



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

PALYATİF BAKIM BİRİMİNDE İZLENEN HASTALARDA
SEMPATOM KONTROLÜNÜN DEğERLENDİRİLMESİ

Dr. Nurcan KARADENİZ TEKİN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR/ 2018



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

PALYATİF BAKIM BİRİMİNDE İZLENEN HASTALARDA
SEMPATOM KONTROLÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Nurcan KARADENİZ TEKİN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR/ 2018

TEŞEKKÜR

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

Eğitim hayatım boyunca bilgisinden ve deneyiminden faydalandığım başta eğitim sorumlum sayın Doç. Dr. Haluk Mergen olmak üzere, Doç. Dr. Hülya Parıldar, Doç. Dr. Umut Gök Balcı, Uzm. Dr. Yusuf Adnan Güçlü, Uzm. Dr. Tevfik Tanju Yılmaz ve Uzm. Dr. Bakiye Nurdan Tekgöl'e,

Çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Maddi ve manevi desteklerini hayatımın her anında hissettiğim anneme, babama ve kardeşlerime,

Hayatımda olduğu her an için iyiki dediğim sevgili eşim ve meslektaşım Oral Tekin'e

Teşekkür ederim.

Dr. Nurcan KARADENİZ TEKİN

İzmir, 2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 PALYATİF BAKIM	2
2.1.1 Tanım ve Tarihçe.....	2
2.1.2 Palyatif Bakım Ekibi	5
2.1.3.Palyatif Bakım İhtiyacı	6
2.1.4 Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişimi ve Dünyadaki Yeri.....	7
2.1.5 Türkiye’de Palyatif Bakım Uygulamaları	10
2.1.6 Palyatif Bakım ve Aile Hekimliği	12
2.1.7 Birinci Basamakta Palyatif Bakım	13
2.1.8 Palyatif Bakımda Yaşam Kalitesi.....	14
2.2 PALYATİF BAKIMDA SEMPTOM YÖNETİMİ	15
2.2.1 Ağrı.....	15
2.2.2 Halsizlik ve Güçsüzlük	19
2.2.3 Bulantı ve Kusma	19
2.2.4 Beslenme Problemleri	21
2.2.5 İshal ve Kabızlık	23
2.2.6 Dispne.....	24
2.2.7 Depresyon	25
2.2.8 Anksiyete Bozuklukları	26

2.2.9 Deliryum	27
2.2.10 Uyku Bozukluğu	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI BİRİM	31
3.2 ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ	31
3.3 İSTATİSTİKSEL YÖNTEM	33
3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ	33
3.5. ETİK KURUL ONAYI	34
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
7. KAYNAKLAR	67
8. EKLER	80
8.1. HASTA ONAM VE VERİ FORMU	80
8.2. ETİK KURUL ONAM FORMU	85
9. ÖZGEÇMİŞ	86

KISALTMALAR

BIPAP	Bilevel Positive Airway Pressure
BPI	Brief Pain Inventor
DPBB	Dünya Palyatif Bakım Birliği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAPC	European Association for Palliative Care,
FAST	Functional Assesment Staging of Alzheimer's Disease
GDI	Global Distress Index
GİS	Gastrointestinal Sistem
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IAHPC	International Association for Hospice and Palliative Care
IASP	İnternational Assosiation for the Study of Pain
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KPBM	Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi
KPS	Karnofsky Performans Skalası
KT	Kemoterapi
MNA	Mini Nutritional Assessment
MPI-SF	McGill Pain Inventory- Short Form
MSDÖ	Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği
MUST	The Malnutrition Universal Screening Tool
NRI	Nutritional Risk Index
NRS	Nutritional Risk Screening
PBM	Palyatif Bakım Merkezi
PEG	Perkütan Enteral Gastrostomi
PEJ	Perkütan Enteral Jejunostomi
PHYS	Physical Symptom Subscale
PSYCH	Psychological Symptom Subscale
RT	Radyoterapi
SBÜ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SGA	Subjective Global Assessment
SNRI	Selektif Noradrenalin Reseptör İnhibitörü

SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSRI	Selektif Seratonin Reseptör İnhibitörü
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TPN	Total Parenteral Nutrisyon
VAS	Visual Analog Skala
VPS	Verbal Pain Scale
WPCA	World Palliative Care Alianz



TABLO LİSTESİ

- Tablo 1.** Bulantı ve kusmanın altta yatan sebebe göre farmakolojik tedavi yaklaşımı
- Tablo 2.** Dispne palyasyonunda kullanılan ilaçlar
- Tablo 3.** Palyatif bakım hastalarında deliryumun klinik özellikleri
- Tablo 4.** Hastaların demografik özelliklerine göre dağılımı
- Tablo 5.** Palyatif Bakım servisine yönlendiren birimlere göre dağılım
- Tablo 6.** Tanılara göre dağılım
- Tablo 7.** Tanıların kanser türlerine göre dağılımı
- Tablo 8.** Palyatif bakım başvurulduğunda kullanılan tedavilere göre dağılım
- Tablo 9.** Palyatif Bakım Birimine başvurulduğunda kullanılan ilaç gruplarına göre dağılım
- Tablo 10.** Palyatif bakım birimine başvuruya esas yakınmalara göre dağılım
- Tablo 11.** Bakım verenlerin yakınlık durumuna göre dağılım
- Tablo 12.** Yatış süresince uygulanan tedavilere göre dağılım
- Tablo 13.** Yatış sürecinde uygulanan tedavilerin dağılımı
- Tablo 14.** Visuel Analog Skala ile ölçülen ağrı dağılımı
- Tablo 15.** VAS1 değerleri MSDÖ1 ağrı sıklık, şiddet ve sıkıntı değerleri arasında korelasyon
- Tablo 16.** VAS 2 değerleri MSDÖ 2 ağrı sıklık, şiddet ve sıkıntı değerleri arasında korelasyon
- Tablo 17.** MSDÖ'ye göre hastaların servise kabulünde semptomlarının değerlendirmesi
- Tablo 18.** MSDÖ'ye göre yatışın onuncu gününde semptomlar değerlendirmesi
- Tablo 19.** Hasta kabulünde MSDÖ'ye göre semptom sıklığı dağılımı
- Tablo 20.** İkinci değerlendirmede MSDÖ'ye göre semptom sıklıklarının dağılımı
- Tablo 21.** Yatış ve tekrarlayan MSDÖ puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 22.** İlk değerlendirmedeki ölçek puanları arasındaki korelasyon analizi
- Tablo 23.** Tekrarlayan değerlendirmede ölçek puanları arasındaki korelasyon analizi

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Palyatif bakım diyagramı

Şekil 2. Palyatif bakımda papyon modeli

Şekil 3. Multidisipliner palyatif bakım ekibi

Şekil 4. Görsel ağrı skalası (VAS) A.Yetişkinler için B. Çocuklar için

Şekil 5. DSÖ basamaklı ağrı tedavisi ilkesi

Şekil 6. Palyatif bakım hastalarında ağrı tedavisi yaklaşımı akış diyagramı

Şekil 7. Hastaların yatış sırasında kullandığı tedavi

Şekil 8. Palyatif bakım birimine başvuru yakınmalarına göre dağılım

Şekil 9. Yatış ve onuncu gün ağrı skorları karşılaştırması

Şekil 10. Yatış ve onuncu gün KPS ortalamalarının karşılaştırması ($p<0,001$)

Şekil 11. MSDÖ1 dağılımı

Şekil 12. MSDÖ2 dağılımı

Şekil 13. MSDÖ'de semptom sıklığı “yok” diyen kişilerin ilk ve son ölçümde dağılımı

ÖZET

PALYATİF BAKIM BİRİMİNDE İZLENEN HASTALARDA SEMPTOM KONTROLÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Günümüzde tıbbi teknolojideki ilerlemeler sayesinde yaşamı tehdit eden hastalıklarda sağ kalım artmış bununla birlikte ciddi hastalıklarla mücadele eden insan sayısında artış olmuştur. Birçok semptomu birarada yaşayan bu hasta grubu kapsamlı yaklaşım ile semptom kontrolünün yapıldığı palyatif bakım gerektirmektedir. Palyatif bakım hastalarında ağrı, güçsüzlük, bulantı, kusma, iştahsızlık, nefes darlığı, uyku problemleri, üzüntü, endişe, kabızlık gibi birçok semptom beraber yaşanmaktadır. Fakat hastalar ağrı başta olmak üzere kendilerine en fazla sıkıntı veren semptomu belirtmektedirler. Etkin palyatif bakım hizmeti sağlayabilmek ve yaşam kalitesini arttırabilmek için tüm semptomların ayrıntılı olarak irdelenmesi, erken tanınarak etkili tedavinin planlanması önemlidir. Bu araştırmada kapsamlı bir palyatif bakım merkezinde sunulan palyatif bakım hizmetinin farklı semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin önemli bir bileşeni olan bireysel performans düzeylerine etkisini araştırmak amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Prospektif araştırma olarak tanımlanan çalışmada T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Biriminde yatarak destek tedavi almış 18 yaş ve üstü hastalar çalışma evrenini oluşturdu. 18.12. 2017 ile 10.08.2018 tarihleri arasında servise yatarak destek tedavi alan 128 hasta, palyatif bakım birimine yatışta ve tedavilerinin onuncu gününde olmak üzere iki defa değerlendirildi. Hastaların başta ağrı olmak üzere tüm semptomları Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) ve Visual Analog Skala (VAS) ile değerlendirildi. Yaşam kalitesinin önemli bir bileşeni olan performans düzeylerini belirlemek amacıyla Karnofsky Performans Skalası (KPS) kullanıldı. Veriler hastalarla yüz yüze görüşülerek kaydedildi.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması $61,5 \pm 12,6$ olarak hesaplanmış olup, hastaların %28,9 (n=37) kadın, %71,1'i (n=91) erkekti. Servise başvuru nedenleri incelendiğinde en sık neden %42,2 oranında destek tedavi ve ağrı palyasyonu saptandı. Servise en çok hasta yönlendiren uzmanlık alanı %74,2 (n=95) oranı ile onkoloji olarak belirlendi. Hastaların tanılarına bakıldığında %85,2'sinin

malignite olduğu görüldü. Esas yakınma sorgulandığında en sık saptanan yakınma %55,5 (n=71) ile ağrı, %36,7 (n=47) ile güçsüzlük saptandı. Hastaların MSDÖ ile değerlendirilmesinde yatış anında %94,5 güçsüzlük, %89,8 ağrı, %87,5 endişelenme, %80,5 mutsuz hissetme saptandı. En şiddetli yaşanan ve en çok sıkıntı veren semptomlar da güçsüzlük, ağrı, endişelenme ve nefes darlığı olarak belirlendi. MSDÖ ile tekrarlayan değerlendirmede, öncesi sonrası karşılaştırmalarda tüm değerlerde (32 değer) ve sıklık, şiddet, sıkıntı başlıklarının tümünde istatistiksel olarak anlamlı düşme saptandı. ($p<0,01$). VAS ile olan değerlendirmede yatış anında hastaların %86,7'sinde görülen ağrı semptomunun tekrarlayan değerlendirmede %31,3'e düştüğü izlendi. Ağrı skoru ortalaması başlangıçta $5,9\pm3,1$ olup tekrarlayan sorgulamada $0,6\pm1,0$ olarak tespit edildi. Kliniğe kabul sırasındaki Karnofsky Performans skoru (KPS1) ortalaması başlangıçta $60,9\pm13,9$ olup tekrarlayan değerlendirmede $72\pm15,7$ olarak tespit edildi. Yatışın onuncu günündeki KPS2 değerleri hastaların yatışındaki değerlere göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. ($p<0,001$)

Sonuç: Birçok semptomu bir arada yaşayan palyatif bakım hastalarının sadece kendilerine en fazla sıkıntı veren semptomu dile getirdiği görüldü. Hastalar MSDÖ ile sorgulandığında yaşam kalitelerini bozan birçok semptomu yaşadıkları görüldü. Bu çalışmada Palyatif Bakım birimlerinin felsefesi gereği hastaya bütüncül yaklaşım semptom kontrolü sağlayarak hasta ve yakınlarının yaşam kalitesinin önemli bir bileşeni olan performans düzeylerini arttırdığı görüldü. Palyatif Bakım birimlerinde etkin semptom kontrolü sağlayabilmek ve hastaların performans düzeylerini takip edebilmek ve böylelikle tam anlamıyla bir bakım ve yaşam kalitesinde artış sağlayabilmek için MSDÖ, VAS ve KPS gibi ölçeklerin kullanılması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Karnofsky Performans Skalası, Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği, Palyatif Bakım, Yaşam Kalitesi, Ağrı

ABSTRACT

EVALUATION OF SYMPTOM CONTROL IN PATIENTS MONITORED IN THE PALLIATIVE CARE UNIT

AIM: Nowadays, the advances in medical technology leads to an increase in the survival rate for life-threatening diseases, however, the number of people affected by severe diseases also increased. This group of patients, who simultaneously face many symptoms, require palliative care with symptom control through a comprehensive approach. Many symptoms such as pain, weakness, nausea, vomiting, loss of appetite, shortness of breath, sleep problems, sadness, anxiety, constipation are simultaneously experienced by palliative care patients. However, patients specify the symptom that give them the most discomfort; most commonly, pain. In order to provide effective palliative care and improve the quality of life, it is important to examine all symptoms in detail and to plan effective treatment with early recognition. This study aims to investigate the effect of the palliative care service provided in a well-equipped palliative care center on the management of different symptoms and personal performance levels, which is an important component of quality of life.

Materials and Methods: In this study, which is defined as a prospective research, patients aged 18 and over who received inpatient treatment at the Palliative Care Unit of İzmir Tepecik Training and Research Hospital of Health Sciences University of Republic of Turkey, constituted the study population. A total of 128 patients, who received inpatient treatment between 18.12.2017 and 10.08.2018, are evaluated twice, first at the time of admission to the palliative care unit and then on the tenth day of their treatment. All the symptoms of patients, pain in particular, are evaluated by the Memorial Symptom Assessment Scale and Visual Analogue Scale. Karnofsky Performance Scale is used to determine performance levels, which is an important component of quality of life. Data is recorded by conducting face-to-face interviews with patients.

Results: The mean age of the study group is 61.5 ± 12.6 years, and 28.9% (n = 37) of the patients are female and 71.1% (n = 91) are male. When the reasons for admission to the palliative care unit are examined, the most common reason is found

to be supportive care and pain palliation, with 42.2%. Oncology is determined to be the field of specialty with the highest rate of patient referral to the unit, with 74.2% (n = 95). When the diagnoses of the patients are examined, it is observed that 85.2% was malignancy. When the main complaint is inquired, the most common complaint is pain with 55.5% (n = 71) and weakness with 36.7% (n = 47). Evaluation of patients with MSAS revealed that, at the time of admission to the unit, 94.5% weakness, 89.8% pain, 87.5% anxiety, 80.5% sadness were detected. The most severe and discomforting symptoms are weakness, pain, anxiety and shortness of breath. Repeated evaluation with MSAS revealed that, in a before-after comparison, there is a statistically significant decrease in all measurements (32 measurements) and frequency, severity and discomfort ($P < 0.01$). In the evaluation with VAS, it is found that the pain symptom seen in 86.7% of the patients at the time of admission decreased to 31.3% in the second evaluation. The initial mean pain score was 5.9 ± 3.1 , and after the second evaluation, it was 0.6 ± 1.0 . The mean Karnofsky Performance Score at the time of admission (KPS1) is 60.9 ± 13.9 , and 72 ± 15.7 at the second evaluation. KPS2 values on the 10th day of hospitalization are significantly higher than the patients' admission ($p < 0.001$).

Conclusion: Palliative care patients, who are experiencing many symptoms simultaneously, are found to report only the most discomforting symptom. When the patients are interviewed with MSAS, it is found that they are experiencing many symptoms that disrupt their quality of life. In this study, it is found that Palliative Care units, as a matter of principle, approached the patient in a holistic manner, and by providing symptom control, increased the performance levels, which is an important component of quality of life of the patients and their relatives. It is useful to use scales such as MSAS, VAS and KPS in Palliative Care units in order to provide effective symptom control and to monitor the performance levels of the patients, and thus to increase the quality of care and quality of life completely.

Keywords: Karnofsky Performance Scale, Memorial Symptom Assessment Scale, Palliative Care, Quality of Life, Pain

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde tıbbi teknolojiadaki ilerlemeler sayesinde yaşamı tehdit eden hastalıklarda sağ kalım artmıştır. Bununla birlikte ciddi hastalıklarla mücadele eden insan sayısında artış olmuştur. Hastaların sağ kalım süresi artmış fakat yaşadıkları semptomlar ve zorluklar nedeniyle hem kendilerinin hem de ailelerinin yaşam kalitesinde önemli düşüşler gözlenmiştir. Birçok semptomu birarada yaşayan bu hasta grubu için branşlanmış sağlık sisteminin getirdiği zorluklar etkili semptom kontrolü sağlayamamaktadır. Bu hastaların bütüncül yaklaşıma ihtiyaçları vardır.

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya kalan hasta ve yakınlarının, gereksinimlerinin karşılanması amacıyla doğmuş bir yaklaşım türüdür (1). Palyatif bakım, hem bakım hem de tedavi sürecinde çoklu semptomlarla baş etmenin en etkili yoludur (2). Hastalık evresinden bağımsız, erken dönemden itibaren tıbbi bakıma, hem küratif hem de yaşam süresini uzatıcı tedaviye entegre edilmesi gereken bir tedavi şeklidir (3).

Palyatif bakım hastalarında ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk, nefes darlığı, uyku problemleri, üzüntü, endişe, kabızlık gibi birçok semptom beraber yaşanmaktadır. Fakat hastalar kendilerini en çok rahatsız eden semptomları dile getirmektedirler. Hatta tedavilerini olumsuz etkileyebileceği endişesi veya sürecin doğal seyri olabileceği önyargısıyla pek çok semptomu dile getirmekten çekinebildikleri bilinmektedir. Etkin palyatif bakım hizmeti sağlayabilmek ve yaşam kalitesini arttırabilmek için tüm semptomların ayrıntılı olarak irdelenmesi, erken tanınarak etkili tedavinin planlanması önemlidir. Bu araştırmada kapsamlı bir palyatif bakım merkezinde sunulan palyatif bakım hizmetinin farklı semptomların yönetimi ve yaşam kalitesinin önemli bir bileşeni olan bireysel performans durumuna etkisini araştırmak amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

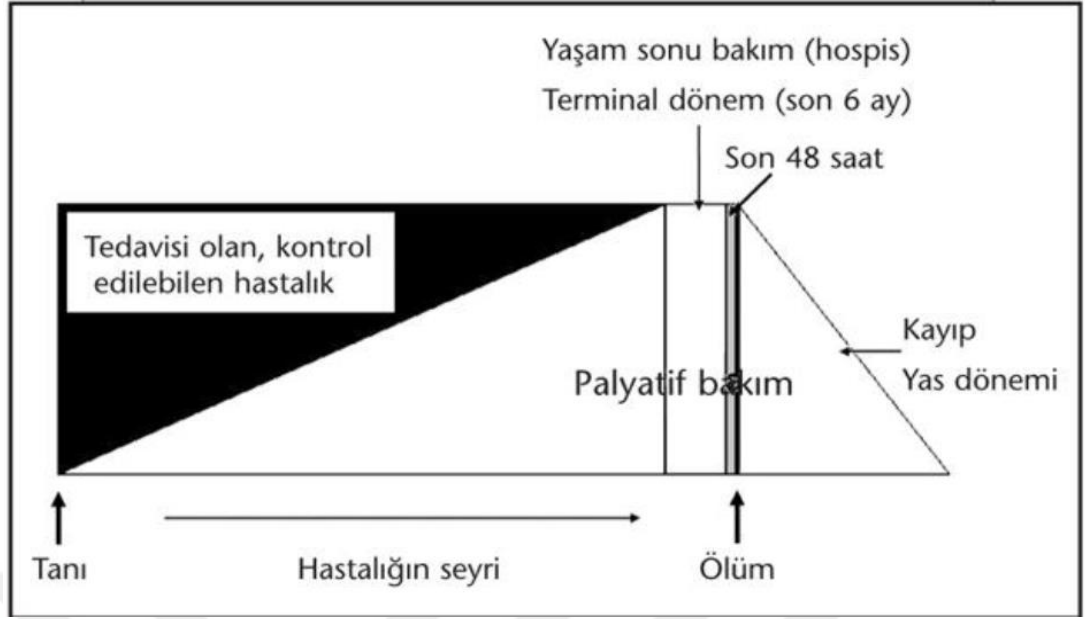
2.1 PALYATİF BAKIM

2.1.1 Tanım ve Tarihçe

Palyatif kelimesi, “pallium” kelimesinden köken almaktadır.”Pallium” Latince’de “örtü, manto, sarıp sarmalama” anlamındadır (4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından palyatif bakım tanımı ilk kez 1989 yılında yapılmıştır. Günümüzde kabul gören DSÖ 2002 tanımına göre Palyatif bakımın “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 ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşım” olduğu bildirilmektedir (5).

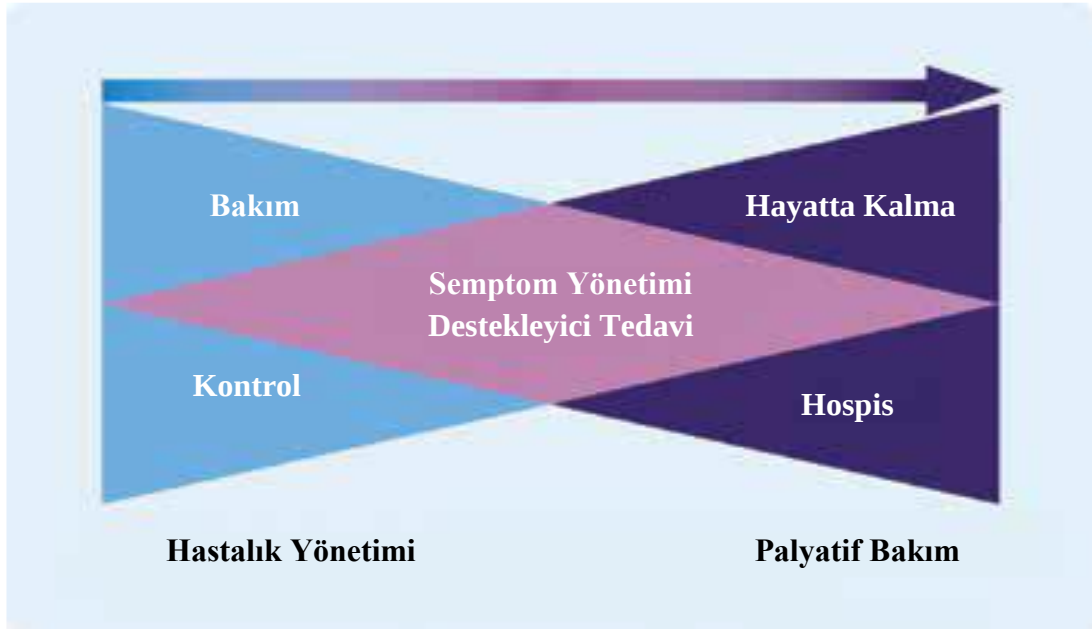
Palyatif bakım:

- Ağrı ve diğer rahatsız edici belirtilerin rahatlamasını sağlar,
- Yaşamı onaylar ve ölümü normal bir süreç olarak görür
- Ölümü hızlandırmaya ya da ertelemeye niyetli değildir,
- Hasta bakımının psikolojik ve ruhsal yönlerini bütünleştirir,
- Hastalara ölüme kadar mümkün olabildiğince aktif bir yaşam sürebilmelerine yardımcı olacak bir destek sistemi sunar,
- Hastanın hastalığı sırasında ve kaybedildikten sonraki yas döneminde ailenin olaylarla başa çıkmasına yardımcı olacak bir destek sistemi sunar,
- Hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için bir ekip çalışması yapar, eğer gerekirse buna yas döneminde verilen danışmanlık da dahil edilir,
- Bu yaklaşımlar yaşam kalitesini artırır ve ayrıca hastalığın seyrini de olumlu yönde etkileyebilir,
- Hastalığın başlangıcında kemoterapi (KT) veya radyoterapi (RT) gibi hastanın ömrünü uzatmayı amaçlayan diğer tedavilerle birlikte uygulanabilir, gerekli olan tanısal araştırmaları daha iyi anlamayı ve üzücü klinik komplikasyonları yönetmeyi içerir (6). Palyatif bakım, küratif tedavi ve yas entegrasyonu Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Palyatif bakım diyagramı (4).

Hawley, hastalığı iyileştirmeye yönelik tedavinin palyatif bakım ile tamamlanmasına yönelik adaptif bir modeli savunmaktadır (7). Bu bakım sistemine papyon modeli denmektedir (Şekil 2), böylelikle hastanın palyatif bakım sürecini daha kolay kabullendiği görüşündedir.



Şekil 2. Palyatif bakımda papyon modeli (7).

Palyatif bakımın önemi ve gerekliliği zamanla daha da anlaşılır hale gelmiştir. DSÖ'nün belirlediği kriterlere uygun olarak her ülke, kendi sağlık sistemine, kültürlerine, inançlarına ve gereksinimlerine göre bir plan ve strateji oluşturmuştur. 2003 yılında Dünya Palyatif Bakım Birliği (World Palliative Care Alianz, WPCA) kurulmuştur. Ve palyatif bakım tanımı geliştirilerek tekrar yapılmıştır (5). WPCA tanımına göre :

1. Palyatif bakım hem yaşamı tehdit eden hastalıklar hem de kronik hastalıklar için bir ihtiyaçtır.

2. Palyatif bakımı sunmak için tanı ve prognoza dayalı değil ihtiyaca yönelik yaklaşım önerilmektedir.

3. Palyatif bakıma bakımın her düzeyinde ihtiyaç vardır. Palyatif bakım üç farklı düzeyde sunulabilir:

- Palyatif Bakım Yaklaşımı: Uygun eğitim ile tüm sağlık profesyonelleri tarafından palyatif bakım sunma yaklaşımıdır.
- Genel Palyatif Bakım: Yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastaları tedavi eden tüm birinci basamak profesyonelleri tarafından iyi bir temel palyatif bakım bilgisi ile sağlanan bakımdır.
- Uzman Palyatif Bakım: Karmaşık sorunları olan hastalara uzman ekip tarafından sunulan hizmettir.

4. Palyatif bakım herhangi bir bakım şekli ile sınırlandırılmamalıdır. Palyatif bakım hastanın evinde, bir bakım kuruluşunda, hastanede, hospiste veya ayaktan tedavi servisinde sunulabilir (5).

Palyatif bakım uygulamaları, şu üç süreci içerir:

1. Primer hastalığın tedavisi: Palyatif bakımın maksimum etkililiği için, hastalığın erken dönemlerinden itibaren, mevcut tedaviye entegre edilmesi gerekir (8). Hastalığın erken dönemlerinden itibaren palyatif bakım sürecine giren hastaların hem yaşam kalitesi hem de yaşam süresinde artış olmaktadır (9).

2. Hastanın yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik palyatif bakım

3. Hastanın yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik destekleyici bakım ve psikososyal yaklaşım

2011'de Avrupa Palyatif Bakım Kongresinde palyatif bakım konusu tartışılarak Lizbon kararları alınmıştır. Bu kararlara göre; Palyatif bakım, buna

ihtiyacı olan kişiler için temel insan hakkıdır ve bu kavramın ülkelerin sağlık politikasına yöneticiler tarafından entegre edilmesi gereklidir (10). Palyatif bakım ve etkin semptom yönetimini sağlayacak sağlık personellerinin uygun bir eğitimden geçmesi gerektiği belirtilmiştir. Palyatif bakıma mevcut sağlık hizmetlerinin içinde yer verilmesi gerekli görülmüştür (10,11).

2.1.2 Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım hizmeti, doktor, hemşire, psikolog, fizyoterapist, eczacı, sosyal hizmet uzmanı, manevi bakım uzmanı ve gönüllülerden oluşan multidisipliner ekip tarafından verilmelidir. Palyatif bakım servislerinde yatarak tedavi gerektiren akut semptomların varlığında, gerekirse konsültasyon yöntemiyle ilgili uzmanların görüşü alınıp, semptomların kontrolü hedeflenmektedir. Böylelikle hastanın hızlı bir şekilde sosyal yaşam alanına dönmesi sağlanmaya çalışılmaktadır (12). Etkin bir palyatif bakım için ekibin tüm üyelerinin eğitim almış olması şarttır. Şekil 3’de multidisipliner palyatif bakım modeli şeması görülmektedir.



Şekil 3. Multidisipliner palyatif bakım ekibi (13).

2.1.3.Palyatif Bakım İhtiyacı

Palyatif bakımla, gerekli olmayan tanı ve tedavi girişimleri, yararlı olmayan yoğun bakım yatışı ve acil servis başvuruları da azaltılarak maliyet etkin bir hizmet verilebilmektedir (14). Hastalığın erken evrelerinden itibaren palyatif bakımın entegrasyonu ile bakım kalitesi artırılarak yaşam süresinin de uzadığı bildirilmiştir (15,9).

Yatağa bağımlı, küratif tedavisi olmayan, fiziksel ve emosyonel semptomların kontrol edilmesinde güçlük yaşanan hastalar palyatif bakım ekibi tarafından değerlendirilir. Hasta ve/veya ailesinin yaşam kalitesinin arttırılabileceği düşünülüyorsa palyatif bakım ünitesine yatışı sağlanır (16).

Palyatif Bakım Ünitesine yatış kriterleri:

1. Medikal tedaviye rağmen VAS ağrı skalası ≥ 5 olan, ağrıya bağlı uyku düzeni bozulan, istirahatle dahi 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.) KPS 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, RT ve KT 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 Assesment Staging of Alzheimer's Disease) 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, 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 (16).

Hasta değerlendirildikten sonra palyatif bakım ihtiyacı varsa, aile ve ekip birlikte palyatif bakım desteğinin kapsamına ve desteğin verileceği yere karar verir. Palyatif bakım, hastanede yataklı serviste, destek evinde (halen ülkemizde planlama aşamasındadır), evde bakım şeklinde veya polikliniklerde verilebilir. Hasta ve hasta yakınları verilecek bakımın kapsamı hakkında yeterince bilgilendirilmeli ve mutlaka onam alınmalıdır (17).

2.1.4 Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişimi ve Dünyadaki Yeri

Palyatif bakımın ilk örneklerine, 11. yüzyılda rastlanmaktadır. Hasta popülasyonunu yolculuk sırasında ölümcül hastalıklara yakalananlar oluşturmakta ve bakım da dini amaçlı görev yapan gönüllüler tarafından yapılmaktadır (18).

Günümüzdeki tanımlamalara benzer hizmet veren ilk palyatif bakım ünitesi ise 1842'de Fransa'da kurulmuştur. Bu merkez palyatif bakımdan çok hospis (yaşam sonu hastalara bakım verilen kurum) olarak kullanılmıştır. 1960'lı yıllarda Amerikalı psikiyatrist Elisabeth Kübler-Ross'un "On Death and Dying" isimli kitabı tüm dünyada palyatif bakım konusunu gündeme getirmiştir.

Modern anlamda ilk hospis de 1967'de İngiltere'de hemşire ve sosyal çalışmacı olan Cicely Saunders tarafından ölmekte olan hastalardaki gözlemlerine dayanarak kurulan, "St. Christopher's Hospice"dir. Bu tarih palyatif bakım uygulamaları açısından milat kabul edilmektedir (19). Bu süreçten 1970'li yıllara kadar palyatif bakım, hospis kavramı ile özdeşleştirilmiştir. Bu iki kavramın ayrışması ve günümüzdeki tanımlamaların kullanılmaya başlaması 1970'li yıllara denk gelmektedir.

Modern anlamda ilk palyatif bakım servisi 1975 yılında Kanada Montreal’de Royal Victoria Hastanesi’nde kurulmuştur (20). İhtiyaç doğrultusunda İngiltere ve diğer Avrupa ülkelerinde palyatif bakım servislerinin sayısı hızla artmıştır. Almanya’da da 1983 yılında, palyatif bakıma yönelik merkezler kurulmaya başlanmıştır. Kısa sürede tüm ülke geneline yayılmıştır (5). Amerika Birleşik Devletleri’nde ise hastane tabanlı ilk palyatif bakım ünitesi 1985 yılında Wayne State Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde açılmıştır (21).

DSÖ palyatif bakım tanımını ilk kez 1989 yılında yapmıştır. 2002 yılında bugünkü anlayışla palyatif bakım tanımı yenilenmiştir. 2003 yılında da Dünya Palyatif Bakım Birliği (DPBB) (World Palliative Care Alianz, WPCA) kurulmuştur. Avrupa Palyatif Bakım Birliği (European Association for Palliative Care, EAPC), Uluslararası Palyatif Bakım ve Hospis Birliği (International Association for Hospice and Palliative Care, IAHPC) ve İnsan Hakları Derneği 2011’de Avrupa Palyatif Bakım Kongresinde palyatif bakım konusunu tartışarak Lizbon kararlarını almışlardır. Buna göre: Palyatif bakım, ihtiyacı olan kişiler için temel insan hakkı olduğu vurgulanmış ve bu kavramın ülkelerin sağlık politikasına yöneticiler tarafından entegre edilmesi gerektiği belirtilmiştir (10). 2006 yılı eylül ayında Palyatif Tıp Amerika’da resmi olarak bir yan dal uzmanlığı olarak tanınmıştır (20). Günümüzde palyatif bakım hizmetlerinin en gelişmiş olduğu bölgeler Amerika San Diego bölgesi ve İspanya’nın Katalan bölgesidir. Bu bölgelerde palyatif bakım hizmetlerinin tüm modellerini görmek mümkündür (20).

DSÖ-DPBB 2014 raporuna göre dünya üzerinde 234 ülke Palyatif Bakım gelişimine göre kendi içlerinde alt grupları barındıran 4 grupta sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırma aşağıdaki kriterlere göre yapılmıştır: (5).

- Palyatif bakım servisleri ve derneklerinin yaygın olması
- Palyatif bakım hizmetinin sağlık sistemine entegrasyonu
- Genel sağlık sigortası poliçelerinde palyatif bakımın ağırlığının olması ve diğer fonlardan palyatif bakım harcamalarına kaynak aktarılması
- Sağlık personeli ve yerel derneklerin hizmet verdiği etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları
- Morfine ulaşma sorununun az olması

- Sağlık çalışanlarının ve toplumun palyatif bakım konusunda bilinçlenmesi

- Üniversitelerle akademik iş birliği içinde olan gelişmiş palyatif bakım eğitim sistemleri

- Grup1: Hospis-Palyatif Bakım Aktivitesi Bilinmeyen Ülkeler:

Bu grupta Afganistan, Çad, Gine, Komor, Kore, Libya, Özbekistan gibi 75 ülke (%32) yer almaktadır. Bu ülkelerde hospis-palyatif bakım hizmeti yoktur. Tüm ülkeyi kapsayan palyatif bakım politikaları da bulunmamaktadır.

- Grup 2: Hospis-Palyatif Bakım Hizmetleri Yapılanma Aşamasındaki Ülkeler:

Azerbaycan, Bolivya, Cezayir, Haiti, Karadağ, Vatikan gibi 23 ülke (%10) yer almaktadır. Bu ülkelerde aktif olarak hizmet veren palyatif bakım üniteleri bulunmamaktadır. Bununla birlikte; palyatif bakım servisleri oluşturmak için çalışmalar yapılmaktadır.

- Grup 3: Ülke Geneline Olmayıp Sadece Lokalize Hospis-Palyatif Bakım Yapılanması Olan Ülkeler

- Grup 3A Ülkeler:

Angola, Bahreyn, Bangladeş, Brezilya, Bulgaristan, İran, Kuveyt, Lübnan, Mozambik, Paraguay, Sudan gibi 74 ülke (%31,6) bu grupta yer almaktadır. Yetersiz sayıdaki lokalize kliniklerde, düşük kapasiteyle palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Sağlık sistemine entegre değildir. Daha çok kişisel bağışlarla finanse edilmektedir. Morfin ulaşılabilirliği sınırlıdır. Hükümetler palyatif bakım aktivitelerini yeterince desteklememektedir.

- Grup 3B Ülkeler:

Bu grupta Arjantin, Arnavutluk, Hırvatistan, Kıbrıs ve **Türkiye** gibi 17 ülke (%7,3) yer almaktadır. Palyatif bakım hizmetleri bu ülkelerde lokalizedir. Genel sağlık sistemiyle entegre değildir. Kişisel/kurumsal bağışlar, özel sigortalar, genel sağlık sistemi, yerel devlet kaynakları farklı bakanlıklar ve tüm bunlardan bağımsız finans sistemleri mevcuttur. Morfine ulaşılabilirlik rahattır.

- Grup 4: Sağlık Sistemi İle Entegre Olmuş Hospis-Palyatif Bakım Servisleri Olan Ülkeler

- Grup 4A Ülkeler:

Sayıları 25 (%10,7) olan Çin, Danimarka, Finlandiya, İsrail, Lüksemburg, Sırbistan, Şili ve Macaristan'ı içeren bu grupta; palyatif bakım hizmetleri daha yaygın ve kolay ulaşılabilir. Palyatif bakım servis türleri de çeşitlendirilmiştir. Toplumda palyatif bakım bilinci yüksektir. Morfin ve güçlü ağrı kesicilere ulaşım kolaydır. Palyatif bakım politikaları olup, 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 gibi 20 ülke (%8,6) yer almaktadır. Ülke genelinde yaygın palyatif bakım servisleri vardır. Kapsamlı palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları vardır. Palyatif bakım eğitim sistemleri üniversitelerle akademik iş birliği içindedir. Ulusal palyatif bakım dernekleri mevcuttur (22,23).

2.1.5 Türkiye’de Palyatif Bakım Uygulamaları

Günümüzde, tıbbi teknolojilerdeki ilerleme ile yeni tedavi imkanları sonucu yaşam süresinde artışla beraber, kronik veya yaşamı tehdit eden hastalık tanılı ve birçok semptomla baş etmek zorunda kalan hasta sayısında artış olmuştur (24). Bu durum tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de palyatif bakım ve evde bakım ihtiyacı doğurmuştur. Ülkemizde tıp fakültelerinde halen palyatif bakım uzmanlığı eğitimi bulunmamakta, palyatif bakım hizmeti mevzuatta belirtildiği şekilde ilgili kurum yöneticisinin görevlendirdiği uzman hekim sorumluluğunda sürdürülmektedir (25). Bu nedenle Türkiye’de palyatif bakım uzmanlarının hizmet verdiği modern anlamda 3.seviye kapsamlı palyatif bakım merkezi tanımlanmamıştır (22).

Türk Onkoloji Vakfı’nın, İstanbul Yeşilköy’de “Kanser Bakımevi” adı ile 1993-1997 yıllarında hizmete giren kuruluş, palyatif bakım amacıyla kurulan fakat daha çok hospis kavramına yakın Türkiye’deki ilk kuruluş olarak kabul edilmektedir. İkinci girişim ise Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Ancak yasal düzenlemelerin olmayışı engel olmuştur. “Hacettepe Umut Evi”adı ile kanserli hastaların tedavi ve sonrasında kısa

sürekli konaklayabilecekleri minimum hemşire hizmetinin olduğu bir merkez şeklinde hizmet sunulmuştur (26,27).

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009 yılında palyatif bakım hizmetlerine de vurgu yapan 5 yıllık bir ‘Ulusal Kanser Kontrol Programı’ başlatmıştır. Palyatif bakımın ilk adımı olarak da T.C. Sağlık Bakanlığı ‘Evde Bakım Hizmetleri’ni gündeme getirmiştir. İlgili yönerge ile ihtiyacı olan bireylere, evlerinde birey merkezli sağlık hizmeti sunulması ve hizmet kalitesinin artırılması hedeflenmiştir (28). Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı Palyatif Bakım uygulamalarını 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı’nın en önemli yapıtaşlarından biri olarak kabul etmiş ve 2010 yıllarının başında Palya-Türk Projesi adı altında palyatif bakım çalışmalarını başlatmıştır (29). Palya-Türk Projesi ile birlikte, evde sağlık hizmetlerinin ve aile hekimlerinin yürüteceği toplum tabanlı palyatif bakım hizmetleri planlanmıştır. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen bir projede yer alan 4 ana başlık şu şekildedir;

- 1) Piyasadaki morfin kullanılabilirliğini artırmak,
- 2) Morfin reçetesi ile ilgili yeni yasa çıkartmak,
- 3) Opiofobi’ye karşı sağlık personelinin eğitmek,
- 4) Toplum tabanlı palyatif bakım modelini aile hekimleri ile uygulamak (30).

Palya-Türk Projesine göre palyatif bakım hizmetlerinin üç farklı seviyede verilmesi amaçlanmıştır (31):

1. Seviye: Genellikle ayaktan poliklinik hizmetleri verilir. İhtiyaç durumunda 4 yataklı servislerin açıldığı birimlerdir. Sorumlu kişi, aile hekimleri ve palyatif bakım eğitimi almış doktorlardır. 2013-2023 yılları arası Sağlık Bakanlığı’na bağlı 216 adet ve 7 üniversite hastanesinde birinci seviye palyatif bakım birimleri kurulması hedeflenmiştir.

2. Seviye: Palyatif bakım merkezi (PBM) hastaneler ile üst standartlara sahip sağlık tesislerine kurulması önerilmiştir. Multidisipliner bir ekip çalışması planlanmıştır. Bu merkezlere, kapsamlı palyatif bakım merkezi, palyatif bakım merkezi, aile hekimi ve evde sağlık hizmetleri birimlerince hasta yönlendirilebilir ya da hastalar doğrudan başvurabilirler. 2013-2023 yılları arasında Sağlık Bakanlığı’na bağlı 38 hastane ve 22 üniversite hastanesinde 2. Seviye palyatif bakım merkezi kurulması hedeflenmiştir.

3. Seviye: Kapsamlı palyatif bakım merkezi (KPBM) Üniversite/Eğitim ve Araştırma hastaneleri bünyesinde kurulması önerilmiştir. KPBM alt tedavi guruplarına, palyatif bakım konusunda hizmet içi eğitim, sürekli eğitim ve sertifikasyon eğitim programlarını verebilecek düzeyde bilgi birikimine sahip personel bulunduran merkezlerdir. Bu merkezlerde asıl amaç, hastanın stabil hale getirilip idame tedavisinin, aile hekimi ve evde sağlık hizmetlerince devamını sağlamaktır.

2012 yılında tüm ülke için örnek model olarak Ankara Ulus Devlet Hastanesi bünyesinde bir palyatif bakım merkezi kuruldu. Bu hastanede hizmet içi eğitimler ve pilot çalışmalar yapıldı. Sonuçlar değerlendirilerek ülke gereksinimine uygun düzenlemeler yapıldı (19,32). Ülkemizde palyatif bakım çalışmaları ve uygulamaları her geçen gün artarak devam etmektedir. Bu anlamda kısa sürede kayda değer bir gelişme gözlenmektedir. Hospis (destek evi) ise küratif tedaviye cevap vermeyen, son dönem hastalarla ilerlemiş kronik hastalık sahibi hastaların semptom kontrolünün sağlandığı, ev ortamına sahip yerlerdir. Bu merkezlerde semptom kontrolü ön plandadır (4). Ülkemizde destek evi kurulması yönünde önemli adımlar atılmıştır.

25 Nisan 2013 tarihinde İzmir Kamu Hastaneleri Birliğinde ülkemizin ilk ‘Palyatif Bakım Çalıştayı’ gerçekleştirilmiştir. Bu çalıştayda Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde palyatif bakım merkezinin kurulmasına karar verilmiştir. Bu karara istinaden 3 Haziran 2013 tarihinde Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi kurulmuş ve aynı tarihlerde hasta kabulüne başlanmıştır. İzmir’de Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan ilk Palyatif Bakım Merkezi olup, Aile Hekimliği Kliniği desteğiyle hizmet sunan Türkiye’deki ilk merkez niteliğini de taşımaktadır (33).

2.1.6 Palyatif Bakım ve Aile Hekimliği

Aile hekimleri yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlar, kişilerin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Hastalarını doğum öncesinden ölene kadar, tüm yaşamları boyunca izleyerek bakımın sürekliliğini sağlar. Aile hekimleri, hastalarına yaşamlarının

önemli bir bölümünde birçok rahatsızlık epizodunda sağlık hizmeti sunar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetim planlarını hastalarıyla görüşürken, yineleyen temalarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Aile Hekimleri, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme (palyasyon) sağlayarak mesleklerini yerine getirirler. Hastanın gereksinimleriyle belirlenen sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlarlar. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetirler (34,35).

Aile hekimliği disiplininin yaklaşımları palyatif bakım için belirtilen kriterlerle büyük oranda örtüşmektedir. Palyatif bakım merkezlerinde hastalara bütüncül yaklaşımın sergilenmesi hasta ve yakınlarına yönelik biyopsikososyal yaklaşımın yanı sıra manevi bakım hizmeti de sunulmalıdır. Bu merkezlerin etkin kullanımı ve evde sağlık hizmetlerinin başarıyla sürdürülebilmesi amacıyla birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegrasyonu için aile hekimliği uzmanlarının katkılarına ihtiyaç vardır. Sonuç olarak; palyatif bakım, multidisipliner bir bakım modelidir. Aile hekimliğinde de hastaya biyopsikososyal, bütüncül, kapsamlı yaklaşım boyutuyla palyatif bakım merkezlerinde aile hekimliği uzmanlarının olması sunulan hizmetin kalitesini arttıracaktır (36).

2.1.7 Birinci Basamakta Palyatif Bakım

Palyatif bakım, palyatif bakım servisleriyle sınırlı değildir. Palyatif bakım, üç farklı basamakta verilmektedir:

- 1.“Palyatif bakım yaklaşımı” ile eğitilmiş ve tecrübeli tüm sağlık profesyonelleri tarafından,
2. İyi bir temel palyatif bakım bilgisiyle yaşamı tehdit eden hastalıkları olan hastaları tedavi eden birinci basamak profesyonelleri tarafından sağlanan “genel palyatif bakım”,
- 3.Kompleks sorunları olan hastaların bakımını üstlenen özel ekiplerle sağlanan “uzman palyatif bakım”.

Palyatif bakımın hangi düzeyde verileceği ülkeden ülkeye değişmektedir. Gelişmiş, yüksek gelir düzeyi olan ülkelerde palyatif bakım ihtiyacının %35-40’ı uzman palyatif bakım ekibi tarafından sağlanmaktadır. Palyatif bakım, tek bir

düzeyle sınırlı değildir. Palyatif bakım, hastanın kendi evinde, bir bakım merkezinde, hospis biriminde, hastanede veya ayaktan da verilebilmektedir (23).

Sağlık Bakanlığı tarafından 09.10.2014 tarihinde yayınlanan yönergeye göre palyatif bakım hizmetleri; yataklı sağlık tesislerinde palyatif bakım merkezleri, yataklı sağlık tesisleri dışında ise aile hekimleri ve evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütülmesi önerilmektedir (25). Palyatif bakımın en temel unsuru, özellikle ağrı ve semptom kontrolünde, gelişmiş ülkelerdeki gibi aile hekimliği uygulamaları ve evde sağlık hizmetleridir (37).

2.1.8 Palyatif Bakımda Yaşam Kalitesi

Kişinin kendisi için önemli olan alanlarda doyum ve mutluluğu o bireyin yaşam kalitesi olarak tanımlanmaktadır. Kişinin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğu ise bireyin sağlığa ilişkin yaşam kalitesi şeklinde kabul görmektedir. Sağlık hizmet sunumunda uygulanan tedavilerin amacı sadece yaşam süresinin uzaması değil, semptomların giderilmesi veya hafifletilmesi ile birlikte yaşam kalitesinde de düzelme olmasıdır. (38). Böylelikle yaşam kalitesinin sorgulanması, sağlık çalışanları açısından tedavinin etkinliğini ya da tedavi ile ilişkili sorunları değerlendirmede önemli bir kriter haline gelmiştir. Bu değerlendirme sonrasında sağlık çalışanları tarafından klinik plan yapılması önerilmektedir (39,40). Yaşam kalitesini objektif şekilde değerlendirebilmek önem taşımaktadır. Bu nedenle Beach Center Aile Yaşam Kalitesi Ölçeği, DSÖ Yaşam Kalitesi Anketi (WHOQOL-100) gibi yaşam kalitesi ölçekleri ve fiziksel kendine yeterliliğin ölçümüne yönelik Karnofsky Performans Skalası, Palyatif Bakım Performans Skalası gibi ölçekler geliştirilmiştir.

Günümüzde sağlık hizmetlerinde hasta merkezli anlayış önem kazanmıştır. Bu anlayış doğrultusunda benimsenen bütüncül yaklaşıma göre, hastalar hem biyomedikal hem de biyopsikososyal açıdan değerlendirilmelidir (41,42). Palyatif bakım da felsefesi gereği yaşam kalitesini esas alması yönüyle dikkat çekmektedir. Hasta merkezli yaklaşımları, hastalara bütüncül bakışları, tüm hastalarını biyopsikososyal yönden değerlendirmeleri, ilk başvuru noktasında yer almaları ve uzun süreli ilişkileri nedeniyle hastalarının yaşam kalitesini yükseltmede aile hekimlerine de önemli görevler düşmektedir.

2.2 PALYATİF BAKIMDA SEMPTOM YÖNETİMİ

Yaşamı tehdit eden hastalığı ve/veya ilerlemiş kronik hastalığı olan hastalar, fiziksel, emosyonel ve manevi birçok semptomu birarada yaşamaktadır. Asıl amacı hastalarının yaşam kalitesini arttırmak olan palyatif bakım servislerinde bu semptomları hafifletmek veya kontrol altına almak çok önemlidir. Bu nedenle sağlık çalışanları hastaların tüm semptomlarını titizlikle sorgulamalı ve gereken müdahaleyi yapmalıdır. Hastalar en çok rahatsızlık duydukları semptomları dile getirirken birçok semptom gözden kaçabilmektedir. Bunun önüne geçebilmek için palyatif bakım servislerinde Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği, Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği gibi ölçekler kullanılması önerilmektedir.

2.2.1 Ağrı

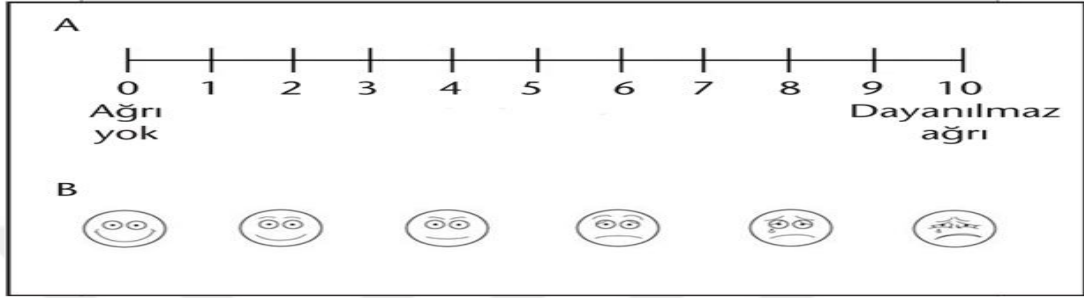
Ağrı; kronik, ilerleyici ve ölümcül birçok hastalıkta sıklıkla deneyimlenen, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen en önemli semptomlardandır (43).

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı'na (İnternational Assosiation for the Study of Pain-IASP) göre ağrı; “var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duysal ve emosyonel bir deneyimdir (44).

Kanser ve tedavisi (radyasyon, kemoterapi, tümör erozyonu vb), periferik nöropati, radyasyon fibrozisi, kronik cerrahi sonrası insizyonel ağrı, fantom ağrısı, kas-iskelet ağrısı (postür ve hareket nedeniyle) ve visseral ağrı (viseral hasar veya opioid tedaviye bağlı tıkanıklık) palyatif bakım servislerinde izlenen hastalarda saptanan ağrının en önemli nedenlerindendir. Bu hastalardaki birçok psikososyal tepki de kanser ağrısı ile ilişkilidir (45). Ağrı semptomu başlı başına yaşam kalitesini büyük ölçüde azaltan bir semptom olmasının yanında, buna birçok sistemi etkileyerek de neden olmaktadır (46). Ağrının yönetimi, Sağlık Bakım Organizasyonu Akreditasyon Komitesi tarafından beşinci yaşam bulgusu olarak da değerlendirilmektedir. Ağrı başta olmak üzere semptomların kontrolü ile yaşam kalitesinin artırılması palyatif bakımın köşe taşıdır (47-49).

Ağrı değerlendirilirken; tipi, tarzı, şiddeti, yayılımı, seyri, önceki tedavileri, uyaran ve rahatlatan faktörleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Ağrının şiddetini belirlemek için bazı ölçekler geliştirilmiştir. Bu amaçla Görsel Ağrı Skalası (Visual Analog Skala: VAS), Kelimesel Ağrı Skalası (Verbal Pain Scale: VPS), Kısa Ağrı

Envanteri kısa ve uzun formları (Brief Pain Inventor: BPI), McGill Ağrı Envanteri-Kısa Form (McGill Pain Inventory- Short Form: MPI-SF) gibi ölçekler kullanılmaktadır. VAS çok basit uygulanabilecek tek boyutlu ağrı ölçeğidir. Çok kısa sürede ağrıyı değerlendirme imkanı sunar. VAS'a göre 3 puanın altı hafif ağrıyı, 3-6 arası orta şiddette ağrıyı, 7 puan ve üzeri şiddetli ağrıyı tanımlar.



Şekil 4. Görsel ağrı skalası (VAS) **A.** Yetişkinler için **B.** Çocuklar için (50).

Tedavisi

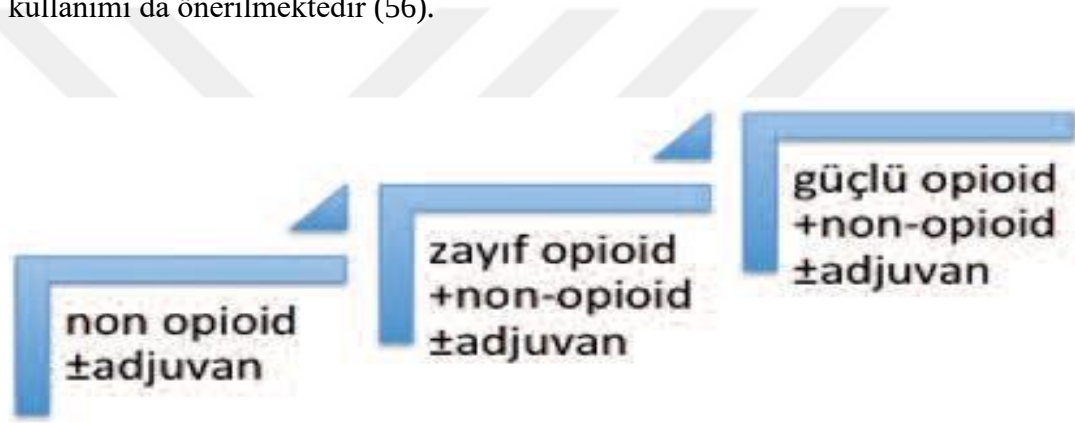
Palyatif bakımlarda ağrı tedavisinde dört ana prensip mevcuttur:

- 1) İlaçların ağrı oldukça değil, ağrının oluşmasını önlemek için düzenli aralıklarla kullanılması
- 2) Kaçak ağrı ya da ağrıyı arttıran etkenlere karşı ek analjezik ihtiyacının önceden planlanması ve tedaviye eklenmesi
- 3) Bu hastalarda bağımlılığın sanılandan çok daha nadir olduğunu bilerek, bu yanlış inanca bağlı yetersiz ağrı tedavisinden kaçınılması.
- 4) Ağrının medikal tedavilerle giderilemediği durumlarda uygun girişimsel ağrı tedavilerine geçilmesi gerekliliği

Palyatif bakım hastalarında da ağrı yönetiminde farmakolojik tedavi esastır (51). Farmakolojik tedavinin yeterli olmadığı ağrılarda girişimsel ağrı tedavileri devreye girmektedir. Bununla birlikte son zamanlarda önem kazanan integratif yaklaşımlar da mevcuttur (52). Ağrı yönetiminde halen en çok kabul gören ve yaygın olarak kullanılan ağrı yönetim stratejisi, DSÖ'nün analjezik merdiven sistemidir (53). Bu merdiven sistemi, ağrının şiddetine göre, nonopioid analjeziklerden, zayıf opioidlere ve sonrasında kuvvetli opioidlere, en son olarak da medikal tedaviye yanıt

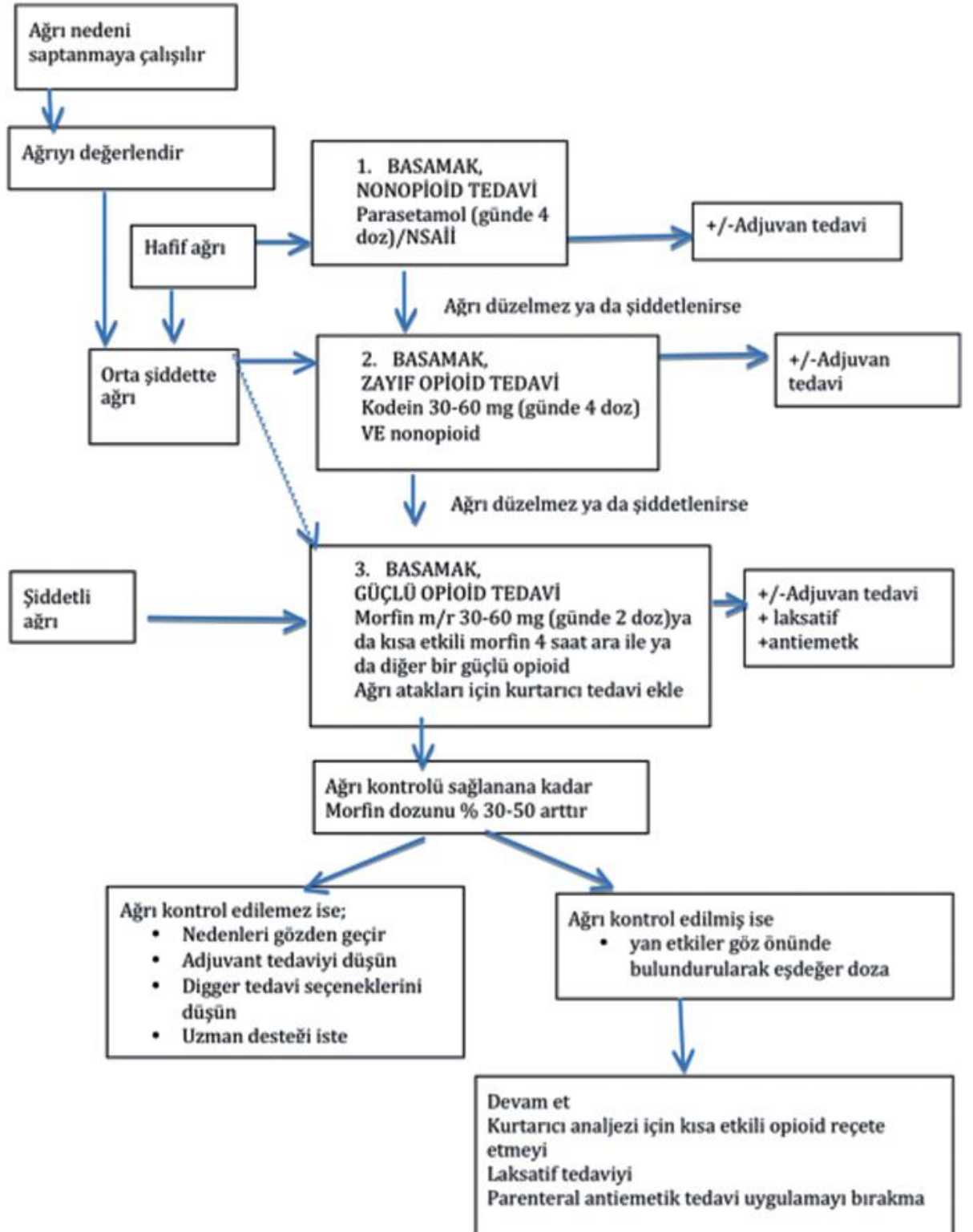
vermeyen durumlarda bunlara ek olarak girişimsel ağrı tedavisinin olduğu dört basamaklı tedavi sistemidir.

Önceleri genel görüş, hiç analjezik kullanmamış hastalarda tedaviye mutlaka birinci basamak ilaçlarla başlanması yönündeydi. Fakat son yıllarda ciddi derecede ağrısı olan hastalarda bu uygulamanın zaman kaybına yol açtığı ve tedaviye yanıtın gecikmesine neden olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır. Bu nedenle tedaviye, ağrının şiddetine göre gerektiğinde daha yüksek basamaklarla başlanabilmekte ve basamak sayısı azaltılabilmektedir (54,55). Ağrı şiddetini doğru değerlendirip, orta derecede ağrısı olan bir hastaya ikinci basamak ya da ciddi ağrısı olan bir hastaya üçüncü basamak tedaviyle başlamak daha uygun bir yaklaşım olacağı asansör yöntemi kullanımı da önerilmektedir (56).



Şekil 5. DSÖ basamaklı ağrı tedavisi ilkesi (57).

Basamaklı tedavide, basamağın doğru değerlendirilebilmesi için en az 24 saatlik süre geçmesi önemlidir (53). Yeterli zaman geçmeden yapılan tedavinin etkililiğinin değerlendirilemeyeceği de bildirilmektedir.



Şekil 6. Palyatif Bakım hastalarında ağrı tedavisi yaklaşımı akış diyagramı (58).

2.2.2 Halsizlik ve Güçsüzlük

Palyatif bakım servislerinde yatan hastaların büyük bir kısmını kanser hastaları oluşturmaktadır. Özellikle bu hastalarda halsizlik ve yorgunluk yaygın olarak görülmektedir. Kanser ilişkili halsizlik ve güçsüzlük hastalığın kendisinden veya tedavisinin neden olduğu durumlardan kaynaklanabilir. Halsizlik, güçsüzlük ve yorgunluk subjektif semptomlar olarak kabul edilmekte ve her vizitte taranması önerilmektedir. Tarama için hastanın “kendini nasıl hissettiği?” sorularak 0-10 arası skala üzerinden son haftasını değerlendirmesi istenir. Değerlendirmede 0 hiç yok; 10 ise en yüksek yorgunluk düzeyi olarak hastanın puanlama yapması istenir. Bu puanlamaya göre; 4 ve üzeri orta, 7 ve üzeri ise ciddi halsizlik yorgunluk olarak tanımlanır. Puanı 4 ve üzeri olanlar ayrıntılı değerlendirilmeli ve altta yatan diğer nedenler de araştırılmalı; varsa tedavi edilmelidir (59).

Tedavide yaklaşım farmakolojik ve/veya nonfarmakolojik yöntemlerle beraber semptomatik yaklaşımdır. Farmakolojik tedavide metilfenidat, kortikosteroid, megestrolasetat ve modafinil kullanılabilir (60).

2.2.3 Bulantı ve Kusma

Palyatif bakım servisinde izlenen hastalarda sık görülen semptomlardan ikisi de bulantı ve kusmadır. Her iki semptom da hastaya ciddi oranda sıkıntı verir. Bulantı bir duyudur, kusma ise mekanik bir olaydır. Bulantı; kusma refleksinin başlangıç fazı olarak kabul edilmektedir. Ayrıca kusma zaman zaman toksik ajanlara karşı vücudun doğal koruyucu bir mekanizması şeklinde de ortaya çıkmaktadır. Kusma sonucunda dehidratasyon, elektrolit imbalansı ve diğer metabolik sorunlar oluşabilir. Bu nedenle tedavi edilmesi önemlidir (51). KT ve RT alan hastalarda gelişen en sık yan etkilerdendir. Bulantı ve kusmanın birçok potansiyel nedeni mevcuttur. Bunların belirlenmesi ve uygun tedavi başlanması ile bu semptomların kontrol altına alınması mümkündür (61).

Bulantı veya kusması olan hastalardan ayrıntılı anamnez almak gerekir. Kusmanın ne zaman başladığı, sıklığı, fayda gördüğü ilaç veya pozisyon, kusma ile rahatlama olup olmadığı, bulantının kusma sonrası devam edip etmediği, dışkılama sıklığı, yakın zamandaki tıbbi müdahaleler, beslenme ve sıvı alımı sorgulanmalıdır.

Ardından fizik muayenede;

Hidrasyon durumunu anlamak için; idrar çıkışı, ağız ve dil kuruluğu, karın muayenesinde; dehidratasyon pilileri, kas krampları, uykuya eğilim olup olmadığı ve hastanın cildi değerlendirilmelidir. Altta yatan nedeni bulmak amacıyla da karında ele gelen kitle, asit varlığı bakılmalı, rektal digital muayene yapılmalıdır. Kusma içeriği ve rengi incelenmelidir.

Tedavisi

1. Mümkünse altta yatan sebebin ortadan kaldırılması

2. Düzeltilebilir bulguların düzeltilmesi:

- Sıvı veya elektrolit replasmanı

- Gastrointestinal kanalda obstrüksiyon yoksa beslenmenin düzenlenmesi

- Obstrüksiyon varsa oral alımın kesilmesi, mümkünse cerrahi rezeksiyon, ostomi, stend veya perkütan enteral gastrostomi ve jejunostomi (PEG, PEJ) için hastanın değerlendirilmesi.

-farmakolojik yaklaşım

3. Tedaviye bağlı gelişen bulantı veya kusma:

-KT'ye bağlı

-RT'ye bağlı

Tablo 1. Bulantı ve kusmanın altta yatan sebebe göre farmakolojik tedavi yaklaşımı (51).

Altta yatan sebep	Farmakolojik Yaklaşım
Gastrik pasaj gecikmesi (bağırsak tıkanıklığı dışlandıktan sonra)	Metoklopramide Domperidon
Radyoterapi	Ondansetron Granisetron Lorazepam
Opioid bağımlılığı	Metoklopramid Alternatif: haloperidol
Kimyasal veya metabolik sebepler	Haloperidol Alternatif: metoklopramid
Beyin metastazı varlığı	Deksametazon Haloperidol (deksametazona yanıt alınmadıysa)

Vestibüler sebepler	Skopolamin Alternatif: dimenhidrinat
Psikolojik faktörler	Oxazepam Lorazepam
İnoperabl bağırsak tıkanıklığı	Oktreotid

2.2.4 Beslenme Problemleri

Palyatif bakım servisinde izlenen hastaların çoğunda hastalığın kendisinden kaynaklı veya KT ya da RT gören malignite hastalarının tedavisinden kaynaklı; iştahsızlık, yutkunma zorluğu, ağız yarası, tat duyusunda bozukluk, şişkinlik, ağız kuruluğu gibi semptomlar görülür. Bu semptomların bazılarında kaynaklı veya hastalığın kendisinin sebep olduğu kilo kaybı da sık rastlanan bir durumdur. Bütün bu semptomlar malnutrisyona zemin hazırlar. Palyatif bakım hastalarında malnütisyon önemli bir sorundur. Beslenmenin değerlendirilmesi ve desteklenmesi palyatif bakım uygulamalarının en önemli unsurlarından birisidir. Beslenme bozukluğu saptanan hastaya beslenme desteği kararı, hastanın klinik gidişatına ya da yaşam kalitesine ne kadar katkı sağlayacağı dikkate alınarak verilmelidir (16).

Malnütisyon tanısı için halen uluslararası bir kriter yoktur. Vücut ağırlığının son 6 ayda %10'dan fazlasının kaybı ya da pek çok yayında kullanılan nutrisyonel skorlar; Subjective Global Assessment (SGA), Nutritional Risk Index (NRI), Mini Nutritional Assessment (MNA), The Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) ve Nutritional Risk Score (NRS-2002) şu an için en yaygın kullanılanlardır (62).

Yetersiz gıda alımı, gıda ihtiyacının artması, malabsorbsiyon, malign hastalıklar, enfeksiyonlar malnutrisyonun nedenleri arasında yer almaktadır. Kanser tanılı hastalara uygulanan KT'ye bağlı iştahsızlık, bulantı, kusma, ishal, tat ve koku almada değişiklik, mukozit gibi istenmeyen yan etkiler de malnutrisyon sebebi olabilmektedir (63). Serebrovasküler hastalıklar, Alzheimer gibi pek çok hastalığın seyrinde de beslenme bozukluklarına sık rastlanmaktadır.

Malnütisyonunda Fizik Muayene Bulguları (64):

- ✓ Kas kitlesi ve gücünde azalma
- ✓ Yağ depolarında azalma
- ✓ Periferik ödem

- ✓ Asit
- ✓ Cilt lezyonları, turgor tonus değişiklikleri
- ✓ Anguler stomatit, gingivit, glossit
- ✓ Tırnaklarda deformiteler
- ✓ Parestezi ve nöropatiler

İdeal vücut ağırlığının %80'ine sahip veya son 6 ay içinde vücut ağırlığının %10'unu kaybeden, serum albümini 3 g/dl altında olan, serum transferrin 150 mg/dl altında olan, derinin antijenik uyarılara cevabı azalmış olan, lenfosit sayısı 1200'den az olan hastalar nütrisyonel destek amacıyla değerlendirmeye alınmalıdırlar (65).

Farmakolojik Tedavi

Altta yatan nedene yönelik tedavi uygulanır. Özellikle iştahsızlığı olan hastalarda yarar sağlayabilir. Deksametazon 4-8 mg/gün, metilprednizolon 20-40 mg/gün dozlarında kullanıldığında iştah açıcı etki göstermektedir. Yan etkileri nedeniyle uzun süreli kullanımı uygun değildir (66, 67). Bir progesteron analogu olan megestrol asetat iştah açıcı ve kilo aldırıcı etki göstermektedir. 400 -800 mg/gün dozlarında kullanımı önerilmekle birlikte 160 mg/gün dozunda da etkinlik görülmektedir (68). Megestrol ile kombine olarak veya tek başına uygulanan olanzapin 5 mg/gün de uygun hastalarda kullanılabilir (69).

Gastroparezi nedenli erken doyma yakınması olan hastalarda metoklopramid tablet etkili olabilmektedir. Öğünlerden 30 dakika önce 5-10 mg dozunda metoklopramid verilmesi önerilmektedir. Özellikle depresyonun eşlik ettiği hastalarda, uyumadan önce verilmek üzere mirtazapinin 7,5-30 mg dozunda tedaviye eklenmesi yarar sağlayabilmektedir (70).

Oral Beslenme Desteği: Hafif-orta derecede malnütrisyonu olan hastaya mümkün olduğunca oral beslenme desteği sağlanmalıdır. İhtiyaç doğrultusunda bu beslenme ürünleri proteinle zenginleştirilmelidir. Kanserli bir hasta günlük 30-35kcal/kg ve 1.5-2 gr/kg protein içeren beslenme ürünü tüketmelidir (64). Alması gereken besinlerin %60'ından azını alabilen hastalar için oral beslenme solüsyonları önerilebilir. Bu solüsyonların birçok çeşiti mevcuttur. Örneğin bu ürünleri çok içemeyen hastalar için az miktarında bile yüksek enerji sağlayan hiperkalorik beslenme solüsyonları bulunmaktadır. İshali olan hastalar için suda çözünebilir posa

içeren beslenme solüsyonu da, kabızlığı olan için ise çözünmez posa içeren beslenme solüsyonları tercih edilmektedir. Bu örnekler daha da çoğaltılabilir (71).

Enteral Beslenme Desteği: Hasta oral beslenemiyorsa gastrointestinal sistem (GİS) fonksiyonel olduğu sürece enteral beslenme desteği sağlanır. Bu uygulama nazogastrik, nazoduodenal veya nazojejunal beslenme tüpleriyle gastrostomi veya jejunostomi tüpleri aracılığıyla yapılmaktadır. KT ve RT'ye sekonder gelişmiş ileri mukozit veya özofajit, oral alımı engelleyecek kadar kısıtlanmış ağız açıklığı, yutma fonksiyonu bozukluğu, ihtiyacın %50'sinden az oral alım ya da GİS'i tıkayan tümör mevcutsa tüple beslenme değerlendirilmelidir (64). Enteral beslenme solüsyonu ilk etapta 20- 30ml/saat hızla başlanmaktadır. Hastanın toleransına göre rezidü bakılarak 8 saatte bir bu miktar 2 katına çıkarılabilmektedir. 2 gün içinde de hedef beslenme dozuna ulaşılabilir (64). Bolus, aralıklı ve sürekli infüzyon olmak üzere enteral beslenme uygulaması 3 şekilde yapılabilmektedir (72).

Parenteral Beslenme Desteği: Beslenme desteğine ihtiyacı olan, malnutrisyon riski bulunan hastaya oral ve enteral yolla beslenme desteği sağlanamıyorsa, parenteral beslenme uygulanmalıdır. Günlük enerji ve protein ihtiyacının %60'dan fazlasını oral veya enteral yoldan karşılayana dek, hastaya parenteral beslenme desteği sağlanmalıdır (64). TPN (Total Parenteral Nutrisyon), hastaya periferik veya santral venöz yollarla uygulanabilir (63).

Palyatif Bakımda Beslenme Desteğinin Faydaları (64):

- ✓ Enerji düzeylerini artırır.
- ✓ Enfeksiyonlara karşı direnç sağlar.
- ✓ Kas yıkımı ve bası yaralarının en aza indirilmesi yönünde yarar sağlar
- ✓ Hastanın hastalığı üzerinde bir miktar kontrol sağlar.
- ✓ Normallik duygusunu korumaya yardımcı olur
- ✓ Yaşam kalitesini artırır ve iyilik hissi sağlar.

2.2.5 İshal ve Kabızlık

İshal; kısaca gaita sayı ve sıklığındaki artış olarak ifade edilebilir. Palyatif bakım hastalarında daha çok kanser tedavilerinin yan etkisi şeklinde görülmektedir. Bunun dışında, oral ve enteral beslenme solüsyonları ile bazı ilaçlar da ishale neden olabilmektedir.

Kabızlık ise çok daha sık karşılaşılan semptomlardandır. Palyatif bakım servislerinde yatan hastaların büyük bir kısmında rastlanmaktadır. İlaçlar (özellikle opioidler), bağırsak tıkanıklığı, otonomik bozukluk, azalmış oral alım, dehidratasyon, hareketsizlik palyatif bakım hastalarında kabızlığın en sık nedenlerindendir. Otonomik nöropatiye bağlı kabızlık genelde diyabet olan hastalarda görülmektedir (73). Kabızlığın yönetimi koruyucu önlemler ve farmakolojik tedavi şeklinde ikiye ayrılabilir. Koruyucu önlemler, hasta eğitimi, sıvı ve lif alımının artırılması, opioidlerle beraber koruyucu laksatif verilmesi, hareketliliğin artırılması ve rahat defekasyon için uygun ortamın sağlanmasıdır (74).

Farmakolojik olarak; yumuşatıcılar, hacim oluşturucu ajanlar, lavmanlar ve suppozituarlar, ozmotik ajanlar, sekretuar ajanlar, prokinetik ajanlar ve opioid antagonistleri kullanılmaktadır (74).

2.2.6 Dispne

Dispne; bireyin solunumunu güçlükle sürdürdüğüün farkında olmasıdır. Nefes darlığı, hava açlığı, nefes alma çabası, göğüs sıkışması veya katılığı, hızlı nefes alma, eksik nefes verme, boğulma ya da soluksuzluk hissi olarak çeşitli şekillerde ifade edilebilen bir semptomdur (75).

Kardiyopulmoner hastalığı olmasa bile, terminal dönemde dispne daha sık ve şiddetli görülmektedir. Bu semptom terminal dönemin en sık ve en ağır semptomudur (76).

Dispnenin varlığı ve şiddeti hastanın ifadesine göre değerlendirilir. Fizik muayene veya laboratuvar incelemeleri ile belirlenemez. Fizik muayenede herhangi bir patolojik bulgu olmasa da (örneğin, hızlı, derin veya zorlu solunum), kan gazları ve göğüs radyografileri normal olsa dahi, hasta tarafından yakınma olarak ifade edilebilmektedir (77). Obstrüktif (KOA, astım, kitleler vs.) veya restriktif (obezite, plevral efüzyon vs.) akciğer problemleri, multipl skleroz, amiotrofik lateral skleroz gibi kas hastalıkları, ventilasyon/perfüzyon uyumsuzluğuna sebep olan anemi, pulmoner emboli veya kalp yetmezliği dispneye neden olabilmektedir (77).

Dispne tedavisinde, öncelikle altta yatan sebepler biliniyorsa tedavi bunlara yönelik olmalıdır. Hala devam ediyorsa dispnenin tipi ve derinliği saptanmalıdır.

Farmakolojik tedavi olarak; başlıca morfin olmak üzere opioidler, bronkodilatörler,

sistemik steroidler, diüretikler; anksiyete ilişkili dispne benzodiazepinler; sekresyon ilişkili dispne antikolinerjik ilaçlar verilebilir (78).

Tablo 2. Dispne palyasyonunda kullanılan ilaçlar (78).

Morfin	2,5-10 mg po/gerektiğinde 2 saatte bir tekrarlanır 1-3 mg iv/gerektiğinde 2 saatte bir tekrarlanır
Lorazepam	0,25-1 mg po/gereğinde günde 6 kez verilebilir
Atropin	%1 göz damlası 1-2 damla sublingual/gereğinde günde 6 kez verilebilir

Non-farmakolojik olarak; yaşam beklentisine göre O₂, BIPAP ve mekanik ventilatör kullanılabilir (51).

Ülkemizde dispne tedavisinde opioid kullanımı yaygın değildir. Bunun nedeni solunum depresyonu yaptığına dair korku olmasıdır. Özellikle palyatif bakım hastalarında saptanan dispnenin semptomatik tedavisinde opioidlerin çok etkili olduğu görülmüştür. Opioidlerin dispne tedavisindeki etki mekanizması ise şöyledir (79):

- ✓ Santral güdünün baskılanması
- ✓ Egzersiz ve istirahatte oksijen tüketiminin azaltılması
- ✓ Nefes darlığının santral algısının değiştirilmesi ve azaltılması,
- ✓ Pulmoner vazodilatasyon
- ✓ Pulmoner arter basıncının düşürülmesi, kardiyak yükün azaltılması
- ✓ Pulmoner mekanoreseptörlerden afferent transmisyonun santral sinir sistemine iletiminin baskılanması,
- ✓ Hipoksi ve hiperkapniye solunumsal yanıtın baskılanması
- ✓ Anksiyolitik etki

2.2.7 Depresyon

Palyatif bakım servislerinde yatan hastaların büyük bir kesimini oluşturan kanser hastalarında depresif belirtiler çok doğal bir belirtiymiş gibi kabul edilmektedir. Ancak depresyon kanser hastalarında doğal karşılanmamalı ve mutlaka tedavi edilmelidir. Tedavi edilmemiş depresyonun, kanser tedavisine uyumda

bozulma, hastanede kalış sürelerinde uzama, fiziksel aktivitelerde kötüye gitme, ilişki sorunları, uyku bozukluğu, kanser belirtilerinde hızlı ilerleme, daha fazla ağrı, morbiditede artış ve belki de mortalitede artış gibi birçok olumsuz sonucu olmaktadır (80,81).

Kanser hastalarında depresyon tanısını koymak zordur. Kanser birçok belirtisi ve tedavi yan etkileri depresyon tanı ölçütleri ile karışır. Özellikle de yaşlı hastalarda bu ayrımı yapmak daha da güçtür (82,83). Kanser hastalarında deprese duygudurum ve ilgi, istek kaybının depresyon tanısı için duyarlılığı %91, özgüllüğü %86, öngörme değeri %57, negatif öngörme değeri %18'dir (83). Depresyonun görülme sıklığı, kronik hastalık, bilişsel yetersizlik ve yetiyitimi olan kişilerde artış göstermektedir (83). Üzüntü ile major depresyonun ayırıcı tanısındaki en önemli belirleyiciler değersizlik ve aşırı suçluluk hisleridir. Depresif hasta kendinden nefret eder, kanser hastası ise kendine olan saygısını korur (84). Genelde hasta anlatmaz, sağlık çalışanları tarafından atlanır ve tedavi edilmez. Hastanın yaşam kalitesi bozulur, ağrı şikayeti artar ve birey hayata sıkı tutunmaktan vazgeçer (85).

Üzüntü, keder, ıstırap terminal dönem hastalarda beklenen duygulardır. Bunları depresyondan ayırmak gerekir. Anhedoni, uyku bozukluğu, iştah azalması hastalığın kendinden kaynaklı olabilir. Bu nedenle suçluluk, günahkarlık hissi, ümitsizlik, çaresizlik hissi, değersizlik işe yaramazlık hissi bu dönemde tanı için daha yararlı olan depresyon semptomlarıdır (86).

Depresyonun tedavisi, kanser hastalarında da diğer gruplarda olduğu gibi psikososyal müdahale, psikoterapi, farmakolojik tedavi ve alternatif tedavileri kapsamaktadır. Farmakolojik tedavide ilk tercih Selektif Serotonin Reseptör İnhibitörleridir (SSRI) (87). Psikotik olmayan major depresyonda ilk tercih tedavi seçeneği SSRI ve Selektif Noradrenalin Reseptör İnhibitörleri (SNRI) grubundan uzatılmış salınımlı venlafaksin'dir (88).

2.2.8 Anksiyete Bozuklukları

Palyatif bakım hastalarında, anksiyete bozuklukları endişe nedeniyle en sık görülen psikiyatrik problemlerdendir. Çoğu zaman diken üstünde olma, nefes darlığı, uykusuzluk, otonomik aşırı uyarılma, vücutta uyuşmalar gibi anksiyetenin bedensel belirtileri psikolojik ya da bilişsel belirtilerinden daha baskındır (89). Yapılan

çalışmalar, kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon birlikteliğinin sadece anksiyeteye göre daha sık görüldüğünü saptamıştır (90,91). Hastalık ilerledikçe ve genel durum kötüleştikçe anksiyetenin görülme sıklığında artış olur (92).

Son dönem hastalarda saptanan anksiyete üç ana başlık altında gruplandırılabilir:

1. Mevcut duruma uyum bozukluğuyla seyreden reaktif anksiyete (ölümün yaklaştığının farkında olma, ölümle ilgili belirsizlik vs.)
2. Metabolik nedenlere ya da ilaçlara bağlı ortaya çıkan anksiyete (hipoksi, elektrolit dengesizlikleri, steroidler, antiemetikler, benzodiazepin geri çekilmesi vs.)
3. Geçmişteki ruhsal hastalığın yeniden ortaya çıkması (92)

Yine bu hasta grubunda kontrol edilemeyen ağrı yakınmasının da anksiyete sebebi olabileceği bildirilmektedir (92).

Bu hastalar tüm yönleriyle değerlendirilerek anksiyete bozuklukları tedavi edilmelidir. Anksiyolitik tedavi başlangıç dozu, anksiyete şiddeti, hastanın tıbbi durumu ve kullandığı diğer ilaçlara göre planlanmalıdır. Diazepam gibi uzun etkili benzodiazepinler günde 2 kez verilirken, alprazolam, oksazepam, lorazepam gibi daha kısa etkililer günde 3-4 kez verilebilir. Bu ilaçların en sık görülen yan etkileri, doza bağlı sersemlik, konfüzyon ve denge bozukluğudur (84).

2.2.9 Deliryum

Deliryum; konfüzyon, dikkat bozukluğu ve çevreye yönelik farkındalığın azaldığı, ani başlangıçlı ve dalgalı bir seyir izleyen klinik bir tablodur (93).

Palyatif bakım hastalarında deliryumun klinik özellikleri Tablo 3'te verilmiştir (93). Deliryum prevalansı palyatif bakım hastalarında %20-44 arasında saptanmıştır, ancak yaşamın son günlerinde bu oran %90'ları bulabilmektedir (94). Deliryum, terminal dönem hastalarının neredeyse yarısında geri dönüşlü değildir ve bu tabloya terminal deliryum denmektedir (95). Palyatif bakım hastalarında sık görülmesine rağmen deliryum tanısı sıkça atlanmaktadır.

Deliryuma neden olabilecek organ yetmezlikleri, sepsis, dehidratasyon, hipoksi, metabolik ve hematolojik sorunlar dikkatlice değerlendirilmelidir.

Kullanılan ilaçlar gözden geçirilmelidir (96). Palyatif bakım hastalarında genellikle altta yatan nedeni tedavi etmek mümkün değildir. Bu yüzden yapılması gereken ilk iş deliryumla ilişkili olabilecek ilaçların araştırılmasıdır. En sık ilişkilendirilenler arasında opioidler, diğer analjezikler, benzodiazepinler, antikolinergikler, steroidler, antikonvülzanlar, sedatif hipnotikler ve hatta antikolinergik etkinliği yüksek bazı antipsikotik ilaçlar sayılabilir. Özellikle yüksek doz opioid kullanımı (90 mg/gün üzeri morfin eşdeğeri) deliryum riskini arttırmaktadır. İlaçla ilişkili deliryum tespit edildiğinde, mümkünse ilaç kesilmeli ya da dozu azaltılmalıdır (97).

Deliryum tedavisinde altta yatan etiyolojiye yönelik tedavinin yanı sıra farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımları mevcuttur. Farmakolojik olmayan tedavi (97):

- ✓ Güvenliğin sağlanması
- ✓ İletişim (net, açık ifadelerle açıklama yapılması)
- ✓ Yönelimin kolaylaştırılması (sık sık hastaya hatırlatılmalı, saat-takvim kullanımı)
- ✓ Psikolojik destek sağlanması
- ✓ İyi bir iş birliği kurulması (yüzleştirmeden kaçınılmalı, sanrısız düşüncelerin aksi ispatlanmaya çalışılmamalı, gerektiğinde dikkat çekdiriciler kullanılmalı)
- ✓ Sakin bir ortam sağlanması
- ✓ Doğal uyku-uyanıklık döngüsü sağlanması

Farmakolojik tedavide ise en sık, birinci kuşak antipsikotiklerden haloperidol kullanılmaktadır (96). Palyatif bakım hastalarında öncelikli olarak tercih edilmesi önerilmektedir. Önerilen dozlar 0,5-10 mg/gün arasında değişmektedir. Oral, intravenöz ve intramuskuler yoldan uygulama seçenekleri mevcuttur. Yan etkileri arasında QTc süresinde uzama ve ekstrapiramidal belirtiler sayılabilir (95). Atipik antipsikotiklerden özellikle olanzapin (2,5-20 mg/gün), risperidon (0,25-6 mg/gün) ve ketiypinin (25-300 mg/gün) ikinci sırada kullanımı önerilmektedir. Etkinliklerinin haloperidol ile benzer olduğu bildirilmiştir (95,98).

Son dönem kanser hastaları ile yapılan klinik bir çalışmada, haloperidol ve lorazepamın birlikte kullanımının, tek başına haloperidol kullanımına göre daha etkili olduğu görülmüştür (99). Hui ve arkadaşlarının çalışmasında her iki ilaç intravenöz yolla (lorazepam 3 mg/i.v., haloperidol 2mg/i.v.) uygulanmıştır.

Tablo 3. Palyatif bakım hastalarında deliryumun klinik özellikleri (93).

Bilinç seviyesinde azalma
Odaklanma ve dikkati sürdürme zorlukları
Konfüzyon ve yönelim bozukluğu
Psikomotor aktivitede artma ya da azalma
Gün içi uykululuk hali/ gece huzursuzlukta artış
Yanılsamalar ve varsanılar
Konuşma miktarında artma ya da azalma
Tepki süresinde uzama

2.2.10 Uyku Bozukluğu

Uyku bozuklukları, palyatif bakım servislerinde yatan hastalarda çok sık rastlanan bir problemdir. Buna rağmen, bu durum hem hasta hem de hekim tarafından çok dikkate alınmamaktadır. İnsomnia spesifik bir uyku bozukluğudur. Ve uyku için uygun ortam ve şartlar oluşturulmasına rağmen, uykunun başlamasında, devam ettirilmesinde, süresinde veya kalitesinde zorluk olarak ifade edilmektedir (100,101). Literatürde genel popülasyondaki sıklığı %5-35 olarak saptanırken, kanser hastalarında ise %30 ile 50 arasında değiştiği görülmüştür (102-104).

Uykuya dalmada zorluk (30 dakikadan daha fazla sürede), gece boyunca çoğu kereler uyanma ve uykuya tekrar dönmede zorluk (30 dakikadan daha fazla uyanık kalma), sabah çok erken uyanma ve korkulu rüyalar kanser hastalarında görülen insomniada sık saptanan problemlerdir. İnsomniaya uyku apne, periyodik ekstremitte hareketleri, huzursuz bacak sendromu, gebelik ve ilaç kullanımı neden olabilirken; ciddi ve yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastalarda akut veya kronik ağrı, anksiyete, bulantı-kusma, depresyon, deliryum, halsizlik, enfeksiyonlar ve ateş yükseklikleri de sebep olabilmektedir (105). İnsomnia hem hasta ve hasta yakınının yaşam kalitesinin azalmasına neden olmakta hem de genel sağlığı bozabilmektedir (106). Son dönem hastalarda diğer semptomlarla birlikte uyku bozukluklarında da belirgin artış görülmektedir (107,108). Komurcu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ileri evre kanser hastalarında insomnia en sık görülen ilk10 semptom arasında yer almaktadır (107). Uyku bozukluklarının kanser hastalarında mortaliteyi

arttırıcı etkisinin olduğu da bilinmektedir (109). Psikofizyolojik sağlığın korunması için uykusuzluğun tedavi edilmesi gerekmektedir.

Tedavisinde farmakolojik olan ve olmayan farklı yöntemler bulunmaktadır. Farmakolojik olmayan yöntemler:

- ✓ Bilişsel davranışçı terapiler
- ✓ Farkındalıktabanlı stres azaltma yöntemleri
- ✓ Eğitim, tamamlayıcı terapiler
- ✓ Egzersiz bunlardan bazılarıdır.

Farmakolojik tedavide ise en sık kullanılan ajan grubu benzodiazepin (lorazepam, temazepam) ve benzodiazepin (zolpidem, zaleplon, eszopiclone) olmayan hipnotik ajanlardır (103). Uzun süre kullanıldıklarında, benzodiazepin grubu ilaçların sedasyon, bağımlılık, yoksunluk belirtileri, kognitif bozukluk, tolerans gibi yan etkileri gözlenmiştir. Benzodiazepin olmayan grubun ise ağırlık ve sersemlik hissi gibi yan etkileri saptanmıştır. Fakat bu grup ilaçların daha iyi tolere edilebildiği rapor edilmiştir (103). Antidepresanlar da uyku bozuklukları tedavisinde etkilidirler. Sedatif etkili tetrasiklik antidepresan olan Mirtazapin ile yapılmış çalışmalarda özellikle ruhsal bazı semptomları düzelttiği gösterilmiş olsa da yan etkileri nedeniyle kullanımında güçlükler yaşanmaktadır (110,111). Atipik tetrasiklik antidepresan olan Trazodon ise hem presinaptik hem de postsinaptik serotonin reseptörlerini bloke ederek etki etmektedir (112). Uyku probemleri dışında depresyon, ağrı ve deliryumun semptomatik tedavisinde kullanılmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI BİRİM

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi, İzmir’de Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan ilk Palyatif Bakım Merkezi’dir. Ayrıca 2013 yılı Haziran ayında hizmet sunmaya başlayan merkez Aile Hekimliği Uzmanlarının sorumluluğunda hizmet sunan Türkiye’deki ilk merkez niteliğini de taşımaktadır. Tescil edilmiş 32 yatağı bulunan merkez 4 tek kişilik ve 10 çift kişilik odada 24 aktif Palyatif Bakım yatağı ile kapsamlı genel palyatif bakım hizmeti sunmaya devam etmektedir.

Aile Hekimliği uzman ve asistanlarının yanı sıra deneyimli ve alanda eğitimli hemşire ekibi, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, eczacı, sekreter, hasta bakım elemanları, destek personeli ve yarı zamanlı manevi bakım elemanlarıyla birlikte gereğinde konsultan uzmanlar iş birliğiyle multidisipliner bir ekip çalışması yürütülmektedir. Ayrıca palyatif bakım konusunda hizmet-içi eğitim vermektedir (113). Evde bakım birimi, palyatif bakım koordinasyon merkezi, üniversiteler, diğer hastaneler ve kliniklerle koordine çalışarak hasta kabulü yapıldığı gibi ayaktan başvuran hasta ve hasta yakınlarının da ihtiyaçları değerlendirilerek yatış işlemleri yapılmaktadır. Merkezde ayrıca onkoloji polikliniklerinden RT ve/veya KT sırası ve sonrasında genel durumu kötüleşen hastalar, terminal dönem bakım ihtiyacı olan hastalar yatış için öncelikli olarak değerlendirilmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde izlenmekte iken yoğun bakım ihtiyaçları sona eren hastalar da taburculuk öncesi aile eğitimi ve bakım amaçlı olarak kliniğe kabul edilmektedir.

Tedavi gören hastalarda asıl amaç, en kısa sürede etkili semptom kontrolüyle hastanın stabil hale getirilip, idame tedavisinin aile hekimi ve evde sağlık birimlerince yürütülmesini sağlamaktır.

3.2 ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ

Prospektif araştırma olarak tanımlanan çalışmada T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Biriminde yatarak destek tedavi almış 18 yaş ve üstü hastalar çalışma evrenini oluşturdu. Araştırmada 18.12.2017 ile 10.08.2018 tarihleri arasında servise yatarak destek

tedavi alan hastalar palyatif bakım birimine yatışta ve tedavilerinin onuncu gününde olmak üzere iki defa değerlendirildi. On günden daha kısa sürede taburcu olan hastaların ikinci değerlendirilmesi taburculuk esnasında yapıldı.

Çalışmada hastaların tanımlayıcı özellikleri, primer tanıları, tanıdan itibaren geçen süre, ek hastalıkları, servise yatış sırasında halen kullanılan tedaviler, palyatif bakım servisine başvuru nedenleri, palyatif bakım servisine kim tarafından yönlendirildikleri, başvuruya neden olan esas yakınmaları, palyatif bakım servisine yatış sayıları, serviste bakım verenin yakınlık derecesi, yatış sürecinde uygulanan tedaviler ile ağrı başta olmak üzere tüm semptomlar ve hastaların performans düzeyleri incelendi. Semptomlar MSDÖ kullanılarak sorgulandı. Ağrı semptomu için ayrıca VAS ve yaşam kalitesinin önemli bir bileşeni olan bireysel performans durumunu değerlendirmek için KPS kullanıldı.

Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği, Portenoy ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Yıldırım ve arkadaşları tarafından kanserli erişkin hastalarda Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. MSDÖ hastalarda son yedi gün içinde yaşanan 32 semptomun sıklık, şiddet ve sıkıntı yönüyle sorgulandığı bir ölçektir. 32 semptomun olup olmadığı sorgulandıktan sonra, olan semptomun 1'den 4'e kadar puanlama yapılan sıklık, 1'den 4'e kadar puanlama yapılan şiddet ve 0'dan 4'e kadar puanlama yapılan sıkıntı düzeyi sorgulanır. Sıkıntı için 1: nadir 2: ara sıra 3: sık sık 4: neredeyse sürekli, şiddet için; 1: önemsiz 2: orta derecede 3: şiddetli 4: çok şiddetli, sıkıntı için; 0: hiç yok 1: hissettiriyor 2: biraz 3: oldukça fazla 4: çok fazla anlamlarını içermektedir (114).

Visual Analog Skala kronik ağrının şiddetinin değerlendirilmesinde güvenilir ve geçerli tek boyutlu bir ağrı ölçeğidir (115,116). VAS'a göre ağrı şiddeti için, "ağrı yok" 0 puan ve "dayanılmaz ağrı" 10 puan olarak derecelendirilir (10 cm'lik ölçek) (117). Ağrı şiddeti düzeyleri için de 3'ten düşük puan hafif ağrı, 3-6 puan orta şiddette ağrı, 6'dan yüksek puan şiddetli ağrı olarak belirtilmiştir (118).

Karnofsky Performans Skalası, 1948 yılında Karnofsky ve Burchena tarafından geliştirilmiştir (119). Bu skala ile bireyin fonksiyonel durumu 0–100 puan arasında değerlendirilir. Değerlendirme sonucu 100 puandan (normal fonksiyon), 10'ar puan azalarak 0 puana (ölüm) kadar giden fonksiyon kaybını göstermektedir (120,121). Çalışmalarda genellikle 70 puan ve üstü alan kişilerin fonksiyonel

kapasitelerinin yeterli olduğu kabul edilir. Bu puan bireyin kendisine bakabildiğini, ancak normal aktivitesinin azalmış, aktif çalışma yapamadığını ifade etmektedir. (122). Ülkemizde KPS'nin geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirilmesinin yapıldığı bir araştırma bulunmamaktadır. Fakat tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaygın kullanımı söz konusudur (123,124).

3.3 İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

İstatistiksel analizler için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerde sürekli veriler ortalama standart sapma, minimum ve maksimum; kategorik veriler sayı ve yüzde değerleriyle birlikte verildi.

Verilerin istatistiksel karşılaştırmasında bağımlı gruplar için nonparametrik verilerde Wilcoxon testi kullanıldı. Verilerin birlikte değişiminin incelenmesi için Spearman Korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon katsayısının yorumunda 0,0-0,24 zayıf 0,25-0,49 orta 0,50- 0,74 güçlü 0,75- 1,00 çok güçlü olarak kabul edildi. İstatistiksel anlamlılık için 0,05'in altındaki p değeri anlamlı olarak kabul edildi.

3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. 18 yaş ve üzeri olmak
2. Çalışma sürecinde Palyatif bakım biriminde yatışı bulunmak
3. Gönüllü onam vermiş olmak
4. Bilinci açık ve soruları algılayıp cevaplayabilecek yeterli bilişsel kapasitede olmak

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

1. 18 yaşından küçük olmak
2. Araştırmaya katılmayı kabul etmemek
3. Palyatif bakım biriminde yatıyor olmamak
4. Bilincin kapalı olması

3.5. ETİK KURUL ONAYI

Çalışma için etik kurul onayı İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11 Aralık 2017 tarih ve 9 nolu karar ile alındı.



4. BULGULAR

Araştırma süresi boyunca toplam 128 hastaya ulaşılmıştır.

Araştırma grubunun yaş ortalaması $61,5 \pm 12,6$ olarak hesaplanmıştır. Hastaların %28,9 (n=37) kadın, %71,1'i (n=91) erkektir. Hastaların %58,6'sının (n=75) ilkokul mezunu, %80,5'inin (n=103) evli olduğu saptanmıştır. Kişilerin %34,4'ü serbest meslek %21,9'u ev hanımı ve yine %21,9'u çiftçi olarak tespit edilmiştir. Bireylerin demografik özellikleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Hastaların demografik özelliklerine göre dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Kadın	37	28,9
Erkek	91	71,1
Medeni Durum		
Evli	103	80,5
Bekar	9	7
Boşanmış	8	6,3
Eşi vefat etmiş	8	6,3
Eğitim Durumu		
Okuryazar	15	11,7
İlkokul	75	58,6
Ortaokul	21	16,4
Lise	12	9,4
Üniversite	5	3,9
Meslek		
Ev hanımı	28	21,9
Çiftçi	28	21,9
Emekli	20	15,6
Serbest	44	34,4
Memur	8	6,3
Toplam	128	100

Servise başvuru nedenleri incelendiğinde en sık nedenler %42,2 oranında destek tedavi ve ağrı palyasyonu, %31,3 oranında yalnızca destek tedavi olarak bulunmuştur. Servise en çok hasta yönlendiren uzmanlık alanı %74,2 (n=95) oranı ile onkoloji olarak belirlenmiştir. Hastaların sadece %5,5'inin (n=7) aile ve çevresi tarafından palyatif bakım servisine yönlendirilmiştir (Tablo5).

Tablo 5. Palyatif Bakım Servisine yönlendiren birimlere göre dağılım

Palyatif Bakım Servisine Yönlendiren	Sayı	Yüzde
Radyasyon onkolojisi	63	49,2
Medikal Onkoloji	32	25,0
Beyin Cerrahi	17	13,3
Aile ve çevresi	7	5,5
Dahiliye	3	2,3
Ortopedi	2	1,6
Nöroloji	2	1,6
Evde bakım ekibi	1	0,8
Genel cerrahi	1	0,8
Toplam	128	100,0

Hastaların tanılarına bakıldığında %85,2'sinin malignite %11,7'sinin diğer (ortopedik problemler, enfeksiyöz hastalık gibi) nedenlerle izlendiği görülmüştür (Tablo 6). Maligniteler içinde 74 kişi (%57,8) ile en sık akciğer kanseri ikinci sıklıkta ise 8 kişi (%6,3) ile meme kanseri bulunmuştur (Tablo 7). Hastaların tanıdan itibaren geçen süreleri ortalama $22,3 \pm 57$ ay olarak hesaplanmıştır. Hastaların %48,4'ünün kronik bir hastalığı mevcuttur.

Tablo 6. Tanılara göre dağılım

Tanı	Sayı	Yüzde
Malignite	109	85,2
Diğer	15	11,7
Obezite	2	1,6
Nörolojik hastalıklar	2	1,6

Tablo 7. Tanıların kanser türlerine göre dağılımı

Tanı	Sayı	Yüzde
AC ca	74	57,8
Enfeksiyöz hst	15	11,7
Meme ca	8	6,3
SSS malignitesi	7	5,5
GİS malignitesi	6	4,7
Prostat ca Mesane ca	4	3,1
Jinekolojik malignite	4	3,1
Larenks ca	3	2,3
Obezite	2	1,6
Nörolojik hst	2	1,6
Dermatolojik malignite	1	0,8
Pankreas ca	1	0,8
Hematolojik malignite	1	0,8
Toplam	128	100,0

Hastaların palyatif bakım birimine yatmadan önce kullandığı tedavilere bakıldığında; 50 (%39,1) hastanın palyatif bakım birimine yatmadan önce ilaç kullanmadığı görülmekte iken %19,5 (n=25) ile en fazla antihipertansif ve %18,8 (n=24) ile ikinci sıklıkta antidiyabetik tedavi kullanımı tespit edilmiştir. Yatış anında 23 hastanın birden fazla grup ilaç kullanımı mevcuttur.

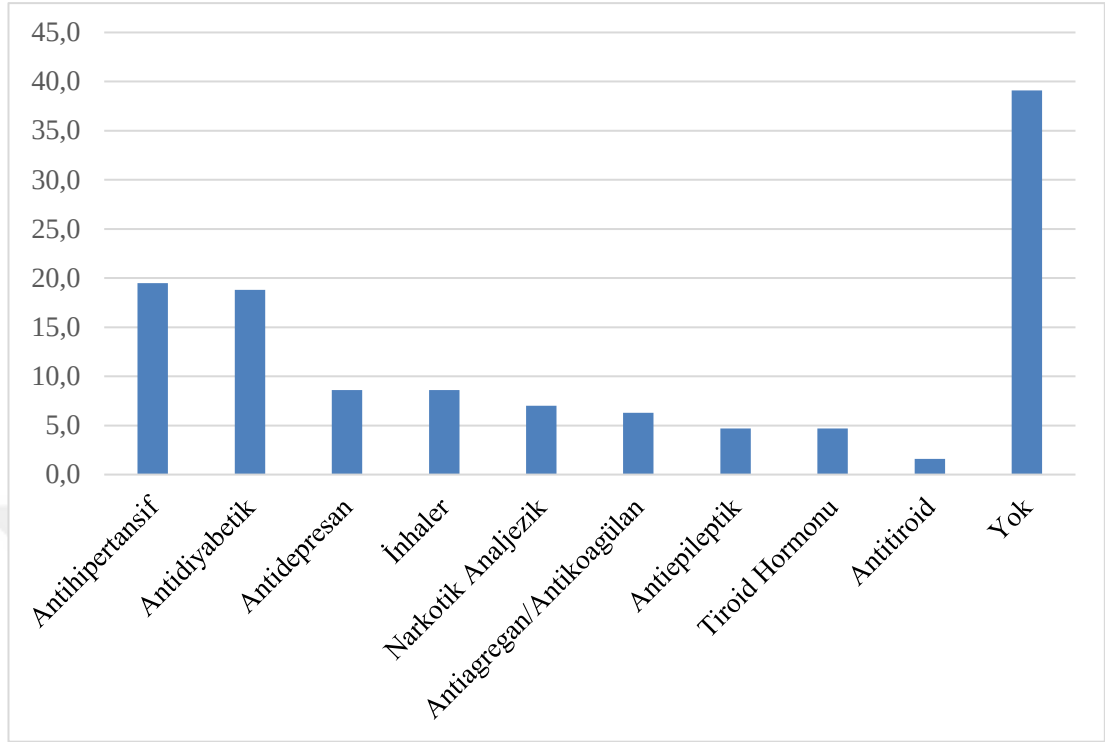
Tablo 8. Palyatif Bakım Birimine başvurulduğunda kullanılan tedavilere göre dağılım

Halen Kullandığı Tedaviler	Sayı	Yüzde
Yok	50	39,1
Antihipertansif	12	9,4
Antiagregan/Antikoagülan	8	6,3
Antidiyabetik	7	5,5
Narkotik Analjezik	7	5,5
Antidiyabetik ve Antihipertansif	6	4,7
Antidepresan	6	4,7
İnhaler	6	4,7
Antiepileptik	5	3,9
Antidiyabetik ve Tiroid Hormonu	3	2,3
Antidiyabetik ve Antidepresan ve Antihipertansif	2	1,6
Tiroid Hormonu	2	1,6

Antitiroid	2	1,6
Antidiyabetik ve Antidepresan ve Antihipertansif ve Antiepileptik ve Antiagregan/Antikoagölan	1	0,8
Antidiyabetik ve Antidepresan ve İnhaler	1	0,8
Antidiyabetik ve Antihipertansif ve Antiagregan/Antikoagölan	1	0,8
Antidiyabetik ve Narkotik Analjezik	1	0,8
Antidiyabetik ve İnhaler ve Antiagregan/Antikoagölan	1	0,8
Antidiyabetik ve Antiagregan/Antikoagölan	1	0,8
Antidepresan ve İnhaler	1	0,8
Antihipertansif ve İnhaler	1	0,8
Antihipertansif ve İnhaler ve Antiagregan/Antikoagölan	1	0,8
Antihipertansif ve Antiagregan/Antikoagölan	1	0,8
Tiroid Hormonu ve Antiagregan/Antikoagölan	1	0,8
Narkotik Analjezik ve Antiagregan/Antikoagölan	1	0,8
Toplam	128	100,0

Tablo 9. Palyatif Bakım Birimine başvurulduğunda kullanılan ilaç gruplarına göre dağılım

	Sayı	Yüzde
Antihipertansif	25	19,5
Antidiyabetik	24	18,8
Antidepresan	11	8,6
İnhaler	11	8,6
Narkotik Analjezik	9	7,0
Antiagregan/Antikoagölan	8	6,3
Antiepileptik	6	4,7
Troid Hormonu	6	4,7
Antitroid	2	1,6
Yok	50	39,1



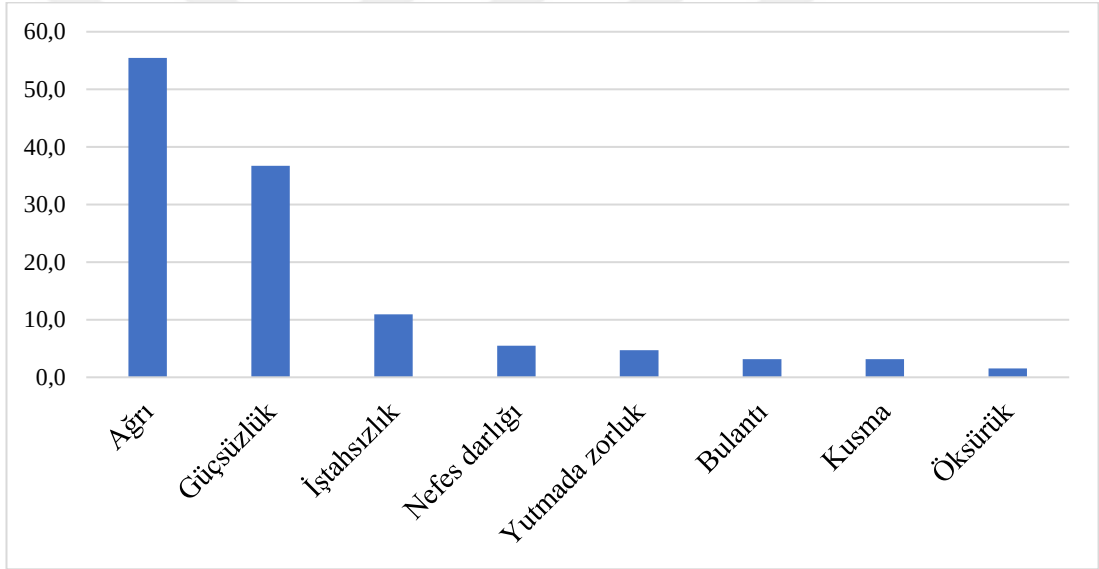
Şekil 7. Hastaların yatış sırasında kullandığı tedavi

Hastalar esas yakınmalarına göre sorgulandığında 27 (%34,5) kişinin birden fazla esas yakınmasının olduğu görülmüştür. En sık saptanan yakınma %55,5(n=71) ile ağrı, %36,7 (n=47) ile güçsüzlük; en az görülen yakınma ise bulantı-kusma ve öksürük olarak belirlenmiştir. Hastaların palyatif bakım servisine yatış sayısı sorgulandığında hastaların %85,2'sinin (n=109) servise ilk yatışı olup %13,3'ünün (n=17) ikinci yatışı, birer hastanın da üç ve dördüncü yatışları olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 10. Palyatif Bakım Birimine başvuruya esas yakınmalara göre dağılım

Esas Yakınma	Sayı	Yüzde
Ağrı	48	37,5
Güçsüzlük	30	23,4
Ağrı ve Güçsüzlük	13	10,2
İştahsızlık	8	6,3
Yutmada Zorluk	6	4,7
Nefes Darlığı	5	3,9
Ağrı ve İştahsızlık	3	2,3

Ağrı ve Nefes Darlığı	2	1,6
Ağrı ve Bulantı	2	1,6
Öksürük	2	1,6
Kusma	2	1,6
Ağrı ve Güçsüzlük	1	0,8
Ağrı ve Kusma	1	0,8
İştahsızlık ve Güçsüzlük	1	0,8
İştahsızlık ve Bulantı	1	0,8
Güçsüzlük ve Ağrı	1	0,8
Güçsüzlük ve İştahsızlık	1	0,8
Bulantı ve Kusma	1	0,8
Toplam	128	100,0



Şekil 8. Palyatif Bakım Birimine başvuru yakınmalarına göre dağılım

Palyatif bakım servisindeki hastalara bakım veren kişilerin yakınlığı sorgulandığında 13 (%10,2) hastanın bakım vereni olmadığı ve 3 hastanın bakıcısı olduğu tespit edilmiştir. Eşi tarafından %45,3 (n=58) hastaya ve çocuğu tarafından %32 (n=41) hastaya bakım verildiği saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Bakım verenlerin yakınlık durumuna göre dağılım

Bakım Vereninin Yakınlık Derecesi	Sayı	Yüzde
Yok	13	10,2
Eşi	58	45,3
Çocuğu	41	32,0
Eşi ve Çocuğu	5	3,9
Anne Babası	4	3,1
Kardeşi	3	2,3
Bakıcı	3	2,3
Arkadaşı	1	0,8
Toplam	128	100,0

Hastalara yatış sırasında uygulanan tedavilere bakıldığında; 93 kişide birden fazla tedavi mevcut olup en fazla %96,9 (n=124) ile non steroid analjezik ve %58,6 (n=75) ile narkotik analjezik tedavisi uygulandığı tespit edilmiştir. Hastaların Palyatif bakım servisinde yatış süresince uygulanan tedavilere göre dağılımları Tablo 12 ve 13'te gösterilmiştir.

Tablo 12. Yatış süresince uygulanan tedavilere göre dağılım

Yatış Sırasında Uygulanan Tedaviler	Sayı	Yüzde
Analjezik	33	25,8
Analjezik ve Narkotik Analjezik	29	22,7
Analjezik ve Narkotik Analjezik ve Enteral Beslenme	28	21,9
Analjezik ve Enteral Beslenme	12	9,4
Analjezik ve Narkotik Analjezik ve Enteral Beslenme ve Parenteral Beslenme	8	6,3
Analjezik ve Narkotik Analjezik ve Parenteral Beslenme	7	5,5
Analjezik ve Enteral Beslenme ve Parenteral Beslenme	4	3,1
Analjezik ve Parenteral Beslenme	2	1,6
Analjezik ve Narkotik Analjezik ve Enteral Beslenme	1	0,8

Narkotik Analjezik ve Enteral Beslenme ve Parenteral Beslenme	1	0,8
Narkotik Analjezik ve Parenteral Beslenme	1	0,8
Enteral Beslenme	1	0,8
Parenteral Beslenme	1	0,8
Toplam	128	100,0

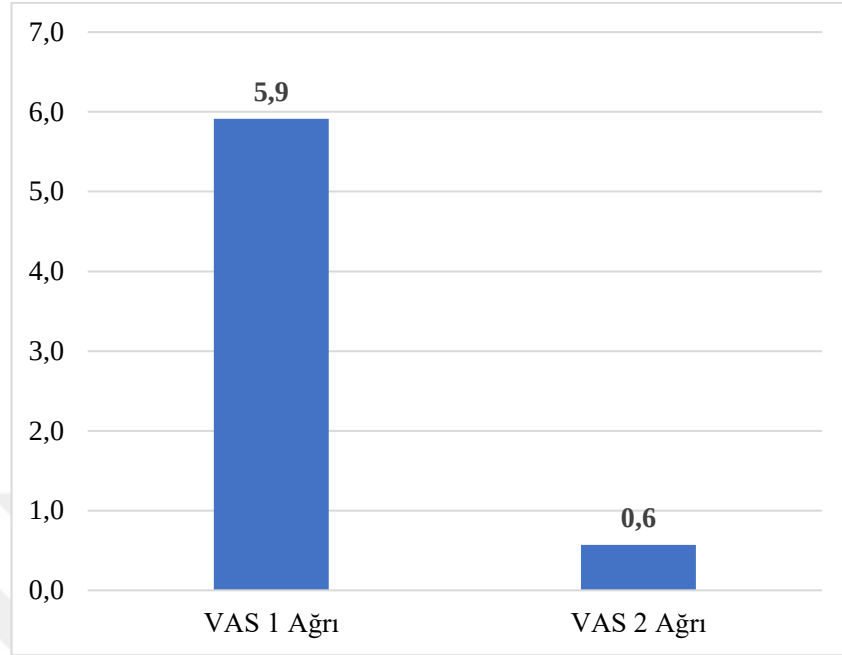
Tablo 13. Yatış sürecinde uygulanan tedavilerin dağılımı

	Sayı	Yüzde
Analjezik	124	96,9
Narkotik Analjezik	75	58,6
Enteral Beslenme	39	30,5
Parenteral Beslenme	24	18,8

Hastalara ağrıları olup olmadığı sorulduğunda başlangıçta 111 kişinin (%86,7) ağrısı olduğu tespit edilmiş olup tekrarlayan sorgulamada 40 kişiye (%31,3) düşmüştür (Tablo 14). Ağrı skoru ortalaması başlangıçta $5,9 \pm 3,1$ olup tekrarlayan sorgulamada $0,6 \pm 1,0$ olarak tespit edilmiştir. Palyatif Bakım Biriminde on günlük izlem sonrası ağrı miktarı (VAS2) hastanın başvurusu sırasındakine (VAS1) göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. ($p < 0,001$)

Tablo 14. Visual Analog Skala ile ölçülen ağrı dağılımı

VAS1	Sayı	Yüzde
Var	111	86,7
Yok	17	13,3
VAS2	Sayı	Yüzde
Var	40	31,3
Yok	88	68,8
Toplam	128	100,0



Şekil 9. Yatış ve onuncu gün ağrı skorları karşılaştırması

VAS1 değerleri ile MSDÖ1 ağrı sıklık, şiddet ve sıkıntı değerleri arasında aynı yönde, çok güçlü anlamlı korelasyon saptanmıştır. (sırasıyla $r=0,857$; $r=0,85$; $r=0,81$) (Tablo 15)

Tablo 15. VAS1 değerleri ile MSDÖ1 ağrı sıklık, şiddet ve sıkıntı değerleri arasında korelasyon

*		MSDÖ1 Ağrı Sıklık	MSDÖ1 Ağrı Şiddet	MSDÖ1 Ağrı Sıkıntı
VAS1	R	0,857	0,850	0,813
Ağrı	P	<0,001	<0,001	<0,001

*Spearman korelasyon

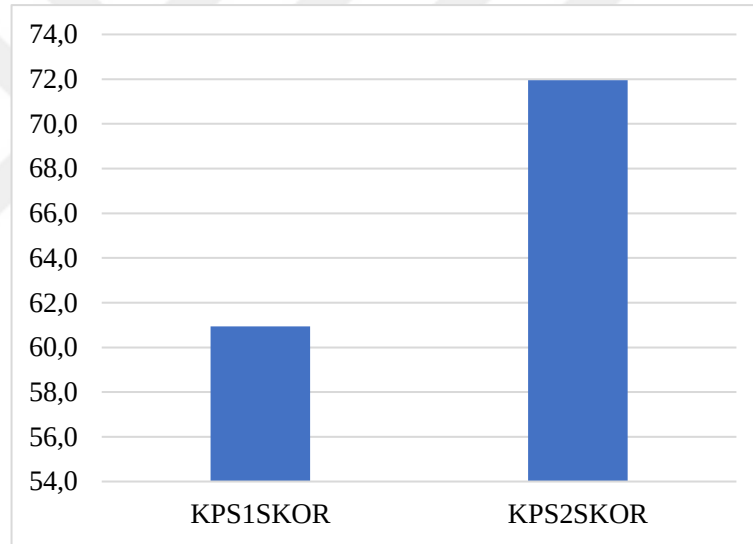
VAS2 değerleri ile MSDÖ2 ağrı sıklık, şiddet ve sıkıntı değerleri arasında aynı yönde, çok güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. (sırasıyla $r=0,924$; $r=0,935$; $r=0,912$)

Tablo 16. VAS2 değerleri ile MSDÖ2 ağrı sıklık, şiddet ve sıkıntı değerleri arasında korelasyon

		MSDÖ2 Ağrı Sıklık	MSDÖ2 Ağrı Şiddet	MSDÖ2 Ağrı Sıkıntı
VAS	R	0,924	0,935	0,912
2 Ağrı	P	<0,001	<0,001	<0,001

*Spearman korelasyon

Kliniğe kabul sırasındaki Karnofsky Performans skoru (KPS1) ortalaması başlangıçta $60,9 \pm 13,9$ olup tekrarlayan değerlendirmede $72 \pm 15,7$ olarak tespit edilmiştir. Yatışın onuncu günündeki KPS2 değerleri hastaların yatışındaki değerlere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. ($p < 0,001$)



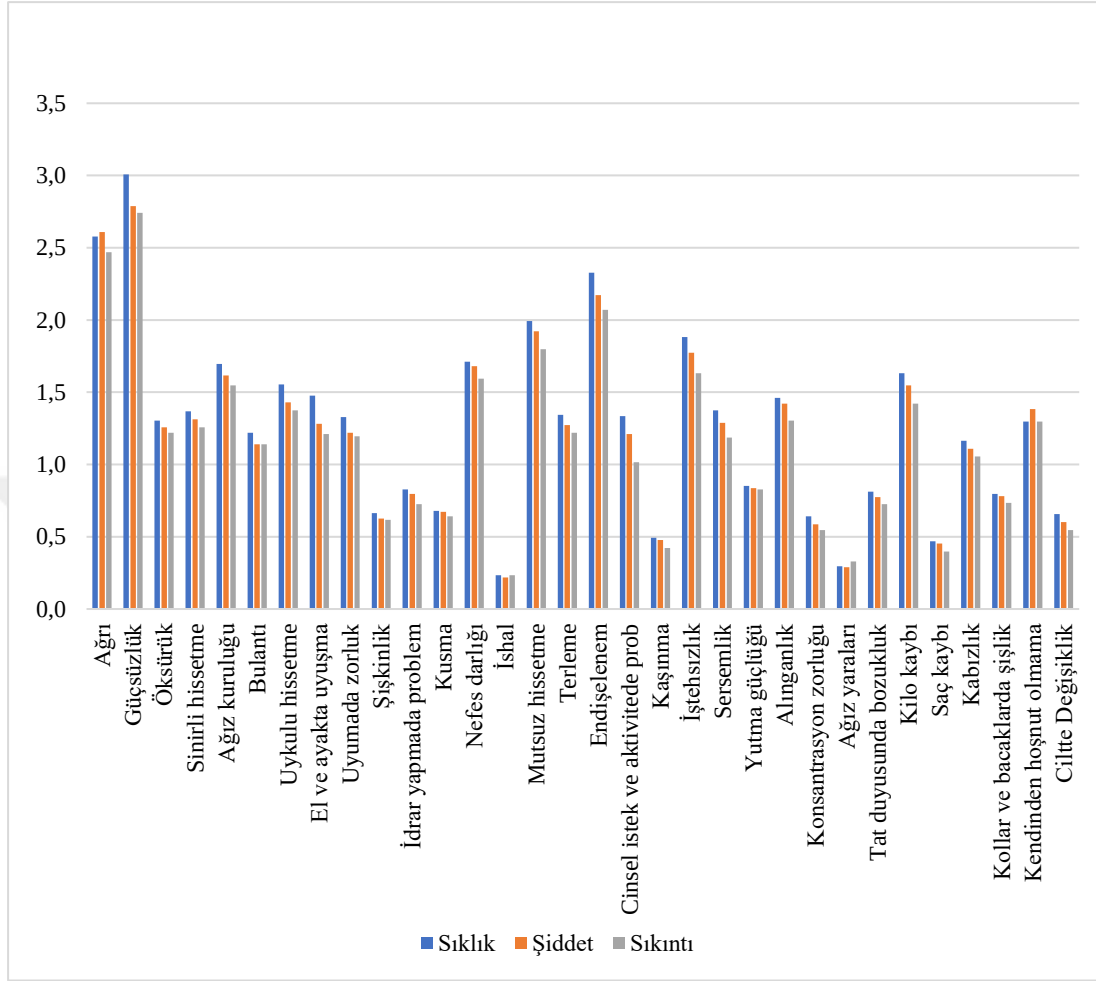
*Wilcoxon test

Şekil 10. Yatış ve onuncu gün KPS ortalamalarının karşılaştırması ($p < 0,001$)

Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) ilk sorgulamasında semptomlar sıklık, şiddet ve sıkıntı açısından değerlendirildiğinde; en sık deneyimlenenler güçsüzlük (3 ± 1), ağrı ($2,6 \pm 1,2$) ve endişelenme olarak saptanmıştır ($2,3 \pm 1,1$). En az sıklıkta ise ishal ($0,2 \pm 0,7$), ağız yaraları ($0,3 \pm 0,8$) ve saç kaybı görülmüştür ($0,5 \pm 1,1$). En şiddetli deneyimlenenler ve en sıkıntı verenler de sıklıkla benzer bulunmuştur.

Tablo17. MSDÖ’ye göre hastaların servise kabulünde semptomlarının değerlendirilmesi

	Sıklık					Şiddet					Sıkıntı				
	Ort	Std. Sapma	Ortanca	Min	Max	Ort	Std. Sapma	Ortanca	Min	Max	Ort	Std. Sapma	Ortanca	Min	Max
Ağrı	2,6	1,2	3,0	0	4	2,6	1,2	3,0	0	4	2,5	1,2	3,0	0	4
Güçsüzlük	3,0	1,0	3,0	0	4	2,8	1,0	3,0	0	4	2,7	1,0	3,0	0	4
Öksürük	1,3	1,4	1,0	0	4	1,3	1,3	1,0	0	4	1,2	1,3	1,0	0	4
Sinirli Hissetme	1,4	1,3	2,0	0	4	1,3	1,3	2,0	0	4	1,3	1,3	1,0	0	4
Ağız Kuruluğu	1,7	1,4	2,0	0	4	1,6	1,3	2,0	0	4	1,5	1,3	2,0	0	4
Bulantı	1,2	1,5	0,0	0	4	1,1	1,4	0,0	0	4	1,1	1,4	0,0	0	4
Uykulu Hissetme	1,6	1,3	2,0	0	4	1,4	1,2	2,0	0	4	1,4	1,2	2,0	0	4
El ve Ayakta Uyuşma Karıncalanma	1,5	1,6	1,0	0	4	1,3	1,4	1,0	0	4	1,2	1,4	1,0	0	4
Uyumada Zorluk	1,3	1,4	1,5	0	4	1,2	1,3	1,0	0	4	1,2	1,3	1,0	0	4
Şişkinlik	0,7	1,1	0,0	0	4	0,6	1,0	0,0	0	3	0,6	1,0	0,0	0	3
İdrar Yapmada Problem	0,8	1,4	0,0	0	4	0,8	1,3	0,0	0	4	0,7	1,2	0,0	0	4
Kusma	0,7	1,2	0,0	0	4	0,7	1,2	0,0	0	4	0,6	1,2	0,0	0	4
Nefes Darlığı	1,7	1,6	2,0	0	4	1,7	1,5	2,0	0	4	1,6	1,5	2,0	0	4
İshal	0,2	0,7	0,0	0	4	0,2	0,7	0,0	0	3	0,2	0,7	0,0	0	3
Mutsuz Hissetme	2,0	1,2	2,0	0	4	1,9	1,2	2,0	0	4	1,8	1,1	2,0	0	4
Terleme	1,3	1,4	1,0	0	4	1,3	1,4	1,0	0	4	1,2	1,3	1,0	0	4
Endişelenme	2,3	1,1	3,0	0	4	2,2	1,1	2,0	0	4	2,1	1,0	2,0	0	4
Cinsel İstek ve Aktivitede Problem	1,3	1,4	1,0	0	4	1,2	1,3	1,0	0	4	1,0	1,1	0,5	0	4
Kaşınma	0,5	0,9	0,0	0	4	0,5	0,9	0,0	0	4	0,4	0,8	0,0	0	3
İştahsızlık	1,9	1,6	2,0	0	4	1,8	1,5	2,0	0	4	1,6	1,4	2,0	0	4
Sersemlik Hissi	1,4	1,2	2,0	0	4	1,3	1,1	2,0	0	4	1,2	1,1	1,0	0	4
Yutkunma Zorluğu	0,9	1,4	0,0	0	4	0,8	1,4	0,0	0	4	0,8	1,4	0,0	0	4
Alınganlık	1,5	1,3	2,0	0	4	1,4	1,3	2,0	0	4	1,3	1,2	1,5	0	3
Konsantrasyon Zorluğu	0,6	1,1	0,0	0	4	0,6	1,0	0,0	0	4	0,5	1,0	0,0	0	4
Ağız Yaraları	0,3	0,8	0,0	0	4	0,3	0,8	0,0	0	4	0,3	0,9	0,0	0	4
Tat Duyusunda Bozukluk	0,8	1,3	0,0	0	4	0,8	1,2	0,0	0	4	0,7	1,2	0,0	0	4
Kilo Kaybı	1,6	1,4	2,0	0	4	1,5	1,4	2,0	0	4	1,4	1,3	1,0	0	4
Saç Kaybı	0,5	1,1	0,0	0	4	0,5	1,1	0,0	0	4	0,4	1,0	0,0	0	4
Kabızlık	1,2	1,3	0,0	0	4	1,1	1,3	0,0	0	4	1,1	1,3	0,0	0	4
Kollarda ve Bacaklarda Şişkinlik	0,8	1,3	0,0	0	4	0,8	1,2	0,0	0	4	0,7	1,2	0,0	0	4
Kendinden Hoşnut Olmama	1,3	1,1	2,0	0	4	1,4	1,2	2,0	0	4	1,3	1,2	2,0	0	4
Ciltte Değişiklik	0,7	1,0	0,0	0	3	0,6	0,9	0,0	0	3	0,5	0,9	0,0	0	3



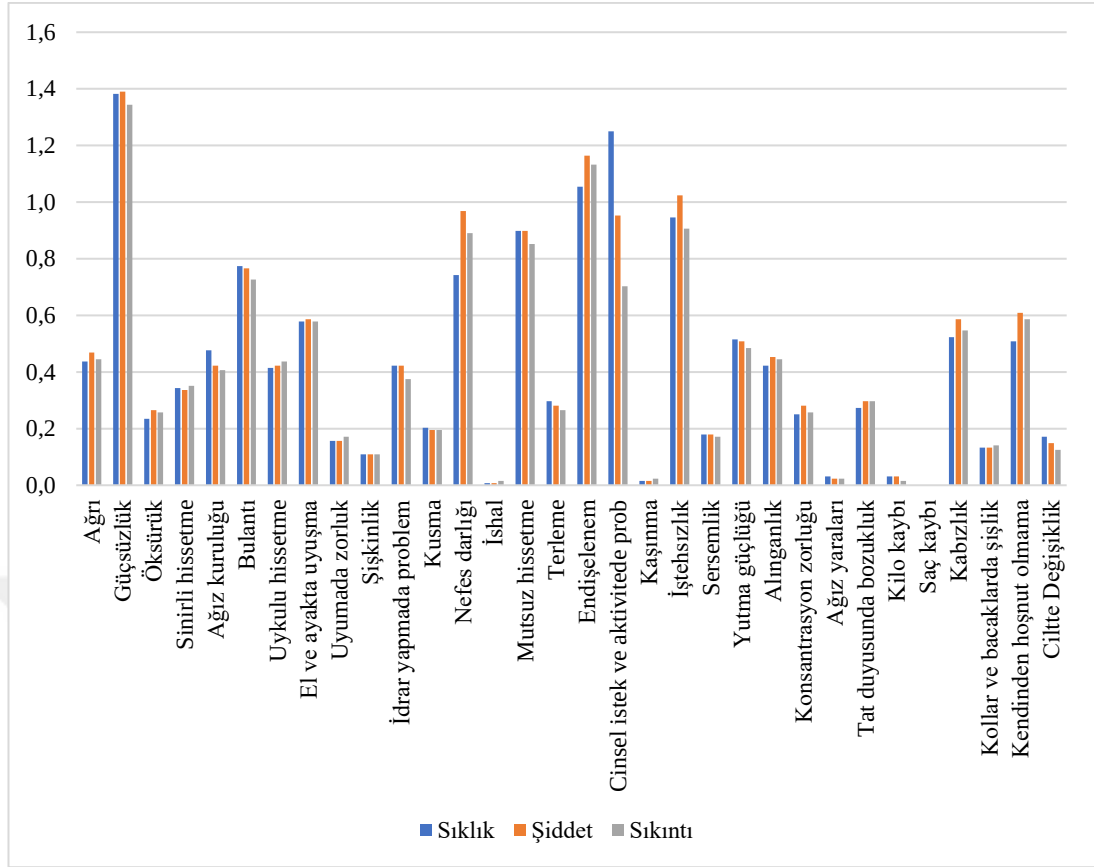
Şekil 11. MSDÖ1 Dağılımı

MSDÖÖ tekrarlayan sorgulamasında sıklık, şiddet ve sıkıntı açısından değerlendirildiğinde; en sık deneyimlenenler güçsüzlük ($1,4 \pm 0,7$), cinsel istek ve aktivitede problem ($1 \pm 1,2$) ve endişelenme görülmüştür ($1,2 \pm 1$). En az şiddette ise saç kaybı (0), ishal (0), kaşınma saptanmıştır (0). En şiddetli deneyimlenenler güçsüzlük ($1,4 \pm 0,9$), endişelenme ($2,3 \pm 1,1$) ve iştahsızlık tespit edilmiştir ($2,3 \pm 1,1$). En sıkıntı verenler de güçsüzlük ($1,3 \pm 0,9$), endişelenme ($1,1 \pm 1$) ve iştahsızlık olarak bulunmuştur ($0,9 \pm 1,2$).

Öncesi sonrası karşılaştırmalarda tüm değerlerde (32 değer) ve sıklık, şiddet, sıkıntı başlıklarının tümünde istatistiksel olarak anlamlı düşme saptanmıştır. ($p < 0,01$)

Tablo 18. MSDÖ'ye göre yatışın onuncu gününde semptomlar değerlendirmesi

	Sıklık					Şiddet					Sıkıntı				
	Ort	Std. sapma	Ortanca	Min	Max	Ort	Std. sapma	Ortanca	Min	Max	Ort	Std. sapma	Ortanca	Min	Max
Ağrı	0,4	0,7	0,0	0	3	0,5	0,7	0,0	0	2	0,4	0,7	0,0	0	3
Güçsüzlük	1,4	0,9	1,0	0	4	1,4	0,9	1,5	0	4	1,3	0,9	1,0	0	4
Öksürük	0,2	0,6	0,0	0	2	0,3	0,6	0,0	0	3	0,3	0,6	0,0	0	3
Sınırlı Hissetme	0,3	0,7	0,0	0	2	0,3	0,7	0,0	0	3	0,4	0,7	0,0	0	3
Ağız Kuruluğu	0,5	0,8	0,0	0	2	0,4	0,7	0,0	0	3	0,4	0,7	0,0	0	3
Bulantı	0,8	1,0	0,0	0	3	0,8	1,0	0,0	0	3	0,7	1,0	0,0	0	3
Uykulu Hissetme	0,4	0,8	0,0	0	4	0,4	0,8	0,0	0	4	0,4	0,8	0,0	0	4
El ve Ayakta Uyuşma Karıncalanma	0,6	0,8	0,0	0	2	0,6	0,8	0,0	0	3	0,6	0,8	0,0	0	3
Uyumada Zorluk	0,2	0,5	0,0	0	2	0,2	0,5	0,0	0	2	0,2	0,5	0,0	0	3
Şişkinlik	0,1	0,4	0,0	0	2	0,1	0,4	0,0	0	3	0,1	0,4	0,0	0	3
İdrar Yapmada Problem	0,4	0,9	0,0	0	4	0,4	0,9	0,0	0	4	0,4	0,8	0,0	0	4
Kusma	0,2	0,6	0,0	0	4	0,2	0,6	0,0	0	3	0,2	0,6	0,0	0	3
Nefes Darlığı	0,7	0,9	0,0	0	3	1,0	1,2	0,0	0	3	0,9	1,1	0,0	0	3
İshal	0,0	0,1	0,0	0	1	0,0	0,1	0,0	0	1	0,0	0,2	0,0	0	2
Mutsuz Hissetme	0,9	0,9	1,0	0	3	0,9	0,9	1,0	0	3	0,9	0,9	1,0	0	3
Terleme	0,3	0,7	0,0	0	3	0,3	0,6	0,0	0	3	0,3	0,6	0,0	0	3
Endişelenme	1,1	0,9	1,0	0	4	1,2	1,0	1,0	0	3	1,1	1,0	1,0	0	3
Cinsel İstek ve Aktivitede Problem	1,3	1,4	0,0	0	4	1,0	1,2	0,0	0	4	0,7	0,8	0,0	0	3
Kaşınma	0,0	0,2	0,0	0	2	0,0	0,2	0,0	0	2	0,0	0,3	0,0	0	3
İştahsızlık	0,9	1,3	0,0	0	4	1,0	1,3	0,0	0	4	0,9	1,2	0,0	0	4
Sersemlik Hissi	0,2	0,6	0,0	0	3	0,2	0,6	0,0	0	3	0,2	0,6	0,0	0	3
Yutkunma Zorluğu	0,5	1,1	0,0	0	4	0,5	1,0	0,0	0	4	0,5	1,0	0,0	0	4
Alınganlık	0,4	0,8	0,0	0	3	0,5	0,8	0,0	0	4	0,4	0,8	0,0	0	3
Konsantrasyon Zorluğu	0,3	0,7	0,0	0	4	0,3	0,7	0,0	0	4	0,3	0,7	0,0	0	4
Ağız Yaraları	0,0	0,2	0,0	0	2	0,0	0,2	0,0	0	2	0,0	0,2	0,0	0	2
Tat Duyusunda Bozukluk	0,3	0,8	0,0	0	4	0,3	0,8	0,0	0	4	0,3	0,8	0,0	0	4
Kilo Kaybı	0,0	0,3	0,0	0	3	0,0	0,3	0,0	0	3	0,0	0,1	0,0	0	1
Saç Kaybı	0,0	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0,0	0	0
Kabızlık	0,5	0,7	0,0	0	2	0,6	0,8	0,0	0	3	0,5	0,8	0,0	0	3
Kollarda ve Bacaklarda Şişkinlik	0,1	0,4	0,0	0	2	0,1	0,4	0,0	0	2	0,1	0,5	0,0	0	2
Kendinden Hoşnut Olmama	0,5	0,7	0,0	0	3	0,6	0,9	0,0	0	3	0,6	0,9	0,0	0	3
Ciltte Değişiklik	0,2	0,5	0,0	0	2	0,1	0,5	0,0	0	3	0,1	0,4	0,0	0	2



Şekil 12. MSDÖ2 dağılımı

Hastaların semptomları servise yatışta MSDÖ ile sorgulandığında %94,5'i güçsüzlük, %89,8'i ağrı, %87,5'i endişelenme, %80,5'i mutsuz hissetme, %66,4'ü ağız kuruluğu, %65,6'sı uykulu hissetme, %64,1'i iştahsızlık, %62,5'i kilo kaybı, %61,7'si sersemlik hissi, %61,7'si alınganlık, %60,9'u kendinden hoşnut olmama, %59,4'ü nefes darlığı, %57,8'i sinirli hissetme, %52,3'ü öksürük, %52,3'ü terleme, %51,6'sı uyumada zorluk, %50,8'i el ve ayakta uyuşma karıncalanma, %50,8'inde cinsel istek ve aktivitede problem, %46,1'i kabızlık, %44,5'i bulantı, %34,4'ü ciltte değişiklik, %32,8'i tat duyusunda bozukluk, %32'si kol ve bacaklarda şişkinlik, %30,5'i yutma güçlüğü, %30,5'i idrar yapmada problem, %29,7'si şişkinlik, %27,3'ü konsantrasyon zorluğu, %26,6'sı kusma, %23,4'ü kaşınma, %18,7'si saç kaybı, %14,1'i ağız yarası, %10,9'u ishal semptomu yaşadığını belirtmiştir

Tablo 19. Hasta kabulünde MSDÖ’ye göre semptom sıklığı dağılımı

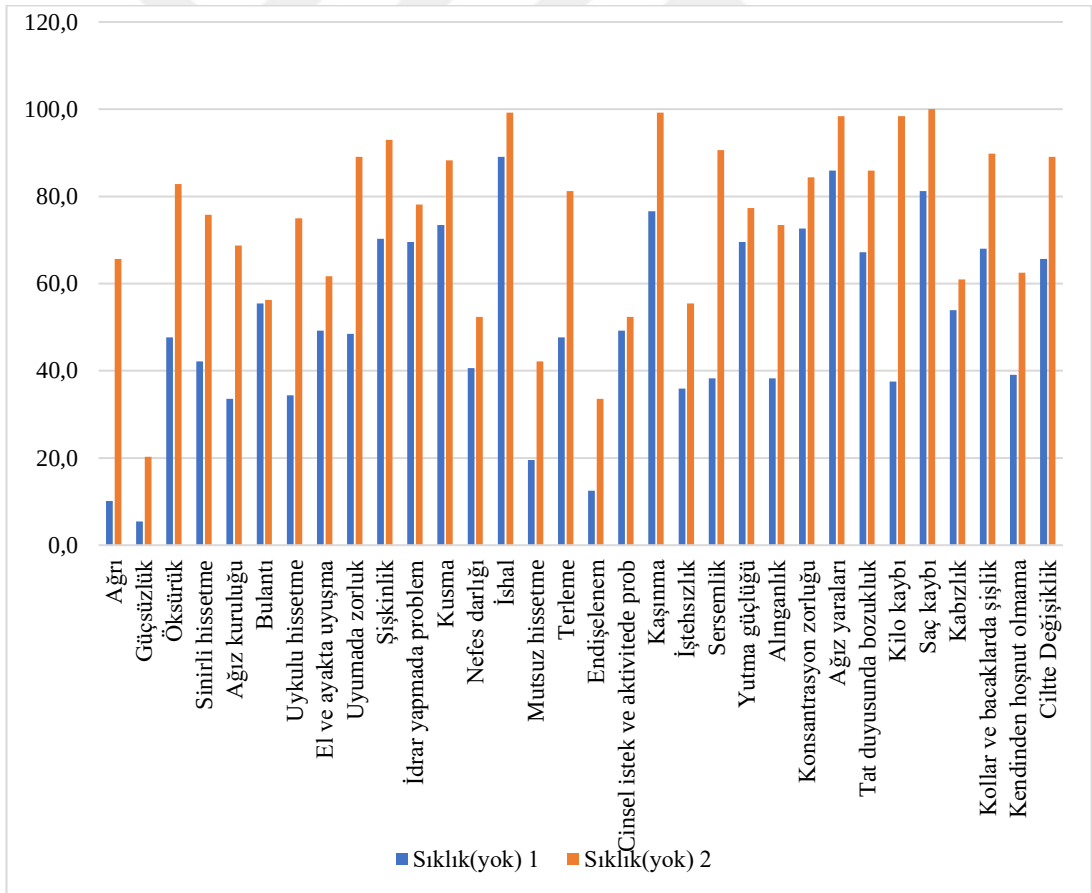
	MSDÖ1 SIKLIK									
	Yok		Nadir		Ara sıra		Sık sık		Neredeyse sürekli	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Ağrı	13	10,2	5	3,9	41	32,0	33	25,8	36	28,1
Güçsüzlük	7	5,5	1	0,8	17	13,3	62	48,4	41	32,0
Öksürük	61	47,7	8	6,3	26	20,3	25	19,5	8	6,3
Sinirli Hissetme	54	42,2	6	4,7	40	31,3	23	18,0	5	3,9
Ağız Kuruluğu	43	33,6	7	5,5	34	26,6	34	26,6	10	7,8
Bulantı	71	55,5	4	3,1	20	15,6	20	15,6	13	10,2
Uykulu Hissetme	44	34,4	6	4,7	46	35,9	27	21,1	5	3,9
El ve Ayakta Uyuşma Karıncalanma	63	49,2	4	3,1	16	12,5	27	21,1	18	14,1
Uyumada Zorluk	62	48,4	2	1,6	33	25,8	22	17,2	9	7,0
Şişkinlik	90	70,3	6	4,7	20	15,6	9	7,0	3	2,3
İdrar Yapmada Problem	89	69,5	4	3,1	13	10,2	12	9,4	10	7,8
Kusma	94	73,4	5	3,9	12	9,4	10	7,8	7	5,5
Nefes Darlığı	52	40,6	5	3,9	20	15,6	30	23,4	21	16,4
İshal	114	89,1	3	2,3	8	6,3	1	,8	2	1,6
Mutsuz Hissetme	25	19,5	5	3,9	51	39,8	40	31,3	7	5,5
Terleme	61	47,7	5	3,9	26	20,3	29	22,7	7	5,5
Endişelenme	16	12,5	4	3,1	37	28,9	64	50,0	7	5,5
Cinsel İstek ve Aktivitede Problem	63	49,2	3	2,3	30	23,4	20	15,6	12	9,4
Kaşınma	98	76,6	4	3,1	20	15,6	5	3,9	1	0,8
İştahsızlık	46	35,9	5	3,9	22	17,2	28	21,9	27	21,1
Sersemlik Hissi	49	38,3	5	3,9	53	41,4	19	14,8	2	1,6
Yutkunma Zorluğu	89	69,5	2	1,6	14	10,9	13	10,2	10	7,8
Alınganlık	49	38,3	8	6,3	38	29,7	29	22,7	4	3,1
Konsantrasyon Zorluğu	93	72,7	4	3,1	18	14,1	10	7,8	3	2,3
Ağız Yaraları	110	85,9	5	3,9	7	5,5	5	3,9	1	0,8
Tat Duyusunda Bozukluk	86	67,2	4	3,1	19	14,8	14	10,9	5	3,9
Kilo Kaybı	48	37,5	5	3,9	32	25,0	32	25,0	11	8,6
Saç Kaybı	104	81,3	5	3,9	8	6,3	5	3,9	6	4,7
Kabızlık	69	53,9	2	1,6	28	21,9	25	19,5	4	3,1
Kollarda ve Bacaklarda Şişkinlik	87	68,0	5	3,9	18	14,1	11	8,6	7	5,5
Kendinden Hoşnut Olmama	50	39,1	5	3,9	59	46,1	13	10,2	1	0,8
Ciltte Değişiklik	84	65,6	13	10,2	22	17,2	9	7,0	0	0,0

Hastaların palyatif bakım servisine yatışının onuncu gününde semptomları MSDÖ ile tekrar sorgulandığında %79,7'sinde güçsüzlük, %66,4'ünde endişelenme, %57,8'inde mutsuz hissetme, %47,7'sinde nefes darlığı, %47,7'sinde cinsel istek ve aktivitede problem, %44,5'inde iştahsızlık, %43,7'sinde bulantı, %39,1'inde kabızlık, %38,3'ünde el ve ayakta uyuşma karıncalanma, %37,5'inde kendinden hoşnut olmama, %34,4'ünde ağrı, %31,2'sinde ağız kuruluğu, %26,6'sında alınganlık, %25'inde uykulu hissetme, %24,2'sinde sinirli hissetme, %22,7'sinde yutkunma zorluğu, %21,9'unda idrar yapmada problem, %18,7'sinde terleme, %17,2'sinde öksürük, %15,6'sında konsantrasyon zorluğu, %14,1'inde tat duyusunda bozukluk, %11,7'sinde kusma, %10,9'unda uyumada zorluk, %10,9'unda ciltte değişiklik, %10,2'sinde kollarda ve bacaklarda şişkinlik, %9,4'ünde sersemlik hissi, %7'sinde şişkinlik, %1,6'sında ağız yaraları, %1,6'sında kilo kaybı, %0,8'inde ishal, %0,8'inde kaşınma saptanmıştır. Tekrarlayan sorgulamada hastaların hiçbirinde saç kaybı semptomu belirtilmemiştir

Tablo 20. İkinci değerlendirmede MSDÖ'ye göre semptom sıklıklarının dağılımı

	MSDÖ2 Sıklık									
	Yok		Nadir		Ara sıra		Sık sık		Neredeyse sürekli	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Ağrı	84	65,6	33	25,8	10	7,8	1	0,8		
Güçsüzlük	26	20,3	41	32,0	49	38,3	10	7,8	2	1,6
Öksürük	106	82,8	14	10,9	8	6,3				
Sinirli Hissetme	97	75,8	18	14,1	13	10,2				
Ağız Kuruluğu	88	68,8	19	14,8	21	16,4				
Bulantı	72	56,3	17	13,3	35	27,3	4	3,1		
Uykulu Hissetme	96	75,0	17	13,3	10	7,8	4	3,1	1	0,8
El ve Ayakta Uyuşma Karıncalanma	79	61,7	24	18,8	25	19,5				
Uyumada Zorluk	114	89,1	8	6,3	6	4,7				
Şişkinlik	119	93,0	4	3,1	5	3,9				
İdrar Yapmada Problem	100	78,1	10	7,8	13	10,2	2	1,6	3	2,3
Kusma	113	88,3	6	4,7	8	6,3			1	0,8
Nefes Darlığı	67	52,3	28	21,9	32	25,0	1	0,8		
İshal	127	99,2	1	,8						
Mutsuz Hissetme	54	42,2	38	29,7	31	24,2	5	3,9		
Terleme	104	81,3	11	8,6	12	9,4	1	0,8		
Endişelenme	43	33,6	40	31,3	41	32,0	3	2,3	1	0,8

Cinsel İstek ve Aktivitede Problem	67	52,3	3	2,3	28	21,9	19	14,8	11	8,6
Kaşınma	127	99,2			1	0,8				
İştahsızlık	71	55,5	19	14,8	19	14,8	12	9,4	7	5,5
Sersemlik Hissi	116	90,6	4	3,1	5	3,9	3	2,3		
Yutma Güçlüğü	99	77,3	6	4,7	14	10,9	4	3,1	5	3,9
Alınganlık	94	73,4	16	12,5	16	12,5	2	1,6		
Konsantrasyon Zorluğu	108	84,4	11	8,6	7	5,5	1	0,8	1	0,8
Ağız Yaraları	126	98,4			2	1,6				
Tat Duyusunda Bozukluk	110	85,9	6	4,7	9	7,0	1	0,8	2	1,6
Kilo Kaybı	126	98,4	1	0,8			1	0,8		
Saç Kaybı	128	100								
Kabızlık	78	60,9	33	25,8	17	13,3				
Kollarda ve Bacaklarda Şişkinlik	115	89,8	9	7,0	4	3,1				
Kendinden Hoşnut Olmama	80	62,5	32	25,0	15	11,7	1	0,8		
Ciltte Değişiklik	114	89,1	6	4,7	8	6,3				



Şekil 13. MSDÖ'de semptom sıklığı "yok" diyen kişilerin ilk ve son ölçümde dağılımı

Fiziksel semptom alt skor puanlarında, son ölçüm değerleri ilk değerlerden anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır. ($p<0,001$)

Psikolojik semptom alt skor puanları, son ölçüm değerleri ilk değerlerden anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır. ($p<0,001$)

GDI alt skor puanları, son ölçüm değerleri ilk değerlerden anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır. ($p<0,001$)

Toplam MSDÖ puanları, son ölçüm değerleri ilk değerlerden anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır. ($p<0,001$)

Tablo 21. Yatış ve tekrarlayan MSDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	P
PHYS	1,5	0,6	1,4	0,3	3,4	<0,001
PHYS2	0,5	0,4	0,4	0,0	1,8	
PSYCH	1,4	0,7	1,4	0,0	3,2	<0,001
PSYCH2	0,5	0,4	0,5	0,0	2,1	
GDI	1,7	0,6	1,8	0,3	3,2	<0,001
GDI2	0,7	0,4	0,6	0,0	2,1	
Toplam MSAS	1,2	0,5	1,2	0,2	2,3	<0,001
Toplam MSAS2	0,4	0,2	0,4	0,0	1,4	

İlk ölçümler için;

VAS ile KPS arasında zıt yönde, orta düzeyde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. ($r=-0,275$ $p=0,002$)

VAS ile PHYS, PSYCH, GDI ve toplam MSDÖ skorları arasında aynı yönde, orta düzeyde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. (Sırasıyla $r_{phys}=0,461$ $r_{psych}=0,304$ $r_{gdi}=0,481$ $r_{tMSDÖ}=0,448$ $p<0,001$)

KPS ile PSYCH, GDI arasında zıt yönde, orta düzeyde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. (Sırasıyla $r_{psych}=-0,409$ $r_{gdi}=-0,488$ $p<0,001$)

KPS ile PHYS, toplam MSDÖ arasında zıt yönde, güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. (Sırasıyla $r_{phys}=-0,504$ $r_{tMSDÖ}=-0,555$ $p<0,001$)

Tablo 22.İlk değerlendirmedeki ölçek puanları arasındaki korelasyon analizi

		KPS	PHYS	PSYCH	GDI	Total MSAS
VAS	r	-0,275	0,461	0,304	0,481	0,448
	p	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
KPS	r	1,000	-0,504	-0,409	-0,488	-0,555
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
PHYS	R		1,000	0,458	0,799	0,875
	P			<0,001	<0,001	<0,001
PSYCH	R			1,000	0,761	0,682
	P				<0,001	<0,001
GDI	R				1,000	0,844
	P					<0,001

Son ölçümler için;

VAS ile KPS arasında zıt yönde, orta düzeyde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. ($r=-0,478$ $p<0,001$)

VAS ile PHYS, PSYCH, GDI ve toplam MSDÖ skorları arasında aynı yönde, orta düzeyde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. (Sırasıyla $r_{phys}=0,493$ $r_{psych}=0,350$ $p<0,001$)

VAS ile GDI ve toplam MSDÖ skorları arasında aynı yönde, güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. (Sırasıyla $r_{gdi}=0,537$ $r_{tMSDÖ}=0,54$ $p<0,001$)

KPS ile PHYS, PSYCH, GDI ve toplam MSDÖ arasında zıt yönde, güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. (Sırasıyla $r_{phys}=-0,672$ $r_{psych}=-0,510$ $r_{gdi}=-0,694$ $r_{tMSDÖ}=-0,764$ $p<0,001$)

Tablo 23. Tekrarlayan değ rlendirmede ölçek puanları arasındaki korelasyon analizi

		KPS2	PHYS2	PSYCH2	GDI2	Total MSAS2
VAS2	r	-0,478**	0,493**	0,350**	0,537**	0,540**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
KPS2	r	1,000	-0,672**	-0,510**	-0,694**	-0,764**
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
PHYS2	r		1,000	0,443**	0,835**	0,828**
	p			<0,001	<0,001	<0,001
PSYCH2	r			1,000	0,760**	0,711**
	p				<0,001	<0,001
GDI2	r				1,000	0,885**
	p					<0,001

5. TARTIŞMA

Palyatif Bakım hizmetlerinin tanımında yaşamı tehdit eden tüm hastalıklarda (ör. Alzheimer, kronik organ yetmezlikleri, Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları gibi) uygulandığı vurgulansa da dünya genelinde palyatif bakım hizmetleri en sık kanser tanısıyla birlikte anılmaktadır. Çalışmada palyatif bakım servisinde izlenen hastaların büyük oranda onkoloji uzmanları tarafından yönlendirildiği, dolayısıyla izlenen hastaların çoğunluğunun kanser tanılı bireyler olduğu dikkat çekmektedir. 2016 yılında SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Biriminde, Çiçek ve arkadaşları tarafından yapılan yayınlanmamış çalışmada hastaların tanı dağılımına bakıldığında %36'sının kanser tanısıyla izlendiği (125) bu çalışmada ise hastaların %85,2'sinin kanser tanılı olduğu belirlenmiştir. Bu durum kanser hastaları ve onkoloji uzmanlarının palyatif bakım konusunda farkındalıklarının hızla ve günden güne artmakta olduğunu düşündürmektedir.

Kanser dışı yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireylerin de palyatif bakım hizmetlerinden eşit ölçüde haberdar olabilmeleri ve faydalanabilmeleri için özellikle hasta ve yakınlarının ilk temas ve başvuru noktasında yer alan birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanları olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına ve halka yönelik farkındalık eğitimlerinin artırılması gerektiği düşünülmektedir.

Palyatif bakım hizmeti alan hastaların büyük çoğunluğunu kanser veya terminal dönem hastaları oluşturmakta; palyatif bakım birimlerinde yatan hastalar bir çok semptomu bir arada yaşamaktadırlar. Ağrı, yaşam kalitesini en fazla düşüren hem hastaya hem de yakınlarına en fazla sıkıntı veren semptomların başında gelmektedir. Çalışmada palyatif bakım birimine yatış sırasında MSDÖ'ye göre; hastaların %59,4'ünde çok şiddetli olmak üzere, toplamda %89,8'inde ağrı semptomu yaşadıkları saptandı. Ayrıca ağrı, güçsüzlük semptomundan sonra şiddeti en yüksek ve en çok sıkıntı veren semptom olarak ifade edildi. Servise yatışın onuncu gününde tekrar yapılan değerlendirmede hastaların %34,4'ünde ağrı saptandı. Ağrısı olan hastaların da ağrı şiddetinin hafif-orta düzeyde olduğu görüldü. VAS'a göre ise yatış sırasında hastaların %86,7'sinde ağrı saptandı. %52,3'ünde şiddetli ağrı mevcuttu. Ortalama ağrı skoru $5,9 \pm 3,1$ görüldü. Yatışın onuncu gününde %31,3 hastada ağrı olduğu görüldü. Ortalama ağrı skoru ise $0,6 \pm 1,0$ saptandı. Literatüre göre kanserli hastalarda tanıdan itibaren %30-50'sinde ağrı saptanırken,

terminal dönemde %75-90 gibi çok yüksek oranlarda gözlenmektedir. Bisht ve arkadaşları yaptıkları çalışmada palyatif bakım ünitesinde yatan kanser hastalarında %96 ile en sık semptomun ağrı olduğunu saptamıştır (126). Uysal ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada palyatif bakıma yatış sırasında hastaların %90'ının ağrı yaşadığı saptanmıştır. Üçüncü ve yedinci günlerde ise ağrının sıklık ve şiddetinde anlamlı düzeyde düşme olduğu görülmüştür (127). Breivik ve arkadaşlarının 5084 kanser hastası ile yaptığı bir çalışmada ise hastaların son bir ayda %56 oranında orta ve şiddetli düzeyde ağrı yaşadıkları belirtilmiştir. Hastaların %69'unun da günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği saptanmıştır (128). Başka bir çalışma ağrı semptomunun aktif tedavisi devam eden kanser hastalarının üçte birinde orta ila şiddetli düzeyde görüldüğünü, ileri dönem kanser hastalarında ise bu oranın %60-90'lara çıktığını ortaya koymaktadır (129). Hastaneye yatış anında hastaların %50'den fazlasında şiddetli ağrı saptanan bir çalışmada, üç günlük palyatif bakım desteği sonrası şiddetli ağrının hastaların sadece %7'sinde olduğu belirtilmiştir (130). Bir meta analiz çalışmasında ilerlemiş kanserli hastalarda ağrı görülme sıklığı %64 oranında kaydedilmiş olup, hastaların üçte birinden daha fazlasında orta veya ciddi düzeyde ağrı şiddeti saptanmıştır (131).

Japonya'da Yamagishi ve arkadaşları tarafından metastatik veya rekürrent kanserli hastalarla yapılan kesitsel çalışmada, %60 hastada hafif-orta düzeylerde, %20 hastada da ciddi düzeylerde ağrı yaşandığı tespit edilmiştir (132). Shinde ve arkadaşları, 77 hasta üzerinde yapmış oldukları çalışmada, hastaların VAS ağrı skorlarını yatış sırasında $5,0 \pm 3,3$, taburculuk esnasında ise $2,1 \pm 2,6$ olarak saptamıştır (133). Arslan ve arkadaşlarının çalışmasında palyatif bakım hastalarının VAS ağrı skorlarının ortalama değeri yatışta $5,2 \pm 2,6$ olup, taburculuk sırasında $2,2 \pm 1,8$ 'e gerilediği saptanmıştır (134). Lee ve arkadaşları da 143 hasta ile yürüttükleri araştırmada, %81 hastada ağrı kontrolünün yeterli düzeyde sağlandığı ve VAS ağrı skorlarında ortalama 3 değer azalma olduğu belirtilmiştir (135). Bu çalışmada yatış ve onuncu gün VAS ağrı skorları arasında 5,3 değer azalma tespit edilmesi palyatif bakım ihtiyacında en sık rastlanan semptomun tedavisinde oldukça etkin yaklaşım sağlanabildiğini düşündürmektedir. Kanser ağrısı tedavisinde genel olarak DSÖ'nün önerdiği basamak tedavisi kabul edilmektedir (136). Basamaklı ağrı tedavisi yaklaşımı ile %80-85 oranında etkin ağrı tedavisi yapılabilir. %5-15 oranında

ise uygun invaziv yöntemler ile ağrı palyasyonu sağlanabilmektedir (128). Ancak DSÖ verilerine göre, dünya genelinde %80 oranında, orta-ağır şiddetteki kanser ağrısının yetersiz tedavi edildiği bildirilmiştir ve bunun global bir sağlık sorunu olduğu ilan edilmiştir (137). Bu çalışma gibi yapılan diğer tüm çalışmalar da hastaların palyatif bakım birimlerine kabulünde, yüksek oranlarda orta-ciddi düzeyde ağrı semptomu yaşadıklarını göstermiştir. Bu oranlar bize özellikle kanser hastalarının takiplerinde ağrı kontrolünün yetersiz olduğunu göstermektedir. Bunun en büyük nedenleri olarak opioid kullanımına karşı olan ön yargılar, opioid ulaşımındaki zorluklar, engelleyici yasal düzenlemeler ve ağrı yönetimi ile ilgili yetersiz bilgi gösterilebilir. Yapılan çalışmada hastaların palyatif bakım servisine yatışın onuncu gününde görülen hem ağrı sıklığında hem de şiddet düzeyindeki ciddi düşüşler klinikte, olması gerektiği gibi etkin ağrı tedavisi sağlanarak ağrı yönetiminde başarılı olunduğunu göstermektedir. Yatış sırasında hastaların %96,6'sında analjezik kullanımı, %58,6'sında da opioid kullanımı ile ağrı kontrolü sağlandığı tespit edildi. Ağrı, hastalarda yaşam kalitesini bozan en önemli semptomlardan biri olarak kabul edildiğinden başarılı ağrı tedavisi neticesinde hastaların yaşam kalitesine de katkı sağlanmış olunabileceği düşünülebilir.

Palyatif bakım alan hastalarda sık görülen semptomlardan biri de yorgunluk/güçsüzlüktür. Bu semptom da en az ağrı kadar hastaların yaşam kalitesini azaltan bir durumdur. Çalışmada yatış sırasında hastaların %94,5'inde güçsüzlük semptomu saptandı. Güçsüzlük en sık saptanan semptom olmasının yanında, şiddeti en yüksek ve en çok sıkıntı veren semptom olarak da belirlendi. Yatışın onuncu gününde yapılan değerlendirmede ise hastaların %79,7'si güçsüzlük semptomu yaşadığını belirtti. Görülme sıklığındaki azalma dışında, semptomu devam eden hastalarda yatışa göre semptom şiddetinde önemli azalma saptandı. Verilen tedavilerin uzun dönem etkilerinin değerlendirilmesinin güçsüzlük semptomunun seyri açısından önemli olabileceği düşünülmektedir. İleri evre akciğer kanserli erkek hastalarla, Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yorgunluğun günlük yaşam aktivitelerini ağrıdan daha fazla etkilediği belirtilmiştir (138). Uysal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların tamamında palyatif bakım servisine kabul sırasında yorgunluk semptomu olduğu saptanmış ve üçüncü günden itibaren bu semptomun hızla azaldığı belirlenmiştir (127). Hintistan ve arkadaşlarının

çalışmasında da hastaların en fazla yorgunluktan yakındığı görülmüştür (139). İleri evre kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastalarda en sık görülen semptom %96 oranı ile yorgunluk olarak tespit edilmiştir. Şiddeti en fazla olan semptomlar ise yorgunluk, genel iyilik halinin kötü olması ve iştah azalması şeklinde belirlenmiştir (140). Başka bir çalışmada hastaların %94'ünde görülmesi ile yine en sık semptom yorgunluk olarak saptanmıştır (141). İleri evre kanser hastalığı, AIDS, KOAH, KBH tanısı olan hastalar içerisinde %34-96 oranında ağrı ve %32-90 oranında yorgunluğun en yaygın iki semptom olduğu saptanmıştır (142).

Palyatif bakım alan hastalarda sık görülen semptomlardan biri de endişeli olma durumudur. Uysal ve arkadaşlarının çalışmasında palyatif bakım kliniğine yatış sırasında hastaların %92'sinde endişe semptomu kaydedilmiştir. Değerlendirme süresinde semptomun şiddetinde anlamlı azalma elde edilememiştir. Hastaların %87'sinin ileri evrede olması, hastalığın getirdiği zorluklar nedeniyle hastaların endişelerinin devam ettiği düşünülmüştür (127). Maguire ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemeye göre terminal dönemde akciğer kanserli hastaların %13-70'inde gelecek hakkında belirsizlik yaşadıkları saptanmıştır. Ölüm ve ölmek hakkında hastaların en az yarısının endişeli olduğu görülmüş ve uyku esnasında, hızlı ve ağrısız "iyi ölüm" düşüncesinin rahatlatıcı olduğu bildirilmiştir (143). Çalışmada palyatif bakım servisine yatış sırasında hastaların %87,5'inde endişe semptomu saptandı. Onuncu gün yapılan değerlendirmede ise bu oranın %66,4 olarak gerilediği görüldü. Hastaların endişe şiddet düzeyinde de anlamlı azalmanın klinikte psikososyal açıdan destekleyici uygulamalar ve semptom sıklık ve şiddetlerindeki azalmadan kaynaklandığını düşündürmektedir.

Palyatif bakım hizmeti alan hastalarda görülen sık semptomlardan biri de üzüntü/mutsuz hissetmedir. Hastalar hastalık karşısında genellikle çaresiz hissetmektedirler. Yapılan çalışmalarda üzüntü, yorgunluktan sonra en sık deneyimlenen semptomlardan biri olarak belirtilmiştir (144). Üzüntü semptomunun görülme sıklığı bir çalışmada %76 oranında tespit edilmiştir (145). Uysal ve arkadaşlarının çalışmasında üzüntü semptomu %96 oranında kaydedilmiştir. Ayrıca üzüntü semptomunun, ağrı ve yorgunluk semptomlarına göre daha geç olarak yedinci günde azaldığı gözlenmiştir (127). Başka bir çalışmada da 48 saatlik palyatif bakım desteği sonunda ağrı, yorgunluk, üzüntü semptomunda azalma görüldüğü

belirtilmiştir (146). Bu çalışmada da en sık görülen semptomlardan biri olarak mutsuz hissetme/üzüntü %80,5 olarak saptandı. Palyatif bakım desteğinin onuncu gününde de yapılmış çalışmalara benzer olarak görülme sıklığında anlamlı azalma saptandı. Çalışmada ayrıca psikolojik semptomlardan alınganlık %61,7 kendinden hoşnut olmama %60,9 sinirli hissetme %57,8 olarak saptandı. Yatışın onuncu gününde bu semptomlarda anlamlı düzeylerde azalma görüldü. Çalışmadaki psikolojik semptom oranları palyatif bakım alan hastalardaki psikolojik sorunların ciddiyetini ve hastalara sunulacak psikososyal destek ihtiyacının ne denli fazla olduğunu bir kez daha göstermektedir. Bu nedenle palyatif bakım hastalarının fiziksel semptomları kadar psikolojik semptomlarının da dikkate alınarak tedavi edilmesi gerektiği ve ancak böylelikle tam anlamıyla semptom kontrolü sağlanacağı görülmektedir. Klinikte, tedavi sonrası semptomların görülme sıklık ve şiddetlerindeki anlamlı azalmalar kliniğin palyatif bakım felsefesi doğrultusunda hastalara psikososyal ve manevi desteği de içeren kapsamlı bakım sağlandığını göstermektedir.

Çalışmada palyatif bakım birimine yatışta hastaların %65,6'sı uykulu hissetme semptomu, %51,6'sı uyumada zorluk semptomu yaşadığını belirtti. Harding ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %72'sinin uykusuzluk yaşadığı belirtilmektedir (144). Literatürde, uykusuzluğun genel popülasyonda %5-35 oranında görüldüğü, kanser hastalarında ise %30 ile 50 arasında değiştiği belirtilmiştir (102-104). Komurcu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada uykusuzluk ileri evre kanser hastalarında en sık görülen 10 semptomdan biri olarak belirtilmiştir (107). Uysal ve arkadaşları çalışmalarında palyatif bakım kliniğine yatışta hastaların %17'si beş ve üzeri şiddette uykusuzluk semptomu yaşadığını belirtmiştir. Görülme sıklığının üçüncü günde %7'ye ve yedinci günde %5'e gerilediği belirlenmiştir (127). Palesh ve arkadaşları kanser hastalarında uyku bozukluklarının psikolojik faktörlerle olan ilişkisinin irdelendiği çalışmalarında, uykusuzluk semptomunun kemoterapi sikluslarında %36,6 olarak saptandığını, tanısal ölçek kullanıldığında ise oranın %43 olduğunu kaydetmişlerdir (147). Tokgöz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hastaların %50'sinde genellikle tıbbi yardım gerektirecek kadar şiddetli uyku bozukluğu yaşandığı bildirilmektedir (148). İleri evre kanser ve uzun süredir bakım alan hastalarda semptomların değerlendirildiği bir çalışmada uykusuzluk

semtomunun 48 saat sonunda azaldığı belirlenmiştir (149). Çalışmada palyatif bakım desteğinin onuncu gününde uyku bozukluğunda anlamlı azalma saptandı. Ağrı gibi birçok semptomun uykusuzluğa neden olduğu göz önüne alındığında palyatif bakımın genel anlamda semptom kontrolü sağlanmasındaki başarı uyku sorunlarında da olumlu etki yaratmış olabileceği söylenebilir. Ayrıca sunulan psikosoyal ve manevi desteğin etkinliğinin de uyku sorunlarının azalmasında etkili olduğu düşünülebilir. Palyatif bakım alan hastalarda gastrointestinal sistem semptomları da sık görülmektedir. Özellikle kanser hastalarının tedavilerinin yan etkileri olarak da çok sık gözlenmektedirler.

Çalışmada yatış sırasında hastaların %64'ünde iştahsızlık semptomu saptandı. Palyatif bakım danışma ekibi tarafından yapılan bir araştırmada iştahsızlık kontrol edilemeyen 6 semptom (semptom şiddeti $\geq 4/10$) arasında yer almıştır. Ayrıca iştahsızlığın %67 oranında görüldüğü ve palyatif bakım desteği ile azaltılabildiği belirtilmiştir (145). İştahsızlık semptomunun ileri evre kanser olan hastalarda görülme oranı %30-80 olarak bildirilmiştir (150). Yine başka bir çalışmada iştahsızlık en sık görülen ve zorlayıcı semptomlar arasında belirtilmesine rağmen, palyatif bakım desteği ile semptom şiddetinde azalma sağlandığı gözlenmiştir (151). Bu çalışmada da benzer şekilde onuncu günde iştahsızlık semptomunun sıklık ve şiddetinde anlamlı azalma görüldü.

Bulantı ve kusma da palyatif bakım servisinde yatan özellikle kanser tanılı hastalarda çok sık saptanan semptomlardır. Bu semptomlar özellikle mide kanseri, pankreas kanseri, karaciğer metastazı, beyin metastazının neden olduğu beyin ödemi, bağırsak obstrüksiyonuna neden olan tümör gibi patolojilerin saptandığı hastalarda sık görülmektedir. Hastalığın kendisi dışında kemoterapi, radyoterapi ya da şiddetli ağrı nedeniyle opioid kullanımı gibi tedavilerden de kaynaklanabilmektedir. İlerlemiş kanserli hastalarda; bulantı semptomunun görülme oranı %7-49 arasında değişirken, kusmanın görülme oranı %11-78 arasında değişmektedir. Opioid kullanmadan önce bulantı yakınması olmamış kanser hastalarının %40'ında opioid kullanımına bağlı bulantı ve kusma deneyimlerinin olduğu belirtilmektedir (152). Hintistan ve arkadaşlarının hematolojik kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada, hastaların kemoterapi sonrası en sık yaşadığı semptomlar arasında bulantı-kusma (%79,2) ve kilo kaybı (%60,9) olduğu belirlenmiştir (139). Çalışmada yatış sırasında hastaların

%44,5'inde bulantı ve %26,6'sında kusma semptomu saptandı. Palyatif bakım desteğinin onuncu gününde her iki semptomda da anlamlı düşme gözlemlendi. Bulantısı devam eden hastaların da şiddet düzeyinde ciddi azalma saptandı.

Ağız kuruluğu da palyatif bakım birimlerinde yaygın görülen bir semptomdur. İlerlemiş kanseri olan kişilerde ağız kuruluğu sıklığı %30-90 arasında değişmektedir (153). Fakat ne hasta ne de hekim tarafından çok dikkate alınmamaktadır. Ağız kuruluğunun birçok nedeni olabilir. Palyatif bakım birimlerinde yatan hastalarda bu semptoma daha çok radyoterapi ve ilaçlar neden olmaktadır. Ayrıca azalmış oral alım, dehidratasyon ve ağızdan nefes alma da bu birimlerde yatan hastalardaki görülen ağız kuruluğunun yaygın nedenlerindendir. Çalışmada palyatif bakım birimine yatışta hastaların %66,4'ünde onuncu günde ise %31,2'sinde ağız kuruluğu görüldü. Ağız kuruluğu sıklığındaki azalmanın aktif beslenme desteği ile dehidratasyonu önlemeye yönelik uygulama ve psikolojik semptomlardaki azalmanın bir sonucu olabileceği düşünülmektedir.

Palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda hastalığın etkisiyle enerji tüketimi artmıştır. Bununla beraber hastaların çoğunda görülen iştahsızlık, bulantı, kusma gibi semptomlarla oral alım azlığı sonrası kilo kaybı gerçekleşmektedir. Kilo kaybı ve kaşeksi yaşam kalitesi ile sağ kalımı olumsuz yönde etkileyen önemli semptomlardandır (154). Kilo kaybının görülme sıklığı yapılan bir çalışmada %39-82 olarak bildirilmiştir (150). Hopkinson ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hastaların %79'unda kilo kaybı ve %76'sında daha az yeme saptanmış olup %52'si bu semptomla ilgili endişeli olduğunu ifade etmiştir (155). Bu çalışmada yatış sırasında hastaların %62,5'inde kilo kaybı saptandı. Hayati fonksiyonların sürdürülmesindeki en temel gereksinimlerden birisi yeterli ve dengeli beslenmesi. Yeterli ve dengeli beslenme sağlığın korumasında, hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde çok önemli bir etken olduğu ve yaşam kalitesini arttırdığı bilinmektedir (156). Palyatif bakım birimlerinin en temel hedeflerinden biri de beslenme desteği sağlamaktır. Çalışmada palyatif bakım birimine yatışın onuncu gününde hastaların sadece %1,6'sında kilo kaybının sürüyor olması, bu semptomun da büyük orandan kontrol altına alınabildiğini göstermektedir. Çalışmada palyatif bakım desteği sürecinde hastalarımızın %30,5'ine oral ve enteral beslenme desteği, %18,8'ine de

parenteral beslenme desteği verildiği saptanmış olup, erken ve etkili beslenme desteği ile kilo kaybının büyük oranda önlendiği görülmektedir.

Kabızlık da palyatif bakım alan hastalarda sık görülen semptomlardandır. Hastaların hareketliliğinde azalma olması, şiddetli ağrı nedeniyle opioid kullanımı fazlalığı ve iştahsızlık, bulantı, kusma, yutkunma zorluğu vb. semptomlar nedeniyle gelişen oral alım azlığı kabızlık ile sonuçlanabilmektedir. Uysal ve arkadaşlarının çalışmasında palyatif bakıma kabul sırasında hastaların %60'ının kabızlık semptomu yaşadığı saptanmıştır. Yatış süresince kabızlık semptomlarının şiddetinde azalma olmakla birlikte anlamlı fark bulunamadığı belirtilmiştir (127). Başka bir çalışmada kabızlık semptomu görülme sıklığı kanser hastalarında %64 olarak verilmiştir (141). Rhondali ve arkadaşları kabızlığın palyatif bakım hastalarının %40'ında ve opioidlerle tedavi edilen hastaların %90'ında saptanan bir semptom olduğunu bildirmiştir (157). Ünsar ve arkadaşlarının çalışmasında kabızlık, kemoterapi alan hastaların %50'sinde görülmüştür (158). Hintistan ve arkadaşlarının çalışmasında ise kabızlık hastaların en az yaşadığı semptom olarak bulunmuştur. Kabızlık yaşayan hastaların lifli yiyecekler yediklerini, günde 2 litre sıvı almaya çalıştıklarını ve hareket etmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir (139). Bu çalışmada ise yatışta hastaların %46,1'inde kabızlık semptomu saptanmıştır. Palyatif bakım desteğinin onuncu gününde ise görülme sıklığı ve şiddetinde anlamlı azalma tanımlanmıştır. Palyatif bakım birimimizde opioid başlanan tüm hastalara uygun diyet nerileri eşliğinde laksatif tedavi de başlanmaktadır. Yeterli sıvı alımları sağlanmakta, hareket etmeleri yönünde desteklenmektedirler. Bu uygulamaların kabızlık semptomunun azalmasında etkili olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca çalışmada gastrointestinal sistemle ilgili olarak hastaların %32,8'inde tat duyusunda bozukluk, %30,5'inde yutma güçlüğü, %29,7'sinde şişkinlik, %14,1'inde ağız yarası, %10,9'unda ishal semptomu olduğu belirtilmiştir. Hintistan ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %84,1'inde ağız içinde yara veya kanama saptanmıştır. Hastaların bu semptoma yönelik gargara ve sık ağız bakımı yaptığı ifade edilmiştir (139). İlerlemiş kanser hastalarında yapılan bir çalışmada yutma güçlüğü %50,59 ve tat duyusunda bozukluk %31,62 oranında görülmüştür (141). Yutma güçlüğü altta yatan organik patoloji dışında palyatif bakım alan hastalarda genellikle radyoterapiye sekonder gelişmektedir. Bu nedenle baş boyun bölgesine radyoterapi verileceği zaman

koruyucu önlemler alınmalıdır. Çalışmada yatışın onuncu gününde yapılan değerlendirmede tat duyusunda bozukluk, yutma güçlüğü, şişkinlik, ağız yarası ve ishal semptomlarının sıklık ve şiddetinde anlamlı azalma görülmesi klinikte ağız bakım uygulamaları konusunda verilen eğitimlerin bir sonucu olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Palyatif bakım birimlerinde sık görülen semptomlardan biri de nefes darlığıdır. Bir çalışmada kanser hastalarında nefes darlığı görülme oranı %42 olarak saptanmıştır (159). Seven ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %76,1'inin nefes darlığı şikayeti yaşadığı belirlenmiştir (160). Uysal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise palyatif bakım birimine yatış sırasında hastaların %59'unda nefes darlığı saptanmıştır. Bu semptomun ortalama değerinde birinci, üçüncü ve yedinci günler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ciddi nefes darlığı çeken palyatif bakım hastalarının çoğunluğunda primer akciğer kanseri, metastatik akciğer tutulumu gibi ciddi akciğer hasarlanmasının varlığı, bu semptomu kontrol altına almakta güçlük yaşanmasının nedeni olarak düşünülmüştür (127).

Modonesi ve arkadaşlarının çalışmasında palyatif bakım desteği ile nefes darlığı semptomunda azalma sağlandığı da belirtilmiştir (151). Çalışmada yatışta hastaların %59,4'ünde nefes darlığı semptomu saptandı. Oranın bu kadar yüksek olması çalışmaya katılan hastaların %57,8'inin primer akciğer kanseri tanılı olmasına bağlanabilir. Yatışın onuncu gününde ise nefes darlığı semptomunda, Modonesi ve arkadaşlarının çalışmasına benzer şekilde, anlamlı azalma gözlenmiştir.

Çalışmada yatış sırasında %52,3 oranında öksürük semptomu tanımlanmıştır. Öksürük semptomunun bu kadar sık görülmesi de çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun primer akciğer kanseri tanılı olması ile ilişkilendirilebilir. Palyatif bakım desteği sonrası öksürük semptomunda anlamlı azalma saptanabilmesi primer hastalıktan kaynaklı en önemli yakınmanın bile etkin semptom yönetimi ile azaltılabilmesi yönüyle umut vericidir. Hastaların %50,8'inde cinsel istek ve aktivitede problem bildirilmiştir. Bu semptom sorgulandığında hastaların bunu utanarak dile getirdiği gözlemlenmiştir. Yaygın görülmesine rağmen hastalar bunun kendilerinde sıkıntı yaratmadığını belirtmeleri sosyal ve kültürel bakış açısı ile ilişkilendirilebilir. Bu durumun çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının yüksekliği ve sosyokültürel olarak düşük bir popülasyonun izlenmesinden

kaynaklandığı düşünülür. Kol ve bacaklardaki şişkinlik palyatif bakım hastalarının çoğunda saptanan albümin düşüklüğü, hastaların genellikle hareketsiz kalması, karaciğer metastazı, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği gibi nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Hastaların %32'sinde yatışta kol ve bacaklarda şişkinlik görüldü. On günlük palyatif bakım desteği sonrası görülme sıklığında anlamlı azalma olması etkin semptom yönetiminin bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Çalışmada yatışta hastaların %34,4'ünde ciltte değişiklik saptanmıştır. Yatağa bağımlı olan hastalarda ciltte değişiklik nedeni olarak bası yaraları oluşmaktadır. Palyatif bakım tedavisi sonrası bası yaralarında gözle görülür iyileşme gözlenmiştir. Birimimizde bası yaralarının düzenli olarak klinik hemşireleri ve yara bakım ekibi takibinde olması ve bakım verenlerin konuyla ilgili sürekli olarak eğitilmesinin bası yarası kontrolünü kolaylaştırdığını düşündürmektedir.

Çalışmada merkeze kabul sürecinde KPS ortalaması $60,9 \pm 13,9$ olup tekrarlayan değerlendirmede $72 \pm 15,7$ olarak tespit edildiği, onuncu gün değerlendirilen KPS puanlarının yatışa göre anlamlı düzeyde yüksek saptandığı gözlenmiştir. Palyatif bakım biriminin semptom kontrolündeki başarısının hastaların yaşam kalitesinin önemli bir bileşeni olan performans düzeylerini de önemli ölçüde arttırdığı ve yüz güldürücü sonuçlar sağladığı görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşamı tehdit eden hastalığı olan kişiler birçok semptomu aynı anda yaşamaktadırlar. Çalışmada palyatif bakım biriminde yatan hastaların başvuru sırasında sadece kendilerine en çok sıkıntı veren semptomları belirttiği gözlemlendi. Hastalar MSDÖ ile sorgulandığında yaşam kalitelerini bozan birçok semptomu yaşadıkları görüldü. En sık görülen semptomlar; güçsüzlük, ağrı, endişelenme ve mutsuz hissetme, en şiddetli yaşanan ve en çok sıkıntı veren semptomlar; güçsüzlük, ağrı, endişelenme ve nefes darlığı olarak belirlendi. Palyatif bakım tedavilerinin onuncu gününde tekrar değerlendirildiklerinde semptom kontrolündeki başarı ile yaşam kalitesinin önemli bir bileşeni olan performans düzeylerinde önemli artış gözlemlendi. Palyatif bakım birimleri felsefesi gereği hastaya bütüncül yaklaşım semptom kontrolü sağlayarak hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini arttırmaktadır.

✓ Palyatif bakım merkezine başvuran hastaların ağırlıklı olarak branş uzmanları özellikle onkologlar tarafından yönlendirildiği dikkat çekmekte olup; özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar öncelikli olmak üzere tüm sağlık profesyonellerine ve halka yönelik palyatif bakım farkındalığı eğitimlerine ihtiyaç bulunmaktadır.

✓ En sık başvuran hasta grubunun kanser hastaları olduğu göz önüne alınırsa; palyatif bakım endikasyonu olan kanser dışı hastalıklara sahip bireylerin de palyatif bakım hizmetlerinden etkin şekilde yararlanabilmeleri için lisans, yüksek lisans hizmet içi eğitim faaliyetlerinde palyatif bakım eğitiminin müfredatta yer alması önerilir.

✓ Yaşamı tehdit eden hastalık tanısı alan bireylerin bilgilendirilmesi ve farkındalık artırmaya yönelik palyatif bakım eğitim ve danışma merkezleri kurulması; ihtiyacı olan tüm hastaların palyatif bakım hizmetlerinden eşit ölçüde yararlanmasına katkı sağlayabilir.

✓ Hastalarda başvuru anında ağrı semptomunun çok yüksek oranda bulunması semptomun tanı veya tedavisiyle ilgili yetersizlik olduğunu düşündürmektedir. Yaşamı tehdit eden hastalıkları olan bireylerin sağlık hizmetine her başvurusunda ağrının ve mümkün olduğunca tüm semptomların sorgulanması ve etkin ağrı tedavisi planlanmalıdır. Bu açıdan gerekirse opioidler de dahil olmak üzere

hastanın ağrısını dindirmeye yetecek düzeyde analjezik tedavisi verilmesi hastanın performans düzeyini yükseltmek açısından büyük öneme sahiptir.

✓ Palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda psikolojik semptomların sıklığı da oldukça fazladır. Yaşamı tehdit eden hastalık varlığında bireylere yönelik psikososyal desteğin güçlendirilmesine yönelik proje ve çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

✓ Hastaların pek çok semptomu dile getirmediği göz önünde bulundurulursa Palyatif bakım birimlerinde daha kapsamlı değerlendirme ve etkili tedavi için MSDÖ, VAS, Karnofsky Performans Ölçeği gibi ölçeklerin kullanılması gözden kaçan semptomların yönetimi ve hastanın yaşam kalitesinin bir göstergesi olan performansının artırılması açısından da faydalı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Lagman R, Walsh D. Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. *SeminOncol* 2005;32(2):134-8.
2. Glare P. Clinical predictors of survival in advanced cancer. *J Support Oncol* 2005;3(5):331-9.
3. Meier DE, Bishop TF. Palliative care; benefits, services, and models of care. www.uptodate.com version 19.2, last updated: Oct 19, 2018
4. Selvi Öztörün H, ARAS S. Palyatif Bakım Nedir? *Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics* 2018;4(1):1-6
5. World Health Organization. Worldwide Palliative Care Alliance. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*; 2014
6. Topal K. Palyatif Bakım Tanımı ve Felsefesi *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2017;8(4):231-5
7. Hawley PH. The bow tie model of 21st century palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2014;47: e2-5.
8. Cherny N. Best supportive care: A euphemism for no care or a standart of good care. *Seminarsin Oncology* 2011;38(3):351-7.
9. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363:733-42.
10. Radbruch L, Payne S, Lima L, Lohmann D. The Lisbon Challenge: Acknowledging Palliative Care as a Human Right. *Journal of palliative medicine* 2013;16(3):301-04.
11. Radbruch L, Payne S: White paper on standards and norms for hospice and palliativecare in Europe: part 1. *Eur J Palliat Care* 2009;16:278-89.
12. İnan N. Palyatif Bakım Organizasyonu Nasıl Olmalı. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics* 2017;10(1):20-4
13. Palyatif Bakım Sağlık Bakanlığı Tanımları ve Planlamaları. <http://slideplayer.biz.tr/slide/2613382/>. Erişim Tarihi: 26.12.2017.
14. Casarett D, Johnson M, Smith D, Richardson D. The optimal delivery of palliative care: a nationalcomparison of the outcomes of consultation teams vs inpatient units. *Arch Intern Med* 2011;171:649-55.

15. 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;302:741-9.
16. Palyatif bakım evde ve hastanede çalıştay raporu 25.04.2013, İzmir. https://www.researchgate.net/publication/320035280_palyatif_bakim_calistayi_evd_e_ve_hastanede Erişim tarihi:08.03.2018.
17. Şenel G. Palyatif Bakım Kavramı ve Palyatif Bakıma Kabul Kriterleri.Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics 2017;10(1):1-6
18. İnanc N. Palyatif bakım tanımına çoklu bakış. Türkiye Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Derneği. Erişim Tarihi: 15.12.2017.
19. Kabalak AA, Öztürk H, Erdem AT, Akın S. SB.Ulus Devlet Hastanesi'nde kapsamlı palyatif bakım merkezi uygulaması. Çağdaş Tıp Dergisi 2012;2(2):122-6.
20. Öngel K.Palyatif Bakım Tarihçesi ve Gelişimi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2017;8(4):236-40.
21. Carlson R, Devich L, Frank R. Development of a Comprehensive Supportive Care Team for the Hopelessly Ill on a University Hospital Medical Service" JAMA 1988;259(3):378-83.
22. Kadriye K, Gökçınar D. Türkiye'de palyatif bakımın tarihsel seyri. Palyatif Bakım içinde.İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi 2014;5:1-5.
23. Global Atlas of Palliative care at the end of life http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf Erişim tarihi: 10.06.2018 .
24. Türkiye Nüfusu Yaş Gruplarına Göre Dağılımı 2017. <https://www.nufusu.com/turkiye-nufusu-yas-gruplari>.Erişim tarihi:21.10.2018
25. Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge, Sağlık Bakanlığı,2015.<https://hizmetstandartlari.saglik.gov.tr/TR,5016/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html> Erişim Tarihi:02.10.2018
26. A. Ölüm sürecinde olan hasta: Terminal bakım ve hospis. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2(6):148-58.
27. Bağ B. Hospis ve Hospislerde Ölüme Hazırlanma. Akademik Geriatri 2012;4:120-5.
28. TC. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel müdürlüğü, Türkiye Onkoloji Hizmetleri yeniden yapılanma programı 2010-2023. Ankara, 2010. <http://www.kanser.org/saglik/>

29. Gültekin M, ÖN, Olcayto E, Tuncer AM. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010;2010-1:1-6.
30. Özgül N, Koç O, Gültekin M, Göksel F, Kerman S, Tanyeri P, et al. Opioids for cancer pain: availability, accessibility, and regulatory barriers in Turkey and Pallia-Turk Project.J Pediatr Hematol Oncol 2011;33(Suppl 1):29-32.
31. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2015) Tedavi ve Palyatif Bakım Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018; 69-70.https://www.iccpportal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018. Erişim tarihi 01.10.2018
32. Kabalak AA, Kahveci K, Gokcinar D, Özdoğan N, Cagil H. Structuring of Palliative Care in Ankara Ulus State Hospital, Turkey; 2012-2013. J Palliat Care Med 3:162.
33. SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi Klinik Tanıtımı <https://tepecikeah.saglik.gov.tr/TR,256007/klinik-tanitimi.html>. Erişim tarihi:19.10.2018
34. Basak O. Aile Hekimliği/genel pratisyenlik avrupa tanımı. WONCA Europe 2002. Türkiye aile hekimliği uzmanlık derneği yayınları-3, Ankara, Türkçeye Çeviri Haziran 2003:11-21.
35. Ungan M, Ceyhan G, “Bir tıp disiplini olarak aile hekimliği”, Türkiye’de Aile Hekimliği Dergisi 2006;1(1):6-15.
36. Benli AR, Erbesler ZA. Türkiye’de palyatif bakımda uygulama ve anlayış farklılıkları. Türk Aile Hek Derg 2016; 20 (1): 5-6.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar-Programlar Ve Kanser Kanser Daire Başkanlığı 2014 Yılı Birim Faaliyet Raporu 2015-Ankara <http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/birim.pdf> Erişim Tarihi: 23.12.2017.
38. Kvale PA, Simoff M, Prakash UB; American College of Chest Physicians. Lung cancer. Palliative care. Chest 2003;123(1 Suppl):284-311.
39. Given CW, Given BA, Stommel M. The impact of age, treatment, and symptoms on the physical and mental health of cancer patients. A longitudinal perspective. Cancer 1994;74(7 Suppl):2128-38.
40. Hajiro T, Nishimura K, Tsukino M, Ikeda A, Koyama H, Izumi T. Comparison of discriminative properties among disease-specific questionnaires for measuring health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 1998;157(3 Pt 1):785-90.

41. Aydemir Ö. Sağlıkta yaşam kalitesinin klinik uygulamalarda kullanımı. Sağlıkta Birikim 2006;1(2):9-13.
42. Mollaoğlu M. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Özet Kitabı; 2007; 9-10.
43. Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL. Understanding economic and other burdens of terminal illness: The Experience of patients and their caregivers. Ann Intern Med 2000;132:451-9.
44. Ağrı Tanımı Erişim adresi :<http://www.iasp-pain.org/> Erişim tarihi:27.12.2017
45. Kroenke K, Theobald D, Wu J, Loza JK, Carpenter JS, Tu W. The association of depression and pain with health-related quality of life, disability, and health care use in cancer patients. J Pain Symptom Manage 2010;40:327-41.
46. Singh DP. Quality of life in cancer patients receiving palliative care. Indian J Palliat Care. 2010;16:36-43.
47. Perron V, Schonwetter RS. Assessment and management of pain in palliative care patients. Cancer Cont 2001;8(1):15-24.
48. Aret K, Pickstock S. Pain Management in Palliative Care. Australian Family Physician 2006;35(10):762-5.
49. 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;132:312-20.
50. Köknel Talu G. Ağrılı hastanın değerlendirilmesi. Erdine S (editör). Ağrı. 3. Baskı. İstanbul : Nobel Tıp Kitabevleri, 2007:61-9.
51. Bulut G, Uslu FR, Eyigör C, Uyar M. Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi. (Dispne, Yorgunluk, Bulantı-Kusma, Ağrı). Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics 2017;10(1):25-35
52. Ovayolu Ö, Ovayolu N. Semptom Yönetiminde Kanıt Temelli Tamamlayıcı Yöntemler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013;1(1):83-98.
53. Ripamonti C, Dickerson ED. Strategies for the treatment of cancer pain in the new millennium. Drugs 2001;61:955-77.
54. Colleau SM. Appraising the WHO Analgesic ladder on its 20th anniversary. Cancer Pain Release 2006;19:13-20.

55. Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Can Fam Physician* 2010;56(6):514-7, e202-5.
56. Michael H, Levy MD. Pharmacologic treatment of cancer pain. *N Engl J Med* 1996;335(15):1124-31.
57. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO expert committee. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1990;804:1-75.
58. Zincircioğlu Ç, Şenoğlu N, Köken İ, Sutaş Bozkurt P. Palyatif Bakım Hastalarında Ağrı ve Yönetimi. *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics* 2016;9(1):38-49.
59. Grant M. Fatigue and quality of life with cancer. In: *Quality in Cancer: A multidimensional approach* Sudbury: Jones & Bartlett: 2000: 353-64.
60. Von Roenn JH, Paice JA. Control of common, non-pain cancer symptoms. *Semin Oncol* 2005;32:200-10.
61. Özkan S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı'nda (KOAH) palyatif ve yaşam sonu bakımı. *SelçukTıp Derg* 2011;28(1): 69-74.
62. Lochs H, Allison SP, Meier R, Pirlich M, Kondrup J, Schneider S, et al. Introductory to the ESPEN Guidelines on enteral nutrition: terminology, definitions and general topics. *Clin Nutr* 2006;25:180-6.
63. Huhmann MB, August DA. Review of american society for parenteral and enteral nutrition (ASPEN) Clinical guidelines for nutrition support in cancer patients: nutrition screening and assessment. *Nutr Clin Pract* 2008;23(2):182-8.
64. Tuncer Ö, Bayındır A. Palyatif Bakım Hastalarında Malnütrisyon. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2017;8(4):272-6.
65. Martindale RG, McClave SA, Vanek VW, McCarthy M, Roberts P, Taylor B, et al. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). *J Parenter Enteral Nutr* 2009;33(3):277-316.
66. Bruera E, Roca E, Cedaro L, Carraro S, Chacon R. Action of oral methylprednisolone in terminal cancer patients: a prospective randomized double-blind study. *Cancer Treat Rep* 1985;69(7-8):751-4.
67. Moertel CG, Schutt AJ, Reitemeier RJ, Hahn RG. Corticosteroid therapy of preterminal gastrointestinal cancer. *Cancer* 1974;33(6):1607-9.

68. Loprinzi CL, Michalak JC, Schaid DJ, Mailliard JA, Athmann LM, Goldberg RM, et al. Phase III evaluation of four doses of megestrol acetate as therapy for patients with canceranorexia and/or cachexia. *J Clin Oncol* 1993; 11(4):762-7.
69. Navari RM, Brenner MC. Treatment of cancerrelated anorexia with olanzapine and megestrolacetate: a randomized trial. *Support Care Cancer* 2010;18(8):951-6.
70. Dans M, Smith T, Back A,Baker JN, Bauman JR, Beck AC, et al. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Palliative Care 2017.
71. Koretz RL. Enteral nutrition: a hard look at some soft evidence. *NutrClinPract* 2009;24(3):316-24.
72. Kulick D, Deen D. Specialized Nutrition Support. *Am Fam Physician* 2011;15(2):173-83.
73. Clark K, Currow DC. Assessing constipation in palliative care within a gastroenterologyframework. *Palliat Med* 2012;26(6):834-41.
74. Stewart G, McNeilly P. Opioid-induced constipation in children's palliative care. *NursChild Young People* 2011;23(8):31-4.
75. Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, Banzett RB, Manning HL, Bourbeau J, et al.American Thoracic Society Committee on Dyspnea. An official American Thoracic Societystatement: update on the mechanisms, assessment, and management ofdyspnea. *AmJ Respir Crit Care Med* 2012;185(4):435-52.
76. Davis CL. The therapeutics of dyspnoea. *Cancer Surv. Review* 1994;21:85-98.
77. İlhan B, Bahat G. Palyatif Bakımdaki Yaşlıda Solunumsal Problemler. *Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics* 2018;4(1):25-31.
78. Sürmeli ZG, Arslan Ç. Palyatif Bakımdaki Yaşlı ve Onkolojik Problemler. *Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics* 2018;4(1):67-71.
79. Viola R, Kiteley C, Lloyd NS, Mackay JA, WilsonJ, Wong RK; Supportive Care GuidelinesGroup of the Cancer Care Ontario Program in Evidence-Based Care. The management ofdyspnea in cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer* 2008;16(4):329-37.
80. Elbi H. Kanser ve psikiyatrik sorunlar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 1997; 2:173-87.
81. Carr D, Goudas L, Lawrence D, Pirl W, Lau J, DeVine D et al. Management of Cancer Symptoms: Pain, Depression, and Fatigue (Evidence Report/Technology Assessment No. 61). Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2002.

82. Nelson CJ, Berk AR, Holland J, Roth AJ. Are gold standard depression measures appropriate for use in geriatric cancer patients? A systematic evaluation of self-report depression instruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. *J Clin Oncol* 2009; 28:348-56.
83. Weinberger MI, Roth AJ, Nelson CJ. Untangling the complexities of depression diagnosis in older cancer patients. *Oncologist* 2009; 14:60-6.
84. Güleç G, Büyükkınacı A. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(2):343-67.
85. Rabow MW, Pantilat SZ. Care at the end of life. In: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA (eds). *Current Medical Diagnosis and Treatment*. 44th edition. New York: McGraw-Hill, 2005: 65-84.
86. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA* 1999; 282:1365-70.
87. Hamann HA, Somers TJ, Smith AW, Inslicht SS, Baum A. Posttraumatic Stress associated with cancer history and BRCA1/2 genetic testing. *Psychosomatic Med* 2005; 67: 766-72.
88. Lederberg MS. Psychooncology. In Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th Ed. (Eds. BJ Sadock, VA Sadock):2196-2225. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
89. Antony MM, Swinson RP. Anxiety disorders and their treatment: A critical review of the evidence based literature. *Health Canada*. 1996; 1-101.
90. Payne DK, Hoffman RG, Theodoulou M, Dosik M, Massie MJ. Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychiatry and medical oncology gear up for managed care*. *Psychosomatics*; 1999; 40:64-9.
91. Elbi H. Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*; 2008; 1:36-46.
92. Yeloğlu ÇH, Güveli H, Hocaoglu Ç. Psychiatric Approach in Terminally Ill Patients https://www.researchgate.net/profile/Cicek_Hocaoglu3/publication/277774436_Psychiatric_Approach_in_Terminally_Ill_Patients/links/55db596d08aec156b9afe8da/Psychiatric-Approach-in-Terminally-Ill-Patients.pdf Erişim Tarihi: 5.09.2018.
93. Hosker CM, Bennett MI. Delirium and agitation at the end of life. *BMJ* 2016; 353: i3085.
94. Leonard M, Agar M, Mason C, Lawlor P. Delirium issues in palliative care settings. *Journal of Psychosomatic Research* 2008; 65(3):289-98.

95. Grassi L, Caraceni A, Mitchell AJ, Nanni MG, Berardi MA, Caruso R, et al. Management of Delirium in Palliative Care: a Review. *Current Psychiatry Reports* 2015;17:13.
96. Jaiswal R, Alici Y, Breitbart W. A comprehensive review of palliative care in patients with cancer. *International Review of Psychiatry* 2014;26(1):87-101.
97. Gagnon PR. Treatment of delirium in supportive and palliative care. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 2008;2:60-6.
98. Yoon HJ, Park KM, Choi WJ, Choi SH, Park JY, Kim JJ, et al. Efficacy and safety of haloperidol versus atypical antipsychotic medications in the treatment of delirium. *BMC Psychiatry* 2013;13(1):240.
99. Hui D, Frisbee-Hume S, Wilson A, Dibaj SS, Nguyen T, De LA Cruz M, et al. Effect of Lorazepam with Haloperidol vs Haloperidol Alone on Agitated Delirium in Patients with Advanced Cancer Receiving Palliative Care. *JAMA* 2017;318(11):1047-56.
100. Costa e Silva JA, Chase M, Sartorius N, Roth T. Special report from a symposium held by the World Health Organization and the World Federation of Sleep Research Societies: an overview of insomnias and related disorders-recognition, epidemiology, and rational management. *Sleep* 1996;19(5):412-6.
101. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep* 1999;22(8):1134-56.
102. Sateia MJ, Doghramji K, Hauri PJ, Morin CM. Evaluation of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep* 2000;23(2):243-308.
103. Savard J, Morin CM. Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *J Clin Oncol* 2001;19(3):895-908.
104. Malone M, Harris AL, Luscombe DK. Assessment of the impact of cancer on work, recreation, home management and sleep using a general health status measure. *J R Soc Med* 1994;87(7):386-9.
105. Yavuzşen T, Alacacioğlu A, Çeltik A, Yılmaz U. Kanser ve uyku bozuklukları. *Türk Onkoloji Dergisi* 2014;29(3):112-119.
106. Vgontzas AN, Chrousos GP. Sleep, the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, and cytokines: multiple interactions and disturbances in sleep disorders. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2002;31(1):15-36.

107. Komurcu S, Nelson KA, Walsh D, Donnelly SM, Homs J, Abdullah O. Common symptoms in advanced cancer. *Semin Oncol* 2000;27(1):24-33.
108. Jiménez-Gordo AM, Feliu J, Martínez B, de-Castro J, Rodríguez-Salas N, Sastre N, et al. Descriptive analysis of clinical factors affecting terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*. 2009;17(3):261-9.
109. Lee K, Cho M, Miaskowski C, Dodd M. Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. *Sleep Med Rev* 2004;8(3):199-212.
110. Kim SW, Shin IS, Kim JM, Kim YC, Kim KS, Kim KM, et al. Effectiveness of mirtazapine for nausea and insomnia in cancer patients with depression. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008;62(1):75-83.
111. Stearns V, Isaacs C, Rowland J, Crawford J, Ellis MJ, Kramer R, et al. A pilot trial assessing the efficacy of paroxetine hydrochloride (Paxil) in controlling hot flashes in breast cancer survivors. *Ann Oncol* 2000;11(1):17-22.
112. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 2005;331(7526):1169
113. SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi Klinik Tanıtımı <https://tepecikeah.saglik.gov.tr/TR,256007/klinik-tanitimi.html>. Erişim tarihi:19.10.2018
114. Yildirim Y, Tokem Y, Bozkurt N, Fadiloglu Ç, Uyar M, Uslu R. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Memorial Symptom Assessment Scale in Cancer Patients Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol 12, 2011; 3389-3396
115. Kurşun YZ, Yıldız F, Kaymaz Ö, Önal SA. Ağrılı kanser hastalarının tedavisinde analjezik basamak tedavisinin yeri. *Ağrı* 2015;27(1):26-34.
116. Bijur PE, Silwer W, Gallagher EJ. Reliability of the Visual Analog Scale for measurement of acute pain. *Acad Emerg Med* 2001;8(12):1153-7.
117. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain. *Arthritis Care Res* 2011;63(S11):240-52.
118. Uzunoğlu S, Çiçin İ. Kanser hastalarında ağrıya yaklaşım. *Klinik Gelişim Dergisi* 2011;24(3):14-20.
119. Karnofsky DA, Burchenal JH. Present status of clinical cancer chemotherapy. *Am J Med*. 1950;8(6):767-88.

120. Crooks V, Waller S, Smith T, Hahn TJ. The use of the Karnofsky Performance Scale in determining outcomes and risk in geriatric outpatients. *J Gerontol.* 1991; 46(4):139-44.
121. Mor V, Laliberte L, Morris JN, Wiemann M. The Karnofsky performance status scale: an examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer.* 1984;53(9):2002-2007.
122. McHorney CA. Health status assessment methods for adults: past accomplishment and future challenges, *Annual Revi. Public Health,* 1999, 20: 309-35.
123. Baksi A, Dicle A. MD Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.* 2010;3:123-36.
124. Pekçeti S, Bumin G, Güngör T, Tunç S. Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanserli Hastalarda Algılanan Aktivite Performansının Toplumsal Katılım ve Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi.* 2013;1(2):31-40.
125. Çiçek M, Kılıç Öztürk Y. Palyatif bakım servisinde izlenen hastaların hematolojik parametreler ve beslenme şekilleri açısından retrospektif değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi,* 2016 (yayınlanmamış çalışma).
126. Bisht M, Bist SS, Dhasmana DC, Saini S. Palliative care in advanced cancer patients in a tertiary care hospital in Uttarakhand. *Indian J Palliat Care* 2008;14:75-9.
127. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı* 2015;27(2):104-10.
128. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol* 2009;20(8):1420-33.
129. Kathleen M, Foley KM. Supportive Care and Quality of Life. In: de vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds. Section 1: Management of cancer pain. 7th ed. Chapter 55. Philadelphia, USA: Lippincot Williams Wilkins; 2005.
130. Rozzi A, Scirocchi R, Fava A, Bordin F, D'Addario ME, Ranucci A, et al. Pain assessment in terminally-ill cancer patients on admission in hospice and its modification after the first three days of care. A monocentric experience. [Article in Italian] *Clin Ter* 2011;162(5):413-7.
131. 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. *Ann Oncol* 2007;18:1437-49.

132. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Igarashi A, Akiyama M, Akizuki N. Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey. *J Pain Symptom Manage* 2012;43:503-14.
133. Shinde S, Gordon P, Sharma P, Gross J, Davis MP. Use of non-opioid analgesics as adjuvants to opioid analgesia for cancer pain management in an inpatient palliative unit: does this improve pain control and reduce opioid requirements? *Support Care Cancer* 2015;23(3):695–703.
134. Arslan M, Albaş S, Küçükerdem HS, Pamuk G, Can H. Vizüel Analog Skala ile Kanseri Hastalarında Palyatif Ağrı Tedavisinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Fam Pract Palliat Care*. 2016;1(1):5-8
135. Lee J S, Hobden E, Stiell IG, Wells GA. Clinically important change in the Visual Analog Scale after adequate pain control. *Acad Emerg Med* 2003;10(10):1128–30.
136. Sarihan E, Kadioglu E, Igde FA. Kanseri ağrısı, tedavi prensipleri ve Dünya Sağlık Örgütü ağrı basamak tedavisi. *Nobel Med* 2012;8:5-15.
137. World Health Organization. Access to controlled medications programme: Framework. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2007. Available at: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Framework_ACMP_withcover.pdf Erişim tarihi:10.11.2017
138. Karadağ F, Gülen ŞT, Ceylan E, Karul AB. İleri evre akciğer kanseri olgularında yorgunluk ve güçsüzlükle ilişkili faktörler. *Solunum* 2012;14:27-33.
139. Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Gürsoy A. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. *G.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;1(3):153-64.
140. Cheung WY, Le LW, Zimmermann C. Symptom clusters in patients with advanced cancers. *Support Care Cancer* 2009;17(9):1223-30.
141. Tsai JS, Wu CH, Chiu TY, Chen CY. Significance of symptom clustering in palliative care of advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2010;39(4):655-62
142. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:58-69.

143. Maguire R, Papadopoulou C, Kotronoulas G, Simpson MF, McPhelim J, Irvine L. A systematic review of supportive care needs of people living with lung cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2013;17:449-64.
144. Karabulut N, Erci B, Ozer N, Ozdemir S. Symptom clusters and experiences of patients with cancer. *J Adv Nurs* 2010;66(5):1011-21.
145. Harding R, Selman L, Agupio G, Dinat N, Downing J, Gwyther L, et al. The prevalence and burden of symptoms amongst cancer patients attending palliative care in two African countries. *Eur J Cancer* 2011;47(1):51-6.
146. De Santiago A, Portela MA, Ramos L, Larumbe A, Urdiroz J, Martínez M, et al. A new palliative care consultation team at the oncology department of a university hospital: an assessment of initial efficiency and effectiveness. *Support Care Cancer* 2012;20(9):2199-203.
147. Palesh OG, Roscoe JA, Mustian KM, Roth T, Savard J, Ancoli-Israel S, et al. Prevalence, demographics, and psychological associations of sleep disruption in patients with cancer: University of Rochester Cancer Center-Community Clinical Oncology Program. *J Clin Oncol* 2010;28(2):292-8.
148. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008;9:59-66.
149. Brecht JR, Murshed S, Homel P, Bookbinder M. Monitoring symptoms in patients with advanced illness in long-term care: A pilot study. *J Pain Symptom Manage* 2006;32(2):168-74.
150. Poole K, Froggatt K. Loss of weight and loss of appetite in advanced cancer: a problem for the patient, the carer, or the health professional? *Palliat Med* 2002;16:499-506.
151. Modonesi C, Scarpi E, Maltoni M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Impact of palliative care unit admission on symptom control evaluated by the edmonton symptom assessment system. *J Pain Symptom Manage* 2005;30(4):367-73.
152. Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2014;29(3):125-35.
153. Rydholm M, Strang P. Physical and psychosocial impact of xerostomia in palliative cancer care: a qualitative interview study. *Int J Palliat Nurs* 2002;8(7):318-23.
154. Gülhan M. Palyatif Bakım. *Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı*. <http://file.lookus.net/TGHYK/tghyk.39.pdf> Erişim tarihi: 23.01.2018
155. Hopkinson JB, Wright DN, McDonald JW, Corner JL. The prevalence of concern about weight loss and change in eating habits in people with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2006;32:322-31.

156. Çelebi ZM. Hemşirelerin total parenteral beslenmeye yönelik bilgilerinin saptanması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,2010, Afyon
157. Rhondali W, Nguyen L, Palmer L, Kang DH,Hui D,Bruera E. Self-reported constipation in patients with advanced cancer: a preliminary report. J Pain Symptom Manage 2013;45:23-32.
158. Ünsar S, Yıldız Fındık Ü, Kurt S, Özcan H. Kanseri hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2(5):89-106.
159. Alshemmari S, Ezzat H, Samir Z, Sajnani K, Alsirafy S. Symptom burden in hospitalized patients with cancer in Kuwait and the need for palliative care. Am J Hosp Palliat Care 2010;27(7):446-9.
160. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. TAF Prev Med Bull 2013;12(3):219-24.

8. EKLER

8.1. HASTA ONAM VE VERİ FORMU

PALYATİF BAKIM BİRİMİNDE İZLENEN HASTALARDA SEMPTOM KONTROLÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ

Palyatif Bakım Merkezi uygulamaları dünyada birçok ülkede yaygınlaşmakla birlikte ülkemizde son yıllarda önem kazanmıştır. Nurcan Karadeniz Tekin tarafından tez çalışması olarak yürütülen bu çalışmayla palyatif bakım servisinde izlenen hastalarda hastaların rahatsızlıklarının değerlendirilmesi 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 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise
5. Üniversite
7. Meslek
8. Yaşadığı yer: 1.Ev 2. Bakım kurumu 3. Diğer (....):
9. Palyatif Bakım servisine başvuru nedeni:
10. Palyatif Bakım servisine kim tarafından yönlendirildiği:
11. Tanı:
12. Tanıdan itibaren geçen süre:
13. Halen kullandığı tedavi(ler)
14. Başvuruya neden olan esas yakınma:

15. Palyatif bakım birimine yatış sayısı (Daha önce Palyatif bakım hizmeti aldınız mı?):

16. Bakım verenin yakınlık derecesi:

17. Yatış sırasında Uygulanan Tedavi (ler)

MEMORIAL SEMPTOM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ- İLK BAŞVURU

Geçtiğimiz bir hafta içinde aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı?

Cevabınız evet ise şiddet, sıklık ve sıkıntı derecesi ile ilgili sizin görüşlerinize en fazla uyan numarayı çember içine alınız:

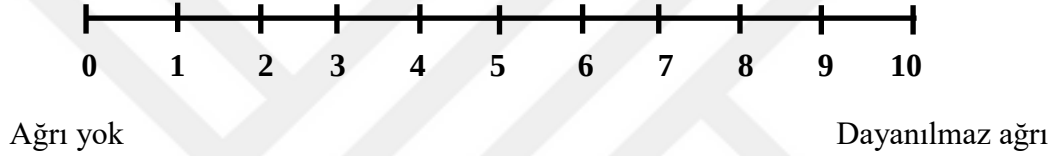
	HAYIR	EVET Ne kadar sıklıkta?				EVET Ne kadar şiddetli?				EVET Ne kadar sıkıntılı?				
		Nadir	Ara sıra	Sık sık	Neredeyse sürekli	Önemsiz	Orta derecede	Şiddetli	Çok şiddetli	Hiç yok	Hissetmiyor	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
Ağrı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Güçsüzlük		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Öksürük		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Sinirli hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ağız kuruluğu		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Bulantı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Uykulu hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
El ve ayakta uyuşma karıncalanma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Uyumada zorluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Şişkinlik		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İdrar yapmada problem		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kusma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Nefes darlığı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İshal		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Mutsuz hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Terleme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Endişelenme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Cinsel istek ve aktivitede problem		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kaşınma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İştahsızlık		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Sersemlik hissi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Yutkunma zorluğu		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Alınganlık		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Konsantrasyon zorluğu		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ağız yaraları		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

Tat duyusunda bozukluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kilo kaybı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Saç kaybı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kabızlık		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kollarda ve bacaklarda şişkinlik		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendinden hoşnut olmama		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ciltte değişiklik		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

VİSUAL ANALOG SKALA (VAS)- İLK BAŞVURU

Ağrınız var mı? Evet () Hayır ()

Cevabınız evet ise ağrı şiddeti ile ilgili en uygun numarayı çember içine alınız:



KARNOFSKY PERFORMANS SKALASI- İLK BAŞVURU

Performans düzeyi	Skor
Normal,yakınması yok,semtom yok	100
Normal aktivitesini sürdürebilir,hastalığın birkaç semptomu veya bulgusu olabilir	90
Bazı zorluklarla beraber normal aktivitesini sürdürür,hastalığın minör bulgu ve belirtisi vardır	80
Kendine bakabilir,normal aktivite ve işini yapamaz	70
Gereksinimlerini karşılayabilir,nadiren yardım gerekir,biraz yardıma ihtiyaç duyar	60
Sıkça yardım ve tıbbi bakım gerekir	50
Özel bakım ve yardım gerekir	40
Hastane bakımı gerektirecek derecede sakat fakat ölüm riski yok	30
Çok hasta,hastanede aktif destek tedavisi gereksinimi var	20
Ölmek üzere	10
Ölüm	0

MEMORİAL SEMPTOM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-TABURCULUK

Geçtiğimiz bir hafta içinde aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı?

Cevabınız evet ise şiddet, sıklık ve sıkıntı derecesi ile ilgili sizin görüşlerinize en fazla uyan numarayı çember içine alınız:

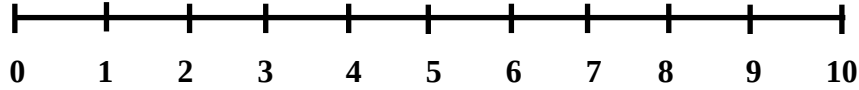
	HAYIR	EVET Ne kadar sıklıkta?				EVET Ne kadar şiddetli?				EVET Ne kadar sıkıntılı?				
		Nadir	Ara sıra	Sık sık	Neredeyse sürekli	Önemsiz	Orta derecede	Şiddetli	Çok şiddetli	Hiç yok	Hissetmiyor	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
Ağrı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Güçsüzlük		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Öksürük		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Sinirli hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ağız kuruluğu		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Bulantı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Uykulu hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
El ve ayakta uyuşma karıncalanma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Uyumada zorluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Şişkinlik		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İdrar yapmada problem		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kusma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Nefes darlığı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İshal		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Mutsuz hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Terleme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Endişelenme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Cinsel istek ve aktivitede problem		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kaşınma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İştahsızlık		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Sersemlik hissi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Yutkunma zorluğu		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Alınganlık		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Konsantrasyon zorluğu		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ağız yaraları		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Tat duyusunda bozukluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kilo kaybı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Saç kaybı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kabızlık		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

Kollarda ve bacaklarda şişkinlik		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendinden hoşnut olmama		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ciltte değişiklik		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

VİSUAL ANALOG SKALA (VAS)- TABURCULUK

Ağrınız var mı? Evet () Hayır ()

Cevabınız evet ise ağrı şiddeti ile ilgili en uygun numarayı çember içine alınız:



Ağrı yok

Dayanılmaz ağrı

KARNOFSKY PERFORMANS SKALASI- TABURCULUK

Performans düzeyi	Skor
Normal,yakınması yok,septom yok	100
Normal aktivitesini sürdürebilir,hastalığın birkaç semptomu veya bulgusu olabilir	90
Bazı zorluklarla beraber normal aktivitesini sürdürür,hastalığın minör bulgu ve belirtisi vardır	80
Kendine bakabilir,normal aktivite ve işini yapamaz	70
Gereksinimlerini karşılayabilir,nadiren yardım gerekir,biraz yardıma ihtiyaç duyar	60
Sıkça yardım ve tıbbi bakım gerekir	50
Özel bakım ve yardım gerekir	40
Hastane bakımı gerektirecek derecede sakat fakat ölüm riski yok	30
Çok hasta,hastanede aktif destek tedavisi gereksinimi var	20
Ölmek üzere	10
Ölüm	0

8.2. ETİK KURUL ONAM FORMU


Sağlık Bakanlığı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplantı No : 14
Tarih : 11 Aralık 2017
Karar No : 9

Hastanemiz Aile Hekimliği asistanı Dr. Nurcan KARADENİZ TEKİN'in tez çalışması olarak yapılması planlanan **"Palyatif Bakım Birimi'nde İzlenen Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi"** konulu araştırmaya ait dosya görüşülmüş çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Dr. Nurcan KARADENİZ TEKİN tarafından Aile Hekimliği Başasistanı Uzm. Dr. Yasemin KILINÇ ÖZTÜRK sorumluluğunda yürütülmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN : Doç. Dr. Şükran KÖSE

ÜYELER: Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER

Doç. Dr. Süheyla SERİN SENER

Doç. Dr. Ahmet KAYA

Doç. Dr. Figen TOKUÇOĞLU

Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN

Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN (izinli)

Doç. Dr. Emel Ebru PALA

Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY (katılmadı)

Doç. Dr. Can ÖZTÜRK

Yrd. Doç. Dr. İ. Eren AKÇİÇEK

Emekli Subay Atıf Can ÖKTEN

Avukat Murat BAŞKIRT

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu Yenişehir / İZMİR
Telefon: 0 232 4696969 / 6128

9. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Nurcan KARADENİZ TEKİN
Doğum yeri ve tarihi : İdil / 08.03.1988
İletişim adresi ve telefonu : nurcan.karadeniz@hotmail.com /5542680030
Yabancı dili : İngilizce

II. Eğitimi

İbrahim Akkayan İlköğretim Okulu 1992-1997
Salihli Sekine Evren Anadolu Lisesi 1997-2004
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi 2005-2011

III. Ünvanları ve Mesleki Deneyimi

2012-2013: Tatvan Devlet Hastanesi, Pratisyen Hekim
2013-2014: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Acil Tıp Asistan Doktor
2015-Günümüz: SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Asistan Doktor