



T.C

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN PALYATİF BAKIM HASTALARININ
BESLENME ALIŞKANLIKLARININ İNCELENMESİ**

Hazırlayan

Gülsüm LÜY

Acil Tıp Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Danışman

Doç. Dr. Nurşah BAŞOL

TOKAT-2021



T.C

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN PALYATİF BAKIM HASTALARININ
BESLENME ALIŞKANLIKLARININ İNCELENMESİ**

Hazırlayan

Gülsüm LÜY

Acil Tıp Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Danışman

Doç. Dr. Nurşah BAŞOL

TOKAT-2021

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Bu belge ile, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçlara atıf yaptığımı ve kaynağını gösterdiğimi beyan ederim.

(25/01/2021)

Gülsüm LÜY

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamın her aşamasında sabrı,hoşgörüsü,titiz ve özverili yaklaşımıyla, engin bilgi ve tecrübesiyle desteğini her zaman yanımda hissettiğim,mesleki bilgi ve vizyonuyla gelişimime katkısı olan değerli hocam ve danışmanım Sayın Doç.Dr. NurşahBAŞOL'a tez savunmasına katılımı ve değerli önerileri için Doç. Dr. Latif DURAN'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle eğitime katkısı olan değerli hocalarım Doç. Dr. Serhat KARAMAN'a,Doç.Dr. Mehmet ESEN'e,Doç. Dr.Aygül KISSAL'a,Doç.Dr. ŞahizerERAYDIN'a,

Verilerin istatistiksel analizinde yol gösteren Öğr.Gör. Y.Emre KUYUCU'ya,

Dünya da varoluş sebebim olan canım annem ve babama,

Her zaman, her yerde, her zorlukta yanımda olan fedakarlığını, sonsuz güvenini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili eşim Vural LÜY'e,

Tatlılığıyla bana neşe veren tez süresince kollarını boynumdan ayırmayan melek oğlum İhsan Alperen LÜY'e,

Hiçbir zaman yardımlarını esirgemeyen acil servis hemşiresi olan Aslıhan ZABUN'a, arkadaşım Emrullah YILDIRIM'a ve dostlarıma teşekkür eder şükranlarımı sunarım.

ÖZET

AS'e başvuran PB hastalarının beslenme alışkanlıklarını etkileyen faktörleri değerlendirmeyi ve mevcut problemleri açığa çıkarıp, önlemek adına önerilerle doğru beslenme alışkanlığı kazandırmayı ve bu sayede hastaların yaşam kalitesini artırmayı amaçladık.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu çalışmanın örneklemini Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine başvuran 150 palyatif bakım hastası oluşturdu. Veriler sosyo-demografik özelliklerini ve beslenme öz-yeterlilik durumunu içeren anket formu, Beck Depresyon Anketi ve Barf Bulantı Anketi kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama±standart sapma, yüzdelik dağılımlar, t-testi ve Anova testi kullanıldı, $p<0,005$ anlamlı kabul edildi.

Araştırmaya toplamda 150 palyatif bakım hastası katıldı. Araştırmaya katılan palyatif bakım hastalarından 70'i (%46,7) kadın olarak bulunmuşken, 80'i (%53,3) erkektir. Çalışmamızda palyatif bakım hastalarının yaş ortalaması $60,17\pm11,58$ olarak bulundu. Hastaların 106'sı (70,7) şiddetli seviyede depresif belirtiler göstermektedir. Hastaların 75'i (%50) düşük beslenme öz-yeterliliğe sahipken, 75'inin (%50) yüksek beslenme öz-yeterliliğe sahip olduğuna ulaşıldı. Katılımcıların 29'u (%19,3) şiddetli bulantı, 42'si (%28,0) ise kusma olarak bulantı anketine katılım sağladı. Ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde BDÖ ile BARF arasındaki $r=0,405$ pozitif yönlü ve zayıf ilişki olduğu belirlendi. Ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde BÖY ile BARF arasında $r=-0,352$ negatif yönlü zayıf ilişki olduğu hesaplandı. Acil Servise gelen palyatif bakım hastalarının aylık gelirlerine göre BDÖ ile BÖY ölçeklerinin toplam puanları arasında anlamlı bir fark gözlenmezken BARF ölçeği

arasında anlamlı fark bulundu ($F=8,878$) ($p=0,001$).Katılımcıların palyatif bakım takibi olanlarla palyatif bakım takibi bulunmayanların BDÖ anketinden aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark bulundu ($t=2,049$) ($p=0,046$).

Son dönemde artan depresif belirtiler hastanın beslenmesini olumsuz yönde etkiler. Bunun üstesinden gelmek için psikolojik destek gerekmektedir. Yetersiz beslenme sonrası kilo kaybeden hastalarda beslenme durumunu korumak veya iyileştirmek için enteral beslenme önerilmektedir. Acil serviste görevli sağlık çalışanları hastaların yaşam kaliteleri ile ilgilenmeli, onlara emosyonel ve psikososyal destek sağlamalıdır.

Anahtar Kelimeler:Palyatif Bakım, Acil Servis, Beslenme, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

We aimed to evaluate the factors affecting the nutritional habits of palliative care patients and to develop the habit of proper nutrition with suggestions in order to reveal and prevent existing problems, and thus to increase the quality of life of these patients who applied to the emergency department.

The sample of this descriptive and cross-sectional study consists of 150 palliative care patients who applied to Tokat Gaziosmanpaşa University Hospital Emergency Service. The data were collected using a questionnaire that included socio-demographic characteristics and nutritional self-efficacy, Beck Depression Questionnaire and Barf Nausea Questionnaire. Mean $\pm$ standard deviation, percentage distributions, t-test and Anova test were used in the evaluation of the data, $p < 0.005$ was considered as significant.

A total of 150 palliative care patients participated in the study. While 70 (46.7%) of the palliative care patients participating in the study were female, 80 (53.3%) of them were male. In our study, the mean age of palliative care patients was found to be 60.17 ± 11.58 . 106 of the patients (70.7%) show severe depressive symptoms. While 75 (50%) of the patients had low nutritional self-efficacy, 75 (50%) of them were found to have high nutritional self-efficacy.

29 (19.3%) of the participants who participated in the nausea questionnaire described severe nausea and 42 (28.0%) of them responded that they had vomiting. When we examined the relationship between scale scores, it was found that there was a positive weak relationship of $r = 0.405$ between BDI and BARF. When we examined the relationship between scale scores, it was calculated that there was a negative weak

relationship of $r = -0.352$ between MDF and BARF. While there was no significant difference between the total scores of the BDI and the IMQ scales according to the monthly income of palliative care patients who came to the emergency department, a significant difference was found between the BARF scale ($F = 8,878$) ($p = 0.001$). When the total scores of the participants with palliative care follow-up and those without palliative care follow-up were compared, a statistically significant difference was found ($t = 2.049$) ($p = 0.046$).

Conclusion: Recently, increasing depressive symptoms affect the nutrition of the patient negatively and psychological support is required to overcome this problem. Enteral nutrition is recommended to maintain or improve nutritional status in patients who lose weight after malnutrition. Healthcare professionals working in emergency services should be concerned with the quality of life of patients and provide them with emotional and psychosocial support.

Keywords: Palliative Care, Emergency Service, Nutrition, Quality of Life

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Giriş ve Amaç	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.PALYATİF BAKIM.....	4
2.1.1. Palyatif Bakım Tanımı.....	4
2.1.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi	6
2.1.3.Palyatif Bakımın Amacı.....	8
2.1.4. Palyatif Bakımın İlkeleri.....	9
2.1.5. Palyatif Bakımın Hedefleri	10
2.1.6.Terminal Dönem Bakım	11
2.1.7. Ahlakî ve Etik Açısından PB.....	12

2.1.8.Palyatif Bakım Modelleri.....	13
2.2.ACİL SERVİSTE PALYATİF BAKIM.....	14
2.2.1.Acil Servis.....	14
2.2.2.Bakım.....	15
2.2.3. Acil Servis Ekibi.....	16
2.2.4.Acil Serviste Palyatif Bakım.....	17
2.2.5.Palyatif Bakım Hastalarında Beslenme	18
2.2.6.Palyatif Bakım Hastalarının Yaşam Sonu Semptomları.....	19
2.3. PALYATİF ONKOLOJİK TEDAVİLER.....	26
2.3.1. Kemoterapi.....	26
2.3.2.Palyatif Radyoterapi	27
2.3.3. PalyatifCerrahi	27
3. MATERYAL ve METOT	28
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi	28
3.4.Verilerin Toplanması	28
3.4.1.Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	30
3.5.Araştırmanın Etik Yönü.....	31
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	32
4.BULGULAR.....	33

5.TARTIŞMA.....	44
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	48
6.1. SONUÇLAR.....	48
KAYNAKÇA.....	50
EKLER	59
EK-1: ETİK KURUL ONAYI.....	59
EK-2: Kullanılan Anketler.....	60
Ek-2.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	60
Ek-2.2. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö).....	61
Ek-2.3. Beslenme Öz-Yeterlik Ölçeği	65
Ek-2.4.BARF BULANTI ÖLÇEĞİ	66
ÖZGEÇMİŞ	67

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Acil Servise Başvuran Palyatif Bakım Hastalarının Demografik Özellikleri	35
Tablo 4.2. Palyatif Bakım Hastalarının Beck Depresyon Durumu (n=150)	36
Tablo 4.3. Palyatif Bakım Hastalarının Beslenme Öz-Yeterlilik Durumu (n=150)	36
Tablo 4.4. Palyatif Bakım Hastalarının Bulantı Durumu (n=150)	37
Tablo 4.5. 1. Nicel Değerlerin Dağılımı (n=150)	37
Tablo 4.5.2. Ölçek Puanları Arası İlişkiler (n=150)	37
Tablo 4.6. Ölçek Puanları Arası İlişkiler	38
Tablo 4.7. Ölçek Puanları Arası İlişkiler	38
Tablo 4.8. Cinsiyete göre Ölçeklerin Dağılımı	39
Tablo 4.9. Medeni Duruma göre Ölçeklerin Dağılımı	40
Tablo 4.10. Çocuk Sayısına göre Ölçeklerin Dağılımı	40
Tablo 4.11. Aylık Gelire göre Ölçeklerin Dağılımı	41
Tablo 4.12. Tanı Zamanına göre Ölçeklerin Dağılımı	42
Tablo 4.13. Palyatif Bakım Takibine göre Ölçeklerin Dağılımı	42
Tablo 4.14. Acil Servis Taburculuk Durumuna göre Ölçeklerin Dağılımı	43

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Palyatif Bakım Süreci 11

Şekil 2. Araştırmanın Evreni 28



KISALTMALAR LİSTESİ

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
- ABMS:** Amerikan Tıbbi Uzmanlık Kurulu
- AIDS:** Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu
- AS:** Acil Servis
- BARF:**Barf Bulantı Ölçeği
- BDÖ:**Beck Depresyon Ölçeği
- BÖY:** Beslenme Öz- Yeterlilik Ölçeği
- DNA:**Deoksiribo Nükleik Asit
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- EKG:** Elektrokardiyografi
- HIV:** İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
- KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- KT:** Kemoterapi
- MD:** MajörDepresyon
- NANDA:** Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Birliği
- NG:**Nazogastrik Sonda
- NSAID:**Non-Steroida Anti-İnflamatuar İlaçlar
- PB:** Palyatif Bakım
- ROS:** Reaktif Oksijen Türleri
- RT:** Radyoterapi
- UNAIDS:**Müşterk Birleşmiş Milletler
- WHO:** Dünya Sağlık Örgütü

1.GİRİŞ

1.1.Giriş ve Amaç

Palyatif bakım (PB); yaşamı olumsuz yönde etkileyen bir hastalık tanısı koyulup kapsamlı tedavi sonrasında hastalarda meydana gelen fiziksel, psiko-sosyal ve manevi semptomların giderilmesini, bununla birlikte ailenin ve hastanın bakımını üstlenenlerin desteklenerek acılarının hafifletilmesini hedefler (Kabalak ve ark., 2013).

Palyatif bakım (PB) hastalarında özellikle süreç ilerledikçe birçok beslenme ile ilişkili problem görülmektedir. Kaşeksi, dehidratasyon, sıvı elektrolit dengesizlikleri gibi daha ciddi problemlere yol açan beslenme bozuklukları, pek çok ek hastalığı da beraberinde getirmektedir. Bu beslenme sıkıntılarının erken tanınip gereken önlemlerin alınması elzemdir.

Acil Servis (AS) palyatif bakım hastalarının sıkça geldiği bir birimdir (Ertem, 2008). Ciddi, yaşamı sınırlayan hastalıktan muzdarip birçok hasta için bir güvenlik ağı görevi görür. AS sağlayıcıları sadece akut yaralanma ile ilgili terminal olayları olan hastalar için acil sürecini yönetmekle kalmaz, aynı zamanda kronik rahatsızlıklardan dolayı tedavi gören hastalara da rutin bakım yapar. AS'e "kriz" durumu ile başvuran kronik, ciddi, yaşamı sınırlayan hastalıkları olan bu hastaların sayısı her geçen gün artmaktadır. Yaşamın son haftalarında tekrarlayan AS başvuruları, kalitesiz yaşam sonu bakımının göstergesi olarak kabul edilebilir. Bu nedenle, son beş yılda, acil tıp ve acil hemşirelik, palyatif bakımın erken uygulanmasında giderek merkezi bir rol oynamaktadır (Başol, 2015). PB hastalarının tedavi süresi boyunca pek çok yan etki meydana gelir. Tedavi sonrası gelişebilecek yan etkilerin erken tanınması, hasta için en etkili bakımın yapılması ve günlük aktivite katılımının sağlanarak yaşamsal fonksiyonlarının gelişimini artırabileceği bilinmelidir (Bahar ve ark., 2019).

Kanser hastalarında oluşan oral mukozit ülseratif ve inflamatuvar bir süreçtir(Karadakovan, 1990). Anoreksiya, kaşeksi, dehidratasyon ve malnutrisyona neden olan mukozit,akut ve kronik semptomlarla ilişkilidir(Birol, 1998; Karadakovan, 1990).

Hastanın beslenme durumunun değerlendirilmesibesin ihtiyacının ve vücudu için gereken enerjisinin mevcut besinlerle ne kadar karşılandığını belirlemek için yapılır. Beslenme problemlerinin belirlenmesi özellikle servis yatışı olan ve kanser tanısı konulmuş hastalar için büyük önem taşır (Ertem, 2008; Güngörmüş ve ark., 2014). İnsanların besin öğelerinden yeterli ve dengeli miktarda alması yaşamsal faaliyetlerini gerçekleştirebilmesi için en elzem gereksinimlerden biridir. Yeterli ve dengeli besin alımı sağlığın korunmasında, hastalıkların önlenmesinde ve tedavi sürecinde önemlidir (Çınar ve ark., 2017).

İlerlemiş kanserlerin terminal evresinde hastaların sağlıklı beslenmeleri için yardımcı olmak oldukça zordur. İştahsızlık, ağız tadındaki değişiklikler, bulantı ve kusma nedeniyle beslenmesi yetersiz olan hastanın alabileceği uygun besinlerin seçilip uygun yöntemlerle hastaya verilmesi hemşirelik bakımının bir parçasıdır (Güngörmüş ve ark., 2014).

Beslenme durumu, inflamatuvar süreçler ve kanser tedavileri tümöre bağlı değişir. Bütün olarak vücudun enerji ve besin ögesi ihtiyaçlarının artmasına sebep olmaktadır. Hastanın iştahını azaltarak, besin alımını ve besin öğelerinin vücutta kullanımını olumsuz yönde etkilemektedir.Hastanın tanı koyulduktan itibaren beslenme durumunun uygun yöntemlerle değerlendirilmesi gerekir. Uygun beslenme planı ve desteğinin sağlanması hastanın yaşam kalitesini artıracaktır (Muhsiroglu, 2017).

Biz bu çalışma ile AS'e başvuran PB hastalarının beslenme alışkanlıklarını etkileyen faktörleri değerlendirmeyi ve mevcut problemleri açığa çıkarıp, önlemek adına önerilerle doğru beslenme alışkanlığı kazandırmayı ve bu sayede hastaların yaşam kalitesini artırmayı amaçladık.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.PALYATİF BAKIM

2.1.1. Palyatif Bakım Tanımı

PB, prognozu sınırlı olan hastalarda psikolojik, sosyal ve biyolojik semptomları en aza indirerek, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artırmak için kişi merkezli destekleyici bakımdır (Ahmedzai ve ark., 2004). PB, özellikle terminal dönem hastalarının ve aile bireylerinin aradığı bedensel, psiko-sosyal destek ve rahatlamaların sağlanabileceği önemli bir sağlık hizmeti olarak günümüzde kabul edilen ve giderek gelişen bir bakımdır. PB hizmetleri kronik hastalıklar ile mücadele eden hastaların gereksinim duyduğu yaşamı tehdit eden bir hizmet olmakla birlikte, kanser hastalarınca başvurular daha çoğunluklu olarak görülmektedir. Hastalığın kabullenilmesi, hastalık ve hastalığın yan etkileri ile ilgili bilgilendirmeler PB hizmetlerinin bir parçası olup hem hasta hem de hasta yakınları için önem arz etmektedir(Sucaklı ve Koşar, 2016).

Bu tanımlara dayanarak, palyatif bakımın nasıl verildiği konusunda iki tür palyatif bakım önerebiliriz:

Temel PB, birincil veya ikincil bakımda tüm sağlık uzmanları tarafından verilen, yaşamı sınırlı olan hastalara normal görevleri dahilinde sağlanması gereken palyatif bakımdır.

Özel PB, kalıcı ve daha karmaşık sorunları yönetmek ve uzman eğitim ve pratik kaynaklar sağlamak için, becerilerini ve bilgilerini sürekli olarak güncellemesi gereken profesyonel bir ekip tarafından uzman düzeyinde sağlanan daha yüksek bir PB standardıdır.

PB semptomların giderilmesi ve ağrının azaltılmasını sağlar. Hasta bakımının psikososyal ve ruhani yönlerini fiziksel bakıma entegre eder. Hastaların, son ana kadar mümkün olduğunca hayatı doya doya yaşamalarını sağlayarak kaliteli vakit geçirmelerine destek olur. Hasta yakınlarına, hastalık sürecinde gereken bilgilendirme yapılarak ve hastalığın sonraki evrelerinde kendi yas süreçleriyle başa çıkabilmelerinde destek sağlar. Gerektiğinde yas dönemi danışmanlığı da dâhil olmak üzere, hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılanmasında ekip yaklaşımı önemlidir. PB yaşam kalitesini artırır, ve aynı zamanda hastalık sürecini olumlu yönde etkileyebilir (Aydoğan ve Uygun, 2011).

PB sadece kanser hastalarını kapsamamakla birlikte yine de en fazla hasta grubunu kanser hastaları oluşturur. Tüm kanser hastaları için palyatif bakımın standartlaştırılmasını ve tekdüze erişimi sağlamak için önemli öncelikler şunlardır:

- PB hizmetlerinin birinci basamak ve onkoloji ekipleriyle entegrasyonu.
- Her bir büyük kanser merkezinde uzmanlaşmış bir PB hizmetinin kurulması.
- Lisans öğrencileri, onkologlar, birinci basamak ekibi üyeleri ve PB eğitimi uzmanları için palyatif bakımı kapsayan eğitim programlarının oluşturulması.
- PB bilimsel temelini desteklemek için uygun metodolojiler kullanılması.
- Kalite güvence programlarının oluşturulması.
- Palyatif tıbbın, tıbbi bir uzmanlık olarak tanınması.
- Palyatif tıp ve palyatif bakım hemşireliği başkanlarıyla akademik mükemmellik merkezlerinin kurulması.
- Semptom kontrolünde yararlı olduğu kanıtlanan tüm ilaçlar üzerindeki gereksiz kısıtlamaların kaldırılması, özellikle güçlü opioidlere erişimin kolaylaştırılması.

- Hastalar ve aile bakıcıları için seçim yapmalarına ve özerklik yapmalarına olanak tanıyarak bilgi verilmesi (Ahmedzai ve ark., 2004).

Terminal dönemde olan hastalar yaşamlarının büyük bir kısmında hastalıkları sebebiyle mecburi bir diyet uygulamışlardır. Bu sebeple hayatlarının son birkaç haftasında önerilen diyetle uyum konusunda sıkıntılar vardır. Bu süreçte çok sıkı diyetlerin uygulanmasını beklemek yerine hastanın ihtiyacı olan günlük kalori gereksinimini karşılayacak besinleri zorlamadan ve beslenme aşamasında eğlenmesini sağlayarak vermek önemlidir (Karadakovan, 1990).

2.1.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi

Dünya’da birçok ülkede PB hizmetlerine ilişkin çalışmalar ve projeler yürütülmesine rağmen 1842 tarihinde Fransa’da ilk PB ünitesi kurulmuştur. Modern anlamda sayılabilecek ilk hospis hizmeti i 1967’de Londra’da hemşire ve aynı zamanda sosyal hizmetler uzmanı olarak görev yapan Cicely Saunders tarafından St. Christopher’s Hospis adı altında başlatılmıştır. Tarihte ilk PB ünitesi ise Kanada Montreal’de Royal Victoria Hastanesinde 1975 yılında hizmete sunulmuştur. Tarihten günümüze kadar PB hizmeti dünya genelinde hızlı bir şekilde yayılmış ve oldukça az bir zaman zarfında binlerce PB servisi açılmıştır.

1960’larda, ABD’de bir psikiyatr olan Elisabeth Kübler-Ross, hayatın sonunda insanlara saygılı, açık ve dürüst bir iletişim ile davranmaya karşı sert bir dirençle karşılaşmıştır. Çığır açan kitabı “On Death and Dying” ve etkili sunumları, ölmekte olan hastalara olan bakış açısını düzeltmiş ve onlara sağlanan bakımın kökten değiştirilerek daha insani bir yaklaşımın gelişmesine yol açmıştır.

1974’te, Kanada’daki Montreal’deki McGill Üniversitesinin Royal Victoria Hastanesindeki cerrahi onkolog Dr. Balfour Mount ilk önce, kronik veya yaşamı

kısıtlayan hastalıkları olan ve fiziksel, psikolojik, sosyal veya ruhsal sıkıntı yaşayan aileleri için bütünsel bakım sağlamanın gerekli olduğunu savunmuştur. 1985 yılında Montreal'in Kraliyet Victoria Hastanesinde ilk PB Hizmetini kurmuştur. 2003 yılından beri "Kuzey Amerika'da PB'ın babası" olarak tanınmaktadır.

1997'de Tıp Enstitüsü, “Ölüme Yaklaşmak: Yaşam Sonunda Bakımın Arttırılması” (M.I. Field ve C.K. Cassel, editörler) raporunda Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşam sonu bakımda göze çarpan eksiklikleri belgelemiştir. Robert Wood Johnson Vakfı ve George Soros'un Açık Toplum Enstitüsünün desteğiyle, PB'ı ana tıp ve hemşireliğe getirmek için büyük bir çaba başlatılmıştır. Klinik gösteri projeleri, temel ders kitaplarının palyatif ve yaşam sonu bakım içeriği incelemeleri, “Son Hareketler ve Bill Moyer” Serisi, “Kendi Koşullarımızda” (2000) isimli kitaplar, palyatif bakım ile ilgilenen bilim adamlarının finansmanı ve NIH Bilim Devlet konferansı ve son olarak da 2014 yılında “Palyatif Bakım Klinik Uygulama Kılavuzları” ilk olarak piyasaya sürülmüştür. Tüm bunların neticesinde PB'ın odağı yalnızca ölmekte olan hastalar değil aynı zamanda yaşamı kısıtlayan hastalıkları olan hastalar da içerecek şekilde genişletilmiştir. 2006 yılına kadar yaklaşık 100 kursiyerle 57 palyatif bakım kursu programı verilmiştir.

2006 yılında Amerikan Tıbbi Uzmanlık Kurulu (ABMS) ve Yüksek Lisans Medikal Eğitim Akreditasyon Konseyi Palyatif Tıp alt kategorisini tanımıştır. Palyatif tıbbın birçok uzmanlık alanındaki köklerini yansıtan 10 uzmanlık alanından kurulu olan ekip, 2006 yılında ilk kez verilen ABMS sertifikasyon sınavını desteklemektedir ve şu an Amerikan Palyatif Tıp Akademisinin 3000'den fazla üyesi bulunmaktadır. PB; Amerika'da 2008'de acil tıbbın yan dalı olarak kabul edilmiştir. Ülkemizde ise PB henüz bir uzmanlık alanı değildir.

Palyatif tıp, yaşamı kendi şartları ile dürüst ve açık bir şekilde kabul etme mücadelesinin devamıdır. Akademik tıptaki yerini alan bu yeni uzmanlık alanı, gelecek nesil hekimlerin, alandaki bilgilerini geliştirmesini sağlarken, genel anlamda uzman palyatif tıp becerileri kazanmalarını sağlamak ve hastalara ve ailelerine her zaman yanlarında olacak sağlık personellerinin varlığını hissettirmektedir. Diğer bir ifadeyle PB gerektiren hastaların, hastalıklarından dolayı meydana gelen semptomları ve en önemlisi acılarının hafifletilmesi için yardımcı olmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesinde ilk ‘Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi’ yetişkin hastalara yönelik açılmıştır. PB hizmetleri yoğun bakım ve evde bakım hizmetleri ile koordineli bir şekilde yürütülmektedir (Kabalak ve ark., 2013).

Diğer ülkelere göre Türkiye’de PB hizmetlerinin daha geride seyretmesinin nedenleri; aile yapısı, insan gücünde yaşanan sorunlar, PB’ a eğitimde çok fazla yer verilmemesi, PB uzmanlığının bulunmaması ve gerek sağlık çalışanları gerekse hastalar arasında palyatif bakım konusunda yeterli bilginin olmamasından kaynaklanır (Akçiçek ve ark., 2013).

2.1.3. Palyatif Bakımın Amacı

Günümüzde PB psikososyal, spiritüel ve fiziksel bakım içine alan bütüncül bir yaklaşımı konu edinir. Bu yaklaşım ile küratif ve destekleyici bakım birlikte verilmektedir. PB hastalık tanısı konulduğunda başlar ve bireyin tedavi alıp almadığına bakılmaksızın devam eder (Sepúlveda ve ark., 2002; Grant ve ark., 2009). PB hastaların kalan yaşamını anlamlı ve değerli kılmak için hastaya verilen bütün hizmetleri içermektedir.

2.1.4. Palyatif Bakımın İlkeleri

2.1.4.1. Hasta ve Ailesine Bilgi Verilmesi

Hastaya tanı konulduktan sonra ailenin anlayabileceği düzeyde ve anlaşılır bir dille mevcut durumun anlatılması gerekir. Hastanın hastalığı, tedavi süreci meydana gelebilecek komplikasyonlar, verilen bakım ve iyileşme süreci hakkında bilgi verilmelidir. Bu süre zarfında hastalığın seyri ve tedavi planında değişiklik olduğunda hasta ve hasta yakınına konu hakkında açıklama yapılmalıdır. Hasta yakını çocuksa verilecek bilgilerin çocuğun gelişim seviyesine ve yaşına uygun olduğuna dikkat edilmelidir.

Bilgilerin yazılı ve sesli anlatılması ailenin anlamasını kolaylaştıracaktır. Aynı zamanda radyoloji veya patolojik raporları hakkında bilgi verilmesi hasta ve hasta yakınlarının soru sormaya teşvik edilip fırsat verilmesi gerekir. Aileden hastanın bakım süresi boyunca uygun yer ve zamanlarda aydınlatılmış onam alınması ve ailenin seçme hakkı sağlanmalıdır.

Verilen bilgiler samimi ve açıklayıcı olduğu zaman hasta ve ailenin içindeki stres, kaygı azalacak ve bu da tedavi süresi boyunca uyumu ve anlaşılabilirliği artıracaktır.

2.1.4.2 Hastanın ve Ailesinin Bireysel Değerlendirilmesi

Sağlık çalışanı, bakım planını hastaya ve ailesine fayda sağlayacak ve onlara uygun olacak şekilde düzenlemeli ve detaylara dikkat ederek hastanın ve ailenin gereksinimlerini karşıladığından emin olduktan sonra uygulama aşamasına geçmelidir. Bu süreç saygı çerçevesi içerisinde, birlikte değişiklikleri göz önünde tutarak ilerlemelidir. Planlanarak yapılan her bakımın sonuçları daha güvenli olacaktır.

2.1.4.3 Hastanın Fiziksel Semptomlarının Yönetimi

Palyatif bakımı disiplinler arası bir yaklaşım ile sunmak semptomların oluşmasının kontrol edilmesindeki en etkili yoldur. PB ekibi, profesyonelliği amaç edinmiştir. Palyatif bakım, hasta bireyin mümkün olduğunca bağımsızlığını sürdürmesini sağlayarak, bireyselliğini aynı zamanda değerlerinin korunmasını ve süreç boyunca aile üyelerini yalnız bırakmamayı hedefler (Shoemaker ve ark., 2011).

PB’da hemşireler ekibin olmazsa olmazıdır. PB ‘daki sorumlulukları şöyle sıralanabilir:Hemşire hastanın;

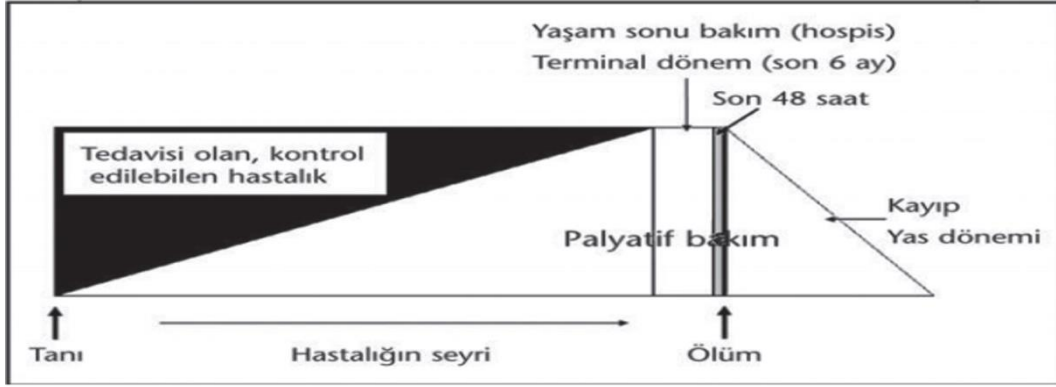
- Ağrı, kardiyak ve solunumsal problemlerini,gastrointestinal problemlerini, genel sıkıntılarını, bilişsel fonksiyonları ve olası problemleri, psikolojik ve sosyal problemlerini değerlendirmeli ve gerekli hemşirelik bakımını tüm bunlara göre planlamalıdır (Connollyve ark., 2012).

2.1.4.4.Hasta Yakınları İçin Destek

Hasta yakınlarının psikososyal desteğe oldukça ihtiyacı vardır. Hasta yakınları bu süreçte maddi kayıpla birlikte, kaybetme korkusu ve belirsizlik kaygısı yaşayarak manevi kayıplar da yaşarlar bu süreçte en çok psikolojik desteğe ihtiyaç duyarlar. Sağlık personeli olarak hasta yakınlarının tıbbi sosyal hizmetler birimi tarafından desteklenmesi sağlamalı ve olası ihtiyaçları belirlenip, çözülmeye çalışılmalıdır.

2.1.5 Palyatif Bakımın Hedefleri

Palyatif bakımdaki temel hedef hasta ve ailesinin bu sancılı süreci en rahat şekilde atlatmasını sağlamaktır. Hastaya uygulanacak bakım kültür, ırk, dil, din, etnik farklılıklar, yaş, eğitim düzeyi ve beklentilerine göre öznel olarak planlanmalı ve bu bakımın sürekliliği sağlanmalıdır.



Şekil 1. Palyatif Bakım Süreci(Borasio, 2011)

2.1.6.Terminal Dönem Bakım

“Yaşamın son dönemi” deyiimi her ne kadar insanın yaşam evreleri içinde yaşlılık dönemini çağrıştırabilse de bazı gençlik döneminde de görülebilen kronik ve ilerleyici hastalıklar nedeniyle bundan daha geniş bir boyutu kapsamaktadır. Sadece yoğun bakımda yatan hastanın akut gereksinimleri değil, kronik nitelikli hastalıklarda uygun ağrı tedavisi, uzun süreli palyatif bakım, ölümün tıpsallaştırılması, boşuna tedavi, hasta yakınlarının gereksinimleri gibi başlıklar, bir sorun alanı olarak yaşamın son dönemini içermektedir.

Sağlık hizmetlerinin dünya çapında ticarileştirildiği günümüzde, yaşamın son döneminde sunulan hizmetlerin de bu yönelimden payını aldığı, maliyet-etkinliğin sunulacak hizmetin nicelik ve niteliğini belirlemede temel ölçüt olmasıyla, yaşam ve ölüme verilen anlamların dahi zorlanmaya başlandığı görülmektedir. Oysa son dönem bakım hizmetleri, ilk anda görüldüğünden yaygın ve derin, ayrıca toplumun tüm bireylerine ve sağlık çalışanların mesleki pratiklerine düşündüklerinden daha yakın bir konudur (Cinaver, 2016).

2.1.7 Ahlaki ve Etik Açıdan PB

PB sadece kanser hastalarına verilen bakım sadece kanser hastaları için değil, hayati önem arz eden her türlü hastalığı içerir. Aynı zamanda hasta yakınına da bir bütün olarak ele alır. Ciddi bir hastalık tanısı alan hastanın hastalığı ölümcül olsun ya da olmasın PB alması hastalık sürecini daha kolay kabullenmesini kolaylaştırarak bu süreçte hastanın moral ve motivasyonunu artırdığı düşünülmektedir (Hawley, 2014). Hasta yakınları için yas süreci ve gerçekleşen ölümü kabullenmek zordur ve PB ekibi bu sürecin daha rahat atlatılmasını sağlayabilir.

PB içerisine dâhil olan hasta ve hasta yakınları ile ilgilenen sağlık çalışanları da büyük bir duygusal yükün altındadır (Örnek Büken, 2011; Aulisio ve ark., 2004).

Özelikle terminal dönemde verilen etik kararlar kolay olmayabilir. Sağlık çalışanları bu sorunların çözünde kararsız ve yetersiz kalabilir. Hastane etik kurulunda konunun tartışılması ve/veya bir etik uzmanının konuyla ilgili danışmanlık hizmeti sunması tüm tarafları kapsayacak çözümler üretilmesi ve taraflar arası iletişimin sağlıklı yürümesini de sağlayacaktır. PB birimlerinde yalnızca tıbbi bakım verilmemektedir. PB birimlerini sadece sağlık çalışanların söz söylediği bir alan olarak da görmemek gerekir.

PB; hasta ve hasta yakınlarını içeren, sağlık çalışanları, sosyal hizmetler, din görevlileri vb. bir ekip çalışmasının ürünüdür. İçeriğinde tıbbi bilgi kadar, tıp etiği, kültür, din, manevi destek, sosyal ve hukuksal konu başlıklarını da taşır. Sorunların çözümünde ilk adım etik farkındalık, ikinci adım ise tüm tarafların ilgili konularda verilen hizmet içi eğitimlerdir. Palyatif bakım ekibinin sağlıklı iletişim kurabilen, daha kaliteli ve doyurucu bir hizmet verebilen birlikte uyum içinde çalışan profesyonel kişiler oluşturur.

Yaşamın sonundaki hastalara karşı hekimin ve diğer sağlık profesyonellerinin yükümlülükleri çok kapsamlı ve kolay olmayan bir süreçtir. Hastanın özerkliği (otonomisi) korunmalı, yeterli bilgilendirme sonrası hastanın tüm kararlara iştirak edebilmesi sağlanmalı, hasta kararını belirtebilecek durumda değilse hasta yakınları hastaya vekalet edebilmelidir. Bu esnada hastanın en yararına olacak uygulamalar yarar/zarar oranına göre planlanmalı ve beyhude tedaviler sık sık gözden geçirilmelidir. Yine aynı zamanda sağlık hizmeti sunumunda adil olunmalı, hem bu hastalara sağlık hizmeti sunarken herhangi bir ihmalden kaçınılmalı ama kısıtlı imkanlar karşısında diğer tedavi şansı olan hastalar da göz önünde bulundurulmalıdır. Hastanın onuru korunarak beden ve kimlik mahremiyeti elden geldiğince sağlanmalı, tıbbi verileri (gerekmiyorsa) üçüncü kişilerle paylaşılmamalıdır.

2.1.8.Palyatif Bakım Modelleri

PB ailede bulunan diğer bireyleri, resmî olmayan bakım vericileri de göz ardı etmeksizin hastanın ve yakınlarının ihtiyaçlarını gideren multidisipliner bir hizmettir.

-Palyatif Bakım Üniteleri:Yataklı hasta servisleri şeklinde tasarlanmış PB üniteleridir. Bu yapılanmada PB hizmeti için özel yataklar temin edilmiştir ve bu ünitelerin yüksek eğitim almış disiplinler arası ekiplere ihtiyaçları vardır.

-Evde Bakım Ekipleri: Evde bakım ekipleri, PB'nin önemli bir parçasıdır. Hastaların burada takipli olması ile sonda değişimi gibi hastaneye gelmeyi gerektirmeyecek klinik problemleri bu sayede evde çözülebilir. Olası sıkıntılarda ilk değerlendirmenin bu ekiplerce yapılıp, gerçekten bir sağlık kuruluşuna gitme ihtiyacı belirlenen PB hastaları doğru şekilde yönlendirilebilir.

-Hospis:Tedaviye yanıt alınamayan veya terminal dönemde olan hastaların takip edildiği ev benzeri ortamın oluşturulduğu hastanelerdir. Hospis bakımı hastanın son

günlerini daha konforlu, huzurlu geçirmesini sağlayıp insanlığa yakışır onurlu bir şekilde ölümünü amaçlar. Bir hastanın hospise kabul edilmesi için hekimin 6 aydan az yaşama şansı belirlemesi gerekmektedir. Ülkemizde henüz hospis birimleri mevcut değildir.

- **Gündüz Bakım Üniteleri:** Gündüz bakım birimleri yataklı hizmet vermeyip başvuran hastaların genel değerlendirme ve günübirlik ihtiyaçlarının giderilmesini sağlar.

-**Palyatif Bakım Poliklinik Hizmetleri:** Son dönemlerinde ayaktan başvuran hastalara veya kanser hastalığı sürecinde palyatif bakım ve semptomatik tedavi gereksinimini sağlamak amacıyla hizmet veren birimlerdir(Aydoğan ve Uygun, 2011).

2.2.ACİL SERVİSTE PALYATİF BAKIM

2.2.1.Acil Servis

Acil servis; acil hizmet gerektiren vakalara tıbbi tanı koyularak, tedavi ve uygulamanın yapıldığı birimdir.

Acil serviste triaj ve acil polikliniği olmak üzere iki bölümde hasta muayenesi yapılır. İlk olarak hasta kabul acil servise kayıt oluşturur. Hasta triaj bölümünde sağlık personeli (hemşire, doktor) tarafından şikayetleri sorulur. Daha sonra triaj ayrımı yapılarak aciliyetinegöre, hasta şikayetleri triaj alanlarından hangisine uygunsa o kısma yönlendirilir. Triaj uygulaması acil serviste gereksiz hasta yığılmasını, kargaşayı önlemek ve acil hastalara zamanında erken müdahale edilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Acil serviste triaj uygulaması;

1)Kırmızı Alan: Hastalar resüsitasyon odasına alınır ve bu tarz hastalara acil müdahale gerekir.

2)Sarı Alan: Hastalar acil servis muayene odasına alınarak en geç bir saat içerisinde muayene olur.

3)Yeşil Alan:Hastalar acil servis muayene odasına alınır ve en geç iki saat içerisinde muayene edilir.

4)Siyah Alan:Bu katagorideki hasta ex olmuştur.Bu durumdaki hastalara ölüm kartı doldurulur hastanın ayak başparmağına uygun bir şekilde takılır ve görevli personel tarafından ex taşınırken, mahremiyete ve güvenliğine dikkat edilerek morga götürülür(Çınar ve ark., 2010).

2.2.2.Bakım

Bakım terim olarak anlamı bireyin beslenme, giyinme vb. ihtiyaçlarını üstlenme ve sağlama işidir. Bakımın hem öznesi hem de nesnesi birey ya da canlıdır. Söz konusu canlı insan olduğunda, özne ve objenin değeri insani değerler açısından önemlidir. İnsan, toplum halinde yaşayan kültürel değerleri olan, en önemli özelliği düşünme ve konuşma yeteneği olan, evreni bütüncül olarak kavrayabilen, bulguları sonucunda değiştirebilen ve şekil verebilen canlıdır (TDK, 1983).

Tarih boyunca bakım,genellikle kadınlar tarafından üstlenilmiştir. Siyasal, sosyal, kurumsal ve mesleki pek çok faktörden etkilenmekte olup bakım verenleri ve bakım alanları da doğrudan etkilemektedir.

Bakım karşılıklı ilişki ve güvene dayanan, ahlaki boyutu olan evrensel bir kavramdır.Hemşirelik tanımı insana ve bakım olgusuna dayanmaktadır.Hemşirelerin bireylerin bakım gereksinimlerini kalp gözüyle görerek, özenli ve saygılı bir tutum geliştirmeleri aynı zamanda da bakım verirken ahlaki sorumluluklarının farkında olmaları, önemlidir.Ancak bakımı hemşirelik bakımı olarak ayrıcalıklı kılan özellik,

hemşire-hasta ilişkisine yansıtılması ve bakımın ahlaki ve duyuşsal yönlerinin profesyonel bilgi ve beceriler ile birleştirilmesidir.

Bakım yalnızca hemşirelik mesleğine özgü değil, ancak hemşirelik için özgün bir kavram ve çoğunlukla hemşireler tarafından gerçekleştirilen bir uğraştır. Hemşirelik için temel dayanak ve özgünlük arz eden ve birçok boyutu olan hemşirelik bakımı; hemşirelerin mesleki ve bireysel özellikleri, sosyal, siyasal, ekonomik, kurumsal pek çok faktörden etkilenmektedir.

2.2.3. Acil Servis Ekibi

Acil ekibi;

-Acil Tıp Uzmanı

-Diğer Branş Hekimleri

-Acil Tıp Asistan Hekimi

-Diğer Branş asistan Hekim

-Pratisyen Hekimler

-Hemşireler

-Paramedikler

-Hasta Bakım Personeli

-İdari Sorumlu

-Sekreterler

-Sosyal Hizmet Uzmanı

-Danışman Çevirmenler

-Din Görevlisi

-Temizlik Elemanlarından oluşur.

2.2.4.Acil Serviste Palyatif Bakım

Palyatif bakım ilerleyici ve tedavisi olmayan ciddi hastalıklarla mücadele eden hastalar ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini olabilecek en iyi hale getirmeye odaklanmış bir bakım sistemidir. 2050 yılı itibarıyla PB gereken hasta sayısının giderek artacağı belirtilmekte ve Dünyada 2 milyar yaşlı insanın olacağı tahmin edilmektedir. Hemen her gün birçok hasta palyatif müdahalelerden fayda görebilecekleri, hayatı tehdit edici olaylarla veya kronik hastalıkların neden olduğu akut krizlerle acil servislere başvurmaktadır.

Palyatif bakım hastalarında altta yatan hastalığı tamamen ortadan kaldırmak mümkün değildir fakat olası problemleri erken tanıyabilmek ve buna bağlı nedenleri ortadan kaldırmak gerekmektedir. Hayatının son dönemini yaşayan hastalarda acıyı azaltmak şikâyetlerin giderilmesi daha pozitif bir etki oluşturabilmektedir.

Palyatif bakım hizmetlerinin etkili şekilde sağlandığı birçok ülkede verilen hizmet; palyatif bakım merkezleri, hospis merkezleri, hastanelerin palyatif bakım uzmanları ve yataklı palyatif bakım ünitelerince sağlanmaktadır. Bu etkili sisteme, profesyonel ekip çalışmasına rağmen acil servislerin bu konudaki sorumluluğu azalmamakla birlikte hasta yoğunluğu da her geçen gün artmaktadır(Başol, 2015).

PB teminal dönem semptomları;

- | | | |
|------------------------|-------------------|------------------|
| - Ağrı | - Anksiyete | - İştahsızlık |
| - Kaşeksi | - Ağız da kuruluk | - Kötü tat |
| - Disfaji Asit | - Vücut ödemi | - Dispepsi |
| - Unutkanlık | - Bulantı, kusma | - Tremor |
| - Kostipasyon, diayare | - Konfüzyon | - Sekresyonlarda |
| | artış | edememe |

- Öksürük
- Depresyon
- Hâlsizlik
- Dispne
- Baş dönmesi
- Kaşıntı
- Reflü
- İnkontinans
- Dehidratasyon

Palyatif bakım hastaları yaşam sonu birçok semptomla baş etmeye çalışırken acil servise başvuruların artış sebebi palyatif bakım ünitelerindeki gerek yatak sayısı gerekse personel eksikliğinden kaynaklı, hızlı tedavi merkezi olmasıdır. Herhangi bir palyatif bakım biriminin mevcut olmadığı yerlerde acil servisler bu hasta grubunun oldukça sık başvurduğu birimdir.

2.2.5.Palyatif Bakım Hastalarında Beslenme

Yetersiz ve dengesiz beslenme alışkanlıkları ile besinleri doğru hazırlayamama ve pişirme yöntemlerinin, kanser, kalp damar hastalıkları, şeker hastalığı ve gut gibi hastalıkların oluşumunda rolü büyüktür. Dünyada ve ülkemizde tüm ölüm nedenleri arasında kalp hastalıklardan sonra kanser ikinci sırada yer almaktadır. Ölümcül hücrelerin kontrolsüz olarak çoğalması ve bütün organlara yayılmasıyla oluşur. Dünya Sağlık Örgütü 2004 yılında 7.4 milyon ölümün kanser nedeniyle olduğunu gereken kontroller yapılmaz ve eğer önlem alınmazsa bu sayının 2030 yılında 12 milyona ulaşacağını belirtmiştir (Yıldız ve Demir, 2004).

Beslenme bozukluğu, kronik solunum yetmezliği ile seyreden hastalıklarda, akciğer kanserinde, KOAH vb. hastalıkların görüldüğü ve özellikle yoğun bakımda takip gerektiren yatan hastalarda sık görülen bir sorundur (Hallin ve ark., 2011).Beslenme bozukluğu saptanan hastalara hastalığın beslenmeye etkisi ve beslenme

desteği ile hastalığın gidişine ya da yaşam kalitesine katkı sağlanıp sağlanamayacağı göz önünde bulundurularak, hastaya uygun beslenme desteği yapılması kararı verilir.

Beslenme desteğinin yaşamın son döneminde bulunan hastalara uygulanması zorunlu değildir. Son dönemi uzatmak hastaya zarar getirebilir. Bu durumda hasta yakınları ile görüşülerek planlama yapılmalıdır. Beslenme tedavisi planlanırken ağız yolu ile beslenme öncelikli olmalıdır. Hasta oral alıma zorlanmalı, uygun gıdalarla diyet düzenlenmelidir. En kolay ve en ucuz ulaşılabilecek yöntemlerden biri doğal beslenmedir (Koretz, 2009).

Kanserli Hastaya Besin Takviyesi;

Kanser hastalarında farmakolojik olarak iştahsızlığın giderilmesi veya oral/parenteral beslenme veya bunların ikisinin kombinasyonugelişen malnütrisyon tedavisinde önemlidir. Beslenme desteğinin ne şekilde yapılacağına hastadaki malnütrisyonun derecesi, hasta ve hastalığına bağlı faktörler göz önüne alınarak karar verilir.

Beslenme desteğinde amaç, malnütrisyonlu hastalarda hayati tehlike yaratabilecek komplikasyonların gelişmesini önleyerek, hastanın olan kilosunu korumak, genel durumunun ve vücut bütünlüğünün bozulmasını önlemektir. Bu amaçları gerçekleştirirken en önemli yol göstericiler hastalığı, hastalığının evresi prognozu, hastanın istekleri olmalıdır.

2.2.6. Palyatif Bakım Hastalarının Yaşam Sonu Semptomları

Kanser hastalarının palyatif tedavileri için iyi bir örgütlenme, hekimlerin bu konudaki eğitim ve deneyimi gereklidir. Kür şansı kalmayan hastalarda yaşam kalitesinin artırılması, semptomların giderilmesi, hasta ve yakınlarının insanlık onuruna yakışır şekilde desteği çok önemlidir.

2.2.6.1. Ağrı:

Hasta ve yakınlarını zorlayan ve hemen geçmeyen önemli semptomlar arasında ağrı yer almaktadır. Orta veya şiddetli düzeyde ağrı deneyimi kanser hastalarında daha çok bulunmuştur (Homsı ve ark., 2006; Jones ve ark., 1993).

Doktor ve hemşirenin dürüst iletişimi iyi bir ağrı yönetiminin temel ilkesidir. (Homsı ve ark., 2006). Sağlık personeli bu nedenle;

- Hasta ve yakınları ile güven ilişkisi içinde olmalı,
- Ağrının nasıl değerlendirileceğini hastaya öğretmeli ve aynı zamanda ağrı şiddetini/sıklığını birebir değerlendirmelidir.
- Hastanın ağrı nedeniyle fiziksel ve psikolojik semptomları, fonksiyonel durumu, bilişsel durumu, konforunun nasıl etkilendiğini değerlendirmeli,
- Ağrı ile baş etme yöntemlerini hastayı sorgulayarak çözümlemelidir.
- Kendi ağrı yönetimiyle ilgili sorumluluk alması için hastayı desteklemelidir.
- Farklı yollardan ağrı kontrolü yapılabileceğini unutmamalıdır.
- Ağrı kontrolünde hastanın başka hastalık durumu, kullandığı diğer ilaçları ve hastanın tercihlerinin dikkate alınmasının gerekliliği unutulmamalıdır.
- Düzenli ağrı kesici reçete edilerek, kronik ağrısı olanların ağrısı dindirilmelidir.
- Hastanın ağrı kontrolünde ilk tercih olarak WHO'nun analjezi merdiveni kullanılmalı, oral analjeziklerin kullanımı tercih edilmelidir.
- Hastalara tavsiye edilen opioid kullanımını ani olarak durdurulmamalıdır. İlaç dozlarının ayarlanmasında her zaman sağlık ekibiyle birlikte karar verme gerekliliği vurgulanmalıdır.
- Hastaları konstipasyondan korumak için günlük laksatif ve yumuşatıcılar kullanılmalıdır. Opioidlerin dozu arttıkça gaita yumuşatıcıların ve laksatiflerin

dozu artırılmalıdır. Ayrıca çoğu hastada bulantı, kusma ve uyuşukluk görülmekte, hastalar bu durumdan şikâyet etmektedirler.

- Hastalara nonfarmakolojik uygulamaları yapması önerilmelidir. Hasta ve yakını duyguların paylaşılması konusunda desteklenmeli, dikkati başka yöne çekme, gevşeme teknikleri öğretilmelidir (Ripamonti ve ark., 2012; Kwekkeboom ve ark., 2008).

2.2.6.2. Kaşeksi:

Kanser, ölümcül olan toplumlar arasında yaygınlaşan ve değişik yöntemlerle tedavi edilmeye çalışılan bir hastalıktır. Kanser bir çok komplikasyona neden olmaktadır. En önemlisi de besin alımındaki yetersizliğe bağlı gelişen ‘kanser kaşeksi’ olarak adlandırılan durumdur ve çok yaygındır, kaşeksi kanserden ölümlerin önemli bir nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (Argilés ve ark., 2003). Yunanca kötü anlamına gelen “kakos” ve durum anlamına gelen “hexis” sözcüklerinin bir araya gelmesiyle kaşeksi sözcüğü oluşmuştur (Vinci ve ark., 2005).

Kanser kaşeksi önlem alınmazsa ölümlerle sonuçlanabilir. Ağır bir klinik tablo çizer ve kanserin erken evresinde yeterli ve dengeli beslenme, ek olarak da beslenme desteği yapılması kaşeksinin oluşmadan önlenmesi için gereklidir.

Kanser kaşeksi ve sınıflandırılması konu edinen pek çok uzmanın katıldığı uluslararası ortak bir görüş elde edilmesi amacı ile gerçekleştirilen bir toplantıda, kanser kaşeksi yağ kaybı gerçekleşsin ya da gerçekleşmesin, iskelet kas kütlelerinin sürekli, bilinen beslenme destekleri ile tam olarak düzelmeyecek şekilde kaybı ve fiziksel işlevlerde gerileme ile karakterize bir sendrom olarak tanımlanmıştır. Bu süreçte tedaviye cevabın azalması ve yaşam süresinin azalması ile ilişkilendirilmiştir (Fearon ve

ark., 2011). Kaşekside anoreksinin neden olduğu malnütrisyon ve kitle büyümesinden kaynaklanan hâlsizlik, anemi ve ödem gözlenmektedir (Stephens ve ark., 2008; Argilés ve ark., 2003).

Kaşeksi, tümör etkenlerinin doğrudan tümör oluşumuna, konakçının anormal yanıtının ise dolaylı olarak yağ ve kas kaybına neden olduğu bir sendrom olarak da adlandırılabilir (MacDonald ve ark., 2003; Bosaeus, 2008). Hastaya özgübeslenme sorunlarının saptanıp çözüm önerileri getirilmesinde, beslenme danışmanlığı hastalarafaydalı olmaktadır. Oral beslenme solüsyonları da oral yolla beslenebilen, malnütrisyonlu hastalarda enerji ve protein desteğinin verilmesinde faydalı olmaktadır. Öncelikle oral/enteral yol gereksinimin karşılanamadığı durumda ise parenteral yol ile beslenme desteği ihtiyaç durumunda hastaya verilmelidir. Kaşeksi tedavisinde beslenme tedavisi yanında farmakolojik tedaviler ve fiziksel aktivite planlaması da önemlidir. Kaşeksi de multimodel bir tedavi gerektirmektedir.

2.2.6.3. Disfaji, asit:

Disfaji, yutma hareketini sağlayan kasların gücünün yetmemesi ve alınan besinlerin ağızdan mideye geçerken mekanik olarak engellenmesi ile yutmayı kolaylaştıran kasların koordinasyonunun bozulması sonucu oluşan belirtidir.

Disfaji Skoru

0- Normal diyet yutulabilir

1- Bazı katı besinler yutulabilir

2- Sadece yarı-katı besinler yutulabilir

3- Hasta sadece sıvı besinler yutulabilir

4- Saliya dahil tam yutamama durumudur (Knyrim ve ark., 1993).

Asit:Malign asit peritondaki malign hücre infiltrasyonu sonucu lenfatik damarların obstrüksiyonu veya peritonealpermeabilite artışı nedeni ile oluşmaktadır. Bu hastaların üçte ikisinde peritonealkarsinomatozismevcuttur.Malign asit ile ilişkili en sık abdominopelvik kanserler over, pankreas, kolon ve endometriyum kanserleridir (Runyon, 1994).

Tedavi semptomların şiddetinin azaltılması ve hastanın rahatlatılması, yaşam kalitesini artırmak üzere planlanmaktadır.Her ne kadar geniş hacimli parasentezler yarar sağlamakta olsa da palyasyon geçici olmaktadır.Bununla birlikte, parasentez işlemi ağrı, hipotansiyon, perforasyon, peritonit gibi bazı komplikasyonlara da yol açabilmektedir (Becker ve ark., 2006).

2.2.6.4. Konstipasyon, Diyare:

Bağırsak hareketinde azalmasıyla meydana gelen zor dışkılama olarak tanımlanmaktadır (McIlfatrick ve ark., 2019).

Birçok palyatif bakım hastası gaz gaita çıkışında zorluk yaşamaktadır, ancak hastalığın ileri evresi ile konstipasyonun daha şiddetli olacağı belirtilmektedir (Muldrew ve ark., 2018).

Diyare:Kanser ve tedavileri farklı şiddetlerde ishale neden olabilir. Hastayı dikkatli değerlendirmek en etkili tedaviyi belirlemede önemlidir.Farmakolojik olan (ilaç ile) ve olmayan adımlar genelde akut (ani başlangıçlı) ishalin tedavisi için gereklidir ve bazı farmakolojik olmayan önlemler subakut (geç başlangıçlı) ishali yönetmek için klinik pratiklerde uygulanmaktadır. Tekrar eden veya büyük hacimde sıvı kayıpları, ishal yaşayan hastalar açısından önemlidir. İshal yönetiminde genellikle, berrak sıvıların alımını artırmak yeterlidir, ancak bazı hastalar için aralıklı serumla sıvı ve elektrolit uygulaması veya ileri tetkik gerekebilir.

2.2.6.5. Oral Mukozit:

KT (kemoterapi) ve RT (radyoterapi) uygulanması ile tetiklenen reaktif oksijen ürünlerinin mukozaya zarar vermesi ile oluşur (Can, 2010).

2.2.6.6. Bulantı-Kusma-Reflü-Dispepsi:

Kanser hastalarının tamamlayıcı tedavi yöntemlerine sıklıkla başvurmalarının nedeni bulantı-kusma gibi tamamen ortadan kaldırılamayan semptomlardır. Kanser hastalarının semptom kontrolünde sıklıkla başvurduğu başta bitkisel ürünler olmak üzere gevşeme, hipnoz, akupunktur, yoga, meditasyon, masaj, müzik, refleksoloji, kriyoterapi ve aromaterapi gibi tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleridir. Bu yöntemlerin amacına ulaşabilmesi, hemşirelerin bu uygulamalar hakkında bilgi sahibi olması, hastaların zarar görmemesi, suistimale uğramasının engellenmesi için gerekmektedir (Arslan ve Özdemir, 2015).

Hemşirelerden tamamlayıcı terapilerin kullanımına ilişkin hemşirelik uygulamalarını geliştirmeleri, sağlıklı/hasta bireyleri tamamlayıcı terapileri etkin ve doğru şekilde kullanmaları konusunda etkin stratejiler belirlemeleri, tamamlayıcı yöntemlerden kanıta dayalı olanların tercih edilmesi konusunda hastalara rehberlik yapmaları ve yönlendirilmeleri beklenmektedir (Arslan ve Özdemir, 2015).

2.2.6.7. İştahsızlık:

Hastalığın kendisinin ve uygulanan cerrahi, iştahsızlık, erken doygunluk, malabsorbsiyon, tat kaybı, bulantı, kusma, ishal besin alım eksikliğine yol açmaktadır. Bunun nedeni ise kemoterapi veya radyoterapi gibi tedavi yöntemleridir.

İştahsızlık hâlinde şunlar yapılabilir;

- İştahı açmak için yemeklerden önce egzersiz yapmak gerekmektedir. 5-10 dakikalık bir yürüyüş ya da yatakta yapılan sınırlı hareketler faydalıdır.
- Tüm yiyecekleri zevkli bir biçimde ve güzel bir ortamda sunmak.
- Sık sık ve az az yemek.
- Çok yemek çeşidi bulundurmak.
- Kahvaltıyı günün en büyük öğünü hâline getirmek, sabahları genellikle iştahın en açık zamanı olduğundan iştahı artırma da faydalıdır.
- Yemek yerken midenin boşalmasını sağlamak için yavaş yemek. Böylece baş dönmesi ve kusma da önlenir.
- Her şeyi güzelce çiğnemek.
- Ağızdaki farklı herhangi bir tadı taze meyve, meyve suyu ya da emilen ekşi sert şekerlemelerle gidermeye çalışmak (Seven ve ark., 2013).

2.2.6.8. Depresyon:

Kanser, milyonlarca insan için ölüm nedeni olmasının yanında psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının da yüksek olduğu bir hastalıktır. Kanser kronik bir hastalık olup hem hasta hem de hastanın ailesi bu süreçten etkilenir. Kanser tanısı konan bir kişide en sık görülen tepki öfkedir. Temelde hastalığa karşı duyulan öfke doktorlara, sağlık personeline ve yakınlarla yansıtılmaktadır. Bir diğer sık görülen tepki ise suçluluk duygusudur; kişi, bu hastalığı hak etmek için ne gibi bir hata yapmış olduğunu sorgulamaya başlar. Hastalığı, bir cezalandırma gibi görebilir (Ulutin, 2006).

Öte taraftan, hastahibir zaman fiziksel olarak bir bütün olamayacağını düşünebilir, hastanın beden imgesi bozulabilir. Fiziksel bütünlüğü kaybetme endişesi, hastanın ruhsal açıdan incinebilirlik riskini artırır. Kanser tanısı konan birey, kanserle

ilgisi olmayan diğer yaşam olayları ile başa çıkmakta da zorlanır (Güleç ve Büyükkınacı, 2011).

2.2.6.9. Yorgunluk:

Kanserli bireyler tarafından yorgunluk; performans gücünde azalma, enerji eksikliği, uyku hâli, depresyon, konsantre olmada zorlanma, motivasyon eksikliği ve uykusuzluk, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük, dinlenmeye daha fazla ihtiyaç duyma, dinlenme ya da uyku ile yorgunluğun azalmadığının ifade edilmesi ve sosyal aktivitelere katılımın azalması şeklinde ifade edilmektedir (Karadağ, 2018; Ünsar ve ark., 2006).

Kanserli hastalarda kemoterapinin yan etkisi olarak da yorgunluk ortaya çıkmaktadır. Kanserlere bağlı yorgunluğa, elektrolit bozuklukları, karaciğer ve böbrek fonksiyon bozuklukları, kardiyo-pulmoner sorunlar, hormonal dengesizlikler ve hastalığın yüklediği ağır psikolojik stresler katkıda bulunmaktadır (Escalante ve Manzullo, 2009; Ganz ve Bower, 2007).

Hastaların yorgunluk ile etkili bir şekilde baş edebilmeleri için hemşirelere yorgunluğun, bireylerin yaşamına etkilerine ilişkin duygularını ifade etmesine izin vermek, yorgunluk ölçeği kullanarak yorgunluk düzeyini ölçmek ve yorgunluğu azaltacak önerilerde bulunmak gibi önemli sorumluluklar düşmektedir (Tarakçıoğlu Çelik, 2016; Juall ve Moyet, 2013).

2.3. PALYATİF ONKOLOJİK TEDAVİLER

2.3.1. Kemoterapi

Palyatif kemoterapi sonrası tümör küçülmesi, tümör büyümesinin kontrolü, lokal ve sistemik semptom kontrolü sağlanabilir. Randomize kontrollü çalışmalar palyatif

kemoterapinin; metastatik baş-boyun kanseri, akciğer kanseri, meme kanseri, gastrointestinal kanserde, ürolojik ve jinekolojik kanserlerde hayat kalitesini iyileştirdiği ve sağkalım avantajı sağladığı gösterilmiştir (Gültekin ve ark., 2010).

2.3.2.Palyatif Radyoterapi

Kanser hastalarının hastalıklarının herhangi bir döneminde %50-%60'ına radyoterapi uygulanmaktadır. Bu uygulamalarında amaç semptom kontrolü, yaşam kalitesinin artırılması ve yaşam süresinin uzatılmasıdır. Radyoterapinin yaklaşık olarak yarısı lokal ileri evre ve/veya metastatik hastalarda uygulanmaktadır(Eroğlu ve Aydın, 2012; Karaüç, 2013).

2.3.3. Palyatif Cerrahi

Kanser tanı ve tedavi evrelerinde cerrahi büyük role sahiptir.Kanserin etkilediği dokuların gros ve mikroskobik düzeyde tümünün çıkarılması hedeflenir (Mc Chail ve ark., 2002).

3. MATERİYAL ve METOT

3.1. Araştırmanın Amacı

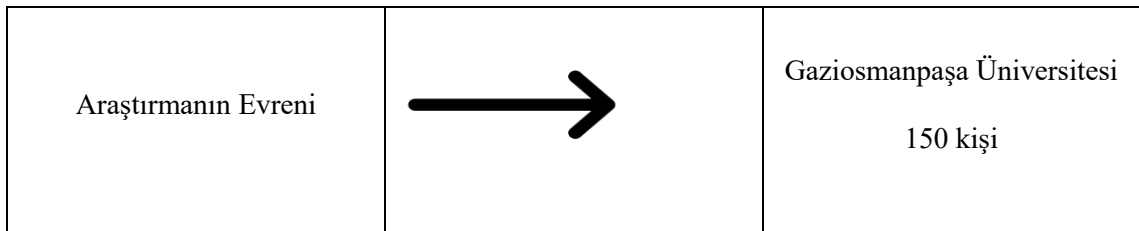
Çalışma da AS'e başvuran PB hastalarının beslenme alışkanlıklarını etkileyen faktörleri değerlendirmeyi ve mevcut problemleri açığa çıkarmayı amaçladık. Bu çalışma da tanımlayıcı ve kesitsel araştırma yöntemleri kullanılmıştır. Bu sayede doğru beslenme alışkanlığı kazandırmak ve hastaların yaşam kalitesini artırmak hedeflenmektedir. Yapılan bu anket çalışması ile hastaların beslenme yeterlilikleri ve bunu etkileyebilecek olası nedenler araştırılmaktadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Aralık 2018- Aralık 2020 yılları arasında yapıldı. Çalışmaya Tokat İl Merkezinde bulunan Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine başvuran 18 yaş üzeri palyatif bakım hastaları dâhil edildi.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Acil servisine başvuran 150 palyatif bakım hastası oluşturmaktaydı. Evrenin tamamı örneklem grubu olarak alındı. Herhangi bir örnekleme yöntemine başvurulmadı. AS'e başvuran ve palyatif bakım hastası olarak kabul edilen hastalardan çalışma için gönüllü olanlar araştırmanın evrenini oluşturdu.



Şekil 2. Araştırmanın Evreni

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında aşağıda belirtilen formlar kullanılmıştır (EK 1).

- 1.Sosyo-demografik form (11 soru)
- 2.Beck depresyon ölçeği (21 madde)
- 3.Beslenme öz-yeterlilik ölçeği (14 madde)
- 4.Barf bulantı ölçeği (6 madde)

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) depresyon düzeylerini değerlendirmeyi sağlar ve 21 sorudan oluşur.Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup,ülkemizde Hisli tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Beck ve ark., 1961; Hisli, 1989).Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtileri ölçerek, depresyon belirtilerinin derecesini nesnel olarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır.Yirmi bir maddenin her biri 4 seçenekten oluşur ve her madde 0-3 arasında puanlandırılır, bunların toplanmasıyla depresyon puanı açığa çıkar.Puanların toplamı 0-63 arasında değişir, toplam puan arttıkça depresyonun şiddeti de artmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeğinde toplam puan 9 ve daha az ise “depresyon yok”, 10–16 arsında ise “hafif”, 17–23 ise “orta”, 24 ve daha fazla ise “şiddetli depresyon” olarak değerlendirildi(Hisli, 1989; Bostanci ve ark., 2005).

Beslenme öz-yeterlilik ölçeği (BÖY) PB hastalarının hangi tür yiyecekleri yemeyi sevdiğini ve kendine yetebilirliğini ölçmek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçek, Amerikan toplumu için hazırlanmış olup hastaların öz-yeterlilik seviyesini ölçmektedir.Ölçek maddeleri yağ ve tuz içerikli çeşitli yiyecek ve besin gruplarından oluşturulmuştur. On beş maddenin bulunduğu ölçek üçlü likert tipinde, tek faktörlüdür.

Ölçek maddeleri -1, +1 puanları arasında (-1: emin değilim, 0: biraz eminim, +1: çok eminim) değer almaktadır, toplam puanı -15, +15 arasındadır.Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması yüksek öz-yeterliğe sahip bireyi temsil eder. Ölçeğin iç

tutarlık güvenirlik katsayısı 0,84, test-tekrar test güvenirliği (r): 0,63 bulunmuştur (Parcel ve ark., 1995; Edmundson ve ark., 1996).

William Baxter tarafından 2010 yılında Barf Bulantı Ölçeğini geliştirmiştir. Altı yüz ifadesinden oluşan 0-10 arasında puanlandırılan resimsel bulantı ölçeği “Baxter Bulantı Yüz İfadeleri Ölçeği üç aşamada incelenmiş olup (BARF)” olarak adlandırılmıştır. BARF ölçeği geliştirilirken kusma şikayeti ile acil servise başvuran hastalar ve gününbirlik cerrahi prosedürleri geçiren hastalarla çalışılmış ve sağlıklı 7-18 yaş arası çocuklarda doğrulanmıştır. Ekibin görüş alışverişi ve fikir birliği ile hasta olan bireylerde görülen mide bulantısı ile birlikte olası kusmayla ilgili önsel veriler oluşturulmuştur. Çatık kaş, açık bir ağız, baş dönmesi, terleme ve kusan bir yüz ifadesi BARF ölçeğini puanlamada kolaylık sağlar. ”0 puan ”bulantı yoksa mutlu yüz ifadesinde kaşlar düzdür,”2 puan” hafif bulantıyı temsil eder kaşlar biraz çatıktır. ”4puan” bulantı, kaşlar çatık ve mutsuz ağız ifadesini karşılar, ”6 puan” çok bulantıdır, tamamen mutsuz bir yüz ifadesi, alın çizgileri belirgin kaşlar çatıktır, ”8puan” şiddetli bulantı, çatık kaş ve terleyen yüzü ile ifade edilir, ”10 puan” çok şiddetli bulantıdır, kaşlar çatık ve kusma ile simgelenir.

3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Bu çalışma için hazırlanan 4 adet anket formu Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden palyatif bakım hastalarına uygulandı.

Uygulamanın yapıldığı palyatif bakım hastalarına anket uygulamasına katılıp katılmamakta kararın tamamen kendilerine ait olduğu, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı ve yalnız araştırmanın kapsamında kullanılacağı, anket formlarına isimlerin yazılmaması gerektiği açıklandı ve araştırmaya gönüllü olan hastalar dahil edildi.

Uygulamada palyatif bakım hastasının acil servise başvurusundan yatış ya da taburculuk durumuna kadar geçen süre de anketler verildi. Verilen anketlerin hastanın acil serviste bulunduğu süre zarfında doldurması istendi. Yatış ya da taburculuk durumunda doldurulan anketler toplandı.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için Tokat GOP Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'na başvuru yapıldı ve gerekli izin (2019-01-18-KAEK-296) alındı (EK 2).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package For Social Sciences (SPSS) 18.0 For Windows istatistik paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılarak, analiz edilmiş ve tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılarak değerlendirildi. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama $\pm$ standart sapma şeklinde, kategorik değişkenlere ait veriler ise n(%) şeklinde verildi.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini araştırma kapsamına alınan palyatif bakım hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durumu, çocuk sayısı, tek başına yemek yiyebilmesi, aylık geliri, hastalığı, tanı zamanı, takip durumu; bağımlı değişkenleri depresyon ile ilgili duyguları düşünceleri, beslenme öz-yeterliliğini karşılayıp karşılayamaması, bulantı-kusmasının olup olmaması oluşturur.

Sayısal değerlerin gruplara göre kıyaslaması için Bağımsız Örneklem T testi veya Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı.

p değeri 0,05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları

AS'e gelen palyatif bakım hastaları gerek psikolojik açıdan kendini iyi hissetmediğinden aşırı ağrılı olduğundan, öz bakım yetersiz olup, bulantı kusması olduğundan genel durumu iyi olmayan kendini iyi hissetmeyen palyatif bakım hastaları ankete dâhil edilmedi. Bazı hasta yakınları sorularla hastasının yorulacağını rahat bırakılmasını istediklerini dile getirdikleri için hasta yakınlarının onaylamadığı hastalar ankete dâhil edilmedi. Örneklem kapsamına alınan palyatif bakım hastaları yalnızca AS'e gelen 18 yaş üzeri hastalarla sınırlandırılmıştır. Örneklem kapsamında bulunan palyatif bakım hastalarının kendi isteklerine dayalıdır ve bu nedenle elde edilen sonuçlar örneklem dışına genellemez.

4.BULGULAR

Bu çalışmada elde edilen bulgular

1. Acil Servise Başvuran Palyatif Bakım Hastalarının Demografik Özellikleri

2. Palyatif Bakım Hastalarının Beck Depresyon (BDÖ) Anketi Puan Ortalamaları

3. Palyatif Bakım Hastalarının Beslenme-Öz Yeterlilik (BÖY) Anketi Puan Ortalamaları

4. Palyatif Bakım Hastalarının Barf Bulantı (BARF) Anketi Puan Ortalamaları

5. Beck Depresyon Anketinin Beslenme Öz Yeterlilik Anketi ile Karşılaştırılmasının Toplam Puanları

6. Beck Depresyon Anketinin Barf Bulantı Anketi ile Karşılaştırılmasının Toplam Puanları

7. Barf Bulantı Anketinin Beslenme-Öz Yeterlilik Anketi ile Karşılaştırılmasının Toplam Puanları

8. PB Hastaları Demografik Özellikleri ile BDÖ, BÖY, BARF anketlerine verilen cevapların kıyaslanması başlıkları altında incelendi.

4.1. Acil Servise Başvuran Palyatif Bakım Hastalarının Demografik Özellikleri

Araştırmaya toplamda 150 palyatif bakım hastası katıldı. Araştırmaya katılan palyatif bakım hastalarından 70'i (%46,7) kadın olarak bulunmuşken, 80'i (%53,3) erkektir. Çalışmamızda palyatif bakım hastalarının yaş ortalaması $60,17 \pm 11,58$ olarak bulundu (Maksimum 81,00, Minimum 35,00). Araştırmaya katılan PB hastaların medeni durumu incelendiğinde 127'si (%84,7) evli, 23'ü (%15,3) bekardır.

Çocuk sahibi olma durumu değerlendirildiğinde 8'inin (%5,3) çocuk sahibi olmadığı, 7'sinin (%4,7) bir çocuğu olduğu, 135'inin (%90,0) iki ve daha fazla çocuk sahibi olduğu görüldü.

PB hastalarının 123'ü (%82,0) tek başına yemek yiyebiliyorken, 27'si (%18) tek başına yemek yiyememekteydi. Aylık gelir 55'inde (%36,7) 0-1000tl arasında, 81'inde (%54) 1000-2000tl arasında ve 14'ünde (%9,3) 2000-3000tl arasında idi.

Tanı konulmuş hastalıklara bakıldığında 143'ü (%95,3) kanser (lokal ya da metastatik), 1'i (%0,7) ileri evre KOAH, 6'sı(%4,0) ileri evre kalp yetmezliği olan hastalardı. Tanı zamanı açısından değerlendirildiğinde 30'una (%20) 6 aydan az, 105'ine (%70) 6 ay-5 yıl, 15'ine (%10) ise 5 yıldan uzun bir süre önce tanı konulmuştu. Bu hastaların 98'inin (%65,3) palyatif bakım takibi varken, 52'sinin (%34,7) palyatif bakımda takibi mevcut değildi. Palyatif bakım takibi neden yok sorusuna 36'sı (%69,2) palyatif bakımdan haberdar değilim şeklinde cevap verdi.

Hastalardan 129'u (%86) acil servisten tedavisi sonrası taburcu edildi, 20'sine (%13,3) servis yatışı verildi ve bir hasta da (%0,7) yoğun bakıma yatırıldı

Tablo4.1. Acil Servise Başvuran Palyatif Bakım Hastalarının Demografik Özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	70	46,7
	Erkek	80	53,3
Medeni Durum	Evli	127	84,7
	Bekâr	23	15,3
Çocuk	Yok	8	5,3
	Tek	7	4,7
	2ve Fazlası	135	90,0
Tek Başınıza Yemek	Evet	123	82,0
	Hayır	27	18,0
Aylık Gelir	0-1000tl	55	36,7

	1000-2000tl	81	54,0
	2000-3000tl	14	9,3
Hastalık	Kanser(Lokal yada Metastatik)	143	95,3
	İleri Evre KOAH	1	0,7
	İleri Evre Kalp Yetmezliği	6	4,0
Tanı Zamanı	6 Aydan Az	30	20,0
	6 Ay-5 Yıl	105	70,0
	5 Yıldan Fazla	15	10,0
Palyatif Bakım Takibi	Evet	98	65,3
	Hayır	52	34,7
Palyatif Bakım Takibi Neden Yok?	Palyatif Bakımdan Haberdar Değilim	36	69,2
	Diğer	16	30,8
Hastanın Acil Servisten TaburculuğuNa	Taburculuk	129	86,0
sılGerçekleşti?	Servis Yatış	20	13,3
	Yoğun Bakım Yatışı	1	0,7

4.2.Palyatif Bakım Hastalarının Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Çalışmaya katılan palyatif bakım hastalarının depresyon durumu dağılımı Tablo 4.2.1.'de yer almaktadır. Hastalardan 3'ü (%2) minimal seviyede depresif belirti, 10'u (%6,7) hafif seviye depresif belirtiler, 31'i (%20,7) orta seviye de depresif belirtiler, 106'sı (%70,7) şiddetli seviyede depresif belirtiler göstermektedir.

Tablo 4.2. Palyatif Bakım Hastalarının Beck Depresyon Durumu (n=150)

		n	%
	0-9 Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	3	2,0
	10-16 Hafif Düzey Depresif Belirtiler	10	6,7
	17-29 Orta Düzeyde Depresif Belirtiler	31	20,7
	30-63 Şiddetli Düzeyde Depresif Belirtiler	106	70,7

4.3.Palyatif Bakım Hastalarının Beslenme Öz -Yeterlilik Ölçeği

Palyatif bakım hastalarına BÖY ile ilgili olarak 14 anket sorusu yöneltildi. Bunlara verilen emin değilim=-1 puan, biraz eminim=0 puan, çok eminim=+1 puan olarak baz alınarak puanların toplamı göz önünde bulunduruldu. Toplam puan -15'e yakınsa düşük öz-yeterlilik, +15'e yakınsa yüksek öz yeterlilik olarak değerlendirme yapıldı. Hastaların 75'i (%50) düşük beslenme öz-yeterliliğe sahipken, 75'inin (%50) yüksek beslenme öz-yeterliliğe sahip olduğuna ulaşıldı.

Tablo 4.3. Palyatif Bakım Hastalarının Beslenme Öz-Yeterlilik Durumu(n=150)

		n	%
BÖY Toplam	-15 E Yakınsa Düşük Öz Yeterlilik	75	50,0
	+15 E Yakınsa Yüksek Öz Yeterlilik	75	50,0

4.4.Palyatif Bakım Hastalarının Barf Bulantı Anketi Puan Ortalamaları

Hastaların 18'i (%12) bulantı yok, 17'si (%11,3) hafif bulantı var, 19'u (%12,7) bulantı, 25'i (%16,7) çok bulantı, 29'u (%19,3) şiddetli bulantı, 42'si (%28,0) ise kusma olarak bulantı anketine katılım sağladı.

Tablo 4.4.Palyatif Bakım Hastalarının Bulantı Durumu (n=150)

		n	%
BARF Bulantı	Bulantı yok	18	12,0
	Hafif bulantı	17	11,3
	Bulantı	19	12,7
	Çok bulantı	25	16,7
	Şiddetli bulantı	29	19,3
	Kusma	42	28,0

4.5.Beck Depresyon Anketi ile Beslenme Öz Yeterlilik Anketinin karşılaştırılması

Toplam Puanları

BDÖ toplam puanlarının ortalaması $35,18 \pm 12,22$ idi (Maksimum 61,00, Minimum 7,00). BÖY toplam puanların ortalaması ise $0 \pm 6,46$ bulundu (Maksimum 14,00, Minimum -14,00). BARF ölçeğinin ortalama puanı ise $6,08 \pm 3,46$ olarak hesaplandı (Maksimum 10,00, Minimum 0).

Tablo 4.5.1. Nicel Değerlerin Dağılımı (n=150)

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
BDÖ	35,18	12,22	7,00	61,00
BÖY	0	6,46	-14,00	14,00
BARF Bulantı	6,08	3,46	0	10,00

Veriler ortalama $\pm$ standart sapma şeklinde verilmiştir

Tablo 4.5.2. Ölçek Puanları Arası İlişkiler

		BÖY toplam	BARF bulantı
BDÖ toplam	R	-0,513	0,405
	P	<0,001*	<0,001*
BÖY toplam	R		-0,352
	P		<0,001*

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

$0,00 \leq r \leq 0,49$ Zayıf İlişki

$0,50 \leq r \leq 0,69$ Orta Düzey İlişki

$0,70 \leq r \leq 1,00$ Yüksek Düzey İlişki

Ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde BDÖ ile BÖY arasında ki $r = -0,513$ negatif yönlü orta düzey ilişki olduğu bulundu. BDÖ değişkeninin toplam değeri artarken BÖY değişkeninin toplam değeri azalmaktadır.

p değeri 0,05 den küçük ($<0,001$)* olarak saptanmış olup istatistiksel değerler arasında anlamlı şekilde farklılık var.

4.6.Beck Depresyon Anketinin Barf Bulantı Anketi ile Karşılaştırılmasının Toplam Puanları

Tablo 4.6. Ölçek Puanları Arası İlişkiler

		BÖYtoplam	BARF bulantı
BDÖ toplam	R	-0,513	0,405
	P	<0,001*	<0,001*
BÖY toplam	R		-0,352
	P		<0,001*

r:Pearson Korelasyon Katsayısı

Ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde BDÖ ile BARF arasında ki $r = 0,405$ pozitif yönlü ve zayıf ilişki olduğu belirlendi. BDÖ değişkeni toplam değeri artarken BARF değişkeni toplam değeri de artmaktadır.

p değeri 0,05 den küçük ($<0,001$)* olarak saptanmış olup istatistiksel değerler arasında anlamlı şekilde farklılık var.

4.7.Barf Bulantı Anketinin Beslenme Öz-Yeterlilik Anketi ile Karşılaştırılmasının Toplam Puanları

Tablo 4.7. Ölçek Puanları Arası İlişkiler

		BÖYtoplam	BARF bulantı
BDÖ toplam	R	-0,513	0,405
	P	<0,001*	<0,001*
BÖY toplam	R		-0,352
	P		<0,001*

r:Pearson Korelasyon Katsayısı

Ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde BÖY ile BARF arasında $r=-0,352$ negatif yönlü zayıf ilişki olduğu hesaplandı. BÖY değişkeni toplam değeri artarken BARF değişkeni toplam değeri azalmaktadır.

p değeri 0,05 den küçük ($<0,001$)* olarak saptanmış olup istatistiksel değerler arasında anlamlı şekilde farklılık var.

4.8.Cinsiyete Göre BDÖ, BÖY ve BARF Anketlerine Verilen Cevapların Karşılaştırılması

Katılımcıların cinsiyeti ile BDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($t=0,366$) ($p=0,715$).Cinsiyet ile BÖY toplam puanları arasında anlamlı fark saptanmadı ($t=0,404$) ($p=0,686$). Cinsiyet ile BARF toplam puanları kıyaslandığında da istatistiksel fark belirlenemedi ($t=1,540$) ($p=0,126$).

Tablo 4.8. Cinsiyete göre Ölçeklerin Karşılaştırılması

	Cinsiyet		T	P
	Kadın	Erkek		
BDÖ	35,57±11,57	34,84±12,82	0,366	0,715
BÖY	0,23±6,76	-0,20±6,22	0,404	0,686
BARF	6,54±3,30	5,68±3,56	1,540	0,126

Veriler Ort± SS şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi.

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı.

4.9. Medeni Duruma Göre BDÖ,BÖY ve BARF Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların evli ya da bekâr olmalarıyla BDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($t=1,214$) ($p=0,236$). Medeni durum ile BÖY durumu karşılaştırıldığında anlamlı fark hesaplanmadı ($t=0,736$) ($p=0,463$).

Medeni durum ile BARF toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenemedi ($t=0,796$) ($p=0,428$).

Tablo 4.9. Medeni Duruma göre Ölçeklerin Karşılaştırılması

	Medeni Durum		t	P
	Evli	Bekâr		
BDÖ	34,54±11,45	38,7±15,67	1,214	0,236
BÖY	0,17±6,34	-0,91±7,13	0,736	0,463
BARF	5,98±3,42	6,61±3,69	0,796	0,428

Veriler Ort±SS şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi.

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı.

4.10.Çocuk Sayısına Göre Ölçeklerin Toplam Puanları

Palyatif bakım hastalarının çocuk sayısının BDÖ puanları ile arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı ($F=0,377$) ($p=0,687$). Çocuk sayısının BÖY anketiyle arasında fark bulunmadı ($F=0,513$) ($p=0,600$). Çocuk sayısı ile BARF puanları arasında bir fark yoktur ($F=2,192$) ($p=0,117$).

Tablo 4.10.Çocuk Sayısına göre Ölçeklerin Karşılaştırılması

	Çocuk Sayısı			F	p
	Yok	Tek	2 ve Daha Çok		
BDÖ Toplam	31,63±10,82	34,43±13,85	35,43±12,27	0,377	0,687
BÖY Toplam	1,75±4,1	1,43±4,47	-0,18±6,65	0,513	0,600
BARF Bulantı	6,25±4,2	3,43±3,6	6,21±3,38	2,192	0,115

Veriler Ort±SS şeklinde gösterilmiştir.

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

4.11. Aylık Gelir ile BDÖ,BÖY ve BARF Ölçek Puanları

Katılımcıların aylık gelirleri ile BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($F=1,224$) ($p=0,297$).Aylık gelir ile BÖY puanları arasında fark saptanmadı ($F=0,009$) ($p=0,991$).Acil servise gelen palyatif bakım hastalarının aylık gelirlerine göre BDÖ ile BÖY ölçeklerinin toplam puanları arasında anlamlı bir fark gözlenmezken BARF ölçeği arasında anlamlı fark bulundu. Bu fark aylık geliri 0-1000tl, 1000-2000tl, 2000-3000tl arasında olan hastaların BARF ölçeğine verilen cevaplardan kaynaklı aldıkları puanlardan oluştu ($F=8,878$) ($p=0,001$) (Tablo4.11.).

Tablo 4.11.Aylık Gelire göre Ölçeklerin Karşılaştırılması

	Aylık Gelir			F	p
	0-1000 TL	1000-2000TL	2000-3000 TL		
BDÖ Toplam	35,44±11,02	35,84±13,25	30,36±9,88	1,224	0,297
BÖY Toplam	-0,04±6,74	-0,01±6,59	0,21±4,68	0,009	0,991
BARF Bulantı	6,29±3,36 ^(a)	6,54±3,35 ^(a)	2,57±2,53 ^(b)	8,878	<0,001*

Veriler Ort±SS şeklinde gösterilmiştir.

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı.

Ortak üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

4.12. Hastaların Tanı Koyulduğu Zamana Göre Ölçek Puanları

Katılımcıların tanı zamanı ile BDÖ, BÖY ve BARF ölçeklerinin toplam puanları kıyaslandı. Tanı zamanı ile BDÖ'den alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($F=2,262$) ($p=0,108$). Tanı zamanı ile BÖY ölçeği arasında anlamlı fark tespit edilmedi ($F=1,161$) ($p=0,316$). Hastaların tanı konulduğu zamanla BARF toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($F=0,295$) ($p=0,745$).

Tablo 4.12. Tanı Zamanına göre Ölçeklerin Karşılaştırılması

	Tanı Zamanı			F	p
	6 Aydan Az	6 Ay-5 Yıl	5 Yıldan Fazla		
BDÖ Toplam	31,27±12,75	36,49±11,8	33,87±13,07	2,262	0,108
BÖY Toplam	1,3±7,23	-0,52±6,52	1,07±3,58	1,161	0,316
BARF Bulantı	6±3,68	6,19±3,39	5,47±3,66	0,295	0,745

Veriler Ort±SS şeklinde gösterilmiştir.

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı.

4.13. Palyatif Bakım Takipli Olma Durumunun BDÖ, BÖY ve BARF Ölçeği Puanları ile Kıyaslaması

Katılımcıların palyatif bakım takibi olanlarla palyatif bakım takibi bulunmayanların BDÖ anketinden aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark bulundu. Bu fark palyatif bakım takibine verilen evet ve hayır cevaplarından aldıkları puandan oluştu ($t=2,049$) ($p=0,046$) (Tablo 4.13). Palyatif bakım takipli olup olmama durumu ile BÖY anketinden alınan toplam puanlarla arasında anlamlı fark yoktur ($t=0,108$) ($p=0,915$). Palyatif bakım takibi olup olmama durumu ile BARF anketinden alınan toplam puanla arasında anlamlı fark bulunmadı ($t=1,589$) ($p=0,118$).

Tablo 4.13.Palyatif Bakım Takibine göre Ölçeklerin Karşılaştırılması

	Palyatif Bakım Takip		T	P
	Evet	Hayır		
BDÖ Toplam	36,21±12,54	33,23±11,44	2,049	0,046*
BÖY Toplam	-0,92±6,34	1,73±6,37	0,108	0,915
BARF Bulantı	6,27±3,28	5,73±3,78	1,589	0,118

Veriler Ort±SS şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi.

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı.

4.14.Acil Servisten Taburculuk Durumuna Göre BDÖ,BÖY ve BARF Anketi Puanları

Katılımcıların acil servis taburculuk durumu ile BDÖ puan arasında anlamlı fark saptandı. Bu farkın taburcu ya da servis yatışı olmasından kaynaklı olduğu saptandı (t=3,023) (p=0,003).BÖY anketinden alınan toplam puan ile acil servis taburculuk durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. BÖY anketinden alınan toplam puan ile servis yatışı arasında anlamlı fark saptandı.Servis yatışı olan hastaların BÖY puanları düşük bulundu. Bu fark da taburcu ya da servis yatışı olması durumundan kaynaklandı (t=2,452) (p=0,015).Acil servis taburculuk durumu ile BARF anketine verilen cevapların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (t=1,179) (p=0,240).

Tablo 4. 14. Acil Servis Taburculuk Durumuna Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması

	Acil Servisten Taburculuk Durumu		T	P
	Taburcu	Servis Yatış		
BDÖ	33,86±11,34	42,4±14,23	3,023	0,003*
BÖY	0,54±6,09	-3,2±7,9	2,452	0,015*
BARF	5,92±3,35	6,9±4,08	1,179	0,240

Veriler Ort±SS şeklinde gösterilmiştir.

t: Bağımsız Örneklem T Testi.

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

5.TARTIŞMA

Günümüzdeölüm nedenleri arasında kalp hastalığı, kanser, koma ve obstriktifakciğer hastalıkları gibi kronik hastalıklarbüyük önem taşımaktadır(Graham ve Clark, 2008; Kuebler ve ark., 2005).WHO ve UNAIDS verilerine göre 50 milyondan fazla insan her yıl dünyada hayatını kaybetmektedir. Tıp ve teknolojideki gelişmeler kanserden kurtulmave daha uzun yaşama şansını artırmıştır.Ancak kansertedavisinin getirdiği komplikasyon ve yan etkiler de giderek artmıştır (Ahmedzai ve ark., 2004).Yapılan çalışmalarda kanserlihastalarda ağrı, yorgunluk, güçsüzlük, dispne, bulantı, kusma, anemi, kaşeksi kanama gibi birçok semptomun görüldüğü bulunmuştur (Brechtel ve ark., 2006; Dumitrescu ve ark., 2007).

Tıptaki ilerlemenin hızlı bir ivme yakalaması neticesinde hastalıkların kronik bir süreçkazanması, ailelerin nüfus sayısındaki azalma, evdışında çalışan kadın oranında artış gibi çeşitli nedenlerle,kronik süreçteki hastalara yakınları gereklidesteği, bakımiverememekte ve profesyonel bakım gerekliliği doğmaktadır.Bu sebepledir ki, palyatif bakım, hayatı tehdit edici bir hastalıklabaş başa kalan hasta ve ailelerinin, ihtiyaçlarınınkarşılanması amacıyla oluşmuş bir yaklaşım biçimidir (Lagman ve Walsh, 2005). Ölüm palyatif bakım hizmetinde olağan bir süreç olarak görülür. Yaşam süresinden çok yaşanan hayatın kalitesiyle ilgilenir (Lorenz ve ark., 2008; Sepúlveda ve ark., 2002).

Günümüzde palyatif bakımın kapsamı genişletilmiş ve yeni tanı, kür sağlanabilir hâle gelmiştir(Temelve ark., 2010).

Kanser hastalarının %63 ünde kilo kaybı gelişmekte ve hastaların yaklaşık %22'si kaşeksiye bağlı olarak hayatını kaybetmektedir. Hem büyüyen tümör, hem de uygulanan tedavilerin katkısıyla beslenme eksikliği oluşur. Kanser hastasında beslenme farmakolojik tedaviler, enteral veya parenteral beslenme desteği ile sağlanır (Erdoğan ve Çiçin, 2011).

Demir (2015) yapmış olduğu çalışmada araştırmaya katılan hastaların %53.1'i erkek, %86.6'sının evli olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamıza katılan acil servise başvuran PB hastalarının da (n=150) Demir Zencirci'nin (2015) çalışmasında olduğu gibi çoğunluğu erkek (%53.3) ve evli (%84.3) bulunmuştur (Demir Zencirci ve ark., 2015).

Çınar (2017) yapmış olduğu çalışmasında palyatif bakım alma nedenleri arasında 14 (%13) kişide ileri evre kalp yetmezliği, 4 (%3.7)'ünde kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 20 (%18.5) kişide ise malign hastalıklar bulunmuştur (Çınar ve ark., 2017). Bizim çalışmamızda ise 6 (%4) kişide ileri evre kalp yetmezliği, 1 (%0.7) kişide KOAH, 143 (%95.3) kanser (lokal ya da metastatik) tanısı koyulmuş hasta saptanmıştır. Ülkemizde tüm Dünyada olduğu gibi PB önce kanser hastaları ile başlamıştır. İlerledikçe PB'nin sadece kanser hastaları ile sınırlı olmadığı fark edilip hastalık alanı genişletilmiştir. PB farkındalığı geliştikçe diğer ölümcül ve kronik hastalıkların da PB'ye dahil edilmesi mümkün olacaktır.

Elbi (2001), çalışmasında kanserli hastalarda depresyon sıklığı %4.5-%58.0 geniş bir aralık içinde değişen oranlarda bildirilmiştir. Derogatis ve arkadaşlarının 215 kanserli hastada yaptığı araştırmada %13 düzeyinde majör depresyon olduğu bildirilmiştir (Derogatis ve ark., 1983). Ateşçi ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma da kanser hastalarının %28.7'sinde psikiyatrik bozukluk olduğu bulunmuştur (Ateşçi ve

ark., 2003). Kanser hastalığı tanısı koyulduktan sonra hasta bireydemeydeana gelen depresif bozukluğun görülme olasılığı %40 gibi oldukça kesin rakamlarla ifade edilebilir olduğu ve bu oranın yarısının (%20) ağır depresif bozukluklar ve diğer yarısının da hafif depresif bozukluklardır (Sağlık Bakanlığı, 2010;Bag, 2012). Bizim çalışmamızda ise AS'e başvuran PB hastalarının %6.7 (n=10) hafif, %20.7 (n=31) orta, %70.7 (n=106) şiddetli düzeyde depresyonda olduğu belirlendi. Çalışmamızda katılımcıların çoğunda şiddetli depresyon görüldüğü ve bunun da literüre göre yüksek olduğu gözlemlendi. Bunun sebebinin acil servise akut bir sıkıntı ile hastaların başvurması ve aynı zamanda AS ortamının stresli yapısının bu oranın yüksek olmasında katkısı olduğu düşünüldü.

Özdelikara ve Arslan (2017) yapmış olduğu çalışmada kanser hastalarının %40-%70'inin hastalığı ilerledikçe bulantı kusma görülebildiğini bildirmiştir.Bizim çalışmamızda da PB hastalarının çoğunda (%47.3) şiddetli bulantı ile birlikte kusmanın da olduğu belirlendi.Hastalarda kemoterapi ve radyoterapi işlemleri sonrası bulantı ve kusma şikayetlerinin arttığı belirlendi.Hastaların ölüm korkusunun olduğu, hayata karşı tutunacak gücünün olmadığı, iştahsız olduğu ve yediğini sürekli çıkardığından dolayı yemek yemeyi istemediği belirlendi.

Çalışmamızda PB hastalarının yarısı (%50) beslenme öz-yeterliliğe sahipken,PB hastaların diğer yarısı (%50) beslenme öz-yeterliliğini gerçekleştirememekteydi. Bu hastalarda beslenme problemleri ilerlerse kaşeksi gibi sıkıntılar gözlenebilmektedir. Muhsiroglu (2017) kaşeksinin tüm kanser hastalarının %20'sinde mortalite nedeni olduğunu bildirmiştir. Çınar ve ark (2017) PB hastalarında yaşam kalitesini ve bunun beslenmeyle olan ilişkisini bir çalışmalarında değerlendirmiştir. Buna göre malnutrisyonun yaşam kalitesini bozan önemli bir parametre olduğu sonucuna

ulaşmışlardır. Aynı şekilde beslenme düzeyi iyi olan hastaların fiziksel fonksiyon, duygusal durum ve enerjileri bakımından diğerklerine kıyasla daha iyi durumda oldukları bulunmuştur.

Katılımcıların aylık gelire göre bulantı düzeyleri kıyaslandı. Aylık gelir düzeyi daha düşük olan hastalarda bulantı şikayetinin daha fazla olduğu belirlendi. Gelir düzeyi ile istenen besinlere ulaşmak arasında bir ilişki olduğu düşünüldüğünde çalışmamızdaki bu sonuç beklenebilir bir durumdur.

Hastaların servis yatışlarında taburculuğa oranla depresyon seviyelerinde artış gözlenmiş olup, beslenme öz- yeterliliğinde azalma olduğu belirlendi. Bunun nedeni Genellikle son dönemlerinde hastaların palyatif bakıma başvurması ve terminal sürecin sonucunda depresif belirtilerin artması olasıdır. Aynı zamanda durumu daha ciddi olan hastalar için servis yatışı planlandığından ayaktan taburcu olan hasta grubunun depresif belirtileri daha az göstermesi bu sebebe bağlı olabilir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

AS'e başvuran PB hastalarının olası beslenme problemlerinin, yeme alışkanlıklarının, bulantı düzeylerinin tespiti ve bunların hastaların olası depresif tutumları ile ilişkisinin olup olmadığını araştırmak amacıyla yaptığımız bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

*AS'e başvuran ve araştırmaya katılan palyatif bakım hastalarının çoğunluğunun şiddetli düzeyde depresif belirtiler gösterdiği saptandı.

* Kronik, ciddi, yaşamı sınırlayan hastalıkları olan bu hastaların AS'e başvurularının gün geçtikçe arttığı belirlendi.

*AS'e başvuran PB hastalarının beslenme öz yeterliliğine baktığımızda araştırmaya katılan 75 hastanın düşük öz yeterliliğe, geriye kalan 75 hastanın da yüksek öz-yeterliliğe sahip olduğu belirlendi.

*Çalışmaya katılan PB hastalarının depresif belirtiler gösterenlerin çoğunda bulantı ve kusma şikâyetlerinin de olduğu belirlendi ($r=0,405$).

*PB hastalarının AS'den servis yatışı olanların ayaktan taburcu olanlara kıyasla depresyon düzeyinin yüksek olduğu bulundu ($42,4 \pm 14,23$). Bu hastaların servis yatışı olanların beslenme öz yeterlilik düzeyinin düşük olduğu ve hemşirelik bakımına ihtiyacı olduğu belirlendi ($-3,2 \pm 7,9$).

*AS'e başvuran palyatif bakım hastalarının çoğunun palyatif bakımdan haberdar olmadığı tespit edildi.

6.2.Öneriler

Araştırmamızdan elde ettiğimiz verilerin değerlendirilmesi doğrultusunda;

*Son dönemde artan depresif belirtiler hastanın beslenmesini olumsuz yönde etkiler. Bunun üstesinden gelmek için psikolojik destek gerekmektedir.

*Yetersiz beslenme sonrası kilo kaybeden hastalarda beslenme durumunu korumak veya iyileştirmek için enteral beslenme önerilmektedir.

*Enteral yolun kullanılamaması,şiddetli mukozit, bulantı ve kusması olan kök hücre nakli hastalarında parenteral beslenme önerilmektedir.

*Oral beslenmeye devam edebilen hastalar protein, karbonhidrat oranı yüksek kalorili besinlerle beslenmelidir.

*Hastaya yemeklerden sonra ani hareketlerden kaçınması önerilir. Aşırı yağlı baharatlı, şekerli sindirimi güç yiyecekler yememesi konusunda bilgilendirilir.

*Oral alımı devam eden hastalara yumuşak ve püre şeklinde hazırlanmış gıdalarla beslenmesi önerilir.

*Hasta yakınlarına hastayı yemek yemeye zorlamadan, sevdiği yiyecekleri uygun şekilde hazırlayıp küçük ve sık öğünler hâlinde vermeleri konusunda eğitim verilmesi önerilir. Fiziksel aktivite hastaların stres ve anksiyete durumlarını azaltmada etkili olacaktır.

*AS bulunan sağlık çalışanları hastaların yaşam kaliteleri ile ilgilenmeli, onlara emosyonel ve psikososyal destek sağlamalıdır. Hastalara “bütüncül tedavi ve bakım” yaklaşımı ile tedavi ve bakım verilmesi gerekir.

KAYNAKÇA

- Ahmedzai, S., Costa, A., Blengini, C., Bosch, A., Sanz-Ortiz, J., Ventafridda, V., & Verhagen, S. 2004 A New International Framework For Palliative Care. European Journal Of Cancer, 40(15), 2192-2200. Doi:Doi: 10.1016/J.Ejca.2004.06.009
- Akçiçek, F., Akbulut, G., & Fadiloğlu, Z. 2013 Palyatif Bakım Evde Ve Hastanede Çalıştay Raporu. İzmir: Ege Geriatri Derneği Yayınları.
- Argilés, J., Moore-Carrasco, R., Busquets, S., & López-Soriano, F. 2003 Catabolic Mediators As Targets For Cancer Cachexia. Drug Discovery Today, 8(18), 838-844. Doi:https://doi.org/10.1016/S1359-6446(03)02826-5
- Arslan, M., & Özdemir, L. 2015 Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı-Kusmanın Yönetiminde Kullanılan Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri. Türk Onkoloji Dergisi, 30(2), 82-89. Doi:Doi: 10.5505/Tjoncol.2015.1204
- Ateşçi, F., Oğuzhanoglu, N., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O., & Karagöz, N. 2003 Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar Ve İlişkili Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 14(2), 145-152.
- Aulisio, M., Chaitin, E., & Arnold, R. 2004 Ethics And Palliative Care Consultation In The Intensive Care Unit. Crit Care Clin, 20(3), 505-523. Doi:Doi:10.1016/J.Ccc.2004.03.006
- Aydoğan, F., & Uygun, K. 2011 Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. Klinik Gelişim, 4-9.

- Bag, B. 2012 Psiko-Onkoloji, Psikososyal Sorunlar Ve Ölçüm Yöntemleri. Current Approaches İn Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar, 4(4), 449-464. Doi:Doi:10.5455/Cap.20120427
- Bahar, A., Ovayolu, Ö., & Ovayolu, N. 2019 Onkoloji Hastalarında Sık Karşılaşılan Semptomlar Ve Hemşirelik. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 6(1), 42-59.
- Baryluk, M., Coulson, K., Hycha, D., Lundy, M., Mcquinn, P., O'brien, L. A., . . . Widger, K. 2002 Hospice Palliative Care Nursing Standards Of Practice. The Canadian Hospice Palliative Care Association Nursing Standards Committee.
- Basol, N. 2015 The Integration Of Palliative Care Into The Emergency Department. Turkish Journal Of Emergency Medicine, 15(2), 100-107. Doi:Doi: 10.5505/1304.7361.2015.65983
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. 1961 An Inventory For Measuring Depression. Archives Of General Psychiatry., 4(6), 561-571. Doi:Doi:10.1001/Archpsyc.1961.01710120031004
- Becker, G., Galandi, D., & Blum, H. 2006 Malignant Ascites: Systematic Review And Guideline For Treatment. European Journal Of Cancer, 42(5), 589-597. Doi:Doi: 10.1016/J.Ejca.2005.11.018
- Bosaeus, I. 2008 Nutritional Support İn Multimodal Therapy For Cancer Cachexia. Support Care Cancer, 16(5), 447-451. Doi:Doi: 10.1007/S00520-007-0388-7
- Bostanci, M., Ozdel, O., Kalkan Oguzhanoglu, N., Ozdel, L., Ergin, A., Ergin, N., . . . Karadag, F. 2005 Depressive Symptomatology Among University Students İn Denizli, Turkey: Prevalence And Sociodemographic Correlates. Croatian Medical Journal., 46(1), 96-100.

- Brechtel, J., Murshed, S., Homel, P., & Bookbinder, M. 2006 Monitoring Symptoms In Patients With Advanced İllness İn Long-Term Care: A Pilot Study. *Journal Of Pain And Symptom Management.*, 32(2), 168-174. Doi:Doi: 10.1016/J.jpainsymman.2006.02.012
- Can, G. 2010 Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım (1. Baskı B.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Cinaver, M. 2016 Yaşamın Son Döneminde Sağlık Hizmetleri: İhmal Edilen Bir Başlık. *Toplum Ve Hekim Dergisi*, 31(1), 3-4.
- Connolly, M., Charnley, K., & Regan, J. 2012 A Review Of Palliative Care Competence Frameworks. The Palliative Care Competency Framework Development Project Steering Group. <https://aaihpc.org/wp-content/uploads/2014/12/Palliative-Care-Competence-Framework-Report-Project-Group.pdf> Adresinden Alındı
- Çınar, H., Kaya, Y., & Enginyurt, Ö. 2017 Palyatif Bakım Hastalarında Beslenme Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(4), 1-7.
- Çınar, O., Çevik, E., Salman, N., & Cömert, B. 2010 Emergency Severity Index Triaj Sistemi Ve Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisinde Uygulama Deneyimi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 10(3), 126-131.
- Demir Zencirli, A., Yıldız, C., Ulusoy, S., & Özdemir, F. 2015 Kemoterapi Alan Onkoloji Hastalarının Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerini Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1-9. Doi:Doi: 10.5336/Nurses.2013-35591

- Derogatis, L., Morrow, G., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A., . . . Carnicke, C. 1983 The Prevalence Of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *Jama*, 249(6), 751-757. Doi:10.1001/Jama.1983.03330300035030
- Dumitrescu, L., Heuvel-Olaroiu, M., & Heuvel, W. 2007 Changes In Symptoms And Pain Intensity Of Cancer Patients After Enrollment In Palliative Care At Home. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 34(5), 488-496. Doi:10.1016/J.jpainsymman.2007.05.004
- Edmundson, E., Parcel, G., Perry, C., Feldman, H., Smyth, M., Johnson, C., . . . Stone, E. 1996 The Effects Of The Child And Adolescent Trial For Cardiovascular Health Intervention On Psychosocial Determinants Of Cardiovascular Disease Risk Behavior Among Third-Grade Students. *American Journal Of Health Promotion*, 10(3), 217-225. Doi:10.4278/0890-1171-10.3.217
- Elbi, H. 2001 Kanser Ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 5(1), 5-10.
- Erdoğan, B., & Çiçin, İ. 2011 Kanser Hastasında Beslenme. *Klinik Gelişim*, 24, 25-29.
- Ertem, G. 2008 Kanser Hastalarında Beslenme Ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Dirim Tıp Gazetesi*(83), 56-63.
- Escalante, C., & Manzullo, E. 2009 Cancer-Related Fatigue: The Approach And Treatment. *Journal Of General Internal Medicine*, 24(2), 412-416.
- Ganz, P., & Bower, J. 2007 Cancer Related Fatigue: A Focus On Breast Cancer And Hodgkin's Disease Survivors. *Acta Oncologica*, 46(4), 474-479. Doi:10.1080/02841860701367845
- Graham, F., & Clark, D. 2008 The Changing Model Of Palliative Care. *Medicine*, 36(2), 64-66. Doi:10.1016/J.mpmed.2007.11.009

- Grant, M., Elk, R., Ferrell, B., Morrison, R., & Gunten, C. 2009 Current Status Of Palliative Care--Clinical İmplementation, Education, And Research. A Cancer Journal For Clinicians, 59(5), 327-335. Doi:Doi: 10.3322/Caac.20032.
- Güleç, G., & Büyükkınacı, A. 2011 Kanser Ve Psikiyatrik Bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(2), 343-367.
- Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., & Tuncer, A. 2010 Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 1-6.
- Güngörmüş, Z., & Bulut Erdem, Ö. 2014 Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ve Oral Mukozit. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(1), 24-29.
- Hawley, P. 2014 The Bow Tie Model Of 21st Century Palliative Care. Journal Of Pain And Symptom Management, 47(1), 2-5. Doi:Doi: 10.1016/J.jpainsymman.2013.10.009.
- Hisli, N. 1989 Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği, Güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi, 7(23), 3-13.
- Homsı, J., Walsh, D., Rivera, N., Rybicki, L., Nelson, K., Legrand, S., . . . Pham, H. 2006 Symptom Evaluation İn Palliative Medicine: Patient Report Vs Systematic Assessment. Support Care Cancer, 14(5), 444-453. Doi:Doi: 10.1007/S00520-005-0009-2
- Jones, R., Hansford, J., & Fiske, J. (1993). Death From Cancer At Home: The Carers' Perspective. Bmj, 249-251. Doi:Doi: 10.1136/Bmj.306.6872.249
- Kabalak, A. A., Öztürk, H., & Çağıl, H. (2013). Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu;Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi, 11(2), 56-70.
- Karadağ, E. 2018 Yaşlı Kanser Hastalarında Yorgunluk. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11(4), 328-333.

- Karadakovan, A. 1990 İlerlemiş Kanser Olgularında Beslenme Sorunun Çözümü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6(1), 81-89.
- Knyrim, K., Wagner, H.-J., Bethge, N., Keymling, M., & Vakil, N. 1993 A Controlled Trial Of An Expansile Metal Stent For Palliation Of Esophageal Obstruction Due To Inoperable Cancer. The New England Journal Of Medicine, 329(18), 1302-1307. Doi:Doi: 10.1056/Nejm199310283291803
- Koretz, R. 2009 Enteral Nutrition: A Hard Look At Some Soft Evidence. Nutrition In Clinical Practice, 24(3), 316-324. Doi:Doi: 10.1177/0884533609335378
- Kuebler, K., Lynn, J., & Rohen, J. 2005 Perspectives In Palliative Care. Seminars In Oncology Nursing, 21(1), 2-10. Doi:https://doi.org/10.1053/J.Soncn.2004.10.002
- Lagman, R., & Walsh, D. 2005 Integration Of Palliative Medicine Into Comprehensive Cancer Care. Seminars In Oncology., 32(2), 134-138. Doi:Doi: 10.1053/J.Seminoncol.2004.11.015
- Lorenz, K., Lynn, J., Dy, S., Shugarman, L., Wilkinson, A., Mularski, R., . . . Shekelle, P. 2008 Evidence For Improving Palliative Care At The End Of Life: A Systematic Review. Annals Of Internal Medicine, 148(2), 147-159. Doi:Doi: 10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00010
- Macdonald, N., Easson, A., Mazurak, V., Dunn, G., & Vickie E Baracos. 2003 Understanding And Managing Cancer Cachexia. Journal Of The American College Of Surgeons, 197(1), 143-161. Doi:Doi: 10.1016/S1072-7515(03)00382-X

- Mccahill, L., Krouse, R., Chu, D., Juarez, G., Uman, G., Ferrell, B., & Wagman, L. 2002 Decision Making In Palliative Surgery. *Journal American College Of Surgeons*, 195(3), 411-422. Doi:10.1016/S1072-7515(02)01306-6
- Miner, T., Brennan, M., & Jaques, D. 2004 A Prospective, Symptom Related, Outcomes Analysis Of 1022 Palliative Procedures For Advanced Cancer. *Annals Of Surgery*, 240(4), 719-727. Doi:10.1097/01.Sla.0000141707.09312.Dd
- Muhsiroglu, O. 2017 Kanser Hastalarında Tıbbi Beslenme Tedavisi. *Gulhane Medical Journal*, 59(4), 79-88.
- Örnek Büken, N. 2011 Yoğun Bakım Ünitelerinde Etik Karar Verme Ve Hastane Etik Komiteleri. *Flora Dergisi*, 16(2), 51-60.
- Özdelikara, A., & Arslan, B. 2017 Kemoterapiye Bağlı Bulantı-Kusma Yönetiminde Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin Kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 218-223.
- Parcel, G., Edmundson, E., Perry, C., Feldman, H., O'hara-Tompkins, N., Nader, P., . . . Stone, E. 1995 Measurement Of Self-Efficacy For Diet-Related Behaviors Among Elementary School Children. *The Journal Of School Health.*, 65(1), 23-27. Doi:10.1111/J.1746-1561.1995.Tb03335.X
- Reville, B., Axelrod, D., & Maury, R. 2009 Palliative Care For The Cancer Patient. *Primary Care: Clinics In Office Practice*, 36(4), 781-810. Doi:https://doi.org/10.1016/J.Pop.2009.07.010
- Runyon, B. 1994 Care Of Patients With Ascites. *The New England Journal Of Medicine*, 330(5), 337-342. Doi:10.1056/Nejm199402033300508

- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. 2002 Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 24(2), 91-97.
- Seven, M., Akyüz, A., Sever, N., & Dinçer, Ş. 2013 Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel Ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), 219-224. Doi:Doi:10.5455/Pmb.1-1343053458
- Shoemaker, L., Estfan, B., Induru, R., & Walsh, T. 2011 Symptom Management: An Important Part Of Cancer Care. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine*, 78(1), 25-34. Doi:Doi: 10.3949/Ccjm.78a.10053
- Stephens, N., & Fearon, K. 2008 Anorexia, Cachexia And Nutrition. *Medicine*, 36(2), 78-81. Doi:https://doi.org/10.1016/J.Mpmed.2007.11.004
- Sucaklı, M., & Koşar, Y. 2016 Palyatif Bakım Ve Yaşam Kalitesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 8(3), 34-39.
- Tarakçıoğlu Çelik, G. 2016 Onkoloji Hemşireliğinde Semptom Yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 93-100.
- Tdk. 1983 Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi.
- Temel, J., Greer, J., Muzikansky, A., Gallagher, E., Admane, S., Jackson, V., . . . Lynch, T. 2010 Early Palliative Care For Patients With Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *The New England Journal Of Medicine*, 363, 733-742. Doi:Doi: 10.1056/Nejmoa1000678
- Ulutin, H. 2006 Kanserli Hastada Psikolojik Sorunlar. *Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 9(1).

- Unaid. 2015 Unaid Terminology Guidelines. 10 18, 2020 Tarihinde
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_Terminology_Guidelines_en.pdf Adresinden Alındı
- Ünsar, S., Yıldız Fındık, Ü., Kurt, S., & Özcan, H. 2006 Kanseri Hastalarda Evde Bakım Ve Semptom Kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(5), 89-106.
- Vinci, E., Rampello, E., Zanoli, L., Oreste, G., Pistone, G., & Malaguarnera, M. 2005 Serum Carnitine Levels In Patients With Tumoral Cachexia. European Journal Of Internal Medicine, 16(6), 419-425.
Doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2005.02.014>
- Who. 2020 Who Definition Of Palliative Care. 12 24, 2020 Tarihinde
<https://www.unaids.org/en/keywords/who-world-health-organization> Adresinden Alındı
- Yıldız, Ö., & Demir, G. 2004 Kanseri Ve Beslenme. Sağlıkta Ve Hastalıkta Beslenme Sempozyum Dizisi, (S. 45-57).

EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI

**T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

Sayı : 83116987 - 30
Konu : Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi : 08.01.2019
Toplantı No : 2019/01
Proje No : 18-KAEK-296

09.01.2019

Sayın, Doç.Dr. Nurşah BAŞOL

Etik Kurulumuzun 08.01.2019 tarihli toplantısında görüşülen 18-KAEK-296 kayıt numaralı “Acil Servise Başvuran Palyatif Bakım Hastalarının Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi” başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç.Dr. Faruk KUTLUTÜRK
Başkan

EK-2: Kullanılan Anketler

Ek-2.1: 1.DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1) Cinsiyetiniz

1.Kadın 2.Erkek

2) Yaşınız?

.....

3) Medeni durumunuz?

1. Evli 2.Bekar

4) Çocuğunuz var mı? Varsa kaç tane?

1.Yok 2. Tek 3. 2 veya 2'den fazla

5) Tek başınıza yemek yiyebiliyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

6) Aylık gelirin ne kadardır?

1. 0-1000 TL 2. 1000-2000 TL 3. 2000-3000 TL 4. 3000 TL ve üzeri

7) Hastalığınız aşağıdakilerden hangisidir?

1. İleri evre demans ya da SSS hastalığı (Örn; SVH, Parkinson, ALS)
2. Kanser (Lokal ya da metastatik)
3. Son dönem böbrek yetmezliği
4. İleri evre KOAH
5. İleri evre kalp yetmezliği
6. Son dönem karaciğer yetmezliği
7. Septik şok, Çoklu organ yetmezliği
8. Diğerleri (Örneğin 65 yaş üstü kalça kırığı)

8) Ne zaman tanı koyuldu?

1. 6 aydan az

2. 6 ay – 5 yıl

3. 5 yıldan fazla

9) Palyatif bakım ünitesi takibiniz mevcut mu ?(Cevabınız evet ise 6. Soruyu atlayınız)

1. Evet 2. Hayır

10) Neden palyatif bakım takibiniz yok?

1. Palyatif bakım hizmetinden haberdar değilim 2. Diğer

11) Hastanın acil servisten taburculuğu nasıl gerçekleşti?

1. Taburculuk 2. Servis Yatışı 3. Yoğun Bakım Yatışı 4.Vefat

Ek-2.2: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

Adı Soyadı:.....Sınıfı/ NO.....Tarih:

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8- Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet Hayır

20- Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Saęlıęım beni endiřelendirdięi için bařka řeyleri dūřünmek zorlařıyor.
3. Saęlıęım hakkında o kadar endiřeliyim ki bařka hiçbir řey dūřünemiyorum.

21- Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

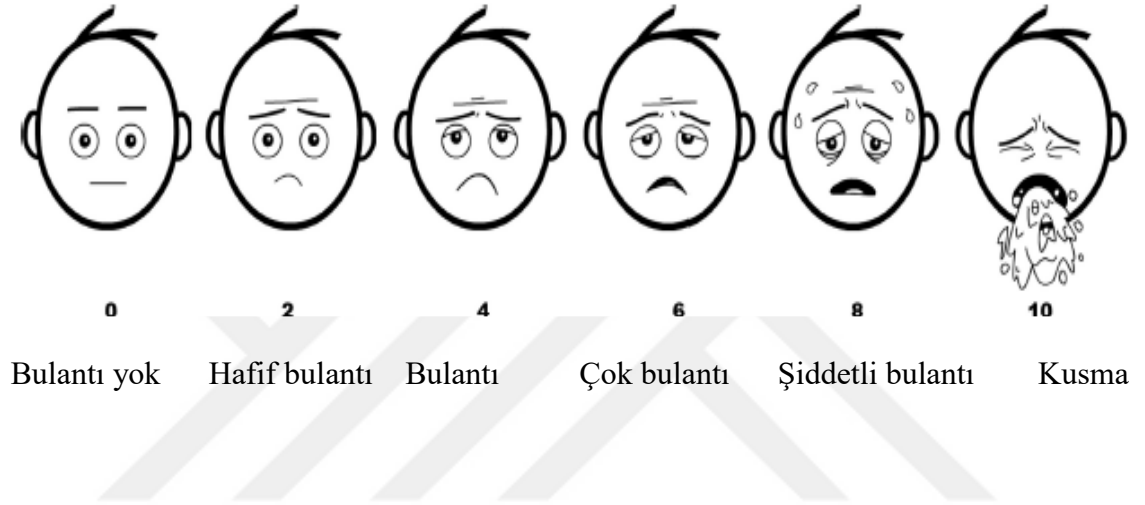
Ek 2.3. Beslenme Öz-Yeterlik Ölçeği

Açıklama: Aşağıda yiyecek seçimiyle ilgili düşüncelerinizi belirlemeye yarayan sorular bulunmaktadır. Her bir soruyu okuduktan sonra yan taraftaki seçeneklerden sizin için en uygun olanını işaretleyiniz. Lütfen cevaplarken başkalarının ne düşündüğünü değil kendinizin ne düşündüğüne karar verin. Bu maddelerde doğru ya da yanlış cevap yoktur. Düşüncenize en uygun sadece **bir seçeneği** işaretleyiniz. Bu anketten elde edilen bilgiler sadece araştırma için kullanılacak ve gizli kalacaktır.

	Emin değilim	Biraz eminim	Çok eminim
1. Yemekleri tuz (ilave tuz) eklemekten yiyebileceğinden ne kadar eminsin?			
2. Konserve sebze yerine taze ya da dondurulmuş sebze yiyebileceğinden ne kadar eminsin?			
3. Aile bireylerinden patlamış mısırı yağsız ve tuzsuz yapmasını isteyebileceğinden ne kadar eminsin?			
4. Sandviç veya hamburgerine turşu yerine marul ve domates konmasını isteyebileceğinden ne kadar eminsin?			
5. Tam yağlı süt yerine az yağlı süt içebileceğinden ne kadar eminsin?			
6. Şekerli hamur işi (hamur kızartması, kek, şekerli bisküvi) yerine tahıllı yiyecekler (yulaf ezmesi, kepekli ekmek, simit) yiyebileceğinden ne kadar eminsin?			
7. Şekerlemeler yerine taze meyve yiyebileceğinden ne kadar eminsin?			
8. Ekmeğine katı yağ (tereyağ, margarin) sürmeden yiyebileceğinden ne kadar eminsin?			
9. Yağlı tost yerine yağsız tost yiyebileceğinden ne kadar eminsin?			
10. Tavuğun derisini çıkarıp (derisini yemeden) yiyebileceğinden ne kadar eminsin?			
11. Dondurma yerine dondurulmuş ya da normal yoğurt isteyebileceğinden ne kadar eminsin?			
12. Patates kızartması yerine haşlanmış ya da fırında patates yiyebileceğinden ne kadar eminsin?			

13. Kola, gazoz yerine taze sıkılmış meyve suyu ya da ayran içebileceğinden ne kadar eminsin?			
14. Hızlı servis yapılan hazır yemek restoranına gittiğinde hamburger ve patates kızartması yerine salata yiyebileceğinden ne kadar eminsin ?			

Ek 2.4.BARF BULANTI ÖLÇEĞİ



ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı	Gülsüm LÜY
Doğum Yeri	Tokat
Doğum Tarihi	1990
E-posta adresi:	gulsum.luy60@hotmail.com

Eğitim Düzeyi

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Tokat GOP Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2008-2012
Y. Lisans	Acil Tıp Hemşireliği	Gaziosmanpaşa Üniversitesi	2018- Halen

İş Deneyimi

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yılı
Hemşire	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi- Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi	2012-Halen

Katıldığı Programlar ve Aldığı Belgeler

Katılım Yılı	Aldığı Sertifika
2011	Bilgisayar Kullanımı Sertifikası
2014	Acil Sertifikası