



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PALYATİF BAKIM KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ENTERAL
BESLENME UYGULAMALARINA İLİŞKİN ÖZ YETERLİLİKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

İlknur DEMİREL

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Zeliha TÜLEK**

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği, Tezli Yüksek Lisans Programı

Mayıs, 2025

TEZ KABUL VE ONAYI

İlknur DEMİREL tarafından, **Prof. Dr. Zeliha TÜLEK** danışmanlığında hazırlanan “**PALYATİF BAKIM KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ENTERAL BESLENME UYGULAMALARINA İLİŞKİN ÖZ YETERLİLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **02/05/2025** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

	İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Prof. Dr. Zeliha TÜLEK	☒
	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	Kabul
	Florence Nigtingale Hemşirelik Fakültesi	☐
	İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Ret
ÜYE	Doç. Dr. Aylin ÖZAKGÜL	☒
	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	Kabul
	Florence Nigtingale Hemşirelik Fakültesi	☐
	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Meryem AYVAZ	☒
	Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Kabul
	İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	☐
		Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

İlknur Demirel

Eğitim ğretim hayatım boyunca maddi manevi desteklerini esirgemeyen ve
her koşulda arkamda duran sevgili aileme ithaf ediyorum...

BÜTÇE DESTEKLERİ

PALYATİF BAKIM KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ENTERAL BESLENME UYGULAMALARINA İLİŞKİN ÖZ YETERLİLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni her koşulda destekleyen, akademik bilgi ve tecrübesi ile yol gösteren, tez sürecinde sabırla ilerlememi sağlayan, katkısı büyük olan sayın danışman hocam Prof.Dr. Zeliha Tülek'e,

Ders dönemi boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Çalışmamın veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyen Palyatif Bakım Hemşireleri Derneği Yönetim Kurulu Başkanı sayın Hurişah Aksal'a,

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya zaman ayıran sevgili meslektaşlarıma,

Yüksek lisans eğitim dönemi boyunca beni destekleyen sevgili çalışma arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca aldığım kararlarda desteklerini esirgemeyen, her anımda yanımda olduklarını hissettiğim, benim bu günlere emin adımlarla gelmemi sağlayan çok değerli annem, babam ve kardeşime,

Sevgisini, ilgisini her daim hissettiğim, her anımda destekçim olan ve her konuda yol gösteren sevgili eşim Fatih Demirel'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Mayıs 2025

İlknur DEMİREL

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI.....	ii
BEYAN.....	iii
BÜTÇE DESTEKLERİ	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO LİSTESİ	ix
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	4
2.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Tarihçesi.....	4
2.1.1. Palyatif Bakımın Amacı ve Felsefesi	5
2.1.2. Dünyada Palyatif Bakım.....	7
2.1.3. Türkiye’de Palyatif Bakım	9
2.1.4. Palyatif Bakım İhtiyacı Olan Hedef Gruplar ve Hastalıklar	12
2.1.5. Palyatif Bakım Ekibi	13
2.1.6. Palyatif Bakım Hemşireliği Görev Yetki ve Sorumlulukları	13
2.2. Özyeterlilik Tanımı	15
2.2.1. Hemşirelikte Öz Yeterliliğin Önemi	15
2.2.2. Öz Yeterlilik İle Hemşirelik Bakımı Kalitesi İlişkisi.....	17
2.3. Enteral Beslenme	18
2.3.1. Enteral Beslenme Endikasyonları ve Hasta Grupları	19
2.3.2. Enteral Beslenme Kontrendikasyonları.....	20
2.3.3. Enteral Beslenme Türleri.....	21
2.3.4. Enteral Beslenme Yöntemleri.....	24
2.3.5. Enteral Beslenme Komplikasyonları.....	25
3. YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	34
3.2. Araştırma Soruları	34
3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	34

3.3.1. Bağımlı Değişkenler	34
3.3.2. Bağımsız Değişkenler	34
3.4. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	35
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	35
3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	35
3.6. Araştırmanın Yöntemi	36
3.6.1. Veri Toplama Araçları	36
3.6.1.1. Hemşire Bilgi Formu (EK-2)	36
3.6.1.2. Hemşireler İçin Enteral Beslenme Uygulamaları Öz-Yeterlik Ölçeği (EK-3) ...	36
3.7. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi	37
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	37
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
4. BULGULAR	38
4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Çalışma Yaşamlarına İlişkin Bulgular	38
4.2. Hemşirelerin Klinik Deneyimlerine İlişkin Bulgular	39
4.3. Hemşirelerin Hemşireler İçin Enteral Beslenme Uygulamaları Öz-Yeterlik Ölçeği'ne "HİEBU-ÖYÖ" İlişkin Bulguları	40
4.4. Hemşireler İçin Enteral Beslenme Uygulamaları Öz-Yeterlik Ölçeği "HİEBU-ÖYÖ" Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Ve Çalışma Yaşamına Göre Puan Karşılaştırılması	41
4.5. Hemşirelerin Hemşireler İçin Enteral Beslenme Uygulamaları Öz-Yeterlik Ölçeği "HİEBU-ÖYÖ" Puanlarının Klinik Deneyimlerine Göre Karşılaştırılması	43
5. TARTIŞMA	45
5.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Çalışma Yaşamlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	45
5.2. Hemşirelerin Klinik Deneyimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	46
5.3. Hemşirelerin Hemşireler İçin Enteral Beslenme Uygulamaları Öz-Yeterlik Ölçeği'ne "HİEBU-ÖYÖ" İlişkin Bulguların Tartışılması	48
5.4. Hemşirelerin Hemşireler İçin Enteral Beslenme Uygulamaları Öz-Yeterlik Ölçeği "HİEBU-ÖYÖ" Puanlarının Sosyodemografik Özellikleri, Çalışma Yaşamları, Klinik Deneyimlerine Göre Tartışılması	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
KAYNAKLAR	54
EKLER	64
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	74
ETİK KURUL İZİN YAZISI	75
KURUM İZNİ YAZILARI	76
ÖZGEÇMİŞ	77

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2.1: Yetişkin ve çocuk hastalarda palyatif bakım gerektiren hastalıklar.....	12
Tablo 4.1: Hemşirelerin sosyodemografik ve çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=150).....	39
Tablo 4.2: Hemşirelerin klinik özelliklerine ilişkin dağılımları (n=150).....	40
Tablo 4.3: Hemşirelerin HİEBU-ÖYÖ bilgi ve uygulama alt faktörü ve toplam puanları (n=150).....	41
Tablo 4.3.1: HİEBU-ÖYÖ bilgi ve uygulama alt faktörü puanları arasındaki ilişki.....	41
Tablo 4.4: Katılımcıların HİEBU-ÖYÖ puanlarının sosyodemografik özelliklerine ve çalışma yaşamlarına göre değerlendirilmesi (n=150).....	42
Tablo 4.5: Katılımcıların HİEBU-ÖYÖ puanlarının klinik deneyimlerine göre değerlendirilmesi (n=150).....	43

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar	Açıklama
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
ASPEN	: American Society for Parenteral and Enteral Nutrition
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESPEN	: European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
GİS	: Gastrointestinal Sistem
HIV	: Human İmmunodeficiency Virus
HİEBU-ÖYÖ	: Hemşireler İçin Enteral Beslenme Uygulamaları Öz-Yeterlik Ölçeği
KEPAN	: Klinik Enteral Parenteral Nütrisyon Derneği
NCP	: National Consensus Project for Quality Palliative Care
NGT	: Nazogastrik tüp
PEG	: Perkütan endoskopik gastrostomi
PEJ	: Perkütan endoskopik jejunostomi
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WPCA	: World Palliative Care Alliance

ÖZET

[YÜKSEK LİSANS TEZİ]

[PALYATİF BAKIM KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ENTERAL BESLENME UYGULAMALARINA İLİŞKİN ÖZ YETERLİLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ]

[İlknur DEMİREL]

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği, Tezli Yüksek Lisans Programı

[Danışman : Prof. Dr. Zeliha TÜLEK]

[Amaç: Bu çalışma palyatif bakım hemşirelerinin enteral beslenme uygulamalarına ilişkin öz yeterliliklerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

[Yöntem: Çalışma Ekim-Aralık 2024 tarihleri arasında online anket formu üzerinden sosyal medya yoluyla kartopu örnekleme yöntemi kullanılarak palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerle gerçekleştirilmiştir. Veri toplamada katılımcılara ‘Katılımcı Bilgi Formu’ ve ‘Hemşireler İçin Enteral Beslenme Uygulamaları Öz-Yeterlik Ölçeği’ (HİEBU-ÖYÖ) uygulanmıştır.

[Bulgular: Araştırmaya katılan 150 hemşirenin yaş ortalamasının $33,9 \pm 8,2$ olduğu, çoğunluğunun kadın (%76, n=114), çoğunluğunun (%91,4, n=137) lisans/lisansüstü eğitilmiş oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların %51,3’ünün (n=77) 7 yılın üstünde çalışma deneyimine sahip olduğu, %52’sinin (n=78) palyatif bakımda çalışma süresinin 3 yılın üzerinde olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çoğunluğunun (%90,7, n=136) çalıştığı kurumda nütrisyon destek ekibinin bulunduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %60,7’sinin (n=91) lisans eğitimi sonrasında nütrisyon desteğine yönelik eğitim aldığı, bu eğitimin çoğunlukla (%69,2, n=63) hizmet içi eğitim kapsamında olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çoğunun aldıkları eğitimi (%68,1, n=62) ve enteral beslenme uygulamalarına ilişkin bilgi düzeylerini (%68, n=102) kısmen yeterli bulduğu saptanmıştır. Katılımcıların HİEBU-ÖYÖ toplam puan ortalamasının $154,6 \pm 24,8$ olduğu saptanmıştır. Ölçek puanları değerlendirildiğinde, hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarına ilişkin öz yeterliliklerinin yeterli düzeyde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların HİEBU-ÖYÖ puanı yaşa, cinsiyete, medeni duruma, eğitim durumuna, çalışılan kuruma, mesleki deneyime, palyatif bakım kliniğinde çalışma

süresine, çalışılan kurumda n trisy n destek ekibinin varlığına göre değerlendirildiğinde gruplar arası fark saptanmamıştır. Çalışmamızda n trisy n desteğine yönelik eğitim alan ve aldığı eğitimin yeterli olduğunu düşünen katılımcıların ve enteral beslenme uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyini yeterli değerlendiren katılımcıların HİEBU- Y  puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu bağlamda, eğitimin öz yeterlilik üzerine pozitif etkisi olduğu gözlenmiştir.

Sonuc: Çalışmamızda palyatif bakım hemşirelerinin enteral beslenme uygulamalarına ilişkin öz yeterliliklerinin yeterli düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ancak hemşirelerin öz yeterliliklerini geliştirmek için kanıta dayalı uygulamalar benimsenerek periyodik mesleki eğitim programlarının düzenlenmesi, eğitimlere katılımının teşvik edilmesi ve kliniklerde beslenme protokollerinin oluşturulması önerilir. Palyatif bakım hemşirelerinin bilgi ve uygulama becerilerine ilişkin öz yeterliliklerini arttırıcı faaliyetlerin yapılmasının hasta bakım kalitesine olumlu etkisinin olabileceği öngörülmektedir.]

Mayıs 2025 , [91] sayfa.

Anahtar kelimeler: [Palyatif Bakım, Enteral Beslenme,  z Yeterlilik]

ABSTRACT

[M.Sc. THESIS]

[EVALUATION OF SELF-EFFICACY OF NURSES WORKING IN PALLIATIVE CARE CLINICS REGARDING ENTERAL NUTRITION PRACTICES]

[İlknur DEMİREL]

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Internal Medicine Nursing

Internal Medicine Nursing Programme

[Supervisor : Prof. Dr. Zeliha TÜLEK]

[Objective: This study was conducted to evaluate the self-efficacy of palliative care nurses regarding enteral nutrition practices.

[Method: The study was conducted between October and December 2024, with nurses working in palliative care clinics participating using the snowball sampling method via social media and online survey form. The participants were administered two questionnaires, the "Participant Information Form" and the `Enteral Nutrition Practices Self-Efficacy Scale for Nurses` (N-ENP-SES) to collect the data.

[Results: The mean age of the 150 nurses who participated in the study was 33.9 ± 8.2 years, the majority were female (76%, n=114), and the majority (91.4%, n=137) had undergraduate and graduate education. It was found that 51.3% (n=77) of the participants had more than 7 years of working experience and 52% (n=78) had more than 3 years of working experience in palliative care. The majority of the participants (90.7%, n=136) had a nutrition support team in the institution where they worked. It was determined that 60.7% (n=91) of the participants received training on nutritional support after undergraduate education, and the majority (69.2%, n=63) received training within the scope of in-service training. Most of the participants found the training they received (68.1%, n=62) and their level of knowledge about enteral nutrition practices (68%, n=102) partially sufficient. When the data of the participants were analyzed, the mean total score of the scale was 154.6 ± 24.8 . When the scale

scores were evaluated, self-efficacy of nurses working in palliative care clinics regarding enteral nutrition practices was at an adequate level. There was no difference between the groups when the participants' N-ENP-SES scores were evaluated according to age, gender, marital status, educational status, institution of employment, professional work experience, duration of employment in palliative care clinic, and the presence of a nutrition support team in the institution. In our study, participants who received training on nutrition support and thought that the training they received was adequate, and participants who evaluated their level of knowledge about enteral nutrition practices as adequate had higher N-ENP-SES scores. In this context, it was observed that education had a positive effect on self-efficacy.

Conclusion: In this study, palliative care nurses' self-efficacy regarding enteral nutrition practices was found to be at an adequate level. However, in order to improve nurses' self-efficacy, it is recommended to organize periodic vocational training programs by adopting evidence-based practices, encourage nurses to participate in trainings, and establish nutrition protocols in clinics. Activities to increase the self-efficacy of palliative care nurses regarding their knowledge and practice skills may have a positive effect on the quality of patient care.]

May 2025, [91] pages.

Keywords: [Palliative Care, Enteral Nutrition, Self-efficacy]

1. GİRİŞ

Beslenme, bireyin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi, büyüme ve gelişimini desteklemesi, metabolik süreçlerini sürdürebilmesi için gerekli olan makro ve mikro besin öğelerini alarak vücudunda kullanma sürecidir (Ünsal, 2019). Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Derneği'nin (ESPEN) tanımlamasına göre malnütrisyon, enerji, protein ve diğer besin öğelerinin alımdaki yetersizlikten veya düzensizlikten kaynaklanan, vücut kompozisyonunun ve kitlesinin olumsuz yönde değişimine sebep olan, klinik gidişatın bozulmasına ve zihinsel, fiziksel fonksiyonların azalmasına neden olan durumdur (Cederholm ve diğ., 2017). Kronik ya da akut olarak gelişen hastalıkların getirdiği semptomlar besin alımı yetersizliğine ve katabolizma sürecinin hızlanmasına yol açarak malnütrisyona sebep olmakta bu durum morbitide ve mortalite artışına neden olmaktadır (Cass ve diğ., 2022). Yapılan çalışmalar hastanede yatan hastalarda %10-60 arasında farklılık gösteren oranlarda malnütrisyon prevalansı olduğunu göstermektedir (Leij-Halfwerk ve diğ., 2019; Cass ve diğ., 2022). Malnütrisyon palyatif bakım ünitelerinde de sık görülen bir sorundur. Palyatif bakım ünitelerinde yapılan çalışmalarda %57 ile %89 arasında değişen malnütrisyon oranı bildirilmektedir (Çınar ve diğ., 2017, Ayık ve diğ., 2020). Kılavuzlarda malnütrisyon süresi uzadıkça yapılan tedavilerin etkinliğinin azaldığı ve mortalitenin arttığı bildirilmektedir (Cederholm ve diğ., 2017; Doğanay ve diğ., 2023). Bu nedenle yeterli oral alımı sürdüremeyen bireylerde enteral beslenmeye geçiş yapılması değerlendirilmesi gereken önemli bir unsurdur (Doley, 2022).

Enteral beslenme, oral yolla yeterli besin alımının kısıtlı olduğu ya da mümkün olmadığı nörolojik, onkolojik, kardiyovasküler ve gastrointestinal vb. gibi sistem hastalıklarına sahip olan bireylerde tüp uygulamaları (nazogastrik, nazoenterik, gastrostomi veya jejunostomi) kullanılarak besin maddelerinin aralıklı, bolus veya sürekli olarak vücuda verilmesini sağlayan bir beslenme yöntemidir (Lim ve diğ., 2018; Doğanay ve diğ., 2023). ESPEN oral alımın mümkün olmadığı kritik durumda olan hastalarda ilk 48 saat içerisinde enteral beslenmeye geçilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Singer ve diğ., 2019).

Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) ve nazogastrik tüp (NGT) en sık kullanılan iki enteral beslenme yoludur (Lim ve diğ., 2018; Folwarski ve diğ., 2020). NGT kısa süreli enteral beslenme gerektiren durumlar için kullanılırken (Bischoff ve diğ., 2022), 4-6 haftadan daha uzun süreli enteral beslenmenin gerektiği durumlarda PEG tercih edilmektedir (Kahveci ve Çelik, 2020). PEG, oral alımın yetersiz olduğu ancak gastrointestinal sistemin fonksiyonel olduğu durumlarda, karın duvarı yoluyla mideye doğrudan tüp yerleştirilmesi işlemidir (Kahveci ve Çelik, 2020). Klinik kılavuzlar, PEG'in uzun süreli beslenme gereksinimi olan hastalar için uygun olduğunu belirtmektedir (Bischoff ve diğ., 2022).

Hemşireler hastaların nütrisyonel risk değerlendirmelerinin yapılması, ihtiyaç halinde uygun nütrisyonel destek yolunun belirlenmesi, enteral tüple (PEG, NGT, PEJ vb.) beslenmenin gerçekleştirilmesi, tüpün bakımının yapılması, olası komplikasyonların önlenmesi, komplikasyon gelişmesi halinde gerekli müdahalelerin yapılması, taburculuk sırasında hasta ve yakınlarına yazılı-sözlü eğitimin verilmesinde kilit rol oynamaktadır (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 19.04.2011, Sayı: 27910; Uysal ve diğ., 2011; Koçhan ve Akın, 2018). Bu bağlamda hemşireler, palyatif bakım ihtiyacı olan hasta ve hasta yakınları için hemşirelik süreci doğrultusunda bakım ve beslenme desteği sağlamakla yükümlüdür (Wallin ve diğ., 2022). Palyatif bakım alan hastalarda hastalıkların getirdiği semptomlara bağlı olarak tat duyusu değişikliği, bulantı, kusma, disfaji, diyare, konstipasyon vb. durumlar gelişmekte ve besin alımının azlığı nedeniyle sağ kalım oranı azalmaktadır. Bu nedenle palyatif bakım hastalarında enteral tüple beslenme uygulaması sıkça kullanılmaktadır (Gürsan ve diğ., 2022). Bu durum göz önüne alındığında palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin enteral beslenme ile ilgili bilgilerinin hasta bakımı, beslenmenin devamlılığının sağlanması ve komplikasyonların önlenmesi açısından yeterli olması beklenmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarına ilişkin bilgilerinin yeterli ve istenilen düzeyde olmadığı bildirilmiştir (Koçhan ve diğ., 2018; Özbaş ve diğ., 2018; Hadera ve diğ., 2022; Hamdan ve diğ., 2022).

Enteral beslenme uygulamalarının doğru, etkin ve güvenli bir şekilde yerine getirilmesi, bu uygulamaların teknik ve teorik açıdan ilerlemesi için hemşirelerin bilgi seviyelerinin yanı sıra öz yeterlilik düzeyleri de belirleyici bir rol oynamaktadır. Hemşirelerin bu alandaki bilgi birikimi ve becerileri, enteral beslenme süreçlerinin kalitesini arttırmada, hasta bakımının etkinliğini ve güvenliğini sağlamada kritik öneme sahiptir (Alish ve Okuroğlu, 2023). Bandura'ya göre öz yeterlilik bireyin belli bir performansı yönetebilmek için gerekli planlamaları organize edip başarılı bir şekilde yapabilmesine

yönelik kendi yargısıdır. Buna karşın, bireyin başarılı olabilmek için gereken donanım ve yeterliliğe sahip olduğuna dair inancı yok ise durumla başa çıkmak için harekete geçme olasılığı da düşük olacaktır (Bandura, 1977). Öz Yeterlilik Kuramı'na göre kişiler kendilerini yeterli hissettikleri alanda etkin bir şekilde eylemi gerçekleştirme performansına sahipken; yeterli hissetmedikleri alanda eyleme geçme ve eylemi gerçekleştirme oranı düşüktür (Arseven, 2016).

Hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarına bağlı gelişebilecek komplikasyonları önlemek, hastanede kalış süresini azaltmak ve uygun, kanıta dayalı hemşirelik girişimleri yoluyla yaşam kalitesini artırmak için enteral beslenme hakkında iyi bilgi ve uygulama donanımına sahip olmaları çok önemlidir (Çelebi ve Yılmaz, 2019). Hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarına yönelik iyi teorik bilgilerinin olması gerekliliğinin yanı sıra öğrenilen bilgilerin öz yeterlilikle uygulamaya yansıtılma becerilerinin olması bakım kalitesi açısından önemli bir unsurdur. Literatürde hemşirelerin enteral beslenmeye yönelik bilgi ve bakım algılarını inceleyen çok sayıda araştırma olmasına karşın, palyatif bakım hemşirelerinin enteral beslenmeye ilişkin bilgi durumu, bakım ve öz yeterlilik algılarını inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir (Albanesi ve diğ., 2021; Sánchez ve diğ., 2021; Aliş ve Okuroğlu, 2023; Batu ve diğ., 2024). Bu çalışma palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin enteral beslenme bilgi ve uygulamalarına yönelik öz yeterlilik düzeylerinin saptanması amacıyla planlanmıştır. Çalışma sonuçlarının, hemşirelerin bu konudaki bilgi ve öz yeterlilik algılarını arttırmaya yönelik yapılması planlanan eğitim programlarının içeriğinin planlanmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. PALYATİF BAKIMIN TANIMI VE TARİHÇESİ

Dünya üzerinde sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve yaygınlaşmasının etkisiyle yaşam süresinin uzaması, nüfusun giderek yaşlanmasıyla birlikte kronik hastalıkların artması, çeşitli sebepler ile hasta yakınlarının kronik hastalıklara sahip olan hastalarına gerekli bakımı etkin bir şekilde verememesi profesyonel bakımın gerekliliğini, palyatif bakım ihtiyacını ve önemini arttırmıştır (Çelik ve Koç, 2021). Her yıl tahmini olarak 20 milyon insan yaşamlarının son yılında palyatif bakıma ihtiyaç duymaktadır. Palyatif bakıma ihtiyaç duyan bu insanların %78'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. 2014 yılında palyatif bakıma ihtiyaç duyan insanların sadece %14'ünün gerçekten palyatif bakım aldığı tahmin edilmektedir (WHO, 2016). *Palliate* Latince *pallium* kelimesinden köken almıştır ve kapsayıcı veya koruyucu anlamına gelmektedir. İngilizce *palliative* ise terminolojide hafifleten, yatıştıran, geçici çare anlamında kullanılmaktadır (Çifci, 2021). Türk Dil Kurumu tarafından “Tedavi etme ihtimali olmayan, ağrı, acı, ve sızıları geçici olsada hafifletici etkisi olan ve dindiren (ilaç vb.)” olarak ifade edilmektedir. (TDK, 2024)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (World Health Organization-WHO) 1990 yılında palyatif bakımı “Küratif tedaviye cevap vermeyen hastalara verilen bütüncül bakım” olarak tanımlanmış olup ağrı ve diğer semptomların yanı sıra psikolojik, manevi ve sosyal sorunların yönetiminin önemine dikkat çekmiştir (WHO, 1990). 2002’de yapılan tanımda ise palyatif bakımın yaşamın son dönemine indirgenmemesi, kronik ve ölümcül olan hastalıkların seyrinde mümkün olduğunca erken uygulanması gerektiği vurgulanmıştır (WHO, 2002). DSÖ’ nün yeniden şekillendirdiği tanıma göre palyatif bakım, hayatı tehdit edici hastalıkları bulunan hastaların ve ailelerinin öncelikli ağrı durumu olmak üzere fiziksel, psikososyal, ruhsal yönden bütüncül bir yaklaşım ile ele alınarak sorunlarının erken tespiti, etkili semptom yönetimi ve tedavinin sağlanması ve yaşam kalitelerinin artırılmasını amaçlayan bir yaklaşım biçimidir (WHO, 2020). Ulusal Hospis ve Palyatif Bakım Örgütü ise palyatif bakımı, ciddi hastalıkları olan hastaların hastalığının herhangi bir aşamasında konforunu ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik bütüncül, hasta ve aile merkezli, hastanın özerkliğine önem verecek şekilde planlanan bir bakım yaklaşımı olarak tanımlamıştır (Kirk & Mahon, 2010).

Palyatif bakım hareketini 1948 yılında İngiliz hemşire ve sosyal çalışmacı olan Dame Cicely Saunders başlatmıştır. Saunders ölümüne yakın hastaların tedavilerinin yapılmasının yanında hayat kalitesinin artırılması için hastaların gereksinimlerine ve isteklerine, hastalıkların semptom yönetimine odaklanmıştır. Bu bağlamda dünya üzerinde ilk modern hospis merkezi olarak kabul gören St. Christopher Hospis merkezini 1967 yılında açmıştır (Clark, 2016). 1974 yılında, Kanada'nın Montreal kentindeki McGill Üniversitesi Royal Victoria Hastanesi'nde cerrahi onkolog olan Dr. Balfour Mount, Fransız kültüründe hospice kelimesinin olumsuz çağrışımlarından kaçınmak için ilk kez palyatif bakım terimini ortaya atmış ve kronik ya da yaşamı sınırlayan hastalıkları olan kişilerin ve ailelerinin fiziksel, sosyal, psikolojik veya ruhsal yönden problemleri için bütüncül bakım sağlamanın ne anlama geldiğini açıklamıştır. Aynı zamanda Dr. Saunders'ın yeniliklerini akademik eğitim hastanelerine tanıtmıştır (Loscalzo, 2008). 1975 yılında Balfour ilk palyatif bakım ünitesini Kanada'da Royal Victoria Hastanesi'nde hizmete açmıştır. Günümüze kadar palyatif bakım hizmeti, çalışmaların artmasıyla birlikte dünyada hızla yayılmış ve birçok ülkede palyatif bakım servisinin açılmasına zemin oluşturmuştur (Sertdemir Batbaş ve diğ., 2021; Özçelik, 2020).

2.1.1. Palyatif Bakımın Amacı ve Felsefesi

Palyatif bakım ölümcül hastalıklara sahip olan ya da kronik hastalıkları olan hastaları, hasta yakınlarını, bakım vericileri kapsayan holistik bir yaklaşımdır. Palyatif bakım hastanın hastalığı boyunca kaliteli bir yaşam sürmesini amaçlamasının yanı sıra ölüm sonrasında da aile bireylerinin olası fiziksel, ruhsal problemlerini etkin yönetebilmeleri açısından katkı sağlamayı hedefler (Fadıloğlu, 2019; Özçelik, 2020). Palyatif bakımın temel odak noktası semptom yönetiminin etkili yapılarak hastaya sıkıntı veren durumun ortadan kaldırılması, hastanın özerkliğinin sağlanmasıyla birlikte yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Bu nedenle hastaların ve hasta yakınlarının ihtiyaçları, beklentileri, değerleri ve inançları dikkate alınarak bütüncül bir bakım sağlanmalıdır. Bu yaklaşım, hastaların yaşam kalitesini iyileştirme ve onların bireysel değerlerini koruma amacı taşır (Güç ve Yavuzşen 2020; WHO, 2020).

Ulusal Kaliteli Palyatif Bakım Konsensüs Projesi (NCP) tarafından hazırlanan Kaliteli Palyatif Bakım İçin Klinik Uygulamalar Rehberi'nde, palyatif bakımın tüm sağlık sistemlerinde uygulanması gereken bütüncül bir model olduğu belirtilmiştir. Bu rehber gere, palyatif bakımın amacı yalnızca semptom yönetimini değildir. Bunu yanında hastanın sosyal ve duygusal yönden refahını arttırmayı amaçlamalıdır. Bu kapsamda, sağlık profesyonellerinin hasta ile güven ve empati odaklı bir ilişki kurarak hastanın bireysel ihtiyaçlarını anlaması esastır (NCP, 2018).

Palyatif Bakım:

- Öncelikli olarak ağrının kontrolünün sağlanmasını ve diğer semptomların etkin yönetilmesini sağlar.
- Yaşamı desteklemenin ötesinde ölümü de doğum gibi sürecin doğal bir parçası olarak değerlendirir.
- Ölümü hızlandırma ya da geciktirme hedefi taşımaz.
- Holistik bir bakış açısıyla hastayı fiziksel, ruhsal ve psikosoyal açıdan bir bütün olarak değerlendirir.
- Hastaların son anına kadar özerkliğini korumasına katkı sağlar ve aktif bir hayat sürmesini destekler.
- Hasta yakınlarına hastalık boyunca süreci sağlıklı yönetmelerine destek olur ve ölüm sonrasındaki yas durumuyla başa çıkabilmelerine katkı sağlar.
- Hasta ve yakınlarını, bakım verenleri bakım sürecinin etkin bir parçası olarak kabul eder. Süreç boyunca ve yas dönemini de kapsayacak şekilde multidisipliner ekip anlayışı ile gereksinimlerin karşılanmasını sağlar.
- Yaşam kalitesini optimal düzeyde arttırmayı hedefler aynı zamanda hastalığın gidişatını pozitif yönde etkileyebilir.
- Tanıdan itibaren hastalığın tedavisi boyunca gelişen klinik komplikasyonların yönetimini sağlar; hastalık sürecinin yönetiminde semptom yönetimini sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak amacıyla ilaç tedavisiyle birlikte radyoterapi, kemoterapi gibi uygulamalar kullanılabilir (WHO, 2023).

2.1.2. Dünyada Palyatif Bakım

Palyatif bakımının ilk olarak yalnızca terminal dönemdeki hastalara yönelik sunulmasına karşın, bulaşıcı olmayan hastalıkların küresel ölçekte yüksek mortalite oranlarına yol açması, tanı ve tedavi olanaklarının teknolojik ilerlemelerle birlikte gelişmesi, bu bakım modelinin kapsamının genişletilmesi gerekliliğini ortaya koymuştur. Günümüzde, palyatif bakımın yalnızca yaşamın son döneminde değil, yaşamı tehdit eden herhangi bir hastalık tanısı alan bireylerin tüm hastalık süreçlerinde uygulanması gerektiği anlaşılmaktadır (Gürsan ve Erdoğan, 2022). Tahmini olarak her yıl 56,8 milyon insan palyatif bakıma ihtiyaç duymakla birlikte palyatif bakıma ihtiyaç duyan bireylerin çoğu orta ve düşük gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Özellikle çocuk hasta grubunda palyatif bakıma ihtiyaç duyanların %98'nin düşük ya da orta geliri olan ülkelerde olduğu ve yarısının Afrika'da yaşadığı bildirilmiştir (WHO, 2020). Düşük gelirli ülkeler, yüksek gelirli ülkeler ile kıyaslandığında hastalıkların önlenmesi, tanı ve tedavi süreçleri, bakım, sosyal destek ve uzmanlık hizmetlerine erişim açısından önemli zorluklarla karşı karşıyadır. Bu bağlamda, palyatif bakım hizmetlerinin evrensel erişilebilirliğinin sağlanması kritik bir öneme sahiptir. DSÖ, palyatif bakımın yalnızca bir tercih değil, tıbbi ve etik bir zorunluluk olduğunu belirtmekte ve sağlık sistemlerinin tüm seviyelerinde, bu hizmetlere ihtiyacı olan her bireyin erişebilmesini sağlamanın gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2018).

Palyatif bakım alması gereken birey sayısının fazla olmasına karşın dünya genelinde palyatif bakıma ihtiyacı olan bireylerin sadece %14'lük küçük bir kısmı bu hizmeti alabilmektedir (WHO, 2020). DSÖ'nün küresel mortalite verileri incelendiğinde, ölümlerin %73,4'ünün bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklandığı bu oranı, %14,6 ile bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümler, %4 oranında gebelik ve doğum öncesi komplikasyonlar ile beslenme sorunları, %8 oranında ise yaralanmalar ve zehirlenmeler izlemektedir. Bu dağılım, bulaşıcı olmayan hastalıkların küresel halk sağlığı üzerindeki ciddi etkisini ve bu hastalıklara yönelik kapsamlı palyatif bakım modellerinin geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır (WHO, 2020). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2019 yılında 194 üye devlet arasında bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili gerçekleştirdiği bir çalışmaya göre; ülkelerin %68'inde palyatif bakım için fon mevcut olduğu ve ülkelerin yalnızca %40'ı hizmetlerin ihtiyaç sahibi hastaların en az yarısına ulaştığını bildirilmiştir (Connor ve Gwyether 2018; WHO, 2020).

Yaş gruplarına göre bakıldığı zaman dünya genelinde verilen palyatif bakım hizmetinin yaklaşık %40'nı 70 yaş üzeri bireyler, %27'sini 50-69 yaş arasında olan bireyler, % 26'lık kısmını 20-49 yaş arasındaki bireyler ve %7'lik kısmını ise 0-17 yaş grubundaki bireyler oluşturmaktadır (Knaul ve diğ., 2020). Bölgesel olarak bakıldığında, Batı Pasifik, Afrika ve Güneydoğu Asya bölgeleri, palyatif bakıma ihtiyaç duyan yetişkin bireylerin %64'ünü oluşturduğu, Avrupa ve Amerika bölgeleri sırasıyla %30, Doğu Akdeniz bölgesi ise %4'lük bir orana sahip olduğu saptanmıştır. Kişi başına düşen palyatif bakım ihtiyacının en yüksek olduğu bölgenin Afrika olduğu, bu durumu Avrupa ve Amerika'nın izlediği bildirilmiştir. (Knaul ve diğ., 2020). Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Palyatif Bakım İttifakı beş kıtadan yalnızca üçünde etkin palyatif bakım hizmeti sunulabildiğini belirtmiştir (Cruz, 2017).

Dünya üzerinde palyatif bakım uygulamalarına bakıldığı zaman gelişmiş ülkelerde palyatif bakım, genellikle entegre bir sistem olarak sunulmakta olup, hastaneler ile evde bakım hizmetleri iş birliği içerisinde uygulanmaktadır. İngiltere'de palyatif bakım hizmetleri; hastanelerde yataklı servislerde, evde bakım hizmetleri kapsamında, gündüz bakım hizmetleri veren kuruluşlarda, yas destek merkezlerinde, Ulusal Sağlık Servisi iş birliği ile yürütülen hizmetler kapsamında birbirleriyle iş birliği içerisinde ve entegre bir şekilde uygulanmaktadır (Dixon ve diğ., 2015). Almanya'da ise palyatif bakım hizmetleri bu konu üzerine eğitim almış doktorlar ve hemşireler tarafından evde bakım hizmetleri kapsamında yürütülmektedir. Evde semptom yönetimi sağlanamayan ve terminal dönem olduğu düşünülen hastalar hastanelere sevk edilmekte ve hastaların hizmet sürecinin devamlılığı sağlanmaktadır. Hastanelerde palyatif bakım disiplinlerarası iş birliği sağlanacak şekilde yürütülmektedir (Bağ, 2012). Disiplinlerarası ekip; hasta, hasta yakını, doktor, hemşire, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi, iş uğraş terapisti ve gönüllü hospis çalışanlarından oluşmaktadır (Bağ, 2012). Amerika'da ise palyatif bakım hizmetleri onkoloji klinikleri, bakım evleri, evde bakım hizmetleri ile koordineli çalışmaktadır. Bakım evleri hospis acentalarıyla, harici palyatif bakım hemşireleri ve doktorları ile işbirliği içerisinde palyatif bakım hizmet vermektedir. Ev temelli palyatif bakım hizmetin büyük kısmını oluşturmaktadır. Multidisipliner bir palyatif bakım ekibi oluşturularak, evde bakım sürecinde semptomların yönetilmesi, bakımın koordinasyonunun sağlanması, bakım vericilerine destek verilmesi ve tedaviye yönelik profesyonel desteğin artırılması sağlanmaktadır (Aslan, 2020).

2.1.3. Türkiye’de Palyatif Bakım

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023 yılı verilerine göre, Türkiye’de 65 yaş ve üstündeki yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı 2018 yılında %8,8 iken 2023 yılında %10,2’ye yükselmiştir. 65 yaş üstü nüfusun artmasıyla birlikte yaşlıların demografik yapısı değişmekte ve yaşlı bağımlılık oranı yükselmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre ise 2030 yılında bu oranın %12,9’a, 2040 yılında %16,3’e, 2080 yılına gelindiğinde ise %25,6’ya çıkması beklenmektedir (TÜİK,2023). Bu durum ülkemizde palyatif bakımın önemini ve gereksinimini arttıran bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye’de palyatif bakım alanındaki ilk adımlar, 1980-1990’lı yıllarda atılmıştır. 1986 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde ağrı polikliniği açılmış olup 1990 yılında ilk yataklı ağrı ünitesi hizmete girmiştir. Bu dönemde, kanser hastalarının ağrı yönetimi ve semptomlarının hafifletilmesine yönelik hizmetler, algoloji uzmanları ve onkologlar tarafından sunulmaya başlanmıştır. Bu girişimler, özellikle ağrı tedavisine odaklanmış ve palyatif bakımın temel prensiplerini uygulayarak hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamıştır (Kutluk ve diğ., 2021; Sertdemir Batbaş ve diğ., 2021). Türkiye’de palyatif bakım hizmeti veren ilk kurum, 1993-1997 yılları arasında Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul’da kurulan kanser bakımevidir. Bu kuruluş, kanser hastalarına yönelik palyatif bakım sağlamak amacıyla hizmet vermiştir (Şencan ve diğ., 2016). 2006 yılında Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Ünitesi Vakfı ‘‘Hacettepe Umut Evi’’ açılışını gerçekleştirmiştir. Yine aynı yılda Ege Üniversitesi Hastanesi’nde palyatif bakım ünitesi açılmıştır (Kutluk ve diğ., 2021). Yetişkinlere yönelik ilk kapsamlı bakım veren palyatif bakım merkezi 2012 yılında Ankara Ulus Devlet hastanesi’nde hizmete açılmıştır. Öte yandan, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, vakıf üniversiteleri arasında ilk palyatif bakım merkezini kuran üniversitedir (Akçakaya, 2020).

2008 yılında Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı’nca ‘‘Palyatif Bakım Programı Eylem Planı’’ çalıştay gerçekleştirilmiş olup bu eylem planında palyatif bakımın önemi, pilot uygulama ile palyatif bakım merkezlerinin kurulması, uygun palyatif bakım modelinin uygulanması amaçlanmıştır (Uyar ve Köken 2020; Koç, 2021). 2010 yılında Türkiye için en uygun olan palyatif bakım modelini geliştirmek amacı ile Palya-Türk projesi başlatılmıştır. Proje kapsamında, 5 yıllık Ulusal Kanser Kontrol Planı’na göre, ülkemizin

bütün illerinde bulunan hastanelerde 2-4 yataklı olacak şekilde palyatif bakım merkezlerinin kurulması, ülke genelinde 15-20 yataklı, farklı meslek gruplarının multidisipliner bir yaklaşım ile kapsamlı palyatif bakım hizmeti sunacağı onkoloji merkezlerinin kurulması, tedaviye cevap veremeyen terminal dönem hastaları için uygun 30 özel yataklı sevgi evi, şefkat evi vb. yapılması planlanmıştır (Aslan, 2020; Özçelik, 2020; Gürsan ve Erdoğan, 2022).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2015 yılında, palyatif bakım hastalarına ve hasta yakınlarına hizmet sunan hemşirelere, mesleki gereklilikleri doğrultusunda bilgi, beceri ve tutum kazandırmayı amaçlayan ‘‘Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikasyon Programı’’ hayata geçirilmiştir. 2017 yılında ise Halk Sağlığı Müdürlüğü çatısı altında ‘‘Evde Sağlık ve Palyatif Bakım Birimi’’ kurulmuştur (Kutluk ve diğ., 2021). Günümüzde Türkiye genelinde, Sağlık Bakanlığı’na bağlı ‘‘Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Uygulama Yetkisi’’ verilen 50 hastane bulunmaktadır. Bu hastaneler, hemşirelerin palyatif bakım konusunda yetkinlik kazanmalarını sağlamak amacıyla eğitim ve sertifikasyon süreçlerini yürütmektedir (Sağlık Bakım, Hasta Hizmetleri ve Eğitim Daire Başkanlığı, 2024).

Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerine ilişkin yasal düzenlemeler Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nce 09.10.2014 tarihinde yayımlanan ‘‘Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’’ ile yürürlüğe girmiş olup bu yönergede, palyatif bakım hizmetlerinin sunulmasına yönelik temel usul ve esasları belirlemiştir. Ardından, 07.07.2015 tarihinde, yataklı sağlık tesislerinde sunulan palyatif bakım hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi amacıyla, bu hizmetlerin fiziki koşullarını, personel gereksinimlerini, donanım özelliklerini ve hizmet standartlarını belirleyen bir yönetmelik yayımlanmıştır (Özçelik, 2020). Bu yönergenin amacı, ağrı ve diğer semptomlarının yönetiminin sağlanması, hasta ve yakınlarına psikososyal, manevi destek sağlanması, hastanın yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik faaliyetlerin düzenlenmesidir (Çiftçi, 2021).

Sağlık Bakanlığı’nın 2020 verilerine göre palyatif bakım merkezi sayısı Türkiye genelinde 397, yatak sayısı 5.717 iken 2023 yılında yatak sayısı 6.491’e yükselmiştir. Bu sayının 2028’e kadar 8.400’e çıkarılması hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Lynch ve arkadaşlarının (2013) dünya genelinde ülkelerin palyatif bakım hizmetlerindeki gelişimini kategorize ettiği bir çalışmada ülkeler faaliyetlerine göre 4 gruba ayrılmıştır.

Grup 1: Palyatif bakım hizmetlerine dair herhangi bir faaliyet girişimi bulunmayan ülkeler bu grup içerisinde yer almaktadır.

Grup 2: Henüz hospis veya palyatif bakım hizmetleri bulunmayan, ancak bu hizmetlerin geliştirilmesi için kurumsal ve politik kapasitenin oluşturulmasına yönelik çeşitli adımlar atılan ülkeler bu grupta yer almaktadır. Bu adımlar arasında konferanslar, eğitimler, lobi faaliyetleri ve hizmet geliştirme girişimleri bulunur.

Grup 3a: Yetersiz desteklenen palyatif bakım aktivizmi, bağışlara dayalı finansman, sınırlı morfin erişimi ve genellikle ev temelli, nüfusa oranla az sayıda hospis hizmeti ile karakterize edilen ülkeler bu grupta sınıflandırılmaktadır.

Grup 3b: Birden fazla finansman kaynağına sahip, gelişen palyatif bakım aktivizmi, morfin erişimi sorununun fazla olmadığı, bağımsız sağlayıcılar tarafından sunulan hospis hizmetleri ve hospis kuruluşları tarafından yürütülen eğitim-öğretim girişimleri ile öne çıkan ülkeler bu grup içerisinde yer almaktadır.

Grup 4a: Çeşitli palyatif bakım sağlayıcılarının bulunduğu, sağlık çalışanlarının palyatif bakım konusunda yüksek farkındalığa sahip olduğu, morfin gibi güçlü analjeziklere erişimin mümkün olduğu ve ulusal palyatif bakım derneklerinin mevcut olduğu ülkeler bu grupta yer almaktadır.

Grup 4b: Palyatif bakım aktivizminin geniş bir coğrafyaya yayıldığı, kapsamlı palyatif bakım hizmetlerinin sunulduğu, sağlık çalışanları ve toplumda yüksek bir farkındalık düzeyinin olduğu, morfin ve diğer analjeziklere sınırsız erişimin sağlandığı, tanınmış eğitim merkezleri ve derneklerin bulunduğu ülkeler bu grupta sınıflandırılmaktadır. Ülkemiz bu çalışmaya göre 3b grubunda yer almaktadır (Lynch ve diğ., 2013).

Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin yeterince gelişmemiş olmasının birkaç temel nedeni bulunmaktadır. Bu nedenler arasında aile yapısındaki kültürel faktörler, sağlık alanındaki insan gücü eksiklikleri, palyatif bakımın eğitim müfredatlarında yeterince yer almaması, uzmanlık alanının bulunmaması ve hastaların ve sağlık çalışanlarının palyatif bakım konusunda farkındalık eksiklikleri sayılabilir (Serdemir Batbaş ve diğ., 2021). Aynı zamanda dünyada üretilen opioidlerin hammaddelerinin çoğunun ülkemizde üretilmesine rağmen Türkiye’de opioid erişim sınırlılığı palyatif bakım hizmeti sunumunda engel teşkil etmektedir (Bilen, 2016).

2.1.4. Palyatif Bakım İhtiyacı Olan Hedef Gruplar ve Hastalıklar

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization- WHO) ve Dünya Palyatif Bakım Birliği (World Palliative Care Alianz, WPCA) 2014 raporuna göre dünyada her yıl 20 milyonun üzerinde kişi yaşam sonu için palyatif bakıma ihtiyaç duymaktadır. Bu bireylerin %69'u 60 yaş ve üzeri yetişkinlerden, %6'sı ise çocuklardan oluşmaktadır. Palyatif bakım hizmetine ihtiyaç duyan bireylerin %78'i orta ve düşük gelire sahip olan ülkelerde yaşamaktadır. Palyatif bakım ihtiyacının %90'ı kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kardiyovasküler hastalıklar, kanser gibi hastalıklar tarafından oluşturulmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü çocuklarda palyatif bakıma ihtiyaç duyulan hastalık grubunda en fazla ilerleyici malign olmayan hastalıkların yer aldığını, Afrika bölgesinde ise HIV/AIDS nedenli palyatif bakım ihtiyacının diğer bölgelere göre daha fazla ön plana çıktığını bildirmiştir (WHO-WPCA, 2014).

WHO-WPCA raporuna göre yetişkin çocuk hastalarda palyatif bakım gerektiren hastalıklar Tablo 2.1.'de verilmiştir (WHO-WPCA, 2014).

Tablo 2.1: Yetişkin ve çocuk hastalarda palyatif bakım gerektiren hastalıklar (WHO-WPCA, 2014).

Yetişkinler İçin Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar	Çocuklar İçin Palyatif Bakım Gerektiren Durumlar
• Kardiyovasküler hastalıklar, • Alzheimer ve diğer demans türleri , • Diyabet, • Kanserler, • Karaciğer sirozu, • Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, • Parkinson hastalığı, • Multipl skleroz, • Böbrek yetmezliği, • Hiv/Aids, • Romatoid artrit, • İlaça dirençli tüberküloz.	• Kanser, • Kardiyovasküler hastalıklar, • Konjenital anomaliler • Karaciğer sirozu, • İmmun ve hematolojik sistem bozuklukları, • Hiv/Aids, • Menenjit, • Böbrek hastalıkları, • Nörolojik bozukluklar

AIDS: Accuired Immune Deficiency Syndrome HIV: Human Immunodeficiency Virus

2.1.5. Palyatif Bakım Ekibi

Özellikle yaşamın son evresinde bulunan hastaların palyatif bakım sürecinde semptom yönetimi, çeşitli faktörler nedeniyle karmaşık bir süreç haline gelmektedir. Bu faktörler arasında ileri yaş, malnütrisyon, çoklu ilaç kullanımı ve yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler yer almaktadır. Sürecin etkili yönetimi için disiplinlerarası iş birliğinin sağlanması elzemdir (Gürsan ve Erdoğan, 2022).

Palyatif bakım ekibinin içerisinde hastanın ve ailesinin ihtiyaçlarının karşılanmasında birbirini tamamlayıcı öneme sahip roller üstlenen hekimler, hemşireler, eczacılar, fizyoterapistler, destek personeli ve gönüllüler gibi farklı disiplinlerden profesyoneller bulunmaktadır (WHO, 2020). Ayrıca hastaların ihtiyaçlarına göre sosyal hizmet uzmanları, din görevlileri, psikologlarda palyatif bakım ekibinin bir parçası olarak görev yapmaktadır (Gürsan ve Erdoğan, 2022).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce palyatif bakım kliniklerinde standart ve değerlendirme ölçütlerinin belirlenmesi amacıyla yayınlanan kalite dökümanında hastaların “multidisipliner bir yaklaşımla ilgili sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, vb.) tarafından değerlendirilmesi, palyatif bakım kliniklerinde çalışan sağlık çalışanlarının palyatif bakım konusunda yetkili kabul edilen uzman ve akademisyenlerden/kurum ve kuruluşlardan kendi meslek gruplarına yönelik palyatif bakım ile ilgili eğitim alması” gerektiği vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

2.1.6. Palyatif Bakım Hemşireliği Görev Yetki ve Sorumlulukları

Hemşireler palyatif bakım sürecinde görev yapan sağlık profesyonelleri içinde hastalarla en çok vakit geçiren ve hastaların yaşadığı semptomları en iyi gözlemleyebilen, değerlendirebilen ve tedaviye yönlendirebilen meslek grubudur. Hemşireler, hastaların tanı almasının ardından ölüm süreci ve sonrasında yakınlarının yas dönemi dahil olmak üzere tüm aşamalarda etkin bir rol oynar. Bu nedenle hemşirelerin tedavi ve semptom yönetimi, bakım, eğitim gibi önemli rol ve sorumlulukları mevcuttur (Elçigil, 2012). Rol ve sorumluluklarını hasta ve hasta yakınlarını fiziksel, ruhsal, psikososyal yönden bütüncül bir yaklaşım ile ele alarak yerine getirir (Özçelik, 2020). Hemşirelerin, palyatif bakım sürecinde etkili bir rol oynayabilmesi için gereken bilgi, tutum ve becerilere sahip olmaları, bakım kalitesini doğrudan etkileyen bir faktördür. Bu yeterlilikler, hemşirelerin semptom yönetimini

sağlanması, hastaların psikososyal, fiziksel ihtiyaçları, hasta ve ailesinin eğitim gereksinimi gibi kritik alanlarda uygun müdahaleleri gerçekleştirebilmelerini sağlar (Kav ve diğ., 2018). Bu bağlamda, hemşireler palyatif bakımda hastaların temel bakım ihtiyaçlarını bütüncül bir yaklaşım ile karşılayan multidisipliner ekibin en önemli yapı taşlarından biridir (Özçelik ve diğ., 2014; Sarman, 2019; Özçelik, 2020).

Her bireyin yaşı, dili, dini, ırkı, hastalığı ne olursa olsun kaliteli bir bakım hizmeti alma hakkı mevcuttur. Palyatif bakım hemşiresi hastayı her yönüyle değerlendirip gereksinim önceliklerini belirleyerek, hasta ve aile işbirliğini sağlayarak bakım sürecini yönlendirmelidir. Palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların ağrı yönetimi, kardiyak, solunum, gastrointestinal, bilişsel, psikososyal semptomların yönetimini sağlamak için kanıta dayalı rehberler kullanarak bakım vermelidir. Hasta ve ailesine hastalık süreci ve prognozu, ilaçlar, tedavi süreci, acil durumlar, yas ve keder süreci vb. gibi konularda eğitim vermelidir (Elçigil, 2012).

Resmi gazetede yayınlanmış olan 27910 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği'nde doğrudan palyatif bakım hemşiresi görev, yetki ve sorumluluklarına ilişkin özel düzenlenmiş bir içerik bulunmamaktadır. Ancak, palyatif bakımda çalışan hemşirelerin sorumlulukları, genel hemşirelik yönetmeliği çerçevesinde, hasta bakımının kalitesini artırmaya yönelik görevlerle ilişkilidir. Palyatif bakım hemşirelerinin görevleri, genellikle yoğun bakım, onkoloji ve evde bakım gibi alanlarda yer alan hemşirelerin görevleriyle örtüşmektedir. Örneğin; onkoloji hemşirelerinin palyatif bakım ihtiyacı sürecinde olan onkoloji hastalarının ve ailelerinin psikolojik yönden desteklerinin sağlanması, öncelikli olarak ağrının kontrol altına alınması olmak üzere diğer semptomların yönetiminin sağlanması ve semptom yönetiminde ailenin bilinçlendirilmesi, hastanın günlük bakımında otonomisinin sağlanması, hastanın konforunun artırılması, sosyal ve ekonomik destek mekanizmalarının belirlenmesi ve ailenin bilgilendirilmesi gibi konularda görev, yetki ve sorumlulukları mevcuttur (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011).

2.2. ÖZYETERLİLİK TANIMI

Öz yeterlilik kavramını ilk defa 1977 yılında Kanadalı psikolog Albert Bandura tanımlamıştır. Albert Bandura'nın sosyal öğrenme teorisi kapsamında geliştirdiği öz yeterlilik kavramı, bireylerin belirli bir görev veya durumu başarıyla yerine getirme konusunda sahip oldukları inançlarıdır. Bu kavram, bireyin kendi yetenekleri hakkında sahip olduğu algıyı ve bu algının davranışsal, duygusal ve bilişsel süreçler üzerindeki etkilerini açıklamaktadır. (Bandura, 1997). Bandura başka bir tanımında öz yeterliliği, “çeşitli durumlarla başa çıkabilmek için gereken davranışların ne kadar iyi ortaya konulabileceği ile ilgili kişisel yargılardır.” şeklinde tanımlamıştır (Bandura, 1994). Öz yeterlilik, bireyin kendisine atfedilen bir görevi yerine getirme kapasitesine olan öznel inancını olarak da tanımlanmaktadır (Muslichah, 2018). Bireyin öz yeterlilik algısı, zorlu durumlar ile başa çıkma düzeyinde, toplumsal ilişkilerinde ve performans düzeyinde belirleyici bir faktördür (Arslan, 2021).

Bandura, öz yeterlilik inancının bireylerin karşılaştıkları güçlükleri aşma yöntemleri, motivasyon düzeyleri ve başarıya ulaşma kapasiteleri üzerinde belirleyici bir rol oynadığını vurgulamaktadır (Bandura, 1997; Vicdan ve Taştekin 2019; Schunk & DiBenedetto, 2020). Bununla birlikte bireyin bir görevi üstlenme konusunda kendine olan inancı ve algıladığı yeteneği ne kadar yüksekse, öz yeterliliği de o kadar yüksektir (Muslichah, 2018). Yüksek öz yeterlilik düzeyine sahip bireyler, karşılaştıkları zorlayıcı görevleri genellikle birer öğrenme ve yetkinliklerini geliştirme fırsatı olarak değerlendirir, problemlere çözüm odaklı yaklaşımlar sergileyerek daha etkin stratejiler geliştirebilir. Bunun aksine, düşük öz yeterliliği olan bireyler, bu tür görevleri aşılması güç engeller olarak görme eğiliminde olup, artan kaygı düzeyleri nedeniyle genellikle daha pasif bir tutum benimseyebilir. Bu durum, bireyin potansiyelini maksimum seviyede kullanamamasına ve başarı olasılığının azalmasına neden olabilir (Bandura, 1997; Schunk ve DiBenedetto, 2020; Arslan, 2021).

2.2.1. Hemşirelikte Öz Yeterliliğin Önemi

Öz yeterlilik, bireyin sahip olduğu becerilerden ziyade, bu becerileri kullanarak belirli bir durumu başarıyla yönetme kapasitesine ilişkin öznel algısını ifade eder. Bandura (1999), motivasyonun temel kaynağının yalnızca hedeflerin kendisi olmadığını, hedeflere ulaşma sürecinde bireyin gerçekleştirdiği öz değerlendirmelerinde önemli olduğunu vurgulamıştır.

Yeterlilik inancı, insan davranışlarının yönlendirici bir unsuru olup bireylerin eylemlerine anlam kazandırır. Kişi, kendi eylemleriyle arzu edilen sonuçları elde edemeyeceğine inanıyorsa, zorluklar karşısında harekete geçme veya zorluklara direnç gösterme olasılığı önemli ölçüde azalır (Bandura, 1999). Bu bağlamda öz yeterlilik algısı yüksek olan bireylerin eyleme geçme, zorluklar karşısında etkili çözüm sağlama, bilgi becerilerini etkin yönlendirme kapasitesi de yüksek olacaktır (Bandura, 1977).

Öz yeterlilik düzeyinin yüksek olması hemşirelik mesleğinde de iş verimliliği, bakım kalitesi açısından önemlidir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde temel bir rol üstlenen hemşirelerin, bu görevlerini etkin bir biçimde yapabilmeleri için yeterli bilgi, beceri ve yetkinlikleri olması gerekliliğinin yanı sıra, bu yetkinliklerini uygulamada kullanabilmelerini sağlayacak yüksek düzeyde öz yeterlilik inancına sahip olmaları gerekmektedir (Türe ve Akkoç, 2019; Vicdan ve Taştekin 2019; Yılmaz Koçak ve Büyükyılmaz, 2019).

Hemşirelerin mesleki başarı ve verimliliklerini artırmada mesleki öz yeterlilik durumu da kritik bir öneme sahiptir. Öz yeterliliği yüksek olan hemşireler, mesleki ve bireysel gelişimlere karşı daha açık ve yeniliklere uyum sağlamaya daha istekli bir yaklaşım sergilemektedir. Yüksek mesleki ve kişisel öz yeterlilik düzeyine sahip hemşireler, karşılaştıkları zorluklara karşı pes etmez ve kullandıkları yöntemleri gözden geçirerek, daha etkili sonuçlar elde edebilmek için mesleki bilgilerini geliştirirler. Düşük öz yeterlik inancına sahip hemşireler ise olumsuz sonuçlar karşısında güvenlerini kaybeder ve yeni bir yaklaşım denemekte isteksiz davranırlar (Desbiens, 2012). Bu durum, hemşirelerin mesleki gelişimini ve iş doyumunu olumsuz yönde etkileyebilir. Bu bağlamda mesleki öz yeterliliği yüksek düzeyde olan hemşireler, hastaların bakımında daha etkili ve kaliteli uygulamalar gerçekleştirme eğilimindedir (Vicdan ve Taştekin 2019). Sezgin ve Düşükcan'ın (2020) hemşirelerin öz yeterlilik inanç düzeylerinin iş performansı üzerindeki etkisine yönelik örnekleminin 309 hemşirenin oluşturduğu bir çalışmada öz yeterlilik inancı yüksek olan hemşirelerin iş performansının da yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sezgin ve Düşükcan, 2020). Yılmaz Koçak ve Büyükyılmaz'ın (2019) çalışmasında ise mesleki deneyimi yüksek olan, eğitim sertifikası olan hemşirelerin öz yeterliliklerinin de yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun yanı sıra öz yeterlilik inançları yüksek olan hemşirelerin problemlerle başa çıkma becerisinin de yüksek olduğu saptanmıştır (Yılmaz Koçak ve Büyükyılmaz, 2019).

Öz yeterlilik, bilginin etkin şekilde kullanımını temel alan bir kavramdır. Bu bağlamda, hemşirelerin mesleki öz yeterlilik algıları kaliteli bakım sunabilmesi, meslekleri boyunca aldıkları eğitimlerin içeriği ve bu eğitimlerin bilgi ve beceri geliştirmeye olan

katkısıyla yakından ilişkilidir. Erken dönemde sunulan yapılandırılmış eğitim programları, hemşirelerin mesleki yeterliliklerini artırarak hasta bakım süreçlerinde daha yüksek performans göstermelerine olanak sağlar. Bu durum, sağlık hizmetlerinde verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi kritik parametreleri doğrudan olumlu yönde etkileyen bir faktördür (Uyaniker, 2014; Alavi ve diğ., 2015). Dehghani ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu 40 hemşirenin katılım sağladığı yarı deneysel bir çalışmada; hemşirelere verilen palyatif bakım eğitiminin öz yeterlilik algılarını olumlu düzeyde arttırdığı saptanmıştır (Dehghani ve diğ., 2020). DeFusco ve arkadaşlarının (2023) yapmış olduğu çalışmada da ise online eğitim videoları ile verilen palyatif bakım eğitiminin hemşirelerin öz yeterlilik düzeyini olumlu düzeyde etkilediği tespit edilmiştir (DeFusco ve diğ., 2023). Al-Mugheed ve Bayraktar'ın (2023) venöz tromboemboliye yönelik hemşirelerin bilgi düzeyi, risk değerlendirme kapasitesi ile tutum ve öz yeterliliklerinin incelendiği bir sistematik derlemede ise hemşirelerin venöz tromboemboli hakkındaki bilgileri arttıkça öz yeterlilik düzeylerinin de yükseldiği, daha fazla bilgiye sahip olan hemşirelerin, özellikle önleme gibi alanlarda kendilerine daha fazla güvendiği ve görevlerini yerine getirme kapasitelerinin daha iyi olduğu, ayrıca eğitim programlarının bilgi düzeyini artırdığı ve bunun hemşirelerin öz yeterliliklerine olumlu yansıdığı belirtilmiştir (Al- Mugheed ve Bayraktar, 2023). Bu sonuçlar eğitimin, bilgi düzeyinin öz yeterlilik durumunu önemli ölçüde etkilediği ve hemşirelerin hasta bakım sürecini daha etkin yönetmesini sağlayabileceğini göstermektedir.

2.2.2. Öz Yeterlilik İle Hemşirelik Bakımı Kalitesi İlişkisi

Hemşirelerin mesleki ve bireysel özellikleri, sağlanan bakımın kalitesini doğrudan etkilemektedir. Profesyonel bakımın temel bileşenleri arasında, hemşirelerin eğitim durumu, mesleki anlamda sahip olduğu donanımları, toplumun sağlık gereksinimlerine yönelik bakım sunumu, meslek üyelerinin uygulamalarında özerklik ve mesleğe bağlılık yer almaktadır. Ayrıca, hemşirelerin bireysel sorumluluk almaları, bakım süreçlerinde motivasyonları, öz yeterlilikleri, etik ilkeler doğrultusunda karar almaları ve meslek örgütlerinin varlığı mesleğin profesyonel standardını pekiştiren unsurlardır. Bu faktörler, hemşirelerin bakım kalitesine yönelik profesyonel yaklaşımlarını güçlendirerek, bakım hizmetlerinin etkinliğini artırmaktadır (Gül, 2019). Yoo ve Cho'nun (2020) hemşirelerin hemşirelik bakımında ailenin desteği ve önemine yönelik tutumunun ve hemşirelik mesleği öz yeterliliğinin pediatrik hemşirelik bakımının kalitesi üzerindeki etkilerinin incelendiği, pediatri kliniklerinde görev yapan 218 hemşireyle yapılan çalışmada; hemşirelerin öz yeterliliklerinin hasta ve ailelerine

yönelik açıklama yapabilme becerilerinde doğrudan büyük bir etkiye sahip olduğu vurgulanmıştır. Mesleki anlamda öz yeterlilik algısı yüksek olan hemşirelerin hasta ve aileleriyle daha etkin bir şekilde işbirliği yaptığı ve bunun bakım kalitesine olumlu katkı sağladığı belirtilmiştir (Yoo ve Cho, 2020). Gigli ve arkadaşları (2020) ise mesleki sertifikasyonu olan yoğun bakım hemşirelerinin, kanıta dayalı uygulamaları kullanım oranı ve öz yeterliliklerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Öz yeterliliği yüksek hemşirelerin, hasta bakımında daha etkili kararlar aldığı vurgulanmıştır (Gigli ve diğ., 2020). Bu bağlamda hemşirelerin öz yeterliliği, bakımın içeriğini ve kalitesini etkileyen önemli bir belirleyici unsurdur. Yüksek öz yeterliliği olan hemşireler, daha güvenli ve emin klinik kararlar aldıkları için hasta bakımını daha etkili yönetme potansiyeline sahiptir.

2.3. ENTERAL BESLENME

Enteral beslenme, sindirim sistemi fonksiyonlarının normal olduğu fakat protein, karbonhidrat, yağ gibi vücudun hayati fonksiyonlarını sürdürebilmesi, büyüme, yenilenme ve enerji ihtiyaçlarının karşılanması için gerekli olan temel besin ihtiyaçlarını ağızdan normal besin öğeleri ile karşılamamanın kısıtlı olduğu veya mümkün olmadığı bireylerde, özel tıbbi amaçlı üretilen beslenme ürünlerinin oral yoldan ya da tüp aracılığı ve yapay açıklık yolu ile mideye, duodenuma ya da jejunuma verilmesi olarak tanımlanır (Lim ve diğ. 2018; Koç, 2021; Doğanay ve diğ., 2023). Amerikan Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği (ASPEN) enteral beslenmeyi, ‘‘bireyin metabolik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla beslenme ürünlerinin oral yolla veya bir tüp aracılığıyla gastrointestinal sisteme verilmesi yöntemi’’ olarak tanımlamıştır. Bu yöntem, gastrointestinal sistemin işlevsel olduğu ancak oral alımın yeterli olmadığı veya mümkün olmadığı hallerde tercih edilmektedir (Boullata ve diğ., 2017). Enteral beslenme tedavisi bireyin yutma fonksiyonu işlevsel ise öncelikli olarak oral yoldan sağlanır ancak oral yoldan beslenmenin mümkün olmadığı, herhangi bir sebeple yutma bozukluğu gelişen bireylerde nazogastrik tüp (NGT), perkütan endoskopik jejunostomi (PEJ), perkütan endoskopik gastrotomi (PEG) vb. enteral beslenme tüpleri kullanılır (Doley, 2022). Enteral beslenme, oral yolla yeterli besin alımının yedi günden daha uzun süre sağlanamayacağı tahmin edilen hastalarda beslenme durumunu desteklemek için uygulanmaktadır. Ayrıca, malnütrisyon tanısı konulan ya da malnütrisyon gelişme riski taşıyan bireylerde enerji ve besin ögesi gereksinimlerini karşılamak amacıyla kullanılmaktadır (Zanetti, 2020). Beslenme yeterliliği açısından bakıldığında gastrotomi ile beslenmenin

sağlanması nazogastrik tüp ile beslenmeye göre daha üstün özellikleri olduğu görülmekte olup, ASPEN ve ESPEN 4 hafta süreyle enteral beslenme desteği gereken hastalarda nazogastrik tüp kullanımının uygun olduğunu, enteral beslenme ihtiyacının 4 hafta ve üzeri olması durumunda ise gastrostomi, jejenostomi tüplerinin kullanılması gerekliliğini vurgulamıştır (Doğanay ve diğ., 2023).

2.3.1. Enteral Beslenme Endikasyonları ve Hasta Grupları

Enteral beslenme, gastrointestinal sistemin işlevsel olduğu ancak oral alımın yetersiz kaldığı durumlarda, mide ve bağırsakların doğal sindirim süreçlerinden faydalanarak besin öğelerinin emilimini sağlayan, metabolik dengeyi koruyup beslenme gereksinimlerini karşılamayı amaçlayan fizyolojik bir beslenme yöntemidir (Cederholm ve diğ., 2017). ESPEN'in enteral beslenmenin farklı hastalıklarda ve klinik durumlarda kullanımına yönelik kanıta dayalı öneriler oluşturmak için yayınladığı rehber göre enteral beslenme (Kreymann ve diğ., 2006; Losh ve diğ., 2006; Zanetti, 2020; Bechtold ve diğ., 2022);

- Üç gün içerisinde oral yolla tam doz beslenmenin başlanması muhtemel olmayan tüm yoğun bakım hastalarında,
- Malnütrisyon riski yüksek olan veya yetersiz beslenen hastalarda yoğun bakım üniteleri dahil olmak üzere hastaneye yatış itibarıyla ilk 24-48 saat içinde,
- Büyük cerrahi işlem öncesinde ciddi beslenme bozukluğu riski taşıyan (son 6 ayda ağırlık kaybı > %10-15, VKİ<18.5 kg/m², serum albumin düzeyi < 30 g/L) hastalarda,
- Cerrahiden 10-14 gün önce, günlük gereken kalori miktarının %60 ve üzerini 10 günden uzun süre boyunca oral alamayacak hastalarda,
- Organ transplantasyonu öncesi ve sonrasında,
- Yetersiz beslenme durumu olan ve 7 günden uzun süre beslenemeyen onkoloji hastalarında radyoterapi-kemoterapiye bağlı kilo kaybını önlenmesinde,
- Crohn hastalığında kortikostereoid tedavinin uygulanmadığı akut faz döneminde,
- Akut-kronik pankreatit, karaciğer hastalıklarında, akut-kronik böbrek yetmezliklerinde, vücut kitle indeksinin 20 kg/m²'den az olan, vücut kilo kaybının 6 ayda %10'dan fazla olan yeterli oral alım sağlamayan hemodiyaliz hastalarında,
- Kronik kalp yetmezliğine bağlı kilo kaybının durdurulması ya da geri döndürülmesinde endikedir.

Aynı zamanda amiyotrofik lateral skleroz, parkinson hastalığı gibi kronik nörolojik durumların yanı sıra serebrovasküler hastalıklar veya baş ve boyun kanserleri gibi durumların

bir sonucu olarak yutma mekanizmasının geçici veya kalıcı işlev bozukluğu ile tetiklenebilen disfaji durumunda, demans, travmatik beyin hasarı, hepatik veya metabolik ensefalopati gibi nedenlerle bilinç düzeyinin azalması veya zihinsel durumun önemli ölçüde değişmesi nedeniyle yeterli besin alımının mümkün olmadığı durumlarda, baş-boyun kanseri ve üst GİS kanserlerinde, yüksek enerji ihtiyacının karşılanması gereken yanık hastalarında, evde uzun zaman boyunca beslenme desteği alması gereken tüm hastalarda enteral beslenme endikasyonu mevcuttur (Zanetti, 2020; Bechtold ve diğ., 2022; Doley, 2022).

2.3.2. Enteral Beslenme Kontrendikasyonları

Enteral beslenme uygulanmasının uygun olmadığı durumlar şunlardır (Zanetti, 2020; Bechtold ve diğ., 2022; Doley, 2022; Doğanay ve diğ., 2023);

- Şiddetli hemodinamik instabilite
- İleus
- Üst gastrointestinal kanama
- Şiddetli kusma/ishal
- Major gastrointestinal iskemi
- Yüksek çıkışlı fistül
- Kontrolsüz hipoksemi ve asidoz varlığı
- Abdominal kompartman sendromu
- Peritoneal karsinomatozis
- Diyabetik ketoasidoz/diyabetik koma

Hafif düzeyde kusma ve emilim bozuklukları enteral beslenme açısından mutlak kontrendike olan durumlar arasında değildir. Ancak hastanın mevcut hastalığı ve durumuna uygun ürün seçiliminin yapılması, infüzyon hızının düşürülmesi, gerekli ise postpilorik beslenme yönteminin kullanılması önerilmektedir (Doğanay ve diğ., 2023). GİS obstrüksiyonlarında enteral beslenme mutlak kontrendikasyon olarak görülür. Ancak, parsiyel tıkanıklık vakalarında, obstrüksiyon bölgesinin distalinden geçiş sağlanabilirse, enteral beslenme tüpü aracılığıyla beslenme mümkün olabilir (Doğanay ve diğ., 2023). Öte yandan, peritoneal karsinomatozis gibi gastrointestinal sistemin yaygın malign infiltrasyonlarının eşlik ettiği durumlarda veya inatçı bulantı ve kusma varlığında enteral beslenme uygulanmamalıdır (Zanetti, 2020; Doğanay ve diğ., 2023).

2.3.3. Enteral Beslenme Türleri

Enteral beslenme endikasyonu bulunan bireylerde, etkili ve güvenli bir biçimde süreç yönetiminin yapılabilmesi için uygun erişim yolunun belirlenmesi kritik öneme sahiptir. Erişim yolunun seçimi hastanın primer hastalığının özellikleri, enteral beslenmenin planlanan süresi ve kullanılacak tüp tipine bağlıdır. Ayrıca, altta yatan patoloji, gastrointestinal sistemin anatomik yapısı, gastrik ve intestinal motilite fonksiyonları bu seçimi doğrudan etkiler. Beslenmenin uygulanacağı anatomik bölge, hastanın beslenmeyi tolere edebildiği en üst düzeyde olmalıdır. Bu sebeple, kontrendikasyon bulunmadığı durumlarda, anatomik ve fizyolojik olarak en doğal yol olan oral yolun ilk seçenek olarak tercih edilmesi önerilmektedir (Pirlich, 2016; Doley, 2022; Doğanay ve diğ., 2023; Kayahan ve Köksal, 2023). Oral yoldan beslenmenin mümkün olmadığı durumlarda gastrik erişim öncelikle tercih edilir (Akıncı, 2011).

4-6 haftadan daha kısa süreli enteral beslenme uygulamasının planlandığı durumlarda NGT ya da nazoenteral tüp (nazoduedonal, nazojejenual) kullanılır. Kısa süreli nutrisyon tedavisi kullanılan hastalarda ilk olarak tercih edilen yöntem NGT'dir. NGT ile besinlerin doğrudan mideye iletilmesi gastrointestinal sistemin doğal fizyolojik mekanizmalarını desteklemesi nedeniyle fizyolojik bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Nazoenteral tüpler ise, yüksek gastrik rezidüel hacim, bulantı-kusma ya da regürjitasyon gibi durumlarda ve mide yoluyla beslenmenin kontrendike olduğu hallerde kullanılan enteral beslenme yöntemidir (Pirlich, 2016; Boullata ve diğ., 2017; Doley, 2022). 4 haftadan daha uzun süreli enteral beslenme gerekliliği olduğu durumlarda ise gastrostomi ve jejunostomi tüpleri kullanılır (Doley, 2022). ESPEN ve ASPEN uzun süreli enteral beslenme yapılması planlanan hastalarda gastrostomi veya jejunostominin, nazal erişimli beslenme tüplerine tercih edilmesini önermektedir (Doğanay ve diğ., 2023).

Nazogastrik Tüp: Nazogastrik tüp uygulaması, beslenme gereksinimlerinin karşılanması amacıyla tüpün nazal yoldan distale doğru geçilerek mideye yerleştirilmesi esasına dayanan bir enteral beslenme yöntemidir (Akıncı, 2011). Enteral beslenme yöntemlerinde sıklıkla kullanılan bir yöntem olmasının yanında hasta yatağında rahatlıkla uygulanabilmektedir. Yeterli gastrik boşalmaya sahip hastalarda besinlerin doğrudan mideye erişimini sağlaması dolayısıyla hipertonic solüsyonların kullanımına uygundur (Pirlich, 2016; Akçay ve diğ., 2020). Bu yöntem oral alım bozukluğu olan hastalarda beslenmenin kısa süreli devamlılığının sağlanması amacıyla kullanılmakta olup yüksek aspirasyon riski, ciddi kanama bozukluğu,

özafagus striktürü, özafagus yanığı, yüz-burun travması olan hastalarda kontrendikedir (Sigmon ve An, 2022). NG tüpleri genellikle 6-18 Fr çapı arasında, 90-120 cm uzunluğunda, poliüretan, polivinil, silikon yapıda olabilmektedir. Kullanım açısından silikon ve poliüretan tüpler daha konforlu olup 6-8 haftaya kadar kullanımı uygundur (Akçay ve diğ., 2020). NG tüp bolus ve mekanik enteral beslenme pompasıyla sürekli beslenmeye olanak sağlamaktadır; ancak tüpün yerinden çıkması, tüp tıkanıklığı, öksürme refleksi zayıf olan hastalarda trakeal ya da pulmoner bölgeye yanlış yerleştirme riski gibi dezavantajları mevcuttur (Pirlich, 2016). Öte yandan uzun süreli nazogastrik tüp kullanımı burun kanadı, konka, nazofarinks mukozasında iritasyon ve ülser, gastroözofageal reflü, aspirasyon pnömonisi, sinopulmoner enfeksiyon gibi komplikasyonlara neden olmaktadır (Doğanay ve diğ., 2023).

Nazoenteral Tüp: Uzamış gastrik boşalma, gastrik reflü, gastrik çıkım obstrüksiyonu, kusma gibi nedenler sebebiyle gastrik yolla beslenmenin uygun olmadığı durumlarda duodenum ya da jejenuma yerleştirilen beslenme tüpleridir. Özellikle aspirasyon riski yüksek, bilinç kaybı olan hastalarda kullanılmaktadır. Tüpün yerleştirilmesinde genellikle endoskopik ve floroskopik yöntemler kullanılmaktadır. Bu tür tüpler, mideye yönelik komplikasyonları önlerken besinlerin doğrudan duodenum ve jejunum üzerinden emilmesini sağlayarak daha verimli bir beslenme sunar. Ancak, uzun süreli enteral beslenme tedavisinde uygulanmamaktadır. Aspirasyon pnömonisi riskini azaltması avantajı olmasına karşın nazofaringeal lezyon, sinüzit, diyare, metabolik bozukluklar, tüpün yerinden çıkması tüp tıkanması gibi dezavantajları mevcuttur (Akıncı, 2011; Pirlich, 2016; Akçay ve diğ., 2020).

Gastrostomi Tüpü

Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG): Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), oral alımın yetersiz olduğu ancak GİS fonksiyonlarının işlevsel olduğu durumlarda, beslenmenin uzun süreli sağlanması amacıyla karın duvarından mideye direkt olarak tüp takılması işlemidir (Kahveci ve Çelik, 2020). Uzun süreli (4-6 hafta ve üzeri) enteral beslenme uygulanması gereken hastalarda PEG tüpü kullanılmaktadır (DeLegge, 2018; Akçay ve diğ., 2020; Kahveci ve Çelik 2020; Fugazza ve diğ., 2022). Nazal tüplere kıyasla yerinden çıkma olasılığının daha düşük olması, yatak başında hafif sedasyon ile uygulanması, aspirasyon riskinin daha düşük olması, bolus beslenmeye daha elverişli olması, hiperosmolar besin toleransının daha iyi olması, ekonomik ve güvenli olması, hastanede kalış süresini azaltması gibi avantajları mevcuttur (Akıncı, 2011; Akçay ve diğ., 2020; Kahveci ve Çelik, 2020; Fugazza ve diğ., 2022; Hasırcı ve Bayraktar, 2023). Özellikle yaşlı bireylerde PEG kullanımının nazogastrik

beslenmeye kıyasla daha iyi tolere edildiği ve aspirasyon riskini azalttığı bildirilmiştir (Bischoff ve diğ., 2022). PEG'in endike olduğu durumlar; disfaji, nörolojik hastalıklar (multipl skleroz, amiyotrofik lateral skleroz, demans, parkinson, inme), azalmış bilinç düzeyi, kafa travması, uzun süreli koma, yanıklar kısa bağırsak sendromları (Crohn hastalığı), serebral tümör, baş-boyun kanseri, özafagus kanseridir (Akıncı, 2011; Villalba ve diğ., 2019; Fugazza ve diğ., 2022;). PEG'in kontrendike olduğu durumlar ise kanama riski yüksek peptik ülser öyküsü, koagülasyon bozuklukları (INR > 1.5, PTT > 50 sn, Trombosit sayısı < 50000 mm³), intratorasik hiatal herni, peritonit, gastrik neoplazi, hepatomegali, splenomegali, obezite, portal hipertansiyon ve periton diyalizidir (Akıncı, 2011; Villalba ve diğ., 2019; Fugazza ve diğ., 2022). PEG uzun süreli enteral beslenme tedavisinde sıklıkla kullanılan bir yöntem olmasına karşın yara yeri enfeksiyonu, tüpün tıkanması, tüp sızıntısı, peritonit, gömülü tampon sendromu, hipergranülasyon, kolokütan fistül vb. komplikasyonları mevcuttur (DeLegge, 2018).

Cerrahi Gastrostomi: Cerrahi gastrostomi, genellikle perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) uygulanmadığı durumlarda tercih edilmekte olup, uzun dönemli enteral beslenme için uygundur. Cerrahi gastrostomi, genel anesteziyle açık, laparoskopik yöntemle gerçekleştirilir. Açık cerrahi yöntemde, karın duvarında yapılan bir kesi ile hedeflenen bölgeye doğrudan erişim sağlanarak tüp yerleştirilir. Laparoskopik yöntemde ise, birkaç küçük insizyon ile tüp yerleştirilir. Her iki yöntemde de tüpün stabilizasyonu ve mide, jejunum-karın duvarı bağlantısının güvenliği sağlanır. Sıklıkla tümör obstrüksiyonu nedeniyle endoskopik girişimin mümkün olmadığı hasta grubunda kullanılır. Ancak cerrahi gastrostomi, invaziv bir işlem olması, genel anestezi uygulaması gerektirmesi, yüksek maliyetli olması, hastane yatış süresini uzatması nedeniyle günümüzde çok tercih edilmemektedir (Pirlich, 2016; DeLegge, 2018; Kubat ve Bozkırlı, 2019; Kohli ve diğ., 2021).

Perkütan endoskopik jejunostomi: Perkütan endoskopik jejunostomi (PEJ), uzun süreli enteral beslenme tedavisine ihtiyaç duyan ancak gastrostomi uygulamasının uygun olmadığı gastrik çıkış stenozu, aspirasyon riski taşıyan, mide motilitesi bozuk ancak intestinal fonksiyonları işlevsel hastalarda kullanılan bir enteral beslenme yöntemidir (Meier, 2009; DeLegge, 2018). Önceden takılmış PEG tüpü içerisinde 9-12 Fr çaplı beslenme tüpü geçirilerek jejunuma ulaşılmakta (PEG-J) ya da direkt olarak enteroskop aracılığıyla kılavuz tel kullanılarak PEG'e benzer şekilde jejunuma tüp yerleşimi (D-PEJ) yapılmaktadır (Meier, 2009; Pirlich, 2016). PEJ uygulamasının intestinal perforasyon, kanama, jejunual volvulus,

enfeksiyon gibi komplikasyonları mevcuttur (Pirlich, 2016; DeLegge, 2018; Fugazza ve diğ., 2022). PEJ, uzun vadeli jejunal erişim gerektiğinde cerrahiye ihtiyaç duyulmaması için yararlı bir tekniktir. Ancak, vakaların yaklaşık %10'unda orta veya şiddetli komplikasyon riskiyle ilişkilidir (Fugazza ve diğ., 2022).

2.3.4. Enteral Beslenme Yöntemleri

Enteral beslenmenin yöntemi, öncelikle hedeflenen beslenme bölgesinin fizyolojik özelliklerine ve hastanın tolere edebileceği beslenme şekline göre belirlenir. Bununla birlikte, planlanan enteral beslenme süresinin uzunluğu ve uygun beslenme ekipmanlarının erişilebilirliği de yöntemin seçiminde önemli rol oynar (Ichimaru ve Amagi, 2015; Doley, 2022; Kayahan ve Köksal, 2023). Yoğun bakım hastalarında veya jejunostomi yoluyla beslenme gereksinimi olan bireylerde, genellikle infüzyon pompası kullanılarak sürekli enteral beslenme yöntemi tercih edilmesine karşın, gastrik yoldan beslenen ve evde bakım altında olan hastalarda, sıklıkla aralıklı enteral beslenme ya da bolus yöntemi uygulanmaktadır (Kayahan ve Köksal, 2023).

Bolus Beslenme: Enteral beslenme solüsyonunun yer çekimini yardımı ile ya da bir enjektör yardımıyla uygulanması işlemidir (Doğanay ve diğ., 2023). Hastanın günlük kalori ihtiyacı, eşit hacimlere bölünerek (100-400 ml) ve genellikle 6-8 öğün olacak şekilde planlanır. Her öğün, 5-10 dakika içinde uygulanacak şekilde düzenlenir. Enteral beslenme ürününün infüzyon hızı dakikada 30 mililitreyi aşmamalıdır, bu hızın korunması toleransın sağlanması açısından kritik öneme sahiptir (Kahveci ve Çelik, 2020). Bu yöntem, mide fonksiyonu normal olan klinik olarak durumu stabil olan hastalar için kullanılır ancak PEJ kullanılan hastalarda genellikle iyi tolere edilmez. Ayrıca, hızlı infüzyon GİS intoleransına, aspirasyona, diyareye neden olabilir. Bu sebeple aspirasyon riski yüksek bireylerde bolus beslenme yerine aralıklı ya da sürekli beslenme önerilmektedir. Öte yandan daha fizyolojik olması, beslenme pompası gerektirmemesi, ucuz ve kolay olması, hastanın hareketliliğini kısıtlamaması gibi avantajları mevcuttur (Ichimaru ve Amagi, 2015; Akçay ve diğ., 2020; Doğanay ve diğ., 2023).

Aralıklı Beslenme: Aralıklı beslenme enteral beslenme solüsyonunun her öğün 20-60 dakikada olacak şekilde günde 3-6 defa beslenme torbası, beslenme pompası ya da enjektör ile verilmesidir (Akçay ve diğ., 2020; Doğanay ve diğ., 2023). Bu yöntemde gece boyunca besleme yapılmaz. Böylece gastrointestinal sistemin dinlenmesine olanak sağlar. Bağırsak motilitesi daha iyi uyarılır. Her beslemeden önce gastrik rezidüel volüm kontrolü yapılmalıdır.

Hastanın tolerasyonuna bağılı olarak her öğünde 250-400 ml beslenme solüsyonu uygulanabilir. Bolus beslemeye göre gastrik tolerasyonu daha iyidir (Ichimaru ve Amagi, 2015; Akçay ve diğ., 2020; Kahveci ve Çelik 2020; Doley, 2022). Aralıklı beslenme yönteminin daha fizyolojik olması, hastanın günlük hareketlerini sınırlamaması, konforunu arttırması, protein sentezi ve metabolizma üzerine olumlu etkilerinin olması gibi avantajları mevcuttur (Doğanay ve diğ., 2023).

Sürekli Beslenme: Beslenme solüsyonunun bir infüzyon pompası aracılığı ile düşük ve sabit hızda devamlı olarak verilmesidir. Bu yöntem, özellikle gastrointestinal toleransı düşük hastalarda, aralıklı beslenme yönteminin tolere edilemediği durumlarda, jejunostomi tüpü ile beslenen hastalarda tercih edilir (Ichimaru ve Amagi, 2015; Boullata ve diğ., 2017; Bischoff ve diğ., 2022; Doğanay ve diğ., 2023). Sürekli beslenmede, besin solüsyonunun infüzyon hızı genellikle dakikada 10-50 ml olacak şekilde ayarlanır ve toplam günlük kalori ihtiyacı, 24 saatlik bir sürede karşılanır. Yöntem, nazogastrik tüp, gastrostomi tüpü veya jejunostomi tüpü ile uygulanabilir (Blumenstein ve diğ., 2014). Aspirasyon riskini azaltması, besin emilimi için daha fazla zaman kazandırması, kan glikoz düzeyini kontrollü seviyede tutması, besin intoleransı riskinin bolus ve aralıklı beslenmeye göre az olması gibi avantajları vardır (Ichimaru ve Amagi, 2015; Boullata ve diğ., 2017). Sürekli beslenme, besin solüsyonunun uzun zaman boyunca ve düşük sabit bir hızla uygulanması ile aralıklı beslenmeye nazaran daha iyi tolere edilmektedir. Ancak uygulama için uygun ekipmanın sağlanması ve sürekli izlem yapılmasını gerektirir ve hastanın hareketlerini kısıtlayabilir (Ichimaru ve Amagi, 2015; Bischoff ve diğ., 2022; Doğanay ve diğ., 2023).

2.3.5. Enteral Beslenme Komplikasyonları

Enteral beslenme, gastrointestinal sisteme yönelik fonksiyonları işlevsel olan hastalarda beslenmenin devamlılığı açısından kullanılan etkili, güvenli ve iyi tolere edilebilen bir yöntem olmasına karşın gastrointestinal (bulantı ve kusma, konstipasyon, diyare, vb.), mekanik (tüp tıkanması, tüp sızıntısı, tüpün çıkması vb.) ve metabolik (hiperglisemi, sıvı-elektrolit dengesizlikleri, refeeding sendromu vb.) komplikasyonları mevcuttur (Ayık ve Enç, 2019; Akçay ve diğ., 2020; Zanetti, 2020).

Enteral beslenme alan hastalarda komplikasyon gelişimi beslenmenin etkin bir şekilde sağlanamamasına ve buna bağılı mortalite ve morbiditede artışa, hastanede kalış süresinin uzamasına, komplikasyon nedenli hastanelere yatış oranlarının artmasına neden olmaktadır.

Bu bakımdan hemşireler enteral beslenme ile beslenen hastalara kanıta dayalı uygulamaları rehber edinerek etkin bakım verilmesinde, komplikasyon gelişiminin en aza indirilmesinde, komplikasyon gelişmiş ise uygun hemşirelik bakımı planlayarak hastanın yaşam kalitesini arttırmada kilit rol oynamaktadırlar. Aynı zamanda evde enteral beslenmenin devam etmesi gereken hastaların taburculuk esnasında enteral beslenme uygulamaları ve komplikasyon yönetimi hakkında eğitim verilmesinde önemli sorumlulukları mevcuttur (Uysal ve diğ., 2011; Koçhan ve Akın, 2018; Ayık ve Enç, 2019; Demiray ve diğ., 2020).

2.3.5.1. Gastrointestinal Komplikasyonlar

Enteral beslenme alan hastalarda gastrointestinal komplikasyonlara ilişkin en çok bulantı-kusma, aspirasyon, diyare, konstipasyon, abdominal kramp gözlenmektedir (DeLegge, 2018; Lim ve diğ., 2018; Akçay ve diğ., 2020; Kahveci ve Çelik, 2020; Kayahan ve Köksal, 2023).

Bulantı-Kusma: Enteral beslenen hastaların %15-20'sinde bulantı görülürken %25 oranında kusma görüldüğü bildirilmiştir (Zanetti, 2020; Doğanay ve diğ., 2023). Enteral beslenmede bulantı ve kusma gastrik boşalmanın gecikmesi, besinlerin bolus infüzyonla hızlı verilmesi ya da infüzyon hızının hastanın tolere edemeyeceği şekilde yüksek olması, besin intoleransı, hastanın beslenme esnasında doğru pozisyonunda olmaması, bağırsak obstrüksiyonu gibi sebeplerden dolayı gelişmektedir (Zanetti, 2020; Doğanay ve diğ., 2023). Gastrik boşalmanın gecikmesi kusmanın en önemli sebeplerinden biri olmakla birlikte ağrı, sedatifler, antibiyotik, antikolinergik ilaç kullanımı bu durumu daha da kötüleştirmektedir. Kusmaya bağlı gelişen en ciddi komplikasyon aspirasyon pnömonisidir. Bu sebeple hastanın beslenmesine başlamadan önce gastrik rezidüel volüm kontrolü yapılması önerilmektedir. Bulantı ve kusmanın önlenmesi için beslenme solüsyonunun oda sıcaklığında olması, bolus beslenme yerine aralıklı ya da sürekli beslenmeye geçilmesi, infüzyon hızının hastanın klinik durumuna göre belirlenmesi, hastanın semi fowler pozisyonunda olması gerekmektedir. Mide boşalmasında gecikmenin devam ettiği durumlarda ise metoklopramid, eritromisin gibi prokinetik ajanların kullanılması sindirim açısından yarar sağlayabilmektedir (Koçhan ve Akın 2018; Ayık ve Enç, 2019; Akçay ve diğ., 2020; Zanetti, 2020; Doğanay ve diğ., 2023; Kayahan ve Köksal, 2023).

Diyare: Diyare enteral beslenmenin oldukça sık görülen bir gastrointestinal komplikasyonudur. Enteral beslenmede diyare prevelansı değişkenlik göstermekle birlikte

%2-95 arasında gözlemlendiği bildirilmiştir (Doğanay ve diğ., 2023). Enteral beslenme alan hastalarda birçok nedene bağlı olarak diyare gelişmektedir. *Clostridium difficile* nedenli gelişen enfeksiyon, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, malabsorbsiyon, hipoalbünemi, enteral beslenme ürününün mikrobiyal kontaminasyonu, beslenme torbası-setinin kontaminasyonu, hiperosmolar beslenme ürünü kullanımı, yüksek hızlı infüzyon diyareye neden olan faktörler arasındadır. Öte yandan bazı antibiyotikler, laksatifler, H₂ reseptör antagonistleri, proton pompa inhibitörleri, antidiyabetik ilaçlar, magnezyum fosfat içeren antiasitler diyareye neden olmaktadır. Enteral beslenme boyunca diyarenin önlenmesi ve yönetimi için beslenme solüsyonunun oda sıcaklığında verilmesi, infüzyon hızının hastanın toleransına göre düzenlenmesi, diyareye neden olan ilaç kullanımı varsa alternatif ilaç tedavisine geçilmesi önerilmektedir. Beslenme esnasında kontaminasyonu önlemek için enteral beslenme torbası-infüzyon setinin 24 saatte bir değiştirilmesi, aseptiye uyulması, beslenme torbasına en fazla 8 saat gidecek şekilde ürün doldurulması ve sulandırılan toz ürünlerin infüzyon süresinin maksimum 4 saat olması önerilmektedir (Akçay ve diğ., 2020; Zanetti, 2020; Doley, 2022; Doğanay ve diğ., 2023). Ayrıca hiperosmolar ürün kullanımı yerine lif içeriği yüksek, izosmolar beslenme ürünü kullanımı önerilmekle birlikte inatçı diyarede günde 10-20 gr çözünür lif kullanımının fayda sağladığı bildirilmiştir. *Clostridium difficile* ve antibiyotik kullanımı nedeniyle gelişen diyarede ise probiyotiklerin kullanımının yararlı olabileceği gözlenmiştir. Diyarenin sebebinin enfeksiyon kaynaklı olmadığı düşünülüyorsa loperamid gibi GİS motilitesini azaltan ilaçlar kullanımı da önerilmektedir (Doğanay ve diğ., 2023).

Konstipasyon: Konstipasyon enteral beslenen hastalarda diyareye göre daha az gelişen bir durum olmakla birlikte uzun süreli enteral beslenme tedavisi alan hastalarda daha yaygın görülmektedir (Zanetti, 2020). Konstipasyonun nedenleri arasında lif içeriği yetersiz beslenme solüsyonunun kullanımı, dehidrasyon, azalmış fiziksel aktivite, bağırsak motilitesinin azalması, yüksek enerjili beslenme ürünlerinin kullanımı yer almaktadır. Ayrıca tedavi amaçlı kullanılan opioidler, kalsiyum kanal blokerleri, demir preparatları da bağırsak motilitesini etkileyerek konstipasyona neden olmaktadır. Konstipasyon durumunda lif içeriği yüksek beslenme solüsyonların kullanılması, yeterli hidrasyonun sağlanması, potansiyel sorun yaratan ilaçların mümkünse kesilmesi, laksatif-lavman kullanılması, fiziksel mobilitenin artırılması önerilmektedir (Ayık ve Enç, 2019; Zanetti, 2020; Doley, 2022).

Aspirasyon: Gastrik içeriğin aspirasyonu enteral beslenmenin en kritik komplikasyonudur. Bu durum pnömoni ve sepsis ile sonuçlanabilir (Zanetti, 2020). Enteral beslenen hastalarda

aspirasyon insidansının %25-35 olduğu bildirilmiş olup Gomez ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede PEG kullanan hastaların %32,53'ünde, NGT kullanan hastaların ise %39,24'ünde aspirasyona bağlı pnömoni geliştiği saptanmıştır (Gomez ve diğ., 2015; Bischoff ve diğ., 2022). Nazogastrik tüp kullanımı, nörolojik hastalıklar, azalmış öğürme refleksi, bilinç düzeyinde azalma, gastroözofageal reflü, gecikmiş mide boşalması, supine pozisyon, yüksek hızlı infüzyon, bolus beslenme aspirasyon için risk faktörleri arasındadır (Akçay ve diğ., 2020; Zantetti, 2020; Doley, 2022). ASPEN ve KEPAN enteral beslenme alan hastalarda aspirasyonu önlemek için yatak başının 30°–45° yüksekte tutulup gövdenin de yükseltilmesini, tüp yerinin kontrolünün yapılmasını, bolus uygulama yerine aralıklı veya sürekli uygulama yapılmasını, sedatif ilaç kullanımının minimize edilmesini, gerekirse prokinetik bir ajanın kullanılmasını, aspirasyon riskinin yüksek olduğu bireylerde postpilorik beslenmenin tercih edilmesini önermektedir (Boullata ve diğ., 2017; Zanetti, 2020; Bischoff ve diğ., 2022; Doğanay ve diğ., 2023).

2.3.5.2. Mekanik Komplikasyonlar

Enteral beslenme alan hastalarda en sık beslenme tüpüne bağlı olarak tüp tıkanıklığı, tüpün yerinden çıkması ya da yer değiştirmesi, gastrostomi tüpü etrafında sızıntı, NGT kullanımına bağlı nazal ülserasyon, peristomal enfeksiyon ve hipergranülasyon dokusunun oluşması gibi komplikasyonlar gelişmektedir. (Akçay ve diğ., 2020; Zanetti, 2020; Doğanay ve diğ., 2023).

Tüp Tıkanması: Beslenme tüplerinin tıkanması daha çok geç dönemde ortaya çıkan bir komplikasyon olmakla birlikte oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Bu durumun en büyük nedenleri arasında tüp yıkanmasının uygun yapılmaması, verilen ilaçların iyi çözünmemesi halinde tüpte çökelti oluşturmalarıdır. Bunun yanı sıra viskozitesi yüksek beslenme solüsyonlarının kullanımı da tüp içerisinde çökelti neden olup tıkanıklığa neden olmaktadır. Gastrik rezidüel volüm kontrolünün sık yapılması protein çökeltmesine neden olduğu için tıkanma için risk faktörüdür. Ayrıca kullanılan beslenme tüpünün malzemesi, çapı tıkanma durumunu etkilemektedir. Büyük çaplı ve poliüretan tüplerin kullanımı tıkanma riskini azaltmaktadır. Tıkanıklığı önlemek ve riski minimize etmek için beslenmeden önce ve sonra ve ilaçlar verildikten sonra veya beslenmeye ara verilmesi gerektiğinde 30-40 ml suyla tüpün yıkanması gerekmektedir. Tüpün yıkanmasında tuzlu solüsyonların kristalleşmesi nedeniyle salin solüsyonlar kullanılmamalıdır. Aralıklı beslenmede her beslenme önce ve sonrası, sürekli beslenmede 4 saatte bir su ile yıkama önerilmektedir. Enteral tüpler yoluyla ilaç

uygulanması sırasında mümkünse tüm ilaçlar yıkama öncesinde suda tamamen çözülmeli ya da sıvı formülasyonlar olarak uygulanmalıdır. Enterik kaplı ilaçlar ezilmemelidir. Tüp tıkanıklığı olması durumunda öncelikli yaklaşım tıkanıklığı açmaya yönelik girişimlerin yapılmasıdır. Tüp değişikliği hasta konforunun etkilenmesi ve maliyeti arttırması nedeniyle ilk etapta düşünülmemelidir. Tüp tıkanıklığında ılık suyla hafif basınçla enjektör pistonu ileri geri yapılarak yıkama yapılması önerilir. Açılmaması halinde sodyum bikarbonatla birlikte pankreatik enzim preparatlarının kullanımı tıkanıklığı açmada yarar sağlayabilmektedir. Kola gibi asitli içerikler protein çökmesine neden olabileceği için kullanımı önerilmemektedir. Perforasyon riski nedeniyle tel kılavuz kullanımından kaçınılmalı, tıkanıklığın açılmaması halinde tüp değişikliğine gidilmelidir (Boullata ve diğ., 2017; Akçay ve diğ., 2020; Zanetti, 2020; Bischoff ve diğ., 2022; Doley, 2022; Doğanay ve diğ., 2023).

Tüpün yerinden çıkması: Beslenme tüpünün yerinden çıkması veya yer değiştirmesi yaygın görülen bir komplikasyondur ve enteral beslenen hastaların hastaneye başvurularının önemli bir sebebidir. Lim ve arkadaşlarının evde enteral beslenen hastalarda gelişen komplikasyonları belirlemek amacıyla yaptığı bir çalışmada hastaların %58,4'ünde herhangi bir zamanda tüpün yerinden çıktığı sonucuna ulaşılmıştır (Lim ve diğ., 2018). Özellikle demans, alzheimer, mental retardasyon vb. gibi nörolojik hastalıklarda hastaların tüpü çıkarmaya çalışması nedeni ile daha sık görülmektedir (Bischoff ve diğ., 2022; Doğanay ve diğ., 2023). İnternal fiksator balonlu gastrostomilerde balonu şişirmek için kullanılan balon sıvısı miktarının azalması ya da balonun patlaması tüpün çıkmasına neden olabilmektedir. Bu sebeple eksternal fiksöter kullanımı önerilmektedir. Ayrıca tüp balonun kontrolü yapılmalı ve tüpün dış uzunluğu kaydedilmelidir (Akçay ve diğ., 2020). Yeni takılan gastrostomi tüpünün yerinden çıkması olgun trakt oluşmadığı için mide içeriğinin peritona sızarak yaygın peritonit oluşuma neden olabilir. Bu sebeple en kısa zamanda endoskopi eşliğinde gastrostomi tüpü takılması önerilmektedir. Olgun traktı olan bireylerde yeni gastrostomi tüpü takılana kadar açıklığı korumak için geçici olarak foley kateter takılabilir (Bischoff ve diğ., 2022; Doğanay ve diğ., 2023). Özellikle nazogastrik tüplerin uygun şekilde sabitlenmesi, gerekli hallerde nazal köprülerin kullanımı önerilmektedir (Doley, 2022).

Tüp sızıntısı: Beslenme tüpünde sızıntı karın içi basıncının arttığı durumlar (öksürük, konstipasyon, ventilasyon, kusma vb.), balon gastrostomi tüplerinde balonu şişirmek için kullanılan balon sıvısı miktarının azalması, tüp çapının stoma traktına uygun olmaması, tüpün yan torsiyonu, beslenme intoleransı nedeniyle gastrik volumün artması gibi sebeplerden

kaynaklanmaktadır. Peristomal sızıntının kontrol altına alınamaması stomada lokal enfeksiyona neden olabilir. Sızıntıyı önlemek ve riski azaltmak için balonlu tüplerde balon hacminin kontrolünün yapılması, tüpün yerinde olduğunu doğrulamak adına 4 saatte bir ya da tüpü kullanmadan önce stoma giriş yerinin uzunluğunun ölçümünün yapılması, stoma etrafı için bariyer kremlerin (çinko oksit içeren) kullanılması, sızıntıyı minimize etmek için proton pompası inhibitörlerinin kullanılması, sızıntı durumunda düzenli pansuman yapılması, pansumanda mümkünse köpük pansuman malzemelerinin kullanılması önerilmektedir. Ayrıca tüpün yan torsiyonu durumunda tüpün konumunu sabitlemek için klempleme aparatı kullanılması önerilmektedir. Bu önlemlere rağmen sızıntının devam etmesi durumunda tüpün değiştirilmesi gerekmektedir (Akçay ve diğ., 2020; Bischoff ve diğ., 2022)

Periostomal Enfeksiyon: Perkütan endoskopik gastrostomi tüpünün yerleştirilmesinden sonra en sık karşılaşılan komplikasyonlardan bir tanesi periostomal enfeksiyondur. (Kahveci ve Çelik 2020; Bischoff ve diğ., 2022). Diyabet, obezite, kronik kortikosteroid tedavisi veya immünoşüpresif tedavi gören hastalar enfeksiyon açısından risk altındadır (Bischoff ve diğ., 2022). Stoma çevresinin sürekli sızıntıya maruz kalması, stoma çevresi temizliğinin uygun solüsyon ve malzemeler ile yapılmaması, bölge temizliğinde asepti ilkelerine dikkat edilmemesi enfeksiyona zemin hazırlamaktadır (Akçay ve diğ., 2020). Periostomal enfeksiyonları önlemek için özellikle perkütan endoskopik gastrostomi tüpünün yerleştirilmesinden sonraki ilk haftada stoma çevresi kızarıklık, akıntı, ısı artışı, inflamasyon, eritem, ağrı gibi enfeksiyon bulguları yönünden gözlenmeli, stoma çevresi her gün % 0.9'luk sodyum klorür ya da steril su ile içten dışa doğru temizlenmeli ve cilt kurulanmalıdır. Stoma giriş yeri granüle olduktan sonra haftada birkaç gün temiz su ve sabun ile bakımı yapılmalı ve stoma çevresinin nemli kalmaması için plaka altına ince olacak şekilde spanç yerleştirilmelidir. Bunun yanı sıra nemli yara ortamı ve cilt maserasyonunu önlemek için stoma çevresi açık bırakılmalıdır (Kahveci ve Çelik, 2020; Bischoff ve diğ., 2022). Enfeksiyon gelişmesi durumunda bölgeden yara kültürü alınması, peristomal bölgeye gümüş, iyot, aljinat içerikli antibakteriyal ajanların kullanılması, enfekte yerin nemli kalmaması önerilmektedir. Özel sistemik antibiyotikler veya antifungal ajanlar lokal tedavi ile birlikte kullanılabilir ancak topikal antibiyotikler kullanımı önerilmemektedir. Stoma yolunun bozulması durumunda, peristomal enfeksiyon uygun antimikrobiyal tedavi, mantar enfeksiyonuna (özellikle silikon tüp varsa) rağmen devam ederse gastrostomi tüpünün çıkarılması ve/veya değiştirilmesi tavsiye edilir (Bischoff ve diğ., 2022).

Gömülü Tampon Sendromu: Gömülü tampon sendromu, beslenme tüpünün mide içindeki tamponunun stoma yolu boyunca gastrokütanöz yola invaze olduğu ciddi bir komplikasyondur. Tampon mide mukozası ile cilt yüzeyi arasında herhangi bir yerde sonlanabilir. Genellikle uzun süreli, nadir görülen, ciddi ancak yeterli hemşirelik sonrası bakım ile önlenabilir bir komplikasyondur. Beslenme tüpünün iç ve dış tamponunun dokuyu fazla sıkıştırması risk faktörüdür. Beslenme tüpünü hareket ettirmede zorluk yaşanması, hastanın beslenmesinde dirençle karşılaşılması, tüpte sızıntı olması, karın ağrısı, kronik bölge enfeksiyonunun olması gömülü tampon sendromuna işaret eder (Bischoff ve diğ., 2022). Gömülü tampon sendromunu önlemek için dış tampon ile doku arasında 2-3 mm boşluk bırakılmalı, beslenme tüpü her gün iç tampon direnci hissedilinceye kadar 2-3 cm içeri itilip çekilmeli, tüp 360 derece döndürülmelidir. Gömülü tampon sendromu peritonit, mide perforasyonu gibi komplikasyonlara zemin hazırladığı için tespit edildiğinde tüpün çıkarılması önerilmektedir. (Akçay ve diğ., 2020; Bischoff ve diğ., 2022).

2.3.5.3. Metabolik Komplikasyonlar

Enteral beslenme parenteral beslenmeye kıyasla, beslenme desteği açısından fizyolojik bir yaklaşım olması sebebiyle metabolik komplikasyonların görülme sıklığı parenteral beslenmeye göre daha azdır. Bununla birlikte dehidratasyon, sıvı-elektrolit dengesizlikleri, hiperglisemi, refeeding sendromu gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir (Zanetti, 2020).

Dehidratasyon: Hipovolemi ve dehidratasyon özellikle enteral beslenme alan yaşlılarda oldukça sık karşılaşılan bir komplikasyondur (Doğanay ve diğ., 2023). İleri yaş, bilinç değişiklikleri, ateş, diyare veya diüretik kullanımı gibi faktörler dehidratasyon gelişimini hızlandırabilir. Dehidratasyon elektrolit dengesizliklerine, hipotansiyona, böbrek fonksiyonlarında bozulmaya ve genel sağlık durumunun kötüleşmesine yol açabilir. Beslenme tedavisi boyunca yalnızca kalori alımına odaklanır ve sıvı dengesi ihmal edilirse, hidrasyon durumu olumsuz etkilenebilir. Besleme ürünleri enteral beslenme alan hastalarda günlük su ihtiyacını tek başlarına karşılayamayabilir. Bu sebeple hasta cilt turgorunda azalma, halsizlik bilinç bulanıklığı, oligüri, taşikardi, hipotansiyon gibi dehidratasyon bulguları yönünden gözlenmeli, aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır (Ayık ve Enç, 2019). Beslenme tüplerinin periyodik olarak yıkanması veya parenteral yolla su desteği sağlanmalıdır ancak dehidrasyon ve hiperhidrasyondan kaçınmak için başlangıçta hacim dengesi sıkı bir şekilde izlenmelidir (Zanetti, 2020). Bu nedenle enteral beslenen tüm hastalarda en az 30 ml su ile 2-4 saatte bir

aralıklarla beslenme tüpünün yıkanması, bu yıkama ile günlük su ihtiyacı karşılanamıyorsa su hacminin günlük ihtiyaca göre arttırılması önerilmektedir (Doğanay ve diğ., 2023).

Sıvı-Elektrolit Dengesizlikleri: Aşırı hidrasyon ve dehidrasyona genellikle sırasıyla hiponatremi ve hipernatremi eşlik eder ve sıvı kısıtlaması veya ek sıvı takviyesi ile tedavi edilir (Zanetti, 2020). Özellikle yüksek osmolariteye sahip olan beslenme ürünleri hipernatremiye sebep olurken hastalarda susuzluk hissi, bilinç bulanıklığı, kas güçsüzlüğü gelişebilir. Enteral beslenme sırasında fazla sıvı alımı veya böbrek yetmezliği varlığında da hiponatremi gelişebilir. Hiponatremi ise baş ağrısı, letarji ve ağır vakalarda nörolojik bozukluklara yol açabilmektedir. Özellikle düşük sodyum içerikli beslenme ürünü kullanan ya da diüretik kullanan hastalar risk altındadır ve düzenli takip gerektirir. Öte yandan enteral beslenme alan hastalarda diyare, kusma, diüretik kullanımı gibi durumlar hipokalemi riskini artırmaktadır ve hipokalemi kardiyak aritmilere yol açabilir. Buna karşılık, potasyum içeriği yüksek formüllerin kullanımı veya böbrek yetmezliği varlığında hiperkalemi gelişebilir. Hiperkalemi, ciddi kardiyak aritmilere ve nöromusküler bozukluklara yol açabilmektedir. Bu sebeple hastaların sıvı dengesi düzenli olarak takip edilmeli, alınan ve çıkarılan sıvı miktarı günlük kaydedilmeli, laboratuvar testleri ile elektrolit düzeyleri izlenmeli ve herhangi bir dengesizlik saptanırsa hedefe yönelik tedaviler yapılmalıdır. Kusma ve diyare gibi sıvı kaybına sebep olan durumlarda ek sıvı ve elektrolit replasmanı sağlanmalıdır (Boullata ve diğ., 2017; Ayık ve Enç, 2019; Zanetti, 2020; Doley, 2022).

Hiperglisemi: Enteral beslenme sırasında gelişen hiperglisemi, çeşitli fizyolojik ve beslenme ile ilgili faktörlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle standart beslenme solüsyonlarının yüksek karbonhidrat içerikli olması, akut enfeksiyon durumu, kortikosteroidler, beta agonistler ve bazı immünosüpresif ajanlar gibi ilaçların kullanımı, geçirilen cerrahi işlem ya da kritik hastalıklar nedeniyle gelişen metabolik stres yanıtı nedeniyle hiperglisemi riski artmaktadır (Ayık ve Enç, 2019; Doley, 2022). Diyabet tanılı olmayan hastalarda hiperglisemi riski açısından günde bir kez, diyabetli hastalarda ise günde 4 ila 6 kez kan şekeri kontrolü yapılmalı, hiperglisemiye neden olabilecek ilaçların kullanımı mümkünse kısıtlanmalıdır. Enteral beslenme alan yetişkin hastalarda kan glikoz seviyesinin 140-180 mg/dl arasında tutulması önerilmektedir. Diyabet tanılı hastalarda yağ emilim bozukluğu, gecikmiş mide boşalması gibi durumlar söz konusu değil ise karbonhidrat içeriği düşük lif ve yağ içeriği yüksek beslenme solüsyonlarının kullanımı, insülin türünün ve dozunun düzenlenmesi gerekir (Ayık ve Enç, 2019; Akçay ve diğ., 2020; Doley, 2022).

Refeeding Sendromu: Refeeding sendromu, uzun süreli açlık sonrası beslenmeye başlanan hastalarda görülen, ciddi metabolik değişikliklerle seyreden ve yaşamı tehdit edebilen bir durumdur. Bu sendrom özellikle malnütrisyon riski taşıyan veya kritik hastalar için önemli bir komplikasyon olup, enteral beslenme sürecinde dikkatle yönetilmesi gerekmektedir. Beslenmeye başlandığında, artan karbonhidrat alımı insülin salgılanmasını tetikler ve bu süreç elektrolitlerin hızla hücre içine taşınmasına neden olur. Bu durum, özellikle fosfat, potasyum ve magnezyum seviyelerinde ani düşüslere yol açarak taşikardi, aritmi, kalp yetmezliği, solunum yetersizliği, nöbet, bilinç bulanıklığı gibi komplikasyonlara neden olur (Zanetti, 2020).

Refeeding sendromuna neden olabilecek risk faktörleri şunlardır (Zanetti, 2020; Doley, 2022).

- Beden kitle indeksi 16 kg/m^2 'den az olan bireyler,
- Son 3-6 ay içerisinde %15'den fazla kilo kaybı,
- 10 günden uzun süre boyunca besin alımının az ya da hiç olmaması,
- Enteral beslenme öncesi düşük potasyum, magnezyum, fosfat seviyesi,
- Disfaji, yeme bozukluğu, kanser, immunosupresif bireyler, malnütrisyon, malabsorpsiyon.

Refeeding sendromu gelişimini önlemek için beslenme öncesi elektrolit düzeylerinin takibi ve düşük elektrolit seviyelerinin replase edilmesi ve yüksek riskli hastalarda ilk üç gün 12 saatte bir aralıklarla kontrol edilmesi, hesaplanan enerjinin %50'sinden az olacak şekilde beslenme desteğine başlanması ve belirlenen hedefe ulaşılan kadar her gün yaklaşık %20 oranında artırılması, aşırı sıvı yüklenmesini önlemek için sıvı dengesi dikkatle kontrol edilmesi, sıvıların ve elektrolitlerin ayrı infüze edilmesi, risk altında olan hastalara beslenmeye başlamadan önce nörolojik bulguların önlenmesi amacıyla 5-7 gün boyunca 100 mg tiamin takviyesi başlanması, vital bulguların düzenli takibinin yapılması önerilmektedir (Zanetti, 2020; Doley, 2022).

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ

Bu çalışma palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarına ilişkin öz yeterlilik durumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin enteral beslenme bilgileri ve uygulamalarına ilişkin öz yeterlilik düzeyi nedir?
2. Palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin eğitim düzeyi, enteral beslenmeye yönelik eğitim alma durumu ve klinik deneyimleri öz yeterlilikleri ile ilişkili midir?

3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.3.1. Bağımlı Değişkenler

- Palyatif bakım hemşirelerinin enteral beslenme uygulamalarına ilişkin öz yeterlilik düzeyleri

3.3.2. Bağımsız Değişkenler

- Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslekteki deneyim süresi, palyatif bakım kliniğinde çalışma süresi
- Enteral beslenmeye ilişkin eğitim alma durumu, bilgi düzeyi, nütrisyonel destek ekibinin varlığı

3.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma 10.10.2024 - 31.12.2024 tarihleri arasında online anket programı üzerinden palyatif bakımda çalışan hemşirelere sosyal medya yolu ile ulaşılarak yapıldı.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Bu araştırmanın çalışma evrenini; Türkiye’deki kamu, üniversite ve özel hastanelerde palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşireler oluşturdu. Araştırmanın verileri online anket aracılığıyla kartopu yöntemi kullanılarak toplandı. Çalışma sosyal medya hesaplarında ve dijital hemşirelik gruplarında anket linki olarak paylaşılmış olup, araştırmaya gönüllü olan hemşirelerin doldurması istendi. Ayrıca çalışmaya katılan hemşirelerden kendi dijital gruplarında ve sosyal medya hesaplarında çalışmanın paylaşılması istendi. Çalışma veri toplama aşaması için ayrılan süre içerisinde dahil olma kriterlerine uyan, Helsinki bildirgesi doğrultusunda çalışmanın amacı ve beklentileri online anket formunda açıklanarak onamları alınan, online anketi eksiksiz dolduran 150 hemşire ile tamamlandı. Aşağıdaki kriterlere uyan palyatif bakım hemşireleri çalışmaya dahil edildi.

3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Katılımcının palyatif bakım kliniğinde hemşire olarak hasta bakımını ve tedavisini yürütüyor olması,

3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Katılımcının veri toplama formunu eksik doldurması,
- Katılımcının çalışmaya katılmayı kabul etmemesi.

3.6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırma Ekim 2024 - Aralık 2024 arasında online anket programı üzerinden sosyal medya yoluyla kartopu örnekleme yöntemi kullanılarak palyatif bakım kliniklerinde çalışan 150 hemşire ile gerçekleştirildi. Dahil olma kriterlerine uyan hemşirelere çalışmanın amacı ve beklentilerin açıklandığı yazılı onam kısmı veri toplama formu linki üzerinden açıklanarak online anketin doldurulması istendi ve formu eksiksiz dolduranlar araştırmaya dahil edildi.

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Veri toplamada katılımcılara ‘‘Hemşire Bilgi Formu’’ (EK-2) ve ‘‘Hemşireler İçin Enteral Beslenme Uygulamaları Öz-Yeterlik Ölçeği’’ (HİEBU-ÖYÖ) (EK-3) uygulandı.

3.6.1.1. Hemşire Bilgi Formu (EK-2)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda Hemşire Bilgi Formu oluşturulmuştur (Kawalec-Kajstura ve diğ., 2020; Coşğun ve Gürlek Kısacık, 2021; Ateşeyan ve diğ., 2023; Alish ve Okuroğlu, 2023). Hazırlanan form hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin medeni durum, cinsiyet, yaş, eğitim durumu v.b sorular ve enteral beslenme uygulamalarına ilişkin eğitim alma durumlarının yöneltildiği 12 adet sorudan oluşmaktadır.

3.6.1.2. Hemşireler İçin Enteral Beslenme Uygulamaları Öz-Yeterlik Ölçeği (HİEBU-ÖYÖ) (EK-3)

Alish ve Okuroğlu (2022) tarafından geliştirilen ölçek 37 maddeden ve iki alt faktörden oluşmaktadır. Beşli likert şeklinde tasarlanan ölçek ‘‘kesinlikle katılmıyorum (1)’’ ile ‘‘kesinlikle katılıyorum (5)’’ aralığında değerlendirilmekte olup, bilgi alt faktörü 20 maddeden (maddeler 1-20); uygulama alt faktörü ise 17 maddeden (maddeler 21-37) meydana gelmektedir. Ölçekte ters bir madde bulunmamaktadır. Ölçekten toplam alınabilecek minimum puan 37 iken maksimum puan 185’dir. Bilgi alt faktörünün min-max puanları 20-100; uygulama alt faktörünün min-max puanları 17-85’dir. Ölçeğin alt faktörlerinden ve tamamından alınabilecek puan arttıkça enteral beslenme uygulamalarında öz-yeterlik seviyelerinin arttığına yönelik çıkarımda bulunulur. Ölçeğin bölümleri için Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0,92 ve 0,91’dir. Ölçeğin tamamı için Chronbach alfa katsayısı 0,94’tür. Bu çalışmada ise Chronbach alfa katsayısı bilgi alt faktörü için 0,96, uygulama alt faktörü için 0,95, ölçeğin tamamı için 0,98 olarak bulunmuştur.

3.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

İstatistiksel analizlerde SPSS (v28.0, IBM) paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı özellikler ortalama, standart sapma, medyan, frekans ve yüzde olarak sunuldu. Dağılımın değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel verilerin analizinde Mann-Whitney U testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Hemşireler İçin Enteral Beslenme Uygulamaları Öz-Yeterlik Ölçeği'nde ölçümlerin iç tutarlıklarının hesaplanmasında Cronbach alfa iç tutarlık analizi kullanıldı. Çalışmanın anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Veri toplamaya başlamadan önce etik kurul onayı (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, 2024/213 dosya numaralı 04.11.2024 tarihli 1136680 sayılı yazı) (EK-5) alındı. Araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan, çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklanarak veri toplama formu linkinde yer alan "Bilgilendirilmiş Onam Formu" (EK-1) kısmını onaylayan hemşireler çalışmaya dahil edildi. HİEBU-ÖYÖ formunun kullanımı için ölçeği geliştiren araştırmacıdan ölçek kullanım izni alındı (EK-4).

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma, palyatif bakım hemşirelerinin anket formunda yer alan bilgilere verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır. Çalışmamızda kullanılan öz yeterlilik ölçeğinin henüz diğer çalışmalarda kullanılmamış olması ve ölçekte rehber doğrultusunda değişen bilginin olması bulguların karşılaştırılmasını bir miktar güçleştirmiştir. Araştırmada kartopu örneklem yönteminin kullanılması ve zaman sınırlılığı nedeniyle 150 hemşireye ulaşılabilmesi araştırmanın sınırlılığıdır. Bu sebeple çalışma sonuçları evrenin tamamına genellenemez. Formu dolduran hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarına ilişkin yöneltilen soruların eğitici olduğu ve farkındalıklarını arttırdığına dair olumlu geri bildirim vermeleri, farklı sağlık kurumlarında çalışan palyatif bakım hemşirelerine ulaşılması ve araştırmanın çok merkezli yürütülmesi araştırmanın güçlü yönü olarak değerlendirilebilir.

4. BULGULAR

Araştırmaya palyatif bakım kliniklerinde çalışan 150 hemşire katıldı. Araştırmaya katılan hemşirelerden elde edilen bulgular dört başlık altında incelenmiş olup bulgular aşağıdaki sıra ile sunulmaktadır:

- Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve çalışma yaşamlarına ilişkin bulgular
- Hemşirelerin klinik deneyimlerine ilişkin bulgular
- Hemşireler İçin Enteral Beslenme Uygulamaları Öz-Yeterlik Ölçeği puanları
- Hemşireler İçin Enteral Beslenme Uygulamaları Öz-Yeterlik Ölçeği puanlarının hemşirelerin sosyodemografik özellikleri, çalışma yaşamları, klinik deneyimleri ile karşılaştırılması

4.1. HEMŞİRELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ve ÇALIŞMA YAŞAMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya dahil olan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve çalışma yaşamına ilişkin özellikler Tablo 4.1’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının $33,9 \pm 8,2$ (23-62) olduğu, hemşirelerin %53,3’nün (n=80) 30 yaş üstünde, %46,7’sinin (n=70) 30 yaş ve altında olduğu saptandı. Katılımcıların çoğunluğunun kadın (%76, n=114), %51,3’ünün bekar olduğu, büyük çoğunluğunun (%91,4, n=137) lisans ve lisansüstü eğitim aldıkları belirlendi. Katılımcıların çalışma yaşamlarına ilişkin bulgular incelendiğinde; çoğunluğunun (%82,7, n=124) kamu hastanelerinde çalıştığı, %51,3’ünün (n=77) 7 yılın üstünde, %48,7’sinin (n=73) 7 yıl ve altında çalışma deneyimine sahip olduğu belirlendi. Katılımcıların %52’sinin (n=78) 3 yıl ve üzeri, %48’nin (n=72) 3 yılın altında palyatif bakım kliniğinde çalıştığı tespit edildi.

Tablo 4.1: Hemşirelerin sosyodemografik ve çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=150).

Özellikler		n	%
Yaş (Min-Mak) (Medyan) (Ort.±ss)		(23.0 - 62.0) (31.0)	(33.9 ± 8.2)
Yaş	≤ 30	70	46,7
	> 30	80	53,3
Cinsiyet	Erkek	36	24
	Kadın	114	76
Eğitim Durumu	Lise	5	3,3
	Ön Lisans	8	5,3
	Lisans	103	68,7
	Lisansüstü	34	22,7
Medeni Durum	Evli	77	51,3
	Bekar	73	48,7
Çalıştığınız Kurum	Kamu hastanesi	124	82,7
	Özel hastane	4	2,7
	Devlet hastanesi	1	0,7
	Üniversite hastanesi	20	13,3
	Eğitim ve araştırma hastanesi	1	0,7
Meslekteki Deneyim Süresi (Min-Mak) (Medyan) (Ort.±ss)		(0.3 - 42.7) (7.8)	(10.5 ± 8.5)
Meslekteki Deneyim Süresi	≤ 7 Yıl	73	48,7
	> 7 Yıl	77	51,3
Palyatif Bakım Kliniğindeki Çalışma Süresi (Min-Mak) (Medyan) (Ort.±ss)		(0.3 - 13.6) (3.0)	(3.4 ± 2.6)
Palyatif Bakım Kliniğinde Çalışma Süresi	< 3 Yıl	72	48
	≥ 3 Yıl	78	52

4.2. HEMŞİRELERİN KLİNİK DENEYİMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya dahil olan hemşirelerin klinik deneyimlerine ilişkin bulgular Tablo 4.2’de sunulmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%90,7, n=136) çalıştığı kurumda nütrisyon destek ekibinin bulunduğunu belirtmiştir. Lisans eğitimi dışında nütrisyon desteğine ilişkin eğitim alma durumlarına bakıldığında, katılımcıların %60,7’si (n=91) lisans eğitimi sonrasında nütrisyon desteğine yönelik eğitim aldığını, %39,3’ü (n=59) eğitim almadığını belirtmiştir. Eğitim alan katılımcıların %41,8’inin (n=38) 1 yıldan fazla sürede, %24,2’sinin (n=22) 1 yıl içerisinde, %27,5’inin (n=25) 6 ay içerisinde ve %6,6’sının (n=6) 1 ay içerisinde eğitim aldığı saptanmıştır. Eğitim alan katılımcıların %69,2’sinin (n=63) eğitimi hastanede hizmet içi eğitim kapsamında, %28,6’sının (n=26) ise kongre, sempozyum ve sertifikalı eğitim programlarında aldığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.2: Hemşirelerin Klinik Özelliklerine İlişkin Dağılımları (n=150).

Özellikler		n	%
Çalıştığınız kurumda nütrisyon destek ekibi mevcut mu?	Evet	136	90,7
	Hayır	4	2,7
	Bilmiyorum	10	6,7
Lisans eğitiminiz dışında nütrisyon desteğine yönelik eğitim aldınız mı?	Evet	91	60,7
	Hayır	59	39,3
Eğitim aldıysanız ne kadar süre önce aldınız?	1 ay içerisinde	6	6,6
	Son 6 ay içerisinde	25	27,5
	Son 1 yıl içerisinde	22	24,2
	1 yıldan fazla sürede	38	41,8
Eğitim aldıysanız, bu eğitimi nereden aldınız?	Hastanede hizmet içi eğitim	63	69,2
	Sertifikalı eğitim programı	13	14,3
	Sempozyum, Kongre vb.	13	14,3
	Okul	1	1,1
	Yüksek lisans derslerinde ve palyatif servisinde	1	1,1
Aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	29	31,9
	Kısmen	56	61,5
	Hayır	6	6,6
Enteral beslenme uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?	Evet	48	32
	Kısmen	90	60
	Hayır	12	8

“Aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna katılımcıların çoğu (%68,1, n=62) “kısmen” ve “hayır” yanıtını verirken %31,9’u (n=29) “evet” cevabını vermiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%68, n=102) “enteral beslenme uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?” sorusuna “kısmen” ve “hayır” yanıtı verdiği saptanmıştır.

4.3. HEMŞİRELER İÇİN ENTERAL BESLENME UYGULAMALARI ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ'NE (HİEBU-ÖYÖ) İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin HİEBU-ÖYÖ'ne ilişkin alt boyut puan ve total puan ortalamaları Tablo 4.3'te sunulmuştur. Katılımcıların ölçekten aldığı toplam puan ortalaması $154,6 \pm 24,8$ (37-185) olarak saptandı. Bilgi alt faktörü puan ortalaması $83,7 \pm 14$ (20-100), uygulama alt faktörü $70,8 \pm 11,4$ (17-85) olarak belirlendi. Ölçeğin bilgi alt faktörü ve uygulama alt faktörü puanları arasında güçlü ve pozitif yönde korelasyon elde edildi ($r=0,814$, $p<0.001$). Araştırmamızda hemşirelerin bilgi özyeterliliğine ilişkin alt faktör puanı arttıkça uygulama özyeterliliğine ilişkin alt faktör puanının da arttığı gözlemlendi (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3: Hemşirelerin HİEBU-ÖYÖ bilgi ve uygulama alt faktörü ve toplam puanları (n=150).

	Ort±Ss	Min-max (Median)
Bilgi alt faktörü puanı	83,7±14	20-100 (84)
Uygulama alt faktörü puanı	70,8±11,4	17-85 (69,5)
Toplam puan	154,6±24,8	37-185 (155)

Tablo 4.3.1: HİEBU-ÖYÖ bilgi ve uygulama alt faktörü puanları arasındaki ilişki.

Değişkenler	Bilgi alt faktörü	Uygulama alt faktörü
Bilgi alt faktörü puanı	-	r = 0,814, p < 0,001
Uygulama alt faktörü puanı	r = 0,814, p < 0,001	-

Not: Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

4.4. HEMŞİRELER İÇİN ENTERAL BESLENME UYGULAMALARI ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ (HİEBU-ÖYÖ) PUANLARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE ve ÇALIŞMA YAŞAMINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmaya katılan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre HİEBU-ÖYÖ skorları karşılaştırıldı (Tablo 4.4). Kadınlarda ölçeğin bilgi alt faktörü puanı erkeklerden istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (p=0,043). Öte yandan kadın katılımcılarda ölçeğin uygulama alt faktörü puanı ve toplam puanlarının daha yüksek olduğu ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (p=0,131, p=0,075). 30 yaş ve altı katılımcıların 30 yaş üzeri katılımcılara göre (p=0,311, p=0,678, p=0,432), eğitim durumu lisans ve lisansüstü olan katılımcıların ise lise ve ön lisans olan katılımcılara göre ölçeğin alt faktör puanları ve toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulundu ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p=0,968, p=0,301, p=0,637). Aynı şekilde evli ve bekar katılımcılar arasında ölçek alt faktör puanları ve toplam puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,755, p=0,420, p=0,507). HİEBU-ÖYÖ ölçeği alt faktör puanları ve toplam puanları çalışılan kurum açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,184, p=0,274, p=0,233). Meslekteki deneyim süresi 7 yıldan az olan katılımcıların ölçek alt faktör ve toplam puanları, 7 yıl üzeri olan katılımcılara göre daha yüksek olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmadı (p=0,255, p=0,333, p=0,299). Benzer şekilde palyatif bakım kliniğinde çalışma süresi 3 yıl ve üzeri olan katılımcıların ölçek alt faktör ve toplam puanları daha yüksek olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,926, p=0,286, p=0,646).

Tablo 4.4: Katılımcıların HİEBU-ÖYÖ puanlarının sosyodemografik özelliklerine ve çalışma yaşamlarına göre değerlendirilmesi (n=150).

Yaş	≤ 30 (n:70)			> 30 (n:80)			P
	Ort.±ss	Medyan		Ort.±ss	Medyan		
Bilgi Puanı	84,9 ± 13	84,5		82,7 ± 14,9	84		0,311
Uygulama Puanı	71,1 ± 11,3	70,5		70,6 ± 11,5	69		0,678
Toplam	156 ± 23,6	156		153,4 ± 25,9	152		0,432

Cinsiyet	Erkek (n:36)			Kadın (n:114)			p
	Ort.±ss	Medyan		Ort.±ss	Medyan		
Bilgi Puanı	80,7 ± 13,9	80		84,7 ± 14	86		0,043
Uygulama Puanı	68,2 ± 12,3	68		71,7 ± 11	71		0,131
Toplam Puanı	148,9 ± 26	150		156,4 ± 24,3	157		0,075

Eğitim durumu	< Lisans (n:13)			≥ Lisans (n:137)			P
	Ort.±ss	Medyan		Ort.±ss	Medyan		
Bilgi Puanı	81,1 ± 21,5	86		84,0 ± 13,2	84		0,968
Uygulama Puanı	70,5 ± 19	74		70,9 ± 10,5	69		0,301
Toplam Puanı	151,5 ± 40,4	159		154,9 ± 23	154		0,637

Medeni durum	Evli (n:77)			Bekar (n:73)			P
	Ort.±ss	Medyan		Ort.±ss	Medyan		
Bilgi Puanı	84,1 ± 12,7	84		83,4 ± 15,4	85		0,755
Uygulama Puanı	70,7 ± 10,7	69		71,0 ± 12,1	71		0,420
Toplam Puanı	154,8 ± 22,8	152		154,4 ± 26,9	157		0,507

Çalıştığı kurum	Özel-Kamu Hastanesi (n:129)			Eğitim Araştırma-Üniversite Hastanesi (n:21)			p
	Ort.±ss	Medyan		Ort.±ss	Medyan		
Bilgi Puanı	83,4 ± 13,4	84		85,9 ± 17,7	86		0,184
Uygulama Puanı	70,6 ± 11,1	69		72,2 ± 13	72		0,274
Toplam Puanı	154 ± 23,9	153		158 ± 30,2	157		0,233

Meslekteki deneyim süresi	≤ 7 Yıl (n:73)			> 7 Yıl (n:77)			p
	Ort.±ss	Medyan		Ort.±ss	Medyan		
Bilgi puanı	84,6 ± 14,4	85		82,9 ± 13,7	84		0,255
Uygulama Puanı	71,2 ± 12	71		70,5 ± 10,8	69		0,333
Toplam Puanı	155,7 ± 25,9	156		153,5 ± 23,9	152		0,299

Palyatif bakımda çalışma süresi	< 3 Yıl (n:72)			≥ 3 Yıl (n:78)			p
	Ort.±ss	Medyan		Ort.±ss	Medyan		
Bilgi Puanı	83,4 ± 14,6	84		84 ± 13,6	84,5		0,926
Uygulama Puanı	69,8 ± 12,1	69		71,8 ± 10,6	71		0,286
Toplam Puanı	153,2 ± 26,1	153,5		155,9 ± 23,6	156		0,646

Not: Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

4.5. HEMŞİRELER İÇİN ENTERAL BESLENME UYGULAMALARI ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ (HİEBU-ÖYÖ) PUANLARININ HEMŞİRELERİN KLİNİK DENEYİMLERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmaya katılan hemşirelerin ölçek alt faktör ve toplam puanlarının klinik deneyimleriyle ilişkine ait bulgular Tablo 4.5'te sunulmuştur. Çalıştığı kurumda nütrisyon destek ekibi bulunan katılımcıların ölçek alt faktörleri ve toplam puanları nütrisyon destek ekibi bulunmayan katılımcılara göre daha yüksek bulundu fakat istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,159$, $p=0,620$, $p=0,318$).

Tablo 4.5: Katılımcıların HİEBU-ÖYÖ puanlarının klinik deneyimlerine göre değerlendirilmesi (n=150).

Çalıştığı kurumda nütrisyon destek ekibi	(-) (n:14)		(+) (n:136)		p
	Ort.±ss	Medyan	Ort.±ss	Medyan	
Bilgi Puanı	79,9 ± 14,5	81	84,1 ± 14	84,5	0,159
Uygulama Puanı	69,9 ± 11,7	69	70,9 ± 11,4	69,5	0,620
Toplam Puanı	149,7 ± 25,5	149,5	155,1 ± 24,8	155	0,318

Lisans eğitimi dışında nütrisyon desteğine yönelik eğitim	(-) (n:59)		(+) (n:91)		p
	Ort.±ss	Medyan	Ort.±ss	Medyan	
Bilgi Puanı	81,2 ± 14,6	82	85,4 ± 13,5	86	0,011
Uygulama Puanı	68,4 ± 12,1	67	72,4 ± 10,6	72	0,007
Toplam Puanı	149,6 ± 26,1	151	157,8 ± 23,5	159	0,010

Aldığı eğitimin yeterli olduğunu düşünme	(-) (n:62)		(+) (n:29)		p
	Ort.±ss	Medyan	Ort.±ss	Medyan	
Bilgi Puanı	83,6 ± 13,5	86	89,1 ± 12,9	93	0,014
Uygulama Puanı	70,7 ± 10,6	71	76 ± 9,8	80	0,038
Toplam Puanı	154,4 ± 23,5	156,5	165,1 ± 22,1	170	0,022

Enteral beslenme uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyini yeterli bulma	(-) (n:102)		(+) (n:48)		p
	Ort.±ss	Medyan	Ort.±ss	Medyan	
Bilgi Puanı	82 ± 13,7	83	87,4 ± 14,2	88	0,006
Uygulama Puanı	69,2 ± 10,5	68,5	74,2 ± 12,4	77	0,004
Toplam Puanı	151,3 ± 23,5	152	161,6 ± 26,2	165	0,004

Not: Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Lisans eğitimi dışında n trisy n desteğine yönelik eğitim alan katılımcıların ölçek bilgi, uygulama, toplam puanı eğitim almayan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p=0,011$, $p=0,007$, $p=0,010$). Aldığı eğitimin yeterli olduğunu düşünen katılımcıların ölçek bilgi, uygulama ve toplam puanı yeterli olduğunu düşünmeyenlere göre daha yüksek bulundu ($p=0,014$, $p=0,038$, $p=0,022$). Enteral beslenme uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyini yeterli bulan katılımcıların ölçek bilgi, uygulama, toplam puanı, bilgi düzeyini yeterli bulmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p=0,006$, $p=0,004$, $p=0,004$).



5. TARTIŞMA

5.1. HEMŞİRELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ve ÇALIŞMA YAŞAMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine dair bulguların dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin çoğunluğunun (%76, n=114) kadın olduğu saptanmış olup bu durum hemşirelik mesleğinin demografik yapısı ve literatür ile uyumludur (Vicdan ve Taştekin, 2019; Coşğun ve Gürlek Kısacık, 2021; Albanesi ve diğ., 2021; Alish ve Okuroğlu, 2023; DeFusco ve diğ., 2023; Batu ve diğ., 2024; Doğanay, 2024). Ülkemizde geçmiş yıllara oranla hemşirelik mesleği içerisinde erkek hemşire sayısında artış olmasına rağmen hemşirelik mesleğinin kadın ağırlıklı bir meslek olduğu görülmektedir. Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalamasının $33,9 \pm 8,2$ (23-62) olduğu, hemşirelerin %53,3'nün (n=80) 30 yaş üstünde ve %51,3'ünün bekar olduğu gözlemlendi. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde büyük çoğunluğunun (%91,4, n=137) lisans ve lisansüstü mezunu olduğu görüldü. Katılımcıların çalışma yaşamlarına ilişkin bulgular incelendiğinde çoğunluğunun (%82,7, n=124) kamu hastanelerinde çalıştığı, %51,3'ünün (n=77) 7 yılın üstünde çalışma deneyimine sahip olduğu belirlendi. Katılımcıların %52'sinin (n=78) 3 yıl ve üzeri palyatif bakım kliniğinde çalıştığı gözlemlendi. Literatürde palyatif bakım hemşireleri ile yapılan çalışmalarda da hemşirelerin yaş ortalamasının 25-36 olduğu bildirilmiş olup örneklemimiz hemşire profilini yansıtmaktadır (Dehghani ve diğ., 2020; Albanesi ve diğ., 2021; DeFusco ve diğ., 2023; Batu ve diğ., 2024; Doğanay, 2024). Ülkemizde 2014 yılında yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile sağlık meslek liselerinde hemşirelik bölümü kaldırılmıştır (T.C. Resmi Gazete, 2014). Bu durumun lisans mezunu hemşire sayısını arttırdığı düşünülmektedir.

5.2. HEMŞİRELERİN KLİNİK DENEYİMLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmaya katılan hemşirelerin klinik deneyimleri incelendiğinde; araştırmaya dahil olan katılımcıların büyük çoğunluğu (%90,7, n=136) çalıştığı kurumda nütisyon destek ekibinin bulunduğunu belirtmiştir. Alish ve Okuroğlu'nun (2023) çalışmasında hemşirelerin %80'i çalıştığı birimde nütisyon destek ekibinin bulunduğunu, Coşgun ve Gürlek Kısacık'ın (2021) hemşirelerde nütisyonel değerlendirmeye ilişkin tutum, bilgi düzeyi, algılanan bakım kalitesinin değerlendirildiği çalışmasında hemşirelerin %82'si çalıştıkları birimde hastalara nütisyon desteği sağlandığını ve %58'i nütisyon destek ekiplerinin olduğunu bildirmiştir. Kurt ve Paslı Gürdoğan'ın yoğun bakımda çalışan hemşirelerin nütisyonel farkındalığının değerlendirildiği çalışmasında (2023) ise hemşirelerin %51,7'si nütisyon destek ekibinin bulunduğunu belirtmiştir. Ünal ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında da hemşirelerin %62,7'si çalıştığı birimde nütisyon uygulamaları konusunda destek aldıklarını belirtmiştir. Hastanelerde nütisyon destek ekibi için ayrılan personel sayısının değişkenliği ve hemşirelerin çalıştığı kurumda nütisyon ekibinin varlığına yönelik bilgi durumunun sonuçlarda değişkenlik göstermiş olabileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda hastanelerin organizasyon yapısı, bütçesi ve uygulama standartlarında farklılık olması, nütisyon konusunda uzmanlaşmış sağlık personellerinin değişkenlik göstermesi sebebiyle nütisyon destek ekiplerinde değişken oranların oluşmasına neden olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda, palyatif bakım kliniklerinde tedavi gören hastaların %57-90 arasında malnütisyon riski içinde ya da malnütisyonlu olduğu bildirildiği göz önüne alındığında palyatif bakım hemşirelerinin hastaların nütisyonel durum değerlendirilmesinde nütisyon destek ekibi ile iş birliği içerisinde etkin rol almaları malnütisyon riskinin erken saptanıp müdahale edilmesinde elzemdir (Çınar ve diğ., 2017; Ayık ve diğ., 2020; Coşgun ve Gürlek Kısacık, 2021; Yuruyen ve diğ., 2023; Batu ve diğ., 2024). Bu sebeple, malnütisyon durumu olduğu saptanan ve buna yönelik enteral beslenme desteği alan hastaların beslenme yönetiminin etkin sağlanmasında ve malnütisyona bağlı olası komplikasyonların en aza indirilmesinde her hastanede nütisyon destek ekibi bulunması gereklidir.

Enteral beslenme eğitimi, hemşirelere hastaların beslenme ihtiyaçlarını belirleme, enteral beslenme sürecini yönetme, olası komplikasyonları takip etme ve hasta ile ailesine bu konuda rehberlik etme konusunda yetkinlik kazandırır (Batu ve diğ., 2024). Çalışmamızda lisans eğitimi dışında nütisyon desteğine ilişkin eğitim alma durumlarına bakıldığında;

katılımcıların %60,7'si (n=91) eğitim aldığını belirtmiş olup eğitim alan katılımcıların %41,8'inin (n=38) bir yıldan uzun süre önce eğitim aldığı ve %69,2'sinin (n=63) eğitimi hastanede hizmet içi eğitim kapsamında aldığı saptanmıştır. Katılımcıların yarısından fazlasının nütisyon desteğine ilişkin eğitim almış olmasına rağmen, %61,5'i aldıkları eğitimin “kısmen” yeterli olduğunu ifade etmeleri dikkat çekicidir. Hemşirelerin çoğunun aldıkları eğitimi hizmet içi eğitim kapsamında ve uzun süre önce almış olması eğitimlerin periyodik aralıklar ile sağlanamadığının göstergesidir. DeFusco ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde hemşireler, lisans eğitimi sonrası palyatif bakıma yönelik son 2 yıl içerisinde eğitim almadığını belirtmişlerdir. Coşgun ve Gürlek Kısacık'ın (2021) çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde hemşirelerin %62'sinin eğitim aldığı, alınan eğitimin büyük çoğunluğunun hizmet içi eğitim kapsamında verildiği ve %71,9'unun aldığı eğitimi “kısmen” yeterli bulduğu saptanmıştır. Ateşeyan ve arkadaşlarının (2023) hemşirelerin enteral/parenteral beslenmeye yönelik inanç ve tutumlarını incelediği, örneklemini 219 hemşirenin oluşturduğu çalışmada ise hemşirelerin %53,9'u enteral/parenteral beslenmeye yönelik eğitim aldığını, %57'sinin aldığı eğitimi yeterli bulmadığını belirtmiştir. DeFusco ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında ise hemşirelerin çoğunun palyatif bakıma yönelik daha önce eğitim alsa da bilgisinin yetersiz olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmalarda da görüldüğü üzere hemşirelerin nütisyon desteğine yönelik eğitim almış olmasına karşın alınan eğitimin yeterli bulunmadığı belirlenmiştir. Bu durumun, hastanelerde enteral beslenme protokollerinin net olmaması veya verilen hizmet içi eğitimlerin sürekliliğinin sağlanamaması, alınan eğitimin süresinin yeterli olmaması, hemşirelerin iş yoğunluğu, vardiyalı çalışma sistemi vb. nedenlerle eğitimlere yeterli ilgi ve katılamamış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürün sürekli güncellendiği ve palyatif bakım hemşirelerinin çoğunlukla enteral beslenme ile beslenen hastalara bakım verdiği düşünüldüğünde bakımın kalitesini ve hastaların yaşam kalitesini optimal seviyeye getirmek için hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarına ilişkin eğitimlerinin düzenli ve koordineli bir şekilde planlanması ve eğitimlerin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%68, n=102) “enteral beslenme uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?” sorusuna “kısmen” ve “hayır” yanıtı verdiği saptanmıştır. Bulunan sonuçlar literatürdeki benzer çalışmalarla uyumlu olup hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarına yönelik bilgi düzeyleri konusunda kendilerini yeterli hissetmediği sonucuna varılabilir (Koçhan ve Akın, 2018; Kawalec-Kajstura ve diğ., 2020; Coşgun ve Gürlek Kısacık, 2021; Ateşeyan ve diğ., 2023; Batu ve diğ., 2024). Bu durumun,

hemşirelerin eğitim eksiklikleri, klinik deneyimlerinin yetersizliği, enteral beslenme uygulamalarına ilişkin güncel rehberleri ve kanıta dayalı uygulamaları takip etmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3. HEMŞİRELER İÇİN ENTERAL BESLENME UYGULAMALARI ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ'NE (HİEBU-ÖYÖ) İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarına yönelik öz yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılan ölçekten alınan toplam puan ortalaması $154,6 \pm 24,8$ (37-185) olarak saptandı; bilgi alt faktörü puan ortalaması $83,7 \pm 14,0$ (20-100), uygulama alt faktörü puan ortalaması ise $70,8 \pm 11,4$ (17-85) olarak belirlendi. Aliş ve Okuroğlu'nun (2023) çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde hemşirelerin toplam puanı 156,25 olarak saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarına ilişkin öz yeterliliklerinin yeterli düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Kawalec-Kajstura ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da çalışma bulgularımızla uyumlu olarak PEG'li hastalara bakım veren hemşirelerin öz yeterliliklerinin iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir. Bu durum, hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarında kendilerine güvendiklerini göstermektedir. Ayrıca ölçeğin bilgi ve uygulama alt faktörleri arasında güçlü ve pozitif yönde bir korelasyon bulunmuş olup ($r=0.814$, $p=0.000$), bu da hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarındaki bilgilerine ilişkin öz yeterliliklerinin arttıkça uygulama öz yeterliliklerinin de arttığını göstermektedir. Literatürde de benzer şekilde, hemşirelerin bilgi yeterliliği ile uygulama becerileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve bilgi düzeyi yüksek olan hemşirelerin klinik uygulamalarda daha başarılı olduğu vurgulanmaktadır (Koçhan ve Akın, 2018; Dehghani ve diğ., 2020; Coşğun ve Gürlek Kısacık, 2021; Hadera ve diğ., 2022; Ateşeyan ve diğ., 2023; Batu ve diğ., 2024). Öz yeterlilik, hemşirelerin hasta tedavisi ve bakımında profesyonel davranışlarını ve hedef davranışına ulaşmak için gösterdiği çabayı ve bağlılığı etkilemektedir. Yüksek öz yeterlilik, bakım kalitesini iyileştirir ve nihayetinde bireysel ve kurumsal performansı artırır. Çalışmalar, öz yeterlilik algısının hasta bakım kalitesiyle pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir (Philips ve diğ., 2011; Alavi ve diğ., 2015; Dehghani ve diğ., 2020; Ateşeyan ve diğ., 2023; DeFusco ve diğ., 2023). Sonuç olarak, bilgi konusunda kendini yeterli olarak değerlendiren hemşirelerin teorik bilgilerini pratik uygulamalara yansıtmada daha yeterli hissettiği sonucuna varılabilir. Bu durumun hasta bakım kalitesinin artırılmasında, yanlış ya da eksik uygulama

sonucu enteral beslenmeyle ilişkili komplikasyonların azaltılmasında olumlu bir etki sağladığı düşünülmektedir.

5.4. HEMŞİRELER İÇİN ENTERAL BESLENME UYGULAMALARI ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ (HİEBU-ÖYÖ) PUANLARININ HEMŞİRELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, ÇALIŞMA YAŞAMLARI, KLİNİK DENEYİMLERİNE GÖRE TARTIŞILMASI

Çalışmamızda HİEBU-ÖYÖ ölçeği cinsiyete göre değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakla birlikte kadın cinsiyette uygulama alt boyutu ve toplam puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0,131$, $p=0,075$). Bilgi öz yeterliliği alt boyut puanı kadın cinsiyette erkeklere oranla istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p=0,043$). Hemşirelik mesleği kadın ağırlıklı bir meslektir. Ülkemizde 2007 yılında yayımlanan “Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile yasal düzenleme yapılarak erkeklerin hemşirelik mesleğine dahil olmasının önü açılmıştır (Dağcı ve diğ., 2023). Bu bağlamda cinsiyetler arası farklılığın, çalışmadaki kadın katılımcı sayısının erkek katılımcı sayısına göre daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda hemşirelerin eğitim durumuna bakıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasa da lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin alt boyut ve toplam puanları daha yüksek bulunmuştur ($p=0,968$, $p=0,301$, $p=0,637$). Çavuşoğlu'nun çalışmasında (2024) lisans eğitimi alan hemşirelerin öz yeterlilik puanlarının daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Literatürde, hemşirelerin öz yeterliliklerinin değerlendirildiği diğer çalışmalarda da çalışmamızda olduğu gibi lisans mezunu hemşirelerin öz yeterlilik puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Dehghani ve diğ., 2020; DeFusco ve diğ., 2022; Hamre ve diğ., 2022). Bu durum, lisans eğitiminin hemşirelere kazandırdığı teorik bilgi ve pratik becerilerin mesleki öz güvenlerini ve yeterlilik algılarını arttırmasıyla açıklanabilir. Lisans ve lisansüstü eğitim, hemşirelere daha karmaşık klinik durumları yönetme, kanıta dayalı uygulamaları anlama ve uygulama, eleştirel düşünme ve problem çözme becerileri gibi konularda daha derinlemesine bilgi ve beceri kazandırır (Başlı ve Metin, 2022). Bu durumun da, mesleki rollerin daha etkin bir şekilde yerine getirilmesini sağladığı ve öz yeterliliklerinin artmasına katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda, araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma deneyimi ve palyatif bakımda çalışma süresi, öz yeterlilikleri ile ilişkili bulunmamıştır. Bu bulgu, Çavuşoğlu'nun (2024) ve Dehghani arkadaşlarının (2020) çalışmalarından elde edilen sonuçlarla paralellik göstermektedir. Ancak, literatürde deneyim ile öz yeterlilik arasında pozitif yönde ilişki olduğunu gösteren çalışmalar

da bulunmaktadır (Alavi ve diğ.,2015; Hamre ve diğ., 2022). Literatürdeki bu farklılık, hemşirelerin öz yeterliliklerinin deneyim süresinden ziyade, aldıkları eğitim, kişisel özellikler ve çalıştıkları kurumun sağladığı destek gibi faktörlerden daha fazla etkilenebileceğini düşündürmektedir. Özellikle palyatif bakım gibi özel bir alanda, hemşirelerin bu alana yönelik spesifik eğitimleri ve kişisel yetkinlikleri, deneyimlerinden daha belirleyici olabilir. Ayrıca, kurumun sağladığı sürekli eğitimler, mentörlük programları ve ekip desteği gibi faktörler, hemşirelerin öz yeterliliklerini artırmada önemli rol oynayabilir.

Çalışmamızda kurumda nütrisyon destek ekibi bulunanların ölçek alt boyut ve toplam puanlarının, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, ekip bulunmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,159$, $p=0,620$, $p=0,318$). Kurt ve Paslı Gündoğan (2023) tarafından yapılan bir araştırmada, çalıştığı kurumda nütrisyon destek ekipleri bulunan hemşirelerin beslenmeye yönelik kaliteli bakım algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Nütrisyon destek ekiplerinin hastaların kişiselleştirilmiş beslenme yönetiminin sağlanması, doğru enteral beslenme yönteminin belirlenmesi, uygulanması ve takibi, komplikasyon yönetiminin sağlanması gibi görevlerinin olmasının yanı sıra sağlık çalışanlarına enteral beslenme uygulamaları konusunda eğitim verme sorumluluğu da bulunmaktadır (Karaca ve diğ., 2018). Ateşyan ve ark. (2023) çalışma yaptıkları kurumda nütrisyon destek ekiplerinin aktif rol oynamasının, özellikle nütrisyon hemşireleri tarafından verilen hizmet içi ve bireysel eğitimlerin hemşirelerin bilgi düzeyini artırarak öz yeterliliklerini pekiştirdiğini bildirmişlerdir. Çalışmamıza katılan hemşirelerin çoğunluğu ($n=136$) çalıştığı kurumda nütrisyon destek ekiplerinin bulunduğunu belirtmişlerdir. Bu bağlamda, nütrisyon destek ekiplerinin kliniklerde çalışan hemşirelerle iş birliği içinde çalışması, klinik hemşirelerine enteral beslenme konusunda hizmet içi eğitimler planlanması ve bu eğitimlerin periyodik olarak tekrarlanmasının hemşirelerin bilgi düzeylerini artırarak öz yeterliliklerine olumlu katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu iş birliği ve eğitimler, hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarında özgüvenlerini artırarak hasta bakım kalitesini de olumlu yönde etkileyebilir.

Çalışmamızda nütrisyon desteğine yönelik eğitim alan ($p=0,011$, $p=0,007$, $p=0,010$) ve aldığı eğitimi yeterli bulan katılımcıların bilgi, uygulama, toplam puanı ($p=0,014$, $p=0,038$, $p=0,022$) daha yüksek bulundu. Aynı şekilde bilgi düzeyini yeterli bulan katılımcıların da ölçek alt boyut ve toplam puanı daha yüksek bulundu ($p=0,006$, $p=0,004$, $p=0,004$). Ateşyan ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında, enteral/parentral beslenmeye ilişkin yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen ve enteral/parenteral beslenme eğitimi alan hemşirelerin öz

yeterliliklerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Dehghani ve arkadaşlarının (2020) palyatif bakıma yönelik eğitim verilen hemşirelerin (n=40) öz yeterlilik durumlarını incelediği yarı deneysel çalışmasında ise eğitimin öz yeterliliği arttırdığı sonucuna varılmış; özellikle semptom yönetimine ilişkin öz yeterlilik puanlarında eğitim sonrası artış olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde DeFusco ve arkadaşlarının 2023 yılında yaptığı yarı deneysel çalışmada, online olarak yapılandırılmış palyatif bakım eğitimi verilen hemşirelerin öz yeterliliklerinin de anlamlı olarak arttığı gözlenmiş, palyatif bakıma yönelik eğitimlerin lisans müfredatında daha fazla yer alması, online eğitim programlarının düzenlenmesi ve çalışılan kurumda hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Başka bir çalışmada ise kanıta dayalı bir günlük pediatrik palyatif bakım eğitimi verilen hemşirelerin öz yeterliliklerinin anlamlı şekilde yüksek bulunduğu saptanmış; mesleki gelişimin sürekliliğinin sağlanması ve bakım kalitesinin artırılması açısından kanıta dayalı eğitimlerin yaygınlaştırılması gerektiği vurgulanmıştır (Hamre ve diğ., 2022). Literatürde sertifika programına katılarak eğitim alan hemşirelerin bilgi düzeyi ve öz yeterliliklerin daha yüksek olduğu bildiren çalışmalar mevcuttur (Gigli ve diğ., 2020; Bekleviç ve diğ., 2023). Bu bağlamda, literatürdeki bulgular çalışmamızla uyumlu olup hemşirelerin enteral beslenme uygulamaları hakkındaki bilgilerinin ve aldıkları eğitimlerin öz yeterliliklerini arttırdığı sonucuna varılmaktadır. Yüksek öz yeterlilik, mesleki doyumu ve çalışma performansını arttırmakta ve bakım kalitesini iyileştirmeye katkı sağlamaktadır. Çalışmalar, daha yüksek öz yeterlilikli hemşirelerin düşük öz yeterlilikli hemşirelere göre daha iyi performans gösterdiğini ve daha nitelikli sağlık hizmeti sağladığını göstermiştir (Alavi ve diğ., 2015; Dehghani ve diğ., 2020; Sezgin ve Düşükcan, 2020). Mesleki anlamda öz yeterlilik algısı yüksek olan hemşireler, hasta ve aileleriyle daha etkin bir şekilde işbirliği yapmakta ve bu durum bakım kalitesine olumlu katkı sağlamaktadır (Yoo ve Cho, 2020). Palyatif bakım kliniklerinde tedavi gören hastalarda enteral beslenme uygulamalarının sıkça kullanıldığı göz önüne alındığında, hemşirelerin enteral beslenme uygulamaları konusunda yeterli bilgi ve donanıma sahip olmaları ve bu konuda eğitim almış olmaları öz yeterliliklerini arttırmakta; yüksek öz yeterliliğin de komplikasyon gelişiminin en aza indirilmesinde, etkin semptom yönetiminin sağlanmasında, hasta konforunun artırılmasında, hasta ve yakınlarına doğru eğitim verilmesinde pozitif katkı sağladığı düşünülmektedir. Bu bağlamda eğitsel müdahalelerin hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarında algılanan öz yeterliliklerini arttırabileceği, bunun da hem hasta sonuçlarını hem de hemşirelerin mesleki doyumlarını iyileştirebileceği sonucuna varılmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarına yönelik özyeterliliklerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmamızın sonuçları şunlardır;

Araştırmaya katılan 150 hemşirenin yaş ortalamasının $33,9 \pm 8,2$ (23-62) olduğu, çoğunluğunun kadın (%76, n=114), çoğunluğunun (%91,4, n=137) lisans ve lisansüstü eğitilmiş olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %51,3'ünün (n=77) 7 yılın üstünde çalışma deneyimine sahip olduğu, %52'sinin (n=78) palyatif bakımda çalışma süresinin 3 yılın üzerinde olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun (%90,7, n=136) çalıştığı kurumda nütisyon destek ekibinin bulunduğu, %60,7'sinin (n=91) lisans eğitimi sonrasında nütisyon desteğine yönelik eğitim aldığı saptanmıştır. Eğitim alan katılımcıların %41,8'inin (n=38) bir yıldan uzun süre önce eğitim aldığı, eğitimin çoğunlukla (%69,2, n=63) hizmet içi eğitim kapsamında olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çoğu aldıkları eğitimi (%68,1, n=62) ve enteral beslenme uygulamalarına ilişkin bilgi düzeylerini (%68, n=102) kısmen yeterli bulduğunu bildirmiştir.

Katılımcıların HİEBU-ÖYÖ toplam puan ortalamasının $154,6 \pm 24,8$ (37-185) olduğu, ölçeğin bilgi ve uygulama alt boyut puanları arasında güçlü korelasyon saptanmıştır ($r=0.814$, $p<0.001$). Ölçek puanları değerlendirildiğinde, palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarına ilişkin öz yeterliliklerinin yeterli düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların HİEBU-ÖYÖ puanı cinsiyete, yaşa, eğitim durumuna, medeni duruma, çalışılan kuruma, mesleki çalışma deneyime, palyatif bakım kliniğinde çalışma süresine, çalışılan kurumda nütisyon destek ekibinin varlığına göre değerlendirildiğinde gruplar arası fark saptanmamıştır. Çalışmamızda lisans eğitimi dışında nütisyon desteğine yönelik eğitim alan ve aldığı eğitimin yeterli olduğunu düşünen katılımcıların HİEBU-ÖYÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde, enteral beslenme uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyini yeterli değerlendiren katılımcıların da HİEBU-ÖYÖ puanları daha yüksek saptanmıştır. Bu bağlamda, eğitimin öz yeterlilik üzerine pozitif etkisi olduğu gözlenmiştir.

Bu çalışma, palyatif bakımda çalışan hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarında yeterli düzeyde öz yeterlilik algısına sahip olduğunu ortaya koymuştur. Ancak;

- ✓ Palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarına ve komplikasyon yönetimine ilişkin teorik ve uygulamalı eğitim almalarını sağlayacak mesleki eğitim programlarının düzenlenmesi, eğitim programlarının güncel klinik rehberler ışığında kanıta dayalı uygulamalar ile desteklenerek tasarlanması önerilir.
- ✓ Nütrisyon destek ekiplerinin etkinliğinin artırılması, eğitimlerde aktif rol alması, bakım kalitesini arttırmak için nütrisyon destek ekipleriyle palyatif bakım hemşirelerinin iş birliği içerisinde çalışması desteklenmelidir.
- ✓ Enteral beslenme uygulamalarına yönelik eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, bu doğrultuda yapılandırılmış hizmet içi eğitim programlarının planlanması, eğitimlerin düzenli aralıklarla yinelenmesi ve hemşirelerin bu programlara aktif katılımının teşvik edilmesi önerilir.
- ✓ Hemşirelerin palyatif bakım hemşireliği sertifikalı eğitim programlarına katılmasının teşvik edilmesi, sertifika programlarında beslenme uygulamalarına daha fazla yer verilmesi önerilir.
- ✓ Lisans müfredatında palyatif bakımda beslenme uygulamalarına yönelik konulara daha fazla yer verilmesi önerilir.
- ✓ Enteral beslenme uygulamalarında hemşirelerin öz yeterlilik düzeyini artırmaya yönelik stratejilerin etkisini değerlendirmek için daha büyük örneklem gruplarını içeren müdahale çalışmaları yapılması önerilir.
- ✓ Gelecekte yürütülmesi planlanan araştırmalarda, daha geniş örneklem gruplarıyla hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarına ilişkin öz yeterlilik düzeylerinin palyatif bakım hastalarında bakım kalitesine etkisi değerlendirilebilir.

KAYNAKLAR

- Akçakaya, A. (2020). Palyatif bakım: Ülkemizde ve dünyada son durum. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültür Dergisi*, 54, 46-51
- Akçay, K., Suluhan, D., Kesik, G., Uzunoğlu, K., Kartal, E., & Şahna, A. (2020). Nursing practices in enteral nutrition. *Clinical Science of Nutrition*, 2(1), 1-14.
- Akıncı, S. B. (2011). Enteral nutrisyon uygulama yöntemleri. *Klinik Gelisim*, 24, 20-5.
- Alavi, A., Bahrami, M., Zargham-Boroujeni, A., & Yousefy, A. (2015). Pediatric nurses' perception of factors associated with caring self-efficacy: A qualitative content analysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20(2), 232–238.
- Albanesi B, Piredda M, Marchetti A, Mastroianni C, Magnani C, Artico M, De Marinis MG. Oncology and palliative care nurses' knowledge and attitudes toward artificial nutrition and hydration for patients at end of life in Italy: a cross-sectional survey. *Cancer Nurs*. 2021;44(2):E99–107.
- Aliş, B., & Okuroğlu, G. K. (2023). Hemşireler için enteral beslenme uygulamaları öz yeterlik ölçeği'nin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(2), 427-436.
- Al-Mugheed, K., & Bayraktar, N. (2023). Knowledge, risk assessment, practices, self-efficacy, attitudes, and behaviour's towards venous thromboembolism among nurses: A systematic review. *Nursing open*, 10(9), 6033–6044.
- Arseven, A. (2016). Öz Yeterlilik: Bir Kavram Analizi. *Electronic Turkish Studies*, 11(19).
- Aslan, Y. (2020). Türkiye’de ve dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(1), 19-27.
- Arslan, S. (2021). Öz yeterlik kavramı ve ilgili akademik çalışmalar. *Atlas Journal*, 7(40), 1692-1698.
- Ateşyan Y, Yeşil Bayülgen M, Özcanarslan N, Zıvdır P, Çetin Ö. (2023). Nurses' beliefs and attitudes towards enteral / parenteral nutrition. *Yobü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 4(2):83-9.
- Ayık, D. B., & Enç, N. (2019). Yoğun bakım hastalarında enteral beslenme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 23(2), 114-122.
- Ayık, D. B., Büyükbayram, Z., & Can, G. (2020) Determination of malnutrition status in palliative care patients. *Journal of Medicine and Palliative Care*, 1(3), 64-70.

- Bağ, B. (2012). Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi*, 27(3):142-149
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia Of Human Behavior* (pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1999). “Social cognitive theory: an agentic perspective”, *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 21-41.
- Başlı, M., & Metin, T. (2022). Hemşirelikte önemli bir kavram: hemşirelikte uzmanlık ve ülkemizdeki mevcut durumu. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 187-196.
- Batu, Z., Bülbül Maraş, G., & Turan, K. (2024). Enhancing nutritional care in palliative care units: assessing nurse knowledge and quality perception in enteral nutrition practices. *BMC nursing*, 23(1), 949.
- Bechtold, M. L., Brown, P. M., Escuro, A., Grenda, B., Johnston, T., Kozeniecki, M., ... & ASPEN Enteral Nutrition Committee. (2022). When is enteral nutrition indicated?. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 46(7), 1470-1496.
- Bekleviç, A. Ç., Karahan, E., & Çelik, S. (2023). Sertifika programlarının cerrahi hemşirelerinin öz etkililik-yeterlilik düzeyine etkisi. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 9(2), 129-135.
- Bilen, A. (2016). Palyatif Bakım. *A Journal Of Turkish Medical Association*. 31(1):25– 30.
- Bischoff, S. C., Austin, P., Boeykens, K., Chourdakis, M., Cuerda, C., Jonkers-Schuitema, C., Lichota, M., Nyulasi, I., Schneider, S. M., Stanga, Z., & Pironi, L. (2022). ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 41(2), 468–488.
- Blumenstein, I., Shastri, Y. M., & Stein, J. (2014). Gastroenteric tube feeding: Techniques, problems, and solutions. *World Journal of Gastroenterology*, 20(26), 8505-8524
- Boullata, J. I., Carrera, A. L., Harvey, L., Escuro, A. A., Hudson, L., Mays, A., McGinnis, C., Wessel, J. J., Bajpai, S., Beebe, M. L., Kinn, T. J., Klang, M. G., Lord, L., Martin, K., Pompeii-Wolfe, C., Sullivan, J., Wood, A., Malone, A., Guenter, P., & ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy Task Force, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (2017). ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy [Formula: see text]. *JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition*, 41(1), 15–103.
- Cass, A. R., & Charlton, K. E. (2022). Prevalence of hospital-acquired malnutrition and modifiable determinants of nutritional deterioration during inpatient admissions: A systematic review of the evidence. *Journal of human nutrition and dietetics: The official journal of the British Dietetic Association*, 35(6), 1043–1058.

- Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., Compher, C., Correia, I., Higashiguchi, T., Holst, M., Jensen, G. L., Malone, A., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Rothenberg, E., Schindler, K., Schneider, S. M., de van der Schueren, M. A., Sieber, C., ... Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 36(1), 49–64.
- Clark, D. (2016). *To Comfort Always: A History of Palliative Medicine Since the Nineteenth Century*. Oxford: Oxford University Press.
- Connor, S. R., & Gwyther, E. (2018). The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. *Journal of pain and symptom management*, 55(2S), S112–S116.
- Coşgun, T., & Gürlek Kısacık Ö. (2021). Hemşirelerde Nütrisyonel Değerlendirmeye İlişkin Tutumun, Nütrisyonel Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyi ve Algılanan Bakım Kalitesinin Belirlenmesi. *CBU-SBED*. 8(2):204-17.
- Cruz-Oliver DM.(2017). Palliative-care: an update. *Missouri Medicine* , 114: 110-5.
- Çavuşoğlu, E. C. (2024), *Enteral Beslenme Uygulamalarında Yoğun Bakım Hemşirelerinin Öz Yeterliliğini Etkileyen Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Düzce.
- Çelebi, D., & Yılmaz, E. (2019). Cerrahi Hastalarda Enteral ve Parenteral Beslenmede Kanıta Dayalı Uygulamalar ve Hemşirelik Bakımı. *IGUSABDER*, 714–731.
- Çelik, M., & Koç, A. (2021). Ülkemizdeki palyatif bakım modeli ve ölçüm araçlarının kullanımının değerlendirilmesi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 30-41. <https://doi.org/10.51536/tusbad.959906>
- Çınar, H., Kaya, Y., & Enginyurt, Ö. (2017). Palyatif bakım hastalarında beslenme durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(4), 1-7.
- Çifci, A. (2021). Yaşam sonu ve palyatif bakım. *Journal of Medicine and Palliative Care*, 2(1), Article 1.
- Dağcı, S., Kavaklıoğlu, A. B., Kızılay, V., Elarslan, S., Demirci, L. N., Sertbaş, Y., & Özdil, K. (2023). Türk Toplumunda Erkek Hemşire Algısı: İstanbul İli Örneği. *Bosphorus Medical Journal/Boğaziçi Tıp Dergisi*, 10(4).
- DeFusco, C., Lewis, A., & Cohn, T. (2023). Improving Critical Care Nurses Perceived Self-Efficacy in Providing Palliative Care: A Quasi-Experimental Study. *The American journal of hospice & palliative care*, 40(2), 117–121.
- Dehghani, F., Barkhordari-Sharifabad, M., Sedaghati-Kasbakh, M., & Fallahzadeh, H. (2020). Effect of palliative care training on perceived self-efficacy of the nurses. *BMC palliative care*, 19(1), 63.

- Demiray, A., Kuzyaka, İ., Açıl, A., İlaslan, N. (2020). Enteral beslenen yoğun bakım hastalarının beslenme süreci ve gelişebilecek komplikasyonlar açısından değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 289-296.
- DeLegge, M. H. (2018). Enteral access and associated complications. *Gastroenterology Clinics of North America*, 47(1), 23–37.
- Desbiens, J. F., Gagnon, J., & Fillion, L. (2012). Development of a shared theory in palliative care to enhance nursing competence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 2113-2124.
- Dixon, J., King, D., Matosevic, T., Clark, M., & Knapp, M. (2015). Equity in the provision of palliative care in the UK: review of evidence. http://eprints.lse.ac.uk/61550/1/equity_in_the_provision_of_paliative_care.pdf [Erişim Tarihi: 14.11.2024].
- Doğanay, M., Akçay, K., Çil, T., Dağ, B., Demirağ, K., Demirkan, S. K., ... & Abbasoğlu, O. (2023). Kepan enteral beslenme (eb) rehberi. *Clinical Science of Nutrition*, 5, 1-29.
- Doğanay, A.(2024), *Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Bolu.
- Doley, J. (2022). Nutrition overview. *Nutrients*, 14(11), 2180.
- Dusak, İ., & Tosun, N. (2023), *Nazogastrik tüp yoluyla enteral beslenme uygulanan yoğun bakım hastalarında bakım paketi uygulamasının enteral beslenme komplikasyonları ve bazı beslenme parametrelerine etkisi*, Doktora Tezi. Gaziantep:Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Elçigil, A. (2012). Palyatif bakım hemşireliği. *Gulhane Medical Journal*, 54(4).
- Fadıloğlu, Ç. (2019). *Kanserde palyatif bakım*. Can G (editör). Onkoloji Hemşireliği, 2. Baskı, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, 1157-1175
- Folwarski, M., Kłęk, S., Zoubek-Wójcik, A., Szafranski, W., Bartoszewska, L., Figuła, K., Jakubczyk, M., Jurczuk, A., Kamocki, Z., Kaźmierczak-Siedlecka, K., Kowalczyk, T., Kwella, B., Matras, P., Skonieczna-Żydecka, K., Sonsala-Wończyk, J., Szopiński, J., Urbanowicz, K., & Zmarzły, A. (2020). Home enteral nutrition in adults-nationwide multicenter survey. *Nutrients*, 12(7), 2087.
- Fugazza, A., Capogreco, A., Cappello, A., Nicoletti, R., Da Rio, L., Galtieri, P. A., Maselli, R., Carrara, S., Pellegatta, G., Spadaccini, M., Vespa, E., Colombo, M., Khalaf, K., Repici, A., & Anderloni, A. (2022). Percutaneous endoscopic gastrostomy and jejunostomy: Indications and techniques. *World journal of gastrointestinal endoscopy*, 14(5), 250–266.
- Gomes, C. A., Jr, Andriolo, R. B., Bennett, C., Lustosa, S. A., Matos, D., Waisberg, D. R., & Waisberg, J. (2015). Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(5).

- Güç, Z. G., & Yavuzşen, T. (2020). Palyatif bakım nedir, ne değildir? Tanımı, amacı ve felsefesi. *Türkiye Klinikleri Medical Oncology-Special Topics*, 13(1), 1-4.
- Gigli, K. H., Davis, B. S., Ervin, J., & Kahn, J. M. (2020). Factors associated with nurses' knowledge of and perceived value in evidence-based practices. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 29(1), e1-e8.
- Gül, Ş. (2019). Bakım kavramı ışığında hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019; 10(2):129-134.
- Gürsan, Ö. G. K., & Erdoğan, Ö. G. B. (2022). *Palyatif bakımda temel uygulamalar ve rehabilitasyon*. İksad Yayınevi, Ankara, ISBN: 978-625-6380-72-1.
- Hadera, T., Worku, T., & Tuli, W. (2022). Nurses' knowledge, practice, and associated factors with enteral nutrition in adult intensive care units of public hospitals. *Ethiopian journal of health sciences*, 32(2), 423-432.
- Hamdan, M., Zidan, S., Badrasawi, M., Shweikeh, H., Al-Masri, R., & Al-Khateeb, R. (2022). Palestinian nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding enteral nutrition: Cross-sectional study. *Applied nursing research : ANR*, 63, 151545.
- Hamre, T. J., O'Shea, E. R., Hinderer, K. A., Mosha, M. H., & Wentland, B. A. (2022). Impact of an evidence-based pediatric palliative care program on nurses' self-efficacy. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 53(6), 264-272.
- Hasırcı, İ., & Bayraktar, Y. A. (2023). Perkütan endoskopik gastrostomi deneyimlerimiz. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 14(1), 70-74.
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011). Resmi Gazete, Sayı: 27910. 19 Nisan 2011. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>. [Erişim Tarihi:16.11.2024].
- Ichimaru, S., & Amagai, T. (2015). Intermittent and bolus methods of feeding in critical care. *Diet Nutr Crit Care*, 2, 533-548.
- Kahveci, G. & Çelik, S. (2020). Perkütan endoskopik gastrostomi tüpü ile beslenen hastanın hazırlığı, takibi ve taburculuk eğitimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2020;24(1):22-31.
- Karaca Sivrikaya, S., & Eryılmaz, A. (2018). Nütrisyonel destek ekibinde hemşirelik. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 33-37.
- Kav, S., Brant, J.M., & Mushani, T. (2018). Perspectives in international palliative care. *Seminars in oncology nursing*, 34 3, 284-293 .
- Kayahan, S., & Köksal, E. (2023). Tüple beslenme desteği alan hastalarda beslenme bakım Süreci. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 89-100.

- Kawalec-Kajstura, E., Bańdo, K., Sraga, J., Falkowska, A., Wiczowska, M., Majkut, M., Sajdak, B., Surowiec, K., Reczek, A., & Kuźmich, I. (2020). Preparing nurses for taking care of patients with percutaneous endoscopic gastrostomy and their sense of selfefficacy. *Pielęgniarstwo W Opiece Długoterminowej. Kwartalnik Międzynarodowy*, Article 3.
- Kirk, T. W., & Mahon, M. M. (2010). National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) Position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(5), 914-923.
- Knaul, F., Radbruch, L., Connor, S., de Lima, L., Arreola-Ornelas, H., & Mendez Carniado, O. (2020). How many adults and children are in need of palliative care worldwide. *Global Atlas of Palliative Care 2nd edition [Internet]. London: Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance (WHPCA) and the World Health Organization (WHO)*.
- Kreymann, K. G., Berger, M. M., Deutz, N. E., Hiesmayr, M., Jolliet, P., Kazandjiev, G., ... & Spies, C. E. S. P. E. N. (2006). ESPEN guidelines on enteral nutrition: intensive care. *Clinical nutrition*, 25(2), 210-223.
- Koç, A. (2021). Türk Tıp Tarihinde Palyatif Bakım. *Journal of Anesthesia/Anestezi Dergisi (JARSS)*, 29(3).
- Koçhan E, Akın S. (2018). Hemşirelerin enteral ve parenteral beslenme uygulamalarına ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi [Evaluation of knowledge level of nurses about enteral and parenteral nutrition practices]. *JAREN*. 4(1):1-14.
- Kohli, D. R., Kennedy, K. F., Desai, M., & Sharma, P. (2021). Safety of endoscopic gastrostomy tube placement compared with radiologic or surgical gastrostomy: nationwide inpatient assessment. *Gastrointestinal endoscopy*, 93(5), 1077–1085.
- Kurt D, Paslı Gürdoğan E.(2023). Yoğun bakım hemşirelerinde nütrisyonel farkındalık. *IGUSABDER*. 240–254.
- Kutluk, T., Ahmed, F., Cemaloğlu, M., Aydın, B., Şengelen, M., Kirazlı, M., Yurduşen, S., Sullivan, R., & Harding, R. (2021). Progress in palliative care for cancer in Turkey: a review of the literature. *Ecancermedicalscience*, 15, 1321.
- Leij-Halfwerk S, Verwijs MH, van Houdt S, Borkent JW, Guaitoli PR, Pelgrim T, Heymans et al. Prevalence of protein-energy malnutrition risk in European older adults in community, residential and hospital settings, according to 22 malnutrition screening tools validated for use in adults ≥65 years: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*. 2019 Aug;126:80-89.
- Lim, M. L., Yong, B. Y. P., Mar, M. Q. M., Ang, S. Y., Chan, M. M., Lam, M., Chong, N. C. J., & Lopez, V. (2018). Caring for patients on home enteral nutrition: Reported complications by home carers and perspectives of community nurses. *Journal of clinical nursing*, 27(13-14), 2825–2835.

- Loscalzo, M. J. (2008). Palliative Care: An Historical Perspective. *Hematology*, 2008(1), 465-465.
- Lochs, H., Dejong, C., Hammarqvist, F., Hébuterne, X., Leon-Sanz, M., Schütz, T., ... & Thul, P. (2006). ESPEN guidelines on enteral nutrition: gastroenterology. *Clinical nutrition*, 25(2), 260-274.
- Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of pain and symptom management*, 45(6), 1094–1106.
- Meier, R. (2009). Basics in clinical nutrition: Endoscopic access (PEG and PEJ). *The European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism* 4 (2009) e216–e218.
- Muslichah, M. (2018). The effect of self efficacy and information quality on behavioral intention with perceived usefulness as intervening variable. *Journal Of Accounting, Business And Management (JABM)*, 25(1), 21-34.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2018). *Clinical practice guidelines for quality palliative care*. <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/> [Erişim Tarihi:10/11/2024].
- Özbaş, N., & Baykara, Z. G The determination of the level of knowledge of nurses on enteral tube feeding. *Journal of Human Sciences*, 2018;15(1), 359-367.
- Özçelik, H., Fadiloğlu, Ç., Karabulut, B., Uyar, M., Elbi, H., Eyigör, S., & Kuzeyli Yıldırım, Y. (2014). Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü. *Ağrı Dergisi*, 26(2), 47-56.
- Özçelik, S. (2020). Palyatif bakıma bakış ve hemşireliğin rolü. *Journal of Medicine and Palliative Care*, 1(3), 76-82.
- Phillips, J., Salamonson, Y., & Davidson, P. M. (2011). An instrument to assess nurses' and care assistants' self-efficacy to provide a palliative approach to older people in residential aged care: A validation study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(9), 1096-1100.
- Pirlich, M. (2016). Techniques of Enteral Nutrition. Approach to Oral and Enteral Nutrition in Adults. Topic 8, Module 8.3.
- Sánchez-Sánchez, E., Ramírez-Vargas, G., Peinado-Canas, A., Martín-Estrada, F., Díaz-Jimenez, J., & Ordonez, F. J. (2021). Nurse and nursing students' opinions and perceptions of Enteral Nutrition by Nasogastric Tube in Palliative Care. *Nutrients*, 13(2), 402.
- Sağlık Bakım, Hasta Hizmetleri ve Eğitim Daire Başkanlığı. (2024). *Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Uygulama Yetkisi Alan Sağlık Tesisleri*. <https://khgmsaglikbakimdb.Saglik.Gov.Tr/Tr,44162/9-Palyatif-Bakim-Hemsireligi-Sertifikali-Egitim-Programi-Uygulama-Yetkisi-Alan-Saglik-Tesisleri.Html>. [Erişim Tarihi:14.11.2024]

- Sarman, A. (2019). Palyatif/Pediatric palyatif bakımın tarihsel gelişim süreci, ilkeleri ve hemşirelik bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 153-160.
- Schunk, D. H., & DiBenedetto, M. K. (2020). Motivation and social-emotional learning: Theory, research, and practice. *Contemporary Educational Psychology*, 60, 101830.
- Sertdemir Batbaş C, Yakar B, Pirinççi E. (2021). Palyatif Bakım ve Hospis. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 30(2):136-43.
- Sezgin, E. E., & Düşükcan, M. (2020). Hemşirelerin öz yeterlilik inanç düzeylerinin performansları üzerindeki etkisi: Elazığ ili örneği. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(3), 1689-1702.
- Şencan, İ., Keskinlik, B., Gültekin, M., et al. (2016). Türkiye kanser kontrol programı, 1. Baskı. Ankara. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 62-65.
- Sigmon, D. F., & An, J. (2022). Nasogastric tube. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo, J. C., Pichard, C., Preiser, J. C., van Zanten, A. R. H., Oczkowski, S., Szczeklik, W., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 38(1), 48–79.
- Türe, A., & Akkoç, İ. (2020). Hemşirelerde öz-yeterliliğin girişimci davranışa etkisi ve demografik özellikler açısından incelenmesi. *Toros Üniversitesi İİSBF Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(11), 86-107.
- Türk Dil Kurumu Sözlüğü. <https://tr.wiktionary.org/wiki/palyatif>; [ErişimTarihi:01.11.2024].
- T.C. Resmi Gazete, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, (02.01.2014), No:6514, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/01/20140118.pdf>. [Erişim Tarihi:01.03.2025]
- T.C. Sağlık Bakanlığı 2021 yılı bütçe sunumu. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39387/0/2021planbutcesunumupdf.pdf>. [Erişim Tarihi: 14.11.2024].
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (2022). <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-89674/sks-palyatif-bakim-klinigi-standartlari-hakkinda.html>. [Erişim Tarihi: 16.11.2024]
- T.C. Sağlık Bakanlığı 2024-2028 Stratejik Planı. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/47452/0/saglik-bakanligi-stratejik-plan-2024-2028pdf.pdf?_tag1=7B2A9834832BF7DCF36F2C7E5607D8543752A372. [Erişim Tarihi: 14.11.2024].

- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). İstatistiklerle Yaşlılar. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710>. [Erişim Tarihi:14.11.2024]
- Uyaniker A.(2014). *Yönetici Hemşirelerin Genel Öz Yeterlilik İnancı İle Zaman Yönetimi Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Uyar, M., & Köken, İ. Ş. (2020). Ülkemizde palyatif bakımın güncel durumu, sorunlar ve öneriler. *Türkiye Klinikleri Medical Oncology-Special Topics*, 13(1), 11-14.
- Uysal N, Eşer İ, Khorshid L. Hemşirelerin enteral beslenme işlemine yönelik uygulama ve kayıtlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;14(2):1-9.
- Ünal, G., Balcı, H., Koca, R., & Bombacı, E. (2024). Bir şehir hastanesinde enteral ve parenteral beslenme uygulamalarına ilişkin nutrisyon eğitiminin hemşirelerin bilgi düzeyine etkisi: Deneysel çalışma. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 32(5), 356-369.
- Ünsal, A. (2019). Beslenmenin önemi ve temel besin öğeleri. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 1-10.
- Vicdan, A. K., & Taştekin, A. (2019). Hemşirelik mesleği öz yeterlik ölçeği'ni türkçeye uyarlama çalışması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 504-510.
- Villalba, C. M., Rodríguez, J. A. V., & Sánchez, F. G. (2019). Percutaneous endoscopic gastrostomy. Indications, care and complications. *Medicina Clínica (English Edition)*, 152(6), 229-236.
- Yılmaz Koçak, M., & Büyükyılmaz, F. (2019). The investigation of nurses' self-efficacy perceptions with problem-solving abilities. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(3), 169-77.
- Yoo, S. Y., & Cho, H. (2020). Exploring the influences of nurses' partnership with parents, attitude to families' importance in nursing care, and professional self-efficacy on quality of pediatric nursing care: A path model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5452.
- Yuruyen, M., Polat, O., Denizli, B. O., Cirak, M., & Polat, H. (2023). Survival and factors affecting the survival of older adult patients in palliative care. *Irish journal of medical science*, 192(4), 1561–1567.
- WHO-WPCA (2014). (The World Health Organization-Worldwide Palliative Care Alliance). Global Atlas Of Palliative Care At The End Of Life. World Health Organization 2014. https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf [Erişim Tarihi: 11.11.2024].
- World Health Organization. (1990). Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organization Technical Report Series*, 804, 1-75.

- Zanetti, M.(2020). Indications, contraindications, complications and monitoring of en. *Approach to Oral and Enteral Nutrition in Adults Topic 8*
- Wallin, V., Mattsson, E., Omerov, P., & Klarare, A. (2022). Caring for patients with eating deficiencies in palliative care-Registered nurses' experiences: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 31(21-22), 3165–3177.
- World Health Organization. (2002). National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2002.
- World Health Organization. (2016). *Planning and implementing palliative care services: A guide for programme managers*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/250584>. [Erişim Tarihi: 01/11/2024].
- World Health Organization. (2018). Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health-care planners, implementers and managers.
- World Health Organization, (2020). Palliative Care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. [Erişim Tarihi: 16.11.2024].
- World Health Organization. (2020). Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/331452>. [Erişim Tarihi: 16.11.2024].
- World Health Organization, (2023). Palliative Care. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>. [Erişim Tarihi: 10/11/2024].

EKLER

EK-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK-2: Gönüllü Onam Formu

EK-3: Hemşire Bilgi Formu

EK-4: Hemşireler İçin Enteral Beslenme Uygulamaları Öz-Yeterlik Ölçeği

EK-5: Etik Kurul İzin Belgesi

EK-6: Ölçek İzin Belgesi

EK-7: Palyatif Bakım Hemşireleri Derneği İzni

EK-8: İntihal Raporu İlk Sayfası

EK-1:**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

“Palyatif Bakım Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Enteral Beslenme Uygulamalarına İlişkin Öz Yeterliliklerinin Değerlendirilmesi” başlıklı projenin Gönüllü Onam Formunu okudum. Bana ayrıca çalışma hakkında gerekli bilgiler sözlü olarak açıklanmış olup, açıklamaları tamamen anladım. Yapılacak çalışma ile ilgili soru sorma hakkım anlatıldı. Sorularına açıklayıcı ve anlaşılır yanıtlar verildi. Bana çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları da açıklandı. Çalışmaya katılmamam halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğim ve herhangi bir zamanda çalışmadan ayrılabileceğim açıkça söylendi. Bu koşullar altında projeye kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Çalışmadan elde edilen bilgilerin kimliğim gizli kalmak koşulu ile yayın ve arşivleme dahil bilimsel çalışmalarda kullanımına onay veriyorum.

Gönüllünün Adı - Soyadı

Adresi (varsa telefon no)

İmzası

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı – Soyadı

Adresi (varsa telefon no)

İmzası

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı – Soyadı

İlknur Yıldırım

İmzası

Email:

Tel:)

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık edenin

Adı - Soyadı

Görevi

İmzası

EK-2:**GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisiyim. Sizi Prof. Dr. Zeliha TÜLEK'in danışmanlığında araştırmacı İlknur YILDIRIM yürütücülüğünde gerçekleştirilecek olan "Palyatif Bakım Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Enteral Beslenme Uygulamalarına İlişkin Öz Yeterliliklerinin Değerlendirilmesi" başlıklı projeye davet ediyoruz.

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce araştırmanın niçin, nasıl, ne yöntemle yapılacağı ve sizden ne istendiğini katılmanın size getireceği faydaları, riskleri ve rahatsızlıkları bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle, bu formun okunup anlaşılması önemlidir. Anlamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa açıklanmasını talep ediniz.

Bu çalışmanın amacı siz değerli katılımcıların enteral beslenme uygulamalarına ilişkin bilgi ve uygulama özyeterliliklerinin değerlendirilmesidir. Hemşirelerin enteral beslenme uygulamalarına yönelik iyi teorik bilgilerinin olması gerekliliğinin yanı sıra öğrenilen bilgilerin öz yeterlilikle uygulamaya yansıtılma becerilerinin olması bakım kalitesi açısından önemli bir unsurdur. Özyeterlilik ise bireyin belli bir görevi başarabileceğine dair kişisel inancıdır. Çalışmaya vereceğiniz cevapların enteral beslenme uygulamalarına ilişkin eğitimlerin içerik planlamasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmayı kabul etmeniz halinde anketi eksiksiz tamamlamanız istenecektir. Araştırma Google docs üzerinden online anket yoluyla yapılacak olup sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi amacıyla Hemşire Bilgi Formu ve enteral beslenme uygulamalarına ilişkin özyeterliliğin değerlendirilmesi amacıyla "Hemşireler İçin Enteral Beslenme Uygulamaları Öz-Yeterlik Ölçeği" kullanılacaktır. Araştırma için tahminen 10 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya siz dahil tahminen 100 kişinin katılması beklenmektedir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup sonuçlarınız ve kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak istemeniz halinde elde edilen sonuçlar rapor halinde size verilecektir. Araştırmada video/film kaydı, ses kaydı vb. kayıtlar kullanılmayacaktır. Dijital ortamda saklanan veriler şifreleme yöntemi ile korunacaktır. Ayrıca çalışmada girişimsel işlem uygulanmayacak olup herhangi bir risk ya da zarar ile karşılaşmanız söz konusu değildir. Bu proje kapsamında yapılacak her türlü işlem için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Eğer araştırma ile ilgili verilen bu bilgiler dışında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya aşağıdaki iletişim bilgilerinden ulaşabilirsiniz.

Hemşire İlknur Yıldırım

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi

E-posta adresi: |

Telefon: |

EK-3:

1. HEMŞİRE BİLGİ FORMU	
Yaşınız:	
Cinsiyetiniz:	☐ Erkek ☐ Kadın
Eğitim durumunuz:	☐ Lise ☐ Ön lisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü
Medeni durumunuz:	☐ Evli ☐ Bekar
Meslekteki deneyim süreniz:	yıl/.....ay
Palyatif bakım kliniğindeki çalışma süreniz:	yıl/.....ay
Çalıştığınız kurum:	☐ Kamu Hastanesi ☐ Özel Hastane ☐ Üniversite Hastanesi ☐ Diğer:
Çalıştığınız kurumda nütisyon destek ekibi mevcut mu?	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum
Lisans eğitiminiz dışında nütisyon desteğine yönelik eğitim aldınız mı? (Malnütisyon risk değerlendirmesi, enteral/parenteral beslenme uygulamaları vb.)	☐ Evet ☐ Hayır
Eğitim aldıysanız ne kadar süre önce aldınız?	☐ 1 ay içerisinde ☐ Son 6 ay içerisinde ☐ Son 1 yıl içerisinde ☐ 1 yıldan fazla sürede
Eğitim aldıysanız, bu eğitimi nereden aldınız?	☐ Sertifikalı Eğitim Programı ☐ Hastanede Hizmet İçi Eğitim ☐ Sempozyum, Kongre vb. ☐ Diğer:.....
Aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	☐ Evet ☐ Kısmen ☐ Hayır
Enteral beslenme uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?	☐ Evet ☐ Kısmen ☐ Hayır

EK-4:**2. ENTERAL BESLENME UYGULAMALARI ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ**

YÖNERGE: Aşağıda enteral beslenme uygulamalarınıza yönelik öz-yönetim düzeyinizi değerlendirmek için ifadeler verilmiştir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

Teşekkür ederiz.

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Nütrisyon desteğinin enteral yolla sağlanabilmesi için GI (Gastrointestinal) sistemin etkin/sağlıklı olması gerekmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.Nütrisyon desteğinde verilecek enerji miktarı hastanın hastalık, malnütrisyon ve BKİ (Beden-Kitle İndeksi) durumuna göre belirlenmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.Nütrisyon desteği gereken hastalarda ilk 48 saat içerisinde desteğe başlanmış olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.Enteral nütrisyon desteğinin hangi yolla sağlanacağı desteğin süresine ve hastanın GI (Gastrointestinal) sistemdeki organların işlevselliğine bağlıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Enteral nütrisyonun yeterli olmadığı durumlarda, hasta intravenöz sıvılarla desteklenmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.Kısa süreli enteral beslenme desteği sağlanacak hastalarda NG (Nazogastrik) ve OG (Orogastrik) yolları tercih edilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. 4 haftadan daha uzun süreli enteral beslenme desteği sağlanacak hastalarda PEG ve PEJ yolları tercih edilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Tüpün doğru yerde olmamasının en büyük komplikasyonlarından biri pulmoner aspirasyondur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Beslenme için kullanılacak beslenme solüsyonu hastanın durumuna uygun olarak seçilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Beslenme solüsyonları açıldıktan sonra 6-8 saat oda ısısında saklanabilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

11. Beslenme torbasındaki solüsyonlar ortalama 8 saat içerisinde gönderilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Enteral solüsyonların uygulama hızı başlangıçta kontrollü ve yavaş olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Devamlı beslemede beslenme 20 cc/sa hız ile başlanmalıdır ve artırılarak hedeflenen doza ulaşılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Enjektörle bolus beslemede veriliş hızı dakikada 30 ml geçmemelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Beslenme solüsyonlarını soğuk bir şekilde vermek hastalarda gastrik kramplara neden olabilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Beslenmeden sonra 20 ml su verilmesi tüpün tıkanmasını önler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Tıkanmış tüpü ılık su ve sodyum bikarbonatlı su ile yıkamak tüpün açılmasını sağlayabilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. İlaç uygulamadan önce ve sonra, beslenmelerden sonra tüpün su ile yıkanması tıkanıklığı önler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Hastalara PEG takıldıktan sonra günlük olarak tüpte sızıntı, bükülme gibi durumlar kontrol edilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. PEG'in etrafında kızarıklık, hassasiyet ve sızıntı olması bölgede enfeksiyon geliştiğini gösterir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Enteral nütrisyon desteği sağlanan hastalarda 8 saatte bir aldığı-çıkardığı takibi yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Enteral nütrisyon uygulamalarının her biri bakımın sürekliliği ve değerlendirilmesi için kayıt altına alırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Aralıklı beslenmede beslemeye başlamadan önce her seferinde rezidüel volüm kontrolü yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Sürekli beslenmede 8 saatte bir rezidüel volüm kontrolü yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

25. Hastada öksürme, solunum zorluğu gibi durumlar ortaya çıktığında tüpün yerini kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Beslenme solüsyonları açıldıktan sonra üzerine açılış tarihi ve saatini yazarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Enteral beslenme için hastayı Fowler yada Semi-fowler pozisyonuna getiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. Beslenme bittikten sonra hastanın 45 dk. Fowler yada Semi-fowler pozisyonunda kalmasını sağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Aralıklı beslenmede beslenme, ilaç uygulama ve tüpü yıkama için ayrı ayrı enjektörler kullanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Enjektör ile aralıklı beslenmede, beslemeyi yer çekiminin etkisiyle yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31. Hastamı her beslenme sırasında ve sonrasında aspirasyon semptomları açısından değerlendiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32. Hastanın beslenme tüplerindeki flaster tespitini her gün değiştiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33. Tüplerdeki flaster tespitini bası yarası oluşmaması için her seferinde diğer tarafa sabitlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34. PEG tüplerinin etrafını deri bütünlüğü açısından günde en az iki kez düzenli olarak kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35. Beslenme tüpü ile nütrisyon desteği sağlanan hastanın 4-8 saatte bir ağız bakımını sağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36. Beslenme tüpünden ilaç uygularken, ilaçların tüpü tıkamaması için ezerek mümkün olan en küçük boyutlara getiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37. İlaç vermeden ve verdikten sonra tüpü su ile yıkarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK-5:



EK-6:



EK-7:



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

PALYATİF BAKIM KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ENTERAL BESLENME UYGULAMALARINA İLİŞKİN ÖZ YETERLİLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 15	% 13	% 9	% 7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 4
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	www.turkiyeklinikleri.com İnternet Kaynağı	% 1
5	Aliş, Betül. "Hemşireler İçin Enteral Beslenme Uygulamaları Öz-Yeterlik Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2023 Yayın	% 1
6	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1

kepan.org.tr

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

- ☒ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**
- ☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

İlknur DEMİREL
(İmza)



KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

- ☐ Kurum izni gerekmektedir.
- ☒ Kurum izni gerekmemektedir.

İlknur DEMİREL
(İmza)



ÖZGEÇMİŞ

