

PALYATİF BAKIM HASTALARINDA BESLENME DURUMUNUN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Effects of Nutritional Status on Quality of Life in Palliative Care Patients

Hamza ÇINAR¹, Yasemin KAYA², Özgür ENGİNYURT³

ÖZET

Amaç: Palyatif bakım hastalarının en önemli problemlerinden biri hastaların yeterli düzeyde beslenememesidir. Çalışmamızda ise palyatif bakım hastalarında beslenme düzeyinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisini irdelemeyi amaçladık.

Yöntem: Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Ağustos 2016-Ocak 2017 yılları arasında hastanede yatarak veya evde bakım hizmeti şeklinde palyatif bakım tedavisi verilen 108 hasta ile yüz yüze görüşülerek mini nütrisyonel assesment testi yapıldı ve beslenme durumu tespit edildi. Mini nütrisyonel assesment testi yapılırken hastalara aynı anda yaşam kalitesi ölçeği short form 36 testide uygulandı. Beslenme düzeyinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisi irdelendi.

Bulgular: Çalışmaya 66 (%61.1)'si kadın 42 (%38.9)'si erkek 108 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 77.01±13,0 yıl, vücut kitle endeksi ortalaması 24.15±5.41 kg/m² ve mini nütrisyonel assesment ortalama puanı 14.20±7.01 olarak bulundu. Hastalarımızın palyatif bakım alma nedenlerine baktığımızda; 18 (%16.7)'i serebrovasküler hastalık, 36 (%33.3)'ü alzheimer, 6 (%5.6)'sı kronik böbrek yetmezliği, 14 (%13)'ü kalp yetmezliği ve koroner arter hastalığı, 4 (%3.7)'ü kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım, 2 (%1.9)'sı serebral palsi, 4 (%3.7)'ü psikiyatrik hastalıklar, 20 (%18.5)'si malign hastalıklar, 4 (%3.7)'ü femur boyun kırığı nedeniyle palyatif bakım almaktaydı. Hastalar, beslenme durumlarına göre 3 gruba ayrıldı. Palyatif bakım hastalarında beslenme durumlarına göre ayrılan 3 grup, yaşam kalitesi ölçeği short form 36'nın alt boyut puanları ile kıyaslandığında; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, enerji/vitalite, emosyonel sağlık ve genel sağlığın algılanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (sırasıyla; p=0.000, p=0.004, p=0.000, p=0.000, p=0.003) fakat emosyonel rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon ve ağrı arasında anlamlı bir fark bulunamadı (sırasıyla; p=0.068, p=0.44, p=0.20). İyi beslenmiş hastaların yaşam kalitesi malnütrisyon riski altındaki ve malnütrisyonlu hastalarla short form36 kullanılarak kıyaslandığında; fiziksel fonksiyon, emosyonel sağlık ve enerji/vitalite alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmıştır (p=0.00). **Sonuç:** Palyatif bakım yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlar. Palyatif bakım hastalarında malnütrisyon çok sık gözlenir. Malnütrisyon ise yaşam kalitesi üzerine olumsuz yönde etki eder. Amaç yaşam kalitesini yükseltmek olan palyatif bakım sırasında hastaların beslenme düzeyi değerlendirilmeli ve hastalara gerektiğinde besin takviyesi verilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Palyatif bakım; Beslenme durumu; Yaşam kalitesi

ABSTRACT

Aim: One of the most important problems of palliative care patients is the lack of adequate nutrition. In our study, we aimed to investigate the effect of nutritional status on quality of life in palliative care patients.

Material and Methods: Mini nutritional assesment test was conducted with face-to-face interview to 108 patients who received palliative care in the form of inpatient or home care service at Ordu University Medical Faculty Educational Research Hospital during August 2016 -January 2017 years and nutritional status was determined. When the mini nutritional assesment test was performed, the quality of life scale short form 36 test was applied at the same time to the patients. The effect of the level of nutrition on quality of life was examined.

Results: A total of 108 patients, 66 (61.1%) women and 42 (38.9%) men were included in the study. Mean age of the patients was 77.01 ± 13.0years, mean body mass index was 24.15 ± 5.41 kg / m² and mean mini nutritional assesment score was 14.20 ± 7.01. When we analyzed the etiology of palliative care patients we determine that 18 (16.7) patients with cerebrovascular disease, 36 (33.3%) patients with Alzheimer's disease, 6 (5.6%) patients with chronic renal failure, 14 (13%) patients with heart failure and coronary artery disease, 4 (3.7) patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 2 (1.9%) patients with cerebral palsy, 4 (3.7%) patients with psychiatric disease, 20 (18.5%) patients with malignant disease and 4 (3.7%) patients with femoral neck fracture. Patients were divided three groups according to nutritional status. When the quality of life scale short form 36 subscale scores were compared according to nutritional status of palliative care patients in three groups; there was a statistically significant difference between physical function, physical role limitation, energy / vitality, emotional health and general health perception in three groups (P = 0.00, p = 0.05, p = 0.003, p = 0.012, p = 0.02, respectively) but no significant difference was found between emotional role limitation, social functioning and pain (P = 0.068, p = 0.44, p = 0.20, respectively). When we compared the quality of life between well-fed patients with malnourished and malnutrition risk patients with short form 36, there was a statistically significant difference between the physically functioning, emotional health and energy / vitality subgroups of short form 36 (p=0.00).

Conclusion: Palliative care aims to improve the quality of life. Malnutrition is very common in palliative care patients. Malnutrition, on the other hand, has a negative impact on quality of life. Patients should be assessed for nutritional level during palliative care, which is to improve quality of life and nutritional supplementation should be given if necessary.

Keywords: Palliative care; Nutritional status; Quality of life

¹Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ordu

²Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ordu

³Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ordu

Hamza ÇINAR, Yrd. Doç. Dr.
Yasemin KAYA, Yrd. Doç. Dr.
Özgür ENGİNYURT, Doç. Dr.

İletişim:

Yrd. Doç. Dr. Hamza ÇINAR
Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Altınordu, Ordu.
Tel: 0533 728 40 44
e-mail:
drhamzacinar@gmail.com,
doktorhamza@yahoo.com

Geliş tarihi/Received: 22.08.2016
Kabul tarihi/Accepted: 28.02.2017

Bozok Tıp Derg 2017;7(4):1-7
Bozok Med J 2017;7(4):1-7

GİRİŞ

Yaşadığımız son yüzyılda tıp alanında meydana gelen teknolojik ilerlemeler ve insan hayatının uzaması sonucu kronik ve ölümcül hastalıklarla yaşanan süre giderek artmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanları kronik ve ölümcül hastalıkları olan hastalarla daha sık karşılaşmaktadır. Hastaların kronik ve ölümcül hastalıklarla birlikte daha uzun süre yaşamaları demek daha uzun süre bu hastalıkların yol açtığı ağrı, bulantı/kusma, halsizlik, beslenememe ve kaşeksi gibi semptomlara maruz kalmaları demektir. Palyatif bakım hastalarında yaşam süresi uzarken bu süreçte oluşacak olan bu gibi semptomlara müdahale edilmediği takdirde hastaların yaşam kalitesi düşmektedir (1-3). Bu durum palyatif bakım hastalarında yaşam kalitesini gündeme getirmektedir. Palyatif bakım hastalarında yeterli düzeyde beslenememe ve bunun sonucunda malnütrisyon çok sık görülür (4). İnsanların yeterli ve dengeli beslenmesi hayati fonksiyonların sürdürülmesindeki en temel gereksinimlerden biridir. Yeterli ve dengeli beslenme sağlığın korumasında, hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde önemli rol oynar dolayısı ile yaşam kalitesini artırır (5). Yazımızın amacı palyatif bakım verilen hastalarda beslenme düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamızda, Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Ağustos 2016- Ocak 2017 tarihleri arasında palyatif bakım servisinde yatan 60 hasta, cerrahi servisinde yatan 10 hasta, dahiliye servisinde yatan 10 hasta ve evde bakım hizmeti alan 28 hasta olmak üzere palyatif bakım tedavisi verilen toplam 108 hastada beslenme düzeyinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisine baktık. Çalışmanın verileri hastalar ile bire bir görüşülerek toplandı. Veriler; yaşam kalitesi ölçeği short form 36 (SF-36) ve mini nütrisyonel assesment (MNA) testleri kullanılarak elde edildi. Hastalara tüm sorular açıklanarak okundu verilen cevaplar kaydedildi. Tüm sorular hastalar tarafından anlaşılınca kadar tekrar edildi ve formlar yaklaşık yarım saatlik sürede dolduruldu. MNA testinin sonucuna göre hastalar malnütre, malnütrisyon riski altında ve iyi beslenmiş olarak üç gruba ayrıldı. SF 36

her üç gruba da uygulandı.

Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi: MNA, hastaların beslenme durumunun değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan testlerden biridir. MNA'nın kullanımı European Society of Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) tarafından tavsiye edilmektedir. MNA yaşlı hastalarda beslenme düzeyini en iyi ölçen testlerden biridir (6). Palyatif bakım hastaları genelde yaşlı hastalar olduğu için çalışmamızda özellikle MNA'yı kullandık. MNA; besin alımı, antropometrik ölçümler, laboratuvar verileri, fonksiyonel durum, morbidite, mortalite ve hastanede kalış süresi ile iyi korelasyon gösterir (7,8). MNA toplamda 18 sorudan oluşur. İlk 6 soruluk kısımdan 12 puandan az alan hastalara ikinci kısımda yer alan 12 soru daha sorularak toplam puan elde edilir. MNA'nın değerlendirme kriterleri; hastanın genel sağlık durumu, hareketliliği, beslenme durumu, antropometrik ölçümler (kilo kaybı, vücut kitle endeksi, üst kol çevresi, baldır çevresi), kişinin kendisi hakkındaki değerlendirmesidir. Kategoriler 23.5 ve üzeri iyi beslenmiş, 17- 23,5 malnütrisyon riski altında, 17 ve altı ise malnütrisyon olarak değerlendirilir (9).

Yaşam kalitesi ölçeği SF-36: SF-36 sağlık bakımını değerlendirmek için yapılan araştırmalarda en çok kullanılan sağlıkla ilişkili jenerik bir yaşam kalitesi testidir. SF-36, bireylerin sağlık durumları ile yaşam kalitelerini kıyaslamak amacıyla 1987 yılında Ware tarafından geliştirilmiştir (10). SF-36'nın Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında Pınar R. tarafından yapılmıştır (11). SF-36, toplam 36 madde içeren bir ölçekdir. SF-36 fiziksel ve mental olmak üzere iki ana boyuta ayrılır ayrıca sekiz alt ölçekte incelenir. Alt ölçeklerin her biri toplam 2-10 madde arasında değişir. SF-36'nın alt ölçekleri; 10 madde içeren fiziksel fonksiyon, 2 madde içeren sosyal fonksiyon, 4 madde içeren fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, 3 madde içeren emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, 5 madde içeren mental sağlık, 4 madde içeren enerji, 2 madde içeren ağrı ve 5 madde içeren sağlığın genel algılanmasıdır. Yaşam kalitesinin alt boyutlarının puanları incelendiğinde olası en düşük ve en yüksek puanlar; fiziksel işlev (en düşük10 / en

yüksek 30), fiziksel rol (en düşük 0 / en yüksek 4), ağrı (en düşük 2 / en yüksek 11), genel sağlık (en düşük 5 / en yüksek 25), enerji (en düşük 4 / en yüksek 24), sosyal işlev (en düşük 2 / en yüksek 11), emosyonel rol (en düşük 0 / en yüksek 3) ve mental sağlık (en düşük 5 / en yüksek 30) olarak görülür. Testin soruları çok seçeneklidir ve son 4 haftayı inceler. Pozitif puanlamaya sahip ölçekler 0 ila 100 puan arasında değerlendirilir ve puanın yükselmesi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin iyiye gittiğini gösterir Puan düştükçe sağlık durumuyla ilgili yaşam kalitesi kötüleşiyor demektir (11,12).

İstatistik

Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Hastaların beslenme durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması için tek yönlü varyans analizi (ileri analiz olarak Tukey HSD), Kruskal Wallis analizi (ileri analiz olarak Tukey ve Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney Analizi) kullanılmıştır. Çalışmamızda anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 66 (%61.1) kadın, 42 (%38.9) erkek toplam 108 hastanın yaş ortalaması 77.01 ± 13.0 yıl, vücut kitle endeksi ortalaması 24.15 ± 5.41 kg/m², MNA puanı ortalaması 14.20 ± 7.01 olarak bulundu. MNA testine göre hastaların %57.4'ü malnütre, %27.8'i malnütrisyon riski altında ve %14.8'i iyi beslenmiş olarak tespit edildi. Hastalarımızın palyatif bakım alma nedenlerine baktığımızda; 18 (%16.7)'i serebrovasküler hastalık, 36 (%33.3)'sı Alzheimer, 6 (%5.6)'sı kronik böbrek yetmezliği, 14 (%13)'ü kalp yetmezliği ve koroner arter hastalığı, 4 (%3.7)'ü kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım, 2 (%1.9)'sı serebral palsy, 4 (%3.7)'ü psikiyatrik hastalıklar, 20 (%18.5)'si malign hastalıklar ve 4 (%3.7) 'ü femur boyun kırığıydı (Tablo 1).

Tablo 1: Hastaların palyatif bakım alma nedenleri

Hastalık	N	%
Serebrovasküler hastalık	18	16,7
Alzheimer	36	33,3
Kronik böbrek yetmezliği	6	5,6
Kalp yetmezliği ve/veya koroner arter hastalığı	14	13
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve/veya astım	4	3,7
Serebral palsy	2	1,9
Psikiyatrik hastalıklar	4	3,7
Malign hastalıklar	20	18,5
Femur boyun kırığı	4	3,7

Beslenme durumlarına göre üç gruba ayrılan palyatif bakım hastalarına yaşam kalitesi ölçeği SF-36'nın alt boyut puanları one way anova testiyle uygulandığında; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, enerji/vitalite, emosyonel sağlık ve genel sağlığın algılanması arasında anlamlı bir fark bulundu (sırasıyla $p=0.000$, $p=0.004$, $p=0.000$, $p=0.000$, $p=0.003$). Emosyonel rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon ve ağrı arasında ise anlamlı bir fark bulunamadı (sırasıyla; $p=0.068$, $p=0.44$, $p=0.20$) (Tablo 2).

Hastalar yaş ve vücut kitle endeksi(VKE) dikkate alınarak karşılaştırıldığında, yaş açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken, VKE açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (sırasıyla $p=0.51$, $p=0.001$). VKE iyi beslenmiş hastalarda daha yüksekti.

SF-36 testi kullanılarak iyi beslenmiş hastaların yaşam kalitesi, malnütrisyon riski altındaki ve malnütrisyonlu hastalarla post hoc analizi (Tukey testi) yardımıyla kıyaslandığında fiziksel fonksiyon, emosyonel sağlık ve enerji/vitalite alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmıştır. Diğer 5 alt grupta ise herhangi bir fark bulunamamıştır (Tablo 3).

Tablo 2: Beslenme Durumuna Göre SF-36'nın Alt Boyut Puanlarının Kıyaslanması

SF36	Malnütre Hastalar N=62(%57.4)	Malnütrisyon Riski Altındaki Hastalar N= 30(%27.8)	İyi Beslenmiş Hastalar N= 16(%14.8)	p
Fiziksel Fonksiyon	11.61±3.09	14.20±5.53	22.28±6.5	0.000
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	4.29±0.63	5.06±1.36	4.57±1.45	0.004
Sosyal Fonksiyon	6.07±1.13	6.33±1.32	6.14±0.86	0.440
Emosyonel Sağlık	20.56±3.24	19.20±3.28	13.0±5.73	0.000
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	3.29±0.81	3.80±1.24	3.57±1.08	0.068
Enerji/ Vitalite	15.93±2.55	14.8±2.12	20.57±3.83	0.000
Ağrı	7.33±2.78	7.80±2.29	6.28±2.33	0.202
Genel Sağlıkın Algılanması	17.5±2.26	15.9±1.76	16.4±.65	0.003

Tablo 3: İyi beslenmiş hastaların yaşam kalitelerinin malnütrisyon riski altındaki ve malnütrisyonlu hastalarla kıyaslanması. (P1: normal nütrisyon grubu ile malnütrisyon riski altındaki grubunun karşılaştırılması. P2: normal nütrisyon grubu ile malnütrisyon grubunun karşılaştırılması).

SF-36	İyi Beslenmiş N=16(%14.8)	Malnütrisyon Riski Altındaki Hastalar N=30(%27.8)	Malnütre Hastalar N=62(%57.4)	P1	P2
Fiziksel Fonksiyon	22.28±6.5	14.20±5.53	11.61±3.09	0.000	0.000
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	4.57±1.45	5.06±1.36	4.29±0.63	0.29	0.61
Sosyal Fonksiyon	6.14±0.86	6.33±1.32	6.07±1.13	0.37	0.37
Emosyonel Sağlık	13.0±5.73	19.20±3.28	20.56±3.24	0.000	0.000
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	3.57±1.08	3.80±1.24	3.29±0.81	0.75	0.60
Enerji/Vitalite	20.57±3.83	14.8±2.12	15.93±2.55	0.000	0.000
Ağrı	6.28±2.33	7.80±2.29	7.33±2.78	0.17	0.36
Genel Sağlıkın Algılanması	16.4±.65	15.9±1.76	17.5±2.26	0.73	0.19

TARTIŞMA

İnsanların yaşam sürelerinin uzadığı ve kronik hastalıkların arttığı günümüzde sağlık çalışanlarının palyatif bakıma muhtaç hastalarla karşılaşma ihtimalleri artmıştır. Palyatif bakımın en önemli amaçlarından biri hastaların yaşam kalitesini yükseltmektir (3). Palyatif bakım hastalarında beslenme düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisine baktığımızda malnütrisyonun yaşam

kalitesini olumsuz yönde etkilediğini görebiliriz. Literatüre baktığımızda malnütrisyon palyatif bakım hastalarında çok yüksektir (4). Bizim çalışmamızda ise %57.4 oranında malnütrisyon ve %27.8 oranında malnütrisyon riski olan hasta mevcuttu. Palyatif bakım hastalarında yaşam kalitesini yükseltme ve yeterli beslenme düzeylerini sağlamada sağlık çalışanlarına

önemli sorumluluklar düşmektedir. Enerji, protein ve diğer besinlerin yetersiz alınması veya artmış vücut ihtiyacının karşılanamaması nedeniyle organların boyut veya fonksiyonlarında kayıp ve klinik sonuçlarda ölçülebilir yan etkiye sebep olabilen beslenme durumu malnütrisyon olarak tanımlanır (13). Malnütrisyonun önemi birçok hekim tarafından halen anlaşılammıştır bundan dolayıdır ki tespit edilse bile tedavisi için çok çaba harcanmamaktadır. Peki malnütrisyon bu derece önemsiz bir durum mudur? Malnütrisyonlu hastalarda kas iskelet sistemi, immun sistem, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem ve sinir sistemi olumsuz yönde etkilenir. Hastalarda; sarkopeni, enfeksiyonlara eğilim, bası yarası, akut böbrek yetmezliği ve mortalite artışı gözlenir (14). Sonuç olarak birçok olumsuz klinik tabloya neden olan malnütrisyon yaşam kalitesini düşürür.

Palyatif bakım iyileşmenin mümkün olmadığı kronik hastalığı olan ve/veya terminal dönem hastalarının semptomlarını ve uygulanan tedavilerin yan etkilerini önlemek veya azaltmak için yapılan yaşam kalitesini en yüksek düzeyde tutmayı hedefleyen multidisipliner bir tedavi yaklaşımıdır (15). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre ise palyatif bakım; küratif tedavilere cevap vermeyen kronik yada ölümcül hastalıkları olan hastaların fiziksel, psikososyal ve ruhsal tatminlerinin karşılanması yoluyla acı çekmelerinin önlenmesi veya en azından hafifletilmesine yönelik uygulamalar yaparak hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan total bakımın tümüne denir (16). Terminal dönemdeki hastalarda en sık görülen ve yaşam kalitesini etkileyen semptomlar; ağrı, bulantı, kusma, kaşeksi, halsizlik ve dispnedir. Palyatif bakımın en önemli amacı başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel ve emosyonel semptomların rahatlatılmasıdır (1,2). Sonuç olarak palyatif bakım hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik yapılan tedaviler bütünüdür (3).

Literatüre baktığımızda yaşam kalitesiyle ilgili birçok tanım vardır fakat halen herkes tarafından kabul görmüş bir tanım yoktur. Yaşam kalitesi, subjektif bir durumu ifade eder. Kelime anlamı olarak yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti, yaşamdan zevk alma ve mutluluk kelimeleriyle eş anlamlı olarak kullanılabilir. Tıbbi terim olarak ise bireyin tüm ihtiyaçlarını karşılaması,

hayattan haz alması, benlik saygısının korunması, sosyal ve kişilerarası ilişkilerinde kendi değerleri ve kültürü içerisinde yeterli olması durumunu tanımlar (17). DSÖ'nün yaşam kalitesi tanımı da literatürde ki diğer tanımlamalara benzemektedir; bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, özgürlük seviyesi ve sosyal ilişkilerini yaşadığı çevrenin kültürel bağlamları ve kendi değerleri içinde inceleyen bir kavramdır (18). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise yaşam kalitesinin sadece bir alt bölümünü oluşturur. Hastanın içinde bulunduğu sağlık durumundan etkilenmesini, yaşamından memnuniyet halini ve sağlık durumuna verdiği emosyonel yanıtı içeren bir kavramdır (19). Yaşam kalitesi kronik hastalıklarda olumsuz yönde etkilenmektedir (20,21).

Palyatif bakım verilen hastalarda beslenmenin değerlendirilmesi ve gerektiğinde desteklenmesi palyatif tedavinin en önemli unsurlarından birisidir. Palyatif bakım alan hastalarda hastalığın kendisine bağlı olarak enerji tüketimi artmıştır. Eğer enerji tüketimi için gereken besin vücut tarafından temin edilemezse zaman içinde ilerleyici kilo kaybı gelişir. Kilo kaybı ve kaşeksi yaşam kalitesini ve sağ kalımı olumsuz yönde etkileyen en önemli faktörlerden biridir (22).

Beslenme durumunun değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda destek verilmesi malnütrisyonu ve kaşeksiyi düzeltebilir. Beslenme düzeyinin değerlendirilmesinde bir çok tarama yöntemi kullanılmaktadır ancak klinikte en sık kullanılanlar malnütrisyon universal tarama aracı, nütrisyonel risk taraması 2002, mini nütrisyonel değerlendirme, kısa nütrisyonel değerlendirme anketi, malnütrisyon tarama aracı ve subjektif global değerlendirme testleridir (23). Malnütrisyonun taranmasında ülkemizde ve dünyada bu yöntemler arasında en yaygın kullanılanı MNA testidir (24). Malnütrisyonu saptamada kullanılan biyokimyasal belirteçler; albumin, prealbumin, retinol bağlayıcı protein ve transferrindir. Tüm bunlar değerlendirilerek hasta; 1-iyi beslenen, 2-Malnütrisyon riski altında, 3-Malnütrisyonlu olarak puanlandırılır (23).

Yaşam kalitesini yükseltmeyi hedefleyen palyatif bakım için olmazsa olmaz hedef malnütrisyonu düzeltmektir.

Malnütrisyon yaşam kalitesini düşürür ve palyatif bakım hastalarında %52.8 gibi yüksek oranlarda görülebilir (4). Beslenme desteği planlanan hastalarda ilk tercih edilen yöntem daima doğal beslenmedir ve öncelikle ağız yoluyla besin takviyesi verilmelidir (25). Hastanın besin desteği doğal yollarla karşılanamıyor veya yetersiz kalıyorsa hastaya enteral ve parenteral yollarla besin desteği başlanır (25,26). Gastrointestinal sistemi çalışan hastaları beslemek için seçilecek yöntem daima enteral yol kullanılarak uygulanmalıdır (27). Enteral beslenme için seçilen solüsyonlar hastanın durumuna göre oral yolla ya da enteral tüple uygulanabilir (25). Parenteral beslenme ise gastrointestinal traktusun kullanılmadığı hastalarda uygulanmalıdır (26).

SONUÇ

Palyatif bakım alan hastalarda malnütrisyon insidansı çok yüksektir. Malnütrisyon, hastanın yaşam kalitesini düşürür. Palyatif bakımın en önemli hedefi ise tedavi olma şansı kalmayan hastalarda yaşam kalitesinin artırmaktır. Dolayısıyla palyatif bakım alan hastalarda hastalığa veya hastalığın tedavisine bağlı olarak gelişen malnütrisyonun, nütrisyonel tarama testleriyle tespit edilip gerekli besin desteğinin verilmesi, yaşam kalitesini yükseltir. İyi beslenmiş hastaların yaşam kalitesi, malnütrisyon riski altındaki ve malnütrisyonlu hastalarla kıyaslandığında fiziksel fonksiyon, emosyonel sağlık ve enerji/vitalite alt grubları arasında istatistiksel olarak olumlu yönde anlamlı bir fark çıkmıştır. Önemli olan palyatif bakım hastalarında beslenme düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etki ettiğini unutmamak ve hastaların beslenme düzeylerini nütrisyonel tarama testleriyle ortaya koyup ilk 24 saat içinde uygun beslenme desteğini başlamaktr.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO) definition of palliative care, available online at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/> en (Erişim tarihi: 20. 01. 2017).
2. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guidelines available online at www.nccn.org (Erişim tarihi: 20. 01. 2017).
3. Cimete G. Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalarda Bütüncü Yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002. p. 25-39, 57-85, 179-89.

4. Çınar H, Kaya Y, Özyurt N, Çakır L, Ongun A. Palyatif Bakım Hastalarında Nütrisyonel Durumun Değerlendirilmesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi; 2016; 8; 3 p:15-18.
5. Çelebi ZM. Hemşirelerin total parenteral beslenmeye yönelik bilgilerinin saptanması., Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,2010, Afyon
6. Cereda E. Mini Nutritional Assessment. Current Opinion in Clinical Nutrition&Metabolic Care. 2012;15(1):29-41
7. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk formal nutrition. The Mini Nutritional Assessment. Clinics in geriatric medicine. 2002;18(4):737-57.
8. Bauer JM, Vogl T, Wicklein S, Trogner J, Muhlberg W, Sieber CC. Comparison of the Mini Nutritional Assessment, Subjective Global Assessment, and Nutritional Risk Screening (NRS 2002) for nutritional screening and assessment in geriatric hospital patients. Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie. 2005;38(5):322-7.
9. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi, F, Bannahum D, Lauque S, et al. The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients.Nutrition 1999; 15: 116-22.
10. Ware JE, Sherbourne DC. The MOS 36 item short form health survey (SF 36). Medical Care 1992; 30: 473-83.
11. Pınar R. Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram: Yaşam kalitesi, bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması. Hemşirelik Bülteni 1995; 9: 85-95
12. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş AK. Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve tedavi dergisi, 1999;12:102-6.
13. Volkert D, Berner YN, Berry E, Cederholm T, CotiBertrand P, Milne A, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. Clinical nutrition. 2006;25(2):330-60.
14. Sleeper RB. Common Geriatric Syndromes and Special Problems. The Consultant Pharmacists 2009; 24: 6447-6462.
15. Morison RS, Meier DE. Clinical practice. Palliative care. N Engl J Med 2004; 350: 2582-90.
16. World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care. Technical Report Series 804. Geneva, 1990.
17. Bayramova N, Karadakovan A. Psoriasis'li Hastaların yaşam Kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003;5(1):45-52.
18. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2009;25(1): 87-100
19. Akyüz N. Ülseratif kolitli hastalarda ameliyat olanlarla olmayanların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2004, İstanbul.
20. Ballas SK, Barton FB, Waclawiw MA, Swerdlow P, Eckman JR, Pegelow CH, et al. Hydroxyurea and sickle cell anemia: effect on quality of life. Health and Quality of Life Outcomes.2006; 4(1), 59.
21. Şakar A, Yorgancıoğlu A, Aydemir Ö, Sepit L, Çelik P. Effect of severity of asthma on quality of life. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2007;55 (2): 135-140.

22. Gülhan M. Palyatif Bakım. Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. <http://file.lookus.net/TGHYK/tghyk.39.pdf>(Erişim tarihi:15. 01. 2017).
23. Anthony PS. Nutrition screening tools for hospitalized patients. *Nutr Clin Pract* 2008; 23: 373-82.
24. Secher M, Soto ME, Villars H, van Kan GA, Vellas B. The Mini Nutritional Assessment (MNA) after 20 years of research and clinical practice. *Reviews in Clinical Gerontology* 2007;17(4):293-310.
25. Koretz RL. Enteral nutrition: a hard look at some soft evidence. *Nutr Clin Pract* 2009;24 (3) : 316-324.
26. Ziegler TR. Parenteral nutrition in the critically ill patient. *N Engl J Med* 2009; 361(11): 1088-1097.
27. Zaloga GP. Parenteral nutrition in adult in patients with functioning gastrointestinal tracts: assessment of outcomes. *Lancet* 2006; 367: 1101-11.