

T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GÜLHANE/SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PEDİATRİ HEMŞİRELERİNİN NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRMENİN ÖNEMİNE İLİŞKİN TUTUM, NÜTRİSYONEL BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ VE ALGILANAN BAKIM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

SELDA ŞEN

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

20 HAZİRAN 2023

T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GÜLHANE/SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PEDİATRİ HEMŞİRELERİNİN NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRMENİN ÖNEMİNE İLİŞKİN TUTUM, NÜTRİSYONEL BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ VE ALGILANAN BAKIM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

SELDA ŞEN

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ DERYA SULUHAN

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

20 HAZİRAN 2023

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

SELDA ŞEN

20.06.2023

ÖZET **viii**
İNGİLİZCE ÖZET **viiii**
TEŞEKKÜR **ix**
İÇİNDEKİLER **vii**
SİMGELER VE KISALTMALAR **x**
ÇİZELGELER **xi**
ŞEKİLLER **xii**
1.GİRİŞ VE AMAÇ **1**
1.1 PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ 2
1.2 ARAŞTIRMANIN AMACI 2
1.3 ARAŞTIRMANIN SORULARI 3
2.GENEL BİLGİLER **4**
2.1 ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE BESLENMENİN ÖNEMİ **7**
2.1.1 BESLENME BOZUKLUKLARININ ÇOCUK ÜZERİNE ETKİSİ **7**
2.2 ÇOCUKLARDA BESLENME BOZUKLUKLARINA YAKLAŞIM **8**
2.2.1 ÇOCUKLARDA NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRME **9**
2.2.1.1 Tıbbi Öykü **9**
2.2.1.2 Fizik Muayene **9**
2.2.1.3 Çocuklarda Antropometrik Ölçümler **10**
2.2.1.3.1 Vücut Ağırlığı **10**
2.2.1.3.2 Boy Ölçümü **10**
2.2.1.3.3 Baş Çevresi Ölçümü **11**
2.2.1.3.4 Kol Çevresi Ölçümü **11**
2.2.1.3.5 Deri Kıvrım Kalınlığının Ölçülmesi **11**
2.2.1.4 Çocuklarda Antropometrik Ölçümlerin Değerlendirilmesi **11**
2.2.1.5 Laboratuvar Bulguları **11**
2.2.3 BESLENME BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ **14**
2.2.3.1 Başlangıç Tedavisi **14**
2.2.3.2 Beslenme Destek Tedavisi **15**
2.2.3.3 İyileşme Dönemi **17**
2.2.3.4 Eve Hazırlık Tedavisi **17**
2.2.3.5 İzlem Dönemi **18**
2.3 PEDİATRİ HEMŞİRESİNİN ÇOCUKLARDA NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRMEYE İLİŞKİN ROL VE SORUMLULUKLARI **18**
3.GEREÇ VE YÖNTEM **21**
3.1 ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ **21**
3.2 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN **21**
3.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ **22**
3.3.1 ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ **23**
3.3.2 ARAŞTIRMANIN DIŞLANMA KRİTERLERİ **23**
3.4 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI **23**
3.4.1 HEMŞİRE TANITICI BİLGİ FORMU **23**
3.4.2 HEMŞİLERDE NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRMENİN ÖNEMİNİ, NÜTRİSYONEL BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİ VE ALGILANAN BAKIM KALİTESİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ **23**
3.5 ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI **24**
3.6 ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU **25**
3.7 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ **26**
4.BULGULAR **27**
5.TARTIŞMA **35**
6.SONUÇ VE ÖNERİLER **39**
7.KAYNAKLAR **41**
8. EKLER **49**
9.ÖZGEÇMİŞ **59**

ÖZET

Pediatri Hemşirelerinin Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemine İlişkin Tutum, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi ve Algılanan Bakım Kalitesinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2023

Amaç: Bu araştırma, pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutumları, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyleri ve algılanan bakım kalitesini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel bir araştıma olarak tasarlanan bu çalışma, SBÜ Doktor Sami Ulus Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SBÜ Doktor Sami Ulus Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beştepe Ek Kampüsü ve Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini 262 pediatri hemşiresi oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi ve Algılanan Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde t testi, tek yönlü ANOVA testi, Kruskal Wallis testi ve Pearson korelasyon yöntemi kullanılmıştır. İstatiksel anlamlılığın değerlendirilmesinde $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Hemşirelerin %89,3'ü (n=234) kadın ve %82,8'i (n=217) 20-30 yaş aralığındadır. Araştırmada en fazla çalışılan üç klinik/ünite yenidoğan yoğun bakım ünitesi (%16,8, n=44), çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniği (%14,9, n=39) ve çocuk yoğun bakım ünitesidir (%14,5, n=38). Ölçek alt boyutları için puan ortalamaları nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum alt boyutu için 25,05±2,84, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi alt boyutu için 26,69±3,67 ve nütrisyonel bakım kalitesi algısı alt boyutu için 36,29±6,34 olarak elde edilmiştir. Nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum ölçek alt boyutu ile bakım kalitesi algısı ölçek alt boyutu arasında istatiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde ilişki elde edilmiştir ($r=0,432$, $p<0,05$). Nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum alt boyut puanlarında olan değişkenliğin %21,2'si modelde yer alan değişkenlerden nütrisyonel bakım kalitesi algısının etkisi alt boyutu ile açıklanmaktadır ($\beta=0,442$, $t=7,854$, $p<0,05$). Nütrisyonel bakım kalitesi algısı ölçek alt boyutu, nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum ölçek alt boyut puanını pozitif yönde etkilemektedir. Araştırmaya katılan pediatri hemşirelerinin %80,9'u (n=212) nütrisyon ile ilgili bilimsel aktivitelere ve %96,6'sı (n=253) hizmet içi eğitimlere katılmadıkları belirtirken ve nütrisyon ile ilgili bilgilerini yeterli bulma sorusuna %57,3'ü (n=150) kısmen yeterli, %26,3'ü (n=69) hayır cevabını vermiştir.

Sonuç: Araştırma sonuçlarına göre pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutumları, nütrisyonel bakım kalitesi algısı olumlu düzeyde yüksek, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyleri orta düzeydedir. Hizmet içi eğitimler ve bilimsel aktivite/sempozyumlara katılımın teşvik edilmesinin nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyini ve nütrisyonel bakım kalitesini olumlu yönde artıracağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: pediatri hemşiresi, beslenme, nütrisyonel bakım, nütrisyonel değerlendirme, tutum, bakım kalitesi

İNGİLİZCE ÖZET

Determination of Pediatric Nurses' Attitudes Regarding the Importance of Nutritional Evaluation, their Knowledge Level of Nutritional Care and Perceived Quality of Care, University of Health Sciences, Gülhane Institute of Health Sciences, Department of Child Health and Diseases Nursing, Master's Thesis, Ankara 2023

Objective: This study was conducted to determine pediatric nurses' attitudes towards the importance of nutritional assessment, level of knowledge about nutritional care and perceived quality of care.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted in SBU Doctor Sami Ulus Obstetrics and Gynecology and Pediatrics Training and Research Hospital, SBU Doctor Sami Ulus Obstetrics and Gynecology and Pediatrics Training and Research Hospital Beştepe Additional Campus and Gülhane Training and Research Hospital. The sample of the study consisted of 262 pediatric nurses. The Nurse Descriptive Information Form and the Questionnaire for Evaluating the Importance of Nutritional Assessment, the Level of Nutritional Care Knowledge and the Perceived Quality of Care among Nurses. were used to collect the data. The t test, one-way ANOVA test, Kruskal Wallis test and Pearson correlation method were used to evaluate the data. A value of $p<0,05$ was considered significant in the evaluation of statistical significance.

Results: 89,3% (n=234) of the nurses were women and 82,8% (n=217) were between the ages of 20-30. The three clinics/units most studied in the study are neonatal intensive care unit (16,8%, n=44), pediatric health and diseases clinic (14, 9%, n=39) and pediatric intensive care unit (14,5%, n=38). The mean score for the sub-dimensions of the scale was 25,05±2,84 for the attitude regarding the importance of nutritional assessment sub-dimension, 26,69±3,67 for the level of knowledge about nutritional care sub-dimension, and 36,29±6,34 for the perception of nutritional quality of care sub-dimension. A statistically significant, positive and moderate relationship was found between the attitude scale sub-dimension regarding the importance of nutritional assessment and the scale sub-dimension of the perception of quality of care ($r=0,432$, $p<0,05$). 21,2% of the variability in the scores of the attitude sub-dimension regarding the importance of nutritional assessment is explained by the sub-dimension of the effect of the perception of nutritional quality of care, which is one of the variables in the model ($\beta=0,442$, $t=7,854$, $p<0,05$). Perception of nutritional quality of care scale sub-dimension, attitude towards the importance of nutritional assessment positively affects the scale sub-dimension score. While 80,9% (n=212) of the pediatric nurses participating in the study stated that they did not participate in scientific activities related to nutrition and 96,6% (n=253) did not participate in in-service trainings, 57,3% (n=150) answered the question of finding their knowledge about nutrition sufficient was partially sufficient, 26,3% (n=69) answered no.

Conclusion: According to the results of the research, pediatric nurses' attitudes towards the importance of nutritional assessment, their perception of nutritional quality of care are high at a positive level, and their level of knowledge about nutritional care is at a moderate level. It is thought that encouraging participation in in-service trainings and scientific activities/symposiums will positively increase the level of knowledge and quality of nutritional care.

Keywords: pediatric nurse, nutrition, nutritional care, nutritional assessment, attitude, quality of care

TEŞEKKÜR

Bir cumhuriyet kadını olarak bana bu hakkı tanıyan atam Ulu Önder Gazi Mustafa Kemal Atatürk'e saygı, şükran ve sevgilerimle,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca ve yaşadığım zor zamanlarda daima yanımda olan pes ettiğim, umutsuzluğa kapıldığım anlarımda bile beni her zaman destekleyen, kişilik ve engin bilgi deneyimlerine hayran olduğum, her türlü zor sürecimde yanımda olan danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Derya SULUHAN'a,

Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nden bu yana eğitimime, gelişimime bilgi ve tecrübeleri ile katkı sağlayan geçirdiğim zor süreçlerde daima yanımda olan desteklerini esirgemeyen Gülhane Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Dilek YILDIZ'a,

Değerli öğretim üyeleri Sayın Doç. Dr. Berna EREN FİDANCI, Dr. Öğr. Üyesi Dilek KONUKBAY hocalarıma ve tez çalışmama destek veren uzun yıllar birlikte çalıştığım, yardımlarını esirgemeyen, daima çocukların sağlıklarını koruyan ve yücelten pediatri hemşirelerine,

Hayatımda her zaman olan bana güvenip inanan yalnız bırakmayan yardımlarını ve desteklerini daima hissettiği dostlarım Burcu BAKIRLIOĞLU, Tuğba ESEN ve Nazlıcan BOLAT'a,

Başarılarımı destekleyen, benimle her zaman gurur duyan üzüntü ve sevinçlerimi anlayıp paylaşan her zaman arkamda dağ gibi durduklarını bildiğim Babam Sadettin ŞEN kardeşlerim Umut ve Ali ŞEN'e

Başarımı hep görmek isteyen ve benimle gurur duyduğunu ve gördüğünü bildiğim ancak 2021 yılında kaybettiğim Değerli Annem Nihal ŞEN'e,

Sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Tez çalışmamı Değerli Annem Nihal ŞEN'e ithaf ediyorum.

Selda ŞEN
2023

SİMGELER VE KISALTMALAR

ESPEN: Avrupa Klinik Nütrisyon ve Metabolizma Derneği

ASPEN: Amerikan Parenteral ve Enteral Nütrisyon Topluluğu

ESPHGAN: Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

CDC: Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi

SBÜ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

HNDÖBİBDANBKDÖ: Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi ve Algılanan Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği

NDE: Nütrisyon Destek Ekibi

ÇİZELGELER

	Sayfa no
Tablo 1. Pediatri hemşirelerinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre dağılımı	28
Tablo 2. Pediatri hemşirelerinin nütrisyon ile ilgili tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı	29
Tablo 3. Pediatri hemşirelerinin HNDÖBİBDANBKDÖ alt boyut puanlarının dağılımı	30
Tablo 4. Pediatri hemşirelerinin HNDÖBİBDANBKDÖ alt boyut puanlarının normallik tablosu	31
Tablo 5. HNDÖBİBDANBKDÖ alt boyutlarının korelasyonu	31
Tablo 6. Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre HNDÖBİBDANBKDÖ Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	32
Tablo 7. Referans Değişkenlere Göre HNDÖBİBDANBKDÖ Alt Boyutlarının Regresyonu	34
Tablo 8. Referans değişkenlere göre HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel değerlendirmenin önemi alt boyutunun regresyon analizi	35

ŞEKİLLER

Şekil 1. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğe Göre Hemşirenin Parenteral Beslenmesi Olan Hastanın Bakımına Yönelik Görev ve Yetkinlikleri

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Beslenme; sağlığı korumak, yaşam kalitesini yükseltmek, vücudun gereksinimi olan besin ve kalorinin yeterli miktarda ve uygun zamanlarda alınması için yapılması zorunlu olan gereksinimdir. Erken çocukluk döneminden başlayıp ergenlik döneminin bitimine kadar olan süreçte fiziksel, sosyal, bilişsel ve duygusal alanlarda büyüme ve gelişme devam etmektedir (1). Çocuklarda yetersiz ve dengesiz beslenmenin, malnütrisyona yol açtığı, tedavi sürecinin uzamasına, tedavi etkinliğinin azalmasına, enfeksiyon sıklığında artışa sebep olduğu bilinmektedir (2). Avrupa Klinik Nütrisyon ve Metabolizma Derneği (ESPEN) rehberinde malnütrisyon vücudun doku, organ ve fonksiyonları ile klinik durum üzerinde ölçülebilir etkisi olan besin maddelerinin eksik ya da fazla olma durumu olarak tanımlanmaktadır (3). Tüketilen besin miktarının azalması, emiliminin bozulması, metabolik ihtiyacın artışı gibi nedenler çocuklarda malnütrisyon sebebi iken hastaneden yatan çocuklarda malnütrisyona neden olan birçok etken vardır. Hastanede yatan çocuklarda malnütrisyon gelişmesini kolaylaştıran etkenler; yaş, sık görülen kalp hastalıkları, onkolojik hastalıklar, nörolojik bozukluklar, metabolik bozukluklar, yoğun bakım ihtiyacı ve yaşamı tehdit edici enfeksiyonlardır (4). Ülkemizde yapılan çalışmalarda çocuklarda malnütrisyon oranının % 27 ile % 56,6 oranlarında görüldüğü, akut malnütrisyon oranının ise %18,9 ile %40,9 arasında olduğu gösterilmiştir (1).

Resmi gazetede yayınlanan 19.04.2011 tarihli ve 27910 sayılı hemşirelik yönetmeliğine dair değişiklik yapılamasına yönelik yönetmelikte pediatri hemşiresi; *"evrensel çocuk hakları ve profesyonel hemşirelik rolleri doğrultusunda 0-18 yaş arasındaki çocukların aile ve toplum içinde fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal yönden sağlıklı büyüme ve gelişmesi, hastalıklardan korunması ve sağlığının en üst düzeyine çıkarılması; hastalandığında hasta çocuğun tedavisi, bakımı ve rehabilitasyonundan sorumlu hemşire*" olarak görev ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Pediatri hemşirelerinin hastaneye yatırılan çocukların yatışında, klinik izleminde çocukla sık temas eden sağlık profesyonelleri olması sebebiyle çocuğun beslenmesinde normalden sapmanın erken tespit edilmesinde, nütrisyon tedavisinin uygulanması ve izleminde önemli görev ve sorumlulukları vardır (5). Ayrıca pediatri hemşireleri nütrisyon destek ekibi ile birlikte Avrupa Klinik Nütrisyon ve Metabolizma Derneği (ESPEN), Amerika Parenteral ve Enteral Nütrisyon Derneği (ASPEN) ve Avrupa Pediatri Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği (ESPGHAN) rehberlerinin önerileri

doğrultusunda hastanede yatan çocukların nütrisyon tedavisinin uygulanmasını, nütrisyon tedavisi olan çocuğun nütrisyonel bakımını ve antropometrik ölçümlerini gerçekleştirmelidir (6).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Hastaneye yatan çocuklarda hastaneye yatış öncesinde ya da hastanede yattığı süreçte beden gereksiniminden az beslenebilmektedir ve bu durum malnütrisyona yol açmaktadır (4). Malnütrisyon, hastalık kaynaklı (maligniteler, kardiyak patolojiler, nörolojik hastalıklar vb.) ya da hastane yemekleri ile ilişkili olabilmektedir (1). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2022 yılında yayınlanan raporda 5 yaş altındaki çocuklarda kronik malnütrisyonun göstergesi olan bodurluk oranı %22 olarak açıklanmıştır (19). Amerika Birleşik Devletleri'nde yetersiz beslenme en sık olarak hastanede yatan akut ve/veya kronik hasta çocuklarda ve özel sağlık bakımına ihtiyacı olan çocuklarında görülmektedir (19). Beslenme ve Diyetetik Akademisi (Academy of Nutrition and Dietetics) ile Amerikan Parenteral ve Enteral Beslenme Derneğinin (ASPEN) beraber yayımladığı rehberde hastanede yatan tüm çocukların yaklaşık %25 oranında akut protein-enerji malnütrisyonu yaşadığını göstermektedir (6). Hastane kaynaklı malnütrisyonun önlenmesi, tedavisi ve komplikasyonların yönetiminde hastanede yatan hastalarda yapılması önerilen girişimler, nütrisyonel değerlendirme, nütrisyonel destek tedavisi ve nütrisyonel bakım ve nütrisyonel durumların izlenmesidir (11). Avrupa Klinik Nütrisyon ve Metabolizma Derneği (ESPEN), Amerika Parenteral ve Enteral Nütrisyon Derneği) (ASPEN) ve Avrupa Pediatri Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği (ESPGHAN) hastaneye yatış sırasında malnütrisyon taramasının yapılmasını önermektedir (6). Hastaneye yatan çocuklarda nütrisyonel değerlendirme için hastane yatışından sonraki ilk 24 saat içinde nütrisyonel değerlendirme yapılması son derece önemlidir. Çok disiplinli bir ekibin bir üyesi olan pediatri hemşiresinin çocuğun kliniğe kabulünden taburculuğuna kadar olan süreçte çocuk ve aile ile en fazla iletişim halinde olan sağlık profesyoneli olduğu göz önünde bulundurulduğunda pediatri hemşiresi çocuğun beslenme ile ilgili normalden sapmalarını fark etme, nütrisyon destek tedavisinin uygulanması ve nütrisyonel bakımın sağlanması konularında anahtar bir role sahiptir. Bu sebeple pediatri hemşirelerinin nütrisyonel bakım ile ilgili hemşirelik girişimleri konusunda güncel bilgilere sahip olması ve kanıta dayalı uygulamalar konusunda yetkin olması son derece önemlidir (11,12).

Nütrisyon ile ilgili çalışmalarda hemşirelerin bilgi, tutum ve uygulamalarına ilişkin bulgular farklılık göstermektedir (7-9). Gaillard-Le Roux ve ark. tarafından pediatri yoğun bakım

ünitelerinde 84 hemşire ile gerçekleştirdikleri araştırma da beslenme rehberlerinin ve nütrisyonel bakıma yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir (7). Suluhan ve ark. çalışmasında bir eğitim hastanesinde çalışan 33 pediatri hemşiresi ile hemşirelerin parenteral beslenmeye yönelik bilgi ve tutumları değerlendirilmiş, pediatri hemşirelerinin nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi ve uygulamalarının artırılması gerektiği vurgulanmıştır (9). Bu çalışmalardan farklı olarak Montgomery ve ark. sağlık profesyonellerinin pediatrik kök hücre nakli sonrası beslenme desteğine yönelik tutumlarını değerlendirdiği çalışmasında ise hemşirelerin beslenme tedavisinin önemine ve nütrisyonel bakıma yönelik farkındalığının olduğu saptanmıştır (8).

Hastaneye yatan yetişkin hastalara bakım veren hemşirelerin nütrisyonel değerlendirme, nütrisyon destek tedavisi ve nütrisyonel bakıma yönelik bilgi, tutum ve bakım kalitesi algısının geçerliliği ve güvenirliği olan bir ölçüm aracıyla tespit edildiği birçok çalışma (10,13-15) olmasına rağmen örneklemini pediatri hemşirelerinin oluşturduğu çalışmalar sınırlıdır (11,12). Bu nedenle bu çalışmada Theilla ve ark. (2016) tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlik ve güvenirliği Kısacık ve ark. (2019) tarafından yapılan *'Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme'* ölçeği ile pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine yönelik tutumunun, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyinin ve nütrisyonel bakım kalitesi algısının belirlenmesi amaçlanmıştır (16,17).

1.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI

1. Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine yönelik tutumu nasıldır?

2. Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi nasıldır?

3. Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel bakım kalitesi algısı nasıldır?

4. Pediatri hemşirelerine ait bağımsız değişkenler nütrisyonel değerlendirmenin önemini, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyini ve nütrisyonel bakım kalitesi algısını etkiler mi?

5. Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine yönelik tutumu, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi ve nütrisyonel bakım kalitesi algısı arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE BESLENMENİN ÖNEMİ

Beslenme, bireylerin sağlığını korumak ve yaşam kalitesini artırmak için vücuda gerekli besinlerin yeterli ve dengeli olarak alınmasıdır. Çocukların, yaşam işlevlerinin devamlılığı, fiziksel olarak sağlıklı ve yeterli büyümeleri ve bilişsel açıdan gelişmeleri, pozitif enerji ve nitrojen dengelerinin sağlanması için kendilerine özgü besin gereksinimleri vardır. Vücuda alınan besin ögeleri hayati organların gelişiminin yanı sıra metabolizmanın çalışması için gerekli olan enerjinin karşılanmasını da sağlar (1). Çocukluk döneminde bu organların immatür olması ve gelişmesi sebebiyle beslenme ihtiyacı daha fazla olmaktadır. Çocukluk döneminde beslenme gebelik döneminde anne karnında başlayıp doğum sonrasında anne sütü ve diğer besin ögeleri ile devam etmektedir (12, 13). Çocuklar büyüdükçe ve geliştikçe besinlere olan ihtiyaçları artmaktadır. Anne sütü dışındaki besinler çocukların büyüme ve gelişmesine tek başına katkı sağlayamamaktadır. İlk 6 aydan sonra anne sütüne ek olarak tamamlayıcı gıdalar verilmelidir (18). Çocukların büyüme ve gelişmesi hızla ve artarak devam ettiğinden protein, enerji ve diğer besin gruplarına olan ihtiyaçları da artmaktadır. Çocukluk döneminde besin tüketimi büyüme ve gelişmenin yanı sıra sağlıklı yaşamın sağlanması, yaşam boyu sürecek olan yeme davranışlarının gelişimi ve erişkinlikte yaşam kalitesinin artışı açısından çok önemlidir (21).

Çocuklarda beslenme durumunun değerlendirilmesi mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerinden olan malnütrisyon tanısı ve önlenmesi açısından önemlidir (18). Malnütrisyon; beden şekli, ağırlığı, pozisyonu, işlevi ve klinik seyirde olumsuzluk yaratacak derecede enerji, protein veya diğer besin ögelerinin gereksinimden az ya da fazla olmasıdır. Günümüzde malnütrisyon sıklığı azalsa da hala çocuk sağlığının önlenebilir sağlık sorunlarından biridir (21). Malnütrisyon tüm dünya da 50 milyona yakın çocuğu etkilemektedir. Bu çocukların çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (19). Çocukluk döneminde malnütrisyon günlük yaşamda beslenme alışkanlığı ya da hastalıklar nedeniyle ya da hastane kaynaklı besin ve kalori gereksiniminin yeterli alınamaması sonucunda gelişebilmektedir (22).

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2022 yılında yayınlanan raporda 5 yaş altındaki çocuklarda kronik malnütrisyonun göstergesi olan bodurluk oranı %22 olarak açıklanmıştır (19). Dünyadaki çeşitli ülkelerde malnütrisyon oranları ekonomik durum, sosyal nedenler, gıda güvenliği gibi durumlardan ötürü değişiklik göstermektedir. Bu raporda tüm dünyada olan 5 yaş altındaki çocukların %7,3'ünün

akut malnütrisyon göstergesi olan boya göre ağırlık Z skorunun -2'nin altında olduğu saptanmıştır. Malnütrisyonun alt boyutlarından olan fazla kilolu çocukların oranı da gün geçtikçe artmaktadır. Tüm dünya da boya göre ağırlık oranı Z skoru +2'den fazla olan çocukların sayısı yaklaşık 40 milyona ulaşmıştır. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu/Dünya Sağlık Örgütü (UNICEF/DSÖ) tarafından 2022 yılında yayınlanan raporda 5 yaş altındaki çocukların fazla kilolu olma oranı %6,8 olarak saptanmıştır. Fazla kilolu olma oranı DSÖ'ye bağlı tüm bölgelerde artış göstermiştir (19).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2018) raporunda 5 yaş altındaki çocukların malnütrisyon düzeylerini belirleyen bodurluk, zayıflık, düşük kiloluluk, fazla kiloluluk gibi beslenme düzeyleri ile ilişkili parametreler belirlenmiştir. Bu parametrelere göre 5 yaş altındaki çocukların yaşa göre boy (bodurluk) ortalaması Z skoru -2 nin altındadır. Bu çocukların bodurluk oranı %6, ciddi şekilde bodurluk oranı ise %1,5 olarak saptanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 verilerinden bu yana bodurluk oranlarında ciddi düşüşler yaşanmıştır. Bodurluk yaygınlığı son on yılda %12 seviyesinden %6 ya kadar düşmüştür. Bodurluk oranlarındaki düşüş dikkat çekici olmakla birlikte 5 yaş altındaki çocukların kronik kötü beslenmelerinin iyleştiğini göstermektedir. Türkiye'de çocukların boya göre ağırlık (zayıflık) oranı (Z skoru -2'nin altında) % 2'den az ciddi zayıflık oranı ise % 1'den azdır. Yaşa göre ağırlık (düşük kiloluluk) oranı (Z skoru -2'nin altında) %2'dir. Zayıf çocukların yüzdesi 1'den 2'ye yükselmesine rağmen genel olarak düşük düzeylerde kalmıştır. Son üç araştırmada düşük kilolu çocukların oranı aynı kaldığından akut ve kronik yetersiz beslenme de TNSA 2008'den bu yana değişiklik olamadığı söylenebilir. 5 yaş altındaki çocukların fazla kiloluluk oranı %8'dir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 verilerinden bu yana 5 yaş altındaki çocukların fazla kiloluluk oranlarında %11'den %8 düzeyine bir düşüş yaşanmıştır (20).

Çocukların hastaneye yatmaları hem çocukları hem de aileyi etkilemektedir. Çocukların hastalık durumları ve hastane yatışları çocukları birçok yönden etkiler. Özellikle yabancı ortam ve uyaranlar sebebiyle yoğun stres yaşamaktadırlar. Bu sebeple çocukların hastane yatışı sırasında iştah ve beslenme durumları sıklıkla etkilenir (22). Hastaneye yatan çocuklarda sıklıkla altta yatan hastalıklar (maligniteler, kardiyak patolojiler, nörolojik hastalıklar vb.) beslenme bozukluğuna yol açsa da besin alımının azalması, besin ögelerinin kaybı, artmış metabolik ihtiyaç gibi durumlar birlikte malnütrisyona sebep olmaktadır (23). Pirlick ve ark. tarafından yapılan çalışmada hastane yatışına bağlı malnütrisyon %27,4 gibi yüksek oranda bulunmuştur (24). Hendriks ve ark. tarafından yapılan çalışmada hastane malnütrisyonu oranı %7,1 bulunmuştur (25). Yine Pawellek ve ark. tarafından 475 çocukla yapılan hastaneye yatışa

bağlı akut malnütrisyon oranının %6,1 olduğu ve hastane malnütrisyonunun en sık süt çocukluğu döneminde görüldüğü bulunmuştur (26). Ülkemizde hastaneye yatan çocuklarla ilgili sınırlı sayıda çalışma olmasına rağmen malnütrisyon oranlarının yüksek olduğu akut malnütrisyonun ise % 18,9 ile % 40,9 arasında görüldüğü saptanmıştır (27). Çocuklarda hastane yatışlarına bağlı malnütrisyon çocuğun yatışından itibaren değerlendirilerek önlenebilir. Önlenebilir malnütrisyon tedavi sürecinin uzamasını engeller, sekonder enfeksiyon oluşumunu önler, aileye ve çocuğa psikolojik, ekonomik ve sosyal olarak katkı sağlar (21). Malnütrisyonun erkenden belirlenmesi ve gelişmesinin önlenmesi çocuklarda mortalite ve morbiditeyi önemli ölçüde azaltmaktadır (18). Bu sebeple malnütrisyonu değerlendiren ölçüm araçları geliştirilmiştir. Amerika Parenteral ve Enteral Nütrisyon Derneği (ASPEN), ESPEN, ESPHGAN malnütrisyon taramasında kolay uygulanabilir maliyeti az ölçüm araçlarını önermiştir (6). Malnütrisyon tarama testleri özellikle risk altında ve hastaneye yatan çocuklarda malnütrisyonu hızlı tarayıp bir an önce tedaviye başlanması açısından çok önemlidir. Malnütrisyon tarama için birçok ölçüm aracı vardır (30). Bunlardan biri Gerasidimis ve ark. tarafından geliştirilen ve 1-16 yaş arasında 247 çocukla çalışılan PMYS (Pediatric Yorkhill Malnutrition Score) ölçeğidir. Bu ölçekte vücut kitle indeksi, vücut ağırlığındaki kayıp, son bir hafta içinde besin alımında değişiklik ve nütrisyonel durum değerlendirilmekte, her maddeye bir puan verilmekte toplam skora göre malnütrisyon riski belirlenmektedir (31).

Mccharty ve ark. tarafından İngiltere'de 2-17 yaş arası 122 çocukla çalışılarak geliştirilmiş STAMP (The Screening Tool for the Assesment of Malnutrition Pediatrics) taramasında vücut ağırlığı, vücut ağırlığı kaybı, boy uzunluğu, yaşa göre boy, beslenme durumu gibi parametreler puanlanarak malnütrisyon riski belirlenmiştir (32).

STRONG-Kids (Nutritional Screening Tool for Hospitalized Children) Hulst ve ark. tarafından Hollanda'da 1 ay-16 yaş arasındaki 424 çocuk ile çalışılarak geliştirilmiştir. Yüksek riskli hastalık varlığı, vücut ağırlığı kaybı, besin alımında azalma, yetersiz ağırlık kazanımı ve nütrisyonel risk değerlendirmesi yapılmaktadır. 0-5 arası alınan puana göre malnütrisyon riski belirlenmektedir (33).

PNRS (Pediatric Nutritional Risk Score) Sermet-Gaudelus ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Hastane yatışından sonra ilk 48 saatte vücut ağırlığında oluşan %2 kaybı malnütrisyon riski olarak kabul etmektedir. Hastalık tanısı, besin alımının azalması, besinleri yutabilme ve hastalık bulgularının değerlendirildiği çalışmada ölçek madde puanlarına göre risk tanımlaması yapılmaktadır (34).

Secker- jeejeebhoy ve ark. tarafından geliştirilen SGNA (Subjective Global Nutritional Assesment) 1-18 yaş arası 175 çocuk ile yapılmış ve cerrahi operasyon sonrası 30 gün değerlendirilmiştir. Çalışmada antropometrik ölçümler ve biyokimyasal laboratuvar testleri de kullanılmıştır. Özellikle gastrointestinal sistem ele alınmış, besin alımı, sindirimi, sıklığı ve süresi madde puanları toplanmış ve risk belirlenmiştir (35).

Hastaneye yatan çocuklarda malnütrisyon taraması için birçok tarama aracı geliştirilmiştir. Ancak bu tarama araçlarının en sık kullanılanları PMYS, STAMP, STRONG-kids'tir (33). Ülkemizde ise malnütrisyon taraması için kullanılan tarama araçlarıyla ilgili yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu nedenle bu tarama araçlarının geliştirilmesi önem arz etmektedir (36).

2.1.1. BESLENME BOZUKLUKLARININ ÇOCUK ÜZERİNE ETKİSİ

Beslenme bozuklukları, çocuklarda büyüme ve gelişme geriliğinin yanı sıra fonksiyonel fiziksel kapasiteleri de etkilemektedir. Malnütrisyona bağlı fizyolojik kayıplar gastrointestinal sistem, Kardiyovasküler sistem, endokrin sistem, immün sistem, hematopoetik sistem, saç, cilt, böbrekler gibi ciddi organ ve sistem hasarlarına sebep olmaktadır (22). Protein kaybı başta diyafram kası olmak üzere solunum kaslarının fizyolojisini etkileyerek hipoksi ve hiperkapni gelişimine ve bu mekanizmalara pulmoner yanıtın bozulmasına sebep olmaktadır. Hiperkapniyi kompanse etmek için solunum sayısı ve derinliği artar ve periferal oksijenasyon bozulur. Protein kaybı kalp kasında yıkıma sebep olarak kardiyak outputu azaltarak hipotansiyon, bradikardi ve aritmi gelişimine sebep olmaktadır (21). Bunun yanı sıra böbreklere giden kan akımı da azalacağından renal plazma akımı bozulur ve gromerüler filtrasyon hızı (GFH) azalır. Gromerüler filtrasyon hızının (GFH) azalması yetersiz idrar konsantrasyonu ve oligüriye sebep olur. Uzun süren malnütrisyon ve protein kaybı nefron kayıplarına akut ve kronik böbrek hasarına ve böbreklerin ölümüne sebep olmaktadır. Yine renal kan akımının azalması sebebiyle böbreklerden sentezlenen eritropeoetin hormonunun da yapımı azalmaktadır. Eritropoetin hormon sentezinin bozulması sebebiyle kemik iliği uyarılamaz ve kan hücrelerinin sentezi baskılanır bu nedenle hematopoetik sistem inhibe olur. Kemik iliği baskılanır (23).

Uzun süren malnütrisyon ve açlık durumlarında bağırsak parankim dokusundaki villüs yapılarında atrofi gelişir. Bu atrofiye villüsler sağlıklı villüsler gibi emilim gerçekleştirmez. Vücudun temel molekülleri olan monosakkaritler, lipidler, disakkaritlerin emilimi gerçekleşmez. Emilimi gerçekleşmeyen polimerlerin sekretuar sistemleri de etkiler. Gastrik,

sekretik ve biliyer sekresyonların azalması malabsorbsiyona ve sıklıkla diyareye sebep olur (22).

Malnütrisyon sebebi ile vücuda yeterli miktarda alınamayan ve emilimi bozulan polimerler sebebi ile vücudun enerji gereksinimi karşılanamaz ve termojenik sistemde bozulmalar meydana gelir. Termojenik sistemin bozulmasıyla birlikte periferik damarlarda vazokonstriksiyona bağlı hipotermi gelişir. Hipotermi sebebiyle deri dokusu soğuk, soluk, siyanotik görünümde olur (18).

Malnütrisyon immün sistemi de etkilemektedir. Malnütrisyona bağlı olarak uzun süren açlık durumlarında T lenfosit ve kompleman sistemi elemanlarında yapısal ve fonksiyonel bozulmalar gerçekleşir. İmmün sistemin önemli yapı elemanlarından olan timus bezi atrofiye olur ve immün sistem baskılanır. Malnütrisyon protein kaybı ile karakterize olduğundan hipoalbuminemiye neden olur. Hipoalbuminemi protein sentezinin aktive ettiği sitokin metabolizmasının bozulmasına neden olur. Bu azalma interlökin – 1 (IL-1) aktivitesini baskılar. Bu aktivitenin baskılanması lenfosit üretiminde azalmaya neden olur. Lenfosit üretiminin azalmasıyla kompleman sistemi fonksiyonları bozulur ve fagositoz, kemotaksis yetenekleri azalır. Bu bozulmalar sonucunda yara iyileşmesi gecikir, enfeksiyonlara yatkınlık artar, hipoproteinemi ve ödem gelişir (21).

B1, B6, B12 vitaminleri, kalsiyum, magnezyum, sodyum, çinko, fosfor gibi eser elementlerin düzeylerinde ki bozulmalar nörolojik fonksiyonları olumsuz etkilemektedir. Nörolojik fonksiyonların etkilenmesi konvülsiyonlar, bilinç düzeylerinde bozulma, senkopların gelişmesine sebep olmaktadır (22).

Tüm bu komplikasyonların yanı sıra malnütrisyonun çocukluk döneminde beyin gelişimini etkilediği ve bunun da gelecekte toplumsal gelişimini, okul başarısını, eğitim durumunu ve sağlıklı nesillerin yetişmesini engellediği bilinmektedir (21).

2.2. ÇOCUKLARDA BESLENME BOZUKLUKLARINA YAKLAŞIM

Beslenme bozukluğu olan veya beslenme bozukluğu için riskli grupta olan çocuklarda temel yaklaşım detaylı bir tıbbi öykü, fizik muayene, antropometrik ölçümler ve laboratuvar bulgularının detaylı incelenmesini içeren nütrisyonel değerlendirmenin yapılmasını, gerekli durumlarda nütrisyon tedavisinin planlanması, uygulanması ve nütrisyonel bakımın sunulmasını kapsar (1, 21).

2.2.1. ÇOCUKLARDA NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRME

2.2.1.1. Tıbbi öykü

Çocuklarda beslenme durumunun değerlendirilmesinde ilk basamağı çocuk ve aileden alınacak detaylı öykü oluşturmaktadır. Tıbbi öykü, gebelik döneminden başlayarak alınmalıdır. Annenin enfeksiyona maruziyeti, kullandığı ilaçlar, alkol ve sigara kullanımı, annede beslenme durumu ya da beslenme bozukluğu varlığı, preterm doğumları, sık doğum aralıkları mutlaka sorgulanmalıdır (1). Çocuğun doğum ağırlığı, gestasyon haftası, prematüriteliği, anne sütü alımı, formül mama kullanımı, anne sütü alım süresi, yenidoğan yoğun bakım tecrübesi, mevcut olan akut ya da kronik hastalıklar, geçirilmiş cerrahiler, kullandığı ilaçlar, özellikle beslenme ve iştehı etkileyen kemoterapi, radyoterapi vb. tedavi almış ya da alıyor olması, malnütrisyona sebep olabilecek kronik hastalık varlığı detaylı olarak sorgulanmalıdır. Ailenin sosyo-ekonomik düzeyi, yaşam kalitesi, beslenme inançları da değerlendirilmelidir (22).

2.2.1.2 Fizik muayene

Beslenme durumunun değerlendirilmesinin ikinci basamağını fizik muayene oluşturmaktadır. Fizik muayene ile hem malnütrisyonun erken tanısı hem de malnütrisyona neden olan hastalıkların tespiti yapılabilir (18). Baş–boyun fizik muayenesinde göz çevresi ve göz kapaklarında ödem görülebilir. Bunun yanı sıra vitamin eksikliklerinde gelişen kuru konjonktivalar, korneal ülserler, gözlerde yanma kaşıntı görülebilir. Ayrıca 18. ayda kapanması beklenen ön fontoneller erken ya da geç kapanabilir. Saçlar kırılgan, zayıf, dökük olabilir. Bu değerlendirmeler protein eksikliğinin yanı sıra çinko, demir, selenyum gibi eser elementlerin eksikliğini de göstermektedir (22).

Ağız ve dudakların görünümü ciddi vitamin eksiklikleri yönünden yol göstericidir. Dudakların kuru, ağız kenarlarının çatlak olması B grubu vitamin eksikliklerini gösterebilir (1). Ağız mukozasının kuruluğu dehidratasyon işareti olabilir (18). Dilin büyüklüğü ve şekli anomalilerin yanı sıra beslenme bozukluklarıyla da ilşkili olabilir. Diş etlerinde kanama, enfeksiyon, sıklıkla C vitamini bozukluklarıyla ilişkilidir (1).

Derinin rengi, simetrisi ve turgoru değerlendirilmelidir. Özellikle çocuklarda önemli dehidratasyon ve beslenme bulgusu olan deri turgoru karın bölgesinden değerlendirilmelidir. Deri ısısı değerlendirilmeli özellikle soğuk ve soluk derisi olan çocuklarda beslenme bozukluğu düşünülmelidir. Tırnak yatağında ayrılmalar, tırnaklarda kırılma parçalanmalar, şekil bozuklukları malnütrisyonu gösterebilir (22).

Cilt altı yağ dokusu kaybı, kaslarda zayıflama ve seğirmeler derin tendon reflekslerinde kayıplar, kemik ağrıları beslenme bozukluklarının göstergesi olabilir (22). Tüm bu belirti ve bulgular çocukların beslenme durumu değerlendirildiğinde malnütrisyonu gösterebilir. Bu nedenle fizik muayene çocuk beslenmesinde büyük önem taşımaktadır (18).

2.2.1.3. Çocuklarda antropometrik ölçümler

Çocuklarda beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılan fizik muayenin önemli bir basamağı da antropometrik ölçümlerdir. Antropometrik ölçümler çocuklarda büyüme ve gelişmenin yanı sıra beslenme değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Beslenme durumunun değerlendirilmesinde tüm antropometrik ölçümler bir arada değerlendirilmeli ve ölçümler düzenli ritmik şekilde yapılmalıdır (37).

Çocuklarda sıklıkla kullanılan antropometrik ölçümler; vücut ağırlığı, boy, baş çevresi, göğüs çevresi, kol çevresi, bel çevresi, kalça çevresi, kulaç uzunluğu ve deri kıvrım kalınlığıdır (38).

Vücut ağırlığı ölçümü: Vücut ağırlığı beslenme ile doğrudan ilişkili olan önemli parametrelerden biridir. Vücut ağırlığının takibi yenidoğan döneminden adölesan döneme kadar yapılmalıdır (37). Yenidoğan ve süt çocuğu döneminde mikrogram hassas bebek terazileri kullanılırken daha büyük yaş gruplarında gram hassas teraziler tercih edilir. Vücut ağırlığı ölçülürken çocuğun üzerindeki giysilerin tamamı çıkarılmalıdır. Ölçümler daima kalibrasyonları ve bakımı yapılmış aynı terazilerle yapılmalıdır. Bu şekilde kullanılan teraziler çocuklarda farklı ağırlık değerlerinin ölçümünü engeller (38).

Boy Ölçümü: Çocuklarda boyun uzama oranı, boy kısalığı yetersiz ve dengesiz beslenmenin ya da kronik beslenme bozukluklarının göstergesi olabilir (39). Çocuklarda 2 yaşa kadar boy ölçümü baş-ayak tahtası kullanılarak yatay düzlemde yapılır. Baş–ayak tahtasının hareketli olan ayak kısmı geriye doğru açılır. Çocuğun ayakkabıları ve başındaki aksesuarlar çıkarılır. Çocuğun ayakları dik konumda fleksiyon pozisyonuna getirilirken dizlere ekstansiyon pozisyonu verilir (38). 2 yaşın üstündeki çocuklarda ölçüm dikey pozisyonda yapılır. Çocuğun omzu, ayak tabanı geriye doğru yapışık olmalı, çocuğun ayakkabıları ve başındaki aksesuarlar çıkarılmalı, ayaklar bitişik olmalıdır. Çocuklarda boy ölçümü vücut ağırlığı ölçümünde olduğu gibi her zaman aynı düzlem kullanılarak aynı pozisyonda ölçülmelidir (39). Fiziksel engeli ya da anomalisi olan çocuklarda boy ölçümü için alternatif yöntemler kullanılabilir (38).

Baş Çevresi Ölçümü: Baş çevresi ölçümü oksipital kemik çıkıntısı kaşlar ve kulakların üstünden yapılır. Baş çevresi ölçümü konjenital anomalileri gösterdiği gibi beslenme

bozukluklarının da işareti olabilir (39). Ölçüm yapılırken esnek olmayan sabit bir mezura kullanılmalıdır. Baş çevresi ölçümü 3 yaşa kadar düzenli aralıklarla yapılmalıdır (38).

Kol Çevresi Ölçümü: Kol çevresi ölçümünde baskın olarak kullanılmayan kol kullanılır. Sebebi baskın olan kolda kas gelişiminin fazla olmasıdır. Genelde sol kol çevresi ölçümü için tercih edilir. Öncelikle sol kol fleksiyona getirilir. Omuz başı ile dirsek arası mezura ile ölçülür ve orta noktası işaretlenir. Kol ekstansiyona alınır ve mezura ile üç ölçüm yapılır, ortalaması alınır (39). Kol çevresi ölçümü özellikle malnütrisyonun belirlenmesinde ucuz ve kolay uygulanabilir bir yöntem olduğundan DSÖ tarafından önerilmektedir (38).

Deri Kıvrım Kalınlığının Ölçülmesi: Deri kıvrım kalınlığı ölçümü triseps ya da biseps kası kullanılarak baskın olarak kullanılmayan koldan ölçülür. Genelde sol kol kullanılır. Kolun orta kısmından cilt altı yağ dokusu kavranır ve *calipper* adı verilen cihaz yardımı ile üç ölçüm yapılır ve ortalaması alınır. 5 yaşın altındaki çocuklarda deri kıvrım kalınlığının 5 mm altında olması tek başına malnütrisyon tanısını düşündürür (37).

2.2.1.4. Çocuklarda antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesi

Büyüme Eğrileri: Çocuklarda büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi ve takibinde kullanılan ağırlık, boy, baş çevresi ölçümünün ritmik olarak yapılmasını sağlayan çizelgelere percentil eğrileri adı verilmektedir (38). Büyüme eğrileri cinsiyete göre farklılık gösterdiğinden farklı cinsiyetler için ayrı hazırlanmıştır. Büyüme, gelişme ve beslenme ülkelerin ırklarına göre farklılıklar gösterdiğinden her ülkenin kendine özgü eğrileri oluşturulmuştur (38). Türkiye'de Neyzi ve ark. tarafından geliştirilen eğriler kullanılmaktadır (39). Amerika'da Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezinin geliştirdiği (CDC) büyüme eğrileri kullanılmaktadır. Amerikan Pediatri Akademisi ise 2 yaşın altındaki çocuklarda DSÖ büyüme eğrilerini 2 yaşından sonra CDC büyüme eğrilerini kullanılmasını önermektedir (1). Amerikan Pediatri Akademisi antropometrik ölçümlerin doğumda, 15. Günde, 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 30. aylarda 3 yaşından sonra da yılda bir kez yapılmasını önermektedir (38). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı tarafından doğumdan sonra 48 saat, 15 ve 41. gün 2, 3, 4, 6 ,9, 12. aylar ve 1-3 yaş arasında 6 ayda bir değerlendirilmesini önermiştir (40).

Antropometrik ölçümlere göre hesaplanan bazı değerlerden malnütrsiyon ya da beslenme yetersizliği değerlendirilebilir. Bu değerler;

- Yaşa göre ağırlık: ölçülen vücut ağırlığı/yaş ve cinsiyete göre ortanca ağırlık × 100
- Yaşa göre boy: ölçülen boy/ yaş ve cinsiyete göre ortanca boy × 100

- Boya göre ağırlık: ölçülen vücut ağırlığı/ cinsiyete uygun boya göre ortanca ağırlık × 100
- İdeal vücut ağırlığı yüzdesi: ölçülen vücut ağırlığı/ ideal vücut ağırlığı × 100
- Vücut kitle indeksi: vücut ağırlığı (kg)/ boy $(m)^2$
- İdeal vücut ağırlığı: yaşa ve cinsiyete göre 50. Percentil vücut kitle indeksi ×boy(m) × boy(m)

Antropometrik ölçümlere göre yapılan yukardaki değerler malnütrisyonun şiddeti, süresi ve derecesine göre sınıflandırma yapılmasına yarar sağlamaktadır (1).

Z Skoru: Standart sapma da denilen z skoru ortalama referans değerlerden olan standart sapmayı göstermektedir. Z skoru istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir (42). Percentil eğrilerinde 50. Percentil z skoru 0 kabul edilirken 3. Percentil -2, 97. Percentil +2 kabul edilir. Z skoru sürekli bir veri olduğundan malnütrisyonun takip ve tanısında kesin değerler vermektedir (39). Z skoru ölçülen ortanca değerden yaş ve cinsiyet için referans ortanca değerden farkının standart sapmaya bölümüyle elde edilir. DSÖ malnütrisyon sınıflamasında z skorunun -3'ün altında olmasını ve bilateral ödem varlığını akut malnütrisyon olarak tanımlamıştır (38).

Malnütrisyonun tanımlanmasında kolay uygulanabilir, maliyeti az göstergelerin belirlenmesi için ASPEN tarafından boya göre vücut ağırlığındaki kayıp akut malnütrisyon işaretiyken yaşa göre boy kısalığı kronik malnütrisyonun belirtisidir. Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği (ESPHGAN) ise 3 aydan kısa süreli malnütrisyonu akut, 3 aydan uzun süreli malnütrisyonu kronik olarak tanımlamıştır. Böylelikle malnütrisyonun hem izlemi hem şiddeti ve derecesinin belirlenmesi için güvenilir, kolay uygulanabilir kaynaklar geliştirilmiştir (6).

Malnütrisyon fizik muayene ve detaylı anamnezin yanı sıra laboratuvar değerlerinden de tanılanabilmektedir. Ancak labaratuvar değerleri antropometrik ölçümler ve anamnez ile birlikte anlamlıdır. Laboratuvar değerleri değerlendirilirken albümin, prealbümin, transferrin, retinol bağlayıcı protein gibi protein yapıların artışı ya da azalışı altta yatan beslenme bozukluğunu gösterebilir. Yine bir protein yapı olan hemoglobinin eksikliği de demir eksikliği anemisi gibi beslenme bozukluklarıyla karakterize yetersizliği de göstermektedir (1).

Vücut kütlesinin büyük bir kısmını oluşturan sodyum, potasyum, magnezyum gibi mineraller ve elektrolitlerin beslenme ile doğrudan ilişkisi vardır. Yetersiz ve dengesiz beslenme bu

elektrolitlerin plazma seviyesini azaltarak protein yıkımına ve malnütrisyona sebep olmaktadır (37).

Çinko, selenyum, bakır, demir, iyot, krom gibi eser elementler hücre ve dokuların işlevselliğini sağlayan ve besinlerle yeterli alınamaması durumunda yapı ve işlev bozukluğuna sebep olabilmektedir. Eser elementler malnütrisyon durumunda yeterli sentezlenemez ve katabolizmayı artırır. Buna bağlı olarak protein yıkımı artar ve saçlarda dökülme, deri lezyonları, tırnak yuvaların ayrılma, tırnaklarda kırılmalar görülür (22).

Besinlerin birçoğundan alınabilen vitaminlerin yetersiz beslenme durumlarında alınamaması karaciğer metabolizması, kemik metabolizması pıhtılaşma metabolizması, enerji metabolizması gibi vücudun hayati anabolik faaliyetlerini etkilemektedir. Bu metabolizmaların etkilenmesi büyüme ve gelişme sorunlarının yanı sıra birçok klinik hastalığa da yol açmaktadır (28).

Malnütrisyon tanısında kullanılan diğer laboratuvar parametreleri, enflamatuvar aktivitenin ölçülmesi (c reaktif protein, eritrosit sedimantasyon hızı vb.), radyolojik görüntülemeler (manyetik rezonans, bilgisayarlı tomografi, kemik dansitometri vb.), bilişsel işlev testi, immünolojik testler gibi biyofizik yöntemlerdir (29).

2.2.1.5. Laboratuvar bulguları

- Total protein
- Albümin
- Prealbümin (transtiretin)
- Transferrin
- Retinol bağlayıcı protein
- İdrar kreatin atılımı
- İnsülin
- Büyüme faktörü
- Nitrojen dengesi
- Hemoglobin
- Fibronektin
- Elektrolit ve mineraller (kalsiyum,magnezyum,potasyum,fosfor)
- Eser elementler (çinko, bakır, selenyum, iyot, ferritin)
- Vitaminler (A, D, E, K, C ve B grubu)
- Hormonlar (büyüme faktörü, tiroit hormonları) (1,29)

2.2.3. BESLENME BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ

Malnütrisyon gelişen çocuklarda boya göre ağırlığı %70'in altında olanlar, yaşa göre ağırlığı %60'ın altında olanlar, ciddi dehidratasyon, anemik bozukluklar, ödem, inatçı ishal ve kusma bulguları olanlar hastaneye yatırırılarak tedavi edilmelidir. Malnütrisyon tedavisinin 4 safhası vardır (1);

- Başlangıç tedavisi
- İyileşme tedavisi
- Eve hazırlık tedavisi
- İzlem

2.2.3.1 Başlangıç Tedavisi

Başlangıç tedavisi planlanırken semptoma yönelik tedaviler tercih edilmelidir (1). Malnütrisyonlu çocuklarda vücut sistemlerinin çoğu etkilenmiştir. Bu çocuklar genellikle hipotermik, hipoglisemik, dehidrate, anemik ve ciddi enfektif tablodadır. Bu sebeple öncelikle çocuk hipoterminin giderilmesi için ısıtılmalı ancak ısıtılırken vücut sıcaklığı artışına dikkat edilmeli ve takibi sık aralıklarla yapılmalıdır. Hipoglisemik çocuklarda oral alımın olmaması sebebiyle kan şekerini dengelemek için oral alımı olmayan çocuklarda nazogastrik yol tercih edilmelidir (21). Kan şekeri 54 mg/dl altında olan çocuklarda 50 cc %5 dekstrozlu solüsyonlar kullanılabilir. Kan şekerinin sık aralıklarla takibi ve müdahalesi nörolojik fonksiyonlar açısından önemlidir (22). Malnütrisyonlu çocuklarda dehidratasyon tablosunu belirlemek güçtür ancak diyarenin eşlik etmesi tanıyı kolaylaştırır. Dehidratasyonlu çocuklarda dehidrastayon durumu belirlenip elektrolit ve sükrozdan zengin oral rehidratasyon sıvıları ile müdahale edilmelidir. İlk müdahalede intravenöz sıvılar dolaşım yüklenmesi ve tolerasyonun olmaması açısından tercih edilmez (18). Malnütrisyonlu çocuklarda hipertermi sık görülen bulgulardan değildir. Ancak malnütrisyon tedavisi için hastaneye yatan her çocuk enfektif kabul edilmelidir ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavileri başlanmalı ve takibi yapılmalıdır (21). Malnütrisyonlu çocuklarda anemi tedavisinde oral demir preparatları toksisite sebebiyle kullanılmamalıdır. Dolaşım yüklenmesi ve kalp yetmezliği sebebiyle eritrosit replasmanlarından kaçınılmalıdır (28).

2.2.3.2 Beslenme Destek Tedavisi

Malnütrisyonlu çocuklar beslenirken sakin kalınmalı, çocuğun ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalı, çocukla ilgilenilmeli, iletişim kurulmalı, kaşık ya da biberon gibi beslenme

araçları kullanılmalı ve çocuk dik pozisyonda beslenmelidir (1). Çocuklarda beslenme yapılırken ağır malnütrisyonlu olgular dışında enteral beslenme yolları tercih edilmelidir (21). Enteral beslenme ESPHGAN tarafından özel tıbbi amaçlı beslenme ürünlerinin bir tüp yardımı ile mideye, duedonuma ya da jejunuma verilmesi olarak tanımlanmıştır (6). Enteral beslenme çocuğun yaşı, antropometrik ölçümleri, besin ihtiyacı durumuna göre seçilmelidir (41). Enteral beslenme özellikle malnütrisyon durumlarında daha fizyolojik ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle ilk sırada tercih edilmektedir (42). Çocuklarda enteral beslenme gastrointestinal anomaliler, yanık, travma gibi durumlarda kontrendikedir. En yaygın kullanılan enteral beslenme yolları nazogastrik yoldur. Genelde poliüreten tüpler kullanılarak çocuğa uygulama yapılır. Tüp çapı seçilirken yaşına ve vücut ağırlığına uygun olarak belirlenir (43). Enteral beslenme tüpü uygulanırken ESPEN iki farklı kontrol metodu önermiştir. Bunlar tüpün yerinin radyolojik olarak görüntülenmesi ve tüp içeriğinin aspirasyonu sonrası pH değerinin 5'in altında olmasıdır (44). Enteral beslenme malnütrisyonlu çocuklarda kalori ve besin gereksinimine göre aralıklı, bolus ya da sürekli infüzyon şeklinde olabilmektedir. Sürekli infüzyonda bir pompa yardımıyla çocuğun ihtiyacına göre belirlenmiş beslenme ürünü 16-24 saat infüze edilmektedir. Sürekli infüzyonlarda özellikle mide rezidüel hacmi ve kan glikoz seviyesi sık aralıklarla kontrol edilmelidir. Aralıklı beslenme yöntemi ise belirlenen süre kadar beslenmeye ara verilmesini içermektedir. Böylelikle gastrointestinal sistemin dinlenmesi sağlanmaktadır. Bolus beslenme yönteminde ise tüpün ucuna enjektör takılır ve yerçekimi etkisi ile akışı beklenir. Bolus beslenme tedavisi cihaz gerektirmemesi ve beslenme aralıklarında gastrointestinal sistemin dinlenmesine izin vermesi açısından avantajlıdır (45). Enteral beslenme ürünleri malnütrisyona sebep olan patolojinin durumuna, çocuğun gereksinimine, protein ve enerji ihtiyacına göre seçilmelidir. Verilecek besinlerin kalori oranı 80-100 kcal arasında olmalıdır. Eğer anne sütü varsa daima ilk kullanılmalıdır (1). DSÖ malnütrisyonlu çocuklarda başlangıç F dozu F-75 ve devam dozu F-100 beslenme formüllerini önermiştir. Bu formüllerin içeriğinde şeker, bitkisel yağlar, süt tozu, vitamin ve mineraller bulunmaktadır (47). Çocuk ilk zamanlarda azar azar sık sık beslenmeli daha sonra beslenme aralıkları açılmalı ve mama miktarı artırılmalıdır. Formül mama kullanılırken mamaların karbonhidrat oranlarının çok yüksek olmamasına dikkat edilmelidir (1). Enteral beslenme ile yeterli enerji ihtiyacının karşılanamadığı, oral ya da enteral beslenmenin mümkün olmadığı durumlarda besinlerin intravenöz yolla verilmesi gerekir. Buna parenteral beslenme denir (45). Parenteral beslenme fizyolojik bir yöntem olmadığından ve ciddi komplikasyonları olduğundan çocuklarda kullanımına karar verilmesi önem arz etmektedir. Enteral beslenmenin kontrendike olduğu durumlarda, ağır malnütrisyon, preterm bebekler ve kronik hastalıklı yenidoğanlarda ilk

tercih edilen yol olmalıdır. Ancak uzun süreli kullanımından kaçınılmalı ve sık aralıklarla takibi yapılarak enteral beslenmeye geçilmelidir (46). Sağlıklı çocuklarda parenteral beslenmeye geçilmesi için bebeklerde 1-3 gün daha büyük çocuklar ve adölesanlarda 4-5 gün beklenebilir. Parenteral nütrisyon için hazır ticari formların yanı sıra çocuğun besin gereksinimine özel hazırlanan formları da kullanılmaktadır. Hazır ticari formlarda lipitler, aminoasitler ve dekstroz çözeltileri aynı torbada bulunur ve uygulanacağı zaman karıştırılır. Çocuğa özel hazırlanan formlar ise günlük olarak özel hazırlama kabinlerinde hazırlanarak verilmektedir. Parenteral beslenme solüsyonları 24 saatlik olarak kullanılmalı ve 24 saatte bir yenilenmelidir (47). Parenteral nütrisyon çocuklarda iki yol ile uygulanabilir. Bunlar; periferal parenteral yol ve santral parenteral yoldur. Periferik parenteral yol çocuklarda ekstravazasyon, flebit, immatür damar yolları sebebiyle komplikasyonların yoğun olduğu yoldur. Ancak santral yolun komplikasyonlarına göre komplikasyonlarının daha az olması sebebiyle sıklıkla tercih edilir (48). Özellikle enteral beslenmenin uygulanamadığı ve 10-14 günden daha az beslenme durumunun gerektiği durumlarda kullanılabilir. Periferik parenteral beslenme yolu kullanılırken kullanılan parenteral nütrisyon solüsyonlarının osmolaritesinin 900 mmol/L aşmaması gerekmektedir (49). Santral parenteral nütrisyon uygulama yolu subklaviyen, juguler, femoral venler gibi büyük venlere poliüreten kataterlerin steril koşullar ile yerleştirilmesi işlemidir. Katater yerleşiminden sonra kataterin yeri kontrol edilmeli ve kateter trombozlarına karşı heparinizasyon sağlanmalıdır (51). Santral parenteral uygulama yolu ciddi sistemik enfeksiyonlar, trombozlar ve katater enfeksiyonları açısından risk teşkil etmektedir. Bu sebeple bu kataterlerin bakımı ve katater komplikasyonlarının önlenmesi açısından sık olarak takip edilmelidir (47). İlaçlar ve parenteral nütrisyonların etkileşimine bağlı komplikasyonları önlemek için kataterler çift lümenli tercih edilmelidir (48). Parenteral nütrisyonların kullanımı hiperglisemi, hipoglisemi ve elektrolit dengesizliği gibi yaygın komplikasyonlara yol açabilir. Bu komplikasyonların yanı sıra gastrointestinal sistemin kullanılmamasına bağlı olarak sekresyon salgılarında azalma ve motilite bozuklukları gelişebilir (49). Enteral beslenmenin 4-6 haftadan daha fazla süreceği öngörülüyorsa sık değiştirilmesine gerek olmayan, uzun süreli kullanım ve konfor sağlayan perkütan ya da cerrahi yöntemlerle açılan enterostomiler kullanılır. Perkütan ya da cerrahi olarak uygulanan tüpler mide ya da jejnuma yerleştirilebilir (50). Bu tüpler yerleştirildikten 4-6 saat sonra çocuk beslenmeye başlanabilir. Besleme yapılırken çocuğun başına 30º pozisyon verilmeli, beslenme içeriği önceliği berrak solüsyonlar ve küçük hacimler olmalıdır. Enterostomi tüplerinin uzun süre sağlıklı şekilde kullanılabilmesi için her beslenmeden sonra tüpün yıkanması, tüp çapına uygun tüpü tıkamayacak besinlerin verilmesi önemlidir. Enterostomi tüplerinin bakımı da

önemlidir. Tüp takıldıktan sonra ilk hafta her gün stomanın bakımı yapılıp steril gazlı bezle kapatılmalıdır. Daha sonraki günlerde stoma kuru bırakılmalı ve temiz bir pansumanla kapatılmalıdır. Enterostomi komplikasyonları nazogastrik ya da nazojejunal tüplere kıyasla daha azdır. Ancak peritonit, aspirasyon, gastaroözofageal reflü gibi riskleri de mevcuttur. Enteral beslenme için kullanılan yol ne olursa olsun çocuğun beslenme yanıtı, olası komplikasyonları takip edilmeli, multidisipliner ekip ile birlikte gereksinimler ve değişiklikler değerlendirilmelidir (52).

2.2.3.3 İyileşme Dönemi

Çocuğun başlangıç tedavisinden sonra çocuğun iştahının düzelmesi, kilo alımının artması, çocuğun oturma ve yürümeye başlaması, besin ihtiyacını dile getirmesi, diyare ve kusmalarının gerilemesi iyileşme döneminin başladığını gösteren parametrelerdir (21). Bu dönemde iyileşmenin sağlanabilmesi için tedavide kullanılan mamaların enerji ve protein içeriği artırılmalıdır. Çocuğun her sabah beslenmeden önce vücut ağırlığı takipleri yapılmalıdır. Günlük vücut ağırlığı artışı 5 g/kg/gün altında ise başlangıç tedavisi tekrarlanmalı, 10 g/kg/gün üstünde ise bir sonraki aşamaya geçilmelidir. Bu dönemde bilişsel fonksiyonları etkilenen çocuk zorlanmamalı, empeti kurularak ve sevecen yaklaşılmalı, psikolojik ve mental yönden desteklenmelidir (22).

2.2.3.4 Eve Hazırlık Tedavisi

İyileşme dönemi tedavisinden sonuç alındığı vücut ağırlığının düzenli olarak arttığı, malnütrisyon komplikasyonlarının (diyare, kusma vb.) düzelmeye başladığı, metabolik elektrolitlerin düzeylerinin normal seviyeye döndüğü, annenin çocuk beslenmesine yönelik eğitiminin tamamlandığı ve tüm bu ölçütlerin birlikte sağlanması durumunda çocuk taburcu edilebilir (21).

2.2.3.5 İzlem Dönemi

Çocuğun taburculuğundan sonra hızla malnütrisyon gelişimi tekrarlanacağından izleminin sık aralıklarla yapılması önemlidir. Taburculuktan sonra 1. hafta, 2. hafta ve 1. aylar da rutin genel kontroller yapılmalı normalden sapma durumları olduğunda izlem aralıkları sıklaştırılmalı, eğer normalden sapma yoksa aralıklar açılarak 3-6 aya çıkarılmalıdır. Her izlemde antropometrik ölçümler, fizik muayene ve laboratuvar ölçümleri yapılmalı ve özellikle beslenme öyküsü alınmalıdır (21).

2.3. PEDİATRİ HEMŞİRESİNİN ÇOCUKLARDA NÜTRİSYONEL BAKIMA İLİŞKİN ROL VE SORUMLULUKLARI

Pediatri hemşiresi beslenme bozukluğu olan ya da beslenme bozukluğu için riskli grupta yer alan çocukların nütrisyonel değerlendirmesinde, nütrisyon tedavisinin uygulanmasında, izleminde ve nütrisyonel bakımda önemli görev ve sorumluluklara sahiptir (5). Ülkemizde 8/3/2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte nütrisyonel değerlendirme ve nütrisyon tedavisinin uygulanmasında yer alan hemşirelik girişimleri farklı başlıklar altında yer almaktadır. Bu hemşirelik girişimleri; hasta kabulü ile fiziksel değerlendirme parametreleri başlığı altında boy ölçümü, kilo ölçümü, yenidoğan bebeğin ilk değerlendirmesi, aldığı çıkardığı sıvının izlenmesi, sistem değerlendirmesi, önerilen diyetle ilgili eğitim, nazogastrik, orogastrik sonda bakımı hemşirelik kararı ile nazogastrik, orogastrik sonda yerleştirme, enteral tüple besleme (NGT, OGT veya gastrostomi), nazogastrik, orogastrik sondanın çıkarılması hemşirelik ve hekim kararı ile uygulayacağı nütrisyonel bakım ile ilgili uygulamaları kapsamaktadır (5).

Ayrıca yönetmelikte yer alan parenteral beslenme uygulamasına yönelik hemşirelerin görevleri, yetkinlikleri ve sorumlulukları yer almaktadır (9). Bu görev ve sorumluluklar Şekil 1'de yer almaktadır (53). Suluhan (2020), parenteral beslenmesi olan çocuğun hemşirenin girişimlerini parenteral beslenme öncesinde ve beslenme uygulaması sırasında olmak üzere iki başlık altında gruplandırmıştır (53). Parenteral beslenme öncesi hemşirelik girişimleri; çocuğun psikolojik ve fiziksel olarak işleme hazırlanması ve ailenin bilgilendirilmesine yönelik girişimleri içermektedir. Bu girişimler; çocuğun yaş grubu özelliklerine göre işleme hazırlanması, beslenmenin yapılacağı venöz yolun seçilmesi, cilt hazırlığı ve kateter bakımıdır.

Parenteral beslenme sürecinde hemşirelik girişimleri ise beslenmenin başlatılması, izlem, komplikasyonların önlenmesi ve yönetimine yönelik hemşirelik girişimleri, kayıt ve taburculuk eğitimini kapsamaktadır (53)

Şekil 1. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğe Göre Hemşirenin Parenteral Beslenmesi Olan Hastanın Bakımına Yönelik Görev ve Yetkinlikleri

Hemşirelik Girişimi	Hemşirelik kararı ile uygulanır	Hekim kararı ile uygulanır	Hekim ile birlikte yapılır
Fiziksel değerlendirme			
Baş çevresi ölçümü	+		
Boy ölçümü	+		
Ağırlık ölçümü	+		
Tanı işlemleri/Örnek alma			
Glikometre ile kan şekeri ölçülmesi*	+	+	
Girişimsel işlemlere hazırlık			
Hastanın ameliyat öncesi hazırlığı*	+	+	
Hastanın izlenmesi/monitorizasyonu			
Aldığı çıkardığı sıvının izlenmesi*	+	+	
Hasta ile ilgili toplanan verilerde (öykü, fizik muayene, laboratuvar bulguları ve diğer tanı işlemleri sonuçlarında) veya bakım uygulaması sonuçlarında normalden sapmaların değerlendirilmesi ve yorumlanması	+		
Belirlenen sorunların çözümüne yönelik hemşirelik hedeflerin belirlenmesi	+		
Pansuman yapma*	+		
Asit-baz dengesizliğini düzeltici girişimler*	+	+	
Elektrolit dengesizliğini düzeltici girişimler*	+	+	
Hiperglisemi yönetimi (önleme, izleme, düzeltme) *	+	+	
Hipoglisemi yönetimi (önleme, izleme, düzeltme) *	+	+	
Venöz yol açıklığının sürdürülmesi (venöz kateter ve bağlantılarının açıklığının korunması)	+	+	
İntravenöz sıvı tedavisini başlatma ve izleme [akış hızını hesaplama, intravenöz set hazırlama, intravenöz sıvıyı başlatma, akış hızını izleme, protokole uygun yıkama (*flush*) yapma]*	+	+	
İntravenöz kateter bakımı (periferik, santral, periferik yoldan santral)	+		
Periferik intravenöz kateter yerleştirme*	+	+	+
Santral intravenöz kateter yerleştirilmesi işlemine katılım			+
Umbilikal kateter takılması işlemine katılım			+
Umbilikal kateter çıkarılması işlemine katılım			+
Periferik intravenöz kateterlerin çıkarılması	+	+	
Santral venöz kateterlerin çıkarılması		+	+
Eğitim&Taburculuk planı			
Çocuğu olan ebeveynlerin eğitimi	+		
Önerilen diyetle ilgili eğitim	+		
Taburcu etme (hastaneden çıkış) planı	+	+	

Kaynak 53'den alınmıştır.

Bu yönetmenliğin yanı sıra Türk Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği tarafından hazırlanan "Çocuklarda Damardan Beslenme Uygulama Rehberi" ve Türk Neonatoloji Derneği tarafından yayımlanan "Prematüre Bebeklerin Parenteral Beslenmesi

Rehberi" ve "Ulusal Damar Erişimi Yönetimi Rehberi" parenteral beslenme tedavisi olan çocukların bakımı konusunda hemşireler için önemli veri kaynaklarıdır (54,55).

Pediatri hemşireleri çocukların hastane yatışları sırasında çocukla en fazla vakit geçiren sağlık profesyonellerinden biridir. Bu nedenle pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin yapılması, enteral ve parenteral beslenme tedavilerinin uygulanması ve izlemi, beslenme tedavisi ile ilişkili ürün ve malzemelerin uygun şekilde kullanılması, beslenme tedavisi ile ilişkili komplikasyonların fark edilmesi ve önlenmesinde ile ilgili güncel bilgi ve beceriye sahip olmaları gereklidir (53, 61).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi ve algılanan bakım kalitesini belirlemek amacıyla kesitsel bir çalışma olarak yürütülmüştür.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma Ankara ilinde bulunan SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SBÜ Sami Ulus Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi ve SBÜ Sami Ulus Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesinin Beştepe ek kampüsünde ve yüz yüze anket uygulanarak Ağustos 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

SBÜ Sami Ulus Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi çocuk yoğun bakım, yenidoğan yoğun bakım, genel pediatri servisleri, çocuk nefroloji, çocuk onkoloji ve hematoloji, çocuk kardiyoloji, çocuk üroloji, çocuk enfeksiyon, çocuk palyatif, çocuk alerji, çocuk metabolizma poliklinik ve yataklı servislerinde hizmet veren 300 yataklı bir üniversite hastanesidir. Aktif olarak kullanılan hastanenin pediatri kliniklerinde 280 pediatri hemşiresi çalışmaktadır. 2016 yılında hizmete giren Beştepe ek binasında ise çocuk kardiyoloji, çocuk kalp damar cerrahisi, çocuk cerrahisi, yenidoğan yoğun bakım, çocuk yoğun bakım poliklinik ve 118 yataklı servis ile hizmet vermektedir. SBÜ Sami Ulus Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beştepe ek kampüsü pediatri kliniklerinde ise 100 pediatri hemşiresi çalışmaktadır.

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği genel pediatri, yenidoğan, çocuk hematoloji ve onkoloji, kemik iliği nakil ünitesi, çocuk cerrahisi yataklı servisleri ve çocuk gastroenteroloji, çocuk kardiyoloji, çocuk alerji, çocuk nefroloji, çocuk psikiyatri, çocuk endokrinoloji, polikinikleri ile hizmet veren 170 yatak kapasiteli bir üniversite hastanesidir. Klinikte aktif olarak 81 yatak kullanılmaktadır ve 120 pediatri hemşiresi çalışmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SBÜ Sami Ulus Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SBÜ Sami Ulus Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Çocuk Sağlığı

ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesinin Beştepe ek kampüsünde çalışan çocuk hemşireleri oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarih aralığında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 120 çocuk hemşiresi, SBÜ Sami Ulus Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 280 çocuk hemşiresi, SBÜ Sami Ulus Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesinin Beştepe ek kampüsünde 100 çocuk hemşire çalışmaktadır.

Evren sayısı bilinen gruplarda örneklem büyüklüğü belirlemek için Çıngı (1994) tarafından belirtilen formül kullanılmıştır.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq}$$

N : Evren büyüklüğü

n : Örneklem sayısı

p : Olayın görüş sıklığı

q : Olayın görülmeme sıklığı

t : Kritik değer

d : Kabul edilebilir ± hata miktarı (Hoşgörü düzeyi)

Evren büyüklüğü 500 olayın görülme sıklığı 0,5, görülmeme sıklığı 0,5, örneklem büyüklüğüne ilişkin kabul edilebilir hata miktarı 0,05 olduğu, %99 güven aralığındaki kritik t değerinin 500 olarak alındığı durumda örneklem büyüklüğü 219 olarak elde edilmiştir.

Araştırmaya Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde çalışan pediatri hemşireleri (n=100) ile SBÜ Sami Ulus Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi pediatri kliniklerinde çalışan pediatri hemşireleri (n=170) gönüllülük esasına uygun olarak katılmışlardır. Araştırma formlarını eksik yanıtlayan 8 pediatri hemşiresi araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmanın örneklemini 262 pediatri hemşiresi oluşturmuştur.

3.3.1. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Araştırmaya Ankara ili SBÜ Sami Ulus Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde;

- Çocuk servislerinde çalışan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.3.2. ARAŞTIRMANIN DIŞLAMA KRİTERLERİ

Araştırma formlarını eksik yanıtlayan ve araştırmanın yapıldığı tarihte raporlu veya izinli olan katılımcılar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada 'Tanıtıcı Bilgi Formu' (EK-3) ve 'Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi ve Algılanan Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği' (EK-4) kullanılarak veriler toplanmıştır.

3.4.1. TANITICI BİLGİ FORMU

Tanıtıcı Bilgi Formu araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulmuştur (7,9-11). Bu formda, araştırmaya katılan pediatri hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri ile nütrisyonel destek ve nütrisyonel bakım ile ilişkili eğitime katılma durumları, nütrisyonel bakıma yönelik hemşirelik uygulamaları, çalıştıkları kliniklerdeki nütrisyon desteğine ve nütrisyonel bakıma ilişkin mevcut uygulamalar hakkındaki verileri elde etmeyi amaçlayan toplam 15 soru yer almaktadır (EK-3).

3.4.2. HEMŞİRELERDE NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRMENİN ÖNEMİNİ, NÜTRİSYONEL BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİ VE ALGILANAN NÜTRİSYONEL BAKIM KALİTESİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HNDÖNBİBDANBKDÖ)

Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği, Theilla ve arkadaşları tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. Kısacık ve arkadaşları tarafından 2019 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır (EK-4).

- **Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum:** Bu alt boyutta nütrisyonel değerlendirmenin klinik önemine ilişkin hemşirelerin tutumlarını, hastaların hastaneye

yatışı sırasında, hastanede kaldıkları süre boyunca nütrisyonel değerlendirmeyi hemşirelik bakımının temel bir bileşeni olarak görme durumlarını değerlendiren yedi ifadeyi içermektedir. İfadeler 4'lü likert tipinde 'kesinlikle katılmıyorum' (1), 'katılmıyorum' (2), 'katılıyorum' (3), 'kesinlikle katılıyorum' (4) şeklinde yer almaktadır. Ölçeğin bu bölümünden alınabilecek toplam puan en az 7 puan, en fazla 28 puandır. Ölçeğin bu alt boyutunun Cronbach's alpha katsayısı Theilla ve arkadaşlarının ölçek geliştirme çalışmasında 0,820, Kısacık ve arkadaşlarının dil geçerlik güvenirlik çalışmasında 0,820 ve bu çalışmada 0,883 dir.

- **Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi:** Bu alt boyutta hemşirelerin, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeylerini değerlendiren 10 adet ters puanlanan ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte ifadeler, 4'lü likert tipinde 'kesinlikle katılmıyorum' (4), 'katılmıyorum' (3), 'katılıyorum' (2), 'kesinlikle katılıyorum' (1) şeklinde yer almaktadır. Ölçeğin bu bölümünden alınabilecek toplam puan en az 10 puan, en fazla 40 puandır. Ölçeğin bu alt boyutunun Cronbach's alpha katsayısı Theilla ve arkadaşlarının ölçek geliştirme çalışmasında 0,790, Kısacık ve arkadaşlarının dil geçerlik güvenirlik çalışmasında 0,630 ve bu çalışmada 0,705 dir.
- **Nütrisyonel Bakım Kalitesi Algısı:** Bu alt boyutta hemşirelerden çalıştıkları bölümlerde hastalara sunulan nütrisyonel bakımın kalitesini değerlendirmelerini isteyen 9 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte ifadeler 5'li likert tipinde 'kesinlikle katılmıyorum' (1), 'katılmıyorum' (2), 'karasızım' (3), 'katılıyorum' (4), 'kesinlikle katılıyorum' (5), şeklinde yer almaktadır. Ölçeğin bu bölümünden alınabilecek toplam puan en az 9 puan, en fazla 45 puandır. Bu bölümdeki dokuz maddeden alınabilecek daha yüksek puan, hemşirelerde nütrisyon bakım kalitesini daha olumlu olarak yansıtmaktadır. Ölçeğin bu alt boyutunun Cronbach's alpha katsayısı Theilla ve arkadaşlarının ölçek geliştirme çalışmasında 0,900, Kısacık ve arkadaşlarının dil geçerlik güvenirlik çalışmasında ve bu çalışmada 0,929 dur.

Ölçeğin toplam puanı hesaplanmamaktadır ve alt boyutların toplam puanları birbirinden bağımsız olarak hesaplanmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından alınan yüksek puanlar yüksek bilgi, tutum ve nütrisyonel bakım kalitesini gösterir (17).

3.5 ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Veri toplama formları aynı araştırmacı tarafından Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve SBÜ Sami Ulus Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve

Araştırma Hastanesi'nde pediatri kliniklerinde çalışan çocuk hemşirelerine verilerek doldurmaları istenmiştir. Her katılımcı çalışmanın amacı ve içeriği konusunda gönüllü onam formu ile bilgilendirilmiştir (EK-5). Her bir katılımcı için veri toplama araçlarını doldurulma süresi yaklaşık 10 ile 15 dakikadır.

3.6 ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın etik onayı için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.05.2022 tarihli ve 46418926 sayılı etik kurul kararı ile etik kurul izni alınmıştır (EK-1). Ayrıca araştırmanın uygulanabilmesi için SBÜ Sami Ulus Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma hastanesinden kurum izinleri alınmıştır (EK-2). Araştırma uygulanmadan önce her katılımcıdan çalışmaya katılımları için onamları alınmıştır (EK-5). Katılımcıların kişisel bilgileri gizli tutulmuştur.

3.7 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veri analizi için SPSS 28 (IBM, Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik ve mesleki özelliklere göre frekans ve yüzde dağılımı verilmiş olup HNDÖBİBDANBKDÖ genel puanları ve alt boyutlarına göre tanımlayıcı istatistikler elde edilmiştir. Ölçek puanlarının normalliğinde ise çarpıklık ile basıklık değerleri incelenmiş ve dağılım normal olarak elde edilmiştir. Bu nedenle, parametrik yöntemler gruplara göre karşılaştırmalarda kullanılmıştır. İki kategorisi olan bağımsız değişkenler için HNDÖBİBDANBKDÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi, ikiden fazla kategorisi olan bağımsız değişkenler için ise tek yönlü varyans analiz yöntemi kullanılmıştır. Sadece eğitim durumu değişkeni için kategorilerinden birinde veri sayısı az (n=9) olduğu için bu değişkene göre karşılaştırmada ANOVA yönteminin parametrik olmayan yöntemi Kruskal Wallis kullanılmıştır. Ayrıca ölçek alt boyutları arasında ilişki için Pearson korelasyon yöntemi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısının yorumunda ise 0,70'den büyük ise güçlü düzeyde, 0,40-0,70 arasında ise orta düzeyde ve 0,40'dan az ise düşük düzeyde ilişki vardır. Değişkenlerin ölçek alt boyutlarına olan etkisi ise çoklu doğrusal regresyon modeli ile test edilmiş ve kategorik olan bağımsız değişkenler 1-0 olarak yeniden kodlanmış olup 1 olanlar referans grubu belirtmiştir. İstatiksel analizler için $p<0,05$ anlamlılık düzeyi incelenmiştir.

Ölçek güvenirliğinde Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. HNDÖBİBDANBKDÖ genel ölçek puanları için 0,852 olup HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum alt boyutunda 0,883, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi alt boyutunda 0,705

ve nutrisyonel bakım kalitesi algısı alt boyutunda 0,929 olarak elde edilmiştir. Tüm güvenirlik katsayıları 0,700 üzeri olduğu için HNDÖBİBDANBKDÖ bu çalışmada güvenirliği yüksektir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Pediatri Hemşirelerinin Sosyo-demografik ve Mesleki Özellikleri

Tablo 1'de pediatri hemşirelerinin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya 262 pediatri hemşiresi katılmıştır. Hemşirelerin %89,3'ü (n=234) kadın ve %82,8'i (n=217) 20-30 yaş aralığındadır. Hemşirelerin %90,5'i (n=237) hemşirelikte lisans eğitimine sahiptir. Hemşirelerin %67,2'si (n=162) SBÜ Sami Ulus Kadın Hastalıkları, Doğum ve Çocuk Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesinde, %32,8'i (n=100) Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmaktadır. Araştırmada en fazla çalışılan üç klinik/ünite yenidoğan yoğun bakım ünitesi (%16,8, n=44), çocuk sağlığı ve hastalıkları (%14,9, n=39) ve çocuk yoğun bakım ünitesidir (%14,5, n=38). Hemşirelerin %74,8'i (n=196) 0-5 yıl arasında meslekte çalışma yılına sahip iken %92,7'si (n=243) 0-5 yıl süre ile şu anki kliniğinde çalışmaktadır.

Tablo 1. Pediatri hemşirelerinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre dağılımı (n=262)

Özellikler	n	%
Yaş		
20-30 yaş	217	82,8
31-40 yaş	30	11,5
41 yaş ve üzeri	15	5,7
Cinsiyet		
Erkek	28	10,7
Kadın	234	89,3
Eğitim durumu		
Önlisans	16	6,1
Lisans	237	90,5
Lisansüstü	9	3,4
Çalışılan kurum		
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi	86	32,8
SBÜ Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi	176	67,2
Çalışılan birim		
Genel Pediatri Servisi	21	8
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	44	16,8
Çocuk Cerrahi Kliniği	15	5,7
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği	39	14,9
Çocuk Kemik İliği Nakil Ünitesi	3	1,1
Çocuk Hematoloji-Onkoloji Kliniği	23	8,8
Çocuk Endokrinoloji Servisi	5	1,9
Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi	38	14,5
Çocuk Kardiyoloji Kliniği	2	0,8
Çocuk Kalp Damar Cerrahi Servisi	3	1,1
Büyük Çocuk Servisi	27	10,3
Bebek Servisi	13	5
Çocuk Palyatif Bakım Servisi	13	5

Çocuk Enfeksiyon Kliniği	8	3,1
Çocuk Nefroloji Kliniği	8	3,1
Meslekte çalışma süresi		
0-5 yıl	196	74,8
6-10 yıl	30	11,5
11 yıl ve üzeri	36	13,7
Bulunulan klinikte çalışma süresi		
0-5 yıl	243	92,7
6-10 yıl	13	5
11 yıl ve üzeri	6	2,3

Tablo 2'de pediatri hemşirelerinin nütrisyon ile ilgili tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin hiçbirinin nütrisyon ile ilgili dernek üyeliği bulunmamaktadır. Hemşirelerin %96,6'sı (n=253) nütrisyon ile ilgili bilimsel aktivitelere katılmadıklarını %3,4'ü (n=9) ise katıldıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin %19,1'i (n=50) nütrisyon ile ilgili hizmet içi eğitime katılmıştır. Nütrisyon tedavisi ile ilgili bilgilerin yeterli olma durumuna göre hemşirelerin %80,9'u (n=150) kısmen, %26,3'ü (n=69) hayır ve %16,4'ü (n=43) evet olarak cevap vermiştir. Hemşirelerin %74'ü (n=194) çalıştıkları birimde nütrisyon desteği sağlandığını belirtmiştir. Hemşirelerin %59,5'i (n=153) çalıştıkları birimde nütrisyon tedavisinin uygulandığını belirtmiştir. Hemşirelerin %51,1'i (n=134) çalıştıkları birimde nütrisyon sağlayan ekip bulunmadığını %48,9'u (n=128) ise bulunduğunu belirtmiştir. Katılımcılar tarafından çocuğun ünite/servis/klinik yatışında ilk nütrisyonel değerlendirmeyi yapan sağlık personelinin doktor (%18,3, n=48), hemşire, sorumlu hemşire (%17,9, n=47) ve nütrisyon hemşiresi (%12,6, n=33) olduğu belirtilmiştir. Hemşirelerin %1,12'i (n=3) hastanenin nütrisyon biriminde 1 yıl süre ile çalıştığını belirtmiştir.

Tablo 2. Pediatri hemşirelerinin nütrisyon ile ilgili tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=262)

Değişkenler	**n**	**%**
Çalışılan birimde nütrisyon tedavisinin uygulanma durumu		
Evet	156	59,5
Hayır	106	40,5
Çalışılan hastanede nütrisyon destek ekibi		
Var	128	48,9
Yok	134	51,1
Hastanın ünite/servis/klinik yatışında ilk nütrisyonel değerlendirmeyi yapan sağlık profesyoneli		
Doktor	48	18,3
Hemşire	47	17,9
Nütrisyon hemşiresi	33	12,6
Diyetisyen	32	12,2
Yok	28	10,7
Doktor, Hemşire	19	7,3

Bilmiyorum	16	6,1
Doktor, Diyetisyen, Hemşire	15	5,7
Hemşire, Diyetisyen	10	3,8
Doktor, Diyetisyen	8	3,1
Hemşire, Ebe	5	1,9
Hemşire, Ebe, Diyetisyen	1	0,4
Nütrisyon ile ilgili dernek üyeliği		
Üye	0	0
Üye değil	262	100
Nütrisyon ile ilgili bilimsel aktivitelere katılma durumu		
Evet	9	3,4
Hayır	253	96,6
Nütrisyon tedavisi ile ilgili sempozyum /hizmet içi eğitime katılma durumu		
Evet	50	19,1
Hayır	212	80,9
Nütrisyon tedavisi ile ilgili bilgilerin yeterli olma durumu		
Evet	43	16,4
Hayır	69	26,3
Kısmen yeterli	150	57,3
Nütrisyon ekibinde çalışma durumu		
Evet	3	1,1
Hayır	259	98,9
Nütrisyon ekibinde çalışma süresi (yıl)		
Yok	259	98,9
1 yıl	3	1,1

Tablo 3'de pediatri hemşirelerinin HNDÖBİBDANBKDÖ alt boyut puanlarının dağılımı yer almaktadır. HNDÖBİBDANBKDÖ puanları 47-106 puan arasında değişirken ortalaması 88,03 ve standart sapması 8,77 olarak saptanmıştır. Ölçek alt boyutlarından alınan toplam puan HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum alt boyutu için 15-28 puan aralığında; HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi alt boyutu için 10-36 puan aralığında ve HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel bakım kalitesi algısı alt boyutu için 9-45 puan aralığında değişmektedir. Alt boyuta ilişkin ortalamalar incelendiğinde ise HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum alt boyutu için 25,05±2,84, HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi alt boyutu için 26,69±3,67 ve HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel bakım kalitesi algısı alt boyutu için 36,29±6,34 olarak elde edilmiştir.

Tablo 3. Pediatri hemşirelerinin HNDÖBİBDANBKDÖ alt boyut puanlarının dağılımı (n=262)

Ölçek Alt Boyutları	Ölçekten alınabilecek min-maks puan	Ortanca (min-maks)	Ort±SS
Nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum	7-28	26 (15-28)	25,05±2,84
Nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi	10-40	27 (10-36)	26,69±3,67
Nütrisyonel bakım kalitesi algısı	9-45	36 (9-45)	36,29±6,34

HNDÖBİBDANBKDÖBİBDANBKDÖ: Hemşirelikte Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği, Min: minimum, Maks: maksimum, Ort: ortalama, SS: standart sapma

Tablo 4' de ölçek ve alt boyut puanların normalliği için çarpıklık ile basıklık değerlerine bakılmış olup bu değerler ±1 arasındaysa puan dağılımı normaldir (80). Buna göre HNDÖBİBDANBKDÖ alt boyutlarına ilişkin puanların çarpıklık ile basıklık değerleri bu aralıktadır ve puan dağılımı normaldir.

Tablo 4. Pediatri hemşirelerinin HNDÖBİBDANBKDÖ toplam ve alt boyut puanlarının normallik tablosu (n=262)

Ölçek Alt Boyutları	Çarpıklık	Basıklık
Nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum	-0,602	-0,474
Nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi	-0,849	0,26
Nütrisyonel bakım kalitesi algısı	-0,621	0,858
HNDÖBİBDANBKDÖ Puanı	**-0,426**	**0,977**

***p<0,05*

Tablo 5' de ölçek ve ölçek alt boyutlarının korelasyonu yer almaktadır. HNDÖBİBDANBKDÖ ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki için Pearson korelasyon yöntemi kullanılmıştır. Buna göre HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum ve bakım kalitesi algısı alt boyutları arasında istatiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde ilişki elde edilmiştir (r=0,432, p<0,05). Buna göre hemşirelerin HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum puanları arttıkça bakım kalitesi algısı puanları da artmakta ya da tam tersidir. Ancak HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi alt boyut puanları ile diğer boyutlar arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki yoktur.

Tablo 5. HNDÖBİBDANBKDÖ alt boyutlarının korelasyonu

Ölçek Alt Boyutları	(1)	(2)	(3)
(1) Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum	1		
(2) Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi	-0,007	1	
(3) Nütrisyonel Bakım Kalitesi Algısı	0,432	-0,007	1

HNDÖBİBDANBKDÖBİBDANBKDÖ: Hemşirelikte Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği,

Tablo 6. Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre HNDÖBİBDANBKDÖ Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

		Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum Alt Boyutu	Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi Alt Boyutu	Nütrisyonel Bakım Kalitesi Algısı Alt Boyutu
Özellikler	**n**	**Ort±ss**	**Ort±ss**	**Ort±ss**
Yaş				
20-30 yaş	217	25,04±2,83	26,65±3,59	36,54±6,45
31 yaş ve üzeri	45	25,11±2,94	26,89±4,07	35,09±5,74
Test istatistik*		-0,149	-0,397	1,398
p		0,881	0,692	0,163
Cinsiyet				
Kadın	28	25,46±2,74	27,64±3,41	37,93±6,71
Erkek	234	25±2,85	26,58±3,69	36,09±6,28
Test istatistik*		0,809	1,455	1,449
p		0,419	0,147	0,148
Eğitim durumu				
Önlisans	16	25,88±2,45	27,31±3,86	35,38±7,03
Lisans	237	25,04±2,87	26,65±3,65	36,33±6,35
Lisansüstü	9	23,89±2,42	26,56±4,1	36,78±5,47
Test istatistik***		3,348	0,056	0,345
p		0,188	0,973	0,842
Çalışılan birim				
Yoğun Bakım Üniteleri	85	25,2±2,73	26,92±3,85	37±6,24
Diğer	177	24,98±2,90	26,58±3,59	35,95±6,38
Test istatistik *		0,578	0,692	1,257
p		0,564	0,489	0,21
Meslekte çalışma süresi				
0-5 yıl	196	25,08±2,85	26,56±3,43	36,43±6,62
6-10 yıl	30	25,03±2,81	26,8±4,84	35,93±5,93
11 yıl ve üzeri	36	24,94±2,89	27,31±3,90	35,81±5,15
Test istatistik **		0,033	0,639	0,201
p		0,967	0,529	0,818
Şu anki klinikte çalışma süresi				
0-5 yıl	243	25,08±2,85	26,7±3,60	36,33±6,40
6 yıl ve üzeri	19	24,74±2,84	26,53±4,61	35,74±5,73
Test istatistik *		0,504	0,203	0,394
p		0,615	0,840	0,694
Nütrisyon desteğine ilişkin bilgi düzeyinin yeterliliği				
Hayır	69	25,23±2,60	26,36±4,48	36,91±5,44
Evet	43	25,51±2,58	27,00±3,51	36,95±6,18
Kısmen	150	24,84±3,01	26,75±3,30	35,81±6,75
Test istatistik **		1,119	0,449	0,992
p		0,328	0,639	0,372
Nütrisyon tedavisi ile ilgili sempozyum /hizmet içi eğitime katılma durumu				
Hayır	212	25,02±2,88	26,75±3,56	36,26±6,43
Evet	50	25,2±2,70	26,44±4,15	36,42±6,00
Test istatistik *		-0,405	0,536	-0,161
p		0,686	0,592	0,872

Tablo 6. Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre HNDÖBİBDANBKDÖ Alt Boyut Puanlarının Dağılımı-Devamı				
Özellikler	n	**Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin Tutum Alt Boyutu Ort±ss**	**Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi Alt Boyutu Ort±ss**	**Nütrisyonel Bakım Kalitesi Algısı Alt Boyutu Ort±ss**
Çalışılan birimde nütrisyon desteği sağlanma durumu				
Hayır	68	24,97±2,74	26,82±3,80	36,47±6,12
Evet	194	25,08±2,88	26,64±3,63	36,23±6,43
Test istatistik *		-0,279	0,346	0,272
p		0,781	0,73	0,786
Çalışılan birimde nütrisyon tedavisinin uygulanma durumu				
Hayır	106	25,05±2,99	26,71±3,81	35,93±6,54
Evet	156	25,06±2,75	26,68±3,59	36,53±6,21
Test istatistik *		-0,029	0,061	-0,748
p		0,977	0,952	0,455
HNDÖBİBDANBKDÖBİBDANBKDÖ: Hemşirelikte Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği, *Bağımsız Gruplar t testi; ** ANOVA; ***Kruskal Wallis Yöntemi, Ort: Ortalama SS: standart sapma				

Katılımcıların çeşitli sosyo-demografik değişkenler ile nütrisyon tedavisi ile ilgili maddelere göre HNDÖBİBDANBKDÖ alt boyutlarına ilişkin puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 6'da gösterilmiştir. Pediatri hemşirelerinin yaş, cinsiyet, çalıştıkları kurum, çalıştıkları birim, meslekte çalışma süresi ve bulunulan klinikte çalışma süresine göre HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum, HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi ve HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel bakım kalitesi algısı alt boyut puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark yoktur (p> 0,05). Başka bir ifade ile pediatri hemşirelerinin yaş, cinsiyet, çalıştıkları kurum, çalıştıkları birim, meslekte çalışma süresi ve bulunulan klinikte çalışma süresine HNDÖBİBDANBKDÖ alt boyut puan ortalamaları benzerdir. Pediatri hemşirelerinin nütrisyon desteğine ilişkin bilgi düzeyi yeterliliği, nütrisyon tedavisi ile ilgili hizmet içi eğitime katılma, çalışılan birimde nütrisyon desteği sağlama ve çalışılan birimde nütrisyon tedavisi uygulanma durumu değişkenlerine göre HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum, HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi ve HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel bakım kalitesi algısı alt boyut puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05). Başka bir ifade ile pediatri hemşirelerinin nütrisyon desteğine ilişkin bilgi düzeyi yeterliliği, nütrisyon tedavisi ile ilgili hizmet içi eğitime katılma, çalışılan birimde nütrisyon desteği sağlama ve çalışılan birimde nütrisyon tedavisi uygulanma durumu değişkenlerine göre HNDÖBİBDANBKDÖ alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları benzerdir (Tablo 6).

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, nütrisyon tedavisi ile ilgili hizmet içi eğitim alma, çalışılan kurum ve çalışılan birim değişkenlerinin HNDÖBİBDANBKDÖ alt boyutlarına olan etkisinde çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerinin tümü kategorik olduğu için referans grup seçilmiş ve parantez içinde gösterilmiştir. Seçilen referans gruplar 1 ve diğer gruplar ise 0 olarak yeniden kodlanmıştır. Bu bağlamda pediatri hemşirelerinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, nütrisyon tedavisi ile ilgili hizmet içi eğitim alma, çalışılan kurum ve çalışılan birimin HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum (F=0,857, p>0,05), HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi (F=0,604, p>0,05) ve HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel bakım kalitesi algısı (F=0,802, p>0,05) etkisi anlamlı değildir (Tablo 7).

Tablo 7. Referans Değişkenlere Göre HNDÖBİBDANBKDÖ Alt Boyutlarının Regresyonu

Değişkenler	Nütrisyonel Değerlendirme Önemine İlişkin tutum alt boyutu			Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi Alt Boyutu			Nütrisyonel Bakım Kalitesi Algısı Alt Boyutu		
	β	t	p	β	T	p	β	t	p
Yaş (31 yaş ve üzeri)	0,047	0,662	0,508	0,045	0,636	0,525	-0,11	-1,557	0,121
Cinsiyet (erkek)	0,063	0,991	0,323	0,097	1,516	0,131	0,086	1,34	0,181
Eğitim durumu (lisans ve üstü)	-0,078	-1,122	0,263	-0,039	-0,558	0,578	0,014	0,204	0,838
Eğitim alma durumu (evet)	0,021	0,345	0,73	-0,034	-0,54	0,589	0,014	0,223	0,824
Kurum (üniversite hastanesi)	-0,058	-0,863	0,389	0,032	0,471	0,638	-0,033	-0,486	0,628
Çalışılan birim (cerrahi)	-0,083	-1,212	0,227	0,048	0,696	0,487	0,057	0,825	0,41
Test **p** **R** **R^2**	F=0,857; p=0,512 R=0,142; R^2=0,020			F=0,604; p=0,727 R=0,118; R^2=0,004			F=0,802; p=0,569 R=0,36; R^2=0,019		
HNDÖBİBDANBKDÖBİBDANBKDÖ: Hemşirelikte Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği									

Tablo 8'de referans değişkenlere göre HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel değerlendirmenin önemi alt boyutunun regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel bakım kalitesi algısı, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, nütrisyon tedavisi ile ilgili hizmet içi eğitim alma, çalışılan kurum ve çalışılan birim değişkenlerinin HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum puanlarına olan etkisinde çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılmıştır ve istatiksel olarak anlamlıdır (F=9,744, p<0,05). R^2 değeri açıklanan varyansı gösterir yani bağımlı değişkendeki değişkenliğin açıklanma yüzdesini belirtir (65). Buna göre HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum puanlarında olan değişkenliğin %21,2'si modelde yer alan değişkenlerle açıklanır. Bu değişkenlerden sadece HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel bakım kalitesi algısının etkisi istatiksel olarak anlamlıdır (β=0,442, t=7,854, p<0,05). HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel bakım kalitesi algısı, HNDÖBİBDANBKDÖ nutrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum puanlarını pozitif yönde etkiler. HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel bakım kalitesi algısı puanlarında 1 birimlik artış olduğunda HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum puanlarında 0,442 birimlik artış olur. Modelde yer alan diğer değişkenlerin HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum puanlarına olan etkisi anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 8. Referans Değişkenlere Göre HNDÖBİBDANBKDÖ Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi Alt Boyutunun Regresyon Analizi

Değişkenler	Önem		
	B	t	p
Kalite Algısı	0,442	7,854	,000
Cinsiyet (Erkek)	0,025	0,442	0,659
Eğitim durumu (Lisans ve üstü)	-0,084	-1,349	0,179
Eğitim Alma (Evet)	0,015	0,274	0,784
Yaş (31 yaş ve üzeri)	0,095	1,496	0,136
Çalışılan birim (Cerrahi)	-0,108	-1,752	0,081
Kurum (Üniversite Hast.)	-0,044	-0,721	0,471
Test	F=9,744; p<0,001		
p **R** **R2**	R=0,460; R^2=0,212		
HNDÖBİBDANBKDÖBİBDANBKDÖ: Hemşirelikte Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği			

5.TARTIŞMA

Pediatri hemşireleri hastanede yatan çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmelerinin sürdürülmesi için dengeli, yeterli beslenmelerinin sağlanmasında, malnütrisyonun önlenmesinde, malnütrisyon komplikasyonlarının yönetiminde ve takibinde önemli rollere sahiptir (12). Bu bölümde araştırmanın bulguları dört başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Pediatri hemşirelerinin nütrisyon ile ilgili tanımlayıcı özelliklerine ait bulgularının tartışılması

5.2. Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutumlarına ait bulgularının tartışılması

5.3. Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel bakım kalitesi algısına ait bulgularının tartışılması

5.4. Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel bakım kalitesi algısına ait bulgularının tartışılması

5.1. Pediatri hemşirelerinin nütrisyon ile ilgili tanımlayıcı özelliklerine ait bulgularının tartışılması

Hastaneye yatan çocuğun besin ve kalori gereksinimi karşılanmadığı durumlarda nütrisyon tedavi desteğine ihtiyaç duyulabilmektedir (56). Bu çalışmada pediatri hemşirelerinin yarısından çoğu çalıştıkları klinik/ünitelerde nütrisyon tedavi desteğinin sağlandığını belirtmiştir. Çalışmanın yapıldığı hastanelerde katılımcıların üçte biri yoğun bakım ünitelerinde ve üçte biri genel pediatri servislerinde çalışmaktadır. Yenidoğan ve çocuk yoğun bakım ünitelerinde kritik hastalığa sahip çocukların, genel pediatri servislerinde ise kronik hastalığa sahip çocukların tedavi ve bakımı gerçekleştirilmektedir. Kritik hastalık, bağışıklık sistemindeki değişikliklerle birlikte ciddi metabolik ve endokrin değişikliklere neden olur. Metabolik ve endokrin değişiklikler katabolizma, insülin direnci ve substrat kullanımındaki değişimler ile ortaya çıkmaktadır (57). Bu değişiklikler, başlagıçta hayatta kalmak için avantajlı bir durum olarak hastalık seyri sırasında gelişir. Ancak, akut fazın ardından bu değişiklikler zararlı hale gelebilir (57,58). Bu değişikliklerle beraber, kritik durumdaki çocuklar sıklıkla beslenme intoleransı ve beslenme kesintilerinden kaynaklanan beslenme zorlukları yaşarlar (59,60). Bu durum genellikle Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde (ÇYBÜ) kaldıkları süre boyunca artan besin açığı ile yetersiz beslenmeye yol açar (61). Gelişmekte olan ülkelerde ÇYBÜ kabulünde yetersiz beslenme sıktır (%15-25) ve beslenme durumunun bozulması da bu ortamda erken ve sık görülen bir durumdur ve kritik derecede hasta olan çocukların neredeyse üçte biri

beslenme indekslerinde düşüş gösterir (62). Bu doğrultuda yoğun bakım ünitelerinde ve genel pediatri servislerinde malnütrisyonun önlenmesinde ve tedavisinde çocukların besin ve kalori gereksinimi sıklıkla nütrisyonel destek tedavisi ile karşılanmaktadır (63).

Çalışmanın yapıldığı hastanelerde Nütrisyon Destek Ekibi bulunmasına rağmen hemşirelerin yarısının bu ekipten haberdar değildir. Nütrisyon Destek Ekibi (NDE), uzman doktorları, diyetisyenleri, hemşireleri, klinik eczacıları, kapsayan çok disiplinli bir ekiptir. Ekip bu uzmanlık alanlarına ek olarak radyoloji uzmanları, endoskopistler, konuşma ve yutma terapistleri, enfeksiyon kontrol komitesinin üyeleri ile de koordineli çalışır (64). Avrupa Klinik Nütrisyon ve Metabolizma derneği (ESPEN) terminoloji rehberinde, ilgili kurumlarda, klinik nütrisyon yapısı, prosedürleri ve yönetimi için standartlar koymak amacıyla yöneticiler, sağlık profesyonelleri ve yemek hizmeti sunan personel de dahil olmak üzere karma disiplinlerarası kompozisyona sahip Nütrisyon Destek Ekibi kurulması tavsiye edilmektedir (6). Ekibin servislerde yatan tüm hastalara nütrisyonel destek sağlaması pratikte olası değildir. Fakat hastanelerde bu hizmetin organizasyonunda ve kliniklerde hastanın durumu karmaşık nütrisyon desteği sağlanmasını gerektiriyorsa iş birliği yapılmaktadır. Ülkemizde hastalarda oluşturulması ve sayılarının artması son yıllarda artarak devam etmektedir. Çalışmanın yapıldığı kurumların birinde 2018 yılında diğerinde ise 2019 yılında oluşturulmuştur. Nütrisyon Destek Ekibi ile ilgili farkındalığın artması ve iş birliğinin yapılması amacıyla çalışmanın yapıldığı hastanelerde Nütrisyon Destek Ekibinin görev ve sorumlulukları hakkında eğitim planlamalarının faydalı olacağı düşünülmektedir (65).

Çalışmada hastaneye yatışta çocuğun nütrisyonel değerlendirmesinin kim tarafından yapılacağı konusunda klinikler ve kurumlar arası farklılıklar olduğu görülmüştür. Katılımcılar çocuğun ilk nütrisyonel değerlendirmesinin en fazla doktor ve hemşire tarafından yapıldığını belirtmiştir. Ülkemizde 8/3/2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte hasta kabulü ile fiziksel değerlendirme parametreleri başlığı altında boy ölçümü, kilo ölçümü, yenidoğan bebeğin ilk değerlendirmesi, sistem değerlendirmesi hemşirelik kararı ile uygulayacağı nütrisyonel değerlendirme ile ilgili hemşirelik girişimleridir (5). Çalışma bulgumuz, pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutumunun, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyinin ve nütrisyonel bakım kalitesi algısının yüksek olması gerekliliğini desteklemektedir. Pediatri hemşirelerinin nütrisyon ile ilgili bilimsel aktivitelere ve hizmet içi eğitimlere katılım oranları düşüktür. Bilimsel aktivitelere ve hizmet içi eğitimlere katılım oranlarının düşük olmasının nütrisyona ilişkin bilgi düzeylerine ilişkin algılarını etkilediği düşünülmektedir.

Bununla birlikte pediatri hemşirelerinin öz bildirimlerine göre katılımcıların çoğunluğu nütrisyona ilişkin bilgilerinin yeterliliği sorusuna kısmen ve hayır cevaplarını vermiştir. Bu sebeple nütrisyon destek tedavisinin uygulandığı ve nütrisyonel bakımın yapıldığı pediatri kliniklerinde hizmet içi eğitimlerin planlanmasının ve nütrisyon ile ilgili bilimsel aktivite/sempozyuma katılımın teşvik edilmesinin güvenli nütrisyon uygulaması ve nütrisyonel bakım için faydalı olacağı düşünülmektedir.

5.2. Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutumlarına ait bulguların tartışılması

Farklı klinik durumlar nedeniyle hastanede yatan çocuklarda yeterli beslenme, normal büyüme süreçlerinde, eşlik eden hastalıklara yanıtlarda, yaşam kalitesinde, bakım maliyetlerinde ve hayatta kalmada anahtar rol oynar (66,67). Hastanede yatan çocuklarda yetersiz beslenmenin gelişimi çoğunlukla altta yatan hastalıktan veya kötüleşmesinden (7,68) ve ayrıca kronik hastalıkların varlığından etkilenir (69,70). İkincisi, yeme bozukluklarının varlığı (71) ve hastaneye yatış öncesinde veya sırasında gıda alımının azalması ile birlikte olabilir (72). Hastalık döneminde yetersiz beslenme tedaviyi kesintiye uğratabilir, çocuğun mevcut sağlık durumunu kötüleştirebilir ve hastanede kalış süresini uzatabilir (62). Hastaneye yatan çocuklarda özellikle primer hastalığa odaklanıldığından beslenme durumu ve nütrisyonel değerlendirme göz ardı edilebildiği için Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği ve Amerikan Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği basit, kullanışlı ve uygun maliyetli pediatrik beslenme tarama araçlarının nütrisyonel değerlendirme için kullanılmasını önermektedir (74). Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutumlarının araştırıldığı çalışmalar sınırlı olmasına rağmen yetişkin hastalara bakım veren hemşirelerle yapılan çalışmalarda çoğunlukla hemşireler nütrisyonel değerlendirmenin önemli olduğunu algılamaktadır (10,75-80). Çalışma bulgumuza benzer şekilde, bir devlet hastanesi ve üniversite hastanesinin dahili, cerrahi, pediatri ve kadın hastalıkları ve doğum klinikleri ile yoğun bakım ünitelerinde çalışan 590 hemşirenin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada yoğun bakım ünitesinde ve pediatri kliniğinde çalışan hemşirelerin tutum puanlarının dahili-cerrahi ve kadın doğum kliniklerinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu raporlanmıştır (14). Hemşirelerin, hastaların nütrisyonel değişikliklerini ilk fark etme potansiyeline sahip olmaları göz önünde bulundurulduğunda bu çalışmada pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutumlarının olumlu düzeyde

yüksek olması hastanede yatan çocuklarda malnütrisyonun önlemesi için fırsat olarak düşünülebilir.

5.3. Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyine ait bulguların tartışılması

Hemşirelerin, nütrisyonel bakıma ilişkin rollerini yerine getirebilmelerinin bu konudaki bilgi düzeyleri ile ilişkilidir (71). Bu çalışmada, hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyleri orta düzeydedir. Literatürdeki çalışmalarda da çoğunlukla hemşirelerin nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin istendik düzeyde olmadığı görülmektedir. (71-73). Suluhan ve ark. tarafından çocuk hemşirelerinin parenteral beslenmeye yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirdikleri çalışmada hemşirelerin bilgi puanlarının düşük olduğu sonucuna varılmıştır (9). Al-Rafay ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde yenidoğan hemşirelerinin parenteral beslenme hedefleri, endikasyonları ve komplikasyonları ile ilgili bilgi skorları düşüktür (76). Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin artırılmasında hizmet içi eğitimlerin, bilimsel aktivitelere katılımın teşvik edilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

5.4. Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel bakım kalitesi algısına ait bulguların tartışılması

Güvenli ve kaliteli nütrisyonel bakımın sağlanmasında sağlık kuruluşlarında yöneticiler tarafından hizmet içi eğitim gibi düzeltici ve önleyici faaliyetlerin planlanabilmesi için hemşirelerin nütrisyonel bakım kalitesini nasıl algıladıklarının bilinmesi önemlidir (75,77). Literatürdeki diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada pediatri hemşirelerinin nütrisyonel bakım kalitesi algısı olumlu düzeyde yüksektir (75).

Ayrıca çalışmada pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutumları ve bakım kalitesi algısı arasında orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Hemşirelerin nütrisyonel bakım kalitesi algısı, HNDÖBİBDANBKDÖ nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum puanlarını pozitif yönde etkilemektedir. Bu bulgu hastaneye yatışlarda çocukların nütrisyonel değerlendirmelerinin yapılmasının hemşirelerin bakım kalitesi algı düzeylerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Çoşğun ve ark. ile Theilla ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda bu çalışmaya benzer şekilde nütrisyonel değerlendirmenin öneminin farkında olan hemşirelerin, bakım kalitesi algılarının daha yüksek olduğu raporlanmıştır (14,16).

Pediatri hemşirelerinin sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, pediatri kliniğinde çalışma süresi gibi değişkenlerin HNDÖBİBDANBKDÖ alt boyut puanları ile istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çoşğun ve ark. tarafından yapılan çalışmada da hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin ölçek toplam puanı ve alt boyut puanlarını etkilemediği saptanmıştır (14). Bu parametreler incelendiğinde literatür ile benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının belirlendiği bu çalışma sonuçlarına göre araştırmaya katılan pediatri hemşirelerinin;

- %82.8'i 20-30 yaş aralığında, %89,3'ü kadın, %90,5'i lisans mezunu, %74,8'i meslekte 0-5 yıl aralığında çalışmakta ve %92,7'si pediatri kliniklerinde 0-5 yıl aralığında çalışmaktadır.
- %96,6'sı nütrisyon ile ilgili bilimsel aktivite/sempozyum/kongre vb., %80,9'u hizmet içi eğitimlere katılmamıştır.
- %80,9'u nütrisyon tedavisi ile ilgili bilgilerini kısmen yeterli bulmaktadır.
- %74'ü çalıştıkları kliniklerde nütrisyon desteği sağlandığını, %59,5'i çalışılan birimde nütrisyon tedavisinin uygulandığını belirtmiştir.
- Çoğunluğu çocuk hastanın ünite/servis/klinik yatışlarında ilk nütrisyonel değerlendirmeyi en fazla hekimlerin ve hemşirelerin yaptığını ifade etmişlerdir.
- Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutumlarının olumlu düzeyde yüksek, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyleri orta düzeyde ve nütrisyonel bakım kalitesi algısı istendik düzeydedir.
- Nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum alt boyut puanlarında olan değişkenliğin %21,2'si modelde yer alan değişkenlerden nütrisyonel bakım kalitesi algısının etkisi alt boyutu ile açıklanmaktadır (β=0,442, t=7,854, p<0,05).
- Nütrisyonel bakım kalitesi algısı ölçek alt boyutu, nütrisyonel değerlendirme önemine ilişkin tutum ölçek alt boyut puanını pozitif yönde etkilemektedir.

Bu sonuçlara bakıldığında;

- Pediatri hemşirelerinin orta düzeyde olan nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeylerini artırmak için nütrisyonel bakımla ilgili hizmet içi eğitimlerin planlanması önerilmektedir.
- Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutumlarının olumlu ve nütrisyonel bakım kalitesi algısı istendik düzeyde olmasının nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeylerini artırmada kolaylaştırıcı faktörler olacağı düşünülmelidir.
- Nütrisyonel bakımın kalitesini arttırmak amacıyla nütrisyon ile ilgili bilimsel aktivite/sempozyum ve kongrelere katılımın teşvik edilmesi önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

1. Kuloglu, Z. (2020). (ed) *Çocuklarda Enteral ve Parenteral Beslenme Kitabı*. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2:9-17.

2. Dipasquale, V., Cucinotta, U., Romano, C., (2020). Acute Malnutrition in Children: Pathophysiology. *Clinical Effects and Treatment Nutrients*, 12(8), 2413. https://doi.org/10.3390/nu12082413

3. Hojsak, I., Chourdakis, M., Gerasimidis, K., Hulst, J., Huysentruyt, K., Moreno-Villares, M., Joosten, K., (2021). What Are the New Guidelines and Position Papers in Pediatric Nutrition: A 2015-2020 Overview. *Clinical Nutrition ESPEN*, 43, 49–63. https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2021.03.004

4. 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. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.03.008

5. T.C Resmi Gazete Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011), Sayı;27910, Ulaşım adresi: http://www. turkhemsirelerdernegi.org.tr/hemsirelik-yonetmeligi.aspx (Ulaşım tarihi:09/05/2023)

6. Puntis, J. W., Hojsak, I., Ksiazyk, J., Braegger, C., Bronsky, J., Cai, W., Yan, W., (2018). ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN/ASPEN Guidelines on Pediatric Parenteral Nutrition: Organisational Aspects. *Clinical Nutrition,* 37(6), 2392-2400.

7. Valla, F. V., Gaillard-Le Roux, B., Ford-Chessel, C., De Monte, M., Tume, L., Letois, F., Mura, T., Choueiry, E., Rooze, S., Moullet, C., Jotterand-Chaparro, C., Jacquot, A. (2016). A Nursing Survey on Nutritional Care Practices in French-Speaking Pediatric Intensive Care Units: Nutriréa-Ped 2014. *Journal of Pediatric Gastroenterology And Nutrition*, *62*(1), 174–179. https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000930

8. Montgomery K., Belongia M., Schulta C., Mulberry M. H., Nugent M. L., Simpson P. M., (2016). Health Care Providers' Perceptions of Nutrition Support in Pediatric Oncology and Hematopoietic Stem Cell Transplant Patients. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of The Association of Pediatric Oncology Nurses*, *33*(4), 265–272. https://doi.org/10.1177/1043454215616604

9. Suluhan, D., Yıldız, D., (2014). Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Çocuk Hemşirelerinin Parenteral Beslenmeye Yönelik Bilgi ve Tutumunun Belirlenmesi, *Gülhane Tıp Dergisi*, 56:5-12.

10. Kara, Yılmaz D., Sarkut, P., Düzgün, F., Kuzu, C., Kılıçturgay, S., (2017). The Views of Nurses on Nutritional Assessment and Nutritional Support of Hospitalized Patients. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 14(2):139-143, https://doi.org/10.5222/HEAD.2017.139

11. Baer, M. T., Harris, A. B. (1997). Pediatric Nutrition Assessment: Identifying Children at Risk. *Journal of the American Dietetic Association*, *97*(10 Suppl 2), S107–S115. https://doi.org/10.1016/s0002-8223 (97) 00741-4

12. Green Corkins, K., Teague, E. E. (2017). Pediatric Nutrition Assessment: Anthropometrics to Zinc. *Nutrition ın Clinical Practice : Official Publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, *32*(1), 40–51. https://doi.org/10.1177/0884533616679639

13. Wentzel, Persenius M., (2008). Nutritional Nursing Care: Nurses' Interactions with The Patient, The Team and The Organization (Doctoral Dissertation, Karlstads Universitet).

14. Çoşğun, T., Gürlek Kısacık, Ö., (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. 10.34087/cbusbed.767803

15. Yılmaz, DK., Sarkut, P., Düzgün, F., Kuzu, C., Kılıçturgay, S., (2017). Yatan Hastaların Nütrisyonel Değerlendirme ve Desteğine Yönelik Hemşirelerin Görüşleri. (In Turkish) *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 14(2): 139-43.

16. Theilla, M., Cohen, J., Singer, P., Liebman, C., Kagan, I., (2016). The Assessment, Knowledge and Perceived Quality of Nutrition Care 217 Amongst Nurses, *Journal of Nutritional Medicine and Diet Care*, 2(1), 2-5

17. Kısacık, G., Çoşğun, T., Taştekin, A., (2019). Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemini, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyini ve Algılanan Nütrisyonel Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 35(3), 123-135.

18. Dogan G., (2018). *Sağlıkta ve Hastalıkta Çocuk Beslenmesi*. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri s:135-141

19. UNICEF – DSÖ – World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates. Key Findings of The 2022 Edition. https://data.unicef.org/topic/nutrition/ child-nutrition/ (Erişim tarihi: 14.05.2023)

20. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Rapor, https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_turkiye_nufus_ve_saglik_arastirmasi-55 (Erişim tarihi: 11.05.2023)

21. Altaş, B., Kuloğlu, Z., (2011). Malnutrisyonlu Çocuğa Yaklaşım. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 5(1), 54-64.

22. Özen, H., (2015). *Soru ve Cevaplarla Çocuk Beslenmesi*. Akademi Uluslararası Yayımcılık, İstanbul, s:365

23. Durá-Travé, T., San Martin-García, I., Gallinas-Victoriano, F., Vaquero, I., González-Benavides, A., (2016). Prevalence of Malnutrition in Hospitalised Children: Retrospective Study in A Spanish Tertiary-Level Hospital. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 7(9), 205427041664388. https://doi.org/10.1177/2054270416643889

24. Pirlich, M., Schütz, T., Kemps, M., Luhman, N., Burmester, G. R., Baumann, G., Plauth, M., Lübke, H. J., & Lochs, H. (2003). Prevalence of Malnutrition in Hospitalized Medical Patients: Impact of Underlying Disease. *Digestive diseases (Basel, Switzerland), 21*(3), 245–251. https://doi.org/10.1159/000073342

25. Hendricks, K. M., Duggan, C., Gallagher, L., Carlin, A. C., Richardson, D. S., Collier, S. B., Simpson, W., Lo, C. (1995). Malnutrition in Hospitalized Pediatric Patients. Current Prevalence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 149*(10), 1118–1122. https://doi.org/10.1001/archpedi.1995.02170230072010

26. Pawellek, I., Dokoupil, K., Koletzko, B., (2008). Prevalence of Malnutrition in Pediatric Hospital Patients. *Clinical Nutrition,* 27(1), 72-76.

27. Pars, H., Kazanci, H., Söylemez, G., (2020). Hastanede Yatan Çocuklarda Malnütrisyon Gelişme Durumunun Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 15-22. https://doi.org/10.31125/hunhemsire.715032

28. Corkins, M. R., Griggs, K. C., Groh-Wargo, S., Han-Markey, T. L., Helms, R. A., Muir, L. V., Szeszycki, E. E., Task Force on Standards for Nutrition Support: Pediatric Hospitalized Patients, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Board of Directors, & American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (2013). Standards for nutrition support: pediatric hospitalized patients. *Nutrition in Clinical Practice : American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, *28*(2), 263–276. https://doi.org/10.1177/0884533613475822

29. Doğan, Y., Erkan, T., Yalvaç, S., Altay, S., Cokuğraş, F. C., Aydin, A., Kutlu, T., (2005). Nutritional Status of Patients Hospitalized in Pediatric Clinic. *The Turkish Journal of Gastroenterology: The Official Journal of Turkish Society of Gastroenterology,* 16(4), 212–216.

30. Esen Öksüz, C., Arusoglu, G., (2023). Pediatrik Malnütrisyonda Kullanılan Beslenme Tarama Araçları. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care,* 195-206 https://doi.org/10.5152/ClinSciNutr.2020.980

31. Gerasimidis, K., Keane, O., Macleod, I., Flynn, D. M., Wright, C. M. (2010). A Four-Stage Evaluation of the Paediatric Yorkhill Malnutrition Score in A Tertiary Paediatric Hospital and A District General Hospital. *British Journal of Nutrition,* 104(5), 751-756. https://doi.org/10.1017/S0007114510001121

32. McCarthy, H., Dixon, M., Crabtree, I., Eaton-Evans, M., McNulty, H.,(2012). The Development and Evaluation of The Screening Tool for the Assessment of

Malnutrition In Pediatrics (STAMP©) for Use by Healthcare Staff. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 25(4):311-318.

33. Hulst, M., Zwart, H., Hop, C., Joosten, M., (2010). Dutch National Survey to Test The Strongkids Nutritional Risk Screening Tool in Hospitalized Children. *Clinical Nutrition*, 29(1), 106-111. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2009.07.006

34. Sermet-Gaudelus, I., Poisson-Salomon, S., Colomb, V., Brusset, C., Mosser, F., Berrier, F., Ricour, C., (2000). Simple Pediatric Nutritional Risk Score to Identify Children at Risk of Malnutrition, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 72(1), 64-70. https://doi.org/10.1093/ajcn/72.1.64

35. Secker, DJ., Jeejeebhoy, KN., (2007). Subjective Global Nutritional Assessment for Children. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 85(4), 1083-1089. Https://Doi.org/10.1093/ajcn/85.4.1083

36. Pars, H., (2020). Malnutrition Screening Tools Used for Hospitalized Children and the Role of Nurses in Nutritional Care. *Journal of Education and Research in Nursing*. https://doi.org/10.5222/HEAD.2020.06025

37. Yalım, S., (2011). Beslenme Durumunun Antropometrik Ölçümlerle Değerlendirilmesi. *Katla Pediatri Dergisi Enteral Beslenme*, 33(5):441-461.

38. Green Corkins, K., Teague, E. E. (2017). Pediatric Nutrition Assessment: Anthropometrics to Zinc. *Nutrition in Clinical Practice : American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, *32*(1), 40–51. https://doi.org/10.1177/0884533616679639

39. Neyzi, O., Bundak, R., Gökçay, G., Günöz, H., Furman, A., Darendeliler, F., Baş, F. (2015). Reference Values for Weight, Height, Head Circumference, and Body Mass Index in Turkish Children. *Journal of Clinical Research in Pediatric endocrinology*, *7*(4), 280–293. https://doi.org/10.4274/jcrpe.2183

40. Sağlık Bakanlığı Bebek, Çocuk ve Ergen İzlem Protokolleri https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/ces_materyal/saglik_personeli_egitim/Bebek_Cocuk_Ergen_Izlemleri_ve_Izlem_Protokolleri.pdf (erişim tarihi:16.05.2023)

41. Joosten, K., Kolacek, S., Mihatsch, W. A., Moltu, S. J., Puntis, J. W. L., Riskin, A., Shamir, R., Tabbers, M. M., Van Goudoever, J. B., Saenz de Pipaon, M., On Behalf of ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN Working Group on Pediatric Parenteral Nutrition (2022). Research Priorities In Pediatric Parenteral Nutrition: A Consensus and Perspective From ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN. *Pediatric Research*, 92(1), 61-70. https://doi.org/10.1038/s41390-021-01670-9

42. Suluhan, D., Yıldız, D., Surer, I., Fidanci Eren, B., Balamtekin, N. (2021). Effect of Gastrostomy Tube Feeding Education on Parents of Children with Gastrostomy. *Nutrition in Clinical Practice*, 36(6), 1220-1229. https://doi.org/10.1002/ncp.10586

43. Suluhan, D., Yıldız, D., Kilic, S., (2014). Determination of Knowledge and Attitudes of Pediatric Nurses Working In A Training Hospital About Parenteral Nutrition. *Gulhane Medical Journal*, 56(1), 5. https://doi.org/10.5455/gulhane.27283

44. Akcay, K., Kesik, G., Suluhan, D., Soysal, D., Demir, H. N., Kazanci, H., (2020). Parenteral Nutrition and Nursing Care: A Review of The Recent Literature. *Clinical Science of Nutrition*, 2(1), 15-20.

45. Jimenez, L., Mehta, N. M., Duggan, C. P., (2017). Timing of The Initiation of Parenteral Nutrition in Critically Ill Children. *Clinical Nutrition & Metabolic Car*e, 20(3), 227-231. Https://Doi.Org/10.1097/MCO.0000000000000369

46. Miller, M., Vaidya, R., Rastogi, D., Bhutada, A., Rastogi, S. (2014). From Parenteral to Enteral Nutrition: A Nutrition-Based Approach for Evaluating Postnatal Growth Failure in Preterm Infants. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 38(4), 489-497

47. Özbaş, N., Göçmen Baykara, Z. (2018). The Determination of The Level of Knowledge of Nurses on Enteral Tube Feeding. *Journal of Human Sciences*, 15(1), 359. https://doi.org/10.14687/jhs.v15i1.3907

48. Kalender, N., Tosun, N., Kiliç, S., (2015). Determination of The Level of Knowledge of Nurses Working at an Education Hospital About Total Parenteral Nutrition. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing*, 7(1), 10-19. https://doi.org/10.5336/nurses.2013-34534

49. Demirel, U., Bahçecioğlu, İ. H., (2010). Enteral ve Parenteral Beslenmeye Klinik Yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 14(3), 149-154.

50. Koçhan, E., Akin, S., (2018). Hemşirelerin Enteral ve Parenteral Beslenme Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 4(1), 1 - 14. 10.5222/jaren.2018.001

51. Tekin, H. G., (2011). Çocuklarda Hastaneye Yatışın Nütrisyonel Durum Üzerine Etkisi. *Dokuzeylül Üniversitesi*, https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/579793

52. Corkins, M. R., Griggs, K. C., Groh-Wargo, S.,(2013). Task Force on Standards for Nutrition Support: Pediatric Hospitalized Patients, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, *Nutrition In Clinical Practice : Official Publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 28(2), 263–276. https://doi.org/10.1177/0884533613475822

53. Suluhan, D., (2020). *Çocuklarda Enteral ve Parenteral Beslenme* (Edit. Kuloğlu, Z., Pars, H.) Parenteral Beslenen Hastanın Hemşirelik Bakımı ve Taburculuk Eğitimi, 569-584. Nobel Tıp Kitapevi, Ankara

54. Kasırga, E., Kuloğlu, Z., Erkan,T., Özen, H., Kansu, A.,(2019). Çocuklarda Damardan Beslenme Uygulama Rehberi. *Ulusal Damar Erişimi Yönetimi Rehberi 2019; Hastane İnfeksiyonları Dergisi* 23:1-54;

55. Türkyılmaz, C., Bilgen, H., Kültürsay, N.,(2018). Türk Neonatoloji Derneği Prematüre Bebeklerin Parenteral Beslenmesi Rehberi. *Türk Pediatri Arşivi*. 53:119-127.)

56. Leong, A. Y., Cartwright, K. R., Guerra, G. G., Joffe, A. R., Mazurak, V. C., & Larsen, B. M. (2014). A Canadian Survey of Perceived Barriers to Initiation and Continuation of Enteral Feeding in Pıcus. *A journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, *15*(2), e49–e55. https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000016

57. Hulst, J., Joosten, K., Zimmermann, L., (2004). Malnutrition in Critically Ill Children: From Admission to 6 Months After Discharge. *Clinical Nutrition*. 23:223–232

58. Prince, NJ., Brown, KL., Mebrahtu, TF., Parslow, RC., Peters, MJ., (2014). Weight-For-Age Distribution and Case-Mix Adjusted Outcomes of 14,307 Pediatric Intensive Care Admissions. *Intensive Care Medicine.* 40:1132–1139

59. Van Puffelen, E., Hulst, JM., Vanhorebeek, I., (2020). Effect of Late Versus Early Initiation of Parenteral Nutrition on Weight Deterioration During PICU Stay: Secondary Analysis of The Pepanıc Randomised Controlled Trial. *Clinical Nutrition.* 39(1):104–109,9

60. Wentzel, M., (2008). Nutritional Nursing Care : Nurses' Interactions with The Patient, The Team and The Organization (Karlstads Universitet). Retrieved From https://urn.kb.se/2843

61. Sivrikaya, S., Eryılmaz, A., (2018). Nütrisyonel Destek Ekibinde Hemşirelik . *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi* , 3 (2) , 33-37 . Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/jshs/issue/41725/481153

62. Murphy, A.J.; Hill, R.J., Buntain, H., White, M., Brookes, D., Davies, W.,(2017). Nutritional Status of Children with Clinical Conditions. *Clinical Nutrition.* 36, 788–792

63. Nass, S. S., Nass, N. S., Iliyasu, Z., Suleiman, B., Yahaya, S., Habibu, B., Bindawa, M. I., Sani, A., Suleiman, M., Gachi, A. S. (2021). Determinants of Mortality Among Severely Malnourished Children in Northern Nigeria. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, *8*, 23333928211064089. https://doi.org/10.1177/23333928211064089

64. Hecht, C., Weber, M., Grote, V., Daskalou, E., Dell'Era, L., Flynn, D., Gerasimidis, K., Gottrand, F., Hartman, C., Hulst, J., (2015). Disease Associated Malnutrition Correlates with Length of Hospital Stay in Children. *Clinical Nutrition.* 34, 53–59

65. Diamanti, A., Cereda, E., Capriati, T., Giorgio, D., Brusco, C., Liguori , A., Raponi, M., (2018). Prevalence and Outcome of Malnutrition in Pediatric Patients with Chronic Diseases: Focus on The Settings of Care. *Clinical Nutrition.* 38, 1877–1882

66. Meyer, R., Wright, K., Vieira, M. C., Chong, K. W., Chatchatee, P., Vlieg-Boerstra, B. J., Groetch, M., Dominguez-Ortega, G., Heath, S., Lang, A., Archibald-Durham, L., Rao, R., De Boer, R., Assa'ad, A., Trewella, E., Venter, C. (2019). International Survey on Growth Indices and Impacting Factors in Children with Food Allergies. *Journal of Human Nutrition and Dietetics : The Official Journal of The British Dietetic Association*, *32*(2), 175–184. https://doi.org/10.1111/jhn.12610

67. Chang, Y. C., Thew, M., Hettich, K., Nugent, M., Simpson, P., Jay, M. S. (2019). Adolescent Inpatients with Eating Disorders: Comparison Between Acute and Chronic Malnutrition States on a Refeeding Protocol. *Global Pediatric Health*, 2333794X19839780. https://doi.org/10.1177/2333794X19839780

68. Leroue, M. K., Good, R. J., Skillman, H. E., & Czaja, A. S. (2017). Enteral Nutrition Practices in Critically Ill Children Requiring Noninvasive Positive Pressure Ventilation. *Pediatric Critical Care Medicine : A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, *18*(12), 1093–1098. https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001302

69. Nützenadel, W., (2011). Failure to Thrive in Childhood. *Deutsches Arzteblatt International*, 108(38), 642–649. https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0642

70. Hulst, J.M., Goudoever, J.B., Zimmermann, L.J., Hop, W.C., Albers, M.J., Tibboel, D., Joosten, K.F.M., (2004). The Effect of Cumulative Energy and Protein Deficiency on Anthropometric Parameters in a Pediatric ICU Population. *Clinical Nutrition.* 23, 1381–1389

71. Kurt, D., Paslı, E., (2023). Yoğun Bakım Hemşirelerinde Nütrisyonel Farkındalık . *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , (19) , 240-254 . Doı: 10.38079/igusabder.1199757

72. Al Kalaldeh, MT., Shahin, M., (2014). Nurses' Knowledge and Responsibility Toward Nutritional Assessment for Patients in Intensive Care Units. *Journal of Health Sciences*. 4(2):90-96,

73. 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. https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00717.x

74. Holst, M., Rasmussen, HH., Unosson, M., (2012). Well-Established Nutritional Structure in Scandinavian Hospitals is Accompanied By Increased Quality of Nutritional Care. *ESPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolisma*. 4:22-29

75. Duerksen, D., Keller, H., Vesnaver, E., (2016). Nurses' Perceptions Regarding the Prevalence, Detection, and Causes of Malnutrition in Canadian Hospitals: Results of a Canadian Malnutrition Task Force Survey. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition.* 40(1):100-106.

76. Al-Rafay, S., Al-Sharkawy, S., (2012). Educational Outcomes Associated with Providing a Comprehensive Guidelines Program About Nursing Care of Preterm Neonates Receiving Total Parenteral Nutrition. *Clinical Nursing Research,* 21(2), 142-158).

77. Tamer, A., (2018). Nütrisyonel Destek Yaklaşımında Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(3): 155-165 https://doi.org/10.26453/otjhs.399465

78. Özçiftçi, S., Akar, M., (2015). Yoğun Bakım Ünitelerinde Nütrisyon Desteğinin Önemi, *Ortadoğu Tıp Dergisi,* 7(1), 27 - 33.

79. Tabachnick, B.G., Fidell, L.S., (2013). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson.

80. Pallant J., (2007). *SPSS Survival Manual: A Step By Step Guide to Data Analysis Using SPSS For Windows (Version 12)* 2nd Ed. New York: Open University Press

81. Mistiaen P., Van den Heede K., (2020). Nutrition Support Teams: A Systematic Review. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 44(6), 1004-1020.

8. EKLER

EK-1 ETİK KURUL İZNİ

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926 26.05.2022
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 26.05.2022
TOPLANTI SAATİ : 13:30 (Covid-19 tedbirleri kapsamında toplantı online yapılmıştır.)
TOPLANTI NO : 2022/06
PROJE/ KARAR NO : 2022-211 (Değerlendirilme Tarihi: 26.05.2022)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Dr. Öğr. Üyesi Derya SULUHAN'ın sorumlu araştırmacı, Selda ŞEN'in yardımcı araştırmacı olduğu, 2022/211 kayıt numaralı, **"Pediatri Hemşirelerinin Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi"** başlıklı yüksek lisans tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Adı Soyadı ve Görev Yeri	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Gülhane Anestezi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Gülhane Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR (Gülhane Üroloji. Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR (Enstitü Tıbbi Kimyasal Biyolojik Radyolojik ve Nükleer Savunma Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ (Gülhane Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
6	Prof. Dr. Suat DOĞANCI (Gülhane Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
7	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN (Gülhane Genel Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
8	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI (Gülhane Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
9	Prof. Dr. Necmiye Ün YILDIRIM (Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
10	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU (Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
11	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI (Gülhane Tıp Fakültesi, Histoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Sekreter	
12	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
13	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
14	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY (Gülhane Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
15	Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL (Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etlik-Ankara Telefon:

EK-2 KURUM İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 28.07.2022-148564

28

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Öğrenci İşleri Birimi

Sayı : E-62602371-799--148564 28.07.2022
Konu : Selda ŞEN (Tez Çalışması)

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü sorumluluğunda sürdürülen lisansüstü Eğitim-Öğretim faaliyetleri kapsamında; Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Selda ŞEN hakkındaki Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü tarafından gönderilen ilgi yazı Ek'te gönderilmiştir.
Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Onur GENÇ
Enstitü Müdürü

Ek:İlgi Yazı (1 Sayfa)

Dağıtım:
Gereği:
Gsbe Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığına

Bilgi:
Gülhane Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :*BSRBY2K22B* Pin Kodu :47542 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys
Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Enstitü Mah. 06018
Etlik/Keçiören/ANKARA

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.07.2022-148253

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-90739940-799
Konu : Selda ŞEN (Tez Çalışması)

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İlgi: 22.06.2022 tarih ve 140087 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Selda ŞEN' in ***"Pediatri Hemşirelerinin Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi"*** konulu tez çalışmasına yönelik izin talebine ilişkin Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin cevabi yazısı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Söz konusu çalışmanın Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla ilgili kurumda yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Doç. Dr. Özgür Ömer YILDIZ
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

Ek: Üst Yazı (1 Sayfa)

ASM SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI Eğitim ve Tescil Birimi
Emrah Mh. Gata No: 87 Keçiören - ANKARA
Tel:

TARİH: 28.01.2022
PROTOKOL NO

T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU'NA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi , Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Dr. Öğr. Üyesi Derya SULUHAN'ın sorumlu araştırmacısı olduğu yüksek lisans öğrencisi Selda ŞEN'in yardımcı araştırmacı oldukları 'Pediatri Hemşirelerinin Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi' isimli projenin (yüksek lisans tezi) amaçlı yapılacak olan çalışmanın Çocuk Sağlığı Kliniği Anabilim Dalımızda/Kliniğimizde yapılmasına izin veriyorum.

Saygılarımla,

ONAYLAYAN

İmza

Prof. Dr. Bülent ÜNAY

Çocuk Sağlığı ve Hastalığı Anabilim Dalı Başkanı

Tarih: 28.01.2022

EK-3 TANITICI BİLGİ FORMU

TANITICI BİLGİ FORMU	
1. Yaş (gün/ay/yıl)	
2. Cinsiyet	( ) Erkek ( ) Kadın
3. Hemşirelik mesleği ile ilgili en son mezun olunan eğitim düzeyi	( ) Önlisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü (yüksek lisans, doktora)
4. Çalışılan birim/klinik/ünite	
5. Meslekte çalışma süresi (yıl)	( ) 0-5 yıl ( ) 6-10 yıl ( ) 11 yıl ve üzeri
6. Şu anda bulunulan klinikte çalışma süresi (yıl)	( ) 0-5 yıl ( ) 6-10 yıl ( ) 11 yıl ve üzeri
7. Nütrisyon ile ilgili dernek üyeliği durumu	( ) Var ( ) Yok
Cevabınız "var" ise hangi dernek olduğunu ve süresini (yıl) yazınız.	
8. Nütrisyon ile ilgili bilimsel aktivitelere (kongre/sempozyum) katılma durumu	( ) Katıldım ( ) Katılmadım
9. Nütrisyon ile ilgili eğitime katılma durumu	( ) Katıldım ( ) Katılmadım
Cevabınız "katıldım" ise eğitim yılını yazınız	
10. Nütrisyon desteğinin sağlanması ve bakıma ilişkin bilgileriniz yeterli mi	( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen yeterli
11. Çalıştığınız birimde nütrisyon tedavisi sağlanıyor mu?	( ) Evet ( ) Hayır
12. Nütrisyon tedavisi uygulama durumunuz	( ) Uyguluyorum ( ) Uygulamıyorum
13. Çalıştığınız birimde nütrisyon desteği sağlayan bir ekip var mı?	( ) Evet ( ) Hayır
14. Çalıştığınız birimde hasta yatışlarında nütrisyonel değerlendirme kim tarafından yapılır?	
15. Nütrisyon Destek Ekibinde çalışma durumu:	( ) Evet ( ) Hayır
Cevabınız "evet" ise süresi çalışma süresini (yıl) yazınız.	

EK-4 HEMŞİRELİKTE NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRMENİN ÖNEMİNİ, NÜTRİSYONEL BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİ VE ALGILANAN NÜTRİSYONEL BAKIMIN KALİTESİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

HEMŞİRELİKTE NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRMENİN ÖNEMİNİ, NÜTRİSYONEL BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİ VE ALGILANAN NÜTRİSYONEL BAKIMIN KALİTESİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Bölüm 1

Nütrisyonel Değerlendirmenin Önemi

Sayın katılımcı, bu bölümde hastalarda nutrisyonel değerlendirmenin önemine 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	☐	☐	☐	☐

Bölüm 2 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	☐	☐	☐	☐

Bölüm 3 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	☐	☐	☐	☐	☐

EK-5 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi ve algılanan bakım kalitesinin belirlenmesi

Sorumlu Araştırıcının Adı: Dr.Öğr. Üyesi Derya SULUHAN

Diğer Araştırıcıların Adı: Yük.Lis. Öğr. Hem. Selda ŞEN

'**Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi ve algılanan bakım kalitesinin belirlenmesi**' adlı bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi ve algılanan bakım kalitesinizi belirlenmek istenmesidir. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Gülhane Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında öğretim üyesi olan, Dr. Öğr. Üyesi Derya SULUHAN'ın sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu çalışmada '**Pediatri hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmenin önemine ilişkin tutum, nütrisyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyi ve algılanan bakım kalitesinin belirlenmesi**' amaçlanmıştır. Siz de dahil olmak üzere çalışmaya veri doygunluğu sağlanana dek pediatri hemşireleri katılacaktır. Araştırma Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde ve SBÜ Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ek Binasında yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Altı ay boyunca sürmesi planlanan bu araştırmaya katılmayı kabul eder iseniz çalışmaya dahil edileceksiniz.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Çalışmanın herhangi bir riski yoktur.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Araştırma sonucunda belirlenen sonuçlara göre gerekli düzenlemeler ve eğitimler yapılaması planlanmaktadır. Böylece siz ve diğer pediatri hemşireleri katkıda bulundukları takdirde belirlenecektir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır. Ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : SELDA ŞEN

GÖREVİ :Yüksek Lisans Öğrencisi
TELEFON :xxxxxx
(Katılımcının Beyanı)
Gülhane Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında öğretim üyesi olan Dr. Öğr. Üyesi SULUHAN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.
Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).
Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.
Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).
Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Yük. Lis. Öğr. Selda Şen'i Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etlik/Ankara adresinden ve xxxxx nolu telefondan arayabileceğimi biliyorum.
Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.
İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza
Tarih:

Görüşme tanığı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

9.ÖZGEÇMİŞ

1-Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Selda ŞEN

Doğum yeri ve tarihi: xxxxxx

Yabancı dili: İngilizce

2- Eğitimi

Ambulans Vaka Yönetimi Eğitimi 2023

Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifkası 2023

MedicReS/ Online/ Good Researcher Sertificate 2021

2012-2016 SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi – Lisans

3- Ünvanları

Hemşire

4- Mesleki Deneyimi

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Onkoloji Kliniği 2016-2017

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği 2017-2022

Sungurlu Devlet Hastanesi 2022- halen devam etmektedir.

5- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Çocuk Hemşireleri Derneği

Onkoloji Hemşireleri Derneği

6-Yayınları

Suluhan D., Şen S., Yıldız, D., Şeyhanlı E. S., (2022). Factors Impacting Nursing Students Working with Children with Hematological and Oncological Malignancies During the Covid-19 Pandemic. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(10), 9–18. Https://Doi.Org/10.55433/Gsbd.123

Suluhan D., Şen S., Yıldız D., Kemoterapi Alan Çocuğun Temel İhtiyaçlar Kuramına Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu (2. Uluslararası 3. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresinde Sözel Bildiri olarak sunulmuştur.)

Şen S., Gürsel O., Suluhan D., Mukopolisakkaridoz Hastalığına Sahip Olan Çocuğun Kök Hücre Nakli Sonrası Dorothy Orem'in Öz Bakım Kuramına Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu (1.Uluslararası 2.Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.)

Bakırlıoğlu B., Şen S., Kanser Hastalığı Olan Çocuk ve Ailesinin Psikososyal Destek Gereksinimleri Sağlık Bilimlerinde Multidisipliner Araştırmalar-3 kitabında kitap bölümü olarak yazılmıştır.

7-Organizasyonunda katkıda bulunduğu bilimsel toplantılar

2. Uluslararası 3. Ulusal sağlık bakım hizmetleri kongresi hazırlama kurulu