

T. C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

**EVDE TÜPLE ENTERAL BESLENEN HASTALARIN YAŞADIKLARI
SORUNLAR VE SORUNLARA YÖNELİK YAPILAN GİRİŞİMLERİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

R. Dilek BOZ CİĞEROĞLU

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Ayişe KARADAĞ

ANKARA

Şubat 2010

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütölmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.**

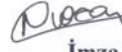
Tez Savunma Tarihi : 09/02/2010



**İmza
Doç. Dr. Ayşe KARADAĞ
Gazi Üniversitesi
Jüri Başkanı**



**İmza
Yrd. Doç. Dr. Şenay UZUN
Gölhane Askeri Tıp Akademisi**



**İmza
Yrd. Doç. Dr. Nurcan YILDIRIM
Gazi Üniversitesi**

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KABUL ve ONAY	i
İÇİNDEKİLER	ii
ŞEKİLLER	v
TABLOLAR	vi
SEMBOLLER ve KISALTMALAR	vii
1. GİRİŞ	
1. 1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1. 2. Araştırmanın Amacı	6
2. GENEL BİLGİLER	
2. 1. Beslenme ve Önemi	7
2. 2. Tıbbi Yolla Beslenme	8
2. 2. 1. Total Parenteral Beslenme	8
2. 2. 2. Enteral Beslenme	8
2. 2. 2. 1. Enteral Beslenmenin Tarihçesi	9
2. 2. 2. 2. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi ve Beslenme Yolunun Seçimi	10
2. 2. 2. 3. Enteral Beslenme Yolları	12
2. 2. 2. 4. Enteral Beslenmenin Endikasyonları ve Kontrendikasyonları	13
2. 2. 2. 5. Enteral Beslenme Yöntemleri	15
2. 2. 2. 6. Enteral Beslenmenin Komplikasyonları ve Hemşirelik Girişimleri	16

2. 3. Enteral Beslenme Süreci	20
2. 3. 1. Enteral Beslenme ve Evde Bakım	20
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	
3. 1. Araştırmanın Şekli	23
3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	23
3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Verilerin Toplanması	25
3. 4. 1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	24
3. 4. 2. Veri Toplama Formunun Uygulanması	24
3. 4. 3. Verilerin Değerlendirilmesi	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	48
6. 1. Sonuçlar	48
6. 2. Öneriler	50
7. ÖZET	52
8. SUMMARY	54
9. KAYNAKLAR	56
10. EKLER	
Ek 1. Veri Toplama Fomu	61
Ek 2. Araştırmanın Ön Uygulaması ve Uygulamasına İlişkin İzin Yazısı	67

Ek 3. Hasta ya da Yakınına İmzalatılan Aydınlatılmış Onam Formu	68
Ek 4. Bilinç Durumu Seviyeleri	69
Ek 5. Yaşam Aktiviteleri Değerlendirme Listesi	70
TEŞEKKÜR	72
ÖZGEÇMİŞ	73

ŞEKİLLER

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2. 1: Enteral Beslenme Alanının Belirlenmesi	12
Şekil 2. 2: Enteral Beslenme Yolları	12
Şekil 2. 3: Enteral Beslenme Tüplerinin Yerleşim Yerleri	13
Şekil 2. 4: Beslenme Zinciri	20

TABLÖLAR

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2. 1: Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi ve Beslenme Yolunun Seçimi	10
Tablo 2. 2: Enteral Beslenmenin Endikasyonları ve Kontrendikasyonları	14
Tablo 2. 3: Enteral Beslenme Yöntemleri	15
Tablo 4. 1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 4. 2: Hastaların Genel Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	28
Tablo 4. 3: Hastaların Taburculuk Eğitimi Almalarına İlişkin Dağılımları	30
Tablo 4. 4: Hastaların Evde Enteral Beslenmeye Yönelik Özelliklerinin Dağılımları	31
Tablo 4. 5: Hastaların Tüple Enteral Beslenirken Yaşadıkları Enfeksiyon Sorunu ve Yapılan Girişimlerin Dağılımları	33
Tablo 4. 6: Hastaların Tüple Enteral Beslenirken Yaşadıkları GİS/ Metabolik Sorunlar ve Yapılan Girişimlerin Dağılımları	34
Tablo 4. 7: Hastaların Tüple Enteral Beslenirken Yaşadıkları Mekanik Sorunlar ve Yapılan Girişimlerin Dağılımları	36
Tablo 4. 8: Hastaların Tüple Enteral Beslenirken Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar ve Yapılan Girişimlerin Dağılımları	38
Tablo 4. 9: Hastaların Tüple Enteral Beslenirken Yaşadıkları Ekonomik Sorunların Dağılımları	40

SEMBOLLER, KISALTMALAR

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
ALS:	Amyotrofik Lateral Skleroz
ASPEN:	Amerikan Parenteral ve Enteral Beslenme Topluluğu (American Society of Parenteral and Enteral Nutrition)
EBEH:	Enteral Beslenme Eğitim Hemşireliği
EN:	Enteral Nutrisyon
ESPEN:	Avrupa Parenteral ve Enteral Beslenme Topluluğu (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition)
GİS:	Gastrointestinal Sistem
KBY:	Kronik Böbrek Yetmezliği
KEPAN:	Klinik Enteral ve Parenteral Nutrisyon Derneği
KOAH:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
M.Ö:	Milattan Önce
MS:	Multiple Skleroz
NG:	Nazogastrik
NRI:	Nutrisyonel Risk İndeksi (Nutritional Risk Index)
PEG:	Perkütan Endoskopik Gastrostomi
PEM:	Protein Enerji Malnutrisyonu
SSPE:	Subakut Sklorezon Panansefalit
SVO:	Serebro Vasküler Olay
TPN:	Total Parenteral Nutrisyon

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Besin alımı, vücuda çeşitli fonksiyonların yerine getirilmesinde kullanılan veya daha sonra kullanılmak üzere depolanan enerjiyi sağlar.¹ Yaşamın her evresinde, bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmak ve sağlığı devam ettirmek yeterli ve dengeli beslenme ile mümkündür.² İnsan bedenine, hücresel düzeyde bakıldığında, homeostazisin sürdürülmesini sağlayan dört temel gereksinim arasında; oksijen, besin maddeleri, artık ürünlerin atılımı ve sıvı-elektrolit dengesinin sürdürülmesi yer alır.³ Beslenme, besinlerin ağız yolu ile alınmasıyla başlar. Bireyin sağlık durumu, beslenme düzeyini büyük ölçüde etkiler. Hastalıklar, gereksinim duyulan besin öğelerinin miktarında değişikliğe neden olurlar.⁴ İhtiyaç duyulan besin öğelerinin, çeşit ve miktar olarak eksik veya fazla alınması malnütrisyon olarak tanımlanmaktadır.⁵ Hastalıklara bağlı olarak gelişen malnütrisyonun nedenleri çeşitlidir. Bu nedenler; besinlerin yetersiz alımı, besinlerin sindirim ve emilimindeki bozukluk, besinlerin aşırı kaybına bağlı besin gereksinimindeki artış ve katabolizmadır. Malnütrisyon, tıbbın her dalında önemlidir. Hemen her hastalığa eşlik edebilir ve her türlü tedaviyi potansiyel olarak olumsuz etkiler.^{5,6}

Bazı hastalıkların görülme sıklığı ile malnütrisyon gelişmesi arasında doğrudan bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Örneğin, kanserin en önemli komplikasyonlarında biri malnütrisyonudur. Dünyada, 2007 yılı verilerine göre; 1,4 milyar yeni kanser vakası tanılanmıştır. ABD’de, kanser hastalarında kilo kaybının % 50 oranında görüldüğü belirtilmektedir.⁷ Türkiye’de kanser hastalarının yaklaşık % 40-80’inin kilo kaybettiği ve % 20’sinin de maligniteden çok malnütrisyonun olumsuz etkileri nedeniyle hayatlarını kayb ettikleri belirtilmektedir.^{8,9} Kronik Hastalık Raporu (2006)’na göre, Türkiye’de 22 milyon kişi kronik hastalıkların etkisinde yaşamaktadır.¹⁰ Kronik hastalıkların içinde en yaygın olarak görülen hipertansiyonun, % 44 gibi yüksek bir oranla, intraserebral kanamaların oluşmasında en büyük risk faktörü olduğu belirtilmektedir.

Nörolojik problemi olan hastaların hayatta kalma şansı olmakla beraber, bu hastaların yalnız 2/3' si bağımsız olarak yaşamını sürdürebilmektedir.¹¹ Nörolojik hastalıklarla ilişkili beslenme durumu, aşırı ya da daha sık olarak yetersiz beslenme veya yemek yeme, çiğneme ve yutma yeteneğinin bozulması olarak iki ayrı grupta sınıflandırılabilir.⁶ Bilindiği gibi, nörolojik hastalıkların görülme sıklığının en çok olduğu grup yaşlı hastalardır. Dünyada yaşlı nüfusun arttığı düşünülürse, geriatrik hasta sayısı da buna bağlı olarak artmaktadır. Konuyla ilgili olarak Avrupa' da yapılan anket sonuçlarına göre; toplumda sağlıklı yaşlılar düşük bir malnütrisyon insidansı gösterdiği halde, sağlığı bozulmuş yaşlılar arasında mikro besin ögesi eksikliğinin eşlik ettiği protein enerji malnütrisyonu (PEM) büyük bir sorundur. ^{6,12}.

Nörolojik hastalıkların yanı sıra kronik böbrek yetmezliği (KBY) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) 'nda da malnütrisyon sıklıkla görülmektedir. ^{13,14,15}

Bireyin sağlık durumundaki bozulmaya bağlı olarak doğal yollarla beslenmenin mümkün olmadığı durumlarda, tıbbi yolla beslenme desteği gereklidir. Tıbbi yolla beslenme, enteral ve parenteral beslenme olarak ikiye ayrılır: Enteral beslenmenin, parenteral beslenmeye göre birçok avantajı vardır. Bu avantajlar; doğal beslenmeye yakın oluşu, gastrointestinal sistem kullanıldığı için immün sistemi desteklemesi, uygulanabilirliğinin kolay ve ekonomik bir yöntem oluşu şeklinde özetlenebilir. ^{16,17,18}

Hastanın hastanede yattığı sürede enteral beslenme, doktor, hemşire ve diyetisyenin işbirliği ile uygulanır. Hasta taburcu olduktan sonra enteral beslenmenin evde aynı şekilde devam ettirilmesi gerekir. Evde enteral beslenme programının güvenli ve etkili olmasını sağlamak için evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyulmaktadır. 2005 yılı, Amerikan Parenteral ve Enteral Beslenme Topluluğu' nun (American Society of Parenteral and Enteral Nutrition [ASPEN]) önerilerine göre; enteral beslenme, kronik durumlarda evde de devam etmesi gereken bir uygulama olup, hastanedeki sağlık bakım ekibi ile evdeki sağlık

bakım ekibinin işbirliğini gerektirir. Evde enteral beslenme programında hasta yakınlarının da konuya dahil edilmesi ve uygun bir eğitim programının hazırlanıp sunulması gerekmektedir. Ayrıca hizmete 24 saat ulaşılabilirliğin ve hastaya özel, en uygun yöntem seçiminin önemi vurgulanmaktadır. Enteral beslenmenin evde güvenli bir şekilde uygulanabilmesi için fiziksel ortamın niteliğinin ve araç-gereçlere ulaşılabilirliğin önemli olduğu belirtilmektedir.^{19,20,21} Literatürde; en çok, nörolojik hastalıklar, nöromüsküler hastalıklar, gastrointestinal sistem (GİS) tümörleri ve anoreksiya durumlarında evde enteral beslenmenin uygulandığı bildirilmiştir.^{6,21} 2009 yılı verilerine göre; ABD’ de, her yaş grubundan, 344.000 hasta evde enteral beslenme desteği almaktadır. Rehabilitasyon aşamasındaki bu hastaların, %60’ı bakımevlerinde, %40’ı kendi evlerinde enteral beslenmektedir.²²

Avrupa’da 65 yaş üzerindeki hastaların % 35.5’i evde enteral beslenmektedir.²³ İngiltere’de, 1999 yılı sonunda, evde tüple beslenen hasta sayısı 15.000 olarak belirtilmiştir.²⁴ Türkiye’ de ise evde enteral beslenen hastaların sayısına yönelik ulusal bir bilgiye ulaşılamamıştır.

Kronik hastalıkların görülme sıklığındaki artış ve yaşlanan nüfusla birlikte evde enteral beslenme gereksinimi olan hasta sayısı da her geçen gün artmaktadır. Bu durum, bu hasta grubunun evde izlemine ve bakımını gündeme getirmiştir. Evde enteral beslenme sırasında hastalar çeşitli sorunlar ve komplikasyonlar yaşayabilmektedir. Enteral beslenmenin en önemli üç komplikasyonu; gastrointestinal sisteme ilişkin komplikasyonlar (bulantı- kusma, diyare, abdominal distansiyon), beslenme tüpüne ilişkin komplikasyonlar (tüpün çıkması, tıkanması ve enfeksiyonu) ve dehidratasyon olarak belirtilmektedir. Bu komplikasyonların önlenmesinde, erken dönemde belirlenmesinde, komplikasyon geliştiğinde doğru girişimlerin planlanmasında ve hastaya/hasta yakınlarına enteral beslenme ile ilgili doğru girişimlerin öğretilmesinde evde bakım hemşiresinin rolü önemlidir.^{21,25,26,27}

Evde bakım; ortaya çıkabilecek hastane enfeksiyonlarını, komplikasyonları ve tekrarlı yatışları azaltmakta, yatak işgalini önlemekte ve maliyeti düşürmektedir.^{12,28} Evde bakım hizmetleri, ülkemiz için yeni olup, yerel yönetimler, gönüllü ve özel kuruluşlar tarafından yürütülmektedir.²⁹ Bu hizmetlerin organizasyonu, Sağlık Bakanlığı tarafından, 10 Mart 2005 tarihinde Resmi Gazete’ de yayımlanarak yürürlüğe giren “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile belirlenmiştir. Evde bakım hizmetinin hedef kitlesini ağırlıklı olarak özürlü hastalar, ağır ve kronik hastalar ve yaşlılar oluşturmaktadır.²⁹ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü yaşlı ve yatağa bağımlı hastaların tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının sağlık kuruluşları yerine, bireyin kendi evinde yapılabilmesini öngörerek konu ile ilgili pilot uygulamaları, Türkiye genelinde, bünyesindeki 7 sağlık kuruluşunda gerçekleştirerek ülke geneline yaygınlaştırmak için çalışmalarını sürdürmektedir. Bu hizmet kapsamı içinde enteral beslenmeye yönelik olarak; nazogastrik sonda takılması, ilaç/ürün reçete edilmesi, rutin kan tetkiklerinin yapılması, psikolojik ve sosyal destek sağlanması gibi uygulamalar yer almaktadır. Böyle bir uygulama, genellikle hareketsiz ve bağımlı olan, evde tüple enteral beslenen hastaların, bu işlemler için hastaneye gitmek zorunda olmasını önlemektedir.³⁰ Subaşı’nın araştırmasına göre; Ankara İli Çankaya İlçesi’ nde bir aylık dönemde, evde bakım verilme sıklığı % 8.7 olarak belirlenmiş olup, hastalara verilen bilgilerin % 25’inin beslenme ile ilgili konulardan oluştuğu belirtilmiştir.³¹

Ankara’ da, evde enteral beslenmeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı tarafından uygunluk belgesi verilmiş olan özel sektöre bağlı enteral beslenme ve eğitim hemşireleri (EBEH) tarafından ücretsiz yürütülmektedir. Evde enteral beslenen hastalar için son derece faydalı olmasına rağmen bu hizmetin yetki ve sorumluluklar bağlamında bazı sınırlılıkları vardır. EBEH, hastaların taburcu oldukları hastanelerdeki sağlık bakım ekipleri ile sürekli iletişim halindedir.

Gözlemlerimize göre, ülkemizde evde tüple enteral beslenen hastalar birçok sorunla karşılaşmaktadır. Bu sorunlar; fizyolojik, psikososyal ve ekonomik sorunlar olarak sıralanabilir. Evde bakım hizmetlerindeki organizasyon sorunu nedeniyle hastalar; NG sondanın değiştirilmesi, beslenme ürününün raporunun yenilenmesi, ilaç yazılması, rutin kan tetkiklerinin yapılması gibi hekim istemini gerektiren işlemler için hastaneye gitmek ya da ücretle eve hekim getirtmek zorunda kalmaktadır. Evde tüple enteral beslenme gereksinimi olan hastaların büyük bir bölümünün hareket kısıtlılığı olması nedeniyle hasta transferlerinde desteğe gereksinim duyulmaktadır. Ancak ülkemizde hasta taşıma ve ambulans hizmetlerinde işletme ve finans açısından bazı sorunların yaşandığı belirtilmektedir.³² Sosyal Güvenlik Kurumu, kullanılan enteral beslenme ürünlerinin geri ödemesini karşılamakta ve hastadan herhangi bir katkı payı alınmamaktadır. Ancak enteral beslenme için kullanılan malzemelerin (beslenme seti, gavaj enjektörü vb.) geri ödemesinde bazı sorunlar yaşanmaktadır. Bu durum hastalar ve yakınları için ekonomik açıdan sorun oluşturmaktadır. Türkiye’de, evde tüple enteral beslenen hastaların yaşadıkları sorunlara ilişkin daha önce yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. ABD’ de, konuyla ilgili çalışmalar sonucunda, fizyolojik sorunların yanı sıra, evde tüple enteral beslenen hastalarda, en çok öfke ve suçluluk duygularının yaşandığı, sosyal yaşamın ve kişiler arasındaki iletişimin etkilendiği ve iş kaybı ya da çalışamama gibi sorunların yaşandığı belirtilmektedir.³³ ABD’de evde tüple enteral beslenen hastaların ve yakınlarının, enteral beslenmeye yönelik olarak, birçok konuda destek alabilecekleri çeşitli örgütler mevcuttur.

Bütün bu nedenlerle, evde tüple enteral beslenen hastaların yaşadıkları sorunların ve sorunlara yönelik girişimlerin belirlenmesine ihtiyaç duyulmuştur. Araştırma sonuçlarının, ülkemizde devlet güvencesinde evde bakım hizmetlerinin ve evde bakım hemşireliğinin geliştirilmesine yönelik çalışmalara ve evde tüple enteral beslenen hastaların yaşadıkları sorunların çözülmesine yönelik planlamalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1. 2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, evde tüple enteral beslenen hastaların yaşadıkları sorunları ve bu sorunlara yönelik yapılan girişimleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenme ve Önemi

Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan enerji ve besin öğelerinden; karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve minerallerin gereken miktarlarda alınması şeklinde tanımlanır.² İnsan gereksinimlerini fiziksel, psikolojik, sosyolojik, spiritüel ve entelektüel alanlarda gruplandırıp '14 Temel Gereksinim' ile sınırlamış bulunan Virginia Henderson, fiziksel gereksinimlere ilk sıralarda yer vermiştir. Virginia Henderson'ın '14 Temel Gereksinim Modeli' ne göre; normal solunumdan sonra ikinci sırada yeterli beslenme yer almaktadır.²⁷ Vücut ağırlığının ve içeriğinin uzun süre sabit kalabilmesi için, bireyin enerji alımının, enerji tüketimi ile denge halinde olması gerekir. Besinler, farklı oranlarda protein, karbonhidrat, yağ, mineral ve vitaminler içerdikleri için vücudun metabolik sistemlerinin tüm bölümlerine gerekli maddeleri sağlamak üzere besinler arasında da uygun bir denge olmalıdır.¹

İhtiyaç duyulan besin öğelerinin çeşit ve miktar olarak eksik veya fazla alınması durumunda malnütrisyon ortaya çıkar.⁵ Ciddi malnütrisyonun, çeşitli organların ve sistemlerinin fonksiyonlarının bozulmasına önemli bir etkisi vardır. Allison ve arkadaşlarının belirttiğine göre; Krieger'ın malnütrisyonla ölen hastalar üzerinde yaptığı otopsi çalışmasında; kalp ve karaciğer yaklaşık olarak ağırlığının %30'unu kaybetmiş, dalak, böbrek ve pankreas ise etkilenmiştir.⁶ Hastanede tedavi gören hastaların %30-40'ının malnütrisyonla olduğu belirtilmektedir.^{5,24} Hastanedeki hastalarda beslenme yetersizliği, hastanede kalış süresini uzatmaktadır. Bu durum, yaşam kalitesinde azalmaya ve gereksiz sağlık harcamalarına neden olmaktadır.^{12,28,31}

ESPEN Beslenme Klavuzu'nda belirtildiğine göre, Gıda ve Nutrisyon Tedavisi Avrupa Konseyi beyanlarında; hastaların beslenme yetersizliğini düzeltmek ve önlemek için ilk olarak oral yolla beslenmenin seçilmesi gerektiğini vurgulanmaktadır.¹⁹ Oral yolla beslenmenin mümkün olmadığı durumlarda

ise malnütrisyonun olumsuz etkilerini önlemek için tıbbi yolla beslenme yöntemlerinden hastaya en uygun olanı seçilmelidir.

2.2. Tıbbi Yolla Beslenme

Tıbbi yolla beslenme, hastanın gereksinimi olan besinlerin normal yol dışında verilmesidir. Tıbbi yolla beslenme iki ana başlıkta incelenmektedir:

1. Total Parenteral Beslenme

2. Enteral Beslenme

2.2.1. Total Parenteral Beslenme

Total Parenteral Beslenme (TPN), hastanın malnütrisyonu girmeden yaşamını sürdürebilmesi veya malnütrisyonunda ise bu durumdan kurtulabilmesi için gerekli besin maddelerinin yeterli ölçüde ve dengeli olarak kısmen veya tamamen parenteral yolla verilmesidir.³⁴ Parenteral beslenme peritonit, intestinal tıkanıklık, önlenemeyen kusma ve diyare, ileus ve gastrointestinal iskemi gibi durumlarda uygulanır. Ancak komplikasyonlar açısından değerlendirildiğinde, uygulanması hasta açısından önemli riskler oluşturabilmektedir. Bu komplikasyonların en bilinenleri ve ciddi olanı sistemik enfeksiyon ve hava embolisidir.^{5,20,34}

2.2.2. Enteral Beslenme

Enteral Beslenme (EN), hastanın malnütrisyonu girmeden yaşamını sürdürebilmesi veya malnütrisyonunda ise bu durumdan kurtulabilmesi için günlük protein, kalori ve sıvı gereksinimlerini oral yoldan sağlayamadığı durumlarda, gerekli olan tüm besin öğelerinin ya da desteklenmesi istenilen maddelerin, hastanın işlevsel olan gastrointestinal kanalı yoluyla verilmesine denir.¹⁷ EN'nin, TPN tedavisine göre fizyolojik yolun kullanılmasından kaynaklanan üstünlükleri vardır. EN, GİS'in yapısının sürdürülmesine yardımcı olarak, mukoza membranlarından bakteri ve toksinlerin geçişini azaltır. Böylece kritik durumdaki hastalarda sepsis ve birçok sistemi içeren organ bozukluğu riski azalır. Literatürde, EN'nin TPN'ye göre daha

az komplikasyonu olduğu ve daha ekonomik bir yöntem olduğu belirtilmektedir.^{18,20,34}

2.2.2.1. Enteral Beslenmenin Tarihçesi

Aydoğan (2008)'ın belirttiğine göre; M.Ö.IV. asırda, Hippocrates yeterli beslenmenin hasta tedavisindeki önemini ifade etmiştir. Literatürde; Florence Nightingale' in, 1859' da , Kırım' da edindiği deneyimler sonucunda, hastaların besin alımlarının dikkatli bir şekilde gözlemlenmesi gerektiğini, vurguladığı belirtilmektedir.³⁵ Aydoğan (2008)' ın belirttiğine göre; W. His 1925 yılındaki bir yazısında, besin maddelerinin özefagusa verilmesinin, ilk olarak 1598 yılında Capivaceus tarafından uygulandığını belirtmiştir.³⁵ 19. asrın son yarısında mental retarde hastaların beslenmesinde, rektal ve nazogastrik (NG) beslenme yöntemleri, yaygın olarak kullanılmıştır. Hastalığın ve cerrahi tedavinin başarısında beslenme durumunun önemi eskiden beri bilinmektedir. Yürüker ve arkadaşları (2006)' nın belirttiğine göre; Albert, ilk jejunostomi uygulamasını 1894' de yapmıştır.³⁶ Einborn 1910' da , NG ile beslenmenin mümkün olmadığı durumlarda sondayı mideden ileriye (duodenum veya jejunum) yerleştirerek nazoenteral beslenme yöntemini geliştirmiştir. Andresen 1918' de gastroenterostomi yaptığı hastalara ameliyat sonrası hemen EN başlamış ve bu uygulama ile ince bağırsağın anestezinin etkisinden daha kısa sürede çıktığını ve fonksiyonel olduğunu göstermiştir. Zollinger 1952' de, EN' de adaptasyon durumuna açıklık getirmiştir. Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG), Gauderer ve Ponsky tarafından 1980' de tarif edilmiştir.³⁷ Gören ve arkadaşları (1990)' nın belirttiğine göre; 1950 sonlarında, Pareiara, kanser hastalarında doğal beslenmeye ek olarak EN yöntemiyle yardımcı olunmasını ve devamlı EN' ye ihtiyacı olan hastaların evde EN ile desteklenmesini önermiştir. Büyük hastanelerde, 1970-80' li yıllarda, konuyla ilgili uzmanlaşmalar başlamış ve beslenme ekipleri kurulmuştur.³⁵ Aynı yıllarda, klinik nütrisyonla ilgili birçok konuda geniş bir araştırma alanı oluşmuş; ASPEN, Avrupa Parenteral ve Enteral Beslenme Topluluğu (ESPEN) ve Klinik Enteral ve Parenteral Nütrisyon Derneği (KEPAN) gibi

bilimsel kuruluşlarda tartışma, eğitim ve bilgi alışverişi imkanı doğmuştur.³⁸ Türkiye’de, ilk klinik nütrisyon toplantısı, 1993 yılında, 150’nin üzerinde kişinin katılımıyla, İzmir’de düzenlenmiştir.²³ 2005 yılından beri, evde bakım uygunluk belgesine sahip özel şirket tarafından da ücretsiz olarak EBEH hizmeti verilmektedir.

2.2.2.2. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi ve Beslenme Yolunun Seçimi

Enteral beslenme gereksinimi olduğu düşünülen hastanın öncelikle beslenme durumunun değerlendirilmesi gerekir.

Bu değerlendirmede kullanılan ölçümler aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 2.1. Beslenme Durumunu Değerlendirmede Temel Ölçümler^{34,39}

A. Antropometrik Ölçümler
-Boy -Ağırlık -İdeal ağırlık -Alışılmış ağırlık -Şimdiki ağırlık -Kol kası çevresi (pazu) -Cilt kalınlığı (triceps, biceps, subskapula, suprailiak)
B. Biyokimyasal Ölçümler
Kanda -Üre, kreatinin, elektrolitler -AKŞ, insulin, glukagon -Total protein, albumin, transferrin, -B vitamini, Folat, Ca, Mg, Fosfat İdrarda -Elektrolitler, glikoz, kreatinin, -Total nitrojeni, üre nitrojeni
C. Diyetle ilişkin öykü
-Beslenme alışkanlığı -Son günlerdeki beslenme durum

Beslenmenin değerlendirilmesinde, nütrisyonel risk indeksi (Nutritional Risk Index [NRI]) hesaplanarak malnütrisyon düzeyi belirlenir. NRI aşağıdaki formülden yararlanılarak hesaplanabilir: ³⁹

$$NRI = 1.519 \times (\text{Albümin g/dl}) + 41.7 \times (\text{Son VA} / \text{Mutad VA})$$

VA: Vücut Ağırlığı (kg)

Sınırdaki 97.5 - 100

Hafif Malnütrisyon 83.5 – 97.5

Ağır Malnütrisyon < 83.5

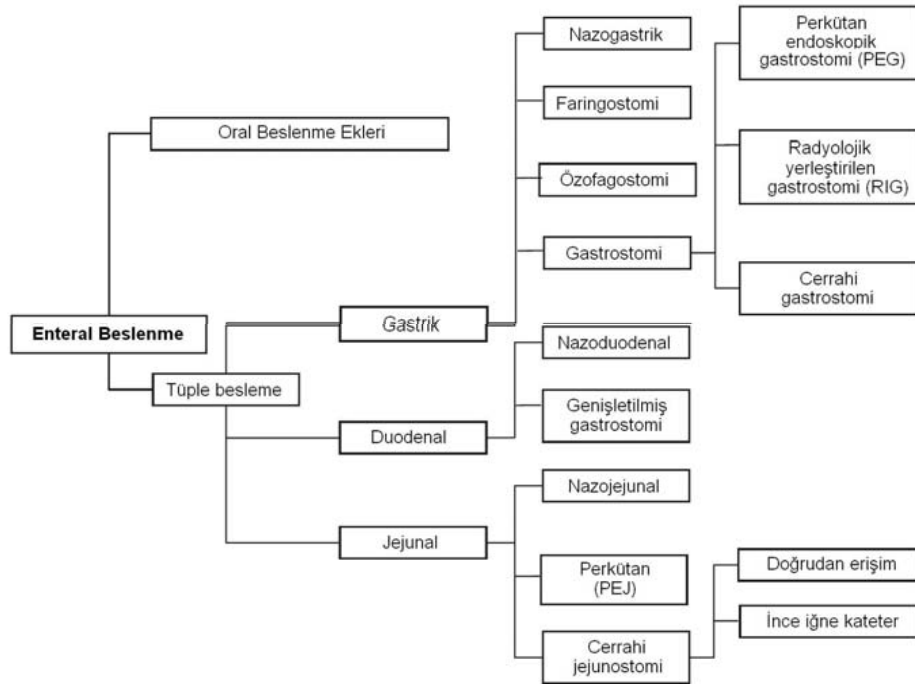
Değerlendirmeden sonra hastanın gereksinimine göre TPN ya da EN yöntemlerinden hastaya en uygun olanı seçilir. EN’de, beslenme yolunun seçiminde de hasta için en uygun yöntemin belirlenmesi gerekir. Bu durum, komplikasyonların önlenmesinde etkili olduğu gibi hastanın tedaviye uyumunun ve tedavinin etkinliğinin artırılması için de önemlidir. Tedavinin ve bakımın planlanmasında, daima hasta merkezli bir yaklaşım içinde olunmalıdır. ¹⁹ Şekil 2. 2’ de enteral beslenmede kullanılabilecek farklı yollar belirtilmiştir.

Enteral yolun seçiminde yardımcı olabilecek, değerlendirmede yaygın olarak kullanılan algoritma şekil 2. 1’ de verilmiştir:



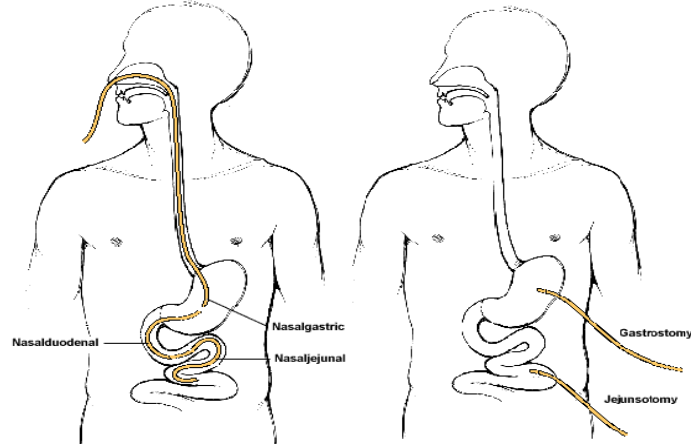
Şekil 2.1. Enteral Beslenme Alanının Belirlenmesi ^{18,24,39}

2.2.2.3. Enteral Beslenme Yolları



Şekil 2. 2. Enteral Beslenme Yolları ¹⁹

Aşağıda; nazoenterik tüplerin (nazogastrik, nazoduodenal, nazojejunal), gastrostomi ve jejunostomi tüplerinin yerleşim yerleri belirtilmiştir:



Şekil 2. 3. Enteral Beslenme Tüplerinin Yerleşim Yerleri ⁴⁰

2.2.2.4. Enteral Beslenmenin Endikasyonları ve Kontrendikasyonları

Hastanın fonksiyon gören bir bağırsak sistemi olduğu halde, herhangi bir nedenle, beslenme gereksinimlerini karşılayacak şekilde besin alamaması durumunda enteral beslenme yöntemleri düşünülmelidir. Prensip olarak beslenme solüsyonları gastrointestinal kanalda emilebilecek bir bölgeye verilir. ^{6,41} Enteral beslenme çeşitli tıbbi sorunlarda uygulanmaktadır. Aşağıdaki tabloda enteral beslenmenin endikasyonları ve kontrendikasyonları verilmiştir. ^{24,34,39,42}

Tablo 2.2. Enteral Beslenmenin Endikasyonları ve Kontrendikasyonları

Endikasyonlar	Kontrendikasyonlar
- Nörolojik ve Psikiyatrik Hastalıklar Kafa tıvması Demans Alzheimer Ağır Depresyon Anoreksiya Nevroza Koma Beyin Lezyonları - Faringoözefajial Hastalıklar Yaralanma Servikal Kırık Cerrahi Girişimler - GIS Hastalıkları Kısa Bağırsak Sendromu GİS Fistülleri Kistik Fibrozis Kronik Pankreatit - Organ Yetersizlikleri Karaciğer Yetmezliği Böbrek Yetmezliği - Preoperatif Hazırlık - Postoperatif Beslenme - Kemoterapi ve Radyoterapide Destek	- Mekanik Bağırsak Obstrüksiyonları - Pralitik İleus - Peritonit - Önlenemeyen Kusma ve Diyare - Malabsorbsiyon Sendromları - Akut Pankreatit - İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları - Yüksek Kayıplı İntestinal Fistül - Bağırsak Erişiminin Olmaması

2.2.2.5. Enteral Beslenme Yöntemleri

EN Yöntemi 3 şekilde uygulanabilir. Hasta için hangi yöntemin uygun olduğunu belirleyebilmek için bazı kriterler vardır. Bu kriterler:

- Hastanın genel sağlık durumu
- Hastanın mobilite durumu
- EN' yi tolere etme durumu
- Hastanın tercihi
- Enteral tüpün lokasyonu

Aşağıdaki tabloda, EN Yöntemleri, avantajları ve dezavantajları yer almaktadır: ^{6,18, 43}

Tablo 2.3. Enteral Beslenme Yöntemleri

Besleme Yöntemi	Avantaj	Dezavantaj
1. Sürekli Besleme		
■ 24 saat sürekli besleme ■ Yerçekimi etkisiyle damla ile besleme veya enteral pompalar aracılığıyla yapılır. ■ Mide geç boşalıyor veya barsak geçişi hızlı ise tercih edilir.	■ Diyare, reflü, bulantı, abdominal distansiyon gibi çok az komplikasyonu vardır.	■ Besleme cihazlarına fiziksel bağlılık ■ Sürekli beslenmenin olumsuz psikolojik etkileri
2. Aralıklı Besleme		
■ Günün belirli zamanlarında, 3-20 saate yayılan, dinlenme-beslenme şeklinde aralıklarla verilir. ■ Yerçekiminden yararlanarak damla ile besleme veya enteral pompalar aracılığıyla yapılır.	■ Hareket edebilme olasılığı fazla ■ Hasta için psikolojik olarak daha kabul edilebilir.	■ Daha büyük saatlik volümler daha zor tolere edilir. ■ Reflü, aspirasyon, abdominal distansiyon, diyare ve bulantı riski artar. ■ Doğrudan ince bağırsaklara verilirse daha zor tolere edilir.
3. Bolus Besleme		
■ Enjektör / damlalık seti ile hızlı ■ Beslenme ekipmanına bağlı olarak, her bolus 250-300 ml besin içerir ve günde 5-8 kez 5-10 dk.'da verilir. ■ Hastanın özefagus sfinkteri normal ve öksürme refleksi olmalıdır.	■ Güç kaynağı gerektirmez. ■ Hareket edebilme olasılığı fazla ■ Hasta için psikolojik açıdan daha fazla kabul edilebilir.	■ Reflü, aspirasyon, abdominal distansiyon, diyare ve bulantı riskinde artma ■ Doğrudan ince bağırsaklara verildiğinde iyi tolere edilemez.

2.2.2.6. Enteral Beslenmenin Komplikasyonları ve Hemşirelik Girişimleri

Enteral beslenmenin komplikasyonları 3 başlık altında gruplandırılabilir:

1. Gastrointestinal Komplikasyonlar:

- Diyare
- Bulantı- kusma, regürjitasyon
- Konstipasyon
- İntestinal psödöobstrüksiyon

2. Mekanik Komplikasyonlar:

- Aspirasyon, akciğer enfeksiyonu
- İntestinal kanal perforasyonu
- Malpozisyon
- Tüpün çıkması
- Tüpün tıkanması
- Sinüzit, otitis media
- Hemoraji, nekroz

3. Metabolik Komplikasyonlar:

- Dehidratasyon/ overhidratasyon
- Hiperglisemi/ hipoglisemi
- Elektrolit dengesizliği
- Vitamin ve eser element eksikliği

GIS komplikasyonları; % 30-38 oranında görülmektedir.⁶ Diyare, % 5- 30 oranla EN'nin en sık görülen komplikasyonudur.⁴² Diyarinin oluşmasının nedenleri arasında; besin intoleransı ve GIS disfonksiyonu yer almaktadır. Besinin hızlı verilmeyip hastanın tolere etme durumuna göre dozun arttırılması, uygulama sırasında asepsi kurallarına uyulması ve kontamine besinden kaçınılması, inatçı durumlarda gaita kültürü alınarak

nedene yönelik tedavinin planlanması diyare ile baş etmede kullanılacak başlıca girişimlerdir.

Bulantı – kusma; EN’ de % 20 oranında görülen GIS komplikasyonudur.⁶ Besin intoleransı, mekanik problemler, GIS disfonksiyonu, besin- ilaç etkileşimi ve psikososyal stresörlerin etkisi gibi nedenlerle gelişir. Alınabilecek önlemler arasında; hastaya özellikle beslenme sırasında, semifowler pozisyonunun verilmesi, besinin hızlı verilmeyip hastanın tolere etme durumuna göre dozun artırılması, uygulama sırasında asepsi kurallarına uyulması ve kontamine besinden kaçınılması, beslenme tüpünün yerinde olup olmadığının kontrol edilmesi, besin- ilaç etkileşiminin önlenmesine yönelik girişimlerin planlanması ve hastaya psikolojik ve sosyal destek sağlanması yer almaktadır. Ayrıca gastrik rezidü kontrolünün yapılması, sorunun gelişmesinin önlenmesinde etkili bir yöntemdir.^{20,25,42,44,45,46}

Konstipasyon; hareket azlığı, bağırsak motilitesinde azalma, sıvı alınmasında yetersizlik, dışkı tıkaçı oluşması ve diyetle lif eksikliği nedenleriyle görülür. Önlemler arasında; hekim kontrolünde sıvı miktarının artırılması, mümkünse hastanın mobilizasyonunun artırılması, laksatif ya da lavman uygulanması, bağırsak seslerinin dinlenmesi ve diyetin lif yönünden zenginleştirilmesi yer almaktadır.^{17,20,23,25,42,44,45,47,48}

Mekanik komplikasyonlar; %2-10 oranında görülmektedir.^{6,23}

Bu gruptaki en ciddi ve tehlikeli komplikasyon aspirasyon ve akciğer enfeksiyonudur. EN’ de, aspirasyon pnömonisi insidansı %1-4’dür.⁶ Semptomları arasında dispne, wheezing, taşikardi, ajitasyon ve siyanoz yer alır. Bu semptomlar görüldüğünde acil müdahale gereklidir. Aspirasyonun önlenmesinde en etkili uygulama; beslenme sırasında hastanın başının pozisyonunun en az yarı oturur biçimde olmasını sağlamaktır. Ayrıca her beslenmeden önce gastrik rezidü kontrolünün yapılması, bu komplikasyonun önlenmesinde etkili bir yöntemdir.^{6,42,44,49} Beslenme tüpünün yerinden oynaması ya da çıkması ve tüpün tıkanması sık görülen mekanik komplikasyonlar arasında yer alır. Tüpün tıkanmasındaki önemli

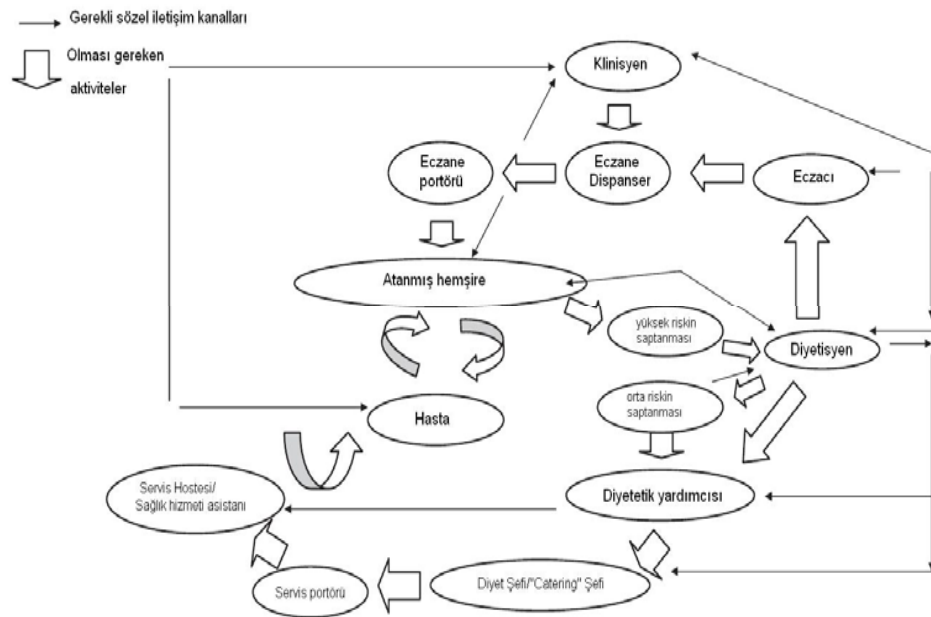
mekanizmalardan biri, beslenme solüsyonundaki proteinlerin gastrik asitle çökmesidir. Besin ve ilaç uygulamalarından sonra su ile yıkama yapılması, ilaç ve besinin birlikte verilmemesi ve tüpün tespitinin iyi bir şekilde yapılarak belli aralıklarla gözlemlenmesi alınabilecek önlemlerdendir. Beslenme tüpünün tıkanmasında ılık suyla irrigasyon önerilen girişimlerden biridir. Tüpün lokalizasyonu nazofarenjial, özefajial, gastrik ve duodenal değme noktalarında nekroz, ülserasyon, abse oluşumuna ve/veya üst ve alt havayolu komplikasyonlarına neden olabilir. Küçük çaplı, yumuşak beslenme tüpleri kullanılarak ve uygun hemşirelik bakımıyla bu sorunların çoğu azaltılabilir. Uzun süreli EN düşünülüyorsa nazoenteral tüpler yerine enterostomal tüpler yerleştirilmelidir. Literatürde; PEG ve gastrostomi tüpü yerleştirilen vakaların % 15' inde lokal yara enfeksiyonu görüldüğü belirtilmektedir.⁵⁰ Bu komplikasyonu önlemek için ise uygun stoma bakımı ve kateter kontrolü gerekir.^{6,20,25,34,42,43,44,45,49,51}

Metabolik komplikasyonların, görülme sıklığı GİS ve mekanik komplikasyonlara göre daha azdır. Dehidratasyon ve overhidrasyon sıvı alımının az ya da fazla olmasına bağlı olarak gelişir. Dehidratasyonda, altta yatan neden diyare olabilir. Bu nedenle öncelikle diyare önlenmeli ya da tedavi edilmelidir. Overhidrasyonda ise hastanın gereksiniminden fazla miktarda sıvı alımının önlenmesi gerekir. Bu nedenle, hastaya verilecek beslenme ürününün seçiminde dikkatli olunmalıdır. Hiperglisemi ve hipoglisemi enerji alımının gereksinimden fazla ya da az olması nedeniyle ortaya çıkabilir. Ayrıca insülin dozları da bu komplikasyonun gelişmesinde etkilidir. Öğün atlanmasının önlenmesi, hastaya verilen beslenme ürününün içeriğinin diyabetik diyeteye uygun olması, altta yatan nedenlerin araştırılması ve bu nedenlere yönelik tedavi uygulanması hiperglisemi ve hipogliseminin önlenmesinde etkilidir. Elektrolit dengesinde bozulma, vitamin ve eser element eksikliği metabolik komplikasyonlar arasında yer almaktadır. Bu komplikasyonun gelişmesini önlemek için hastaya en uygun besin formülleri seçilmelidir. Komplikasyon

geliştiğinde semptomlara yönelik tedavinin yanı sıra, enteral beslenme ürün çeşidinde de düzenleme yapılmalıdır. ^{6,25,26,33,42,44,49}

2.3. Enteral Beslenme Süreci

Hastanın hastanede yattığı sürede enteral beslenme; hekim, hemşire ve diyetisyenin işbirliği ile uygulanır. EN’de ekip işbirliği, en temel yaklaşım olup ekibin işleyişi şekil 2. 4’ de özetlenmiştir:



Şekil 2. 4. Beslenme Zinciri ¹⁹

2.3.1. Enteral Beslenme ve Evde Bakım

Hasta taburcu olduktan sonra enteral beslenmenin evde aynen devam ettirilmesi gerekir. Evde enteral beslenme programının güvenli ve etkili olmasını sağlamak için evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyulmaktadır. 2005 yılı, ASPEN önerilerine göre; enteral beslenme, kronik durumlarda evde de devam etmesi gereken bir uygulama olup hastanedeki sağlık bakım ekibi ile evdeki sağlık bakım ekibinin yakın işbirliğini gerektirir.^{19,20,21}

Hastaneden taburcu olan hastaların evde enteral beslenme kriterleri açısından değerlendirilerek bir beslenme programının başlatılması gerekir. Akat' ın bildirdiğine göre; Greene ve arkadaşları evde enteral beslenme yapılacak hastaların seçiminde kullanılacak kriterleri şu şekilde özetlemişlerdir: ⁴⁹

- Orta veya şiddetli malnütrisyon,
- Hastanın, hastanede yattığı süre içinde, besinlerin istenen oranda ve sürekli şekilde infüzyonunu tolere etmiş olması,
- Altta yatan hastalığın artık hastanede yatmayı gerektirmemesi,
- Hastanın tüple beslenmeyi evde yapmak istemesi,
- Uygun aile desteği,
- Hastanın nörolojik, metabolik veya anatomik komplikasyonlardan uzak olmasıdır.

Evde enteral beslenmenin sağlıklı bir şekilde uygulanabilmesi için şu kriterlerin karşılanması gerekir:

1. Kriter: Hasta ya da hasta yakınına, enteral beslenme konusunda uzman kişilerce iyi bir eğitim verilmelidir. ^{20,48} Eğitim programı aşağıdaki konuları içermelidir:

1. Besini hazırlama
2. Hijyen ve asepsi kuralları
3. Enteral beslenme pompa ve/ veya diğer araç- gereçlerin kullanımı
4. Tüpü yıkama, gastrik rezidü kontrolü yapma, stoma bakımı
5. Komplikasyonlar ve komplikasyonlara yönelik acil girişimler

2. Kriter: Hasta ve yakınları, enteral beslenme için gerekli tüm malzemelere ulaşabilmelidir. ^{45,47} Bu malzemeler şunlardır:

1. Beslenme setleri (pompa seti ya da gravity set)
2. Gavaj enjektörü, pansuman malzemeleri
3. Gerekli durumlarda enteral beslenme pompası

3. Kriter: Hastalar, evlerinde düzenli ziyaret edilmeli ve eğitimde süreklilik sağlanmalıdır. Ayrıca sağlık profesyonellerine 24 saat ulaşılabilirlik olmalı, hasta ya da yakını her an danışmanlık alabilmelidir.^{20,21,22,25,33,47,49,}

4. Kriter: Hastalar belli aralıklarla hekim tarafından evlerinde ya da sağlık kuruluşlarında düzenli olarak kontrolden geçirilmelidir (Örn. fizik muayene, metabolik ölçümler vb.).^{21,25,33,47,49}

Evde enteral beslenme, multidisipliner bir yaklaşımla, birçok otoritenin desteğini gerektiren bir uygulamadır. Aksi halde, hastaların birçok sorunla karşı karşıya kalması kaçınılmazdır. ABD’ de vakalar üzerinde yapılan çalışmalarda; fizyolojik sorunların yanı sıra, hastaların sosyal izolasyon, anksiyete, depresyon, öfke, suçluluk, iş kaybı ve çalışamama ve aile ilişkilerinde bozulma vb. sorunlar yaşadıkları saptanmıştır.⁵¹ ABD’ de evde enteral ve parenteral beslenme desteği alan hastalar için sosyal destek ve dayanışma sağlayan, hasta/hasta yakınları için düzenli eğitim seminerleri düzenleyen merkezler bulunmaktadır (Örn. Oley Foundation).

Türkiye’ de, evde enteral beslenmeye yönelik olarak eğitim ve danışmanlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı tarafından uygunluk belgesi verilmiş olan özel sektöre bağlı olarak çalışan enteral beslenme ve eğitim hemşireleri tarafından ücretsiz verilmektedir. Bu hizmetin finansal desteği, hastaların kullandıkları beslenme ürünlerinin üretici firması tarafından sağlanmaktadır. Halen yürürlükte olan yasalarda evde bakım ile ilgili maddeler bulunmasına rağmen; evde bakım hizmetlerinin tüm yönlerini kapsayan ve kamu hizmeti olarak değerlendirilen bir düzenleme bulunmamaktadır.⁵²

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, evde tüple enteral beslenen hastaların yaşadıkları sorunları ve bu sorunlara yönelik girişimleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara İli sınırlarında yaşayan ve evde tüple enteral beslenen hastalara yönelik olarak yapılmıştır. Ankara’ da evde tüple enteral beslenen hastaların takibi, Sağlık Bakanlığı tarafından evde bakım hizmeti uygunluk belgesi verilmiş olan özel sektöre bağlı olarak çalışan Enteral Beslenme ve Eğitim Hemşireleri tarafından ücretsiz olarak yapılmaktadır. Bu hizmetin finansal desteği, hastaların kullandıkları beslenme ürünlerinin üretici firması tarafından sağlanmaktadır. EBEH, hastaya ve ailelerine, enteral beslenmeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti sunmaktadır. Evde tüple enteral beslenen hastalara, hastanede beslenme tüpü takılmaktadır. Hastaların bu hizmetten yararlanabilmeleri için taburcu oldukları hastanelerden hastanın hekiminin yazdığı beslenme ürününün raporu gerekmektedir. Hekim ya da diyetisyen evde beslenen hasta için EBEH tarafından takibine onay vermektedir. Bu doğrultuda EBEH, hastaya en az ayda bir kez gereksinimine göre ev ziyareti yaparak veya telefonla arayarak eğitim ve danışmanlık hizmeti vermektedir. Eğitim ve danışmanlık hizmeti kapsamında; besinin hazırlanmasının, EN’de hijyen ve asepsi kurallarının, EN’de kullanılan araç- gereçlerin (beslenme pompası, beslenme seti, gavaj enjektörü vb.) kullanımının, beslenme tüpünün bakımının ve komplikasyonlara yönelik olarak yapılabilecek girişimlerin hasta/ hasta yakınına uygulamalı olarak anlatılması yer almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara İli sınırlarında yaşayan, evde üç aydan uzun süredir tüple enteral beslenen ve evde bakım hizmeti sunan özel şirkete kayıtlı olan tüm yetişkin hastalar oluşturmuştur. Hasta ve yakınlarının kendi durumlarının ve yaşadıkları sorunların farkında olabilmeleri için bir

deneyim sürecinden geçmeleri gerekmektedir. Bu nedenle, üç aydan uzun süre evde enteral beslenen hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın özel şirketin kayıtlarındaki hastalar üzerinde yürütülmesinin nedeni, özel şirkette hasta kayıtlarının eksiksiz ve düzenli tutulmasıdır. Eylül 2009 tarihi itibarıyla, özel şirketin Ankara Şubesi' nin sisteminde kayıtlı bulunan, Ankara İli sınırlarında yaşayan ve enteral yolla beslenen yetişkin hasta sayısı 115' dir. Araştırma kapsamında 50 hasta değerlendirilmiştir (115 hastanın: 35'i üç aydan daha kısa süre evde enteral beslenmektedir. 10'u bakım evinde kalmaktadır ve hasta/hasta yakını ile görüşme yapma olanağı olamamıştır. Araştırma süresi içinde 10 hasta yaşamını kaybetmiş, dört hasta hastaneye tekrar yatmış, üç hasta/ hasta yakını araştırmaya katılmayı kabul etmemiş ve üç hasta şehir dışına gitmiştir).

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Formalarının Hazırlanması

Araştırmada veriler, araştırmacının deneyimine ve literatüre dayanarak hazırladığı soru formu aracılığı ile elde edilmiştir (Ek 1).
3,4,5,6,11,16,17,19,20,21,22,25,26,27,28,32,33,34,39,40,42,43,45,47,48,50,51 Soru formu, üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastanın tanıtıcı bilgilerine yönelik 11 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aylık gelir durumu vb.), ikinci bölümde tüple enteral beslenmeye ilişkin bilgilere yönelik 10 soru (beslenme yolu, beslenme şekli, evde enteral beslenme süresi vb.) yer almaktadır. Üçüncü bölümde hastaların enteral beslenmeye ilişkin fizyolojik, psikososyal ve ekonomik sorunları ile bu sorunlara yönelik girişimlerini belirlemeyi sorgulayan 25 soru (bulantı- kusma ile karşılaşma, anksiyete, araç-gereç sağlama ile ilgili sorun yaşayıp yaşamama vb.) bulunmaktadır.

3.4.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Araştırmanın ön uygulama ve uygulamasının yapılabilmesi için evde bakım hizmeti veren özel şirketten yazılı izin alınmıştır (Ek 2). Araştırmanın ön uygulaması, araştırma evreninden rastgele seçilen 10 hasta ile Temmuz 2009' da yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda, veri toplama formunda

herhangi bir değişiklik yapılması gerekmemiştir. Bu nedenle, ön uygulama yapılan hastalar araştırma kapsamında bırakılmıştır. Araştırmada, veri toplama formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yapılarak doldurulmuştur. Veri toplama formunun doldurulması 20-30 dakika sürmüştür. Hastalar, araştırmacı tarafından evlerinde, önceden randevu alınarak ziyaret edilmiştir. Aydınlatılmış onam formu; ilgili açıklamalar yapılarak, hasta onaylayabilir durumda ise hastaya, değilse yakınına imzalatılmıştır (Ek 3). Araştırmada hastaların yaşadıkları sorunlara ilişkin veriler öncelikle hastalardan elde edilmiştir. Ancak hastanın kendisini sözlü ve/veya yazılı ifade edemediğı durumlarda, veriler hastanın primer bakım vericisi konumunda olan kişiden elde edilmiştir. Araştırmada, veri toplama formlarının üçü hastadan, 45'i hastanın birinci derece yakını olan kişiden, ikisi ise bakıcısından alınan bilgiler doğrultusunda doldurulmuştur.

3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama formu aracılığı ile elde edilen verileri araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılmış ve değerlendirilmiştir. Bu amaçla SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar çeşitli değişkenlere göre tablolar halinde verilmiştir. Tabloların tamamında sayı ve yüzdelik hesapları kullanılmıştır.

Hastaların bilinç durumuna ilişkin değerlendirmeleri “Ek 4” de belirtilen kriterlere göre yapılmıştır.⁵³ Hastaların yaşam aktivitelerine ilişkin bağımlılık düzeylerinin değerlendirmeleri “Ek 5” de belirtilen “Yaşam Aktiviteleri Değerlendirme Listesi” ne göre yapılmıştır.³¹

Açık uçlu sorulara (1, 6, 7, 8, 14, 16, 18 ve III. bölümdeki soruların hepsi) verilen cevaplar ise hasta/ hasta yakınının ifadesine sadık kalarak araştırmacı tarafından gruplandırılarak sunulmuştur.

4. BULGULAR

4. 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=50)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	31	62.0
Erkek	19	38.0
Yaş		
50 ve altı	9	18.0
51-60	3	6.0
61-70	8	16.0
71-80	14	28.0
81-90	12	24.0
91-100	4	8.0
Medeni Durum		
Evli	26	52.0
Bekar	24	48.0
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	14	28.0
Okur-yazar	6	12.0
İlköğretim	17	34.0
Ortaöğretim	5	10.0
Yükseköğretim	8	16.0
Aylık Gelir Durumu		
500-750 TL	14	28.0
750-1000 TL	12	24.0
1000-2000 TL	20	40.0
2000-3000 TL	1	2.0
3000 TL üstü	3	6.0
Evde yaşayan kişi sayısı		
2 kişi	9	18.0
3 kişi	17	34.0
4 kişi	14	28.0
5 kişi	5	10.0
6 kişi ve üstü	5	10.0
Bakım veren kişinin hastayla yakınlık derecesi		
Kızı	15	30.0
Bakıcı	13	26.0
Eşi	7	14.0
Gelini	6	12.0
Annesi	5	10.0
Oğlu	2	4.0
Kardeşi	1	2.0
Kendisi	1	2.0
Yaşların ortalaması : $\bar{X} = 69.08 \pm 9.25$ yıl		

Tablo 4.1’ de, araştırma kapsamına alınan hastalara ilişkin tanıtıcı özellikler verilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere; hastaların % 62.0’ı kadın ve % 82.0’ı 51 ve üstü yaş grubundadır. Hastaların % 52.0’ının evli olduğu, % 34.0’ının ilköğretim mezunu olduğu ve % 28.0’ının okur yazar olmayan grupta yer aldığı saptanmıştır. Hastaların aylık gelir durumlarının, 2000 TL ve altında yoğun dağılım gösterdiği (% 92.0), 2000 TL üstü aylık gelir grubunda bulunan hasta oranının % 8.0 olduğu belirlenmiştir. Hastaların % 80.0’ının evde birlikte yaşadığı kişi sayısı dört ve altındadır. Hastaların % 26.0’ının evde bakıcısının bulunduğu, bakıcısı olmayan grubun aile bireylerinden destek aldığı ve hastaların % 30.0’ının en çok destek aldığı aile bireyinin kızı olduğu, hastaların sadece % 2.0’ının kendi bakımını üstlendiği saptanmıştır.

4. 2. Hastaların Genel Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı (n=50)

Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler		Sayı	%
Tıbbi Tanı			
Serebro Vasküler Olay (SVO)		22	44.0
Hiposik ensefalopati		8	16.0
Alzheimer		7	14.0
Demans		3	6.0
Parkinson		3	6.0
MS		2	4.0
ALS		2	4.0
Kafa travması		1	2.0
Kanser		1	2.0
SSPE		1	2.0
Bilinç Düzeyi			
Açık		27	54.0
Letarjik		16	32.0
Stupor		6	12.0
Yarı koma		1	2.0
Hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili bağımlılık düzeyleri			
Beslenme	Tam bağımlı	44	88.0
	Kısmen bağımlı	6	12.0
	Bağımsız	-	-
Giyinme	Tam bağımlı	41	82.0
	Kısmen bağımlı	8	16.0
	Bağımsız	1	2.0
Boşaltım	Tam bağımlı	41	82.0
	Kısmen bağımlı	5	10.0
	Bağımsız	4	8.0
Hareket	Tam bağımlı	41	82.0
	Kısmen bağımlı	8	16.0
	Bağımsız	1	2.0
Banyo	Tam bağımlı	46	92.0
	Kısmen bağımlı	3	6.0
	Bağımsız	1	2.0

Tablo 4.2' de, hastaların genel sağlık durumuna ilişkin özellikleri verilmiştir. Hastaların tıbbi tanılarının % 90.0'ını kronik nörolojik hastalıkların, % 8.0'ını kronik nörolojik kas hastalıklarının ve % 2.0'ını ise, kanserin oluşturduğu belirlenmiştir. Hastaların % 54.0'ının bilinç durumunun açık, % 32.0'mın letarjik, % 12.0'ının stupor ve % 2.0'mın yarı koma düzeylerinde olduğu belirlenmiştir.

Hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili bağımlılık durumlarına bakıldığında; beslenme durumu ile ilgili olarak % 88.0'mın tam bağımlı, % 12.0'ının kısmen bağımlı olduğu ve bağımsız durumda hasta olmadığı görülmüştür. Hastaların % 82.0'mın giyinme aktivitesi ile ilgili olarak tam bağımlı olduğu, kısmen bağımlılık durumlarının % 16.0 olduğu ve bu konuda bağımsız hasta oranının sadece % 2.0 olduğu gözlenmiştir. Boşaltım gereksiniminin karşılanmasında, hastaların % 82.0'mın tam bağımlı, % 10.0'ının kısmen bağımlı ve % 8.0'ının bağımsız olduğu belirlenmiştir. Hastaların hareket edebilme durumu ile ilgili olarak; % 82.0'mın tam bağımlı, % 16.0'ının kısmen bağımlı olduğu ve % 2.0'ının bağımsız olduğu görülmüştür. Hastaların banyo gereksiniminin karşılanmasında % 92.0'mın tam bağımlı, % 6.0'ının kısmen bağımlı olduğu ve % 2.0'ının bağımsız olduğu belirlenmiştir.

4. 3. Hastaların Taburculuk Eğitimi Almalarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%*
Taburcu olunan hastane türü (n=50)		
Üniversite Hastanesi	30	60.0
Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi	19	38.0
Özel Hastane	1	2.0
Taburculuk Eğitimi Alma Durumu (n=50)		
Alan	14	28.0
Almayan	36	72.0
Taburculuk Eğitiminin Bilgi Gereksinimi Karşılama Durumu (n=14)		
Karşıladı	5	35.7
Karşılamadı	9	64.3
Eğitim Konuları (n=14)*		
Beslenme ürününü uygulama	14	100
İlaç uygulama	12	85.7
Beslenme sondasının bakımı	8	57.1
Araç-gereç temizliği ve hijyen	4	28.6

* Birden fazla cevap verilmiştir, yüzdelere “n” üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3’de hastaların taburculuk eğitimi almalarına ilişkin özelliklerinin dağılımları verilmiştir. Hastaların % 60.0’ ının Üniversite, % 38.0’ ının ise Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri’ nden taburcu olduğu saptanmıştır. Hasta/hasta yakınlarının, taburcu olurken hastanede, evde enteral beslenmeye yönelik eğitim alma oranı % 28.0’dır. Taburculuk eğitimi alan hasta/hasta yakınlarının tamamı ürün uygulama, % 85.7’si tüpten ilaç uygulama, % 57.1’i beslenme sondasının bakımı, % 28.6’sı araç-gerecin temizliği ve hijyen konularında eğitim aldıklarını ve % 64.3’ü bu eğitimin bilgi gereksinimlerini istenilen ölçüde karşılamadığını ifade etmişlerdir.

4. 4. Hastaların Evde Enteral Beslenmeye Yönelik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%*
Beslenme Yolu (n=50)		
PEG	40	80.0
NG	7	14.0
Gastrostomi	3	6.0
Beslenme Şekli (n=50)		
Aralıklı	43	86.0
Sürekli	4	8.0
Bolus	3	6.0
Enteral Beslenme Süresi (n=50)		
0-12 ay	16	32.0
13-24 ay	20	40.0
25-36 ay	8	16.0
37-48 ay	3	6.0
49 ay ve üstü	3	6.0
Ortalama Enteral Beslenme Süresi: $\bar{X} = 21.78 \pm 15.63$ ay		
Evde Beslenmeye İlişkin Düzenleme Yapılma Durumu (n=50)		
Yapılan	49	98.0
Yapılmayan	1	2.0
Evde Yapılan Düzenleme Türü (n=49)*		
Araç-gereç (beslenme seti, gavaj enjektörü vb.) sağlanması	46	93.9
Basınç azaltıcı/giderici destek yüzeyi	44	89.8
Ayrı oda	35	71.4
Özel hasta karyolası	26	53.1
Bakıcı sağlanması	13	26.5
Tekerlekli sandalye	7	14.3
Baston, yürüteç vb.	3	6.1
Yeni bir eve taşınma	1	2.0
Tuvalet mobilizasyon sandalyesi	1	2.0
Hastaların/Hasta Yakınlarının Evde EBEH Hizmetinden Memnun Olma Durumu		
Çok memnun olan	41	82.0
Memnun olan	9	18.0

* Birden fazla cevap verilmiştir, yüzdeler “n” üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.4' de hastaların evde enteral beslenmeye ilişkin özellikleri verilmiştir. Hastaların % 80.0'nin PEG, % 14.0'nin NG ve % 6.0'ının gastrostomi yoluyla enteral beslendiği saptanmıştır. Hastaların % 86.0'ı aralıklı şekilde beslenmekte olup, ortalama enteral beslenme süresi ; $\bar{x} = 21.78 \pm 15.63$ aydır. Hastaların % 98.0'ında, evde beslenmeye ilişkin özel düzenleme yapıldığı belirlenmiştir. Evde yapılan özel düzenlemeler arasında; % 93.9 oranında araç gereç (beslenme seti, gavaj enjektörü vb.) sağlama, % 89.8 oranında basınç azaltıcı/giderici yatak sağlama, % 71.4 oranında ayrı oda sağlama, % 53.1 oranında özel hasta karyolası (baş kısmı yükselebilen) sağlama ve % 2.0 oranında başka bir eve taşınma yer almaktadır. Hasta ya da hasta yakınlarının % 82.0'ı evde EBEH hizmetinden çok memnun, %18.0'ı ise memnun olduklarını belirtmişlerdir.

4. 5. Hastaların Tüple Enteral Beslenirken Yaşadıkları Enfeksiyon Sorunu ve Yapılan Girişimlerin Dağılımı (n= 50)

Sorunlar	Sıklık	Sayı	%	Girişimler*	Sayı	% **
Aspirasyon Pnömonisi (n=6, % 12)	1	5	83.3	Hastayı acilen hastaneye götürme	6	100.0
				Nazal tüpten enterostomal tüpe geçilmesi	4	66.7
	2	1	16.7	Ürünü kesme	1	16.7
				Transözefagial fistül nedeniyle hekime danışma	1	16.7
Tüp Enfeksiyonu (n=9, % 18)	1	8	88.9	Hastanede tüpü değiştirme	8	88.9
				EBEH' ne danışma	2	22.2
	2	1	11.1	Hekime telefonla danışarak antibiyotik kullanma	1	11.1
				Ürün miktarını azaltma	1	11.1

* Birden fazla cevap verilmiştir.

** Yüzdeler sorun gelişen birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.5' de, hastaların tüple enteral beslenirken yaşadıkları enfeksiyon sorunu ve yapılan girişimlerin dağılımları verilmiştir. Tablodan da anlaşıldığı üzere; hastaların % 12.0'ında (n=6) aspirasyon pnömonisi gelişmiştir. Hastaların %83.3'ünde (n=5) bir kez aspirasyon pnömonisi sorunu ile karşılaşmıştır. Aspirasyon pnömonisi gelişen hastaların tümü hastaneye götürülmüş ve % 66.7'sinde (n=4) nazal tüpten enterostomal tüple beslenmeye geçilmiştir.

Hastaların % 18.0'ında (n=9) tüp giriş yerinde enfeksiyon gelişmiştir. Tüp enfeksiyonu, hastaların % 88.9'unda (n=8) bir kez görülmüştür. Tüp enfeksiyonu gelişen hastaların %88.9'una (n=8), hastanede tüp değişimi yapılmıştır.

4. 6. Hastaların Tüple Enteral Beslenirken Yaşadıkları GİS / Metabolik Sorunlar ve Yapılan Girişimlerin Dağılımı (n=50)

Sorunlar	Sıklık	Sayı	%	Girişimler*	Sayı	%**
Kusma (n=29, % 58)	1	11	37.9	Başını yüksekte tutma	19	65.5
	2	6	20.8	EBEH' ye danışma	17	58.6
	3	1	3.4	Ürünü kesme / durdurma	16	55.2
	4	2	6.9	Ürün miktarını azaltma	13	44.8
	5	4	13.8	Ağız içini temizleme, havayollarını açma	8	27.6
	10	3	10.3	Postüral drenaj yapma	4	13.8
	Sık	2	6.9	Sıvı miktarını artırma	3	10.3
				Hastaneye götürme	2	6.9
				PEG taktırma	1	3.4
Konstipasyon (n=22, % 44)	1	1	4.5	Laksatif kullanma	16	72.7
	3	1	4.5	Lavman uygulama	12	54.5
	5	2	9.1	Sıvı miktarını artırma	5	22.7
	10	2	9.1	Hareketi artırma	4	18.2
	Sık	16	72.8	Erik, kayısı suyu yada bitki çayı verme	3	13.6
				Anorektal uyarı yapma	1	4.5
				Ürünü azaltma	1	4.5
Diyare (n= 19, % 38)	1	5	26.3	Ürün miktarını azaltma	9	47.4
	2	6	31.5	Sıvı miktarını artırma	8	42.1
	3	1	5.3	Antidiyaretik ilaç kullanma	7	36.8
	4	1	5.3	EBEH' ye danışma	5	26.3
	5	1	5.3	Ürünü daha yavaş gönderme	3	15.8
	7	2	10.5	Girişim yok	3	15.8
	10	2	10.5	Ürünü sulandırma / seyreltme	2	10.5
	20	1	5.3	Ürünü durdurma	1	5.2
				Hastaneye götürme	1	5.2
				Ürün değişimi	1	5.2
				İshal diyeti başlama	1	5.2
				Gaita kültürü yaptırma	1	5.2
Dehidratasyon (n=1, % 2)	1	1	100	Hastayı hastaneye götürüp infüzyon desteği uygulanması	1	100
Abdominal distansiyon (n=1, % 2)				EBEH' ye danışma	1	100
	4	1	100	Ürünü azaltma	1	100
				Eve ücretle hekim çağırma	1	100

* Birden fazla cevap verilmiştir.

** Yüzdeler sorun gelişen birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4. 6 'da, hastaların tüple enteral beslenirken yaşadıkları GİS/ metabolik sorunlar ve yapılan girişimlerin dağılımları verilmiştir. Tabloya göre; kusma, % 58.0 (n=29) oranla en sık karşılaşılan sorundur. Kusma, hastaların % 58.7' sinde (n=17) bir ya da iki kez görülmüştür. Hasta/ hasta yakınlarının kusma sorununa yönelik olarak yaptıkları girişimler arasında ilk üç sırada; % 65.5 (n=19) oranında hastanın başını yüksekte tutma, % 58.6 (n=17) oranında EBEH' ye danışma ve % 55.2 (n=16) oranında beslenme ürününü kesme/ durdurma yer almaktadır.

Hastalarda ikinci sırada görülen GİS sorunu konstipasyon olup, % 44.0'ında (n=22) gelişmiştir. Konstipasyonu olan hastaların % 72.8' inin (n=16), bu sorunu sık yaşadıkları belirtilmiştir. Hasta ya da yakınlarının, soruna yönelik olarak yaptıkları girişimler arasında ilk üç sırada; % 72.7 (n=16) oranında laksatif kullanma, % 54.5 (n=12) oranında lavman uygulama ve % 22.7 (n=5) oranında sıvı miktarını artırma yer almaktadır.

Diyare, hastaların % 38.0'ında (n=19) gelişmiştir. Diyarenin, hastaların % 57.8' inde (n=11) bir ya da iki kez görüldüğü belirlenmiştir. Hasta/ hasta yakınlarının, soruna yönelik olarak yaptıkları girişimler arasında ilk üç sırada; % 47.4 (n=9) oranında beslenme ürününün miktarını azaltma , % 42.1 (n=8) oranında sıvı miktarını artırma ve % 36.8 (n=7) oranında antidiyaretik ilaç kullanma yer almaktadır. Hastaların % 15.8'inde (n=3) ise herhangi bir girişim yapılmadığı ifade edilmiştir.

Hastaların % 2.0'ında dehidratasyon ve abdominal distansiyon geliştiği belirlenmiştir.

Tablo 4. 7. Hastaların Tüpü Enteral Beslenirken Yaşadıkları Mekanik Sorunlar ve Yapılan Girişimlerin Dağılımı (n=50)

Sorunlar	Sıklık	Sayı	%	Girişimler *	Sayı	%**
Tüpün tıkanması (n=15, % 30)	1	3	20.0	Ilık suyla irrigasyon yapma	14	93.3
	2	4	26.6	EBEH' ye danışma	4	26.7
	5	1	6.7	Hastanede tüpü değiştirme	2	13.3
	7	1	6.7	Elle tüpü mekanik olarak uyarma	1	6.7
	10	1	6.7	Hastanede tüpü açtırma	1	6.7
	15	2	13.3			
	Sık	3	20.0			
Enterostomal tüpün çıkması (n=14, % 28)	1	11	84.6	Hastanede yeni tüp taktırma	11	78.6
	2	1	7.7	Çıkan tüpü ileri itme	2	14.3
	5	1	7.7	EBEH' ye danışma	2	14.3
Nazal tüpün çıkması (n=8, % 16)	1	3	37.5	Hasta yakınının yeni tüp takması	4	50.0
	2	1	12.5	Hastanede yeni tüpün takılması	3	37.5
	3	1	12.5	Evde ücretle yeni tüp takılması	3	37.5
	4	1	12.5			
	15	2	25.0			

. * Birden fazla cevap verilmiştir.

** Yüzdelere sorun gelişen birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4. 7' de hastaların tüpü enteral beslenirken yaşadıkları mekanik sorunlar ve yapılan girişimlerin dağılımları verilmiştir. Tablodan da görüldüğü gibi hastalarda en çok karşılaşılan mekanik sorun tüpün tıkanmasıdır (n=15). Sorun gelişen hastaların % 46.6' sında (n=7) bir ya da iki kez, % 20.0' ında (n=3) ise sık sık tüpün tıkanması belirlenmiştir. Hasta/ hasta yakınlarının bu soruna yönelik olarak yaptıkları girişimler arasında; % 93.3 (n=14) oranında, ılık su ile tüpün irrigasyonunu yapma ve % 13.3 (n=2) oranında hastanın hastaneye götürülerek tüpünün değiştirilmesi yer almaktadır.

Enterostomal tüp çıkması sorunu, % 28.0 (n=14) oranında görülmüştür. Bu hastaların %84.6'sında (n=11) bir kez ve bir hastada ise beş kez enterostomal tüp

çıkmiştir. Soruna yönelik olarak, hasta ya da yakınlarının yaptıkları girişimler arasında; % 78.6 (n=11) oranında hastaya, hastanede yeni tüp taktırma, % 14.3 (n=2) oranında çıkan tüpü ileri doğru itme ve % 14.3 (n=2) oranında konuyla ilgili EBEH' ye danışma yer almaktadır.

Araştırma kapsamında bulunan hastaların % 6.0'ında (n=8) ise nazal tüpün çıkması sorunu ile karşılaşmıştır. Bu hastaların % 37.5'i (n=3) sorunla bir kez karşılaşmış olup dört kezden fazla karşılaşan hasta oranı ise % 25.0 (n=2)'dir. Hasta/ hasta yakınları soruna yönelik girişim olarak; % 50 (n=4) oranında hasta yakınının nazal tüpü kendisinin taktığını, % 37.5 (n=3) oranında hastayı hastaneye götürerek yeni tüpün taktırıldığını ve % 37.5 (n=3) oranındada eve ücretle sağlık görevlisi çağrılarak yeni nazal tüp taktırdıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4. 8. Hastaların Tüple Enteral Beslenirken Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar ve Yapılan Girişimlerin Dağılımı (n=29)

Sorunlar	Sayı	%	Girişimin türü *	Sayı	%**
Anksiyete (n=29)	29	100	Aile desteği	16	55.2
			Hekim önerisiyle anksiyete giderici ilaç kullanma	13	44.8
			Herhangi bir girişim yok	7	24.1
			Psikolojik danışmanlık alma	6	20.7
			Dokunma	1	3.4
Ağlama- Bağırma (n=29)	20	69.0	Aile desteği	12	60.0
			Hekim önerisiyle anksiyete giderici ilaç kullanma	8	40.0
			Herhangi bir girişim yok	3	15.0
			Psikolojik danışmanlık alma	2	10.0
			Dokunma	1	5.0
Beden algısında ve benlik saygısında bozulma (n=29)	14	48.3	Herhangi bir girişim yok	11	78.6
			Aile desteği	2	14.3
			Psikolojik danışmanlık alma	1	7.1
			Hekim önerisiyle anksiyete giderici ilaç kullanma	1	7.1
Aile - arkadaş ilişkilerinde bozulma (n=29)	10	34.5	Herhangi bir girişim yok	6	60.0
			Eskiden ilişkisi olan kişilerle görüşmeme	5	50.0
Saldırganlık (n=29)	7	24.1	Hekim önerisiyle anksiyete giderici ilaç kullanma	5	71.4
			Aile desteği	3	42.9
			Psikolojik danışmanlık alma	3	42.9
Öfke (n=29)	6	20.7	Psikolojik danışmanlık alma	3	50.0
			Hekim önerisiyle anksiyete giderici ilaç kullanma	3	50.0
			Aile desteği	2	33.3
			Herhangi bir girişim yok	1	16.7
Depresyon (n=29)	5	17.2	Hekim önerisiyle antidepresan ilaç kullanma	5	100
			Psikolojik danışmanlık alma	3	60.0
			Herhangi bir girişim yok	1	20.0
			Aile desteği	1	20.0
İş veriminde azalma / çalışamama (n=50)	7	14.0	Diğer aile bireylerinden ekonomik destek alma	4	57.1
			Devletten ekonomik yardım alma	3	42.9
			Malulen emekli aylığı alma	1	14.3
			Gayrimenkul satma	1	14.3

Tablo 4.8' in devamı

Suçluluk (n=29)	2	6.9	Herhangi bir girişim yok	1	50.0
			Aile desteği	1	50.0
EN tedavisine direnç gösterme (n=29)	1	3.4	Herhangi bir girişim yok	1	100
Diğer sorunlar*** (n=29)	6	20.7	Herhangi bir girişim yok	5	83.3
			Aile desteği	1	16.7

* Birden fazla cevap verilmiştir.

** Yüzdeler sorun yaşayan birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

*** Kasılma, dış gıcırdatma ve kalabalıktan tedirgin olma sorunlarını içermektedir.

Tablo 4.8' de hastaların tüple enteral beslenirken yaşadıkları psikososyal sorunlar ve yapılan girişimlerin dağılımları verilmiştir. Hastaların bilinç durumu nedeniyle psikososyal yönden değerlendirme yapılabilen hasta sayısı 29' dur. Tablodan anlaşıldığı üzere; hastaların karşılaştıkları psikososyal sorunlar arasında ilk dört sırada anksiyete, ağlama-bağırma, beden algısında ve benlik saygısında bozulma ve aile-arkadaş ilişkilerinde bozulma yer almaktadır.

Değerlendirme yapılabilen hastaların tümünde anksiyete (n=29) ifade edilmiştir. Soruna yönelik olarak yapılan girişimler arasında; %55.2 (n=16) oranında aile desteği, % 44.8 (n=13) oranında hekim önerisiyle anksiyete giderici ilaç kullanma ve % 20.7 (n=6) oranında psikolojik danışmanlık alma yer almaktadır. Hastaların % 24.1'inde (n=7) ise soruna yönelik olarak herhangi bir girişim yapılmadığı ifade edilmiştir.

Hastaların % 69.0'ında (n=20) ağlama- bağırma görülmüştür. Bu soruna yönelik olarak yapılan girişimler arasında; % 60.0 (n=12) oranında aile desteği ve % 40.0 (n=8) oranında hekim önerisiyle anksiyete giderici ilaç kullanma yer almaktadır. Beden algısında bozulma ve benlik saygısında azalma hastaların % 34.5' inde (n=14) ifade edilmiştir. Bu soruna yönelik olarak; hastaların %78.6'sında (n=11), herhangi bir girişimde bulunulmadığı belirtilmiştir.

Aile - arkadaş ilişkilerinde bozulma % 34.5 (n=10) oranında belirtilmiştir. Soruna yönelik olarak; % 60.0 (n=6) oranında herhangi bir girişim yapılmadığı belirtilirken % 50.0 (n=5) oranında eskiden ilişki içinde olunan kişilerle görüşülmediği ifade edilmiştir.

Tablo 4. 9. Hastaların Tüple Enteral Beslenirken Yaşadıkları Ekonomik Sorunların Dağılımı (n=50)

Sorunlar*	Sayı	%**
Araç - gereç (beslenme seti, gavaj enjektörü, pansuman malzemeleri vb.) sağlama ile ilgili sorunlar	47	94.0
Evde sağlık hizmetine bütçe ayıramama	40	80.0
Hastanın transferinde ambulans vb. hizmetler ile ilgili giderleri karşılamada güçlük	22	44.0
Hasta için uygun çevre sağlayamama ***	15	30.0
Bakıcı tutamama	10	66.7
Ekonomik nedenlerle özel hasta karyolası alamama	7	46.7
Ayrı oda sağlayamama	4	26.7
Uygun fiziksel mekan temin edememe (ısınma, havalandırma vb.)	4	26.7

* Birden fazla cevap verilmiştir.

** Yüzdelere sorun gelişen birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

***Bakıcı tutamama, ekonomik nedenlerle özel hasta karyolası alamama, ayrı oda sağlayamama ve uygun fiziksel mekan temin edememe sorunlarını kapsamaktadır.

Tablo 4. 9’ da, hastaların tüple enteral beslenirken yaşadıkları ekonomik sorunların dağılımları verilmiştir.

Tabloda, hastaların % 94.0’ının (n=47) araç- gereç (beslenme seti ve gavaj enjektörü) sağlama ile ilgili sorun yaşadıkları görülmektedir.

% 30 (n=15) oranında hasta için uygun çevre sağlama ile ilgili sorun yaşandığı belirtilmiştir. Bu konuyla ilgili sorunlar kendi aralarında; % 66.7 (n=10) oranında bakıcı tutamama , % 46.7 (n=7) oranında ekonomik nedenlerle özel hasta karyolası alamama % 26.7 (n=4) oranında hasta için ayrı oda sağlayamama ve %26.7 (n=4) oranında hasta için uygun fiziksel mekan sağlayamama şeklinde dağılım göstermiştir.

Evde sağlık hizmetine bütçe ayıramama sorununun % 80.0 (n=40) oranında yaşandığı belirtilmiştir.

Hastanın transferinde, ambulans vb. hizmetler ile ilgili giderleri karşılamada güçlük % 44.0 (n=22) oranında ifade edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, evde tüple enteral beslenen hastaların yaşadıkları sorunları ve bu sorunlara yönelik yapılan girişimleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma kapsamında toplam 50 hasta değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğu 70 yaş ve üstü grupta yer almaktadır ve bakımlarını ağırlıklı olarak kızları üstlenmektedir (Tablo 4.1). Benzer şekilde, Subaşı' nın, 2001'de Ankara İli Çankaya İlçesinde yaptığı "Evde Bakım Durumu" araştırmasında da aile bireylerinden hastaya bakım veren kişinin % 65.0 oranında kadınlardan oluştuğu belirlenmiştir.³¹

Hastaların tamamına yakınının tıbbi tanılarının kronik nörolojik hastalıklardan oluşması (Tablo 4.2) bulgusu literatürde evde enteral beslenme gereksinimi olan hasta grupları ile uyumludur.^{6,34,42}

Hastaların genel olarak; beslenme, giyinme, boşaltım, hareket ve banyo gibi günlük yaşam aktivitelerine ilişkin gereksinimlerinin karşılanması ile ilgili olarak tam bağımlı oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.2). Bu nedenle, hastaların bağımlı olduğu aktivitelerde, en uygun şekilde yardım alabilmesi için hastaya ve/ veya evde hasta bakımını üstlenecek kişiye, taburculuk öncesinde, hastanın genel bakımının yanı sıra, beslenme ile ilgili olarak da eğitim verilmesi gerekmektedir. Ancak bu çalışmada, hastaların yaklaşık $\frac{1}{4}$ ' ine (n=14) taburcu olmadan önce eğitim verildiği belirlenmiştir. Kendisine eğitim verildiğini belirten hasta ve yakınlarının çoğunluğu da (n=9) verilen eğitimin bilgi gereksinimlerini karşılamadığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.3). Oysa Maslow' un temel insan gereksinimleri piramidinin ilk basamağında yer alan beslenme, insanın yaşaması için karşılanması ertelenmeyecek bir gereksinimdir.²⁷ Bu gereksinim açısından bağımlı olan hastaların özellikle de tüple beslenme gibi tıbbi bir girişimle beslenen hasta / hasta yakınlarının taburcu olmadan önce konu hakkında gerekli bilgi ve beceriyi kazanmış olmaları gerekir.^{25,51} Ayrıca evde

enteral beslenen hastalar, evlerinde düzenli olarak ziyaret edilmeli ve hem bakımda hem de eğitimde süreklilik sağlanmalıdır.^{19,20,21,25,33} Nitekim bu çalışmada hasta / hasta yakınlarının tamamı, ücretsiz olarak sunulan EBEH hizmetinden memnun olduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.4).

Literatürde; taburculuk eğitimi ve evde izlemin önemini vurgulayan çalışmalara rastlamak mümkündür:

Tel ve Akdemir' in 1998' de, KOAH' ı olan 43 hasta üzerinde yaptığı “Hastalara Uygulanan Planlı Hasta Öğretiminin ve Hasta İzleminin Hastaların Hastalıkla Baş Etme Durumlarına Etkisi” konulu araştırmasında, taburculuk öncesi verilen eğitimin ve taburculuk sonrasında yapılan izlemin hastalık semptomlarının kontrol altına alınmasında, ilaçların düzenli kullanılma oranlarının artmasında ve solunum fonksiyon testlerinde anlamlı iyileşme sağlanmasında etkili olduğu belirtilmiştir.⁵⁴

Girgin ve arkadaşlarının (2006) evde enteral beslenme uygulanan 54 erişkin hasta üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda; evde izlemle birlikte komplikasyon görülme oranının azaldığı, enteral beslenmenin evde güvenle uygulanabildiği ve böylece maliyetin azaldığı belirlenmiştir.⁵⁵

Bu çalışmada, hastaların çoğunluğunun tüp enterostomi yöntemiyle beslendikleri saptanmıştır. Literatürde; altı haftadan uzun süre tüple enteral beslenme gereksinimi olan hastaların beslenmesinde, mümkün olduğunca, nazooenteral yöntemler yerine, tüp enterostomi yönteminin seçilmesi önerilmektedir.^{18,24,39} Araştırma kapsamında değerlendirilen hastaların; ortalama enteral beslenme süresinin 21.78 ± 15.63 ay olması (Tablo 4.4) ve hastaların tamamına yakınının tıbbi tanılarının kronik nörolojik hastalıklardan oluşması (Tablo 4.2) bulguları literatürle uyumludur.^{18, 24,39}

Çalışmada, hastaların % 12.0' ında (n=6) aspirasyon pnömonisi geliştiği saptanmıştır (Tablo 4. 5). Allison ve arkadaşları, tüple enteral beslenmede aspirasyon pnömonisi insidansının % 1-4 olduğunu belirtmiştir.⁶ Tüple enteral beslenen hastalarda en ciddi komplikasyon olarak görülen

aspirasyon pnömonisi, yaşamsal risk yarattığından acil girişim gerektiren bir durumdur. Sorun gelişen hastalara yakınları tarafından literatürle uyumlu girişimler yapılmış ve hastaların tümü acilen hastaneye götürülmüştür. Bu hastaların, genel durumları düzeltildikten sonra, % 66.7'sinde (n=4) nazooenteral tüple beslenme yönteminden tüp enterostomi beslenme yöntemine geçilmiş ve tümüne PEG yöntemi uygulanmıştır (Tablo 4. 5). Oysa literatürde, aspirasyon pnömonisi yönünden risk taşıyan hastalara, beslenme tüpünün GİS' de ilerletilerek bağırsağın jejunum bölümüne yerleştirilmesinin daha uygun olacağı belirtilmektedir. ^{18,24,39}

Literatürde, PEG ve gastrostomi tüpü yerleştirilen vakaların % 15'inde lokal yara enfeksiyonu geliştiği belirtilmektedir. ⁵⁰ Araştırma kapsamında değerlendirilen hastaların % 18' inde de (n=9) tüp enfeksiyonu gelişmiştir. Bu hastaların % 88.0'unda (n=8) tüp değişimi işlemi uygulanmıştır. Ancak uygun stoma bakımı ile bu sorunun gelişmesi önlenabilmektedir. ^{43,45} Bu çalışmada, hasta / hasta yakınlarının stoma bakımına yönelik eğitim almalarına rağmen, hastanede aldıkları eğitimin gereksinimlerini karşılama durumu (Tablo 4.3) ve ekonomik sorunlar nedeniyle araç-gereç sağlanmasına ilişkin güçlük yaşamalarının (Tablo 4.9) sorunun gelişmesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Oysa hasta / hasta yakınları , enteral beslenme için gerekli tüm malzemelere ulaşabilmelidir. ⁴⁵

Literatürde; enteral beslenen hastalarda metabolik komplikasyonların, GİS ve mekanik komplikasyonlara göre daha düşük bir insidansa sahip olduğu belirtilmektedir. ^{6,18,44} Araştırmada, yalnızca bir hastada dehidratasyon görüldüğü ifade edilmiştir (Tablo 4. 5). Araştırma bulguları, literatürle uyumludur.

Literatürde; enteral beslenen hastaların % 20'sinde kusma ve % 30'unda diyare sorununun görüldüğü belirtilmektedir. ^{6, 42} Bu çalışmada, kusma (% 58) ve diyare (%38) gelişen hasta oranı literatürde belirtilen oranlardan oldukça yüksektir. Bu sorunlara yönelik olarak hasta / hasta yakınlarının yaptıkları girişimler literatür bilgisi ile uyumludur. Kusma ve diyarenin önlenmesine ilişkin olarak alınacak önlemler arasında; besinin GİS tolerasyon durumuna göre

arttırılması, asepsi kurallarına uyulması ve kontamine besinden kaçınılması yer almaktadır.^{44,45,46} Hasta / hasta yakınlarının evde bakım sürecinde, asepsi kuralları ve hijyen konularına yönelik eğitim almalarına rağmen araç-gereç sağlanmasına ilişkin ekonomik sorun yaşamaları nedeniyle beslenme seti ve gavaj enjektörlerinin normal kullanım süresinden daha uzun süre kullanılmasının (Tablo 4.9) sorunun gelişmesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca taburculuk öncesi verilen eğitimin içeriğinde, asepsi kuralları ve hijyen konusunun ne düzeyde ele alındığı hastaların doğru uygulama yapmalarını etkilemektedir (Tablo 4.3).

Konstipasyon, hastaların yaklaşık yarısında görülen bir sorundur (Tablo 4.6). Hastaların yaş ortalamasının yüksek (Tablo 4.1) ve hareket gereksinimi açısından bağımlı olmalarının (Tablo 4.2) konstipasyon gelişmesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bu soruna ilişkin olarak, hasta veya yakınlarının girişimlerinin literatür bilgisi ile uyumlu olduğu belirlenmiştir.^{25,42,44,45}

Kusma ve diyare sorununda olduğu gibi konstipasyon sorununa yönelik olarak da hasta ve yakınlarının literatürle uyumlu girişimleri gerçekleştirmelerinde evde bakımın ve EBEH' lerin rolünün olduğu düşünülmektedir.

EN' de, mekanik komplikasyonların % 2-10 oranında görüldüğü belirtilmektedir.^{6,18} Beslenme tüpünün yerinden oynaması ya da çıkması ve tüpün tıkanması sık görülen mekanik komplikasyonlar arasında yer alır. Bu çalışmada, mekanik komplikasyonlara ilişkin elde edilen oranlar literatürde belirtilenden daha fazladır. Örneğin, hastaların yaklaşık 1/3' inde (% 30) tüpün tıkanması sorunu gelişmiştir (Tablo 4. 7). Literatürde, tüpün tıkanmasına ilişkin kesin bir orana rastlanmamakla birlikte, mekanik komplikasyonlar arasında en sık görülen komplikasyon olduğu belirtilmektedir.^{6,18,42} Tüpün tıkanmasındaki önemli mekanizmalardan biri, beslenme solüsyonundaki proteinlerin gastrik asitle çökmesidir. Besin ve ilaç uygulamalarından sonra tüpün su ile yıkanması ve ilaç ve besinin birlikte verilmemesi alınabilecek önlemlerdendir. Beslenme tüpünün tıkanması sorununa yönelik olarak ılık suyla irrigasyon yapılması önerilen girişimlerden biridir.^{5,6,18,42} Hasta

/ hasta yakınlarının tamamına yakınının, sorunun giderilmesine yönelik olarak tüpün ılık su ile yıkanması girişiminde bulundukları belirlenmiştir (Tablo 4.7). Hastalar ve yakınlarının, taburcu olmadan önce çok az bir kısmının eēitim almasına ve aldıkları eēitimin de bilgi gereksinimlerini karşılamadığını belirtmelerine (Tablo 4. 3) raēmen sorun geliřtiēinde doēru girişimlerde bulunmalarında EBEH' lerin rolünün olduēu görülmektedir.

Nazal tüpün çıkması hastaların % 16.0'ında (n=8) görülmüştür (Tablo 4.7). NG yolla beslenen hastaların tümünde nazal t p çıkması sorunu ile karřılařıldıēı ve beşinin bu sorunla bir kezden daha fazla karřılařtıēı belirlenmiştir. Soruna yönelik olarak; % 50.0 oranında (n=4) hasta yakınının NG sondayı kendisinin taktıēı belirlenmiştir. Oysa, NG sondanın takılması, hekim kontrolünde yapılması gereken bir girişimdir. Çünkü NG sonda takılması sırasında gelişebilecek komplikasyonlar hastanın yaşamını tehdit edebilmektedir.⁵⁶ Buna karşılık olarak; sorun gelişen hastalara % 37.5 (n=3) oranında hastaneye götürülerek t p deēiřimi yapılmış ve % 37.5 (n=3) oranında eve ücretle saēlık görevlisi  aēırılarak t p deēiřimi yapılmıştır. Hasta ailelerinin gelir durumları d ř n ld ē nde; hekim kontrolünde yapılması gereken işlemlerin, hastanın evinde ücretsiz olarak yapılabilmesi için evde bakım hizmetlerinin sosyal güvenlik sistemlerinin kapsamına alınması ve gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Hasta ve yakınlarının tamamına yakını evde saēlık hizmetlerine bütçe ayırmada güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.9). Evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ile hastaların, bu ve benzeri işlemler için hastanelerin acil servislerini işgal etmeleri ve evde yapılan bilinçsizce uygulamalarla yaşamlarının riske girmesi önlenebilecektir. Ayrıca hastaların belli aralıklarla hekim tarafından evlerinde ya da saēlık kuruluşlarında düzenli olarak kontrolden geçirilmesi gerektiēi literatürde desteklenirken hastaların büyük bölümünün sorun olmadan evlerinde ya da hastanelerde beslenmeye ilişkin olarak kontrollerinin yapılmadıēı belirtilmiştir.^{21,25,33,49,57}

Bu çalışmada, hastaların % 28.0'ında (n=14) enterostomal t p çıkması sorunu görülmüştür. Soruna yönelik girişimler arasında; % 78.6 (n=11) oranında hastanede t p deēiřimi yapılması ve %7.7 (n=2) oranında ise çıkan tüpün ileri

itilmesi yer almaktadır (Tablo 4.7). Evde tüple enteral beslenen hastaların hastaneye gitmesini gerektiren durumlardan biri enterostomal tüpün çıkmasıdır.⁵⁰ Bu nedenle; hasta / hasta yakınları hastanın transferinde her an ambulans vb. hizmetlere ihtiyaç duyabilmektedir. Bu çalışmada, hasta / hasta yakınları hasta transferinde ekonomik sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.9). Benzer şekilde; Aktan, ülkemizde hasta taşıma ve ambulans hizmetlerinde işletme ve finans açısından sorunlar olduğunu ifade etmiştir. Bu sorunlar, sosyal güvenlik sistemi güvencesinde ambulans ve hasta taşıma hizmetlerine ulaşma ve bu hizmetlerden yararlanma oranını azaltmaktadır.³²

Literatürde; evde tüple enteral beslenen hastaların, fizyolojik sorunların yanı sıra, öfke ve suçluluk duygularını yaşadıkları, sosyal yaşamlarının ve kişiler arasındaki iletişimlerinin etkilendiği belirtilmektedir.^{33,51,57} Bu çalışmada, psikolojik değerlendirmesi yapılabilen hastaların tamamında anksiyete yaşandığı ifade edilmiştir. Hastaların karşılaştıkları diğer psikososyal sorunlar arasında ağlama-bağırma, beden algısında ve benlik saygısında bozulma ve aile-arkadaş ilişkilerinde bozulma yer almaktadır. Genel olarak psikolojik sorunlara yönelik girişimler; aile desteği sağlama ve hekim önerisi ile farmakolojik yöntemlere başvurma şeklindedir (Tablo 4.8). Konuya ilişkin olarak; Akat, Greene ve arkadaşlarının evde enteral beslenme yapılacak hastaların seçiminde kullanılacak kriterler arasında uygun aile desteğinin önemli rol oynadığını belirtmiştir. Literatürde, psikolojik danışmanlık ve benzeri nonfarmakolojik yöntemlerin, hastaların psikososyal sorunlarla baş etmelerinde yardımcı olabileceği belirtilmektedir.^{33,51} Oysa bu çalışmada, psikolojik danışmanlık gibi nonfarmakolojik yöntemlerden destek alma durumunun yetersiz düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Evde tüple enteral beslenme desteğinin doğru bir şekilde uygulanabilmesi için, uygun çevre koşullarının sağlanması gerekmektedir. Bu koşullar; uygun fiziksel mekan sağlama (ısınma, havalandırma vb.), hasta için ayrı bir oda sağlama, özel hasta karyolası sağlama ve hastanın bakımında ailenin

destek olamadığı durumlarda bakıcı sağlama olarak özetlenebilir. Hastanın bulunduğu ortamın oda sıcaklığında olması, beslenme ürünlerinin kontamine olmasını önler ve uygun ısıda hastaya verilmesini sağlar. Böylece kusma, diyare, abdominal distansiyon gibi sorunların gelişmesi önlenir. Ayrıca hastanın bulunduğu ortamın havalandırma ve hijyen konularında yeterli düzeyde olması tüp enfeksiyonu vb. sorunların gelişmesini önleyecektir. Hastaya ayrı bir oda sağlanması, hastanın mahremiyet gereksiniminin karşılanması yönünden önemlidir. Böylece hastanın psikososyal stresörlerle baş etmesi daha kolay olacaktır. Özel hasta karyolası sağlama, hastanın baş pozisyonunun yükseltilmesini kolaylaştıracak ve dolayısıyla aspirasyon riskini en aza indirecektir. Hastanın bakım gereksiniminin karşılanmasında, ailenin destek olamadığı durumlarda profesyonel anlamda bu konuda deneyimli kişilerden destek alınması gerekir. Çünkü hastaların çoğu temel yaşam gereksinimlerinin karşılanması ile ilgili olarak birçok konuda bağımlı durumdadır.^{21,25,33,49}

Buna karşılık olarak; araştırma kapsamına alınan hastaların % 30.0'ında (n=15) hasta için uygun çevre sağlayamama sorunu yaşanmış ve bu sorun kapsamında; hastaların % 66.7'sinde (n=10) gereksinim olduğu halde bakıcı tutamama, 46.7'sinde (n=7) özel hasta karyolası alamama, % 26.7'sinde (n=4) ayrı oda sağlayamama ve % 26.7'sinde (n=4) uygun fiziksel mekan sağlayamama gibi sorunların yaşandığı belirlenmiştir (Tablo 4.9). Bu durumun, bazı fizyolojik sorunların (kusma, diyare, aspirasyon pnömonisi, tüp enfeksiyonu) gelişmesinde de etkili olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırma, evde tüple enteral beslenen hastaların yaşadıkları sorunları ve bu sorunlara yönelik yapılan girişimleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

1. Araştırma kapsamına alınan hastaların % 62.0'ı kadın, % 52.0'ı evli, % 34.0'ı ilköğretim mezunudur. Hastaların % 52.0'ının gelir düzeyi 1000 TL ve altındadır. Hastaların yaş ortalaması $\bar{x} = 69.08 \pm 9.25$ yıl olup % 30.0' ına kızları bakmaktadır. Ücretli bakıcısı olan hasta oranı % 26.0' dır (Tablo 4.1).
2. Hastaların çoğunluğunun tıbbi tanısı kronik nörolojik bir hastalıktır ve % 46.0'ının bilinç düzeyinde bozulma vardır. Hastaların tamamına yakınının beslenme, giyinme, boşaltım, hareket ve banyo yapma gibi günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımlı düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4. 2).
3. Araştırma kapsamına alınan hastaların ve hasta yakınlarının % 28.0'ı taburcu olmadan önce eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Eğitim alan hasta ve yakınlarının % 64.3' ü ise verilen eğitimin bilgi gereksinimlerini karşılamadığını belirtmişlerdir (Tablo 4.3).
4. Hastaların ortalama enteral beslenme süresi $\bar{x} = 21.78 \pm 15.63$ ay olup % 80.0'ı PEG ile ve % 86.0'ı aralıklı şekilde beslenmektedir. Hastaların ve yakınlarının % 98.0'ı evde enteral beslenmeye ilişkin düzenleme yaptıklarını ve tamamı EBEH' den memnun olduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.4).
5. Tüple enteral beslenirken, hastaların % 12.0'ında (n=6) aspirasyon pnömonisi ve % 18.0'ında (n=9) tüp enfeksiyonu geliştiği belirlenmiştir. Hasta ve yakınlarının aspirasyon pnömonisi ve tüp enfeksiyonuna yönelik girişimleri literatür ile uyumlu bulunmuştur (Tablo 4.5).

6. Hastaların tüple enteral beslenirken yaşadıkları GİS/ metabolik sorunlar arasında ilk üç sırada kusma (% 58.0), konstipasyon (% 44.0) ve diyare (% 38.0) yer almaktadır. Hasta ve yakınlarının bu sorunlara yönelik yaptıkları girişimler şöyledir: kusmaya yönelik olarak; hastanın başını yüksekte tutma (% 65.5), EBEH' e danışma (% 58.6) ve ürünü kesme/ durdurma (% 55.2); konstipasyona yönelik olarak; laksatif kullanma (% 72.7), lavman uygulama (% 54.5) ve sıvı miktarını arttırma (% 22.7) ve diyareye yönelik olarak; ürün miktarını azaltma (% 47.4), sıvı miktarını arttırma (% 42.1) ve antidiyaretik ilaç kullanma (% 36.8) (Tablo 4.6).

7. Hastaların tüple enteral beslenirken yaşadıkları mekanik sorunlar arasında tüpün tıkanması (% 30.0), enterostomal tüpün çıkması (% 28.0) ve nazal tüpün çıkması (% 16.0) yer almaktadır. Hasta ve yakınlarının bu sorunlara yönelik yaptıkları girişimler şöyledir: tüpün tıkanmasına yönelik olarak; ılık suyla irrigasyon yapma (% 93.3), enterostomal tüpün çıkmasına yönelik olarak; hastanede yeni tüp taktırma (% 78.6), nazal tüpün çıkmasına yönelik olarak; hasta yakınının yeni tüp takması (% 50), hastanede yeni tüp taktırma (% 37.5) ve evde ücretle yeni tüp taktırma (% 37.5) (Tablo 4.7).

8. Hastaların tüple enteral beslenirken yaşadıkları psikososyal sorunlar arasında ilk dört sırada anksiyete (% 100), ağlama-bağırma (% 69.0), beden algısında ve benlik saygısında bozulma (% 48.3) ve aile-arkadaş ilişkilerinde bozulma (% 34.5) yer almaktadır. Hasta ve yakınlarının bu sorunlara yönelik yaptıkları girişimler şöyledir: anksiyeteye yönelik olarak; aile desteği sağlama (% 55.2) ve hekim önerisiyle anksiyete giderici ilaç kullanma (% 44.8), ağlama-bağırmaya yönelik olarak; aile desteği sağlama (% 60.0) ve hekim önerisiyle anksiyete giderici ilaç kullanma (% 40.0), beden algısında ve benlik saygısında bozulmaya yönelik olarak; herhangi bir girişimde bulunmama (% 78.6), aile-arkadaş ilişkilerinde bozulmaya yönelik olarak; herhangi bir girişimde bulunmama (% 60.0) ve eskiden ilişkisi olan kişilerle görüşmeme (% 50.0) (Tablo 4.8).

9. Hastaların tüple enteral beslenirken yaşadıkları ekonomik sorunların dağılımı şöyledir: araç- gereç sağlama ile ilgili sorunlar (% 94.0), evde sağlık hizmetine bütçe ayıramama (% 80.0), hastanın transferinde ambulans vb. hizmetleri karşılamada güçlük (% 44.0) ve hasta için uygun çevre sağlayamama (% 30.0) (Tablo 4.9).

6. 2. Öneriler

1. Evde enteral beslenecek tüm hastalara ve bakıcılarına, taburculuk öncesi yetişkin eğitimi ilkeleri doğrultusunda eğitim verilmesi ve planlanan eğitimin içeriğinde aşağıdaki konu başlıklarının yer alması:

- Besini hazırlama
- Hijyen ve asepsi kuralları
- Tüpü yıkama, gastrik rezidü kontrolü yapma, stoma bakımı
- Komplikasyonlar ve komplikasyonlara yönelik acil girişimler

2. Evde Bakım Hizmetleri' nin Sunumu Hakkındaki Yönetmelik doğrultusunda evde bakım merkezi veya evde bakım birimlerinin yaygınlaştırılması ve evde bakım hizmet gereksinimi olan her birey için ulaşılabilir hale getirilmesi. Hastaneden taburcu olan her hastanın evde bakım gereksinimlerinin belirlenerek ilgili evde bakım birimi ya da merkezi ile bağlantısının kurulmasının sağlanması.

3. Evde bakım hizmetlerinin profesyonel sağlık hizmeti ve destek hizmetleri şeklinde sınıflandırılarak ödeme sistemlerinin kapsamına alınması. Bağımlı durumda olan ve evde bakılan hastaların tespit edilmesi, hastalara sosyal güvenlik ödeme sistemi kapsamında hastaneye gitmeyi gerektirmeyecek tüm işlemler için evlerinde tam kapsamlı evde bakım hizmetlerinin sunulması ya da desteklenmesi.

4. Durumunu resmi olarak raporlandırmış hastalara, enteral beslenme için gerekli tüm araç ve gereçlerin (beslenme seti, gavaj enjektörü ve pansuman

malzemeleri) sosyal güvenlik ödeme sistemi kapsamında reçete karşılığında hiçbir ücret talep edilmeden temin edilmesi.

5. Hastaların transferi için ambulans vb. hizmetlerin yaygınlaştırılması ve sosyal güvenlik ödeme sistemi kapsamında değerlendirilmesi.

6. EBEH' sinin taburcu olan hastaları belli aralıklarla ziyaret ederek gereksinimlerini belirlemesi, komplikasyonları önleyecek girişimleri değerlendirmesi, yanlış uygulamaları düzeltmesi ve sürekli danışmanlık vermesi.

7. Araştırmanın daha geniş bir örneklem üzerinde ve hasta yakınlarının yaşadıkları sorunları da içerecek şekilde tekrarlanması.

7. ÖZET

CİĞEROĞLU BOZ D. Evde Tüple Enteral Beslenen Hastaların Yaşadıkları Sorunlar ve Sorunlara Yönelik Yapılan Girişimlerin Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.

Araştırma, evde tüple enteral beslenen hastaların yaşadıkları sorunları ve sorunlara yönelik yapılan girişimleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma, Ankara İli sınırlarında yaşayan, üç aydan uzun süredir evde tüple enteral beslenen ve evde bakım hizmeti sunan özel bir şirkete kayıtlı olan yetişkin hastalar üzerinde yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup araştırma kapsamına alınan hasta sayısı 50'dir.

Araştırmada veriler, araştırmacının deneyimine ve literatüre dayanarak hazırladığı soru formu aracılığı ile, araştırmaya katılmayı kabul eden hasta ve yakınlarıyla yüz yüze görüşme yapılarak elde edilmiştir.

Veri toplama formunda; hastaların tanıtıcı özelliklerini, enteral beslenmeye ilişkin özelliklerini ve hastaların evde enteral beslenirken yaşadıkları sorunlar ve sorunlara yönelik yapılan girişimleri sorgulayan toplam 46 soru bulunmaktadır.

Verilerin kodlama ve değerlendirme işlemleri SPSS 15.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik hesapları kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması; $\bar{x} = 69.08 \pm 9.25$ yıldır. Hastaların tamamına yakınının kronik nörolojik bir hastalığı bulunduğu, % 46.0'ının bilinç durumunun değişik düzeylerde etkilenmiş

olduğu ve tamamına yakınının günlük yaşam aktivitelerinde kısmen ya da tam bağımlı oldukları belirlenmiştir. Hastaların aspirasyon pnömonisi (n=6), t p enfeksiyonu (n=9), kusma (n=29), konstipasyon (n=22), diyare (n=19), tüpün tıkanması (n=15), enterostomal tüpün çıkması (n=14) ve anksiyete (n=29) gibi fizyolojik, mekanik ve psikososyal sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Hasta ve yakınları araç-gereç temini (n=47), evde sağlık hizmetine bütçe ayıramama (n=40) ve hastanın transferi ile ilgili (n=22) ekonomik sorunları ifade etmişlerdir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Enteral Beslenme, Evde Bakım, Hemşirelik, Hasta Eğitimi.

8. SUMMARY

CİĞEROĞLU BOZ D. Determination of patients, depending on enteral tube feeding at home, and interventions adopted for the problems Nursing Branch of the Institute of Health Sciences of Gazi University, Post-Graduate Thesis, Ankara, 2010.

The research was conducted for the purpose of determination of the problems encountered by patients depending on enteral tube feeding at home and interventions for the problems on a descriptive basis.

The research was conducted on adult patients, residing in the province of Ankara, depending on tube feeding at home for more than three months, and who were registered to a special company, rendering house care service. In the research, no selection of sampling was adopted, and the number of patients, taken into the scope of the research, was 50.

The data in the research were obtained as a result of one-to-one meetings with patients and relatives, accepting to take place in the research through the question form prepared by the researcher on his experience and literature.

Data collection form comprises of 46 questions of descriptive features of patients, characteristics related to enteral feeding, and problems encountered when depending on enteral feeding at home and interventions against the said problems.

Data coding and assessment operations were made on the basis of SPSS 15.0 programme. In assessment of the data, number and percentage calculations were used.

The average age of the patients is; $\bar{x} = 69.08 \pm 9.25$ years. It was determined that nearly all patients had chronic neurological diseases, consciousness level of 46 % of them was affected at different levels, and nearly all of them were partially or wholly dependent in their daily life activities. It was determined that the patients encountered physiological, mechanical and psychosocial problems such as aspiration pneumonia (n=6), tube infection (n=9), vomiting (n=29), constipation (n=22), diarrhea (n=19), tube blockage (n=15), disconnection of enterostomal tube (n=14), and anxiety (n=29). Patients and their relatives expressed financial problems related to tool procurement (n=47), non-allocation of health service at home (n=40), and patient transportation (n=22).

Suggestions were put forth in parallel with the results, obtained from the research.

Key words: Enteral Nutrition, Home Care, Nursing, Patient Training.

9. KAYNAKLAR

1. Guyton A, Hall J. Beslenmenin Düzenlenmesi. içinde: Çavuşoğlu H, Yeğen B, Aydın Z, Alican İ, editörler. Tıbbi Fizyoloji. 1. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2001. s. 803-814.
2. Baysal A. Beslenme. 7. baskı. Ankara: Hatipoğlu Yayıncılık; 1997. s. 2-10.
3. Erdil F, Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 3. baskı. Ankara: 72 Tasarım-Ofset Ltd. Şti.; 1999. p. 1-8.
4. Ulusoy F, Görgülü S. Hemşirelik Esasları. 5. baskı. Ankara: 72TDFO Ltd. Şti.; 2001. p. 277-327.
5. Aydınтуğ S, Sonyürek P, Soysal D. Klinik Nutrisyon. 2. baskı; Ankara, 2006. s. 1-49.
6. Allison S, Fürst P, Meier R, Pertkiewicz M, Soeters P, editors. Klinik Nutrisyon Kofralı G (Çev). 3. baskı. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2004.
7. Correia I. Cancer- related nutrition. European Oncological Disease 2007; April (2): 116-113.
8. Kanserde Nutrisyonel Destek Modül 26.1 [internette]. 2008. [11 Mart 2009 okundu]. elektronik adresi: <http://www.kepan.org.tr/III/26-1pdf>.
9. Çehreli R. Kanserli Hastalarda Beslenme. XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongre Notları, Hemşire Programı, Mayıs, 2004. s.179.
10. Akalın E, Kronik Hastalıklar Yönetim Modelleri [internette]. 2008. [30 Aralık 2009 okundu]. elektronik adresi: <http://www.saglik.gov.tr>
11. Öztürk Z. İlk İnme Sonrası Saptanan Risk Faktörlerinin Morbidite ve Mortalite Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi. İstanbul; 2004.
12. Taşdemir G. İlk ve Orta Evre Alzheimer Hastalarının Evde İzlemi. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2008.
13. Geraghty M, Cockrom D. Protein-calorie malnutrition in dialysis patients. contemporary dialysis and nephrology 1991; November: 70-64.

14. DiFrescia M, Barbier D, Mege J, Orehek J. Tumor necrosis factor- α and weight loss in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Resp Crit Care Med* 1994; 150 (3): 1453-1400.
15. Slomowitz L, Francisco J. Effect of energy intake on nutritional status in maintenance hemodialysis patients. *Kidney International* 1989. 35 (1): 711-704.
16. Lord L, Harrington M. The ASPEN Nutrition Support Practice Manual. in: Holcombe B. editor. Enteral nutrition implementation and management. 2nd. ed. Silver Spring, MD: ASPEN; 2005. p. 76-88.
17. Gündoğdu H. Yaşlılarda beslenme durumu ve nütisyon desteği. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006; 2 (44): 10-19.
18. Özyurt Y, Erkal H, Yıldırım M, Arıkan Z. Total enteral beslenme. *Kartal E.A. Tıp Derg.* 2000; 11 (3): 950-953.
19. Howard P, Jankero- Schuitema C. Enteral beslenme sürecinde hastanın yolculuğunun yönetimi. *ESPEN Beslenme Klavuzu* 2006. [internette]. 2007. [10 Nisan 2009 okundu]. elektronik adresi:
http://www.kepan.org.tr/rehberler/esp_rehber_2.pdf
20. Hammond K, Wessel J. The ASPEN Nutrition Support Practice Manual. in: Holcombe B. editor. Assesment and decision making. 2nd. ed. Silver Spring, MD: ASPEN; 2005. p. 3-6.
21. Kovacevich DS, Boney AR. Nutrition risk classification: a reproducible and valid tool for nurses. *Nutrition in Clinical Practice* 1997; 12 (4): 20-25.
22. PAOC for Quality Standarts and Competitive Acquisition of Certain Durable Medikal Equipment. [online]. 2005. [cited 2009 Sep 10]. Avaible from:URL:
<http://www.cms.hhs.gov/DMEPOS>.
23. Demirkıran O (Çev). Yaşlılarda Beslenme Modül 36.4 [internette]. 2009. [10 Kasım 2009 okundu]. elektronik adresi:
<http://www.kepan.org.tr/111/36/01EA177F.pdf>
24. Sağdıç A, Sönmez A. Yoğun bakım ünitesinde enteral ve parenteral beslenme [internette] 2009 [20 Ekim 2009 okundu]. elektronik adresi:
<http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/files/dersler/199.pdf>

25. Siberman H. Nutrition Theraphy: Home Care. in: Donovan E editor. Parenteral and Enteral Nutrition. 2nd. Ed. Appleton&Large Pub; 1989. p. 345-348
26. North American Home Parenteral and Enteral Nutrition Patient Registry- Annual Report with Outcome Profiles 1985-1992. [online]. 1994. [cited 2009 May 11]. Aavailable from: URL: [http://www.oley.org/documents/Annual Report Final.pdf](http://www.oley.org/documents/Annual%20Report%20Final.pdf)
27. Teke N. Larenjektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Beslenmesine İlişkin Sorunların Çözömlenmesinde Hemşirelik Yaklaşımı. Yüksek Lisans. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1991
28. Subaşı N. Öztekk Z. Türkiye’ de karşılanamayan bir gereksinim: evde bakım hizmeti, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni; 2006: 5 (1): 19-25.
29. III. Özürlöler Şurası Bakım Hizmetleri [internette]. 2008. [15 Mayıs 2009]. elektronik adresi: [http://www.ozida.gov.tr/III. ozululer surasibakim hizmetleri/komisyon raporlari/14 bakimhizmetturkiyedeevdebakimvegunduzlu hizmetler.html](http://www.ozida.gov.tr/III.ozululer/surasibakim/hizmetleri/komisyon/raporlari/14_bakimhizmetturkiyedeevdebakimvegunduzlu_hizmetler.html)
30. Hastalara Evde Bakım [internette]. 2008. [20 Mayıs 2009]. elektronik adresi: <http://www.palhaber.com/haber/saglik/saglik-genel/hastalara-evde-bakim.html>
31. Subaşı N. Ankara İli Çankaya İlçesinde “Evde Bakım Durumu” Araştırması. Uzmanlık Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Faköltesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı; 2001.
32. Aktan C. Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetimde Yaşanan Mevcut Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi. [internette]. 2004. [25 Haziran 2009 okundu]. elektronik adresi: <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf>
33. Wojtylak F, Hamilton K. Reimbursement for Home Nutrition Support. in: De Legge M. editor. Handbook of Home Nutrition Support. 1st. ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlet Publishers; 2007. p. 389-401.
34. Gören A, Boyacıoğlu S, Özdemir K, Şahin B. Malnütrisyonun önlenmesinde enteral beslenmenin önemi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 1990; 10 (3): 190-197.

35. Aydoğan Z. Kritik Hastada Enteral ve Kombine Enteral- Parenteral Nütrisyon Tedavisi. Uzmanlık Tezi. İstanbul: 2008.
36. Yürüker S, Topgül K, Anadol Z. Cerrahi sonrası planlanmamış enteral beslenme seçenekleri: üç farklı olgu. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006; 13(2): 121-125.
37. Gauderer MW. Percutaneous endoscopic gastrostomy 20 years later: a historical perspective. J. Pediatr. Surg. 2001; 36(1): 217-9.
38. Değerli Ü. Klinik Nütrisyon. 1.baskı. Nobel Kitapevleri; 1997. s. 1-4.
39. KEPAN Klinik Nütrisyon Temel Eğitim Kursu. Nütrisyon Durumunun Belirlenmesi. İstanbul: KEPAN; 2003.
40. Scoapio J, Romano M. Mayo Home enteral nutrition. [online]. 2008. [cited 2009 May 13rd]. Available from: URL: <http://www.mayoclinic.org/gijax/enteral.html>
41. İskit TA. Beslenme desteği. [internette]. 2006. [10 Kasım 2009 okundu]. elektronik adresi: http://www.toraks.org.tr/mesleki-kurslar-4/beslenme_TDMVK_2006.ppt
42. Altınören B, Mutlu M, Çelik Ş, Göğüş N. Yoğun bakımda enteral nütrisyonun yararları ve komplikasyonları. Dirim 2006; 81(1): 164-170.
43. Preiser J, Chipléro R, Singer P. Nütrisyon yolları. (Çev. Sakarya M). Yoğun Bakım Dergisi 2006; 6(Ek1):57-68.
44. Stone K, Brown P. HEN Complication Chart. [online]. 2009. [cited 2009 Jun 20 th]. Available from:URL: <http://www.oley.org/charts/newHEN.pdf>
45. McCann J. Pocket Guide to Home Care Standarts. in: Moreau D, Anderson R, Breuninge C, Harold C, Poole L. editors. Enteral Nutrition Theraphy. 1st. ed. Springhouse, PA: Springhose Corporation; 2001.p. 232-237.
46. Ünal N. Sosyal Alanlarda DAS Uygulamaları [internette]. 2009. [15 Eylül 2009 okundu]. elektronik adresi: <http://www.das.org.tr/kongre2009/pdf/389-405NeslihanUnal.pdf>
47. Kovacevich D, Orr M. The ASPEN Nutrition Support Practice Manual. in: Mueller C. editor. Considerations for home nutrition support. 2nd. ed. Silver Spring, MD: ASPEN; 2005.p. 371-377.

48. Posthauer M, Robinson G. The ASPEN Nutrition Support Practice Manual. in: Mueller C. editor. Long-term care facilities. 2nd. ed. Silver Spring, MD: ASPEN; 2005.p. 364-370.
49. Akat Z. Evde n trisy n. T Klin Tıp Bilimleri 1995; 15 (3): 114-117.
50. TGD N trisy n  alışma Grubu PEG   in Uygulama Klavuzu. [internette]. 2007. [10 Nisan 2009 okundu]. elektronik adresi:
http://www.tgd.org.tr/files/TGD_PEG.doc
51. Ireton-Jones C. HNS from the Patient' s Perspective. in: De Legge M. editor. Handbook of Home Nutrition Support. 1st. ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlet Publishers; 2007. p. 419-429.
52. Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve evde bakım. Fırat Sağ. Hizm. Der. 2007; 2(4): 32-39.
53. Birol L, Akdemir N, Beduk T.    Hastalıkları Hemşireliği. 6. baskı. Ankara: Vehbi Ko Vakfı Yayınları; 1997.
54. Tel H, Akdemir N. KOAH' lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla baş etme durumlarına etkisi. C. . Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1998; 2 (2): 44-52.
55. Girgin N, Kırdak T, Keskin M, Kerimoğlu D, Kutlay O. Evde EN uygulanan olgularda deneyimler. Türk Anest. Rean. Der. Dergisi 2008; 36 (2): 98-104.
56. Pekdemir M. Acil serviste NG sonda ve foley sonda uygulama teknikleri. Acil Tıp Derg. Ekim 2000; III. Acil Tıp Sempozyumu  zel Sayısı: 300
57. Ireton-Jones C. Home Enteral Nutrition Support in Adults. in: De Legge M. editor. Handbook of Home Nutrition Support. 1st. ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlet Publishers; 2007. p. 83-85.
58. Aslan D, Özcebe H, Takmaz S, Topatan S, şahin A. Ankara' da bir sağlık ocağı bölgesi' nde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin antropometrik     mlerinin değerlendirilmesi. Türk Geriatri Derg. 2006; 9(2): 65-69.
59. Vançelik S,  nal S, Güraksın A, Beyhun E. Üniversite  ğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları ile  lişkili faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6(4): s. 242.

10. EKLER

EK 1

EVDE TÜPLE ENTERAL BESLENEN HASTALARIN YAŞADIKLARI SORUNLAR VE SORUNLARA YÖNELİK OLARAK YAPILAN GİRİŞİMLERİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN SORU FORMU

I. Tanıtıcı Bilgiler

1. Hastanın Yaşı:

2. Cinsiyeti

a. Kadın b. Erkek

3. Medeni Durum

a. Evli b. Bekar c. Dul

4. Öğrenim Durumu

a. Okur- yazar değil
b. Okur- yazar
c. İlköğretim
d. Ortaöğretim
e. Yükseköğretim

5. Aylık Gelir Durumu

a. 250 TL altı
b. 250-500 TL
c. 500-750 TL
d. 750-1000 TL
e. 1000-2000 TL
f. 2000-3000 TL
g. 3000 TL üstü

6. Evde yaşayan kişi sayısı:

7. Hastaya bakım veren kişinin hasta ile yakınlık derecesi:

8. Hastanın Tıbbi Tanısı:

9. Taburcu olduğunuz hastane türü hangisidir?

a. Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi
b. Üniversite Hastanesi
c. Özel Hastane
d. Diğer (Belirtiniz.....)

10. Hastanın bilinç durumu nedir?

- a. Açık
- b. Letarjik
- c. Stupor
- d. Yarı Koma
- e. Koma

11. Hastanın bağımlılık derecesi nedir?

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Bağımsız	Kısmen Bağımlı	Tam Bağımlı
Beslenme			
Giyinme			
Tuvalet			
Transfer			
Yıkanma			

II. Tüple Enteral Beslenmeye İlişkin Bilgiler

12. Beslenme Yolu

- a. NG
- b. NJ
- c. PEG
- d. PEJ
- e. Gastrostomi
- f. Jejunostomi

13. Beslenme Şekli

- a. Bolus
- b. Aralıklı
- c. Sürekli

14. Ne kadar süredir bu şekilde besleniyor sunuz?

15. Hasta için evde özel bir düzenleme yapıldı mı?

- a. Evet
- b. Hayır (17. soruya geçiniz)

16. Ne tür bir düzenleme yapıldığını açıklayınız.

17. Taburcu olmadan önce, size ya da yakınlarınıza enteral beslenmeye yönelik herhangi bir eğitim verildi mi?

- a. Evet
- b. Hayır (20. soruya geçiniz)

18. Hangi konularda eğitim verildi?

19. Aldığınız eğitim, bilgi gereksiniminizi istediğiniz ölçüde karşıladı mı?

- a. Evet b. Hayır

20. Evde size ücretsiz hizmet veren, enteral beslenme ve eğitim hemşiresine nasıl ulaştınız?

- a. Hastaneden doktor aracılığı ile
b. Hastaneden diyetisyen aracılığı ile
c. Kendim ulaştım
d. Diğer (Belirtiniz.....)

21. Evde enteral beslenme eğitim ve danışmanlık hizmetinden memnuniyet durumunuzu belirtiniz.

- a. Çok memnunum
b. Memnunum
c. Kararsızım
d. Memnun değilim
e. Hiç memnun değilim

III. Hastaların Evde Enteral Beslenmede Yaşadıkları Sorunlar ve Yaptıkları Girişimler

Karşılaşılan Sorunlar **Sıklık** **Girişimler** **Araştırmacı Notları**

I. FİZYOLOJİK i. Enfeksiyon () Aspirasyon Pnömonisi () Tüp Enfeksiyonu ii. GİS/ Metabolik () Kusma () Diyare () Dehidratasyon () Abdominal Distansiyon () Konstipasyon () Diğer (Belirtiniz.....) iii. Mekanik () Nazal Tüpün Çıkması () Enterostomal Tüpün Çıkması () Tüpün Tıkanması			
---	--	--	--

Karşılaşılan Sorunlar	Girişimler	Araştırmacı Notları
II. PSİKOSOSYAL () Depresyon () Anksiyete () Saldırganlık () Ağlama- bağırma () Suçluluk () Öfke () Beden algısında ve benlik saygısında bozulma () EN Tedavisine Direnç Gösterme () Aile - arkadaş ilişkilerinde bozulma () İş veriminde azalma / çalışamama () Diğer (Belirtiniz.....)		

Karşılaşılan Sorunlar	Girişimler	ARAŞTIRMACI NOTLARI
III. EKONOMİK () Araç-Gereç sağlama ile ilgili sorunlar () Hasta için uygun çevre sağlayamama () Evde sağlık hizmetine bütçe ayıramama () Hastanın transferinde ambulans vb. hizmetler ile ilgili giderleri karşılamada güçlük () Diğer (Belirtiniz.....)		

EK 2

30-JUN-2009 08:19 FROM:ECZASAGLIK

02165451503

TO:303124797072

P.1/1

Eczacıbaşı TCG

Dilek Cigercioğlu
Sikterine

Savın R. Dilek Boz Cigercioğlu,

29 Haziran 2009

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde "Hemşirelik Esasları" üzerine yaptığınız yüksek lisans programında, "Evde Tüple Enteral Beslenen Hastaların Yaşadıkları Sorunların ve Yapılan Girişimlerin Belirlenmesi" konulu bildiriyi Ankara'da takibinizde bulunan enteral beslenme hastalarının bu girişimlere özgü unay, alarak yapmanız tarafınızdan uygun bulunmuştur.

Çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Saygılarımızla,

Etem Alinç
Etem Alinç
Genel Müdür

ECZACIBAŞI
Sağlık Hizmetleri A.Ş.
Cıncı Sahabettin Yolu No: 84
07110 Etiler/Beşiktaş
1995 0216 545 25 03
www.eczaci-bas.com

EK 3

EVDE TÜPLE ENTERAL BESLENEN HASTALARIN YAŞADIKLARI SORUNLAR VE SORUNLARA YÖNELİK OLARAK YAPILAN GİRİŞİMLERİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, evde tüple enteral beslenen hastaların yaşadıkları sorunları ve bu sorunlara yönelik yapılan girişimleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmada, sizden üç bölümden oluşan soru formunu cevaplamanız beklenmektedir. Evde tüple beslenirken yaşadığınız sorunlar ve yaptığınız girişimlere ilişkin elde edilecek veriler, araştırmacıda gizli kalacak ve hiç kimse ile paylaşılmayacaktır. Bu araştırmaya ilişkin veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı yazarak imzalayınız.

HASTA / HASTA YAKINININ BEYANI

Yapılacak araştırmaya yönelik bilgiler tarafıma iletildi. Bu doğrultuda araştırmaya katılmayı ve soruları cevaplamayı kabul ediyorum.

Ad- Soyad

Tarih:

Yakınlık Derecesi:

İmza

Ulaşılabilecek Telefon No:

Adres:

EK 4

BİLİNÇ DURUMUNU DEĞERLENDİRME KRİTER LİSTESİ ⁵³

Bilinç Açık: Kişi kolay uyarılabilir, uyarılara cevap verebilir. Yer- zaman- kişi oryantasyonu vardır.

Letarji: Yarı uykulu hal, küntlük, davranışlarda ağırlaşma vardır. Kişi genellikle uyarıya reaksiyon verir.

Stupor: Fiziksel ve mental aktiviteler minimaldir. Sözlü uyarılara cevap yetersizdir veya çok zor anlaşılır. Kişi canlı ışık, gürültülü ses veya ağırlı uyarana mimiklerle cevap verir.

Yarı Koma: Normal uyarılara cevap yoktur, fakat ağırlı uyarılara cevap alınabilir. Refleksler devam edebilir.

Koma: Derin bir duyarsızlık söz konusudur. Ekstremiteler gevşek ve hareketsizdir. Kas, tendon ve planter refleks genellikle yoktur. Ağırlı uyaranlara cevap yoktur.

EK 5

YAŞAM AKTİVİTELERİ DEĞERLENDİRME LİSTESİ ³¹

Beslenme	Yemeği kaptan alıp ağzına götürebilmek.
Bağımsız	Yardım almaksızın kendini besleyebiliyor.
Kısmen bağımlı	Eti kesmek veya ekmeğe yağ sürmek için yardım almak dışında kendini besleyebiliyor.
Bağımlı	Beslenmek için yardım alıyor veya kısmen/ tamamen tüplerle besleniyor veya IV mayi alıyor.

Giyinme	Çekmece veya dolaptan gerekli tüm giyecekleri almak ve bunları uygun şekilde giyebilmek.
Bağımsız	Yardımsız ilgili aktiviteleri yapabiliyor.
Kısmen bağımlı	Ayakkabı bağlamak dışında giyeceklerini alabiliyor ve giyebiliyor.
Bağımlı	Giyeceklerini almak ve giyinmek için yardım alıyor veya kısmen veya tam olmayarak giyinebiliyor.

Tuvalet ihtiyacı	Tuvalete gitmek, ihtiyacını giderdikten sonra temizliğini yapabilmek ve kıyafetini düzeltebilmek.
Bağımsız	Yardımsız ilgili aktiviteleri yapabiliyor.
Kısmen bağımlı	İlgili aktiviteleri yardımla gerçekleştirebiliyor.
Bağımlı	Tuvalete gidemiyor.

Hareket	Yatağa girmek ve çıkmak, sandalyeye oturmak-kalkmak
Bağımsız	Yardım almaksızın ilgili aktiviteleri yapabilir (destek almak için baston vs. kullanabilir).
Kısmen bağımlı	İlgili aktiviteleri yardımla yapabilir.
Bağımlı	Yataktan kalkamıyor.

Banyo	Duş alma, küvette yıkanma
Bağımsız	Yardım almaksızın yıkanabiliyor (küvette girip çıkarken, duş alırken).
Kısmen bağımlı	Vücudun bir kısmını yıkarken (sırt, bacaklar gibi) yardım alıyor.
Bağımlı	Kendi kendine yıkanamıyor veya vücudun birden fazla kısmını yıkarken yardım alıyor.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde; tez danışmanım olarak çalışmanın her aşamasında katkılarından dolayı Doç. Dr. Ayişe KARADAĞ' a,

Araştırmadan elde edilen bulguların istatistiksel değerlendirmesindeki katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Bülent ÇELİK' e,

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinleri veren Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri A.Ş.' ye,

Verilerin toplanma aşamasında desteklerinden dolayı tüm hastalar ve yakınlarına,

Araştırma süresi boyunca gösterdiği anlayış ve desteklerinden dolayı eşim Cem CİĞEROĞLU' na,

teşekkür ederim.

R. DİLEK BOZ CİĞEROĞLU

2010

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı: R. Dilek

Soyadı: BOZ CİĞEROĞLU

Doğum Yeri ve Tarihi: İZMİT / 24.10.1979

Eğitimi: 2003 Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

1997 İzmit Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı Lise)

Yabancı Dili: İngilizce

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: Türk Hemşireler Derneği

Aldığı Ödüller: 2007, Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri A.Ş. Enteral Beslenme Eğitim Hemşireliği Alanında Türkiye Birinciliği

E-mail adresi: rdboz_1@hotmail.com