



Geliş Tarihi (Received): 08.08.2023


Kabul Tarihi (Accepted): 04.12.2023

Araştırma Makalesi / Research Article

Palyatif Bakım Kliniğinde OMAHA Sisteminin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Inpatients In Palliative Care Clinics Using The OMAHA System

Hümeysra HANÇER TOK¹ 

Lütfiye Nur UZUN² 

¹ Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Bolu, Türkiye

² Bolu İl Sağlık Müdürlüğü; Bolu, Türkiye

Yazışmadan Sorumlu Yazar: Hümeysra HANÇER TOK, e-mail: hançertok@gmail.com

Alıntı (Cite): Hançer Tok H., Uzun LN. Palyatif Bakım Kliniğinde OMAHA Sisteminin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi. YBH Dergisi. 2023;4(3):40-56.

Özet:

Amaç: Bu çalışma, OMAHA Sistemi kullanılarak palyatif bakım kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı tiptedir. Çalışma verileri 20.07.2023-27.07.2023 tarihleri arasında palyatif bakım servisinde yatarak takip edilen toplam n=56 hasta ile yüz yüze görüşerek toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak; OMAHA Sistemi'nin bileşenleri doğrultusunda hazırlanan form kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmaya dahil edilen hastaların %48.2'si kadın, %30.4'ü 75-85 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Palyatif bakım hastalarının % 60.3'üne fizyolojik, %20.4 Psikososyal ve % 19.3'ü Sağlık davranışı alanına ile ilişkin tanımlar konulmuştur. Psiko-sosyal alana ilişkin en sık konulan tanı kişiler arası ilişkiler, fizyolojik alanda, ağız sağlığı ve sağlık davranışı alanında ise kişisel bakımdır.

Sonuç: Bu çalışma sonucunda hastaların fiziksel, psikososyal ve sağlık davranışı alanlarında hemşirelik bakım gereksinimlerine yoğun ihtiyaç duyduğu sonucuna ulaşılmıştır. Palyatif bakım servislerinde takip edilen hastaların bakımlarının bireyselleştirilmiş ve bütüncül olarak planlanmasında OMAHA sisteminin kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: OMAHA sistemi; palyatif bakım; hemşirelik süreci; hemşirelik bakımı

Abstract:

Objective: This study was conducted to evaluate patients receiving inpatient treatment in palliative care clinics using the OMAHA System.

Methods: This study was descriptive and cross-sectional. Study data were collected by face-to-face interviews with a total of n=56 patients who were followed up in the palliative care unit between 20.07.2023-27.07.2023. As a means of data collection; The form prepared in line with the components of the OMAHA System was used. Descriptive statistical analyses were used in the analysis of the data.

Results: It was observed that 48.2% of the patients included in this study were women and 30.4% were between the ages of 75-85. Palliative care patients were diagnosed of 60.3% physiologically, 20.4% psychosocial and 19.3% in the field of health behavior. The most common diagnosis in the psycho-social field is interpersonal relationships, in the physiological field, in the field of oral health and health behavior, and in the field of personal care.

Conclusion: As a result of this study, it was concluded that patients have intense need for nursing care needs in the fields of physical, psychosocial and health behavior. It is recommended to use the OMAHA system in the individualized and holistic planning of the care of the patients followed in palliative care services.

Key Words: OMAHA system; palliative care; nursing process; nursing care.

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); palyatif bakımı, acı çekmenin nedeni ne olursa olsun yaşamı tehdit eden bir hastalık varlığında hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştirmeyi hedeflediğini belirtmektedir. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için, palyatif bakım kliniklerinde hastaya; fiziksel, psikososyal, ruhsal sorun değerlendirilmesi ve buna yönelik tedavi ve bakım hizmetleri sunulmaktadır.^(1,2) Palyatif bakım hizmeti; multidisipliner bir yaklaşımla hasta ve ailenin gereksinimlerini karşılamaya odaklanır. Bu ekibin üyeleri arasında; hemşire, doktor, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen ve din görevlisi bulunmaktadır.⁽³⁾ Tüm ekip üyeleri birlikte hasta ve aile merkezli bir bakım uygulanmalıdır. Bakım sürecinde hastanın tedavi planı; kültür, inanç, ırk, dil, din, etnik köken, beklenti, yaş ve eğitim düzeylerine göre planlanmalı, bakımın sürekliliği ve hizmete adil erişim sağlanmalıdır.⁽⁴⁾ Bu ekibin bir üyesi olan; hemşire palyatif bakım hizmetinin sunulmasında önemli bir role sahiptir. Hemşirelik bakımının odağında hasta ve ailenin; hastalık süreci ve ölüm sonrası biyopsikososyal ihtiyaçlarının karşılanması yer almaktadır. Hemşirelik bakımı bütüncül ve bireyselleştirilmiş olmalıdır.^(3,5) Hemşireler palyatif bakım sürecinde; tedavi, iletişim, eğitim, koordinasyon, konfor sağlayıcı, savunucu, liderlik ve danışmanlık gibi önemli roller üstlenmektedir.^(3,5) Palyatif bakım hemşiresi bu rolleri yerine getirirken hasta ve ailesinin biricik olduğunu göz önünde bulundurmalıdır. Her hastanın biyopsikososyal ve manevi gereksinimleri farklıdır ve bu farklılıklar gözetilmeli, değerlendirilmeli ve hemşirelik sürecini kullanarak kapsamlı bakımı planlanmalıdır.^(3,5,6)

Hemşirelik süreci; hemşirelik bakımının planlanmasında bilimsel problem çözümüleme yöntemini kullanarak, sistematik ve bireye özgü olarak sağlıklı ya da hasta bireyin/ailenin/grubun gereksinimlerinin belirlenmesi, bakım girişimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi süreçlerinin hasta yararı açısından sistemli bir biçimde kullanılmasıdır.⁽⁷⁾ Hemşirelik süreci, hemşirelik felsefesi içerisine planlanırken bazı model ve sınıflama sistemlerine dayandırılır.⁽⁸⁾ Hemşirelik sürecini esas alan sınıflandırma sistemleri hemşireliği ifade etmekte kullanılan, hemşireliğin görünürlüğünü sağlayan, elektronik kayıt ve bilgi sistemleri içinde yer alabilen ortak bir dil olarak tanımlanmaktadır.⁽⁹⁾ Hemşirelik uygulamaları için geliştirilmiş birçok sınıflama sistemi bulunmakla birlikte Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) 12 hemşirelik sınıflama sistemi onaylamıştır.⁽¹⁰⁾ Bu sınıflama sistemlerinden biri de OMAHA'dır. OMAHA Sistemi, bireylerin sağlık problemlerinin belirlenmesi, girişimlerin planlanması ve bakım sonuçlarının değerlendirilmesi için birçok bakım ortamında kullanılan, kapsamlı bir hemşirelik sınıflama sistemidir.⁽¹¹⁾ Sistem Problem Sınıflama Listesi, Girişim

Şeması ve Problem Değerlendirme Ölçeği olmak üzere üç ana yapıdan oluşur.⁽¹²⁾ Sistemin cerrahi hastaları,⁽¹³⁾ kolorektali kanser hastaları, ⁽¹³⁾ huzur evinde yaşayan bireyler,⁽¹³⁾ HIV/AIDS'li hastaları⁽¹⁵⁾ ve yaşam sonu bakım ortamlarında ⁽¹⁶⁾ kullanılabilirliği test edilmiştir. Ülkemizde OMAHA sistemi evde sağlık, birinci basamak sağlık hizmetleri, yaşlı bakımı, iş ve okul sağlığı gibi alanlarda kullanıldığı görülmektedir. OMAHA Sistemi'nin kullanım alanlarını incelendiğinde halk sağlığına yoğunlaştığı görülmeye karşın son yıllarda yapılan çalışmalar OMAHA Sistemi'nin tüm sağlık bakım ortamlarında kullanılabileceğini göstermektedir.^(17,18) Bununla birlikte palyatif bakım kliniğinde OMAHA sisteminin değerlendirildiği çalışmalara rastlanmamıştır. Palyatif bakım hastaları; hastalık ve çevre değişiklikleri nedeniyle, fiziksel, psikososyal durumu ve sağlık davranışları değişmekte ve bütüncül bakıma ihtiyaç duymaktadırlar.⁽¹⁹⁾ Palyatif bakım kliniklerinde tedavi hizmeti alan hastaların çok yönlü-bütüncül değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımının sunabilmesi için OMAHA sisteminin kullanılmasının faydalı olacağı öngörülmektedir.

Bu çalışma, OMAHA Sistemi kullanılarak palyatif bakım kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma soruları

- OMAHA sistemiyle değerlendirilen palyatif bakım hastalarının psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışı alanına ilişkin aldıkları tanımlar nelerdir?
- OMAHA sistemiyle değerlendirilen palyatif bakım hastalarının psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışı alanına ilişkin aldıkları tanımların belirti bulguları nelerdir?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın tipi

Bu araştırma tanımlayıcı olarak planlanmıştır.⁽²⁰⁾

Araştırma yeri ve zamanı

Bu araştırma; bir devlet hastanesinin 62 yatak kapasitesine sahip palyatif bakım kliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evreni ve örnekleme

Bu araştırmaya; ilgili hastanenin 62 yataklı palyatif bakım servisinde 20.07.2023-27.07.2023 tarihleri arasında tedavi gören hastalar dahil edilmiştir. İlgili klinikte 20.07.2022-27.07.2022 tarihleri arasında N=85 hasta tedavi görmüştür. Dünya Sağlık Örgütüne göre, küresel olarak palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların yalnızca %14'ünün bu bakımı aldığı tahmin edilmektedir.⁽¹⁾ Buna göre bu çalışma için, örneklem büyüklüğü Epi-info programı ⁽²¹⁾ kullanılarak hesaplandığında beklenen frekans %14, %5 hata payı ve 0,8 etki büyüklüğünde tek

grup için örneklem büyüklüğü minimum n=47 olarak belirlenmiştir. Araştırmada everene ulaşma imkânı olduğundan araştırmanın yapıldığı tarihlerde tedavi gören, 18 yaş ve üzerinde olan, Türkçe konuşabilen-anlayabilen ve araştırmaya katılmayı kabul tüm hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma dahil edilme kriterlerine uyan n=56 hasta ile sonlandırılmıştır.

Veri toplama araçları

Çalışmanın verileri OMAHA Sistemi'nin bileşenleri doğrultusunda hazırlanan formlar ile toplanmıştır. OMAHA Sistemi: hiyerarşik/sıralı, çok boyutlu ve bilgisayara uyumlu üç temel bileşenden oluşur. “(1) Problem Sınıflama Listesi (PSL), (2) Girişim Şeması (GŞ) ve Hedefler, (3) Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ). Problem Sınıflama Listesi dört problem alanı — (1) Çevresel (2) Psikososyal (3) Fizyolojik ve (4) Sağlık Davranışları — kapsamında toplam 42 problem 335 belirti / bulgu içerir. Her problem Birey / Aile / Toplum ve Aktüel, Potansiyel, Risk Faktörleri, Sağlığı Geliştirme” düzeyinde değerlendirilir. ^(22,23)

Verilerin toplanması

Bu çalışmanın verileri, bilinci açık hastaların kendileriyle, bilinci kapalı olan üç hastanın ise yakınlarıyla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. OMAHA Sistemi'nin bileşenleri formu araştırmacılar tarafından doldurulmuş ve aktüel hemşirelik tanıları belirlenmiştir.

Verilerin analizi ve değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizinde SPSS 22 programı kullanılmıştır. ⁽²⁴⁾ Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik analizleri olan ortalama, standart sapma, yüzde ve frekans değerleri kullanılmıştır.

Araştırmanın etik boyutu

Çalışmanın yapılacağı kurumdan ve hastalardan / hasta bilinci açık değilse yakınlarından yazılı izinler alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı kurumdan uygulama izni ve klinik araştırmalar etik kurulundan (2023/150, 09.05.2023) etik onay alınmıştır.

Bulgular

Tablo 1’de palyatif bakım kliniğinde takip edilen hastaların demografik özelliklerine ilişkin veriler sunulmuştur. Buna göre, çalışmaya katılan hastaların %41.1’i 85 yaş ve üstündedir, %52.8’i erkektir. Hastaların %44.6’sı evli ve tamamının çocuğu bulunmaktadır. Hastalardan %60.7’si çekirdek aile de yaşamaktadır. Hastalardan %16.7’sinin kaza ve ameliyat geçmişi bulunmaktadır. Hastaların %44.6’sı okuma yazma bilmemektedir. Hastaların % 17.9’ü hafif şişmandır.

Tablo 1. Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Veriler

Demografik	n	%
Cinsiyet		
Kadın	27	48.2
Erkek	29	52.8
Yaş		
65-74	16	28.6
75-84	17	30.4
85-üst	23	41.0
Medeni durum		
Bekar	5	8.9
Evli	25	44.7
Dul	26	46.4
Çocuk sahibi olma durumu		
Var	56	100.0
Aile tipi		
Çekirdek	34	60.7
Geniş	8	14.3
Parçalanmış	14	25.0
Kaza *		
Var	9	16.7
Yok	47	83.3
Ameliyat olma öyküsü		
Var	9	16.7
Yok	47	83.3
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	25	44.7
İlkokul	19	33.9
Ortaokul ve üst	12	21.4
BKİ		
18.5 ve alt/ zayıf	1	1.8
18.5-24.9/ normal	33	58.8
25-29.9/ hafif şişman	10	17.9
30-34.9/ I. Derece obez	9	16.1
35-39.9 / II. Derece obez	3	5.4

* düşmeler, araç içi ve dışı trafik kazası vb.

Tablo 2’de palyatif bakım hastalarının OMAHA Sistemi’ne göre problem alanlarının dağılımları sunulmuştur. Buna göre hastalara konulan tanılar %60,3’ü fizyolojik alanda, %20.4’ü psikososyal alandadır.

Tablo 2. Hastaların OMAHA Sistemi'ne Göre Problem Alanlarının Dağılımı

Tanı Alanı	n	%
Psikososyal Alan	213	20.4
Fizyolojik Alan	631	60.3
Sağlık Davranışı Alanı	202	19.3
Toplam	1046	100.0

Tablo 3' de hastaların psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları alanına ilişkin problemler sunulmuştur. Psikososyal alanda tanıların %20.7'si kişiler arası ilişkiler, %19.2'si mental sağlık ve %17.4'ü sosyal ilişkidir. Fizyolojik alanda tanıların %8.5'ağız sağlığı, %8.4'ü sindirim ve %8.1'de görme alanıyla ilgilidir.

Tablo 3. Hastaların Psikososyal, Fizyolojik ve Sağlık Davranışları Alanına İlişkin Problemler

TANILAR	n	%
Hastaların fizyolojik alan problemleri		
İşitme	44	7.0
Görme	51	8.1
Konuşma-dil	34	5.4
Ağız sağlığı	54	8.5
Algılama	44	7.0
Ağrı	35	5.5
Bilinç	35	5.5
Deri	29	4.6
Üriner fonksiyon	44	7.0
Kas iskelet	51	8.1
Solunum	44	7.0
Dolaşım	40	6.3
Sindirim	53	8.4
Bulaşıcı	30	4.8
Bağırsak	43	6.8
Toplam	631	100
Hastaların psikososyal alan problemleri		
Toplumsal kaynaklılarla iletişim	13	6.1
Sosyal ilişki	37	17.4
Rol değişimi	18	8.5
Kişiler arası ilişkiler	44	20.7
Üzüntü	10	4.7
Mental sağlık	41	19.2

Cinsellik	21	9.8
Bakım verme	6	2.8
İhmal	23	10.8
Toplam	213	100.0
Hastaların sağlık davranışları alanı problemleri		
Beslenme	52	25.7
Uyku	45	22.4
Madde kullanımı	7	3.6
Fiziksel aktivite	9	4.6
Kişisel bakım	53	26.3
Sağlık Bakım Denetimi	11	5.5
Tedavi rejimi	25	12.4
Toplam	202	100

Palyatif bakım kliniğinde tedavi gören hastaların Fizyolojik alan tanılarına özgü belirti bulguları Tablo 4'te gösterilmiştir. Buna göre; ağız sağlığında dişlerde şekil bozukluğu / kırık/ kayıplar, ağrıda rahatsızlık/ağrı ifade etme, üriner fonksiyonda idrar kaçırma gibi belirti ve bulgular olduğu görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların Fizyolojik Alan Tanılarına İlişkin Belirti Bulgular

Tanı	Belirti bulgu	n	Tanı	Belirti bulgu	n
İşitme (n=44)	Normal konuşma ses tonunu duymada güçlük	41	Kas iskelet (n=51)	Hareketlerde sınırlılık	51
	Kalabalık ortamlarda	11		Kas gücünde azalma	37
	Konuşmaları duymada güçlük				
	Yüksek frekanslı sesleri duymada güçlük	3		Koordinasyonda azalma	17
	İşitme tarama testinde normal	1		Kas tonüsünde azalma	19
	Olmayan sonuçlar				
	Diğer	2		Kas tonüsünde artma	3
Görme (n=51)	Küçük karakterli yazıları görmeye güçlük	35		Duyuda azalma	8
	Uzaktaki cisimleri görmeye güçlük	30		Dengede bozukluk	36
	Yakındaki cisimleri görmeye güçlük	18		Yürüme / hareket etme güçlüğü	28
	Görsel uyaranlara anormal yanıt / yanıtızlık	2		Taşınma/transfer güçlüğü	1
	Görme tarama testinde normal olmayan sonuçlar	1		Diğer	5
	Diğer	1			
Konuşma- dil (n=34)	Konuşma ve ses çıkarabilme yeteneğinde anormallik / konuşamama	26	Solunum (n=44)	Anormal solunum tipleri	30
	Anlayamama/anlama yeteneğinde anormallik	6		Bağımsız olarak nefes alamama	1
	Alternatif iletişim-Becerilerinin/el-kol hareketlerinin (jestlerin	9		Öksürme	29
	Cümle yapılarının uygun olmaması	1		Öksürememe / bağımsız olarak balgam çıkaramama	1
	Telaffuzun sınırlı olması / anlaşılır olmaması	1		Anormal balgam	7
	Diğer	7		Sesli solunum	16
				Anormal solunum sesleri	1
Ağız sağlığı (n=54)	Dişlerde şekil bozukluğu / kırık/ kayıplar	52		Solunum ile ilgili laboratuvar sonuçlarında anorma	19
	Çürükler	31		Diğer	3
	Aşırı tartar	10	Dolaşım (n=40)	Ödem	9
	Sıcak ya da soğuğa hassasiyet	1		Ekstremitelerde ağrı/ kramp	12
	Diğer	2		Nabız sayısında azalma	1

Algılama (n=44)	Muhakeme yeteneğinde azalma	33	Deride renk değişikliği / siyanoz	2
	Zaman/ kişi /yer oryantasyonunda bozulma	20	Etkilenmiş bölgede ısı değişikliği	1
	Yakın zamandaki olayları hatırlamada sınırlılık	6	Senkop atakları (bayılma)/ baş dönmesi	1
	Uzun zaman öncesindeki olayları hatırlamada sınırlılık	1	Anormal kan basıncı ölçümleri	24
	Hesaplama ve ardışık hareket becerilerinde sınırlılık	1	Kalp ritminde düzensizlik	16
	Konsantrasyonda sınırlılık	22	Kalp hızında aşırı artış	8
	Mantıklı /soyut düşünebilmede sınırlılık	4	Kalp hızında aşırı azalma	1
	Kontrolsüz hareket	1	Anormal kalp sesleri / üfürümler	1
	Diğer	8	Pıhtılaşma bozukluğu	1
Ağrı (n=35)	Rahatsızlık/ağrı ifade etme	25	Kardiyak laboratuvar sonuçlarında anormallik	1
	Nabız / solunum sayısı / kan basıncında yükselme	2	Diğer	1
	Ağrıyan bölgenin desteklenmesi/ korunması	2	Sindirim (n=53)	
	Yüzünü buruşturma	15	Bulantı /kusma	13
	Diğer	1	Çiğneme/ yutma/ sindirim güçlüğü / yapamama	6
Bilinç(n=35)	Dalgin (letarji.)	21	Hazımsızlık	21
	Uykulu (stupor)	6	Reflü	9
	Bilinçsiz (Koma)	3	İştahsızlık	42
	Diğer	9	Anemi	4
			Asit (karında sıvı toplanması)	1
Deri (n=29)	Lezyon / bası yarası	29	Deri turgorunun azalması	2
	Döküntü	6	Dudak çatlaması/ ağız kuruluğu	2
	Aşırı kuru	4	Elektrolit dengesizliği	10
	Enflamasyon	2	Diğer	9
	Kaşıntı	6	Bulaşıcı (n=30)	
	Akıntı	4	Enfeksiyon	24
	Yara iyileşmesinde gecikme	2	Ateş	3
	Diğer	7	Biyolojik tehlikeler	1
			Tarama / kültür/ laboratuvar sonuçlarında pozitiflik	21
Üriner fonksiyon (n=44)	İdrar yaparken yanma / ağrı	10	Enfeksiyon kontrolü ilkelerinin izlenmemesi	1
	İdrar kaçırma	29	Diğer	4
	Sıkışma hissi/sık idrara gitme	4	Bağırsak (n=43)	
	İdrar yapmada güçlük	4	Defekasyon sıklığında/ dışkı kıvamında anormallik	15
	Mesaneyi boşaltmada güçlük	2	Ağrılı defekasyon	2
	Hematüri / renk değişikliği	1	Bağırsak seslerinde azalma	29
	Nöktüri	13	Dışkıda kan	1
	Üriner sistemle ilgili laboratuvar sonuçlarında anormallik	6	Fekal inkontinans (dışkı kaçırma)	10
			Diğer	8

Palyatif bakım kliniğinde tedavi gören hastaların Psiko-sosyal alan tanılarına özgü belirti bulguları Tablo 5'te gösterilmiştir. Buna göre; sosyal ilişki ile ilgili en sık sınırlı sosyal ilişki, Üzüntü 'de Üzüntü/ iyileşme sürecinin aşamalarını fark edememe, İhmal 'de Fiziksel bakım eksikliği gibi belirti ve bulgular olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların Psikososyal Alan Tanılarına İlişkin Belirti Bulgular

Tanı	Belirti bulgu	n	Tanı	Belirti bulgu	n
Toplumsal kaynaklılarla ilişim (n=13)	Hizmetlerden nasıl yaralanacağını bilmeme	5	Mental sağlık (n=41)	Üzüntü / umutsuzluk / azalmış özgüven	5
	Hizmeti sunanların rolleri ve fonksiyonlarını bilmeme	2		Endişe / tanımlanmamış korkular	3
	Hizmet sunanlarla iletişim kuramama	4		Öz bakım ve günlük aktiviteleri sürdürmede ilgi kaybı	34
	Hizmetten memnun olmama	1		Odaklanmada / dikkati toplamada sınırlılık	13
	Dil engeli	1		Duygularda küntleşme	8
	Kaynakların olmaması/yetersiz olması	1		Huzursuz/ ajite/ saldırgan	13
	Eğitsel engeller	1		Stres yönetiminde güçlük	1
	Hizmete ulaşmada yetersizlik	1		Somatik yakınmalar /yorgunluk	2
Sosyal ilişki (n=37)	İletişim araçlarının yetersizliği	1	Duygu durumunda dalgalanma	2	
	Diğer	3	Diğer	1	
	Sınırlı sosyal ilişki	30	Cinsellik (n=21)	Cinsel davranışların sonuçlarını fark etmede güçlük	1
	Sosyal ilişkilerin sağlık çalışanları ile sınırlı kalması	2		Özelini ifade etmede güçlük	2
Dış uyaranların /boş zaman aktivitelerinin çok az olması	11	Diğer		20	
Rol değişimi (n=18)	İstenmeyen rol değişimi	18	Bakım verme (n=6)	Fiziksel bakım/ güvenliği sağlamada güçlük	3
	Rol kaybı	12		Bilişsel öğrenme deneyimleri ve aktiviteleri sağlamada güçlük	1
Kişiler arası ilişkiler (n=44)	İlişkiye başlama/ sürdürmede güçlük	26	Sorumluluk almada zorlanma/memnuniyetsizlik	1	
	Paylaşılan aktivitelerin az olması	34	Sözlü /sözsüz iletişim ya da yorumlamada güçlük	1	
	Kişiler arası iletişim becerilerinde yetersizlik	10	İhmal (n=23)	Fiziksel bakım eksikliği	23
	Uzun süren, düzelmeyen gerginlik	1		Duygusal bakım /destek eksikliği	7
Üzüntü (n=10)	Üzüntü/ iyileşme sürecinin aşamalarını fark edememe	10	Uygun uyaran /bilişsel deneyim eksikliği	2	
	Üzüntü tepkilerini ifade etmede güçlük	2	Uygunsuz bir şekilde yalnız bırakılma	2	
			Gerekli denetimin eksikliği	1	
			Yetersiz / gecikmiş tıbbi bakım	1	

Palyatif bakım kliniğinde tedavi gören hastaların sağlık davranışı alanı tanılarına özgü belirti bulguları Tablo 6'de gösterilmiştir. Buna göre; fiziksel aktivitede sedanter yaşam biçimi, uyku da gece sık sık uyanma gibi belirti ve bulgular olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların sağlık Davranışı Alan Tanılarına İlişkin Belirti Bulgular

Tanı	Belirti bulgu	n	Tanı	Belirti bulgu	n
Beslenme (n=52)	Fazla kilo (<i>yetişkinlerde BKİ'nin 25 ve üzerinde, çocuklarda BKİ'nin 95. Persentil ve üzerinde olması</i>)	11	Fiziksel aktivite (n=9)	Sedanter yaşam biçimi	33
	Düşük kilo (<i>yetişkinlerde BKİ'nin 18.5 ve altında, çocuklarda BKİ'nin 5. Persentil ve altında olması</i>)	2		Yetersiz / düzensiz egzersiz	14
	Günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın altında olması	29		Yaşa / fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz şekli/ miktarı	3
	Günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın üzerinde olması	1		Diğer	1
	Dengesiz beslenme	22	Kişisel bakım (n=53)	Giyisilerin temizliğinin sağlanmasında güçlük	48
	Önerilen beslenme programını Sürdürememe	7		Banyo yapmada güçlük	49
	Besin alma/ hazırlamada yetersizlik	2		Giyim kuşam aktivitelerinde güçlük	51
	Hipoglisemi	1		Alt vücut giyiminde güçlük	48
	Hiperglisemi	18		Üst vücut giyiminde güçlük	49
	Uyku (n=45)	Uyku ve dinlenme düzeninin aileyi rahatsız etmesi		2	Kötü vücut kokusu
Gece sık sık uyanma		22	Saçları yıkama/ taramada güçlük	48	
Uyurgezerlik		2	Saçları yıkama/ taramada güçlük	46	
Uykusuzluk		21	Bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutmama/ yapmayı istememe/yapamama	14	
Kâbus görme		1	Diğer	1	
Yaşa / fiziksel duruma göre yetersiz uyku/ dinlenme		2	Sağlık Bakım Denetimi (n=11)	Rutin / koruyucu sağlık bakımını yaptırmama	8
Horlama		1		Değerlendirme / tedavi gerektiren semptomlar için bakım almama	2
Diğer	14	Tedavi planının yetersiz olması	1		
Madde kullanımı (n=7)	Sigara / tütün ürünlerinin içimi / kullanımı	1	Tedavi rejimi (n=25)	Önerilen doz/ tedavi programına uymama	8
	Günlük rutinleri yerine getirmede zorlanma	1		Yardım almadan ilaç alamama	17
	Sigara- puro dumanına maruz kalma	5			

Tartışma

Bu çalışmada palyatif bakım kliniklerinde takip edilen hastaların tanılarının %60.3'ünün fizyolojik, % 20.4'ünün psikososyal ve %19.3'ünün sağlık davranışları alanına ilişkin olduğu görülmüştür (Tablo 2). Palyatif bakım hastalarının hemşirelik bakım gereksinimlerini OMAHA sistemi ile değerlendirildiği çalışma rastlanmamıştır. Ancak, yaşam sonu bakım hizmeti alan hastalarla yapılmış bir çalışmada, hastaların gereksinimlerinin büyük çocukluğunun fizyolojik alanla ilişkin tanıları olduğu bildirilmiştir.⁽²⁵⁾ Kolorektal kanser hastalarında cerrahi alan enfeksiyonunu önlemeye yönelik OMAHA sistemi kullanılan başka bir çalışmada, hastaların % 76.3'üne fizyolojik alana ilişkin tanıları konuşmuştur.⁽¹⁴⁾ Bu çalışma sonuçları ve yapılan

çalışmalar hastalarda en çok fizyolojik alana özgü tanıların sıklığına vurgu yapmaktadır. Ek olarak, palyatif bakım kliniğinde tedavi gören hastaların fiziksel, psikososyal ve ruhsal açıdan benzersiz olan ihtiyaçlarının belirlenerek, hastaya özgü hemşirelik bakım sunması gereklidir.⁽²⁶⁾ OMAHA sistemi; sistematik bir yol izlenerek hemşirelik bakımı alan hastaların kişisel özelliklerini tanımlamayı kolaylaştırırken hastaların sağlık bakım ihtiyacının hızla değerlendirilmesini sağlamaktadır.⁽²⁷⁾ Bireylerin biyo-psiko-sosyal problemleri birbirini etkilemektedir. Palyatif bakım gibi yaşamı tehdit eden hastalıkları olan bireylere yönelik bakım, sadece belirli semptomları belirlemek ve yönetmekten daha geniş bir ihtiyaca hizmet etmektedir.⁽²⁸⁻³⁰⁾ Bu noktada, hemşirelerin hastalara belirlenen biyo-psiko-sosyal gereksinimlerin karşılanarak bütüncül sağlık hizmeti sunması; sağlık çıktıları, hasta memnuniyete ve yaşam kalitesinin artırılması açısından istendik bir durumdur.

Bu çalışmada palyatif bakım hastalarına fiziksel alanda en sık ağız sağlığına ilişkin problemler olmakla birlikte; sindirim, üriner sistem, solunum ve algıya yönelik problemler sık konulan tanımlar arasında yer almaktadır. Palyatif bakım kliniklerinde tedavi gören hastalarda ağrı, bulantı, kusma, ağız yarası, tat değişiklikleri, yorgunluk, solunum ve sindirim gibi fizyolojik problemler sık görülmektedir.^(31,32) Örnek ve Ardıç'ın (2019) HIV / AIDS'li hastalara en sık konulan tanının ağız sağlığı alanı olduğunu belirtmiştir.⁽¹⁶⁾ Palyatif bakım servislerinde takip edilen hastalar çoğunlukla yatağa bağımlı; alzheimer, organ yetmezlikleri HIV / AIDS, kanser türlerinden herhangi birine/birden fazlasına sahiptirler.^(33,34) Bu kronik hastalıklar sonucunda palyatif bakım hastalarının beslenme tipi değişebilir. Beslenme tipinde meydana gelen bu değişim sonucunda hastalarda malnütrisyon vb. sorunlar ortaya çıkabilir.⁽³⁵⁾ Çınar ve ark (2017) yaptıkları çalışmada, palyatif bakım hastalarının % 57.4 malnütrisyonunda ve %27.8'i ise malnütrisyon riski ile karşı karşıya olduğunu bildirmişlerdir.⁽³⁶⁾ Kıvanç (2017)'ın yaptığı derlemede, palyatif bakım hastalarının %84'ünde ağrı, %57'sinde ağızda kuruma, %50'sinde 10 kilogram üstünde kilo kaybı, %36'sında bulantı ve %28'inde tat almada değişiklik meydana geldiğini bildirmiştir.⁽³⁸⁾ Bu noktada, palyatif bakım hastalarının sindirim sistemlerine olumsuz yansımaları kaçınılmaz hale gelmiştir.

Bu çalışmada palyatif bakım hastalarının sağlık davranışları alanında en çok beslenme, uyku ve kişisel bakıma ilişkin tanımlar öne çıkmaktadır. Çınar ve ark. (2017) palyatif bakım hastalarının %57.4'ünün beslenme problemi yaşadığını ve bu durumun hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini bildirmiştir.⁽³⁶⁾ Uysal ve ark. çalışmasında hastaların %85'nin uyku problemleri yaşadığını belirtmiştir.⁽³⁰⁾ Uyku bozukluğunu tanılamak uyku gereksiniminde etkin girişimleri planlamak için önemlidir.⁽³⁷⁾ Palyatif bakım hastalarında uzun yatış süresi,

yatağa bağımlı olma, birden çok kronik hastalığın bulunması, yorgunluk, güçsüzlük ve ağrı gibi semptomların görülmektedir. Bu durum; hastaların özbakım becerilerini olumsuz etkileyebilir ve kişisel bakımlarını karşılamada yetersizliğe neden olabilir.^(29,30,38)

Bu çalışmada palyatif bakım hastalarının psikososyal alanda en sık sosyal, kişiler arası ilişki ve mental sağlık üzerine tanılar koyulmuştur. Palyatif bakım kliniklerinde tedavi gören hastalarda kaygı, ölüm korkusu, endişe, çaresizlik, umutsuzluk, tükenme ve depresyon gibi birçok semptom bir arada görülmektedir. Diğer yandan, günlük rutinlerdeki değişimler, aile ve sosyal ilişkilerinde bozulmalar gibi psikososyal alana yönelik problemler de hastalık sürecinin getirdiği olumsuz deneyimlerdir.^(28,32,39) Yaşamı ve benlik kavramı tehdit altında olan bireylerin gelecek ile ilgili planları bozulur, günlük yaşamı değişir.⁽⁴⁰⁾ Lidstone ve arkadaşları (2003); palyatif bakım kliniğinde tedavi gören kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların kişiler arası ilişkilerinde ve sosyal destek sistemlerine ilişkin endişe duyduklarını bildirmişlerdir.⁽⁴¹⁾ Yaşın ilerlemesi ve palyatif bakım servisinde tedavi görmek, fiziksel (Tablo 1), psikolojik sorunların artması, eş-statü kaybı, ev ortamından uzak olması, yalnızlık gibi sorunlar palyatif bakım hastalarının psikososyal sorunların yaşaması için kaçınılmazdır.⁽¹⁹⁾ Bu psikososyal sorunların ortaya çıkması, palyatif bakım hastalarının mental sağlıklarını ve kişiler arası iletişimini olumsuz etkilemiş olabilir. Palyatif bakım kliniğinde tedavi gören hastaların değerlendirilmesi sonucunda fizyolojik alana özgü detaylı veri toplanabildiği görülmüştür.

Sınırlılıklar

Bu çalışmanın verileri verilerin toplandığı grup ile sınırlıdır. Her ne kadar örneklem seçiminde DSÖ ve CDC kaynakları kullanılmış olsa da örnekleminin küçük olması sınırlılık olarak kabul edilmiştir. Ek olarak, bu çalışma da hasta veya yakınları ile bire bir görüşerek veriler toplanmış ancak, taburculuk kararı sonrası değerlendirme yapılmamıştır. OMAHA Problem sınıflama sistemi belirleyici öğeleri kullanılmamış.

Sonuç ve Öneriler

Palyatif bakım servisinde takip edilen hastalara OMAHA sistemi ile değerlendirilmiş ve en sık fizyolojik alana ilişkin tanılar konmuştur. Alana özgü tanılar incelendiğinde, en sık görülen problemler; fizyolojik alanda ağız sağlığı-sindirim, psikososyal alanda kişiler arası ilişkiler-mental sağlık ve davranışsal alanda ise kişisel bakım-beslenmedir. Bu çalışma sonuçları palyatif bakım klinikleri gibi bireyselleştirilmiş ve bütüncül bakım gereksinimi bulunan hastaların hemşirelik süreçlerinde OMAHA sisteminin etkin bir şekilde kullanılabildiğini göstermiştir. Bu sayede hemşireler, hastaya tüm yönleri ile eksiksiz bakım sunabilirler. OMAHA sisteminin palyatif bakım servislerinde kullanımı yaygınlaştırılması ve hemşireler-

hemşirelik öğrencilerine OMAHA kullanımını ile ilgili eğitimlerin verilmesi önemlidir. Palyatif bakım servislerinde OMAHA sistemi kullanarak bakım kalitesinin ve hastaların bilgi, durum ve davranışlarının değerlendirildiği boylamsal çalışmaların yapılması önerilmektedir. Ek olarak; bu çalışma sonucunda, çalışmanın daha büyük ve farklı hasta gruplarında (dahili, cerrahi, evde bakım, yoğun bakım vd.) uygulanması önerilmektedir.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

Yazar Katkıları: Fikir/Kavram (HHT, LNU), Çalışma Tasarımı (HHT), Denetleme/Danışmanlık (HHT,LNU), Veri Toplama (LNU,HHT), Veri Analizi ve Veri Yorumlama (HHT), Tabloların oluşturulması (HHT,LNU), Literatür Taraması (HHT), Makalenin Yazımı (HHT,LNU), Başvuru öncesi son kontrol (HHT,LNU)

Teşekkür: Araştırmacılar, araştırmanın yapıldığı kuruma teşekkür eder.

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). Palliative care. Access: 01.08.2023 Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. World Health Organization (WHO). 10 Facts on palliative care. Access: 01.08.2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/palliative-care>
3. Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. Gulhane Medical Journal. 2012;54(4).
4. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: A systematic review. Ann Intern Med. 2008;148(2):147–59.
5. Karabey T. Palyatif Bakım Hemşireliği. Birinci. Özveren H, Gülnar E, editors. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2022. 71–92 p.
6. Özçelik S. Palyatif bakıma bakış ve hemşireliğin rolü. Journal of Medicine and Palliative Care. 2020;1(3):76–82.
7. Kocaçal E, Aktan GG. Tarihsel süreç içinde hemşirelik süreci ve bakım planlarının gelişimi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;24(2):284–90.
8. Gençbaş D, Bebiş H. Uluslararası standart sistem ile oluşturulan hemşirelik bakım planı örneği. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD. 2017;2(1).
9. Şahin AO, Erdemir F. Hemşirelikte ortak dil ve uluslararası hemşirelik terminolojileri. Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics. 2016;2(1):27–36.
10. İskender Ö, Kaplan S. Uluslararası hemşirelik sınıflandırma sistemleri. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2020;2(2):1–10.
11. Coşansu G, Cangöl S, Erdoğan S. Akut bakım gereksinimi olan çocukların hemşirelik bakımında Omaha Sistemi'nin kullanılması. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2014;22(3):137–44.
12. Erdoğan S, Esin N. Omaha Sistemi'nin Türkçe'ye uyarlanması ve toplum sağlığı hemşireliği eğitiminde kullanılması. İstanbul Üniversitesi FN HYO Dergisi. 2004;52(13).
13. Karahan A, Erdoğan S. Kolorektal kanser hastalarında cerrahi alan enfeksiyonunu önleyen hemşirelik bakımının OMAHA sistemi ile raporlandırılması. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2019;27(1):38.
14. Gürsoy MY, Tanrıverdi G, Gülyenil N. Bir huzurevinde yaşayan yaşlıların bakımında OMAHA sistemi kullanımının değerlendirilmesi: Doküman analizi. Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;4(5):99–106.

15. Örnek OK, Ardic A. Evaluation of Nursing Practice in patients with HIV/AIDS with the omaha system electronic-based information program: A retrospective study. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 2019;37(9):482–90.
16. Slipka AF, Monsen KA. Toward improving quality of end-of-life care: Encoding clinical guidelines and standing orders using the omaha system. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2018;15(1):26–37.
17. Taşçene K, Koçoğlu D, Belgin A. Tarımda çalışan bir grup kadın işçinin omaha sistemi'ne göre sağlık problemlerinin belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2017;7(3):148–55.
18. Eryiğit T, Şenay U. Beta Talasemi tanılı bireye OMAHA sınıflandırma sistemi ile verilen hemşirelik bakımının incelenmesi: Olgu sunumu. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*. 2023;5(1), 61-68.
19. Aktas B, Yılmaz M, Kaplan N, Cankiri B. Application of the Omaha System in the determination of healthcare needs of individuals receiving home healthcare. *J Gerontol Geriatr Res*. 2016;6(1):1–11.)
20. Jeffrey AG, George AM, Nancy LL. “Deneyisel olmayan nicel araştırma yaklaşımları” Uygulama ve Araştırma Yöntemleri. Selahattin Turan. (2. basım) Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık ve Danışmanlık; 2015. 89-100.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Epi Info™. Access: 01.08.2023. Available from: <https://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>. 2022.
22. Coşansu G, Cangöl S, Erdoğan S. The use of Omaha System in the nursing care of children with acute care needs. *Florence Nightingale J Nurs*. 2014;22(3):137–44.
23. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, Seçginli S, Coşansu G, Ardıç A. Omaha sistemi: Hemşirelikte bilgi yönetimi. *Nobel Tıp Kitabevleri*; 2017.
24. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları (2. basım). Ankara: Pegem Akademi; 2012.
25. Slipka AF, Monsen KA. Toward improving quality of end-of-life care: Encoding clinical guidelines and standing orders using the omaha system. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2018;15(1):26–37.
26. Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the future of palliative care. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018;5(1):4–8.
27. Şaylan G, Yeşilfidan D, Özvurmaz S. Omaha Sistemi. In: Akkaya R, editor. *Sağlık Bilimlerinde Güncel Tartışmalar*. Ankara: Bilgin Kültür Sanat Yayınları; 2022. p. 90–100.

28. Kangalgil Balta G, Bekiroğlu S. Palyatif bakımda psikososyal destek hizmetlerinin önemi. *Calisma ve Toplum*. 2021;71(4).
29. Saracino RM, Bai M, Blatt L, Solomon L, McCorkle R. Geriatric palliative care: Meeting the needs of a growing population. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2018;39(2):225–9.
30. Uğur Ö. Geriyatrik palyatif bakım ve hemşirelik yaklaşımı. *Abant Tıp Dergisi*. 2022;11(1).
31. Bıçak Ayık D, Can G. Palyatif bakım hastalarında konstipasyonun yönetimi ve akupresürün etkinliği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2020;7(2):141–8.
32. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı Dergisi*. 2015;27(2):104–10.
33. Kıvanç MM. Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2017;4(2):132–5. 26.
34. Uslu FŞ, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2015;4(2):81–90.
35. Tuncer Ö, Bayındır A. Palyatif bakım hastalarında malnütrisyon. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*. 2017;8(3):11–4.
36. Çınar H, Yasemin K, Enginyurt Ö. Palyatif bakım hastalarında beslenme durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi Effects of Nutritional Status on Quality of Life in Palliative Care Patients. *Bozok Tıp Dergisi*. 2017;7(4):1–7.
37. Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *J Psychiatr Nurs*. 2013;4(3):153–8.
38. Madenoğlu Kıvanç M. Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2017;4(2):132–5.
39. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Worth A, Benton TF. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliat Med*. 2004;18(1):39–45.
40. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2008;11(3):3–18.
41. Lidstone V, Butters E, Seed PT, Sinnott C, Beynon T, Richards M. Symptoms and concerns amongst cancer outpatients: identifying the need for specialist palliative care. *Palliat Med*. 2003;17(7):588–95.