

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Dilek MEMİŞ

**YOĞUN BAKIMDA YATAN PALYATİF HASTA
İNSİDANSI**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Poyraz BOZKURTLU

EDİRNE-2023



TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim
Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim süresince
kazandığım mesleki bilgi ve becerimde emeği
geçen değerli Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr.
Dilek MEMİŞ ve tüm değerli hocalarıma, bu
süreçte her zaman yanımda olan eşim Pelin
Helimcan TEKER BOZKURTLU'ya ve kızım
Pera BOZKURTLU'ya sonsuz teşekkürler

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER	3
PALYATİF BAKIM.....	3
Tanım ve Tarihçe	3
Palyatif Bakım Modelleri	5
Palyatif Bakım Hasta Popülasyonu	6
Palyatif Bakım Ekibi.....	7
Palyatif Bakımda Sık Karşılaşılan Komplikasyonlar	8
DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE PALYATİF BAKIM	11
Dünyada Palyatif Bakım	11
Türkiye’de Palyatif Bakım.....	13
PALYATİF BAKIMDA MALİYET	15
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	17
BULGULAR	19
TARTIŞMA	33
SONUÇLAR.....	38
ÖZET	40
SUMMARY.....	42
KAYNAKLAR.....	44
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APACHE	: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ECOG	: Eastern Cooperative Oncology Group
EPUAP	: Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli
IASP	: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
NPUAP	: Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli
Ort.	: Ortalama
PBAKS	: Palyatif Bakım Alış Kriterleri ve Skorlaması
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SOFA	: Sequential Organ Failure Assessment Score
SS	: Standart Sapma
TL	: Türk Lirası
VAS	: Visual Analog Scale
Vb.	: Ve benzeri
Vd.	: Ve diğerleri
WPCA	: Dünya Palyatif Bakım Birliği

GİRİŞ VE AMAÇ

"Palyatif" kelimesi, basit bir açıklama ile "rahatlatma ve sıkıntıları hafifletme" anlamına gelir. Latince kökenli "Palyatif" kelimesi ayrıca "bir pelerinle örtülü" şeklinde ifade edilir (1). Palyatif bakım, ileri düzey bir hastalığa sahip bireylerde ortaya çıkabilecek semptomların önüne geçmek veya hafifletmek amacıyla uygulanan, maksimum yaşam kalitesini sağlamayı hedefleyen çok disiplinli bir bakım modelidir (2). Palyatif bakım sadece son dönem hastalarda değil, hastalığın evresine bakılmadan, hem iyileştirici hem de hayat süresini uzatma amaçlı tedavi süreçlerini içeren bir yaklaşımdır (3). Yenilikçi bir bakış açısıyla ele alındığında, palyatif bakım için pek çok tanımın olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), palyatif bakıma dair ilk tanımı 1986 yılında yapmıştır. Bu tanıma göre, hastalığın iyileştirilemeyeceği sonucuna varıldığında hastaya palyatif bakım sunulur. DSÖ, 2002 yılında palyatif bakımın tanımını daha geniş kapsamlı bir şekilde değiştirmiştir, artık palyatif bakımı "hastaya ait ağrı gibi fiziksel ve psikolojik sorunları erkenden tanımlayarak, değerlendirerek ve tedavi ederek, yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı sorunları önleme ve hafifletme yaklaşımı olarak, hasta ve yakınlarının hayat kalitesini iyileştirme yaklaşımı" olarak tanımlamaktadır (4).

Palyatif bakımın ana hedefi, özellikle ağrı gibi tüm fiziksel ve duygusal belirtilerin hafifletilmesidir. Palyatif bakım, evde, hastanede yatarak, ya da ayaktan gerçekleştirilebilmektedir. Buna karşılık, hospis modeli, iyileştirici veya yaşamı uzatıcı tedavi seçeneklerinin olmadığı, yaşamın son dönemindeki bireyler için bakımevlerinde uygulanmakta olan bir yaklaşımı ifade eder (3).

Palyatif bakımın, bireyin temel haklarından görülmesine rağmen, kaynakların sınırlı olduğu bir durumda bu hizmete olan talebin yüksek olduğu bir gerçektir. Bu nedenle, mevcut

kaynakların verimli ve başarılı bir şekilde kullanılması son derece önemlidir. Ülkemizde palyatif bakım hizmeti sunan birimlerin ve bu hizmeti alan hastaların sayısının sınırlı olması, ihtiyaç sahiplerinin bu merkezlere kabul edilmesini öncelikli hale getirmektedir (5).

Çalışmamızda yoğun bakımda yatan palyatif hasta insidansının belirlenmesi, bu hastaların değerlendirilmesi ve sağkalımlarının belirlenmesi amaçlandı. Böylece palyatif bakım servislerine duyulan gereksinimin ortaya konulması hedeflendi.

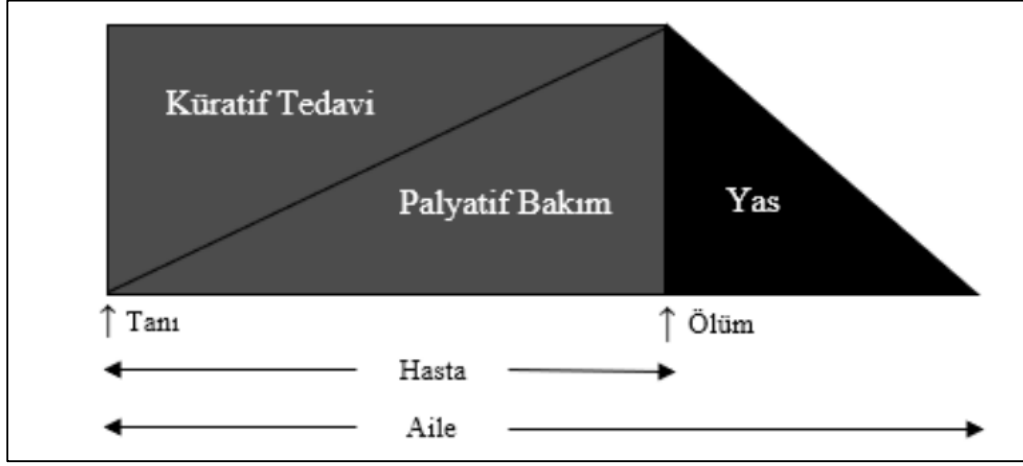


GENEL BİLGİLER

PALYATİF BAKIM

Tanım ve Tarihçe

Palyatif bakımda yaşamın kalitesine odaklanılmaktadır ve yaşam kalitesi, yaşam süresinden daha fazla önem taşır (1). DSÖ'nün 2002 tanımına göre, palyatif bakım, yaşamı tehdit eden koşullarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunlarını kapsamlı bir değerlendirme ile erken aşamada tespit etmeyi ve hafifletmeyi amaçlayan çok disiplinli bir yaklaşımdır (4; 6). Palyatif bakım, hastaya özgü bir bakım sunan, aile desteği ve çok disiplinli bir ekip işbirliği ile gerçekleştirilen ve etkili iletişimin son derece kritik olduğu bir bakım yaklaşımını temsil eder. Palyatif bakımın çok yönlü uygulamasının temelinde, hastanın kapsamlı bakımıyla birlikte ailenin yas sürecine dahil edilmesi yatar (7). Palyatif bakım hizmeti, hastanın tanı konulmasıyla başlar ve hastalığın seyrine bakılmaksızın terminal dönem dahil hastalık süreci boyunca ve ölüm sonrası yas dönemine kadar devam eder. Palyatif bakım hizmetlerinin iyileştirici tedavi ve ölüm süreci ile nasıl bütünleştiği Şekil 1'de gösterilmiştir (8).



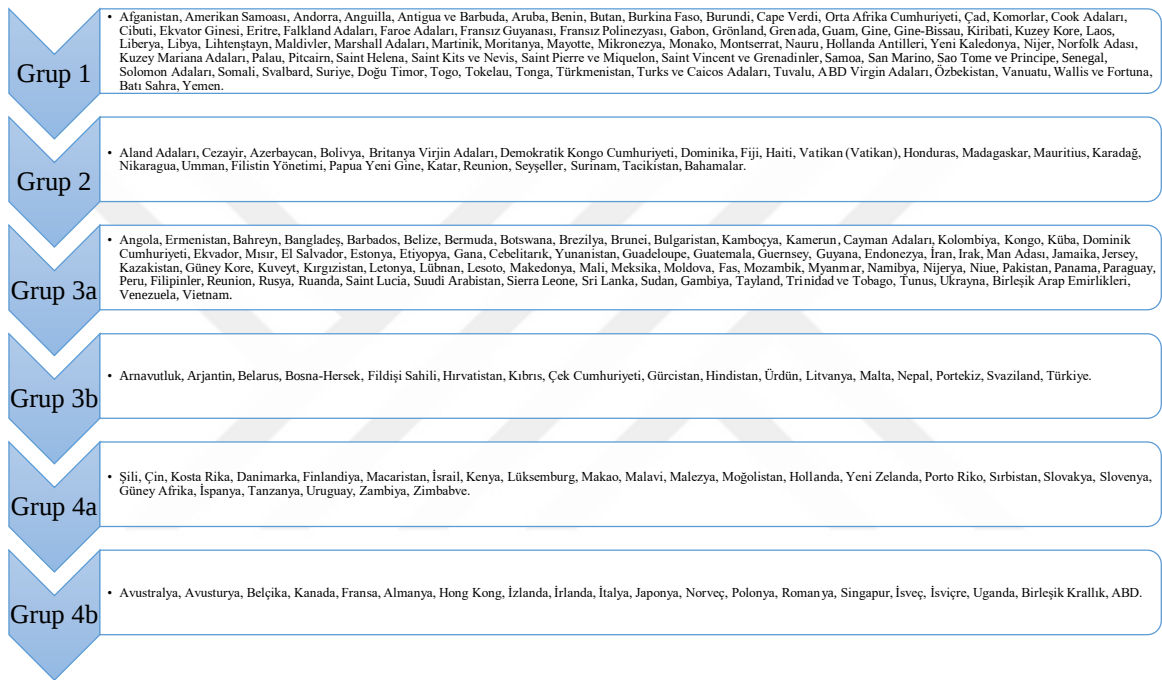
Şekil 1. Palyatif Bakım, Küratif Tedavi ve Yas Süreci (8)

Palyatif bakımın temel amacı, tanı anından itibaren hastalığın ve tedavilerin yol açtığı semptomların hafifletilmesi, beslenme desteği, psikososyal ve manevi destek sağlanarak hastaların ve aile üyelerinin mümkün olduğunca aktif bir yaşam sürmelerini ve yaşam kalitelerini artırmalarını sağlamaktır. Palyatif bakımın odak noktası, yaşamı ve ölümü normal seyrinde ilerletmek, ölümü ne hızlandırmak ne de geciktirmek, hastaların ve yakınlarının bu süreçte ortaya çıkabilecek zorluklarla daha iyi başa çıkmalarını sağlamaktır (5; 9).

Palyatif bakım anlayışının kökeni, 1842'de Fransa'da ortaya çıkmıştır. Bugün daha çok yaşamın son dönemindeki hastalara bakım sunan merkezler için kullanılan "hospis" kavramı ise 1967'de Hemşire Cicely Saunders tarafından Londra'da kurulan bir merkezle ortaya çıkmış ve hızla diğer ülkelere yayılmıştır (10). Bugünkü palyatif bakım birimleri ise 1975'te Kanada'da Royal Victoria Hastanesi'nde çalışmaya başlamıştır. Bu gelişmeyle birlikte palyatif bakım kavramı dünya genelinde yayılmış, kurulan merkezlerin sayısı artmış ve palyatif bakımın önemi giderek daha fazla anlaşılmıştır (10; 11). 1991'de Ulusal Hospis Konseyi ve Uzman Palyatif Bakım Hizmetleri kurulmuş, 2003'te ise Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA) kurulmuştur (12; 13).

Palyatif bakım hizmetlerinin gelişimi dünya genelinde büyük farklılıklar gösterir. Wright ve arkadaşları, 2008 yılında yaptıkları bir çalışma ile ülkeleri palyatif bakım hizmetleri açısından dört farklı grupta toplamışlardır. Birinci grup, palyatif bakım veya hospis hizmetinin olmadığı ülkeleri; ikinci grup, palyatif bakım veya hospis faaliyetlerinin geliştirilme aşamasında olduğu ülkeleri; üçüncü grup, palyatif bakım veya hospis faaliyetlerinin bölgesel veya yerel desteklerle sürdürüldüğü ülkeleri; dördüncü grup ise sağlık

sistemine entegre edilmiş hospis veya palyatif bakım hizmetlerinin sunulduğu ülkeleri içerir (14). Daha sonra Lynch ve arkadaşları (15), bu sınıflandırmayı güncellemiş ve üçüncü grup ve dördüncü grubu alt gruplara ayırmıştır. Grup 3a, palyatif bakım hizmetinin sunulduğu fakat desteklenmediği ülkeleri; Grup 3b, palyatif bakım faaliyetlerinin bölgesel veya yerel olarak desteklendiği ülkeleri; Grup 4a, palyatif bakım veya hospis hizmetlerinin sağlık sistemine entegre edildiği ülkeleri; Grup 4b ise geniş kapsamlı hospis veya palyatif bakım hizmeti sunan ülkeleri içerir (16).



Şekil 2. Palyatif Bakım Hizmet Sunumuna Göre Ülkeler

Teknolojideki gelişmeler ve tıp alanındaki ilerlemeler, ortalama yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların artışı gibi faktörler, palyatif bakım ihtiyacını her geçen gün artırmaktadır. Ancak, palyatif bakım hizmetleri ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde palyatif bakım hizmetleri daha sistematik ve düzenli bir şekilde sunulurken, gelişmekte olan ülkelerde bu hizmetler hala yapılanma aşamasındadır ve tam anlamıyla düzenlenmemiştir (15).

Palyatif Bakım Modelleri

Hasta ve ailelerine kaliteli bakım sağlamak için disiplinler arası işbirliğine dayanan farklı palyatif bakım modelleri bulunmaktadır. Bu modellerin tümünde ortak amaç, hastanın ve ailesinin kültürel değerlerine saygı göstererek, fiziksel, psikososyal ve manevi ihtiyaçlarına

uygun bir destek sunmaktır (17). Palyatif bakım modelleri genellikle üç kategori altında incelenir:

1. **Hastane Temelli Palyatif Bakım Hizmeti:** Bu model, uzmanlık gerektiren hasta popülasyonunu hastanelerdeki palyatif bakım servislerinde tedavi etmeyi amaçlar (18). Bu yaklaşım, temel ihtiyaçlarını karşılayamayan, şiddetli semptomları yönetmekte güçlük çeken, kompleks ve yüksek riskli hastaların bakım kalitesini artırmayı ve bakım maliyetini azaltmayı hedefler (19).
2. **Ev Temelli Palyatif Bakım Hizmeti:** Geleneksel destek ve tıbbi bakım, model olarak daha kurumsal olan hastanelere dayanırken, palyatif bakımın evde sunulduğu bu modelde ev, bakımın temel mekanıdır. Evde palyatif bakım, hastanın kendi ev ortamında hastane seviyesinde palyatif bakım almasını sağlama amacını taşır. Hasta, bu modelde palyatif bakım desteğine haftanın her günü, günün her saati ulaşabilir (20).
3. **Toplum Temelli Palyatif Bakım Hizmeti:** Bu modeli, tedavisi ayaktan uygulanacak hastalar için kurulan klinikler oluşturur. Toplum temelli palyatif bakım hizmeti, bakım maliyetlerinin daha ekonomik olduğu için son dönemlerde daha fazla tercih edilmektedir. Bu klinikler, beslenme desteği sağlamaktan semptomların yönetimine ve hasta ve ailesinin sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını desteklemeye kadar bir dizi hizmet sunar (21).

Palyatif Bakım Hasta Popülasyonu

Palyatif bakımın kuruluş amacı başlangıçta malignite (kanser) hastalarının tedavi ve bakımını sağlamak olarak ortaya çıksa da zamanla hasta profili genişlemiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirtildiği gibi, palyatif bakım merkezlerinde takip ve tedavi edilmesi gereken hastalıklar Şekil 3'te gösterilmiştir (22).

Motor nöron hastalıkları, ilerleyici nöron hastalıkları (Alzheimer, demans, ALS gibi)	
Organ yetmezlikleri ileri evrede olan hastalar	
Verilen tedaviye yanıt alamamış kanser hastaları	
AIDS tanılı hastalar	
Konjenital progresif hastalıkları olan çocuklar	

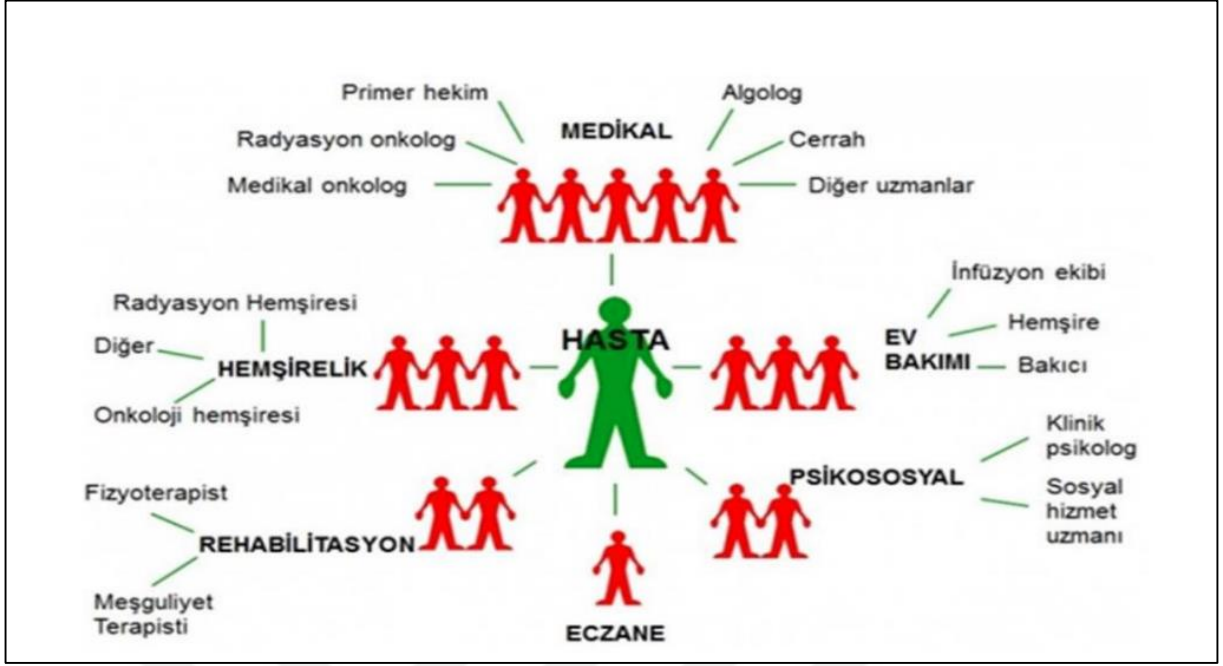
Şekil 3. Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar

Ancak, hastanın ve ailesinin fayda sağlayacağını düşündüğümüz her tür hastalık, palyatif bakımın kapsamına dahil edilebilir. Palyatif bakımda, tedavi ve bakım alan hastaların ve hastalıkların çeşitliliği göz önüne alındığında, tıbbi, sosyal, kültürel, manevi ve dini destek gibi farklı hizmetlerin hastaların takibi için önemli olduğu bir yaklaşım benimsenir (22). Bu yaklaşım, hastaların ve ailelerinin fiziksel rahatlama yanı sıra psikososyal ve manevi ihtiyaçlarını da karşılamayı amaçlar.

Palyatif Bakım Ekibi

Etkili palyatif bakım hizmetlerinin sunulması ve hasta güvenliğinin artırılması için çok disiplinli bir yaklaşım gereklidir. Palyatif bakım, deneyimli ve palyatif bakım eğitimi almış sağlık personeli tarafından hastaya bakım veren yakınları veya bakıcılarıyla birlikte sunulur (1).

Palyatif bakımın tanımı ve amacı gereği, hasta ve hasta yakınlarının tüm sorunları tüm yönleriyle değerlendirilir. Bu, eğitimli ve deneyimli bir ekibin iyi iletişim ve koordinasyonla bir arada çalışmasıyla mümkün olur. Palyatif bakım ekibi, farklı meslek alanlarından uzmanları içeren bir ekiptir. Bu ekip, doktor, psikolog, palyatif bakım hemşiresi, diyetisyen, fizyoterapist, din görevlisi, sosyal hizmet uzmanı gibi farklı uzmanlarını içerir (23). Palyatif bakım ekibi, Şekil 4'te gösterilmiştir (24). Bu çeşitli uzmanlıkların bir araya gelmesi, hastaların ve ailelerinin tüm gereksinimlerini en iyi şekilde karşılayabilmek için önemlidir.



Şekil 4. Palyatif Bakım Ekibi (24)

Palyatif Bakımda Sık Karşılaşılan Komplikasyonlar

Ağrı, Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (IASP) tarafından "vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedenle ilişkilendirilmiş veya ilişkilendirilmemiş, kişinin geçmiş deneyimleriyle ilgili, hoş olmayan bir duygu" olarak tanımlanır (25; 26). Ağrı, kanser dahil birçok farklı hastalıkta meydana gelebilir ve doku hasarının yanı sıra kişinin duygusal durumu ve çevresel etkenlerden de etkilenebilir. Ağrının yeri, yayılma şekli, şiddeti, süresi ve etkileyen faktörler gibi özellikleri belirlenmelidir. Bu bilgilere dayalı olarak ağrı türü ve şiddeti değerlendirilir ve tedavi planı oluşturulur. Ağrı türünü ve şiddetini değerlendirmek için çeşitli skorlama sistemleri geliştirilmiştir, en sık kullanılanı Visual Analog Scale (VAS) adlı ölçektir. Ağrı yönetiminde farmakolojik tedavi kullanılabilir ve DSÖ'nün basamaklı ağrı tedavi sistemi çerçevesinde nonopioidler (örneğin asetilsalisilik asit, parasetamol, nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar), zayıf opioidler (örneğin kodein, tramadol) ve güçlü opioidler (örneğin morfin, fentanil) kullanılır (26).

Dispne, nefes alıp vermenin zorlukla gerçekleştirildiği bir durumu ifade eder ve son dönem hastalıklarda sık görülür (27). Dispne, hastaların en çok ölüm korkusu yaşadığı, anksiyete ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olan bir semptomdur. Altta yatan birçok hastalıkla ilişkilendirilebilir, örneğin metastatik veya primer akciğer tümörleri, pnömoni, plevral efüzyon, KOAH, pulmoner emboli, solunum kaslarının felci, kardiyak problemler

gibi. Dispne, aynı zamanda anksiyete, panik atak ve psikososyal sorunlara bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Dispne yönetiminde öncelikle altta yatan hastalığın veya geri dönüşümlü nedenlerin ele alınması önemlidir. Dispne tedavisi oksijen desteği, farmakolojik tedavi, pulmoner rehabilitasyon ve egzersiz teknikleri, pozisyonel ayarlamalar, oda sıcaklığı ve nem ayarları gibi nonfarmakolojik yöntemler kullanılarak yapılabilir (28).

Bulanti, mide içeriğinin istemsiz olarak dışarı atılması olarak tanımlanırken, bulanti ise kusma hissi olarak ifade edilir. Bu semptomlar birçok farklı nedenle ortaya çıkabilir, örneğin enfeksiyonlar, gastrointestinal sistem sorunları, merkezi sinir sistemi problemleri, organ yetmezlikleri, ilaç yan etkileri gibi. Temelde altta yatan nedenin tedavi edilmesi gereklidir, ancak bu her zaman mümkün olmayabilir. Semptomatik tedavi amacıyla sıkça kullanılan ilaçlar arasında metoklopramid, ondansetron, deksametazon bulunur (26; 28).

Halsizlik, enerji seviyelerinde, zihinsel kapasitede ve fiziksel performansta azalma olarak tanımlanır. Palyatif bakım hastalarında, özellikle son dönem hastalarda sıkça görülen ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir semptomdur. Altta yatan nedeni belirlemek genellikle zordur, ancak anemi, beslenme bozuklukları, hareketsizlik, uyku bozuklukları, elektrolit dengesizlikleri gibi nedenler araştırılmalıdır. Semptomatik tedavide kortikosteroidler ve psikostimülanlar gibi ilaçlar kullanılabilir (28).

Konstipasyon, dışkılama sıklığının azalması ve dışkılamanın güçleşmesi olarak tanımlanır. Bu semptom, yetersiz sıvı alımı, lif eksikliği, hareketsizlik, ileus, otonomik fonksiyon bozukluğu, hipotiroidi, elektrolit dengesizlikleri, opioidler, antikolinergik ilaçlar, kalsiyum kanal blokerleri gibi çeşitli nedenlerle meydana gelebilir (1; 29). İlk aşamada sıvı alımı, lifli gıda tüketimi ve fiziksel aktivitenin artırılması önerilir. Altta yatan düzeltilen nedenler düzeltilmeye çalışılmalıdır. Ancak bu önlemler yetersiz kalıyorsa, prokinetik ajanlar ve laksatifler gibi farmakolojik ajanlar kullanılabilir (26).

İştahsızlık ve kaşeksi, yememe isteği, açlık hissinin kaybı veya ağız tadının kaybolması olarak tanımlanır. Kaşeksi ise aşırı kilo kaybı ve yağ dokusunun azalması, iskelet kas kütlelerinin azalmasıyla karakterizedir. Kaşeksiye neden olan faktörler arasında beslenme eksiklikleri, tat ve koku problemleri, erken doyma ile ilişkilendirilen gastrointestinal sistem sorunları, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler bulunur. Ayrıca anabolik yetersizlikler, katabolik faktörler, antineoplastik ilaçlar gibi faktörler de etkili olabilir (30).

Yememe ve kilo kaybının hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alındığında, tedaviye hızla başlanması önemlidir. Beslenme düzenlemeleri yanı sıra diyetisyen tarafından desteklenmelidir. Ayrıca, deksametazon, megestrol asetat, dronabinol gibi farmakolojik tedaviler kullanılabilir (28; 31; 32).

Basınç ülserleri, Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (EPUAP) ve Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (NPUAP) tarafından "genellikle kemik çıkıntıları üzerinde veya tıbbi veya tıbbi olmayan cihazlarla ilişkili olarak lokalize doku hasarı olarak tanımlanmaktadır. Bu ülserler, ciddi mortalite ve morbiditeye neden olabilir, hastanede kalış süresini uzatabilir ve özellikle hareket kabiliyeti sınırlı olan yaşlı hastalarda sık görülür. Basınç ülserleri, iç ve dış etkenlerin birleşimi sonucu oluşur ve altı ayrı evrede değerlendirilir (33; 34):

1. Evre 1: Cilt bütünlüğü korunmuş, ciltte basınca rağmen kaybolmayan kızarıklık mevcuttur.
2. Evre 2: Dermis tabakası etkilenmiş, deride kısmi kayıp meydana gelmiştir. Yara yatağı kırmızı-pembe renkte olabilir ve bül şeklinde kabarcıklar oluşabilir.
3. Evre 3: Cilt altı yağ dokusu görülebilen, tam kat deri kaybı meydana gelmiştir. Kabuk veya skar olabilir, ancak kemik, kas, tendon, fasya, ligament gibi yapılar açıkta değildir.
4. Evre 4: Yaranın kas, tendon ve kemik dokusuna kadar ilerlediği, tam kat deri ve doku kaybının olduğu evredir. Genellikle cep ve tüneller bulunur.
5. Evrelendirilemeyen evre: Yara tabanındaki fibrin veya nekrotik doku nedeniyle derinliği tam olarak bilinmeyen, fibrin veya nekrotik doku temizlendiğinde genellikle evre 3-4 yaranın ortaya çıktığı, deri ve doku kaybının olduğu evredir.
6. Şüpheli derin doku hasarı: Deri bütünlüğü bozulmadığı halde deride morarmalar veya içi kan dolu kabarcıklar gibi değişikliklerin olduğu evredir (35; 33).

Basınç ülserlerinin önlenmesi için havalı yatak kullanımı, düzenli pozisyon değişikliği, sağlıklı beslenme ve cilt bakımına özel önem verilmelidir. Ancak önlemlere rağmen oluşan yaraların tedavisinde enfeksiyon riskini azaltmak, mevcut enfeksiyonu tedavi etmek ve yaranın iyileşmesini hızlandırmak temel amaçlardır (33; 34).

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM

Dünyada Palyatif Bakım

Tarih boyunca, ölüm sonrası süreçlerle ilgili çalışmalar yapılmıştır ve son yüzyılda özellikle ölüm sürecine olan ilgi artmıştır. Yüzyıllardır dini kurumlar, özellikle de yoksul ve yardıma muhtaç kişilere son dönem bakımı konusunda etkin bir rol oynamışlardır (36). Palyatif bakımın kökenleri, orta çağ dönemine kadar uzanır ve "hospis" terimi, seyahat edenler için güvence altına alınmış bir yer anlamında kullanılırdı. Modern palyatif bakım ve son dönem bakımı, hemşire ve sosyal çalışma uzmanı olan Dame Cicely Saunders'ın çabalarıyla geliştirilmiştir (37). İlk palyatif bakım ünitesinin kurulduğu 1842 yılından başlayarak, palyatif bakımın modern anlamdaki ilk adımları atılmıştır. Londra'da 1967'de St. Christopher's Hospice adı altında başlatılan hospis hizmeti, palyatif bakımın dünya genelinde yayılmasına öncülük etmiştir. Kanada'nın Montreal şehrindeki Royal Victoria Hastanesi'nde 1975 yılında kurulan ilk palyatif bakım servisi, dünya genelinde birçok palyatif bakım servisinin kurulmasına yol açmıştır (38).

Palyatif bakımın hastanelere entegre olmaya başlaması da bu dönemlerden sonradır (39). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1987 yılında Hotwitz Center'in kurulmasının ardından, 1990'lı yıllarda Yeni Zelanda, Avustralya ve Japonya gibi ülkelerde de palyatif bakım kuruluşları ortaya çıkmıştır (37). Batı Avrupa'da, palyatif bakımın başladığı tarihler ise şu şekildedir: İsveç'te 1977, İtalya'da 1980, Almanya'da 1983, İspanya'da 1984, Belçika'da 1985 ve Hollanda'da 1991 (40; 41).

Dünya Palyatif Bakım Birliği (WPCA), 2003 yılında kurulmuş bir uluslararası örgüt olup, palyatif bakım organizasyonlarını içeren ve dünya genelinde hospis çalışmalarını yürüten bir birlik olarak faaliyet göstermektedir (42). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ülkelerin palyatif bakım hizmetlerini geliştirmeleri gerektiğine vurgu yapmaktadır. DSÖ, özellikle gelir düzeyi düşük ve gelişmemiş ülkeler için kanser tedavisine ek olarak, en azından geniş kapsamlı palyatif bakım hizmetlerinin sağlanması gerektiğini önermektedir. Bu bağlamda, kanserle mücadelede öncelikle palyatif bakım eksikliklerinin giderilmesi gerektiğini savunmaktadır. DSÖ, ülke ekonomilerine yük getirebilecek pahalı tedaviler, radyoterapi cihazları veya tarama programları yerine palyatif bakım hizmetlerine daha fazla kaynak aktarılmasını önermektedir (43).

Dünya genelinde palyatif bakım ihtiyacı artmasına rağmen, bu hizmete ihtiyaç duyan bireylerin yalnız %14'üne bu hizmet sunulmaktadır. 2017 yılında, 194 ülkenin katıldığı bir palyatif bakım değerlendirmesinde, ülkelerin sadece üçte birinde palyatif bakım hizmetlerinin sunulduğu görülmüştür. Orta ve düşük gelirli ülkelerde, palyatif bakım hizmetlerine daha fazla ihtiyaç söz konusudur. Çocukların %98'i, yetişkinlerin ise %78'i orta ve düşük gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Bununla birlikte, düşük gelirli ülkelerde (%10), yüksek gelirli ülkelere göre (%75), palyatif bakım hizmetleri daha az yaygın olarak sunulmaktadır (4; 44).

Dünya çapında, palyatif bakım hizmetleri her ülkede farklı şekilde uygulanmaktadır. Gelişme aşamasındaki ülkelerdeki hizmet, gelişmiş ülkelerde sunulan hizmetten daha yeni bir oluşum aşamasındadır. Palyatif bakım hizmetlerinin yaygınlığı, sağlık sistemi ile ne kadar bütünleştiği, sağlık sigortası politikalarının bu hizmete nasıl destek verdiği, sağlık personelinin ve yerel derneklerin etkili ve sürekli palyatif bakım politikalarını destekleyip desteklemediği, morfin gibi ilaçlara erişimin kolaylığı ve sağlık personelinin ve toplumun palyatif bakım hakkında ne kadar bilinçli olduğu palyatif bakım eğitim sistemlerine göre farklılık göstermektedir (41).

Wright ve diğerlerinin 2008 tarihli araştırması, palyatif bakım uygulamalarını değerlendirerek ülkeleri dört ana kategoriye ayırmıştır (44). Birincisi, 234 ülkeden %33'ünde (78 ülkede) palyatif bakıma yönelik uygulama yapılmadığı tespit edilmiştir. İkincisi, %18'inde (41 ülke) palyatif bakıma yönelik hizmetlerin başladığı ve gelişmekte olduğu belirlenmiştir. Üçüncüsü, %34'ünde (80 ülke) palyatif bakımın yerel servisler tarafından sunulduğu görülmüştür. Dördüncüsü ve sonuncusu ise %15'inde (35 ülke) sağlık hizmetleriyle entegre olmuş palyatif bakım hizmetleri bulunmaktadır.

Lynch ve arkadaşlarının 2013 tarihli çalışmasında daha olumlu gelişmeler gözlemlenmiştir. Bu çalışmada, ülkeler şu şekilde sınıflandırılmıştır (15): İlk olarak, %32'sinde (75 ülke) palyatif bakım uygulamalarının bulunmadığı belirtilmiştir. İkinci olarak, %10 oranında (23 ülke) palyatif bakım hizmetlerinin gelişmekte olduğu rapor edilmiştir. Üçüncüsü, %39'unda (91 ülke) palyatif bakımın yerel servisler tarafından sunulduğu bulunmuştur (Grup 3a ve Grup 3b ülkeleri bir arada değerlendirilmiştir). Son olarak, %19 oranında (45 ülke) sağlık hizmetleri ile entegre olmuş palyatif bakım hizmetleri saptanmıştır (Grup 4a ve Grup 4b ülkeleri bir arada değerlendirilmiştir).

Gösterilmiş olan çalışmaların sonuçlarına göre, palyatif bakım hizmetlerinde dünya genelinde ilerlemeler kaydedilmektedir (15; 44). Türkiye ise bu sınıflandırmada 3b kategorisinde yer almakta olup, palyatif bakımın bölgesel olarak desteklendiği bir aşamada bulunmaktadır.

Türkiye’de Palyatif Bakım

Türk tıp tarihinde, özellikle İslamiyet öncesi dönemlerden itibaren palyatif bakım hizmetleri çeşitli kurumlar tarafından sunulmuş ve bu hizmetler farklı adlar altında sağlık merkezleri, sosyal tesisler ve sığınma evleri gibi yapılarla devam etmiştir. Cumhuriyet döneminde, 1993 ile 1997 yılları arasında Türk Onkoloji Vakfı tarafından "Kanser Bakımevi" adıyla ilk palyatif bakım kurumu kurulmuştur. Ardından Ankara'da çeşitli hastanelerde palyatif bakım hizmeti veren merkezler açılmış ve sonunda tam donanımlı yetişkin bir Palyatif Bakım Merkezi, Ulus Devlet Hastanesi'nde faaliyete geçirilmiştir (45).

Ülkemizde hastaların ve bakım verenlerin biyopsikososyal ihtiyaçlarını karşılamak için palyatif bakım programına olan ihtiyaç açıktı. Bu ihtiyacı karşılamak amacıyla Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, 2008 yılında "Palyatif Bakım Programı Eylem Planı"nı düzenlemiştir, bu plan bir dizi çalıştayla hayata geçirilmiştir. 2010-2015 yılları arasında ulusal kanser kontrol programının önemli bir bileşeni olarak PALLİA-TÜRK (Palya-Türk) projesi başlatılmıştır ve bu proje, ülkemizin sosyokültürel yapısına uygun bir şekilde palyatif bakım hizmetlerini geliştirmeyi hedeflemiştir. Palya-Türk projesi, sivil toplum kuruluşlarının desteğini almış ve hasta bakımının öncelikli olduğu bir sistem oluşturmuştur. Bu proje kapsamında palyatif bakım, tıbbi alana entegre edilmiş, palyatif bakımda uygulanacak tedavi ve bakım için rehberler geliştirilmiş, bu alanda çalışacak personelin nitelikleri belirlenmiş, sosyal güvenlik sistemi içinde yer almış ve palyatif bakım merkezlerinin sayısı artırılmıştır. Bakım verenler için eğitim ve bakım standartları belirlenmiş, farklı ekipler arasında işbirliği sağlanmış, opioidlere daha kolay erişim sağlanmış, hasta ve sağlık personelinin hakları ve sorumlulukları standardize edilmiş ve yataklı palyatif bakım merkezlerinin yanı sıra farklı bakım seçenekleri sunulmuştur (46).

2014 yılında yayınlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nde yapılmış olan bir düzenlemeyle, palyatif bakım hizmetlerinin harcamaları Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı servisler tarafından faturalandırılmaya başlanmıştır, bu da palyatif bakımın geri ödeme kapsamına alındığı anlamına gelmektedir (47). Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri

Genel Müdürlüğü tarafından 09.10.2014 tarih ve 640 sayılı "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" yayınlanmıştır ve bu yönerge, yataklı servislerde sunulan palyatif bakım hizmetlerinin düzenlenmesini amaçlamıştır. Ancak, yönerge içeriğine göre, 1. ve 2. basamak palyatif bakım merkezleri karma olarak tanımlanmışken, 3. basamak Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezleri ve Hospisler tanımlanmamıştır (48). Aynı dönemde, 27.02.2015 tarihli ve 29280 sayılı Resmî Gazete'de "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik" yayınlanmıştır (49).

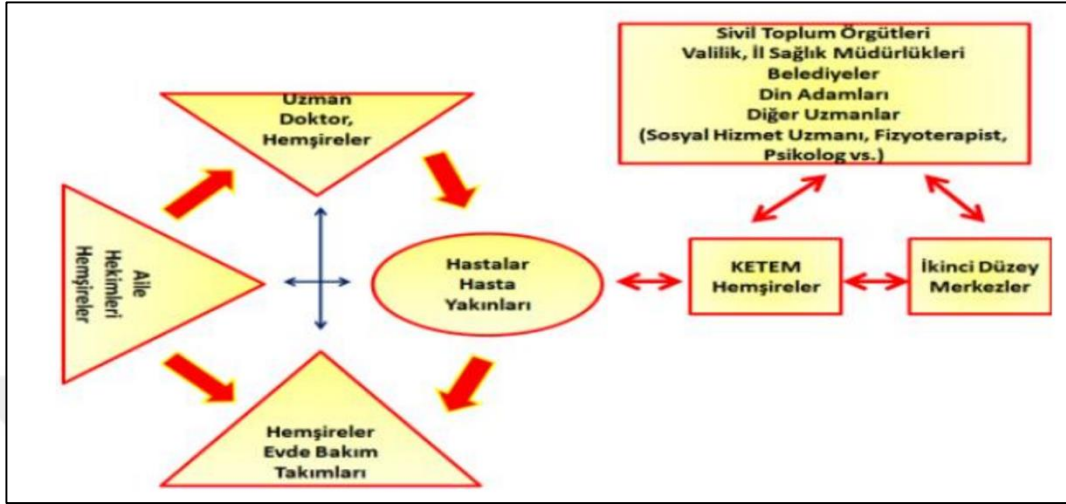
Ülkemizde 2012 yılında 38 palyatif bakım yatağı bulunurken, bu sayı 2016 yılında 68 ilde 1898 yatağa sahip 168 palyatif bakım ünitesine yükselmiştir. 2017 yılına gelindiğinde yatak sayısı 4000'e, 2018'de 4700'e, 2019'da 5475'e ve 2020 itibarıyla toplam 81 ilde 5717 yatak kapasitesine ulaşmıştır. Palyatif bakımın geliştirilmesi için Türkiye'de çalışmalar devam etmektedir (50).

Türkiye'de palyatif bakım alanında önemli bir adım, 2010 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından oluşturulan PALLİA-TÜRK Projesi ile atılmıştır. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanmış proje, 2011 yılında uygulanmaya başlamıştır ve palyatif bakımı Ulusal Kanser Programı'nın önemli bir bileşeni olarak görmektedir. PALLİA-TÜRK Projesi, temelde Aile Hekimliği üzerine odaklanmış bir projedir, ancak sivil toplum örgütleri ve Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezlerinin (KETEM) katkılarıyla hemşirelik bakımına dayanmaktadır. Sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimlerin işbirliği ile hastaların psikososyal, ekonomik ve dini ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlamaktadır. Projede, opioidlere erişimin artırılması ve toplum tabanlı bir palyatif bakım modelinin uygulanması gibi iki temel konuya odaklanılmıştır (51).

PALLİA-TÜRK Projesi aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- Hemen her ilde palyatif bakım ünitelerinin oluşturulması,
- Türkiye çapında 15-20 yatağa sahip, çok branşlı bir ekip tarafından yönetilen ve farklı uzmanlık alanlarındaki doktorların yanı sıra fizik tedavi uzmanı, psikolog, diyetisyen, dini görevli ve eczacı gibi birçok farklı disiplinin işbirliği yapacağı çok yönlü palyatif bakım merkezlerinin kurulumu,

- Tedaviye cevapsız hastaların yaşam sonu dönemlerini hastane kampüslerine yakın, ev ortamına benzeyen 30 özel yatak kapasiteli hospislerde geçirmelerinin sağlanması (52).



Şekil 5. PALLİA-TÜRK Projesi Organizasyon Şeması (53)

PALLİA-TÜRK Projesinin düzenlenmesiyle Türkiye, 2011 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflandırmasına göre Grup 3 ülkeleri statüsüne yükselmiştir ve Lynch ve diğer araştırmacıların 2013 yılında yaptığı çalışmada Türkiye'nin Grup 3b'ye dahil edildiği gözlemlenmiştir (15). PALLİA-TÜRK Projesi, temel olarak aile hekimleri, hemşireler ve KETEM personeli üzerine kurulmuş olan dünyadaki ilk toplum tabanlı palyatif bakım projesidir. Bu projede palyatif bakım hizmetleri; Birinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri, İkinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri ve Üçüncü Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri olarak farklı düzeylerde sunulmaktadır (53).

PALYATİF BAKIMDA MALİYET

Kısıtlı kaynaklar göz önünde bulundurulduğunda, sağlıkta hizmet metotlarının maliyet etkinliği açısından bilimsel deliller giderek daha büyük bir öneme sahip olmaktadır. Yaşamın son dönemlerinde verilen hizmetin, sağlıkta hizmet harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturduğu yaygın bir bilgidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen çalışmalar, sağlık alanına yönelik harcamaların %25'inin hastaların son bir yıllık hayat dönemi ile ilişkilendirilebileceğini saptamıştır (54). Benzer şekilde İngiltere'de, hastanede yatılan günlerin %20'sinin hayatının son dönemlerinde bakım alan hastalara ait olduğu düşünülmektedir (55). Bir araştırmada, evde veya bakım evlerinde ölen kişilerin haftalık

bakım maliyetlerinin 150 ile 700 dolar arasında değiştiği, yoğun bakım ünitelerinde hayatını kaybedenler için ise haftalık harcamaların 2550 ile 5000 dolar arasında olduğu bulunmuştur (56). Maliyet ile ilgili çalışmalarda genellikle geleneksel basit maliyet analizi kullanılsa da, metodolojik farklılıklar nedeniyle sağlıklı bir karşılaştırma yapmak zor olabilir. Ancak, hastane giderleri temel olarak üç ana kategoriye ayrılabilir:

a) Laboratuvar testleri, ilaçlar, tıbbi sarf malzemeleri gibi doğrudan giderler

b) Personel kaynaklı giderler,

c) Üretim giderleri (su, elektrik, iletişim, bakım-onarım, doğalgaz, temizlik, tıbbi atıklar, demirbaş amortismanı tıbbi gazlar, bina amortismanı vb.).

Sağlık Bakanlığı'nın ölkemizde ilgili tebliğine göre yatak kapasitesi, yoğun bakım üniteleri, kabul edilen hastaların klinik durumları, özellikleri, ilgili uzmanlık branşlarının ağırlıklı oranı, fiziki şartları, personelin niteliği, tıbbi donanım ve araç-gereç, gibi faktörler göz önüne alınarak sınıflandırılmıştır (birinci, ikinci, üçüncü basamak). Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), yoğun bakım ünitelerine ödeme yapmak için paket programlar kullanmaktadır. Bu nedenle yoğun bakım üniteleri, kendi seviyelerine veya daha alt seviyelere yönelik paket ücretler talep edebilmektedirler. Ancak bir alışma, SGK tarafından ödenen miktarların bu hizmetleri yeterince karşılamadığını göstermektedir. Ayrıca mevcut ödemelerle yeni yoğun bakım ünitesi kurmanın olanaksız olduğu ve çalışmakta olan yoğun bakım birimlerinin de tamamen idare edilemediği belirtilmektedir (57).

Ancak ekonomik değerlendirmenin palyatif bakıma uygulanması hızlı ilerlememektedir ve kanıt tabanı sınırlıdır. Yürütölmekte olan araştırmalar, palyatif bakımın maliyet açısından tasarruflu olabileceğini gösterse de, sonuçlar dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir (örneğin, farklı yöntemlerin kullanılması, değerlendirme kalitesinin düşüklüğü gibi nedenlerle). Palyatif bakım açısından rutin ekonomik değerlendirme tekniklerini uygulamak bazı zorluklar içermektedir; bunların bazıları ilgili tüm verilere (örneğin, gayri resmi bakım maliyetleri) erişimdeki güçlüklerle ilişkilidir, diğerleri ise hastaya sağlanan faydalara mali bir değer biçilmesi gibi kavramsal konuları içermektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışmada amacımız Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde bulunan 11 yataklı Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi ve 6 yataklı Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde yatışı olan palyatif bakım ihtiyacı olan hastaları saptamak, yaşlarını, cinsiyetlerini, yatış nedenlerini, primer hastalıklarını, APACHE II, SOFA skorlarını, Palyatif Bakım Alış Kriterleri ve Skorlaması (PBAKS), Palyatif Prognostik İndeks, ECOG skorlarını, cerrahi müdahale varlığını, mekanik ventilasyon sürelerini, nutrisyon tipini, renal replasman ihtiyaçları olup olmadıklarını, pozitif inotrop ihtiyacı olup olmadıklarını mortalitelerini, taburculuklarını ve taburcu olanların 1, 3 ve 6 aylık sağkalımlarını, yeniden hospitalize edilip edilmediklerini ve yatış süresi boyunca maliyetlerini saptamaktır.

Hastanemiz cerrahi ve reanimasyon yoğun bakım servisinde palyatif bakım hastası olarak değerlendirilen serebral ağır patolojileri olan hastalar, uzun süreli ağrısı olan kanser hastaları, terminal dönem kanser hastaları, evinde ve/veya hastanede noninvaziv ventilasyon desteği alan akut problemi olmayan KOAH hastaları, malnütrisyonu olan hastalar, bası yarası olan hastalar, quadriplejik bilinci kapalı olmayan bakım hastaları dahil edilmiştir.

Araştırmadaki gönüllü sayısı 01/01/2019 ile 31/12/2020 tarihleri arasında hastanemizdeki Cerrahi ve Reanimasyon yoğun bakım ünitelerinde yatacak olan ve palyatif bakım kriterlerine uyan hastaların sayısı kadar olup 140'tır.

Toplanan veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 25 (IBM Corp. Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirildi. Analizde elde edilen bulgular frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri ile gösterildi. Yüzdelik değerlerin karşılaştırılmasında Ki-kare analiz yöntemi uygulanırken, iki grubun ortalama değerleri karşılaştırılmasında bağımsız rnekleme Student t-testi, ikiden fazla grubun ortalama değerleri karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yöntemi, çeşitli değişkenler arasındaki bağıntılıların incelenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. P değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



BULGULAR

Çalışma süresince Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi'ne 1054 hasta yatışı olmuş ve çalışma kriterlerine uyan 140 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen 140 hastanın cinsiyet dağılımları incelendiğinde; %57,8 (n=81)'inin erkek, %42,2 (n=59)'sinin ise kadın olduğu bulundu.

Çalışmaya katılan hastaların yaşları incelendiğinde; en genç hastanın 33 yaşında, en yaşlı hastanın 96 yaşında olduğu, tüm hastaların yaş ortalamasının ise $68,85 \pm 13,71$ yıl olduğu bulundu.

Cinsiyetlere göre yaş ortalamaları incelendiğinde; erkek hastaların yaş ortalamasının $66 \pm 13,23$ yıl, kadın hastaların yaş ortalamasının ise $72,76 \pm 13,8$ yıl olduğu bulundu. Cinsiyete göre yaş ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında ise kadın hastaların yaş ortalamasının erkek hastalara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,004$).

Çalışmaya katılan hastaların vücut ağırlıkları incelendiğinde; en düşük kilolu hastanın 45 kg en yüksek kilolu hastanın 178 kg olduğu bulunurken, tüm hastaların vücut ağırlığı ortalamasının $74,7 \pm 15,3$ kg olduğu bulundu.

Cinsiyete göre vücut ağırlığı ortalamaları incelendiğinde; erkek hastaların $75,8 \pm 10,3$ kg, kadın hastaların $73,14 \pm 20,3$ kg olduğu bulundu. Cinsiyete göre vücut ağırlığı ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı farkın olmadığı bulundu ($p=0,304$).

Tablo 1. Hastaların cinsiyete göre yaş ve ağırlık ortalamalarının karşılaştırılması

	Toplam	Erkek (n=81)	Kadın (n=59)	p
	%	%57,8	%42,2	
Yaş	$68,85 \pm 13,71$	$66 \pm 13,23$	$72,76 \pm 13,8$	0,004
Ağırlık	$74,7 \pm 15,3$	$75,8 \pm 10,3$	$73,14 \pm 20,3$	0,304

Student t test, $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Hastaların yaş ortalamaları ile vücut ağırlıkları ortalamaları pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; hastaların yaş ortalaması ile vücut ağırlıkları arasında ters yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişkinin olduğu bulundu ($r=-0,224$; $p=0,008$). Cinsiyete göre yaş ortalamaları ile vücut ağırlıkları ortalamaları pearson korelasyon analiziyle incelendiğinde; erkek hastalarda anlamlı bir ilişki bulunmaz iken ($r=-0,117$; $p=0,298$), kadın hastalarda bu ilişkinin ters yönde zayıf düzeyde olduğu bulundu ($r=-0,293$; $p=0,024$).

Çalışmaya katılan hastaların yoğun bakıma yatış tanıları Tablo 2’de gösterilmiş olup; hastaların en yüksek oranda %44,3 (n=62) serebral patoloji ve %27 (n=38)’sinde terminal dönem kanser tanısıyla yoğun bakıma alındığı bulundu.

Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre primer tanılar istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı farkın olmadığı bulundu ($p=0,088$) (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların cinsiyete göre primer tanılarının dağılımı

	Toplam	Erkek (n=81)	Kadın (n=59)	p*
Terminal Dönem Kanser	%27,1 (n=38)	%35,8 (n=29)	%15,3 (n=9)	0,088
Akciğer Patolojisi	%13,6(n=19)	%12,3 (n=10)	%15,3 (n=9)	
Serebral Patoloji	%44,3 (n=62)	%40,7 (n=33)	%49,2 (n=29)	
Basınç Yarası	%9,3 (n=13)	%7,4 (n=6)	%11,9 (n=7)	
Malnutrisyon	%5,7 (n=8)	%3,7 (n=3)	%8,5 (n=58)	

* Kikare test, $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hastaların primer tanılarına göre yaş ortalamaları istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı farkın olmadığı bulundu ($p=0,155$) (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların primer tanılarının göre yaş ortalamaları

	Yaş (ort±SS)	p*
Terminal Dönem Kanseri (n=38)	64,21±11,7	0,155
Akciğer Patolojisi (n=19)	71,89±11,6	
Serebral Patoloji (n=62)	70,85±14,9	
Basınç Yarası (n=13)	68,85±11,1	
Malnutrisyon (n=8)	68,12±18,3	

Ort: ortalama, SS: standart sapma.

* Anova test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı.

Çalışmaya katılan hastaların APACHE II skorları incelendiğinde; en düşük skorun 5 en yüksek skorun 42 olduğu bulunurken, tüm hastaların ortalama APACHE II skorunun $21,6\pm7,16$ olduğu bulundu.

Cinsiyete göre APACHE II skorları incelendiğinde; erkek hastalarda $21,42\pm7,23$ olduğu bulunurken, kadın hastalarda ise $21,88\pm7,12$ olduğu bulundu. Cinsiyete göre APACHE II skorları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı farkın olmadığı bulundu ($p=0,718$) (Tablo 4).

Hastaların APACHE II skorları ile yaş ortalamaları pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulundu ($r=0,052$; $p=0,540$) (Tablo 4).

Çalışmaya katılan hastaların SOFA skorları incelendiğinde; en düşük skorun 1 en yüksek skorun 15 olduğu bulunurken, tüm hastaların ortalama SOFA skorunun $6,69\pm2,5$ olduğu bulundu.

Cinsiyete göre SOFA skorları incelendiğinde; erkek hastalarda $21,42\pm7,23$ olduğu bulunurken, kadın hastalarda ise $21,88\pm7,12$ olduğu bulundu. Cinsiyete göre SOFA skorları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı farkın olmadığı bulundu ($p=0,718$) (Tablo 4).

Hastaların SOFA skorları ile yaş ortalamaları pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulundu ($r=-0,068$; $p=0,427$).

Tablo 4. Hastaların APACHE II ve SOFA skorları

	Toplam	Erkek (n=81)	Kadın (n=59)	p
APACHE II	21,6±7,16	21,42±7,23	21,88±7,12	0,718
SOFA	6,69±2,5	6,75±2,61	6,61±2,38	0,740

Student t test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hastaların Palyatif Prognostik İndeks değerleri incelendiğinde; en düşük 3,5 en yüksek 15 olduğu bulunurken, ortalama $9,75±2,72$ olduğu bulundu.

Cinsiyete göre Palyatif Prognostik İndeks değerleri incelendiğinde; erkek hastalarda $9,72±2,76$ olduğu bulunurken, kadın hastalarda ise $9,8±2,7$ olduğu bulundu. Cinsiyete göre Palyatif Prognostik İndeks değerleri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı farkın olmadığı bulundu ($p=0,874$) (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların Palyatif Prognostik İndeks değeri

	Toplam (n=140)	Erkek (n=81)	Kadın (n=59)	p*
Palyatif Prognostik İndeks değeri (ort±SS)	9,75±2,72	9,72±2,76	9,8±2,7	$p=0,874$

* Student t test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Hastaların Palyatif Prognostik İndeks değerleri ile yaş ortalamaları pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; hastaların yaş ortalaması ile Palyatif Prognostik İndeks değerleri arasında doğru yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişkinin olduğu bulundu ($r=0,219$; $p=0,009$). Cinsiyete göre yaş ortalamaları ile Palyatif Prognostik İndeks değerleri pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; kadın hastalarda anlamlı bir ilişki bulunmaz iken ($r=0,172$; $p=0,193$), erkek hastalarda bu ilişkinin doğru yönde zayıf düzeyde olduğu bulundu ($r=-0,259$; $p=0,020$).

Çalışmaya katılan hastaların palyatif performans skalası skorlarının dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir. Cinsiyete göre palyatif performans skalası skorları incelendiğinde cinsiyet grupları arasında anlamlı farkın olmadığı bulundu ($p=0,500$) (Tablo 6).

Hastaların palyatif performans skalası skorlarına göre yaş ortalamaları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulundu ($p=0,130$)

Tablo 6. Hastaların Palyatif Performans Skalası dağılımı

		Toplam (n=140)	Erkek (n=81)	Kadın (n=59)	p*
Palyatif Performans Skalası	%10	%12,9 (n=18)	%12,3 (n=10)	%13,6 (n=8)	0,500
	%20	%52,9 (n=74)	%54,3 (n=44)	%50,8 (n=30)	
	%30	%22,9 (n=32)	%22,2 (n=18)	%23,7 (n=14)	
	%40	%8,6 (n=12)	%8,6 (n=7)	%8,5 (n=5)	
	%50	%1,4 (n=2)	%0 (n=0)	%3,4 (n=2)	
	%60	%1,4 (n=2)	%2,5 (n=2)	%0 (n=0)	

* Kikare test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hastaların Karnofsky skorlarının dağılımı Tablo 7'da gösterilmiştir. Cinsiyete göre Karnofsky skorları incelendiğinde cinsiyet grupları arasında anlamlı farkın olmadığı bulundu ($p=0,780$) (Tablo 7).

Hastaların Karnofsky skorlarına göre yaş ortalamaları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulundu ($p=0,479$).

Tablo 7. Hastaların Karnofsky skorlarının dağılımı

		Toplam (n=140)	Erkek (n=81)	Kadın (n=59)	P
Karnofsky Skoru	10	%6,4 (n=9)	%4,9 (n=4)	%8,5 (n=5)	0,780
	20	%61,4 (n=86)	%64,2 (n=52)	%57,6 (n=34)	
	30	%22,9 (n=32)	%23,5 (n=19)	%22 (n=13)	
	40	%4,3 (n=6)	%2,5 (n=2)	%6,8 (n=4)	
	50	%1,4 (n=5)	%3,7 (n=3)	%3,4 (n=2)	
	60	%1,4 (n=2)	%1,2 (n=1)	%1,7 (n=1)	

* Student t test, ** Kikare test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hastaların ECOG performans skorlarının dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir. Cinsiyete göre ECOG performans skorları incelendiğinde cinsiyet grupları arasında anlamlı farkın olmadığı bulundu ($p=0,058$ (Tablo 8).

Hastaların ECOG performans skorlarına göre yaş ortalamaları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulundu ($p=0,763$).

Tablo 8. Hastaların ECOG performans skorlarının dağılımı

		Toplam (n=140)	Erkek (n=81)	Kadın (n=59)	p
ECOG performans	0				0,058
	1				
	2	%5 (n=7)	%2,5 (n=2)	%8,5 (n=5)	
	3	%19,3 (n=27)	%14,8 (n=12)	%25,4 (n=15)	
	4	%75,7 (n=106)	%82,7 (n=67)	%66,1 (n=39)	
	5				

* Student t test, ** Kikare test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hastaların %23,6 (n=33)’sının cerrahi operasyona alındığı bulunurken, erkek hastalarda bu oran %30,9 (n=25) iken kadın hastalarda %13,6 (n=8) olarak bulundu. Cinsiyete göre cerrahi operasyona alınma durumları istatistiksel olarak incelendiğinde erkek hastaların kadın hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek oranda cerrahi operasyona alındığı ($p=0,017$) (tablo 9).

Tablo 9. Hastaların yoğun bakım sürecinde operasyona alınma durumları

	Toplam (n=140)	Erkek (n=81)	Kadın (n=59)	p*
Operasyona alınan	%23,6 (n=33)	%30,9 (n=25)	%13,6 (n=8)	0,017

* Kikare test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Cerrahi operasyona alınan hastaların yaş ortalamaları istatistiksel olarak incelediğinde operasyona alınan hastaların yaş ortalamasının cerrahi operasyona alınmayan hastalara göre daha düşük olduğu bulundu ($p=0,004$).

Tablo 10. Operasyona alınma durumları ile yaş ortalamalarının karşılaştırılması

	Yaş (ort±SS)	p*
Operasyona alınan (n=33)	62,88±14,34	0,004
Operasyona alınmayan (n=107)	70,69±13,03	

* Student t test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hastaların %29,3 (n=33)'üne yoğun bakım ünitesinde yattığı süre içerisinde renal replasman tedavisinin uygulandığı bulundu (Tablo 11). Renal replasman uygulanan hastaların renal replasman türleri incelendiğinde; renal replasman tedavisi alan hastaların %29,2 (n=12)'sine Ci-Ca'lı CVVHD, %63,4 (n=26)'üne heparinli CVVHDF ve %4,9 (n=2)'una da hemodiyaliz tedavisi uygulandığı bulundu. Cinsiyete göre renal replasman tedavisi alma durumları ve replasman tedavi türleri istatistiksel olarak incelendiğinde cinsiyet gruplarındaki dağılımların benzer olduğu bulundu (p<0,05) (Tablo 11).

Tablo 11. Hastaların cinsiyete göre renal replasman tedavilerinin dağılımı

	Toplam (n=140)	Erkek (n=81)	Kadın (n=59)	p*
Renal replasman tedavisi uygulanan	%29,3 (n=41)	%29,6 (n=24)	%28,8 (n=17)	p=0,917
Renal replasman türü				
Ci-Ca'lı CVVHD	%29,2 (n=12)	%29,2 (n=7)	%29,4 (n=5)	0,975
Heparinli CVVHDF	%63,4 (n=26)	%62,5 (n=15)	%64,7 (n=11)	
Hemodiyaliz Tedavisi	%4,9 (n=2)	%4,2 (n=1)	%5,9 (n=1)	

* Kikare test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı

Renal replasman tedavisi alan hastaların yaş ortalamaları istatistiksel olarak incelendiğinde Renal Replasman Tedavisi alan ve almayan hastaların yaş ortalamalarının benzer olduğu bulundu (p=0,004) (Tablo 12).

Tablo 12. Renal replasman tedavisi ile yaş ortalamalarının karşılaştırılması

	Yaş (ort±SS)	p*
Renal replasman tedavisi alan (n=41)	72,34±12,43	0,052
Renal replasman tedavisi almayan (n=99)	67,4±14,01	

* Student t test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hastaların %82,9 (n=116)'üne yoğun bakım ünitesinde yattığı süre içerisinde pozitif inotrop tedavisinin uygulandığı bulundu (Tablo 13). Cinsiyete göre pozitif inotrop alma durumları istatistiksel olarak incelendiğinde cinsiyet grupları arasında anlamlı farkın olmadığı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Hastaların cinsiyete göre pozitif inotrop tedavisi alma durumlarının dağılımı

	Toplam (n=140)	Erkek (n=81)	Kadın (n=59)	p*
Pozitif inotrop tedavisi alan hastalar	%82,9 (n=116)	%85,2 (n=69)	%79,7 (n=47)	0,392

* Kikare test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Pozitif inotrop tedavisi alan hastaların yaş ortalamaları istatistiksel olarak incelendiğinde pozitif inotrop tedavisi alan ve almayan hastaların yaş ortalamalarının benzer olduğu bulundu ($p=0,004$) (Tablo 14).

Tablo 14. Pozitif inotrop tedavisi ile yaş ortalamalarının karşılaştırılması

	Yaş (ort±SS)	p*
Pozitif inotrop tedavisi alan (n=116)	69,35±13,24	0,341
Pozitif inotrop tedavisi almayan (n=24)	66,42±15,9	

* Student t test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hastaların nutrisyon tedavileri incelendiğinde; %91,4 (n=128)'üne enteral nutrisyon tedavisi, %8,6 (n=12)'sına ise parenteral nutrisyon tedavisi uygulandığı bulundu (Tablo 15). Cinsiyete göre nutrisyon tedavileri istatistiksel olarak incelendiğinde cinsiyet grupları arasında anlamlı farkın olmadığı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 5).

Tablo 15. Hastaların cinsiyete göre nutrisyon çeşitlerinin dağılımı

	Toplam (n=140)	Erkek (n=81)	Kadın (n=59)	p*
Enteral nutrisyon	%91,4 (n=128)	%91,4 (n=74)	%91,5 (n=54)	0,972
Parenteral nutrisyon	%8,6 (n=12)	%8,6 (n=69)	%8,5 (n=47)	

* Kikare test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Nutrisyon tedavisi alan hastaların yaş ortalamaları istatistiksel olarak incelendiğinde; enteral ve parenteral alan ve almayan hastaların yaş ortalamalarının benzer olduğu bulundu ($p=0,756$) (Tablo 16).

Tablo 16. Nutrisyon tedavisi ile yaş ortalamalarının karşılaştırılması

	Yaş (ort±SS)	p*
Enteral nutrisyon (n=128)	68,96±13,62	0,756
Parenteral nutrisyon (n=12)	67,67±15,19	

* Student t test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hastaların yoğun bakımda kalış süreleri (gün) incelendiğinde; yoğun bakımda en az 1 gün en fazla 224 gün kaldığı bulunurken, yoğun bakımda kalış süreleri ortalamasının 33,52 gün olduğu bulundu. Cinsiyete göre yoğun bakımda kalış süreleri istatistiksel olarak incelendiğinde; erkek ve kadın hastaların yoğun bakımda kalış süreleri arasında anlamlı farkın olmadığı ($p=0,130$) (Tablo 17).

Tablo 17. Hastaların cinsiyete göre yoğun bakımda kalış sürelerinin dağılımı

	Erkek (n=81)	Kadın (n=59)	p*
Yoğun bakımda kalış süresi (gün)	37,48±40,84	28,08±28,22	0,130

* Student t test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hastaların %55 (n=77)'ine yoğun bakım ünitesinde yattığı süre içerisinde trakeostomi uygulandığı bulundu (Tablo 18). Cinsiyete göre trakeostomi durumları istatistiksel olarak incelendiğinde cinsiyet grupları arasında anlamlı farkın olmadığı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Hastaların cinsiyete göre trakeotomi durumlarının dağılımı

	Toplam (n=140)	Erkek (n=81)	Kadın (n=59)	p*
Trakeostomi uygulanan hastalar	%55 (n=77)	%59,3 (n=48)	%49,2 (n=29)	p=0,235

* Kikare test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Trakeotomi uygulanan alan hastaların yaş ortalamaları istatistiksel olarak incelendiğinde; trakeotomi uygulanan ve uygulanmayan hastaların yaş ortalamalarının benzer olduğu bulundu ($p=0,441$) (Tablo 19).

Tablo 19. Trakeotomi durumları ile yaş ortalamalarının karşılaştırılması

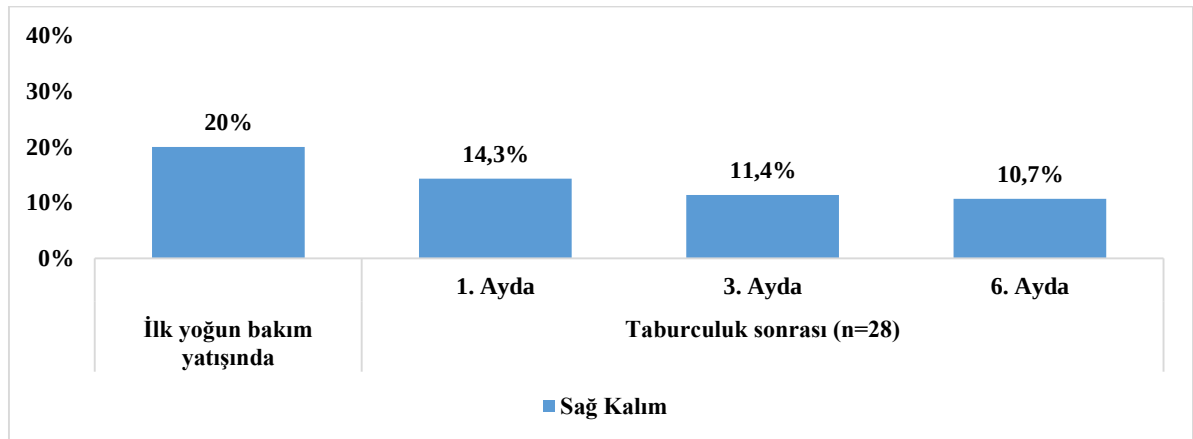
	Yaş (ort±SS)	p*
Trakeostomi uygulanan hastalar (n=77)	68,04±13,79	0,441
Trakeostomi uygulanmayan hastalar (n=63)	69,84±13,66	

* Student t test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hastaların %80 (n=112)'nin yoğun bakım ünitesindeki ilk yatışları sırasında öldüğü %20 (n=28)'sinin yoğun bakım ünitesinden taburcu olduğu Taburcu olan hastaların %92,9 (n=26) yoğun bakıma tekrar yatışının olduğu sadece %7,1 (n=2)'sinin yeniden yatış yapmadığı bulundu. Çalışmaya katılan hastaların sağ kalımları incelendiğinde; 1. Ayda %14,3 (n=20), 3. Ayda %11,4 (n=16) ve 6. Ayda ise %10,7 (n=15) sağ olduğu bulunurken 6. Ay sonunda tüm hastaların %89,3 (n=125)'ünün öldüğü bulundu (Tablo 20).

Tablo 20. Hastaların sağ kalımlarının değerlendirilmesi

	Exitus	Sağ (n=140)
İlk yoğun bakım yatışında	%80 (n=112)	%20 (n=28)
Taburculuk sonrası (n=28)	1. Ayda	%14,3 (n=20)
	3. Ayda	%11,4 (n=16)
	6. Ayda	%10,7 (n=15)
	Toplam	%46,4 (n=13)

**Şekil 6. Hastaların sağ kalımlarının değerlendirilmesi**

Çalışmaya katılan hastaların mortalite oranları ile primer tanıları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunurken ($p=0,040$); Serebral patolojisi olan hastaların daha yüksek oranda ex olduğu bulundu (Tablo 21).

Tablo 21. Hastaların sağ kalımlarının ile primer tanıların değerlendirilmesi

	Ex (n=112)	Sağ (n=28)	p*
Terminal Dönem Kanser	%29,5 (n=33)	%17,9 (n=5)	0,040
Akciğer Patolojisi	%12,5 (n=14)	%17,9 (n=5)	
Serebral Patoloji	%39,3 (n=44)	%64,3 (n=5)	
Basınç Yarası	%11,6 (n=13)	%0 (n=0)	
Malnutrisyon	%7,1 (n=8)	%0 (n=0)	

* Kikare test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Hastaların mortalite oranları ile APACHE II skorları arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelendiğinde ölen hastalarda APACHE II skoru ortalamasının sağ olan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,001$) (Tablo 22).

Hastaların mortalite oranları ile C skorları arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelendiğinde ölen hastalarda SOFA skoru ortalamasının sağ olan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu ($p=0,001$) (Tablo 22).

Hastaların mortalite oranları ile Palyatif Prognostik İndeks skorları arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelendiğinde ölen hastalarda Palyatif Prognostik İndeks skoru ortalamasının sağ olan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,001$) (Tablo 22).

Tablo 22. Hastaların sağ kalımlarının ile APACHE II, SOFA ve Palyatif Prognostik İndeks skorları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Exitus (n=112)	Sağ (n=28)	p*
APACHE II	22,85±6,98	16,61±5,58	<0,001
SOFA	7,03±2,49	5,36±2,09	0,001
Palyatif Prognostik İndeks	10,04±2,39	7,18±2,46	>0,001

* Student t test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Hastaların mortalite oranları ile Palyatif Performans Skalası skorları arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelendiğinde ölen hastalar ile sağ kalan hastaların oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olduğu bulundu ($p<0,001$) (Tablo 23).

Tablo 23. Hastaların sağ kalımlarının ile Palyatif Performans Skalası skorları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

		Exitus (n=112)	Sağ (n=28)	p*
Palyatif Performans Skalası	10	%16,1 (n=18)	%0 (n=0)	<0,001
	20	%58,9 (n=66)	%28,6 (n=8)	
	30	%22,3 (n=25)	%25 (n=7)	
	40	%2,7 (n=3)	%32,1 (n=9)	
	50	%0 (n=0)	%7,1 (n=2)	
	60	%0 (n=0)	%7,1 (n=2)	

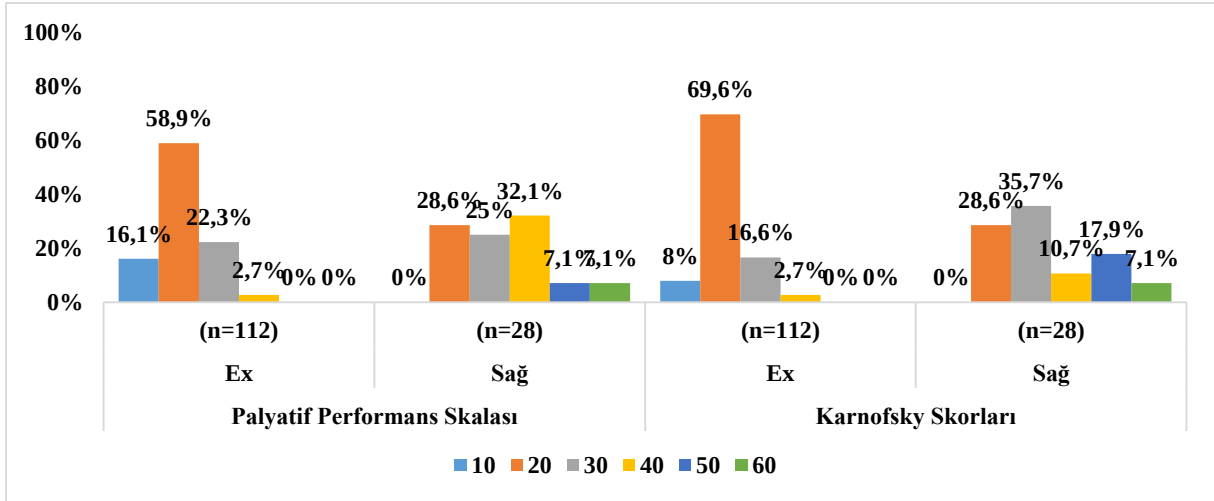
* Kikare test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Hastaların mortalite oranları ile Karnofsky skorları arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelendiğinde ölen hastalar ile sağ kalan hastaların oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olduğu bulundu ($p<0,001$) (Tablo 24).

Tablo 24. Hastaların sağ kalımlarının ile Karnofsky skorları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

		Exitus (n=112)	Sağ (n=28)	p*
Karnofsky skorları	10	%8 (n=9)	%0 (n=0)	<0,001
	20	% 69,6 (n=78)	%28,6 (n=8)	
	30	%16,6 (n=22)	%35,7 (n=10)	
	40	%2,7 (n=3)	%10,7 (n=3)	
	50	%0 (n=0)	%17,9 (n=5)	
	60	%0 (n=0)	%7,1 (n=2)	

* Kikare test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı



Şekil 7. Hastaların sağ kalımlarının ile Palyatif Performans skalası ve Karnofsky skorları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Hastaların mortalite oranları ile ECOG skorları arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelendiğinde ölen hastalar ile sağ kalan hastaların oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olduğu bulundu ($p<0,001$) (Tablo 25).

Tablo 25. Hastaların sağ kalımlarının ile ECOG skorları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

		Exitus (n=112)	Sağ (n=28)	p*
ECOG	0	%0 (n=0)	%0 (n=0)	<0,001
	1	%0 (n=0)	%0 (n=0)	
	2	%0,9 (n=1)	%21,4 (n=6)	
	3	%12,4 (n=14)	%46,4 (n=13)	
	4	%86,6 (n=96)	%32,1 (n=9)	
	5	%0 (n=0)	%0 (n=0)	

* Kikare test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hastaların yoğun bakım yatış maliyetleri incelendiğinde; en düşük maliyetin 1.487,00 TL, en yüksek 990.606,00 TL ve ortalama maliyetin ise 86.557,41 TL olduğu bulundu. Hastaların günlük maliyet ortalamaları incelendiğinde ise en düşük maliyetin 247,83 TL, en yüksek 88.218,00 TL ve ortalama maliyetin ise 3.177,19 TL olduğu bulundu.

Hastaların günlük yatış maliyetleri ile hastaların yaş, APACHE II, SOFA, Palyatif Prognostik İndeks, Palyatif Performans Skalası, mekanik ventilatör ve yoğun bakım kalış süreleri arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Hastaların günlük maliyetleri ile diğer parametreler arasındaki ilişki

	Günlük maliyet	
	R	P
Yaş	-0,132	0,120
APACHE_II	-0,079	0,357
SOFA	0,034	0,689
Palyatif Prognostik İndeks	0,157	0,064
Palyatif Performans Skalası	-0,140	0,100
Mekanik ventilatör kalış süresi (gün)	0,079	0,355
Yoğun Bakımda Yatış süresi (gün)	-0,073	0,388

* Pearsonson korelesayon analizi $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı olduğu

Hastaların primer tanılarına göre yoğun bakım günlük yatış maliyetleri istatistiksel olarak incelendiğinde primer tanılar ile günlük yatış maliyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulundu ($p=0,687$) (Tablo 27).

Tablo 27. Primer tanılarına göre yoğun bakım günlük yatış maliyetleri

	Günlük yatış maliyetleri (Ort±SS)	p*
Terminal Dönem Kanser	4.682,62±13.974,67	0,687
Akciğer Patolojisi	2.113,38±907,08	
Serebral Patoloji	2.876,15±2.932,40	
Basınç Yarası	2.516,77±1.191,88	
Malnutrisyon	1.959,18±434,25	

Ort: ortalama, SS: standart sapma. * Anova test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı.

TARTIŞMA

Çalışmamızda yoğun bakımda yatan palyatif hasta insidansının belirlenmesi ve bu hastaların değerlendirilmesi amaçlandı. Bu kapsamda hastaların cinsiyet, yaş, kilo gibi temel verilerinin yanında palyatif durumunu belirlemeye yönelik Palyatif Bakım Alış Kriterleri ve Skorlaması (PBAKS), ECOG skorları ve Palyatif Prognostik İndeks verileri toplandı.

Araştırmaya katılan hastaların %57,8'i erkek, %42,2'si kadındır. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında palyatif bakım servisinde yatan hastaların genelinin erkek olduğu görülmektedir (58). Ernecoff ve diğerlerinin çalışmasında da kadınların oranı %43,6 iken erkeklerin oranı %56,4 bulunmuştur (59). Yurtiçinde yapılan bir araştırmada da erkeklerin oranı %52,5 tespit edilmiştir (60). Yılmaz, araştırmasında erkeklerin oranını %54,8 bulmuştur (61).

Dünya genelinde yaşam süresi artmış, buna bağlı olarak yaşlı nüfusta da artış görülmüştür. Söz konusu artışa bağlı olarak palyatif bakım ihtiyacı da artış göstermektedir (62). Araştırmamızda hastaların yaş ortalaması 68,85'tir. Kadın hastaların yaş ortalaması, erkek hastalara göre daha yüksektir. Palyatif bakımda amaç hastanın ilerleyici ve ölüme sebep olan hastalık tanısından itibaren hastalık sürecini rahat geçirmesini sağlamak, yaşam kalitesini artırmaktır. Dolayısıyla bu grupta yaş ortalamasının yüksek olması beklenmektedir. Komaç ve diğerlerinin araştırmasında palyatif bakım hastalarında yaş ortalaması 61,4 bulunmuştur (63). Alonzi ve diğerleri ise bu ortalamayı 60,4 bulmuşlardır (64). Gültekin'in çalışmasında hastaların yaş ortalaması bizim araştırmamıza benzer şekilde 68,5 saptanmıştır (60).

Hastaların ortalama ağırlık ortalaması 74,7 kg'dır. Palyatif bakım servisinde yatan hastaların değerlendirildiği bir çalışmada hastaların ortalama ağırlığı 62,2 olarak bulunmuştur (65). Çınar ve diğerlerinin çalışmasında ise hastaların ortalama VKİ'si 24,15 tespit edilmiştir (66). Vural'ın çalışmasında ise ortalama kilo 65 bulunmuştur (67). Çalışmamızda ortalama ağırlığın literatürdeki çalışmalara kıyasla daha yüksek bulunması araştırmamıza dahil edilen hasta grubunun farklı özellikler göstermesi ve çalışmanın tek merkezde yürütülmesi ile ilişkilendirilebilir.

Hastaların %44,3'ünün yatış nedeni serebral patoloji, %27,1'inin terminal dönem kanser, %13,6'sının akciğer patolojisi, %9,3'ünün basınç yarası, %5,7'sinin malnütrisyonudur. Turgut ve diğerlerinin çalışmasında yapılan bir yıllık inceleme sonucunda palyatif bakım servisinde yatma nedenlerinin %25,5'inin nörolojik hastalıklar, %28,5'inin kanser, %13,2'sinin yara bakımı, %17,6'sının bilişsel patolojiler, %3,2'sinin enfeksiyon hastalıkları, %5,9'unun malnutrisyon, %3,1'inin böbrek yetmezliği, %4,9'unun travma sonrası patolojiler, %2,9'unun diabetes mellitus ve komplikasyonları, %4,8'inin kardiyovasküler sisteme ait hastalıklar, %4,7'sinin solunum sistemine ait hastalıklar ve %6'sının da diğer patolojiler olduğunu saptanmıştır (68). Çınar ve diğerleri ise bu nedenlerin %33,3'ünün Alzheimer hastalığı, %16,7'sinin nörolojik hastalık, %13'ünün kalp yetmezliği ve koroner arter hastalığı, %5,6'sının uzun süreli böbrek yetmezliği, %1,9'unun serebral palsy, %3,7'sinin KOAH, %3,7'sinin psikiyatrik hastalıklar, %18,5'inin kanserler ve %3,7'sinin ekstremiteler patolojileri olduğunu saptamıştır (66). Palyatif hastaların yatış nedenleri araştırmaların yürütüldüğü merkezlere ve hasta popülasyonuna göre değişiklik göstermektedir. Ancak çalışmaların hemen hepsinde onkolojik nedenlerin yoğun olduğu görülmektedir. Al-jamal ve diğerlerinin çalışmasında palyatif bakım ünitelerinde yatmakta olan hastaların %80'inin kanser hastası olduğu saptanmıştır (69). Miniksar ve diğerlerinin çalışmasında da bu oran %43,3 olarak bulunmuştur (62). Lehimcioğlu da araştırmasında hastaların %45,6'sında onkolojik hastalık olduğunu ortaya koymuştur (70).

Hastaların APACHE II skoru ortalaması 21,6 bulunmuştur. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar üzerine yapılan bir araştırmada APACHE II skoru ortalaması 27,8 bulunmuştur (71). Kepekci ve diğerlerinin yoğun bakımda yatan palyatif bakım hastalarını ele aldıkları araştırmasında ise APACHE II skoru ortalaması 23,26 bulunmuştur (72). Yalçın'ın çalışmasında yoğun bakımda izlenen son dönem hastaların süreçleri değerlendirilmiş, APACHE II skoru ortalaması ölen hastalarda 61,24 ve hayatta kalan hastalarda 54 olarak

oldukça yüksek tespit edilmiştir (73). Yıldırım Ar ve diğerleri, palyatif bakıma geçiş hastalarında APACHE II skoru ortalamasını 23,97 olarak bulmuşlardır (74). Aygencel ve diğerleri, araştırmalarında altta yatan kanserin remisyon durumu olması halinde yüksek APACHE II skorunun kötü prognostik faktör olduğunu belirtmişlerdir (75).

Hastaların SOFA skoru ortalaması 6,69 bulunmuştur. Yıldırım Ar ve diğerleri, palyatif bakım için zamanlama değerlendirilen yoğun bakım hastalarında SOFA ortalamasını araştırmamıza benzer şekilde 6,09 bulmuşlardır (74). Şahin'in çalışmasında kritik yoğun bakım hastalarında SOFA skoru ortalaması 6,7 bulunmuştur. Araştırmamız bulguları literatürle paralellik göstermektedir (76).

Hastaların Palyatif Prognostik İndeks değeri ortalaması 9,75 bulunmuştur. Yalçın'ın çalışmasında ölen hastalarda Palyatif Prognostik İndeks ortalaması 6,48; hayatta kalan hastalarda ise 3,73 bulunmuştur (73). Yapılan bir araştırmada, Palyatif Prognostik İndeks değerinin 6 üzerinde olması durumunda hastaların yaşam süresi 5 gün olarak tahmin edilmektedir (77). Bir diğer araştırmada ise Palyatif Prognostik İndeks değerinin prognozu öngörmeye başarılı olduğu saptanmıştır (78). Araştırmamızda indeks değerinin yüksek olması ve ölüm oranı göz önünde bulundurulduğunda bu durum beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Hastaların %52,9'unda Palyatif Performans Skalası %20, %22,9'unda %30, %12,9'unda %10, %1,4'ünde %50 ve %60 bulunmuştur. Vural'ın çalışmasında palyatif bakım servisinde yatan hastaların Palyatif Performans Skoru ortalaması 30 olarak bulunmuştur (67). Topkaya ve diğerlerinin çalışmalarında ölen hastaların tamamının Palyatif Performans Skoru %40 altında tespit edilmiştir (79). Bizim çalışmamızda hastaların yarısından fazlasında değer %20 bulunmuştur. Ölen hasta oranımız düşünüldüğünde çalışma sonuçlarımızın literatürle uyumlu olduğu anlaşılmaktadır.

Hastaların %20'sinde Karnofsky Skoru 20, %22,9'unda 30, %6,4'ünde 10, %4,3'ünde 40, %1,4'ünde 50 ve 60 bulunmuştur. Vural'ın çalışmasında Karnofsky Performans Skoru ortalaması 40 bulunmuştur (67). Rosa ve diğerlerinin araştırmasında palyatif hastalarda düşük Karnofsky Skoru, mortalite açısından risk faktörü olarak saptanmıştır (80). Hastaların %75,7'sinde ECOG Performans Skoru 4, %19,3'ünde 3, %5'inde 2'dir. Gültekin'in araştırmasında da bizim bulgumuza benzer şekilde hastaların %86,1'inde ECOG Performans skoru 4 bulunmuştur (60).

Hastalardan yoğun bakım sürecinde operasyona alınanların oranı %23,6'dır. Operasyona alınan hastaların yaş ortalaması alınmayanlardan daha düşüktür. Literatürde palyatif bakım hastalarının operasyona alınma durumlarıyla ilgili bulgu sunan araştırmaya rastlanmamıştır. Hastalardan yoğun bakım sürecinde renal replasman tedavisi uygulananların oranı %29,3'tür. Bunların %63,4'üne heparinli CVVHDF, %29,2'sine Ci-Ca'lı CVVHD, %4,9'una hemodiyaliz tedavisi uygulanmıştır. Hastalardan yoğun bakım sürecinde pozitif inotrop tedavisi alanların oranı %82,9'dur. Yalçın'ın çalışmasında ölen hastalarda pozitif inotrop tedavisi alanların oranı %60,4 bulunmuştur. Hayatta kalan hastalarda ise bu oran %53,8 olarak saptanmış olup ölen hastalarla benzer orandadır (73). Aynı çalışmada renal replasman tedavisi uygulananların oranı ölen hastalarda %18,8 olarak saptanmış olup hayatta kalan hastalarda renal replasman tedavisinin uygulanmadığı belirtilmiştir (73).

Hastaların yoğun bakımda kalış süresi ortalaması 37,48 gündür. Bir araştırmada hastaların palyatif bakım servisinde yatış süresi ortalama 17,4 gün tespit edilmiştir (81). Küçüktepe'nin çalışmasında ise bizim araştırmamıza benzer şekilde yatış süresi bir ayın üzerinde saptanmıştır (82). Yurtdışında yapılan bazı araştırmalarda ortalama süre 18 gün olarak bulunurken ülkemizde genellikle 10-15 gün arasında saptanmaktadır (83; 84). Bir diğer yurtiçi araştırmada palyatif bakım hastalarının yoğun bakımda yatış süresi 24,5 gün olarak tespit edilmiştir (74). Morita ve diğerlerinin gerçekleştirdiği araştırmada ise bu süre 23 gün olarak bulunmuştur (85). Yalçın'ın çalışmasında ölen hastaların yatış süresi 15,7 gün iken hayatta kalan hastalarda bu ortalama 33,23 gün olarak tespit edilmiş olup çalışmamız bulgularıyla uyumludur (73). Araştırmaların yapıldığı merkezlerde değerlendirilen hastalar farklı özellikler taşımaktadır. Bu nedenle yatış süresi hemen her çalışmada farklılık göstermektedir.

Hastalardan yoğun bakım sürecinde trakeostomi uygulananların oranı %55'tir. Bir araştırmada yoğun bakımda izlenen palyatif bakım hastalarında trakeostomi açılma oranı %40,5 olarak bulunmuştur (74).

Hastalardan tanısı serebral patoloji olanlarda ölüm oranı daha yüksek tespit edilmiştir (%39,3). Hastaların %80'i yoğun bakım ünitesine ilk yatışları sırasında vefat etmiştir. Taburcu olan %20 hastanın %92,9'u yeniden yatış yapmıştır. Hastaların 6 aylık takip sürecindeki mortalite oranı ise %89,3'tür. Bu süreçte çalışmaya dahil olan yoğun bakımlarımızdaki ölüm oranı ise %45,8'dir. Bu oranlar da palyatif bakım hastalarının ne

kadar mortal seyrettiğini göstermektedir. Al-jamal ve diğerlerinin araştırmasında ise ölüm oranı %52,9 olarak tespit edilmiştir (69).

Hastaların ortalama yoğun bakım yatış maliyetleri 86.557,41 TL'dir. Günlük ortalama maliyet 3.177,19 TL'dir. Literatürde palyatif bakım hastalarının maliyetlerini ele alan araştırma sayısı çok sınırlıdır. Bu durum araştırmamızda da bulgumuzu tartışma noktasında bir sınırlılığa işaret etmektedir. ABD'de yapılan bir araştırmada hospiste bakım maliyeti günlük 65 dolardır. Ancak aynı hastanın hastane bakımı maliyeti 125 dolara yükselmektedir (86). Bir diğer araştırmada evde ya da bakım evinde haftalık bakım maliyetinin 150-700 dolar arasında değiştiği, ancak yoğun bakımda bu maliyetin 2550-5000 dolar civarında olduğu belirtilmektedir (87).

SONUÇLAR

Araştırmaya katılan hastaların %57,8'i erkek, %42,2'si kadındır.

Hastaların yaş ortalaması 68,85'tir. Kadın hastaların yaş ortalaması, erkek hastalara göre daha yüksektir.

Hastaların ağırlık ortalaması 74,7 kg'dır.

Hastaların %44,3'ünün yatış nedeni serebral patoloji, %27,1'inin terminal dönem kanser, %13,6'sının akciğer patolojisi, %9,3'ünün basınç yarası, %5,7'sinin malnütrisyonudur.

Hastaların APACHE II skoru ortalaması 21,6 bulunmuştur.

Hastaların SOFA skoru ortalaması 6,69 bulunmuştur.

Hastaların Palyatif Prognostik İndeks değeri ortalaması 9,75 bulunmuştur.

Hastaların %52,9'unda Palyatif Performans Skalası %20, %22,9'unda %30, %12,9'unda %10, %1,4'ünde %50 ve %60 bulunmuştur.

Hastaların %20'sinde Karnofsky Skoru 20, %22,9'unda 30, %6,4'ünde 10, %4,3'ünde 40, %1,4'ünde 50 ve 60 bulunmuştur.

Hastaların %75,7'sinde ECOG Performans Skoru 4, %19,3'ünde 3, %5'inde 2'dir.

Hastalardan yoğun bakım sürecinde operasyona alınanların oranı %23,6'dır. Operasyona alınan hastaların yaş ortalaması alınmayanlardan daha düşüktür.

Hastalardan yoğun bakım sürecinde renal replasman tedavisi uygulananların oranı %29,3'tür. Bunların %63,4'üne heparinli CVVHDF, %29,2'sine Ci-Ca'lı CVVHD, %4,9'una hemodiyaliz tedavisi uygulanmıştır.

Hastalardan yoğun bakım sürecinde pozitif inotrop tedavisi alanların oranı %82,9'dur.

Hastalardan yoğun bakımda kalış süresi ortalaması 37,48 gündür.

Hastalardan yoğun bakım sürecinde trakeostomi uygulananların oranı %55'tir.

Hastaların %80'i yoğun bakım ünitesine ilk yatışları sırasında ölmüştür. Taburcu olan %20'nin %92,9'u yeniden yatış yapmıştır.

Hastalardan tanısı serebral patoloji olanlarda ölüm oranı daha yüksek tespit edilmiştir (%39,3).

Hastalardan ölenlerin APACHE II, SOFA ve Palyatif Prognostik İndeks skorları daha yüksek bulunmuştur.

Hastalardan vefat edenlerin en fazla %20 Palyatif Performans Skalası grubunda olduğu tespit edilmiştir.

Hastalardan exitus kabul edilenlerin en fazla 20 Karnofsky Skoru grubunda olduğu bulunmuştur.

Hastalardan vefat edenlerin en fazla 4 ECOG Skoru grubunda olduğu bulunmuştur.

Hastaların ortalama yoğun bakım yatış maliyetleri 86.557,41 TL'dir. Günlük ortalama maliyet 3.177,19 TL'dir.

ÖZET

Yoğun bakım ünitelerinde pek çok hastanın palyatif bakım hastası olduğu bilinmektedir. Araştırmamızda, Trakya Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde bulunan 11 yataklı Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi ve 6 yataklı Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde yatışı olan palyatif bakım hastalarını saptamayı hedefledik. Çeşitli parametreler çerçevesinde hastaların özelliklerini ortaya koyduk. Araştırmamıza 140 hasta dahil edildi. Hastaların %57,8'i erkekti. Yaş ortalaması 68,85 bulundu. Ağırlık ortalaması 74,7 kg idi. Hastaların %44,3'ünün yatış nedeni serebral patoloji, %27,1'inin terminal dönem kanser, %13,6'sının akciğer patolojisi, %9,3'ünün basınç yarası, %5,7'sinin malnütrisyon olarak saptandı. APACHE II ortalaması 21,6, SOFA ortalaması 6,69, Palyatif Prognostik İndeks ortalaması 9,75, hastaların yarısından fazlasında Palyatif Performans Skalası %20, hastaların %22,9'unda Karnofsky Skoru 30 ve %20'sinde 20 bulundu. Hastaların %75,7'sinde ECOG Performans Skoru 4 tespit edildi. Yoğun bakım sürecinde operasyona alınma oranı %23,6 bulundu. Renal replasman tedavisi oranı %29,3, pozitif inotrop tedavisi oranı %82,9, trakeostomi oranı %55 tespit edildi. Hastaların yoğun bakımda yatış süresi ortalama 37,48 gündü. Hastaların %80'inin yoğun bakımda ilk yatışta vefat ettiği gözlemlendi. Taburcu hastaların ise %92,9'unun yeniden yatış yaptığı görüldü. Serebral patoloji hastalarında exitus oranı daha yüksek bulundu. Ayrıca ölen hastalarda APACHE II, SOFA ve Palyatif Prognostik İndeks skoru daha yüksekti. Palyatif Performans Skalasında %20 grubunda bulunan hastalarda ölüm oranı daha fazlaydı. Vefat edenlerin en fazla 20 Karnofsky Skoru ve 4 ECOG Skoru grubunda olduğu görüldü. Hastaların ortalama yoğun bakım yatış maliyetleri 86.557,41 TL idi. Günlük ortalama maliyet ise 3.177,19 TL olarak saptandı. Araştırma sonuçlarımız yoğun bakımda

palyatif hasta insidansının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bakımdan hasta bakım ihtiyacının giderilmesi ve maliyetin düşürülebilmesi için palyatif bakım servislerinin artırılması gerektiği anlaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Yoğun Bakım, Palyatif Bakım, Palyatif Prognostik İndeks, ECOG



THE INCIDENCE OF PALLIATIVE PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

SUMMARY

In intensive care units, it is known that many patients require palliative care. In our study, we aimed to identify palliative care patients admitted to the 11-bed Surgical Intensive Care Unit and the 6-bed Reanimation Intensive Care Unit at Trakya University Faculty of Medicine. We delineated the characteristics of patients based on various parameters. A total of 140 patients were included in our study. 57.8% of the patients were male. The average age was found to be 68.85. The average weight was 74.7 kg. The reasons for admission were determined as cerebral pathology in 44.3% of patients, terminal stage cancer in 27.1%, lung pathology in 13.6%, pressure ulcers in 9.3%, and malnutrition in 5.7%. The average APACHE II score was 21.6, the average SOFA score was 6.69, the average Palliative Prognostic Index was 9.75, and more than half of the patients had a Palliative Performance Scale of 20%. The Karnofsky Score was 30 in 22.9% of patients and 20 in 20% of patients. An ECOG Performance Score of 4 was found in 75.7% of patients. The rate of undergoing surgery during the intensive care process was 23.6%. The rates of renal replacement therapy, positive inotrope therapy, and tracheostomy were 29.3%, 82.9%, and 55%, respectively. The average length of stay in the intensive care unit for patients was 37.48 days. 80% of the patients had an ex at their first admission to the intensive care unit. Among discharged patients, 92.9% were readmitted. Patients with cerebral pathology had a higher ex rate. Additionally, in ex patients, the APACHE II, SOFA, and Palliative Prognostic Index scores were higher. Patients in the 20% group of the Palliative Performance Scale had a higher ex rate. Those with an ex had the highest incidence of 20 Karnofsky Score and 4 ECOG Score. The average cost of intensive care unit admission for patients was 86,557.41 Turkish Lira

(TL). The daily average cost was determined to be 3,177.19 TL. Our research results indicate a high incidence of palliative patients in the intensive care unit. Therefore, it is understood that there is a need to increase palliative care services to meet patient care needs and reduce costs.

Key words: Intensive care unit, palliative care, Palliative Prognostic Index, ECOG



KAYNAKLAR

1. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2):56-70.
2. Meier DE. Clinical practice. Palliative care. New England Journal of Medicine 2004;350:2582-90.
3. Meier D, Bishop T. Palliative care; benefits, services, and models of care. Waltham, MA: UpToDate. 2011.
4. WHO. World Health Organization (WHO) definition of palliative care, 2014.
5. Kavşur Z, Sevimli E. Türkiye’deki Palyatif Bakım Hizmetlerinin Bazı Gelişmiş Ülkeler ile Karşılaştırılması. USBAD Uluslararası Sosyal Bilimler Akademisi Dergisi 2020;2(4):715-730.
6. Borasio, G. (2011). Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. Palliative and Supportive Care, 9(1), 1-2.
7. Mut Sürmeli D, Akçiçek F. Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Gen SurgSpecial Topics 2016;9(1):8-11.
8. Uslu FŞ, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2015; 81-90.
9. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer AM. Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010;13(1):1- 6.
10. Clark D, Graham F. Evolution and change in palliative care around the world. Medicine 2011;39(11):636-8.

11. Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting a consensus report from the Center to Advance Palliative Care. *Journal of palliative medicine* 2011;14(1):17-23.
12. Hajjar RR, Charalambous HA, Baider L, Silbermann M. International palliative care: Middle East experience as a model for global palliative care. *Clinics in geriatric medicine* 2015;31(2):281-94.
13. Kıvanç MM. Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2017;4(2):132-5.
14. Kabalak AA. Türkiye’de Palyatif Bakım; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler. *Anestezi Dergisi* 2014;22(3):121-3.
15. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of pain and symptom management* 2013;45(6):1094-106.
16. Gültekin M, Boztaş G, Utku E, Ergün A, Sevinç A, Tütüncü S, et al. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye kanser istatistikleri 2014.
17. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. (<https://www.who.int/nmh/GlobalAtlasofPalliativeCare.pdf>)
18. Center to Advance Palliative Care (2012) The Case for Hospital Palliative Care: Improving Quality. http://www.capc.org/capcresources/capc_publications/making-thecase.pdf.
19. Şahan Uslu, F., Terzioğlu, F. (2015). Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hem Der* 4 (2): 81-90.
20. Aydoğan F, Uygun K (2011) Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim*, 24(3): 4-9.
21. Beresford L, Kerr K (2012). Next Generation of Palliative Care: Community Models Offer Services Outside the Hospital. <http://www.chcf.org/publications/2012/11/nextgenerationpalliative-care>.
22. Çınar H., Kaya Y., Özyurt N., Çakır L., Ongun A. Palyatif Bakım Hastalarında Nutrisyonel Durumunun Değerlendirilmesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 2016; 8(3):15-18.
23. Çelik M., Koç A. Ülkemizdeki Palyatif Bakım Modeli ve Ölçüm Araçlarının Kullanımının Değerlendirilmesi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırma Dergisi*, 2021;4(3): 30-41.

24. Tarakçı F. Üçüncü Basamak Bir Hastanenin Palyatif Bakım Servisindeki Hastaların Yatış Süresi ve Taburculuk Durumlarının Retrospektif Değerlendirilmesi, TC. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Uzmanlık Tezi, İzmir, 2019.
25. Aydede M. Does the IASP Definition Of Pain Need Updating? Pain reports. 2019;4(5):e777.
26. Altuntaş M. Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi, 2016;8(3): 26-30.
27. Chan K. Palliative Care: The Need Of The Modern Era. Hong Kong Med J. 2018;24(4):391-9.
28. Sucaklı M.H, Koşar Y. Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2014;8(3):34-9.
29. Forootan M, Bagheri N, Darvishi M. Chronic Constipation: A Review Of Literature. Medicine. 2018;97(20).
30. Tosun H.D., Köksal G. Kanserde Kaşeksi ve Beslenme. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2012;40(1):59-68.
31. Ross DD, Alexander CS. Management Of Common Symptoms İn Terminally İll Patients: Part I. Fatigue, Anorexia, Cachexia, Nausea And Vomiting. American family physician. 2001;64(5):807-14.
32. Altınır NN. Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Konular. 2017;8(4):246-251.
33. Altunel CT, Kartal SP. Dekübit ve Bası Ülserleri. Türkiye Klinikleri Geriatrics Special Topics. 2019;5(1):8.
34. Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, Mirabella F, Surdo L, De Marinis M, et al. Pressure Ulcers İn Cancer Palliative Care Patients. Palliative Medicine. 2010;24(7):669-73.
35. Sivrikaya SK., Sarıkaya S. Yoğun Bakım Hastalarında Bası Ülseri, Önleme ve Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2020;24(2):139-149.
36. Balta G. K., Bekiroğlu S. Palyatif Bakımda Psikososyal Destek Hizmetlerinin Önemi. Çalışma Ve Toplum, 2021; 4(71): 2797-2812.
37. Özkan S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda (Koah) Palyatif Ve Yaşam Sonu Bakımı. Selçuk Tıp Dergisi, 2011; 28(1):69-74.

38. Çölgeçen Y., Aslan M. G. Palyatif Ve Hospis Bakımın Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 2022; (20): 134-155.
39. Twycross RG. Hospice care-redressing the balance in medicine. J R Soc Med. 1980;73(7):475-481.
40. Clark D, Centeno C. Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis. Clin Med. 2006;6(2):197. 25.
41. Akçakaya A. Palyatif Bakım. Sağlık Düşüncesi Ve Tıp Kültürü Platformu Derg. 28 Kasım 2018;(48):36-7.
42. Hooper D, Coughlan J, Mullen MR. Structural equation modelling: guidelines for determining model fit dublin institute of technology. The Electronic Journal of Business Research Methods 2008;6(1):53–60.
43. Cruz-Oliver DM. Palliative Care: An Update. Mo Med. 2017;114(2):110.
44. Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global view. J Pain Symptom Manage 2008;35(5):469- 85.
45. Aslan Y. Türkiye’de ve Dünya’da Palyatif Bakım Modellerine Genel Bakış. Anatolian Curr Med J. 2020; 2(1): 19-27.
46. Koç A. Türk Tıp Tarihinde Palyatif Bakım. Anestezi Dergisi, 2021;29(3):159-164.
47. Bilen A. Palyatif bakım. Toplum ve Hekim 2016;31(1):25-30.
48. Kurtuluş İ. Ülkemizde Palyatif Bakımın Yeri ve Basamaklandırılması, içinde: Palyatif Bakım ve Tıp. 2019:32-36.
49. Mermer R. Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi düzeyleri ve ölüme karşı tutumları, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2020.
50. Sağlık Bakanlığı. 2021 Yılı Bütçe Sunumu: <https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/39387/0/2021planbutcesunumupdf.pdf>.
51. Keskinlik B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, Karaca MZ. Türkiye Kanser Kontrol Programı. 2016: 64–68.
52. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı.
53. TBMM. Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. (Rapor No: TBMM: 648). Ankara. Türkiye Büyük Millet Meclisi. 2010.

54. Riley GF, Lubitz JD. Long-term trends in medicare payments in the last year of life. *Health Services Research*. 2010;45(2):565-76.
55. Hatziandreu E, Archontakis F, Daly A. The potential cost savings of greater use of home-and hospice-based end of life care in England. *Rand Corp Santa Monica CA*, 2008: 15-20.
56. Penrod JD, Deb P, Luhrs C, et al. Cost and utilization outcomes of patients receiving hospital-based palliative care consultation. *Journal of Palliative Medicine*. 2006;9(4):855-60.
57. Güngör G, Karakurt Z, Adıgüzel N, et al. Sosyal Güvenlik Kurumu Fiyatlandırma Politikası ile Sağlık Bakanlığı'nın Yoğun Bakım Standartları Sağlanabilir mi? *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi*. 2012; 2: 24-6.
58. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş. Symptoms seen in inpatient palliative care and impact of palliative care unit on symptom control. *The journal of the Turkish Society of Algology*, 2015;27(2):104-110.
59. Ernecoff NC, Hanson LC, Fox AL. Palliative Care in a Community-Based Serious-Illness Care Program. *Journal of Palliative Medicine*, 2020;23(5):692-697.
60. Gültekin BE. Palyatif bakım biriminde yatan hastaların verilerinin retrospektif analizi. *Tıpta Uzmanlık Tezi. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 2023.
61. Yılmaz AM. Acil servise başvuran palyatif bakım hastalarının incelenmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 2022.
62. Miniksar ÖH, Aydın A. Palyatif Bakım Üitemizde Yatan Hastaların Retrospektif Analizi. *Journal of Contemporary Medicine*. 2019;10(3):429-33.
63. Komaç A, Elyiğit F, Türemiş C, Gram E. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Palyatif Bakım Ünitesi'nde yatan hastaların retrospektif analizi. 2016, *Florence Nightingale Tıp*.
64. Alonzi S, Perry LM, Lewson AB, Mossman B, Silverstein MW, Hoerger M. Fear of Palliative Care: Roles of Age and Depression Severity. *Journal of Palliative Medicine*. 2022;25(5):768-773.
65. Taş M. Malnütrisyon saptanan palyatif bakım hastalarında beslenme tedavisi yaklaşım sonuçlarının değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 2020.

66. Çınar H, Yasemin K, Enginyurt Ö. Palyatif bakım hastalarında beslenme durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 2017;7(4):1-7.
67. Vural MF. Üniversitemiz palyatif bakım ünitesinde yatan hastalarda mortalite ile ilişkili parametrelerin prospektif olarak incelenmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 2022.
68. Turgut Ö, Pektaş M, Aydın B, Sağın A. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Palyatif Bakım Biriminde yatan hastaların retrospektif analizi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019;12(3):407-12.
69. Al-Jamal Y, Soysal P. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Dragos Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi Verileri. *Geriatric Bilimler Dergisi*, 2019;2(3):86-89.
70. Lehimcioğlu M. Palyatif bakım servisinde yatan 65 yaş ve üzeri hastalarda malnütrisyon ve yaşam kalitesi ile mortalite arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 2021.
71. Tekeli AE, Keskin ME. Bir Üniversite Yoğun Bakım Ünitesinde Eritrosit Süspansiyonu Transfüzyon Değerlendirmesi: Retrospektif Çalışma. *Van Tıp Dergisi*. 2021;28(1):146-150.
72. Kepekci AB, Erdoğan E, Zıvalı M. Frequency of palliative care patients in a second level intensive care unit: Retrospective study. *JARSS*. 2019;27(3):193-197.
73. Yalçın S. Yoğun bakımda izlenen son dönem hastaların süreçlerinin değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 2018.
74. Yıldırım Ar A, Bayram T, Turan G. Yoğun Bakım, Nörolojik Hastalıklar ve Palyatif Bakım için Zamanlama. *Selcuk University Medical Journal*. 2020;36(1).
75. Aygencel G, Türkoğlu M. Bir Dahili Yoğun Bakım Ünitesindeki Terminal Dönem Hastaların Genel Özellikleri ve Maliyetleri. *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine*. 2014;5(1).
76. Şahin O. Acil servisten anestezi yoğun bakım ünitesi'ne kritik hasta yatışlarının değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 2021.
77. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit JF, Reignier J, Desmettre T, Karoubi P et al. Predictors of intensive care unit refusal in French intensive care units: A multiple-center study. *Crit. Care Med*. 2005;33(4):750-5.
78. Arai Y, Okajima Y, Kotani K, Tamba K. Prognostication based on the change in the palliative prognostic index for patients with terminal cancer. *Journal of pain and symptom management*. 2014;47(4):742-7.

79. Topkaya Ö, Kuşçu A, Sezer M, et al. Malignite tanısı ile exitus olan hastaların semptom değerlendirmesi; TTOK: 6th Turkish Society of Medical Oncology Congress; 23–27 March 2016; Antalya.
80. Rosa KSdC, Cypriano RdP, Albuquerque NM, de Oliveira LC. Predictive Factors of Death on Hospitalization in Patients With Advanced Cancer in Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2021;38(10):1189-94.
81. Barba R, Marco J, Canora J, Plaza S, Juncos SN, Hinojosa J, Bailon MM, Zapatero A. Prolonged length of stay in hospitalized internal medicine patients. *European Journal of Internal Medicine*. 2015;26(10):772-775.
82. Küçüktepe N. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde hizmet alan hastaların tanımlanması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2023.
83. Miura T, Matsumoto Y, Motonaga S, Hasuo H, Abe K, Kinoshita H. Dyspnea, Relative Youth and Low Daily Doses of Opioids Predict Increased Opioid Dosage in the Last Week of a Terminal Cancer Patient's Life. *Jpn J Clin Oncol*. 2014;44(11):1082–1087.
84. Kim SH, Hwang IC, Ko KD, Kwon YE, Ahn HY, Cho NY et al. Association between the emotional status of family caregivers and length of stay in a palliative care unit: A retrospective study. *Palliative and Supportive Care*. 2015;13(6):1695-700.
85. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al. Improved accuracy of physicians' survival prediction for terminally ill cancer patients using the Palliative Prognostic Index. *Palliative Medicine*. 2001;15(5):419-24.
86. Namal A. Terminal dönem hastalarına yaklaşıma eleştirel bir bakış ışığında hospis düşüncesi. Demirhan AE, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. *Klinik Etik*. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. 2000;595-616.
87. Morgan L, Howe L, Whitcomb J, et al. Improving communication and cost-effectiveness in the intensive care unit through palliative care: a review of literature. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2011;30(3):133-8.

EKLER



Ek-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2018/449	
	PROTOKOL ADI	Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Palyatif Bakım Hastaları İnsidansı	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Dilek MEMİŞ	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 21/15		Tarih: 24.12.2018
	Fakültemiz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Dilek MEMİŞ'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş.Gör. Dr. Poyraz BOZKURTLU'nun tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki

**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL