

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİLİ HASTALARA
BAKIM VERENLERİN BAKIMA İLİŞKİN DENEYİMLERİ**

Rana Elçin SEZER

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2018

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİLİ HASTALARA
BAKIM VERENLERİN BAKIMA İLİŞKİN DENEYİMLERİ**

Rana Elçin SEZER

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK

İKİNCİ DANIŞMAN

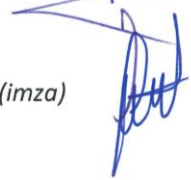
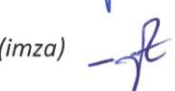
Dr. Zeliha ÖZDEMİR KÖKEN

ANKARA

2018

ONAY SAYFASI**PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİLİ HASTALARA BAKIM
VERENLERİN BAKIMA İLİŞKİN DENEYİMLERİ****Öğrenci: Rana Elçin SEZER****Danışman: Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK****İkinci Danışman: Dr. Zeliha ÖZDEMİR KÖKEN**

Bu tez çalışması 13/08/2018 tarihinde jürimiz tarafından "Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	<i>Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR</i> (Yakın Doğu Üniversitesi)	(imza) 
Tez Danışmanı:	<i>Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK</i> (Hacettepe Üniversitesi)	(imza) 
Üye:	<i>Prof. Dr. Hayriye ÜNLÜ</i> (Başkent Üniversitesi)	(imza) 
Üye:	<i>Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU</i> (Hacettepe Üniversitesi)	(imza) 
Üye:	<i>Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK</i> (Hacettepe Üniversitesi)	(imza) 

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

16 Ağustos 2018*Prof. Dr. Diclehan Orhan***Enstitü Müdürü**

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezimin aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren **6 ay** ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

25 /07/2018

(İmza)

Rana Elçin SEZER

i

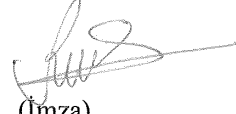
ⁱ“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullandığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK ve Dr. Zeliha ÖZDEMİR KÖKEN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



(İmza)

Rana Elçin SEZER



TEŞEKKÜR

Eğitimim boyunca engin bilgileri ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, ufkumu aydınlatan, bilimselliği, hoşgörüyü ve anlayışı hiçbir zaman elden bırakmayan sevgili danışman hocam sayın Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK' e,

Eğitimim boyunca akademik ve kişisel anlamda bana rol model olan, bilgi ve birikimlerini benimle paylaşan, olumlu katkı ve değerli eleştirileri ile bu süreçte bana yol gösteren, çalışmalarımda beni cesaretlendiren sevgili hocam sayın Dr. Zeliha ÖZDEMİR KÖKEN' e,

Tez sürecimin uygulama aşamasında destek sağlayan yardımını ve desteğini esirgemeyen Beslenme Destek Ünitesi hemşirelerine ve ünite hemşiresi sayın Kezban AKÇAY'a,

Deneyimlerini ve görüşlerini benimle paylaşarak araştırmaya katılmayı kabul eden ve tezin ortaya çıkmasını sağlayan sevgili katılımcılara,

Her zaman yanımda olan beni her konuda destekleyen ve yalnız bırakmayan anneme, babama ve kardeşime,

Bilimsel konulardaki yardımlarını ve manevi desteklerini esirgemeyen tüm dostlarıma, çok teşekkür ederim.

ÖZET

Sezer, R.E., Perkütan Endoskopik Gastrostomili Hastalara Bakım Verenlerin Bakıma İlişkin Deneyimleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.

Araştırma perkütan endoskopik gastrostomili hastalara bakım verenlerin bakıma ilişkin deneyimlerini ortaya çıkarmak amacıyla niteliksel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik yöntem kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma evreni Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Hastanesi'nde perkütan endoskopik gastrostomi takılan ve en az üç ay önce hastaneden taburcu edilen hastaların bakım verenleridir. Araştırma örnekleme niteliksel verilerin toplandığı olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme ile elde edilmiştir. Araştırmada veri doygunluğu esas alınmıştır. Araştırmada hasta ve bakım veren için tanıtıcı bilgi formu, beslenme, ilaç uygulama ve stoma bakımı gözlem formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Araştırmada, hastaların çoğunluğunun nörolojik bir hastalığa sahip olduğu ve bakım verenlerinin çoğunluğunun kadın olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin uygulamalarından önce ellerini yıkamadığı, hastalarına beslenmeden önce ve sonra uygun pozisyon vermediği, ilaç uygulamalarından önce tüpü su ile yıkamadığı ve stoma bakımında farklı temizleme ürünleri kullandığı gözlemlenmiştir. Ses kayıt cihazına kaydedilen 21 yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşme ve gözlem notları araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında yazıya dökülerek transkript haline getirilmiş ve içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi sonucunda araştırmacı tarafından bağlam, tema ve alt temalar oluşturulmuştur. Analiz sonucunda perkütan endoskopik gastrostomi yönetimi, bakım verenin sosyal-duygusal değişimi ve beklenti bağlamları ile birlikte on tema, otuz bir alt tema ortaya çıkmıştır. Araştırma sonucunda perkütan endoskopik gastrostomili hastalara bakım verenlerin taburculuk sonrası dönemde bakıma yönelik yaşadıkları problemler ve gereksinimleri belirlenmiş olup, bu sonuçların hastaların ve bakım verenlerin taburculuk sonrası yaşantısının ve bakım sürecinin iyileştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gastrostomi, Bakım, Enteral Beslenme, Bakım Verenler, Fenomenolojik Çalışma

ABSTRACT

Sezer, R.E., Caregivers' Experiences about Caring for Patients with Percutaneous Endoscopic Gastrostomy, Hacettepe University Institute of Health Sciences, Surgical Nursing Programme, Master Thesis Ankara, 2018. This study was conducted using the phenomenological method, which is a qualitative research method, in order to reveal caregivers' experiences about caring for patients with percutaneous endoscopic gastrostomy. Study population consisted of caregivers of patients who had percutaneous endoscopic gastrostomy and were discharged from Hacettepe University Adult Hospital at least 3 months prior to the study. Participants were recruited using the purposive sampling method, which is a non-probability sampling method. Sample size was based on data saturation. Data were collected using a descriptive characteristics information form for patients and caregivers, nutrition, drug administration and stoma care observation form, and a semi-structured interview form. The study was found that the majority of patients had a neurological disease and the majority of caregivers were female. It was observed that caregivers did not wash their hands before their practices, not give proper position before and after feeding their patients, not wash the tube with water before drug administration and used different cleaning products in stoma care. Both 21 semi-structured in-depth individual interviews and observation were transcribed for content analysis, as a result of which context, themes and sub-themes were generated by the researcher. The resulting contexts were percutaneous endoscopic gastrostomy management, social-emotional change of caregiver, expectation and ten themes and thirty one sub- themes. Post-discharge care-related problems and needs of caregivers of patients with PEG were determined and, it is thought that these results will provide improving care process and post discharge life of the patients and caregivers.

Keywords: Gastrostomy, Care, Enteral Nutrition, Caregivers, Qualitative Research

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırma Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Beslenme	6
2.2. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi	6
2.2.1. Malnütrisyon	7
2.3. Beslenme Desteği	8
2.4. Enteral Beslenme	8
2.4.1. Enteral Beslenme Türleri	10
2.5. Perkütan Endoskopik Gastrostomi ile Beslenme	14
2.5.1. PEG Uygulamasına Bağlı Gelişebilecek Sorunlar ve Bu Sorunların Önlenmesine Yönelik Girişimler	15
2.5.2. PEG ve Hemşirelik Bakımı	18
2.5.3. PEG’li Hastaların Evde Bakımı	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Şekli	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	27

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4. Veri Toplama Araçları	29
3.4.1 Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu	29
3.4.2 Bakım Veren Birey için Tanıtıcı Bilgi Formu	29
3.4.3 PEG'den Beslenme, İlaç Uygulama ve Stoma Bakımı Gözlem Formu	29
3.4.4. Yarı-Yapılandırılmış Derinlemesine Bireysel Görüşme Formu	29
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması	30
3.6. Araştırmanın Uygulanması	30
3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	32
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	33
4. BULGULAR	34
4.1. Hastaların ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	34
4.2. PEG'li Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Deneyimlerine İlişkin Bağlam, Tema ve Alt Temalar	36
4.2.1. PEG Yönetimi Bağlamı	38
4.2.2. Bakım Verenin Sosyal-Duygusal Değişimi Bağlamı	53
4.2.3. Beklenti Bağlamı	57
4.3. Bakım Verenlerin PEG'ten Beslenmeye, İlaç Uygulamaya ve Stoma Bakımına Yönelik Uygulamalarının Gözleminden Elde Edilen Bulgular	66
5. TARTIŞMA	69
5.1. Hastaların ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	69
5.2. PEG'li Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Deneyimlerine İlişkin Bağlam, Tema, Alt Temaların; PEG'ten Beslenmeye, İlaç Uygulamaya ve Stoma Bakımına Yönelik Gözlemlerin Tartışılması	70
5.2.1. PEG Yönetimi Bağlamı	70
5.2.2. Bakım Verenin Sosyal ve Duygusal Değişimi Bağlamı	74
5.2.3. Beklenti Bağlamı	76
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	79
6.1. Sonuçlar	79
6.2. Öneriler	80
7. KAYNAKLAR	82

8. EKLER

EK-1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

EK-2. Bakım Veren için Tanıtıcı Bilgi Formu

EK-3. PEG'ten Beslenme, İlaç Uygulama ve Stoma Bakımı Gözlem Formu

EK-4. Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Bireysel Görüşme Formu

EK-5. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar

Etik Kurulu İzni

EK-6. Hacettepe Üniversitesi Beslenme Destek Ünitesi İzin Yazısı

Ek-7. Aydınlatılmış Onam Formları

Ek.8. Kurs ve Sertifikalar

EK-9. Orjinallik Ekran Çıktısı

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ASPEN	Amerika Parenteral ve Enteral Nütrisyon Derneği (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition)
BAPEN	İngiliz Parenteral ve Enteral Beslenme Birliği (The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition)
BKİ	Beden Kitle İndeksi
ESPEN	Avrupa Klinik Nütrisyon ve Metabolizma Derneği (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism)
NET	Nazoenterik
NG	Nazogastrik
NICE	İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence)
NRS	Nütrisyonel Risk Tarama
PEG	Perkütan Endoskopik Gastrostomi
PEJ	Perkütan Endoskopik Jejunostomi
PRG	Radyolojik Görüntüleme ile Birlikte Yapılan Gastrostomi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	Malnütrisyonun sonuçları.	8
2.2.	Enteral beslenme uygulamasında uygun tüp seçimi için karar şeması.	11
3.1.	Uygulama akış şeması.	31
3.2.	Veri analiz şeması.	33



TABLÖLAR

Tablo		Sayfa
2.1.	Evde Enteral Tüple Beslenme Eğitim Listesi.	24
2.2.	Evde Enteral Beslenme Ekibi Tarafından Sağlanan Hizmetler.	25
4.1.	Hastalara ilişkin tanıtıcı özellikler.	34
4.2.	Bakım verenlere ilişkin tanıtıcı özellikler.	35
4.3.	PEG’li Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Deneyimlerine İlişkin Bağlam, Tema ve Alt Temalar.	37
4.4.	PEG’ten Beslenmeye, İlaç Uygulamaya ve Stoma Bakımına Yönelik Gözlemler.	67

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bireyin yaşamsal faaliyetleri ve sağlığın sürdürülmesi için yeterli ve dengeli beslenmenin kesintisiz olarak devam etmesi gerekmektedir. Yeterli ve dengeli beslenmenin devam ettirilememesi malnütrisyon gelişmesine ve immün sistemin zayıflamasına, ölüm oranlarının ve hastalıkların artışına neden olmaktadır (1-4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), gelişmekte olan ülkelerdeki her üç bireyden birinin vitamin ve mineral yetersizliğinden etkilendiğini ve bu durumun enfeksiyona, konjenital anomalilere ve gelişme geriliğine sebep olduğunu bildirmektedir (5) .

Ciddi iştah kaybı, yutma problemleri, nörolojik hastalıklar gibi yeterli ve dengeli beslenmenin sürdürülmesine engel olan pek çok patolojik durum malnütrisyon gelişimine neden olabilmektedir. Bu durumlardan herhangi biri ile karşılaşan ve doğal (oral) yollardan beslenmesini gerçekleştiremeyen bireyde, malnütrisyonun ve buna bağlı gelişebilecek olumsuzlukların önlenmesi için beslenmenin enteral ve parenteral yollardan sürdürülmesi gerekmektedir (3, 6). Parenteral beslenme; hastaya ihtiyaç duyduğu besin maddelerinin yeterli miktarda ve dengeli olarak parenteral yolla verilmesidir. Enteral beslenme ise; gastrointestinal sistem fonksiyonlarının devam ettiği durumlarda besin maddelerinin oral, nazogastrik, nazoenterik, gastrostomi veya jejunostomi yoluyla devamlı ya da aralıklı olarak hastaya verilmesidir. Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Derneği'nin (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN) Beslenme Kılavuzu'nda yer alan Gıda ve Nutrisyon Tedavisi Avrupa Konseyi beyanlarında; hastaların beslenme yetersizliğini düzeltmek ve önlemek için ilk olarak oral yolla beslenmenin seçilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu doğrultuda, beslenmede oral yolun öncelikle tercih edilme gerekliliği ile parenteral beslenmenin komplikasyonları ve maliyeti dikkate alındığında enteral beslenme uygulanma sıklığı açısından önem kazanmaktadır. Enteral beslenmede kullanılacak yol; enteral beslenme endikasyonuna, beslenme süresine, hastanın gastrik ve intestinal motilite ve fonksiyonuna göre değişebilmektedir (3, 6-8). Enteral beslenme türünün belirlenmesinde özellikle beslenme süresi önemli bir kriterdir (3, 9, 10). Enteral beslenme 2-3 haftadan daha kısa sürecekse nazogastrik (NG) veya nazoenterik

(NET) (nazoduedonal, nazojejunal) tüple besleme tercih edilmektedir. NG tüpler, kısa süreli nütrisyon tedavisi gerektiren hastaların çoğunluğunda ilk tercihtir (11). Nazoenteral tüpler ise, mide yoluyla beslenmenin mümkün olmadığı durumlarda (yüksek rezidüel gastrik volüm, kusma veya regürjitasyon) tercih edilmektedir. NG ve NET ile beslenmede en sık görülen komplikasyonlar tüpün yerinden çıkması, tıkanması, yapışkan bantlardan kaynaklanan cilt irritasyonu ve diyaredir. Bu komplikasyonların ortaya çıkma durumu %0,3-15 arasında değişmektedir (3, 9, 11).

Enteral beslenmenin 2-3 haftadan daha uzun süreceğinin öngörüldüğü durumlarda perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) ile beslenme tercih edilmektedir (3, 12). PEG ilk kez Gauderer ve Ponsky tarafından 1980’de tarif edilmiş olup, ağız yoluyla beslenemeyen hastalara uzun dönem enteral beslenme sağlamak amacıyla karın duvarından mideye tüp yerleştirilmesi işlemidir (13, 14). Amerika’da yılda 200.000’den fazla, Almanya’da 140.000 (15, 16), İngiltere’de ise 17.000 PEG uygulaması yapıldığı bildirilmektedir (17). PEG, sıklıkla yutma bozukluklarında, nörolojik hastalıklarda, baş, boyun ve üst gastrointestinal sistem tümörlerinde uygulanmaktadır. Ayrıca kalori gereksinimi olan hastalıkların takibinde de (konjenital kalp hastalıkları, kısa bağırsak sendromu ve inflamatuvar bağırsak hastalıkları vb) PEG uygulaması yapılmaktadır (12, 18-20). Muratori ve ark. (21)’nin çalışmasında; PEG gereksinimi olan 438 hastanın; %34,0’ünün inme, %31,3’ünün demans, %18,5’inin nörolojik hastalık, %9,1’inin koma ve %7,1’inin kanser olduğu belirtilmiştir. Şit ve ark. (22)’nin çalışmasında ise PEG takılan 81 hastanın %60’ının serebrovasküler olay (SVO), %5,3’ünün larinks kanseri, %16’sının ensefalopati, %13,3’ünün solunum yetmezliği, %2,6’sının özafagus kanseri, %1,3’ünün Behçet ve %1,3’ünün lenfosarkom tanısına sahip olduğu bildirilmektedir. Bu endikasyon durumlarında PEG’in takılma amaçları ise kilo kaybını engellemek; vücutta ihtiyaç duyulan ve eksik olan besin maddelerinin alımını sağlamak; çocuklarda büyümeyi sürdürmek ve hızlandırmak; ağızdan yetersiz beslenmeye bağlı yaşam kalitesindeki bozulmayı engellemektir (23).

Yerleştirme işleminin kısa sürmesi, hastanede kalış süresini kısaltması, uygulama sonrası beslenmeye erken başlanabilmesi, ekonomik ve güvenli olması nedeniyle PEG, uzun süreli enteral beslenmede sık kullanılan bir yöntemdir (9, 24). Tabrizi ve ark. (25)’nin NG tüp ve PEG’i karşılaştırdığı çalışmada; NG tüp takılı

olan hastalarda, postoperatif dönemde ortaya çıkan enfeksiyonların ve ortalama kilo kaybının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. PEG uygulaması bu avantajlarının yanı sıra uygulama sonrası uygun ve yeterli bakım sağlanmadığında, çeşitli sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu sorunlar arasında; PEG tüpünün tıkanması, tüp kenarından sızıntı, hipergranülasyon ve gömülü tampon sendromu gibi mekanik sorunlar; bulantı, kusma, gastrik rezidü artışı, abdominal distansiyon ve ishal gibi gastrointestinal sorunlar; yetersiz ya da aşırı beslenmeye bağlı metabolik sorunlar ve yara yerinde enfeksiyon yer almaktadır (9, 12, 23, 26-28). Richter ve ark. (29)'nın yaptığı çalışmada PEG takılan hastaların %20,5'inde tüp yerinde enfeksiyon geliştiği bildirilmektedir(29). Clarke ve ark. (30)'nın 350 PEG'li hasta ile yaptıkları çalışmada ise; hastaların %38'inde tüp yerinde enfeksiyon, %1,4'ünde gömülü tampon sendromu ve %2'sinde tüp çevresinde granülasyon dokusu meydana geldiği saptanmıştır. Ojo (31)'nin derlemesinde; enteral beslenmeye bağlı ortaya çıkan sorunların ülkeye göre değişiklik gösterdiği belirtilmiştir. Bu çalışmada uygulama sonrası görülen sorunlar tüpün çevresinde granülasyon dokusu oluşumu (Kanada); tüpün yerinden çıkması (Yunanistan ve Türkiye); konstipasyon (İrlanda); yara yerinde enfeksiyon (Türkiye) ve aspirasyon pnömonisi (Brezilya) olarak bildirilmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise; PEG takılan hastalarda yara yeri enfeksiyonu, tüpün yerinden çıkması, tüpteki deformiyete bağlı tüp değişimi, tüp tıkanıklığı ve kanama geliştiği belirtilmiştir (32, 33).

PEG kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek bu problemler hastanın ve hastaya bakım veren bireyin, beslenme ve bakım uygulamalarını doğru ve etkin yapması, ortaya çıkan sorunları yönetebilmeleri ile önlenabilir. Bu bağlamda PEG uygulaması sonrası gelişebilecek problemleri önlemede hem hastalara hem de bakımlarını üstlenen kişilere interdisipliner bir ekip tarafından verilecek eğitim ön plana çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda PEG takılmadan önce interdisipliner ekip tarafından değerlendirilen hastaların, tedavi sürecinin hızlandığı, hastanede kalış süresinin azaldığı, bu değerlendirmenin hasta ve bakım verenlerin endişelerini azalttığı bildirilmiştir (34, 35). İnterdisipliner ekip içerisinde önemli bir yere sahip olan hemşireler, hastaların ve bakım verenlerin öğrenme gereksinimleri, istekleri ve yetenekleri doğrultusunda yazılı ve sözlü olarak eğitimlerini sağlamakla sorumludurlar. Hemşirelerin vereceği eğitimin; beslenme ürünlerinin hazırlanma ve

saklama koşullarını, beslenme sırasında kullanılacak araç gereçlerin kullanımını, tüp ve stoma bakımını, tüpten ilaç uygulamayı ve komplikasyonların yönetimini içermelidir. Bu bağlamda PEG'e ilişkin verilen eğitimler ve izlemler, taburculuk sonrası gelişen sorunların azalmasını, karşılaşılan sorunların kolaylıkla çözülmesini, hasta ve bakım veren bireyin memnuniyetinin artmasını, hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesini ve maliyetin azalmasını sağlayacaktır (27, 28, 36, 37).

PEG uygulanan hastalarda uygulama endikasyonları ve nedenleri dikkate alındığında çoğu hastanın uygulama sonrası bakım desteğine gereksinimi olduğu görülmektedir (38). PEG'li bireyin beslenmesi ve bakımı, bakım verenlere önemli bir sorumluluk yükleyen, oldukça yorucu bir süreçtir. Bu durum taburculuk sonrası dönemde hem hastaların hem de bakım verenlerin fiziksel, psikolojik ve ekonomik sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir (24). Liley ve Manthorpe (39)'nin çalışmasında; enteral tüple beslenen hastalara bakım verenlerin, enteral tüp sistemlerini tanımadığı, konuyla ilgili verilen eğitimleri yetersiz bulduğu, bakım verirken korku yaşadıkları ve enteral tüple beslemenin sosyal yaşamlarını etkilediği belirtilmiştir. Brotherton ve Abbott (40)'un çalışmasında ise; bakım verenlerin beslenme süreci ile ilgili yeterince bilgilendirilmediği ve PEG takılmasına karar verme sürecinde kendilerine danışılmadığı bildirilmiştir. Türkiye'de ise PEG'li hastaya bakım verenlere yönelik yapılan sınırlı sayıdaki çalışmaların çocuk hastalara bakım veren aileler ile yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmalarda bakım verenlerin en sık yaşadığı sorunlar arasında; beslenme, stoma ve tüp bakımı ile ilgili sorunlar, mama ve malzemelerin temininde yaşanan güçlükler yer almaktadır (24, 41). Ayrıca literatürde PEG'li hastaların planlı taburculuk eğitimi, ev izlemi ve evde bakımı ile ilgili çalışmalar da sınırlıdır (39, 40, 42).

PEG'li hastalara bakım verenlerin taburculuk sonrası dönemde yaşadıkları problemlerin ve gereksinimlerinin belirlenmesi ve buna yönelik çözüm yollarının aranması hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitesinin artırılması açısından oldukça önemlidir. PEG'li yetişkin hastalara bakım verenlerin taburculuk sonrası deneyimlerinin belirlenmesini amaçlayan bu çalışma sonuçlarının hastaların ve bakım verenlerin taburculuk sonrası yaşantısının ve bakım sürecinin iyileştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma perkütan endoskopik gastrostomili hastalara bakım verenlerin bakıma ilişkin deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla niteliksel bir araştırma olarak yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Perkütan endoskopik gastrostomisi olan hastalara bakım verenler PEG'ten beslenme ve ilaç verme sürecini nasıl gerçekleştirmektedir?
2. Perkütan endoskopik gastrostomisi olan hastalara bakım verenler stoma bakımını nasıl gerçekleştirmektedir?
3. Perkütan endoskopik gastrostomisi olan hastalara bakım verenler bakım verme sürecinde ne tür sorunlar yaşamaktadır?
4. Perkütan endoskopik gastrostomisi olan hastalara bakım verenler yaşadıkları sorunları nasıl çözmektedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenme

Beslenme, sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve sağlıklı yaşamın sürdürülmesi için gerekli besin maddelerinin yeterli ve dengeli miktarda tüketilerek vücutta kullanılması olarak tanımlanmaktadır (2). Beslenme terimi ilk olarak eski Yunanda kullanılmış ve yaşamın yolu olarak adlandırılmıştır (43). Bireyin yaşamsal faaliyetlerinin devam edebilmesi beslenmenin kesintisiz, dengeli ve yeterli şekilde sürdürülmesine bağlıdır. Besin maddeleri proteinler, karbonhidratlar, yağlar, mineraller, vitaminler ve su olmak üzere 6 temel grupta incelenmektedir. Yetişkin insan vücudu ortalama %59 su, %18 protein, %18 lipit, %4,3 mineraller ve %0,7 karbonhidrat, vitamin ve nükleik asitten oluşmaktadır. Bireyin sağlıklı ve uzun bir yaşam sürdürebilmesi için bu temel besin öğelerini dengeli bir şekilde tüketmesi gerekmektedir (2, 44, 45). Yeterli ve dengeli beslenmenin sürdürülemediği durumlarda hastalık ve ölüm oranlarında önemli artış olduğu görülmektedir (2, 4). Beş yaş altındaki çocuk ölümlerinin %45'inin yetersiz beslenme nedeniyle gerçekleştiği ve dünyada 462 milyon yetişkinde beslenme yetersizliğine bağlı malnütrisyon saptandığı bildirilmektedir (46). Yetersiz ve dengesiz beslenme, bireyin fiziksel ve mental sağlığını olumsuz yönde etkilemekte olup, bu olumsuzlukların gelişmesini önlemek, bireyin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmek için hasta/sağlıklı bireylerin beslenme durumunun değerlendirilmesi ve bireylere ihtiyaç duydukları doğrultuda beslenme desteği sağlanması gerekmektedir (47).

2.2. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Beslenme durumu, besin öğelerine duyulan gereksinimin ne düzeyde karşılanabildiğinin bir ölçütüdür. Bu değerlendirmede amaç nütrisyonel riski tanımlamak ve bu bağlamda hastayı iyileştirmek; hastalığı ve komplikasyonları ortadan kaldırmaktır (47).

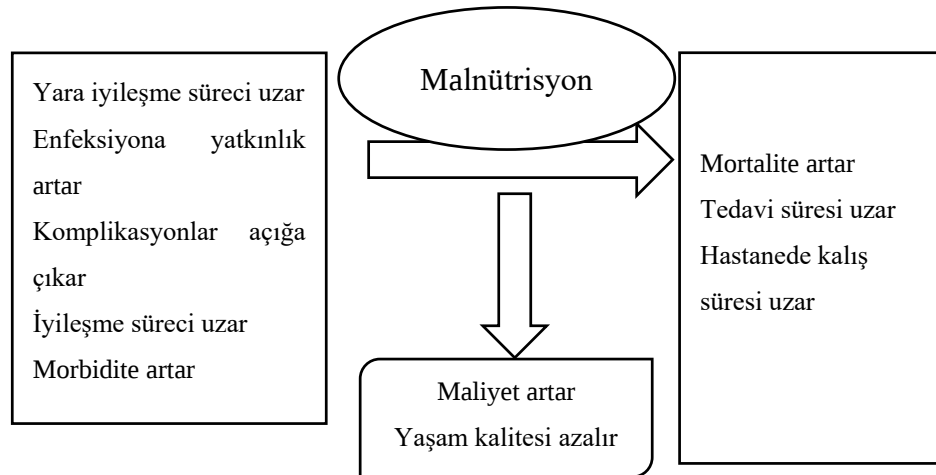
Beslenme durumu, vücut ağırlığı, kilo kaybı, antropometrik ölçümler, total vücut yağ kitlesi, kreatinin düzeyi indeksi, plazma proteinleri (albümin, prealbümin, transferrin) düzeylerine bakılarak değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme doktor, hemşire ve diyetisyen iş birliği ile yapılmaktadır. Değerlendirmeler sonucunda

hastanın beslenme ihtiyacı ve nütrisyonel risk durumu belirlenmektedir (3, 7). Nütrisyonel risk aŗaēıdaki sonuçların bir veya daha fazlasının varlıēı ile belirlenir:

- 6 ay içinde>%10-15 kilo kaybı
- Serum albümin<30g/l
- Nütrisyonel Risk Tarama (NRS)>3; 1 ayda>%5 kilo kaybı ya da beden kitle indeksi (BKİ)<18,5 kg/m² ve genel durum bozukluēu ya da bir önceki hafta besin alımının normal gereksinimlerinin %0-25'i kadar olması
- BKİ<18,5 kg/m²
- BKİ kadınlarda 10, erkeklerde 12 olduēu zaman saē kalım nadirdir. BKİ'nin 20'nin altında olması mortalite riskini artırmakta, 22'den düşük olması ise malnütrisyonu iŗaret etmektedir (1, 3).

2.2.1. Malnütrisyon

Malnütrisyon, beslenme durumu deēerlendirilerek saptanmakta ve yetersiz beslenme ya da beslenme bozukluēuna baēlı olarak vücutta görülen deēiŗiklikleri ifade etmektedir. Hastanede yatan hastalarda malnütrisyon ortaya çıkma durumu %30-60 oranında olup, bu oranın %10-25'i aēır malnütrisyondur. Yetersiz ve dengesiz besin alımına baēlı olarak ortaya çıkan malnütrisyon vücutta yara iyileŗmesinde gecikme, immün sistemde baskılanma, baēırsak mukozasında atrofi, termojenik yanıtta bozulma, büyüme ve geliŗme geriliēi, kardiyak output'ta, kas gücü ve dayanıklılıēında azalma gibi pek çok istenmeyen durumun geliŗmesine neden olmaktadır (ŗekil 2.1.). Bu problemleri önlemek için malnütrisyon saptanan hastalara, gastrointestinal veya intravenöz yoldan beslenme desteēi verilmesi gerekmektedir (3, 43).



Şekil 2.1. Malnütrisyonun sonuçları (48).

2.3. Beslenme Desteği

Beslenme desteği normal yoldan beslenme süreci bozulan ve malnütrisyon tespit edilen hastalarda yaşam kalitesini iyileştiren, komplikasyonların ve mortalite oranlarının azalmasını sağlayan önemli bir tedavi seçeneğidir. Ciddi iştah kaybı, yutma problemleri ve gastrointestinal kanalın obstrüktif ve motilite problemleri varlığında enteral tüple veya parenteral yolla beslenme desteği uygulanmaktadır (3, 6, 8). Gastrointestinal sistemleri fonksiyonel olan hastalara oral, nazogastrik, nazoenterik, gastrostomi veya jejunostomi yolunu içeren enteral beslenme desteği uygulanmaktadır. Enteral beslenme endikasyonu olmayan hastalar için ise, parenteral beslenme tercih edilmektedir. Parenteral beslenme de; besin maddeleri yeterli ölçüde ve dengeli olarak, kısmen veya tamamen parenteral yolla (periferik venler, santral bir ven) verilmektedir. Parenteral beslenmenin, enteral beslenme ile karşılaştırıldığında daha fazla komplikasyona yol açtığı ve maliyetinin enteral beslenmeden 7 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir. Ayrıca enteral beslenme, bağırsağın fizyolojik özelliklerini koruması ve villus atrofisini önlemesi nedeniyle daha çok tercih edilmektedir (3, 7).

2.4. Enteral Beslenme

Enteral beslenme gastrointestinal sistem fonksiyonlarının devam ettiği durumlarda besin maddelerinin oral, nazogastrik, nazoenterik, gastrostomi veya

jejunostomi yoluyla devamlı ya da aralıklı olarak hastaya verilmesidir. Enteral beslenme desteği olarak öncelikle oral beslenme desteği tercih edilmekte olup oral beslenme desteğinden olumlu sonuç alınamayan hastalara, besin maddeleri oral yol dışında, nazogastrik, nazointerik, gastrostomi veya jejunostomi yolu ile verilmektedir. Amerika Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition ASPEN) enteral beslenmeyi; protein, karbonhidrat, yağ, vitamin ve mineraller içeren beslenme ürünlerinin mideye veya bağırsağa bir tüp yoluyla verilmesi şeklinde tanımlamıştır (3, 8).

Enteral beslenmeden ilk olarak; M.Ö. 1550 yılında Antik Mısır'ın en önemli tıbbi papirüsleri arasında yer alan Ebers papirüslerinde bahsedilmektedir. Bu papirüslerde enteral beslenme; süt, peynir altı suyu, şarap ve arpa çorbalarının kilden veya seramikten yapılmış tüpler ile rektal yoldan uygulanması şeklinde tanımlanmaktadır. M.Ö. 300'de Yunanistan'da şarap, ballı su, şerbet ve sirkenin rektal lavman şeklinde uygulandığı belirtilmektedir. Aynı dönemde, geleneksel Hint tıbbında da hastalıkların önlenmesinde beslenmenin öneminden ve enteral beslenmenin rektal lavmanlar şeklinde uygulandığından bahsedilmektedir. M.S. ise, 1617'de, Fabricius tetanozlu bir hastayı beslemek için küçük bir gümüş nazofarengeal tüp kullanmıştır. Helmont 1646 yılında deriden yapılmış esnek beslenme tüpü geliştirmiş, fakat tüpün sert ve travmatik olmasından kaynaklı bu tüp kullanılmamıştır. John Hunter 1790'da enteral beslenmeyi ilk kez tedavi amaçlı kullanmış ve balina kemiğinden yapılmış tüp aracılığıyla besinleri uygulamıştır (43).

Cerrahi yaklaşım olarak ilk kez 1837'de Egeberg tarafından köpeklere besin ve ilaç uygulamak amacıyla gastrostomi açılmıştır. 1876'da Verneuil tarafından insan yapısına uygun gastrostomi tüpü geliştirilmiştir. Jejunostomi ile beslenme ilk olarak 1885 yılında Robertson tarafından geliştirilmiştir. 1910'da Einhorn, duodenuma kadar uzanan nazogastrik tüpü geliştirmiştir. 1980'de Gauderer ve arkadaşları gastrostomi tüpünün perkütan endoskopik yerleşimini tanımlamışlardır. Bu teknik, yüksek riskli hastalarda basit, güvenli, hızlı bir şekilde ve laparotomi gerektirmeden gerçekleştirilmiştir. Bu gelişmeler doğrultusunda 1976 yılında Amerika'da ASPEN, Avrupa'da ESPEN kurulmuş ve enteral beslenme ilgili rehberler oluşturulmaya başlanmıştır (43).

Hastanın fonksiyon gören bağırsak sisteminin olması, ancak beslenme gereksinimlerini karşılayacak şekilde besin alamaması durumunda enteral beslenme sıklıkla tercih edilir hale gelmiştir (3). Günümüzde enteral beslenme, yedi günden daha fazla yetersiz oral alım beklenen tüm hastalara nütrisyonel durumu düzenlemek için verilmektedir. Ayrıca malnütrisyonu tanımlanan ya da malnütrisyona gireceği öngörülen hastalar için de enteral beslenme kullanılmaktadır (49). ESPEN'in 2006'da çıkardığı enteral beslenme rehberinde, farklı klinik durumlar ve hastalıklar için enteral beslenmenin kullanıldığı endikasyonlardan bahsedilmiştir. Bu rehberde göre enteral beslenme (50, 51);

- Oral beslenmesi üç günden daha fazla sürede kesintiye uğrayacak tüm hastalar (C kanıt düzeyi)
- Nütrisyon değerlendirmesinde yüksek risk çıkan ve elektif büyük cerrahilerden 10-14 gün önce (A kanıt düzeyi)
- Hesaplanan günlük alımın %60'ından fazlasını 10 günden daha uzun süre oral olarak alamayan hastalar (C kanıt düzeyi)
- Kilo kaybı 3 ayda >%5 veya BMI < 18.5 kg/m² ise (A kanıt düzeyi)
- Beslenmenin yetersiz olması, hastanın 7 günden fazla yemek yiyemeyecek olması (C kanıt düzeyi)
- Bilinç kaybı, yutma güçlüğü ve kısmi intestinal yetmezlik durumlarında uygulanmaktadır.

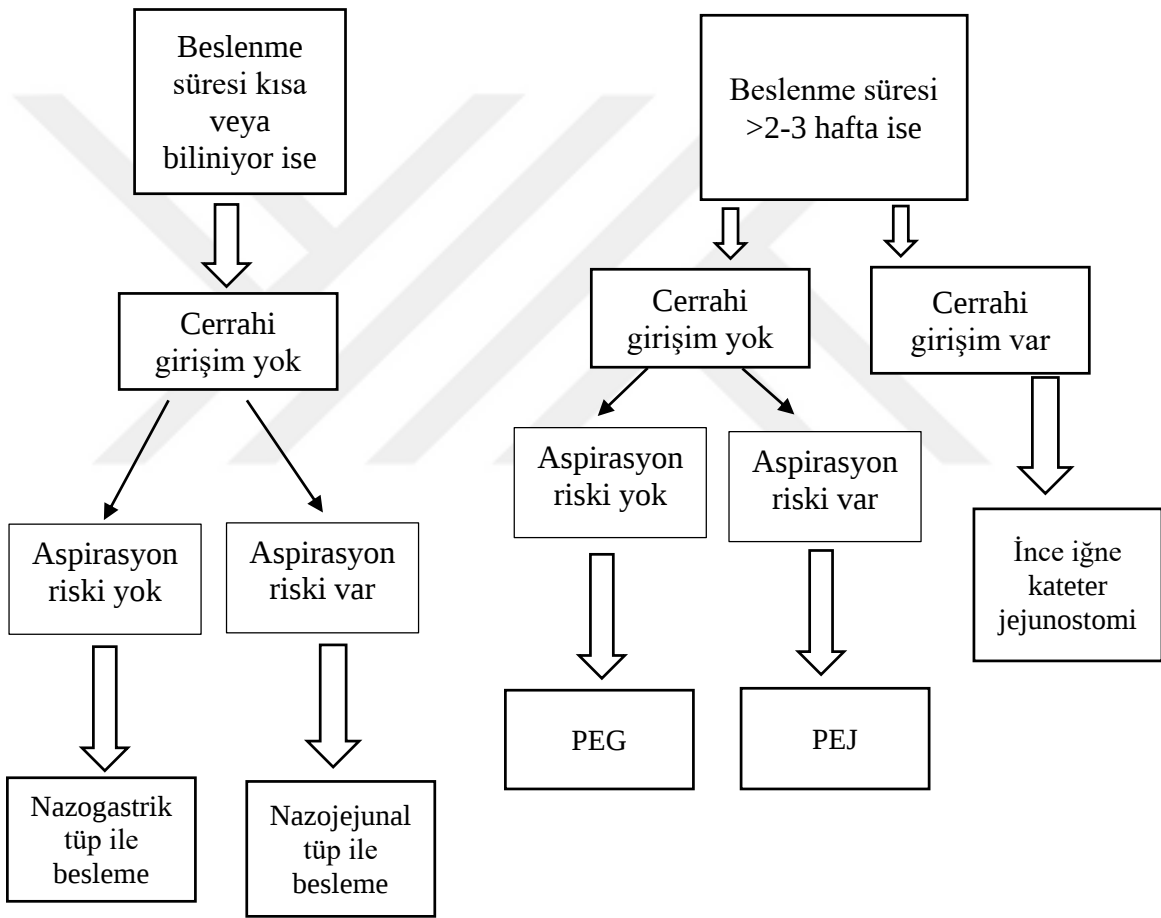
Enteral beslenmenin kontrendike olduğu durumlar ise şunlardır (49, 52)

- İntestinal obstrüksiyon/ileus
- Bulantı/kusma
- Diyabetik ketoasidozis
- Diyabetik koma
- Ağır peritonit
- Ağır şok

2.4.1. Enteral Beslenme Türleri

Enteral beslenme; doğrudan bir tüp ile, perkütan girişimlerle ya da cerrahi olarak gerçekleştirilmektedir (10). Enteral beslenmede seçilecek yol; altta yatan

patolojiye, tüple beslenme süresine, gastrointestinal sistem anatomisine, gastrik ve intestinal motilite ve fonksiyonuna göre değişmektedir. Enteral beslenmenin uygulandığı bölge, hastanın beslenmeyi tolere edebildiği en üst anatomik bölge olmalıdır. Bu nedenle bir kontrendikasyon yoksa ilk tercih edilecek yöntem oral yol olmalıdır (3, 8, 9). Nazogastrik (NG), nazoenterik yollar (NET), perkütan endoskopik gastrotomi (PEG) ve perkütan endoskopik jejunostomi (PEJ) enteral beslenmede sıklıkla kullanılan diğer yöntemlerdir. Aspirasyon riskinin olduğu durumlarda ise NG tüp yerine NET, PEG tüp yerine de PEJ kullanılmaktadır (11) (şekil 2.2).



Şekil 2.2. Enteral beslenme uygulamasında uygun tüp seçimi için karar şeması (12).

Kısa Süreli Enteral Beslenme: Enteral beslenme 2-3 haftadan daha kısa sürecekse nazogastrik veya nazoenterik (nazoduedonal, nazojejunal) yolla uygulanmaktadır. Kısa süreli nütrisyon tedavisi gerektiren hastaların çoğunluğunda ilk olarak en ucuz ve en kolay yol olan nazogastrik beslenme tercih edilmekte olup, bunun için NG tüpler kullanılmaktadır. Bu tüpler genellikle hasta yatağı başında

uygulanmakta, burundan geçirilip distale doğru ilerletilerek mideye yerleştirilmektedir (11). Bu yöntem yeterli oral alımın olmadığı, nörolojik ve psikolojik problemi olan hastalarda kullanılmakta olup, ağır gastrointestinal kanal disfonksiyonu olan hastalarda kontrendikedir (3). Nazogastrik tüple beslenmede genellikle 8- 12 French genişliğinde tüpler kullanılmaktadır. Nazogastrik beslenme tüpleri, uzunlukları 90-120 cm olmakla birlikte, polivinil (daha rijit), silikon (daha esnek) veya poliüretan (daha az travmatik) materyalden yapılmaktadır. NG tüp ile hem bolus hem de mekanik pompa kullanılarak devamlı beslenme yapılabilir. Bu yolun en önemli dezavantajları tüpün dislokasyonu, tıkanması ve yanlış yerleştirilmesi riskidir. Ayrıca fiziksel görünüm açısından rahatsız edici olup, mukozal irritasyona ve gastrointestinal kanamalara neden olabilmektedir (3, 9-11).

Nazoenteral tüpler (NET), mide yoluyla beslenmenin mümkün olmadığı durumlarda (yüksek rezidüel gastrik volüm, kusma veya regürjitasyon) duodenum ve jejunuma yerleştirilen beslenme tüpleridir. NET'ler özellikle aspirasyon riskinin yüksek olduğu durumlarda tercih edilmektedir. NET'ler küçük çaplı oldukları için tıkanma riskleri daha fazladır. NET ile beslenmeden sonra beslenme ürününün verilme şekline göre suyla yıkama önem taşımaktadır. Bu beslenme türünde ortaya çıkan komplikasyonlar; tüpün yerinden çıkması, tıkanması, yapışkan bantlardan kaynaklanan cilt irritasyonu ve diyaredir. Bu komplikasyonların ortaya çıkma durumu %0,3-15 arasında değişmektedir. Nazoenteral ve nazogastrik tüplerin, uygulaması ve kullanımı basit olmasına rağmen hasta toleransının düşük olması ve tüplerin uzun süre yerinde tutulamaması gibi kullanım zorlukları bulunmaktadır (3, 9, 11, 33).

Uzun Süreli Enteral Beslenme: Uzun süreli enteral beslenme mide veya jejunum yolu ile gerçekleştirilmektedir. Uzun süreli enteral beslenmede kullanılan yöntemler arasında radyolojik görüntüleme ile birlikte yapılan gastrostomi (PRG), perkütan endoskopik jejunostomi (PEJ), cerrahi gastrostomi, cerrahi jejunostomi ve perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) yer almaktadır (3, 8, 9, 11).

Radyolojik görüntüleme ile birlikte yapılan gastrostomi: PRG, endoskopinin kontrendike olduğu (üst gastrointestinal sistem tıkanıklığı, tümör vs.) durumlarda yapılmakta olup, ultrasonografi ya da floroskopi eşliğinde midenin görüntülenerek perkütan olarak gastrostomi açılması işlemidir. Perkütan gastrostominin radyolojik

ya da endoskopik açılıp açılmayacağı hastane koşullarına, maliyet ve deneyim farklılıklarına göre değişmektedir (9).

Perkütan endoskopik jejunostomi: PEJ gastrik ileus, mide boşalmasında gecikme veya aspirasyon riski olan hastalarda tercih edilmektedir. Jejunostomi tüpünün yerleşimi, Perkütan Endoskopik Jejunostomi (PEG-J) ya da Direkt Perkütan Endoskopik Jejunostomi (D-PEJ) yöntemleri ile yapılabilir. PEG-J uygulamasında daha önce takılmış PEG içinden 9-12 F çaplı beslenme tüpü geçirilmekte ve bu tüp radyolojik olarak kılavuz tel üzerinden veya endoskopik olarak çekme yöntemiyle jejunuma yerleştirilmektedir. D-PEJ uygulamasında ise enteroskop ile jejunuma ulaşılmakta, enteroskop içinden kılavuz tel geçirilerek PEG açılmasına benzer bir şekilde çekme tekniği kullanılarak D-PEJ jejunuma yerleştirilmektedir. Uygulamaya bağlı ortaya çıkabilecek sorunlar arasında intestinal perforasyon, jejunal volvulus, majör kanama ve aspirasyon yer almaktadır (11, 53).

Cerrahi gastrostomi: PEG uygulanmasının mümkün olmadığı durumlarda kullanılan bir tekniktir. Özellikle tümör obstrüksiyonları nedeniyle endoskopinin yapılamadığı durumlarda tercih edilmektedir. Endoskopik tekniğe göre bazı avantajları vardır. Bunlar; daha kalın çaplı tüp kullanılması, diğer abdominal organlarda perforasyon ve laserasyon oluşturma riskinin daha az olmasıdır. Fakat genel anestezi altında uygulanması, daha pahalı olması ve mortalite oranlarının daha yüksek olması gibi dezavantajları bulunmaktadır (3, 9, 11, 54).

Cerrahi jejunostomi: Cerrahi jejunostomilerin çoğunluğu travma veya üst gastrointestinal kanal hastalıklarına yönelik uygulanan majör cerrahilerle eş zamanlı uygulanmaktadır. PEG yerleştirmenin mümkün olmadığı ve obstrüksiyonlar nedeniyle endoskopi yapılamadığı durumlarda tercih edilen bir yoldur (3).

Perkütan endoskopik gastrostomi: Enteral beslenmenin 2-3 haftadan daha uzun süreceğinin öngörüldüğü durumlarda PEG tercih edilmektedir (3, 12). PEG, oral yolla beslenemeyen ve gastrointestinal fonksiyonları normal olan hastalarda, uzun süreli enteral beslenme sağlamak amacıyla karın duvarından mideye tüp yerleştirilmesi işlemidir (32, 55). PEG, genel anestezi ve ameliyathane ortamı gerektirmeden uygulanabilmektedir. PEG; yerleştirme işleminin kısa sürmesi, hastanede kalış süresini kısaltması, beslenme desteğinin erken başlanabilmesi,

ekonomik ve güvenli olması nedenleriyle uzun süreli enteral beslenmede en sık kullanılan yöntemdir (9, 24).

2.5. Perkütan Endoskopik Gastrostomi ile Beslenme

PEG, uzun süreli kullanıma avantajı nedeniyle en çok tercih edilen yoldur. PEG'in takılma amaçları; kilo kaybını engellemek, vücut için eksik olan besin maddelerinin alımını sağlamak, çocuklarda büyümeyi hızlandırmak ve ağızdan yetersiz beslenmeye bağlı yaşam kalitesindeki bozulmayı engellemektir (3, 8, 9, 11, 23). Beslenme yetersizliğine neden olan pek çok hastalık durumunda PEG uygulanmaktadır. PEG'in endikasyonları; yutma bozuklukları, ciddi yanık durumları, nörolojik hastalıklar (serebrovasküler inme, serebral tümör, bulbar parali, parkinson, amiyotrofik lateral skleroz, serebral palsi, demans, alzheimer, kranial travma,) baş, boyun ve üst gastrointestinal sistem tümörleridir. Ayrıca PEG kalori gereksinimi olan hastalıkların tedavisinde de (konjenital kalp hastalıkları, kısa bağırsak sendromu ve inflamatuvar bağırsak hastalıkları vb) kullanılmaktadır (12, 18-20, 28). PEG kullanımının kontrendike olduğu durumlar arasında ciddi koagülasyon bozuklukları (INR>1.5, trombosit düzeyi $50.000/\text{mm}^3$ ve PTT>50 sn olması), peritonit, anoreksiya nevroza, ağır psiko, yaşam beklentisinin kısa olması, gastrik varis, gastrektomi, masif asit, portal hipertansiyon, periton diyalizi, gebelik (29 hafta altı için) ve obezite yer almaktadır (12, 27, 28).

PEG Yerleştirme Teknikleri: PEG tüpleri, cilt ve mukozal yüzeye yakın oldukları için antialerjik yapıda olmalı ve toksik madde içermemelidir. Bu tüpler genellikle polivinil, silikon ya da poliüretan materyallerden üretilmektedirler. Polivinil tüplerin diğerlerine göre daha sert olması nedeniyle, daha az travmatik olan silikon ve poliüretan tüpler tercih edilmektedir. Tüpler, mideye balon ya da mantar şeklindeki uç kısımlar ile sabitlenmektedir. Tüplerin girişleri iki ya da üç lümenli olup beslenme ürünleri ve ilaçlar bu lümenlerden verilmektedir. Verilen besin ya da ilacın tüpten geri kaçışını önlemek amacıyla kilit mekanizmaları mevcuttur (56).

PEG tüpünün yerleştirilmesi “PULL” (çekme), “PUSH” (itme) ve “INTRODUCER” yöntemleri ile yapılabilmektedir. Bu tekniklerin içinde en sık uygulananı ise PULL-PEG yöntemidir (3, 12, 57, 58).

Pull (Çekme) Tekniği: 1980 yılında Gauderer ve Ponsky tarafından tanıtılmıştır. Bu teknikte midenin abdominal duvara en yakın olduğu yeri bulabilmek için endoskop ile mideye girilerek mide hava ile şişirilir, mide ön duvarında endoskop ışığının belirgin olduğu yer belirlenir. Karın ön duvarından iğne ile (Seldinger iğne) mideye girilir. Kılavuz ip iğne içinden yerleştirilir ve forseps ile yakalanır. Endoskop ip ile birlikte ağızdan çıkarılır. PEG tüpü, kılavuz ipin ağızdan çıkan ucuna bağlanır; ip karın duvarından çıkan ucundan çekilir ve PEG tüpü ağızdan mide içine çekilerek, mide içinde tespit edilir ve uç kısmı karın ön duvarından çıkarılır. İşlem sonlandırılmadan önce endoskopi ile midedeki iç sabitleyicinin yeri doğrulanır (3, 11, 58).

Push (İtme) Tekniği: Push tekniği özofagus pasajında obstrüksiyon olması durumunda tercih edilmektedir. Bu teknikte beslenme tüpü karından doğrudan girilerek mideye yerleştirilmektedir. Oral yoldan tüpü ilerletmek için kılavuz tel ağızdan itilerek karın duvarından çıkarılmaktadır (11).

Introducer Tekniği: Abdomenden mideye açılan bir açıklık aracılığı ile mideye foley kateter yardımıyla tüpün yerleştirilmesi işlemidir (9, 53, 59).

2.5.1. PEG Uygulamasına Bağlı Gelişebilecek Sorunlar ve Bu Sorunların Önlenmesine Yönelik Girişimler

PEG takılma işlemi gerçekleştirildikten sonra tüp yerinden sızıntı, tüpün tıkanması ve peristomal alanda enfeksiyon gibi minör komplikasyonlar ile birlikte kanama, aspirasyon pnömonisi, nekrotizan fasiitis, peritonit ve gömülü tampon sendromu gibi bazı majör komplikasyonlar gelişebilmektedir (9, 27). Majör komplikasyonların görülme oranı %3, minör komplikasyonların ise %13 olarak bildirilmekte olup, en sık görülen komplikasyonun %15 oranı ile yara yerinde enfeksiyon olduğu belirtilmektedir (12, 60). PEG takılmasını takiben ortaya çıkan sorunlar gastrointestinal, metabolik, mekanik ve yara yerinde enfeksiyon olarak sınıflandırılmıştır (49, 61).

Gastrointestinal sistem (GİS) sorunları ve önlemeye yönelik girişimler: En sık görülen gastrointestinal sorunlar bulantı, kusma, gastrik rezidü artışı, abdominal distansiyon ve diyaredir (61). Bunlar arasında en sık görüleni diyare olup, görülme sıklığı %2-63 arasında değişmektedir (3). Diyare için kullanılan en uygun tanımlama

sıvı veya yumuşak dışkı >200-250g/gün (veya volüm>250mL/gün) ve dışkı sıklığının >3-5kez/gün olmasıdır (3). Diyare besin intoleransı, inflamatuvar bağırsak hastalığı, kısa bağırsak sendromunun yanı sıra, hiperozmolar ürün kullanımı, beslenme ürününün hızlı infüzyonu, antibiyotik kullanımı ve tüp kontaminasyonu gibi nedenlerden meydana gelebilir. Diyareyi önlemek için hastalığa özgü beslenme ürünü kullanılmalı, beslenme ürününün veriliş hızı ve ozmolaritesi çok fazla olmamalı, beslenme ürününün, tüpün ve setin temizliğine dikkat edilmelidir. Diyarenin devam ettiği durumda; bolus uygulama kullanılıyorsa sürekli uygulamaya geçilmeli, ürünün veriliş hızı azaltılmalı (tolere edilebilen maksimum veriliş hızı 120mL/saat) ve beslenme ürünleri bakteriyel kontaminasyon açısından değerlendirilmelidir (3, 61).

PEG tüpü takılı hastalarda diyareden sonra en sık görülen GİS sorunları bulantı ve kusmadır. Bu sorunların görülme oranı %20 olup, gecikmiş gastrik boşalma nedeniyle meydana gelmektedir. Bulantı ve kusmayı önlemek için hasta beslenme sırasında, semifowler pozisyonunda olmalı, beslenme ürünü hızlı verilmemeli ve hastanın tolere etme durumuna göre beslenme ürününün dozu arttırılmalıdır. Ürün verilirken aseptiye dikkat edilmeli ve kontamine ürün vermekten kaçınılmalıdır (26).

Metabolik sorunlar ve önlemeye yönelik girişimler: Hastaların yetersiz ya da aşırı beslenmesine bağlı olarak gelişebilir. Yetersiz beslenen hastalarda enerji ve protein alımında yetersizlik, hiponatremi, hipokalemi, hipofosfatemi ve hipoglisemi gelişebilir (26, 61). Uzun süre aç kalmış hastaların hızlı ve fazla miktarda beslenmesi nedeniyle refeeding sendromu gelişebilir. Bunu önlemek için beslenmeye yavaş başlanmalı, sıvı dengesi, plazma elektrolitleri (kalsiyum, potasyum, fosfat) renal, kardiyonejik ve nörojenik fonksiyonlar değerlendirilmelidir. Ayrıca beslenme ürünlerinin yüksek ozmolaritede hızlı infüzyonla verilmesi nedeniyle dumping sendromu ortaya çıkabilir, hastada bulantı, kusma, distansiyon ve ishal görülebilir (49, 61).

Mekanik sorunlar ve önlemeye yönelik girişimler: En sık görülen mekanik sorunlar pulmoner aspirasyon, tüp kenarından sızıntı, tüp tıkanması, hipergranülasyon doku oluşumu ve gömülü tampon sendromudur (58). Pulmoner aspirasyonun tahmini insidansı %1-4 arasında değişmekle beraber çok ciddi ve yaşamı tehdit eden bir komplikasyondur. Pulmoner aspirasyonun önlenmesi için

yapılacak en önemli uygulama beslenme sırasında hastanın yarı oturur pozisyonda (30°- 45°) olmasını sağlamaktır. Ayrıca beslenmeden önce gastrik rezidü kontrolünün yapılması da bu komplikasyonun önlenmesinde önemlidir (3, 26). Yetişkinlerde kabul edilebilir gastrik rezidü değerinin 500 ml olduğu belirtilmektedir. Gastrik rezidü takibi aspirasyonun önlenmesi açısından önerilmesine rağmen, uygulamanın hastanın bulantı ve kusmasını artırması olasılığı açısından çelişki yarattığı belirtilmektedir (8).

Tüp etrafından sızıntı genellikle PEG takıldıktan birkaç gün sonra, ağır malnütrisyonlu hastalarda ve yara iyileşmesinin geciktiği durumlarda görülmektedir. Gastrik içeriğin aşırı sızması, deri yapısının bozulmasına, stomanın genişlemesine ve dermatite neden olabilir. Besin ve ilaç uygulamalarından sonra tüpün su ile yıkanmaması özellikle ilaçların tam olarak ezilmeden tüpten verilmesi tüpün tıkanmasına neden olan etmenlerdendir. Bu sorunun önlenmesi için PEG tüpünün beslenmeden önce ve sonra düzenli olarak su ile yıkanması gerekmektedir. Devamlı infüzyonda dört-sekiz saatte, bolus beslenmelerde her beslenme öncesi ve sonrası tüp yıkama işlemi yapılmalıdır. Tıkanma gerçekleştiyse tüp ılık su, sodyum bikarbonat veya pankreatik enzimler kullanılarak açılabilir, başarılı olunmadığı durumlarda ise tüpün değiştirilmesi için sağlık kuruluşuna gidilmelidir (3, 9, 27, 49, 62).

Gömülü tampon sendromu, PEG tüpü yerleştirilmesinden genellikle 3 hafta sonra ortaya çıkmaktadır. Bu komplikasyonda, tüpü çevreleyen iç ve dış tamponlar arasındaki aşırı gerginlik gastrik duvarın iskemik nekrozuna ve tüpün mide duvarı içerisine ilerlemesine neden olmaktadır. Tüp, gastrik duvar ve cilt arasındaki herhangi bir yerden çıkabilir; beslenme problemlerine, tüp çevresinde sızıntıya, ağrı ve şişliğe neden olabilir. Tüp hareket ettirilemiyor ya da besin maddelerinin tüpten geçişi zor oluyorsa bu komplikasyondan şüphelenilmelidir. Gömülü tampon sendromunun önlenmesi için tüp pozisyonu düzenli olarak kontrol edilmeli, tüp kendi içine yaklaşık 2-3 cm itilmeli ve tüp kendi etrafında 180° döndürülmelidir. Komplikasyonun geliştiği durumlarda ise PEG tüpünün değiştirilmesi gerekmektedir (27).

PEG tüpü olan hastalarda sık görülen diğer bir komplikasyon hiperganülasyon dokusunun gelişmesidir. Tüpün yeterince sabitlenmemesi, kıyafetlerin tüpün etrafında sürtünmesi ve yanlış pansuman yapılması bu

komplikasyonun gelişmesine neden olmaktadır. Hipergranülasyon varlığında topikal antimikrobiyal ajanlar kullanılmakta, ayrıca düşük doz steroidlerin kullanımı ile birlikte gümüş nitrat ve yakma işlemi uygulanmaktadır (27, 62).

Yara yerinde enfeksiyon ve önlemeye yönelik girişimler: Yara yerinde enfeksiyon, PEG açılma işleminin kontamine bir alanda gerçekleştirilmesi, antibiyotik profilaksisi uygulanmaması ve PEG takılma işlemi gerçekleştirildikten sonra uygun bakımların sağlanmaması nedeniyle ortaya çıkan bir komplikasyondur. Yapılan çalışmalarda PEG takılmasından önce antibiyotik profilaksisi kullanmanın yara yerinde enfeksiyonları azalttığı bildirilmektedir (63, 64). Ancak ESPEN rehberinde, PEG takılma işleminin gerçekleştiği ortamın hijyen koşullarına uygun olduğu durumlarda antibiyotik profilaksisinin gerekli olmadığı belirtilmiştir (12). PEG takıldıktan sonra stoma çevresinde sağlıklı bir yara iyileşme sürecinin gerçekleşmesi için stoma bakımının bu konuda oluşturulmuş rehberlere göre yapılması, stoma çevresinin renk, nem, koku, kızarıklık ve ısı artışı yönünden değerlendirilmesi ve doğru bakım ürünleri kullanılarak stoma bakımının yapılması gerekmektedir (8, 12, 61, 65).

2.5.2. PEG ve Hemşirelik Bakımı

PEG'in cerrahi işlem gerektirmemesi, hafif bir sedasyonla uygulanabilmesi ve maliyet açısından düşük olması diğer enteral beslenme yöntemlerine göre avantaj sağlamaktadır. Ancak, PEG takıldıktan sonra uygun ve yeterli bakımın sağlanamaması, PEG'e ilişkin çeşitli sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (9). Fernandez ve ark. (66)'nın yaptığı çalışmada hastaların %28,8'inde hipergranülasyon dokusu, %21,4'ünde tüp kenarından sızıntı meydana geldiği saptanmıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise; PEG takılan hastaların %11,76'sında kanama, %4,41'inde tüpte tıkanıklık, %9,2'sinde tüp çevresinde sızıntı, %6,2'sinde tüpün yerinden çıkması, %1,5'inde tüp çevresinde enfeksiyon geliştiği bildirilmiştir (67, 68). PEG uygulaması sonrası gelişebilecek bu problemlerin önlenmesinde PEG'li hastalara bakım veren hemşirelerin uygulamaları önem kazanmaktadır. Hemşirelerin, hastanın PEG takılma sürecinde, PEG takıldıktan sonra hastanede bakım aldığı süreçte, hastanın taburculuğa hazırlanması ve evde bakım sürecinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Ayrıca hemşireler;

beslenme sürecinin, tüp ve stoma bakımının yönetiminden, doğru şekilde uygulanmasından ve bu konularda hasta ve bakım verenlerin eğitiminden sorumludur (38, 69).

Beslenme süreci ve tüp bakımı: Beslenme sürecinin nasıl gerçekleşeceğine karar verildikten sonra yetişkinlerde 2 saat, bebek ve çocuklarda ise PEG takıldıktan 6 saat sonra beslenmeye başlanabilir (8, 12). Fakat, başta kanama olmak üzere erken bir komplikasyonu tespit edebilmek için hastaya beslenme ürünü verilmeden önce yaklaşık 3-6 saat beklenmesi önerilmektedir. Takılan tüplerde, herhangi bir sorun gelişmedikçe, (yırılma, aşınma, tıkanma vs.) rutin olarak değiştirilmesi gerekmemektedir. Tüp yerleştirildikten sonra kanalın olgunlaşmasını sağlamak ve mide içeriğinin periton boşluğuna kaçmasını engellemek için ilk yerleştirmeden sonraki 10 gün içinde PEG tüpünün çıkarılmaması önerilmektedir (3, 12, 23). Beslenme olmadığı zamanlarda tüpün kapağı kapalı kalmalıdır. Ayrıca, abdominal bölgede ve mide duvarları üzerinde basınç yaralanması oluşumundan sakınmak için, tüpün günlük olarak saat yönünde ve saat yönünün tersine döndürülmesi gerekmektedir (28). Beslenme; sürekli, aralıklı ya da bolus şeklinde, yerçekimi etkisiyle ya da pompa sistemleri ile gerçekleştirilmektedir:

Sürekli beslenme: Beslenme 24 saat devam etmekte olup, damlama yoluyla veya enteral pompalar aracılığıyla beslenme gerçekleştirilmektedir. Sürekli beslenme, midenin geç boşaldığı durumlarda tercih edilmektedir.

Aralıklı beslenme: Besin ürünün, belirli aralıklarla dinlenme ve beslenme sağlanacak şekilde verilmesidir. Damlama yoluyla veya enteral pompalar aracılığıyla gerçekleştirilmektedir.

Bolus beslenme: Beslenme ürününün belirlenen miktarda ve belli bir sürede enjektör (>50 ml üzeri) ya da torba ile verilmesidir. Günde 6-8 kez olmak üzere, 200-300 ml beslenme ürününün 30 ml/dk. verilmesi ile beslenme gerçekleşir. Hastanın hareketli olduğu ya da devamlı beslenmeye bağlı kalmak istemediği durumlarda tercih edilmektedir (12, 26).

Beslenme ürünü farklı şekillerde verilsede hemşire bu süreçte; beslenme ürününün oda sıcaklığında verilmesine, reflü ve aspirasyon riskini önlemek amacıyla hasta başının 30°-45° yüksekte olmasına, beslenme bittikten sonra da hastanın bir saat bu pozisyonda tutulmasına dikkat etmelidir. Ayrıca besin, enjektör ya da

beslenme torbası ile veriliyor ise; besin miktarını dakikada 30 ml olacak şekilde ayarlamalıdır. Enjektör/beslenme torbası, mide seviyesinin üzerinde tutulmalı ve besinin yer çekimi etkisi ile gitmesi sağlanmalıdır. Aynı zamanda meydana gelebilecek basınçtan sakınmak ve PEG tüpüne zarar vermemek için kapasitesi 50 ml ve üzerinde olan enjektörle beslenme sağlanmalıdır. Besin, pompa ile veriliyorsa, beslenme 50- 120 mL/saat olacak şekilde ayarlamalı, beslenme ürünü verildikten sonra tüp tıkanıklığını önlemek amacıyla tüp su ile yıkanmalıdır (8, 12, 70). Ayrıca beslenme sisteminden kaynaklı kontaminasyonu engellemek için de bazı önlemler alınmalıdır. Bunlar (3, 28);

- Beslenme setlerinin 24 saatte bir değiştirilmesi,
- Besinlerin önerilenden daha uzun süre asılı kalmaması,
- Torbaların içerisine beslenme ürününden başka bir ürün eklenmemesi,
- Ürünler hazırlanmadan önce ellerin yıkanmasıdır.

Tüpten ilaç uygulanması gereken durumlarda ise aşağıdaki öneriler doğrultusunda uygulama gerçekleştirilmelidir (8):

- İlaç, beslenme torbasının içine direkt olarak eklenmemelidir.
- İlaçlar, tüp tıkanmasına neden olabileceğinden, fiziksel ve kimyasal geçimsizlik nedeniyle ilaçların etkisini değiştirebileceğinden enteral ürünle karıştırılmamalıdır.
- Her ilaç, uygun şekilde ayrı ayrı uygulanmalı, mümkünse ve kullanılmasında sakınca yok ise, kapsül veya tablet yerine ilaçların sıvı formları kullanılmalıdır.
- İlaç uygulamadan önce beslenme durdurulmalı ve tüp en az 15 ml su ile yıkanmalıdır.
- Katı ve sıvı ilaçlar 5-30 ml su ile dilüe edilmeli ve temiz bir oral enjektör (>20 ml üzeri) ile uygulanmalıdır.
- Hastanın sıvı alma durumu göz önünde tutularak tüp en az 15 ml su ile tekrar yıkanmalıdır.

Stoma bakımı: PEG takılan hastanın stoma çevresinin renk, sıcaklık, lezyon ve akıntı yönünden değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Stoma, ilk 72 saat cilt renginden daha soluk görünürken, 4. ve 21. günlerde stoma alanına kan akımının

artması ile bölge pembe renk almaktadır. Stoma çevresinin kırmızı renkte olması stoma enfeksiyonunu, mavi renkte olması ise stoma çevresine yeterli kan akımı olmadığını göstermektedir. Stoma açılmasını takip eden 72 saat içinde alana kan akımı artar ve sıcaklık artışı meydana gelebilir. Bu durumda sıcaklık artışına eşlik eden kızarıklık olup olmadığı, stoma çevresinde enfeksiyon gelişimi açısından değerlendirilmelidir. Stoma çevresinde lezyon olup olmadığının da gözlemlenmesi gerekmektedir. Lezyonun rengi, yerleşim yeri, büyüklüğü ve tipi değerlendirilmelidir. Ayrıca stoma çevresi gastrik veya enfeksiyöz akıntı açısından izlenmelidir. Stoma çevresinde sarı-yeşilimsi pürülan akıntı ve kızarıklık enfeksiyon belirtisi olarak değerlendirilmelidir (12, 27, 58). ESPEN rehberinde yer alan standart stoma bakımı aşağıda verilmiştir (12):

- Pansumanın ilk değişimi, PEG tüpü takıldıktan sonra ertesi sabah yapılmalıdır.
- Granülasyon dokusu oluşana kadar pansuman günlük olarak değiştirilmelidir.
- Pansuman, ilk 1-7 gün arası her gün iyot solüsyonu ile aseptik ilkelere uygun olarak yapılmalı; pansuman sırasında stoma bölgesi kanama, akıntı, kızarıklık, koku vb. yönünden gözlemlenmeli ve 7 günden sonra stoma bakımı pH 5.5 olan sabunlu su ile yapılmalıdır.
- Gömülü tampon sendromunun oluşmasını engellemek için tüp mide içine yaklaşık 2-3 cm itilmeli, sabitleme parçasının direnci hissedilene kadar tüp geri çekilmeli ve tüp kendi etrafında 180 derece döndürülmelidir.
- Steril pansumandan sonra tüpün etrafı pH 5,5 olan sabunlu su ya da serum fizyolojik ile temizlenip kurutulmalıdır.
- İlk yara iyileşmesinin ardından (PEG yerleştirildikten 1-2 hafta sonra) pansuman her 2-3 günde bir yapılmalıdır.
- İlk yara iyileşmesinden sonra banyo yapılabilir, fakat banyodan önce sargılar her zaman çıkarılmalı, tüp çevresi sabun ve su kalıntılarından arındırılarak kurutulup pansumanı yapılmalıdır.
- Ayrıca tüp cilde uygun bir şekilde sabitlenmeli ve stoma bölgesi kuru tutulmalıdır. Stoma bakımına başlamadan önce cildin değerlendirilmesi, daha sonra stoma bakımının uygun şekilde yapılması gerekmektedir.

PEG kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek problemlerin pek çoğu hastanın ve hastaya bakım veren bireyin, beslenme ve bakım uygulamalarını doğru ve etkin yapması, ortaya çıkan sorunları yönetebilme becerisine sahip olması ile önlenmektedir. PEG uygulaması sonrası gelişebilecek problemleri önlemede hastalar ve bakımlarını üstlenen kişiler için hemşire tarafından etkin bir eğitim programı hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Hemşireler, hastaların ve bakım verenlerin öğrenme gereksinimleri, istekleri ve kabiliyetleri doğrultusunda yazılı ve sözlü eğitimler planlamalıdır. Hemşirelerin vereceği eğitimin; beslenme ürünlerinin hazırlanmasını ve saklama koşullarını, beslenme sırasında kullanılacak araç gereçlerin kullanımını, tüp ve stoma bakımını, tüpten ilaç uygulama ve komplikasyonların yönetimini içermesi gerekmektedir. Aynı zamanda hastalara, beslenme ve pansuman malzemelerine ulaşım, hemşirelik ve evde bakım hizmetlerini nasıl alabilecekleri de anlatılmalıdır (28, 36-38).

2.5.3. PEG’li Hastaların Evde Bakımı

Beslenmesine evde devam edilecek hastalar, malnütrisyonun derecesine, hastanede kalınan süre içerisinde verilen beslenme desteğini hastanın tolere edebilmesine, hastanın beslenme desteğini evde sürdürmek istemesine ve bakım verenlerinin desteğine bağlı olarak eve gönderilmektedirler (38). Almanya’da her yıl PEG uygulanan 140.000 hastadan 100.000’inin ve İngiltere’de yaklaşık 265.000 PEG’li hastanın evde enteral beslenme desteğine devam ettiği bildirilmiştir (71, 72). PEG uygulanan hastalarda evde bakım ile hastaların yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır (73). Aynı zamanda beslenmenin evde sürdürülmesiyle birlikte maliyette azalma meydana gelmekte ve hastanın aile içi süreçlere katılımı artmaktadır. PEG uygulanan hastaların evde bakım sürecinde bakım veren bireyler önemli rol oynamaktadır. Bakım verenler, bakımlarını uygularken, sosyal, fiziksel, psikolojik ve finansal sorunlar ile karşılaşabilmektedir (3, 74). Bakımda tedavi ve ulaşım masrafları gibi nedenler hasta ve bakım verenlerin bütçe planlamalarında zorlanmalara yol açmaktadır. Pek çok bakım veren bireyin iş yaşantısı olumsuz etkilenmekte, iş saatleri değişmekte ya da bakım verenler tamamen işini bırakmaktadır. Hasta bakımıyla ilgilenen bireylerin sosyal hayatı kısıtlanmakta ve bu süreçte aile içi çatışmalar meydana gelmekte, bakımın sorumluluğu tek bir aile

bireyine kalabilmektedir (75). Ayrıca bu süreç, bakım veren bireylerde huzursuzluk, uykusuzluk ve sosyal izolasyon gibi sorunların görülmesine neden olabilmektedir (76). Bu sorunları çözmeye, bakım verenlerin kişisel özellikleri, aile ilişkileri, destek sistemlerinin varlığı ve ekonomik durumları önemli rol oynamaktadır. Bakım verenlerin destek kaynaklarının artırılması ve bu bireyler için bakımı nasıl gerçekleştirecekleri, sorunları nasıl önleyecekleri, önerilen tedaviyi nasıl uygulayacakları hakkında eğitim programları düzenlenmesi gerekmektedir (76). Gastrostomi ile beslenen hastalara bakım verenler ile yapılan çalışmalarda; bakım verenler kendilerine taburculuk eğitimi verilmediğini, beslenme ürünlerini hastalarına verirken zorluk yaşadıklarını ve sağlık personelinin sorularına cevap alamadıklarını belirtmişlerdir (77, 78). Özden ve ark. (79)'nın yaptığı çalışmada; bakım verenlerin en sık yaşadığı sorunlar arasında beslenme sürelerini ayarlayamama, tüpte tıkanma, gastrostomi bakımı ve malzeme temininde sıkıntı yaşama yer aldığı bildirilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada hastaların en sık yaşadığı problemin tüp çevresinde enfeksiyon olduğu ve bu durumda bakım verenlerin, bakım yükünü artırdığı belirtilmiştir. Bu bağlamda yeterli ve etkili eğitim verilen ve gereksinimleri karşılanan bakım verenler, taburculuk sonrası sorunlarının azalmasında, karşılaşılan sorunların çözümünde, bakımın kalitesinde ve maliyetin azalmasında önemli rol oynayacaktır (37). Bu nedenle PEG ile eve gönderilen hastaların taburculuk sürecinde ele alınması gereken ilk konu evde beslenme desteğinin nasıl sürdürüleceği olmalıdır (Tablo 2. 1).

Tablo 2.1. Evde Enteral Tüpü Beslenme Eğitim Listesi (80).

Eğitimin Adı	Eğitimin İçeriği
Enteral Tüpü Beslenme	- Enteral tüpü beslenmenin nedenleri ve amacı - hastane takiplerinin önemi - Beslenme için gerekli ekipmanlar ve bu ekipmanların kullanımı
Beslenme Sürecinin Başlaması	- El yıkama teknikleri - Malzemelerin kullanımı - Beslenme ürünlerinin hazırlanması, miktarı ve beslenme programı - Beslenme sonrası verilecek suyun önemi - Beslenme setlerinin ne sıklıkta değiştirileceği
Beslenme Tüpünün ve Çevresinin Bakımı	- Tüpün nasıl kullanılacağı - Tüp çevresinin aseptik tekniklere göre temizleme - İlaç uygulamadan önce ve sonra tüpü yıkama - Tüp çevresinin uygulamalı olarak pansumanı
Hastanın İzlemi-Takibi	- Hastanın kilosu, su ihtiyacı, kan testlerinin yapılması gerektiğinin önemi - Komplikasyonlara yönelik yapılacak uygulamalar - Hasta ve ailesine acil durumda iletişime geçebilecekleri numaralar verilmeli

ABD ve Avrupa’da evlerine beslenme tüpleri ile gönderilecek hastalara verilecek eğitimler için yazılı protokoller geliştirilmiş olup hasta ya da yakınlarının herhangi bir acil durumda 24 saat telefonla bilgi alabilecekleri hizmetler mevcuttur (31). ABD’de hastaların bu süreçte ihtiyaçları olan beslenme ürünleri, setleri ve bakımda kullanılacak malzemelerin temini ile ilgilenen firmalar bulunmaktadır. Ayrıca evde enteral beslenmesini sürdüren hastalara ve bakım verenlerine sosyal ve psikolojik destek sağlayan, aynı zamanda ortaya çıkan sorunların yönetimi için eğitim seminerleri düzenleyen kuruluşlar mevcuttur (81). Avrupa’da bu hizmetler hastaneler tarafından sağlanmaktadır. Evde bakım hizmeti sağlayan bir ekip tarafından hastaların bakım ve yönetimi gerçekleştirilmekte olup ekip; hemşire, diyetisyen, yutma terapisti ve hekimden oluşmaktadır. Bu ekipler eve gönderilen hastaların, evdeki süreçlerini değerlendirmekte ve gerekli rapor ve reçetelerin yazılmasını sağlamaktadırlar (31, 69).

Türkiye’de ise evde bakım hizmetleri, kamu hastanelerinin evde bakım birimleri, özel hastaneler, yerel yönetimler ve özel evde bakım merkezleri aracılığı

ile evde bakım ekibi tarafından yürütülmektedir (82). Bu ekip içerisinde hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı bulunmaktadır. Hasta ya da bakım verenlerinin talepleri ve hizmetin gereklerine göre, gece ve gündüz olmak üzere 24 saat hizmet verilmektedir (83). Ayrıca evde enteral beslenme ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetleri de Sağlık Bakanlığı tarafından yetkinlik verilmiş firmalara bağlı çalışan enteral beslenme ve eğitim hemşireleri tarafından sağlanmaktadır. Bu firmalar ürünlerini kullanan hastalara ücretsiz olarak evde bakım hizmeti vermektedir (84, 85). Bu bağlamda evde enteral beslenme ekibi tarafından sağlanan hizmetler hastaların gereksinimleri doğrultusunda düzenlenmelidir (Tablo2.2.).

Tablo 2.2. Evde Enteral Beslenme Ekibi Tarafından Sağlanan Hizmetler (69)

Eğitim ve Uygulama	Bakım	Ekipmanların ve Beslenme Ürününün temini	Diğer sağlık servisleri ile iletişimin sağlanması
Bakım veren ve hastaların takibi	Taburculuktan sonra servislerden hizmet alımını sağlama	Hastaların evde ilk ziyaretleri yapılarak malzeme kullanımının öğretilmesi	Hastanın değerlendirilerek değişimlerin sağlık kurumuna iletilmesi
Soruna yönelik çözüm bulma	Belirli aralıklarla evde değerlendirme	Malzemelerin nereden temin edileceğinin anlatılması ve gerekirse bu ihtiyaçların sağlanması	Hastanelerin beslenme destek birimlerine düzenli aralıklar ile rapor vermesi
	Stoma ve tüp bakımı		Gerekli ihtiyaçlar doğrultusunda bakımların yapılması
	Yutma testlerinin ve değerlendirilmesinin yapılması		
	Vücut gereksinimi doğrultusunda besin ve su ihtiyacının hesaplanması		
	Malzemelerin temini ve kullanımının öğretilmesi		

Ayrıca evde bakım hizmeti verecek sağlık ekibi (38);

- 7 gün 24 saat ulaşılabilir olmalı,
- Ev ziyaretlerini rutin olarak yapmalı ve hastane ile iletişim halinde olmalı,
- Ekibin içerisinde doktor, diyetisyen, hemşire ve eczacı bulunmalı,
- Ekibin vereceği bakım yayınlanan rehberlere uygun olmalıdır (ASPEN, ESPEN, BAPEN).

Evde bakım ekipleri tarafından düzenli olarak hastaların ve bakım verenlerin evde ziyaret edilmesinin ve evde bakım hizmetlerinin yerine getirilmesinin yaşanabilecek sorunların azaltılmasında önemli olduğu vurgulanmaktadır (72).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma perkütan endoskopik gastrostomili hastalara bakım verenlerin bakıma ilişkin deneyimlerini ortaya çıkarmak amacıyla niteliksel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik (olgu bilim) yöntemlerinden derinlemesine görüşme ve gözlem kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara ili sınırları içerisinde bulunan Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde perkütan endoskopik gastrostomi takılan hastalar ile Ocak-Haziran 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Perkütan endoskopik gastrostomi uygulaması Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Endoskopi Merkezi ve Radyoloji Bölümünün Girişimsel Radyoloji biriminde yapılmaktadır. Gastroenteroloji Bilim Dalı'nın Endoskopi Birimi, 08:00-17:00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Birimde 2 işlem odası bulunmakta, burada 8 hemşire görev yapmaktadır. Girişimsel Radyoloji biriminde ise 08:00-15:00 ve 11:00-18:00 saatleri arasında hizmet verilmektedir. Birimde 6 hemşire çalışmaktadır. İki birimde de ayaktan randevu ile gelen ve hastanede yatan hastalara PEG takılmaktadır. PEG takılan hasta sayısı yılda ortalama 110 olup, PEG endikasyonları arasında parkinson, serebro vasküler olay, amiyotrofik lateral skleroz, demans, alzheimer ve yutma bozuklukları yer almaktadır. Birimlerde PEG takılan hastalara hemşireler tarafından PEG bakımı ile ilgili eğitim verilmemektedir.

Beslenme destek ünitesinde 3 hemşire, 1 diyetisyen, 1 eczacı ve üniteden sorumlu 1 doktor görev yapmaktadır. Hemşire, her hafta belirli aralıklarla diyetisyen ile haftada bir kez doktor, diyetisyen ve eczacı ile klinikte yatan hastaları ziyaret etmektedir. Beslenme destek tedavisine ihtiyacı olan erişkin yatan hastalar konsültasyon sistemi ile bu üniteye danışılmaktadır. Bu hastalar beslenme destek tedavisi için değerlendirilip, uygun beslenme türüne karar verilmektedir. Destek alan hastaların durumu belirli aralıklar ile değerlendirilmekte ve bu sırada hasta ya da yakınlarına süreç ile ilgili bilgilendirme (gastrostomi ve tüp bakımını içeren tüple beslenme kitapçığının verilmesi, raporlar, reçeteler, malzemenin temini) yapılmakta,

hastalar taburculuk sonrasına yönelik beslenme sistemi ve ürünlerini temin edecekleri özel firma hemşireleri ve görevlilerine yönlendirilmektedir. Bu firmalarla beslenme destek ünitesi iş birliği halinde çalışmakta olup, bu firmalarda toplam dört nütisyon hemşiresi görev yapmaktadır. Beslenme destek ünitesi ve firmalar tarafından takip edilen hastalar, ayda bir yapılan toplantı ile değerlendirilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Hastanesi'nde PEG takılan ve en az 3 ay önce hastaneden taburcu edilen hastaların bakım verenleri oluşturmuştur. PEG takılan hastaların ve bakım verenlerin PEG takıldıktan yaklaşık 3 ay sonra tüp ile ilgili uygulamalara alışabilmeleri ve yaşadıkları sorunları tanımlayabilmeleri nedeniyle (86), taburculuk sonrası en az 3. ayında olan hastalar ve bakım verenler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın örnekleme, niteliksel verilerin toplandığı olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme ile elde edilmiştir. Amaçlı örnekleme yöntemi olgu ve olayları keşfederek ortaya çıkarır (87). Literatürde araştırma sorusunun yanıtı olabilecek kavramlar ve süreçler tekrar etmeye başladığında, sorulara tekrarlayan yanıtlar geldiğinde veri doygunluğuna ulaşıldığı ve örnekleme alınan kişilerin sonlandırılması gerektiği belirtilmektedir. Bu araştırmada da veri doygunluğu esas alınmıştır (88). Polkinghorne (89) araştırmacıların görüşmelerini, oluşturdukları olguyu deneyimleyen 5- 25 kişi ile yapmaları gerektiğini bildirmektedir. Bu doğrultuda PEG'li hastaya bakım veren 21 bakım veren ile yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşme yapılmış ve PEG'ten besleme, ilaç uygulama ve stoma bakımı gözlemlenmiştir.

Örneklem grubuna alınacak bakım verenler için aşağıda belirtilen kriterler aranmıştır:

- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek
- İletişime engel bir durumu olmamak
- Tanılanmış ruhsal problemi olmamak
- 18 yaş ve üzerinde olan bir hastaya en az 3 aydır bakım veriyor olmak

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında literatür taramaları yapılarak oluşturulan “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu” (Ek-1), “Bakım Veren Birey İçin Tanıtıcı Bilgi Formu” (Ek-2), “PEG’ten Besleme, İlaç Uygulama ve Stoma Bakımı Gözlem Formu” (Ek-3) ve derinlemesine görüşmede kullanılmak üzere “Yarı-Yapılandırılmış Derinlemesine Bireysel Görüşme Formu” (Ek-4) kullanılmıştır.

3.4.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmanın örneklemini oluşturan hastalar hakkında tanıtıcı bilgileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur. Bu form hastanın tanısını, yaşını, cinsiyetini, medeni ve gelir durumunu, eğitim düzeyini, PEG’in takılma nedenini ve süresini, PEG’in bakımına ilişkin eğitim alma durumunu değerlendiren 9 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

3.4.2. Bakım Veren Birey için Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmanın örneklemini oluşturan bakım verenler hakkında tanıtıcı bilgileri toplamak amacıyla literatür incelenerek araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bu form bakım verenin yaşını, cinsiyetini, medeni ve gelir durumunu, eğitim düzeyini, hasta ile yakınlık derecesini, bakmakla sorumlu olduğu başka kişilerin olup olmadığını ve hastasına bakma süresini değerlendiren 12 sorudan oluşmaktadır (Ek-2).

3.4.3. PEG’den Beslenme, İlaç Uygulama ve Stoma Bakımı Gözlem Formu

Bu form, araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup, bakım verenin PEG’den beslemeye (besleme öncesi, sırası ve sonrası), ilaç vermeye ve stoma bakımına yönelik uygulama basamaklarını içermektedir (Ek-3).

3.4.4. Yarı-Yapılandırılmış Derinlemesine Bireysel Görüşme Formu

Yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşme formu açık uçlu 14 sorudan oluşmaktadır. Bu görüşme formu, PEG’li hastalara bakım verenlerin hasta

ile yakınlığını, PEG bakımı konusunda eğitim alıp almadığını, bakıma yönelik yaşadıkları sorunları, çözüm yöntemlerini ve PEG'in yaşamlarına etkisini belirlemeye yönelik olarak her bir katılımcının deneyimlerini paylaşımlarını ve örnekler vermelerini sağlayacak nitelikte açık uçlu soruları içermektedir (**Ek-4**). Sorular sorma sırası gözetmeksizin sorulmuş ve katılımcıların cevaplaması için süre verilmiştir.

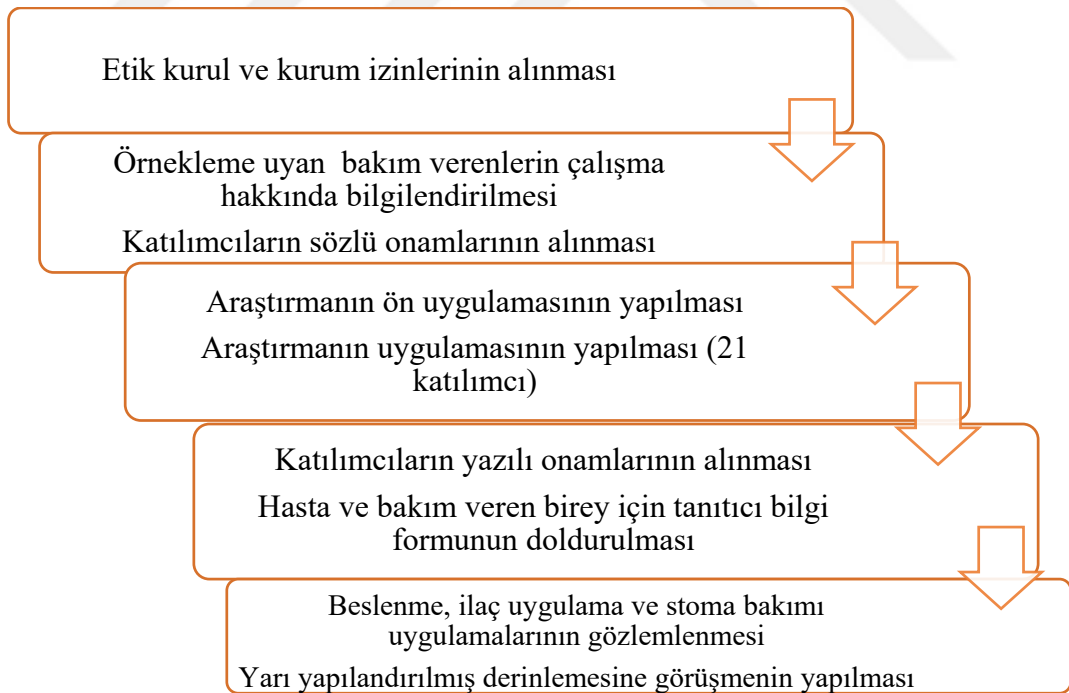
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması veri toplama araçlarının değerlendirilmesi, soruların birbiri ile ilişkilerinin kurulması ve çalışmanın uygulanabilir olup olmadığının değerlendirilmesi için yapılmaktadır (90). Bu amaçla araştırmanın ön uygulaması 5-6 Nisan 2018 tarihlerinde Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Hastanesi'nde PEG takılmış olup, en az 3 ay önce hastaneden taburcu edilmiş üç hastaya bakım veren bireyler ile yapılmıştır. Ön uygulama sonrası soru formlarında değişiklik yapılmamış olup ön uygulamaya katılan bakım verenlerden elde edilen veriler çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulaması 13 Nisan- 29 Mayıs 2018 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Hastanesi'nde PEG takılan ve en az 3 ay önce hastaneden taburcu edilen ve takipleri Hacettepe Üniversitesi Beslenme Destek Ünitesi tarafından yapılan 21 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Beslenme destek ünitesinden örnekleme uyan hastalar ve bakım verenlerinin adres ve telefonları temin edilmiştir. Adres ve telefonları temin edilen bakım verenler telefonla aranarak çalışma hakkında bilgilendirilmiş; çalışmaya katılmayı kabul eden bakım verenler ile ev ziyareti için randevu günü ve saati ayarlanmıştır. Randevu gün ve saati stoma bakımının, PEG'ten beslenmenin ve ilaç uygulamalarının gözlemlenmesi için, bakım verenlerin uygulamalarını yapacakları güne ve saate göre planlanmıştır. Araştırmacı yapılan ev ziyaretlerinde yatağa bağımlı ve iletişim kuramayan hastaların bakım verenleri ile iletişime geçmiştir. Araştırmacı ev ziyaretinde öncelikle bakım verenlerden ve hastalardan yazılı aydınlatılmış onamlarını almıştır. Sonra bakım verenlerden hasta ve bakım veren birey için oluşturulan tanıtıcı bilgi formunu

doldurmaları istenmiştir. Formlar doldurulduktan sonra bakım verenlerin; beslenme, ilaç uygulama ve stoma bakımı uygulamaları, katılımcı olmayan gözlem yolu ile değerlendirilmiştir. Katılımcı olmayan gözlem türünde, araştırmacı hiçbir müdahalede bulunmadan bireyi izler ve veri kaydını gerçekleştirir (90). Gözlenen olgular, gözlemlendiği anda yorum yapılmadan hem notlar alınmış hem de gözlenen olgu gözden kaçırılmamaya çalışılmış olup gözlemler ortalama 50-60 dakika sürmüştür. Notlar alınıp kayıt yapıldıktan sonra, bakım veren ile görüşme odasında, kendisini hazır hissettiği anda görüşmeye başlanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak görüşme ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Araştırma süresince, veri toplama formunda yer alan her bir soru ile öğrenilmek istenen temel görüşlerin tam olarak açıklanabilmesi için konuyu detaylandıran farklı sorular da sorulmuştur. Belirli bir standart dahilinde olması için görüşmeye ilk sorudan başlanmıştır. Bakım verenin görüşme formunda daha ileride yer alan sorulara ilişkin önceden cevap vermesi durumunda o soru yeniden sorulmamıştır. Görüşmeler ortalama 35-40 dakika sürmüştür.



Şekil 3.1. Uygulama akış şeması

3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Ses kayıt cihazına kaydedilen yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşmeler, araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında yazıya dökülerek transkript haline getirilmiştir. Herhangi bir hatanın oluşmasını önlemek için transkript oluşturulduktan sonra bir dinleme daha yapılmış olup veriler tekrar gözden geçirilmiştir. Verilerin analizi ise Strauss ve Corbin'in önerdiği veri analiz yöntemlerinden içerik analizine göre yapılmıştır (87). İçerik analizinin temelinde benzer verilerin, bağlamlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirilmesi ve yorumlanması yer almaktadır (87). İçerik analizi sonucunda, tüm ifadeler belirli bir bağlam, tema ve alt tema altına yerleştirilmiş ve uygunluğunu değerlendirmek için tekrarlı okumalar yapılmıştır. Araştırmacılar (araştırmacı ve danışman) tarafından ortak tartışma ve fikir alışverişiyle transkriptlerin çözümlemeleri ve analizleri yapılmış, on tema ve otuz bir alt tema ortaya çıkarılmıştır (Şekil 3.1.). Ayrıca gözlem formlarından elde edilen bilgiler ayrı bir başlık altında değerlendirilmiş ve temaların oluşturulmasında kullanılmıştır. Guba ve Lincoln'e göre nitel araştırmalarda geçerlilik-güvenilirlik yerine inandırıcılık "trustworthiness" kullanılmaktadır (91, 92). İnanırıcılık için kullanılan kriterler; inanılabilirlik, güvenilebilirlik, onaylanabilirlik ve aktarılabilirliktir. İnanılabilirlik; katılımcılar ile etkileşim halinde olarak ve çalışmanın yapıldığı ortamda bulunularak sağlanır. Bu süreçte araştırmacı, veri toplama, analiz ve yorumlama süreçlerinde tutarlı olmalı ve süreci eleştirel gözle sorgulamalıdır. Güvenilebilirlik, iki ya da daha fazla veri toplama aracı (görüşme, gözlem...) ile toplanan verilerin sonuçlarının karşılaştırılması ile sağlanır ve bu durum yöntem üçgenleme olarak adlandırılmaktadır. Onaylanabilirlik, görüşmelerin ses kayıt cihazına alınması ya da alan notları şeklinde tutulması, transkript sürecinde elde edilen verilerin eksiksiz ve olduğu gibi yazılması, elde edilen verilerin bağlam, tema ve alt tema şekline getirilmesi ve çalışmanın gereç ve yönteminin açıklanması ile sağlanmaktadır. Aktarılabilirlik, "uygunluk" (fittingness) olarak da adlandırılmaktadır. Nitel çalışmada aktarılabilirlik çalışmanın örneklem seçimi ve katılımcıların özelliklerinin belirtilmesi ile sağlanmaktadır (91, 92).

Katılımcıların kimliklerini gizlemek adına görüşme 1'den görüşme 21'e kadar numaralar verilmiştir. Örneğin birinci katılımcı "Katılımcı 1" olarak isimlendirilmiş ve K1 olarak kodlanmış, 21. katılımcı "Katılımcı 21" olarak

isimlendirilmiş ve K21 olarak kodlanmıştır. Ayrıca görüşme süresince katılımcılar kendi isimlerini ya da bakım verdikleri hastaların isimlerini kullandıklarında ifadenin akışını bozmamak için isimlerin sadece baş harfi kullanılmıştır. Katılımcıların ifadelerinin yanında hangi katılımcı olduğu, kaç yaşında olduğu ve cinsiyetleri de kodlanarak belirtilmiştir. Örneğin, katılımcı 1, 40 yaşında ve kadın ise (K1, 40Y, K) olarak ifade edilmiştir. Erkek katılımcılar da yine cinsiyetin baş harfi “E” harfi ile kodlanmıştır.



Şekil 3.2. Veri analiz şeması

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 06.02.2018 tarihli ve GO 18/136-07 karar numarası ile etik kurul izni alınmıştır (**Ek-5**). Araştırmanın uygulanabilmesi için ise Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Başhekimliği’nden araştırmanın yapılacağı Beslenme Destek Ünitesi için yazılı izin alınmıştır (**Ek-6**). Araştırma örneklemine alınan bireylerden sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Perkütan endoskopik gastrostomili hastalara bakım verenlerin bakıma ilişkin deneyimlerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen veriler üç bölümde sunulmuştur.

4.1. Hastaların ve bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

4.2. PEG'li hastalara bakım verenlerin bakım deneyimlerine ilişkin bağlam, tema ve alt temalar

4.3. Bakım verenlerin PEG'ten beslenmeye, ilaç uygulamaya ve stoma bakımına yönelik uygulamalarının gözleminden elde edilen bulgular

4.1. Hastaların ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan hasta ve bakım verenlere ilişkin demografik bilgiler Tablo 4.1 ve Tablo 4.2' de görülmektedir.

Tablo 4.1. Hastalara ilişkin tanıtıcı özellikler (n=21)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş ($\bar{x} \pm SS = 60,9 \pm 18,74$, min=21 ve maks= 82)		
21-64 yaş arası	9	47,6
65 yaş ve üstü	11	52,4
Cinsiyet		
Kadın	11	52,4
Erkek	10	47,6
Tanı		
Nörolojik hastalıklar	16	76,2
Onkolojik hastalıklar	4	19
Yutma bozuklukları	1	4,8
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	8	38,1
İlkokul	8	38,1
Ortaokul	1	4,8
Lise	1	4,8
Üniversite	3	14,2
PEG ile Beslenme Süresi		
3-12 ay	4	19
13-24 ay	4	19
25-36 ay	4	19
37-48 ay	4	19
48 ay ve üstü	5	24

Tablo 4.1. de PEG’li hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Hastaların %52,4’ü 65 yaş ve üzerinde olup, %52,4’ü kadın ve %76,2’si nörolojik bir hastalığa sahiptir. Hastaların %38,1’i okuryazar olmayıp, %24’ünün gastrostomi kullanma süresinin 48 ay ve üzerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2. Bakım verenlere ilişkin tanıtıcı özellikler (n=21)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	(%)
Yaş ($\bar{x} \pm SS = 55,1 \pm 11,68$, min=31 ve maks= 82)		
31-64 yaş arası	18	85,8
65 yaş ve üstü	3	14,2
Cinsiyet		
Kadın	15	71,4
Erkek	6	28,6
Eğitim Durumu		
İlkokul	9	42,9
Ortaokul	2	9,5
Lise	6	28,6
Üniversite	4	19
Gelir Durumu		
Gelir gidere eşit	13	61,9
Gelir giderden az	7	33,3
Gelir giderden fazla	1	4,8
Bir İşte Çalışma Durumu		
Evet	3	14,3
Hayır	18	85,7
Yakınlık Derecesi		
Eşi	8	38,1
Kızı	7	33,3
Oğlu	1	9,5
Annesi	2	4,8
Babası	2	9,5
Kuzeni	1	4,8
Hasta İle Birlikte Yaşama Durumu		
Evet	17	81
Hayır	4	19
PEG Bakımı İçin Bilgilendirilme Durumu		
Evet (pansuman bakımı)	18	85,7
Hayır	3	14,3
Hastaya Bakım Verme Süresi		
3-12 ay	4	19
13-24 ay	4	19
25-36 ay	4	19
37-48 ay	4	19
48 ay ve üstü	5	24

Tablo 4.2.de PEG’li hastalara bakım verenlere ilişkin tanıtıcı özellikler yer almaktadır. Bakım verenlerin %85,8’i 31-64 yaş aralığında ve %71,4’ü kadın olup, %42,9’u ilkokul mezunu ve %85,7’si bir işte çalışmamaktadır. Bakım verenlerin %38,1’i eşine ve %33,3’ü kızına bakım vermekte, %81’i hastasıyla birlikte yaşamaktadır. Bakım verenlerin %24’ünün hastalarına bakım verme sürelerinin 48 ay ve üzerinde olduğu ve %85,7’sinin PEG pansuman bakımına yönelik bilgilendirildiği belirlenmiştir.

4.2. PEG’li Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Deneyimlerine İlişkin Bağlam, Tema ve Alt Temalar

Bu bölümde PEG’li hastalara bakım veren bireyler ile yapılan yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşmelerin analizi sonucu oluşturulan bulgulara yer verilmiştir. Bu görüşmelerden elde edilen verilerin analizi sonucunda öne çıkan bağlam, tema ve alt temalar Tablo 4.3’te gösterilmektedir. Ayrıca bağlam, tema ve alt temalara ilişkin katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 4.3. PEG’li Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Deneyimlerine İlişkin Bağlam, Tema ve Alt Temalar

Bağlam	Tema	Alt Tema
PEG yönetimi	PEG takılmasına ilişkin algılar	- Kabullenme - Zorunlu hissetme - Çaresizlik - Üzüntü duyma - Faydasına inanma
	PEG ile ilgili yaşanan sorunlar	- Tüpün yerinden çıkması - Tüpün tıkanması - Tüp kenarından sızıntı - Diyare - Konstipasyon - Bulantı-kusma - Kilo kaybı - Yara yerinde enfeksiyon - Pulmoner aspirasyon
	Sorunların kaynağı	- Bilgi eksikliği - Sağlık kuruluşuna ulaşım zorluğu
	Sorunların çözümü	- Tüpe ve beslenme sürecine yönelik girişimler - Sağlık kuruluşuna başvuru
	Eğitim gereksinimi	- Yetersiz içerik - Yetersiz süre - Yanlış zamanlama - Uygulamasız teorik eğitim - Tekrarı olmayan eğitim
Bakım verenin sosyal-duygusal değişimi	Sosyal değişim	- Eve bağımlı olma - Yaşantının değişmesi
	Duygusal değişim	
Beklenti	Sağlık sisteminden beklenti	- Bakım malzemelerinin temini - Evde bakım hizmeti beklentisi - Hastaneden telefonla danışmanlık ve evde ziyaret
	Hemşireden beklenti	- Taburculuk eğitimi - Etkin iletişim
	Aileden beklenti	Bakımda iş paylaşımı

4.2.1. PEG Yönetimi Bağlamı

PEG’li hastaya bakım verenlere; PEG takılmasına karar verme sürecindeki tepkileri, PEG bakımını uygularken yaşadıkları sorunlar, sorunları çözme yöntemleri, PEG takıldıktan sonra herhangi bir eğitim alıp almadıkları ve taburculuk döneminde hangi eğitimlere ihtiyaç duydukları sorulmuş, bu sorulara verdikleri cevapların analizi doğrultusunda PEG yönetimi bağlamı ve bu bağlama ait tema ve alt temalar oluşturulmuştur. Yapılan içerik analizi sonucu, bu bağlam altında **“PEG Takılmasına İlişkin Algılar”**, **“PEG ile İlgili Yaşanan Sorunlar”**, **“Sorunların Kaynağı”**, **“Sorunların Çözümü”**, **“Eğitim Gereksinimi”**, temaları ortaya çıkmıştır. **PEG takılmasına ilişkin algılar** teması altında, **kabullenme, zorunlu hissetme, çaresizlik, üzüntü duyma, faydasına inanma** alt temaları; **PEG ile ilgili yaşanan sorunlar** teması altında **tüpün yerinden çıkması, tüpün tıkanması, tüp kenarından sızıntı, diyare, konstipasyon, bulantı-kusma, kilo kaybı, yara yerinde enfeksiyon ve pulmoner aspirasyon** alt temaları; **sorunların kaynağı** teması altında **bilgi eksikliği, sağlık kuruluşuna ulaşım zorluğu** alt temaları; **sorunların çözümü** teması altında **tüpe ve beslenme sürecine yönelik girişimler, sağlık kuruluşuna başvuru** alt temaları; **Eğitim gereksinimi** teması altında, **yetersiz içerik, yetersiz süre, yanlış zamanlama, uygulamasız teorik eğitim, tekrarı olmayan eğitim** alt temaları elde edilmiştir (Tablo 4.3.).

4.2.1.1. PEG Takılmasına İlişkin Algılar

Bakım verenler PEG takılma sürecine ilişkin; PEG’i hastalarının sorunlarını çözeceği düşüncesiyle kabul ettiklerini, hastalarının beslenebilmesi için başka çözüm yolunun olmadığını, hastaları normal yoldan beslenemediği için üzüntü duyduklarını ve PEG’in, kullandıkları diğer beslenme yöntemlerinden daha iyi olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin PEG takılmasına ilişkin algılarını belirttikleri alt temaların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Kabullenme” alt teması ile ilgili ifadeler;

“...Bize dediler ki; boğazdan yemek yiyemediği için ona PEG takacağız dediler, hem daha rahat olur burundan aldığı için yemeği,

PEG takalım dediler Bizden form aldılar, imzaladık, formu verdik biz, kabul ettik.” (K2, 55Y, E)

“...Yani işin açıkçası ondan önce zaten yutkunma problemimiz vardı, o sıkıntıyı görüyorsunuz zaten hastanızda, rahatsız olduğunu, doktor zaten ikna ediciydi, ne kadar erken müdahale edersek kötüye gitme riski daha az olur. Bi kere buna ikna oluyorsunuz...” (K3, 51Y, K)

“...Bir şey söyleyemedim, yapacak bir şey yok. Hani böyle beslenecekse böyle beslensin dedim yani...” (K8, 39Y, K)

“...Yiyemediği için içemediği için, bize zaten bunu, şey süreci söylemişti doktor... Bi de evde artık naptıysam yediremedim, su dahi içiremiyodum ağzından, yediremiyodum, yutkunamıyordu, artık PEG açılma şeyi geliyor dediler bize, onun için de hani sürpriz olmadı, yani biliyoduk sonunun böyle olacağını... Çok zayıflamıştı, hiçbir şey yiyemez hale gelmişti. Onun için pek şey olmadı yani bize, kabullendik bu durumu.” (K9, 64Y, K)

“Zaten önce burnundan beslendi bi 15-20 gün evde de sonra yatağında yatarken çekti attı onu... Anında yanındaydım ne ara çekip attı. Hastaneye gittik, artık midesinden besliyecez dediler, mecbur bişey demedik, kabul ettik yani.” (K11, 62Y, E)

“...Durumun ve gidişatın vehameti göz önünde bulundurulduğunda, öncesinde de NG vardı zaten enfeksiyona doğru gidiyordu durum çünkü artık uzun süre kalması gerekti tüpün, bunla ilgili de bize bilgi verdiler zaten artık uzun süre besleneceği için PEG’e geçirmemiz gerekir dediler, zaten ne diyelim artık kabul ettik yani.” (K13, 31Y, K)

“...Yutma testi yaptılar, yutma testinden sonra yok yiyemiyor dediler hemen acilen takılması lazım dediler. Ne diyelim biz de kabul etmesek ...” (K14, 39Y, E)

“... Tamamen ona bıraktık ne ben ne de çocuklar bişey demedi, kendi karar verdi. Kendisi imzaladı kâğıdı, kabul etti onlar da açtılar...” (K18, 63Y, K)

“Zorunlu hissetme” alt teması ile ilgili ifadeler;

“...Çok panik olduk, duvara toslamış gibi oldum ben. Bir hafta bi karar süreci verdiler bize, hatta hastanın yaşam kalitesi yükselicek denildi, mecbur napcaksın ki. Biz de onayladık...” (K6, 55Y, K)

“...PEG’e geçirmemiz gerekir dediler, zaten ne diyelim artık kabul ettik yani, direnecek bi tarafınız olmuyo yani, PEG taktırmamak n olacak o zaman, mecburen PEG’e geçiyosunuz.” (K13, 31Y, K)

“Biz önce istemedik, çünkü annem yavaş yavaş olsa da yutuyodu yani, onlar da biz istemeyince yapacak bişey yok dediler taburcu ettiler... Sonra rahatsızlanınca tekrar gittik yutma testi yaptılar yiyecekler ciğere kaçıyo dediler, anlattılar bakın bunu kabul etmek zorundasınız dediler, biz de kabul ettik.” (K15, 53Y, K)

“Çaresizlik” alt teması ile ilgili ifadeler;

“...PEG açılmasına rağmen, ama tabi o aşamada kendi de zorlandı ben de zorlandım. Ama önemli olan şunu bi kere beyninize yerleştiriyosunuz onun için daha iyi... O da zaten kaderine herhalde razı geldi mecbur.” (K3, 51Y, K)

“...Zaten 3 gün müsaade istediler şey verdiler bize zaman, karar verin diye ya burdan deldireceksiniz götüreceksiniz ya deldireceksiniz başka bi çaresi yok...” (K5, 56Y, E)

“...İşte MS’den dolayı atak geçirdi, uuu yemek borusunun kapakçığı bozuldu, yutamadı, yoğun bakımda mamayla beslediler sonra da durumu düzelmedi, o zaman da PEG takıp gönderdiler işte, bize sordular onay aldılar ama yapacak başka bişey yoktu yani, ilk başta açıkçası napcağımızı bilemedik yani yoksa başka çare yok yani...” (K20, 73Y, E)

“Üzüntü duyma” alt teması ile ilgili ifadeler;

“Naptım, şaşırdım kaldım. Ağladık, boyuna ağladık birkaç gün, ardından geçti zamanla. Şok olduk, ondan sonrada kabullendik artık. Allah vermiş bize bunu dedik.” (K5, 56Y, E)

“...Çok kötü oldum ya, çayı çok seviyodu dondurmaya çok seviyodu, artık veremiyoz. Meyveyi falan çok severdi işte ama benim

zoruma giden o oldu, ama kabul ettik sonuçta mahrum oldu her şeyden ama napcan üzülse de sağlık var ortada.” (K7, 55Y, K)

“...Ya işte ne biliyim tabi başta çok üzüldük ama mecbur olduk kabullendik, evde ağladık, ama olacak sonuçta.” (K11, 62Y, K)

“Faydasına inanma” alt teması ile ilgili ifadeler;

“Daha rahat daha kullanışlı çünkü NG’yi taktırıyon ben bir günde iki kere hastaneye gidip geldiğimi biliyorum. NG’yi taktırdım eve geldim, öksürünce, öğürünce bütün midedeki, hortumdakiler ağzına birlikte geldi. Yani burnundan olduğu için bana sorarsan PEG’le beslemek daha kolay, ha ilk zamanlar korkuyor muydum korkuyordum nolurdu, nasıl olurdu bilmiyodum ama şu an gayet iyi.” (K1, 40Y, K)

“...Evde de çok zorlandık burnundan beslenirken, aslında PEG daha iyi oldu diğerini çekiyodu (NG) burnu acıyodu bence, tabi önce acı çekiyosun, sonra yavaş yavaş alışiyosun.” (K10, 65Y, K)

“... Burnunda vardı işte çekiyo ediyö onu, ikide bir onu çekince nasıl götürcem ben, mecbur razı olduk açtırdık, böyle daha iyi oldu.” (K11, 62Y, E)

“...30 gün yoğun bakım 30 gün servisten sonra PEG takıldı, yutmayı unuttu, zaten önce bi burundan taktılar ama onda çok zorlandık, sonra başka yapacak bişey yok dedik kabul ettik daha iyi oldu.” (K21, 57Y, K)

4.2.1.2. PEG ile İlgili Yaşanan Sorunlar

Bakım verenler PEG’li hastanın yaşadıkları fiziksel sorunları tüp çevresinde kızarıklık, enfeksiyon ve akıntı, tüpte tıkanma, tüpün yerinden çıkması ve tüp kenarından sızıntı, kilo kaybı, bulantı-kusma, ishal ve konstipasyon olarak ifade etmişlerdir. Bu sorunlara yönelik belirtilen alt temaların ifadeleri aşağıda verilmiştir.

“...İlk bir yıl, hani hortum oynadığı zaman bazen oralarda tahriş oluyo, kanama oluyo, kızarıklık oluyo, bazen mama akıntısı oluyo, içindeki balonun, balonun içindeki 20 cc’lik su azaldığı zaman balon aşağı iniyo ve ordan kaçak dışarı çıkıyo, mama, sıvı, mama asiti bunlar çok çıkıyo, ha mama asiti aman şey mide asiti orayı daha çok

tahriş ediyö ve çok yakıyo, çok çektim onu, ha bazen kucağıma alırken yanlışlıkla birkaç kere PEG'i balonuyla birlikte yanlışlıkla dışarı çıktığı oldu. PEG'in hortumu içine kaçıyo... Bi de önceden ben, beslenmeyi, yani makine yokken enjektörle yapıyodum, o zaman, enjektörle hemen hemen çabukça vermeyi istiyodum, yani kimse durupta yani 1 saat enjektörün başında beslemez... Hızlı verdiğim için de kusturuyo..." (K1, 40Y, K)

"...İşte böyle tıkanması oluyo zaman zaman... Şöyle, bi ishal gibi oldu ama ishal de değil yumuşak çıkıyodu." (K3, 51Y, K)

"...Yani tabi annem 2,5 yıldır zayıfladı, 70 kiloydu şu an belki 40, 45 falan... Enfeksiyon olduğu zaman, baktık biraz çoğalmış enfeksiyon, biz annemi banyoya şu sandalyeye oturtup götürüyoruz, orda banyoda yıkıyoruz, belki o zaman ıslak mı kaldı, acaba ıslak mı kaldı ordan mı bi enfeksiyon arttı diye düşündük." (K4, 57Y, K)

"...Bi gece işte o tüp var ya yerinden çıktı balonu patlamış yatağı hep şey oldu, battı, mama olmuş. Mamanın içinde yatmış. Sabah pozisyon verirken fark ettik. Temizledik, banyosunu yaptırdık. 2 sefer oldu bu... Kabız oluyo arada." (K5, 56Y, E)

"...O tüp var ya PEG'in, o delindi bi de tılandı. 2 kez de kusma oldu..." (K6, 55Y, K)

"...Mesela hortumu önceden tılandı gene arada tıkanıyo, sabah mesela hortum tıkanıyo... Ee ucu çatlamış akıyo..." (K7, 55Y, K)

"...İki kere tıkanma oldu, mamayı veriyoz suyu veriyoz gitmiyo, ilaç mı tıkadı mamanın tortusu mu tıkadı..." (K8, 39Y, K)

"...Hımmm, geçen yazdı heralde bi tıkanma oldu, evet, geçen yaz... Mama gitmiyor, ilaç ya da mama gitmiyodu... İki kere falan daha oldu heralde. Bi de bu tüpün renginden çok tedirgin oluyorum, değişmesi gerekiyor mu tam bilmiyorum... Öyle olunca da tıkanma oluyo... Ya bu tüp çevresinde artık enfeksiyon mu ney tam bilmiyorum ama, ummmm kızarıklık da değildi de akıntı gibi bişeyler vardı ..." (K9, 60Y, K)

“Önceden ikide bir yan yatırıyodum tabi yatış pozisyonundan mı ne kaldırıyodum çocuğu şişmiş tıkanmış tüp, enjektörle su veriyom veriyom gitmiyor... Ama tüp daraldı bence... Çok kabız oluyo, mama değişti daha lifli mama verdiler. Sonra onun kalorisi düşük geldi eski mamaya geçtik...” (K10, 65Y, K)

“...Şu PEG var ya onun ucu yırtıktı ordan sızdırıyordu... Iııııı, kusması oldu bi iki defa kabızdı, söyledik mamayı değiştirdiler. Arada kızarıklık var, bi kalem var bizde ışıklı onla bakıyoz, etrafına...” (K11, 62Y, E)

“...Geçen iki sefer eliyle tüpü çekip çıkardı yerinden, tüpü yerinden çıkarınca kanama oldu etrafında, etrafını yırtıp çıkartmış, onun dışında yara bere olmadı hiç... Haa bide ilk takıldığı zamanlar kusması oldu o kadar...” (K12, 62Y, K)

“Tıkanması oluyo... Aslında etrafında kızarıklık iltihap gibi bişeyler var, niye oluyo diye düşünüyodum, bi de tüpün girdiği yerden mamamı artık bilmiyorum, sızıntı geliyor ordan... Arada ishal oluyo ama üst üste çok olmuyor...” (K13, 31Y, K)

“Şu cihaza geçmeden önce kilo kaybı oldu baya... Tıkanması oldu, zor gidiyodu, bazen mama verince öksürüyor... İshal oluyodu... Mama değişince de bu sefer kabız oldu. Bilmiyom artık... Iııı, ta ilk zamanlarda kusması oluyodu, bu ara olmuyo...” (K14, 39Y, E)

“...Bazen işte enfeksiyon oluşuyo, mantar oluşmuş... Biraz kızarıklık oluyo işte, bi zaman iyi gitse bi müddet sonra oluyo, bi de o bant yapıştırıyoruz ya etrafına onlar çok kaşındırıyo... İşte akıntısı oluyodu...” (K15, 53Y, K)

“...Tüp yerinden oynamıştı bi ara belli çıkacak tüp mamayı almadı, mama dışarı aktı... 5,6 yıldır aynı tüple devam ediyoruz biz işte, değişecek mi değişmicek mi, yoksa akıyo, tıkanıyo... Bazen etrafında kızarma oluyo... Kakasını çok zor yapıyo, çok kilo kaybı oldu, bi deri bi kemik kaldı...” (K16, 42Y, K)

“Gayta çıkışı olmuyo... Kusması oluyo, beslenirken de aralarda da oluyo, üşüttüğü zaman da oluyo, enfeksiyon da oluyo... Bu tüpün

olduğu yerdeki enfeksiyonda akıntı da var, koku olduğu da oldu, kenarı aşırı yara da oldu... PEG akıtıyor...’’ (K17, 54Y, K)

‘‘...Tıkanması oldu, mama topak topak oldu tüpten gitmedi, artık tüp patlama derecesine geldi... Toz mamaydı bi de o zamanlar onu kullanınca hem kabız oluyodu zaten... Bi ara enfeksiyon oldu, o yüzden yattı hatta hastanede onu geçiremediler. İlk tüpte oluyodu, kanıyodu etrafı enfeksiyon oluyodu...’’ (K18, 63Y, K)

‘‘...Geçen de yan tarafa doğru gitmiş geldim ki nerdeyse ağzından çıkacak, boğulacak... Bize hastanede 24 saatte işte şu kadar mama gitmeli dediler ama eve gelince bozuldu istemiyo ki, hhhee bi de tez tez tıkanır, ayda bir tıkanıyo nerdeyse... Sık sık kabız olur...’’ (K19, 42Y, K)

‘‘...Başta çok tıkanıyodu arkamızı dönüyoduk tüp tıkanıyodu... Yine ara ara kabızlığı oluyo...’’ (K20, 73Y, E)

‘‘Başta kusmaları çok oluyodu, bir hafta kustu, hastaneye söyledim vermeye devam et dedi mamayı, yutması var yutkunması var ama ciğere kaçıyo işte ama kusmuyo şimdi...’’ (K21, 57Y, K)

4.2.1.3. Sorunların Kaynağı

Bakım verenler PEG bakımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ve bu nedenle hastaya evde bakım verirken zorlandıklarını, ihtiyaç duydukları eğitimlere ulaşamadıkları için sorunların meydana geldiğini, hastaneye ulaşım konusunda zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir. Sorunların kaynağı teması altında yer alan alt temaların ifadelerine aşağıda verilmiştir.

‘‘Bilgi eksikliği’’ alt teması ile ilgili ifadeler;

‘‘Değişmesi gerekiyor, nereye gidicem, napıcam, tıkanmalar başlayınca panik olmaya başladık nasıl açıcız ve o sorunu nasıl çözücez diye bilmiyoruz...’’ (K3, 51Y, K)

‘‘Batikonu döküp hoopp çarçabuk temizliyolar, biz onu mu koycaz bunu mu koycaz, bunu mu yapıştırcaz tereddütte kalıyoduk, tüpün değişceğini de söylemediler, biz 2,5 yıl öyle, belki o zaman enfeksiyon bile ondan olmuş olabilir etrafında...’’ (K4, 57Y, K)

“...Bi de bu tüpün renginden çok tedirgin oluyorum, değişmesi gerekiyor mu tam bilmiyorum, içinde o mamanın parçaları kalıyo sanırım... Bu nasıl değişcek ne zaman değişcek bilmiyorum yani, biz mi randevu alcaz onlar mı vercek...” (K9, 60Y, K)

“...Aynı tüple devam ediyoruz biz işte, değişcek mi değişmicek mi yoksa akıyo, tıkanıyo.” (K16, 82Y, E)

“Sağlık kuruluşuna ulaşım zorluğu” alt teması ile ilgili ifadeler;

“...Acil hastaneye götürmemiz gerekiyor, ambulans gelmiyor, özel ambulansı arıyoz onlar da ya götürüyo götürülse beklemiyolar tekrar ambulans arıyoz, gidiyoz randevu alamıyoz, hastane içinde kendimiz gezdiriyoz, kimse yardımcı olmuyo, çok şey çekiyoz.” (K11, 62Y, E)

“...Acil bişey olunca 112’yi arıyoz. Hastaneye götürüyo. Aa hemen de gelmiyor ambulans ya da geliyo, geri götürmüyo, ee biz sürekli nasıl özel ambulans tutcaz olmuyo ki.” (K12, 62Y, K)

“...Yani tıkanması falan olunca hep ambulans çağırıp hastaneye gittik, bi zamanlar bir milyar verdiğimi hatırlıyorum, çoğu zaman özel ambulans çağırmak durumunda kalıyoruz.” (K21, 57Y, K)

“...Sonuçta ambulans aradığımızda onlar da geçerli bişey olursa sizi yönlendiriyor onun dışında yok...” (K9, 60Y, K)

4.2.1.4. Sorunların Çözümü

Bakım verenler yaşadıkları sorunlara göre çözüm yollarını kendilerinin ürettiğini, en çok tüple ilgili sorun yaşadıklarını, tüpe ve beslenme sürecine yönelik girişimlerde bulunduklarını ve sağlık kuruluşuna başvurduklarını belirtmişlerdir. Bu süreçte bakım verenlere yaşadıkları sorunlara yönelik yapılan uygulamaların sorulması ile beslenme sürecine ve tüpe yönelik bazı hatalı uygulamaların yapıldığı belirlenmiştir. Ayrıca bakım verenler tarafından gerçekleştirilen beslenme, ilaç uygulama ve stoma bakımı uygulamalarına ilişkin yapılan gözlemler sırasında da hatalı uygulamalar saptanmıştır (Tablo 4.4.). Sorunların çözümü teması altında yer alan alt temaların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Tüpe ve beslenme sürecine yönelik girişimler” alt temasında yer alan ifadeler;

“...Bazen tüp tıkanıyo nasıl tıkanıyo biliyon mu, mamayı verip de arkasından su vermesem pıhtılaşıyor onu açmanın da en kolay yolu, maden suyu, yavaş yavaş biraz ileri, biraz geri, veriyom açılıyo... Ha bazen kucağıma alırken yanlışlıkla bikaç kere PEG’i balonuyla birlikte yanlışlıkla dışarı çıktığı oldu ve alelacele aldım, onu taktım bazen PEG’in hortumu içine kaçıyo, çekiyom ben geri bantlıyom.” (K1, 40Y, K)

“...Açmak için işte kendimiz uğraşıyoruz ama bazen işte baya uğraştırıyor açmak... Tıkanıyo, tel var telle açıyoruz. Bu teli işte birkaç tüpten geçirince açılıyo... Biz tıkanıyo diye ucundan kestik biraz işte.” (K3, Y, K)

“...İşte biz bandajladık etrafını o zaman da kapkara oldu... Değiştirdik o da tılandı... Elimizle böyle baştan sona kadar yumuşattık ki gitsin diye, su falan verdik öyle açtık.” (K4, 57Y, K)

“...Bi seferinde de hafta sonuydu, ben yedeğini almıştım, evde kendim değiştirdim tüpü.” (K5, Y, E)

“...Şey uuuu o deliği flasterle kapattım ama yetersiz oldu mecburen değiştirmeye gittik, acile... İlaçları var babamım biz ilaçları ezip veriyoruz ya, ezdiğimiz halde böyle şey uuu o da tıkadı... Hiç bi şekilde ne su gidiyo ne başka bişey gidiyo, öyle durumlarda mesela maden suyu verince şey yapıyodu, o bile açmadı, o zaman acile gidince komple değişti PEG, 2 sene sonra takıldı yenisi.” (K6,55 Y, K)

“Mesela önce ağızdan da beslenebiliyodu babam daha doğrusu şöyle uuu beslenmesi doğru değildi ama ben yine de bişeyler hazırlıyodum sabahları. Blenderdan geçiriyodum onu çok güzel yiyodu kilo vermişti geri aldı hatta kilolarını.” (K6, 55Y, K)

“...Kendim çözmeye çalışıyom... Baktım mamanın dibini verince zor gidiyo dedim ki mamanın dibini vermemek gerekir o zaman, ben de enjektörle mamayı geri çekiyorum. O enjektörle çekiyorum çekiyorum hep tortusu geliyo böyle ondan sonra onun arkasından da yarım

enjektör su sıkıyorum, o zaman fiştt açılıo... İşi bitince yıkıyorum ben torbaları böyle afedersin inek sağar gibi sağıyorum o setini de öyle kullanıyoz, görsen yeni açtığımı sanarsın.” (K7, 55Y, K)

“...Ben de asit belki açar dedim maden suyu verdim.” (K8, 39Y, K)

“...Hemen şey yaptım, mamayı çıkardım, su denedim önce seti çıkardım, enjektörle su denedim ilk önce, suyu bastırıyorum o da gitmiyor. Şaşırdım napıcağımı ondan sonra oğlumu aradım, o da hastaneden duydu heralde anne sodayla denesene bi dedi, sodayı verdim açtım.” (K9,60 Y, K)

“...Allah’ım geri çekiyom tüpten bazı parçalar geliyor bazen gelmiyor. Ama bol su vermeye çalışıyorum. Suyu veriyom tıkanınca sonra geri çekiyom mamayı geliyor.” (K10, 65Y, K)

“...Tıkanınca maden suyu veriyom limon sıkıyorum içine, uğraşıyok uğraşıyok bi o tarafa bi bu tarafa dönderiyok ondan sonra açılıyo... Bi de bize medikalciler soba şeysi gibi tel var tıkanınca onla temizle dediler, bu nasıl olacak ben korktum telle delinirse. Ya yırtılırsa, ilk değiştirdiğimiz var ya o ta giriş yerinden kırıldı ilk bi.” (K11, 62Y, E)

“...Yani arada ağzına çay veriyom, yoğurt veriyom cuk cuk içiyo yoksa ağzı yara da oluyo, gargara bi de sünger verdiler ben de onları dinlemedim, kullanmıyom onları, valla onları vermemin maksadı valla ne bileyim ciğerine de kaçsa da hastanın durumu düzelecek gibi değil zaten...” (K12, 62Y, K)

“Tıkanması oluyo, 3 günde bir 4 günde bir soda veriyoruz, mesela onu veriyoruz normal maden suyunu enjektöre çekip, tüpten veriyoruz.” (K13, 31Y, K)

“...İşte tüp tıkanınca falan sodayla açıyoruz, sıvazlıyoz, mamayı geri çekiyoz, kusunca başını kaldırıyoruz, mamayı geri çekiyoz, su veriyoz, mamayı geri çekiyom tıkanıklık gitsin diye, napacan öyle... Ağzından bazen bişey veriyorum, çay ya da sıvı şeyler işte, yavaş yavaş yutuyo, bazen yapıyorum bunu... Bazen mama verince öksürüyor,

acaba ciğerlerine mi kaçtı diyorum bazen o zaman mamayı kesiyom hemen...’’ (K14, 39Y, E)

‘‘...Ben artık bazen ağzından çay, yoğurt falan veriyorum yavaş yavaş yutuyor onu da, öksürüyor arada tabi, arada ufak tefek canı çekmesin diye veriyoz yani de... Bazen kendi de mamayı alıyo gizli gizli özellikle kışın peteğin üstüne koyuyo, midesi bozuluyor sonra direk sıcak veriyo kaç kere dedim, ama dinletemedim, mikrodalgaya koymuş bi kere de yapma diyorum karnum ağrıyo diyo... Hani bi kere ketıldan baktım su ısıtıyo, direk tüpten vercek, dedim barsakların yanar anne napıyosun, hani kendi beceriyo ama işte torbaya falan kendi koyup beslenebiliyo ama yatıyo bazen özellikle sabahki beslenmede yatıyo.’’ (K15, 53Y, K)

‘‘...Kakasını çok zor yapıyo, 5,6 gün yapamadığı oluyo, o yüzden tüpten ilaç uyguluyom bazen çok kakasını yapamadığı zaman...’’ (K16,42Y, K)

‘‘...Tüp değişti işte tıkanıklık da oldu, 5 yıldır var 2.ci yılda değişti, şimdi takılan ikinci tüp önce bi enjektörle çekiyoruz, verdiğimiz mamayı, geri çıkartıyoruz, tıkanması oluyo bize kimse söylemedi tabi bunu ama yapıyoruz işte... Biz elimizden geldiğince bantlıyoruz o akıtan yerlerini falan en son kestik artık ucundan ucundan kısacık kaldı... Gayta çıkışı olmuyo o zaman tüpü açıp içindeki mamayı alıyoruz geri çıkartıyoruz çünkü şişkinlik yapıyo...’’ (K17,54 Y, K)

‘‘...İşte ara ara tüpü böyle kazıyo gibi yapıyorum, oraya yapışan bişey varsa düşsün diye, sonra o çubuk hastaneden kayboldu bulamadım, sonra işte karbonatlı suyla, sıcak suyla açmaya çalıştım, limonlu su yaptım, ondan sonra sıcak su işte, top top oluyo yoksa şişkinlik oluyo tüpte.’’ (K18, 63Y, K)

‘‘...Gizli gizli yiyo ama ciğerine kaçıyo o da bi sefer evde baklava vardı... Bi baktım mutfakta baklava yok, bi baktım yemiş üçünü de sonra öyle sakın gelip oturmuş ki, boğula boğula yemiş canı çekiyo yaa, ama muhallebi yapayım, patates püresi diyom istemiyo, turşu istiyiyo, fasulye, pilav istiyiyo, tehlikeli şeyler istiyiyo.’’ (K19, 42Y, K)

“...İşte tıkanınca bazen maden suyu veriyoruz mamalardan sonra iki su bardağıyla su basıyom enjektörün arkasından tıkanmasın diye, maden suyu açıyo yani... Şimdi makineye geçince tıkanma olmuyo giriş yerleri açıldı...” (K20, 73Y, E)

“...Peşinden gazoz verdim hastanede tıkanığında benden maden suyu istediler, ben de getirdim ama anlamadım, sonra baktım tüpten verdiler, sonra da dediler ki tıkanırsa soda ya da kola ver dediler...” (K21, 57Y, K)

“...Lirica (aneljezik) diye bi ilaç vardı, onu verdiğimizde de tüpü tıkadık... Su habire habire su, artık naptım enjektörü PEG’in ucuna taktım çektim çekince mamayla birlikte geldi.” (K21, 57Y, K)

“...Tıkaniyo nerdeyse telle açmaya çalışıyoz, açılsın diye tel sokuyoz tüpe.” (K21, 57Y, K)

“Sağlık kuruluşuna başvuru” alt temasında yer alan ifadeler;

“Vallahi ilk zamanlar sıkıştığım zaman hastaneyi arıyodum doktorları işte abi şurası işte abi burası, şöyle yara oldu, şöyle bere oldu, onlar bana diyodu ki işte şu kremi sür, işte ya da şunu şöyle yap, daha bilemedim götürüyodum...” (K1, 40Y, K)

“...Kalktık çabuk çabuk metroya binip hastaneye gittim, bölüme, gastroenteroloji, anlattım getir dediler hastayı, baktılar ayyyyy bu çok tıkanmış dediler...” (K10, 65Y, K)

“...Kabızdı, hastaneye söyledik mamayı değiştirdiler...” (K11, 62Y, E)

“...Çıkardı acile gittik hemen işte, götürünce de yenisini taktılar işte. Ee biz 2 ay sonra daha gitcez 6 ayda bir randevu veriyolar değiştirmek için. Tıkaniyo yoksa...” (K12, 62Y, K)

“İlk zamanlar hemen acile götürüyoduk ya da 112’yi arıyoruz, geliyolar götürüyolar bizi, hastaneye gidiyoruz direk işte, ya da dedim ya işte tüp tıkanınca falan hastaneye gidiyoruz.” (K14, 39Y, E)

“...Yine ara ara kabızlığı oluyo, doktora söylemiştik işte, şurup yazdılar... Tüpten verdim ben bunu, bi gün ver bi gün verme dedi, verdiğim gün yaptı, verince yapıyo...” (K20,73Y, E)

4.2.1.5. Eğitim Gereksinimi

Bakım verenler hastanede PEG’e yönelik verilen eğitim içeriğinin yetersiz ve süresinin kısa olduğunu; eğitim anında stres, korku hissetmeleri nedeniyle anlatılanları anlayamadıklarını, bu nedenlerle eğitimlerin tekrarlanması gerektiğini; verilen eğitimlerin sadece sözlü olarak değil uygulamalarının da yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Bakım verenlerin, eğitim gereksinimlerini belirttikleri alt temaların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Yetersiz içerik” alt teması ile ilgili ifadeler;

“Hastaneden çıkınca bize ayrıntılı anlatabilirlerdi ama böyle bir uygulama olmadığı için bize bir kere gösterdiler, ben de kendi paramla hemşire getirdim, evimde tedavisini ona yaptırdım bir hafta falan, ondan da gözlem olarak iyice öğrendim, kendim yapmaya başladım.” (K2, 55Y, E)

“...Ha bak şimdi mesela bazı değerleri kanda yüksek çıktı bunun sebebi mamasının verilme şekli yahut da kullanılan mamanın türünden kaynaklı imiş. Bize taburcu olmadan önerilebilirdi. Mama setleri varmış işte makineler onla beslensek torba yerine daha iyi olabilirmiş şu ana kadar. Biz hastanede yattığımızda bize bunları anlatabilirlerdi...” (K3, 51Y, K)

“...PEG değiştirme konusunda bize bilgi verilmedi, biz kendimiz çaresini bulduk, bize o tüpün değişeceği, süresi için bilgi vermediler. Biz kendimiz artık baktık ki her yerden akıtıyor öyle bişeyler yaptık bize deseler şu tarihte getircen değiştircen diye...” (K4, 57Y, K)

“...Takmışlar ondan sonra hastanızı götürün demişler, ee sen bana şurdan mama vercen suyu şu kadar vercen diye anlattın mı, hortum var ucunda tıpa var geldik eve Allahım ucunda tıpa var (3 yollu musluk) nasıl çıkacak diyoruz, Allahım diyoz biz bunu nerden yapcaz nasıl yapcaz, yani orda bir hemşire dahi olsa şurdan verin şunu şuraya takın diye söylemesi gerekti... Hani anlatmalarını isterdim napcağımızı, pansumanı bile, gün aşırı pansuman yapın diyolar ee göstermedin ki, yani şöyle yapın diye bi göstermeleri lazımdı.” (K7,55Y, K)

“...O zaman şimdi takıldı normal hayatına devam edebilir dediler, bakımı nasıl olacak diye sordum, dediler ki etrafını temizliceğin silceksin ama bana su verceksin demediler. Ama bana keşke ilk söyleselerdi bol sıvı ver diye, ben mamayı veriyodum 250-300 (cc), sonra 40 (cc) su veriyodum ee o çok azmış, sonra da tıkanıdı.” (K10, 65Y, K)

“...Bize eğitim verdiler hastanede işte nasıl temizlicen diye ama bizi torbayla gönderdiler... Ama hastanede bize anlatabilirlerdi, söyleselerdi ben bunu (pompayı) alırdım ilk torbayla uğraşmazdım 15 aydır PEG var ama biz 15 gündür rahatız...” (K14, 39Y, E)

“... Bi delik var şimdi ve bu delikten beslenecek annem, etrafında bi yara var biz o yaranın kapanıp kapanmayacağını bilmiyoruz, bunu anlatmadılar bize, daha da büyür mü enfeksiyon olur mu daha da açılacak mı kapanacak mı...” (K20, 35Y, K)

“Yetersiz süre” alt teması ile ilgili ifadeler;

“...Çok kısa bi süre eğitim verildi. Hani hastanede hemşireler gösterdi, hemşireler sadece kısa bi süre eğitim veriyordu... Hemşirelerin ya da doktorların verdikleri o anlık eğitimler kısa...” (K1, 40Y, K)

“Eğitim verdiler hastanede hemşireler, kızım da vardı ben odadan çıkıp gelene kadar kızıma anlatmış çabucak kızımdan öğrendim sonra ben de. Bana da anlatsa ya, acele acele anlatılıp çıkılmış.” (K18, 63Y, K)

“Tekrarı olmayan eğitim” alt teması ile ilgili ifadeler;

“...Yani sudan çıkmış balık gibi oluyosunuz hele ki bide tekmeniz dinleyen biri yoksa yanınızda o anda, şimdi anlatıyorlar ama siz de o an her şeyi aklınızda tutamıyorsunuz veya sormanız gereken şeyi unutup sormuyosunuz, tekrar olsa, bi de sonrasını düşündüğünüzde ne zaman dönüp soracaksınız, kimi bulacaksınız.” (K3, 51Y, K)

“...Hepinize mi ayrı ayrı öğretmez dediler mesela, eee bana şey gösteriyo, ben eve geliyorum kardeşim orda duruyo ay bunu nasıl yapcaz bize bi gösterin, gösterdik ya diyo, hepinize ayrı ayrı mı

göstercez diyolar, biz artık bi birbirimizi idare, internetten falan da baktık öyle napıcaz diye...’’ (K4, 57Y, K)

‘‘...Bak şöyle bişey oldu, mesela biz hastaneden çıkacağımız zaman keşke bize bi hemşire verselerdi, evde bizi bi alıştırırsaydı. Yani çünkü iki defa gösterildi. Biz eve geldiğimizde çok panik olduk. Bunun tekrarı olması lazım, hani doktor arkadaşım vardı ona danıştım. İu bi hemşire velim vardı ona danıştım. Bi şeklide rayına oturttuk ama o süreçte çok sıkıntı yaşadık.’’ (K6, 55Y, K)

‘‘Uygulamasız teorik eğitim’’ alt teması ile ilgili ifadeler;

‘‘... Orda gösterdiler işte bana ama, bide sen yap da bakalım yapabiliyor musun demediler, hep izledim onu yaptırsalardı daha rahat olurum gibi bana uygulamalı anlatsalardı daha iyi olurdu, benim de aklıma gelmedi bırakında ben de bi yapayım diye, hemşirelerin demesi lazımdı, çünkü görmek yetmiyo, keşke hastanede ben de yapsaymışım, çünkü korkuyosun yani açık bi yara...’’ (K15, 53Y, K)

‘‘...Sonra bana verdi yap diye elimden aldı neyse bana ver ben yaparım diye, uygulatmadı bana yani, o anda uygulatmadı...’’ (K20, 35Y, K)

‘‘Yanlış zamanlama’’ alt teması ile ilgili ifadeler;

‘‘Ya aslında şey, kalıcı hastalarda, anneler zaten panikliyo, zaten korkuyo, biraz daha farklı eğitimler, daha bilinçli, daha bilgili vermeleri gerekiyor.’’ (K1, 40Y, K)

‘‘...Biz korktuğumuz için nasıl bakcaz nasıl yapcaz diye biz sorduk hep o anda anlaşılmıyor zaten yoksa hep yoğunlar öyle gelin anlatayım diye bişey yok.’’ (K13, 31Y, K)

‘‘O esnada size anlatsalar bile anlamayabiliyorsunuz. Ya o an ki şey o kadar farklı ki. Stres var, benim mesela, ilk çıktığımızda şeydi mesela, nolacak şimdi, bakıcı tutabilcek miyiz, bakıcı bakabilir mi, karşılayabilir miyiz çok şeyler, 15 gün hepimiz paniktik. Yani bi de o anda hastanın psikolojisi bize de yansıdığı için çoğu şeyi anlamayabiliyoruz, ordaki insanlar panik olup, iki kişi birden dinledik mesela işte birimiz birini anladık birimiz birini, hani diyorum ya geri

zekalı mıyız değiliz ama o anda insan şey yapamıyor anlayamıyo, karşıdaki insan size anlatıyo ama siz anlamıyorsunuz.” (K6, 55Y, K)

4.2.2. Bakım Verenin Sosyal-Duygusal Değişimi Bağlamı

Bakım verenin sosyal-duygusal değişimi bağlamının analizinde bakım verenlerin PEG’li hastaya bakma konusundaki düşünceleri, PEG’li hastaya bakım vermenin kendi yaşantılarına etkisi ve duygusal yönden kendilerine hissettirdiği duygular sorularak bu bağlama yönelik tema ve alt temalar oluşturulmuştur. Yapılan içerik analizi sonucu, bu bağlam altında **“Sosyal Değişim”** ve **“Duygusal Değişim”** temaları ortaya çıkmıştır. **Sosyal değişim** teması altında **eve bağımlı olma, yaşantının değişmesi** alt temaları ortaya çıkmıştır (Tablo 4.3.).

4.2.2.1. Sosyal Değişim

Bakım verenler PEG’li hastaya bakım verme sürecinde; eve bağımlı duruma geldiklerini, bu durumda da hem evin ihtiyaçlarını hem de kendi ihtiyaçlarını aksattıklarını, özellikle kendi sağlık sorunları ile ilgilenemediklerini, bu süreçte sosyal yaşamlarının kısıtlandığını, hastaları ile beraber yemek yiyememenin kendilerini üzdüğünü ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin bu süreçte yaşadıkları sosyal değişimlerini anlattıkları alt temaların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir

“Eve bağımlı olma” alt temasında yer alan ifadeler;

“...Büyüdükçe hastalıkları artınca eve kitlendim, markete gitmeye acizim. Balkona bile oturamıyom. Ancak dışardaki insanlardan rica minnet yardım istiyom, biri ediyö, biri etmiyo.” (K1, 40Y, K)

“...Evin içine bağımlı kaldık şu an için. Şu an için eve bağımlı kaldık.” (K2, 55Y, E)

“...Her şeyiniz oluyo o neticede hayatınız eve bağlı oluyo. O bağlılık size şey yapıyo tabi hem eve bağımlı oluyosunuz hem hastaya bağımlı oluyosunuz, yıpratıcı bi süreç ama düşünmemeye çalışıyorum. Onunla bir şey yaşıyorsunuz yani ama bi çocuk olsa alır dışarı çıkarırsınız ama öyle bi şansınız da yok.” (K3, 51Y, K)

“...Çok etkiliyo, bunalıyosun bunalma, evde, yani uuu bakıyosun hava güzel dışarı çıkacaksın çıkamıyosun, herkes diyo ki bakıcı tutun

eee bakıcı tutsak da bakıcı tek başına nasıl annemi kaldıracak, nasıl o mamaları vercek, suyunu, ilacını...’’ (K4,57 Y, K)

‘‘Ya şimdi bizim yaşamımızı %100 değiştirdi. Eve bağlıyız şimdi, 24 saatimi ben A.’ya adadım. A.’dan sonra ya da onun işlerini gördükten sonra işte bakımını falan ondan sonra kendi işlerime bakıyorum. Mesela bi hastaneye gidecem kendim için gidemiyorum oraya, alışverişe gidiyorum yarısını almadan geri geliyorum.’’ (K5, 56Y, E)

‘‘...Bi de hayatım yani diyorum ya size ben bi yere çıkamıyorum artık, evdeyim, ben kime bırakıp kime söyleyip çıkcam, benim hayatım ona endeksli başka da yapacak bişey yok, napabilirim ki, napıyım, napıyım.’’ (K9, 60Y, K)

‘‘...Ben ne cenazemiz ne bilmem neyiz bi tarafa gidemiyom, dün mesela benim böbreklerde sorun var onun için gittim hastaneye, daha hastaneden çıkmadan beni arıyolar ne zaman gelcen gel artık diye, tıkanıyo hemen panikliyorlar, ilaç gitmiyo diyorlar, ağlıyo bana telefonda...’’ (K11, 62Y, E)

‘‘Bizle otursa konuşsa yese, uzak yere gidemiyom zaten, evdeyim, yakın yerlerde 1- 2 saat gidiyom.’’ (K12, 62Y, K)

‘‘Ya ilk zamanlar bi yere gidemiyodum o zamanlar hiç bi şekilde beslenmesini kendi yapamıyodu, bilemiyodu, koyamıyodu, bebek gibi düşün yani, bi yere gidiyon koştura koştura geri geliyon, ıı genelde evde biri oluyodu ben yokken ya da ben bi yere gitmiyodum o dönemler, ama şimdi kendi alıştı artık koyuyo da şimdilik alıştık ama beceriyo artık, bazen tek de kalıyo evde.’’ (K15, 53Y, K)

‘‘Yaşantının değişmesi’’ alt temasında yer alan ifadeler;

‘‘Sorumluluk nasıl bişey, psikolojik duruma düştüm şu an için ben. Yatma durumum yok. Mesela, gece 12’de yatıyorum, birde kalkıyorum, 2’de kalkıyorum, 5’de kalkıyorum, 6,5’te aç karnına ilacını veriyorum. Altı buçuktan sonra da hiç yatmıyorum.’’ (K2, 55Y, E)

‘‘...Gece saat 1- 2’ye kadar yatmıyom mama bitsin diye bekliyorum, ben hep başında duruyom.’’ (K11, 62Y, E)

“Çok fazla çok fazla etkilendik. Mesela biz bi süre evde kokan yemekler yapamadık, canı çeker mi diye, bizim evde üç senedir, balık pişmiyor, çünkü babam çok severdi balığı, üç senedir bizde balık pişmiyo, öyle söyliyim yani, ben sabah işe akşam eve geliyoruz. Bitti her şey. Hepimiz çok etkilendik mesela işte sofrada oturamıyo, biz burda (salon) yemek yemiyoruz mesela...” (K6,55 Y, K)

“...Offf offf etkilemez mi tamamen böyle bi yere çıkamaz olduk özeniyom imreniyom bi yere gidemiyom, et kızartmasını, pilavı mangalı çok severdi, kokusunu duycak diye yapmak istemiyom, ne bileyim ya işte, her şeyimiz küstlandı, bi akşam dizi izliyo...” (K10,65 Y, K)

“Ben çalışıyodum normalde işte, işten çıktım annem yaşlı o tek bakamaz, ben evdeyim artık sürekli, iş güç bitti yani, babama bakıyorum işte.” (K14, 39Y, E)

“Ya en başta biz yemek yerken huzursuz oluyoz ilk zamanlar daha kötüydü şimdi biraz biraz alıştık da...” (K15, 53Y, K)

“...Valla ben menapoza girdim, daha nolsun, çalışıyodum ben devlet memuruydum, o dönemde izin aldım, rapor kullandım, sonra da emekli oldum zaten, emekli oldum ama kendi evimde duramıyorum, evime gidemiyorum hep burdayım, düzenim değişti, düzen kuramadım.” (K17,54 Y, K)

“Eee tabi ki biz artık yanında yemek yemiyoz şurda masamız var o artık boş duruyo mutfakta yiyoruz orada küçük üst üste orda yiyoruz artık küçücük yer ama bunun da canı çekiyo yanında yediğimiz zaman...” (K18,63 Y, K)

“...Hafta sonu izinlerim var onda da evdeyim, hafta içi beşten sonra direk eve geliyorum, artık yordu beni, kısa bi süreç olsa tamam diyecem ama sürekli böyle artık, 6 yıldır yani böyle.” (K19, 48Y, K)

“Yemek yiyemiyoz beraber önceden beraber yerdik, şimdi yok ya da bişey yapcam diyelim önce evi düşünüyorum, planımı ona göre yapıyorum...” (K20, 73Y, E)

“...Valla onu daha hala ben şu anda eve daha kimseyi almıyorum, davet etmiyorum, çoluk çocuk bile geldiler mi yemek

istemiyolar babam canı çeker diye, hani diyom ya eve misafir kabul etmiyorum yanında yemek yemiyorum...’’ (K21, 57Y, K)

4.2.2.2. Duygusal Değişim

Bakım verenler bu süreçte; duygusal olarak yıprandıklarını, aile üyelerinin birbiri ile olan iletişiminin olumsuz etkilediğini ve kendi gereksinimlerini karşılamada eskisi gibi istekli olmadıklarını belirtmişlerdir. Bakım verenlerin bu süreçte yaşadıkları psikolojik değişimlerini anlattıkları tema ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“...Yani bi de eşim sonuçta onla birlikte bişeyler yapmayı yemeyi, içmeyi çok özliyorum, bi de benim eşim şey o yönden şanslıyım yani çok huysuz değil, gergin değil, M’nin bi gülümsemesi benim içimi eritiyor. Güler, çok sık eziyet olmasın diye rahatsız olduğunu belli etmiyor, duygusal yönden acayip şekilde bağlı oluyosunuz yani, (K3, 51Y, K)

“...Bir araya geldiğimizde babamın yeri boş olunca sofraya oturmak bile çok acı geliyor yıpratıcı yani, zor geliyo, alıştık ama zamanla.’’ (K6, 55Y, K)

“...Çok değiştirdi yani, ben yani yaşıyom gibi olmadı, biz hep beraberdik annemle, hiç evlenmedim ben, önceden ben bi giydiğimi bi daha giymezdim, bakardım kendime, şimdi hiç hiç bişey yapmıyorum, içimden gelmiyor...’’ (K7,55 Y, K)

“Bazen oturup ağlıyorum, yapabileceğim neden bişey yok diye...’’ (K9, 60Y, K)

“...Elini bağladım ya yoksa gidemem tüpü çekiyo, ama üzüliyorum da buna böyle haline ama napcam, işte yani diyom ki bu durumunu hatırlamasak, yiyemiyor, konuşamıyo, böyle olmadan kurtulaydı keşke...’’ (K12,62 Y, K)

“...Bizim bu süreçlerden sonra kendi aramızdaki (bakım verenler arasındaki) iletişimimiz de bozuluyo bazen, çabuk sinirlenme ve öfkenlenme oluyo, birbirimizi kaldıramıyoruz bazen, çabuk öfkeleniyoruz.’’ (K13, 31Y, K)

“Artık ben duygusal olarak bittim yani, sürekli eve bağımlıyım işten çıkınca eve geliyorum direkt ya mamayı çıkarıyo ya uyuya kalıyo boğuluyor, bebek gibi sürekli yanında olmamız gerekiyor.” (K19, 48Y, K)

“...En son bana kızdı sen de yemezsen ben daha kötü olurum bana sen bakıyosun dedi, doktorda dedi bana sen ye ki onla sen ilgileneceksin, hani diyom ya eve misafir kabul etmiyorum yanında yemek yemiyorum, Allah sabrını veriy o da her şeyin tadını unuttu çok üzüliyorum.” (K21, 57Y, K)

“Bazen yani oğlumla ya da arkadaşlarımla konuşuyorum, yani o da işte hepsinin Allah’tan geldiğini elden gelenin bişey olmadığını, bu bi süreç olduğunu, yani kabulleniyosunuz yapacak bişey yok ki, hala daha zaman zaman diyorum niye diye, yani niye niye...” (K9, 60Y, K)

“...Kendi başımızın çaresine bakıyoruz, şu hani hastanenin böyle hastalara özellikle bi destek vermesi lazım evde kalıyoruz öyle çünkü şaşırtıp, hasta ne durumda hasta yakını ne durumda. Hani açıkçası kendi başımın çaresine bakmam lazım kimse yardımcı olmuyo...” (K3, 51Y, K)

“...Biz kaç yıldır annemle böyle uğraşıyoruz işte, çok zor, kendine de zor. Üzüliyorsunuz, elinden bişey gelmiyor...” (K4, 57Y, K)

4.2.3. Beklenti Bağlamı

Beklenti bağlamı altında; bakım verenlere PEG bakımı için gerekli malzemeleri nasıl temin ettikleri, PEG takılma süreci ve taburculuk sonrası dönemde hemşirelerden beklentileri, bakımda destek mekanizmalarının olup olmadığı sorulmuş, bu sorulara verdikleri cevapların analizi doğrultusunda beklenti bağlamı ve bu bağlama ait tema ve alt temalar oluşturulmuştur. Yapılan içerik analiz sonucu bu bağlam altında; **“Sağlık Sisteminden Beklenti”**, **“Hemşireden Beklenti”** ve **“Aileden Beklenti”** temaları ortaya çıkmıştır. **Sağlık sisteminden beklenti** teması altında **bakım malzemelerinin temini, evde bakım hizmeti, hastaneden telefonla danışmanlık ve evde ziyaret** alt temaları; **hemşireden beklenti** teması altında

taburculuk eğitimi, etkin iletişim alt temaları; **aileden beklenti** teması altında **bakımda iş paylaşımı** alt temaları ortaya çıkmıştır (Tablo 4.3.).

4.2.3.1. Sağlık Sisteminden Beklenti

Bakım verenler, bakımda kullanacakları malzemelerin temininde zorluk yaşamaları nedeniyle bakıma yönelik uygulamaları tam olarak yerine getiremediklerini, sosyal güvenceleri ile temin edemedikleri malzemelerin kendilerini maddi yönden zorladığını, var olan evde bakım hizmetlerinden etkin yararlanamadıklarını, bu hizmetin hastalarının ihtiyaçlarını karşılamadığını, bu süreçte yaşadıkları sorunları danışabilecekleri bir sağlık personelinin olmasını, hastalarının hastane tarafından telefon ve evde ziyaret ile takip edilmesini istediklerini belirtmişlerdir. Bakım verenlerin sağlık sisteminden beklentilerine yönelik alt temaların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Bakım malzemelerinin temini” alt temasında yer alan ifadeler;

“Karşılaniyo, mamaları doktora yazdırıyoz, sonra eczaneden alıyoruz, şey bu beslenme setine de sadece kargo parasıyla o işi hallediyoz, 2 ayda bir 60 tane gönderiyo bize, o setlerden. 20 lira kargo parası veriyoz sadece.” (K5, 56Y, E)

“Malzemelerin raporları var, uuu mamanın da setin de ordan, doktor rapor yazıyo eczaneden alıyoruz...” (K6, 55Y, K)

“Mamaları veriyolar, önceden aylığımızdan para kesiyolardı, şimdi yok heralde öyle bişey. Takip de etmiyoruz kesmiyoz diyorlar ama...” (K7,55Y, K)

“Ama o enjektör olsun torba olsun, bunlar raporla alıyoruz, medikalciden ha şöyle o da hiç para vermiyoruz değil belli bi ücret veriyoruz biz, mama direk eczaneden, ücret vermeden alıyoruz...” (K9,60 Y, K)

“Mamayı eczaneden direk ücretsiz alıyoz, mamayı devlet ödüyo...” (K11, 62Y, E)

“Önceden bu setleri alamıyoduk, bana diydular 2 güne bir o torbayı seti değiştir. Ben iki güne nasıl değişeyim 10 liraya alıyom

tanisini, tanesi 10 lira bir hafta iki hafta kullanıyodum, temizliyodum, yıkıyodum, şey ediyodum, ama şimdi atıyorum. Raporla veriyolar. Mamayı raporla alıyoruz, üstüne biraz veriyoz heralde ama rahatladık şimdi...'' (K12, 62Y, K)

“...İşte hastaneden çıkmadan raporları yazıyorlar, yine o gün yazdıklarında dedim ki siz gazlı bezi, enjektörü karşılamıyor mu, ona rapor yazmıyor musunuz diye, aaa dedi onu yazmayı unutmuş muyum, yani sormasam bize kimsenin bişey dediği yok, yazmasa gidip kendimiz alcaz... Enjektör, spanç, flaster, eldiven (kâğıttan okuyor) hepsi raporla karşılanıyor.” (K13, 31Y, K)

“...Bu mamaları raporla bedava alıyoruz, torbalara tam ne kadar ödediğimi bilmiyom da birazını karşılıyo devlet yarı yarıya gibi...” (K20,73Y, E)

“Kendimiz belli bi medikalcimiz var, kendimiz gidip ordan, yoksa karşılanmıyor hepsi, torbayla set kendi paramızla ama bi kısmını karşılanıyo, veriyo, ama diğer medikal malzemeler hep biz kendimiz alıyoruz.” (K4,57 Y, K)

“4 yıl oldu işte, 2014 gibiydi takıldı, 2 günde bir, aslında gün aşırı dediler ama malzeme sıkıntısı oluyo, her gün yaparsak yetmiyor malzeme, bir milyon diyolar (1 tl) ama sen bi tane almıyosun ki bi aldın mı 30- 40 tane alıyosun. Valla hepsine para veriyoz, o torbaları kullanın atın dediler bize ama yok bir hafta kullanıyoz. Geri kalan her şeyi kendi paramızla alıyoz, dedim işte bir milyon bir milyon diyolar ama bi aldık mı 30 tane alıyoz, batikon aldık yine para verdik. Gazlı bezi az az kullanıyom.” (K7,55Y, K)

“Yani şimdi bizim kullandığımız bissürü malzeme var, eldivenidir, kremi, spançlar, mesela şey ne dicesim başka neler alıyoruz, batikonlar, bunları hep kendimiz alıyoruz...” (K9,60 Y, K)

“...Ama enjektörü, gazlı bezi, batikonu hep kendi paramızla alıyoz. Dezenfektanları, bunların karşılanması gerekiyo.” (K10, 65Y, K)

“...Diğer kullandığımız her şeyi, hepsini ben kendim alıyorum, makası, gazlı bezi, batikonu, enjektörü, ufak ufak ama hepsini birden alınca külfet ya.” (K11, 62Y, E)

“...Makas, gazlı bez, enjektör hepsini kendimiz alıyoruz, tek tük ufak şeyler ama çok alınca zorluyo yani insanı.” (K12, 62Y, K)

“...Enjektörleri parayla alıyoruz, etrafındaki bezi gazlı bezi parayla alıyoruz.” (K14, 39Y, E)

“Mama, torba seti, enjektörü raporla alıyoruz. 6 ayda bir yenileniyo rapor, yazdırmaya gittiğimde bazen yanlış yazıyolar o zaman tekrar gidiyorum, 150 lira tutuyosa biz 60 lirasını veriyoruz, sargı bezi, bant kendimiz alıyoruz.” (K15, 53Y, K)

“...Geri kalan her şeyi kendimiz alıyoruz, enjektörü, gazlı bezleri etrafını temizlediğimiz sprey onları hep kendimiz alıyoruz.” (K17,54 Y, K)

“...Enjektör, gazlı bez falan onları parayla alıyorum, kendi yicemden kesip alıyoz işte, ondan...” (K20,73Y, E)

“...Ama şu an setlerimizde sıkıntı yaşıyoruz, seti şu an ödemiyo devlet, ya da enjektörü gazlı bezi parayla alıyoz ama onları hiç ödemiyo zaten, önceden aylık 30 tane alıyoduk mesela yarısını ödüyodum, yarısını karşılıyodu devlet sonradan da tekrar rapor çıkarmadılar. Parayla kendimiz alıyoz seti.” (K21,57 Y, K)

“Evde bakım hizmeti beklentisi” alt temasında yer alan ifadeler;

“...Şimdi evde ne yapacağımı şaşırdım kaldım ben... Destek veriyorlarmış hastalara, bize dediler ki mesela X. hastanesinden yardım gelecek size dedi PEG için. Ama gelmediler. Bir buçuk ay sonraya gün verdiler, o günü verene kadar benim hastama bakmış bakmamış hiç önemli değil.” (K2, 55Y, E)

“...Belediyeyi aradık hastanın raporu gelmedikten sonra hizmet veremeyiz dediler. Ancak hasta gelir, sıraya alırsınız bir buçuk iki ay sonra ancak sıra gelir dediler. Onlardan da bi beklentim olmadığı için yardım olmadığı için kendi işimi kendim gördüm.” (K2, 55Y, E)

“...Evde sağlık hizmeti diyolar ama o hizmet sadece şey rapor yazmak için, gelirlerse de kan alıp gidiyolar, onlar da haklı çok yoğunuz diyolar.” (K3,51Y, K)

“...X. hastanesinde evde bakım mı ne varmış işte o da ilk defa geldiler, daha yeni iki ay önce, biz daha önceden bildirmiştik, işte çok yoğunlarmış, tekrar tekrar biz talep etmemiz gerekiyomuş, o da çok yanlış mesela annem şu an ishali ve inlemesi çok diye çağırsam hemen gelemeyiz diyolar, sıraya koyuyolar, o zaman zaten geiyo ihtiyaç kalmıyo, yani...” (K4, 57Y, K)

“...şey aslında aile hekiminin gelip evde görmesi lazım. Ayy onu da getirebilene aşk olsun bir kere getirebildik bir kere ama onu da o kadar zor getirebildik ki şimdi mesela, işte dedim ya mamayı yazdırmaya gidiyoruz, ee bu hasta evde yatıyo, yatalak olduğunu biliyosun, sen geldin bir kere gördün, hasta nasıl diye sormuyo bile, sormuyo bile, bir kere çok zor afedersin kavga gürültü getirdik, kaç senedir bir kere geldi, kapılarında yazıyo perşembe günü ev ziyareti diye, eee işte bilmiyorum.” (K9, 60Y, K)

“...Evde bakım birimi var ama düzenli değil acil bişey olunca onları arıyoruz bir ay sonrasına randevu veriyolar ama ateş ölçüp tansiyon kanına bakıyolar... Başlarda aile hekimiyle halletmeye alıştik ama onlar da gelmediler, gelmiyolar yani, ilgilenmek istemiyolar.” (K20,35 Y, K)

“Hastaneden telefonla danışmanlık ve evde ziyaret” alt temasında yer alan ifadeler;

“...Ama ben ne isterdim zaman zaman aklımıza takılıyo ya da o an baş edemiyoruz, arkamızda danışabileceğimiz bir doktor ya da hemşire olsun, destek alabileceğimiz yani telefonla bile danışıp sorabileceğimiz birilerinin olmasını isterdim...” (K3, 51Y, K)

“...Gelip evde görüşebilirler, nasıl besleniyo ve yahut evde bakım hizmeti verebilirler. O kadar labaratuvar bulguları değişti kimse

bize demedi ki mamadan dolayı olabilir ya da beslenme türünden olur diye ya da nasıl besleyeceğimizi söyleselerdi gelip...’’ (K3, 51Y, K)

“...Mesela geldik eve geldik, uuu bi görüşeceğimiz muhatap olacağımız doktor ya da hemşire olabilirdi, işte bize verildi eğitim eve geldik, şunlar şunlar yapılacak diye, işte panik halimizle 112’yi çağırdık tamam Allah razı olsun geldiler yardımcı da oldular ama o esnada bi doktorla görüşmek bizi daha da rahatlatabilirdi. Şu an içinde öyle ulaşabileceğimiz bi hemşire, her şeyi detaylı sorabileceğimiz, bizi yönlendirmeleri bile çok önemli... Darda kaldığımızda mesela ulaşabileceğimiz bir kişi yok, yok yani gece yarısı ya da şey, panik oluyoruz yani burda dört dönüyoruz, Kalyoruz öyle, çözüm üretmeye çalışıyoruz.’’ (K6, 55Y, K)

“...Valla arada bir de olsun ayda bir eve gelip baksınlar, yani mesela etrafındaki yara iki ayı geçti iyileştiremedik, gelip de bi kontrol etmelerini, bi pansuman yapmalarını istesek ne güzel olur.’’ (K7,55 Y K)

“...Yani sağlık olarak genel hastane takip etse bizi, ara zamanlarda eve gelip baksa, PEG’ine ya da kan alınması gerekiyor bazen evden götürmemiz çok zor oluyo, bizi evde takip etseler, ne bilim, hastaneden gelip baksalar yara oldu mu enfeksiyon var mı kanı alınsa.’’ (K9, 60Y, K)

“...Valla benim tek isteğim tüp takıldıktan sonra gelip kontrol etsinler, hastanın durumuna baksınlar, tıkanıyo mesela napcağımı bilmiyom. Gelip baksalar daha iyi ama gelmiyolar, aile hekimi diyorlar o da gelmiyor eve zaten’’ (K12, 62Y, K)

“İlk zamanlar elimiz ayağımıza dolaştı, bize gelip göstermeleri lazım şöyle temizlicen şuna dikkat etcen diye, işte yanlış yapıyosun doğru yapıyosun diye öğretse, biz kendi kendimize yapıyoz bişeyler işte.’’ (K16,42Y, K)

“...Evde bu hastalar takip edilmeli, biz o kadar yutma terapisi aldık ama bırakınca bitti gitti tüm egzersizler... İhtiyacı var hastaların buna, evde de devam etmeli, çok pahalı bu işler evde de bu hastalar

ziyaret edilse yutma egzersizleri, pansumanları kontrol edilse...’’ (K19, 48Y, K)

4.2.3.3. Hemşireden Beklenti

Bakım verenlerin, hemşirelerden PEG takıldıktan sonra bakıma yönelik kapsamlı bir eğitim alma ve bu süreçte hemşirelerin kendileri ile etkin iletişim kurma beklentilerinin olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin hemşirelerden beklentilerine yönelik alt temaların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Taburculuk eğitimi” alt temasında yer alan ifadeler;

...Ya hemşirelerden benim bi beklentim şu, PEG takıldı ama PEG takılan hastayı en kötü bi 10 gün gözetim altında tutacak, yanında duran vatandaşa bu PEG’i nasıl kullanacak, nasıl edecek, nasıl şeyini yapacak, temizliğini, bakımını yapacak tam öğretecekler. Bize PEG taktılar, hastanede burundan besliyorlardı, ama PEG’i vatandaşa göstermeleri lazım ki, öğrenelim. Biz hemen takıldı 3 gün oldu haydi yallah eve. Paldır küldür hastaneden eve göndermesinler. (K2, 55Y, E)

“O tüp takıldı işte 2 yıla yakın olacak hiç ne zaman değişeceğine dair kimse bişey demedi, tüpün değişmesi gerekiyomuş bize kimse bişey söylemedi... Kendi başımızın çaresine bakıyoruz.” (K3, 51Y, K)

“...Ya şimdi, ha bazıları o kadar insafsız ki, ne anlatıyorlar, söylemiyorlar, bize söyleseler napcağımızı, neye dikkat etcez, bakımı nasıl vercez su vercez mi...” (K10, 65Y, K)

“...Eee alışmadan etmeden eve geldik, telaş yapıyoruz bazen işte, bize bunları anlatmalıydılar.” (K11, 62Y, E)

“...Bize süre için de bişey demediler ne zaman değişecek ne kadar süre kalcak, akmaya devam etti öyle.” (K15, 53Y, K)

“...Nasıl temizlicez falan hiç bişey demediler...” (K19, 48Y, K)

“Etkin iletişim” alt temasında yer alan ifadeler;

“...Bazısı çok sinirli... Yani daha sabırlı, daha sabırlı, hepimize anlatsa nolcak mutlaka bıkıyolardır, birsürü hasta annem, gitti onun yerine kaç kişiler geldi kim bilir ama, biraz daha sabırlı olmaları lazım, daha toleranslı olmalarını beklerdim.” (K4, 57Y, K)

“Mesela o PEG için hastaneden taburcu olmadan önce bize eğitim verecek hemşire bize çok kötü davrandı, bunda korkacak ne var dedi, bizi azarlara azarlara anlattı, sonra oradaki asistanlar doktorlara sordum onlar hep yol gösterdi bize hemşireler değil de ben artık tıkanıdığım yerde doktorlara, asistanlara soruyorum.” (K20,35Y, K)

4.2.3.4. Aileden Beklenti

Bakım verenlere, bakım sürecindeki destek mekanizmaları sorulmuş ve bazılarının bakımı tek başına, bazılarının ise iş paylaşımı yaparak sürdürdüğü belirlenmiştir. Hastalarının bakımlarını tek başına sürdüren bakım verenler, bu süreçte tüm sorumlulukların kendilerinde olduğunu, eve ve hastaya bağımlı olduklarını, kendi gereksinimlerini karşılayamadıklarını belirtmişlerdir. Aileden beklenti teması altında yer alan alt temaların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Bakımda iş paylaşımı yapma” alt temasında yer alan ifadeler;

“...Sadece bazen aşağı indiğim zaman telefon var onu arkadaşına bırakıyorum o da ne, çok fazla değil. Binadan arkadaşım, ona telefon veriyom bi de S'nin başına telefon koyuyom, hani bişey olursa ses duyarsa koşuyo, onun dışında her şeyinden ben sorumluyum. Başka kimsem yok. Ya aslında anne olarak zor daha hastalıkları var yatağa bağlı, vicdani olarak da zor, yalnız bi kadın olarak da zor, çünkü bi evin bi hastanın dışarı işleri hep beni zorluyo, yani aile yok yanımda, destek verecek kimse yok, anne çok yıpranıyo.” (K1,40 Y, K)

“Valla şu an için hiç kimse yok. Olmadığı için sade benim. Valla ölmedikten sonra ben bakacam. Bütün sorumluluk bende. Mesela ben bir saat dışarı gittim. 12’de maması vardı evde gelin vardı veremedi, ben geldim kendim verdim... Tüm sorumluluk bende. Her şey benim üzerimde.” (K2, 55Y, E)

“Bak ben hastaneye yattım sanatoryuma 20- 21 gün yattım, orda 21 gün ağladım. Hemşire kızıyor bana doktor kızıyor, çünkü niye dakika başı beni arıyorlar, hortum tıkanı, ondan sonra hortum akıyor, şeyi de değiştirmeyi bilmiyorlar o ucunu, ee ucu çatlamış akıyor akıyor,

ayy dedim beni bi burda yatırmadınız. Hiç yemin ediyorum onun için bırak bi yere bile gidemiyorum. Yapamıyolar...’’ (K7, 55Y, K)

‘‘Yok, ben hep buradayım ben evden çıkamıyorum, hanım zaten korkuyo dokunamıyor korkuyo, tıkanınca eli ayağına dolanıyo, bak ameliyat olcam ben doktor olman lazım dedi fitıktan eee olsam nasıl olcak, kim bakacak, oğlan var o okuyo zaten kırıkkaledede, kız var onun da bi gözü görmüyo, hanım zaten hemen panikliyo. İlaç kullanıyor o zaten.’’ (K11, 62Y, E)

‘‘Yok, benim hep burda olmam gerekiyor ama arada bırakıp gidiyom yani, valla mecbur kalırsak bırakıp gidiyom, kime bırakacak, benim oğlan var çalışıyo, kız var o da çalışıyo, evli napahım.’’ (K12, 62Y, K)

‘‘...Kardeşlerim de bakıyo, ben gündüz hep burdayım, onlar çalışıyo, gece ama ben onlara yine yardımcı oluyorum, gece bire kadar yanında duruyorum... (K4, 57Y, K)

‘‘Ben 24 saat burdayım. Ben olmadığım zaman noluyo, ben aşağı marketlere doğru gittiğim zaman var, ben olmazsam bi yere gitmişsem ablası var, ablası da iyi biliyo, abisi varsa ona söylüyorum, muhakkak iki kişi duruyo.’’ (K5, 56Y, E)

‘‘Kardeşlerim var öğlenleri geliyor ben işte oluyorum zaten, biz kendi aramızda devir daim yaptık zaten ekip işi bizimki, biz üç kardeş, gerçi onlar da hasta kalp hastası, ama annem de evde sürekli ama o bişey yapamıyor zaten.’’ (K6, 55Y, K)

‘‘Yani benim en büyük destekçim oğlum, bişey olunca onu arıyorum. Ona soruyorum. İşte banyo yaptıracığım zaman onu çağırıyorum onun dışında hep ben evdeyim yanındayım.’’ (K9, 60Y, K)

‘‘Evde yardımcım var yatılı kalıyo, bana yardım ediyo her şeyde, yoksa ben tek yapamam, ona da gösterdim, ben markete gittiğimde, hemen geliyor ama yine de başında duruyo, eşim hala çalışıyo işte masrafımız çok oluyo.’’ (K10,65Y, K)

“Şimdi şöyle ben izinliyim belli bi süre babama bakmak için izin aldım iznim bitince ablam gelecek, esnaf o orda işini bitirince erkenden eve gelecek, gündüzleri annemle olacak.” (K13, 31Y, K)

“Beş kişiyiz evde, mutlaka oluyo biri çalışıyorlar tüm gün evde olan benim ama benim de acil bişey olduğu zaman söyleyeceğim kişiler var yani...” (K18, 63Y, K)

“Bakıcımız var, ben çalışıyorum işte ama ben olmasam kimse yok tabi, ben gelince o gidiyo biraz hava alıyo, birbirimizi idare ediyoruz işte, bissürü akrabası var ama ben olmassam olmaz.” (K19, 48Y, K)

4.3. Bakım Verenlerin PEG’ten Beslenmeye, İlaç Uygulamaya ve Stoma Bakımına Yönelik Uygulamalarının Gözleminden Elde Edilen Bulgular

PEG’ten beslenmeye, ilaç uygulamaya ve stoma bakımına yönelik uygulamaların gözlemi sonucu elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. PEG'ten Beslenmeye, İlaç Uygulamaya ve Stoma Bakımına Yönelik Gözlemler

Gözlemler	Uygulayan		Uygulamayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Beslenme Sürecine Yönelik Gözlemler (n:21)				
Açılmayan beslenme ürününü serin odada, koli içinde saklama	19	90,5	2	9,5
Beslemeye başlamadan önce elleri yıkama	0	0	21	100
Beslemeye başlamadan önce tüpün yerini ve açıklığını kontrol etme	5	23,8	16	76,2
Besleme sırası ve sonrasında hastaya uygun pozisyon verme	8	38,1	13	61,9
Beslenme ürününü uygun miktarda verme	9	42,8	12	57,2
Besleme bittikten sonra gastrostomi tüpünü su ile yıkama	20	95,2	1	4,8
İlaç Uygulamalarına Yönelik Gözlemler (n:20) *				
İlaç uygulamadan önce el hijyenini sağlama	0	0	20	100
İlaç uygulamadan önce tüpü yıkama	5	25	15	75
Birden fazla ilacı ayrı ezme, eritme ve verme	13	65	7	35
İlaçları tüpten verdikten sonra tüpü su ile yıkama	18	90	2	10
Yasak olması nedeniyle ilaçları oral yoldan vermeme	19	95	1	5
Stoma Bakımına Yönelik Gözlemler (n:21)				
Stoma bakımından önce el hijyenini sağlama	0	0	21	100
Tüp çevresindeki yapışıklıkları önlemek için tüpü kendi çevresinde çevirme	14	66,7	7	33,3
Stomayı povidon iyot ile temizleme	12	57,2	9	48,8
Stomayı yara bakım spreyi ile temizleme	4	19,1	17	80,9
Stomayı serum fizyolojik ile temizleme	3	14,3	18	85,7
Stomayı sabunlu su ile temizleme	1	4,8	20	95,2
Stomayı ıslak mendil ile temizleme	1	4,8	20	95,2

*: Bir hasta ilacını oral yoldan almaktadır.

Tablo 4.4’de PEG’ten beslenmeye, ilaç uygulamaya ve stoma bakımına yönelik gözlemler verilmiştir.

Beslenme sürecine yönelik gözlemlerde; bakım verenlerin %90,5’inin açılmayan beslenme ürünlerini serin odada koli içerisinde sakladığı, %100’ünün hastalarını beslemeye başlamadan önce ellerini yıkamadığı, %76,2’sinin beslemeye başlamadan önce tüpün yerini ve açıklığını kontrol etmediği, %61,9’unun besleme sırası ve sonrasında hastalara uygun pozisyon vermediği, %57,2’sinin beslenme ürününü uygun miktarda vermediği ve %95,2’sinin beslenme bittikten sonra gastrostomi tüpünü su ile yıkadığı gözlemlenmiştir.

İlaç uygulamalarına yönelik gözlemlerde; bakım verenlerin %100’ünün ilaç uygulamadan önce el hijyenini sağlamadığı, %75’inin ilaçları gastrostomi tüpünden uygulamadan önce tüpü yıkamadığı, %65’inin birden fazla ilacı ayrı uyguladığı, %90’ının ilaçları tüpten verdikten sonra tüpü su ile yıkadığı gözlemlenmiştir. Ayrıca bakım veren bireylerden biri hastasının oral alımı yasak olmasına rağmen ilaçlarını hastasına oral yoldan vermekte olduğunu ifade etmiştir.

Stoma bakımına yönelik gözlemlerde; bakım verenlerin %100’ünün stoma bakımından önce el hijyenini sağlamadığı, %66,7’sinin tüp çevresindeki yapışıklıkları önlemek için tüpü kendi çevresinde çevirdiği, %57,2’sinin stomayı povidon iyot, %19,1’inin yara bakım spreyi, %14,3’ünün serum fizyolojik, %4,8’inin sabunlu su ve %4,8’inin ıslak mendil ile temizlediği gözlemlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Perkütan endoskopik gastrostomili hastalara bakım verenlerin bakıma ilişkin deneyimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular iki bölümde tartışılmıştır.

5.1. Hastaların ve bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

5.2. PEG’li hastalara bakım verenlerin bakım deneyimlerine ilişkin bağlam, tema, alt temaların; PEG’ten beslenmeye, ilaç uygulamaya ve stoma bakımına yönelik gözlemlerin tartışılması

5.1. Hastaların ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması $60,9 \pm 18,7$ olup, bakımlarını ağırlıklı olarak kadınların üstlendiği saptanmıştır. Yeh ve arkadaşlarının çalışmasında, bu çalışmaya benzer olarak PEG’li hastaya bakım veren kişilerin %77 oranında kadınlardan oluştuğu belirtilmiştir (93). Bu durum, toplumda “bakım vermenin” kadının rolü olarak görülmesi ile açıklanabilir. Yapılan araştırmalarda Dünyada ve Türkiye’de PEG ile beslenme endikasyonlarında nörolojik hastalıkların ilk sırada yer aldığı belirtilmektedir (21, 33, 42, 55, 57). Bu çalışmada yer alan PEG’li hastaların büyük çoğunluğunun da tıbbi tanısını nörolojik hastalıkların oluşturduğu görülmektedir. Bu çalışmaya dahil edilen PEG takılı hastaların evde bakımını üstlenecek bireylerin tamamına yakını taburcu olmadan önce bilgilendirildiklerini belirtmiştir. Bu bilgilendirmenin içeriğinin ise, sadece stoma bakımının nasıl gerçekleştirileceğine yönelik olduğu ifade edilmiştir. Literatürde PEG uygulanan hastaların ve bakım verenlerin taburculuk sonrasına yönelik planlı ve kapsamlı bir eğitime ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir. Bu eğitimin; beslenme ürünlerinin hazırlama ve saklama koşullarını, beslenme sırasında kullanılacak araç gereçlerin kullanımını, tüp ve stoma bakımını, tüpten ilaç uygulamayı ve PEG’e bağlı gelişebilecek komplikasyonların yönetimini içermesi gerekmektedir (12, 27, 28, 61, 62, 65). Yapılan çalışmalarda, bu çalışmaya benzer şekilde beslenme tüpleri ile beslenen hastalara bakım verenlerin, beslenme süreci ile ilgili yeterince

bilgilendirilmediği, tüp sistemlerini bilmediği, verilen eğitimlerin yetersiz olduğu, bakım verirken korku yaşadıkları ve tüple beslenmenin sosyal yaşamlarını etkilediği bildirilmektedir (39, 40, 42, 94).

5.2. PEG’li Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Deneyimlerine İlişkin Bağlam, Tema, Alt Temaların; PEG’ten Beslenmeye, İlaç Uygulamaya ve Stoma Bakımına Yönelik Gözlemlerin Tartışılması

PEG’li hastalara bakım verenler ile yapılan yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşmelerden elde edilen verilere yönelik yapılan içerik analizi sonucunda ortaya çıkan bağlam, tema, alt temalar ve uygulamalara yönelik yapılan gözlemler bu başlık altında tartışılmıştır. Derinlemesine bireysel görüşmeler sonucunda “PEG yönetimi”, “Bakım verenin sosyal duygusal değişimi” ve “Beklenti” isimli bağlamlar elde edilmiştir (Tablo 4.3).

5.2.1. PEG Yönetimi Bağlamı

Çalışmamızda PEG yönetimi bağlamında “PEG takılmasına ilişkin algılar”, “PEG ile ilgili yaşanan sorunlar”, “sorunların kaynağı”, “sorunların çözümü” ve “eğitim gereksinimi” temaları ortaya çıkmıştır.

“PEG takılmasına ilişkin algılar” ana teması altında “kabullenme”, “zorunlu hissetme”, “çaresizlik”, “üzüntü duyma” ve “faydasına inama” alt temaları ortaya çıkmıştır. Bakım verenlerin çoğunluğu sağlık profesyonelleri tarafından yapılan açıklamalar doğrultusunda PEG uygulamasının hasta için gerekliliğini anlayarak durumu kabul ettiğini ifade etmiştir. Ayrıca bakım verenlerin bazıları hasta için başka bir tedavi seçeneği olmaması nedeniyle hastanın ve kendilerinin uygulama konusunda zorunluluk ve çaresizlik hissettiklerini, bazıları ise üzüntü duyduklarını belirtmişlerdir. PEG dışındaki diğer enteral beslenme yöntemlerini deneyimleyen bakım verenler ise PEG uygulamasını daha yararlı buldukları ve daha önce kullanmayı tercih edecekleri yönünde görüş ifade etmişlerdir. Literatürdeki araştırma sonuçlarına bakıldığında bakım verenler PEG takılmasına karar verme sürecine yönelik, yapabilecekleri başka bir yolun olmadığını, takılma sürecinde kendilerine düşünmeleri için zaman verildiğini, PEG uygulamasının hasta için bir tedavi önerisi olduğunu ve kesin kararı kendilerinin verdiğini, hastalarına PEG takıldıktan sonra

kendi hayatlarının da olumlu yönde etkilendiğini belirtmişlerdir (39, 93, 95). Ayrıca literatürde bakım verenlerin, ortaya çıkan fiziksel, psikososyal sorunlar ve estetik görünüm açısından diğer beslenme yöntemlerine göre PEG'in daha kullanışlı olduğunu, beslenme desteği için alternatif yöntemler sunulsa da PEG'i seçeceklerini ifade ettiği görülmektedir (39, 40, 93). Literatürde yer alan bu bilgiler çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak, Breotherton ve Abbott (96) PEG takılmasına karar verme sürecinde bakım verenlere danışmadan işlemin gerçekleştirildiğini, hastaya ya da kendilerine seçenekler sunulmadan PEG'in takıldığını bildirmiştir (42). Çalışmamızda ise hasta ve bakım verenler; PEG takılma nedeni, hastaya yararları ve PEG'e alternatif yöntemler hakkında bilgilendirildiklerini, karar verme sürecinin hasta ve ailesine bırakıldığını ifade etmişlerdir.

PEG, takılma işleminin kısa sürmesi, uygulama sonrası beslenmeye erken başlanabilmesi, ekonomik ve güvenli olması nedenleriyle önerilmekte, ancak PEG'e ilişkin pulmoner aspirasyon, tüp tıkanması, tüp kenarından sızıntı, tüpün yerinden çıkması, hipergranülasyon doku oluşumu, gömülü tampon sendromu ve yara yerinde enfeksiyon gibi sorunların meydana gelebileceği bildirilmektedir (9, 27, 28, 58).

Çalışmamızda "*PEG ile ilgili yaşanan sorunlar*" ana teması altında ortaya çıkan sorunlar; tüpün yerinden çıkması, tüpün tıkanması, tüp kenarından sızıntı, diyare, konstipasyon, bulantı, kusma, kilo kaybı, yara yerinde enfeksiyon ve pulmoner aspirasyondur. Yapılan çalışmalarda PEG takılmasını takiben tüp çevresinde enfeksiyon prevelansının %5-34 arasında olduğu bildirilmektedir. (55, 97-99). Yeh ve ark. (93)'nın PEG hastalarına bakım verenlerle yaptığı nitel bir çalışmada bakım verenlerin tüp çevresinde enfeksiyon ve akıntı gibi problemler yaşadığı belirtilmiştir. Çalışmamızda da literatüre benzer olarak bakım verenlerin çoğunluğu, hastalarda tüp çevresinde kızarıklık, akıntı ve enfeksiyon sorunu ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir.

Literatürde PEG ile beslenen hastaların sıklıkla PEG tüpü ile ilgili sorunlar yaşadığı bildirilmektedir (30, 32, 33, 100). Rosenberger ve ark. (101)'nin çalışmasında hastaların %12,8'inde tüpün yerinden çıktığı bildirilmiştir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada da hastaların %16'sında tüpte tıkanma meydana geldiği belirtilmiştir (41). Bu çalışmada PEG'li hastada en sık görülen mekanik sorunların

tüpte tıkanma, tüpün yerinden çıkması ve tüp kenarından sızıntı olduğu sonuçlarına ulaşılmış olup, çalışma sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

En ciddi olan ve yaşamı tehdit eden fiziksel sorunun pulmoner aspirasyon olduğu bildirilmektedir (27). Aspirasyon beslenme ürünlerinin hastalara çok hızlı ve uygun olmayan pozisyonlarda verilmesi nedeni ile gelişmektedir. Horiuchi ve ark. (102)'nin çalışmasında PEG ile beslenmede pulmoner aspirasyon görülme insidansının %10-12 oranında olduğu bildirilmiştir. Demirci ve ark. (103)'nin yaptığı çalışmada PEG'li hastaların %1,2'inde pulmoner aspirasyon geliştiği belirtilmiştir. Çalışmamızda bakım verenlerden ikisi aspirasyon sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan gözlemlerde (Tablo 4.4) beslenme sırasında ve sonrasında hastalara uygun pozisyon verildiği belirlenmiş olup, bu uygulamanın aspirasyon gelişmesini önlediği düşünülmektedir.

PEG ile beslenen hastalarda sık görülen sorunlardan biri de gastrointestinal sisteme ilişkin yaşanan problemlerdir. Bunlar içerisinde ise bulantı, kusma, gastrik rezidü artışı, kilo kaybı, abdominal distansiyon, diyare ve konstipasyon sık görülmektedir (61). Çalışmamızda bakım verenlerin, hastalarına bakım sürecinde bulantı, kusma, diyare, konstipasyon ve kilo kaybı sorunları ile karşılaştıkları saptanmıştır. Yapılan gözlemlerde (Tablo 4.4) bakım verenlerin PEG'ten beslemeye başlamadan önce açılmayan beslenme ürününü serin odada, koli içinde saklamadığı (%9,5), beslemeye başlamadan önce ellerini yıkamadığı (%100) ve beslenme ürününü uygun miktarda vermediği (%57,2) belirlenmiş olup, bu hatalı uygulamaların diyare, bulantı, kusma ve kilo kaybına neden olduğu söylenebilir. Blomberg ve ark. (104)'nin çalışmasında PEG takılan hastaların %11'inde diyare ve %6'sında konstipasyon, Yılmaz'ın çalışmasında ise hastaların %4,4'ünde bulantı ve kusma meydana geldiği bildirilmiştir (33). Bu çalışma sonuçlarıyla, çalışmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, “Sorunların kaynağı” ana teması altında “bilgi eksikliği” ve “sağlık kuruluşuna ulaşım zorluğu” alt temaları ortaya çıkmıştır. Bakım verenler PEG'li hastanın bakımı sırasında yaşanan fiziksel sorunların bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaktan ve bir sorunla karşılaşıldığında hastanın sağlık kuruluşuna transferinin zorluğundan kaynaklandığını, bu durumun da sorunların çözümünü geciktirdiğini belirtmişlerdir. PEG bakımı ile ilgili yeterince

bilgilendirilmeyen bakım verenler sorunlar karşısında çözüm bulamadıklarını ifade etmiş ve yapılan gözlemler sonucunda bakım verenlerin çoğunluğunun beslenme, ilaç uygulama ve stoma bakımına yönelik uygulamalarını yanlış yaptıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Bakım verenlerin, beslenme ürünlerini uygun koşullarda hazırlayıp saklamadıkları, hastalarına aynı anda birden fazla ilaç verdikleri, ilaç uygulamalarından sonra hastalarına yeterli su vermedikleri, beslenme ürününü vermeden önce tüpü kontrol etmedikleri, stoma bakımında el hijyenine dikkat etmedikleri, ıslak mendil ile tüp çevresini temizledikleri, pansumanın kurumasını beklemeden bölgeyi kapattıkları gözlemlenmiştir (Tablo 4.4.). Pars (41)'in çalışmasında da bakım verenlerin hastalarını uygun olmayan pozisyonda beslediği, ilaçları beslenme ürünlerine karıştırdığı, aynı anda birden fazla ilaç uyguladıkları sonucu ortaya çıkmıştır. Bakım verenlerin bilgi eksikliğine bağlı olarak hatalı uygulamalar yaptığı bu uygulamaların ise hastada çeşitli fiziksel sorunların ortaya çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda bakım verenler, ihtiyaç duyduklarında sağlık kuruluşuna gidebilmek için kendi imkânları ile özel ambulans kullandıklarını, bu durumun da bütçelerini zorladığını bildirmişlerdir. Literatürdeki araştırma sonuçlarına bakıldığında evde bakım hizmeti alan bireylerin hastaneye ulaşmada ve ulaşım hizmeti ile ilgili giderleri karşılamada zorluk çektikleri belirtilmiştir (26, 105). Bakımları evde sürdürülen PEG'li hastaların çoğunluğunun kronik bir hastalığa sahip ve yatağa bağımlı olduğu düşünüldüğünde, acil durumlarda ve ihtiyaç duyduklarında sosyal güvenlik sistemi tarafından hastaneye transferlerini sağlayacak bir sistemin sağlık kuruluşuna ulaşım ile ilgili yaşanan sorunların çözümüne yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda “*Sorunların çözümü*” ana teması altında “tüpe ve beslenme sürecine yönelik girişimler” ve “sağlık kuruluşuna başvuru” alt temaları ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda, bakım veren bireylerin bazıları yaşanan sorunların çözümünde tüpe ve beslenme sürecine yönelik girişimler (tüpü tel ile açma, tüpü bantlama, tüpten asitli ürün verme, beslenmeyi durdurma, oral besin verme) uyguladıklarını, bazıları ise hastaneye başvurdıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmamızda bakım verenler gastrostomi tüplerini ne zaman değiştireceklerini bilmediklerini, tüpün akıtması sonucunda tüpü kestiklerini, tüp yerinden çıktığı zaman tüpü kendilerinin taktıklarını ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin bazıları kilo

kaybeden hastalarına oral yoldan besin verdiğini bazıları ise bu durumda hastaneye giderek beslenme ürününü değiştirdiğini bildirmiştir. Pars (41) tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerin %20'sinin tüp yerinden çıkınca tüpü kendilerinin taktığı, %70'inin beslenme ürünü ile birlikte ilaç verdiğini, %60'ının aynı anda birden fazla ilaç verdiğini bildirilmiştir. Çalışmamız bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda “*Eğitim gereksinimi*” ana teması altında “yetersiz içerik”, “yetersiz süre”, “tekrarı olmayan eğitim”, “uygulamasız teorik eğitim” ve “yanlış zamanlama” alt temaları ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada, hastanede verilen eğitimlerin yeterli olmadığı, özellikle PEG bakımına yönelik eğitimlerde sadece pansuman bakımının yer aldığı, uygulamalı eğitim yapılmadığı, bakım verenlerin evde bakım konusunda yetersiz hissettiği ve buna bağlı PEG ile ilgili sorunların yaşandığı sonuçları elde edilmiştir. Literatürde çalışmamız sonuçlarına benzer olarak bakım verenlerin PEG ile ilgili yeterli bilgiye ulaşamadıkları, bakım verirken korku yaşadıkları, eğitimlerin yetersizliğinden kaynaklı çözüm yollarını bilmedikleri ve bu durumun PEG’in üstünlüğünü kaybetmesine neden olduğu bilgileri yer almaktadır (39, 40, 42, 94). Cigeroğlu (26) tarafından yapılan çalışmada, hasta ve bakım verenler eğitimlerin bilgi gereksinimlerini karşılamadığını ve beslenme sürecine yönelik kendilerine eğitim verilmediğini belirtmişlerdir. Esenay ve ark. (24)’nın çalışmasında, bakım verenler hastanede PEG bakımına yönelik uygulamalı eğitim almak istediklerini ve bu eğitimlerin görsel bir materyal ile desteklenerek verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Çalışma sonuçları ve literatür bilgileri doğrultusunda PEG’li hastaya bakım verenlerin PEG bakımını sağlayabilmesi ve PEG’e bağlı sorunları yönetebilmesi için kapsamlı, uygulamalı ve tekrarlı bir eğitim programına ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

5.2.2. Bakım Vereninin Sosyal ve Duygusal Değişimi Bağlamı

Çalışmamızda bakım vereninin sosyal ve duygusal değişimi bağlamında “sosyal değişim” ve “duygusal değişim” temaları ortaya çıkmıştır. “Sosyal değişim” ana teması altında “eve bağımlı olma” ve “yaşantının değişmesi” alt temaları ortaya çıkmıştır. Bakım verenler PEG’li hastaya bakım verme sürecinde; eve bağımlı duruma geldiklerini, bu nedenle hem evin ihtiyaçlarını hem de kendi ihtiyaçlarını karşılayamadıklarını, kendi sağlık sorunları ile ilgilenemediklerini, uyku düzenlerinin

bozulduğunu iş ve sosyal yaşamlarının önemli derecede kısıtlandığını ifade etmişlerdir. Ayrıca bakım verenler PEG tüpü takıldıktan sonra hastaları ile beraber yemek yiyememenin kendilerini üzdüğünü ve evde yemek yapmak istemediklerini belirtmişlerdir. Literatürdeki araştırma sonuçlarına bakıldığında, bakım verenlerin hastalarına daha çok zaman ayırmak ve daha iyi bakım sağlayabilmek için sosyal çevreleri ile iletişimlerini azalttığı ve bakım verenlerin çoğunda uyku kalitesinde bozulma olduğu bildirilmiştir (106, 107). Liley ve Manthorpe (39) çalışmalarında, bakım verenlerin hastaları ile birlikte yemek yiyememekten duygusal olarak etkilendiklerini, hastalarının yiyememesini adil bulmadıklarını ve bakım nedeniyle evden dışarı çıkamadıklarını belirtmişlerdir. Bakım veren bireylerin; sosyal destek kaynaklarının artırılması ve benzer deneyimleri olan diğer bakım verenler ile bir araya getirilmesi sosyal yaşama ilişkin sorunların çözümüne yarar sağlayabilir (76).

Çalışmamızda ‘‘*Duygusal değişim*’’ ana teması ortaya çıkmıştır. Bakım verenler, bakım verdikleri birey ile hastalık öncesinde yaptıkları aktivitelerini gerçekleştiremediklerini ve sosyal yaşantılarının değişmesi nedeniyle duygusal olarak yıprandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca bakım verenler çaresizlik hissettiklerini ve kendi gereksinimlerini karşılamada eskisi kadar istekli olmadıklarını, bakım verme sürecinde diğer aile üyeleri ile iletişimlerinin bozulduğunu ifade etmişlerdir. Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak; bakım verenlerin korku, güçsüzlük, anksiyete hissettiği, bireysel bakımlarını ihmal ettikleri, kendilerini toplumdan izole ettikleri ve bakım sürecindeki iş paylaşımı nedeniyle bakım veren aile üyelerinin birbirleri ile iletişimlerinin olumsuz yönde etkilendiği bildirilmektedir (108, 109). Şahin ve ark. (110)’nın çalışmasında; bakım verenlerin %80,3’ü hastalarına bakım vermeden önce kendi sağlıklarını iyi olarak algıladıklarını, yine aynı bakım verenlerin %51,6’sı hastalarına bakım verdikten sonra sağlıklarını kötü olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Bu bağlamda bakım verenlere yönelik psikolojik destek mekanizmalarının geliştirilmesi, ortak deneyimleri yaşayan diğer bakım verenler ile iletişimlerini sağlayan bir sistemin oluşturulması hissettikleri güçsüzlük, çaresizlik gibi duyguların azalmasına yardım edecektir (76).

5.2.3. Beklenti Bağlamı

Çalışmamızda beklenti bağlamında “sağlık sisteminden beklenti”, “hemşireden beklenti” ve “aileden beklenti” temaları ortaya çıkmıştır.

Çalışmamızda “Sağlık sisteminden beklenti” ana teması altında “bakım malzemelerinin temini”, “evde bakım hizmeti” ve “hastaneden telefonla danışmanlık ve evde ziyaret” alt temaları ortaya çıkmıştır.

PEG’li hastalara bakım verenlerin bakım sürecini iyi yönetebilmek, sorunları en aza indirebilmek, hastalarının ve kendilerinin yaşam kalitelerini artırmak için kurumlardan, sağlık profesyonellerinden, ailelerinden ve sunulan sağlık hizmetlerinden beklentileri bulunmaktadır (24, 77, 111). Bakım verenler, özellikle stoma bakımı için sosyal güvenceleri ile temin edilemeyen malzemelerin kendilerini maddi yönden zorladığını belirtmişlerdir. Malzemelerin temini ile ilgili ifade edilen diğer bir sorun sosyal güvence ile alınabilecek malzemelerin reçete ve rapor edilmesi sürecinde yaşanan sıkıntılar olarak saptanmıştır. Literatürde, çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde gastrostomi bakımını gerçekleştiren bakım verenlerin bakım malzemelerine ulaşmada zorluk çektiği bildirilmektedir (24, 112). Ayrıca bakım verme sürecindeki maliyetin hesaplandığı bir çalışmada bakım veren bireylerin, en çok bakım malzemelerine para harcadıkları belirtilmiştir (113). Bu bağlamda hasta ve bakım veren bireylerin eğitimine bakım ve beslenme malzemelerinin nereden ve nasıl temin edileceği konularının da dahil edilmesinin ve bu malzemelerin tamamına hastaların sosyal güvenceleri ile erişebilmelerinin olanaklı hale getirilmesinin sorunun çözümünü sağlayacağı düşünülmektedir (69).

Çalışmamızda, bakım verenler evde bakım hizmetlerinden haberdar olduklarını ama bu hizmetlere ulaşmada sıkıntı yaşadıklarını ve hizmetlerin ihtiyaçlarını karşılamadığını ifade etmişlerdir. Ayrıca bakım verenler ev ziyaretleri ile yaşadıkları sorunların daha kolay ve hızlı çözüm bulacağını belirtmişlerdir. Bakım verenlerin evde sağlık hizmetlerinden beklentilerinin araştırıldığı bir çalışmada, bakım verenlerin %59,6’sı ev ortamında muayene, %5,3’ü hastaneye ulaşım için araç temini, %21,8’i tedavi ve tetkiklerin ev ortamında yapılması beklentisi bildirilmiştir (114). Majka ve ark. (115)’nin yaptığı sistematik derlemede ve meta analizde, evde tüple beslenen hastaların, multidisipliner bir ekiple evde takip edilmelerinin hasta sonuçlarını iyileştirdiği ve sağlık bakım maliyetlerini azalttığı

bildirilmiştir. İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) yönergelerinde evde tüple beslenen hastaların multidisipliner bir ekip tarafından desteklenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda, evde gastrostomi tüpü ile beslenen hastalar ve bakım verenlerinin evlerinde düzenli olarak ziyaret edilmesi, yazılı materyallerin verilmesi, bakım ve eğitimlerinde süreklilik sağlanması önerilebilir (116).

Bakım verenler, taburculuk sonrası evde PEG bakımını nasıl yapacaklarını bilemediklerini, yanlış uygulamalar yaptıklarını ve hastane ekibinin belirli aralıklarla ev ziyaretleri yapması yönündeki gereksinimlerini ifade etmişlerdir. Ayrıca PEG'ten beslenme, ilaç uygulama ve stoma bakımına ilişkin gözlemlerde de uygulamaların birçoğunun doğru yapılmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4). Martin ve ark. (117)'nin, PEG'li hastalar ile yaptıkları çalışmada, hastaların evde beslenme ekibi tarafından takip edilmek istedikleri bildirilmiştir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada, evde PEG ile beslenen hastaları değerlendirmek ve onlara hizmet sunmak amacıyla geliştirilen enteral beslenme ekibinin hastaları evlerinde ziyaret ederek ve telefonla arayarak değerlendirmeleri sonucunda, bakımın kalitesinin arttığı, hastaların hastaneye gitmeden sorunları çözebildiği ve maliyetin azaldığı ortaya çıkmıştır (72). Bu bağlamda evde ziyaret ve telefon danışmanlığı uygulamasının hastaların gereksinimlerinin ve sorunlarının hızlı bir şekilde değerlendirilmesini ve çözülmesini sağlayacağı, aynı zamanda evde yapılan hatalı uygulamaların önleneceği düşünülmektedir (118).

Çalışmamızda “Hemşireden beklenti” teması altında “taburculuk eğitimi” ve “etkin iletişim” alt temaları ortaya çıkmıştır. Bakım verenler hastanede bulundukları sürede beslenme ve bakım konusunda verilen eğitimlerin yetersiz olduğunu, bu eğitimlerin sözlü ve uygulamalı olarak anlatılması gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca bakım verenler, hemşirelerin eğitimler sırasında sabırlı olmadığını ve etkin iletişim kurmadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların, hemşirelerden memnuniyet durumlarının ve beklentilerinin araştırıldığı çalışmalarda; hastalar, hemşirelerin kendilerine zaman ayırmadıklarını, tedavileri ile ilgili yeterli bilgi vermediklerini, bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu ve iletişim biçimlerinden memnun olmadıklarını bildirmiş olup, hastaların hemşirelerden güler yüz, anlayış ve bakımlarına yönelik ilgi bekledikleri bildirilmiştir (119-121). Ayrıca PEG'li

hastaların taburculuk eğitimine yönelik yapılan bir çalışmada, hastalara ve bakım verenlere, taburcu olmadan önce verilen eğitimlerin, gelişebilecek komplikasyonları %60,0 oranında önlediği, bu eğitimlerin hasta ve yakınlarının tedaviye uyumlarını artırdığı ve bakım verenlerin anksiyetelerini azalttığı bildirilmektedir (122). Bu doğrultuda hemşirelerin PEG’li hastaların gereksinimlerine ve bunların öncelik sırasına göre programlı bir eğitim planı oluşturması ve uygulaması gerekmektedir. Bu faaliyetler hasta ile iyi bir ilişki kurulup etkin iletişim sağlanarak gerçekleştirilmelidir (123-125).

Çalışmamızda “*Aileden beklenti*” ana teması altında “bakımda iş paylaşımı” alt teması ortaya çıkmıştır. PEG takılma sürecinde destek almaya yönelik olarak bazı bakım verenlerin bakımı tek başına sürdürdüğü, bazılarının ise diğer aile üyeleri ile iş paylaşımı yaptığı belirlenmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür ile uyum göstermektedir. PEG’li hastaya bakım verenler ile yapılan nitel bir çalışmada, bakım verenlerin PEG bakımında hastanın tüm sorumluluğunu üstlendiği, aile üyeleri arasında iş paylaşımı yapılmadığı belirtilmiştir (93). Akyar ve Akdemir (126) tarafından bakım verenlere yönelik yapılan çalışmada, bakım verenlerin %40,6’sının bakımda aileden destek alma ile ilgili problemler yaşadığı, Lyles ve ark. (107)’nin nitel çalışmasında ise bakım verenler için en zor durumun diğer aile üyelerinden bakım konusunda yardım istemek olduğu bildirilmiştir. Literatür doğrultusunda hastaların bakım hizmeti ve destek alabileceği kurumların açılmasının, bakım verenlere ihtiyaç duydukları konularda danışmanlık hizmeti ve eğitimlerin verilmesinin bakım verenlerin destek mekanizmalarına yönelik karşılaştıkları sorunları azaltacağı düşünülmektedir (38, 76, 126).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Perkütan endoskopik gastrostomili hastalara bakım verenlerin bakıma ilişkin deneyimlerinin değerlendirilmesi amacıyla niteliksel olarak gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen sonuçlara ve önerilere aşağıda yer verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

1. Hastaların %52,4'ü 65 yaş ve üzerinde olup, %52,4'ü kadındır. Gastrostomi tüpü takılan hastaların %76,2'si nörolojik bir hastalığa sahiptir. Hastaların %38,1'i okuryazar olmayıp, %24'ünün gastrostomi kullanma süresi 48 ay ve üzerindedir.

2. PEG'li hastaya bakım verenlerin %85,8'i 31-64 yaş aralığında ve %71,4'ü kadın olup %42,9'u ilkokul mezunu ve %85,7'si bir işte çalışmamaktadır. Bakım verenlerin %38,1'i eşine ve %33,3'ü kızına bakım vermekte, %81,0'i hastasıyla birlikte yaşamaktadır. Bakım verenlerin %24'ünün hastalarına bakım verme süreleri 48 aydır. Bakım verenlerin %85,7'si stoma bakımına yönelik bilgilendirilmiştir.

3. Bakım verenlerin PEG takılmasına karar verme sürecindeki duygu ve düşünceleri arasında; süreci kabullenme, zorunlu ve çaresizlik hissetme, PEG'in diğer yöntemlere göre daha yararlı olduğunu düşünme yer almaktadır.

4. Bakım verenler kendilerine PEG ile ilgili verilen eğitimleri, yetersiz ve kısa olarak tanımlamış, eğitimlerin uygulamalı olması gerektiğini belirtmişlerdir. Bakım verenler eğitim anındaki stres ve korkularından dolayı eğitimi anlamada zorluk çektiklerini ve bu yüzden eğitimlerin tekrarının olması gerektiğini ifade etmişlerdir.

5. PEG'li hastada görülen fiziksel sorunların; tüpün yerinden çıkması, tüpün tıkanması, tüp kenarından sızıntı, diyare, konstipasyon, bulantı-kusma, kilo kaybı, yara yerinde enfeksiyon ve aspirasyon olduğu ortaya çıkmıştır.

6. PEG'li hastada fiziksel sorunlara neden olan durumların bakım verenlerin bilgi eksikliğinden ve sağlık kuruluşuna ulaşmada zorluk yaşamalarından kaynaklı olduğu ortaya çıkmıştır. Bakım verenlerin bu sorunların çözümüne yönelik tüp ve stoma bakımına yönelik girişimlerde bulundukları ya da hastaneye başvurdıkları saptanmıştır.

7. Bakım malzemelerinin temininde farklılık olduğu, bazı bakım verenlerin tüm malzemeleri sosyal güvenceleri ile karşıladığı, bazılarının ise özellikle PEG bakımında kullandıkları malzemeleri kendilerinin temin ettiği ve sosyal güvenceleri ile temin edemedikleri bu malzemelerin kendilerini maddi yönden zorladığı ortaya çıkmıştır.

8. PEG yönetimini tek başına sürdüren bakım verenlerin bu süreçte zorlandığı, bu süreçte tüm sorumlulukların bakım verenlerde olduğu saptanmıştır.

9. Bakım verenler PEG takılma sürecinden sonra sosyal ve duygusal değişimler yaşadıklarını, eve bağımlı olduklarını, kendi ihtiyaçlarını karşılayamadıklarını, iş ve sosyal yaşantılarının değişmesi nedeniyle duygusal olarak yıprandıklarını belirtmişlerdir.

10. Bakım verenlerin hastaneden, hemşireden ve evde bakım hizmetlerinden beklentilerinin olduğu, hastane ve hemşireler ile rahat iletişim kurmak istediklerini ve etkili bir taburculuk eğitimi almak istediklerini belirtmişlerdir.

11. Bakım verenlerin, PEG'ten beslemeye, ilaç uygulamaya ve stoma bakımına başlamadan önce ellerini yıkamadığı, tüpün yeri ve açıklığını kontrol etmediği, besleme sırasında ve sonrasında hastasını uygun pozisyona getirmediği, beslenme ürününü uygun miktarda vermediği, birden fazla ilacı birlikte uyguladığı ve stoma bakımında kullandıkları temizleme ürünlerinin farklılık gösterdiği, bu malzemelerin povidon iyot, yara bakım spreyi, serum fizyolojik, sabunlu su ve ıslak mendil olduğu gözlemlenmiştir.

6.2. Öneriler

1. PEG'li hastalara bakım verenlere, taburculuk öncesinde yazılı, kapsamlı, uygulamalı ve tekrarlı eğitim programlarının hazırlanması, eğitim materyallerinin geliştirilmesi, eğitim programının içeriğinin beslenme, ilaç uygulama, stoma bakımı, malzeme temini ve yaşanan sorunlara yönelik çözümleri kapsamı,

2. PEG'li hastanın evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi buna yönelik hastanenin beslenme destek ünitesinden danışmanlık hizmetinin sağlanması,

3. PEG'li hastalara yönelik evde bakım hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi ve gereksinimi olan her hasta ya da bakım veren için ulaşılabilir hale getirilmesi,

4. PEG’li hastaların hastaneye transferini kolaylaştıracak bir sistemin oluşturulması,

5. PEG’li hastaya bakım verenlerin yaşadıkları sosyal ve duygusal değişimlere yönelik destek sistemlerinin oluşturulması,

6. PEG’li hastanın bakım ve eğitim süreçlerine yönelik hemşirelerin etkin iletişim kurma becerilerinin geliştirilmesi önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Lochs H, Allison S, Meier R, Pirlich M, Kondrup J, van den Berghe G, et al. Introductory to the ESPEN guidelines on enteral nutrition: terminology, definitions and general topics. *Clinical nutrition*. 2006;25(2):180-6.
2. Baysal A. Beslenme. 14. Baskı. 14 ed. Ankara: Hatiboğlu basım ve yayım,; 2012.
3. Sabotka L. Klinik Nütrisyonun Temelleri. 4 ed. Gündoğdu H, editor. Ankara: Bayt bilimsel araştırmalar basım yayım; 2013.
4. Sezgin AC, Özkaya FD. Toplu beslenme sistemlerine genel bir bakış. *Akademik Gıda*. 2014;12(1):124-8.
5. The World Health Report 2006 [İnternet] Erişim Tarihi:01.06.2018 Erişim Adresi: www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf [
6. Howard P, Jonkers-Schuitema C, Furniss L, Kyle U, Muehlebach S, Ödlund-Olin A, et al. Managing the patient journey through enteral nutritional care. *Clinical nutrition*. 2006;25(2):187-95.
7. Değerli Ü. Klinik Nütrisyon. Ankara: Nobel Kitabevi; 1997.
8. Bankhead R, Boullata J, Brantley S, Corkins M, Guenter P, Krenitsky J, et al. ASPEN enteral nutrition practice recommendations. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2009;33(2):122-67.
9. Akıncı SB. Enteral Nutrisyon Uygulama Yöntemleri. *Klinik Gelişim*. 2011;24:0-5.
10. Gök Metin Z. Tek Cihazda Birleştirilen İnfüzyon ve Beslenme Pompasının Tasarımı ve Klinikte Uygulanması (Yüksek Lisans Tezi) 2013.
11. Pirlich M, Smoliner C. Approach to Oral and Enteral Nutrition (PN) in Adults. 2006.
12. Löser C, Aschl G, Hébuterne X, Mathus-Vliegen E, Muscaritoli M, Niv Y, et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition—percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *Clin Nutr*. 2005;24(5):848-61.
13. Gauderer MW, Ponsky JL, Izant RJ. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. *Journal of pediatric surgery*. 1980;15(6):872-5.
14. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN guideline: clinical nutrition in surgery. *Clinical nutrition*. 2017;36(3):623-50.
15. Gauderer MW. Percutaneous endoscopic gastrostomy—20 years later: a historical perspective. *Journal of pediatric surgery*. 2001;36(1):217-9.
16. Wirth R, Bauer JM, Willschrei H, Volkert D, Sieber CC. Prevalence of percutaneous endoscopic gastrostomy in nursing home residents—a nationwide survey in Germany. *Gerontology*. 2010;56(4):371-7.

17. Kurien M, Westaby D, Romaya C, Sanders DS. National survey evaluating service provision for percutaneous endoscopic gastrostomy within the UK. *Scandinavian journal of gastroenterology*. 2011;46(12):1519-24.
18. Meier R. Basics in clinical nutrition: Endoscopic access (PEG and PEJ). *e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*. 2009;4(5):e216-e8.
19. Dhooge M, Gaudric M. Non-surgical access for enteral nutritional: gastrostomy and jejunostomy, technique and results. *Journal of visceral surgery*. 2013;150(3):S19-S26.
20. Burgos R, Bretón I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clinical Nutrition*. 2017;1-43.
21. Muratori R, Lisotti A, Fusaroli P, Caponi A, Gibiino G, Eusebi LH, et al. Severe hyponatremia as a predictor of mortality after percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) placement. *Digestive and Liver Disease*. 2017;49(2):181-7.
22. Şit M, Kahramansoy N, Tekelioğlu ÜY, Ocak T. Perkütan Endoskopik Gastrostomi Uygulamalarındaki Deneyimlerimiz. *Journal of Academic Research in Medicine*. 2013;3(2).
23. Yıldırım O. Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) Uygulanan Hastaların Endikasyon, Komplikasyon ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi (Yan Dal Uzmanlık Tezi) İnönü Üniversitesi; 2011.
24. Esenay FI, Sezer TA, Kurşun Ş, Gedik GG. Perkütan Endoskopik Gastrostomili Çocuğun Ailesinin Evde Bakımda Yaşadığı Sorunlar. *Journal of Current Pediatrics/Guncel Pediatri*. 2016;14(3).
25. Tabrizi R, Hosseinpour S, Taghizadeh F. Feeding in Oral Cancer Patients After Massive Ablative Surgery: Percutaneous Endoscopic Gastrostomy or Nasogastric Tube. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2016;27(4):1010-1.
26. Cigeroğlu DB. Evde Tüple Enteral Beslenen Hastaların Yaşadıkları Sorunlar ve Sorunlara Yönelik Yapılan Girişimlerin Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi): Gazi Üniversitesi; 2010.
27. Rahneimai-Azar AA, Rahneimai-azar AA, Naghshizadian R, Kurtz A, Farkas DT. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, technique, complications and management. *World Journal of Gastroenterology: WJG*. 2014;20(24):7739.
28. Friginal-Ruiz AB, Lucendo AJ. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy. *Gastroenterology Nursing*. 2015;38(5):354-66.
29. Richter-Schrag H-J, Richter S, Ruthmann O, Olschewski M, Hopt UT, Fischer A. Risk factors and complications following percutaneous endoscopic gastrostomy: a case series of 1041 patients. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2011;25(4):201-6.

30. Clarke E, Pitts N, Latchford A, Lewis S. A large prospective audit of morbidity and mortality associated with feeding gastrostomies in the community. *Clinical Nutrition*. 2017;36(2):485-90.
31. Ojo O. The challenges of home enteral tube feeding: a global perspective. *Nutrients*. 2015;7(4):2524-38.
32. Demiryılmaz İ, Yılmaz İ, Albayrak A, Şahin A, Sekban N. Uzun süreli enteral beslenmede perkütan endoskopik tüp gastrostomi kullanımı. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2012;2(3):122-5.
33. Yılmaz H, Alptekin H, Acar F, Çalışır A, Şahin M. Perkutan endoskopik gastrostomi deneyimlerimiz. *Selçuk Tıp Dergisi*. 2013;29(2):68-70.
34. Rudd A. Evaluation of percutaneous endoscopic gastrostomy placement service for head and neck cancer patients. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2017;22:146-7.
35. Owen A, Davies J, Yearsley K, Stroud A, Thomas J, Davies R, et al. A retrospective review of the implementation of an elective gastrostomy tube multi-disciplinary team pre-assessment service: Outcomes of a collaborative approach. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2017;22:124.
36. Uysal N, Eşer İ, Khorshid L. Hemşirelerin Enteral Beslenme İşlemine Yönelik Uygulama ve Kayıtlarının İncelenmesi *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2011;14(2).
37. Hisar KM, Erdoğan H. Evde sağlık hizmeti alanlarda yaşam kalitesi durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2014;24:138-42.
38. Carol S. Ireton-Jones Mark H. DeLegge E. *Handbook of Home Nutrition Support*. Canada: Jones and Bartlett Publishers; 2007.
39. Liley AJ, Manthorpe J. The impact of home enteral tube feeding in everyday life: a qualitative study. *Health & social care in the community*. 2003;11(5):415-22.
40. Brotherton A, Abbott J. Clinical decision making and the provision of information in PEG feeding: an exploration of patients and their carers' perceptions. *Journal of human nutrition and dietetics*. 2009;22(4):302-9.
41. Pars H. Gastrostomi Tüpü ile Beslenen Çocukların Evde Bakımına Yönelik Ebeveynlerin Yaptıkları Uygulamalar. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. 2016;8(3):187-96.
42. Brotherton AM, Carter B. Percutaneous endoscopic gastrostomy feeding in nursing homes: relatives' perceptions. *Clinical nursing research*. 2007;16(4):350-69.
43. Vassilyadi F, Panteliadou AK, Panteliadis C. Hallmarks in the history of enteral and parenteral nutrition: from antiquity to the 20th century. *Nutrition in Clinical Practice*. 2013;28(2):209-17.
44. Applegate L. Sağlıklı Yaşam ve Yüksek Performans için Beslenme ve Diyet Temel İlkeleri. In: Özpınar H, editor. Ankara: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2011.

45. Ergin Sencer YO. Klinik Beslenme. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2005.
46. Malnutrition [İnternet] [Erişim Tarihi: 01.06.2018] Erişim adresi: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition> [
47. Pekcan G. Beslenme durumunun saptanması. Diyet El Kitabı Hatipoğlu Yayınevi Ankara. 2008;67-141.
48. Selçuk H. Malnütrisyon ve önemi. Güncel gastroenteroloji. 2012;16(2):158-62.
49. Michela Zanetti M. Approach to Oral and Enteral Nutrition in Adults Topic 8. 2016.
50. Kreymann K, Berger M, Deutz Ne, Hiesmayr M, Joliet P, Kazandjiev G, et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: intensive care. Clinical nutrition. 2006;25(2):210-23.
51. Kabaçam G, Özden A. Enteral tüple beslenme. Güncel Gastroenteroloji. 2009;13(4):201-10.
52. Şenol Z, Karakaş DÖ, Yılmaz İ, Balta AZ, Özdemir Y, Kendirli T, et al. Perkütan Endoskopik Gastrostomi Tecrübemiz: 64 Olgunun Değerlendirilmesi. Van Med J. 2013;20:52-6.
53. Özbaş N, Baykara ZG. The determination of the level of knowledge of nurses on enteral tube feeding Hemşirelerin tüple enteral beslenme konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Journal of Human Sciences. 2018;15(1):359-67.
54. Miyata S, Dong F, Lebedevskiy O, Park H, Nguyen N. Comparison of operative outcomes between surgical gastrostomy and percutaneous endoscopic gastrostomy in infants. Journal of pediatric surgery. 2017;52(9):1416-20.
55. Ekin N, Uçmak F, Oruç M, Tuncer ET, Yalçın K. Perkutan endoskopik gastrostomi uygulama sonuçlarımız: 113 olgunun değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi. 2015;42(3).
56. Koçak E, Filik L. Perkütan endoskopik gastrostomi. Endoskopi Dergisi. 2009;17(3).
57. Temiz A, Aslan OB, Albayrak Y, Albayrak F, Kısaoğlu A, Er S. Perkütan endoskopik gastrostomi: endikasyon ve komplikasyonlar Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications and complications. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2015.14(3):113-6.
58. Pars H. Perkütan endoskopik gastrostomi tüpü olan çocuklarda üç farklı bakım yönteminin peristomal cilt bütünlüğüne etkisi [Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2016.
59. Özbaş N. Hemşirelerin tüple enteral beslenme konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2014.
60. Brian J. Dunkin JLP. Textbook of Gastroenterology. In: Yamada T, editor. 5 ed. Maryland: Blackwell Publishing; 2009.

61. Pars H, Çavuşoğlu H. A Literature Review of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: Dealing With Complications. *Gastroenterology nursing: the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*. 2017.
62. Soscia NP-Paeds J, Friedman JN. A guide to the management of common gastrostomy and gastrojejunostomy tube problems. *Paediatrics & child health*. 2011;16(5):281-7.
63. Lee C, Im JP, Kim JW, Kim S-E, Ryu DY, Cha JM, et al. Risk factors for complications and mortality of percutaneous endoscopic gastrostomy: a multicenter, retrospective study. *Surgical endoscopy*. 2013;27(10):3806-15.
64. Ingraham CR, Johnson GE, Albrecht EL, Padia SA, Monroe EJ, Perry BC, et al. Value of Antibiotic Prophylaxis for Percutaneous Gastrostomy: A Double-Blind Randomized Trial. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 2018;29(1):55-61. e2.
65. Nigel Lyons D-AM. A Clinician's Guide: Caring for people with gastrostomy tubes and devices. Australia 2015.
66. Fernandez-Pineda I, Sandoval JA, Jones RM, Boateng N, Wu J, Rao BN, et al. Gastrostomy Complications in Pediatric Cancer Patients: A Retrospective Single-Institution Review. *Pediatric blood & cancer*. 2016;63(7):1250-3.
67. Celik JB, Sizer C, Yosunkaya A, Kucukkartallar T. Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) Deneyimlerimiz: 68 Olgu Nedeni ile. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2009;1(1).
68. Özgüç H, Gökçe E, Altinel Y, Kirdak T. Bir genel cerrahi kliniğinin perkütan endoskopik gastrostomi deneyimi. *Turkish Journal of Surgery/Ulusal Cerrahi Dergisi*. 2011;27(3).
69. Green S, Dinene S, Gower M, Van Wyk J. Home enteral nutrition: organisation of services. *Nursing older people*. 2013;25(4).
70. Hemşireler İçin Enteral ve Parenteral Beslenmede Güncel Uygulamalar Kursu. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Ankara 2018.
71. Van Gossum A. Home enteral nutrition. *Home Care Enteral Feeding*. 10: Karger Publishers; 2005. p. 59-71.
72. Dinene S, Gower M, Van Wyk J, Blamey A, Ashbolt K, Sutcliffe M, et al. Development and evaluation of a home enteral nutrition team. *Nutrients*. 2015;7(3):1607-17.
73. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, et al. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*. 2010;11:125-32.
74. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(3).

75. Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi. 2012;9(3):22-9.
76. Mollaoğlu M. Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci. In: Durna Z, editor. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.
77. Sleigh G. Mothers' voice: a qualitative study on feeding children with cerebral palsy. Child: care, health and development. 2005;31(4):373-83.
78. Stavroulakis T, Baird WO, Baxter SK, Walsh T, Shaw PJ, McDermott CJ. The impact of gastrostomy in motor neurone disease: challenges and benefits from a patient and carer perspective. BMJ supportive & palliative care. 2016;6(1):52-9.
79. Özden D, Karagözoğlu Ş, Güler N, Bülbüloğlu S. Evde Enteral Tüple Beslenen Hastaların Beslenmeye İlişkin Yaşadığı Sorunlar ve Yakınlarının Bakım Yüğü. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016;9(4).
80. DebraS. Kovacevich HAR. Principles of Nutritional Assessment. In: S.Gibson R, editor. Enteral Nutrition in the Home. 2 ed. New York: Oxford University Press; 2005.
81. Tube Feeding [İnternet] Erişim Tarihi: 03.06.2018 Erişim adresi: <https://oley.org> [
82. Özer B, Kocakuşak A, Tatar C, Koyuncu A, Benek S, Aydın H, et al. Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastaların Pre-operatif Nütrisyonel Durumunun Değerlendirilmesi ve Nütrisyonel Destek Gereksiniminin Belirlenmesi. Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni. 2016;54(4).
83. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik [İnternet] Erişim Tarihi: 12.06.2018 Erişim Adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7542&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=evde%20bakim> [
84. Evde Nütrisyon [İnternet] Erişim Tarihi. 07.06.2018 Erişim Adresi <http://www.nutricia.com.tr/hasta-ve-bakim/destek-hizmetlerimiz/nutrisyon-evde-nev-nedir/> [
85. Evde Hemşire [İnternet] Erişim Tarihi: 07.06.2018 Erişim Adresi <http://www.eczacibasisaglik.com/evde-hemsire> [
86. Kurien M, Andrews RE, Tattersall R, McAlindon ME, Wong EF, Johnston AJ, et al. Gastrostomies preserve but do not increase quality of life for patients and caregivers. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2017;15(7):1047-54.
87. Ali Yıldırım HŞ. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 10 ed. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2016. 113-25 p.
88. Barney G. Glaser AL, Strauss. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. United States of America: A Division of Transaction Publishers; 2006.

89. Polkinghorne DE. Phenomenological research methods. Existential-phenomenological perspectives in psychology: Springer; 1989. p. 41-60.
90. Creswell J. Nitel Araştırma Yöntemleri. 3 ed. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2016.
91. Başkale H. Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016;9(1).
92. Guba EG, Lincoln YS. Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. ECTJ. 1982;30(4):233-52.
93. Yeh L, Fetzer SJ, Chen S-Y, Lu F-H, Chuang C-H, Chen C-H. Percutaneous endoscopic gastrostomy placement: caregiver decision making in Taiwan. Journal of the Formosan Medical Association. 2013;112(2):99-104.
94. Ligumsky M. Percutaneous endoscopic gastrostomy in hospitalized incompetent geriatric patients: poorly informed, constrained and paradoxical decisions. 2007;9:839-42.
95. Russell M, Jewell V, Poskey GA, Russell A. Enteral feeding and its impact on family mealtime routines for caregivers of children with cerebral palsy: A mixed method study. Australian occupational therapy journal. 2018;65(1):25-34.
96. Brotherton AM, Abbott J, Hurley MA, Aggett PJ. Home percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: perceptions of patients, carers, nurses and dietitians. Journal of advanced nursing. 2007;59(4):388-97.
97. Vanis N, Saray A, Gornjakovic S, Mesihovic R. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG): retrospective analysis of a 7-year clinical experience. Acta Informatica Medica. 2012;20(4):235.
98. Zopf Y, Konturek P, Nuernberger A, Maiss J, Zenk J, Iro H, et al. Local infection after placement of percutaneous endoscopic gastrostomy tubes: a prospective study evaluating risk factors. Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2008;22(12):987-91.
99. McAllister P, MacIver C, Wales C, McMahon J, Devine J, McHattie G, et al. Gastrostomy insertion in head and neck cancer patients: a 3 year review of insertion method and complication rates. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2013;51(8):714-8.
100. Crosby J, Duerksen D. A retrospective survey of tube-related complications in patients receiving long-term home enteral nutrition. Digestive diseases and sciences. 2005;50(9):1712-7.
101. Rosenberger LH, Newhook T, Schirmer B, Sawyer RG. Late accidental dislodgement of a percutaneous endoscopic gastrostomy tube: an underestimated burden on patients and the health care system. Surgical endoscopy. 2011;25(10):3307-11.

102. Horiuchi A, Nakayama Y, Sakai R, Suzuki M, Kajiyama M, Tanaka N. Elemental diets may reduce the risk of aspiration pneumonia in bedridden gastrostomy-fed patients. *The American journal of gastroenterology*. 2013;108(5):804.
103. Demirci H, Kilciler G, Öztürk K, Kantarcıoğlu M, Uygun A, Bağcı S. Perkütan endoskopik gastrostomi uygulamalarındaki tecrübelerimiz. 2015;23(3): 73-6.
104. Blomberg J, Lagergren J, Martin L, Mattsson F, Lagergren P. Complications after percutaneous endoscopic gastrostomy in a prospective study. *Scandinavian journal of gastroenterology*. 2012;47(6):737-42.
105. Söylemezo MN. Denizli honaz ilçesinde yaşayan toplumun evde bakım gereksinimi, karşılanma düzeyi ve etkileyen faktörler (Yüksek Lisans Tezi): Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
106. Karabulutlu EY, Akyıl R, Karaman S, Karaca M. Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2013;28(1):1-9.
107. Wittenberg-Lyles E, Washington K, Demiris G, Oliver DP, Shaunfield S. Understanding social support burden among family caregivers. *Health communication*. 2014;29(9):901-10.
108. Rickman J. Percutaneous endoscopic gastrostomy: psychological effects. *British Journal of Nursing*. 1998;7(12):723-9.
109. Yıldız E, Dedeli Ö, Pakyüz SÇ. Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. 2016.
110. Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. Kemotarpi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2009;12(2).
111. Nund RL, Ward EC, Scarinci NA, Cartmill B, Kuipers P, Porceddu SV. Carers' experiences of dysphagia in people treated for head and neck cancer: a qualitative study. *Dysphagia*. 2014;29(4):450-8.
112. Ciğeroğlu DB, Karadağ A. Determination of problems of the patients depending on enteral tube feeding at home and their interventions for those problems. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*. 2012;14(3).
113. Van Houtven CH, Ramsey SD, Hornbrook MC, Atienza AA, van Ryn M. Economic burden for informal caregivers of lung and colorectal cancer patients. *The oncologist*. 2010;15(8):883-93.
114. Çayır Y. Evde sağlık hizmetleri alan hastaların özellikleri ve bakım verenlerin beklentileri. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2013;2013(3):9-12.
115. Majka AJ, Wang Z, Schmitz KR, Niesen CR, Larsen RA, Kinsey GC, et al. Care coordination to enhance management of long-term enteral tube feeding: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2014;38(1):40-52.

116. Care NCCfA. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. 2006.
117. Martin L, Blomberg J, Lagergren P. Patients' perspectives of living with a percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). BMC gastroenterology. 2012;12(1):126.
118. Reinhardt AC. The impact of work environment on telephone advice nursing. Clinical nursing research. 2010;19(3):289-310.
119. Konca GE, İlhan MN, Bumin MA. Yatarak tedavi gören hastaların hastane çalışanları ve hastane hizmetlerinden beklentileri ve beklentilerine ilişkin memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi. Gazi Medical Journal. 2006;17(3).
120. Geçkil E, Dünder Ö, Şahin T. Adıyaman il merkezindeki hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2008;15(2):041-51.
121. Kayrakçı F, Özşaker E. Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2014;22(2):105-13.
122. Schweitzer M, Aucoin J, Docherty SL, Rice HE, Thompson J, Sullivan DT. Evaluation of a discharge education protocol for pediatric patients with gastrostomy tubes. Journal of Pediatric Health Care. 2014;28(5):420-8.
123. Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik SB, Avcı İA. Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. Dicle Tıp Dergisi. 2011;38(1).
124. Yalçın N, Aştı T. Hemşire-hasta etkileşimi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2011;19(1):54-9.
125. Özcan H. Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri: Gümüşhane örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;1(2).
126. Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2009;16(3):032-49.

8. EKLER

EK-1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanısı:

Tarih:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyet: ☐ Erkek ☐ Kadın

3. Medeni Durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekâr

4. Çocuk sayınız (varsa)

5. Eğitim Durumunuz Nedir?

☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Fakülte/ Yüksekokul

6. Gelir Durumunuz Nasıldır?

☐ Gelir giderden az ☐ Gelir ve gider eşit ☐ Gelir giderden fazla

7. Bir işte çalışıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ izinliyim

8. PEG tüpü ne zaman ve neden takıldı?

9. PEG bakımı ile ilgili eğitim aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise; Ne zaman:

Nereden/Kimden

Süresi:

İçeriği:.....

EK-2. Bakım Veren için Tanıtıcı Bilgi Formu

Adı Soyadı:

Tarih:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyet: ☐ Erkek ☐ Kadın

3. Medeni Durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar

4. Çocuk sayınız (varsa)

5. Eğitim Durumunuz Nedir?

☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Fakülte/ Yüksekokul

6. Gelir Durumunuz Nedir?

☐ Gelir giderden az ☐ Gelir ve gider eşit ☐ Gelir giderden fazla

7. Bir işte çalışıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ izinliyim

8.Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?

9. Hasta ile birlikte mi yaşıyorsunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

10.Hastaya ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?

11. PEG bakımı ile ilgili eğitim aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise; Ne zaman:

Nereden/Kimden.....

Süresi:

İçeriği:.....

12. Bakmakla yükümlü olduğunuz başka biri var mı?

EK-3. PEG'ten Beslenme, İlaç Uygulama ve Stoma Bakımı Gözlem Formu

Bakım Veren Adı Soyadı:	Tarih:			
Uygulama Basamakları	Gözlem			
	Evet (E)	Hayır (H)	Kısmen (K)	Açıklama
Besleme				
Beslenme ürününün buzdolabından çıkarılması				
Ürünün oda ısısına gelene kadar bekletilmesi				
Beslenmeden önce el hijyeninin sağlanması				
Beslemeye başlamadan önce tüpün yeri ve açıklığının ayrıca doktor tarafından istem edilmiş ise rezidü takibinin yapılması				
İstem edilmiş ise: Gastrik rezidü değerlendirilmesinde, rezidü 500 cc'nin üzerinde ise beslenme durdurulması				
Beslenme sırasında ve sonrasında başın 30- 45 derece yüksekte tutulması				
Besin, enjektör/beslenme torbası ile veriliyor ise; besin miktarının dk./30 ml olacak şekilde ayarlanması				
Enjektörün/beslenme torbasının mide seviyesinin üzerinde tutulması				
Besinin yer çekimi etkisi ile gitmesinin sağlanması				
Besin beslenme pompası ile veriliyorsa besinin 50-120mL/saat olacak şekilde ayarlanması				
Beslenme ürünü verildikten sonra 15 dakika içinde en az 15 ml su ile tüpün yıkanması				

İlaç Uygulama				
İlaç uygulamadan önce el hijyeninin sağlanması				
İlaç uygulamadan tüpün en az 15 ml su ile yıkanması				
İlaçların temiz bir enjektör (>30 ml üzeri) ile (mama ile ve aynı anda birden fazla ilaç vermeden) uygulanması				
İlaç uygulanmasından sonra hastanın sıvı durumu da göz önünde tutularak tüpün en az 15 ml su ile tekrar yıkanması				
Stoma Bakımı				
Stoma bakımından önce el hijyeninin sağlanması				
Yapışıklıkların önlenmesi için tüpün kendi etrafında döndürülmesi				
Steril pansumanı takiben tüpün etrafının sabunlu su / serum fizyolojik ile temizlenip kurutulması				
Tüpün çok sıkı olmayacak şekilde sabitlenmesi				

EK-4. Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Bireysel Görüşme Formu

1. Bakımını üstlendiğiniz hasta ile yakınlığınız nedir?
2. Yakınınıza PEG takılacağını öğrendiğinizde ve hastanıza bakım vermeniz gerektiği söylendiğinde nasıl bir tepki verdiniz?
3. PEG bakımı ile ilgili daha önceden eğitim aldınız mı ve şu an ki süreçte hangi eğitimlere ihtiyaç duyuyorsunuz?
4. Ne kadar süredir PEG bakımını gerçekleştiriyorsunuz? Günde kaç kere bu bakımı uyguluyorsunuz?
5. PEG bakımını uygularken yaşadığınız sorunlar neler?
6. Bu süreçte sorunla karşılaştığınızda nasıl baş ediyorsunuz?
7. PEG bakımı için gerekli malzemeleri nereden temin ediyorsunuz?
8. PEG bakımını gerçekleştiremediğiniz zaman size yardımcı başka birileri var mı?
9. PEG takılma süreci ve taburculuk sonrası dönemde hemşirelerden beklentileriniz nelerdir?
10. Sizi bu süreçte zorlayan deneyimleriniz nelerdir? Örnekler vererek anlatır mısınız?
11. PEG'li hastaya bakma konusunda neler düşünüyorsunuz?
12. PEG'li hastanın bakımını üstlenmek yaşıntınızı nasıl etkiledi?
13. PEG'li hastaya bakım vermek duygusal yönden size neler hissettiriyor, deneyimlerinizi anlatabilir misiniz?
14. PEG bakımı ile ilgili bilgiye ihtiyaç duyduğunuz zaman ne yapıyorsunuz?

EK-5. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 234

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 06 ŞUBAT 2018 SALI
Toplantı No : 2018/04
Proje No : GO 18/136 (Değerlendirme Tarihi: 06.02.2018)
Karar No : GO 18/136- 07

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Sevilay Şenol ÇELİK' in sorumlu araştırmacı olduğu ve Arş. Gör. Rana Elçin SEZER' in yüksek lisans tezi olan, GO 18/136 kayıt numaralı, "*Perkütan Endoskopik Gastrostomili Hastalara Bakım Verenlerin bakuma İlişkin Deneyimleri*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurtan AKARSU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevdâ F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| İZİNLİ | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yılmarım SARA (Üye) | İZİNLİ |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAGLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | 14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | İZİNLİ |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 16. Yrd. Doç. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELN (Üye) |
| | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

EK-6. Hacettepe Üniversitesi Beslenme Destek Ünitesi İzin Yazısı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı
Erişkin Hastanesi Başhekimliği

Sayı: 27043162-020/639
Konu: Uygulama İzni
(Rana Elçin SEZER)

13/03/2018

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 23.02.2018 tarih ve 146 sayılı yazınız.

İlgi yazınız Hastanemiz Beslenme Destek Ünitesi tarafından incelenmiş olup, hazırlanan cevabi yazı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Ayşe Heves KARAGÖZ
Erişkin Hastanesi Başhekimisi V.

EKLER :
1 sayfa yazı



13/03/2018

H.Ü

ERİŞKİN HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK'in sorumlu araştırmacı olduğu, yüksek lisans öğrencisi Rana Elçin SEZER'in yürüteceği "Perkütan Endoskopik Gastrostomili Hastalara Bakım Verenlerin Bakıma İlişkin Deneyimleri "konulu yüksek lisans tez çalışmasının uygulamasını Hastanemizin Beslenme Destek Ünitesinde Mart 2018- Eylül 2018 tarihleri arasında yapabilmemesinin tarafımızca uygundur.

Prof. Dr. /Meltem HALİL

Prof. Dr. /Meltem HALİL
Diploma Tescil No: 87190
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ
İÇ HASTALIKLARI AD VE
GERİATRİ ÜNİTESİ

EK-7. Aydınlatılmış Onam Formları

PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİLİ HASTALARA BAKIM VERENLERİN BAKIMA İLİŞKİN DENEYİMLERİ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU Bakım Veren Birey İçin

Değerli Katılımcı,

Perkütan endoskopik gastrostomili hastalara bakım verenlerin bakıma ilişkin deneyimleri ile ilgili bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Perkütan Endoskopik Gastrostomili Hastalara Bakım Verenlerin Bakıma İlişkin Deneyimleri” dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, bakım verenlerin perkütan endoskopik gastrostomili hastaların bakımına ilişkin deneyimlerinin belirlenmesidir. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla PEG’li bireylerin evde bakım sürecinin iyileştirilmesi, bakım verenlerin karşılaştığı sorunlara yönelik yapılacak uygulamaların ve eğitim içeriklerinin yayınlanan güncel rehberler aracılığıyla oluşturulması planlanabilmektedir. Bu nedenle soruların tümüne ve sorulara içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz belirlenen bir tarihte, sizinle yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yapmak için evinize ziyaret planlanacak ve görüşmeler ses kayıt cihazı kullanılarak kayıt altına alınacaktır. Görüşme öncesinde “Bakım Veren İçin Tanıtıcı Bilgi Formu” nu doldurmanız istenecektir. Ayrıca bakım veren olarak hastanıza uyguladığınız “PEG’den besleme, ilaç uygulama ve stoma bakımı” işlemlerini içeren süreç gözlemlenecek ve gözlem formuna not alınacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır, aynı zamanda çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Bakım Vereninin Beyanı)

Sayın Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK danışmanlığında Arş. Gör. Rana Elçin SEZER tarafından yapılacağı belirtilen bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Arş. Gör. Rana Elçin SEZER' i (iş) 0(312) 305 15 80 veya 0546 781 65 54 (cep) no'lu telefonlardan ve H.Ü Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bakım verdiğim hastamın sağlığına ve tedavi gördüğü hastane ile olan ilişkisine herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen öğretim üye/elemanı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

**PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİLİ HASTALARA BAKIM
VERENLERİN BAKIMA İLİŞKİN DENEYİMLERİ
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
Hasta İçin**

Değerli Katılımcı,

Perkütan endoskopik gastrostomili hastalara bakım verenlerin bakıma ilişkin deneyimleri ile ilgili bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Perkütan Endoskopik Gastrostomili Hastalara Bakım Verenlerin Bakıma İlişkin Deneyimleri” dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, bakım verenlerin perkütan endoskopik gastrostomili hastaların bakımına ilişkin deneyimlerinin belirlenmesidir. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla PEG’li bireylerin evde bakım sürecinin iyileştirilmesi, bakım verenlerin karşılaştığı sorunlara yönelik yapılacak uygulamaların ve eğitim içeriklerinin yayınlanan güncel rehberler aracılığıyla oluşturulması planlanabilmektedir. Bu nedenle soruların tümüne ve sorulara içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz belirlenen bir tarihte, bakım verenniz ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yapmak için evinize ziyaret planlanacak ve görüşmeler ses kayıt cihazı kullanılarak kayıt altına alınacaktır. Görüşme öncesinde sizden “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu” nu doldurmanız istenecektir. Ayrıca bakım verennizin size uyguladığı “PEG’den besleme, ilaç uygulama ve stoma bakımı” işlemlerini içeren süreç gözlemlenecek ve gözlem formuna not alınacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır, aynı zamanda çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK danışmanlığında Arş. Gör. Rana Elçin SEZER tarafından yapılacağı belirtilen bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Arş. Gör. Rana Elçin SEZER' i (iş) 0(312) 305 15 80 veya 0546 781 65 54 (cep) no'lu telefonlardan ve H.Ü Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun sağlığıma ve tedavi gördüğüm hastane ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen öğretim üye/elemanı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

EK.8. Kurs ve Sertifikalar





THE EUROPEAN
SOCIETY FOR
CLINICAL
NUTRITION AND
METABOLISM

The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

In recognition of an active participation to the Live Course entitled

“Approach to Oral and Enteral Nutrition in Adults”

of the

ESPEN Life-Long Learning Programme on

Clinical Nutrition and Metabolism

the present **certificate** is awarded to

Rona Elgin SEZER

The course is accredited by the European Accreditation Council for
Continuing Medical Education (EACCME) and provides you 3 CME activities
for medical specialists.

Ankara, 31 March 2018

Dr. Haldun Gündoğdu
Local Course Director

Dr. Remy Meier
ESPEN LLL Course
Co-Director

Dr. Alessandro Laviano
ESPEN LLL Course
Director

EK- 9. Orjinallik Ekran Çıktısı

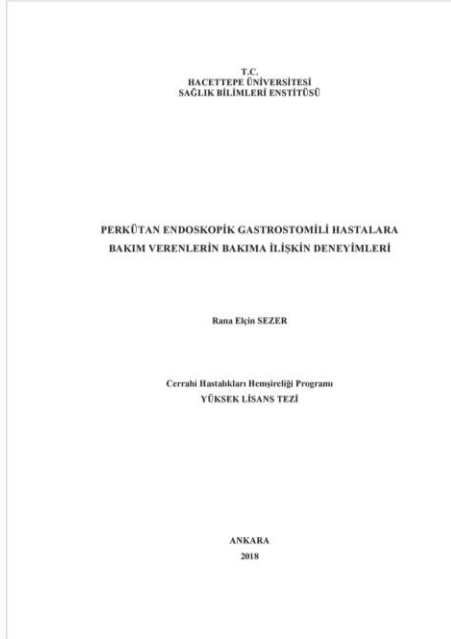


Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Rana Elçin Sezer
Ödev başlığı: PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTR...
Gönderi Başlığı: PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTR...
Dosya adı: RES_TEZ_16082018.docx
Dosya boyutu: 267.95K
Sayfa sayısı: 83
Kelime sayısı: 19,904
Karakter sayısı: 134,667
Gönderim Tarihi: 16-Ağu-2018 11:48AM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 990383450



PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİLİ HASTALARA BAKIM VERENLERİN BAKIMA İLİŞKİN DENEYİMLERİ

ORIJINALLIK RAPORU

%**3**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**2**

İNTERNET
KAYNAKLARI

%**1**

YAYINLAR

%**1**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

erciyespediatrikisgunleri.org

İnternet Kaynağı

<%**1**

2

Submitted to Hacettepe University

Öğrenci Ödevi

<%**1**

3

Submitted to TechKnowledge Turkey

Öğrenci Ödevi

<%**1**

4

Submitted to Beykent Universitesi

Öğrenci Ödevi

<%**1**

5

katalog.hacettepe.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

6

Submitted to Kastamonu University

Öğrenci Ödevi

<%**1**

7

acikarsiv.ankara.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

8

www.kepan.org.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

9. ÖZGEÇMİŞ

I.Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Rana Elçin SEZER

Doğum Yeri ve Tarihi: Muğla/Merkez-22.05.1993

Uyruğu: T.C.

İletişim Adresi ve Telefonu: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

D Blok Altındağ/Ankara Telefon: 0312 305 15 80/181

II.Eğitim

Yüksek Lisans: 2017- Devam ediyor Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Lisans: 2011-2016 Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

III. Mesleki Deneyim

Hemşire: (2016) Özel Ankara Güven Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım

Araştırma Görevlisi: 2017- Devam ediyor Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

IV. Bilimsel Faaliyetler

Poster Bildiri

Sezer R.E, Şenol Çelik S. Prostatektomi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme
Protokolünün Kullanımı: Literatür Derlemesi, 1.Eras Kongresi, Ankara, Mayıs 2018.

Yayın

Özdemir Köken Z., **Sezer, R.E.** (2018). Böbrek Transplantasyonunda
Bakım. Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing-Special Topics, 4(2), 149-
156.

Katıldığı Kurslar

Hemşireler için Enteral ve Parenteral Beslenmede Güncel Uygulamalar Kursu,
Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Ankara, Mart 2018.

ESPEN Life Long Learning Programme, Approach to Oral and Enteral Nutrition in
Adults, Ankara, Mart 2018.