



T.C.

TOKAT

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ PALYATİF BAKIM SERVİSİ
KONSÜLTASYON HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Öznur ŞAHİN

UZMANLIK TEZİ

TOKAT

2021





T.C.

TOKAT

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ PALYATİF BAKIM SERVİSİ
KONSÜLTASYON HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Öznur ŞAHİN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Nagihan Yıldız Çeltek

TOKAT

2021

TEŞEKKÜRLER

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimi hazırlama sürecinde bilgi ve deneyimi ile her zaman yanımda olan desteğini esirgemeyen tez danışmanım **Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nagihan YILDIZ ÇELTEK**'e, bilgilerinden ve deneyimlerinden asistanlığım boyunca yararlandığım değerli hocalarım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ramazan TETİKÇOK'a, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülseren OKTAY'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ufuk ÜNLÜ'ye ve Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğr. Gör. Yunus Emre KUYUCU'ya,

Asistanlık sürecimde iyi ve kötü zamanlarımı birlikte geçirdiğim, beraber çalıştığım, desteğini esirgemeyen tüm asistan arkadaşlarıma ve palyatif bakım ünitesi değerli hemşirelerine,

Her zaman yanımda olup desteğini esirgemeyen aileme, eşim Kahraman'a, kız kardeşim Kübra'ya ve canımın içi kızım Nehir'ime,

En içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Öznur ŞAHİN

Tokat-2021

ÖZET

Amaç: Global dünyada sağlık alanında yaşanan olumlu gelişmeler bireylerin yaşam sürelerinin uzaması ile beraber onkolojik hastalıkların ve komplikasyonlarının görülme sıklığında artış ile sonuçlanmıştır. Hastaların ve hasta yakınlarının uzun dönemde karşılaştıkları fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar zamanla daha fazla destek ihtiyacını doğurmuştur. Hasta ve hasta yakınlarına medikal, psikolojik ve sosyal destek alanında devreye giren palyatif bakım hizmetleri multidisipliner bir yaklaşımı hedeflemektedir. Aile hekimi liderliğinde kurulan bir palyatif bakım merkezinde farklı medikal branşların önerilerine de ihtiyaç duyulabilmektedir. Çalışmamızda diğer uzmanlık alanlarına yapılan konsültasyonları değerlendirerek sıklıkla ihtiyaç duyulan konsültasyon sebeplerini ve ilgili hekimleri saptamayı amaçladık.

Yöntem: Araştırmanın evrenini 30 Mart 2017 ve 15 Haziran 2020 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Palyatif Bakım Ünitesi'nde yatış yapılarak takip edilmiş 678 hasta oluşturmaktadır. Başvuran hastalardan onkolojik tanısı olmayan 31 hasta çalışma evreninin dışında bırakılarak onkolojik tanısı olan 647 hasta retrospektif olarak hastanenin elektronik bilgi sistemi üzerinden (ENLIL HBYS) değerlendirmeye alınmıştır. Hastaların cinsiyeti, primer onkolojik tanısı, ek hastalıkları, oral alım durumları, bası yaralarının varlığı, konsulte edildikleri branşlar, konsültasyon endikasyonları değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde SPSS 16.00 programı (Statistical Package for the Social Sciences) kullanılmış, çalışma gruplarının genel özellikleri hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı analizler yapılmış, sürekli değişkenlere ait veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde; kategorik veriler ise frekans ve n(%) şeklinde gösterilmiştir. Nitel gruplar arasındaki durum çapraz tablolar ve ki-kare uygulamaları ile değerlendirilmiştir. $p < 0.05$ 'den küçük bulunan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: 647 hastanın 390'ı (60,2%) erkek, 257'si (39,8%) kadın olup hastaların yaş ortalaması $66,7 \pm 12,8$ idi. Hastaların yatış süreleri incelendiğinde en az 1 gün en fazla 65 gün ortalama $9,5 \pm 8,9$ gün boyunca takip edildiği görüldü.

Hastaların sonlandırılma durumları incelendiğinde 647 hastanın 445'i taburcu edilmiş, 150'si vefat etmiş, 40'ı farklı bir branşın servisine devredilmiş, 11'i farklı bir branşın yoğun bakımına devredilmiş ve 1 hasta farklı bir sağlık kuruluşuna sevk edilmiştir. Yatışı uygun görülerek takip edilen hastaların primer onkolojik tanılarının dağılımına bakıldığında en sık akciğer malign neoplazmı ve daha sonra sıklık sırası ile mide, kolon, pankreas, hepatoselüler, prostat malign neoplazmı tanılarının olduğu görüldü. 647 hastanın oral alım durumları değerlendirildiğinde 331(%51,2) hastanın oral alımının yetersiz olduğu, 316(%48,8) hastanın ise oral alımının yeterli olduğu görülmüştür. Hastaların toplam konsültasyon sayısı 1.090 olup konsülte edildikleri bölümlerin sıklıkları değerlendirildiğinde en sık konsültasyon yapılan bölüm enfeksiyon hastalıkları olarak saptanmış daha sonra sıklık sıralamasına göre göğüs hastalıkları, iç hastalıkları, nöroloji, genel cerrahi ve psikiyatri gelmiştir. Mükerrer konsültasyonlar değerlendirildiğinde toplamda 320 kez olduğu ve en sık enfeksiyon hastalıkları bölümüne mükerrer konsültasyonun yapıldığı saptandı. Konsültasyon sayısı ile yaş, cinsiyet, yatış süresi, vefat etme/yaşama devam etme, oral alım ve bası yarası arasındaki ilişki incelendiğinde sadece yaşama devam etme arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup ($p<0,001$) diğerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Sonuç: Ortalama yaşam süresinin artmış olduğu günümüzde kronik hastalıklar, onkolojik hastalıklar ve komplikasyonları da daha uzun süre hastayı rahatsız etmektedir. Bu dönem içerisinde hastaya fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan destek olmayı hedefleyen palyatif bakım merkezlerinin farklı tıbbi uzmanlıklardan fikir almaya ihtiyacı olmaktadır. Daha yoğunluklu olarak hangi uzmanlıklara ve destek tedavi araçlarına ihtiyaç duyulduğunun belirlenmesi adına daha fazla sayıda çalışmaya gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Kanser, Konsültasyon, Palyatif Bakım

ABSTRACT

Aim: As a result of the positive developments in the field of global health, the incidence of oncological diseases and complications has increased with the prolongation of the life span of individuals. The physical, psychological and social problems encountered by the patients and their relatives in the long term have led to a growing need for support over time. A multidisciplinary approach is aimed with palliative care services in the field of medical, psychological and social support offered to patients and their relatives. In a palliative care center established under the leadership of a family physician, suggestions of different medical branches may be needed. In our study, we aimed to determine the frequently needed consultation reasons and the relevant physicians via evaluating the consultations requested from other specialties.

Methods: The universe of the study consists of 678 patients who were hospitalized and followed up in Tokat Gaziosmanpasa University Faculty of Medicine Palliative Care Unit between 30 March 2017 and 15 June 2020. Among the patients who were hospitalized, 31 patients without an oncological diagnosis were excluded from the study stage, while 647 patients were included in the study. Patient records were evaluated retrospectively over the hospital's electronic information system (ENLIL HBYS). Gender, primary oncological diagnosis, additional diseases, oral intake status, presence of pressure ulcer, the branches who were consulted, and the indications for consultation of patients were evaluated. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.00 program) was used for statistical analysis. Descriptive analyzes were made to give information about the general characteristics of the study groups, and the data of continuous variables were in the form of Mean±Standard Deviation while categorical data were shown as frequency and n(%). The situation between qualitative groups was evaluated by cross tables and chi-square applications. Values less than $p < 0,005$ were considered statistically significant.

Results: 390(60.2%) of 647 patients were male, 257(39.8%) were female, and the average age of the patients was 66.7 ± 12.8 . When the duration of hospitalization of the patients was examined, it was seen that they were followed up

for at least 1 day, at most 65 days, on average 9.5 ± 8.9 days. 445 of 647 patients were discharged, 150 died while lying in the service, 40 were transferred to the service of a different branch, 11 were transferred to the intensive care of a different branch, and 1 patient was transferred to a different health institution. When the distribution of primary oncological diagnoses of the patients was examined, it was seen that, respectively the most common diagnoses were lung malignant neoplasm and then stomach, colon, pancreas, hepatocellular, prostate malign neoplasm. When the oral intake status of 647 patients was evaluated, it was observed that the oral intake of 331(51.2%) patients was insufficient, while 316(48.8%) patients had sufficient oral intake. The total number of consultations of the patients was 1,090, and the most frequently consulted department was found to be infectious diseases, followed by chest diseases, internal diseases, neurology, general surgery, psychiatry diseases in order of frequency. It was determined that a total of 320 repetitive consultations were requested and the most frequently consulted department was infectious diseases. When the relationship between the number of consultations and age, gender, length of stay, death/survival, oral intake and pressure sore was examined, a significant relationship was found between the others.

Conclusion: Although the average life expectancy has increased, at the present time, chronic diseases, oncological diseases and complications disturb the patient for a longer period of time. During this period, palliative care centers, that aim to support patients physically, psychologically and socially, need to get ideas from different medical specialties. More studies are needed in this area in order to determine the areas of specialization and supportive treatments that are needed densely.

Keywords: Cancer, Consultation, Family physician, Palliative Care

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
TABLolar LİSTESİ	xi
KISALTMALAR.....	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. KANSER.....	3
2.2. KANSER ÇEŞİTLERİ	4
2.2.1. Akciğer Kanseri	4
2.2.2. Prostat Kanseri	4
2.2.3. Meme Kanseri	5
2.2.4. Kolorektal Kanser	5
2.2.5. Over Kanseri	6
2.2.6. Korpus Uteri Kanseri.....	7
2.2.7. Baş-Boyun Kanserleri.....	8
2.2.8. Merkezi Sinir Sistemi (MSS) ve Beyin Tümörleri	8
2.2.9. Çocukluk Çağı Kanserleri	9
2.2.10. Adölesan Çağı Kanserleri	9
2.2.11. Renal Hücreli Kanser	10
2.2.12. Mesane Kanseri	11
2.2.13. Malign Melanom	11
2.3. KANSER HASTALARININ FONKSİYONEL DURUMLARI VE YAŞAM KALİTESİ.....	11
2.4. KANSER HASTALARININ SEMPTOMLARI	12
2.4.1. Ağrı	13
2.4.2. Beslenme.....	23
2.4.3. Bulantı ve Kusma	26
2.4.4. İshal ve Kabızlık	26

2.4.5. Cinsel Sorunlar	26
2.4.6. Bası Yarası.....	27
2.4.7. Psikiyatrik Bozukluklar.....	28
2.4.8. Yorgunluk	30
2.4.9. Uyku Bozuklukları	31
2.4.10. Halsizlik.....	31
2.4.11. Nefes Darlığı.....	32
2.5. PALYATİF BAKIM.....	33
2.5.1. Palyatif Bakım Tarihçesi.....	36
2.5.2. Ülkemizde Palyatif Bakım Hizmeti	37
2.5.3. Dünyada Palyatif Bakım Hizmeti.....	38
2.5.4. Palyatif Bakım Hastasının Değerlendirilmesinde Kullanılan Skalalar	41
2.5.5. Palyatif Bakım ve Ölüm Yeri Tercihi.....	41
2.5.6. Palyatif Bakım ve Etik	42
2.5.7. Palyatif Bakımın Spiritüel Yönü.....	43
2.6. KONSÜLTASYON	44
2.6.1. Yasa ve Yönetmelik.....	45
3. MATERYAL–METOD.....	47
4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	48
5. BULGULAR.....	49
6. TARTIŞMA.....	63
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
8.KAYNAKLAR.....	70
9.EKLER	77
Ek 1. Etik Kurul Onay Belgesi	77

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil-1: Ağrının Sözel, Görsel, Numerik, Yüz Skalası	16
Şekil- 2: Analjezik Basamak Tedavisi.....	19
Şekil-3: Palyatif Bakım Süreci	34



TABLolar LİSTESİ

Tablo- 1: Dünya Sağlık Örgütü 1. Basamak Ağrı Tedavisi İçin Seçilmiş Nonopioid Analjezikler	20
Tablo-2: Dünya Sağlık Örgütü 2. Basamak Ağrı Tedavisi İçin Seçilmiş Zayıf Opioid Analjezikler	21
Tablo-3: Adjuvant Analjezik İlaçlar	21
Tablo- 4: Konsültasyon Sayısı ve Yaş Arasındaki İlişki.....	49
Tablo-5: Konsültasyon Sayısı ve Cinsiyet Arasındaki İlişki	50
Tablo-6: Konsültasyon Sayısı ve Yatış Süresi Arasındaki İlişki	50
Tablo-7: Hastaların Servisten Ayrılış Şekilleri	51
Tablo-8: Konsültasyon Sayısı ile Vefat Etme/Yaşama Devam Etme Arasındaki	52
Tablo-9: Hastaların Onkolojik Tanıları ve Sıklıkları	52
Tablo-10: Konsültasyon Sayısı ve Oral Alım Durumu Arasındaki İlişki	54
Tablo-11: Konsültasyon Sayısı ve Bası Yarası Arasındaki İlişki	54
Tablo-12: Konsültasyon Yapılan Branşlar ve Konsültasyon Sayıları.....	55
Tablo-13: Enfeksiyon Hastalıkları Konsültasyon Endikasyonları ve Konsültasyon	56
Tablo-14: Göğüs Hastalıkları Konsültasyon Endikasyonları ve Konsültasyon	57
Tablo-15: İç Hastalıkları Konsültasyon Endikasyonları ve Konsültasyon Sayısı.....	58
Tablo-16: Nöroloji Konsültasyon Endikasyonları ve Konsültasyon Sayısı.....	58
Tablo-17: Genel Cerrahi Konsültasyon Endikasyonları ve Konsültasyon Sayısı.....	59
Tablo-18: Psikiyatri Konsültasyon Endikasyonları ve Konsültasyon Sayısı	60

KISALTMALAR

UICC: Uluslararası Kanser Savaş Örgütü

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

TUIK: Türkiye İstatistik Kurumu

GLOBOCAN: Global Cancer Observatory

AB: Avrupa Birliği

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama Ve Eğitim Merkezi

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

KRK: Kolorektal Kanser

DM: Diyabetes Mellitus

PCOS: Polikistik Over Sendromu

EBV: Epstein-Barr Virüsü

HPV: Human Papilloma Virüsü

ICD-O-3: 3. Uluslararası Onkolojik Hastalıklar Sınıflaması

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

RCC: Renal Hücreli Karsinom

WHOQOL-100: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

WHOQOL-BREF: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form

IASP: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği

TAT: Tamamlayıcı Alternatif Tıp

TENS: Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı

NSAİİ: Non-steroid Antiinflamatuar İlaçlar

REE: İstirahat Enerji Harcaması

BKI: Beden Kitle İndeksi

NCCN: National Comprehensive Cancer Network

AIDS: Acquired İmmuno Deficiency Syndrome

WPCA: Dünya Palyatif Bakım Birliği

HEK: Hastane Etik Kurulu

DNR: Do Not Resuscitation

yy: yüzyıl

mg/dl: miligram/desilitre

g/dl: gram/desilitre

kg/m²: kilogram/metre²

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya nüfusu gittikçe yaşlanmakta olup, nüfusun en hızlı büyüyen grubunu 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır(1). Kanser tüm dünyada yaşam süresinin uzaması ile beraber daha da önem kazanmakta olan bir sağlık sorunu haline gelmiştir(2). Dünyada 1970'li yıllarda sebebi bilinen ölümler arasında 4. sırada olan kanser günümüzde kardiyovasküler hastalıklardan sonra tüm ölümlerin %12'sini oluşturarak 2. sırada yerini almıştır(2,3,4,5). Amerikan Kanser Derneği tarafından Uluslararası Kanser Savaş Örgütü (UICC) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) iş birliği ile yayınlanan Kanser Atlası'na göre bazı ülkelerde 75 yaş öncesinde kanser gelişme riskinin %35'e yaklaştığı belirtilmekte olup, 2050 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 65-74 yaş grubunda 1. ölüm nedeninin kanser olacağı öngörülmektedir(6,7).

Kanser insidansında yıllara göre değerlendirme yapıldığında tüm global istatistiklerde bir artış olduğu görülmektedir(6). DSÖ'nün verilerine göre, her yıl dünyada 6 milyondan fazla insan kansere yakalanmakta ve yaklaşık 5 milyon insan kanser nedeniyle hayatını kaybetmektedir(5). DSÖ verilerine göre dünyada 2018 yılında 18.1 milyon yeni kanser tanısı konulmuş ve 9.6 milyon insan kanser nedeni ile hayatını kaybetmiştir(8). Kanser insidansındaki %1'lik artışın öngörülmesi ile 2030 yılında 24 milyon insanın yeni kanser tanısı alacağı ve 17 milyon insanın ise kanser nedeniyle hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir(8,9). T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2000-2006 yılları aralığı incelendiğinde 396 bin kanser vakası saptanmış olup, Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) verileri incelendiğinde 2009 yılında kansere bağlı ölümün %20'ye yükseldiği görülmüştür(10,11). Türkiye'de her yıl ortalama 150 bin kişiye kanser tanısı konulmakta ve 140 bin kişi ise kanser nedeniyle hayatını kaybetmektedir(11). 2050 yılında nüfusun yaklaşık %20'sinin 65 yaş ve üzeri olması öngörüldüğünden kanser oranının da artarak 2030 yılında kansere yakalanan kişi sayısının 500 bine ulaşacağı tahmin edilmektedir(1,7).

Mevcut verilerin ışığında, dünyada yaklaşık 28 milyon kanser hastası ve bu hastalara bakım vermekte olan hasta yakınlarının kanser ve ilişkili sorunlar ile başetmek zorunda kaldığını söyleyebiliriz(12). Kanser hastalığının kendisine veya tedavide kullanılan yöntemlere bağı olarak gelişebilen iştahsızlık, ağrı, bulantı, kusma, nefes darlığı ve psikolojik sorunlar hem hasta hem de hasta yakınları açısından stres faktörü olup yaşam kalitelerini düşürmektedir(12,13). Bu aşamada palyatif bakım üniteleri hasta ve hasta yakınlarına medikal, psikolojik ve sosyal destek amacıyla devreye girmektedir. Palyatif bakım gibi sağlık hizmetlerinin uygulanması ve koordinasyonunda kendine kayıtlı nüfusa biyolojik ve tinsel açıdan en vakıf olan aile hekimleri ile birlikte hareket etmenin gerekliliği mutlaka gözönünde bulundurulmalıdır(14).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KANSER

Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2018 verilerine göre en sık görülen kanser %11.6 oranı ile solunum sistemi kanserleri olup kansere bağlı ölümlerde ilk sırada %18.4 oranı ile solunum sistemi kanserleri yer almaktadır. Tüm dünyada en fazla görülen türlere bakıldığında akciğer, meme ve kolorektal kanserler ilk sırada yer almaktadır. Erkeklerde en sık görülen kanserler akciğer, prostat ve kolorektal kanser iken kadınlarda en sık görülenler ise sırasıyla meme, kolorektal ve akciğer kanserleridir(15).

Kanser Ulusal Sağlık Enstitüleri tarafından 2009 yılında yapılan araştırma sonucunda dünyada kanserin maliyetinin 259600 milyar dolar olduğu saptanmıştır. İstatistiklere göre Türkiye'nin Avrupa Birliği (AB) ülkeleri içerisinde kansere en fazla harcama yapan ilk altı ülke arasında yer aldığı saptanmış olup, kanser vakalarının insidansının her yıl arttığı noktasına dikkat çekersek ileriye dönük bu maliyetlerin daha da artacağı aşıkardır(9).

Kanser önlenemeyen, erken tanı sayesinde yaşam süresi uzatılıp yaşam kalitesi artırılabilen bir hastalıktır. Kanserinin insidansının ve dolayısıyla maliyetinin artması, kanserin önlenmesini, erken tanı ve tedaviyi zorunlu kılmaktadır. Ülkemizde uygulanacak etkin sağlık politikaları ile kanser hastası açısından olumlu sonuçların elde edilmesinin yanı sıra ekonomik alanda tasarruf sağlanabilecektir. Bu amaçla Türkiye' de ilk olarak Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından Ulusal Kanser Kontrol Programı faaliyete geçirilmiştir. Bu program kapsamında Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) kurulmuş olup merkezde sigara bağımlılığı ile mücadele, çevresel onkojenik faktörlerin azaltılması çalışmaları, meme, serviks ve kolorektal kanserler açısından risk gruplarına yönelik tarama faaliyetleri yürütülmektedir. Ayrıca hastalara psikososyal ve tıbbi destek sağlanıp, kanser tanısı konan hastaların ilgili merkezlere yönlendirilmesi yapılmaktadır(9).

2.2. KANSER ÇEŞİTLERİ

2.2.1. Akciğer Kanseri

Akciğer kanseri 20.yy'ın ortalarından sonra insan sağlığını tehdit eden, önemli morbidite ve mortaliteye sahip bir hastalık haline gelmiştir(10). Sigara kullanımının onkojen oluşumuna ve tümör supresör gen mutasyonuna sebep olması nedeniyle en önemli risk faktörü olduğu düşünülmektedir(16). Ayrıca kronik obstruktif akciğer hastalığının (KOA) sigaradan bağımsız olarak akciğer kanseri riskini arttırdığı bilinmektedir(1).

Akciğer kanseri her iki cinsiyette de 60-70'li yaşlarda en yüksek seviyesine ulaşmakta olup DSÖ verilerine göre de akciğer kanserli hastaların üçte ikisinin 65 yaş ve üzeri olduğu gösterilmiştir(1). Cinsiyet ayrımı yapılmaksızın akciğer kanserinin her yıl %0.5 oranında arttığı saptanmıştır. Dünyada 2008 yılında 1.6 milyon kişi akciğer kanseri tanısı almış olup yeni tanı konulan kanser vakaları arasında %13'lük dilimde yer almıştır(10). GLOBOCAN 2018 verilerine göre dünyada erkeklerde en sık rastlanan kanser %14.5'lik oranla akciğer kanseridir(17). Türkiye'de de benzer şekilde Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Daire Başkanlığı'nın 2005 yılı bulgularına göre %30,13'lük oranla en fazla görülen kanser türü akciğer kanseridir. Tüm yaş gruplarında kansere bağlı en sık ölüm nedeni yine akciğer kanseri olarak saptanmıştır. Beklenen 5 yıllık sağ kalım oranı ise %16'dır(16).

2.2.2. Prostat Kanseri

GLOBOCAN 2018 verilerine göre dünyada prostat kanseri akciğer kanserinden sonra 2. sırada gelmekte iken ülkemizde Türkiye Birleşik Veri Tabanı bulgularına göre prostat kanseri solunum ve sindirim sistemi kanserlerinden sonra 3.

sırada gelmektedir. Mortalite açısından ise prostat kanseri akciğer, karaciğer, mide ve kolorektal kanserden sonra gelerek 5. sırada yer almaktadır(17).

2.2.3. Meme Kanseri

Kanser tanısı alan 4 kadından 1'i meme kanseri tanısı almaktadır ve kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir. Birçok ülkede kadınlarda kanser ölümlerinde meme kanseri 1. sırada gelmektedir. Toplam kansere bağlı ölümler arasında ise nispeten daha iyi prognozlu olması nedeniyle 5. sırada yer almaktadır. Meme kanserlerinin tamamının %1'ini erkek hastalar oluşturmaktadır. Kadın hastalarda erkek hastalara göre daha erken evrede tanı konulabilmektedir. Meme kanseri insidansında 40-50 yaşlarından itibaren hızlı bir artış görülmektedir(18). Birinci derece yakınında aile hikayesi olanlarda risk 1.8 kat artarken, birden fazla yakınında aile öyküsü olanlarda risk 3.9 kata kadar artmaktadır (4).

Meme kanseri risk faktörlerinden en önemlisi yaş olmakla beraber erken menarş, az sayıda gebelik, geç gebelik, hormon replasman tedavisi (HRT) de risk faktörleri arasında sayılabilir. Günümüzde tarama yöntemlerinin gelişmiş olması ve toplumun meme kanseri konusunda bilinçlenmesi sonrası daha erken evrelerde tanı konulabilmektedir(18).

2.2.4. Kolorektal Kanseri

Dünya Sağlık Örgütü 2018 verilerine göre kolorektal kanser (KRK) insidans olarak her iki cinste 3. sırada yer alırken mortalite bakımından erkeklerde 4., kadınlarda ise 3. sırada yer almaktadır(19,20). 2018 yılında yaklaşık 1,8 milyon KRK tanısı konmuştur ve 881.000 hastanın bu sebepten dolayı vefat ettiği tahmin edilmektedir. Avrupa, Avustralya ve Kuzey Amerika gibi gelişmiş ülkelerde insidans

yüksek iken, gelişmekte olan ülkelerde özellikle Afrika ve Asya'da KRK tanısının daha düşük oranlarda olduğu bildirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre Türkiye KRK insidans ve mortalitesi yüksek olan ülkeler arasındadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı 2010 verilerine göre KRK tanısı kadın ve erkeklerde 3.sırada yer almaktadır(19). KRK insidansı her iki cinsiyette de yaşla beraber artmakta olup 75 yaş üzerinde ise en sık görülen kanser türüdür(20). Prognoz evre ile ilişkili olup hastaların %40'ına erken evrede tanı konulabilmektedir(19).

KRK gelişiminde en önemli etkenlerin yaş ve genetik etmen olduğu bilinmekle beraber çevresel faktörler, erkek cinsiyet, aile hikayesi, obezite, yaşam şekli ve beslenme alışkanlıkları (batı tarzı beslenme, alkollü içecekler, işlenmiş et tüketimi), radyasyon, diyabetes mellitus (DM) gibi ek faktörlerin de etkisi vardır(19,20). Akdeniz tipi beslenmenin KRK insidansını azalttığı gösterilmiştir. 40 yaş altında KRK nadir iken 40-50 yaş sonrası görülme sıklığı anlamlı olarak artmaktadır(19). KRK'lerin %6-10'unun aile hikayesi olanlarda görüldüğü ve KRK tanısı olan bireylerin 1/3'ünün 1.dereceden akrabalarında da kanser öyküsü olduğu saptanmıştır(20).

Risk faktörleri göz önünde tutularak KRK tarama programları geliştirilmiş ve bu sayede erken tanı-tedavi şansı ile morbidite ve mortalitenin azaltılması planlanmıştır. Tarama programlarına dahil etme yaşı olarak ise 50 yaş sınır olarak belirlenmiştir(19).

2.2.5. Over Kanseri

Over kanseri gelişmiş ülkelerde 9,4/100.000 insidansla ve 5,1/100.000 mortalite oranıyla 2. en sık görülen jinekolojik malignite olup; gelişmekte olan ülkelerde 5/100.000 insidans ve 3,1/100.000 mortalite oranıyla 3. en sık görülen jinekolojik malignitedir. Beş yıllık sağ kalımının %45'in altında olduğu saptanmıştır. Türkiye'de ise en sık görülen 2. jinekolojik malignite olup endometriyum kanseri

daha sık gözlenmektedir. Over kanserinin tanı konma yaşı ortalama 63'tür ve risk yaş ile orantılı olarak artmaktadır(21).

Over kanseri açısından saptanan risk faktörleri arasında ileri yaş, erken menarş, geç menapoz, nulliparite, endometriozis, polikistik over sendromu (PCOS) ve sigara kullanımı sayılabilir. Over kanserinden koruyucu faktörler ise multiparite, emzirme, histerektomi ve kombine oral kontraseptif kullanımı olarak sayılabilir. Over kanserine ait şikayetlerin sıklıkla nonspesifik olması nedeniyle (bel ağrısı, sık idrara çıkma, karında şişlik vb.) tanının geç konma oranı yüksektir(21).

2.2.6. Korpus Uteri Kanseri

Korpus uteri malignitesi gelişmiş ülkelerde en sık görülen jinekolojik malignite iken, gelişmekte olan ülkelerde en sık görülen jinekolojik malignite serviks uteri kanseridir. Ülkemize baktığımızda durum gelişmiş ülkeler ile benzer olup jinekolojik kanserler arasında en sık görüleni korpus uteri kanseridir. Kadınlarda kanser sıralamasına göre ise meme, tiroid ve kolorektal kanserden sonra 4. sırada gelmektedir(22).

Dünya genelinde hastaların ortalama tanı konma yaşı 60'dır. Korpus uteri kanseri tanısı alan hastaların büyük çoğunluğunda sıklıkla tek şikayet vajinal kanama olmaktadır. Vajinal kanama şikayeti spesifik bir şikayet olması nedeniyle hastalar erken evrelerde iken ilgili sağlık kuruluşlarına başvurmakta ve dolayısıyla sıklıkla erken evrelerde tanı konulabilmektedir. Erken tanı ve erken tedavi sayesinde hastalarda sağ kalım düzeyi yüksektir(22).

Korpus uteri kanseri için tanımlanan risk faktörleri arasında geç menapoz, obezite, nulliparite, tamoksifen kullanımı ve PCOS sayılabilir(22).

2.2.7. Baş-Boyun Kanserleri

Baş-boyun maligniteleri, anatomik bölgelerine göre orofarinks, oral kavite, nazofarinks, hipofarinks, larinks, sinonazal yerleşimli maligniteleri tanımlamaktadır. Baş-boyun kanserleri dünyada en sık görülen 6. kanser çeşididir. Çalışmalar baş-boyun kanserlerinin yaşla arttığını göstermekte olup, gelişmiş ülkelerde kadınlarda daha az görülmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 2011-2015 yılları arası Kanser İstatistik Verilerine göre baş-boyun kanseri tanısı almış olan hastaların %46'sı larinks karsinomu iken, %25'i ise oral kavite tümörleridir(23). EUROCORE-5 Avrupa ülkelerinde baş-boyun kanserli hastaların beş yıllık sağ kalımlarını değerlendirdiği çalışmada sırasıyla larinks, nazofarinks, orofarinks, oral kavite tümörlerini saptamıştır. 1992-2016 yılları aralığında baş-boyun kanserlerinin tüm anatomik yerleşim yerlerinde tanı konma prevalansı artmışken larinks karsinomunda bu artışın daha net olduğu görülmüştür(23).

Baş-boyun kanserleri açısından risk faktörleri olarak sıklıkla sigara ve alkol tüketimi suçlanmakla beraber Epstein-Barr Virusü (EBV), Human Papilloma Virus (HPV), radyasyona maruz kalma, genetik faktörler, çevresel faktörler ve nitrozaminde sayılabilir(23).

2.2.8. Merkezi Sinir Sistemi (MSS) ve Beyin Tümörleri

3. Uluslararası Onkolojik Hastalıklar Sınıflaması (ICD-O-3)'na göre hipofiz bezinden, meninkslerden, sinirlerden ve pineal bezden kaynaklanan tümörler merkezi sinir sistemi (MSS) tümörleri olarak sınıflandırılırken beyin parankim dokusundan kaynaklanan tümörler beyin tümörleri olarak sınıflandırılmıştır(24). Erişkinlerde MSS tümörlerinin görülme sıklığı düşük olmasına rağmen zaman geçtikçe insidansında global olarak artış gözlenmektedir. Tüm kanser hastalarının %1-2'sini oluşturup, saptanan tümörlerin %85-90 beyin tümörlerinden oluşmaktadır. Diğer malignitelere göre uygulanabilen kemoterapinin kısıtlı olması nedeniyle prognoz

kötü seyretmekte olup özellikle yüksek gradeli tümörlerde (astrozitom, glioblastom) beş yıllık sağkalım süresi %5,5–29,7 aralığında değişmektedir(25). Bu tümörlerde gelişen nörolojik semptomlar nedeniyle sosyal yük diğer tümörlere göre daha fazladır(24).

2.2.9. Çocukluk Çağı Kanseri

DSÖ 2016 verilerine göre her yıl 0-19 yaş arası çocuklarda yaklaşık 300.000 çocuk onkolojik tanı almakta ve yaklaşık 80.000 çocuk bu sebepten dolayı hayatını kaybetmektedir. Amerika 2015 yılında çocukluk çağı kanser vakalarının 5 yıllık sağ kalımını %84,1 olarak saptamış olup bu oran Avrupa'da ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle beraber %75'in üzerinde saptanmıştır. Amerika'da 2019 yılı verilerine göre çocukluk çağı ölüm sebeplerinin en sık nedeni kanser olmasına rağmen ülkemizde ve gelişmekte olan ülkelerde kansere bağlı ölümler 4. sırada yer almaktadır. Ülkemizde Türk Pediatrik Onkoloji Grubu ve Türk Pediatrik Hematoloji Derneği'nin yaptığı çalışmada 2009-2018 yılları arasında çocukluk çağı kanserleri arasında sıklık sırasına göre lösemi, lenfoma, MSS tümörleri yer almaktadır. DSÖ bu veriler ışığında çocukluk çağı kanserlerini halk sağlığı problemi olarak göstermektedir(26).

2.2.10. Adölesan Çağı Kanseri

Kanser insidans ve mortalite çalışmalarında 15-19 yaş aralığı adölesan dönem olarak kabul edilmektedir. Adölesan dönemde kanser görülme oranı her iki cinsiyette birbirine yakın orandadır. Anatomik yerleşim bölgelerine göre sıklıkla hematopoietik sistem tutulmakta olup daha az sıklıkla da MSS tutulumu gözlenir. Deri kanserlerinden en sık melanom, endokrin kanserlerden ise en sık tiroid kanseri gözlenir. Çocukluk dönemine ait embriyonik kanserlere adölesan dönemde çok az

rastlandığı ve germ hücreli tümörlerin, kemik tümörlerinin, rabdomyosarkom dışı yumuşak doku tümörlerin, Hodgkin dışı lenfomaların daha sık gözlemlendiği saptanmıştır(27).

2.2.11. Renal Hücreli Kanser

Renal Hücreli Karsinom (RCC) ürolojik kanserler arasında prostat ve mesane kanserinin ardından 3. sırada gelmektedir. Tüm kanserlerin %4,2'sini oluşturup tüm kanser kaynaklı ölümlerin %2,4'ünü temsil etmektedir. SEER analizine göre 2006-2015 yılları arasında her yıl insidansı %0,6 artmakta olup, ölüm hızı ise %0,7 oranında artış göstermektedir. SEER 2009-2015 verilerine göre ortalama 64 yaş civarında insidansı yükselmekte olup, 40 yaş altında ve çocuklarda nadiren gözlenir. Kadınlarla kıyaslandığında erkeklerde %50 daha yüksek oranda görülür. Prognostik faktörleri arasında tümörün evresi, grade ve lenf nodunun varlığı önemlidir. Retroperitoneal bir organ olması nedeniyle uzun süre asemptomatik kalabilmekte ve tanı geç evrede konulabilmektedir. Spesifik tedavi ajanları ve immünoterapi seçeneklerinin artması ile hem lokalize hastalıkta hem de ileri evre hastalıkta sağ kalım süreleri uzamıştır. Ölüm yaşı ortalama 71'dir(28).

RCC'nin risk faktörleri arasında en fazla suçlanan faktör sigara kullanımı olmakla beraber arsenik maruziyeti, obezite ve hipertansiyon da risk faktörleri arasında sayılabilir. Arsenik maruziyeti RCC riskini %30 arttırırken, sigara kullanımının ise ileri evre hastalık ile ilişkisi olduğu saptanmıştır(28).

2.2.12. Mesane Kanseri

Erkeklerde kadınlara göre 4 kat daha sık gözlenen mesane kanseri, ülkemizde kansere bağlı ölümlerde erkeklerde en fazla mortal seyreden 5. kanser olarak sıralanmıştır. Ortalama tanı yaşı 60 ve üzeri olup 35 yaş altında nadiren tanı konulmaktadır(29).

Mesane kanseri etiolojisinde risk faktörü olarak beyaz ırk, sigara kullanımı, mesleki maruziyet, hormonal faktörler sayılabilir. Özellikle siyah tütün tüketiminde daha fazla olmak üzere sigara içenlerde mesane kanseri gelişme riski, sigara içmeyenlere göre 3-4 kat artmış durumdadır(29).

2.2.13. Malign Melanom

Melanoma sıklıkla ciltteki epidermal melanositlerden gelişmektedir. DSÖ her yıl yaklaşık 132.000 yeni tanı melanoma vakası tahmin etmektedir. Melanoma dışındaki deri kanserleri genel olarak ileri yaşlarda görülürken melanoma 20-45 yaş aralığında pik yapmaktadır. Kadınlarda daha sık görülmesine karşın erkek hastalarda prognoz daha iyidir(30).

Melanoma risk faktörleri arasında çocuklarda güneşe maruz kalma sayılabilirken ek olarak beslenme alışkanlığı, saç boyası, sigara kullanımı, stres ve floresans ışıkları da sayılabilir(30).

2.3. KANSER HASTALARININ FONKSİYONEL DURUMLARI VE YAŞAM KALİTESİ

Fonksiyonel durum bir kişinin gereksinimlerini karşılaması, günlük yaşam döngüsünü devam ettirebilmesi, sorumluluklarını gerçekleştirebilmesi, sağlık ve

iyilik halini sürdürebilmesi demektir. Hastalığın varlığı bu döngülerde aksamaya sebep olabilmekte ve devamında emosyonel sorunlara neden olmaktadır. Fonksiyonel durumun değerlendirilmesi kişinin sorumluluklarını yerine getirip getiremediğine dikkat edip, kişinin özbakımını yapıp yapamadığına bakarak tespit edilebilir. Bu değerlendirmeler sonucunda lüzüm halinde medikal tedavide değişiklik yapılabilir ve psikolojik destek açısından yardımcı olunabilir. Fonksiyonel durum kapsamlı değerlendirme, etkin tedavi ve danışmanlık ile iyileştirilebilir bir durumdur(5).

Yaşam kalitesi DSÖ'ye göre kişilerin kendi kültürleri bağlamında amaçları, yaşamdan beklentileri açısından kendilerini nasıl algıladıkları olarak ifade edilir. Yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında kişinin fiziksel ve psikolojik durumu, sosyal ilişkileri, inanç durumu, hastalık durumu ve alınan psikolojik destek sayılabilir. Sağlık çalışanlarının hedefi hem hastanın hem de hasta yakınının yaşam kalitesini yüksek tutacak şekilde bakım vermek ve destek hizmetlerine ulaşabilmesini sağlamaktır(14).

Sağlıkta yaşam kalitesi genel ölçekler ve hastalığa özel ölçekler ile 2 şekilde ölçülebilir. Genel ölçekler tedavinin etkisini değerlendirmek ve hastalık sürecini takip etmek amacıyla kullanılırlar. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-100) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (WHOQOL-BREF) genel ölçek amacıyla kullanılır. Özel ölçekler ise belirli bir hastalık ve duruma odaklandıklarından dolayı daha duyarlı olup genel ölçeklerden daha iyi yanıt verirler. Rotterdam Semptom Listesi, Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi, Fonksiyonel Yaşam İndeksi sayılabilecek özel ölçekler arasındadır(31).

2.4. KANSER HASTALARININ SEMPTOMLARI

Kanser hastalığının tanı ve tedavi aşamasındaki olumlu gelişmeler kanserli bireylerin sağ kalım sürelerini uzatmış ancak devamında daha fazla ileri evrede olan

ve çok sayıda semptomu sahip bireylerin artmasına sebep olmuştur(32). Hastalarda semptom durumu hastanın yaşına, cinsiyetine, hastalığının evresine ve ek hastalıklarına bağlı olarak değişmektedir(11). Kanser hastalarında ağrı başta olmak üzere iştahsızlık, ağızda yara, yutma güçlüğü, bulantı, kusma, kabızlık, nefes darlığı, unutkanlık, halsizlik, baş dönmesi, idrar tutamama, anksiyete, kaşıntı ve vücutta şişlik gibi çok sayıda semptom görülebilir(33). Semptom tanılmasında kullanabileceğimiz Memorial Symptom Assessment Scale veya Edmonton Symptom Assessment Scale gibi envanterler mevcuttur(32). Bu semptomların nedenlerini ve sonuçlarını bilmek, semptomları kontrol altına alabilmek hem hastayı hemde hasta yakınına rahatlatıcak olması nedeniyle önemlidir(11).

2.4.1. Ağrı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) tanımlamasına göre ağrı; “Vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan organik bir nedene bağlı olan ya da olmayan kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, sensoriyel, emosyonel hoş olmayan bir duygu”dur. Palyatif bakım merkezlerinde ise ağrı Margo Mc Caffery'nin tanımıyla “Hasta ne tanımlıyorsa odur” şeklinde tanımlanır ve palyatif bakımın temel hedeflerinden biri ağrıyı önleyebilmektir(33,34). Hastaların tarifi ile ise “ölümün kendisinden daha korkunç” olarak tanımlanmakta olup palyatif bakım merkezlerine başvurunun en sık sebebidir. Onkolojik hastaların %70'i hastalıklarının herhangi bir döneminde ağrı hissetmekte iken hastaların yaklaşık %80-90 kadarında ağrı tedavisi yetersiz kalmaktadır(35). Ağrının onkolojik tanı tiplerine göre sıklıklarına bakılacak olursa baş-boyun, kemik ve serviks kanserlerinde %80, meme, akciğer, pankreas ve mide kanserlerinde %60-70, kolorektal, genitoüriner sistem kanserlerinde %40-60, hematopoietik sistem kaynaklı tümörlerde ise %20 oranında ağrı semptomu görülmektedir. Kontrol altına alınamamış ağrı acil servis hizmetlerine başvuru sıklığını da arttırmaktadır(34). Dünya genelinde her yıl yaklaşık 4-5 milyon kişinin kanser tanısı aldığı varsayıлып ileri evrelerde şiddetli ağrı şikayetlerinin olacağı gözönünde bulundurulursa ağrının hem bir sağlık sorunu hemde sosyal bir sorun olduğu kabul edilmelidir(31).

Hastaların fonksiyonel durumunu azaltan en önemli faktör ağrının yoğunluğu olarak saptanmıştır. Ağrı şikayeti, hastada hastalık stabil seyretmekte olsa bile kişinin üretkenliğini ve sosyal yaşamındaki rolünden memnuniyetini olumsuz olarak etkiler. Hastanın üretken olduğu sürenin azalmış olmasına bağlı olarak hem kendi hem de sorumluluğunu üstlendiği bireylerin gelirinde azalma meydana gelir. Bu süreç hastada umut kaybı ve depresyona sebep olarak beraberinde korku, sosyal ilişkilerin olumsuz etkilenmesi, konsantrasyon ve kontrol kaybı, kızgınlık ve suicidal düşünceler ortaya çıkabilir(31).

2.4.1.1. Ağrı Sebepleri

1-Kanserin Kendisine Bağlı Gelişen Ağrı

Sebepler sıklıkla tümörün ağrıya duyarlı yapılara invazyonu ve basısından kaynaklanmaktadır. Kemik invazyonu, tümörün sinir dokusu ile infiltrasyon olması, içi boş veya solid organ kanallarının tıkanması, sinir köklerine ve plexuslarına bası, vasküler infiltrasyonlar kanserin kendisine bağlı gelişen ağrıya örnek verilebilir(34).

2-Tedaviye Bağlı Gelişen Ağrılar

Onkolojik hastaların %19'unda cerrahi, radyoterapi ve kemoterapiye bağlı ağrı gözlemlenmektedir. Cerrahi tedaviye bağlı olarak akut dönemde postoperatif ağrı, kronik dönemde ise posttorakotomi veya radikal boyun diseksiyonu sonrası görülen ağrılarla beraber lenfödeme bağlı ağrı ve fantom ağrıları görülebilir. Kemoterapiye sekonder akut dönemde gastrointestinal sistem hasarına bağlı, miyalji, kardiyomiyopati, mukozit ve pankreatit sebebiyle ağrılar gözlemlenirken kronik dönemde ise periferik nöropati ve aseptik kemik nekrozuna bağlı ağrılar gözlemlenebilir. Radyoterapiye bağlı ise cilt yanıkları, mukozit ve gastrointestinal sistem kramplarına bağlı ağrı gözlemlenebilir(36).

3 - Kanser Dışı Nedenlere Bağlı Ağrılar

Onkolojik hastaların %14'ünde ağrı kanser kaynaklı olmadığından her ağrı şikayeti onkolojik tanıya bağlanmamalı ve lüzum halinde ileri inceleme yapılmalıdır(34). İncelemeler sonucunda ağrı sebebini açıklayacak organik bir patolojinin saptanmaması halinde idiyopatik ağrı olabileceği ve psikolojik-davranış bozuklukları ile psikiyatrik gelişim gösterebileceği akılda tutulmalıdır(37).

2.4.1.2. Kanser Ağrısının Fiziopatolojisi

Ağrı tedavi planında öncelikli olarak ağrının özelliklerinin tam olarak sorgulanması gerekmektedir(36). Böylelikle tedavide uygun ajan kullanımı sağlanarak gereksiz ilaç kullanımından kaçınılmış olunur.

Somatik Ağrı: Kitlesel etki sonucu mediyatörler aracılığıyla nosiseptörlerin uyarılmasına bağlı ortaya çıkan ağrıdır. Sızlama ve zonklayıcı karakterde lokalize edilebilir özelliktedir(34).

Visseral Ağrı: Hasarın olduğu visseral organlarda (gastrointestinal sistem, kardiyovasküler sistem, solunum ve genitoüriner sistem) bulunan nosiseptörlerin uyarılması ile ortaya çıkan ağrı olup, kramp tarzında ve kemirici karakterdedir(34).

Nöropatik Ağrı: Santral veya periferik sinir sisteminde zedelenme söz konusu olduğunda uyarı iletimindeki normal düzenin bozulması ile ortaya çıkan ağrı şeklindedir. Fantom ağrıları ve postherpetik nevralji örnek olarak verilebilir. Nöropatik ağrı tipinin opioidlere yanıtı zayıf olup antikonvülzanlar ve lokal anestezipler daha etkilidir(34).

Psikosomatik Ağrı: Ağrının temelini psikolojik sorunun oluşturduğu, minimal organik hasarların bile bu zemin üzerinde abartılı olarak algılandığı ağrı şeklindedir(34).

2.4.1.3. Ağrının Değerlendirilmesi ve Şiddetinin Belirlenmesi

Hastanın ağrısı değerlendirilirken anamnezinde primer onkolojik tanısı, ağrının süresi, başlangıç zamanı, sıklığı, şiddeti ve ağrının şekli mutlaka sorgulanmalıdır(34). Ağrı subjektif bir veri olması nedeniyle şiddetini belirlemede ana kaynak hastanın ifadeleri olup hasta ve yakınına söyledikleri konusunda güvenilmelidir(34,36). Ağrının değerlendirme ve tedavisinin etkinliği açısından takip aşamasında kullanılan ağrı skalaları Şekil-1’de gösterilmiştir.



Şekil-1: Ağrının Sözel, Görsel, Numerik, Yüz Skalası(38)

2.4.1.4. Ağrı Tedavisi

Kanser ağrı tedavisinde temel yaklaşımlarımız tümörün tedavi edilmesi ile ağrı kaynağını ortadan kaldırmak ya da azaltmak, ağrının kendisinin tedavi edilmesi veya her ikisinin birlikte uygulandığı yaklaşımlardır. Tümörün kendisinin tedavisi amacıyla radyoterapi, kemoterapi, cerrahi ve palyatif cerrahi yöntemlerini kullanabiliriz. Ağrı kontrolü sağlanamadığı takdirde ağrıya yönelik olarak non-farmakolojik, farmakolojik ve invaziv ağrı tedavi metodlarını kullanabiliriz(34).

Kanser Ağrısı Tedavi Yöntemleri:

- A- Non-farmakolojik yöntemler
- B- Farmakolojik yöntemler
- C- İnvaziv yöntemler
 - 1- Nörolitik bloklar
 - 2-Rejyonel analjezi
 - 3-Radyofrekans termokoagülasyon
 - 4-Açık cerrahi(36)

A-Non-Farmakolojik Yöntemler (Bütünleştirici/İntegratif Tedaviler)

Bilimsel ve modern tedavi dışındaki farmakolojik olmayan tedaviler tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) uygulamaları olarak adlandırılır(39). TAT uygulanma amacı analjeziklerin kullanım miktarının azaltılarak ağrı kontrolünün sağlanıp yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Yapılan çalışmalar TAT uygulamalarının hem tek başına hem de farmakolojik yöntemlerle kombine olarak uygulanmasının ağrının azaltılmasında veya tamamen ortadan kaldırılmasında etkin olduğunu ortaya koymuştur. Farmakolojik ajanlarla kıyaslandığında yan etkilerinin olmaması ve ekonomik maliyetinin daha az olması TAT uygulamalarını avantajlı hale getirmektedir(40). Uygulanma sıklığına bakıldığında onkolojik hastalar arasında en az 1 kez TAT uygulama sıklığı %20-83 aralığındadır(39).

TAT uygulamaları içerisinde akupunktur, hipnoz, gevşeme/meditasyon, hayal kurma, müzik, dua, dinsel danışmanlık, psikolojik destek, özel diyet, bitkisel tedavi, vitaminler, iyileştirici dokunma, masaj, refleksoloji, soğuk-sıcak uygulama, Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS), vibrasyon, dikkati başka yöne çekme egzersizleri ve solunum egzersizleri yer almaktadır(35,39,40).

Refleksoloji; belirli noktaların iç organlara karşılık geldiği düşüncesi ile sıklıkla el ve ayaklar olmak üzere vücudun spesifik noktalarına basınç uygulanarak yapılır. Vücudun sol tarafındaki organlara ulaşan refleksler sol ayakta mevcut iken, sağ taraftaki organlara ulaşan refleksler ise sağ ayakta bulunmaktadır. Refleksoloji

bedendeki enerji statüğünü düzenleyerek enerji kanallarındaki tıkanıklıkların yok olmasına sağlar(35).

Akupunktur; vücuttaki enerji akımları arasındaki denge ve uyumu sağlamak amacıyla vücudun belirlenmiş noktalarının deri ve deri altına ulaşacak şekilde iğne uygulaması şeklinde yapılan bir yöntemdir. TAT uygulamalarında en sık kullanılan ve kanıt seviyesi en yüksek olan uygulamadır(35). Kanser hastalarında gelişen bulantı-kusma, nefes darlığı ve bacaklarda oluşan ödem endikasyonlarında kullanımının etkili olduğu gösterilmiştir(39).

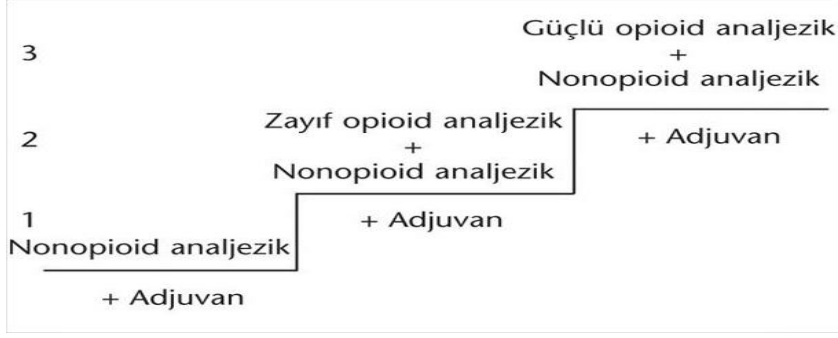
Hipnoz; özellikle çocuklarda akut ve kronik ağrı şikayetinde etkili olduğu gösterilen, bir kişinin bir başkasının etkisinde olarak direktiflerinde ve önerilerinde algılamanın artması olarak ifade edilebilir. Ağrı şikayeti üzerindeki etkisini kas relaksasyonu, algısal değişiklik ve bilişsel dikkati çekme şeklinde göstermektedir. Ayrıca kemoterapi alan hastalarda bulantı ve kusma şikayetleri açısından da faydalı olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir(39).

Müzik; dikkati farklı bir yöne çekme yöntemi ile kişinin ağrıya dayanma gücünü ve endorfin salgılanmasını artırır(35).

Masaj; kan dolaşımını arttırarak, kas spazmını gevşeterek bireyin rahatlamasını sağlar. Ağrıya sebep olan birikmiş metabolitler kan dolaşımının arttırılması ile uzaklaştırılarak ağrı azaltılabilir. Çalışmalar onkolojik hastalarda 10 dakikalık masajın ağrı semptomunda gerilemeye yardımcı olduğunu göstermiştir(40).

B- Farmakolojik Tedavi

DSÖ zamanla ağrı şikayeti olan hasta popülasyonunun artmış olması dolayısıyla 1980 yılında ağrı şikayetini halk sağlığı sorunu olarak ifade etmiş ve 1982 yılında İtalya’da yapmış olduğu toplantıda ağrı basamak tedavisinin planını çizmiştir(34). Analjezik olarak NSAİİ, zayıf opioid, güçlü opioid ve adjuvan ilaçların kullanıldığı üç basamaktan oluşan tedavi şablonu oluşturulmuştur(36). Günümüzde kanser ağrısı tedavisinde yaygın olarak kullanılan rehber DSÖ Kanser Ağrısı Tedavisi Programı’nın önerdiği “Analjezik Basamak Tedavisi” rehberi Şekil-2’de gösterilmiştir.



Şekil- 2: Analjezik Basamak Tedavisi(41)

Basamak tedavisinde hastanın ağrısının şiddetine uygun olan basamaktan tedavi başlanmalıdır, tedavide her zaman ilk basamaktan başlamak zorunlu değildir(34,36). Seçilecek ilaç tedavisinin kişiye özel olmasına, ağrı kontrolünü tüm gün sağlayacak ajanların seçilmesine ve ilaç kullanım şeklinin öncelik olarak oral yol olmasına dikkat edilmelidir(36). Bu rehberde ait uygulamada hastaların basamak tedavisine uygun şekilde, sabit saatlerde, oral ilaç alımları ile ağrı şikayetinde %80 oranında azalma olması beklenmektedir(34).

Sıklıkla birinci basamakta opioid olmayan parasetamol ve non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİD) tekli veya kombine olarak seçilirler. Birinci basamak tedaviden yeterince fayda görmeyen hastalarda ikinci basamağa geçilir ve birinci basamağa ilave olarak kodein, dihidrokodein veya propoksifen gibi zayıf etkili opioidler eklenir. Ağrı şikayetinin devamı halinde bir üst basamak olarak üçüncü basamağa geçilir ve zayıf etkili opioid kesilerek yerine güçlü etkili opioid olarak morfin, buprenorfin, hidromorfin, metadon ve fentanil gibi ajanlar eklenir. Adjuvan ilaçlar tüm basamaklara eklenebilen ve ağrının karakterine göre tercih edilmesi gereken ajanlardır. Özellikle nöropatik ağrı karakterine sahip olan hastalarda adjuvan ilaçlar olarak antikonvulzan ajanları tercih etmek uygundur. Mevcut tedavisini düzenli ve uygun şekilde kullanan hastalarda alevlenme ağrılarının olması halinde kısa etkili ve hızlı ek doz olarak 24 saatlik total dozun %10-15'i kadar ek doz almaları gerekebilir. Ek dozun günlük 4 uygulamadan fazla olması halinde rutin tedaviye ek dozların yavaş salınımlı formunu eklemek gerekebilir(36).

Ağrı tedavisinin etkinliğe ulaşabilmesi için uygun tedavinin sabit sürelerde alınması önem arz etmektedir. Analjezikler ağrının gelişmesini önlemede ağrıyı kesmekten daha etkilidirler. Basamak tedavisinin uygulandığı hastalarda karşılaşılan en sık yan etkiler bulantı, kusma ve kabızlık olarak sayılabilir(34).

Tablo- 1: Dünya Sağlık Örgütü 1. Basamak Ağrı Tedavisi İçin Seçilmiş Nonopioid Analjezikler(36)

Madde	Yaygın Olarak Kullanılan Formları	Etki Başlama Zamanı (Dk)	Yan Etki	Maksimal Günlük Dozu
Asetaminofen (parasetamol)	500-1000 mg tablet, supozituvar	15-30	Hepatotoksisite	4*1 gr
Asetilsalisik asit	500-1000 mg tablet	15-30	Gastrointestinal sistem toksisitesi, allerji, trombosit inhibisyonu	3*1 gr
İbuprofen	200-400-600 mg tablet; 800 mg yavaş salımlı tablet, lokal jel	15-30	Gastrointestinal sistem ve renal toksisite	4*600 mg; 3*800 mg yavaş salımlı tablet
Diklofenak	25-50-75 mg tablet; 100 mg yavaş salımlı tablet	30-120	Gastrointestinal sistem ve renal toksisite	4*50 mg; 2*100 mg
Ketoprofen	25-75 mg tablet; 100-150-200 mg yavaş salımlı tablet	30+	Gastrointestinal sistem ve renal toksisite	4*75 mg; 2*200 mg
Naproksen	250-500 mg kapsül 250-375-500 mg tablet	30+	Gastrointestinal sistem ve renal toksisite	2*500 mg
Mefanamik asid	250-500 mg kapsül	30+	Gastrointestinal sistem ve renal toksisite	4*500 mg

Tablo-2: Dünya Sağlık Örgütü 2. Basamak Ağrı Tedavisi İçin Seçilmiş Zayıf Opioid Analjezikler(36)

Madde	Yaygın Olarak Kullanılan Formları	Oral Morfine Göre Etkisi	Etki Süresi (Saat)	Maksimal Günlük Dozu	Tedavi Başlama Dozu
Dihidrokodein	60-90-120 mg yavaş salımlı tablet	0,17	12	240 mg	60-120 mg
Tramadol	100 mg/ml damla; 50 mg kapsül 100-150-200 mg yavaş salımlı tablet	0,1-0,2	2-4	400 mg	50-100 mg
Kodein	15-30-60 mg tablet		4-6	360 mg	15-60 mg

Tablo-3: Adjuvant Analjezik İlaçlar(34)

Anksiyolitikler	Diazepam Hidroksizin
Lokal Anestezikler	Lidokain
Amfetamin	Dekstroamfetamin
Antidepresanlar	Amitriptilin, Nortriptilin, İmipramin, Doksepin
Kortikosteroidler	Prednizolon
Antikonvülsanlar	Pregabalin, Gabapentin, Fenitoin, Karbamazepin, Valproat
Nöroleptikler	Metotrimeprazin

C- İnvaziv Yöntemler

İnvaziv yöntemler non-farmakolojik ve farmakolojik tedaviden yeterince fayda görmemiş hastalarda, ilaç yan etkisi nedeniyle farmakolojik destek alamayan hastalarda, kendi tercihi ile ilaç kullanmak istemeyen hastalarda kullanılabilir

yöntemlerdir. Bu yöntem dahilinde sinir bloğu, intratekal, intraventriküler ve epidural opioid uygulaması, radyofrekans termokoagülasyon, spinal kord stimülasyonu ve açık cerrahi işlemler yapılabilir(34).

2.4.1.5. Kanserde Ağrı Kontrolündeki Yetersizlik Sebepleri

Ağrı tedavisindeki başarısızlıklar hastanın mağduriyetini arttırmakla beraber acil servislere başvuru sıklığını ve agresif müdahaleye ihtiyacı arttırmaktadır(30). Uygun ağrı tedavisi sonucunda başarı oranı %80-90 oranında olabilecekken tedavide yaşanan aksaklıklar nedeniyle başarı %30-40 civarında kalmaktadır(36).

Ağrı kontrolündeki başarısızlığın birkaç ayağı mevcuttur;

Sağlık Profesyonelleri İle İlgili Bariyerler:

- Ağrının tanımlanmasındaki yetersizlikler,
- Ağrı yönetimdeki bilgi eksiklikleri,
- Analjezik ajanların yeterince bilinmemesi,
- Düşük ilaç dozu ile tedavi etme çabası,
- Opioidlerin bağımlılık yapma endişesi,
- Opioidlerin yan etkilerinden çekinme,
- Yasal zorluklar,
- Ağrı şikayetine yeterince önem verilmemesi,
- Ağrı şikayetinin yeterli sıklıkta değerlendirilmemesi,
- Non-farmakolojik yöntemlere başvurulmaması.

Hasta İle İlgili Bariyerler:

- Ağrı şikayetini söylememe,
- Analjezik ilaçları kullanmadaki isteksizlik,
- Bağımlı olma korkusu,
- Kanserde ağrının doğal bir semptom olarak algılanması,
- Tedavi olanaklarını bilmeme

Sağlık Sistemi İle İlgili Bariyerler:

- Ağrı şikayetine öncelik vermeme,

- İlaç ulaşımındaki güçlükler,
- İlaç yönetmeliklerindeki yetersizlikler,
- Yasal düzenlemelerdeki eksiklikler(34,42).

Hastada gelişebilecek olan bağımlılık korkusu sağlık personelinin hastanın ağrısını kötü yönetmedeki en yaygın sebeplerinden biridir. Bağımlılık oranının %1'den daha düşük olduğuna dikkat çekersek sağlık personelinin bu tutumunun bilgi eksikliğinden kaynaklandığını söyleyebiliriz. Diğer yanlış fikir ise opioid kullanımının özellikle terminal dönem hastalarında solunum depresyonu yapacağı yönündeki endişedir. Ağrı tedavisi ve kullanılan ajanlar açısından sağlık personellerinin tümü için ve devamlılık arz eden eğitimler gerekmektedir(42).

Hastaların ağrıyı hastalığın doğal bir sonucu gibi ve son dönem belirtisi olarak görmeleri, opioidlere bağlı yan etki ve ilaç toleransının gelişmesi endişesi nedeniyle ağrıyı bildirmekten kaçınması nedeniyle hasta ve yakınları tedaviye uyumsuz olabilirler. Özellikle yaşlı hastalarda morfin ve benzeri ajanlara karşı bağımlılık korkusu önemlidir. Hastalar ayrıca ilaç yan etkilerinden bulantı, kusma ve kabızlığa karşı endişe duymaktadır. Bu endişelere sahip hastalara yan etkilerin önceden belirlenebileceği ve yönetilebileceği konusunda bilgi vermek ilaç kullanımı önündeki bariyerin zayıflatılmasına yardımcı olacaktır. Hasta ile ilgili bariyerler açısından sadece hastanın değil hasta yakınının da eğitimi ve karar sürecine aktif katılımının sağlanması tedaviye uyumu arttıracaktır(42).

2.4.2. Beslenme

Dengeli ve yeterli beslenmek hayati fonksiyonların devamlılığı için zorunludur. Beslenme; sağlığın korunmasında ve devamlılığında, hastalıkların tedavi sürecinde önemli rol oynar ve yaşam kalitesini artırır. Uygun bir diyet onkolojik hastalarda tedavinin başarısı ve gelişebilecek komplikasyonları azaltması açısından çok değerlidir ancak hastalarda kanser ve kanser tedavisinin yan etkileri nedeniyle dengeli ve yeterli beslenememeye bağlı olarak malnütrisyon çok sık

gözlenmektedir(43,44). Kanser tanısı konan tüm hastalar tanı anından itibaren sürekli olarak malnütrisyon açısından taranmalıdır(45). Kilo kaybının varlığı kanserli bir hastada yaşam beklentisinin azaldığını göstermektedir(46). Kanserli bir bireyde istirahat enerji harcamasının (REE) sağlıklı bir bireye göre daha fazla olması kaşeksiye katkıda bulunmaktadır. Kanserli hastalarda glukoz intoleransının olması kilo kaybına olumsuz yönde katkı sağlamaktadır. Gıda alımının azalmış olması, stres artışı ve tümörün salgılamış olduğu lipolitik maddeler sayesinde lipolizde artış olup bu durum kilo kaybı ile sonuçlanmaktadır(46).

Hastalara uygulanan kemoterapiye bağlı olarak bulantı, kusma, ishal, iştahsızlık, tat alamama, mukozit, yemekten tiksine, karın ağrısı, bağırsak tıkanıklıkları, kabızlık ve erken doyunluk hissi oluşması gibi faktörler malnutrisyona zemin hazırlamaktadır(45,47). Tüm bu yan etkiler uygulanan kemoterapinin çeşidine ve dozuna bağlı olarak değişmekle birlikte malnütrisyon riski göz önünde bulundurularak hastalara beslenme desteğinin verilmesi hastanın yaşam kalitesi üzerine olumlu katkı sağlayacaktır(44,45). Radyoterapi ise uygulanan alana, süresine ve radyoterapinin türüne bağlı olarak dildeki tat tomurcukları üzerinde toksik etki, özafajit, diş hasarı, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, enterit ve kolit yaparak beslenme bozukluğuna sebep olabilir(45).

Anoreksi; kemoterapinin yan etkilerinden en erken ortaya çıkan besin tüketiminde istemsiz azalma olarak tarif edilebilir(44). Hastalığın tanı aşamasında %40-50 oranında gözlenirken, ileri evrelerde %50-70 oranında gözlenebilmektedir (45). Tedavi yan etkisi olarak karşımıza çıkmakla beraber primer tümöre veya gastrointestinal sistem metastazlarının lokal etkisine bağlı olarak da gözlenebilir. Kanser hastalarında sıklıkla gözlenen depresyon, endişe ve korku gibi psikiyatrik sorunlar da anoreksiye sebep olur(44).

Kanser kaşeksisi; malnutrisyonun en ciddi formu olup kas ve vücut yağlarının kaybı, iştahsızlık, erken doyunluk hissi, hipoalbuminemi, anemi, hiperlipidemi, karaciğer fonksiyon bozukluğu, halsizlik, ödem, glikoz intoleransı ve anerji ile seyreden komplike bir durumdur(44,45). Kanser kaşeksi sendromunun bireyin yeterli

ve dengeli beslenememesi, anabolik yetersizlik, katabolik süreç, kemoterapi ajanlarının olumsuz etkileri, tümöre bağlı faktörler ve metabolizmadaki değişikliklerin kombinasyonu sonucu olduğu düşünülmektedir(44). Anoreksi-kaşeksi sendromu onkolojik hastaların %30-80'inde görülmektedir(45). Kemoterapi ve radyoterapi malnutrisyona zemin hazırlayarak kaşeksi sürecini hızlandırırken, kaşeksi kemoterapi ve radyoterapiye toleransı azaltır ve cerrahi komplikasyonları arttırır(44,45).

Malnutrisyon; protein, enerji ve diğer nutrientlerin yetersiz alınması veya emilimin bozuk olmasına bağlı vücuda yetersiz girişi sebebiyle organların fonksiyon ve boyutlarında kayıplara ve klinik olarak saptanabilen yan etkilere sebep olabilen durumdur(43,44,47). Malnutrisyon derecesi tümörün anatomik bölgesiyle, alınan kemoterapinin miktarı ve süresi ile ilişkilidir(44). Malnutrisyon kanser hastalarının tamamının %40-80'ini etkilemektedir ve kansere bağlı mortalitenin yaklaşık %30 kadarında malnutrisyona sekonder gelişen kardiyovasküler ve solunum yetersizliği sorumlu tutulmaktadır(45,48). Palyatif bakım hastalarında ise %52.8 oranında saptanmış olup yaşam kalitesini belirgin ölçüde düşürmektedir(43).

Malnutrisyon sonucu multisistemik etkilenme sebebiyle solunum yetersizlikleri, dolaşım bozuklukları, yara iyileşme sürecinde gecikmeler, gastrointestinal sistemde atrofiye bağlı bakteriyel translokasyonlarda artış sonucu sepsis ve psikiyatrik bozukluklar gelişebilmektedir(47). Timus atrofisine bağlı olarak enfeksiyonlara eğilim artmaktadır(43,47).

Malnutrisyonu önlemeye yönelik çaba harcamak malnutrisyonu tedavi etmekten daha kolaydır(46). Palyatif bakım hasta grubunda malnutrisyon sıklıkla karşılaştığımız bir sorun olması nedeniyle malnutrisyonu önlemek ve tedavi edebilmek palyatif bakımın önemli basamaklarından birisidir. Beslenme desteği hastanın onkolojik tanı aldığı andan itibaren ve takipleri süresince lüzüm halinde uygulanması şeklinde akılda tutulması gereken bir durumdur(48).

2.4.3. Bulantı ve Kusma

İleri evre onkolojik hastalarda bulantı sıklığı %7-49 iken kusma sıklığı %11-78 arasındadır. Bulantı kişinin yaşam kalitesini ciddi ölçüde düşürmektedir(11).

2.4.4. İshal ve Kabızlık

Onkolojik hastalarda ishal oluşumunun sebepleri arasında ileri yaş, anksiyete, abdomen ve pelvik bölgeye radyoterapi uygulaması, kemoterapi, bağırsak rezeksiyonları, enteral beslenme, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, whipple ve vagotomi gibi cerrahi işlemler sayılabilir(11). Kemoterapiye bağlı ishal insidansının %50-%80 oranında değişebilmektedir(49).

Onkolojik hastaların %54'ü hastalıklarının herhangi bir döneminde kabızlık şikayetinden yakınmaktadır(11). Kabızlık oluşumunun sebepleri arasında ileri yaş, hastanın mobilizasyonunun az olması, bağırsak alışkanlığındaki değişiklikler, laksatif kullanımının olması, beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler, kemoterapi ajanları, opioid, antikolinergik ilaç ve kalsiyum kanal blokörlerinin kullanım öyküsü, nörolojik yetersizlikler ve depresyon sayılabilir(11,33). Hastada öncelikle ileus, fekaloid tıkaç, dehidratasyon, kitle basısı ve invazyon gibi organik patolojiler ekarte edildikten sonra semptomatik tedavi uygulanabilir(33).

2.4.5. Cinsel Sorunlar

Kanser hastalarında alınan kemoterapi ve radyoterapi gibi tedaviler, cerrahi işlemlere bağlı beden imajında yaşanan değişiklikler, nefes darlığı, ağrı, stres, gastrointestinal ve genitoüriner sistemde görülen fonksiyon bozukluklarına bağlı gelişen semptomlar cinsel birliktelikte isteksizliğe ve azalmaya sebep olabilir(11).

2.4.6. Bası Yarası

Bası yarası uzun süreli basınç nedeniyle sürtünme ve sıkışma sonucu oluşabilen hipoksik kalmış dokunun kaybıdır. Bası ülserlerinin oluşumunda en önemli iki faktör süre ve basınçtır. Sıklıkla trokanterik, sakral ve iskiyal bölgede oluşmaktadır. Yaşla birlikte dermal kan dolaşımında azalma, epidermisteki incelme, artmış immobilizasyon, lenfatik dolaşımın bozulması ve ödem gelişimi, kas fonksiyonlarının zayıflamış olması nedeniyle bası yaralarının prevalansı ileri yaşta artmaktadır. Özellikle yaşlı hasta grubunda gözlenen fekal ve üriner inkontinans, dış uyaranları algılama düzeyindeki azalma ciltte zedelenmeye ve bası yarasına zemin hazırlamaya yardımcı olmaktadır. İskemik alanlarda bakteriler daha kolay çoğalabilir ve mevcut bası yarasının iyileşmesine olumsuz katkıda bulunabilirler. Bası ülserlerindeki enfeksiyon lokalize bir durumdan sistemik hale geçerek sepsise kadar ilerleyebilir. Bası yarası oluşumuna olumsuz katkıda bulunan diğer faktörler stres, kardiyovasküler problemler, BKI'nin yüksek olması, yetersiz beslenme ve ilaç kullanımı olarak sıralanabilir. 51 yaş üzerinde bası ülserlerinin gelişimi için risk faktörlerinin arttığı 65 yaş üzerinde ise bası ülseri riskinin arttığı saptanmıştır. Hastaneye yatışı yapılan 70 yaş üzeri hastalarda iki hafta içerisinde bası ülseri gelişme riski %70 oranında saptanmıştır(50).

Hastanede kalış süresini, morbidite ve mortaliteyi arttırması ve tedavi maliyeti olarak kardiyovasküler hastalık ve kanserden sonra 3. sırada gelmesi nedeniyle ciddi bir bütçe gerektiren bası yaralarının önlenmesi ilk hedef olmalıdır.

İki saatte bir 5 dakika süreyle basıncı ortadan kaldırmak (hastaya 30 derece yan tarafa yatış pozisyonu vermek, klinik durumu uygunsa prone pozisyonu vermek) önleyici yaklaşımda primer uygulama şeklidir. Bası yarası oluşumunu engelleme açısından risk grubundaki hastalar belirlenmeli, rutin olarak inspeksiyon yapılmalı, cilt bakımı sağlanmalı, cildin kuru ve temiz olmasına dikkat edilmeli, pamuklu kıyafetler seçilmeli, beslenme düzeni sağlanmalı, enfeksiyon açısından riskli görülen bölgelere bariyer krem uygulanmalı, oda ısısı ayarlanmalı, hasta ve hasta yakını bilgilendirilmelidir. Sağlık personelleri ise hastalara bası yarası açısından risk

analizini yapmalı ve iskemik dokunun oksijenizasyonunu sağlama açısından anemi ve hipovolemiyi düzeltmelidir(50).

Bası yarası oluşumunda majör faktörlerden olan basıncı azaltabilmek için statik ve dinamik yöntemlerden faydalanılabilir. Statik yöntemlerden pansuman, yastıklar, yumurta kapları kullanılabilirken dinamik yöntem olarak hava dolaşımli yataklar kullanılabilir. Konservatif yaklaşımda yara örtüleri ve yara temizliği uygulanabilir ancak ileri evre bası ülserlerinde cerrahi müdahale ihtiyacının olabileceği akılda tutulmalıdır(50).

2.4.7. Psikiyatrik Bozukluklar

Kanser ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olmasının ötesinde hastayı umutsuzluk, suçluluk, terk edilme duygusu ve ölüm korkusu ile yüzleştirmesi sebebiyle psikolojik açıdan da olumsuz olarak etkileyebilecek bir süreci içermektedir(3). Hasta bir yandan kansere yönelik tedavi sürecine karar vermek ve adapte olmak için çabalarken diğer taraftan duygusal stres boyutunu da kontrol altında tutmaya çalışır. Elizabeth Kübler Ross hastaların ölümcül hastalık karşısında vermiş olduğu psikolojik tepkilerini inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak 5 evrede sıralamıştır. Bu evreleri yaşama ya da hiç yaşamaksızın atlatabilme durumu onkolojik hastalarda hastalığın türü, anatomik yeri, süresi, klinik belirtileri, hastanın daha önceki tıbbi özgeçmişinde yaşadıklarına nasıl uyum sağladığı, psikolojik ve fiziksel rehabilitasyon kapasitesi, sosyal çevresi ve sağlık personelleri ile olan ilişkisi ile bağlantılıdır(51). Onkolojik hastalarda ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar bu süreç içerisinde normal olarak kabul edilmemeli ve gerek halinde müdahale edilmelidir. Çalışmalar sonucunda kanser tanısı almış olan hastaların %47'sinde tanı konacak seviyede ruhsal bozukluk olduğu saptanmıştır(3).

Onkolojik hastalarda görülen psikososyal komplikasyonları depresyon, uyum bozukluğu, kaygı bozukluğu, anksiyete, organik beyin sendromları (deliryum, demans), kişilik değişiklikleri ve ağrılı sendromlara eşlik eden psikiyatrik bozukluklar olarak söyleyebiliriz(3).

Major depresyon; kanser hastalarında sık görülen psikiyatrik hastalık grubunda olup hastanın özbakımını, yaşam kalitesini, tedaviye uyumunu olumsuz etkileme potansiyeline sahip bir durumdur(52). Kanser hastalarında depresyon görülme prevalansı hastanın yaşına, kanserin çeşidine, evresine, tedavinin şekline ve süreye bağlı olmaktadır(12). Risk faktörleri açısından bakıldığında psikiyatrik bozukluk öyküsünün varlığı, özsaygının düşük olması, ileri evre kanser, ağrı kontrolünde başarısızlık, alkol bağımlılığı, sosyal ve duygusal desteğin yetersiz olması, duygusal stresin fazlalığı sayılabilir(51,52). Depresif belirtilere olumsuz katkıda bulunabilen tıbbi durumlar arasında ise anemi, ağrı, elektrolit bozuklukları, glukokortikoidler ve tedavi ajanlarının yan etkileri sayılabilir(51).

Onkolojik hastalarda depresyon normal olarak kabul edilmemeli ve mutlaka tedavi başlanmalıdır(51). Depresyon tedavisi başlanmadığı takdirde onkolojik tedavi uyumunda bozulma, morbiditede artış, hastanede yatış süresinde uzama ve tedavi masraflarında artış, uyku bozuklukları, sosyal problemler, ötenazi talebi ve sağlık personeli yardımlı intihar isteği artmaktadır(3,51). Kanser ve majör depresyon kombinasyonunun ölüm riskinde artışa sebep olduğu gösterilmiştir(51).

Anksiyete bozukluğu; özellikle genç ve orta yaştaki kemoterapi alan hastalarda sık görülen klinik durumdur(51).

Akut stres bozukluğu; hastanın başa çıkma seviyesini aşan bir travmaya maruz kaldığının göstergesi olup en hızlı ortaya çıkıp en kısa sürede ortadan kaybolan durumdur(51).

Deliryum; yaşlı kanser hastalarında daha sık gözlenen akut başlangıçlı olup duygu durum değişikliği, uyku düzeninde değişiklik, görsel ve işitsel varsanılar, ajitasyon, anksiyete, irritabilite, konsantrasyonda zorlanma ve hatırlayamama şikayetleri ile başlayan, dalgalı seyir gösteren, tedavi ile geri dönüşümü mümkün olan organik beyin hasarıdır. Hastanede yatan hastaların %14-55'inde görülen deliryum terminal dönem onkolojik hastaların son haftalarında %90 oranında

görülmektedir(51). Deliryumu tetikleyebilecek faktörler arasında geçirilmiş serebrovasküler hastalık öyküsü, demans, enfeksiyon varlığı, ilaçlar, elektrolit bozuklukları, odada takvim-saat ve camın olmaması, dehidratasyon, duyu kaybı ve hipoksik ensefalopati sayılabilir(33,51). Tedavi edilmediği takdirde kalıcı unutkanlık ve konsantrasyon güçlüğüne sebep olabilir(3).

Özkıyım; kanser tanısı almış olmak hastada özkıyım riskini arttırmaktadır ve bu risk özellikle kişinin yeni tanı aldığı dönemde en yüksektir. Risk faktörleri arasında hastanın genç yaşta olması, fiziksel kayıplar-çirkinleşme, beyine radyoterapi uygulanması, bilişsel işlevlerde bozulma, kronik ağrı, olası infertilite durumu, kardiyak sorunlar, hastalığın kötü prognozlu olması, özgeçmişte varolan psikiyatrik bozukluk ve tükenmişlik sendromu yer almaktadır(51).

Hastalarda tanı ve tedavi süresince yaşanan depresyon ve anksiyete, kişinin durum ile başetme yöntemlerini kullanmada etkisiz kalmasına, sosyal etkileşimde bulunmakta zorluk çekmesine, algılama düzeyinde bozulmaya, yaşam kalitesinin bozulmasına, tedaviye uyumda bozulmaya, hastanede kalış süresinde uzamaya sebep olmaktadır(12,52). Hastaların kaygılarını azaltmak, tedaviye uyumuna yardımcı olmak, kendini ifade etmesine yardımcı olmak, yaşam gücünü arttırmak ve sorunlarla baş edebilmesini sağlamak amacıyla psikososyal desteğe ihtiyaçları vardır. Bu amaçla uygun psikososyal desteğin sağlanabilmesi için psikososyal onkolojiden yardım alınabilir(3).

2.4.8. Yorgunluk

Yorgunluk çabayı sürdürmeye yönelik yetersizlik şeklinde tarif edilmekte olup kanser hastalarında sık görülen, günlük yaşamın getirisi olan yorgunluktan kalite ve şiddet açısından farklı, istirahat ve uyuma ile geçmeyen, fiziksel ve zihinsel fonksiyonları olumsuz etkileyen bir durumdur(51). Yorgunluğu etkileyen faktörleri ileri yaş, kanserin tipi ve evresi, uykusuzluk, ağrı, depresyon, besleme yetersizliği,

kas zayıflığı ve kronik hastalık varlığı olarak sayabiliriz. Kanser hastalarında yorgunluğun biyolojik sebepleri arasında nöromüsküler fonksiyonlardaki değişiklikler, anemi, kas metabolitlerinin birikimi, adenozin trifosfat sentezindeki bozukluklar ve serotonin düzenindeki anormallikler yer almaktadır(11).

2.4.9. Uyku Bozuklukları

Genel popülasyonda %5-35 oranında gözlenen insomnia, kadın, meme kanseri tanılı, ileri evre hastalarda daha sık görülmekle beraber kanser hastalarında %30-50 oranında görülmektedir(51,53). İnsomniaya sebep olan onkolojik faktörler kanserin tipi ve evresi, tedaviye bağlı yan etkiler ve iatrojenik etkiler olarak sıralanabilir(51). Bulantı, kusma, cerrahi işlemler, ağrı, solunum sistemi ve üriner sistem yakınmaları ve kaşıntı gibi şikayetler uyku düzeninde bozulmalara sebep olabilir(11).

Uyku düzeninin bozulması immün sistemin baskılanmasına, tümör progresyonuna, enfeksiyona yatkınlık oluşmasına katkıda bulunarak prognozu etkilemekte ve mortaliteyi arttırmaktadır(53).

2.4.10. Halsizlik

Halsizlik onkolojik hasta grubunda fonksiyonel aktiviteyi olumsuz etkileyen, fonksiyonel aktiviteden bağımsız dinlenmekle geçmeyen, tedaviye uyumu azaltan, yaşam kalitesini düşüren öznel bir şikayettir. National Comprehensive Cancer Network'un (NCCN) açıklamasına göre "Kanser veya tedavisi ile ilişkili yaygın, günlük aktiviteleri etkileyen subjektif yorgunluk hissi" olarak tanımlanmıştır. Kanserde hastanın ilk başvuru şikayeti olabilen halsizliğin prevalansı %4-91 aralığında değişmektedir. Halsizlik şiddeti, hastalık ilerledikçe ve alınan tedavi ile doğru orantılı olarak artıp, tedavinin bitiminden sonra uzun süre devam edebilir.

Avrupa Palyatif Bakım Araştırma Grubu'nun (European Association for Palliative Care) halsizlik ve sağkalım ile ilişkili yaptığı çalışmada; ortalama sağkalım süresi 90 gün ve altında olan hastalarda halsizlik ve sağkalım süresi ilişkisiz olarak saptanıp, ortalama sağkalım süresi 90 gün üzerinde olan hastalarda anlamlı ilişki saptanmıştır(54).

Halsizlik şikayetine katkıda bulunan ek faktörler arasında prognozu olumsuz etkileyen ve mortaliteyi arttıran anemi, iştahsızlık, kaşeksi, psikolojik semptomlar, diyabetes mellitus, hipotiroidi, elektrolit bozuklukları, ağrı, dehidratasyon, enfeksiyon varlığı, insomnia ve immobilizasyon yer almaktadır(54,55). Son dönem hastalarında halsizlik ile beraber bilişsel işlev bozuklukları da görülebilir(54).

2.4.11. Nefes Darlığı

Nefes darlığı; soluk alma eforunda artış, hava açlığı hissetme, normalden daha hızlı soluk alma ve soluğu tam olarak verememe gibi ifadelerle tarif edilen solunumsal rahatsızlık durumudur. Hasta ve yakınlarını korkutan, anksiyete duymalarına sebep olan ve hastalara ölüm duygusunu en fazla yaşatan nefes darlığı semptomu, akut ataklarla veya ileri evre hastalarda ara ara akut atakların olduğu kronik nefes darlığı ile görülebilir(14). Nefes darlığı ilerlemiş onkolojik hastalığa bağlı olabileceği gibi akciğer enfeksiyonuna, plevral efüzyona, pulmoner emboliye, kardiyovasküler rahatsızlıklara, karaciğer hastalıklarına, renal yetmezliğe, anemiye, yaygın kas atrofisine ve anksiyeteye bağlı olarak da gözlenebilir(33). Hastalar nefes darlığı şikayetleri ile başa çıkabilmek için yalnız kalmayı tercih etmektedirler. Sonuç olarak depresyon, yaşam kalitesinde düşme ve stres sıklıkla görülmektedir(14).

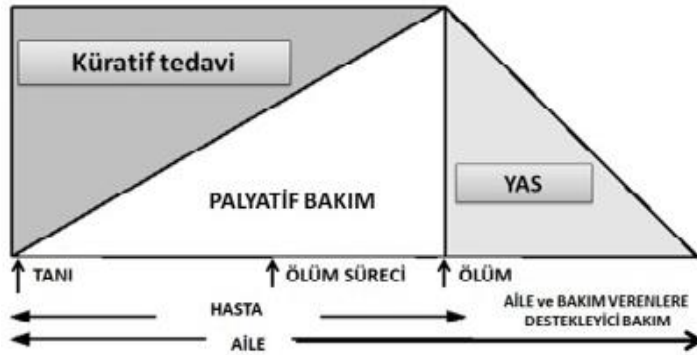
2.5. PALYATİF BAKIM

Tüm insanlar yaşamlarının son dönemlerinde bakımlarının iyi olması talep eder ve acısız bir şekilde vefat etmek isterler. Bu isteğin insanlık hakkı olmasının yanı sıra yaşam sonu bakım ülkelerin sağlık kalitelerinin de bir belirteçidir(56). Kanser tanı ve tedavi sürecindeki gelişmeler hastaların yaşam süresinin uzamasına olanak sağlarken, ileri evre kanser tanılı hasta popülasyonunun artmasına ve beraberinde prognozu belirsiz, birçok semptomu yaşayan bir onkolojik hasta kitlesinin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Yaşam süresi uzamasına rağmen yaşam kaliteleri azalan hasta grubu için özel bir bakım ihtiyacı doğmuştur(57).

Türk Dil Kurumu palyatif kelimesini tanım olarak “Hastalığı tamamen ortadan kaldırmayan, kesin çözüm olmayan, etkisi geçici ve kısa süreli, rahatlatmayı amaçlayan tedavi” olarak yapmıştır(58,59). DSÖ palyatif bakım tanımını ilk olarak 1986 yılında “Palyatif Bakım hastalığı küratif tedaviye yanıt vermeyen hastanın aktif total bakımıdır. Ağrının, diğer belirtilerin ve psikolojik, sosyal ve tinsel (spiritüel) sorunların kontrolü başlıca konulardır. Palyatif bakımın amacı hastalar ve aileleri için olası en iyi yaşam kalitesinin sağlanmasıdır.” şeklinde yapmış olup 2002 yılında bu tanımı revize ederek “Palyatif Bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla ilişkili sorunla karşılaşan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini, acılarının erken saptanması ve kusursuz bir değerlendirme ile önlenmesi ve dindirilmesi ve ağrının, fiziksel, psikososyal ve manevi diğer sorunlarının tedavisi yoluyla geliştiren bir yaklaşımdır.” şeklinde değiştirmiştir(60). DSÖ 2014 yılında “Palyatif bakım tüm hekimlerin vicdani sorumluluğudur.” ifadesini eklemiş olup ayrıca hasta yakınlarının da bu süreçte ihtiyaç duyabileceği psikolojik, fiziksel ve sosyal desteklerinin sağlanması sorumluluğu da palyatif bakım tanımlamasına eklenmiştir(58). Palyatif bakım felsefesini Dr. Saunders’ın “Palyatif bakım, her bireyin kendine özgü öyküsü, ilişkileri ve kültürü olduğu ve bireyin eşsiz bir varlık olarak saygı görmeye değer olduğu anlayışıyla başlar.” ifadesi sade bir şekilde özetlemektedir(60).

Palyatif bakım anlayışında her insana saygı duyulur, her insan özel ve eşsiz kabul edilir(60). Bu anlayışla palyatif bakım hizmetinin her hastanın kültürel, dini ve kişisel değerlerine uygun olarak mesleki değerler, evrensel etik değerler sınırları

içerisinde ve her ülkenin kendi yasaları çerçevesinde hassas bir şekilde sunulması hedeflenmektedir(58,60). Palyatif bakım hizmetine hasta ve hasta yakını bu hizmeti almayı kabul ettiğinde başlanır(60). Günümüzde ölümcül hastalığa sahip hastalarda, hastanın son dönemine kadar agresif tedavi anlayışı yerini hasta yakını merkezli ve yaşam kalitesinin daha ön planda tutulduğu tedavi şekline bırakmıştır(61). Palyatif bakım hizmeti ilk gündeme geldiği dönemlerde ölümcül hastalarda kür şansının kalmadığı terminal evrede sunulmaya başlanırken günümüzde hedef ölümcül hastalık tanısı konulduğu andan itibaren tedavi ile eş zamanlı olarak başlatılmasıdır(14). DSÖ'ye göre palyatif bakım hizmeti ölümcül hastalık tanısı almış tüm hastalara sunulması gerekirken klinik pratikte sıklıkla kanser hasta grubu ile sınırlı kalmaktadır(13).



Şekil-3: Palyatif Bakım Süreci(58)

Palyatif bakım üniteleri hastaneye yakın ek bir binada ya da hastane içerisinde yer alırlar. Evde bakım hizmetlerinin hastanın semptomlarını kontrol altına alamadıkları durumlarda palyatif bakım üniteleri devreye girmektedir. Yatarak tedavi görüp semptomları kontrol altına alınan hastalar taburcu edilebilirler ancak semptom kontrolü sağlanamayan instabil hastalarda hastanın vefatına kadar serviste tedavi almaları sağlanmalıdır(62).

Palyatif bakım desteği gerektiren hastalıklar motor nöron hastalıkları ve nörolojik hastalıklar, kanser, ileri dönem organ yetmezlikleri, Acquired Immuno

Deficiency Syndrome (AIDS), çocuklarda genetik ilerleyici hastalıklardır(33). DSÖ'nün yapmış olduğu bir çalışma sonuçlarına göre her yıl yaklaşık 40 milyon insan palyatif bakım hizmetine gereksinim duymaktadır. Bu hasta grubunun %39'unda kardiyovasküler hastalık, %34'ünde kanser, %10'unda kronik akciğer hastalığı, %6'sında AIDS ve %5'inde ise diyabet bulunmaktadır. Ancak aynı çalışma sonuçlarına göre palyatif bakım gereksinimi olan hastaların %86'sı bu hizmeti alamamakta, %83'ü ağrı şikayetinden mağdur olmaya devam etmekte, palyatif bakım ihtiyacı olan çocuk grubunun ise %98'i gelişmişlik düzeyi orta ve düşük olan ülkelerde yaşamaktadır(60).

Hasta açısından palyatif bakım sürecinin erken başlaması daha iyi bir yaşam kalitesi sunmaktadır(32).

Hasta odaklı palyatif bakım hizmetinin amaçları:

- Başta ağrı olmak üzere diğer rahatsızlık veren semptomları tedavi etmek,
- Ölümün doğal bir süreç olarak algılanmasını sağlamak,
- Hastanın psikolojik ve spiritüel yönlerine odaklanmak,
- Hastanın fiziksel rehabilitasyonunu sağlamak,
- Hastalığının stres faktörleri ile baş edebilmesinde destek olmak,
- Maximum fiziksel, sosyal ve mesleki fonksiyonunu kazandırmaya yardımcı olmak,
- Hastanın yaşam kalitesini yükseltmek,
- Yapılacak girişimlerin ve alınacak kararların algılanmasında yardımcı olmaktadır(33,56,60).

Hasta yakını odaklı palyatif bakım hizmetinin amaçları:

- Hastalık süreci aşamasındaki değişen bilgi akışının erken dönemde ve anlaşılır olarak sunulması,
- Hasta yakınlarının yaşam kalitelerini arttırmak,
- Maddi- manevi konularda destek olmak,
- Maliyet-etkinlik konusunda hassas olmak,
- Hasta bakımı ile ilgili bilgi vermek,
- Hasta ile iletişime geçmede tutum ve davranış şekilleri açısından bilgi vermek,
- Yas ve üzüntü hisleri ile başa çıkmalarına yardım ederek lüzüm halinde yas süreci

danışmanlığı verebilmek için ekip çalışmasını kullanmaktır(14,33,56,60).

Yas süreci bir yıla kadar uzayabilen bir süreç olduğundan dolayı hasta yakınına bir yıla kadar destek olunması gerekebilmektedir(55).

Palyatif bakım hizmeti multidisipliner bir hizmettir ve ekip işidir. Bu ekip içerisinde algolog, onkolog, nörolog, cerrah, aile hekimi, palyatif bakım hekimi, palyatif bakım alanında eğitilmiş bir hemşire, yardımcı sağlık personeli, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, eczacı, terapist, din görevlisi, yas danışmanları, sivil toplum kuruluşları ve gönüllüler bulunmaktadır(33,58,59).

Palyatif bakım hizmetleri; 1., 2., ve 3., basamak palyatif bakım merkezleri, evde sağlık birimleri, aile hekimleri ve ülkemizde bulunmayan hospis kuruluşları tarafından sağlanmaktadır(56). Hospis hizmetin son basamağı olup sağkalım süresinin 6 aydan az olduğu düşünülen hastalar için planlanmış ev tipi ortamlarda hasta yakınları ile birlikte konaklama imkanının olduğu yerlerdir(34).

2.5.1. Palyatif Bakım Tarihçesi

İlk palyatif bakım merkezi Fransa'da 1842 yılında kurulmuştur(33). 1967 yılında Dr. Cicely Saunders'ın Londra'da hospis merkezini açması ile beraber palyatif bakım hizmetinin prensipleri belirlenmiş ve hizmetin sunulduğu kurumların sayısı hızla artış göstermeye başlamıştır(62). 2003 yılında Dünya Palyatif Bakım Birliği (WPCA) kurulmuş ve DSÖ-WPCA'nın birlikte çalışması sonucunda palyatif bakım hizmet gereksinimini saptayan Hayat Sonu Palyatif Bakımın Küresel Atlasını (Global Atlas of Palliative Care at the End of Life) 28 Ocak 2014 günü yayınlamışlardır. Bu atlasla göre yaklaşık 20 milyon hastanın her yıl palyatif bakım desteğine gereksinimi olduğu, hasta yakınları da gruba dahil edildiğinde sayının yaklaşık 100 milyona ulaştığı saptanmıştır. Ancak palyatif bakım sistemini sağlık sistemlerine ekleyebilmiş olan yalnızca 20 yüksek gelirli ülke (%8) vardır(34).

2.5.2. Ülkemizde Palyatif Bakım Hizmeti

Ülkemizde palyatif bakım hizmeti verebilmek amacıyla Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul'da "Kanser Bakımevi" ismi ile kurulup 1993-1997 yılları arasında hizmet vermiş olan kurum maddi imkanların yeterli olmaması, hasta ve ailesi tarafından hizmet kapsamının yeterince anlaşılabilmesi nedeniyle kapanmıştır(59). İkinci girişim ise Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında Ankara'da 12 odalı tarihi bir evin hospise çevrilmesi ile olmuştur ancak yasal düzenlemelerin yetersiz olması ve hastalar tarafından tedavi sonrası konaklama amacıyla kullanılmaktan öteye gidememiş olması nedeniyle kapatılmıştır(59). Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2010 yılında ilk olarak hastane temelli palyatif bakım hizmetine yönelik düzenleme yaparak 2 yataklı bir ünite açmıştır. Sağlık Bakanlığı Ankara Ulus Devlet Hastanesi'nde ise erişkin hastalara yönelik 11 odalı ilk palyatif bakım merkezi açılmıştır(59).

25 Nisan 2013'te palyatif bakım hizmetini ülkemizin gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlemek ve evde sağlık hizmetleri ile koordineli çalışma şartlarını sağlamak amacıyla "Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştayı" ortaya çıkarılmıştır(59). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2010 yılında Palya-Türk projesi düzenlenmiştir(50,59). Bu proje kapsamında evde bakım hizmetleri, KETEM, aile hekimleri ve belediyelerin sorumluluğunda 2013-2018 yılları arasında Ulusal Kanser Kontrol Planı gereğince her ilde multidisipliner bir ekip kurularak 2-4 yataklı palyatif bakım merkezi oluşturulması ve 30 özel yataklı hospis evlerinin açılması planlanmıştır(50,59). 2010 yılında ülkemizde 10 adet palyatif bakım merkezi mevcut iken Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre 2018 yılında ülkemizde palyatif bakım için ayrılmış yatak sayısı ülke genelinde 341 sağlık tesisinde 4.469 yataktır(32,58). Yeni Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge 2015 yılında yayınlanmış olup bu yönerge palyatif bakım ünitelerinin tanımını, açılacak ünitelerin fiziki şartlarını, hizmet içeriğini, personelin görev tanımını ve diğer kurum-kuruluşlarla olan ilişkisini

kapsamaktadır(58). 2008 yılında ülkemizdeki yaşlı nüfusunun oranı %7 iken 2008-2040 yılları içerisinde bu oranın %200 artması beklenmesi nedeniyle palyatif bakım merkezlerine gereksinimlerin artacağı öngörülmektedir(59).

Ülkemizde son dönem hastalarının yoğun bakımlarda yatış süreci değerlendirildiğinde maliyetin yüksek olduğu, memnuniyetin ise düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Yoğun bakım yatak sayısının az olması, kaynakların ve sağlık personelinin kısıtlı olması gözönünde bulundurulduğunda palyatif bakım merkezlerinin kurulmasına daha da ağırlık verilmesinin maliyeti düşürüp, memnuniyeti arttıracığı ve daha etkin olacağı kanaatine varılmıştır(59). Hastaların %60'ının hastanelerde vefat ettiği düşünüldüğünde, palyatif bakım merkezi sayılarını arttırmak ve evde sağlık hizmetlerinden destek almak acil servislere başvuru sıklığını da azaltacağından maliyeti %30-65 oranında düşüreceği öngörülmektedir(50,59).

2.5.3. Dünyada Palyatif Bakım Hizmeti

20. yy'ın sonlarına doğru palyatif bakımın sağlık sistemine eklenmesi ve insan hakları konusuna dahil edilmesi ile palyatif bakım ve hospis alanında önemli ilerlemeler yaşanmıştır. Palyatif bakım uygulamaları sayesinde yaşam kalitesinin arttığına gözlenmesi, maliyette azalmanın olması, verimlilikte artış, çalışan ve hasta memnuniyetinin artması sonucu olarak gelişmiş ülkeler palyatif bakım uygulamasını politika önceliği haline getirmişlerdir. DSÖ ve Dünya Palyatif Bakım İttifakı açıklamalarına göre beş kıtadan üçünde palyatif bakım hizmeti gelişmiş seviyede verilebilmektedir(59).

2.5.3.1. İngiltere’de Palyatif Bakım Hizmeti

1976 yılında St Thomas Hastanesi ilk palyatif bakım ünitesini açması ile hastane temelli palyatif bakım uygulamasının ve hospis bakımının liderliğini yapmıştır. Hasta popülasyonunun %29’unun kanser olduğu düşünüldüğünde ülkede palyatif bakım hizmetlerine yüksek oranda ihtiyaç duyulmaktadır(59). İngiltere’de palyatif bakım bir uzmanlık dalı olarak görülmekte ve ülkede palyatif bakım hizmetleri gönüllü kuruluşlar, evde sağlık hizmetleri, gündüz bakım hizmetleri, hastane tabanlı hizmetler ve Ulusal Sağlık Servisi birlikteliğinde yürütülen hizmetler şeklinde sağlanmaktadır(59,62).

2.5.3.2. Almanya’da Palyatif Bakım Hizmeti

Palyatif bakım servisi ilk olarak 1983 yılında Köln Üniversitesi’nde cerrahi branşa bağlı olarak kurulmuştur(59,62). Palyatif bakım hizmetleri evde bakım temeline bağlı olarak, palyatif bakım servisleri, eğitimli aile hekimleri, hospis hizmetleri ve sosyal kuruluşlar ile işbirliği halinde yürütülmektedir. Ülkemizde olduğu gibi Almanya’da da bu hizmetler multidisipliner bir ekip tarafından sunulmaktadır(59).

2.5.3.3. Kanada’da Palyatif Bakım Hizmeti

65 yaş üzeri nüfus %20 oranında olmasına rağmen sağlık harcamalarının %40’ının bu gruba ayrılmış olması nedeniyle maliyeti düşürmek adına palyatif bakım hizmeti ülkede toplum temelli palyatif bakım hizmeti şeklinde yürütülmektedir. Bu süreçte akut bakım merkezleri, hospis ve ev bakımı ile işbirliği halinde çalışılmaktadır. Bakımın ilk aşaması aile hekimliği desteği ile ev ortamında sunulmaktadır(59).

2.5.3.4. Norveç'te Palyatif Bakım Hizmeti

Ülkede sağlık hizmet sunumu felsefesi herkes için aynı standartlarda ve eşit erişim sağlanması üzerine kuruludur. Yaşlı bakımına son derece önem verilmekte olup hastaların %50'si bakım evlerinde vefat etmektedir. Palyatif bakım hizmeti 3 aşamada organize edilmiş olup birinci aşamada evde bakım hizmetleri ve aile hekimleri, ikinci aşamada hastaneler ve palyatif bakım uzmanı içeren merkezler, üçüncü aşamada ise üniversite hastaneleri yer almaktadır. Aile hekimleri palyatif bakım uzmanları ile işbirliği içerisinde hareket etmektedir(59).

2.5.3.5. Afrika Kıtası'nda Palyatif Bakım Hizmeti

Afrika ülkelerinde palyatif bakım yeni bir kavram olup 53 ülkeden 4 tanesinde palyatif bakım uygulamaları gerçekleştirilmektedir. Hizmet ev temelli, hospis, sivil toplum kuruluşları ve hayır kurumları tarafından sağlanmakta olup Afrika kıtasının tamamı için geçerli bir palyatif bakım uygulamasından ziyade her ülkenin kendi bakım modelini belirlemesinin daha uygun olacağı düşünülmektedir(59).

2.5.3.6. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Palyatif Bakım Hizmeti

ABD halkının yaklaşık 1,8 milyonu bakımevinde yaşamakta ve yaşlı popülasyonun %25'inden fazlası hayatlarını bakımevlerinde kaybetmektedir. Palyatif bakım hizmeti çoğunluğunu hospislerin karşıladığı ev temelli bakım, hastane temelli ve toplum temelli bakım olarak sunulmaktadır. Tüm hastanelerin yarısından fazlasında ve orta-büyük ölçekli hastanelerin %85'inden fazlasında palyatif bakım hizmeti veren ekip bulunmaktadır(59).

2.5.4. Palyatif Bakım Hastasının Değerlendirilmesinde Kullanılan Skalalar

Palyatif bakım hastalarının iyilik halini belirleyen en önemli belirteç performans durumlarıdır. Bu açıdan hastaların değerlendirilmesinde kullanılan birkaç ölçek bulunmaktadır:

- Karnofsky Performans Ölçeği (Karnofsky Performance-Status Scale)
- Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (Edmonton Symptom Assessment Scale)
- Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Index'i (Katz Index of Independence in Activities of Daily Living)
- ECOG Performans Skoru (ECOG Performance Status Scale)
- Memorial Semptom Değerlendirme Sistemi (Memorial Symptom Assessment Scale)
- Kısa Form-36 (The MOS 36-item short-form health survey)
- Rotterdam Semptom Kontrol Listesi (Rotterdam Symptom Checklist)
- Avrupa Kanser Tedavi ve Araştırma Teşkilatı Yaşam Kalitesi Anketi (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire)
- Kanser Rehabilitasyonu Değerlendirme Sistemi(63).

2.5.5. Palyatif Bakım ve Ölüm Yeri Tercih

Ölüm, yaşam gibi doğal bir kavram olmasına rağmen tanı ve tedavideki olumlu gelişmelerle beraber savaşılmaması gereken tıbbi bir olay haline getirilmiştir. Hasta ve sağlık çalışanları ölümü kabullenmekte zorlanmakta ve son dönem hastalara agresif tedavi uygulamaya devam etmektedir. Sürecin ölümle sonuçlanmış olması başarısızlık olarak algılanmakta ve bu durum sağlık personellerinin suçluluk duymasına sebep olabilmektedir. Son dönem hastaların bakımında başarının göstergesi hayatlarına birkaç gün daha ekleyebilmek değil, mümkün olduğunca acı çekmesini önlemek ve yaşam kalitesini yükseltebilmektir(64). Araştırmalara göre sağlık çalışanları ve hasta-hasta yakınları arasında en az konuşulan konu ölüm olup ölüme karşı yapılan psikolojik hazırlık yetersiz kalmaktadır(7). Ayrıca günümüzde ölümlerin büyük bir kısmının hastanede gerçekleşmesi nedeniyle ölüm kavramı

toplumdan da izole edilmiş durumdadır(64).

Ölümlerle yüzleşme sürecinde hastaların cinsiyet, yaş, psikolojik durum, yaşam memnuniyeti ve özyeterliliği ile bağlantılı olarak kaçınma, korku, yakınlık ve nötr gibi farklı tutumları olabilir(65). Ölümü kabullenme süreci ise duygudan yoksun bir süreç olarak ifade edilip hastanın iç barışa ve kabullenişe ulaştığı yalnız kalmayı talep ettiği bir dönemdir. Dış dünya ile olan bağlantısını azaltarak dış dünyaya ait haberlerle rahatsız edilmek istemez. Başkalarına yük olma psikolojisi altında baskı hissedebilir. Dini eğilimleri artarak yaşam ve ölümün anlamlarını sorgulamaya başlarlar(66). Dini inanç seviyesi yüksek olanlarda ölüm kaygısının daha az olduğu, depresif ruh halinde ise ölüm kaygısının daha fazla olduğu saptanmıştır(65).

Günümüzde ölümlerin çoğu hastanelerde olmakla beraber terminal dönem hastaların ölüm yeri tercihlerini etkileyen bazı faktörler bulunmaktadır. Bunlar arasında hastanın sosyal ortamı, özsaygısını koruyup koruyamayacağı, hastanelerle olan geçmiş deneyimleri, bakımevlerine olan bakış açısı, bakım verecek olanlara yük olma endişesi, ölümle ilişkili dini inancı, hastaya bakım verecek olanların tutumları, bilgi-tecrübeleri ve maddi durumun yeterli olup olmaması ile olarak sıralanabilir (66,67). Ev kişilerin kendilerini en güvende hissettikleri yerdir. Ev ortamında ölümü hastane ortamında ölüme tercih eden hasta ve hasta yakınları ölümü kabullenmiş durumdadır. Hastanın sıklıkla maddi durumu yeterli, sağlıklı bir bakım vereni olup sosyal şartları uygundur(66). Hastanede ölüm tercihi hastanın bakım verenlerine yük olmaktan çekinme, hastane bakımının daha iyi olacağını düşünme, hasta- hasta yakınlarının ölümü kabullenememiş olması ve ev ortamında ölümün gerçekleşmesine hazır olmamalarından etkilenir(66).

2.5.6. Palyatif Bakım ve Etik

Ülkemizde kanser teşhisi konulmuş olan hastalara sıklıkla hasta yakınlarının isteği doğrultusunda tanının söylenmemesi ve hastalığı ile ilgili bilgi verilmemesi yönünde bir uygulama mevcuttur. Doğru olan yaklaşım teşhisin söylenip

söylenmemesi kararını almak değil uygun biçimde nasıl ifade edileceğine karar vermektir. Ancak bu yaklaşımın sonucunun hastanın ve toplumun kültürel durumundan etkilendiği unutulmamalıdır(67).

Yaşam sonu bakım kliniğinde etik karar verme sürecini etkileyen tıbbi belirleyenler; mevcut hastalık durumu, klinik durumun akut hadise mi veya kronik süreç mi olduğu, uygulanacak tedavi yöntemi, tedavinin amacı ve gelişebilecek komplikasyonları, tedavinin başarı şansı ve hekimlerin görüşüdür. Hastaya ait belirleyenler; değerleri, dini inancı, istekleri, algılama ve karar verme kapasitesi ve yaşam kalitesidir. Hasta yakınlarına ait belirleyenler ise; algılama ve karar verme kapasiteleri, dini inançları ve maliyet unsurudur. Hastanın yaşam kalitesini devam ettirebilmek, yaşamak için ekipmana ve bir başka bireye bağımlı olmamasını sağlayabilmek tıbbın esas amacı olup makul bir bireyin kabul etmeyeceği yaşam şekli hastaya dayatılmamalıdır. Uygulanacak her tedavi şeklinin yaşam niteliğini iyileştirmesi adına yapılmasına özen gösterilmelidir (61).

Son 30-40 yıldır uygulamaya giren etik kavram hastanelerde etik kurulların açılması, etik protokoller ve etik sorunları çözme üzerine yapılan eğitimler sayesinde özellikle son dönem hastalarda ve pediatrik-geriatrik hasta grubunda hastalık süreçlerini daha iyi yönetebilmeyi sağlamıştır. Tıbbi kaynakların paylaşılmasının karar verildiği, tedavi red değerlendirilmesinin, ölüm-yaşam süreçlerinin tartışıldığı ve sağlık personelinin karar alma sürecinde zorlandığı hallerde sorumluluğun paylaşılması adına Hastane Etik Kurulu'na (HEK) gereksinim olmaktadır. Etik kurul kararlarının alınması aşamasında sağlık ekonomisi, geri ödeme sistemleri, sağlık politikaları, yasalar, yönetmelikler ve yeni gelişen teknolojiler etkili olmaktadır(61).

2.5.7. Palyatif Bakımın Spiritüel Yönü

Ölümcül hastalığa sahip bireylerin dini inanışları özellikle sorgulanmalı ve bu açıdan her birey için uygun şekilde ihtiyaçları karşılanmalıdır. Her bireyin bir tinsel

yönünün olduğu ve her birey için bunun farklılık gösterebileceği, ölüm sürecinin, acı çekmenin, korku duygusunun tinsel gelişimi olumlu ya da olumsuz olarak etkileyebileceği ve özbakımın tinsel inancı ile uyum içinde yapılması gerekliliği sağlık personelleri tarafından unutulmamalıdır(14,60).

2.6. KONSÜLTASYON

Hastadan primer sorumlu olan hekimin hastanın takip ve tedavisi sırasında tek başına üstesinden gelemediği durumlarda başka bir hekimden bilimsel ve teknik açıdan fikir alması ve bu fikir doğrultusunda hastanın takiplerine yön vermesi 'konsültasyon' olarak adlandırılır(68-70). Latince 'conculatati' sözcüğünden türemiş olup 'Etraflı görüşme', 'Danışma' ve Hekimlik Terimleri Klavuzu'na göre (1980) 'Danışım' anlamına gelmektedir(69). Hipokrat Andı'nda geçen" Yetkim olmayan müdahaleleri yapmayacağım; bunları ehline bırakacağım" cümlesine bakılırsa fikir alıştı kavramının konsültasyon başlığı altında olmasa dahi uygulama şekli olarak çok eski dönemlerde de kullanıldığı sonucuna varabiliriz(69).

Günümüzde uzmanlık alanlarının sayısının artmış olması, tıbbi teknik cihazlarda yaşanan gelişmeler sonucu her branşta özel tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanabilir olması olgulara disiplinler arası bir yaklaşımın sunulması ihtiyacını beraberinde getirmiştir(68,70). Bu yaklaşımı sağlayan konsültasyon aracı sayesinde konsültan hekimin de hastayı sahiplenmesi tanı ve tedavi yöntemlerini uygulayarak hastanın sorumluluğunun paylaşılması sağlanmıştır(69,70). Konsültasyon yalnızca tanı ve tedavi aşamasında değil hastanın sorumlu hekimi tarafından hastanın psikolojik durumu ile ilgili olarak, hekim hasta ilişkisinin etik boyutunun sorgulanması ve ayrıca bilirkişi olma amacıyla da konsültasyonlar yapılabilmektedir(69).

2.6.1. Yasa ve Yönetmelik

“Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 13 Ocak 1960’da alınmış olup resmi gazete ile neşir ilanı 19 Şubat 1960’da yapılmış olan 4/12578 nolu kararnamesine göre konsültasyonların nasıl yapılması gerektiği 24-30. maddelerinde belirlenmiştir:

Madde 24: Hasta, konsültasyon yapılmasını arzu ederse, müdavi tabip ve dış tabibi bu talebi kabul eder.

Madde 25: Konsültasyonlarda münakaşa ve müşavareler hasta ile etrafındakilerin duyup anlayamayacakları şekilde yapılır.

Madde 26: Konsültasyonda varılan neticeler bir konsültasyon zaptı ile tespit ve bu zabıt müştereken imza olunur.

Madde 27: Konsültan tabip veya dış tabibi, yapılan tedaviyi uygun görmediği takdirde kanaatını konsültasyon zaptına yazmakla iktifa eder. Yapılan tedaviye müdahalede bulunamaz.

Madde 28: Konsültan tabip veya dış tabibi ile müdavi tabibin kanaatları arasında aykırılık hasıl olur ve hasta, konsültan tabip veya dış tabibin kanaatını tercih eder ise, müdavi tabip kendi görüşünde ısrar ettiği takdirde hastayı terkedebilir.

Madde 29: Konsültan tabip veya dış tabibi hastanın ısrarlı talebi olmadıkça hastayı tedavi edemez.

Madde 30: Yapılan konsültasyonda her tabip veya dış tabibi, ücretini ayrı ayrı alır. Ücretin bir elden alınarak taksimi caiz değildir”(71).

Resmi gazetede 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu’nun 59. Maddesi’ne ve 1 Şubat 1999 tarihinde yayınlanmış Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nın 3. Bölüm Danışım ve Ekip Çalışması başlığının 19. maddesine göre: “Danışım ve ekip çalışması sürecinin düzenli işleyebilmesi ve bir hekim hakkı olarak yaşama geçirilebilmesi için;

a)Hasta izlemi sırasında, değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim doğduğunda, tedaviyi yürüten hekim durumu hasta ve/veya yakınlarına bildirmelidir. Konsültasyonu hastanın tedaviyi yürüten hekimi

yazılı olarak ister. Yazılı istemde hastanın özellikleri, konsültasyon isteğinin nedenleri açık ve anlaşılır biçimde belirtilir.

b)Konsültasyon sürecinde konsültan hekim de, hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumludur.

c)Konsültan hekim, alanında bilimsel ve teknik bilgiye sahip olmalıdır.

d)Konsültasyon sonucunda, konsültasyonun gerekçesi ve sonuçları, açık ve anlaşılır biçimde bir tutanak ile belgelenir.

e)Konsültasyonun sonuçlarından hastalar da yeterli ölçüde bilgilendirilir.

f)Konsültasyonun sonucunda hastanın tedaviyi yürüten hekimi ile konsültan hekimin görüş ve kanaatleri arasında fark olur ve hasta konsültan hekimin önerilerini kabul ederse, hastanın tedaviyi yürüten hekimi tedaviyi bırakabilir.

g)Konsültasyon istenen hekim davete uymak zorundadır”(72).

3. MATERYAL–METOD

Bu çalışmada 30 Mart 2017 ve 15 Haziran 2020 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Palyatif Bakım Ünitesi'nde yatış yapılarak takip edilmiş 678 hasta retrospektif olarak hastanenin enformasyon sistemi üzerinden (ENLIL HBYS) değerlendirmeye alınmıştır. Değerlendirmeye alınan 678 hastadan 31'i onkolojik tanısı olmaması nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Cinsiyet, yaş ve primer onkolojik tanı ayrımı yapılmaksızın çalışmaya dahil edilen 647 hasta ise cinsiyet, yaş, ek hastalık, primer onkolojik tanı, oral alım durumu, bası yarasının varlığı, konsulte edildikleri branş/branşlar ve konsültasyon endikasyonları bakımından değerlendirilmiştir.

Bu çalışmanın yapılabilmesi için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır(Tarih: 25.06.2020 Toplantı numarası: 2020/8 Etik Kurul Kodu: 20-KAEK-163).

4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışma gruplarının genel özellikleri hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı analizler yapıldı. Gruplar arası değerlendirmede yüzde değişken kullanıldı. Sürekli değişkenlere ait veriler Ortalama±Standart sapma şeklinde; kategorik veriler ise frekans ve n(%) şeklinde gösterildi. Nitel gruplar arasındaki durum çapraz tablolar ve ki-kare uygulamaları ile değerlendirildi. $p < 0.05$ 'den küçük bulunan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. İstatistiksel analizlerde SPSS 16.00 programı kullanıldı.

5. BULGULAR

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Palyatif Bakım Üniversitesi'nde 30 Mart 2017 ve 15 Haziran 2020 tarihleri arasında yatışı yapılarak takip edilmiş 647 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

647 hastanın 390'ı (%60,2) erkek, 257'si (%39,8) kadın olup hastaların yaş ortalaması $66,7 \pm 12,8$ idi. 647 hastanın 369'u (%57,03) diğer branşlara konsülte edilmiş olup, 278(%42,97) tanesi herhangi bir bölüme konsülte edilmemiştir. Konsültasyon sayısı ve yaş arasındaki ilişki incelendiğinde konsültasyon yapılan hastaların yaş ortalaması $66,21 \pm 12,43$, konsültasyon yapılmayan hastaların yaş ortalaması $67,41 \pm 13,48$ olarak saptanmış olup aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p=0,242$). Konsültasyon sayısı ve cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde ise erkeklerde yapılan ortalama konsültasyon sayısı $2,91 \pm 2,66$, kadınlarda yapılan ortalama konsültasyon sayısı $3,03 \pm 2,80$ olarak saptanmış olup anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p=0,659$). Konsültasyon sayısı ile yaş ve cinsiyet arasındaki ilişki sırası ile Tablo-4 ve Tablo-5'te ayrıntılı bir şekilde gösterilmiştir.

Tablo- 4: Konsültasyon Sayısı ve Yaş Arasındaki İlişki

Özellik	Konsültasyon Yok(n)	Konsültasyon Var(n)	t	p
Konsültasyon	278	369		
Yaş	$67,41 \pm 13,48$	$66,21 \pm 12,43$	1,172	0,242

Tablo-5: Konsültasyon Sayısı ve Cinsiyet Arasındaki İlişki

Özellik	Erkek(n)	Kadın(n)	t	p
Cinsiyet	211	158		
Konsültasyon Ortalaması	2,91±2,66	3,03±2,80	0,442	0,659

Hastaların yatış süreleri incelendiğinde en az 1 gün en fazla 65 gün ortalama 9,5±8,9 gün boyunca takip edildiği görüldü. Konsültasyon sayısı ile yatış süresi arasındaki ilişki incelendiğinde düşük korelasyon gösterdiği ($r=0,025$) ve anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır($p=0,635$). Konsültasyon sayısı ve yatış süresi arasındaki ilişki Tablo-6’da ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo-6: Konsültasyon Sayısı ve Yatış Süresi Arasındaki İlişki

Özellik		Konsültasyon Sayısı
Yatış süresi	R	0,025
	P	0,635

Hastaların sonlandırılma durumları incelendiğinde 647 hastanın 445’i taburcu edilmiş, 150’si vefat etmiş olup, 40’ı farklı bir branşın servisine devredilmiş, 11’i farklı bir branşın yoğun bakımına devredilmiş ve 1 hasta farklı bir sağlık kuruluşuna sevk edilmiştir. Hastaların servisten ayrılış şekilleri Tablo-7’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo-7: Hastaların Servisten Ayrılış Şekilleri

HASTALARIN SERVİSTEN AYRILIŞ ŞEKİLLERİ	HASTA SAYISI(n)	HASTA ORANI(%)
Taburcu	445	68,78
Farklı Branş Servisine Devir	40	6,19
Farklı Branş Yoğun Bakımına Devir	11	1,7
Farklı Bir Sağlık Kuruluşuna Sevk	1	0,15
Ex	150	23,18
Toplam	647	100

n:kişi sayısı, %: yüzde

Konsültasyon sayısı ile vefat eden hasta ve yaşamaya devam eden hasta sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışmaya dahil edilen 647 hastadan vefat eden 97'sinin (%15,0) 17'si (%17,5) diğer branşlara konsülte edilmiştir. Taburcu/farklı branşa devir/sevk edilen 550(%85.0) hastanın ise 352'si (%64,0) diğer branşlara konsülte edilmiştir. Konsültasyon sayısı ve yaşamaya devam eden hasta sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş iken ($p<0,001$), konsültasyon sayısı ve vefat eden hasta sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p>0,05$). Konsültasyon sayısı fazla olan hastaların vefat eden hastalara göre daha uzun süre yaşamaya devam ettiği görülmüştür. Konsültasyon sayısı ile ölüm/yaşama devam etme ilişkisi Tablo-8'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo-8: Konsültasyon Sayısı ile Vefat Etme/Yaşama Devam Etme Arasındaki İlişki

Özellik		Konsültasyon Yok	Konsültasyon Var	X ²	p
Servisten Ayrılış Şekli	Yaşama Devam Etme	198(%36,0)	352(%64,0)	72,676	<0,001*
	Vefat Etme	80(%82,5)	17(%17,5)		

Yatışı uygun görülerek takip edilen hastaların primer onkolojik tanılarının dağılımına bakıldığında en sık akciğer malign neoplazm ve daha sonra sıklık sırası ile mide, kolon, pankreas, hepatocelüler, prostat malign neoplazm tanılarının olduğu görüldü. Çalışmaya alınan grupta en az gözlenen onkolojik tanılar kaposi sarkomu, hodgkin lenfoma, kondrosarkom, retinal malign neoplazm, mezenşimal malign neoplazm ve kronik lenfositik lösemi idi. Hastaların onkolojik tanıları ve sıklıkları Tablo-9’da ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo-9: Hastaların Onkolojik Tanıları ve Sıklıkları

MALİGN NEOPLAZM SIKLIK SIRALAMASI	MALİGN NEOPLAZM TİPİ	HASTA SAYISI (n)	HASTA ORANI (%)
1	Akciğer Malign Neoplazm	137	21,18
2	Mide Malign Neoplazm	91	14,07
3	Kolon Malign Neoplazm	86	13,30
4	Pankreas Malign Neoplazm	37	5,72
5	Hepatocelüler Malign Neoplazm	31	4,80
6	Prostat Malign Neoplazm	31	4,80
7	Baş – Boyun Malign Neoplazm	27	4,18
8	Beyin Malign Neoplazm	25	3,86
9	Meme Malign Neoplazm	22	3,40

10	Renal Hücreli Malign Neoplazm	17	2,63
11	Mezotelyoma	17	2,63
12	Özafagus Malign Neoplazm	16	2,48
13	Over Malign Neoplazm	15	2,32
14	Kolanjioselüler Malign Neoplazm	15	2,32
15	Mesane Malign Neoplazm	14	2,16
16	Cilt Malign Neoplazm	13	2,0
17	Multipıl Miyelom	11	1,70
18	Nonhodgkin Lenfoma	10	1,53
19	Endometriyum Malign Neoplazm	8	1,24
20	Osteosarkom	6	0,92
21	Serviks Malign Neoplazm	5	0,78
22	Primeri Bilinmeyen Malign Neoplazm	3	0,48
23	Lenfoma	2	0,3
24	Akut Miyelositik Lösemi	2	0,3
25	Kaposi Sarkomu	1	0,15
26	Hodgkin Lenfoma	1	0,15
27	Kondrosarkom	1	0,15
28	Retinal Malign Neoplazm	1	0,15
29	Mezenşimal Malign Neoplazm	1	0,15
30	Kronik Lenfositik Lösemi	1	0,15
Toplam		647	100

n:kişi sayısı, %: yüzde

Çalışmada değerlendirilen 647 hastanın ek hastalıkları incelendiğinde 424(%65,54) hastanın ek hastalığının olmadığı 223(%34,46) hastada ek hastalık olup en sık eşlik eden ek hastalıkların esansiyel hipertansiyon, diyabetes mellitus ve koroner arter hastalığı olduğu görülmüştür. 139(%21,48) hastada esansiyel hipertansiyon, 91(%14,06) hastada diyabetes mellitus ve 45(%6,95) hastada ise eşlik eden koroner arter hastalığı saptanmıştır.

647 hastanın oral alım durumları değerlendirildiğinde 331(%51,2) hastanın oral alımının yetersiz olduğu, 316(%48,8) hastanın ise oral alımının yeterli olduğu görülmüştür. Konsülte edilen 369(%57,03) hastanın oral alım durumları değerlendirildiğinde; oral alımı yeterli olan 164(%44,44) hastanın konsültasyon

sayısı ortalaması $2,68\pm 2,37$, oral alımı yetersiz olan $205(55,56\%)$ hastanın konsültasyon sayısı ortalaması $3,19\pm 2,95$ olarak saptanmış olup istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p=0,074$). Konsültasyon sayısı ve oral alım durumu arasındaki ilişki Tablo-10’da ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo-10: Konsültasyon Sayısı ve Oral Alım Durumu Arasındaki İlişki

Özellik	Yeterli(n)	Yetersiz(n)	t	p
Oral Alım	164	205		
Konsültasyon Sayısı	$2,68\pm 2,37$	$3,19\pm 2,95$	1,792	0,074

Hastalar bası yarası açısından değerlendirildiğinde $534(82,5\%)$ hastanın bası yarasının olmadığı ve $113(17,5\%)$ hastanın ise bası yarasının olduğu görülmüştür. Konsülte edilen $369(57,03\%)$ hastanın bası yarası durumu değerlendirildiğinde; bası yarası olan $57(15,45\%)$ hastanın konsültasyon sayısı ortalaması $3,09\pm 3,20$ iken, bası yarası olmayan $312(84,55\%)$ hastanın konsültasyon sayısı ortalaması $2,94\pm 2,62$ olarak saptanmış olup arada istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p=0,699$). Konsültasyon sayısı ve bası yarası arasındaki ilişki Tablo-11’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo-11: Konsültasyon Sayısı ve Bası Yarası Arasındaki İlişki

Özellik	Bası Yarası Var(n)	Bası Yarası Yok(n)	t	p
Bası Yarası	57	312		
Konsültasyon Sayısı	$3,09\pm 3,20$	$2,94\pm 2,62$	0,387	0,699

Hastaların toplam konsültasyon sayısı 1.090 olup konsülte edildikleri bölümlerin sıklıkları değerlendirildiğinde en sık konsültasyon yapılan bölüm enfeksiyon hastalıkları olarak saptanmış daha sonra sıklık sıralamasına göre göğüs hastalıkları, iç hastalıkları, nöroloji, genel cerrahi ve psikiyatri gelmektedir. Mükerrer konsültasyonlar değerlendirildiğinde toplamda 320 hasta için mükerrer konsültasyon yapıldığı ve en sık 120(%37,5) konsültasyon sayısı ile enfeksiyon hastalıkları bölümüne konsülte edildiği saptandı. Ayrıca en fazla mükerrer konsültasyon sayısına sahip olan bir adet hastanın ise 11 kez akut böbrek hasarına bağlı hemodiyaliz ihtiyacı nedeniyle iç hastalıkları bölümüne konsülte edildiği tespit edildi. Konsültasyon yapılan branşlar ve konsültasyon sayıları Tablo- 12’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo-12: Konsültasyon Yapılan Branşlar ve Konsültasyon Sayıları

KONSÜLTASYON SIKLIK SIRALAMASI	KONSÜLTASYON İSTENEN BÖLÜM	İSTENEN KONSÜLTASYON SAYISI (n)	KONSÜLTASYON ORANI (%)	MÜKERRER KONSÜLTASYON SAYISI (n)
1	Enfeksiyon Hastalıkları	269	24,69	120
2	Göğüs Hastalıkları	145	13,30	51
3	İç Hastalıkları	118	10,82	42
4	Nöroloji	73	6,70	20
5	Genel Cerrahi	68	6,25	17
6	Psikiyatrik Hastalıklar	66	6,00	16
7	Beslenme Ve Diyetetik	60	5,5	3
7	Kardiyoloji	60	5,5	16
8	Anestezi	44	4,03	4
9	Beyin Ve Sinir Cerrahisi	35	3,24	9
10	Üroloji	27	2,48	4
11	Göğüs Cerrahisi	25	2,30	7
12	Radyoloji	18	1,65	2
13	Kalp Ve Damar Cerrahisi	15	1,39	2
14	Kulak Burun Boğaz	13	1,20	0
14	Radyasyon Onkolojisi	13	1,20	1
15	Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon	11	1,0	1
16	Plastik Ve Rekonstruktif Cerrahi	10	0,92	1

17	Ortopedi Ve Travmatoloji	9	0,82	3
18	Deri Ve Zührevi Hastalıkları	5	0,46	1
19	Göz Hastalıkları	4	0,36	0
20	Kadın Hastalıkları Ve Doğum	2	0,19	0
Toplam		1090	100	320

n:kişi sayısı, %: yüzde

En sık konsültasyon yapılan bölüm enfeksiyon hastalıkları olarak saptanmış olup 269(%24,60) konsültasyonun yapıldığı görülmüştür. Konsültasyon endikasyonlarını ise sıklıkla antibiyotik revizyonu/kullanım süresi, pnömoni, akut faz reaktan yüksekliği, ateş ve üriner sistem enfeksiyonu oluşturmaktadır. Enfeksiyon hastalıkları konsültasyon endikasyonları ve konsültasyon sayısı Tablo-13'te ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo-13: Enfeksiyon Hastalıkları Konsültasyon Endikasyonları ve Konsültasyon Sayısı

KONSÜLTASYON ENDİKASYONUNUN SIKLIK SIRALAMASI	KONSÜLTASYON ENDİKASYONU	KONSÜLTASYON SAYISI (n)	KONSÜLTASYON ORANI (%)
1	Antibiyotik revizyonu/ kullanım süresi	49	18,22
2	Pnömoni	48	17,90
3	Akut Faz Reaktanı Yüksekliği	40	14,90
4	Ateş	33	12,2
5	Üriner Sistem Enfeksiyonu	11	4,08
6	Taburculuk Önerileri	3	1,2
7	Diğer Sebepler	85	31,5
Toplam		269	100

n:kişi sayısı, %: yüzde

Göğüs Hastalıklarına yapılan 145(%14,60) konsültasyonun endikasyonları incelendiğinde inhaler tedaviler açısından değerlendirme, antibiyoterapi açısından değerlendirilme, hipoksik veya hiperkarbik solunum yetmezlikleri, oksijen konsantratörü ihtiyacı, plevral efüzyon, cerrahi işlem öncesi değerlendirmeler, pnömoniler ve plevral efüzyon sebepleri yer almaktadır. Çalışmamızda saptadığımız en sık konsültasyon endikasyonu pnömoni olup sıklık sırası ile dispne, cerrahi işlem öncesi değerlendirilmesi talebi, hemoptizi ve plevral efüzyon yer almaktadır. Göğüs hastalıkları konsültasyon endikasyonları ve konsültasyon sayısı Tablo-14' de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo-14: Göğüs Hastalıkları Konsültasyon Endikasyonları ve Konsültasyon Sayısı

KONSÜLTASYON ENDİKASYONLARI SIKLIK SIRALAMASI	KONSÜLTASYON ENDİKASYONU	KONSÜLTASYON SAYISI (n)	KONSÜLTASYON ORANI (%)
1	Pnömoni	49	33,80
2	Dispne	30	20,69
3	Cerrahi işlem öncesi Değerlendirme	13	8,96
4	Hemoptizi	9	6,20
5	Plevral Efüzyon	8	5,52
6	Diğer	36	24,83
Toplam		145	100

n:kişi sayısı, %: yüzde

İç hastalıkları bölümüne yapılan 118(%10,8) konsültasyon endikasyonu incelendiğinde glisemik kontrol desteği, dispne, elektrolit imbalansı, gastrointestinal sistem kanamaları, akut böbrek hasarı, onkolojik tedavi açısından değerlendirilme, anemi, karaciğer fonksiyon bozuklukları, tiroid fonksiyon bozuklukları ve hastanın iç hastalıkları bölümüne devri açısından yapılan konsültasyonların olduğu saptandı. En sık konsültasyon endikasyonu akut böbrek hasarı olup sıklık sıralamasına göre onkolojik tedavi açısından değerlendirme, hastanın devralınması ve cerrahi işlem öncesi değerlendirilmesi amacıyla yapılan konsültasyonların olduğu görüldü. İç hastalıkları konsültasyon endikasyonları ve konsültasyon sayısı Tablo-15'te ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo-15: İç Hastalıkları Konsültasyon Endikasyonları ve Konsültasyon Sayısı

KONSÜLTASYON ENDİKASYONLARI SIKLIK SIRALAMASI	KONSÜLTASYON ENDİKASYONU	KONSÜLTASYON SAYISI (n)	KONSÜLTASYON ORANI (%)
1	Akut Böbrek Hasarı	47	39,84
2	Onkolojik Tedavi Değerlendirilmesi	25	21,19
3	Hastanın Devredilmesi	5	4,24
4	Cerrahi İşlem Öncesi Değerlendirme	4	3,38
6	Diğer	37	31,35
Toplam		118	100

n:kişi sayısı, %: yüzde

Nöroloji bölümüne yapılan toplam 73(%6,60) konsültasyonun endikasyonları arasında baş dönmesi, epileptik nöbet, bilinç bozukluğu, intrakranial metastaz açısından değerlendirilmesi, yürüyememe, akut gelişen serebral ve serebellar hadiseler gözlemlendi. Yapılan konsültasyonların sıklık sırasına göre endikasyonları epileptik nöbet, bilinç bozukluğu, hemipleji, konuşamama-yürüme bozukluğu olduğu görülmüştür. Nöroloji konsültasyon endikasyonları ve konsültasyon sayısı Tablo-16'da ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo-16: Nöroloji Konsültasyon Endikasyonları ve Konsültasyon Sayısı

KONSÜLTASYON ENDİKASYONLARI SIKLIK SIRALAMASI	KONSÜLTASYON ENDİKASYONU	KONSÜLTASYON SAYISI(n)	KONSÜLTASYON ORANI(%)
1	Epileptik Nöbet	17	23,3
2	Bilinç Bozukluğu	12	16,5
3	Hemipleji	7	9,5
4	Konuşamama	4	5,4
4	Yürüme Bozukluğu	4	5,4
5	Diğer	29	39,9
Toplam		73	100

n:kişi sayısı, %: yüzde

Genel cerrahi branşına yapılan 68(%6,20) konsültasyonun içeriğinde karın ağrısı, perkütan endoskopik gastrostominin (PEG) açılması, beslenme jejunostomisinin açılması, PEG kontrolü, beslenme jejunostomisi ve kolostominin kontrolü, gastrointestinal sistem kanaması, parasentez ihtiyacı, kabızlık ve akut batın ağrısından konsültasyonların yapıldığı görüldü. Yapılan konsültasyonların en sık endikasyonunun ileus olduğu ve daha sonra sıklık sıralaması ile PEG girişim ihtiyacı, karın ağrısı, PEG kontrolü ve kolostomi kontrolü olduğu saptandı. Genel cerrahi konsültasyon endikasyonları ve konsültasyon sayısı Tablo-17’de ayrıntılı olarak göstermiştir.

Tablo-17: Genel Cerrahi Konsültasyon Endikasyonları ve Konsültasyon Sayısı

KONSÜLTASYON ENDİKASYONLARI SIKLIK SIRALAMASI	KONSÜLTASYON ENDİKASYONU	KONSÜLTASYON SAYISI (n)	KONSÜLTASYON ORANI (%)
1	İleus	11	16,18
2	PEG Açılması	9	13,24
3	Karın Ağrısı	7	10,29
4	PEG Kontrolü	6	8,83
5	Kolostomi Kontrolü	3	4,41
6	Diğer	32	47,05
Toplam		68	100

n:kişi sayısı, %: yüzde

Psikiyatri bölümüne yapılan 66(%6,0) konsültasyonun sebepleri arasında deliryum, depresif duygu durumu, uyuyamama, ajitasyon, anksiyete, psikotik bozukluk, ilaçlarını kullanmayı reddetme ve suicidal düşünce içeriğinin olması yer almaktadır. En sık konsültasyon endikasyonu olarak deliryum saptanmış olup sıklık sıralaması ile ajitasyon, depresif duygu durumu, uyuyamama, anksiyete ve ilaçlarını kullanmayı reddetme endikasyonlar arasında yer almaktadır. Psikiyatri konsültasyon endikasyonları ve konsültasyon sayısı Tablo-18’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo-18: Psikiyatri Konsültasyon Endikasyonları ve Konsültasyon Sayısı

KONSÜLTASYON ENDİKASYONLARI SIKLIK SIRALAMASI	KONSÜLTASYON ENDİKASYONU	KONSÜLTASYON SAYISI (n)	KONSÜLTASYON ORANI (%)
1	Deliryum	14	21,22
2	Ajitasyon	12	18,18
3	Depresif Duygu Durumu	8	12,12
4	Uyuyamama	4	6,06
4	Anksiyete	4	6,06
5	İlaçlarını Kullanmayı Reddetme	2	3,03
6	Diğer	22	33,33
Toplam		66	100

n:kişi sayısı, %: yüzde

En sık konsültasyon yapılmış olan branşların dışında kalan konsültasyonlara bakıldığında beslenme ve diyetetik bölümüne 60(%5,5), kardiyolojiye 60(%5,5), anestezi ve reanimasyona 44(%4,0), beyin ve sinir cerrahisine 35(%3,2), ürolojiye 27(%2,4), göğüs cerrahisine 25(%2,2), radyasyon onkolojisine 13(%1,1), radyolojiye 18(%1,6), kalp ve damar cerrahisine 15(%1,3), kulak burun ve boğaza 13(%1,1), fizik tedavi ve rehabilitasyona 11(%1,0), plastik ve rekonstruktif cerrahiye 10(%0,9), ortopedi ve travmatolojiye 9(%0,8), dermatolojiye 5(%0,4), göz hastalıklarına 4(%0,3) ve kadın hastalıkları ve doğuma 2(%0,1) defa yapıldığı görülmüştür.

Diyetetik ve beslenme bölümü konsültasyonlarımızın temel sebebi beslenme bozukluğu olup PEG ve beslenme jejunostomisi yardımı ile sağlanacak enteral beslenmenin hasta ve yakınlarına anlatılması, eğitimin verilmesi amacıyla da yapılmaktadır.

Kardiyoloji konsültasyon endikasyonu 15(%25,0) ile en sık disritmi iken bunundışında nefes darlığı, göğüs ağrısı, kalp yetersizliği, hipertansiyon/hipotansiyon ve Uluslararası Düzeltme Oranı (INR) yüksekliği açısından konsültasyonların yapıldığı görülmüştür.

Anestezi konsültasyon endikasyonu 23(%52,27) ile en sık santral venöz kateterizasyon amacıyla yapılmış olup bunun dışında hastanın preop değerlendirilmesi ve ağrı palyasyonunun non-invaziv veya invaziv yollarla sağlanması nedeniyle yapılmıştır.

Beyin ve sinir cerrahisine yapılan konsültasyonun 14(%40,0) ile en sık beyin metastazı açısından yapıldığı saptanmış olup, primer ve/veya metastatik tümörlerin medikal veya cerrahi tedavisi, yürüme güçlüğü, konuşma bozukluğu ve bilinç bozukluğu olan hastaların değerlendirilmesi amacıyla da konsültasyonlar yapılmıştır.

Üroloji konsültasyonları benign prostat hiperplazisi, hematüri, başarısız olunan üretral kateterizasyon ve nefrostomi açısından değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır

Göğüs cerrahisine yapılan konsültasyon endikasyonu en sık 19(%76,0) ile tüp torakostomi amacıyla yapılmış olup pnömotoraks, hemoptizi ve tüp torakostominin çıkarılması amacıyla da yapıldığı gözlenmiştir.

Radyasyon onkolojisi bölümüne yapılan konsültasyonların tamamının küratif veya palyatif radyoterapi uygulaması amacıyla yapıldığı gözlemlendi.

Radyoloji konsültasyonları sıklıkla alınan görüntüleme yöntemlerinin raporlanması amacıyla yapılırken ek olarak ultrasonografi eşliğinde girişimsel işlemlerin yapılması, kalıcı parasentez kataterinin takılması amacıyla da konsültasyonlar yapılmıştır.

Kalp ve damar cerrahisi konsültasyonları en sık derin ven trombozu nedeniyle yapılmış olup arteryel dolaşım patolojilerini düşündürür fizik muayene bulguları ve klinik semptomların varlığında da konsültasyon yapıldığı saptandı.

Kulak burun ve boğaz konsültasyonları trakeostomi kanülünün değerlendirilmesi, epistaksis, işitme kaybı ve tedaviye yanıtız dirençli oral mukoza lezyonları nedeniyle yapılmıştır.

Fizik tedavi ve rehabilitasyon konsültasyonlarının sıklıkla pulmoner rehabilitasyon ve yatak içi egzersizlerin hastaya uygulanabilmesi amacıyla yapıldığı saptandı.

Plastik ve rekonstruktif cerrahi konsültasyonları en sık dekübit yaraları nedeniyle yapılmış olup diyabetik ayak nedeniyle yapılan konsültasyonlar da mevcuttur.

Ortopedi ve travmatoloji bölümüne yapılan konsültasyonların diyabetik ayak, diz-omuz-kol-kalça ağrıları ve pelvik metastazlara yönelik yapılabilecek cerrahi işlemler açısından yapıldığı saptanmıştır.

Dermatoloji konsültasyonları endikasyonu egzantemler, bası yaraları ve saç biti olmuştur.

Göz hastalıkları konsültasyonu gözde kızarıklık ve görme bozukluğu nedeniyle yapılmıştır.

Kadın hastalıkları ve doğum konsültasyonu 2(%0,1) kez yapılmış olup vajinal akıntı ve vajinal ödem nedeniyle yapılmıştır.

6. TARTIŞMA

Kanser tanısı almış olan hastaların takip ve tedavisinin sadece ilgili onkolog ve ilerleyen dönemlerde palyatif sorumlu hekimi tarafından yapılmasının beklentisi içerisinde olmak hastanın yetersiz takibine, yaşam kalitesinde azalmaya ve anksiyetesinde artışa sebep olabilmektedir. Bir kanser olgusunun sistemik takiplerinin de yapılabilmesi, tedavi önerilerinin kanıta dayalı ve hasta merkezli olduğundan emin olunabilmesi adına multidisipliner bir yaklaşımın gerekli olduğu, birçok uzmanlık alanının bilgi ve tecrübesine ihtiyaç duyulduğu görülmektedir(73).

Palyatif bakım merkezleri onkolojik hastalara ağrı, bulantı-kusma, psikiyatrik problemler, bası yaraları ve daha birçok konuda destek sağlarken ilgili konularda uzman hekimlerin önerilerine ihtiyaç duymakta ve multidisipliner bir hizmet sunmayı hedeflemektedir. Bu hizmetin en önemli basamaklarından biri ilgili branşlara yapılan konsültasyonlardır(74).

Çalışmamızda hastalarımızın yaş ortalaması $66,7 \pm 12,8$ yıl idi. Komaç ve arkadaşlarının 3. basamak bir sağlık merkezi Palyatif Bakım Birimi'nde yatış verilerek takip ettikleri 258 hastanın yaş ortalaması 61,4 yıl olarak bulunmuştur(75). Yıkılkan ve arkadaşlarının 3. basamak evde sağlık hizmetleri birimi başvuruları ile ilgili yapmış oldukları çalışmada ise hastaların yaş ortalaması $72,7 \pm 16,4$ yıl olarak bulunmuştur(76). Karaca ve arkadaşlarının 3. basamak bir sağlık kuruluşunda Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda takip edilen hasta grubu ile ilgili yaptıkları çalışmada hastaların yaş ortalamasının 55 yıl olduğu görülmüştür(4). Veriler doğrultusunda palyatif bakım merkezlerinde takip edilen onkolojik hasta grubunun sıklıkla tanısı belli olan ve takip eden onkolog tarafından tedaviye devamı uygun görülmeyen terminal dönem hastalar olmaları nedeniyle yaş ortalamalarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda da literatüre benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz hastaların %60'ı erkek cinsiyete sahipti. Komaç ve arkadaşlarının yaptığı benzer bir çalışmada 258 hastanın 104'ü (%40,4) erkek, 154'ü (%59,6) kadın hasta olarak bulunmuştur(75). Miniksar ve Aydın'ın palyatif bakım ünitesinde yatarak tedavi almış olan hastalarla ilgili yapmış oldukları bir çalışmada malignite nedeniyle takip edilen hasta grubunu %66,2'sini erkek hastalar oluşturmaktadır(77). Benli ve Sunay'ın palyatif bakım merkezinde yatarak tedavi görmüş hastalar ile ilgili yaptığı çalışmalarında ise kadın hastaların oranı %57 olarak bulunmuştur(78). Miniksar ve Aydın'ın çalışma sonucu cinsiyet verileri açısından bizim çalışmamız ile benzerlik göstermekte iken, Benli ve Sunay'ın yapmış olduğu çalışmada ile Komaç ve arkadaşlarının çalışma sonuçları cinsiyet açısından bizim çalışmamızdan farklı sonuçlanmıştır. Miniksar ve Aydın'ın çalışması ile yakın sonuçlar elde etmemiz hasta gruplarımızın benzerliğinden (%43,3 malignite tanılı hasta) kaynaklanıyor olabilirken, diğer iki çalışma sonuçları ile olan farklılığımızın sebebi çalışmaya dahil edilen hasta gruplarının benzer olmaması (malignite tanısı olan hasta sayısının az olması) olabilir.

Çalışmamızda hastaların yatış süreleri incelendiğinde en az 1 gün en fazla 65 gün ortalama $9,5 \pm 8,9$ gün boyunca takip edildiği görüldü. Komaç ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada yatış süresi en az 1 gün ve en fazla 68 gün olup ortalama yatış süresi 9,4 gün olarak bulunmuştur(75). Al-Jamal ve Soysal'ın palyatif bakım ünitesinde yatarak tedavi alan hastalar ile ilgili yapmış oldukları çalışmada onkolojik tanı ile yatırılan hastaların ortalama yatış süresi 10,33 gün olarak bulunmuştur(79). Benli ve Sunay'ın yaptıkları başka bir çalışmada palyatif bakım ünitesinde ortalama yatış süresi $14,5 \pm 12,03$ gün olarak bulunmuştur(78). Komaç ve arkadaşları ile Al-Jamal ve Soysal'ın çalışma sonuçları ortalama yatış süresi açısından bizim çalışmamız ile benzerlik göstermekte iken Benli ve Sunay'ın yapmış olduğu çalışma sonuçları ortalama yatış süresi bakımından bizim çalışmamız ile farklı sonuçlar göstermektedir. Bu farklılığın sebebi Benli ve Sunay'ın çalışmalarına tüm palyatif bakım ihtiyacı olan hasta grubunu dahil etmesi, bizim ise çalışmamıza sadece malignite tanılı hasta grubunu dahil etmemiz olabilir.

Çalışmamızda hastaların servisten ayrılma şekillerine bakıldığında yaklaşık %70'i tedavi sonrası taburcu edilmiş, %23'ü ise serviste yatarken vefat etmiştir. Miniksar ve Aydın'ın çalışma sonucuna göre ise malignite tanısı ile takip edilen hastaların 74(%62,7) tanesi serviste vefat etmiş 46(%33,6) hasta ise taburcu edilmiştir(77). İki çalışma arasındaki farklılığın sebebi; çalışmaların yapıldığı yerlerin sosyokültürel ve ekonomik düzeylerindeki çeşitlilik nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda en sık yatış verilerek takip edilen malignite hastalarının akciğer, mide ve kolon malign neoplazm tanılı oldukları saptanmıştır. Benli ve Sunay'ın çalışmasında ise toplamda takip edilmiş olan 30(%20,13) malign neoplazmı tanılı hastanın sıklık sıralaması sırasıyla; pankreas (n=6) mide (n=3) ve kolon (n=3)'dur(78). Miniksar ve Aydın'ın çalışmasında ise bu sıralamayı akciğer 42(%13,1), mide 17(%5,3), kolon 9(%2,8) malign neoplazmı oluşturmaktadır(77). Miniksar ve Aydın'ın çalışma sonuçları bizim çalışmamızı destekler nitelikte olup Benli ve Sunay'ın çalışma sonuçları ile olan farklılığın sebebi yaşam koşulları, yaşanan coğrafik bölge, beslenme şekilleri ve genetik yatkınlıktan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda en sık konsültasyonun yapıldığı bölüm enfeksiyon hastalıkları olarak bulunmuştur. Palyatif bakım ünitesinde yatış verilerek takip edilen hastaların yatış sürelerinin uzun olması sonucu hastane enfeksiyonlarına yatkınlık, enfeksiyon hastalıkları uzmanı onayı gerektiren antibiyotik tedavilerinin fazla olması, antibiyotik tedavi sürelerinin düzenlenmesi ve lüzum halinde antibiyotik revizyonu açısından hastanın konsültasyonunun yapılması enfeksiyon hastalıkları branşına yapılan konsültasyon sayısının fazla olmasını açıklamaktadır. Çalışmamızda elde ettiğimiz verilere göre enfeksiyon hastalıkları konsültasyon endikasyonlarının en sık sebepleri arasında antibiyotik revizyonu/kullanım süresi, pnömoni, akut faz reaktanı yüksekliği, ateş, üriner sistem enfeksiyonu ve taburculuk önerileri yer almaktadır. Temoçin ve arkadaşlarının enfeksiyon hastalıkları kliniğine dahili-cerrahi birimlerden yapılan konsültasyonların değerlendirildiği çalışmalarında endikasyonlarının çoğunluğunu ateş, taburculuk önerisi, antibiyotik revizyonu ve akut faz reaktanı yüksekliği oluşturmaktadır(80). Temoçin ve arkadaşlarının yapmış

olduğu çalışma ile bizim çalışmamızda enfeksiyon hastalıkları konsültasyon endikasyonu açısından benzerlik bulunmaktadır. Bu benzerliğin sebebi; dahili birimler tarafından takip edilen hasta popülasyonu ile palyatif bakım merkezlerinde takip edilen hasta popülasyonunun enfeksiyon hastalıkları ile ilişkili sorunlarının benzer olması olabilir.

Aytekin ve arkadaşlarının 3. basamak bir sağlık kuruluşu Tıbbi Onkoloji Bölümü'nden yapılmış olan konsültasyonları değerlendirdikleri çalışmalarında en sık konsültasyon yapılan bölümün radyoloji olduğu bulunmuştur(73). Aytekin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma ile bizim çalışmamız arasındaki en sık konsültasyon yapılan birimin farklı olma sebebi; Tıbbi Onkoloji Bölümü'nün Palyatif Bakım Ünitesi'ne göre daha fazla tanı ve onkolojik tedavi odaklı çalışması olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda saptamış olduğumuz en sık konsültasyonun yapıldığı 2. bölüm göğüs hastalıkları idi. En sık konsültasyon endikasyonlarımız pnömoni, dispne, cerrahi işlem öncesi değerlendirme ve hemoptizi idi. Öztürk ve arkadaşları 2003 yılı içerisinde 3. basamak bir sağlık kuruluşunda göğüs hastalıklarına yapılan 398 konsültasyonun %68.84'ünün tanı ve tedavi önerisi amacıyla yapılmış olduğunu saptamıştır(74). Arslan ve arkadaşlarının 3. basamak bir sağlık kuruluşunda yapmış olduğu bir çalışmada ise hastalardan istenen göğüs hastalıkları konsültasyonlarının en sık dispne endikasyonu olduğu görülmüştür(81). Bu yönüyle çalışmamızda saptamış olduğumuz göğüs hastalıkları konsültasyon endikasyonlarının benzer literatüre çok yakın olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda saptamış olduğumuz en sık konsültasyonun istendiği 3. bölüm iç hastalıkları idi. Kurt ve arkadaşlarının 3. basamak bir sağlık kuruluşunda acil servis ve yataklı servislerden iç hastalıkları bölümüne yapılan konsültasyonları değerlendirildiği çalışmalarında saptanan toplam 416 konsültasyonun sadece 1(%0,2) tanesinin palyatif bakım merkezinden olduğu belirlenmiştir(82). Aygencel ve arkadaşlarının 3. basamak bir sağlık kuruluşunda 1 aylık süre içerisinde acil servisten iç hastalıkları bölümüne yapılmış olan konsültasyonları değerlendirdikleri bir

çalışmada 546(%25,6) hastanın konsülte edildiği bulunmuştur(70). Aygencel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma ile bizim çalışmamız oransal olarak karşılaştırıldığında iç hastalıkları bölümüne acil servisten yapılan konsültasyon oranının palyatif bakım ünitemizden yapılan konsültasyon oranından daha fazla olduğu görülmektedir. Bunun sebebinin acil servise başvuran hasta grubunun dahili açıdan palyatif bakım merkezinde takip edilen hasta grubuna göre daha agresif medikal tedaviye ihtiyaç duyması olabilir.

Çalışmamızda saptamış olduğumuz en sık konsültasyonun yapıldığı 6. bölüm psikiyatri idi. Yaşamlarının terminal dönemlerinde ciddi psikiyatrik sorunlar yaşayan hastalara (deliryum, depresyon, anksiyete ve kognitif fonksiyon bozukluğu gibi) farmakolojik tedavi yanında psiko terapisinde uygulanması gerekmektedir(83). Somatik patoloji zemininde gelişen psikiyatrik bozuklukları olan hastalara uygulanabilecek psikosomatik tıp olarak da bilinen konsültasyon-liyezon psikiyatrisi (KLP) bir psikiyatrik uzmanlık alt dalı olup son dönemlerde gündeme gelmiş ve gelişme eğilimindedir(84).

Çalışmamızda psikiyatri hastalıklarına yapılan konsültasyonların en sık endikasyonları deliryum, ajitasyon, depresif duygu durumu, uyuyamama ve anksiyetedir. Eğilmez ve arkadaşlarının 3. basamak bir sağlık kuruluşunda ayaktan ve yatış verilerek takip edilen hastalardan istenen psikiyatri konsültasyonlarını değerlendirdikleri çalışmalarında 1028 konsültasyonun 53 tanesi (%5,2) palyatif bakım merkezinden istenmiş olup en fazla konsültasyon isteyen bölümün palyatif bakım olduğu saptanmıştır. Konsültasyon sonrası değerlendirilmiş olan hastalara en sık konulan psikiyatrik tanılar arasında depresif nöbet, anksiyete bozukluğu ve uyku bozukluğunun yer aldığı görülmüştür(84). Özsoy'un 2. basamak bir sağlık kuruluşunda 18 yaş ve üzeri hasta grubunda acil servise başvuru esnasında ve yatış verilerek tedavi edilen hastalarda yapılan psikiyatri konsültasyonların değerlendirildiği çalışmada saptanan toplamda 323 konsültasyonun 7(%3.01) tanesinin palyatif bakım servisinden yapılmış olduğu ve değerlendirmeler sonrası en sık konulan tanıların depresif bozukluk, deliryum ve psikotik bozukluk olduğu görülmüştür(85). Eğilmez ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma ile Özsoy'un

yapmış olduğu çalışma sonucuna göre hastalara konsültasyon sonrası konulan tanılar ile çalışmamızda saptanan konsültasyon sonrası konulan tanılar benzerlik göstermektedir.

Örüm'ün 2. basamak bir sağlık kuruluşunda acil servis dışında kalan ayaktan ve yatış verilerek takip edilen hastalardan istenen psikiyatri konsültasyonlarını değerlendirdiği çalışmada toplamda saptanan 407 konsültasyonun 23 tanesinin (%5,7) palyatif bakım merkezinden istendiği ve mükerrer konsültasyon olarak en yüksek sayıya ulaşan 10 konsültasyonun palyatif bakım merkezinden yapıldığı bulunmuştur(86).

Örüm ve arkadaşlarının 3. basamak bir sağlık kuruluşunda palyatif bakım ünitesinde yatarak tedavi gören hastalardan istenen psikiyatri konsültasyonlarını değerlendirdiği çalışmalarında toplam 53 konsültasyonun olduğu ve en sık konsültasyon endikasyonunun majör depresif bozukluk (n=17, %32,1), uyku bozuklukları (n=17, %32,1) ve daha sonra azalan sıklıkla deliryum, anksiyete bozukluğu ve akut stres yanıtı nedeniyle olduğu görülmüştür(83). Çalışmamızla kıyaslandığında konsültasyon endikasyon sıklık sıralaması benzerlik göstermemekte ancak konsültasyon endikasyonları benzerlik göstermektedir. Konsültasyon endikasyon sıklık sıralamasının farklı olmasının sebebinin; çalışmamıza dahil ettiğimiz hasta grubunda altta yatan mortal seyirli bir organik patolojinin var olması ve bu durumun deliryum, ajitasyon ve anksiyeteye yatkınlık oluşturması nedeniyle olduğunu düşünmekteyiz.

Palyatif bakım merkezlerinde takip edilen hastaların çoğunluğunu oluşturan terminal dönem malignite tanılı hastaların takiplerinde sıklıkla yaşanabilecek biyolojik sorunlar ve konsültasyonları aşamasında ihtiyaç duyulabilecek farklı branşların saptanması hasta yönetiminin daha sağlıklı olması açısından gereklidir. Literatür tarandığı kadarıyla palyatif bakım merkezinde yatarak tedavi alan hastaların konsültasyonlarının değerlendirildiği benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız bu yönüyle ilk olma özelliği taşımaktadır.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünya nüfusu gittikçe yaşlanmaktadır ve ileri yaşa bağlı kronik hastalıklar, onkolojik hastalıklar daha sık görülmekte olup hastalıkların komplikasyonları ve yaşam kalitesini azaltan semptomları daha sık karşımıza çıkmaya başlamıştır.

Palyatif bakım üniteleri ölümcül hastalığa yakalanmış hastalarda tanı anından itibaren hasta ve hasta yakınlarının medikal ve psikolojik açıdan desteklenmesi amacıyla devreye girmiştir. Hastaların ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık, yutma güçlüğü, kabızlık, nefes darlığı, baş dönmesi, üriner sistem yakınmaları, psikolojik durumları, spiritüel yönleri açısından değerlendirilmesi palyatif bakım hizmetleri kapsamında yer almaktadır. Hizmetlerin sunumu esnasında hastanın semptomları ile ilişkili farklı bir uzmanın görüşüne ihtiyaç duyulabilmektedir. Konsültasyon yoluyla alınabilecek öneriler ve hastanın kliniğine multidisipliner yaklaşım yaşam kalitesini artırma hedefinde yardımcı olacaktır.

Bu amaçla uzman aile hekimi liderliğinde yürütülen bir palyatif bakım hizmeti sırasında sıklıkla ihtiyaç duyulabilecek ek uzman doktor kadrosunun belirlenmesi hizmete olumlu yönde katkıda bulunacaktır. Çalışmamızdaki amaç en sık ihtiyaç duyulabilecek uzman kadronun saptanması aşamasında yardımcı olabilecek bir kaynak sunabilmektir. Palyatif bakım hizmeti sunan merkezlerde yapılan konsültasyonları değerlendiren çalışmaların sayılarının yeterli olmadığı görülmüştür. Konu üzerine yoğunlaşmış daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

8.KAYNAKLAR

- 1- Ak G, Metintaş S, Yılmaz Ş ve ark. Yaşlı Akciğer Kanseri Hastalarının Epidemiyolojik, Klinik ve Sağ Kalım Özellikleri. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2017; 31(1): 33-40.
- 2- Aydın Ö, Polat A, Düşmez D ve ark. A study of cancer incidence and distribution in Mersin. Turkish Journal of Pathology 2000; 16(1-2): 048-052.
- 3- Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ ve ark. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2014; 28(2): 85-92.
- 4- Karaca H, Berk V, İnanç M ve ark. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'na 2006–2009 yılları arasında başvuran kanser hastalarının epidemiyolojik değerlendirmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 20(1): 1-8.
- 5- Bektaş HA ve Akdemir N. Kanserli bireylerde fonksiyonel durumun önemi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2006; 12(3): 54-60.
- 6- Haydaroğlu A, Sert F, Caner A. Ege Üniversitesi Hastanesi veri tabanındaki kanser olgularının epidemiyolojik ve genel sağ kalım özellikler. Ege Tıp Dergisi 2019: 1-9.
- 7- Yazıcı Sayın Y ve Kanan N. İleri evre kanser hastasının evde palyatif bakım organizasyonu. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2007; 9(3): 4-13.
- 8- Saygılı M ve Çelik Y. Kanser tanılı hastalarda palyatif bakım hizmetlerinin etkisinin değerlendirilmesi: Semptom düzeyi ve bakım memnuniyeti açısından bir karşılaştırma Agri 2020; 32(2): 61–71
- 9- Karacan R ve Kılıçkan Z. Türkiye’de kanser hastalığının bütçeye getirdiği yük bakımından tarama ve tedavi edici sağlık harcamalarının karşılaştırılması. Finans Politik & Ekonomik Yorumlar 2016; 53(613): 45-52.
- 10- Özsu S ve Özlü T. Türkiye’de Akciğer Kanseri Epidemiyolojisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2013; 1(3): 7-11.
- 11- Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi 2014; 29(3): 125-135

- 12- Seven M, Akyüz A, Sever N ve ark. Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2013; 12(3): 219-224
- 13- Yürüyen M, Tevetoğlu İÖ, Tekmen Y ve ark. Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler. Konuralp Tıp Dergisi 2018; 10(1): 74-80.
- 14- Sucaklı MH ve Koşar Y. Palyatif bakım ve yaşam kalitesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği 2016; 8(3): 34-39.
- 15- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I ve ark. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. Cancer J Clin 2018; 68: 394-424.
- 16- Sayıcı Y, Demircioğlu F, Göksel F ve ark. Rize İli Akciğer Kanseri Hastalarının Epidemiyolojik ve Klinik Özellikleri. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi 2015; 5(3): 100-104.
- 17- Haydaroğlu A, Yalman D, Özkök S ve ark. Ege Üniversitesi Hastanesi'nde erkek genital sistem kanserlerinin epidemiyolojik ve genel sağ kalım özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2019; 58: 120-125.
- 18- Haydaroğlu A, Çakar B, Gökmen E ve ark. Ege Üniversitesi Hastanesi veri tabanında meme kanseri hastalarının epidemiyolojisi ve genel sağ kalım özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2019; 58: 50-57.
- 19- Ünal NG, Coşgun G, Korkut M ve ark. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi veri tabanındaki kolorektal kanserli olguların epidemiyolojik ve genel sağ kalım özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2019; 58: 68-77.
- 20- Yalçın BM, Turan E, Yücel İ ve ark. İlk kez tanı konan kolorektal kanser hastalarının epidemiyolojik özellikleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2012; 16(4): 169-177.
- 21- Güzel D, Yıldırım N, Besler A ve ark. Over kanserinin epidemiyolojisi ve genel sağ kalım özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2019; 58: 44-49.
- 22- Akman L, Yıldırım N, Terek MC ve ark. Korpus uteri kanserlerinin epidemiyoloji ve sağ kalım özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2019; 58: 33-38.
- 23- Akagündüz ÖÖ, Cosgun G, Esassolak M ve ark. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi veri tabanında kayıtlı baş-boyun kanserli olguların epidemiyolojik ve genel sağ kalım özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2019; 58: 114-119.

- 24-** Özgiray E, Çalışkan KE, Çağlı MS ve ark. Ege Üniversitesi Hastanesi merkezi sinir sistemi tümörlerinin epidemiyolojik ve genel sağ kalım özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2019; 58: 10-18.
- 25-** Kahraman Çetin N. Santral Sinir Sistemi Tümörlerinin Histopatolojik Dağılımı ve İnsidansı: Tek Merkezin 10 yıllık Retrospektif Analizi. Dicle Tıp Dergisi 2020; 47(1): 178-193.
- 26-** Ataseven E, Kantar M, Anacak Y ve ark. Ege Üniversitesi Hastanesi çocukluk çağı tümörlerinde epidemiyoloji ve sağ kalım özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2019; 58: 105-113.
- 27-** Yarış N. Adölesan kanserlerinin epidemiyolojisi. Güncel Pediatri 2007; 5(3): 105-110.
- 28-** Gürsoy P, Çakar B, Gökmen E ve ark. Ege Üniversitesi Hastanesi'nde renal kanser hastalarının epidemiyolojisi ve genel sağ kalım özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2019; 58: 133-139.
- 29-** Eser S ve Özdemir R. Dünya ve Türkiye'de mesane kanseri epidemiyolojisi. Üroonkoloji Bülteni 2012; 11(1).
- 30-** Özçelik S ve Akyol M. Melanoma Epidemiyolojisi. TÜRKDERM-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşiv 2007; 41(Supp: 2): 1-5.
- 31-** Yıldırım YK, Uyar M ve Fadıllıoğlu Ç. Kanser ağrısı ve yaşam kalitesine etkisi. Ağrı 2005; 17(4): 17-22.
- 32-** Tuna Hİ, Ünver G ve Molu B. Palyatif bakım alan son dönem kanser hastalarında semptom kümeleme ve hemşirelik. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; 7(2): 64-69.
- 33-** Kabalak AA, Öztürk H ve Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013; 11(2): 56-70.
- 34-** Sarıhan E, Kadioğlu E ve Artıran İğde F. kanser ağrısı, tedavi prensipleri ve Dünya Sağlık Örgütü ağrı basamak tedavisi. ORGAN 2012;8(1):5-15.
- 35-** Ovayolu Ö ve Ovayolu N. Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarının Ağrı Yönetiminde İntegratif Yaklaşımlar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017; 4(3): 54-64.
- 36-** Arslan D, Tatlı AM ve Üyetürk Ü. Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. Abant Tıp Dergisi 2013; 2(3): 256-260.

- 37- Kurşun YZ, Yıldız F, Kaymaz Ö ve ark. Ağrılı kanser hastalarının tedavisinde analjezik basamak tedavisinin yeri. AĞRI 2015; 27(1): 26-34.
- 38- https://azkurs.org/klinik-calisma-rehberi/8364_html_77d0925.gif
- 39- Kuzeyli Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç ve Uyar M. Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. Ağrı 2006; 18(1): 26-32.
- 40- Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2011; 18(1): 83-92.
- 41- https://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/HqxMPvgEKN2P.pdf
- 42- Kuzeyli Yıldırım Y ve Uyar M. Barriers to effective cancer pain management. Agri 2006; 18(3): 12-19.
- 43- Çınar H, Kaya Y ve Enginyurt Ö. Palyatif Bakım Hastalarında Beslenme Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Bozok Tıp Dergisi 2017; 7 (4): 1, 7.
- 44- Ertem G. Kanser hastalarında beslenme ve hemşirelik yaklaşımı. Dirim Tıp Gazetesi 2008; 83: 56-63.
- 45- Tosun HD ve Köksal G. Kanserde kaşeksi ve beslenme. Beslenme ve Diyet Dergisi 2012; 40(1): 59-68.
- 46- Damcı T. Kanserli hastada beslenme. GÜ Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi 2003; 37: 115-118.
- 47- Tuncer Ö ve Bayındır A. Palyatif Bakım Hastalarında Malnütrisyon. Klinik Tıp Aile Hekimliği 2016; 8(3): 11-14.
- 48- Atasoy BM Özgen Z. Yüksek Kantaş ve ark. Kanser hastalarında kemoradyoterapi sırasında beslenme yönetiminde disiplinler arası işbirliğinin yeri: Bir pilot çalışma. Marmara Medical Journal 2010; 25(1): 32-36.
- 49- Benson B, Ajani JA, Robert B ve ark. Recommended Guidelines for the Treatment of Cancer Treatment-Induced Diarrhea. J Clin Oncol 2004; 22: 2918-2926.
- 50- Çakır L ve Enginyurt Ö. Palyatif Bakım ve Bası Yarası. Klinik Tıp Aile Hekimliği 2016; 8(3): 19-25.
- 51- Güleç G ve Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatride güncel yaklaşımlar 2011; 3(2): 343-367.
- 52- Kutlu R, Çivi S, Börüban MC ve ark. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi 2011; 27(3): 149-

153.

- 53-** Yavuzşen T, Alacacıoğlu A, Çeltik A ve ark. Kanser ve uyku bozuklukları. Türk Onkoloji Dergisi 2014; 29(3): 112-119.
- 54-** Yavuzşen T ve Kömürcü Ş. Kanser hastalarında halsizlik semptomunun değerlendirilmesi ve birlikte görülen klinik problemler. Gülhane Tıp Dergisi 2008; 50(2): 141-146.
- 55-** Sucaklı MH. Ölmekte olan hasta ve yaşam sonu bakım. TJFMPC 2013; 7(3): 52-57.
- 56-** Kabalak AA, Öztürk H, Erdem AT ve ark. SB Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması. Çağdaş Tıp Dergisi 2012; 2(2): 122-126.
- 57-** Özçelik H, Fadıloğlu Ç, Karabulut B ve ark. Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü. Ağrı 2014; 26(2): 47-56.
- 58-** Kıvanç M. Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2017; 4(2): 132-135.
- 59-** Aslan Y. Türkiye'de ve Dünya'da palyatif bakım modellerine genel bakış. Anadolu Güncel Tıp Dergisi 2020; 2(1): 19-27.
- 60-** Arıkan G. Palyatif Bakım Tanımı ve Felsefesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği 2016; 8(3): 1-5.
- 61-** Büken NÖ. Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler. Clinical Ethical Decision-Making Process at the End of Life and Some Determinants Factors, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Özel Dergisi, Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics 2016; 2(3): 24-33.
- 62-** Bag B. Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi 2012; 27(3): 142-149.
- 63-** Yıldız Çeltik N ve Okan İ. Palyatif Bakımda Hasta Değerlendirmesi ve Skalalar. Klinik Tıp Aile Hekimliği 2016; 8(3): 6-10.
- 64-** Figen İ ve Öz F. Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012; 4(2): 178-187.
- 65-** Demirci H, Budak E, Taymur İ ve ark. Palyatif Bakım ve Ölümle

- Yüzleşme. Klinik Tıp Aile Hekimliği 2016; 8(3): 40-44.
- 66-** Işıkhan V. Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. Türk Onkoloji Dergisi 2008; 23(1): 34-44.
- 67-** Demir M. Palyatif Bakım Etiği/Palliative Care Ethics. Dahili ve Cerrahi Bilimler Yögun Bakım Dergisi 2016; 7(2): 62.
- 68-** Hekimler Arasındaki İlişkilerde Etik. https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/tkda_37_70_15_18.pdf Erişim Tarihi:07/03/2021.
- 69-** Şahinoğlu PS. Tıp Evrimi Açısından ve Psikiyatri Özelinde Konsültasyon Kurumu. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2000; 3(2); 117-125.
- 70-** Aygencel G, Nas A, Sarıtaş H ve ark. Bir üniversite hastanesi acil servisindeki iç hastalıkları konsültasyonlarının genel özellikleri. Fırat Tıp Dergisi 2012; 17(4): 219-222.
- 71-** Tıbbi Deontoloji Tüzüğü Tıbbi Deontoloji Tüzüğü Karar Sayısı: 4/12578,1960
- 72-** Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Türk Tabipler Birliği Etik Kurallar Mevzuat 1960; 6023 nolu yasa 59/9 Maddesi.
- 73-** Aytekin A, Altınbaş M, Şahin S ve ark. Tıbbi Onkoloji Kliniğinden Diğer Kliniklere Gönderilen Hastane İçi Konsültasyonların Analizi: Tek Merkez Deneyimi. Ortadoğu Medical Journal/Ortadoğu Tıp Dergisi 2014; 6(4).
- 74-** Öztürk Ö, Ünlü A, Bircan HA ve ark. Göğüs hastalıkları konsültasyonu yapılan olguların değerlendirilmesi. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 12(1): 27-31.
- 75-** Komaç A, Elyiğit F, Türemiş C ve ark. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Palyatif Bakım Ünitesi'nde yatan hastaların retrospektif analizi. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi 2016; 2(1): 1-3.
- 76-** Yıkılkan H, Güneş NA, Aypak C ve ark. Bir Üçüncü Basamak Evde Sağlık Hizmetleri Merkezi Örneği: Başvuru Nedenleri ve Konsültasyon Durumları. Journal of Turgut Ozal Medical Center 2013; 20(4): 322-5.
- 77-** Miniksar ÖH ve Aydın A. Palyatif Bakım Ünitimizde Yatan Hastaların Retrospektif Analizi. Journal of Contemporary Medicine 2020; 10(3): 429-433.
- 78-** Benli AR ve Sunay D. Palyatif Bakım Merkezi ve Evde Sağlık Hizmetlerinin Birlikte Çalışması Örneği: Karabük. Ankara Medical Journal 2017; 17(3): 143-

150.

- 79-** Al-jamal Y ve Soysal P. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Dragos Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi Verileri. Geriatrik Bilimler Dergisi 2019; 2(3): 86-89
- 80-** Temoçin F, Şensoy L, Karakuş T ve ark. Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji kliniğinin konsültasyon iş yükü. Journal of Health Sciences and Medicine 2020; 3(3): 324-329.
- 81-** Arslan S, Berk S, Bulut G ve ark. Üniversite hastanesinde yatağında istenen göğüs hastalıkları konsültasyonlarının değerlendirilmesi. Cumhuriyet Medical Journal 2010; 32(2): 199-204.
- 82-** Kurt AE, Araz M, Kazan S. Bir Üniversite Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği Tarafından Bakılan Konsültasyonların Değerlendirilmesi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 2020; 5(1): 71-80.
- 83-** Örum MH, Kara MZ, Örum G ve ark. Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde yatarak tedavi gören hastalara istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi: 2018 yılı verileri. Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi 2019; 5(2): 81-86.
- 84-** Eğilmez OB, Örum MH, Kara MZ ve ark. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde ayaktan ve yatan hastalar için istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi: 2018 yılı verileri. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2019; 52(3): 257-262.
- 85-** Özsoy F. Ruh sağlığı ve Hastalıkları Bölümünden İstenen Konsültasyonların İncelenmesi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2018; 10(2): 46-56.
- 86-** Örum MH. Kahta Devlet Hastanesi Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Verilerinin Değerlendirilmesi. Medical Records 2020; 2(3): 76-81.

9.EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onay Belgesi



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 83116987 - 923 25.06.2020
Konu : Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi : 25.06.2020
Toplantı No : 2020/08
Proje No : 20-KAEK-163

Sayın, Dr. Öğretim Üyesi Nagihan YILDIZ ÇELTEK

Etik Kurulumuzun 25.06.2020 tarihli toplantısında görüşülen 20-KAEK-163 kayıt numaralı **“Bir Üniversite Hastanesi Palyatif Bakım Servisi Konsültasyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”** başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 14-4. maddesi ve yönergemizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

