

**SEDA CEVHEROĞLU**

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İSTANBUL-2014**

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

**( YÜKSEK LİSANS TEZİ )**

**“TOTAL PARENTERAL BESLENEN HASTALARDA  
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ”**

**SEDA CEVHEROĞLU**

**DANIŞMAN  
PROF. DR. RENGİN ACAROĞLU**

**HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI/  
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI**

**İSTANBUL-2014**

## TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Seda Cevheroğlu tarafından hazırlanan “Total Parenteral Beslenen Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

06 / 08 / 2014

### Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası  
1.Prof.Dr.Neriman Akyolcu Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi /  
Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

2.Prof.Dr.Rengin Acaroğlu ( Danışman ) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi  
/ Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

3.Doç.Dr.Hülya Kaya İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelikte  
Eğitim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

4.Doç.Dr.Merdiye Şendir İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Esasları  
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

5.Doç.Dr.Ayfer Özbaş İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Cerrahi Hastalıkları  
Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakları da kaynak listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Seda Cevheroğlu



## İTHAF

*Bu tez çalışmasını ansızın aramızdan ayrılan canım kardeşim Ahmet Mert Keskin'e ithaf ediyorum...*

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında içten ilgisi ve tüm samimiyetiyle rehberliğini benden esirgemeyen danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. Rengin ACAROĞLU' na,

Yüksek lisans eğitimim süresince ve tezimin planlanması aşamasında bilgi ve deneyimleri ile beni destekleyen Prof. Dr. Türkinaz AŞTI'ya,

Eğitim sürecimin her aşamasında rehberlik ederek beni yönlendiren Hemşirelik Esasları Anabilim Dalındaki tüm hocalarıma ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Özverili destekleri ile her zaman yanımda olan ve tez çalışmam boyunca bana anlayış gösteren çok sevdiğim eşim, oğlum, ailem ve çalışmamda emeği geçen herkese en içten teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	X
ÖZET .....	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. TOTAL PARENTERAL BESLENME .....	3
2.1.1. TPB Uygulama Kararı .....	4
2.1.2. Total Parenteral Beslenme Komplikasyonları .....	5
2.1.3. Total Parenteral Beslenmede Besin Öğeleri .....	7
2.1.4. Total Parenteral Beslenme Uygulama Yolları .....	9
2.1.4.1. Periferik Venler .....	9
2.1.4.2. Santral Venler.....	10
2.1.4.3. Total Parenteral Beslenme Uygulamasında Dikkat Edilecek Noktalar .....	11
2.1.4.4. İnfüzyon Koşulları .....	12
2.2. TPB VE YAŞAM KALİTESİ .....	12
2.2.1. Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik.....	12
2.2.2. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi.....	15
2.2.3. Total Parenteral Beslenme Ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi .....	15
2.3. TOTAL PARENTERAL BESLENME UYGULANAN HASTA BİREYİN BAKIMI.....	17
2.3.1. Total Parenteral Beslenme Uygulanan Hasta Birey Ve Yaşam Modeli .....	18
2.3.1.1. Yaşam Süresi.....	18
2.3.1.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri .....	19
2.3.1.3. Bağımlılık/ Bağımsızlık Dizgesi .....	25

2.3.1.4. Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler .....	26
2.3.1.5. Yaşamda Bireysellik .....	28
2.3.2. Total Parenteral Beslenen Bireyin Hemşirelik Bakımı.....	29
2.3.2.1. Tanılama.....	29
2.3.2.2. Planlama.....	31
2.3.2.3. Uygulama .....	44
2.3.2.4. Değerlendirme.....	44
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	45
3.1. Araştırmanın Amacı Ve Tipi .....	45
3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular.....	45
3.3. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi .....	45
3.4. Veri Toplaması.....	46
3.4.1. Veri Toplama Araçları .....	46
3.4.1.1. Yapılandırılmış Soru Formu (Ek-1).....	46
3.4.1.2. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği- SF 36 .....	46
3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi .....	48
3.6. Araştırmanın Etik Ve Yasal Yönleri.....	49
3.7. Araştırmanın Tamamlanmasında Karşılaşılan Durumlar .....	49
3.7.1. Olumlu Durumlar .....	49
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	50
4. BULGULAR.....	51
4.1. Hasta Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Hastalık ve TPB Tedavisine Karşı Yanıtlarına İlişkin Bulgular .....	52
4.2. Hasta Bireylerde Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular .....	58
4.3. Hasta Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulgular .....	59
4.4. Hasta Bireylerin Hastalık ve TPB Tedavisine Karşı Yanıtları ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulgular.....	62
5. TARTIŞMA .....	66
5.1. Hasta Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Hastalık ve TPB Tedavisine Karşı Yanıtlarına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	66
5.2. Hasta Bireylerde Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	71



5.3. Hasta Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	73
5.4. Hasta Bireylerin Hastalık ve TPB Tedavisine Karşı Yanıtları ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması....	76
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	81
7. KAYNAKLAR .....	84
8. FORMLAR .....	98
9. ÖZGEÇMİŞ .....	108

**TABLolar LISTESİ**

<b>Tablo 3-1:</b> SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Kriterleri.....	48
<b>Tablo 4-1:</b> Hasta Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı .....	52
<b>Tablo 4-2:</b> Hasta Bireylerin Hastalık ve TPB Tedavi Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı.....	54
<b>Tablo 4-3:</b> Hasta Bireylerin TPB Tedavisine Karşı Yanıtlarının Dağılımı.....	56
<b>Tablo 4-4:</b> Hasta Bireylerin Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	58
<b>Tablo 4-5:</b> Hasta Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SF-36) Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	59
<b>Tablo 4-6:</b> Hasta Bireylerin TPB Tedavisine Karşı Yanıtlarına Göre Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SF-36) Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	62

**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

- TPB** : Total Parenteral Beslenme
- SPB** : Santral Parenteral Beslenme
- PPB** : Periferik Parenteral Beslenme
- SVK** : Santral Venöz Kateter
- CVP** : Santral Venöz Basınç
- GYA** : Günlük Yaşam Aktiviteleri
- NANDA- I** : North American Nursing Diagnosis Association I- Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği- 1
- SF-36** : The MOS 36 Item Short Form Health Survey- Yaşam Kalitesi Ölçeği

## ÖZET

Cevheroğlu, S. (2014). Total Parenteral Beslenen Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Bu çalışma, total parenteral beslenme (TPB) uygulanan hasta bireylerde yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla planlanan tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın evrenini, Nisan 2009- Nisan 2010 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin genel cerrahi servislerinde yatarak tedavi alan ve TPB uygulanan hasta bireyler, örneklemini ise araştırma kriterlerini karşılayan ve araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirildikten sonra izin alınan toplam 80 hasta birey oluşturdu.

Verilerin toplanmasında, yapılandırılmış soru formu ve SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizi SPSS 15,0 paket programı ile bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistikler, parametrik testler ve korelasyon analizi kullanılarak yapıldı.

TPB uygulanan hastaların % 51,25'ini kadınların oluşturduğu, hasta bireylerin yaş ortalamasının 49,91±13,09 yıl, TPB tedavi süresi ortalaması 27,96± 3,14 gün olduğu saptandı. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi puan ortalamaları tüm alt boyutlarda düşüktü. 'Sosyal Fonksiyon' alt boyutu ile yaş arasında zayıf düzeyde negatif yönde bir ilişki olduğu ( $r = -0,279$ ) ve bu yaşam alanının çocuk durumundan etkilendiği ( $p = 0,028$ ) belirlendi. Komplikasyon varlığına ( $p = 0,046$ ), ve hiperglisemi deneyimleme durumuna ( $p = 0,041$ ) göre 'Fiziksel Fonksiyon' alt boyut puan ortalamasının; ek hastalık durumuna göre 'Emosyonel Rol Kısıtlılığı' ( $p = 0,041$ ) alt boyut puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı.

Sonuç olarak, TPB uygulanan hasta bireylerin yaşam kalitesinin kötü olduğu, yaş ve çocuk varlığı gibi sosyo-demografik özelliklerin, komplikasyon gelişimi ve özellikle hiperglisemi deneyimlemenin yanı sıra ek hastalık varlığının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Total parenteral beslenme, Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, Hemşirelik

## ABSTRACT

Cevheroğlu, S. (2014). Assessment of Quality of Life of Patients fed with Total Parenteral Nutrition. Istanbul University Institute of Health Sciences, the Department of Nursing Education, Master's Thesis, Istanbul.

This study is a descriptive and correlational research which is planned to assess the quality of life and the factors affecting quality of life in individuals fed with total parenteral nutrition (TPN).

The universe of study is created by TPN fed patient who were hospitalized in general surgery unit in university hospital between April 2009 - April 2010. Research sample is created by totally 80 individuals who meets the criteria of research and whose informed consent was taken after purpose of the research was explained.

Structured questionnaire and The Mos 36 Item Short Form Health Survey- SF-36 was used for collecting the data. Data analysis was done with SPSS 15.0 package program by descriptive statistics, parametric tests and correlation analysis.

51.25% of patients was female and mean age was  $49.91 \pm 13.09$  years, average duration of TPN treatment was  $27.96 \pm 3.14$  days. Health-related quality of life mean scores were significantly lower in all the sub-dimensions. There was a weak level of negative correlation between 'The Social Function' sub-dimension and age ( $r = -0.279$ ), and these habitats was impacted by the status of the child ( $p = 0.028$ ) were determined. 'Physical Function' sub-dimension mean scores showed statistically significant differences according to complications presence ( $p = 0.046$ ), and hyperglycemia experiencing status ( $p = 0.041$ ) and 'emotional role limitations' ( $p = 0.041$ ) sub-dimension average score showed statistically significant differences according to additional disease states.

As a result, TPN fed patients have bad quality of life and factors as age, and having children, socio-demographic characteristics, having complication and particularly experience of hyperglycemia and presence of concomitant disease adversely affected quality of life.

**Keywords:** Total parenteral nutrition, Health-related quality of life, Nursing

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlıklı yaşam, yaşamın korunması ve sürdürülmesi organizmanın fizyolojik ve metabolik fonksiyonlarını yerine getirmesi ile mümkündür. Yeterli ve dengeli beslenme ise bu yaşamsal fonksiyonların düzenli bir şekilde sürdürülmesinde insanın en temel gereksinimlerinden biri olup sağlığın korunmasında olduğu kadar hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde dolayısı ile yaşam kalitesinin arttırılmasında önemli rol oynar (Çelebi 2010).

Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasında en uygun, en kolay ve en doğal yol besinlerin ağız yolu ile alınarak sindirim sürecinin başlamasıdır. Ancak bazı durumlarda bireyin ağız yolu ile beslenememesi ya da vücudun enerji gereksinimini karşılayamaması farklı beslenme yöntemlerini gündeme getirebilir (Çelebi 2010). Bu yöntemlerden biri Total Parenteral Beslenme (TPB) dir.

TPB her ne kadar bireye yarar sağlamak amacı ile uygulansa da bazı komplikasyonları beraberinde getirir. Bunlar; katetere bağlı komplikasyonlar, metabolik komplikasyonlar ve enfeksiyon komplikasyonlarıdır. TPB uygulanan hasta bireylerde görülen bu komplikasyonlar, tedavinin başarısızlıkla sonuçlanmasına ve hasta bireylerin sağlıklı yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine yol açabilecek kadar önemli boyutlara ulaşabilir (Misçi ve ark. 1991; Reis 2003; Başaran ve ark. 2005; Özdemir 2006; Bubzy ve ark. 2008).

Yaşam kalitesi; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk kelimeleriyle eş anlamlı olarak kullanılan, bireyin biyo, psiko, sosyokültürel ve politiko ekonomik boyutunu etkileyen geniş bir kavramdır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise yaşam kalitesinin sadece bir bölümünü oluşturmakta ve bireyin içinde bulunduğu sağlık durumundan memnuniyet durumu ve sağlık durumuna verdiği emosyonel yanıtı da içeren bir kavram olarak kabul edilmektedir (Ertan 1994; Akyüz 2004). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin belirlenmesinde; hasta bireyin sağlık durumu, kişisel ve sosyokültürel özelliklerinin yansması olan istek ve beklentileri, sağlık durumu nedeniyle bu istek ve beklentileri gerçekleştirme yeteneğindeki kısıtlamalar ve hasta bireyin bu kısıtlamalar karşısındaki yanıtı ve emosyonel durumu rol oynamaktadır (Kama ve ark. 1995; Balcı ve ark. 2005; Savcı 2007).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini inceleyen birçok çalışma yapılmış ve sağlıktan sapmaya neden olan durumların yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (Yılmaz 2012). Ancak, TPB uygulanan hasta bireylerde yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu sınırlı çalışmalarda, TPB tedavisine bağlı olarak gelişen komplikasyonların ve uygulanan kateter ile ilgili bakım eksikliği ya da yanlış uygulamaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Fitzgerald 2004; Delege 2011) Bununla birlikte, TPB uygulanan hasta bireyler, kanser, cerrahi girişimler veya nörolojik hastalıklar gibi yaşam kalitesini negatif etkileyecek sağlık problemlerine sahiptir. Komplikasyonlar, medikal cihazlar ile ilgili problemler, beslenme ürününü temin etme, cihaz ve ürünlerin kullanımı ile ilgili bilgi eksiklikleri gibi durumlar, hasta bireyin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini azaltan diğer sebeplerdir (Delege 2011).

Total parenteral beslenme bireyin GYA'nin gerçekleştirilmesinde yoğun sorunlar yaşanmasına neden olarak bağımsızlığını kaybetmesine, beraberinde ekonomik üretkenliğini yitirmesi ile aile içi ve toplumsal rollerini yerine getirememesine neden olabilmektedir. Bu bağlamda hemşire, öncelikle total parenteral beslenen hastaların bağımsızlığını sürdürmesine ya da bağımlılık durumu ile başa çıkmasına, sağlıklı ve bağımsız davranış geliştirmesine olanak sağlayacak bilgi ve kişi/ kurumlara ulaşmasına ve yaşamına kalite getirecek yeni davranışlar kazandırmasına yardım etmelidir (Gündoğdu 2010; Delege 2011).

Ülkemizde, son yıllarda, yaşam kalitesine ilişkin çalışmalarda bir artış olmasına karşın TPB uygulanan hasta bireylerin yaşam kalitesini belirlemeye yönelik herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır (Yılmaz 2012). Bu nedenle, bu çalışma total parenteral beslenme uygulanan hasta bireylerde yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla planlanmış ve elde edilen verilerin TPB uygulanan hasta bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini arttırmaya yönelik hemşirelik bakımının planlanmasına katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. TOTAL PARENTERAL BESLENME

Total parenteral beslenme, katabolik dönemi ağır ve uzun seyreden hastalıklarda, sindirim kanalının anatomik ya da fonksiyonel bütünlüğünün bozulması nedeniyle oral beslenmenin yapılamadığı durumlarda ya da ağızdan beslenebildiği halde enerji gereksinimi artmış hasta bireylerde, gerekli besin maddelerinin intravenöz yolla verilmesidir (Akdemir ve Birol 2003). Hasta bireyin günlük gereksinimi olan karbonhidratlar (glikoz), proteinler (aminoasit), lipitler (trigliseridler), vitamin, mineral ve eser elementler bu yolla karşılanır (Gündoğdu 1995; Çelebi 2010).

Total parenteral beslenme uygulaması 1665’de Sir Christopher Wren’in hastalarına intravenöz yoldan alkol vermesi ile başlamıştır. 1940’lı yılların başlarında Helfrick ve Abelson tarafından bugünkü şekli ile olamasa da tanımlanmış olan parenteral beslenme, klinik uygulama alanına ancak 1970’li yıllarda girebilmiştir. Başlangıçta aminoasitlerin anabolize olması ve yeterli kalorinin sağlanması amacıyla enteral yoldan yeterince beslenemeyen hastalara yüksek konsantrasyonda dekstroz içeren sıvılar verilmiştir. Menzel ve Perco, yağ emülsiyonlarını deneysel olarak ilk kez 1869 yılında kullanmış, 1950’lerde de ABD’de Lipomul adlı ilk yağ emülsiyonu insanlar üzerinde kullanılmış, ancak toksik etkileri nedeniyle kısa süre içinde piyasadan toplatılmıştır. 1962’de Wretlind tarafından soya fasulyesinden elde edilen intralipid, IV yağ emülsiyonlarının kullanım alanına girmesi hasta bireylere gereksindiği miktarda kalorinin verilmesini sağlamıştır. TPB uygulaması; bugünkü yaygın kullanımını, enteral yoldan yeterince beslenemeyen bebeklerin intravenöz aminoasit ve hipertonic glikoz sıvıları ile kilo alabileceğini ve büyüyebileceğini gösteren Dudrick ve arkadaşlarına (1969) borçludur.

Bu tedavi yöntemi, yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmak amacı ile 1970’li yıllardan itibaren evde de uygulanmaya başlanmıştır (Cosnes ve ark. 1990; Jeppesen ve ark. 2000; Nightingale 2001). Yapılan bir çalışmada, evde TPB uygulanan ve AIDS, kanser gibi hastalık dışında rahatsızlıkları olan hasta bireylerde ilk 5 yıllık yaşam şansı %62 olduğu saptanmıştır (Messing 1995; Çelebi 2010). Ancak evde TPB uygulanan hasta bireylerde gelişen komplikasyonların, hastanede TPB uygulanan hasta



bireylerde gelişen komplikasyonlardan daha sık olduğu görülmüştür (Kelly 1996; Çelebi 2010).

### 2.1.1. TPB Uygulama Kararı

Hasta bireyde TPB tedavisine başlama kararı yasal olarak hekime aittir ancak uygulamanın başarılı biçimde sürdürülebilmesi farklı disiplinlerden oluşan sağlık ekibi üyelerinin işbirliğini gerektirir. Bu ekip içinde hemşire, hasta birey ile daha fazla iletişim içinde olması nedeniyle önemli sorumluluk üstlenir ve hasta bireyin fiziksel durumu, gıda alımı, gıda tercihleri, kilo değişimleri ve tedaviye cevabını daha iyi gözlemleyebilir (Aştı ve Karadağ 2012).

TPB sıklıkla aşağıdaki durumların varlığında endikedir.

- Ağızdan beslenememe ya da yetersiz beslenme (koma, sepsis, orofarengial travma, kafa travmaları, anoreksia nevroza, beyin lezyonları, hiperemesis gravidarum, özofagus yanığı)
- Ağızdan beslenmenin bir süre istenmediği sindirim sistemi ameliyatları,
- Sindirim ve emilim bozuklukları (intestinal obstrüksiyon, akut pankreatit, kısa barsak sendromu, inflamatuvar barsak hastalığı, enterokutan fistüller)
- Enerji gereksiniminin arttığı ciddi stres durumları (kanser, AIDS, malnutrisyon, beyin travması, çoklu travma, sepsis, yanıklar, organ nakilleri)
- Böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği (Akdemir ve Birol 2003; Allison 2004; Çelebi 2010).

TPB endikasyonu olan hasta bireyin beslenme desteği gereksinimine karar verilmesi, protein ve kalori gereksiniminin belirlenmesi için iyi bir değerlendirme yapılması gerekir. Bu değerlendirme anamnez, fizik muayene ve laboratuvar bulgularını içerir (Aştı ve Karadağ 2012).

*Anamnez:* Beslenme durumunun değerlendirilmesinde alınacak iyi bir anamnez birçok laboratuvar ölçümünden daha değerli olabilir. Hasta bireyin kendi isteği dışında son 1 yılda %15'den fazla, son 6 ayda %10'dan fazla, son 1 ayda %5'den fazla kilo kaybı beslenme desteğine olan gereksinimin ilk göstergesidir (Çelebi 2010). Bireyin iştah durumu, yutma zorluğu, allejisi olan yiyecek varlığı değerlendirilir (Aştı ve Karadağ 2012)

*Fizik Muayene:* Yeterli anamnez veremeyen hasta bireylerde temporal, submandibular, pektoral ve interkostal bölgede önceden olmayan çökme kilo kaybının %10'dan fazla olduğunu gösterir (Çelebi 2010). Ağırlık, boy, beden kitle indeksi, triseps deri kıvrım kalınlığı, kol çevresi ölçümleri, baldır çevresi ölçümleri yapılarak yaş ve cinsiyete uygun standart değerlerle karşılaştırılır.

*Laboratuvar Bulguları:* Biyokimyasal parametrelerden Albümin, prealbümin, retinol bağlayıcı protein ve transferrin sonuçları önemli göstergelerdir. *Albümin;* Yarılanma ömrünün uzun olması (17-20 gün) kısa zamanda beslenme durumunda meydana gelen değişiklikler göstermede yetersiz kalabilir. Fakat kronik beslenme yetersizliğinin belirlenmesinde en yaygın kullanılan testtir. Serum albümin düzeyinin 3.5 gr/dl'nin altına düşmesi durumunda, beslenme desteği endikasyonu doğar. *Prealbümin:* Serum yarılanma ömrü 2-3 gündür. Bu nedenle 3-4 gün içinde değişebilen plazma seviyesinin, beslenme yetersizliği veya desteğini gösterdiği düşünülebilir. *Retinol Bağlayıcı Protein:* Yarılama ömrü çok kısadır (10 saat) ancak teknik olarak ölçümün çok zor olması nedeniyle rutin olarak kullanılmaz. *Transferrin:* Yarılanma ömrü 8-10 gündür. Yarılanma ömrünün albüminden daha kısa oluşu beslenme durumundaki değişiklikleri daha erken yansıtacağını düşündürse de klinik çalışmalarla aralarında anlamlı bir fark yoktur (Büyükgedia 1993, Çelebi 2010).

### **2.1.2. Total Parenteral Beslenme Komplikasyonları**

TPB uygulamasında deneyimli ekipler ve iyi geliştirilmiş tedavi protokollerine rağmen yine de komplikasyonlar görülmektedir. 1981-1985 yılları arasında California Üniversitesi Hastanesinde yapılan bir çalışmada, ortalama 18,9 gün TPB uygulanan toplam 1647 hasta birey komplikasyon açısından incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre toplam 509 önemli komplikasyonun geliştiği ve hasta bireylerin %5,7'sinde uygunsuz kateter yerleştirilmesi, %6,6'inde sepsis, %9'unda mekanik ve %7,7'sinde metabolik komplikasyonların ortaya çıktığı saptanmıştır. Bu veriler TPB komplikasyonlarının ne kadar sık ve ciddi olduğunun bir göstergesidir (Çelebi 2010).

TPB uygulamasının komplikasyonları katetere bağlı, metabolik ve enfeksiyon olmak üzere üç grupta incelenir (Gündoğdu 1995).

#### *1. Katetere Bağlı Komplikasyonlar*

- Pnömotoraks/ hemotoraks

- Kateter embolisi/hava embolisi
- Santral ven trombozu
- Kardiak aritmi
- Miyokard perforasyonu (Gündoğdu 1995; Sayek 1995; Çelebi 2010).

## *2. Metabolik Komplikasyonlar*

- Hiperglisemi
- Hiperkloremik
- Metabolik asidoz
- Hiperozmolar non- ketojenik koma
- Dolaşım yüklenmesi
- Hipomagnezemi
- Hipokalsemi
- Hipofosfatemi
- Hiperkalemi
- Hipokalemi
- Vitamin ve eser element eksikliği
- Karaciğer ve safra kesesi fonksiyon bozuklukları
- Metabolik kemik hastalıkları
- Mide boşalmasının gecikmesi
- Kardiyovasküler komplikasyonlar (Boggs ve ark. 1993; Günerli 1993; Quigley 1993; Ergin 1994; Messing 1994; Bozfakioğlu 1996; Hunt ve ark. 1996; Dicle 1997; Çelebi 2010).

## *3. Enfeksiyon Komplikasyonları*

Hastaneye yatan hasta bireylerde gelişen nazokomiyal enfeksiyonların 1/2 - 1/3'ü uygulanan santral ya da periferik kateter kaynaklıdır. TPB uygulanan hasta bireyler genellikle esas hastalıkları nedeniyle aynı zamanda enfeksiyona da yatkındırlar.

Kateter enfeksiyonu doğrudan kateter bakımı ile ilgilidir ve büyük oranda önlenilecek komplikasyondur. Kateter enfeksiyonunun ilk birkaç günde ortaya çıkması kateter yerleştirilirken aseptik kurallara uyulmaması, ilk haftadan sonra gelişmesi ise izlem süresince kateter bakımının yetersizliğini düşündürür (Çelebi 2010). Total parenteral beslenen hastalar ile ilgili yapılan bir çalışma da, kateter enfeksiyonlarının %90'ı kateterin kontamine olmasına bağlı geliştiği, kateter bakımının düzenli ve dikkatli bir şekilde deneyimli ekip üyesi tarafından yapılması, kateterin, portun, uygulama seti ve pansuman bakımında mutlaka cerrahi asepsi ilkelerine uyulması ile geniş oranda önlenileceği vurgulanmaktadır (Kahveci 2011).

TPB uygulanan hasta bireylerde en tehlikeli komplikasyon ve en önemli morbidite nedeni kateter enfeksiyonudur (Sabiston 1991; Dipiro ve ark. 1993; Way 1994).

### **2.1.3. Total Parenteral Beslenmede Besin Öğeleri**

*Karbonhidratlar:* TPB uygulamasında en sık kullanılan karbonhidrat formları Glikoz veya Dekstroz solüsyonlarıdır. (Sabiston 1991; Hall ve ark. 1992; Dipiro ve ark. 1993; Shils 1994; Way 1994; Dicle 1997). Glikoz miktarı hasta bireyin enerji gereksinimine, klinik durumunda glikozu kullanılabilirliğine göre ayarlanmaktadır. TPB uygulamasında günlük enerji gereksiniminin %70'inin glikoz, %30'unun lipitlerden sağlanması, kalori nitrojen oranında 150-200kcal/1gr nitrojen olması önerilmektedir (Moral 1993; Şahinoğlu 1993).

*Proteinler:* Günlük TPB uygulamasında total kalorinin %15-20'si protein veya aminoasitlerden sağlanır (Çakmakçı 1995; Bozfakioğlu 1996; Guyton 1996). İnsanların protein gereksinimi; yaş, vücut büyüklüğü ve en önemlisi klinik durumuna göre değişmektedir. Normal koşullarda yetişkin bir bireyin ortalama protein gereksinimi 0.8gr/kg/gün veya 56-60 gr'dır (Sabiston 1991; Dicle 1997). Protein gereksinimi stres, travma, yanık gibi katabolik durumda olan hasta bireylerde 2-3.5 gr/kg/gün oranında artmaktadır (Şahinoğlu 1992; Dicle 1997).

*Lipidler:* Yağlar başlıca enerji kaynağıdır. Yağlar parenteral yoldan emülsiyon şeklinde verilebilmektedir. Parenteral beslenmede lipit solüsyonları soya, ayçiçeği ve pamuk çekirdeğinden elde edilmektedir. Parenteral beslenmede kullanılan yağ emülsiyonlarında, yağ suyun içinde dağılmış durumdadır (Sabotka ve ark. 2000). İnsanın temel gereksinimlerinden olan belirli yağ asitleri sinir sisteminin gelişimi ve

fonksiyonunda, pıhtılaşmada, yara iyileşmesinde, immün sistemde, prostoglandin sentezinde, hücre membranı oluşumunda rol oynamaktadır. Bu nedenle miks lipid solüsyonları TPB’de yer alması gerekmektedir (Hall ve ark. 1992; Moral 1993; Dicle 1997). TPB’de toplam kalorinin %30-60 kadarını lipitler ile karşılamak uygundur (Marino 1991).

*Vitaminler:* Küçük miktarda aktif olan, kompleks organik birleşikleridir (Moral 1993). Birçok metabolik işlemde önemli rol oynar. Diğer besinlerin uygun ve etkili kullanımı için vitaminlerin TPB formüllerine eklenmesi çok önemlidir (Çelebi 2010). Vitaminler, uygulama sırasında plastik kaplar, setler, filtreler tarafından emilmekte, ışık, ısı uygulanan diğer solüsyonlar ve tedavide kullanılan ilaçlarla etkileşimleri sonucu doz kaybına uğramaktadırlar. A vitamininin ışık yoğunluğu fazla yoğun bakım ve neonatal ünitelerinde yavaş gönderildiğinde setten emiliminin olduğu ve ışıktan etkilendiği, plastik sistemlerde az miktarda da olsa D vitamini kaybı olduğu bildirilmiştir. Kısa sürede eksikliği gelişmez. Parenteral beslenmede 2-4 hafta da başlanılabilir (Shıls 1994).

*Eser Elementler:* Enerji üretimi, protein sentezi ve diğer birçok metabolik fonksiyon için eser elementler mutlaka gerekmektedir. Çok küçük miktarlarda gereksinim duyulmasına rağmen metabolik ihtiyaçların artması durumunda (sepsis, yanık vb) veya kayıplar çoğaldığında (diyare) eksiklikleri gelişebilmektedir (Gündoğdu 1995; Bozfakioğlu 1996; Kudsk 1999; Çelebi 2010). Uzun süreli TPB uygulanan hasta bireylerde demir, çinko, bakır, kromyum, manganez ve iyot gibi eser elementlerinin yetersizlik bulguları saptandığı, bu nedenle gerekli olan miktarların TPB solüsyonlarına ilave edilmesi gerektiği önerilmektedir (Dicle 1997).

*Elektrolitler:* Parenteral beslenmeye eklenen elektrolitler Na, K, Mg, P, Ca’dır. Asit-baz dengesizlikleri, renal fonksiyonlarda değişiklikler, gastrointestinal kayıplar nedeniyle kritik hasta bireylerin elektrolit ihtiyacı genellikle atipiktir. Bu nedenle sıvı ve elektrolit düzeyleri izlenmeli ve hastanın ihtiyacına göre solüsyonlara elektrolitler eklenmelidir (Deuling ve ark. 1995; Kudsk 1999; Çelebi 2010; Sabotka ve ark. 2000).

*Su:* Su, tüm besin öğelerinin en önemlisi, TPB solüsyonlarının en temel maddesidir. Hasta bireylerin sıvı gereksinimi günden güne değişim gösterebilmektedir. Bu nedenle, hasta bireyin klinik durumuna göre aldığı- çıkardığı sıvı miktarı, günlük kilo takibi temel alınarak belirlenen günlük sıvı gereksinimi karşılanmalıdır (Dicle 1997).

Bu besin öğeleri hasta bireye enteral alım olmadan intravenöz yolla verilerek beslenme gereksinimi yalnızca TPB ile karşılanır ya da besinlerin bir kısmı enteral yol bir kısmı da parenteral yolla verilebilir.

Besin öğelerini ilişkin ürünlerin içeriğinin doğru planlanması için;

- Hasta bireyin metabolik durumunun ve hastalığın metabolizmaya etkisinin değerlendirilmesi
- Hasta bireyin gereksinimlerinin saptanması
- Tedavi hedeflerinin belirlenmesi çok önemlidir.

Bunun için hasta bireyin klinik ve laboratuvar verileri temel alınır. Çünkü makro ve mikro besin öğesi gereksinimleri, var olan başka hastalık, yaş, beden kitle endeksi ve enerji gereksiniminden etkilenir. Enerji ihtiyacının doğru saptanması ise aşırı beslenme veya yetersiz beslenmenin önlenmesi açısından önemlidir. Enerji gereksiniminin hesaplanmasında en kolay yol hastanın ağırlığının kilokalori (kcal) ile çarpımıdır. Fakat bu vücut yağındaki değişiklikleri hesaba katmaz. Bundan dolayı obezlerde kg başına kcal'ın azaltılması veya beslenme bozukluğu olanlarda kg başına kcal'ın artırılması modifiye bir yaklaşım uygulanabilir (Allison 2004).

## **2.1.4. Total Parenteral Beslenme Uygulama Yolları**

### **2.1.4.1. Periferik Venler**

Kısa dönem beslenme ihtiyacı olan hasta bireylerde (3-5 gün) kullanılabilen bir yöntemdir. Periferik Parenteral Beslenme (PPB) kavramı ilk olarak 1945 yılında multiple fistülleri olan hasta bireyi, sekiz hafta süreyle protein hidrolizat ve %10 luk glukoz solüsyonu ile besleyen Bruschi ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Periferik damar seçiminde, el ve kollardaki yüzeysel venler inspeksiyon ve palpasyonla değerlendirilip en dolgun olan kıvrımsız ven intravenöz giriş için tercih edilir (Aştı ve Karadağ 2012). Özellikle erişkinlerde alt ekstremitte damarları parenteral beslenme amacıyla kullanılmamalıdır. Bunun başlıca nedenleri artmış tromboflebit riski ve hasta bireyin yatağa bağımlı kalmak zorunda olmasıdır (Allison 2004; DeGee 2011; Kahveci ve ark. 2011).

*Periferik Parenteral Beslenme Endikasyonları:*

- Kısa süreli TPB uygulaması

- Santral venöz kateterizasyonun kontrendike veya olanaksız olması
- Santral venöz katetere bağlı sepsis veya bakteriyemi gelişmesi
- TPB ozmolaritesinin 850 mOsm'den düşük olması

#### *Periferik Parenteral Beslenmenin Üstünlükleri*

- Kolay erişim yolu olması
- Santral venöz kateterizasyonla ilgili olarak kateterin yerleştirilmesi sırasında yaşanan teknik komplikasyonlar ve uzun süreli kateterizasyona bağlı septik komplikasyonlar gibi erken ve geç morbiditenin önlenmesi
- Giriş yerinde flebit olması halinde bunun erken tanınması
- Yöntemin ucuz ve kolay uygulanabilir olmasıdır.

#### *Periferik Parenteral Beslenmenin Komplikasyonları*

PPB nin en sık komplikasyonu tromboflebittir (%3- 31). Bazı hallerde flebit bölgesel enfeksiyon, doku nekrozu, bakteriyemi ve sepsis gibi ciddi sonuçlar doğurabilir.

Periferik uygulamalarda doğru bir yaklaşım şekli kanülün her gün değiştirilmesi ve ertesi gün tercihen diğer ön kola yeni bir kanül yerleştirilmesidir. Bu PPB'nin daha uzun süreler verilmesini sağlar. Fakat en yaygın uygulama periferik kanülün, flebitin ilk belirtileri görülene kadar, mümkün olabildiğince uzun süre yerinde tutulmasıdır. Bu yolla kanüllerin, flebit azaltıcı ek tedbirler almadan 4 gün kadar kalabileceği gösterilmiştir (Allison 2004; Delege 2011; Kahveci ve ark. 2011).

#### **2.1.4.2. Santral Venler**

İki hafta veya daha uzun süre ağızdan veya gastrointestinal yoldan beslenemeyecek hasta bireylere uygulanır (Allison 2004).

Santral ven yoluyla parenteral beslenme (SPB), yüksek konsantrasyonda ve düşük hacimdeki solüsyonların verilebilmesi için gereklidir. Kateter çoğunlukla büyük çaplı ve yüksek akım hızlı bir damar olan subclavian ven, internal ya da eksternal juguler vene yerleştirilir (Bozfakioğlu 1996; Gürleyik 1996; Çelebi 2010).

Girişim, deneyimli bir hekim tarafından steril koşullar altında, yani ameliyathanede steril teknikle ve cerrahi asepsi kurallarına uyularak yapılır. Girişim

öncesi hasta bireye işlem hakkında bilgi verilip onayı alınmalı, girişime hazırlık aşamasında da bireyin boyun ve göğsündeki kıllar traş edilmeli ve bölge yıkanmalıdır (Allison 2004).

#### *Santral Ven Yoluyla Parenteral Beslenme Endikasyonları*

- Uzun süreli TPB uygulaması
- Periferik intravenöz yolların kontrendike olması
- TPB ozmolaritesi'nin 850 mOsm'den yüksek olması (Allison 2004)

#### *Santral Ven Yoluyla Parenteral Beslenmenin Üstünlükleri*

- Damar yolunun uzun süre açık kalması
- Damara giriş sıklığının az olması (Çelebi 2010; Aştı ve Karadağ 2012).

#### *Santral Ven Yoluyla Parenteral Beslenme Komplikasyonları*

Santral ven yoluyla parenteral beslenme komplikasyonları sıklıkla; pnömotoraks/ hemotoraks, kateter embolisi/ hava embolisi, kardiak aritmi, miyokard perforasyonu ve santral ven tombozudur (Gündoğdu 1995; Sayek 1995; Çelebi 2010; Aştı ve Karadağ 2012).

#### **2.1.4.3. Total Parenteral Beslenme Uygulamasında Dikkat Edilecek Noktalar**

Total parenteral beslenmede besin öğeleri solüsyon formunda çok şişeli sistemler veya tek torba sistemi olmak üzere iki şekilde verilebilir. TPB uygulamasında kullanılan lipid, karbonhidrat ve aminoasit solüsyonlarının 250-500-1000 ml'lik şişelerde bulunması, destek tedavisi alan hasta bireye aynı anda 3-4 şişenin kullanılmasını gerektirmektedir. Çok şişeli sistemin kullanılması şişelerin infüzyon setleri ve adaptörlerin sık sık değişmesi sonucu infüzyon hızının kontrolünü zorlaştırdığı gibi infektif komplikasyon riskini de arttırmaktadır (Çelebi 2010). Her hasta birey için planlanmış günlük formülde bulunması gereken tüm besinlerin tek torbada karıştırılarak kullanılması yöntemi ise infektif ve metabolik komplikasyonları azaltmaktadır. Bu torbalarda elektrolitler, eser elementler, vitaminler ve başka gerekli maddeler karıştırılabilmektedir. TPB solüsyonunun doğru hazırlanabilmesi için geliştirilen protokollere uyulmalıdır (Gündoğdu 1995; Allison 2004; Çelebi 2010; Delege 2011; Kahveci ve ark. 2011).



#### **2.1.4.4. İnfüzyon Koşulları**

Parenteral beslenme solüsyonu 12 saatin üzerinde ve minimum 8 saate verilmelidir. Hiperglisemi ve hipoglisemiden kaçınmak için, uygulamanın ilk saatlerinde infüzyon hızı giderek arttırılmalı ve son saatlerinde infüzyon hızı 1'er saat ara ile azaltılmalıdır. Evde parenteral beslenme genellikle gece yapılır, böylelikle hasta birey gün içerisinde özgür kalır, ancak bu uygulama tolere edilemeyen noktüriye neden olabilir. Noktürisi olan hastalarda, taşınabilir infüzyon makinaları kullanılabilir. Taşınabilir infüzyon makinaları; beslenme süresi kısa olan ve noktürnal infüzyonları tolere edemeyen hastaların kullanımına izin verir, ayrıca ev dışında da mobilizasyon sağlar (Delegge 2011; Kahveci ve ark. 2011).

TPB için kullanılan setlerin lipid kullanımı halinde her gün, lipid içermeyen solüsyonların kullanımı halinde ise 2-3 günde bir değişmesi önerilmektedir. Çok lümenli kateter kullanılması halinde bir lümen TPB için kullanılırken, diğer lümen sıvı-elektrolit ve diğer ilaçların verilmesi için kullanılabilir. Akım hızını düzenlemek içinde infüzyon makinası kullanımı önerilmektedir. TPB solüsyonu dolum/karışım işlemleri sırasında aseptik ilke ve kurallara uyulmalıdır. Karıştırma ve dolum için steril cihazlar kullanılmalı, çalışma alanının kontaminasyonu önlenmeli ve çalışanların özel olarak eğitilmeleri gerekmektedir (Kahveci 2011).

## **2.2. TPB VE YAŞAM KALİTESİ**

### **2.2.1. Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik**

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlanmıştır. Yıllar boyu araştırmacılar, yaşam kalitesiyle ilgili çeşitli tanımlar yapmışlardır. Sonuçta yaşam kalitesi kavramı; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eş anlamlı kullanılmıştır (Şahin 1997; Subaşı 2010).

Yaşam kalitesi 4 ana boyutta ele alınmaktadır (Eser 2004).

1. Kişisel içsel alan (değerler, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb)
2. Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb)
3. Dışsal doğal çevre alanı (hava, su kalitesi vb)

4. Dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik vb)

Yaşam kalitesi, bireyin ve çevresinin şu anki, geçmişteki ve gelecekteki durumunun çok boyutlu değerlendirilmesidir (Birren, Rowe ve Deutcham 1991).

En geniş tanımlardan biri Patrick ve Erickson tarafından yapılmıştır. Ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel durum (sosyal, psikolojik veya fiziksel) ve sosyokültürel dezavantajları içeren bir temel kavram tanımlamışlardır (Arslan ve Gökçe 1999).

*Yaşam kalitesini azaltan durumlar;* temel gereksinimlerin karşılanmaması, beden imgesinin değişmesi, özbakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği, kronik yorgunluk, bitkinlik, seksüel fonksiyonlarda bozulma, gelecek ile ilgili kaygıları, destek sistemlerindeki yetersizlikler, akut sağlık sorunları, kronik sağlık sorunlarıdır.

*Yaşam kalitesini arttıran durumlar ise;* bireyin ekonomik ve sosyal güvence içinde olması, güven içinde yaşaması, rahatlık ve gereken konfora sahip olması, anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması, yakın çevresi içinde olumlu ilişkiler içinde olması, eğlence ve zevk aldığı aktivitelerin olması, itibar görmesi, otonomisinin olması, mahremiyetine değer vermesi, kendini ifade edebilmesi, fonksiyonel olarak yeterli olması, huzur içinde olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesidir. (Fırat 2007)

Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rolü oynayan kişilerdir (Akyol 1993; Fırat 2007). Tıp bilimine 1970'lerden sonra giren yaşam kalitesi kavramı, 1980'lerden sonra da hemşireliğin konu alanına girmiştir (Ragsdale ve Morrow 1990). Bu alanda hemşirelerin sorumluluğu hasta bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek için, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini değerlendirmektir.

Sağlık problemi olsun ya da olmasın bireyin yaşam kalitesi ile ilgilenmek, hemşirelik mesleğinin var olma nedenleri arasındadır. Bu bakış açısı birçok hemşirelik teorisyenleri tarafından da ele alınmıştır. Orem'in öz-bakım modeli hemşirelik uygulamalarında kronik hastalıkların ve yaşam kalitesinin geliştirilmesinde rehberdir (Lubkin ve Larsen 1998; Fırat 2007).

Literatürde yaşam kalitesi alanlarından bahsedilmiştir. Bu alanlar (Pınar 1997; Fırat 2007):

- Yaşamdan doyum alan, beden imajı, anksiyete, otokontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, gelişme ve öğrenme durumu, yaşamın anlamı gibi duyguları içeren psikolojik/emosyonel esenlik,
- Fonksiyonel yeterlilik, günlük yaşam aktiviteleri, yeme, iştah, seks, uyku, zindelik/güçlülük, yorgunluk, sağlık-hastalık görüşü, tanı ve tedavinin sonucunu içeren fiziksel esenlik,
- Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal ve bireysel esenlik,
- Mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi, ev değiştirebilme gibi finansal ve maddi esenliktir.

Hemşirelik biliminde yaşam kalitesine yönelik uğraş verme; hasta bireyi rahatlatmaya yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı mesleğin alanı içinde olan yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanır (Mollaoğlu 2007).

Padilla ve arkadaşlarının belirttiğine göre, hemşirelikte yaşam kalitesine yönelik çalışmaların amacı şöyle sıralanabilir;

- Hasta bireyin hastalığa karşı fiziksel ve psikososyal yanıtını (tepkisini) tanımlamak,
- Hastalık ve tedaviye yönelik olarak semptom yönetimini belirlemek,
- Temel rehabilitasyon uygulamalarının etkisini ölçmek,
- Sağlık- hastalık sürecindeki zayıf yönlerini tanımak.

Tüm bu çalışmalarda; hasta bireyi rahatlatma, yardım etme, esenlik durumunu yükseltmeye yönelik uygun hemşirelik bakımının verilmesi hedeflenmektedir (Akyol 1992).

### 2.2.2. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

Sağlıkta yaşam kalitesi, iki komponenti olan iyilik halidir. Bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneğidir, ikinci ise işlev görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur. Yaşamın iyi ve doyum sağlayan karakterinin bir bütün olarak, öznel biçimde algılanmasıdır. Hastanın beklentileri ile erişebildikleri arasındaki uçurumun olabildiğince az olmasıdır. Bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanışıdır. Bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir. Hasta bireyin, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısıdır (Fırat 2007).

Literatüre göre sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin alanları; semptomlar, fonksiyonel durum, özbakım, hareket, fiziksel aktivite, rol fonksiyonu, sosyal fonksiyon, emosyonel durum, algılayabilme, uyku ve dinlenme, enerji ve canlılık, genel olarak yaşam doyumunu olarak belirlenmiştir (Pınar 1997).

Ülkemizde yaşam kalitesine ilişkin çalışma ve yayınların son yıllarda arttığı görülmektedir. Hemşirelik alanında yapılmış sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi çalışmalarından bazıları; Şendir'in (2000) 'Total kalça protezi ameliyatı öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisi' çalışması, Kaya'nın (2002) 'Romotoid artritli bireylerde sağlığa ilişkin yaşam kalitesi' çalışması, Esen ve Çam'ın (2006) 'Histerektomi olmuş kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi' çalışması, Akyüz'ün (2007) 'Ülseratif kolitte cerrahi tedavinin hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri' çalışması, Bakın'ın (2011) 'Skolyoz ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesi' çalışması ve Doğan'ın (2014) 'İnmeli hastalarda depresif belirtilerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine etkisi' çalışması örnek olarak verilebilir.

### 2.2.3. Total Parenteral Beslenme Ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

Total parenteral beslenme uygulanan hasta bireylerin akut sağlık problemleri, cerrahi girişimle ilişkili ağrı hissetmeleri, infüzyon makinalarına bağlı kalma durumu ve gelişen komplikasyonlar nedeniyle yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir (Delegge 2011).

TPB uygulanan hasta bireylerin problemlerini gidermek ya da en aza indirmek için parenteral beslenme uzmanlık merkezleri oluşturulmuştur. Hasta bireylerin multidisipliner yaklaşım gösteren bir beslenme ekibi tarafından izlenmesi önerilir. Beslenme ekibinde bir hekim, beslenme alanında uzmanlaşmış bir hemşire, diyet uzmanı ve klinik eczacı bulunmalıdır. Evde TPB uygulanan hasta bireyin başkasına bağımlılığında artmıştır. Beslenme destek ekibi hasta birey ve bakımını üstlenen birey ile sürekli ilişkide olup, tedavinin etkinliği ve güvenilirliğini kontrol etmelidir. Aynı zamanda evde TPB uygulanan hasta bireyler elektrik kesintisi gibi teknolojik sınırlamalara da maruz kalabilirler. Bu durumlar hasta bireyler için ölümcül olabilir (Jonkers ve ark. 2001; Baxter 2007; Delegge 2010; Gündoğdu 2010).

Hastanede ya da evde TPB uygulanan hasta bireyler için güvenli damar yolu açıklığı sağlamak hemşirelerin /hekimlerin becerilerini ve kararlarını gerektirir. TPB'ye ihtiyaç duyan hasta bireyler için uygun damar yolunun seçimi ve onun belirlenmiş protokoller kullanılarak yerleştirilmesi, güvenli TPB uygulaması için hayati önem taşımaktadır (Delegge 2011).

Parenteral beslenme destek ekibi hasta bireyin beslenme durumunu, gelişen komplikasyonları ve yaşam kalitesini yakından takip etmelidir. Hasta bireyi ve bakımını üstlenen bireyi sürekli eğitmeli, tedavi ve izlemde genel amaçları içeren bir bakım planı hazırlamalıdır (Gündoğdu 2010). Yapılan bir araştırmada, nütrisyon ekibi tarafından izlenen evde TPB uygulanan hasta bireylerde; daha iyi yaşam kalitesi skorları, daha düşük depresyon skorları ve daha düşük kateter ilişkili enfeksiyon insidansı saptanmıştır (Delegge 2011). Smith ve arkadaşlarının (2002) yapmış olduğu bir çalışmada da evde parenteral beslenme uygulanan hasta bireylerin akran desteği ve evde TPB eğitiminin yaşam kalitesi skorları ile önemli ölçüde ilişkili olduğu görülmüştür.

Evde TPB uygulanan kanserli hasta bireylerin hayatta kalması malign hastalığın evresi, tipi ve şiddetine bağlıdır. Evde TPB uygulanan hastaların ortalama hayatta kalma süreleri 50-120 gün arasında değişmektedir. Yaşam kalitesi çalışmaları Evde TPB 'nin faydalarını sınırlı olarak vermektedir. Üç aydan daha uzun yaşayan hasta bireylerde yaşam kalitesinde kabul edilebilir iyileşmenin olduğuna dair bazı kanıtlar vardır (Caraceni ve ark.2000; Bozetti ve ark. 2002; Fan 2007).

Yapılan bir çalışmada TPB uygulanan hasta bireylerde gelişen komplikasyonların ve uygulanan kateterler ile ilgili bakım eksikliği ya da yanlış

kullanım sonucu yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Delegge 2011). Uyku düzeninin bozulması da hasta bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Genel olarak ameliyat durumu, kullanılan ilaçlar, hareket kısıtlılığı ve ek kronik hastalık varlığı gibi durumlar gece sık sık uyanmaya neden olmakta ve uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir. Gece TPB uygulamasının devam etmesine bağlı olarak hasta bireylerde sıklıkla noktüri oluşmakta, bu nedenle uykuları sıklıkla bölünmekte ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilenmektedir (Winkler 2005; Delegge 2011).

Pironi ve arkadaşlarının (2004) yapmış olduğu çalışmada total parenteral beslenen hasta bireylerin zamanla intestinal fonksiyonların bozulduğu, kilo kaybının olduğu, barsak hareketlerinin bozulduğu ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği görülmüştür.

Uzamış beslenme zamanı ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar da yaşam kalitesini düşürmektedir (Delegge 2011). Winkler ve arkadaşları'nın (2010) araştırmasında hasta bireyler 4 ay ile 26 yıl süreyle evde parenteral beslenmekte olup ortalama evde TPB süresi  $8,1 \pm 8,2$  yıl bulunmuştur. Bu hasta bireylerin yaşam kaliteleri incelendiğinde, 2 yıldan az süre ile evde TPB uygulanan hasta bireyler yaşam kalitelerini iyi olarak tarif etmişlerdir. Ancak 2 yıldan daha uzun süre evde TPB uygulanan hasta bireyler yaşam kalitelerini tatmin edici olarak belirtmişlerdir. 2 yıldan az beslenenlerin fiziksel fonksiyonlarının arttığını belirtmişlerdir. 2-5 yıl evde TPB'de genel sağlık durumunda kötüleşme olduğu, 5-10 yıl arasında evde TPB de ise sosyal aktivitelerde azalma olduğu görülmüştür. 10 yıldan fazla evde parenteral beslenme uygulanan hasta bireylerde ise yaşam kalitesinin en fazla etkilendiği görülmüştür.

### **2.3. TOTAL PARENTERAL BESLENME UYGULANAN HASTA BİREYİN BAKIMI**

Bireye özgü doğru ve gerçekçi hedeflere temellenen bakımın planlanarak uygulanabilmesinde öncelik bütüncül bir bakışla uygun verileri elde edebilmektedir. Hemşirelik sürecinin ilk aşaması olan “ Tanılama” ile hemşire, hasta birey hakkında topladığı verileri kapsamlı olarak değerlendirmelidir. Verilerin eksiksiz ve doğru toplanması, yorumlanması ve doğrulanması, doğru hemşirelik tanısının konulmasında, beklenen hasta sonuçlarının ve girişimlerinin planlanarak hemşirelik bakımının uygulanmasında ön koşuldur. Bu sürecin doğru ve eksiksiz gerçekleştirilebilmesi ise

bakımın bir hemşirelik model/ kuram rehberliğinde sağlanması ve sürdürülmesi ile olasıdır (Şendir ve Kaya 2008).

1980 yılında Roper, Logan ve Tierney tarafından geliştirilen, 1990 yılında son şekli verilen Yaşam Modeli, sadeliği ve uygulama kolaylığı nedeniyle yaygın olarak kullanılan bir modeldir. Modelde yaşamın tüm evrelerinde, bağımlılık-bağımsızlık dizgesi, biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve politiko-ekonomik faktörlerin yanısıra yaşamda bireyselliğe bağlı olarak farklı biçimlerde gerçekleştirilen günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ele alınmakta ve sağlıktan sapma durumunda bireyin yanıtlarının/ sorunlarının bütüncül ve insancıl bakış açısı ile belirlenerek çözümlenebilmesine rehberlik sağlanmaktadır (Roper ve ark. 1996).

Bu nedenlerle GYA'den beslenme aktivitesinin doğrudan, diğer birçok aktivitenin ise dolaylı olarak etkilendiği total parenteral beslenme uygulanan hasta bireyin bakımı, yaşam modeli rehberliğinde irdelenecektir.

### **2.3.1. Total Parenteral Beslenme Uygulanan Hasta Birey Ve Yaşam Modeli**

Yaşam modeli; yaşam süresi, yaşam aktiviteleri, yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler, bağımlılık- bağımsızlık dizgesi ve yaşamda bireysellik/ bireye özgü hemşirelik bakımı olmak üzere beş ögeden oluşmaktadır (Roper ve ark. 1996).

#### **2.3.1.1. Yaşam Süresi**

Yaşam süresi, konsepsiyon ile başlayan ve doğumdan ölüme kadar süren, bireyin yaşam bütünlüğünü oluşturan bir ögedir (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996; Birol 2004).

Hemşire, döllenme sonrası doğumdan ölüme kadar yaşam süresinin her aşamasında, bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında önemli rol ve sorumluluklar üstlenmektedir. Öte yandan hemşirelik bakımının, bireyin içinde bulunduğu yaşam evresinin göz önüne alınarak gerçekleştirilmesi, hemşirelik sürecinin tüm aşamalarında etkili olmakta ve bireye özgü hemşirelik bakımının verilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Kaya 2008).

Total parenteral beslenme tedavisi bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi için gerekli enerjiyi sağlamak amacıyla yaşamın herhangi bir döneminde bireyin ihtiyacına göre belirli süre uygulanabildiği gibi, bazı hastalıklar sonucu yaşam boyuda sürebilmektedir. Çocukluk döneminde genellikle gastrointestinal sistemin

cerrahi hastalıkları, düşük doğum ağırlıkları, süt çocuğu veya bebeklerin durdurulamayan diyaresi, inflamatuvar barsak hastalıkları, kronik idiyopatik intestinal pseudoobstrüksiyon sendromu, kısa barsak sendromu gibi hastalıklar, erişkin dönemde ise; kısa barsak sendromu, kanser, bening özofagus striktürleri, inflamatuvar barsak hastalıkları TPB'yi gündeme getirebilmektedir (Dicle 1997; Şen 2001).

### **2.3.1.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri**

Yaşam Modeli'nin odak noktasını oluşturan ve 11' i yaşamsal olmak üzere 12 aktiviteden oluşan bir öğedir. Bu aktivitelerin bir bölümü yaşamın sürdürülmesinde gerekli olan biyo- fizyolojik temelli aktiviteleri (güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, solunum, yeme ve içme, boşaltım, vücut ısısının kontrolü, hareket, uyku), diğerleri ise yaşam kalitesini yükselten aktiviteleri (kişisel temizlik ve giyinme, iletişim, çalışma ve eğlence, cinselliği ifade etme) kapsamaktadır. “ Ölüm” ün ise yaşam aktivitelerini etkilediği savunularak modelde yer verilmiştir (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996; Birol 2004; Kaya 2004).

Yaşam modelinin bu bölümünde, bireysel farklılıkların göz ardı edilmemesi gerektiği dikkate alınarak TPB 'nin GYA üzerindeki etkilerine yer verilmiştir.

#### *Güvenli Çevrenin Sağlanması Ve Sürdürülmesi Aktivitesi*

Bireyin bulunduğu ortamda canlı olarak kalabilmesi ve yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesine yönelik güvenli çevre terimi, biyo- fizyolojik, ruhsal, sosyal ve kültürel yönden güvenli bir ortamı çağrıştırmaktadır (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996; Birol 2004; Kaya 2008) .

TPB tedavis için uygulanan santral venöz kateter, periferik kateter ya da üretral kateter varlığı ve gündüz infüzyon makinalarına bağlı olmak hasta bireylerde kısıtlamalara yol açabilmektedir. Kısıtlanmış hasta birey kendisini ifade edemediğinden çaresizlik yaşayabilmektedir. Hatta bu durum bir süre sonra bireyin bilinç durumunda değişmeler, disoryantasyonlarla karakterize deliryum yaşamalarına neden olabilmektedir (Dedeli ve Akyol 2005).

Santral ya da periferik venöz kateterizasyon komplikasyonları hasta birey için hayati önem taşıyacak ciddiyette olabilir. Kateterin uzman sağlık ekip üyesi tarafından takılmasında mutlak cerrahi asepsi şartlarının yerine getirilmesi, kateter bakımının titizlikle, doğru bir şekilde yapılması, infüzyon setindeki potansiyel enfeksiyon



kaynaklarının mümkün olan en az sayıda tutulması ve beslenme amacıyla takılan kateterin başka amaçlarla kullanılmaması ( kan alma, ilaç verme vb) komplikasyonların gelişmesini önleyen ya da en aza indiren yaklaşımlardır (Oran 2003).

TPB uygulanan hasta bireylerde infüzyon makinalarının kablolarına takılarak düşme olasılığı, ani kan şekeri değişikliklerinin (hipo/ hiperglisemi) yaratabileceği travmalar güvenli çevreyi tehdit eden ve hasta bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen unsurlardır (Şen 2001; Delege 2011; Aştı ve Karadağ 2012) .

### *İletişim Aktivitesi*

İletişim, iki ya da daha fazla insan arasında fikir ve mesajların aktarılması veya kişi ve çevresi arasında iki yönlü ilişkiyi ilgilendiren tüm aşamalar olarak tanımlanmakla birlikte, insanın kendini, duyu ve düşüncelerini, gereksinimlerini anlatma ve başkalarını anlama yoludur (Veliöglü ve ark. 1991; Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996; Birol 2004).

TPB uygulanan hasta bireylerde, gündüz infüzyon makinalarına bağlı kalmanın yaratmış olduğu ruh hali, uzun süreli hastanede kalma ve hastalık seyrinin belirsizliğinden kaynaklanan korku ve anksiyeteden dolayı çevresiyle iletişim kurmak istemeyebilirler (Fredrisken ve Ringberg 2006).

### *Solunum Aktivitesi*

Solunum, insanın doğumu ile başlayan ve ölümü ile son bulan, diğer aktivitelerden farklı olarak, doğumdan itibaren bağımsız bir şekilde sürdürülen ve hayati önemi olan bir aktivitedir (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996; Birol 2004).

Santral venöz kateter yoluyla TPB uygulanan hasta bireylerde pnömotoraks, hemotoraks, şilotoraks, hidrotoraks, hava embolisi, kateter embolisi, kardiyak tamponat gibi solunumu deprese eden komplikasyonlar gelişerek yaşamsal riskler oluşturabilirler. Bu komplikasyonlar da hasta bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkiler (Oran 2003).

### *Beslenme Aktivitesi*

Beslenme, diğer aktivitelerin yerine getirilmesi için gerekli olan enerjinin sağlanması, hücresel faaliyetlerin sürdürülmesi, yaşamın devam ettirilmesi için günde birkaç kez yapılan temel aktivitelerden biridir ( Roper ve ark. 1996).

Bireyin sağlığını koruması ve sŸrdŸrebilmesi, sağlıktan sapma durumunda iyileşmenin hızlandırılması için, birey tarafından yaşamının belli dönemlerinde bağımlı, yarı bağımlı ya da bağımsız olarak gerçekleştirilen oldukça önemli bir aktivitedir (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996; Birol 2004).

Hasta birey, yaşamını sürdürmek için gerekli günlük besin öğelerini oral yoldan alamadığı durumlarda beslenme desteğine ihtiyaç duymaktadır. Total parenteral beslenme, doğal yaşam şeklini olumsuz yönde etkileyen herhangi bir patoloji nedeniyle gastrointestinal sistem anatomik ve fizyolojik bütünlüğünün bozulması durumunda, enteral beslenemeyen hastalarda malnütrisyonun önlenmesi veya var olan malnütrisyonun düzeltilmesi için gerekli besin maddelerinin yeterli ve dengeli ölçüde kısmen periferik veya santral venlerden parenteral olarak verilmesidir. Hasta bireyin yaşam bulgularını, elektrolit düzeyini, trigliserid düzeyini, kilosunu ve sıvı durumunu izlemek, tedavi değerleri ile temel değerlerini karşılaştırmak gereklidir. TPB uygulanan hasta bireylerde bu değerlerde hızlı değişiklikler görülebilir ve bu durum çeşitli komplikasyonların gelişmesine yol açarak hasta bireyin yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilir (Oran 2003).

TPB uygulanması kararını gerektiren; kilo kaybı, kısıtlı sıvı alımı, enteral yiyecekleri tolerans edememe, enerji ihtiyacının artması (yanık, sepsis ve travma), 3 gün ya da daha fazla sürede ağızdan hiçbir şey almama gibi faktörler beslenme aktivitesinin yetersizliğine işaret eden durumlardır (Aydoğan 2008).

#### *Boşaltım Aktivitesi*

Boşaltım aktivitesi, yaşamın erken yıllarında kazanılan yüksek düzeyli bir aktivite olup, hem bağırsak hem de mesaneden artık ürünlerin uzaklaştırılması anlamını taşıyan ve gizlilik gerektiren, denetimi insana özgü bir aktivitedir (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996; Birol 2004; Kaya 2008).

TPB, inatçı diyaresi olan hasta bireylere başlandığı gibi, TPB sonrasında da diyare veya konstipasyon gelişebilmektedir. Ayrıca TPB kronik böbrek yetmezliği görülen hasta bireylerde akut böbrek yetmezliğine de yol açmaktadır (Roper ve ark. 1996; Şahin 2003). Gece infüzyonlarında noktüri sıklıkla gelişebilen bir durumdur (Delegge 2011).

### *Kişisel Temizlik Ve Giyinme Aktivitesi*

Kişisel görünüm ve korunmanın yanı sıra sosyal sorumluluk bilincini yansıtan bu aktivite, beden temizliği ve giyim şekli ile ilişkilidir (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996; Birol 2004).

Kişisel temizlik aktivitesi, deri ve eklerinin temizlik ve bakımı ile ağız- diş bakımını kapsayan uygulama ve alışkanlıklardan oluşmaktadır. Giyinme aktivitesi ise, bireyin bedensel korunma ile geleneksel ve kültürel ifadenin yanı sıra seksüel ifadeyi de yansıtmaktadır (Kaya 2008).

TPB uygulanan hasta bireylerin gündüzleri infüzyon makinalarına bağlı kalmaları, santral/ venöz/ port kateterlerin varlığı ve geçirmiş oldukları cerrahi girişimlerden dolayı gelişen hareket kısıtlılığı gibi nedenlerle vücut temizliği gereksinimlerini karşılamakta güçlük çekebilmektedirler. Santral venöz/ periferik kateter uygulanan hasta bireylerde, pansuman değişimi ve bakımı deri bütünlüğünün sürdürülmesinin yanı sıra enfeksiyonların önlenmesi açısından önemlidir. Hasta bireyin ağız mukoz membran bütünlüğünün korunması ve ağız kuruluşunun önlenmesi için ağız bakımının sürdürülmesi gerekir.

### *Beden Sıcaklığının Kontrolü Aktivitesi*

İnsan organizmasının, ısıyı hem üretici hemde kaybedici özellikte olup beden ısısının kontrolünün de üretilen ve kaybedilen ısı enerjisinin dengede olmasına bağlı olduğu bilinmektedir (Roper ve ark. 1996; Kaya 2008).

Beden sıcaklığının normal sınırlarda tutulması birçok biyolojik olayın gerçekleşmesi ile mümkündür. Sağlıklı birey, beden sıcaklığının normal sınırlar içinde sürdürebilmek için çevre ısısını ayarlama, havalandırma, giysi türü seçimi, fiziksel aktiviteyi düzenleme gibi yöntemlerden yararlanır (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996; Birol 2004).

TPB uygulanan hasta bireyin vücut sıcaklığını bilmek önemlidir. Periferik ya da santral IV yol varlığı septisemi açısından bir risk oluşturabilir. Vücut sıcaklığında yükselme bakteriyel sürecin erken bir göstergesi olabilir (Roper ve ark. 1996)

Total parenteral beslenme solüsyonunun da sıcaklığı önemlidir. Buzdolabından çıkarılan soğuk solüsyon oda sıcaklığına geldiğinde uygulanmalıdır. Aksi halde hasta bireyde hipotermi gelişebilir (Delegge 2011).

### *Hareket Aktivitesi*

Hareket aktivitesi, yaşam modelinin bileşenlerden biri olan bağımlılık/ bağımsızlık dizgesi ile yakından ilişkili ve yaşamsal öneme sahip aktivitedir (Roper ve ark. 1996; Kaya 2008).

Total parenteral beslenme uygulanan hasta bireyler gündüzleri infüzyon makinalarına bağlı oldukları için hareket kısıtlılığı yaşamaktadır. Evde parenteral beslenen hasta bireylerin infüzyonları gece yapıldığı takdirde gündüz serbest hareket edebilirler ve bu da hasta bireyin yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler (Saqui ve ark. 2013). Hasta bireyin yeteri kadar enerji almaması kendisini yorgun hissederek hareket etmek istememesine ve gününü sürekli yatak içerisinde geçirmesine neden olabilir. Bu nedenle hasta bireyin enerji gereksinimini doğru belirlemek gerekir (Şen 2001). Winkler ve arkadaşlarının (2010) evde parenteral beslenen hastaların yaşam deneyimleri ve yaşam kalitesini inceleyen çalışmasında, PB infüzyonunun gece yapılmasının hasta bireylerin gündüz daha çok olanak sağladığını belirtmiştir.

### *Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi*

Çalışma, bireyin kendisi ve sorumluluğunu üstlendiği ailesi/ yakınlarının geçimlerini sağlama, ülke ekonomisine katkıda bulunma ve bireysel kimlik kazanma adına olduğu kadar, iyilik ve esenliğe ulaşmada da önemli role sahip bir aktivitedir.

Eğlenme, bireyin boş zamanlarında biyo-fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel açıdan sağlığını sürdürücü ve geliştirici sevdiği aktivitelere yer vermesidir (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996).

Hasta bireyler, hastanede geçirdikleri süre boyunca çalışma ve eğlence aktivitelerini gerçekleştirememektedir. Yetişkin ve ailesini geçindirmek zorunda olan birey herhangi bir hastalık nedeniyle hastanede kalmak zorunda olduğunda ailesini geçindirmekte yetersiz/güçsüz olduğunu düşünerek ümitsizliğe kapılmaktadır. Hatta çoğu hasta birey kendi hastalığını unutarak yakınlarının yaşam standartları konusunda endişe duyduklarını ifade etmektedirler (Granja ve ark. 2005).

Baxter'in (2006), uzun süreli evde parenteral beslenme ile tedavi edilen yetişkin bireylerin yaşam kalitesini incelediği çalışmasında, parenteral beslenme uygulanan hasta bireylerin en sık bozulan aktiviteleri seyahat etme, banyo yapma, uyuma ve çalışma olarak belirtilmiştir. Fitzgerald'ın (2004) evde parenteral beslenmenin

psikolojik ve sosyal etkisi çalışmasında da hasta bireylerin yardımsız günlük aktivitelerini yapamadığı saptanmıştır.

#### *Cinselliği İfade Etme Aktivitesi*

İnsan neslinin sürdürülmesini sağlayan ve yetişkin yaşamının önemli bir parçası olan bu aktivite, aynı zamanda cinsel kimliği ifade etmenin de bir yoludur (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996; Birol 2004).

Bireyin fiziksel görünüşü, giyim tarzı, sözel ve sözel olmayan iletişimi, ailesi, sosyal rolleri ve ilişkileri ile ilgili aktivitedir (Roper ve ark. 1996; Kaya 2008).

Santral venöz kateter/ periferik kateter varlığı, infüzyon makinalarına bağlı beslenme, yapılan pansumanlar beden imajının kötü algılanmasına neden olabilir. Bu durum özellikle evde TPB uygulanan hasta bireylerin cinsel yaşamını olumsuz etkileyebilir (Griffiths ve Jones 1999).

#### *Uyku Aktivitesi*

Uyku, bireyi stres ve sorumluluklardan uzaklaştırarak rahatlatan, fiziksel ve ruhsal açıdan yeniden enerji depolanmasını sağlayan yaşam aktivitelerinden biri olarak tanımlanmaktadır. William Shakespear, uykunun iyileştirici etkisini doğanın yumuşak hemşiresi olarak ifade etmiştir. Büyüme, gelişme ve hücre yenilenmesi için temel olan bu aktivite, uyanıklık ve uykudan oluşan bir dönüşüm ritminde işlerlik gösterir (Sabuncu ve ark. 1996; Birol 2004).

Yetişkin bireyler yaşamlarının 1/3 ünü uykuda geçirmektedir. Uykuda diğer yaşam aktiviteleri (solunum, beslenme, boşaltım) gibi temel fizyolojik bir gereksinimdir. Ancak uyku yoksunluğu/ bozukluğu durumlarında uykunun önemi anlaşılmaktadır.

Hasta bireylerin bağlı oldukları infüzyon makinalarının çıkardığı alarm sesleri, ağrı, servisteki ışıkların sürekli yanması, ortamın aşırı sıcak ya da soğuk olması gibi etmenler uyku aktivitesini etkileyebilmektedir (Roper ve ark. 1996; Çelik ve ark. 2005; Erol ve Enç 2009; Terzi 2009; Delege 2011; Saqui ve ark. 2012). Gece infüzyonunlarında noktüri sıklıkla gelişebilmektedir. Gelişen noktüri sıklıkla uyku bölünmelerine neden olup uyku kalitesinde azalmaya yol açabilmektedir (Delege 2011).

### *Ölüm Aktivitesi*

Ölüm, yaşamsal sonu ifade etmekle birlikte tüm günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996 Birol 2004).

Total parenteral beslenme uygulanan hasta bireylerde ölüm, gelişen komplikasyonlardan veya total parenteral beslenmeyi gerektiren hastalıklardan kaynaklanabilir (Allison ve ark. 2006).

TPB uygulamasından kaynaklanan akut komplikasyonlar hasta bireyin yaşamını tehdit edebilir. Özellikle hipoglisemi ve hipofosfatemisi öldürücü olabilir. Parenteral beslenmeye başlanmadan önce serum fosfat değeri düzeltilmelidir (Allison ve ark. 2006).

TPB uygulanan hasta bireylerde sağkalım altta yatan hastalığa bağlıdır. Evde TPB uygulanan terminal dönem kanserli hasta bireylerde sağkalım %20'dir. Yeniden normal beslenmeye geçen hasta bireylerde sağkalım oranları daha iyidir (Delegge 2011).

Evde TPB'nin yol açtığı komplikasyonlar mortalite ile anlamlı oranda ilişkilidir. 1997 yılında gerçekleştirilen ve 9 Avrupa ülkesinde yaşayan 494 TPB uygulanan hasta bireyi içeren bir çalışmada, 6-12 aylık mortalitenin; Crohn hastalığında %4, vasküler hastalıklarda %13, diğerlerinde %16, radyasyon enteritinde %21, AIDS'te %34, kanserde %74 olduğu görülmüştür (Delegge 2011).

#### **2.3.1.3. Bağımlılık/ Bağımsızlık Dizgesi**

Yaşam modelinin en önemli öğelerinden biridir. Normal gelişim sürecine göre; yaşam süresinde, bebeklikten yetişkinliğe doğru yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde bağımsızlık artmakta, yetişkinlik döneminde bağımsızlığın en üst düzeyde olduğu ve yaşlılıkta ise bağımsızlığın azalarak bağımlılığın arttığı görülmektedir (Roper ve ark. 1996 Kaya 2008).

Bağımlılık ve bağımsızlık bireylerin yaş, fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik durumlarına göre değişebilen öğelerdir. Yaşamın her evresinde, hastalık, yaralanma ve sağlık davranışlarındaki değişiklikler ya da yabancı çevrede bulunma nedeniyle, bazı yaşam aktivitelerinde bağımlılık gelişebilmektedir (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996; Birol 2004).

Total parenteral beslenme bireyin GYA'nin gerçekleştirilmesinde yoğun sorunlar yaşanmasına neden olarak bağımsızlığını kaybetmesine, beraberinde ekonomik üretkenliğini yitirmesi ile aile içi ve toplumsal rollerini yerine getirememesine neden olabilmektedir. Bu bağlamda hemşire, öncelikle total parenteral beslenen hastaların bağımsızlığını sürdürmesine ya da bağımlılık durumu ile başa çıkmasına, sağlıklı ve bağımsız davranış geliştirmesine olanak sağlayacak bilgi ve kişi/ kurumlara ulaşmasına ve yaşamına kalite getirecek yeni davranışlar kazandırmasına yardım etmelidir. Yaşam dönemlerine göre total parenteral beslenme uygulanan hasta bireylerin bağımlılık-bağımsızlık durumu incelendiğinde ise özellikle bebeklik, çocukluk ve yaşlılık dönemlerinde bireylerin başka bireylere olan bağımlılık düzeyleri artmaktadır. Bu dönemlerde hasta bireyler hastanede kaldıkları sürece aile bireyelerine (anne, baba, çocuklar gibi) daha fazla gereksinim duymaktadır. Adölesan ve yetişkin dönemindeki bireylerde ise bağımlılık ya da yarı bağımlılık ön plana çıkmaktadır. Bu dönemlerdeki bireylerin bakıma katılmaları sağlanabilmektedir (Gündoğdu 2010; Delege 2011).

Total parenteral beslenme uygulanan hasta bireyler için verilen hizmetler sosyal hizmetlerle bütünleştirilerek hasta bireyin yaşadığı ortamda bireye ve ailesine sunulması ve bu şekilde ilgili sorun/ sorunların etkisinin en az indirilip, hasta bireylerin bağımsızlık düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi sağlanmalıdır (Oran 2003).

#### **2.3.1.4. Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler**

Total parenteral beslenme uygulanan hasta bireylerin yaşam aktivitelerini ve dolayısıyla yaşam kalitesini etkileyen biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve politiko-ekonomik faktörlerin tümü birbiri ile etkileşim içinde olan faktörlerdir. Total parenteral beslenmeye neden olan fizyo-patolojik değişimlerle hasta bireyin GYA'ni gerçekleştirmede yaşadığı güçlükler yaşam kalitesinin de olumsuz olarak etkilenmesine neden olmaktadır. (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996).

*Biyo-fizyolojik Faktörler:* Beslenme insanın temel fizyolojik gereksinimlerinden biridir. Total parenteral beslenme, doğal yaşam şeklini olumsuz yönde etkileyen herhangi bir patoloji nedeniyle gastrointestinal sistemin anatomik ve fizyolojik bütünlüğünün bozulması durumunda, hasta bireylerin malnütrisyona gelişmeden ya da var olan malnütrisyonundan kurtulması için uygulanır (Dicle 1997; Delege 2011)

Bireyin genetik yapısı, yaşı, cinsiyeti, sağlık/ hastalık durumu, bedensel işlevlerinin durumu gibi özellikler bireyin tanılanmasında oldukça önemlidir (Kaya 2008; Roper ve ark. 1996). Hasta bireyin günlük kalori gereksinimine uygun beslenme sağlanmadığı takdirde kilo kaybı, hipoglisemi, dehidratasyon gibi birçok komplikasyon ortaya çıkabilir ve hasta bireyin GYA'ni olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini azaltabilir ( Allisoon ve ark. 2004; Uslu ve Özen 2009; Delegge 2012).

*Psikolojik Faktörler:* Hasta bireyin yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesini etkileyen psikolojik etmenler tek başına değil; biyo-fizyolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve politiko-ekonomik etmenler ile birlikte ve yaşam modelinin diğer öğeleri göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Psikolojik etmenler; bireyin entelektüel becerileri, kişilik özellikleri, ruhsal durumu, huyu, mizacı, tutum ve davranışlarını içermektedir (Kaya 2008).

Total parenteral beslenme, hasta bireyler üzerinde önemli psikolojik etkisi olabilen uygulamalardır. Total parenteral beslenmeye neden olan hastalık durumunun getirdiği anksiyete, ek başka hastalık varlığı, geceleri devam eden infüzyona bağlı gelişen noktüri ve buna bağlı sık sık uyanma, total parenteral beslenmeden kaynaklanan komplikasyonlar nedeniyle hasta birey kendini yorgun hissedebilmekte ve uzun süreli tedavilerde depresyon gelişebilmekte bu nedenle yaşam kaliteleri azalmaktadır (Brazier 1992; Fitzgerald 2004). Bununla birlikte, TPB tedavisi hasta bireyin fiziksel ve psikolojik stres yaşanmasına yol açmakta, bireyin yaşı, cinsiyeti, hastalık durumu gibi biyo-fizyolojik özellikler stresin derecesini ve etkisini değiştirebilmektedir (Akın ve Arıboğan 2006).

Total parenteral beslenmede hasta bireylerin ağız yolu ile beslenememesi, total parenteral beslenmeye neden olan hastalık durumu, uygulanan kateterler, ve infüzyon makinalarına bağlı kalma bireyin beden imajı algısında bozulmalara neden olabilmektedir (Saqui 2014).

*Sosyo-Kültürel Faktörler:* Hasta bireyin içinde yaşadığı kültür, inanç, ahlaki değerler, sahip olduğu rol, statü, ilişkiler ve ait olduğu sosyal grup günlük aktiviteleri ve yaşam kalitesini etkiler (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996; Birol 2004).

Doğal yol olan ağız yolu ile beslenemeyen, gündüzleri infüzyon makinalarına bağlı kalan ve uzun süreli TPB uygulanan hasta bireyler, sosyal olarak kendini izole edilmiş hissedebilir. Total parenteral beslenmenin yaşam biçimine dönüşerek,



beslenmenin bu yolla sürdürülmesi beslenme ile ilgili ritüelleri olan etnik grup üyeleri için problemler ortaya çıkabilir. Örneğin; Hastalık durumunda genellikle oruç tutmamaları istenmesine rağmen hasta birey çoğu zaman oruç tutmak isteyebilir (Ay 2008; Winkler ve ark. 2010)

*Çevresel Faktörler:* Çevresel etmenler, bireyin yaşadığı yerdeki atmosfer özellikleri (organik ve inorganik partiküller, güneş ışığı, ses ve elektrik dalgaları vb), bitkiler, hayvanlar, iklim ve coğrafi koşullar, yapay çevre koşulları, ev/yaşadığı ortam vb. özellikleri ifade etmektedir (Kaya 2008).

Hastane ortamının genellikle sürekli gürültülü, aydınlık ve kalabalık olması, infüzyon makinalarının çıkardığı sesler nedeniyle hasta bireyler buldukları çevre koşullarından rahatsız olabilmektedirler (Terzi 2009).

Uzun süreli parenteral beslenme durumunda uygulama evde de devam edilebilmektedir. Winkler ve arkadaşları'nın (2010) yaptığı çalışmada kısa süreli evde parenteral beslenme uygulanan hasta bireylerin yaşam kalitelerinin uzun süreli evde parenteral beslenme uygulanan hasta bireylerden daha iyi olduğu belirlenmiştir. Ancak evde TPB uygulanan hasta bireylerde gelişen komplikasyonların, hastanede TPB uygulanan hasta bireylerde gelişen komplikasyonlardan daha sık olduğu görülmüştür (Kelly 1996; Çelebi 2010).

*Politiko- Ekonomik Faktörler:* Yaşamın yasal, yönetsel ve ekonomik yönleri ilişkisini ifade etmektedir ve sıklıkla politik ve/ veya ekonomik yaptırım ve eylemler, yasalar ile düzenlenmektedir (Kaya 2008).

Bireyin ekonomik durumu, sosyal güvencesinin varlığı/yokluğu, ulusal ve uluslararası yasalar, ülke ekonomisi yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde ve yaşam kalitesinde etkili diğer önemli faktörlerdir (Roper ve ark. 1996).

Sağlık sigortası, sosyal servisler, çeşitli kuruluşlar ve destek gruplarının varlığı tedavi ve bakımı kolaylaştırmaktadır (Sullivan 1994). TPB maliyeti oldukça yüksek bir tedavidir. Total parenteral beslenme uygulanan hasta birey hastanede kaldığı süre boyunca çalışmaması ekonomik durumunu da etkilemektedir (Delegge 2011).

### **2.3.1.5. Yaşamda Bireysellik**

Yaşamda bireysellik, hasta bireyin bilgi, değer, inanç ve tutumları ile yaşam aktivitelerini gerçekleştirme biçimi, sıklığı, yeri, zamanı ve nedeni ile değişebilen,

bireyin yaşam tarzından oluşan ögedir (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark.1996 Birol 2004; Kaya 2004).

Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede her hasta bireyin bireyselliği, hangi yaşam evresinde bulunduğuna, bağımlılık/bağımsızlık derecesine ve aktiviteleri etkileyen etmenlere göre biçimlenmektedir (Roper ve ark. 1996; Kaya 2008).

Total parenteral beslenme uygulamasında yaşanan sorunlar, hasta bireyin yaşam aktivitelerini bireye özgü bağımsız bir şekilde gerçekleştirmesini etkilemekte ya da yeni düzenlemeleri gündeme getirebilmektedir. Bu bağlamada, Yaşam Modeli doğrultusunda verilecek hemşirelik bakımı; bireyin içinde bulunduğu yaşam evresi, bağımlılık-bağımsızlık durumu, günlük yaşam aktiviteleri, günlük yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler ve bireysellik öğeleri dikkate alınarak bütüncül bir yaklaşımla gerçekleştirilmelidir (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996; Birol 2004).

Total parenteral beslenme uygulanan hasta bireyin bireyselleştirilmiş bakımı, aşağıda hemşirelikte bir bilimsel sorun çözümlene yöntemi olan hemşirelik sürecinin aşamaları doğrultusunda ele alınmıştır.

### **2.3.2. Total Parenteral Beslenen Bireyin Hemşirelik Bakımı**

#### **2.3.2.1. Tanılama**

Total parenteral beslenme uygulanan hasta bireyi tanılama, veri toplama, verileri yorumlama ve düzenleme, verileri organize etme ve değerlendirme aktivitelerini içermektedir ( Birol 2007).

Total parenteral beslenme uygulanan hasta bireyden gözlem ve görüşme ile elde edilen subjektif (bireyin ifade ettiği) ve fizik muayene, tanı testleri ve laboratuvar bulgularından elde edilen objektif veriler ile desteklenerek yaşam aktivitelerine ilişkin sorunlar belirlenir (Roper ve ark. 1996; Birol 2007).

- I- Subjektif Tanılama:* Hasta bireyin kişisel özellikleri, sağlık öyküsü, soygeçmişi, tanısının başlangıç tarihi ve süresi, mevcut belirti ve bulguları, kullandığı ilaçlar ve dozları, allerji durumu sorgulanır.

*Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Veriler*

- *Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesine yönelik;* Görme, işitme vb duyuşal sorunların olup olmadığı, enfeksiyon için risk oluşturabilecek durumlar,
- *İletişim aktivitesine yönelik;* Kullanılan dil, iletişimi engelleyecek duyma /algılama güçlüğü gibi durumlar, hastalık ve uygulanacak girişime ilişkin hasta bireyin bilgisi,
- *Solunum aktivitesinde;* Solunum güçlüğü yaşama durumu, solunum aktivitesinde yardımcı araç-gerece gereksinimi,
- *Beslenme aktivitesinde;* Kilo kaybı, beslenme şekli ve tercihleri, tat, çiğneme ve yutma durumu, iştah durumu, tıbbi tanısına göre beslenme planı, beslenmede yardımcı araç-gerece (enteral beslenme tüpleri, parenteral yolu vb) olan gereksinimi, günlük kalori gereksinimi, sıvı alımı, enteral yiyecekleri tolere edebilme durumu, yüz kemiklerinin belirginleşmesi ve yanakların çökme durumu,
- *Boşaltım aktivitesinde;* Dışkılama sıklığı, barsak sesleri, konstipasyon, diyare ve distansiyon durumu,
- *Kişisel temizlik ve giyinme aktivitesinde;* Görünüm ve giyinme alışkanlıkları, terlemede artış, ağız hijyeni, saçların durumu,
- *Beden sıcaklığının sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesine yönelik;* Ortam ısısına hasta bireyin uyum sağlama durumu, hipotermi/ hipertermi varlığı, beden sıcaklığını etkileyen faktörler,
- *Hareket aktivitesine yönelik;* Hareket ve yorgunluk durumu,
- *Çalışma ve eğlenme aktivitesine yönelik;* İlgi alanları, gerçekleştirmek istediğı aktiviteler,
- *Cinselliğı ifade etmeye yönelik;* Görüntüsünü olumsuz etkileyebilecek yardımcı araç-gereçlere karşı (santral venöz kateter, periferik kateter vb) duygu ve düşünceleri,

- *Uyku ve dinlenme aktivitesine yönelik;* Uyku düzenini bozan etmenler, aşırı uyku/ uykusuzluk durumu sorgulanır.

Günlük yaşam aktivitelerini etkileyen biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo- kültürel, çevresel ve politiko- ekonomik faktörlerden özellikle beslenme aktivitesini etkileyebilecek durumların varlığı irdelenir.

*II. Objektif Tanılama:* Hasta bireyin fiziksel muayene ile; boy ve vücut ağırlığı, solunum/dakika sayısı, dikkat süresi, sinirlilik, huzursuzluk durumu, anoreksiya, konstipasyon, diyare, karaciğer ve dalakta büyüme durumu, enerji/yorgunluk durumu, subkutan doku kalınlığı, yanaklarda çökme, yanak kemiklerinde şişlik durumu, dudak kenarlarında çatlamalar, ağız ve oral mukoz membranda bozulma ve dişte çürük durumu değerlendirilir (Allison ve ark. 2004; Aştı ve Karadağ 2012).

Bununla birlikte hasta bireylerin yaşam kalitelerini objektif biçimde değerlendirebilmek amacıyla somut/ ölçülebilir bir gösterge sunan ölçek, skalalardan yararlanır.

*Bireysellik;* bireyin bilgi, değer, inanç ve tutumları ile günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme biçimini, sıklığını, yerini ve zamanı etkileyen, bireyin yaşam tarzından oluşan bir ögedir. Bu bilgiler doğrultusunda, total parenteral beslenme uygulanan hastanın bireyselleştirilmiş bakımı hemşirelik sürecinin her aşamasında ele alınmaktadır (Doğu 2012; Doğan 2014).

### **2.3.2.2. Planlama**

#### **Hemşirelik Tanıları, Hemşirelik Bakımının Sonuçları ve Hemşirelik Girişimleri**

TPB uygulanan hasta bireye özgü veriler değerlendirilerek GYA'ne ilişkin sorunlar ve bunları etkileyen faktörler dikkate alınarak yorumlanır ve hemşirelik tanıları belirlenir. Belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik hemşirelik bakımının sonuçları/ hedefler ve buna ulaştıracak doğru ve uygun girişimler hasta bireyle birlikte planlanır (Birol 2007).

Aşağıda TPB uygulanan hasta bireyin yaşam kalitesini etkileyebilecek sıklıkla görülen NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association-I) hemşirelik tanıları ele alınmış, hemşirelik bakımının sonuçları ve girişimler açıklanmıştır (Carpenito 2010).

### **Beslenmede Değişim: Beden Gereksiniminden Az Beslenme**

*Tanım:* Hasta bireyin metabolik gereksinimine uygun günlük kalori miktarını alamaması ve bunun sonucu olarak kilo kaybetmesi.

*Tanımlayıcı Özellik:* Bireyin kilo kaybı olmaksızın ya da kilo kaybı ile birlikte önerilen günlük kalori miktarını alamayarak yetersiz beslenmesi, beden ağırlığının normale göre % 10-20 sinden az olması, kas güçsüzlüğü ve yumuşaklığı, mental irritabilite, konfüzyon, serum albümin düzeyinde azalma.

*İlişkili Faktörler:* Yutma güçlüğü, kanser, besinlerin emilimini azaltan bazı hastalıklar (crohn, ülseratif kolit, kistik fibrozis, kısa barsak sendromu vb), bilinç düzeyinde değişmeye bağlı olarak yeme isteğinde azalma, iştahsızlık, bulantı, kusma, depresyon, bazı cerrahi girişimler (bağırsak, mide operasyonları vb), malnütrisyon.

*Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*

- Birey, günlük metabolik gereksinimine, hastalık durumuna ve aktivite düzeyine uyumlu kalori miktarını içeren besinler alacak.
- Beden ağırlığını koruyacak/ arttıracak (Erdemir 2005; Birol 2007).

*Hemşirelik Girişimleri:*

- Günlük kilo takibi yapılarak günlük kalori gereksinimi hesaplanır,
- Sakıncası yoksa ağız yoluyla beslenmesi sağlanır ve TPB desteği sürdürülür,
- Beslenmeye başlamadan önce oda havalandırılır ve çevredeki kötü kokular önlenir,
- TPB'de besinler küçük dozlarda başlanarak (20ml/h) doz artırılır,
- Bulantı ya da kusma durumunda hekime haber verilir, gerekirse beslenmeye ara verilir ve hekim istemine göre antiemetik ilaçlar uygulanır,
- Kan şekeri düzenli takip edilir,
- Gerekirse beslenme ürünleri (vitaminler, aminoasitler vb) hekim istemi ile ilave edilir.
- 24 saatlik aldığı çıkardığı takibi yapılır (Roper ve ark.1996; Ulusoy ve Görgülü 2001; Çoker 2006; Potter ve Perry 2005).

### **Sıvı Volüm Eksikliği**

*Tanım:* Total parenteral beslenme uygulanan bireyin beden gereksinimden az sıvı alması ya da bedenin sıvı kaybetmesi.

*Tanımlayıcı Özellikleri:* Sindirim kanalının anatomik yada fonksiyonel bütünlüğünün bozulması nedeniyle oral alımın olmaması yada yeterli olmaması, aldığı- çıkardığı sıvı miktarında dengesizlik, deri ve mukoz membranlarda kuruluk, serum sodyum düzeyinde artma, idrar miktarında azalma ya da aşırı artma, santral venöz basınçta azalma, deri turgorunda azalma, susuzluk hissi, kusma, hipotansiyon.

*İlişkili Faktörler:* Parenteral beslenmede yoğunluğu fazla ürünlerin verilmesi, hipertermi, metabolik hızda artma, cerrahi girişim yerinden aşırı drenaj/ kanama, bulantı, kusma, enfeksiyon (septik şok), diüretiklerin aşırı kullanılması.

*Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*

- Bireyde dehidratasyon belirti ve bulguları olmayacak.

*Hemşirelik Girişimleri:*

- Saatlik aldığı- çıkardığı sıvı takibindeki anormal değerlere, susuzluk hissine dikkat edilir,
- Yaşam bulgularındaki değişimler değerlendirilir. CVP ölçümleri yapılır gerekirse bakım ve tedavi planı gözden geçirilerek uygun düzenlemelere gidilir,
- TPB hızı saatlik kontrol edilir,
- Deri turgoru değerlendirilecek, var olan kateter ya da dren yerlerinden gelen sıvı/ kan miktarı ölçülür,
- Hasta bireyin günlük sıvı gereksinimi 24 saatte çıkardığı idrar miktarına, kusma durumuna ve drenlerinden gelen mayi miktarına göre hesaplanarak hekimin order ettiği infüzyon sıvılarını alması sağlanır (Roper ve ark. 1996; Ulusoy ve Polat 2003; Erdemir 2005; Birol 2007).

### **Sıvı Volüm Fazlalığı**

*Tanım:* Beden gereksiniminden fazla sıvının vücuda alınması ya da sıvının vücuttan atılamaması, vücutta birikmesi.

*Tanımlayıcı Özellikleri:* Aldığı- çıkardığı sıvı miktarında dengesizlik, ciltte artmış ödem, kan basıncı/ solunum / nabız hızında artma, santral venöz basınçta artma, idrar miktarında azalma, idrar dansitesi ve ozmolaritesinde değişiklik, hematokritte azalma.

*İlişkili Faktörler:* Total parenteral beslenme solüsyonunun hasta bireyin ihtiyacından fazla verilmesi, aşırı sıvı alımı ya da aşırı sıvı infüzyonu, hepatik, kardiyak veya renal, yetmezlik.

*Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*

- Bireyde ödem gelişmeyecek.

*Hemşirelik Girişimleri:*

- Saatlik aldığı – çıkardığı sıvı takibinde anormal değerlere dikkat edilecek,
- Yaşam bulgularındaki değişimler değerlendirilir. CVP ölçümleri yapılır gerekirse bakım ve tedavi planları gözden geçirilerek uygun düzenlemelere gidilir,
- TPB solüsyonunun verilmiş hızı saatlik kontrol edilir,
- Hasta bireyin ödem durumu değerlendirilecek, cilt bütünlüğü sürdürülür, basınç bölgeleri korunur,
- Günlük kilo kontrolü yapılır,
- Bacaklar ödem açısından gözlenir, gode derecesi takip edilir,
- Hasta bireyin günlük sıvı gereksinimi 24 saatte çıkardığı idrar miktarına göre hesaplanarak hekimin order ettiği infüzyon sıvılarını alması sağlanır (Roper ve ark. 1996; Ulusoy ve Polat 2003; Erdemir 2005; Birol 2007).

### **Anksiyete**

*Tanım:* TPB uygulanan bireyin hastaneye yattığı sürede endişe ve kaygı hissetmesi

*Tanımlayıcı Özellikler:* Yaşam bulgularındaki değişiklikler, yorgunluk, huzursuzluk, uykusuzluk, uyumsuzluk, ajitasyon, içe kapanma ve uyaranlara tepkisiz kalma.

*İlişkili Faktörler:* Fiziksel çevrede değişiklik, servisteki gürültü, ışık gibi uyaranların oluşu, infüzyon pompa seslerinin çıkardığı sesler nedeniyle uykusuzluk, hastalık tanısının bilinmemesi, ölüm korkusu, tedavi hakkında bilgi alamama, invaziv girişimler,

yaşam aktivitelerinin etkilenmesi, sevdiklerinden/ aile bireylerinden/bakımını sağlayan bireyden ayrılma (Wong ve Arthur 2000; Akın ve Arıboğan 2006; Carr 2007).

*Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*

- Birey, uygulanan tedavi planına katılacak.
- Etkili baş etme yöntemleri geliştirebilecek.

*Hemşirelik Girişimleri:*

- Ünite ve hastane ortamının işleyişi hakkında açıklama yapılır,
- Uygulanan tüm bakım ve tedavi girişimleri hakkında bilgi verilir,
- Bireyin bilinç durumu, yer ve zamana oryantasyonu gözlemlenir,
- Anksiyete ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesine izin verilir,
- Anksiyetesini arttıran ve azaltan faktörler araştırılır,
- Geçmişte hastane deneyimi olup olmadığı araştırılır,
- Baş etme yöntemleri değerlendirilerek uygun yöntemi kullanması sağlanır,
- Ailesini/ yakınlarını daha sık görmesi sağlanır,
- Yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesine yardımcı olup, kişisel bakımına katılımı sağlanarak güven ortamı oluşturulur (Griffiths ve Jones 1999; Erdemir 2005; Birol 2007).

**Korku**

*Tanım:* Bireyin tehlikeli olarak algılanan, tanımlanabilen belirli bir kaynağa ilişkin olarak fizyolojik ya da emosyonel olarak bir rahatsızlık duygusu yaşaması.

*Tanımlayıcı Özellikleri:* Titreme, ağlama, yorgunluk, taşikardi, kan basıncında artma, solunum hızında artma, konsantre olamama, unutkanlık, irritabilite.

*İlişkili Faktörler:* Geçirilen cerrahi girişimler, ağız yoluyla beslenememe, total parenteral beslenme uygulanması, TPB uygulaması hakkında bilgisizlik, uzun süre hastanede kalma, yeni bir çevre, servisteki yabancı kişiler, bilgisizlik, invaziv girişimler, kötü rüyalar, iletişim eksiklikleri, ölen başka bireyi görme (İnci ve Öz 2009).



*Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*

- Birey, kendisinde korku yaratan etmenleri belirtecek.
- Fizyolojik ve psikolojik rahatlığında artma olduğunu ifade edecek.
- Hasta bireyin yaşam bulgularında olumlu yönde değişimler kaydedilecek.

*Hemşirelik Girişimleri:*

- Korkularını ifade etmesine fırsat verilir,
- Ünite ve hastane ortamının işleyişi hakkında bilgi verilir,
- Hasta bireyin davranışları gözlemlenerek korkunun kaynağı belirlenir,
- Uygulanacak bakım ve tedavi girişimlerinden önce bireye anlayabileceği şekilde açıklama yapılır,
- Aile bireyleri ve sevdikleri ile zaman geçirmesi sağlanır,
- İnvaziv girişimlerde bireyin ağrı hissetmesini önlemek için hekim istemi ile uygun sedatif ilaçlar uygulanır (Erdemir 2005; Birol 2007; Kaya 2008).

**Bilgi Eksikliği**

*Tanım:* Tedavi ve bakım planı ya da durumla ilgili bilişsel ve/veya psikomotor beceri eksikliği olan birey ya da gruptaki durum.

*Tanımlayıcı Özellikler:* İstendik ya da tanımlanan bir sağlık davranışını doğru olarak yerine getirememeye, bilgi ya da beceride bir eksiklik olduğunu sözel olarak ifade etme, anksiyete belirtileri gösterme, bilgi isteme, çok fazla soru sorma veya hiç soru sorulmaması.

*İlişkili Faktörler:* Hastane ortamı, cerrahi girişim, bakım ve tedavi uygulamaları, ilk defa TPB uygulanması, TPB hakkında bilgi alamama, eğitim düzeyi, kaynak yetersizliği (Carpenito 1997; Birol 2004; Albayrak ve ark. 2007).

*Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*

- Birey, bakım ve tedavi uygulamalarını anladığını sözel olarak ifade edecek.
- Yapılan eğitim sonrası olumlu davranışlar sergileyecek.

*Hemşirelik Girişimleri:*

- Birey ve ailesinin eğitim gereksinimleri belirlenir,
- Gereksinimlere yönelik eğitim planı hazırlanır,
- İletişimi engelleyen çevresel faktörler ortamdaki uzaklaştırılır,
- Doğru zamanda, yeterli sürede ve uygun yöntemlerle bilgilendirme sağlanır,
- Hasta birey ve ailesine hastalık süreci ile TPB hakkında genel bilgi verilir,
- Hasta birey ve ailesi merak ettiği soruları sormaları için desteklenir,
- Verilen eğitimin etkinliği belirlenir (Birol 2004; Doğan 2014).

**Fiziksel Harekette Bozulma**

*Tanım:* TPB uygulanan hasta bireyin tamamen ya da kısmen hareket etmede zorlanması.

*Tanımlayıcı Özellikleri:* Bireyin hareket etme yeteneğinde sınırlılıkların olması, hareket etmeye gönülsüz davranması.

*İlişkili Faktörler:* Hasta bireyde yorgunluk, 24 saat boyunca TPB infüzyonunun sürmesi, cerrahi girişimler ve oryantasyon bozuklukları (Erdemir 2005; Kofralı 2008).

*Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*

- Birey, varolan gücü ve sınırlılıklarına uygun hareketlilik gösterecek.
- Hareketsizliğe bağlı komplikasyonlar gelişmeyecek..

*Hemşirelik Girişimleri:*

- Yaşam bulguları yakından izlenir,
- Sakınca yoksa hasta bireyin düzenli olarak (30 dk-2 saat aralıklarla) pozisyonu değiştirilir.
- Deri bakımı sürdürülür,
- Pozisyon değişimi sırasında basınç altında kalan derinin rengi, sıcaklığı değerlendirilir,
- Yatak içerisinde pasif egzersizler yapılır,

- Hekim onayı ile 24 saatlik TPB infüzyonuna ara verilerek yürütmesi için desteklenir,
- Hasta bireyin hareketlenmesi için ailesi ve arkadaşlarının desteği ile motivasyon sağlanır,
- Hasta birey hareketsizliğe bağlı gelişebilecek kas güçsüzlüğü, atrofi gibi komplikasyonlar hakkında bilgilendirilir ve komplikasyonların gelişmesi önlenir (Biol 2004; Erdemir 2005; Potter ve Perry 2005).

### **Konstipasyon**

*Tanım:* TPB uygulanan hasta bireyin kalın bağırsaklarındaki staz nedeniyle sert ve kuru dışkılaması ve dışkılama sıklığında azalma olması.

*Tanımlayıcı Özellikler:* Dışkılamanın haftada üç kez den daha az olması, uzun sürede ve güç dışkılama, barsak seslerinde azalma, rektumda basınç hissi, karında ağrı.

*İlişkili Faktörler:* Total parenteral beslenmenin yetersiz olması, uzun süre hareketsizlik, sıvı ve lifli gıdaların tercih edilmemesi, anestezi ve cerrahi girişimler, olumsuz çevre koşulları (Erdemir 2005; Kofralı 2008).

*Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*

- Bireyin bağırsak seslerinde hareketlilik olduğu gözlenecek.
- Normal dışkılama sağlanacak.

*Hemşirelik Girişimleri:*

- Hasta bireyin normal boşaltım alışkanlığı değerlendirilir,
- Hasta bireyin barsak sesleri her gün dinlenerek değerlendirme yapılır,
- Yatağa bağımlı bireylerin tuvaletini rahat yapabilmesi için uygun ortam hazırlanır ve mahremiyet korunur,
- Hergün aynı saatte tuvaletini yapması için desteklenir,
- Eğer herhangi bir sıvı kısıtlaması yoksa sıvı alımı arttırılır,
- Barsak boşaltımında egzersizin önemi anlatılır,
- Hekim istemi ile önerilen laksatif ilaçlar uygulanır,

- İlaç uygulamasından sonra dışkılama durumu değerlendirilir ( Barker 1994; Sullivan 1994; Carpenito 1997; Memiş 1997; Erdemir 2005; Birol 2007).

### **Beden İmajında Bozulma**

**Tanım:** Hasta bireyin, kendi beden algısında bozulma.

**Tanımlayıcı Özellikleri:** Hasta bireyin var olan yapısal ya da işlevsel değişime sözel ya da sözel olmayan şekilde olumsuz yanıtlar (utanma, suçluluk, iğrenme vb.) vermesi.

**İlişkili Faktörler:** TPB uygulanabilmesi için hastaya uygulanan intravenöz kateterler, kronik hastalık durumu, beden işlevlerinde bozulma, kilo kaybı, geçirilen büyük cerrahi girişimler, uzun süre hastanede kalma, kemoterapi ve radyoterapi uygulamaları (Hupcey 2001; Potter ve Perret 2005).

**Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

- Birey görünümünü kabul ettiğini sözel olarak ifade edecek.
- Öz bakımını, rol ve sorumluluklarını yerine getirmeye istekli olduğunu ifade edecek.

**Hemşirelik Girişimleri:**

- Günlük kalori gereksinimine uygun TPB beslenmesi sağlanır ve günlük kilo takibi yapılır,
- Hasta bireyin kendini nasıl algıladığını ve düşüncelerini açıklamasına fırsat verilir,
- Hasta bireyin var olan hastalık durumu, bakım- tedavi yöntemleri, iyileşme süreci hakkındaki endişelerini ifade etmesine yardım edilir,
- Sosyal ilişkilerini geliştirmesine teşvik edilir,
- Hasta birey için koruyucu olmaktan ve öğüt vermekten kaçınılır,
- Endişeleri ve korkularını ifade etmesi için cesaretlendirilir,
- Hasta bireyin olumlu yönlerinin farkına varması sağlanır,
- Cerrahi girişim sonrası (açık batın vb) beden parçalarının ya da beden işlevlerinin kayıplarında hasta bireye bakım gereksinimlerinin karşılanmasında destek olunur ve bireyin katılımı sağlanır (Carpenito 1997; Erdemir 2005; Birol 2007).

## **Uyku Örüntüsünde Bozulma**

*Tanım:* Total parenteral beslenme uygulanan bireyin uyku düzeni ve süresinin değişmesi, uyumada güçlük çektiğini ifade etmesi

*Tanımlayıcı Özellikleri:* Bireyin uyku düzeni ve süresinin değişmesi, uyumada güçlük çektiğini sözel olarak ifade etmesi, uykunun sürekli bölünmesi, sık sık esneme, yorgunluk, halsizlik, gözlerin altında koyu halkalar oluşması, göz kapaklarının düşmesi, konsantre olamama, gündüzleri uyuklama ve erken uyanma

*İlişkili Faktörler:* Anksiyete, infüzyon makinalarının sesleri, noktüri, çevre değiştirme stresi, ağrı, gürültü, aşırı ışık, ortam ın sıcaklığının düşük ya da yüksek olması, hastalık durumu ve etkileri, sıklıkla yapılan bakım ve tedavi girişimleri nedeni ile uykunun bölünmesi (Erdemir 2005; Birol 2007; Erol ve Enç 2009).

*Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*

- Birey, normal uyku düzenini sağlayacak ve sürdürecektir.
- Uykusuzluk belirtilerinin azaldığını ifade edecektir.

*Hemşirelik Girişimleri:*

- Uyku düzenini etkileyen bireysel, çevresel ve tedaviye ilişkin faktörler belirlenir,
- Hasta bireyin normal uyku düzeni ve alışkanlıkları incelenir,
- Hemşirelik bakımı hasta bireyin uykusunu kesintiye uğratmayacak şekilde planlanır,
- Ünitadaki sağlık ekibi üyelerinin alçak sesle konuşmaları ve gürültüsüz çalışmalarına dikkat edilerek gereksiz gürültünün azaltılması sağlanır,
- Hasta bireyin yatak başındaki fazla ışıklar gece belli bir saatten sonra söndürülür, ortamın sıcaklığı kontrol altına alınır, beden sıcaklığının korunması sağlanır,
- Hasta bireyin korku ve endişelerini ifade etmesine fırsat verilir,
- Hasta bireyin rahatlaması ve kendini iyi hissetmesini sağlayarak uyumasını kolaylaştırıcı uygun pozisyon verilir,

- Ağrı durumu hekim istemine göre ilaç uygulanarak giderilmeye çalışılır,
- Hasta bireyin yataktan düşmesini önleyici güvenlik önlemleri alınır,
- Gece aralıksız ve yeterli süre uyuyabilmesi için psikiyatri- liyezon işbirliği ile hasta bireye özel önerilen tedavi planı uygulanır (Carpenito 1997; Birol 2004; Erol ve Enç 2009).

### **Enfeksiyon Riski**

*Tanım:* TPB uygulanan hasta bireyin endojen ve eksojen kaynaklı, fırsatçı ya da patojen bir ajanın (virüs, bakteri, mantar vb.) saldırısına uğrama riski taşıması.

*Risk Faktörleri:* Total parenteral beslenme, kanser, geçirilen cerrahi girişimler, immün yetmezlik, arteriyel kateter, santral venöz kateter, üretral sonda (Akyol 2006).

*Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*

- Enfeksiyondan korunmak için uygun önlemleri aldığını gösterecek.
- Enfeksiyon belirti ve bulguları göstermeyecek.

*Hemşirelik Girişimleri:*

- Yaşam bulguları enfeksiyon belirtileri yönünden izlenir ve değişiklikler tespit edilerek rapor edilir,
- Hasta bireyin hastanede kaldığı süre boyunca maruz kaldığı enfeksiyon risk faktörleri ( invaziv kateterler, TPB uygulanması) belirlenir,
- Hasta bireye takılı santral venöz/ periferik kateterin aseptik koşullarda günlük pansumanı yapılır,
- TPB infüzyon makinalarının setleri 24 saatte bir değiştirilir,
- TPB infüzyon makinalarının günlük temizliği yapılır (Allison 2004; Akyol 2006; Carpenito 2010).

### **Hipertermi Riski**

*Tanım:* 38,3 C ve üzerindeki beden sıcaklığı.

*Risk Faktörleri:* Total parenteral beslenme tedavisi, enfeksiyon (intravenöz kateter ilişkili sepsis, ürosepsis vb), planlı/ plansız cerrahi girişimler, invaziv girişimler (arteryal/ santral venöz/ periferik kateter), kronik hastalık süreci, hastanede yatışın uzaması ( Kahveci 2008).

*Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*

- Normal beden sıcaklığını sürdürecektir.

*Hemşirelik Girişimleri:*

- Hasta bireyin yaşam bulguları değerlendirilerek kayıt edilir,
- Oda sıcaklığı ayarlanır ve havalandırılır,
- Hasta bireyin oda sıcaklığına uygun giyinmesi sağlanır,
- Hasta ziyaretleri kısıtlanır (Erdemir 2005; Potter ve Perry 2005; Birol 2007; Kahveci 2008).

### **Spontan Solunumda Bozulma Riski**

*Tanım:* TPB uygulanan hasta bireyin gelişebilecek komplikasyonlardan dolayı solunum sıkıntısı yaşama riski taşıması.

*Risk Faktörleri:* Total parenteral beslenme, santral venöz kateter takılması, kanser, uzun süre yatağa bağımlılık, etkisiz öksürmeye bağlı sekresyonların aşırı birikmesi, enfeksiyon ( Bacakoğlu 2002).

*Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*

- Birey, etkili solunumu sürdürecektir (Erdemir 2005; Birol 2007).

*Hemşirelik Girişimleri:*

- Yaşam bulguları izlenir,
- Hasta bireye derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretilerek uygulaması sağlanır,
- Hasta bireyin akciğer sesleri düzenli olarak dinlenir,

- Hasta birey solunum sayısı, derinliği, hızı ve siyanoz açısından gözlemlenerek değişiklikler kayıt edilir,
- Akciğer filminde kapalı olan loblara postural drenaj ile solunum fizyoterapisi uygulanır,
- Hekim istemi ile uygulanan bronkodilatör inhaler ilaçların etkileri kontrol edilir (Biol 2004)

### **Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski**

*Tanım:* TPB uygulanan hasta bireyin epidermal ve/ veya dermal dokusunda hasar görme riskinin olması

*Risk Faktörleri:* Aşırı zayıflık, ödem, tespit malzemeleri, pansuman malzemeleri (flaster, bandaj vb.), yetersiz belenme, bireyin yatak içinde hareket edememesi (Carpenito 1999; Potter ve Perry 2005).

*Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*

- Bireyin deri bütünlüğü sürdürülecek.

*Hemşirelik Girişimleri:*

- Hasta bireyin deri bütünlüğü gözlenerek değişikliklerin nedeni araştırılır,
- Her tespit değişiminde basınç altında kalan cildin görünümü değerlendirilir,
- Hasta bireye 2 saatte bir pozisyon verilir ve basınç altında kalan bölgelere koruyucu önlemler alınır,
- Hasta bireyin cilt temizliğine ve cildin nemlendirilmesine özen gösterilir,
- Yatak çarşaflarının düzgün, temiz ve kuru olması sağlanır,
- Pansuman malzemeleri bireyin cilt durumuna uygun şekilde seçilir,
- Pansumanların temiz ve kuru tutulması, kirlendiğinde değiştirilmesi sağlanır (Carpenito 2010) .

### **Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski**

*Tanım:* Ağız mukoz membran bütünlüğünde değişiklik riskinin olmasıdır.



*Risk Faktörleri:* Ağız yolu ile beslenememe, ağızdan solunum, sigara içmek, bireyin öz bakımını gerçekleştirmesinde yetersiz oluşu, yeterli ağız bakımının yapılmamasıdır.

*Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*

- Bireyin, ağız mukoz membran bütünlüğü sağlanacak ve sürdürülecek.

*Hemşirelik Girişimleri:*

- Ağız mukoz membranının nemliliğini ve temizliğini sağlamak için ağız bakımı verilir,
- Ağız, genel olarak yara, çürük ve koku bakımından değerlendirilir,
- Yumuşak diş fırçası kullanılır,
- Dudaklara yumuşatıcı sürülür,
- Protezi olan hasta bireye, ağız ve protez bakımı yapılır (Biol 2004; Kaya 2004; Aştı ve Karadağ 2012).

### **2.3.2.3. Uygulama**

Uygulama aşaması, bakım planında belirlenen hedeflere ulaşmak için planlanan hemşirelik girişimlerinin uygulamaya konmasıdır. Bu aşamada total parenteral beslenme uygulanan hasta bireyin yaşam kalitesini arttırmak amacıyla planlanan hemşirelik girişimleri uygulanır. Hemşirelik girişimlerinin temel hedefi bireyin total parenteral beslenme süresince yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesinde yardımcı olmaktır. Ayrıca hasta bireyin yaşadığı olumsuz deneyimlerle mücadele edebilmesi için bireyin baş etme mekanizmalarını güçlendirmesini sağlamaktır (Roper ve ark. 1996; Biol 2007; İsbir ve Mete 2009). Uygulama aşamasında hasta birey ile güven verici ilişki kurularak, merak ettiği sorular yanıtlanır ve kendilerini ifade etmeleri için gerekli fırsatlar verilir. Mümkün olduğunca bağımsızlıkları desteklenir ve kararlara katılımları sağlanır ( Sertbaş ve Bahar 2004; Fitzpatrick ve Hyde 2006).

### **2.3.2.4. Değerlendirme**

TPB uygulanan hasta bireyin gereksinimleri doğrultusunda uygulanan bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı sonucunda, planlama aşamasında saptanan amaç/beklenen hasta sonuçlarına ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir ve gerekirse değişen gereksinimleri belirlemek üzere odaklanmış tanılama ile süreç tekrarlanır (Biol 2007; İsbir ve Mete 2009).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı Ve Tipi

Bu çalışma, total parenteral beslenme uygulanan hasta bireylerde yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlandı.

#### 3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

- TPB uygulanan hasta bireylerin sosyo-demografik, hastalık özellikleri ve TPB tedavisine karşı yanıtları nelerdir?
- TPB uygulanan hasta bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi nedir?
- TPB uygulanan hasta bireylerin sosyo-demografik özellikleri sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini nasıl etkiler?
- TPB uygulanan hasta bireylerin hastalık ve TPB tedavisine karşı yanıtları sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini nasıl etkiler?

#### 3.3. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Nisan 2009- Nisan 2010 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Genel Cerrahi servisinde yatan ve total parenteral beslenme uygulanan toplam 80 hasta birey oluşturdu.

Araştırmanın örnekleme ise, aşağıda belirtilen kriterleri taşıyan ve araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılım için izin alınan toplam 80 TPB uygulanan hasta bireyden oluştu.

Örneklem seçiminde;

- Total parenteral beslenme uygulanıyor olması
- 18 yaş ve üstü olması
- İletişim kurmayı engelleyen herhangi bir sağlık sorununun olmaması
- Çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü olması kriterleri dikkate alındı.

### 3.4. Veri Toplaması

#### 3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında;

- Yapılandırılmış soru formu (Ek-1)
- SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Mos 36 Item Short From Health Survey- SF-36) olmak üzere 2 ayrı form kullanıldı.

##### 3.4.1.1. Yapılandırılmış Soru Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından, literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan soru formunda; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk varlığı, yaşam durumu ve sosyo-ekonomik durum gibi sosyo-demografik özellikler ile var olan hastalık durumu, TPB uygulama süresi, TPB hakkında bilgi alma durumu, TPB komplikasyonları ve uygulama zorluklarını belirleyici gibi sorulara yer verildi.

##### 3.4.1.2. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği- SF 36 (The MOS 36 Item Short From Health Survey- SF-36) (Ek-2)

SF-36, genel sağlık ölçekleri içerisinde en yaygın kullanılanıdır. Genel amaçlı (jenerik) ve geniş açılı ölçüm sağlayan, ilk kez 1988’de Ware tarafından geliştirilmiş ve Ware tarafından 1990’da “standart” formu oluşturulmuş bir ölçektir. SF-36 sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmede çok sık kullanılan bir ölçüttür. Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içermektedir. Klinik araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir (Aydemir ve ark. 2006; Yıldız 2013).

SF-36 sağlıkla ilişkili genel değerlendirme sorularının yanı sıra fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlaması, mental sağlık, ağrı olmak üzere 8 alt boyutta toplanan 36 soru içermektedir (Yıldız 2013). Bu alt boyutlar ise;

**Fiziksel fonksiyon;** gün boyunca yapılan etkinlikler (koşmak, ağır kaldırmak, spor yapmak, bir masayı çekmek, günlük alış verişte alınanları kaldırmak, merdiven çıkmak, eğilmek, diz çökmek, yürümek),

**Fiziksel rol kısıtlılığı;** Bireyin bedensel sağlığının sonucu olarak, iş ve diğer günlük etkinliklerde bir sorunla karşılaşp karşılaşmadığı (iş veya diğer etkinlikler için harcanan zamanın süresi, kısıtlanma, güçlük çekme, daha fazla çaba gerektirmesi) ve fiziksel problemlerin hasta bireylerin aktivitelerini ne kadar kısıtladığı,

**Genel sağlık;** Bireylerin kendilerini nasıl hissettikleri ve diğer insanlarla kendilerini kıyaslaması,

**Canlılık;** Bireyin kendini yaşam dolu, enerjik, tükenmiş, yorgun hissedip hissetmeme durumu,

**Sosyal fonksiyon;** Bireyin aile, arkadaş ve diğer gruplarla olan sosyal aktivitelerini, fiziksel ve emosyonel problemlerini ne kadar etkilediği,

**Emosyonel rol kısıtlılığı;** Bireyin duygusal sorunlarının (çökkünlük, kaygı vs.) iş ve diğer etkinliklerine etkisi,

**Mental sağlık;** Bireyin sinirli, üzgün-sakin ve uyumluluk durumu, kederli, hüznü veya mutluluk durumları,

**Ağrı;** Bireyin vücut ağrısının derecesini ve ağrının günlük hayatını ne kadar etkilediği belirlenir (Subaşı 2010).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği SF-36, ilk olarak Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Koçyiğit 1999; Doğan 2014).

SF-36, son dört haftayı içeren durumu değerlendirmekle birlikte, akut biçimini oluşturmak amacıyla son 1 haftayı değerlendiren formu da uygulanmaktadır. Ölçek dördüncü ve beşinci maddeler dışında Likert tiptedir (üçlü-altılı), dördüncü ve beşinci maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin her bir alt boyutu için ayrı ayrı puanlar elde edilir. Alt boyutlardan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 100'dür. 0 puan kötü sağlık durumunu, 100 puan ise iyi sağlık durumunu gösterir.

Ware ve arkadaşlarının (1993) orijinal SF-36 geliştirme çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,62-0,94 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı= 0,83 değerine sahiptir ve bu değer güvenliliğin yüksek olduğunu göstermektedir.

**Tablo 3-1. SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Kriterleri**

Alt Boyutlar	İlgili Seçenekler	Olası En Düşük ve En Yüksek Puan	Olası Puan
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	3(a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10-30	20
<b>Fiziksel Rol Kısıtlılığı</b>	4(a+ab+c+d)	0-4	4
<b>Genel Sağlık</b>	1+10(a+b+c+d)	5-25	20
<b>Canlılık</b>	9(a+e+g+i)	4-24	20
<b>Sosyal Fonksiyon</b>	9j+6	2-11	9
<b>Emosyonel Rol Kısıtlılığı</b>	5(a+b+c)	0-3	3
<b>Mental Sağlık</b>	9(b+c+d+f+h)	5-30	25
<b>Ağrı</b>	7+8	2-11	9

(Aksungur 2009).

*Ham Skala Puanının Dönüştürülmesi* (Aksungur 2009).

Dönüştürülmüş puan = (Ham skala puanı - En düşük olası puan) / (Olası puan) x 100

Veri toplamada kullanılan formlar, hasta bireyler ile yüzyüze görüşülerek araştırmacı tarafından dolduruldu. Formların doldurulması yaklaşık 10-15 dk sürdü.

### 3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15,0 paket programı ile bilgisayar ortamında yapıldı. Hasta bireylerin sosyo-demografik özellikleri, hastalık ile ilgili özellikleri ve yaşam kalitesi değişkenleri sayı ve ortalama olarak verildi. Yaşam kalitesinin sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklere göre karşılaştırılması t testi ve ANOVA varyans analizi ile değerlendirilirken; yaş ve TPB uygulama süresi ile yaşam kalitesi değişkenleri arasındaki ilişki Pearson Korelasyon testi ile analiz edildi. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık p<0.05 düzeyinde değerlendirildi.

### 3.6. Araştırmanın Etik Ve Yasal Yönleri

- Araştırmanın yürütülebilmesi için İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay ve İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'ndan izin alındı (Ek-3).
- Araştırmanın yürütüleceği servislerin başhemşireleri ve hemşireleri araştırma hakkında yazılı olarak bilgilendirildi ve destek sağlandı.
- Araştırmanın örneklemini oluşturacak hasta bireylere çalışmanın amacı, planı, süresi ve kendisinden ne beklediği açıklanarak **isteklilik** ve **gönüllülük ilkesi** ışığında araştırmaya katılımları için **bilgilendirilmiş yazılı izinleri** alındı (Ek-4).
- Çalışmaya katılan hasta bireyler, araştırmacının sorumluluklarını ya da herhangi bir ceza veya ön yargılı tedavi ve bakım riskini taşımaksızın çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları; ayrıca katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve çalışmaya ilişkin aydınlatılmaya hakları olduğu konusunda sözel olarak bilgilendirildi ve “**otonomi**” ilkesine saygı gösterildi.
- Çalışmaya katılmayı kabul eden hasta bireylere, kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bilgilere başkasının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda açıklama yapılarak “**sadakat-gizlilik**” ilkesine bağlı kalındı.
- Veriler, total parenteral beslenme uygulanan hasta bireyin kendisini iyi hissettiği, bakım ve tedavisini engellemeyecek zaman diliminde toplanarak “**Zarar vermeme- yarar sağlama**” ilkelerine özen gösterildi (Acaroğlu 2003).

### 3.7. Araştırmanın Tamamlanmasında Karşılaşılan Durumlar

#### 3.7.1. Olumlu Durumlar

- Araştırmanın yürütüldüğü genel cerrahi servislerinde çalışan sağlık ekibi üyeleri ile uyumlu işbirliği sağlandı ve sürdürüldü.
- Verilerin toplanmasında hasta bireylerle herhangi bir sorun yaşanmadı.

### 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- SF 36 sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği hasta bireylerin son dört haftadaki durumlarını değerlendirmektedir. Ancak veri toplama süresinin sınırlı olması ve hastanede 1 ay ve üzerinde TPB uygulanan hasta birey sayısının yeterli olmamasından dolayı çalışmada TPB uygulama süre  $27,96 \pm 3,14$  ortalaması ile sınırlı kaldı.
- Ülkemizde TPB tedavisinin yaşam kalitesine etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmaması, yurt dışında ise oldukça sınırlı sayıda çalışma yapılmış olması elde edilen bulguların tartışılmasını sınırlandırdı.
- Örneklem grubunun randomize yöntemle seçilmemesi ve sayısı nedeniyle araştırma sonuçları genellenemedi.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde, total parenteral beslenme uygulanan hasta bireylerde yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla planlanan araştırmadan elde edilen bulgular ve istatistiksel analizleri tablolar halinde sunuldu.

Bulgular dört bölümde ele alındı:

- Hasta bireylerin sosyo-demografik özellikleri, hastalık ve TPB tedavisine karşı yanıtlarına ilişkin bulgular
- Hasta bireylerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine ilişkin bulgular
- Hasta bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesine ilişkin bulgular
- Hasta bireylerin hastalık ve TPB tedavisine karşı yanıtları ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesine ilişkin bulgular



#### 4.1. Hasta Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Hastalık ve TPB Tedavisine Karşı Yanıtlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan hasta bireylerin sosyodemografik, hastalık ve TPB uygulamasına ilişkin bulguları Tablo 4-1, Tablo 4-2 ve Tablo 4-3’de incelendi.

**Tablo 4-1: Hasta Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=80)**

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Yaş</b>		
Ortalama	49,91±13,09 yıl	Minimum: 18 yıl Maximum: 75yıl
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	41	51,25
Erkek	39	48,75
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil	5	6,25
İlkokul	23	28,75
Ortaokul	12	15,00
Lise	26	32,50
Lisans ve üstü	14	17,50
<b>Medeni durum</b>		
Evli	56	70,00
Bekar	24	30,00
<b>Çocuk durumu</b>		
Var	66	82,50
Yok	14	17,50
<b>Yaşam durumu</b>		
Tek başına	12	15,00
Anne/baba	10	12,50
Eş/çocuk	51	63,75
Eş ile	5	6,25
Diğer	2	2,50
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	26	32,50
Çalışmıyor	54	67,50
<b>Sosyo-ekonomik durum</b>		
Düşük	25	31,25
Orta	49	61,25
Yüksek	6	7,50

Tablo 4-1’de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımları incelendiğinde; **yaş ortalamasının**  $49,91 \pm 13,09$  yıl olduğu, %51,25’inin (n=41) **kadın**, %32,5’inin (n=26) **lise mezunu**, %70’inin (n=56) **evli**, %82,5’inin (n=66) **çocuk sahibi** olduğu, %63,75’inin **eş/çocuk ile birlikte yaşadığı**, %67,5’inin (n=54) **herhangi bir işte çalışmadığı** ve %61,25’inin ise öz bildirimlerine göre **sosyo-ekonomik durumunun** orta düzeyde olduğu saptandı.

**Tablo 4-2: Hasta Bireylerin Hastalık ve TPB Tedavi Özelliklerine İlişkin Bulgularının Dağılımı (N:80)**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Tanımlar</b>		
Kısa barsak sendromu	5	6,25
Kanser	<b>55</b>	<b>68,75</b>
Benign özofagus striktürleri	8	10,00
İnflamatuvar barsak hastalığı	12	15,00
<b>Ek hastalık</b>		
Var	39	48,75
Yok	<b>41</b>	<b>51,25</b>
<b>TPB uygulanma şekli</b>		
Periferik kateter	28	35,00
Santral venöz kateter	<b>44</b>	<b>55,00</b>
Port	8	10,00
<b>TPB hakkında bilgi verilme durumu</b>		
Verildi	<b>61</b>	<b>76,25</b>
Verilmedi	19	23,75
<b>TPB hakkında bilgi veren kişi (n= 61)*</b>		
Hekim	14	22,95
Hemşire	10	16,39
Hekim ve hemşire	<b>37</b>	<b>60,66</b>

\*TPB hakkında bilgi aldığını ifade edenler

Tablo 4-2’de görüldüğü gibi hasta bireylerin hastalık ve TPB tedavisine ilişkin özellikleri incelendiğinde, % 68,75’ine (n=55) **kanser tanısı** nedeniyle TPB uygulandığı, %48,75’inin (n=39) TPB endikasyonu dışında **ek hastalığının olduğu**, %55’ine (n=44) TPB’nin **santral venöz kateter** ile uygulandığı, %76,25’ine (n=61) **TPB hakkında** bilgi verildiği, bilgi aldığını ifade eden 61 hasta bireyin %60,66’sının (n=37) TPB hakkındaki **bilgiyi hem hekim ve hem de hemşirelerden** aldığı saptandı.

**Tablo 4-3: Hasta Bireylerin TPB Tedavisine Karşı Yanıtlarının Dağılımı (N=80)**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>TPB Süresi</b>		
Ortalama	<b>27,96± 3,14 gün</b>	Min.: 15 gün Max.:180 gün
<b>TPB Komplikasyonları</b>		
Var	35	43,75
Yok	<b>45</b>	<b>56,25</b>
<b>Hipertermi</b>		
Yok	<b>66</b>	<b>82,50</b>
Var	14	17,50
<b>Hiperglisemi</b>		
Yok	<b>62</b>	<b>77,50</b>
Var	18	22,50
<b>Dispne</b>		
Yok	<b>78</b>	<b>97,50</b>
Var	2	2,50
<b>Bulantı</b>		
Yok	<b>61</b>	<b>76,25</b>
Var	19	23,75
<b>Kateter Tıkanıklığı</b>		
Yok	<b>72</b>	<b>90,00</b>
Var	8	10,00
<b>Oral yolla beslenme durumu</b>		
Ek gıda alıyor	13	16,25
Ek gıda almıyor	<b>67</b>	<b>83,75</b>
<b>Uyku düzeni</b>		
Etkilenmedi	25	31,25
Etkilendi	<b>55</b>	<b>68,75</b>
<b>Günlük yaşam aktiviteleri</b>		
Bağımsız hissetme	33	41,25
Bağımlı hissetme	<b>47</b>	<b>58,75</b>

Tablo 4-3'de görüldüğü gibi hasta bireylerin TPB tedavisine karşı yanıtlarının dağılımı incelendiğinde; beslenme süresinin **ortalama**  $27,96 \pm 3,14$  gün olduğu, %43,75'inde (n=35) komplikasyon geliştiği, %17,50'sinde (n=14) **hipertermi**, %22,5'inde (n=18) **hiperglisemi**, %2,50'sinde (n=2) **dispne**, %23,75'inde (n=19) **bulantı**, %10'unda (n=8) **kateter tıkanıklığı** olduğu, TPB uygulama ile birlikte %83,75'inin (n=67) oral yol ile **ek gıda almadığı**, %68,75'inin (n=55) **uyku düzeninin** etkilendiği, %58,75'inin (n=47) günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hissettiğini ifade ettiği saptandı.

#### 4.2. Hasta Bireylerde Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

**Tablo 4-4: Hasta Bireylerin Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=80)**

<i>SF-36 Alt boyutları</i>	<b>Ortalama±SS</b>	<b>Maximum</b>	<b>Minumum</b>
Fiziksel fonksiyon	28,75±30,3	95	0
Fiziksel rol kısıtlılığı	<b>0,63±3,9</b>	<b>25</b>	<b>0</b>
Genel sağlık	<b>49,38±12,8</b>	<b>90</b>	<b>15</b>
Canlılık	39,44±19,9	90	10
Sosyal fonksiyon	27,19±17,8	100	0
Emosyonel rol kısıtlılığı	7,49±19,1	67	0
Mental sağlık	47,50±17,1	92	12
Ağrı	37,03±23,8	100	0

Tablo 4-4’de görüldüğü gibi TPB uygulanan hasta bireylerin SF-36 ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde; genel olarak puan ortalamalarının düşük olduğu, en düşük puan ortalamasının “**Fiziksel rol kısıtlılığı**” alt boyutunda olduğu, en yüksek puan ortalamasının ise “**Genel Sağlık**” alt boyutundan alındığı saptandı.

### 4.3. Hasta Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulgular

**Tablo 4-5: Hasta Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SF-36) Puan Ortalamalarının İncelenmesi (N=80)**

		SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARI ORT±SS								
Sosyo-Demografik Özellikler	n	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Genel Sağlık	Canlılık	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Kısıtlılığı	Mental Sağlık	Ağrı	
<b>Yaş</b>	<b>ort 49,91±13,09</b>	<b>(80)</b>	r= - 0,110 p= 0,333	r= -0,141 p= 0,214	r= - 0,062 p= 0,585	r= - 0,177 p= 0,117	<b>r= - 0,279</b> <b>p= 0,012*</b>	r= - 0,043 p= 0,708	r= - 0,207 p= 0,066	r= - 0,072 p= 0,524
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	<b>(41)</b>	39,12±28,2	0,61±3,9	50,49±13,7	38,05±21,4	24,09±15,4	6,50±18,5	47,12±17,9	39,12±22,2
	<b>Erkek</b>	<b>(39)</b>	31,15±32,5	0,64±4,0	48,21±11,8	40,90±18,3	30,45±19,6	8,54±19,8	47,90±16,4	34,82±25,4
	<b>t, p</b>		t: -0,690 p: 0,492	t: -0,035 p: 0,972	t: 0,793 p: 0,430	t: -0,637 p: 0,526	t: -1,618 p: 0,110	t: -0,476 p: 0,636	t: 0,808 p: 0,841	t: 0,808 p: 0,422
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Okur-yazar değil</b>									
	<b>İlkokul</b>	<b>(5)</b>	39,00±35,8	5,00±11,2	48,00±7,6	54,00±20,1	32,50±25,9	19,98±29,8	57,60±22,6	45,60±8,5
	<b>Ortaokul</b>	<b>(23)</b>	19,35±22,5	0,00±0,0	50,43±10,5	34,13±18,4	22,28±13,6	8,69±22,9	44,00±14,7	35,13±24,0
	<b>Lise</b>	<b>(12)</b>	38,33±35,6	0,00±0,0	47,92±11,6	38,33±23,3	26,04±26,9	2,78±9,6	43,66±20,1	37,83±29,1
	<b>Lisans ve üstü</b>	<b>(26)</b>	30,77±31,3	0,00±0,0	51,15±14,9	42,50±20,7	29,33±14,1	3,84±10,8	50,46±18,2	37,85±25,5
	<b>F, p</b>	<b>(14)</b>	28,57±32,9 F: 1,027 p: 0,399	1,79±6,7 F: 2,402 p: 0,057	46,07±15,3 F: 0,436 p: 0,782	38,21±16,6 F: 1,269 p: 0,290	30,36±18,2 F: 0,759 p: 0,555	11,89±24,8 F: 1,175 p: 0,329	47,43±13,7 F: 1,023 p: 0,401	34,85±20,5 F: 0,230 p: 0,920
<b>Medeni Durum</b>	<b>Evli</b>	<b>(56)</b>	28,57±31,1	0,90±4,7	49,83±13,3	38,84±20,3	24,77±15,7	7,73±21,1	46,78±17,8	36,07±21,6
	<b>Bekar</b>	<b>(24)</b>	29,17±29,1	0,00±0,0	48,33±11,9	40,83±19,3	32,81±21,1	6,93±13,8	49,17±15,7	39,25±28,6
	<b>t, p</b>		t: -0,080 p: 0,936	t: 0,931 p: 0,355	t: 0,473 p: 0,638	t: -0,408 p: 0,684	t: -1,884 p: 0,063	t: 0,169 p: 0,866	t: -0,568 p: 0,572	t: -0,546 p: 0,587
<b>Çocuk durumu</b>	<b>Var</b>	<b>(66)</b>	26,82±29,4	0,76±4,3	50,38±12,5	38,79±20,4	25,19±15,1	7,06±19,8	46,55±17,6	35,36±22,6
	<b>Yok</b>	<b>(14)</b>	37,86±33,8	0,00±0,0	44,64±13,9	42,50±17,9	36,61±25,7	9,51±15,61	52,00±14,2	44,86±28,1
	<b>t, p</b>		t: -1,242 p: 0,218	t: 0,653 p: 0,516	t: 1,531 p: 0,130	t: -0,631 p: 0,530	<b>t: -2,239</b> <b>p: 0,028*</b>	t: -0,434 p: 0,665	t: -1,085 p: 0,281	t: -1,366 p: 0,176



Tablo 4-5'in devamı

Sosyo-Demografik Özellikler		n	SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARI ORT±SS							Ağrı
			Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Genel Sağlık	Canlılık	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Kısıtlılığı	Mental Sağlık	
Yaşam Durumu	Yalnız	(12)	22,50±20,7	0,00±0,0	49,58±9,2	31,25±12,5	27,08±8,9	5,55±12,9	40,67±6,8	27,00±18,9
	Anne,Baba	(10)	41,00±36,3	0,00±0,0	44,00±13,5	48,00±17,7	38,75±30,3	9,99±16,1	55,60±14,9	47,200±32,8
	Eş, Çocuk	(58)	27,93±30,8	0,86±4,6	50,26±13,3	39,66±21,1	25,22±15,8	7,46±20,7	47,51±18,4	37,34±22,4
	F, p		F:1,096 p: 0,339	F: 0,378 p: 0,686	F:1,016 p:0,367	F:1,989 p:0,144	F:2,575 p: 0,083	F:0,145 p:0,866	F:2,139 p:0,125	F:2,044 p:0,137
Çalışma Durumu	Çalışıyor	(26)	23,85±27,9	0,96±4,9	50,19±13,7	42,31±20,7	30,76±18,4	6,40±18,9	49,84±16,4	36,77±24,0
	Çalışmıyor	(54)	31,11±31,3	0,46±3,4	48,98±12,5	38,06±19,6	25,46±17,3	8,02±19,3	46,37±17,5	37,15±23,9
	t, p		t: -1,005 p: 0,318	t: 0,520 p: 0,598	t: 0,393 p: 0,695	t: 0,893 p:0,375	t: 1,256 p: 0,213	t:-0,352 p: 0,726	t: 0,850 p: 0,398	t:-0,066 p: 0,947
Sosyo-Ekonomik Durum	Düşük	(25)	29,40±31,9	1,00±5,0	47,20±9,6	37,20±16,5	23,00±15,2	6,66±19,2	42,56±15,70	34,72±20,8
	Orta	(49)	29,59±30,6	0,51±3,6	50,51±14,0	41,22±21,5	29,34±19,0	7,48±18,3	50,20±17,8	37,96±25,6
	İyi	(6)	19,17±21,8	0,00±0,0	49,17±15,6	34,17±20,6	27,08±16,6	11,10±27,19	46,00±13,80	39,00±22,47
	F, p		F: 0,319 p:0,728	F:0,207 p:0,814	F:0,545 p:0,582	F:0,559 p:0,574	F:1,055 p:0,353	F: 0,128 p:0,880	F:1,708 p: 0,188	F: 0,173 p: 0,842
TPB Hakkında Bilgi Alma Durumu	Aldı	(61)	29,02±31,38	0,82±4,49	48,36±13,62	39,51±21,40	28,69±19,00	6,55± 18,06	47,15±18,55	37,28±24,889
	Almadı	(19)	27,89±27,30	0,00± 0,00	52,63± 9,48	39,21±14,65	22,37±12,20	10,52±22,35	48,63±11,64	36,21± 20,25
	t, p		t:0,140 p:0,889	t:0792 p:0,431	t:1,271 p:0,207	t:0,057 p:0,955	t:1,361 p: 0,177	t:0,789 p: 0,433	t:0,328 p: 0,744	t:0,170 p: 0,865

\*p&lt;0,05

Tablo 4-5 'te görüldüğü gibi TPB uygulanan hasta bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ve sağlıkla ilişkili SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; **yaş** ile sadece “**Sosyal Fonksiyon**” alt boyutu arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptandı ( $r= 0,279$ ;  $p= 0,012$ ;  $p< 0,05$ ). Hasta bireylerin yaşları arttıkça ‘**Sosyal Fonksiyon**’ alanına ilişkin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin azaldığı görüldü.

**Çocuk varlığına** göre yaşam kalitesi alt boyutları toplam puanları arasında istatistiksel olarak sadece “**Sosyal Fonksiyon**” alt boyutunda anlamlı farklılık görüldü ( $t=-2,239$ ;  $p<0,05$ ). Çocuğu olan hasta bireylerin “**Sosyal Fonksiyon**” alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının daha düşük olduğu tespit edildi.

Diğer **sosyo-demografik** özelliklere göre yaşam kalitesi alt boyutları toplam puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak bir farklılık saptanmamakla birlikte;

**Cinsiyet**; erkek hasta bireylerin, ‘fiziksel rol kısıtlılığı, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlılığı ve mental sağlık’ alt boyutlarına ilişkin puanlarının,

**Eğitim durumu**; okuma yazma bilmeyen hasta bireylerin ‘fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık, ağrı’ alt boyutlarına ilişkin puanlarının,

**Medeni durum**; bekar hasta bireylerin ‘fiziksel fonksiyon, canlılık, sosyal fonksiyon, mental sağlık ve ağrı’ alt boyutlarına ilişkin puanlarının,

**Çocuk durumu**; çocuğu olmayan hasta bireylerin ‘fiziksel fonksiyon, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık ve ağrı’ alt boyutlarına ilişkin puanlarının,

**Yaşam durumu**; anne ve babası ile yaşayan hasta bireylerin ‘fiziksel fonksiyon, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık ve ağrı’ alt boyutlarına ilişkin puanlarının,

**Çalışma durumu**; çalışan hasta bireylerin ‘fiziksel rol kısıtlılığı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon ve mental sağlık’ alt boyutlarına ilişkin puanlarının,

**Sosyo-ekonomik durum**; sosyo-ekonomik durumu orta düzey olan hasta bireylerin ‘fiziksel fonksiyon, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon ve mental sağlık’ alt boyutlarına ilişkin puanlarının,

**TPB hakkında bilgi alma durumu**; bilgi alan hasta bireylerin, ‘fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, canlılık, sosyal fonksiyon, ağrı’ alt boyutlarına ilişkin puanlarının daha yüksek olduğu, dolayısı ile bu alt boyutların işaret ettiği yaşam alanlarındaki kalitenin daha yüksek olduğugözlemlendi.

#### 4.4. Hasta Bireylerin Hastalık ve TPB Tedavisine Karşı Yanıtları ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulgular

Tablo 4-6:Hasta Bireylerin TPB Tedavisine Karşı Yanıtlarına Göre Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SF-36) Puan Ortalamalarının İncelenmesi (N=80)

		SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARI ORT±SS								
TPB Tedavisine Yanıtların Yaşam Kalitesine Etkisi	n	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Genel Sağlık	Canlılık	Sosyal Fonksiyon	EmosyonelRol Kısıtlılığı	Mental Sağlık	Ağrı	
<b>TPB Süresi</b>	<b>ort</b> <b>(27,96±3,14)</b>	<b>(80)</b>	r: 0,180 p: 0,111	r: - 0,046 p: 0,685	r: 0,209 p: 0,062	r: - 0,144 p: 0,204	r: 0,075 p: 0,510	r: - 0,104 p: 0,361	r: - 0,083 p: 0,465	r: - 0,096 p: 0,399
<b>Komplikasyon</b>	<b>Var</b> <b>Yok</b> <b>t, p</b>	<b>(35)</b> <b>(45)</b>	21,29±26,41 34,56±32,10 t:2,028 <b>p: 0,046*</b>	0,71±4,23 0,56±3,73 t:0,178 p:0,859	48,86±14,61 49,78±11,43 t:0,316 p:0,753	36,29±20,12 41,89±19,64 t:1,253 p:0,214	22,86±14,69 30,56±19,32 t:1,957 p:0,054	7,61±19,92 7,40±18,63 t:0,049 p:0,961	47,89±17,42 47,20±17,05 t:0,177 p:0,860	36,06±23,34 37,78±24,31 t:0,320 p:0,750
<b>Hipertermi</b>	<b>Var</b> <b>Yok</b> <b>t,p</b>	<b>(14)</b> <b>(66)</b>	18,57±30,03 30,91±30,14 t:1,392 p:0,168	1,79±6,68 0,38±3,08 t:1,221 p:0,226	52,50±15,66 48,71±12,19 t:1,003 p:0,319	38,21±21,63 39,70±19,71 t:0,251 p:0,802	25,89±16,60 27,46±18,11 t:0,298 p:0,766	16,65±28,47 5,55±16,09 t:1,412 p:0,179	50,86±18,05 46,79±16,96 t:0,807 p:0,422	32,57±24,21 37,97±23,74 t:0,770 p:0,443
<b>Hiperglisemi</b>	<b>Var</b> <b>Yok</b> <b>t, p</b>	<b>(18)</b> <b>(62)</b>	16,67±21,42 32,26±31,71 t:2,414 <b>p:0,020*</b>	1,39±5,89 0,40±3,18 t:0,937 p:0,352	47,22±10,74 50,00±13,40 t:0,806 p:0,422	32,22±18,80 41,53±19,89 t:1,769 p:0,081	20,14±14,94 29,23±18,10 t:1,946 p:0,055	7,40±21,54 7,52±18,51 t:0,023 p:0,983	46,89±14,76 47,68±17,83 t:0,171 p:0,865	36,11±26,51 37,29±23,12 t:0,184 p:0,854
<b>Bulantı</b>	<b>Var</b> <b>Yok</b> <b>t, p</b>	<b>(19)</b> <b>(61)</b>	25,53±32,27 29,75±29,87 t:0,529 p:0,599	0,00±0,00 0,82±4,49 t:0,792 p:0,431	46,05±15,15 50,41±11,98 t:1,297 p:0,198	35,79±20,43 40,57±19,79 t:0,913 p:0,364	23,03±13,35 28,48±18,84 t:1,172 p:0,245	5,26±16,70 8,19±19,85 t:0,582 p:0,562	47,37±17,04 47,54±17,27 t:0,038 p:0,97	34,32±23,55 37,87±23,95 t:0,567 p:0,572
<b>Kateter Tıkanıklığı</b>	<b>Var</b> <b>Yok</b> <b>t, p</b>	<b>(8)</b> <b>(72)</b>	29,38±23,21 28,68±31,12 t:0,061 p:0,951	0,00±0,00 0,69±4,14 t:0,472 p:0,638	57,50±13,89 48,47±12,49 t:1,919 p:0,059	44,38±26,78 38,89±19,18 t:0,737 p:0,463	23,44±16,95 27,60±17,92 t:0,627 p:0,533	4,16±11,77 7,86±19,75 t:0,518 p:0,606	49,50±24,47 47,28±16,31 t:0,347 p:0,730	46,00±24,07 36,03±23,68 t:1,128 p:0,263

Tablo 4-6' nın devamı

TPB Tedavisine Yanıtların Yaşam Kalitesine Etkisi		n	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Genel Sağlık	Canlılık	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Kısıtlılığı	Mental Sağlık	Ağrı
<b>Oral Yolla Beslenme Durumu</b>	<b>Var</b>	<b>(13)</b>	45,00±37,58	1,92±6,93	46,15±7,68	38,08±22,50	25,96±18,72	5,12±18,47	47,38±18,68	36,31±21,62
	<b>Yok</b>	<b>(67)</b>	25,60±27,93	0,37±3,05	50,00±13,57	39,70±19,56	27,43±17,71	7,95±19,30	47,52±16,94	37,16±24,30
	<b>t,p</b>		t:1,769 p:0,098	t:0,791 p:0,443	t:0,988 p:0,326	t:0,268 p:0,790	t:0,270 p:0,788	t:0,487 p:0,628	t:0,026 p:0,979	t:0,118 p:0,906
<b>Uyku ve Dinlenme Durumu</b>	<b>Değişti</b>	<b>(55)</b>	27,82±28,6	0,454±3,4	50,36±13,08	39,7273±19,6	26,59±14,6	6,05±17,1	47,20±17,3	35,53±23,9
	<b>Değişmedi</b>	<b>(25)</b>	30,80±34,3	1,00±5,0	47,20±12,3	38,80±20,9	28,50±23,5	10,66±22,9	48,16±16,9	40,32±23,5
	<b>t, p</b>		t: 0,406 p: 0,686	t: 0,573 p: 0,568	t:-1,022 p: 0,310	t:-0,192 p: 0,848	t: 0,443 p: 0,659	t: 1,000 p: 0,321	t: 0,231 p: 0,818	t: 0,835 p: 0,406
<b>Günlük yaşam aktiviteleri</b>	<b>Bağımsız hissetme</b>	<b>(33)</b>	34,39±33,07	0,76±4,35	48,03±12,05	42,12±18,33	29,92±19,50	10,09±21,20	46,67±16,99	33,45±23,89
	<b>Bağımlı hissetme</b>	<b>(47)</b>	24,79±27,88	0,53±3,65	50,32±13,41	37,55±20,95	25,27±16,38	5,67±17,45	48,09±17,35	39,53±23,60
	<b>t, p</b>		t:1,405 p:0,164	t:0,251 p:0,802	t:0,783 p:0,436	t:1,010 p:0,316	t:1,157 p:0,251	t:1,021 p:0,311	t:0,363 p:0,718	t:1,128 p:0,263
<b>Ek Hastalık Durumu</b>	<b>Var</b>	<b>(39)</b>	27,56±30,99	1,28±5,6	49,87±10,2	38,59±19,9	27,24±17,9	11,95±24,7	48,31±17,8	33,08±22,3
	<b>Yok</b>	<b>(41)</b>	29,88±29,9	0,00±0,0	48,90±15,1	40,24±20,19	27,13±17,9	3,25±10,0	46,73±16,6	40,78±24,8
	<b>t ,p</b>		t: -0,340 p: 0,735	t: 1,470 p: 0,146	t: 0,336 p: 0,738	t:-0,369 p: 0,713	t:0,577 p: 0,978	t:2,082 <b>p: 0,041*</b>	t: 0,410 p: 0,683	t:-1,460 p: 0,148

\*p&lt;0,05

Tablo 4-6’da görüldüğü gibi hasta bireylerin TPB tedavisine karşı yanıtlarına göre sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; **TPB süresi** ile sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

**Komplikasyon** gelişen hasta bireylerin “**Fiziksel Fonksiyon**” alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının daha düşük olduğu saptandı. Bu farklılık istatistiksel açıdan da anlamlı bulundu ( $t=2,028$ ;  $p < 0,05$ ).

**Hiperglisemi** deneyimine göre yaşam kalitesi “**Fiziksel Fonksiyon**” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $t=2,414$ ;  $p < 0,05$ ) ve hiperglisemi gelişen hasta bireylerin “**Fiziksel Fonksiyon**” alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının daha düşük olduğu görüldü.

**Ek hastalık varlığına** göre yaşam kalitesi “**Emosyonel Rol Kısıtlılığı**” alt boyutu arasında anlamlı farklılık belirlendi ( $t=2,082$ ;  $p < 0,05$ ). Ek hastalığı olan bireylerin “**Emosyonel Rol Kısıtlılığı**” alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının daha düşük olduğu görüldü.

Diğer yanıtlara göre yaşam kalitesi alt boyutları toplam puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamakla birlikte;

**Komplikasyon** deneyimlemeyen hasta bireylerin, ‘fiziksel fonksiyon, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, ağrı’ alt boyutlarına ilişkin puanlarının,

**Hipertermi** deneyimlemeyen hasta bireylerin, ‘fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, canlılık, ağrı’ alt boyutlarına ilişkin puanlarının,

**Hiperglisemi** deneyimlemeyen hasta bireylerin, ‘fiziksel rol kısıtlılığı’ hariç diğer boyutlara ilişkin puanlarının,

**Bulantı** deneyimlemeyen hasta bireylerin, tüm alt boyutlara ilişkin puanlarının,

**Kateter tıkanıklığı** deneyimlemeyen hasta bireylerin, ‘fiziksel rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlılığı’ alt boyutlarına ilişkin puanlarının,

**Oral yolla** beslenemeyen hasta bireylerin, ‘fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol kısıtlılığı’ alt boyutlarına ilişkin puanlarının,

**Uyku düzeni** değişmeyen hasta bireylerin, ‘fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık ve ağrı’ alt boyutlarına ilişkin puanlarının,

**Günlük yaşam aktivitelerinde** bağımsız olan hasta bireylerin, ‘ fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon, canlılık, emosyonel rol kısıtlılığı’ alt boyutlarına ilişkin puanlarının,

**Ek hastalığı** olmayan hasta bireylerin, ‘fiziksel fonksiyon, canlılık ve ağrı’ alt boyutlarına ilişkin puanlarının, daha yüksek olduğu, dolayısı ile bu alt boyutların işaret ettiği yaşam alanlarındaki kalitenin daha yüksek olduğu gözlemlendi.

## 5. TARTIŞMA

Total parenteral beslenme uygulanan hasta bireylerde yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla planlanan bu çalışmadan elde edilen bulgular dört başlık altında toplanarak literatür bilgisi ve benzer çalışma sonuçları ışığında tartışıldı.

- 5.1. Hasta bireylerin sosyo-demografik özellikleri, hastalık ve TPB tedavisine karşı yanıtlarına ilişkin bulguların tartışılması,
- 5.2. Hasta bireylerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine ilişkin bulguların tartışılması
- 5.3. Hasta bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesine ilişkin bulguların tartışılması
- 5.4. Hasta bireylerin hastalık ve TPB tedavisine karşı yanıtları ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesine ilişkin bulguların tartışılması

### 5.1. Hasta Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Hastalık ve TPB Tedavisine Karşı Yanıtlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin yaş ortalaması  $49,91 \pm 13,09$  yıl idi (Tablo4-1). Dicle'nin (1997) 'Total parenteral beslenmede geliştirilen izlem protokolünün komplikasyonların görülme durumuna etkisi' çalışmasında olgu grubundaki hasta bireylerin yaş ortalaması  $52,64 \pm 15,93$  yıl, kontrol grubundaki hasta bireylerin yaş ortalaması  $60,24 \pm 16,11$  yıl, Işıl'ın (2013) 'Reanimasyon ünitemizin bir yıllık nütrisyon profili' çalışmasında yaş ortalaması  $49.5 \pm 24.2$  yıl, Saqui ve arkadaşlarının (2014) TPB uygulanan hasta bireyler üzerinde yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması  $52,8 \pm 3.3$  yıl olarak saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin %51,25'inin kadın (n:41) olduğu görüldü (Tablo 4-1). Saqui ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında hasta bireylerin %75'inin kadın, Jeppesen ve arkadaşlarının (1999) evde TPB uygulanan hasta bireyler üzerine yaptığı çalışmada %63,27'sinin kadın, Işıl'ın (2013) çalışmasında ise %60.5'inin erkek hasta olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin %32,5'inin lise (n:26) mezunu olduğu saptandı (Tablo 4-1). Marion ve arkadaşlarının (2010) 'evde TPB uygulanan hasta bireylerin yaşam kalitesi ve deneyimleri' konulu çalışmasında, %41,7'sinin lise

mezunu, Subaşı'nın (2010) 'Kanser ağrısı deneyimleyen hastaların yaşam kalitesi ve bəşetme durumlarının değerlendirilmesi' konulu çalışmasında ise %47,1'sinin okur-yazar olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin % 70'inin (n:56) evli olduğu, %82,5'inin ocuk sahibi olduğu ve %63,75'inin eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı saptandı (Tablo 4-1). Marion ve arkadaşlarının (2010) alışmasında hasta bireylerin % 66,7'sinin evli olduğu, Yıldız ve arkadaşları'nın (2007) 'Kanserli hastalarda yaşam kalitesi' çalışmasında hasta bireylerin çoğunun evli ve ocuk sahibi olduğu, Subaşı'nın (2010) alışmasında %61,4'ünün evli, %96,5 'inin ocuk sahibi olduğu ve %90' ının ailesi ile birlikte yaşadığı belirtilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin %67,5'inin (n:54) alışmadığı ve %61,25'inin (n:49) sosyo-ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu saptandı (Tablo 4-1). Winkler ve arkadaşlarının (2010) alışmasında hasta bireylerin % 70,8'inin, Saqui ve arkadaşlarının (2014) alışmasında da %80'inin çalışmadığı, Yıldız ve arkadaşları'nın (2007) alışmasında hasta bireylerin çoğunun ekonomik durumunun orta düzey olduğu, Subaşı'nın (2010) alışmasında da %82,5'inin sosyo-ekonomik durumunun orta düzey olduğu görölmüştür.

Araştırmadan elde edilen yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ocuk varlığı, yaşam durumu, çalışma durumu ve sosyo-ekonomik durumu içeren bulgular, yukarıda açıklanan çalışma sonuçları ile benzerlik gösterdi.

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin %68,75'inin (n:55) kanser hastası olduğu saptandı (Tablo 4-2). Literatürde total parenteral beslenmeyi gerektiren hastalıklar arasında kanser hastalığının ilk sırayı aldığı, bunu özofagus hastalıkları, iltihabi bağırsak hastalıkları, kısa bağırsak sendromu ve sindirim bozukluklarının izlediği belirtilmektedir (şahin ve ark. 2003; Süzer 2004; Özdemir 2006). Bu bulgu, literatür bilgisinin yanı sıra Howard (2002), Hanchett (2001), Cozzaglio ve arkadaşları (1997), Richards ve Irving'in (1997) total parenteral beslenme üzerine yapmış oldukları araştırmalarda örneklem grubunu oluşturan hasta bireylerin hastalık tanıları ile paralellik gösterdi.

Ek hastalık varlığı, yapılan birçok çalışmada yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır (Güven 2007). Total parenteral beslenme uygulanmasında primer ve ek hastalıkların hasta bireylerin yaşam sürelerinde belirleyici faktör olduğu belirtilmektedir (Delegge 2011). Araştırma kapsamına alınan hasta



bireylerin %51,25 (n:41)'inde TPB endikasyonu dışında ek hastalık olduğu saptandı (Tablo 4-2). 'Dicle (1997)'nin total parenteral beslenmede geliştirilen izlem protokolünün ve komplikasyonların görülme durumuna etkisini' inceleyen çalışmada, hasta bireylerin %42'sinde ek bir hastalık belirlenmesi çalışmanın bu bulgusu ile benzerdi.

Total parenteral beslenme uygulamasında, güvenli ve etkili damar yolu açıklığının sağlanması ve sürdürülmesi, tedavinin başarısının yanı sıra komplikasyonların önlenmesi/ en aza indirilmesi açısından önemlidir (Gündoğdu 1995). Total parenteral beslenme solüsyonlarının osmolaritesi yüksek olduğu için ilk tercihin santral venöz kateter olması gerektiği bildirilmiştir (Allison ve ark. 2004; Delege 2011; Kahveci ve ark. 2011). Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin TPB tedavisi yolu incelendiğinde %55'inde (n:44) tedavinin santral venöz kateter ile uygulandığı bunu periferik damar yolunun izlediği (%35), daha az sıklıkta port kullanıldığı (%10) görüldü (Tablo 4-2). Benzer şekilde Saqui ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada, hastaların % 65'inin santral venöz kateter, %20'sinin periferik kateter ve %15'ininde port kullandığı saptanmıştır. Işıl ve arkadaşlarının (2013) reanimasyon ünitesinde bir yıllık nütrisyon profilini inceledikleri çalışmada, total parenteral beslenme uygulanan hasta bireylerin %14.8'inde periferik yol, %85.2'sinde santral yolun tercih edildiği belirtilmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da evde ya da hastanede tedavi edilen hasta bireylerde uzun süreli parenteral beslenme için santral kateterler veya portların kullanıldığı görülmüştür (Dicle 1997; Saqui ve ark. 2014). Bununla birlikte literatürde uzun süre TPB uygulanan hasta bireylerde periferik damar yolunu kullanmanın flebit riskini %3-31 arttırdığı vurgulanmaktadır (Delege 2010).

Hasta hakları yönetmeliğinde belirtildiği gibi hasta bireyin hastalığı, uygulanacak tanı, tedavi ve bakım girişimleri hakkında bilgi sahibi olmak istemesi hem hasta bireyin hakkı hem de hekim ve hemşirenin mesleki sorumluluğudur. Bu bağlamda hasta bireye yapılacak işlem öncesi, bilgi vermek ve bireyin onamını almak yasal ve etik kuraldır. Hasta birey; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usullerini, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgilendirilmeli ve izini alınmalıdır (www.hastahaklarıyönetmeliği2004/2013). Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin %76,25'ine TPB uygulanması hakkında bilgi verildiği ve %60,66'sının bu bilgiyi hekim

ve hemşireden aldığı saptandı (Tablo 4-2). Kaçar'ın (2008) çalışmasında hasta bireylerin %57'sine taburcu olurken evde bakımla ilgili bilgi verildiği saptanmıştır. Bayık ve arkadaşlarının (1992) hasta bireylerin haklarını bilme ve bu haklardan yararlanma durumları ve karşılaştıkları riskleri değerlendiren çalışmasında, hasta bireylerin %66'sının tıbbi bir işlem öncesi sağlık çalışanları tarafından bilgilendirildiği belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerde %51,25'inin (n:41) TPB uygulamasının ortalama  $27,96 \pm 3,14$  gün olduğu saptandı (Tablo 4-3). Winkler ve arkadaşları'nın (2010) çalışmasında hasta bireylere 4 ay ile 26 yıl arasında evde parenteral beslenme uygulandığı ve ortalama TPB süresinin  $8,1 \pm 8,2$  yıl olduğu bulunmuştur. Malone ve arkadaşlarının (2002) 13 hasta birey üzerinde yaptığı çalışmada, evde parenteral beslenme süresi ortalama 7.1 yıl olarak görülmüştür. Bu çalışmada TPB uygulanma süresinin diğer çalışmalara göre daha düşük bulunması; örneklem grubunu oluşturan hasta bireylerin hastanede yatan hastalar arasından seçilmiş olmasının bir sonucu olarak düşünüldü.

Total parenteral beslenme uygulamasında bakım ve tedavi girişimleri güvenlik ilke ve kurallarına uygun olarak sürdürülmekle birlikte kateter ile ilişkili komplikasyonların yanı sıra metabolik süreçlerin bozulmasına ya da enfeksiyon gibi bazı komplikasyonların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Gündoğdu 1995). Bu nedenle beslenme gereksiniminin karşılanmasında mümkün olan en kısa sürede oral ya da enteral beslenmeye geçilmesi önerilmektedir. Araştırma kapsamına katılan hasta bireylerin TPB uygulama sırasında gelişen komplikasyon durumu incelediğinde, %43,75'inde komplikasyon geliştiği görüldü (Tablo 4-3). Işıl ve arkadaşlarının çalışmasında, hasta bireylerin %27,6 'sında komplikasyon geliştiği, California Üniversitesi Hastanesinde yapılan bir çalışmada da, ortalama 18,9 gün TPB tedavisi uygulanan 1647 hasta birey komplikasyon açısından incelendiğinde toplam 509'unda önemli komplikasyon geliştiği belirlenmiştir.

Bu çalışmada, komplikasyon gelişen 35 hastanın sıklıkla birden fazla komplikasyon deneyimlediği gözlemlendi. Bu komplikasyonlar görülme sıklığına göre; %23,75 (n:19) bulantı, %22,5 (n:18) hiperglisemi, %17,5 (n:14) hipertermi, %10 (n:8) kateter tıkanıklığı, %2,5 (n:2) dispne idi (Tablo 4-3). Literatür incelendiğinde; TPB'nin yan etkilerinden en sık rastlanan komplikasyonun hiperglisemi olduğu vurgulanmaktadır (Delegge 2011). Hiperglisemi, TPB uygulanan hasta bireylerde sık

görülür ve hızlı infüzyona bağlı gelişebilir. Kan şekerinin sık takibinin mortaliteyi azalttığı belirtilmiştir (Kahveci ve ark. 2011). Lipit infüzyonuna bağlı febril nöbetler %1,7 oranında görülmekte olup septik tablo gelişmesine bağlı olarak hipertermi gelişebilir ve hasta bireylerin %3-8'inde septik tablo görülür. Hiperterminin nedeni çoğunlukla kateter kaynaklı olup TPB uygulama süresi ile görülme insidansı paralellik gösterir. Dispne ise daha çok santral venöz kateter komplikasyonlarında ortaya çıkar (Delegge 2012). Işıl'ın çalışmasında TPB uygulanan hastaların % 19,7'sinde hiperglisemi, %2,6'sında kateter tıkanıklığı, %0,7'sinde pulmoner emboli, %1,3'ünde enfeksiyon komplikasyonlarının geliştiği görülmüştür. Yapılan bir başka çalışmada hastalarda gelişen komplikasyonların %5,7'sinin uygunsuz kateter yerleştirilmesi, %6,6'sının sepsis ve %7,7'sinin metabolik komplikasyonlardan oluştuğu tespit edilmiştir. Evde TPB uygulanan bireyler ile yapılan bir diğer çalışmada, hastalarda yılda ortalama 1-2 kez komplikasyon gözleendiği, bu komplikasyonların yılda 0.5-1.1 kez hastaneye yatış gerektirdiği ve hasta bireylerin yılda ortalama 3-5 gününü komplikasyonlar nedeniyle hastanede geçirdiği görülmüştür (Allison ve ark. 2004; Delegge 2011). Araştırmanın bu bulgusu literatür ve yapılan bu çalışmaların bulguları ile paralellik gösterdi.

Literatürde, gastrointestinal fonksiyonları yeterli olan hasta bireylerde enteral yolun ilk tercih olması ve mümkün olduğunca fizyolojik olan oral yolun tercih edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Oral yolla beslenme, fizyolojik olmasının yanı sıra hasta bireyin psikolojik ve sosyal açıdan kendini iyi hissetmesini sağlar. Oral, enteral ve parenteral beslenme birbirinin tamamlayıcısı olup hangisinin tercih edileceği hastalığa ve tedavinin yan etkilerine bağlıdır. (Başaran 2004; Işıl ve ark. 2008; Delegge 2011). Araştırma kapsamına alınan hasta bireyler incelendiğinde %16,25'inin (n:13) TPB ile birlikte oral yolla ek gıda aldığı saptandı (Tablo 4-3). Işıl ve arkadaşları'nın (2008) 152 yoğun bakım hastası üzerinde yaptığı çalışmada da hasta bireylerin %1.9'unun oral ve parenteral yoldan beslenmeyi sürdürdüğü görüldü.

Uykunun temel fonksiyonu vücudun kendini yenilemesini ve gelecek güne hazırlanmasını sağlamaktır. Uyku sırasında fiziksel dinlenme gerçekleşir, hücreler yenilenir, organizmanın onarımı yani iyileşme süreci hızlanır (Görgülü 2003). Uyku düzeninin bozulması bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkiler. Araştırma kapsamında TPB uygulamasının uyku düzenine etkisi incelendiğinde, hasta bireylerin %68,75'inin (n:55) uyku düzeninin etkilendiği saptandı (Tablo 4-3). TPB uygulanan

hasta bireylerde genel olarak cerrahi girişim, noktüri, hareket kısıtlılığı, kateter çıkışını engelleyen uyku pozisyonları, infüzyon makinalarının sesleri, kronik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar gibi durumlar gece sık sık uyanmaya neden olarak uyku süresi ve uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir. Saqui ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, TPB uygulanması için kullanılan infüzyon makinalarının sesleri ve damar yollarının tıkanması ya da kateterin çıkmasını engelleyen uyku pozisyonlarından dolayı uyku düzeninde bozulmalar olduğu görülmüştür. Fitzgerald'ın (2004) 'evde parenteral beslenmenin psikolojik ve sosyal etkisi' çalışmasında, uzun süreli TPB uygulamasının uyku kalitesini azalttığına dair sonuçlar elde edilmiştir. Bununla birlikte TPB uygulamasının gece boyunca devam etmesine bağlı olarak hasta bireylerde sıklıkla noktüri olduğu ve bu nedenle uykularının sık sık bölündüğü, yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği vurgulanmaktadır (Winkler 2005; Delege 2011). Çalışmanın bu bulgusu literatür bilgisi ve yapılan araştırmaların sonuçları ile uyum gösterdi.

Çalışmada hasta bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme durumu incelendiğinde; %58,75'inin (n:47) hiçbir aktiviteyi tek başına yapamadığını ifade etmiştir (Tablo 4-3). Bu bulgu araştırma örnekleminin cerrahi kliniklerde yatan hasta bireylerden seçilmiş olması dolayısı ile akut sağlık problemleri, cerrahi girişimle ilişkili ağrı ve infüzyon makinalarına bağlı olmanın getirdiği sınırlılıkların tek başlarına hareket etmelerini engellediğini düşündürdü. Benzer şekilde, Baxter'in (2006) 'Uzun süreli evde parenteral beslenme ile tedavi edilen yetişkin bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi' çalışmasında, parenteral beslenme uygulanan hasta bireylerin en sık bozulan aktiviteleri seyahat etme, banyo yapma, uyuma ve çalışma olarak belirtilmiştir. Fitzgerald'ın (2004) 'evde parenteral beslenmenin psikolojik ve sosyal etkisi' çalışmasında da hasta bireylerin yarımsız aktivite yapamadığı saptanmıştır.

TPB uygulanan hasta bireylerin sosyodemografik özellikleri, hastalık ve tedaviye ilişkin uygulamalarını gösteren yukarıdaki bulgular ile '*TPB uygulanan hasta bireylerin sosyodemografik, hastalık özellikleri ve tedaviye karşı yanıtları nelerdir?*' sorusu yanıtlandı.

## **5.2. Hasta Bireylerde Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Araştırma kapsamına alınan TPB uygulanan hasta bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları incelendiğinde, genel olarak tüm alt boyut puanlarının 50 puanın altında kaldığı, en düşük puan ortalamasını

‘Fiziksel Rol Kısıtlılığı’ alt boyutundan ( $0,63 \pm 3,9$ ), en yüksek puan ortalamasını ise ‘Genel Sağlık’ alt boyutundan ( $49,38 \pm 12,8$ ) aldığı saptandı (Tablo 4-4). Dolayısı ile hasta bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarındakötü düzeylerde etkilendiği ve en fazla etkilenen yaşam alanının ‘Fiziksel Rol Kısıtlılığı’ olduğu görüldü.

Dünyada ve ülkemizde kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin incelendiği çeşitli araştırmalarda yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur (Woods ve ark. 1997; Balles ve ark. 2006; Karapolat ve ark. 2006; Soyuyiğit ve ark. 2006; Şakar ve ark. 2007). Yıldız ve arkadaşları’nın (2007) ‘Kanserli hastalarda yaşam kalitesi’ çalışmasında ortalama yaşam kalitesi puanının  $63,95 \pm 2,24$  olduğu saptanmış ve yaşam kalitesinin kanserden olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Üner ve arkadaşları’nın (2007) ‘Kanser hastalarının yaşam kalitelerinin SF-36 ölçeği ile değerlendirilmesi’ çalışmasında; yaşam kalitesi ölçeğinden en yüksek puanı ‘Mental Sağlık’ alt boyutu almış olup en düşük puanı ise ‘Fiziksel Rol Kısıtlılığı’ alt boyutu almış ve kanser hastalarının yaşam kalitelerinde azalma olduğu görülmüştür. Havlucu’nun (2007) KOAH ve Astım’lı hastaların yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmasında da hasta bireylerin yaşam kalitelerinin azaldığına dair sonuçlar elde edilmiştir. Araştırma örneklemini oluşturan hasta bireylerin büyük çoğunluğunun kronik hastalığa sahip olduğu göz önüne alındığında yaşam kalitelerinin kötü bulunması bu çalışmalar ile uyumludur.

Jeppensen ve arkadaşları (1997), Richards ve arkadaşları (1997), De Francesco ve arkadaşları (2001), Malone (2002), Cameron ve arkadaşları (2002) ve Winkler ve arkadaşları’nın (2005) TPB uygulanan hasta bireyler üzerinde yapmış olduğu yaşam kalitesi çalışmalarında ‘Fiziksel Fonksiyon’ alt boyutu en düşük puanı almıştır. Saqui ve arkadaşlarının (2014) yaptığı araştırmada sabit infüzyon makinaları yerine taşınabilir infüzyon makinaları kullanıldığında hasta bireylerin fiziksel rollerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Winkler ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada özellikle yaşlı hasta bireylerde ‘Fiziksel Fonksiyon’ alt boyutunun oldukça düşük olduğu görülmüştür. Winkler’in (2005) ‘evde TPB uygulanan yetişkin bireylerin yaşam kalitesi’ çalışmasında ‘Fiziksel fonksiyon, Emosyonel Rol Kısıtlılığı ve Sosyal Fonksiyon’ alanlarında yaşam kalitesinin azaldığına dair sonuçlar elde edilmiştir. Chambers ve arkadaşlarının (2006) ‘ Evde TPB uygulanmaya başlanan hastaların kesitsel olarak incelenmesi’ konulu çalışmasında, tedavinin ilk 6 aylık döneminde, yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından ‘Emosyonel Rol Kısıtlılığı ve Mental Sağlık’

puanlarında anlamlı derecede azalma olduğu belirlenmiştir. Pironi ve arkadaşlarının (2006) ‘Bağırsak nakli sonrası evde TPB beslenmeye başlayan hastaların yaşam kalitesi’ konulu çalışmasında yaşam kalitesi ölçeği ‘Ağrı’ alt boyut puanlarında önemli farklılıklar tespit edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan TPB uygulanan hasta bireylerin ‘Fiziksel Rol Kısıtlılığı’ yaşam alanında daha düşük puan almasının; hasta bireylerin 24 saat boyunca infüzyon makinalarına bağlı kalmaları, geçirmiş oldukları cerrahi girişimler, var olan ek hastalıkları, yoğun uygulanan tedavi ve bunların yol açtığı ruhsal durumlardan kaynaklandığı düşünüldü.

Total parenteral beslenen hastaların yaşam kalitesi düzeyi ile ilgili yukarıdaki bulgular değerlendirildiğinde, *‘TPB uygulanan hasta bireylerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi nedir?’ sorusu yanıtlandı.*

### **5.3. Hasta Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin yaş ortalaması ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, yalnızca ‘Sosyal Fonksiyon’ alt boyutu ile zayıf düzeyde negatif yönde bir ilişki olduğu, hasta bireylerin yaşları arttıkça sosyal faaliyetlere ilişkin yaşam alanının daha da kötüleştiği görüldü ( $r = -0,279$ ;  $p = 0,012$ ;  $p < 0,05$ ) (Tablo 4-5). Saqui ve arkadaşlarının (2013) evde TPB uygulanan stomalı hasta bireylere yönelik çalışmasında, yaşlı hastaların yetişkin hastalara göre yaşam kalitesi ‘Genel Sağlık ve Sosyal Fonksiyon’ alt boyut puanlarının düşük olduğu saptanmıştır. Pınar’ın (1994) çalışmasında yaş ortalaması  $48,57 \pm 18,10$  yıl olup, yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu ve yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmiştir. Literatürde, genç yaştaki hasta bireylerin yaşam kalitesinin yüksek bulunmasının nedeni olarak; gençlerin geleceklerine dair planlarının ve bunları gerçekleştirebilmek için hayattan beklentilerinin daha fazla olması, ileri yaştaki bireylere göre daha umutlu ve sorunlarla baş etmede daha mücadeleci olmaları gösterilmektedir. Subaşı’nın (2010) çalışmasında da yaş’ın artması ile yaşam kalitesinin düşmesi bu bireylerin yaşamdan beklentilerinin daha az olmasının yanı sıra vücut direnci vb. yaşamsal fonksiyonlarının azalmasının yarattığı umutsuzluğa bağlanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin cinsiyetlerine göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmadı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-5). Fırat’ın (2007) KKTC’de yaşayan Talasemi’li hastalarda yaşam kalitesi çalışmasında, Dinçer ve arkadaşlarının

(2003) Ankilozan Spondilit'te hastalığın yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alanlarına etkisi çalışmasında ve Given'in (1994) kanser hastalarının fiziksel ve mental sağlıklarına yaş, tedavi ve semptomların yaşam kalitesine etkisi konulu çalışmasında da cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine etkili olmadığı saptanmıştır.

Hasta bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça hastalığın getirmiş olduğu kısıtlamalar ile daha iyi başa çıktıkları, tedaviye uyumlarının iyi olduğu, tedaviyi ve verilen eğitimi daha çabuk benimsedikleri ve yaşam kalitelerinin arttığı bildirilmektedir (Üskül ve ark. 2006) Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin eğitim durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-5). Yapılan birçok çalışmada; yükseköğrenimli hasta bireylerde daha yüksek yaşam kalitesi olduğu tespit edilmiş ve yaşam kalitesi eğitim seviyesine göre anlamlı farklılık göstermiştir (Akarca ve ark. 2003; Arslan 2005; Gökçaya ve ark. 2005; Arslantaş ve ark. 2006; Soyuer ve ark. 2006; Üstün ve ark. 2006; Fırat 2007). Araştırmadan elde edilen yaşam kalitesine ilişkin bu bulgular çalışmaların sonuçları ile farklılık gösterdi.

Araştırmada, medeni duruma göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak herhangi anlamlı bir farklılık saptanmamakla birlikte bekar hasta bireylerin 'Fiziksel Fonksiyon, Canlılık, Sosyal Fonksiyon, Mental Sağlık ve Ağrı' alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlemlendi (Tablo 4-5). Kızılcı'nın (1997) yapmış olduğu çalışmada, evli olan hasta bireylerin, evli olmayan hasta bireylere göre yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Bu durum eş desteği ile hasta morali arasında pozitif ilişki olduğu şeklinde açıklanmıştır. Arslan'ın (2005) kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi çalışmasında, medeni durumun yaşam kalitesine etki ettiği belirtilmiştir. Fırat (2007) ile Dinçer ve arkadaşlarının (2003) yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarında ise, medeni durumun yaşam kalitesini etkilemediği belirtilmiştir. Araştırmanın bu bulgusu yukarıda açıklanan çalışmaların bazılarının sonuçları ile benzerlik gösterirken bazılarının sonuçlarından farklılık gösterdi.

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin çocuk sahibi olma durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği 'Sosyal Fonksiyon' alt boyutu puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık saptandı ( $t=-2,239$ ;  $p=0,028$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 4-5). Çocuğu sahibi olan hasta bireylerin 'Sosyal Fonksiyon' alt boyutundan aldığı puan ortalamasının daha düşük olduğu görüldü. Subaşı'nın (2010) 'Kanser ağrısı

deneyimleyen hasta bireylerin yaşam kalitesi ve başetme tutumlarının değerlendirilmesi' çalışması ile Işıkhan ve arkadaşlarının (2001) 'Kanser hastalarının kaliteli yaşam ve hastalık özellikleri arasındaki ilişki' çalışmasında, eş ve çocuk sahibi olan hasta bireylerin yaşam kalitelerinin yüksek olduğu görülmüştür. Bu hasta bireylerin 'Fiziksel Fonksiyon' ve 'Sosyal Fonksiyon' alt boyut puanları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ise aksine 'Sosyal Fonksiyon' alt boyutu en düşük puanı aldı (Tablo 4-5).

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerde yaşam durumuna göre sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamakla birlikte ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-5) anne ve babası ile beraber yaşayan hasta bireylerin 'Fiziksel Fonksiyon, Canlılık, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Kısıtlılığı, Mental Sağlık ve Ağrı' alt boyutlarına ilişkin puanlarının daha yüksek olduğu gözlemlendi. Subaşı'nın (2010) çalışmasında yalnız yaşayan hasta bireylerin yaşam kalitesi alt boyutu 'Sosyal Fonksiyon' puanları diğer gruplara göre düşük bulunmuş, geniş ailelere sahip olanlarda ise 'Sosyal Fonksiyon' puanları yüksek bulunmuştur.

Çalışma durumunun yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin çalışma durumuna göre sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-5). Arslan'ın (2005) 'Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesine etkisi' konulu çalışmasında ve Kızılcı'nın (1997) 'Kemoterapi alan hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler' çalışmasında, hasta bireylerin çalışma durumlarının yaşam kalitelerini etkilediği, çalışan, hasta bireylerde yaşam kalitesinin arttığı belirtilmiştir. Güven (2007) çalışmasında, çalışma durumunun yaşam kalitesini artırdığını ve depresif bulguları azalttığını göstermiştir. Bu çalışmada anlamlı farklılık göstermemekle birlikte çalışan hasta bireylerin yaşam kalitesi ölçeğinin 'Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Genel Sağlık, Canlılık, Sosyal Fonksiyon, Mental Sağlık' alt boyutlarına ilişkin puanlarının, dolayısı ile bu alt boyutların işaret ettiği alanlardaki yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu gözlemlendi. Buna karşın çalışma durumunun yaşam kalitesini etkilemediğini belirten çalışmalara da rastlanmıştır (Karamanoğlu 1999).

Sosyo-ekonomik durum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan hasta bireylerde sosyo-ekonomik duruma göre sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık



saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-5). Erdem ve Ergüney'in (2000) Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi çalışmasında aylık gelir düzeyi ile yaşam kalitesinin bütün alanları ve toplam yaşam kalitesi puanları arasında pozitif bir korelasyon tespit etmiş, hasta bireylerin gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puanlarında yükseldiği saptanmıştır. Eski (1999) ve Pınar'ın (1994) çalışmalarında da maddi yeterliliğin yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmiştir.

Araştırmada, TPB hakkında hekim ve hemşirelerden bilgi aldığını belirten 61 hasta bireyin (%76,25) bilgi verilme durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-5). Buna karşın, TPB hakkında bilgi alan hasta bireylerin 'Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Canlılık, Sosyal Fonksiyon, Ağrı' alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, dolayısı ile bu alt boyutların işaret ettiği yaşam alanlarındaki kalitenin daha iyi olduğu gözlemlendi. Beslenme ekibi tarafından izlenen ve bilgilendirilen evde TPB uygulanan hasta bireylerde; daha iyi yaşam kalitesi skorları, daha düşük depresyon skorları ve daha düşük kateter ilişkili enfeksiyon insidansı saptandığı görülmüştür (Delgge 2011). Smith ve arkadaşlarının (2002) yapmış olduğu çalışmada evde parenteral beslenen hastaların akran desteği ve EPB eğitiminin yaşam kalitesi skorlarını arttırdığı belirtilmiştir.

TPB uygulanan hasta bireylerin sosyodemografik özelliklerinin yaşam kalitesi üzerine etkisini gösteren yukarıdaki bulgular değerlendirildiğinde; yalnızca yaş ve çocuk varlığının 'Sosyal Fonksiyon' yaşam alanına ilişkin kaliteyi olumsuz etkilediği saptandı ve *'TPB uygulanan hasta bireylerin sosyodemografik özellikleri sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini nasıl etkiler?'* sorusu yanıtlanmış oldu.

#### **5.4. Hasta Bireylerin Hastalık ve TPB Tedavisine Karşı Yanıtları ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin TPB uygulama süresi ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak herhangi anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-6). Literatürde, TPB uygulanma süresinin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendiren çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Ladefoged'un (1991) 9 kişi üzerinde yapmış olduğu araştırmada evde 2 yıl parenteral

beslenme uygulanan hasta bireylerin yaşam kalitesinde herhangi bir değişim olmadığı bildirilmiştir. Malone ve arkadaşlarının (2002) yapmış olduğu araştırmada ortalama 7.1 yıl evde parenteral beslenme uygulanan 13 hasta birey incelenmiş ve 3 yıllık aralıklarla yapılan değerlendirmede, SF-36 skorlarında değişim olmadığı görülmüştür. Buna karşın Winkler ve arkadaşları'nın (2010) evde total parenteral beslenme uygulanan hastaların yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada, 2 yıldan az süre evde TPB uygulanan hastalarda süre uzadıkça yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür. Pironi ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada, TPB süresi uzadıkça intestinal fonksiyonların bozulduğu, kilo kaybının geliştiği, barsak hareketlerinin bozulduğu ve buna bağlı olarak yaşam kalitesi düzeyinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Güven (2007), 'Diabetes Mellitus'lu hastalarda yaşam kalitesi ve depresyonun etkisi' ni araştırdığı çalışmasında, diabet hastalarında komplikasyon varlığı ve diabetle geçirilen sürenin uzunluğunun yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmiştir. Chambers ve arkadaşlarının (2006) SF-36 'yı kullanarak yapmış oldukları çalışmada; kısa barsak sendromu nedeniyle ilk kez total parenteral beslenme uygulanan 30 hasta bireyin ise ilk 6 aylık sürede 'Fiziksel Fonksiyon, Canlılık, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Kısıtlılığı ve Mental Sağlık' alt boyut puanlarında artış olduğu görülmüş, fakat 'Ağrı, Genel Sağlık ve Fiziksel Fonksiyon' alt boyut puanlarında değişiklik saptamamıştır.

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerde komplikasyon varlığına göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; istatistiksel olarak sadece "Fiziksel Fonksiyon" alt boyutuna ilişkin anlamlı farklılık saptandı ( $t=2,028$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 4-6) ve komplikasyon gelişmeyen hasta bireylerde 'Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Emosyonel Rol Kısıtlılığı ve Mental Sağlık' alt boyutları dışında diğer alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Bu bulgu, TPB tedavisine bağlı olarak gelişen komplikasyonların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bildiren literature bilgisi ile uyum gösterdi (Allison ve ark. 2004; Delege 2011; Kahveci ve ark. 2011).

Gelişen komplikasyonların yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde; Hiperglisemi deneyimleme durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak sadece "Fiziksel Fonksiyon" alt boyutunda anlamlı farklılık saptandı ( $t=2,414$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 4-6). Güven'in (2007) çalışmasında komplikasyon deneyimleme ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında 'Ağrı ve Emosyonel Rol Kısıtlılığı' alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla etkilendiği

saptanmış ve uzun hastalık süresinin komplikasyon riskini arttırdığı ve komplikasyonların hasta bireylerin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayarak yaşam kalitesini azalttığı sonucuna varılmıştır. Özdemir ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da hiperglisemi'nin hasta bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği gözlenmiştir. Kansere ve diyabet hastalarında yapılan çalışmalarda, hipertermi, bulantı ve kusma komplikasyonlarının yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığına dair sonuçlar elde edilmesine karşın (Miller ve Kearney 2000; Foubert ve Vaessen 2005; Genç 2011) bu çalışmada, yukarıda sözü edilen komplikasyonların, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkisini ortaya koyan bir bulgu elde edilmedi.

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin oral yolla beslenme durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-6). Literatürde, yeterince beslenmemiş hastaların sağlık sorunları ile daha çok karşılaştıkları vurgulanmıştır (Raymond 1993; Kaymak 2012). Kaymak'ın (2012) 'hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ve beslenme durumlarının değerlendirilmesi' konulu çalışmasında, oral alımı iyi olan hasta bireylerin 'Fiziksel Fonksiyon' alt boyut puan ortalamalarının diğer boyutlara göre istatistiksel olarak daha anlamlı olduğu görülmüştür. Raymond ve arkadaşlarının (1993) çalışmasında da beslenme yetersizliğinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve iyi beslenen hasta bireylerin 'Fiziksel Fonksiyon' larının iyi beslenmeyen hastalardan daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Uyku sorunları hasta bireylerin öz-bakım gücünü azaltarak, yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Arslan 2005; Çelik 2011). Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin uyku düzeninde değişim durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamakla birlikte uyku düzeni değişmeyen hasta bireylerin yaşam kalitesi ölçeği 'Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Kısıtlılığı, Mental Sağlık ve Ağrı' alt boyutlarına ilişkin puanların, dolayısı ile bu alt boyutların işaret ettiği alanlardaki kalitenin daha yüksek olduğu gözlemlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-6). Arslan'ın (2005) 'Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesine etkisi' çalışmasında uyku kalitesi düştükçe yaşam kalitesinin de azaldığı belirlenmiştir. Hastane ortamının ve hastanede yatmanın uyku kalitesini etkilediği yapılan çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Arslan 2005). Çelik'in (2011) 'Hemodiyaliz hastalarında

uyku kalitesinin yaşam kalitesine etkisini' değerlendiren çalışmasında, hasta bireylerin uyku kaliteleri yükseldikçe, yaşam kalitelerinin de arttığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin, öz bildirimleri doğrultusunda belirlenen, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık/ bağımsızlık hissetme durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-6). Bununla birlikte, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız gerçekleştirebildiğini ifade eden hasta bireylerin yaşam kalitesi ölçeğinin 'Fiziksel fonksiyon, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Canlılık, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Kısıtlılığı' alt boyutlarına ilişkin puanlarının, dolayısı ile bu alt boyutların işaret ettiği alanlardaki kalitenin daha yüksek olduğu gözlemlendi. Yapılan çalışmalarda, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken başkalarına ihtiyaç duyan hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği görülmüştür (Özyurt ve ark. 2007; Ercan 2010). Oz ve arkadaşlarının (2008) 'Evde TPB uygulanan İsraili hastaların yaşam kalitesi ve yeme alışkanlıkları' konulu çalışmasında, fiziksel aktivitenin artması ile 'Sosyal Fonksiyon ve Emosyonel Rol Kısıtlılığı' alt boyutlarında da artış olduğuna dair sonuçlar elde edilmiştir.

TPB endikasyonu dışında hastalık varlığının yaşam kalitesini etkileme durumu incelendiğinde, hasta bireylerin ek hastalık varlığına göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak sadece 'Emosyonel Rol Kısıtlılığı' alt boyutu arasında anlamlı farklılık saptandı. Ek hastalığı olan hasta bireylerin "Emosyonel Rol Kısıtlılığı" alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının daha düşük olduğu görüldü ( $t=2,082$ ;  $p<0,05$ ). (Tablo 4-6). Çıtlı ve arkadaşları'nın (2010) yapmış olduğu diabetik hastalarda yaşam kalitesi araştırmasında, ek kronik hastalık varlığının, yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Güven'in (2007) yaptığı Diabetli hastalarda yaşam kalitesi çalışmasında, ek hastalığı olanlarda yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının hiçbirinde anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Brazier (1992) karışık hasta popülasyonunda tanısı konmuş birden fazla bedensel hastalığın varlığını yaşam kalitesinin 'Fiziksel fonksiyon ve Sosyal Fonksiyon' boyutları üzerine olumsuz etki eden faktörler arasında belirlemiştir. Yapılan birçok çalışmada, Brazier'in sonuçları ile uyumlu olarak ek hastalıkların varlığında, yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini ve bunun özellikle fonksiyonel boyutlarda farklılık gösterdiğini belirtmişlerdir (Güven 2007; Çıtlı ve ark. 2010).

Araştırmadan elde edilen bu bulgular doğrultusunda komplikasyon gelişimi ve hiperglisemi deneyimleme durumunun ‘Fiziksel Fonksiyon’ alt boyutunda, ek hastalık varlığının ise ‘Emosyonel Rol Kısıtlılığı’ alt boyutunda hasta bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gözlendi ve *‘TPB uygulanan hasta bireylerin hastalık ve TPB tedavisine karşı yanıtları sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini nasıl etkiler?’* sorusu yanıtlandı.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

- ✓ Hasta bireylerin yaş ortalaması  $49,91 \pm 13,09$  yıl,
- ✓ %51,25'inin (n=41) kadın, %32,5'inin (n=26) lise mezunu, %70'inin (n=56) evli, %82,5'inin (n=66) çocuk sahibi, %63,75'inin eş ve çocukları ile yaşadığı, %67,5'inin (n=54) herhangi bir işte çalışmadığı, %61,25'inin sosyoekonomik durumunun orta düzey olduğu,
- ✓ %68,75'inin (n=55) kanser nedeniyle hastaneye yattığı,
- ✓ %48,75'inde (n=39) TPB endikasyonu dışında ek hastalıklarının bulunduğu,
- ✓ %55'ine (n=44) TPB'nin santral venöz kateter ile uygulandığı,
- ✓ %76,25'ine (n=61) total parenteral beslenme hakkında bilgi verilmiş olup, bu bilgileri %60,66'sının (n=37) hemşire ve hekimden öğrendiği,
- ✓ TPB uygulama süresi ortalamasının  $27,96 \pm 3,14$  gün olduğu,
- ✓ %56,25'inde komplikasyon gelişmediği buna karşın %17,5'unda (n=14) ateş, %22,5'unda (n=18) hiperglisemi, %2,5'inde (n=2) dispne, %23,75'inde (n=19) bulantı, %10'unda (n=8) kateter tıkanıklığı komplikasyonlarının görüldüğü,
- ✓ %16,25'i (n=13) TPB'ye ek olarak oral gıda alabildiği,
- ✓ %68,75'inin (n=55) TPB'nin uyku düzeninin değiştiği,
- ✓ %58,75'inin (n=47) günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduğunu ifade ettiği,
- ✓ Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından en düşük puan ortalamasını 'Fiziksel Rol Kısıtlılığı' alt boyutundan ( $0,63 \pm 3,9$ ), en yüksek puan ortalamasını ise 'Genel Sağlık' alt boyutundan ( $49,38 \pm 12,8$ ) aldığı,
- ✓ Yaş ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasında sadece 'Sosyal Fonksiyon' alt boyutu ile zayıf düzeyde negatif yönde ilişki olduğu ( $r = -0,279$ ;  $p = 0,012$ ;  $p < 0,05$ ),
- ✓ Cinsiyet durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p > 0,05$ ),
- ✓ Eğitim durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p > 0,05$ ),
- ✓ Medeni duruma göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p > 0,05$ ),

- ✓ Çocuk durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, ‘Sosyal Fonksiyon’ alt boyut puanlarında anlamlı farklılık olduğu ( $t=-2,239$ ;  $p=0,028$ ;  $p<0,05$ ),
- ✓ Yaşam durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ),
- ✓ Çalışma durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ),
- ✓ Sosyoekonomik duruma göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ),
- ✓ Total parenteral beslenme süresi ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ),
- ✓ Komplikasyon varlığına göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak sadece “Fiziksel Fonksiyon” alt boyutunda anlamlı farklılık olduğu ( $t=2,028$ ;  $p=0,046$ ;  $p<0,05$ ),
- ✓ Bulantı deneyimleme durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ),
- ✓ Hipertermi deneyimleme durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı,
- ✓ Hiperglisemi deneyimleme durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak sadece “fiziksel fonksiyon” alt boyutu arasında anlamlı farklılık olduğu ( $t=2,414$ ;  $p=0,020$ ;  $p<0,05$ ),
- ✓ Kateter tıkanıklığı deneyimleme durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ),
- ✓ Oral yolla beslenme durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ),

- ✓ Uyku düzenin değişim durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ),
- ✓ Günlük aktivitelerini yapabilme durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ),
- ✓ Ek hastalık durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında ‘Emosyonel Rol Kısıtlılığı’ alt boyutunda anlamlı farklılık olduğu ( $p<0,05$ ),
- ✓ Günlük yaşam aktiviteleri içinde ‘beslenme’ aktivitesinde sorunlar yaşayan hasta bireylerin, TPB uygulamasından dolayı oluşan komplikasyonlarla sağlığı algılama şeklinde kötüleşme olduğu ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği,

Sonuç olarak, total parenteral beslenme uygulanan hasta bireylerin yaşam kalitesinin kötü olduğu, yaş ve çocuk varlığı gibi sosyo-demografik özelliklerin ‘Sosyal Fonksiyon’; komplikasyon gelişimi ve özellikle hiperglisemi deneyimleme durumunun ‘Fiziksel Fonksiyon’; ek hastalık varlığının ise ‘Emosyonel Rol Kısıtlılığı’ alanlarına ilişkin yaşam kalitesi düzeyini daha da kötüleştirdiği görüldü.

#### **Çalışma sonuçları doğrultusunda;**

- ✓ TPB uygulanan hasta bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilerek bakım planlarında dikkate alınması,
- ✓ Hasta bireye/ailesine /bakımını üstlenecek bireylere yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve gereksinim duyduklarında başvurabilecekleri rehber kitapçıkların verilmesi önerilebilir.



## 7. KAYNAKLAR

Acaroğlu, R. (2003). Bakımda etik. 2. Uluslararası ve 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunlar Derneği, Antalya.

Akdemir, N., Birol, L. (2003). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Vehbi Koç Vakfı SANERC Yayını, İstanbul, s:509.

Aksungur, A. (2009). Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan Ebe ve Hemşirelerin İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Akyol, A. D.(1993). Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (3):71-75.

Akyol, A. D.(1992). Yaşam kalitesi ve Yaklaşımları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (2): 75-80.

Akyüz, N. (2004). Ülseratif Kolitli Hastalarda Ameliyat Olanlarla Olmayanların Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Allisoan, P. A., Fürst, P., Meier, R., Pertkiewicz, M., Soeters, P. (2004). Klinik nütrisyon temel kavramlar. Kofralı, G. (Çeviri Editörü), Üçüncü baskı.

Armstrong, C.W. (1990). "Clinical Predictors of Infection of Central Venous Catheters used for Total Parenteral Nutrition", Infection Control and Hospital Epidemiology, 11(2): 71-78.

Arslan, S. (2005). Kanserde Uyku Sorunlarını Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Arslan, Ş., Gökçe, Y. (1999). Geriatrie yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Geriatri, 2(4):173-178.

Aştı, T. (1998). Evde Parenteral Beslenme. Marmara Üniversitesi I. Ulusal Evde Bakım Kongresi. İstanbul.

Aştı, T., Karadağ, A. (Ed.). (2012). Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilim ve Sanatı. Akademi Basın, İstanbul.

Ay, M. (2011). Hepatit Hastalarında Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır.

Aydemir, Ö., Ergün, H., Soygür, H., Kesebir, S., Tulunay, C. (2006). Major Depresyonda Yaşam Kalitesi. Türk Psikiyatri Dergisi.

Aydoğan, G. Z. (2008). Kritik Hastada Enteral ve Enteral- Parenteral Nutrisyon Tedavi. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Aydoğdu, S., Selimoğlu, M. A., Asena, S.(1999). Çocukluk Çağında Total Parenteral Beslenme. Türk Pediatri Kurumu XXXV. Ulusal Pediatri Kongresi, 19-23 Mayıs, Ankara, 376.

Aygün, Gökhan. (2008). Damar İçi Kateter Enfeksiyonlarının Önlenmesi Ve Kontrolü. Hastane Enfeksiyonları Sempozyum Dizisi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, 60.

Aytıntuğ, S. (2000). “Hedeflenen Nutrisyon Tedavisini Uygulamada Nutrisyon Destek Ekibinin Karşılaştığı Sorunlar” KEPAN III. Kongresi. İstanbul.

Balcı, D. , Genç, N. , Demirer, S. , Aytıntuğ, S. (2005). Total Nutrisyon Tedavisinde Farmakolojik Etkileşmeler. Yoğun Bakım Dergisi 5, 42- 49.

Balık, İ. (2001). Kateter enfeksiyonlarını önleme stratejileri.

Barker, H.M. (1991). Becks Nutrition& Dietetics for Nurses. Eighth Ed. Churchill Livingstone, Edinburgh. pp: 141-144.

Başaran, G.A.(2004). Kanser Hastalarında Beslenme. Klinik Gelişim Dergisi, 17: 24-32.

Başaran, S. , Güzel, R. , Sarpe, T. (2005). Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma, 20, 55- 63.

Başoğlu, M., Atamanalp, S.(2007). Kısa Barsak Sendromunda Beslenme. Atatürk Üniversitesi Genel Cerrahi AD. Erzurum. 68-72.

Bayık, A., Türkistanlı E. (1992). Hastaların Haklarını Bilme ve Bu Haklardan Yararlanma Durumları ve Karşılaştıkları Riskler. 3.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Esnaf Ofset matbaacılık Sivas, Ekim, 778- 782.

Baxter, J. P. (2007). Clinical Standards for Home Parenteral Nutrition: Scottish Home Parenteral Nutrition Managed Clinical Network.

Baxter, J. P., Fayers, P. M., Mckinlay, A. (2006). A Review of The Quality of Life Adult Patients Treated With Long-Term Parenteral Nutrition. *Clinica Nutrition*, 25,543-553.

Biröl, L. (2007). *Hemşirelik Süreci*. (8.Baskı). İzmir: Etki Matbaacılık.

Birren, J., Rowe, J. C., Deutcham, D. E. (1991). *The Concept and Measurement of Quality of Life in The Frail Elderly*. Academic Press, London, 6-7.

Boggs, R. L., Wooldridge- King, M. (1993). *AACCN Procedure Manual for Critical Care*, 3rd. Ed., Philadelphia and Sydney, W.B. Saunders Company, 771-812.

Bozzetti, F., Cozzaglio, L., Biganzoli, E., Chiavenna, G., De, C.M., Donati, D.(2002). Quality Of Life And Length of Survival in Advanced Cancer Patients on Home Parenteral Nutrition. *Clinical Nutrition*; 21: 281-8.

Bozzetti, F.(2003). Home Total Parenteral Nutrition in İncurable Cancer Patients: a Therapy, a Basic Humane Care or Something in Between? *Clinical Nutrition*; 22: 109-111.

Bozfakioğlu, Y. (1996).“Total Parenteral Nutrisyon Endikasyon ve Komplikasyonlar”, *Klinik Gelişim* 9: 4152-4155.

Brazier, J. E.(1992). Validating The SF 36 Health Survey Questionnaire: New Outcome Measure Primary Care. *BMJ*; 30; 160 -164.

Buzby, G., Knox, L. , Crosby, L. , Eisenberg, J. , Haakenson, C. , Neal, G. , Page, C. , Peterson, O. , Reinhardt, G. , Williford, W. (2008). Study Protocol: A Randimized Clinical Trial of Total Parenteral Nutriton in Malnourished Surgical Patients. *The American Journal of Clinical Nutrition*, USA.

Büyükgedia, B.(1993). “Nütrisyonel ve Metabolik Durumun Değerlendirilmesi”. Ed: Ali Reşat Meral. *Klinik Nütrisyon İzmir*. ss: 20-22.

Caraceni, A., Nanni, O., Maltoni, M., Piva, L., Indelli, M., Arnoldi, E. (2000). Impact Of Delirium On The Short Term Prognosis Of Advanced Cancer Patients. Italian Multicenter Study Group On Palliative Care. *Cancer*; 89: 1145-9.

Carpenito, L.J. (1999). *Handbook Of Nursing Diagnosis*.(8th Eds). Philadlphia: Lippincott Company.

Chambers, A., Hennessy, E., Powell- Tuck, J. (2006). Longitudinal Trends in Quality of Life After Starting Home Parenteral Nutrition: a Randomised Controlled Study of Telemedicine. *Clinic Nutrition*; 25: 505-514.

Cosnes, J., Lamy, P., Beaugerie, L., Le, Q.M., Gendre, J.P., Le, Q.Y. (1990). Adaptive Hyperphagia in Patients With Postsurgical Malabsorption. *Gastroenterology*; 99: 1814.

Cozzaglio, L., Balzola, F., Cosentino, F. (1997). Outcome of Cancer Patients Receiving Home Parenteral Nutrition. *Journal of Parenteral Nutrition*. (21) 6: 339-342.

Çakmakçı, M.(1995). “Parenteral Beslenme Solüsyonları ve Seçimi”, Enteral-Parenteral Beslenme Eğitim Semineri, Türkiye Diyetisyenler Yayını: 8. Çağın Basım Yayın San. ve Tic. Basım Sponsoru: Abbott, Ankara: 87-90.

Çelebi, Z.M. (2010). Hemşirelerin Total Parenteral Beslenmeye Yönelik Bilgilerinin Saptanması. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, Afyon.

Çelik, H. S. (2011). Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Kalitesinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans, İstanbul.

Çıtıl, R., Günay, O., Elmalı, F., Öztürk, Y. (2010). Diyabetik Hastalarda Tıbbi Ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi. (32) 4:253-264.

Datshana, P. (1992). Cardiovascular Complications Of Parenteral Nutrition. *Postgrad Med J*. 68: 629-633.

Delegge, H. M. (2011). *Nütrisyon Ve Gastrointestinal Hastalık*. Topgül, K., Malazgirt, Z. (Çeviri Editörü), Nobel Tıp Kitapevleri.50-250.

De Myttenaere, S. B.(1994). “Gastric Emptying in Humans Influence of Different Regiments of Parenteral Nutrition”. *American Journal of Clinical Nutrition*, 60: 244-8.

Deuling, R. H., De Biasse, M. A.(1995). Micronutrients in Critical İllness. *Crit Care Clin* 11; 651-673.

Dicle, A.(1997). Total Parenteral Beslenmede Geliştirilen İzlem Protokolünün Komplikasyonların Görülme Durumuna Etkisi. Ege Üniversitesi, Hemşirelik Doktora Tezi. İzmir.

Dinç, L. (1997) “Total Parenteral Beslenme Uygulanan Hastalarda Katetere Bağlı Enfeksiyonun Önlenmesinde Hemşirelik Bakımının Etkisi”. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstieüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Doğu, Ö. (2012). Oral Antikoagulan Tedavi Uygulanan Bireylerde Güvenli İlaç Kullanımının İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Doğan, S. (2014). Yaşam Kalitesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Dudek, S. (2001). Nutrition Essentials For Nursing Practice. Fourth Edition, Lippincott.

Dipiro, J.T., Talbert, R.L., Hayes, P.E., Yee, G.C., Matzke, G.R., Posey, L.M. (1993). Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach. 2nd ed., Norwalk Connecticut, Appleton and Lange, chp. 125,126,128,130: 2089-2127;2142-2155;2173-2192.

Elbaş, N.Ö.(1995).“Hemşirenin Ekip İçindeki Sorumlulukları Nelerdir?”, Enteral- Parenteral Beslenme Eğitim Semineri, Türkiye Diyetisyenler Yayını: 8. Ankara, 123-124.

Erdem, N., Ergüney, S. (2000). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8:3.

Ergin, K.(1994). Sıvı Elektrolit Dengesi Hemşirelik Girişimleri. Ege Üniversitesi, İzmir.

Erol, Ö., Enç, N. (2009). Yoğun Bakım Alan Hastaların Uyku Sorunları Ve Hemşirelik Girişimleri. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 24-31.

Ercan, N. (2010). Huzur Evinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Ankara.

Ertan, A. (1994). Parenteral Beslenmelerde Hepatobiliyer Komplikasyonlar. Kardiyovasküler Cerrahi 10. yıl Sempozyumu, Amerikan Hastanesi.

Eser, E.(2004). Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması Ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir.

Eski, S. (1999). Myokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Evans, M.A., Czopek, S.(1995). Home Nutrition Support Materials. Nutrition Clinical Practice; 10: 37-9.

Fan, B. G. (2007). Parenteral Nutrition Prolongs The Survival Of Patients Associated With Malignant Gastrointestinal Obstruction. J Parenteral Enteral Nutrition; 31: 508-10.

Fırat, H. (2007). Talasemili hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Fidaner, C. (2004). Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı: Bir Giriş Denemesi. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program Ve Özet Kitabı, Emek Matbaacılık.

Fithzgerald, K. A. (2004). The Psychological And Social Impact Of Home Parenteral Nutrition. Chicago.

Fithzpatrick, E., Hyde, A. (2006). Nurse-Related Factor İn The Delivery Of Preoperative Patient Education. Journal Of Clinical Nursing,15, 671-677.

Flowers, R.W., Schwenzer, J.K., Kopel, F.R. (1989). Cuff For The Prevention Of Intravascular Catheter-Related Infection. JAMA, Vol.261, No:6.pp:878-883.

Foubert, J., Vaessen, G. N. (2005). Nausea: the neglected symptom? European Journal of Oncology Nursing; 9(1):21-32.

Galanos, A. N., Pieper, C.F., Kussin, P.S.(1997). Relationship Of Body Mass Index To Subsequent Mortality Among Seriously İll Hospitalized Patients. Crit Care Med. 25: 1962-68.

Genç, A. (2011). Kemoterapi Alan Hastalarda Bulantı- Kusmanın Önlenmesinde Akupressure'ın Etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Gidener, C., Şahinoğlu, H. (1992). Total Parenteral Nutrisyon Komplikasyonları. Türkiye Klinik Tıp Bilimleri, İzmir, 12, 369- 376.

Given, C. W. (1994). The İmpact Of Age, Treatment And Symptoms On The Physical And Mental Health Of Cancer Patients. Cancer suppl, 74 (7): 2128-38.

Gorski, L.A. (2001). TPN Update: Making Each Visit Count. Home Healthc Nurse; 19: 15-21.

Gorski, L. A. (2002). Positive İnotropic Drug İnfusions For Patients With Heart Failure: Current Controversies And Best Practice. Home Health Nurse; 20: 244-53.

Görgülü, Ü. (2003). KOAH Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.

Guyton, A.C.(1996). Hall, J.E. Textbook of Medical Physiology, Philadelphia: WB. Saunders Co.

Güler, A. (1991). Total Parenteral Beslenme. İ.Ü Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Bülteni, Cilt 5: 21.

Gündoğdu, H. (2010). Evde nştrisyon desteği. İç hastalıkları dergisi; 17:257-267. Ankara.

Gündoğdu, H. (1995). ‘Total Parenteral Beslenme’, ‘Enteral-Parenteral Beslenme’ Eğitim Semineri. Tşrkiye Diyetisyenler Yayını: 8. ağım Basım Yayın San. ve Tic. Basım Sponsoru: Abbott. Ankara: 74-81,108-111.

Gşnerli, A.(1993). ‘‘Karaciğer Fonksiyonları Ve Nştrisyon’’. Ed: Ali Reşat Moral, Klinik Nştrisyon, İzmir. ss:85-93.

Gşrdağ, M. (1995).‘‘Enteral ve Parenteral Beslenmede Ekip alışmasının Önemini, Ekibin Yapılanması ve Karşılaşılan Sorunlar’’, Enteral-Parenteral Beslenme Eğitim Semineri, Tşrkiye Diyetisyenler Yayını: 8. Ankara: 112-116.

Gşrleyik, E. (1996).‘‘Klinik Nutrisyonda uygulama yöntemleri’’ Klinik Gelişim, 4145-4151.

Gşven, T.(2007). Diabetes mellituslu hastalarda yaşam kalitesi ve depresyon etkisinin araştırılması. Uzmanlık Tezi, şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.

Hall, J.B., Schmidt, G.A., Wood, L.D.H.(1992).Principles of Critical Care.New York, St Louis, Mc Graw-Hill İnc.:309-321;523-525;1057-1107;1243.

Havlucu, Y. (2007). KOAH’lı olgularda yaşam kalitesi, performans durumu, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Dşrt Yol Devlet Hastanesi, Hatay.

Havlucu, Y. (2007). Astımlı olgularda yaşam kalitesi ile astım kontrol testi ve astım şiddet skalası arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Dşrt Yol Devlet Hastanesi, Hatay.

Howard, L. Y. (2002). Length of life and quality of life on home parenteral nutrition. JPEN, 26:55.

Irvın, M. M., Openbrier, D.R. (1995). Feeding Ventilated. American Journal of Nursing :544-546.

Işıkhan, V., Gşner, P., Kşmşrcş, ř., Özet, A., Arpacı, F., Özbek, B. (2001). The relationship between disease feature and quality life in patient with cancer-I. Cancer nursing, 24 (6):490-495.

Işıl, T. C., Tşrk, ř. H., Totoz, T., Oba, S. (2013). Reanimasyon ünitemizin bir yıllık nştrisyon profili. şişli Etfal hastanesi tıp bşlteni, (47) 3.

Jeppesen, P.B., Mortensen, P.B.(2000). Intestinal failure defined by measurements of intestinal energy and wet weight absorption. 46: 701-6.

Jeppesen, P. B., Langhoiz, E., Mortensen, P. B. (1999). Quality of life in patients receiving home parenteral nutrition. Universtiy of Copenhagen, Denmark. 44: 844-852.

Jeppesen, P.B., Staun, M., Mortensen, P.B. (1998). Adult patients receiving home parenteral nutrition in Denmark from 1991 to 1996: who will benefit from intestinal transplantaion? Scand J Gastroenterol; 33: 839-46.

Jeppesen, P.B., Mortensen, P.B.(1998). Significance of a preserved colon for parenteral energy requirements in patients receiving home parenteral nutrition. Scand J Gastroenterol; 33: 1175-9.

Jonkers, C. F., Prins. F., Van, K. A., Tepaske, R. (2001). Sauerwein HP. Towards implementation of optimum nutrition and better clinical nutrition support. Clinical Nutrition; 20: 361-6.

Kaçar, H. (2008). Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin hasta hakları konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi.TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (4): 259-266.

Kahveci, F., Demirağ, K., Demirkan, K., Uyar, M. (2011).Parenteral nütrisyon desteği. Life, Long, Learning KEPAN temel eğitim kursları, Antalya.

Kama, N., Göçmen, E.(1995). Hastalıklarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. TKUN Tıp Bilimleri, Ankara, 65- 68.

Karamanoğlu, A. E. (1999). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kaya, N. (2008). Yaşam Modeli. K. Babadağ, T. Atabek Aştı (Eds.). Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık. 20-65.

Kaymak, D. A. (2012). Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi, İç Hastalıkları Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Kelly, D. G.(1996). “Complications of Home Parenteral Nutrition” 20th. A.S.P.E.N. Clinical Congress Program Manual 147-150.

Kızılcı, S. (1997). Kemoterapi Alan Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.



Koretz, R. L., Lipman, T. O., Klein, S. (2001). AGA technical review on parenteral nutrition. *Gastroenterology*, 121: 970-1001.

Kudsk, K.A.(1999). Enteral and Parenteral Nutrition. In: *Intensive Care Medicine*, Irwin RS, Cerna FB, Rippe JM (eds), Lippincott-Raven, 2243-2261.

Küçükdeveci, A. (2005). Rehabilitasyonda Yaşam Kalitesi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 51, 23-29.

Ladefoged, K. (1991). Quality of life in patients on permanent home parenteral nutrition. *JPEN*, 99-133.

Lewis, M.S., Collier, C.I. (1992). *Medical-Surgical Nursing*, 2nd.ed. St. Louis and Toronto, Mosby Tear- Book inc.:1003-1036.

Lehoux, P., Saint-Arnaud, J., Richard, L.(2004). The Use Of Technology At Home: What Patient Manuals Say And Sell Vs. What Patients Face And Fear. *Social Health Illn*; 26: 617-44.

Lubkin, I. M., Larsen, P. D. (1998). *Cronic İllness, İmpact And İnterventions*. Fourth Ed. Jones and Barlett Publisher, Sudbery M. A.207-217.

Malone, M. (2002). Longitudinal Assesment Of Outcome, Health Status, And Changes İn Lifestyle Associated With Long-Termhome Parenteral And Enteral Nutrition. *JPEN*; 26:164-168.

Marino, P.L. (1991). *The ICU Book*. Philadelphia, London, Lea and Fabiger, 545-546, 603-640.

Mc Clove, S.A.(1990). "Total Parenteral Nutrition", *Post Graduate Medicine* (88)1; 235-245.

Meguid, M.M., Muscantoli, M. (1993). Current uses of Total Parenteral Nutrition. *American Family Physician*, ( 47) 2: 383-393.

Messing, B., Joly, F. (2006). Guidelines for management of home parenteral support in adult chronic intestinal failure patients. *Gastroenterology*, 130: 43-51.

Messing, B.(1995). "Prognosis of Patients with Nonmalignant Chronic Intestinal Failure Receiving Long-Term Home. Parenteral Nutrition", *Gastroenterology*, 1005-1010.

Messing, B., Lemann, M., Landais, P., Gouttebel, M.C., Gerard-Boncompain, M., Saudin, F.(1995). Prognosis of patients with nonmalignant chronic intestinal failure receiving long-term home parenteral nutrition. *Gastroenterology*, 108: 1005-10.

Messing, B. (1994). "Chronic Chelestasis Associated with Long-Term Parenteral Nutrition", *Transplantation Proceedings*, (26) 3: 1438-39.

Mollaoğlu, M. (2007). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. Klinik uygulamalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, Kongre özet kitabı, Meta basım matbaacılık, İzmir. 9-11.

Moral, A.R. (1993). Klinik Nutrisyon. Klinik Nütrisyon Sempozyumu, Büyük Efe Oteli, İzmir, Logos Yayıncılık Tic. A.Ş.

Miller, M., Kearney, N. (2000). Chemotherapy- related nausea and vomiting- Past reflections, present practice and future management. *European Journal of Cancer Care*,13 (1):71-81.

Mişçi, U. , Uslu, A. , Yıldırım, M. , Bozkurt, Y. , Özgüler, M. (1991). Total Parenteral Beslenme Sırasında Karşılaşılan Asit-Baz ve Sıvı- Elektrolit Bozukluklar. SSK Bucs Hastanesi 1. Cerrahi kliniği, İzmir, 314- 323.

Mirtallo, J., Canada, T., Johnson, D., Kumpf, V., Petersen, C., Sacks, G., Seres, D., Guenter, P. (2004). Safe practices for parenteral nutrition. *ASPEN*, 28-39.

Newton, A. F., DeLegge, M.H. (2007). Home initiation of parenteral nutrition. *Nutrition Clinical Practice*; 22: 57-64. Nightingale, J.M.(2001). Management of patients with a short bowel. *World J Gastroenterol* ; 7: 741-51.

Nordgaard, I., Hansen, B. S., Mortensen, P. B. (1994). Colon As A Digestive Organ In Patients With Short Bowel. *Lancet*; 343: 373-6.

Nordgaard, I., Hansen, B.S., Mortensen, P. B. (1996). Importance Of Colonic Support For Energy Absorption As Small-Bowel Failure Proceeds. *Am J Clinical Nutrition*; 64:222-31.

Okada, A., Takagi, Y., Itakura, T. (1989). Skinlesions During Intravenous Hiperalimentation. *Zinc Deficiency. Nutrition*, (5) 1:11-17.

Oz, V., Theilla, M., Singer, P. (2008). Eating Habits And Quality Of Life Of Patients Receiving Home Parenteral Nutrition. *Elsevier*, 27(1):95-99.

Ömer, A. (2007). Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form- 36 (SF-36), Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

Özdemir, E. (2006). Enteral ve Parenteral Beslenmenin Önemi. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, Ankara, 98-101.

Özdemir, İ., Hocaoğlu, Ç., Koçak, M., Ersöz, Ö.H.(2011). Tip II Diyabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Ruhsal Belirtiler. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*,; 24:128-138.

Özyurt, B. Eser, B., Çoban, G., Akdemir, S. F., Karaca, Ğ., Karakoç, Ö. (2007). Manisa Muradiye Bölgesindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 10(3), 117-123.

Pınar, R. (1997). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. *Sendrom*, 9(9): 117-123.

Pınar, R. (1995). Sağlık Araştırmalarında Yeni Bir Kavram; Yaşam Kalitesi, Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalıklarda Geçerlilik Güvenirliğinin İncelenmesi. *Hemşirelik Bülteni*, 9(38): 85-89.

Pınar, R. (1994). Diabetüs Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Pironi, L., Paganelli, F., Mosconi, P. (2004). The SF-36 Instrument Fort He Follw-Up Of Health-Related Quality Of Life Assesment Of Patients Undergoing Home Parenteral Nutrition For Bening Disease. *Transplant Proc*; 36: s:254-258.

Pironi, L., Paganelli, F., Lauro, A., Spinucci, G., Guidetti, M., Pinna, A. D. (2006). Quality of life on home parenteral nutrition or after intestinal transplantation. *Ellsevier*; 38 (6): 1673-1675.

Pursel, A.T., Turnel, W.W.(1990). *Pocck Manuel of Intensive Nutritional Care*. Philedelphia, Toronto, Third edition, B.C. Decker inc.

Quigley, M. E. (1993). "Hepatobiliary Complications of Total Parenteral Nutrition". *Gastroenterogy*, (104) 1: 286-301.

Raymond, M. H. (1993). Malnutrition İn Hemodialysis Patients. *J Kidney Disease*; 21: 125-137.

Reis, N.(2003). Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Doktora Tezi.İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 19-20.

Richards, D.M., Deeks, J.J., Sheldon, T.A., Shaffer, J.L. (1997). Home Parenteral Nutrition: A Systematic Review. *Health Technol Assess*; 1- 59.

Roper, N. , Lopen, W. , Tierney, A. (1996). A model for Nursing Based on A Model Living. (4eds.).Network: Churcill Living Stone Publish.Model Living. (4th eds.) Newyork, Churcill Living Stone Publish

Rushforth, J. (1993). "Rapid Diagnosis Of Central Venous Catheter Sepsis", *The Lancet*, Vol: 342, August 14. 402-403.

Sabiston, D.C. (1991). *Textbook of Surgery, The Biological Basis of Modern Surgical Practice*. 14th ed., Philadelphia, W.B. Saunders Company, Harcourt Brace Jovanovich İnc. ,103-140.

Salman, B. , Çekmen, N. (2005) *Gastrointestinal Sistem Fistüllerinde Nutrisyonel Destek ve Güncel Yaklaşımlar*. *Türkiye Klinikleri J Med Sc*, 25, 851- 857.

Saqui, O., Fernandes, G., Allard, J. P. (2014). *Quality Of Life Analıysis During Transition From Stationary To Portable İnfusion Pump İn Home Parenteral Nutrition Patients: A Canadian experience*. ASPEN.

Savcı, C. (2007). *Parkinson Hastalarında Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 19-21.

Sayek, İ.(1995). "Enteral ve Parenteral Beslenme Komplıkasyonları", *Enteral-Parenteral Beslenme Eğitim Semineri, Türkiye Diyetisyenler Yayını; 8. Çağın Basım Yayın San. ve Tic. Basım Sponsoru: Abbott*. Ankara, ss: 91-95.

Sertbaş, G., Bahar, A. (2004). *Anksiyete Ve Anksiyete Başetmede Hemşirelik Girişimleri*. *Hemşirelik Formu*, Eylül-Ekim:39-44.

Shils, M.E. (1994). *Modern Nutrition in Health and Disease*. 8th ed., Philadelphia and Baltimore, A. Waverly Company, 820-823, 1430-1458.

Sitzmann, J.V., Townsend, T.R., Siler, M.C., Bartlett, J.G. (1985). *Septic and technical Complications of central venous catheterization: a prospective study of 200 consecutive patients*. 202: 766-7.

Smith, C.E, Curtas, S., Werkowitch, M., Kleinback, S., Howard, L.(2002). *Home parenteral nutrition: does affiliation with a national support and education organisation improve patient outcome*. *JPEN*; 26: 159-163.

Smith, S., Duel, D. (1989). *Clinical Nursing Skills*. Newywalk And Lange. pp: 341-351, 366-377, 382-790.

Sobotka, L., Soeters, P.B. (2000). *Nutritional Support in Critically Ill Patients*. Pp 166-172, in: *Basics in Clinical Nutrition (Edited for ESPEN courses)*, Sobotka L(ed), 2nd ed, Galen Publishing.

Staun, M., Loris, P., Bozzetti, F., Baxter, J., Forbes, A., Joly, F., Jeppesen, P., Moreno, J., Hebuterne, X., Pertkiewicz, M., Mühlebach, S., Shenkin, A., Gossum, A.

V.(2009). ESPEN Guideliness On Parenteral Nutrition: Home Parenteral Nutrition (HPN) in adult patients. *Clinical nutrition*; 28: 467-479.

Subaşı, D.(2010). Kanser Ağrısı Deneyimleyen Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Başetme Tutumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.

Sungurtekin, H., Kahveci, F., Çivi, M., Korfalı, G., Uyar, M. (2011). Yoğun Bakımda Nutrisyon Desteği. Life, Long, Learning KEPAN Temel Eğitim Kursları, Antalya.

Süzer, Ö.(2004). *Nutrisyon Tedavisi*. 452-463

Şahin, F. , Karadağ, M., Özyardımcı, N. (2003). Total Parenteral Nutrisyon. *Akciğer Arşivi*, 4, 113- 118

Şahin, H. (1997). Eski Bir Kavram, Yeni Bir Ölçüt: Yaşam Kalitesi. *Toplum ve Hekim*. 12: 40-46.

Şahin, M., Bengisu, N. (1995). Total Parenteral Beslenme. Ankara Numune Hastanesi 4. Cerrahi Kliniği, Ankara

Şahinoğlu, A.H. (1992). Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. Türkiye Klinikleri Yayın Evi, Ankara.

Şen, N. (2005). total parenteral beslenen çocuklarda standart hemşirelik bakım modelinin bakım kalitesine etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu dergisi*, 21, 59- 75.

Şendir, M. (2000). Total Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Hasta Eğitiminin Ameliyat Sonrası Fiziksel Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 16- 20

Taylor, R.W., Civetta, J.M., Kirby, R.R. (1990). *Techniques and Procedures in Critical Care*. Philadelphia, J.P. Lippincott Company. pp:192-205

Terzi, B. (2009). Reanimasyon Ünitesinden Taburcu Olan Bireylerin Yoğun Bakım Deneyimleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Ugur, A., Marashdeh, B.H., Gottschalck, I., Brobech, Mortensen. P., Staun, M., Jeppesen, P.B. (2006). Home Parenteral Nutrition in Denmark in The Period From 1996 to 2001. *Scand J Gastroenterol*; 41: 401-7.

Ulusoy, F., Görgülü, S. (1997). *Hemşirelik Esasları-Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler*, Cilt: 1, 3. Baskı. Ankara: Çağın Ofset: 266-269.

Üner, S., Vaizoğlu, S., Çamur, D., İpçi, A., Kartal, M., Kaya, E. (2007). Kanser hastalarının yaşam kalitelerinin SF-36 ölçeği ile değerlendirilmesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, Ege Üniversitesi AKM, İzmir.

Van Gossum, A., Bakker, H., De, F.A., Ladefoged, K., Leon-Sanz, M., Messing, B.(1996). Home Parenteral Nutrition in Adults: A Multicentre Survey in Europe in 1993. *Clinic Nutrition*; 15: 53.

Van way C. W. (ed). (1992). *Handbook of Surgical Nutrition*

Yıldız, H., Yücel, P., Efe, F., Karabuğa, H., Pınar, R. (2007). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, AKM, İzmir.

Wengler, A., Micklewright, A., He'buterne, X., Bozzetti, F., Pertkiewicz, M., Moreno, J. (2002). Home Parenteral Nutrition Teaching Practice İn Europe. *Clinical Nutrition*: 21-42.

Ware, J. E., Sherbourne, C.D. (1992). The Most 36- İtem Short Form Health Survey (SF-36). *Mad. Care*, 30(6):473.

Way, L.W. (1994). *Current Surgical Diagnosis and Treatment*. Norwalk, Connecticut, 10th ed., Appleton and Lange:143-173.

Winkler, M. F. (2005). Quality of Life in Adult Home Parenteral Nutrition Patients. *JPEN*, 29: 162.

Winkler, M. F., Hagan, E., Wetle, T., Smith, C., Maillet, J. (2010). An Exploration of Quality of Life and the Experience of Living with Home Parenteral Nutrition. *JPEN*, 34: 395.

## 8. FORMLAR

### EK-1

### HASTA BİLGİ FORMU

#### Sayın Katılımcı

Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, hastalığa ait deneyimlerinizi/durumunuzu en iyi yansıtan yanıt şıklarını seçiniz. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın ve herhangi bir soruyu atlayıp yanıtsız bırakmayın. Eğer belli bir soruya ait yanıt şıklarından hiçbiri sizin durumunuzu yansıtmıyorsa, durumunuza en uygun ve en yakın yanıt şikkını işaretleyiniz.

Araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarım.

SEDA KESKİN  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ

#### Anket No:

### A.SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

#### 1.Yaşınız:

#### 2.Cinsiyetiniz:

a) Kadın

b) Erkek

#### 3. Boy: ..... Kilo: .....

#### 4.Eğitim durumunuz:

a) Okur yazar

b) Okur yazar değil

-İlkokul

-Ortaokul

-Lise

-Üniversite ve üstü

**5.Medeni durumunuz:**

a) Evli

b) Bekar

**6.Çocuğunuz var mı?**

a) Evet

b) Hayır

**7.Evde kiminle yaşıyorsunuz?**

a) Yalnız yaşıyorum

b) Annem/babam ile

c) Eşim ve çocuklarım ile

d) Eşim ile

**8.Eve gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?**

a) Evet

b) Hayır

**9.Size göre maddi durumunuz nasıldır?**

a) Düşük (Gelir giderden az)

b) Orta (Gelir ve gider eşit)

c) Yüksek (Gelir giderden fazla)

**B.HASTALIĞA VE TEDAVİYE AİT BİLGİLER**

**10.Bilinen bir hastalığınız var mı?**

a) Evet (açıklayınız.....)

b) Hayır



**11. Total parenteral beslenme hakkında bilgi aldınız mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

**12. Cevabınız evet ise, Total parenteral beslenme (TPB) hakkında kimden/nereden bilgi aldınız?**

- a) Hekim
- b) Hemşire
- c) Diğer.....

**13. Total parenteral beslenirken ağız yolu ile ek gıdalar alıyor musunuz?**

- a) Evet
- b) Hayır

**14. Ortalama kaç gündür Total parenteral besleniyorsunuz?**

- a)15- 20 gün
- b)21- 30 gün
- c) 1ay- 1 yıl
- d) 1 yıldan fazla

**15. Total parenteral beslenme sırasında aşağıdaki yan etkilerden hangileri sizde görüldü?**

- a) Vücut ısısında artma
- b) Kan şekeri yüksekliği
- c) Nefes darlığı
- d) Göğüste sıkışma
- e) Bulantı
- f) Kusma
- g) Sarılık
- h) Alerji
- i) Çarpıntı
- j) Kateter tıkanıklığı

**16. Sizin Total parenteral beslenmeniz nasıl sağlanıyor?**

- a) Kolunuza takılan damar yolu ile
- b) Boynunuza takılan kateter ile
- c) Port ile

**17. Bu tedavi uyku düzeninizi değiştirdi mi?**

- a) Evet değiştirdi
- b) Hayır değiştirmede

EK- 2

## SF- 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Hasta adı soyadı:

Tarih:

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a) Mükemmel      b) Çok iyi      c) İyi      d) Orta      e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi  
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi  
c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı  
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü  
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

\*Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
3- Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
4- Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİNİ İTMEK VE AĞIR OLMAYAN sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
5- Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
6- Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
7- Merdivenle bir kat çıkma			
8- Eğilme veya diz çökme			
9- Bir iki kilometre yürüme			
10- Birkaç sokak öteye yürüme			
11- Bir sokak öteye yürüme			
12- Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

**\*Geçtiğimiz 1 ay (4 hafta) içerisinde, işinizde veya diğer günlük etkinliklerinizde, bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?**

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
<b>13- İş veya diğer etkinlikler için harcadığımız zamanı azalttınız mı?</b>		
<b>14- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?</b>		
<b>15- İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?</b>		
<b>16- İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)</b>		

**\* Geçtiğimiz 1 ay (4 hafta) içerisinde, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili sorunlarla karşılaştınız mı?**

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
<b>17- İş veya diğer etkinlikler için harcadığımız zamanı azalttınız mı?</b>		
<b>18- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?</b>		
<b>19- İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?</b>		

**20- Son 1 ay (4 hafta) boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?**

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

**21- Geçtiğimiz 1 ay (4 hafta) boyunca ne kadar ağrınız oldu?**

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli.

**22-Son 1 ay (4 hafta) boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?**

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

**\*Aşağıdaki sorular sizin geçtiğimiz 1 ay (4hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 hafta içindeki sürenin ne kadarında.**

	<b>a-Her zaman</b>	<b>b-Çoğu zaman</b>	<b>c-Oldukça</b>	<b>d-Bazen</b>	<b>e-Nadiren</b>	<b>f-Hiçbir zaman</b>
<b>23-Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?</b>						
<b>24-Çok sinirli bir insan oldunuz mu?</b>						
<b>25-Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?</b>						
<b>26-Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?</b>						
<b>27-Kendinizi enerjik hissettiniz mi?</b>						
<b>28-Kendinizi kederli ve üzgün hissettiniz mi?</b>						
<b>29-Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?</b>						
<b>30-Kendinizi mutlu hissettiniz mi?</b>						
<b>31-Kendinizi yorgun hissettiniz mi?</b>						

**32- Son 1 ay (4 hafta) boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret gibi) ne sıklıkta etkiledi?**

a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

**\*Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.**

	<b>a- Kesinlikle doğru</b>	<b>b- Çoğunlukla doğru</b>	<b>c- Bilmiyorum</b>	<b>d- Çoğunlukla yanlış</b>	<b>e- Kesinlikle yanlış</b>
<b>33-Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim</b>					
<b>34-Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.</b>					
<b>35-Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.</b>					
<b>36-Sağlığım mükemmel.</b>					





İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ  
YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI

Toplantı Tarihi : 21/01/2009  
Toplantı Yeri : Behçet Kütüphanesi Pembe Salon  
Toplantı Sayısı : 1

Sorumlu araştırmacılığını Üniversitemiz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Türkinaz AŞTİ'nin üstlendiği ve Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Seda KESKİN'in yürüdüğü 2009/168 dosya numaralı "Total Parenteral Beslenen Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı anketli tez çalışması kurumumuzda incelendi.

Etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

  
Prof.Dr. Güher BARUHAN DİRESKENELİ  
Etik Kurul Başkanı ( Dekan Yardımcısı)  
Prof.Dr. A.Yağız ÜRESİN  
Farmakoloji ve Kİl.F. A.D.  
Prof.Dr. Ahmet GÖL  
İç Hast. A.D, Romatoloji Bilim Dalı  
Prof.Dr. Berin UMMAN  
Kardiyoloji A.D.  
Prof.Dr. Kamil PEMBEÇİ (Katılmadı)  
Anesteziyoloji A.D.  
Prof.Dr. Sevinç EMRE  
Çocuk Sağ. Ve Hast. A.D.  
Prof.Dr. Nuran YILDIRIM  
Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.  
Prof.Dr. Oğuzhan ÇOBAN  
Nöroloji A.D.  
Prof.Dr. Pinar SAİP  
İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü

  
Prof.Dr. Ümit TÜRKÖĞLU  
Biyokimya A.D.  
Prof.Dr. Neşe ÇOLAK (Katılmadı)  
İç Hast.A.D. End. Ve Metabolizma Hast. B.D.  
Prof.Dr. Nurhan ENGİNAR  
Farmakoloji ve Kİl.F. A.D.  
Fatma Ceyda DÖNMEZER  
Sivil Toplum Örgütü Üyesi  
Av. Dilek TEMİZ ÖZBEK  
Hukukçu  
Prof.Dr. İlgün ÖZDEN (Katılmadı)  
Genel Cerrahi A.D.

**EK-4****KATILIMCI ONAY BELGESİ****Sayın Katılımcı;**

Bu çalışma perkütan total parenteral beslenen hastalarımızın yani beslenmenin sağlanması için damar yolu kullanılan hastalarımızın bu duruma karşı yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler bizim bu durumda yaşanan güçlükleri ve yaşam kalitenizi nasıl etkilediğini anlamamıza ve sizlere daha kaliteli bir bakım sunmamızda bizlere yol gösterici olacaktır. Bu çalışmaya katılmama, anketi cevaplamama ve istediğiniz zaman anketi bırakma hakkınız bulunmaktadır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bilimsel amaçlı kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.

İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Öğrencisi

SEDA KESKİN

**GÖNÜLLÜ ONAY FORMU**

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-soyadı, imzası



## 9. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Seda	<b>Soyadı</b>	Cevheroğlu
<b>Doğum Yeri</b>	Bakırköy	<b>Doğum Tarihi</b>	04.02.1986
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>TC Kimlik No</b>	19786416394
<b>e-mail</b>	sedakeskin86@hotmail.com	<b>Tel</b>	05338201260

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
<b>Yüksek Lisans</b>	İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	2007-
<b>Lisans</b>	İ. Ü. Bakırköy Sağlık Yüksek Okulu	2007
<b>Lise</b>	Bahçelievler Kocasinan Laboratuvar Lisesi	2002

### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Hemşire	İ.Ü.İ.T.F. Genel Cerrahi AD- Gastroenteroloji Servisi	2007- 2010
Eğitim Hemşiresi	Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri	2010- 2011
Hemşire	Esteworld Plastik Cerrahi Hastanesi	2011- 2013
Okutman	Doğu Akdeniz Üniversitesi SHYO	2013- halen

### Yabancı Dil

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	ÜDS Puanı
İngilizce	Orta	Orta	Orta	52,5

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office Programları (Word, Excel, Power Point)	Çok İyi
SPSS	İyi