



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TR, Balıkesir University, Institute of Health Sciences



**PALYATİF BAKIM HASTALARINDA
YETERSİZ BESLENMENİN YORGUNLUK VE
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SİNAN YARAN

Hemşirelik Anabilim Dalı

Bilim Alan Kodu: 1032.05



BALIKESİR
2024

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

**PALYATİF BAKIM HASTALARINDA YETERSİZ
BESLENMENİN YORGUNLUK VE YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SİNAN YARAN

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. HİCRAN YILDIZ**

**ORTAK TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. Sibel KARACA SİVRİKAYA**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Alan Kodu: 1032.05**

**BALIKESİR
2024**



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



TEZ KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde **Sinan YARAN** tarafından yürütülmüş ve tamamlanmış olan

**“Palyatif Bakım Hastalarında Yetersiz Beslenmenin Yorgunluk ve Yaşam
Kalitesi Üzerine Etkisi”**

başlıklı tez çalışması,
Balıkesir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin
ilgili maddeleri uyarınca aşağıdaki jüri tarafından
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 03 /01 / 2025

TEZ SINAV JÜRİSİ

Prof. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA
Balıkesir Üniversitesi
(Başkan)

Prof. Dr. Hicran YILDIZ
Uludağ Üniversitesi
Üye (Danışman)

Doç. Dr. Hale TOSUN
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Doç. Dr. Havva SERT
Sakarya Üniversitesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Türkan ÇALIŞKAN
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Doktora/Yüksek Lisans Tezi,
sınav jüri üyeleri tarafından imzalanarak 13/01/2025 tarihinde teslim edilmiştir.

Prof. Dr. Şükrü Metin MANTARCI

Enstitü Müdürü

BEYAN

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıpları kabullendiğimi beyan ederim.

09/11/2024


Sinan YARAN

TEŐEKKÜR

Tez çalıőmam boyunca yardımlarını esirgemeyen danışman hocalarım Sayın Prof. Dr. Hicran YILDIZ ve Prof. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA'ya, eğitimimde katkıları büyük olan Sayın Prof. Dr. Sibel ERGÜN'e teőekkür ederim.

Desteğini hiçbir zaman esirgemeyen aileme, eğitim hayatım boyunca yaőadığım tüm zorluklara rağmen bana hep yoldaő olan sevgili eőim Ümmüğülsün YARAN'a teőekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER	i
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Palyatif Bakım	3
2.2. Palyatif Bakım Hizmeti	4
2.3. Palyatif Bakımın Tarihçesi	5
2.3.1. Palyatif Bakımın Dünyada Gelişimi	5
2.3.2. Palyatif Bakımın Türkiye’de Gelişimi	6
2.3.2.1. Palia Türk Projesi.....	7
2.4. Palyatif Bakımın Amacı ve Kapsamı	8
2.5. Palyatif Bakım Ekibi	11
2.6. Palyatif Bakıma İhtiyacı Olan Hasta Grupları	12
2.7. Palyatif Bakımda Semptomlar.....	14
2.7.1. Ağrı	14
2.7.2. Dispne	15
2.7.3. Bulantı-Kusma	15
2.7.4. Halsizlik.....	15
2.7.5. Konstipasyon	16
2.7.6. İştahsızlık ve Kaşeksi	16
2.7.7. Bası Yaraları	17
2.8. Palyatif Bakımda Beslenme	18
2.8.1. Beslenme Destek Ürünü	23
2.8.2. Enteral Beslenme	24
2.8.3. Parenteral Beslenme	25
2.9. Palyatif Bakım Hastalarında Yorgunluk	26

2.10. Palyatif Bakım Hastalarında Yaşam Kalitesi	27
2.10.1. Palyatif Bakım Hastalarında Yaşam Kalitesinin Ölçümü	28
2.10.2. Palyatif Bakımda Yaşam Kalitesinin Ölçümünde Kullanılan Araçlar .	29
2.10.2.1. McGill Yaşam Kalitesi Anketi.....	29
2.10.2.2. Yaşam Sonunda Yaşam Kalitesi Anketi	30
2.10.2.3. Ölüm ve Ölüm Kalitesi Anketi	30
2.10.2.4. Palyatif Bakım Sonuç Ölçeği.....	30
2.10.2.5. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi (EORTC-QLQ-C30)	31
2.10.2.6. EQ-5D	31
2.10.2.7. Palyatif Bakım Hastalarında Beslenme ve Yaşam Kalitesi	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırmanın Amacı	34
3.2. Araştırmanın Tipi	34
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer	34
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	34
3.5. Veri Toplama Araçları.....	35
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	36
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
3.9. Hipotezler.....	36
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
KAYNAKLAR	60
ÖZGEÇMİŞ.....	72
EKLER.....	73

ÖZET

PALYATİF BAKIM HASTALARINDA YETERSİZ BESLENMENİN YORGUNLUK VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Çalışma, palyatif bakım hastalarında yetersiz beslenmenin yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapıldı. Araştırma palyatif bakım ünitelerinde tedavi gören ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 308 hasta oluşturdu.

Veriler, “Kişisel Bilgi Formu”, “Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36)” ve “Yorgunluk Şiddet Ölçeği” aracılığı ile toplandı. Veriler SPSS 26.0 programında, yüzdelikler, ortalamalar, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearson korelasyon testi kullanılarak değerlendirildi.

Yaş ortalamaları $73,63 \pm 10,28$ olan hastaların %51,9’u erkekti. Hastaların %93,2’si kanser tanısına sahipti ve %2,9’u daha önce palyatif bakıma yatmıştı. Hastaların %100’ü yetersiz beslenme, %70,5’i halsizlik ve %63,3’ü kilo kaybı nedeniyle palyatif bakıma yatırılmıştı. Hastaların %86,7’sinin NRS 2002 skoru 3 puanın üzerinde olup, %41,6’sı nazogastrik sonda ile beslenmekteydi.

Hastaların yorgunluk şiddeti düzeyi ortalamasının $45,33 \pm 5,26$; yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından en düşük puanın fiziksel rol ($5,76 \pm 12,65$), en yüksek puanın sosyal fonksiyon ($43,38 \pm 21,67$) alt boyutlarından alındığı; fiziksel sağlık boyutunun $22,30 \pm 6,96$, mental boyutunun $37,90 \pm 9,05$ ve yaşam kalitesi toplam puanının $30,10 \pm 5,60$ olduğu saptandı. Hastaların daha önce hastaneye yatış sayısının yorgunluk düzeyini etkilediği saptandı. Hastaların medeni durumunun, çocuk sayısının, ekonomik durumunun, daha önce hastaneye yatış sayısının, sigara kullanım durumunun, palyatif bakıma geldiği yerin ve beslenme şeklinin yaşam kalitesini etkilediği saptandı. Hastalarda yorgunluk şiddeti ile yaşam kalitesi puanları arasında ilişki olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, hemşire, palyatif bakım, yaşam kalitesi, yorgunluk.

ABSTRACT

THE EFFECT OF MALNUTRITION ON FATIGUE AND QUALITY OF LIFE IN PALLIATIVE CARE PATIENTS

The study was conducted to examine the effects of malnutrition on fatigue and quality of life in palliative care patients. The study consisted of 308 patients who were treated in palliative care units and met the inclusion criteria.

Data were collected using the “Personal Information Form”, “Quality of Life Scale Short Form (SF-36)” and “Fatigue Severity Scale”. Data were evaluated using SPSS 26.0 program, using percentages, means, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test and Spearson correlation test.

51.9% of the patients were male with an average age of 73.63 ± 10.28 . 93.2% of the patients had a cancer diagnosis and 2.9% had previously been admitted to palliative care. 100% of the patients were admitted to palliative care due to malnutrition, 70.5% due to fatigue and 63.3% due to weight loss. 86.7% of the patients had an NRS 2002 score above 3 points, and 41.6% were fed with a nasogastric tube. The mean fatigue severity level of the patients was 45.33 ± 5.26 ; the lowest score from the sub-dimensions of the quality of life scale was taken from the physical role (5.76 ± 12.65), the highest score from the social function (43.38 ± 21.67); the physical health dimension was 22.30 ± 6.96 , the mental dimension was 37.90 ± 9.05 , and the total quality of life score was 30.10 ± 5.60 . It was determined that the number of previous hospitalizations of the patients affected the fatigue level. It was determined that the patients' marital status, number of children, economic status, number of previous hospitalizations, smoking status, place of palliative care and nutrition style affected the quality of life. It was determined that there was a relationship between the fatigue severity and quality of life scores in the patients.

Keywords: *Fatigue, nutrition, nurse, palliative care, quality of life.*

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
BKI	: Beden Kütle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
AIDS	: Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu
ALS	: Amyotrofik Lateral Skleroz
WHPCA	: The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (Dünya Çapında Hospis ve Palyatif Bakım İttifakı)
VAS	: Görsel Analog Skala
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
NICE	: National Institute For Health And Care Excellence (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmeliyet Enstitüsü)
PG-SGA	: The Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (Hasta Tarafından Puanlanarak Oluşturulan Subjektif Subjektif Genel Değerlendirme Skoru)
TPN	: Total Parantral Beslenme
PEG	: Perkütan Endoskopik Gastrostomi
NCCN	: Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı
EORTC-QLQ-C30	: Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi
SF-36	: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Palyatif Bakım Süreci.....	10
Şekil 2.2. Palyatif Bakım Ekibi.	12
Şekil 2.3. Palyatif Bakımda Diyetle İlgili Sorunları Belirleme ve Yönetme Yaklaşımının Diyagramatik Gösterimi.....	20

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Palyatif Bakım ve Hospis Bakımı Arasındaki Temel Farklılıklar.	3
Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	38
Tablo 4.2. Hastaların Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.	39
Tablo 4.3. Hastaların Palyatif Bakıma Yatışına ve Beslenme Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.	40
Tablo 4.4. Hastaların Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Dağılımı.....	41
Tablo 4.5. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Yorgunluk Düzeyine Etkisi	42
Tablo 4.6. Hastaların Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Yorgunluk Düzeyine Etkisi.....	43
Tablo 4.7. Hastaların Palyatif Bakıma Yatışına ve Beslenme Durumuna İlişkin Özelliklerinin Yorgunluk Düzeyine Etkisi.....	44
Tablo 4.8. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi. ...	45
Tablo 4.9. Hastaların Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi.....	46
Tablo 4.10. Hastaların Palyatif Bakıma Yatışına ve Beslenme Durumuna İlişkin Özelliklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi.....	47
Tablo 4.11. Hastaların Yorgunluk Şiddeti ile Yaşam Kalitesine Arasındaki İlişki	48

1. GİRİŞ

Palyatif bakım, Dünya Sağlık Örgütü (WHO=World Health Organization) tarafından 1990 yılında tanımlanmış ve 2002 yılında güncellenerek uluslararası düzeyde kabul görmüştür. Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre; palyatif bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze kalan hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik bir yaklaşım olup, başta ağrı olmak üzere fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken tespit ve tedavisini hedefleyen bir sağlık hizmeti sunumudur (Kim ve ark., 2021; Morais ve ark., 2016).

Palyatif bakım, hastanın ölümünü geciktirmeden veya hızlandırmadan, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze gelen hastalar ve aileleri için mümkün olan en iyi yaşam kalitesine ulaşılmasını amaçlayan alternatif bir tedavi yaklaşımıdır (Davis ve Hui, 2017; Younis ve ark., 2021). Palyatif bakım, tedavinin mümkün olmadığı durumlarda, uygulanan tedavi stratejileri ile hastaların zindeliklerini ve özerkliklerini koruyarak yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı olmaya dayanır (Mercadante ve ark., 2018).

Palyatif bakım, hastada anoreksiya, bulantı, kusma, malnütrisyon ve dehidratasyon, ağrı, yorgunluk gibi semptomların kontrolünü ve yönetimini sağlamann yanı sıra hastaların sosyal, psikolojik ve manevi yönlerini desteklemekte, acılarını azaltmakta, yaşam kalitesini ve konforunu artırmaktadır (Bernard ve ark., 2020; Mercadante ve ark., 2018; Morais ve ark., 2016; O'Hara, 2017).

Palyatif bakım hastalarında en yaygın görülen semptomlardan biri yorgunluktur (Schulz ve ark., 2017). Palyatif bakım hastalarında yorgunluk düzeyi arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır (Ghoshal ve ark., 2016; Mücke ve ark., 2016; Liu ve ark., 2023). Bununla birlikte, hastalarda yorgunluk düzeyi ile beslenme durumu arasında ilişki vardır (Ester ve ark., 2021; Mücke ve ark., 2016); beden kütle indeksi

ve bel çevresindeki artışına bağlı olarak yorgunluk düzeyi de artmaktadır (Mücke ve ark., 2016).

Palyatif bakım hastalarında beslenme bozukluğu sık görülen bir durumdur ve hastalığın ilerlemesine bağlı olarak beslenme bozukluğu prevalansı artmaktadır. Cunha ve ark., 2018; Dinçer ve ark., 2016; Kaya, 2022; Miniksar ve Aydın, 2020). Palyatif bakım hastalarında malnütrisyon sıklığı değerlendirme yöntemine, tümör bölgesine ve klinik ortama göre farklılık göstermektedir (Aktas ve ark., 2017; Thoresen ve ark., 2013; Wallengren ve ark., 2013).

Yetersiz beslenme, hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve hastalığın prognozunda negatif etkisi olduğu bilinen değiştirilebilir faktörlerden biridir (Baldwin ve ark., 2012; Cotogni ve ark., 2021; Gagnon ve ark., 2013; Kasvis ve ark., 2019; Laviano ve ark., 2018; Polański ve ark., 2017; Ryan ve ark., 2016; Wheelwright ve ark., 2013; Zhang ve ark., 2018). Bu nedenle, saę kalımın ve yaşam kalitesinin arttırılması için tanıdan itibaren yaşamın sonuna dek hastalığın bütün aşamalarında beslenmenin değerlendirilmesi, yeterli besin alımının sağlanması önerilmektedir (Arends ve ark., 2017; Laviano ve ark., 2018). Bu amaçla, yeterli düzeyde oral olmayan hastalarda beslenmeye nazogastrik tüp ile başlanmakta, 6 haftadan uzun süre enteral yoldan beslenmeye devam edilecekse perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) veya perkütan endoskopik jejunostomi (PEJ) açılmaktadır (Çınar ve ark., 2017).

Çalışma, palyatif bakımdaki hastalarda yetersiz beslenmenin yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

Palyatif bakım çok hızlı bir şekilde gelişen meslekler arası uzmanlık alanlarından biridir. Hastalar, aileleri ve uzmanların görüş birliği doğrultusunda belirlenmiş olan palyatif bakım temel alanları; fiziksel, psikolojik ve ruhsal semptomlardan kaynaklı sıkıntıların etkin yönetimi; hastaların durumu, prognozu ve laboratuvar değerleri konusunda uygun yoğun bakım hedefleriyle ilgili zamanında ve hassas iletişim; tedavinin hastaların tercihleri ile uyumlu hale getirilmesi; ailelerin ihtiyaçlarının ve endişelerinin göz önünde bulundurulması; bakım sürecinin planlanması ve klinisyenlere desteği içermektedir (Radbruch ve ark., 2020).

Palyatif bakım, Dünya Sağlık Örgütü (2014) tarafından desteklenen ve hastalar ile ailelerinin benimsediği koordineli bir yaklaşımdır (Aslakson ve ark., 2014). Palyatif bakım, hastanın yoğun bakım ünitesine kabul edildiği andan itibaren başlayan, kritik hastalara ilişkin kapsamlı bakımın vazgeçilmez ve ayrılmaz bir parçasıdır. Hospis bakımı terminal prognoza dayanmakta iken, palyatif bakım hasta ve ailesinin ihtiyaçlarına dayanmaktadır (Radbruch ve ark., 2020) (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Palyatif bakım ve hospis bakımı arasındaki temel farklılıklar.

Palyatif Bakım	Hospis Bakımı
İhtiyaca göre: Prognoza bakılmaksızın ciddi ve karmaşık hastalığı olanlar için uygulanır.	Prognoza göre: ≤ 6 ay yaşaması beklenen kişiler için uygulanır.
Yoğun bakım tedavisi de dahil uygun onarıcı yahut yaşamı devam ettirici tedaviyle birlikte sunulabilir. Kardiyopulmoner resüsitasyon durumu yahut yaşam desteğiyle ilgili herhangi bir sınırlama yoktur.	Konservatif tedaviden vazgeçme, resüsitasyon yapmama ve yoğun bakım ünitesine transfer etmeme gibi eş zamanlı bakım sınırlamalarını içerir.
Hastanın primer bakımından yoğun bakım ünitesi ekibi ve/veya palyatif bakım ekibi sorumludur.	Hastanın primer bakımından hospis ekibi sorumludur.

(Radbruch ve ark., 2020)

2.2. Palyatif Bakım Hizmeti

Bilim, teknoloji ve sağlık alanındaki gelişmelerle birlikte, yaşam kalitesi artmış ve bireylerin beklenen yaşam süreleri uzamıştır (Daştan ve etinkaya, 2015). Yaşlı nüfusun artmasıyla beraber kronik hastalığa sahip bireylerin sayısında görölen artış, palyatif bakım birimlerine olan gereksinimi de arttırmıştır (Lewis ve ark., 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre dünya çapında palyatif bakıma ihtiyacı olan bireylerin sayısının 40 milyon olduğu ve bu bireylerin yalnızca %14'ünün yani sadece 3 milyonunun palyatif bakım hizmeti aldığı tahmin edilmektedir (Connor ve Gwyther, 2018).

Hasta merkezli olan palyatif bakım, sadece son dönem hastalara değil, aynı zamanda bakım ihtiyacı olan kanser, demans, kardiyovasküler hastalıklar, böbrek ve karaciğer yetmezlikleri, kronik akciğer hastalığı, deliryum, parkinson hastalığı, AIDS hastaları, enfeksiyon hastalıkları gibi kronik hastalığa sahip bireylere bakım verilmesini ve bu hastaların ailelerine bakım konusunda eğitim verilmesini içeren bir sağlık hizmeti sunumudur (Hawley, 2017; Radbruch ve ark., 2020). Palyatif bakım hizmeti multidisipliner bir yaklaşımla hastanın tıbbi gereksinimlerinin karşılanmasının yanı sıra, hasta ve bakım vericilerin stres ve kaygılarını azaltmayı, bakım ile ilgili var olan problemleri çözmeyi, yaşam konforunu arttırmayı sağlar (Hawley, 2017).

Hastaların semptom kontrolü sağlanarak yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hasta ve hasta yakınlarının yaşamın son anına kadar bireyin kültür ve değerlerine uygun hizmet almaları palyatif bakımın önemli konuları arasında yer alır (Eychmueller ve ark., 2014). Palyatif bakım hizmeti kapsamında, semptomlara yönelik tedavilerin uygulanması, beslenme yetersizliğinin giderilmesi, uyku düzenin sağlanması, ağrıya yönelik tedavilerin uygulanması, bası yarasının tedavisi, trakeostomili ve perkütan endoskopik gastrostomi olan hastada aspirasyonun önlenmesi gibi semptomatik tedavi ve komplikasyonları önleyici yaklaşımlar ile bakımı konusunda bakım vericilere eğitim vermesini içerir (Hawley, 2017).

Palyatif bakım hizmetinin sağlanması için ulusal sağlık politikalarının, yasal ve ekonomik düzenlemelerin hayat geçirilmesine gereksinim vardır. Bu düzenlemeler, palyatif bakım ekibinin hasta ve bakım vericilerinin ihtiyaçlarını belirleme ve karşılama sürecinde gerçekleştirilen bakım uygulamalarının güvenle yapılmasına ve

hastaların hastaneye yatış sürelerinin azalmasına katkıda bulunur. Bakım sürecinde, hastanın semptomları değerlendirilir, uygun tedavi süreci başlanır ve hasta odaklı bakım sunulur. Bu süreçte bakım vericiye eğitimler verilir, sürecin her aşamasında hasta ve bakım vericisine gerekli bilgilendirme yapılır. Bakım ve tedavi planı oluşturulur, uygulanır ve bakım sonuçları değerlendirilir. Bakımın devamlılığının sağlanması için, bakımın maaliyet etkinliği göz önünde bulundurulur. Her kurumun kendine göre işleyiş prosedürü olmakla birlikte, palyatif bakım ünitelerinin yapılması her yerde yasal düzenlemelerde tanımlanan ile aynı olmak durumundadır (Saruç, 2013).

2.3. Palyatif Bakımın Tarihçesi

2.3.1. Palyatif Bakımın Dünyada Gelişimi

Geçmiş çok eskiye dayanan palyatif bakımın temelini, hospisler oluşturmaktadır. Palyatif bakımın başlangıcı 11. yüzyıla kadar dayanmaktadır. Din görevini yerine getiren gönüllü kişiler, seyahat esnasında hayatı tehdit edici bir hastalığa yakalanan bireylerin tedavisinin sürdürülmesinde yardımcı olmuşlardır. Dünya’da ilk palyatif bakım merkezi Fransa’da 1842 yılında kurulmuştur. Ancak, o dönemdeki imkanların yetersiz olmasından ve şartların olumsuzluğundan dolayı istenilen hizmete erişilememiştir. Palyatif bakım kavramı ilk olarak 19. yüzyılda İngiltere’de tanımlanmıştır. 1959 yılında Londra Hackney’deki Saint Joseph Bakımevinde hemşire olarak çalışan Cicely Saunders, son dönemdeki hasta bakımı ve yönetimi konusunda yaptığı araştırma ile “palyatif bakım” kavramına dikkat çekmiştir. 1960’lı yıllarda Dr. Cicely Saunders hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve hekimden oluşan palyatif bakım hizmeti sunan bir hospis kurmuştur. Dr. Saunders hospisi ölümcül, ilerleyici ve tedavisi olmayan hastaların, toplum ve ailelerin bakım sorumluluğunu yerine getiremediği bireylerin, ağrı ve semptomlarını azaltmayı ve yaşam kalitelerini arttırmayı hedefleyen kuruluş olarak tanımlamıştır (Stolberg ve ark., 2017)

Palyatif bakım hizmetlerinin gelişimi ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. Bazı ülkelerde sağlık sistemine entegre edilirken, bazı ülkelerde hala gelişmekte ve yapılanma süreci devam etmektedir. “Palyatif bakım ünitesi” terimi ilk olarak 1974 yılında Kanadalı bir hekim tarafından kullanılmıştır. Kanada’da

hastanelerin bünyesinde bulunan palyatif bakım üniteleri terminal dönem hasta bakımı için kurulmuştur. İlerleyen dönemde ise bu üniteler akut hasta bakımı veren ünitelere dönüştürülerek palyatif bakım konsültasyon ekipleri kurulmuş ve hastaların semptomlarına yönelik yaklaşımlar geliştirmiştir. Bu uygulamanın hastane yataklarının uzun süreli işgaline neden olduğunu belirlenmiş ve toplum temelli palyatif bakım hizmeti uygulamaları Kanada’da hız kazanmıştır. Günümüzde bu uygulama akut hasta bakımı veren üniteler, ev ve hospis bakımı ile entegre bir şekilde yürütülmektedir. Bakıma ihtiyacı olan hastalara evde sağlık hizmeti sunulmasının bir diğer amacı aile hekimlerinin katılımını sağlamaktır. Aile hekimi palyatif bakımın uygulanmasında aile sağlığı merkezinde ya da hastanın prognoza göre eve giderek sağlık hizmeti sunar (Aslan, 2020).

İngiltere palyatif bakımın hastane temelli uygulamalarına ve gelişmesine öncülük etmiştir. İngiltere’de ilk palyatif bakım merkezi 1976’da St. Thomas Hastanesinde açılmıştır. İngiltere’de palyatif bakım merkezleri; hastane tabanlı (ayaktan ve yatarak) olarak ve bakım hizmeti sağlayan kurumlar, gönüllü kuruluşlar, evde bakım hizmetleri ve yas destek merkezleri ile entegre şekilde yürütülmektedir (Morrison, 2013).

2.3.2. Palyatif Bakımın Türkiye’de Gelişimi

Ülkemizde palyatif bakım merkezleri gelişen teknoloji ve hastalıklara paralel olarak artan sağlık ihtiyacı ile birlikte günden güne gelişme göstermektedir. Türkiye’de palyatif bakım kavramı genellikle ağrı ve beslenme yetersizliği gibi semptomların ve terminal dönemdeki bireylerin bakım ihtiyaçlarının giderilmesi amacıyla destek birim olarak görülmektedir (Madenoğlu Kıvanç, 2017; Şahan Uslu ve Terzioğlu, 2015).

Türkiye’de 1896 yılında II. Abdülhamid tarafından yaşlı ve maddi durumu kötü olan bireylere yönelik hizmet sunmak amacıyla kurulan palyatif bakım “Darülaceze” ismiyle günümüzde de hizmet vermeye devam etmektedir. Hospis kavramına yakın ilk kuruluş 1993-1997 yılları arasında Türk Onkoloji Derneği tarafından İstanbul Yeşilköy’de “Kanser Bakımevi” olarak hizmete sunulmuştur. Kurum bağış kaynaklarının yetersizliği, ödeme yapılamaması gibi nedenlerden dolayı hizmete kapanmıştır. Devamında ikinci hospis girişimi ise 2006 yılında Hacettepe Onkoloji

Enstitüsü Vakfı tarafından “Hacettepe Umut Evi” adı ile kurulmuştur. Kanser tanısı alan hastaların tedavi alması ve bakımlarının burada sürdürmesi için kısa süreli konaklama sağlayacak 12 odalı bir kurum olarak hizmet vermiştir (Aslan, 2020). Hastane merkezli ilk palyatif bakım ünitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 2010 yılında iki yatak ile hizmete girmiştir. Hizmet sunumuna hemşire, hekim, psikolog, fizik tedavi uzmanı, onkolog, din adamı ve sosyal gönüllülerin yer aldığı 10 kişilik ekip katılmıştır (Madenoğlu Kıvanç, 2017).

Ülkemizde yasal düzenlemeler ile Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 09.10.2014 tarih ve 640 sayılı “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yürürlüğe girmiştir (Kavşur ve Sevimli, 2020). Bu yönergede palyatif bakım merkezlerinin fiziki şartları, gerekli malzemelerin belirlenmesi, personellerin görevlendirilmesi, görevli personelin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, hasta hakları, palyatif bakım hizmetlerinden yararlanmak için başvuru kriterleri ve yöntemi, hasta kabul, sevk ve nakilleri hakkında tüm bilgiler bu usul ve esaslarda yer almaktadır. Ocak 2023 itibariyle Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü verilerine göre ülkemizde 81 ilde 297 sağlık tesisinde toplamda 3.899 yatak ile palyatif bakım hizmeti vermektedir. Ayrıca, ülkemizde hemşirelik eğitimi kapsamında üniversitelerde palyatif bakım dersi seçmeli ders olarak verilirken aynı zamanda Sağlık Bakanlığı tarafından düzenli olarak belirli aralıklarla palyatif bakım hemşireliği sertifikası verilmektedir (Can ve Aydın, 2015).

2.3.2.1. Pallia Türk Projesi

Palyatif Bakım Programı Eylem Planı, 2008 yılında Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı’nın bazı kurum ve kuruluşlardan uzmanların katılımı ile düzenlenen çalıştay sonrasında palyatif bakım konusunda var olan sıkıntıların çözümlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu eylem planına göre palyatif bakım alanında profesyonel bir ekip oluşturularak ülkemiz şartlarına uygun bir palyatif bakım modelinin oluşturulması ile pilot palyatif bakım merkezlerinin kurulması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda 2010 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Pallia Türk adı verilen bir proje başlatılmıştır. Palyatif bakım ile ilgili var olan sıkıntıların çözülmesi amacıyla gerçekleştirilen proje, hemşire temelli ve toplum bazlı bir projedir. Proje ile birlikte palyatif bakım merkezlerinin kurulması 2012-2013 yıllarından sonra

ivme kazanmıştır. Palya - Türk projesi, KETEM ve sivil toplum kuruluşları ile desteklenmektedir (Aslan, 2020; Koç, 2021; Şahan Uslu ve Terzioğlu, 2015). Projede aktif görev alan uzmanlık alanları; dahiliye uzmanı, hemşire, gerekli bazı alanlarda uzman hekimler, psikolog, psikiyatr, sosyal çalışmacı, algolog ve din görevlisidir. Bu proje ile 2014 yılında palyatif bakım hizmetleri için bazı yönergeler oluşturulmuştur. Palyatif bakım merkezleri için profesyonel bir ekip tanımlanmış ve palyatif bakım merkezi sayıları artırılmıştır. Proje kapsamında planlanan hedeflerin çoğu günümüzde gerçekleştirilmiştir. Özellikle multidisipliner ekibin organizasyonu ile eğitim ve bakım standardize edilmiştir. Yine bu hedefler doğrultusunda hasta ve çalışan haklarının düzenlenmesi, opioid ilaçlara kolay şekilde ulaşımın sağlanması gibi konularda çalışmalar yürütülmüştür (Koç, 2021).

2.4. Palyatif Bakımın Amacı ve Kapsamı

Palyatif bakımın amacı, hastalıkların neden olduğu ağrı ve diğer semptomların önlenmesi veya azaltılması yönünde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerden yararlanarak hastanın yaşamının sonuna kadar fizyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel problemlerinin çözülmesini ya da önlenmesini sağlayarak kaliteli bir yaşam sunulmasıdır (Katić ve ark., 2015). Bu doğrultuda palyatif bakımda diğer disiplinler ile birlikte hastalığın yönetimine bütüncül yaklaşarak semptom kontrolünün sağlanması, hastanın değerleri ve inançlarının göz önünde bulundurulması, acının hafifletilmesi önemlidir (Pilkington ve ark., 2013; Rathore ve ark., 2020). Palyatif bakımın bir diğer amacı; hastaya fiziksel ve duygusal yönden var olan veya oluşabilecek problemleri konusunda destek olmanın yanı sıra, ölümü normal bir süreç olarak kabul etmek ve hastaya yaşamın son anına kadar ağrısız ve kaliteli yaşam sunmaktır (Özçelik, 2020). Palyatif bakımın ölümü geciktirme, hızlandırma, müdahale etme gibi bir amacı yoktur (Rathore ve ark., 2020; Strand ve ark., 2013). Palyatif bakım, yaşam kalitesini artırarak hastalığın gidişatını pozitif yönde etkiler (Chang ve ark., 2021; Strand ve ark., 2013).

Palyatif bakımda;

- Ağrı, yetersiz beslenme, uyku düzensizliği vb semptomların hafifletilmesi sağlanır.
- Hastanın yaşam sonuna kadar günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesine yardımcı olunur.
- Hasta ve ailenin ölüm sürecini normal bir süreç olarak kabul etmesine destek olunur.
- Hastaların ailelerini yas süreci ile baş etme konusunda desteklenir (Chang ve ark., 2021; Strand ve ark., 2013).

Kanser, AIDS, motor hastalıklar, diyabet, romatizmal hastalıklar, nörolojik hastalıklar (Parkinson, Alzheimer, demans, Multiple Skleroz gibi), organ yetersizliği, kardiyovasküler hastalıklar gibi hemen hemen her hastalık grubu palyatif bakım kapsamına dahildir (Turgut ve Soylu, 2020). Palyatif bakımın kapsamının merkezinde semptom yönetimi yer alır (Madenoğlu Kıvanç, 2017). Hastalar, var olan hastalıkları sonucu ortaya çıkan beslenme yetersizliği, ağrı, uykusuzluk, ajitasyon gibi semptomlarla palyatif bakım ünitelerine yatış yapılabilmektedir (Turgut ve Soylu, 2020). Palyatif bakım ünitelerine yatışın planlanması için bazı kriterler belirlenmiştir (Arıkan, 2016):

- Farmakolojik tedaviye rağmen ağrı skoru yüksek olan, ağrıya bağlı uyku düzensizliği olan ve tedavinin yan etkileri nedeni ile medikal tedavi uygulanamayan hastalar,
- Oral alımı yeterli olmayan ve buna bağlı kilo kaybı olan, oral alımı olmadığı için enteral ya da parenteral beslenme desteği gereken veya malnütrisyonlu hastalar,
- Basınç yarası gelişen ya da enfekte olan hastalar,
- Nörolojik problemi (pleji, Parkinson hastalığı, ensefalopati, multipl skleroz, ALS) ya da deliryumda olan hastalar,

- Kalp yetmezliği, dispne gibi durumlara bağlı olarak tedaviye rağmen kötüleşen ve beraberinde semptomları artan hastalar,
- Solunum yetersizliği nedeniyle trakeostomi uygulanan veya spontan solunumda güçlük yaşıyan, sürekli solunum cihazı (home vent) kullanımına uyum sürecinde olan hastalar,
- Tedaviye yanıt vermeyen kanser hastaları,
- AIDS hastaları.

Herhangi bir hastalıktan kaynaklı oluşan mide bulantısı ve kusma, hastanın ajite olması, yetersiz beslenmesi (yetersiz kalori alımı), yorgunluk, yara oluşumu, yara iyileşmesinde gecikme, hastanede yatış sürecinin uzaması gibi yaşam kalitesini azaltan ve hastaya rahatsızlık veren sekonder problemler bakım vericinin bakım sürecini doğrudan etkilemektedir. Palyatif bakımda, hasta ve bakım vericileri dikkate alınarak hastalık sürecinde gelişen semptomlara yönelik tedavi başta olmak üzere, acının ve ağrının azaltılması, psikolojik destek sağlanarak tedavinin sürdürülmesi, hastanın ve bakım vericisinin rahatlatılması sağlanır (Madenoğlu Kıvanç, 2017; Papageorgiou ve ark., 2024).

Hasta bakımının palyatif bakımla olan ilişkisi Şekil 2.1’de gösterilmiştir. Hastalık ilerledikçe hastalığın kendisini iyileştirmeye yönelik tedavi çabası azalır, yaşamın sonuna yaklaşıldıkça palyatif bakım hizmetleri artar ve aile bu süreçte ve sonrasında desteklenir.



Şekil 2.1. Palyatif bakım süreci.

Bilim, teknoloji ve sağlık alanındaki gelişmelerle birlikte, yaşam kalitesi artmış ve bireylerin beklenen yaşam süreleri uzamıştır. Yaşlı nüfusun artmasıyla beraber kronik hastalığa sahip bireylerin sayısı da artmıştır. Bu da palyatif bakım birimlerine olan gereksinimi arttırmıştır (Daştan ve etinkaya, 2015).

Palyatif bakım, doğrudan hastaların ve yakınlarının yaşam kalitelerini etkilemektedir. Hastaların yaşamlarının son dönemlerini belirli bir kalite ve huzur içerisinde geçirme hakları söz konusudur. Bu sebepten dolayı “palyatif bakım hizmeti alma” insan haklarından birisi olarak kabul edilmektedir (Aslan, 2020).

Palyatif bakım yalnızca hastaya yönelik bir hizmet değildir. Aynı zamanda hastanın ailesi ve bakım verenini de içerir. Hastalığın kabullenilmesi, bilgilendirme, tedavi ve yas süreci palyatif bakımın zamansal parçalarıdır. Palyatif bakım hastanın olduğu ev, hastane, bakımevi gibi birçok yerde verilebilir. Bu yüzden erişilebilirliği kolaydır. Palyatif bakım ekibi, hasta, hasta yakını ve bakım verenin hastalıkla ilgili her sürecinde yanında olur (Keskinkılıç ve ark., 2016; McCauley ve ark., 2023).

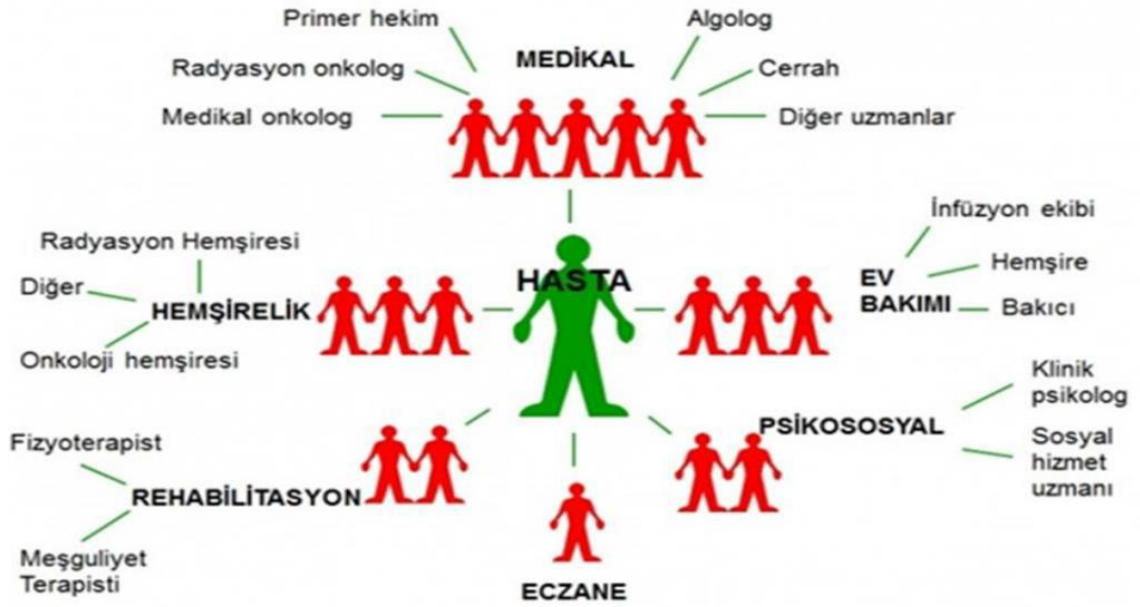
Palyatif bakım gereksiz acil servis kullanımını, gereksiz yatışları, gereksiz tetkikleri, hasta ve hasta yakınlarının gereksiz yere endişelenmelerini önlemekte ve sağlık ekonomisine katkı sağlamaktadır (Aslan, 2020). Yapılan çalışmalarda palyatif bakım ünitelerindeki standart bakım sonrası ölen hastalar ile normal servislerde ölen hastalar karşılaştırılmış ve hastane masrafları yarı yarıya daha düşük bulunmuştur (Keskinkılıç ve ark., 2016).

2.5. Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım, multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşıma dayanır. Palyatif bakım hizmeti, birey ve ailesi merkezde olmak üzere, hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, eczacı, psikolog, diyetisyen, terapist (iş, uğraş, fizik, vb.), sivil toplum kuruluşları ve din görevlileri gibi personellerin iş birliği ile verilmelidir (Erol ve Ergün, 2019).

2015 yılında yayınlanan ve 2018’de revize edilen Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama ve Esasları Hakkında Yönerge ’de palyatif bakım çalışma ekibinde sorumlu tabibin denetim ve sorumluluğunda çalışan; tabip, hemşire, tıbbi sekreter, idari ve

teknik personel ve temizlik elemanı bulunmaktadır. Bu yönergeye göre psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, fizyoterapi teknikeri ve diyetisyen gibi çalışanlar ihtiyaç halinde hastane içinden veya dışından hizmete dahil edilebilir.



Şekil 2.2. Palyatif bakım ekibi.

(Ruan ve ark., 2010)

2.6. Palyatif Bakıma İhtiyacı Olan Hasta Grupları

Palyatif bakım hizmetlerine son dönem kanser hastalarının ihtiyaç duyduğuna yönelik kanının aksine, farklı hastalıklara sahip bireyler de ihtiyaç duymaktadır. DSÖ ve WHPCA palyatif bakım ihtiyacı olan hastalıkları şöyle gruplandırmıştır (WHO-WHPCA, 2014):

- Kanserler,
- Kardiovasküler hastalıklar,
- Son dönem organ yetmezlikleri (kalp, akciğer, karaciğer, böbrek gibi),

- Alzheimer ve diğ er demanslar; multiple skleroz, parkinson gibi motor nöron hastalıkları,
- HIV/AIDS, diyabet, romatoid artrit gibi hastalıklar
- Senilite,
- Çocuklarda immün sistem bozuklukları, kongenital ve genetik hastalıklar

Yukarıda sıralanan hastalıklara sahip olup, yatağa bağımlı, fiziksel ve emosyonel semptomların kontrol edilmesinde sorun yaşanan, başkalarının desteğine gereksinim duyan hastalar palyatif bakım ekibi tarafından palyatif bakım ünitesine yatış açısından değerlendirilir. 2013'te İzmir Kamu Hastaneleri Birliği'nde gerçekleştirilen Palyatif Bakım Çalıştayı'nda palyatif bakım yatış kriterleri şu şekilde sıralanmıştır:

1. Medikal tedaviye rağmen VAS (Visual Analogue Scale) ağrı skoru ≥ 5 olan, istirahatte de ağrısı devam eden ya da uyku düzenini bozacak kadar ağrısı olan ya da yan etkiler nedeniyle medikal tedavi verilemeyen hastalar
2. Oral alımı bozulmuş, NRS (Nutritional Risk Screening) 2002 beslenme skoru ≥ 3 olan, son 6 ayda %10'un üzerinde kilo kaybeden, enteral ya da parenteral beslenme desteğine gereksinim duyan hastalar
3. Enfekte ya da tedaviye dirençli evre III-IV (Norton / Braden Skalasına göre) dekübit yarası olan hastalar
4. Etyolojisi belirlenememiş ya da birden fazla nedeni olan deliryumdaki hastalar
5. Düşme, inkontinans, ihmal-kötüye kullanım gibi geriatrik sendromlu hastalar
6. Tedaviye dirençli, evre IV kalp yetmezliği olan frajil hastalar
7. Tedaviye rağmen klinik ve laboratuvar olarak kötüleşen, semptomları (ağrı, dispne, vb.) artan, Karnofsky Performans skoru < 70 olan, hiperkalsemi, vertebra metastazı gibi onkolojik acilleri olan, son 3 ayda 2' den fazla pnömoni öyküsü olan,

komorbiditesi yüksek, beklenen yaşam süresi 6 aydan az, cerrahi, kemoterapi (KT), radyoterapi(RT) gibi tedavilere rağmen hastalığı progrese olan onkoloji hastaları

8. Klinik tablosunda yeni gelişen değişiklikler olan demans hastaları: FAST (Functional Assesment Staging of Alzheimer’s Disease) Evrelemesine göre evre 7 ve üzeri olan ve günlük aktivitelerinin en az 3 tanesini yardımıyla yapabilen yapabilen hastalar

9. Hipoksik iskemik ensefalopati, Parkinson gibi kronik nörolojik hastalığı olup klinik tablosunda ateş, beslenme bozukluğu, dekübit ülseri gibi yeni gelişen değişiklikler olan hastalar

10. Tedaviye dirençli son dönem akciğer hastalığı olanlar

11. Tükenme sendromuna girmiş son dönem HIV hastaları

Yatış kriterleri göz önünde bulundurularak hasta değerlendirilir ve yatarak bakım verilmesinin hasta ve ailesine fayda sağlayacağı düşünülen hastaların yatışı sağlanır.

2.7. Palyatif Bakımda Semptomlar

2.7.1. Ağrı

Hoş olmayan, rahatsızlık verici bir duygu olarak ifade edilebilen ağrı; Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği tarafından ‘vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle ilgili, duysal özellik gösteren, hoş olmayan bir his’ olarak tanımlanmaktadır (Aydede, 2019). Kanser başta olmak üzere farklı birçok hastalıkta görülen ağrı doku hasarının yanı sıra kişinin emosyonel durumundan ve çevresel faktörlerden de etkilenmektedir. Ağrının; yeri, yayılımı, şiddeti, süresi, etkileyen faktörler öğrenilerek tipi ve şiddeti belirlenmeli ve buna göre tedavi planlanmalıdır. Ağrının tipini ve şiddetini belirlemek için farklı skorlama sistemleri geliştirilmiştir. En sık Visual Analog Scale (VAS) kullanılmaktadır. Ağrı yönetiminde farmakolojik tedavi ve buna ek olarak sinir cerrahisi, psikolojik ve davranışsal yöntemler gibi nonfarmakolojik tedavi şekilleri kullanılmaktadır. Farmakolojik tedavide asetilsalisilik asit, parasetamol, nonsteroid antiinflamatuvar gibi nonopioidler; kodein,

tramadol gibi zayıf opioidler ve morfin, fentanil gibi güçlü opioidler DSÖ' nün basamak ağrı tedavi sistemine uygun olarak kullanılmaktadır (Altuntaş, 2016; Suntai ve ark., 2021)

2.7.2. Dispne

Nefes alıp verme işinin güçlükle gerçekleştirilmesi şeklinde tanımlanmakta olup, son dönem hastalarda oldukça sık görülmektedir (Chan, 2018). Hastalara ölüm duygusunu en sık yaşatan, anksiyete ve yaşam kalitesinin düşmesine sebep olan semptomdur. Dispne; metastatik veya primer akciğer tümörleri, pnömoni, plevral efüzyon, KOAH, pulmoner emboli, yoğun sekresyon, solunum kaslarının felci, kardiyak problemler gibi hayatı tehdit eden çoğu hastalıkta görülebileceği gibi, anksiyete, panik atak ve psikososyal sorunlara sekonder olarak da görülmektedir (Uysal ve ark., 2015). Dispne öncelikle altta yatan hastalık veya reversible nedenler çözümlenmelidir. Dispne yönetiminde oksijen desteği, farmakolojik tedavi ve pulmoner rehabilitasyon ve egzersiz teknikleri, pozisyonel ayarlamalar, oda havasının nem ve ısı ayarı gibi nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (Aubert ve ark., 2022; Sucaklı ve Koşar, 2014).

2.7.3. Bulantı-Kusma

Kusma mide içeriğinin dışarı boşalması, bulantı ise kusma ihtiyacı hissetme olarak tanımlanmaktadır. Hastanın kendi hastalığından kaynaklanabileceği gibi enfeksiyonlar, gastrointestinal sistem problemleri, merkezi sinir sistemi problemleri, organ yetmezlikleri, ilaç yan etkileri gibi farklı birçok sebeple olabilir. Altta yatan nedeni düzeltmek esas tedavi olmakla birlikte her zaman mümkün olmayabilir. Semptomatik tedavi amacıyla sıklıkla metoklopramid, ondansetron, deksametazon gibi ilaçlar kullanılmaktadır (Altuntaş, 2016; Morgan, 2022; Sucaklı ve Koşar, 2014).

2.7.4. Halsizlik

Enerji, mental kapasite ve fiziksel performansta azalma olarak tanımlanan halsizlik, palyatif bakım hastalarında, özellikle son dönem hastalarda oldukça sık görülen ve yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyen semptomlardan biridir. Altta yatan nedeni belirlemek zor olsa da anemi, beslenme bozuklukları, hareketsizlik, uyku bozuklukları, elektrolit bozuklukları gibi nedenler araştırılmalıdır. Semptomatik

tedavide kortikosteroidler ve psikostimülan ajanlar kullanılmaktadır (Sucaklı ve Koşar, 2014).

2.7.5. Konstipasyon

Dışkılama sayısında azalma, dışkılamakta zorlanma olarak tanımlanan kabızlık; yetersiz sıvı alımı, liften fakir beslenme, hareketsizlik, ileus, otonomik fonksiyon bozukluğu, hipotiroidi, elektrolit bozuklukları, opioidler, antikolinergik ilaçlar, kalsiyum kanal blokerleri gibi farklı sebeplerle oluşabilmektedir (Forootan ve ark., 2018). Mümkünse sıvı alımı, lifli gıda tüketimi ve fiziksel aktivite artırılmalı, altta yatan düzeltilebilir sebepler düzeltilmelidir. Mümkün olmadığı ya da yeterli gelmediği durumlarda prokinetik ajanlar, laksatifler gibi farmakolojik ajanlar kullanılmaktadır (Altuntaş, 2016; Boland & Boland, 2022).

2.7.6. İştahsızlık ve Kaşeksi

İştahsızlık aç olmamak, yeme isteğinin olmaması ya da ağız tadının olmaması; kaşeksi ise aşırı kilo kaybı, yağ dokusunda azalma olsun ya da olmasın iskelet kas kütlelerinde azalma olarak tanımlanmaktadır. Kaşeksiye neden olan mekanizmalar;

- Beslenme yetersizlikleri,
- Tat ve koku problemleri, erken doymaya sebep olan GİS patolojileri, psikolojik, sosyal ve/veya çevresel faktörler gibi bireyin besinlerle ilişkisinin etkilenmesi,
- Anabolik yetersizlikler (insülin, insülin benzeri büyüme faktörü, vs.),
- Katabolik faktörler (tümör kaynaklı faktörler, kemoterapiye yanıt, vb.),
- Antineoplastik ilaçlar (mukozit, kusma, vitamin-mineral emilim ve metabolizma bozuklukları) (Tosun ve Köksal, 2012).

Yememe ve kilo kaybı durumunun yaşamsal önemi, hasta ve yakınları üzerindeki psikolojik etkisi düşünülerek tedaviye bir an önce başlanmalıdır. Diyetisyen tarafından beslenmenin düzenlenmesinin yanı sıra deksetazon, megestrol asetat, dronabinol gibi farmakolojik tedaviler uygulanmaktadır (Altiner, 2017; Sousa ve ark., 2022).

2.7.7. Bası Yaraları

Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (European Pressure Ulcer Advisory Panel, EPUAP) ve Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (National Pressure Ulcer Advisory Panel); ‘genellikle kemik çıkıntı üzerinde veya tıbbi ya da tıbbi olmayan bir cihaz ile ilgili olarak deri veya derin dokularda meydana gelen lokalize doku hasarı’ olarak tanımlamaktadır. Ciddi mortalite ve morbiditeye yol açan, hastanede kalış süresini uzatan bası ülserleri, hareket kabiliyeti kısıtlı geriatric hastalarda sık gözlenmekte olup çeşitli iç ve dış faktörlerden etkilenmektedir. Basınç ülserleri etkilenen doku tabakasına göre 7 evreye ayrılmıştır (Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020):

Evre 1: Cilt bütünlüğü bozulmamıştır, ciltte basmakla solmayan kızarıklık mevcuttur.

Evre 2: Dermis tabakası etkilenmiş ve deride kısmi kayıp söz konusudur. Yara yatağı kırmızı-pembe renktedir, bül bulunabilir.

Evre 3: Cilt altı yağ dokusunun görülebildiği, tam kat deri kaybı mevcuttur. Kabuk ya da skar olabilir. Ancak kemik, kas, tendon, fasya, ligament gibi yapılar açıkta değildir.

Evre 4: Yaranın kas, tendon ve kemik dokusuna ulaştığı, tam kat deri ve doku kaybının olduğu evredir. Genellikle cep ve tüneller bulunur.

Evrelendirilemeyen evre: Yara tabanındaki fibrin veya nekrotik doku nedeniyle derinliği tam bilinmeyen, fibrin-nekrotik doku kaldırıldığında genellikle evre 3-4 yarının ortaya çıktığı, deri ve doku kaybının olduğu evredir.

Şüpheli derin doku hasarı: Deri bütünlüğünün bozulmadığı ancak deride mor-kestane renginde değişikliklerin ve/veya içi kan dolu büllerin olduğu evredir .

Tıbbi cihazla ilgili bası yarısı: Teşhis ya da tedavi amaçlı kullanılan tıbbi cihazlardan kaynaklanır.

Bası ülserlerinde öncelikli amaç; yara oluşumunun önüne geçmektir. Bu amaçla havalı yatak kullanımına, sık pozisyon değiştirilmesine, beslenme, cilt

temizliği ve cilt bakımına dikkat edilmesi gerekmektedir. Alınan önlemlere rağmen yine de gelişen yaraların sağaltımında enfeksiyon gelişmesinin önlenmesi, varsa enfeksiyonun tedavi edilmesi ve yara iyileşmesinin hızlandırılması esastır (Gomes ve ark., 2022; Hendrichova ve ark., 2010).

2.8. Palyatif Bakımda Beslenme

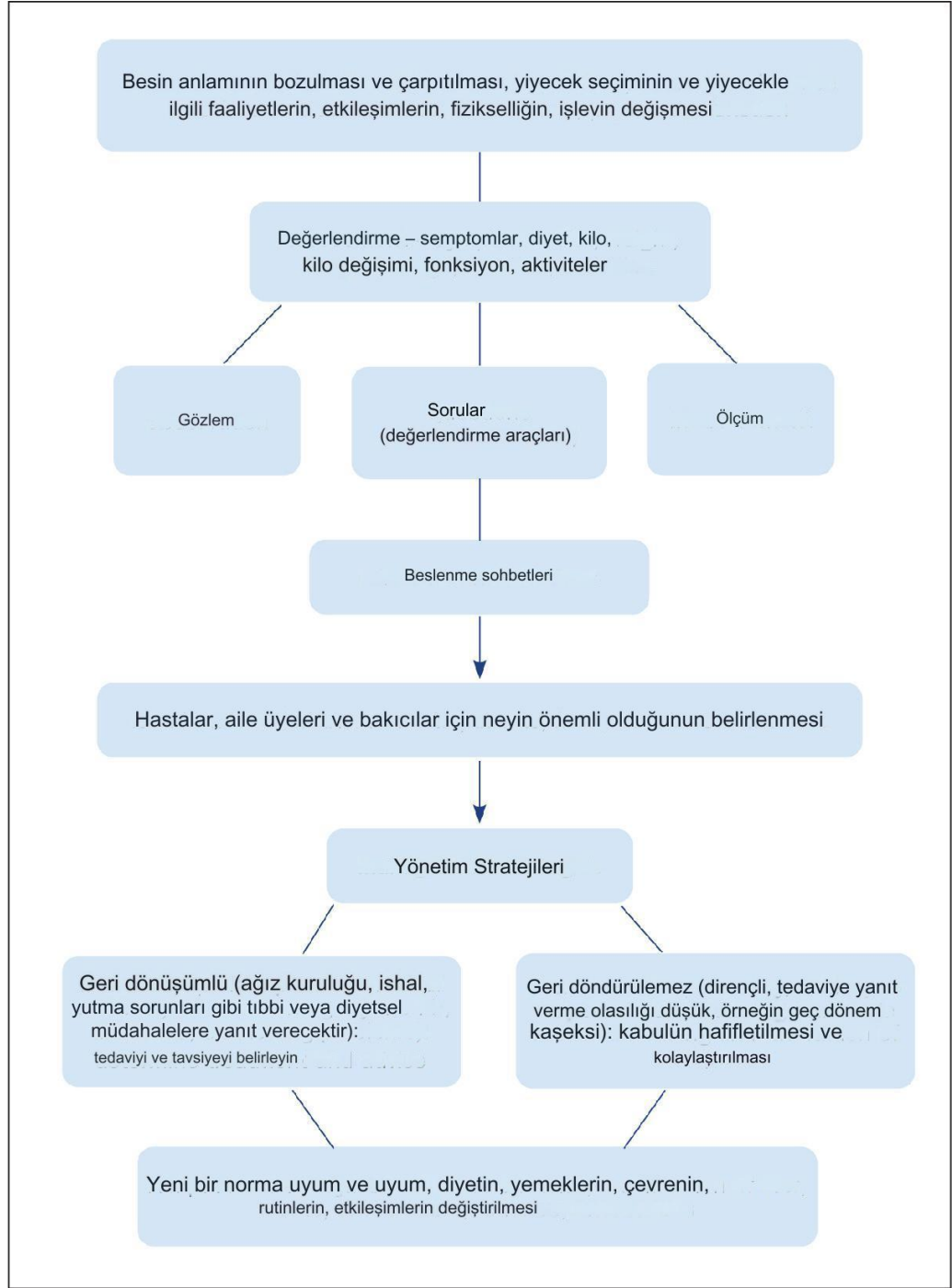
Palyatif bakımda, hastalıklar (özellikle kanser), var olan semptomlar ve tedavinin yan etkileri beslenme durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Andreyev ve ark., 2017; Arends ve ark., 2017; Deshields, 2014; Grace ve ark., 2018; Sullivan, 2021). Kişinin yeme ve içme kabiliyetini etkileyen semptomlar yani beslenmeyle ilişkili sorunlar, bakım süresince herhangi bir zaman diliminde görülebilir ve palyatif bakımın son aşamasına kadar da devam edebilir (Khorasanchi ve ark., 2022). Palyatif bakımdaki hastalarda beslenme, palyatif bakımın ayrılmaz bir parçası olarak düşünölmelidir (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2004).

Palyatif bakımdaki hastalarda yeterli beslenmenin ve hidrasyonun sürdürölmesi, semptomların hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması açısından önemlidir. Yemek çoğunlukla sağlık ve esenlik ile ilişkilendirildiğinden yemek yeme konusunda zorluk yaşanması, hastalar ve bakıcıları açısından önemli bir korku ve endişe kaynağı olabilmektedir (Andreyev ve ark., 2017; Arends ve ark., 2017; Deshields, 2014; Grace ve ark., 2018; Sullivan, 2021). Beslenme sorunlarına yönelik endişelerin uygun bir şekilde değerlendirilememesi ve ele alınamaması durumunda da hasta ve bakım verenlerde kaygı gözlenebilir (Amano ve ark., 2019; Baile ve ark., 2011; Hopkinson, 2010; Hopkinson ve ark., 2013; Planas ve ark., 2013; Souter, 2005). Bu nedenle, hasta ve yakınlarının palyatif bakımdan yarar sağlayabilmeleri için yaşadıkları endişelerin ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi gerekir (Amano ve ark., 2019; Homsı ve ark., 2006; Hopkinson ve ark., 2013; Souter, 2005; WHO, 2020).

Beslenme bozukluğu prevalansı hastalık ilerledikçe artar. Palyatif bakım hastalarında malnütrisyon yaygındır (Aktas ve ark., 2017; Kwang ve Kandiah, 2010; Thoresen ve ark., 2013; Wallengren ve ark., 2013). Yapılan bir çalışmada, palyatif bakım kanser hastalarının %83'ünün yetersiz beslendiğini gösterilmiştir (Cunha ve ark., 2018). Palyatif bakımda malnütrisyon gelişimini önlemek ve geliştirse tedavi

etmek hedeflenmektedir (Andreyev ve ark., 2017; Arends ve ark., 2017; Deshields, 2014; Grace ve ark., 2018; Sullivan, 2021). Beslenme, kalori, protein ve su gereksinimleri hastaların kabulüne, toleransına ve semptomlarına göre belirlenmelidir (Morais ve ark., 2016).

Palyatif bakımda beslenmenin sağlanmasında ve sürdürülmesinde bireyselleştirilmiş bir yaklaşım uygulanması gerekmektedir (Arends ve ark., 2017; Ravasco, 2019). Avrupa Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği tarafından hazırlanmış olan kılavuzlar palyatif bakımda beslenmenin önemini açık bir şekilde ortaya koymaktadır. Bu kılavuzlarda enerji eksikliği, iştah, mide bulantısı, kabızlık ve yorgunluk da dahil olmak üzere hastada var olan semptomlar da gözünde bulundurularak diyet değişikliği ve beslenme desteği önerileri sunulmaktadır. Şekil 3'te palyatif bakımda beslenmeyle ilgili sorunların belirlenmesi ve yönetilmesinde hemşirelik uygulamalarında benimsenebilecek olan şematik bir yaklaşım yer almaktadır.



Şekil 2.3. Palyatif bakımda diyetle ilgili sorunları belirleme ve yönetme yaklaşımının diyagramatik gösterimi.

(Holdoway, 2016)

Palyatif evredeki hastaların desteklenmesine katkı sağlamak için palyatif bakım ekibinin önemli parçalarından birisinin diyetisyenler olduğu belirtilmesine karşın, diyetisyenlerin palyatif bakımdaki sayılarının oldukça düşük olduğu görülmektedir (British Dietetic Association, 2020; NICE, 2004; Ravasco, 2019).

Beslenme taraması, yetersiz beslenme riski altında olduğu düşünülen kişilerin belirlenmesinde ilk adım olarak kabul edilir. Daha sonra, besin alımını engelleyen sorunların belirlenmesi; besin alımını iyileştirmek, beslenmeden etkilenen semptomları ve bu semptomlarla ilişkili sıkıntıyı hafifletmek için hastanın durumuna uygun diyet değişikliği yapılması gerekmektedir (Arends ve ark., 2017).

Zaman ve bilgi eksikliği malnütrisyon taramasının başarılı bir şekilde yapılmasını ve performansını engelleyebilir (Harris ve ark., 2019; Laur ve ark., 2015). Engellerin aşılması için, malnütrisyon kontrolünün önemi ve istem dışı kilo kaybına bağlı yeme ile ilgili sıkıntı ve kaygının hafifletilmesinin önemli olduğu bilinmelidir (Cooper ve ark., 2015; Flynn ve ark., 2018; Souter ve ark., 2016; Sullivan, 2021).

NICE kılavuzu CG32 (2017), Bakım Kalitesi Komisyonu ve NHS sözleşme gerekliliklerine yanıt olarak, bakım sağlayıcılar beslenme taramasını hospisler de dahil olmak üzere bakım ortamlarına entegre etmeye çalışmıştır.

Palyatif bakımın orta-geç evresinde ve yaşamın son evresinde olan yatan ve ayakta tedavi gören hastaları destekleyen bir hospis ortamında, odak gruplarıyla yapılan bir anket, hemşireler arasında palyatif popülasyon için 'MUST' tarama aracını kullanma konusunda bir çekingenlik olduğunu tespit etmiştir. Ancak, palyatif bakım altındaki tüm hastaların iştahsızlık, kilo ve diyetle ilgili konularda sıkıntı ve endişe yaşadığı düşünülmektedir. Bu nedenle, beslenmeyi değerlendirmek için daha başka araçların geliştirilmesi gerektiği belirtilmektedir. (Hamaker ve ark., 2021)

Czerwinska ve ark. (2016), İngiltere'nin güney batısındaki sosyal yardım merkezlerinde ve bir darülacezede tüm paydaşlarla birlikte, yatan hastalara, ayakta tedavi gören hastalara ve bakıcılarına yönelik bireyselleştirilmiş beslenme bakımını yönlendirmek ve sunmak için hastaların ve ailelerinin yaşadığı beslenme sorunlarının belirlenmesi amacıyla bir çalışma yürütmüştür.

Bu çalışmada, hedeflere ulaşabilmek için aşağıdaki bileşenleri içeren bir uygulama yaklaşımı geliştirilmiştir :

- Personel anketleri
- Multidisipliner sağlık ekibi üyeleri, hastalar, bakıcılar, gönüllüler ve hizmetli personeli içeren tartışma forumları
- Hastalar/hasta yakınları ile nitel görüşmeler
- Mevcut araçların değerlendirilmesi
- Tercih edilen bir beslenme değerlendirme aracının seçimi
- Uygulama, test etme, yinleme ve iyileştirme.

Tartışma forumları, hastaların çoğunluğunun yetersiz beslenme riski altında olduğunu ve bu durumda olmayanlarda bile yeme ve içmeyi engelleyen beslenme sorunlarının bakım sürecinin herhangi bir aşamasında mevcut olabileceğini ve yapılandırılmış bir değerlendirme yoluyla belirlenmesi gerektiğini doğrulamıştır. Buna bağlı olarak, bir dizi mevcut değerlendirme aracı belirlenmiş ve değerlendirmede kullanılmıştır (Czerwinska ve ark., 2016).

PG-SGA'da paydaş katılımıyla belirlenen küçük uyarlamaların ardından, 'Beslenme Bakımı için Hasta Öncülüğünde Değerlendirme' aracı oluşturulmuş, uygulamada değerlendirilmiştir. Bu araç, beslenme riskini ve beslenme sorunlarını belirleyebileceği düşünüldüğünden 'MUST' ile karşılaştırılmıştır (Czerwinska ve diğerleri, 2013).

Yaşlılara yönelik bakım evlerinde çalışan paydaşlarla yapılan ilk çalışmaya dayanarak, palyatif bakım alan hastalar ve bakıcıların yanı sıra palyatif bakım sağlayan sağlık profesyonelleri ile palyatif bakımda diyet algısını belirlemek amacıyla derinlemesine niteliksel bir araştırma yapılmıştır. Hastaları, bakıcıları ve sağlık profesyonellerini içeren çoklu vaka çalışması metodolojisi kullanılan araştırmada, aşağıdaki hususları vurgulanmıştır:

- İleri evre kanserde kanser ve tedavisine bağlı olarak ortaya çıkan diyetle ilgili sorunların karmaşıklığı

- Yemek yeme düzeninde, yemek seçimlerinde ve yemek yeme deneyiminde yaşanan aksaklıkların yemeğin anlamını nasıl değiştirdiği; hastanın ve bakıcının yemek zamanı deneyiminin, rutinlerin, fiziksel işlevin ve sosyalleşmenin korunmasına odaklanan eylemlerde bulunma dürtüsünü nasıl etkilediği
- Hasta ve bakıcıları açısından önem arz eden diyet ile ilgili konuların neler olduğunun anlaşılmasını kolaylaştırmak için sohbetlerin bir araç olarak kullanımının katkısı
- Bazı durumlarda hastalar, bakıcıları ve sağlık çalışanlarının da müdahil olduğu 3 yönlü bir süreç ile ortaya çıkan çözümlerin beraber oluşturulması
- Birlikte oluşturulmuş olan stratejilerin kapsamı ve bu stratejilerin yiyecek-içecek uyumları, beslenme ve yemek alışkanlıklarındaki ayarlamaların ve yeni bir beslenme programının kabul edilmesi de dahil diyet ile ilgili problemlerin hafifletilmesi ya da üstesinden gelinmesindeki etkisi
- Bilgi ediniminin ve sosyokültürel çevrenin sağlık ekibi tarafından beslenme bakımının sağlanmasını ne şekilde kolaylaştırdığı

Palyatif bakım hastalarında malnutrisyon en sık görülen semptom olup hastaların klinik ve laboratuvar değerlendirmeleri neticesinde hastanın durumuna göre kalori ihtiyacı hesaplanır. Kişiye uygun olan beslenme tedavisi enteral veya parenteral olarak verilir. Gerekli durumlarda beslenme destek ürünleri kullanılır (Czerwinska ve ark., 2016; Holdoway, 2016; Yin, 2014).

2.8.1. Beslenme Destek Ürünü

Besin takviyeleri yetersiz beslenme durumunu düzelterek kaşeksi gelişimini önleyebilir ya da azaltabilirler. Hastalara beslenme ihtiyacının karşılanması için beslenme destek ürünü desteği verilebilir. Bileşiminde immünomodülatör ya da antiinflamatuvar özellikte bazı besinleri içeren besin destek ürünleri spesifik hasta gruplarında kullanılmaktadır. Bu ürünlerin içerisinde çoklu doymamış yağ asitleri, arginin ya da nükleotidler yer almaktadır. Bu maddeler, inflamatuvar yanıtları azaltmakta, bağışıklık fonksiyonunu, barsak fonksiyonunu, oksijen metabolizmasını

ve beslenme durumunu iyileştirmektedir. Uçucu yağ asitleri, medroksiprogesteron asetat, alfa lipoik asit ve vitamin E içeren bir formül ile desteklenmiş olan polifenol açısından zengin beslenme ürünleri reaktif oksijen türlerini ve proinflamatuvar sitokinleri azaltıcı etkiye sahiptirler. Besin takviyeleri yetersiz beslenmeyi düzelterek kaşeksiyi hafifletebilir (Arends ve ark., 2021; Argiles, 2005; Chang ve ark., 2023; Marín Caro ve ark., 2007).

2.8.2. Enteral Beslenme

Gastrointestinal sistem fonksiyonları sağlam olduğu sürece ilk tercih enteral beslenmedir. Enteral yolla beslenen hastalarda ilk tercih oral yolla beslenmedir. Hafif-orta derecede malnutrisyon olan ve az miktar da olsa oral yoldan besin alabilen hastalar protein ve enerji bakımından zenginleştirilmiş olan besinler ile beslenmelidir (Heyland ve ark., 2021).

Gerekli besinlerin %60'ından daha azını ağızdan alabilen hastalarda hazır ağızdan beslenme solüsyonları başlanır. Beslenme ihtiyacı ağızdan karşılanamayan hastalar mide veya bağırsaktan yerleştirilen beslenme tüpleri ile beslenmeye çalışılır. Enteral beslenme, gastrointestinal sistemi kullandığı için total parenteral beslenmeye (TPN) göre daha fizyolojiktir. Ayrıca, TPN ile karşılaştırıldığında immün yeterlilik, enfeksiyon riski ve maliyet açısından daha faydalıdır (Liu ve ark., 2022).

Mukozit, disfaji, ağzı açamama, gastrointestinal sistem tümörleri gibi nedenlerle gereksinimin %50'sinden fazlasının ağızdan alınmadığı durumlarda, sindirim kanalının alt seviyelerinden kademeli olarak tüple beslenme tercih edilmelidir. Seçilen beslenme solüsyonu 20-30 ml/saat hızında verilmeye başlanır ve kontrollü bir şekilde kademeli olarak artırılarak iki gün içinde hedef beslenme dozuna ulaşılır. Tüple besleme bolus, aralıklı ve sürekli infüzyon olmak üzere 3 farklı şekilde yapılabilmektedir. Kısa süreli beslenme desteği gerektiren durumlarda (4-6 haftadan az) nazogastrik, nazoduodenal, nazojejunal tüp ile enteral beslenme yapılabilirken, uzun süreli beslenme (4-6 haftadan fazla) gastrostomi, duodenostomi, jejunostomi ile yapılmaktadır. Hasta beslenme gereksinimlerinin %50'sinden daha azını alıyorsa, kontrendikasyon veya bronkoaspirasyon riski yoksa ve beklenen yaşam süresi 6 haftadan azsa, nazogastrik tüp aracılığıyla enteral beslenmeye başlanmalıdır (Cotogni

ve ark., 2021; Kokura ve ark., 2020; Özer ve ark., 2018; Ponsky, 2011; Berger ve ark., 2024)

PEG yerleştirilmesi 3 hafta içinde oral beslenmeye geçemeyen hastalarda endikedir. PEG, genellikle serebrovasküler hastalıklarda, nörolojik hastalıklarda ve malignitesi olan hastalarda kullanılır. Koagülopatilerde, abdominal muayene ve tetkiklerle peritoneal karsinomatozis saptanan hastalarda ve yaşam beklentisi çok kısa olan hastalarda beslenme desteği için PEG yerleştirilmesi önerilmemektedir (Özer ve ark., 2018).

2.8.3. Parenteral Beslenme

Parenteral beslenme, beslenme ihtiyacının enteral yolla karşılanamadığı yüksek malnütrisyon riski olan hastalarda başlatılmalıdır. Parenteral beslenme, günlük enerji ve protein ihtiyacının %60'ından fazlasının oral veya enteral yolla karşılanması mümkün olana kadar sürdürülmelidir. Şiddetli gastrointestinal semptomların ortaya çıkması nedeniyle enteral beslenmeyi tolere edemeyen veya gastrointestinal sistemde uygun yere ulaşılamayan hastalar total parenteral beslenme ile beslenmelidir. Parenteral beslenme, uygun şekilde ve doğru endikasyonlarla kullanıldığında, total parenteral beslenme ve özellikle evde parenteral beslenme, ilerlemiş kanser hastalarında olumlu etkilere sahiptir. Hastaların ameliyat sonrası drenler ve açık yaralar nedeniyle daha fazla bakıma ihtiyaç duyduğu ameliyat sonrası dönemde TPN kullanımının yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğunu ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır (Berlana, 2022).

Total parenteral beslenme (TPN) hastaya periferik veya santral venöz kateter ile verilebilir. Ozmolaritesi 800-1000 mOsm/l'nin üzerinde olan ürünler santral kateter kullanılarak uygulanabilirken, ozmolaritesi 800-900 mOsm/l'nin altında olan ürünler periferik olarak uygulanabilir. TPN ürünlerinin içeriği karbonhidratlar, yağ emülsiyonları, proteinler, mikro besinler ve elektrolitlerden oluşur. TPN alan hastalarda böbrek ve karaciğer fonksiyonları, elektrolitler ve koagülasyon testleri aralıklı olarak kontrol edilmelidir. TPN ile beslenen hastalarda hipertrigliseridemi, refeeding sendromu, hiperglisemi, hipoglisemi, hipervolemi, metabolik alkaloz, hiperkapni, steatohepatit, kolestaz ve kateter enfeksiyonları gibi komplikasyonlar görülebilir (Inayat-Hussain ve ark., 2023; Wanchoo, 2022).

Palyatif bakımda semptomların yönetimi, psikolojik, sosyal ve manevi destek sağlanması son derece önemli konulardır. Diyet alımı üzerinde olumsuz etkiye sahip olan nefes darlığı, ağrı ve yorgunluk gibi semptomların yanı sıra ek hastalıklar ve tedavi ile ilişkili olan bazı metabolik ve fiziksel etkiler de yeme-içme yeteneği üzerinde olumsuz etki gösterebilir. Bunlara bağlı olarak da bireyde enfeksiyonlar, yara iyileşmesinde gecikme, azalmış aktivite gibi sonuçlar ortaya çıkabilir ve bu durumlar da malnutrisyon riskini artırır (Khorasanchi ve ark., 2022; WHO, 2020).

Fizyolojik ve metabolik problemlere bağlı olarak yeme-içme kabiliyetinde meydana gelen bozulma kişide stres ve kaygıya yol açar (Amano ve ark., 2022). Semptomların hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması, fiziksel işlevselliğin, bağışıklığın ve refahın optimize edilebilmesi için beslenmenin sürdürülmesi gerekmektedir (Amano ve ark., 2019; Arends ve ark., 2017).

2.9. Palyatif Bakım Hastalarında Yorgunluk

Palyatif bakım sürecinde hasta ve hasta yakınları fiziksel, psikososyal ve manevi birçok sorun ve zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Kanser hastalarında bu dönemde görülen çoklu semptomlar hastaların fiziksel ve sosyal fonksiyonlarını, tedavinin seyrini ve sağ kalım süresini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle palyatif bakım hastalarında semptomların ortaya çıkmasının engellenmesi ya da var olan semptomların kontrol altına alınması hasta ve hasta yakınları için büyük önem taşımaktadır (Saeidzadeh ve ark., 2021; Uysal, 2015).

Yorgunluk ve uyku bozuklukları, palyatif bakımdaki kanser hastalarında yaygın ve kalıcı semptomlardır. Kanser hastaları tedavilerinin bitiminden yıllar sonra bile yorgunluk ve uyku bozuklukları görülebilir. Bu semptomlar genellikle ağrı, depresyon, konsantrasyon kaybı veya diğer bilişsel semptomlarla birlikte bir semptom kümesi olarak görülür (Al Maqbali, 2021).

Kanserle ilişkili yorgunluk ve uyku bozuklukları farklı semptomlar olmasına rağmen, bu semptomlar arasında genellikle güçlü bir ilişki vardır. Kanser hastalarında yorgunluk ve uyku kalitesini değerlendiren çalışmaların çoğunda, kansere bağlı yorgunluk ile uyku kalitesinde bozulma, uykuya dalma ve uykuyu sürdürmede güçlük, uyku bölünmesi, huzursuz uyku ve gündüz aşırı uykululuk hali gibi uyku ile ilgili çeşitli parametreler arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle

palyatif bakım hastalarında bu iki semptomun ve eşlik eden diğer semptomların birlikte ele alınması ve bütüncül bir yaklaşımla yönetiminin sağlanması önemlidir (Zhang ve ark., 2022).

Yorgunluk hastalar tarafından "halsizlik, yorgunluk, bitkinlik, uykusuzluk, güçsüzlük" gibi farklı kavramlarla tanımlanmaktadır. Kansere ilişkili yorgunluk, kanser hastalarında sıklıkla görülen, günlük yaşam aktivitelerini ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz etkileyen rahatsız edici bir semptomdur. Yorgunluk, kanser tedavisi sırasında sitotoksik kemoterapi, radyoterapi, kemik iliği transplantasyonu veya biyolojik tedavi alan hastalarda görülen evrensel bir durumdur. Yorgunluk, kanser hastaları tarafından günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede önemli bir engel olarak bildirilmektedir (Grusdat ve ark., 2022).

Ulusal Kapsamlı Kansere Ağı (NCCN) kansere ilişkili yorgunluğu "kansere veya kanser tedavisi nedeniyle ortaya çıkan, son aktivite ile orantılı olmayan, günlük işlevselliği engelleyen, rahatsız edici, dirençli ve öznel fiziksel, duygusal ve/veya bilişsel bitkinlik veya tükenmişlik hissi" olarak tanımlamaktadır (Al Maqbali, 2021).

2.10. Palyatif Bakım Hastalarında Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, kişinin genel olarak yaşamın iyi ya da tatmin edici olduğuna ilişkin algısıdır. Yaşam kalitesi, sağlık durumu ve semptomların varlığına ilişkin kişisel algılarla ilgili işlevsel, duygusal, bilişsel ve sosyal işlevleri içeren öznel ve çok boyutlu bir kavramdır (Sánchez Sánchez ve ark., 2018; WHO, 2020).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hastalığın veya acının yokluğu değil, büyük ölçüde yaşam kalitesini ve miktarını etkileyen bir dizi yaşam olayına verilen yanıtıdır. Aynı hastalık evresinde yahut şiddetindeki hastaların yaşam kaliteleri birbirinden farklı olabilmektedir. Bu sebeple hastalık ile ilişkili yaşam kalitesindeki değişiklikler hastalığa verilen bireysel tepkileri tam olarak yansıtmayabilir (Cheluvappa ve Selvendran, 2022; Liu ve ark., 2023).

Palyatif bakım, fiziksel, psikososyal ve manevi sorunların önlenmesi ve yönetimi yoluyla, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini optimize etmeyi amaçlar (WHO, 2015; Tziraki ve ark., 2020). Bu nedenle, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi

(HRQOL palyatif bakım araştırmalarında önemli bir göstergedir (Tziraki ve ark., 2020; WHO, 2015).

2.10.1. Palyatif Bakım Hastalarında Yaşam Kalitesinin Ölçümü

Palyatif bakım hastalarının yaşam kalitesinin ölçülmesine yönelik çok sayıda anket geliştirilmiş olmakla beraber bütün amaçlara ve hastalara uyan belirli bir anket bulunmamaktadır (Vogt ve ark., 2021). Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavramdır. Bu nedenle, Yaşam kalitesi değerlendirilirken hasta farklı perspektiflerden ele alınır (Edlund ve Tancredi, 1985):

- Bireysel hedeflerin gerçekleştirilmesi
- Fiziki semptomların iyi bir şekilde kontrol edilmesi
- Duygusal iyilik hali
- Normal bir yaşam sürme
- Benlik duygusunu sürdürme becerisi
- Sosyalleşme
- Varoluşsal tatmin
- Yaşamda anlam bulma
- Uyum sağlama ya da esneklik
- Değişen değerler ya da hedeflerin hastalık süreci ile birlikte yeniden ayarlanması

Bu bağlamda kişinin içerisinde yaşadığı kültür ve değerler sistemi çerçevesinde; kendi beklentileri, hedefleri, standartları ve kaygıları ile ilişkili bir şekilde yaşamdaki konumuna yönelik algısı yaşam kalitesi için yapılmış olan en uygun tanımdır. Bu bağlamda en kötü yaşam kalitesini bildiren bireyler kendi hedeflerini, beklentilerini, standartlarını ve endişelerini karşılama olasılığı en düşük olan bireylerdir (Cai ve ark., 2021). Yaşam kalitesi, hasta beklentilerinin gerçeklikle

eşleştiği durumlarda iyi yaşam kalitesini; hasta beklentilerinin gerçekliği aştığı durumlarda ise kötü yaşam kalitesini tanımlar (Nipp ve ark., 2017).

Yaşam kalitesi durağan olmayıp hastalığın ilerlemesine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Hastalık durumunda semptom yönetimi ve rehabilitasyon yoluyla işlevde iyileşme yaşam kalitesinde artışa neden olmaktadır. Hastalıktaki ilerlemeyle beraber ağrı ve bazı semptomlar kontrol altına alınmakta iken yorgunluk, fiziksel fonksiyon ve ruh hali ise genel olarak kötüleşebilmektedir(Freedland ve ark., 2021).

2.10.2. Palyatif Bakımda Yaşam Kalitesinin Ölçümünde Kullanılan Araçlar

Avrupa'daki palyatif bakım uzmanları tarafından kullanılan ölçekler üzerine yapılan bir araştırmada, Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Örgütü anketi (EORTC-QLQ-C30) ve Hasta Bakım Sonuç Ölçeği'nin (I-POS) en yaygın kullanılan ölçekler olduğu bulunmuştur (Harding ve ark., 2011).

Palyatif bakımda yaşam kalitesi ölçeklerine ilişkin yakın zamanda yapılan sistematik çalışmada, yeterli psikometriye sahip üç ölçüm aracının kullanımı önerilmiştir (Albers ve ark., 2010): McGill Yaşam Kalitesi Anketi, Yaşamın Sonunda Yaşam Kalitesi Anketi ve Ölüm ve Ölme Kalitesi Anketi (Curtis ve ark., 2002; Steihauser ve ark., 2004).

2.10.2.1. McGill Yaşam Kalitesi Anketi

McGill Yaşam Kalitesi Anketi, psikolojik semptomlar, varoluşsal iyi olma hali, destek ve fiziksel semptomlar olmak üzere her biri 11 yanıt içeren (0-10) 16 maddeden oluşmaktadır. Bu alanlar faktör analizi ile doğrulanmıştır. Anket 10-30 dakika süre içerisinde tamamlanmaktadır ve cevapların geri dönüş süresi ise iki gündür. Anketin güvenilirlik katsayısı fiziksel semptomlar altboyutu (Cronbach alfa = 0.62) hariç 0.7'den fazladır. Bir diğer güvenilirlik ölçütü olan sınıf içi korelasyon katsayısı ise 0.62-0.85 arasında değişmektedir. Spitzer Yaşam Kalitesi Endeksi ile korele olduğu ve ağrı yoğunluğunu değerlendirmek için de güvenilir ve geçerli bir araç olduğu belirlenmiştir. Ağrı yoğunluğu, varoluşsal alt ölçekte 0,56 ve toplam ölçekte 0,66'lık bir değişiklikle korelasyon göstermiştir. Etki büyüklüğü farkları, fiziksel semptomlar ve destek alanları için iyi günlerden ortalama günlere ve ortalama günlerden kötü

günlere doğru anlamlı bulunmuştur (Cohen ve ark., 1995, 1996, 1997). McGill Yaşam Kalitesi Anketi kısaltılmış olup kısaltılmış formun güvenilirlik-geçerliği 190 ölümcül hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Kısaltılmış formun tamamlanma süresi 3.3 dakikadır (Lua ve ark., 2005).

2.10.2.2. Yaşam Sonunda Yaşam Kalitesi Anketi

Yaşam Sonunda Yaşam Kalitesi Anketi 5'li likert tipindeki 25 sorudan meydana gelmektedir. Bakış açısı, ilham, manevi faaliyet, din ve toplum altboyutlarından oluşmaktadır. Hatırlama süresi 1 hafta ve 1 ay olup yapılandırılmış bir görüşme gerektirmektedir. Toplam puan ve alt boyut puanlama sistemi bulunmaktadır. Kalp yetmezliği, KOAH, kanser ve son dönem böbrek hastaları üzerinde yapılan çalışmalar ile anketin güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğu doğrulanmıştır. İç tutarlılık katsayısı 0.7'nin üzerindedir (Steinhauser ve ark., 2004).

2.10.2.3. Ölüm ve Ölüm Kalitesi Anketi

Ölüm kalitesini yas tutmakta olan bakıcıların ya da sağlık profesyonellerinin bakış açısıyla yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılmaktadır. Anket toplamda 31 maddeden oluşmakta olup her bir madde 0-10 arasında puanlanmaktadır. Semptomlar, kişisel bakım, ölüme hazırlık, ölüm anı, aile, tedavi tercihleri ve tüm kişi endişeleri olmak üzere 7 altboyuttan oluşmaktadır. Yarı yapılandırılmış form şeklindeki anketin hatırlama süresi geriye dönüktür. Güvenilirlik katsayısı 0:89'dur (Curtis ve ark., 2002).

2.10.2.4. Palyatif Bakım Sonuç Ölçeği

Palyatif bakım sonuç ölçeği 10 maddeden oluşmakta olup bunların 8'i için sağlık personeli ve hasta derecelendirmeleri arasındaki uyum ile oluşturulmuştur. Orijinal ölçek semptomları da kapsayacak biçimde genişletilmiştir. Test ve tekrar test güvenilirliği maddelerin 7'si için kabul edilebilir düzeyde olup hastalığı ilerlemeye bağlı olarak ölçek puanlarında değişiklik olabilmektedir (Hearn ve Higginson, 1999; Lopes Ferreira ve Pinto Barros, 2008). Kanserli hastalarda hem hastaların hem de onkologların bilişsel bilgilendirmesi kullanılarak doğrulanmıştır. Faktör analizi, duygusal iyi oluş, hastalığın sonuçları, alınan bilgi desteği, anksiyete ve hastalık yükü gibi farklı alanları doğrulamıştır. Ancak bu durum tartışmalıdır. İkinci bir çalışma,

ölçeğin 2 faktörden (psikolojik iyi olma hali ve profesyonel bakımla ilgili 3 madde) oluştuğunu öne sürmüştür. Aile kaygısı, semptomlar ve ağrı altboyutları bağımsız olarak değerlendirilmiştir (Bausewein ve ark., 2011; Siegert ve ark., 2010).

2.10.2.5. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi (EORTC-QLQ-C30)

Dokuz adet çok maddeli alana, 5 adet fonksiyonel alt ölçeğe (fiziksel, rol, bilişsel, duygusal ve sosyal), 3 adet de semptom alt ölçeğine (yorgunluk, ağrı, bulantı-kusma) sahip bir ölçektir (Aaronson ve ark., 1993; Kyriaki ve ark., 2001; Paiva ve ark., 2014). Kanserli hastalar üzerinde gerçekleştirilen çalışmalarda yaygın bir şekilde kullanılmakta olan EORTC-QLQ-C30 (Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi) yaşamın sonu yaşam kalitesini diğer ölçeklere göre daha iyi yansıtan bir ölçüm aracıdır (Lam ve ark., 2013; Smith ve ark., 2016; Wu ve ark., 2007). Ölçek palyatif bakım hastalarına da uyarlanmıştır (EORTC-QLQ-C15-PAL). Madde yanıt teorisi kullanılarak ölçek kısaltılmıştır. Modifiye edilmiş olan bu ölçekteki en önemli maddeler ağrı, fiziksel fonksiyon, duygusal fonksiyon, yorgunluk, global sağlık durumu, yaşam kalitesi, bulantı-kusma, iştah, dispne, konstipasyon ve uyku şeklindedir. Soru yükünün azaltılması için orijinal alt ölçeklerden dördü kısaltılmıştır. Orijinal ölçeğin, Kısa Ağrı Envanteri ve Beck Depresyon Envanteri ile yakınsama geçerliliğine sahip olduğu bulunmuştur (Nunes, 2014). Bu ölçeğin en önemli özelliklerinden biri, kanserli hastalarda saptanmış olan ölçek puanlarındaki minimal önemli farklılıklardır (Bedard ve ark., 2016).

2.10.2.6. EQ-5D

EQ-5D, sağlık durumlarını ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlerini tanımlayan ve yaşam kalitesi ölçümlerinin yerini almaktan ziyade onları tamamlayan, hastalığa özgü olmayan bir ölçüm aracıdır (Feng ve ark., 2021). EQ-5D, 5 alanda gerçekleşen ve 243 sağlık durumuna ek olarak "bilinçsiz" ve "ölü" olarak ayrılan genel sağlık tanımından oluşmaktadır. Bu ölçeğin alanları arasında mobilite, özbakım, rutin aktiviteler, ağrı, konfor, depresyon ve anksiyete yer alır (Devlin ve Brooks, 2017; Dolan ve Roberts, 2002). Maddeler 3 ve 5'li likert tipinde olup madde başına 5'li likert tipine sahip anket tavan etkisine daha az maruz kalmaktadır. Aynı zamanda hayal edilebilecek en iyi ve en kötü sağlık durumunu (0-100 ölçekli) gösteren dikey 20

cm'lik VAS'a da sahiptir. Hem sağlıklı hem de ağır hastalar için geçerli bir ölçektir. Fayda, belirli yardım durumlarındaki bireysel değerler ve negatif değerlere yol açan "zaman takası" yöntemleriyle belirlenmiştir (Hurst ve ark., 1997).

Bu ölçeğin amacı hastalığın zamana bağlı olarak sağlık durumlarının izlenmesi, farklı zamanlarda hastanın durumunun veya hastalıkların ciddiyetinin değerlendirilmesi, sağlık durumlarının iyileştirilmesinde tıbbi etkinlik açısından kanıt elde edilmesi ve maliyet etkinliğinin ölçümünün sağlanmasıdır (Dolan ve Roberts, 2002).

2.10.2.7. Palyatif Bakım Hastalarında Beslenme ve Yaşam Kalitesi

Kılavuzlar, yetersiz beslenmenin hasta üzerinde günlük yaşam aktivitelerinde düşük performans durumuna, yaşam kalitesinin bozulmasına, planlanmamış hastane yatışlarına ve sağ kalımın azalmasına yol açması nedeniyle, palyatif bakım hastalarında beslenme durumunun değerlendirilmesini önermektedir. Bireysel ihtiyaçlara göre uyarlanmış beslenme müdahaleleri faydalı olabileceği düşünülmekte olup, oral besin takviyelerine rağmen oral gıda alımının yetersiz kalması durumunda uygun hastalarda enteral beslenme, enteral beslenmenin yeterli veya uygulanabilir olmadığı durumlarda parenteral beslenmenin uygulanması önerilmektedir. Palyatif bakım hastalarına yönelik beslenme desteğinin, erken bir palyatif bakım desteği olarak ele alınması hastalarda yaşam kalitesinin iyileşmesine katkıda bulunmaktadır (Cotogni ve ark., 2021).

Yetersiz beslenme, yaşam kalitesi ve prognoz üzerinde olumsuz etkisi olduğu bilinen ve potansiyel olarak değiştirilebilir bir faktördür (Kasvis ve ark., 2019; Laviano ve ark., 2018; Polański ve ark., 2017; Ryan ve ark., 2016; Zhang ve ark., 2018). Bu nedenle, tanıdan yaşamın sonuna kadar hastalığın tüm aşamalarında beslenme durumunun değerlendirmesi önerilmektedir (Arends ve ark., 2017). Hastalarda gerçekleştirilen uygun beslenme müdahaleleri bireyin yaşam kalitesini artmaktadır (Yang ve ark., 2022).

Palyatif bakım hastalarında sık görülen semptomlar olan yorgunluk ve malnütrisyonun tedavi ve bakımında hemşirelerin önemli bir rolü vardır (Cunha ve ark., 2018; Schulz ve ark., 2017; Ingham ve ark., 2021; (Tolotti ve ark., 2021).

Hastanın beslenme durumunun değerlendirilmesi, tedavi ve bakımının sağlanması, yetersiz beslenmeye bağlı ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesine ve hastanın yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunmaktadır (Arends ve ark., 2017; Cotogni ve ark., 2021; Laviano ve ark., 2018; Zhang ve ark., 2018). Palyatif bakım hastalarında yeterli beslenmenin sağlanması multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Bu ekibin üyesi olan hemşire, yeterli beslenmenin sağlanması ve sürdürülmesinin yanı sıra ekip üyeleri arasında işbirliği ve koordinasyonu da sağlamaktadır (Tolotti ve ark., 2021).

Palyatif bakım hastalarında sık görülen semptomlardan biri olan ve beslenme yetersizliği ile ilişkili olduğu bilinen yorgunluğun yönetiminde farmakolojik ile farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri birlikte kullanılmaktadır (Cunha ve ark., 2018; Çelik & Usta Yeşilbalkan, 2023; Mücke ve ark., 2016). Bu nedenle hemşirelerin yorgunluğun yönetimine yönelik kullanılan farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler ile ilgili farkındalıklarının olması ve hasta bakım sürecinde kullandığı hemşirelik girişimlerine bu yöntemleri dahil etmeleri önemlidir. (Çelik & Usta Yeşilbalkan, 2023)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Çalışma, palyatif bakım hastalarında yetersiz beslenmenin yaşam kalitesi ve yorgunluk üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

3.2. Araştırmanın Tipi

Çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Çalışma, 01.06.2023- 01.10.2023 tarihleri arasında İstanbul Tuzla Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi'nde yapıldı. Toplam 94 yataklı bu Palyatif Bakım Ünitesi'nde 40 hemşire, 4 Aile Hekimi Uzmanı ve 6 Pratisyen hekim çalışmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde palyatif bakım ünitesinde tedavi gören (Toplam 635 hasta) ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan tüm hastalar, örneklemi ise bu hastalar arasından araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 308 hasta oluşturdu. Hastaların palyatif bakıma başvuru sırasındaki beslenme durumununun daha güvenilir ve objektif hale getirmek amacıyla palyatif bakımda en az 24 saattir yatan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Örneklem sayısının belirlenmesinde evreni bilinen örneklem hesaplaması kullanıldı ve %95 güven aralığında örneklem sayısı 240 olarak belirlendi.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq}$$

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olma
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- Glaskow Koma Skalası 15 olma
- Palyatif bakımda en az 24 saattir yatıyor olma
- Enteral ya da parenteral yolla besleniyor olma

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

- 18 yaş altı olma
- Panik atak/ Psikiyatrik bozukluğu olma
- İşitme ve görme problemi olma
- Mekanik ventilatöre bağlı olma
- Sedatize edici ilaç alıyor olma
- Deliryum tablosunda olma

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, “Kişisel Bilgi Formu”, “Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36)” ve “Yorgunluk Şiddet Ölçeği” kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan ve hastanın sosyodemografik özellikleri ile sağlık durumuna ilişkin

bilgilere yönelik soruları içeren bir formdur(Duman ve Özdelikara, 2022) (EK-2).

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36): Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF 36), bireyin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. SF-36, Ware tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Pınar (1995) tarafından yapılmıştır. SF-36, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, zindelik, sosyal fonksiyon, mental rol sekiz alt boyutunu; mental sağlık ve fiziksel sağlık olmak üzere ana boyutunu ve 36 maddeyi içeren bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek puanı 0 ile 100 arasında değişmektedir. Puan yükseldikçe yaşam kalitesi artmaktadır. Pınar'ın çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,92 bulunmuştur (Pınar, 1995). (EK-3). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,76 olarak saptandı.

Yorgunluk Şiddet Ölçeği: Yorgunluk Şiddeti Ölçeği (Fatigue Severity Scale) yorgunluk düzeylerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Krupp ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Armutlu ve ark. (2007) tarafından yapılmıştır (Armutlu ve ark., 2007). Ölçekten alınabilecek puan 9 ile 63 puan arasında değişmektedir. Puan arttıkça yorgunluk şiddeti de artmaktadır. Armutlu ve ark.'nın çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,89 bulunmuştur (Armutlu ve ark., 2007). (EK-4) Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,78 olarak saptandı.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, IBM SPSS Statistics 26 programında analiz edildi. Skewness - Kurtosis testi sonucuna göre verilerin normal dağılım göstermediği saptandı. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdellikler, ortalamalar, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon testi kullanıldı. Anlamlılık değeri 0,05 olarak belirlendi.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi, 27.04.2023 tarihinde araştırmanın yapıldığı kurum (EK-5) ve 25.05.2023 tarihinde İstanbul Medipol Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alındı (E-10840098-772.02-3278) (EK-1). Çalışma boyunca, gönüllülük esas alındı ve Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi'ne sadık kalındı.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, tek merkezde yapıldığından, araştırma sonuçları tüm palyatif bakım hastalarına genellenememektedir.

3.9. Hipotezler

H1: Yetersiz beslenme yaşam kalitesini azaltır.

H0: Yetersiz beslenme yaşam kalitesini artırır.

H2: Yetersiz beslenme yorgunluğu artırır.

H02:Yetersiz beslenme yorgunluğu azaltır.

H2: Yaşam kalitesi ve yorgunluk arasında ilişki vardır.

H02:Yaşam kalitesi ve yorgunluk arasında ilişki yoktur.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n = 308).

Değişken adı		n	%
Yaş	(Ort± SS)	73,63±10,28	DA=44-98
Cinsiyet	Erkek	160	51,9
	Kadın	148	48,1
Medeni durum	Bekar	63	20,5
	Evli	245	79,5
Çocuk sayısı	(Ort± SS)	3,68±1,49	DA=00-11
Eğitim durumu	Okur- yazar değil	15	4,9
	Okur- yazar	28	9,1
	İlkokul mezunu	97	31,5
	Ortaokul mezunu	81	26,3
	Lise mezunu	69	22,4
	Üniversite mezunu	18	5,8
Meslek	Emekli	163	52,9
	Ev hanımı	122	39,6
	Diğer	23	7,5
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	9	2,9
	Gelir gidere denk	291	94,5
	Gelir giderden çok	8	2,6

Yaş ortalamaları $73,63 \pm 10,28$ olan hastaların %51,9'u erkektir. Hastaların %79,5'i evlidir ve çocuk sayısı ortalama $3,68 \pm 1,49$ 'dur. Hastaların %31,5'i ilkokul mezunudur, %52,9'u emeklidir. Hastaların %94,5'inin ekonomik durumu orta düzeydedir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastaların sağlık durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı (n = 308).

Değişken adı		n	%
Hastada var olan kronik hastalıklar*	Kanser	287	93,2
	SVO	37	12,1
	Kronik börek yetmezliği	12	3,9
	Kalp Yetmezliği	28	9,2
	KOAH	6	2,0
	Diyabet	36	11,8
	Diğer	12	3,9
Daha önce hastaneye yatma durumu	Hayır	2	0,6
	Evet	306	99,4
Daha önce hastaneye yatış sayısı	(Ort± SS)	3,22±1,86	DA=1-9
Daha önce hastaneye yatış nedeni*	Onkolojik cerrahi	75	24,4
	Kemoterapi	71	23,2
	SVO	40	13,0
	Anemi	15	4,9
	Enfeksiyon	12	3,9
	Nöbet	9	2,9
	Genel durum bozukluğu	15	4,9
	Ağrı	15	4,9
	Kendi kendine beslenememe	129	41,9
Diğer	9	2,9	
Sigara	Kullanmıyor	262	85,6
	Kullanıyor	21	6,9
	Bırakmış	23	7,5
Alkol	Kullanmıyor	299	97,7
	Kullanıyor	7	2,3

*Birden fazla seçeneği işaretleyebilir

Hastaların %93,2'sinde kanser tanısı olduğu görülmektedir. Hastaların %99,4'ünün daha önce hastaneye yatmıştır ve daha önce hastaneye yatış sayısı ortalama 3,22±1,86'dır. Hastaların %41,9'u kendi kendine beslenememe nedeniyle daha önce hastaneye yatmıştır. Hastaların %6,9'u sigara kullanırken, tamamının alkol kullanmadığı görülmektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların palyatif bakıma yatışına ve beslenme durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı (n = 308).

Değişken adı		n	%
Daha önce palyatif bakımda yatma durumu	Hayır	299	97,1
	Evet	9	2,9
Palyatif bakımda yatış sayısı	1,00	7	77,8
	2,00	2	22,2
Palyatif bakımda yatış sayısı	(Ort± SS)	1,22±0,44	DA=1-2
Palyatif bakıma geldiği yer	Ev	281	91,2
	Yoğun Bakım	15	4,9
	Acil	6	1,9
	Bakım Evi	6	1,9
Palyatif bakıma geliş şekli	Yürüyerek	35	11,4
	Tekerlekli Sandalye	223	72,4
	Sedye	50	16,2
Palyatif bakıma yatış nedeni	Serebrovasküler olay	35	11,4
	Alzheimer	22	7,1
	Demans	4	1,3
	Halsizlik	217	70,5
	Ağrı	177	57,5
	Yetersiz beslenme	308	100,0
	İştahsızlık	122	39,6
	Kilo kaybı	195	63,3
	Bulantı	45	14,6
	Kusma	122	39,6
	Kendi kendine beslenememe	138	44,8
	NRS 2002	3 Puanın Altında	41
3 Puanın Üzerinde		267	86,7
Hastanın kilosu	(Ort± SS)	70,11±10,56	DA=44-99
Beslenme şekli	Parenteral	100	32,5
	PEG	34	11,0
	NG	128	41,6
	Oral	46	14,9

Hastaların %2,9'u daha önce palyatif bakıma yatmıştır. Hastaların %91,2'i palyatif bakıma bu yatışında evden ve %72,4'ü tekerlekli sandalyede gelmiştir. Hastaların %100'ü yetersiz beslenme, %70,5'i halsizlik ve %63,3'ü kilo kaybı nedeniyle palyatif bakıma yatırılmıştır. Hastaların %86,7'sinin NRS 2002 skoru 3 puanın üzerinde olup, hastanın kilosu ortalama $70,11 \pm 10,56$ 'dır. Hastaların %41,6'sı nazogastrik sonda ile beslenmektedir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastaların yorgunluk ve yaşam kalitesi düzeylerinin dağılımı (n = 308).

Değişken adı		Ort± SS	DA
Yorgunluk Şiddeti Ölçeği		45,33±5,26	30,00-82,00
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fiziksel fonksiyon	11,63±8,66	0,00-40,00
	Fiziksel rol	5,76±12,65	0,00-75,00
	Ağrı	35,12±24,72	0,00-90,00
	Genel sağlık algısı	36,70±11,79	0,00-70,00
	Zindelik	37,87±13,70	5,00-80,00
	Sosyal fonksiyon	43,38±21,67	0,00-100,00
	Mental rol	20,23±22,94	0,00-100,00
	Mental sağlık	37,90±9,05	12,13-61,79
	Fiziksel sağlık	22,30±6,96	6,25-41,25
	Yaşam kalitesi toplam		30,10±5,60

Hastaların yorgunluk şiddeti düzeyi ortalamasının $45,33 \pm 5,26$; yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından en düşük puanın fiziksel rol ($5,76 \pm 12,65$), en yüksek puanın sosyal fonksiyon ($43,38 \pm 21,67$) alt boyutlarından alındığı; fiziksel sağlık boyutunun $22,30 \pm 6,96$, mental boyutunun $37,90 \pm 9,05$ ve yaşam kalitesi toplam puanının $30,10 \pm 5,60$ olduğu saptandı (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin yorgunluk düzeyine etkisi (n = 308).

Değişken adı		Ort ±SS	Anlamlılık
Yaş	(Ort± SS)		Rho=-0,017 p=0,761
Cinsiyet	Erkek	154,17	U=11786,500 Z=-0,069 p=0,945
	Kadın	154,86	
Medeni durum	Bekar	173,83	U=6499,500 Z=-1,936 p=0,053
	Evli	149,53	
Çocuk sayısı	(Ort± SS)		Rho=,002 p=0,976
Eğitim durumu	Okur- yazar değil	165,03	KW=2,556 p=0,768
	Okur- yazar	147,39	
	İlkokul mezunu	163,72	
	Ortaokul mezunu	147,96	
	Lise mezunu	147,24	
	Üniversite mezunu	164,39	
Meslek	Emekli	154,11	KW=0,309 p=0,857
	Ev hanımı	153,18	
	Diğer	164,28	
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	150,11	KW=0,251 p=0,882
	Gelir gidere denk	154,23	
	Gelir giderden çok	169,44	

KW: Kruskal Wallis testi, U: Man-Whitney U testi, Rho: Spearman korelasyon testi

Hastaların sosyodemografik özellikleri yorgunluk düzeyini etkilememektedir (p>0,05) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Hastaların sağlık durumuna ilişkin özelliklerinin yorgunluk düzeyine etkisi (n = 308).

Değişken adı		Ort ±SS	Anlamlılık
Daha önce hastaneye yatış sayısı	(Ort± SS)		Rho=-0,145* p=0,011
Sigara	Kullanmıyor	157,34	KW=1,875 p=0,392
	Kullanıyor	140,48	
	Bırakmış	135,43	
Alkol	Kullanmıyor	155,15	U=857,000 Z=-0,845 p=0,398
	Bırakmış	126,43	

KW: Kruskal Wallis testi, U: Man-Whitney U testi, Rho: Spearman korelasyon testi

Hastaların daha önce hastaneye yatış sayısı ile yorgunluk düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Hastaların palyatif bakıma yatış ve beslenme durumuna ilişkin özelliklerinin yorgunluk düzeyine etkisi (n = 308).

Değişken adı		Sıra Ortalaması	Anlamlılık
Daha önce palyatif bakımda yatma durumu	Hayır	155,36	U=1089,000
	Evet	126,00	Z=-0,976 p=0,329
Palyatif bakıma geldiği yer	Ev	154,23	KW=0,447
	Yoğun Bakım	160,47	p=0,930
	Acil	169,00	
	Bakım Evi	137,58	
Palyatif bakıma geliş şekli	Yürüyerek	183,36	KW=4,192
	Tekerlekli Sandalye	151,23	p=0,123
	Sedye	148,89	
NRS 2002	3 Puanın Altında	154,05	U=5455,000
	3 Puanın Üzerinde	154,57	Z=-0,035 p=0,972
Hastanın kilosu	(Ort± SS)		Rho=0,030 p=0,603
Beslenme şekli	Parenteral	156,24	KW=6,028
	PEG	159,26	p=0,110
	NG	142,84	
	Oral	179,66	

KW: Kruskal Wallis testi, U: Man-Whitney U testi, Rho: Spearman korelasyon testi

Hastaların palyatif bakıma yatışına ve beslenme durumuna ilişkin özelliklerinin yorgunluk düzeyini etkilemediği görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin yaşam kalitesine etkisi (n = 308).

Değişken adı			Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol	Ağrı	Genel sağlık algısı	Zindelik	Sosyal fonksiyon	Mental rol	Mental Sağlık	Fiziksel Sağlık	Yaşam Kalitesi Toplam
Yaş	(Ort± SS)	Rho	0,061	-0,062	-0,004	0,063	0,063	0,011	0,041	0,036	0,034	0,060
		p	0,285	0,281	0,951	0,270	0,271	0,843	0,472	0,524	0,549	0,294
Cinsiyet	Erkek Kadın	U	11334,000	11330,000	11187,000	11408,000	11796,500	11087,500	11830,500	10761,500	11632,500	11149,500
		Z	-0,659	-0,949	-0,844	-0,558	-0,056	-0,979	-0,014	-1,381	-0,266	-0,884
		p	0,510	0,343	0,399	0,577	0,955	0,328	0,989	0,167	0,790	0,377
Medeni durum	Bekar Evli	U	6075,500	7582,000	6825,500	7530,500	7521,000	7492,000	6798,000	7300,500	7582,500	7273,500
		Z	-2,647	-0,312	-1,428	-0,299	-0,314	-0,363	-1,620	-0,661	-0,214	-0,704
		p	0,008	0,755	0,153	0,765	0,754	0,716	0,105	0,508	0,830	0,481
Çocuk sayısı	(Ort± SS)	Rho	-0,126*	-0,055	0,055	-0,013	0,030	-0,071	0,118*	-0,003	0,003	-0,002
		p	0,027	0,340	0,335	0,824	0,599	0,215	0,038	0,952	0,954	0,969
Eğitim durumu	Okur- yazar değil Okur- yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	KW										
		p	5,685	2,927	2,251	2,467	6,500	4,912	3,117	3,074	7,063	5,416
			0,338	0,711	0,813	0,781	0,261	0,427	0,682	0,689	0,216	0,367
Meslek	Emekli Ev hanımı Diğer	KW	1,524	0,743	2,699	2,308	2,743	0,391	0,068	1,385	0,352	0,617
		p	0,467	0,690	0,259	0,315	0,254	0,823	0,967	0,500	0,839	0,734
Ekonomik Durum	Gelir giderden az Gelir gidere denk Gelir giderden çok	KW	1,826	2,457	0,712	3,081	2,858	0,455	3,597	3,835	4,879	7,805
		p	0,401	0,293	0,700	0,214	0,240	0,796	0,166	0,147	0,087	0,020

KW: Kruskal Wallis testi, U: Man-Whitney U testi, Rho: Spearman korelasyon testi

Hastaların sosyodemografik özelliklerinden medeni durumun yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon; çocuk sayısının fiziksel fonksiyon ve mental rol alt boyutlarını; ekonomik durumun yaşam kalitesi ölçeği toplam puanını etkilediği saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Hastaların sağlık durumuna ilişkin özelliklerinin yaşam kalitesine etkisi (n = 308).

Değişken adı			Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol	Ağrı	Genel sağlık algısı	Zindelik	Sosyal fonksiyon	Mental rol	Mental Sağlık	Fiziksel Sağlık	Yaşam Kalitesi Toplam
Daha önce hastaneye yatış sayısı	(Ort± SS)	Rho	-0,093	0,011	0,022	-0,160	0,105	-0,099	-0,065	-0,037	-0,079	-0,079
		p	0,102	0,843	0,697	0,005	0,066	0,084	0,257	0,522	0,168	0,167
Sigara	Kullanmıyor	KW	0,193	1,746	2,811	6,991	1,270	0,312	2,085	2,438	8,308	4,934
	Kullanıyor		0,908	0,418	0,245	0,030	0,530	0,855	0,353	0,296	0,016	0,085
	Bırakmış	p										
Alkol	Kullanmıyor	U	1012,000	843,500	834,000	803,500	698,500	972,500	886,000	656,500	658,500	1016,500
	Bırakmış	Z	-0,181	-1,310	-0,951	-1,082	-1,534	-0,353	-0,799	-1,704	-1,698	-0,159
		p		0,856	0,190	0,342	0,279	0,125	0,724	0,425	0,088	0,089

KW: Kruskal Wallis testi, U: Man-Whitney U testi, Rho: Spearman korelasyon testi

Hastaların sağlık durumuna ilişkin özelliklerden daha önce hastaneye yatış sayısının yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından genel sağlık algısını; sigaranın genel sağlık algısı ve fiziksel sağlık boyutu puanını etkilediği saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Hastaların palyatif bakıma yatış ve beslenme durumuna ilişkin özelliklerinin yaşam kalitesine etkisi (n = 308).

Değişken adı			Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol	Ağrı	Genel sağlık algısı	Zindelik	Sosyal fonksiyon	Mental rol	Mental Sağlık	Fiziksel Sağlık	Yaşam Kalitesi Toplam
Daha önce palyatif bakımda yatma durumu	Hayır	Rho	1221,500	1317,500	1100,500	1110,500	1250,500	908,000	1222,000	982,000	1118,000	1247,500
	Evet	p	-0,479	-0,155	-0,939	-0,900	-0,363	-1,688	-0,521	-1,381	-0,866	-0,372
			0,632	0,877	0,348	0,368	0,716	0,091	0,602	0,167	0,387	0,710
Palyatif bakıma geldiği yer	Ev	KW	6,253	14,130	0,934	0,951	1,974	5,053	3,203	2,921	5,257	11,251
	Yoğun Bakım Acil Bakım Evi	p	0,100	0,003	0,817	0,813	0,578	0,168	0,361	0,404	0,154	0,010
Palyatif bakıma geliş şekli	Yürüyerek	KW	0,125	4,784	0,112	1,224	1,641	1,194	1,330	0,003	1,231	0,665
	Tekerlekli Sandalye Sedyeye	p	0,939	0,091	0,945	0,542	0,440	0,551	0,514	0,999	0,540	0,717
NRS 2002	3 Puanın Altında	U	4707,000	5350,500	5366,000	5035,500	5079,000	5117,000	5399,000	5204,000	5344,000	5224,000
	3 Puanın Üzerinde	Z	-1,467	-0,337	-0,204	-0,832	-0,748	-0,682	-0,156	-0,508	-0,244	-0,470
		p	0,142	0,736	0,838	0,405	0,455	0,495	0,876	0,612	0,807	0,638
Hastanın kilosu	(Ort± SS)	Rho	0,059	-0,088	0,058	-0,063	-0,018	-0,022	0,011	-0,021	-0,018	-0,041
		p	0,304	0,122	0,308	0,273	0,759	0,701	0,854	0,719	0,758	0,477
Beslenme şekli	Parenteral	KW	22,538	4,758	34,412	5,833	5,271	24,348	2,521	7,256	23,752	1,862
	PEG	p	0,000	0,190	0,000	0,120	0,153	0,000	0,472	0,064	0,000	0,602
	NG											
	Oral											

KW: Kruskal Wallis testi, U: Man-Whitney U testi, Rho: Spearman korelasyon testi

Hastaların palyatif bakıma yatışına ve beslenme durumuna ilişkin özelliklerinden palyatif bakıma geldiği yerin yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel rol ve toplam yaşam kalitesi; beslenme şeklinin fiziksel fonksiyon, ağrı, sosyal fonksiyon ve fiziksel sağlık boyutu puanını etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Hastaların yorgunluk şiddeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkisi (n = 308).

Değişken adı	Yorgunluk Şiddeti	
	Rho	p
Fiziksel fonksiyon	-0,158**	0,006
Fiziksel rol	-0,027	0,632
Ağrı	-0,079	0,168
Genel sağlık algısı	-0,065	0,255
Zindelik	-0,016	0,779
Sosyal fonksiyon	-0,148**	0,009
Mental rol	-0,177**	0,002
Mental Sağlık	-0,193**	0,001
Fiziksel Sağlık	-0,02	0,725
Yaşam Kalitesi Toplam	-0,153**	0,007

Rho: Spearman korelasyon testi

Hastalarda yorgunluk şiddeti ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, mental rol, mental sağlık alt boyutları ve yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 4.11).

5. TARTIŞMA

Palyatif bakım, hastanın beslenmesini sürdürme, günlük yaşam aktivitelerini destekleme ve semptom kontrolünü sağlama yaklaşımları aracılığı ile yaşam kalitesini optimize etmeyi amaçlar (Ernecoff ve ark., 2020; WHO, 2015). Bu bölümde, palyatif bakım hastalarında yetersiz beslenmenin yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmaktadır.

Hastaların %2,9'unun daha önce palyatif bakıma yattığı belirlendi. Davis ve arkadaşları tarafından palyatif bakım hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %55,5'inin daha önce de palyatif bakımda tedavi gördüğü belirlenmiştir (Davis ve ark., 2022). Yapılan çalışmalarda palyatif bakım hastalarının semptom sayı ve şiddetindeki artışlar nedeniyle genellikle ilk 30 gün içerisinde yeniden hastaneye yatışının yapıldığı görülmektedir (Davis ve ark., 2022; Mercadante ve ark., 2017; Min ve ark., 2022). Hui ve arkadaşlarının 200 ileri düzey kanser hastaları üzerinde yaptıkları bir araştırmada hastaların %27'sinin tanı koyulduktan sonraki ilk 3 ay içerisinde palyatif bakıma yatışının yapıldığı, %32'sinin ise birden fazla kez palyatif bakıma yatışının yapıldığı saptanmıştır (Hui ve ark., 2020). Davis ve ark. tarafından 696 palyatif bakım hastası üzerinde yapılan bir çalışmada ilk 30 gün içerisinde yeniden yatış oranının % 14,8 olduğu belirlenmiştir (Davis ve ark., 2022). Min ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hastaneye başvuran palyatif bakım hastalarında son 30 gün içerisinde hastaneye yatış oranının %18,2, yaşlı bireylerde ise %17,6 olduğu belirlenmiştir (Min ve ark., 2022). Mercadante ve arkadaşlarının çalışmasında palyatif bakım ünitesine yatırılan hastalar arasında tekrarlı yatış oranının %25,2 ve bunların %46,8'inin taburcu olduktan sonraki ilk 30 gün içerisinde olduğu saptanmıştır (Mercadante ve ark., 2017). Taburcu edilen palyatif bakım hastalarının yaklaşık %25'inin semptom yükündeki artışlar nedeniyle hastaneye tekrar yatış yapması beklenmektedir (Mercadante ve ark., 2017). Çalışma sonuçlarımız palyatif bakım

hastaları arasında tekrarlı yatışların olabileceğini göstermesi açısından literatürü destekler niteliktedir.

Hastaların %91,2'sinin bu yatışında palyatif bakıma evden geldiği belirlendi. Yaşlı nüfus ve kronik hastalıkların prevalansındaki artışla birlikte palyatif bakım ihtiyacı olan hasta sayısı da giderek artmaktadır (Miniksar ve Aydın, 2020; Yürüyen ve ark., 2018). Palyatif bakım üniteleri sınırlı sayıda olduğu için, hastalar çoğunlukla eve (%37,5-%72,9) taburcu edilmektedir (Kaya, 2022; Miniksar ve Aydın, 2020; Turgut ve ark., 2023;). Bu durum tekrarlı yatışlarda palyatif bakım hastalarının kabulünde evden gelenlerin oranının diğer yerlerden gelenlere göre yüksek olmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda palyatif bakıma kabul edilen hastalar arasında evden gelenlerin oranının %15 ile %37,4 arasında değiştiği görülmektedir (Kaya, 2022; Miniksar ve Aydın, 2020; Turgut ve ark., 2023; Yürüyen ve ark., 2018). Çalışma sonuçlarımız palyatif bakıma yatışların çoğunlukla evden olması açısından yapılan literatürle benzerlik gösterirken, oransal olarak diğer çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. Bu farklılığın yapılan çalışmalarda örneklem grubundaki tekrarlı yatışların oranının ve palyatif bakım merkezinin hasta kapasitesinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların %72,4'ünün bu yatışında palyatif bakıma tekerlekli sandalye ile geldiği belirlendi. Palyatif bakım hastalarının büyük çoğunluğu tam bağımlı (%45-%75) ya da yarı (%15,3-%55) bağımlıdır (Yürüyen ve ark., 2018; Saygılı ve Çevik, 2020). Bu durum, hastaların mobilizasyonunda ve transportunda tekerlekli sandalye gibi yardımcı araç-gereç kullanımını arttırmaktadır. Çalışma bulgularımız literatürü destekler niteliktedir.

Hastaların %100'ünün yetersiz beslenme, %70,5'i halsizlik ve %63,3'ü kilo kaybı nedeniyle palyatif bakıma yatırıldığı saptandı. Efendioğlu ve arkadaşlarının 136 palyatif bakım hastası üzerinde yapmış olduğu araştırmada hastaların %39,7'sinde malnütrisyon olduğu; %47,1'inin ise malnütrisyon riski altında olduğu belirlenmiştir (Efendioğlu ve ark., 2022). Çınar ve ark. tarafından 108 palyatif bakım hastası üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %57,4'nde malnütrisyon ve %27,8'inde malnütrisyon riski olduğu saptanmıştır (Çınar ve ark., 2017). Schölvinck ve arkadaşlarının hematolojik kanserli hastalarda yaptığı bir çalışmada ise hastaların %20,4'ünde halsizlik olduğu saptanmıştır (Schölvinck ve ark., 2019). Hindistan'da

palyatif bakım hizmeti alan 100 hastada yapılan bir çalışmada, 18 semptom arasında %82 ile yorgunluk ilk sırada yer almıştır (Asthana ve ark., 2019). Yine palyatif bakım merkezlerinde yatmakta olan kanser hastaları üzerinde yapılan çalışmaların metaanalizinde edinilen sonuçlara göre; hastalardaki yorgunluk düzeylerinin %49 ile %52 arasında olduğu bildirilmiştir (Klasson ve ark., 2021). Avustralya’da 116.000’den fazla kişiden rutin olarak toplanan veriler üzerinde yapılan ülke çapındaki bir çalışmada kanser hastalarının %80’i yaşamlarının son 60 gününde yorgunluk bildirmiş ve %50’si yorgunluk seviyesini orta veya şiddetli olarak değerlendirmiştir (Ingham ve ark., 2021). Cunha ve ark. (2018) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada palyatif bakımdaki kanser hastalarının %83’ünde yetersiz beslenme olduğu bildirilmiştir (Cunha ve ark., 2018). Sampson ve arkadaşlarının 2018 yılında Londra’da Demans tanılı 85 hastayla yaptıkları prospektif kohord çalışmasında hastaların %34’ünün bir önceki aya kıyasla kilo kaybı yaşadıklarını bildirmiştir (Sampson ve ark., 2018). Palyatif bakım hastalarında dispne ve ağrıdan sonra en sık karşılaşılan semptomlar, yetersiz beslenme, kilo kaybı ve halsizlik/yorgunluktur (Bittencourt ve ark., 2021; Ernecoff ve ark., 2020). Palyatif bakım hastalarında yutma güçlüğü ve iştahsızlık vb. semptomların varlığı, hastalığın doğası (kanser vb.), bakım vericinin yutma güçlüğü, besin içeriğinin hazırlanması, besin yoğunluğunun ayarlanması gibi konulardaki bilgi eksikliği ve hastaya zarar verme korkusu, ekonomik sorunlar vb. nedenlerle besine ulaşamama gibi durumlara bağlı olarak beslenme yetersizliği sık görülmektedir (Bomze ve ark., 2021; Cunha ve ark., 2018; De Sire ve ark., 2022; Duman ve Özdelikara, 2022; Polat ve Atamer, 2020). Çalışma sonuçlarımız, palyatif bakım hastalarında en sık görülen semptomlar açısından literatürü destekler niteliktedir.

NRS 2002’ye göre hastaların %86,7’sinde (NRS 2002 skorunun 3 puanın üzerinde) ve hastaların kilo ortalamasının $70,11 \pm 10,56$ olduğu saptandı. Beslenme yetersizliği, palyatif bakım ünitelerine yatışın en önemli endikasyonlarından biridir (Dinçer ve ark., 2016; Kaya, 2022; Miniksar ve Aydın, 2020; Yürüyen ve ark., 2018). Palyatif bakıma beslenme yetersizliği tanısı ile yatırılan hasta oranı %24,6 ile %58,3 arasında değişmektedir (Çınar ve ark., 2017; Dinçer ve ark., 2016; Efendioglu ve ark., 2022; Kaya, 2022; Miniksar ve Aydın, 2020). Çakmak tarafından palyatif bakım merkezinde yapılan bir çalışmada palyatif bakıma yatış sırasında elde edilen NRS-

2002 puan ortalaması 5, palyatif bakımdan taburculuk esnasında elde edilen NRS-2002 puanları ise 3 olarak bildirilmiştir (Çakmak, 2024). Palyatif bakımda hastaya yatış süresince uygulanan enteral ve paranteral beslenme desteği ve hastaya uygun diyet içeriğinin ayarlanması hastanın beslenme sorunlarının beslenme sorunlarının giderilmesini sağlamaktadır (Yazici ve Ünal, 2020 ; Çakmak, 2024). Palyatif bakım hastalarında görülen beslenme yetersizliği; mide, barsak, pankreas veya larenks kanserinin sindirim sistemi üzerinde yarattığı olumsuz etkilere, dispne ve ağrı gibi semptomların varlığı, Alzheimer ya da Demans tanılı hastaların günlük alması gereken besini almayı aksatmaları; bakım verenlerin hastanın mevcut beslenme yöntemi konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaması ve hastaya zarar verme endişesi yaşaması sonucu hastayı beslenmeyi aksatması gibi nedenlere bağlı olarak meydana gelmektedir (Arifin ve ark., 2024; Beirer, 2021). Çalışma bulgularımız palyatif bakım hastalarında beslenme yetersizliğinin sık görülen bir durum olması açısından literatürü desteklerken, beslenme yetersizliği görülme sıklığının farklılık göstermektedir. Bu durumun çalışmaya dahil edilen hastaların tıbbi tanı ve hastalık evrelerindeki farklılığın yanı sıra palyatif bakım ünitelerinin kapasitesindeki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların %41,6'sının nazogastrik sonda ile beslendiği belirlendi. Palyatif bakımda, oral alımı olmayan ya da beslenme yetersizliği saptanan hastalarda yeterli beslenmeyi sağlamak ve sürdürmek amacıyla enteral veya paranteral beslenme uygulanmaktadır (Bozzetti, 2020; Farrer and Teubner, 2023; Kokura ve ark., 2020). Enteral beslenme, beslenme fizyolojisine en yakın uygulama olması, mukozal atrofiyi azaltması, bağırsak fonksiyonlarının sürdürülmesini ve bağışıklık sistemini desteklemesi nedeniyle öncelikli tercihtir (Doley, 2022; Kokura ve ark., 2020; Sánchez-Sánchez ve ark., 2021; Schörghuber and Fruhwald, 2018; Zhang ve ark., 2019). Ankara'daki bir palyatif bakım servisinde yapılan çalışmada hastaların %13,21'inin total paranteral nütrisyon ile, %32,05'inin nazogastrik tüple ve %51,6'sının ise oral yolla beslendiği bildirilmiştir (Çakmak, 2024). Çalışma sonuçlarımız, palyatif bakım hastalarında beslenmenin sürdürülmesinde paranteral beslenme yerine enteral beslenmenin daha fazla uygulandığını göstermesi açısından literatürü destekler niteliktedir.

Hastalarda yorgunluk şiddetinin orta seviyede olduğu belirlendi (45,33±5,26). Palyatif bakım hastalarında yorgunluk sık görülen bir semptomdur (Ingham ve ark., 2021). Palyatif bakım servisinde yatan hastalar üzerine yapılan çalışmalarda yorgunluk sıklığının %49 ile %83 arasında değiştiği saptanmıştır (Al Maqbbali ve ark., 2021; Alzhrani ve ark., 2023; Bower ve ark., 2014; Koornstra ve ark., 2014; Ma ve ark., 2020). Ingham ve arkadaşlarının palyatif bakım hastaları üzerinde yaptıkları bir çalışmada yorgunluk %80 oranda en sık rastlanan semptom olarak bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada; yaşamlarının son iki ayında olan kanser veya kalp yetmezliği hastalarında yorgunluk düzeylerinin benzer ve diğer hasta gruplarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Ingham ve ark., 2021). Çalışma sonuçlarımız palyatif bakım hastalarında yorgunluğun sık görülen bir semptom olması açısından literatürü desteklerken, yorgunluk şiddetinin farklılık göstermektedir. Bu durumun, hastada var olan hastalıkların ve hastalık evresinin farklılığı ile hastalığın metabolik süreçlere etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların yaşam kalitesi puanının düşük olduğu belirlendi (30,10±5,60); mental alt boyut puanı (37,90±9,05) fiziksel alt boyut puanına (22,30±6,96) göre daha yüksektir. Younis ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada palyatif bakım alan hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır (Younis ve ark., 2021). McCaffrey ve ark tarafından yapılan bir çalışmada palyatif bakım alan hastaların yaşam kalitesinin sağlıklı popülasyona göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (McCaffrey ve ark., 2024). Palyatif bakımın temel amaçlarından biri hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir (King ve ark., 2020; McCaffrey ve ark., 2024). Bugüne kadar yapılan çalışmalar da palyatif bakımın hastaların yaşam kalitesini iyileştirdiğini göstermektedir (Gautama ve ark., 2023; Vanbutsele ve ark., 2020; Zhuang ve ark., 2018). Palyatif bakım hastaları genelde hastalığın ileri ya da son evresinde olduklarından doku ve organ sistem fonksiyonlarında bozulma, fiziksel kısıtlılığa bağlı gelişen durumlar ve metabolik değişiklikler sonucu fiziksel sağlık olumsuz yönde etkilenmektedir (Balkaya 2024; Yaşar ve Akın; 2023). Bununla birlikte, hastalarda aile desteğinin yeterliliği, bakım vericilerin ve sağlık personelinin terapötik iletişimi ve destekleyici yaklaşımı hastaların psikolojik sağlığını etkilemekte, hastaların kendilerini psikolojik olarak güçlü ve iyi hissetmelerine neden olmaktadır (Dakessian ve ark., 2021; Schoenherr ve ark., 2020). Çınar ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada palyatif bakım hastalarında malnütrisyondan yaşam kalitesini olumsuz

yönde etkilediği; yaşam kalitesinin malnütrisyonlu ya da malnütrisyon riski olan hastalarda beslenme durumu iyi olan hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Çınar ve ark., 2017). Çalışmamızda hastaların tamamında beslenme yetersizliği olduğu göz önünde bulundurulduğunda, çalışma sonuçlarımız palyatif bakım hastalarında yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermesi açısından literatürü destekler niteliktedir.

Hastaların sosyodemografik özelliklerinin yorgunluk düzeyini etkilemediği saptandı ($p>0,05$). Yapılan bir çalışmada sosyodemografik özelliklerden dil, kültür, ırk farklılığının yorgunluk üzerinde etkisi olduğunu bildirilmiştir (Dhingra ve ark., 2018; Freire ve ark., 2018). Sosyo-ekonomik ve kültürel yapı, aile ve evre desteği gibi sosyal destek sistemlerinin varlığını ve yaygın kullanımı, sosyal destek ve yardımlardan yararlanma durumunu, yaşam tarzını ve beslenme alışkanlıklarını etkilemektedir. Bu durum toplumda hasta bireyin bakımına ve beslenmesine yansımaktadır. Çalışma sonuçlarımız literatürden farklılık göstermektedir. Bu durumun örneklem büyüklüğü ile çalışmaların yapıldığı yerin sosyo-ekonomik ve kültürel yapısındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların daha önce hastaneye yatış sayısı ile yorgunluk düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu; yatış sayısı arttıkça yorgunluk şiddetinin de arttığı saptandı ($p<0,05$). Hui ve ark. (2015) tarafından palyatif bakım hastaları üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada hastaneye yatış sayısı ve yatış günü sayısı ile yorgunluk arasında ilişki olduğu; hastaneye yatış sayısı ile yorgunluk düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (Hui ve ark., 2015). Hastaneye yatış sayısındaki artış, hastaların genel durumlarının kötüleşmesi ve/veya komplikasyon gelişmesi gibi durumlara bağlı olarak görülmektedir. Bu durum, yorgunluğa neden olabilecek metabolik ve hormonal değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Çalışma sonuçlarımız literatürü destekler niteliktedir.

Hastaların palyatif bakıma yatış ve beslenme durumuna ilişkin özelliklerinin yorgunluk düzeyini etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Bugüne kadar yapılan çalışmalarda yorgunluk düzeyi ile beslenme durumu arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Ester ve ark., 2021; Mücke ve ark., 2016); beden kütle indeksi ve bel çevresindeki artışına bağlı olarak yorgunluk düzeyi de artmaktadır (Mücke ve ark., 2016). Palyatif bakımda takipli kanserli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada,

hastalara beslenme danışmanlığı yapılmış ve hastalar 12 haftalık bir takibe alınmıştır. Oniki haftanın sonunda elde edilen sonuçlarda hastaların yorgunluk seviyelerinin azaldığı bildirilmiştir (Ester ve ark., 2021). Çalışmamızın aksine daha önce yapılan çalışmalarda beslenme durumuyla yorgunluk düzeyi arasında ilişki olduğu görülmektedir. Bu durumun, örnekleme dahil edilen hastaların tanıları, hastalığın evresi, palyatif bakımda yatış süresi, beslenme yolu, enteral veya paranteral beslenme süresi, besin içeriği, beslenme durumun yatışının kaçınıcı gününde değerlendirildiği gibi faktörlerin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların sosyodemografik özelliklerinden medeni durumun ve çocuk sayısının yaşam kalitesini etkilediği; bekar olanlarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Çocuk sayısı arttıkça yaşam kalitesinin mental açıdan; çocuk sayısı azaldıkça fiziksel açıdan arttığı belirlendi. Endonezya'da yaşlı bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, medeni durumun yaşlı bireyler üzerinde yaşam kalitesine pozitif etki ettiği sonucuna varılmıştır (Gondodiputro ve ark., 2018). Albers ve ark. (2010) tarafından hazırlanan derlemede, yaşam kalitesi üzerinde etkili olan faktörlerin başında medeni durumun yer aldığı; evli olan bireylerde eşlerden alınan desteğin yaşam kalitesinin artmasında oldukça etkili olduğu vurgulanmıştır. Yine aynı çalışmada çocuk sahibi olma durumu ile çocuk sayısının da palyatif bakım hastalarında yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu, çocuk sayısındaki artışa bağlı olarak palyatif bakım hastalarının yaşam kalitelerinin de arttığı, özellikle mental rollerinde önemli iyileşmeler olduğu bildirilmiştir (Albers ve ark., 2010). Çalışma sonuçlarımız medeni durum ve çocuk sayısının yaşam kalitesini etkilemesi açısından literatürü destekler niteliktedir.

Hastaların sosyodemografik özelliklerinden ekonomik durumun yaşam kalitesini etkilediği; geliri giderinden fazla olanlarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Leung ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastaların ve bakım veren aile üyelerinin ekonomik durumlarının hastanın yaşam kalitesi üzerine zayıf yönde pozitif bir etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Leung ve ark., 2020). Ekonomik durum, bireylerin yaşamında beslenme, giyim, barınma, eğitim, sosyalleşme gibi çok sayıda bileşeni etkileyen bir faktördür (Khanal, 2023; Kikstra ve ark., 2021; Negru-Subtirica ve ark., 2021). Çalışma sonuçlarımız gelir durumunun yaşam kalitesini etkilemesi açısından literatürü destekler niteliktedir.

Hastaların daha önce hastaneye yatış sayısının yaşam kalitesini etkilediği; genel sağlık algısı kötüleştikçe hastaneye yatış sayısının arttığı saptandı ($p<0,05$). Palyatif bakım hastalarında hastaneye başvuru genellikle hastanın genel durumunu etkileyen faktörlerin ortaya çıkması durumunda gerçekleşmektedir (Henson ve ark., 2020). Quinn ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düşük semptom yükünün düşük hastane yatışıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Quinn ve ark., 2020). Genel durumun bozulması hastaların kendi sağlık durumlarını olumsuz algılamalarına neden olmaktadır (Scherrens ve ark., 2020). Jocham ve ark. (2006) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hastaneye yatış sayısı ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Çalışmada ilk kez hastaneye yatanlarda yaşam kalitesinin çoklu yatışı olan hastalara kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Jocham ve ark., 2006). Kronik kalp yetmezliği tanılı, palyatif bakım palyatif bakım eğitiminin semptom yönetimi, tekrar hastaneye yatış ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırıldığı bir metaanalizde; hastaların yaşam kalitesi ve semptom yönetiminin desteklenmesi durumunda palyatif bakım alan kronik kalp yetmezliği hastalarında tekrar hastaneye yatış oranlarının azalacağını düşünüldüğünü bildirilmiştir (Çamcı ve Oğuz, 2023). Çalışma sonuçlarımız literatürü destekler niteliktedir. Hastaneye yatış sayısı arttıkça yaşam kalitesinin azalmasının hastanın tekrarlı yatışlarının komplikasyon gelişimi, genel durumun kötüleşmesi, hastalık semptomlarının şiddetlenmesi gibi nedenlere bağlı olmasından ve bu durumun hastanın fiziksel ve mental sağlık algısını olumsuz yönde etkilemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların sağlık durumuna ilişkin özelliklerinden sigaranın yaşam kalitesini etkilediği; yaşam kalitesinin sigara kullanmayanlarda sigara kullananlara göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada kanser tanısı aldıktan sonra sigara içmek düşük yaşam kalitesiyle ilişkilendirilmiştir (Derksen ve ark., 2020; Jassem, 2019). Yine kanserli hastalar üzerinde yapılan bir başka araştırmaya göre sigara kullanan kanserli hastalarda kanser tanısı konulduktan sonra sigara içmeyen veya az miktarda sigara tüketen hastalarda yüksek miktarda sigara tüketen hastalara göre daha yaşam kalitesinin daha iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir (Gu ve ark., 2018). Sigara başta solunum ve kardiyovasküler sistem olmak üzere vücuttaki sistemleri ve bireyin sağlık algısını direkt ya da dolaylı olarak olumsuz yönde etkilemektedir (Akdeniz, 2019; Afolalu ve ark, 2021; Van der Rijst ve Garfield, 2023). Çalışma sonuçlarımız literatürü destekler niteliktedir.

Hastaların palyatif bakıma geldiği yerin yaşam kalitesini etkilediği ($p<0,05$); acil servisten ve bakım evinden gelenlerde yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan bir çalışmada, acil servise başvurudan itibaren palyatif bakım hizmetlerinin başlatılmasının hastaların yaşam kalitesini iyileştirdiği gösterilmiştir (Siegel ve Bigelow, 2018). Acil servis ya da başka bir palyatif bakım ünitesinden gelen hastalarda yaşam kalitesinin evden gelenlere göre yüksek olmasının hastaların profesyonel bir sağlık bakım hizmeti almasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların beslenme şeklinin yaşam kalitesini etkilediği ($p<0,05$); PEG ile beslenenlerde yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptandı. Nunes tarafından yapılan çalışmada, PEG ve jejunestomi yoluyla beslenmenin yaşam kalitesini iyileştirdiği saptanmıştır (Nunes ve ark., 2020). Yazıcı ve Ünal'ın yapmış olduğu çalışmada da hastalara enteral ve paranteral yolla uygun beslenme desteği sağlanmasının beslenme sorunları azalttığı ve yaşam kalitesinde olumlu sonuçlar gözlemlendiği bildirilmiştir (Yazıcı ve Ünal, 2020). Aramaki ve arkadaşlarının palyatif bakım biriminde yatmakta olan terminal dönem maligniteli hastalar üzerinde yaptığı randomize kontrollü çalışmada palyatif bakımda perkütan endoskopik gastrostomiyle beslenen hastaların yaşam kalitesinin, nazogastrik tüple beslenen hastalardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Aramaki ve ark., 2020). Çalışma, sonuçlarımız literatürü destekler niteliktedir.

Hastalarda yorgunluk şiddetinin yaşam kalitesini etkilediği belirlendi ($p<0,05$). Palyatif bakım hastalarında yorgunluk sık görülen semptomlardan biridir (Al Maqbali ve ark., 2021). Bugüne kadar yapılan çalışmalarda, palyatif bakım hastalarında yorgunluk ve yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Agarwal ve ark., 2020; Al Maqbali ve ark., 2021; Muthanna ve ark., 2023). Kanserli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada yorgunluk düzeyinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Rodríguez Antolín ve ark., 2019; Steindorf ve ark., 2019). Çalışma sonuçlarımız yorgunluk ve yaşam kalitesi arasında ilişki varlığı açısından literatürü destekler niteliktedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Palyatif bakım hastalarında yetersiz beslenmenin yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla 308 hasta üzerinde yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir; Yaş ortalamaları $73,63 \pm 10,28$ olan hastaların yaklaşık yarısı erkektir.

- Hastaların çoğunun (%93,2) kanser tanısı olduğu görülmektedir.
- Hastaların %2,9'u daha önce palyatif bakıma yatmıştır.
- Hastaların büyük çoğunluğu (%91,2) palyatif bakıma evden gelmiştir.
- Hastaların hepsi yetersiz beslenme nedeniyle yatarken, bu duruma çoğunda halsizlik (%70,5) ve kilo kaybı (%63,3) semptomlarının eşlik ettiği görülmektedir.
- NRS 2002 skoruna göre hastaların %86,7'sinde malnutrisyon riski bulunmaktadır.
- Hastaların yorgunluk şiddeti düzeyinin orta seviyede olduğu belirlendi.
- Hastaların yaşam kalitesi düzeyinin düşük; fiziksel sağlık boyutunun mental boyutundan daha düşük olduğu saptandı.
- Hastaların daha önce hastaneye yatış sayısı ile yorgunluk düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu görüldü.
- Hastaların sosyodemografik özelliklerinden medeni durum, çocuk sayısı ve ekonomik durumun yaşam kalitesini etkilediği saptandı.

- Hastaların sağlık durumuna ilişkin özelliklerden daha önce hastaneye yatış sayısının; palyatif bakıma yatışına ve beslenme durumuna ilişkin özelliklerinden palyatif bakıma geldiği yerin yaşam kalitesini etkilediği saptandı.
- Hastalarda yorgunluk şiddeti ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu; yorgunluk şiddeti arttıka yaşam kalitesinde azalma olduğu görülmüştür.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz şunlardır:

- Hastaların beslenme durumu değerlendirilirken beslenme durumundaki olumsuzluğa işaret eden yorgunluk gibi semptomların düzenli aralıklarla değerlendirilmesi,
- Nütrisyon Risk Skoru (NRS 2002) puanı yüksek çıkan hastalarda kilo artışının dem kaynaklı mı yoksa yağ ve kas kütlesi artışı kaynaklı mı olduğu ayırımının yapıldığı çalışmaların yapılması,
- Hastanın yaşam kalitesi değerlendirilirken beslenme ve yorgunluğun yanı sıra sosyodemografik özelliklerin de değerlendirilmesi,
- Hemşirelik hizmetleri kapsamında palyatif bakımda yatmakta olan hastalarda günlük aldığı-çıkardığı sıvı takibi,
- Çalışmanın daha büyük örneklem gruplarında tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365–376.
- Afolalu, E. F., Spies, E., Bacso, A., Clerc, E., Abetz-Webb, L., Gallot, S., & Chrea, C. (2021). Impact of tobacco and/or nicotine products on health and functioning: A scoping review and findings from the preparatory phase of the development of a new self-report measure. *Harm Reduction Journal*, 18, 1–15.
- Agarwal, S., Garg, R., Minhas, V., Bhatnagar, S., Mishra, S., Kumar, V., ... & Khan, M. A. (2020). To assess the prevalence and predictors of cancer-related fatigue and its impact on quality of life in advanced cancer patients receiving palliative care in a tertiary care hospital: A cross-sectional descriptive study. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(4), 523.
- Akdeniz, E. (2019). Sigara bağımlılığı, sağlığa etkileri ve sigara bıraktırmada kullanılan transteoretik model. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 11–25.
- Aktas, A., Walsh, D., Galang, M., O'Donoghue, N., Rybicki, L., Hullihen, B., & Schleckman, E. (2017). Underrecognition of malnutrition in advanced cancer: The role of the dietitian and clinical practice variations. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(6), 547–555.
- Al Maqbali, M. (2021). Cancer-related fatigue: An overview. *British Journal of Nursing*, 30(4), S36–S43.
- Al Maqbali, M., Al Sinani, M., Al Naamani, Z., & Al Badi, K. (2021). Prevalence of fatigue in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(1), 167–189.
- Albers, G., Echteld, M. A., De Vet, H. C., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Van Der Linden, M. H., & Deliens, L. (2010). Evaluation of quality-of-life measures for use in palliative care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 24(1), 17–37.
- Alzhrani, A. A., Alsuhaib, A. I., & Rababah, A. A. (2023). Fatigue prevalence among palliative care cancer patients in Comprehensive Cancer Center, King Fahad Medical City, Riyadh, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Journal of Palliative Care*, 38(4), 424–431.
- Amano, K., Baracos, V. E., & Hopkinson, J. B. (2019). Integration of palliative, supportive, and nutritional care to alleviate eating-related distress among advanced cancer patients with cachexia and their family members. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 143, 117–123.
- Amano, K., Hopkinson, J., & Baracos, V. (2022). Psychological symptoms of illness and emotional distress in advanced cancer cachexia. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 25(3), 167–172.
- Aramaki, T., Arai, Y., Takeuchi, Y., Sone, M., Sato, R., Bekku, E., & Moriguchi, M. (2020). A randomized, controlled trial of the efficacy of percutaneous transesophageal gastro-tubing (PTEG) as palliative care for patients with malignant bowel obstruction: The JIVROSG0805 trial. *Supportive Care in Cancer*, 28, 2563–2569.
- Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., Fearon, K., Hütterer, E., Isenring, E., Kaasa, S., Krznaric, Z., Laird, B., Larsson, M., Laviano, A., Mühlebach, S., Muscaritoli, M., Oldervoll, L., Ravasco, P., Solheim, T., Strasser, F., de van der Schueren, M., & Preiser, J. C. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36, 11–48.

- Arends, J., Strasser, F., Gonella, S., Solheim, T. S., Madeddu, C., Ravasco, P., ... & ESMO Guidelines Committee. (2021). Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*, 6(3), 100092.
- Arifin, H., Chen, R., Banda, K. J., Kustanti, C. Y., Chang, C. Y., Lin, H. C., ... & Chou, K. R. (2024). Meta-analysis and moderator analysis of the prevalence of malnutrition and malnutrition risk among older adults with dementia. *International journal of nursing studies*, 150, 104648.
- Armutlu, K., Korkmaz, N. C., Keser, I., Sumbuloglu, V., Akbiyik, D. I., Guney, Z., & Karabudak, R. (2007). The validity and reliability of the Fatigue Severity Scale in Turkish multiple sclerosis patients. *International Journal of Rehabilitation Research*, 30(1), 81–85.
- Aslakson, R. A., Curtis, J. R., & Nelson, J. E. (2014). The changing role of palliative care in the ICU. *Critical Care Medicine*, 42(11), 2418.
- Aslan, Y. (2020). Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(1), 19–27.
- Asthana, S., Bhatia, S., Dhoundiyal, R., Labani, S. P., Garg, R., & Bhatnagar, S. (2019). Quality of life and needs of the Indian advanced cancer patients receiving palliative care. *Cancer Research, Statistics, and Treatment*, 2(2), 138–144.
- Aubert, L., Denis, M., Cudennec, T., Moulias, S., Teillet, L., & Pépin, M. (2022). Cure palliative e accompagnamento in geriatria. *EMC-AKOS-Trattato di Medicina*, 24(1), 1–7.
- Baldwin, C., Spiro, A., Ahern, R., & Emery, P. W. (2012). Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the National Cancer Institute*, 104, 371–385.
- Bausewein, C., Le Grice, C., Simon, S., & Higginson, I. J. (2011). The use of two common palliative outcome measures in clinical care and research: A systematic review of POS and STAS. *Palliative Medicine*, 25(4), 304–313.
- Bedard, G., Zeng, L., Zhang, L., Lauzon, N., Holden, L., Tsao, M., et al. (2016). Minimal important differences in the EORTC QLQ-C15-PAL to determine meaningful change in palliative advanced cancer patients. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 12(1), e38–e46.
- Berger, M. M., Shenkin, A., Dizdar, O. S., Amrein, K., Augsburg, M., Biesalski, H. K., ... & Cuerda, C. (2024). ESPEN practical short micronutrient guideline. *Clinical Nutrition*, 43(3), 825-857.
- Beirer, A. (2021). Malnutrition and cancer, diagnosis and treatment. *Memo-Magazine of European Medical Oncology*, 14, 168-173.
- Berlana, D. (2022). Parenteral nutrition overview. *Nutrients*, 14(21), 4480.
- Bernard, M., Berchtold, A., Strasser, F., Gamondi, C., & Borasio, G. D. (2020). Meaning in life and quality of life: Palliative care patients versus the general population. *BMJ Supportive & Palliative Care*.
- Bittencourt, N. C. C. D. M., Santos, K. A., Mesquita, M. G. D. R., Silva, V. G. D., Telles, A. C., & Silva, M. M. D. (2021). Signs and symptoms manifested by patients in palliative cancer care in homecare: Integrative review. *Escola Anna Nery*, 25, e20200520.
- Boland, J. W., & Boland, E. G. (2022). Constipation and malignant bowel obstruction in palliative care. In *Medicine (United Kingdom)* (Vol. 50, Issue 12).
- Bomze, L., Dehom, S., Lao, W. P., Thompson, J., Lee, N., Cragoe, A., ... & Crawley, B. (2021). Comorbid dysphagia and malnutrition in elderly hospitalized patients. *The Laryngoscope*, 131(11), 2441–2447.

- Bower, J. E., Bak, K., Berger, A., Breitbart, W., Escalante, C. P., Ganz, P. A., ... & Jacobsen, P. B. (2014). Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: An American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, *32*(17), 1840–1850.
- Bozzetti, F. (2020). Is there a place for nutrition in palliative care? *Supportive Care in Cancer*, *28*, 4069–4075.
- Cai, T., Verze, P., & Bjerklund Johansen, T. E. (2021). The quality of life definition: Where are we going? *Uro*, *1*(1), 14–22.
- Can, G., & Aydiner, A. (2015). Akciğer kanserinde palyatif bakım. *Nobel Kitapevleri, İstanbul*.
- Chang, H. C., Spencer, J. C., Ho, M. H., Kasa, A. S., Ataiza, C., Lambert, K., & Chang, C. C. (2023). Effectiveness of interventions on feeding difficulties among people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Australasian Journal on Ageing*, *42*(2), 280–292.
- Chang, J., Qi, Z., Jiang, S., Li, L., & Sun, Q. (2021). The impact of palliative care education and training program on the resident physicians. *Annals of Palliative Medicine*, *10*(3), 2758765–2752765.
- Cheluvappa, R., & Selvendran, S. (2022). Palliative care nursing in Australia and the role of the registered nurse in palliative care. *Nursing Reports*, *12*(3), 589–596.
- Cohen, S. R., Mount, B. M., Bruera, E., Provost, M., Rowe, J., & Tong, K. (1997). Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: A multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliative Medicine*, *11*(1), 3–20.
- Cohen, S. R., Mount, B. M., Strobel, M. G., & Bui, F. (1995). The McGill Quality of Life Questionnaire: A measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliative Medicine*, *9*(3), 207–219.
- Cohen, S. R., Mount, B. M., Tomas, J. J., & Mount, L. F. (1996). Existential well-being is an important determinant of quality of life. Evidence from the McGill Quality of Life Questionnaire. *Cancer*, *77*(3), 576–586.
- Connor, S. R., & Gwyther, E. (2018). The worldwide hospice palliative care alliance. *Journal of Pain and Symptom Management*, *55*(2), S112–S116.
- Cotogni, P., Stragliotto, S., Ossola, M., Collo, A., Riso, S., & Intersociety Italian Working Group for Nutritional Support in Cancer. (2021). The role of nutritional support for cancer patients in palliative care. *Nutrients*, *13*(2), 306.
- Cunha, M. S., Wiegert, E. V. M., Calixto-Lima, L., & Oliveira, L. C. (2018). Relationship of nutritional status and inflammation with survival in patients with advanced cancer in palliative care. *Nutrition*, *51–52*, 98–103.
- Curtis, J. R., Patrick, D. L., Engelberg, R. A., Norris, K., Asp, C., & Byock, I. (2002). A measure of the quality of dying and death: Initial validation using after-death interviews with family members. *Journal of Pain and Symptom Management*, *24*(1), 17–31.
- Czerwinska, A., Holdoway, A., & de Renzie-Brett, H. (2013). Nutrition screening in palliative care—An evaluation of nurses’ attitudes to ‘MUST’. In *BAPEN Annual Conference* (poster presentation).
- Czerwinska, A., Souter, J., & Cooley, S. (2016). A holistic approach to nutrition and diet in palliative care.

- Çakmak, N. Y., Yalçıntaş, E. B., & Kahveci, K. P. (2023). Palyatif bakım merkezinde takip edilen hastaların nutrisyonel durumlarının ve sonuçlarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Medical Journal*, 25, 251–256.
- Çamcı, G., & Oğuz, S. (2023). Kronik kalp yetmezliğinde palyatif bakım eğitiminin semptom yönetimi, tekrar hastaneye yatış ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi.
- Çelik, A. (2019). Palyatif bakım alan kanser hastalarına uygulanan parlak beyaz ışık uygulamasının yorgunluk düzeyi ve uyku kalitesi üzerine etkisi.
- Çınar, H., Kaya, Y., & Enginyurt, Ö. (2017). Palyatif bakım hastalarında beslenme durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi Effects of Nutritional Status on Quality of Life in Palliative Care Patients. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(4), 1-7.
- Dakessian SAILIAN, S., SALIFU, Y., SAAD, R., & PRESTON, N. (2021). Dignity of patients with palliative needs in the Middle East: An integrative review. *BMC Palliative Care*, 20, 1–18.
- Daştan, İ., & Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104–134.
- Davis, M. P., & Hui, D. (2017). Quality of life in palliative care. *Expert Review of Quality of Life in Cancer Care*, 2(6), 293–302.
- Davis, M. P., Van Enkevort, E. A., Elder, A., Young, A., Correa Ordonez, I. D., Wojtowicz, M. J., ... & Mehta, Z. (2022). The influence of palliative care in hospital length of stay and the timing of consultation. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 39(12), 1403-1409.
- De Sire, A., Ferrillo, M., Lippi, L., Agostini, F., de Sire, R., Ferrara, P. E., ... & Migliario, M. (2022). Sarcopenic dysphagia, malnutrition, and oral frailty in elderly: A comprehensive review. *Nutrients*, 14(5), 982.
- Derksen, J. W., Warren, G. W., Jordan, K., Rauh, S., García, R. V., O'Mahony, D., ... & May, A. M. (2020). European practice patterns and barriers to smoking cessation after a cancer diagnosis in the setting of curative versus palliative cancer treatment. *European Journal of Cancer*, 138, 99–108.
- Deshields, T. L., Potter, P., Olsen, S., & Liu, J. (2014). The persistence of symptom burden: Symptom experience and quality of life of cancer patients across one year. *Supportive Care in Cancer*, 22(4), 1089–1096.
- Devlin, N. J., & Brooks, R. (2017). EQ-5D and the EuroQol Group: Past, present and future. *Applied Health Economics and Health Policy*, 15(2), 127–137.
- Dhingra, L., Barrett, M., Knotkova, H., Chen, J., Riggs, A., Lee, B., ... & Portenoy, R. (2018). Symptom distress among diverse patients referred for community-based palliative care: Sociodemographic and medical correlates. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2), 290–296.
- Dolan, P., & Roberts, J. (2002). Modelling valuations for EQ-5D health states: An alternative model using differences in valuations. *Medical Care*, 40(5), 442–446.
- Doley, J. (2022). Enteral nutrition overview. *Nutrients*, 14(11), 2180.
- Duman, Ö., & Özdelikara, A. (2022). Hasta yakınlarının palyatif bakıma ilişkin görüşlerinin bakım verici yüküne etkisi. *Journal of Health Sciences of Kocaeli University/Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1).

- Edlund, M., & Tancredi, L. R. (1985). Quality of life: An ideological critique. *Perspectives in Biology and Medicine*, 28(4), 591–607.
- Efendioglu, E. M., Cigiloglu, A., & Turkbeyler, I. H. (2022). Malnutrition and depressive symptoms in elderly palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, 37(4), 503–509.
- Ernecoff, N. C., Wessell, K. L., Hanson, L. C., Dusetzina, S. B., Shea, C. M., Weinberger, M., & Bennett, A. V. (2020). Elements of palliative care in the last 6 months of life: Frequency, predictors, and timing. *Journal of General Internal Medicine*, 35, 753–761.
- Ester, M., Culos-Reed, S. N., Abdul-Razzak, A., Daun, J. T., Duchek, D., Francis, G., ... & Capozzi, L. C. (2021). Feasibility of a multimodal exercise, nutrition, and palliative care intervention in advanced lung cancer. *BMC Cancer*, 21, 1–13.
- Eychmueller, S., Zwahlen, D., & Fliedner, M. (2014). The oncological patient in the palliative situation. *Psycho-Oncology*, 19(7), 59–72.
- Farrer, K., & Teubner, A. (2023). Nutritional support in palliative care. *Medicine*, 51(7), 490–492.
- Feng, Y. S., Kohlmann, T., Janssen, M. F., & Buchholz, I. (2021). Psychometric properties of the EQ-5D-5L: A systematic review of the literature. *Quality of Life Research*, 30, 647–673.
- Freedland, K. E., Rich, M. W., & Carney, R. M. (2021). Improving quality of life in heart failure. *Current Cardiology Reports*, 23, 1–7.
- Freire, M. E. M., Costa, S. F. G. D., Lima, R. A. G. D., & Sawada, N. O. (2018). Health-related quality of life of patients with cancer in palliative care. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27, e5420016.
- Gagnon, B., Murphy, J., Eades, M., Lemoignan, J., Jelowicki, M., Carney, S., Amdouni, S., di Dio, P., Chasen, M., & Macdonald, N. (2013). A prospective evaluation of an interdisciplinary nutrition-rehabilitation program for patients with advanced cancer. *Current Oncology*, 20, 310–318.
- Gautama, M. S. N., Damayanti, A., & Khusnia, A. F. (2023). Impact of early palliative care to improve quality of life of advanced cancer patients: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Indian Journal of Palliative Care*, 29(1), 28.
- Ghoshal, A., Salins, N., Deodhar, J., Damani, A., & Muckaden, M. A. (2016). Fatigue and quality of life outcomes of palliative care consultation: A prospective, observational study in a tertiary cancer center. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(4), 416.
- Gomes, F., Furtado, G. E., Henriques, M., Sousa, L. B., Santos-Costa, P., Bernardes, R., ... & Salgueiro-Oliveira, A. (2022). The skin microbiome of infected pressure ulcers: A review and implications for health professionals. *European Journal of Clinical Investigation*, 52(1), e13688.
- Gondodiputro, S., Hidayati, A. R., & Rahmiati, L. (2018). Gender, age, marital status, and education as predictors to quality of life in elderly: WHOQOL-BREF Indonesian version. *International Journal of Integrated Health Sciences*, 6(1), 36–41.
- Grusdat, N. P., Stäuber, A., Tolkmitt, M., Schnabel, J., Schubotz, B., Wright, P. R., & Schulz, H. (2022). Routine cancer treatments and their impact on physical function, symptoms of cancer-related fatigue, anxiety, and depression. *Supportive Care in Cancer*, 30(5).
- Gu, F., Li, X. F., Xu, J. F., Gao, G. H., Wu, Y. F., & Zhou, C. C. (2018). Effect of nicotine dependence on quality of life and sleep quality in patients with lung cancer who continue to smoke after diagnosis. *Journal of Thoracic Disease*, 10(5), 2583.

- Hamaker, M. E., Oosterlaan, F., van Huis, L. H., Thielen, N., Vondeling, A., & van den Bos, F. (2021). Nutritional status and interventions for patients with cancer—A systematic review. *Journal of Geriatric Oncology*, *12*(1), 6–21.
- Harding, R., Simon, S. T., Benalia, H., Downing, J., Daveson, B. A., Higginson, I. J., et al. (2011). The PRISMA Symposium 1: Outcome tool use. Disharmony in European outcomes research for palliative and advanced disease care: Too many tools in practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, *42*(4), 493–500.
- Hawley, P. (2017). Barriers to access to palliative care. *Palliative Care: Research and Treatment*, *10*, 1178224216688887.
- Hearn, J., & Higginson, I. J. (1999). Development and validation of a core outcome measure for palliative care: The palliative care outcome scale. *Palliative Care Core Audit Project Advisory Group. Quality in Health Care*, *8*(4), 219–227.
- Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., & Higginson, I. J. (2020). Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: Pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *Journal of Clinical Oncology*, *38*(9), 905–914.
- Heyland, D. K., Ortiz, A., Stoppe, C., Patel, J. J., Yeh, D. D., Dukes, G., ... & Day, A. G. (2021). Incidence, risk factors, and clinical consequence of enteral feeding intolerance in the mechanically ventilated critically ill: An analysis of a multicenter, multiyear database. *Critical Care Medicine*, *49*(1), 49–59.
- Hopkinson, J. B., Fenlon, D. R., & Foster, C. L. (2013). Outcomes of a nurse-delivered psychosocial intervention for weight- and eating-related distress in family carers of patients with advanced cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, *19*(3).
- Hopkinson, J. B. (2010). The emotional aspects of cancer anorexia. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, *4*(4), 254–258.
- Hui, D., Anderson, L., Tang, M., Park, M., Liu, D., & Bruera, E. (2020). Examination of referral criteria for outpatient palliative care among patients with advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, *28*, 295–301.
- Hui, D., Dos Santos, R., Chisholm, G. B., & Bruera, E. (2015). Symptom expression in the last seven days of life among cancer patients admitted to acute palliative care units. *Journal of Pain and Symptom Management*, *50*(4), 488–494.
- Hurst, N. P., Kind, P., Ruta, D., Hunter, M., & Stubbings, A. (1997). Measuring health-related quality of life in rheumatoid arthritis: Validity, responsiveness and reliability of EuroQol (EQ-5D). *British Journal of Rheumatology*, *36*(5), 551–559.
- Inayat-Hussain, A., Falck, H., Oorschot, S., Picardo, S., & So, K. (2023). Peripheral parenteral nutrition: An evaluation of its use, safety and cost implications in a tertiary hospital setting. *Clinical Nutrition ESPEN*, *56*, 215–221.
- Ingham, G., Urban, K., Allingham, S. F., Blanchard, M., Marston, C., & Currow, D. C. (2021). The level of distress from fatigue reported in the final two months of life by a palliative care population: An Australian national prospective, consecutive case series. *Journal of Pain and Symptom Management*, *61*(6), 1109–1117.
- Jassem, J. (2019). Tobacco smoking after diagnosis of cancer: Clinical aspects. *Translational Lung Cancer Research*, *8*(Suppl 1), S50.
- Jocham, H. R., Dassen, T., Widdershoven, G., & Halfens, R. (2006). Quality of life in palliative care cancer patients: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, *15*(9), 1188–1195.

- Kasvis, P., Vigano, M., & Vigano, A. (2019). Health-related quality of life across cancer cachexia stages. *Annals of Palliative Medicine*, 8, 33–42.
- Kavşur, Z., & Sevimli, E. (2020). Bazı gelişmiş ülkelerde ve Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin karşılaştırmalı analizi. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 4, 715–730.
- Kaya, Z. I. (2022). Palyatif bakım servisinde istenen konsültasyonlar ile sağlanan multidisipliner yaklaşımların değerlendirilmesi. *Geriatik Bilimler Dergisi*, 5(2), 28–37.
- Khanal, K. N. (2023). Social, economic and health status of aging people in surrounding areas of Kathmandu. *Interdisciplinary Journal of Management and Social Sciences*, 4(1), 50–63.
- Khorasanchi, A., Nemani, S., Pandey, S., & Del Fabbro, E. (2022). Managing nutrition impact symptoms in cancer cachexia: A case series and mini review. *Frontiers in Nutrition*, 9.
- Kikstra, J. S., Mastrucci, A., Min, J., Riahi, K., & Rao, N. D. (2021). Decent living gaps and energy needs around the world. *Environmental Research Letters*, 16(9), 095006.
- Kim, H. Y., Nho, J. H., Kim, J. Y., & Kim, S. R. (2021). Validity and reliability of the Korean version of the World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module. *Geriatric Nursing*, 42(2), 548–554.
- King, M. T., Agar, M., Currow, D. C., Hardy, J., Fazekas, B., & McCaffrey, N. (2020). Assessing quality of life in palliative care settings: Head-to-head comparison of four patient-reported outcome measures (EORTC QLQ-C15-PAL, FACT-Pal, FACT-Pal-14, FACT-G7). *Supportive Care in Cancer*, 28, 141–153.
- Klasson, C., Helde Frankling, M., Lundh Hagelin, C., & Björkhem-Bergman, L. (2021). Fatigue in cancer patients in palliative care—A review on pharmacological interventions. *Cancers*, 13(5), 985.
- Koç, A. (2021). Palliative care in Turkish medical history. *Journal of Anesthesiology and Reanimation Specialists’ Society*, 29(3), 159–164.
- Kokura, Y., Suzuki, C., Wakabayashi, H., Maeda, K., Sakai, K., & Momosaki, R. (2020). Semi-solid nutrients for prevention of enteral tube feeding-related complications in Japanese population: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 12(6), 1687.
- Koornstra, R. H., Peters, M., Donofrio, S., van den Borne, B., & de Jong, F. A. (2014). Management of fatigue in patients with cancer—A practical overview. *Cancer Treatment Reviews*, 40(6), 791–799.
- Kwang, A. Y., & Kandiah, M. (2010). Objective and subjective nutritional assessment of patients with cancer in palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 27, 117–126.
- Kyriaki, M., Eleni, T., Efi, P., Ourania, K., Vassilios, S., & Lambros, V. (2001). The EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30, version 3.0) in terminally ill cancer patients under palliative care: Validity and reliability in a Hellenic sample. *International Journal of Cancer*, 94(1), 135–139.
- Lam, K., Zeng, L., Zhang, L., Tseng, L. M., Hou, M. F., Fairchild, A., et al. (2013). Predictive factors of overall well-being using the EORTC QLQ-C15-PAL extracted from the EORTC QLQ-C30. *Journal of Palliative Medicine*, 16(4), 402–408.
- Laviano, A., Di Lazzaro, L., & Koverech, A. (2018). Nutrition support and clinical outcome in advanced cancer patients. *Proceedings of the Nutrition Society*, 77, 388–393.

- Leung, D. Y., Chan, H. Y., Chiu, P. K., Lo, R. S., & Lee, L. L. (2020). Source of social support and caregiving self-efficacy on caregiver burden and patient's quality of life: A path analysis on patients with palliative care needs and their caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(15), 5457.
- Lewis, J. M., DiGiacomo, M., Currow, D. C., & Davidson, P. M. (2011). Dying in the margins: Understanding palliative care and socioeconomic deprivation in the developed world. *Journal of Pain and Symptom Management*, *42*(1), 105–118.
- Liu, D., Weng, J. S., Ke, X., Wu, X. Y., & Huang, S. T. (2023). The relationship between cancer-related fatigue, quality of life and pain among cancer patients. *International Journal of Nursing Sciences*, *10*(1), 111–116.
- Liu, R., Paz, M., Siraj, L., Boyd, T., Salamone, S., Lite, T. L. V., ... & Staller, K. (2022). Feeding intolerance in critically ill patients with COVID-19. *Clinical Nutrition*, *41*(12), 3069–3076.
- Lopes Ferreira, P., & Pinto Barros, A. (2008). Measuring quality of life in palliative care. *Acta Médica Portuguesa*, *21*(2), 111–124.
- Lua, P. L., Salek, S., Finlay, I., & Lloyd-Richards, C. (2005). The feasibility, reliability and validity of the McGill Quality of Life Questionnaire-Cardiff Short Form (MQOL-CSF). *Journal of Palliative Care*, *21*(4), 287–294.
- Ma, Y., He, B., Jiang, M., Yang, Y., Wang, C., Huang, C., & Han, L. (2020). Prevalence and risk factors of cancer-related fatigue: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *111*, 103707.
- Madenoglu Kıvanç, M. (2017). Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *141*, 141.
- McCaffrey, N., Ratcliffe, J., Currow, D., Engel, L., & Hutchinson, C. (2024). What aspects of quality of life are important from palliative care patients' perspectives? A framework analysis to inform preference-based measures for palliative and end-of-life settings. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, *17*(1), 39–52.
- McCauley, R., Ryan, K., McQuillan, R., & Foley, G. (2023). Mutual support between patients and family caregivers in palliative care: A qualitative study. *Palliative Medicine*, *37*(10).
- Mercadante, S., Gregoretti, C., & Cortegiani, A. (2018). Palliative care in intensive care units: Why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology*, *18*(1), 1–6.
- Mercadante, S., Giuliana, F., Bellingardo, R., Albegiani, G., Di Silvestre, G., & Casuccio, A. (2022). Pattern and characteristics of patients admitted to a hospice connected with an acute palliative care unit in a comprehensive cancer center. *Supportive Care in Cancer*, *30*(3), 2811–2819.
- Miniksar, Ö. H., & Aydın, A. (2020). Palyatif bakım ünitemizde yatan hastaların retrospektif analizi. *Journal of Contemporary Medicine*, *10*(3), 429–433.
- Min, L., Saul, D. A., Firn, J., Chang, R., Wiggins, J., & Khateeb, R. (2022). Interprofessional geriatric and palliative care intervention associated with fewer hospital days. *Journal of the American Geriatrics Society*, *70*(2), 398–407.
- Morais, S. R. D., Bezerra, A. N., Carvalho, N. S. D., & Viana, A. C. C. (2016). Nutrition, quality of life and palliative care: Integrative review. *Revista Dor*, *17*, 136–140.
- Morgan, T. R. (2022). Nausea and vomiting in palliative care. *Medicine*, *50*(12), 767–774.
- Morrison, R. S. (2013). Models of palliative care delivery in the United States. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, *7*(2), 201–206.

- Muthanna, F. M., Hassan, B. A. R., Karuppanan, M., Ibrahim, H. K., Mohammed, A. H., & Abdulrahman, E. (2023). Prevalence and impact of fatigue on quality of life (QOL) of cancer patients undergoing chemotherapy: A systematic review and meta-analysis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 24(3), 769.
- Mücke, M., Mochamat, Cuhls, H., Peuckmann-Post, V., Minton, O., Stone, P., & Radbruch, L. (2016). Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care: Executive summary of a Cochrane Collaboration systematic review. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 7(1), 23–27.
- Negru-Subtirica, O., Timar-Anton, C., Marinica, B., & Glavan, B. (2021). How poverty affects youth development: From social inequalities to social inclusion. *Building Inclusive Societies: Promoting Social Inclusion and Reducing Discrimination (BUILD)*, 104–146.
- Nipp, R. D., Greer, J. A., El-Jawahri, A., Moran, S. M., Traeger, L., Jacobs, J. M., et al. (2017). Coping and prognostic awareness in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 35(22), 2551–2557.
- Nunes, N. A. (2014). The quality of life of Brazilian patients in palliative care: Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 15 PAL (EORTC QLQ-C15-PAL). *Supportive Care in Cancer*, 22(6), 1595–1600.
- Nunes, G., Fonseca, J., Barata, A. T., Dinis-Ribeiro, M., & Pimentel-Nunes, P. (2020). Nutritional support of cancer patients without oral feeding: How to select the most effective technique? *GE-Portuguese Journal of Gastroenterology*, 27(3), 172–184.
- O'Hara, P. D. (2017). The management of nutrition in palliative care. *Links to Health and Social Care*, 2(1), 21–38.
- Özer, D., Suna, N., Öcal, S., & Selçuk, H. (2018). Yaşlı hasta popülasyonunda perkütan endoskopik gastrotomi. *Endoskopi Gastrointestinal*, 26(1), 6–11.
- Paiva, C. E., Carneseca, E. C., Barroso, E. M., de Camargos, M. G., Alfano, A. C., Rugno, F. C., et al. (2014). Further evaluation of the EORTC QLQ-C30 psychometric properties in a large Brazilian cancer patient cohort as a function of their educational status. *Supportive Care in Cancer*, 22(8), 2151–2160.
- Papageorgiou, L., Le Provost, J. B., Di Palma, M., Langlois, M., Salma, I., Lopes, M., Minvielle, E., Abbas, M., & Scotté, F. (2024). Supportive care needs of newly diagnosed cancer patients in a comprehensive cancer center: Identifying care profiles and future perspectives. *Cancers*, 16(5).
- Pınar, R. (1995). Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram: Yaşam kalitesi, bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması. *Hemşirelik Bülteni*, 9(38), 85–95.
- Polański, J., Jankowska-Polańska, B., Uchmanowicz, I., Chabowski, M., Janczak, D., Mazur, G., & Rosińczuk, J. (2017). Malnutrition and quality of life in patients with non-small-cell lung cancer. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1021, 15–26.
- Polat, Ü., & Atamer, B. (2020). Palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım verenlerin bakım yükü, etkileyen faktörler ve karşılanmamış gereksinimleri. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 38–47.
- Ponsky, J. L. (2011). The development of PEG: How it was. *Journal of Interventional Gastroenterology*, 1(2), 88.
- Quinn, K. L., Shurrab, M., Gitau, K., Kavalieratos, D., Isenberg, S. R., Stall, N. M., ... & Bell, C. M. (2020). Association of receipt of palliative care interventions with health care use, quality of life, and symptom burden among adults with chronic noncancer illness: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 324(14), 1439–1450.

- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., ... & Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care—a new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764.
- Rathore, P., Kumar, S., Haokip, N., Ratre, B. K., & Bhatnagar, S. (2020). CARE: A holistic approach toward patients during pandemic: Through the eyes of a palliative physician. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(Suppl 1), S95.
- Rodríguez Antolín, A., Martínez-Piñeiro, L., Jiménez Romero, M. E., García Ramos, J. B., López Bellido, D., Muñoz Del Toro, J., ... & Gómez Veiga, F. (2019). Prevalence of fatigue and impact on quality of life in castration-resistant prostate cancer patients: The VITAL study. *BMC Urology*, 19, 1–8.
- Ryan, A. M., Power, D. G., Daly, L., Bhuachalla, É. N., & Prado, C. M. (2016). Cancer-associated malnutrition, cachexia and sarcopenia: The skeleton in the hospital closet 40 years later. *Proceedings of the Nutrition Society*, 75, 199–211.
- Saeidzadeh, S., Kamalumpundi, V., Chi, N. C., Nair, R., & Gilbertson-White, S. (2021). Web and mobile-based symptom management interventions for physical symptoms of people with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 35(6), 1020–1038.
- Sampson, E. L., Candy, B., Davis, S., Gola, A. B., Harrington, J., King, M., ... & Jones, L. (2018). Living and dying with advanced dementia: A prospective cohort study of symptoms, service use and care at the end of life. *Palliative Medicine*, 32(3), 668–681.
- Sánchez Sánchez, E., López Aliaga, I., Montes Romero, A. B., & Alférez, M. J. (2018). Correlation between loss of lean mass and quality of life in cancer patients. *Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 38(3).
- Sánchez-Sánchez, E., Ruano-Álvarez, M. A., Díaz-Jiménez, J., Díaz, A. J., & Ordonez, F. J. (2021). Enteral nutrition by nasogastric tube in adult patients under palliative care: A systematic review. *Nutrients*, 13(5), 1562.
- Saruç, S. (2013). Palyatif ve yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanının rolleri ve sosyal hizmet mesleği standartları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 193–207.
- Saygılı, M., & Çelik, Y. (2020). Kanser tanılı hastalarda palyatif bakım hizmetlerinin etkisinin değerlendirilmesi: Semptom düzeyi ve bakım memnuniyeti açısından bir karşılaştırma. *Agri: Journal of the Turkish Society of Algology*, 32(2).
- Scherrens, A. L., Cohen, J., Mahieu, A., Deliens, L., Deforche, B., & Beernaert, K. (2020). The perception of people with cancer of starting a conversation about palliative care: A qualitative interview study. *European Journal of Cancer Care*, 29(5), e13282.
- Schoenherr, L. A., Cook, A., Peck, S., Humphreys, J., Goto, Y., Saks, N. T., ... & Pantilat, S. Z. (2020). Proactive identification of palliative care needs among patients with COVID-19 in the ICU. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(3), e17–e21.
- Schölvinck, A. F. M., de Graaff, B. M., van den Beld, M. J., & Broerse, J. E. (2019). Research in haematological cancers: What do patients in the Netherlands prioritise? *European Journal of Cancer Care*, 28(2), e12989.
- Schörghuber, M., & Fruhwald, S. (2018). Effects of enteral nutrition on gastrointestinal function in patients who are critically ill. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 3(4), 281–287.
- Schulz, K. H., Patra, S., Spielmann, H., Klapdor, S., Schlüter, K., & van Eckert, S. (2017). Physical condition, nutritional status, fatigue, and quality of life in oncological out-patients. *SAGE Open Medicine*, 5, 2050312117743674.

- Siegel, M., & Bigelow, S. (2018). Palliative care symptom management in the emergency department: The ABC's of symptom management for the emergency physician. *The Journal of Emergency Medicine*, 54(1), 25–32.
- Siegert, R. J., Gao, W., Walkey, F. H., & Higginson, I. J. (2010). Psychological well-being and quality of care: A factor-analytic examination of the palliative care outcome scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(1), 67–74.
- Smith, A. B., Cocks, K., Parry, D., & Taylor, M. (2016). A differential item functioning analysis of the EQ-5D in cancer. *Value in Health*, 19(8), 1063–1067.
- Sousa, M. S., Davis, W., Blanchard, M., Razmovski-Naumovski, V., Agar, M., Daveson, B., ... & Currow, D. C. (2022). Appetite-related distress is burdensome in the last sixty days of life of people receiving palliative care: A national longitudinal consecutive cohort study. *Journal of Palliative Medicine*, 25(4), 636–642.
- Steindorf, K., Clauss, D., Tjaden, C., Hackert, T., Herbolsheimer, F., Bruckner, T., ... & Wiskemann, J. (2019). Quality of life, fatigue, and sleep problems in pancreatic cancer patients: A randomized trial on the effects of exercise. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(27–28), 471.
- Steinhauser, K. E., Clipp, E. C., Bosworth, H. B., McNeilly, M., Christakis, N. A., Voils, C. I., et al. (2004). Measuring quality of life at the end of life: Validation of the QUAL-E. *Palliative and Supportive Care*, 2(1), 3–14.
- Stolberg, M., Kennedy, L., & Unglaub, L. (2017). *History of palliative care, 1500–1970*. Cham: Springer.
- Suntai, Z., Won, C. R., & Noh, H. (2021). Access barriers in rural older adults' use of pain management and palliative care services: A systematic review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 38(5), 494–502.
- Şahan Uslu, F., & Terzioğlu, F. (2015). Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 81–90.
- Thoresen, L., Frykholm, G., Lydersen, S., Ulveland, H., Baracos, V., Prado, C. M., Birdsell, L., & Falkmer, U. (2013). Nutritional status, cachexia and survival in patients with advanced colorectal carcinoma. *Clinical Nutrition*, 32(1), 65–72
- Tolotti, A., Bonetti, L., Pedrazzani, C., Bianchi, M., Moser, L., Pagnucci, N., ... & Valcarengi, D. (2021). Nursing management of fatigue in cancer patients and suggestions for clinical practice: a mixed methods study. *BMC nursing*, 20, 1-14.
- Turgut, T., Genç, M. A., Uğur, F. U. D., & Bahşi, R. (2023). Bir palyatif merkezdeki genç ve yaşlı hastaların klinik özelliklerinin karşılaştırılması: bir yıllık deneyim. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 17(1), 62-67.
- Tziraki, C., Grimes, C., Ventura, F., O’Caoimh, R., Santana, S., Zavagli, V., ... & Illario, M. (2020). Rethinking palliative care in a public health context: Addressing the needs of persons with non-communicable chronic diseases. *Primary Health Care Research & Development*, 21, e32.
- Uysal, N., Şenel, G., Karaca, Ş., Kadioğulları, N., Koçak, N., & Oğuz, G. J. A. (2015). Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı Dergisi*, 27(2), 104–110.
- Van der Rijst, N., & Garfield, J. L. (2023). Adverse effects of tobacco products (cigarettes, e-cigarettes, hookah, smokeless tobacco) use on health. In *Tobacco Dependence: A Comprehensive Guide to Prevention and Treatment* (pp. 23–43). Cham: Springer International Publishing.

- Vanbutsele, G., Van Belle, S., Surmont, V., De Laat, M., Colman, R., Eecloo, K., ... & Pardon, K. (2020). The effect of early and systematic integration of palliative care in oncology on quality of life and health care use near the end of life: A randomised controlled trial. *European Journal of Cancer*, *124*, 186–193.
- Vogt, J., Beyer, F., Siermanns, J., Kuon, J., Kahl, C., Alt-Epping, B., ... & Lordick, F. (2021). Symptom burden and palliative care needs of patients with incurable cancer at diagnosis and during the disease course. *The Oncologist*, *26*(6), e1058–e1065.
- Wallengren, O., Lundholm, K., & Bosaeus, I. (2013). Diagnostic criteria of cancer cachexia: Relation to quality of life, exercise capacity and survival in unselected palliative care patients. *Supportive Care in Cancer*, *21*, 1569–1577.
- Wanchoo, J. (2022). Monitoring and complications of total parenteral nutrition. In *Transfusion Practice in Clinical Neurosciences* (pp. 585–595). Singapore: Springer Nature Singapore.
- Wheelwright, S., Darlington, A. S., Hopkinson, J. B., Fitzsimmons, D., White, A., & Johnson, C. D. (2013). A systematic review of health-related quality of life instruments in patients with cancer cachexia. *Supportive Care in Cancer*, *21*, 2625–2636.
- World Health Organization (WHO). (2020). World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqolqualityoflife/en/>.
- World Health Organization (WHO). (2015). Definition of palliative care. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- Wu, E. Q., Mulani, P., Farrell, M. H., & Sleep, D. (2007). Mapping FACT-P and EORTC QLQ-C30 to patient health status measured by EQ-5D in metastatic hormone-refractory prostate cancer patients. *Value in Health*, *10*(5), 408–414.
- Yang, F., Li, L., Mi, Y., Zou, L., Chu, X., Sun, A., ... & Xu, X. (2022). Effectiveness of an early, quantified, modified oral feeding protocol on nutritional status and quality of life of patients after minimally invasive esophagectomy: A retrospective controlled study. *Nutrition*, *94*, 111540.
- Yazıcı, Ö., & Ünal, D. (2021). Palyatif bakım hastalarında beslenmenin önemi. *Turkish Journal of Oncology*, *35*(1).
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Younis, N. M., Ahmed, M. M., & Abdulsalam, R. R. (2021). Assessing quality of life in palliative care. *International Journal of Medical Toxicology & Legal Medicine*, *24*(3–4), 115–118.
- Yürüyen, M., Tevetoğlu, İ. Ö., Tekmen, Y., Polat, Ö., Arslan, İ., & Okuturlar, Y. (2018). Palyatif bakım hastalarında klinik özellikler ve prognostik faktörler. *Konuralp Medical Journal*, *10*(1), 74–80.
- Zhang, Y. H., Xie, F. Y., Chen, Y. W., Wang, H. X., Tian, W. X., Sun, W. G., & Wu, J. (2018). Evaluating the nutritional status of oncology patients and its association with quality of life. *Biomedical and Environmental Sciences*, *31*, 637–644.
- Zhang, D., Li, H., Li, Y., & Qu, L. (2019). Gut rest strategy and trophic feeding in the acute phase of critical illness with acute gastrointestinal injury. *Nutrition Research Reviews*, *32*(2), 176–182.
- Zhang, J., Zhang, Z., Huang, S., Qiu, X., Lao, L., Huang, Y., & Zhang, Z. J. (2022). Acupuncture for cancer-related insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Phytomedicine*, *102*, 154160.
- Zhuang, H., Ma, Y., Wang, L., & Zhang, H. (2018). Effect of early palliative care on quality of life in patients with non-small-cell lung cancer. *Current Oncology*, *25*(1), e54.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Sinan YARAN
Eğitim	
Lise	Deniz Yıldızları Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi (2011)
Lisans	Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu (2012-2016)
Yüksek Lisans	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
Doktora	
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Kuruluş Adı	

EKLER

- EK 1. Girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurul onam formu
- EK 2. Kişisel bilgi formu
- EK 3. Yaşam kalitesi ölçęđi kısa form-36
- EK 4. Yorgunluk şiddet ölçęđi
- EK-5. Kurum İzni

EK-1



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-10840098-772.02-3278
Konu: Etik Kurulu Kararı

25/05/2023

Sayın Sinan YARAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Palyatif Bakım Hastalarında Yetersiz Beslenmenin Yaşam Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyine Etkisi" isimli başvurunuz etik kurulu toplantımızda değerlendirilerek uygun görülmüş olup Etik Kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

~~Evrakınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys-linkinden> FA6544EEY0 kodu ile doğrulayabilirsiniz.~~

Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi (Ana Yerleşke Rektörlük)
Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No: 19, Kavacık Kavşağı, 34810 Beykoz, İstanbul
T: 444 85 44 F: 0212 531 75 55
E-Posta: bilgi@medipol.edu.tr İnternet Adresi: www.medipol.edu.tr
Kep Adresi: medipoluniversitesi@hs03.kep.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin: Esra KAN
Tel: 5461 E-Posta: etik.kumli@medipol.edu.tr



İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL-OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Palyatif Bakım Hastalarında Yetersiz Beslenmenin Yaşam Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyine Etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Sinan YARAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	05.05.2023	V1.0	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No:484	Tarih: 25.05.2023		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "uyumluluk" ile karar verilmiştir.			

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evracınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden FA6544FEX0 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

EK-2

Kişisel Bilgi Formu:

- 1) Cinsiyet a) Erkek b) Kadın
- 2) Yaş:.....
- 3) Medeni Durumu a) Bekar b) Evli c) Boşanmış d) Dul
- 4) Eğitim durumu a) Okur yazar değil b) okur-yazar c) İlköğretim Mezunu
d) Ortaokul Mezunu e) Lise Mezunun f) Üniversite Mezunu (2 yıl)
g) Üniversite mezunu (4 yıl) h) Yüksek Lisans ı) Doktora Mezunu
- 5) Kullandığı Lisan: a) Türkçe b) Diğer
- 6) Meslek a) İşçi b) Memur c) Emekli d) Serbest Meslek e) Ev Hanımı 6)
Diğer
- 7) Hastanızın Sosyal Güvencesi var mı? a) Sosyal Güvencesi var b) Sosyal
Güvencesi yok
- 8) Gelir Düzeyi a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden çok
- 9) Çocuk Sayısı:.....
- 10) Geldiği Yer: a) Ev b) Yoğun Bakım c) Acil d) Bakım Evi e) Diğer
- 11) Geliş Şekli: a) Yürüyerek b) Tekerlekli Sandalye c) Sedyeye
- 12) Palyatif bakıma yatış nedeni:.....
- 13) Palyatif bakıma yatışının kaçınıcı günü:.....
- 14) Daha Önce Hastaneye Yattı mı ? a) Evet (Kaç kez.....) b) Hayır
- 15) Daha önce hastaneye yatış nedeni?.....

16) Daha önce palyatif bakım ünitesine yatt mı ?

a) Evet (Kaç kez.....) b) Hayır

17) Daha önce palyatif bakım ünitesine yatış nedeni?.....

18)Kronik Hastalıkları

a) DM b) HT c) KOAH d) KKY e) KBY f) Mide CA g) Akciğer CA)
Pankreas CA ı) Barsak CA j) Diğer

19) Alışkanlıklar

a) Sigara 1) Kullanıyor 2) Kullanmıyor 3) Bırakmış
b) Alkol 1) Kullanıyor 2) Kullanmıyor 3)Bırakmış
c) Madde Bağımlılığı 1) Var 2) Yok

20) Hastanın, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksine göre bağımlılık derecesi

a) Tam Bağımlı(0-20 puan) b) İleri Derecede Bağımlı (21-61 puan)
c) Orta Derecede Bağımlı(62-90 puan) d) Hafif Bağımlı (91-99 puan)
e) Bağımsız (100 puan)

21) Hasta son üç ayda kilo verdi mi ? a) Hayır b) Evet (Kaç kilo?.....)

23) Hastanın Palyatif Bakıma yatışı yapıldığı günkü kilosu:

24) Hastanın Palyatif Bakıma yatışı yapıldığı günkü Nutrisyonel Risk Değerlendirme
Skoru (NRS-2002):

25) Beslenme yetersizliği tanısı yatışının kaçınıcı gününde konuldu?

26)Palyatif bakıma yatışının kaçınıcı gününde taburcu edildi?

27)Hasta palyatif bakımda kilo verdi mi?

a) Hayır b) Evet (Kaç kilo?.....)

28) Palyatif bakımdan çıkış kilosu:.....

29) Palyatif bakımdan çıkış Nutrisyonel Risk Değerlendirme Skoru:.....

30) Palyatif bakımdan çıkışta hastanın Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksine göre puanı:

- a) Tam Bağımlı(0-20 puan) b) İleri Derecede Bağımlı (21-61 puan)
c) Orta Derecede Bağımlı(62-90 puan) d) Hafif Bağımlı (91-99 puan)
e) Bağımsız (100 puan)

31. Hastaya uygulanan klinik takipli süreçteki beslenme yöntemi

- 1) Parenteral (kaç gün?.....) 2)PEG (Kaç gün?.....) 3)NG (Kaç gün?.....) 4)
Oral Rejim (kaç gün?.....)

Yaşam Kalitesi Ölçeli KISA FORM-36

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ?
Öyleyse ne kadar ?

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığımız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Hiç	1
Çok az	2
Orta 3 ok	4
İleri derecede	5
Çok Şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal iŐinize ne kadar engel oldu?

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece bir cevap veriniz.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

- Her zaman 1
Çoğu zaman 2
Bazı zamanlarda 3
Çok az zaman 4
Hiçbir zaman 5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış ?

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Yorgunluk Şiddet Ölçeği

Puanlamaya Ait İfadeler:

1. Kesinlikle Katılmıyorum
2. Katılmıyorum
3. Katılmama Eğilimindeyim
4. Kararsızım
5. Katılma Eğilimindeyim
6. Katılıyorum
7. Kesinlikle Katılıyorum

1) Yorgun olduğum zaman motivasyonum azalır.

Hiç katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Katılıyorum

2) Egzersiz yapmak beni yoruyor.

Hiç katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Katılıyorum

3) Kolay yorulurum.

Hiç katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Katılıyorum

4) Yorgunluk fiziksel fonksiyonumu etkiler.

Hiç katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Katılıyorum

5) Yorgunluk benim için sıklıkla problemlere sorun olur.

Hiç katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Katılıyorum

6) Yorgunluğum fiziksel fonksiyonumu sürdürmeme engel olur.

Hiç katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Katılıyorum

7) Yorgunluk belirli görev ve sorumluluklarımı yerine getirmemi engeller.

Hiç katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Katılıyorum

8) Yorgunluk beni yetersiz bırakan en önemli 3(üç) şikayetten biridir.

Hiç katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Katılıyorum

9) Yorgunluk işimi, aile ve sosyal yaşantımı etkiler.

Hiç katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Katılıyorum

EK-5



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Tuzla Devlet Hastanesi



Sayı : E-47150177-604.02.01-214186791
Konu : Etik Kurul İzin Talebi Hakkında (Hemşire
Sinan Yaran)

27.04.2023

Sayın Sinan YARAN
(Hemşire)

İlgi : 25.04.2023 tarihli ve E-47150177-000-214178857 sayılı yazınız.

Dilekçenize istinaden, 2023 yılı Haziran, Temmuz, Ağustos, Eylül aylarında 4. Kat Palyatif servislerine yatan hastalarda "Palyatif Bakım Hastalarında Yetersiz Beslenmenin Yaşam Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyine Etkisi" konulu tez çalışmanız için etik kurul izin talebiniz, hastanemizde etik kurul olmaması sebebiyle etik kurul bulunan başka bir kurumdaki izin alındıktan sonra bağlı olduğumuz İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünün 27.06.2019 tarih ve E.2267 sayılı yazı doğrultusunda araştırma için gerekli izinlerin alınması kaydı ile uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Selçuk BOZHALİL
Başhekim