

T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ORTOPEDİ SERVİSİNDE YATAN YAŞLILARIN AĞIZ YOLU İLE  
BESLENMESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE HEMŞİRELİK  
GİRİŞİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Ayşe Dudu KILINÇ**

Kocaeli Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin  
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı için Öngördüğü  
DOKTORA TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ  
2015

T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ORTOPEDİ SERVİSİNDE YATAN YAŞLILARIN AĞIZ YOLU İLE  
BESLENMESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE HEMŞİRELİK  
GİRİŞİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Ayşe Dudu KILINÇ**

Kocaeli Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin  
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı için Öngördüğü  
DOKTORA TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır

Danışman: Prof. Dr. Süreyya KARAÖZ

KOU KA EK 2012/117

KOCAELİ  
2015

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**


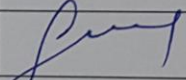
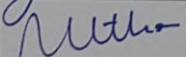
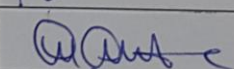
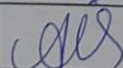
**Tez Adı:** Ortopedi Servisinde Yatan Yaşlıların Ağız Yolu ile Beslenmesini Etkileyen Faktörler ve Hemşirelik Girişimlerinin Değerlendirilmesi

**Tez yazarı:** Ayşe Dudu KILINÇ

**Tez savunma tarihi:** 24.06.2015

**Tez Danışmanı:** Prof. Dr. Süreyya KARAÖZ

Bu çalışma, sınav kurumumuz tarafından **Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında** DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

SINAV KURULU ÜYELERİ		İMZA
ÜNVANI	ADI SOYADI	
BAŞKAN	Prof. Dr. Nevin KANAN	
ÜYE(DANIŞMAN)	Prof. Dr. Süreyya KARAÖZ	
ÜYE	Prof. Dr. N. Zafer UTKAN	
ÜYE	Doç. Dr. Özlem ÖZKAN	
ÜYE	Doç. Dr. Azize KARAHAN	

**Onay**

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.... /.... /2015

Prof. Dr. Mustafa YILDIZ

KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## ÖZET

### **Ortopedi Servisinde Yatan Yaşlıların Ağız Yolu ile Beslenmesini Etkileyen Faktörler ve Hemşirelik Girişimlerinin Değerlendirilmesi**

**AMAC:**Bu araştırma ortopedi servisinde, cerrahi tedavi amacıyla yatırılan yaşlıların kabulde ve taburculuk öncesinde beslenme durumlarını değerlendirmek, serviste yattıkları süre içinde ağız yoluyla beslenmelerini ve etkileyen faktörleri belirlemek, hemşirelerin, yaşlıların beslenmesine yönelik yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

**YÖNTEM:** Tanımlayıcı olarak yürütülen bu araştırmanın örneğini Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ortopedi servisinde yatan,  $\geq 60$  yaş, cerrahi girişim uygulanan 155 yaşlı hasta ve bu hastalara bakım veren 12 hemşire dahil edildi. Verilerin toplanmasında “Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MND) ölçeği”, “Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği (YGDÖ) Kısa Formu”, araştırmacı tarafından hazırlanan “Laboratuvar bulguları kayıt formu”, “Genel sağlık ve beslenme özellikleri kayıt formu” ve “Hemşireler için soru formu” kullanıldı. İstatistiksel değerlendirme, SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı ile yapıldı. Veriler ortalama ve yüzde, Ki-kare, Fisher kesin kıkare ile analiz edildi.

**BULGULAR:** Araştırma sonucunda malnütrisyon riski, yatışta %45,2, taburculukta %56,1, malnütrisyon ise, yatışta %19,4, taburculukta %34,8'dir. İleri yaş, depresyon, femur, pelvis, vertebra kırığı ve bacak amputasyonu, daha önce hastaneye yatmış olma, uzun süre hastanede yatma(>7gün), anemi, hipoproteinemi ve hipoalbuminemi, perioperatif uzamış açlık süresi(>24 saat), genel anestezi, anestezi süresi(>2 saat), intraoperatif kanama ( $\geq 500$  ml) ve yoğun bakımda kalma(<24 saat) hastalarda malnütrisyon riski ve malnütrisyon oranlarını yükseltmiştir ( $p<0.05$ ). Pre-op, post-op 1. ve 3. günlerde öğle ve akşam öğünlerinde yapılan izlemlerde yemek tüketimleri ve etkileyen faktörler değerlendirilmiş, hastaların %20,5'i yemeklerin yarısını, %39,7'i yarısından azını tüketmiştir. En az yemek tüketimi post-op 1. günde olmuş ve bu tüketimi en çok iştahsızlık (%95,4) etkilemiştir. Hemşireler yemek tüketimi sorunlarının kısmen farkında olmakla birlikte beslenme değerlendirmesi yapmamakta ve perioperatif bilgilendirme dışında yaşlıların beslenmesinde aktif bir görev almamaktadır.

**Sonuç:** Ortopedi servisine kabulleri sırasında yaşlı hastaların önemli bir kısmı malnütrisyonlu bulunmuş, hastanede bu oran yemek tüketiminin azalması ile birlikte artış göstermiştir.

**Anahtar kelimeler:** Ortopedi, yaşlı, malnutrisyon, yemek yeme, risk faktörleri, hemşirelik

## ABSTRACT

### **Evaluation of Factors Affecting Oral Feeding of Elderly Patients and Related Nursing Interventions at Orthopedics Department**

**AIM:** This study was planned to assess nutritional status of elderly patients at orthopedics department for surgical purpose before admission and disposition, to designate the factors affecting oral feeding status during their stay at the department, and to consider the approaches of nurses towards nutrition of elderly patients.

**METHOD:** Twelve nurses and 155 surgically treated patients, at and above the age of 60, staying at Orthopedics Department of Kocaeli University Medical Faculty Hospital were included in this descriptive study. Mini Nutritional Assessment (MNA) scale, "Yesavage Geriatric Depression Scale (YGDS) mini form, Laboratory results recording form, prepared by the researcher, General health and nutritional status recoding form and questionnaire for nurses were used. Statistical assessment was performed with SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) package program. Data were evaluated with Kolmogorov-Smirnov, Chi-square, Fisher exact chi-square, Yates correction average and percentage.

**RESULTS:** The risk of malnutrition/malnutrition was determined to be 45.2%/19.4% at the stay and 56.1%/34.8% at the discharge. Old-age, depression, femur, pelvis, vertebra fracture and leg amputation, a previous stay at hospital, a long stay at hospital (>7 days), anemia, hypoproteinemia and hypoalbuminemia, perioperative prolonged fasting period (>24 hours), general anesthesia, anesthesia time (>2 hours), bleeding more than 500ml during surgery and stay at intensive care unit (<24 hours) increased the risk of malnutrition and malnutrition ratio. Chi-square results were found to be highly meaningful ( $p < 0.01$ ). 20.5% of the patients consumed half of their foods. 39.7% of them consumed less than half. The least food consumption was performed on the 1<sup>st</sup> Post-op day and this consumption was affected mostly by anorexia. It was determined that nurses were aware of food nutrition problems but they did not have an active role in the nutrition of elderly except routine applications.

**CONCLUSION:** At the admission of orthopedics department, majority of the elderly patients was found to be malnourished and this ratio increased in the hospital. The most important factor causing this is food nutrition deficiency caused by the factors such as dislike of foods at the hospital, immobility, etc.

**Keywords:** Orthopedics, elderly, malnutrition, feeding, risk factors, nursing

## TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince bana yol gösteren, tez çalışmamda ilgi duyduğum bir alanda bana çalışma fırsatı veren, araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve yazım aşamalarında değerli katkılarını ve ilgisini esirgemeyen danışman hocam, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı başkanı Sayın Prof. Dr. Süreyya KARAÖZ'e,

Tezimin planlanması ve yürütülmesinde katkı ve önerileriyle beni destekleyen hocalarım, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Sayın Prof. Dr. Zafer UTKAN'a, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölüm Başkanı ve Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Özlem ÖZKAN'a,

Tezimin veri toplama aşaması için gerekli izini veren Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi başhekimliğine,

Çalışmama gönüllü olarak katılan ortopedi servisi hemşirelerine, hasta ve yakınlarına,

Doktora eğitimim süresince sosyal desteklerini esirgemeyen sevgili eşim Ahmet'e, çocuklarım Tuna ve Nil'e teşekkürlerimi sunarım.

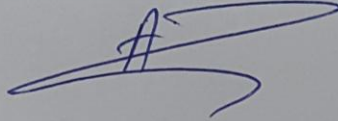
## TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

...A... / B... / 2015

**Ayşe Dudu KILINÇ**

**İmza**



## İÇİNDEKİLER

KABUL ONAY	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÇİZİMLER DİZİNİ	x
ÇİZELGELER DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin tanımı	1
1.2. Genel bilgiler	3
1.2.1. Yaşlılıkta malnutrisyon	3
1.2.1.1. Malnutrisyon tanımı	3
1.2.1.2. Hastanede yatan hastalarda ve yaşlılarda malnutrisyon görülme sıklığı	4
1.2.1.3. Hastanede yatan yaşlılarda malnutrisyon gelişmesinin nedenleri	5
1.2.1.4. Hastanede yatan yaşlılarda ağızdan besin alımını etkileyen faktörler	6
1.2.1.5. Malnütrisyonun sonuçları	10
1.2.2. Hastanede yatan yaşlıların beslenmesinde hemşirenin sorumlulukları	10
1.2.2.1. Yaşlı hastaların beslenme durumlarının değerlendirilmesi	11
1.2.2.2. Tanılama ve hemşirelik girişimlerini planlayıp uygulama	17



2. AMAÇ	19
3. YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın tipi	20
3.2. Araştırmanın yeri ve zamanı	20
3.3. Araştırmanın evreni ve örnek seçimi	21
3.4. Araştırmada kullanılan araç- gereçler	22
3.5. Uygulama	25
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	28
3.3.3. Veri analizi	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	46
5.1. Sınırlılıklar	54
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	55
KAYNAKLAR DİZİNİ	57
EKLER	
EK 1. Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası	
EK 2. Mini Nütrisyonel Değerlendirme	
EK 3. Yaşlı veri toplama formu	
EK 4. Hemşire veri toplama formu	
EK 5. Etik kurul izin onayı	
EK 6. Hasta bilgilendirme onam formu	
EK 7. Hemşire bilgilendirme onam formu	
ÖZGEÇMİŞ	

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ARİF	: Açık redüksiyon internal fiksasyon
BKİ	: Beden kitle indeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESPEN	: The European Society for clinical Nutrition and Metabolizm
GİS	: Gastro -İntestinal Sistem
GKS	: Glasgow Koma Skalası
HAS	: Haute Autorite De Sante
HKA	: Hasta kontrollü analjezi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LDH	: Lomber disk hernisi
MND	: Mini Nütrisyonel Değerlendirme
MND-SF	: Mini Nütrisyonel Değerlendirme kısa form
NANDA	: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North America Nursing Diagnosis Association)
NRS	: Nütrisyonel Risk Skalası
PAH	: Periferik arter hastalığı
Pre-op	: Pre-operatif (ameliyat öncesi)
Post-op 1	: Post-operatif (ameliyat sonrası) 1. gün
Post-op 3	: Post-operatif (ameliyat sonrası) 3. gün
R1	: Rejim 1 (su ve berrak sıvılar)
R2	: Rejim 2 (kıvamlı sıvılar ve yarı katı yiyecekler)
R3	: Rejim 3 (sıvı ve katı kıvamdaki tüm yiyecekler)
SVO	: Serebro vasküler olay
TDP	: Taze donmuş plazma
TDP <sub>r</sub>	: Total diz protezi
TKP	: Total kalça protezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VDS	: Verbal Deskriptif Skala
YGDÖ	: Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu
WHO	: World Health Organisation

## ÇİZİMLER DİZİNİ

Çizim 3.1. Uygulama Akış Şeması	27
Çizim 4.1. Gözlenen öğünlerde yaşlı hastaların yemek tüketim miktarları	39
Çizim 4.2. Gözlenen öğünlerde yaşlı hastaların yemek tüketimini etkileyen faktörler	40

## ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1. Yaşlılarda yemek yemeyi etkileyen faktörler	9
Çizelge 2.2. VDS ile bulantı değerlendirilmesi	13
Çizelge 2.3. Sistemlere ilişkin en sık görülen kronik hastalıklar ve beslenme üzerine etkileri	14
Çizelge 2.4. DSÖ BKİ değerlendirme kriterleri	16
Çizelge 3.1. Ortopedi kliniği yemek servisi bilgileri	21
Çizelge 4.1. Yaşlıların sosyo-demografik özellikleri	29
Çizelge 4.2. Yaşlıların genel sağlık ve klinik özellikleri	30
Çizelge 4.3. Yaşlı hastalara uygulanan cerrahi girişim ile ilgili özellikleri	31
Çizelge 4.4. Yaşlı hastaların servise kabuldeki ve çıkıştaki beslenme değerlendirme sonuçlarının karşılaştırılması	32
Çizelge 4.5. Yaşlıların sosyodemografik özellikleri ile servise kabuldeki ve çıkıştaki beslenme değerlendirme sonuçlarının karşılaştırılması	33
Çizelge 4.6. Yaşlıların genel sağlık ve klinik özellikleri ile servise kabuldeki ve çıkıştaki beslenme durumlarının karşılaştırılması	34
Çizelge 4.7. Yaşlı hastaların yatıştaki laboratuvar sonuçları ile servise kabuldeki, çıkıştaki laboratuvar sonuçları ile çıkıştaki beslenme durumlarının karşılaştırılması	36
Çizelge 4.8. Yaşlıların ameliyatlarına ilişkin özellikler ile çıkıştaki beslenme durumlarının karşılaştırılması	37
Çizelge 4.9. Yaşlı hastalara ortopedi servisinde uygulanan ilaçlar ile çıkıştaki beslenme durumlarının karşılaştırılması	38
Çizelge 4.10. Gözlem yapılan öğünlerde ağızdan besin alımını etkileyen faktörler ve yemek tüketimi	41
Çizelge 4.11. Ortopedi servisinde çalışan hemşirelerin özellikleri	43
Çizelge 4.12. Ortopedi servisinde çalışan hemşirelerin yaşlı hastaların beslenme durumları, yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik uygulamalarına ilişkin ifadeleri	44

# 1.GİRİŞ

## 1.1.Problem Tanımı

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı giderek artmaktadır. Ülkemizde 2000 yılındaki nüfus sayımında 65 yaş ve üzeri nüfus, tüm nüfusun %5.7'si iken, 2014 yılında %8'e ulaşmıştır (6.192.962 kişi) ve bunun giderek artacağı tahmin edilmektedir (TÜİK 2015).

Yaşlılıkta beslenme en az çocukluk ve erişkinlik dönemlerindeki beslenme kadar önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); sağlıklı, bağımsız ve engelsiz bir yaşlılık için, sağlıklı beslenmeyi temel faktörler arasında ele almıştır(WHO 2014). Yaşlanma süreci ile meydana gelen fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler, yaşlı bireyi sağlık sorunlarına daha yatkın hale getirmektedir. Yaşlılarda yaygın olarak görülen sağlık sorunlarından birisi beslenme bozukluğudur. Yaşlılarda meydana gelen çok yönlü değişimler beslenmenin tüm aşamalarını etkilemekle birlikte, en yoğun olarak besinlerin alınması aşamasını etkiler. Yaşın artması ile birlikte iştah ve beraberinde yiyecek tüketimi azalır. Sağlıklı yaşlı bireyler, gençlere göre daha az acıkir, daha az yiyecek tüketir, daha yavaş yer ve daha kısa sürede doyunluk hisseder. Günlük besin alımı 20 ile 80 yaşları arasında yaklaşık %30 azalır(Ahmed ve Haboubi 2010). Bir çalışmada yaşlıların %37-40'ının günlük enerji ihtiyacını karşılayacak düzeyde beslenmediği, üç yaşlıdan ikisinin, bir öğünü atladığı rapor edilmiştir(Morley 1997). Yaşla beraber enerji alımındaki azalma, enerji tüketimindeki azalmaya yanıt olarak gelişir. Ancak, çoğu yaşlıda enerji alımındaki azalma, enerji tüketimindeki azalmadan daha fazladır. Kilo kaybına yol açan bu durum yaşlılık anoreksiyası (iştahsızlığı) olarak adlandırılır(Ahmed ve Haboubi 2010). Yaşlanmayla beraber meydana gelen birçok fizyolojik değişiklik, enerji tüketiminin azalması, egzersiz azlığı ve patolojik durumlar iştahta azalmaya neden olabilmektedir. İştahta azalmaya neden olan fizyolojik değişiklikler içinde; tat ve koku duyusundaki değişimler, sitokin aktivitesindeki artış, mide boşalmasının gecikmesi, hormonal ve gastro intestinal sistemdeki değişiklikler yer alırken, patolojik durumlar içinde ise yaşanan tıbbi ve psikolojik sorunlar ve kullanılan ilaçlar yer almaktadır. Bunun dışında yaşlanmayla ortaya çıkan çiğneme yutma problemleri, ağız içi problemleri, hareket kısıtlılığı ve aktif elin kullanılamaması, demans gibi bazı patolojik durumlar ve ekonomik yetersizlikler

besinlerin alınması sürecini olumsuz etkilemektedir(Amella 1998, Omran ve Morley 2000a, Donini ve diğ. 2003, Dikmenoğlu 2007, Aslan ve diğ. 2008).

Hastaneye yatmak, hastanede uygulanan tanı ve tedavi yöntemleri, beslenme yetersizliği açısından risk altında olan yaşlıları derinden etkilemektedir. Yapılan çalışmalar (Kelly ve diğ. 2000, Thomas ve diğ. 2002, Pirlich ve diğ. 2005, Tsang 2008, Güngör 2009) yaşlıların, hastaneye yatışları sırasında %30-60 oranında beslenme yetersizlikleri olduğunu ve hastanede kaldıkları süre içinde beslenme yetersizliğinin ilerlediğini göstermektedir. Beslenme bozukluğu, fonksiyonel durumda azalmaya, kas fonksiyonunda yetersizliğe, immün fonksiyonda ve yara iyileşmesinde bozulmaya, bilişsel fonksiyonlarda azalmaya, cerrahi iyileşmenin gecikmesine, hastanede kalış süresinin uzamasına, tekrarlı yatışlara ve ölüm oranlarında artışa neden olmaktadır (Ahmed ve Haboubi 2010)

Yaşlanma ile birlikte sağlık sorunlarındaki artışa bağlı olarak hastanede yatan yaşlıların sayısı artış göstermektedir. Hastanede yatan hastaların üçte ikisini yaşlıların oluşturduğu belirtilmektedir(Mayir ve diğ. 2010). Ayrıca cerrahi alanındaki teknolojik gelişmeler ve yenilikler, yaşlılarda cerrahinin uygulanabilirliğini arttırmış, kolaylaştırmış ve sonuçlarını önemli ölçüde düzelterek cerrahi girişim oranını yükseltmiştir. Cerrahi girişim uygulanan yaşlı birey sayısının, 65 yaş altı bireylere oranla iki kat fazla olduğu bildirilmiştir(Parker ve diğ. 2004, Mayir ve diğ. 2010). Yaşlıların cerrahiye başvurma nedenlerinin başında tümörler, travma ve kırıklar ile eklemlerdeki dejeneratif değişiklikler gelmektedir(Parker ve diğ. 2004, Çalışkan ve Çorakçı 2009, Utkan 2009, Buluç ve Şarлак 2009). Beslenmeyi doğrudan etkileyen gastrointestinal sistem hastalıkları ve tümör ameliyatlarının yanı sıra femur-pelvis kırıkları ve ortopedik ameliyatlarda da malnutrisyon sık görülmektedir (Hallström ve diğ. 2000, Sungurtekin ve diğ. 2003, Çiçek ve diğ. 2007). Travma, kırık ve cerrahi girişim katabolik yanıtı yol açarak ve beslenme sürecini bozarak yetersiz beslenmeye neden olabilmektedir. Cerrahi girişim uygulanan hastaların beslenme durumu, cerrahinin sonuçlarını etkileyen önemli bir faktördür. Çünkü malnütrisyon humoral ve hücrel immüneyi olumsuz etkileyerek cerrahinin yarattığı strese hastanın toleransını azaltır, iyileşmeyi olumsuz etkileyerek mortalite ve morbidite artmasına neden olur (Huckleberry 2004, Moon ve diğ. 2014).

Hastanede yatan hastalarda özellikle yaşlılarda malnütrisyon yaygın olarak görülmesine karşın, sağlık çalışanları tarafından sıklıkla gözden kaçabilmektedir. Bir araştırmada(Suominen ve diğ. 2009) hastaların var olan malnutrisyonlarının %70 oranında tanılanmadığı ve aynı hasta grubunun %50'sinin herhangi bir beslenme izleminin bulunmadığı belirtilmiştir. Başka bir araştırmada(Adams ve diğ. 2008), çalışma grubunu

oluşturan hastaların %97'sinde malnutrisyon veya malnutrisyon riski tespit edilmesine karşın, sağlık çalışanlarının aynı hasta grubunun sadece %19'unda malnutrisyon ya da malnutrisyon riski tespit ettikleri ve bu hastaların sadece %7'si için beslenme uzmanı konsültasyonu istendiği belirlenmiştir.

Hasta ile uzun süreli ilişkiye izin veren konumları ile hemşireler yaşlı bireylerin beslenme durumlarını, bütüncül ve sistematik yaklaşım kapsamında değerlendirme ve yeterli beslenmeyi sağlamada anahtar kişilerdir. Bu nedenle hemşirelerin, yaşlıda meydana gelen değişiklikleri, travma ve cerrahinin yaşlılar üzerindeki etkisini bilerek hastayı değerlendirme ve gerekli girişimleri hayata geçirmede önemli sorumlulukları vardır. Hemşirelik ve beslenme arasındaki ilişki ilk kez 1859 yılında Florence Nightingale tarafından açıklanmış olup, o tarihten günümüze kadar hemşirenin sorumlulukları arasında yer almıştır(Potter ve Perry 1992, Velioğlu 1999, Birol 2004). Ülkemizde yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği madde 6/1a'da "Hemşireler; her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun, hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında, belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde, hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler"(Resmi Gazete 2010) ifadesi yer alır. Hemşireler tüm hastaların, özellikle yaşlıların beslenmesini etkileyen faktörleri, ağızdan besin alımını değerlendirir ve beslenme bozukluğuna yol açabilecek durumları bağımsız girişimleriyle ya da diğer sağlık disiplinleri ile işbirliği içinde çözüme ulaştırır.

## **1.2. Genel Bilgiler**

### **1.2.1.Yaşlılıkta Malnutrisyon**

#### **1.2.1.1. Malnutrisyon tanımı**

Malnutrisyon; uzunca bir süre enerji, makro ve mikro besin öğelerinin gereksinim ve alım arasındaki dengesizliği sonucu ortaya çıkan metabolik değişikliklerin anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal bulgulara yansması olarak tanımlanmış kompleks bir sağlık sorunudur (Norman ve diğ. 2008). Malnutrisyon genel olarak; yetersiz yiyecek alımından kaynaklanan gereksinimden az beslenme, fazla yiyecek alımından kaynaklanan gereksinimden fazla beslenme, bazı besin elementlerinin yetersizliği ve orantısız besin alımından kaynaklanan dengesizliği içeren kapsamlı bir terim olarak nitelendirilir. Başka bir tanımda (Norman ve diğ. 2008) malnutrisyon; tüketilen besin öğelerinin alımı ile değişen metabolizma ihtiyaçlarının karşılanması arasındaki dengesizlik olarak ifade edilmiştir. "Malnutrisyon" terimi protein ve/veya kalori yetersizliğini ifade etmek amacıyla

yaygın olarak kullanılan bir terimdir. Avrupa klinik nütrisyon ve metabolizma derneği (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism- ESPEN) malnütrisyonu “değişen derecelerde aşırı veya yetersiz nütrisyon ve enflamatuar aktivitenin bir kombinasyonu olup vücut kompozisyonunda değişiklik ve fonksiyonlarında kayıp oluşturan subakut veya kronik bir beslenme bozukluğu” olarak tanımlamıŐtır (Schueren ve diğ. 2013a,c).

### **1.2.1.2.Hastanede yatan hastalarda ve yaşlılarda malnutrisyon görülme sıklığı**

Farklı disiplinler tarafından yapılan çalışmalarda hastanede yatan hastalardaki beslenme bozukluğu küresel bir sorun olarak karŐımıza çıkmaktadır. Örneğin hastane malnütrisyonu ile ilgili bir sistematik incelemede (Kaiser ve diğ. 2010) hastanede yatan hastaların yaklaşık yarısında, başka bir araştırmada (Detsky ve diğ.1994) ise yaklaşık öte birinde malnütrisyon/malnutrisyon riski bulunduğu tespit edilmiştir.

Malnutrisyon, hastanede yatan yaşlılarda eriŐkin hastalara göre daha sık görülen ciddi bir sağlık sorunudur (Stratton ve diğ. 2013). Bir araştırmada (Kaiser ve diğ. 2010) evlerinde yaşayan yaşlılarda malnütrisyon %5.8, huzurevlerinde yaŐayanlarda %13.8, hastanede yatanlarda ise %38.7 bulunmuştur. Toplam 36 çalışmanın sonuçlarının yer aldığı derlemede (Guigoz 2006) hastanede tedavi gören 8596 yaşlı hastanın malnütrisyon prevalansı %23, malnütrisyon riski prevalansı ise %46 bulunmuştur. Yine aynı çalışmada elektif cerrahi amacıyla yatırılan yaşlı hastaların %50-80’inde malnütrisyon ya da malnütrisyon riski olduğu bildirilmiştir. Hollanda, Almanya ve Avusturalya’da yapılan ortak çalışmada hastanede yatan yaşlı hastalarda malnutrisyon sıklığı %32- 63 arasında rapor edilmiştir (Pirlich ve diğ. 2006, Adams ve diğ. 2008). Murphy ve diğ. (2000) Ortopedi servisinde yatan yaşlı hastaların beslenme durumlarını Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MND) aracı ile değerlendirmiş ve yaşlıların %16’sında malnutrisyon, %47’sinde malnutrisyon riski olduğunu belirlemişlerdir.

Ülkemizde hastaneye yatan eriŐkin 300 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada yatıştan itibaren ilk 48 saat içinde yapılan beslenme değerlendirmesi sonucunda malnutrisyon görülme oranı %43 olarak bulunmuştur (Pulat 2005). Genel cerrahi kliniğinde yapılan bir başka araştırmada malnutrisyonu olan ya da bu riski taŐıyan hasta oranı %37 olarak tespit edilmiştir (Aydın ve Karaöz 2008). Dahiliye kliniği ve yoğun bakım ünitesine yatırılan hastaların ilk 24 saatteki beslenme değerlendirmesinde %37’sinde malnutrisyon yada malnutrisyon riski tespit edilmiş ve hastanede kaldıkları süre içinde %3 düzeyinde artış göstererek %40’a ulaşmıştır (Küçükardalı 2006). İstanbul Tıp Fakültesi Geriatri polikliniğinden takip edilen yaşlı hastaların nütrisyonel durumlarının



MND ile değerlendirildiği çalışmada malnütrisyon %13, malnütrisyon riski ise %31 bulunmuştur(Saka 2010).

### **1.2.1.3. Hastanede yatan yaşlılarda malnutrisyon gelişmesinin nedenleri**

Hastanede yatan hastalarda malnutrisyon hastalıkların seyrini olumsuz etkilerken, hastalıklar ve hastanede yatma da kolaylıkla malnutrisyona yol açabilmektedir. Hastanede yatan hastalarda malnütrisyon ya hastaneye kabülden önce vardır ya da hastanın hastanede yattığı süre içinde gelişir (Kılıçturgay 1996). Hastanede malnutrisyon gelişiminin temel nedenlerinden biri hastaların belirli bir süre aç kalmalarıdır. Bu açlık duruma göre basit açlık ya da stres açlığı olarak adlandırılmaktadır. Kısa süreli basit açlıkta (72 saatten az) beyin ve eritrositlerin glukoz ihtiyaçları başlangıçta glikojenolizden (ilk 24 saat), daha sonra glikoneogenezden karşılanır. Uzamış basit açlıkta (>72 saat) ise glikojen seviyesi düşer ve gerekli glukoz kas proteinlerinden glikoneogenez yoluyla elde edilir. Günlük kas yıkımı 300 gr'a kadar çıkar ve negatif nitrojen dengesi oluşur. Negatif nitrojen dengesi iştahsızlığa neden olan önemli bir faktördür. İnsanlar karbonhidrat, yağ ve protein rezervi depolarını kullanarak kısa ve uzun süreli basit açlığa karşı iyi adaptasyon gösterir. Basit açlıkta beslenme sonrasında enerji depoları tekrar doldurulur. Birey sadece aç kalmadığında, buna ilaveten travma, enfeksiyon veya diğer hastalıklarla mücadele ettiğinde stres açlığı ortaya çıkar. Stres açlığında metabolik hız artar, ketozis basit açlıktan daha az görülür, glikoneogenez gereksinimini karşılamak için kas protein katabolizması hızlanır. Ayrıca immun hücreler ve doku tamiri için gereken aminoasitleri serbest bırakmak için protein katabolizması artar. Katabolik duruma ek olarak insülin duyarsızlığı tabloya eklenir. Yağlar katabolize edilir ve yağ asitleri enfekte bireyin artmış enerji ihtiyaçlarını karşılamaya çalışır. Örneğin dinlenme halinde her bir derece ısı artışı için metabolik hız %13 artar. Enflamasyon ne kadar ciddi ise akut stres yanıtta sitokin cevabı ve dolaşımdaki albuminin intertisiyel aralığa kaçışı daha fazla ve uzun sürelidir. Sonuçta hipoalbuminemi ve ödem görülür. Bu dönemde görülen hipoalbuminemi yanıtıcı bir şekilde hastada protein malnütrisyonu şeklinde yorumlanır. Fakat enflamatuvar sürecin uzaması ve hipoalbuminemi, hastada önceden var olan protein ve enerji eksikliği ile ağırlaşarak ciddi sonuçlar doğurur (Alican 2007, Ferrie ve Allman-Farinelli 2013). Stres açlığı hipoalbuminemik malnütrisyon olarak da adlandırılır. Açlık ve inflamasyon birlikteliğine cevap olarak ortaya çıkar. Önceden malnütrisyonlu, akut hastalığı olan ya da cerrahi girişim uygulanan hastalarda ciddi sonuçlara neden olur (Alican 2007, De Oliveira ve Leandro-Merhi 2011).

#### **1.2.1.4.Hastanede yatan yaşlılarda ağızdan besin alımını etkileyen faktörler:**

Yaşlılarda pek çok faktör ağızdan besin alımını etkiler. Hastanede yatan yaşlılarda ise, tüm bu faktörlere hastalık, tıbbi ya da cerrahi girişimler, yemek sunum politikaları eklenmektedir (Çizelge 1.1). Hastanede yatan yaşlılarda ağızdan besin alımını etkileyen faktörlere şunlardır:

**İştahsızlık:** Hastanede yatan hastalarda malnütrisyonun temel nedenlerinden biri iştahsızlıktır. Enflamatuvar süreçte açığa çıkan sitokinlerin hipotalamusu etkilemesi sonucu yeme isteğinde baskılanma bir başka ifadeyle iştahsızlık görülür. İştahsızlık cerrahi girişim uygulanan yaşlı hastaların temel sorunudur. İştahsızlıkla ilişkili kilo kaybı özellikle kanser, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği gibi komplike kronik hastalıklarda ve ileri yaşta sık görülen ciddi bir sorundur. Yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek, mortalite ve morbiditeyi artırır. Özellikle yaşlılarda kırılmalığa, düşmelere, kalça kırıklarına, bağışıklık sisteminde bozulmaya ve bası ülserlerine yol açar (Morley 1997, Morley 2002, Kalantar-Zadeh 2004).

İştah hipotalamus tarafından yönetilen ve vücuda besin alımını dengeleyen fizyolojik bir durumdur. Yemek yeme davranışı karmaşık bir olgudur. Fizyolojik ve bilişsel faktörler tarafından düzenlenir. Yemeğe başlamayı iki anabolik uyarıcı tetikler. Bunlardan ilki açlık duygusu, diğeri ise iştahdır. Açlık; genellikle kalori ihtiyacını ifade eder, iştah ise; gıda seçimini ifade eden bilişsel bir algıdır. Bu nedenle iştah; lezzet, koku, görsel etki, gıda yapısı ve daha önce bu tip gıdayı yeme deneyimi ile yakından ilişkilidir.

Yemek yemeyi başlatma ve sonlandırma kararı periferik dokular ve gastro-intestinal kanaldan kaynaklanan ve hipotalamusa iletilen çeşitli sinyallerin entegrasyonu ile gerçekleşir. Biyolojik fonksiyonları farklı olan bu sinyaller üç tiptir:

1-Kısa süreli sinyaller; yemek yemenin başlatılmasını mideden salgılanan ve bir nöro-peptit olan ghrelin tetiklerken besin sindirimi başladığında duodenum tarafından sekrete edilen kolesistokinin baskılar.

2-Orta süreli sinyaller; yemek yemenin sonlandırılmasını sağlar. Plazmadaki aminoasit, serbest yağ asiti ve glukoz konsantrasyonlarındaki artış absorpsiyon fazının başladığı sinyali verir. Kolon tarafından sekrete edilen polipeptit ise sindirimin tamamlandığı sinyali vermektedir.

3-Uzun süreli sinyaller; bu sinyaller büyük oranda adipoz dokudan salgılanan bir peptit olan leptin ve pankreastan salgılanan insülin ile verilmektedir. Daha çok vücut ağırlığını kontrol ederler (Morley 1997, Morley 2002, Laviano ve diğ 2013).

İştah, fizyolojik olduğu kadar psikolojik ve sosyal faktörlerle de yakından ilişkilidir. Birçok hastalık sebebiyle veya bu hastalıkların tedavi sürecinde (ilaç tedavisi, ameliyat vb.) iştah azalabilmektedir. Enflamasyon ile birlikte seyreden akut ve kronik hastalıklarda (kanser, KOAH, kalp yetmezliği gibi) iştahta azalma görülür. Diğer taraftan, anksiyete, korku, depresyon, yalnızlık ve eş kaybı gibi psikososyal sorunlar da yaşlıda iştahın azalmasına sebep olur (Donini ve diğ. 2003). İştahı azaltan sosyal sorunlar ise; iştahla veya zevkle yemek yemeyi teşvik edici bir ortamın veya eşlik eden kişilerin olmaması gibi faktörlerdir. Bunların yanı sıra, bakım kurumlarının ve hastanelerin yemek dağıtım saatlerinin çoğunlukla yaşlıların arzu ettikleri zamanla uyuşmaması da iştahı ve yemek yemeyi olumsuz etkilemektedir.

**Çiğneme ve yutma güçlükleri:** Yaşlılarda yemek yemeyi etkileyen diğer bir faktör fiziksel ve fizyolojik yetersizliklerden kaynaklanan çiğneme ve yutma güçlükleridir. Yaşlıda çiğneme ve yutma problemlerine çoğunlukla diş kayıpları, çürük ve kırık dişler, hatalı diş onarımları, uygun olmayan protezler, ağız kuruluğu, ağız içi lezyonlar ve nöromusküler problemler neden olmaktadır. Çiğneme problemleri; çiğneme fonksiyonuna önemli katkısı olan dişlerin eksikliğine, aşınmasına ve diş çürüklerine bağlı olarak meydana gelir. Dişlerde aşınmış kesici kenarlar ve düzleşen yüzeyler marul veya et gibi gıda maddelerinin çiğnenmesini güçleştirir. Kötü yapılmış protezler de çiğneme fonksiyonunu olumsuz yönde etkiler. Yaşlı popülasyonun önemli bir bölümü hareketli protez kullanmaktadır. Bu protezler, hem çiğnemeyi tam olarak gerçekleştiremezler hem de mukozal dokuların görünümünü ve bütünlüğünü etkileyen değişikliklere yol açarak çiğneme zorluklarına yol açar (Nazlıel 1999, Sahyoun ve diğ. 2003). Çiğneme ve yutma problemlerine yol açan diğer önemli neden ise ağız kuruluğudur. Tükürük, oral mukozanın nemli tutulması, oral yapıların mekanik olarak temizlenmesi, oral pH'nın korunması, tad alma hassasiyetine katkı gibi çeşitli fonksiyonları ile ağız sağlığının korunmasında, çiğneme ve yutmanın sağlıklı bir biçimde gerçekleşmesinde önemli rol oynar. Yaşla birlikte susama hissinin azalması nedeniyle sıvı alımının azalmasına, bazı kronik hastalıklara, bazı ilaçlar ve radyoterapiye bağlı tükürük bezlerinde görülen morfolojik ve fonksiyonel değişikliklere bağlı olarak tükürük salgısı azalır, tükürük koyulaşır ve ağız kuruluğu ortaya çıkar. Bu duruma bağlı olarak bakteriyel plak birikimi ve dolayısıyla çürük riski artar, oral mukoza direnci azalarak ağız içi ülserlerin gelişimi kolaylaşır (Omran 2000).

Çiğneme ve yutma gücüğü yaşayan yaşlılarda beslenme alışkanlıklarında değişiklik olur. Yaşlılar ya yeterince yemek yiyemezler ya da hazırlaması, çiğnemesi ve

yutması kolay kalori değeri yüksek fakat besin değeri yetersiz yiyeceklere yönelirler. Bu durum yaşlılarda beslenme yetersizliklerine ya da dengesizliklerine neden olur (Uzundikme ve Çakıroğlu 2007).

**Tad ve koku duyusunda azalma:** Yaşlılarda tad ve koku duyusunda azalma gözlenir. Tad ve koku duyusundaki azalma iştahsızlığa neden olarak oral alımda azalmaya ve yenen besinlerden hoşlanmamaya yol açar (Aksoydan 2005). Tad duyusunda azalmaya neden olan faktörlerin başında ağız kuruluğu gelir. Ağız kuruluğu dilde bazı değişikliklere yol açar. Dilin üzerinde yiyecek artıklarından oluşan bir tabaka birikir. Tad cisimcikleri bu durumdan etkilendiği için tad alma hassasiyetinde azalma görülür. İlk olarak tuzlu ve tatlı gıdalara olan hassasiyet kaybolur. Dilin arka bölgesinde bulunan acı tadı algılayan cisimcikler ise daha uzun süre fonksiyon görürler. Ağız kuruluğu dil papillalarında atrofiye neden olur. Dilde yanma, kaşıntı ve ağrı vardır. Tükürüğün mekanik temizleme ve nemlendirici etkisi azaldığı için özellikle candida tipi enfeksiyonlar sık görülür. Tüm bu nedenlerden dolayı tad duyusu ve yemek yeme isteği azalır, çiğneme ve yutma zorlaşır ve süresi uzar (Nazlıel 1999).

**Bulantı-kusma:**Oral alımı engelleyen önemli bir problemdir. Ortopedi kliniğinde tedavi gören yaşlı hastalarda çeşitli nedenlere bağlı olarak görülür. İmmobilité, kronik metabolik hastalıklar, gis problemleri, bazı ilaçlar, hasta kontrollü analjezide opioid kullanımı, genel anestezi gibi faktörler bulantı-kusma riskini arttıran faktörlerin başında gelir (Golembiewski 2005).

**Fiziksel ve fizyolojik kısıtlılıklar:**Yatağa bağımlı olma, uygun yemek pozisyonu alamama, aktif elin kullanılamaması gibi yetersizlikler ve kısıtlılıklar yaşlı hastanın yemeğe hazırlanmasında ve yemek yemesinde bağımlılığa neden olurken hareketsizlik aynı zamanda iştahsızlığa da sebep olarak oral alımı azaltmaktadır(Omran 2000a).

**Hastanedeki uygulamalara bağlı faktörler:** Tanı yöntemleri, ilaç uygulamaları, anestezi, tanı ve tedavi amaçlı aç bırakılma gibi faktörler hastaların yemek yemesini olumsuz etkiler.

**a-Tanı ve tedavi için aç bırakma:** Hastalar ya pek çok tanı testi için ya da perioperatif dönemde cerrahi girişime bağlı olarak gereğinden daha uzun süre aç bırakılmaktadır. Uzun sürede aç bırakılmaları hastalarda negatif nitrojen dengesine, negatif nitrojen dengesi ise iştahsızlığa neden olmaktadır. İştahsızlık cerrahi girişim uygulanan yaşlı hastaların temel sorunu olarak ifade edilmektedir (Dolgun ve diğ. 2011).

**b-Uygulanan anestezi türü:** Uygulanan genel anestezik maddeler bulantı-kusma, yutma bozukluğu gibi sorunlara yol açarak yemek yemeyi engelleyebilmektedir. Spinal ve

epidural anestezi ise gastro-intestinal motiliteyi azaltarak batında distansiyona, bulantı ve iştahsızlığa neden olabilmektedir.

### **Çizelge 1.1. Yaşlıların yemek yemesini etkileyen faktörler**

Sağlık durumu ile ilişkili faktörler	.İştahsızlık .Çiğneme/yutma güçlükleri .Eksik protez .Koku ve tat duyusunda azalma .Kronik hastalıklar .İlaç kullanımı ve ilaç etkileşimleri
Sosyal faktörler ve yaşam biçimi	.Besinler, pişirme yöntemleri ve beslenmeye yönelik bilgi eksikliği .Sosyal izolasyon .Yalnız yaşama .Ekonomik yetersizlikler .Alışveriş ve yemek hazırlamada yetersizlik
Psikolojik durum	.Anksiyete .Demans .Depresyon .Konfüzyon .Yas
Hastanede yatışı ile ilgili faktörler	.Yemeğe hazırlanırken veya yerken yardıma ihtiyaç duyma .Hoş olmayan görüntü, ses veya koku .Besin gereksinimini arttıran durumların varlığı; ameliyat, baskı yararı, enfeksiyon, kanama vb. kayıplar .Tanı ve tedavi amaçlı aç bırakma
Hastanede yemek sunum politikaları	.Yemek servisi; yemeklerin seçeneksiz olarak tek tip sunulması, .Yemek sunumundaki yetersizlik ve aksaklıklar .Yavaş ve sınırlı sürede yemek yemek zorunda kalma .Kültürel farklılıklara göre yemek seçeneğinin olmaması

*Kaynak: HAS, Akademik Geriatri Derneği klavuzundan uyarlanmıştır*

**İlaç kullanımı:** Ortopedi kliniğinde tedavi gören yaşlı hastalara akut ve kronik sağlık sorunları nedeniyle pekçok ilaç uygulanabilmektedir. İlaçların hem yan etkileri hem de birbirleri ile etkileşimlerinden dolayı hastaların beslenmeleri olumsuz etkilenir (Omran ve Morley 2000).

**Hastane yemek sunum politikalarına bağlı faktörler:** En iyi hazırlanmış yemek bile hastanın ağzından girmediği sürece yararsızdır. Yemeklerin sunum biçimi ve saati, görünümü, lezzeti, sıcaklığı, çeşitliliği ve günlük kalori miktarı ile ilgili sorunlar zaten yeme problemi olan yaşlıların iştahını ve yemek yemesini olumsuz etkiler. Hastane yemekleri genellikle standart mönülere göre sunulmakta ve hastalar, bu mönüde yer alan yemekleri sevmediklerinden, diyetlerine uygun bulmadıklarından ya da “tuzsuz diyet” gibi diyet uygulamalarının katı olduğunu düşündüklerinden dolayı sunulan yemeği yememektedir. Güngör (2009)’ün çalışmasına göre hastaların yaklaşık yarısı hastane yemeklerinin tamamını tüketmemiştir. Bunun temel nedeni “hastane yemek politikalarının

hastanın istekleri ve gereksinimleri göz önüne alınmadan yapılmış olması” olarak açıklanmıştır.

#### **1.2.1.5. Malnütrisyonun Sonuçları**

Malnütrisyon vücudumuzda hemen her sistemi etkileyen ciddi bir durumdur. Kısa süreli açlıkta kasların sadece fonksiyonunda değişiklik olurken uzun süreli açlık sonucunda kaslarda hem kütle kaybı hem de fonksiyon kaybı yaşanmaktadır. Malnütrisyon kalp kasında da kayba neden olur ve kalbin atım gücünü %40 azaltır. Bu durum kardiyak out-putta azalmaya, bradikardiye ve hipotansiyona neden olur. Protein enerji malnütrisyonu ile birlikte vitamin ve mineral eksiklikleri de kalbin çalışmasını olumsuz etkileyerek aritmeye yol açar. Malnütrisyonunda %20’den fazla kas kaybı sonucunda solunum kasları zayıflar ve buna bağlı olarak ventilasyon yeterince gerçekleşemez. Bu durumda hipoksi ve bronkopnömoni sık görülür (Russel ve diğ. 1983, Schueren ve diğ. 2013b).

Açlık gastro-intestinal sistem(GİS) üzerinde de olumsuz etkilere yol açar. Özellikle uzamış açlık barsak bariyerini bozarak mikro-organizmaların göçüne neden olur. Ayrıca GİS sekresyonların azalmasına neden olarak besinlerin emilimini azaltır. Hastalarda bu nedenle diyare görülür (Schueren ve diğ. 2013b).

Açlık aynı zamanda yaşlılarda hipotermiye neden olarak konfüzyon gelişimini tetikler, immun sistemi zayıflatarak enfeksiyonlara yatkınlığı artırır. Hipotermi ve immun sistemde bozulma cerrahi yara iyileşmesini de geciktirir. Yapılan araştırmalarda perioperatif beslenmenin yara iyileşmesini olumlu etkilediği, özellikle kollajen sentezini arttırdığı bildirilmiştir. Malnütrisyonunda yara iyileşmesi yavaşlamakta, cerrahi alan enfeksiyonları daha sık görülmektedir. Ayrıca malnütrisyon kronik morbiditeyi ve mortaliteyi de arttırmaktadır (Clark ve Plank 2000, Schneider ve diğ. 2004, Campos ve diğ.2008, Schueren 2013b).

#### **1.2.2. Hastanede Yatan Yaşlıların Beslenmesinde Hemşirenin Sorumlulukları**

Hemşireliğin odağında temel insan gereksinimlerinin karşılanması yer alır. Bu nedenle hemşire, hastaların gereksinimlerini değerlendirme, problemlerin gelişmesini önleme, problemi erken fark etme ve gereksinimin karşılanması için emek verme sorumluluğuna sahiptir. Beslenme temel insan gereksinimlerinden birisidir ve sağlığın sürdürülmesi ile yakından ilişkilidir. Hemşirelik ve beslenme arasındaki ilişkiyi ilk kez 1859 yılında Florence Nightingale açıklamıştır. Nightingale hemşireliğin odak noktasını; temiz hava, ışık, sıcak bir ortam ve temizliğin yanı sıra uygun diyet seçimi ve beslenme olarak açıklamıştır ve beslenme o tarihten günümüze kadar hemşirenin sorumlulukları

arasında yer almıştır. Nightingale'den sonra tüm hemşire kuramcıları kuramlarını oluşturan bileşenler içinde beslenmeye yer vermiştir (Potter ve Perry 1992, Velioglu 1999, Birol 2004).

### **1.2.2.1. Yaşlı hastaların beslenme durumlarının değerlendirilmesi**

Hemşire kliniğe kabul edilen tüm hastaların beslenme değerlendirmelerini 24 saat içinde yapmalıdır. Malnütrisyon oranı ve risk faktörleri göz önünde bulundurulduğunda beslenme değerlendirmesi yaşlı hastalarda daha fazla önem kazanmaktadır. ESPEN tarafından 2002 yılında yayımlanan klavuzda; hastaneye yatan 65 yaş üzerindeki tüm bireylerin nütrisyonel açıdan rutin olarak taranması önerilmiştir. Sonraki yıllarda yayınlanan tüm ESPEN Kılavuzlarında da benzer öneri tekrarlanmıştır (Saka 2012).

#### ***Beslenme öyküsü ve fizik muayene***

Beslenme değerlendirmelerinde ilk olarak hastanın beslenme öyküsü alınmalıdır. Ayrıntılı bir beslenme öyküsünün alınması, hastanın beslenme durumunun değerlendirilmesi için gereklidir. Beslenme öyküsü alınırken iştah ve tat değişiklikleri, çiğneme ve yutma fonksiyonları, gastrointestinal sistem yakınmaları, besin intoleransı ve besin allerjileri, diyetindeki farklılıklar, son zamanlardaki kilo ve fonksiyonel kapasite değişikliği ve bu değişikliğin oluş süresi, mevcut hastalığı, kronik hastalıkları ve kanser öyküsü, ağrı ve alışkanlıkları (alkol, sigara gibi) üzerinde durulmalıdır. Ayrıca günlük besin alımı, besin çeşitliliği, öğün sayısı sorgulanarak yetersiz enerji alımı ve malnütrisyon riski araştırılmalıdır. Böylece beslenme öyküsü ile makro ve mikro besin öğelerinin alımı, besin kalitesi ve çeşitliliği, besin kaynakları ve tercihleri yaklaşık olarak belirlenebilir (Fuller ve Schaller-Ayers 2000).

#### ***Yaşlılarda besin alımının değerlendirilmesi***

Yaşlılarda çeşitli nedenlere bağlı olarak alınan besinlerin sıklığında, kıvamında, çeşitliliğinde, miktarında farklılıklar vardır. Yeterli ve dengeli besin alımının olup olmadığının belirlenmesi için ayrıntılı olarak oral besin alımı değerlendirilmelidir. Oral alımın değerlendirilmesinde dört farklı metot kullanılır. Birincisi yenilen yiyeceklerin günlük kaydının tutulması, ikincisi görüşme sonucunda 24 saatlik oral alınan besinlerin kaydedilmesi, üçüncüsü besin sıklığının sorgulanması ve sonuncusu ise diyet öyküsünün alınmasıdır (Omran ve Morley 2000, Fuller ve Schaller-Ayers 2000, Pirlich 2001)

*1-Yiyeceklerin günlük kaydının tutulması:* Yediği yiyeceklerin günlük kaydını hasta kendisi tutar. Bu kaydı tutabilmesi için hastanın okuma-yazma bilmesi, bilişsel ve fiziksel fonksiyonlarının yeterli olması gerekir. Hasta yediklerini miktarları ile birlikte 7 gün boyunca günlük olarak kaydeder. Miktarlar dilim, kaşık, bardak, kase, tabak ölçüleri

kullanılarak örnek porsiyonlar üzerinden kaydedilir. Yedi günün sonunda besin çeşitliliği ve alınan miktara ilişkin değerlendirme yapılır(Omran ve Morley 2000, Fuller ve Schaller-Ayers 2000).

*2- Yenilen yiyeceklerin 24 saatlik kaydı:* Hastanın gün boyunca neler yediği, çeşit, miktar ve zaman olarak, 24 saatin sonunda sorularak kaydedilir. Bu kaydın tutulabilmesi için hastanın bilişsel fonksiyonlarının yerinde olması, yediklerini hatırlayabilmesi ve ifade edebilmesi gerekir(Omran ve Morley 2000, Fuller ve Schaller-Ayers 2000).

*3-Besin sıklığı sorgulaması:* Yaklaşık bir yıl gibi uzun bir sürede besin tüketim durumunu değerlendirmek amacıyla 20-100 soruluk anket formu uygulanır. Sorular daha çok besin çeşitliliğini belirlemeye yöneliktir. Sorulan sorulara “her zaman”, “sık sık”, “arada bir”, “nadiren” ya da “hiçbir zaman” gibi yanıtlar verilir. Bu yöntemde günlük öğün sayısı ve yenilen yiyeceklerin miktarı değerlendirilemez.

*4-Diyet öyküsü:* Diyet öyküsü beslenme konusunda deneyimli kişiler tarafından yapılır. Yaşlı bireyin özel diyetinin varlığı ve bu diyete uyma durumu, besin tercihleri, miktar ve yeme sıklıkları, yiyecek hazırlama ve yemeklerini bağımsız yiyebilme yeteneği gibi konularda açık uçlu sorular sorularak kapsamlı bir öykü alınır.

Hastanede oral alım değerlendirmesini hemşire tek bir yönetime bağlı kalmadan yapar. Yaşlı hastanın hastaneye yatmadan önceki beslenme değerlendirmesini ilk yatışta beslenme değerlendirme aracı uygulayarak yapar. Hastanede günlük oral besin alımını ise öğünlerde verilen menüler üzerinden değerlendirir. Değerlendirmede verilen besin miktarının tamamını, yarıdan fazlasını, yarısını, yarısından azını ya da hiç yemediğini öğün sonrası yemek artıklarını gözlemleyerek kaydeder. Hemşire beslenme öyküsü içinde hastanın yeme isteğini azaltan faktörleri değerlendirmeli ve gerekli girişimleri hayata geçirmelidir (Omran ve Morley 2000, Fuller ve Schaller-Ayers 2000).

### **Yaşlıların yeme isteğini azaltan faktörlerin değerlendirilmesi**

**İştahı değerlendirme:** İştah bireyi yemek yemeye teşvik eden önemli bir faktördür. Ağrı, bulantı, ilaç kullanımı, kronik hastalıklar gibi pek çok faktörden etkilenir. İştahsızlığın erken tanınması ve tedavisi, kilo kaybını ve ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını önler. İştah genellikle oral alımla birlikte değerlendirilmektedir. İştahı değerlendirmede ilk olarak “İştahınız nasıl?” sorusuna yanıt aranır. Verilen yanıtlar ; “Çok iyi”, iyi, orta, kötü ve çok kötü” olarak kategorize edilir (Kalantar 2004). İştah değerlendirmesinde ikinci olarak doygunluk hissi değerlendirilir. “Sunulan yemeğin ne kadarını yediğinizde kendinizi doymuş hissederek yemeyi bırakıyorsunuz?” Sorusuna verilen yanıtlar; “Verilen yemeğin tamamını yada çoğunu yediğimde kendimi doymuş



hissediyorum”, “yarısını yediğimde kendimi doymuş hissediyorum”, “1/3’ünden daha azını yediğimde kendimi doymuş hissediyorum” kategorilerinde yer alır. Üçüncü olarak yemeklerin tadı sorgulanır ve verilen yanıtlar ; “çok iyi, iyi, orta, kötü ve çok kötü” olarak kategorize edilir. İştah değerlendirmesinde dördüncü olarak yemek yeme sıklığı sorgulanır. “Günde üç öğünden daha fazla, günde üç öğün, günde iki öğün, günde bir öğün ve günde bir öğünden az” olarak ifade edilir. Hastanede yatan hastalarda bu sıklık gözlenerek kaydedilir (Flint ve diğ. 2000, Wilson ve diğ, 2005).

**Ağrı değerlendirmesi:** Ağrı rahatsızlığa yol açarak bireyin yeme isteğini azaltır. Ortopedide tedavi gören hastalarda travma, kırık, cerrahi girişim başta olmak üzere birçok nedene bağlı olarak ağrı görülür. Ağrıyı değerlendirmek için çeşitli ölçekler kullanılır. Ağrı değerlendirmesi her öğün öncesinde yapılmalı ve hastanın yemeğini iştahla ve rahat yiyebilmesi için mutlaka kontrol altına alınmalıdır (Amella 1998, Flaherty 2007).

**Yorgunluk değerlendirmesi:**Yorgunluk da ağrı gibi hastanın yemek yemesini olumsuz etkileyen subjektif bir sorundur. Yorgunluk aynı zamanda malnütrisyonlu hastalarda daha sık görülür. Yemek öncesinde değerlendirilmeli ve gerekli girişimler uygulanmalıdır(Amella 1998).

**Bulantı-kusma değerlendirmesi:** Bulantının değerlendirilmesinde geliştirilmiş ölçekler bulunmaktadır. Bu ölçeklerden kolay ve anlaşılır olanı Sözel tanımlayıcı ölçek (Verbal Deskriptif Skala-VDS)’dir. VDS bulantının sözcüklerle ifadesinin puanlandırılmasıdır ve bulantının şiddetini belirlemeyi sağlar. Bulantıyı oral alım ile ilişkisi yönünden değerlendirdiğimizde 0 puan oral alımı etkilemezken, 1 puan oral alımı biraz azaltabilir. 2 -4 puan ise oral alımı tamamiyle azaltmaktadır (Filint ve diğ. 2000) (Çizelge 1.2).

**Çizelge:1.2** VDS ile bulantı değerlendirilmesi

Bulantı	Değerlendirme	Oral alıma ilişkin sonuçları
Bulantı yok	0	Oral alımı etkilenmez
Hafif bulantı	1	Oral alım azalır
Orta derecede bulantı	2	Oral alım ciddi azalır
Çok	3	Oral alım yapılamaz
Dayanılmaz	4	Kusma gerçekleştiğinden oral alım yapılamaz

Kaynak: Filint ve diğ. 2000’den uyarlanmıştır.

**Bilişsel, algısal durum değerlendirmesi:** Hastanın sorunsuz bir şekilde yemeğini yiyebilmesi için bilincinin açık, oryante ve yeme isteğinin olması gerekir. Hastanede yatan hastaların çeşitli nedenlere bağlı olarak bilinç ve oryantasyonları bozulabilir, konfüzyon

ve depresyon sık görülür. Bu durumlar hastanın kendi başına yemek yiyebilmesini, odaklanmasını, çiğnemesini ve yutmasını olumsuz etkiler. Pulmoner aspirasyon gibi tehlikeli durumlara da neden olabilir. Beslenme durumu değerlendirilirken mutlaka bilişsel durum da değerlendirilmelidir. Glasgow Koma Skalası biliç durumu değerlendirmesinde kullanılan yöntemlerin başında gelir. Yaşlılarda depresyon varlığını belirlemek için ise geriatrik depresyon ölçeği kullanılmaktadır (Fuller, Schaller-Ayers 2000).

**Ağız içi, çiğneme ve yutma değerlendirmesi:** Beslenmenin sağlıklı sürdürülebilmesi için gerekli koşullardan biri de ağız içinin sağlıklı olması, çiğneme ve yutma güçlüklerinin olmamasıdır. Ağız içi öncelikle ağız kuruluğu, ağız mukozasında, dilde, dişetlerinde lezyon, diş kayıpları, çürükler veya protez varlığı ve ağız hijyeni yönünden değerlendirilir. Daha sonra hastaya çiğneme gücü olup olmadığı, sıklıkla tükettiği besin kıvamı sorulur. En son olarak yutma değerlendirmesi yapılır. Yutma değerlendirmesinde öncelikle öğürme refleksi ve yutkunma sırasında larengeal elevasyon, daha sonra yemek sırasında ve sonrasında oluşabilecek pulmoner aspirasyon bulguları araştırılır (Fuller, Schaller-Ayers 2000, Sahyoun ve diğ. 2003).

**Çizelge 1.3.** Sistemlere ilişkin en sık görülen kronik hastalıklar ve beslenme üzerine etkileri

Sistemler	Hastalıklar	Beslenmeye Etkisi
Gastro intestinal sistem	H.bakter plöri enfeksiyonu Ülser Hepatit Kolesistit-kolelitiazis İrritable barsak sendromu	Ağrı, bulantı, iştahsızlık, erken doyma, distansiyon, sindirim ve emilim bozuklukları, diyare Metabolik bozukluklar
Endokrin sistem	Diyabet Hipertroidizm	Dispepsi-gastropareziye bağlı erken doyma hissi Metabolizmada artış
Kardiyovasküler sistem	Kalp yetmezliği Koroner arter hastalığı MI,	Yemek yerken göğüs ağrısı Diyet Aktivite kısıtlılığı
Solunum sistemi	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Solunum yolları enfeksiyonları	İştahsızlık Besin gereksiniminde artış
Nöromusküler sistem	Parkinson SVO Alzheimer Romatoid artrit	Çiğneme ve yutmayı etkiler Yemek için hazırlanmayı ve bağımsız yemek yemeyi etkiler.
Üriner sistem	Kronik böbrek yetmezliği Üriner sistem enfeksiyonları	Bulantı, iştahsızlık
Enfeksiyon	Akut enfeksiyon Kronik enfeksiyon	İştahsızlık

*Kaynak: Omran ve Morley 2000'den uyarlanmıştır.*

**Kronik hastalıkların varlığı:** Bu hastalıklar genellikle iştahsızlık, yutma gücü, bulantı-kusma, sindirim ve emilim problemleri, diyare ya da konstipasyon,

metabolizmada bozulma, solunum güçlüğü, ağrı, yorgunluk ve fiziksel aktivitede kısıtlılığa yol açarak yemek yemeyi olumsuz etkiler. Ayrıca kronik hastalıklara yönelik hastaların uygulaması gereken diyetler de iştahı ve beslenmeyi etkileyen faktörlerdendir. Öyküde hastanın daha önce tanılanmış kronik bir hastalığı ve bu hastalık için önerilmiş bir diyeti(Çizelge: 1.3) olup olmadığı sorulur (Omran ve Morley 2000).

### **Yaşlıların yemek yiyebilme kapasitelerinin değerlendirilmesi**

Hemşire 24 saat içinde yapacağı beslenme değerlendirmesi ile birlikte hastanın yemeğini yiyebilme kapasitesini de değerlendirir. Yemeği bağımsız yiyebilme; mobilite, aktif elin kullanılabilmesi ve yemek yemek için bilişsel yeteneğin var olmasını gerektirir. İlk yatışta ve günlük olarak hastanın mobilite düzeyi, bağımsız yemek yemeyi engelleyecek fiziksel veya bilişsel bir kısıtlılığın varlığı araştırılmalıdır.

Webster (2009) makalesinde; İngiltere’de hemşirelerin, yemekte gereksinimi olan hastalara gereken yardımı sağlamak için gereksinim duyulan yardım düzeyini belirleyerek yemek menü kartlarını kırmızı nokta ile işaretlediklerini ve bu hastaların yemeklerinin kırmızı tepsi içinde servis edildiğini ifade etmiştir. Böylece klinik hemşirelerinin, yemekleri kırmızı tepsi ile servis edilen hastaların yemeklerini yakından gözledikleri ve ihtiyaç duydukları gerekli yardımı sağladıklarını belirtmiştir. Yemekte yardıma gereksinimi olan hastalara gereken bu destek diğer ülkelerde hemşireler, hemşirelerin sayıca yetersiz olduğu durumlarda gönüllüler ya da hasta bakıcılar tarafından sağlanırken ülkemizde çoğunlukla hasta yakınları tarafından sağlanmaktadır.

### **Beslenme durumunun değerlendirilmesinde antropometri**

Antropometrik veriler yaşlı hastaların sağlık durumları hakkında genel bilgi sunarlar. Beslenme değerlendirmesinde antropometrik ölçümler; boy, kilo, deri kıvrım kalınlığı, üst kol çevresi, bacak çevresi, bel çevresi ve kalça çevresi ölçümleridir. Fakat yaşlılarda bu ölçümlerin yapılmasında bazı sorunlar da yaşanabilmektedir. Bu nedenle immobil ve kifozu olan hastalarda diz yüksekliğinin ölçülmesi ve boyun tahmin edilmesi yararlıdır (Chumlea ve diğ. 1985).

**Beden Kitle İndeksi (BKİ):**Boy, ağırlık ve BKİ (beden kitle indeksi) beslenme değerlendirmesinde sık kullanılan antropometrik yöntemlerdendir. Vücut ağırlığı pahalı olmayan ve çabuk elde edilebilen, bireylerin protein ve yağ depolarının göstergesi olan fiziksel bir ölçümdür. Amella (1998) NICHE protokolünde; yaşlılarda kilo değerlendirmesini 5. Yaşamsal bulgu olarak nitelendirmiş ve kilo değişikliklerinin yaşlı sağlığı ile yakından ilişkili olduğunu ifade etmiştir. Kilo ölçümü ile; hastanın BKİ

hesaplanabilmekte ve vücut ağırlığı değişimleri erken dönemde farkedilerek beslenme problemleri belirlenebilmektedir.

**Çizelge 1.4.** BKİ değerlendirme kriterleri

BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	Değerlendirme
18.5 altı	Zayıf
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Hafif şişman
30.0-39.9	Şişman
40 ve üzeri	Aşırı şişman

*Kaynak: WHO 2014.*

BKİ hastalık ve ölüm riski yönünden iyi bir belirleyicidir. BKİ ile ölümler arasında U şeklinde bir ilişki vardır. Tüberküloz, obstrüktif akciğer hastalığı, mide ve akciğer kanserinde düşük BKİ ölüme neden olmakta, kardiovasküler hastalıklar, diyabet ve metabolik hastalıklarla yüksek BKİ arasında önemli ilişki bulunmaktadır. BKİ 70 yaştan sonra azalmaya başlamaktadır (Bağcı Bosi 2003).

BKİ protein enerji malnutrisyonu (PEM)'nin ve şişmanlığın değerlendirilmesi amacıyla kullanılan ve toplam vücut yağı ile korelasyon gösteren bir yöntemdir. BKİ değerlerinin “normal” sınırlarda olması istenilen hedeftir. Yetişkinlerde ve 60-69 yaş grubunda malnütrisyonun değerlendirilmesinde BKİ için önerilen kesim noktası 18,5'in altıdır. Üst değer ise 27 kg/m<sup>2</sup>'ye kadar normal, 30 ve üzeri şişman olarak kabul edilmektedir (Çizelge 1.4). Yetmiş yaş ve üzerindeki yaşlılarda BKİ değerlendirmesi ile birlikte bireysel değerlendirme de yapılmalıdır. Yaşlıların yatağa bağımlı olması, yaşa bağlı kifoz oluşması durumlarında BKİ değerlendirmesi yerine boy uzunluğu için “diz boyu ölçümü”, vücut ağırlığı yerine de “üst kol çevresi”, “baldır çevresi” ve “subskapular deri kıvrım karınlığı” ölçümlerinin kullanılması önerilmektedir (Bağcı Bosi 2003, BAPEN 2003, Aslan 2008, Schueren ve diğ. 2013b).

**Laboratuvar bulguları:** Nütrisyonel durumun değerlendirilmesinde en sık kullanılan parametre albümindir. Farklı gruplarda beslenme ile yakın ilişkisi gösterilmiştir (Corti ve diğ.1994). Ancak beslenmede yarılanma ömrü 21 gündür ve serum albümin düzeyi inflamatuvar durumlardan etkilenmektedir. Yaş ve hepatik-renal fonksiyon bozuklukları serum albümin düzeyini düşürür (Sullivan 2001). Özellikle hastanedeki hastalarda azalmış serum albümin düzeyi nadiren yetersiz beslenme durumu ile ilişkilidir. Bu nedenle malnütrisyonu tam olarak yansıtmamaktadır (Schueren ve diğ. 2013b). Hastanede yatan yaşlı hastalarda kilo kaybı ve antropometrik veriler hayatı tehdit eden

komplasyonlar açısından albümine göre daha güçlü bir korelasyon gösterir (Sullivan ve diğ. 2002).

Daha kısa yarı ömürlü proteinler pre-albümin(transtiretin-iki gün) ve transferrin (yedi gün) dir. Prealbümin yakın dönemdeki besin alımını daha doğru olarak yansıtmakla birlikte nutrisyonel durumun iyi bir göstergesi değildir. Bu nedenle bu testler tam bir nutrisyonel değerlendirmede nadiren kullanılır (Ferrie ve Allman-Farinelli 2013, Schueren ve diğ. 2013b).

**Beslenme durumunun değerlendirmesinde geliştirilmiş ölçüm araçlarının kullanılması:** Çoğu zaman kilo ölçümü, BKİ (beden kitle indeksi) hesaplaması gibi yöntemler beslenme değerlendirmesinde tek başına yeterli olamamaktadır. Yaşlıların BKİ sonuçları kilolu yada obezite düzeyinde olsa bile protein yetersizliği, kas kitlesinde kayıplar nedeniyle sarkopeni sıklıkla görülmekte ve bu durum yaşlıların düşkünlüğünü arttırarak post operatif komplasyonların daha sık ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Freebody 1998). Dünyada pek çok beslenme değerlendirme aracı geliştirilmiş (Jones 2002, Green ve Watson 2005) olup, bazıları Türkçeye uyarlanmıştır. Uluslararası kullanımı yaygın, Türkçeye uyarlanmış ve klinikte yatarak tedavi gören hastalara uygulanabilen, hemşirelerin de kolayca uygulayabileceği değerlendirme araçları: Subjektif Global Değerlendirme, Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MND) aracı ve NRS 2002 dir. ESPEN klinik nutrisyon değerlendirmesinde NRS 2002 ve yaşlı hastalarda ise MND aracını önermektedir (Kondrup 2003). Beslenme değerlendirme araçlarının uygulanması malnutrisyon/riski durumunda yol gösterici olmaktadır. Eğer beslenme değerlendirmesinde malnutrisyon ya da malnutrisyon riski sonucuna ulaşılmış ise yaşlı hastanın yakından izlenmesi gerekir, özel diyet uygulanmasına veya beslenme desteğine ihtiyaç duyabilir.

#### **1.2.2.2. Tanılama, hemşirelik girişimlerini planlama ve uygulama**

Beslenme değerlendirme yöntemleri kullanılarak yapılan değerlendirmeden sonra hemşireler hastaların sorunlarını ifade edecek uygun hemşirelik tanımlarını koyarlar. Yetersiz beslenmede yaşlı hastaların beslenmelerine yönelik Kuzey Amerika Hemşirelik Tanımları Birliği- NANDA (North America Nursing Diagnosis Association )’da yer alan başlıca üç tanı; “kendi kendini beslemede etkisizlik”, “beslenmede yetersizlik:gereksinimden az beslenme” ve “yutmada bozulma” tanımlarıdır. Hemşireler yemek zamanı geldiğinde hastayı yemeğe hazırlar. Hastanede yatan yaşlı hastaların iştahla ve yeterli yemek yiyebilmeleri için yemeğe hazırlanmaları ve teşvik edilmeleri gerekir. Aktivite bağımsızlığı olan hastalar genellikle yemek için kendileri hazırlanabilmektedir. Aktivitesi kısıtlı hastalar ise yemeğe hazırlanmak ve yemek yemek için başkalarının

yardımına ihtiyaç duyarlar. Her düzeyde bir başkasının yardımına ihtiyaç duyan hastanın yemek yeme aktivitesinden hemşire sorumludur ve gerekli desteği sağlamalıdır. Hemşire, aktivitesi sınırlı hastalara yönelik uygulamalarını “kendi kendine beslenmede etkisizlik” tanısı çerçevesinde yapar. Yemeğe hazırlıkta yaşlı hastanın ağız ve vücut hijyeni sağlanır, boşaltım ihtiyacı karşılanır, hasta odası temiz ve düzenli tutulur. Hastada ağrı, bulantı gibi rahatsızlık veren sorunlar yemek öncesinde kontrol altına alınır. Eğer varsa diş protezini yemekten önce takması sağlanır. Yemek servis edilmeden önce hastaya uygun pozisyon verilir (yatak kenarına oturma, yatak içi dik oturma yada yarı oturur pozisyon), gözlük, kulaklık vb. araç/cihaz kullanıyorsa bunları takması sağlanır. Yemek saatinde zorunlu değil ise hastaya herhangi bir girişim uygulanmaz, hasta başka bir işle meşgul edilmez. Hastanın ağızındaki kötü tatları azaltmak amacıyla yemekten önce ve sonra ağız bakımı verilir. İştahsızlık sorunu olan hastalar ise besleyici değeri yüksek, sindirimi kolay besinlerle sık sık beslenir(Carpenito-Moyet 2010).

Hemşireler diğer sağlık personeli ile birlikte hastaların aç kalma sürelerini iyi planlar. Beslenmenin bakımın kalite göstergesi olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca her klinikte hemşirelere yaşlı hastaların beslenmelerine yönelik eğitim yapılmalı ve özel beslenme hemşiresi görevlendirilmelidir(Jefferies 2011).

## **2. AMAÇ**

Bu araştırma; Ortopedi servisinde, cerrahi tedavi amacıyla yatırılan yaşlı hastaların servise kabulde ve taburculuk öncesinde beslenme durumlarını değerlendirmek, serviste yattıkları süre içinde ağız yoluyla beslenme durumlarını ve ağız yoluyla beslenmeyi etkileyen faktörleri belirlemek, hemşirelerin, yaşlı hastaların beslenmesine yönelik yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

### **3. YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma ortopedi servisinde yatan yaşlıların ağız yolu ile beslenmesini etkileyen faktörler ve hemşirelik girişimlerinin değerlendirilmesi için yapılmış kesitsel tip bir araştırmadır.

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

Araştırma Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Tıp Fakültesi hastanesinin ortopedi servisinde 11 Şubat 2013- 30 Aralık 2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Tıp Fakültesi hastanesi tam teşekküllü eğitim ve araştırma hastanesidir. Hastane polikliniklerinde günde ortalama 2000 kişiye hizmet verilmektedir. Hastane dahili ve cerrahi birimlerden oluşur ve toplam 700 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede 40 yatak kapasiteli bir ortopedi servisi bulunmaktadır. Hasta odaları iki kişiliktir ve banyo ile tuvaleti içinde bulunmaktadır. Ortopedide beşi tam zamanlı, ikisi yarı zamanlı olmak üzere yedi uzman hekim, dokuz asistan hekim, oniki hemşire görev yapmaktadır. Ortopedi servisinde 08.00-16.00 vardiyasında biri sorumlu hemşire olmak üzere, dört hemşire, 16.00-24.00 vardiyasında üç hemşire, 24.00-08.00 vardiyasında ise iki hemşire hastalara bakım vermektedir.

#### **Hastanede ve Ortopedi Servisinde Yemeklerin Sunumu**

Hastanede Çizelge 3.1'de yer aldığı gibi sabah 06.30-07.00 arası kahvaltı, 10.00-10.30 arası kuşluk(ara öğün), 11.30- 12.30 arası öğle yemeği, 14.30-15.00 arası ikindi (ara öğün), 17.30-18.00 arası akşam yemeği sunulmaktadır. Hastaların yemek istemi günlük olarak doktor direktifi doğrultusunda hemşire tarafından R2 Normal, R2 diyabetik, R3 normal, R3 diyabetik ve R3 tuzsuz olarak bilgisayar üzerinden yapılmaktadır. Hastanede toplam üç diyetisyen bulunmakta ve servislere ancak konsültasyon istendiğinde gelmektedir. Öğünlerde yemek servisi bilgisayar üzerinden yapılan istemler doğrultusunda yemek şirketi elemanlarınca yapılmaktadır. Hasta servise yeni kabul edilmişse ya da o gün operasyon günü ise hastalara yemek servis edilmemektedir. Yemekler yemek şirketi tarafından hastane mutfağında (Bodrum 1. Kat) tabaklara konularak servislere kapalı tepsiler içinde getirilmekte ve hasta diyet listeleri doğrultusunda şirket elemanı tarafından servis edilmektedir. Yemekler hastalara seçeneksiz mönü olarak sunulmaktadır. Öğle öğününde yer alan diyet yemekleri mönüsü akşam öğününde tekrar verilmekte, akşam öğününde verilen normal yemek mönüsü ise ertesi gün öğle öğününde tekrar



verilmektedir. R2 normal ve diyabetik yemekler çorba, muhallebi ve yoğurttan oluşmaktadır.

**Çizelge 3.1.** Ortopedi kliniği yemek servisi bilgileri

Diyet Türü	Öğünler ve saatleri					
	06.30-07.00 Kahvaltı	10.00-10.30 Kuşluk (ara öğün)	11.30- 12.30 Öğle yemeği	14.30-15.00 İkinci (ara öğün)	17.30-18.00 Akşam yemeği	20.00-20.30 Gece (ara öğün)
R3 normal	X		X		X	
R3 diyabetik	X	X	X	X	X	X
R3 tuzsuz	X		X		X	
R3 KBY	X		X		X	
R2 normal	X		X		X	
R2 diyabetik	X		X		X	

Ortopedi kliniğinde pre operatif hazırlıkta hastaların gece 24.00 ten sonra ağızdan besin ve sıvı alımları yasaklanmakta fakat bu hastalara saat 18.00'den sonra yemek ya da ara öğün verilmemektedir. Preoperatif aç bırakılan hastaların operasyona alınmaları ertesi gün öğleden sonrayı hatta akşam saatlerini bulabilmektedir. Hastaların durumlarına göre operasyondan sonra hastalar ameliyathaneden ya doğrudan ortopedi servisine getirilmekte ya da cerrahi yoğun bakım ünitesine yatırılmakta, durumları stabilize olduktan sonra ortopedi servisine getirilmektedir. Hasta servise geldikten sonra, hemşire tarafından genel durum değerlendirmesi yapılarak, bilinci açık hastalara dört saat sonra ağızdan almaya başlayabilecekleri, önce su ile başlamaları gerektiği, problem yoksa çorba içebilecekleri, çorbayı tolere edebilirlerse sonraki öğün saatinde normal yemeklerini yiyecekleri açıklanmaktadır. Post-operatif ilk kez yiyeceği yemeğin saati öğün saatleri dışında ise ya da o öğünde çorba gibi sulu yemek yoksa hasta yakınları bu yiyecekleri dışarıdan kendi imkanları ile temin etmek zorunda kalmaktadır. Aktiviteleri kısıtlı olan hastaların yanlarında mutlaka refakatçi bulundurmaları istenmekte, hastaların yemeğe hazırlanmasını ve yemeklerini yedirilme görevini refakatçiler yapmaktadır.

### 3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnek Seçimi

Araştırmanın Evrenini Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ortopedi servisinde yatan, 60 yaş ve üstü, bilinci açık, oryante, iletişim kurulabilen, elektif cerrahi uygulanan, serviste en az beş gün yatırılan, ağız yolu ile beslenmeleri tıbbi olarak 72

saatten fazla engellenmeyen hastalar oluşturmaktadır. Ortopedi kliniğinin ve bu klinikte yatan hastaların seçilmesinin nedeni cerrahi girişim gerektiren tıbbi tanıların sindirim sistemi ve metabolizmayı doğrudan etkilememesi ve cerrahi girişim geçiren yaşlı hasta sayısının yüksek olmasıdır.

Ortopedi servisinde her yaş gurubundan hasta tedavi edilmekle birlikte genellikle 60 yaş üzeri hasta sayısı haftada 3-10 arasında değişmektedir. Bu serviste cerrahi girişim uygulanarak tedavi gören hasta sayısı 2012 yılında 326 dır. Kayıtlarda evrene ait kesin sayı yer almamakla birlikte araştırmaya dahil etme kriterlerine uyan yaşlı hasta sayısı yaklaşık 250 olarak belirlenmiş, örneklem sayısı örneklem ve güç analizi hesaplama (PS-power and sample size calculation software) programında %95 güven aralığında hesaplanarak 152 olarak belirlendi.

Araştırmaya 11 Şubat 2013- 30 Aralık 2013 tarihleri arasında ortopedi servisinde cerrahi girişim uygulanan, 60 yaş üstü, bilinci açık (Glasgow Koma Skalası-GKS puanı 15 olan), oryante, iletişim kurulabilen, ortopedide en az beş gün yatırılan, ağız yoluyla beslenmeleri tıbbi olarak 36 saatten fazla kısıtlanmamış, gönüllü 161 hasta dahil edilmiş olup üç hasta post-operatif dönemde 24 saatten fazla yoğun bakım servisinde kaldığı için, bir hasta post operatif dönemde 24 saatten fazla ağız yoluyla besin ve sıvı alamadığından, iki hasta post-operatif dönemde hayatını kaybettiği için araştırmadan çıkartılmış, sonuçta 155 hasta araştırma örneğini oluşturdu. Ayrıca aynı tarihler arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ortopedi kliniğinde en az üç aydır hizmet veren 12 hemşire gönüllü olarak araştırmaya dahil edildi.

### **3.4. Araştırmada Kullanılan Araç- gereçler**

Veriler araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda belirlenen skalalar ve oluşturulan veri toplama formları aracılığı ile hastalar ve hemşirelerden 11 Şubat 2013- 30 Aralık 2013 tarihleri arasında gözlem, görüşme, kayıtlarının incelenmesi, fizik muayene ve ölçümler sonucunda toplanmıştır. Yaşlı hastaların cerrahi tedavi amacıyla ortopedi servisine kabulünde ve taburculuk öncesinde beslenme durumlarını değerlendirmek amacıyla “Mini Nütrisyonel Değerlendirme-MND ölçeği” ve “Beslenme ile ilgili laboratuvar bulguları kayıt formu” (Ek 2), hastaların klinikte yattıkları süre içinde ağız yoluyla beslenme durumlarını ve ağız yoluyla beslenmeyi etkileyen faktörleri belirlemek için araştırmacı tarafından geliştirilen “Genel sağlık ve beslenme özellikleri kayıt formu”(EK 3), yatışta depresyon durumlarını değerlendirmek için “Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu –YGDÖ (Ek 1), hemşirelerin, yaşlı hastaların beslenmesine

yönelik yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen soru formu(EK 5) olmak üzere toplam beş veri toplama aracı kullanılmıştır.

**3.4.1. YGDÖ:** YGDÖ yaşlı hastaların duygusal durumlarını belirlemek için 1983 yılında Yesavage ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 1991 yılında ise kullanım kolaylığı açısından Burke ve arkadaşları tarafından 15 soruluk kısa formun geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. YGDÖ hızlı ve kolay uygulanabilir bir tarama testidir. YGDÖ'nin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Ertan ve Eker tarafından 30'u depresyonlu 276 hasta üzerinde 2000 yılında yapılmış ve Türkiye'deki depresyon taramasında kullanılmasında güvenilir olduğu saptanmıştır(Öner 2012alıntı). Ölçekten toplam  $\geq 6$  puan toplanması depresyon tanısı için anlamlı kabul edilmektedir (Yesavage ve diğ. 1983, Kurlowicz ve Greenberg 2007, Öner 2012).

**3.4.2. MND Skalası:** Malnütrisyonun erken tanısında, beslenme risk taramasının yapılması önem taşımaktadır. Yaşlı bireylerin beslenme durumlarını değerlendirmede geçerlilik güvenilirliği yüksek ve en yaygın kullanılan ölçüm aracıdır (Kaiser ve diğ. 2009, Wikby ve diğ. 2008). Nestle tarafından geliştirilmiş ve yine Nestle tarafından Türkçe'nin de yer aldığı 28 dile çevrilmiştir. Malnütrisyon taraması amacıyla geliştirilen Mini Nutrisyonel Tarama Kısa Formu (Mini Nutritional Assessment Short-Form MNA-SF) ve ileri beslenme değerlendirmesi amacıyla geliştirilen Mini Nutrisyonel Değerlendirme-MND (Mini Nutritional Assessment -MNA) formu olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm (MND-Kısa form)'de; son üç ayda besin alma durumunda azalma, kilo kaybı, aktivite, psikolojik stres ve akut hastalık şikayeti, nöropsikolojik problemler ve BKİ ile ilgili altı soru yer almaktadır. MND-Kısa form ile yaşlıların beslenme durumu beş dakika gibi kısa bir sürede değerlendirebilmekte ve daha çok toplumda bağımsız olarak yaşayan yaşlı bireylerin beslenme taramalarında kullanılmaktadır. MND' nin ikinci bölümünde; yaşadığı yer, ilaç kullanımı, deri lezyonu, öğün sayısı, besin ve sıvı tüketimi, yemek yerken yardıma ihtiyaç duyma durumu, kendi beslenmesi ve sağlığını algılama durumu, kol ve baldır çevresi ölçümünü içeren antropometrik ölçümlerle ilişkili 12 sorudan oluşmaktadır (Ek 2) . Hastanede yatan yaşlılar için MND'nin tamamının uygulanması önerilmektedir. Hekim, hemşire ve diyetisyenler tarafından rahatlıkla uygulanabilen MND'de laboratuvar sonuçlarının yer almaması hemşireler tarafından kullanılabilirlik düzeyini arttırmaktadır. Yaşlının MND puanı  $\geq 24$  ise beslenmesi yeterli olup, malnütrisyon riski ya da malnütrisyonu yoktur. MND puanı 17-23.5'arasında ise malnütrisyon riski vardır, yaşlı hasta takip edilmeli, riske neden olan faktörler düzeltilmelidir. MND puanının  $<17$  olması durumunda ise yaşlıda malnütrisyon

bulunmaktadır ve hekim-hemşire-diyetisyen işbirliği ile çözülmesi gerekir. Testin en önemli özelliği skor 17-23.5 arasındayken, vücut ağırlığı ve serum albümin düzeylerinde şiddetli değişiklikler oluşmadan önce malnütrisyon riskini tespit edebilmesi ve hemşirelik girişimlerinin uygulanabilmesidir (Guigoz, 2006).

**3.4.3. Laboratuvar bulguları kayıt formu:** Yaşlı hastaların beslenme durumunu hastaneye kabulde ve taburcu olmadan önce değerlendirmek amacıyla MND'ye ek olarak düzenlenmiş kayıt formudur. Bu forma hastaların ortopedi servisine kabulde ve taburcu olmadan önce hastane merkez laboratuvarında ölçülen hemoglobin miktarı, lenfosit sayısı, total protein ve albumin değerleri kaydedilmiştir (Fuller, Schaller-Ayers 2000).

**3.4.4. Genel sağlık ve beslenme özellikleri kayıt formu:** Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form; “Hastaların hastaneye yatıştaki genel özellikleri”, “İzlem yapılan öğünlerde ağızdan besin alımı ve etkileyen faktörler”, “Hastanede uygulanan ilaçlar, sıvılar, kan ürünleri ve nutrisyonel ürünler”, “intra-operatif değerlendirme”, “hastaların izlem yapılan öğünlerde ağızdan beslenmesini etkileyen faktörler”, “hastaların izlem yapılan günlerde ağızdan beslenmesini etkileyen faktörler”in günlük olarak kaydedildiği 6 bölümden oluşmaktadır.

**Bölüm 1** Hastaların hastaneye yatıştaki genel özellikleri: Bu bölümde yaşlı hastaların demografik ve sağlık özelliklerini değerlendirmek amacıyla düzenlenmiş 24 soru yer almıştır (Ek 3).

**Bölüm 2** İzlem yapılan öğünlerde ağızdan besin alımı ve etkileyen faktörler: Bu bölüm, pre-op. öğle ve akşam (hasta kliniğe kabul edildikten sonra ilk 24 saat içinde), post-op. 1. gün ve post-op. 3. gün öğle ve akşam öğünleri olmak üzere toplam 6 öğünün kaydedilebileceği şekilde düzenlenmiştir. Hastanede hastaya servis edilen yemeklerin, hastanın tükettiği yiyeceklerin, hastanın yemek yerken aldığı pozisyonun, yemeği kimin, nasıl yedirdiğinin, hemşirenin hasta beslenmesindeki rolünün gözlemlenerek, ayrıca izlenen öğünlerde neden yemeğini yemediği / bitirmediğinin hastaya sorularak bu bölüme kaydedilmiştir.

**Bölüm 3:** Hastaların ortopedi servisine kabullerinden itibaren taburcu olana kadar uygulanan ilaçlar, sıvılar, kan ve kan ürünleri ve nutrisyonel ürünler günlük olarak bu bölüme kaydedilmiştir.

**Bölüm 4:** Hastaların ameliyathanedeki durumlarını değerlendirmek amacı ile uygulanan cerrahi operasyon, anestezi türü ve süresi, gelişen intraoperatif komplikasyonlar, yerleştirilen implant, uygulanan ilaçlar, sıvılar, kan ürünleri, enteral ürünlere ilişkin bilgiler bu bölüme kaydedilmiştir.

**Bölüm 5:** Bu bölümde izlem yapılan öğünlerde hastaların ağızdan beslenmesini etkileyen faktörler ve hemşirelik yaklaşımları yer almaktadır ve seçenekli cevaplardan oluşan 22 soru bulunmaktadır. İlk 11 soru hastaların yemek yeme durumu ve yemek yeme isteklerini etkileyen faktörlerle, 12-14 no'lu sorular aktivite ve bağımsız yemek yiyebilme durumları, 15-18 no'lu sorular diyet kıvamı ve hastanın sunulan yemek hakkındaki görüşü, 19-27 no'lu sorular ise hastanın yemek yemesini engelleyici yada kolaylaştırıcı uygulamalarla ilgilidir.

**Bölüm 6:** Bu bölümde yer alan sorular; izlem yapılan günlerdeki bilinç durumu, yutma durumu, defekasyonu ve lavman/laksatif uygulaması, yara, akıntı, yara drenajı, kanama, kırık ya da travma gibi metabolik gereksinimi arttıran sağlık sorunları, ağızdan besin ve sıvı alımı kısıtlaması, hastanın beslenmesine yönelik hemşirenin yaklaşımı ile ilgilidir. 1. Soru günlük bilinç durumu değerlendirmesidir ve GKS uygulanarak sonucu bu bölüme kaydedilmiştir. 2-9 no'lu sorular ile 12-14 no'lu sorular seçenekli sorular olup uygun seçenek işaretlenmiştir. 10-11 no'lu sorular ise saat olarak kaydedilmiştir.

**3.4.5. Hemşireler için görüşme formu:** Bu form yaşlı hastaların beslenmeleri ile ilgili hemşirelerin bilgilerini, görüşlerini, yaklaşımlarını belirlemek için düzenlenmiştir. Formda toplam onbeş soru yer almakta olup, ilk beş soru ile hemşirelerin demografik özellikleri belirlenmiş, yarı yapılandırılmış açık uçlu sorular olan 6-15 no'lu sorularla hastaların beslenmeleri ve hemşirelerin rollerine ilişkin veri toplanmıştır (EK 6).

## **3.5 Uygulama**

### **3.5.1.Ön uygulama**

Ön uygulamada; hastalardan “Genel sağlık ve beslenme özellikleri kayıt formu bölüm 2, bölüm 5 ve bölüm 6” da yer alan verilerin hastaların yatışından itibaren taburcu olana kadar her gün öğle ve akşam öğünleri esnasında toplanması planlanarak ilgili araştırmanın uygulama tarihinden önce 6-24 ocak 2013 tarihleri arasında araştırmanın yapılması planlanan ortopedi kliniğinde tedavi gören 60 yaş üzeri, 4'ü femur fraktürü, 3'ü diz protezi, 3'diyabetik ayak ve 1 kosartroz tanısı almış toplam 11 hastada uygulanan ön uygulama sonucunda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Yatış süreleri ve elde edilen verilerin homojenliği düşünüldüğünde yeme durumlarının ameliyat öncesi 1 gün öğle ve akşam yemeği olmak üzere iki öğün, ameliyat sonrası 1. ve 3. günlerde öğle ve akşam olmak üzere 4 öğün, toplamda 6 izlem üzerinden yapılmasına karar verilmiştir. Çünkü Ortopedi servisinde elektif cerrahi girişim uygulanacak yaşlı hastalar genellikle operasyondan 1 ya da 2 gün önce servise kabul edilmekte ve postoperatif 4.-5. Günde

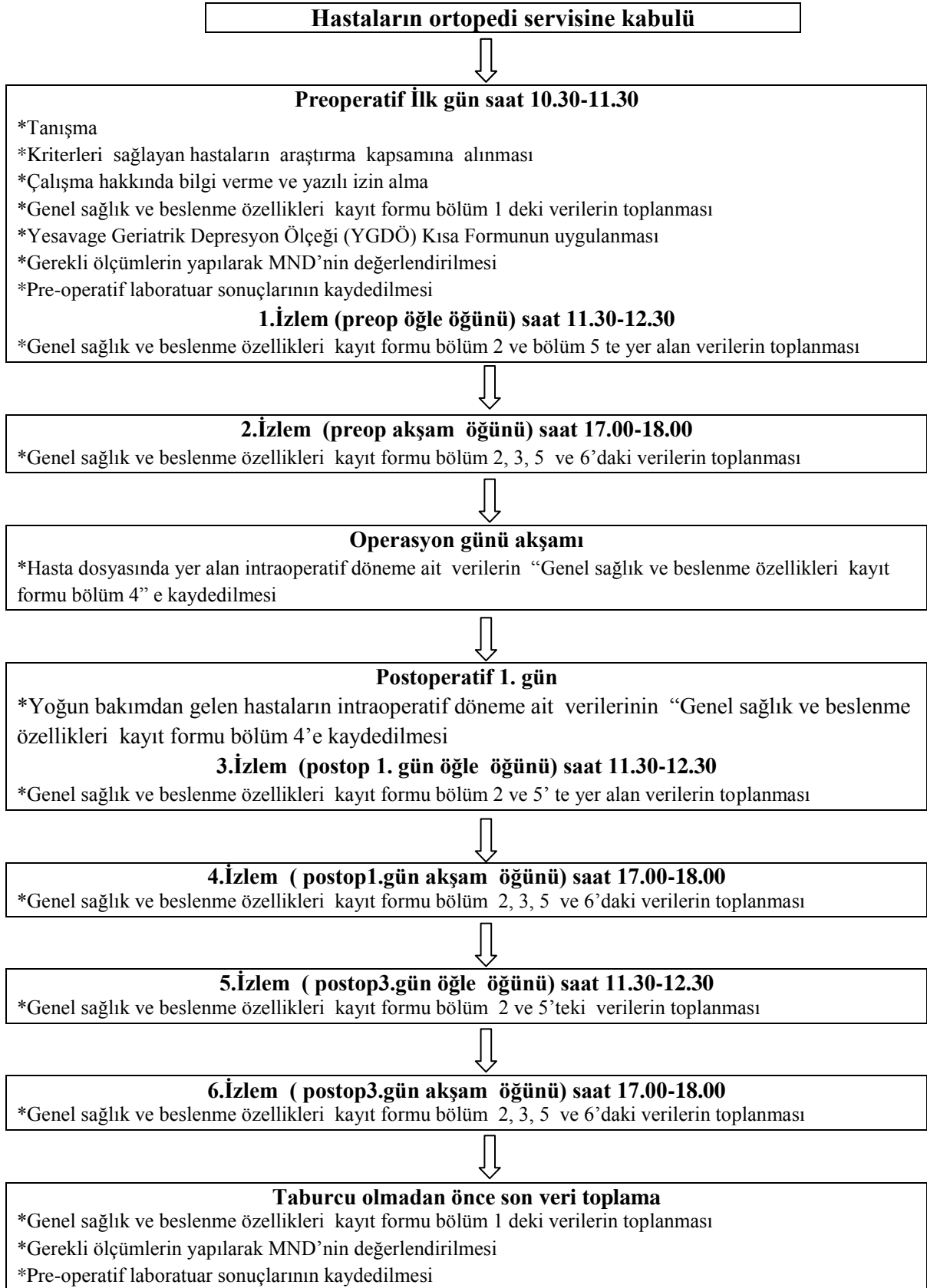
taburcu edilmektedir. Fraktürü olan hastalar ise operasyon yapılana kadar 3-6 gün kadar yatırılmaktadır. Ön uygulama sonucunda fraktürü olan hastaların preoperatif yeme durumları günler arasında benzerlik göstermiştir. Ön uygulama yapılmış hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Hemşireler için görüşme formunun ön uygulaması 2-10 Ocak 2013 tarihleri arasında, daha önce ortopedi kliniğinde görev yapmış, sonra başka kliniklerde görevlendirilmiş dört hemşire ile yüz yüze bireysel görüşme tekniği kullanılarak yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında formda yer almayan beslenme konusu ile ilgili hemşirelerin yasal sorumlulukları ile ilgili soru 15. soru olarak eklenmiştir (Ek 6). Ön uygulama yapılmış hemşireler araştırmaya dahil edilmemiştir.

### **3.5.2.Uygulama**

Her sabah 10.30'da servise gidildi. Sevise yatan hastalara ön değerlendirme yapılarak, kriterleri sağlayan ve bilgilendirme sonucu araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırma kapsamına alındı. İlk olarak, hastanın tanıtıcı özellikleri ve genel sağlık durumu hakkındaki veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı ve "Genel sağlık ve beslenme özellikleri kayıt formu bölüm 1"e (Ek 3 ) kaydedildi. Daha sonra hasta yatışından sonra ilk 24 saat içinde depresyon durumunu belirlemek için YGDÖ (Ek 1), Beslenme durumunu belirlemek için ise MND uygulandı (Ek 2). MND'de yer alan antropometrik ölçümler araştırmacı tarafından ölçülerek kaydedildi. Üçüncü olarak hasta dosyasında yer alan, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi merkez laboratuvarı tarafından ölçülen, beslenme ile ilgili laboratuvar sonuçları "Laboratuvar bulguları kayıt formu (Ek 2)" na kaydedildi. Dördüncü olarak ameliyat öncesi, 1. gün, amaliyat sonrası 1. 3. günlerde hastaların öğle ve akşam yemekleri gözlenerek Genel sağlık ve beslenme özellikleri kayıt formu bölüm 2' ye, yine aynı öğünlerde yemek yemeyi etkileyen faktörler ve hemşirelerin yaklaşımları gözlem ve görüşme sonrası değerlendirilerek aynı formda yer alan bölüm 5'e kaydedildi. Öğünlerde ağızdan besin alımı durumu, etkileyen risk faktörleri, hastanın yediği yemek miktarı gözlemlendi ve kayıt altına alındı. Verilen yemeklerin üçte ikisinden azını yiyen hastalara neden yemedikleri soruldu ve gözlem formuna yanıtlar kayıt edildi. Beşinci olarak hastaların tıbbi tedavi ile ilgili bilgileri hemşire kayıtlarından elde edilerek "Genel sağlık ve beslenme özellikleri kayıt formu bölüm 3"e, yatıştan itibaren taburcu olana kadar günlük olarak kaydedildi. Altıncı olarak hastanın ameliyata ait bilgileri, ameliyat gününde hasta ameliyattan geldikten sonra ameliyathanede kullanılan formlardan elde edilerek "Genel sağlık ve beslenme özellikleri kayıt formu bölüm 4"e kaydedildi. Yedinci olarak

### Çizim:3.1.Uygulama Akış Şeması



hastaların taburcu olmasına karar verildiği gün MND ve Laboratuvar bulguları ile beslenme durumları değerlendirildi. Son olarak 155 hastaya ulaşıldıktan sonra, servite en az üç ay süreyle çalışan 12 hemşire ile yüzyüze bireysel görüşme yapılarak elde edilen veriler hemşireler için oluşturulan görüşme formuna kaydedildi (Ek 6).

### **3.6. Etik Boyut**

Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli tıp fakültesi hastanesi ortopedi kliniğinde yapılması planlanan bu araştırma için 9.10.2012 tarihinde Kocaeli Üniversitesi etik kurul izni, hastane yönetiminden 3.12.12 tarihli başvuru ile de uygulama izni alınmıştır. Araştırma kriterlerine uyan hastalardan ve hemşirelerden yazılı ve sözlü bilgilendirme sonucunda yazılı onam alınmıştır.

### **3.7. Veri Analizi**

İstatistiksel değerlendirme, SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı ile yapıldı. Normal dağılıma uygunluk testi Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirildi. Nümerik değişkenler Ortalama +/- standart sapma ve medyan (25. persantil - 75. persantil) ve frekans (yüzdeler) olarak verildi. Önce ve sonra arasındaki farklılıklar eşleştirilmiş t testi ve Wilcoxon t testi ile değerlendirildi. Değişkenler arasında farklılıkların belirlenmesinde Pearson kıkare, yates kıkare, fisher exact kıkare ve Monte Carlo kıkare analizleri kullanıldı. Alfa=0.05 beta=0.20 olarak hesaplandığında çalışmanın power değeri 0.85 olarak bulundu ve  $p < 0.05$  istatistiksel olarak önemlilik için yeterli kabul edildi.



## 4.BULGULAR

Araştırmada elde edilen veriler dört bölümde ele alınmıştır ;

\*Yaşlıların sosyodemografik ve klinik özellikleri

\*Yaşlıların beslenme durumlarının değerlendirilmesi ile ilgili veriler

\*Yaşlıların ağızdan besin tüketimleri ve bunları etkileyen faktörler

\*Hemşirelerin yaşlı hastaların beslenme durumlarına ilişkin görüşleri

### 4.1. Yaşlı Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri

Araştırmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması 71.64 olup, %65,2'si kadın, %56,1'i evli, %47,1'i ilköğretim mezunu, %56,1'i hastaneye yatmadan önce kendi evinde eşi ile birlikte yaşamakta, %59,4'ü ücretli bir işte hiç çalışmamış ve %94,8'inin SGK'a bağlı bir sağlık güvencesi bulunmaktadır (Çizelge 4.1).

**Çizelge 4.1.** Yaşlıların sosyo-demografik özellikleri

	Sosyo-demografik özellikler	Sayı	%
Yaş	60-69	68	43,9
	70-79	54	34,8
	80-89	31	20,0
	90-99	2	1,3
Cinsiyet	Erkek	54	34,8
	Kadın	101	65,2
Medeni Durum	Evli	87	56,1
	Bekar	3	1,9
	Dul	65	42,0
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	41	26,4
	Okur-yazar	22	14,2
	İlköğretim mezunu	73	47,1
	Lise mezunu	15	9,7
	Yükseköğretim mezunu	4	2,6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	2	1,3
	Emekli	61	39,4
	Hiç çalışmamış	92	59,3
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	21	13,6
	Eşi	87	56,1
	Çocukları	47	30,3
Sağlık güvencesi	SGK	147	94,8
	Yeşil kart	7	4,5
	Yurt dışı sigortalı	1	0,7
	<b>Toplam</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Yaşlıların genel sağlık özellikleri değerlendirildiğinde (Çizelge 4.2), hastaneye yatış nedenleri arasında ilk üç sırayı; dizle ilgili problemler (%35), femur ya da pelvis kırığı (%21,6) ve koksartroz/total kalça protezi (TKP) revizyonu almıştır. Son üç ayda hastaneye yatarak tedavi gören yaşlı hasta oranı %21,3 olup, %7,7'si son üç ay içinde en az bir operasyon geçirmiştir. Neredeyse bütün yaşlı hastalarda (%90,3) daha önce hekim tarafından tanılanmış en az bir kronik hastalık bulunurken, ilk sırada hipertansiyon (%72,9), ikinci sırada, diyabet (%37,4) yer almıştır. YGDS ile yapılan değerlendirmede yaşlıların %27,1'inde depresyon belirlenmiştir. Yaşlı hastaların %40,6'sının hastaneye yatmadan önce kronik hastalıkları nedeniyle diyeti olup, en sık diyabetik diyet(%22,6) ve tuz, kolesterol kısıtlı diyet(%16,8) uygulanmıştır(Çizelge 4.2).

**Çizelge 4.2.** Yaşlıların genel sağlık ve klinik özellikleri

Hastaneye yatışla ilgili özellikleri		Sayı	%
Hastaneye yatış nedenleri	Koksartroz/ TKP implant revizyonu	25	16,1
	Femur/pelvis fraktürü	34	21,9
	Gonartroz/ TDP. implant revizyonu/menüsküs yırtığı	54	35
	Vertebra fraktürü/ Vertebra kitle	10	6,4
	Vertebral disk herni/Skolyoz		
	Vertebral implant revizyonu		
	Diyabetik ayak /PAH nedeniyle amputasyon	14	9,0
	Ayak bileği dejenerasyonu/kitle	6	3,9
	Üst ekstremité implant revizyonu/Omuz cuff rüptürü/ Üst ekst. Fraktürü/ El bileği osteomyelit	12	7,7
Son 3 ayda	Hastanede yatma	33	21,3
	Ameliyat olma	12	7,7
Kronik hastalıklar*	Hipertansiyon	113	72,9
	Diyabet	58	37,4
	KOAH	23	14,8
	Genito-üriner sistem hastalıkları	13	8,4
	Kanser	13	8,4
	GIS hastalıkları	10	6,4
	Geçirilmiş SVO	8	5,2
	Diğer hastalıklar**	26	16,8
	Kronik hastalığı yok	15	9,7
Depresyon (YGDS puanı)	≤5 (depresyon yok)	113	72,9
	≥6 (depresyon )	42	27,1
Hastaneye yatmadan önceki diyeti	Normal diyet	92	59,4
	Diyabetik diyet	35	22,6
	Tuz ve kolesterol kısıtlı diyet	26	16,8
	Egzama diyeti	1	0,6
	Gut diyeti	1	0,6
<b>Toplam</b>		<b>155</b>	<b>100,0</b>

\* Bir hastada daha önce tanılanmış birden çok kronik hastalık bulunmaktadır.

\*\*Diğer: (Alzheimer, parkinson, demans, migren, epilepsi, görme kaybı, lenfödem, egzama, gut, hipotiroidi)

Yaşlı hastalara uygulanan anestezi ve cerrahi girişime ilişkin veriler Çizelge 4.3'te yer almaktadır. Yaşlıların %52,3'üne spinal/epidural anestezi, %39,4'üne genel anestezi uygulanırken, %25,2'sine diz, %19,4'üne kalça ameliyatı yapılarak protez yerleştirilmiş ya da revizyon yapılmış, %12,3'üne femur kırığından dolayı açık redüksiyon internal fiksasyon (ARİF) uygulanmıştır. Yapılan diğer ortopedik cerrahi girişimler ise alt ekstremité amputasyonu (%8,4), vertebra (%7,7) ve omuz operasyonu (%2,6) olmuştur. Ameliyat sırasında hastaların %77,4'ünde 250 ml'den daha az, %8,4'ünde 250-499ml kanama olurken, %14,2'sinde 500 ml ve daha fazla kanama meydana gelmiştir.

**Çizelge 4.3.** Yaşlı hastalara uygulanan cerrahi girişim ile ilgili özellikler

Cerrahi girişim ile ilgili özellikler		Sayı	%
Anestezi	Spinal/epidural	81	52,2
	Genel	61	39,4
	Lokal-bölgesel	13	8,4
Operasyon	TKP/ TKP* revizyonu	43	27,7
	TDPPr/ TDPPr* revizyonu	52	33,6
	Diz artroskopisi	3	1,9
	LDH* onarımı / laminektomi/ bel dejenerasyonu revizyonu	7	4,5
	ARİF*	19	12,3
	Eksternal fiksasyon	1	0,6
	Diz üstü/ altı amputasyon	13	8,4
	Ayak bileği implantı	2	1,3
	Ayak parmakları amputasyon	2	1,3
	Omuz rotator kas rüptür onarımı/ humerus fraktür onarımı/ omuz implant çıkarılması	9	5,8
Kitle eksizyonu	4	2,6	
Intra operatif kanama miktarı(ml)	<250	120	77,4
	250-499	13	8,4
	500-999	14	9,1
	1000-1499	3	1,9
	≥1500	5	3,2
<b>Toplam</b>		<b>155</b>	<b>100,0</b>

\***Kısaltmalar:** TKP:Total kalça protezi, TDPPr:Total diz protezi, LDH:Lomber Disk Hernisi,, ARİF:açık redüksiyon internal fiksasyon

## 4.2. Yaşlı Hastaların Ortopedi Servisine Kabulde ve Çıkışta Beslenme Durumları

Yaşlıların servise kabulde ilk 24 saat içinde ve çıkmadan önceki son 8 saat içinde beslenme değerlendirmeleri MND ölçüm aracı ile yapılmış, MND puan ortalaması; yatışta  $20.93 \pm 4.3$  (5.5-27) puan, çıkışta  $17.98 \pm 4.6$  (7-25.5)'dir. MND puanı sınıflamasına göre, yaşlı hastaların yatışta %45,2'sinde malnutrisyon riski, %19,4'ünde malnutrisyon, çıkıştaki değerlendirmede ise %56,1'inde malnutrisyon riski, %34,8'inde malnutrisyon tespit edilmiştir. Servise kabuldeki ve çıkıştaki MND puanları istatistiksel olarak kıkare sonucu anlamlı ( $p < 0.05$ ) bulunmuştur (Çizelge 4.4).

**Çizelge 4.4.** Yaşlı hastaların servise kabuldeki ve çıkıştaki beslenme değerlendirme sonuçlarının karşılaştırılması

Beslenme Değerlendirmesi (MND* puanı)	Servise kabulde		Servisten çıkışta		X <sup>2</sup>	P değeri
	n	%	n	%		
Normal (MND puanı >23,5 )	55	35,5	14	9,0		
Malnutrisyon Riski (MND puanı: 17-23,5)	70	45,2	87	56,1		
Malnutrisyon (MND puanı <17)	30	19,3	54	34,9		
<b>Toplam</b>	<b>155</b>	<b>100</b>	<b>155</b>	<b>100</b>	<b>57.950</b>	<b>P=0.000</b>

\*MND; Mini Nutrisyonel Değerlendirme

Yaşlıların kabuldeki ve çıkıştaki beslenme değerlendirme sonuçları, sosyo-demografik özellikleri ile karşılaştırıldığında yaşı  $\geq 70$  olan hastalarda kabulde malnütrisyon riski %49,4, malnütrisyon %28,7'iken, çıkışta malnütrisyon riski %44,8, malnütrisyon %49,4'dür. Yapılan ki-kare testinde yaş ile kabuldeki ve çıkıştaki MND puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Hastaların cinsiyeti, medeni durumu ve eğitim durumu ile malnütrisyon/malnütrisyon riski arasında ise fark, her iki MND sonucunda anlamsız ( $p > 0.05$ ) bulunmuştur. Birlikte yaşadığı kişiler ile MND puanları karşılaştırıldığında ise, yatıştaki MND puanı ile anlamsız bulunurken ( $p > 0.05$ ) taburculukta anlamlı ( $p < 0.05$ ) bulunmuştur (Çizelge: 4.5).

**Çizelge:4.5.** Yaşlıların sosyodemografik özellikleri ile servise kabuldeki ve çıkıştaki beslenme değerlendirme sonuçlarının karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler	Servise kabulde beslenme durumu								P değeri		
	Normal		Malnutrisyon Riski		Malnutrisyon		Toplam			X <sup>2</sup>	
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Yaş	60-69	36	52,9	27	39,7	5	7,4	68	43,9	<b>20.220</b>	<b>p=0.000</b>
	≥70	19	21,8	43	49,4	25	28,7	87	56,1		
Cinsiyet	Erkek	17	31,5	23	42,6	14	25,9	54	34,8	<b>2.344</b>	<b>p=0.31</b>
	Kadın	38	37,6	47	46,5	16	15,8	101	65,2		
Medeni durum	Evli	38	40,9	40	43,0	15	16,1	93	60,0	<b>3.382</b>	<b>p=0.184</b>
	Bekar /Dul	17	60,0	30	40,0	15	0,0	62	40,0		
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	8	19,5	21	51,2	12	29,3	41	26,5	<b>8.234</b>	<b>p=0.083</b>
	Okur-yazar	9	40,9	8	36,4	5	22,7	22	14,2		
	5 yıl ve üzeri	38	41,3	41	44,6	13	14,1	92	59,3		
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	8	38,1	10	47,6	3	14,3	21	13,6	<b>1.215</b>	<b>p=0.612</b>
	Eşi/Çocukları	47	21,3	60	48,9	27	29,8	134	86,4		
<b>Toplam</b>		<b>55</b>	<b>35,5</b>	<b>70</b>	<b>45,2</b>	<b>30</b>	<b>19,4</b>	<b>155</b>	<b>100</b>		

Çıkıştaki beslenme durumu											
Yaş	60-69	9	13,2	48	70,6	11	16,2	68	43,9	<b>18.993</b>	<b>p=0.000</b>
	≥70	5	5,7	39	44,8	43	49,4	87	56,1		
Cinsiyet	Erkek	4	7,4	26	48,1	24	44,4	54	34,8	<b>3.377</b>	<b>p=0.185</b>
	Kadın	10	9,9	61	60,4	30	29,7	101	65,2		
Medeni durum	Evli	9	9,7	58	62,4	26	28,0	93	60,0	<b>4.879</b>	<b>p=0.087</b>
	Bekar /Dul	5	8,1	29	46,8	28	45,2	62	40,0		
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	1	2,4	24	58,5	16	39,0	41	26,5	<b>5.322</b>	<b>p=0.256</b>
	Okur-yazar	3	13,6	9	40,9	10	45,5	22	14,2		
	Beş yıl ve üzeri	10	10,9	54	58,7	28	30,4	92	59,3		
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	4	19,0	10	47,6	7	33,4	21	13,6	<b>7.223</b>	<b>p=0.032</b>
	Eşi/çocukları	10	7,5	77	57,5	47	35,0	134	86,4		
<b>Toplam</b>		<b>14</b>	<b>9,0</b>	<b>87</b>	<b>56,1</b>	<b>54</b>	<b>34,9</b>	<b>155</b>	<b>100</b>		

Çizelge 4.6'da yaşlı hastaların genel sağlık ve klinik özellikleri ile yatışta ve çıkışta beslenme durumları karşılaştırılmıştır. Femur, pelvis, lomber vertebra kırığı veya bacak amputasyonu nedeniyle hastaneye yatan yaşlılarda servise kabulde malnütrisyon riski %48, malnütrisyon %52 oranlarında görülürken çıkışta; malnütrisyon riski %32, malnütrisyon %68 oranlarında görülmüş, diğer yatış nedenleri ile karşılaştırıldığında aralarındaki fark ki kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0.05).

**Çizelge 4.6.** Yaşlıların genel sağlık ve klinik özellikleri ile servise kabuldeki ve çıkıştaki beslenme durumlarının karşılaştırılması

Genel Sağlık Özellikleri		Servise kabulde beslenme durumu								X <sup>2</sup>	p değeri
		Normal				Malnutrisyon					
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Hastaneye yatış nedenleri	Kalça/ omurga kırığı, amputasyon*	0	0,0	24	48,0	26	52,0	50	32,3	<b>66.963</b>	<b>p=0.000</b>
	Diğer**	55	52,4	46	43,8	4	3,8	105	67,7		
Kronik sağlık problemi	Var	49	35,0	63	45,0	28	20,0	140	90,3	<b>0.415</b>	<b>p=0.813</b>
	Yok	6	40,0	7	46,7	2	13,3	15	9,7		
Son üç ay içinde hastaneye yatma	Var	6	18,2	13	39,4	14	42,4	33	21,3	<b>15.374</b>	<b>p=0.000</b>
	Yok	49	40,2	52	46,7	16	13,1	122	78,7		
Son üç ay içinde ameliyat olma	Var	1	8,3	7	58,3	4	33,3	12	7,7	<b>1.628</b>	<b>p=0.413</b>
	Yok	54	37,8	63	44,1	26	18,2	143	92,3		
Evdeki diyeti	Var	23	36,5	26	41,3	14	22,2	63	40,6	<b>0.838</b>	<b>p=0.658</b>
	Yok	32	34,8	44	47,8	16	17,4	92	59,4		
Depresyon (YGDS>5 puan)	Var	6	14,3	20	47,6	16	38,1	42	27,1	<b>17.826</b>	<b>p=0.000</b>
	Yok	49	43,4	50	44,2	14	12,4	113	72,9		
<b>Toplam</b>		<b>55</b>	<b>35,5</b>	<b>70</b>	<b>45,2</b>	<b>30</b>	<b>19,4</b>	<b>155</b>	<b>100</b>		
<b>Çıkıştaki beslenme durumu</b>											
Hastaneye yatış nedenleri	Kalça/omurga kırığı, amputasyon*	0	0,0	16	32	34	68	50	32,3	<b>37.620</b>	<b>P=0.00</b>
	Diğer* *	14	13,3	71	67,6	20	19	105	67,7		
Kr. sağlık problemi	Var	14	10,0	79	56,4	47	33,6	140	90,3	<b>2.190</b>	<b>p=0.309</b>
	Yok	0	0,0	8	53,3	7	46,7	15	9,7		
Son 3 ay içinde hastaneye yatma	Var	4	12,1	8	24,2	21	63,6	33	21,3	<b>18.018</b>	<b>p=0.000</b>
	Yok	10	8,2	79	64,8	33	27	122	78,7		
Son 3 ay içinde ameliyat olma	Var	1	8,3	4	33,3	7	58,3	12	7,7	<b>3.185</b>	<b>p=0.195</b>
	Yok	13	9,1	83	58,0	47	32,9	143	92,3		
Depresyon (YGDS>5 puan)	Var	0	0,0	19	45,2	23	54,8	42	27,1	<b>12.985</b>	<b>p=0.002</b>
	Yok	14	12,4	68	60,2	31	27,4	113	72,9		
Hastanede özel diyeti	Var	6	6,7	51	57,3	32	36,0	89	57,4	<b>1.340</b>	<b>p=0.512</b>
	Yok	8	12,1	36	54,5	22	33,3	66	42,6		
Hastanede çoklu ilaç kullanımı (>3 çeşit)	Var	11	7,9	79	56,4	50	35,7	140	90,3	<b>2.553</b>	<b>p=0.279</b>
	Yok	3	0,2	8	53,3	4	26,7	15	9,7		
Toplam yatış günü	5-7 gün	13	14,3	57	62,7	21	23,1	91	58,7	<b>17.149</b>	<b>p=0.000</b>
	>7 gün	1	1,6	30	46,9	33	51,6	64	41,3		
<b>Toplam</b>		<b>14</b>	<b>9,0</b>	<b>87</b>	<b>56,1</b>	<b>54</b>	<b>34,9</b>	<b>155</b>	<b>100</b>		

\*Diz üstü/altı alt ekstremitte amputasyonu

\*Diğer: Gonartroz/ TDPi implant revizyonu/menüsküs yırtığı, üst ekstremitte implant revizyonu, omuz cuff rüptürü, üst ekst. fraktürü, el bileği osteomyelit, ayak bileği dejenerasyonu/kitle

Son üç ay içinde hastaneye yatan 33 hastanın yatışta ve çıkıştaki beslenme değerlendirmesinde malnütrisyon riski %39,4 ve %24,2, malnütrisyon %42,4 ve %63,6 Görülmüş, daha önce hastaneye yatmayan hastalarla karşılaştırıldığında aralarındaki istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur( $p<0.05$ ). Depresyonu olan 42 hastada, yatışta malnütrisyon riski %47,6, malnütrisyon % 38,1 iken, taburculukta malnütrisyon riski %45,2, malnütrisyon %54,8 bulunmuş ve depresyonu olmayan hastalar ile aralarındaki fark yapılan ki kare testinde, her iki değerlendirmede de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur( $p<0.05$ ). Hastanede yatış süresinin beslenme durumuna etkisi değerlendirildiğinde yedi günden uzun süre hastanede yatan 64 hastanın %51,6'sında malnütrisyon gelişmiş ve yapılan ki kare testinde 5-7 gün yatan hastalara göre fark anlamlı bulunmuştur( $p<0.05$ ). Hastalarda malnütrisyon gelişimine etki edip etmediği değerlendirilen bir diğer faktör hastanede uygulanan ilaç sayısıdır. Üç çeşitten fazla ilacın bir arada kullanımı çoklu ilaç kullanımı olarak ifade edilmektedir. Hastalara pre-op. dönemde günde ortalama  $4.57\pm 3,501$  çeşit ilaç uygulanırken Post-op dönemde günde ortalama  $6.52\pm 2,549$  çeşit ilaç uygulanmıştır. Hastanede yattığı süre içinde günde üç çeşitten fazla ilaç uygulanan 140 hastanın %56,4'ünde malnütrisyon riski, %35,7'sinde malnütrisyon saptanmıştır. İlaç sayısı  $>3$  olanlarla, ilaç sayısı  $\leq 3$  olan yaşlılarda, çıkışta malnütrisyon riski/malnütrisyon görülme oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır( $p>0.05$ ). Kronik sağlık problemi varlığı - yokluğu, hastalığa özel diyetinin varlığı - yokluğu, son üç ay içinde ameliyat olma- olmama durumu ile yatış ve çıkış beslenme durumlarının karşılaştırılmasında malnütrisyon riski /malnütrisyon görülme oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Çizelge 4.6).

Hastaların yatışta ve taburcu olmadan önce, beslenmeleri ile ilişkili yapılan laboratuvar sonuçlarına göre yatışta anemisi olan 76 hastada malnütrisyon %30,3, hipoproteinemisi olan 35 hastada malnütrisyon %34,3 ve hipoalbüminemisi olan 43 hastada malnütrisyon %39,5 bulunurken, çıkışta anemisi olan 139 hastada malnütrisyon %37,4, hipoproteinemisi olan 104 hastada malnütrisyon %42,3 ve hipoalbüminemisi olan 105 hastada malnütrisyon %45,7 olup, uygulanan ki-kare testinde sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0.05$ ) bulunmuştur(Çizelge 4.7).

**Çizelge:4.7.** Yaşlı hastaların yatıştaki laboratuvar sonuçları ile servise kabuldeki, çıkıştaki laboratuvar sonuçları ile çıkıştaki beslenme durumlarının karşılaştırılması

Hastaneye yatışta laboratuvar sonuçları		Servise kabulde beslenme durumu								P değeri	
		Normal		Malnutrisyon Riski		Malnutrisyon		Toplam			X <sup>2</sup>
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Hemoglobin değeri(gr)	Normal (12.2-18.1)	38	48,1	34	43,0	7	8,9	79	51,0	<b>16.557 p=0.000</b>	
	Anemi (<12.2)	17	22,4	36	47,4	23	30,3	76	49,0		
Plazma total protein değeri(gr)	Normal (6.4-8.3)	52	43,3	50	41,7	18	15,0	120	77,4	<b>15.872 p=0.000</b>	
	Hipoproteinemi (<6.4)	3	8,6	20	57,1	12	34,3	35	22,6		
Plazma albümin değeri(gr)	Normal (3.5-5)	51	45,5	48	42,9	13	11,6	112	72,3	<b>24.491 p=0.000</b>	
	Hipoalbüminemi (<3.5)	4	9,3	22	51,2	17	39,5	43	27,7		
<b>Toplam</b>		<b>55</b>	<b>35,5</b>	<b>70</b>	<b>45,2</b>	<b>30</b>	<b>19,4</b>	<b>155</b>	<b>100</b>		
Çıkıştaki laboratuvar sonuçları		Çıkıştaki beslenme durumu									
Hemoglobin değeri(gr)	Normal (12.2-18.1)	4	25	10	62,5	2	12,5	16	10,3	<b>7.721 p=0.021</b>	
	Anemi (<12.2)	10	7,2	77	55,4	52	37,4	139	89,7		
Plazma total protein değeri(gr)	Normal (6.4-8.3)	10	19,6	31	60,8	10	19,6	51	32,9	<b>14.767 p=0.001</b>	
	Hipoproteinemi (<6.4)	4	3,8	56	53,8	44	42,3	104	67,1		
Plazma albümin değeri(gr)	Normal (3.5-5)	11	22	33	66	6	12	50	32,3	<b>26.074 p=0.000</b>	
	Hipoalbüminemi (<3.5)	3	2,9	54	51,4	48	45,7	105	67,7		
<b>Toplam</b>		<b>14</b>	<b>9,0</b>	<b>87</b>	<b>56,1</b>	<b>54</b>	<b>34,9</b>	<b>155</b>	<b>100</b>		

Çizelge 4.8'de yaşlı hastaların ameliyata hazırlık aşamasında, ameliyatı süresince ve sonrasında aç kalma süreleri, uygulanan anestezi şekli, ameliyat türü, ameliyat esnasında kanama miktarı, yoğun bakımda kalma gibi faktörlerin hastanın beslenmesi üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir. Femur, pelvis, vertebra ameliyatı olan 68 hastada malnütrisyon oranı %50, Alt ekstremitte diz üstü/ altı amputasyon yapılan onüç hastada ise, %76,9 olup yapılan ki-kare testinde diz protezi ve diğer ameliyat türlerine göre istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur(p<0.05). Hastaların peri-operatif dönemdeki açlık süreleri değerlendirildiğinde; pre-op. açlık süresi en az yedi en fazla 24 saat olup, ortalama 11,41±3,413 saat, peri-operatif kesintisiz toplam açlık süresi ise en az 12, en fazla 36 saat,



**Çizelge 4.8.** Yaşlıların ameliyatlarına ilişkin özellikler ile çıkıştaki beslenme durumlarının karşılaştırılması

Ameliyata ilişkin özellikler	Çıkıştaki beslenme durumu								P değeri	
	Normal		Malnutrisyon Riski		Malnutrisyon		Toplam			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Uygulanan Ameliyat	Femur, pelvis, vertebra ameliyatı	4	5,9	30	44,1	34	50,0	68	43,9	<b>44.527</b> <b>p=0.000</b>
	Diz protezi	3	6,1	41	83,7	5	10,2	49	31,6	
	Alt ekstremitte amputasyonu	0	0,0	3	23,1	10	76,9	13	8,4	
	Diğer	7	28	13	52	5	20	25	16,1	
Uygulanan anestezi	Genel anestezi	2	3,3	30	49,2	29	47,5	61	39,4	<b>9.210</b> <b>p=0.01</b>
	Spinal/ epidural	12	12,8	57	60,6	25	26,6	94	60,6	
	Lokal-bölgesel									
Anestezi süresi	≤2 saat	11	10,6	64	61,5	29	27,9	104	67,1	<b>6.870</b> <b>p=0.032</b>
	>2 saat	3	5,9	23	45,1	25	49,0	51	32,9	
Pre-op. açlık süresi	≤8 saat	3	6,5	29	63	14	30,4	46	29,7	<b>1.378</b> <b>p=0.502</b>
	>8 saat	11	10,1	58	53,2	40	36,7	109	70,3	
Peri-operatif kesintisiz açlık süresi	≤24 saat	13	14,1	64	69,6	18	19,6	92	59,4	<b>37.942</b> <b>p=0.000</b>
	>24 saat	1	1,6	23	36,5	36	61,9	63	40,6	
Ameliyatın ertelenmesi	Var	2	11,1	9	50,0	7	38,9	18	11,6	<b>0.330</b> <b>p=0.848</b>
	Yok	12	8,8	78	57,0	47	34,3	137	88,4	
Post-op. 1 gece yoğun bakım	Var	0	0,0	13	33,3	26	66,7	39	25,2	<b>24.684</b> <b>p=0.000</b>
	Yok	14	0,0	74	63,8	28	24,1	116	74,8	
İntra-operatif kanama(ml)	≤500	14	10,6	80	60,6	38	28,8	132	85,2	<b>14.965</b> <b>p=0.001</b>
	>500	0	0,0	7	30,4	16	69,6	23	14,8	
<b>Toplam</b>		<b>14</b>	<b>9,0</b>	<b>87</b>	<b>56,1</b>	<b>54</b>	<b>34,9</b>	<b>155</b>	<b>100</b>	

ortalama 27,79 ±11,928 saat bulunmuştur. Pre-op. dönemde açlık süresi 8< saat olanlar ile malnütrisyon görülmesi arasında anlamlı bir fark bulunmazken, peri-operatif dönemde kesintisiz açlık süresinin toplamda 24 saati geçtiği 63 hastada malnütrisyon %61,9 olarak saptanmış ve yapılan istatistiksel analizde sonuç anlamlı bulunmuştur(p<0.05). Uygulanan anestezi ve yoğun bakımda kalma ile ilgili değerlendirme sonuçları ise şöyledir; hastalara genellikle genel, spinal/epidural ya da sinir bloğu şeklinde anestezi uygulanmıştır. Genel anestezi uygulanan 60 hastada malnütrisyon %47,5 oranında gelişmiş

ve diğer yöntemler ile karşılaştırıldığında sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Anestezi süresi değerlendirildiğinde ise hastaların %67,1'ine  $\leq 2$  saat anestezi uygulanmış,  $>2$  saat anestezi uygulanan 51 hastanın %49'unda malnütrisyon gelişmiş ve istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ameliyat esnasındaki kanama miktarı ile beslenme durumu karşılaştırıldığında 500 ml ve daha fazla kanaması olan 23 hastanın %69,6'sında malnütrisyon gelişmiş, 500 ml'den az kanaması olanlarla karşılaştırıldığında istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ameliyattan sonra bazı hastalar yoğun bakıma yatırılmış, yaklaşık bir gece (24 saatten az) yoğun bakımda kaldıktan sonra servise nakledilmişlerdir. Yoğun bakımda tedavi gören 39 hastanın %66,7'sinde taburculukta malnütrisyon görülmüş ve istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Çizelge 4.8).

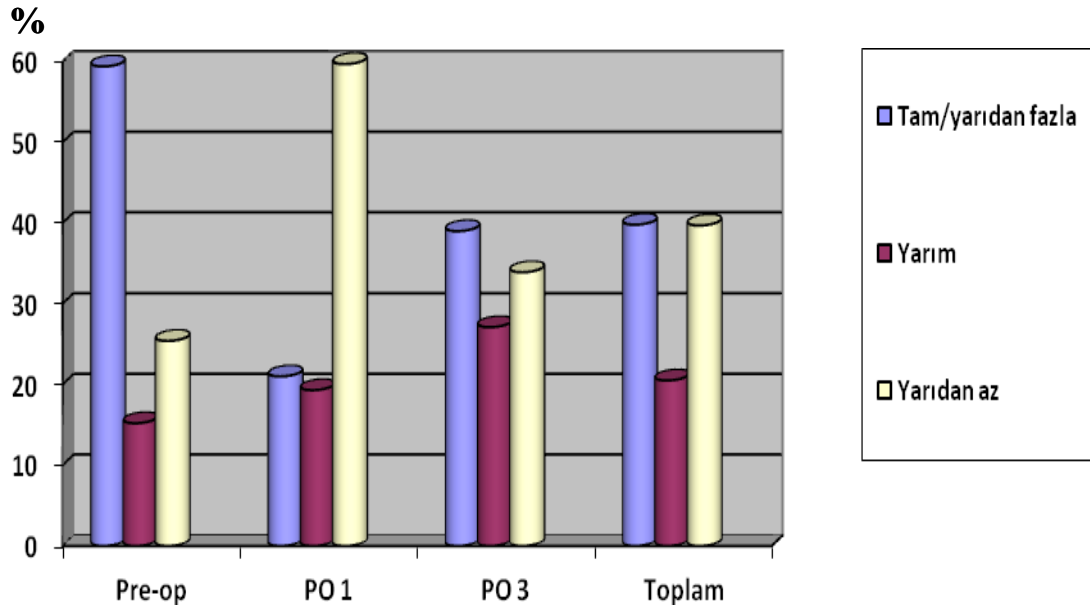
**Çizelge 4.9.** Yaşlı hastalara ortopedi servisinde uygulanan ilaçlar ile çıkıştaki beslenme durumlarının karşılaştırılması

İlaçlar		Çıkıştaki beslenme durumu						Toplam Sayı %		$\chi^2$	p değeri
		Normal		Malnütrisyon Riski		Malnütrisyon					
		Sıklık	%	Sıklık	%	Sıklık	%				
H2 reseptör antagonisti	Yok	2	40	2	40	1	20	5	3,2	<b>2.079</b>	<b>p=0.354</b>
	Var	12	8	85	56,6	53	35,3	150	96,8		
Antibiyotik	Yok	1	6,7	5	33,3	9	60	15	9,7	<b>2.623</b>	<b>p=0.269</b>
	Var	13	9,3	82	58,6	45	32,1	140	90,3		
Analjezik	Yok	5	20,8	8	33,3	11	45,8	24	15,5	<b>17.591</b>	<b>p=0.000</b>
	Var	9	6,9	79	60,3	43	32,8	131	84,5		
Antihipertansif	Yok	3	5,8	31	59,6	18	34,6	52	33,5	<b>0.422</b>	<b>p=0.810</b>
	Var	11	10,7	56	54,4	36	35,0	103	66,5		
İnsülin	Yok	10	10,1	60	60,6	29	29,3	99	63,9	<b>3.744</b>	<b>P=0.154</b>
	Var	4	7,1	27	48,2	25	44,6	56	36,1		
Bronkodilatör inhaler	Yok	13	10,3	75	59,5	38	30,2	126	81,3	<b>6.848</b>	<b>p = 0.033</b>
	Var	1	3,4	12	41,4	16	55,2	29	18,7		
Antidepresan	Yok	13	9,4	79	56,8	47	33,8	139	89,7	<b>0.679</b>	<b>p=0.721</b>
	Var	1	6,3	8	50	7	43,8	16	10,3		
<b>Toplam</b>		<b>14</b>	<b>9,0</b>	<b>87</b>	<b>56,1</b>	<b>54</b>	<b>34,9</b>	<b>155</b>	<b>100</b>		

Beslenmeyi etkileyen bir diğer faktör ilaç kullanımınıdır. Yaşlı hastalara ortopedi servisinde yattıkları süre içinde en sık uygulanan ilaç H2 reseptör antagonisti (%96,8)'dir. Bunu sırası ile antibiyotikler (%90,3), analjezikler (%84,5), ve antihipertansif ilaçlar (%66,5) izlemiştir. Çizelge 4.9'da yaşlı hastalara ortopedi servisinde uygulanan ilaçlar ile çıkıştaki beslenme durumları karşılaştırılmış ve analjeziklerde istatistiksel fark anlamlı bulunurken( $p<0.05$ ), diğer ilaç gruplarında anlamsız bulunmuştur( $p>0.05$ ).

#### 4.3. Yaşlı Hastaların Yemek Tüketimleri ve Etkileyen Faktörler

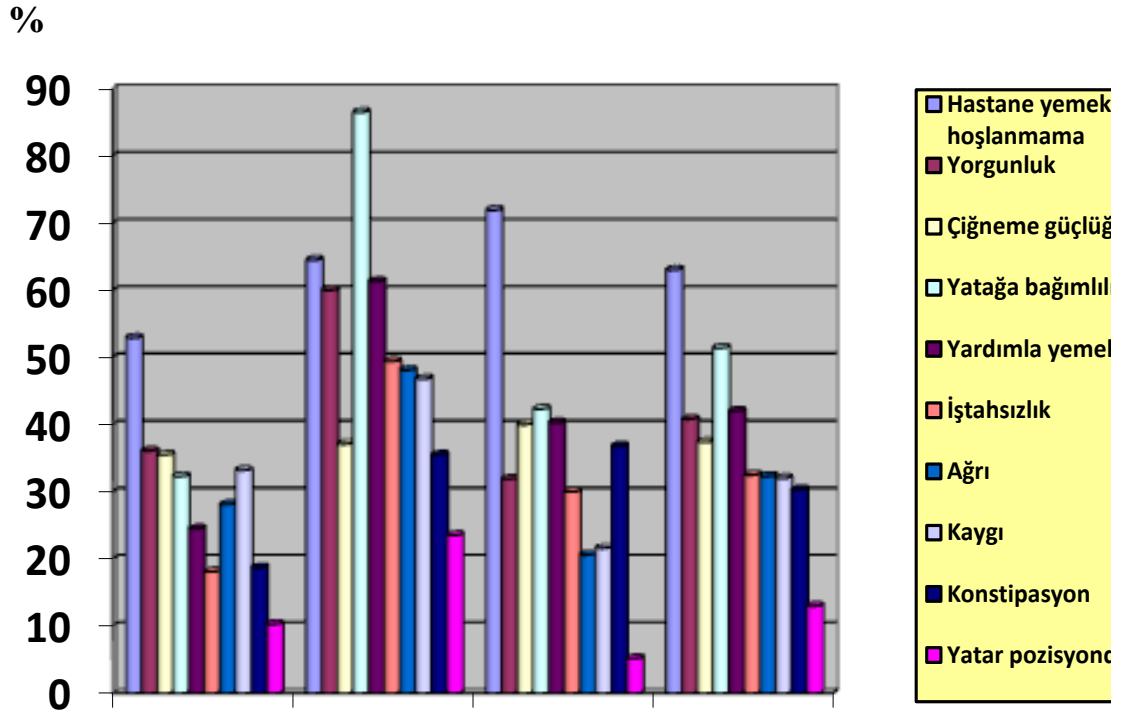
Bu bölümde yaşlı hastaların hastanede yattıkları süre içinde yemek tüketimleri ve bunu etkileyen faktörler yer almaktadır. Her hasta ameliyat öncesi ve sonrası öğle ve akşam öğünleri olmak üzere toplam altı öğünde gözlenmiştir. Gözlem sonucunda hastaların %22,7'si pre-op, %59,7'si PO 1. günde, %33,9'u PO 3. günde öğle ve akşam yemeğinin yarısından azını tüketmiştir (Çizim 4.1).



**Çizim 4.1.** Yaşlı hastaların gözlenen öğünlerde yemek tüketimi

Yaşlı hastalarda gözlenen öğünlerde yemek tüketimleri değerlendirilirken aynı zamanda bunu etkileyen faktörler de değerlendirilmiştir. Hastalarda pre-op. yemek tüketimini azaltan beş faktör sırası ile; hastane yemeklerinden hoşlanmama (59,9), yorgunluk (%36,1), çiğneme güçlüğü (35,5), yatağa bağımlılık (%32,3) ve yardımla yemek yeme (%24,5) olurken, PO 1. günde yatağa bağımlılık (%86,5), hastane yemeklerinden hoşlanmama (%64,5), yardımla yemek yeme (%61,3), yorgunluk (%60) ve iştahsızlık (%49,4) olmuştur. PO 3. günde hastane yemeklerinden hoşlanmayan (%71,9), çiğneme güçlüğü yaşayan (%40), konstipasyonu olan (%36,8) hasta oranları yükselirken,

yatağa bağımlılık (%42,3), yardımla yemek yeme (%40,3) oranları azalmıştır. Toplamda ise 930 gözlem üzerinden yapılan değerlendirmede sırası ile; hastane yemeklerinden hoşlanmama (%63), yatağa bağımlılık (%51,4), yardımla yemek yeme (%42), yorgunluk (%40,8) ve çiğneme güçlüğü (%37,4) ilk 5 sırayı almıştır. Bu faktörleri iştahsızlık (%32,5), ağrı (%32,3), kaygı (%32), konstipasyon (%30,3) takip etmiştir. Beslenmeyi etkileyen diğer faktörlerin oranı ise %15'ten daha azdır. Yapılan değerlendirmelerde bir hastada yemek tüketimini etkileyen çok sayıda faktörün olduğu tespit edilmiştir (Çizim 4.2).



**Çizim 4.2.** Yaşlı hastaların gözlenen öğünlerde yemek tüketimini etkileyen faktörler

Çizelge 4.10'da yaşlı hastaların hastanede yemek tüketimini etkileyen faktörler ile izlenen öğünlerdeki yemek tüketimleri karşılaştırılmıştır. Yapılan toplam 930 gözlem sonucunda servis edilen yemekleri hastaların %20,5'i yarısını, %39,7'si yarısından azını tüketmiştir. Yemek tüketimini en çok etkileyen faktörün iştahsızlık olmuştur. Kaygı, yorgunluk, ağrı gibi subjektif faktörler de iştahı azaltarak hastaların yemek tüketimini azaltırlar. Bu faktörler hastalarda en sık PO 1. günde ortaya çıkmıştır. Tüm izlemler sonucunda iştahsız hastaların %95,4'ü, servis edilen yemeğin yarısından azını tüketirken, orta ve ileri düzeyde kaygılı olan hastalar %64,1, kendilerini orta ve ileri düzeyde yorgun hisseden hastaların %61,2'si ve ağrısı olan hastalar ise, %58,3'ü yemeklerinin yarısından azını

tüketmiştir. Bu dört faktör hastaların yemek tüketimleri ile ayrı ayrı karşılaştırılmış ve istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Çizelge 4.10.** Gözlem yapılan öğünlerde ağızdan besin alımını etkileyen faktörler ve yemek tüketimi

Yemek yemeyi etkileyen faktörler** n=930		Gözlenen öğünlerde yemek tüketimi						Toplam		$\chi^2$	P değeri
		Çoğunu yedi		Yarisını yedi		Yarisından azını yedi		n	%		
		n	%	n	%	n	%				
İştahsızlık	Yok	367	58,4	180	28,7	81	12,9	628	67,5	<b>1191.883</b>	<b>p=0.000</b>
	Var	3	1,0	11	3,6	<b>288</b>	<b>95,4</b>	302	32,5		
Bulantı	Yok	357	44,1	183	22,6	270	33,3	810	87,1	<b>114.447</b>	<b>p=0.000</b>
	Var	13	10,8	8	6,7	<b>99</b>	<b>82,5</b>	120	12,9		
Yatar pozisyonunda yemek yeme	Yok	357	44,1	176	21,8	276	34,1	809	87,0	<b>89.966</b>	<b>p=0.000</b>
	Var	13	10,7	15	12,4	<b>93</b>	<b>76,9</b>	121	13,0		
Defekasyon sıklığını azaltmak amacıyla yemeği reddetme	Yok	367	417	177	20,1	336	38,2	880	94,6	<b>27.502</b>	<b>p=0.000</b>
	Var	3	6	14	28	<b>33</b>	<b>66</b>	50	5,4		
Kaygı	Yok	318	50,3	136	21,5	178	28,2	632	68,0	<b>137.422</b>	<b>p=0.000</b>
	Var	52	17,4	55	18,5	<b>191</b>	<b>64,1</b>	298	32,0		
Yardımla yemek yeme	Yok	303	56,2	110	20,4	126	23,4	539	58,0	<b>195.734</b>	<b>p=0.000</b>
	Var	67	17,1	81	20,7	243	62,1	391	42,0		
Yorgunluk	Yok	299	54,3	115	20,9	137	24,9	551	59,2	<b>166.642</b>	<b>p=0.000</b>
	Var	71	18,7	76	20,1	232	61,2	379	40,8		
Yutma güçlüğü	Yok	350	42,8	166	20,3	302	36,9	818	88,0	<b>31.963</b>	<b>p=0.000</b>
	Var	20	17,9	25	22,3	67	59,8	112	12,0		
Ağrı	Yok	309	49	131	20,8	200	31,7	630	67,7	<b>84.960</b>	<b>p=0.000</b>
	Var	61	21,0	60	20,7	169	58,3	300	32,3		
Distansiyon	Yok	359	42,6	167	19,8	319	37,9	842	90,5	<b>25.276</b>	<b>p=0.000</b>
	Var	14	15,9	24	27,3	50	56,8	88	9,5		
İnhalasyon yoluyla O2/ ilaç uygulama	Yok	348	43,3	161	20,1	297	37,1	800	86,0	<b>25.584</b>	<b>p=0.000</b>
	Var	22	21,5	30	23,1	72	55,4	130	14,0		
Yatağa bağımlılık	Yok	259	57,3	79	17,5	114	25,2	452	48,6	<b>138.255</b>	<b>p=0.000</b>
	Var	111	23,2	112	23,4	255	53,3	478	51,4		
Çiğneme güçlüğü	Yok	279	47,9	114	19,6	189	32,5	582	62,6	<b>56.285</b>	<b>p=0.000</b>
	Var	91	26,1	77	22,1	180	51,7	348	37,4		
Konstipasyon	Yok	284	43,8	132	20,4	232	35,8	648	69,7	<b>21.791</b>	<b>p=0.000</b>
	Var	86	30,5	59	20,9	137	48,6	282	30,3		
Hastane yemeklerinden hoşlanmama	Yok	173	50,3	63	18,3	108	31,4	344	37,0	<b>40.031</b>	<b>p=0.000</b>
	Var	197	33,6	128	21,8	261	44,5	586	63,0		
Yemek servisi/çeşiti ve kıvamı ile ilgili sorun yaşama	Yok	329	39,4	171	20,5	335	40,1	835	89,8	<b>0.329</b>	<b>p=0.848</b>
	Var	41	43,2	20	21,1	34	35,8	95	10,2		
<b>Toplam</b>		<b>370</b>	<b>39,8</b>	<b>191</b>	<b>20,5</b>	<b>369</b>	<b>39,7</b>	<b>930</b>	<b>100</b>		

\* Yemek yemeyi etkileyen faktörlerin görülme sıklığı sayısı üzerinden değerlendirilmiştir.

\*\*Bir hastada birden çok faktör değerlendirilmiştir.

Bulantı besin tüketimini etkileyen diğer önemli faktör olmuştur. Bulantı gibi distansiyon ve konstipasyon da yeme isteğinde azalmaya ve rahatsızlığa yol açmıştır. Bulantısı olan hastaların %82,5'i, distansiyonu olanların %56,8'i, konstipasyon sorunu olanların ise %48,6'i servis edilen yemeğin yarısından azının tüketmişlerdir. Yapılan ki kare testinde fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur( $p<0,05$ ).

Ortopedi servisinde yatan yaşlı hastaların aktivite düzeyleri, yemek yerken aldıkları pozisyon ve bağımsız yemek yiyebilme durumları da yemek yemelerini etkileyen faktörlerdendir. Hastaların izlenen öğünlerde aktivite durumları değerlendirilmiş ve yatağa bağımlı hastaların %53,3'ünün servis edilen yemeğin yarısından azını tükettikleri gözlenmiştir. Yemek yerken alınan pozisyon değerlendirildiğinde; hastaların %13'ünün kendi istekleri ile veya zorunlu olarak yatar pozisyonda yemek yedikleri gözlenmiştir. Yemeğini yatar pozisyonda yiyen hastaların izlenen öğünlerde %76,9'unun yemeklerinin yarısından azını tükettikleri gözlenmiştir. Ayrıca hastaların yemek yerken yardıma ihtiyaç duymaları değerlendirilmiş, kendisi yemek yiyemeyen hastalar “yardımla yemek yiyebiliyor” olarak tanımlanmış ve bu hastaların %62,1'i servis edilen yemeğin yarısından azını tüketmiştir. Yemek tüketimini etkileyen bu faktörlerin analizinde istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Yemek yemeyi etkileyen diğer faktörler çiğneme ve yutma güçlükleri ile inhalasyon yolu ile yapılan uygulamalardır. Yemeklerini çiğnemede güçlük çeken hastaların, %51,7'si, yutma güçlüğü olanların %59,8'i ve inhalasyon yoluyla O2/ ilaç uygulanan hastaların ise % 55,4'ü servis edilen yemeğin yarısından azını tüketmiş, yapılan analizde istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur( $p<0,05$ ).

Ayrıca yaşlı hastaların %71,9'u hastane yemeklerinden hoşlanmadığını, %5,5'i perioperatif süreçte defekasyona çıkmamak için az miktarda ve posasız yemek yemeye özen gösterdiğini ifade etmiş ve hastane yemeklerinden hoşlanmayanların % 44,5'i, perioperatif süreçte defekasyona çıkmak istemeyenlerin %66'sı servis edilen yemeğin yarısından azını tüketmiş ve istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur( $p<0,05$ ) (Çizelge 4.10).

#### **4.4. Hasta Beslenmesinde Hemşirelik Yaklaşımları**

Bu bölümde hemşirelerle görüşme sonrası elde edilen veriler yer almaktadır. Ortopedi servisinde toplam 12 hemşire görev yapmaktadır ve bu hemşirelerin %66,7'si 21-30 yaş grubunda, %66,7'si kadın, %58,4'ü evli, %75'i lisans mezunu ve %58,4'ü 1-5 yıldır ortopedi servisinde çalışmaktadır (Çizelge 4.11).

**Çizelge 4.11.** Ortopedi servisinde çalışan hemşirelerin özellikleri

	<b>Hemşirelerin Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Yaş	21-30	8	66,7
	31-40	4	33,3
	<b>Toplam</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Cinsiyet	Erkek	4	33,3
	Kadın	8	66,7
	<b>Toplam</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Medeni durum	Bekar	5	41,6
	Evli	7	58,4
	<b>Toplam</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Hemşirelik Eğitimi Düzeyi	Lise	1	8,3
	Lisans	9	75,0
	Yüksek Lisans	2	16,7
	<b>Toplam</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Hastanede çalışma süresi (yıl)	0-1	4	33,3
	1-5	2	16,7
	5-10	4	33,3
	10-15	2	16,7
	<b>Toplam</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Ortopedi servisinde çalışma süresi (yıl)	0-1	3	25,0
	1-5	7	58,4
	5-10	1	8,3
	10-15	1	8,3
	<b>Toplam</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Çizelge 4.12’de hemşirelerle görüşme sonucunda elde edilen ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelere göre hemşirelerin tamamı *beslenme sorununu*, *yemek yeme sorunu* olarak yorumlamış ve yemek tüketimini azaltan faktörlerin farkında olduklarını göstermişlerdir. Hemşirelerin ancak yarısı, yaşlıların, beslenme riski olan hasta grubunda olduğunu belirtmiş, ortopedi servisinde yatan yaşlı hastaların yemek tüketimini en çok etkileyen faktörleri; sekiz hemşire immobilité, ağrı ve PO genel durum bozukluğu, beş hemşire çiğneme ve yutma güçlüğü, dört hemşire bilinç bozukluğu ve demans gibi bilişsel algılamayı etkileyen problemler ve üç hemşire iştahsızlık olarak bildirmiştir.

Hemşirelerin beslenme değerlendirmesi ile ilgili görüşleri alındığında; hepsi beslenme değerlendirmesini özel olarak yapmadığını ifade etmiş, yedi hemşire yemek sonrasında ya da günlük genel değerlendirme sırasında hastalara yemeklerini yeme durumlarını sorduğunu, üç hemşire hasta odasına giriş-çıkışta gözlem yaptığını, iki

**Çizelge 4.12.** Ortopedi servisinde çalışan hemşirelerin yaşlı hastaların beslenme durumları, yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik uygulamalarına ilişkin ifadeleri

Yaşlı hastaların beslenme durumları, yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik uygulamaları	Hemşirelerin Görüşleri İfadeleri*(n:12)
Beslenme sorunları	*Hastane yemeklerini beğenmeme(9) *Ağızdan besin alımını etkileyen çeşitli sağlık sorunlarının varlığı(6) *Özel bir diyetin varlığı ve buna uyum eksikliği(5) *Yemek istemi ve sunumuna ilişkin sorun yaşanması(7) *Refakatçi ile ilgili problemler(2)
Beslenme riski olan hasta grupları	*Yaşlılar ve çocuklar(6) *Kronik hastalığı olan ve özel diyet uygulanan hastalar(5) *Travma, kırık ve ameliyata ilişkin problemler (ağrı, bulantı kusma, ameliyatın uzun sürmesi)(5) *Sosyo-ekonomik düzeyi düşük/yüksek olanlar(3) *Koopere olamayan hastalar (depresyon bilinç bozukluğu vb)(2)
Yaşlı hastaların yemek tüketimini etkileyen faktörler	*İmmobilite, ağrı ve PO genel durum bozukluğu(8) *Çiğneme yutma güçlüğü(5) *Bilişsel algılamayı etkileyen problemler(4) *İştahsızlık(3) *HKA uygulamasına bağlı sedasyon yada bulantı diğer(3)
Beslenme ve yemek tüketimine yönelik değerlendirme	*Özel değerlendirme yapılmıyor(12) *Sorarak(yemek sonrasında ya da günlük genel değerlendirmede) (7) *Gözlem (Odaya her giriş-çıkışta hastayı, öğünlerde yemek servisini)(3) *Belirti bulgular ve lab. sonuçlarının değerlendirilmesi(1) *Diğer(hasta şikayetinden ve ya genel durum bozukluğuna bakarak)(2)
Beslenme sorununa yönelik uygulanan girişimler	*Hekimle işbirliği(7) *Diyetine uyması konusunda bilgilendirme(3) *Hastanın sevdiği yemeklerin temini konusunda bilgilendirme(5) *Diğer(Nedenini araştırıyorum, rasyonda değişiklik yapıyorum)(2)
Yemek tüketimini kolaylaştıran etmenler	*Yemek istemlerinin hastane otomasyon sisteminden günlük yapılması(2) *Refakatçilerin olması ve hastaların yemekleri ile onların ilgilenmesi(1) *Hastane içinde ücretli yemek temini için yemekhane olması(1)
Yemek tüketimini zorlaştıran etmenler	*Yemeklerin kalitesi, çeşidi ve sunumu ile ilgili yetersizlikler/eksiklikler(7) *Hareketsizliğin, ilaçların ve bazı hastalıkların iştahsızlık, bulantı ve konstipasyona neden olması(3) *Ortamdaki kokular ve pencerelerin açılmaması(1) *Hastaların diyetisyen tarafından değerlendirilmemesi ve işbirliği yapılmaması(1)
Yemek tüketimini değerlendirmede süreklilik	<u>Var</u> *Tükettikleri besinleri sorarak değerlendirme(3) *Sadece ara öğün izlemi(1) <u>Yok</u> *Zaman bulamama(4) *Hasta şikayetini bildirdiğinde değerlendirme (1) *Diyabet ve hipoalbuminemi gibi özel durumlarda değerlendirme(1)
Beslenmede hemşire görev ve sorumluluklarının yasal boyutu	*Bilinmiyor(10) *Eğitim yapma(1) *Görev ve sorumlulukları ifade etme (hastanın gereksinimlerine uygun koşulları ve beslenmesini sağlayarak gerekli durumlarda beslenme desteğinde görev alır)(1)

\*Her bir kategoride birden fazla yanıt vardır.



hemşire hasta şikayetinden ve ya genel durum bozukluğuna bakarak ve bir hemşire ise beslenme ile ilişkili olabilecek belirti ve bulgular ile labaratuvar sonuçları ile bu değerlendirmeyi yaptığını belirtmiştir (Çizelge 4.12).

Hemşirelerin görüşlerinin alındığı bir diğer konu beslenme sorununa yönelik uygulanan girişimler olmuş ve hemşirelerden yedisi hastanın yemeğini yemediğini hekime bildirdiğini, üçü diyetine uyması konusunda hastayı bilgilendirdiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin çoğunluğu yemeklerin kalitesi, çeşidi ve sunumu ile ilgili yetersizliklerin yemek tüketimini zorlaştırdığını belirtmiştir. Hemşirelerin yarısı hastaların yemek tüketimini sürekli olarak değerlendiremediklerini, çünkü iş yoğunluğundan dolayı zaman bulamadıklarını, ancak hasta şikayette bulunduğunda değerlendirebildiklerini, üç hemşire ise öğünlerden sonra sorarak değerlendirdiğini bildirmiştir. Hemşirelerin sekizi hastaların beslenmeleri ile ilgili hemşirenin yasal sorumluluklarını bilmediklerini, iki hemşire ise kısmen bildiğini ifade etmiş, iki hemşire bu konuda görüş bildirmemiştir(Çizelge 4.12).

## 5.TARTIŞMA

Bu çalışmada elde edilen veriler dört bölümde tartışılmıştır.

### **Hastaların hastaneye kabulde ve taburculuktaki beslenme durumları**

Hastaneye yatışlarında hastaları %45.2'si malnütrisyon riski altındayken taburculuk öncesi bu oran %56.1' e yükselmiştir. Benzer şekilde hastaneye kabulde hastaların %19,4'ü malnütrisyonlu iken taburculuk öncesinde bu oran yaklaşık iki katına yükselmiştir (Çizelge 4.4). Murphy ve diğ.(2000) ortopedi servisinde yatan yaşlıların beslenme durumlarını MND ile değerlendirmiş ve % 23'ünde malnütrisyon riski, 16'sında malnütrisyon tespit edildiğini rapor etmiştir. Çalışmalar (Kelly 2000, Thomas 2002, Pirlich 2005, Tsang 2008, Güngör 2009, De Oliveira ve Leandro-Merhi 2011) yaşlıların, hastaneye yatışları sırasında %30-60 oranında beslenme yetersizlikleri olduğunu ve hastanede kaldıkları süre içinde beslenme yetersizliğinin ilerlediğini göstermektedir.

Araştırmamızda  $\geq 70$  yaş hastalarda malnütrisyon sıklığı kabulde (%28,7) ve taburculukta (%49,4), 60-69 yaş grubuna göre yüksek bulunmuş ve hastanede yatmanın yaşlı( $\geq 70$  yaş) hastaların beslenmesini daha çok arttırdığı tespit edilmiştir. Calvo ve diğ.(2012)'de  $\geq 75$  yaş hastalarda malnütrisyon sıklığını  $< 75$  yaş hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulmuştur. Yaşlı hastaların cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sağlık güvencesi, çalışma durumu ve birlikte yaşadığı kişilerin yatışta ve hastanede malnütrisyon gelişiminde tek başına etkili olmadığı sonucuna varılmıştır (Çizelge:4.5). Çalışmalar (Oliveira ve Leandro-Merhi 2011, Kaiser 2010) kadın ve erkeklerde malnütrisyonun benzer olduğunu göstermektedir.

Kronik sağlık problemleri, depresyon, çok sayıda ilaç kullanma, son 3 ay içinde hastaneye yatma ve ameliyat olma gibi genel sağlık özellikleri malnütrisyon için risk yaratan durumlardır. Araştırma kapsamında yer alan hastalarda en sık görülen kronik sağlık problemlerinin hipertansiyon (%72,9), diyabet (%37,4) ve KOAH (%14,8) olduğu ve hastaneye yatmadan önce, hastaların %22,6'sına diyabetik, %16'8'ine tuz ve kolesterolden kısıtlı diyet önerildiği, hastaneye yatış sonrası ise hastaların %57,4'üne özel diyet (diyabetik, tuz ve kolesterol kısıtlı) uygulandığı belirlenmiş ve beslenme değerlendirmesi sonrasında kronik sağlık problemi varlığı ve diyet uygulamasının malnütrisyonu tek başına etkilemediği görülmüştür. Son 3 ay içinde hastaneye yatırılmış olan hastalarda ve depresyonu olanlarda malnütrisyon sıklığı yatışta ve taburculukta anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. (Çizelge:4.6). Yapılan çalışmalarda depresyon malnütrisyon gelişiminde risk faktörü olurken bazı araştırmalarda malnütrisyonun

depresyon için risk oluşturduğu ifade edilmiştir. Thomas ve diğ. (2002) çalışmasında malnütrisyonlu yaşlılarda geriatrik depresyon puanının daha yüksek olduğunu rapor etmiştir. Pirlich ve diğ.(2005) yaptığı araştırmada hastane malnütrisyonu nedenlerini ileri yaş, malignite ve çoklu ilaç kullanımı olarak bildirmiştir.

Yaşlılarda artan kronik hastalıklar nedeniyle reçete edilen ilaç sayısı da artmıştır (Pirlich ve diğ.2005). Çoklu ilaç kullanımı bulantıya neden olarak, iştahı azaltarak, tat ve koku duyularını bozarak, tükürük salgısını azaltarak, ağız kuruluğuna ve stomatite yol açarak, sindirim ve emilimi etkileyerek besin tüketimini azaltmakta ve malnütrisyonu neden olmaktadır. Araştırmamızda hastanede yattığı süre içinde günde 3 çeşitten fazla ilaç uygulanan 140 hastanın %56,4'ünde malnütrisyon riski görülürken %35,7'sinde malnütrisyon görülmüş fakat çoklu ilaç kullanımının tek başına malnütrisyonu neden olmadığı sonucuna varılmıştır (Çizelge:4.6). Kutsal'ın yaptığı yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı ile ilgili çalışmada (2006); yaşlı bireylerin %26,7'sinin kardiyovasküler sistem ilaçları, %20,8'inin analjezik ve antiinflamatuvar ilaçları, %10,6'sının endokrin sistem ilaçları olmak üzere % 29'unun 4 ve daha fazla ilaç kullandığı bildirilmiştir. Araştırmamızda hastanede kullanılan ilaç sayısının malnütrisyonu etkilemediği, analjezik kullanan hastalarda malnütrisyonun daha az görüldüğü belirlenmiştir (Çizelge 4.9).

Araştırmamıza dahil olan hastaların yatış nedenleri dikkate alındığında; kalça kırığı ve diyabetik ayak amputasyonu nedenleriyle hastaneye yatırılan yaşlı hastaların tamamının hastaneye kabulde ya malnütrisyon riski taşıdığı yada malnütrisyonlu (%48-%52) olduğu görülmüştür . Bu hastaların taburculukta yapılan beslenme değerlendirmesi sonucunda malnütrisyon oranının arttığı (%68) belirlenmiştir (Çizelge 4.6). Tayvan'da kalça kırığı olan yaşlı hastaların beslenme durumlarının değerlendirildiği bir araştırmada taburculuktaki MND sonucunda malnütrisyon sıklığı %60 bulunmuştur (Li ve diğ. 2012). Bu tanıları almış hastaların diğer tanı gruplarına göre hastaneye yatmadan önceki beslenme durumlarının bozuk olmasının, akut enflamasyonlarının bulunmasının, pre-op ve toplam yatış süreleri ile yatağa bağımlılık sürelerinin daha uzun olmasının malnütrisyonu arttırdığı düşünülmektedir. Çalışmamızda yedi gün ve daha uzun süre hastanede yatan hastalarda malnütrisyon daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.6).

Bazı araştırmalarda( Pirlich 2001, Basu ve diğ, 2011) serum albumin düzeyi beslenme değerlendirmesinde kullanılan bir yöntem olmuştur. Araştırmamızda hastaların yatışta ve taburcu olmadan önce, beslenmeleri ile ilişkili rutin yapılan kan testlerinden hemoglobin, total protein ve albümin sonuçları, yatış ve taburculuktaki MND sonuçları ile karşılaştırılmış, anemili, hipoproteinemili ve hipoalbuminemili hastalarda malnütrisyon

yüksek bulunmuş, fakat her hipoproteinemisi ve hipoalbuminemisi olan hastada malnütrisyon tespit edilmemiştir (Çizelge:4.7). Bunun nedenlerine baktığımızda sözü edilen kan değerlerinin yalnızca malnütrisyonundan değil, kırık, travma, enfeksiyon gibi diğer klinik nedenlerden de etkilendiği sonucuna varılabilir. Hemogloblin düzeyi beslenme yetersizliğinin yanı sıra kanamaya yol açan kırık, travma, cerrahi girişim vb. çabuk etkilenir. Total protein ve albümin düzeyleri ise protein malnütrisyonunun yanı sıra akut strese ve enflamasyona neden olan bir çok sağlık sorunundan etkilenmektedir. Yaşlanma ile serum albümin seviyesinde bir miktar azalma gerçekleşir. Her on yıllık dönemde serum albümin seviyesi 0,8 g/L düşer. Karaciğer hastalıkları, kalp yetmezliği, nefrotik sendrom ve enteropatiler serum albümin seviyesinde düşüşe neden olur. Bu nedenlerden dolayı kan hemogloblin, total protein ve özellikle albümin düzeyleri sadece malnütrisyonun bir göstergesi olarak değerlendirilmemelidir (Omran ve Morley 2000b). Buna göre serum protein ve albümin düzeyleri MND gibi beslenme değerlendirme araçları ile birlikte değerlendirilerek yorumlanmalıdır (Bauer ve diğ.2005).

Araştırmada ameliyat ve anesteziye ilişkin özelliklerin (anestezi türü, ameliyat türü, aç kalma süresi, kanama miktarı, ameliyat sonrası yoğun bakımda kalma vb) hastaların beslenme durumlarına etkisi değerlendirilmiştir (Çizelge 5-13). Femur, pelvis, vertebra ameliyatı ve bacak amputasyonu yapılan, peri-operatif dönemde açlık süresinin 24 saati geçtiği, genel anestezi uygulanan, anestezi süresi 2 saati aşan, ameliyat esnasında 500 ml ve daha fazla kanaması olan, ameliyattan sonra yaklaşık bir gece (24 saatten az) yoğun bakımda kaldıktan sonra servise nakledilen hastalarda taburculukta malnütrisyon sıklığı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yoğun bakımda kalan hastalar daha çok genel durumu bozuk, komplikasyon gelişen hastalardır. Bu hastalara servise gelene kadar yemek verilmemiş, açlık süreleri daha uzun olmuştur. Tüm bu nedenler ise malnütrisyonla yakından ilgilidir.

### **Yemek tüketimi**

Hastaneye yatma özellikle yaşlı hastaların besin tüketimini ve beslenme durumunu olumsuz etkiler. Hastanede yatan yaşlı hastaların yemek tüketimini etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Araştırmamızda; hastaların yemek tüketimlerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 155 yaşlı hasta, pre-op 1 gün, post-op 1. ve 3. günler öğle ve akşam öğünlerinde değerlendirilmiştir. Yapılan toplam 930 izlemde elde edilen sonuçlara göre; hastaların %39,7'sinin servis edilen yemeklerin yarısından azını tükettiği, po 1. günde yemeklerin yarısından azını tüketenlerin oranının %59,7'ye ulaştığı gözlenmiştir. Diğer bir deyişle PO 1. gün öğle ve akşam öğünlerinde yemek tüketimi

oldukça azalmıştır. Brezilya’da yapılan bir araştırmada malnütrisyon tespit edilen hastaların günlük enerji alımları diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur (De Oliveira and Leandro-Merhi 2011). Yaşlılarda protein tüketimi ile kırık riski arasındaki ilişkinin araştırıldığı vaka-kontrol çalışmasında ise düşük proteinli diyetin osteoporetik kırık riskini yüksettiği bildirilmiştir (Martinez-Ramirez ve diğ. 2012)

Hastanede yaşlı hastaların yemek tüketimini azaltan faktörleri iki grupta incelemek mümkündür. Birinci grupta; ağızdan besin alımını engelleyen tıbbi zorunluluklar ya da hastane uygulamaları, ikinci grupta ise; hastaların oral alımı serbest olmasına karşın, besin alımını etkileyen fiziksel ve bilişsel yetersizlikler yer alır.

Hastaların gereğinden daha uzun süre aç bırakılmaları beslenme sorunu olan yaşlıları derinden etkiler. Araştırmanın yapıldığı ortopedi servisinde cerrahi girişim planlanan hastalar ameliyattan önceki akşam 18.00’de akşam yemeklerini yedikten sonra ameliyata gidene kadar en az 8 saat, çoğu zaman 12-18 saat aç bekletilebilmektedir. Açlık süresi uzadıkça açlığın oluşturduğu katabolik yanıt ve insülin direnci artar. İnsülin direncini, açlık hissini ve anksiyeteyi azaltmak için hastaların ameliyattan 8 saat öncesine kadar katı gıda, 2 saat öncesine kadar ise karbonhidrat içerikli berrak sıvı tüketebilecekleri araştırmalarda kanıtlanmıştır (Naygren ve diğ.1995, Hausel ve diğ. 2001, Poyraz 2005, Yılmaz 2009).

Araştırmamızda cerrahi girişim geçiren yaşlı hastalar ameliyathaneden ya direkt servise çıkarılmış ya da 24 saate kadar yoğun bakımda tedavi görmüşlerdir. Servise geldikten sonra hastaların genel durumları bakım veren hemşireler tarafından değerlendirilmiş ve 4 saat sonra oral alıma su ile başlanabileceği sorun çıkmazsa çorba gibi koyu sıvılara geçilebileceği hakkında hasta ve yakınına bilgilendirme yapılmış fakat öğün zamanı dışına denk gelen saatlerde yemek temini ile ilgili bir girişimde bulunulmamıştır. Genel durumu bozuk hastaların ise oral alıma başlama süresi uzamıştır. Pre-op dönemde hastaların açlık süresi 7-24 saat arasında değişmekle birlikte yaşlı hastaların çoğunluğunun (%70) 8 saatten fazla aç beklediği tespit edilmiş, hastaların %40,6’sı ise ameliyat öncesi ve sonrası toplam 24 saatten fazla aç kalmışlardır. Ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelendiği bir araştırmada hastalara ameliyat öncesi akşam yemeğinden sonra yiyecek verilmemiş, hastaların çoğunluğunun 12-20 saat katı ve sıvı (%74,1, %50,3) gıda almadığı görülmüş, sıvı tüketenlerin ise yalnızca su tükettiği belirtilmiştir (Dolgun ve diğ. 2011). Oral alımın 2-5 gün kesintiye uğradığı hastalarda anlamlı derecede kilo kaybı (3,2 kg) meydana gelmiştir (Güngör 2009). Başka bir araştırmada (Hallström ve diğ. 2000) kalça kırığı olan hastaların hastaneye ulaştıktan sonra uzun süre(9-36 saat) aç bırakıldıkları,

bazı hastaların hastaneye ulaştıktan sonra opere edilene kadar ağızdan hiç bir şey almadıkları bildirilmiştir.

Hastanede tıbbi zorunluluklar ya da hastane uygulamaları nedeniyle aç kalmanın dışında, pek çok faktör yaşlı hastaların besin tüketimini azaltır. Araştırmamızda hastaların besin tüketimini etkileyen faktörler ameliyat öncesi ve sonrası günlerde oranlar farklılık gösterse de toplam 930 gözlemde sırasıyla; %63 oranında “hastane yemeklerinden hoşlanmama”, %51,4 oranında “yatağa bağımlılık” , %42 oranında “yardımla yemek yeme”, %40,8 oranında “yorgunluk” ve %37,4 oranında “çiğneme güçlüğü” olmuştur. Bu faktörleri iştahsızlık(%32,5), ağrı(%32,3), kaygı(%32), konstipasyon(%30,3) takip etmiştir. Beslenmeyi etkileyen diğer faktörlerin oranı ise %15’ten daha düşük bulunmuştur. Yapılan değerlendirmelerde bir hastada yemek tüketimini etkileyen birden çok faktörün olduğu tespit edilmiştir (Çizelge:5-18).

Ortopedi servisinde yatan yaşlı hastaların besin tüketiminin azalmasında, peri-operatif süreçteki fiziksel kısıtlılıklar önemli bir rol oynamıştır. Fiziksel kısıtlılık hastanın hem yemeğe hazırlanmasını ve kendi kendine yemesini engellemekte hem de yemek için uygun pozisyonu alamamasına neden olmaktadır. Araştırmamızda yaşlı hastaların yaklaşık yarısının (%51,4) izlenen günlerde yatağa bağımlı(yatak içi hareketleri kısıtlı, yataktan dışarı çıkamıyor) olduğu ve yatağa bağımlı olan hastaların yine yaklaşık yarısının (%53,3) servis edilen yemeğin yarısından azını tükettiği gözlenmiştir. Kendi kendine yemek yiyemeyen hastaların (%42) tamamının yakınlarından yardım aldıkları, bu durumun post-op. 1. günde artış (%61,3) gösterdiği ve yardım alan hastaların %62,1’nin yemeklerin yarısından azını tükettiği belirlenmiştir. Özellikle femur, pelvis, vertebra kırığı ve diyabetik ayak amputasyonu olan hastaların hastaneye yatışlarından itibaren post-op. 2.-3. güne kadar, diz operasyonu geçiren hastaların ise post-op. 1. günde yatak içi hareketleri oldukça kısıtlı olmuş, yemek için uygun pozisyon alamadıkları ve kendi kendine yemek yiyemedikleri gözlenmiştir. Yemek için uygun pozisyon alamayan hastalar (%13)’ün çoğunluğu (%76,9) izlenen öğünlerde yemeklerinin yarısından azını tüketmiştir. Yatağa bağımlı oldukları dönemde boşaltım gereksinimlerini yatakta karşılamak istemediklerinden bazı hastalar yemek yemeyi reddetmişlerdir (%3,5). Yemek için uygun pozisyon alamayan hastaların yemek tüketimini azaltan bir diğer neden yatar pozisyonun, yerçekiminin GİS üzerindeki etkisini azaltarak motiliteyi yavaşlatması, iştahsızlığa yol açması ve az miktarda yemeğin bile doyma hissini oluşturması nedeniyle yemek tüketimini azaltmasıdır. Almanya’da çeşitli hastanelerde yatan 2930 hastanın kendi kendine yemek yiyebilme kapasitesi değerlendirilmiş ve %5,4’ünün tamamen bağımlı,

%12,8'inin ise yemeğe hazırlanırken ve yerken yardıma gereksinim duyduğu rapor edilmiştir (Tannen ve diğ. 2012). Walton ve diğ. (2008) yaptığı araştırmada kendi kendine yemek yiyemeyen hastaların yemeklerini yedirmek üzere gönüllülerden bir ekip oluşturulmuş ve bu ekibe gerekli eğitimleri vermişlerdir. Çalışmanın sonunda bütün gün yemeklerini gönüllülerin yedirdiği hastalarda protein alımı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ülkemizde genel cerrahi kliniğinde tedavi gören hastaların beslenmelerine ilişkin yapılan bir çalışmada hastaların %16,72'sinin boşaltım ihtiyacı oluşmaması için yemek yemedikleri bildirilmiştir (Uysal 2005).

Araştırmamızda kendilerine önerilen besinleri tüketemeyen hastaların belirttikleri en yaygın gerekçe "hastaneye yemeklerinden hoşlanmama" olmuştur. Hastanede yatış günü arttıkça hastane yemeklerinden hoşlanmayan hasta sayısı (pre-op;%52,9 , post-op. 1. gün;%71,9)'da artış göstermiş(Çizim:4.2) ve bu hastaların %44,5'i yemeklerinin yarısından azını tüketmiştir. Güngör'ün yaptığı araştırmada (2009) hastaların %7,8'i yemeklerin lezzeti, tadı ve kokusunu kötü bulduğunu ifade etmiştir. Araştırmamızda besin tüketimini en fazla azaltan nedenin iştahsızlık olduğu belirlenmiştir. İzlem yapılan günlerde en çok PO 1. gün iştahsızlık (%49,4) görülmüştür. Bütün izlemlerde iştahsız hastaların (%32,5) tamamına yakınının (%95,4) yemeklerin yarısından daha azını tükettikleri gözlenmiştir (Çizelge 5-19). Hastanede yatan hastalarda tıbbi tanı, cerrahi girişim uygulanması, genel anestezi, ilaç kullanımı, hareketsizlik, tanı ve tedavi için uzun süre aç kalma, kaygı, ağrı, yorgunluk, bulantı, kostipasyon, distansiyon gibi pek çok faktör iştahsızlığa yol açmaktadır Güngör (2009), araştırmasında, hastaların %39'unda hastaneye yattıktan sonra iştahta azalma gözlediğini bildirilmiştir. Başka bir araştırmada genel cerrahi kliniğinde tedavi gören hastaların %32,5'inin yemek yerken sorun yaşadığı, sorun yaşayanların ise iştahsızlıktan (% 32,5) dolayı yemeklerini yiyemedikleri, hastaların %20'sinin ise kendilerine zararı olur düşüncesi ile yemek yemedikleri ifade edilmiştir (Uysal 2005). Bir başka araştırmada (Gonzales ve diğ. 2008) hastanede yatan hastalara servis edilen yemeklerin yarısından azının tüketildiği, bunun temel sebeplerinin ise iştahsızlık ve yemeklerin beğenilmemesi olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar çalışmamız ile uyum göstermektedir.

Çiğneme ve yutma güçlükleri hastaların katı kıvamdaki besinleri çiğnemesini, her kıvamdaki besinlerin ise yutulmasını engelleyerek yemek tüketimini etkiler. İleri yaş, sedasyon, yorgunluk, ağız içi lezyonları ve kuruluk, diş problemleri gibi çiğneme ve yutmayı bozan pek çok faktör vardır. Ayrıca İnhalasyon yoluyla O2/ ilaç uygulamaları da oral ve nazal mukozada kuruluğa, hasara ve duyu kaybına, iştahsızlığa ve bulantıya neden

olarak yemek tüketimini azaltabilmektedir. Araştırmamızda hastaların yaklaşık 1/3'ü özellikle katı gıdaları yerken çiğneme ve yutma güçlüğü yaşamış ve bu hastaların %51,7'si yemeklerinin yarısından azını tüketmişlerdir. Belçika hastanelerinde tedavi gören 2094 yaşlı hastanın değerlendirilmesi sonucunda yutma problemlerinin %20, tat ve koku değişikliklerinin %5,3, oranında görüldüğü bildirilmiştir (Vanderwee ve diğ. 2011).

Bulantı, distansiyon ve konstipasyon besin tüketimini etkileyen diğer önemli faktörlerdir. Bu faktörler GİS motilitesinin bozulması sonucunda ortaya çıkar ve midenin boşalması gecikerek doyumluk hissi oluşur. Araştırmamızda bulantı hastaların %82,5, distansiyon %56,8, konstipasyon ise %48,6 oranında servis edilen yemeğin yarısından daha azının tüketilmesine neden olmuştur.

Almanya ve Avusturya'da yapılan araştırmalarda hastaların oral alımlarını etkileyen faktörler; çoklu ilaç kullanımı, iştahsızlık, ağrı, akut hastalık, üç günden fazla oral alım yokluğu, bulantı, çiğneme ve yutma güçlüğü ve fonksiyonel problemler olarak sıralanmıştır (Tannen ve diğ. 2012, Tannen ve Lohrmann 2013) Belçikada yapılan araştırmada ise, hastanede yaşlıların beslenmesini etkileyen faktörler; Yutma problemleri, tat ve koku değişikliklerinin yanı sıra sindirim problemleri, deliryum, malign hastalıklar olarak sıralanmıştır (Vanderwee ve diğ. 2011).

### **Hemşirelik yaklaşımları**

Hastanede yatışları süresince hastaların çoğunda , kilo kaybının devam ettiği ve uygun nütisyon destek programı uygulandığında bu hastaların kilo aldığı yapılan çalışmada gösterilmiştir (Kelly ve diğ. 2000, Uysal 2005, Persenius ve diğ. 2008, Güngör 2009, Suominen ve diğ. 2009, Vanderwee ve diğ. 2011). Sağlık personelinin nütisyon konusunda eğitilmiş ve bilinçli olmaması nedeniyle, hastanede yatan hastalarda malnütisyon büyük oranda tanısız ve tedavisiz kalmakta, yeterince beslenme desteği sağlanamamaktadır. Xia ve McCutcheon (2006)'in araştırmasında yaşlı hastaların yemek saatinde ihtiyaç duyduğu yardımı yeterince alamadıkları tespit edilmiştir. Güngör(2009) araştırmasında hastanede yatan hastalardan ancak ¼'ünün vücut ağırlığının ölçüldüğünü, hasta dosyalarının çok azında nütisyonla ilgili bilgilerin yer aldığını ve beslenme değerlendirmesi yapılmaması, sık sık personel değişikliği, besin tüketiminin yeterince izlenmemesi, ameliyata alınan hastanın malnütisyonlu olması, ameliyat sonrasında gerekli besin desteğinin sağlanmaması gibi nedenlerin hastane malnütisyonunun ilerlemesine neden olduğunu rapor etmiştir. Bilindiği gibi hastanede yatan hastaların beslenmelerinin sürdürülebilmesi ekip yaklaşımını gerektirir. Bu ekibin etkin bir üyesi olarak hemşireden hastanın beslenme durumunu ve tükettiği besinleri değerlendirmesi, problemleri erken



fark etmesi ve çözümünü için diğer sağlık disiplinleri ile işbirliği yapması beklenir. Bir araştırmada genel cerrahi kliniğinde tedavi gören hastaların %35'i beslenme sorunları ile hemşirenin ilgilenmesi gerektiğini ifade etmiştir (Uysal 2005).

Araştırmamızın bu bölümünde hastaların beslenme ve yemek yeme sorunlarına yönelik hemşirelik yaklaşımları incelenmiştir. Hastaların beslenmelerine ilişkin hemşirelerin uygulamalarının gözlemlenmesi, hemşirelik kayıtlarının incelenmesi ve hemşirelerle yarı yapılandırılmış görüşme yapılması ile toplanan veriler sonucunda; hemşireler bakım verdikleri hastalardan en çok yaşlıların, çocukların ve kronik hastalığı olanların yemek yeme sorunu yaşadığını ifade etmişlerdir. Fakat servise yatan hastaların beslenme değerlendirmesi için yatışta uygulanan standart hemşirelik veri toplama formunda yer alan sorular dışında, boy ve kilo ölçümleri de dahil, beslenmeye özel herhangi bir değerlendirme yapılmadığı belirlenmiştir. Araştırmamıza dahil edilen hastaların servise kabulde %45,2'sinde malnutrisyon riski, %19,4'ünde malnutrisyon tespit edilmiş olmasına rağmen bu durum hemşirelerce farkedilememiş ve beslenme sorunlarına yönelik herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Hastanede yattıkları süre içinde 138 hastada yemek yeme ile ilgili problem olmuş, ancak 26 hastanın iletmediği ağrı, bulantı, yemek verilmemesi, yanlış diyet yemeği verilmesi gibi sorunlara hemşireler çözüm aramıştır. Ortopedi servisinde hemşirelerin hasta beslenmelerine ilişkin standart uygulaması; hasta ve yakınlarını pre-op aç kalma süresi ve post-op oral alıma başlama ile ilgili bilgilendirme biçiminde olmuştur. Hemşireler tüm hastaların yemeklerini yiyip yemediklerini hasta veya hasta yakınına sorarak hemşirelik formuna kaydetmiş fakat bu kayıta ne kadar yediğine ilişkin yer verilmediği gibi yemeğini yeterince yemeyen hastalar için etkin bir girişimde de bulunulmamıştır(Çizelge 4.12). Uysal(2005)'ın yaptığı araştırmada; genel cerrahi kliniklerinde ameliyat olan hastaların post-op dönemde ağızdan besin alımları ile ilgili 1/3'üne hiç bir bilgilendirme yapılmadığı, 1/3'üne ise hemşireler tarafından bilgi verildiği belirlenmiştir. Dünyanın çeşitli ülkelerinde de durum benzerlik göstermektedir. Farklı ülkelerde, hastanede yatan hastaların beslenme değerlendirmeleri ile ilgili yapılan çok merkezli araştırmalarda hemşirelerin ya beslenme değerlendirmesi yapmadığı, ya da beslenme değerlendirmesinde standart bir yöntem kullanmadığı rapor edilmiştir. Bazı hastanelerde yalnızca antropometrik yöntemlerle beslenme durumu değerlendirilirken bazı hastanelerde laboratuvar sonuçları ile beslenme değerlendirmesi yapılmıştır. Geçerlik güvenirliği kanıtlanmış beslenme değerlendirme araçlarının pek az hastanede kullanıldığı ifade edilmiştir (Kelly ve diğ. 2000, Pedersen 2005, Persenius ve

diğ. 2008, Adams et al.2008, Tsang 2008, Suominen ve diğ. 2009, Vanderwee ve diğ. 2011, Ausili 2012, Tannen ve Lohrmann 2013, Geurden ve diğ.2014).

### **5.1. Sınırlılıklar**

Araştırmacının, hastaları hastanede kaldıkları süre içinde belirli zaman diliminde izlemesi, klinik rutine müdahale edememesi, araştırmacının klinikte olmadığı zamanlarda hasta ve yakınlarının sağlıklı kayıt tutamaması araştırmanın sınırlılıkları olarak belirlenmiştir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ortopedi servisinde yatan yaşlı hastalarda yeme problemleri ve malnütrisyonun sık görüldüğü saptanmıştır. MND ölçüm aracı ile yapılan beslenme değerlendirmesinde, yatışta hastaların %45,2'sinde malnütrisyon riski, %19,4'ünde malnütrisyon, çıkışta %56,1'inde malnütrisyon riski, %34,8'inde malnütrisyon tespit edilmiştir. Servise kabuldeki ve çıkıştaki MND puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0.05$ ) bulunmuştur (Çizelge 4.4). Ameliyat öncesi ve sonrası öğle ve akşam öğünleri olmak üzere toplam altı öğünde yemek tüketimleri ve etkileyen faktörler değerlendirilmiş ve hastaların %22,7'si pre-op, %33,9'u post-op 3. günde yemeklerinin yarısından azını tüketirken, %59,7'si post-op 1. günde yarısından azını tüketmiştir (Çizim 4.1). Yemek tüketimini azaltan faktörlerden en sık görülenler sırası ile; hastane yemeklerinden hoşlanmama (%63), yatağa bağımlılık (%51,4), yardımla yemek yeme (%42), yorgunluk (%40,8) ve çiğneme güçlüğü (%37,4) olmuş, bu faktörleri iştahsızlık (%32,5), ağrı (%32,3), kaygı (%32) ve konstipasyon (%30,3) takip etmiştir. Yemek tüketimini en çok etkileyen faktör ise iştahsızlık olmuş ve iştahsız olan hastaların %95,4'ü servis edilen yemeğin yarısından azını tüketmiştir. Diğer faktörlerden ağrı, yorgunluk, kaygı, bulantı, distansiyon, konstipasyon, yatağa bağımlılık, yatar pozisyonda yemek yeme, yemek yerken yardıma ihtiyaç duyma gibi faktörler de yemek tüketimini azaltmıştır (Çizim 4.2). Hemşirelik girişimlerinin değerlendirilmesi sonucunda hemşirelerin beslenme konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, etik ve yasal sorumluluklarının farkında olmadıkları, ağır iş yükü altında olduklarından yaşlı hastaların beslenme sorunlarını yeterince tanılayamadıkları ve planlı girişimlerde bulunmadıkları belirlenmiştir (Çizelge 4.12).

Yeme problemleri ve malnütrisyon, yaşlılarda sık görülen, hastanede yatan yaşlılarda ise ciddi sağlık sorunlarına yol açan önemli bir sorun olduğu için başta hemşire olmak üzere sağlık ekibinin diğer üyelerine ve hastane yönetimine önemli görevler düşmektedir. Hemşireler hasta beslenmesinin hemşirenin çalışma alanlarından biri olduğunu bilmeli, hasta servise kabul edildiğinde mutlaka beslenme değerlendirmesi yapmalı, hastanın beslenmesini etkileyen faktörleri belirlemeli ve tespit ettikleri beslenme sorunlarına yönelik bakım planı oluşturmalıdır. Öğün öncesinde hastaları yemeğe hazırlamalı, yemek sunumunu ve yemek tüketimini izlemeli ve kaydetmelidir. Kendisini besleyemeyen hastalar için hasta yakınlarından ya da gönüllülerden destek almalıdır. Bağımsız girişimlerle çözemeyeceği beslenme sorununa sahip ya da malnütrisyonlu hastaları rapor etmeli, bu hastalar içinde hemşirenin de görev aldığı klinik beslenme ekipleri tarafından değerlendirilerek gerekli beslenme desteği verilmelidir.

Hemşireler yaşlı hastaların beslenmesine ilişkin sorumluluklarının mesleki, etik ve yasal boyutunu öğrenmeli, bu amaçla periyodik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir. Hastanede yatan yaşlılar için beslenme rehberleri oluşturulmalı ve bu rehberler içinde hemşirenin görev ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. Hastanede mönüler yaşlıların yiyebileceği kıvamda ve besin gereksinimlerini karşılayacak biçimde düzenlenmeli, az miktarda besin tüketen hastaların sık beslenmesi için ara öğünlere yer verilmelidir. Hastaların yemek memnuniyetleri ve yemek tüketimlerine ilişkin periyodik araştırmalar yapılmalı ve sonuçlar doğrultusunda yemek politikaları geliştirilmelidir.

## KAYNAKLAR

- Adams NE, Bowie AJ, Simmance N ve diğ. Recognition by medical and nursing professionals of malnutrition and risk of malnutrition in elderly hospitalised patients, *Nutrition and Dietetics* 2008;65:144-150 Doi:10.1111/j.1747-0080.2008.00226.x
- Ahmed T. and Haboubi N, Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health, *Clinical Interventions in Aging* 2010;5 207–216.
- Akademik Geriatri Derneği, *Yaşlılarda Malnütrisyon Klavuzu*, Ed, Arıoğlu S, Ankara; 2013.
- Aksoydan E, *Yaşlılık ve Beslenme*, Ankara, 2005.
- Alican F, Sağlıklı ve Hasta İnsan Açlığı, *Genel Cerrahi*, Cilt 1,1. Baskı, Nobel 2007.
- Amella EJ, Assessment and Management of Eating and Feeding Difficulties for Older people: A NICHE Protocol, *Geriatric Nursing*, 1998;19(5).
- Ausili D, Sironi C, Rasero L ve diğ. Measuring elderly care through the use of a nursing conceptual model and the international classification for nursing practice, *NANDA international Journal of Nursing Knowledge*, 2012;23(3).
- Aslan D, Şengelen M, Bilir N, Yaşlılık döneminde beslenme sorunları ve yaklaşımlar, *Geratri Derneği Eğitim Serisi* No:1, Ankara, 2008,
- Aydın N. ve Karaöz S. Nutritional Assessment of Patients Before Gastrointestinal Surgery And Nurses' Approach to This Issue, *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17, 608–617
- Bağcı-Bosi T, Yaşlılarda antropometri. *Türk Geriatri Dergisi*,2003: 6(4); 147- 151.
- BAPEN, The MUST Explanatory Booklet, A guide to the “Malnutrition Universal Screening Tool”(MUST) for Adults, 2003
- Basu I, Subramanian P, Prime M. Ve diğ. The use of Biochemical parameters as nutritional screening tools in surgical patients, *Surgecal Science*, 2011;2,89-94
- Bauer JM, Vogl T, Wicklein S ve diğ. Comparison of the Mini Nutritional Assessment, Subjective Global Assessment, and Nutritional Risk Screening (NRS 2002) for nutritional screening and assessment in geriatric hospital patients. *Z Gerontol Geriatr* 2005;38:322-327
- Birol L, Hemşirelikle ilgili kavramlar ve kuramlar, *Hemşirelik süreci*, Etki matbaacılık ve yayıncılık Ltd. Şti, Geliştirilmiş 6. Baskı, İzmir, 2004
- Buluç L, ve Şarlak A, Geriatrik Yaş Grubunda Ortopedik Sorunlar, Gacar N(Ed). *Adı Eylül Sağlık Bilimlerinde Yaşlılık*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2009
- Calvo I, Olivar J, Martinez E ve diğ. MNA Mini nutritional assessment as a nutritional screening tool for hospitalized older adults; rationales and feasibility, *Nutr Hosp.* 2012;27:1619-1625, doi:10.3305/nh.2012.27.5.5888
- Campos AC, Groth AK, Branco AB, Assessment and nutritional aspect of wound healing. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*. 2008; 11(3), 281-288
- Carpenito-Moyet LJ, çev. Erdemir F, *Hemşirelik Tanıları*, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012
- Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc*, 1985;33:116-20.

- Clark M, Plank LD. ve Hill GL, Wound healing associated with severe surgical illness, *World Journal of surgery*, 2000;24(6), 648-654
- Corti MC, Guralnik JM, Sakive ME, Sorkin JE. Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older persons. *JAMA* 1994;272:1036-42.
- Çalışkan E ve Çorakçı A, Geriatrik Kadınlarda Jinekolojik Sorunlar, Gacar N(Ed). *Adı Eylül Sağlık Bilimlerinde Yaşlılık*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2009
- Çiçek M, Gedik E, Gülhaş N ve diğ., Hastanede Yatan Elektif Cerrahi Olgularda Malnütrisyonun Subjektif Global Değerlendirme ile Saptanması, *Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği Dergisi*, 2007; 35(1):51-56
- De Oliveira MRM, Leandro-Merhi VA, Food İntake and Nutritional Status of Hospitalised Older People, *International Journal of Older People Nursing* 2011;6, 196-200 Doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00227.x
- Detsky AS, Smalley PS, Chang J, Is the Patient Malnourished? *The Journal of American Medical Association*.1994; 271(1),54-58
- Dikmenoğlu N, Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler, *Geriatri*, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, Mart, 2007
- Dolgun E, Taşdemir N, Ter N ve diğ. Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Aç Kalma Sürelerinin İncelenmesi, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi* 2011;25(1):11-15
- Donini LM, Savine C, Cannella C, Eating habits and appetite control in the elderly: The anorexia of aging, *International Psychogeriatrics*, vol.15, No.1, 2003; 73-87
- Ferrie S. ve Allman-Farinelli M. Commonly Used “Nutrition” Indicators Do Not Predict Outcome in the Critically Ill: A Systematic Review, *Nutrition in Clinical Practice*, 2013;28.4, 463-484
- Flaherty E, Pain assessment for older adults, Boltz M.(Series Ed.), *Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*, Issue Number 7, 2007
- Flint A, Raben A, Blundell JE ve diğ. Reproducibility, power and validity of visual analogue scales in assessment of appetite sensations in single test meal studies *International Journal of Obesity*, 2000; 24, 38
- Fuller J, Schaller-Ayers J, Health Assessment of Human Function: Assessing Nutrition and Metabolism, *Health Assessment a Nursing Approach*, p:153-231, 3rd Edition 2000
- Geurden B, Wouters C, Franck E ve diğ. Does Documentation in Nursing Records of Nutritional Screening on Admission to Hospital Reflect the Use of Evidence-Based Practice Guidelines for Malnutrition? *International Journal of Nursing Knowledge* 2014; 25(1).
- Golembiewski J, Chernin E ve Chopra T, Prevention And Treatment of Postoperative Nausea And Vomiting , *Am J Health-Syst Pharm*.2005; 62- 15.
- Gonzalez M.I, Oliveira Fuster G, Liebana GI ve diğ. Influence of temperature on food intake in hospitalized patients, *Nutricion Hospitalaria*,2008; 23(1),54-59,
- Green SM ve Watson R, Nutritional Screening and Assessment tools for use by nurses: İliterature review, *Journal of Advanced Nursing* 2005, 50(1), 69-83
- Guigoz Y, The Mini - Nutritional Assessment (MNA) Review Of The Literature- What Does It Tell Us? *The Journal Of Nutrition*, *Health & Aging*, 2006; 10(6)
- Güngör AE, Hastanede Yatan Hastaların Beslenme Durumu, Hastane Malnütrisyonu Gelişimi ve Besin Tüketimi Üzerine Bir Araştırma, *Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Programı, Ankara, 2009
- Hall JC. Nutrition and Surgery Patients, *Journal of American Collage of Surgens*, 2006;202(5)

Hallström I, Elander G, Rooke L. Pain and nutrition as experienced by patients with hip fracture, *Journal of Clinical Nursing*, 2000;9:639-646

HAS(Haute Autorite de Sante) ,*Clinical Practice Guideline*, April 2007, www.has-sante.fr

Hausel J, Nygren J, Lagerkransel M ve diğ. A carbohydrate rich drink reduces preoperative discomfort in elective surgery patients. *Anesth Analg* 2001;93:1344-50.

Huckleberry, Y, Nutritional Support And The Surgical Patient, *American Journal of Health-System Pharm.*2004: Vol. 61 Apr. 1

Jefferies D, Johnson M, Ravens J, Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care, Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*, 2011: 20, 317–330

Jones JM, The methodology of nutritional screening and assessment tools, The British Dietetic Association Ltd. *J Hum Nutr Dietet*, 2002;15, pp. 59–71

Kaiser M.J, Bauer J.M, Ramsch C. Ve diğ. For The Mna-International Group Validation Of The Mini Nutritional Assessment Short-Form (Mna-Sf): A Practical Tool For Identification Of Nutritional Statusthe Journal Of Nutrition, *Health & Aging* Volume 13, Number 9, 2009.

Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C ve diğ. Frequency of Malnutrition in older adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment. *JAGS*, september 2010-vol.58, No.9

Kalantar-Zadeh K, Block G, McAllister CJ ve diğ. Appetite and inflammation, nutrition, anemia, and clinical outcome in hemodialysis patients, *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004;80:299-307

Kelly İE, Tessier S, Cahill A ve diğ. Still Hungry İn Hospital: İdentifying Malnutrition İn Acute Hospital Admissions. *QJM* 2000, 93, 93-98.

Kılıçturgay S, Malnütrisyon ve hastaların beslenme durumlarının değerlendirilmesi, *Enteral-Parenteral Beslenme*. Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını, Ankara 1996; (8): 6-16.

Kondrup J, Allison SP, Elia M. ve diğ. Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin. Nutr.* 2003; 22; 415-21.

Kurlowicz L. ve Greenberg SA. The Geriatric Depression Scale (GDS) *Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adult*, Issue Number 4, Revised 2007

Kutsal YG, Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı, *Türk Geriatri Dergisi* , 2006;Özel sayı

Küçükardalı Y, Solmazgül E, Kaplan M. ve diğ. Dahiliye Servisi ve Yoğun Bakım Ünitesine Yatan Hastalarda Nutrisyon Riski Taraması, *Yoğun Bakım Dergisi* 2007;7(2):270-275

Laviano A, Preziosa I, Meguid MM, Çev;Akpınar H, Nütrisyonel Fizyoloji ve Biyokimya Sobotka L(Ed) *Klinik Nütrisyonun Temelleri*, KEPAN, Ankara, 2013

Li HJ, Cheng HS, Liang J ve diğ. Functional recoveryof older people with hip fructure: Does malnutrition make a difference? *Journal of Advanced Nursing* 2013;69(8), 1691-1703, doi:10.1111/jan.12027

Martinez-Ramirez MJ, Delgado-Martinez AD, Ruiz-Bailen M ve diğ. Protein intake and fracture risk in elderly people:A case-control study, *Clinical Nutrition* 2012;31 391-395

Mayir B, Altinel Ö, Özerhan İH ve diğ. Yaşlı Hastalarda Cerrahi Sonrası Mortaliteye Etki Eden Faktörler, *Anatolia Journal of Clinical Investigation* 2010;4(1):32-35

Moon M S, Kim S-S, Lee S-Y. ve diğ. Preoperative Nutritional Status of the Surgical Patients in Jeju. *Clinics in Orthopedic Surgery* 2014;6:350-357 <http://dx.doi.org/10.4055/cios.2014.6.3.350>

- Morley JE. Anorexia of aging: Physiologic and pathologic. *Am J Clin Nutr* 1997; 66:760-777.
- Morley JE. Pathophysiology of anorexia. *Clin Geriatr Med* 2002;18:661-3.
- Murphy MC, Brooks CN, New SA. ve diğ. The use of the Mini Nutritional Assessment (MNA) tool in elderly orthopaedic patients. *Eur J Clin Nutr* 2000;54:555-562
- Naygren J, Thorell A, Jacobsson H. ve diğ. Preoperative Gastric Emptying Effects of Anxiety and Oral Carbohydrate Administration : *Annals of Sugery* Vol. 222 , NO. 6, 728-734 1995.
- Nazlıel H, Yaşlıda ağız ve diş sağlığı, *Turkish Journal of Geriatrics* (Geriatristi)1999: 2 (1): 14-21,
- Norman K, Pichard C, Lochs H ve diğ., Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition* 2008;27,5-15
- Omran M L. ve Morley J E. Assessment of Protein Energy Malnutrition in Older Persons, Part I: History, Examination, Body Composition, and Screening Tools, *Nutrition* 2000 16:50–63.
- Omran ML ve Morley J E. Assessment of Protein Energy Malnutrition in Older Persons, Part II: Laboratory Evaluation. *Nutrition* 2000;16(2):131-40.
- Öner N. Geriatrik depresyon ölçeği, *Türkiye’de kullanılan psikolojik testlerden örnekler*, s:564, BÜTEK A.Ş. İstanbul, 2012.
- ParkerMJ, Gurusamy K, Stoker M, Mini-Symposium: Special Care Patients, Surgery in elderly patients, *Current Orthopaedics*, 2004; 18, 333–344, doi:10.1016/j.cuor.2004.08.006
- Pedersen PU, Nutritional care:the effectiveness of actively involving older patients, *Journal of Clinical Nursing*, 2005;14, 247-255
- Persenius MW, Hall-Lord ML, Baat C ve diğ. Assessment and documentation of patients’ nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses, *Journal of Clinical Nursing*, 2008; 17, 2125-2136, Blackwell publishing Ltd, Doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02202.x
- Pirlich M, Lochs H, Nutrition in the elderly, *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology*, vol.15, no.6, pp.869-884, 2001
- Pirlich M, Schutz T, Kempz M, ve diğ. Social risk factors for hospital malnutrition, *Nutrition*, 2005;21, 295-300
- Pirlich M, Schutz T, Norman K,ve diğ. German Hospital Malnutrition Study, *Clinical Nutrition*, 2006;25, 563-572
- Potter PA and Perry AG, The Profession of Nursing, *Fundamentals of Nursing:Concepts, Process and Practice*, 3rd ed. Copyright by Mosby- Year Book, INC. 1993
- Poyraz Ş, Preoperatif Uygulanan Oral Karbonhidrat Solüsyonlarının Cerrahi Olarak Oluşan Stres Yanıtı Etkileri. *Uzmanlık Tezi*, 2005;İstanbul
- Pulat H, Nutrisyonel durum değerlendirme yöntemlerinin etkinliğinin araştırılması, *Yüksek Lisans Tezi*, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Genel Cerrahi Ana bilim dalı, Zonguldak 2005
- Resmi Gazete*, Hemşirelik Yönetmeliği, 8 Mart , sayı; 27515, 2010
- Russel DM, Prendergarst PJ,Darby PL ve diğ, A comparison between muscle function and body composition in anorexia nervosa:T effect of refeeding. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1983: 38, 229-237
- Sahyoun N, Lin C-L, Krall E, Nutritional status of the older adult is associated with dentition status, American Dietetic Association, *Journal of the American Dietetic Association*, Jan 2003; 103,1;



Saka B, Kaya O, Öztürk GB ve diğ. Malnutrition in the elderly and it's relationship with other geriatric syndromes. *Clinical Nutrition* 2010;29(6):745-748.

Schneider SM, Veyres P, Pivot X. ve diğ. Malnutrition is an Independent Factor Associated with Nosocomial Infections. *The British Journal of Nutrition*. 2004;92, 105-111

Schueren B, Lonterman-Monasch S, Vries OJ ve diğ. Prevalence and determinants for malnutrition in geriatric outpatients, *Clinical Nutrition*.2013; 32 , 1007e1011

Schueren B, Soeters PB, Allison SP, Çev;Sungurtekin H, Malnütrisyonun Fonksiyonlara Etkisi, Sobotka L(Ed) *Klinik Nütrisyonun Temelleri*, KEPAN, Ankara, 2013

Schueren B, Soeters PB, Reijven PLM ve diğ, Çev;Uyar M, Malnütrisyonun tanısı, Tarama ve Değerlendirme, Sobotka L(Ed) *Klinik Nütrisyonun Temelleri*, KEPAN, Ankara, 2013

Stratton RJ, Elia M, Çev;Çelik F, Malnütrisyon Prevalansı, Sobotka L(Ed) *Klinik Nütrisyonun Temelleri*, KEPAN, Ankara, 2013

Sullivan DH. What do the serum proteins tell us about our elderly patients? *J Gerontol Bio Sci Med Sci* 2001;56:71-4.

Sullivan DH, Bopp MM, Roberson PK. Protein-energy undernutrition and life-threatening complications among the hospitalized elderly. *J Gen Intern Med* 2002;17:923-32.

Sungurtekin H, Gürses E, Hancı V. ve diğ. Hospitalize hastalarda malnütrisyonun nütrisyonel risk indeksi ile saptanması. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Dergisi*, 2003; 31:368-72.

Suominen MH, Sandelin E, Soini H, ve diğ. How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *European Journal of Clinical Nutrition* 2009;63, 292-296, doi:10.1038/sj.ejcn.1602916

Tannen A, Schütz T, Smoliner C ve diğ. Care problems and nursing interventions related to oral intake in German Nursing homes and hospitals: A descriptive multicentre study, *International Journal of Nursing Studies*, 2012; 49, 378-385

Tannen A and Lohrmann C, Malnutrition in Austrian hospital patients, prevalence, risk factors, nursing interventions, and quality indicators: a descriptive multicentre study. *Journal of Advanced Nursing* 2013;69(8), 1840-1849. Doi:10.1111/jan.12051

Thomas DR, Zdrowski CD, Wilson MM ve diğ. Malnutrition in subacute care. *American Journal of Clinical Nutrition* 2002; 75:308-313.

Tsang MF, Is there adequate feeding assistance for the hospitalised elderly who are unable to feed themselves? *Nutrition and Dietetics* 2008;65:222-228 doi:10.1111/j.1747-0080.2008.00249.x

Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus İstatistikleri ve Projeksiyonlar. URL: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>, Nüfus istatistikleri, Yıllara, Yaş Grubu ve Cinsiyete göre Nüfus, genel Nüfus Sayımları, Erişim: 22.05.2015.

Utkan, N.Z. Yaşlılıkta Cerrahinin Yeri, Gacar N(Ed). *Adı Eylül Sağlık Bilimlerinde Yaşlılık*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2009

Uysal S. Postoperatif Dönemdeki Hastaların Beslenme Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Hemşirelerin Etkinliği, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği *Yüksek Lisans Tezi*. 2005 Afyonkarahisar

Uzundikme F. ve Çakıroğlu FP, Yaşlılıkta Sebze-meyve Tüketimi, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2007

Vanderwee K, Clays E, Bocquaert I ve diğ. Malnutrition and nutritional care practices in hospital wards for older people, *Journal of Advanced Nursing*, 2011;67(4), 736-746. Doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05531.x

- Velioğlu P, Hemşirelikte Kuramcılar, *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, Alaş Ofset, İstanbul, 1999.
- Walton K, Williams P, Bracks J ve diğ. A volunteer feeding assistance program can improve dietary intakes of elderly patients-A pilot study, *Appetite*, 2008; 51(2), 244-248 Doi:10.1016/J.appet.2008.02.012.
- Webster, J., Nutrition in hospitalised patients, *Nursing Older People*.2009; 21, 10, 31-37. Date of acceptance: October 21 2009. <http://www.mna-elderly.com>
- WHO, Nutrition for older persons, <http://www.who.int> WHO/Nutrition for older persons,WHO 2014.
- Wikby K, Ek AC. ve Christensson L, The two-step Mini Nutritional Assessment procedure in community resident homes. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17, 1211–1218.
- Wilson MMG, Thomas DR, Rubenstein LZ. ve diğ. Appetite assessment: simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling adults and nursing home residents, *American Journal of Clinical Nutrition* 2005;82:1074–81
- Xia C, McCutcheon H, Mealtimes in hospital-who does what?, *Journal of Clinical Nursing*, 2006;15,1221-1227
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL. ve diğ. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 1983;17, 37-49.
- Yılmaz E, Cerrahi Hastalarda Ameliyat Öncesi Açlık Sürecinde Yeni Yaklaşımlar, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu dergisi* 2009; 25(3):105-118,2009

## EKLER


### EK 1. YESAVAGE GERİATRİK DEPRESYON SKALASI

#### YESAVAGE GERİATRİK DEPRESYON SKALASI (KISA FORM)

Aşağıdaki sorulara, geçen hafta süresince hissettiklerinizi belirtir EVET veya HAYIR şeklinde yanıt veriniz.

1. *Temel olarak yaşamdan zevk alıyor musunuz?* HAYIR 01puan
2. *Aktivitelerinizin ve ilgilerinizin çoğundan uzaklaştınız mı?* EVET 01puan
3. *Hayatınızın boş olduğunu düşünüyor musunuz?* EVET 01puan
4. *Çoğunlukla canınız sıkılır mı?* EVET 01puan
5. *Çoğu zaman moraliniz iyi midir?* HAYIR 01puan
6. *Kendinize kötü bir şeyler olacağını düşünerek korkar mısınız?* EVET 01puan
7. *Çoğunlukla kendinizi mutlu hisseder misiniz?* HAYIR 01puan
8. *Sıklıkla kendinizi yardıma muhtaç hisseder misiniz?* EVET 01puan
9. *Dışarı çıkmak veya yeni şeyler yapmak yerine evde mi oturmayı tercih edersiniz?* EVET 01puan
10. *Hafızanızla ilgili olarak, çoğu kişiden daha fazla mı probleme sahip olduğunuzu düşünüyorsunuz?* EVET 01puan
11. *Şu an hayatta olduğunuz için mutlu musunuz?* HAYIR 01puan
12. *Son zamanlarda kendinizi değersiz olarak hissediyor musunuz?* EVET 01puan
13. *Enerji dolu musunuz?* HAYIR 01puan
14. *Durumunuzun ümitsiz olduğunu mu düşünüyorsunuz?* EVET 01puan
15. *Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda mı olduğunu düşünüyorsunuz?* EVET 01puan

# EK 2. MİNİ NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRME FORMU VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER İLE LABORATUAR BULGULARI KAYIT FORMU



**Nestlé**  
Nutrition  
Institute

**Mini Nutritional Assessment**  
**MNA®**

---

Soyad: \_\_\_\_\_ Ad: \_\_\_\_\_

Cinsiyet: \_\_\_\_\_ Yaş: \_\_\_\_\_ Ağırlık, kg: \_\_\_\_\_ Boy, cm: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

Aşağıdaki soruların kutularına uygun rakamları yazarak yanıtlayın. Yazdığımız rakamları toplayın. Eğer Tarama puanı 11 veya altında ise Malnutrisiyon Gösterge Puanı'nı elde etmek için değerlendirilmeye devam edin.

**Tamara**

**A** Son üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında bir azalma oldu mu?  
0 = Ciddi iştah kaybı  
1 = Orta düzeyde iştah kaybı  
2 = İştah kaybı yok

**B** Son üç ay içindeki kilo kaybı durumu  
0 = 3 kg'dan fazla kilo kaybı  
1 = Bilinmiyor  
2 = 1-3 kg arasında kilo kaybı  
3 = Kilo kaybı yok

**C** Hareketlilik  
0 = Yatak veya sandalyeye bağımlı  
1 = Yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor  
2 = Evden dışarı çıkabiliyor

**D** Son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti oldu mu?  
0 = Evet 2 = Hayır

**E** Nöropsikolojik problemler  
0 = Ciddi bunama veya depresyon  
1 = Hafif düzeyde bunama  
2 = Hiçbir psikolojik problem yok

**F** **Beden Kitle İndeksi (BKİ) (Vücut ağırlığı-kg)/(Boy'un metre cinsinden kare'si)**  
0 = BKİ <19  
1 = BKİ 19-21  
2 = BKİ 21-23  
3 = BKİ 23 ve üzeri

Tarama puanı (tamami en çok 14 puan)

12-14 puan: Normal nutrisyonel durum  
8-11 puan: Malnutrisiyon riski altında  
0-7: Malnutrisyonlu

Daha kapsamlı bir değerlendirme için G-R sorularını cevaplayınız

**Değerlendirme**

**G** Bağımsız yaşıyor (bakımevinde veya hastanede değil)  
1 = Evet 0 = Hayır

**H** Günde 3 adetten fazla reçeteli ilaç alma  
0 = Evet 1 = Hayır

**I** Bası yarası veya deri ülseri var  
0 = Evet 1 = Hayır

**J** Hasta günde kaç öğün tam yemek yiyor?  
0 = 1 öğün  
1 = 2 öğün  
2 = 3 öğün

**K** Protein alımı için seçilen besinler

- Günde en az bir porsiyon süt ürünü (süt, peynir, yoğurt) tüketiyor Evet  Hayır
- Haftada iki veya daha fazla porsiyon kuru baklagil veya yumurta tüketiyor Evet  Hayır
- Her gün et, balık veya beyaz et tüketiyor Evet  Hayır

0.0 = Eğer evet sayısı 0 veya 1 ise  
0.5 = Eğer evet sayısı 2 ise  
1.0 = Eğer evet sayısı 3 ise

**L** Her gün iki veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tüketiyor  
0 = Hayır 1 = Evet

**M** Her gün kaç bardak sıvı (su, meyve suyu, kahve, çay, süt, vb.) tüketiyor?  
0.0 = 3 bardaktan az  
0.5 = 3-5 bardak  
1.0 = 5 bardaktan fazla

**N** Yemek yeme şekli nasıl?  
0 = Yardımsız yemek yiyemiyor  
1 = Güçle kendi kendine yemek yiyebilir ama zorlanıyor  
2 = Sorunsuz bir biçimde kendi kendine yiyor

**O** Beslenme durumu ile ilgili düşüncesi  
0 = Kötü beslendiğini düşünüyor  
1 = Kararsız  
2 = Kendisini hiçbir beslenme sorunu olmayan bir kişi olarak görüyor

**P** Aynı yaşta ki kişilerle karşılaştırıldığında, sağlık durumunu nasıl değerlendiriyor?  
0.0 = İyi değil  
0.5 = Bilmiyor  
1.0 = İyi  
2.0 = Çok iyi

**Q** Kol çevresi (cm)  
0.0 = 21'den az  
0.5 = 21-22  
1.0 = 22 veya daha fazla

**R** Baldır çevresi (cm)  
0 = 31'den az  
1 = 31 veya daha fazla

Değerlendirme (en fazla 16 puan)

Tarama puanı

Toplam değerlendirme (en fazla 30 puan)

**Malnutrisyon Gösterge Puanı**

24 to 30 puan  Normal nutrisyonel durum

17 to 23.5 puan  Malnutrisyon riski altında

17 puandan aşağı  Malnutrisyonlu

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.  
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Gulgoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001; 56A: M366-377.  
Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.  
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
© Nestlé, 1994, Revision 2000, N67200 12/99 10M  
Daha fazla bilgi için: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

## Antropometrik ölçümler ve laboratuvar bulguları kayıt formu

Dosya No:.....

Sıra no:.....

<i>Antropometrik ölçümler ve laboratuvar bulguları</i>	<b>Yatış Tarih</b>	<b>Taburcu Tarih</b>
<b>1-Kilo</b>		
<b>2-Boy</b>		
<b>3-BKI</b>		
<b>4-Baldır çevresi ölçümü</b>		
<b>5-Üst kol çevresi ölçümü</b>		
<b>6-Triseps deri kıvrım kal.</b>		
<b>7-Hemoglobin miktarı</b>		
<b>8-Lenfosit sayısı</b>		
<b>9-Total protein</b>		
<b>10-Albumin</b>		

### EK 3: GENEL SAĞLIK VE BESLENME ÖZELLİKLERİ KAYIT FORMU

#### İLETİŞİM BİLGİLERİ

Dosya No:.....

Adı-Soyadı:.....

Tel (ev):.....

(cep):.....

En yakın iletişim kurulabilecek

kişi:.....

#### BÖLÜM 1: HASTALARIN HASTANEYE YATIŞTAKİ GENEL ÖZELLİKLERİ

1-Hasta sıra no	.....
2- Yaş (bitirilen)	.....
3- Cinsiyet	1) Erkek 2) Kadın
4- Medeni durum	1) Evli 2) Bekar 3)Eşinden ayrı 4-Eşi ölmüş 5-Diğer
5- Eğitim durumu	1) Okuma-yazma bilmiyor 2) Okur-yazar 3) İlkokul 4-orta öğretim 5) Lise 6) Yüksek öğrenim
6-Sağlık güvencesi	1)SGK 2)Özel sigorta 3)Yeşil kart 4)Yok 5)Diğer
7-Çalışma durumu	1)Hala çalışıyor 2)Emekli 3) Ev hanımı, çalışmıyor 4)Diğer :(belirtiniz).....
8-Birlikte yaşadığı kişiler	1-Evde yalnız 2-Eşi ile birlikte 3-Çocukları ile birlikte 4-Huzurevinde 5-Diğer.....
9-Yatış tarihi	.....
10-Operasyon tarihi	.....
11-Çıkış tarihi	.....
12-Çıkış nedeni	1.İyileşme 2.Tedavi red/kendi isteği 3-Exutus 4-Komplikasyon nedeniyle başka klinik/hastane/yb taburcu
13-Taburcu olana kadar gelişen komplikasyon	.....
14-Tıbbi tanı (hastaneye yatış nedeni)	.....
15-Daha önce (son 3 ayda) hastaneye yatma durumu	1- Evet (nedeni)..... 2-Hayır
16-Daha önce (son 3 ayda) ameliyat geçirme durumu	1- Evet (ne yapıldı?)..... 2-Hayır
17-Refakatçiniz var mı	1.var..... 2.yok
18-Hekim tarafından tanılanmış sağlık problemi	1-Yok 2-Diyabet..... 3-Osteoporoz 4-HT 5-Böbrek yetmezliği 6-KOAH 7-Kalp Hastalığı 8-SVO 9-Kanser (belirtiniz)..... 10-Diğer (belirtiniz).....
19-Sigara kullanma durumu	1- Hiç kullanmıyor 2- Önceden içip bırakmış 3- 1-19 adet /gün 4- ≥20 adet /gün
20- Alkol tüketim durumu	1) Hiç kullanmıyor 2- Önceden içip bırakmış 3) Haftada 1'den az 4) Haftada 2'den fazla
21-Hastaneye yatmadan önceki diyeti	1-Normal 2- Tuz ve kolesterol kısıtlı diyet 3-Diyabetik diyet 4-Diğer;.....
22-İletişimi	1-Sözel iletişim kurulabiliyor 2-İşitmede azalma 3-İşitme kaybı 4-İşitme cihazı kullanıyor 5-Konuşmakta zorlanıyor 6-Diğer.....
23-Total diş protezi	1-Yok 2-Var
24-Eksik diş	1-Yok 2-Ön dişlerde.....eksik 3-Yan dişlerde .....eksik







**BÖLÜM 4: İNTRA-OPERATİF DEĞERLENDİRME (Post-Op İlk 24 Satte Değerlendirilecek)**

Dosya No:.....

Sıra no:.....

<b>1-Yapılan cerrahi operasyon</b>	.....
<b>2-Hastaneye yatışının kaçınıcı gününde opere edildiği</b>	.....
<b>3-Uygulanan anestezi türü</b>	1-Genel anestezi 2- Lokal/bölgesel 3-Spinal/epidural
<b>4-Ameliyat süresi</b>	.....saat
<b>5-İntraoperatif komplikasyon gelişme durumu</b>	1-Gelişmedi 2-Gelişti.....
<b>6-İmplant yerleştirilme durumu</b>	1-Yok 2-Var.....

**İNTRA-OPERATİF KULLANILAN İLAÇLAR, SIVILAR VE KAN ÜRÜNLERİ (Post-Op İlk 24 Satte Değerlendirilecek)**

<b>İlacın adı</b>	<b>Veriliş yolu/Dozu</b>	<b>Kullanılış amacı</b>
1)Yok		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		
9)		
10)		
11)		
12)		
13)		

**BÖLÜM 5: İZLEM YAPILAN ÖĞÜNLERDE HASTALARIN AĞIZDAN BESLENMESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI**

Hasta Adı Soyadı:

Hasta sıra no:

Tarih	..../..../201..	..../..../201.	..../..../201..	..../..../201..		
İzlem	1. izlem	2.izlem	3.izlem	Not		
Ameliyat olma durumu	Preop	Po1	Po3			
Öğünler	Ö	A	Ö	A	Ö	A
<b>RISK FAKTÖRÜ</b>						
<b>Yeme isteğini etkileyen faktörler</b>						
<b>1-Yemekleri yeme durumu</b> 1-Yarisından fazlasını yedi 2-Yarisını yedi 3-1/3'ten azını yedi 4- Oral alım yok						
<b>2-İştah durumu</b> 1-İyi 2-Orta 3-Azalmış 4-Oral alım yok						
<b>3-Endişe/kaygı durumu</b> 1-Rahat 2-Biraz kaygılı 3-Kaygılı						
<b>4-Yorgunluk</b> 1- Kendini iyi hissediyor 2-Biraz yorgun hissediyor 3-Yorgun hissediyor						
<b>5-Ağrı Durumu</b> 1-Yok 2-Hafif 3-Orta 4-Şiddetli						
<b>6-Isırma-Çiğneme gücüne neden olan problem varlığı</b> 1-yok 2-var 3-Oral alım yok						
<b>7-Solunum problemleri</b> 1-yok 2-var						
<b>8-Yemek öncesi ve yemek sırasında solunum uygulamaları (maske/ nasal kanül ile O2/ ilaç uygulaması)</b> 1-yok 2-var 3-oral alım yok						
<b>9-Bulantı</b> 1-Yok 2-var						
<b>10-Kusma</b> <b>0-yok</b> <b>Var (Sayı).....</b>						

<i>Tarih</i>	<i>..../..../201..</i>	<i>..../..../201.</i>	<i>..../..../201..</i>	
<i>İzlem</i>	<i>1. izlem</i>	<i>2.izlem</i>	<i>3.izlem</i>	<i>Not</i>
<i>Ameliyat olma durumu</i>	<i>Preop</i>	<i>Po1</i>	<i>Po3</i>	
<i>Öğünler</i>	<i>Ö</i>	<i>A</i>	<i>Ö</i>	<i>A</i>
<b>11-Distansiyon</b> 1-Yok 2-Hafif 3-Orta 4-Şiddetli				
<b>12-Aktivite düzeyi</b> 1-Yatak içi immobil 2-Yatak içi mobil 3-Yatak dışı destekli mobil 4-Mobil				
<b>13-Yemekleri bağımsız yiyebilme yeteneği</b> 1-Bağımsız 2-Hazırlanırken yardıma ihtiyaç duyuyor fakat yemeğini kendisi yiyebiliyor 3-Fiziksel yardım gerekiyor 4-Tamamen bağımlı (iki veya daha fazla kişinin yardımına ihtiyaç duyuyor) 5-Oral alım yok				
<b>14-Yemek yerken alabildiği pozisyon</b> 1- oturur pozisyon 2-Yarı oturur pozisyon 3-Supine pozisyon 4-Yan yatar pozisyon 5- Oral alım yok				
<b>15-Önerilen diyet</b> 1-Normal 2-DM diyeti 3-Tuzsuz kolesterolü kısıtlı diyet 4-Diğer..... <b>6-Oral alım yok</b>				
<b>16-Önerilen diyetin kıvamu</b> 1-Normal(R3) 2-R1 3-R2 4-yok				
<b>17-Hastanın önerilen diyeti uygulama durumu</b> 1- Tam uyguladı 2-Diyetine uydu fakat hoşlanmadı 3-Diyetine ek başka besinler aldı 4-Diyetinden tamamen farklı yemek yedi 5-Önerilen miktardan daha az yedi 6-Hiç yemedi <b>7- Oral alım yok</b>				
<b>18-Yemeklerin hazırlanışı/ sunumu ile ilgili görüşü</b> 1-Sunum ve görünüm iyi değil 2-Soğuk 3-Lezzeti/tadı iyi değil 4-Yem çeş. yeterli değ./diyetine uyg değ. 5-Yemeklerle ilgili problem yok <b>6- Oral alım yok</b>				

<i>Tarih</i>	..../..../201..	..../..../201..	..../..../201..				
<i>İzlem</i>	<i>1. izlem</i>		<i>2.izlem</i>		<i>3.izlem</i>		<i>Not</i>
<i>Ameliyat olma durumu</i>	<i>Preop</i>		<i>Po1</i>		<i>Po3</i>		
<i>Öğünler</i>	Ö	A	Ö	Ö	A	Ö	
<b>Yemek saatindeki uygulamalar</b>							
<b>19- Yemek saatinde, hastayı rahatsız edici uygulamalar</b> 1-Var 2-Yok 3-Oral alım yok							
<b>20-Yemek öncesi rahatlatıcı/ yemeğe hazırlayacak uygulamalar</b> 1-Hemşire hazırladı 2-Refakatçi hazırladı 3-Uygulamaya gerek var yapılmadı 4-Gerek yok 5-Oral alım yok							
<b>21- Yemek öncesi hastanın yemeğe fiziksel olarak hazırlanması</b> 1-Hemşire hazırladı 2-Refakatçi hazırladı 3-Uygulamaya gerek var yapılmadı 4-Uygulamaya gerek yok 5-Oral alım yok							
<b>22-Yemek sırasında hastanın yemek için teşvik edilmesi</b> 1-Hemşire teşvik etti 2-Refakatçi teşvik etti 3-Uygulamaya gerek var teşvik edilmedi 4-Uygulamaya gerek yok 5-Oral alım yok							
<b>23-Yemek öncesi ağrı kontrolünün sağlanması</b> 1-Gerek var ağrıya müdahale edilmedi 2-Gerek var ağrı kontrolü sağlandı 3-Uygulamaya gerek yok-ağrı yok							
<b>24- Yemek öncesi bulantının azaltılması</b> 1-Gerek var bulantıya müdahale edilmedi 2-Gerek var bulantı kontrolü sağlandı 3-Uygulamaya gerek yok-bulantı yok							
<b>25-Yemek sırasında odada ziyaretçi bulunması</b> 1-Gerek var ziyaretçiler çıkarılmadı 2-Ziyaretçiler çıkarıldı 3-Gerek yok ziyaretçi yok							
<b>26-Yemek sırasında/ sonrasında hastayı gözlemeleme durumu</b> 1-Hemşire hastayı gözlemledi 2- Hemşire hastayı gözlemlemedi 3-Gerek yoktu							
<b>27-Yemek yeme kaydı</b> 1-Hemşire hastayı gözlemleyerek kayıt 2- Hemşire yemekten sonra hastaya sorarak kayıt tuttu 3-Gerek yoktu							

**BÖLÜM 6: HASTALARIN İZLEM YAPILAN GÜNLERDE AĞIZDAN BESLENMESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

<i>Tarih</i>	<i>..../..../201..</i>	<i>..../..../201..</i>	<i>..../..../201..</i>	
<i>İzlem</i>	<i>1. izlem</i>	<i>2.izlem</i>	<i>3.izlem</i>	<i>Not</i>
<i>Ameliyat olma durumu</i>	<i>Preop</i>	<i>Po1</i>	<i>Po3</i>	
<b>1-Bilinç durumu(GKS Puanı)</b>				
<b>2-Yutma bozukluğu:</b> 1-var ((özellik) 2-yok 3-Oral alım yok				
<b>3-Konstipasyon</b> 1-var 2-yok				
<b>4-Diyare</b> 0-Yok 1-var <i>Sayı.....</i>				
<b>5-Lavman/laksatif uygulaması</b> 1-Mg calcine/oral laksatif 2-BT enema 3-Uygulanmadı 4-Gerek yoktu				
<b>6-Metabolik gereksinimi arttıran sağlık sorunu</b> 1-var 2-yok				
<b>7- Akıntı/yara drenajı/kanama</b> 1-var 2-yok				
<b>8-2. derece ve üzeri bası yarası/deri ülseri/açık yara</b> 1-var 2-yok				
<b>9-Kırık-Travma</b> 1-var 2-yok				
<b>10-Ağızdan besin ve sıvı alımı kısıtlama süresi (saat olarak)</b>				
<b>11-Pre-op ağızdan besin ve sıvı alımı kısıtlama süresi(saat)</b>				
<b>12-Hastanın beslenmesi ile ilgili hemşirenin yaklaşımı</b> 1- Beslenme durumunu değerlendirmede 2- Beslenme durumunu ayrıntılı olarak değerlendirdi				
<b>13-Hastaya beslenmesi ile ilgili gerekli bilgilendirme/ eğitimin yapılması</b> 1-Hemşire hastaya/yakınlarına beslenme ve diyeti ile ilgili planlı eğitim yaptı 2-Pre-op aç kalma ve po oral alıma başlama ile ilgili bilgilendirdi				
<b>14-Var olan beslenme sorununu farkederek çözüm araması</b> 1-Hemşire var olan yeme/beslenme sorununu farketmedi 2-Farketti fakat girişimde bulunmadı 3-Farketti ve soruna çözüm aradı 4-Beslenme sorunu yoktu				

**EK:5**

**HEMŞİRE VERİ TOPLAMA FORMU FORMU**

**1-Anket No:.....**

**2-Yaşınız:.....**

**3-Hastanede çalışma süreniz :.....**

**4-Ortopedi servisinde çalışma süreniz:.....**

**5-Mezun olduğunuz okul**

1-Sağlık Meslek Lisesi

2-Hemşirelik Yüksek Okulu/sağlık yüksek okulu(lisans)

3-Açıköğretim lisans

4-Lisans üstü

5-Diğer(belirtiniz).....

**6- Servisinizde yatan hastalar ne tür beslenme problemleri yaşıyorlar?**

**7-Beslenme problemleri servisinizde yatan hastalardan en fazla kimlerde görülmektedir?**

**8-Yaşlı hastalarınızda ağızdan beslenmelerini etkileyen ne tür problemlerle karşılaşıyorsunuz?**

**9-Bu problemleri nasıl farkediyorsunuz? Değerlendirme yapıyor musunuz? (Evet ise) Bu değerlendirmeyi nasıl yapıyorsunuz?**

**10-Bakım verdiğiniz hastanızın beslenmesi ile ilgili bir sorun farketmişinizde ne yapıyorsunuz?**

**11-Hastalarınızın ağızdan beslenmelerini etkileyen (zorlaştıran/kolaylaştıran) tıbbi yada hastanenin yemek politikaları ile ilgili uygulamalar var mıdır? Bu konudaki düşünceleriniz nelerdir.**

**12-Hastalarınızın tükettikleri besinleri değerlendiriyor musunuz?**

**Evet**

**Nasıl**

**Hayır**

**Neden**

**14-Elde ettiğiniz bilgiler sonucunda ne yapıyorsunuz?**

**15-Bu konu hemşirelik yasası ve yönetmeliklerinde nasıl yer almaktadır?**

## EK 6. HASTANE İZİNİ



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Sayı : 70580441.900 / 2013  
Birim : Personel  
Konu :

10/04 / 2013

T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrenciniz Ayşe Dudu KILINÇ'ın "Ortopedik Servisinde Yatan Yaşlıların Ağız Yoluyla Beslenmesini Etkileyen Faktörler ve Hemşirelik Girişimlerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını hastanemiz kliniklerinde uygulama yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Nazım MUTLU  
Başhekim



## EK 7.ETİK KURUL ONAYI

			
<b>KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU</b>			
ETİK KURULUN ADI		KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
AÇIK ADRES		Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Birimi Umutepe Yerleşkesi /KOCAELİ	
TELEFON		0262 303 71 64	
FAKS		0262 303 74 63	
E-POSTA		etikkurul@kocaeli.edu.tr	

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ortopedi servisinde yatan yaşlıların ağız yolu ile beslenmesini etkileyen faktörler ve hemşirelik girişimlerinin değerlendirilmesi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	KOU KA EK 2012/117		
	EUDRACT NUMARASI			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Ayşe Dudu Kılınc		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşiresi		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Süreyya Karaöz(Danışman)/Doç.Dr.Levent Buluç		
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Sağlık Yüksek Okulu /Cerrahi Hast.Hemşireliği		
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	KOU Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Kocaeli Sağlık Yüksek Okulu		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Umutepe Yerleşkesi Üçtepeliler/İZMİT		
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	

ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>
	FAZ 2	<input type="checkbox"/>
	FAZ 3	<input type="checkbox"/>
	FAZ 4	<input type="checkbox"/>
	BE/BY	<input type="checkbox"/>
	DİĞER	<input type="checkbox"/>
	İLAÇ ARAŞTIRMA	<input checked="" type="checkbox"/>
	İLAÇ ARAŞTIRMA	Dişi <input checked="" type="checkbox"/>

ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>
-------------------------------	------------------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------------	---------------------------------------

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	09.10.2012		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	09.10.2012		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	-
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	-
	İLAN	<input type="checkbox"/>	-
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	-
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	-
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	-
	DİĞER	<input type="checkbox"/>	-

Etik Kurul Değerlendirme Formu  
28 Nisan 2009 Versiyon No:1

1

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 12/9	Proje No: KOU KAEK 2012/117	Tarih : 09.10.2012
	Ayşe Duda Kılınç'ın Doktora Tez başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy çokluğu ile karar verilmiştir.		

**ETİK KURUL BİLGİLERİ**

ÇALIŞMA ESASI	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420), Helsinki Bildirgesi (2008), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (10 Aralık 2010), ICH/GCP-Guideline for Good Clinical Practice (10 Haziran 1996) İnsan Denekleri İçeren Biyomedikal Araştırmaların Uluslar arası Rehber Kuralları (CIOMS, 2002), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (10 Mart 2011/6212), Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde -10 (6 Nisan 2011, 6225)
---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: KOU TF Tıp Tarihi ve Etik AD./PROF. DR. NERMIN ERSOY  
ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	İlişki *		Katılım **		İmza
				E	H	E	H	
Prof. Dr. Nermin ERSOY Başkan	Deontoloji	KOU TF Tıp Tarihi ve Etik AD.	K	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N. Ersoy
Prof. Dr. Dilek URAL Başkan Yard.	Kardiyoloji	KOU TF Kardiyoloji AD	K	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ali İzzet
Prof. Dr. B. Faruk ERDEN Üye	Farmakoloji	KOU TF Farmakoloji AD.	E	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yeşim GÜRBÜZ Üye	Patoloji	KOU TF Patoloji AD.	K	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	katılmadı
Doç. Dr. Gülcan TÜRKER Üye	Pediyatri	KOU TF Çocuk Sağlığı ve Hast. AD.	K	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Berna Ayakta ŞERİFİ Üye	Haik Sağlığı	Izmit 1 Nolu AÇSAP	K	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yard. Doç. Dr. Ayşe KARSON Raportör	Fizyoloji	KOU TF Fizyoloji AD	K	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hale MARAL KIR Üye	Biokimya	KOU TF Biokimya AD.	K	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	katılmadı
Doç. Dr. Yavuz Gürkan Üye	Anestezi ve reanimasyon	KOU Tıp fak.	E	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Murat GÜVEN Üye	Genel cerrahi	Kocaeli Derince Eğt. Arş Hastanesi	E	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Av. Ersayın IŞIK Üye	Avukat	Kocaeli Barosu	E	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ayşe Tırka Üye	Hasta Hakları Temsilcisi	Emekli	K	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\* :Araştırma ile İlişki  
\*\* :Toplantıda Bulunma

## EK 8. HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

### KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

**1. Çalışmanın adı:**

Ortopedi Servisinde Yatan Yaşlıların Ağız Yolu İle Beslenmesini Etkileyen Faktörler Ve Hemşirelik Girişimlerinin Değerlendirilmesi

**2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.**

Ayşe Kılınç, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, 0262 303 7825  
Prof. Dr. Süreyya Karaöz Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, 0262 303 7802

**3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:**

Bu araştırma ortopedi servisinde yatan 60 yaş ve üzerindeki hastaların ağız yolu ile beslenmesini etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bir araştırmadır. Kliniğe kabul edildiğinizde ve taburcu olmadan önce sizden bazı bilgiler alınacak, muayeneniz yapılacak ve bazı ölçümlerinizi yapılarak beslenme durumunuz değerlendirilecektir.

Klinikte yattığınız süre içinde yemek yeme durumunuz belirlenecektir.

**4. Neden ben seçildim?**

60 yaşın üzerinde olduğunuz ve ortopedi kliniğinde en az üç gün tedavi göreceğiniz için siz seçildiniz.

**5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?**

Bu araştırmaya katılma zorunluluğunuz yoktur. Katılımınız ortopedi kliniğinde tedavi gören yaşlıların beslenmesi için yeni yaklaşımlar oluşturmak amacıyla önem taşımaktadır. Araştırmaya katılırsanız bile sonuna kadar devam etmek zorunda değilsiniz.

**6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?**

Size özel bir müdahale yapılmayacak. Ancak hastanede yattığınız süre içinde beslenme durumunuz yakından izlenecek ve çeşitli formlara kaydedilecek. Kilo, boy, karın çevresi, bacak çevresi gibi ölçümlerinizi yapılacak ve kaydedilecek. Ayrıca yediğiniz yiyecekleri sizden yada yakınınızdan kaydetmeniz istenecek. Bunun için araştırmacı tarafından size bilgi verilecek.

**7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?**

Hiçbir dezavantajı yada riski yoktur.

**8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?**

Ortopedi kliniğine yatırıldığınız gün beslenme değerlendirmeniz ve ölçümlerinizi yapılacak, beslenmenizde ciddi bir bozukluk varsa doktorunuz, hemşireniz ve diyetisyeninizle görüşülerek size özel bir beslenme programı oluşturulması sağlanacaktır.

**9. Araştırma masrafları:**

Araştırma için sizin yada bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumunun hiçbir masrafı olmayacaktır.

Form D - Katılımcı Bilgilendirme (D<sup>1</sup>) Ve Onam Formu (D<sup>2</sup>)

3

1





T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?  
Araştırmada herhangi bir uygulama/müdahale yapılmayacağı için size zarar vermesi söz konusu değildir.
11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?  
Kimlik bilgileriniz ve elde edilen veriler araştırmacıda saklı kalacak, beslenmenizde ciddi bir bozukluk var ise sizin izninizle doktorunuz yada hemşirenizle paylaşılacaktır. Araştırma sonuçlarınız kimlik bilgileriniz açıklanmadan araştırma tez raporunda yer alacaktır ve bilimsel makale olarak sunulabilecek/yayınlanabilecektir.
12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?  
Araştırma sonunda durumunuzla ilgili bilgi verilecektir.
13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?  
Araştırma sonuçları araştırmacı tarafından bir süre saklandıktan sonra imha edilecektir.
14. Daha ayrıntılı bilgi için,  
Ayşe Kılınç, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, 0262 303 7825
15. Teşekkür:  
Zaman ayırdığınız ve araştırmaya katkı verdiğiniz için teşekkür ederiz.
16. Şikâyet için başvuru adresi verilmelidir;

ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Ortopedi Servisinde Yatan Yaşlıların Ağız Yolu İle Beslenme4sini Etkileyen Faktörler Ve Hemşirelik Girişimlerinin Değerlendirilmesi

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? Lütfen ismini yazınız....Ayşe Kılınç		

İmza:


Adı / Soyadı: Zeynep Kaya

Tarih: 3.4.2013

Form D - Katılımcı Bilgilendirme (D<sup>1</sup>) Ve Onam Formu (D<sup>2</sup>)

2

## EK 9. HEMŞİRE BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

**T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**  
**KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU**

1. **Çalışmanın adı:**  
Ortopedi Servisinde Yatan Yaşlıların Ağız Yolu İle Beslenmesini Etkileyen Faktörler Ve Hemşirelik Girişimlerinin Değerlendirilmesi

2. **Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.**  
Ayşe Kılınç, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, 0262 303 7825  
Prof. Dr. Süreyya Karaöz Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, 0262 303 7802

3. **Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:**  
Bu araştırma ortopedi servisinde yatan 60 yaş ve üzerindeki hastaların ağız yolu ile beslenmesini etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bir araştırmadır. Kliniğe kabul edildiğinizde ve taburcu olmadan önce sizden bazı bilgiler alınacak, muayeneniz yapılacak ve bazı ölçümlerinizi yapılarak beslenme durumunuz değerlendirilecektir.  
Klinikte yattığınız süre içinde yemek yeme durumunuz belirlenecektir.

4. **Neden ben seçildim?**  
60 yaşın üzerinde olduğunuz ve ortopedi kliniğinde en az üç gün tedavi göreceğiniz için siz seçildiniz.

5. **Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?**  
Bu araştırmaya katılma zorunluluğunuz yoktur. Katılımınız ortopedi kliniğinde tedavi gören yaşlıların beslenmesi için yeni yaklaşımlar oluşturmak amacıyla önem taşımaktadır. Araştırmaya katılırsanız bile sonuna kadar devam etmek zorunda değilsiniz.

6. **Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?**  
Size özel bir müdahale yapılmayacak. Ancak hastanede yattığınız süre içinde beslenme durumunuz yakından izlenecek ve çeşitli formlara kaydedilecek. Kilo, boy, karın çevresi, bacak çevresi gibi ölçümlerinizi yapılacak ve kaydedilecek. Ayrıca yediğiniz yiyecekleri sizden yada yakınınızdan kaydetmeniz istenecek. Bunun için araştırmacı tarafından size bilgi verilecek.

7. **Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?**  
Hiçbir dezavantajı yada riski yoktur.

8. **Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?**  
Ortopedi kliniğine yatırıldığınız gün beslenme değerlendirmeniz ve ölçümlerinizi yapılacak, beslenmenizde ciddi bir bozukluk varsa doktorunuz, hemşireniz ve diyetisyeninizle görüşülerek size özel bir beslenme programı oluşturulması sağlanacaktır.

9. **Araştırma masrafları:**  
Araştırma için sizin yada bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumunun hiçbir masrafı olmayacaktır.

Form D - Katılımcı Bilgilendirme (D<sup>1</sup>) Ve Onam Formu (D<sup>2</sup>)

③ 1



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Araştırma sonunda sonuçlarla ilgili size bilgi verilecektir.

**13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?**

Araştırma sonuçları araştırmacı tarafından bir süre saklandıktan sonra imha edilecektir.

**14. Daha ayrıntılı bilgi için,**

Ayşe Kılıç, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, 0262 303 7825

**15. Teşekkür:**

Zaman ayırdığınız ve araştırmaya katkı verdiğiniz için teşekkür ederiz.

**16. Şikâyet için başvuru adresi verilmelidir;**

ONAM FORMU

**Araştırmannın Adı:** Ortopedi Servisinde Yatan Yaşlıların Ağız Yolu İle Beslenme4sini Etkileyen Faktörler Ve Hemşirelik Girişimlerinin Değerlendirilmesi

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? Lütfen ismini yazınız.... Ayşe Kılıç		

İmza:

*[Handwritten Signature]*

Adı / Soyadı: Emre Erol

Tarih: 21.01.14

## ÖZGEÇMİŞ

### 1. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Ayşe Dudu KILINÇ  
Doğum Yeri ve Tarihi : Çay 1967  
Uyruğu : T.C.  
Medeni Durumu : Evli  
Çalıştığı Kurum : Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu  
İletişim Adresi ve Telefonu : Fatih Sultan Mehmet Mah. Mehmet Sadık Efe Sok. No:2  
Sarımeşe Konakları C1 blok Daire:10 Kartepe/Kocaeli Tel:(262) 372 21 60

### 2. Eğitimi

2008-.....: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği  
Doktora Programı

1991-1994: İstanbul Üniversitesi İç hastalıkları Hemşireliği Bilim Uzmanlığı (Yüksek  
Lisans)

1985-1990: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu (Lisans)

**Yabancı Dil:** İngilizce (ÜDS puanı:55)

**3. Ünvanları:** 1994: Bilim Uzmanı

4. Mesleki Deneyimi

1994-.....: Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğretim  
Görevlisi

1990-1994: Özel Görüntüleme Merkezi

1985-1990: Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Klinik Hemşireliği

### 4. Üye olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk hemşireler Derneği

Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği

Onkoloji Hemşireleri Derneği

Kocaeli Kansere Mücadele Derneği

## 5.Bilimsel Etkinlikler

### Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

1. Çalışkan E, Ergin A, Taşkiran A, Özgür T, Kılınç AD, Tekcan M, Gençoğlu S, Yılmaz E, Yazıcı S, Reasons of women for not participating in an exercise intervention program for overweight and obesity, Obesity Reviews, Vol:15 Issue:3, 232-233, 2014, DOI: 10.1111/obr.12135 (2014)

### Ulusal Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

1. Şenses M, Eriş N, Ağırbaş K, Ökten Ş, Yıldızoğlu İ, Kılınç AD. Dünyada ve Türkiyede Hasta Bakımında Erkeklerin Yeri, Hemşirelik Forumu.2001; 4, 62,

2. Eriş N, Ağırbaş K, Şenses M, Ökten Ş, Yıldızoğlu İ, Kılınç AD. Kocaeli Merkez ve Gölcük İlçelerinde Koruyucu ve Tedavi edici Hizmet Çalışanlarının Sağlık Memurluğu Mesleğinin Erkek Üyelerine İlişkin Düşünceleri, Hastane Yönetimi.2001; Ocak-Şubat, 27

### Bildiri Bilgileri

1. Eriş N, Ağırbaş K, Şenses M, Kılınç AD, Ökten Ş, Yıldızoğlu İ, Sağlık Memuru Lisans Öğrencilerinin Beklentileri, 2000'li Yıllarda Sağlık Yüksek Okullarında Eğitimin Geleceği Sempozyumu Bildiri Özet Kitabı, 2000

2. Kılınç AD, Karaöz S,"Elibol N. Cerrahi girişim uygulanan yaşlılarda hastane malnütrisyonu ve hemşirenin rolü, 14.Ulusal Hemşirelik Kongresi, Poster Bildiri 2013

3.Kılınç AD, Ergin A, Gebelikte Kansere Ne Kadar Biliniyor? Sakarya Üniversitesi Kadın Sağlığı Kongresi Uluslararası, 3-5 Haziran 2010 ,

4. Göz F, Şenses M, Ateş N, Karakuzu AD, Zihinsel Özürlü Çocuk Ailelerinin Evde Bakım İle İlgili Sorunlarının Belirlenmesi, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi , (1998)

### Verdiği Konferans ve Seminerler

1.Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu, KOÜ Tıp Fakültesi Araştırma Uygulama Hastanesi İzmit Salonu, 2012

2.Ana Baba Okulu/Ev Kazalarında İlk Yardım, KOU Konferans Salonu 2002,

3.Ev Kazalarında İlk Yardım, Köseköy Meslek Yüksek Okulu, 2002