

## ÖZET

Bu çalışma Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi genel cerrahi servisinde yatmakta olan 120 erişkin hastanın beslenme konusundaki bilgi düzeyleri ve hemşirelerin etkinliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Veri toplama aracı olarak karşılıklı görüşme yöntemi ile uygulanan 30 soruluk bir anket formu kullanılmıştır.

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon, One Way ANOVA testleri ve yüzdeleme yöntemi kullanılmıştır.

Araştırma hastaların kişisel özellikleri, yeme sorunları nedenleri, yeme sorunlarıyla kimlerin ilgilendiği ve ilgilenmelerini istedikleri, hemşirelerin bu konuda etkinliğini kapsamaktadır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre; bireylerin beslenme konusunda bilgileri ve hemşirenin etkinliğinde; bireylerin kadın ya da erkek olması, okur-yazar ve meslek durumlarının farklı olması önemli bir rol oynamamaktadır. Ancak evli ve bekar kesim ile 55 ve altı yaş gruplarında olanlarda beslenme konusu ile hemşirelerin etkinlikleri düşük seviyede bulunmuştur. Bu nedenle hastaların beslenme konusundaki bilgi düzeylerinin artırılması için hemşirelerin beslenme konusunda faaliyetlerini arttırmaları gerekmektedir.

### ANAHTAR KELİMELER

Beslenme, Hemşire, Cerrahi Servisi, Hasta

## SUMMARY

The purpose of the present study is to determine the nutrition knowledge level of 120 adult hospitalized patients in Afyon Kocatepe Üniversitesi general surgery service and the effectiveness of nurses' on the nutrition of the patients. A public survey form including 30 questions was used for collecting the data.

Pierson correlation and One- Way ANOVA tests and percentage method was used for evolution of the collected data.

The research contains the personal characteristics of patients, causes of feeding and whom the patients wonder to concern their feeding problems and effectiveness of nurses.

According to results of our research;

The difference of the genders, the education levels and the occupations of the patients do not play an important role on the knowledge of nutrition and the effectiveness of nursing services.

But the effectiveness of nurses about the nutrition of the patients in the group who is single or married, in other words not widow or widowers, and under 55 years was found low. Because of this, the nurses have to improve themselves in order to increase the knowledge levels of nutrition.

## KEY WORDS

Nutrition, Nurse, Surgery Service, Patient

## 1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığı; insanın “fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması” şeklinde tanımlar (1, 2).

Bireyin sağlıklı olması; günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesi yada temel gereksinimlerini karşılaması ile olasıdır. Bu gereksinimler içerisinde beslenmenin de önemli bir yeri vardır (2, 3).

Beslenme, insanın büyümesi ve gelişmesi, sağlıklı üretken olarak yaşamını sürdürmesi için gerekli olan besinlerin alınmasıdır. Beslenme dokuların yenilenmesini ve bağışıklık sisteminin sağlıklı olarak çalışmasını sağlar. Yetersiz ve dengesiz beslenme vücut direncini azalttığından hastalıklara yakalanma olasılığı artmakta ve hastalıklar ağır seyretmektedir. Sağlığımızı korumak için temel besin öğelerine gereksinim vardır. Bunlar; protein, karbonhidrat, yağ, vitamin, mineraller ve sudur (4-6).

Bir cerrahi uygulamanın başarısı için cerrahın yeterli bilgi, deneyim ve donanımı olması, girişimin yapılacağı ortamın tıbbi yeterliliğe sahip olması ve son olarak da hastanın iyi hazırlanması gereklidir. Bu hazırlık aşamasında hastanın prognozuna etki eden en önemli faktörlerden biri de beslenme durumudur (7-9).

Hasta vücudunun enerji ve besin depoları, ameliyat öncesi oral alımın kesilmesi ve diyet kısıtlamaları sonucu kısa sürede tükenebilir. Hastaneye yatırılmadan öncesi beslenme durumu zaten bozuk olan hastaların ise hem rezervleri daha kısıtlıdır hem de bu duruma tahammül etmeleri daha güçtür (7-10).

Hastaların yeterli ve yaygın beslenme eğitiminin yokluğu ve beslenme bilincinin yerleşmemiş olması ayrıca hastaneye yattıktan sonra iştahsızlık, anksiyete, ortam ve yemek zamanındaki değişiklikler, hastane yemeklerine ve diyetlere uyum sağlayamama, primer hastalığın durumu, tetkik amacıyla kan alımları ve bazı incelemeler için hastaların aç bekletilmeleri gibi faktörler göz önüne alındığında hastaların büyük çoğunluğunda nutrisyonel durumun daha da bozulması ile malnütrisyon gelişmiş olmasını beklemek doğru olur. Malnütrisyon nedeniyle genel durumu bozulan hastalarda organizmanın genellikle homeostazis içinde sürdürmeye çalıştığı kritik denge hızla değişebilmekte vücudun glikojen, yağ ve protein depoları hızlı bir tüketim ve yıkıma

maruz kalmaktadır. Böyle hastalara verilen nütrisyon hizmetleri onların tedavi ve takibinde önemli bir konu olup iyileşmeyi hızlandırmak, immunitiyi destekleyip komplikasyonların oluşmasını önlemek, hastanın daha kısa sürede iyileşip taburcu olmasını sağlamaya yönelik aktivitelerin en önemli kısmını teşkil etmektedir (2, 10-14).

Hemşire çalışma yeri ve şekli ne olursa olsun hastayla en çok iletişime geçen sağlık görevlisi olduğuna göre hemşirenin nutrisyonel destekte olmazsa olmaz bir rolünün olması tabiidir. Bu nedenle postoperatif dönemdeki hastaları rutin beslenme düzeylerine geçişinde hastaların bilgi düzeylerinin incelenmesi ve hemşirelerin bu konudaki etkilerini incelemek amacıyla böyle bir çalışma yapılması uygun görülmüştür.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. BESLENME VE SAĞLIK

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığı; insanın “fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması şeklinde tanımlar (1, 2).

Bireyin ailenin ve toplumun birinci amacı, sağlıklı ve üretken olmaktır. Sağlıklı ve üretken olmanın simgesi, beden, ruhen ve sosyal yönden iyi gelişmiş bir vücut yapısı ve bu yapının bozulmadan uzun süre işlemesidir. İnsan sağlığı; beslenme, kalıtım, iklim ve çevre koşulları gibi birçok faktörün etkisi altındadır. Bu faktörlerin başında beslenme gelir (2, 3).

Beslenme, insanın büyümesi ve gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak yaşamını sürdürmesi için gerekli olan besinlerin alınmasıdır. Beslenme dokuların yenilenmesi ve bağışıklık sisteminin sağlıklı olarak çalışmasını sağlar (15).

Vücudumuzdaki tüm hücreler ve organlar günlük fonksiyonlarını sürdürmenin yanı sıra, sürekli olarak kendilerini yenilemek zorundadır. Bu nedenle alınacak günlük gıdalar organların günlük fonksiyonlarını sürdürecektir ve kendilerini yenilerken ihtiyaç duyacakları maddeleri içerecek çeşitlilikte olmalıdır. Vücudumuzun en temel gereksinimi enerjidir. Vücudumuz aldığımız besinleri bir takım kimyasal işlemlere tabi tutarak enerji elde eder, yeni hücrelerin yapımını sağlar, diğer hücrelerin canlılığını korur. Besinlerin vücutta yakılması ile açığa çıkan ve vücutta kullanılan enerji miktarı “kalori” sözcüğü ile ifade edilir (16, 17).

Sağlıklı bir beslenme planı yapabilmek için öncelikle ne kadar kaloriye ihtiyaç olduğunu ortaya koymak gereklidir. Daha sonra bu kalori gereksinimi, temel besin maddelerinden belirli oranlarda alınmalıdır. Eğer gereğinden fazla enerji besinlerle alınırsa vücut bu enerjiyi daha sonra kullanmak amacıyla yağla çevirir ve yağ depolarında saklar. Vücudumuzdaki bütün organlar da çalışmaları için enerjiye gereksinim duyarlar. Kalbin kasılması ve kan pompalanması, akciğerlerin hava alabilmek için genişlemesi için hep enerji gerekir. Tüm besin maddeleri belli bir enerji değeri taşırlar (5, 17).

İnsan organizmasının düzgün çalışabilmesi için dört ana metabolik olayın

aksamadan çalışması gereklidir. Bunlar; tüm vücut hücrelerinin gereksinim duydukları enerjinin karşılanması, karbonhidratların glikoza ihtiyaç duyan dokulara ( beyin, eritrosit, lökosit gibi ) ulaşması, protein sentezi ve nitrojen atılımının dengeli olarak çalışması, elektrolit ve minerallerin harcamalarının karşılamasıdır. Tüm bu görevler yeterli alım ile günlük enerji kullanımı arasındaki uyumla normal olarak çalışır (7).

Yetersiz ve dengesiz beslenme vücut direncini azaltarak enfeksiyonlara zemin hazırlamakta, hastalığın ağır seyretmesini ve öldürücü komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır (4, 18-20).

Dengeli beslenme, günlük yaşamımızı ve aktivitelerimizi sürdürebilmemiz için tüm gıda maddelerinin gerekli ve yeterli miktarlarda alınması olarak tanımlanabilir. Günlük alınması gereken gıdalar, sağlıklı yaşam için gerekli maddeleri içerir (16, 18-21). Bunlar:

#### 2.1.1. KARBONHİDRATLAR

Karbonhidratlar; karbon, hidrojen ve oksijen atomlarından oluşan organik bileşiklerdir. Besinlerimizde en çok bulunan besin ögesidir. Günlük yaşamda enerji gereksiniminin çoğunluğunu karşılarlar; özellikle ani enerji gereksinimlerinde karbonhidratlar en hızlı yakılan maddelerdir. Beyin hücresi, eritrositler, lökositler ve inflamasyon hücreleri fazla miktarda karbonhidrat içerirler (3, 5, 18-20).

Karbonhidratlar vücutta glikojen olarak karaciğer, iskelet kası ve kalp kasında depolanırlar. Vücuttaki toplam karbonhidrat miktarı 300 gramdır. İnsan vücudunda üç büyük şeker vardır; glikoz, fruktoz ve galaktoz. Karbonhidratlar sindirim sisteminde glikoza dönüşerek kana karışırlar. Kana geçen glikoz pankreastan salgılanan insülin hormonu yardımıyla hücre içine girer ve enerji olarak kullanılır. İnsülin aynı zamanda fazla glikozun karaciğerde, kaslarda ve yağ dokusunda depolanmasını sağlar. 1gr karbonhidrat 4 kilokalori enerji verir (3, 5, 16, 17, 21-26).

#### 2.1.2. YAĞLAR

Yağlar bir gliserol molekülü ile yağ asitlerinin yapmış olduğu esterlerdir. Vücutun kimyasal yapısında ikinci büyük kısmı yağlar oluşturur. Toplam vücut yağ miktarı vücut

su hacmine bağılı olarak değişim göstermektedir. Bir gram yağ 9 kcal enerji verir. Vücuda alınan fazla enerji yağ olarak depolanır. Yağda eriyen vitaminlerin taşıyıcısıdırlar. Midenin boşalma süresini uzatarak acıkma duygusunu geciktirirler. Organları dış etkenlerden korurlar. İnsan vücudundaki yağların %50'si cilt altında periton boşluğunda, kas lifleri arasında, böbreklerin etrafında depolanır. Cilt altı yağ dokusu, yaş, cins ve fiziksel aktiviteye bağılı olarak azalır veya çoğalır. Yağ asitlerinin yıkımında az miktarda keton cisimleri de oluşur. Kandaki miktarının artmasına "ketozis" denir. İdrarda aseton görülmesi "ketonuri" karbonhidrat metabolizması bozukluğundan olur. İdrarda aseton; karbonhidratların okside olamaması, bireyin enerjisini daha çok yağlardan sağlaması, bireyin aç kalması dolayısı ile vücudun yağ dokularını harcaması, bireyin yetersiz karbonhidrat alması gibi durumlarda görülür. Bu durumda enerji yağlardan karşılandığından oluşan keton cisimlerin miktarı artar (3, 5, 7, 18-20).

### 2.1.3. PROTEİNLER

Vücudun en küçük parçası olan hücrenin ve metabolik tepkimeleri katalize eden enzimlerin yapısı proteindir. Vücudun bütün hücrelerinin büyük bir bölümü proteinlerden yapılmıştır. Eğer vücut, protein alamazsa, yıkılan hücreler yenilenemez. Büyüme, dokuların onarımı, enerji sağlanması, vücut sıvılarının asit-baz dengesinin ayarlanması, kanda maddelerin taşınması proteinlerin yaptığı işlerdir. Bir gram protein 4 kcal enerji verir. Protein miktarı vücut ağırlığının %15'ini oluşturur ve bunun %80'i iskelet kası ile bağı dokularında bulunur (3, 5, 7, 18-20).

Proteinler aminoasit denen yapıtaşlarından oluşan organik maddelerdir. Aminoasitler birbirlerine peptitlerle bağılanırlar ve polipeptit adını alırlar (7).

Yiyeceklerle alınan ve vücuttan atılan azot (N) miktarları aynı olursa azot dengesi vardır. Birçok metabolizma hastalıklarında çeşitli yaş ve diğer özel durumlarda vücudun protein gereksinmesini saptamak için azot dengesi araştırılır (3).

Protein yetersizliği, vücudun protein dengesini eksi duruma getirir. Bu durumda vücut kendi dokularını kullanarak metabolizmayı sürdürmektedir. Bunun sonucu olarak büyüme durur, vücut ağırlığı azalmaya başlar. Vücudun direnci azaldığından hastalıklara yakalanma olasılığı artar. Hastalıklar uzun sürer ve ağır seyreder (3, 21).

Aşırı protein alımı da sakıncalıdır. Gereksinmenin iki katından çok protein alınırsa idrarla kalsiyum atılımı artar. Karaciğerden üre yapımı artar ve böbreklerin üre atma yükü artar (3).

Proteinden zengin yiyecekler; süt, yoğurt, peynir, yumurta, kümes ve av hayvanları, balık ve deniz ürünleri, et ve ürünleri, kuru baklagiller, yağlı tohumlardır (3, 22).

#### 2.1.4. VİTAMİNLER

Daha önce bilinen besin öğelerinden ayrı yapıda normal büyüme ve yaşamın sürdürülmesi için gerekli organik maddelerdir (3).

Vitaminlerin insan sağlığına başlıca etkileri; büyümeye yardım, sinir ve sindirim sistemlerinin normal çalışması, besin öğelerinin elverişli olarak kullanılması ve vücut direncine yardım şeklinde özetlenebilir (3, 5, 16, 22).

Vitaminler, yağda eriyen vitaminler ( A, D, E, K ) ve suda eriyen vitaminler (B grubu ve C vitamini) olarak ikiye ayrılır (22).

#### A VİTAMİNİ

A vitamini yağda eriyen bir vitamindir. Yeterli ve dengeli beslenen, yağ emilimi normal olan bir kişide, gıdalarla yeterli miktarda alındığında vücutta eksikliği görülmez. Görme ve kemik gelişimi üzerinde olumlu etkisi vardır (22).

A vitamini bağışıklık sisteminin yeterliliği içinde gereklidir. A vitamini hücrel bağışıklık, fagositoz etkinliği, antikor oluşumu ve kompleman etkinliklerinde rol alır. Bu nedenle A vitamini, antienfeksiyon vitamin olarak bilinir. A vitamini yetersizliğine bağlı gece körlüğü eski çağlardan beri bilinmektedir. A vitamini yetersizliği sindirim organlarında da etkisini göstermektedir. Mide ve barsaksakları örten mukozalardaki zayıflama, ülserlerin ve emilme bozukluklarının görülmesindeki etmenlerden biri sayılmaktadır (3, 18-20).

Epitel dokunun görevini yeterince yapamaması sonucu vücutta enfeksiyonların girişi kolaylaşmaktadır. Bu nedenle A vitamini eksikliğinde enfeksiyon hastalıklarına yakalanma olasılığı artmaktadır (3).



Kaynakları; balık, yumurta, karaciğer, süt ve süt yağı, havuç, peynir, kayısı, kavun seftali, ıspanak ve brokolidir (22).

#### D VİTAMİNİ

Kalsiyumun barsaklardan emilimi için gereklidir. Güneş ışınları ile D vitamini vücut tarafından yapılabilmektedir. Karaciğer ve böbrek, deride yapılan öncü molekülü aktif duruma getirmektedir. Vitamin D yetersizliği ile ilgili belirtiler iskelet sisteminde görülür. İskelet sistemindeki belirtilerle ortaya çıkan hastalıklar raşitizm ve osteomalasidir. Kaynakları; balık yağı ve güneş ışığıdır (3, 18-20, 22).

#### E VİTAMİNİ

E vitamini; vücudun bütün dokularında vardır. Vitamin E'nin emilimi ve taşınması için diyetle yağ bulunması ve safra salgılanması gereklidir. Vitamin E'nin vücut çalışmasındaki işlevinin en önemlisi antioksidan özelliği ile ilgilidir. Bu özelliğinden dolayı kolay oksitlenebilen çeşitli bileşiklerin oksidasyonunu önler, üreme ve sinir sistemi üzerinde etkilidir. Vitamin E günlük yiyeceklerde yeterli miktarda bulunduğundan insanlarda eksiklik belirtilerine sık rastlanmamaktadır.

Kaynakları; yeşil yapraklı bitkiler, yağlı tohumlar, tahıl taneleri ve kuru baklagillerdir (3, 22).

#### K VİTAMİNİ

Kanın pıhtılaşma elemanlarının etkin olmasını sağlar. Karaciğerde, Faktör II, V, VI, IX yapımında görevlidir. K vitamini ince barsaklardan yağ içerisinde safra tuzlarının yardımıyla emilir. Emilim oranı %40-70 arasında değişir. Emilmeyen K vitamini gayta ile atılır (22-24).

K vitamini yetersizliğinde veya antivitamin K alındığında kandaki protrombin miktarı azalır. K vitamini yetersizliğinin nedenleri arasında aşırı kanamalar ( ameliyat, doğum, yaralanmalar), fazla antibiyotik ve sulfamidli ilaçların kullanılması ( barsak florasını değiştireceğinde), K vitamininin barsaklardan emilmesini bozan etmenler (safra yokluğu, yağ emiliminin bozulması gibi ) sayılabilir (22, 24-27).

Kaynakları; yeşil yapraklı sebzeler, kuru baklagiller, balık, et ve süttür.

A, D, E, K vitaminleri yağda eriyen vitaminler olup fazla alındıklarında vücutta birikerek toksik etkilere neden olabilirler. Bu yüzden gerektiğinden fazlası alınmamalıdır (22).

## B GRUBU VİTAMİNLERİ

### TİAMİN ( Vitamin B<sub>1</sub> )

Enerji metabolizmasında görevlidir. Tiamin yardımcı enzimi en çok karbonhidrat metabolizması için gereklidir. Tiamin yetersizliğinin klinik belirtileri, sinir ve sindirim sistemi bozuklukları şeklinde görülür. Bu nedenle hastalığa beriberi (polineuritis) denir. Tiamin yetersizliğinin hafif belirtileri; iştah azalması, yorgunluk ve sindirim sistemi bozukluklarıdır (3, 22).

Kaynakları; karaciğer, kuru baklagiller, tahıllar, ceviz, fındık, fıstıktır (22).

### RİBOFLAVİN (Vitamin B<sub>2</sub> )

Protein, karbonhidrat ve yağ metabolizmasında görevlidir. Riboflavin yetersizliğinde biyokimyasal ve fiziksel olmak üzere çeşitli belirtiler görülür. B<sub>1</sub> vitaminine göre daha fazla ısıya dayanıklıdır. Riboflavin yetersizliğinde klinik bulguların başında; derideki, özellikle dudak, burun ve göz kenarlarındaki yaralar gelir. Bunun dışında, göz damarlarında genişleme, yanma, görme zorluğu ve sinir sistemi bozuklukları riboflavin yetersizliğinin belirtilerindedir. Yetersizliğinde mikroorganizmalara karşı antikor oluşumunda azalma olur (3, 22).

Kaynakları; karaciğer, süt ve süt ürünleri, yumurta, kuru baklagiller ve tahıllardır (22).

### NİASİN

Demir ve kükürt metabolizmasında katalizör olarak görev yapmaktadır. Yağ hücrelerinde lipolizi azaltarak kana serbest yağ asitlerinin verilmesini engelleyen niasinin günlük gereksinimi 10-14 mg kadardır. Vücutta niasin yetersizliğinde pellegra hastalığı,

fazla alınması sonucu ise karaciğer bozuklukları ve kanda ürik asit düzeyinde artış görülmektedir (3, 5, 18-20).

#### VİTAMİN B6

Aminoasitlerin yapımı, karbonhidrat ve yağ metabolizmasında rol oynamaktadır. Günlük gereksinimi 2-3 miligram kadar olan vitamin B6 yetersizliğinde merkezi sinir sistemi bozukluğuna bağlı konvülziyonlar, hipokromik anemi ve deri lezyonları görülmektedir (3, 5, 18-20).

#### VİTAMİN B12

Vücutta tüm hücreler için gerekli olmakla birlikte özellikle kemik iliğinde kan hücrelerinin yapımı için gerekli olan bir vitamindir. Günlük gereksinimi 3 mikrogram kadar olup, yetersizliğinde; kol ve bacaklarda duyu azalması, kasılmalar, baş ağrıları, halsizlik gibi belirtilerin yanı sıra pernisiyöz anemi görülmektedir (3, 5, 18-20).

#### FOLİK ASİT

Nükleik asit yapımında ve bazı aminoasitlerin birbirine dönüşünde etkili olan bir vitamindir. Günlük gereksinimi 300 mikrogram kadar olan folik asit yetersizliğinde megaloblastik anemi görülmektedir (3, 5, 18-20).

#### C VİTAMİNİ

Vitaminler içerisinde en dayanıksız olanıdır. Suda çok kolay erir. Bitkilere uygulanan soyma, kesme işlemlerinde ve ezilmelerde vitamin kaybı oluşur.

Besinlerdeki C vitamini vücuda alındıktan birkaç saat sonra ince barsaklardan emilir. Kan dolaşımı ile vitamin dokulara taşınır ve fazlası böbreklerden idrarla dışarı atılır. C vitamini kılcal kan damarlarının kuvvetli olmasında etkindir. C vitamininin yetersizliğinde kan damarları zayıflamakta, ufak darbelerle kanamalar görülebilmektedir. C vitamini antioksidan özelliğinden dolayı vücudu enfeksiyonlara karşı korur. Demir ve kalsiyum emiliminde gereklidir (3, 5, 18-20, 22).

Yetersizlik başlangıcında idrar ve kandaki C vitaminin miktarı azalmaktadır. Klinik belirtilerin hafif şekilleri; yorgunluk, iştah azalması, yaraların iyileşmesinde gecikme ve isteksizliktir. Yetersizlik arttıkça klinik belirtiler de ağırlaşmakta sırası ile büyümede duraklama, anemi, enfeksiyonlara karşı direncin azalması, diş etlerinin şişmesi ve kanaması, diş kaybı, eklemlerde şişmeler, ateş, kanamalar ve kemiklerde kırılmalarla belirlenen skorbüt hastalığı görülmektedir.

Kaynakları; sebze ve meyvelerdir. Maydanoz, domates, yeşil biber, çilek, portakal, mandalina, şeftali bunlardan bazılarıdır (3, 5, 18-20, 22).

#### 2.1.5. SU

Su, insan yaşamı için oksijenden sonra gelen en önemli ögedir. Vücudun kimyasal bileşiminde ana elaman sudur. Vücut ağırlığının %55-60'ını oluşturur. Toplam vücut suyu iki bölümden oluşur; hücre içi ve hücre dışı su olmak üzere toplam vücut su miktarı; yaş, cins, fiziksel aktivite, vücut biçimi, hastalık ve hidrasyon durumu ile değişiklik gösterir (3, 7, 14, 28).

Suyun belli başlı işlevleri; besinlerin sindirimi, emilim ve hücrelere taşınması; besin öğelerinin hücrelerde metabolizmaları sonucu oluşan öğelerin atılmak üzere akciğer ve böbreklere taşınıp dışarı atılmaları, vücut ısısının denetimi, eklemlerin kayganlığının sağlanması ve elektrolitlerin taşınmasıdır (3, 7, 28).

İnsan su gereksinimini genelde; metabolizma, besinler ve içecekler olmak üzere üç kaynaktan karşılamaktadır (3).

İnsan vücudundan normal koşullarda ortalama günlük, deri yoluyla 500 mililitre, akciğerlerle 300 ml, böbreklerden idrarla 1500 ml ve bağırsaklardan 200 ml su yitirilir. Eğer vücuda az su alınır, bu durumda vücut bu ihtiyacını bağırsaklardan su çekerek karşılamaya çalışır ve kabızlık oluşur. Bu nedenle her gün en az 8-10 bardak su içilmesi gerekir (22, 28).

#### 2.1.6. MİNERALLER

İnsan vücudunun %4 ile 5'i minerallerden oluşmuştur. Minerallerin vücut çalışmasında önemli işlevleri vardır. Bazıları vücudun kemik ve diş gibi sert dokularının

yapı taşıdırlar (3).

Hücre içi ve dışı sıvının dengede tutulabilmesinde bu sıvıların madensel iyon yoğunluğu önem taşır. Suyun hücre içi ve dışına akışları madensel iyonlarca denetlenir. Bunlara “elektrolit” denir (3, 28).

Vücudun sağlıklı olarak büyümesi ve yaşamını sürdürmesi için elzem olduğu bilinen minerallerin başında kalsiyum, fosfor, sodyum, potasyum, magnezyum, demir, bakır, iyot, kükürt, çinko, flor gelmektedir (3).

### KALSİYUM

Kalsiyum insan vücudunda en fazla bulunan mineraldir. Kalsiyumun işlevleri; kemik ve dişlerin gelişimi ve sağlığının korunmasıdır. Kanın pıhtılaşma etmeni için önemlidir. Hücre membranının taşıma işlevinde etkilidir. Kalsiyum sinir iletimi ve kalp atımının denetimi için gereklidir. Kalsiyum eksikliğinde hipokalsemi görülür. Hipotroidi, ağır pankreatitler, pankreatik fistüller, ince barsak fistülleri, akut veya kronik böbrek yetmezliğinde oluşabilmektedir (3, 22, 28).

Klinik belirtileri; ağız etrafında parmaklarda uyuşma karıncalanma, hiperaktif derin tendon refleksi, (+)chvostek ve Trousseau belirtisi, kas ve karın krampları, tetani ve nadiren konvülsiyonlarla ortaya çıkabilmektedir (22, 28).

Kalsiyum fazlalığında hiperkalsemi görülür. Hiperparatroidi, metastatik kemik tümörleri, hipertroidi, uzun süreli hareketsizlik sonucu görülebilmektedir. Klinik belirtileri; aşırı yorgunluk, kas zayıflığı, bulantı, kusma, kabızlık ve depresyondur. Uzun sürdüğü takdirde renal konsantrasyon mekanizması bozulmaktadır. Sonuçta poliüri, polidipsi ortaya çıkar. Şiddetli hiperkalsemi koma ve ölüme yol açabilir (28-30).

Kaynakları; süt ve süt ürünler, yeşil yapraklı sebzeler ve tahıllardır (22).

### FOSFOR

Kalsiyumdan sonra insan bedeninde en çok bulunan mineraldir. Fosforun işlevleri; kemik ve dişlerin yapımı dışında nükleik asitlerin temel bileşenidir. Fosfolipit olarak hücre zarının anahtar ögesidir. Glikoz, fruktoz ve galaktoz enerji siklusuna

fosforlanarak girmektedir. Fosfat tampon sistemi hücre içi ve böbrek sıvısının asit-baz dengesini sağlamada önem taşımaktadır. Fosfor yetersizliği fosfor eklenmemiş parenteral beslenme uygulananlarda, aşırı fosfor bağlayan antiasit kullananlarda, paratiroid hormonunun aşırı salınımında, diyabet asidozu tedavisi görenlerde oluşabilmektedir. Yetersizliğinde kemiklerde, sinir-kas sisteminde kan hücrelerinde ve böbreklerde bozukluklar görülür (3, 18-20).

Kaynakları; et, tavuk, balık, yumurta, kuru baklagiller, tahıllar, süt ve türevleridir (3).

### SODYUM

Vücut sıvılarının ozmotik basıncı ve asit-baz dengesi için gereklidir. Kanda plazmada bulunmaktadır. Sodyum yetersizliğinde (hiponatremi) kusma, zihni bulanıklık, kas yorgunluğu, ağrılar ve solunum yetersizliği gibi belirtiler görülmektedir. Sodyum yetersizliği önemli miktarda su kaybının olduğunu düşündürmektedir. Şiddetli hiponatremide oligürük renal yetmezlik oluşabilmekte ve tedavi gecikirse irreversibl yetmezliğe dönüşebilmektedir (3, 14, 24, 28, 30).

Serum Na<sup>+</sup> düzeyinin 150 mEq/lit yüksek olması hipernatremi olarak değerlendirilir. Vücutta fazla sodyum birikimi ödemlere yol açabilir. Fazla sodyumun kan basıncını arttırdığı da sanılmaktadır (3, 14, 24, 28).

Kaynakları; genellikle tuz, kabartma tozu ve yemek sodası eklenmiş yiyecekler sodyumdan zengindir (3).

### POTASYUM

Sodyum gibi vücut sıvılarının ozmotik basıncı ve asit-baz dengesi için gereklidir. Kanda potasyum çoğunlukla kırmızı kan hücrelerinde bulunmaktadır. Potasyumun vücuttaki fonksiyonları; intraselüler sıvının ozmolaritesini düzenler, hücre büyümesi üzerine etkilidir, sinir impulslarının iletimine yardım eder, iskelet kası fonksiyonlarına yardım eder, kalp kası fonksiyonlarına yardım eder (3, 14, 24, 27, 28). Potasyum dengesi bozulduğu zaman kardiyak, sellüler ve nöromüsküler fonksiyonlar etkilenir (14, 28).

Potasyum eksikliğine (hipokalemi) neden olan faktörler özetle; potasyum alımının azalması, gastrointestinal yolla fazla kaybı ( diare, kusma, nazogastrik aspirasyon, kolostomi, ileostomi, ince ve kalın barsak fistülleri vb.), yanık iyileşmesi ve diyabetik ketoasidozun potasyumun organizması tarafından kullanılması, metabolik hastalıklar, stres sendromu, böbrek hastalıkları olarak sayılabilir (14, 28, 30).

Hipokalemisi olan hastada glikojen deposunun azalması ile kas yorgunluğu, halsizlik, kalpte aritmiler, bloklar, kardiyak arrest, hipotansiyon, poliüri, solunum kaslarının da etkilenmesi sonucu yüzeysel solunum görülmektedir. Bu durumda acilen potasyum replasmanı yapılmalıdır (28).

Potasyum fazlalığına (hiperkalemi) neden olan faktörler özetle; böbrek yetmezliği, postoperatif dönemde yetersiz idrar çıkarma, yanıklar, yaralanmalar, açlık, kanser kemoterapisi, enfeksiyon ve asidoz sırasında hücrelerden çok fazla potasyum çıkması halinde böbrek fonksiyonlarının da yetersiz olması, potasyum içeren intravenöz sıvılarının hızlı verilmesi sayılabilir. Hiperkalemisi olan hastada intestinal kolik, diyare, kas zayıflığı, konuşma kasları paralizisi, kardiyak arrest, oligüri ve anüri görülebilir (26, 28, 29).

Kaynakları; kahve, yeşil sebzeler, kuru baklagiller, fındık, fıstık ve benzeri, meyve suları, et ve et ürünleri (3).

## MAGNEZYUM

Yetişkin bir insanın vücudunda 25 gr kadar magnezyum vardır. Bunun yaklaşık %60'ı kemik ve dişlerde, %26'ı kaslarda, kalanı yumuşak dokularda ve vücut sıvılarında bulunur. Magnezyumun görevleri; kemik ve dişlerin yapısında kalsiyum ve fosforla birlikte bulunur, nöromüsküler sistemin bütünlüğü için gereklidir, kan fosfor düzeyini düzenler, vücut sıvılarındaki magnezyum ozmotik basıncın ve asit-baz dengesinin sağlanmasında yardımcıdır (3, 28).

Magnezyum eksikliğine (hipomagnesemi) neden olan faktörler; diyetle magnezyumun yetersiz oluşu, ağır diyareler, kronik alkolizm, uzun süren diüretik tedavi sayılabilir (3, 26, 28, 29).

Hipomagnesemi olan hastalarda nöromüsküler irritabilite artar. Bu nedenle hipo kalsemi ile karışır. Hastada tetaniler görülür, refleksler hiperaktifdir. Konvülsiyonlar, hallüsinasyonlar, agresif davranışlar, taşikardi, hipotansiyon görülebilir. Chvostek bulgusu pozitiftir (26, 28, 29).

Magnezyum fazlalığına (hipermagnesemi) neden olan faktörler özetle; diyetle fazla magnezyum alınması, magnezyum içeren laksatiflerin fazla kullanılması, böbrek yetmezliği, dehidratasyon sayılabilir (3).

Hipermagnesemi olan hastalarda vücutta sıcaklık hissi, derin tendon reflekslerinde azalma, hipotansiyon, uyuşukluk, koma, solunum depresyonu, kardiyak arreste kadar varabilen kalp aritmileri görülebilir (28).

Kaynakları; badem, ceviz, fındık, fıstık gibi sert kabuklu meyveler, kuru baklagiller, yeşil yapraklı sebzeler ve tahıllardır (3).

## DEMİR

Normal yetişkin bir insanın vücudunda ortalama 3-5 gr kadar demir bulunur. Bunun üçte ikisi kandadır. Kandaki demirin çoğunluğu kırmızı kan hücrelerinin rengini veren hemoglobinin bileşimindedir. Demirin vücuttaki fonksiyonları; oksijen taşınması, bağışıklık sistemi ve bilişsel performansın sağlanması, kansızlığın önlenmesi olarak sayılabilir. Vücutta yeteri kadar demir azaldığı zaman “demir eksikliği anemisi” görülür. Anemik durumda kanın oksijen taşıma yeteneği azalacağından kansızlık, baş dönmesi, yorgunluk, halsizlik, iştahsızlık, tırnakların incilmesi, kısa nefes alıp verme gibi belirtilere sebep olabilir (3, 22).

Yaralanma, ameliyat ve kanama gibi durumlarda kan kaybı fazla olursa demir depoları boşalacağından demir anemisi oluşabilir. Bu gibi durumlarda diyetle demir miktarı arttırılmalıdır (3).

Kaynakları; kırmızı et, karaciğer, yumurta, pekmez, kuru meyveler ve yeşil yapraklı sebzelerdir (22).



## BAKIR

Günlük bakır gereksinimi 2-5 mg kadardır. Yetişkin bir kimsenin vücudunda toplam 80 mg civarında bakır bulunmaktadır (3, 18-20).

Bakırın en önemli işlevi; demirin plazmada taşınmasından önce oksidasyonu ve kolojenin karşıt bağlanması ile ilgilidir. İnsanlarda bakır yetersizliğine rastlanmamıştır. Fazla alınan bakır ise vücut için toksiktir. Fazla bakır vücuttaki bazı enzimlerin çalışmasını engellemektedir. Vücutta gereğinden çok bakır birikmesi “Wilson’s hastalığı” adı ile bilinmektedir. Bu hastalığın belirtileri arasında sinir sistemi bozuklukları, karaciğer sirozu, gözde renk halkası gibi durumlar sayılabilir.

Kaynakları; organ etleri, susam, fındık ve benzeri kuru baklagiller, etler, kakao, yeşil sebzeler, yumurtadır (3).

## İYOT

Yetişkin bir kimsenin vücudunda ortalama 20-30 mg kadar iyot bulunmaktadır. Bunun %75’i tiroid bezinde, kalanı kan, süt salgılayan meme bezi, mide mukozası ve diğer dokulardadır (3).

İyot, tiroid bezinden salgılanan “triiodotinin” (T3) ve “tiroksin” (T4) hormonlarının bileşiminde bulunur. Tiroid bezinin hormon sentez edebilmesi için iyoda gereksinimi vardır (28).

İyot yetersizliğinde tiroid bezi hormon eksikliğini kompanse etmek için büyür. Bezin büyümesinin nedeni hipofizden TSH sekresyonunun artmasıdır. İyot yetersizliğinin yanında bu duruma guatr yapıcı öğelerin ve genetik etmeninde rolü olduğu bilinmektedir (3, 5).

Aşırı iyot alımı zehirlenme etkisi gösterir. Bazı bireylerde hipertiroidizm görülebilir. Başlıca belirtisi yüksek ateştir (3, 28).

İnsan iyodu sudan ve yiyeceklerden sağlamaktadır. En iyi iyot kaynağı yiyecekler deniz ürünleridir (3).

## KÜKÜRT

İnsan diyetindeki kükürtün çoğu sistein, metionin, tiamin ve biyotinden sağlanır. Kükürt bileşiği moleküller kükürt bulunan mukopolisakkaritlerin sentezi için gereklidir (3).

## ÇİNKO

Yetişkin insan vücudunda 2-3 gr kadar çinko bulunur. Bunun önemli kısmı karaciğer, kemikler, epitel dokular, pankreas ve böbreklerdedir. Kandaki çinkonun %75'i kan hücrelerindedir. Çinkonun insanlarda yara iyileşmesini hızlandırıcı rolü olduğu bilinmektedir. İnsülin hormonu bileşiminde de yer alır.

Çinko yetersizliğinde; cücelik, cinsiyet organlarının gelişmemesi karaciğer ve dalak büyümesi görülmektedir. Aynı zamanda tat algılamada azalma, karanlığa uyumun azalması, sinir ve sindirim sistemleri bozuklukları gibi belirtilerde görülmektedir.

Kaynakları; et, tahıl ve sebzelerdir (3, 18-20).

## FLOR

Kalsiyumun kemiklerden kana verilmesini azaltan bir mineral olup başlıca flor kaynağı içme sularıdır. Flor yetersizliğinde diş çürümeleri, osteoporozis ve kemik yoğunluğunun azalması görülmektedir. Flor yetersizliğinden yaşlı kimseler daha çok etkilenmektedir (3).

Florun gereğinden fazla alınması durumunda diş üzerinde sarı lekeler görülmektedir. Kaynakları; içme suları, deniz ürünleri ve çaydır (3).

## 2.2. HASTA BESLENMESİNDE GENEL İLKELER

Hasta beslenmesinde amaç; hastalıkları ve tıbbi tedaviden (ilaç, cerrahi vb.) dolayı besinlere karşı bireyin davranışında, besinlerin sindiriminde, emiliminde, besin öğelerinin metabolizmalarında oluşan değişikliklere diyetin uyarlanarak yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasıdır (4).

Hastalıktan ve tıbbi tedaviden dolayı hastanın bir süre ağızdan beslenemediği dönemin hemen sonunda “geçiş diyetleri” düzenlenebilir. Örneğin; ameliyat sonrası veya aşırı gastroenterit sonrasında; sıvı elektrolit ve az enerji gereksinmesini sağlayarak normal beslenmeye zemin hazırlayacak açık sıvı, koyu sıvı diyetler gibi sindirim sistemindeki herhangi bir bozukluk sonunda yada hasta tıbbi tedaviden dolayı besin alımında günlük çıkardığında diyetin kıvamında uyarlama yapılabilir. Örneğin yumuşak diyet, enteral, parenteral beslenme gibi (4, 23).

Diyet uyarlaması hastaya özgül olmalıdır. Hastanın fizyolojik durumu kadar değişik besinleri veya belirli kıvamda hazırlanmış yemekleri tolere edebilme durumuna göre yapılmalıdır. Diyetin neden değiştirildiği, verilen diyeti yemediği zaman oluşacak olumsuz sonuçları anlatılarak hasta eğitilmelidir. Hastanelerde belirli tiplerde standart diyetler düzenlenir. Diyet tiplerinin başlıcaları; normal, hafif, yumuşak ve sıvı diyetlerdir. Hastanın durumuna göre bu diyetlerde belirli uyarlamalar yapılır.

Normal diyet 1600-2200 kcal enerjilidir ve enerjinin %55-60'ı karbonhidratlardan, %10-15'i proteinden, %25-30'u yağdan sağlanır. Batı toplumlarında normal diyetle yağ tüketimi %40'lardan aşağıya inmekte ve karbonhidrat ( patates, ekmek ) alımı artmaktadır. Operasyon sonrası bağırsak seslerinin döndüğü, bağırsak sesinin duyulması ve suyu tolere etmesi ile anlaşılır ve hastaya sıvı diyet verilir ayrıca hastanın yutma, çiğneme gibi sorunları olduğu zamanda hastaya sıvı diyet uygulanır. Sınırlanmamış gıda spektrumu olan ve birçok hasta için çekici olan diyeti içerir. Açık sıvı ve koyu sıvı olarak iki şekildedir (4, 31).

## 2.2.1. HASTANE DİYETİNİN GENEL NİTELİKLERİ(4)

**Tablo 1:** Hastane Diyetinin Genel İçeriği

Besin	Normal diyet	Hafif diyet	Sıvı diyet	
			Açık	Koyu
Süt-yoğurt	İçerir	İçerir	İçermez	İçerir
Yumurta	İçerir	İçerir	İçermez	İçerir
Peynir	Her tür içerir	Püre veya ezme	İçermez	İçermez
Yağ	İçerir	İçerir	İçerir	İçermez
Et,tavuk,balık	İçerir	Kıyma, ezilmiş	İçermez	İçermez
Sebzeler	Hepsi çiğ,pişmiş	Pişmiş, domates salatası	Suları	Suyu, iyice ezilmiş
Meyveler	Hepsi çiğ, pişmiş	Pişmiş püre komposto suyu	Açık suları	Suları
Ekmek ve tahıllar	Hepsi	İyi pişmiş pirinç, makarna	İçermez	Ezme, çorba
Tatlılar	Hepsi	Sade puding, muhallebi	Açık et suyu	Dondurma sade jöle
İçecek	Hepsi	Hepsi	Karbonatlı içecekler	Karbonatlı içecekler

## 2.2.2. AĞIZDAN ALINAN SIVI VE HAFİF DİYET ÖRNEKLERİ

Ameliyat sonrası diyeti;

Birinci gün; açık sıvı diyet verilir. Diyetin içeriği; şekerli çay, komposto suyu, meyve suları, bol şekerli limonata, açık-süzülmüş et ve tavuk suyu şeklindedir.

Günlük alınacak miktar; her saat 30 ml, 24 saatlik sürede 720 ml ikinci gün saatte 60 ml'ye kadar çıkarılır.

İkinci gün; koyu sıvı diyete başlanabilir. Süt veya yoğurt açık sıvı diyetteki içeceklerin bir kısmının yerini alır. Hastanın toleransına göre bir öğün un çorbası verilebilir.

Üçüncü-beşinci gün; hafif diyet verilir. Diyetin içeriği; süt-yoğurt (günde iki su bardağı), içecek (iki kez birer bardak çay), yumurta (bir adet katı pişmiş veya süt ve şekerle pişirilmiş veya çorba içinde terbiye olarak), et (iki yumurta kadar suda iyi pişirilmiş kebab şeklinde veya sulu köfte veya kıymalı sebze olarak), ekmek (bir küçük dilim), diğer tahıllar (pirinç çorbası bir küçük kase veya iki kaşık kadar pilav), sebze

(etin yanında haşlanmış patates pişmiş diğer sebzelerden 1-2 porsiyon), meyve (meyve ezmesi veya komposto), tatlılar (şeker, bal, pekmez, 1-2 yemek kaşığı kadar marmelat) şeklinde olabilir (4).

### 2.3. CERRAHİ HASTALARDA BESLENME

Bir cerrahi uygulamanın başarısı için cerrahın yeterli bilgi, deneyim ve donanımı olması, girişimin yapılacağı ortamın tıbbi yeterliliğe sahip olması ve son olarak da hastanın iyi hazırlanması gereklidir. Bu hazırlık aşamasında hastanın prognozuna etki eden en önemli faktörlerden biri beslenme durumudur. Ameliyattan sonra istenilen hastanın olabildiğince kısa sürede normal beslenmeye geçmesidir. Yanlış veya yetersiz beslenme alışkanlıkları bir süre sonra kişide malnutrisyon gelişmesine yol açabilir. Malnutrisyon cerrahi girişim uygulanacak olan hastalarda mortalite ve morbititeyi arttıran bir nedendir. Hastalığın ağırlığına ve süresine bağlı olarak, kilo kaybı ve artmış enerji gereksinimi olan hastalara ameliyat öncesi ve sonrası beslenme desteği verilmesi gereklidir (7, 14, 32, 33).

Ameliyat sonrası barsak hareketleri geri döndükten sonra hastaya ağız yoluyla önce sıvılar sonra sulu besinler daha sonra katı besinler verilir. Erken beslenmenin yaralanmaya metabolik cevabı modüle ettiği ve sonucu iyi yönde etkilediği düşünülmektedir (14, 23).

Hastaların hastaneye başvurularının geç oluşu, yeterli ve yaygın beslenme eğitiminin yokluğu ve beslenme bilincinin yerleşmemiş olması; hastaneye yattıktan sonra iştahsızlık, anksiyete, ortam ve yemek zamanındaki değişiklikler, hastane yemeklerine ve diyetlere uyum sağlayamama durumlarında organizmanın genellikle homeostazis içinde sürdürmeye çalıştığı kritik denge hızla değişebilmekte, vücudun glikojen, yağ ve protein depoları hızlı bir tüketim ve yıkıma maruz kalmaktadır. Böyle hastalara verilen beslenme hizmetleri onların tedavi ve takibinde en önemli konu olup; iyileşmeyi hızlandırmak, organ yetmezliği gelişmesini engellemek, komplikasyonların oluşmasını önlemek, hastanın daha kısa sürede iyileşip taburcu olmasını sağlamaya yönelik aktivitelerin en önemli kısmını teşkil etmektedir. Hasta uygulanan ameliyat nedeni ile belli bir süre ağız yolu ile beslenemeyecekse enteral ya da parenteral yolla

beslenir (10, 14).

#### 2.4. BESLENME DESTEK EKİBİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Hastada beslenme bozukluğu gelişmesini önleyebilmek için nutrisyon destek ekibine gereksinim vardır. Her hastanenin kendi özel şartlarına göre oluşturabileceği bu ekipte genellikle klinik nutrisyon konusunda yetişmiş doktorlar, diyetisyen, eczacı ve hemşire yer alır (10).

Hastanın beslenmesi, hemşirenin en önemli sorumluluklarından birisidir. Hastalarla en çok iletişime geçen sağlık görevlisi hemşiredir. Bu nedenle hemşirenin beslenme ekibinde önemli bir yeri vardır (2, 13).

Hastaneye yatan hastaların büyük bir kısmının beslenme alışkanlığı çeşitli nedenlerle değişir. Özellikle sindirim sistemi hastalıkları ve cerrahisi sonucu normal beslenme şekli değişerek alışık olmadığı bir beslenme şekline dönüşebilir. Gerek oral, gerekse tüple beslenmede hemşirenin en önemli fonksiyonu hastanın yemek için hazırlanması ve yemeğinin yedirilmesidir (2, 14).

Hemşirenin beslenme ile ilgili fonksiyonları; yiyeceklerin uygun ısıda verilmesi, çevrenin düzenlenmesi, odanın havalandırılması, sürgü-ördek gibi malzemelerin kaldırılması, enjeksiyon, lavman, pansuman gibi işlemlerin yemekten hemen önce yada sonra yapılmaması, hastanın kendi kendine yiyemediği durumda hastaya yemeğinin yedirilmesi, hastanın temiz olması ve rahat bir pozisyon verilmesi, hastanın psikolojik stresinin azaltılması, rahatlığının sağlanması, hastada koku ve tat duyusunun azalıp azalmadığının gözlenmesi, yemek saatinden önce hastanın dinlenmiş olması, ağrı ve rahatsızlığının giderilmesi, yiyeceklerin hastanın hoşlanacağı ve alışık olduğu tarza benzer şekilde hazırlanmasının sağlanması olarak sayılabilir (2).

Hemşire çalışma yeri ve şekli ne olursa olsun hastayla en yoğun iletişim kuran sağlık personelidir. Bu nedenle her hemşire malnütrisyonu ve malnütrisyunun sonuçlarını bilmelidir, hastayı ve hekimi uyarmalıdır (2, 13).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, ameliyat sonrası dönemdeki hastaların beslenme konusundaki bilgi düzeyleri ve hemşirelerin bu konudaki etkinliklerinin saptanması amacı ile planlanmıştır.

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ

Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde 01/01/05 ve 01/05/05 tarihleri arasında genel cerrahi servislerinde yatırılmış; ağızdan beslenen, sulu diyet (R1), yumuşak diyet (R2), normal diyet (R3) ve özel diyet alan 120 hasta üzerinde yapılmıştır.

#### 3.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN VAKALARIN SEÇİMİ

Vakalar, rastlantısal örneklem ile seçilen, 01/01/05 ve 01/05/05 tarihleri arasında, çeşitli teşhislerle genel cerrahi servislerine yatırılmış 120 hastadan oluşmuştur.

#### 3.3. VERİLERİN TOPLANMASI

Uygulama için, karşılıklı görüşme yöntemi ile uygulanan 30 soruluk bir anket formu geliştirilmiştir. Anketin birinci bölümünde, hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslekleri, hastaneye yatış miktarı, çocuk sayısı, kronik rahatsızlığının varlığının tespiti, beslenme şekli, ikinci bölümde ise hastanın uygulanan diyet türünün nedenlerini bilip bilmediği, yemiyorsa gerekçeleri, yemeklerle ilgili sorunlarıyla kimlerin ilgilendiği ve ilgilenmesini bekledikleri, hemşirelerin beslenmelerinde etkili olup olmadıkları sorularak kaydedilmiştir.

#### 3.4. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

120 hastadan oluşan örneklemde elde edilen veriler; istatistiki açıdan değerlendirilmiş olup, değerlendirilmede anket formundaki veriler kendi aralarında gruplandırılmak suretiyle istatistiksel analiz tabloları şeklinde oluşturulmuştur.

Buna göre;

Cinsiyet grubu için; kadınlar birinci grup, erkekler ikinci grup (Tablo: 2);

Yaş grubu için; 15-30 yaşları arasında olanlar birinci grup, 31-45 yaşları arasında olanlar ikinci grup, 46-55 yaşları arasında olanlar üçüncü grup, 55 ve üzeri yaşları arasında olanlar dördüncü grup (Tablo: 3);

Medeni durum için; evli olanlar birinci grup, bekar olanlar ikinci grup, dul olanlar üçüncü grup (Tablo: 4);

Meslek grubu için; serbest meslek grubu arasında olanlar birinci grup, işsiz grubu arasında olanlar ikinci grup, memur-işçi grubu arasında olanlar üçüncü grup, diğer meslek grubu arasında olanlar dördüncü grup (Tablo: 5);

Okur-yazarlık durumu için; bilmeyen grup arasında olanlar birinci grup, ilk eğitim grubu arasında olanlar ikinci grup, lise mezunu grubu arasında olanlar üçüncü grup, üniversite-doktora grubu arasında olanlar dördüncü grup olarak isimlendirilmiştir (Tablo: 6).

Anket sonuçlarına göre beslenme bakımından postoperatif dönemde hastaların bilgi düzeyi, istekleri ve hemşirelerden aldığı hizmetleri değerlendirilmek suretiyle elde edilmiş toplam anket puanları “toplam değer” olarak tanımlanmıştır.

Bunun yanında beslenme bakımından postoperatif dönemde hastaların hemşirelerden aldığı hizmetleri değerlendirilmek suretiyle elde edilmiş toplam anket puanları “toplam hemşire destek değeri” olarak tanımlanmıştır.

Bu elde edilen verilere göre istatistiksel olarak Pearson korelasyon, One Way ANOVA testleri ve yüzdeleme yöntemi uygulanmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS for Windows 10.0 bilgisayar programı kullanılmıştır.  $P < 0.05$  olan değerler istatistiki olarak anlamlı kabul edilmiştir.



#### 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri, yeme sorunlarının nedenlerini, yeme sorunları ile kimlerin ilgilendiği ve ilgilenmelerini istediklerinin istatistiksel değerlendirilmesinde elde edilen bulgular verilmiştir.

**Tablo 2:** Hastaların Cinsiyetine Göre Dağılımları

Gruplar	Cinsiyet	Sayı (n=)	Yüzde (%)
Birinci grup	Kadın	63	52,5
İkinci grup	Erkek	57	47,5
Toplam		120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların, %52,5'i kadın, %47,5'i erkek hastaları oluşturmaktadır (Tablo 2).

**Tablo 3:** Hastaların Yaşına Göre Dağılımları

Gruplar	Yaş	Sayı (n=)	Yüzde (%)
Birinci grup	15-30 yaş	24	20,0
İkinci grup	31-45 yaş	19	15,8
Üçüncü grup	46-55 yaş	23	19,2
Dördüncü grup	55 ve üzeri	54	45,0
Toplam		120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların, %20'si 15-20 yaş arasında, %15,8'i 31-41 yaş arasında, %19,2'si 46-55 yaş arasında, %45'i 55 ve üzeri yaşadadır. Çalışmanın çoğunluğunu 55 yaş ve üzeri hastalar oluşturmaktadır (Tablo 3).

**Tablo 4:** Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

Gruplar	Medeni durum	Sayı (n=)	Yüzde (%)
Birinci grup	Evli	64	53,3
İkinci grup	Bekar	23	19,2
Üçüncü grup	Dul	33	27,5
Toplam		120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların, %53,3'ü evli, %19,2'si bekar, %27,5'i dul hastaları oluşturmaktadır (Tablo 4).

**Tablo 5:** Hastaların Meslek Gruplarına Göre Dağılımları

Gruplar	Meslek	Sayı (n=)	Yüzde (%)
Birinci grup	Serbest meslek	23	19,2
İkinci grup	İşsiz	31	25,8
Üçüncü grup	İşçi-memur	28	23,3
Dördüncü grup	Diğer	38	31,7
Toplam		120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların, %19,2'si serbest meslek, %25,8'i işsiz, %23,3'ü işçi-memur, %31,7'si diğer meslek gruplarından genellikle emekliler oluşturmaktadır (Tablo 5).

**Tablo 6:** Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

Gruplar	Okuryazar	Sayı (n=)	Yüzde (%)
Birinci grup	Bilmiyor	31	25,8
İkinci grup	İlköğretim	41	34,2
Üçüncü grup	Lise mezunu	32	26,7
Dördüncü grup	Üniversite	16	13,3
Toplam		120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların, %25,8'i okuma-yazma bilmeyen, %34,2'si ilköğretim mezunu, %26,7'si lise mezunu, %13,3'ü üniversite mezunu olan hastalardır (Tablo 6).

**Tablo 7:** Hastaların Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

Gruplar	Sayı (n=)	Yüzde (%)
Yok	28	23,3
1 ve 2	50	41,7
3 ve üzeri	42	35
Toplam	120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların, %23,3'ü çocuk sahibi olmadığı, %41,7'sinin 1-2 çocuk sahibi olduğu, %35'nin 3 ve üzeri çocuk sahibi olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

**Tablo 8:** Hastaların Normalde Kaç Öğün Yediklerinin Dağılımları

Gruplar	Sayı (n=)	Yüzde (%)
Bir öğün	1	0,8
İki öğün	44	36,7
Üç ve daha fazla öğün	75	62,5
Toplam	120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların, %0,8'i normalde bir öğün yediği, %36,7'si iki öğün yediği, %62,5'i üç ve daha fazla öğün yediği görülmektedir (Tablo 8).

**Tablo 9:** Hastaların Kronik Rahatsızlığı Olup Olmamasının Dağılımları

Gruplar	Sayı (n=)	Yüzde (%)
Evet	57	47,5
Hayır	63	52,5
Toplam	120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların, %47,5'i kronik bir rahatsızlığı olup %52,5'inin kronik bir rahatsızlığının olmadığı görülmektedir (Tablo 9).

**Tablo 10:** Hastaların Daha Önce Hastaneye Yatıp Yatmamalarının Dağılımı

Gruplar	Sayı (n=)	Yüzde (%)
Evet	67	55,8
Hayır	53	44,2
Toplam	120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların, %55,8'inin daha önce hastaneye yattığı, %44,2'sinin yatmadığı görülmektedir (Tablo 10).

**Tablo 11:** Hastaların Kronik Rahatsızlıklarında Diyet Verilip Verilmemesinin Dağılımları

<b>Gruplar</b>	<b>Sayı (n=)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Evet	45	37,5
Hayır	18	15,0
<b>Toplam</b>	<b>63</b>	<b>52,5</b>
Boş bırakılan	57	47,5
Toplam	120	100,0

Araştırmaya katılan hastalarda kronik rahatsızlığı olan hastaların %37,5'inin diyet uyguladığı, %15'inin diyet uygulamadığı görülmektedir (Tablo 11).

**Tablo 12:** Hastaların Kronik Rahatsızlığında Diyetlerini Kimlerin Anlattıklarının Dağılımları

<b>Gruplar</b>	<b>Sayı (n=)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Doktor	28	23,3
Hemşire	4	3,3
Diyetisyen	9	7,5
Refakatçim	2	1,7
<b>Evet diyenler</b>	<b>43</b>	<b>35,8</b>
Boş bırakılan	77	64,2
Toplam	120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların kronik rahatsızlıklarında diyetleri, %23,3'ü doktor, %3,3'ü hemşire, %7,5'i diyetisyen, %1,7'si refakatçi tarafından anlatılmıştır (Tablo 12).

**Tablo13:** Hastaların Beslenme Konusunda Ameliyat Sonrası Bilgi Alıp Almadıklarının Dağılımları

<b>Gruplar</b>	<b>Sayı (n=)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Evet	80	66,7
Hayır	40	33,3
Toplam	120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların, %66,7'sinin ameliyat sonrası dönemlerinde

beslenme konusunda bilgi aldığı, %33,3'ünün bilgi almadığı belirtilmiştir (Tablo 13).

**Tablo 14:** Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Bilgiyi Kimlerden Aldıklarının Dağılımları

<b>Gruplar</b>	<b>Sayı (n=)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Doktor	32	26,7
Hemşire	42	35,0
Diyetisyen	4	3,3
Refakatçim	1	0,8
<b>Toplam</b>	<b>79</b>	<b>65,8</b>
Boş bırakılan	41	34,2
Toplam	120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların, ameliyat sonrası dönemde beslenme konusunda %26,7'sinin doktor, %35'inin hemşire, %3,3'ünün diyetisyen, %0,8'inin refakatçi tarafından bilgilendirildiği görülmektedir (Tablo 14).

**Tablo 15:** Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Beslenmelerine Kimlerin Yardım Ettiklerinin Dağılımları

<b>Gruplar</b>	<b>Sayı (n=)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Doktor	2	1,7
Hemşire	50	41,7
Diyetisyen	1	0,8
Refakatçim	39	32,5
Diğer kişiler	11	9,2
<b>Toplam</b>	<b>104</b>	<b>86,7</b>
Boş bırakılan	16	13,3
Toplam	120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların, ameliyat sonrası dönemde beslenmelerine %1,7'i doktor, %41,7'i hemşire, %0,8'i diyetisyen, %32,5'i refakatçi, %9,2'si diğer kişilerin yardım ettiği görülmektedir (Tablo 15).

**Tablo 16:** Hastaların Rejimler Hakkında Bilgi Alıp Almadıklarının Dağılımları

Gruplar	Sayı (n=)	Yüzde (%)
Evet	29	24,2
Hayır	91	75,8
Toplam	120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların, %24,2'sinin rejimler hakkında bilgi aldığı, %75,8'inin bilgi almadığı belirtilmiştir (Tablo 16).

**Tablo 17:** Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yemek Yememe Durumlarının Olup Olmadığının Dağılımları

Gruplar	Sayı (n=)	Yüzde (%)
Evet	83	69,2
Hayır	37	30,8
Toplam	120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların, %69,2'sinin ameliyat sonrası dönemde yemek yiyemediği, %30,8'inin yemeğini yiyebildiği görülmüştür (Tablo 17).

**Tablo 18:** Hastaların Yemek Yememe Sebeplerinin Dağılımları

Gruplar	Sayı (n=)	Yüzde (%)
Tuvalete gitmemek için	20	16,7
İştahsızlık	39	32,5
Hemşirenin iyi davranmaması	1	0,8
Bana zararı olabilir	24	20,0
<b>Toplam</b>	<b>84</b>	<b>70,0</b>
Boş bırakılan	36	30,0
Toplam	120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların yemek yememe sebepleri incelendiğinde; %16,7'si tuvalete gitmemek, %32,5'i iştahsızlık, %0,8'i hemşirenin iyi davranmaması, %20'si kendisine zararı olabilir yanıtlarını vermişlerdir (Tablo 18).

Anket sonuçları ile elde edilen toplam değerler ve ayrıca toplam hemşire destek değerlerinin kendi grupları arasında korelasyon gösterip göstermediğini incelemek

amacıyla yapılan Pearson Korelasyon testi sonuçları aşağıda açıklanmış olup elde edilen veriler Tablo:19’da özetlenmiştir.

**Tablo 19:** Anket Sonuçları İle Elde Edilen Toplam Değerler ve Ayrıca Toplam Hemşire Destek Değerlerinin Kendi Grupları Arasında Korelasyon Gösterip Göstermediğini İncelemek Amacıyla Yapılan Pearson Korelasyon Testi Sonuçları

		Cinsiyet	Yaş	Medeni Durum	Meslek	Okur Yazarlık	TOPLAM	HEMŞİRE
<b>Cinsiyet</b>	Kolerasyon	1,000	,101	-,141	-,127	,022	-,60	-,105
	(Çift Taraflı)	,	,271	,125	,166	,809	,516	,255
	N	120	120	120	120	120	120	120
<b>Yaş</b>	Kolerasyon	,101	1,000	,153	-,014	-,508*	,238*	,072
	(Çift Taraflı)	,271	,	,096	,878	,000	,009	,436
	N	120	120	120	120	120	120	120
<b>Medeni Durum</b>	Kolerasyon	-,141	,153	1,000	-,053	-,112	,228*	,228*
	(Çift Taraflı)	,125	,096	,	,566	,223	,012	,012
	N	120	120	120	120	120	120	120
<b>Meslek</b>	Kolerasyon	-,127	-,014	-,053	1,000	,187*	-,132	-,082
	(Çift Taraflı)	,166	,878	,566	,	,041	,151	,371
	N	120	120	120	120	120	120	120
<b>Okur Yazarlık</b>	Kolerasyon	,022	-,508*	-,112	,187*	1,000	,031	,001
	(Çift Taraflı)	,809	,000	,223	,041	,	,737	,992
	N	120	120	120	120	120	120	120
<b>TOPLAM</b>	Kolerasyon	-,060	,238*	,228*	-,132	,031	1,000	,618*
	(Çift Taraflı)	,516	,009	,012	,151	,737	,	,000
	N	120	120	120	120	120	120	120
<b>HEMŞİRE</b>	Kolerasyon	-,105	,072	,228*	-,082	,001	,618*	1,000
	(Çift Taraflı)	,255	,436	,012	,371	,992	,000	,
	N	120	120	120	120	120	120	120

Buna göre; elde edilen toplam değerler ile diğer veriler arasında korelasyon olup olmadığı araştırıldığında;

Cinsiyet göz önüne alındığında toplam değerlerle, kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak bir korelasyon bulunmadığı tespit edilmiştir (p=-0,60).

Farklı yaş gruplarında toplam değerler analiz edildiğinde, farklı yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir (p=0,01).

Medeni durum gruplarında toplam değerler analiz edildiğinde, farklı medeni durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür ( $p=0,05$ ).

Meslek gruplarında toplam değerler analiz edildiğinde, farklı meslek grupları arasında istatistiksel olarak bir korelasyon olmadığı belirlenmiştir ( $p=0,132$ ).

Okur-yazar gruplarında toplam değerler analiz edildiğinde, farklı okur-yazar grupları arasında istatistiksel olarak bir korelasyon olmadığı görülmüştür ( $p=0,031$ ).

Bu veriler yanında anket sonuçlarına göre elde edilen toplam hemşire destek değeri ile diğer veriler arasında korelasyon olup olmadığı araştırıldığında;

Cinsiyet göz önüne alındığında toplam hemşire destek değeri ile, kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak bir korelasyon bulunmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,105$ ).

Farklı yaş gruplarında toplam hemşire destek değeri analiz edildiğinde, farklı yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olmadığı belirlenmiştir ( $p=0,072$ ).

Medeni durum gruplarında toplam hemşire destek değeri analiz edildiğinde, farklı medeni durum grupları arasında korelasyon değeri ( $p=0,228$ ) olarak bulunmuştur.

Meslek gruplarında toplam hemşire destek değeri analiz edildiğinde, farklı meslek grupları arasında istatistiksel olarak bir korelasyon olmadığı belirlenmiştir ( $p=0,082$ ).

Okur-yazar gruplarında toplam hemşire destek değeri analiz edildiğinde, farklı okur-yazar grupları arasında istatistiksel olarak bir korelasyon olmadığı görülmüştür ( $p=0,001$ ).

Toplam değerler ve toplam hemşire destek değerlerinin hesaplanması için oluşturulmuş grupların arasında elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak farklılık düzeyini araştırmak amacıyla yapılan One Way ANOVA testi sonuçları aşağıda



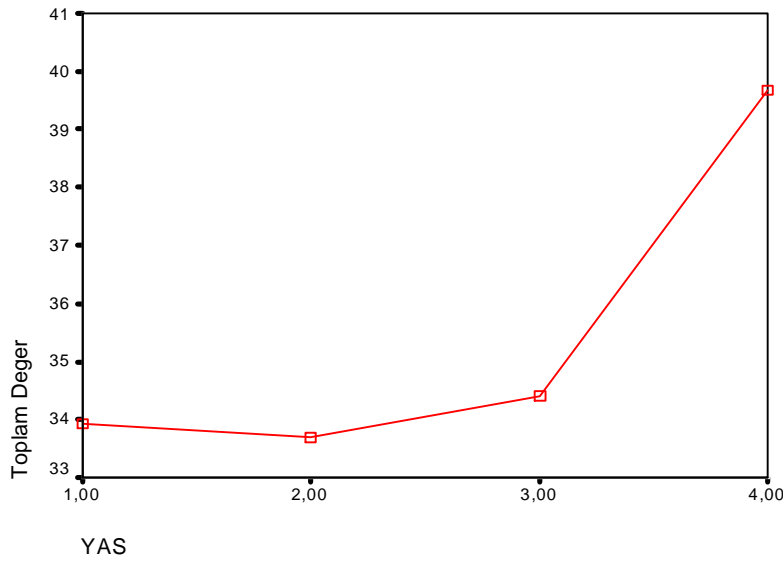
belirtilmiş ve sonuçlar ile ilgili tablolar Şekil: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8'de gösterilmiştir.  $p < 0,05$  altındaki değerler anlamlı kabul edilmiştir.

Anket sonuçlarında elde edilen toplam değerlerin analizi sonucu;

Erkek ve kadın grupları ile toplam değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p = 0,516$ ).

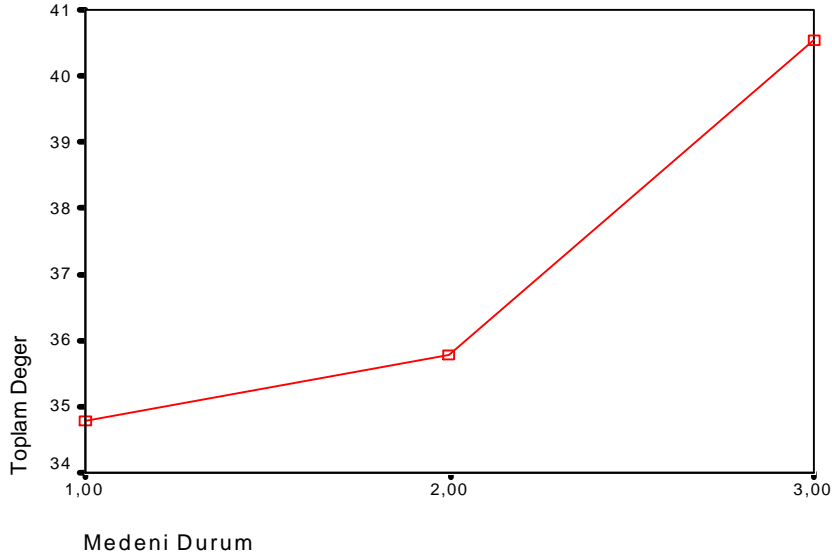
Yaş grupları ile toplam değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p = 0,030$ ). 55 yaş üstü kişiler beslenme konusunda daha bilgili olup eğitim bakımından onlara daha faydalı olunabilmektedir. 55 Yaş altında ise bu değer genelde düşük seviyede bir plato çizmektedir (Şekil 1).

Şekil 1: One Way ANOVA Testinde Toplam Değerler İle Yaş Gruplarının Karşılaştırılması



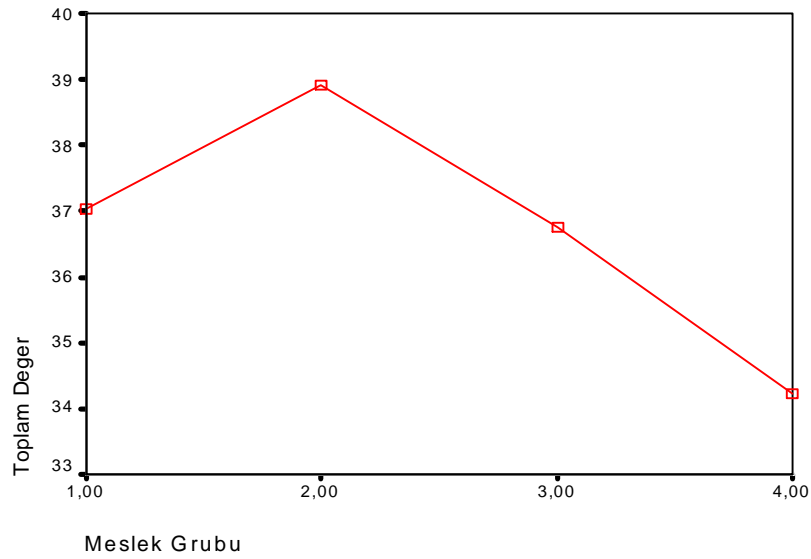
Medeni durum grubu ile toplam değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p = 0,033$ ). Bu grup içinde dul kesimin beslenme konusunda genel olarak daha bilgili olduğu ve daha çok fayda gördüğü tespit edilmiştir. Bekar veya evli olanlarda ise beslenme konusundaki genel bilgi seviyesi dul olanlara göre daha düşük olup; kendi aralarında birbirine yakın sonuçlar elde edilmiştir (Şekil 2).

Şekil 2: One Way ANOVA Testinde Toplam Değerler İle Medeni Durumlarının Karşılaştırılması



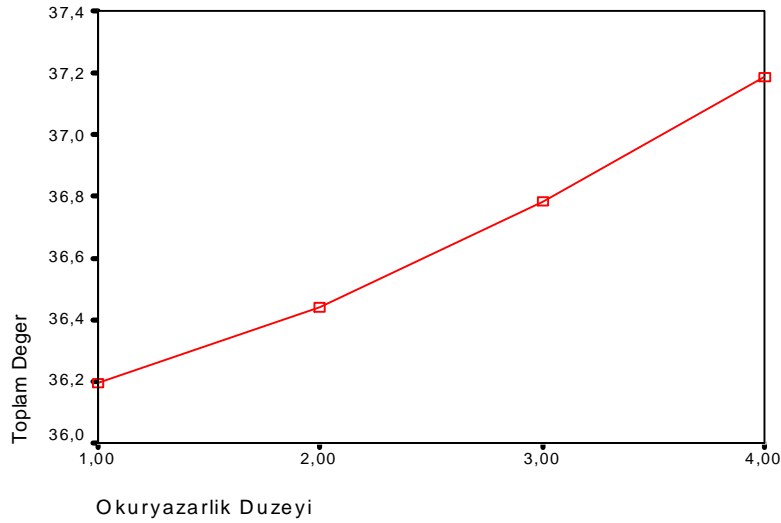
Mesleki gruplar ile toplam değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,323$ ), (Şekil 3).

Şekil 3: One Way ANOVA Testinde Toplam Değerler İle Meslek Gruplarının Karşılaştırılması



Okur-yazarlık grupları ile toplam değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p= 0,990$ ), (Şekil 4).

Şekil 4: One Way ANOVA Testinde Toplam Değerler İle Okuryazarlık Düzeylerinin Karşılaştırılması

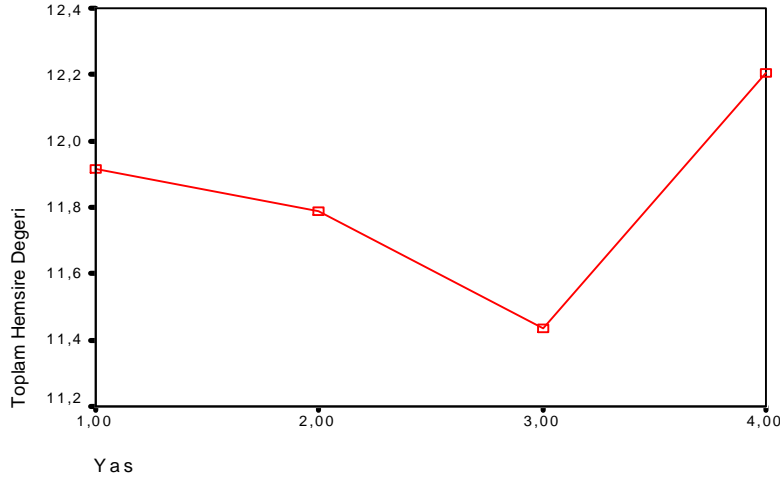


Anket sonuçlarında elde edilen toplam hemşire destek değerlerinin analizi sonucu;

Erkek ve kadın grupları ile toplam hemşire destek değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p= 0,255$ ).

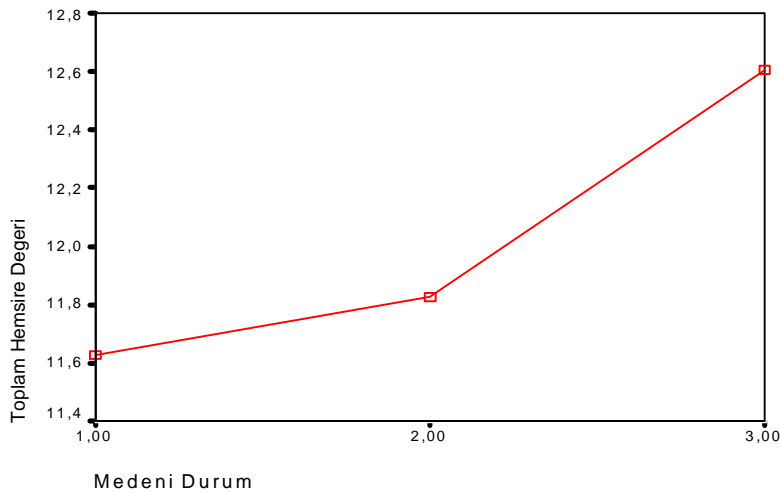
Yaş grupları ile toplam hemşire destek değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,374$ ). İlginç olarak bu değerler toplam değerlerin analizinde anlamlı olarak tespit edilmiştir (Şekil 5).

Şekil 5: One Way ANOVA Testinde Toplam Hemşire Değeri İle Yaş Gruplarının Karşılaştırılması



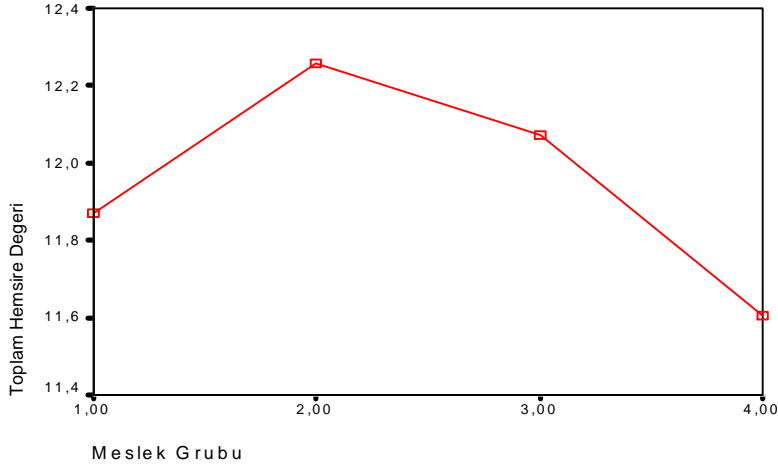
Medeni durum grubu ile toplam hemşire destek değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p=0.035$ ). Bu da dul hastaların beslenme konusunda hemşireden, bekar ve evli hastalara göre daha fazla fayda gördüğü görülmektedir. Evli ve bekar olanlarda ise hemşirelerden beslenme konusunda bilgilenme daha düşük düzeyde olduğu, bekarlarda ise bu oranın daha da azaldığı görülmektedir (Şekil 6).

Şekil 6: One Way ANOVA Testinde Toplam Hemşire Değeri İle Medeni Durumlarının Karşılaştırılması



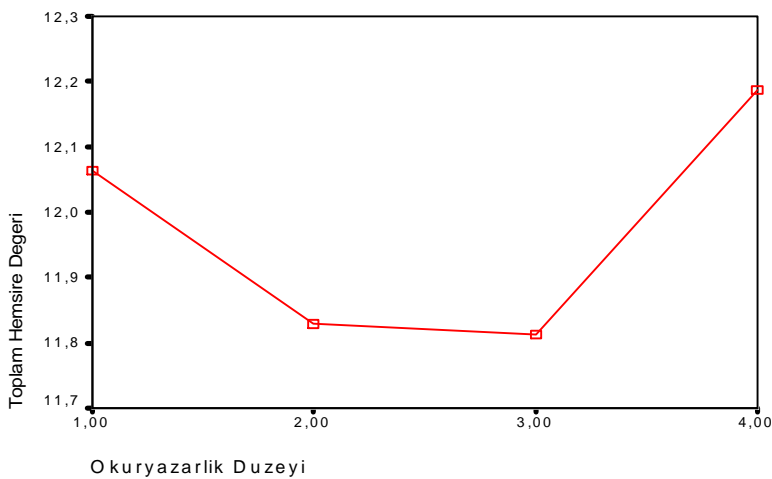
Mesleki gruplar ile toplam hemşire destek değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,482$ ), (Şekil 7).

Şekil 7: One Way ANOVA Testinde Toplam Hemşire Değeri İle Meslek Gruplarının Karşılaştırılması



Okur-yazarlık grupları ile toplam hemşire destek değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p=0,859$ ), (Şekil 8). Bu sonuç ilginç görünmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça beslenme konusundaki bilgi düzeyinin artması beklenirken bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Şekil 8: One Way ANOVA Testinde Toplam Hemşire Değeri İle Okuryazarlık Düzeyinin Karşılaştırılması



## 5. TARTIŞMA

Bireyin ailenin ve toplumun birinci amacı, sağlıklı ve üretken olmaktır. Sağlıklı ve üretken olmanın simgesi, bedenen, ruhen ve sosyal yönden iyi gelişmiş bir vücut yapısı ve bu yapının bozulmadan uzun süre işlermesidir. Beslenmeden varlığımızı devam ettirmemiz ve sağlıklı kalmamız mümkün değildir. Her hücremiz ve organımız sağlıklı beslenme ile canlılığını korur, gelişir ve zinde kalır (5).

Hasta vücudunun enerji ve besin depoları, ameliyat öncesi ve sonrası çeşitli sebeplerden dolayı hızlı bir tüketim ve yıkıma maruz kalmaktadır. Ameliyattan sonra hastanın olabildiğince kısa sürede normal beslenmeye geçmesi hasta için önemlidir. Yanlış ve yetersiz beslenme alışkanlıkları bir süre sonra kişide malnutrisyon gelişmesine yol açabilir. Malnutrisyon, cerrahi girişim uygulanan hastalarda mortalite ve morbititeyi arttıran bir nedendir (7, 14, 32). Hastalarda beslenme eğitiminin yokluğu, beslenme bilincinin yerleşmemiş olması da bu riski arttırmaktadır. Hastalara verilen beslenme hizmetleri onların tedavi ve takibinde en önemli konu olup, iyileşmeyi hızlandırmak, komplikasyonların oluşmasını önlemek, hastanın daha kısa sürede iyileşip taburcu olmasını sağlamaya yönelik aktivitelerin en önemli kısmını teşkil etmektedir (7, 10).

Hastanın beslenmesi hemşirenin en önemli sorumluluklarında birisidir. Hastalarla en çok iletişime geçen sağlık görevlisi hemşiredir. Bu nedenle hemşirenin hastaların beslenmesinde önemli bir yeri vardır (2, 13). Bu noktadan hareket ederek;

Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi genel cerrahi servisinde yatmakta olan hastaların beslenme sorunları ve hemşirelerin etkinlikleri araştırılmış ve elde edilen bulgular benzer çalışmalarla tartışılmıştır.

Anket sonuçlarına göre; beslenme bakımından postoperatif dönemde hastaların bilgi düzeyi, istekleri ve hemşirelerden aldığı hizmetleri değerlendirmek suretiyle elde edilmiş toplam anket puanları “toplam değer” olarak tanımlanmıştır. Bunun yanında beslenme bakımından postoperatif dönemde hastaların hemşirelerden aldığı hizmetleri değerlendirilmek suretiyle elde edilmiş toplam anket puanları da “hemşire destek değeri” olarak tanımlanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %52.5'i kadın, %47.5'i erkek olup; %20'si 15- 30 yaş arasında, %15,83'ü 31- 45 yaş arasında, %19,2'si 46- 55 yaş arasında, %45'i 55 ve üzeri yaş grubu arasındaydı. Bu durum çalışmamızda 15- 60 yaş ve üzerindeki hastaların erkek ve kadın olarak her yaş grubunda eşit bir dağılım oluşturduğunu göstermektedir. Zaten çalışmamızdaki amacımız tüm yaş gruplarında ve her iki cinsiyette değerlendirme yapmaktır. 55 yaş ve üstü kişiler beslenme konusunda daha bilgili olmaktadır. Çalışmamız da 55 yaş ve üstünün oluşturduğu 4. grup'ta toplam değerler analiz edildiğinde diğer yaş grupları ile aralarında istatistiksel anlamlılık bulunduğu görülmüştür ( $p=0.01$ ). Buna karşılık; yaş grupları ile toplam hemşire destek değerleri arasında bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. ( $p=0,374$ ) Dolayısı ile yaş gruplarında; hemşirenin hasta eğitiminin etkisinden ziyade, hastanın beslenmeyle ilgili bilgi düzeylerinin etkisinin olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sebeple hastaların beslenme konusunda eğitiminde, düşük seviyede bulunan 55 yaş ve altı grupların daha çok desteklenmesi gerekmektedir.

Hastalarının %53,33'ü evli, %19,2'si bekar, %27,5'i duldur. Hasanoğlu'nun (20) hastanelerin değişik ünitelerinde yapmış olduğu araştırmasında da hastaların büyük çoğunluğunun evli olması araştırmamıza paralellik göstermektedir. Bu grup içinde dul kesimin beslenme konusunda genel olarak daha bilgili olduğu ve daha çok fayda gördüğü tespit edilmiştir. Medeni durum değerlendirilmesinde 3. grubu oluşturan dul olanlar ile diğer gruplar arasında toplam değerler analiz edildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunduğu tespit edilmiştir ( $p=0.05$ ). Beslenme konusunda bilgi düzeyleri, bekar veya evli olanlarda ise çok daha az düzeyde ve birbirine yakın değerlerdedir. Bu nedenle hemşirelerin, evli ve bekar grupların beslenme konusunda bilgilendirilmesine daha çok önem vermesi gerekmektedir.

Hastaların %19,2'si serbest meslekte, %25,83'ü işsiz, %23,33'ü memur-işçi, %31,7'si diğer iş gruplarında genellikle emekli şeklindedir. Toplam değer ve toplam hemşire destek değerlerinin değerlendirilmesine bakıldığında farklı meslek gruplarındaki hastaların beslenmesi ile ilgili bilgi düzeylerinde aralarında ve hemşirelerden beklentileri konusunda belirgin bir fark yoktur. Meslek grubu ayrılmaksızın her meslek grubuna öncelikle işsiz daha sonra memur, serbest meslek grubu ve diğer meslek gruplarına eşit

olarak beslenme bilgilendirme desteği sağlanmalıdır.

Hastaların %25,83' ü okuma- yazma bilmeyen, %34,2'si ilköğretim, %26,7'si lise mezunu ve %13,3'ü üniversite- doktora mezunu grubundadır. Hastaların büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu olması dikkat çekicidir. Bu durum Akpınar'ın (18) çalışması ile paralellik göstermektedir. Farklı okuryazar gruplarında toplam değer ve toplam hemşire destek değerlerine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ortaya konmuştur. Bu sonuç ilginç görölmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça beslenme düzeyinin artması beklenirken bu çalışmada istatistiksel olarak bir farklılık yoktur. Bu nedenle beslenme konusunda eğitimin ve hemşirelerin etkinliğinin artırılması her eğitim grubu için önemlidir. Araştırmamızda çıkan sonuçlara göre ilkokul mezunlarının çoğunlukta olması bu grubun daha çok eğitim verilmesi gereken kesim olduğunu göstermektedir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların çoğunun (%55,83'ü) daha önce hastane deneyiminin olduğu tespit edilmiştir. Bu durum Akpınar'ın (18) çalışması ile paralellik göstermektedir.

Hastaların %75,8'ine R1, R2, R3 diyetleri hakkında ilgili açıklama yapılmamış olması dikkat çekici bir sonuçtur. Bu durum Akpınar'ın (18) çalışması, Birol ve arkadaşlarının yaptığı çalışma (34) ile de benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda ameliyat sonrası, hemşirelerden bilgi alan hastaların oranı yüksek bulunmuştur. Ancak çalışmamızda büyük bir kesimin %75 oranında diyetleri ile ilgili açıklama yapılmamış olması hemşirelerin daha fazla duyarlılık ve danışmanlık yapmaları gerektiğini ortaya koymaktadır.

Hastaların, beslenme ile ilgili sorunlarında ilgilenmesini bekledikleri kişiler; %35 oranında hemşire ilk sırayı, %26,7 oranında doktor ikinci sırayı, %3,3 oranında da diyetisyen üçüncü sırayı almaktadır. Bu durum hastaların "diyetisyen" kavramına sahip oldukları ve gereksinim duydukları, ancak yeterince yararlanamadıkları düşüncesini oluşturmaktadır. Hastaların günlük bakım işlerinde, sürekli beraber oldukları ve her türlü bakım hizmetinden yararlandığı hemşirelerden bu konuda da ilgi ve beklentilerinin olması yadsınamaz. Kaldı ki, günümüzde çağdaş hemşirenin koordinatörlük rolü de hasta ve diyetisyen arasında iletişim ve işbirliği sağlanmasını gerektirir.



Hastaların %32,5'i ameliyat sonrası dönemde yemek yememe sorunu yaşamışlardır. Bu sorunu yaşayanların %32,5'i iştahsızlığı belirtmiş olup Coşkun'un (19), Akpınar'ın (18) ve Hasanoğlu'nun (20) çalışma sonuçları ile uygunluk göstermektedir. Ameliyat sonrası yemek yememe nedenleri arasında %20'si bana zararı olabilir endişesi nedeniyle ikinci sırayı almaktadır. Bu durum ameliyat sonrası hastaların ayağa kalkma ve beslenmelerinin dikişlerinde problem yaratabileceğinden endişe edebileceklerini düşündürebilir. Bu yüzden hastalara beslenme eğitiminin ameliyat sonrası dönemde önemi ve ameliyat yerlerinden duydukları endişeleri açık olarak anlatılmalıdır.

Sonuç olarak; ameliyat sonrası beslenmede hala eksiklikler vardır ve bu konuda hemşirelere önemli görevler düşmektedir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yatmakta olan hastaların beslenme konusundaki bilgi düzeyleri ve hemşirelerin bu konu üzerindeki etkinliklerini araştırmak amacı ile yapılan bu araştırma sonuçlarına göre; araştırma kapsamına alınan 120 hastanın %52,5'i kadın, %47,5'i erkek, %45'i 55 ve üzeri yaş grupları arasında olup %53,3'ü evli, %41,7'si bir veya iki çocuk sahibi, %31,7'si diğer meslek gruplarında, %34,2'si ilkokul mezunu, %62,5'i üç ve daha fazla öğün alan grubunda, %52,5'i kronik bir rahatsızlığa sahip ve %55,8'i daha önce hastaneye yatmış olarak bulunmuştur. %37,5 oranında kronik rahatsızlığı olan hastaların %23,3'ünde doktor tarafından diyetlerini almışlardır.

Hastaların; %66,7'si ameliyat sonrası dönemde beslenme konusunda bilgi almış ve bu grupta hastaların %35'i bu bilgiyi hemşirelerden aldığını ve %41,7'si ameliyat sonrası dönemlerinde beslenmelerine hemşirelerin yardım ettiğini belirtmiştir. Hastaların; %75,8'i R1, R2, R3 kavramlarının anlatılmadığını belirtmiştir.

Hastaların %69,2'si ameliyat sonrası dönemlerinde yemek yememe durumlarının olduğunu ve bunun sebebinin (%32,5) iştahsızlık olduğunu belirtmiştir. Ameliyat sonrası yemek yememe nedenleri arasında %20'si bana zararı olabilir endişesi nedeniyle ikinci sırayı almaktadır.

Farklı yaş gruplarında toplam değerler analiz edildiğinde, farklı yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir ( $p=0,01$ ).

Medeni durum gruplarında toplam değerler analiz edildiğinde, farklı medeni durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür ( $p=0,05$ ).

Medeni durum gruplarında toplam hemşire destek değeri analiz edildiğinde, farklı medeni durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür ( $p=0,228$ ).

Toplam değerler ve toplam hemşire destek değerlerinin hesaplanması için oluşturulmuş grupların arasında elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak farklılık düzeyini araştırmak amacıyla yapılan One Way ANOVA testi sonuçlarına göre;

Anket sonuçlarında elde edilen toplam değerlerin analizi sonucu; Yaş grupları ile toplam değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p=0,030$ ). 55 yaş üstü kişiler beslenme konusunda daha bilgili olmakta ve eğitim bakımından daha faydalı olunabilmektedir. 55 yaş altında ise bu değer genelde düşük seviyede bir plato çizmektedir.

Medeni durum grubu ile toplam değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p=0,033$ ). Bu grup içinde dul kesimin beslenme konusunda genel olarak daha bilgili olduğu ve daha çok fayda gördüğü tespit edilmiştir. Bekar veya evli olanlarda ise bu değerler çok daha az düzeyde ve birbirine yakın değerlerdedir.

Anket sonuçlarında elde edilen toplam hemşire destek değerlerinin analizi sonucu; Medeni durum grubu ile toplam hemşire destek değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p=0,035$ ). Bu grup içinde dul kesimin beslenme konusunda hemşireden diğer bekar ve evli grup içindeki hastalardan daha çok fayda gördüğü tespit edilmiştir. Bekar veya evli olanlarda ise bu değerlerin bekar grupta çok daha az düzeyde yüksek ama birbirine yakın değerlerde olduğu görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- \* Hastaların diyet planını doktor, hemşire ve diyetisyenin birlikte hazırlaması,
- \* Hemşirelere, hastaların beslenme ile ilgili sorunlarıyla daha yakından ilgilenebilmeleri için bu konuyla ilgili hizmet içi eğitim verilmesi,
- \* Diyet uzmanlarının yetersizliğinden dolayı sayılarının çoğaltılıp hemşirelerle daha etkin bir işbirliği içinde bulunmaları,
- \* Hemşirelerin bu eksikliklere yönelik bakım planı hazırlarken hastaların yaş ve medeni durumlarını göz önünde tutmaları,

\* Hastalar ile en çok iletişime geçen kişi olarak hemşirelerin, bu doğrultuda temel besin turlerinin neler olduğu, ameliyat sonrası normal beslenmeye geçiş sırası ve nedenleri hakkında açıklamalar yapmaları ayrıca bu konunun renilebilmesi için, ilişkili olan her durumda hastalara tekrar etmeli ve ettirmeli,

\* Hemşirelerin bakım işlevini gerçekleştirirken hasta ve ailesiyle görüşerek hastanın beslenme durumu ile ilgili eksiklikleri saptaması, hastaların hastanede yattığı sürece ameliyat öncesi ve sonrası beslenmesi konusunda hemşireler tarafından cesaretlendirilip motive edilmeleri, yemek yeme-yememe durumlarının gözlenmesi, yememe durumlarında ise nedenlerinin araştırılması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Birol L. (1997) *Hemşirelik Süreci* 3. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti. S: 14-16
2. İnanç N. (1998) Hemşireliğin Gelişmesi, Rol Ve Sorumlulukları Temel Kavramlar Ve Kuramlar In: Hatipoğlu İ., Avcı Y., Akbayrak Ö. *Hemşirelik Esasları* 3. Baskı, Damla Matbaacılık Ltd. Şti. s: 342-50, Ankara
3. Baysal A. (1999) *Beslenme* 8. Baskı, Hatipoğlu Yayınevi s: 9-240, Ankara
4. Baysal A., Aksoy M., Bozkurt N. et al (1999) *Diyet El Kitabı* 3.Baskı, Hatipoğlu Yayınevi s: 9-240, Ankara
5. Saygılı S., Akben A., Odabaşı Ö. (2004) *Sağlıklı Beslenme* 4. Baskı, s: 11-36, 78-80
6. Şahin M., Akgül H. (1995) Beslenme Gereksinimleri ve Beslenmenin Patofizyolojisi *Türkiye Klinikler Tıp Bilimleri*; s: 15:76-79
7. Bozbora A. (2002) Metabolizma Ve Beslenme In: Kalaycı G. *Genel Cerrahi* 1.Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri s: 125-36
8. Heslin Mj., Latkany L. et al (1997) A Prospektive Randomized Trial Of Early Enteral Feeding After Resection Of Upper GI Malignancy *Ann Surg* p: 226:567
9. Koretz RL (1995) Nutritional Supplementation in the ICU How Critical is Nutrition For The Critically ill? *Am J Respir Crit Care med*; p: 151-570
10. Engin A. (2000) *Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri*, Atlas Kitapçılık s: 56-83, Ankara
11. Heyland D. Cook Dj. Winder B. et al.(1995) Enteral Nutrition in the Critically İll Patient: A prospective survey.*crit.caremed*. p: 23:1055
12. Çevikel M.H., Özgün H., Özbaş S.M., Boylu Ş., (2001) Major Abdominal Cerrahide Erken Enteral Beslenme, *Çağdaş Cerrahi Dergisi*, s: 15: 217-20
13. Soysal D (2004) Nutrisyon Destek Ekibinde Hemşirenin Rolü In: Kepan V. *Klinik Enteral Parenteral Nutrisyon Kongresi Özet Kitabı*, s: 26-28
14. Dramalı A., Erdil F., Hatipoğlu S. et al. (1998) *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı* I.Baskı, İstanbul Vehbi Koç Vakfı Yayıncılık s: 32-39, 66-88

15. <http://www.solid.com.tr/beslenme> hakkında.htm
16. Yetkin İ., Kirici M. (1998) *Kolesterol ve Şeker Hastaları İçin Dengeli ve Sağlıklı Beslenme* 5. Baskı s: 9-11,18-22
17. <http://www.diyetuzmani.com/beslenme/index1.html>
18. Akpınar R. (1998) Hastanede Yatan Hastaların Yeme-İçme ile İlgili Sorunlarının ve Önerilerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Erzurum
19. Coşkun Ü. (1990) Hastaların Öğünlerini Yememe Sebeplerinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. İstanbul
20. Hasanoğlu S. (1994) Değişik Hastane Ortamlarında Yatmakta Olan Hastalarda Görülen Yeme Sorunlarının Nedenleri ve Hasta Üzerinde Yarattığı Olumsuz Etkilerin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. İstanbul
21. Bulduk S. (2003) *Hastalıklarda Beslenme* 1. Baskı, s: 1-25
22. Kabalak T. (2004) *Obezite –Şişmanlık* Boyut Yayın Grubu s: 24-35
23. Sayek İ. (1996) *Temel Cerrahi* 2.Baskı Güneş Kitapevi s: 77-85
24. Özkan K. Özen N. Malazgirt Z. (1996) *Hacettepe Genel Cerrahi Ders Kitabı*, Hacettepe-Taş Kitapçılık Ltd. Şti. s: 19-25, 57-67, Ankara
25. Değerli Ü. (1998) *Genel Cerrahi* 6. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri s: 103-107
26. Akgün M., Durmaz A., Eren A., Biricik S. ed. (2000) *Cerrahi Bilimler*, s: 18-20, 65-67
27. Shwartz SI. Principles of Surgery 7 th Ed.(1999) Fluid and Electrolyte Management of the Surgical Patient p: 53-75
28. Birol L., Akdemir N., Bedük T. (1997) *İç Hastalıkları Hemşireliği* 6. Baskı, s: 1-91, Ankara
29. Oto Ö. (2000) *NMS Cerrahi* 3. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri s: 1-27
30. Gerard M Ed., Charles MV, Jeffrey AL.(1999) The Manuel of Surgery 1th p:10-24
31. Lawrence W. , Gerard M, Doherty M. (2003) Current surgical diagnosis &

Treatment II th Edition p:183-186

32. Kurt N., Yücel M., Çelik G. (2001) Erken Enteral Beslenmenin Yeri ve Önemi *Çağdaş Cerrahi Dergisi* s: 15:97-102
33. Çevikel M.H., Özgün H., Özbaş S.M., Boylu Ş., (2001) Major Abdominal Cerrahide Erken Enteral Beslenme, *Çağdaş Cerrahi Dergisi*, s: 15, 217-220
34. Birol L. Akdemir N. Bedük T. (1996) Kronik Hastalığı Olan Hastaların Hastalıklarına Tedavilerine ve Diyetlerine İlişkin Bilgileri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 3(2):1-8

**EK-1**

**AMELİYAT SONRASI HASTALARIN BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE  
HEMŞİRELERİN ETKİNLİĞİNİN BELİRLENMESİ İÇİN OLUŞTURULAN  
ANKET SORULARI**

**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEKLİSANS ARAŞTIRMASI**

**ANKET FORMU**

Birey No:

1.Cinsiyetiniz :

- a.Kadın
- b.Erkek

2.Yaşınız:

- a.15-30
- b.31-45
- c.46-55
- d.55 ve üzeri

3.Medeni durumunuz nedir?

- a.Evli
- b.Bekar
- c.Dul

4.Kaç çocuğunuz var?

- a.Yok
- b.1-2
- c.3 ve üzeri

5.Mesleğiniz nedir?

- a.Serbest meslek
- b.İşsiz
- c.Memur-işçi
- d.Diğer



- 6.Okuryazarlık durumunuz nedir?  
a.Bilmiyor  
b.İlköğretim  
c.Lise mezunu  
d.Üniversite -doktora
- 7.Normalde kaç öğün yemek yersiniz?  
a.Bir  
b.İki  
c.Üç ve daha fazla
8. Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?  
i.Evet  
ii.Hayır
- b. Cevabınız “evet” ise rahatsızlığınızı tanımlar mısınız?  
i.Diyabet  
ii.Kalp -hipertansiyon  
iii.Solunum yolu  
iv.Diğer
- 9.Bu rahatsızlığınız için diyet verildi mi?  
i..Evet  
ii.Hayır
- b. Cevabınız evetse diyet programını kim size anlattı?  
i.Doktor  
ii.Hemşire  
iii.Diyetisyen  
iv.Refakatçim  
v.Diğer kişiler
- 10.Bu programı size kimin anlatmasını isterdiniz?  
a.Doktor  
b.Hemşire  
c.Diyetisyen  
d.Refakatçim  
e.Diğer kişiler
- 11.Verilen diyeti tam olarak uyguluyor musunuz?  
a.Evet  
b.Hayır

12. Bu diyetin faydalı olduğuna inanıyor musunuz?

- i. Evet
- ii. Hayır

b. Cevabınız “hayır” ise nedeni nedir?

- i. Yeterli bilgi verilmediği için
- ii. Kendime hakim olamadığım için
- iii. Diğer

13. Daha önce hastaneye yattınız mı?

- i. Evet
- ii. Hayır

b. Cevabınız “evet” ise bu kaçınıcı yatışınız?

- i. 2. yatışım
- ii. 3. yatışım
- iii. 4. yatışım

c. Cevabınız “evet” ise hangi bölümde yattınız?

- i. Dahiliye
- ii. Cerrahi
- iii. Diğer (Tanımlayınız)

14. Daha önce herhangi bir operasyon geçirdiniz mi?

- i. Evet
- ii. Hayır

b. Cevabınız “evet” ise hangi operasyonu geçirdiğinizi biliyor musunuz?

- i. Evet
- ii. Hayır

15. Ameliyat öncesinde beslenme probleminiz var mıydı?

- i. Evet
- ii. Hayır

b. Cevabınız “evet” ise beslenme durumunuzu tanımlar mısınız?

- i. İştahsızım
- ii. Yemek seçerim
- iii. Çok yerim

16. Ameliyat öncesi dönemde beslenme konusunda bir bilgi aldınız mı?

- i. Evet
- ii. Hayır

b. Cevabınız “evet” ise bu bilgiyi kimden aldınız?

- i. Doktor
- ii. Hemşire
- iii. Diyetisyen
- iv. Refakatçim
- v. Diğer kişiler

c. Bu bilgiyi kimden almak isterdiniz?

- i. Doktor
- ii. Hemşire
- iii. Diyetisyen
- iv. Refakatçim
- v. Diğer kişiler

d. Ameliyat öncesi dönemde beslenmenize kim yardım etti?

- i. Doktor
- ii. Hemşire
- iii. Diyetisyen
- iv. Refakatçim
- v. Kendim yemeğimi yedim

17. Ameliyat sonrası dönemde beslenme konusunda bir bilgi aldınız mı?

- i. Evet
- ii. Hayır

b. Cevabınız “evet” ise bu bilgiyi kimden aldınız?

- i. Doktor
- ii. Hemşire
- iii. Diyetisyen
- iv. Refakatçim
- v. Diğer kişiler

c. Bu bilgiyi kimden almak isterdiniz?

- i. Doktor
- ii. Hemşire
- iii. Diyetisyen
- iv. Refakatçim
- v. Diğer kişiler

- d. Ameliyat sonrası dönemde beslenmenize kim yardım etti?  
i.Doktor  
ii.Hemşire  
iii.Diyetisyen  
iv.Refakatçim  
v.Diğer kişiler

18.Rejim1, Rejim 2, Rejim3 kavramları size ameliyat öncesi ve sonrası anlatıldı mı?

- i.Evet  
ii.Hayır

b. Cevabınız “evet” ise bu bilgiyi kimden aldınız?

- i.Doktor  
ii.Hemşire  
iii.Diyetisyen  
iv.Refakatçim  
v.Diğer kişiler

c. Sizce anlatım sizi konu hakkında yeterince bilgilendirdi mi?

- a.Evet  
b.Hayır

19. Ameliyat sonrası ne zaman yemeye başlayacağınız size anlatıldı mı?

- i.Evet  
ii.Hayır

b. Cevabınız “evet” ise size bunu kim anlattı?

- i.Doktor  
ii.Hemşire  
iii.Diyetisyen  
iv.Refakatçim  
v.Diğer kişiler

c. Anlatım sizce faydalı mıydı?

- i.Evet  
ii.Hayır

20 Ameliyat sonrası ilk olarak sıvı gıdalarla başlama nedeni size açıklandı mı?

- i.Evet  
ii.Hayır

b. Cevabınız “evet” ise kim açıkladı?

- i.Doktor  
ii.Hemşire  
iii.Diyetisyen  
iv.Refakatçim  
v.Diğer kişiler

- c. Sizce açıklama sizce yeterlimiydi?  
i.Evet  
ii.Hayır

- 21.Ameliyat sonrası verilecek yiyeceklerin sırası size anlatıldı mı?  
i.Evet  
ii.Hayır

- b. Cevabınız “evet” ise kim açıkladı?  
i. Doktor  
ii. Hemşire  
iii.Diyetisyen  
iv.Refakatçım  
v.Diğer kişiler

- c. Sizce açıklama yeterlimiydi?  
i.Evet  
ii.Hayır

- 22.Ameliyat sonrası verilecek gıdaların faydaları size anlatıldı mı?  
i.Evet  
ii.Hayır

- b. Cevabınız “evet” ise size bunu kim açıkladı?  
i.Doktor  
ii.Hemşire  
iii.Diyetisyen  
iv.Refakatçım  
v.Diğer kişiler

- c. Sizce açıklama yeterlimiydi?  
i.Evet  
ii.Hayır

- 23.Ameliyat sonrası dönemde yemeğinizi size kimin yedirmesini isterdiniz?  
a.Doktor  
b.Hemşire  
c.Diyetisyen  
d.Refakatçım  
e.Diğer kişiler

- 24.Ameliyat sonrası dönemde yemek yememe isteğiniz oldu mu?  
i.Evet  
ii.Hayır

- b. Cevabınız “evet” ise sizce bunun nedeni neydi?
- Daha çok tuvalete gitmem gerekeceği endişesi
  - İştahımın olmaması
  - Bana hemşirelerin iyi davranmaması
  - Bana zararı olabileceği endişesi

25. Sizce ameliyat öncesi dönemde size en fazla yardım eden ve fayda sağlayan kişi veya kişiler kimdi?

- Doktor
- Hemşire
- Diyetisyen
- Refakatçim
- Diğer kişiler

26. Sizce ameliyat sonrası dönemde size en fazla yardım eden ve fayda sağlayan kişi veya kişiler kimdi?

- Doktor
- Hemşire
- Diyetisyen
- Refakatçim
- Diğer kişiler

27. Sizce hemşireler sizin bakımınızda faydalı oldular mı?

- Evet
- Hayır

28. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hemşirelerin davranışları sizi olumlu yönde etkiledi mi?

- Evet
- Hayır

29. Hemşirelerin davranışları sonucu verilen besinleri yeme veya yememe gibi bir durumunuz oldu mu?

- Evet
- Hayır

30. Bir hemşirede aşağıda sayılan özelliklerden sizin için önemli olanlarını önem sırasına göre 1’den 5’e kadar puanlayınız.

- Hal, hareket ve davranışları
- Mesleki bilgisi
- Güzelliği, zarafeti, bakımlılığı
- Kıyafeti ve temizliği
- Bana gösterdiği ilgi