www.tcahd2017.com

10.

2. ULUSLARARASI ULUSAL TÜRK AMELİYATHANE VE CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ



2-5 KASIM 2017

Trendy Lara Hotel

ANTALYA

Etkinlik TÜBİTAK desteklidir.

BİLDİRİ KİTABI



Düzenleyenler:

Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği

İzmir Ekonomi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

MOTTO
www.motto.tc

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖNSÖZ	**3**
KURULLAR	**4-5**
BİLİMSEL PROGRAM	**6-28**
KONFERANS/PANEL	**29-325**
SÖZEL BİLDİRİLER	**326-483**
POSTER BİLDİRİLER	**484-840**
BİLGİ GÜNCELLEME OTURUMLARI	**841-1004**

ÖNSÖZ



Değerli Meslektaşlarımız,

Yirmi yıldır cerrahi ve ameliyathane hemşirelerinin bilimsel gelişimi için faaliyet gösteren Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneğimizin geleneksel olarak iki yılda bir düzenlediği Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Kongresinin onuncusu 2-5 Kasım 2017 tarihlerinde Antalya- Trendy Lara Kongre Merkezinde gerçekleştirilmiştir.

Kongremizin hemen öncesinde özel konulara yönelik altı ayrı bilgi güncelleme oturumu yapılmıştır. Bu oturumlarda alanında uzman konuşmacılar tarafından güncel bilgiler aktarılmış, uygulama alanları ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri tartışılmıştır. Kongre süresince; 13 ulusal, 2 uluslararası panel, 3 konferans, bir zıt panel, biri uluslararası olan 8 sözel bildiri oturumu gerçekleştirilmiştir. Kongremize bilimsel kurulumuzun incelemesi sonucunda 74 adet sözel, 184 adet poster olmak üzere toplam 258 adet bildiri kabul edilmiştir. Alanında uzman 73 konuşmacının yer aldığı oturumlarımız siz değerli katılımcılarımızın katkılarıyla zenginleşmiştir.

Kongremize bilimsel katkıları olan değerli hocalarımıza, bilimsel kurulumuza, tüm konuşmacılarımıza, bildiri ile ve dinleyici olarak katılan meslektaşlarımıza, maddi katkıları olan ve kitabın sonunda isimleri yer alan endüstrinin değerli temsilcilerine, kongrenin gerçekleştirilmesinde özverili ve içten çalışan düzenleme kurulu üyelerimize ve MOTTO firmasına çok teşekkür ediyoruz.

Önceki kongrelerimizde olduğu gibi, kongredeki sunumların kalıcı olması açısından bu bildiri kitabı hazırlanmıştır. Kitabın kongre katılımcıları ve tüm meslektaşlarımıza yararlı olması ve kongrenin amaçlarının gerçekleşmesine katkıda bulunması en içten dileğimizdir. Kitabın basımında destek sağlayan TÜBİTAK Bilim İnsanı Destekleme Daire Başkanlığı, Yurt içi Bilimsel Etkinlikleri Destekleme Programına teşekkür ediyoruz.

Düzenleme kurulu adına kongremizin siz değerli meslektaşlarımız için yararlı olduğunu ümit ediyor, saygılarımızı sunuyoruz.

Kongre Başkanı

Prof. Dr. Filiz ÖĞCE
Türk Cerrahi ve Ameliyathane
Hemşireleri Derneği Başkanı &
İzmir Ekonomi Üniv. Sağlık Bilimleri Fak.
Hemşirelik Bölüm Başkanı

ONURSAL BAŞKAN

Neriman AKYOLCU

KONGRE BAŞKANI

Filiz ÖĞCE

KONGRE SEKRETERLERİ

Hale TURHAN DAMAR
Buket AKYOL ÇELİK

DÜZENLEME KURULU

Filiz ÖĞCE
Özgül KARAYURT
Meryem YAVUZ VAN GIERSBERGEN
Fatma DEMİR KORKMAZ
Emel YILMAZ
Dilek ÇAKIR UMAR
Huriye VURAL
ÖZLEM BİLİK
Yelda CANDAN DÖNMEZ
Hale TURHAN DAMAR
Buket AKYOL ÇELİK
Arzu ASLAN
Zeynep DEVECİ

Bilimsel Ödül Değerlendirme Kurulu

Nuray Akyüz
Dilek Aygin
Ayla Akkaş Gürsoy
Jaana Kistiina
Adalet Koca Kutlu
Seher Deniz Öztekin
Özge Uzun

Not: Soyisim alfabetik sıralamaya göre sıralanmıştır.

KİTAP EDİTÖRLERİ

Filiz ÖĞCE
Yelda CANDAN DÖNMEZ
Buket ÇELİK
Hale TURHAN DAMAR

BİLİMSEL KURUL

Neriman AKANSEL	Uludağ Üniversitesi	Sağlik Bilimleri Fakültesi
Sevban ARSLAN	Çukurova Üniversitesi	Adana Sağlık Yüksekokulu
Dilek AYGİN	Sakarya Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Nurhan BAYRAKTAR	Yakın Doğu Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hülya BULUT	Gazi Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fatma CEBECİ	Akdeniz Üniversitesi	Hemşirelik Fakültesi
Yeliz CİĞERCİ	Afyon Kocatepe Üniversitesi	Afyon Sağlık Yüksekokulu
Fiona MAREE COYER	Queensland University of Technology	School of Nursing
Rahşan ÇAM	Adnan Menderes Üniversitesi	Hemşirelik Fakültesi
İkbal ÇAVDAR	İstanbul Üniversitesi	Hemşirelik Fakültesi
Gulay Oyur ÇELİK	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sevilay ŞENOL ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi	Hemşirelik Fakültesi
Sevim ÇELİK	Bülent Ecevit Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dilek ÇİLİNGİR	Karadeniz Teknik Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sevil GÜLER DEMİR	Gazi Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ümmü YILDIZ FINDIK	Trakya Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Nurdan GEZER	Adnan Menderes Üniversitesi	Hemşirelik Fakültesi
İlkay COŞKUN GÜNER	Yüzüncü Yıl Üniversitesi	Sağlık Yüksekokulu
Aysel GÜRKAN	Marmara Üniversitesi	Sağlik Bilimleri Fakültesi
Ayla AKKAŞ GÜRSOY	Karadeniz Teknik Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Arzu İLÇE	Abant İzzet Baysal Üniversitesi	Sağlık Yüksekokulu
Neziha KARABULUT	Atatürk Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Mevlüde KARADAĞ	Gazi Üniversitesi,	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Azize KARAHAN	Başkent Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ioannis KOUTELEKOS	Technological Educational Institute of Athens	Faculty of Health and Caring Professions
Adalet KOCA KUTLU	Celal Bayar Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ayfer ÖZBAŞ	İstanbul Üniversitesi	Hemşirelik Fakültesi
Türkan ÖZBAYIR	Ege Üniversitesi	Hemşirelik Fakültesi
Nadiye ÖZER	Atatürk Üniversitesi,	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Seher DENİZ ÖZTEKİN	İstanbul Üniversitesi	Hemşirelik Fakültesi
Jaana KRISTIINA PERTTUNEN	JAMK University	Applied Sciences
Nick SANTAMARIA	University of Melbourne	School of Health Science
Aklime SARIKAYA	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yazile SAYIN	Bezmialem Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sevinç TAŞTAN	Girne Amerikan Üniversitesi	Hemşirelik Yüksekokulu
Arzu TUNA	SANKO Üniversitesi,	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fatma VURAL	Dokuz Eylül Üniversitesi	Hemşirelik Fakültesi
Christine WILLEMS	Haute Ecole Léonard de Vinci	Institut Parnasse-ISEI
Ayla YAVA	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Yüksekokulu
Tülin YILDIZ	Namık Kemal Üniversitesi	Sağlık Yüksekokulu
Meryem YILMAZ	Cumhuriyet Üniversitesi,	Sağlık Yüksekokulu

İŞTAHSIZLIK-ANOREKSİ

Doç. Dr. Ayfer ÖZBAŞ, Arş. Gör. Öykü KARA

İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, A.D.

Giriş

Kanser istatistiklerine göre, ülkemizde her yıl yaklaşık 98 bin erkek ve 63 bin kadın bireye kanser tanısı konulmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009). Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (The International Agency for Research on Cancer- IARC) 2008 yılında 12,4 milyon yeni tanı almış kanser hastası, 9,6 milyon kanser nedenli ölüm ve 28 milyon kanserli hasta olduğunu ve 2030 yılında kanser insidansındaki artışla ölümlerin 17 milyona çıkacağını tahmin etmektedir.

Tablo 1.Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan Globocan 2012 verileri

	Erkek	Kadın
Dünya	205.4	165.3
ABD	347	297.4
Türkiye	245.7	157.5

*Yaşa göre standardize edilmiş hız 100.000 kişide **Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2009.

Veriler, dünyada yaklaşık 28 milyon kişinin ve yakınlarının hastalık sürecine ek olarak kanser tedavisinin etkileri ile ilişkili birçok problem (ağrı, iştahsızlık, kaşeksi, tat değişikliği, saç dökülmesi, bulantı, kusma, mukozit, yorgunluk, dispne, uyku düzensizlikleri, depresyon, anksiyete vb.) ile baş etmek zorunda olduğunu göstermektedir (Güleç, G., Büyükkınacı, A., 2011; Jadoon, N.A. et. al., 2010; Tuncer, M., 2009; WHO, 2008; Sadırlıoğlu, S.K., 2008; Boyle, P., Levin, B., 2008; Aslan, Ö., ve ark., 2006; Yeşilbalkan, Ö.U., ve ark., 2005). Bu problemlerden en sık ve en şiddetli yaşananlardan biri iştahsızlıktır. Literatürde, iştah kaybının kemoterapi alan hastalarda %60-%65 oranında görüldüğü belirtilmektedir. Buna ek olarak, hastalarda iştah kaybının, yetersiz beslenmeye ve ilişkili olarak malnütrüsyona, sıvı elektrolit dengesinde bozukluğa ve halsizliğe yol açtığı belirtilmektedir (Buluş, M. ve ark., 2010).

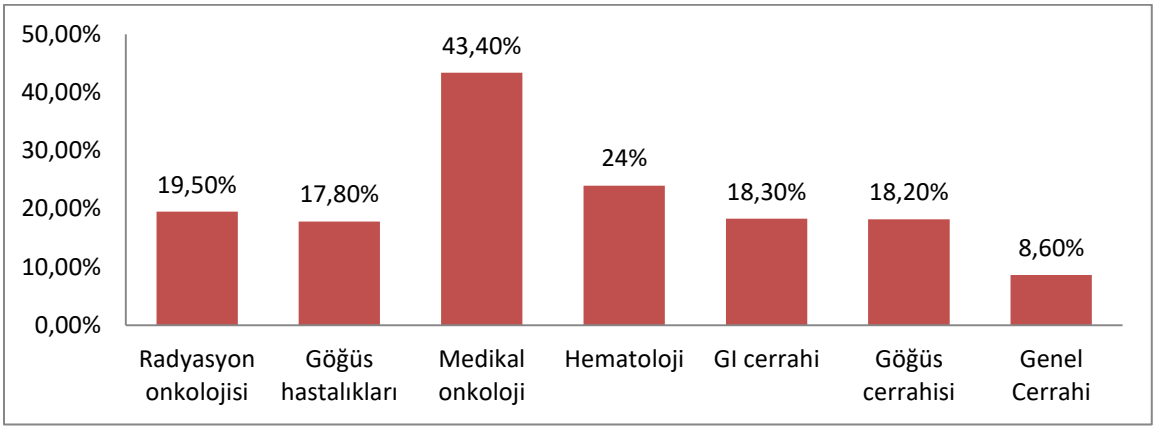
İştahsızlık yeme isteğinin olmaması, temel kalori gereksinimde azalma olarak tanımlanabilir. Kanser hastalarında iştahsızlığa neden olan birçok etken olmasıyla birlikte, kanser tanısı, tedavisi ve bununla birlikte ortaya çıkan mide bulantısı, kusma, ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, tedavide kullanılan ilaçlar, yutma güçlüğü, kabızlık, ishal, anksiyete ve depresyon iştahsızlık tablosunun oluşmasını tetikleyen temel etkenlerdir (Akkaya, S., ve ark., 2008).

Anoreksi, gıda için iştahın ve kilonun anormal bir şekilde kaybedilmesi olarak tanımlanabilir (NCI, 2017; Rokita, A.S., Stern, C., 2009). Tat almada değişiklikler, disfaji, gastrik boşalmada gecikme, bulantı, yetersiz besin alımı, protein kalori malnütrisyonu, kemoterapide kullanılan ilaçlar gibi etkenler ile birlikte gelişebilir.

Seven ve ark.'larının (2013), kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların, yaşanma sıklığını ve şiddetini değerlendirmek amacıyla, 142 hasta ile yaptığı çalışmada, hastaların %64.8'inin iştahsızlık yaşadığı ve fizyolojik semptomlardan en şiddetli yaşanılan semptomların sırası ile, iştahsızlık (6,02±2,77) , yorgunluk (5,33±2,09) ve uykusuzluk (5,04±2,42) olduğu belirlenmiştir.

Süren ve ark.'larının (2015), retrospektif olarak 113 hastadan topladığı veriler ile yaptığı hiyerarşik küme analizleri sonucunda ise, ilk semptom kümesini; bulantı-kusma-iştah kaybı-kabızlık; ikinci semptom kümesini; nefes darlığı, öksürüğün oluşturduğu, ve hastaların %76.1' inin (n=86) iştahsızlık yaşadığı belirlenmiştir.

Kanser hastalarında önüne geçilemeyen iştah düzeyinde azalma; kilo kaybı, malnütrisyon ve kaşeksi gelişimine neden olmaktadır. Bu olumsuz tablonun oluşmaması için iyi bir hemşirelik gözlemi ve bakımı oldukça önemlidir. İştahsızlığın hastada görülen en önemli bulgusu kilo kaybıdır. Kilo kaybı arttıkça hasta, halsizlik, anemi, lipid / protein / karbonhidrat metabolizmasında bozukluk, hipoalbüminemi, iskelet kas ve visseral organ atrofisi gelişen bir tablo ile karşı karşıya kalır (Ezeoke, C. C., ve Morley, J. E., 2015).



*Türkiye'de malnürtisyon prevelansı (Korfalı, G. ve ark., 2009).

Etiyoloj

Cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi etkileri, ameliyat sonrası gelişen ileus, stomatit ve özafajit, enfeksiyon, yara iyileşmesinde gecikme, tümör faktörü olarak salgılanan serotonin ve interlökin-1 ve 6' nın salgılanmasının artması, TNF ve interferon gibi sitokinler, nörolojik disfonksiyon (yutma reflexi kaybı vb.), tümörün gastrointestinal sisteme etkisi (obstrüksiyon), hastalığın ve tedavinin seyri beraberinde tat ve koku duyularında bozulma, kronik bulantı ve kusma, psikolojik etkenler, artmış glukoneogenez, iştahın azalmasına; halsizlik, depresyon, anksiyete ve ağrı iştahın azalmasıyla beraber vücut ağırlığı kaybına; var ise anoreksi ve kaşeksi düzeyinin artmasına neden olur (Kabalak, A.A. ve ark., 2013; Caro, M., 2007; Kayış, A., 2007).

Tanılama ve Sınıflama

İştahsızlığın erken tanılanması ve duruma uygun girişimlerin uygulanmasında hemşirenin rolü oldukça önemlidir. Hemşire, hastanın geçmiş beslenme rutinini, iştahsızlığa neden olan etkenleri, iştahsızlık düzeyini arttıran faktörleri ve var olan durumun yaşam kalitesi üzerine etkisini sorgulamalıdır. Kanser hastasının beslenme durumunu tanılamak amacı ile; klinik belirtiler ve sağlık öyküsü alınmalı, besin tüketimi belirlenmeli, antropometrik ölçümler ve laboratuvar testleri (biyokimyasal ve hematolojik testler vb.) yapılmalı ve ayrıca, psikososyal veriler değerlendirilmelidir (Pekcan, G., 2011) . Ayrıca hastanın değerlendirilmesinde; serum albümin, prealbümin, transferrin değerleri, glukoz intoleransı ve element eksiklikleri parametreleri değerlendirilebilir (Kayış, A., 2007).

Kanser hastasının beslenme durumunu belirlemek amacıyla kullanılan araçlar hızlı, güvenilir ve basit olmalıdır. İştahsızlık ve kilo durumu ile ilişkili elde edilen veriler genellikle, National Cancer Institute -Common Terminology Criteria for Adverse Events v4. 03 (NCI-CTCAE v4. 03) kriterleri kullanılarak sınıflandırılabilir.

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
İştahsızlık	İştahsız, ancak yemek yeme alışkanlığında değişim yok	Ağızdan gıda alımı azalmış, ancak önemli bir kilo kaybı ya da malnütrisyon yok, oral gıda takviyesine	Ciddi kilo kaybı ya da malnütrisyon (örn: ağızdan yetersiz kalori ve/veya sıvı alımı) var, nazogastrik sonda ya da TPN ile beslenmeye	Yaşamı tehdit edici, acil müdahale edilmesi gereken bir	Ölüm

		başlanmalı	başlanmalı	durum	
Kilo Kaybı	%5-10 herhangi bir girişim planlamaya gerek yok	%10-20 gıda takviyesine başlanmalı	≥20 nazogastrik sonda ya da TPN ile beslenmeye başlanmalı	-	-

* İştahsızlık ve Kilo Kaybının NCI-CTCAE v4.03 Toksisite Kriterlerine Göre Sınıflandırılması (National Cancer Institute, 2010; Sözeri, E., ve ark., 2015).

Ek olarak, kilo kaybı, malnutrisyon ve kaşeksi gelişen hastalarda daha ayrıntılı değerlendirilme için ASPEN (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition) tarafından tavsiye edilen Subjektif Global Değerlendirme Formu kullanılmaktadır (CTCAE, 2010; Buluş, M. ve ark., 2010; National Cancer Institute, 2010; Sözeri, E., ve ark., 2015). ESPEN(European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) tarafından önerilen, Nutrisyonel Risk Taraması (Nutritional Risk Screening 2002 - NRS2002) da yaygın şekilde kullanılan tarama araçlarındandır (ASPEN, 2002; Kondrup, J.et. al., 2003).

NÜTRİSYONEL RİSK SKORU (NRS-2002) DEĞERLENDİRME FORMU

Adı Soyadı:		Protokol No:			
Yaşı:		Yatış Tarihi			
Cinsiyeti:		Servisi:			
Boy: Kilo :		Oda No:			
NRS Değerlendirme Tarihi:					
ÖN DEĞERLENDİRME					
• BMI 20,5 kg/m² den küçük mü?	Evet		Hayır		
• Son 3 ay içinde hasta kilo kaybetmiş mi?	Evet		Hayır		
• Son haftada besin alımı azalmış mı?	Evet		Hayır		
• Hastanın hastalığı çok şiddetli mi (ör yoğun bakımda)	Evet		Hayır		

Bu sorulardan biri "**Evet**" ile cevaplanırsa, **Esas Değerlendirmeye** devam edilir.
Bütün sorular "**Hayır**" ile cevaplanırsa, hastaya her hafta yeniden **Ön Değerlendirme** yapılır. Hastaya örneğin büyük bir ameliyat yapılması planlanıyorsa, olası bir riske karşı, önlem mahiyetinde bir beslenme planı uygulanması gerekir.

ESAS DEĞERLENDİRME

Beslenme Durumundaki Beslenme	Puan		Hastalık Şiddeti	Puan
Normal beslenme durumu	0 (Yok)		Normal besin gereksinimi	0 (Yok)
3 ayda > %5 kilo kaybı veya geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %50-75'inin altında	1 (Hafif)		Kalça fraktürü, Özellikle akut komplikasyonları olan kronik hastalar: Siroz, Diyabet, KOAH, HD, Onkoloji	1 (Hafif)
2 ay içinde kilo kaybı > %5 veya BMİ 18,5–20,5 + genel durum veya geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin % 25-50'si	2 (Orta)	+	Majör Abdominal Cerrahi, İnme, Şiddetli Pnömoni, Hematolojik Malignite	2 (Orta)
1 ay içinde kilo kaybı > %5 (3 ayda > %15) veya BMİ < 18. 5 + genel durum bozukluğu veya geçen haftaki besin alımı normal ihtiyacının %0-25'i	3 (Şiddetli)		Kafa travması, Kemik iliği transplantasyonu, Yoğun Bakım hastaları (APACHE > 10)	3 (Şiddetli)
TOPLAM SKOR :	+1 yaşı ≥70 ise		**TOPLAM SKOR:**	

TOPLAM (Nütrisyonel Risk Skoru) NRS 2002:

Total Skorun Hesaplanması: İlk önce **Beslenme Durumundaki Bozulma** bölümünün puanı bulunur. Sonra **Hastalık Şiddeti** puanı bulunur, toplanır. En son olarak da hastanın yaşı 70 yaş ve üstü ise 1 puan daha eklenir. Böylece hastanın **NRS** puanı bulunur.

Puan >3: Beslenme riski mevcut, beslenme planı başlatılır.
Puan <3: Haftada bir NRS 2002 değerlendirmesi yapılması gerekir. Eğer büyük bir cerrahi müdahale yapılması planlanıyorsa, olası risklere karşı önlem mahiyetinde bir beslenme planı uygulanmalıdır.

Body Mass Index (BMI) = Vücut Ağırlığı (kg) / Boy uzunluğunun karesi (m)
Engelli veya Yatağa Bağımlı Hastalarda **Boy Uzunluğu:**
Erkek : (1,35 x Yarım kulaç genişliği cm) + 60,1 **Erkek:** 64,19 - (0,04 x Yaş) + (2,02 x Diz Boyu cm)
Kadın : (1,40 x Yarım kulaç genişliği cm) + 57,8 **Kadın:** 84,88 - (0,24 x Yaş) + (1,83 x Diz Boyu cm)

1. DEĞERLENDİRME		Tarih:...../...../20.....
Hastanın Hekimi Adı Soyadı/Kaşe - İmza:		DİYETİSYENİN NOTU:
Hastanın Kilosu:		
Nütrisyonel Risk Skoru:		
SONUÇ: Hastanın **Esas Değerlendirmesine** gerek yok.		
Esas Değerlendirme yapıldı. Sonuç: **Puan >3** çıktı. Beslenme planı için diyetisyenle görüşüldü.		
Esas değerlendirme yapıldı. Sonuç **Puan <3** çıktı. Hasta 1 hafta sonra tekrar değerlendirilecek.		Adı Soyadı/Kaşe - İmza:
2. DEĞERLENDİRME		Tarih:...../...../20.....
Hastanın Hekimi Adı Soyadı/Kaşe - İmza:		DİYETİSYENİN NOTU:
Hastanın Kilosu:		
Nütrisyonel Risk Skoru:		
SONUÇ: Hastanın **Esas Değerlendirmesine** gerek yok.		
Esas Değerlendirme yapıldı. Sonuç: **Puan >3** çıktı. Beslenme planı için diyetisyenle görüşüldü.		
Esas değerlendirme yapıldı. Sonuç **Puan <3** çıktı. Hasta 1 hafta sonra tekrar değerlendirilecek.		Adı Soyadı/Kaşe - İmza:

Nutrisyonel Risk Skoru (NRS-2002) Değerlendirme Formu

*Nutrisyonel Risk Skoru (NRS-2002) Değerlendirme Formu (Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Nutrisyon Klavuzu, 2016' dan alınmıştır.).

Subjektif Global Değerlendirmede, hastanın beslenme durumunu belirlemek amacı ile; antropometrik ölçümler (vücut ağırlığı, beden kitle indeksi, deri kıvrım kalınlığı, triseps, biseps, kol çevresi vb.) gıda alımındaki değişim, biyokimyasal kan değerleri (albümin, transferrin, kolesterol, kan üre nitrojeni düzeyi, lenfosit sayımı) gibi parametreler yer almaktadır. Uzun süreli gözlem için etkin olan bu değerlendirme yöntemi, kısa süreli değerlendirme açısından yetersiz kalmaktadır.



Hastanın Adı-Soyadı: SGD Puanı:

BÖLÜM 1: TIBBİ ANAMNEZ		A (0)	B (1)	C (2)
1. Kilo Değişimi				
A. Son 6 aydaki değişim	..... kg			
B. Yüzde değişim	..... almış - %5 Stabilemiş			
	..... %5-10 kayıp			
	..... > %10 kayıp			
C. Son 2 haftadaki değişim	..... almış			
	..... vermiş			
	..... değişmemiş			
2. Gıda alımındaki değişim				
A. Genel	..... değişmemiş			
	..... azalmış			
	..... ağızdan beslenemiyor			
B. Süre	..... hafta			
C. Değişim türü				
☐ suboptimal katı gıda	☐ tam sıvı gıda			
☐ hipokalorik sıvılar	☐ açlık			
3. Gastrointestinal semptomlar (> 2 haftayı aşan sürede mevcut)				
☐ Yok ☐ bulantı ☐ kusma ☐ diyare ☐ anoreksi				
(A) Yok				
(B) Az sayıda şikayet (bulantı, kusma, diyare, anoreksi)				
(C) Çok sayıda şikayet				
4. Fonksiyonel yetersizlik (beslenmeyle ilgili)				
A. Genel	..... yok			
	..... orta			
	..... ciddi			
B. Süre	..... hafta			
C. Değişim türü				
☐ gelişebiliyor ☐ duraşabiliyor ☐ yatağa bağımlı				

BÖLÜM 2: FİZİKSEL MUAYENE	A (0)	B (0)		C (2)
	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
Subkutan yağ kaybı (triseps göğüs)				
Kas zayıflığı (kuadriseps, deltoid)				
Ayak bileği ödemi				
Sakral ödem				
Asit				

BÖLÜM 3: SGA DEĞERLENDİRMESİ

A (0-1p) ☐ İyi beslenmiş, girişime ihtiyaç yok

B (2-6p) ☐ Hafif-orta derecede malnutrisyon, hasta ve ailenin beslenme konusunda eğitime ihtiyacı var

C (≥7p) ☐ Şiddetli malnutrisyon, beslenmeyi destekleyecek girişimler planlanmalı

* Detsky AS, Mc Laughlin JR, Baker JP, et al.What is subjective global assessment. J Parent Ent Nutr 11 (1):8, 1987(Kayış, A. (2007), Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi kitabından alınmıştır.)

Hemşire tarafından;

- Hastanın geçmiş beslenme rutini belirlenmeli,
- İştahsızlığa neden olan etkenler belirlenmeli ve neden olan faktörler değerlendirmeli,
- Hastanın ölçekler, skorlama sistemleri ve antropometrik ölçüm yöntemleri aracılığı ile iştah durumu, kilo alımı ve kaybı her gün aynı saatte, aynı kıyafetlerle değerlendirilmeli,
- Yemek seçimi, öğün sayısı, iştah düzeyi, çiğneme ve yutma fonksiyonları, tat duyusu göz önüne alınmalı,

- Yeterli protein ve kalori alımı sağlanmalı ve buna yönelik beslenme planı izlemi yapılmalı,
- Peynir, süt, yoğurt, çökelek, yumurta, et, balık, nohut, bezelye, mercimek gibi proteinli değeri yüksek yiyecekler tercih edilmeli,
- Yenilen yemekler kalori hesabı için kaydedilmeli,
- Bulantı ve kusmayı önlemek için yağlı, baharatlı, asitli, ağır yiyeceklerden ve kokulu yiyeceklerden kaçınılmalı, hastanın hoşlanmadığı koku ve gürültüler engellenmeli, havasız ve kötü kokulu ortamda yemek yemekten kaçınılmalı,
- Eğer yoğun kokuya neden olan bir yemek pişirme yöntemi kullanılıyorsa, aspiratör kullanılmalı veya yemek yemeden önce ev iyice havalandırılmalı,
- Eğer yemek kokusu rahatsız ediyorsa, koku yoğunluğunu azaltmak amacı ile soğuk ya da oda sıcaklığında yiyeceklerle beslenilmeli,
- İştahın azalmasına neden olan ağız kokusu, ağız yarası, bulantı, kusma var ise mümkün olan en kısa sürede bir sağlık kuruluşunda tedavisi gerçekleştirilmeli,
- Günde en az 2 kere dişler yumuşak fırça ile fırçalanmalı, eğer hasta kendi bakımını sağlayamıyor ise, yemek öncesi ve sonrası rutin ağız bakımı yapılmalı,
- Soğuk yiyecekler sıcak yiyeceklere göre daha iyi tolere edilmesinden dolayı dondurma, muhallebi ve milkshake gibi ürünler tüketilmesi önerilmeli,
- Az miktarda daha çok sayıda öğün yenecek şekilde hafif, bol protein ve kalorili yiyecekler tercih edilmeli,
- Hastanın kendini rahat hissettiği bir ortam tercih edilmeli,
- Yemekler iştahı açacak, renkli ve göze hitap edecek nitelikte seçilmeli,
- Eğer hastanın tat almasında bozulma var ise değişik soslar ile beslenme denenmeli,
- Yemeğin konulduğu tabak küçük, porsiyon ise büyük tercih edilmeli,
- İştahı arttırmak amacıyla yemeklerden önce 30 dk egzersiz yapması önerilmeli,
- Tükürük salgısını artırmak için şeker veya şekerli sakız kullanılmalı,
- Doyma hissine neden olmasından dolayı yemek öncesi fazla sıvı alımından kaçınılmalı..
- Beslenme, tokluk hissini arttırması sebebiyle karbonat içerikli yiyecekler ile yapılmamalı,
- Hasta yavaş aktiviteler, yürüyüş yapma ya da yoga gibi, iştahı uyarmaya yardımcı olan etkinlere teşvik edilmeli,
- Anoreksinin yönetimi için hastaya psikososyal destek sağlanmalı,
- Günde en az 8 bardak sıvı tüketilmeli,
- Yiyecekler tat geçişine neden olmayan kaplarda yapılmalı ve saklanmalı,
- Hastanın beden ve ruh sağlığını üst düzeyde tutmak, sakinliği sağlamak amacıyla, hekim görüşü de alarak tamamlayıcı tedavi olarak hastaya yoga yapması önerilmelidir. (Uludağ Üniversitesi Kemoterapi Hasta Eğitim Rehberi, 2013; Akkaya, S., ve ark., 2008; Kayış, A., 2007; Akdemir, N., 2005; Maddox, R., 2004).

Semptom yönetimi

İştahsızlık ve anoreksi kilo kaybına neden olarak hastanın yaşam süresini ve kalitesini olumsuz etkiler. Anoreksi gelişen hastalarda ilk olarak beslenme durumu değerlendirilmeli nedeni sorgulanmalıdır. Hemşire yaptığı kapsamlı değerlendirme ve tanılamanın ardından, yapılabilecek farmakolojik ve nonfarmakolojik girişimleri planlamalı, hangi hastanın beslenme desteğine ve eğitime gereksinim duyduğunu zamanında belirlemeli ve durumun iyilik düzeyini arttırmak için zamanı etkin kullanarak uygun hemşirelik girişimlerini uygulamalı, eğitimleri gerçekleştirmeli ve sonuçlarını değerlendirmelidir (Aslan, E.F., Olgun, N., 2010).

Kanser hastalarında gelişen iştahsızlık ve anoreksinin yönetiminde genellikle farmakolojik yaklaşım olarak kortikosteroidler, progestinler kullanılmakta ve buna ek, beslenme danışmanlığının da etkinliğinin yüksek olabileceği bildirilmektedir (Adams, L.A. et. al., 2009). Bu süreci hemşire, hekim

ve diyetisyen ile iş birliği içinde sürdürmelidir (Uludağ Üniversitesi Kemoterapi Hasta Eğitim Rehberi, 2013; Aslan, E.F., Olgun, N., 2010).

Uygun bir beslenme ve beslenme eğitimi, hastada ortaya çıkan semptomların şiddetinin ve hastalık nedenli komplikasyon riskinin azalmasına, tedavi ve bakımın başarı oranının ve kalitesinin yüksek olmasına yardımcı olur (Ertem, G. 2008).

Kaynaklar

1. Adams L.A., Shepard N, Caruso R.A., et al. Putting Evidence Into Practice: Evidence-Based Interventions to Prevent and Management Anorexia.. Clin J of Oncology Nursing.2009; 13 (1):95-102.
2. Akdemir, N. Kanser Hemşireliği-Semptom Kontrolü Aciller ve Bakım Verenin Korunması. Birol, L. (Ed). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Basım, Sistem Ofset Ltd. Şti., Ankara. 2005:288-293.
3. Akkaya, S., Can, G., Enç, N. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi Konsensus 07. 3P- Pharma Publication Planning, İstanbul. 2008:1-151.
4. Aslan, E.F., Olgun, N. Onkoloji. Karadakovan, A. (Ed). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., Adana.2010: 265-270.
5. Aslan, Ö., Vural, H., Kömürcü, Ş., Özet, A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2006: 10(1);15-28.
6. ASPEN Board of Directors. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. /PEN / Parenter Enteral Nutr. 2002; 26:l-138.
7. Buluş, M., Durna, Z., Akın, S. (2010). Beslenmede değişim. Can G, (Ed). *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım*. İstanbul Konsensusu. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 2010:93-106.
8. Ertem, G. Kanser Hastalarında beslenme ve hemşirelik yaklaşımı. *Dirim Tıp Gazetesi* 2008; 83, 56 – 63.
9. Ezeoke, C.C., Morley, J.E. Pathophysiology of anorexia in the cancer cachexia syndrome. *Journal of Cachexia, Sarcopenia And Muscle*. 2015; *6*(4): 287-302.
10. Güleç, G., Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 3(2), 343-367.
11. Jadoon, N.A., Munir, W., Shahzad, M.A., Choudhry, Z.S. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study, *BMC Cancer*. 2010; 10:594.
12. Kabalak, A. A., Öztürk, H., & Çağıl, H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi, 11*(2), 56-70.
13. Kayış, A. İştahsızlık ve anoreksi. Can, G. (Ed.).Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. İstanbul: 3P-Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık A.Ş. 2007:69-80.
14. Kondrup, J., Rasmussen, H.H., Hamberg, O.,Stanga, Z. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*. 2003; 22(3): 321-336.
15. Korfalı, G., Gündoğdu, H., Aydıntuğ, S., Bahar, M., Besler, T., Moral, A. R., ... & Kılıçturgay, S. Nutritional risk of hospitalized patients in Turkey. *Clinical Nutrition*. 2009;*28*(5): 533-537.
16. Kubrak, C., Olson, K., Jha, N., Jensen, L., McCargar, L., Seikaly, H. And et. al. Nutrition impact symptoms: key determinants of reduced dietary intake, weight loss, and reduced

functional capacity of patients with head and neck cancer before treatment. *Head & Neck*. 2010; 32(3): 290-300.
17. Maddox, R..,Maddox, S. (2004). Nutritional counseling during cancer treatment. *U.S. Pharm*. 2004;10 :11-13.
18. Marin Caro, M.M., Laviano, A.,Pichard, C.(2007). Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clinical Nutrition*. 2007; 26(3): 289-301.
19. National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events v4. 03: (CTCAE) URL: http://evs.nci.nih.gov/ft p1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_5x7.pdf (Erişim tarihi: 28.09.2017).
20. National Cancer Institute. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v4. 03. Published date June 14, 2010. http://evs. nci. nih. gov/ft p1/CTCAE/CTCAE_4. 03_2010-06 14_QuickReference_5x7. pdf (Erişim tarihi:28. 09. 2017)
21. National Cancer Institute. URL: http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/nutrition/HealthProfessional/age4 (Erişim tarihi: 05.09.2017).
22. NCI Dictionary of Cancer Terms, URL: https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms?search=anorexia (Erişim tarihi: 09.10.2017).
23. Pekcan, G. (2011). Beslenme Durumunun Saptanması. Baysal, A. & e. al. (Ed.). Diyet El Kitabı (c. 5, 67-142). Ankara: Hatipoğlu Basım ve Yayım San. Tic. Ltd. Şti.
24. Rokita, A.S., Stern, C. Oncology: Nursing Management in Cancer , Textbook of Medical Surgical Nursing. 2009: 358-370.
25. Sadırlıoğlu, S.K.(2008). Kanserli hastalarda semptom kontrolünün değerlendirilmesi, T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
26. Seven, M., Akyüz, A., Sever, N., et al. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. TAF Prev Med Bull; 2013; 12(3):219-224.
27. Sözeri, E., Özaslan, B., Durna,,Z., Kizir, A. İştahsızlık. Can, G. (Ed.). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya, Konsensus 2014. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 2015: 171-175.
28. Süren, M., Doğru, S., Önder, Y., Çeltek, N., Okan, İ., Çıtıl, R., ... & Başol, N. Son dönem kanser hastalarında semptom kümelerinin incelenmesi.*Ağrı. 2015:* 27(1):12-17.
29. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı(2009). Tuncer, M. (Ed.). Türkiye'de kanser kontrolü, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı yayını, Ankara.
30. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nutrsiyon Klavuzu (2016). Şenoğlu, N. (Ed). Tepecik Hastanesi Yayınları. URL: http://tepecikeah.saglik.gov.tr/userfiles/files/nutrisyon_ebook.pdf (Erişim tarihi: 09.10.2017).
31. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı, Boyle, P., Levin, B. (2008) Dünya kanser raporu 2008, Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu. URL: http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/dunyaraporu2008.pdf (Erişim tarihi: 09.10.2017).
32. Uludağ Üniversitesi Kemoterapi Hasta Eğitim Rehberi, (2013). FR-HYE-04- 409-01. URL: http://sakur.uludag.edu.tr/dosya/FR-HYE-04-409-01.pdf (Erişim tarihi: 09.10.2017).
33. World Health Organization (WHO), (2008). World health statistics. 2008, ISBN 978 92 4 0682740 (electronic version). URL: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS08_Full.pdf (Erişim tarihi: 14.10.2017).
34. Yeşilbalkan, Ö.U., Akyol, A.D., Çetinkaya, Y., Altın, T., Ünlü, D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005; 21(1):13-31.