “Normal”, 6 ve 7. şekilleri “fazla tartı” ve 8 ve 9. şekilleri de obes olarak değerlendirdik.

Şekil 6: Stunkard scale (Beden Algı Skalası)

**MALE
Body
Types**

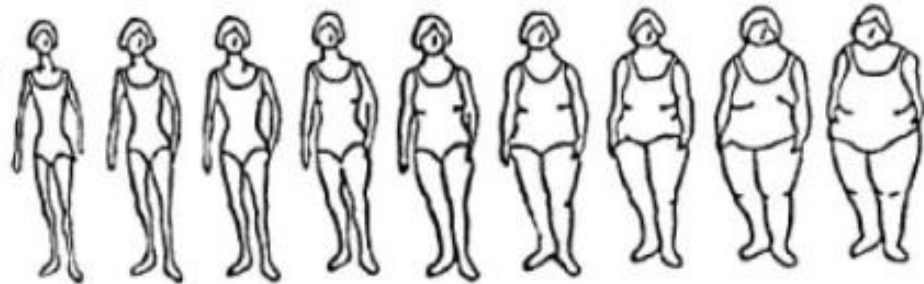


01 02 03 04 05 06 07 08 09

T2DM BMI†:	26.2*	23.6*	23.6,	25.4,	27.9,	30.1,	33.2,	38.3,	44.8*
SD	6.3	2.5	2.2	2.8	3.1	4.0	4.9	5.8	7.9
(n)	(26)	(31)	(34)	(79)	(177)	(334)	(365)	(155)	(103)

No DM BMI†:	23.3,	21.9,	23.8,	25.5,	27.4,	29.8,	32.9,	37.2,	42.2
SD	4.7	2.5	2.7	2.9	3.0	3.6	4.2	6.2	7.8
(n)	(60)	(111)	(141)	(232)	(546)	(761)	(754)	(225)	(94)

**FEMALE
Body
Types**



10 11 12 13 14 15 16 17 18

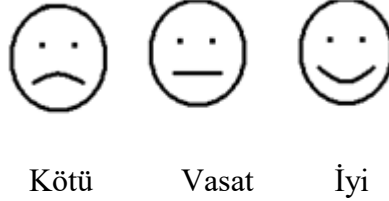
T2DM BMI†:	21.2*	21.7,	24.1*,	26.2*,	29.8*,	34.2*,	38.0*,	43.3*,	49.2
SD	1.5	2.4	4.0	4.2	4.4	5.1	6.2	7.0	9.2
(n)	(6)	(18)	(52)	(145)	(414)	(560)	(335)	(259)	(190)

No DM BMI†:	18.8,	20.5,	22.3,	24.7,	28.4,	32.8,	36.5,	41.8,	47.4
SD	2.4	2.4	2.4	3.2	3.8	5.0	5.8	6.5	8.2
(n)	(48)	(207)	(341)	(742)	(1275)	(1136)	(604)	(272)	(138)

† Mean BMI; *p <0.05

Son akşam yemeğinden memnuniyet puanı:

Hastaların hastaneden taburcu olmadan önceki son yemeğın kalitesini sorgulamaya yönelik bir form oluşturuldu ve bu formda yemeğe yönelik memnuyeti belirlemek amacıyla ile “kötü”, “vasat”, “iyi” şeklinde aşağıda yer alan bir görsel analog skala bu hastalara uygulandı ve memnuniyet derecesi puanlandı (Şekil7).



Şekil7.En son yenilen akşam yemeğı memnuniyet göstergesi olarak kullanılan yüz ifadeleri

5.3.7. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 16.0 (Statistical Package for Social Sciences) istatistik paket programı kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin nitel ve nicel olmasına bağılı olarak öncelikle tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Nitel değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak, nicel değişkenler ise ortalama, standart sapma (SS), alt ve üst değerler olarak ifade edilmiştir. Nicel verilerin normal dağılıp dağılmadığı “Kolmogorov-Smirnov ve ShapiroWilks Testi” ile incelenmiştir.

Nitel değişkenlerin değerlendirilmesinde *Fisher’s Exact Ki-kare* testi kullanıldı ve $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.

İkili grupların karşılaştırılmasında *Mann-Whitney U* testi kullanıldı ve $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.

Nitel değişkenler arasındaki korelasyon katsayısı ve istatistiksel önemliliği *Speraman’s rho Corelation testi* ile hesaplandı ve $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.

6. BULGULAR

6.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan hastaların genel yaş ortalaması 21 ± 3.79 yıl olarak bulunmuş olup bu hastaların çoğu kadın hastalardan oluşmaktaydı. Kardeş sayısı ortalaması 3 ± 1.54 idi. Evde yaşayan kişi sayısı ise 4 ± 1.62 olarak saptandı (Tablo 6-1-1).

Tablo 6-1-1 Araştırma grubunun demografik özellikleri

	n	Minimum	Maksimum	Medyan	Standart sapma
Yaş (yıl)	200	10.00	24.00	21.00	3.79
Kardeş sayısı		1.00	10.00	3.00	1.54
Evde yaşayan kişi sayısı		1.00	10.00	4.00	1.62

Çalışma grubuna katılan hastaların 10-18 yaş grubu % 31.5'i (n=63) 19-24 yaş grubu ise %69.5'i (n=137) yer almakta olup bu hastaların çoğu kadın hastalardan oluşmaktaydı. % 57.5'i (n=115) kadın, % 42.5'i (n=85) erkektir. Hastaların eğitim süreleri "8 yıl ve altı" ve "8 yıl" üzeri diye kategorize edildiğinde "8 yıl ve altı" %27 (n=54) ve "8 yıl ve üzeri" %73'ü (n=146) hasta vardı ve bu hastaların büyük çoğunluğunun sekiz yıldan daha uzun süreli eğitim aldığı ve genelde lise düzeyi olduğu belirlendi.

Hastaların %25'i (n=50) evli birlikte yaşıyor, %6'sı (n=3), %72'si ise (n=144) yani büyük çoğunluğunun bekar olduğu gözlemlendi. Sigara alkol gibi zararlı alışkanlıklarınız var mı? sorusuna araştırma grubunun %28.5'i (n=57) evet, %71.5'i (n=143) ise hayır cevabını vermiştir. Hastaların çoğunda sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlık saptanmadı. Hastaların sağlık güvencesine bakıldığında %27.5'i (n=55) emekli sandığı, %51.5'i (n=103) SSK, %11'i (n=22) Bağkur, %5.5'i (n=11) özel sigorta, %3'ü (n=6) yeşil kart, %1.5'ü (n=3) diğer tercih etmiş olup büyük çoğunluğun ssk olduğu saptandı. Hastalar ekonomik durumlarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda çok iyi %8.5'i (n=17),

iyi %39 (n=78), orta %50 (n=100),kötü %2.5 (n=5) büyük çoğunluğun orta düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir(Tablo 6-1-2).

Tablo 6-1-2 Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

		n	%
Yaş	10-18 yaş	63	31.5
	19-24 yaş	137	69.5
Cinsiyet	Kadın	115	57.5
	Erkek	85	42.5
Eğitim	8 yıl ve altı	54	27
	8 yıl üstü	146	73
Medeni durum	Evli birlikte yaşıyor	50	25
	Ayrı yaşıyor	6	3
	Bekar	144	72
Alışkan	Evet	57	28.5
	Hayır	143	71.5
Güvence	Emekli sandığı	55	27.5
	SSK	103	51.5
	Bağ-Kur	22	11.0
	Özel sigorta	11	5.5
	Yeşil kart	6	3.0
	Diğer	3	1.5
Ekonomik durum	Çok iyi	17	8.5
	İyi	78	39
	Orta	100	50
	Kötü	5	2.5

Hastaların yaş cinsiyet eğitim medeni durum ekonomik durum açısından incelendiğinde bu parametreler arasında istatistiksel fark olmadığı saptandı (Tablo 6-1-3).

Tablo 6-1-3 Çalışma grubunun demografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

		KADIN		ERKEK		TOPLAM	
		n	%	n	%	n	%
Eğitim	8 yıl ve altı	29	25.2	25	29.4	54	27
	8 yıl üstü	86	74.8	60	70.6	146	73
	TOPLAM	115	57.5	85	42.5	200	100.0
$X^2=0.436, p=0.308$							
Ekonomik durum	Çok iyi	6	5.2	11	12.9	17	8.5
	İyi	48	41.7	30	35.3	78	39
	Orta	61	53.0	39	45.9	100	50
	Kötü	-	-	5	5.9	5	2.5
	TOPLAM	115	57.5	85	42.5	200	100.0
$X^2=11.217, p=0.011$							
Medeni durum	Evli birlikte yaşıyor	30	26.1	20	23.5	50	25
	Ayrı yaşıyor	4	3.5	2	2.4	6	3
	Bekar	81	70.4	63	74.1	144	72
	TOPLAM	115	57.5	85	42.5	200	100.0
$X^2=0.426, p=0.808$							

* Sütun yüzdesi verilmiştir.

Hastaların eğitim süreleri “8 yıl ve altı” ve “8 yıl” üzeri diye kategorize edildiğinde yaşa grubuna göre (10-18 yaş ve 19-24 yaş grupları) 19-24 yaş aralığında “8 yıl üzeri” eğitimin (109 hasta, %79.6) ($p=0.003$) daha fazla olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlam-

lı fark yarattığı görüldü. Yaş grupları arasında ekonomik durumlarının değerlendir (p=0.487). Her iki yaş grubunda da hastaların çoğunluğunun bekar olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı farklılık yarattığı (p<0.001) gözlenmiştir (Tablo 6-1-4).

Tablo 6-1-4 Çalışma grubunun eğitim durumlarının yaş gurubuna göre puan dağılımları

		YAŞ (10-18)		YAŞ (19-24)		TOPLAM	
		n	%	n	%	n	%
Eğitim	8 yıl ve altı	26	41.3	28	20.4	54	27
	8yıl üstü	37	58.7	109	79.6	136	73
TOPLAM		63	31.5	137	68.5	200	100.0

$X^2=9.502$. **p=0.003**

Ekonomik durum	Çokiyi	7	11.1	10	7.3	17	8.5
	İyi	20	31.7	58	42.3	78	39
	Orta	34	54.0	66	48.2	100	50
	Kötü	2	3.2	3	2.2	5	2.5
	TOPLAM	63	31.5	137	68.5	200	100.0

$X^2=2.436$. **p=0.487**

Medeni durum	Evli birlikte yasiyor	2	3.2	48	35.0	50	25
	Ayriyasiyor	2	3.2	4	2.9	6	3
	Bekar	59	93.7	85	62.0	144	72
	TOPLAM	63	31.5	137	68.5	200	100.0

$X^2=23.521$. **p<0.001**

* Sütun yüzdeleri verilmiştir.

6.2. Hastaların Sağlık Merkezleri Kullanım Durumu

Hastaların bir sağlık problemi ile karşılaştığında tercih ettiği sağlık kurumunu 10-18 yaş grubundaki hastaların çoğunluğu devlet hastanesini, %44.5'i (n=28), 19-24 yaş grubu arasındaki hastaların %43.0'i (n=59) yine devlet hastanesini tercih ettiği saptanmıştır. Bu kurumu tercih etme sebebi sorulduğunda ise 10-18 yaş grubundaki hastaların %29.0'i (n=18) ulaşımı kolay olduğu için seçtiklerini, 19-24 yaş grubu arasındaki hastaların ise %37.2'i (n=51) yine ulaşımı kolay olarak tercih ettiğini beyan etmiştir. Hastaların bir sağlık problemi ile karşılaştığında tercih ettiği sağlık kurumu ve bu tercihi yapma nedenlerinde yaş bakımından istatistiksel bir farklılık saptanmadı. Bu bulgular ile hastaların hastane tercihininde yaşın etkili olmadığı düşünüldü (Tablo 6-2-1).

Tablo 6-2-1 Araştırma grubunun sağlık merkezleri kullanım tercihlerinin yaşa göre dağılımı

		YAŞ					
		10-18 YAŞ		19-24 YAŞ		TOPLAM	
		n	%	n	%	n	%
Daha çok hangi sağlık kurumunu tercih dersiniz?	Sağlık ocağı ana çocuk sağlığı merkezi	11	17.5	19	14.0	30	15
	Devlet hastanesi	28	44.5	59	43.0	87	43.5
	Üniversite hastanesi	20	32.0	40	29.1	60	30
	Özel hastane poliklinik sağlık merkezi	1	1.5	14	10.2	15	7.5
	Özel doktor	3	4.5	5	3.7	8	4
	TOPLAM	63	100	137	100	200	100.0

$X^2=5.649$, $p=0.342$

Bu kurumu neden tercih ediyorsunuz?	Ulaşım kolay	18	29.0	51	37.2	69	34.5
	Daha ucuz	7	11.1	14	10.2	21	10.5
	Daha az sıra bekliyorum	8	12.7	19	13.9	27	13.5
	Daha temiz	5	8.0	3	2.2	8	4
	Daha çok ilgileniyorlar	16	25.3	26	19.0	42	21
	Daha güler yüzlüler	1	1.5	3	2.2	4	2
	Teşhisleri ve tedavileri iyi	8	12.4	21	15.3	29	14.5
	TOPLAM	63	100	137	100	200	100.0

$X^2=5.707$, $p=0.457$

* Sütun yüzdeleri verilmiştir.

Hastaların eğitim süreleri “8 yıl ve altı” ve “8 yıl” üzeri diye kategorize edildiğinde her iki grubunda sağlık ocağı/AÇS merkezi, devlet hastanesi ya da üniversite hastanesini

tercih ettiği ve aralarında istatistiksel farklılık olmadığı (p=0.323) görüldü. Hastaların bu kurumları tercih etme sebepleri (p=0.356) arasında da istatistiksel farklılık olmadığı saptandı (Tablo 6-2-2).

Tablo 6-2-2 Araştırma grubunun eğitim durumlarına göre kurum tercihi dağılımları

		EĞİTİM					
		8 yıl ve al		8 yıl üstü		TOPLAM	
		n	%	n	%	n	%
Herhangi bir şikayetinizde daha çok hangi sağlık kurumunu kullanıyorsunuz?	Sağlık ocağı. AÇS merkezi	11	20.3	19	13.0	30	15
	Devlet hastanesi	23	42.6	65	44.5	88	44
	Üniversite hastanesi	17	31.5	43	29.5	60	30
	Özel hastane/poliklinik/sağlık merkezi	1	1.9	14	9.6	15	7.5
	Özel doktor	2	3.7	5	3.4	7	3.5
	TOPLAM	54	100	146	100	200	100

$X^2=4.665$, p=0.323

Bu kurumu neden tercih ediyorsunuz?	Daha yakın ulaşımı kolay	15	27.8	54	37.0	69	34.5
	Daha ucuz	9	16.7	13	8.3	22	11
	Daha az sıra bekliyorum	7	13.0	20	13.7	27	13.5
	Daha temiz	3	5.6	5	3.4	8	4
	Daha çok ilgileniyorlar	10	3.7	32	21.9	42	21
	Daha güler yüzlüler	-	-	3	2.6	3	1.5
	Teşhisleri ve tedavileri iyi	10	18.5	19	13.1	39	19.5
	TOPLAM	54	100	146	100	200	100

$X^2=6.631$, p=0.356

* Sütun yüzdeleri verilmiştir.

Hastaların cinsiyetleri kategorize edildiğinde her iki grubunda çoğunlukla devlet hastanelerini tercih ettiği ve aralarında istatistiksel farklılık olmadığı (p=0.124) görüldü. Ha-

taların bu kurumları tercih etme sebepleri (p=0.465) arasında da istatistiksel farklılık olmadığı saptandı (Tablo 6-2-3).

Tablo 6-2-3 Araştırma grubunun cinsiyete göre kurum tercihi dağılımları

		CİNSİYET					
		KADIN		ERKEK		TOPLAM	
		n	%	n	%	n	%
Herhangi bir şikayetinizde daha çok hangi sağlık kurumunu kullanıyorsunuz?	Sağlık ocağı, AÇS merkezi	16	14.0	14	16.4	30	15.0
	Devlet hastanesi	54	47.0	33	39.0	87	43.5
	Üniversite hastanesi	31	27.0	29	34.1	60	30.0
	Özel hasta- ne/poliklinik/sağlık merkezi	12	10.4	3	3.5	15	7.5
	Özel doktor	2	1.6	6	7.0	8	4.0
	TOPLAM	115	100	85	100	200	100.0
$X^2=8.649$. p=0.124							
Bu kurumu neden tercih ediyorsunuz?	Daha yakın ulaşımı kolay	39	34.0	30	35.2	69	34.5
	Daha ucuz	11	9.6	10	11.8	21	10.5
	Daha az sıra bekliyorum	14	12.2	13	15.2	27	13.5
	Daha temiz	4	3.5	4	4.8	8	4
	Daha çok ilgileniyorlar	30	26.0	12	14.1	42	21
	Daha güler yüzlüler	3	2.6	1	1.1	4	2
	Teşhisleri ve tedavileri iyi	14	12.1	15	17.8	29	14.5
	TOPLAM	115	100	85	100	200	100.0
$X^2=5.634$. p=0.465							

* Sütun yüzdeleri verilmiştir.

Hastaların sağlık kurumu tercihleri ve tercih sebepleri sorgulandıktan sonra daha önce herhangi bir sağlık kuruluşunda yatarak tedavi alıp almadıkları sorgulandı. Bu

sorgulama sonunda hastaların 113 (%56,5) tanesinin evet cevabını verdiği ve 87 tanesinin(%43.5) ise hayır cevabını verdiği saptandı. Bu hastaların yattığı sağlık kuruluşu türü sorgulandığında ise hastalardan 50 (%25) tanesinin üniversite, 56 (%26) tanesinin devlet hastanesinde, 7(%3,5) tanesinin özel vakıf hastanelerinde yattığını görüldü.

6.3. Araştırma grubunun Beslenme Durumu

6.3.1. Araştırma grubunun beslenme özellikleri

Araştırma grubunun boy ortalaması 1.65 ± 1.14 cm kiloları 63 ± 1.46 kg ve BKİ değerleri 22.5 ± 4.68 olarak saptandı (Tablo 6-3-1).

Tablo 6-3-1 Hastaların boy, kilo ve BKİ değerleri tanımlayıcı tablosu

	Minimum	Maksimum	Median	SD
Boy (cm)	110.00	187.00	1.65	1.14
Kilo (kg)	25.00	109.00	63.00	1.46
BMI (kg/ m ²)	15.30	39.10	22.50	4.68

Yaşa göre boy z-skorlarına bakıldığında hastaların %5'i (n=10) çok kısa, %81,5'i (n=163) kısa, %12'si (n=24) normal, %1.5'i (n=3) uzun olarak tespit edildi. Yaşa göre ağırlık z-skorlarına bakıldığında hastaların hastaların %0.5'i (n=1) zayıf, %3.5'i (n=7) normal, %82.5'si (n=165) şişman, %13.5'inin (n=27) obez sınıflamasında yer aldığı saptandı. Hastaların yaşa göre BKİ' larına bakıldığında %4.5'i (n=9) zayıf, %81'i (n=162) normal, %12.5'i (n=25) şişman, %2.0'ı (n=4) obez oldukları görüldü (Tablo 4.3.2).

Tablo 6-3-2 Araştırma grubunun yaşa göre boy, yaşa göre ağırlık ve BKİ z skoru dağılımları

		n	%
Yaşa göre boy z skoru	Çok kısa	10	5.0
	Kısa	163	81.5
	Normal	24	12.0
	Uzun	3	1.5
Yaşa göre ağırlık z skoru	Zayıf	1	0.5
	Normal	7	3.5
	Şişman	165	82.5
	Obez	27	13.5
Yaşa göre BMI z skoru	Zayıf	9	4.5
	Normal	162	81.0
	Şişman	25	12.5
	Obez	4	2.0

Hastaların cinsiyete göre BKİ dağılımlarına bakıldığında hastaların çoğunluğunun normal kategorisinde yer aldığı ve bu hastalar arasında cinsiyet bakımından farklılık olmadığı saptandı (p=0.661) (Tablo 6-3-3).

Tablo 6-3-3 Cinsiyete göre BKI z skoru dağılımı

CİNSİYET						
Cinsiyete göre BKI z skoru	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Zayıf	4	3.4	5	5.9	9	4.5
Normal	92	80.0	70	82.4	162	81
Şişman	16	14.0	9	10.6	25	12.5
Obez	3	2.6	1	1.1	4	2
TOPLAM	115	100	85	100	200	100.0

$$X^2=1.595, p=0.0.661$$

* Sütun yüzdeleri verilmiştir

Yaşa göre BKI değerleri incelendiğinde hastaların çoğunluğunun normal kategoride olduğu ve bu çoğunluğun en fazla 19-24 yaş arasında yer aldığı saptandı ancak bu fazlalığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p=0.967$) (Tablo 6-3-4).

Tablo 6-3-4 Yaşa göre BKI dağılımı

YAŞ GRUBU						
Yaşa göre BKI	10-18 yaş		19-24 yaş		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Zayıf	3	4.8	6	4.4	9	4.5
Normal	52	82.6	110	80.2	162	81
Şişman	7	11.1	18	13.2	25	12.5
Obez	1	1.5	3	2.2	4	2
TOPLAM	63	100	137	100	200	100.0

$$X^2=0.261, p=0.967$$

* Sütun yüzdeleri verilmiştir.

Hastaların 8 yıl altı eğitim alan %65'nin (n=35) normal, %20.3'ü şişman olduğu, 8 yıl üzeri eğitim alan %87'sinin (n=127) normal olduğu, %9.5'nin (n=14) şişman olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyine göre BKİ değerleri incelendiğinde 8 yıl üzeri eğitim alan hastaların normal kategorisinde daha fazla yer aldığı ve bu sayısal artışın istatistiksel olarak fark yarattığı (p<0.001) görüldü. Bu bulgu ile eğitim düzeyinin BKİ değerlerini olumlu yönde etkilediği düşünüldü (Tablo 6-3-5).

Tablo 6-3-5 Eğitime göre BKİ z skoru dağılımı

EĞİTİM GRUBU						
Eğitime göre BKİ z skoru	8 YIL ALTI		8 YIL VE ÜZERİ		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Zayıf	4	7.4	5	3.5	9	4.5
Normal	35	65.0	127	87.0	162	81
Şişman	11	20.3	14	9.5	25	12.5
Obez	4	7.3	0	0.0	4	2
TOPLAM	54	100	146	100	200	100.0

$\chi^2=18.262$, $p<0.001$

* Sütun yüzdeleri verilmiştir.

6.4.1. Beden Algı Değerlendirilmesi

Stunkard skalasına göre hastaların kendi vücutlarına uyan resmi göstermelerini istediğimizde hastaların %20'si (n=40) zayıf, %64'ü (n=128) normal, %12'si (n=24) şişman ve %4'ü (n=8) obez olarak nitelenen resimleri işaret etmişlerdir (Tablo 6-4-1).

6.4.1 Çalışma grubunun beden algı değerlendirilmesi

	n	%
Zayıf	40	20.0
Normal	128	64.0
Şişman	24	12.0
Obez	8	4.0

Yaş grubuna göre beden algısı sorgulandığında hastaların çoğunun normal kategoride (128 hasta, %64) yer aldığı görüldü ancak bu dağılımın istatistiksel olarak farklı olmadığı saptandı ($p=0.238$) (Tablo 6-4-2).

Cinsiyete göre beden algısı sorgulandığında hastaların çoğunun normal kategoride (128 hasta, %64) yer aldığı görüldü ancak bu dağılımın cinsiyetler arasında istatistiksel olarak farklı olmadığı saptandı ($p=0.140$) (Tablo 6-4-2).

Eğitim grubuna göre beden algısı sorgulandığında hastaların çoğunun normal kategoride (128 hasta, %64) yer aldığı, 8 yıl üzeri eğitim alan hastaların daha çok bu kategoride olduğu görüldü ancak bu dağılımın istatistiksel olarak farklı olmadığı saptandı ($p=0.052$) (Tablo 6-4-2).

Boy z skoruna göre beden algısı sorgulandığında hastaların çoğunun normal kategoride (128 hasta, %64) yer aldığı görüldü. Bu hastaların normal boy ve normal kilo kategorilerinde yer aldığı ve bu dağılımın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.001$) saptandı. Bu bulgular ile hastaların boylarının kilo algısı ile paralel olduğu düşünüldü (Tablo 6-4-2).

Kilo z skoruna göre beden algısı sorgulandığında hastaların çoğunun normal kategoride (128 hasta, %64) yer aldığı görüldü. Bu hastaların dağılımının istatistiksel olarak

anlamli olduğu ($p<0.001$) saptandı. Bu bulgular ile hastaların kilolarının kendi kilo algıları ile paralel olduğu düşünöldü (Tablo 6-4-2).

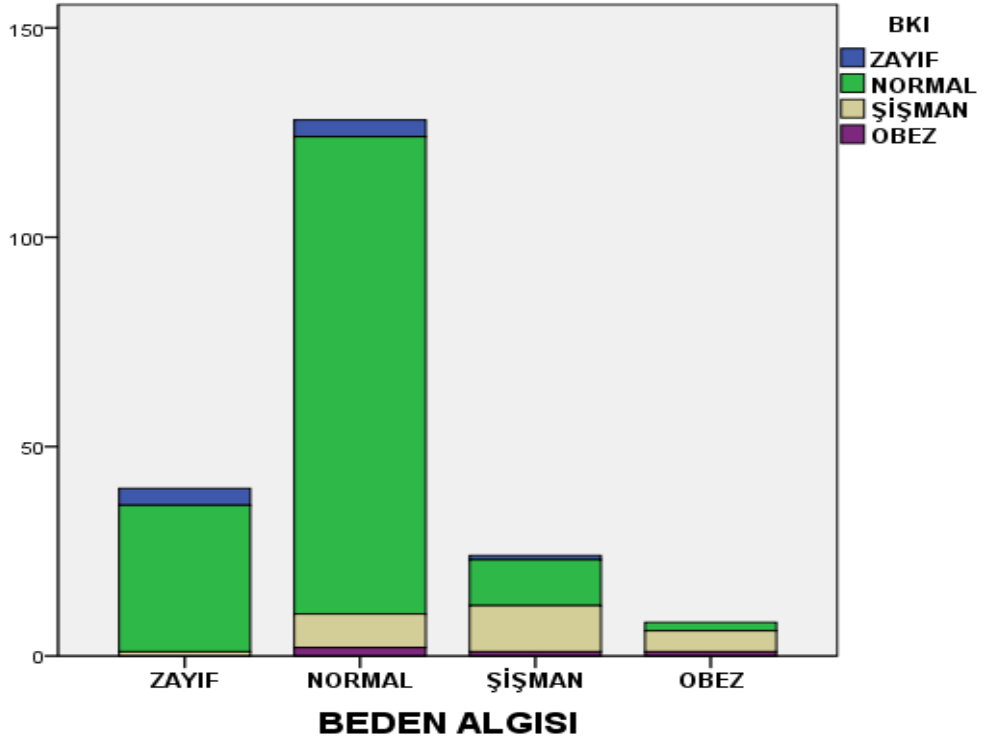
BKI değerlerine göre beden algısı sorgulandığında hastaların çoğunun BKI değerlerinin normal kategoride (128 hasta, %64) yer aldığı göröldü. Bu hastaların dağılı-
mın istatistiksel olarak anlamli olduğu ($p<0.001$) saptandı. Bu bulgular ile hastaların BKI değerleri ile kendi kilo algıları ile paralel olduğu düşünöldü (Tablo6-4-2, Şekil 6-4-3, Şekil 6-4-2).



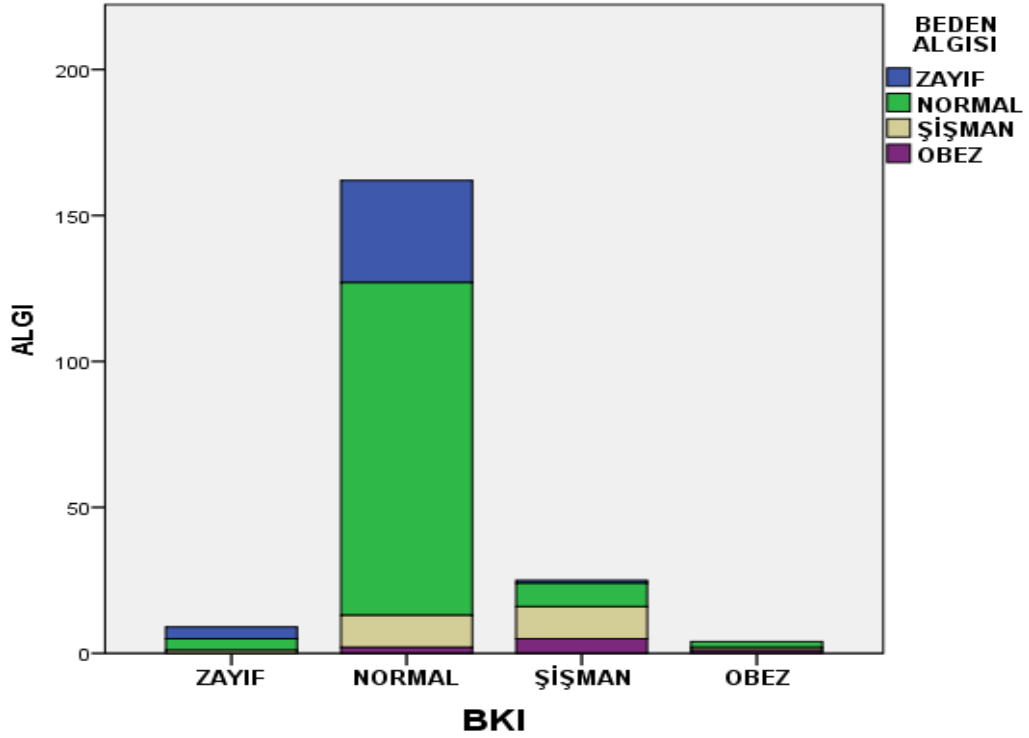
Tablo 6-4-2 Beden algısı skorunun yaş grupları, cinsiyet ve eğitim grupları arasındaki dağılımı

		Beden algısı skoru							
		Zayıf		Normal		Şişman		Obez	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş grubu	18 yaş altı	12	19.0	42	66.7	9	14.3	0	0.0
	18 yaş ve üzeri	28	20.4	86	62.8	15	10.9	8	5.8
$X^2=4.223, p=0.238$									
Cinsiyet	Kadın	23	20.0	75	65.2	10	8.7	7	6.1
	Erkek	17	20.0	53	62.4	14	16.5	1	1.2
$X^2=5.471, p=0.140$									
Eğitim grubu	8 yıl altı	8	14.8	32	59.3	9	16.7	5	9.3
	8 yıl ve üzeri	32	21.9	96	65.8	15	10.3	3	2.1
$X^2=7.712, p=0.052$									
Boy z	Çok kısa	-	-	-	-	-	-	-	-
	Kısa	4	40.0	4	40.0	2	20.0	0	0.0
	Normal	35	21.5	117	71.8	10	6.1	1	0.6
	Uzun	1	4.2	7	25.92	12	44.44	7	25.9
$X^2=81.595, p<0.001$									
Kilo z	Zayıf	5	62.5	2	25.0	1	12.5	0	0.0
	Normal	34	20.6	119	72.1	11	6.7	1	0.6
	Şişman	1	4.2	6	25.0	11	45.8	6	25.0
	Obez	0	0.0	1	33.3	1	33.3	1	33.3
$X^2=87.603, p<0.001$									
BKI	Zayıf	4	44.4	4	44.4	1	11.1	0	0.0
	Normal	35	21.6	114	70.4	11	6.8	2	1.2
	Şişman	1	4.0	8	32.0	11	44.0	5	20.0
	Obez	0	0.0	2	50.0	1	25.0	1	25.0
$X^2=62.019, p<0.001$									

Şekil 6-4-3



Şekil 6-4-4



6.5. RİSK ALGISI

Araştırma grubunun risk algısını değerlendirmek üzere toplam 4 sorudan oluşan aşağıdaki sorular yöneltildi:

- RİSK1= ‘Mevcut hastalığınızın ciddiyetine göre şimdi için risk derecesi’
- RİSK2= ‘Mevcut kilonuza yönelik şimdi için risk derecesi’
- RİSK3 = ‘İleri dönemlerde mevcut sağlık probleminizin sağlığınıza riski’
- RİSK4 = ‘İleri dönemlerde beslenme durumunuzun sağlığınıza riski’

Hastaların risk algısı sorgulandığında %84’nün kendi hastalığına yönelik risk derecesini ‘hiç risk yok’ olarak belirttiği, %27’sinin ise beslenme durumunun ileri dönemde sağlığına yönelik risk derecesini ‘çok yüksek riskli’olarak beyan ettiği görülmüştür (Tablo 6-5-1).

Tablo 6-5-1 Çalışma grubunun mevcut sağlık ve vücut ağırlığına yönelik risk algılarının dağılımı risk algı derecelendirme puanı dağılımı

	RİSK 1		RİSK 2		RİSK 3		RİSK 4		TOPLAM	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hiç risk yok	84	42	105	52.5	81	40.5	77	38.5	200	100.0
Az risk var	53	26.5	37	18.5	46	23.0	38	19.0	200	100.0
Orta risk var	42	21.0	31	15.5	31	15.5	39	19.5	200	100.0
Yüksek riskli	10	5.0	14	7.0	20	10.0	19	9.5	200	100.0
Çok yüksek risk	11	5.5	13	6.5	22	11.0	27	13.5	200	100.0
TOPLAM	200	100.0	200	100.0	200	100.0	200	100.0	200	100.0

Hastanın risk algısı derecelendirme puanları incelendiğinde kendi hastalığına yönelik risk algısının düşük olduğunu (3 ± 1.44), kilosuna yönelik risk algısının olmadığı (2 ± 1.60), mevcut sağlık probleminin ve beslenme durumunun ileri dönemde sağlığına yönelik risk algısının (3 ± 1.78 ve 3 ± 1.82) düşük görüldü. (Tablo 6-5-2).

Tablo 6-5-2 Çalışma grubunun mevcut sağlık ve vücut ağırlığına beslenmeye yönelik risk algılarının dağılımları

	Minimum	Maksimum	Medyan	X ±SD
RİSK 1	1	5	3	3±1.44
RİSK 2	1	5	2	2±1.60
RİSK 3	1	5	3	3±1.78
RİSK 4	1	5	3	3±1.82

Hastaların risk algısı derecelendirme puanları yaş grubuna, cinsiyete göre ve eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde risk algısının cinsiyet ve eğitim düzeyinin risk algıları üzerinde istatistiksel farklılık yaratmadığı saptandı. Oysa 10-18 yaş grubu ile 19-24 yaş grubu arasında “beslenme durumunun ileri dönemde sağlığına yönelik risk derecesi” değerlerinin istatistiksel olarak farklı olduğu (p=0.019) saptandı. Bu bulgu ile 18 yaş üzeri hastaların beslenme durumlarının ileri dönemde sağlığına yönelik yüksek risk oluşturacağını düşündüğü anlaşıldı. Diğer risk algıları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptandı (Tablo 6-5-3).

Tablo 6-5-3 Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre risk algı puanları

Grup	Değişken	RİSK1	RİSK2	RİSK3	RİSK4
Cinsiyet grubu	Kadın	3±1.35	2±1.63	3±1.91	3±1.95
	Erkek	3±1.55	2±1.51	3±1.59	3±1.61
	p	0.399	0.445	0.259	0.269
Eğitim grubu	8 yıl altı	3±1.71	2±1.65	3±2.00	3±1.98
	8 yıl üstü	3±1.33	3±1.56	3±1.69	3±1.76
	p	0.847	0.651	0.965	0.424
Yaş grubu	18 yaş altı	3±1.50	2±1.63	3±1.61	2±1.80
	18 yaş üstü	3±1.41	3±1.55	3±1.82	3±1.80
	p	0.681	0.077	0.232	0.019

Hastaların nerede ise tamamı mevcut hastalığının şimdi için risk derecesinin olmadığını belirtti. Bu soruya verilen cevap üzerinde yaşın bir önemli bir etkisinin olmadığı gözlemlendi (Tablo 6-5-4).

Tablo 6-5-4 Çalışma grubunun mevcut hastalığın ciddiyetinin yaş grubuna yönelik şimdi için risk algılarının dağılımı

	10-18 YAŞ		19-24 YAŞ		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Hiç risk yok	24	28.5	60	71.5	84	42.0
Az risk var	19	35.8	34	64.2	53	26.5
Orta risk var	13	31.0	29	69.0	42	21.0
Yüksek riskli	2	20.0	8	80.0	10	5.0
Çok yüksek risk	5	33.3	6	66.7	11	5.5
TOPLAM	115	57.5	85	42.5	200	100.0

$X^2 = 2.827, p=0.830$

Diğer yandan bu soruya verilen cevaplar üzerinde eğitim düzeyinin de bir önemli etkisinin olmadığı gözlemlendi (Tablo 6-5-5).

Tablo 6-5-5 Çalışma grubunun mevcut hastalığın ciddiyetinin eğitim grubuna yönelik şimdi için risk algılarının dağılımı

	EĞİTİM 8 yıl altı		EĞİTİM 8 yıl üzeri		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Hiç risk yok	25	29.7	59	70.2	84	42.0
Az risk var	10	18.9	43	81.1	53	26.5
Orta risk var	10	23.8	32	76.2	42	21.0
Yüksek riskli	3	30.0	7	70.0	10	5.0
Çok yüksek risk	6	54.5	5	44.5	11	5.5
TOPLAM	54	27.0	146	73	200	100.0

$X^2 = 6.762, p=0.343$

Alışkanlığı olan hastalar ile olmayan hastalarınnerede ise tamamı mevcut hastalığının şimdi için risk derecesinin olmadığını belirtti. Bu soruya verilen cevap üzerinde alışkanlığın olup olmamasının bir öneminin olmadığı görüldü (Tablo 6-5-6).

Tablo 6-5-6 Çalışma grubunun mevcut hastalığın ciddiyetinin zararlı alışkanlıklara yönelik şimdi için risk algularının dağılımı

	ALIŞKANLIK				TOPLAM	
	EVET		HAYIR			
	n	%	n	%	n	%
Hiç risk yok	25	43.9	59	41.2	84	42
Biraz risk var	12	21.0	41	28.7	53	26.5
Orta risk var	15	26.3	27	18.9	42	21
Yüksek riskli	3	5.2	13	9.1	16	8
Çok yüksek risk	2	3.5	3	2.1	5	2.5
TOPLAM	57	100	143	100	200	100

$X^2= 4.781, p=0.572$

Hastaların “size göre mevcut kilonuza yönelik şimdi için risk dereceniz nedir?” sorusuna yönelik verdiği cevaplar hastaların yaş grubuna göre değerlendirildiğinde yaşın risk algısına yönelik etkisinin olmadığı saptandı ($p=0.830$) (Tablo 6-5-7).

Tablo 6-5-7 Hastaların mevcut kilosunun şimdi için risk derecesini algılama durumunun yaşa göre dağılımı

	10-18 yaş		19-24 yaş		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Hiç risk yok	24	38.0	60	43.8	84	42
Biraz risk var	19	30.1	34	24.9	53	26.5
Orta risk var	13	20.7	29	21.1	42	21
Yüksek riskli	5	8.0	11	8.0	16	8
Çok yüksek risk	2	3.2	3	2.2	5	2.5
TOPLAM	63	100	137	100	200	100

$X^2=2.827$, $p=0.830$

* Sütun yüzdeleri verilmiştir.

Hastaların “size göre mevcut kilonuza yönelik şimdi için risk dereceniz nedir?” sorusuna yönelik verdiği cevaplar hastaların eğitim grubuna göre değerlendirildiğinde yaşın risk algısına yönelik etkisinin olmadığı saptandı ($p=0.383$) (Tablo 6-5-8).

Tablo 6-5-8 Hastaların mevcut kilosunun şimdi için risk derecesini algılama durumunun eğitim düzeyine göre dağılımı

	EĞİTİM		EĞİTİM		TOPLAM	
	8 yıl altı		8 yıl üzeri			
	n	%	n	%	n	%
Hiç risk yok	33	39.2	72	85.7	105	52.5
Az risk var	6	16.2	31	83.8	37	18.5
Orta risk var	6	19.4	25	80.6	31	15.5
Yüksek riskli	5	35.7	9	64.3	14	7.0
Çok yüksek risk	4	30.8	9	69.2	13	6.5
TOPLAM	54	100	146	100	200	100

$X^2 =6.372$, $p=0.383$

* Sütun yüzdeleri verilmiştir

Hastaların “size göre mevcut kilonuza yönelik şimdi için risk dereceniz nedir?” sorusuna yönelik verdiği cevaplar hastaların zararlı alışkanlıklarına göre değerlendirildiğinde eğitim süresinin risk algısına yönelik etkisinin olmadığı saptandı (p=0.572) (Tablo 6-5-9).

Tablo 6-5-9 Hastaların mevcut kilosunun şimdi için risk derecesini algılama durumunun zararlı alışkanlıklarına göre dağılımı

	ALIŞKANLIK				TOPLAM	
	EVET		HAYIR			
	n	%	n	%	n	%
Hiç risk yok	29	27.6	76	72.4	105	52.5
Biraz risk var	9	24.3	28	75.7	37	18.5
Orta risk var	12	38.7	19	61.3	31	15.5
Yüksek riskli	2	14.3	12	85.7	14	7.0
Çok yüksek risk	5	38.5	8	61.5	13	6.5
TOPLAM	57	100	143	100	200	100

$X^2 = 5.330$, p=0.502

* Sütun yüzdeleri verilmiştir.

Hastaların “size göre mevcut kilonuza yönelik şimdi için risk dereceniz nedir?” sorusuna yönelik verdiği cevaplar hastaların yatış nedenlerine göre değerlendirildiğinde yatış sebebinin risk algısına yönelik etkisinin olmadığı saptandı ($X^2=26.841$, p=0.312). (Tablo 6-5-10).

Hastaların “size göre mevcut kilonuza yönelik şimdi için risk dereceniz nedir?” sorusuna yönelik verdiği cevaplar hastaların eğitim grubuna göre değerlendirildiğinde eğitim süresinin risk algısına yönelik etkisinin olmadığı saptandı (p=0.343) (Tablo 6-5-10).

Tablo 6-5-10 Hastaların mevcut kilosunun şimdi için risk derecesini algılama durumunun hastaneye yatış nedenlerine göre dağılımı

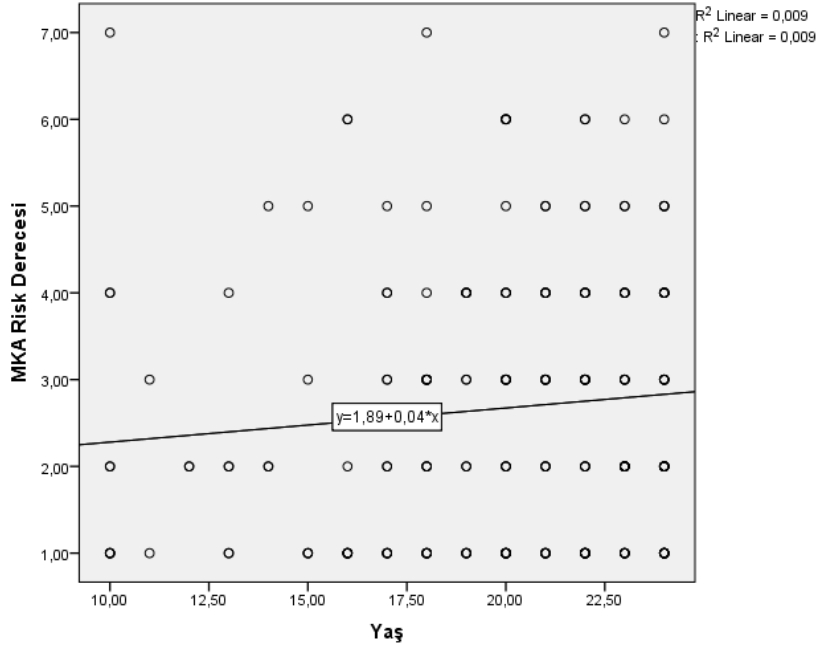
	Enfeksiyon		Ameliyat		Gebelik		Kontrol		Diğer	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hiç risk yok	20	23.2	15	17.4	6	7.0	13	15.1	30	34.8
Biraz risk var	11	20.8	15	28.3	1	1.9	7	13.2	19	35.8
Orta risk var	7	16.7	14	33.3	0	0.0	3	7.1	18	42.9
Yüksek riskli	5	35.7	4	28.6	1	7.0	0	0.0	4	28.6
Çok yüksek risk	0	0.0	4	80.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0
TOPLAM	43	21.5	52	26	8	4	23	11.5	73	36.5

$$X^2 = 26.841, p=0.312$$

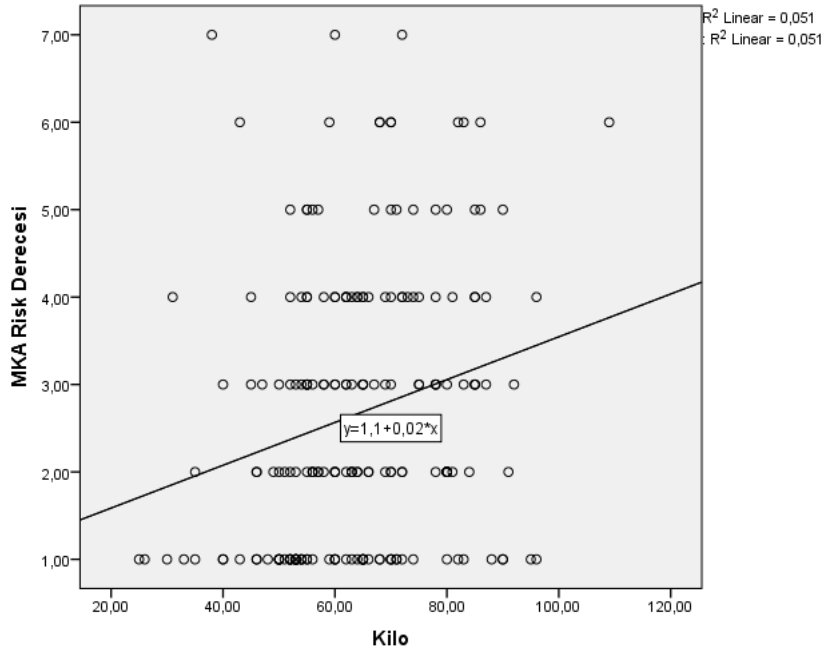
Hastaların yaş, kilo ve risk algısı değerlerinin korelasyon analizinde yaş ile kilo ($r=0.290$, $p<0.001$) değerleri ve yaş ile risk 4 (beslenme durumunun ileri dönemde sağlığına yönelik risk derecesi) ($r=0.188$, $p=0.008$) değerleri arasında pozitif korelasyon saptandı. Buradan yola çıkarak yaş arttıkça kilonun arttığı ve “beslenme durumunun ileri dönemde sağlığına yönelik risk derecesi” parametresinin puanının arttığı düşünüldü. Diğer yandan kilo ile tüm risk algısı parametreleri arasında pozitif korelasyon olduğu görüldü. Bu bulgularla kilonun arttığı koşulda “mevcut hastalığınızın ciddiyetine göre şimdi için risk derecesi”, “size göre mevcut kilonuza yönelik şimdi için risk derecesi”, “genel olarak ileri dönemlerde mevcut sağlık probleminin sağlığa olan risk derecesi” ve “beslenme durumunun ileri dönemde sağlığına yönelik risk derecesi” parametresinin puanının arttığı düşünüldü. (Tablo 6-5-11, Şekil 6-5-1, Şekil 6-5-2).

Tablo 6-5-11 Hastaların yaş, kilo ve risk algısı değerlerinin korelasyon analizi

		Kilo	Risk 1	Risk 2	Risk 3	Risk 4	Risk 5
Yas	r	0.290**	0.050	0.109	0.121	0.188**	0.068
	p	<0.001	0.481	0.126	0.088	0.008	0.339
Kilo	r	1.000	0.101	0.253**	0.272**	0.367**	0.504**
	p	.	0.155	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Risk 1	r		1.000	0.514**	0.466**	0.406**	0.171*
	p		.	<0.001	<0.001	<0.001	0.016
Risk 2	r			1.000	0.448**	0.549**	0.333**
	p			.	<0.001	<0.001	<0.001
Risk 3	r				1.000	0.650**	0.295**
	p				.	<0.001	<0.001
Risk 4	r					1.000	0.363**
	p					.	<0.001



Şekil 6-5-1 Yaşa Göre Risk Algısı Korelasyon Grafiği



Şekil 6-5-2 Kiloya Göre Risk Algısı Korelasyon Grafiği

6.6.Araştırma sırasında Hastane Yatış Durumu

Hastaların %24,5 (n=49) cerrahi hastalıklar, %24.0 (n=48) iç hastalıkları, %17.0 (n=34) pediatri, %17.0 (n=34) enfeksiyon, %14.5 (n=29) diğer hastalıklar, %3 (n=6) kadın hastalıkları ve doğum sebepleri ile hastaneye yatmıştır (Tablo 6-6-1).

Tablo 6-6-1 Hastaların yatış yaptıkları bölümlere göre dağılımları

Yatış Yapılan Bölüm	n	%
PEDİATRİ	34	17.0
CERRAHİ	49	24.5
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM	6	3.0
İÇ HASTALIKLARI	48	24.0
ENFEKSİYON	34	17.0
DİĞER	29	14.5
TOPLAM	200	100.0

Hastaların cinsiyete göre yatış nedenleri incelendiğinde kadınların %24.1'i (n=28) ameliyat erkeklerin %29.0' ı (n=24) olarak gözlemlendi. Kadınların 35.3'ü (n=41), erkeklerin %39.0'u (n=33) isediğer sebepler başlığı altında incelediğimiz kendi aralarındaki dağılımları 5 'den fazla olmadığı için gruplayamadığımız nöroloji, beyin cerrahisi, kulak burun boğaz, psikiyatri gibi bölümlerde yatan hastalardan oluşmaktadır. Bunun yanı sıra yatış sebebini işaretlemeyip boş bırakan hastalarda bu gruba dahil edilmiştir ($X^2=5.016$, $p=0.286$). Hastaların yaş grubuna göre yatış nedeni incelendiğinde ikisinde diğer sebeplerle yattığı iki grup arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı gözlemlenmiştir ($X^2=2.537$, $p=0.638$). Hastaların eğitim grubuna göre yatış nedenleri incelendiğinde iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($X^2=7.502$, $p=0.112$)(Tablo 6-6-2).

Tablo 6-6-2 Araştırma grubunun hastaneye yatış nedeniniz nedir?sorusunun cinsiyete, yaşa ve eğitime göre hastaneye yatış nedenleri

Hastaneye yatış nedeniniz nedir?						
CİNSİYET						
KADIN						
ERKEK						
TOPLAM						
Yatış Nedeni	n	%	n	%	n	%
Enfeksiyon	23	19.9	20	24.0	43	21.5
Ameliyat	28	24.1	24	29.0	52	26
Gebelik (doğumiçin)	8	6.9	-	0.00	8	4
Kontrol	16	13.8	7	8.0	23	11.5
Diğer	41	35.3	33	39.0	74	37
TOPLAM	116	100	84	100	200	100.0

$X^2=5.016, p=0.286$

YAŞ GRUBU						
10-18 YAŞ						
19-24 YAŞ						
TOPLAM						
Yatış Nedeni	n	%	n	%	n	%
Enfeksiyon	15	24.0	28	20.3	43	21.5
Ameliyat	14	22.2	38	28.0	52	26
Gebelik (doğumiçin)	1	1.5	7	5.0	8	4
Kontrol	7	11.1	16	11.7	23	11.5
Diğer	26	41.2	48	35.0	74	37
TOPLAM	63	100	137	100	200	100.0

$X^2=2.537, p=0.638$

	EĞİTİM GRUBU					
	8 YIL ALTI		8 YIL VE ÜSTÜ		TOPLAM	
Yatış Nedeni	n	%	n	%	n	%
Enfeksiyon	17	31.4	26	17.9	43	21.5
Ameliyat	9	16.7	43	29.5	52	26
Gebelik (doğumiçin)	3	5.6	5	3.3	8	4
Kontrol	4	7.4	19	13.0	23	11.5
Diğer	21	38.9	53	36.3	74	37
TOPLAM	54	100	146	100	200	100.0

$X^2=7.502, p=0.112$

“Yemek yeme ile ilgili bir diyet programınız var mı?” sorusuna hastaların %18’inin (n=36) evet ve %82’sinin (n=164) hayır cevabını vermiştir. Hastalığınız dışında özel diyet programınız var mı diye sorulduğunda ise %12’si (n=24) evet, %88’i (n=176) hayır şeklinde cevaplamıştır. “Diyet programı olan hastalara diyetinize uygun yiyecekler temin ediliyormu?” diye sorduğumuzda soruya toplam 64 hastanın cevap verdiği, geri kalanın bu sorunun cevabını boş bıraktığı, cevap verenlerin %57.8’inin (n=37) evet, %42.2’si (n=27) ise hayır cevabını verdiği görüldü. “Daha önce beslenme ile ilgili bir eğitim aldınız mı?” sorusuna ise hastaların %26.5’u (n=53) evet cevabı vermiş, %73.5’i (n=147) ise hayır cevabını verdiği saptandı.

Hastaların hastane personeline ilişkin görüşleri incelendiğinde “Personelin yemeklerle ilgili bilgilendirme yapıldı mı?” sorusuna %18.5’inin (n=37) evet %81.5’inin (n=163) hayır dediği ve aralarında anlamlı farklılık olduğu saptandı. “Hastane diyetisyeni size özel bir diyet verdi mi?” sorusuna %20.5’inin (n=41) evet ve %79.5’inin (n=159) hayır dediği ancak verilen diyetin hastaya “Hastane sizin bu diyetinize uygun yiyecekleri temin ediyor mu?” diye sorulduğunda %63.6’sının (n=42) evet

ve%36.4'ünün (n=24) hayır dediği görüldü. Bu sonuçla da hastaların çoğunluğun kendilerine verilen diyet ile yiyeceklerin birbirine uygun olduğunu beyan ettiği görüldü.

Yemek yeme ile ilgili diyet programı varlığı ile yaş grubu cinsiyet, eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hastalığı dışında özel bir diyet programı olma ile yaş grubu cinsiyet, eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hastanenin diyete uygun yiyecekleri temin etme durumu ile yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Daha önce beslenme eğitimi alma durumu ile yaş grubu ($X^2=4,472$ p=0,034) cinsiyet ($X^2=3,859$ p=0,049), eğitim durumu ($X^2=5,186$ p=0,023) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu bulgularla cinsiyet ya da eğitim düzeyinin beslenme eğitimi üzerinde etkisinin olmadığı ancak bu hastaların daha önce bir beslenme eğitimi aldığı düşünüldü. Daha önce beslenme eğitimi alan hastaların daha çok kadın cinsiyette olduğu, çoğunun 18 yaş üzeri olduğu ve 8 yıldan daha uzun süre eğitim aldığı görüldü (Tablo 6-6-3).

Tablo 6-6-3 Çalışma grubunun diyet programının yaş grubu, cinsiyet ve eğitim grubuna göre dağılımı

	KADIN				ERKEK				X ²	P
	EVET		HAYIR		EVET		HAYIR			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Diyet programı	18	51.4	96	58.5	17	48.6	68	41.5	0.596	0.440
Özel diyet programı	12	52.2	102	58.0	11	47.8	74	42.0	0.278	0.598
Hastane yiyecek temini	26	70.3	17	63.0	11	29.7	10	27.0	0.378	0.539
Önceki beslenme eğitimi	37	69.8	78	53.1	16	30.2	69	46.9	4.472	0.034

	10-18 YAŞ				19-24 YAŞ				X ²	P
	EVET		HAYIR		EVET		HAYIR			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Diyet programı	11	31.4	52	31.7	24	68.6	112	68.3	0.001	0.974
Özel diyet programı	9	39.1	54	30.7	14	60.9	122	69.3	0.671	0.413
Hastane yiyecek temini	6	16.2	7	25.9	31	83.8	20	74.1	0.909	0.340
Önceki beslenme eğitimi	11	20.8	52	35.4	42	79.2	95	64.6	3.859	0.049

	8 YIL ALTI				8 YIL ÜZERİ				X ²	P
	EVET		HAYIR		EVET		HAYIR			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Diyet programı	12	34.3	42	25.6	23	65.7	112	74.4	1.098	0.295
Özel diyet programı	7	30.4	47	26.7	16	69.6	129	73.3	0.143	0.705
Hastane yiyecek temini	7	18.9	7	25.9	30	81.1	20	74.1	0.448	0.503
Önceki beslenme eğitimi	8	15.1	46	31.3	45	84.9	101	68.7	5.186	0.023

6.7. Hastane Yemek Memnuniyet Düzeyi

Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğu personel tutumunu %44.5 (n=89) iyi, %55.5 (n=111) kötü bulmuştur. Yemek dağıtım esnasında personelin hijyen kurallarına uyumunu %73.0'ü (n=146) iyi, %27.0 (n=54) kötü bulmuştur. Ayrıca yemek dağıtım sırasında verilen sıcak yemeklerin uygun sıcaklıkta mı sorusuna ise %66.5 (n=133) evet, %33.5 (n=67) hayır cevabını vermiştir. Personelin kıyafet temizliğini uyumu sorulduğunda ise hastaların %72.5 (n=145) evet, %27.5 (n=55) hayır uygun değil cevabını verdiği saptanmıştır (Tablo 6-7-1).

Tablo 6-7-1 Araştırma grubunun yemeği dağıtan personel tutumu, hijyeni, kıyafet temizliği ile ilgili görüşlerinin dağılımları

YDP* ait özellikler	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Personel tutumu	89	44.5	111	55.5
Personel hijyeni	146	73.0	54	27.0
Yemek ısı	133	66.5	67	33.5
Personel kıyafet temizliği	145	72.5	55	27.5

- YDP: Yemek Dağıtan Personel

Hastaların yemek konusunda görüşleri incelendiğinde yemeğin tadı, kokusu, görünümü, kıvamı konusunda kötü olduğu, buna karşılık yemek hijyeni, sıcaklığı, tazeliği, konusunda iyi görüşte olduğu ve kliniğin temizliği hakkında da iyi görüş beyan ettiği tespit edildi (Tablo 6-7-2).

Tablo 6-7-2 Araştırma grubunun En son yediğiniz akşam yemeğinin tadı, kokusu, görünümü, hijyeni, tazeliği, sıcaklığı, kıvamı, personel tutumu ve klinik temizliği ile ilgili dağılım tablosu

Yemeğe ilişkin özellikler								
	Çok kötü		Kötü		İyi		Çok iyi	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yemeğin tadı	40	20.0	73	36.5	67	33.5	20	10.0
Yemeğin kokusu	42	21.0	72	36.0	68	34.0	18	9.0
Yemek görünümü	30	15.0	76	38.0	75	37.5	19	9.5
Yemek hijyeni	18	9.0	57	28.5	93	46.5	32	16.0
Yemek tazeliği	22	11.0	62	31.0	93	46.5	23	11.5
Yemek sıcaklığı	27	13.5	66	33.0	76	38.0	31	15.5
Yemek kıvamı	28	14.0	76	38.0	75	37.5	21	10.5
Personel tutumu	25	12.5	51	25.5	87	43.5	37	18.5
Klinik temizliği	23	11.5	50	25.0	79	39.5	48	24.0

Son akşam yemeğinden memnuniyet puanı yaş grubuna göre ($p=0.881$), cinsiyet grubuna göre ($p=0.457$) ve eğitim grubuna göre ($p=0.430$) değerlendirildiğinde bu gruplar arasında memnuniyet bakımından istatistiksel farklılık olmadığı görüldü (Tablo 4-7-3).

Tablo 6-7-3 Son yenilen akşam yemeğinden memnuniyet puanı yaş grubuna göre, cinsiyet grubuna göre ve eğitim grubuna göre dağılımı

Grup	Değişken	Son yenilen akşam yemeğinden memnuniyet puanı			
		Kötü (n)	Vasat (n)	İyi (n)	TOPLAM (Medyan±SS)
Yaş grubu	18 yaş altı	17	22	24	2±0.80
	18 yaş ve üzeri	43	40	54	2±0.84
Z=-0.149, p=0.881					
Cinsiyet grubu	Kadın	35	39	41	2±0.81
	Erkek	25	23	37	2±0.85
Z=-0.743, p=0.457					
Eğitim grubu	8 yıldan az	18	17	19	2±0.83
	8 yıldan fazla	42	45	59	2±0.8
Z=-0.789, p=0.430					

6.8. NRS

NRS-2002 taramasında ≥ 3 puan alan hastaların sayısı ile < 3 puan alan hastaların sayıları arasında farklılık olduğu ve ≤ 3 puan alan hastaların daha fazla sayıda olduğu görüldü. (Tablo 3-6-1) NRS- 2002 taraması iki aşamalı bir testtir. Yatan hastalara yapılan NRS- 2002 taramasında sadece %20'unun risk altında olduğu saptanmıştır. 200 hastadan 40'ının NRS-2002 puanlaması "Skor ≥ 3 Hasta nutrisyon riski altındadır ve bir nutrisyon planı başlatılır" çıkmıştır, 8'inin skoru ise "Skor < 3 Haftada bir taranmalı, eğer

majör operasyon planı varsa yine bir nutrisyon planı gerçekleştirilmelidir” çıkmıştır. Araştırmaya katılan 200 hastanın sadece 40’ının malnutrisyonlu olduğu görüldüğünden dolayı katılımcıların nutrisyonel risk altında olmadığı söylenebilir. Bu bulgularla bu hastalara her hafta bu taramanın tekrar yapılmasının ve gerekli koşullarda önlem mahiyetinde bu hasta grubuna bir beslenme programının uygulanmasının uygun olacağı düşünüldü (Tablo 6-8-1).

Tablo 6-8-1 NRS-2002 puanlama durumu

NRS-2002 puanlama durumu	n	%	χ^2	P
≥ 3	40	20.0	2.000	<0.001
≤ 3	160	80.0		
Toplam	200	100.0		

Beslenme riski toplam skorunun yaş grupları, cinsiyet ve eğitim grupları arasında istatistiksel olarak farklı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Ayrıca hastalık tanısı bakımından beslenme riski toplam skorunun değişmediği görüldü ($\chi^2=4.416$, $p=0.353$). Oysa beslenme riski toplam skorunun kilo z, boy z ve BKİ grupları arasında istatistiksel olarak farklı olduğu tespit edildi (Tablo 6-8-2).

Tablo 6-8-2 Beslenme riski toplam skorunun yaş grupları, cinsiyet ve eğitim grupları, hastaların beslenme durumuna hastalık tanısı göre beslenme riski toplam skoru arasında dağılımı

		Beslenme riski toplam skoru					
		>=3		<=3		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Yaş grubu	18 yaş altı	15	23.8	48	76.2	63	31.5
	18 yaş ve üzeri	27	19.7	110	80.3	137	68.5
$X^2=0.438, p=0.576$							
Cinsiyet	Kadın	24	20.9	91	79.1	115	57.5
	Erkek	18	21.2	67	78.8	85	42.5
$X^2=0.003, p=1.000$							
Eğitim süresi	8 yıl altı	12	22.2	42	77.8	54	27
	8 yıl ve üzeri	30	20.5	116	79.5	146	73
$X^2=0.067, p=0.846$							
Yaşa göre kilo z skoru	Zayıf	7	87.5	1	12.5	8	4
	Normal	35	21.2	130	78.8	165	82.5
	Şişman	0	0.0	24	100.0	24	12
	Obez	0	0.0	3	100.0	3	1.5
$X^2=33.781, p<0.001$							
Yaşa göre boy z skoru	Kısa	9	90.0	1	10.0	10	5
	Normal	33	20.2	130	79.8	163	81.5
	Uzun	0	0.0	24	100.0	24	12
	Çok uzun	0	0.0	3	100.0	3	1.5
$X^2=35.931, p<0.001$							
Yaşa göre BKL z skoru	Zayıf	7	77.8	2	22.2	9	4.5
	Normal	35	21.6	127	78.4	162	81
	Şişman	0	0.0	25	100.0	25	12.5
	Obez	0	0.0	4	100.0	4	2.0
$X^2=25.233, p<0.001$							
Hastalık tanısı	Enfeksiyon	6	14.0	37	86.0	43	22.5
	Ameliyat	13	25.0	39	75.0	52	26
	Gebelik	0	.0	8	100.0	8	4
	Kontrol	5	21.7	18	78.3	23	11.5
	Diğer	18	24.3	56	75.7	74	37
$X^2=4.416, p=0.353$							

Yaş grubu ile eğitim grubu ($r=0.218$, $p=0.002$) boy zskoru ($r=0.207$, $p<0.001$), kilo z skoru ($r=0.307$, $p<0.001$), z skoru ($r=0.191$, $p=0.007$) arasında pozitif korelasyon saptandı. Bu bulgular ile yaş arttıkça eğitim, kilo, boy ve BKI düzeylerinin arttığı düşünüldü. Cinsiyet grubu ile boy z ($r=0.515$, $p<0.001$) ve kilo z ($r=0.331$, $p<0.001$) arasında pozitif korelasyon vardı ve erkek cinsiyet olduğu koşulda boy ve kilonun arttığı düşünüldü. Boy z skoru ile kilo z skoru arasında ($r=0.434$, $p<0.001$) arasında korelasyon vardı ve boy arttıkça kilonun arttığı düşünüldü. Kilo z skoru ile BKI ($r=0.810$, $p<0.001$) arasında pozitif korelasyon varken boy z ile yatış nedeni arasında negatif korelasyon saptandı. Kilo arttıkça ve yatış nedeni enfeksiyon olduğu koşulda BKI değerinin arttığı, gebelik olduğu koşulda BKI değerinin azaldığı düşünüldü (Tablo 6-8-3).

Tablo 6-8-3 Çalışma grubunun yaş, cinsiyet, eğitim, boy, kilo, bkz. z skoru korelasyon analizi

		Cinsiyet	Eğitim grubu				Yatış nedeni
			bu	Boy z	Kilo z	BKI	
Yaş grubu	r	-0.048	0.218**	0.207**	0.307**	0.191**	0.025
	p	0.496	0.002	0.003	<0.001	0.007	0.729
Cinsiyet	r	1.000	-0.047	0.515**	0.331**	0.076	-0.025
	p	.	0.511	<0.001	<0.001	0.286	0.730
Eğitim grubu	r	1.000	0.292**	0.046	-0.072	0.048	
	p	.	<0.001	0.517	0.312	0.501	
Boy z	r		1.000	0.434**	-0.026	-0.045	
	p		.	<0.001	0.714	0.525	
Kilo z	r			1.000	0.810**	-0.144*	
	p			.	<0.001	0.042	
BKI	r				1.000	-0.155*	
	p				.	0.028	

7 TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hastaların %57.5 kadın (n=115), %42.5 erkek (n=85) idi. Kırıkale Üniversitesi tıp Fakültesi Hastanesinde yatan toplam 200 hastadan oluşmaktadır (Tablo3-1.2). Araştırmamızda herhangi bir örneklem yöntemi kullanılmamış olup bu sayının araştırmaya yeterli olduğu görülmektedir.

7.1 Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri

Hastaların %25'i (n=50) evli birlikte yaşıyor, %6'sı (n=3), %72'si ise (n=144) yani büyük çoğunlunun bekar olduğu gözlemlendi. “*Sigara alkol gibi zararlı alışkanlıklarınız var mı?*” sorusuna araştırma grubunun %28.5'u (n=57) evet, %71.5'i (n=143) ise hayır cevabını vermiştir. Hastaların çoğunda sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıklarının olmadığı görülmüştür. Hastaların sosyal güvencelerini incelediğimizde %27.5'i (n=55) emekli sandığı, %51.5'i (n=103) SSK, %11'i (n=22) BAĞ-KUR, %5.5'i (n=11) özel sigorta, %3'ü (n=6) yeşil kart, %1.5'i (n=3) diğer dediği saptanmıştır. Bu bulgularla çalışma grubunun çoğununun bekar olmakla beraber sosyal güvencesinin olduğu ve zararlı alışkanlıklardan uzak kaldığı düşünüldü.

Bizim çalışmamızda hastaların ekonomik durumu değerlendirildiğinde; hastaların % 8.5'inin (n=17) çok rahat bir biçimde geçimini karşıladığı, %39'unun (n=78) rahat bir biçimde geçimini karşıladığı, %50'sinin (n=100) zorunlu ihtiyaçlarını ancak karşıladığı, %5'inin (n=2.5) zorunlu ihtiyaçlarını bile karşılayamadığı saptanmıştır (Tablo 3.1.2). Hastaları ekonomik durumu sorgulandığında kendi sübjektif ifadelerinden çoğunun orta derecede olduğu görüldü.

Hastaların demografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımında eğitim düzeyinin ve medeni durumun istatistiksel olarak farklı olmadığı görüldü ancak ekonomik duruma

bakıldığında ekonomik durumu orta olanların daha çok kadınlardan oluştuğu görüldü bu durumun çalışmaya katılan hastaların daha çok kadınlardan oluşmasından kaynaklandığı düşünüldü.

Diğer yandan çalışma grubunun eğitim durumlarının yaş grubuna göre dağılımı değerlendirildiğinde çalışmaya katılanların çoğunun 19 yaş üzeri hastalardan oluşup 8 yıl üzeri eğitim aldıkları ve bunun anlamlı fark yarattığı tespit edildi. Aynı şekilde her iki yaş grubunda bekar olanların sayısının fazla olduğu ancak 19 yaş üzeri evliliklerinde ortaya çıktığı 18 yaş altı hastalarda evlilik ve boşanmanın az olduğu görüldü hastalar arasında ekonomik durumunun yaş gruplarına dağılımı benzer görüldü.

7.2 Sağlık Merkezi Kullanımı

Hastaların sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, hastaların yaşı, eğitim düzeyi, cinsiyet, sosyal kültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılıklar göstermektedir (Tükel B, Münir A ve ark. 2004).

Hastaların sağlık merkezi kullanım tercihlerinin yaşa göre dağılımında sağlık kurumlarının çoğunun devlet hastanesi ya da üniversite hastanesi tercihinden oluştuğu görüldü. Ancak yaş grubu dağılımında anlamlı fark saptanmadı. Hastaların tercih sebebi incelendiğinde çoğu hastanın bu kurumları tercih sebebi ulaşım kolaylığı ucuzluğu ve ilginin daha fazla olmasından kaynaklandığı görüldü ancak yaş grubu dağılımında anlamlı fark saptanmadı. Kırıkkale ilinde yapılan bir çalışmada ailelerin çocukları hastalandığında tercih ettikleri kurum öncelikle devlet hastaneleri % 54 ve özel hastaneler % 20.9 olmuştur. Üniversite hastanesi ancak % 10.5 oranında tercih edilmiştir. Devlet hastanesini tercih nedeni olarak en fazla sosyal güvence ve ulaşım kolaylığını belirtmiştir (% 24.8 ve % 22.2). Çalışmada sağlık güvencesi olmayanların veya yeşil kartlı olanların hastanemize başvuru oranlarının oldukça düşük olduğu (sırasıyla, % 0 ve % 7.7) görüldü (Bülbül S.2008). Isparta'da yapılan bir çalışma da ise sağlık ocağına başvuruların daha yüksek olduğu ve sağlık güvencesi olmayanların daha fazla sağlık ocağına başvur-

duğu saptanmıştır (Kişioğlu A, Öztürk M ve ark. 2003). Üniversite hastanesini tercih nedeni olarak öncelikle teşhis ve tedavinin daha iyi olması (% 46.2) ve daha çok ilgilenilmesi (% 30.8) belirtilmiştir. Bu da hastane akademik ve hizmet veren personelinin bilimsel ve davranışsal özelliklerinin hastanenin fiziksel özellikleri önüne geçerek seçilme kriteri olduğunu düşündürmektedir. Memnuniyetsizliğin nedenleri uzun bekleme süresi, uzun işlemler, personel davranışları ve yüksek faturalar olarak belirtmiştir (Yıldırım C ve ark. 2005).

Hizmet kalite boyutları çeşitli çalışmalarda farklı tanımlamalar olsa da yayınlarda en yaygın kullanılan hizmet kalite boyutları Parasuraman, Berry ve Zeithaml (1985) tarafından tanımlanmış 10 hizmet kalite boyutudur. Bunlar ise; heveslilik, güvenilirlik, yeterlilik, nezaket, ulaşılabilirlik, iletişim, itibar, müşteriye bilmek ve anlamak, güvenlik ve fiziksel varlıklardır (Parasuraman A, Zeithaml V. ve ark.1985).

Hastaların hizmet kalitesiyle ilgili algılamaları, hastaların tatmin elde etmelerindeki ve hastane kullanımına etkisi nedeniyle, bir sağlık kurumunun başarısında kilit öneme sahip bir değişken olarak ortaya konmaktadır (Bolton Rn, Drew Jh 1991).

Çalışmamızda devlet ve üniversite hastanelerinde hizmete ulaşımın ve hizmet kalitesinin daha iyi olabileceği ön görüldü. Hastaların eğitim düzeylerinin sağlık kurumu seçimlerinde etkili olmadığı her iki eğitim grubunda da devlet ve üniversite hastanesi tercihinin fazla olduğu görüldü. Tercih sebeplerine bakıldığında ise eğitim düzeyi yüksek hastaların ulaşım kolaylığı ucuzluğu ve ilginin daha fazla olmasından dolayı bu kurumları tercih ettiği görüldü ancak bu farkın eğitim grubu dağılımında anlamlı fark saptanmadı ($p=0.323$). Bu bulgularla eğitim düzeyinin sağlık kurumu tercih sebeplerinde etken bir faktör olmadığı düşünöldü ($p=0.356$).

Hastaların sağlık merkezi kullanım tercihlerinin cinsiyete göre dağılımında sağlık kurumlarının çoğununun devlet hastanesi ya da üniversite hastanesi tercihinden oluştuğu görüldü ancak cinsiyet grubu dağılımında anlamlı fark saptanmadı. Hastaların tercih sebebi incelendiğinde çoğu hastanın bu kurumları tercih sebebi ulaşım kolaylığı ucuzluğu ve ilginin daha fazla olmasından kaynaklandığı görüldü ancak cinsiyet grubu dağılımında anlamlı fark saptanmadı. Bu bulgularla sağlık kurumu tercihi ve bu kurumu tercih sebeplerinin cinsiyet faktöründen bağımsız olduğu düşünöldü.

7.3 Beslenme Durumu

İstanbul, Ankara ve İzmir’de yapılan bir çalışmada 12-13 yaş grubu 1014 adolesanda şişmanlık durumu IOTF (International Obesity Task Force), (Cole ve ark. 2000) referans verilerine göre saptanmıştır. Kilolu ve şişmanlık sınırları kızlarda $21.20 < BKİ < 26.05$ kg/m² ve erkeklerde $20.89 < BKİ < 25.58$ kg/m² olarak belirlenmiştir. Toplam şişmanlık prevalansı %14.1 (Erkek: %15.1; Kız: %13.3) bulunmuştur. Düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeye göre şişmanlık prevalansı ise sırasıyla erkeklerde %11.8, %16.7, %15.0 ve kızlarda %8.9, %13.3, %14.9 olarak saptanmıştır (Keskin ve ark. 2005).

Ersoy ve ark. (2007), tarafından, Manisa İl’inde ilköğretim çağındaki çocuklarda antropometrik ölçümlere göre beslenme durumunu belirlemek ve özellikle bodur çocukların obeziteye yatkınlığını değerlendirmek amacıyla ilköğretim okullarında okuyan 1018 pubertal ve prepubertal çocuğun (6-14 yaş arası) vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları ölçülmüş olup yaşa göre ağırlık ve BKİ Z-skorları ve boya göre ağırlıkları hesaplanmıştır. Beslenme yetersizliğinin değerlendirilmesi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kriterleri temel alınarak yapılmıştır. Boya göre ağırlığı %120’nin üzerinde olanlar obez olarak değerlendirilmiştir. Çocukların 18 %7.46’sında bodurluk (boy SDS<-2SD), %4.12’sinde düşük kiloluluk (VA SDS<-2SD) saptanmıştır. Bodur çocukların vücut ağırlığı Z-skoru ve BKİ-Z skoru ortalamaları bodur olmayan çocuklardan anlamlı düşük iken ($p < 0.05$), boya göre ağırlık ortalamaları açısından 2 grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$). Şişmanlık sınırı olan %120’nin üzerinde boya göre ağırlık değerleri bodur çocukların %5.4’ün de, bodur olmayan çocukların %8.6’sında saptanmıştır. Sosyoekonomik düzeyi düşük ilköğretim çağındaki çocuklarda daha fazla bodurluk görülmüştür. Bodur okul çocuklarında boya göre ağırlık bodur olmayan çocuklardan farklı bulunmamıştır. Bu sonuç kronik beslenme yetersizliği olan çocuklarda boy uzunluğunun vücut ağırlığına göre daha çok etkilendiğini ve vücut ağırlığını korumak için oluşan metabolik ve hormonal değişikliklerin daha sonra obeziteye neden olabileceğini

düşündürmüştür. Bodur okul çağı çocuklarının adolesan ve erişkin dönemde obezite açısından izlenmesinin gerekliliği vurgulanmıştır.

Süzek ve arkadaşları (2005), Muğla'da 6-15 yaş grubu toplam 4260 (2040 kız, 2220 erkek) çocukta fazla kilo ve obezite prevalanslarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın sonucuna göre kız öğrencilerin %7.6'sının, erkek öğrencilerin ise %9.1'inin fazla kilolu veya obez olduğu saptanmıştır. Televizyon izleme ile bir şeyler atıştırmak arasında ($p=0.05$), çocuk beden kitle indeksi (BKİ) ile baba eğitim düzeyi arasında ($p=0.017$), çocuk BKİ ile annenin çalışması arasında ($p=0.017$), çocuk BKİ ile anne ve babanın yaşları arasında ($p=0.001$ ve $p=0.007$, sırasıyla), çocuk BKİ ile aile gelirleri arasında ($p=0.003$) istatistiksel bakımdan önemli ilişki bulunmuştur. Cinsiyete göre obezite görülme durumu karşılaştırıldığında erkek çocuklarda obezite görülme oranı istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0.001$). 10 yaş grubundaki obezite prevalansı, diğer yaş gruplarına göre önemli derecede yüksek (%16.7) bulunmuştur. Anne ve baba BKİ ve aile gelirleri ile çocuk obezitesi arasında istatistiksel açıdan önemli ilişki ($p=0.001$ ve $p<0.005$ sırasıyla) olduğu gösterilmiştir.

Balkan Obezite Çalışma Grubu'nun Yunanistan ve Türkiye'de 6-17 yaş grubu çocuk ve adolesanlarda (2458 Yunan, 3703 Türk çocuk; 6-10 yaş: 1032; 11-17 yaş: 2671 çocuk) yaptıkları çalışmada Yunan çocuklarında hafif şişmanlık (overweight) görülme oranı % 22.2'i iken Türk çocuklarında bu oran %10.6 (BKİ: ≥ 85 - < 95 . persentil) olarak bulunmuştur. Obezite prevalansı ise sırası ile %4.1'i ve %1.6'sı olarak saptanmıştır.

Cinsiyete göre obezite görülme durumu karşılaştırıldığında erkeklerde kızlara oranla daha fazla obeziteye saptanmıştır. Yunanistan'ın Thessaloniki bölgesi Avrupa'da ki okul çağı çocuklarında en yüksek hafif şişmanlık prevalansının görüldüğü bölge olmasına karşın Türkiye/Kayseri geliştirmekte olan/gelişmiş ülkeleri içinde en düşük oranda hafif şişmanlık sorununun görüldüğü il olarak belirlenmiştir. Ülkeler arasındaki bu farklılık sosyo ekonomik düzey ve yaşam şeklindeki farklılıklara bağlanmıştır (Krassas ve ark. 2004).

Ulukanlıgil ve Seyrek (2004), Şanlıurfa'da 9-10 yaş grubu 806 çocukta, gecekondu ve şehirde bodur.

(Yaşa göre boy uzunluğu; E: %24.7/12.8; K: %14.2/7.4), düşük kilolu (yaşa göre vücut ağırlığı; E: %18.2/11.9;K: %12.1/11.1) ve zayıf (boy uzunluğuna göre vücut ağırlığı; E: %1.5/3.7, K: %2.2/7.4) olarak belirlemişler ve düşük kiloluluk ile zayıflığın şişmanlık sorunundan daha önemli sorun olduğunu belirtmişlerdir.

Akdeniz’de yer alan Güney Kıbrıs ve Girit, Malta, Sicilya gibi adalarda ve İspanya, Portekiz ve İtalya’da çocuklarda hafif şişman ve şişmanlık durumunun 7-11 yaş grubunda %30’un üzerine çıktığı rapor edilmektedir. İngiltere, İrlanda, İsveç ve Yunanistan’da %20; Fransa, İsviçre, Polonya, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Almanya, Danimarka, Hollanda ve Bulgaristan’da ise %10-20 olduğu belirtilmektedir. Her yıl 400 000’den fazla çocuğun hafif şişman ve şişman olacağı da vurgulanmaktadır (IOTF, 2005).

Bizim çalışmamızda ise yaşa göre BKİ değerlerine bakıldığında hastaların çoğunun (n=162) BKİ değerlerinin normal olduğu ancak bu değerlerin yaş grubuna dağılımında anlamlı fark oluşturmadığı saptandı. Ayrıca cinsiyet grubuna göre bakıldığında hastaların çoğunun (n=162) BKİ değerlerinin yine normal olduğu ancak bu değerlerin cinsiyet grubuna dağılımında anlamlı fark oluşturmadığı saptandı. Diğer yandan eğitim grubuna göre BKİ değerlerine bakıldığında hastaların çoğunun (n=162) BKİ değerlerinin yine normal olduğu görüldü. Ancak bu değerlerin yaş grubuna dağılımında anlamlı fark saptandı ($p<0.001$). Bu bulgularla cinsiyetin ve yaşın BKİ değerini belirlemede etken olmayacağı düşünüldü. Ancak eğitim düzeyinin BKİ değerleri üzerinde etkili olabileceği eğitim düzeyi arttıkça BKİ değerlerinin normal değere ulaştığı düşünüldü.

7.4. Beden Algısı Değerlendirmesi

Aslan (2001) ve Kıvrak’ın (2008) yapmış olduğu çalışmada kadınların beden algısı daha yüksek olduğu tespit edilmişken, Altıntaş ile Aşçı’nın (2005), Aslan (2004) ve Yılmaz Ş. (2009), Başterzi vd. (2003) ve Gökşan’ın (2007) çalışmalarında ise erkeklerin beden algısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Atik ve Ören’in betimsel çalışmasında da kadınlar ideal beden algısının zayıf beden, uzun boy ve güzel yüzle tanımlarken, erkekler uzun boy, geniş omuz, üçgen vücut, şeklinde tanımlamışlardır. Mülakat-

larda ise kadınlar için düz karın ve yuvarlak kalça, erkek için ise düz karın geniş omuz olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak cinsiyetin beden algısında önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Kadınların üzerindeki ideal beden imgesi baskısı artan bir şekilde daha fazla hissetmektedir. Toplumumuzda medya tarafından bireylere ideal beden imgesi dikte edilmesi ve kişilerin bu ideale ulaşmak için daha fazla tüketmek durumunda kalmasına neden olmaktadır. Oysaki erkeklerin bu kaygılarının daha az olduğu ve erkek bedeni üzerindeki ideal beden imgesi baskısının daha az olduğu düşünülmektedir. Küçük 'ün (2007) çalışmalarında ise cinsiyetin beden algısına etki etmediği görülmektedir. Yapılan başka bir çalışmada Davis ve Cowles'ın (1991), Pınar'ın (2002), Gittelsohn vd. (1996) yaş ortalamaları genç ve erişkin olan hastaların beden algısı ile yaş grupları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Genel olarak eğitim seviyesi yükseldikçe beden algısı artmaktadır. Gündoğan (2006) ortaöğrenimlerin beden algısı yüksek olduğunu, Yılmaz (2009) ve Tan&Karabulutlu'da (2004) yaptığı çalışmada eğitim arttıkça beden algısının yükseldiğini belirtmiştir. Yapılan başka bir çalışmada BKİ değeri ile beden algı düzeyi arasında ters bir oran vardır. BKİ değeri arttıkça beden algı düzeyi düşmektedir. Aslan'ın (2001) yılında yaptığı çalışma, BKİ normal olanların idealleştirilmesi düşüncesini desteklemektedir. Kişilerin BKİ değerleri tıbbi açıdan sağlıklı olma durumuyken, BKİ'si normal olanların yüksek beden algısı düzeyi ise sağlığın kültürel bir değerlendirmesidir. Bu sebeple kilo değerlendirmesi sağlıklı beden imgesinin önemli bir unsuru olarak görülmüştür.

Bizim çalışmamızda ise hastalara beden algıları sorulduğunda BKİ indeksinden farklı olarak hastaların çoğu (n=128) kendini normal kategoride değerlendirirken %20'si kendini zayıf %12' si kendini şişman %4'ü kendini obez olarak nitelendirmiştir. Beden algısı skorunun yaş grubuna, cinsiyet ve eğitim grubuna dağılımına bakıldığında bu dağılımın bu gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı saptandı. Bu bulgu ile yaşın cinsiyetin ya da eğitim düzeyinin beden algı skorunu etkilemediği görüldü. Diğer yandan boy z skoru, kilo z skoru ve BKİ değerleri ile beden algısı skoru karşılaştırıldığında çoğu hastanın normal kategoride yer aldığı görüldü. Bu bulgu ile hastaların beden algıları ile DSÖ standart ölçümleri arasında anlamlı bir uyumluluk olduğu saptandı (p<0,001).

7.5. Araştırmaya Katılan Hastaların Risk Algısı

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel olarak görünümü olarak tanımlanmaktadır (Armay ve ark., 2007). Hastaların yaşı, eğitimi, cinsiyeti, şikâyetleri, hastalığın süresi, geçmiş tıbbi deneyimleri gibi çeşitli nedenler bireyde hastalıkla ilgili olumlu ya da olumsuz bir algı oluşturur (Moss-Morris ve ark, 2002). Bireyin sağlık durumu ve hastalıklarıyla ilgili algıları ve bunların birbiriyle olan ilişkilerinin belirlenmesi aynı zamanda sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi, tedavi ve rehabilitasyon, tedaviye uyum ve hasta eğitiminde etkili girişimlerin planlanması ve uygulanması için risk algısının önemi gün geçtikçe artmaktadır (Leventhal H, ve ark 2001).

Bizim çalışmamıza paralel olarak Güz ve ark. (2003) tarafından yapılan çalışmada Lomber Disk Hernisi (LDH) ameliyatı öncesinde eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda kaygı düzeyi yüksek bulunmuştur. Fakat Yılmaz ve ark.'nın (2006) yaptığı çalışmada ise LDH tanılı hastaların eğitim düzeyi düşük olanları ameliyata ilişkin beklenti düzeyi düşük bulunmuş ve bu durumun hastaların sağlığına ilişkin olumsuz algılara neden olabileceği belirtilmiştir. Eğitim düzeyi düşük olan hastaların hastalık ve cerrahi sürecine ilişkin yeterli bilgi sahibi olmamaları nedeniyle daha fazla kaygı yaşadıkları düşünülebilir.

Hastaların risk algısı derecelendirme puanları yaş grubuna, cinsiyete göre ve eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde risk algısının cinsiyet ve eğitim düzeyinin risk algıları üzerinde istatistiksel farklılık yaratmadığı saptandı. Oysa 10-18 yaş grubu ile 19-24 yaş grubu arasında “beslenme durumunun ileri dönemde sağlığına yönelik risk derecesi” değerlerinin istatistiksel olarak farklı olduğu ($p=0.019$) saptandı. Bu bulgu ile 18 yaş üzeri hastaların beslenme durumlarının ileri dönemde sağlığına yönelik yüksek risk oluşturacağını düşündüğü anlaşıldı. Diğer risk algıları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptandı.

Hastaların “size göre mevcut kilonuza yönelik şimdi için risk dereceniz nedir?” sorusuna yönelik verdiği cevaplar hastaların yaş grubuna göre değerlendirildiğinde yaşın risk algısına yönelik etkisinin olmadığı saptandı ($p=0.830$).

Hastaların beden algı skorları ile DSÖ standart ölçümleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştı. Bu ilişkiye göre hastaların mevcut kilolarının farkında oldukları anlaşılmıştı. Bu bulgu ile hastaların eğitim durumlarının mevcut kilolarına yönelik algısını değiştirmedeği de görüldü bu sonucun elde edilmesinde hastaların çoğunun normal kiloda olmasının etken olabileceği düşünüldü. Benzer şekilde hastaların “size göre mevcut kilonuza yönelik şimdi için risk dereceniz nedir?” sorusuna yönelik verdiği cevaplar hastaların yaş grubuna göre değerlendirildiğinde yaşın risk algısına yönelik etkisinin olmadığı saptandı. Yukarıda yaşın beden algısı skorunu değiştirmedeği saptanmıştı ve çoğu hastanın ($n=128$) kendini normal kategoride değerlendirdiği görülmüştü buradan yola çıkarak kişilerin yaştan bağımsız olarak beslenmelerinin mevcut kiloları üzerinde risk oluşturmadığını düşündükleri anlaşıldı.

Hastaların nerede ise tamamı mevcut hastalığının şimdi için risk derecesinin olmadığını belirtti. Bu soruya verilen cevap üzerinde yaşın, eğitim düzeyinin ve zararlı alışkanlıkların varlığının önemli bir etkisinin olmadığı gözlemlendi. Bu bulgularla kişilerin mevcut hastalıklarını önemsemedikleri ve mevcut durumu için bir risk oluşturmadığını düşündükleri var sayıldı.

Diğer yandan hastaların “size göre mevcut kilonuza yönelik şimdi için risk dereceniz nedir?” sorusuna yönelik verdiği cevaplar hastaların yaş grubuna, eğitim düzeyine ve zararlı alışkanlıklarına göre değerlendirildiğinde bu parametrelerin risk algısına yönelik herhangi bir etkisinin olmadığı saptandı. Bu bulgularla hastaların mevcut kilolarının kendileri ve sağlıkları için herhangi bir risk oluşturmadığını düşündükleri varsayıldı. Bu varsayımda göz ardı edilmemesi gereken şey özellikle beden algısı değerlerinin DSÖ ölçüm değerlerine paralel olmasının bu riski örtebileceğidir.

Hastaların “size göre mevcut kilonuza yönelik şimdi için risk dereceniz nedir?” sorusuna yönelik verdiği cevaplar hastaların yatış nedenlerine göre değerlendirildiğinde yatış sebebinin risk algısına yönelik etkisinin olmadığı saptandı. Buradan yola çıkarak hastaların büyük bir kısmının enfeksiyon ya da ameliyat olma gerekçesi ile hastaneye

yatırılan hastaların mevcut kilolarının mevcut hastalıkları üzerinde risk oluşturmadıklarını düşündükleri varsayıldı.

Dolayısı ile geriye dönüp bakıldığında hastaların beden algı skorlarının DSÖ ölçütleri ile paralellik göstermesinin bu sonucu ortaya çıkardığı düşünüldü.

Hastaların yaş, kilo ve risk algısı değerlerinin korelasyon analizinde yaş ile kilo değerleri ve yaş ile beslenme durumunun ileri dönemde sağlığına yönelik risk derecesi değerleri arasında pozitif korelasyon saptandı. Buradan yola çıkarak yaş arttıkça kilonun arttığı ve “beslenme durumunun ileri dönemde sağlığına yönelik risk derecesi” parametresinin puanının arttığı düşünüldü. Diğer yandan kilo ile tüm risk algısı parametreleri arasında pozitif korelasyon olduğu görüldü. Bu bulgularla kilonun arttığı koşulda “mevcut hastalığınızın ciddiyetine göre şimdi için risk derecesi”, “size göre mevcut kilonuza yönelik şimdi için risk derecesi”, “genel olarak ileri dönemlerde mevcut sağlık probleminin sağlığa olan risk derecesi” ve “beslenme durumunun ileri dönemde sağlığına yönelik risk derecesi” parametresinin puanının arttığı düşünüldü.

7.6.Araştırma sırasında Hastane Yatış Durumu

Hastaların cinsiyete göre yatış nedenleri incelendiğinde kadınların %24.1'i (n=28) ve erkeklerin %29.0' ı (n=24) ameliyat olmak üzere yatırıldığı görüldü. Kadınların %35.3'ü (n=41), erkeklerin %39.0'u (n=33) ise “*diğer sebepler*” başlığı altında incelediğimiz bölümü (kendi aralarındaki dağılımları 5 ‘den fazla olmadığı için gruplayamadığımız nöroloji, beyin cerrahisi, kulak burun boğaz, psikiyatri gibi bölümlerde yatan hastalar grubu) işaretlediği bulundu. Bunun yanı sıra yatış sebebini işaretlemeyip boş bırakan hastalarda bu gruba dahil edildi. Hastaların yaş grubuna göre yatış nedeni incelendiğinde iki grubun da çoğunlukla enfeksiyon, ameliyat ya da “*diğer sebepler*” ile yattığı, iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlemlenmiştir. Ayrıca hastaların eğitim grubuna göre yatış nedenleri incelendiğinde de bu iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Bu bulgularla hastaların hastaneye yatış sebepleri üzerinde yaş, cinsiyet ya da eğitim durumunun etkileyici bir faktör olmadığı düşünüldü.

7.7.Hastane Yemek Memnuniyeti

Hastaların yatış öncesi diyetleri sorgulandığında %88'nin daha önce bir diyet uygulamadığı görüldü. Diğer yandan hastaların %26.5 daha önce beslenme eğitimi aldığı saptandı. Bu bulgularla çalışmaya alınan hastaların büyük bir kısmının beslenme ile ilgili eğitiminin olmadığı ve özel bir diyet uygulamadığı düşünüldü. Yemek dağıtan personele yönelik hasta görüşleri incelendiğinde hastane diyetisyeninin çoğu hastaya (%79,5) bir diyet programı vermediği ancak diyet uygulanan hastaların diyet programı ile kendilerine verilen yemeklerin uyumlu olduğunu beyan ettiği görüldü.

“Yemek yeme ile ilgili diyet programı varlığı” ve “hastalığı dışında özel bir diyet programı olma durumu” ile yaş grubu cinsiyet, eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak “daha önce beslenme eğitimi alma durumu” ile yaş grubu cinsiyet, eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgularla cinsiyet ya da eğitim düzeyinin beslenme eğitimi üzerinde etkisinin olmadığı ancak bu hastaların daha önce bir beslenme eğitimi aldığı düşünüldü. Daha önce beslenme eğitimi alan hastaların daha çok kadın cinsiyette olduğu, çoğunun 18 yaş üzeri olduğu ve 8 yıldan daha uzun süre eğitim aldığı görüldü.

Hastalar yemeğin sadece kalitesinden değil, yemeği sunan kişilerden, yemeğin sunuluş biçiminden ve görüntüsünden de etkilenmektedirler. Hastaya sunulan yemeğin sunum biçimi iyi olduğu takdirde, bu yemeği kaliteli olarak değerlendirmektedirler (Büber & Başer, 2012).

2009 yılında hastanede yapılan bir araştırma da 1000 hasta üzerinde yapılan bir anket sonucunda hastaların %65'inin yemeklerden memnun olduğu, %15'inin yemeklerin sıcaklığından hiç bahsetmediği, %10'unun yemeklerin hastane ortamında ancak o kadar olacağını belirttiği ve %20'sinin de yemeklerin soğuk olmasından şikayetçi olduğu ortaya çıkmıştır. %15'lik paya sahip olan ve yemeklerin sıcaklığından hiç bahsetmeyen hastaların ise hijyen konusunda şikâyetinde buldukları belirlenmiştir (Özpolat ve Gültaş, 2010). Bu çalışmadan çıkan sonuçta %20'lik bir hasta grubu yemeklerin soğuk servis edilmesinden memnun değildir. Bu sorunun en aza indirilmesi hastanenin hasta memnuniyeti bakımından büyük önem taşımaktadır. Süreç iyileştirmeye dayalı bir yak-

laşım ile ele alınabilecek bu konu, bu çalışmanın da özünü oluşturmaktadır. Kişilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyaldurumu, sağlık durumu, tanısı, yaşanmışlıkları, çevrelerinden edindikleri bilgiler hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (Yılmaz M.2000, Sun BC, ve ark.2001).

Yapılan bir araştırmada, yemekhane personelinin temizliğini; personelin %72.5'nin çok temiz-uyumlu, %56'nın temiz-uyumlu, %27'nin yeterince temiz değil-uyumsuz ve %4'nün ise kirli olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir Yanık & Yılmaz (2011). Yapılan bu araştırmada; hastane yiyecek hizmetleri alt boyutları ile eğitim düzeyleri incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça yemek kalitesi memnuniyet alt boyutu azalmaktadır. Eğitim düzeyine göre hastane genel memnuniyet ilişkisine bakıldığında okuryazar/ilkokul mezunlarının %71'i, ortaokul/lise mezunlarının %40'ı ve üniversite/yüksek lisans mezunlarının da %29.4'ü "çok iyi" olarak belirtmişlerdir. Çalışmada eğitim düzeyi arttıkça hastane genel memnuniyeti de azalmaktadır. Yapılan başka bir araştırmada eğitimin yiyecek hizmetleri hasta memnuniyet düzeyleri üzerine anlamlı etkisinin olduğu belirtilmiştir (Çelikkalp Ü, Temel M, ve ark., 2011).

Yılmaz M. (2000) yaptığı çalışmada memnuniyet düzeyinin, eğitim düzeyi ile ilişkisinin incelendiği bir araştırmada eğitim düzeyi düşük olanların daha memnun oldukları görülürken, bazılarında ise eğitim düzeyi yüksek olanların daha memnun oldukları görülmüştür.

Çekal, 2007 çalışmasında toplu besin hizmeti veren personelin % 63.5'inin meslekleri ile ilgili eğitim almadıkları ve hiçbirinin beslenme eğitimi almadıkları belirlenmiştir. Oysa, nitelikli eleman bireyin ve kurumun verimliliğini artırdığı gibi, hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini de artırmaktadır. Hastaların yemeğin menü özelliklerinden memnuniyet durumlarının orta düzeyde olması bize bu kurumda aşçıların beslenme bilgi ve uygulamalarının araştırmalarla gözden geçirilmesi/öğrenilmesi gerektiği konusunu düşündürmüştür.

Bizim çalışmamızda ise; hastaların personel tutumu ile ilgili görüşleri incelendiğinde çoğu hastanın %55.5'i personel tutumunun kötü olduğunu belirttiği görüldü. Buna karşılık çoğu hasta %66.5'i dağıtılan yemeklerin uygun sıcaklıkta olduğunu ve yemek dağıtan personel kıyafetinin temiz olduğunu belirttiği saptandı. Oysa hastaların yemek konusunda görüşleri incelendiğinde yemeğin tadı, kokusu, görünümü, kıvamı konusun-

da kötü olduğu, buna karşılık yemek hijyeni, sıcaklığı, tazeliği, konusunda iyi görüşte olduğu ve kliniğin temizliği hakkında da iyi görüş beyan ettiği tespit edildi. Toplumda beslenme hizmeti veren kuruluşlarda mutfak çalışanlarının beslenme bilgisinin ve eğitiminin yetersizliği beslenme sorunlarına yol açmaktadır (Baysal, 2002). Son akşam yemeğinden memnuniyet puanı incelendiğinde ise yaş grubuna göre, cinsiyet grubuna göre ve eğitim grubuna göre değerlendirildiğinde memnuniyet bakımından farklılık olmadığı görüldü.

7.8.NRS

Ankara’ da özel bir hastanede yapılan bir araştırmada hastaların %72’sinin iştahları normal, %28’inin ise düşük bulunmuştur. Yatan hastaların %69’u yeterli miktarda yemeklerini tüketirken, %31’i de yetersiz miktarda tüketmiştir. NRS- 2002 taramasında yatan hastaların sadece %10’unun nutrisyonel risk altında olduğu görülmüştür. Araştırmanın yapıldığı hastanede hasta prosedürleri gereği yatan her hastaya diyetisyen tarafından NRS-2002 taraması yapılmaktadır. Ancak bu araştırma özel hastanede yapılması ve hasta profilinden dolayı nutrisyonel risk altında olan çok az hasta sayıda tespit edilmiştir (Ok A. M,Ural G 2017).

Bizim çalışmamızda NRS-2002 taramasında ≥ 3 puan alan hastaların sayısı ile < 3 puan alan hastaların sayıları arasında farklılık olduğu ve ≤ 3 puan alan hastaların daha fazla sayıda olduğu görüldü. Yatan hastalara yapılan NRS- 2002 taramasında sadece %20’unun nutrisyon riski altında olduğu ve bir nutrisyon planı başlatılmasının gerekli olduğu görüldü. %80’inin skoru ise “Skor < 3 ” bulunmuş olup bu hastalar hakkında haftada bir taranması gerektiği ve eğer majör bir operasyon planı varsa yine bir nutrisyon planı ile hastanın operasyon öncesi desteklenmesi gerektiği sonucuna ulaşıldı.

Araştırma sonunda araştırmaya katılan 200 hastanın sadece 40’ının malnutrisyonlu olabileceği düşünüldüğünden dolayı katılımcıların malnutrisyonel riski altında olmadığı söylenebilir. Bu bulgularla bu hastalara her hafta bu taramanın tekrar yapılmasının ve gerekli koşullarda önlem mahiyetinde bu hasta grubuna bir beslenme programının uygulanmasının uygun olacağı savunuldu. Diğer yandan beslenme riski toplam skorunun

yaş, cinsiyeti eğitim düzeyi ve hastalık tanısı gibi faktörlerden etkilenmediği ancak beslenme riski toplam skorunun kilo z, boy z ve BKI değerlerinden etkilendiği tespit edildi. Dolayısı ile literatürle uyumlu şekilde malnütrisyon değerlendirmesinde boy, kilo ve BKI değerinin doğrudan etkili olduğu görüldü. Yaş grubunun eğitim grubu, boy z skoru, kilo z skoru, BKI skoru ile pozitif korelasyon gösterdiği saptandı. Bu bulgular ile yaş arttıkça eğitim, kilo, boy ve BKI düzeylerinin arttığı düşünüldü. Yine cinsiyet grubu ile boy z puanı arasında ve cinsiyet grubu ile kilo z puanı arasında pozitif korelasyon vardı ve erkek cinsiyet olduğu koşulda boy ve kilonun arttığı düşünüldü. Boy z skoru ile kilo z skoru arasında pozitif korelasyon vardı ve boy arttıkça kilonun arttığı düşünüldü. Kilo z skoru ile BKI puanı arasında pozitif korelasyon varken kilo z puanı ile yatış nedeni arasında negatif korelasyon bulundu. Kilo arttıkça BKI değerinin arttığı, buna karşılık hastaneye yatış nedeni “enfeksiyon” ve/ veya ameliyat olduğu koşulda kilo z puanının azalabileceği düşünüldü. BKI değeri ile yatış nedeni arasında negatif korelasyon bulundu ve bu bulgu ile hastada enfeksiyon olduğu koşulda BKI değerinin düşebileceği savunuldu.

8 SONUÇ

Bu çalışmanın sonunda araştırma grubundaki (10-24 yaş) hastanede yatan hastaların mevcut sağlık durumu ve beslenme durumları ile ilgili risk algısının düşük buna karşılık beslenme bozukluğu prevalansının yüksek olduğu görüldü. Bu sonuçlardan yola çıkarak hastaneye yatan her hastanın mutlaka beslenme riskinin değerlendirilip, hastalığına göre diyet programlarının düzenlenmesi gerektiği düşünüldü. Ayrıca hastaların hastane yemeklerinden memnuniyetsizliklerinin var olan beslenme risklerini arttırabileceği düşünüldü. Bu nedenle de hastane yemeklerinin tadının, görünümünün, kokusunun, sıcaklığının, tazeliğinin, sunumunun ve hijyeninin sık aralıklarla değerlendirilmesi gerektiği ve kalite standartlarına uygun hale getirilmesi gerektiği savunuldu. Diğer yandan bu bulgularla bu hastalara her hafta nutrisyon riski taramasının yapılmasının ve gerekli koşullarda önlem mahiyetinde bu hasta grubuna bir beslenme programının uygulanmasının uygun olacağı önerildi.

8.1. SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1- Çalışmamızda hastaların çoğunun hastane hizmetlerinden faydalanmak istediği ve sağlık ocağı gibi birinci sağlık hizmetlerinden uzak kaldığı görüldü. Hastane hizmetlerinin (tanı, tedavi ve yemek sunumu gibi) artırılabilmesi için hastaların öncelikle birinci basamak sağlık kurumlarından faydalanmasını özendirici tedbirlerin alınması ve uygulanması gerektiği savunuldu.
- 2- Beslenme durumu bozukluğu ile ilgili yaptığımız bu çalışmanın sonuçları Türkiye geneli ile uyumlu bulundu. Bu nedenle ülkemiz içerisinde beslenme durumunun iyileştirilmesine yönelik projelerin başlatılmasının gerekli olduğu düşünüldü.
- 3- Bu çalışmada araştırma grubunun mevcut beden sağlığının beslenme durumuna ilişkin risk algısının düşük olduğu saptandı. Bu sonuç ile bu hastaların sağlığına gereken önemi vermediği düşünüldü. Buradan yola çıkarak çalışma sonunda bu hastaların bu konuda bilinçlendirilmesi için projelerin oluşturulması gerektiği önerildi.
- 4- Hastaneye yatan hastaların nutrisyonel risk değerlendirilmesine göre risk oranı fazla olduğu ancak buna karşın bu hastalara nutrisyonel risk değerlendirilmesine yönelik tarama testlerinin yapılmadığı saptandı. Bu bulguya dayanarak hastanelerde yatan hastaların nutrisyonel risk değerlendirilmesine yönelik tarama testlerinin rutin program içerisine alınması gerektiği savunuldu.
- 5- Araştırmamızda hastaların büyük bir kısmının hastane yemeklerinden ve bu yemekleri sunan personelden memnun olmadığı gözlemlendi. Bu bulgular ile, hasta-

nede yatan hastaların beslenme durumlarının bozulmasının hastanede kalış süresini uzatabileceği ve mali yükü artırabileceği göz önünde bulundurularak bu memnuniyeti arttırmaya yönelik önlemlerin alınması ve hastane kalite standartlarına yönelik düzenleme ve uygulamaların hayata geçirilmesi gerektiği önemle vurgulandı.



KAYNAK

1. Adolescent malnutrition in developing countries: a close look at the problem and at two national experience. Standing Committee on Nutrition (SCN News) Late 2005-Early 2006; 31:6-13.
2. Astarlı Ö. Marmara üniversitesi tıp fakültesi 1. ve 5. sınıf öğrencilerinde beslenme bilgi düzeylerinin ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, 2008
3. Aktaş, N. Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi öğrencilerinin beslenme bilgi düzeyleri. Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi Yayınları: 1040, Bilimsel araştırma ve incelemeleri: 554, 37 s., Ankara, 1988 kötü alışkanlıkları hiç kazanmamaktır
4. Akşit MA (1991) Beslenmeye Giriş. AÜ Açık Öğr Fak Yayınları No:491/220, Eskişehir.
5. Arslan P (1999) Türk Toplumunun Sağlık Durumu, Diyet ve Fiziksel Aktivite Örüntüsü. Seminar on Food Safety and Nutrition Policy: Developments in Safety Assessment and Nutrition Science". Working Document. 22-23 November 1999. Ankara.
6. Alphan E. Sağlıklı beslenme, sağlıklı lezzetler. 1. Baskı, İstanbul Marmara Üniversitesi Yayınları, s.49, 2001.
7. Allen, L.H.(2000). Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. Am J Clin Nutr 2000,71,1280-1284.
8. Altıntaş, A., Aşçı, F.H., 2005, Fitnes Uzmanlarının Bedenlerine Yönelik Algıları, Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2005, III (3) 101-104
9. Arslan, C., Ceviz, D., 2007, Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, F.Ü. Sağ. Bil. Derg., 2007: 21 (5): 211 - 220
10. Aslan, S.H., 2001, Beden İmgesi ve Yeme Davranışı Bozuklukları ile Medya İlişkisi, Düşünen Adam, 14(1), 41-47 " Atay, T Herkes Bir Einstein

Olabilir", Öğretmen Dünyası, Sayı 225, s.16, Eylül Bulduk, S., "Yeterli ve Dengeli Beslenmenin Önemi", Öğretmen Dünyası, Sayı 225, s.10, Eylül (1998).

11. Baysal A., Beslenme, Hatiboğlu Yayınevi, 7.Baskı, 1997:9-18
12. Baysal, A. (2002). Genel Beslenme. Ankara: Hatiboğlu Yayınları.
13. Baysal, A. Beslenme durumunun saptanması. Diyet El Kitabı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara; 67- 142,2014.
14. Baysal A, 2007. Beslenme, 12. Baskı, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, s. 330-335.
15. Baysal A, 2009. Beslenme, 11. Baskı, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, s. 437-485.
16. Demir H. Adölesan Beslenmesi. Güncel Pediatri 2008 Mart; 6 (1) (Özel Sayı)
17. Baysal A. Sosyal eşitsizliklerin beslenmeye etkisi. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 25 (4) Özel Eki, 66–72, 2003.
18. Baysal A, Kutluay Merdol T., Toplu Beslenme Yapılan Kurumlar İçin Yemek Planlama Kuralları ve Yıllık Yemek Listeleri, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1994: 1
19. Baltacı G, Ersoy G, Karaağaoğlu N, Derman O, Kanbur N. Ergenlerde Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Yaşam 1. Baskı, Ankara: Klasman Matbaacılık, 2008
20. Balcı M K. Obezitede tanı ve tedavide genel yaklaşım. Beslenme ve Diyet Dergisi, , 25 (1): 40–42, 1996.
21. Bauer J, Capra S. Comparison of a malnutrition screening tool with subjective global assessment in hospitalised patients with cancer-sensitivity and specificity. Asia Pac J Clin Nutr 2003; 12: 257-60. [Özet]
22. Burke DT, Burke MM, Stewart GW, Cambré A. Splinting for carpal tunnel syndrome: in search of the optimal angle. Arch Phys Med Rehabil 1994; 75

23. Türk Pediatri Arşivi İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı, İstanbul
24. Bolton Rn, Drew Jh: “Multistage Model Of Customers Assessment Of Service Quality And Value”, Journal Of Consumer Research, 1991;17(4):375-384.
25. Bonilla-Palomas, J.L, Gámez-López, AL, Moreno-Conde et all. Hypoalbuminemia in acute heart failure patients: causes and its impact on hospital and long-term mortality. Journal of Cardiac Failure, 20 (5), 350-358, 2014.
26. Büber, R., Başer, H. (2012). Sağlık işletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversite Hastanesinde Bir Uygulama. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, 4(1), 265-274.
27. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity world-wide: international survey. BMJ 2000; 320:1240-1243.
28. Brown WJ, Mishra G, Kenardy J, Dobson A. Relationships between body mass index and wellbeing in young Australian women. Int J Obes Relat Metab Disord 2000; (24): 1360–8.
29. Bishop CW, Bowen PE, Furman A, et al. Norms for nutritional assessment of American adults by upper arm anthropometry. Am J Clin Nutr. 1981; 34:2530-2539
30. Caldwell MB, Brownell KD, Wilfley DE. Relationship of weight, body dissatisfaction and selfesteem in African American and white female dieters. International Journal of Eating Disorders, 1997;22;127-130
31. Campanozzi A, Russo M, Catucci A, et al. Hospital-acquired malnutrition in children with mild conditions. Nutrition 2009; 25: 540-7. [CrossRef]
32. Campanozzi A, Russo M , Catucci A, et al.Hospital-acquired malnutrition in children with mild conditions.Nutrition 2009;25:540-7.(CrossRef)

33. Çelebi F. Kalsiyum ve ağırlık kontrolü – Yayın özetleri, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi; 8 (2); 644-50, 2011.
34. Çetin C. Koroner bypass ameliyatı geçiren hastalarda beslenme durumu ve malnutrisyon riskinin saptanması. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi Ankara ,2014
35. Çekal, N. (2007). Aşçıların Beslenme Bilgi Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma, Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi, 18(1), 64-74.
36. Çelikkalp Ü, Temel M, Saraçoğlu GV, Demir M. Bir kamu hastanesinde yatan hastaların hizmet memnuniyeti. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 6(17):1-14, 2011.
37. Demir H. Adölesan Beslenmesi. Güncel Pediatri 2008 Mart; 6 (1) (Özel Sayı)
38. Demirel U, Aygün C. Yatan hastanın beslenme durumunun önemi ve kalori ihtiyacının belirlenmesi. Fırat Tıp Dergisi; 17(2), 2012.
39. Davis, C., Cowles, M., 1991, Body İmage And Exercise: A Study Of Relationships And Comparisons Between Physically Active Men And Women, Sex Roles V.25, No:1-2, s.33-44
40. Doğan Y, Erkan T, Yalvaç S, et al. Nutrisyonel status of patiets hospitalized in pediatric clinic. Turk J Gastroenterol 2005; 16: 212-6.
41. Edward J.S.A. and Hartwell H.J., Hospital Foodservice: A Comparative Analysis Of Systems and İntroducing The Steamplicity Concept, The Worshipful Company of Cooks Research Centre, Bournemouth University, 2004:1-29.
42. Erdoğan S. Beslenme ve besin teknolojisi. 1. Baskı, Ankara, Detay Yayıncılık, 2004.
43. Erkan T. Hastaneye yatan hastalarda beslenme riski değerlendirme yöntemleri Türk Ped Arş 2014; 49: 276-81
44. Ersoy B, Günay T, Günes S. İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Bodurluk ve Obezite ile İlişkisi. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2007;16:90-95.j.in
45. Eastwood M. Priciples of Human Nutrition, Second Ed., Blackwell Publishing, 2003.

46. Ferguson M, Capra S, Bauer J, Banks M. Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. *Nutrition* 1999; 15: 458-64. [Özet] Global Database on BMI. WHO. http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html Erişim tarihi:19.08.2008.
47. Gibson RS. *Principles of Nutritional Assessment*. Oxford University Press, Newyork, 1990.
48. Kondrup, J. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *ClinicalNutrition*, 22 (4), 415-421, 2003.
49. Güz H, Doğanay Z, Güz T. (2003). Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 40(1-2), 36-39.
50. Gündoğan, F. 2006, Sirozlu Hastaların Beden İmajı Ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi
51. Gittelsohn, J., Harris, S.B., Thorne-Lyman, A.L., Hanley, A.J.G., Barrie, A., Zinman, B., 1996, Body Image Concepts Differ by Age and Sex in an Ojibway-Cree Community in Canada, *The Journal of Nutrition*, 1996 Aralık; 126(12): 2990-3000
52. Gortmarker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New Eng J Med* 1993; 30;329: 1008-1012.
53. Gibson RS. *Principles of Nutritional Assessment*. Oxford University Press, Newyork, 1990.
54. Martínez Olmos MA, Martínez Vázquez MJ, Martínez-Puga López E, del Campo Pérez V; Collaborative Group for the Study of Hospital Malnutrition in Galicia (Spain). Nutritional status study of in patients in hospitals of Galicia. *Eur J Clin Nutr* 2005;59:938-46. [CrossRef]
55. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996; 54: S59-65.

56. Hasta Memnuniyeti. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2004; (4):205-214
57. Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KF. Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. Clin Nutr 2010; 29: 106-11. [CrossRef]
58. IOTF (International Obesity Task Force. EU Platform Briefing Paper. EU Platform on Diet, Physical Activity and Health. Prepared in collaboration with the European Association for the Study of Obesity. March 15, 2005.
59. Brussels TD, Grilo GM, Masheb RM. Teasing history, onset of obesity, current eating disorder psychopathology, body dissatisfaction and psychological functioning in binge eating disorder. Obes Res 2000; 8: 451-458.
60. Joosten KFM, Hulst JM. Malnutrition in pediatric hospital in pediatric hospital patients: current issues. Nutrition 2011; 27 : 133-7(crossRef)
61. Kutluay, Merdol, T., Beyhan, Y., Ciğerim, N., Sağlam, F., Tayfur, M. BAĞ, M., & Dağ, A. (2003). Toplu Beslenme Yapılan Kurumlarda Çalışan Personel İçin Sanitasyon - Hijyen Eğitimi Rehberi. 2. Baskı. S.142. Hatipoğlu Yayıncılık. Ankara
62. Kıdak BL, Aksaraylı M. Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi; 10(3), 2008.
63. Kırkinciöğlü, M. Çocuk beslenmesi. İstanbul, Ya-Pa Yayınları, 2003
64. Kıvrak, B., 2008, Diyaliz Ve Renal Transplantasyon Hastalarında Beden İmaj Algısının Kişilerarası İlişkiler Açısından İncelenmesi, İstanbul Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Ens., Yüksek Lisans Tezi
65. Kişioğlu An, Öztürk M, Kırbıyık S, Demirel R Isparta'da Halkın Sağlık Ocaklarından Yararlanma ve Memnuniyet Durumu. T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi 2003, 11:184-188
66. Kandiah J, Stinnett L, Lutton D. Visual plate waste in hospitalized patients: Length of stay and diet order. Journal of the American Dietetic

Association; 106:1663- 1666. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2006.07.015>, 2006.

67. Köksal, G.(1996). Gebe ve emzicilikte beslenme. *Katkı Pediatri Dergisi*, 17(1), 163-178.
68. Köksal, G., Gökmen Özel, H. (2008) *Bebek Beslenmesi*, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 31s. Demirci, M. (2003). *Beslenme*. Tekirdağ: Rebel Yayıncılık.
69. Küçük, N., 2007, *Talasemi Majörlü Adölesanlarda Beden İmajının Benlik Saygısına Etkisi*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi
70. Kramer, M.S., Kakıma, R.(2003). Energy and protein intake in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. Violeta LM, Sunyer XP , Mochari H, Vidal J. Nutritional pyramid for post-gastricbypass patients. *Obes Surg.*; 20(8); 1133-41, 2010
71. Krassas GE, Tsametiş C, Baleki V, Constantinidis T, Ünlühizarcı K, Kurtoğlu S, Keleştimur F, Balkan Group for the Study of Obesity. Prevalence of overweight and obesity among children and adolescents in Thessaloniki-Greece and Kayseri-Turkey. *Pediatr Endoc Rev* 2004;1Suppl.3:460-4.
72. Leventhal H, Leventhal EA, Cameron L. Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In: Baum A, Revenson TA, Singer JE, editors. *Handbook of health psychology*. Mahwah: Lawrence Erlbaum; 2001. p.19-48.
73. Malnutrition Score in a tertiary paediatric hospital and a district general hospital. *Br J Nutr* 2010; 104: 751-6. [**CrossRef**]
74. McCarthy H, McNulty H, Dixon M, Eaton-Evans MJ. Screening for nutrition risk in children: the validation of a new tool. *J Hum Nutr Diet* 2008; 21: 395-6. [**CrossRef**]
75. Mavrommatis Y, Moynihan PJ, Gosney MA et al. Hospital catering systems and their impact on the sensorial profile of foods provided to older patients in the UK. *Journal of the Appetite*; 57:14-20.
76. DIO:<http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2011.03.010>, 2011.

77. McNaughton SA, Ball , Mishra GD, Crawford DA. Dietary patterns of adolescents and risk of obesity and hypertension. *J Nutr* 2008; 138(2):364
78. Özkahraman Ş, Kişioğlu AN, Öztürk M. Bir sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş evli kadınlarda obezite prevalansı ve yapılan eğitimin obezite ile ilgili bilgi, tutum, davranış ve prevalansa etkisi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı 2, 2002:738-740
79. Özpolat, A. ve Gültaş, S. (2010), Süreç Yönetimi ve Bir Hastane İşletmesinde Süreç İyileştirme Çalışması, Bitirme Tezi, Kocaeli Üniversitesi Endüstri Mühendisliği Bölümü.
80. Ok A. M, Ural G., (2017) Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü.
81. Özgen L, Kınacı B, Arlı M. Ergenlerin yeme tutum ve davranışları. Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences, Vol: 45, No: 1, 229- 247, 2012
82. Pekcan G. Bireylerin beslenme durumlarının belirlenmesinde kullanılan yöntemler. Hastalıklarda Beslenme Tedavisi Kitabı. Güneş Tıp Kütüphaneleri, sayf: 57-86. ISBN: 978- 975- 277- 614- 2, 2015.
83. Parasuraman A., Zeithaml V, Berry L: “A Conceptual Model Of Service Quality And Its Implications For Future Research *Journal Of Marketing*, 1985; 49:41-50.
84. Powell LM, Szczypka G, Chaloupka FJ, Braunschweig CL. Nutritional content of television food advertisements seen by children and adolescents in the United States. *Pediatrics* 200;120(3):576-83
85. Rocha GA, Rocha EJ, Martins CV. The effects of hospitalization on the nutritional status of children. *J Pediatr (Rio J)* 2006; 82: 70-4. [CrossRef]
86. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı (2004). Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi, Ankara,
87. Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu (Ulusal Gıda ve Beslenme Eylem Planı I. Aşama Çalışması Eki İle) (UGBÇ) (2003) Yayın No DPT: 2670 Erişim linki: <http://ekutup.dpt.gov.tr/gida/ugbs/beslenme.pdf>

88. Sahin B, Cesim D, Aycicek H ve ark. Evaluation of factors affecting the food consumption levels of inpatients in a Turkish armed forces training hospital. *Journal of the Food Quality and Preference*; 18: 555- 559.
DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.foodqual.2006.07.008>, 2007.
89. Samur G. Gebelik ve Emzilik Döneminde Beslenme. T.C Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı Yayın No:726, Ankara2012
90. Sarwer DB, Wadden TA, Foster GD. Assesment of body image dissatisfaction of obese women: specificity, severity, and clinical significance. *J Consult and Clin Psych* 1998; 66: 651-4.
91. Secker DJ, Jeejeebhoy KN. Subjective Global Nutritional Assessment for children. *Am J Clin Nutr* 2007; 85: 1083-9.
92. Gerasimidis K, Keane O, Macleod I, Flynn DM, Wright CM. A four-stage evaluation of the Paediatric Yorkhill
93. Schroth, R.J., Lavelle, C.L.B., Moffatt, MEK.(2005). A review of vitamin d deficiency during pregnancy:who is affected? *Int J Circumpolar Health*, 64(2),112-120
94. Selçuk H. Malnutrisyon ve önemi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*; 16/2: 158-162, 2012.
95. Selçuk H. Malnutrisyon ve önemi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*; 16/2: 158-162, 2012.
96. Sermet-Gaudelus I, Poisson-Salomon AS, Colomb V, et al. Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition. *Am J Clin Nutr* 2000; 72: 64-70.
97. Sobotka L. Diagnosis of malnutrition. In: Allison SP , eds. *Basic in clinical nutrition*. 4rd ed. Prague: Galen Pr,2011:269-271.
98. Stang J, Story M (eds) *Guidelines for Adolescent Nutrition Services* (2005).http://www.epi.umn.edu/lrt/pubs/adol_book.shtm

99. Şarbat G, Demirkol M. Obezite. Ed: Ekşi A. Ben Hasta Değilim, Nobel tıp Kitapevi,1999:441-450.
100. Ladipo, O.A.(2000). Nutrition in pregnancy: mineral and vitamin supplements. Am J Clin Nutr, 72, 80-290.
101. Tan, M., Karabulutlu, E., 2004, Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (Sapd) Uygulanan Hastaların Benlik Saygısı Ve Beden İmajını Algılayışları, Atatürk Üniv. Hemşirelik Y.okulu Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 3, 2004
102. 100. Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği Elkitabı. TTB Yayınları. 2006, Ankara.
103. 101. Benli, İ.T. (2007), Hastane Süreçleri, Rek May Yayıncılık, Ankara.
104. 102. Öz, Mustafa (2004). Hasta Memnuniyeti ve SSKB Ankara Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
105. 103. Lohman, T.G., Roche, A.F., Martorell, R. (Eds.) (1988). Anthropometric Standardization Refence. Manual, Kinetics Books, Champaign, Illions.
106. 104. Slaughtre M.H., Lohmen, T.G., Boileau R.A., et.al. (1988). Skinfold equations for estimation of body fatness children and youth. Human Biol. 60:709-723.
107. 105. Pekcan G. Bireylerin beslenme durumlarının belirlenmesinde kullanılan yöntemler. Hastalıklarda Beslenme Tedavisi Kitabı. Güneş Tıp Kıtabevleri, syf: 57-86. ISBN: 978- 975- 277- 614- 2, 2015
108. 106. Puckett, R.P. (2004), Food Service Manual for Health Care Institutions, Jossey-Bass, A Willey Inprint, San Francisco, CA
109. Lemone P, Burke K. Nursing Care of Clients With Nutritional Disorders, Medical Surgical Nursing, Critical Thinking in Clint Care 2004; Pearson Education International. New Jersey: 523-539.
110. Lohman, T.G., Roche, A.F., Martorell, R. (Eds.) (1988). Anthropometric Standardization Refence. Manual, Kinetics Books, Champaign, Illions.

111. Tükel B, Münir A, Rıfki Ö ve ark. Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası; 57(4):205-14, 2004.
112. Read JA, Crockett N, Volker DH, et al. Nutritional assessment in cancer: comparing the Mini-Nutritional Assessment (MNA) with the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PGSGA). Nutr Cancer 2005; 53: 51-6. [[Özet](#)]
113. Reilly HM, Martineau JK, Moran A, Kennedy H. Nutritional screening-evaluation and implementation of a simple Nutrition Risk Score. Clin Nutr 1995; 14: 269-73. [[CrossRef](#)]
114. Sun BC, Adams JG, Burstin HR. Validating a model of patient satisfaction with emergency care. Annals of Emergency Medicine;38:527-532, 2001.
115. S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Md., H.Ü. Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, Ankara, 2004.
116. Şahin Tk, Bakıcı H, Bilban S, Dinçer Ş, Yurtçu M, Günel E. Meram Tıp Fakültesi çocuk cerrahisi servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması. Genel Tıp Dergisi 2005; 15 (4):137-142.
117. Tüzün M. Obezitenin Genel Özellikleri, Ed: Yılmaz C, Obezite ve Tedavisi, Mart matbaacılık, İstanbul, 1999:112
118. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara 2004.
119. The American Society for Hospital Personnel Administration Of The American Hospital Association (AHA), Printed in the United States of America, Minnesota, 1985: 536-574
120. Tülay E. Ergenlerde Beslenme Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme Sempozyum Dizisi 2008 63: 73-77
121. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Beslenme Rehberi 2015
122. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, (2004). Sağlık Bakanlığı&Hacettepe Üniversitesi: Ankara.

123. Tükel B, Münir Aa, Rıfki Öö, Arzu A. Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesi'nde Yatan
124. Yılmaz G, Engin E, İşlekel S. (2006). Cerrahi endikasyonlu hernie nukleosus
125. pulposus olgularında operasyona ilikin beklenti, somatizasyon belirtileri ve fonksiyonel olmayan tutumlar. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 22 (1), 163-174.
126. Ulukanlıgil M, Seyrek A. Anthropometric status and intestinal helminthic infections in shantytown and apartment
127. schoolchildren in Şanlıurfa province of Turkey. EJCN 2004;58:1056
128. Uzun E, Güney M, Oral B, Özsoy M, Mungan T: Kadın Hastalıkları Ve Doğum Servisi: Verilen Hizmetlerle İlgili Hasta Memnuniyeti Ve Etki Eden Faktörler. Uzmanlık Sonrası Eğitim Ve Güncel Gelişmeler Dergisi 2006;3(3):167-171
129. Yalçın A, Özveri H, Gürbüz Y, Akdaş A. Özel Bir Hastane İle Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Düzeyleri. Taf Prev Med Bull 2009; 8 (3) :239-244
130. World Health Organization: Nutrition in adolescence-Issues and Challenges for the Health Sector: issues in adolescent health and development. WHO Discussion Papers on Adolescence. WHO 2005, Geneva 27,
131. Switzerland (http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/ADH/ISBN_92_4_159366_0.pdf) (Son erişim tarihi: 01.04.2010).
132. Cordeiro LS, Lamstein S, Mahmud Z, Levinson FJ.
133. World Health Organization. Global Database on Body Mass Index. Erişim: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_4.html, 2010
134. Isabel M, Correia TD and Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clinical Nutrition 2003; 22 (3): 235-239.

135. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet* 2004; 363(9403): 157-63.
136. WHO. Technical Report Series-854: Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. 1 Edition Geneva, WHO, 1995.
137. Wunderlich, M.S., Tobias, A.(1992). Relationship Between Nutritional Status Indicators And Length Of Hospital Stay For Patients With Diverticular Disease. *J Am Diet Assoc.*, 92, 429-433.
138. WHO/FAD. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO, Geneva, 2003.
139. WHO. Growth reference data for 5-19 years. 2007b.
www.who.int/childgrowth/en/
140. World Health Organization: Adolescent Nutrition. <http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/adolescent.htm>. (Son erişim tarihi:25.02.2010).
141. World Health Organization: Nutrition in adolescence-Issues and Challenges for the Health Sector: issues in adolescent health and development. WHO Discussion Papers on Adolescence.WHO 2005, Geneva 27, Switzerland (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/ADH/ISBN_92_4_159366_0.pdf) (Son erişim tarihi: 01.04.2010). Cordeiro LS, Lamstein S, Mahmud Z, Levinson FJ.
142. World Health Organization: Adolescent Nutrition.<http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/adolescent.htm>. (Son erişim tarihi:25.02.2010).
143. World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio. Report of a WHO Expert Consultation. Geneva, 2011.
144. White M, Lawson K, Ramsey R, et al. A simple nutrition screening tool for pediatric inpatients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2014; pii: 0148607114544321. [CrossRef]

145. Yanık, A., Yılmaz, E.(2011). Dışardan Yemek Hizmeti Alınan Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Personelin Yemek Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Electronic Journal Of Vocational Colleges*, 126-139.
146. Yildirim C, Koçoğlu H, Göksu S, Gunay N, Savas H. Patient Satisfaction İn A University Hospital Emergency Department İn Turkey. *Acta Medica (Hradec Kralove)*. 2005; 48:59-62.
147. Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (Y.T.K.İ.Y.), Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, Resmî Gazete Tarih ve Sayısı: 20.02.2007 ve 26440, s:28,
148. Yanık A., Hastanelerde Beslenme Hizmetlerinin Organizasyonu ve Personelin Beslenme Hizmetlerini Değerlendirmesi İle İlgili Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1992, S:25-101.
149. Yılmaz M. Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2000.
150. Yılmaz, H.Ö., 2009, Obez Bireylere Verilen Beslenme Eğitiminin Beden İmgesiyle Uğraşıya, Beslenme Davranışına Ve Kilo Vermeye Etkisi, Marmara Üniversitesi, Sağ.Bil. Ens. Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi
151. Yılmaz M. Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2000.
152. Zhao G, Ford ES, Dhingra S, et al. Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. *International Journal of Obesity* 2009; 33(2): 257-6

EK1: Bilgilendirilmiş onam formu

KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

Sayın katılımcı, bizler “Hastaneye Yatan Hastaların Beslenme Riski ve Hastaların Yemeklerden Memnuniyetinin Değerlendirilmesi” isimli araştırmayı yürütmekte olan araştırmacılar olarak sizi araştırmamız konusunda bilgilendirmek istiyoruz. Bu çalışma ile amacımız Mayıs- Haziran 2018 tarihlerinde Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’inde “yatarak tedavi gören 10-24 yaş arası hastaların yatış süreleri boyunca yiyecek hizmetleri tarafından gönderilen yemekleri tüketip tüketmedikleri, tüketmeme nedenleri ve memnuniyetleri ile nutrisyonel durumlarını karşılaştırmaktır. Araştırmaya katılmasını beklediğimiz tahmini gönüllü sayısı 200 kişidir.

Siz bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilimsel bir çalışmadır.

Araştırmaya katılma koşulları;

- 1) 10-24 yaş arasında olmanız
- 2) Hastanenin Yoğun bakım üniteleri dışında bir klinikte yataklı tedavi hizmeti alıyor olmanız
- 3) Yatan hastanın bilincinin açık olması
- 4) Yatan hastanın ağızdan besleniyor olması
- 5) Klinikte yatan hastanın normal veya özel bir diyet alıyor olması

Araştırmadan Beklenen Yararlar

Yapacağımız çalışma hastanede yetersiz beslenmenin oluşma riskini en kolay en pratik şekilde saptamaktır.

Hasta memnuniyeti algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonudur. Buna göre bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri olmakta ve hizmetin sunumundan sonra geçirdiği deneyime dayalı olarak belli algılara sahip olmaktadır. Hasta algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucu tatmin olup

olmadığını karar vermektedir. Hasta memnuniyetin ölçülmesi kuruma ayna görevi yaparak kendini değerlendirmesini sağlar, üstünlük ve zayıflıklarını ortaya koyar, ayrıca memnuniyeti yeterli seviyede olmayanların geri bildirimlerini alarak hizmetin iyileştirilmesine fırsat sunar. Hastanın memnuniyet beklentileri karşılanmış ise hem hastanedeyken hemde hastaneden ayrıldıktan sonra tedaviye uyumu artar.

Öngörülen Riskler

Yaptığımız çalışmada herhangi bir risk yoktur.

Gönüllü Beyanı

Araştırmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz.

İstediğiniz anda araştırmadan çekilme hakkının sahibisiniz.

Araştırmadan çekilseniz bile, tıbbi takibi ve tedavisinin ya da uygulamaların hiçbir şekilde etkilenmeyeceği

Gönüllünün kendi sağlığı ve araştırmanın gidişatı hakkında araştırmanın her aşamasında bilgi alabilirsiniz.

Bilgilerin gizliliği

Bizimle paylaştığınızı tüm bilgilerin gizli tutulacaktır.

Araştırma sonucunda elde edilecek bilgilerin yayınlanması durumunda kimlik bilgileriniz açıklanmayacaktır.

Araştırma için Etik Kuruldan olumlu görüş alındığı takdirde araştırma bilgilerinin Etik Kurula açık olacaktır.

Elde edilen bilgilerin ve sağlık kayıtlarınızın sizin onayınız olmadan, kimlik bilgilerinizi açığa çıkaracak şekilde üçüncü kişilerle paylaşılmasına izin verilmeyecektir. Bununla birlikte, araştırmadan elde edilen kayıtlar kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Araştırmanın size kesinlikle maddi bir yükü olmayacaktır. Tekrar belirtmek isteriz ki, bu çalışma sırasında size ait elde edilmiş tüm bilgiler gizli kalacaktır. Yine hemen belirtmeliyiz ki; bu bilgilere sizin dışınızda birisi ile paylaşmamız sadece sizin izninizle olacaktır.

Çalışmaya katılan kişilerin çalışma ile ilgili daha ayrıntılı bilgi isteme durumunda temas kuracağı kişi KÜTF Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD. da görevli olan Prof. Dr Fatma Selda Bülbül' ve Araştırmada görevli Semra Birdane'dir.

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Sayın Dr Fatma Selda Bülbül tarafında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Hastalıklarında tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmem uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte Semra Birdane Yenışehir Mah. 240 sok. No 14 Serpil Apart Yahşiyen Kırıkkale adresinden ulaşabileceğimi 05321575241 no 'sundan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının

Adı-soyadı/ İmzası/ Tarih

Semra Birdane

Gerekiyorsa olur işleme tanık olan kişinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Gerekiyorsa yasal temsilcisinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

EK:2 Anket formu

Hastaneye Yatan Hastaların Beslenme Riski Ve Hastaların Yemeklerden Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

Tarih:

1. Yaşınız?.....

2. Cinsiyet: K E

3.Boy:

Kilo:

BKİ:

4.Kaç kardeşsiniz?.....

5. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

.....

6. Eğitim düzeyiniz nedir?

a) Okur yazar değil b) Okur

yazar

c) İlkokul

d) Ortaokul

e) Lise

f) Yük-

sek/Üniversite

7. Medeni durumunuzu belirtiniz?

a) Evli, birlikte yaşıyor b)

Ayrı yaşıyor

c) Dul, eşi vefat etmiş d) bekar

8.Zararlı alışkanlıklarınız var mı? (Sigara, alkol.vb)

a) Evet b) hayır

9. Ailenizin ekonomik durumu nasıl?

a) Çok iyi b) İyi

c) Orta d) Kötü

e) Çok kötü

10. Sağlık Harcamalarınız için herhangi bir güvenceniz var mı?

a) Yok b) Emekli sandığı

c) SSK d) Bağ-Kur

e) Özel sigorta f) Yeşil Kart

g) Evet, Diğer.....

Sağlık Merkezi Kullanımı

11. Herhangi bir şikayetinizde daha çok hangi sağlık kurumunu kullanıyorsunuz?

a) Sağlık Ocağı/Ana Çocuk Sağlığı Merkezi

b) Devlet Hastanesi

c) Üniversite Hastanesi

d) Özel Hastane/ poliklinik/ sağlık merkezi

e) Özel doktor

12. Bu kurumu neden tercih ediyorsunuz?

- a) Daha yakın ulaşım kolay
- b) Daha ucuz
- c) Daha az sıra bekliyorum
- d) Daha temiz
- e) Daha çok ilgileniyorlar
- f) Daha güler yüzlüler
- g) Teşhisleri ve tedavileri iyi

13. hastaneye yatış nedeniniz nedir?

14. Hastalığınızın tanısı nedir?

15. Daha önce hiç hastanede yattınız mı? (Cevabınız evet ise 15.soruyu cevaplayın)

a) Evet b) Hayır

16.Yattığınız hastane aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Üniversite Hastanesi...b) Devlet Hastanesi
- c)Özel/Vakıf Hastanesi

17.yemek yeme ile ilgili bir diyet programınız var mı? (Yutma güçlüğü, hazımsızlık, depresyon)

a)Evet b) Hayır

18.Hastalığınız dışında özel bir diyet programınız var mı? (Cevabınız evet ise

19. soruyu yanıtlayınız)

a) Evet b) Hayır

19.Hastane sizin bu diyetinize uygun yiyecekleri temin ediyor mu?

a) Evet b)Hayır

20.Daha önce beslenme ile ilgili bir eğitim aldınız mı?

a) Evet b)Hayır

Personele İlişkin Özellikler

21. Bu hastanede size daha önce yemeklerle ilgili bir bilgilendirme yapıldı mı?

a) evet b) hayır

22.Hastane diyetisyeni size özel bir diyet verdi mi? (Cevabınız evet ise 23 .soruyu yanıtlayınız)

a) Evet b)Hayır

23.Gelen yemekler bu diyet programına uygun mu?

a) Evet uygun b) Hayır uygun değil

24.Yattınız klinikteki sağlık personellerinin tutumu hakkında ne düşünüyorsunuz?

- a) Çokmemnunum b) Memnun sayılırım
- c)Hiç memnun değilim

25.Görevli personel yemek dağıtım sırasında hijyen kurallarına uyuyor mu?

a) Eve b) Hayır

26.Servis sırasında hastaya verilecek sıcak yemekler olması gereken ısıda mı?

a) Evet b) Hayır

27. Personelin yemek dağıtım esnasında kıyafet temizliğinden memnun kaldınız mı?

a) Evet b) Hayır

YEMEĞE AİT ÖZELLİKLER

28. En son yediğiniz akşam yemeğinin tadını nasıl ifade edersiniz?



29. En son yediniz akşam yemeğinin kokusunu nasıl ifade edersiniz?



30. En son yediğiniz akşam yemeğinin görünümü (sunumu) nasıl ifade edersiniz?



31. En son yediğiniz akşam yemeğinin temizliğini (hijyeni) nasıl ifade edersiniz?



30. En son yediğiniz akşam yemeğinin tazeliğini nasıl ifade edersiniz?



31. En son yediğiniz akşam yemeğinin sıcaklığını nasıl ifade edersiniz?



32. En son yediğiniz akşam yemeğinin kıvamını nasıl ifade edersiniz?



32. En son yediğiniz akşam yemeğinin tazeliğini nasıl ifade edersiniz?



33.En son yediğiniz akşam yemeğinin sıcaklığını nasıl ifade edersiniz?



34.En son yediğiniz akşam yemeğinin kıvamını nasıl ifade edersiniz?



35. yemeği dağıtan personelin size karşı tutumunu nasıl ifade edersiniz?



36. Genel olarak kliniğin temizliğinden memnuniyetinizi nasıl ifade edersiniz



37.Risk derecesini 1 ile 7 arasında değerlendirdiğimizde; 1hiç risk yok,7 ağır risk var...

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Aşağıdaki durumları buna göre derecelendirir misiniz?

1)Size göre mevcut hastalığınızın ciddiyetine göre risk derecesi nedir?

Hiç risk yok Çok riskli

2)Size göre mevcut kilonuza yönelik risk dereceniz nedir?

Hiç risk yok Çok riskli

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3)Genel olarak ileri dönemlerde mevcut sağlık probleminizin sağlığınıza riskini değerlendirir misiniz?

Hiç risk yok Çok riskli

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Hiç risk yok Çok riskli

4)Size göre ileri dönemde beslenme durumunuzun sağlığınıza riski ne kadardır?

Hiç risk yok Çok riskli

38.Kendinizi aşağıdaki bedenlerden hangisine yakın görüyorsunuz? İşaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Hastanede Yetersiz Beslenme Taraması

Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

KondrupJ et al.,Clinical Nutrition2003; 22: 415-421 çerçevesinde

Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Birliği
(Europäische Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel, ESPEN) tavsiyesiyle

Ön tarama:

•Vücut ağırlığı endeksi (BMI, BodyMassIndex) < 20,5 kg/m² mi?

evet hayır

•Hasta son 3 ayda kilo kaybetti mi?

evet hayır

•Geçen hafta gıda alımında azalma oldu

evet hayır

•Hasta ağır hasta konumunda mı? (örneğin yoğun terapi)

Bu sorularda biri „evet“ ile cevaplanırsa, esas taramayla devam edilir.

Bütün sorular „hayır“ ile cevaplanırsa, hastaya her hafta yeniden ön tarama uygulanır.

Hastaya örneğin büyük bir ameliyat yapılması planlanıyorsa, olası bir riske karşı, önlem mahiyetinde bir beslenme planı uygulanması gerekir.

Esas tarama:

Beslenme durumunda düzensizlik	Puan	Hastalık şiddeti	Puan
Yok	0	Yok	0
Hafif	1	Hafif	1
Kilo kaybı > %5/ 3 ay ise <u>veya</u> gıda alımı geçen hafta ihtiyacının < %50-75 kadarı ise		Örneğin uyluk kemiği kırılması, belirgin komplikasyonlu seyreden bazı kronik hastalıklar: karaciğer sirozu, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik hemodiyaliz, diyabet, kanser hastalığı	
Orta	2	Orta	2
Kilo kaybı > %5/ 2 ay <u>veya</u> BMI 18,5-20,5 kg/m ² <u>ve</u> genel sağlık durumu (GSD) <u>veya</u> gıda alımı geçen hafta ihtiyacının %25-50 kadarı ise		Örneğin büyük karın ameliyatı, inme, şiddetli pnömoni, hematolojik kanser hastalığı	
Ağır	3	Ağır	3
Kilo kaybı > %5 /1 ay (>%15 / 3 ay) <u>veya</u> BMI < 18,5 kg/m ² ve genel sağlık durumu veya gıda alımı geçen hafta ihtiyacının %0-25 kadarı ise		Örneğin kafa yaralanması, kemik iliği nakli, yoğun bakım gerektiren hastalar (APACHE-II > 10)	

+ 1 Puan, hasta yaşı ≥ 70 yıl ise

≥ 3 Puan

Beslenme riski mevcut, beslenme planı yapılması uygun.

< 3 Puan

Her hafta tarama tekrarlanması durumu uygun. Hastaya örneğin büyük bir cerrahi müdahale uygulanması planlanıyorsa, olası risklere karşı, önlem mahiyetinde bir beslenme planı uygulanmalıdır.



