



2023, 8(1), 01-11

**Palyatif Bakım Alan Onkoloji Hastalarının Beslenme Durumlarının
Değerlendirilmesi**
Evaluation of Nutritional Status of Oncology Patients Receiving Palliative Care

Emine Büşra YALÇINTAŞ^{1*}, Gül KIZILTAN²

^{1*} Ankara Şehir Hastanesi, Palyatif Bakım Kliniği Birimi, Kalp Damar Hastanesi Klinik Nutrisyon Birimi,
Faz-1 Klinik Araştırmalar Merkezi, Ankara, Türkiye

² Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, Türkiye

Özet

Palyatif bakım; kanser gibi yaşam koşullarını zorlaştıran hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmek ve yaşam süresini uzatıcı yöntemlere entegre edilmesi gereken bir tedavi yöntemidir. Palyatif bakımda ölüm doğal bir süreçtir ve ölüm hızlandırılmaya veya geciktirilmeye çalışılmaz. Kanser hastaları tedavi süreleri boyunca çok sayıda semptom yaşamaktadırlar. Bu nedenle kanser hastalarına tanı anından itibaren yaşamlarının iyileştirilmesi için yapılan tedavilerle birlikte palyatif bakım desteği verilmelidir. Kanserli hastada semptom kontrolünün yapılabilmesi hastanın yaşam kalitesinde artışı sağlayabilir. Kanser hastalarında sıklıkla malnütrisyon görülür. Palyatif bakımdaki kanser hastaları için beslenme desteğinin erken sağlanması hastaların yaşam kalitelerini iyileştirmeye katkıda bulunabilmektedir. Kanser tedavisinin türüne (küratif veya palyatif), hastaların klinik koşullarına, beslenme durumlarına bağlı olarak, hastaya özel dengeli bir beslenme protokolü uygulanmalıdır. Uygulanan bu beslenme desteğinin tedavi yanıtını artırmak, komplikasyon oranını azaltmak, enerji harcaması ve besin alımı arasındaki dengelyi sağlayarak morbiditeyi azaltmak gibi bir önemli bir rolü vardır.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, kanser, beslenme durumu

Abstract:

Palliative care; it is a treatment method that should be integrated into methods to improve the quality of life and prolong life of individuals with diseases that complicate their life conditions such as cancer.

Palliative care, death is a natural process and death is not tried to be accelerated or delayed. Cancer

*Yazışma Adresi: Emine Büşra Yalçintaş, Ankara Şehir Hastanesi, Palyatif Bakım Kliniği Birimi, Kalp Damar Hastanesi Klinik Nutrisyon Birimi,
Faz-1 Klinik Araştırmalar Merkezi, Ankara, Türkiye

E-posta adresi: busraylents1985@gmail.com

Gönderim Tarihi: 18 Mayıs 2022. Kabul Tarihi: 27 Şubat 2023.

Yazar sırasına göre ORCID: 0000-0002-5445-2470; 0000-0001-5012-5838

patients experience many symptoms during their treatment period. For this reason, cancer patients should be given palliative care support along with treatments to improve their lives from the moment of diagnosis. Thus, better symptom control and improvement in quality of life can be achieved in cancer patients. Malnutrition is common in cancer patients. Early provision of nutritional support for cancer patients in palliative care may contribute to improving patients quality of life. This nutritional support has important role in increasing the treatment response, reducing the complication rate, reducing morbidity by providing the balance between energy expenditure and food intake.

Key words: Palliative care, cancer, nutritional status

© 2023 Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. Tüm Hakları Saklıdır.

1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Palyatif bakımı, fiziksel, sosyal, psikolojik veya ruhsal olarak yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili zorluklarla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerini iyileştirmek olarak tanımlamaktadır (World Health Organization [WHO] ,2020). Her yıl %78'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan yaklaşık 40 milyon kişinin palyatif bakıma ihtiyacı olduğu ve dünya çapında palyatif bakıma ihtiyacı olan kişilerin sadece %14'ünün bu hizmeti aldığı bilinmektedir (WHO, 2020). Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilgili sorunlarla karşı karşıya kalan sadece çocuk veya yetişkin hastaların değil, bu hastaların ailelerinin yaşam kalitesini iyileştirmeyi hedefleyen bir yaklaşımdır. Palyatif bakıma ihtiyacı olan yetişkinlerin büyük çoğunluğunu, kardiyovasküler hastalıkları (%38,5), kanser (%34), kronik solunum yolu hastalıkları (%20,3), AIDS (%5,7), diyabet (%4,6) gibi kronik hastalıkları olanlar oluşturur. Bunun yanı sıra böbrek yetmezliği, kronik akciğer hastalığı, multiple skleroz, alzheimer, demans, parkinson, romatoid artrit, nörolojik hastalıklar, konjenital anomaliler ve ilaca dirençli tüberküloz dahil olmak üzere birçok hastalık palyatif bakım gerektirebilir (WHO,2020).

Kanser, en önemli ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer alan bir halk sağlığı sorunudur (Bray vd., 2018). Kanser tanısının konulmasıyla, kansere ve kanser tedavilerine bağlı komplikasyonlar yaşayan kanser hastalarının bu süreçte psikolojik rahatsızlar da yaşadıkları bilinmektedir. Kanser hastalarının yaşamlarının son anlarına kadar fiziksel ve ruhsal açıdan desteklenmeleri gereklidir. Bu sebeple kanser hastalarının tanı anından yaşamlarının sonuna kadar

geçen sürede sadece hastalığa bağlı görülebilecek komplikasyonları değil, fiziksel ve ruhsal açıdan da multidisipliner bir anlayışla yaklaşılmasının gereği, özellikle bu hastalarda palyatif bakımın önemini ortaya koymaktadır (Özyurt, Kubilay Tolunay ve Tanrıverdi, 2020).

2008 yılında Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından, “Palyatif Bakım Programı Eylem Planı” ile ülkemizin şartlarına uygun palyatif bakım modelinin oluşturulması, pilot palyatif bakım merkezlerinin kurulması ve bu alanda eğitimli ekiplerin oluşturulması amaçlanarak 2010-2015 tarihleri arasında PALYA TÜRK projesi hayata geçirilmiştir. Bu proje ile palyatif bakım medikal alan olarak tanımlanmış, 2014 yılında palyatif bakım hizmetleri için yönerge oluşturulmuş, çalışacak personelin özellikleri belirlenmiş, sosyal güvenlik kapsamına alınmış, multidisipliner ve interdisipliner ekip organizasyonu yapılmış, hasta ve çalışan hakları düzenlenmiştir (Koç, 2021).

Kanser sürecinde ve özellikle de ileri evrede iştahsızlık, oral alımın azalması, ağrı, bulantı, kusma ve vücut ağırlık kaybı gibi birçok belirti görülmektedir. Ağırlık kaybı, hastaların %30-90'ında görülmektedir. Bu durum hastanın yaşam kalitesinde bozulma, tedavi yanıtının olumsuz etkilenmesi, yan etkilerde artış görülmesi gibi sorunlara da neden olmaktadır (Sedef ve Özyılkan, 2021). Kansere bağlı malnütrisyon sıklıkla gelişir, prevalansı da tümör bölgesine, hastalığın evresine ve tedaviye bağlı olarak değişir. Kansere bağlı metabolik değişiklikler ve/veya kansere bağlı semptomlar (anoreksiya, bulantı, ağrı, diyare vb), gıda alımının azalmasına neden olur. Yetersiz beslenme, yorgunluk, anoreksi, çeşitli gastrointestinal değişiklikler, antikanser ilaçlarının yan etkileri, fiziksel veya psikososyal açıdan yetersizlik ile hastalık durumu daha da kötüleşebilir. Yetersiz beslenme, kemoterapi dahil antikanser tedavilerinin toleransını bozmakla, tedaviye yanıtın azalmasına neden olabilmekte, yaşam kalitesinin azalmasıyla daha kısa sağ kalım ile ilişkilendirilmektedir (Schueren vd., 2018). Tablo.1’de kanser hastalarında görülen besin alımını kısıtlayan semptomlar ve öneriler özetlenmiştir (Baysal vd., 2013).

Tablo 1. Kanser hastalarında besin alımını kısıtlayan semptomlar ve öneriler

Semptom	Öneriler
Bulantı ve Kusma	Kuru yiyecekler yataktan kalkılınca verilir Yağlı yiyeceklerden ve kızartmalardan kaçınılmalıdır Yemekler az ve sık yedirilmelidir Sıvılar arada verilmelidir
Diyare	Az ve sık yedirilmelidir Sıvılar oda ısısında veya ılık verilmelidir Gaz yapıcı yiyecekler ve acı – baharatlı yiyecekler verilmemelidir
Laktoz İntoleransı	Süt ve sütlü tatlılar verilmemelidir Laktoz içermeyen yiyecekler verilmelidir
Gaz, şişkinlik ve geğirme hallerinde	Gaz yapıcı yiyecekler verilmemelidir. Hastanın hava yutmamasına dikkat edilmelidir Yemekler yavaş ve iyi çiğnenmelidir
Konstipasyon	Sıvı tüketimi artırılmalıdır Diyetine posalı yiyecekler eklenmelidir Günlük egzersiz yapılmalıdır
Dumping sendromu	Yemekler yavaş ve sık yedirilmelidir Yemek yedikten en az 30 dk kadar hareket ettirilmemelidir Önce katı yiyecekler, 25-30 dk sonra sıvı yiyecekler verilmelidir Yüksek protein, düşük karbonhidratlı diyet verilmelidir
Ağrılı ağız sorunlarında	Sıcak, acı, baharatlı, asitli, tuzlu yiyeceklerden kaçınılmalıdır. Meyve ve sebzeler pişirilerek verilmelidir
Stomatit durumunda	Sıvı ve yumuşak yiyecekler verilmelidir Süt ve meyve püreleri verilmelidir Meyve suları, çiğ meyve- sebzeler ve kuruyemişlerden kaçınılmalıdır
Salya değişimi durumunda	Sıvı yiyecekler verilmelidir Süt ve ürünleri, jöle ve viskoz yiyeceklerden uzak durulmalıdır
Tat duyusunun değişmesi halinde	Baharat ve çeşniler verilmelidir Yiyecekler soğuk veya oda ısısında verilmelidir Çok tatlı yiyeceklerden uzak durulmalıdır
Tükürük salgısı azlığında	Sulu yumuşak yemekler verilmelidir Kuru, sert yiyeceklerden kaçınılmalıdır
İştah azalması durumunda	Acıkmamış olsa bile yedirilmelidir Az ve sık beslemelidir Önce katı sonra sıvı yiyecekler verilmelidir Enerjisi yüksek, iyi kaliteli proteinli besinler verilmelidir

Amerikan Klinik Onkoloji Birliği (ASCO), metastatik kanser veya ağır semptom görülen, hastalığın erken evresinde palyatif bakımın onkolojik bakıma entegre edilmesi gerekliliğini ortaya koymuştur ve yeni tanı alan ileri evre kanserli hastada 8 hafta içinde palyatif bakımın gerektiği sonucuna varmıştır (Ferrell vd., 2017). Araştırmalara göre palyatif bakımın kanser bakımına erken entegrasyonu iyileşme sağlandığı görülmüştür. Palyatif bakımın erken uygulanmasının ileri evre kanser hastalarında sadece yaşam kalitesini artırmadığı, sağ kalım süresinin de uzatılabileceği gösterilmiştir. İleri evre kanser

hastalarında erken ve geç palyatif bakım verilmesinin araştırıldığı ENABLE III çalışmasına göre, erken destek alan grupta geç destek alan gruptakilere göre bir yıllık sağ kalım oranları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Oğuz ve Kömürcü, 2020). Yapılan başka bir çalışmada ise, palyatif bakım sayesinde semptom yükünde azalma, yaşam kalitesinde iyileşme saptanırken, bununla birlikte erken palyatif bakım ile de ileri komorbid hastalarda bile sağlık bakım maliyetlerinde azalmaların olduğu bildirilmiştir (May vd., 2016).

Kanser hastalarında, malnütrisyon yaygın görülen bir durumdur ve kemoterapi alan özellikle gastrointestinal sistem kanserli hastaların birçoğunda görülen, genellikle tanı konulamayan veya tedavi edilmesi zor fiziksel bir durum olarak tanımlanmıştır (Aytulu vd., 2022). Kanser hastalarının yaklaşık %85'inde malnütrisyon varlığından bahsedilmekte ve bu durum hastaların tedaviye yanıtını azaltmakta, tedavinin yan etkilerinin görülmesi artmakta, sağ kalımını azaltmaktadır. Malnütrisyon riskinin erken dönemde teşhis edilebilmesi, iyileşme ve hastalığın seyrinde olumlu sonuçların görülmesini sağlar (Cederholm vd.,2019). Kanser en önemli yan etkisi olarak görülen kanser kaşeksisi, fiziksel fonksiyonlarda ve sağ kalımda azalmayla ilişkilendirilmiştir (Cereda vd., 2019). Kanserli hastalarda sıklıkla kaşeksi, inflamasyonla ilişkili ağır kronik hastalık boyunca artan katabolik aktivite olarak tanımlanırken, yağ kaybıyla birlikte veya yağ kaybı olmadan kas kütlesi kaybının görüldüğü metabolik bozukluk ve anoreksi ile ilişkilendirilmiştir (Tournadre, Vial, Capel, Soubrier ve Boirie, 2019). Kanser kaşeksisi patofizyolojisi bilinen basit açlıktan ayırır. Tümöre bağlı iştah, besin ögesi ve enerji alımında azalma ile çeşitli sitokin ve tümör kaynaklı faktörlerin salınımıyla enerji, karbonhidrat ve protein metabolizmasındaki değişiklikleri meydana getirmektedir. Karbonhidrat metabolizmasında glikoliz ve glikoneogenez ile glukoz üretimi artar. Bu durum insülin salınımında bozulmaya, insülin direncine ve glukozun dokularda kullanılmasında azalmaya neden olur. Protein metabolizmasında tüm vücut proteinlerinde ve kas proteinlerinin katabolizması, glutamin-arjinin gibi glukojenik amino asit kullanımında ve glukoneogenezde artış ile kas protein sentezinde azalma görülür. Lipit metabolizması ise kaşektik kanser hastalarında enerji ihtiyacını dengelemek için artmıştır. Yağ asidi, gliserol ve lipit oksidasyonu artar, aynı zamanda lipoprotein lipaz ve lipogenezis aktivitesinde azalma ile serbest yağ asitlerinde artış meydana gelir. Vücut ağırlığında, kas ve yağ kütlesinde azalma, ödem, anemi, insülin direnci, immün yetmezlik, motor

fonksiyonlarda bozulma gibi bulgular kaşektik kanser hastalarında görülebilmektedir ve bu hastalarda kas kütlesi kaybı mortalite ve morbiditeyle ilişkilendirilmiştir (Arends vd., 2017).

Kanser Hastalarının Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Kanser hastalarında beslenme durumu değerlendirmesi mutlaka tanı anında yapılmalıdır. Malnütrisyonu saptamak, ağırlık kaybı olması beklenilmeden erken dönemde verilmesi gerekli olan beslenme desteği veya desteklerini değerlendirmek için durum saptama yöntemlerine ihtiyaç duyulmaktadır (Muhsiroğlu, 2017). Özellikle palyatif bakım alan kanser hastalarında da beslenmenin değerlendirilmesi ve gerekiyorsa erken dönemde desteklenmesi de palyatif bakım alan hastaların tedavisinde önemli rol oynamaktadır. Bu hastalarda enerji harcanması için gerekli olan besin ögesi vücutta yeterli miktarda olmazsa zamanla ilerleyici ağırlık kaybının gözlenmesine neden olur. Bu yüzden bu hastalarda beslenme durumunun saptanması büyük önem kazanmıştır (Ferrell vd., 2017).

Beslenme durumunu saptamak için skora dayalı Subjektif Global Değerlendirme (SGD), Nutrisyonel Risk Skoru (NRS-2002), Nutrisyonel Risk İçeriği (NRI), Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA), Malnütrisyon Tarama Aracı (MUST), Malnütrisyon Üzerine Küresel Liderlik Girişimi (GLIM) kriterleri testleri önerilmektedir (Muhsiroğlu, 2017). Beslenme durumunun saptanmasında kullanılan bir diğer yol ise, antropometrik ölçümlerdir. Beden kütle indeksi (BKİ), üst orta kol çevresi (ÜOKÇ) ve deri kıvrım kalınlığı (DKK) en yaygın kullanılan ölçümlerdir. Biyokimyasal testlerden albümin, prealbumin, retinol bağlayıcı protein, transferrin düzeyleri de beslenme durumu saptanmasında yol gösterir ancak bu testler enfeksiyon, renal yetmezlik, inflamatuvar gibi beslenme harici süreçlerden etkilenebilmektedir. Besin tüketim durumunun saptanması için uygulanan besin tüketim kaydı, 24 saatlik geriye dönük besin kaydı alımı, besin tüketim sıklığı, besin alımının gözlemlenmesi ve iyi bir diyet öyküsü alımı gibi araçlar da kullanılmaktadır. Yürüme testi, el kavrama gücü testi, dinamometre gibi ölçüm araçları da malnütrisyon ilişkili bozulmuş kas gücü varlığı hakkında bilgi sahibi olmaya yardımcı olmaktadır. Ayrıca bilgisayarlı tomografi (BT), biyoimpedans analizi (BIA), kemik mineral dansitometresi (DEXA) ölçümü tavsiye edilen beslenme durumu saptanması yöntemlerindedir (Reinders, Visser ve Schaap, 2017; Ravasco, 2019).

Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Derneği'ne (ESPEN) göre; kanser hastalarının beslenme durumlarının saptanması sıkça yapılmalı ve müdahale edilmesi gerektiği durum geliştiğinde beslenme

desteğine hemen başlanması önerilmektedir. Besin alımı, ağırlık takibi, kanser teşhisi konusunda Beden Kütle İndeksi (BKİ) durumu gibi belirteçlerin sıkı takibi yapılması gerekmektedir (Arends vd., 2017).

Kanser Hastalarında Makro ve Mikro Besin Ögesi Gereksinimleri

a. Enerji Gereksinimi

Kanser hastalarında enerji ihtiyacı artmaktadır. Enerji gereksinimi, normal ağırlıktaki kanser hastaları için 30-35kkal/kg/gün iken, yatağa bağımlı olan kanser hastaları için ise 20-25kkal/kg/gün olarak hesaplanması önerilmektedir (Muscaritoli vd., 2021).

b. Protein Gereksinimi

Sağlıklı bireylerde günlük protein ihtiyacı 0,8-1,0 g/kg/gün iken, kanser hastalarında alınması gerekli olan proteinin dengelenmesi ve kas kütlelerini korumak için daha yüksek protein alımının olumlu sonuçları nedeniyle 1,2-1,5 g/kg/gün alınması önerilmektedir (Ravasco, 2019). Yapılan bir çalışmada yüksek proteinli diyet alan grupta kontrol grubuna göre daha iyi kas protein sentezi meydana geldiği bildirilmiştir. Lösin, kas protein sentezinde önemli rol oynayan aminoasit olmasına rağmen, yüksek dozlarda kullanımı kanserli hastalarda prognoza yardımcı olabileceğini gösteren yeterli veriler bulunmamaktadır. Ayrıca yüksek düzeyde lösinin meme kanseri olan hastalarda tamoksifenin etkisini azaltabileceği de gösterilmiştir. Bu sebeple bir besin ögesini yüksek dozda kullanırken, iyi değerlendirmek gerekmektedir. Glutamin kanser hastalarında iyi bir besin ögesi takviyesi olarak kabul edilmektedir. Glutamin, metabolizma ve bağışıklık sistemi için esansiyel olmayan önemli bir role sahip olan bir aminoasittir. Kanser hücreleri tarafından enerji kaynağı olarak kullanılan glutaminin seviyesi kanserli hastalarda azalmaktadır. Glutamin takviyesi özellikle gastrointestinal mukozayı korumada kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerini önlemede yardımcı olmaktadır (Kim, 2019).

c. Karbonhidrat Gereksinimi

Kanser hastalarında alınması gereken karbonhidrat gereksinimi toplam alınması gereken non-protein enerjinin %55-65'ini geçmemelidir ve enerji alımının tamamlanması için yağların kullanılması önerilmektedir. Eğer hasta parenteral beslenecek ise, verilecek olan karbonhidrat miktarı 5 mg/kg/dk'yı geçmemelidir (Muhsiroğlu, 2017).

d. Yağ Gereksinimi

Yağ gereksinmesi ise yine non-protein enerjinin %35-45'i olması tavsiye edilmektedir (Muhsiroğlu, 2017). Eikosapentaenoik asit (EPA), klinik faydaları görülmüş umut verici bir besin ögesidir. Proinflamatuvar sitokinlerin üretimini modüle ederek katabolik uyarıların inhibisyonu ve protein sentezini indükleyen insülin duyarlılığını artırarak potansiyel fayda sağlamaktadır. EPA'nın beslenme durumundaki bozulmayı azaltabileceği, enerji ve protein alımının artırılmasında yardımcı olabileceği, ayrıca inflamasyonun azaltılmasında ve beslenme durumunu iyileştirebileceği belirtilmiştir (Ravasco, 2019). Omega-3 yağ asitlerinin kanser hücrelerinin proliferasyonunu engellediği ve kemoterapi toksisitesini azaltabileceği bildirilmiştir (Thompson vd., 2017). Sistemik inflamasyonun azaltılması, iştahın ve gıda alımının artırılması ayrıca vücut ağırlığının iyileştirilmesi için uzun zincirli yağ asitleri ve omega-3 yağ asidi takviyelerinin yararlı olabileceği belirtilmiştir. Klinik faydalarını netleştirmek için kanserin tipi, evresi, takviye dozu, uygulama şekli ile ilgili yeni çalışmalara ihtiyaç vardır (Ravasco, 2019).

e. Mikro Besin Ögeleri

Amerikan Kanser Araştırma Enstitüsü, Amerikan Kanser Derneği ve ESPEN, kanserli hastada tedavinin ve yetersiz beslenmenin olumsuz etkilerini engellemek için multivitamin/multimineral kullanımını desteklemektedir. D vitamini eksikliğinin kanser ile bağlantısının olabileceği ayrıca düşük D vitamini ile kas kütlelerinde kayıp ile ilgili ilişki bildirilmiştir. Protein takviyesinin etkinliğini artırabilmek için D vitamini gereklidir ve kanser hastalarında 600-800 IU (RDA) D vitamini takviyesi kas kaybının önlenmesinde destek olacağı bildirilmiştir ancak bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (Ravasco, 2019). Yapılan bir randomize kontrollü çalışmada 400 IU/gün E vitamini ve 500 mg/gün C vitamini alımının kanser insidansı üzerinde bir etkisi gösterilmemiştir. Ayrıca uzun dönemde 400 IU/gün E vitamini desteği ve 200 µg Selenyum (Selenometiyonin formu) kullanımının prostat kanseri insidansında yararlı etkileri görülmemiştir (Muscaritoli vd., 2020).

2. Sonuç ve Öneriler

Kanser hastalarında beslenme, hastalığın gelişiminde, tümörün semptomlarını azaltmada, antineoplastik tedaviye yanıtta, iyileşmeyi olumlu yönde etkilemede, yaşam kalitesinde ve hastalığın prognozunda güçlü bir etkiye sahiptir. Bu hastalarda beslenme riski taramasının yapılması ve aralıklarla değerlendirilmesi, yetersiz beslenen hastaların erken saptanması ve desteklenmesi, beslenmenin

bozulmasını ve kas kütlesi kaybının önüne geçilmesini sağlayan beslenme müdahalesinin yapılarak hastalık prognozunda olumlu sonuçlar elde etmeye katkıda bulunur. Varsa hastaların beslenme sorunlarının saptanıp, hastaya özgü beslenme desteği sağlanmalıdır. İhtiyaca göre öncelikle oral beslenme, enteral beslenme veya gereksinimlerin karşılanamadığı durumda ise parenteral yolla hastaya beslenme desteği verilmelidir. Beslenme desteğinin yanı sıra farmakolojik tedavi ve fiziksel aktivite uygulaması mortalite ve morbidite risk faktörlerinin azaltılmasında önemli rol oynamaktadır. Kanser hastalarındaki katabolizma, sitokin salınımı, inflamatuvar durum, kemoterapi ve radyoterapi ile ilişkili beslenme sorunlarının görülebileceği unutulmamalı ve beslenme desteği multidisipliner olarak tanı konduğu an itibarıyla bireye özgü düzenlenmeli ve mümkün olduğunca beslenme destek tedavisine erken başlanılmasını sağlamanın önemi unutulmamalıdır.

Kaynaklar

- Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., ... Preiser, J. C. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*. 36 (1), 11–48.
- Aytulu, T., Selçukbiricik, F., Çalıkoğlu, F., Yılmaz, M., Ergene, G., İşsever, H., ve Satman, İ. (2022). Kanser tanılı hastaların kemoterapi öncesi ve sonrası yaşa göre sarkopeni ve beslenme durumunun değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*. 5 (1), 6-13.
- Baysal, A., Bozkurt, N., Pekcan, G., Besler, T., Aksoy, M., Kutluay Merdol, T., ... Yıldız, E. (2013). *Diyet el kitabı*. 12. Baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayınları.
- Bray, F., Ferlay J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A. ve Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *A Cancer Journal for Clinicians*, 68, 394- 424.
- Cederholm, T., Jensen G.L., Correia, M. I. T. D., Gonzalez, M.C., Fukushima, R., Higashiguchi, T. ... Compher, C. (2019). GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition. A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition*. 38 (1), 1-9.
- Cereda, E., Turri, A., Klersy, C., Cappello, S., Ferrari, A., Filippi, A. R., ... Caccialanza, R. (2019). Whey protein isolate supplementation improves body composition, muscle strength, and treatment tolerance in malnourished advanced cancer patients undergoing chemotherapy. *Cancer Medicine*. 8 (16), 6923-32.

- de van der Schueren, M. A. E., Laviano, A., Blanchard, H., Jourdan, M., Arends, J., ve Baracos, V. E. (2018). Systematic review and metaanalysis of the evidence for oral nutritional intervention on nutritional and clinical outcomes during chemo (radio) therapy: current evidence and guidance for design of future trials. *Annals of Oncology*. 29 (5), 1141-53.
- Ferrell, B.R., Temel, J. S., Temin, S., Alesi E. R., Balboni, T. A., Basch, E. M., ... Smith, T. J. (2017). Integration of palliative care into standard oncology care: american society of clinical oncology clinical practice guideline update. *Clinical Oncology*. 35, 96-112.
- Kim, D. H. (2019). Nutritional issues in patients with cancer. *Intestinal Research*. 17, 455-462.
- Koç, E. (2021). Türk tıp tarihinde palyatif bakım. *Journal of Anesthesiology and Reanimation Specialists Society*, 29 (3), 159-64
- May, P., Garrido, M. M., Cassel, J. B., Kelley, A. S., Diane, E. M., Normand, C., ... Morrison, R. S. (2016). Palliative care teams' cost- saving effect is larger for cancer patients with higher numbers of comorbidities. *Health Affairs*. 35, 44-53.
- Muhsiroğlu, Ö. (2017). Kanser hastalarında tıbbi beslenme tedavisi. *Gulhane Medical Journal*. 59, 79-88.
- Muscaritoli, M., Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., ... Preiser, J. C. (2021). ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical Nutrition*. 40 2898-2913.
- Oğuz, G. ve Kömürcü Ş. (2020). Kanser hastalarının palyatif bakım hizmetlerine erişimi, sorunlar ve öneriler. *Türkiye Klinikleri*. 15-21.
- Özyurt, N., Tolunay, K. P. ve Tanrıverdi, Ö. (2020). Tıbbi onkoloji ve palyatif bakım entegrasyonu. *Türkiye Klinikleri*, 22-26.
- Ravasco, P. (2019). Nutrition in cancer patients. *Journal of Clinical Medicine*. 14 (8), 1211.
- Reinders, I., Visser, M. ve Schaap, L. (2017). Body weight and body composition in old age and their relationship with frailty. *Current Opinion in Clinical Nutrition Metabolic Care*. 20 (1), 11-15.
- Sedef, A. M. ve Özyılkan, Ö. (2020). Palyatif bakımda kanser hastaları için nütrisyonel destek. *Türkiye Klinikleri*. 67-70.
- Thompson, K. L., Elliott, L., Tarlovsky, F. V., Levin, R. M., Voss, A. C., ve Piemonte, T. (2017). Evidence-based nutrition practice guideline for adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 117, 297-310.

Tournadre, A., Vial, G., Capel, F., Soubrier, M., ve Boirie, Y. (2019). Sarcopenia. *Joint Bone Spine*, 86 (3), 309-14.

World Health Organization [WHO]. (2020). Palliative care. 15 Nisan 2022 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> adresinden eriřildi.