



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ERKEN PALYATİF BAKIMIN
YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Elif ERDEM

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2020



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ERKEN PALYATİF BAKIMIN
YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Elif ERDEM

Doç. Dr. Yasemin Kılıç ÖZTÜRK

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez hazırlama süresince engin bilgisi, hoşgörüsü ve tecrübesiyle daima yanımda olan tez danışmanım Doç. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk'e,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgisinden ve deneyiminden faydalandığım Doç. Dr. Hülya Parıldar'a, Doç. Dr. Umut Gök Balcı'ya, Doç. Dr. Yusuf Adnan Güçlü'ye, Doç. Dr. Haluk Mergen'e, Uzm. Dr. Tefik Tanju Yılmaz'ın, Uzm. Dr. Bakiye Nurdan Tekgöl'e ve Uzm. Dr. Muhammed Mustafa Uzan'a ,

Çalışma fırsatı bulduğum tüm sevgili asistan arkadaşlarıma,

Maddi ve manevi desteklerini hayatımın her anında hissettiğim emeklerinin karşılığını asla ödeyemeyeceğim annem Hikmet Negiş'e, babam İbrahim Negiş'e ve ablam Zeynep Negiş'e,

Hayatımda olduğu her an için iyi ki dediğim biricik yol arkadaşım ve meslektaşım Harun Erdem'e

Teşekkür ederim.

Dr. Elif Erdem
İzmir

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Palyatif Bakım.....	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	3
2.1.2. Palyatif Bakımın Amacı ve İlkeleri.....	6
2.1.3. Palyatif Bakım Ekibi	7
2.1.4. Palyatif Bakım İhtiyacı ve Hedef Gruplar	8
2.1.5. Palyatif Bakımın Dünyadaki Yeri	10
2.1.6. Türkiye’de Palyatif Bakım Uygulamaları	13
2.1.7. Palyatif Bakım ve Aile Hekimliği.....	16
2.1.8. Temel Palyatif Bakım.....	17
2.1.9. Erken Palyatif Bakım Kavramı	18
2.2. YAŞAM KALİTESİ.....	20
2.2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı.....	20
2.2.2. Palyatif Bakımda Yaşam Kalitesi	22
2.2.3. Palyatif Bakımda Yaşam Kalitesi Bileşenleri.....	23
2.2.4. Palyatif Bakımda Yaşam Kalitesi Ölçüm Araçları	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI BİRİM.....	28
3.2. ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ.....	28
3.2.1. Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	29
3.3. İSTATİKSEL YÖNTEM.....	30

3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ.....	30
3.5. ETİK KURUL ONAYI.....	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
KAYNAKLAR.....	76
EKLER.....	89
ÖZGEÇMİŞ	98

KISALTMALAR

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu)
ASCO	: American Society of Clinical Oncology (Amerikan Klinik Onkoloji Derneği)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSÖ-DPBB	: Dünya Sağlık Örgütü-Dünya Palyatif Bakım Birliği
EAPC	: European Association of Palliative Care (Avrupa Palyatif Bakım Derneği)
EORTC QLQ C30	: The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (Avrupa Kanser Tedavi ve Araştırma Teşkilatı Yaşam Kalitesi Anketi)
ESAS	: Edmonton Symptom Assessment Scale (Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği)
FACIT-Pal	: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy- Palliative Care (Kronik Hastalık Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirmesi-Palyatif Bakım)
FAST	: Functional Assesment Staging of Alzheimer's Disease (Alzheimer Hastalığında Fonksiyonel Değerlendirme)
HIV	: Human İmmunodeficiency Virus (İnsan İmmun Yetmezlik Virüsü)
HRW	: Human Rights Watch (İnsan Hakları İzleme Komitesi)
IAHPC	: International Association for Hospice and Palliative Care (Uluslararası Hospis ve Palyatif Bakım Örgütü)
IPPCN	: International Primary Palliative Care Network (Uluslararası Temel Palyatif Bakım Ağı)
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri
KPBM	: Kapsamlı palyatif bakım merkezi
KPS	: Karnofsky Performance Scale (Karnofsky Performans Ölçeği)
MSAS	: Memorial Symptom Assessment Scale (Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği)

NRS 2002	: Nutrisyonel Risk Skoru 2002
NCP	: National Consensus Project (Amerikan Ulusal Konsensüs Projesi)
PCQN-F	: The French Version of the Palliative Care Quiz for Nursing (Hemşireler İçin Palyatif Bakım Ölçeği-Fransızca)
POS	: Palliative Outcome Scale (Palyatif Bakım Sonuç Skalası)
PPS	: Palliative Performance Scale(Palyatif Performans Ölçeği)
QODD	: Quality of Dying and Death (Ölmek ve Ölüm Kalitesi Anketi)
QUAL-E	: Quality of Life End of Life (Yaşam Sonunda Yaşam Kalitesi Anketi)
SEIQoL	: The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (Bireysel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği)
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
VAS	: Vizüel Analog Skala
WHOQOL	: World Health Organization Quality of Life (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi)
WPCA	: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (Dünya Hospis Palyatif Bakım Birliği)

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Palyatif bakımda sık kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri	24
Tablo 2. Katılımcıların başvuru sebepleri, tedavi özellikleri ve hastalık seyrine göre dağılım.....	35
Tablo 3. Katılımcıların hastalık seyri, iletişim şekli ve 6 aylık dönemde hastane başvuru durumu	35
Tablo 4. Hastalık süresi, yatış sayısı ve SF36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puanlarının istatistiksel sonuçları.....	36
Tablo 5. İlk ölçümde SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	37
Tablo 6. İlk ölçümde SF36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	38
Tablo 7. İlk ölçümde SF36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	39
Tablo 8. İlk ölçümde SF36 enerji alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	40
Tablo 9. İlk ölçümde SF36 ruhsal sağlık alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	41
Tablo 10. İlk ölçümde SF36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	42
Tablo 11. İlk ölçümde SF36 ağrı alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	43
Tablo 12. İlk ölçümde SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	44
Tablo 13. İkinci ölçümde SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	45
Tablo 14. İkinci ölçümde SF36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	46
Tablo 15. İkinci ölçümde SF36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi.....	47

Tablo 16. İkinci ölçümde SF36 enerji alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	48
Tablo 17. İkinci ölçümde SF36 ruhsal sağlık alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	49
Tablo 18. İkinci ölçümde SF36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	50
Tablo 19. İkinci ölçümde SF36 ağrı alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	51
Tablo 20. İkinci ölçümde SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	52
Tablo 21. SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanının iki ölçüm arasındaki değişim yüzdesi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	53
Tablo 22. SF36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanının iki ölçüm arasındaki değişim yüzdesi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	54
Tablo 23. SF36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanının iki ölçüm arasındaki değişim yüzdesi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	55
Tablo 24. SF36 enerji alt ölçek puanının iki ölçüm arasındaki değişim yüzdesi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi.....	56
Tablo 25. SF36 ruhsal sağlık alt ölçek puanının iki ölçüm arasındaki değişim yüzdesi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	57
Tablo 26. SF36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanının iki ölçüm arasındaki değişim yüzdesi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	58
Tablo 27. SF36 ağrı alt ölçek puanının iki ölçüm arasındaki değişim yüzdesi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi.....	59
Tablo 28. SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanının iki ölçüm arasındaki değişim yüzdesi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi	60
Tablo 29. Hastalık süresi ve yatış sayısı ile SF36 puanları arasındaki korelasyon analizi	61
Tablo 30. Hastalık süresi ile mortalite ilişkisi.....	62
Tablo 31. Hastane başvurusuna göre hastalık süresi değerleri.....	62

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.	İlk palyatif bakım modeli	5
Şekil 2.	Palyatif bakım ile küratif tedavi entegrasyonu	5
Şekil 3.	Palyatif bakımda papyon modeli	6
Şekil 4.	Multidisipliner palyatif bakım ekip üyeleri.....	8
Şekil 5.	Sağlık Bakanlığı (2020) TBMM Plan ve Bütçe Sunumu Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri Yatak Sayısı	16
Şekil 6.	Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı.....	32
Şekil 7.	Katılımcıların medeni duruma göre dağılımı	32
Şekil 8.	Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımı.....	33
Şekil 9.	Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı.....	33
Şekil 10.	Katılımcıları palyatif bakıma kimin yönlendirdiğine göre dağılımı	34
Şekil 11.	Katılımcıların tanılarına göre dağılımı.....	34

ÖZET

ERKEN PALYATİF BAKIMIN YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Amaç: Günümüzde tıbbi tanı ve tedavi yöntemlerinin medikal teknoloji ile birlikte gelişmesi ve daha çok hastaya ulaşabilmesinin sonucu olarak kronik hastalıklarda yaşam süreleri uzamış, bunun sonucunda kişiselleştirilmiş bakım ihtiyaçları da çeşitlenerek artış göstermiştir. Palyatif bakım, hastaların yaşam kalitesini arttıran, yaşamı tehdit eden durumlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerinin erken teşhis ve etkili değerlendirme ile acılarının rahatlatılmasını; fiziksel, psikososyal veya diğer manevi sorunların tedavisinin gerçekleştirilmesini sağlayan bir disiplin olarak tanımlanmıştır. Bu araştırmada, bireylerin yaşamı tehdit eden hastalık tanısı aldıktan sonra Aile Hekimliği klinisyenleri tarafından yürütülen kapsamlı bir palyatif bakım merkezinde izlenen bireylerin başvuru durumları ve erken palyatif bakım ile yaşam kaliteleri ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Prospektif kohort desende olan çalışmanın evrenini T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım biriminde 15.10.2019 ile 15.03.2020 tarihleri arasında yatarak tedavi almış, bilinci açık ve bilişsel fonksiyonları yeterli olan, çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü hastalar oluşturdu. Bu kriterleri sağlayan 142 hasta servise yatışta ve 6 ay sonrasında olacak şekilde toplam iki kez değerlendirildi. İlk kısımda hastaların tanımlayıcı özellikleri, tanı ve tedavi ile ilişkili bilgileri sorgulandı; ikinci kısımda ilk SF-36 yaşam kalitesi ölçeği yüz yüze uygulandı. Veri toplamanın üçüncü kısmında ise 6 ay sonrasında bireylere ulaşılarak taburculuk sonrası tanıya yönelik tedavileri dışında hastane/acil servis kullanım durumunun sorgulanması ve ikinci yaşam kalitesi değerlendirmesi yapılarak 91 olgu ile araştırma tamamlandı.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması $64,48 \pm 10,8$ yıl olup %76,8'i (n=109) erkekti. Palyatif bakıma başvuru nedenleri incelendiğinde en sık iki neden %88,7 oranında halsizlik (n=126) ve %52,8 oranında (n=75) ağrı olarak tanımlandı. Katılımcıların %92,2'sinin (n=131) kanser tanısı ile izlendiği görüldü. Grubun hastalık süresi ortalaması ise $17,54 \pm 25,50$ ay idi. İkinci değerlendirmede %65,5 (n=91) olguya ulaşıldı. Bu hastaların %38,5'inin (n=35) 1 kez ve %5,5'inin (n=5) 2 kez ve daha fazla

taniya yönelik tedavileri dışında acil servis başvurusu ya da hastane yatışı olduğu %56'sının (n=51) ise hiç başvurusu olmadığı öğrenildi. İkinci değerlendirmede yaşam kalitesi SF-36 alt ölçek puan ortalamaları tüm alt boyutlarda ilk ölçüme göre daha yüksekti. Yaşam kalitesi puan ortalamaları değişim yüzdelerinde ise en yüksek artış enerji alt boyutunda %46,7 ve sosyal işlevsellik alt boyutunda %45,04 olarak saptandı. Taburculuk sonrası hastane yatışı ya da acil servis başvurusu olan hastaların yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanlamaları anlamlı olarak düşük saptandı. Tanı süresi 12 ay ve üzeri olan hasta grubunun yaşam kalitesi enerji alt boyutu değişimi 3-11,9 ay olan hasta grubuna göre anlamlı yüksek görüldü. Hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında enerji ve ağrı alt boyutlarında anlamlı pozitif korelasyon tanımlandı. Tanıdan palyatif bakıma başvuruya dek geçen zaman ile sağ kalım arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç: Çalışmada 6. Ayda yapılan ikinci yaşam kalitesi değerlendirmesinde alt ölçek puan ortalamalarının tümü ilk ölçüme göre yüksekti. Tanıdan palyatif bakıma başvuruya dek geçen zaman ile yaşam kalitesi arasında enerji ve ağrı alt boyutlarında anlamlı pozitif korelasyon bulunurken, sağ kalım arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Literatürde palyatif bakıma başvuru için doğru zamanlama ve erken palyatif bakım kavramı ile ilgili ortak bir konsensüs bulunmamakla birlikte bu hizmete erişim hakkı boyutuyla hastaların en erken dönemde bilgilendirilmesine özen gösterilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, Biyopsikososyal yaklaşım, Evde sağlık, Temel palyatif bakım, Yaşam kalitesi

ABSTRACT

THE EFFECTS OF EARLY PALLIATIVE CARE ON QUALITY OF LIFE

Objective: Recently, the life expectancy in chronic diseases is prolonged as a result of the development in medical technology especially in diagnostic and treatment methods and reaching more patients. Therefore, the needs for personalized care have diversified and increased. Palliative care has been defined as a discipline that improves the quality of life of patients, relieves the pain of patients facing life-threatening situations and their families with early diagnosis and effective assessment, and treats physical, psychosocial or other spiritual problems. The aim of this study is to monitor individuals diagnosed with life-threatening diseases in a comprehensive palliative care center run by family physicians and to evaluate their quality of life and related factors with early palliative care.

Materials and Methods: The universe of the stud prospective cohort study, consisted of inpatient individuals at the Palliative Care Unit of Izmir University of Health Sciences Tepecik Training and Research Hospital between October 15, 2019 and March 15, 2020, who were conscious and who had adequate cognitive functions, and agreed to participate in the study over 18 years of age. Totally 142 patients were evaluated twice, at the time of admission to the service and 6 months later. In the first part, the descriptive characteristics of the patients, their information about diagnosis and treatment were questioned. In the second part, the 36-Item Short Form Survey (SF-36) was applied face to face. In the third part of the data collection, individuals were contacted after 6 months, questioning the use of hospital/emergency services, apart from the diagnostic therapy after discharge, and a quality of life assessment, and the study was completed with 91 cases.

Results: The average age of the study group was 64.48 ± 10.8 years and 76.8% (n=109) of them were male. The two most common reasons for the admission to Palliative Care Center were defined as fatigue (n=126) with a rate of 88.7% and pain (n=75) with a rate of 52.8%. It was observed that 92.2% (n=131) of the participants were followed up with a diagnosis of cancer. The mean duration of the group's illness was 17.54 ± 25.50 months. In the second evaluation, a case rate of 65.5% (n=91) was

obtained. It was found out that 38.5% of these patients (n=35) applied once and 5.5% (n=5) of them twice or more to emergency service or hospital admissions, and 56% of them (n=51) had no applications. In the second evaluation, the mean scores of SF-36 subscale for quality of life were higher in all sub-dimensions than the first measurement. It was found that physical and emotional role difficulties subscale scores of the quality of life subscales of the patients who were hospitalized or admitted to the emergency service after discharge were significantly lower. The change in the quality of life energy sub-dimension of the patient group with a diagnosis period of 12 months or more was found to be significantly higher than the patient group with 3-11,9 months. A significant positive correlation was identified between the duration of illness and quality of life in the energy and pain subscales. There was no significant relationship between the time from diagnosis to palliative care admission and survival.

Conclusion: In the study, all subscale mean scores were higher than the first measurement in the second quality of life assessment performed in the 6th month of the study. While there was a significant positive correlation between the time from diagnosis to palliative care application and the quality of life in the energy and pain sub-dimensions, no significant correlation was found between the time from diagnosis to palliative care application and survival. Although there is no consensus in the literature regarding the right timing for palliative care application and the concept of early palliative care, care should be taken to inform patients at the earliest stage with regard to the right to access this service.

Keywords: Family medicine, biopsychosocial model, health at home, primary palliative care, quality of life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde doğumda beklenen yaşam sürelerinin artmasına ilaveten tıbbi tanı ve tedavi yöntemlerinin medikal teknoloji ile birlikte hızla gelişmesi, daha çok kişiye ulaşabilmesi sebebiyle, kronik hastalık tanısıyla izlenen bireylerin yaşam süreleri uzamış, kronik süreçte bakım kavramı önem kazanmıştır. Bu bağlamda yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylerin sağlık durumlarındaki değişiklikler için tercihleri ve hedefleri ile uyumlu, planlanmış sürekli bir bakıma gereksinim duymasıyla, dünya genelinde palyatif bakım uygulamaları günden güne gelişen bir alan halini almıştır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı; “yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunların erken tespit edilerek, etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşım” olarak tanımlamıştır (2). Bu tanıma 2014 yılında “palyatif bakım bütün hekimlerin vicdani sorumluluğudur” görüşü eklenmiş ve palyatif bakımın önemine dikkat çekilmiştir (3). Son olarak 2019 yılında tüm sağlık hizmetleri ortamında ve tüm seviyelerde uygulanabilecek temel palyatif bakım kavramı eklenerek tanım güncellemesi yapılmıştır (4). DSÖ, dünya çapında her yıl yaklaşık 20 milyon insanın yaşam sonunda palyatif bakıma ihtiyacı olacağı öngörüsüyle yıllık yaklaşık 40 milyon insanın ölümünden bir yıl önce palyatif bakıma ihtiyaç duyduğunu, bu bireylerin yaklaşık %80’inin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığını belirtmiştir (5). Palyatif bakım ile ilgili son dönem hastaları kapsadığı yönünde hatalı bir ön yargı bulunmaktadır. Oysa palyatif bakım, birçok endikasyonla kronik ve ilerleyici hastalıkların tanısından yaşamın sonuna kadar, hatta ölüm sonrası yas sürecinde ailenin desteklenmesini de içeren geniş bir dönemi kapsamaktadır (3). Son yıllarda gündeme gelen, özünde proaktif bir tutum olan erken palyatif bakım kavramı ise; hastalara, gerçekçi ve ulaşılabilir hedefler ile birlikte hasta kararları ve değerlerinin desteklendiği ileri bakım planlamasının tanı anından itibaren erken dönemde sunulması olarak tanımlanmaktadır (6). Palyatif bakım hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde; kişiye özel bütüncül yaklaşım, hastanın ve ailenin ihtiyaçlarına uygunluk, bakımın sürekliliği gibi kavramlar gündeme gelmektedir (7). Bu süreçte

yaşam kalitesini arttırmaya yönelik multidisipliner ve interdisipliner yaklaşımlar bütünü etkin ve başarılı palyatif bakımın temeli olarak açıklanabilmektedir (8).

Kişinin önem verdiği alanlarda doyum ve mutluluğu o bireyin yaşam kalitesi olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL) çalışma grubu yaşam kalitesini; hastanın hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı olarak tanımlamaktadır (9). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise genel olarak yaşam kalitesi boyutları içerisinde doğrudan bireyin sağlık durumu ile ilgili algı ve değerlendirmesini esas almaktadır. Sağlık hizmet sunumunda uygulanan tedavilerin amacı yaşam süresinin uzaması, semptomların giderilmesi veya hafifletilmesinin yanı sıra belki de öncelikle yaşam kalitesinin arttırılmasıdır (10).

Bu araştırmada, bireylerin yaşamı tehdit eden hastalık tanısı aldıktan sonra Aile Hekimliği klinisyenleri tarafından yürütülen kapsamlı bir palyatif bakım merkezinde izlenen bireylerin başvuru durumları ve erken palyatif bakım ile yaşam kaliteleri ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

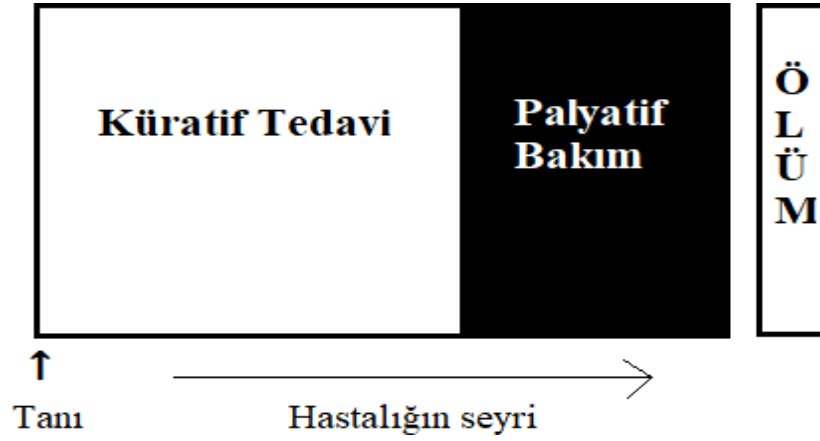
2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Palyatif, Latince’de 'örtü, sarıp sarmalama, pelerin' anlamlarına gelen 'pallium' kelimesinden köken almaktadır. Palyasyonda amaç altta yatan nedeni değil bu nedenin sonucunda ortaya çıkan olumsuz etkileri iyileştirmektir (11). Günümüzde de halen kabul gören DSÖ 2002 tanımına göre Palyatif bakım “yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunların erken tespit edilerek, etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşım” olarak ifade edilmektedir (2). Bu tanıma ‘Palyatif bakım tüm hekimlerin vicdani sorumluluğudur’ görüşü ise 2014’te eklenmiştir (3). Son olarak 2019 yılında tüm sağlık hizmetleri ortamında ve tüm seviyelerde uygulanabilecek temel palyatif bakım kavramı eklenerek tanım güncellemesi yapılmıştır (4). Amerikan Klinik Onkoloji Derneği (American Society of Clinical Oncology, ASCO) kanser hastalarında palyatif bakımı: “Kanserde palyatif bakım, hastalar ile yakınlarına acı ve sıkıntı veren ve onların hayat kalitesini etkileyen tüm hususlara yönelik iyileştirmelerin kanser bakımına entegre edilmesidir” şeklinde tanımlamaktadır (12). Avrupa Palyatif Bakım Derneği (European Association of Palliative Care, EAPC), Uluslararası Hospis ve Palyatif Bakım Örgütü (International Association for Hospice and Palliative Care, IAHPC), Dünya Hospis Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, WPCA) ve İnsan Hakları İzleme Komitesi (Human Rights Watch, HRW) bir araya gelerek palyatif bakımın insan hakkı olarak tanınması için çalışarak Prag’da yapılan toplantıda palyatif bakıma erişimin bir insan hakkı olarak kabul edilmesini önermişlerdir (13).

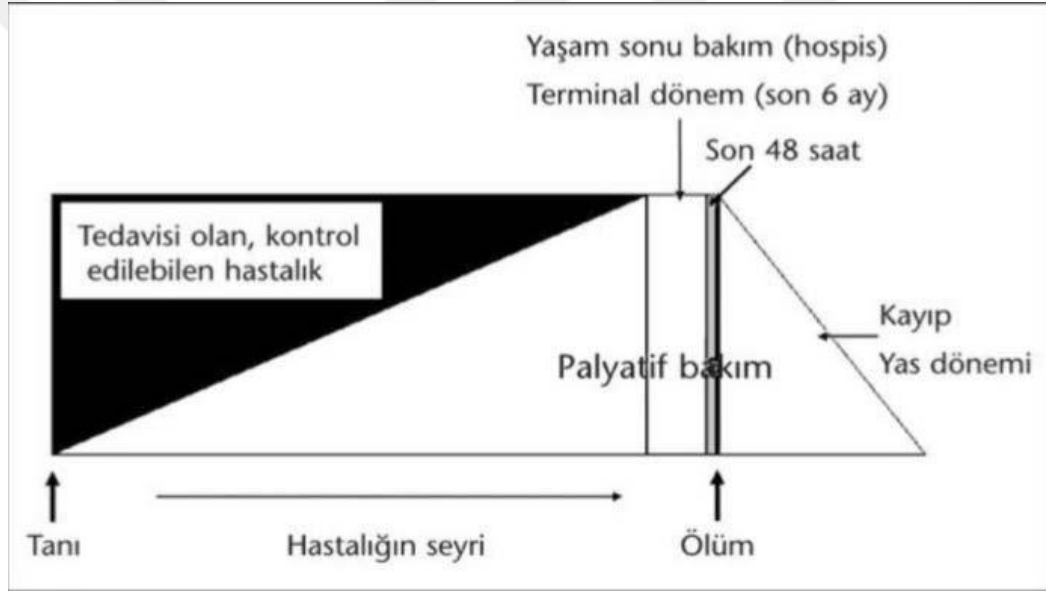
İlk uygulamalarının 11. yüzyıla kadar uzandığı bildirilen hospis kavramı palyatif bakım felsefesinin kökenini oluşturmaktadır. Hospis kelimesinin ‘misafirperverlik’ anlamındaki bir kökten doğduğu dilbilimciler tarafından ifade edilmiştir. Hospis, kronik veya ölümcül hastalıkları olan hastalarda yaşam sonu bakım ve palyatif bakıma odaklanan merkezler olarak tanımlanmaktadır (14). Bu merkezlerin dünya genelinde kabul gören ilk örneği “Calvaire” adı altında, 1842 yılında Fransa’da

kurulmuştur (15). Modern anlamda ilk palyatif bakım merkezi olarak kabul edilen St. Christopher's Hospis ise; hemşire, sosyal çalışma uzmanı ve hekim olan Dame Cicely Saunders tarafından 1967'de Londra'da hayata geçirilmiştir (14). Palyatif bakımın insani bir hak olduğu anlayışı tüm dünyada özellikle 1900'lerin son yarısı boyunca hızla yayılmıştır (16). Almanya'da ilk palyatif bakım servisi 1983 yılında Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı'na bağlı olarak Köln Üniversitesi bünyesinde açılmış ve Sağlık Bakanlığı destekleyici uygulamaları ile her geçen gün sayıları artmıştır (17). Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk palyatif bakım ünitesi ise Wayne State Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde 1985 yılında açılmış olup daha çok kanserli bireylere hizmet veren merkezler olarak görülmüştür (18). Yaşamı tehdit eden ve tedavisi mümkün olmayan hastalara gerekli bakım ve tedavinin yapılmasının gittikçe önem kazandığı günümüzde palyatif bakım, yaşam kalitesini artırma odaklı yaklaşımıyla dünya genelinde çoğu ülkenin sağlık sistemi içerisindeki yerini almıştır (19).

Palyatif bakım uygulama modeli, ilk çalışmalarda sadece son dönem hastaların yararlandığı ve ölümle sonlandığı varsayılan bir bakım süreci olarak tanımlanmıştır (Şekil 1). Zaman içinde bu modelin tedavi edici olasılıkların tükendiği, son dönem hastalarda gündeme gelen bir yaklaşım yerine yaşamı tehdit eden hastalıkların tanısından itibaren, tedavi edici yaklaşımlara ek olarak yürütülmesi gereken bir disiplin olduğu görüşü gündeme gelmiştir (20). Günümüzde palyatif bakımda hastalık modifiye edici tedaviler ile bakım sırasında hastalık ve tedavinin neden olduğu semptomların yönetimini de desteklemektedir. Bunun yanında küratif tedavi şansı olmayan hastalarda ise palyatif kemoterapi, palyatif radyoterapi, palyatif cerrahi ve semptomatik tedaviler ile hasta ve ailenin yaşam kalitesini arttırmayı; son olarak yas sürecinde de aile ve yakınların desteklenmesini amaç edinmiş bir bakım modeli olarak kabul görmektedir (21). DSÖ 2014 yılında erken palyatif bakım ile ilgili, palyatif bakımın tanı anından itibaren gündeme alınması gerekliliğini önermiştir (3). Tanı anından itibaren başlayan palyatif bakım, ölüm sonrası yas döneminde aileyi destekleyici bakım süreciyle devam etmelidir (22). Palyatif bakımın küratif tedavi ve yas ile entegrasyonu Şekil 2'de gösterilmiştir (23).

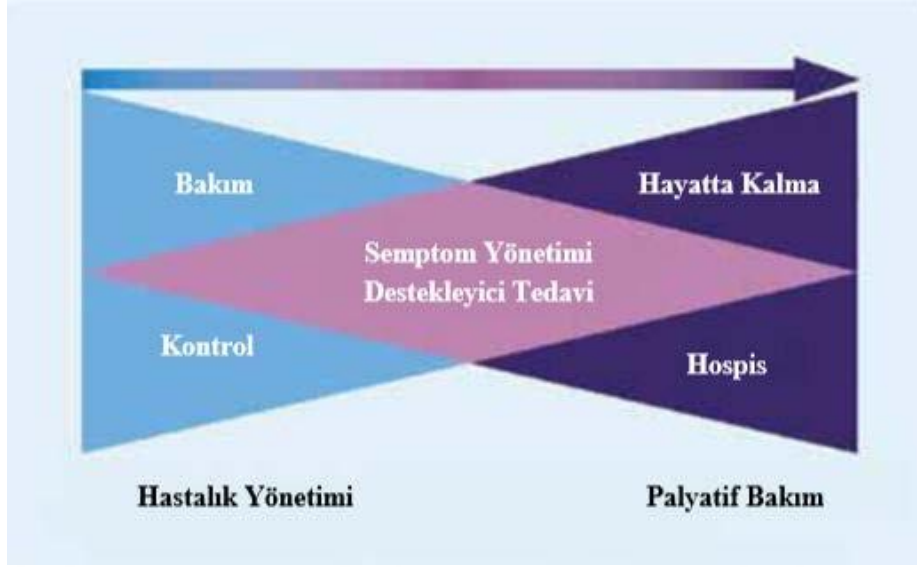


Şekil 1. İlk Palyatif Bakım modeli



Şekil 2. Palyatif Bakım ile küratif tedavi entegrasyonu (23)

Hawley ise hastalık yönetimi ile başlayan sürece erken dönemde palyatif bakımın entegre edildiği, olası sonuç olarak hem hayatta kalmayı hem de ölümü içeren yeni bir model tanımlamıştır. Papyon modeli olarak adlandırılan bu yaklaşımda yaşamı tehdit eden hastalık tanısı alan bireyin palyatif bakım sürecini daha kolay kabulleneceği ön görülmüştür (Şekil 3). Geleneksel model ile arasındaki temel fark, hayatta kalmayı olası bir sonuç olarak değerlendirmesidir. Hastanın iyileşmesi durumunda rehabilitasyon süreci gibi destekleyici yaklaşımları da kapsamaktadır (24).



Şekil 3. Palyatif bakımda papyon modeli (24)

2.1.2. Palyatif Bakımın Amacı ve İlkeleri

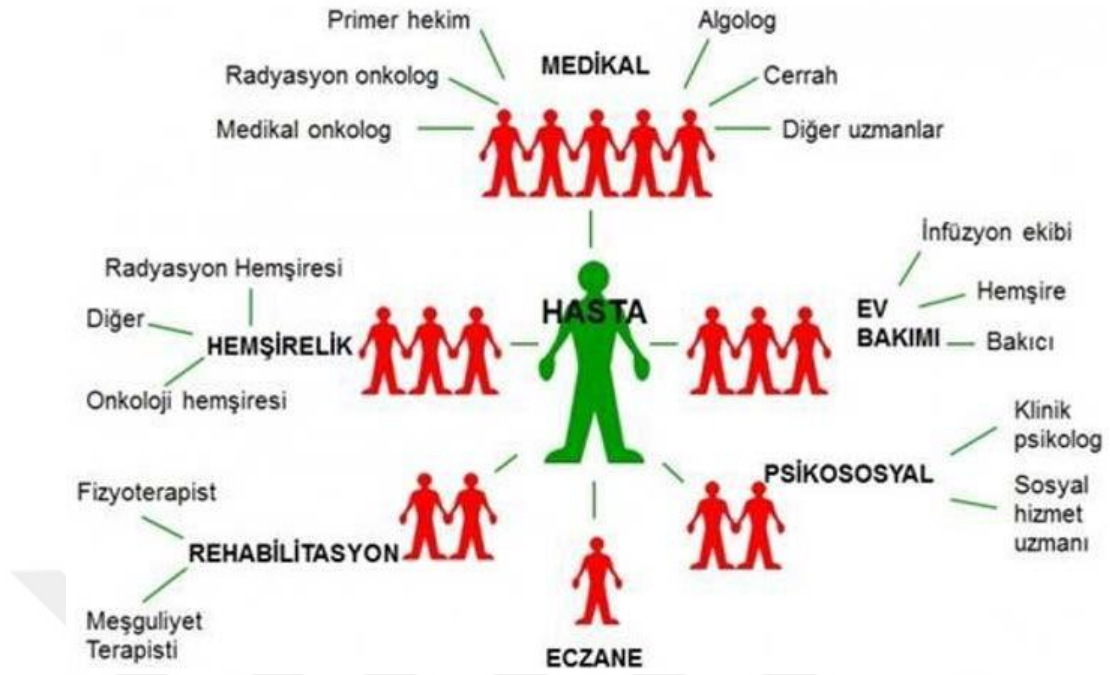
Palyatif bakım yaklaşımında, yaşamı tehdit eden hastalıkların neden olduğu sorunlarla karşı karşıya olan hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini en üst düzeyde tutmak amaçlanmaktadır. Bu temelde DSÖ tarafından palyatif bakımın ilkeleri şu şekilde sıralanmaktadır (2):

1. Ağrı ve diğer rahatsızlık verici semptomların giderilmesini sağlar.
2. Yaşamı destekler ve ölümü normal bir süreç olarak görür.
3. Ölümü hızlandırmak ve ertelemek amaçlarını savunmaz.
4. Hasta bakımının manevi ve psikolojik yönlerini bütünleştirir.
5. Hastaların ölüme kadar olabildiğince aktif yaşamasına yardımcı olacak desteği sağlar.
6. Hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamak için gereğinde yas süreci de dahil olmak üzere destekleyici ekip yaklaşımı sunar.
7. Yaşam kalitesini arttırmaya odaklanmanın yanı sıra hastalık seyrini de olumlu yönde etkiler.
8. Hastalığın erken evrelerinde kemoterapi veya radyoterapi gibi yaşam süresini uzatmayı amaçlayan tedaviler ile birlikte uygulanır ve klinik komplikasyonların daha iyi anlaşılıp yönetilmesi için gereken araştırmaları da kapsar (2).

2.1.3. Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım, ortak amaç doğrultusunda farklı disiplinlerin iş birliğinde yürütülen güçlü iletişim ve koordinasyon gerektiren bir ekip çalışmasıdır. Bu ekipteki bütün üyelerin palyatif bakımın ilkeleri, destekleyici iletişim biçimleri ve akut ya da kronik süreçlerdeki semptomların kontrolü konusunda eğitim almış olmaları gerekmektedir (25). İzmir’de 2013 yılında düzenlenen ‘Palyatif Bakım; Evde ve Hastanede Çalışmayı’ raporunda evde ve birinci basamakta hizmet verecek ekibin; Aile hekimi, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog ve bakım elemanından oluşması önerilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak merkezlerinde ekip üyelerine ek olarak farklı branşlarda uzmanlara (Geriatrici, Medikal Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Fizik Tedavi, Algoloji gibi) ilaveten din görevlisi, meşguliyet ve solunum terapisti ile gönüllülerin de yer alması gerekliliği tanımlanmaktadır (26). Etkin bir palyatif bakım hizmeti sağlayabilmek için multidisipliner anlayış ile gereğinde tüm dahili ve cerrahi uzmanların ulaşılabilir olması ve konsültasyon ile semptomların kontrolü sonucunda hastanın en hızlı şekilde günlük hayatına dönmesi hedeflenmelidir (27). Yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireyin çok boyutlu sorunları bulunabileceğinden ‘hasta merkezli kapsamlı bakım’ esas alınmalı, hasta ve yakınları da multidisipliner ekip ile uzun soluklu iş birliği içinde olmalı hatta ekibin bir parçası olarak kabul edilmelidir (Şekil 4) (28, 29).

Uluslararası platformda ise palyatif bakım ekibinde hekim ve hemşirelerin yanı sıra fizyoterapist, iş uğraş terapisti, konuşma terapisti, psikolog, beslenme uzmanı, solunum terapisti, eğlence terapisti, eczacı, sosyal hizmet uzmanı ve protez/ortez alanında çalışan sağlık profesyonellerinin iş birliğine dikkat çeken uygulamalar tanımlanmaktadır. Hatta bazı merkezlerde bu ekiplere enterostomi terapisti, meslek danışmanı, seks terapisti, diş hekimi, psikiyatrist, diş hijyeni uzmanı ve maksillofasiyel protez konusunda deneyimli çalışanların eşlik ettiği de belirtilmektedir. Ülkemizde özelleşmiş alan terapistlerinin (iş uğraş terapisti, konuşma terapisti, solunum terapisti vs.) yetersizliği dikkat çekmekte olup palyatif bakım uygulama alanında destekleyici ekiplerin güçlendirilmesi amacıyla eğitimli personel yetiştirmeye ve istihdama yönelik çalışmalara ihtiyaç bulunduğu rapor edilmektedir (28).



Şekil 4. Multidisipliner palyatif bakım ekip üyeleri (29)

2.1.4. Palyatif Bakım İhtiyacı ve Hedef Gruplar

DSÖ'nün gelecekteki küresel ölüm ve hastalık yükü tahminlerini değerlendirdiği çalışmada önümüzdeki 10 yılda doğumda beklenen yaşam süresinin artacağı rapor edilmiştir (30). Ayrıca yaşlanan dünya nüfusu ile artan kronik hastalık ve kanser insidansının palyatif bakım ihtiyacında artışla sonuçlanacağı bildirilmektedir. Palyatif bakım ihtiyacının değerlendirildiği 2006 yılında yapılan bir çalışmada yaşamı tehdit eden hastalığa sahip hastaların %50 ile 89'unun farklı seviyelerde palyatif bakım desteğine ihtiyaç duyacağı öngörülmüştür (31). Aynı amaçla 2014 yılında yayınlanan çalışmada vefat eden hastaların ölüm bilgileri incelenerek %69 ila 82'sinin palyatif bakım desteğine ihtiyaç duyduğu raporlanmıştır (32). Geçmiş eğilimler ışığında geleceğe yönelik projeksiyonların planlandığı bir çalışmada, mevcut mortalite eğilimi doğrultusunda gelecek 20 yılda ölümlerin yıllık %25 oranında artacağı ve tüm ölümlerin %75'inde palyatif bakım hizmetlerine ihtiyaç duyulacağı ön görülmektedir (33).

Palyatif bakım görece yeni bir disiplin olmasına karşın tıbbın diğer alanları içinde hızla kendine yer edinmiştir. Bu hızlı gelişmenin en önemli nedeni yaşamı tehdit eden ve tedavisi mümkün olmayan hastalara ve ailelerine gerekli bakım ve tedavinin ihtiyacının gittikçe önem kazanmasıdır (34). Günümüzde palyatif bakım ile birlikte;

gerekli olmayan tanı ve tedavi girişimleri, yararlı olmayan yoğun bakım yatışı ve acil servis başvuruları azaltılarak maliyet etkin bir hizmet sunulabilmektedir (35). Maliyet etkinliğin yanı sıra tanıya yönelik primer ve yaşam süresini uzatmaya yönelik tedavilere ek olarak sağlanan palyatif bakım uygulamalarının sonuçlarını inceleyen birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalarda palyatif bakımın; hastaların deneyimlediği semptomların şiddeti ile rahatsızlık düzeyini azalttığı, fonksiyonel kapasitelerini ve yaşam kalitesini iyileştirdiği, ayrıca hasta ve hasta yakınlarının bu bakımdan memnuniyetinin daha yüksek olduğu raporlanmıştır (36-38).

DSÖ'nün, yaşam sonunda palyatif bakım ihtiyacı bulunan hedef grupları belirlemek için 2011 yılında yayınladığı raporda;

- Yetişkinlerde palyatif bakım gerektiren hastalıklar: Alzheimer ve diğer demansif hastalıklar, kanserler, kardiyovasküler hastalıklar (ani ölümler hariç), karaciğer sirozu, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, diyabet, İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (Human İmmunodeficiency Virus, HIV) / Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS), böbrek yetmezlikleri, multipl skleroz, parkinson hastalığı, romatoid artrit, ilaca dirençli tüberküloz

- Çocuklarda palyatif bakım gerektiren hastalıklar: kanserler, kardiyovasküler hastalıklar, karaciğer sirozu, konjenital anomaliler, kan ve immün sistem bozuklukları, HIV/AIDS, menenjit, böbrek hastalıkları, nörolojik bozukluklar olarak tanımlanmıştır (20).

Ülkemiz açısından incelendiğinde, palyatif bakım hakkında ortak terminoloji ile sosyokültürel yapıya uygun modelin belirlenmesi ve bu alanda standardizasyon oluşturulabilmesi amacıyla 2013 yılında İzmir Kamu Hastaneleri Birliğinde gerçekleştirilen 'Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştay' raporunda öneri niteliğindeki palyatif bakım ünitesine yatış kriterleri tanımlanmıştır (26). Bu çalıştay raporuna göre aşağıdaki kriterleri sağlayan hastaların palyatif bakım merkezlerine yatışı önerilmektedir;

1. Medikal tedaviye rağmen Vizüel Analog Skala (Visual Analogue Scale, VAS) ağrı skalası 5 ve üzeri olan, ağrıya bağlı uyku düzeni bozulan, istirahatle de ağrısı devam eden ve yan etkiler nedeni ile medikal tedavi uygulanamayan hastalar

2. Oral alımı bozulmuş, Nutrisyonel Risk Skoru 2002 (Nutritional Risk Screening, NRS 2002) beslenme skoru 3 ve üzeri olan, son 6 ay içerisinde %10'dan fazla kilo kaybı bulunan, hiç oral alamadığı için enteral ya da parenteral beslenme desteğine ihtiyaç duyan malnutriye hastalar

3. Enfekte ve/veya tedaviye dirençli, Evre III- IV (Norton/ Braden' a göre) basınç ülseri bulunan hastalar

4. Deliryum tanısı almış, etiyolojisi multiple nedenli veya belirsiz olan hastalar

5. Geriatrik sendromlar: düşme, inkontinans, ihmal ve kötüye kullanım vb. öyküsü bulunan hastalar

6. Tedaviye dirençli, evre IV kalp yetmezliği olan kırılgan hastalar

7. Tedaviye rağmen klinik ve laboratuvar olarak kötüleşen ve semptomları artan (dispne, hemoptizi, kontrol edilemeyen ağrı vb.) Karnofsky performans skoru %70'in altında olan, vertebra metastazı, hiperkalsemi gibi onkolojik acilleri bulunan, son 3 ay zarfında 2 defadan fazla pnömoni geçiren, komorbiditesi yüksek, beklenen yaşam süresi 6 aydan kısa, cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavilere rağmen progresif hastalık tanısıyla izlenen onkoloji hastaları

8. Kronik, tedaviye dirençli son dönem akciğer hastaları

9. Klinik tablosunda akut değişiklik gösteren demans hastaları: Alzheimer Hastalığında Fonksiyonel Değerlendirme Evrelemesi (Functional Assesment Staging of Alzheimer's Disease, FAST) sınıflandırılmasına göre Evre 7 ve üzeri olan ve günlük aktivelerinin en az üç tanesini yardımla yapabilen hastalar

10. Kronik nörolojik hastalığı olup (Hipoksik iskemik ensefalopati, İnme, Parkinson hastalığı, Amyotrofik Lateral Skleroz, Multipl Skleroz vb.) klinik tablosunda akut değişiklik gösteren (ateş, beslenme bozukluğu, basınç ülseri, üriner enfeksiyonlar, pnömoni, öz bakımlarında azalma vb.) hastalar

11. Tükenmişlik Sendromuna girmiş olan son dönem HIV hastaları (26)

2.1.5. Palyatif Bakımın Dünyadaki Yeri

Modern anlamda açılan ilk hospis; 1967'de Londra'da, hekim, hemşire ve sosyal çalışmacı olan Dame Cicely Saunders tarafından; kanser kaynaklı acı çeken bireylerin ıstırabını dindirme ve ölmekte olan insanlara kapsamlı bir bakım sağlayabilme hayali ile hayata geçirilmiştir (39). Ardından sırasıyla Kanada (1973,

Royal Victoria), ABD (1987, Hotwitz Center), Yeni Zelanda, Avustralya ve Japonya’da palyatif bakım merkezleri açılmış ve bu akım dünyanın dört bir yanına yayılmıştır (40). Günümüzde palyatif bakım hizmetlerinin en gelişmiş olduğu bölgeler arasında Amerika’nın San Diego bölgesi ve İspanya’nın Katalan bölgesi tanımlanmaktadır (41). DSÖ palyatif bakımın farklı alanlarının, konuyla ilgili sorunların ve çözümlerin ele alındığı çok kapsamlı çalışmasında her yıl dünya genelinde 40 milyon bireyin palyatif bakıma gereksinim duyduğunu ve %39’unda kardiyovasküler hastalık, %34’ünde kanser, %10’unda kronik akciğer hastalığı, %6’sında HIV/AIDS ve %5’inde diyabet bulunduğunu bildirmektedir. Ayrıca palyatif bakım ihtiyacı duyan hastaların %86’sının bu hizmete ulaşamadığı da rapore edilmiştir (16).

Son yıllarda palyatif bakım hizmetlerinde niceliğin yanı sıra nitelik ve kalite standardizasyonuna yönelik çalışmaların ivme kazandığı görülmektedir. Avrupa konseyinin 2019 kararlarında; ‘Hasta açısından bakımın tüm boyutlarını değerlendiren iyi palyatif bakım göstergelerinin tanımlanıp benimsenmesi teşvik edilmelidir’ önermesi yer almaktadır (42). Amerikan Ulusal Konsensüs Projesi (National Consensus Project, NCP) kapsamında 2005 yılında, DSÖ palyatif bakım tanımı temelinde Kaliteli Palyatif Bakım için Klinik Uygulama Kılavuzu başlıklı bir rehber yayınlamıştır (43). Güncellemesi 2018 yılında yapılan bu rehberde bakım planı ve bakımın fiziksel, psikolojik, sosyal, manevi, kültürel, etik yönleri yanında yaşam sonu bakımı alanlarında kaliteli bakım bileşenleri yer almaktadır (44).

Dünya Palyatif Bakım Birliği, tüm palyatif bakım temelli organizasyonları kapsamına alarak 2003 yılında kurulmuştur. Bu örgütün amacı palyatif bakım ihtiyacı olan tüm bireylerin kaliteli ve etkin palyatif bakım hizmetine ulaşmasını sağlamaktır. Birliğin 2012 raporuna göre tüm dünya ülkelerinin %58’inde palyatif bakım merkezi bulunurken, hospis uygulamalarının hayata geçmediği 98 ülke olduğu tanımlanmaktadır (45). Dünya Sağlık Örgütü-Dünya Palyatif Bakım Birliği (DSÖ-DPBB) 2014 yılı raporunda dünya üzerinde 234 ülkenin palyatif bakım uygulamalarını aşağıdaki kriterler ile değerlendirmiştir (5);

- Palyatif bakım servisleri ve derneklerinin yaygınlığı
- Palyatif bakım hizmetlerinin sağlık sistemine entegrasyonu

- Sağlık sigortası ve poliçelerinde palyatif bakım ağırlığı ve diğer fonlardan aktarılan kaynakların mevcut durumu
- Sağlık personeli ve yerel derneklerin hizmet verdiği etkin palyatif bakım politikaları
- Morfine ulaşma sorununun azlığı
- Sağlık çalışanları ve toplumun palyatif bakım konusundaki bilinç durumu
- Üniversitelerle akademik iş birliği içinde olan gelişmiş palyatif bakım eğitim sistemleri

Birlik tanımlanan kriterler doğrultusunda ülkeleri palyatif bakım gelişmişlik düzeyi açısından 4 grup halinde sınıflamıştır (5):

➤ Grup 1. Hospis ve Palyatif Bakım Aktivitesi Bilinmeyen Ülkeler:

Afganistan, Çad, Gine, Komor, Kore, Libya, Özbekistan başta olmak üzere 75 ülke (%32) yer almaktadır. Bu ülkelerde hospis ve palyatif bakım hizmeti bulunmadığı gibi tüm ülke vatandaşlarını kapsayan palyatif bakım politikaları da tanımlanmamıştır.

➤ Grup 2. Hospis ve Palyatif Bakım Hizmetleri Yapılanma Aşamasında Olan Ülkeler:

Azerbaycan, Bolivya, Cezayir, Haiti, Karadağ, Vatikan'ın da içinde olduğu 23 ülke (%10) yer almaktadır. Bu ülkelerde aktif olarak hizmet veren palyatif bakım merkezleri bulunmamaktadır. Ancak palyatif bakım servisleri oluşturmak için çalışmalar sürdürülmektedir.

➤ Grup 3. Ülke Geneline Olmayıp Sadece Lokalize Hospis ve Palyatif Bakım Yapılanması Mevcut Olan Ülkeler:

○ Grup 3A Ülkeler:

Angola, Bahreyn, Bangladeş, Brezilya, Bulgaristan, İran, Kuveyt, Lübnan, Mozambik, Paraguay, Sudan'ın da yer aldığı 74 ülke (%31,6) bu grupta yer almaktadır. Yetersiz sayıdaki lokalize kliniklerde, düşük kapasiteyle palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Sağlık sistemine entegre olmayan palyatif bakım hizmetlerinin daha çok kişisel bağışlarla finanse edildiği bu ülkelerde morfin ulaşılabilirliği de sınırlıdır. Hükümet desteklerinin de yeterli olmadığı rapor edilmiştir.

○ Grup 3B Ülkeler:

Bu grupta Arjantin, Arnavutluk, Hırvatistan, Kıbrıs ve Türkiye'nin de yer aldığı 17 ülke (%7,3) bulunmaktadır. Palyatif bakım hizmetleri bu ülkelerde belirli

bölgelerde lokalize yayılım göstermektedir. Genel sağlık sistemi ile entegrasyon sağlanamamıştır. Kişisel ve kurumsal bağışlar, özel sigortalar, genel sağlık sistemi, yerel devlet kaynakları farklı bakanlıklar ve tüm bunlardan bağımsız finans sistemleri bildirilmektedir. Palyatif bakım hastaları ihtiyaç halinde morfine rahatlıkla ulaşabilmektedir.

➤ Grup 4. Sağlık Sistemi ile Entegre Olmuş Hospis ve Palyatif Bakım Servisleri Olan Ülkeler:

○ Grup 4A Ülkeler:

Toplam 25 (%10,7) ülkenin yer aldığı; Çin, Danimarka, Finlandiya, İsrail, Lüksemburg, Sırbistan, Şili ve Macaristan'ın da dahil olduğu bu grupta palyatif bakım hizmetleri daha yaygın ve kolay ulaşılır durumdadır. Palyatif bakım servislerinde çeşitlilik söz konusudur ve toplumda palyatif bakım bilinci yüksektir. Morfin ve diğer güçlü ağrı kesicilere ulaşım kolaydır. Palyatif bakım politikaları ve ulusal palyatif bakım dernekleri bulunmaktadır.

○ Grup 4B Ülkeler:

Bu grupta Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Avusturya, Avustralya, Belçika, Fransa, Hong Kong, İngiltere, İrlanda, İtalya, İzlanda, Japonya, Kanada, Norveç, Polonya başta olmak üzere 20 ülke (%8,6) yer almaktadır. Ülke genelinde kapsamlı hizmet veren yaygın palyatif bakım servisleri bulunmaktadır. Etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları ve ulusal palyatif bakım dernekleri mevcuttur. Palyatif bakım eğitim sistemleri de üniversitelerle akademik iş birliği içindedir (5, 46).

2.1.6. Türkiye’de Palyatif Bakım Uygulamaları

Ülkemizde palyatif bakım uygulama örnekleri Darülaceze dönemine kadar uzanmakla birlikte hastalara uzun dönem palyatif bakım verme amacı ile kurulan fakat daha çok hospis kavramına yakın olan ilk modern merkez Türk Onkoloji Vakfı tarafından, İstanbul Yeşilköy’de “Kanser Bakımevi” adı ile 1993-1997 yılları arasında hizmet vermiştir. İkinci hospis girişimi ise Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006’da hayata geçirilmiştir. On iki odalı tarihi bir Ankara evinin hospise dönüştürülerek hizmet sunması planlanan kuruluş, yasal düzenlemelerde hospis hizmeti yer almadığı için kanser hastaları ve yakınlarının kısa süreli konakladığı ve bakım hizmeti alabildiği “Hacettepe Umut Evi” adı altında çalışmalarına devam

etmektedir (47). Günümüzde Türkiye’de uzun yıllar göz ardı edilmiş olan palyatif bakım aktiviteleri desteklenmekte ve sağlık hizmet sunumu içerisinde entegre edilmeye çalışılmaktadır (48).

Türkiye’de ilk olarak Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi öncülüğünde 2009 yılında başlatılan 5 yıllık “Ulusal Kanseri Kontrol Programı” dahilinde palyatif bakım kavramı vurgulanmış olup ilk adım olarak T.C. Sağlık Bakanlığı ‘Evde Bakım Hizmetleri” gündeme getirilmiştir. Evde bakım uygulamaları ile ilgili 2010 yılında yayınlanan yönerge ile ihtiyacı olan bireylere, ev ortamlarında kişi merkezli sağlık hizmeti sunulması ve hizmet kalitesinin artırılması hedeflenmiştir (8). Palyatif bakım hizmeti 2010-2015 yılları arasında hayata geçirilen Ulusal Kanseri Kontrol Programı’nın en önemli yapı taşlarından biri olarak kabul edilmiştir. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı, başta DSÖ olmak üzere Aile ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, sivil toplum kuruluşları ve gönüllüler ile çalışarak Palya-Türk Projesi hayata geçirilmiştir (49). Palya-Türk Projesi ile birlikte evde sağlık hizmetlerinin ve aile hekimlerinin yürüteceği toplum tabanlı palyatif bakım hizmetleri ile hastane tabanlı palyatif bakım hizmetleri 3 farklı seviye olarak planlanmıştır. Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve sivil toplum örgütleri ile de desteklenen bu projede yer alan 4 ana hedef tanımlanmıştır.

- 1) Piyasalarda morfin bulunabilirliğini artırmak
 - 2) Morfin reçetesi ile ilgili mevzuat düzenlemek
 - 3) Opiofobi’ye karşı sağlık personellerini eğitmek
 - 4) Toplum tabanlı palyatif bakım modelini aile hekimliği temelinde uygulamak
- (39).

Palya-Türk projesine göre hastane temelli palyatif bakım hizmetlerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak üç farklı seviyede verilmesi hedeflenmiştir:

1. Seviye: Sıklıkla ayaktan poliklinik hizmetlerinin verildiği, sorumlu sağlık personellerinin aile hekimleri ile palyatif bakım eğitimi almış olan hekimlerin olduğu birimlerdir. On yıllık hedef; 2023 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı 216 ve üniversite hastanelerine bağlı 7 adet birinci seviye palyatif bakım birimi kurulmasıdır.

2. Seviye: İkinci basamak hastane benzeri üst standartlara sahip sağlık tesislerinde kurulması planlanmış olup multidisipliner bir ekiple en az bir uzman hekim sorumluluğunda hizmet verecektir. On yıllık hedef 2023 yılında Sağlık

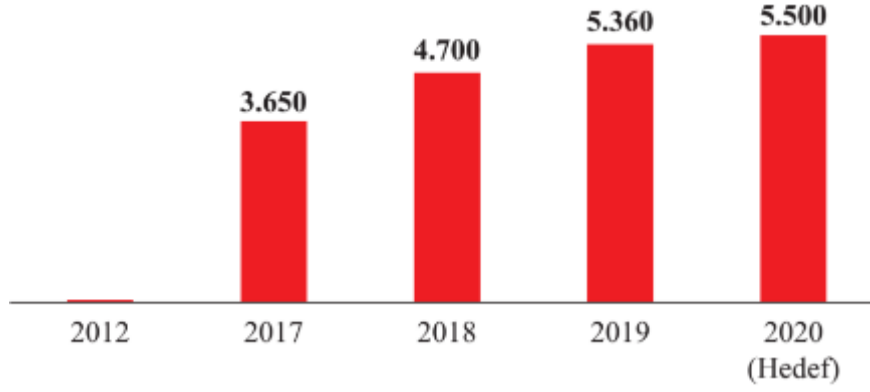
Bakanlığı'na bağlı 38 ve üniversite hastanelerine bağlı 22 adet ikinci seviye palyatif bakım birimi kurulmasıdır.

3. Seviye: Kapsamlı palyatif bakım merkezi (KPBM) olarak da adlandırılan bu birimlerin Üniversiteler ile Eğitim ve Araştırma hastaneleri bünyesinde kurulması planlanmıştır. KPBM bünyesindeki sağlık personellerinin palyatif bakım konusunda hizmet içi eğitim, sürekli eğitim ve sertifikasyon eğitim programlarını verebilecek düzeyde bilgi birikimine sahip olmaları gerektiği belirtilmektedir.

Ülke genelinde 2023 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı 19 ve üniversite hastanelerine bağlı 17 adet (13'ünde aynı zamanda pediatrik KPBM olmak üzere) üçüncü seviye palyatif bakım birimi kurulması hedefi de raporlanmıştır (50).

Türkiye adına önemli bir adım olan bu hedeflere ulaşmak için öncelikle eğitilmiş personel yetiştirilmesi ve alt yapı ihtiyaçlarına öncelik verilmesi uygun görülmüştür. Tüm ülke için örnek model olan ilk kapsamlı palyatif bakım merkezi 2012 yılında Ankara Ulus Devlet Hastanesi bünyesinde açılmış ve hizmet içi eğitimler ile pilot çalışmalar planlanarak ülke gereksinimine uygun düzenlemeler önerilmiştir (39). İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Palyatif Bakım İl Koordinasyon Kurulu öncülüğünde 2013 yılında başlatılan Palyat-İzmir projesi ile İzmir ilinde palyatif bakım ihtiyacı olan bireylerin semptom kontrolleri ve yaşam kalitesini artırma girişimlerini içeren bütüncül bir model içeriği tanımlanmaya çalışılarak raporlanmıştır (18).

Tüm bu çalışmalar doğrultusunda palyatif bakım hizmetlerinin idari ve hukuksal açıdan altyapısını oluşturan 'Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge' 2014 yılında yürürlüğe girmiş ve aynı yıl içinde palyatif bakım hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından geri ödeme kapsamına alınmıştır. Mevcut palyatif bakım merkezlerinin tescil işlemleri 2015 yılı içerisinde gerçekleştirilmiş ve ardından 2017 yılında üniversite hastanelerindeki palyatif bakım hizmetleri de geri ödeme kapsamına dahil edilmiştir (8, 51, 52). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de palyatif bakım alanındaki çalışmalar her geçen gün gelişme sağlamaya devam etmektedir. Sağlık Bakanlığı 2020 yılı TBMM Plan ve Bütçe Sunumuna göre ülkemizde 2019 yılı itibarıyla Palyatif Bakım Hizmeti sunulan 5365 yatak bulunduğu belirtilmekte ve bu sayının 2020 yılı sonunda 5500 sayısına ulaşması hedeflenmektedir (53).



Şekil 5: Sağlık Bakanlığı (2020) TBMM Plan ve Bütçe Sunumu Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri Yatak Sayısı (53)

2.1.7. Palyatif Bakım ve Aile Hekimliği

Güncellenen tanımında yer aldığı haliyle tüm sağlık hizmetleri ortamında ve tüm seviyelerde uygulanabilecek temel palyatif bakımın aile hekimliği profesyonelleri iş birliğiyle sunulması mümkün olacaktır (54).

Aile hekimliğinin 1974 yılında yapılan Leeuwenhorst tanımında; yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağladığı, kişilerin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilendiği vurgulanmıştır. Aile hekimliği uzmanları hastalarını doğum öncesinden ölene kadar, tüm yaşamları boyunca izleyerek bakımın sürekliliğini sağlarlar (55). Dünya Aile Hekimleri Birliği (World Organization of National Colleges, WONCA) tanımına göre Aile Hekimliği profesyonelleri; sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturarak yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir; aynı zamanda bütüncül, kapsamlı ve koordineli bir bakım sağlayarak özgün görüşme süreci ve problem çözme becerileri ile bireye, ailesine ve topluma yönelik bir yaklaşım geliştirmektedir (56).

Ekim 2018’de Kazakistan’ın Astana kentindeki Temel Sağlık Hizmetleri Küresel Konferansı, dünya genelinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin kritik rolünü vurgulayan yeni bir bildiriye onaylamıştır. Hastalığı önleme ile sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesini hedefleyen birinci basamak sağlık hizmetlerinin tüm insanların sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilmesini hedeflediği belirtilmiştir. Aile hekimlerinin kapsamlı, önleyici, iyileştirici rehabilitasyon hizmetleri yanında palyatif bakımı erişilebilir kılmasındaki rolüne dikkat çekilmiştir (57).

Bireydeki komplike hastalık süreçlerinin doğurduğu akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetme becerisi aile hekimliğinin kapsamlı bakım ilkesine dayanmaktadır (58). Ayrıca hastanın gereksinimi doğrultusunda belirlenen sağlık bakımının sürekliliğini koordine bir yönetim ile sağlama becerisi aile hekimliğinin kişi merkezli bakım ilkesi ile örtüşmektedir (59). Palyatif bakımın sağlanması ve başarısında da benzer şekilde kesintisiz bakım sürekliliği kavramı vurgulanmaktadır. Aile hekimliğinin kapsamlı ve kişi merkezli bakım becerileri ile evde bakım hizmetlerinin dahil edildiği; hastanın ve ailenin ihtiyaçlarına uygun kronik yatan hasta bakımı, primer hastalık tedavisi görenlere danışmanlık hizmeti, multidisipliner değerlendirme ile günlük bakım, yas süreci yaşayan hasta yakınlarına manevi desteğin sağlanmasıyla bakım süreci kesintisiz hale getirilebilir (7, 59). Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, sosyal, kültürel ve spiritüel boyutlarıyla ele alma becerisi ise aile hekimliğinin bütüncül ve biyopsikososyal yaklaşım modeliyle örtüşmektedir (60). Palyatif bakım disiplininin temelini de bu bütüncül yaklaşım modeli oluşturmaktadır (61). Aile hekimliği uzmanlarının entegre edilmiş palyatif bakım merkezlerinde rol alması ile sunulan hizmet kalitesinin artacağı düşünülmektedir (62). Tüm bu bilgiler ışığında aile hekimliği disiplin yaklaşımları ve çekirdek yeterliliklerinin palyatif bakım ihtiyacı olan hasta grubunun gereksinimleri ile büyük ölçüde örtüştüğü görülmektedir.

2.1.8. Temel Palyatif Bakım

Uluslararası alanda “primary palliative care” kavramı farklı gruplarca “birinci basamak palyatif bakım” olarak ifade edilse de esasen tanı anından itibaren tüm sağlık profesyonelleri tarafından sunulması önerilen ve sağlık hizmetleri ile karşılaşmanın her boyutunda hatta bireyin evde izlemi sürecini de kapsayan “temel palyatif bakım” kavramıyla örtüştüğü düşünülmektedir. Palyatif bakım temel ilkeleri; hasta bakımında hasta ve yakınlarına biyopsikososyospiritüel yaklaşım ile ağrı ve diğer semptomlara erken müdahale edilmesi, multidisipliner bir ekip çalışması ile hasta ve ailenin bakım kalitesinin artırılması, hastalık süresince bireye ve yas sürecinde aileye sorunlarla baş etmede yardımcı olunması, hasta ve yakınlarının ölüm gerçeğine hazırlanması ve gerekirse yas danışmanlığı sağlanması şeklinde özetlenmektedir (63). Bu ilkeler ışığında palyatif bakım hizmetlerinin tanı anından itibaren başlaması ve yas sürecini de kapsayarak bireyin ihtiyaç duyacağı tüm sağlık hizmetleri sırasında devam etmesi

gerekliliği vurgulanmaktadır (64). Palyatif bakım ile ilk temas noktası olan birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde ağrı, konstipasyon gibi akut semptomların erken tanı ve etkili yönetimi, yara bakımı ve parenteral ilaç tedavileri gibi farklı uygulamalar bulunmaktadır. Hastalar için birinci basamak merkezlerde imkanların yetersiz kaldığı ve sürecin devamında ileri tetkik, tedavi ile izlem gereken durumlarda kapsamlı palyatif bakım uygulamalarının sürdürülebileceği merkezlere sevk planlanmaktadır (48). Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında yayınlanan yönergede; palyatif bakım hizmetlerinin, yataklı sağlık tesislerinde palyatif bakım merkezleri, yataklı sağlık tesisleri dışında ise aile hekimleri ve evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütülmesi esas kabul edilmiştir (48). Temel palyatif bakım uygulamalarının değerlendirildiği bir araştırmada birinci basamakta görevli sağlık profesyoneli katılımcıların %89'unun daha fazla eğitim talebi olduğu rapor edilmiştir (54). Dünya genelinde palyatif bakıma erişim son Lancet Komisyonu tarafından değerlendirilmiş ve küresel sağlık yükü ile başa çıkmak için temel palyatif bakım uygulamalarının tüm bakım alanlarına daha fazla katkı sağlaması gerekliliği vurgulanmıştır (65). Ayrıca EAPC bünyesinde yürütülen bir başka çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli kişilerin, hastaların temel palyatif bakım uygulamalarına erişim açısından büyük bir potansiyele sahip olduğu vurgulanmaktadır (54). EAPC Birinci Basamak Palyatif Bakım Referans Grubu (Primary Palliative Care Reference Group) ve Uluslararası Temel Palyatif Bakım Ağı (International Primary Palliative Care Network, IPPCN) çalışma grupları temel palyatif bakım uygulamaları konusunda birçok araştırma yürütmektedir. Bu çalışmaların ortak hedefi kapsamlı birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin palyatif bakım uygulanmasındaki rolünün daha iyi tanınip desteklenmesidir (66, 67).

2.1.9. Erken Palyatif Bakım Kavramı

Erken palyatif bakım, ilerleyici ve tedavisi olmayan hastalık tanısı alan bireyler için palyatif bakıma daha kapsamlı erişimin önündeki engellerin üstesinden gelebilecek yeni bir paradigmadır (68). ASCO'nun 2012 yılında ve DSÖ'nün 2014 yılında palyatif bakımın ileri evre hastalık tanısı sonrası erken dönemden itibaren standart bakıma entegre edilmesi gerekliliğini bildirmesiyle erken palyatif bakım kavramı önem kazanmıştır (3, 69). Yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylerin

palyatif bakıma erken dahil edilmesi; hastalar ve ailelerine palyatif bakım ekip üyeleri ile uzun süre devam eden bir ilişki geliştirme fırsatını sağlayacaktır (70). Bu şekilde iş birliği ve hasta yararına olan ilişkinin geliştirildiği erken palyatif bakım ile; bireye hastalığın ciddiyeti ile prognozu hakkında ayrıntılı ve doğru bilginin sağlandığı, bunun yanında var olan sağlık inançları ile tercihlerinin değerlendirilmesiyle hastaların karar süreçlerinin desteklendiği bir disiplin olduğu vurgulanmıştır (71). Yapılan çalışmalar ışığında erken palyatif bakım müdahalesi ile bireylere hastalık ve tedavi hedefleri hakkında gerçekçi bir anlayış geliştirmesine destek olunması yanında daha iyi yaşam kalitesi ve ruh halinin sağlanabileceği savunulmaktadır (72-74). Literatürde ‘Erken Palyatif Bakım’ kavramı ile ilgili konsensüs sağlanamadığı ve farklı tanımlamalara rastlandığı görülmektedir. Thoosen ve arkadaşlarının çalışmasında erken palyatif bakım, tanıya yönelik prognostik belirteçler ve semptom yüküne yönelik bir sınıflama ile ilişkilendirilmiştir (75). Lowery ve arkadaşlarının ileri yumurtalık kanseri tanılı bireyler ile gerçekleştirdiği çalışmada ise erken palyatif bakım zamanlaması, sisplatin tedavisine direnç gelişmeden önceki başvuru, yani ilaç tedavisiyle eşzamanlı uygulanabilirlik ile özdeşleştirilmiştir (76). Lee ve arkadaşlarının çalışmasında ilk palyatif bakım ve ölüm arasında geçen süre; 90 günden uzun, 31-90 gün, 11-30 gün ve 1-10 gün olarak sınıflanmış; 90 günden uzun survey sağlamış olan grup erken palyatif bakım kapsamında tanımlanmıştır (77). Aynı şekilde Amano ve arkadaşlarının çalışmasında da ölümden en az 3 ay önce palyatif bakıma dahil edilen hastalar erken palyatif bakım tanımını karşılamaktadır (78). Retrospektif desende başka bir çalışmada ise erken palyatif bakım zamanlaması yaşamın son 3 ayından önce olan başvuruları kapsamaktadır (79). Fransa’da gerçekleştirilen çok merkezli bir çalışmada tanıyı takip eden ilk 3 ay içinde başvuru durumu erken palyatif bakım olarak tanımlanmıştır (80). Temel ve arkadaşlarının çalışmasında ise ilerlemiş kanser tanısı sonrası ilk 8 hafta içinde başvuru erken palyatif bakım tanımını karşılamaktadır (73). Erken palyatif bakımın kanıta dayalı ve evrensel olarak kabul edilmiş net bir tanımının bulunmaması bu alanda daha kapsamlı çalışmalara olan ihtiyacı göz önüne sermektedir (81).

2.2. YAŞAM KALİTESİ

2.2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

“Yaşam Kalitesi” kavramının tarihi gerek sosyolojik gerek tıbbi alanda çok eski zamanlara dayanmaktadır. İlk filozoflardan Aristo yazılarında mutluluğun doğasına ve ‘iyi bir yaşam’ için insanlara gerekli olan konulara değinmiştir (82). Aristo’nun ardından gelen çoğu filozof da yaşamın temel amacını sorgulamış ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olmak, böylece en yüksek yaşam kalitesine sahip olmak üzerine düşünce uğraşlarında bulunmuştur. Tıp alanında Hipokrat zamanında dahi hekimlere, hastaların iyileştirilmesi sırasında iyilik halini olabildiğince arttırma konusunda sorumluluk almalarının öğütlendiği bilinmektedir (83). Yaşam kalitesi kavramı ilk kez 1939 yılında Thorndike tarafından sosyal çevrenin bireylere yansıyan tepkisi olarak tanımlanmıştır. Burada iyi bir sosyal çevrenin, bireysel kalite algılarının da iyi olması sonucunu doğuracağı savunulmuştur (84). Dünya Sağlık Örgütü 1946 yılında sağlığı sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil; bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin sağlanması olarak tanımlamış ve ardından “Yaşam Kalitesi” kavramına karşı ilgi belirgin olarak artmaya başlamıştır (85). DSÖ yaşam kalitesini “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi çerçevesinde; amaç, beklenti, standartlar ve kaygılar açısından kişilerin kendi yaşamlarını algılaması” olarak tanımlamaktadır (86). Ayrıca ‘Her bireyin sağlıklı olması, toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması’ DSÖ’nün 21. yüzyıl hedefleri içinde yer almaktadır. İnsan yaşamının iyileştirilmesini amaçlayan yaşam kalitesi kavramı, kişilerin istek ve ihtiyaçlarının kişiyi tatmin edici bir biçimde karşılanması olarak kabul edilmekte olup psikososyal ve ekonomik refahın sağlanarak sağlıklı bir biçimde devam ettirilmesine odaklanmaktadır (87).

Yaşam kalitesi; değerler, perspektifler, yaşam koşulları, başarılar, işlevsellik, kültürel bağlamlar ve manevi boyuttaki doyum olarak da tanımlanmaktadır (88). Son yıllarda tıp alanında teknoloji paralelindeki büyük gelişmeler ve uzamış yaşam süreleriyle birlikte kronik hastalığa sahip birey sayısındaki artışın da etkisiyle yaşam sürelerinden öte yaşam kalitesi kavramı da daha yaygın olarak tartışılmaya başlanmıştır (89). Sağlık hizmetlerinde etik kaygılar; hayatın farklı boyutları, saygı, hassasiyet, ilkeler ve ahlaki değerler açısından doğru olanı yapmayı içermektedir. Etik

bir sağlık hizmeti sunumunda ise profesyoneller doğru seşimlerle daha iyi bir yaşam kalitesini hedeflemektedirler (90). Yařam kalitesi kavramının anlaşılması; semptomların giderilmesi, ihtiyaē olan bakım ve rehabilitasyonun iyileştirilebilmesi aēısından oldukēa önemlidir. Hastaların öz bildirimlerine dayalı yaşam kalitesi değerlendirmelerinin ortaya koyduğu sorunlar, tedavi ile bakımda değerikliklere ve daha iyi hizmet sunumu sağlayan adımların gūēlendirilmesine neden olabileceği gibi bazı tedavilerin de sanılandan daha az fayda sağladığını gōsterebilir (91). Sağlık halinin değerlendirilmesinde ve verilen tıbbi hizmetin başarısının ölçümünde; hastaların algıladıkları sağlık ve yaşam kalitesi düzeyinin, geleneksel hekim merkezli klinik değerlendirmeler kadar önemli olabileceği hatırd tutulmalıdır (92). Hasta otonomisi ve kararlara katılımının sağlanması ile hasta hekim işbirliğinin gūēlendirilmesi; yaşam kalitesi arttırma odaklı yaklaşımlarda çok önemli bir rol oynamaktadır (93).

Yařam kalitesi tanımlamaları çoğunlukla kişinin kendi yaşamının sūbjektif algısı temelinde olsa da yaşam kalitesi, objektif ve sūbjektif boyutta her iki aēıdan da değerlendirilmektedir (94). Objektif gōstergeler arasında; kişinin her durumda yūrūme, koşma, merdiven çıkma, eğilme doğrulma gibi temel fiziksek aktiviteler ile kişisel öz bakımını ve gūnlük yaşam aktivitelerini desteksiz karşılayabilmesi ve kendine yetebilmesi yer almaktadır (95). Sūbjektif değerlendirmeler ise bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığı konusunda öznel algılayışı üzerinden yapılmaktadır. Sağlıkta yaşam kalitesini ölçme araēlarının çođu, hastalığın bireyin gūnlük yaşamı üzerindeki etkilerinin bu sūbjektif bakış aēısı üzerinden değerlendirilmesini esasına dayanmaktadır. Gūnümüzde yaşam kalitesini değerlendirmeye yōnelik hastalık özelinde veya genel kapsamda birçok ölçek bulunmaktadır (96). Bu ölçeklerden elde edilen bilgiler ışığında hastaya önerilebilecek tedavi modalitelerinin netleştirilerek iř birliği kurulabilmesi, hasta ve hasta yakınlarının tedavi yanıtlarının hızlandırılması, yatış sūreleri ile tedavi maliyetlerinin dūřūrölmesi ve sağlık politikalarında uygun planlamalar tasarlanması sağlanabilmektedir (97). Tūm hastaların sağlık hizmetleri ile ilk temas noktası olan, bütüncöl ve kapsamlı bakım veren aile hekimlerinin; özellikle kronik hastalığı olan bireyler ve ailelerine yōnelik yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen palyatif bakım ve destekleyici yaklaşımlar gibi uygulamalarda aktif rol almaları toplum sağlığının geliştirilmesi aēısından önem arz etmektedir (98).

2.2.2. Palyatif Bakımda Yaşam Kalitesi

Kronik ve yaşamı tehdit eden hastalıklarda hastalığın getirdiği ağır tedavi yan etkileri, immobilizasyon, beslenme sorunları gibi komplikasyonlar ile mücadele günden güne güçleşmektedir (98). Bu komplikasyonların yanı sıra ileri evre hastalığın getirdiği ağır semptomlar hasta ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (99). Farklı bir bakış açısıyla ise kronik, ilerleyici ve tedavisi güç hastalık tanısı alındığında yaşam süresindeki belirsizlik, tedavinin olası yan etkilerinden doğan korku, hastanın toplum içerisindeki değişen algılanma biçimi ile rol kaybı yaşayacağı endişesi de yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Palyatif bakım terimi kişiselleştirilmiş bir sağlık bakımını ifade etmektedir. Hastalığın getirdiği bedensel yükün bakımı ve iyileştirilmesinin yanında hasta ve ailenin optimal yaşam kalitesini sağlayıp desteklemeyi ilke edinen; sağlık profesyonellerinin biyomedikal modelin ötesindeki rolünün de ön planda olduğu bir yaklaşımdır (7).

Kronik ya da hayatı tehdit eden hastalığa sahip olan hastalar fiziksel, emosyonel ve spiritüel birçok deneyimi bir arada yaşamaktadırlar. Bu hastalarda kontrol altına alınması gereken ağrı, kusma, ishal, beslenme bozukluğu, halsizlik, depresyon, anksiyete bozukluğu, uyku bozukluğu başta olmak üzere çok sayıda semptom gözlenmektedir. Bu semptomların başarılı yönetimi hastanın çevresine uyum ve dayanıklılığını güçlendirerek yaşam kalitesinin arttırılmasına olanak sağlayacaktır (100).

Palyatif bakım hayatı teyit eder ve ölümü normal bir süreç olarak görür, ölümü geciktirmeye ya da hızlandırmaya çalışmaz. Bakımın fiziksel ve ruhsal yönlerini birleştirerek hastaların mümkün olduğunca aktif, kaliteli bir yaşam sürmeleri ile ilgilenir (7). Semptom odaklı palyasyon ile birlikte terminal dönemde olduğu öngörülen hastalarda başarılı bir yaşam sonu bakımı da çok önemlidir. Palyatif bakım felsefesinde yaşam kalitesini sağlamanın yanında onurlu ölüme yardımcı olmak da amaçlanmaktadır. Hastanın ölümünden sonra da hasta ve yakınlarına yas sürecinde destek verilmeye devam edilerek, yaşam kalitesini arttırmaya yönelik çalışmalar sürdürülmektedir (101).

2.2.3. Palyatif Bakımda Yaşam Kalitesi Bileşenleri

Palyatif bakımdan yararlanan hastalarda yaşam kalitesi ilişkili boyutların değerlendirilmesi amacı ile yapılmış olan sistematik bir derlemede; emosyonel, manevi, sosyal ve kognitif konular, bireysel otonomi, sağlık bakımı ve yaşam sonu hazırlığı boyutlarının en değerli araçlar olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada yaşam kalitesini arttırmak palyatif bakımın birincil önceliği olmasına rağmen; mevcut ölçüm araçlarının yaşam kalitesini kapsamlı, tüm boyutları ile değerlendirmekte yetersiz kalabileceği, sübjektif kapsamlı bu kavramın nitel boyutta değerlendirilmesinin daha uygun olabileceği üzerinde durulmuştur (102). Literatürde palyatif bakıma özgü yaşam kalitesi değerlendirilmesinde genelde kanser hastaları ile yapılmış çalışmalar dikkat çekmektedir. Haydarnejad ve arkadaşlarının kanser tanısı almış 200 bireyi dahil ettikleri çalışmada ağrı yoğunluğu ile vücut performansının yaşam kalitesi üzerinde anlamlı derecede ilişkisi olduğu görülmüştür (103). Shahidi ile arkadaşlarının ileri evre kanser tanısı ile izlenen 110 hasta ile yürüttükleri çalışmada da yaşam kalitesinin en çok ilişkili olduğu iki başlık fiziksel durum ile aile ilişkileri ve manevi destek olarak değerlendirilmiştir (74). Palyatif bakım uygulanan kanser tanılı 300 hasta ile yapılan çok merkezli bir çalışmada ise yine fiziksel fonksiyonun yaşam kalitesinde en önemli belirleyici olduğu saptanmıştır (104). Vanbutsele ve arkadaşlarının 2018 yılındaki randomize kontrollü klinik çalışmasında ise malignite tanılı bireylerde palyatif bakımın erken entegrasyonunun yaşam kalitesini arttırdığı gösterilmiştir (105). Yaşam kalitesi; farklı bireyler, toplumlar ve kültürlerde farklı bileşenlerden oluşmaktadır. Bunun yanında sübjektif bir değerlendirme sürecine dayanması da ölçümünü zorlaştırmaktadır.

2.2.4. Palyatif Bakımda Yaşam Kalitesi Ölçüm Araçları

Yaşam kalitesi değerlendirmesinin sübjektif niteliği göz önüne alındığında esasen nitel açıdan değerlendirilmesini öneren pek çok çalışma bulunmaktadır. Ancak farklı nedenlerle nitel değerlendirmede güçlükler yaşanmakta ve palyatif bakım uygulamalarının pek çok boyutuyla değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir. Bu yüzden çok yönlü değerlendirme yapabilmek adına hasta, bakım veren veya aile bireyleri, sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi ve hatta sağlık sistemini değerlendirmeye yönelik çeşitli ölçekler tercih edilmektedir (106, 107).

Tablo 1. Palyatif Bakımda Sık Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Hedef	Amaç	Ölçek
Hasta	Yaşam Kalitesi	EORTC QLQ C30 (Avrupa Kanseri Tedavi ve Araştırma Teşkilatı Yaşam Kalitesi Anketi)
		McGill Yaşam Kalitesi Ölçeği
		SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form
		FACIT-Pal (Kronik Hastalık Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirmesi-Palyatif Bakım)
		SEIQoL (Bireysel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği)
		QUAL-E Yaşam Sonunda Yaşam Kalitesi Anketi
		QODD (Ölmek ve Ölüm Kalitesi Anketi)
		EQ-5D QOL
	Semptom Değerlendirme	ESAS (Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği)
		POS (Palyatif Bakım Sonuç Skalası)
		MSAS (Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği)
	Performans Değerlendirme	KPS (Karnofsky Performans Ölçeği)
		PPS (Palyatif Performans Ölçeği)
Aile Üyesi / Bakım veren	Yaşam Kalitesi	CQOL-C (Bakım Veren Yaşam Kalitesi İndeksi)
	Yaşam Sonu İhtiyaçlar	Yaşam Sonunda Bakım Verme Anketi
Çalışanlar	Tutum/Motivasyon/Deneyim	PCQN-F (Hemşireler İçin Palyatif Bakım Ölçeği-Fransızca)
Sağlık Sistemi		Yok

Avrupa Kanseri Tedavisi ve Araştırmaları Kuruluşu Palyatif Bakım

Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC-QLQ-C15-PAL): Groenvold ve arkadaşları tarafından 2006 yılında kanser hastalarının yaşam kalitesinin ölçülmesi amacıyla genel Avrupa Kanseri Tedavisi ve Araştırmaları Kuruluşu Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (EORTC QLQ-C30) kısaltılarak 15 maddelik halinin düzenlenmesi ile oluşturulmuş ve palyatif bakım uygulanan hastalarda geçerlilik ve güvenilirliği uygulanmıştır (108).

McGill Yaşam Kalitesi Anketi: Cohen ve arkadaşları tarafından 1995 yılında yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylerde yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla 16 madde olarak geliştirilmiştir (109). Yaşam sonu döneme ilişkin geçerlilik

güvenilirliği yine Cohen ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yapılan ölçeğin 20 dilde çevirisi bulunmaktadır (110).

Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım (FACIT-Pal) Ölçeği: Amerika’da 1993 yılında Cella ve arkadaşları tarafından Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi Ölçüm Sistemi Kuruluşu tarafından geliştirilmiştir (111). İlk geliştirilen Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Genel (FACIT-G) adıyla 27 maddelik sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçüm aracı olmuştur (112). FACIT-Pal ölçeği ise FACIT-G ölçeğine 19 maddelik diğer endişeler ve palyatif bakım alt boyutlarını içeren, kanser hastalarında palyatif bakıma ilişkin yaşam kalitesi ölçüm aracıdır (113). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2018 yılında Bağcıvan ve arkadaşları tarafından değerlendirilmiştir (114).

Bireysel Yaşam Kalitesini Değerlendirme Ölçeği (SEIQoL): Mevcut yaşam kalitesi ölçeklerinin bireylerin yaşamlarını önemli gördükleri faktörler üzerinden değerlendirmelerine izin vermediği görüşü ile Mcgee ve arkadaşları 1991 yılında bireysel yaşam kalitesini değerlendirme ölçeğini geliştirmişlerdir (115).

Yaşam Sonunda Yaşam Kalitesi Anketi (QUAL-E): Steinhäuser ve arkadaşları öncelikle 2000 yılında yaşamın sonunda önemli kabul edilen faktörleri inceleyen bir çalışmayı yürüterek; sonuçlar ışığında 2002 yılında yaşam sonunda yaşam kalitesini değerlendiren 31 maddelik bu ölçeği geliştirmişlerdir (116, 117).

Ölmek ve Ölüm Kalitesi Anketi (QODD): Bir dizi nitel çalışmayı kullanan Patrick ve Curtis, 2001 yılında kişinin ölme tercihlerinin derecesini ve ölüm anını gözlemlemekle tutarlı olduğunu ölçmek amacıyla 31 maddelik ölme ve ölüm kalitesi ölçeğini geliştirmişlerdir (118).

EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği: Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini tanımlamak için 1987 yılında bir araya gelen EuroQol grubu, 1990 yılında yaşam kalitesinin 5 boyutunu içeren EQ-5D ölçeğini tanımlamıştır. Hareketlilik, kişisel bakım, olağan faaliyetler, ağrı/rahatsızlık ve anksiyete/depresyon alt boyutlarını içeren ölçeğin kâğıt ve dijital versiyonları mevcuttur (119).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESAS): Bruera ve arkadaşları tarafından 1991 yılında kanser tanılı hastalarda sık karşılaşılan semptomların değerlendirilmesi için geliştirilmiştir (120). Türkçe geçerlilik güvenilirlik analizi 2009

yılında Saldırlı ve Ünsar tarafından kanser tanılı bireyler ile yapılan ölçekte; ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetmeme, nefes darlığı, cilt ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yaralar, ellerde uyuşma ve diğer sorunların şiddeti değerlendirilmektedir (121).

Palyatif Bakım Sonuç Skalası (POS): İleri evre kanser tanılı palyatif bakım alan hastalarda fiziksel semptomların ve endişelerin kapsamlı değerlendirilmesi amacı ile Palyatif Bakım Çekirdek Denetimi Proje Danışma Grubu iş birliğinde Hearn ve Higginson tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir. Hasta ve sağlık profesyonelleri için iki versiyonu bulunan bu ölçek 12 farklı dile çevrilmiştir (122).

Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği (MSAS): Portenoy ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilen bu ölçek, bireylerde son bir haftada deneyimlenen 32 semptomun sıklığını, şiddetini ve neden olduğu sıkıntıyı değerlendirmektedir (123). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizi 2011 yılında Yıldırım ve arkadaşları tarafından değerlendirilmiştir (124).

Karnofsky Performans Ölçeği (KPS): Karnofsky ve Burchena tarafından 1948 yılında ilk olarak kemoterapi almış kanser tanılı hastaların performans durumlarını değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir (125). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulunmayan bu ölçek günümüzde onkoloji hastalarında fonksiyonel durumu analiz etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır.

Palyatif Performans Ölçeği (PPS): Anderson ve arkadaşları 1996 yılında, palyatif bakımda takip edilen hastalarda fiziksel durumun ölçülmesi amacıyla Karnofsky Performans Ölçeğinin bir modifikasyonu olan bu ölçeği geliştirmişlerdir (126).

Bakım Veren Yaşam Kalitesi İndeksi (CQOL-C): Kanser tanılı hastalara bakım veren aile üyelerinde yaşam kalitesi değerlendirme amacı ile 1999 yılında Weitzner ve arkadaşları 35 maddelik bu ölçeği geliştirmişlerdir (127). Ülkemizde geçerlilik güvenilirlik analizi 2009 yılında Bektaş ve Özer tarafından tanımlanmıştır (128).

Yaşam Sonunda Bakım Verme Anketi: Yaşam sonundaki bireye bakım vericilerin ihtiyaçlarını ölçmek amacıyla 2005 yılında Somon ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu anket hem hasta hem de bakım veren için destekleyici deneyimleri kolaylaştırmada yararlı bir araç olarak tanımlanmıştır (129).

Hemşireler İçin Palyatif Bakım Ölçeği-Fransızca (PCQN-F): Ross ve arkadaşları palyatif bakım hemşireliği ile ilgili bilgi ve deneyim düzeyini değerlendirmek için 1996 yılında 20 soruluk bir araç geliştirmişlerdir (130). Fransızca versiyonu 2004 yılında Carroll ve arkadaşları tarafından palyatif bakım hemşireliği eğitimini değerlendirmek için de uygun bir araç olarak sunulmuştur (131).

Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Quality of Life Scale): Amerikalı psikolog John Flanagan tarafından 1970’lerde geliştirilen bu ölçek kronik hastalıklarda yaşam kalitesini değerlendiren 15 maddeden oluşmaktadır. Geçerlilik güvenirlik çalışmaları yapılan ölçeğin 16 dilde çevirisi bulunmaktadır (132).

Yaşam Kalitesi Kısa Form SF-36 Ölçeği: Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilen (133), Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması tamamlanan ölçek bu çalışmada yaşam kalitesi değerlendirilmesinde kullanılmış olup, özellikleri “Gereç ve Yöntem” bölümünde ayrıntılı olarak açıklanacaktır (134).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI BİRİM

Çalışmanın yürütüldüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi, 2013 yılı haziran ayında, ‘Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştayı’ kararları doğrultusunda kurulmuştur. İzmir ilinde Sağlık Bakanlığı bünyesinde açılmış olan ilk Palyatif Bakım Merkezi olması yanında Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanları desteği ile hizmet veren ilk merkez niteliğini de taşımaktadır. Tescil edilmiş 4’ü tek kişilik, 10’u çift kişilik olmak üzere 14 odası ve 24 yatak kapasitesiyle kapsamlı genel palyatif bakım hizmeti sunmaya devam etmektedir (74).

Deneyimli Aile hekimliği profesyonelleri ile birlikte alanında eğitilmiş hemşire ekibi, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, beslenme ve diyet uzmanı, fizyoterapist, eczacı, tıbbi sekreter, hasta bakım personelleri ve yarı zamanlı manevi bakım elemanları ile gereğinde konsültan uzmanlar iş birliğiyle multidisipliner bir ekip çalışması sergilenmektedir.

Hastane içi yataklı birimler tarafından konsültasyon ile kabul edilen hastalar ile Tıbbi Onkoloji Polikliniği, Aile Hekimliği Polikliniği, Evde bakım birimi ve dış merkezden ayaktan yönlendirilen palyatif bakım merkezi yatış kriterlerine uygun hastalara hizmet vermektedir.

Merkezde tedavi gören hastalar için en kısa sürede etkili semptom kontrolü ile klinik stabilizasyon sağlanarak, hasta ve ailenin bilgilendirilmesi sonrası gerekli eğitimin verilmesi ile birlikte temel palyatif bakım uygulamalarının aile hekimi ve evde sağlık birimlerince sürdürülebilirliğini sağlamak amaçlanmaktadır.

3.2. ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ

Prospektif Kohort desende olan çalışmanın evrenini T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi palyatif bakım merkezinde 15.10.2019-15.03.2020 tarihleri arasında yatarak palyatif bakım hizmeti almış, bilinci açık ve bilişsel fonksiyonları yeterli olan, çalışmaya katılmaya gönüllü onam vermiş 18 yaş ve üstü hastalar oluşturmaktadır. Belirlenen tarih aralığında toplam 191 hasta palyatif bakım servisinde yatarak izlenmiş olup 5 tanesi çalışmanın ilk aşaması

tamamlanamadan yatışının ilk haftası içerisinde vefat etmiştir. Toplam 20 hasta ise bilincinin açık olmaması ya da bilişsel fonksiyonlarının çalışmaya katılmaya el vermemesi nedeni ile çalışmaya dahil edilememiştir. Çalışmaya katılmaya onay vermediğinden dahil edilemeyen hasta sayısı 24'tür. Evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılarak araştırmaya yatış sırasındaki ilk değerlendirmede 142 kişi (evrenin %74'ü) dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen bireyler ilki palyatif bakım servisine yatış sırasında ve ikincisi taburculuk sonrası 6. ayda olmak üzere iki defa değerlendirilmiştir. İkinci değerlendirmede 48 kişinin vefat ettiği öğrenilmiştir. Kalan 91 kişiye ise ikinci değerlendirme uygulanarak araştırma 91 katılımcı ile tamamlanmıştır.

Çalışmanın ilk aşamasında araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara gerekli yasal bilgilendirilme yapılarak, bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatıldıktan sonra 3 kısımdan oluşan veri toplama formu uygulandı. Birinci kısımda hastaların tanımlayıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşadığı yer, başvuru zamanı, iletişim bilgileri), yatış tanısı, tanıdan itibaren geçen süre, palyatif bakım servisine kim tarafından yönlendirildiği ve başvuru nedeni, palyatif bakım servisine yatış sayısı, yatış öncesi tanıya yönelik uygulanan tedaviler sorgulandı. Erken palyatif bakım kavramını tanımlayabilmek açısından literatür eşliğinde inceleme yapılarak tanı anından itibaren palyatif bakım merkezine başvuruya kadar geçen zaman diliminde 3 ay ve 12 aylık süreler esas alındı (80, 81). İkinci kısımda SF-36 yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği uygulandı. Üçüncü kısım ise hastanın ilk görüşme tarihinden 6 ay sonra hastaya ulaşılarak değerlendirildi. Hasta ile nasıl iletişime geçildiği, 6 aylık süreçte hastanın mevcut tedavileri dışında acil servis başvurusu ve/veya hastane yatışı olup olmadığı ve olduysa sayısı sorgulanarak ikinci kez SF-36 yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği uygulanarak kaydedildi.

3.2.1. Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Kısa Form 36 yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği, Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir (79). Koçyiğit ve arkadaşları tarafından romatizmal hastalığı olan bir grupta Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alpha) 0,7324-0,7612 arasında bulunmuştur (80). Ölçeğin beş dakika gibi kısa bir sürede

doldurulabilmesi, sağlık durumunun olumlu ve olumsuz yonlerinin her ikisinin de değerlendirilmesini sağlaması, herhangi bir hastalık grubuna özđu olmaması, psikometrik özellikleri de barındırması avantajları arasında sayılabilmektedir. SF-36, sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır (her biri toplam 2-10 soru arasında değişen sekiz skala; genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, sosyal fonksiyon, ağrı, enerji, mental sağlık) ve skorlamaya katılmayan, sağlığın seyri ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Sorular likert tipindedir ve son 4 haftayı kapsamaktadır. Her bir alt kategori için ayrı ayrı toplam puan verilen ölçekte puanlar 0-100 arasında değişmektedir. 100 puan iyi yaşam kalitesini, 0 puan ise kötü yaşam kalitesini göstermektedir (80).

3.3. İSTATİKSEL YÖNTEM

Elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) paket programı kullanılarak analiz edildi. Çalışma grubunun tanımlayıcı bulguları; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde dağılımları, sürekli değişkenler için ise ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en yüksek değerleri ile verildi. Sayısal bağımlı değişkenler ile kategorik bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerde Student's T testi, Mann Whitney U testi, ANOVA ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sayısal bağımlı ve sayısal bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson ve Spearman korelasyonu ile analiz edildi. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerde Pearson ki-kare analizi ile Fisher-Freeman-Hawton testi kullanıldı. Tüm istatistiksel analiz ve ilişkiler %95 güven aralığında değerlendirildi.

3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 18 yaş ve üzeri olmak
- Palyatif bakım yataklı servisinde 15.10.2019-15.03.2020 tarihleri arasında yatış yapılarak izlenmek
- Gönüllü onam vererek araştırmaya katılmayı kabul etmek
- Bilinci açık ve soruları algılayıp cevaplayabilecek bilişsel yeterlikte olmak

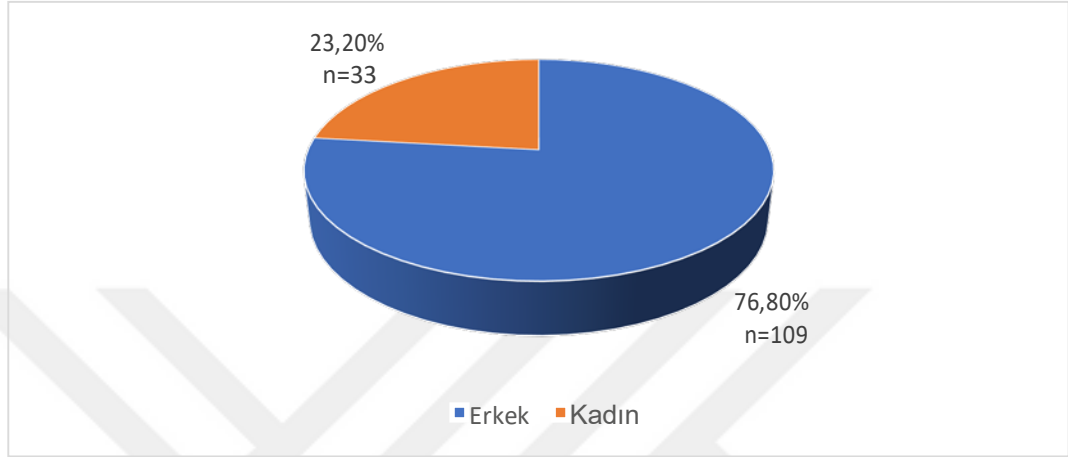
3.5. ETİK KURUL ONAYI

Çalışma için etik kurul onayı S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 09/10/2019 tarih ve 2019/14-6 nolu karar ile alındı.



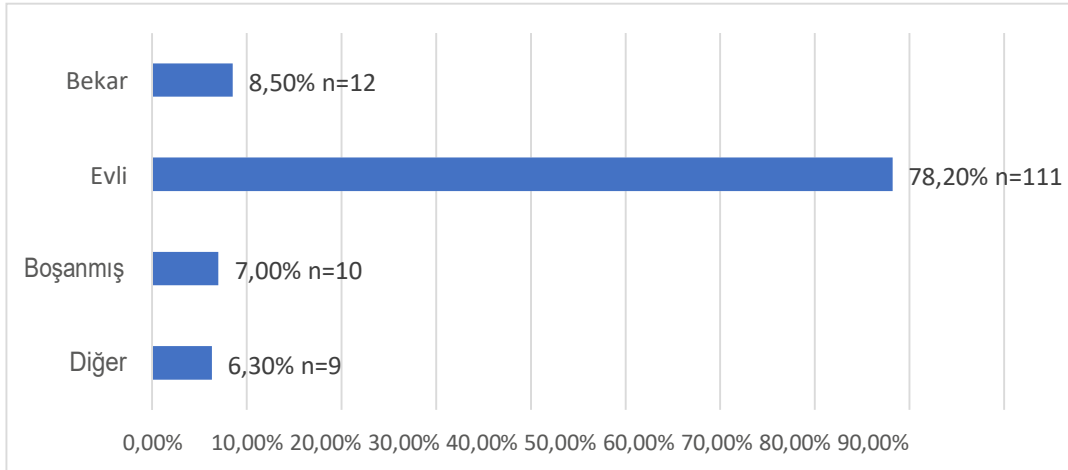
4. BULGULAR

Yaş ortalaması $62,48 \pm 10,08$ yıl (minimum=32, maksimum=84) olan çalışma grubunun %76,8'ini (n=109) erkekler oluşturmaktadır (Şekil 6).



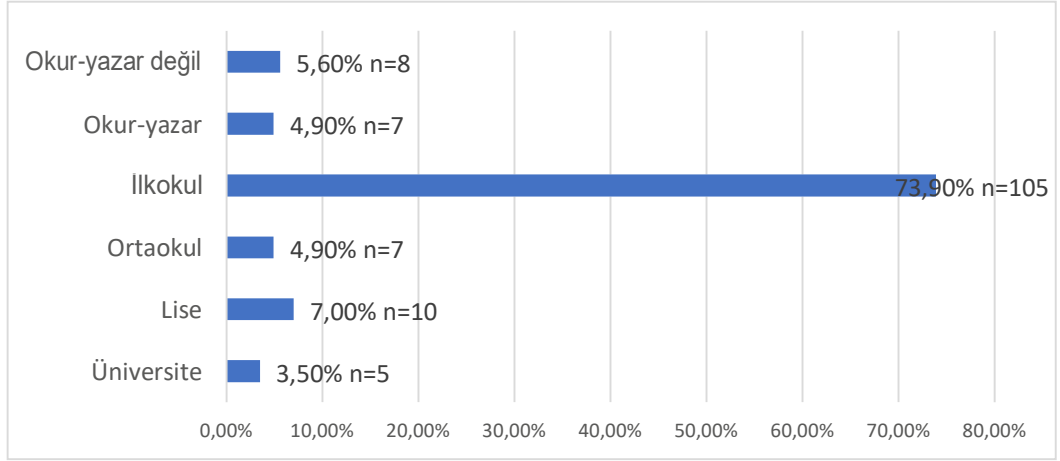
Şekil 6. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı

Grubun %8,5'i (n=12) bekar, %78,2'si (n=111) evli ve %7'si (n=10) boşanmış olduğunu belirtmiştir (Şekil 7).



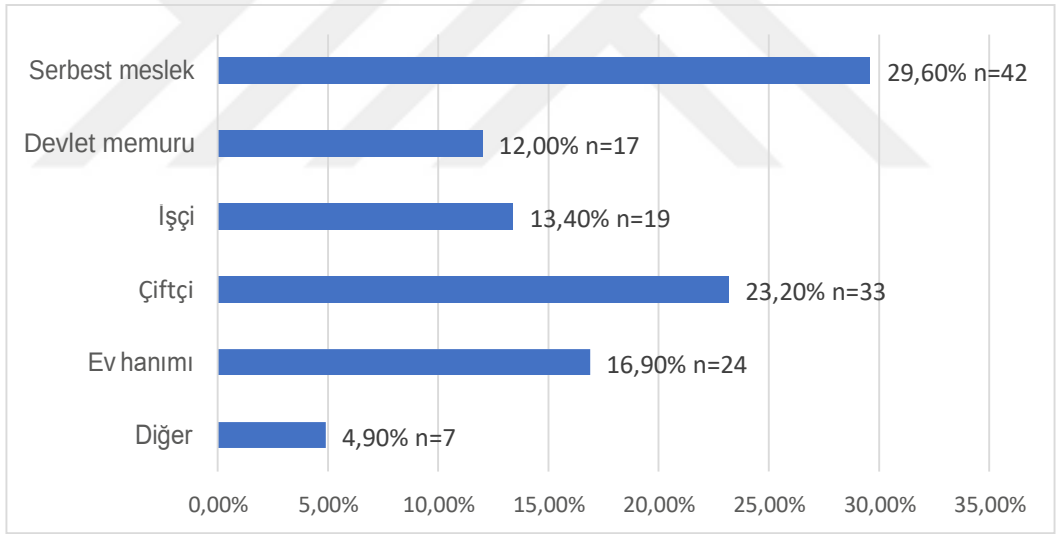
Şekil 7. Katılımcıların medeni durumuna göre dağılımı

Çalışma grubunun %5,6'sı (n=8) okur-yazar olmadığını belirtirken %4,9'u (n=7) sadece okur-yazar, %73,9'u (n=105) ilkokul, %4,9'u (n=7) ortaokul, %7,0'ı (n=10) lise ve %3,5'i (n=5) ise üniversite mezunu olduğunu tanımlamıştır (Şekil 8).



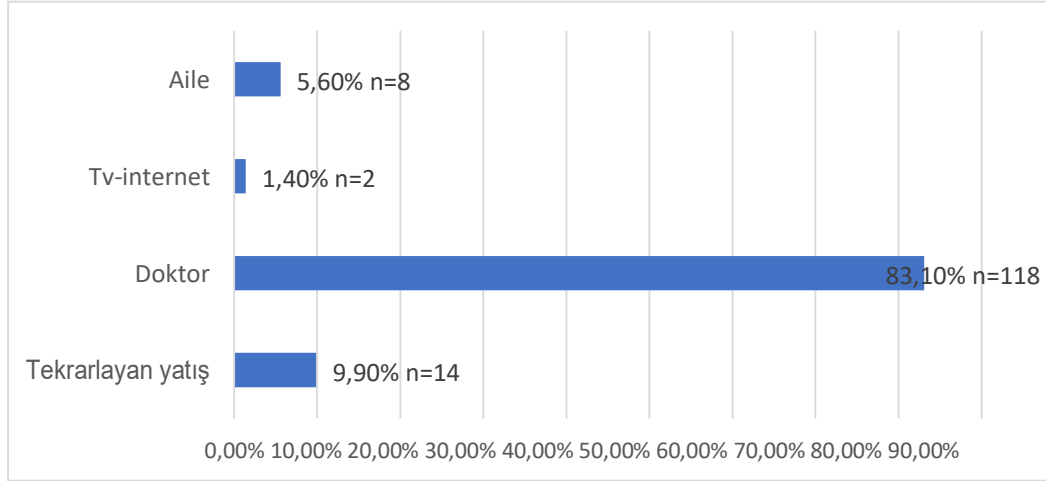
Şekil 8. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımı

Çalışma grubunun %29,6'sı (n=42) serbest meslek sahibi olduğunu ifade etti. Yüzde 12'si (n=17) devlet memuru, %13,4'ü (n=19) işçi, %23,2'si (n=33) çiftçi olarak çalıştığını, %16,9'u (n=24) ise ev hanımı olduğunu beyan etti (Şekil 9).



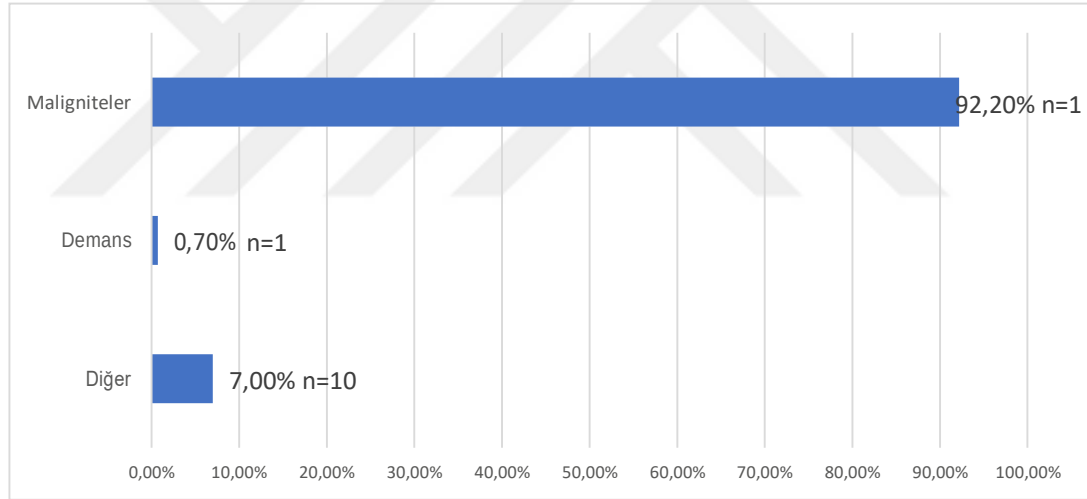
Şekil 9. Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı

Katılımcıların %5,6'sı (n=8) ailesi, %83,1'i (n=118) doktor tarafından merkeze yönlendirildiğini belirtirken, %1,4'ü (n=2) televizyon veya internet aracılığıyla edindiği bilgiler neticesinde merkeze başvurduğunu ifade etti. Yüzde 9,9'unu (n=14) ise tekrarlayan yatışlar oluşturmaktaydı (Şekil 10).



Şekil 10. Katılımcıların palyatif bakıma kim tarafından yönlendirdiğine göre dağılım

Çalışma grubunun %92,2'sinde (n=131) malignite, %0,7'sinde (n=1) demans, %7'sinde (n=10) diğer tanılar ile yatış yapılmıştır (Şekil 11).



Şekil 11. Katılımcıların tanılarına göre dağılım

Katılımcıların %88,7'si halsizlik (n=126), %52,8'i (n=75) ağrı, %21,8'i (n=31) beslenememe, %4,9'u (n=7) ise infeksiyon sebebiyle başvurmuştur. Yüzde 57,7'si (n=82) kemoterapi, %44,4'ü (n=63) radyoterapi aldığını tanımlamıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların başvuru sebepleri, tedavi özellikleri ve hastalık seyrine göre dağılım

			Sayı	Yüzde
Başvuru Nedeni	Halsizlik	Evet	126	88.7
		Hayır	16	11.3
	Ağrı	Evet	75	52.8
		Hayır	67	47.2
	Beslenememe	Evet	31	21.8
		Hayır	111	78.2
	İnfeksiyon	Evet	7	4.9
		Hayır	135	95.1
	Diğer	Evet	10	7.0
		Hayır	132	93.0
Alınan Tedavi	Kemoterapi	Evet	82	57.7
		Hayır	60	42.3
	Radyoterapi	Evet	63	44.4
		Hayır	79	55.6

Katılımcıların yüzde 97,9'u (n=139) taburcu olmuş, %2,1'i (n=3) ise izlemde vefat etmiştir. İkinci değerlendirmede hastaların %65,5'i (n=91) ile telefonla görüşme sağlanabilmiştir. Yüzde 34,5'inin (n=48) taburculuk sonrası 6 ay içinde vefat ettiği öğrenilmiştir. Altı aylık dönemde katılımcıların %56'sı (n=51) tanıya yönelik tedavileri dışında hastaneye hiç başvurmadığını, %38,5'i (n=35) 1 kez, %5,5'i (n=5) 2 kez ve daha fazla başvurduğunu beyan etmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların hastalık seyri, iletişim şekli ve 6 aylık dönemde hastane başvuru durumu

Hastalık seyri	Taburcu	139	97.9
	Vefat	3	2.1
6. ayda hasta ile iletişim	Telefon ile ulaşıldı	91	65.5
	Vefat ettiği öğrenildi	48	34.5
6 aylık dönemde acil servis başvurusu ya da servis yatışı	Hiç olmadı	51	56.0
	1 kez	35	38.5
	2 kez ve daha fazla	5	5.5

Tanı anından palyatif bakım merkezine başvuruya kadar geçen süre ortalaması 17,54±25,50 aydır. Yatış sayısı ortalaması ise 1,14±0,47'dir. SF-36 ölçeğinin her iki değerlendirmedeki alt boyut puan istatistikleri Tablo 4'te görülmektedir.

Tablo 4. Hastalık süresi, yatış sayısı ve SF36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puanlarının istatistiksel sonuçları

	Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Min.	Maks.
Hastalık süresi	17.54	25.50	8.50	0.30	190
Yatış sayısı	1.14	0.47	1.00	1	4
İlk ölçüm SF36 Fiziksel Fonksiyon alt boyutu	40.07	32.62	35.00	0	100
İlk ölçüm SF36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyutu	19.89	32.96	0.00	0	100
İlk ölçüm SF36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyutu	32.61	39.78	0.00	0	100
İlk ölçüm SF36 Enerji alt boyutu	45.49	23.16	45.00	5	100
İlk ölçüm SF36 Ruhsal Sağlık alt boyutu	58.30	19.50	58.00	8	96
İlk ölçüm SF36 Sosyal İşlevsellik alt boyutu	58.15	26.09	62.50	0	100
İlk ölçüm SF36 Ağrı alt boyutu	58.27	33.49	67.50	0	100
İlk ölçüm SF36 Genel Sağlık Algısı alt boyutu	50.57	17.37	50.00	15	95
İkinci ölçüm SF36 Fiziksel Fonksiyon alt boyutu	48.79	33.45	45.00	0	100
İkinci ölçüm SF36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyutu	40.38	42.78	25.00	0	100
İkinci ölçüm SF36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyutu	67.76	43.16	100.00	0	100
İkinci ölçüm SF36 Enerji alt boyutu	55.82	23.61	60.00	0	100
İkinci ölçüm SF36 Ruhsal Sağlık alt boyutu	72.85	20.37	76.00	16	100
İkinci ölçüm SF36 Sosyal İşlevsellik alt boyutu	70.57	24.46	75.00	0	100
İkinci ölçüm SF36 Ağrı alt boyutu	76.90	26.46	90.00	0	100
İkinci ölçüm SF36 Genel Sağlık Algısı alt boyutu	53.94	19.74	55.00	20	95
SF36 Fiziksel Fonksiyon alt boyutu değişim yüzdesi	26.11	133.41	0.00	-100	900
SF 36 Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Boyutu değişim yüzdesi	26.46	118.98	0.00	-100	300
SF36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyutu değişim yüzdesi	29.57	98.05	0.00	-100	200
SF36 Enerji alt boyutu değişim yüzdesi	46.70	117.69	10.00	-100	700
SF36 Ruhsal Sağlık alt boyutu değişim yüzdesi	38.32	70.91	21.43	-55	450
SF36 Sosyal İşlevsellik alt boyutu değişim yüzdesi	45.04	95.88	14.29	-100	500
SF36 Ağrı alt boyutu değişim yüzdesi	43.60	101.29	11.11	-100	620
SF36 Genel Sağlık Algısı alt boyutu değişim yüzdesi	10.40	52.05	7.50	-66.67	300

İlk ölçümde erkeklerde SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı kadınlara göre anlamlı daha yüksekti. Ev hanımlarının SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı serbest meslek, işçi ve çiftçilere göre anlamlı düşüktü. Halsizlik sebebiyle başvuranlarda SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı daha yüksekti. Enfeksiyon sebebiyle başvuranlarda SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı anlamlı düşüktü. Malignite tanısıyla izlenen bireylerin SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı diğer tanılara göre daha yüksekti. Tanı süresi 12 ay ve üzeri olanların SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı 3-11,9 ay olanlara göre daha düşüktü. Hem KT hem RT uygulananların ve tanıya yönelik tedavi almayanların SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı sadece KT alanlardan düşüktü. İlk değerlendirmeden sonraki 6 aylık süreçte vefat edenlerin SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı anlamlı düşük saptandı (Tablo 5).

Tablo 5. İlk ölçümde SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		İlk Ölçüm SF36 Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçek Puanı					p
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Min.	Maks.	
Cinsiyet	Erkek	44.50	32.62	45.00	0	100	0.003
	Kadın	25.45	28.49	15.00	0	95	
Medeni durum	Evli	40.45	33.83	30.00	0	100	0.976
	Diğer	38.71	28.31	35.00	0	95	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	27.67	30.35	15.00	0	95	0.244
	İlkokul	42.52	33.10	35.00	0	100	
	İlkokul üstü	36.82	30.88	37.50	0	95	
Meslek	Serbest meslek	49.40	32.33	50.00	0	100	0.001
	Devlet memuru	35.29	30.44	20.00	0	90	
	İşçi	47.89	32.72	50.00	0	95	
	Çiftçi	46.67	34.38	40.00	0	100	
	Ev hanımı	17.92	21.21	10.00	0	75	
	Diğer	19.29	24.05	.00	0	45	
Halsizlik	Evet	43.29	32.51	37.50	0	100	<0.001
	Hayır	14.69	20.53	5.00	0	70	
Ağrı	Evet	36.60	31.57	30.00	0	100	0.169
	Hayır	43.96	33.57	40.00	0	100	
Beslenme	Evet	37.42	30.41	40.00	0	100	0.658
	Hayır	40.81	33.31	35.00	0	100	
İnfeksiyon	Evet	13.57	13.45	15.00	0	40	0.028
	Hayır	41.44	32.76	35.00	0	100	
Diğer	Evet	22.50	26.17	15.00	0	70	0.050
	Hayır	41.40	32.76	35.00	0	100	
Tanı grubu	Maligniteler	42.82	32.30	35.00	0	100	<0.001
	Diğer	7.27	12.52	.00	0	40	
Tanı süresi	0-2.9 ay	41.83	35.95	37.50	0	100	0.002
	3-11.9 ay	50.73	32.84	50.00	0	100	
	12 ay ve üzeri	28.86	27.01	20.00	0	80	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	30.71	29.60	22.50	0	80	0.203
	İlk palyatif bakım yatışı	41.09	32.88	35.00	0	100	
KT_RT	Sadece KT	60.78	30.46	72.50	0	95	0.001
	Sadece RT	40.00	32.15	30.00	0	90	
	Hem KT hem RT	30.60	26.81	22.50	0	95	
	Hiçbiri	36.06	34.48	25.00	0	100	
Vefat	Evet	25.59	26.77	20.00	0	100	<0.001
	Hayır	48.19	32.92	50.00	0	100	
Hastane başvurusu	Evet	43.00	34.08	45.00	0	95	0.164
	Hayır	52.25	31.72	60.00	0	100	

İlk ölçümde halsizlik sebebiyle başvuranlarda SF36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanı diğer nedenlerle başvuranlardan yüksekti. Tanı süresi 12 ay ve üzeri olanların SF36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanı 3-11,9 ay olanlara göre daha düşük bulundu. Hem KT hem RT uygulananların SF36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanı sadece KT uygulananlardan düşüktü. İlk değerlendirmeden sonraki 6 aylık süreçte vefat edenlerin SF36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanı ikinci değerlendirme

yapılabilenlere göre anlamlı düşük saptandı. Hastane başvurusu olanlarda SF36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanı hastane başvurusu olmayanlara göre daha düşük değerlendirildi (Tablo 6).

Tablo 6. İlk ölçümde SF36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		İlk ölçüm SF36 Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Ölçek Puanı					p
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	22.25	35.08	0.00	0	100	0.164
	Kadın	12.12	23.49	0.00	0	75	
Medeni durum	Evli	20.95	34.14	0.00	0	100	0.535
	Diğer	16.13	28.54	0.00	0	100	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	5.00	10.35	0.00	0	25	0.224
	İlkokul	22.86	35.37	0.00	0	100	
	İlkokul üstü	15.91	28.40	0.00	0	75	
Meslek	Serbest meslek	19.05	32.11	0.00	0	100	0.337
	Devlet memuru	23.53	37.99	0.00	0	100	
	İşçi	23.68	31.70	0.00	0	100	
	Çiftçi	27.27	39.21	0.00	0	100	
	Ev hanımı	8.33	20.41	0.00	0	75	
	Diğer	10.71	28.35	0.00	0	75	
Halsizlik	Evet	22.02	34.15	0.00	0	100	0.017
	Hayır	3.13	12.50	0.00	0	50	
Ağrı	Evet	16.00	30.93	0.00	0	100	0.091
	Hayır	24.25	34.81	0.00	0	100	
Beslenme	Evet	15.32	30.74	0.00	0	100	0.331
	Hayır	21.17	33.57	0.00	0	100	
İnfeksiyon	Evet	7.14	18.90	0.00	0	50	0.274
	Hayır	20.56	33.44	0.00	0	100	
Diğer	Evet	10.00	17.48	0.00	0	50	0.577
	Hayır	20.64	33.77	0.00	0	100	
Tanı grubu	Maligniteler	21.18	33.75	0.00	0	100	0.081
	Diğer	4.55	15.08	0.00	0	50	
Tanı süresi	0-2.9 ay	17.50	30.19	0.00	0	100	<0.001
	3-11.9 ay	31.82	38.02	25.00	0	100	
	12 ay ve üzeri	9.65	24.89	0.00	0	100	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	23.21	39.79	0.00	0	100	0.958
	İlk palyatif bakım yatışı	19.53	32.29	0.00	0	100	
KT_RT	Sadece KT	32.81	38.33	25.00	0	100	0.015
	Sadece RT	17.31	29.55	0.00	0	75	
	Hem KT hem RT	9.50	21.95	0.00	0	100	
	Hiçbiri	22.87	36.80	0.00	0	100	
Vefat	Evet	10.78	27.95	0.00	0	100	0.001
	Hayır	25.00	34.56	0.00	0	100	
Hastane başvurusu	Evet	11.87	25.94	0.00	0	100	0.001
	Hayır	35.29	37.14	25.00	0	100	

İlk ölçümde erkeklerde SF36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanı kadınlara göre anlamlı yüksekti. Halsizlik sebebiyle başvuranlarda SF36 emosyonel rol güçlüğü

alt ölçek puanı diğer nedenlerle başvuranlardan yüksek bulundu. Tanı süresi 12 ay ve üzeri olanların SF36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanı 3-11,9 ay olanlara göre daha düşüktü. Hem KT hem RT uygulananların SF36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanı sadece KT alanlardan düşük saptandı. İlk değerlendirmeden sonraki 6 aylık süreçte vefat edenlerin SF36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanı ikinci değerlendirme yapılanlara göre daha düşüktü. Hastane başvurusu olanlarda SF36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanı düşük bulundu (Tablo 7).

Tablo 7. İlk ölçümde SF36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		İlk Ölçüm SF36 Emosyonel Rol Güçlüğü Alt Ölçek Puanı					P
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	37.29	41.25	33.30	0	100	0.013
	Kadın	17.16	30.17	0.00	0	100	
Medeni durum	Evli	33.32	40.94	0.00	0	100	0.887
	Diğer	30.08	35.83	33.30	0	100	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	24.43	38.75	0.00	0	100	0.605
	İlkokul	34.27	40.94	0.00	0	100	
	İlkokul üstü	30.28	35.48	16.65	0	100	
Meslek	Serbest meslek	41.25	42.16	33.30	0	100	0.169
	Devlet memuru	35.28	43.24	0.00	0	100	
	İşçi	28.05	35.58	0.00	0	100	
	Çiftçi	38.37	42.58	33.30	0	100	
	Ev hanımı	15.27	27.75	0.00	0	100	
	Diğer	19.04	37.79	0.00	0	100	
Halsizlik	Evet	35.70	40.25	33.30	0	100	0.005
	Hayır	8.33	25.82	0.00	0	100	
Ağrı	Evet	30.21	39.95	0.00	0	100	0.379
	Hayır	35.30	39.72	33.30	0	100	
Beslenme	Evet	26.87	36.93	0.00	0	100	0.407
	Hayır	34.22	40.56	0.00	0	100	
İnfeksiyon	Evet	19.04	37.79	0.00	0	100	0.329
	Hayır	33.32	39.89	0.00	0	100	
Diğer	Evet	23.33	41.72	0.00	0	100	0.363
	Hayır	33.32	39.71	0.00	0	100	
Tanı grubu	Maligniteler	34.33	40.06	0.00	0	100	0.057
	Diğer	12.12	30.81	0.00	0	100	
Tanı süresi	0-2.9 ay	31.09	37.06	16.65	0	100	0.001
	3-11.9 ay	47.26	43.36	33.30	0	100	
	12 ay ve üzeri	19.28	32.68	0.00	0	100	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	21.42	36.06	0.00	0	100	0.291
	İlk palyatif bakım yatışı	33.84	40.11	0.00	0	100	
KT_RT	Sadece KT	47.90	42.28	33.30	0	100	0.032
	Sadece RT	20.50	34.78	0.00	0	100	
	Hem KT hem RT	24.65	37.36	0.00	0	100	
	Hiçbiri	34.03	39.61	33.30	0	100	
Vefat	Evet	20.25	34.67	0.00	0	100	0.002
	Hayır	39.54	40.94	33.30	0	100	
Hastane başvurusu	Evet	23.32	36.35	0.00	0	100	<0.001
	Hayır	52.27	40.14	33.30	0	100	

İlkokul üstü eğitim düzeyi olanların ilk ölçümdeki SF36 enerji alt ölçek puanı ilkokul mezunlarına göre anlamlı düşüktü. Ev hanımlarının SF36 enerji alt ölçek puanı çiftçilere göre anlamlı düşük bulundu. Tanı süresi 3-11,9 ay olanların SF36 enerji alt ölçek puanı diğerlerine göre daha yüksek saptandı. İlk değerlendirmeden sonraki 6 aylık süreçte vefat edenlerin SF36 enerji alt ölçek puanı düşüktü (Tablo 8).

Tablo 8. İlk ölçümde SF36 enerji alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		İlk Ölçüm SF36 Enerji Alt Ölçek Puanı					P
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	47.71	23.39	50.00	5	100	0.057
	Kadın	38.18	21.10	30.00	10	80	
Medeni durum	Evli	45.59	23.23	45.00	5	100	0.960
	Diğer	45.16	23.29	40.00	5	90	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	37.00	26.65	25.00	10	85	0.042
	İlkokul	48.38	22.66	50.00	5	100	
	İlkokul üstü	37.50	20.57	32.50	5	75	
Meslek	Serbest meslek	50.00	24.59	50.00	10	100	0.026
	Devlet memuru	39.71	24.72	45.00	5	90	
	İşçi	49.74	25.03	60.00	10	80	
	Çiftçi	51.21	21.94	60.00	5	90	
	Ev hanımı	34.38	16.77	30.00	10	70	
	Diğer	32.14	11.85	35.00	20	45	
Halsizlik	Evet	46.15	23.66	45.00	5	100	0.374
	Hayır	40.31	18.57	40.00	15	75	
Ağrı	Evet	45.07	21.76	45.00	5	100	0.888
	Hayır	45.97	24.79	45.00	5	90	
Beslenme	Evet	39.52	21.73	45.00	5	70	0.099
	Hayır	47.16	23.36	45.00	5	100	
İnfeksiyon	Evet	41.43	22.31	45.00	15	75	0.640
	Hayır	45.70	23.26	45.00	5	100	
Diğer	Evet	42.00	15.49	40.00	15	70	0.686
	Hayır	45.76	23.66	45.00	5	100	
Tanı grubu	Maligniteler	45.53	23.49	45.00	5	100	0.985
	Diğer	45.00	19.75	45.00	15	75	
Tanı süresi	0-2.9 ay	44.17	23.34	45.00	5	100	<0.001
	3-11.9 ay	56.82	18.09	60.00	20	90	
	12 ay ve üzeri	35.26	22.78	30.00	5	90	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	38.57	24.61	30.00	10	70	0.235
	İlk palyatif bakım yatışı	46.25	22.97	45.00	5	100	
KT_RT	Sadece KT	49.69	24.95	55.00	5	90	0.581
	Sadece RT	42.31	18.44	45.00	15	80	
	Hem KT hem RT	42.50	22.64	35.00	10	90	
	Hiçbiri	46.70	23.73	45.00	5	100	
Vefat	Evet	39.31	19.05	35.00	5	75	0.025
	Hayır	48.96	24.59	50.00	5	100	
Hastane başvurusu	Evet	44.13	24.98	42.50	5	100	0.071
	Hayır	52.75	23.84	60.00	5	90	

İlk ölçümde erkeklerde SF36 ruhsal sağlık alt ölçek puanı kadınlara göre anlamlı seviyede yüksekti (Tablo 9).

Tablo 9. İlk ölçümde SF36 ruhsal sağlık alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		İlk Ölçüm SF36 Ruhsal Sağlık Alt Ölçek Puanı					p
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	60.37	17.99	60.00	16	96	0.044
	Kadın	51.45	22.79	48.00	8	88	
Medeni durum	Evli	58.43	19.79	60.00	8	96	0.826
	Diğer	57.81	18.73	56.00	24	84	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	53.60	23.07	48.00	24	92	0.476
	İlkokul	59.41	18.90	60.00	8	96	
	İlkokul üstü	56.18	20.04	52.00	16	88	
Meslek	Serbest meslek	62.48	19.09	62.00	16	92	0.317
	Devlet memuru	59.06	20.18	56.00	24	92	
	İşçi	56.00	18.04	56.00	24	84	
	Çiftçi	60.61	17.75	60.00	28	96	
	Ev hanımı	50.58	23.39	48.00	8	88	
	Diğer	53.14	12.80	56.00	32	68	
Halsizlik	Evet	58.24	19.68	56.00	8	96	0.946
	Hayır	58.75	18.57	62.00	32	88	
Ağrı	Evet	58.69	17.84	56.00	8	92	0.868
	Hayır	57.85	21.33	60.00	16	96	
Beslenme	Evet	57.94	14.89	60.00	28	84	0.814
	Hayır	58.40	20.66	56.00	8	96	
İnfeksiyon	Evet	57.71	20.77	64.00	32	88	0.944
	Hayır	58.33	19.51	56.00	8	96	
Diğer	Evet	54.00	14.88	56.00	32	80	0.422
	Hayır	58.62	19.81	60.00	8	96	
Tanı grubu	Maligniteler	58.00	19.56	56.00	8	96	0.521
	Diğer	61.82	19.30	64.00	32	88	
Tanı süresi	0-2.9 ay	56.67	18.62	62.00	24	88	0.094
	3-11.9 ay	62.98	18.80	60.00	16	92	
	12 ay ve üzeri	54.63	20.00	56.00	8	96	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	55.43	20.86	60.00	24	84	0.605
	İlk palyatif bakım yatışı	58.61	19.40	58.00	8	96	
KT_RT	Sadece KT	61.00	20.37	56.00	16	96	0.236
	Sadece RT	54.92	16.82	64.00	24	76	
	Hem KT hem RT	54.24	20.38	56.00	8	92	
	Hiçbiri	61.70	18.19	64.00	24	92	
Vefat	Evet	57.18	18.18	56.00	28	92	0.482
	Hayır	58.92	20.27	60.00	8	96	
Hastane başvurusu	Evet	59.60	17.21	56.00	16	92	0.984
	Hayır	58.39	22.54	60.00	8	96	

Ev hanımlarının SF36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanı serbest meslek sahiplerine göre anlamlı düşük bulundu. Tanı süresi 3-11,9 ay olanların SF36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanı 12 ay ve üzeri olanlara göre daha yüksekti. Hem KT hem RT uygulananların SF36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanı sadece KT alanlardan düşük saptandı (Tablo 10).

Tablo 10. İlk ölçümde SF36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		İlk Ölçüm SF36 Sosyal İşlevsellik Alt Ölçek Puanı					p
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	60.37	26.19	62.50	0	100	0.063
	Kadın	50.83	24.75	50.00	12.50	100	
Medeni durum	Evli	56.49	26.43	62.50	0	100	0.164
	Diğer	64.11	24.31	75.00	25	100	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	47.50	25.09	37.50	25	100	0.202
	İlkokul	60.07	25.37	62.50	12.50	100	
	İlkokul üstü	56.25	29.32	62.50	0	100	
Meslek	Serbest meslek	62.20	26.55	62.50	0	100	0.047
	Devlet memuru	63.24	25.57	62.50	12.50	100	
	İşçi	60.53	22.54	62.50	12.50	87.50	
	Çiftçi	61.52	26.42	62.50	12.50	100	
	Ev hanımı	42.29	24.66	37.50	12.50	100	
	Diğer	53.57	23.62	50.00	25	87.50	
Halsizlik	Evet	59.19	26.47	62.50	12.50	100	0.946
	Hayır	50.00	21.89	50.00	0	87.50	
Ağrı	Evet	56.87	26.08	62.50	12.50	100	0.484
	Hayır	59.59	26.23	62.50	0	100	
Beslenme	Evet	57.42	25.42	62.50	0	100	0.865
	Hayır	58.36	26.38	62.50	12.50	100	
İnfeksiyon	Evet	53.57	15.67	50.00	25	75	0.509
	Hayır	58.39	26.53	62.50	0	100	
Diğer	Evet	55.00	23.72	56.25	25	87.50	0.652
	Hayır	58.39	26.33	62.50	0	100	
Tanı grubu	Maligniteler	58.65	26.49	62.50	12.50	100	0.399
	Diğer	52.27	20.78	50.00	0	75	
Tanı süresi	0-2.9 ay	61.00	21.99	62.50	12.50	100	0.003
	3-11.9 ay	65.45	28.15	75.00	12.50	100	
	12 ay ve üzeri	49.61	23.83	50.00	0	100	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	53.57	27.49	50.00	25	100	0.475
	İlk palyatif bakım yatışı	58.65	26.00	62.50	0	100	
KT_RT	Sadece KT	67.97	26.36	75.00	12.50	100	0.005
	Sadece RT	63.65	25.55	75.00	25	87.50	
	Hem KT hem RT	48.75	24.52	50.00	12.50	100	
	Hiçbiri	59.95	25.15	62.50	0	100	
Vefat	Evet	55.64	26.38	62.50	0	100	0.466
	Hayır	59.56	25.97	62.50	12.50	100	
Hastane başvurusu	Evet	54.37	25.25	62.50	12.50	100	0.093
	Hayır	63.63	26.04	62.50	12.50	100	

İlk ölçümde ağrı sebebiyle başvuranlarda SF36 ağrı alt ölçek puanı diğer nedenlerle başvuranlardan anlamlı düşüktü. İlk değerlendirmeden sonraki 6 aylık süreçte vefat edenlerin SF36 ağrı alt ölçek puanı ikinci değerlendirme yapılabilenlerden daha düşük saptandı (Tablo 11).

Tablo 11. İlk ölçümde SF36 ağrı alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		İlk Ölçüm SF36 Ağrı Alt Ölçek Puanı					p
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	59.29	34.15	67.50	0	100	0.486
	Kadın	54.92	31.48	55.00	10	100	
Medeni durum	Evli	60.00	33.21	67.50	0	100	0.250
	Diğer	52.10	34.29	45.00	0	100	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	44.00	31.46	35.00	0	90	0.158
	İlkokul	60.64	33.25	67.50	0	100	
	İlkokul üstü	56.70	34.93	56.25	0	100	
Meslek	Serbest meslek	65.95	30.41	67.50	0	100	0.228
	Devlet memuru	51.91	38.06	55.00	0	100	
	İşçi	60.66	34.17	77.50	0	100	
	Çiftçi	61.06	35.52	77.50	0	100	
	Ev hanımı	48.96	30.18	40.00	10	100	
	Diğer	40.00	33.57	45.00	0	80	
Halsizlik	Evet	58.15	34.61	67.50	0	100	0.907
	Hayır	59.22	23.61	56.25	22.50	100	
Ağrı	Evet	51.80	31.88	55.00	0	100	0.009
	Hayır	65.52	33.99	77.50	0	100	
Beslenme	Evet	62.66	33.57	67.50	0	100	0.374
	Hayır	57.05	33.51	65.00	0	100	
İnfeksiyon	Evet	67.14	17.23	65.00	45	90	0.670
	Hayır	57.81	34.09	67.50	0	100	
Diğer	Evet	63.75	21.42	67.50	32.50	100	0.758
	Hayır	57.86	34.25	66.25	0	100	
Tanı grubu	Maligniteler	57.88	34.22	67.50	0	100	0.788
	Diğer	62.95	23.69	65.00	22.50	100	
Tanı süresi	0-2.9 ay	61.67	33.35	72.50	0	100	0.301
	3-11.9 ay	62.00	33.07	67.50	0	100	
	12 ay ve üzeri	52.89	33.82	55.00	0	100	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	52.50	34.45	50.00	0	100	0.563
	İlk palyatif bakım yatışı	58.91	33.46	67.50	0	100	
KT_RT	Sadece KT	66.88	32.82	77.50	0	100	0.341
	Sadece RT	53.08	35.55	32.50	0	100	
	Hem KT hem RT	53.60	35.19	55.00	0	100	
	Hiçbiri	58.83	31.30	67.50	0	100	
Vefat	Evet	46.42	36.41	37.50	0	100	0.004
	Hayır	64.92	29.94	67.50	0	100	
Hastane başvurusu	Evet	58.25	29.55	57.50	0	100	0.051
	Hayır	70.15	29.48	77.50	0	100	

İlk ölçümde erkeklerde SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanı kadınlara göre anlamlı yüksekti. İlkokul altı eğitim düzeyi olanların ilk ölçümdeki SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanı ilkokul mezunlarına göre anlamlı düşük saptandı. Ev hanımlarının SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanı serbest meslek sahiplerine göre anlamlı düşük bulundu. Başvuru sebebi diğer kategorisinde olanların SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanı anlamlı düşüktü. Tanı süresi 3-11,9 ay olanların SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanı 12 ay ve üzeri olanlara göre daha yüksekti. Hem KT

hem RT uygulananların SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanı sadece KT uygulananlardan daha düşüktü (Tablo 12).

Tablo 12. İlk ölçümde SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		İlk Ölçüm SF36 Genel Sağlık Algısı Alt Ölçek Puanı					P
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	52.76	16.64	55.00	20	95	0.005
	Kadın	43.33	18.01	40.00	15	85	
Medeni durum	Evli	51.14	17.29	50.00	20	95	0.549
	Diğer	48.55	17.80	55.00	15	75	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	42.00	19.16	35.00	15	85	0.035
	İlkokul	52.68	16.78	55.00	20	95	
	İlkokul üstü	46.36	17.13	47.50	20	75	
Meslek	Serbest meslek	57.26	18.05	55.00	20	95	0.002
	Devlet memuru	46.18	17.00	45.00	25	75	
	İşçi	52.63	16.28	55.00	20	85	
	Çiftçi	52.00	16.39	50.00	30	85	
	Ev hanımı	38.96	13.02	37.50	15	70	
	Diğer	48.57	16.76	50.00	25	75	
Halsizlik	Evet	51.12	17.31	50.00	15	95	0.285
	Hayır	46.25	17.84	45.00	20	75	
Ağrı	Evet	50.21	16.67	50.00	20	95	0.746
	Hayır	50.97	18.24	50.00	15	90	
Beslenme	Evet	47.42	18.43	45.00	20	85	0.204
	Hayır	51.45	17.05	50.00	15	95	
İnfeksiyon	Evet	58.57	17.25	65.00	30	75	0.197
	Hayır	50.16	17.34	50.00	15	95	
Diğer	Evet	36.50	9.44	35.00	25	55	0.005
	Hayır	51.64	17.39	50.00	15	95	
Tanı grubu	Maligniteler	50.89	17.23	50.00	15	95	0.448
	Diğer	46.82	19.53	45.00	20	75	
Tanı süresi	0-2.9 ay	52.00	19.41	50.00	15	95	0.001
	3-11.9 ay	56.29	15.90	55.00	30	90	
	12 ay ve üzeri	44.30	15.74	40.00	20	80	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	42.86	17.29	35.00	25	85	0.051
	İlk palyatif bakım yatışı	51.41	17.24	50.00	15	95	
KT_RT	Sadece KT	58.91	16.10	60.00	30	90	0.009
	Sadece RT	43.46	12.97	45.00	15	60	
	Hem KT hem RT	46.60	15.10	45.00	20	85	
	Hiçbiri	51.09	19.59	50.00	20	95	
Vefat	Evet	46.59	14.38	45.00	20	76	0.061
	Hayır	52.80	18.55	55.00	15	95	
Hastane başvurusu	Evet	50.87	18.43	50.00	20	95	0.308
	Hayır	54.31	18.68	55.00	15	90	

İkinci ölçümde tanı süresi 3-11,9 ay olanların SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı 12 ay ve üzeri olanlara göre yüksekti. Hem KT hem RT uygulananların ya da tanıya yönelik tedavi almayanların SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı sadece KT

uygulananlardan daha düşük bulundu. Hastane başvurusu olanlarda SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı daha düşük saptandı (Tablo 13).

Tablo 13. İkinci ölçümde SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		İkinci Ölçüm SF36 Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçek Puanı					P
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	48.28	33.02	45.00	0	100	0.756
	Kadın	50.21	35.31	42.50	0	100	
Medeni durum	Evli	48.00	34.03	40.00	0	100	0.803
	Diğer	51.43	32.10	60.00	0	100	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	39.09	29.14	35.00	5	85	0.594
	İlkokul	49.85	33.48	47.50	0	100	
	İlkokul üstü	51.67	38.04	60.00	0	100	
Meslek	Serbest meslek	47.32	30.23	50.00	0	95	0.303
	Devlet memuru	33.89	28.59	25.00	10	100	
	İşçi	63.85	36.69	75.00	0	100	
	Çiftçi	55.00	34.57	77.50	0	95	
	Ev hanımı	38.33	31.32	40.00	0	95	
	Diğer	48.75	48.37	45.00	5	100	
Halsizlik	Evet	49.13	33.41	45.00	0	100	0.710
	Hayır	46.36	35.29	40.00	0	100	
Ağrı	Evet	47.95	33.15	47.50	0	100	0.827
	Hayır	49.57	34.07	45.00	0	100	
Beslenme	Evet	41.67	30.39	37.50	5	100	0.396
	Hayır	50.55	34.13	50.00	0	100	
İnfeksiyon	Evet	67.50	25.25	75.00	35	100	0.163
	Hayır	47.47	33.68	45.00	0	100	
Diğer	Evet	40.00	34.46	40.00	0	90	0.321
	Hayır	49.76	33.42	45.00	0	100	
Tanı grubu	Maligniteler	49.27	33.09	45.00	0	100	0.608
	Diğer	44.44	38.44	35.00	0	100	
Tanı süresi	0-2.9 ay	43.86	34.15	30.00	0	100	0.004
	3-11.9 ay	62.92	32.32	75.00	0	100	
	12 ay ve üzeri	36.67	29.09	35.00	0	95	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	39.29	34.33	40.00	0	75	0.307
	İlk palyatif bakım yatışı	49.58	33.47	45.00	0	100	
KT_RT	Sadece KT	69.77	31.22	82.50	5	100	0.008
	Sadece RT	55.00	32.07	65.00	0	90	
	Hem KT hem RT	40.54	29.76	40.00	0	95	
	Hiçbiri	40.30	33.00	25.00	0	100	
Hastane başvurusu	Evet	31.75	29.10	22.50	0	100	<0.001
	Hayır	62.16	30.65	75.00	0	100	

İnfeksiyon sebebiyle başvuranlarda ikinci ölçümde SF36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanı anlamlı yüksekti. Tanı süresi 3-11,9 ay olanların ikinci ölçüm SF36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanı 12 ay ve üzeri olanlara göre daha yüksekti. Hem KT hem RT uygulananların 6 aylık izlem SF36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanı sadece KT uygulananlardan daha düşük bulundu. Hastane başvurusu olanlarda SF36

fiziksel rol güçlüğü alt ölçek ikinci değerlendirme puanının daha düşük olduğu izlendi (Tablo 14).

Tablo 14. İkinci ölçümde SF36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		İkinci Ölçüm SF36 Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Ölçek Puanı					P
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	39.18	42.69	25.00	0	100	0.603
	Kadın	43.75	43.77	25.00	0	100	
Medeni durum	Evli	40.00	43.49	25.00	0	100	0.675
	Diğer	41.67	41.33	25.00	0	100	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	22.73	32.51	0.00	0	100	0.376
	İlkokul	41.54	43.11	25.00	0	100	
	İlkokul üstü	50.00	47.67	50.00	0	100	
Meslek	Serbest meslek	34.82	41.58	25.00	0	100	0.425
	Devlet memuru	25.00	35.36	.00	0	100	
	İşçi	57.69	43.76	50.00	0	100	
	Çiftçi	48.86	45.30	50.00	0	100	
	Ev hanımı	30.00	39.19	25.00	0	100	
	Diğer	50.00	57.74	50.00	0	100	
Halsizlik	Evet	40.00	43.32	25.00	0	100	0.610
	Hayır	43.18	40.45	25.00	0	100	
Ağrı	Evet	39.77	41.17	25.00	0	100	0.876
	Hayır	40.96	44.67	25.00	0	100	
Beslenme	Evet	41.67	42.01	37.50	0	100	0.808
	Hayır	40.07	43.25	25.00	0	100	
İnfeksiyon	Evet	70.83	33.23	75.00	25	100	0.045
	Hayır	38.24	42.71	25.00	0	100	
Diğer	Evet	22.22	34.11	.00	0	100	0.005
	Hayır	42.38	43.33	25.00	0	100	
Tanı grubu	Maligniteler	39.63	42.84	25.00	0	100	0.568
	Diğer	47.22	44.10	50.00	0	100	
Tanı süresi	0-2.9 ay	34.09	43.33	12.50	0	100	0.022
	3-11.9 ay	55.56	42.72	50.00	0	100	
	12 ay ve üzeri	28.03	38.40	0.00	0	100	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	14.29	19.67	0.00	0	50	0.140
	İlk palyatif bakım yatışı	42.56	43.52	25.00	0	100	
KT_RT	Sadece KT	64.77	39.84	75.00	0	100	0.005
	Sadece RT	46.87	41.05	37.50	0	100	
	Hem KT hem RT	23.21	38.45	0.00	0	100	
	Hiçbiri	37.12	42.45	25.00	0	100	
Hastane başvurusu	Evet	16.25	30.25	.00	0	100	<0.001
	Hayır	59.31	41.82	50.00	0	100	

İkinci ölçüm SF 36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanları değerlendirildi. Malignite tanısı olan bireylerin SF36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanı anlamlı düşük bulundu. Tanı süresi 3-11,9 ay olanların SF36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanı 12 ay ve üzeri olanlara göre daha yüksekti. Hem KT hem RT uygulananların ya da tanıya yönelik tedavi almayanların SF36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanı

sadece KT uygulananlardan düşüktü. Hem KT hem RT uygulananların SF36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanı tanıya yönelik tedavi almayanlardan düşük saptandı. Hastane başvurusu olanlarda SF36 emosyonel rol güçlüğü ikinci ölçüm alt ölçek puanının düşük olduğu izlendi (Tablo 15).

Tablo 15. İkinci ölçümde SF36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		İkinci Ölçüm SF36 Emosyonel Rol Güçlüğü Alt Ölçek Puanı					P
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	68.65	42.60	100.00	0	100	0.806
	Kadın	65.27	45.56	100.00	0	100	
Medeni durum	Evli	67.61	43.58	100.00	0	100	0.953
	Diğer	68.24	42.79	100.00	0	100	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	63.63	43.35	100.00	0	100	0.868
	İlkokul	66.66	44.98	100.00	0	100	
	İlkokul üstü	77.76	32.83	100.00	0	100	
Meslek	Serbest meslek	63.08	42.88	83.30	0	100	0.303
	Devlet memuru	70.34	42.31	100.00	0	100	
	İşçi	87.18	32.03	100.00	0	100	
	Çiftçi	72.72	43.20	100.00	0	100	
	Ev hanımı	51.11	50.18	66.60	0	100	
	Diğer	66.65	47.14	83.30	0	100	
Halsizlik	Evet	64.16	44.62	100.00	0	100	0.050
	Hayır	93.93	13.51	100.00	66.60	100	
Ağrı	Evet	68.93	44.55	100.00	0	100	0.636
	Hayır	66.65	42.28	100.00	0	100	
Beslenme	Evet	74.05	35.35	100.00	0	100	0.799
	Hayır	66.20	44.96	100.00	0	100	
İnfeksiyon	Evet	94.43	13.64	100.00	66.60	100	0.146
	Hayır	65.87	43.94	100.00	0	100	
Diğer	Evet	70.36	42.31	100.00	0	100	0.994
	Hayır	67.47	43.50	100.00	0	100	
Tanı grubu	Maligniteler	64.62	44.24	100.00	0	100	0.041
	Diğer	96.29	11.13	100.00	66.60	100	
Tanı süresi	0-2.9 ay	68.17	43.01	100.00	0	100	0.008
	3-11.9 ay	81.48	36.90	100.00	0	100	
	12 ay ve üzeri	52.51	45.66	66.60	0	100	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	47.60	46.57	66.60	0	100	0.128
	İlk palyatif bakım yatışı	69.44	42.74	100.00	0	100	
KT_RT	Sadece KT	77.26	40.35	100.00	0	100	0.025
	Sadece RT	75.00	46.29	100.00	0	100	
	Hem KT hem RT	47.61	45.74	49.95	0	100	
	Hiçbiri	76.76	37.72	100.00	0	100	
Hastane başvurusu	Evet	50.82	45.91	66.55	0	100	0.001
	Hayır	81.04	36.06	100.00	0	100	

İkinci ölçümde halsizlik sebebiyle başvuranlarda SF36 enerji alt ölçek puanı daha düşük; infeksiyon sebebiyle başvuranlarda daha yüksekti. Malignite tanısı bulunan bireylerin ikinci izlem SF36 enerji alt ölçek puanı anlamlı olarak daha düşük

bulundu. Hastane başvurusu olanlarda SF36 enerji alt ölçek puanı daha düşük saptandı (Tablo 16).

Tablo 16. İkinci ölçümde SF36 enerji alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		İkinci Ölçüm SF36 Enerji Alt Ölçek Puanı					P
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	55.15	22.83	60.00	5	100	0.668
	Kadın	57.71	26.08	60.00	0	100	
Medeni durum	Evli	56.64	23.77	60.00	0	100	0.403
	Diğer	53.10	23.42	60.00	5	100	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	52.27	27.60	60.00	5	90	0.821
	İlkokul	56.03	22.05	60.00	5	100	
	İlkokul üstü	57.92	29.81	60.00	0	100	
Meslek	Serbest meslek	53.04	22.83	52.50	10	100	0.715
	Devlet memuru	57.22	27.17	60.00	5	100	
	İşçi	59.62	25.94	70.00	10	90	
	Çiftçi	58.86	18.12	60.00	5	90	
	Ev hanımı	50.33	26.89	50.00	0	90	
	Diğer	63.75	35.44	75.00	15	90	
Halsizlik	Evet	53.38	23.08	60.00	0	90	0.013
	Hayır	73.64	20.26	70.00	35	100	
Ağrı	Evet	57.05	22.03	60.00	10	100	0.855
	Hayır	54.68	25.18	60.00	0	90	
Beslenme	Evet	58.06	16.64	60.00	30	90	0.948
	Hayır	55.27	25.10	60.00	0	100	
İnfeksiyon	Evet	78.33	25.03	85.00	35	100	0.022
	Hayır	54.24	22.83	60.00	0	90	
Diğer	Evet	58.33	15.00	60.00	25	80	0.894
	Hayır	55.55	24.42	60.00	0	100	
Tanı grubu	Maligniteler	53.60	22.84	60.00	0	90	0.010
	Diğer	76.11	21.76	80.00	35	100	
Tanı süresi	0-2.9 ay	54.32	29.00	60.00	5	100	0.132
	3-11.9 ay	60.69	20.88	65.00	0	90	
	12 ay ve üzeri	51.52	22.17	50.00	5	90	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	58.57	26.25	65.00	10	90	0.654
	İlk palyatif bakım yatışı	55.60	23.53	60.00	0	100	
KT_RT	Sadece KT	59.77	22.70	70.00	5	90	0.176
	Sadece RT	51.88	14.38	57.50	25	70	
	Hem KT hem RT	49.29	23.24	50.00	0	90	
	Hiçbiri	59.70	25.71	60.00	5	100	
Hastane başvurusu	Evet	47.75	25.34	45.00	0	100	0.002
	Hayır	62.16	20.23	65.00	5	90	

İkinci ölçümde SF36 ruhsal sağlık alt ölçek puanları analiz edildi. Halsizlik sebebiyle başvuranlarda ikinci ölçüm SF36 ruhsal sağlık alt ölçek puanı daha düşük; infeksiyon sebebiyle başvuranlarda anlamlı yükseldi. Malignite tanısı bulunan bireylerin SF36 ruhsal sağlık alt ölçek puanı anlamlı düşük bulundu. Hem KT hem RT uygulananların SF36 ruhsal sağlık alt ölçek puanı tanıya yönelik tedavi almayanlardan

düşük izlendi. Hastane başvurusu olanlarda SF36 ruhsal sağlık alt ölçek puanı daha düşük idi (Tablo 17).

Tablo 17. İkinci ölçümde SF36 ruhsal sağlık alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		İkinci Ölçüm SF36 Ruhsal Sağlık Alt Ölçek Puanı					p
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	72.67	18.39	76.00	32	100	0.430
	Kadın	73.33	25.56	82.00	16	100	
Medeni durum	Evli	72.91	21.40	76.00	16	100	0.685
	Diğer	72.62	16.97	76.00	40	96	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	70.18	20.11	68.00	40	96	0.781
	İlkokul	73.13	19.74	76.00	16	100	
	İlkokul üstü	73.67	25.44	84.00	16	96	
Meslek	Serbest meslek	69.89	17.30	74.00	36	100	0.622
	Devlet memuru	74.22	20.70	72.00	44	96	
	İşçi	79.08	19.88	80.00	32	100	
	Çiftçi	76.18	18.94	80.00	40	100	
	Ev hanımı	68.00	27.21	72.00	16	96	
	Diğer	70.00	24.55	74.00	40	92	
Halsizlik	Evet	71.20	20.39	76.00	16	100	0.020
	Hayır	84.82	16.47	92.00	48	100	
Ağrı	Evet	72.20	19.78	78.00	16	96	0.636
	Hayır	73.45	21.11	76.00	16	100	
Beslenme	Evet	76.22	17.60	84.00	44	96	0.510
	Hayır	72.01	21.03	76.00	16	100	
İnfeksiyon	Evet	86.17	19.37	94.00	48	100	0.048
	Hayır	71.91	20.22	76.00	16	100	
Diğer	Evet	78.22	10.02	80.00	60	92	0.646
	Hayır	72.26	21.16	76.00	16	100	
Tanı grubu	Maligniteler	71.61	20.34	76.00	16	100	0.047
	Diğer	84.11	17.89	92.00	48	100	
Tanı süresi	0-2.9 ay	72.77	18.90	70.00	36	100	0.164
	3-11.9 ay	76.67	21.37	82.00	16	100	
	12 ay ve üzeri	68.73	19.99	72.00	16	100	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	73.14	23.41	76.00	36	96	0.905
	İlk palyatif bakım yatışı	72.82	20.26	76.00	16	100	
KT_RT	Sadece KT	77.64	19.58	82.00	36	100	0.043
	Sadece RT	74.50	16.41	80.00	44	96	
	Hem KT hem RT	63.29	22.42	66.00	16	96	
	Hiçbiri	77.36	17.75	84.00	44	100	
Hastane başvurusu	Evet	66.42	19.32	68.00	16	96	0.003
	Hayır	77.88	19.93	84.00	16	100	

İkinci ölçümde SF36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanları analiz edildi. Beslenememe sebebiyle başvuranlarda SF36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanı anlamlı yüksekti. Tanı süresi 3-11,9 ay olanların SF36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanı 12 ay ve üzeri olanlara göre daha yüksek saptandı. Hastane başvurusu olanlarda SF36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanı daha düşük bulundu (Tablo 18).

Tablo 18. İkinci ölçümde SF36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		İkinci Ölçüm SF36 Sosyal İşlevsellik Alt Ölçek Puanı					p
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	70.10	24.51	75.00	0	100	0.805
	Kadın	71.87	24.80	75.00	25	100	
Medeni durum	Evli	71.61	23.79	75.00	12.50	100	0.485
	Diğer	67.12	26.91	62.50	0	100	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	59.09	17.76	62.50	37.50	100	0.169
	İlkokul	72.01	24.91	75.00	0	100	
	İlkokul üstü	72.92	26.02	81.25	25	100	
Meslek	Serbest meslek	66.86	23.35	67.25	12.50	100	0.420
	Devlet memuru	73.61	20.20	75.00	37.50	100	
	İşçi	75.96	24.19	87.50	37.50	100	
	Çiftçi	77.27	24.89	87.50	37.50	100	
	Ev hanımı	63.33	23.37	62.50	25	100	
	Diğer	62.50	42.08	81.25	0	87.50	
Halsizlik	Evet	69.38	24.91	75.00	0	100	0.226
	Hayır	79.27	19.67	75.00	50	100	
Ağrı	Evet	70.67	26.26	75.00	0	100	0.853
	Hayır	70.48	22.93	75.00	12.50	100	
Beslenme	Evet	81.94	17.27	87.50	50	100	0.034
	Hayır	67.77	25.24	62.50	0	100	
İnfeksiyon	Evet	82.83	20.69	87.50	50	100	0.197
	Hayır	69.71	24.58	75.00	0	100	
Diğer	Evet	81.94	17.80	87.50	50	100	0.149
	Hayır	69.32	24.85	73.50	0	100	
Tanı grubu	Maligniteler	70.12	25.06	75.00	0	100	0.705
	Diğer	74.67	18.78	75.00	50	100	
Tanı süresi	0-2.9 ay	63.50	23.38	62.50	12.50	100	0.010
	3-11.9 ay	78.82	26.19	87.50	0	100	
	12 ay ve üzeri	66.29	21.08	62.50	12.50	100	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	71.43	32.04	87.50	12.50	100	0.722
	İlk palyatif bakım yatışı	70.50	23.97	75.00	0	100	
KT_RT	Sadece KT	77.84	24.98	87.50	12.50	100	0.054
	Sadece RT	75.00	22.16	68.75	50	100	
	Hem KT hem RT	59.82	27.08	56.25	0	100	
	Hiçbiri	73.77	19.86	75.00	37.50	100	
Hastane başvurusu	Evet	58.99	22.77	62.50	0	100	<0.001
	Hayır	79.66	21.93	87.50	37.50	100	

İkinci ölçümde hastane başvurusu olanlarda SF36 ağrı alt ölçek puanı daha düşük bulundu (Tablo 19).

Tablo 19. İkinci ölçümde SF36 ağrı alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		İkinci Ölçüm SF36 Ağrı Alt Ölçek Puanı					P
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	78.40	25.63	90.00	0	100	0.387
	Kadın	72.71	28.81	85.00	10	100	
Medeni durum	Evli	77.57	25.75	90.00	0	100	0.790
	Diğer	74.64	29.28	77.50	0	100	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	75.91	21.63	77.50	45	100	0.169
	İlkokul	76.76	25.92	80.00	0	100	
	İlkokul üstü	78.54	34.75	95.00	0	100	
Meslek	Serbest meslek	78.84	23.83	90.00	0	100	0.119
	Devlet memuru	87.78	33.08	100.00	0	100	
	İşçi	75.58	24.67	80.00	22.50	100	
	Çiftçi	81.48	20.04	77.50	25	100	
	Ev hanımı	65.17	32.19	67.50	10	100	
	Diğer	61.88	36.82	72.50	12.50	90	
Halsizlik	Evet	75.50	27.32	80.00	0	100	0.255
	Hayır	87.05	16.61	90.00	55	100	
Ağrı	Evet	74.32	28.37	83.75	0	100	0.501
	Hayır	79.31	24.60	90.00	0	100	
Beslenme	Evet	82.36	22.20	90.00	22.50	100	0.355
	Hayır	75.55	27.38	90.00	0	100	
İnfeksiyon	Evet	90.83	18.00	100.00	55	100	0.119
	Hayır	75.91	26.76	80.00	0	100	
Diğer	Evet	88.33	10.23	90.00	67.50	100	0.401
	Hayır	75.64	27.41	80.00	0	100	
Tanı grubu	Maligniteler	75.70	27.13	80.00	0	100	0.269
	Diğer	87.78	16.60	90.00	55	100	
Tanı süresi	0-2.9 ay	70.57	28.35	72.50	0	100	0.066
	3-11.9 ay	83.75	22.89	90.00	12.50	100	
	12 ay ve üzeri	73.64	27.89	90.00		100	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	72.86	35.66	77.50	0	100	0.884
	İlk palyatif bakım yatışı	77.23	25.80	90.00	0	100	
KT_RT	Sadece KT	83.18	19.70	95.00	45	100	0.533
	Sadece RT	80.94	23.79	90.00	32.50	100	
	Hem KT hem RT	71.34	30.15	77.50	0	100	
	Hiçbiri	76.44	27.66	90.00	0	100	
Hastane başvurusu	Evet	70.69	27.73	77.50	0	100	0.014
	Hayır	81.76	24.61	90.00	0	100	

Ev hanımlarının ikinci ölçümdeki SF36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanı işçilere göre anlamlı düşüktü. İnfeksiyon sebebiyle başvuranlarda 6 aylık izlem SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanı anlamlı yüksek saptandı. Tanı süresi 3-11,9 ay olanların SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanı 12 ay ve üzeri olanlara göre daha yüksek bulundu. Hem KT hem RT uygulananların SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanı sadece KT uygulananlardan daha düşüktü. Hastane başvurusu olanların 2. izlem SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanının daha düşük olduğu gözlemlendi (Tablo 20).

Tablo 20. İkinci ölçümde SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		İkinci Ölçüm SF36 Genel Sağlık Algısı Alt Ölçek Puanı					p
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	54.03	18.53	55.00	20	85	0.802
	Kadın	53.70	23.37	55.00	25	95	
Medeni durum	Evli	54.28	20.30	55.00	20	95	0.852
	Diğer	52.86	18.21	55.00	25	85	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	47.73	19.41	45.00	20	85	0.506
	İlkokul	54.40	19.76	55.00	25	90	
	İlkokul üstü	57.08	20.39	60.00	25	95	
Meslek	Serbest meslek	51.61	17.90	55.00	25	80	0.031
	Devlet memuru	48.89	21.91	45.00	25	95	
	İşçi	66.54	15.73	65.00	40	90	
	Çiftçi	58.64	19.83	60.00	20	85	
	Ev hanımı	43.21	17.93	35.00	25	80	
	Diğer	52.50	27.23	47.50	30	85	
Halsizlik	Evet	52.66	19.16	50.00	20	90	0.119
	Hayır	63.18	22.28	60.00	25	95	
Ağrı	Evet	55.80	18.33	55.00	25	95	0.341
	Hayır	52.17	21.05	52.50	20	90	
Beslenme	Evet	56.11	16.23	57.50	25	80	0.504
	Hayır	53.40	20.59	55.00	20	95	
İnfeksiyon	Evet	75.83	16.86	82.50	55	95	0.010
	Hayır	52.38	19.07	52.50	20	90	
Diğer	Evet	45.00	15.81	45.00	25	65	0.205
	Hayır	54.82	19.95	55.00	20	95	
Tanı grubu	Maligniteler	52.78	18.94	55.00	20	90	0.125
	Diğer	64.44	24.68	65.00	25	95	
Tanı süresi	0-2.9 ay	54.77	22.01	55.00	25	95	0.032
	3-11.9 ay	59.44	17.52	60.00	25	90	
	12 ay ve üzeri	47.19	19.00	42.50	20	85	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	44.17	22.00	40.00	25	75	0.200
	İlk palyatif bakım yatışı	54.64	19.52	55.00	20	95	
KT_RT	Sadece KT	65.68	18.21	65.00	20	90	0.004
	Sadece RT	50.00	16.90	50.00	30	75	
	Hem KT hem RT	45.37	16.35	45.00	25	80	
	Hiçbiri	54.09	20.63	55.00	25	95	
Hastane başvurusu	Evet	47.13	17.76	45.00	20	95	0.004
	Hayır	59.40	19.71	60.00	25	90	

Erkeklerde SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı değişim yüzdesi kadınlara göre anlamlı düşüktü. Halsizlik sebebiyle başvuranlarda SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı değişim yüzdesi anlamlı düşük bulundu. İnfeksiyon sebebiyle başvuranlarda SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı değişim yüzdesinin yüksek olduğu görüldü. Malignite tanısı bulunan bireylerin SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı değişim yüzdesi anlamlı düşük saptandı. Hastane başvurusu olanlarda SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı değişim yüzdesinde anlamlı fark mevcuttu (Tablo 21).

Tablo 21. SF36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanının iki ölçüm arasındaki değişim yüzdesi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		SF36 Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçek Puanı Değişim Yüzdesi					P
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	1.76	80.28	0.00	-100	366.67	0.005
	Kadın	100.39	216.51	22.16	-100	900	
Medeni durum	Evli	24.61	141.48	5.41	-100	900	0.767
	Diğer	31.01	106.00	0.00	-85.71	366.67	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	60.52	92.46	70.00	-93.75	200	0.212
	İlkokul	8.73	87.87	0.00	-100	366.67	
	İlkokul üstü	94.37	284.93	0.00	-100	900	
Meslek	Serbest meslek	-0.54	89.15	-5.26	-100	366.67	0.363
	Devlet memuru	88.83	329.56	-16.54	-81.25	900	
	İşçi	32.29	89.12	2.63	-75	275	
	Çiftçi	13.38	81.05	12.13	-93.75	200	
	Ev hanımı	59.96	119.33	27.62	-100	300	
	Diğer	22.22	141.42	22.22	-77.78	122.22	
Halsizlik	Evet	5.98	80.24	0.00	-100	300	0.002
	Hayır	277.78	327.73	150.00	0	900	
Ağrı	Evet	38.18	173.94	.00	-100	900	0.902
	Hayır	15.45	83.67	5.26	-100	275	
Beslenme	Evet	19.54	85.09	4.17	-77.78	200	0.920
	Hayır	27.73	143.31	0.00	-100	900	
İnfeksiyon	Evet	333.33	333.33	166.67	100	900	< 0.001
	Hayır	5.90	79.70	0.00	-100	300	
Diğer	Evet	64.44	84.86	50.00	-11.11	200	0.191
	Hayır	23.59	136.00	0.00	-100	900	
Tanı grubu	Maligniteler	7.99	81.27	0.00	-100	300	< 0.001
	Diğer	375.00	369.56	250.00	100	900	
Tanı süresi	0-2.9 ay	55.76	240.41	-2.63	-100	900	0.402
	3-11.9 ay	8.96	67.34	5.88	-100	200	
	12 ay ve üzeri	28.49	98.29	10.10	-100	300	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	14.13	89.77	0.72	-100	166.67	0.899
	İlk palyatif bakım yatışı	27.07	136.69	0.00	-100	900	
KT_RT	Sadece KT	2.29	40.03	6.25	-93.75	77.78	0.633
	Sadece RT	66.50	132.83	14.29	-77.78	300	
	Hem KT hem RT	14.18	91.40	0.00	-100	275	
	Hiçbiri	46.88	203.01	0.00	-100	900	
Hastane başvurusu	Evet	14.67	187.92	-42.11	-100	900	0.001
	Hayır	33.98	78.08	12.13	-75	300	

Hastane başvurusu olanlarda SF36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanı değişim yüzdesinde anlamlı fark saptandı (Tablo 22).

Tablo 22. SF36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanının iki ölçüm arasındaki değişim yüzdesi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		SF36 Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Ölçek Puanı Değişim Yüzdesi					P
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	21.61	128.63	0.00	-100	300	0.235
	Kadın	45.83	71.13	66.67	-100	100	
Medeni durum	Evli	29.55	127.19	0.00	-100	300	0.972
	Diğer	11.90	73.73	0.00	-100	100	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	.00	100.00	0.00	-100	100	0.222
	İlkokul	22.30	124.70	0.00	-100	300	
	İlkokul üstü	100.00	.00	100.00	100	100	
Meslek	Serbest meslek	19.64	136.64	0.00	-100	300	0.468
	Devlet memuru	-50.00	100.00	-100.00	-100	100	
	İşçi	78.57	128.64	100.00	-100	300	
	Çiftçi	36.67	112.44	16.67	-100	300	
	Ev hanımı	8.33	83.33	16.67	-100	100	
	Diğer	33.33	.	33.33	33.33	33.33	
Halsizlik	Evet	24.57	119.93	0.00	-100	300	0.450
	Hayır	100.00	.	100.00	100	100	
Ağrı	Evet	11.98	109.71	0.00	-100	300	0.652
	Hayır	36.11	126.13	0.00	-100	300	
Beslenme	Evet	47.22	141.58	16.67	-100	300	0.726
	Hayır	22.79	116.62	0.00	-100	300	
İnfeksiyon	Evet	100.00	.	100.00	100	100	0.450
	Hayır	24.57	119.93	0.00	-100	300	
Diğer	Evet	100.00	200.00	100.00	-100	300	0.492
	Hayır	20.50	112.36	0.00	-100	300	
Tanı grubu	Maligniteler	24.57	119.93	0.00	-100	300	0.450
	Diğer	100.00	.	100.00	100	100	
Tanı süresi	0-2.9 ay	-25.00	81.01	-50.00	-100	100	0.285
	3-11.9 ay	54.35	133.64	33.33	-100	300	
	12 ay ve üzeri	4.17	93.33	16.67	-100	100	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	-83.33	28.87	-100.00	-100	-50	0.055
	İlk palyatif bakım yatışı	35.36	119.18	0.00	-100	300	
KT_RT	Sadece KT	63.10	121.81	66.67	-100	300	0.335
	Sadece RT	11.11	19.25	0.00	0	33.33	
	Hem KT hem RT	-6.67	137.71	-100.00	-100	300	
	Hiçbiri	16.03	113.98	0.00	-100	300	
Hastane başvurusu	Evet	-67.50	47.21	-100.00	-100	0	0.001
	Hayır	57.78	119.52	33.33	-100	300	

Evli olanlarda SF36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanındaki değişim yüzdesi anlamlı düşüktü. Hastane başvurusu olanlarda SF36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanı değişim yüzdesinde anlamlı ilişki görüldü (Tablo 23).

Tablo 23. SF36 emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanının iki ölçüm arasındaki değişim yüzdesi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		SF36 Emosyonel Rol Güçlüğü Alt Ölçek Puanı Değişim Yüzdesi					P
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	24.10	93.27	0.00	-100	200.30	0.445
	Kadın	55.69	121.18	50.15	-100	200.30	
Medeni durum	Evli	15.52	91.57	0.00	-100	200.30	0.046
	Diğer	81.94	107.99	100.00	-100	200.30	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	20.90	122.91	-25.00	-66.70	200.30	0.502
	İlkokul	23.24	91.68	0.00	-100	200.30	
	İlkokul üstü	71.58	125.50	0.15	-100	200.30	
Meslek	Serbest meslek	4.93	77.73	0.00	-100	200.30	0.662
	Devlet memuru	0.08	109.65	0.00	-100	200.30	
	İşçi	42.96	117.14	0.00	-100	200.30	
	Çiftçi	50.11	89.99	25.08	-100	200.30	
	Ev hanımı	41.79	135.85	25.08	-100	200.30	
	Diğer	100.15	141.63	100.15	0	200.30	
Halsizlik	Evet	26.74	96.88	0.00	-100	200.30	0.462
	Hayır	100.15	141.63	100.15	0	200.30	
Ağrı	Evet	34.80	98.03	0.00	-100	200.30	0.909
	Hayır	25.09	99.64	0.00	-100	200.30	
Beslenme	Evet	38.97	99.43	0.00	-100	200.30	0.849
	Hayır	27.60	98.83	0.00	-100	200.30	
İnfeksiyon	Evet	100.15	141.63	100.15	0	200.30	0.462
	Hayır	26.74	96.88	0.00	-100	200.30	
Diğer	Evet	-33.33	57.74	0.00	-100	0	0.252
	Hayır	33.42	99.06	0.00	-100	200.30	
Tanı grubu	Maligniteler	26.74	96.88	0.00	-100	200.30	0.462
	Diğer	100.15	141.63	100.15	0	200.30	
Tanı süresi	0-2.9 ay	27.00	113.06	0.00	-100	200.30	0.862
	3-11.9 ay	38.36	97.17	0.00	-100	200.30	
	12 ay ve üzeri	12.56	88.30	0.00	-100	200.30	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	-25.00	95.74	-50.00	-100	100	0.276
	İlk palyatif bakım yatışı	34.11	97.84	0.00	-100	200.30	
KT_RT	Sadece KT	57.25	99.86	0.00	-100	200.30	0.060
	Sadece RT	100.20	86.69	50.15	50.15	200.30	
	Hem KT hem RT	-16.63	87.63	0.00	-100	200.30	
	Hiçbiri	36.92	97.07	0.00	-100	200.30	
Hastane başvurusu	Evet	-22.59	91.96	-33.35	-100	200.30	0.012
	Hayır	48.78	94.19	0.00	-100	200.30	

Erkeklerde SF36 enerji alt ölçek puanı değişim yüzdesi kadınlara göre anlamlı düşüktü. Halsizlik sebebiyle başvuranlarda SF36 enerji alt ölçek puanı değişim yüzdesi diğer nedenlerle başvuranlardan düşük; infeksiyon sebebiyle başvuranlarda ise daha yüksek saptandı. Malignite tanısı bulunan bireylerin SF36 enerji alt ölçek puanı değişim yüzdesi daha düşüktü. Tanı süresi 12 ay ve üzeri olanların SF36 enerji alt ölçek puanı değişim yüzdesi 3-11,9 ay olanlardan daha yüksekti (Tablo 24).

Tablo 24. SF36 enerji alt ölçek puanının iki ölçüm arasındaki değişim yüzdesi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		SF36 Enerji Alt Ölçek Puanı Değişim Yüzdesi					P
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	40.72	120.22	0.00	-86.67	700	0.030
	Kadın	63.40	111.06	41.67	-100	466.67	
Medeni durum	Evli	48.99	123.88	14.29	-100	700	0.755
	Diğer	39.08	96.48	9.09	-66.67	350	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	63.78	92.35	28.57	-75	200	0.343
	İlkokul	41.45	118.55	7.74	-86.67	700	
	İlkokul üstü	60.81	138.91	21.67	-100	466.67	
Meslek	Serbest meslek	26.45	98.27	0.00	-85.71	433.33	0.274
	Devlet memuru	43.98	70.86	9.09	-16.67	200	
	İşçi	71.27	138.91	20.00	-86.67	466.67	
	Çiftçi	43.58	151.75	0.00	-75	700	
	Ev hanımı	51.28	85.93	50.00	-100	200	
	Diğer	114.73	172.10	85.71	-62.50	350	
Halsizlik	Evet	42.95	124.13	7.14	-100	700	0.004
	Hayır	73.99	44.81	66.67	27.27	160	
Ağrı	Evet	47.57	125.79	12.14	-86.67	700	0.682
	Hayır	45.88	110.95	9.09	-100	466.67	
Beslenme	Evet	108.72	180.91	22.62	-38.46	700	0.055
	Hayır	31.41	91.59	8.33	-100	466.67	
İnfeksiyon	Evet	92.22	47.97	83.33	33.33	160	0.014
	Hayır	43.49	120.61	8.33	-100	700	
Diğer	Evet	45.41	34.18	33.33	-9.09	100	0.160
	Hayır	46.84	123.59	8.33	-100	700	
Tanı grubu	Maligniteler	45.07	123.42	7.74	-100	700	0.025
	Diğer	61.55	36.42	60.00	27.27	133.33	
Tanı süresi	0-2.9 ay	19.82	60.08	7.14	-80	200	0.019
	3-11.9 ay	18.39	74.65	7.14	-100	350	
	12 ay ve üzeri	95.51	163.22	50.00	-85.71	700	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	40.20	79.16	28.57	-85.71	160	0.586
	İlk palyatif bakım yatışı	47.24	120.68	9.55	-100	700	
KT_RT	Sadece KT	67.71	177.66	8.71	-75	700	0.599
	Sadece RT	62.72	68.43	58.33	-12.50	200	
	Hem KT hem RT	39.04	112.46	5.00	-100	466.67	
	Hiçbiri	35.31	77.44	14.29	-80	350	
Hastane başvurusu	Evet	50.13	146.73	20.78	-100	700	0.642
	Hayır	44.01	90.13	9.09	-86.67	433.33	

Erkeklerde SF36 ruhsal sağlık alt ölçek puanı değişim yüzdesi kadınlara göre anlamlı düşüktü. Halsizlik sebebiyle başvuranlarda SF36 ruhsal sağlık alt ölçek puanı değişim yüzdesi daha düşük; başvuru sebebi diğer kategorisinde olanlarda daha yüksek izlendi. Hastane başvurusu olanlarda SF36 ruhsal sağlık alt ölçek puanı değişim yüzdesi diğerlerinden anlamlı düşük saptandı (Tablo 25).

Tablo 25. SF36 ruhsal sağlık alt ölçek puanının iki ölçüm arasındaki değişim yüzdesi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		SF36 Ruhsal Sağlık Alt Ölçek Puanı Değişim Yüzdesi					P
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	29.56	67.46	15.38	-55	450	0.013
	Kadın	62.76	75.94	48.33	-33.33	316.67	
Medeni durum	Evli	40.19	75.52	21.43	-55	450	0.759
	Diğer	32.09	53.80	21.05	-33.33	183.33	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	38.90	59.61	15.00	-9.09	183.33	0.991
	İlkokul	39.91	77.10	22.48	-55	450	
	İlkokul üstü	28.78	39.77	17.67	-14.29	130	
Meslek	Serbest meslek	25.65	88.14	7.29	-55	450	0.175
	Devlet memuru	25.38	32.61	21.05	-5.26	100	
	İşçi	56.55	85.59	33.33	-27.27	316.67	
	Çiftçi	35.80	55.45	24.92	-28.57	212.50	
	Ev hanımı	60.25	64.98	46.67	-33.33	183.33	
	Diğer	28.47	39.10	42.65	-28.57	57.14	
Halsizlik	Evet	35.12	71.92	16.23	-55	450	0.031
	Hayır	61.60	60.90	35.29	9.09	212.50	
Ağrı	Evet	29.41	43.89	23.30	-55	130	0.905
	Hayır	46.66	88.82	21.05	-35.71	450	
Beslenme	Evet	32.90	38.51	23.30	-26.67	118.18	0.608
	Hayır	39.66	76.98	15.79	-55	450	
İnfeksiyon	Evet	73.54	77.71	34.31	9.09	212.50	0.080
	Hayır	35.83	70.23	16.67	-55	450	
Diğer	Evet	57.22	37.73	50.00	15	125	0.025
	Hayır	36.25	73.50	15.59	-55	450	
Tanı grubu	Maligniteler	36.92	71.96	18.86	-55	450	0.163
	Diğer	51.05	62.66	33.33	9.09	212.50	
Tanı süresi	0-2.9 ay	39.41	85.92	9.81	-35.71	316.67	0.379
	3-11.9 ay	28.66	43.48	18.86	-33.33	130	
	12 ay ve üzeri	48.13	83.80	31.25	-55	450	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	47.41	68.25	29.41	-55	125	0.493
	İlk palyatif bakım yatışı	37.56	71.47	21.24	-35.71	450	
KT_RT	Sadece KT	46.50	99.52	17.67	-35.71	450	0.301
	Sadece RT	68.84	61.97	48.33	-6.25	183.33	
	Hem KT hem RT	27.91	49.83	18.61	-55	125	
	Hiçbiri	34.30	65.69	15.00	-26.67	316.67	
Hastane başvurusu	Evet	15.76	33.37	14.64	-55	122.22	0.012
	Hayır	56.01	86.34	29.41	-33.33	450	

Erkeklerde SF36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanı değişim yüzdesi kadınlara göre anlamlı düşük bulundu (Tablo 26).

Tablo 26. SF36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanının iki ölçüm arasındaki değişim yüzdesi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		SF36 Sosyal İşlevsellik Alt Ölçek Puanı Değişim Yüzdesi					p
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	35.07	100.10	14.29	-100	500	0.003
	Kadın	72.87	78.25	60.00	-40	300	
Medeni durum	Evli	53.76	103.62	18.33	-80	500	0.156
	Diğer	15.96	56.32	0.00	-100	133.33	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	51.68	56.84	50.00	-37.50	150	0.209
	İlkokul	40.83	102.31	14.29	-100	500	
	İlkokul üstü	62.78	89.60	36.67	-33.33	300	
Meslek	Serbest meslek	32.53	117.29	0.00	-80	500	0.050
	Devlet memuru	20.30	46.20	16.67	-42.86	100	
	İşçi	41.25	81.02	14.29	-20	300	
	Çiftçi	47.15	92.67	14.29	-40	400	
	Ev hanımı	94.97	88.79	100.00	-40	300	
	Diğer	1.67	69.20	28.33	-100	50	
Halsizlik	Evet	43.10	97.45	14.29	-100	500	0.238
	Hayır	59.09	86.45	44.00	-20	300	
Ağrı	Evet	53.30	114.96	14.29	-100	500	0.732
	Hayır	37.30	74.20	16.67	-66.67	300	
Beslenme	Evet	51.03	77.61	22.50	-20	300	0.363
	Hayır	43.56	100.29	14.29	-100	500	
İnfeksiyon	Evet	85.67	107.33	55.00	0	300	0.138
	Hayır	42.17	95.07	14.29	-100	500	
Diğer	Evet	70.58	84.67	50.00	-20	250	0.151
	Hayır	42.23	97.09	14.29	-100	500	
Tanı grubu	Maligniteler	45.89	100.39	14.29	-100	500	0.439
	Diğer	37.30	36.09	44.00	-20	100	
Tanı süresi	0-2.9 ay	14.61	51.69	7.14	-66.67	100	0.083
	3-11.9 ay	41.92	104.95	14.29	-100	500	
	12 ay ve üzeri	68.71	104.07	40.00	-80	400	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	64.59	148.41	0.00	-80	300	0.676
	İlk palyatif bakım yatışı	43.41	91.33	15.48	-100	500	
KT_RT	Sadece KT	50.56	125.28	14.29	-66.67	500	0.857
	Sadece RT	45.19	59.10	35.27	-33.33	150	
	Hem KT hem RT	47.49	92.30	36.67	-100	300	
	Hiçbiri	39.24	86.85	16.67	-50	400	
Hastane başvurusu	Evet	42.39	115.41	18.33	-100	500	0.375
	Hayır	47.12	78.42	14.29	-42.86	300	

İlkokul mezunlarının SF36 ağrı alt ölçek puanındaki değişim yüzdesi ilkokul altı eğitim düzeyi olanlardan anlamlı düşük saptandı. Halsizlik sebebiyle başvuranlarda SF36 ağrı alt ölçek puanı değişim yüzdesi daha düşük bulundu (Tablo 27).

Tablo 27. SF36 ağrı alt ölçek puanının iki ölçüm arasındaki değişim yüzdesi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		SF36 Ağrı Alt Ölçek Puanı Değişim Yüzdesi					p
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	25.53	60.26	11.11	-100	260	0.103
	Kadın	91.78	159.79	16.89	-69.23	620	
Medeni durum	Evli	38.48	98.50	11.11	-100	620	0.481
	Diğer	60.99	111.17	14.38	-44.44	344.44	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	98.75	109.72	38.29	0	260	0.012
	İlkokul	27.10	76.48	11.11	-100	344.44	
	İlkokul üstü	93.98	179.37	29.03	-30.77	620	
Meslek	Serbest meslek	35.91	71.90	18.08	-100	260	0.368
	Devlet memuru	45.93	71.73	11.11	0	207.69	
	İşçi	60.66	181.62	13.62	-70.97	620	
	Çiftçi	10.42	28.33	.00	-32.50	72.22	
	Ev hanımı	96.60	134.68	29.03	-69.23	344.44	
	Diğer	17.01	60.48	6.25	-44.44	100	
Halsizlik	Evet	40.76	105.30	11.11	-100	620	0.047
	Hayır	63.49	67.05	33.33	0	188.89	
Ağrı	Evet	52.58	94.42	29.03	-100	344.44	0.088
	Hayır	35.02	107.82	11.11	-69.23	620	
Beslenme	Evet	37.80	81.58	11.11	-70.97	260	0.787
	Hayır	45.09	106.24	11.81	-100	620	
İnfeksiyon	Evet	30.55	28.70	22.22	0	73.91	0.501
	Hayır	44.55	104.67	11.11	-100	620	
Diğer	Evet	49.00	56.84	33.33	0	176.92	0.128
	Hayır	42.98	105.40	11.11	-100	620	
Tanı grubu	Maligniteler	41.23	104.27	11.11	-100	620	0.074
	Diğer	64.39	70.94	33.33	0	188.89	
Tanı süresi	0-2.9 ay	21.04	64.50	.00	-69.23	200	0.051
	3-11.9 ay	17.53	36.65	11.11	-44.44	107.69	
	12 ay ve üzeri	86.91	146.93	25.36	-100	620	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	41.43	114.16	11.11	-100	207.69	0.687
	İlk palyatif bakım yatışı	43.79	100.90	11.11	-70.97	620	
KT_RT	Sadece KT	15.61	29.47	11.11	-32.50	81.82	0.905
	Sadece RT	22.84	40.33	11.11	-25	107.69	
	Hem KT hem RT	84.13	159.53	11.11	-100	620	
	Hiçbiri	32.96	65.84	15.51	-70.97	200	
Hastane başvurusu	Evet	54.75	129.22	17.39	-100	620	0.729
	Hayır	34.73	72.09	11.11	-32.50	344.44	

Malignite tanısı bulunan bireylerde SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanı değişim yüzdesi anlamlı düşüktü. Hastane başvurusu olanlarda SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanı değişim yüzdesi açısından anlamlı fark izlendi (Tablo 28).

Tablo 28. SF36 genel sağlık algısı alt ölçek puanının iki ölçüm arasındaki değişim yüzdesi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi

		SF36 Genel Sağlık Algısı Alt Ölçek Puanı Değişim Yüzdesi					p
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Cinsiyet	Erkek	4.40	38.38	0.00	-66.67	128.57	0.229
	Kadın	27.87	78.19	12.50	-50	300	
Medeni durum	Evli	9.85	51.62	6.67	-58.33	300	0.897
	Diğer	12.20	54.69	8.33	-66.67	166.67	
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	10.18	46.23	10.00	-33.33	133.33	0.811
	İlkokul	7.12	44.30	5.88	-66.67	166.67	
	İlkokul üstü	28.91	88.11	8.71	-44.44	300	
Meslek	Serbest meslek	-6.15	38.55	-2.94	-66.67	128.57	0.112
	Devlet memuru	-3.64	21.53	-7.14	-30.77	33.33	
	İşçi	41.24	85.90	9.09	-28.57	300	
	Çiftçi	17.91	37.03	13.81	-35.29	100	
	Ev hanımı	15.33	64.05	6.25	-50	166.67	
	Diğer	-9.95	30.05	10.83	-45.45	20	
Halsizlik	Evet	9.09	54.34	.00	-66.67	300	0.088
	Hayır	19.85	31.14	14.29	-28.57	88.89	
Ağrı	Evet	11.68	43.20	9.09	-58.33	166.67	0.286
	Hayır	9.18	59.77	.00	-66.67	300	
Beslenme	Evet	12.92	43.01	7.50	-46.15	116.67	0.864
	Hayır	9.77	54.33	7.11	-66.67	300	
İnfeksiyon	Evet	22.96	35.12	13.81	-15.38	88.89	0.193
	Hayır	9.50	53.09	2.94	-66.67	300	
Diğer	Evet	19.59	25.57	25.00	-28.57	50	0.107
	Hayır	9.50	53.96	2.94	-66.67	300	
Tanı grubu	Maligniteler	8.78	53.72	.00	-66.67	300	0.042
	Diğer	24.96	31.83	20.00	-28.57	88.89	
Tanı süresi	0-2.9 ay	7.06	47.26	8.71	-66.67	133.33	0.899
	3-11.9 ay	5.62	28.08	7.50	-46.15	66.67	
	12 ay ve üzeri	18.08	72.66	0.00	-58.33	300	
Tekrarlayan yatış	Tekrarlayan yatış	-20.27	22.31	-16.03	-58.33	9.09	0.053
	İlk palyatif bakım yatışı	12.59	52.94	8.33	-66.67	300	
KT_RT	Sadece KT	12.28	40.57	2.94	-42.86	128.57	0.467
	Sadece RT	24.68	48.39	9.09	-22.22	133.33	
	Hem KT hem RT	8.88	71.80	0.00	-58.33	300	
	Hiçbiri	6.93	41.06	10.00	-66.67	116.67	
Hastane başvurusu	Evet	3.23	61.53	-7.69	-58.33	300	0.024
	Hayır	16.14	42.80	9.09	-66.67	166.67	

Hastalık süresi ile ilk ölçümdeki SF36 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı zayıf negatif korelasyon bulunmaktadır. İkinci ölçümdeki SF36 emosyonel rol güçlüğü ve genel sağlık algısı alt ölçek puanları ile hastalık süresi arasında da anlamlı zayıf negatif korelasyon vardır. SF36 enerji ve ağrı alt ölçek puanlarının değişim yüzdesi ile hastalık süresi arasında anlamlı zayıf pozitif korelasyon bulunmaktadır (Tablo 29).

Tablo 29. Hastalık süresi ve yatış sayısı ile SF36 puanları arasındaki korelasyon sonuçları

		Hastalık süresi	Yatış sayısı
İlk ölçüm SF36 Fiziksel Fonksiyon alt boyutu	Korelasyon katsayısı	-0.246	-0.109
	P	0.003	0.197
İlk ölçüm SF 36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyutu	Korelasyon katsayısı	-0.243	-0.008
	P	0.004	0.924
İlk ölçüm SF36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyutu	Korelasyon katsayısı	-0.264	-0.093
	P	0.002	0.270
İlk ölçüm SF36 Enerji alt boyutu	Korelasyon katsayısı	-0.287	-0.098
	P	0.001	0.244
İlk ölçüm SF36 Ruhsal Sağlık alt boyutu	Korelasyon katsayısı	-0.127	-0.044
	P	0.133	0.601
İlk ölçüm SF36 Sosyal İşlevsellik alt boyutu	Korelasyon katsayısı	-0.227	-0.064
	P	0.007	0.450
İlk ölçüm SF36 Ağrı alt boyutu	Korelasyon katsayısı	-0.125	-0.044
	P	0.138	0.607
İlk ölçüm SF36 Genel Sağlık Algısı alt boyutu	Korelasyon katsayısı	-0.269	-0.161
	P	0.001	0.056
İkinci ölçüm SF36 Fiziksel Fonksiyon alt boyutu	Korelasyon katsayısı	-0.180	-0.110
	P	0.088	0.299
İkinci ölçüm SF 36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyutu	Korelasyon katsayısı	-0.172	-0.157
	P	0.102	0.137
İkinci ölçüm SF36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyutu	Korelasyon katsayısı	-0.258	-0.162
	P	0.014	0.126
İkinci ölçüm SF36 Enerji alt boyutu	Korelasyon katsayısı	-0.162	0.047
	P	0.125	0.658
İkinci ölçüm SF36 Ruhsal Sağlık alt boyutu	Korelasyon katsayısı	-0.157	0.017
	P	0.138	0.874
İkinci ölçüm SF36 Sosyal İşlevsellik alt boyutu	Korelasyon katsayısı	-0.126	0.038
	P	0.234	0.721
İkinci ölçüm SF36 Ağrı alt boyutu	Korelasyon katsayısı	-0.059	-0.018
	P	0.580	0.867
İkinci ölçüm SF36 Genel Sağlık Algısı alt boyutu	Korelasyon katsayısı	-0.219	-0.139
	P	0.038	0.193
SF36 Fiziksel Fonksiyon alt boyutu değişim yüzdesi	Korelasyon katsayısı	0.119	-0.009
	P	0.289	0.937
SF 36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyutu değişim yüzdesi	Korelasyon katsayısı	-0.002	-0.312
	P	0.988	0.050
SF36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyutu değişim yüzdesi	Korelasyon katsayısı	-0.071	-0.168
	P	0.618	0.234
SF36 Enerji alt boyutu değişim yüzdesi	Korelasyon katsayısı	0.256	0.060
	P	0.014	0.572
SF36 Ruhsal Sağlık alt boyutu değişim yüzdesi	Korelasyon katsayısı	0.145	0.074
	P	0.171	0.484
SF36 Sosyal İşlevsellik alt boyutu değişim yüzdesi	Korelasyon katsayısı	0.186	-0.035
	P	0.078	0.744
SF36 Ağrı alt boyutu değişim yüzdesi	Korelasyon katsayısı	0.281	-0.042
	P	0.008	0.696
SF36 Genel Sağlık Algısı alt boyutu değişim yüzdesi	Korelasyon katsayısı	-0.041	-0.208
	P	0.700	0.050

Taburculuk sonrası ilk 6 ayda vefat ile tanıdan palyatif bakım merkezine başvuruya dek geçen süre arasında anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 30).

Tablo 30. Hastalık süresi ile mortalite ilişkisi

		Hastalık süresi					p
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Vefat	Evet	20.10	26.09	10.00	0.33	120	0.172
	Hayır	16.10	25.19	8.00	0.30	190	

Tanıdan palyatif bakım merkezine başvuruya dek geçen süre ile taburculuk sonrası 6 aylık süreçteki hastane başvurusu arasında anlamlı ilişki tanımlanmadı (Tablo 31).

Tablo 31. Hastane başvurusuna göre hastalık süresi değerleri

		Hastalık süresi					p
		Ortalama	Standart sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Hastane başvurusu	Evet	21.07	33.72	10.50	0.30	190	0.305
	Hayır	12.20	14.85	7.00	0.50	60	

5. TARTIŞMA

Palyatif Bakım tanımında her ne kadar yaşamı tehdit eden tüm hastalıklarda uygulanan bir yaklaşım olduğu vurgulansa da dünya genelinde ağırlıklı olarak onkoloji hastalarına odaklanan bir anlayış kabul görmektedir. Komaç ve arkadaşları tarafından 2016 yılında SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Biriminde yapılan çalışmada hastaların tanı dağılımında %86'sının kanser tanısı ile izlendiği bildirilmiştir (135). Aynı merkezde 2018 yılında Karadeniz ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada ise hastaların %85,2'sinin kanser tanılı olduğu, %94,5'inin hekim tarafından yönlendirildiği rapor edilmiştir (136). Bu çalışmada literatür ile uyumlu olarak hastaların %92,2'sinin kanser tanılı olduğu ve %83,1'inin hekim tarafından yönlendirildiği görülmüştür. Bu durum özellikle onkoloji hekimlerinin palyatif bakım konusunda artan farkındalığı ve kanser hastalarının tedavi süreçlerinde destek ihtiyaç ve arayışına dikkat çekmektedir. Bunun yanında ülkemizde palyatif bakım uygulamalarının henüz istenen düzeyde yaygınlaşmadığı günümüzde; hekimlerin ve hastaların palyatif bakım hizmetlerinden eşit ölçüde haberdar olabilmeleri ve faydalanabilmeleri için farkındalık çalışmalarına ihtiyaç duyulduğunu düşündürmektedir. Öncelikle; bireylerin ilk başvuru noktası olan ve toplum tabanlı geniş kitleleri bilgilendirebilme potansiyeli bulunan birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanları olmak üzere tüm sağlık çalışanlarında farkındalık sağlayacak çalışmaların arttırılmasının palyatif bakım hizmetlerine erişim hakkı açısından önemli olduğu vurgulanmalıdır.

Palyatif bakım kliniğinde Şenel Özalp ve arkadaşları tarafından kanser hastaları ile yürütülen bir çalışmada hastaların yaş ortalaması 61 yıl ve %44'ünün kadın olduğu bildirilmiştir (137). Yürüyen ve arkadaşları tarafından yapılan benzer bir çalışmada ise hastaların %45'inin kadın ve yaş ortalamasının $71,0 \pm 15,8$ yıl olduğu rapor edilmiştir (138). Bu çalışmada ise yaş ortalaması $64,48 \pm 10,8$ yıl ve katılımcıların %23,2'sinin kadın olduğu tanımlanmıştır. Cinsiyet ile ilk ölçülen yaşam kalitesi alt ölçekleri ilişkisi incelendiğinde; fiziksel fonksiyon, ağrı, enerji, genel sağlık algısı puanlamalarının erkeklerde anlamlı yüksek olduğu rapor edildi. Güner ve arkadaşlarının 2006 yılında kanser tanılı bireylerin sosyodemografik ölçütler ile yaşam kalitesi ilişkisini değerlendirdiği çalışmada toplam yaşam kalitesi ortalama puanlarının

erkeklerde yüksek olduğu bildirilmiştir. Alt ölçekler açısından genel iyilik hali, fiziksel aktiviteler, uyku, bilişsel ve sosyal işlevler ile iş performansı alanlarındaki yaşam kalitesi puanlamaları erkeklerde belirgin yüksek saptanmıştır (139). Hagelin ve arkadaşlarının kanser tanılı terminal dönem hastaları dahil ettikleri çalışmada ise kadınlarda yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu raporlanmıştır (140). Benzer şekilde Osoba ve arkadaşlarının kemoterapi alan hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada kadın cinsiyetin düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu tanımlanmıştır (141). Yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylerde fazla semptom yükünün düşük yaşam kalitesine neden olduğu bilinmektedir (142). Son iki çalışmanın içerikleri incelendiğinde kadın cinsiyetinde düşük yaşam kalite görülmesinin semptom yükünün fazla olması ile ilişkilendirildiği gözlemlenmiştir.

Literatürde Zimmerman ve arkadaşlarının Kanada merkezli çalışmasında katılımcıların %67'sinin en az üniversite mezunu, %18'inin ise lise altında eğitim düzeyinde olduğu rapor edilmiştir (36). Mystakidou ve arkadaşlarının palyatif bakım ünitesinde gerçekleştirdikleri çalışmada katılımcıların eğitim düzeyleri %40'ı ilkokul ve altı, %38'i üniversite mezunu olarak tanımlanmıştır (143). Türkiye merkezli kanser tanılı bireylerin dahil edildiği bir çalışmada ise katılımcıların %52'sini ilkokul ve altı, %15'inin üniversite mezunu eğitim düzeyinde olduğu rapor edilmiştir (139). Bu çalışmada ise katılımcıların %84,4'ü (n=120) ilkokul ve altı eğitim düzeyinde olduğunu belirtmiştir. Çalışmanın yapıldığı merkez sosyoekonomik düzeyi düşük olan bir bölgede konumlanmıştır.

Bu çalışmada ilk değerlendirilen yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji ve genel sağlık algısı puan ortalamalarının 50 puan ve altında olması palyatif bakım merkezine başvuran hastaların yaşam kalitelerinin oldukça düşük bulunduğunu göstermektedir. En düşük değer ise fiziksel rol güçlüğü alt ölçeğinden alınmıştır. Gültekin ve arkadaşlarının 2008 yılında 40 ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanser tanılı hasta ile yaptıkları çalışmada SF36 tüm alt ölçeklerinin 50 puanın altında bulunduğu, en düşük puanların ise fiziksel rol güçlüğü alt ölçeğinden alındığı görülmüştür (144). Delibegovic ve arkadaşlarının palyatif bakım merkezli çalışmasında dahil edilen akciğer kanseri tanılı hastalarda yaşam kalitesinin en düşük puan ortalamaları SF36 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarında saptanmıştır (145).

Göktalay ve arkadaşları ise akciğer kanseri tanımlı hastalarda bedensel zayıflık ve ağrı şikayetleri ile; SF36 yaşam kalitesi ölçeği ağrı, enerji, genel sağlık algısı alt boyutlarının düşük puanlamaları arasındaki anlamlı ilişkiye dikkat çekmişlerdir (146). Elde edilen sonuçlar malignite hastalarında günlük fiziksel aktivitelerini kısıtlayacak düzeydeki bedensel sağlık sorunlarının yaşam kalitelerini ciddi anlamda düşürdüğüne dikkat çekmektedir. Bedensel zayıflık ve düşük fiziksel kapasite bu hasta grubunda olağan karşılanmamalı yaşam kalitesi odaklı yaklaşımlar ile desteklenmelidir.

Bu çalışmada ilk değerdendirmede sadece KT uygulanmış olan hastaların yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik ve genel sağlık algısı puanlamaları hem KT hem RT uygulanmış olan hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Literatürde Langendijk ve arkadaşlarının 65 ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanser tanımlı hastayı dahil ettikleri prospektif çalışmada, palyatif radyoterapinin semptom palyasyonu ve yaşam kalitesinde anlamlı iyileşme sağladığı bildirilmiştir (147). Küçük hücreli dışı akciğer kanseri iş birliği grubu tarafından yayınlanan 52 randomize kontrollü çalışmanın değerdendirildiğı bir meta analizde ise palyatif kemoterapinin ilerlemiş, tedavi edilemeyen kanser tanımlı hastalarda sağ kalım ve yaşam kalitelerini arttırdığı tanımlanmaktadır (148). Bu meta analizde gösterilen sonucu doğrulamak için Spiro ve arkadaşlarının 725 hastayı randomize ettikleri büyük akciğer çalışmasında ise destekleyici bakım ortamında KT alan hastalarda yaşam kalitesi ve sağ kalımın arttığı görülmüş ve tamamen tutarlı bir sonuca varıldığı belirtilmiştir (149). Literatürde küratif tedavi şansı olmayan kanser tanımlı hastalarda palyatif kemoterapinin; umudun korunması, semptom kontrolü sağlanması ve komplikasyonların önlenmesi yoluyla yaşam kalitesinde iyileşme sağladığı çalışmalar tanımlanmıştır (150). Palyatif radyoterapinin ise sıklıkla ileri evre ya da metastatik kanser hastalıklarında semptom kontrolü, yaşam kalitesinin artırılması ve yaşam süresinin uzatılması amacıyla uygulandığı bilinmektedir (151, 152). Lokal ileri evre ya da metastatik kanser tanımlı hastalarda yaşam kalitesini arttıracak palyatif tedavi kararı; kanserin tipi, evresi, kişinin genel durumu, semptom yükü, eşlik eden hastalıklar ve içinde bulunulan sosyoekonomik koşullar gibi birçok faktör ile ilişkilidir (153).

Palyatif bakıma başvuru nedenlerine bakıldığında hastaların %88,7'sinin (n=126) halsizlik, %52,8'inin (n=75) ağrı, %21,8'inin (n=37) beslenme sorunu,

%4,9'unun (n=7) infeksiyon ve %7'sinin (n=10) de diğer nedenler ile başvurduğu görüldü. Halsizlik nedeniyle başvuran hastaların ilk değerlendirilmesinde yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanları diğer gruplara göre anlamlı düşük bulundu. Çalışmanın ikinci aşaması ile birlikte değerlendirildiğinde ise halsizlik nedeni ile başvuran hastaların yaşam kalitesi; fiziksel fonksiyon, enerji, ruhsal sağlık ve ağrı alt ölçekleri değişimi anlamlı düşük saptandı. Araştırmaya dahil edilen hastaların büyük çoğunluğunu kanser tanılı hastalar oluşturmaktadır. Kansere bağlı halsizliğin hastalarda yaşam kalitesini tüm yönleri ile etkileyen zayıflatıcı bir semptom olduğu bilinmektedir (154). Servalar ile arkadaşlarının kanser tanılı hastalarda halsizlik prevalansını tanımladıkları derlemede yaygınlığı %65 ile %99 arasında görülmüş olup oldukça sık karşılaşılan bir semptom olduğu belirtilmiştir (155). Ghoshal ve arkadaşlarının palyatif bakım merkezindeki prospektif çalışmasında hastaların %80,8'i ilk değerlendirmede orta ve şiddetli düzeyde halsizlik tanımlamış, ayrıca bu durumun düşük yaşam kalitesi ile anlamlı ilişkili olduğu vurgulanmıştır (156). Gupta ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen çalışmada kanser tanılı hastalarda halsizlik şikayetinin yaşam kalitesini tüm yönleri ile olumsuz etkilediği raporlanmıştır (157). Halsizlik şikâyeti özellikle palyatif bakım gibi yaşam kalitesini artırma odaklı yaklaşımlarda her vizitte sorgulanması gereken subjektif bir durumdur. Sorgulama için hastanın halsizlik şiddetini 0-10 arasında bir puanlama ile kendisinin tanımlaması önerilir. Bu tek boyutlu sayısal değerlendirme ölçeği ile 7 ve üzeri puan ifade edildiğinde etiyoloji araştırılarak uygun bakım planı sağlamak yaşam kalitesi açısından anlamlı katkı sağlayabilir (158).

Ağrı nedeni ile palyatif bakıma başvuran hastalarda yaşam kalitesi ağrı alt boyut puanı anlamlı olarak düşük görülmüştür. Kanser alanında son 40 yıldaki çalışmaların değerlendirildiği bir meta analizde kanser tanılı hastaların üçte birinden fazlasında ciddi düzeyde olmak üzere %64 oranında ağrı görülme sıklığı kaydedilmiştir (159). Bisht ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada palyatif bakımda izlenen kanser tanılı hastalarda %96 yaygınlık ile en sık görülen semptomun ağrı olduğu tanımlanmıştır (160). Hindistan'da bir palyatif bakım merkezinde Singh tarafından yürütülen prospektif araştırmada ise artan ağrı skoru ile yaşam kalitesi arasında anlamlı negatif korelasyon gösterilmiştir (161). Rodriguez ve arkadaşları palyatif bakımda izlenen hastaların %69'unda günlük hayatlarını kısıtlayacak düzeyde

sıkıntıya neden olan ağrı varlığını tanımlamış ve ağrı ile düşük yaşam kalitesi arasındaki anlamlı ilişkiyi raporlamıştır (162). Sübjektif bir semptom olan ağrı her birey tarafından farklı deneyimlenmekte, her birey farklı yanıt ve tolerans gösterebilmektedir. Özellikle kanser tanılı hastalarda olmak üzere birçok ilerleyici hastalığın en yaygın semptomlarından biri olan ağrının, günlük yaşam aktivitelerini ileri derecede kısıtladığı, yaşam kalitesini ve iyileşme sürecini bozduğu bilinmektedir. Buna rağmen mevcut çalışmalar incelendiğinde kanser tanısının her evresinde farklı karakterde ağrı oluşabildiği ve %56-82 oranında yeterli tedavi edilmediği gözlemlenmektedir (163). Literatürde beşinci yaşam bulgusu olarak değerlendirilen ağrının iyi yönetimi başarılı palyatif bakımın temel direklerinden biri olarak değerlendirilmiştir (164). Bu çalışmada da tanıdan palyatif bakıma başvuruya dek geçen zaman ile yaşam kalitesi enerji ve ağrı alt boyutlarında anlamlı pozitif korelasyon tanımlandığı, palyatif bakımda ağrıya yönelik etkin destek sağlanabildiği dikkat çekmektedir.

Merkeze infeksiyon nedenli başvuran hasta grubunda ilk ölçümde yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt ölçek puanı anlamlı düşük bulunmuştur. Palyatif bakım ihtiyacı bulunan infeksiyon hastalarında sıklıkla parenteral antibiyotik kullanımını gerektiren yaygın hastalık tablosu mevcuttur ve bu durum bireylerin efor gerektiren fiziksel aktivite kapasitelerini sınırlandırmaktadır. Çalışmada ikinci yaşam kalitesi değerlendirmesinde aynı hasta grubunda fiziksel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık ve genel sağlık algısı alt ölçek puanlamalarında anlamlı artış izlenmiştir. Bunun yanında fiziksel fonksiyon ve enerji alt ölçek puan değişim yüzdeleri anlamlı yüksek saptanmıştır. Clayton ve arkadaşları, palyatif bakım ünitesindeki prospektif çalışmalarında 13 aylık bir dönemde hastaların %4,49'unun infeksiyon nedeni ile parenteral antibiyotik tedavi aldığını bildirmişlerdir. Tedavi sonrası değerlendirmede bu hasta grubunun %62'si önceki fiziksel işlevlerine dönüş ve semptomlarda azalma ile genel durumda iyileşme bildirilmiştir (165). Stone ve arkadaşlarının 892 huzur evi sakini ile yaptıkları anket çalışması sonucunda palyatif bakımın infeksiyon yönetimi ile entegrasyonunun külfetli tedavileri azaltıp huzur evi sakinlerinin yaşam kalitesini iyileştirmeye yardımcı olacağı rapor edilmiştir (166). Huzur evlerinde infeksiyon yönetimini analiz eden benzer nitelikli bir diğer çalışmada ise kaliteli yaşam sonu bakımı sağlamak için palyatif bakımda başarılı infeksiyon tedavisinin önemine ve bu

konudaki eğitim sağlayıcılarının artırılmasının gerekliliğine dikkat çekilmiştir (167). Palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda tedavi edilmesi zor veya mümkün olmayan komorbiditelere eklenen infeksiyon tablosu kişinin fonksiyonel kapasitesini kısa zamanda düşürebilmektedir. Diğer yandan bu çalışma sonuçlarında olduğu gibi infeksiyonun başarılı tedavisi ile iyileşme sağlanması; hastanın yaşam kalitesine önemli ölçüde katkı sağlamaktadır.

Malignite nedeni palyatif bakım hizmeti alan hastaların ilk değerlendirmesinde yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyutu anlamlı yüksek saptanmıştır. Aynı tanı grubunda ikinci değerlendirmede ise emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık alt boyut puanları düşük izlenmiştir. İkinci görüşme ile birlikte değerlendirildiğinde ise fiziksel fonksiyon, enerji ve genel sağlık algısı değişim yüzdesi diğer tanı gruplarına göre düşük rapor edilmiştir. Literatürde malignite hastalarında palyatif bakım modellerinin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği iki çalışmada sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde etkisinin sınırlı olduğu rapor edilmiştir (168, 169). Jordhoy ve arkadaşlarının malignite hastaları ile yürüttükleri randomize kontrollü çalışmada kontrol grubu ve palyatif bakım grubu yaşam kalitelerinde anlamlı fark görülmemiş; daha başarılı kanser bakımı sağlanabilmesi için tüm gelişmelerin desteklenmesinin önemine vurgu yapılmıştır (170). Kanser tanısı; ağrı, beslenme zorluğu, şekil bozukluğu, bağımlılık ve benlik saygısı kaybindan kaynaklanan duygusal ve fiziksel değişiklikleri beraberinde getirmektedir (171). Bu hasta grubunda hastalığın ilerleyici seyri boyunca bireyin ihtiyaçları, hedefleri ve tercihlerinin kişiselleştirilmiş değerlendirmesiyle beraber yaşam kalitesini artırma odaklı farklı yaklaşımlara ihtiyaç duyulabilmektedir.

Takip edilen hastaların %2,1'i (n=3) izlem sırasında vefat etmiş, %97,9'u (n=139) ise taburcu olmuştur. Turgut ve arkadaşlarının Mersin ilinde palyatif bakım biriminde yaptıkları retrospektif çalışmada; hastaların %55'inin başka bir kliniğe sevk edildiği, %33'ünün taburcu edildiği, %11'inin de vefat ettiği gösterilmiştir (172). Yürüyen ve arkadaşlarının 2 yıllık verilerin analiz edildiği retrospektif çalışmada ise palyatif bakımda takip edilen hastaların %52'sinin eve taburcu edildiği, %15'inin yoğun bakım merkezine sevk edildiği ve %33'ünün de vefat ettiği rapor edilmiştir (138). Bir diğer araştırmada Miniksar ve arkadaşları, palyatif bakım ünitesinde takip edilen hastaların %49,3'ünün eve taburcu, %13,6'nın başka bir merkeze sevk

edildiğini, %36,8'inin de vefat ettiğini tanımlamışlardır (173). Bu çalışmada literatüre göre daha yüksek taburculuk oranlarının görülmesinin nedeni; araştırmanın tasarımı gereği araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, bilişsel yeterlilik gösteremeyen, bilinci kapalı hastaların çalışmaya dahil edilememesi ve dahil edilemeyen bu ağır hasta grubunun mortalite oranlarının sonuçlara yansımaması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmanın ikinci aşama izleminde 6 aylık süreçte hastaların %34,5'inin (n=48) vefat ettiği öğrenilmiştir. Altı aylık süreçte vefat eden hastaların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji ve ağrı alt boyut puanları anlamlı düşük izlenmiştir. Ganz ve arkadaşlarının ileri evre metastatik akciğer kanseri tanımlı hastalar ile yaptıkları çalışmada yaşam kalitesindeki iyileşmenin sağ kalımı anlamlı olarak arttırdığı rapor edilmiştir (174). Vigano ve arkadaşları tarafından yapılan çok merkezli çalışmada ise yaşam kalitesine ilişkin psikolojik ölçütlerden ziyade fiziksel ölçütlerin sağ kalımı öngörmeye anlamlı olduğu belirtilmiştir (175). Grande ve arkadaşlarının palyatif bakım merkezli çalışmasında; SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin emosyonel rol güçlüğü, genel sağlık algısı, enerji ve sosyal işlevsellik alt boyutları ile sağ kalım arasında anlamlı ilişkili olduğu tanımlanmıştır (176). Bu doğrultuda özellikle kronik ilerleyici hastalıklarda yaşam kalitesinin tedavi başarısını ön gördürebileceğini ve daha yaygın kullanılması gereksinimini desteklemektedir. Son yıllarda yeni tanı almış hastalarda yapılan klinik çalışmalarda genel sağ kalım ve hastaliksız sağ kalım kadar, yaşam kalitesinin de hastalar için önemi kabul edilmiş ve yaşam kalitesi klinik çalışmaların en önemli sonlanım noktalarından biri haline gelmiştir (177).

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve sağ kalım söz konusu olan bireylerin %65,5'ine (n=91) ikinci değerlendirme için telefon ile ulaşılmıştır ve ilk olarak taburculuk sonrası tanıya yönelik tedavileri dışında acil servis başvurusu ile hastane yatış durumları değerlendirilmiştir. Hastaların %38,5'inin (n=35) 1 kez ve %5,5'inin (n=5) 2 kez ve daha fazla (tanıya yönelik tedavi nedenli başvurular hariç bırakılarak) acil servis başvurusu ya da hastane yatışı olduğu, %56'sının (n=51) ise hiç başvurusu olmadığı rapor edilmiştir. Ancak tanı sonrası palyatif bakıma başvuru arasındaki süre ile hastane kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yapılan bir çalışmada artan acil servis başvuruları, hastane yatışları gibi planlanmamış sağlık hizmeti kullanımlarının, agresif bakıma odaklandığı ve palyatif bakım hizmetlerinin yetersiz

kullanımı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (178). Craig ve arkadaşları, kanser hastalarında artan acil servis ve yoğun bakım başvurularının agresif müdahale kullanma eğilimini arttırdığını; bunun yanında palyatif bakım hizmetlerinin daha ulaşılabilir olmasıyla agresif müdahalelerin azaldığını bildirmişlerdir (179). Riolfi ve arkadaşları yürüttükleri çalışmada palyatif bakıma dahil edilen hastaların hastanede geçirdikleri sürelerin daha kısa olduğunu göstermiş ayrıca bazı kanser türlerinin hastane kullanımına yatkınlığa neden olduğu da rapor edilmiştir (180). Mevcut bilgiler ışığında plansız hastane başvurularını azaltacağı öngörülen palyatif bakım, maliyet etkin bir yaklaşım olarak da değerlendirilmekle birlikte bu çalışmada başvuru oranları açısından palyatif bakım hizmeti almamış hastalarla kıyaslama yapılmamış olması araştırmanın kısıtlılıklarındandır (181).

Bu çalışmada taburculuk sonrası hastane yatışı ya da acil servis başvurusu olan hastaların yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanlamaları anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Ayrıca hastane başvurusu olanlarda yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık ve genel sağlık algısı alt boyutları değişim yüzdesi diğerlerine göre anlamlı düşük izlenmiştir. Craig ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada kanser hastalarında düşük yaşam kalitesi göstergesi olarak çok sayıda acil servis başvurusu, servis ve yoğun bakım yatışı tanımlanmıştır (182). Randomize kontrollü başka bir çalışmada onkolojik bakım ile palyatif bakımın erken entegrasyonunun ileri evre kanser tanılı hastalarda yaşam kalitesini arttırdığı ve bu sonuca acil servis başvurularının azaltılmasıyla katkı sağlandığı raporlanmıştır (105). İleri evre hastalık varlığında şiddetlenen fiziksel ve ruhsal sorunlar daha karmaşık hale gelmektedir. Bu bağlamda plansız hastane başvuruları ile geç kalınmış tedavi yaklaşımlarının hastayı hem ekonomik hem psikososyal açıdan yıprattığı bilinmektedir (183). Bunun aksine erken dönemde başvuru alan palyatif bakımın, semptomların yönetimine ve psikososyal destek ile karar verme yardımına odaklanmasıyla, bakım kalitesini artırma ve hastane kullanımını azaltma potansiyelini taşıdığı belirtilmiştir (73).

Katılımcıların hastalık süresi ortalaması $17,54 \pm 25,50$ aydır. Yaşamı tehdit eden hastalık tanısından 3-11,9 ay sonra palyatif bakıma başvuran hastaların başvuru anındaki yaşam kaliteleri ölçümü 12 ay ve sonrasında başvuranlara göre anlamlı

yüksek bulundu. Enerji alt boyutunda yaşam kalitesi değişimi ise tanı süresi 12 ay ve üzeri olanlarda 3-11,9 ay olanlara göre anlamlı yüksek olarak tanımlandı. Bunun yanında tanı süresi ile yaşam kalitesi enerji ve ağrı alt boyutları değişimi arasında anlamlı pozitif korelasyon tanımlandı. Literatürde erken palyatif bakım kavramının çeşitlendirilmiş tanımlamaları ile yürütülen çalışmalar mevcuttur. Lowery ve arkadaşlarının yumurtalık kanseri tanılı hastalarda sisplatin direncinden önce başvuruyu erken palyatif bakım kapsamına aldığı çalışmada yaşam kalitesine anlamlı fayda tanımlanmıştır (76). Yaşamın son 3 ayından önce başvurunun erken palyatif bakım ile eşleştirildiği bir retrospektif çalışmada ise poliklinik ortamında verilen erken palyatif bakımın yaşam kalitesine anlamlı etkisi raporlanmıştır (79). Thoonsen ve arkadaşlarının, tanıya yönelik prognostik belirteçler ve semptom yüküne yönelik bir sınıflama ile erken palyatif bakım kriterlerini belirlediği çalışmada erken palyatif bakım ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki tanımlanmamıştır (75). Bu çalışmada tanı süresiyle yaşam kalitesi enerji ve ağrı alt boyutları değişimi arasında korelasyon izlenmesine karşın, erken palyatif bakımın zamanlamasının tanıya göre farklılık göstermesi, kabul görmüş net bir tanım ve konsensüs olmaması, erken palyatif bakımın etki ve sonuçlarının değerlendirilmesindeki standardizasyonu güçleştirmektedir.

Hastalık süresi ile yaşam kalitesi korelasyon analizi incelendiğinde palyatif bakıma erken başvuru ile yaşam kalitesi değişimi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatürde erken palyatif bakımın yaşam kalitesine etkisini inceleyen ve bunun yanında sağ kalım sonuçlarını da değerlendiren birçok çalışma mevcuttur. Morita ve arkadaşlarının Japonya’da 630 aile üyesini kapsayan çok merkezli anket çalışmasında geç kalınmış palyatif bakımın hastaların yaşam kalitelerini arttırmak için yetersiz kalınması ile sonuçlandığı gösterilmiştir (184). Bakitas ve arkadaşları ileri evre kanser tanılı 322 katılımcıyı, alanda eğitimli hemşireler tarafından sağlanan psikoeğitimsel problem çözme müdahalesi içeren palyatif bakım veya rutin bakım grubu olarak randomize etmiştir (185). Temel ve arkadaşları 151 metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanser tanılı hastayı erken palyatif bakım ekibi müdahalesi veya sadece onkolojik bakım müdahalesi gruplarına ayırarak randomize etmiştir (73). Her iki çalışmada da erken palyatif bakımın yaşam kalitesi ve ruh halini iyileştirdiği, bunun yanında kontrol grubuna göre sağ kalım açısından katkı sağlandığı tanımlanmıştır.

Hastane temelli palyatif bakım ekiplerine yönlendirilmiş ve normal bakım almış hastalardaki sonuçları karşılaştıran bir meta analizde Higginson ve arkadaşları, palyatif bakım hasta grubunda azalmış semptom sıkıntısı ve artmış yaşam kalitesini rapor etmişlerdir (186). Grudzen ve arkadaşlarının ilerlemiş kanserli ve olağan bakıma sahip 136 hastayı dahil ettikleri tek kör, randomize klinik çalışmada, acil servis yönlendirmesiyle palyatif bakım uygulanan hasta grubunda 12 hafta sonunda anlamlı olarak daha iyi yaşam kalitesi gösterilmiş, hayatta kalma oranlarında ise 1 yıllık süreçte anlamlı fark olmadığı rapor edilmiştir (187). Gaertner ve arkadaşlarının 10 randomize kontrollü çalışmayı dahil ettikleri meta analizde palyatif bakıma erken entegrasyonun orta kanıt düzeyinde yaşam kalitesin üzerinde çok küçük bir olumlu etkiye sahip olduğu vurgulanmıştır (188). İngiltere’de hastane palyatif bakım ekibinin yaşam kalitesi ve fiziksel semptomlara etkisini değerlendiren bir randomize kontrollü çalışmada Hanks ve arkadaşları ise; semptom şiddeti, ruh hali, duygusal problemler ve yaşam kalitesi skorlarında ilk hafta başlayan ve 4 hafta sonuna dek devam eden belirgin iyileşmeler kaydetmiştir (189). Haun ve arkadaşları tarafından 7 randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği sistematik derlemede ileri kanserli hastalarda erken palyatif bakımın yaşam kalitesini arttırabileceği gösterilmiş, fakat hayatta kalma üzerindeki etkiler belirsiz olarak raporlanmıştır (190). Bu çalışmada tanı sonrası palyatif bakıma başvuru zamanlaması ile sağ kalım arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Yaşamı teyit eden ve ölümü doğal bir süreç olarak gören palyatif bakım felsefesinde asıl amaç ölümü geciktirmek ya da hızlandırmak değil yaşam kalitesini attırmak olmalıdır (16). Bu nedenle palyatif bakım merkezli klinik çalışmalarda birincil sonlanım noktasının yaşam kalitesi olması gerektiği vurgulanmaktadır. Yaşam kalitesini arttırma odaklı yaklaşımların olası bir getirisi olarak sağ kalım faydası ise daha yüksek bir kanıt temeli gerektirmektedir.

DSÖ, tüm ülkelerde kanser veya diğer yaşamı tehdit eden hastalıkları olan hastaların yaşam kalitelerini iyileştirmek için kapsamlı palyatif bakım programları uygulamasını önermiştir (191). Fakat palyatif bakım hizmetleri bu ülkelerin küçük bir kısmının sağlık sistemlerine tamamen entegre edilmiştir (192). Hastaların tanı sonrası erken palyatif bakıma sevklerini öneren yönergelerle rağmen hastaların palyatif bakıma dahil edilmesinde halen geç kalınmaktadır (193). Murray ve arkadaşlarının 2017 yılında yayınlanan bir makalesinde erken palyatif bakımın önündeki en büyük engelin

yararlanabilecek kişilerin zamanında belirlenememesi olduğu vurgulanmıştır. Hastaların erken palyatif bakımdan fayda sağlayıp sağlayamayacağını sistemik olarak taramak gerektiğini ve bu değerlendirme yapılırken; genel sağlıkta düşüş belirtileri, kötü kontrol edilen semptomlar veya artan bakım ihtiyacı gibi tetikleyicilerden yararlanılabileceği savunulmaktadır (194). Evans ve arkadaşlarının yaşam sonunda geriatrik hasta grubunda yaşam kalitesini en üst düzeye çıkaracak hizmet modellerini inceledikleri bir derlemede; bakım sürekliliğine entegre edilmiş palyatif bakım modellerinin (ileri hastalık aşamasından ölüme kadar semptom şiddeti kontrolü, psikososyal destek, manevi bakım odaklı hizmetlerin dahil edildiği) yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğu bildirilmiştir (195).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

➤ Araştırmada olguların büyük çoğunluğu kanser tanıli bireylerdir. Palyatif bakımdan faydalanabilecek kanser dışı hastalıklara sahip bireylerin de sağlık hakkı kapsamında palyatif bakım hizmetlerinden etkin şekilde yararlanabilmeleri için palyatif bakım hakkında bilgilendirme ve farkındalık çalışmalarına ihtiyaç bulunmaktadır.

➤ Hastaların palyatif bakım hizmetlerinden eşit ölçüde haberdar olabilmeleri ve faydalanabilmeleri için en önemli bilgi kaynağının hekimler olduğu dikkat çekmektedir. Palyatif bakım hizmetlerine erişim hakkı açısından öncelikle ilk başvuru noktası olan ve toplum tabanlı geniş kitleleri bilgilendirebilme potansiyeli bulunan Aile Hekimleri ve diğer birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanları olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına farkındalık sağlayacak çalışmaların arttırılması önerilir.

➤ Bu çalışmada da rapor edildiği gibi halsizliğin hastalarda yaşam kalitesini tüm yönleri ile etkileyen zayıflatıcı bir semptom olduğu bilinmektedir. Halsizlik şikâyetinin özellikle palyatif bakım gibi yaşam kalitesini arttırma odaklı yaklaşımlarda her vizitte sorgulanması ve etiyolojiye yönelik değerlendirmelerle uygun ve etkili bakım desteği sağlanması önerilir.

➤ Özellikle kanser hastalarında olmak üzere çoğu ilerleyici hastalığın en yaygın semptomlarından biri olan ağrının bireyin yaşam kalitesine olumsuz etkisi tanımlanmıştır. Ağrının iyi yönetimi başarılı bir palyatif bakımın temel direklerinden biri olarak değerlendirilmektedir.

➤ Çalışmada 6 aylık süreçte vefat eden bireylerin yaşam kalitelerinin anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Palyatif bakım uygulamalarında sürecin izlemi açısından yaşam kalitesi takibinin sağ kalım ya da mortalite açısından ön gördürücü olabileceği ve düzenli olarak değerlendirilmesi gerekliliğini işaret etmektedir.

➤ Literatürde palyatif bakıma erken başvurunun yaşam kalitesi ile ilişkisini inceleyen birçok çalışma bulunmakla birlikte ülkemiz özelinde bu çalışma öncü niteliğindedir. Palyatif bakımın yaşam kalitesine etkisi, ilişkili faktörler ve erken palyatif bakım kavramı konularında ulusal verileri analiz edecek bilimsel çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

➤ Bu çalışmada erken palyatif bakım tanımlamasında tanı anından itibaren palyatif bakım merkezine başvuruya kadar geçen zaman diliminde 3 ay ve 12 aylık süreler esas alınmıştır. İlk ve ikinci yaşam kalitesi puanları değerlendirmesinde tanı süresi 3-11,9 ay olan hasta grubu yaşam kalitesi 12 ay ve üzeri olan gruba göre anlamlı yüksek görüldü. Enerji alt boyutunda yaşam kalitesi değişimi ise tanı süresi 12 ay ve üzeri olanlarda 3-11,9 ay olanlara göre anlamlı yüksek olarak tanımlandı. Tanı süresiyle yaşam kalitesi enerji ve ağrı alt boyutları değişimi arasında korelasyon izlenmesine karşın, erken palyatif bakımın zamanlamasının tanıya göre farklılık göstermesi, kabul görmüş net bir tanım ve konsensüs olmaması, erken palyatif bakımın etki ve sonuçlarının değerlendirilmesindeki standardizasyonu güçleştirmektedir

Palyatif bakımda takip edilen hayatı tehdit eden hastalıkların yaşam kalitelerini fiziksel, emosyonel ve ruhsal açılardan iyileştirmek hastalık süreçlerinin ilerleyici doğası göz önüne alındığında zorlu bir mücadeledir. Buna rağmen yapılan ikinci yaşam kalitesi değerlendirmesinde alt ölçek puan ortalamalarının tümü ilk ölçüme göre yüksek görülmüştür. Diğer yandan tanı sonrası palyatif bakım merkezine başvuru arasında geçen süre ile yaşam kalitesi enerji ve ağrı alt boyutlarında sağlanan anlamlı pozitif korelasyon ise ilerlemiş hastalıkların yaşam kalitesini arttırmada ve ağrı palyasyonu özelinde palyatif bakım müdahalesinin başarısına dikkat çekmektedir. Literatürde palyatif bakıma başvuru için doğru zamanlama ve erken palyatif bakım kavramı ile ilgili ortak bir konsensüs bulunmamakla birlikte yaşam kalitesini olumlu etkileyen bu hizmete erişim hakkı boyutuyla hastaların en erken dönemde bilgilendirilmesine özen gösterilmelidir.

Erken palyatif bakım tanımını netleştirebilmek, zamanlaması bağlamında etkilerini irdeleyerek değerlendirebilmek için saha tabanlı ve geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Şenel G, Koçak N. Palyatif Bakım Kalite Standartları. Türkiye Klinikleri Tıbbi Onkoloji-Özel Konular. 2020;13(1):5-10.
2. Organization WH. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Erişim tarihi:10.05.2020.
3. Organization WH. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. Journal of pain & palliative care pharmacotherapy. 2014;28(2):130-4.
4. Palliative Care Definition: INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE; 2019. Available from: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition>. Erişim tarihi: 01.05.2020.
5. Connor SR, Bermedo MCS. Global atlas of palliative care at the end of life: Worldwide Palliative Care Alliance; 2014.
6. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. The Cochrane database of systematic reviews. 2017;6(6):Cd011129.
7. Fallon M, Hanks G. ABC of palliative care: John Wiley & Sons; 2013. 1-3 p.
8. Uyar M, Köken İŞ. Ülkemizde Palyatif Bakımın Güncel Durumu, Sorunlar ve Öneriler. Türkiye Klinikleri Tıbbi Onkoloji-Özel Konular. 2020;13(1):11-4.
9. Group W. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science & medicine. 1995;41(10):1403-9.
10. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. New England journal of medicine. 1996;334(13):835-40.
11. Sürmeli DM, Akçiçek F. Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi. Türkiye Klinikleri Genel Cerrahi-Özel Konular. 2016;9(1):8-11.
12. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Smith TJ. Integration of palliative care into standard oncology care: ASCO clinical practice guideline update summary. J Oncol Pract. 2017;13(2):119-21.
13. Brick A, Smith S, Normand C, O'Hara S, Droog E, Tyrrell E, et al. Costs of formal and informal care in the last year of life for patients in receipt of specialist palliative care. Palliative medicine. 2017;31(4):356-68.
14. Güç ZG, Yavuzşen T. Palyatif Bakım Nedir, Ne Değildir? Tanımı, Amacı ve Felsefesi. Türkiye Klinikleri Tıbbi Onkoloji-Özel Konular. 2020;13(1):1-4.
15. Saunders C. The evolution of palliative care. Patient education and counseling. 2000;41(1):7-13.
16. A GD. Palyatif Bakım Tanımı ve Felsefesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2016;8(3):1-5.
17. Bag B. Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi. 2012;27(3):142-9.
18. Öngel K. Palyatif Bakım Tarihçesi ve Gelişimi. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular. 2017;8(4):236-40.

19. Wiese C, Zausig Y, Vormelker J, Orso S, Graf B, Hanekop G. Ambulante und stationäre palliativmedizinische Patientenversorgung in Deutschland. *Der Anaesthesist*. 2010;59(2):162-70.
20. Borasio GD. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliative & supportive care*. 2011;9(1):1-2.
21. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced nursing*. 2001;33(5):668-76.
22. Uslu FŞ, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2015;4(2):81-90.
23. Öztörün HS, Aras S. Palyatif Bakım Nedir?. *Türkiye Klinikleri Geriatri-Özel Konular*. 2018;4(1):1-6.
24. Hawley PH. The bow tie model of 21st century palliative care. *Journal of pain and symptom management*. 2014;47(1):2-5.
25. Levy M, Back A, Benedetti C, Billings J, Block S, Boston B, et al. NCCN clinical practice guidelines in oncology: palliative care. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*. 2009;7(4):436.
26. Akçiçek F, Akbulut G, Fadıloğlu Ç. Palyatif bakım evde ve hastanede çalıştay raporu. *Ege Geriatri Derneği Yayınları İzmir: Meta Basım*. 2013.
27. İnan N. Palyatif bakım organizasyonu nasıl olmalı? *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon-Özel Konular*. 2017;10(1):20-4.
28. Kılıç Öztürk Y. Palyatif Bakımda Ekip Çalışması, Kapsamlı Bakım ve Rehabilitasyon. *Palyatif Bakım Çalıştay Raporu ve 1. Samsun Palyatif Bakım Sempozyumu*. 2018:123-9.
29. Palyatif Bakım Sağlık Bakanlığı Tanımları ve Planlamaları [cited 2020 26.02]. Available from: <http://slideplayer.biz.tr/slide/2613382/>.
30. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*. 2006;3(11):442.
31. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CAJ. A method for defining and estimating the palliative care population. *Journal of pain and symptom management*. 2006;32(1):5-12.
32. Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative medicine*. 2014;28(1):49-58.
33. Etkind S, Bone A, Gomes B, Lovell N, Evans C, Higginson I, et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC medicine*. 2017;15(1):1-10.
34. Sabatowski R, Radbruch L, Nauck F, Loick G, Meuser T, Lehmann K. Entwicklung und Stand der stationären palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland. *Der Schmerz*. 2001;15(5):312-9.
35. Casarett D, Johnson M, Smith D, Richardson D. The optimal delivery of palliative care: a national comparison of the outcomes of consultation teams vs inpatient units. *Archives of internal medicine*. 2011;171(7):649-55.

36. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*. 2014;383(9930):1721-30.
37. Yennurajalingam S, Urbauer DL, Casper KL, Reyes-Gibby CC, Chacko R, Poulter V, et al. Impact of a palliative care consultation team on cancer-related symptoms in advanced cancer patients referred to an outpatient supportive care clinic. *Journal of pain and symptom management*. 2011;41(1):49-56.
38. Levy MH, Smith T, Alvarez-Perez A, Back A, Baker JN, Block S, et al. Palliative care, version 1.2014. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2014;12(10):1379-88.
39. Kabalak A, Öztürk H, Erdem AT, Akın S. SB Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2012;2(2):122-6.
40. Özkan S. Kronik ve obstrüktif akciğer hastalığı'nda (KOA) palyatif ve yaşam sonu bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi*. 2011;28(1):69-74.
41. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer AM. Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. 2010;13(1):1-6.
42. Schenck AP, Rokoske FS, Durham DD, Cagle JG, Hanson LC. The PEACE Project: identification of quality measures for hospice and palliative care. *Journal of palliative medicine*. 2010;13(12):1451-9.
43. Ferrell BR. Overview of the domains of variables relevant to end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine*. 2005;8(1):22-9.
44. Ferrell BR, Twaddle ML, Melnick A, Meier DE. National consensus project clinical practice guidelines for quality palliative care guidelines. *Journal of palliative medicine*. 2018;21(12):1684-9.
45. Lynch T, Clark D, Connor S. Mapping levels of palliative care development: a global update 2011. Report for the Worldwide Palliative Care Alliance. 2011.
46. Bingley A, Clark D. A comparative review of palliative care development in six countries represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC). *Journal of pain and symptom management*. 2009;37(3):287-96.
47. Bakanlığ, S. (2010). Türkiye Onkoloji Hizmetleri Yeniden Yapılanma Programı 2010-2023. TC Sağlık Bakanlığ Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
48. Bakanlığ S. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi. Erişim: <http://shgm.saglik.gov.tr/TR.10004>. Erişim tarihi:01.07.2020.
49. Ozgul N, Koc O, Gultekin M, Goksel F, Kerman S, Tanyeri P, et al. Opioids for cancer pain: availability, accessibility, and regulatory barriers in Turkey and Pallia-Turk Project. *Journal of pediatric hematology/oncology*. 2011;33:29-32.
50. Ozgul N, Gultekin M, Koc O, Goksel F, Bayraktar G, Ekin H, et al. Turkish community-based palliative care model: a unique design. *Annals of oncology*. 2012;23(3):76-8.
51. Komurcu S. Palliative Care in Cancer. Tuncer AM, rf Cancer Control in Turkey Ankara: Sağlık Bakanligi. 2009:299-304.

52. Komurcu S. Current status of palliative care in Turkey. *Journal of pediatric hematology/oncology*. 2011;33:78-80.
53. TBMM Plan ve Bütçe komisyonunda görüşülen Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları 2020 Yılı Bütçesi kabul edildi/Bütçe sunumu: Sağlık Bakanlığı; 2020 [cited 2020 01.07]. Available from: <https://sgb.saglik.gov.tr/TR,58918/saglik-bakanligi-2020-yili-butcesi-tbmm-plan-butce-komisyonunda-kabul-edildi.html>.
54. Murray SA, Mitchell S, Boyd K, Moine S. Palliative care: training the primary care workforce is more important than rebranding. *BMJ (Clinical research ed)*. 2019;365:l4119.
55. Benli AR, Erbesler ZA. Türkiye’de palyatif bakımda uygulama ve anlayış farklılıkları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2016;20(1):5-6.
56. Europe W. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe. 2002.
57. Park S, Abrams R. Alma-Ata 40th birthday celebrations and the Astana Declaration on Primary Health Care 2018. *British Journal of General Practice*; 2019;69(682):220-21.
58. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoglu AS, YARIŞ F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2007;27(3):412-8.
59. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Türkiye’de bir Tıp Disiplini olarak Aile Hekimliği’nin Gelişimi. *GeroFam*. 2010;1(1):29-40.
60. Cubaka VK, Dyck C, Dawe R, Alghalyini B, Whalen-Browne M, Cejas G, et al. A global picture of family medicine: the view from a WONCA Storybooth. *BMC family practice*. 2019;20(1):129.
61. Rotar Pavlič D, Aarendonk D, Wens J, Rodrigues Simões JA, Lynch M, Murray S. Palliative care in primary care: European Forum for Primary Care position paper. *Primary health care research & development*. 2019;20:133.
62. Strand JJ, Kamdar MM, Carey EC, editors. Top 10 things palliative care clinicians wished everyone knew about palliative care. *Mayo Clinic Proceedings*. 2013;88(8):859-65.
63. Rietjens JA, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology*. 2017;18(9):543-51.
64. Kebudi R, Cakir F, Gultekin M. Palliative care to the cancer patient in Turkey. *Palliative Care to the Cancer Patient: The Middle East as a Model for Emerging Countries* New York, NY: Nova Science Publisher. 2014:193-210.
65. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Kwete XJ, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018;391(10128):1391-454.
66. Murray SA, Firth A, Schneider N, Van den Eynden B, Gomez-Batiste X, Brogaard T, et al. Promoting palliative care in the community: production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Palliative medicine*. 2015;29(2):101-11.

67. International Primary Palliative Care Network [cited 2020 01.07]. Available from: <http://www.ippcn.org/>.
68. Kelley AS, Meier DE. Palliative care—a shifting paradigm. *The New England Journal of Medicine*. 2010;363:781-82.
69. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2017;35(1):96-112.
70. Temel JS, Jackson VA, Billings JA, Dahlin C, Block SD, Buss MK, et al. Phase II study: Integrated palliative care in newly diagnosed advanced non–small-cell lung cancer patients. *Journal of clinical oncology*. 2007;25(17):2377-82.
71. Greer JA, Jackson VA, Meier DE, Temel JS. Early integration of palliative care services with standard oncology care for patients with advanced cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2013;63(5):349-63.
72. Irwin KE, Greer JA, Khatib J, Temel JS, Pirl WF. Early palliative care and metastatic non-small cell lung cancer: potential mechanisms of prolonged survival. *Chronic respiratory disease*. 2013;10(1):35-47.
73. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*. 2010;363(8):733-42.
74. Shahidi J, Bernier N, Cohen SR. Quality of life in terminally ill cancer patients: contributors and content validity of instruments. *Journal of palliative care*. 2010;26(2):88-93.
75. Thoonsen B, Groot M, Engels Y, Prins J, Verhagen S, Galesloot C, et al. Early identification of and proactive palliative care for patients in general practice, incentive and methods of a randomized controlled trial. *BMC family practice*. 2011;12(1):123.
76. Lowery WJ, Lowery AW, Barnett JC, Lopez-Acevedo M, Lee PS, Secord AA, et al. Cost-effectiveness of early palliative care intervention in recurrent platinum-resistant ovarian cancer. *Gynecologic oncology*. 2013;130(3):426-30.
77. Lee YJ, Yang J-H, Lee J-W, Yoon J, Nah J-R, Choi W-S, et al. Association between the duration of palliative care service and survival in terminal cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2015;23(4):1057-62.
78. Amano K, Morita T, Tatara R, Katayama H, Uno T, Takagi I. Association between early palliative care referrals, inpatient hospice utilization, and aggressiveness of care at the end of life. *Journal of palliative medicine*. 2015;18(3):270-3.
79. Hui D, Kim SH, Roquemore J, Dev R, Chisholm G, Bruera E. Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients. *Cancer*. 2014;120(11):1743-9.

80. Vergnenègre A, Hominal S, Tchalla AE, Bérard H, Monnet I, Fraboulet G, et al. Assessment of palliative care for advanced non-small-cell lung cancer in France: a prospective observational multicenter study (GFPC 0804 study). *Lung cancer*. 2013;82(2):353-7.
81. Davis MP, Temel JS, Balboni T, Glare P. A review of the trials which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses. *Annals of palliative medicine*. 2015;4(3):99.
82. Ostfeld E. Aristotle on the Good Life and Quality of Life. Nordenfelt L. (Eds) *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*. Dordrecht: Springer Netherlands. 1994;19-24.
83. Şahin Ş, Toprak S, Ünal E. QALY; Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılları [QALY; Quality Adjusted Life Year]. *Medicine Science*. 2012;1(4):232-43.
84. Akyol A. Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir. 1992.
85. Conference IH. Constitution of the World Health Organization. 1946. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002;80(12):983.
86. Alleyne GA. Health and the quality of life. *Pan Am J Public Health*. 2001;9(1):1-6.
87. Kickbusch I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American journal of public health*. 2003;93(3):383-8.
88. Moridi H, Ghasemi P, Nikrang M, Ghajari S. A systematic review on the concept of quality of life. *Journal of Social Issues & Humanities*. 2015:172-8.
89. Lima MG, Barros MBdA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2009;25:314-21.
90. Fumincelli L, Mazzo A, Martins JCA, Mendes IAC. Quality of life and ethics: A concept analysis. *Nursing ethics*. 2019;26(1):61-70.
91. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*. 2019:1-10.
92. Bullinger M, Schmidt S, Petersen C, group D. Assessing quality of life of children with chronic health conditions and disabilities: a European approach. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2002;25(3):197-206.
93. Aydemir Ö. Sağlıkta yaşam kalitesinin klinik uygulamalarda kullanımı. *Sağlıkta Birlik Dergisi*. 2006;1:9-13.
94. Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*. 2016;8(15):137-50.
95. Yapıcı A. Alkol bağımlılığında depresyon ve anksiyetenin yetiyitimi ve yaşam kalitesine etkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 11. Psikiyatri Kliniği. Uzmanlık Tezi, İstanbul. 2006.
96. Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi. *Üroonkolji Bülteni*. 2005:25-9.

97. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. Pediatric health-related quality of life measurement technology: A guide for health care decision makers. JCOM-WAYNE PA-. 1999;6:33-44.
98. Sucaklı MH, Koşar Y. Palyatif bakım ve yaşam kalitesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2014;8(3):34-9.
99. Peykerli G. Ölümcül hastalıklara psikolojik yaklaşım. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2003;25(4):62-5.
100. Murphy BA. Advances in quality of life and symptom management for head and neck cancer patients. Current Opinion in Oncology. 2009;21(3):242-7.
101. Vissers KC, van den Brand MW, Jacobs J, Groot M, Veldhoven C, Verhagen C, et al. Palliative medicine update: a multidisciplinary approach. Pain Practice. 2013;13(7):576-88.
102. McCaffrey N, Bradley S, Ratcliffe J, Currow DC. What aspects of quality of life are important from palliative care patients' perspectives? A systematic review of qualitative research. Journal of pain and symptom management. 2016;52(2):318-28.
103. Heydarnejad MS, Hassanpour DA, Solati DK. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. African health sciences. 2011;11(2):267-70.
104. Chui YY, Kuan HY, Fu IC, Liu RK, Sham MK, Lau KS. Factors associated with lower quality of life among patients receiving palliative care. Journal of advanced nursing. 2009;65(9):1860-71.
105. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. The Lancet Oncology. 2018;19(3):394-404.
106. Davis MP, Hui D. Quality of Life in Palliative Care. Expert review of quality of life in cancer care. 2017;2(6):293-302.
107. Hwang IC, Ahn HY. A review on palliative care research outcomes: focus on the quality of life. The Korean Journal of Hospice and Palliative Care. 2012;15(3):141-6.
108. Groenvold M, Petersen MA, Aaronson NK, Arraras JI, Blazeby JM, Bottomley A, et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. European Journal of Cancer. 2006;42(1):55-64.
109. Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. Palliative medicine. 1995;9(3):207-19.
110. Cohen SR, Sawatzky R, Russell LB, Shahidi J, Heyland DK, Gadermann AM. Measuring the quality of life of people at the end of life: The McGill Quality of Life Questionnaire-Revised. Palliative medicine. 2017;31(2):120-9.
111. Cella DF, Tulsky DS. Measuring quality of life today: methodological aspects. Oncology (Williston Park, NY). 1990;4(5):29.
112. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 1993;11(3):570-9.

113. Lyons KD, Bakitas M, Hegel MT, Hanscom B, Hull J, Ahles TA. Reliability and validity of the functional assessment of chronic illness therapy-palliative care (FACIT-pal) scale. *Journal of pain and symptom management*. 2009;37(1):23-32.
114. Bagcivan G, Bredle J, Bakitas M, Dogan BG. Reliability and Validity of the Turkish Version of the FACIT-PAL Quality of Life Instrument. *Journal of pain and symptom management*. 2019;58(2):297-305.
115. McGee HM, O'Boyle CA, Hickey A, O'Malley K, Joyce C. Assessing the quality of life of the individual: the SEIQoL with a healthy and a gastroenterology unit population. *Psychological medicine*. 1991;21(3):749-59.
116. Steinhauser KE, Bosworth HB, Clipp EC, McNeilly M, Christakis NA, Parker J, et al. Initial assessment of a new instrument to measure quality of life at the end of life. *Journal of palliative medicine*. 2002;5(6):829-41.
117. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *Jama*. 2000;284(19):2476-82.
118. Patrick DL, Engelberg RA, Curtis JR. Evaluating the quality of dying and death. *Journal of pain and symptom management*. 2001;22(3):717-26.
119. Group TE. EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy*. 1990;16(3):199-208.
120. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of palliative care*. 1991;7(2):6-9.
121. SADIRLI SK, ÜNSAR S. Kanserli hastalarda Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ); Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009;4(1):79-95.
122. Hearn J, Higginson I. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. *Palliative Care Core Audit Project Advisory Group. BMJ Quality & Safety*. 1999;8(4):219-27.
123. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer*. 1994;30(9):1326-36.
124. Yildirim Y, Tokem Y, Bozkurt N, Fadiloglu C, Uyar M, Uslu R. Reliability and validity of the Turkish version of the Memorial Symptom Assessment Scale in cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(12):3389-96.
125. Karnofsky DA, Burchenal JH. Present status of clinical cancer chemotherapy. *The American journal of medicine*. 1950;8(6):767-88.
126. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. *Journal of palliative care*. 1996;12(1):5-11.

127. Weitzner MA, Jacobsen P, Wagner H, Friedland J, Cox C. The Caregiver Quality of Life Index–Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Quality of life Research*. 1999;8(1-2):55-63.
128. Bektas HA, Ozer ZC. Reliability and validity of the caregiver quality of life index-cancer (CQOLC) scale in Turkish cancer caregivers. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(21):3003-12.
129. Salmon JR, Kwak J, Acquaviva KD, Egan KA, Brandt K. Validation of the caregiving at life's end questionnaire. *The American journal of hospice & palliative care*. 2005;22(3):188-94.
130. M Ross M, McDonald B, McGuinness J. The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *Journal of advanced nursing*. 1996;23(1):126-37.
131. Carroll G, Brisson DPH, Ross MM, Labbé R. The French version of the palliative care quiz for nursing (PCQN-F): development and evaluation. *Journal of palliative care*. 2005;21(1):27-34.
132. Burckhardt CS, Anderson KL. The Quality of Life Scale (QOLS): reliability, validity, and utilization. *Health and quality of life outcomes*. 2003;1(1):60.
133. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992;473-83.
134. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. The reliability and validity of the Turkish version of short form-36 (KF-36). *J Med Treat*. 1999;12:102-6.
135. Komaç A, Elyiğit F, Türemiş C, Gram E, Akar H. 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.
136. Karadeniz N. Palyatif Bakım Biriminde İzlenen Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi. SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. Uzmanlık Tezi, İzmir. 2018.
137. Özalp G, Uysal N, Oğuz G, Koçak N, Karaca Ş, Kadioğulları N. Identification of Symptom Clusters in Cancer Patients at Palliative Care Clinic. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 2017;4(3):259-64.
138. Yürüyen M, Tevetoglu İÖ, Tekmen Y, Polat Ö, Arslan İ, Okuturlar Y. Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2018;10(1):74-80.
139. Güner P, Isikhan V, Kömürcü S, İl S, Oztürk B, Arpacı F, et al. Quality of life and sociodemographic characteristics of patients with cancer in Turkey. *Oncology nursing forum*. 2006;33(6):1171-6.
140. Hagelin CL, Seiger Å, Fürst C. Quality of life in terminal care—with special reference to age, gender and marital status. *Supportive Care in Cancer*. 2006;14(4):320.
141. Osoba D, Zee B, Pater J, Warr D, Latreille J, Kaizer L. Determinants of postchemotherapy nausea and vomiting in patients with cancer. Quality of Life and Symptom Control Committees of the National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 1997;15(1):116-23.

142. Morrison EJ, Novotny PJ, Sloan JA, Yang P, Patten CA, Ruddy KJ, et al. Emotional problems, quality of life, and symptom burden in patients with lung cancer. *Clinical Lung Cancer*. 2017;18(5):497-503.
143. Mystakidou K, Tsilika E, Kouloulis V, Parpa E, Katsouda E, Kouvaris J, et al. The " palliative care quality of life instrument (PQLI)" in terminal cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2004;2(1):8.
144. Gültekin Z, Pinar G, Pinar T, Kiziltan G, Doğan N, Algier L, et al. Akciğer Kanseri Hastalarının Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Bakım Hizmet Beklentileri. *International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*. 2008;18(2):99-106.
145. Delibegovic A, Sinanovic O, Galic G, Sabic A, Sabic D. The Influence of Palliative Care on Quality of Life in Patients with Lung Cancer. *Materia socio-medica*. 2016;28(6):420-3.
146. Göktalay T, Akın M, Aydemir Ö. Akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesi değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları*. 2002;13:265-70.
147. Langendijk JA, ten Velde GPM, Aaronson NK, de Jong JMA, Muller MJ, Wouters EFM. Quality of life after palliative radiotherapy in non-small cell lung cancer: a prospective study. *International Journal of Radiation Oncology*Biophysics*. 2000;47(1):149-55.
148. Chemotherapy in non-small cell lung cancer: a meta-analysis using updated data on individual patients from 52 randomised clinical trials. Non-small Cell Lung Cancer Collaborative Group. *BMJ (Clinical research ed)*. 1995;311(7010):899-909.
149. Spiro SG, Rudd RM, Souhami RL, Brown J, Fairlamb DJ, Gower NH, et al. Chemotherapy versus supportive care in advanced non-small cell lung cancer: improved survival without detriment to quality of life. *Thorax*. 2004;59(10):828-36.
150. Browner I, Carducci MA, editors. Palliative chemotherapy: Historical perspective, applications, and controversies. *Seminars in oncology*; 2005: Elsevier.
151. Aydoğan F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim*. 2011;24(3):4-9.
152. Salvo N, Hadi S, Napolskikh J, Goh P, Sinclair E, Chow E. Quality of life measurement in cancer patients receiving palliative radiotherapy for symptomatic lung cancer: a literature review. *Current oncology (Toronto, Ont)*. 2009;16(2):16-28.
153. Schnipper LE, Smith TJ, Raghavan D, Blayney DW, Ganz PA, Mulvey TM, et al. American Society of Clinical Oncology identifies five key opportunities to improve care and reduce costs: the top five list for oncology. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2012;30(14):1715-24.
154. Mohandas H, Jaganathan SK, Mani MP, Ayyar M, Rohini Thevi GV. Cancer-related fatigue treatment: An overview. *Journal of cancer research and therapeutics*. 2017;13(6):916-29.
155. Servaes P, Verhagen C, Bleijenberg G. Fatigue in cancer patients during and after treatment: prevalence, correlates and interventions. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*. 2002;38(1):27-43.

156. Ghoshal A, Salins N, Deodhar J, Damani A, Muckaden MA. Fatigue and Quality of Life Outcomes of Palliative Care Consultation: A Prospective, Observational Study in a Tertiary Cancer Center. *Indian J Palliat Care*. 2016;22(4):416-26.
157. Gupta D, Lis CG, Grutsch JF. The relationship between cancer-related fatigue and patient satisfaction with quality of life in cancer. *Journal of pain and symptom management*. 2007;34(1):40-7.
158. Oldenmenger WH, Pleun J, de Klerk C, van der Rijt CC. Cut points on 0–10 numeric rating scales for symptoms included in the Edmonton Symptom Assessment Scale in cancer patients: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*. 2013;45(6):1083-93.
159. Van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*. 2007;18(9):1437-49.
160. Bisht M, Bist S, Dhasmana D, Saini S. Palliative care in advanced cancer patients in a tertiary care hospital in Uttarakhand. *Indian J Palliat Care*. 2008;14(2):75.
161. Singh DP. Quality of life in cancer patients receiving palliative care. *Indian J Palliat Care*. 2010;16(1):36-43.
162. Rodriguez C, Ji M, Wang H-L, Padhya T, McMillan SC. Cancer pain and quality of life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2019;21(2):116-23.
163. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 2018;29:166-91.
164. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands. *Pain*. 2007;132(3):312-20.
165. Clayton J, Fardell B, Hutton-Potts J, Webb D, Chye R. Parenteral antibiotics in a palliative care unit: prospective analysis of current practice. *Palliative medicine*. 2003;17(1):44-8.
166. Stone PW, Agarwal M, Ye F, Sorbero M, Miller SC, Dick AW. Integration of Palliative Care and Infection Management at the End of Life in U.S. Nursing Homes. *Journal of pain and symptom management*. 2019;58(3):408-16.e1.
167. Tark A, Estrada LV, Tresgallo ME, Quigley DD, Stone PW, Agarwal M. Palliative care and infection management at end of life in nursing homes: A descriptive survey. *Palliative medicine*. 2020;34(5):580-8.
168. Smeenk FW, van Haastregt JC, de Witte LP, Crebolder HF. Effectiveness of home care programmes for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital: systematic review. *BMJ (Clinical research ed)*. 1998;316(7149):1939-44.
169. Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson E, Franks P, Kite S, Lorentzon M, et al. The impact of different models of specialist palliative care on patients' quality of life: a systematic literature review. *Palliative medicine*. 1999;13(1):3-17.

170. Jordhøy MS, Fayers P, Loge JHv, Ahlner-Elmqvist M, Kaasa S. Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2001;19(18):3884-94.
171. Meneguín S, Matos TDS, Ferreira M. Perception of cancer patients in palliative care about quality of life. *Revista brasileira de enfermagem*. 2018;71(4):1998-2004.
172. Pektaş M, Turgut Ö, Aydın B, Sagun A. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Palyatif Bakım Biriminde yatan hastaların retrospektif analizi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;407-12.
173. Miniksar ÖH, Aydın A. Palyatif Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Retrospektif Analizi. *Journal of Contemporary Medicine*. 2019;10(3):1-5.
174. Ganz PA, Jack Lee J, Siau J. Quality of life assessment. An independent prognostic variable for survival in lung cancer. *Cancer*. 1991;67(12):3131-5.
175. Vigano A, Donaldson N, Higginson IJ, Bruera E, Mahmud S, Suarez-Almazor M. Quality of life and survival prediction in terminal cancer patients: a multicenter study. *Cancer*. 2004;101(5):1090-8.
176. Grande GE, Farquhar MC, Barclay SI, Todd CJ. Quality of life measures (EORTC QLQ-C30 and SF-36) as predictors of survival in palliative colorectal and lung cancer patients. *Palliative & supportive care*. 2009;7(3):289.
177. Cherny NI, Sullivan R, Dafni U, Kerst JM, Sobrero A, Zielinski C, et al. A standardised, generic, validated approach to stratify the magnitude of clinical benefit that can be anticipated from anti-cancer therapies: the European Society for Medical Oncology Magnitude of Clinical Benefit Scale (ESMO-MCBS). *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*. 2017;28(11):2901-5.
178. Kurowski B. Cancer carve outs, specialty networks, and disease management: a review of their evolution, effectiveness, and prognosis. *The American Journal of Managed Care*. 1998;4:71- 89.
179. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Ayanian JZ, Block SD, Weeks JC. Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2004;22(2):315-21.
180. Riolfi M, Buja A, Zanardo C, Marangon CF, Manno P, Baldo V. Effectiveness of palliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative home-care team: a retrospective cohort study. *Palliative medicine*. 2014;28(5):403-11.
181. May P, Garrido MM, Cassel JB, Kelley AS, Meier DE, Normand C, et al. Palliative care teams' cost-saving effect is larger for cancer patients with higher numbers of comorbidities. *Health Affairs*. 2016;35(1):44-53.
182. Earle CC, Park ER, Lai B, Weeks JC, Ayanian JZ, Block S. Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2003;21(6):1133-8.

183. Allende-Pérez S, Verástegui-Avilés E, Mohar-Betancourt A, Meneses-García A, Herrera-Gómez A. Integrated oncology and palliative care: five years experience at the National Cancer Institute of Mexico. *salud pública de méxico*. 2016;58:317-24.
184. Morita T, Akechi T, Ikenaga M, Kizawa Y, Kohara H, Mukaiyama T, et al. Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *Journal of Clinical Oncology*. 2005;23(12):2637-44.
185. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *Jama*. 2009;302(7):741-9.
186. Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, Cook AM, Hood K, Edwards AG, et al. Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *Journal of pain and symptom management*. 2002;23(2):96-106.
187. Grudzen CR, Richardson LD, Johnson PN, Hu M, Wang B, Ortiz JM, et al. Emergency Department-Initiated Palliative Care in Advanced Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA oncology*. 2016;2(5):591-8.
188. Gaertner J, Siemens W, Meerpohl JJ, Antes G, Meffert C, Xander C, et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed)*. 2017;357:j2925.
189. Hanks GW, Robbins M, Sharp D, Forbes K, Done K, Peters TJ, et al. The imPaCT study: a randomised controlled trial to evaluate a hospital palliative care team. *Br J Cancer*. 2002;87(7):733-9.
190. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;6(6):Cd011129.
191. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of pain and symptom management*. 2002;24(2):91-6.
192. 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.
193. Hui D, Elsayem A, De la Cruz M, Berger A, Zhukovsky DS, Palla S, et al. Availability and integration of palliative care at US cancer centers. *Jama*. 2010;303(11):1054-61.
194. Murray SA, Kendall M, Mitchell G, Moine S, Amblàs-Novellas J, Boyd K. Palliative care from diagnosis to death. *BMJ (Clinical research ed)*. 2017;356:j878.
195. Evans CJ, Ison L, Ellis-Smith C, Nicholson C, Costa A, Oluyase AO, et al. Service Delivery Models to Maximize Quality of Life for Older People at the End of Life: A Rapid Review. *Milbank Q*. 2019;97(1):113-75.

EKLER

6.1. HASTA ONAM VE VERİ FORMU

ERKEN PALYATİF BAKIMIN YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ ANKETİ

Palyatif Bakım Merkezi uygulamaları dünyada birçok ülkede yaygınlaşmakla birlikte ülkemizde son yıllarda önem kazanmıştır. Elif Erdem tarafından tez çalışması olarak yürütülen bu çalışmayla palyatif bakım servisinde izlenen hastalarda hastaların rahatsızlıklarının değerlendirmesi ve palyatif bakım hizmetlerini geliştirmeye yönelik planlamalar yapılabilmesi amaçlanmaktadır. Araştırma kapsamında hazırlanan soruları yanıtlamanız yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile hiçbir yükümlülükten sorumlu olmayacaksınız. Araştırmanın sonuçları tamamen bilimsel amaçla kullanılacak olup, vereceğiniz cevaplar tamamen hastalığınızla ilgili rahatsızlıkları değerlendirmeye yöneliktir ve size herhangi bir yükümlülük yaratmamaktadır. Kişisel bilgileriniz kaydedilmeyecek ve araştırma yayınlansa bile bilgileriniz kullanılmayacaktır.

Araştırmaya
katılmayı kabul ediyorum

İMZA

1. Hasta No :
2. Hasta Adı-Soyadı :
3. Doğum tarihi :
4. Cinsiyet : 1. Kadın 2. Erkek
5. Medeni durum : 1. Bekar 2. Evli 3. Boşanmış 4. Diğer
6. Eğitim durumu: 1. Okuryazar Değil 2. Okuryazar 3. İlkokul
4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite
7. Meslek :
8. Yaşadığı yer : 1. Ev 2. Bakım kurumu 3. Diğer (...):
9. Başvuru zamanı :
10. Palyatif Bakım servisine kim tarafından yönlendirildiği:
11. Palyatif Bakım servisine başvuru nedeni:
12. Tanı:
13. Tanıdan itibaren geçen süre:
14. Palyatif bakım birimine yatış sayısı (Daha önce Palyatif bakım hizmeti aldınız mı?):
15. KT-RT tedavisi alma öyküsü:

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği-İlk Değerlendirme

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Gecen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır.

Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız		
AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç Kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı(ağrı) hissettiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıldığı ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız					
	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a.Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c.Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d.Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f.Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız				
	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

1- Hastanın seyri?

- 1- Taburcu
- 2- Başka bir kliniğe sevk
- 3- Vefat

2- İkinci değerlendirme için hasta ile nasıl iletişime geçildi?

1. Hasta kontrol muayeneye çağırıldı yüz yüze kontrol görüşmesi yapıldı
2. Hastaya telefon ile ulaşılarak kontrol görüşmesi yapıldı
3. Hastanın yakınlarından hastanın vefat ettiği öğrenildi

3- 2-6 aylık süreçte hastanın hiç acil servis başvurusu/hastane yatışı oldu mu? (Tanıya yönelik tedavi ve takip başvuruları dışında)

1. Hiç olmadı
2. 1 kez
3. 2 kez ve daha fazla

6 Ay Sonrası İkinci Değerlendirme-SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır.

Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız		
AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç Kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı(ağrı) hissettiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız					
	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a.Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c.Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d.Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f.Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız				
	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

BİREYSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Elif ERDEM

Doğum Yeri ve Tarihi: İzmir / 16.12.1992

İletişim Adresi ve Telefon Numarası: dreliferdemmm@gmail.com / 5533255538

Yabancı Dili: İngilizce

EĞİTİMİ

Bursa İnegöl Vehbi Koç İlköğretim Okulu 1998-2006

Aydın Fen Lisesi 2006-2010

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 2010-2016

ÜNVANLARI VE MESLEK DENEYİMLERİ

2017 Ocak-Eylül Sivas Zara Devlet Hastanesi Acil Servis Pratisyen Hekim

2017-...SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Asistan
Hekim

BİLİMSEL ÇALIŞMALAR

2018, 17. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi Poster Sunumu:

Palyatif Bakımda Demans Hastalarına Yönelik Bireyselleştirilmiş Bakım
Uygulaması: Eşleştirilmiş Tablolar

2018, 12. Aile Hekimliği Güz Okulu Poster Sunumu: Karın Ağrısı ve İshal ile

Başvuran Bir Periton Tüberkülozu Olgusu