



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

**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR HASTANENİN PALYATİF BAKIM
SERVİSİNDEKİ HASTALARIN YATIŞ SÜRESİ VE
TABURCULUK DURUMLARININ RETROSPEKTİF
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Fulya Tarakçı

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/ 2019



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

**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR HASTANENİN PALYATİF BAKIM
SERVİSİNDEKİ HASTALARIN YATIŞ SÜRESİ VE
TABURCULUK DURUMLARININ RETROSPEKTİF
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Fulya Tarakçı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hülya Parıldar

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/ 2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sürecinde desteğini esirgemeyen, sabrı ve hoşgörüsüyle yanımda olan tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Hülya Parıldar'a,

Asistanlık eğitimimde bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, bana yol gösteren Doç. Dr. Haluk Mergen'e, Doç. Dr. Umut Gök Balcı'ya, Doç. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk'e, Uzm. Dr. Yusuf Adnan Güçlü'ye, Uzm. Dr. Tevfik Tanju Yılmaz'ın ve Uzm. Dr. Bakiye Nurdan Tekgöl'e,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarıma,

Tezimin istatistiksel analizine büyük katkısı olan Uzm. Dr. Ayşegül Bayad'a,

Tüm hayatım boyunca beni her zaman destekleyen ve yanımda olan annem, babam ve kardeşlerime,

Varlığına şükrettiğim sevgili eşim Mustafa Tarakçı'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Fulya TARAKÇI

İzmir, 2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	iv
ŞEKİL LİSTESİ	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Palyatif Bakım	2
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	2
2.1.2. Palyatif Bakımın Amacı ve İlkeleri	3
2.1.3. Palyatif Bakım Ekibi	4
2.1.4.Palyatif Bakım İhtiyacı ve Hedef Gruplar	5
2.1.5. Palyatif Bakımda Taburculuk Kriterleri.....	6
2.1.6. Türkiye’de Palyatif Bakım Uygulamaları	7
3. GEREÇ VE YÖNTEM	8
3.1.ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI BİRİM	8
3.2.ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ	8
3.3.İSTATİSTİKSEL YÖNTEM	9
3.4.ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ.....	9
3.5.ETİK KURUL ONAYI	10
4. BULGULAR	11
5.TARTIŞMA	24
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER	27
7.KAYNAKLAR	28
8.EKLER.....	30
8.1. ETİK KURUL ONAM FORMU	30
9.ÖZGEÇMİŞ.....	31

KISALTMALAR

ALS	: Amyotrofik Lateral Skleroz
BPH	: Benign Prostat Hipertrofisi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IASP	: International Association for the Study of Pain
NRS	: Nutritional Risk Screening
PEG	: Perkütan Enteral Gastrostomi
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SVH	: Serebrovasküler Hastalık
T.C	: Türkiye Cumhuriyeti
WHO	: World Health Organization
WPCA	: Worldwide Palliative Care Alliance

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Hastaların cinsiyet dağılımı	11
Tablo 2.	Hastaların cinsiyete göre yaş dağılımı	11
Tablo 3.	Hastaların kategorize yaş dağılımı	12
Tablo 4.	Hastaların tanı/ön tanılarına göre dağılımı.....	12
Tablo 5.	Hastaların malignite tanıları	13
Tablo 6.	Cinsiyet ve malignite durumu ilişkisi	14
Tablo 7.	Hastaların klinik özellikleri.....	14
Tablo 8.	Hastaların cinsiyete göre yatış sürelerinin dağılımı	15
Tablo 9.	Hastaların yaşları ve yatış süreleri arasındaki ilişki.....	15
Tablo 10.	Hastaların kategorize yatış süresi.....	15
Tablo 11.	Hastaların klinik özelliklerine göre yatış sürelerinin dağılımı	16
Tablo 12.	Hastalarda mevcut olan hastalıklar ve yatış sürelerinin dağılımı.....	17
Tablo 13.	Hastaların yatış süresince beslenme şekli	18
Tablo 14.	Hastaların beslenme şekline göre yatış sürelerinin dağılımı.....	18
Tablo 15.	Beslenme şeklinde gruplar arası farklılık.....	19
Tablo 16.	Hastaların analjezik kullanım durumuna göre dağılımı	19
Tablo 17.	Hastaların analjezik ve opioid kullanımına göre yatış sürelerinin dağılımı.....	20
Tablo 18.	Hastaların demografik ve klinik özellikleri ile taburculuk durumlarının ilişkisi	21
Tablo 19.	Hastaların klinik özellikleri ile taburculuk durumlarının ilişkisi	22
Tablo 20.	Taburculuk durumlarında yaş dağılımı	23
Tablo 21.	Yatış süreleri ve taburculuk durumları arasındaki ilişki	23

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Palyatif bakım ile küratif tedavinin entegrasyonu 3

Şekil 2. Palyatif bakım ekibi..... 4



ÖZET

ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR HASTANENİN PALYATİF BAKIM SERVİSİNDEKİ HASTALARIN YATIŞ SÜRESİ VE TABURCULUK DURUMLARININ RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu çalışmada, üçüncü basamak bir hastanenin palyatif bakım servisinde 1 yıllık sürede yatan hastaların yatış süreleri ve taburculuk durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, önlenebilir ve tedavi edilebilir durumların tespit edilmesi, gereksiz sağlık harcamalarının ve uzun yatışın neden olabileceği morbidite, mortalitenin önüne geçilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın evrenini SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde 01.07.2017-01.07.2018 tarihleri arasında yatan 18 yaş ve üzeri hastalar oluşturdu. Retrospektif, tanımlayıcı olan bu çalışmada tekrarlı yatışları olan hastaların son yatışları değerlendirildi. Çalışmaya alınan 330 hastanın sosyodemografik özellikleri, yatış tanıları, komorbid hastalık durumları, polifarmasi, enfeksiyon, bası yarası varlığı, antibiyotik ve analjezik kullanımı, yatış süresi ve taburculuk durumları hasta kayıtlarından elde edildi. Elde edilen veriler SPSS 24 programına kaydedilerek analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama $\pm$ standart sapma ($\bar{x} \pm ss$), en küçük değer (min), en büyük değer (max), ortanca (median) olarak verildi. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı ShapiroWilk normallik testi ve Q-Q grafikleri ile değerlendirildi. Sayısal değişkenler için gruplar arası karşılaştırmalarda normal dağılım varsayımı sağlanmadığı için Mann-Whitney U testi kullanıldı. İki den fazla bağımsız grupların karşılaştırmaları Kruskal-Wallis analizi ile değerlendirildi ve çoklu karşılaştırma için Dunn-Bonferroni testi kullanıldı. Kategorik verilerin gruplar arasında karşılaştırılması Pearson Ki-Kare testi kullanılarak yapıldı. Korelasyon testi olarak Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya alınan 330 hastanın; 93'ü kadın (%28,2), 237'si erkek (%71,8) idi. Hastaların ortalama yaşı 65 (20-106), kadınların 63 (21-96), erkeklerin ise 65 (20-106) yıl olarak saptanmış olup cinsiyetler arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p:0,694$). En sık yatış tanısının %69,1 ile malignite daha sonra %11,2 ile enfeksiyon olduğu görüldü.

Hastaların hastanede ortalama yatış süresi 14 (1-91) gün olarak saptandı ve hastaların yatış süresi ile pozitif ilişkili faktörlerin, enfeksiyon, polifarmasi ve bası yarası varlığı, antibiyotik ve analjezik kullanımı olduğu, parenteral beslenen hastaların yatış süresinin ise daha kısa olduğu görüldü. Yaş ile yatış süresi arasında zayıf anlamlı ve negatif bir ilişki saptandı ($r:-0,119$) ($p:0,031$).

Hastaların taburculuk durumuna bakıldığında 274 (%83) hastanın taburcu, 24 (%7,3) hastanın yoğun bakıma ya da başka bir kliniğe sevk edildiği, 32 (%9,7) hastanın ise hayatını kaybettiği görüldü. Taburculuk durumu ile ilişkili faktörler ise; enfeksiyon durumu ($p<0,01$), antibiyotik kullanım durumu ($p:0,02$), beslenme şekli ($p<0,01$) ve opioid kullanımı ($p<0,01$) olarak görüldü.

Sonuç: Yaşlı nüfusun artması ve hastalıkların kronikleşmesi nedeni ile palyatif bakım ihtiyacı gün geçtikçe artmaktadır. Çalışmamızda palyatif servise yatan hastaların büyük çoğunluğunu malignite hastalarının oluşturması kanser hastaları için palyatif bakımın önemini vurgulamaktadır. Palyatif bakım sadece malignite hastaları için değil kronik hastalığı olan ve destek tedavisine ihtiyaç duyan tüm hastalar için bir ihtiyaçtır. Palyatif bakım merkezlerinin artması ve farkındalığın oluşturulması yönünde çalışmalar yapılması önemlidir. Mevcut literatürler incelendiğinde palyatif bakım biriminde yatan hastaların yatış süresi ve taburculuk durumlarının incelendiği mevcut çalışma sayısı çok azdır ve daha fazla merkezle daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, Destekleyici bakım, Yaşam sonu bakım

ABSTRACT

RETROSPECTIVE EVALUATION OF TERM OF HOSPITALIZATION AND DISCHARGE STATUS OF PATIENTS IN THE PALLIATIVE CARE SERVICE OF A THIRD STEP HOSPITAL

Aim: In this study, it was aimed to determine the factors affecting the long term hospitalization and discharge status of the patients hospitalized in a palliative care service of a tertiary hospital for a period of 1 year, to determine preventable and curable conditions, to prevent the morbidity and mortality caused by unnecessary health expenditures and long hospitalization.

Materials and Methods: The study population consisted of patients aged 18 and over who were hospitalized between 01.07.2017-01.07.2018 in the Palliative Care Service of the İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi. In this descriptive, retrospective study, the final hospitalizations of patients with recurrent hospitalizations were evaluated. The sociodemographic characteristics, hospitalization diagnoses, comorbid disease conditions, presence of infection, pressure sores, polypharmacy, use of antibiotics and analgesics, duration of hospitalization and discharge status were obtained from the records of 330 patients. The data were analyzed by SPSS 24 program. Descriptive statistics were given as number of units (n), percentage (%), mean $\pm$ Standard deviation ($\bar{x} \pm ss$), minimum value (min), maximum value (max), median. Normal distribution of numerical variables were evaluated by ShapiroWilk normality test and Q-Q graphs. The Mann-Whitney U test was used for inter group comparisons for non-normal distribution of numerical variables. Comparisons of more than two independent groups were evaluated by Kruskal-Wallis analysis and Dunn-Bonferroni test was used for multiple comparisons. Comparison of categorical data between groups was performed using Pearson Chi-Square test. Spearman Correlation Analysis was used as the correlation test. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: Of the 330 patients included in the study; 93 women (28.2%) and 237 men (71.8%) were revealed. The median age of the patients was 65 (20-106) years, the median age of the women was 63 (21-96) years, and the median age of the men was 65 (20-106) years. There was no statistically significant difference in age ($p:0,694$). The most common diagnosis was malignancy with 69.1%, followed by infection with 11.2%.

The median duration of hospital stay was 14 (1-91) days. Factors that increase the duration of hospitalization; the presence of infection, polypharmacy and pressure sores, and the use of antibiotics and analgesics. The duration of hospitalization was shorter in parenteral nutrition. There was a weak and significant relationship between age and length of stay ($r: -0,119$) ($p:0,031$).

When the discharge status of the patients was examined, it was seen that 274 (83%) patients were discharged, 24 (7.3%) patients were referred and 32 (9.7%) patients died. Factors related to discharge status are; infection status ($p<0.01$), antibiotic use status ($p:0.02$), diet ($p<0.01$) and opioid use ($p<0.01$).

Conclusion: The need for palliative care is increasing day by day due to the increase in the elderly population and chronic diseases. In our study, the majority of patients who were admitted to the palliative service were malignant patients. Palliative care is important for cancer patients. Palliative care is a requirement not only for malignancy patients but also for all patients with chronic diseases such as infection, pressure sores, cerebrovascular and neurodegenerative diseases and who need supportive treatment. It is important to increase palliative care centers and work towards creating awareness. The number of current studies in which the term of hospitalization and the discharge status of patients hospitalized in the palliative care unit is very low and more studies with more centers are required.

Keywords: Palliative care, Supportive Care, End of Life Care

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Palyatif bakım; hasta ve yakınlarına yönelik, yaşam kalitesini arttırmayı amaçlayan, tanıdan itibaren tüm hastalık sürecini ve ölüm sonrası yas dönemini kapsayan destekleyici bir yaklaşımdır. Palyatif bakımda asıl amaç; hastalarda hastalık ya da tedavi kaynaklı oluşabilecek semptomları önlemek, oluşan semptomları en aza indirmek, mümkünse tedavi etmek, beslenme desteği sağlamak, hastayı ve bakım verenleri hastalık ve bakımı konusunda eğitmek, hasta ve yakınlarına psikolojik ve sosyal yönden destek vererek hastanın bu süreçte aktif ve kaliteli yaşam sürdürmesini sağlamaktır. Ölümün normal bir süreç olarak görüldüğü palyatif bakımda önemli olan yaşamın niteliğidir.

Palyatif bakım kavramı insan hakları çerçevesinde yer almaktadır ve yaş, cinsiyet, din, dil, ırk, sosyal güvence ayrımı yapılmaksızın herkes palyatif bakım alma hakkına sahiptir. Kronikleşen hastalıklar ve yaşlı nüfus sayısındaki artış ile daha çok ihtiyaç duyulan palyatif bakımın erken verilmesi, hastanın fiziksel, psikososyal sorunlarının erken tespit edilip giderilmesini sağlayarak yaşam kalitesini arttırmakla kalmaz, aynı zamanda gereksiz hastane yatışı ve sağlık hizmetlerinin kullanılmasını da önlemektedir (1).

Palyatif bakımın sadece kanser hastaları için değil aktif yaşamayı zorlaştıran, yaşamı tehdit eden ve kronik hastalığı olan tüm hastalar için bir ihtiyaç olduğu göz önünde bulundurulacak olursa hastaların kaliteli bir yaşam sürdürebilmesi için klinik özelliklerinin iyi incelenmesi, hastanede yatış devamlılığının hastanın yararına olup olmadığının iyi değerlendirilmesi önemlidir.

Bu çalışmada, üçüncü basamak bir hastanenin palyatif bakım servisinde yatan hastaların yatış süreleri ve taburculuk durumlarıyla ilişki faktörlerin belirlenmesi, önlenebilir ve tedavi edilebilir durumların tespit edilerek gereksiz sağlık harcamalarının ve uzun yatışın neden olabileceği morbidite ve mortalitenin önüne geçilmesi amaçlanmıştır.

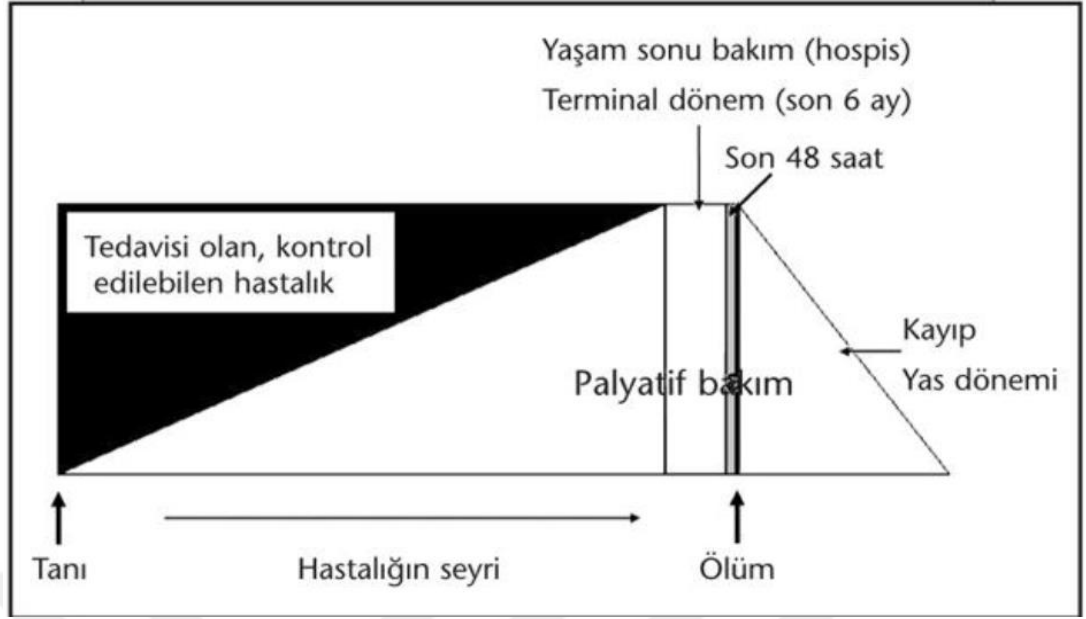
2. GENEL BİLGİLER

2.1 PALYATİF BAKIM

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Palyatif kelimesi Latince “pallium” (örtü, pelerin) sözcüğünden türetilmiştir. Palyatif bakım ise 2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından ‘yaşamı tehdit eden durumlarla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerin; fiziksel, psikososyal ve manevi sorunlarını erken tanıyıp, değerlendirerek ve tedavi ederek yaşam kalitelerini arttırmayı amaçlayan bir yaklaşım’ olarak tanımlanmıştır (2,3). İlk palyatif bakım merkezi 1842’de Fransa’da kurulmuştur. Dame Cicely Saunders ise 1967 yılında terminal dönemdeki hastalara bakım veren kurumlar olan ilk modern hospisi kurmuş ve bu kavram kısa sürede diğer ülkelere de yayılmıştır (4). 1980 ortalarına kadar hospis bakımı yerine kullanılan palyatif bakım kavramı 1990 yıllarında terminal dönem kanser hastalarının bakımı anlamında kullanılmıştır (5).

Günümüzde palyatif bakım ve hospis bakımı ayrı kavramlar olarak kullanılmaktadır. Palyatif bakım tanıdan itibaren başlar ve ölüm sonrası yas döneminde aileye verilen destek olarak devam eder. Hospis bakımı ise palyatif bakımın içinde yer alır ve daha çok ölüme yaklaşan hastalara verilen hizmeti ifade etmektedir. Şekil 1’ de küratif tedaviye entegre palyatif bakım ve yaşam sonu bakım süreci gösterilmektedir (6).



Şekil 1.Palyatif bakım ile küratif tedavinin entegrasyonu (6).

Palyatif bakım üç uzmanlık düzeyinde sunulabilir;

1. Palyatif Bakım Yaklaşımı: Uygun eğitim ile tüm sağlık profesyonelleri tarafından palyatif bakım sunma yaklaşımıdır. Palyatif bakım yaklaşımı hastane ve topluluk düzeyinde her klinisyenin temel becerisi olmalıdır.

2. Genel Palyatif Bakım: Palyatif bakımda tam zamanlı çalışmamasına rağmen, palyatif bakım konusunda ek eğitimler almış profesyoneller tarafından sunulan palyatif bakım yaklaşımıdır.

3. Uzman Palyatif Bakım: Temel faaliyeti palyatif bakım vermekle sınırlı olan servislerde, daha karmaşık sorunları olan hastalara verilen palyatif bakım yaklaşımıdır (7,8)

2.1.2. Palyatif Bakımın Amacı ve İlkeleri

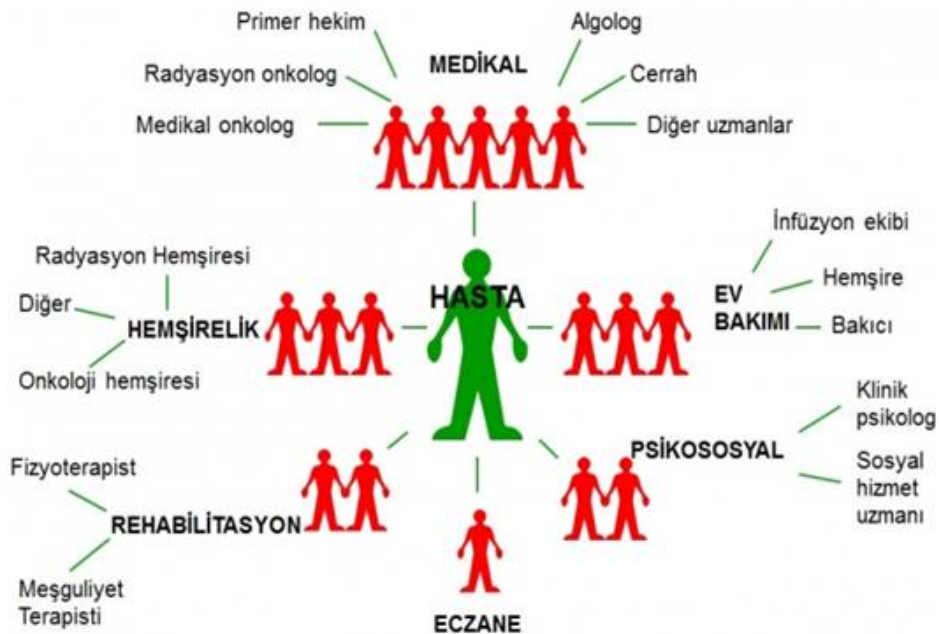
Palyatif bakımda, hastalık tanısından itibaren hastanın ve ailenin yaşam kalitesini en üst düzeyde tutmak amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda palyatif bakım:

- Ağrı ve rahatsız edici semptomların giderilmesini sağlar.
- Yaşamı destekler ve ölümün normal bir süreç olmasına saygı gösterir.
- Ölümü hızlandırmak ya da ertelemek niyetinde değildir.
- Hasta bakımının psikolojik ve ruhsal yönlerini bütünleştirir;

- Hastaların ölüme kadar mümkün olduğunca aktif bir yaşam sürdürmelerini sağlar.
- Hasta yakınlarına hastalık ve yas sürecinde destekleyici bakım sunar.
- Yas süreci danışmanlığı da dahil olmak üzere hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla yaklaşımlar sunar.
- Yaşam kalitesini arttırarak bu sayede aynı zamanda hastalığın seyrini de olumlu yönde etkiler.
- Hastalığın erken döneminde kemoterapi veya radyoterapi gibi yaşamı uzatmayı amaçlayan tedavilerle birlikte uygulanır, klinik komplikasyonların daha iyi anlaşılması ve yönetilmesi için bir takım araştırmaları kapsar (2).

2.1.3. Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım, amacı doğrultusunda multidisipliner ve interdisipliner olmayı gerektirir. Yani farklı disiplinlerin aynı amaç doğrultusunda birlikte çalışması palyatif bakım ekip anlayışının temelini oluşturur. İdeal bir palyatif bakım ekibi deneyimli, eğitilmiş sağlık çalışanları, diğer meslek grupları ve gönüllülerden oluşur (9,10). Bu ekip üyeleri hastanın ihtiyacına göre belirlenir. Şekil 2’de multidisipliner palyatif bakım ekibi gösterilmiştir.



Şekil 2. Palyatif bakım ekibi (11)

2.1.4.Palyatif Bakım İhtiyacı ve Hedef Gruplar

Son yıllarda yapılan tedavilerle kanser hastalarında beklenen yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların artması, yaşlı nüfusun çoğalması ve tedavi yan etkileri nedeni ile palyatif bakım ihtiyacı da artmıştır (12).

WHO, yaşam sonunda palyatif bakım gerektiren hastalıkları belirlemek için Delphi çalışmaları yapmış ve bu hastalıkları şu şekilde sınıflandırmıştır;

-Yetişkinlerde palyatif bakım gerektiren hastalıklar: Alzheimer ve diğer demanslar, kanser, kardiyovasküler hastalıklar (ani ölümler hariç), karaciğer sirozu, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, diyabet, HIV / AIDS, böbrek yetmezliği, multipl skleroz, Parkinson hastalığı, romatoid artrit, ilaca dirençli tüberküloz

-Çocuklarda palyatif bakım gerektiren hastalıklar: kanser, kardiyovasküler hastalıklar, karaciğer sirozu, konjenital anomaliler, kan ve immün bozuklukları, HIV / AIDS, menenjit, böbrek hastalıkları, nörolojik bozukluklar (7).

Palyatif bakım hakkında ortak terminolojinin belirlenmesi ve bu alanda standartların oluşturulması için 2013 yılında İzmir Kamu Hastaneleri Birliğinde ilk 'Palyatif Bakım Çalıştayı' gerçekleştirilmiştir ve bu çalıştayda palyatif bakım ünitesine yatış kriterleri oluşturulmuştur. Bu kriterler göz önünde bulundurularak hastanın palyatif servise yatış uygunluğu değerlendirilir Özellikle şu kriterleri sağlayan hastalar palyatif bakıma kabul edilmektedir:

1. Medikal tedaviye rağmen VAS (Visual Analogue Scale) ağrı skalası ≥ 5 olan, ağrıya bağlı uyku düzeni bozulan, istirahatte de ağrısı devam eden ve yan etkiler nedeni ile medikal tedavi uygulanamayan hastalar
2. Oral alımı bozulmuş, NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002) beslenme skoru ≥ 3 olan, son 6 ay içerisinde %10'dan fazla kilo kaybı olan, hiç oral alamadığı için enteral ya da parenteral beslenme desteğine ihtiyaç duyan malnutrisyonlu hastalar
3. Enfekte ve/ veya tedaviye dirençli, Evre III- IV (Norton/ Braden' a göre) dekübit yarası olan hastalar
4. Deliryum tanısı almış, etiyolojisi multiple veya belirsiz olan hastalar
5. Geriatrik Sendromlar: düşme, inkontinans, ihmal ve kötüye kullanım vb hastalar
6. Tedaviye dirençli, evre IV kalp yetmezliği olan frajil hastalar

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

8. Kronik, tedaviye dirençli olan son dönem akciğer hastaları

9. Klinik tablosunda akut değişiklik olan demans hastaları: FAST (Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease) Sınıflandırılmasına göre Evre 7 ve üzeri olan ve günlük aktivitelerinin en az üç tanesini yardımla yapabilen hastalar

10. Kronik nörolojik hastalığı olup (Hipoksik iskemik ensefalopati, İnme, Parkinson hastalığı, Amiyotrofik Lateral Skleroz, Multipl Skleroz vb.) klinik tablosunda akut değişikliği olan (ateş, beslenme bozukluğu, dekübit yarası, üriner enfeksiyonlar, pnömoni, öz bakımlarında azalma vb) hastalar

11. Tükenme Sendromu'na girmiş son dönem HIV hastaları (13).

2.1.5. Palyatif Bakımda Taburculuk Kriterleri

Evde ve kurumlarda verilen palyatif bakıma yönelik kurumlar arasında ortak standartlar oluşturularak daha etkin bir hizmet sağlanması amacıyla İzmir'de gerçekleştirilen Palyatif Bakım Çalıştayı'nda evde bakıma geçiş kriterleri de görüşülmüş ve şu şekilde tanımlanmıştır:

1. Hastanın semptomları kontrol altına alındı ise
2. Akut medikal problem çözüldü ise
3. Hastaya trakeostomi açılması, peg yerleştirilmesi gibi sadece hastanede yapılabilecek medikal girişimler komplikasyonsuz şekilde yapıldı ise
4. Hasta veya çevresinin taburculuğu talep etmesi durumunda, hastalar eve çıkabilir.
5. Hasta epikiriz ve bakım direktifleri ile Aile hekimi veya evde bakım birimine yönlendirilir.

6. Evde bakım koşullarının hasta için uygun olup olmadığının değerlendirilmesi (sosyal hizmet uzmanı, evde bakım ekibi) ve gerekli düzenlemelerin sağlanması gereklidir.

7. Evde bakım imkânı olmayan hastalar için hospis, bakımevi gibi birimlere yönlendirilerek bakımlarının devamlılığının sağlanması uygundur (13).

Taburculuk süreci de kurumlarda verilen palyatif bakım sürecinde olduğu gibi multidipliner bir yaklaşımı gerektirir ve ekip arası etkili iletişim önemlidir.

2.1.6. Türkiye’de Palyatif Bakım Uygulamaları

Ülkemizde palyatif bakım ihtiyacı her geçen gün artmasına rağmen palyatif bakım konusunda yeterli farkındalığın olmaması ve maddi kaynak yetersizliği nedeni ile yıllarca ihmal edilmiştir. Bunun diğer sebebi ise aile ve kültürel yapımız nedeni ile hasta olan ve desteğe ihtiyacı olan aile büyüklerinin bakımlarının evde aileleri tarafından yapılması bir nevi palyatif desteğin hastanın ailesi tarafından verilmesidir(14).

Türkiye’de hospis benzeri ilk kuruluş; Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul’da kurulan ve 1993-1997 yılları arasında hizmet veren “Kanser Bakım Evi” dir. 2006 yılında ise Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı “Hacettepe Umut Evi”ni açmış ve bu merkezde kanserli hasta ve yakınlarına kısa süreli konaklama ve hemşirelik hizmeti verilmiştir (15,16).

Ülkemizde palyatif bakıma yönelik atılan en büyük adımlardan biri Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı öncülüğünde 2009 yılında başlatılan 5 yıllık Ulusal Kanser Kontrol Programı’nda palyatif bakım programının da tanımlanması ve 2011 yılında Palya-Türk projesinin hazırlanmasıdır (17). Hemşire temelli toplum tabanlı olan bu proje ile palyatif bakım farkındalığı artmış ve palyatif bakım merkezlerinin açılmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır. İlk kapsamlı palyatif bakım merkezi ise Ankara Ulus Devlet Hastanesi’nde açılmıştır (18).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de palyatif bakım uygulaması giderek yaygınlaşmaktadır. Şuanda ülkemizde 81 ilde 4.718 yatak ile 356 Sağlık tesisi palyatif bakım hizmeti vermektedir (19).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI BİRİM

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Birimi; İzmir Kamu Hastaneleri Birliği'nde gerçekleştirilen 'Palyatif Bakım Çalıştayı' sonrası 2013 yılı haziran ayında kurulmuştur. İzmir'de Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan ilk Palyatif Bakım Merkezi olup, Aile Hekimliği Kliniği desteğiyle hizmet sunan Türkiye'deki ilk merkez niteliğini taşımaktadır. Aile hekimliği kliniği sorumluluğunda olan ve 32 tescilli yatağı bulunan bu merkez 4 tek kişilik, 10 çift kişilik oda ve 24 aktif yatağı ile hastalara hizmet vermektedir.

Birimimizde deneyimli Aile Hekimliği uzman ve uzmanlık öğrencileri, eğitimli hemşire ekibi, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, eczacı, sekreter, hasta bakım elemanları, destek personeli ile birlikte konsültan uzmanlarla işbirliği içinde multidisipliner bir ekip çalışması yürütülmektedir (20).

Palyatif bakım servisimiz Aile Hekimliği ve onkoloji polikliniklerinden, dış merkezden ve konsültasyon ile diğer kliniklerden yönlendirilen hastalara hizmet vermektedir. Birimimiz aynı zamanda evde bakım birimi ile koordineli çalışmaktadır.

Birimimizde kanser, serebrovasküler hastalıklar, morbid obezite, bası yarası gibi farklı hastalık gruplarına sahip bireylere fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi desteği de içeren kapsamlı palyatif bakım hizmeti sunulmaktadır.

3.2 ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ

Araştırmanın evrenini SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi palyatif bakım servisinde 01.07.2017-01.07.2018 tarihleri arasında yatan hastalar oluşturdu. Retrospektik, tanımlayıcı olan bu çalışmada tekrarlı yatışları olan hastaların son yatışları değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 330 hastanın sosyodemografik özellikleri, yatış tanıları, komorbid hastalık durumları, polifarmasi, enfeksiyon varlığı, antibiyotik ve analjezik kullanımı, bası yarası varlığı, yatış süresi ve taburculuk durumları hasta kayıtlarından elde edildi. Yetersiz dosya verisi olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastanede uzun yatış süresi 15 gün ve üzeri olarak kabul edildi. Çalışmada 5 ve üzeri ilaç kullanımı polifarmasi olarak

değerlendirildi. Polifarmasi değerlendirilmesine elektrolit solüsyonları, tetkik öncesi kullanılan laksatifler, beslenme solüsyonları dahil edilmedi. Enfeksiyon varlığı kan, idrar ve radyolojik tetkik sonuçları değerlendirilerek tespit edildi.

3.3 İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Veriler Statistical Package for the Social Sciences 24.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) istatistik paket programında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler olarak birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama $\pm$ standart sapma ($\bar{x} \pm ss$), en küçük değer (min), en büyük değer (max), ortanca (median), değerleri olarak verildi. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı ShapiroWilk normallik testi ve Q-Q grafikleri ile değerlendirildi. Sayısal değişkenler için gruplar arası karşılaştırmalar normal dağılım varsayımını sağlamayan değişkenlerde Mann-Whitney U testi ile yapıldı. İki'den daha fazla alt kategoriye sahip bağımsız grupların karşılaştırmaları, verilerin dağılımı normallik testi sonucuna göre Kruskal-Wallis analizi ile değerlendirildi. Kruskal Wallis analizi sonucu fark bulunması durumunda çoklu karşılaştırma testi olarak Dunn's testi kullanıldı. Kategorik değişkenler arası ilişki 2x2 ve rxc tablolarında Pearson Ki-kare ve Exact testleri ile incelendi. Yaş ile yatış süresi değişkenleri arasındaki ilişkinin incelenmesi Spearman korelasyon analizi ile gerçekleştirildi. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.4 ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Hastanın çalışmaya dahil edilme kriterleri;

1. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'ne 01.07.2017-01.07.2018 tarihleri arasında yatışı yapıp bu tarihler arasında taburcu edilmiş olması

2. 18 yaş ve üzeri olması

3. Bu tarihler arasında çoklu yatışı olan hastaların son yatış bilgilerinin baz alınması

Çalışmadan dışlanma kriterleri;

1. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde 01.07.2017-01.07.2018 tarihleri arasında yatış ve taburculuğunun olmaması

2. 18 yaş altında olması

3. Yetersiz dosya verisi olması

3.5.ETİK KURUL ONAYI

Çalışma için etik kurul onayı İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11 Temmuz 2018 tarih ve 2018/8-11 nolu karar ile alındı.



4.BULGULAR

SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde dahil edilme kriterlerine uyan 330 hastanın dosya verisine ulaşıldı.

Araştırmaya alınan 330 hastanın cinsiyet dağılımına bakıldığında 93 (%28,2) hastanın kadın, 237(%71,8) hastanın ise erkek olduğu tespit edildi (Tablo 1).

Tablo 1.Hastaların cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın	93	28,2
Erkek	237	71,8
Toplam	330	100,0

Hastaların yaş ortancası 65 (20-106), kadınların yaş ortancası 63 (21-96), erkeklerin yaş ortancası 65 (20-106) yıl olarak saptanmış olup kadın ve erkekler arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p:0,942) (Tablo 2).

Tablo 2.Hastaların cinsiyete göre yaş dağılımı

Cinsiyet	Yaş (Yıl)		P
	Ortalama±Std Sapma	Median (Min.- Max.)	
Kadın	63,65±17,701	63 (21-96)	0,942
Erkek	64,43±11,531	65 (20-106)	
Toplam	64,21±13,532	65 (20-106)	

Mann-Whitney U Analizi

Dünya Sağlık Örgütü 65 yaş ve üzeri kişileri yaşlı kabul etmektedir (21). Yaş kategorize edilerek incelendiğine 167 (%50,6) hastanın 65 yaş ve üzeri olduğu, bu hastaların ise 123 (%73,7) 'ünün erkek olduğu görüldü (Tablo 3).

Tablo 3.Hastaların kategorize yaş dağılımı

		Yaş (Kategorize)			
		<65		≥65	
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	49	30,1	44	26,3
	Erkek	114	69,9	123	73,7
Toplam		163	49,4	167	50,6

Çalışmamızda hastaların yatış tanılarının dağılımı Tablo 4’te verilmiştir. En sık yatış tanıları; malignite (%69,1), enfeksiyon (%11,2) ve serebrovasküler hastalık (%9,1) olarak saptandı. En sık malignite tanıları ise ilk sırada akciğer kanseri, 2. sırada santral sinir sistemi tümörleri ve 3. sırada ise meme kanseri olarak görüldü (Tablo 5).

Tablo 4. Hastaların tanı/ön tanılarına göre dağılımı

Tanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Malignite	228	69,1
Enfeksiyon	37	11,2
Serebrovasküler Hastalıklar	30	9,1
Nörodejeneratif Hastalıklar*	13	3,9
Beslenme Bozukluğu	6	1,8
Fraktür	5	1,5
Solunum Yetmezliği	4	1,2
Anemi	3	0,9
Morbid Obez	2	0,6
Diğer **	2	0,6

*Alzheimer, Parkinson, ALS

**Spondilolistezis, Ağrı

Tablo 5. Hastaların malignite tanıları

Malignite	Sayı (n)	Yüzde (%)
Akciğer Kanseri	149	45,2
SSS Tümörü	20	6,1
Meme Kanseri	10	3
Mide Kanseri	9	2,7
Prostat Kanseri	8	2,4
Pankreas Kanseri	6	1,8
Larenks Kanseri	5	1,5
Kolon Kanseri	4	1,2
Over Kanseri	2	0,6
Serviks Kanseri	2	0,6
Dil Kökü Kanseri	1	0,3
Endometrium Kanseri	1	0,3
Kemik Tümörü	1	0,31
Koledok Tümörü	1	0,3
Mesane Kanseri	1	0,3
Nazofarenks Kanseri	1	0,3
Özefagus Kanseri	1	0,3
Böbrek Kanseri	1	0,3
Safra Kesesi Kanseri	1	0,3
Deri Kanseri	1	0,3
Submandibular Tümör	1	0,3
Vajen Kanseri	1	0,3
Plazmasitom	1	0,3

SSS: Santral Sinir Sistemi

Malignite saptanan hastaların %78'inin erkek olduğu %22'sinin ise kadın olduğu görüldü. Malignite açısından kadın ve erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (χ^2 :14,833) ($p<0,001$) (Tablo 6).

Tablo 6.Cinsiyet ve malignite durumu ilişkisi

Cinsiyet	Malignite durumu		X ²	P
	Var	Yok		
	n (%)*	n (%)*		
Kadın	51 (%22)	42 (%42,9)	14,833	0,000
Erkek	181 (%78)	56 (%57,1)		

Pearson Ki-Kare

*malignite durumu içindeki yüzdesi

Hastaların klinik özellikleri incelendiğinde 220 hastanın (%66,7) ek kronik hastalığının olduğu, 11 hastanın (%3,3) bası yarasının olduğu, 149 hastada (%45,2) enfeksiyon görüldüğü ve 159 hastaya (%48,2) tedavi ya da profilaktik amaçlı antibiyotik verildiği tespit edildi (Tablo 7).

Polifarmasinin birçok tanımı mevcuttur. Bu tanımlamalar 2 veya daha fazla ilacın 240 gün süre ile kullanımı, 4 ya da daha fazla ilaç kullanımı, 5 ya da daha fazla ilaç kullanımıdır (22, 23). Çalışmamızda 5 ve üzeri ilaç kullanımı polifarmasi olarak kabul edildi ve 297 (%90) hastada polifarmasinin mevcut olduğu görüldü (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların klinik özellikleri

Klinik Özellik		Sayı (n)	Yüzde (%)
Komorbid Hastalık	Var	220	66,7
	Yok	110	33,3
Bası Yarası	Var	11	3,3
	Yok	319	96,7
Enfeksiyon	Var	149	45,2
	Yok	181	54,8
Antibiyotik Kullanımı	Var	159	48,2
	Yok	171	51,8
Polifarmasi	Var	297	90
	Yok	33	10

Araştırma kapsamına alınan 330 hastanın hastanede ortalama yatış süresi 17,87±15,678 (1-91) gün olarak saptanmış olup bu değer kadınlar 18,96±19,103 (1-91) gün, erkeklerde ise 17,44±14,133 (1-90) gün olduğu görüldü. Hastaların yatış süresi ortanca değerlerine bakıldığında erkeklerde 14 gün, kadınlarda ise 13 gün

olduğu saptandı. Kadınlar ile erkekler arasında yatış süresi açısından anlamlı fark saptanmadı (p:0,539) (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların cinsiyete göre yatış sürelerinin dağılımı

Cinsiyet	Yatış Süresi		P
	Ortalama±Std Sapma	Median (Min.-Max.)	
Kadın	18,96±19,103	13 (1-91)	0,539
Erkek	17,44±14,133	14 (1-90)	
Toplam	17,87±15,678	14 (1-91)	

Mann-Whitney U Analizi

Yaş ve yatış süresi arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirildi ve istatistiksel açıdan aralarında zayıf anlamlı, negatif bir ilişki saptandı (r:-0,119) (p:0,031) (Tablo 9).

Tablo 9. Hastaların yaşları ve yatış süreleri arasındaki ilişki

	Yatış Süresi	
	r	P
Yaş	-0,119	0,031

Spearman Korelasyon Analizi

r: korelasyon katsayısı

Hastaların hastanede yatış süresi kategorize edilerek de değerlendirildi ve 149 (%45,2) hastanın hastanede yatış süresinin uzun (≥ 15 Gün) olduğu görüldü (Tablo10).

Tablo 10.Kategorize yatış süresi

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kategorize Yatış Süresi	<15 Gün	181	54,8
	≥ 15 Gün	149	45,2

Hastaların klinik özellikleri incelendiğinde yatış süresine göre komorbid hastalık varlığı ile yokluğu arasında anlamlı fark saptanmadı (p:0,216). Bası yarası

olan ve bası yarası olmayan hastalar arasında yatış süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p:0,047) ve bası yarası olan hastalarda ortalama yatış süresi daha uzun bulundu (Tablo 11).

Hastaların enfeksiyon, antibiyotik kullanımı ve polifarmasi durumlarına bakıldığında hastanede yatış süreleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Enfeksiyonu olan (p<0,001), antibiyotik tedavisi verilen (p:0,025) ve polifarmasi saptanan (p:0,001) hastaların yatış süreleri daha uzun bulundu (Tablo 11).

Tablo 11. Hastaların klinik özelliklerine göre yatış sürelerinin dağılımı

		Yatış Süresi		P
		Ortalama±Std Sapma	Median (Min.-Max.)	
Komorbid Hastalık	Var	18,89±16,966	14 (1-91)	0,216
	Yok	15,82±12,538	13 (1-54)	
Bası Yarası	Var	33±28,270	20 (6-91)	0,047
	Yok	17,34±14,865	13 (1-90)	
Enfeksiyon	Var	20,77±17,250	17 (1-91)	0,000
	Yok	15,48±13,854	11(1-79)	
Antibiyotik Kullanımı	Var	19,61±16,897	15 (1-91)	0,025
	Yok	16,25±14,312	13 (1-79)	
Polifarmasi	Var	18,42±15,618	14 (1-91)	0,001
	Yok	12,85±15,555	6 (1-49)	

Mann-Whitney U Analizi

Serviste yatan hastaların mevcut hastalıkları incelendiğinde en sık %70,3 (n:232) ile malignite, %26,7 (n:88) ile hipertansiyon ve %19,1 (n:63) ile diyabet görüldü. Mevcut hastalıklar (hipertansiyon (p:0,499), diyabet (p:0,276), kronik akciğer hastalığı (p:0,052), nörodejeneratif hastalık (p:0,091), malignite (p:0,717), SVH (p:0,454), kronik kardiyak hastalıklar (p:0,480), tiroid hastalıkları (p:0,075), BPH (0,891) ve diğer hastalıklar (p:0319)) yatış süresi açısından gruplar arası anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 12)

Tablo 12. Hastalarda mevcut olan hastalıklar ve yatış sürelerinin dağılımı

Mevcut Hastalıklar		n (%)	Yatış Süresi		P
			Ortalama±Std Sapma	Median (Min.-Max.)	
Hipertansiyon	Var	88 (26,7)	19,57±18,298	14 (1-91)	0,499
	Yok	242 (73,3)	17,25±14,603	13,5 (1-90)	
Diyabet	Var	63 (19,1)	22,05±21,958	15 (1-91)	0,276
	Yok	267 (80,9)	16,88±13,657	13 (1-86)	
Kronik Akciğer Hastalığı	Var	37 (11,2)	22,54±18,121	16 (1-86)	0,052
	Yok	293 (88,8)	17,28±15,276	13 (1-91)	
Nörodejeneratif Hastalık	Var	20 (6,1)	11,90±9,296	8,5 (1-30)	0,091
	Yok	310 (93,9)	18,25±15,936	14 (1-91)	
Malignite	Var	232 (70,3)	17,33±13,429	14 (1-63)	0,717
	Yok	98 (29,7)	19,14±20,047	13 (1-91)	
SVH	Var	41 (12,4)	22,22±21,897	14 (1-86)	0,454
	Yok	289 (87,6)	17,25±14,530	14 (1-91)	
Kronik Kardiyak Hastalık	Var	44 (13,3)	15,73±12,791	13,5 (1-59)	0,480
	Yok	286 (86,7)	18,20±12,791	13,5 (1-59)	
Tiroid Hastalıkları	Var	9 (2,7)	28,33±24,026	26 (5-86)	0,075
	Yok	321 (97,3)	17,57±15,333	13 (1-91)	
BPH	Var	9 (2,7)	13,89±6,585	15 (6-27)	0,891
	Yok	321 (97,3)	17,98±15,848	14 (1-91)	
Diğer Hastalıklar*	Var	48 (14,5)	18,23±20,039	11 (1-91)	0,319
	Yok	282 (85,5)	17,80±14,853	14 (1-90)	

Mann-Whitney U Analizi

BPH: Benign Prostat Hipertrofisi SVH: Serebrovasküler Hastalık

* Hiperlipidemi, AnkilozanSpondilit, Gut, Glokom, RomatoidArtritvb

Palyatif bakım servisimizde beslenme bozukluğu olan hastalara beslenme desteği ve eğitimi verilmektedir. Hastaların beslenme şekillerine göre dağılımı Tablo 13'te verilmiştir. Bu verilere göre 330 hastanın 271'inin (%82,1) tüm yatış süresi boyunca sadece enteral beslendiği, 10 (%3) hastanın sadece parenteral beslendiği, 49 (%14,8) hastanın ise hem enteral hem de parenteral beslendiği saptandı. Enteral beslenen hastalarda ise en sık oral beslenme tipi (n:238 %72,1) görüldü (Tablo 13).

Tablo 13. Hastaların yatış süresince beslenme şekli

Beslenme Tipi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Enteral	271	82,1
Oral	238	72,1
NG	11	3,3
PEG	20	6,1
Oral+NG	2	0,6
Parenteral	10	3
Enteral + Parenteral	49	14,8
Oral+NG+Parenteral	5	1,5
Oral+Peg+Parenteral	1	0,3
Oral+Parenteral	23	7
NG+Parenteral	3	0,9
NG+PEG+Parenteral	7	2,1
PEG+Parenteral	10	3

NG: Nazogastrik Sonda

PEG: Perkütan Endoskopik Gastrostomi

Hastaların beslenme tiplerine bakıldığında yatış süresi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$) (Tablo 14). Farkın hangi beslenme türünden kaynaklandığını belirlemek için ileri test yapıldı. Parenteral beslenen hastalar ile hem enteral beslenen hastalar arasında (düzeltilmiş $p:0,01$) hem de enteral+parenteral beslenen hastalar arasında (düzeltilmiş $p<0,001$) yatış süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Enteral ve enteral+parenteral beslenen hastalar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Tablo 15). Parenteral beslenen hastaların yatış sürelerinin diğer hastalara göre daha kısa olduğu görüldü (Tablo14).

Tablo 14. Hastaların beslenme şekline göre yatış sürelerinin dağılımı

		Yatış süresi		P
		Ortalama±Std Sapma	Median (Min.-Max.)	
Beslenme Şekli	Enteral	17,99±15,657	14(1-91)	0,000
	Parenteral	4,70±4,347	3(1-13)	
	Enteral+Parenteral	19,90±16,187	16(2-79)	

Kruskal Wallis Testi

Tablo 15. Beslenme şeklinde gruplar arası farklılık

Beslenme Şekli	P*
Enteral-Parenteral	0,01
Parenteral-Enteral+Parenteral	0,00
Enteral-Enteral+Parenteral	0,859

Dunn-Bonferroni testi

* düzeltilmiş

Palyatif bakım hastalarımızdan 274 (%83) hastaya analjezik tedavisi verildiği, 56 (%17) hastaya ise verilmediği gözlemlendi. Verilen analjezik tedavisi incelendiğinde en sık %32,7 (n:108) ile sadece non-opioid analjezik, 2. sıklıkta %19,4 (n:64) ile hem non-opioid hem de zayıf opioid analjezik tedavisinin verildiği 3.sıklıkta ise %19,1 (n:63) non-opioid, zayıf opioid ve güçlü opioid analjeziklerin verildiği görüldü (Tablo 16).

Tablo 16. Hastaların analjezik kullanım durumuna göre dağılımı

Analjezik Kullanımı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	274	83
Non-Opioid Analjezik	108	32,7
Zayıf Opioid Analjezik	13	3,9
Güçlü Opioid Analjezik	3	0,9
Non-Opioid+ZayıfOpioidAnaljezik	64	19,4
Non-Opioid+GüçlüOpioid	17	5,2
Non-Opioid+Opioid Analjezik	63	19,1
Zayıf+GüçlüOpioid	6	1,8
Yok	56	17

Hastaların analjezik kullanım durumlarının yanında yatışı boyunca opioid kullanım durumları da incelendi ve 166 (%50,3) hastanın opioid kullandığı 164 (49,7) hastanın ise kullanmadığı saptandı. Analjezik kullanımına bakıldığında yatış süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p:0,001).

Opioid kullanımında ise yatış süresi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p:0,145) (Tablo 17).

Tablo 17.Hastaların analjezik ve opioid kullanımına göre yatış sürelerinin dağılımı

		n (%)	Yatış Süresi		P
			Ortalama±Std Sapma	Median (Min.-Max.)	
Analjezik Kullanımı	Var	274 (%83)	18,78±15,770	14 (1-91)	0,001
	Yok	56 (%17)	13,38±14,530	9 (1-79)	
Opioid Kullanımı	Var	166 (50,3)	19,12±17,133	14,50 (1-91)	0,145
	Yok	164 (49,7)	16,60±13,991	13 (1-79)	

Mann-Whitney U Analizi

Taburculuk durumları değerlendirildiğinde; 274 (%83) hastanın taburcu olduğu 24 (%7,3) hastanın yoğun bakım ya da dış servise sevk edildiği, 32 (%9,7) hastanın ise exitus olduğu gözlemlendi. Cinsiyet (p:0,197), komorbid hastalık durumu (p:0,055), hipertansiyon (p:0,328), diyabet (p:0,289) ve analjezik kullanım durumu (p:0,097) ile taburculuk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Enfeksiyon durumu (X^2 :17,874) ($p<0,05$), antibiyotik kullanımı (X^2 :12,609) ($p<0,002$), malignite varlığı (X^2 :15,356) ($p<0,05$), opioid kullanımı (X^2 :16,747) ($p<0,05$), beslenme şekli (X^2 :68,003) ($p<0,05$) ile taburculuk durumu arasında ise anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo18) (Tablo 19).

Tablo 18. Hastaların demografik ve klinik özellikleri ile taburculuk durumlarının ilişkisi

		Taburculuk Durumu			X ²	P
		Taburcu	Sevk	Exitus		
		n (%*)	n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kadın	72(%26,3)	10(%41,7)	11(%34,4)	3,254	0,197
	Erkek	202(%73,7)	14(%58,3)	21(%65,6)		
Komorbide Hastalık	Var	176(%64,2)	21(87,5)	23(71,9)	5,808	0,055
	Yok	98(%35,8)	3(%12,5)	9(%28,1)		
Enfeksiyon	Var	110(%40,1)	19(%79,2)	20(%62,5)	17,874	0,000
	Yok	164(%59,9)	5(%20,8)	12(%37,5)		
Antibiyotik Kullanımı	Var	121(%44,2)	19(%79,2)	19(%59,4)	12,609	0,002
	Yok	153(%55,8)	5(%20,8)	13(%40,6)		
Hipertansiyon	Var	76(%27,7)	7(%29,2)	5(%15,6)	2,232	0,328
	Yok	198(%72,3)	17(%70,8)	27(%84,4)		
Diyabet	Var	52(%19)	7(%29,2)	4(%12,5)	2,480	0,289
	Yok	222(%81)	17(%70,8)	28(%87,5)		
Malignite	Var	191(%69,7)	11(%45,8)	30(%93,8)	15,356	0,000
	Yok	83(%30,3)	12(54,2)	2(%6,3)		
Analjezik Kullanımı	Var	222(%81)	22(%91,7)	30(%93,8)	4,665	0,097
	Yok	52(%19)	2(%8,3)	2(%6,3)		
Opioid Kullanımı	Var	124(%45,3)	17(70,8)	25(%78,1)	16,747	0,000
	Yok	150(%54,7)	7(%29,2)	7(%21,9)		
Toplam		274(%83)	24(%7,3)	32(%9,7)		

Pearson Ki-Kare Testi

*Taburculuk durumu yüzdesi

**Ki-Kare katsayısı

Tablo 19. Hastaların klinik özellikleri ile taburculuk durumlarının ilişkisi

	Taburculuk Durumu				
	Taburcu	Sevk	Exitus	X ²	P
	n (%)*	n(%)*	n(%)		
Kronik Karaciğer Hastalığı					
Var	31(%11,3)	3(%12,5)	3(%9,4)	0,151	0,949
Yok	243(%88,7)	21(%87,5)	29(%90,6)		
Nörodejeneratif Hastalık					
Var	17(%6,2)	3(%12,5)	0(%0)	3,822	0,152
Yok	257(%93,8)	21(%87,5)	32(%100)		
SVO					
Var	34(%12,4)	5(%20,8)	2(%6,3)	2,681	0,297
Yok	240(%87,6)	19(%79,2)	30(%93,8)		
Kronik Kardiyak Hastalık					
Var	38(%13,9)	5(%20,8)	1(%3,1)	4,122	0,133
Yok	236(%86,1)	19(%79,2)	31(%96,9)		
BPH					
Var	8(%2,9)	1(%4,2)	0(%0)	1,123	0,657
Yok	266(%97,1)	23(%95,8)	32(%100)		
Tiroid Hastalığı					
Var	8(%2,9)	0(%0)	1(%3,1)	0,730	0,851
Yok	266(%97,1)	24(%100)	31(%96,9)		
Diğer Hastalıklar					
Var	36(%13,1)	7(%29,2)	5(%15,6)	4,594	0,106
Yok	238(%86,9)	17(%70,8)	27(%84,4)		
Beslenme Durumu					
Enteral	243(%88,7)	17(70,8)	11(34,4)	69,003	0,000
Parenteral	3(%1,1)	1(%4,2)	6(18,8)		
Enteral+parenteral	28(%10,2)	6(%25)	15(46,9)		

Monte Carlo Exact Test

*taburculuk durumu yüzdesi

Hastaların taburculuk durumlarına göre yaş dağılımı incelendiğinde taburcu olan hastaların yaş ortanca değerinin 65,5 (20-106), sevk edilenlerin 62 (23-88), exitus olanların ise 60 (31-91) olduğu görüldü. Taburculuk durumları arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 20).

Tablo 20. Taburculuk durumlarında yaş dağılımı

	Yaş		P
	Ortalama±Std Sapma	Median (Min.- Max.)	
Taburcu	64,94±13,294	65,5(20-106)	0,055
Sevk	60,58±14,785	62 (23-88)	
Exitus	60,66±14,036	60 (31-91)	

Kruskal Wallis Testi

Taburcu olan hastaların ortanca yatış süresi 14 (1-91) gün, sevk olanların 10,5 (1-74) gün, exitus olanların ise 13,5 (1-63) gün olarak bulundu ve yatış süresi açısından taburculuk durumları gruplarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görüldü (p:0,443) (Tablo 21).

Tablo 21. Yatış süreleri ve taburculuk durumları arasındaki ilişki

	Yatış Süresi		P
	Ortalama±Std Sapma	Median (Min.- Max.)	
Taburcu	18,19±15,640	14 (1-91)	0,443
Sevk	17,75±19,116	10,5 (1-74)	
Exitus	15,22±13,239	13,5 (1-63)	

Kruskal Wallis Testi

5. TARTIŞMA

Palyatif bakım servisinde yatan hastaların yatış süreleri ve taburculuk durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenerek değiştirilebilir durumların tespit edilmesi ve gereksiz sağlık harcamalarının ve uzun yatışın neden olabileceği morbidite, mortalitenin önlenmesinin amaçlandığı bu çalışmada elde edilen veriler mevcut literatürler eşliğinde tartışıldı.

Çalışmamızda 1 yıl boyunca palyatif bakım servisinde yatan 330 hastanın yaş ortancası 65 yıl olarak saptandı. Komaç ve arkadaşları tarafından Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Palyatif Bakım Ünitesi'nde 2013-2014 yıllarında yatan 258 hasta verisine ulaşılarak yapılan bir çalışmada yaş ortalaması 61,4 yıl (24), Uysal ve arkadaşlarının palyatif bakım servisinde yatan 108 kanser hastası ile yaptıkları bir çalışmada yaş ortalaması 60 olarak saptanmıştır (25). Kanserli hastaların incelendiği başka bir çalışmada ise yaş ortalaması 61'dir (26). Bu veriler ışığında çalışmamız diğer çalışmalar ile yaş ortalaması açısından benzerlik göstermektedir. Yaşla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığının ve palyatif bakım ihtiyacının artması çalışmalarda palyatif bakım hastalarının yaş ortalama ve ortanca değerlerindeki benzerliğin nedeni olabilir.

Hindistandaki bir hastanede Menezes ve arkadaşlarının palyatif bakım gören hastalar üzerinde yaptığı bir çalışmada hastaların %56'sının erkek %44'ünün ise kadın olduğu saptanmıştır (27). Uysal ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %37'sinin kadın, %63'ünün erkek olduğu görülmüştür (25). Bizim çalışmamızda ise hastaların %28,2 'si kadın, %71,8 'i erkek olarak bulundu. Türkiye istatistik Kurumu yaptığı çalışmada iyi huylu ve kötü huylu tümörlerden hayatını kaybeden erkeklerin yüzdesini kadınlardan fazla bulmuştur (28). Çalışmamızda malignite açısından cinsiyetler arasındaki farklılık araştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ve erkek hastalarda malignite daha fazla görüldü. Bu durum palyatif bakım servisinde erkek hasta oranının daha fazla olmasının sebeplerinden biri olabilir.

Çalışmamızda hastaların en sık yatış tanıları malignite (%69,1), enfeksiyon (%11,2), serebrovasküler hastalık (%9,1), nörodejeneratif hastalıklar (%3,9) olarak saptandı. Komaç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer olarak en

sık %33 ile malignite görülmüş bunu %17 ile uzamış enfeksiyon tedavisi, %17 ile diyabet ve komplikasyonlar tanıları takip etmiştir (24). Çiçek'in çalışmasında ise hastaların %36'sının kanser, %24,7 sinin nörolojik veya nöroşirurjik tanılarla, %18,8'inin diyabet ve komplikasyonlarıyla ilişkili durumlar nedeni ile palyatif bakıma yatırıldığı görülmüştür (29). Palyatif bakım kronik hastalıklar, bası yarası, beslenme bozukluğu gibi yaşamı tehdit eden tüm hastalıklar için bir ihtiyaç olması ile birlikte palyatif bakımda en çok onkoloji hastalarının takip edildiği görülmektedir. Bu da kanser hastaları için palyatif bakımın ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır. Palyatif bakım servisimizde malignite tanılı hastalar içinde en sık akciğer kanseri tanısı görülmüştür. Bunun sebebi; palyatif bakım birimimizin Göğüs Hastalıkları Hastanesi içerisinde bulunması ve akciğer kanseri nedeni ile RT planlanan hastaların da servisimize kabulünün sık yapılması olabilir.

Çalışmamızda hastanede yatış süresi ortalama değeri 14 gün olarak tespit edildi. Komaç ve arkadaşlarının hastanemizde yaptığı çalışmada ortalama yatış süresinin 9,4 gün olduğu görüldü (24). Kronolojik olarak bakıldığında hastanemizin palyatif bakım servisinde yatan hastaların yatış sürelerinin yıllar öncesine göre arttığı gözlemlendi. Yürüyen ve arkadaşlarının 2015-2017 yılları arasında palyatif bakım merkezinde yatan 319 hasta üzerinde yaptığı çalışmada yatış süresi ortalamasının 15,4 gün olduğu (30), Çin'de bir palyatif bakım biriminde 198 hasta üzerinde yapılan retrospektif, kohort bir çalışmada ise hastaların yatış süresi ortancasının 18 gün olduğu görüldü (31). Japonya'da 2014 yılında yayınlanan bir çalışmada ise ortalama yatış süresi yine 18 gün idi (33). Çalışmalar arası yatış süresi değişkenlik göstermektedir. Bu durum yatış süresini etkileyebilen birçok faktörün olduğunu düşündürmektedir. Yürüyen ve arkadaşlarının çalışmasında yatış süresi ile ilişkili faktörler incelendiğinde ileri evre bası yarası, serebrovasküler hastalık, hipertansiyon ve diabetes mellitusun pozitif ilişkili, malignitenin ise negatif ilişkili olduğu görülmüş yaş ve beslenme tipi ise ilişkili bulunmamıştır (32). Kahveci ve arkadaşlarının travmatik beyin hasarı olan 49 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada hastaların %46,9'unda bası yarası saptanmış olup yatış süresi ile ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (33). Bizim çalışmamızda ise yatış süresi açısından bakıldığında bası yarası, enfeksiyon, antibiyotik ve analjezik kullanımı pozitif etkili bulunurken yaş ise negatif zayıf

ilişkili bulundu. Parenteral beslenen hastaların diğer beslenme tiplerine göre yatış süresi daha kısa bulundu. Bası yarasının birçok çalışmada yatış süresini uzatan faktör olarak görülmesinin nedeni bası yarası tedavisinin zor ve uzun zaman gerektiren bir durum olması ve enfeksiyon gibi komplikasyonların gelişmesi nedeni ile olabilir.

Kahveci ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada mobilizasyon, PEG, trakestomi ve bası yarası açısından taburculuk durumları arasında fark bulunmamış (33), Yürüyen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise taburculuk durumu ile ilişkili pozitif faktörler (yoğun bakıma sevk veya eks durumu ile korele) malignite, opioid kullanımı, parenteral beslenme tipi ve halsizlik-yorgunluk semptom varlığı olarak bulunmuş, negatif ilişkili faktörler ise ileri yaş, uzun yatış süresi, hipertansiyon, diyabet, enfeksiyon hastalıkları, nörodejeneratif hastalıklar, artan komorbidite sayısı ve yüksek nutrisyonel risk tarama 2002 (NRS 2002) puanı olarak tespit edilmiştir (29). Bizim çalışmamızda hastaların %83'ü taburcu, %7,3'ü sevk, %9,7'si ise hayatını kaybettiği görüldü. Taburculuk durumu ile ilişkili faktörler; enfeksiyon durumu, antibiyotik kullanımı, beslenme şekli ve opioid kullanımı olarak saptandı.

Yatış süresi ve taburculuk durumu ile ilişkili faktörler açısından çalışmalar arası farklılıklar çalışma yöntemi, hasta sayısı ve incelenen veriler nedeniyle farklılık göstermiş olabilir. Bu konuda daha fazla çalışma yapılması önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde yaşlı nüfusun artması ve hastalıkların kronikleşmesi nedeni ile palyatif bakım ihtiyacı gün geçtikçe artmaktadır. Çalışmamızda palyatif servise yatan hastaların büyük çoğunluğunu malignite hastalarının oluşturması kanser hastaları için palyatif bakımın önemini vurgulamaktadır. Palyatif bakım sadece malignite hastaları için değil enfeksiyon, bası yarası, sererovasküler ve nörodejeneratif hastalık gibi kronik hastalığı olan ve destek tedavisine ihtiyaç duyan tüm hastalar için bir ihtiyaçtır. Palyatif bakım merkezlerinin artması ve farkındalığın oluşturulması yönünde çalışmalar yapılması önemlidir.

Palyatif bakım birimine yatan hastaların kaliteli bir yaşam sürdürebilmesi için klinik özelliklerinin iyi incelenmesi, hastanede yatış devamlılığının hastanın yararına olup olmadığının iyi değerlendirilmesi önemlidir.

Hastaların yatış süresi ve taburculuk durumlarının incelendiği bu çalışmanın retrospektif nitelikte olması nedeni ile hastaların tüm yatışları boyunca görülen semptomları, bası yaralarının evresi ve hastaların malnütrisyon durumları değerlendirilememiştir. Mevcut literatürler incelendiğinde palyatif bakım hastalarında yatış süresi ve taburculuk durumu üzerine yapılan çalışmaların az olduğu görülmüştür. Daha fazla merkezle daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

7.KAYNAKLAR

1. WHO. PalliativeCare.Availableat: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> Erişim tarihi:11.12.2018
2. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Available at: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim tarihi:9.12.2018
3. Mut Sürmeli D, Akçiçek F. Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2016;9(1):8-11
4. Graham F, Clark D. Thechanging model of palliativecare. Medicine 2008; 36: 64-66.
5. Madenoğlu Kıvanç M. T ırkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi/Journal of HealthSciences and Profession-HSP 2017;4(2):132-135
6. KabalakAA, ÖztürkH, Çağıl H.Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2):56-70
- 7- WHO-WPCA(2014). (The World Health Organization-Worldwide Palliative Care Alliance). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. World Health Organization, 2014.
8. Report of the National Advisory Committee on Palliative Care. Palliative Care - An Overview; 2:33-37
9. Connolly M, Beattie J, Walker D, Dancy M. End of life care in heart failure: A frame work for implementation. National End of Life Care Programme. Improving End of Life Care. 2010. p. 3-26.
10. Kabalak AA. Türkiye’de Palyatif Bakım; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler. Anestezi Dergisi 2014; 22 (3): 121 – 123
11. Palyatif Bakım Sağlık Bakanlığı Tanımları ve Planlamaları. <http://slideplayer.biz.tr/slide/2613382/>. Erişim Tarihi: 22.12.2018.
12. Şimşek Utku E, Hacıkamiloğlu E, Boztaş G, Keklik K, Gültekin M. Türkiye’de Palyatif Tedavi ve Bakım Organizasyonu ve Uygulamaları. Türkiye Klinikleri J MedOncol-Special Topics 2017;10(3):240-4
13. Palyatif bakım evde ve hastanede çalıştay raporu 25.04.2013, İzmir .https://www.researchgate.net/publication/320035280_palyatif_bakim_calistayi_evde_ve_hastanede Erişim tarihi: 20.12.2018.
14. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2010-1,s. 1-6
15. Erbaycu E.A. Terminal Hastalar ve Destek Tedavisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2013; 1 (3): 138-141
16. Bag B. Hospis ve Hospiste Ölüme Hazırlanma. Akademik Geriatri Dergisi. 2012;4(3):120-5.
17. Türkiye’de Palyatif Tedavi ve Bakım Organizasyonu ve Uygulamaları. Türkiye Klinikleri J MedOncol-Special Topics 2017;10(3):240-4

18. Benli AR, Erbesler ZA. Türkiye’de Palyatif Bakımda Uygulama ve Anlayış Farklılıkları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2016;20(1):5-6.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php> erişim tarihi: 01.01.2019
20. İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi Klinik Tanıtımı <https://tepecikeah.saglik.gov.tr/TR,256007/klinik-tanitimi.html> erişim tarihi: 02.01.2019
21. The World Health Report. Shapingthefuture. Geneva: World HealthOrganization 2003.
22. Yeşil Y, Canankurtaran M, Kuyumcu M.E. Polifarmasi. Klinik Gelişim 2012; 25: 18-23
23. Yıldırım A.B, Kılınç A.Y. Yaşlı Hastalarda Polifarmasi ve İlaç Etkileşimi. Turk Kardiyol DernArs 2017;45 Suppl 5: 17–21
24. Komaç A, Elyiğit F, Türemiş C, Gram E AkarH. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Palyatif Bakım Ünitesi’nde yatan hastaların retrospektif analizi. FNG & Bilim Tıp Dergisi 2016;2(1):1-3
25. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. AĞRI 2015;27(2):104-110
26. Ozalp G.S, Uysal N, Oguz G, et al. Identification of Symptom Clusters in Cancer Patients at Palliative Care Clinic. AsiaPac J OncolNurs 2017;4(3):259-64.
27. Menezes VH, Nair SN, Soumya M, Tarey S. Prescription Pattern of Analgesic Drugs for Patients Receiving Palliative Care in a TeachingHospital in India.IndianJournal of PalliativeCare. 2016;22(1):63-66.
28. Türkiye İstatistik Kurumu <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> Erişim Tarihi: 25.12.2018
29. Çiçek M. Palyatif Bakım Servisinde izlenen Hastaların Hematolojik Parametreler Ve Beslenme Şekilleri Açısından Retrospektif Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. İzmir Tepecik EAH, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2016.
30. Yürüyen M, Özbaş Tevetoğlu I, Tekmen Y, Polat Ö, Arslan İ, Okuturlar Y. Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler. Konuralp Tıp Dergisi 2018;10(1):74-80
31. Kim SH, Hwang IC, Ko KD, Kwon YE, Ahn H Y, Cho NY et all. Association between the emotional status of family care givers and length of stay in a palliative care unit: A retrospective study. Palliative and Supportive Care, 2015 Dec;13(6):1695-700.
32. Miura T,Matsumoto Y, Motonaga S, Hasuo H, Abe K, Kinoshita H. Dyspnea, Relative Youth and Low Daily Doses of Opioids Predict Increased Opioid Dosage in th eLast Week of a Terminal Cancer Patient’s Life. Jpn J ClinOncol 2014;44(11):1082–1087
33. Kahveci K, Dinçer M, Doger C, Karhan Yarıcı A. Traumatic Brain İnjury and Palliative Care: A Retrospective Analysis of 49 Patients Receiving Palliative are During 2013–2016 in Turkey. NeuralRegenerationResearch. 2017;12(1):77-83.

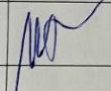
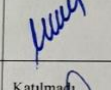
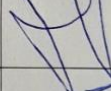
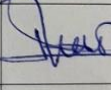
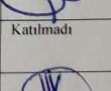
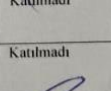
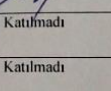
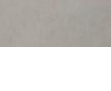
8. EKLER

EK 1. ETİK KURUL ONAM FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İzmir Tepecik Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi
Girişimsel olmayan Etik Kurulu



KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018/ 8-11	Tarih: 11/07/2018				
Doç. Dr. Haluk MERGEN ve Asistan Dr. Fulya TOPAL 'ın sorumlusu olduğu "SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde 01/07/2017 - 01/07/2018 Tarihleri Arasında Yatan Hastaların Yatış Süresi ve Taburculuk Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi" isimli araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.						
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	SBÜ İzmir Tepecik SUAM Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu.					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof. Dr. Mehmet ÖZEREN	Perinatoloji	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Erhan DEMİRHAN	K.B.B Hastalıkları	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç. Dr. İbrahim UYAR	Kadın Hastalıkları ve Doğum	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Yeliz PEKÇEVİK	Radyoloji	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç. Dr. Hülya PARILDAR	Aile Hekimliği	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Muhammet Ali KANIK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Eda KARADAĞ ÖNCEL	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Sibel DEMİRAL SEZER	İç Hastalıkları	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Mustafa İNCESU	Ortopedi ve Travmatoloji	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç. Dr. İnanç KARAKOYUN	Tıbbi Biyokimya	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Murat YEŞİLARAS	Acil Tıp	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç. Dr. Ülku KÜÇÜK	Tıbbi Patoloji	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç. Dr. Işıl KÖSE GÜLDOĞAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Burçin ABUD	Kalp Damar Cerrahisi	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç. Dr. Zafer KOZACIOĞLU	Üroloji	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı

9.ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Fulya Tarakçı

Doğum yeri ve tarihi: Serik / 25.11.1987

İletişim adresi ve telefonu: fulyahkse@hotmail.com/ 5064404009

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

Mustafa Adıyaman İlköğretim Okulu

H.Avni Çöllü Ortaokulu

Hacı Malike Mehmet Bileydi Anadolu Lisesi

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi

III- Ünvanları ve Mesleki Deneyimi

2013-2015: Osmaniye 112 Komuta Kontrol Merkezi, Pratisyen Hekim

2015-Günümüz: SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği
Asistan Doktor