

Araştırma makalesi

Research article

Tetkik Nedeni ile Verilen Açlık İsteminin Hasta Üzerindeki Etkileri: Tanımlayıcı Kesitsel Bir Araştırma



Fatma TAMER¹, Gizem CANSIZ UÇAR², Sevgisun KAPUCU³

Öz

Amaç: Hastanede yatan hastalarda laboratuvar ve radyolojik tetkik nedeniyle verilen açlık istemi süresinde atlanılan öğün sayısını ve hasta üzerindeki etkilerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel desende gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini, Ekim-Aralık 2020 tarihleri arasında, iç hastalıkları servisinde yatan ve en az 8 saatlik açlık istemi verilen 18-65 yaş arasındaki 78 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri Hasta Tanıtım Formu, Numerik Şiddet Skalası, BARF Bulantı Ölçeği, Nutrisyonel Risk Skoru-2002, KATZ Günlük Yaşam Aktivitesi Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği aracılığı ile toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %11.54'ünün beslenme bozukluğu riskinin yüksek olduğu, tetkik nedeniyle ortalama 12.1 saat aç kaldığı ve bu süre içinde ortalama iki öğün kaçırdıkları belirlenmiştir. Hastaların NRS-2002 puan ortalaması 0.77±1.15, BARF Bulantı Ölçeği puan ortalaması 0.53±1.45, KATZ GYA puan ortalaması 0.32±0.987 ve Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması ise 25.03±5.95 bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmamızda, laboratuvar ve radyolojik tetkik nedeniyle verilen açlık istemi süresinde atlanılan öğün sayısının, literatürde belirtilen süreden fazla olduğu ve hastaların susama, bulantı, yorgunluk, anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarının klinik alanda çalışan sağlık personeli ile paylaşılması ve hemşirelik uygulamalarına yansıtılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Açlık istemi, malnütrisyon, tetkik

ABSTRACT

The Effects of the Examination-Related Hunger Request on the Patient: A Descriptive, Cross-sectional Study

Aim: To determine the number of meals skipped during fasting periods for laboratory and radiological examinations in hospitalized patients and their effects on the patient.

Material and Methods: The study was carried out with a descriptive and cross-sectional design. The study sample consisted of 78 patients between the ages of 18 and 65 who were hospitalized in the internal medicine service between October and December 2020 and were requested to fast for at least 8 hours. The study data were collected through Patient Identification Form, Numerical Severity Scale, BARF Nausea Scale, Nutritional Risk Screening-2002, KATZ Activity of Daily Living Scale, and Beck Anxiety Scale.

Results: It was determined that 11.54% of the patients participating in the study had a high nutritional risk, they fasted for an average of 12.1 hours due to the examination, and they missed an average of two meals during this period. The mean NRS-2002 score of the patients was 0.77±1.15, the mean Barf Nausea score was 0.53±1.45, the mean KATZ ADL score was 0.32±0.987, and the mean Beck Anxiety score was 25.03±5.95.

Conclusion: In our study, it was determined that the number of meals skipped during the fasting period given due to laboratory and radiological examination was higher than the period stated in the literature, and the patients experienced thirst, nausea, fatigue, and anxiety. It is recommended that the study results be shared with healthcare personnel working in the clinical field and the nursing practices are reflected.

Keywords: Fasting, malnutrition, medical examination

¹Uzm. Hem., Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, Ankara, Türkiye, E-mail: fatmatamer06@gmail.com, Tel: +90 533 339 1811, ORCID: 0000-0002-144e9-2881

²Uzm. Hem., Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-mail: cnszgizem@gmail.com, Tel: +90 534 239 6480, ORCID:0000-0001-7022-7938

³Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-mail: sevgisunkapucu@gmail.com, Tel: +90 533 743 3958, ORCID: 0000-0003-3908-3846

Geliş Tarihi: 21 Nisan 2023, Kabul Tarihi: 12 Eylül 2024

Atf/Citation: Tamer F, Cansiz Uçar G, Kapucu S. Tetkik Nedeni ile Verilen Açlık İsteminin Hasta Üzerindeki Etkileri: Tanımlayıcı Kesitsel Bir Araştırma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2024;11(3):236-242. DOI: 10.31125/hunhemsire.1286390

GİRİŞ

Sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için besin öğelerinin yeterli miktarda alınması önemlidir¹. Beslenme yetersizliği, bireyde yara iyileşmesinde bozulmaya, immün sistemin baskılanmasına, çizgili kas kitlesinde azalmaya, bağırsak mukozasında atrofiye, yaygın ödem gelişimine, zihinsel fonksiyonlarda gerilemeye ve genel olarak fonksiyonel kapasitede düşüşe neden olmaktadır. Bu durum mortalite ve morbiditede artışa, hastane yatış süresinin uzamasına ve hastane maliyetlerinde artmaya yol açmaktadır¹⁻⁵.

Hastanede yatan özellikle yaşlı, kronik ve akut hastalığı olan hastalarda, yetersiz beslenme sık görülmektedir^{4,5}. Bu hastalarda yetersiz beslenme nedenleri genellikle çok faktörlüdür. Altta yatan patoloji nedeniyle doğrudan yetersiz besin alımına bağlı olabildiği gibi, düşük besin biyoyararlanımı ve yüksek gereksinimlerden de kaynaklanabilir. Günlük besin alımında eksiklik olan hastalar genellikle günlük enerji, protein ve diğer besin ihtiyaçlarını karşılayamaz⁶.

Tüm bunların yanında, hastanede teşhis amaçlı yapılan testler ve medikal işlemler nedeniyle hastaların uzun süreli ve tekrarlı aç bırakılması da yetersiz beslenme riskini artırmaktadır⁷. Genellikle bu testler ve prosedürler hastanın belirli bir süre aç kalmasını gerektirir. Testlerin iptal edilmesi veya yeniden planlanmasında tekrarlanan veya ardışık aç kalma sürelerinin uzaması ise, çok sık karşılaşılan bir durumdur^{3,4}. Açlık sürelerinin uzaması, hasta memnuniyetsizliğine neden olmasının yanı sıra, sonuçları malnütrisyon kadar gidebilen beslenme yetersizliğine de neden olabilmektedir. Bu nedenle literatürde özellikle hastanede yatan hastalarda artan malnütrisyon riski göz önüne alındığında, açlık istemlerinin yalnızca gerektiğinde ve minimum süre boyunca yapılması gerektiği belirtilmektedir^{8,9}.

Açlık süresinin uzaması (72 saati geçen), bireyde beslenme yetersizliği oluşturmasının yanı sıra, mide bulantısı, göz kararması, halsizlik ve bayılma hissi gibi sorunların yaşanmasına da sebep olabilmektedir^{1,2,6}. Açlık durumunda yaşanan hipogliseminin hastada bu tür şikayetlere neden olabileceği düşünülmektedir. Bunların dışında sıklıkla kullanılan diğer biyo-belirteçler ise albümin ve prealbumin değerleridir. Prealbumin, vücuttaki yarılanma ömrünün kısa olması nedeniyle albümine göre izlem belirteci olarak daha çok tercih edilmektedir¹⁰⁻¹³.

Literatürde^{8,9} hastanede yatarak tedavi alan hastaların yaklaşık yarısının tetkik nedeni ile aç kaldığı, dört açlık isteminden biri için, kaçırılan öğünlerin neredeyse yarısının önlenilebileceği belirtilmektedir. Özellikle açlık sonrası testlerin art arda yapılması, tekrarlanması gibi durumlarda hastalar, tekrar tekrar aç kalmaya ve besin alım durumlarında daha fazla düşüşe maruz kalmaktadır⁵⁻⁷. Literatüre^{3,4,14,15} bakıldığında hastalar uzun süreli bir açlığa maruz kaldığında (72 saat ve üstü) sıklıkla, yorgunluk, susuzluk, baş ağrısı ve anksiyete gibi şikayetlerin görüldüğü belirtilmektedir.

Literatürde^{4,6,9} açlık sonrası yapılan tetkik işlemleri, hastanede beslenme yetersizliği nedenlerinden biri olarak

gösterilmektedir. Ancak açlık istemlerinin sıklığını ve uygunluğunu değerlendiren, hastanede yatan hastalarda bu istemler nedeniyle kaçırılan öğün sayısı ve hastaların bu dönemde açlığa bağlı yaşadıkları sorunları ele alan çalışmalar oldukça sınırlıdır⁷. Türkiye’de ise, bu konuyla ilgili yapılan bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Oysaki hastaların tetkik istemi nedeniyle uygulanan açlık süresince kaçırıldıkları öğün sayısını belirlemek ve bu süreçte yaşadıkları problemleri tanımlamak oldukça önemlidir. Bu nedenle, tetkik yapmak amacıyla, hastaların besin gereksinimlerinin karşılanmasında engel teşkil edebilecek uzun açlık dönemlerinin, hastalara verebileceği zararı ortaya koymak adına literatüre ve meslektaşlarımıza farkındalık ve tanımlayıcı veri sağlayabilecek bu çalışmanın, alana katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, tetkik nedeniyle uygulanan açlık süresinde hastaların kaçırıldıkları öğün sayısını ve bu süreçte yaşanan sorunları belirlemektir.

Araştırma Soruları

Bu amaç çerçevesinde aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

- 1.Hastalara yapılan tetkikler nedeni ile aç kalma süresi, kaçırılan öğün sayısı ve beslenme yetersizliğinin düzeyi nedir?
- 2.Tetkik amaçlı kalınan açlık durumu ve süresi hastalarda ağrı, susuzluk, bulantı, yorgunluk, anksiyete ve günlük yaşam aktivitelerini etkiliyor mu? Aralarında nasıl bir ilişki vardır?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel çalışmadır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara’daki üçüncü basamak bir üniversite hastanesinin iç hastalıkları servislerinde (beş adet iç hastalıkları yataklı kliniği ve akut bakım ünitesi) laboratuvar ve radyolojik tetkik nedeniyle açlık istemi verilen Ekim-Aralık 2020 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 200 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın evrenin tamamı örneklem olarak alınmıştır, ancak çalışmanın uygulaması sırasında dünyada ve ülkemizde COVID-19 pandemisi olması nedeniyle laboratuvar ve radyolojik tetkik uygulamalarında kısıtlama yapılması nedeniyle araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan 78 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya 18 yaş ve üstü iç hastalıkları servisinde yatan ve en az 8 saatlik açlık istemi verilen, çalışmayı kabul eden hastalar (herhangi bir mental sorunu olmayan) dahil edilmiş; kanser hastaları ve malnütrisyon tanısı olan hastalar araştırmadan dışlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, hastaların demografik ve tıbbi bilgilerini belirlemek için araştırmacılar tarafından ilgili literatür¹⁻¹⁹ taranarak oluşturulan “Hasta Tanıtım Formu” kullanılmıştır. Tetkik nedeniyle yaşadıkları açlık, susama, ağrı, yorgunluk semptomlarını puanlayabilmek içinse “Numerik Şiddet Skalası”, bulantı semptomunu puanlayabilmek için “BARF Bulantı Ölçeği”, hastaların

beslenme riskini tanımlayabilmek için "Nütrisyonel Risk Tarama-2002 (NRS-2002)", günlük yaşam aktivite düzeylerini (GYA) belirlemek için "KATZ Günlük Yaşam Aktivitesi Ölçeği" ve tetkik nedeniyle yaşadıkları anksiyete düzeyini belirlemek için "Beck Anksiyete Ölçeği" kullanılmıştır.

Hasta Tanıtım Formu: Araştırmacılar tarafından ilgili literatür¹⁻¹⁶ taranarak oluşturulan formda sosyodemografik ve tıbbi bilgiler bölümünde yaş, cinsiyet, meslek, boy, kilo, tanı, sistemik hastalıkları gibi değişkenlerini içeren 13 soru; tetkik ile ilgili bilgiler bölümünde tetkik türü, tetkik nedeniyle aç kalma süresi, kaçırılan öğün sayısı gibi soruları içeren 9 soru; laboratuvar bulgularında ise açlık öncesi ve sonrası zamana ait albümin, total protein ve glikoz değerleri bulunmaktadır.

Nütrisyonel Risk Taraması (NRS 2002): Tetkik nedeniyle yaşanabilecek açlık, susama, ağrı, yorgunluk semptomlarının 0 puan (ilgili semptomu hiç yaşamadım) ile 10 puan (ilgili semptomu dayanılmaz düzeyde yaşadım) arasında hastanın algıladığı düzeyi değerlendirebilmesi için kullanılmıştır.

Barf Bulantı Ölçeği: William Baxter¹⁶ tarafından 2010 yılında altı tane yüz ifadesinden oluşan ve 0-10 arasında puanlandırılan resimsel bulantı ölçeği geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik güvenirliği (Cochran's Q=9) Şişman tarafından 2015 yılında yapılmıştır¹⁷.

Nütrisyonel Risk Taraması (NRS 2002): Bu ölçek, 2002 yılında Kondrup ve çalışma arkadaşları tarafından, Danimarka Parenteral ve Enteral Nutrisyon topluluğunun katkılarıyla geliştirilmiş, hastaların beslenmesini değerlendirmek için önerilen bir tarama yöntemidir^{1,18}. Bolayır tarafından 2014 yılında cerrahi ve dâhiliye servislerindeki 271 hasta üzerinde gerçekleştirilen bir çalışma ile ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği (cronbach alfa değeri; 0.80) yapılmıştır². Tarama formu "ön değerlendirme" ve "esas değerlendirme" olmak üzere iki bölüme ayrılır. Ön değerlendirmedeki sorulardan birine evet cevabı verilirse, esas değerlendirme ile devam edilir. Esas değerlendirme "beslenme durumundaki bozulma" ve "hastalık şiddeti" olmak üzere iki bölüme ayrılır. Öncelikle "beslenme durumundaki bozulma" bölümü, daha sonra da "hastalık şiddeti" bölümü puanı bulunur ve toplanır. Hastanın yaşı ≥ 70 ise toplam puana 1 puan eklenir ve hastanın NRS-2002 skoru bulunur. Toplam puan ≥ 3 ise beslenme yetersizliği veya riski nedeni ile beslenme planı yapılarak hasta izleme alınır².

Beck Anksiyete Ölçeği: Beck tarafından geliştirilen Beck Anksiyete Ölçeği, tetkik nedeniyle gelişebilecek anksiyete düzeyini değerlendirmek için kullanılmıştır. Ölçek bireylerin son yedi gün içinde deneyimledikleri kaygı, gerginlik, endişe gibi durumları değerlendiren, 21 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki her madde "0-3" puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça anksiyete düzeyinin arttığı kabul edilmektedir. Ölçekten alınan puanlara göre "0-21 puan" düşük düzey, "22-35 puan" orta düzey, "36-63 puan" şiddetli düzeyde anksiyete olarak tanımlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik, güvenirliği Ulusoy ve ark. (1998) tarafından yapılmıştır¹⁹. Ölçeğin 0.93 olan Cronbach alfa katsayısı, araştırmamızda 0.86 olarak bulunmuştur.

KATZ Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği: Günlük yaşam aktiviteleriyle ilgili bilgileri değerlendirmek amacıyla KATZ ve ark. tarafından 1963 yılında geliştirilmiştir²⁰. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği, Arık ve ark. tarafından 2015 yılında yapılmış ve Cronbach alfa kat sayısı 0.83 olarak saptanmıştır²¹. Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.73 olarak bulunmuştur. Ölçek; banyo yapma, giyinme, tuvalet ihtiyacı, transfer (hareket), kontinans (boşaltım), ve beslenme aktivitesi olmak üzere 6 başlıktan oluşmaktadır. Ölçekte puanlama; birey GYA'ni bağımsız olarak yapıyorsa 1 puan, bağımlıysa 0 puan olacak şekilde yapılmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 0- 2 puan arasında ise bağımlı, 3-4 puan ise kısmen bağımlı, 5-6 puan olması bağımsız olarak değerlendirilir²¹.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma için etik kurul ve kurum izni alındıktan sonra, uygulamaya geçilmiştir. Bir üniversite hastanesinin dahili servislerinde yatan ve tetkik nedeniyle açlık istemi verilen hastalar, servis doktorları ve servis hemşireleri aracılığı ile tespit edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden, tetkik nedeniyle aç bırakılan hastalar, tetkik bittikten sonra odalarında ziyaret edildi. Yazılı izin/sözlü onamları alınan hastalara odasında, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra, hasta ile yüz yüze görüşme yapılarak, araştırmacılar tarafından hasta odasında veri toplama formu ve diğer ölçekler tetkik sonrası ilk 12 saat içinde dolduruldu. Bu çalışmaya özel laboratuvar tetkiki istenmemiştir. Bu süreçte hastaya ait yapılmış laboratuvar tetkikleri varsa servis doktoru ve hemşiresi aracılığı ile hastane otomasyon sisteminden alınarak kullanılmıştır. Hastaların açlık süresi içinde yaşadıkları semptomlar (açlık hissi, susama, ağrı ve yorgunluk) araştırmacı tarafından var-yok olarak sorgulandı. Hasta Tanıtım Formu ve Beck Anksiyete Ölçeği, Nütrisyonel Risk Taraması (NRS 2002), Barf Bulantı Ölçeği, KATZ Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği tüm ölçeklerin doldurulması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

Çalışma verileri IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics 26 programına aktarılarak analizler tamamlanmıştır. Veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (Ort±SS, medyan) verilmiştir. Araştırmada ölçme aracı olarak kullanılan Beck Anksiyete Ölçeğinin güvenirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların Beck Anksiyete Ölçeği puanı, ilgili maddelerin ortalaması alınarak elde edilmiştir. Buna göre; uygulanacak analizlere karar verebilmek için öncelikle Beck Anksiyete Ölçeği Puanı ile açlık süresinde yaşanan semptomların puanları (bulantı, açlık hissi, susama, ağrı, yorgunluk), KATZ Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği puanı, NRS-2002 puanlarına normal dağılım varsayımı için Kolmogorow Smirnov Testi ($n>30$) uygulanmıştır. Test sonucunda puanların normal dağılım varsayımını sağlamadığı görülmüş ve bu nedenle karşılaştırmalarda nonparametrik testler kullanılmıştır. Sayısal iki değişken arasında nedensel olmayan ilişkilerin

derecesinin belirlenmesi için Spearman Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırmanın uygulanabilmesi için çalışma yapılan üniversitenin Etik Kurulu'ndan (17.09.2019 tarih ve 2019/22-07 sayılı) onay ve çalışmanın yapıldığı üniversite hastanesinden yazılı izin alınmıştır. Helsinki Bildirgesi'nde sunulan yönergelerle göre katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

Araştırma Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemin yaş aralığı 24-87 olmasından kaynaklı bazı değişkenlerin sonuçları etkilenmiş olabilir. Araştırmanın uygulanma süreci esnasında COVID-19 pandemisinin olması nedeniyle hastanede yatan hasta popülasyonun az olması, yeterli çeşitliliğe ve örneklem sayısına ulaşmayı engellemiştir. Bu nedenle veriler uygulama hastanesi ve çalışmanın yapıldığı dönemle sınırlıdır, genellenemez. Ayrıca çalışmamızda, hastalar yapılan laboratuvar ve radyolojik tetkik işlemleri ve COVID-19 pandemisi nedeniyle kaygı içinde olabilir. Hastaların açlık durumu ile mi yoksa sayılan bu nedenlerden dolayı mı kaygılarının artmış olabileceğini ayırt edemeyeceğimizden dolayı, bu durum da araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortancası 62.0 (min: 24, maks: 87) olup, %39.7'si 65 yaş üzerinde, %61.5'i erkek, %87.2'si evli, %48.7'si lisans ve üstü mezunu, %41'i ise memurdur. Hastaların %93,6'sının sistemik bir hastalığının olduğu ve %63'ünün diyabetes mellitus, %34.8'inin hipertansiyon ve %34.8'inin koroner arter hastalığı olduğu belirlenmiştir. Hastaların %39.7'si kardiyovasküler hastalık tanısı ile izlem altında olup, %29.5'ne anjiyografi tetkiki yapıldığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin ve Tıbbi Bilgilerinin Dağılımı (n=78)

Sosyo-Demografik Özellikler/ Tıbbi Bilgiler	n	%
Yaş ortancası 62.0 (Minimum- Maksimum: 24-87)		
49 yaş ve altı	24	30.8
50-65 yaş	23	29.5
66 yaş ve üstü	31	39.7
Beden Kütle İndeksi (Ort±SS) 26.03±4.9 (Min- Maks:16.56- 44.44)		
Cinsiyet		
Kadın	30	38.5
Erkek	48	61.5
Medeni Durum		
Evli	68	87.2
Bekar	10	12.8
Eğitim Durumu		
Okuma yazma bilmiyor	8	10.3
İlkokul	4	5.1
Ortaokul	13	16.7
Lise	15	19.2
Üniversite	19	24.4
Lisansüstü	19	24.4

Meslek	n	%
Ev hanımı	8	10.3
Memur	32	41.0
Serbest Meslek	15	19.2
Emekli	8	10.3
İşçi	7	9.0
Doktor	7	9.0
Mühendis	1	1.3
Tanı		
Kardiyovasküler Hastalıklar	31	39.7
İmmün Sistem Hastalıkları	15	19.2
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	14	17.9
Solunum Sistemi Hastalıkları	7	9.0
Nörolojik Sistem Hastalıkları	6	7.7
Üriner Sistem Hastalıkları	5	6.4
Tetkik Çeşidi		
Anjiyografi	23	29.5
Endoskopik Girişimler	15	19.2
Bilgisayar Tomografisi (BT)	8	10.3
Trans Özofagial Ekokardiyografi (TEE)	7	9.0
Biyopsi	6	7.7
Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi-ERCP	6	7.7
Batın ultrason-USG	3	3.8
Sistemik Hastalık Olma Durumu		
Var	73	93.6
Yok	5	6.4
Var olan Hastalıklar (n=73)		
Diyabet	46	63.0
Hipertansiyon	28	38.4
Koroner Arter Hastalığı	28	38.4
Ritim Bozukluğu	21	28.8
Hiperlipidemi	10	13.7
Solunum Sistemi Hastalıkları*	10	13.7
Bening Prostat Hipertrofisi	6	8.2
Kalp Yetersizliği	6	8.2
Diğer**	18	24.6
Ameliyat geçirme durumu		
Evet	23	29.5
Hayır	55	70.5

*Astim, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; **Romatoid Artrit, Alzheimer, Karaciğer Yetersizliği, Kolesistit, Böbrek Yetersizliği

Tablo 2'de, hastaların tetkik süreci ve yönetimi ile ilgili bilgilerin dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, çalışmaya dahil edilen hastaların aç kalma süresinin ortalama 12.10±3.09 olduğu ve %64.1'inin kaçırıldığı öğün sayısının iki öğün olduğu belirlendi. Bu açlık sürecinde hastaların %46.15'ine intravenöz destek uygulanmıştır. Bulgulara göre, intravenöz olarak verilen destekler izotonik, dekstroz ve insülin içerikli nötralize mayidir (Tablo 2).

Tablo 3 incelendiğinde; hastaların tetkik sebebiyle aç kaldığı süre boyunca susama 3.44±3.45 ve yorgunluk 3.37±3.49 semptomlarını yaşadıklarını belirlenmiştir. Çalışmamızda hastaların Barf Bulantı Ölçeği toplam puan ortalamalarının 0.53±1.45, KATZ GYA 0.32±0.98, Beck Anksiyete Ölçeği 25.03±5.95 (orta düzeyde) ve NRS-2002 0.77±1.15 (hastaların %11.54'ünde beslenme riski) olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 2. Tetkik Süreci ve Yönetimi ile İlgili Bilgilerin Dağılımı (n=78)

Aç Kalma Süresi (saat) (Ort±SS) 12.10±3.09 (min:8-maks:20)	
Kaçırılan Öğün Sayısı	n(%)
1	27(34.6)
2	50(64.1)
3	1(1.3)
Yapılan Tetkik Hakkında Bilgi Verilme Durumu	
Evet	77(98.7)
Hayır	1(1.3)
Bilgiyi Verenler	
Doktor	61(79.2)
Hemşire	14(18.2)
Aile yakını	2(2.6)
Bilginin Yeterli Olma Durumu	
Yeterli	65(84.4)
Yetersiz	12(15.6)
İntravenöz Destek Alma Durumu	
Alan	36(46.1)
Almayan	42(53.8)
Açlıktan Sonra İlk Yemek Tercihi	
Hastane	57(73.1)
Lokanta	18(23.1)
Ev	3(3.8)

Tablo 3. Açlık Süresinde Yaşanılan Semptomların ve Barf Bulantı, KATZ-GYA, NRS-2002 ve Beck Anksiyete Ölçeğinin Puan Ortalamaları

Açlık Süresinde Yaşanılan Semptomlar	Ort±SS
Açlık Hissi	2.58±3.43
Susama	3.44±3.45
Ağrı	0.36±0.82
Yorgunluk	3.37±3.49
Ölçekler	
Barf Bulantı Ölçeği	0.53±1.45
KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri	0.32±0.98
Beck Anksiyete Ölçeği	25.03±5.95
NRS-2002	0.77±1.15
<3=%88.46	
≥3= %11.54	

Tablo 4'te hastalarının laboratuvar bulgularının tanımlayıcı istatistikleri yer almaktadır. Bu sonuçlara göre hastaların albümin açlık değeri ortalaması 3.77 ±0.46 iken albümin tokluk değeri ortalaması 3.59±0.40, total protein açlık değeri ortalaması 6.44 ±0.67, total protein tokluk değeri ortalaması 6.4±0.58, glukoz açlık değeri ortalaması 97.6±17.60, glukoz tokluk değeri ortalaması ise 127.05±30.61'dir (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların Bazı Laboratuvar Bulgularının Ortalamalarının Dağılımları

Laboratuvar Bulguları	Ort±SS
Albümin Açlık Değeri	3.77±0.46
Albümin Tokluk Değeri	3.59±0.40
Total Protein Açlık Değeri	6.44±0.67
Total Protein Tokluk Değeri	6.40±0.58
Glukoz Açlık Değeri	97.60±17.60
Glukoz Tokluk Değeri	127.05±30.61

Açlık süresi ile açlık süresinde yaşanan semptomların numerik puanları ve ölçek puanları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Hastaların aç kalma süresi ile bulantı puanı (r=0.375; p<0.01) ve Beck Anksiyete Ölçeği puanı (r=0.257; p<0.05) arasındaki ilişkinin düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı olduğu görülmüştür. Hastaların açlık puanı ile susama (r=0.438; p<0.001).

Yorgunluk (r=0.464; p<0.001) ve Beck Anksiyete Ölçek puanı (r=0.464; p<0.001) arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile susama (r=0.460; p<0.001) ve yorgunluk (r=0.685; p<0.001); susama ve yorgunluk puanı arasında (r=0.513; p<0.001); ağrı ve KATZ GYA Ölçeği puanı (r=0.439; p<0.001) arasındaki ilişkiyi bakıldığında ise orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

TARTIŞMA

Hastanede yatan hastalarda laboratuvar ve radyolojik tetkik yapılmasına yönelik, verilen açlık istemi süresinde, atlanılan öğün sayısını ve hasta üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmamızda, hastaların atlattığı öğün sayısının 2 olduğu ve 12 saatten daha uzun süre aç kaldıkları belirlenmiştir. Çok merkezli prospektif gözlemsel bir kohort çalışmasında, kalp ve akciğer hastalıkları olan Kolombiya'lı hastaların yaklaşık %25'inin hastaneye yatışta yetersiz beslenme sorunu yaşadığı olduğu belirtilmiştir²². Bolayır'ın (2014) yaptığı bir çalışmada ise, hospitalize hastalarda NRS-2002'ye göre malnütrasyon oranı %39.1'dir². Çalışmamızda ise, hastaların %11.54'ünün beslenme riski altında olduğu belirlenmiştir. Bu sonucun tekrarlı ve uzun dönemli açlık nedenleri ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz. Beslenme yetersizliği hastanede kalış süresinin uzaması, maliyetin artması, yüksek mortalite ve morbidite oranı gibi olumsuz bakım kalitesi çıktıları ile ilişkilidir²²⁻²⁵. Bu nedenle, etkin beslenme bakımı klinik sonuçları iyileştirebileceği ve sağlık bakım maliyetlerini azaltabileceği için, kaliteli bakım sağlamak için hayati öneme sahiptir²³. Hastanede teşhis amaçlı yapılan testler ve medikal işlemler nedeniyle hastanın uzun süreli ve sık aralıklarla aç bırakılması da yetersiz beslenme riskini artırmaktadır⁷. Bu durumun çoğunlukla gözden kaçtığı ya da yapılacak işlemlere ve tetkiklere göre daha az önemsendiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamıza benzer şekilde hastanenin dahiliye servislerinde yatan hastaların aç kaldıkları süre ve kaçırdıkları öğün sayılarını belirlemek amacıyla yapılan retrospektif bir çalışmada⁸, dahil edilen 4743 hastanın %46.6'sına (2211) açlık istemi uygulanmış, açlık istemi uygulanan hastaların ortalama 12.8 saat aç kaldığı ve ortalama 2 öğün kaçırdıkları tespit edilmiştir.

Klinik uygulamada standart olarak, laboratuvar ve radyolojik tetkik yapılmasına yönelik hastalar işlem öncesi genel olarak 8-12 saat aç ve susuz bırakılmaktadır²⁵. Çalışma sonuçları açlık isteminin gerekliliğine dair yeterli kanıt sunamamış olsa da, geleneksel açlık uygulamalarını değiştirmenin genellikle zor olduğu görülmektedir. Sadece hekimler değil, hastaların da bazen tıbbi müdahalenin kalitesinden ödün verme korkusuyla geleneksel uygulamaları değiştirmekte isteksiz davrandıkları görülmektedir⁸.

Geleneksel açlık uygulamasının sık kullanılmasına rağmen, işlem öncesi 8 saatlik açlığın, aspirasyon olaylarını önlediğine veya hasta sonuçlarını iyileştirdiğine dair çok az kanıt olduğu belirtilmektedir¹⁵. Hastaların aç kalma süreleri uzadığında, genellikle baş ağrılarının eşlik ettiği kaygı, sinirlilik ve öfke gibi durumlara neden olduğu belirlenmiştir²⁶. Çalışmamızda da, açlık süresi uzadıkça susama, bulantı, ağrı, yorgunluk gibi semptomların daha sık

yaşandığını ve katılımcıların orta düzeyde anksiyete yaşadığını saptadık. Perioperatif dönemdeki aç kalma sürelerini inceleyen sistematik bir derlemede²⁷, uzayan açlık süreleri ve tüketilen farklı içerik ya da hacimdeki sıvıların karşılaştırılması sonucu hastaların stresinin arttığı, konforunu ve uyumunu bozduğu, hastanede kalış süresini arttırdığı, aynı zamanda gastrointestinal sistem üzerinde olumsuz etki oluşturduğu belirtilmiştir.

Bu alanda geliştirilmiş laboratuvar ve radyolojik tetkik işlemleri ile ilgili rehberlere bakıldığında^{1,12,13,15} tetkik öncesi açlık uygulamalarının kademeli olarak daha kısa açlık gerekliliklerine doğru kaydığı görülmektedir. Ülkemizde uygulanan 2015 yılı Anestezi Uygulama Kılavuzları,

Tablo 5. Açlık Süresinde Yaşanılan Semptomlar ve Barf Bulantı, KATZ-GYA, NRS-2002, Beck Anksiyete Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Uygulanan Açlık Süresi	r	1								
	p									
2.Barf Bulantı Ölçeği Puanı	r	0.375	1							
	p	0.001**								
3.Açlık Puanı	r	0.159	0.165	1						
	p	0.163	0.148							
4.Susama Puanı	r	-0.159	-0.044	0.438	1					
	p	0.165	0.701	p<0.05						
5.Ağrı Puanı	r	-0.027	0.320	0.294	0.092	1				
	p	0.814	0.004**	0.009**	0.421					
6.Yorgunluk Puanı	r	0.029	0.304	0.464	0.513	0.394	1			
	p	0.799	0.007**	p<0.05	p<0.05	p<0.05				
7.KATZ Toplam Puanı	r	-0.070	0.023	0.174	0.141	0.439	0.161	1		
	p	0.543	0.840	0.128	0.219	p<0.05	0.159			
8.NRS-2002 Toplam Puanı	r	0.124	0.023	0.153	0.223	-0.007	0.271	0.134	1	
	p	0.279	0.843	0.183	0.049*	0.954	0.017*	0.241		
9.Beck Anksiyete Puanı	r	0.257	0.344	0.464	0.460	0.328	0.685	0.242	0.515	1
	p	0.023*	0.002**	p<0.05	p<0.05	0.003**	p<0.05	0.032*	p<0.05	

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda hastaların, %11.54'ünde beslenme riski olduğu, tetkik nedeniyle aç ve susuz bırakılma süresinin 12 saatin ve kaçırılan öğün sayılarının ortalama 2 öğün ve üstünde olduğu belirlendi. Ayrıca hastaların susama, bulantı, yorgunluk, anksiyete semptomları yaşadığı görülmüştür. Çalışma sonuçlarının klinik alanda çalışan sağlık personeli ile paylaşılması ve uygulamalara yansıtılması önerilmektedir.

Etik Kurul Onayı: Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No: 2019/22-07, Karar Tarihi: 17.09.2019)

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

Yazar katkıları

Araştırma dizaynı: FT, GCU, SK

Veri toplama: FT, GCU

Literatür araştırması: FT, GCU, SK

Makale yazımı: FT, GCU, SK

literatürdeki diğer rehberlerle uyumlu olmakla birlikte diyabet hastaları dahil tüm hastalarda susuzluk ve açlık hissini azalttığı, konforu arttırdığı ve ameliyat sonrası insülin direncini azalttığı için karbonhidrattan zengin içeceklerin elektif cerrahi öncesi 2 saat öncesine kadar güvenle alınabileceği belirtilmiştir^{28,29}. Bu durum tetkik nedeniyle açlık süresi uzayan hastalar içinde geçerli olması gerektiğini düşünmekteyiz. Böylece hastalık sürecinin yanı sıra tetkik nedeniyle sürekli aç bırakılan hastalarda gelişen semptom ve komplikasyonlar önlenerek iyileşme süreci hızlandırılabilir, alandaki tüm paydaşların da istediği gibi hastanede kalış süresinin uzaması önenebilir.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from Non-interventional Clinical Research Ethics Committee of Hacettepe University (Decision Number: 2019/22-07, Decision Date: 17.09.2019).

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Verbal and written consent was obtained from the participants.

Author contributions

Study design: FT, GCU, SK

Data collection: FT, GCU

Literature search: FT, GCU, SK

Drafting manuscript: FT, GCU, SK

KAYNAKLAR

1. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr. 2003;22(4):415-21.
2. Bolayır B. Hospitalize Hastalarda Nutrisyonel Değerlendirme Testi NRS-2002'nin (Nutritional Risk Screening-2002) geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi [Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2014.

3. Altın Z. Açlığın fizyolojisi. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi. 2017;27(3):179-85.
4. Carey SK, Conchin S, Bloomfield-Stone, S. A qualitative study into the impact of fasting within a large tertiary hospital in Australia—the patients' perspective. J Clin Nurs. 2015;24(13-14):1946-54.
5. Demirel U, Aygün C. Yatan hastanın beslenme durumunun önemi ve kalori ihtiyacının belirlenmesi. Fırat Tıp Dergisi. 2012;17(2):63-70.
6. Ostrowska J, Sulz I, Tarantino S, Hiesmayr M, Szostak-Węgierek D. Hospital malnutrition, nutritional risk factors, and elements of nutritional care in Europe: comparison of polish results with all European countries participating in the nDay survey. Nutrients. 2021;13(1):263.
7. Derin NZA, Karahan İ, Çifci A. Hastanede yatan hastalarda malnütrisyonu etkileyen faktörler. Journal of Health Sciences and Medicine. 2018;1(3):62-7.
8. Sorita A, Thongprayoon C, Ahmed A, Bates RE, Ratelle JT, Rieck KM et al. Frequency and appropriateness of fasting orders in the hospital. Mayo Clin Proc. 2015;90(9):1225-32.
9. Korfali G, Gündoğdu H, Aydıntuğ S, Bahar M, Besler T, Moral AR, et al. Nutritional risk of hospitalized patients in Turkey. Clin Nutr. 2009;28(5):533-7.
10. Türkmen S, Güvenen G, Erkal S, Heral Y, Akyüz S. Protein enerji malnütrisyonda serum albumin, transferrin, prealbumin ve retinol bağlayıcı protein düzeyleri. İstanbul Tıp Dergisi. 1999;1:15-20.
11. Salman B, Oğuz M. Beslenme desteğinin monitörizasyonu. Yoğun Bakım Dergisi. 2006;6(1):22-7.
12. Keller U. Nutritional laboratory markers in malnutrition. J Clin Med. 2019;8(6):775.
13. Bharadwaj S, Ginoya S, Tandon P, Gohel TD, Guirguis J, Vallabh H et al. Malnutrition: laboratory markers vs nutritional assessment. Gastroenterology Rep. 2016;4(4):272-80.
14. Spierings EL, Ranke AH, Honkoop PC. Precipitating and aggravating factors of migraine versus tension-type headache. Headache. 2001;41(6):554-8.
15. Sobotka L. Klinik Nütrisyonun Temelleri. Çev: Kubilay Demirağ Ed. Beşinci Baskı. Çek Cumhuriyeti: Galen Yayınevi; 2022, s.27-30.
16. Baxter AM, Watcha MF, Baxter WV, Leong T, Wyatt MM. Development and validation of a pictorial nausea rating scale for children. Pediatrics. 2011;127(6):1542-9.
17. Şişman H. Barf Bulantı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Acıbadem Üniversitesi; 2015.
18. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg OLE, Stanga Z, An ad hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr. 2003;22(3):321-36.
19. Ulusoy M. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. J Cognit Psychother Internat Quart. 1998;12:2.
20. Katz S, Down TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist. 1970;10(1):20-30.
21. Arik G, Varan HD, Yavuz BB, Karabulut E, Kara O, Kilic MK et al. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. Arch Gerontol Geriatr. 2015;61:344-50.
22. Ruiz AJ, Buitrago G, Rodríguez N, Gómez G, Sulo S, Gómez C et al. Clinical and economic outcomes associated with malnutrition in hospitalized patients. Clin Nutr. 2019;38(3):1310-6.
23. Kang MC, Kim JH, Ryu SW, Moon JY, Park JH, Park JK et al. Prevalence of malnutrition in hospitalized patients: a multicenter cross-sectional study. J Korean Med Sci. 2018;33(2):e10.
24. Allard JP, Keller H, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen DR, Gramlich L et al. Decline in nutritional status is associated with prolonged length of stay in hospitalized patients admitted for 7 days or more: A prospective cohort study. Clin Nutr. 2016;35(1):144-52.
25. Hamid T, Aleem Q, Lau Y, Singh R, McDonald J, Macdonald JE et al. Pre-procedural fasting for coronary interventions: is it time to change practice?. Heart. 2014;100(8):658-61.
26. Mishra A, Singh M, Kane M, Acker W, Kaluski E, Sattur S, et al. Strict versus no fasting prior to cardiac catheterization: a prospective evaluation of safety and clinical outcomes. European Heart Journal. 2019;40:2811.
27. Yıldız H. Preoperatif açlık sürecinde yeni yaklaşımlar: New approaches during preoperative poverty process. AÜTD. 2006;38:1-5.
28. Yılmaz E. Cerrahi hastalarda ameliyat öncesi açlık sürecinde yeni yaklaşımlar. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009;25(3):105-18.
29. Gök F, Van Giersberg MY. Ameliyat öncesi aç kalma: Sistematik derleme. Pamukkale Tıp Dergisi. 2018;11(2):183-94.