T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

DAHİLİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN NÜTRİSYONEL FARKINDALIK DÜZEYİNİN HEMŞİRELİK SÜRECİNE YANSIMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kübra Nur GENÇ

İstanbul
Haziran-2025

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

DAHİLİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN NÜTRİSYONEL FARKINDALIK DÜZEYİNİN HEMŞİRELİK SÜRECİNE YANSIMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kübra Nur GENÇ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ

İstanbul
Haziran-2025

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman	Prof. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ
Üye	Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Üye	Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım **"Dahili Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Nütrisyonel Farkındalık Düzeyinin Hemşirelik Sürecine Yansıması"** adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Kübra Nur GENÇ

ÖN SÖZ

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi, deneyim ve desteğiyle bana yol gösteren, katkılarını ve ilgisini hiçbir zaman esirgemeyen, birlikte çalışmaktan büyük onur duyduğum değerli tez danışmanım Prof. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ' a,

Tez savunma sınavıma katılan değerli jüri üyelerim **Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK' e** ve **Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER' e**

Tezimi uygulama aşamasında araştırmamı destekleyen değerli meslektaşlarıma,

Her zaman yanımda olan, başarım ile gurur duyan, karşılaştığım zorluklarda her zaman en büyük destekçim sevgili AİLEME,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Kübra Nur GENÇ
İstanbul-2025

ÖZET

DAHİLİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN NÜTRİSYONEL FARKINDALIK DÜZEYİNİN HEMŞİRELİK SÜRECİNE YANSIMASI

Kübra Nur GENÇ

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ

Haziran, 2025 – 98 Sayfa

Bu araştırma, dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin, nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum ve bilgi düzeyi ile algılanan nütrisyonel bakım kalitesini belirlemek ve bu farkındalığı hemşirelik sürecine yansıtma durumunu incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma Eylül- Aralık 2024 tarihleri arasında İstanbul' da bulunan bir şehir hastanesinin dahili kliniklerinde çalışan 395 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum puan ortalaması 25,37 ± 2,78; nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi puanı 27,47 ± 6,20 ve algılanan nütrisyonel bakım kalitesi puan ortalaması 37,71 ± 5,92 olarak tespit edilmiştir. Hemşirelerin nütrisyonel farkındalık düzeylerinin yaş, mesleki deneyim, eğitim durumu ve nütrisyonel bakım uygulamaları gibi değişkenlerle ilişkili olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Özellikle nütrisyon eğitimi alan ve nütrisyonel bakım süreçlerini aktif olarak uygulayan hemşirelerin nütrisyonel farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%87,1) klinikte yatan her hasta için nütrisyona yönelik hemşirelik sürecini uyguladığı, tamamına yakınının da (%94,7) "Dengesiz Beslenme: Beden Gereksiniminden Az Beslenme/Riski" hemşirelik tanısını kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca "Dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az beslenme / riski", "Sıvı volüm eksikliği / riski" ve "Elektrolit dengesinde bozulma / riski" tanılarını kullanan hemşirelerin bu tanıları kullanmayanlara göre nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum ve bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Nütrisyonel

farkındalığın artırılmasına yönelik hizmet içi eğitim programlarının yapılması, nütrisyon desteğine yönelik örnek hemşirelik sürecini yansıtacak rehberlerin oluşturulması ve bu rehberlerin kliniklerde paylaşılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Nütrisyonel Farkındalık, Hemşirelik süreci, Dahili Klinikler

ABSTRACT

REFLECTION ON THE NURSING PROCESS OF THE NUTRITIONAL AWARENESS LEVELS OF NURSES WORKING IN INTERNAL MEDICINE CLINICS

Kübra Nur GENÇ

Master of Science, Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ

June, 2025 – 98 Pages

This study aimed to determine the attitudes and knowledge levels of nurses working in internal medicine clinics regarding the importance of nutritional assessment and the perceived quality of nutritional care, and to examine the extent to which this awareness is reflected in the nursing process. The research was conducted between September and December 2024 with 395 nurses working in the internal medicine clinics of a city hospital in Istanbul. Data were collected using the Introductory Information Form and the Scale for Assessing the Importance of Nutritional Assessment, Knowledge Level Regarding Nutritional Care, and Perceived Quality of Nutritional Care among Nurses. The mean score regarding the importance of nutritional assessment was 25,37 ± 2,78; the mean score for knowledge level regarding nutritional care was 27,47 ± 6,20; and the mean score for perceived quality of nutritional care was 37,71 ± 5,92. Nutritional awareness levels were significantly associated with age, professional experience, educational status, and the implementation of nutritional care practices ($p < 0,05$). Nurses who had received nutritional training and actively applied nutritional care had higher awareness levels ($p < 0,05$). Most nurses (87,1%) reported applying the nutritional component of the nursing process to every patient, and nearly all (94,7%) reported using the nursing diagnosis “Imbalanced Nutrition: Less Than Body Requirements/Risk.” Nurses who used additional diagnoses such as “Fluid Volume Deficit/Risk” and “Electrolyte Imbalance/Risk” had higher scores in terms of attitudes and knowledge levels compared to those who did not. It is recommended that in-service training programs be implemented, and that practical nursing guidelines on nutritional support be developed and shared within clinical settings.

Keywords: Nurse, Nutritional Awareness, Nursing Process, Internal Medicine Clinics

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... **i**
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ ..... **ii**
ÖN SÖZ ..... **iii**
ÖZET ..... **iv**
ABSTRACT ..... **vi**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **xi**
KISALTMALAR LİSTESİ ..... **xii**
BİRİNCİ BÖLÜM **1**
1. GİRİŞ **1**
İKİNCİ BÖLÜM **3**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Nütrisyon Kavramı ve Farkındalığı 3
2.1.1. Nütrisyon 3
2.1.2. Nütrisyonel Farkındalık 4
2.1.3. Nütrisyonel Eksikliklerin Klinik Etkileri 5
2.1.4. Nütrisyonel Farkındalık Ölçütleri 6
2.1.5. Kültürel ve Sosyoekonomik Faktörlerin Nütrisyon Üzerindeki Etkisi 7
2.1.6. Nütrisyonel Farkındalıkta Multidisipliner Yaklaşım 8
2.1.7. Dahili Kliniklerinde Hemşirelerin Beslenme Yönetimindeki Rolü 9
2.2. Hemşirelik Süreci ve Nütrisyon 10
2.2.1. Hemşirelik Sürecinin Temel Aşamaları 11
2.2.2. Nütrisyonel Değerlendirmenin Hemşirelik Sürecindeki Yeri 12
2.2.3. Nütrisyona Yönelik Hemşirelik Tanıları 14
2.2.4. Hemşirelik Planlamasında Beslenme Hedefleri 19
2.2.5. Nütrisyonel Bakımın Hasta Sonuçlarına Etkisi 20
2.3. Dahili Kliniklerinde Tedavi Gören Hastalarda Beslenme Yönetimi 21
2.3.1. Hasta Gruplarına Göre Nütrisyonel Yaklaşımlar 22
2.3.2. Beslenme Desteğinin Sürdürülmesinde Hemşirelerin Sorumlulukları 23
2.3.3. Beslenme Yönetiminde Hemşirelerin Karşılaştığı Zorluklar ve Çözüm Önerileri 24
2.4. Beslenme Eğitimi ve Farkındalık Artırma Çalışmalarının Önemi 26

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM 27
3. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ 27
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 28
3.4. Dahil Edilme Kriterleri 28
3.5. Araştırmanın Değişkenleri 28
3.6. Veri Toplama Araçları 29
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu 29
3.6.2. "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" 29
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi 30
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu 31
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM 32
4. BULGULAR 32
4.1. Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular 32
4.2. Hemşirelerin Hasta Bakımında Nütrisyon Değerlendirmesine Yönelik Bulgular 33
4.3. "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular 35
4.4. "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalamalarının Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular . 37
4.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına ilişkin Bulgular 38
4.6. Hemşirelerin Nütrisyon Değerlendirmeye Yönelik Özelliklerinin "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma

İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalaması ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular..... 42

4.7. Nütrisyonel Bakım ile İlgili Hemşirelik Tanılarına Yönelik Özelliklerinin "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalaması İle Karşılaştırılması İlişkin Bulgular 46

BEŞİNCİ BÖLÜM 49

5. TARTIŞMA 49

5.1. Hemşirelerin Nütrisyon Değerlendirmelerine Yönelik Özellikleri 49

5.2. "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Puan Ortalamalarına İlişkin Özellikleri 50

5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılmasına İlişkin Özellikleri 53

5.4. Nütrisyonel Bakıma İlişkin Hemşirelik Tanılarını Kullanma Durumunun, "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi 57

ALTINCI BÖLÜM 60

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 60

6.1. Sonuç 60

6.2. Öneriler 61

KAYNAKÇA 62

EKLER 73

ÖZGEÇMİŞ 84

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1: Normal Dağılım……..31
Tablo 4.1: Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı……..32
Tablo 4.2: Hemşirelerin Hasta Bakımından Nütrisyon Değerlendirmesine Yönelik Özelliklerine Göre Dağılımı……...34
Tablo 4.3: "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Puan Ortalamaları……...36
Tablo 4.4: "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyutlarının Korelasyon Analizi……..37
Tablo 4.5: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması…….40
Tablo 4.6: Hemşirelerin Nütrisyon Değerlendirmeye Yönelik Özelliklerinin "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması……..…44
Tablo 4.7: Hemşirelerin Nütrisyonel Bakım ile İlgili Hemşirelik Tanılarına Yönelik Özelliklerinin "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması……..…47

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

VKİ : Vücut Kitle İndeksi

MUST : Malnütrisyon Evrensel Tarama Aracı

MNA : Mini Nütrisyonel Değerlendirme

NRS- 2002 : Nütrisyonel Risk Tarama

NANDA : North America Nursing Diagnosis Association- Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Birliği

BİRİNCİ BÖLÜM
1. GİRİŞ

Nütrisyon, büyüme, gelişme, metabolik fonksiyonların sürdürülmesi ve genel sağlık durumunun korunması açısından temel bir gereksinimdir (Aksu, 2022). Bireyin vücut yapısı ve fonksiyonel durumunun önemli bir göstergesi olan nütrisyon, aynı zamanda bireyin besin ögelerine duyduğu fizyolojik ihtiyaçların ne ölçüde karşılandığını ifade etmektedir (Aksu, 2022). İnsanın temel gereksinimlerinden biri olan yeterli ve dengeli beslenme, yaşamın sürdürülebilmesi ve hayati fonksiyonların kesintisiz devamı için büyük önem taşımaktadır (Ateşeyan vd., 2023). Yetersiz veya dengesiz beslenme, hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilmekte, komplikasyon oranlarını artırmakta ve mortalite riskini yükseltmektedir (Demirkan et al., 2020; Marshall et al., 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) malnütrisyonu "enerji ve besin ögelerinin yetersiz, fazla veya dengesiz alınması durumudur ve hem yetersiz hem de aşırı beslenmeyi kapsar" olarak tanımlamıştır (DSÖ,2023). Bütün dünyada önemli bir sorun olan malnütrisyonun tespit edilebilmesi için, bireylerin hastaneye kabulü sırasında, hastanede kaldıkları süre boyunca ve hastane dışında sürekli olarak beslenme durumlarının değerlendirilmesi gerekmektedir (Aksu, 2022). Sauer vd. (2019) belirttiğine göre; ilk kez 1974 yılında Butterworth tarafından, yetersiz beslenen hastaların doğru teşhis ve tedavisini amaçlayan yeni klinik uygulamaların geliştirilmesi gerektiğini vurgulanmıştır (Sauer vd., 2019). Hastanede yatan hastalarda malnütrisyon oranlarının %10 ila %60 arasında değiştiği, ancak bu durumun sıklıkla ihmal edildiği bildirilmektedir (Gezer ve Arslan, 2023). Malnütrisyonun, hastanede yatış süresini uzatması ve bakım maliyetlerini artırmasının yanı sıra, hastaların yaşam kalitesini de düşürdüğü belirtilmiştir (Cederholm et al., 2017; Hiramatsu et al., 2019). Malnütrisyona zamanında müdahale edilebilmesi için hastaların beslenme düzeylerinin risk skorlarıyla belirlenmesi, tıbbi beslenme programlarının oluşturulması büyük önem arz etmektedir (Yürük vd., 2015). Malnütrisyonu azaltmanın en etkili yolu ise kanıta dayalı iyi klinik uygulamalar ve multidisipliner beslenme ekibinin varlığıdır ve sonuçların iyileştirilmesi için multidisipliner beslenme bakımının önemine dair farkındalık oluşturulmasının sürekli bir gereklilik olduğu ifade edilmektedir (Döngel vd., 2022). Hemşirelerin, nütrisyonel bakım süreçlerinde aktif rol alması gerekmektedir; ancak literatürde hemşirelerin bu konuda bilgi eksikliği yaşadığı ve

nütrisyonel bakımın hemşirelik sürecine yeterince entegre edilmediği ifade edilmektedir (Kim & Choue, 2009; Yalcin et al., 2013).

Türkiye'de hemşirelerin nütrisyonel farkındalıklarının değerlendirilmesine yönelik çalışmalar genellikle bilgi düzeyi ile sınırlı kalmaktadır (Kısacık et al., 2019). Hastanın beslenme durumunun değerlendirilmesi ve beslenme desteğinin planlanması hasta tedavisinin önemli bir parçasıdır (Gezer ve Arslan, 2023). Bununla birlikte, hastaların nütrisyonel bakım süreçlerindeki eksikliklerin giderilmesi ve hemşirelerin bu süreçteki rollerinin güçlendirilmesi gereklidir. Bu durum, hemşirelik bakım kalitesini artırmak ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için hayati bir öneme sahiptir (Shen et al., 2011).

Bu araştırma, dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin, nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum ve bilgi düzeyi ile algılanan nütrisyonel bakım kalitesini belirlemek ve bu farkındalığı hemşirelik sürecine yansıtma durumunu ortaya koymayı amaçlamaktadır. Nütrisyonel farkındalık, hasta bakımında beslenme durumunun değerlendirilmesi, izlenmesi ve uygun nütrisyonel bakım planlarının oluşturulması açısından kritik bir öneme sahiptir. Hemşirelerin bu farkındalık düzeyleri, hasta bakımının kalitesini doğrudan etkileyebilmekte ve beslenme ile ilgili potansiyel sorunların erken tespiti ile daha etkili müdahaleler yapılmasına olanak tanıyabilmektedir.

Araştırma, hemşirelerin nütrisyonel bakım süreçlerindeki bilgi düzeylerini, tutumlarını ve algılarını değerlendirerek bu süreçlerdeki eksiklikleri ortaya koymayı ve çözüm önerileri sunmayı hedeflemektedir. Elde edilen bulgular, hemşirelik hizmetlerinin kalitesini artırmak ve hasta sonuçlarını iyileştirmek amacıyla nütrisyonel farkındalığın hemşirelik uygulamalarına entegrasyonu konusunda yol gösterici olacaktır. Bu yönüyle çalışma, hemşirelik mesleğinin nütrisyonel bakımda daha etkili bir rol üstlenmesine katkıda bulunacak ve hemşirelik uygulamaları ile hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi derinlemesine inceleyerek literatüre önemli bir katkı sunacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Nütrisyon Kavramı ve Farkındalığı

Bireylerin yaşamsal süreçlerinin sürdürülmesinde nütrisyon temel ihtiyaçlardan biridir (Rodriguez, 2004). Hemşirelerden beslenme yönetiminde, bireylerin ihtiyaçlarını doğru bir şekilde değerlendirmesi ve gerekli müdahaleleri gerçekleştirmesi beklenmektedir (Kowanko vd., 1999).

2.1.1. Nütrisyon

Nütrisyon, bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri, vücut fonksiyonlarını devam ettirebilmeleri ve genel sağlık durumlarını koruyabilmeleri için temel bir gereksinimdir. Yeterli ve dengeli beslenme, sadece bireysel sağlığın devamlılığı için değil, aynı zamanda hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde de kritik bir rol oynar (Vergon vd., 2021). Nütrisyon, organizmanın büyümesi, gelişmesi, enerji üretimi ve vücut fonksiyonlarının sürdürülmesi için ihtiyaç duyduğu besinlerin alınmasını, metabolize edilmesi ve kullanılması sürecini kapsar (Zdankiewicz vd., 2022). Bu süreç, karbonhidratlar, proteinler, yağlar, vitaminler ve mineraller gibi temel besin öğelerinin dengeli bir şekilde alınmasını içerir. Hemşirelik bakış açısından nütrisyon, hastaların ihtiyaçlarına yönelik bireyselleştirilmiş bakım planlarının oluşturulmasında temel bir rol oynar (Fletcher ve Carey, 2011).

Malnütrisyon, yetersiz beslenme, aşırı beslenme veya dengesiz beslenme sonucu vücut kompozisyonunun ve fonksiyonel durumun bozulmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), malnütrisyonu bireyin besin ve/veya enerji alımındaki eksiklik, fazlalık ya da dengesizlik olarak tanımlamaktadır (Demirağ et al., 2019). Yetersiz beslenen bireylerde malnütrisyon gelişebilir. İyileşme süreçlerini olumsuz etkileyen malnütrisyon, hastanede yatış süresinin uzaması, komplikasyonların artması ve mortalite oranlarının yükselmesi gibi sonuçlara yol açabilir (Rodriguez, 2004). Özellikle hastanede yatan bireylerde nütrisyonel durumun düzenli değerlendirilmesi ve malnütrisyon açısından doğru müdahalelerin yapılması önemlidir (Martin vd., 2014).

Nütrisyonel değerlendirme, hastaların nütrisyonel durumlarının belirlenmesi için yapılan sistematik bir süreçtir. Bu süreçte, bireyin boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ) gibi ölçümlerinin yanı sıra beslenme alışkanlıkları ve klinik durumu değerlendirilir

(Tamer, 2018). Hemşirelik uygulamalarında nütrisyonel değerlendirme, hastalar için uygun müdahalelerin planlanması açısından hayati öneme sahiptir. Bu süreç, hastanın antropometrik ölçümlerinin alınması, biyokimyasal testlerin değerlendirilmesi ve klinik gözlemlerle desteklenir (Bjerrum vd., 2012). Ayrıca, malnütrisyon riskini değerlendirmek için standardize edilmiş araçlar kullanılabilir (Zdankiewicz vd., 2022).

Beslenme yalnızca fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda bireyin ruhsal durumunu da etkiler. Besinlerin kültürel ve duygusal anlamları, bireylerin beslenme alışkanlıklarını şekillendirir. Hemşireler, bu faktörleri göz önünde bulundurarak bireylerin beslenme alışkanlıklarına duyarlı yaklaşımlar geliştirmelidir (Vergon vd., 2021).

2.1.2. Nütrisyonel Farkındalık

Nütrisyonel farkındalık, sağlık profesyonellerinin, bireylerin beslenme ihtiyaçlarını anlamalarını, değerlendirmelerini ve bu bilgiyi hasta bakımına entegre etmelerini ifade eden önemli bir kavramdır (Kurt ve Gürdoğan, 2023). Özellikle hemşirelik mesleğinde, nütrisyonel farkındalık, bireysel hasta bakımının kalitesini ve sonuçlarını doğrudan etkiler. Modern sağlık uygulamaları, nütrisyonel yönetimin hasta iyileşme sürecinde kritik bir rol oynadığını ve bu alandaki farkındalığın artırılması gerektiğini vurgulamaktadır (Vergon vd., 2021).

Yetersiz nütrisyonel farkındalık, hastaların bakım süreçlerinde malnütrisyon riskini artırabilir. Bu risk, hastane enfeksiyonlarından iyileşme sürelerine kadar geniş bir etki alanına sahiptir (Gülşen-Atalay vd., 2019). Literatürde, hemşirelerin nütrisyonel farkındalık düzeylerini artırmanın hasta bakım sonuçları üzerinde önemli bir etkisi olduğu vurgulanmaktadır (Bjerrum vd., 2012). Örneğin, nütrisyonel değerlendirme ve müdahale süreçlerinde farkındalığı yüksek olan hemşirelerin, malnütrisyonu daha erken tanımlayabildiği ve etkili müdahalelerde bulunduğu gözlemlenmiştir (Zdankiewicz vd., 2022).

Nütrisyonel farkındalık, yalnızca bilgiye dayalı bir süreç değildir; aynı zamanda bu bilginin uygulamaya geçirilme yeteneğini de içerir. Hemşireler, hastaların beslenme ihtiyaçlarını belirlemek, uygun bir bakım planı oluşturmak ve bu planı hayata geçirmekten sorumludur. Bununla birlikte, araştırmalar, zaman yönetimi, iş yükü ve eğitim eksiklikleri gibi faktörlerin bu süreçte önemli engeller oluşturduğunu belirtmektedir (Fletcher ve Carey, 2011).

Birçok hemşirelik eğitim müfredatı, nütrisyonel farkındalık konusuna yeterince odaklanmamakta, bu da hemşirelerin mezuniyet sonrası dönemde bu alandaki yetkinliklerini sınırlayabilmektedir. Eğitim programlarının, hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi, hemşirelerin nütrisyonel farkındalık düzeylerini artırmada etkili bir strateji olarak öne çıkmaktadır (Martin vd., 2014). Örneğin, belirli klinik durumlarda nütrisyonel müdahalelerin önemini vurgulayan eğitim programları, hemşirelerin hasta bakımındaki sorumluluklarını daha bilinçli bir şekilde yerine getirmelerine olanak tanımaktadır (Rodriguez, 2004). Bununla birlikte, nütrisyonel farkındalık sadece bilgi düzeyiyle sınırlı değildir; bireyin beslenme alışkanlıklarını ve ihtiyaçlarını anlamayı, psikososyal faktörleri göz önünde bulundurmayı da içerir. Hemşireler, hastaların kültürel ve bireysel beslenme tercihlerine duyarlılık göstererek daha etkili bir bakım sunabilir. Örneğin, kültürel beslenme alışkanlıkları hakkında bilgi sahibi olan hemşireler, hasta-dostu bir yaklaşım sergileyerek iyileşme süreçlerini hızlandırabilir (Vergon vd., 2021). Ayrıca, teknolojik gelişmelerin nütrisyonel farkındalık üzerindeki etkisi de giderek artmaktadır. Modern sağlık sistemlerinde kullanılan nütrisyonel değerlendirme araçları, hemşirelerin hasta bakım süreçlerini optimize etmelerine yardımcı olmaktadır. Örneğin, standardize edilmiş nütrisyonel değerlendirme ölçekleri hemşirelere bilimsel temelli bir rehber sunar ve karar verme süreçlerini kolaylaştırır (Zdankiewicz vd., 2022).

2.1.3. Nütrisyonel Eksikliklerin Klinik Etkileri

Nütrisyonel eksiklikler, bireyin fiziksel, zihinsel ve bağışıklık sistemini etkileyerek çok çeşitli klinik sonuçlara yol açabilir. Bu eksikliklerin yaygın nedenleri arasında yetersiz beslenme, kronik hastalıklar, malabsorbsiyon sorunları ve belirli ilaçların yan etkileri bulunmaktadır (Grantham-McGregor vd., 2000). Nütrisyonel eksikliklerin etkilerini anlamak, sağlık profesyonellerinin bu durumları önleme ve tedavi etme kapasitelerini artırabilir (Bjerrum et al., 2012).

Vitamin ve mineral eksiklikleri, klinik sonuçlar üzerinde derin bir etkiye sahiptir. Örneğin, demir eksikliği anemisi, dünya genelinde yaygın görülen bir durumdur ve bireylerin enerji seviyelerini, konsantrasyonlarını ve genel işlevselliklerini etkiler. Folik asit eksikliği, doğum kusurları ile ilişkilendirilirken, B12 vitamini eksikliği nörolojik ve hematolojik bozukluklara neden olabilir (Young ve Blass, 1982). Çinko eksikliği, bağışıklık sistemini zayıflatır ve yara iyileşmesini geciktirir (Williams, 2008).

Bağışıklık sisteminin etkilenmesi, nütrisyonel eksikliklerin en ciddi sonuçlarından biridir. Protein-enerji malnütrisyonu, lenfosit üretimini azaltarak bireylerin enfeksiyonlara karşı direncini düşürür. Bu durum, özellikle çocuklar ve yaşlılar gibi hassas gruplarda ciddi enfeksiyonlara ve yüksek mortalite oranlarına yol açabilir (Chandra ve Ojah, 1986). Ayrıca, bağışıklık sistemindeki zayıflık, gastrointestinal hastalıkların şiddetlenmesine neden olabilir (Dreizen vd., 1990).

Nütrisyonel eksiklikler aynı zamanda zihinsel ve nörolojik sağlık üzerinde de etkilidir. Yetersiz iyot alımı, erken yaşam döneminde bilişsel gelişimi olumsuz etkiler ve okul başarısında düşüşe neden olabilir (Grantham-McGregor vd., 2000). Ayrıca, B12 vitamini eksikliği, hafıza kaybı, konsantrasyon güçlüğü ve depresyon gibi semptomlarla ilişkilendirilmiştir (Williams, 2008).

Kronik hastalıklarda nütrisyonel eksiklikler, hastalık seyrini ve prognozu kötüleştirebilir. Örneğin, kanser tedavisi gören hastalarda kemoterapi ve radyoterapi, anoreksi, stomatit ve gastrointestinal rahatsızlıklar nedeniyle nütrisyonel eksiklikleri artırabilir. Bu durum, hastaların genel sağlığını ve tedaviye yanıtını olumsuz etkiler (Powrózek vd., 2021).

Nütrisyonel eksikliklerin belirlenmesi ve yönetimi, sağlık hizmetlerinde öncelikli bir alan olarak kabul edilmektedir. Sağlık profesyonelleri, özellikle hemşireler, nütrisyonel değerlendirme ve müdahalede kritik bir rol oynar. Ancak, bu alanda yeterli bilgi ve farkındalığın eksikliği, etkili müdahaleleri sınırlayabilir. Eğitim programları ve multidisipliner yaklaşımlar, bu eksiklikleri gidermeye yönelik etkili stratejiler olarak öne çıkmaktadır (Zdankiewicz vd., 2022).

2.1.4. Nütrisyonel Farkındalık Ölçütleri

Beslenme değerlendirmesi için nütrisyonel farkındalık ölçütleri kullanılır. Bu ölçütler Nütrisyonel Risk Tarama (NRS-2002), Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA), Malnütrisyon Evrensel Tarama Aracı (MUST) gibi standardize edilmiş araçlardır. Bu araçlar, malnütrisyon riskini erken dönemde belirlemeye ve uygun müdahaleleri planlamaya yardımcı olur (Green ve Watson, 2005; Campos del Portillo vd., 2015). Aynı zamanda, nütrisyonel farkındalığın ölçümü, bireylerin bilgi düzeylerini artırmak, farkındalık geliştirmek ve beslenme uygulamalarını iyileştirmek için kritik bir rol oynar (Gürlek Kısacık vd., 2019).

Kim ve Choue (2009), yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin beslenme yönetimi konusundaki olumlu tutumlarına rağmen, nütrisyonel değerlendirme kriterlerini kullanma konusundaki bilgileri sınırlı bulunmuştur. Bu durum, standart protokollerin uygulanması ve hemşirelik eğitimine nütrisyonel değerlendirme konularının daha fazla dahil edilmesi gerektiğini göstermektedir (Kim ve Choue, 2009).

Biyokimyasal analizler, nütrisyonel farkındalığın ölçümünde önemli bir başka yöntemdir. Collins ve Friedrich (2010) tarafından yapılan bir çalışma, serum proteinleri gibi biyokimyasal göstergelerin, malnütrisyonu tespit etmede kritik bir rol oynadığını belirtmiştir. Ancak bu göstergelerin yalnızca destekleyici bir araç olarak kullanılması gerektiği ve bireylerin genel sağlık durumunun değerlendirilmesinde daha geniş bir bakış açısının benimsenmesi gerektiği vurgulanmıştır (Collins ve Friedrich, 2010).

Nütrisyonel farkındalık ölçütleri, yalnızca bilgi düzeyini belirlenmesini değil, aynı zamanda bireylerin farkındalıklarını uygulamaya dökme becerilerini de değerlendirir (Yılmaz Akyüz, 2019). Bu bağlamda, beslenme eğitimi programlarının, bireylerin teorik bilgilerini günlük yaşamlarına entegre etme becerilerini geliştirmede önemli bir rol oynadığı vurgulanmaktadır (Çömlekçi ve Can, 2021). Zdankiewicz ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bir çalışma, hizmet içi eğitim programlarının hemşirelerin beslenme yönetimindeki bilgi ve uygulamalarını iyileştirdiğini ortaya koymuştur (Zdankiewicz vd., 2022).

Beslenme izleme ve değerlendirme uygulamaları, hastaların beslenme durumlarını değerlendirmek, tedaviye yanıtlarını izlemek ve beslenme tedavisinin etkilerini optimize etmek için hayati bir role sahiptir. Dahili kliniklerde, bu süreçlerin doğru ve sistematik bir şekilde uygulanması, malnütrisyon riskini azaltmada ve hasta bakımını iyileştirmede kritik öneme sahiptir (Persenius vd., 2008).

2.1.5. Kültürel ve Sosyoekonomik Faktörlerin Nütrisyon Üzerindeki Etkisi

Beslenme alışkanlıkları, bireylerin sağlığını belirleyen önemli bir faktördür ve bu alışkanlıklar kültürel ve sosyoekonomik koşullardan büyük ölçüde etkilenir. Kültür, bireylerin ne yediğini, nasıl yediğini ve beslenmeyi nasıl anlamlandırdığını belirleyen bir çerçeve sunarken, sosyoekonomik durum bireylerin beslenme seçimlerini doğrudan etkileyen gelir, eğitim ve sosyal statü gibi faktörleri kapsar (Gowder, 2024).

Kültür, bireylerin beslenme alışkanlıklarını yönlendiren gelenekler, inançlar ve ritüellerin bir yansımasıdır. Örneğin, belirli dini uygulamalar veya geleneksel

mutfaklar, bireylerin tükettiği besinleri sınırlandırabilir veya çeşitlendirebilir. Yemekler, toplumsal bağların güçlendirilmesinde de önemli bir rol oynar; paylaşım ve konukseverlik gibi pratikler, yemek kültürünün bir parçasıdır (Messer, 1984). Modernleşme ve küreselleşme, geleneksel diyetleri etkileyerek daha fazla işlenmiş gıda tüketimine yol açmıştır. Bu geçiş, özellikle düşük gelirli topluluklarda obezite ve diyabet gibi kronik hastalıkların artmasına neden olmuştur (Gyawali vd., 2024).

Sosyoekonomik durum, bireylerin beslenme kalitesini belirleyen en önemli faktörlerden biridir. Daha yüksek gelirli bireyler genellikle daha besleyici ve çeşitli yiyeceklere erişebilirken, düşük gelirli bireyler genellikle enerji yoğun ancak besin değeri düşük yiyeceklerle sınırlıdır. Araştırmalar, düşük sosyoekonomik grupların daha yüksek düzeyde obezite ve beslenme yetersizlikleri yaşadığını göstermektedir (Beydoun ve Wang, 2008). Eğitim seviyesi de beslenme alışkanlıklarında önemli bir rol oynar. Daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireyler, sağlıklı beslenme konusunda daha bilinçlidir ve besin çeşitliliğini artıran diyetler tercih eder (Azizi Fard vd., 2021).

Kırsal alanlarda yaşayan bireyler, şehirlerde yaşayanlara göre daha sınırlı gıda çeşitliliğine sahiptir. Tarımsal üretime dayalı kırsal topluluklarda, bireylerin diyetleri genellikle yerel üretime bağlıdır. Bu durum, mevsimsel olarak değişen gıda tüketimiyle sonuçlanabilir (Ene-Obong vd., 2001). Toplumsal eşitsizlikler, nütrisyonel farklılıkları derinleştirir. Özellikle kadınların eğitim, istihdam ve kaynaklara erişimindeki sınırlamalar, onların ve ailelerinin beslenme durumunu olumsuz etkiler (Henauw vd., 2003).

Kültürel ve sosyoekonomik faktörlerin beslenme üzerindeki etkilerini azaltmak için kamu politikalarının, eğitim programlarının ve topluluk tabanlı müdahalelerin geliştirilmesi gereklidir. Gıda güvenliğinin artırılması ve beslenme eğitimlerinin yaygınlaştırılması, bu tür sorunların çözümünde etkili olabilir (Berry, 2022).

2.1.6. Nütrisyonel Farkındalıkta Multidisipliner Yaklaşım

Nütrisyonel farkındalık, bireylerin beslenme gereksinimlerini anlamaları, bu gereksinimlere yönelik planlar geliştirmeleri ve uygulamaya koymaları açısından kritik öneme sahiptir (Alkerwi et al., 2015). Multidisipliner yaklaşımlar, bu süreçte bireyin tüm ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamak ve bakım kalitesini artırmak için vazgeçilmezdir. Bu tür yaklaşımlar, diyetisyenler, hemşireler, doktorlar ve diğer sağlık

profesyonellerinin ortak çabalarını içerir ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için birey merkezli bir model sunar (Yinusa vd., 2021).

Multidisipliner yaklaşımlar, özellikle yaşlı bireylerde malnütrisyon riskini azaltmada etkili olmuştur. Rasmussen ve arkadaşları (2018), multidisipliner nütrisyonel destek sağlayan ekiplerin mortalite oranlarını düşürdüğünü ve yaşam kalitesini artırdığını belirtmiştir. Çalışma, oral beslenme takviyeleri ve bireyselleştirilmiş beslenme danışmanlığı gibi müdahalelerin yaşlı hastalarda sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir (Rasmussen vd., 2018).

Kanser tedavisi gören bireylerde, multidisipliner yaklaşımlar, beslenme durumunu iyileştirme ve tedaviye toleransı artırmada önemli bir rol oynar. Bu tür yaklaşımlar, diyetisyenlerin vücut kompozisyonu değerlendirmelerini, doktorların medikal müdahalelerini ve hemşirelerin günlük bakım uygulamalarını içerir. Ravasco (2019), Bu tür bir iş birliğinin beslenme parametrelerini, yaşam kalitesini ve hatta sağkalımı artırabileceğini vurgulamaktadır (Ravasco, 2019).

Multidisipliner ekiplerin koordinasyonu, etkili bir iletişim ve liderlik gerektirir. Bu tür bir iş birliğini kolaylaştıran faktörler arasında düzenli ekip toplantıları, bilgi paylaşımı ve rollerin açıkça tanımlanması yer alır. Yinusa ve arkadaşları (2021), bu süreçlerin hasta, ekip ve organizasyon düzeyinde olumlu sonuçlar doğurduğunu ifade etmektedir (Yinusa vd., 2021).

Huzurevleri ve evde bakım hizmetlerinde de multidisipliner nütrisyonel destek önemli katkılar sağlar. Beck ve arkadaşları (2016), bu tür bir desteğin yaşlı bireylerde yaşam kalitesini, fiziksel performansı ve ağız sağlığını iyileştirdiğini belirtmiştir. Ayrıca, mortalite oranlarını azaltmada da etkili olduğu bildirilmiştir (Beck vd., 2016).

Multidisipliner yaklaşımlar, nütrisyonel farkındalığı artırmak ve bireylerin sağlık durumlarını iyileştirmek için etkili bir model sunmaktadır. Sağlık ekipleri arasında güçlü bir iş birliği, bu süreçte başarıyı artırmak için hayati önem taşır. Eğitim programları ve teknolojik araçların entegrasyonu, bu tür yaklaşımların başarısını daha da artırabilir.

2.1.7. Dahili Kliniklerinde Hemşirelerin Beslenme Yönetimindeki Rolü

Dahili kliniklerde çalışan hemşireler, hastaların sağlık süreçlerinde beslenme yönetiminde önemli bir role sahiptir. Bu görev hem hastaların beslenme durumlarının

değerlendirilmesini hem de gerekli müdahalelerin planlanmasını içerir. Hemşirelerin beslenme yönetimindeki rolleri, multidisipliner bir ekip içinde iş birliği yapmayı gerektirir ve hasta bakımının kalitesini artırma potansiyeline sahiptir (Jefferies vd., 2011).

Hemşirelerin beslenme yönetimindeki birincil görevlerinden biri, malnütrisyon riskini erken dönemde belirlemektir. Bu bağlamda, hemşirelerin nütrisyonel risk tarama araçlarını etkili bir şekilde kullanmaları önemlidir. Örneğin, MUST ve NRS 2002 gibi araçlar, hemşirelere bilimsel temelli rehberlik sunar ve hastaların beslenme durumlarını değerlendirmelerine olanak tanır (Möcking ve Hosters, 2023). Bunun yanı sıra, hemşirelerin hasta bakımında beslenme yönetiminde oynadığı rol, hasta ve aileleriyle beslenme hakkında bilgi paylaşmayı ve eğitimi de içerir. Örneğin, hemşireler hastalara ve ailelerine sağlıklı beslenme konusunda rehberlik edebilir ve bireysel beslenme ihtiyaçlarına uygun diyet planları önerir. Bu durum, hastaların tedaviye uyumunu artırabilir ve iyileşme süreçlerini hızlandırabilir (Henning, 2009).

Hemşirelerin beslenme yönetimindeki rolleri, yalnızca bireysel hasta bakımını değil, aynı zamanda klinik ortamların organizasyonunu da içerir. Örneğin, mealtime yönetimi ve hastaların öğünleri sırasında destek sağlama, beslenme bakımının kritik bir parçasıdır (Schreier ve Bartholomeyczik, 2008).

Multidisipliner bir ekip içinde hemşirelerin rolü, diyetisyenler, doktorlar ve diğer sağlık profesyonelleriyle iş birliği yapmayı da kapsar. Beslenme destek ekipleri, hemşirelerin hasta sonuçlarını iyileştirmede daha etkili olmalarına olanak tanır. Bu ekiplerde hemşireler, oral ve enteral beslenme uygulamalarını yönetebilir, hasta bakım planlarını düzenleyebilir ve tedavi sürecindeki beslenme hedeflerine ulaşılmasını sağlayabilir (Park vd., 2020). Hemşireler dahili kliniklerde beslenme yönetiminin ayrılmaz bir parçasıdır ve bu rollerini daha etkili bir şekilde yerine getirebilmeleri için sürekli eğitim ve destek gereklidir. Eğitim programları, hemşirelerin nütrisyonel bilgi ve becerilerini artırabilir ve klinik uygulamalarda daha etkin bir şekilde yer almalarına olanak tanır (Martin vd., 2014).

2.2. Hemşirelik Süreci ve Nütrisyon

Hemşirelik süreci, hemşirelerin hasta bakımını planlamak, uygulamak ve değerlendirmek için kullandıkları sistematik bir yöntemdir. Bu süreç; değerlendirme, tanı, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere beş aşamadan oluşur.

Nütrisyonel bakım, bu sürecin her aşamasında önemli bir yer tutar (Carpenito, 2017). Hemşirelik süreci, hasta bakımını planlama ve uygulamada sistematik bir yaklaşım sunan bir çerçevedir. Bu süreç, bireylerin fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını değerlendirme, uygun müdahaleleri belirleme ve sonuçları izleme gibi aşamalardan oluşur. Bu bütüncül yaklaşım, hasta bakımının kalitesini artırmayı ve bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlar (Carpenito, 2017).

Nütrisyon, hemşirelik sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. Yetersiz veya dengesiz beslenme, bireylerin iyileşme sürecini geciktirirken, yeterli nütrisyonel destek, hastalıkların önlenmesi ve tedavi sürecinde iyileşmeyi hızlandırır. Hemşireler, hastaların nütrisyonel durumlarını değerlendirip, bireyselleştirilmiş bakım planları oluşturarak bu süreçte kilit bir rol oynarlar (Martin vd., 2014). Ayrıca, hemşirelerin nütrisyonel bakımda, sadece biyolojik ihtiyaçları değil, bireylerin kültürel ve sosyal bağlamlarını da göz önünde bulundurması gereklidir (Jefferies vd., 2011).

2.2.1. Hemşirelik Sürecinin Temel Aşamaları

Hemşirelik süreci, sistematik bir problem çözme yöntemi olarak, bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan temel bir bakım çerçevesidir. Bu süreç, hemşirelik pratiğini birey odaklı, bilimsel ve yapılandırılmış bir yaklaşımla destekler. Beş temel aşamadan oluşan hemşirelik süreci, hasta bakımının standartlaştırılmasına ve bireyselleştirilmesine olanak tanır (Kitson vd., 2010).

1. Tanılama (Veri Toplama): Hemşirelik sürecinin ilk adımı olan tanılamada bakım gereksinimlerini karşılamak amacıyla hasta hakkında veri toplamayı kapsamaktadır. Bu basamak, hastanın hastaneye yattığı andan taburculuğuna kadar olan sürecin tamamını kapsamaktadır ve dinamik bir süreçtir. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ek olarak; fiziksel, psikososyal, bilişsel, duygusal, cinsel, işlevsel, manevi, kültürel, ekonomik ve çevresel koşullarının tarafsız, kapsamlı ve sistematik bir şekilde analiz edilmesi ve değerlendirilmesi önem taşımaktadır (Yıldırım ve Koç, 2013).

2. Hemşirelik Tanısı (Nursing Diagnosis): Bu aşamada, tanılama sonucunda elde edilen veriler, bireyin mevcut ve potansiyel sağlık sorunlarının belirlenmesi için analiz edilir. Hemşirelik sürecinin ikinci ve en önemli basamağıdır (Şendir ve Büyükyılmaz, 2013). NANDA, hemşirelik tanısını "birey/aile ya da toplumun gerçek ve olası sağlık sorunları veya yaşam süreçlerindeki yanıtları hakkındaki klinik karar" olarak tasvir etmiştir (Yıldırım ve Koç, 2013)

3. Planlama: Hemşirelik sürecinin üçüncü basamağı olan planlama aşaması, hasta için uygulanacak bakımın belirlenmesini ve sorunlara yönelik çözüm üretilmesini kapsar. Bu aşamada hastanın ihtiyaçlarına uygun bakımın sunulması için tanıya yönelik yapılacak olan girişimlerin planlanmasıdır (Erten vd., 2008)

4. Uygulama: Bireyin ihtiyaçlarına yönelik olarak, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi ya da rehabilite edilmesi amacıyla gerçekleştirilen hemşirelik müdahaleleridir (Yıldırım ve Koç, 2013). Bu aşamada, planlanan hemşirelik bakımı hayata geçirilir ve uygulanan müdahaleler, en güncel ve etkili yöntemlere dayanan kanıta dayalı uygulamalarla gerçekleştirilir (Basit, 2020). Hastanın sağlık sorununa yol açan nedenlerin ortadan kaldırılması ve sağlık durumunun en iyi seviyeye ulaştırılması amacıyla hemşirelik bakımının sağlanmasıdır. Hemşire bakım planına geçmeden önce bütün bakımı yeniden gözden geçirmeli, öncelik sıralaması yapmalı ve bakımda ihtiyacı olabilecek malzemeleri hazırlamadır. (Kaya, 2016).

5. Değerlendirme: Değerlendirme aşaması, hemşirelik müdahalelerinin etkinliğini ve bireyin hedeflere ulaşıp ulaşmadığını belirlemek için yapılır. Bu süreç, bireyin sağlık durumundaki değişikliklerin izlenmesini ve gerektiğinde bakım planında düzeltmeler yapılmasını içerir. Değerlendirme, hemşirelik sürecinin sürekli bir döngü olarak işlediğini gösterir (Conroy, 2018).

Hemşirelik sürecini, Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association, 2018), farklı branşlarda görev yapan hemşireleri bir araya getiren ve hasta merkezli, bütünsel bakımın sunulmasını sağlayan temel unsur olarak tanımlamıştır. Hemşirelik süreci, bireylerin sağlık ihtiyaçlarını etkin bir şekilde karşılamak için hemşirelere sistematik bir çerçeve sunar (Basit, 2020).

2.2.2. Nütrisyonel Değerlendirmenin Hemşirelik Sürecindeki Yeri

Nütrisyonel değerlendirme, hemşirelik sürecinde bireylerin beslenme durumunu belirlemek, mevcut ve potansiyel sorunları tespit etmek, uygun bakım planlarını oluşturmak ve uygulamak için kritik bir aşamadır. Bu değerlendirme, bireylerin sağlığı üzerinde doğrudan etkili olan beslenme gereksinimlerini anlamak ve yönetmek için temel teşkil eder (Green ve Watson, 2005).

Nütrisyonel değerlendirme, hemşirelik sürecinin "değerlendirme" aşamasında yer alır ve bireyin sağlık durumuna ilişkin verilerin toplanmasını içerir. Bu süreç, antropometrik ölçümler, biyokimyasal analizler, beslenme alışkanlıklarının

incelenmesi ve sosyal faktörlerin göz önünde bulundurulmasını kapsar. MNA ve MUST gibi standardize edilmiş araçlar, bu değerlendirmelerde sıkça kullanılır ve hemşirelerin bireylerin beslenme durumunu daha doğru ve sistematik bir şekilde analiz etmelerine yardımcı olur (Vellas vd., 1999).

Nütrisyonel değerlendirmenin yalnızca bireyin mevcut sağlık durumunu anlamaya yönelik olmadığı, aynı zamanda malnütrisyon riskinin önlenmesi ve yönetilmesi için de kritik bir öneme sahip olduğu vurgulanmaktadır. Özellikle yaşlı bireylerde malnütrisyon riski daha yüksek olduğundan, hemşirelerin bu durumu erken dönemde fark etmeleri, hastanın genel sağlık sonuçları üzerinde önemli bir fark yaratabilir (Söderhamn ve Söderhamn, 2009).

Nütrisyonel değerlendirmenin etkili bir şekilde yapılması, hemşirelerin bilgi düzeyi ve bu konuda aldığı eğitime de bağlıdır. Araştırmalar, hemşirelerin genellikle beslenme değerlendirmesi konusunda bilgi eksiklikleri yaşadığını ve bu durumun klinik uygulamalarda zorluklara yol açtığını göstermektedir. Bu nedenle, nütrisyonel değerlendirme konusundaki farkındalık ve bilgi düzeyini artırmaya yönelik eğitim programları, hemşirelik bakımının kalitesini artırmada önemli bir araç olarak görülmektedir (Henning, 2009).

Multidisipliner ekip içinde hemşirelerin rolü, nütrisyonel değerlendirme süreçlerinin etkinliğini artırmada kritik bir öneme sahiptir. Diyetisyenler, doktorlar ve diğer sağlık profesyonelleriyle iş birliği yapmak, hastanın ihtiyaçlarına yönelik daha kapsamlı bir yaklaşım sağlar. Hemşireler, hastanın sağlık durumunu düzenli olarak izleyerek, gerekli durumlarda beslenme müdahalelerinin yeniden planlanmasını destekler (Persenius vd., 2008).

Nütrisyonel değerlendirme, hasta bakımının kalitesini artırmada önemli bir rol oynar. Bakım yönetiminde kritik bir yere sahip hemşirelerin, kanıta dayalı uygulamaları takip ederek hastaları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmesi gerekmektedir. Bu kapsamda, yetersiz beslenen veya beslenme riski altında olan hastaların tespit edilmesi, uygun beslenme davranışlarına yönelik müdahalelerin planlanıp uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilerek hemşirelik sürecinin eksiksiz yürütülmesi önem taşımaktadır (Özbudak vd., 2022).

2.2.3. Nütrisyona Yönelik Hemşirelik Tanıları

Nütrisyona yönelik hemşirelik sürecinde yer almakta olan NANDA hemşirelik tanıları ve girişimleri şunlardır:

Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden Az Beslenme: Mevcut ya da potansiyel metabolik, enerji ve onarım ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde besin öğesi alımının gerçekleşmemesi durumunun önerilen günlük miktardan daha az olması durumunda olan bireyler için tanımlanır. Amaç hastanın günlük metabolik ihtiyacını ve aktivasyon düzeyini dengede tutarak beslenmesini sağlamaktır.

Hemşirelik Girişimleri;

- Hastanın beslenme durumunu ve beslenme gereksinimini karşılama ihtiyacı belirlenmeli, kalori ve diyet alımı gözlenmeli, kilo verme ve almadaki eğilimler gözlenmelidir.
- Hastanın herhangi bir besin alerjisi olup olmadığı sorgulanmalı ve hastanın gıda tercihleri belirlenmeli, hastaya beslenme ihtiyaçları öğretilmeli (örn; diyet ile ilgili rehberleri ve besin piramitleri tartışılmalı), beslenme ihtiyaçlarının karşılanması için gereken kalori sayısı ve besin tipleri (diyetisyenle iş birliği içinde) belirlenmeli, gerekirse paketlerin açılması, besinlerin kesilmesi ve yemeğin yenmesi sırasında hastaya yardım edilmelidir.
- Yoğun besleyici atıştırmalıklar sunulmalı, kabızlığı önlemek için diyetin lif içeriği yüksek yiyecekleri içerdiğinden emin olunmalıdır.
- Yemeğin iştah açıcı bir biçimde ve tüketime en uygun sıcaklıkta servisinin yapıldığından emin olunmalı, öğün tüketimi için uygun çevre sağlanmalıdır (örn, temiz havalandırılmış, rahat ve keskin kokulardan arındırılmış).
- Yaşa ve gelişimine uygun özel diyet gereksinimi konusunda hasta bilgilendirilmelidir (örn; emziren kadınlar için kalsiyum, protein ve sıvıdan zengin diyet).

Hemşirelik girişimleri (NIC); beslenme yönetimi, beslenmenin izlenmesi, beslenme danışmanlığı başlıklarında sınıflandırılabilir (Uysal ve Karataş, 2017; Baz ve Ardahan, 2016; Carpenito-Moyet, 2010).

Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden Fazla Beslenme: Bireyin mevcut ya da potansiyel metabolik gereksinimlerinden fazla besin alımı nedeniyle vücut ağırlığında

artış olan ya da olma riski taşıyan bireyler için kullanılır. Amaç hastanın neden kilo alma riski olduğunu tanımlayabilmesi ve dengeli beslenmesidir.

Hemşirelik girişimleri;

- Hastaya bir haftalık diyet listesi tutma öğretilmelidir (ne zaman, nerede, ne yediğini, niçin yenildiğini, yerken başka bir şey yapıp yapmadığını sorgulanmalıdır.)
- Yemek yemeden hemen önce duygularını ifade etmesi sağlanmalı ve yüksek/ düşük kalorili besin maddeleri gözden geçirilmelidir.
- Hastanın diyetisyen ile günlük alması gereken kalori miktarını belirleyerek beslenme sırasında dikkat etmesi gereken konularda hastaya eğitim verilmelidir.
- Hastanın tabaklarını küçülterek porsiyonların büyük görünmesini sağlanmalıdır.
- Yemekler arasında oral gereksinimi doyurmak için çiğneme gerektiren besinler yenmeli, yemek öncesinde 200- 250 ml su içilmesi sağlanmalıdır.
- Günlük yürüyüş planını oluşturup yürüyüş mesafesini ve hızını yavaş yavaş artırmak gerekmektedir.

Hemşirelik girişimleri (NIC) Beslenme yönetimi, kilo yönetimi, bireysel davranış modifikasyonu / değiştirme, egzersiz geliştirme başlıklarından oluşmaktadır (Carpenito-Moyet, 2010; Serin ve Şanlıer, 2018).

Yutmada Bozukluk: Katı ya da sıvı besinlerin mideye istemli geçişinde ortaya çıkan zorluk ile tanımlanmaktadır. Amaç Hastanın yutma refleksinde bir iyileşme olduğunu bildirmesi ya da bozukluk nedeniyle gelişebilecek komplikasyonların önüne geçilmesini sağlamaktır.

Hemşirelik girişimleri;

- Bilinç düzeyi, öksürme refleksi, öğürme refleksi ve yutma yeterliliği takip edilmeli, hastanın yemek yeme sırasındaki dil hareketleri izlenmeli, aspirasyon belirti ve bulguları açısından takip edilmelidir.
- Hastaya dilini kullanarak dudakları/ çenesi üzerindeki gıda parçacıklarına ulaşması öğretilmeli, hastanın rehabilitasyon planında devamlılığı sağlamak

için sağlık bakım ekibinin diğer üyeleri ile iş birliği yapılmalıdır (ergoterapist, konuşma terapisti ve diyetisyen).

- Boğulmada acil yardım konusunda hasta ve ailesine eğitim verilmeli, hasta ailesi de yutma egzersizleri konusunda yönlendirmek için konuşma terapisti ile iş birliği yapılmalıdır.
- Baş pozisyonu olduğunda 30 (Ng ile besleme) ile 90 derece arasında olacak şekilde ayarlanmalı, gıdalar küçük miktarda verilmelidir.
- Ağız bakımı uygun şekilde yapılmalıdır. Yutma esnasında başa öne doğru fleksiyon pozisyonu (çene göğse pozisyonu) verme de hastaya yardım edilmeli, gıdayı ağzın arka kısmına veya etkilenmemiş tarafa yerleştirme konusunda hastaya yardım edilmelidir.
- Aile veya bakım verene hastaya nasıl pozisyon verileceği, besleneceği ve takip edileceği konusunda eğitim verilmeli, hastaya yemeğini tamamladıktan sonra 30 dk oturma pozisyonunu sürdürmesine yardımcı olunmalıdır.
- Tablet formda ilaçları kırarak ya da ezerek uygun şekilde uygulanmalı ve vücut ağırlığı izlenmelidir.

Hemşirelik girişimleri (NIC) olarak aspirasyonun önlenmesi, yutma tedavisi, gözetim/ sürveyans, yutma terapistine yönlendirme, pozisyon verme başlıklarından oluşmaktadır (Carpenito-Moyet, 2010; Uysal ve Karataş, 2017).

Elektrolit Dengesizliği Riski: Serum elektrolit düzeylerinde artma ya da azalma olan ya da olma ihtimali olan hastalardaki durum olarak tanımlanır. Amaç gelişebilecek ya da gelişen bir dengesizlik durumunda sağlığın korunmasıdır.

Hemşirelik girişimler;

- Hastanın serum elektrolit düzeyleri izlenmeli, aldığı ve çıkardığı sıvı takibi yapılmalı, aldığı ve çıkardığı sıvı miktarı doğru kaydedilmelidir.
- Aşırı elektrolit dengesizliği kontrol altına alınmalıdır.
- Günlük kilo takibi yapılmalı ve değişiklikler izlenmelidir.
- Oral alımı desteklenmeli, sıvıları kolay ulaşabilecek yerlere koyulmalı, temiz içme suyu sağlanmalıdır.

- Var ise hastanın nazogastrik tüpleri normal salin ile yıkanmalıdır. Hekim order doğrultusunda uygun olan sıvı desteği sağlanmalıdır. (Carpenito-Moyet, 2010; Özen ve Enç, 2013).

Bulantı/ Riski: Hastanın kusmasına neden olabilecek ya da kusacağı hissiyatını oluşturan bir durumdur. Amaç hastanın bulantısının azaldığını ifade etmesidir.

Hemşirelik girişimleri;

- Kilo kaybetme ve kilo alma eğilimleri takip edilmeli (örn; pediatrik hastalar, standart büyüme grafiğindeki boy ve kilo), vücut ağırlığındaki son değişiklikler belirlenmelidir.
- Hastanın bulantısı ve kusması gözlenmeli, iştah ve aktivitedeki son değişiklikler tanımlanmalı, aldığı ve çıkardığı takibi yapılmalı ve yaşam bulguları takip edilmelidir.
- Deri turgoru ve hareket kabiliyeti izlenmeli, hasta kendi bulantısını yönetme stratejilerini öğrenmesi için cesaretlendirilmelidir.
- Hastanın hoşlandığı, hoşlanmadığı ve kültürel yemek tercihlerini de içeren diyet öyküsü alınmalı, bulantıya neden olabilecek faktörler (örn; ilaçlar ve işlemler) belirlenmeli, bulantıya eşlik eden ya da bulantıyı arttıran bireysel faktörler (örn; anksiyete, korku, yorgunluk ve bilgi eksikliği) azaltılmalı ya da ortadan kaldırılmalıdır.
- Bulantıyı önlemek için nonfarmakolojik yöntemler (örn; biyolojik geri bildirim, hipnoz, gevşeme teknikleri, müzik terapisi) kullanılmalı ve hasta/ hasta yakınına öğretilmelidir.
- Hekimin order ettiği farmakolojik olarak bulantı gidericiler uygun şekilde uygulanmalı, bulantısı olan birey iyi gelen, az miktarlarda yeme için cesaretlendirilmeli ve soğuk, berrak sıvılar ve kokusuz, renksiz yiyecekleri uygun şekilde alması sağlanmalıdır.
- İletişim kuramayan bireyler sözel olmayan rahatsızlık belirtileri yönünden gözlenmelidir (Carpenito-Moyet, 2010; Baz ve Ardahan, 2016; Şendir, 2006).

Sıvı Volüm Dengesizliği/ Riski: Vücut sıvısında meydana gelebilecek azalma, artma veya dengesizlik riski taşıyan hastalardaki durumdur. Amaç Bireyin sıvı dengesini

koruyarak yeterli düzeyde sıvı alımını sürdürmesini sağlamak ve dehidratasyon gelişimini engellemektir (Şendir, 2006).

Hemşirelik girişimleri:

- Hastanın normal ve anormal serum elektrolit seviyeleri izlenmeli, aldığı çıkardığı kaydı tam ve doğru bir şekilde sürdürülmeli, hidrasyon durumu (örn, mukoz membranların nemliliği, pulsasyonların ve ortostatik kan basıncının yeterliliği) izlenmelidir.
- Günlük kilo takibi yapılmalı, oral alımı sağlanmalı (örn; hastanın tercih ettiği oral sıvıları kolay ulaşabileceği bir yere koyulmalı, pipet kullanımı önerilmeli), tüple beslenen hastaların, diyare nedeniyle sıvı-elektrolit kaybını azaltmak için tanımlandığı şekilde lifli besinler tüketimi sağlanmalıdır.
- Laksatif ve diüretik yiyecek ve içeceklerin (örn; çay, kahve, kuru erik, bitkisel maddeler) tüketimi en aza indirilmelidir.
- Hastanın elektrolit dengesizliğine göre uygun diyet (örn; potasyumdan zengin, sodyumdan düşük ve karbonhidrattan fakir besinler gibi) sağlanmalıdır.
- Elektrolit içeren intravenöz solüsyonların düzenli hızda gitmesi uygun şekilde sürdürülmelidir.
- Elektrolit dengesizliğinin nörolojik veya nöromüsküler belirtileri olan hasta için güvenli bir ortam sağlanmalıdır.
- Elektrolit dengesizliğinin tipi, nedenleri ve tedavileri konusunda hasta ve ailesine bilgi verilmelidir. (Carpenito-Moyet, 2010; Şendir, 2006; Uysal ve Karataş, 2017; Gülpak ve Oktay, 2020).

Kan Glukozunda Değişkenlik Riski: Kan şekeri düzeylerinde normal sınırların dışına çıkma olasılığı bulunan bireylerde gözlemlenebilecek bir durumdur. Amaç hastanın kan glukoz düzeylerini fizyolojik sınırlar içerisinde tutmak ve hipoglisemi/hiperglisemi gelişimini önlemektir.

Hemşirelik Girişimleri:

- Hekim istemi ya da protokole göre serum glikoz düzeyi takip edilmelidir. Hekim istemi ya da protokole göre serum glukoz düzeyi (60 mg/dl'nin altında

hipoglisemiyi gösterir, 300 mg/dl'nin üzerinde hiperglisemiyi gösterir.) izlenmelidir.

- Glukoz dengesizliği riskini arttıran faktörler belirlenmelidir.
- Hasta oral sıvı alımı için cesaretlendirilmelidir. Hekim istemine göre belirtilen şekilde insülin uygulanmalı ve intravenöz (IV) yolun açıklığı sağlanmalıdır.
- Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır. Hipoglisemi belirti ve bulguları (örn, serum glukoz <60 mg/dl solukluk, taşikardi, terleme, bulanık görme, sinirlilik, titreme, nemlilik, konfüzyon, sersemlik, kâbus görme, koordinasyon bozukluğu, parastezi, konuşma güçlüğü, koma, nöbet/kriz) izlenmelidir.
- Hipoglisemi durumunda, basit karbonhidratlar ve proteinlerle destek sağlanmalı ve diyet ve egzersiz rejimine uyumu/bağlılığı kolaylaştırılmalıdır.
- Hiperglisemi belirti ve bulgular (örn, serum glukoz >300 mg/dl, nefeste aseton kokusu, pozitif plazma ketonları, baş ağrısı, bulanık görme, bulantı, kusma, poliüri, polidipsi, polifaji, halsizlik, uyuşukluk, hipotansiyon, taşikardi, Kussmaul solunum) izlenmelidir.
- Kan şekeri düzeyi 250mg/dl'nin üzerine çıktığında, özellikle idrar ketonları varsa egzersiz sınırlandırılmalıdır.
- Hasta kan şekeri düzeyini kendi kendine izlemesi için cesaretlendirilmeli ve kan şekeri düzeyini yorumlaması için yardım edilmelidir.
- Hasta ve ailesine hipoglisemi ile hipergliseminin belirti ve bulguları, risk faktörleri ve tedavisi öğretilmelidir (Carpenito-Moyet, 2010; Gülpak ve Oktay, 2020).

2.2.4. Hemşirelik Planlamasında Beslenme Hedefleri

Hemşirelik planlamasında beslenme hedefleri, bireyin sağlık durumunu iyileştirmek, komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini artırmak için kritik bir rol oynar. Hemşireler, hasta bakım planlarını oluştururken, bireyin beslenme ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmalı ve bu ihtiyaçlara uygun hedefler belirlemelidir. Bu hedefler, bireyin genel sağlık durumuna ve mevcut klinik koşullara bağlı olarak kişiselleştirilir (Gillespie ve Raftery, 2014).

Etkili bir beslenme planı, kısa ve uzun vadeli hedefler içerir. Kısa vadeli hedefler arasında bireyin günlük enerji ve protein ihtiyacının karşılanması, beslenme yetersizliklerinin giderilmesi ve besin alımındaki kısıtlamaların yönetilmesi bulunur. Uzun vadeli hedefler ise bireyin genel sağlık durumunu iyileştirmek, fonksiyonel kapasitesini artırmak ve yaşam kalitesini yükseltmeyi hedefler (Jefferies vd., 2011).

Beslenme hedeflerinin oluşturulmasında multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi önemlidir. Diyetisyenler, doktorlar ve diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği yapılarak bireyin ihtiyaçlarına en uygun plan hazırlanabilir. Örneğin, enteral veya parenteral beslenme ihtiyacı olan hastalarda, hemşireler beslenme hedeflerinin uygulanmasında kilit bir rol oynar ve komplikasyon risklerini azaltmaya yönelik stratejiler geliştirir (Dimant, 2001).

Beslenme hedeflerinin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için düzenli değerlendirme ve izleme gereklidir. Hemşireler, hastanın beslenme durumundaki değişiklikleri izleyerek, gerektiğinde planları günceller ve hedeflerin başarılmasını sağlar. Bu süreç, hemşirelik bakımında sürekliliği ve kaliteyi artırır (Persenius vd., 2008).

2.2.5. Nütrisyonel Bakımın Hasta Sonuçlarına Etkisi

Nütrisyonel bakım, hastaların genel sağlık durumlarını iyileştirmek, komplikasyonları önlemek ve iyileşme sürelerini kısaltmak için hayati bir rol oynar. Bu bakımın temel amacı, bireyin enerji, protein ve diğer besin öğeleri ihtiyacını karşılamak, malnütrisyon riskini azaltmak ve hastalığa bağlı olumsuz etkileri en aza indirmektir (Bally vd., 2016).

Nütrisyonel bakım kalitesi, hastalara sunulan nütrisyonel destek ve bakım hizmetlerinin yeterliliği ve etkinliğini ifade eder. Bu kavram, hastaların nütrisyonel ihtiyaçlarının zamanında ve uygun bir şekilde karşılanmasını içerir (Marshall et al., 2019).

Hastanede yatış sürecinde nütrisyonel bakım, komplikasyon oranlarını düşürmek ve iyileşme sürelerini hızlandırmak için etkilidir. Örneğin, bir çalışmada, enteral beslenme uygulamalarının enfeksiyon oranlarını önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir. Parenteral beslenme ise daha karmaşık hastalarda beslenme ihtiyacını karşılamak için kullanılmış ancak enfeksiyon riskini artırdığı tespit edilmiştir (Jie vd., 2010). Kanser hastaları gibi kritik gruplarda, nütrisyonel bakımın vücut ağırlığını koruduğu, yaşam kalitesini artırdığı ve tedaviye uyumu iyileştirdiği gözlemlenmiştir. Bu tür bakımın, radyoterapi sürecindeki gastrointestinal rahatsızlıkları azalttığı ve genel hasta memnuniyetini artırdığı bildirilmiştir (Isenring vd., 2004).

Nütrisyonel desteğin uzun vadeli etkileri, hastaların yaşam kalitesi ve fonksiyonel sonuçlarında kendini göstermektedir. Örneğin, bir çalışmada malnütrisyonun inme sonrası rehabilitasyonda kötü fonksiyonel sonuçlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Yetersiz beslenen hastaların, fiziksel iyileşme süreçlerinde daha düşük performans gösterdiği rapor edilmiştir (Shen vd., 2011). Yaşlı hastalarda ise nütrisyonel müdahaleler, fonksiyonel yeteneklerin korunmasında ve hastanede kalış sürelerinin azaltılmasında kritik bir rol oynar. Malnütrisyonun erken tanınması ve müdahalesi, bu hastalarda komplikasyonların azaltılmasını sağlamaktadır (Donini vd., 2011).

Nütrisyonel bakım yalnızca klinik sonuçlar açısından değil, aynı zamanda ekonomik açıdan da önemli avantajlar sunar. Yapılan bir çalışmada, bireyselleştirilmiş nütrisyonel desteğin hastane masraflarını düşürdüğü ve yoğun bakım ünitesine başvuru oranlarını azalttığı bulunmuştur (Schuetz vd., 2019).

2.3. Dahili Kliniklerinde Tedavi Gören Hastalarda Beslenme Yönetimi

Dahili klinikler, geniş bir hasta yelpazesine hizmet veren, akut ve kronik hastalıkların yönetildiği sağlık birimleridir. Bu kliniklerde, beslenme yönetimi, hastaların tedavi süreçlerini desteklemek ve iyileşme oranlarını artırmak için kritik bir öneme sahiptir. Dahili kliniklerde çalışan hemşireler, beslenme ihtiyaçlarının belirlenmesi, uygun müdahalelerin planlanması ve uygulanması, ayrıca beslenme tedavisinin sonuçlarının değerlendirilmesinde aktif bir rol oynar (Jefferies vd., 2011).

Dahili kliniklerde, hastaların beslenme ihtiyaçları, yaş, hastalık türü, eşlik eden durumlar ve bireysel sağlık profilleri gibi faktörlere bağlı olarak çeşitlilik gösterir. Hastaneye yatış sürecinde malnütrisyon riski oldukça yüksektir ve bu durum, iyileşme sürecini olumsuz etkileyerek mortalite ve morbidite oranlarını artırabilir. Dahili kliniklerde bu dinamiklerin yönetimi, yalnızca hastaların fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmasıyla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda bireysel risk faktörlerini ve multidisipliner iş birliğini de içerir (Marinho vd., 2021).

Malnütrisyon oranları, dahili kliniklerde yatmakta olan hastalar arasında oldukça yüksektir. Örneğin, Portekiz'de yapılan bir çalışmada, dahili kliniklerde yatan hastalarda malnütrisyon oranı %51 olarak bulunmuş ve bu durumun en çok kronik hastalıklar, kanser ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Marinho vd., 2021). Özellikle yaşlı hastalar, artan komorbidite oranları ve azalan fiziksel aktivite nedeniyle daha yüksek bir risk altındadır (Lo Buglio vd., 2020).

Hastaneye yatış sürecinde, beslenme ihtiyacının değerlendirilmesi, beslenme durumunu belirlemek ve tedavi planını bu ihtiyaçlara göre şekillendirmek için önemlidir. NRS-2002 ve MNA gibi araçlar, dahili kliniklerde hastaların beslenme durumunu değerlendirmede etkili olarak kullanılmaktadır (Del Giorno vd., 2020).

Hastalara özgü dinamikler arasında, kronik hastalıklarla ilişkili nütrisyonel ihtiyaçlar dikkat çeker. Örneğin, kronik böbrek hastalığı, beslenme planlamasında protein alımı ve sıvı dengesinin dikkatlice izlenmesini gerektirir. Benzer şekilde, diyabet hastalarında karbonhidrat kontrolü ve bireyselleştirilmiş beslenme planları ön plandadır (Fiaccadori vd., 2021).

Dahili kliniklerde beslenme yönetimi, yalnızca fiziksel durumun iyileştirilmesi değil, aynı zamanda psikososyal faktörlerin ele alınmasını da kapsar. Özellikle, yetersiz beslenmenin duygusal boyutlarını anlamak, hasta uyumunu artırmada kritik bir rol oynar (Brunner vd., 2022).

2.3.1. Hasta Gruplarına Göre Nütrisyonel Yaklaşımlar

Dahili kliniklerde hasta gruplarına yönelik nütrisyonel yaklaşımlar, bireysel ihtiyaçların ve hastalığa özgü durumların dikkate alınmasını gerektirir. Beslenme yönetimi, yalnızca hastaların enerji gereksinimlerini karşılamakla sınırlı değildir; aynı zamanda hastalığın türü, hastanın yaşı, komorbiditeleri ve tedavi hedefleri gibi çeşitli faktörlere dayalı olarak bireyselleştirilmiş stratejiler gerektirir. Çeşitli hasta gruplarında etkin nütrisyonel yönetim, hasta sonuçlarını iyileştirmede kritik bir rol oynar (Bally vd., 2016).

Kronik hastalıklarda nütrisyonel yaklaşımlar diyabet, böbrek hastalıkları ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik durumlara sahip hastalarda, beslenme yönetimi spesifik diyet düzenlemeleri gerektirir. Diyabetik hastalarda karbonhidrat alımının kontrolü, hipoglisemi ve hiperglisemi risklerini yönetmek için önemlidir. Diyetisyen ve hemşirelerin iş birliği ile oluşturulan bireyselleştirilmiş beslenme planları, kan şekeri kontrolünü optimize eder (Fiaccadori vd., 2021).

Kronik böbrek hastalığı olan hastalarda, protein alımı dikkatlice izlenir ve elektrolit dengesi sağlanır. Düşük sodyum ve fosfor içeren diyetler, bu hastaların böbrek fonksiyonlarını korumada yardımcıdır (Schuetz vd., 2019).

Kanser hastalarında beslenme yönetimi kanser hastaları, tedavi süreçlerinde kilo kaybı, kas kaybı (sarkopeni) ve malnütrisyon riski altındadır. Bu durum, tedaviye uyumu ve sonuçları doğrudan etkiler. Beslenme müdahaleleri, kemoterapi toleransını artırabilir ve yaşam kalitesini iyileştirebilir (Ravasco, 2019). N-3 yağ asitleri gibi besin destekleri, immün modülasyon ve anti-inflamatuar etkiler sunabilir.

Yaşlı hastalar ve malnütrisyon yaşlı bireyler, dahili kliniklerde malnütrisyon riski açısından yüksek bir risk grubunu temsil eder. Yaşlanma süreciyle birlikte, enerji ihtiyacı azalırken protein gereksinimi artar. Bu nedenle, yaşlı hastaların beslenme planları, yeterli protein alımını desteklerken enerji dengesini sağlamaya odaklanmalıdır (Brunner vd., 2022).

Yoğun bakım hastaları yoğun bakımda yatan hastalar, enteral ve parenteral beslenme ihtiyaçları ile dikkatlice izlenmelidir. Erken dönemde başlatılan enteral beslenme, enfeksiyon oranlarını azaltabilir ve iyileşme sürecini hızlandırabilir (Gostyńska vd., 2019).

2.3.2. Beslenme Desteğinin Sürdürülmesinde Hemşirelerin Sorumlulukları

Dahili kliniklerde çalışan hemşireler, hasta bakımının her aşamasında aktif bir rol üstlenir ve bu rol, beslenme yönetimi gibi kritik alanları da kapsar. Beslenme yönetimi, hastaların sağlık durumlarını iyileştirmek, komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini artırmak için hayati bir öneme sahiptir. Hemşireler, hasta değerlendirmesinden tedavi uygulamalarına, hasta eğitimi ve farkındalık çalışmalarından ekip içi iş birliğine kadar geniş bir yelpazede görev alırlar (Jefferies vd., 2011).

Hemşirelerin temel sorumluluklarından biri de bireysel beslenme planları oluşturmaktır. Hastaların beslenme planlarının uygulanması, beslenme durumunun değerlendirilmesi ve sonuçların değerlendirilmesi gerekir (Jefferies vd., 2011). Bireysel beslenme planları, hastanın durumuna ve ihtiyacına göre belirlenerek, oral, enteral veya parenteral beslenme planları oluşturulabilir. Özellikle kritik bakım hastalarında, enteral beslenmenin enfeksiyon oranlarını azaltarak iyileşme sürecini hızlandırmaktadır (Gostyńska vd., 2019).

Hemşirelerin, beslenme yönetiminde hemşirelerin önemli görevlerinden biri de hastanın beslenme durumundaki değişiklikleri izlemek ve belgelemektir. Bu süreç, tedaviye yanıtın değerlendirilmesi ve gerekirse müdahalelerin revize edilmesi için

hayati önem taşır (Persenius vd., 2008). Hemşirelerin, malnütrisyon riskini erken dönemde tespit edebilmeleri için NRS-2002, MNA gibi değerlendirme araçları bulunmaktadır (Möcking ve Hosters, 2023; Green ve Watson, 2005). Ayrıca hastaların beslenme konusundaki uyumlarının arttırılması amacıyla hemşirelerin eğitici rolleri bulunmaktadır. Hemşireler, hastalar için hazırlanan beslenme planları doğrultusunda hasta ve ailelerin uyumunu arttırmak için eğitimler planlanmalıdır. Bu eğitimlerin uzun vadede sağlık sonuçlarını iyileştirici özelliği bulunmaktadır. Özellikle kronik hastalıklarda, hasta eğitimi tedaviye uyumu artıran önemli bir unsurdur (Cass vd., 2014). Bunlarla birlikte, kritik bakım hastalarında, beslenme izleme süreci daha karmaşıktır ve sıvı dengesizliği ve inflamatuar yanıtlar, biyokimyasal göstergelerin doğruluğunu etkileyebilir. Bu durumlarda, ultrason ile kas kalınlığı ölçümü gibi alternatif yöntemler kullanılabilir (Ferrie ve Tsang, 2017).

Multidisipliner bir ekip gerektiren beslenme yönetiminde, hemşireler, diyetisyenler, doktorlar ve diğer sağlık profesyonelleri birlikte çalışarak etkili bir beslenme yönetimi sağlar. Multidisipliner ekiplerde hemşirelerin rolü, hastaların bireysel beslenme ihtiyaçlarını karşılamada kritik bir yere sahiptir (Boeykens ve Hecke, 2018). Hemşireler multidisipliner ekiplerin bir parçası olarak iletişim, koordinasyon ve liderlik yaparlar (Cass vd., 2014). Bu iş birliği, hasta bakımının bütüncül bir şekilde ele alımasını sağlar (Boeykens ve Van Hecke, 2018).

2.3.3. Beslenme Yönetiminde Hemşirelerin Karşılaştığı Zorluklar ve Çözüm Önerileri

Beslenme yönetiminde hemşirelerin rolü, sağlık sonuçlarını iyileştirme ve hasta bakım kalitesini artırmada büyük önem taşır. Ancak, bu kritik role rağmen, hemşirelerin beslenme yönetiminde çeşitli zorluklarla karşılaştıkları bilinmektedir. Bu zorluklar, zaman yetersizliği, beslenme bilgisi eksikliği, hasta uyumsuzluğu, organizasyonel sorunlar ve multidisipliner iş birliğindeki eksiklikler gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır (Bjerrum vd., 2012).

Beslenme yönetiminde hemşirelerin karşılaştığı zorluklar şunlardır:

1. Beslenme bilgisi ve farkındalık eksikliği: Araştırmalar, birçok hemşirenin beslenme yönetimi konusunda bilgi eksiklikleri olduğunu ve bu durumun klinik uygulamalarda yetersizliğe yol açtığını göstermektedir (Kim ve Choue, 2009).

Hemşirelerin, beslenme değerlendirmesi yapma ve malnütrisyonu tanıma becerilerinde zorluk yaşadıkları belirtilmektedir.

2. Zaman ve kaynak yetersizliği: Hemşirelerin günlük yoğun çalışma yükü, hastalara yeterli beslenme desteği sağlama sürecini olumsuz etkileyebilir (Marshall vd., 2012). Yetersiz personel ve sınırlı zaman, beslenme yönetiminin öncelik sırasına alınmasını zorlaştırmaktadır.
3. Hasta uyumsuzluğu: Bazı hastalar, beslenme tedavisine uyum sağlamakta zorluk çekebilir. Özellikle kronik hastalıklar ve psikososyal faktörler, hasta uyumunu etkileyen önemli unsurlar arasındadır (Govindasamy vd., 2022).
4. Multidisipliner ekipte iş birliği eksikliği: Multidisipliner ekiplerde yeterli iş birliği sağlanmadığında, beslenme yönetiminde aksaklıklar yaşanabilir. Diyetisyenler ve diğer sağlık profesyonelleriyle iletişim eksikliği, hasta bakımını olumsuz etkileyebilir (Håkonsen vd., 2019).

Beslenme yönetiminde hemşirelerin karşılaştığı zorluklara yönelik çözüm önerileri şunlardır:

1. Eğitim programları: Beslenme yönetimi konusunda hemşirelere yönelik eğitim programları düzenlemek, bilgi eksikliğini gidermek için etkili bir yöntemdir. Eğitimler, malnütrisyonun tanınması, değerlendirme araçlarının kullanımı ve beslenme tedavisi uygulamaları üzerine odaklanmalıdır (O'Mahony vd., 2011).
2. Organizasyonel destek: Hastanelerin, hemşirelere zaman ayırma ve gerekli kaynakları sağlama konusunda destek vermesi gereklidir. Ayrıca, beslenme yönetimi süreçlerinin iyileştirilmesi için standart protokoller geliştirilmelidir (Jefferies vd., 2011).
3. Multidisipliner iş birliğini güçlendirme: Diyetisyenler, doktorlar ve diğer ekip üyeleriyle etkili iletişim ve iş birliği sağlamak, beslenme yönetiminin başarısını artırabilir. Hemşireler, ekip içinde beslenme yönetimi konusunda daha aktif roller üstlenmelidir (Marshall vd., 2012).
4. Hasta eğitim ve destek programları: Hastaların beslenme tedavisine uyumunu artırmak için eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Bu süreçte ailelerin de dahil edilmesi, hasta motivasyonunu artırabilir (Neo vd., 2020).

2.4. Beslenme Eğitimi ve Farkındalık Artırma Çalışmalarının Önemi

Hemşirelerin hastalara yönelik bakım süreçlerinde beslenme yönetimi, sağlık sonuçlarını iyileştirmek ve hastalık risklerini azaltmak için kritik bir öneme sahiptir. Ancak, bu alanda etkili bir hizmet sunabilmeleri için hemşirelerin beslenme eğitimi almaları ve farkındalık düzeylerinin artırılması gerekmektedir. Literatür, hemşirelerin genellikle beslenme konusundaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu ve bu durumun hasta bakımını olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir (Bjerrum vd., 2012).

Beslenme eğitimi ve farkındalık artırma çalışmaları, hemşirelerin günlük uygulamalarında beslenme yönetimini daha etkili bir şekilde entegre etmelerine yardımcı olabilir. Örneğin, bir çalışma, beslenme eğitiminin hemşirelerin malnütrisyonu tanıma becerilerini artırdığını ve bu konuda daha proaktif bir rol oynamalarını sağladığını ortaya koymuştur (O'Mahony vd., 2011).

Beslenme eğitimi programlarının hemşireler üzerindeki etkisi, bilgi düzeylerinin artması, daha iyi hasta sonuçları ve profesyonel güven kazanmalarını içerir. Eğitim programları, hemşirelerin MUST gibi araçları etkin bir şekilde kullanmalarına olanak tanır ve malnütrisyonun erken dönemde tespit edilmesini sağlar (Henning, 2009). Örneğin, bir pilot çalışmada, beslenme eğitimi alan hemşirelerin malnütrisyonun NHS için önemli bir sorun olduğunu kabul etme oranlarının %39'dan %82'ye çıktığı gösterilmiştir (O'Mahony vd., 2011).

Beslenme farkındalığını artırmada multidisipliner iş birliğinin önemi büyüktür. Diyetisyenler ve diğer sağlık profesyonelleriyle yapılan ortak çalışmalar, hemşirelerin beslenme yönetimi konusundaki bilgi ve becerilerini artırır. Ayrıca, bu iş birliği hasta bakımını iyileştirir ve ekip üyelerinin birbirlerinden öğrenmelerine olanak tanır (Dimaria-Ghalili vd., 2014). Web tabanlı eğitim programları ve simülasyon gibi yenilikçi yaklaşımlar, hemşirelerin eğitim süreçlerinde esneklik sağlayabilir. Bu tür yaklaşımlar, kaynak ve zaman kısıtlamalarını aşmada etkili bir çözüm sunar (Mitchell vd., 2018).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
3. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin, nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum ve bilgi düzeyi ile nütrisyonel bakım kalitesi algısını belirlemek ve bu farkındalığı hemşirelik sürecine yansıtma durumunu incelemek amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiştir. Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum düzeyi nedir?
- Dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin bakıma ilişkin bilgi düzeyi nedir?
- Dahili kliniklerde çalışan nütrisyonel bakım kalitesine ilişkin algı düzeyi nedir?
- Dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmeye ilişkin sık kullandıkları hemşirelik tanıları nelerdir?
- Dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin, nütrisyonel değerlendirmeye ilişkin önem, bilgi ve bakım kalitesi algı düzeyinin nütrisyona yönelik hemşirelik tanılarını koyma durumu ile ilişkisi var mıdır?

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın, 13 Eylül – 30 Aralık 2024 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nin dahili kliniklerinde (kardiyoloji, nöroloji, endokrinoloji, hemodiyaliz, genel dahiliye) yapılmıştır.

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi; Çocuk Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Genel Hastane, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Nöroloji ve Ortopedi Hastanesi, Psikiyatri Hastanesi olmak üzere 8 hastaneden oluşmaktadır. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesinde dahili kliniklerde 24 yatak bulunup ortalama 11-12 hemşire görev yapmaktadır. Yoğun bakım klinikleri de 16 yatak kapasiteli olup ortalama 30 hemşire yoğun bakım kliniklerinde görev yapmaktadır. Ayrıca her bir hastanenin kendine ait birer nütrisyon timi bulunmakla beraber bütün nütrisyon timlerinin bağlı olduğu bir de koordinatör nütrisyon timi bulunmakta ve bu nütrisyon timlerinde; hekim, nütrisyon hemşiresi, diyetisyen ve eczacı görev almaktadır.

Nütrisyon hemşiresi, multidisipliner nütrisyon ekibinin üyesi olarak ekip içi ve diğer bölümler arasında iletişim ve koordinasyonu sağlar. Hasta ve hasta yakınına beslenme ürünü tanıtımı, ekip tanıtımı, malzeme temini ilaç kullanımı, beslenme ürünü veriliş yöntemleri, beslenme ürünü saklama koşulları, gelişebilecek komplikasyon ve tolerasyon değerlendirilmesi, Nazogastrik (NG) ve Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) bakımı gibi konularda eğitim verir. Hizmet içi eğitim programlarında nütrisyonel bakımı içeren eğitimler vererek hemşirelerin gelişimine katkı sağlamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nin dahili kliniklerinde (kardiyoloji, nöroloji, endokrinoloji, hemodiyaliz, genel dahiliye) çalışan yaklaşık 1200 hemşire oluşturmaktadır. Örneklem için evreni bilinen gruplarda örneklem büyüklüğü hesaplaması yöntemi kullanılacaktır. Bu bağlamda, etki büyüklüğü 0,50; %95 güç ve 0,5 hata payı için örneklem sayısının minimum 292 olması gerektiği hesaplanmıştır. Araştırmada kayıplar olabileceği göz önüne alınarak, %10 ilave ile en az 330 hemşirenin araştırmaya dahil edilmesine karar verilmiştir. Bu bağlamda, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 395 hemşirenin katılımı ile araştırma tamamlanmıştır.

3.4. Dahil Edilme Kriterleri

- Dahili kliniklerde çalışıyor olma
- Araştırmanın yapıldığı dönemde aktif çalışıyor olma
- Veri formlarını eksiksiz doldurma
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve hasta bakımında nütrisyon değerlendirmesine yönelik özellikleri.

Bağımlı değişkenler: Hemşirelerin nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum puanı ortalamaları, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları, nütrisyonel bakım kalitesi algısı puan ortalamaları.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin elde edilmesinde araştırmacılar tarafından hazırlanmış Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 1), "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" (EK 2) kullanılmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür incelemesi doğrultusunda hazırlanan tanıtıcı bilgi formu iki bölümden oluşmaktadır (Çoşğun ve kısacık, 2021; Kıymaz vd., 2023; Aliş ve Karahan Okuroğlu, 2025; Kurt ve Gürdoğan, 2023). İlk bölümde, hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, meslekteki çalışma yılı, çalıştığı klinik, bulunduğu klinikte çalışma süresi, günlük bakım verdiği hasta sayısı ve mesleğini severek yaptığı/ yapmadığı sorularını içeren 9 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde, nütrisyonel bakım ve nütrisyonel destek konularında eğitim alma durumları, eğitim ihtiyaçları, nütrisyonel bakımı içeren hemşirelik uygulamaları, çalıştıkları kliniklerdeki nütrisyon desteğine ve nütrisyonel bakıma ilişkin mevcut uygulamalara (13 soru) dair bilgi edinmeyi hedefleyen toplam 22 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

3.6.2. "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği"

Theilla vd. (2016) tarafından geliştirilen ve Türkçe 'ye uyarlama geçerlik-güvenirlik çalışması Kısacık vd. (2019) tarafından gerçekleştirilen ölçek, üç ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm; hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin klinik açıdan taşıdığı öneme yönelik tutumlarını ve bu değerlendirmeyi hemşirelik bakımının temel bir unsuru olarak görme düzeylerini değerlendiren yedi ifadeyi içermektedir. İfadeler 4'lü likert tipinde "kesinlikle katılmıyorum" (1), "katılmıyorum" (2), "katılıyorum" (3), "kesinlikle katılıyorum" (4) olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin bu bölümünden alınabilecek puan aralığı 7-28'dir. Bu bölümden alınan puanın yüksek olması, hemşirelerin hastanın nütrisyonel durumunun değerlendirilmesinin önemine dair gerekliliğine ve nütrisyonel değerlendirmenin hemşirelik rolleri arasında kabul edilmesine ilişkin hemşirelerin daha olumlu bir tutum sergilediklerini ifade etmektedir. Ölçeğin ikinci bölümünde hemşirelerin, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeylerini

değerlendiren 10 tane ters puanlanan ifade içermektedir. İfadeler 4'lü likert tipi ölçekle puanlanmakta olup "kesinlikle katılmıyorum" seçeneği 4 puan, "katılmıyorum" seçeneği 3 puan, "katılıyorum" seçeneği 2 puan, "kesinlikle katılıyorum" seçeneği 1 puan olarak değerlendirilmektedir. Bu bölümden elde edilen puan arttıkça, hemşirelerin nütrisyonel bakım bilgisinin arttığını göstermektedir. Bu bölümünden elde edilebilecek puan 10 puan ile 40 puan arasındadır. Ölçeğin üçüncü bölümünde ise hemşirelerin, görev yaptıkları servislerde hastalara sağlanan nütrisyonel bakım kalitesi algını nasıl değerlendirdiklerini içeren dokuz ifadeden oluşmaktadır. Bu bölümde yer alan ifadeler 5'li likert tipi ölçekle değerlendirilmiş olup "kesinlikle katılmıyorum" 1 puan, "katılmıyorum" 2 puan, "kararsızım" 3 puan, "katılıyorum" 4 puan, "kesinlikle katılıyorum" 5 puan olacak şekilde puanlanmıştır. Ölçeğin bu bölümünden elde edilebilecek puan aralığı 9 ve 45 puan arasındadır. Bu bölümdeki dokuz maddeden elde edilecek yüksek puanlar, hemşirelerin, görev yaptıkları kliniklerde hastalara sunulan nütrisyonel bakımın kalitesini değerlendirdiklerinin daha olumlu olduğunu yansıtmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam bir puan bulunmayıp, her bir bölüm birbirinden bağımsız olarak yorumlanmaktadır. Theilla vd. (2016) geliştirilen ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach's Alpha katsayılarını sırasıyla 0,82; 0,79; 0,90 olarak raporlandırılmıştır (Theilla vd., 2016). Bu ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasında tutum alt boyutu için Cronbach's Alpha katsayısı $\alpha = 0,82$, bilgi düzeyi alt boyutu için $\alpha = 0,63$, bakım kalitesi algısı alt boyutu için $\alpha = 0,85$ olarak hesaplanmıştır. Ayrıca test-tekrar test uygulamaları sonucunda elde edilen toplam puanlar arasındaki korelasyon katsayıları 0,89 ile 0,92 arasında değiştiği bulunmuştur (Kısacık vd., 2019) (EK 2). Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenirlik analizi sonuçlarına göre, nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum için Cronbach's Alpha değeri 0,86, nütrisyonel bakıma bilgi düzeyine ilişkin için Cronbach's Alpha değeri 0,88 ve nütrisyonel bakım kalitesi algısı için Cronbach's Alpha değeri 0,93 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, ölçeğin tüm alt boyutlarının güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir.

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (SPSS INC., Chicago, IL, USA) istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde standart sapma ve ortalama istatistiklerinden faydalanılmıştır.

Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir (Tablo 3.1).

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Hemşirelerin ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

Tablo 3.1: Değişkenlerin Normal Dağılım Göstergesi

	Basıklık	**Çarpıklık**
Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum Toplam	-0.881	-0.716
Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi Toplam	1.032	-0.839
Algılanan Nütrisyonel Bakıma İlişkin Kalite Toplam	-0.020	-0.632

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma verileri toplanmadan önce, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığı'ndan (Karar No: 2024/04 Tarih: 24.05.2024) yazılı onay alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yapıldığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nden de yazılı izin alınmıştır (Karar No: 2024 Tarih: 13.09.2024). Kurum onayı sonrası, çalışmanın amacını açıklayarak hemşirelere bilgi verilmiş ve gönüllü katılım için bilgilendirilmiş onam formları imzalatılarak hemşirelerden veriler toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler gönüllü olarak dahil edilmiş ve bu kişilerin bilgilerinin gizliliği korunmuştur.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
4. BULGULAR

4.1. Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin %60,5'i 26-30 yaş aralığında, hemşirelerin %61,5' i kadın, %51,6' ı bekar ve %73,2'si lisans mezunudur. Hemşirelerin %21'i genel dahiliye kliniklerinde çalışmakta, %77' si 1-5 yıl deneyimlidir ve %33,2' si günlük 6-10 hasta bakmakta olup %51,6'sı mesleğini severek yapmaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı (N=395)

Özellikler		**n**	**%**
Yaş	20-25	49	12.4
	26-30	239	60.5
	31-35	62	15.7
	36 ve üzeri	45	11.4
Cinsiyet	Kadın	243	61.5
	Erkek	152	38.5
Medeni durum	Evli	191	48.4
	Bekar	204	51.6
Eğitim durum	Sağlık meslek lisesi	23	5.8
	Ön lisans	16	4.1
	Lisans	289	73.2
	Lisansüstü	67	17.0
Hemşire olarak çalışma yılı	1-5 yıl	239	60.5
	6-10 yıl	109	27.6
	11 yıl ve üzeri	47	11.9
Çalışılan klinik	Genel dahiliye	83	21.0
	Endokrinoloji	39	9.9
	Kardiyoloji	15	3.8
	Göğüs hastalıkları	39	9.9
	Nefroloji	34	8.6
	Gastroenteroloji	21	5.3
	Nöroloji	33	8.4
	Hemodiyaliz	24	6.1
	Yoğun bakım ünitesi	48	12.2
	Onkoloji	20	5.1
	Diğer (Fizik tedavi ve Palyatif klinikleri)	39	9.9

Tablo 4.1: Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı- Devamı (N=395)

Özellikler		n	%
Klinikte çalışma yılı	1 yıldan az	53	13.4
	1-5 yıl	304	77.0
	6 yıl ve üzeri	38	9.6
Günlük bakım verdiği hasta sayısı	1-5	109	27.6
	6-10	131	33.2
	11-15	97	24.6
	16 ve üzeri	58	14.7
Mesleğini severek yapma durumu	Evet	204	51.6
	Kısmen	154	39.0
	Hayır	37	9.4

4.2. Hemşirelerin Hasta Bakımında Nütrisyon Değerlendirmesine Yönelik Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin %97'sinin nütrisyona yönelik eğitim aldığı, eğitim alan hemşirelerin %95,3'ünün ise bu eğitimi hizmet içi eğitim programlarından aldığı ve %67,8' i nütrisyon bilgi yeterliliği açısından kendisinin kısmen yeterli görmekte olup %40,5' i nütrisyonel değerlendirmenin nütrisyon hemşiresi tarafından yapılması gerektiğini ifade etmektedir.

Hemşirelerin %91,9' u hasta kabulü sırasında nütrisyon değerlendirmesi yapmakta ve %97,1'i nütrisyonel değerlendirmenin ölçüm aracı olarak NRS 2002 kullanmaktadır. Katılımcıların %34,7'i yatan hastalarda malnütrisyonun %20 ve üzerinde görüldüğünü ifade etmekte, %92,4' ü hasta bakımında nütrisyon risk taramasına yönelik hastanın oral beslenme durumunun izlemektedir. Hemşirelerin %65,6'sı malnütrisyon tedavisi yaptığını, %87,1'i ise klinikte yatan her hasta için nütrisyona yönelik hemşirelik süreci uyguladığını belirtmekte ve %94,7'sinin "Dengesiz Beslenme: Beden Gereksiniminden Az Beslenme/Riski" hemşirelik tanısını kullandığı saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Hemşirelerin Hasta Bakımında Nütrisyon Değerlendirmesine Yönelik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=395)

Hemşirelerin Hasta Bakımında Nütrisyon Değerlendirmesine Yönelik Özellikler		n	%
Nütrisyon eğitimi alma durumu	Evet	383	97.0
	Hayır	12	3.0
Nütrisyon eğitiminin nereden alındığı (n=383) *	Hizmet içi eğitim	365	95.3
	Sertifikasyon programı	21	5.5
	Kongre/sempozyum/panel	82	21.4
	Diğer eğitim	12	3.1
Nütrisyon bilgisi açısında kendini yeterli görme durumu	Evet	97	24.6
	Kısmen	268	67.8
	Hayır	30	7.6
Nütrisyon değerlendirmesinin kimin yapması gerektiği	Hekim	56	14.2
	Klinik hemşiresi	142	35.9
	Nütrisyon hemşiresi	160	40.5
	Diyetisyen	37	9.4
Hasta kabulü esnasında nütrisyon değerlendirmesi yapma durumu	Evet	363	91.9
	Hayır	32	8.1
Bakımda nütrisyon değerlendirmesi yapma durumu	Evet	385	97.5
	Hayır	10	2.5
Nütrisyon değerlendirmede kullanılan ölçüm aracı	Nütrisyonel Risk Tarama Formu	374	97.1
	Mini Nutrisyonel Değerlendirme	3	0.8
	Nütric Score	4	1.0
	Malnütrisyon Genel Tarama Testi	4	1.0
Günlük hasta bakımında düzenli olarak değerlendirilen parametreler*	İştahsızlık	264	66.8
	Kilo kaybı	251	63.5
	Çiğneme zorluğu	160	40.5
	Yutma güçlüğü	218	55.2
	Bulantı-kusma	286	72.4
	Diyare	304	77.0
	Konstipasyon	237	60.0
	Diğer parametre	6	1.5
Hastanede yatan hastalarda malnütrisyon görülme oranına ilişkin yaklaşımı	%5 altı	56	14.2
	%5-10	118	29.9
	%10-20	84	21.3
	%20 ve üstü	137	34.7

*Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Tablo 4.2: Hemşirelerin Hasta Bakımında Nütrisyon Değerlendirmesine Yönelik Özelliklerine Göre Dağılımı- Devamı (N=395)

Hemşirelerin Hasta Bakımında Nütrisyon Değerlendirmesine Yönelik Özellikler		n	%
Hastaların bakımında nütrisyon risk taramasına yönelik yapılanlar*	Hastanın boy/ kilo takibini yapmak	309	78.2
	Hastanın oral beslenme durumunu izlemek	365	92.4
	Nütrisyon ekibi ile koordineli çalışmak	315	79.7
Malnütrisyon tedavisi yapma durumu	Evet	259	65.6
	Hayır	136	34.4
Nütrisyona yönelik hemşirelik süreci uygulama	Evet	344	87.1
	Hayır	51	12.9
Nütrisyonel bakım ile ilgili hangi hemşirelik tanılarının kullanıldığı*	Dengesiz Beslenme: Beden Gereksiniminden Az Beslenme / Riski	374	94.7
	Dengesiz Beslenme: Beden Gereksiniminden Fazla Beslenme / Riski	247	62.5
	Bulantı /riski	208	52.7
	Sıvı Volüm Eksikliği / Riski	269	68.1
	Elektrolit Dengesinde Bozulma / Riski	257	65.1

*Birden fazla seçilen madde

4.3. "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.'te hemşirelerde nütrisyonel değerlendirmeye verdikleri önem, nütrisyonel bakım konusundaki bilgi düzeyleri ve algıladıkları nütrisyonel bakım kalitesine ilişkin ölçeğin alt boyut puan ortalamaları incelenmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmeye verdikleri önemi yansıtan tutum alt boyutu toplam puan ortalaması 25,37 ± 2,78 olarak belirlenmiştir. Bu değer, kullanılan ölçek aralığı (7-28) göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin önemine yönelik genel olarak pozitif yönde bir tutuma sahip olduklarını göstermektedir. Puanların 19 ile 28 arasında değişmesi, bireyler arasında tutum düzeylerinde belirli farklılıkların bulunduğunu ortaya koymaktadır.

Nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi toplam puanı 27,47 ± 6,20 olarak saptanmış olup, bu sonuç bilgi düzeyinin ölçek aralığı (10-40) içerisinde orta-üst seviyelerde olduğunu göstermektedir. Puanların minimum 10, maksimum 40 olarak kaydedilmesi, bilgi düzeyinde geniş bir dağılımın mevcut olduğunu ve hemşireler arasında bilgi farklılıklarının dikkate değer düzeyde olduğunu göstermektedir.

Nütrisyona yönelik bakım kalitesi algısı toplam puan ortalaması ise 37,71 ± 5,92 olarak bulunmuştur. Bu ortalama, ölçek aralığı (9-45) dikkate alındığında, algılanan bakım kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Puanların 19 ile 45 arasında değişmesi, algılanan bakım kalitesinde de bireysel düzeyde önemli farklılıkların bulunduğuna işaret etmektedir.

Elde edilen bulgular, hemşirelerin nütrisyonel bakımın önemine ilişkin farkındalık ve bilgi düzeylerinin genel olarak yeterli olduğunu ve algıladıkları bakım kalitesinin olumlu olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, minimum ve maksimum puanlar arasındaki geniş varyasyon, bireysel farklılıkların dikkate alınmasının önemine vurgu yapmaktadır. Bu sonuçlar, nütrisyonel bakım alanında gerçekleştirilecek eğitim ve geliştirme programlarının bireysel ihtiyaçlar doğrultusunda yapılandırılmasının gerekli olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 4.3: "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	Ort ± SS	Alınabilecek Min.- Max. puan	İşaretlenen Min.- Max. Puan
Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum	25.37 ± 2.78	7-28	19-28
Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi	27.47 ± 6.20	10-40	10-40
Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesi	37.71 ± 5.92	9-45	19-45

4.4. "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalamalarının Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

Tablo4.4.' te hemşirelerde nütrisyonel değerlendirmeye verdikleri önem, nütrisyonel bakım konusundaki bilgi düzeyleri ve algıladıkları nütrisyonel bakım kalitesine ilişkin ölçeğin alt boyut puan ortalamalarının korelasyon analizi incelenmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum ile nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0,157, p=0,002). Bu durum, olumlu bir tutuma sahip olan hemşirelerin bilgi düzeylerinin de bir miktar artış gösterdiğini işaret etmektedir; ancak ilişkinin düşük düzeyde olduğu dikkate alınmalıdır.

Nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum ile algılanan nütrisyonel bakım kalitesi arasındaki korelasyon ise daha güçlüdür (r=0,368, p=0,000). Bu bulgu, tutumların olumlu yönde artmasının, hemşirelerin bakım kalitesini daha yüksek algılamasıyla bağlantılı olduğunu göstermektedir. İlişkinin orta düzeyde olması, bu bağlantının anlamlı ve dikkate değer olduğunu ortaya koymaktadır.

Öte yandan, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi ile algılanan nütrisyonel bakım kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (r=-0,031, p=0,540). Bu sonuç, bilgi düzeyi ile algılanan bakım kalitesi arasında doğrudan bir bağlantı olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.4: "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalamalarının Korelasyon Analizi

		1	2	3
1. "Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum"	r	-		
	p	-		
2. "Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi"	r	0.157	-	
	p	0.002*		
3. "Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesi"	r	0.368	-0.031	-
	p	0.000*	0.540	-

*<0,01; r: Pearson Korelasyon Analizi

4.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına ilişkin Bulgular

Tablo 4.5.' te hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre, nütrisyonel değerlendirmeye verdikleri önem, nütrisyonel bakım konusundaki bilgi düzeyleri ve algıladıkları nütrisyonel bakım kalitesine ilişkin ölçeğin alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelenmiştir. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, 36 yaş ve üzeri grubun hem nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum hem nütrisyonel bakım bilgi düzeyi hem de nütrisyonel bakım kalitesi algı puanlarının diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Özellikle bilgi düzeyinde, 36 yaş ve üzeri grup, tüm yaş gruplarına kıyasla daha yüksek puan almıştır. Ayrıca, algılanan bakım kalitesi açısından 20-25 yaş grubu da 26-30 ve 31-35 yaş gruplarına göre daha yüksek puanlara sahiptir. Bu durum, yaşın artmasıyla birlikte nütrisyonel farkındalık düzeyinde olumlu bir gelişme olduğunu göstermektedir.

Cinsiyet açısından yapılan analizde, kadın hemşirelerin nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum ve bilgi düzeyi puanlarının erkeklere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak algılanan bakım kalitesi açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Medeni duruma göre incelemelerde, evli hemşirelerin nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum ve bilgi düzeyi puanlarının bekarlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Ancak algılanan bakım kalitesi puanlarında medeni duruma bağlı bir fark bulunmamıştır.

Eğitim durumuna göre değerlendirmede, bilgi düzeyi açısından lisansüstü ve sağlık meslek lisesi mezunlarının lisans mezunlarından anlamlı derecede yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ancak tutum ve algılanan bakım kalitesi açısından eğitim düzeyine bağlı anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Meslek yılına göre incelemede, bilgi düzeyinde 11 yıl-üzeri mesleki deneyime sahip hemşirelerin 1-5 yıl arası mesleki deneyime sahip olanlara göre anlamlı derecede yüksek puanlara sahip olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca, algılanan bakım kalitesi açısından 1-5 yıl çalışan hemşirelerin 6-10 yıl çalışanlardan daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Çalışılan kliniğe göre yapılan analizde, özellikle kardiyoloji, onkoloji, hemodiyaliz ve nöroloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin algılanan bakım kalitesi ve bilgi düzeyi puanlarının diğer kliniklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Göğüs hastalıkları ve nefroloji kliniklerinde çalışanların puanlarının ise diğer kliniklere göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 4.5: Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler		"Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum"	"Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi"	"Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesi"
		Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Yaş	20-25	26.04±2.49	27.82±7.17	40.02±4.25
	26-30	25.07±2.76	26.77±6.17	36.91±6.11
	31-35	25.14±3.28	26.82±5.82	37.06±6.78
	36 ve Üzeri	26.53±2.04	31.71±3.76	40.40±3.47
	F	4.74	8.77	7.64
	p	**0.003**	**0.000**	**0.000**
	PostHoc	1>2, 4>2, 4>3 (p<0.05)	4>1, 4>2, 4>3 (p<0.05)	1>2, 4>2, 1>3, 4>3 (p<0.05)
Cinsiyet	Kadın	25.64±2.67	28.01±5.53	37.32±5.63
	Erkek	24.94±2.92	26.47±7.06	38.34±6.35
	t	2.43	2.55	-1.66
	p	**0.018**	**0.017**	0.110
Medeni durum	Evli	25.66±2.56	28.51±5.59	38.11±5.35
	Bekar	25.01±2.96	26.50±6.60	37.35±6.42
	t	2.01	3.24	1.28
	p	**0.044**	**0.001**	0.200
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	25.35±3.13	30.35±5.03	37.43±7.79
	Ön Lisans	25.69±2.49	29.37±5.03	37.81±9.03
	Lisans	25.31±2.73	26.53±6.46	37.70±5.82
	Lisansüstü	25.57±3.02	30.10±4.37	37.85±4.80
	F	0.23	8.89	0.03
	p	0.877	**0.000**	0.993
	PostHoc=		1>3, 4>3 (p<0.05)	
Hemşire olarak çalışma yılı	1-5 Yıl	25.48±2.70	26.75±7.06	38.29±5.76
	6-10 Yıl	25.05±2.91	28.05±4.59	35.84±6.31
	11 Yıl ve Üzeri	25.55±2.95	29.83±363	39.13±4.87
	F	0.97	5.60	8.18
	p	0.378	**0.004**	**0.000**

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.5: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması- Devamı

Tanıtıcı Özellikler		"Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum"	"Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi"	"Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesi"
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çalışılan klinik	Genel dahiliye	25.32±2.74	28.16±5.23	36.36±6.63
	Endokrinoloji	25.67±2.29	29.46±4.10	37.51±6.21
	Kardiyoloji	24.80±2.88	30.00±4.99	39.00±3.52
	Göğüs Hastalıkları	24.26±3.23	27.82±5.18	35.18±6.38
	Nefroloji	23.62±3.14	27.53±4.67	36.00±6,52
	Gastroenteroloji	25.00±3.05	23.29±6.54	36.14±4.85
	Nöroloji	26.18±1.98	28.73±4.76	40.09±3.83
	Hemodiyaliz	26.62±1.97	26.62±10.68	42.00±4.18
	Yoğun Bakım Ünitesi	25.75±2.71	24.37±7.41	40.06±4.88
	Onkoloji	24.15±3.20	30.85±2.99	39.90±3.09
	Diğer	26.92±1.71	26.46±6.89	36.54±6.05
	F	5.034	4.084	5.094
	P	**0.000**	**0.000**	**0.000**
	PostHoc	8>1, 11>1, 11>2, 8>3, 11>3, 1>4, 2>4, 7>4, 8>4, 9>4, 11>4, 1>5, 2>5, 7>5, 8>5, 9>5, 11>5, 8>6, 11>6, 11>9, 2>10, 7>10, 8>10, 9>10, 11>10 (p<0.05)	10>5, 1>6, 2>6, 3>6, 4>6, 5>6, 7>6, 10>6, 11>6, 10>8, 1>9, 2>9, 3>9, 4>9, 5>9, 7>9, 10>9, 2>11, 10>11 (p<0.05)	7>1, 8>1, 9>1, 10>1, 8>2, 9>2, 3>4, 7>4, 8>4, 9>4, 10>4, 7>5, 8>5, 9>5, 10>5, 7>6, 8>6, 9>6, 10>6, 7>11, 8>11, 9>11, 10>11 (p<0.05)
Klinikte çalışma yılı	1 yıldan az	25.70±2.25	27.57±6.39	36.77±6.93
	1-5 yıl	25.41±2.83	27.20±6.21	37.66±5.86
	6 yıl ve üzeri	24.60±2.99	29.53±5.72	39.50±4.58
	F	1.83	2.39	2.42
	p	0.161	0.093	0.090

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.5: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması- Devamı

Tanıtıcı Özellikler		"Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum"	"Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi"	"Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesi"
		Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Günlük bakım verdiği hasta sayısı	1-5	25.69±2.46	25.20±6.79	38.86±5.78
	6-10	24.95±3.07	29.71±5.06	37.38±6.08
	11-15	25.53±2.73	28.14±6.17	36.92±5.70
	16 ve üzeri	25.45±2.74	25.57±5.55	37.65±6.05
	F	1.57	13.99	2.10
	p	0.196	**0.000**	0.099
	PostHoc		2>1, 3>1, 2>3, 2>4, 3>4 (p<0.05)	
Mesleğini severek yapma durumu	Evet	25.71±2.62	27.35±6.96	38.92±5.41
	Kısmen	25.30±2.80	28.07±5.41	36.79±5.84
	Hayır	23.81±3.12	25.68±4.35	34.95±7.41
	F	7.57	2.32	10.65
	p	**0.001**	0.099	**0,000**
	PostHoc	1>3, 2>3 (p<0.05)		1>2, 1>3 (p<0.05)

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

4.6. Hemşirelerin Nütrisyon Değerlendirmeye Yönelik Özelliklerinin "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalaması ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.6.'da hemşirelerin nütrisyon değerlendirmeye yönelik özelliklerine göre, nütrisyonel değerlendirmeye verdikleri öneme ilişkin tutum, nütrisyonel bakıma yönelik bilgi düzeyi ve nütrisyonel bakım kalitesi algısı alt boyutlarındaki puan ortalamalarının karşılaştırılması incelenmiştir.

Nütrisyon eğitimi alma durumu açısından incelendiğinde, eğitim alan hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi puanlarının, eğitim almayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (p=0,003). Ancak tutum ve algılanan bakım

kalitesi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Nütrisyon bilgi yeterliliği açısından değerlendirildiğinde, bilgi yeterliliğini "Evet" olarak ifade eden hemşirelerin tüm alt ölçeklerde en yüksek puanlara sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bilgi yeterliliğini "Hayır" olarak belirten hemşirelerin ise en düşük puanlara sahip olduğu görülmektedir.

Nütrisyon değerlendirmesinin kimin yapması gerektiği ile ilgili analizde, klinik hemşirelerinin bu sorumluluğu üstlenmesi gerektiğini düşünen hemşirelerin hem tutum hem bilgi düzeyi puanlarının diğer gruplardan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Algılanan bakım kalitesi açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kabulde nütrisyon değerlendirmesi yapma durumu, nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum ve bilgi düzeyi açısından anlamlı farklılık göstermiştir. Kabulde değerlendirme yapan hemşireler, yapmayanlara göre bu alanlarda daha yüksek puanlara sahiptir ($p<0,05$). Algılanan bakım kalitesi açısından ise fark bulunmamıştır.

Hastanede yatan hastalarda malnütrisyon görülme oranı açısından, %20 ve üzeri malnütrisyon oranı görülmekte diyen gruptaki hemşirelerin bilgi düzeyi puanlarının diğer gruplardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ancak tutum ve algılanan bakım kalitesi açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Malnütrisyon tedavisi yapma durumu, tüm alt ölçeklerde anlamlı farklılık göstermiştir. Malnütrisyon tedavisi uygulayan hemşirelerin ölçek alt boyut puan ortalamalarının malnütrisyon tedavisi uygulamayanlara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Nütrisyon hemşirelik süreci uygulama durumu, hemşirelerin tüm alt ölçeklerde anlamlı şekilde daha yüksek puan almasını sağlamıştır. Süreci uygulayan hemşirelerin bilgi seviyesi, tutum ve bakım kalitesi algıları açısından belirgin avantajlara sahip olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo 4.2: Hemşirelerin Nütrisyon Değerlendirmeye Yönelik Özelliklerinin "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalaması İle Karşılaştırılması

Nütrisyon Değerlendirmeye Yönelik Özellikler		"Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum"	"Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi"	"Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesi"
		Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Nütrisyon eğitimi alma durumu	Evet	25.40±2.78	27.64±6.05	37.75±5.95
	Hayır	24.50±3.09	22.25±8.93	36.50±5.25
	t	1.10	2.99	0.72
	p	0.273	**0.003**	0.471
Nütrisyon bilgisi açısından kendini yeterli görme durumu	Evet	26.98±1.51	27.67±7.62	40.33±4.83
	Kısmen	25.04±2.90	27.68±5.87	37.19±6.18
	Hayır	23.13±2.18	24.97±2.75	33.97±3.04
	F	32.15	2.67	17.89
	p	**0.000**	0.071	**0.000**
	PostHoc	1>2, 1>3, 2>3 (p<0.05)		1>2, 1>3, 2>3 (p<0.05)
Nütrisyon değerlendirmesinin kimin yapması gerektiği	Hekim	24.71±3.09	26.27±5.89	37.07±5.68
	Klinik Hemşiresi	26.13±2.49	30.71±4.81	38.44±5.61
	Nütrisyon Hemşiresi	24.93±2.87	25.44±6.39	37.47±5.81
	Diyetisyen	25.32±2.38	25.65±5.70	36.97±7.74
	F	6.15	23.89	1.22
	p	**0.000**	**0.000**	0.301
	PostHoc	2>1, 2>3 (p<0.05)	2>1, 2>3, 2>4 (p<0.05)	
Hasta kabulü esnasında nütrisyon değerlendirmesi yapma durumu	Evet	25.53±2.76	27.83±6.11	37.71±6.03
	Hayır	23.50±2.37	23.44±5.94	37.81±4.64
	t	4.04	3.91	-0.095
	p	**0.000**	**0.000**	0.906
Bakımda nütrisyon değerlendirmesi yapma durumu	Evet	25.41±2.77	27.53±6.27	37.78±5.89
	Hayır	23.80±2.90	25.10±0.87	35.30±7.12
	t	1.81	1.23	1.31
	p	0.071	**0.000**	0.19

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.63: Hemşirelerin Nütrisyon Değerlendirmeye Yönelik Özelliklerinin "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalaması İle Karşılaştırılması- Devamı

Nütrisyon Değerlendirmeye Yönelik Özellikler		"Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum"	"Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi"	"Nütrisyonel Bakım Kalitesi Algısı"
		Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Nütrisyon değerlendirme kullanılan ölçüm aracı	Nütrisyonel Risk Tarama Formu 2002	25.46±2.77	27.68±6.28	37.74±5.95
	Mini Nutrisyonel Değerlendirme	24.00±0.00	26.00±0.00	35.00±0.00
	Nütric Score	22.00±0.00	19.00±0.00	42.00±0.00
	Malnütrisyon Genel Tarama Testi	25.00±3.46	23.50±2.89	39.50±1.73
	F	2.37	3.20	1.03
	p	0.070	**0.020**	0.380
	PostHoc		1>3 (p<0.05)	
Hastanede yatan hastalarda malnütrisyon görülme oranı	%5 altı	25.48±2.23	26.50±6.68	37.04±5.26
	%5-10	25.17±2.88	25.77±5.89	36.98±6.11
	%10-20	25.07±2.71	26.15±5.16	37.58±6.05
	%20 ve üstü	25.68±2.94	30.15±6.03	38.71±5.88
	F	1.12	14.49	2.16
	p	0.340	**0.000**	0.090
	PostHoc		4>1, 4>2, 4>3 (p<0.05)	
Malnütrisyon tedavisi yapma durumu	Evet	25.76±2.73	28.81±6.21	38.21±5.99
	Hayır	24.63±2.75	24.92±5.37	36.77±5.72
	t	3.88	6.20	2.31
	p	**0.000**	**0.000**	**0.022**
Nütrisyona yönelik hemşirelik süreci uygulama	Evet	25.67±2.65	27.87±6.29	38.13±5.66
	Hayır	23.33±2.85	24.78±4.92	34.90±6.90
	t	5.82	3.36	3.69
	p	**0.000**	**0.001**	**0.000**

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

4.7. Nütrisyonel Bakım ile İlgili Hemşirelik Tanılarına Yönelik Özelliklerinin "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalaması İle Karşılaştırılması İlişkin Bulgular

Tablo 4.7.' de hemşirelerin nütrisyonel bakım ile ilgili hemşirelik tanılarına yönelik özelliklerine göre, nütrisyonel değerlendirmeye verdikleri öneme ilişkin tutum, nütrisyonel bakıma yönelik bilgi düzeyi ve bakım kalitesi algısı alt boyutlarındaki puan ortalamalarının karşılaştırılması incelenmiştir.

"Dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az beslenme / riski" tanısını kullanma açısından yapılan analizde, "Dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az beslenme / riski" tanısını kullanan hemşirelerin nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum ve bilgi düzeyi puanlarının kullanmayanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak algılanan bakım kalitesi açısından "Dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az beslenme / riski" tanısını kullanma durumuna göre anlamlı bir fark saptanmamıştır.

"Dengesiz beslenme: beden gereksiniminden fazla beslenme / riski" tanısını kullanma açısından yapılan analizde, "Dengesiz beslenme: beden gereksiniminden fazla beslenme / riski" tanısını kullanan hemşirelerin nütrisyonel bakıma yönelik bilgi düzeyi ve bakım kalitesi algısı puanlarının kullanmayanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum açısından "Dengesiz beslenme: beden gereksiniminden fazla beslenme / riski" tanısını kullanma durumuna göre anlamlı bir fark saptanmamıştır.

"Bulantı / riski" tanısını kullanma açısından yapılan analizde, hemşirelerin ölçek tüm alt boyut puanlarının "Bulantı / riski" tanısını kullanma durumuna göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

"Sıvı volüm eksikliği / riski" tanısını kullanma açısından yapılan analizde, "Sıvı volüm eksikliği / riski" tanısını kullanan hemşirelerin nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum ve bilgi düzeyi puanlarının kullanmayanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak algılanan bakım kalitesi açısından "Sıvı volüm eksikliği / riski" tanısını kullanma durumuna göre anlamlı bir fark saptanmamıştır.

“Elektrolit dengesinde bozulma / riski” tanısını kullanma açısından yapılan analizde, “Elektrolit dengesinde bozulma / riski” tanısını kullanan hemşirelerin nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum ve bilgi düzeyi puanlarının kullanmayanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak algılanan bakım kalitesi açısından “Elektrolit dengesinde bozulma” tanısını kullanma durumuna göre anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 47: Hemşirelerin Nütrisyonel Bakım ile İlgili Hemşirelik Tanılarına Yönelik Özelliklerinin “Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği” Alt Boyut Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması

Nütrisyonel Bakım ile İlgili Hemşirelik Tanılarına Yönelik Özellikleri		**“Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum”**	**“Nütrisyonel Bakıma Yönelik Bilgi Düzeyi”**	**“Nütrisyonel Bakım Kalitesi Algısı”**
		Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Dengesiz Beslenme: Beden Gereksiniminden Az Beslenme / Riski	Tanısını kullanan	25.46±2.75	27.79±6.02	37.70±5.93
	Tanısını kullanmayan	23.71±3.02	21.86±6.97	38.05±6.03
	t	-2.82	-4.36	0.26
	p	**0.005**	**0.000**	0.79
Dengesiz Beslenme: Beden Gereksiniminden Fazla Beslenme / Riski	Tanısını kullanan	25.50±2.85	29.36±4.86	38.38±5.00
	Tanısını kullanmayan	25.15±2.67	24.32±6.92	36.60±7.10
	t	1.18	7.78	2.68
	p	0.237	**0.000**	**0.008**
Bulantı / Riski	Tanısını kullanan	25.51±2.79	27.51±4.74	37.45±5.74
	Tanısını kullanmayan	25.21±2.77	27.43±7.53	38.01±6.13
	t	1.05	0.12	-0.93
	p	0.293	0.905	0.350

t: Bağımsız Gruplar T-Testi $p<0,05$

Tablo 4.7: Hemşirelerin Nütrisyonel Bakım ile İlgili Hemşirelik Tanılarına Yönelik Özelliklerinin "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalaması İle Karşılaştırılması- Devamı

Nütrisyonel Bakım ile İlgili Hemşirelik Tanılarına Yönelik Özellikleri		**"Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum"**	**"Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi"**	**"Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesi"**
		Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Sıvı Volüm Eksikliği / Riski	Tanısını kullanan	25.81±2.49	28.34±5.77	38.03±5.93
	Tanısını kullanmayan	24.42±3.13	25.61±6,70	37.04±5.90
	t	4.38	3.95	1.55
	p	**0.000**	**0.000**	0.121
Elektrolit Dengesinde Bozulma / Riski	Tanısını kullanan	25.90±2.46	28.91±5.36	38.14±5.81
	Tanısını kullanmayan	24.41±3.09	24.79±6.77	36.92±6.08
	t	4.83	6.19	1.96
	p	**0.000**	**0.000**	0.05

t: Bağımsız Gruplar T-Testi $p<0,05$

BEŞİNCİ BÖLÜM
5. TARTIŞMA

Bu çalışma, dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin, nütrisyonel değerlendirmeye verdikleri önemi, nütrisyonel bakıma yönelik bilgi düzeyini ve nütrisyonel bakım kalitesi algı düzeylerini belirlemek ve bu farkındalığı hemşirelik sürecine yansıtma durumunu incelemek amacıyla yapılmıştır. Elde edilen veriler bu kısımda literatür ışında tartışılmıştır.

5.1. Hemşirelerin Nütrisyon Değerlendirmelerine Yönelik Özellikleri

Hastaların beslenme durumlarının değerlendirilmesi, gerekli hallerde enteral veya parenteral beslenmenin uygun bir nütrisyon destek programı doğrultusunda başlatılması ve yönetilmesi, bu sürece ilişkin olası komplikasyonların izlenmesi ve beslenme hedeflerine ulaşımın değerlendirilmesi hemşirelik uygulamalarının temel sorumluluk alanlarındandır. Bu bağlamda, hemşirelerin nütrisyon desteğine yönelik bilgi düzeylerini artırmaya yönelik yapılandırılmış eğitim programlarının planlanması ve uygulanması, klinik bakım kalitesinin artırılması açısından kritik bir gerekliliktir (Yalcin et al., 2013). Çalışmaya katılan hemşirelerin %97'sinin nütrisyona yönelik eğitim aldığı, eğitim alan hemşirelerin %95,3'ünün ise bu eğitimi hizmet içi eğitim programlarından aldığı ve %67,8' i nütrisyon bilgi yeterliliği açısından kendisinin kısmen yeterli görmekte olduğu, %40,5'i nütrisyonel değerlendirmenin nütrisyon hemşiresi tarafından yapılması gerektiğini ifade ettiği belirlenmiştir. Bununla birlikte, hemşirelerin %91,9' u hasta kabulü sırasında nütrisyon değerlendirmesi yapmakta ve %97,1'i nütrisyonel değerlendirme ölçüm aracı olarak NRS 2002'yi kullanmaktadır. Bu konuda daha önce yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde Kıymaz vd. (2023) yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin %56,4'ünün öncesinde nütrisyonel desteğe yönelik eğitim aldığı, bu eğitimler sonucunda %63,6'sının kendisini kısmen yeterli gördüğü, %44,3'ünün nütrisyona yönelik hemşirelik bakımı uygulayamadığını ve %20,7'sinin bunun eğitim yetersizliğinden kaynaklı olduğunu düşündükleri görülmektedir. Yapılmış başka bir çalışmada ise hemşirelerin %27,9'u beslenmeye yönelik eğitim aldığı ve %94,4' ünün bu eğitimi hizmet içi eğitimlerde aldığı ve hemşirelerin %64,4'ü beslenme durumunu saptama ve beslenme bakım konusunda

kendi bilgi düzeyini yeterli bulmadığını ifade ettiği görülmüştür (Bozdoğan ve Koşaşlı, 2023).

Yapılmış olan bir diğer çalışmada ise katılımcıların %90,9'u hemşirelik eğitim sürecinde nütrisyona yönelik ders almış olduğu ve %58,7'si beslenme konusunda hizmet içi eğitim almış olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılanların %51,7'sinin görev yaptıkları sağlık kurumunda nütrisyon desteği sağlayan ekip olduğunu %42,7'sinin bulundukları klinikte hastanın hekimler tarafından nütrisyonel değerlendirmesinin yapıldığı ve %61,5'inin nütrisyonel değerlendirme formu olarak NSR 2002'nin kullanıldığını ifade ettikleri görülmüştür (Kurt ve Gürdoğan, 2023).

Çalışmadan elde edilen bulgular, literatürde yer alan mevcut araştırmalarla büyük ölçüde paralellik göstermektedir. Hemşirelerin nütrisyonel farkındalık düzeylerinin hizmet içi eğitimler aracılığıyla desteklendiği belirlenmiş olmakla birlikte, bilgi yeterliliği ve bu bilgiyi klinik uygulamalara yansıtma konusunda kendilerini yeterli görmedikleri saptanmıştır.

5.2. "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Puan Ortalamalarına İlişkin Özellikleri

Hemşireler, hastanede yatan bireylerle doğrudan ve sürekli etkileşimde bulunmaları için beslenme gereksinimlerinin belirlenmesinde ve beslenme gereksinimlerinin karşılanmasında büyük bir role sahiptir (Yılmaz vd., 2017). Hemşirelerin hastaların hastaneye kabullerinde ilk nütrisyonel taramayı yapan sağlık çalışanı olmaları, hastaların beslenme risklerini erken tespit edilmesine olanak taşımaktadır. Bu nedenle hemşirelerin yetersiz beslenmeye ilişkin risk faktörlerini ve belirtileri tanıma konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Yetersiz beslenmenin önlenmesi ve mevcut risklerin ilerlemeden kontrol altına alınması için hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik girişimlerini etkin şekilde uygulamaları gerekmektedir. Bu süreci düzenli periyotlarla gözlemleyerek uygun müdahalelerde bulunmak hemşirelerin sorumluluğudur ve bu hasta bakımını da olumlu yönde etkileyecektir. (Döngel vd.,2022).

Çalışmaya katılan hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmeye verdikleri öneme yönelik tutum toplam puan ortalaması 25,37 olarak belirlenmiştir. Bu puan ortalaması çalışmaya dahil edilen hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin önemine yönelik

genel olarak olumlu bir tutuma sahip olduklarını göstermektedir. Bu bulgu, Çoşğun'un (2021) çalışmasında yer alan hemşirelerin ortalama tutum puanı olan 23,41'den daha yüksek bir değere işaret etmektedir (Coşğun ve Kısacık, 2021). Benzer şekilde, Kıymaz ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında 22,7 puan ortalaması ve Döngel vd. (2023) tarafından yapılan çalışmanın 21,36 puan ortalamasına kıyasla daha olumlu bir tutum düzeyi gözlemlenmiştir (Kıymaz vd.,2023; Döngel vd.,2023). Son olarak, Dünya Polat vd. (2024) yoğun bakım hemşireleri arasında yaptıkları araştırmada beslenme tutum puan ortalamasını 23,39 olarak bulmuşlardır (Dünya Polat vd.,2024).

Nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi toplam puanı 27,47 olarak saptanmış olup, bu sonuç bilgi düzeyinin orta-üst seviyelerde olduğunu göstermektedir. Puanların minimum 10, maksimum 40 olarak kaydedilmesi, bilgi düzeyinde geniş bir dağılımın mevcut olduğunu ve hemşireler arasında bilgi farklılıklarının dikkate değer düzeyde olduğunu göstermektedir. Çoşğun (2021) tarafından bildirilen 25,95 ve Döngel vd. (2023) tarafından bildirilen 25,33 puan ortalamalarından yüksek, ancak Kıymaz vd. (2023) çalışmasında bildirilen 27 puan ile benzerlik göstermektedir (Çoşğun ve Kısacık,2021; Döngel vd.,2023; Kıymaz vd.,2023). Dünya Polat vd. (2024) çalışmasında bu değeri 25,33 bulunmuştur (Dünya Polat vd.,2024).

Çalışmada hemşirelerin nütrisyonel bakım kalitesi algısına yönelik toplam puan ortalaması ise 37,71 olarak bulunmuştur. Bu ortalama, ölçek aralığına göre algılanan bakım kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, Çoşğun (2021) çalışmasında bildirilen 33,70 ve Döngel vd. (2023) tarafından bildirilen 33,25 ortalamalarından daha yüksek; Kıymaz vd. (2023) tarafından bildirilen 34,5 puanın ise üzerindedir (Çoşğun ve Kısacık,2021; Döngel vd.,2023; Kıymaz vd.,2023). Son olarak Dünya Polat vd. (2024) yoğun bakımda bu ortalamayı 37,53 olarak bulmuşlardır (Dünya Polat vd.,2024).

Elde edilen bulgular neticesinde hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin tutumlarının olumlu olduğunu, orta-üst düzey bilgiye sahip olduğunu ve bu durumun algılanan bakım kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada elde edilen bu bulgu, çalışmanın yapıldığı hastanenin Türkiye'de en büyük hastane kategorisinde yer almasından, dolayısıyla bu hastanede nütrisyonel ekibin hizmet vermesinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum

ile nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç, hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin önemine yönelik olumlu tutumlarının bilgi düzeylerinin artışıyla paralellik göstermektedir. Nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum ile algılanan nütrisyonel bakım kalitesi arasındaki korelasyon ise daha güçlüdür. Bu bulgu ise hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmeyi önemli görmelerinin sunulan bakım kalitesini daha yüksek algılamalarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Öte yandan, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi ile algılanan nütrisyonel bakım kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Elde edilen bulgular literatür ile paralellik göstermektedir. Dünya Polat vd. (2024) yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin önemi ve algılanan bakım kalitesi arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğunu; nütrisyonel bakım bilgi düzeyi, nütrisyonel bakımın önemine ilişkin tutum ve algılanan bakım kalitesi ile arasında anlamlı ilişki bulunamadığını ifade etmektedir. Diğer yandan aynı çalışmada, algılanan bakım kalitesi ile bilgi düzeyleri arasında zayıf ama anlamlı bir ilişki bulunduğu ifade edilmiştir. Bu bulgu, bilgi düzeyi olarak kendini yeterli bulan hemşirelerin bakım kalitesini daha yüksek algılayabileceğini göstermektedir (Dünya Polat vd., 2024). Kıymaz vd. (2023) yapmış oldukları çalışmada ise nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum ile bilgi düzeyi puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki görülmektedir. Nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum ile algılanan bakım kalitesi arasında pozitif ama zayıf bir ilişki görülmektedir. Fakat nütrisyonel bakım bilgi düzeyi ile algılanan bakım kalitesi arasında negatif anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Kıymaz vd., 2023).

Çoşğun ve Kısacık'ın (2021) çalışmasında ise, hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin önemine yönelik tutum ve algılanan bakım kalitesi arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki görülmektedir. Nütrisyonel bakım kalitesini en fazla etkileyen değişkenin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutumlar olduğu ifade edilmiştir. Bununla birlikte bilgi seviyesinin, tutum puanı 25 ve üzeri olan hemşirelerde algılanan bakım kalitesi algısındaki artışla zayıf düzeyde ama pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Çoşğun ve Kısacık, 2021).

Bu sonuçlar bize hemşirelerin nütrisyonel bakımın önemine ilişkin tutumlarının algılanan bakım kalitesi üzerinde önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Öte yandan hemşirelerin sahip oldukları teorik bilgi düzeylerinin, algılanan bakım kalitesi

üzerinde bir faktör olmadığını gösterir. Bu nedenle hemşirelerin yalnızca bilgi düzeylerini arttırmaya değil, aynı zamanda tutum geliştirmeye ve uygulama becerilerini desteklemeye yönelik bütüncül yaklaşımlarla nütrisyonel beslenmenin öneminin bir kültür haline getirilmesi önem arz etmektedir.

5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılmasına İlişkin Özellikleri

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre incelemesi yapıldığında 36 yaş ve üzeri grubun hem nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum hem nütrisyonel bakıma yönelik bilgi düzeyi hem de bakım kalitesi algı puanlarının diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Özellikle bilgi düzeyinde, 36 yaş ve üzeri grup, tüm yaş gruplarına kıyasla daha yüksek puan almıştır. Ayrıca, algılanan bakım kalitesi açısından 20-25 yaş grubu da 26-30 ve 31-35 yaş gruplarına göre daha yüksek puanlara sahiptir. Bu bulgular neticesinde yaşın artmasıyla birlikte nütrisyonel farkındalık düzeyinde olumlu bir gelişme olduğunu göstermektedir. Bulgular arasındaki farklılıkların başka bir nedeni ise genç hemşirelerin teorik bilgilerini daha idealize ederek bakım kalitesine yansıtmak istemelerinden kaynaklanabilir. Buna rağmen, Döngel vd. (2023) çalışmasında yaşın nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum, bilgi düzeyi ve algılanan bakım kalitesi ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir (Döngel vd., 2023). Yine Aliş ve Karahan Okuroğlu'nun (2025) bir kamu hastanesinde gerçekleştirdikleri çalışmada yaşın nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum bilgi düzeyi ve algılanan bakım kalitesi ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir (Aliş ve Karahan Okuroğlu, 2025).

Yapılan analizde, kadın hemşirelerin nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum ve bilgi düzeyi puanlarının erkeklere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, başka bir çalışmada da nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum puanları ve algılanan bakım kalitesi puanları kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Döngel vd., 2023). Kurt ve Gürdoğan (2023) çalışmalarında kadın hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ait puan ortalamalarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Kurt ve Gürdoğan, 2023). Aliş ve Karahan Okuroğlu'nun

(2025) bir kamu hastanesinde gerçekleştirdikleri çalışmasında cinsiyetin hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum, bilgi düzeyi ve bakım kalitesi algısı ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir (Aliş ve Karahan Okuroğlu, 2025). Yine Dünya Polat vd. (2024) yapmış oldukları çalışmada cinsiyet açısından yapılan istatistikte hemşirelerin nütrisyonel bakıma yönelik tutum, bilgi düzeyi ve bakım kalitesi algısı alt boyut puanları karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Dünya Polat vd.,2024).

Yapmış olduğumuz çalışmada, evli hemşirelerin nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum ve bilgi düzeyi puanlarının bekarlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Ancak algılanan bakım kalitesi açısından ve medeni durumlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde bu bulguyu karşılaştıracak çalışma yer almamaktadır. Bununla birlikte elde edilen bu bulgu, örnekleme alınan hemşirelerin çoğunluğunun kadın ve evli olmasından kaynaklanmış olabilir. Bu durumu daha iyi değerlendirebilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Eğitim durumuna göre değerlendirmede, bilgi düzeyi açısından lisansüstü ve sağlık meslek lisesi mezunlarının lisans mezunlarından anlamlı derecede yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir. Ancak tutum ve algılanan bakım kalitesi açısından eğitim düzeyine bağlı anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum lisansüstü eğitim gören hemşireleri teorik bilgilere daha hâkim olma ve literatür tarayarak okur yazarlık düzeylerinin yüksek olması (Yılmaz ve Kocaman, 2021); sağlık meslek lisesi mezunlarının ise erken dönemde klinik deneyim kazanmaları ve hasta bakımına entegre olmaları sayesinde pratik bilgiye olan yatkınlıklarından kaynaklanabilir (Demir ve Arslan,2020). Kurt ve Gürdoğan (2023) çalışmalarında lisansüstü eğitim almış hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ait puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Kurt ve Gürdoğan, 2023). Gezer ve Erarslan (2023) yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin eğitim seviyesi arttıkça nütrisyonel bakım bilgi düzeylerinin arttığı görülmüş ancak bu durum nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum puanı ortalamalarını etkilememiştir (Gezer ve Erarslan, 2023). Aliş ve Karahan Okuroğlu'nun (2025) bir kamu hastanesinde gerçekleştirdikleri çalışmada lisansüstü eğitim düzeyindeki hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyini puanlarının daha yüksek olduğu görülürken tutum ve algılanan bakım kalitesi puanlarında anlamlı farklılıklar görülmemiştir(Aliş ve Karahan Okuroğlu, 2025). Yine Dünya Polat vd. (2024) yapmış

oldukları çalışmada eğitim düzeyine göre hemşirelerin nütrisyonel bakıma yönelik tutum, bilgi düzeyi ve bakım kalitesi algısı alt boyut puanları karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Dünya Polat vd., 2024).

Meslek yılına göre incelemede, bilgi düzeyinde 11 yıl-üzeri mesleki deneyime sahip hemşirelerin 1-5 yıl arası deneyimi olanlara göre anlamlı derecede yüksek puanlara sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca, algılanan bakım kalitesi açısından 1-5 yıl çalışan hemşirelerin 6-10 yıl çalışanlardan daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Literatürde yapılmış olan benzer çalışmalara bakıldığında Aliş ve Karahan Okuroğlu'nun (2025) bir kamu hastanesinde gerçekleştirdikleri araştırmada, mesleki deneyimi düşük olan hemşirelerin, nütrisyonel değerlendirmeye verdikleri öneme yönelik tutum, bilgi düzeyleri ve bakım kalitesi algısı puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna karşın, aynı çalışmada, hemşirelerin görev yaptıkları birim ve çalıştıkları kurumda geçirdikleri sürenin, nütrisyonel bakımın önemine ilişkin tutum alt boyutu üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca, kurumdaki çalışma süresi arttıkça hemşirelerin algıladıkları nütrisyonel bakım kalitesinin yükseldiği gözlemlenirken, 0-1 yıl arası mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin bu alandaki algılanan bakım kalitesi puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (Aliş ve Karahan Okuroğlu, 2025). Elde edilen bulgular neticesinde mesleki deneyimin hem tutum hem bilgi düzeyi hem de algılanan bakım kalitesine olumlu yansımaları olduğu söylenebilir.

Çalışılan kliniğe göre yapılan analizde, özellikle kardiyoloji, onkoloji, hemodiyaliz ve nöroloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin algılanan bakım kalitesi ve bilgi düzeyi puanlarının diğer kliniklere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Bu kliniklerde uzun süreli hastalık yönetimi, bütüncül hasta bakımı ve multidisipliner yaklaşımların daha ön planda olması, hemşirelerin beslenme bilgilerini farkındalık düzeylerini arttırmış olabilir. Yapılan analizde göğüs hastalıkları ve nefroloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin puanlarının ise diğer kliniklere göre daha düşük olduğu görülmüştür. Öte yandan bu durum göğüs hastalıkları ve nefroloji kliniklerinde hasta yoğunluğu, akut hasta bakım ihtiyaçlarının ya da klinik önceliklerin farklı olması gibi durumlar olabilir. Yine yapılan analizlerde yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin algılanan nütrisyonel bakım kalitesinin göğüs hastalıkları, nefroloji, onkoloji kliniklerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumda yoğun bakımlarda yapılan hasta bakımının multidisipliner yaklaşımla bütüncül olarak ele

alınmasından kaynaklı olabilir. Literatürde yapılmış olan benzer çalışmalara bakıldığında Kurt ve Gürdoğan (2023) COVID-19 yoğun bakım biriminde görev yapan hemşirelerin nütrisyonel bakıma yönelik bilgi düzeyi puan ortalamasının dahili, cerrahi ve anestezi yoğun bakımlarda çalışa hemşirelerden istatistiksel olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (Kurt ve Gürdoğan, 2023). Aliş ve Karahan Okuroğlu'nun (2025) bir kamu hastanesinde gerçekleştirdikleri çalışmada, çalışılan birimin hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin tutum puanlarında anlamlı farklılık olmadığı görülürken bilgi düzeyi ve algılanan bakım kalitesi puanlarında anlamlı farklılıklar gözlendiği tespit edilmiştir (Aliş ve Karahan Okuroğlu, 2025).

Nütrisyon eğitimi alma durumu açısından incelendiğinde, eğitim alan hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi puanlarının, eğitim almayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülürken tutum ve algılanan bakım kalitesi açısından anlamlı bir fark görülmemiştir. Nütrisyon bilgi düzeyi olarak kendini yeterli hisseden hemşirelerin tüm alt ölçeklerde en yüksek puanlara sahip olduğu; kendini nütrisyonel bilgi yeterliliği açısından yetersiz hissedenlerin ise en düşük puanlara sahip olduğu görülmüştür. Başka bir çalışmada beslenme desteği konusunda eğitim alan hemşirelerin, almayanlara göre nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Döngel vd., 2023). Gezer ve Erarslan (2023) yapmış oldukları çalışmada beslenme konusunda destek eğitimi alan hemşirelerin bilgi ve tutum alt boyut ortalamalarında anlamlı farklılık görülmemiş olduğu ifade edilmiştir (Gezer ve Erarslan, 2023). Aliş ve Karahan Okuroğlu'nun (2025) gerçekleştirdikleri çalışmada nütrisyon eğitimi alma özellikleri yönünden tutum ve algılan bakım kalitesi alt boyut ortalamalarında anlamlı farklılık gözlenmediği tespit edilmiştir (Aliş ve Karahan Okuroğlu, 2025). Dünya Polat vd. (2024) yapmış oldukları çalışmada nütrisyon uygulamaları konusunda eğitim alan hemşirelerin, nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum puanları anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu; eğitim almayan hemşirelere kıyasla nütrisyonel bilgi ve algılanan bakım kalitesi puanları da daha yüksek olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Dünya Polat vd., 2024). Bu çalışmadan elde edilen bulguya göre, verilen eğitimlerin bilgi düzeyinin arttırdığı fakat sadece bilgi artışının hemşirelerin bakım davranışlarına yansımadığı düşünülebilir. Ancak bilgi düzeyini arttırmak hemşirelerin algılan bakım kalitesini yükseltmekte önemli bir araç olarak değerlendirilebilir. Algılanan bakım kalitesinin yükseltilmesi için edinilen bilgi

kazanımlarının hem destekleyici hem de uygulama becerisi geliştirebilecek uygun çalışma ortamları ile birleştirilmelidir.

Nütrisyon değerlendirmesinin kimin yapması gerektiği ile ilgili analizde, klinik hemşirelerinin bu sorumluluğu üstlenmesi gerektiğini düşünen hemşirelerin hem tutum hem bilgi düzeyi puanlarının diğer gruplardan anlamlı derecede yüksek olduğu görülürken algılanan bakım kalitesi açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hastaların servise kabulünde nütrisyon değerlendirmesi yapan hemşirelerin nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum ve bilgi düzeyi açısından anlamlı farklılıklar görülmekte olup algılanan bakım kalitesi açısından diğer grup ile arasında fark bulunmamıştır.

Yapmış olduğumuz çalışmada malnütrisyon tedavisi yapan hemşirelerin tüm ölçek alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Aktif olarak malnütrisyon tedavisi yapmak hemşirelerin teorik bilgilerini pratik tecrübelerine dönüştürmesini sağlayarak algılanan bakım kalitesini arttırabileceğini söyleyebiliriz. Literatürde yapılmış olan benzer bir çalışma olan Aliş ve Karahan Okuroğlu'nun bir kamu hastanesinde gerçekleştirdikleri çalışmada ise birimde nütrisyon desteği sağlayan hemşirelerin nütrisyonel bakıma yönelik bilgi düzeyini puanlarının istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek olduğu görülürken nütrisyon desteği sağlamayan hemşirelerin bilgi düzeyleri ve algılanan bakım kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Aliş ve Karahan Okuroğlu, 2025). Aktif olarak malnütrisyon tedavisi yapmak hemşirelerin teorik bilgilerini pratik tecrübelerine dönüştürmesini sağlayarak algılanan bakım kalitesini arttırabileceğini söyleyebiliriz.

5.4. Nütrisyonel Bakıma İlişkin Hemşirelik Tanılarını Kullanma Durumunun, "Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi

Hemşireler, hastalara 24 saat hizmet sunmaları ve sürekli gözlem yapmaları gerekçesiyle hastaların nütrisyonel değerlendirmelerini yapmakta ve risk altında olan hastaların erken tespit edilmesinde önemli sağlık profesyonelleridir (Çoşğun ve Kısacık, 2021). Bu nedenle hemşirelerin nütrisyon desteğinde bilgi, beceri ve uygulamalarda yeterli düzeyde olması gerekir. Hemşireler hastaların nütrisyonel taramalarını yaparak beslenme durumlarını değerlendirmeli ve gerekli uygulamalarda

bulunmalı ve hemşirelik bakım sürecine yansıtmalıdırlar (Gezer ve Arslan, 2023). Bu bağlamda yapmış olduğumuz çalışmada hemşirelerin nütrisyonel bakım ile ilgili hemşirelik tanılarına yönelik değerlendirmeleri incelenmiştir.

Bu çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%87,1) klinikte yatan her hasta için nütrisyona yönelik hemşirelik süreci uyguladığı ve tamamına yakınının (%94,7) "Dengesiz Beslenme: Beden Gereksiniminden Az Beslenme/Riski" hemşirelik tanısını kullandığı saptanmıştır. Literatür bakıldığında ise Kurt ve Gürdoğan'ın (2023) yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin %35'inin hasta bakımında nütrisyonel değerlendirmesini yaptığı belirtilmiştir (Kurt ve Gürdoğan, 2023). Benzer şekilde Özşaker ve Karasu'nun (2019) çalışmasında da hemşirelerin %44,8'inin kliniğe yatan tüm hastalara beslenme değerlendirmesi yaptıkları tespit edilmiştir (Özşaker ve Karasu, 2019). Kıymaz vd. (2023) çalışmasında hemşirelerin %55,7'sinin nütrisyonel hemşirelik bakımını uygulayabildiklerini belirlenmiştir. Bununla birlikte Kıymaz vd. (2023) çalışmasında hemşirelerin nütrisyonel hemşirelik bakımını etkin bir şekilde uygulayamamalarının başlıca sebepleri arasında multidisipliner yaklaşım ve eğitim yetersizliği, iş yükünün fazla olması ve tıbbi/medikal ürün eksikliği belirtilmiştir (Kıymaz vd., 2023). Hemşirelerin örnek bir vaka kapsamında uygun tanıları belirleyebilme durumlarının incelendiği bir çalışmada ise, nütrisyonla ilgili hemşirelik tanılarına sıklık olarak bakıldığında 9. sırada konstipasyon (%75) ve 12. sırada beden gereksinimlerinden az beslenme (%64), yazıldığı belirlenmiştir (Çırlak ve Yılmaz, 2022). Konu ile ilgili literatürde sınırlı çalışma bulunmakta olup, bu durum hasta bakımında nütrisyonel desteğin iyileştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte bu çalışmada elde edilen bulgu, çalışmaya dahil edilen hemşirelerin nütrisyonel desteği ele aldığını göstermektedir. Bu durum, çalışmanın yapıldığı hastanede nütrisyon timinin bulunmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada, "Dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az beslenme / riski" tanısı, "Sıvı volüm eksikliği / riski" tanısı, "Elektrolit dengesinde bozulma / riski" tanısı kullanan hemşirelerin bu tanıları kullanmayan hemşirelere göre hemşirelerin nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum ve bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde hemşirelik sürecinin doğrudan nütrisyonel bakım uygulamalarıyla ilişkilendirildiği çalışma bulunmamakla birlikte, bu çalışmada, nütrisyona yönelik bazı hemşirelik tanılarını kullanan hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmeye verdikleri önem, nütrisyonel bakım bilgi ve algıladıkları nütrisyonel

bakım kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgunun, hasta bakımında nütrisyonel desteğin iyileştirilmesinde hemşirelere yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Araştırma, İstanbul'da bulunan tek bir hastanenin dahili kliniklerinde çalışan hemşirelerle sınırlıdır. Hemşirelerin nütrisyonel değerlendirme ve hemşirelik sürecine yansıması ile ilgili bilgileri öz bildirimlerine dayalı olarak veri formları kullanılarak elde edilmiştir.

ALTINCI BÖLÜM
6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Hastaların nütrisyonel değerlendirmesi ve nütrisyonel bakımında önemli rol ve fonksiyonlara sahip hemşirelerin, nütrisyonel değerlendirmenin önemini, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyini ve algılanan nütrisyonel bakım kalitesini belirlemek ve bunların hemşirelik sürecine yansımasını incelemek amacıyla yapılan çalışmada ulaşılan sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Çalışmaya katılan hemşirelerin nütrisyonel değerlendirme önemine yönelik tutum toplam skor ortalaması 25,37 ± 2,78; Nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi seviyesi toplam puanı 27,47 ± 6,20; algılanan nütrisyonel bakım kalitesi toplam puan ortalaması ise 37,71 ± 5,92 olduğu,
- Hemşirelerin nütrisyonel bakımın önemine ilişkin farkındalık ve bilgi düzeylerinin genel olarak yeterli olduğu ve algıladıkları bakım kalitesinin olumlu olduğu,
- Hemşirelerin nütrisyonel değerlendirmeyi önemli görmelerinin sunulan bakım kalitesini daha yüksek algıladığı, hemşirelerin sahip oldukları bilgi düzeylerinin algılanan bakım kalitesi üzerinde bir faktör olmadığı,
- 36 yaş ve üzeri grubu hemşirelerin hem nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum hem nütrisyonel bakım bilgi düzeyi hem de nütrisyonel bakım kalitesi algısı puanlarının yüksek olduğu,
- Lisansüstü ve sağlık meslek lisesi mezunlarının nütrisyonel bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu fakat eğitim düzeyinin tutum ve algılanan bakım kalitesi üzerinde farklılık olmadığı,
- Hemşirelerin mesleki deneyimin hem tutum hem bilgi düzeyi hem de algılanan bakım kalitesine olumlu yansımaları olduğu;
- Özellikle kardiyoloji, onkoloji, hemodiyaliz ve nöroloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin nütrisyonel farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu,
- Nütrisyon eğitimi alan hemşirelerin nütrisyonel bakıma yönelik bilgi düzeyi artarken tutum ve algılanan bakım kalitesi düzeylerinde farklılık olmadığı ve kendilerini kısmen yeterli bulduklarını,

- Malnütrisyon tedavisi yapan hemşirelerin tutum, bilgi düzeyi ve bakım kalitesi algısı puanlarının daha yüksek olduğu,
- Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%87,1) klinikte yatan her hasta için nütrisyona yönelik hemşirelik süreci uyguladığı,
- Hemşirelerin tamamına yakınının (%94,7) "Dengesiz Beslenme: Beden Gereksiniminden Az Beslenme/Riski" hemşirelik tanısını kullandığı,
- Nütrisyonel bakımın önemine inanan ve bu konuda bilgi sahibi olan hemşirelerin hemşirelik sürecini daha fazla uyguladığı saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin nütrisyonel farkındalık düzeylerinin hizmet içi eğitimler aracılığıyla desteklenmesi,
- Lisans düzeyi eğitim programlarında nütrisyonel bakım ve hemşirelik sürecine yansıması konularına sistematik ve uygulamalı olarak yer verilmesi,
- Kliniklerde hemşirelerin nütrisyon hemşiresi ile iş birliğinin arttırılması,
- Nütrisyon desteğine yönelik örnek hemşirelik sürecini yansıtacak rehberlerin oluşturulması ve kliniklerde paylaşılması,
- Hemşirelerin nütrisyon farkındalık düzeylerinin hemşirelik sürecine yansıtılmasıyla ilgili daha fazla çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Aliş, B., & Karahan Okuroğlu, G. (in press). Hemşirelerin hasta bakımında nütrisyona ilişkin bilgi, tutum ve algıları: Tanımlayıcı araştırma. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 17*(1).

Alkerwi, A. A., Sauvageot, N., Malan, L., Shivappa, N., & Hébert, J. R. (2015). Association between nutritional awareness and diet quality: Evidence from the observation of cardiovascular risk factors in Luxembourg (ORISCAV-LUX) study. *Nutrients, 7*(4), 2823–2838.

Aksu, H. (2022). Beslenme tarama araçları. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, *5*(1), 87-105.

Ateşeyan, Y., Bayülgen, M. Y., Özcanarslan, N., & Yıldız, A. (2023). Nurses' beliefs and attitudes towards enteral/parenteral nutrition. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4*(2), 83-93.

Azizi Fard, N., Morales, G. D. F., Mejova, Y., & Schifanella, R. (2021). On the interplay between educational attainment and nutrition: A spatially-aware perspective. *EPJ Data Science, 10*(1), Article 21.. DOI: 10.1140/epjds/s13688-021-00273-y

Bally, M., Blaser Yildirim, P. Z., Bounoure, L., Gloy, V., Mueller, B., Briel, M., & Schuetz, P. (2016). Nutritional support and outcomes in malnourished medical inpatients: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 176(1), 43–53. DOI: 10.1001/jamainternmed.2015.6587

Basit, G. (2020). Bakımın Rehberi: Hemşirelik Süreci. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 77-90.

Baz, S., & Ardahan, M. (2016). Yaşlılarda malnütrisyon ve hemşirelik yaklaşımları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(3), 147-153.

Beck, A., Christensen, B. S., Hansen, S. D., & Møller, T. (2016). Multidisciplinary nutritional support for undernutrition in nursing home and home-care: A cluster randomized controlled trial. Nutrition, 32(2), 199–205. DOI: 10.1016/j.nut.2015.08.009

Berry, E. M. (2022). Food security and nutrition as the neglected missing links in cultural evolution: The role of the sociotype. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 13. DOI: 10.5041/RMMJ.10477

Beydoun, M. A., & Wang, Y. (2008). Do nutrition knowledge and beliefs modify the association of socio-economic factors and diet quality among US adults? *Preventive Medicine*, 46(2), 145–153. DOI: 10.1016/J.YPMED.2007.06.016

Bjerrum, M., Tewes, M., & Pedersen, P. (2012). Nurses' self-reported knowledge about and attitude to nutrition—Before and after a training programme. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 81–89. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00906.x

Boeykens, K., & Van Hecke, A. (2018). Advanced practice nursing: Nutrition nurse specialist role and function. *Clinical Nutrition ESPEN*, 26, 72–76. DOI: 10.1016/j.clnesp.2018.04.011

Bozdoğan, Ş. N., & Koçaşlı, S. (2023). Cerrahi Hemşirelerinin Hastaların Beslenme Durumunu Saptamadaki Bilgi Düzeyleri: Eğitimin Etkisi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(3), 337-350.

Brunner, S., Mayer, H., Blum, K., Breidert, M., Dietrich, M., Dahl, E., & Müller, M. (2022). Nutrition-related care needs of older patients in hospital: A qualitative multimethod study. *International Journal of Nursing Knowledge*. DOI: 10.1111/2047-3095.12389

Campos del Portillo, R., Palma MiIla, S., García Váquez, N., Plaza López, B., Bermejo López, L. B., Riobó Serván, P., García-Luna, P., & Gómez-Candela, C. (2015). Assessment of nutritional status in the healthcare setting in Spain. *Nutricion Hospitalaria*, 31(Suppl 3), 196–208. DOI: 10.3305/nh.2015.31.sup3.8767

Carpenito, L. J. (2017). Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice (15th ed.). Wolters Kluwer.

Carpenito-Moyet, L. J. (2010). Hemşirelik tanıları el kitabı (F. Erdemir, Çev.). Nobel Tıp Kitabevleri. (Orijinal eser 13. baskı, Handbook of Nursing Diagnosis adıyla yayımlanmıştır.).

Cass, S., Ball, L., & Leveritt, M. (2014). Australian practice nurses' perceptions of their role and competency to provide nutrition care to patients living with chronic disease. *Australian Journal of Primary Health*, 20(2), 203–208. DOI: 10.1071/PY12118

Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., Compher, C., Correia, I., Higashiguchi, T., Holst, M., Jensen, G. L., Malone, A., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Rothenberg, E., Schindler, K., Schneider, S. M., Sieber, C., Valentini, L., Yu, J. C., Van Gossum, A., Singer, P. (2017). Espen guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, *36*(1), 49-64.

Chandra, R. K., Ojah, C. (1986). The effects of nutritional deficiency on systemic and local immunity: Implication for gastrointestinal disease. In *Diarrhoea and malnutrition in childhood* (pp. 171–177). Butterworth-Heinemann

Collins, N., Friedrich, L. (2010). Using laboratory data to evaluate nutritional status. *Ostomy wound management*, 56, 14–16.

Conroy, T. (2018). Factors influencing the delivery of the fundamentals of care: Perceptions of nurses, nursing leaders and healthcare consumers. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(15–16), 2373–2386. DOI: 10.1111/jocn.14183

Çırlak, A., & Yılmaz, A. A. (2022). Nurses' behaviors, perceptions and diagnoses in the diagnosing phase of the nursing process within the scope of a case study: A mixed type study. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 4*(3), 121–128.

Çoşğun, T., Kısacık, Ö. G. (2021). Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmeye İlişkin Tutumun, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi ve Algılanan Bakım Kalitesinin Belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *8*(2), 204-217.

Çömlekçi, N., Can, G. (2021). Onkoloji hastalarında beslenme sorunlarının yönetimi ve hemşirenin rolü. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (15), 681-691.

Demir, S., Arslan, G. G. (2020). The effect of vocational nursing education on clinical nutrition knowledge: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 10(7), 45–52. DOI: 10.5430 jnep.v10n7p45

Del Giorno, R., Quarenghi, M., Stefanelli, K., Capelli, S., Giagulli, A., Quarleri, L., & Gabutti, L. (2020). Nutritional risk screening and body composition in COVID-19 patients hospitalized in an internal medicine ward. *International Journal of General Medicine*, *13*, 1643–1651. DOI: 10.2147/IJGM.S286484

Dimant, J. (2001). Delivery of nutrition and hydration care in nursing homes: Assessment and interventions to prevent and treat dehydration, malnutrition, and weight loss. Journal of the American *Medical Directors Association*, 2(4), 175–182. DOI: 10.1016/S1525-8610(04)70196-6

Dimaria-Ghalili, R. A., Mirtallo, J. M., Tobin, B. W., Hark, L., Van Horn, L., & Palmer, C. A. (2014). Challenges and opportunities for nutrition education and training in the health care professions: Intraprofessional and interprofessional call to action. *The American Journal of Clinical Nutrition,* 99(5), 1184S–1193S. DOI: 10.3945/ajcn.113.073536

Donini, L. M., Felice, M. R., Savina, C., Coletti, C., Paolini, M., Laviano, A., & Cannella, C. (2011). Predicting the outcome of long-term care by clinical and functional indices: The role of nutritional status. *The Journal of Nutrition, Health & Aging,* 15(6), 586–592. DOI: 10.1007/S12603-011-0030-8

Demirağ, K., Kılıçturgay, S., Hopancı Bıçaklı, D., Sungurtekin, H., Demirkan, K., Gündüz, M. (2019). Nutritional support practices among intensive care units in turkey: one-day cross-sectional study. *Clin Sci Nutr*, 1(3), 123-8.

Demirkan, K., Gündoğdu, H., Uyar, M., Kılıçturgay, S., Demirağ, K., Abbasoğlu, O. (2020). The trending topic of specialty in Turkey: clinical nutrition. *Clin Sci Nutr*, *2*(1), 43-8.

Döngel, H. E., Kol, E. Ö., Gönderen, K. (2022). Attitudes, knowledge, and evaluations of nurses working in training and research hospital regarding nutritional care. *Clinical Science Of Nutrition*, 4(3).

Dünya, C. P., Çelik, M., Ceylan, F. N. (2024). Yoğun bakım hemşireleri arasında beslenme değerlendirmesine yönelik tutumların, beslenme bakımı bilgisinin ve algılanan bakım kalitesinin değerlendirilmesi. *Avrupa Tıbbi Araştırma Arşivleri*, *40*. (4).

Dreizen, S., McCredie, K., Keating, M., & Andersson, B. S. (1990). Nutritional deficiencies in patients receiving cancer chemotherapy. *Postgraduate Medicine, 87*(1), 163–170. DOI: 10.1080/00325481.1990.11704531

Ene-Obong, H., Enugu, G. I., & Uwaegbute, A. C. (2001). Determinants of health and nutritional status of rural Nigerian women. *Journal of Health, Population and Nutrition,* 19(4), 320–330. DOI: 10.3329/JHPN.V19I4.105

Ertem, A., Özcan, Ö., Sarvan, İ. (2008). *Temel hemşirelik: Kavramlar, ilkeler, uygulamalar* (F. Akça Ay, Ed.). İstanbul Medikal Yayıncılık.

Ferrie, S., Tsang, E. (2017). Monitoring nutrition in critical illness: What can we use? *Nutrition in Clinical Practice*, *33(2*), 133–146. DOI: 10.1177/0884533617706312

Fiaccadori, E., Sabatino, A., Barazzoni, R., Carrero, J., Cupisti, A., De Waele, E., & Singer, P. (2021). ESPEN guideline on clinical nutrition in hospitalized patients with acute or chronic kidney disease. *Clinical Nutrition.* DOI: 10.1016/j.clnu.2021.01.028

Fletcher, A., Carey, E. (2011). Knowledge, attitudes and practices in the provision of nutritional care. *British Journal of Nursing,* 20(10), 615–620. DOI: 10.12968/BJON.2011.20.10.615

George, D., & Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and reference, 17.0 update (10nd ed.) Boston: Pearson.

Gezer, N., Arslan, E. (2023). Nurses knowledge and attitudes regarding nutrition support: a descriptive study. *Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 1-12.

Gillespie, L., Raftery, A. (2014). Nutrition in palliative and end-of-life care. *British Journal of Community Nursing*, Suppl, S15–20. DOI: 10.12968/bjcn.2014.19.Sup7.S15

Gülpak, M., Oktay, A. A. (2020). Kronik böbrek hastalığı olan hastada NANDA tanıları ve NIC girişimleri ile hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *KSÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, *15*(2), 67–79.

Gülşen-Atalay, B., Akyel, S., Öner, S. Ö., & Atalay, H. H. (2019). Hastanede yatan ve beslenme destek ekibine danışılan hastalarda malnütrisyon durumu ve hedeflenen beslenme desteği etkinliğinin değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, *47*(1), 24-32.

Gostyńska, A., Stawny, M., Dettlaff, K., & Jelińska, A. (2019). Clinical nutrition of critically ill patients in the context of the latest ESPEN guidelines. *Medicina, 55*. DOI: 10.3390/medicina55120770

Govindasamy, S., Beek, K., Yates, K., Jayasuriya, R., Reynolds, R. B., de Wit, J. D., & Harris, M. (2022). Experiences of overweight and obese patients with diabetes and practice nurses during implementation of a brief weight management intervention in general practice settings serving culturally and linguistically diverse disadvantaged populations. *Australian Journal of Primary Health*. DOI: 10.1071/PY22013

Gowder, S. (2024). Social aspects of food and nutrition: An overview. *Journal of Ecohumanism*. DOI: 10.62754/joe.v3i7.4431

Grantham-McGregor, S., Walker, S., & Chang, S. (2000). Nutritional deficiencies and later behavioural development. *Proceedings of the Nutrition Society*, *59*(1), 47–54. DOI: 10.1017/S0029665100000069

Green, S., Watson, R. (2005). Nutritional screening and assessment tools for use by nurses: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 50*(1), 69–83. DOI: 10.1111/J.1365-2648.2004.03350.X

Gürlek Kısacık, Ö., Coşğun, T., Taştekin, A. (2019). Hemşirelerde nütrisyonel değerlendirmenin önemi, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyini ve algılanan nütrisyonel bakım kalitesini değerlendirme ölçeği Türkçe formunun psikometrik özellikleri. *Ege Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *35*(3), 123–135.

Gyawali, B., Mkoma, G. F., & Harsch, S. (2024). Social determinants ınfluencing nutrition behaviors and cardiometabolic health in ındigenous populations: a scoping review of the literature. *Nutrients*, *16*(16), 2750.

Håkonsen, S., Pedersen, P., Bygholm, A., Thisted, C. N., & Bjerrum, M. (2019). Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: The self-perceived views of the primary care workforce. *BMC Health Services Research, 19*. DOI: 10.1186/s12913-019-4450-1

Henauw, S., Matthys, C., Backer, G. (2003). Socio-economic status, nutrition and health. *Archives of Public Health, 61*, 15–31.

Henning, M. (2009). Nursing's role in nutrition. CIN: *Computers, Informatics, Nursing, 27*(3), 301–306. DOI: 10.1097/NCN.0b013e31819f7ca8

Hiramatsu, M., Momoki, C., Oide, Y., Kaneishi, C., Yasui, Y., Shoji, K., Fukuda, T., Habu, D. (2019). Association between risk factors and intensive nutritional intervention outcomes in elderly individuals. *Journal Of Clinical Medicine Research*, 11(7), 472.

Isenring, E., Capra, S., Bauer, J. D. (2004). Patient satisfaction is rated higher by radiation oncology outpatients receiving nutrition intervention compared with usual care. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *17*(2), 145–152. DOI: 10.1111/J.1365-277X.2004.00502.X

Jefferies, D., Johnson, M., Ravens, J. (2011). Nurturing and nourishing: The nurses' role in nutritional care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3–4), 317–330. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03502.x

Jie, B., Jiang, Z. M., Nolan, M. T., Zhu, S. N., Yu, K., & Kondrup, J. (2010). Impact of nutritional support on clinical outcome in patients at nutritional risk. *Nutrition, 26*(11–12), 1088–1093. DOI: 10.1016/j.nut.2009.08.027

Kaya, N. (2016). Hemşirelik süreci, hemşirelik tanılaması. In A. T. Atabek Aştı & A. Karadağ (Eds.), *Hemşirelik süreci, hemşirelik tanılaması, hemşirelik esasları* (pp. 137–176). Akademi Basın ve Yayın

Kıymaz, D., Kılıç, Ü., Yücesan, S., Öztürk, R., & Toraman, M. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyleri. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *7*(3), 172-184.

Kim, H., & Choue, R. (2009). Nurses' positive attitudes to nutritional management but limited knowledge of nutritional assessment in Korea. *International Nursing Review*, 56(3), 333–339. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2009.00717.x

Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y., Profetto-McGrath, J., & Robertson-Malt, S. (2010). Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 423–434. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x

Kowanko, I., Simon, S., & Wood, J. (1999). Nutritional care of the patient: Nurses' knowledge and attitudes in an acute care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 8(2), 217–224. DOI: 10.1046/J.1365-2702.1999.00251.X

Kurt, D., Gürdoğan, E. P. (2023). Yoğun Bakım Hemşirelerinde Nütrisyonel Farkındalık. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (19), 240-254.

Lo Buglio, A., Bellanti, F., Serviddio, G., & Vendemiale, G. (2020). Impact of nutritional status on muscle architecture in elderly patients hospitalized in internal medicine wards. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24, 717–722. DOI: 10.1007/s12603-020-1407-3

Marinho, R., Pessoa, A., Lopes, M., Rosinhas, J., Pinho, J., Silveira, J., & Jager-Wittenaar, H. (2021). Prevalence of nutritional risk at admission in internal medicine wards in Portugal: The multicentre cross-sectional ANUMEDI study. *Acta Medica Portuguesa, 34*(6), 420–427. DOI: 10.20344/AMP.13182

Marshall, A., Cahill, N. E., Gramlich, L., MacDonald, G., Alberda, C., & Heyland, D. (2012). Optimizing nutrition in intensive care units: Empowering critical care nurses to be effective agents of change. *American Journal of Critical Care, 21*(3), 186–194. DOI: 10.4037/ajcc2012697

Marshall, A.P., Takefala, T., Williams, L.T., Spencer, A., Grealish, L., Roberts, S. (2019). Health practitioner practices and their influence on nutritional intake of hospitalised patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(2), 162- 168.

Martin, L., Leveritt, M., Desbrow, B., & Ball, L. (2014). The self-perceived knowledge, skills and attitudes of Australian practice nurses in providing nutrition care to patients with chronic disease. *Family Practice, 31*(2), 201–208. DOI: 10.1093/fampra/cmt070

Messer, E. (1984). Sociocultural aspects of nutrient intake and behavioral responses to nutrition. In *Nutritional anthropology* (pp. 417–471) DOI: 10.1007/978-1-4615-7219-0_13

Mitchell, H., Lucas, C., Charlton, K., & McMahon, A. (2018). Models of nutrition-focused continuing education programs for nurses: A systematic review of the evidence. *Australian Journal of Primary Health, 24*(2), 101–108. DOI: 10.1071/PY17088

Möcking, K., & Hosters, B. (2023). Development of an advanced practice nurse (APN) role for nutrition management: A needs assessment using a mixed methods approach. *Pflege*. DOI: 10.1024/1012-5302/a000937

Neo, Y. L., Hong, L. I., & Chan, E. (2020). Enrolled nurses' perceptions of providing nutritional care to hospitalised older people in Singapore's acute care setting: A

qualitative descriptive study. *International Journal of Older People Nursing*. DOI: 10.1111/opn.12354

O'Mahony, S., Hutchinson, J., McConnell, A., Mathieson, H., & McCarthy, H. (2011). A pilot study of the effect of a nutrition education programme on the nutrition knowledge and practice of nurses. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 24*(3), 300. DOI: 10.1111/J.1365-277X.2011.01175_30.X

Özbudak, G., Yeşilbalkan, Ö. U., & Akyol, A. (2022). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Malnütrisyonlu Bireylerde Hemşirelik Yaklaşımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *15*(3), 387-394.

Özen, A. T., & Enç, N. (2013). Kritik hastalıklarda sıvı elektrolit dengesi değişikliklerinde hemşirenin rolü. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, *4*(5), 9-13.

Özşaker, E., Karasu, M. (2019). Hemşirelerin cerrahi hastasının beslenmesi konusunda bilgi, tutum ve uygulamalarının incelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(1), 1191-1205.

Park, J., Song, J., & Min, J. (2020). Nutrition Support Nurse: Roles and Tasks. Parenteral & Enteral Nutrition, 12(1), 2–6. DOI: 10.15747/jcn.2020.12.1.2

Persenius, M., Hall-Lord, M., Bååth, C., & Larsson, B. W. (2008). Assessment and documentation of patients' nutritional status: Perceptions of registered nurses and their chief nurses. *Journal of Clinical Nursing, 17*(16), 2125–2136. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.02202.x

Powrózek, T., Dziwota, J., & Małecka-Massalska, T. (2021). Nutritional deficiencies in radiotherapy-treated head and neck cancer patients. *Journal of Clinical Medicine*, *10.* DOI: 10.3390/jcm10040574

Rasmussen, N., Belqaid, K., Lugnet, K., Nielsen, A. L., & Beck, A. (2018). Effectiveness of multidisciplinary nutritional support in older hospitalised patients: A systematic review and meta-analyses. *Clinical Nutrition ESPEN, 27*, 44–52. DOI: 10.1016/j.clnesp.2018.07.002

Ravasco, P. (2019). Nutrition in cancer patients. *Journal of Clinical Medicine, 8*(8), 1211. DOI: 10.3390/jcm8081211

Rodriguez, L. (2004). Nutritional status: Assessing and understanding its value in the critical care setting. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 16*(4), 509–514. DOI: 10.1016/J.CCELL.2004.06.009

Sauer, A.C., Goates, S., Malone, A., Mogensen, K.M., Gewirtz, G., Sulz, I., Moick, S., Laviano, A., Hiesmayr, M. (2019). Prevalence of malnutrition risk and the ımpact of nutrition risk on hospital outcomes: results from nutrition day in the U.S. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, *43*(7), 918-926.

Schreier, M., & Bartholomeyczik, S. (2008). Nurses' Role in Hospital Nutrition. *International Journal of Nursing Practice, 33*(2), 70–74.

Schuetz, P., Sulo, S., Walzer, S., Vollmer, L., Stanga, Z., Gomes, F., & Partridge, J. (2020). Economic evaluation of individualized nutritional support in medical inpatients: Secondary analysis of the EFFORT trial. *Clinical Nutrition*, *39*(11), 3361–3368. DOI: 10.1016/J.CLNU.2020.02.023

Serin, Y., & Şanlıer, N. (2018). Duygusal yeme, besin alımını etkileyen faktörler ve temel hemşirelik yaklaşımları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *9*(2), 135-146.

Shen, H. C., Chen, H. F., Peng, L. N., Lin, M. C., Chen, L. K., Liang, C. K., Hwang, S. J. (2011). Impact of nutritional status on long-term functional outcomes of post-acute stroke patients in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 53*(2), e149–e152. DOI: 10.1016/j.archger.2010.08.001

Söderhamn, U., & Söderhamn, O. (2009). A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients. *Journal of Clinical Nursing, 18*(3), 431–439. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02378.x

Şendir, M. (2006). Mide kanserinde beslenme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *9*(2), 76-84.

Şendir, M., & Büyükyılmaz, F. (2013). Hemşirelik tanısı. In A. T. Aştı Atabek & A. Karadağ (Eds.), *Hemşirelik Esasları* (pp. 45–55). Esen Ofset.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed., pp. 497–516). Pearson.

Tamer, A. (2018). Nütrisyonel destek yaklaşımında karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri. *Online Turkish Journal of Health Sciences*, *3*(3), 155-165.

Theilla, M. C. J., Cohen, J., Singer, P., Liebman, C., & Kagan, I. (2016). The assessment, knowledge, and perceived quality of nutrition care amongst nurses. *Journal of Nutritional Medicine and Diet Care*, *2*(1), 2–5.

Uysal, H., & Karataş, C. (2017). Kronik böbrek yetersizliğinde fonksiyonel sağlık örüntülerine göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *4*(2), 49-61.

Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P., Nourhashémi, F., Bennahum, D., Lauque, S., & Albarède, J. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition, 15*(2), 116–122. DOI: 10.1016/S0899-9007(98)00171-3

Vergon, I., Carlier, L., Demoulinger, N., Noël, A., Lenclud, C., & de Jonghe, B. (2021). Nutrition and nursing. *Revue de L'infirmiere*, *70*(274), 25-27.

Williams, F. (2008). Neuromuscular complications of nutritional deficiencies. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 19*(1), 125–148. DOI: 10.1016/j.pmr.2007.10.006

World Health Organization. (2023). *Malnutrition*. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/malnutrition

Yalcin, N., Cihan, A., Gundogdu, H., Ocakci, A. (2013). Nutrition knowledge level of nurses. *Health Science Journal, 7*(1), 99-108.

Yıldırım, B., & Koç, Ş. Ö. (2013). Eleştirel düşünmeyi hemşirelik sürecinde uygulama. *Electronic Journal of Vocational Colleges, 3*(3), 29-35.

Yılmaz Akyüz, E. (2019). *Hemşirelerin malnütrisyon farkındalık düzeyleri: Çift merkezli çalışma* [The malnutrition awareness levels of the nurses: A double-centered study]. *Ege Klinikleri Tıp Dergisi, 57*(1), 8–12.

Yılmaz, M., Kocaman, G. (2021). Higher education and its impact on nursing knowledge and evidence-based practice. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, *29*(2), 150–158. DOI: 10.5152/FNJN.2021.20156

Yılmaz, D. K., Sarkut, P, Düzgün, F., Kuzu, C., & Kılıçturgay, S. (2017). Yatan hastaların nutrisyonel değerlendirme ve desteğine yönelik hemşirelerin görüşleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, *14*(2), 139-43.

Yinusa, G., Scammell, J., Murphy, J. L., Ford, G., & Baron, S. (2021). Multidisciplinary provision of food and nutritional care to hospitalized adult in-patients: A scoping review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 14*, 459–491. DOI: 10.2147/JMDH.S255256

Young, R., Blass, J. (1982). Iatrogenic nutritional deficiencies. *Annual Review of Nutrition, 2*, 201–227. DOI: 10.1146/ANNUREV.NU.02.070182.001221

Yürük, A., Türkoğlu, İ., Yalçın, T., Çerçi, A., & Yıldız, E. (2015). Hastanede yatan hastaların malnütrisyon durumlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *1*(1), 1–11

Zdankiewicz, A., Konaszczuk, W., Pawłowski, P., & Kościołek, A. (2022). Prehabilitation and nutritional interventions—An interdisciplinary perspective. *Journal of Education, Health and Sport*, *13*(2), 116–123. DOI: 10.12775/jehs.2023.13.02.016

EKLER

EK1: TANITICI BİLGİ FORMU

A. Kişisel ve Mesleki Bilgiler

1. Yaşınız: ( ) 20-25 ( )26-30 ( )31-35 ( )35-40 ( ) 41 ve üzeri

2. Cinsiyet: ( ) Kadın ( ) Erkek

3. Medeni Durumunuz: ( ) Evli ( ) Bekar

4. Eğitim durumunuz: ( ) Sağlık Meslek Lisesi ( ) Ön lisans
( ) Lisans ( ) Lisansüstü

5. Hemşire olarak çalışma yılınız: ( ) 1 yıldan az ( ) 1-5 yıl ( ) 6-10 yıl
( ) 11-15 yıl ( ) 16 yıl ve üzeri

6. Çalıştığınız klinik: ( ) Genel Dahiliye ( ) Endokrinoloji ( ) Kardiyoloji
( ) Göğüs Hastalıkları ( ) Nefroloji ( ) Gastroenteroloji
( ) Nöroloji ( ) Hemodiyaliz ( ) Yoğun Bakım Ünitesi
( ) Onkoloji ( ) Diğer

7. Bulunduğunuz klinikte çalışma yılınız: ( ) 1 yıldan az ( ) 1-5 yıl ( ) 6-10 yıl
( ) 11-15 yıl ( ) 16 yıl ve üzeri

8. Günlük bakım verdiğiniz hasta sayısı:…….

9. Mesleğinizi severek yapma durumunuz: ( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır

B. Hasta Bakımında Nütrisyon Değerlendirmesine Yönelik Özellikler

10. Hastalıklarda nütrisyon desteğine yönelik eğitim aldınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır

11. Cevabınız evet ise, bu eğitimi nereden aldınız? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)
( ) Hizmet içi eğitim ( ) Sertifikasyon programı
( ) Kongre/Sempozyum/Panel ( ) Diğer…….

12. Nütrisyon konusunda mevcut bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz?
( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır

13. Sizce klinikte nütrisyon değerlendirmesi kim tarafından yapılmalıdır?

( ) Hekim ( ) Klinik hemşiresi ( ) Nütrisyon hemşiresi ( ) Diyetisyen

14. Hastanın kliniğe kabulünde nütrisyon değerlendirmesini yapıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

15. Hastanın tedavi ve bakım sürecinde nütrisyon değerlendirmesini yapıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

16. Nütrisyonel değerlendirmede hangi ölçüm aracını kullanıyorsunuz?

( ) Nütrisyonel Risk Tarama Formu 2002 (NRS 2002)

( ) Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA)

( ) Nütric Score

( ) Malnütrisyon Genel Tarama Testi (MUST)

( ) Geriatrik Nutrisyonel Risk İndeksi (GNRI)

( ) Subjektif Global Değerlendirme (SGD)

( ) Ölçüm aracı kullanılmıyor

17. Aşağıdakilerden hangi parametreleri günlük hasta bakımında düzenli olarak değerlendiriyorsunuz?

( ) İştahsızlık ( ) Kilo kaybı ( )Çiğneme zorluğu ( ) Yutma güçlüğü

( ) Bulantı-kusma ( ) Diyare ( ) Konstipasyon ( ) Diğer…….

18. Sizce hastanede yatan hastaların ne kadarında malnütrisyon görülmektedir?

( ) %5altı ( ) %5-10 ( ) %10-20 ( ) %20 ve üstü

19. Hastaların bakımında nütrisyon risk taramasına yönelik aşağıdakilerden hangisini yapıyorsunuz? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

( ) Hastanın boy/ kilo takibini yapmak

( ) Hastanın oral beslenme durumunu izlemek

( ) Nütrisyon ekibi ile koordineli çalışmak

20. Bugüne kadar hiç malnütrisyon tedavisi yaptınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır

21. Klinikte yatan her hasta için nütrisyona yönelik hemşirelik sürecini uyguluyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

22. Nütrisyonel bakım ile ilgili hangi hemşirelik tanılarını kullanıyorsunuz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

( ) Dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az beslenme / riski

( ) Dengesiz beslenme: beden gereksiniminden fazla beslenme / riski

( ) Bulantı /riski

( ) Sıvı volüm eksikliği / riski

( ) Elektrolit dengesinde bozulma / riski

( ) (Lütfen belirtiniz)…….

( ) (Lütfen belirtiniz)…….

EK2: HEMŞİRELERDE NÜTRİSYONEL BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİ VE ALGILANAN NÜTRİSYONEL BAKIM KALİTESİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum Sayın katılımcı, bu bölümde nütrisyonel bakıma ilişkin aşağıda verilen ifadelere katılma durumunuzu uygun seçenekte belirtiniz				
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Hasta bakımında ilk nütrisyonel değerlendirme önemlidir.				
2. Hastanın nütrisyonel durumunun izlenmesi hemşirelik bakımının temel bir unsurudur.				
3. Hasta yemeğini yemediğinde, hemşire bu durumu doktora bildirmekten sorumludur.				
4. Yatışı yapıldığında hastaları tartmak önemlidir.				
5. Hastanede yatış süresince nütrisyonel değerlendirmenin her hafta tekrarlanması önemlidir.				
6. Hemşirelerin, nütrisyonel durumu değerlendirmesi ve izlemesi hastanın iyileşmesini hızlandırır.				
7. Hemşirelik bakımı, hastaların nütrisyonel durumu üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.				

Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi Sayın katılımcı, bu bölümde nütrisyonel bakıma ilişkin aşağıda verilen ifadelere katılma durumunuzu uygun seçenekte belirtiniz				
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Hemşireler, hastaların nütrisyonel durumundan ziyade hastanın birincil tanısına odaklanmalıdır.				
2. Yemek yemeyi reddeden bir hasta yemesi için zorlanmamalıdır.				
3. Hastaların hastane yemeğini yememesinin ana nedeni, yemeğin görünümü ve tadıdır.				
4. Nütrisyon desteği, yalnızca tıbbi tedavi tamamlandıktan sonra başlatılmalıdır.				
5. Nütrisyon desteği kaynak tüketen ve maliyeti yüksek bir yatırımdır.				

6. Nütrisyon desteğinin sağlanmasından hemşirelerden ziyade, diyetisyenler sorumludur.				
7. Komplikasyonlarından dolayı parenteral beslenmeden kaçınılmalıdır.				
8. Obez hastalar (BMI> 30) malnütrisyon riski altında değildir ve az miktarda beslenmelidir.				
9. Yemek yiyen bir hasta, tıbbi tedavi için bile rahatsız edilmemelidir.				
10. Aşırı kilolu kanserli hastalarının kilo kaybetmesi kaçınılmazdır ve diyetisyene yönlendirilmelerine gerek yoktur.				

Nütrisyonel Bakıma İlişkin Algılanan Bakım Kalitesi
Sayın katılımcı, bu bölümde kendi kliniğinizdeki, hastalara sunulan nütrisyonel bakım kalitesini değerlendirme durumunuzu uygun seçenekte belirtiniz

Kliniğimizde;	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Hastalara eksiksiz bir nütrisyon desteği sağlanır.					
2. Hemşirelik ekibimiz, hastaların nütrisyonel durumunu takip eder					
3. Nütrisyonel değerlendirme düzenli olarak ve profesyonelce yapılır.					
4. Diyetisyen desteği gereken hastalara, en kısa sürede diyetisyen konsültasyonu sağlanır.					
5. Doktorlarımız, hastanın nütrisyonel yönünü de değerlendirir.					
6. Hastalar yemeklerini diyet düzenlemelerine uygun olarak alır.					
7. Hemşireler, bir hastanın yemeğini bitirip bitirmediğinin farkındadır.					
8. Hastanın nütrisyonel durumuna ilişkin					

bilgiler sağlık çalışanları arasında etkili bir şekilde iletilmektedir.					
9. Kliniğimde verilen nütrisyonel bakımdan memnunum.					

EK3: ETİK KURUL İZNİ

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-20292139-050.04-2400021585 13.06.2024
Konu : Etik Kurul Kararı (Kübra Nur GENÇ)

Sayın Kübra Nur GENÇ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Dahili Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Nütrisyonel Farkındalık Düzeyinin Hemşirelik Sürecine Yansıması" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 24.05.2024 tarihli ve 2024/04 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

EK4: ARAŞTIRMA İZNİ

BELGE TARIHI: 23.09.2024 BELGE SAYISI: 2400035723

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NİN YÜZÜNCÜ YILI

Sayı : E-15916306-604.01-254603431
Konu : Kübra Nur GENÇ'in Araştırması Hk

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne)

İlgi : 05.08.2024 tarihli ve E-34555043-100-2400029504 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazı ile Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Kübra Nur GENÇ'in ***"Dahili Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Nütrisyonel Farkındalık Düzeyinin Hemşirelik Sürecine Yansıması"*** başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi Birimimize iletilmiştirSöz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme ***Komisyonu 13.09.2024 tarih ve 2024/14 sayılı*** kararınca ***uygun görülmüştür***.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **13.09.2024 tarih ve 2024/14 sayılı** kararınca **uygun görülmüştür.**

Çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda(CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Opr. Dr. Zülfü KILIÇ
Müdür a.
Başkan

EK5: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Kübra Nur Genç ve Prof. Dr. Feride Taşkın Yılmaz tarafından yürütülen "Dahili Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Nütrisyonel Farkındalık Düzeyinin Hemşirelik Sürecine Yansıması/ Reflection of Nutritional Awareness Level of Nurses in Internal Clinics on Nursing Process" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı hemşirelerin nütrisyonel farkındalık düzeyinin hemşirelik sürecine yansımasını saptamaktır. Araştırmada sizden tahminen 20 dk ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya 520922066@std.izu.edu.tr e-posta adresi ve 0537 605 8095 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

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

Katılımcının**:**
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

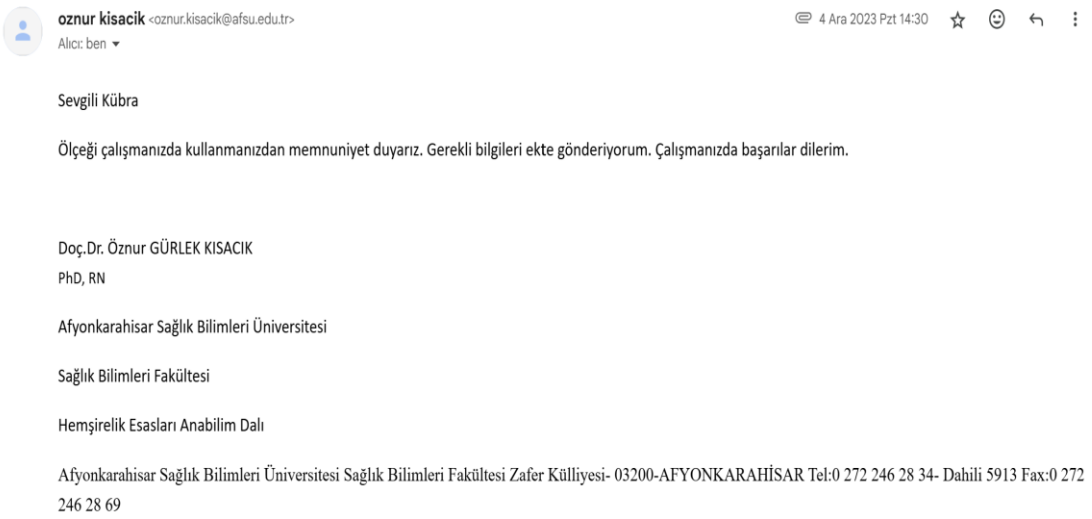
Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....
İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Kübra Nur Genç
İmzası:

EK6: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ



oznur kisacik <oznur.kisacik@afsu.edu.tr> 4 Ara 2023 Pzt 14:30

Alıcı: ben

Sevgili Kübra

Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarız. Gerekli bilgileri ekte gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Doç.Dr. Öznur GÜRLEK KISACIK
PhD, RN

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Zafer Külliyesi- 03200-AFYONKARAHİSAR Tel:0 272 246 28 34- Dahili 5913 Fax:0 272 246 28 69

EK7: İNTİHAL RAPORU

GENÇ

ORİJİNALLİK RAPORU

%10	%8	%6	%4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2
2	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
3	acikerisim.karatay.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
4	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<%1
6	Toy, Havvanur Özge. "Covid-19 Pandemisinde Hemsirelerin Çalisma Ortaminin Degerlendirilmesi.", Izmir Katip Celebi University (Turkey), 2024 Yayın	<%1
7	Kaya, Hüsniye. "Kalp yetersizliği olan hastalarda bilgi düzeylerinin, sosyal desteğin ve öz bakımın incelenmesi", Istanbul Sabahattin Zaim University (Turkey)	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı: Kübra Nur Genç

Akademik Unvanı: Hemşire

ORCID No: 0009-0004-7581-9077

Aldığı Sertifikalar: LLL COURSE CERTİFİCA "Approach to Oral and Enteral Nutrition in Adults" (19.11.2022)

EĞİTİM

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Devam Ediyor
Lisans: İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi, 2014- 2018, İstanbul
Lise: Beşikdüzü Anadolu Öğretmen Lisesi, 2010- 2014, Trabzon

MESLEKİ DENEYİM

2023 Mayıs- Halen : Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi/ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi/ Bölüm Kalite Hemşiresi

2022 Mart- 2023 Mayıs: Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi/ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi/ Nütrisyon Hemşiresi

2020 Eylül- 2022 Mart: Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi/ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi/ Klinik Hemşiresi

2020 (Nisan- Ağustos): Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ Klinik Hemşiresi

ULUSAL BİLİMSEL TOPLANTILARDA SUNULAN BİLDİRİLER

1. Doruk Orduhan N., **Genç K. N**., Uysal Kasap E. El Hijyeni Uyum Oranlarının İncelenmesi: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Örneği, Ulusal Hemşirelik Kongresi-2. 14-15 Aralık 2023, İstanbul, Sözel Sunum. SB38.
2. **Genç K. N**., Uysal Kasap E., Doruk Orduhan N., Akçay H. Hasta Düşmelerinin Kök Neden Analizi ile İncelenmesi: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Örneği, Ulusal Hemşirelik Kongresi-2. 14-15 Aralık 2023, İstanbul, Sözel Sunum. SB41.

3. Uysal Kasap E., Doruk Orduhan N., **Genç K. N**., Akçay H. Hasta Ziyaretçi Takip Sistemi. 18.Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi, 1. Uluslararası Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kongresi. 01-04 Mayıs 2024, Antalya, Sağlıkta Kalite İyileştirmelerinde En İyi Uygulama Yarışması Sözel Bildiri. SB:9.
4. Doruk Orduhan N., Uysal Kasap E., **Genç K. N**., Akçay H. Hasta Ziyaretçi Takip Sistemi. 18.Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi, 1. Uluslararası Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kongresi. 01-04 Mayıs 2024, Antalya, Sağlıkta Kalite İyileştirmelerinde En İyi Uygulama Yarışması Sözel Bildiri. SB:10.
5. **Genç K. N**., Uysal Kasap E., Doruk Orduhan N., Buldağ P. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimlerinin İncelenmesi: Bir Fizik Tedavi Hastanesi Örneği. 8. Uluslararası 19. Ulusal Hemşirelik Kongresi. 25-28 Eylül 2024. Ankara, Sözel Bildiri. SB: 60661.