



**T.C.**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
PALYATİF BAKIM MERKEZİ'NDE HİZMET ALAN HASTALARIN  
TANIMLANMASI**

**HAZIRLAYAN**

**DR. NEVİN KÜÇÜKTEPE**

**UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**

**PROF. DR. OKAY BAŞAK**

**AYDIN-2023**

**T.C.**  
**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ**  
**PALYATİF BAKIM MERKEZİ'NDE HİZMET ALAN HASTALARIN**  
**TANIMLANMASI**

**HAZIRLAYAN**  
**DR. NEVİN KÜÇÜKTEPE**

**UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**PROF. DR. OKAY BAŞAK**

**AYDIN-2023**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez hazırlık sürecimde büyük bir ilgi, sabır ve hoşgörüyü her türlü desteği veren, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Okay BAŞAK' a;

Bütün bilgi ve deneyimleriyle tüm asistanlığım boyunca kendilerinden çok şey öğrendiğim, ihtiyaç duyduğum her an yanımda olan ve desteklerini benden esirgemeyen Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ ve Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ' a;

Her daim yanımda olan, desteğini asla esirgemeyen arkadaşımız, hocamız Dr. Öğr. Üyesi Melda DİBEK BÜYÜKDİNÇ' e;

Bu zorlu süreçte beraber ağlayıp beraber güldüğüm, çok güzel anılar biriktirdiğim ve hayatımda oldukları için kendimi çok şanslı hissettiğim Kübra, Damla ve Gülşen' e ve birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma;

Tüm hayatım boyunca her anımda ve her kararında yanımda olan, haklarını asla ödeyemeyeceğim, en büyük destekçilerim annem, babam ve kardeşlerime; ama en çok da bu stresli tez sürecimde her türlü nazımı çeken, her şeye ve her yere benimle birlikte koşturan canım Betüşüme;

Son olarak varlığıyla hayatıma hep güzellikler katan, tez sürecimde en büyük motivasyon kaynağım olan, sabrını ve desteğini asla esirgemeyen canım Buğra' ya,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Nevin KÜÇÜKTEPE

# İÇİNDEKİLER

|                                                           | Sayfa |
|-----------------------------------------------------------|-------|
| TEŞEKKÜR.....                                             | i     |
| İÇİNDEKİLER.....                                          | ii    |
| TABLolar DİZİNİ.....                                      | iv    |
| ŞEKİLLER DİZİNİ.....                                      | vi    |
| KISALTMALAR DİZİNİ.....                                   | vii   |
| ÖZET .....                                                | ix    |
| ABSTRACT .....                                            | xi    |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ.....                                     | 1     |
| 2. GENEL BİLGİLER .....                                   | 3     |
| 2.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Tarihçesi .....           | 3     |
| 2.2. Palyatif Bakımın Amacı.....                          | 5     |
| 2.3. Palyatif Bakım Ekibi.....                            | 6     |
| 2.4. Palyatif Bakım İhtiyacı Olan Hasta Grupları.....     | 6     |
| 2.5. Palyatif Bakımda Semptomlar ve Semptom Yönetimi..... | 8     |
| 2.6. Türkiye’de Palyatif Bakım.....                       | 11    |
| 2.6.1. Palya-Türk Projesi .....                           | 11    |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM .....                                  | 13    |
| 3.1. Çalışmanın Yapıldığı Yer .....                       | 13    |
| 3.2. Çalışmanın Genel Nitelikleri .....                   | 13    |
| 3.3. Verilerin Analizi .....                              | 14    |
| 3.4. İzinler .....                                        | 14    |
| 4. BULGULAR .....                                         | 15    |
| 4.1. Tanımlayıcı Veriler.....                             | 15    |

|                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.2. Hastaların Yatış Süreleri ve İlişkili Faktörler .....       | 19        |
| 4.3. Hastaların Taburculuk Durumları ve İlişkili Faktörler ..... | 24        |
| <b>5. TARTIŞMA.....</b>                                          | <b>28</b> |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>                                | <b>35</b> |
| <b>KAYNAKLAR.....</b>                                            | <b>37</b> |
| <b>EKLER .....</b>                                               | <b>45</b> |
| Ek 1. Veri Toplama Formu .....                                   | 45        |
| Ek 2. Etik Kurul Kararı.....                                     | 47        |
| Ek 3. Dekanlık İzni .....                                        | 48        |
| Ek 4. Başhekimlik İzni.....                                      | 49        |

## TABLÖLAR DİZİNİ

|                                                                                                 | Sayfa |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>Tablo 2.1.</b> Palyatif Bakım Hizmet Sunumuna Göre Ülkeler .....                             | 5     |
| <b>Tablo 4.1.</b> Hastaların Bazı Sosyodemografik Özellikleri .....                             | 15    |
| <b>Tablo 4.2.</b> Hastaların Palyatif Bakım Birimine Esas Yatış Nedenleri.....                  | 16    |
| <b>Tablo 4.3.</b> Hastaların Komorbid Durumları.....                                            | 16    |
| <b>Tablo 4.4.</b> Hastalarda Var Olan Malignite Çeşitleri .....                                 | 16    |
| <b>Tablo 4.5.</b> Hastaların Yatış Süresince Solunum Desteği Gereksinimleri .....               | 17    |
| <b>Tablo 4.6.</b> Hastaların Yatış Süresince Beslenme Durumları .....                           | 17    |
| <b>Tablo 4.7.</b> Hastaların İlk Yatışı Sırasındaki Bazı Patolojik Laboratuvar Değerleri .....  | 18    |
| <b>Tablo 4.8.</b> Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yatış Süreleri.....                   | 19    |
| <b>Tablo 4.9.</b> Yatış Tanılarına Göre Yatış Süreleri .....                                    | 20    |
| <b>Tablo 4.10.</b> Ek Hastalıklara Göre Yatış Süreleri .....                                    | 20    |
| <b>Tablo 4.11.</b> Solunum Durumuna Göre Yatış Süreleri .....                                   | 21    |
| <b>Tablo 4.12.</b> Beslenme Şekillerine Göre Yatış Süreleri .....                               | 21    |
| <b>Tablo 4.13.</b> Dekübit Varlığı ve Analjezik Kullanımına Göre Yatış Süreleri.....            | 22    |
| <b>Tablo 4.14.</b> İlk Yatış Sırasındaki Bazı Laboratuvar Değerlerine Göre Yatış Süreleri ..... | 22    |
| <b>Tablo 4.15.</b> Taburculuk Durumuna Göre Yatış Süreleri.....                                 | 23    |
| <b>Tablo 4.16.</b> Hastaların Taburculuk Durumları.....                                         | 23    |
| <b>Tablo 4.17.</b> Hastaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Taburculuk Durumları..... | 24    |
| <b>Tablo 4.18.</b> Esas Yatış Nedenine Göre Taburculuk Durumları .....                          | 24    |
| <b>Tablo 4.19.</b> Bazı Ek Hastalıklara Göre Taburculuk Durumları .....                         | 25    |
| <b>Tablo 4.20.</b> Bazı Klinik Özelliklere Göre Taburculuk Durumları.....                       | 25    |
| <b>Tablo 4.21.</b> Beslenme Şekline Göre Taburculuk Durumları .....                             | 26    |

|                                                                                                      |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 4.22.</b> İlk Yatış Sırasındaki Bazı Laboratuvar Değerlerine Göre Taburculuk Durumları..... | 27 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|



## ŞEKİLLER DİZİNİ

|                                                                               | Sayfa |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Şekil 2.1. Palyatif Bakımın Küratif Tedavi ve Yas Süreciyle Entegrasyonu..... | 3     |
| Şekil 2.2. Palyatif Bakım Ekibi .....                                         | 6     |
| Şekil 2.3. Palyatif Bakım Hizmetleri.....                                     | 12    |





## KISALTMALAR DİZİNİ

|             |                                                       |
|-------------|-------------------------------------------------------|
| <b>ABD</b>  | : Amerika Birleşik Devletleri                         |
| <b>ADÜ</b>  | : Adnan Menderes Üniversitesi                         |
| <b>AFR</b>  | : Akut Faz Reaktanları                                |
| <b>AIDS</b> | : Acquired Immune Deficiency Syndrome                 |
| <b>BFT</b>  | : Böbrek Fonksiyon Testleri                           |
| <b>BPAP</b> | : Bilevel Positive Airway Pressure                    |
| <b>BPH</b>  | : Benign Prostat Hiperplazisi                         |
| <b>CPAP</b> | : Continious Positive Airway Pressure                 |
| <b>CRP</b>  | : C-Reaktif Protein                                   |
| <b>DM</b>   | : Diyabetes Mellitus                                  |
| <b>DSÖ</b>  | : Dünya Sağlık Örgütü                                 |
| <b>FAST</b> | : Functional Assesment Staging Of Alzheimer's Disease |
| <b>GİS</b>  | : Gastrointestinal Sistem                             |
| <b>HIV</b>  | : Human Immunodeficiency Virus                        |
| <b>HT</b>   | : Hipertansiyon                                       |
| <b>İv</b>   | : İntravenöz                                          |
| <b>KBH</b>  | : Kronik Böbrek Hastalığı                             |
| <b>KCFT</b> | : Karaciğer Fonksiyon Testleri                        |
| <b>KOAH</b> | : Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı                 |
| <b>KPBM</b> | : Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi                     |
| <b>KT</b>   | : Kemoterapi                                          |
| <b>KVH</b>  | : Kardiyovasküler Hastalık                            |
| <b>MSS</b>  | : Merkezi Sinir Sistemi                               |
| <b>NG</b>   | : Nazogastrik Sonda                                   |

|              |                                    |
|--------------|------------------------------------|
| <b>NIMV</b>  | : Noninvaziv Mekanik Ventilatör    |
| <b>NRS</b>   | : Nutritional Risk Screening       |
| <b>NSAİİ</b> | : Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaç |
| <b>PBB</b>   | : Palyatif Bakım Birimi            |
| <b>PBM</b>   | : Palyatif Bakım Merkezi           |
| <b>PEG</b>   | : Perkütan Endoskopik Gastrostomi  |
| <b>RT</b>    | : Radyoterapi                      |
| <b>SVH</b>   | : Serebrovasküler Hastalık         |
| <b>TPN</b>   | : Total Parenteral Nutrisyon       |
| <b>VAS</b>   | : Visual Analogue Scale            |
| <b>WPCA</b>  | : Dünya Palyatif Bakım Birliği     |

## ÖZET

### Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde Hizmet Alan Hastaların Tanımlanması

**Giriş ve Amaç:** Palyatif bakım; yaşamı tehdit eden durumlarla birlikte görülen sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan multidisipliner bir yaklaşımdır. Yaşlı nüfusun artması ve hastalıkların kronikleşmesi ile birlikte palyatif bakım ihtiyacı giderek artmakta; ancak mevcut kaynaklar ihtiyacı karşılayamamaktadır. Var olan kaynakların etkin ve başarılı bir şekilde kullanılması ancak palyatif bakım hizmeti alan hastaların klinik özelliklerinin iyi belirlenmesi; yatış süresini ve mortaliteyi etkileyen faktörlerin tespit edilmesi ile mümkündür. Bu konuda yapılmış çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada ADÜ Palyatif Bakım Merkezi'nde hizmet alan hastaların klinik ve demografik özellikleri, yatış süresi ve taburculuk durumları ve bunları etkileyen faktörlerin tanımlanması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki çalışmaya 1 Aralık 2020 ile 28 Şubat 2022 tarihleri arasında ADÜ Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde yatarak tedavi gören hastalar dahil edilmiştir. Tarafımızca oluşturulan veri toplama formu MİA-MED hastane bilgi sistemi ve hasta dosyaları üzerinden retrospektif olarak doldurulmuştur. Elde edilen veriler SPSS 25.0 paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Yaş ortalaması  $73,1 \pm 13,8$  olan 126 hastanın %52,4'ü kadındı. Kardiyovasküler hastalık (%61,9), malignite (%48,4) ve diyabet (%30,2) en sık komorbid durumları. Hastaların en sık (%58,7) nazal kanül veya maske ile oksijen desteğine ihtiyaç duydukları; %61,1'inin enteral yolla beslendiği, %45,2'sinde dekübit olduğu saptanmıştır. Yatış süreleri ortalama  $36,5 \pm 60,2$  gündü. Malignite varlığı, ventilatör kullanımı, NG ile beslenme ve dekübit varlığı yatış süresi üzerinde etkiliydi ( $p < 0,05$ ). Hastaların %42,2'si eve taburcu edilmişti. Malignite varlığı, nörolojik hastalıklar, oksijen desteği ihtiyacı, parenteral beslenme ve ilk yatış sırasındaki elektrolit, BFT ve/veya KCFT bozuklukları taburculuk durumu üzerine etkiliydi ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç:** Her yaş ve cinsiyetten, farklı hastalıklara sahip bireyler palyatif bakım desteğine ihtiyaç duyabilmektedir. Destek tedavisine ihtiyaç duyan tüm hastaların doğru yönlendirilmesi için halkın ve sağlık çalışanlarının palyatif bakım konusundaki bilgi ve

farkındalıklarının artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Palyatif bakım merkezlerinde verilen hizmetin kalitesinin artırılabilmesi ve mevcut kaynakların etkin kullanılabilmesi için de hastaların demografik ve klinik özelliklerinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Palyatif Bakım, Yatış Süresi, Taburculuk Durumu



## ABSTRACT

### Identification Of Patients Served In Aydın Adnan Menderes University Hospital Palyative Care Center

**Introduction and Aim:** Palliative care is a multidisciplinary approach that aims to improve the quality of life of patients and their families who are faced with problems associated with life-threatening situations. With the increase in the elderly population and the chronicity of diseases, the need for palliative care is increasing; however, the available resources cannot meet the need. Effective and successful use of existing resources is only possible with accurate identification of clinical characteristics of patients receiving palliative care and the factors affecting the length of stay and mortality. The number of studies on this subject is quite limited. In this study, it was aimed to define the clinical and demographic characteristics, length of stay and discharge status of the patients receiving service in ADU Palliative Care Center and the factors affecting them.

**Materials and Methods:** Patients who were hospitalized in ADU Hospital Palliative Care Center between 1 December 2020 and 28 February 2022 were included in the descriptive study. The data collection form created by us was filled in retrospectively through the MIA-MED hospital information system and patient files. The data obtained were evaluated through the SPSS 25.0 package software..

**Results:** 52.4% of 126 patients with a mean age of  $73.1 \pm 13.8$  were female. Cardiovascular disease (61.9%), malignancy (48.4%) and diabetes (30.2%) were the most common comorbid conditions. The patients most frequently (58.7%) needed oxygen support by nasal cannula or mask; It was determined that 61.1% were fed enterally and 45.2% had decubitus. The mean hospital stay was  $36.5 \pm 60.2$  days. Presence of malignancy, use of ventilator, feeding with NG tube and presence of decubitus had an effect on length of stay ( $p < 0.05$ ). 42.2% of the patients were discharged to home. Presence of malignancy, neurological diseases, need for oxygen support, parenteral nutrition, and impairment of electrolyte levels, kidney and/or liver functions at the time of first hospitalization had influence over discharge status ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Individuals of all ages and genders with different diseases may need palliative care support. Studies should be carried out to increase the knowledge and

awareness of the healthcare professionals and the public about palliative care in order to guide all patients who need supportive treatment. Demographic and clinical characteristics of patients should be well known in order to increase the quality of the service provided by palliative care centers and to use existing resources effectively. More study needs to be done in this subject.

**Keywords:** Palliative Care, Length of Hospitalization, Discharge Status



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Palyatif bakım; yaşamı tehdit eden durumlarla birlikte görülen sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve yakınlarının fiziksel, psikososyal ve spiritüel (manevi) boyuttaki sorunlarını erken dönemde belirleyerek, bu sorunların önlenmesi ve hafifletilmesi ile yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan multidisipliner bir yaklaşımdır. Tanıdan itibaren tüm hastalık sürecini ve ölüm sonrası yas dönemini kapsamaktadır (1,2).

Erken ve etkin verilen palyatif bakım hizmeti, hastaların ve ailelerinin hastalık ve süreç konusunda bilgilendirilmeleri acil servislere sık ve gereksiz başvuruları önlemekte, yoğun bakım ihtiyacını azaltmakta, hastaların gereksiz tetkik ve tedaviye maruz kalmalarını engellemekte ve sağlık ekonomisi için tasarruf sağlamaktadır (3).

İnsan sağlığı ve onurunu esas alan bir insan hakkı olarak değerlendirilen palyatif bakım alma hakkından yaş, cinsiyet, dil, din, ırk ayrımı olmaksızın her birey yararlanabilmelidir (4). Günümüzde yaşlı nüfusun artması, hastalıkların kronikleşmesi ile birlikte palyatif bakım ihtiyacı da her geçen gün artmaktadır. Dünyada her yıl 40 milyon insanın palyatif bakıma ihtiyaç duyduğu tahmin edilmektedir. Oysa dünya çapında palyatif bakıma ihtiyaç duyanların yalnızca %14' ü bu hizmeti alabilmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2019 yılında 194 üye devlet arasında gerçekleştirilen bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili anketine göre; palyatif bakım için ülkelerin sadece %68'inde kaynak ayrılırken bu ülkelerin de yalnızca %40'ında ihtiyacı olan hastaların en az yarısı bu hizmetlere ulaşabilmektedir (5).

Temel insan haklarından biri olarak kabul edilen palyatif bakım ihtiyacının bu kadar fazla, kaynakların ise bir o kadar kısıtlı olduğu düşünüldüğünde, mevcut kaynakların başarılı ve etkin şekilde kullanımı oldukça önemlidir. Ülkemizde palyatif bakım veren birimlerin ve dolayısıyla palyatif bakım hizmeti alanların sayısının azlığı, gereksinimi olanların bu merkezlere kabulü açısından önceliklendirme yapmayı gerektirmektedir (6). Bunun için de, palyatif bakım hizmeti alan hastaların klinik özelliklerinin iyi belirlenmesi, yatış süresini ve mortaliteyi etkileyen faktörlerin tespit edilmesi önem taşımaktadır.

Literatür tarandığında, ülkemizde bu konuda yapılmış çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Palyatif bakım ile ilgili yapılan çalışmalarda, sıklıkla onkoloji hastalarının veya bazı belirti ya da özelliklerin değerlendirildiği görülmektedir (6-8). Oysa palyatif

bakım merkezlerine sadece onkoloji hastaları değil, yaşlı hastalar ve yaşamı tehdit eden kronik hastalığı olan hastalar da yatmaktadır. Ülkemizde palyatif bakım hastalarının klinik özellikleri, hastanede yatış süresi, taburculuk durumları ve bunları etkileyen faktörleri araştıran çalışmalar sınırlı sayıdadır (9,10). Çelik ve arkadaşları bir devlet hastanesi palyatif bakım merkezinde yaptıkları çalışmada, kanserli ve kanserli olmayan hastaları hastanede kalış ve mortalite açısından karşılaştırmış ancak klinik özellikleri irdedememişlerdir (11). Yine Ankara ve İzmir’de yapılan iki çalışmada palyatif bakım biriminde yatan hastaların yatış süreleri ve yatış süresini etkileyen faktörler incelenmiş ancak taburculuk durumları araştırılmamıştır (12,13). Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Birimi’nde yatan hastalarla yapılan çalışmada ise yatış süresi ve taburculuk durumları incelenmiş ancak bunları etkileyen faktörler araştırılmamıştır (14).

Buradan hareketle bu çalışmada Aydın Adnan Menderes Üniversitesi (ADÜ) Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi’nde hizmet alan hastaların klinik ve demografik olarak tanımlanması; yatış süresi, taburculuk durumları ve bunları etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.



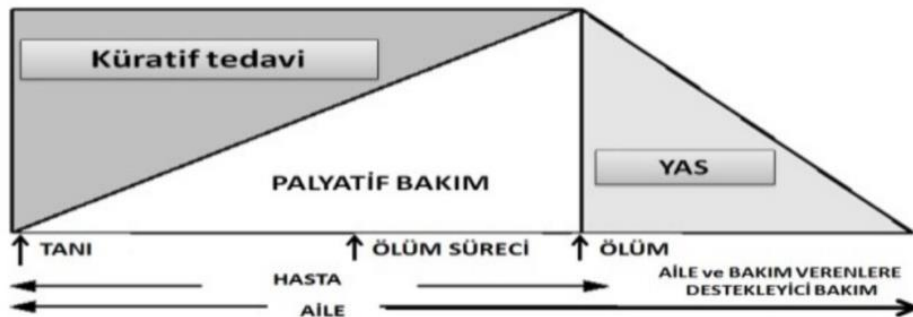
## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Tarihçesi

Palyatif sözcüğü; Latince ‘örtü, pelerin’ anlamlarına gelen ‘‘palliare’’ kelimesinden köken almaktadır. İngilizcede ise ‘palliative’ rahatlatıcı, hafifletici anlamlarında kullanılmaktadır. Palyatif bakım kavramı ise tedavisi olmayan, ilerleyici ya da ölümcül hastalığı olan kişilerde son dönemde yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen bir bakım sistemidir. Palyatif bakım; yaşam süresinden çok yaşamın niteliğiyle ilgilenir (15). DSÖ’nün 2002’ deki tanımına göre palyatif bakım; yaşamı tehdit eden durumlarla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerin fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki sorunlarının kapsamlı bir değerlendirme ile erken dönemde belirlenmesini ve hafifletilmesini amaçlayan multidisipliner bir yaklaşımdır (1,2).

Palyatif bakım; hastaya özgü bakımın verildiği, aile desteği ve multidisipliner bir ekip çalışmasıyla yürütülen ve etkili iletişimin son derece önemli olduğu bir bakım felsefesidir. Çok boyutlu olarak uygulanan palyatif bakımın temelinde hastanın bütüncül bakımı ile birlikte ailenin yas sürecine dâhil edilmesi yatmaktadır (16).

Palyatif bakım hizmeti; hastanın tanı almasıyla başlar, terminal dönem de dahil olmak üzere hastalık süresi boyunca ve ölüm sonrası yas dönemi devam eder. Palyatif bakım hizmetlerinin küratif tedavi ve ölüm süreci ile entegrasyonu **Şekil 2.1**’de gösterilmiştir (17).



**Şekil 2.1.** Palyatif Bakımın Küratif Tedavi ve Yas Süreciyle Entegrasyonu

Dünyada ilk palyatif bakım anlayışı 1842’ de Fransa’da doğmuştur. Günümüzde daha çok yaşamın son dönemindeki hastalara bakım hizmeti veren merkezler için kullanılan ‘hospis’ kavramı, 1967 yılında Hemşire Cicely Saunders tarafından Londra’da kurulan merkezle ortaya çıkmış ve kısa sürede diğer ülkelere de yayılmıştır (18). Günümüzdeki haliyle ilk palyatif bakım ünitesi 1975’te Kanada Royal Victoria Hastanesi’nde kurulmuştur. Bu gelişmeyle birlikte palyatif bakım kavramı dünya genelinde yayılmış, kurulan merkezlerin sayısı giderek artmış ve palyatif bakımın önemi de gün geçtikçe daha da anlaşılmıştır (18,19). 1991’ de Ulusal Hospis Konseyi ve Uzman Palyatif Bakım Hizmetleri, 2003’ te de Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA) kurulmuştur (20,21).

Palyatif bakım hizmetlerinin gelişimi dünya genelinde büyük farklılıklar göstermektedir. Wright ve arkadaşları 2008 yılında yaptıkları bir çalışma ile palyatif bakım hizmetleri açısından ülkeleri 4 farklı gruba ayırmıştır. Hospis ve/veya palyatif bakım faaliyeti olmayan ülkeler Grup 1; hospis ve/veya palyatif bakım faaliyetleri geliştirilme aşamasında olan ülkeler Grup 2; hospis ve/veya palyatif bakım faaliyetleri yerel/bölgesel desteklerle sürdürülen ülkeler Grup 3; sağlık sistemleri ile entegrasyonu sağlanmış hospis ve/veya palyatif bakım faaliyeti sürdüren ülkeler ise Grup 4 olarak kategorize edilmiştir (22). Sonraki yıllarda ise Lynch ve arkadaşları yaptıkları çalışma ile son 2 grubu alt gruplara ayırarak bu sınıflamayı güncellemişlerdir. Yeni sınıflamaya göre Grup 3a palyatif bakım hizmeti sunulan ancak bu hizmetin desteklenmediği ülkeler; Grup 3b ülkemizde de olduğu gibi palyatif bakım faaliyetlerinin yerel/bölgesel olarak desteklendiği ülkeler; Grup 4a hospis ve/veya palyatif bakım hizmetlerini mevcut sağlık sistemi bünyesine yaygın olarak entegrasyon sürecinde olan ülkeler; Grup 4b ise mevcut sağlık sistemi içerisinde entegrasyonu sağlanmış, geniş kapsamlı hospis ve/veya palyatif bakım hizmeti sunan ülkelerdir (23). Palyatif bakım hizmetlerine göre ülkelerin dağılımı **Tablo 2.1**’de gösterilmiştir.

**Tablo 2.1.** Palyatif Bakım Hizmet Sunumuna Göre Ülkeler

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grup1 Ülkeler<br>(%32) | Afganistan, Burundi, Orta Afrika Cumhuriyeti, Çad, Kuzey Kore, Libya, Maldivler, Moritanya, Monako, Nijer, Kuzey Mariana Adaları, Samoa, San Marino, Solomon Adaları, Somali, Suriye, Tonga, Türkmenistan, ABD Virgin Adaları, Özbekistan, Batı Sahra, Yemen gibi ülkeler |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Grup2 Ülkeler<br>(%10) | Azerbaycan, Bolivya, Cezayir, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Dominika, , Madagaskar, Karadağ, Umman, Filistin Yönetimi, Katar, Tacikistan, Bahamalar gibi ülkeler                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Grup3 Ülkeler          | Grup3a Ülkeler<br>(%31,6)                                                                                                                                                                                                                                                 | Ermenistan, Bangladeş, Brezilya, Bulgaristan, Kolombiya, Küba, Mısır, Yunanistan, Endonezya, İran, Irak, Kazakistan, Güney Kore, Kırgızistan, Lübnan, Makedonya, Meksika, Fas, Nijerya, Pakistan, Peru, Filipinler, Rusya, Suudi Arabistan, Tayland, Ukrayna, Birleşik Arap Emirlikleri, Venezuela gibi ülkeler |
|                        | Grup3b Ülkeler<br>(%7,3)                                                                                                                                                                                                                                                  | Arnavutluk, Arjantin, Belarus, Bosna-Hersek, Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti, Gürcistan, Hindistan, Ürdün, Litvanya, Malta, Nepal, Portekiz, <b>Türkiye</b> gibi ülkeler                                                                                                                                                |
| Grup4 Ülkeler          | Grup4a Ülkeler<br>(%10,7)                                                                                                                                                                                                                                                 | Şili, Çin, Danimarka, Finlandiya, Macaristan, İsrail, Kenya, Lüksemburg, Malezya, Hollanda, Yeni Zelanda, Sırbistan, Slovakya, Slovenya, Güney Afrika, İspanya, Uruguay gibi ülkeler                                                                                                                            |
|                        | Grup4b Ülkeler<br>(%8,5)                                                                                                                                                                                                                                                  | Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Fransa, Almanya, İzlanda, İrlanda, İtalya, Japonya, Norveç, Polonya, İsveç, İsviçre, Birleşik Krallık, ABD gibi ülkeler                                                                                                                                                 |

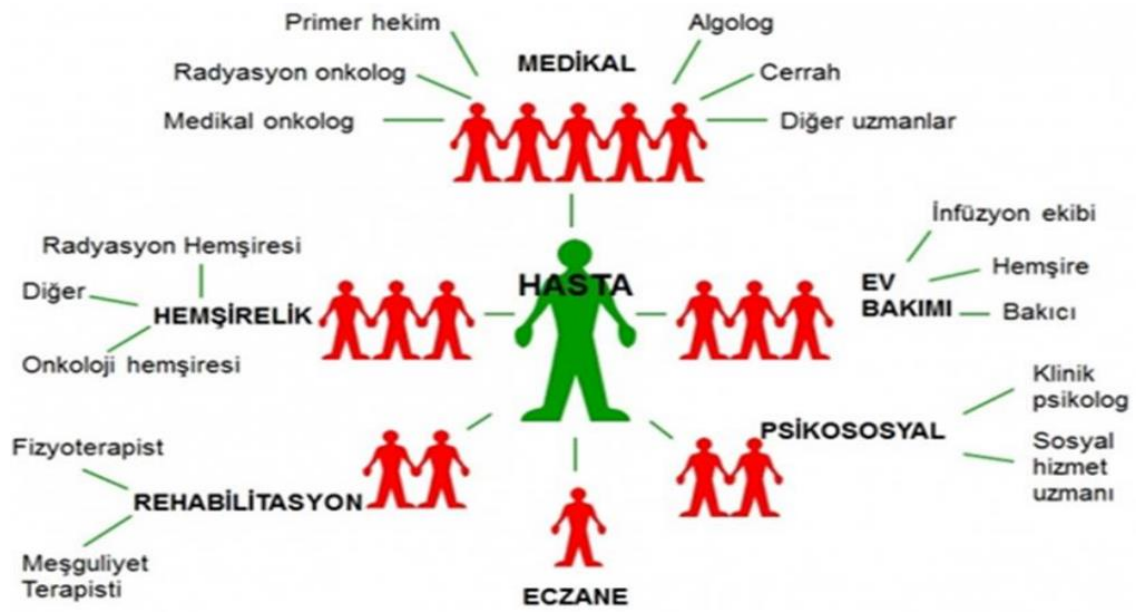
Gelişen teknoloji ve tıp alanındaki ilerlemelerle birlikte ortalama yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların artmasıyla birlikte palyatif bakım ihtiyacı her geçen gün artmaktadır. Ancak sunulan palyatif bakım hizmeti ülkeler arasında büyük değişiklikler göstermektedir. Palyatif bakım hizmetleri gelişmiş ülkelerde daha sistematik ve düzenli iken; gelişmekte olan ülkelerde henüz yapılanma aşamasında olup, tam olarak düzene oturtulamamıştır (17).

## 2.2. Palyatif Bakımın Amacı

Palyatif bakım felsefesinde esas amaç; tanı anından itibaren hastalığın ve tedavilerin sebep olduğu semptomların giderilmesi, beslenme desteği, psikososyal ve manevi destek ile hastanın ve aile bireylerinin son ana dek mümkün olduğunca aktif bir yaşam sürmelerini sağlamak ve yaşam kalitelerini artırmaktır. Ölümü hızlandırmak ya da geciktirmekten ziyade, yaşamın ve ölümün normal seyrinde ilerlemesini sağlayıp, hasta ve yakınlarının bu süreçte ortaya çıkabilecek sorunlarla daha iyi baş edebilmelerini sağlamaktır (24,25).

### 2.3. Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakımın tanımı ve amacı gereği; hasta ve hasta yakınlarının bütün sorunları, tüm yönleriyle değerlendirilmektedir. Bu da farklı disiplinlerden oluşan, eğitilmiş ve tecrübeli bir ekibin iyi bir iletişim ve koordinasyonla çalışmasıyla mümkündür. Ekibin içerisinde hekim, palyatif bakım hemşiresi, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi gibi farklı meslek dallarından kişiler bulunmaktadır (26). Palyatif bakım ekibi **Şekil 2.2**'de gösterilmiştir.



Şekil 2.2. Palyatif Bakım Ekibi (27)

### 2.4. Palyatif Bakım İhtiyacı Olan Hasta Grupları

Palyatif bakım hizmetlerine; sanılanın aksine sadece son dönem kanser hastaları değil, farklı birçok hastalığı olan bireyler ihtiyaç duymaktadır. DSÖ ve WPCA palyatif bakım ihtiyacı olan hastalıkları şöyle gruplandırmıştır (21):

- Kanserler,
- Kardiovasküler hastalıklar (KVH),
- Son dönem organ yetmezlikleri (kalp, akciğer, karaciğer, böbrek gibi),

- Alzheimer ve diğer demanslar; multiple skleroz, parkinson gibi motor nöron hastalıkları,
- HIV/AIDS, diyabet, romatoid artrit gibi hastalıklar
- Senilite,
- Çocuklarda immün sistem bozuklukları, kongenital ve genetik hastalıklar

Yukarıda sıralanan hastalıklara sahip, yatağa bağımlı, fiziksel ve emosyonel semptomların kontrol edilmesinde sorun yaşanan, başkalarının desteğine gereksinim duyan hastalar palyatif bakım ekibi tarafından palyatif bakım ünitesine yatış açısından değerlendirilir. 2013'te İzmir Kamu Hastaneleri Birliği'nde gerçekleştirilen Palyatif Bakım Çalıştayı'nda palyatif bakım yatış kriterleri şu şekilde sıralanmıştır:

1. Medikal tedaviye rağmen VAS (Visual Analogue Scale) ağrı skoru  $\geq 5$  olan, istirahatte de ağrısı devam eden ya da uyku düzenini bozacak kadar ağrısı olan ya da yan etkiler nedeniyle medikal tedavi verilemeyen hastalar

2. Oral alımı bozulmuş, NRS (Nutritional Risk Screening) 2002 beslenme skoru  $\geq 3$  olan, son 6 ayda %10'un üzerinde kilo kaybeden, enteral ya da parenteral beslenme desteğine gereksinim duyan hastalar

3. Enfekte ya da tedaviye dirençli evre III-IV (Norton / Braden Skalasına göre) dekübit yarası olan hastalar

4. Etiyolojisi belirlenememiş ya da birden fazla nedeni olan deliryumdaki hastalar

5. Düşme, inkontinans, ihmal-kötüye kullanım gibi geriatrik sendromlu hastalar

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

7. Tedaviye rağmen klinik ve laboratuvar olarak kötüleşen, semptomları (ağrı, dispne, vb.) artan, Karnofsky Performans skoru  $< 70$  olan, hiperkalsemi, vertebra metastazı gibi onkolojik acilleri olan, son 3 ayda 2' den fazla pnömoni öyküsü olan, komorbiditesi yüksek, beklenen yaşam süresi 6 aydan az, cerrahi, kemoterapi (KT), radyoterapi( RT) gibi tedavilere rağmen hastalığı progrese olan onkoloji hastaları

8. Klinik tablosunda yeni gelişen değişiklikler olan demans hastaları: FAST (Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease) Evrelemesine göre evre 7 ve üzeri olan ve günlük aktivitelerinin en az 3 tanesini yardımla yapabilen hastalar

9. Hipoksik iskemik ensefalopati, Parkinson gibi kronik nörolojik hastalığı olup klinik tablosunda ateş, beslenme bozukluğu, dekübit ülseri gibi yeni gelişen değişiklikler olan hastalar

10. Tedaviye dirençli son dönem akciğer hastalığı olanlar

11. Tükenme sendromuna girmiş son dönem HIV hastaları

Yatış kriterleri göz önünde bulundurularak hasta değerlendirilir ve yatarak bakım verilmesinin hasta ve ailesine fayda sağlayacağı düşünülen hastaların yatışı sağlanır (28).

## 2.5. Palyatif Bakımda Semptomlar ve Semptom Yönetimi

**Ağrı:** Hoş olmayan, rahatsızlık verici bir duygu olarak ifade edilebilen ağrı; Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (IASP) tarafından ‘vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle ilgili, duysal özellik gösteren, hoş olmayan bir his’ olarak tanımlanmaktadır (29,30). Kanser başta olmak üzere farklı birçok hastalıkta görülen ağrı doku hasarının yanı sıra kişinin emosyonel durumundan ve çevresel faktörlerden de etkilenmektedir. Ağrının; yeri, yayılımı, şiddeti, süresi, etkileyen faktörler öğrenilerek tipi ve şiddeti belirlenmeli ve buna göre tedavi planlanmalıdır. Ağrının tipini ve şiddetini belirlemek için farklı skorlama sistemleri geliştirilmiştir. En sık Visual Analog Scale (VAS) kullanılmaktadır. Ağrı yönetiminde farmakolojik tedavi ve buna ek olarak sinir cerrahisi, psikolojik ve davranışsal yöntemler gibi nonfarmakolojik tedavi şekilleri kullanılmaktadır. Farmakolojik tedavide asetilsalisilik asit, parasetamol, nonsteroid antiinflamatuvar (NSAİİ) gibi nonopioidler; kodein, tramadol gibi zayıf opioidler ve morfin, fentanil gibi güçlü opioidler DSÖ’ nün basamak ağrı tedavi sistemine uygun olarak kullanılmaktadır (30).

**Dispne:** Nefes alıp verme işinin güçlkle gerçekleştirilmesi şeklinde tanımlanmakta olup, son dönem hastalarda oldukça sık görülmektedir (31). Hastalarda en sık ölüm duyusunu yaşıtan, anksiyete ve yaşam kalitesinin düşmesine sebep olan semptomdur. Dispne; metastatik veya primer akciğer tümörleri, pnömoni, plevral efüzyon, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), pulmoner emboli, yoğun sekresyon, solunum kaslarının felci, kardiyak problemler gibi hayatı tehdit eden çoğu hastalıkta görülebileceği gibi, anksiyete, panik atak ve psikososyal sorunlara sekonder olarak da görülmektedir (8,32). Dispne öncelikle altta yatan hastalık veya reversible nedenler çözümlenmelidir.

Dispne yönetiminde oksijen desteği, farmakolojik tedavi ve pulmoner rehabilitasyon ve egzersiz teknikleri, pozisyonel ayarlamalar, odanın havasının nem ve ısı ayarı gibi nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (32).

**Bulanti-Kusma:** Kusma mide içeriğinin dışarı boşalması, bulanti ise kusma ihtiyacı hissetme olarak tanımlanmaktadır. Hastanın kendi hastalığından kaynaklanabileceği gibi enfeksiyonlar, gastrointestinal sistem (GİS) problemleri, merkezi sinir sistemi (MSS) problemleri, organ yetmezlikleri, ilaç yan etkileri gibi farklı birçok sebeple olabilir. Altta yatan nedeni düzeltmek esas tedavi olmakla birlikte her zaman mümkün olmayabilir. Semptomatik tedavi amacıyla sıklıkla metoklopramid, ondansetron, deksametazon gibi ilaçlar kullanılmaktadır (30,32).

**Halsizlik:** Enerji, mental kapasite ve fiziksel performansta azalma olarak tanımlanan halsizlik, palyatif bakım hastalarında, özellikle son dönem hastalarda oldukça sık görülen ve yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyen semptomlardan biridir. Altta yatan nedeni belirlemek zor olsa da anemi, beslenme bozuklukları, hareketsizlik, uyku bozuklukları, elektrolit bozuklukları gibi nedenler araştırılmalıdır. Semptomatik tedavide kortikosteroidler ve psikostimülan ajanlar kullanılmaktadır (32,33).

**Konstipasyon:** Dışkılama sayısında azalma, dışkılamakta zorlanma olarak tanımlanan kabızlık; yetersiz sıvı alımı, liften fakir beslenme, hareketsizlik, ileus, otonomik fonksiyon bozukluğu, hipotiroidi, elektrolit bozuklukları, opioidler, antikolinergik ilaçlar, kalsiyum kanal blokerleri gibi farklı sebeplerle oluşabilmektedir (15,34). Mümkünse sıvı alımı, lifli gıda tüketimi ve fiziksel aktivite artırılmalı, altta yatan düzeltilebilir sebepler düzeltilmeli; mümkün olmadığı ya da yeterli gelmediği durumlarda prokinetik ajanlar, laksatifler gibi farmakolojik ajanlar kullanılmaktadır (30).

**İştahsızlık ve Kaşeksi:** İştahsızlık aç olmamak, yeme isteğinin olmaması ya da ağız tadının olmaması; kaşeksi ise aşırı kilo kaybı, yağ dokusunda azalma olsun ya da olmasın iskelet kas kütlelerinde azalma olarak tanımlanmaktadır. Kaşeksiye neden olan mekanizmalar;

- Beslenme yetersizlikleri,
- Tat ve koku problemleri, erken doymaya sebep olan GİS patolojileri, psikolojik, sosyal ve/veya çevresel faktörler gibi bireyin besinlerle ilişkisinin etkilenmesi,

- Anabolik yetersizlikler (insülin, insülin benzeri büyüme faktörü, vs.),
- Katabolik faktörler (tümör kaynaklı faktörler, kemoterapiye yanıt, vb.),
- Antineoplastik ilaçlar (mukozit, kusma, vitamin-mineral emilim ve metabolizma bozuklukları) dır (35).

Yememe ve kilo kaybı durumunun yaşamsal önemi ve hasta ve yakınları üzerindeki psikolojik etkisi düşünülerek tedaviye bir an önce başlanmalıdır. Diyetisyen tarafından beslenmenin düzenlenmesinin yanı sıra deksemetazon, megestrol asetat, dronabinol gibi farmakolojik tedaviler uygulanmaktadır (32,36,37).

**Bası Ülserleri (Yaraları):** Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli ( European Pressure Ulcer Advisory Panel, EPUAP) ve Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP); ‘genellikle kemik çıkıntı üzerinde veya tıbbi ya da tıbbi olmayan bir cihaz ile ilgili olarak deri veya derin dokularda meydana gelen lokalize doku hasarı’ olarak tanımlamaktadır. Ciddi mortalite ve morbiditeye yol açan, hastanede kalış süresini uzatan bası ülserleri, hareket kabiliyeti kısıtlı geriatrik hastalarda sık gözlenmekte olup çeşitli iç ve dış faktörlerden etkilenmektedir. Basınç ülserleri etkilenen doku tabakasına göre 6 evreye ayrılmıştır:

- **Evre 1:** Cilt bütünlüğü bozulmamıştır, ciltte basmakla solmayan kızarıklık mevcuttur.
- **Evre 2:** Dermis tabakası etkilenmiş ve deride kısmi kayıp söz konusudur. Yara yatağı kırmızı-pembe renktedir, bül bulunabilir.
- **Evre 3:** Cilt altı yağ dokusunun görülebildiği, tam kat deri kaybı mevcuttur. Kabuk ya da skar olabilir. Ancak kemik, kas, tendon, fasya, ligament gibi yapılar açıkta değildir.
- **Evre 4:** Yaranın kas, tendon ve kemik dokusuna ulaştığı, tam kat deri ve doku kaybının olduğu evredir. Genellikle cep ve tüneller bulunur.
- **Evrelendirilemeyen evre:** Yara tabanındaki fibrin veya nekrotik doku nedeniyle derinliği tam bilinemeyen, fibrin-nekrotik doku kaldırıldığında genellikle evre 3-4 yaranın ortaya çıktığı, deri ve doku kaybının olduğu evredir.



- **Şüpheli derin doku hasarı:** Deri bütünlüğünün bozulmadığı ancak deride mor-keste renginde değişikliklerin ve/veya içi kan dolu büllerin olduğu evredir (38,39).

Bası ülserlerinde öncelikli amaç; yara oluşumunun önüne geçmektir. Bu amaçla havalı yatak kullanımına, sık pozisyon değiştirilmesine, beslenmeye ve cilt temizlik ve bakımına dikkat edilmesi gerekmektedir. Alınan önlemlere rağmen yine de gelişen yaraların sağaltımında enfeksiyon gelişmesinin önlenmesi, varsa enfeksiyonun tedavi edilmesi ve yara iyileşmesinin hızlandırılması esastır (39,40).

## **2.6. Türkiye’de Palyatif Bakım**

Ülkemizde gerek aile ve kültürel yapımız, gerek tıp eğitiminde palyatif bakıma yeterince yer verilmemesi ve palyatif bakımın ve ekibinin tam olarak tanımlanmaması gibi nedenlerle palyatif bakımın gelişimi zaman almıştır. Ancak dünyada olduğu gibi ülkemizde de palyatif bakımın önemi giderek anlaşılmış ve bu konudaki çalışmalar hız kazanmıştır (41).

Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul’da kurulan ve 1993-1997 yılları arasında faaliyet gösteren ‘Kanser Bakım Evi’ Türkiye’deki ilk hospis benzeri kurumdur (42,43).

Sağlık Bakanlığı’nın ‘Evde Bakım Hizmeti’ ni başlatması ile palyatif bakım konusunda ilk adım atılmış oldu. Evde sağlık hizmetleri ile ilgili uygulamalar 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan ‘Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’ ile yasal düzenleme altına alınmış ve sonrasında 01.02.2010 tarihinde ‘Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulanma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’ hazırlanmıştır. Bu yönerge ile evde sağlık hizmetleri kamu hastaneleri ile aile sağlığı merkezlerince verilmeye başlanmıştır (44,45).

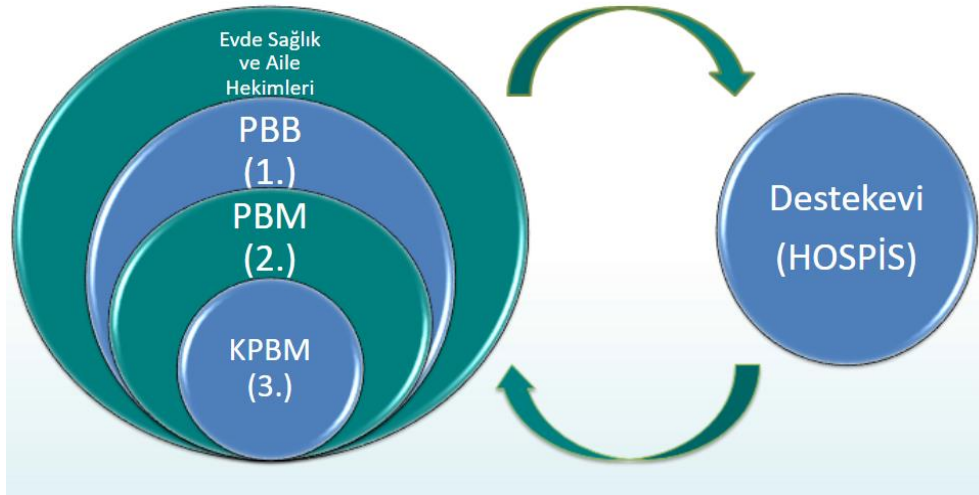
2010 yılında hazırlanan Palya-Türk projesi ile palyatif bakım hizmetleri ile ilgili çalışmalar hız kazanmış ve açılan merkezlerin sayısı giderek artmıştır (46).

### **2.6.1. Palya-Türk Projesi**

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayımlanan 2009-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı’nda palyatif bakım hizmetinin tanımlanması ve

2010’da geliştirilen Palya-Türk projesi ülkemizde palyatif bakım ile ilgili atılan en büyük adım olmuştur (46,47).

Palya-Türk projesiyle palyatif bakım hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sınıflandırılmıştır. Birinci basamak palyatif bakım; daha çok aile hekimleri, evde sağlık hizmetleri, sivil toplum örgütleri tarafından ilaç tedavileri, yara bakımı gibi hizmetlerin ayaktan verildiği; ancak gereklilik halinde 4 yataklı hizmet verebilen palyatif bakım birimlerinden (PBB) oluşmaktadır. İkinci basamak palyatif bakım; hizmet hastaneleri ve üst standartlara sahip sağlık tesislerinde, Palyatif Bakım Merkezi (PBM) olarak adlandırılan merkezlerde, oluşturulan multidisipliner ekip tarafından birinci basamakta halledilemeyen problemlerin çözüldüğü hizmetleri kapsamaktadır. Burada hasta hızlıca stabil hale getirilip, bakımın devamı yine birinci basamak palyatif bakım birimlerinde gerçekleştirilir. Üçüncü basamak ise üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde bulunan Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi (KPBM) olarak adlandırılan merkezlerde sunulan hizmetleri içermektedir. KPBM; palyatif bakım konusunda eğitim ve sertifikasyon programları düzenleyebilir (17,48-51).



Şekil 2.3. Palyatif Bakım Hizmetleri (52)

Türkiye’de ilk kapsamlı palyatif bakım merkezi Ankara Ulus Devlet Hastanesi’nde kurulmuş ve sonrasında ülke genelinde kurulan merkezlerin sayısı giderek artmıştır (48,53).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Çalışmanın Yapıldığı Yer

Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi palyatif bakım birimi; hastane temel binalarının bulunduğu merkez kampüs dışında, hastaneye yaklaşık 3 kilometre uzaklıktaki 23 yataklı ek binada, 1 Aralık 2020 tarihinde hizmet vermeye başlamıştır. Birimin sorumluluğu Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndadır.

Palyatif bakım biriminin hastaneden uzakta olması nedeniyle hastalar acil durumlarda ya da konsültasyon için ambulansla hastaneye nakledilmektedir.

#### 3.2. Çalışmanın Genel Nitelikleri

Tanımlayıcı ve kesitsel desende planlanan çalışmamızın evrenini 1 Aralık 2020 ile 28 Şubat 2022 tarihleri arasında ADÜ Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde yatarak bakım alan hastalar oluşturmuştur.

##### Çalışmaya Alınmama Ölçütleri

- 24 saatten kısa süreli yatışın olması
- MİA-MED Hastane Bilgi Sistemi ve arşivden temin edilecek hasta dosyaları üzerinden yeterli bilgiye ulaşılamamış olması

Etik kurul onayı alındıktan sonra hastaların dosyaları MİA-MED hastane bilgi sistemi üzerinden geriye dönük olarak incelendi ve 24 saat ve üzeri yatan 126 hasta çalışmaya dahil edildi. Birden fazla kez yatışı olan hastaların her bir yatışı ayrı ayrı değerlendirildi ve birimdeki toplam yatış süreleri ile yattıkları süre boyunca taburculuk sayıları, acile başvuru sayıları, yoğun bakıma ya da başka servise devir sayıları incelendi. Her bir hasta için hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ile yatış nedenleri, yatış süreleri, taburculuk durumları, ek hastalıkları, yattıkları süre boyunca beslenme durumları, oksijen desteğine ihtiyaç duyup duymamaları, dekübit varlığı ve bazı patolojik laboratuvar değerleri gibi bilgileri içeren, tarafımızca hazırlanmış veri toplama formları dolduruldu. Laboratuvar değerleri için hastaların palyatif bakım birimine ilk yatışı sırasındaki ya da üç gün içerisinde bakılmış olan inceleme sonuçları dikkate alındı. Veri toplama formu Ek-1' de verilmiştir.

### 3.3. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 25.0 paket programı ile yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı (s), yüzde (%), ortalama±standart sapma (SS), ortanca (median), en düşük(min.) ve en yüksek (max.) değerleri ile sunuldu. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk Testi ile değerlendirildi. Sayısal değişkenler normal dağılıma uymadığından iki grup arasındaki karşılaştırmalarda Mann-Whitney U Testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Testi, kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında ise Ki-Kare Testi kullanıldı. 0,05'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### 3.4. İzinler

Çalışma için etik kurul onayı ADÜ Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (09/06/2022 tarih ve 2022/101 sayılı protokol numarası) (Ek-2). Ayrıca çalışmamız için ADÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı ve ADÜ Hastanesi Başhekimliğinden de gerekli izinler alınmıştır (Ek-3 ve Ek-4).

## 4. BULGULAR

### 4.1. Tanımlayıcı Veriler

Değerlendirme yapılan süre içerisinde palyatif bakım birimine 128 hasta yatışı yapılmış olup 2 hasta 24 saatten daha kısa kaldığı için çalışmaya dahil edilmedi. Yaş ortalaması  $73,1 \pm 13,8$  (18-96 yaş arası) olan 126 hastanın 66'sı (%52,4) kadındı. Kadınlar ( $76,1 \pm 13,6$ ) erkeklere ( $69,8 \pm 13,3$ ) göre daha yaşlı idi ( $p=0,009$ ). Hastaların %73,8'i (s=93) 65 yaş ve üzerindeydi.

Hastaların %81,7'si (s=103) kentsel bölgede yaşamaktaydı ve %87,3'üne (s=110) yattıkları süre boyunca yakın bir akrabası refakat etmişti. Çalışmaya alınan hastaların bazı sosyodemografik özellikleri **Tablo 4.1**'de verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Hastaların Bazı Sosyodemografik Özellikleri

| Değişkenler  |                | Sayı | Ortalama $\pm$ SS |
|--------------|----------------|------|-------------------|
| Yaş          | Kadın          | 66   | $76,1 \pm 13,6$   |
|              | Erkek          | 60   | $69,8 \pm 13,3$   |
|              | Toplam         | 126  | $73,1 \pm 13,8$   |
|              |                | Sayı | %                 |
| Cinsiyet     | Kadın          | 66   | 52,4              |
|              | Erkek          | 60   | 47,6              |
| Yaşadığı yer | Kırsal         | 23   | 18,3              |
|              | Kentsel        | 103  | 81,7              |
| Refakatçi    | Yakın akraba   | 110  | 87,3              |
|              | Bakıcı         | 16   | 12,7              |
| Yaş grupları | 18-40 yaş      | 3    | 2,4               |
|              | 41-64 yaş      | 30   | 23,8              |
|              | 65 yaş ve üstü | 93   | 73,8              |

Palyatif bakım birimine hastaların en sık bakım desteği amacıyla yattığı saptandı (s=70; %55,6). Hastaların palyatif bakım birimine esas yatış nedenleri **Tablo 4.2**'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.2.** Hastaların Palyatif Bakım Birimine Esas Yatış Nedenleri

| Tanı                  | Sayı | %     |
|-----------------------|------|-------|
| Bakım Desteği*        | 70   | 55,6  |
| Genel Durum Bozukluğu | 27   | 21,4  |
| Beslenme Bozukluğu    | 24   | 19,0  |
| Enfeksiyonlar         | 5    | 4,0   |
| Toplam                | 126  | 100,0 |

\*Yara bakımı, oksijen desteği, fiziksel rehabilitasyon gibi

Çalışmaya alınan hastaların komorbid durumları değerlendirildi. Hastaların %61,9'unda (s=78) kardiyovasküler hastalık ve %48,4'ünde (s=61) malignite vardı. Maligniteler içinde en sık görülen %42,6 (s=26) ile GİS maligniteleriydi.

Hastaların komorbid durumları **Tablo 4.3**'te, varolan malignite çeşitleri ise **Tablo 4.4**'te verilmiştir.

**Tablo 4.3.** Hastaların Komorbid Durumları, s=126

| Hastalık                            | Sayı* | %    |
|-------------------------------------|-------|------|
| Kardiyovasküler hastalık            | 78    | 61,9 |
| Malignite                           | 61    | 48,4 |
| Diyabetes mellitus                  | 38    | 30,2 |
| Nörodejeneratif hastalık**          | 33    | 26,2 |
| Serebrovasküler hastalık            | 20    | 15,9 |
| Endokrinolojik/romatolojik hastalık | 15    | 11,9 |
| Kronik böbrek hastalığı             | 13    | 10,3 |
| Astım/KOAH                          | 9     | 7,1  |
| Diğer***                            | 11    | 8,7  |

\* Hastalarda birden fazla komorbid durum bulunmaktadır

\*\*Alzheimer, Parkinson, Multiple Skleroz, vb.

\*\*\*Psikiyatrik hastalık, BPH, travma vb.

**Tablo 4.4.** Hastalarda Var Olan Malignite Çeşitleri

| Sistem                      | Sayı | %     |
|-----------------------------|------|-------|
| Gastrointestinal sistem     | 26   | 42,6  |
| Solunum sistemi             | 15   | 24,5  |
| Genitoüriner sistem, meme   | 13   | 21,3  |
| Deri, kemik ve yumuşak doku | 3    | 4,9   |
| Santral sinir sistemi       | 2    | 3,2   |
| Hematolojik sistem          | 2    | 3,2   |
| Toplam                      | 61   | 100,0 |

Yattıkları süre boyunca hastaların solunum desteği gereksinimleri dönemsel olarak değişkenlik göstermişti. Hastaların %65,1'i (s=82) yattıkları süre boyunca herhangi bir anda solunum desteğine ihtiyaç duymuştu. Hastaların yatışlarının herhangi bir anında en sık da nazal kanül ya da maske ile oksijen desteği aldıkları görüldü (s=74; %58,7). Hastaların yatış süresince solunum desteği gereksinimleri **Tablo 4.5**'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.5.** Hastaların Yatış Süresince Solunum Desteği Gereksinimleri, s=126

| <b>Solunum</b>              | <b>Sayı*</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------|--------------|----------|
| Solunum desteği gereksinimi | 82           | 65,1     |
| Oksijen desteği**           | 74           | 58,7     |
| Spontan solunum             | 56           | 44,4     |
| Ventilatör kullanımı        | 9            | 7,1      |
| NIMV                        | 3            | 2,4      |

\*Birden fazla durum söz konusudur

\*\*Nazal kanül ya da maske ile oksijen desteği

NIMV:Noninvaziv Mekanik Ventilasyon (BPAP/CPAP kullanımı)

Palyatif bakım birimimizde beslenme bozukluğu nedeniyle çok sayıda hasta izlenmişti. Yattıkları süre boyunca beslenme biçimleri incelendiğinde hastaların en sık oral yolla beslendikleri görüldü (s=94; %74,6). Beslenme şekilleri gruplandırıldığında ise 77 hasta (% 61,1) yattıkları süre boyunca sadece enteral yolla beslenmişti. Hastaların beslenme durumlarına ait veriler **Tablo 4.6**'da gösterilmiştir.

**Tablo 4.6.** Hastaların Yatış Süresince Beslenme Durumları, s=126

| <b>Beslenme Şekli</b> | <b>Sayı*</b> | <b>%</b> |
|-----------------------|--------------|----------|
| Oral                  | 94           | 74,6     |
| TPN                   | 48           | 38,1     |
| NG                    | 46           | 36,5     |
| PEG                   | 16           | 12,7     |
| Enteral               | 77           | 61,1     |
| Enteral+parenteral    | 42           | 33,3     |
| Parenteral            | 7            | 5,6      |

\*Birden fazla durum söz konusudur

TPN:Total Parenteral Nutrisyon

NG:Nazogastrik Sonda

PEG:Perkütan Endoskopik Gastrostomi

Yüzde 45,2'sinde (s=57) dekübit ülseri bulunan hastaların %50'sinde (s=63) yattığı süre boyunca zayıf ya da güçlü opioidler gibi ikinci-üçüncü basamak analjezik gereksinimi vardı.

Hastaların palyatif bakım birimine yatışlarındaki ilk laboratuvar değerleri incelendi. Hastaların %84,1'inde (s=106) albümin ya da total protein düşüklüğü ve %80,2'sinde (s=101) lökosit ya da C-reaktif protein (CRP) gibi akut faz reaktanı (AFR) yüksekliği vardı. Hastaların ilk yatışı sırasındaki patolojik laboratuvar değerleri **Tablo 4.7**'de verilmiştir. Hastaların %31,7'sine (s=40) ilk yatış sırasında intravenöz (iv) antibiyotik başlanmıştır.

**Tablo 4.7.** Hastaların İlk Yatışı Sırasındaki Bazı Patolojik Laboratuvar Değerleri, s=126

|                                 | Sayı | %    |
|---------------------------------|------|------|
| Albümin/Total protein düşüklüğü | 106  | 84,1 |
| AFR yüksekliği                  | 101  | 80,2 |
| Anemi varlığı                   | 90   | 71,4 |
| Elektrolit bozukluğu            | 58   | 46   |
| BFT bozukluğu                   | 39   | 31   |
| KCFT bozukluğu                  | 14   | 11,1 |

AFR: Akut Faz Reaktanı

BFT: Böbrek Fonksiyon Testleri

KCFT: Karaciğer Fonksiyon Testleri

Palyatif bakım biriminde yattıkları süre boyunca 18 hasta (%14,3) 1 kez, 1 hasta (%0,8) 2 kez ve 1 hasta (%0,8) da 4 kez acil servise yönlendirilmiş, orada gerekli müdahaleler yapıldıktan sonra yeniden palyatif bakım birimine kabul edilmişti. 14 hasta (%11,1) 1 kez ve 1 hasta (%0,8) da 2 kez yoğun bakıma; 9 hasta (%7,1) 1 kez, 3 hasta (%2,4) 2 kez başka servislere gönderilmiş ve gerekli tedavileri tamamlandıktan sonra yeniden palyatif bakım birimine kabul edilmişti. Yine, yattıkları süre boyunca 6 hastanın (%4,8) 1 kez ve 1 hastanın (%0,8) da 3 kez eve taburcu edilip sonrasında tekrar yatışı yapılmıştı.



#### 4.2. Hastaların Yatış Süreleri ve İlişkili Faktörler

Çalışmaya dahil edilen hastaların palyatif bakım birimindeki yatış süreleri ortalama  $36,5 \pm 60,2$  (1-346 gün arası) gündü.

Hastaların palyatif bakım birimindeki yatış süreleri bazı sosyodemografik ve diğer hasta özelliklerine göre karşılaştırıldı. Malignite tanısı olmayanlarda ( $51,9 \pm 75,6$  gün) olanlara ( $20,1 \pm 30,3$  gün) göre ve ventilatör kullananlarda ( $106,4 \pm 133,5$  gün) kullanmayanlara ( $31,1 \pm 47,6$  gün) göre yatış süresi daha uzundu (sırasıyla  $p=0,002$  ve  $p=0,023$ ).

Yaş, cinsiyet, yerleşim yeri, eşlik edenin kimliği, palyatif bakıma esas yatış nedenleri, kardiyovasküler hastalık, diyabet, nörodejeneratif hastalıklar, serebrovasküler hastalık, endokrinolojik/romatolojik hastalıklar, kronik böbrek hastalığı, astım/KOAH varlığı, spontan solunum, nazal kanül ya da maske ile oksijen desteği, noninvaziv mekanik ventilatör gereksinimi yatış süresi üzerine etkili değildi ( $p>0,05$ ). Çalışmaya dahil edilen hastaların palyatif bakım birimindeki yatış sürelerinin sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre karşılaştırılması **Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10 ve Tablo 4.11**'de verilmiştir.

**Tablo 4.8.** Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yatış Süreleri, s=126

| Değişkenler |                | Yatış Süresi (gün) |                              | p değeri* |
|-------------|----------------|--------------------|------------------------------|-----------|
|             |                | Ortalama $\pm$ SS  | Ortanca<br>(Dağılım aralığı) |           |
| Yaş         | 18-64 yaş      | 50,0 $\pm$ 83,1    | 14 (1-346)                   | 0,442     |
|             | 65 yaş ve üstü | 31,7 $\pm$ 49,3    | 13(1-254)                    |           |
| Cinsiyet    | Kadın          | 38,4 $\pm$ 60,6    | 14(1-309)                    | 0,520     |
|             | Erkek          | 34,4 $\pm$ 60,2    | 12,5(1-346)                  |           |
| Yerleşim    | Kırsal         | 34,8 $\pm$ 51,9    | 16(2-226)                    | 0,670     |
|             | Kentsel        | 36,9 $\pm$ 62,1    | 12(1-346)                    |           |
| Refakatçi   | Yakın akraba   | 31,7 $\pm$ 53,9    | 12,5(1-346)                  | 0,337     |
|             | Bakıcı         | 69,5 $\pm$ 88,3    | 20(2-254)                    |           |
| Toplam      |                | 36,5 $\pm$ 60,2    | 13 (1-346)                   |           |

\*Mann-Whitney U Testi

**Tablo 4.9.** Yatış Tanılarına Göre Yatış Süreleri, s=126

| Tanı                  | Yatış Süresi (gün) |                           | p değeri* |
|-----------------------|--------------------|---------------------------|-----------|
|                       | Ortalama±SS        | Ortanca (Dağılım aralığı) |           |
| Bakım desteği**       | 40,4±65,2          | 13,5(1-346)               | 0,078     |
| Genel durum bozukluğu | 18,1±26,9          | 12(1-137)                 |           |
| Beslenme bozukluğu    | 47,2±70,7          | 19(2-254)                 |           |
| Enfeksiyonlar         | 29,4±55,7          | 5(2-129)                  |           |

\* *Kruskal Wallis Testi*

\*\*Yara bakımı, oksijen desteği, fiziksel rehabilitasyon gibi

**Tablo 4.10.** Ek Hastalıklara Göre Yatış Süreleri, s=126

| Ek Hastalık                      |     | Yatış Süresi (gün) |                           | p değeri*    |
|----------------------------------|-----|--------------------|---------------------------|--------------|
|                                  |     | Ortalama±SS        | Ortanca (Dağılım aralığı) |              |
| Kardiyovasküler Hastalık         | Yok | 34,8±63,2          | 11(1-346)                 | 0,362        |
|                                  | Var | 37,6±58,7          | 13,5(1-309)               |              |
| Malignite                        | Yok | 51,9±75,6          | 20(1-346)                 | <b>0,002</b> |
|                                  | Var | 20,1±30,3          | 9(1-152)                  |              |
| DM                               | Yok | 31,4±54,6          | 12(1-346)                 | 0,209        |
|                                  | Var | 48,3±70,8          | 21,5(1-309)               |              |
| Nörodejeneratif Hastalıklar      | Yok | 33,3±55,0          | 12(1-309)                 | 0,138        |
|                                  | Var | 45,6±73,2          | 15(2-346)                 |              |
| SVH                              | Yok | 37,3±63,2          | 13(1-346)                 | 0,933        |
|                                  | Var | 32,6±42,2          | 13(2-178)                 |              |
| Endokrin/Romatolojik Hastalıklar | Yok | 36,0±60,8          | 13(1-346)                 | 0,582        |
|                                  | Var | 39,9±57,5          | 20(2-198)                 |              |
| KBH                              | Yok | 38,2±63,1          | 13(1-346)                 | 0,907        |
|                                  | Var | 21,9±19,1          | 15(4-63)                  |              |
| Astım/KOAH                       | Yok | 37,8±62,2          | 13(1-346)                 | 0,842        |
|                                  | Var | 20,1±13,5          | 22(3-40)                  |              |
| Diğer Ek Hastalıklar**           | Yok | 36,5±61,4          | 13(1-346)                 | 0,656        |
|                                  | Var | 36,3±48,7          | 20(1-154)                 |              |

\* *Mann-Whitney U Testi*

\*\* Psikiyatrik hastalık, BPH, travma vb.

DM: Diyabetes Mellitus

SVH: Serebrovasküler Hastalık

KBH: Kronik Böbrek Hastalığı

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

**Tablo 4.11.** Solunum Durumuna Göre Yatış Süreleri, s=126

| Solunum              |     | Yatış Süresi (gün) |                           | p değeri*    |
|----------------------|-----|--------------------|---------------------------|--------------|
|                      |     | Ortalama±SS        | Ortanca (Dağılım aralığı) |              |
| Solunum Desteği**    | Yok | 33,8±46,3          | 16,5 (1-198)              | 0,634        |
|                      | Var | 37,9±66,7          | 12,5 (1-346)              |              |
| Oksijen Desteği***   | Yok | 46,3±73,3          | 19,5(1-346)               | 0,136        |
|                      | Var | 29,6±48,3          | 12(1,254)                 |              |
| Spontan Solunum      | Yok | 34,4±62,4          | 12,5(1-346)               | 0,439        |
|                      | Var | 39,1±57,7          | 15(1-254)                 |              |
| Ventilatör Kullanımı | Yok | 31,1±47,6          | 12(1-254)                 | <b>0,023</b> |
|                      | Var | 106,4±133,5        | 40(8-346)                 |              |
| NIMV Kullanımı       | Yok | 37,0±60,9          | 13(1-346)                 | 0,660        |
|                      | Var | 17,7±7,2           | 14(13-26)                 |              |

\* Mann-Whitney U Testi

\*\*Herhangi bir yolla solunum desteği ihtiyacı

\*\*\*Nazal kanül ya da maske ile oksijen desteği

NIMV: Noninvaziv mekanik ventilatör

Hastaların beslenme şekillerine göre yatış süreleri incelendiğinde; nazogastrik sonda ile beslenenlerde (63,9±85,3) beslenmeyenlere (20,8±30,1) göre yatış süresi daha uzundu (p=0,001). Gruplar arasında ise, yatış süreleri açısından anlamlı bir fark yoktu (p>0,05) (Tablo 4.12).

**Tablo 4.12.** Beslenme Şekillerine Göre Yatış Süreleri, s=126

| Beslenme           |     | Yatış Süresi (gün) |                           | p değeri      |
|--------------------|-----|--------------------|---------------------------|---------------|
|                    |     | Ortalama±SS        | Ortanca (Dağılım aralığı) |               |
| Oral               | Yok | 44,1±67,7          | 14(1-309)                 | 0,610*        |
|                    | Var | 33,93±57,6         | 12,5(1-346)               |               |
| TPN                | Yok | 39,1±61,1          | 13(1-346)                 | 0,860*        |
|                    | Var | 32,33±59,2         | 13(1-309)                 |               |
| NG                 | Yok | 20,8±30,1          | 10(1-198)                 | <b>0,001*</b> |
|                    | Var | 63,9±85,3          | 24(1-346)                 |               |
| PEG                | Yok | 28,6±42,1          | 12,5(1-226)               | 0,086*        |
|                    | Var | 91,2±116,8         | 38,5(2-346)               |               |
| Enteral            |     | 38,8±61,4          | 12(1-346)                 | 0,890**       |
| Parenteral         |     | 23,9±28,7          | 10(3-68)                  |               |
| Enteral+Parenteral |     | 34,5±62,4          | 13(1-309)                 |               |

\* Mann-Whitney U Testi

\*\* Kruskal Wallis Testi

TPN: Total Parenteral Nutrisyon

NG: Nazogastrik Sonda

PEG: Perkütan Endoskopik Gastrostomi

Dekübit ülseri olan hastalarda ( $53,1\pm79,3$ ) olmayanlara ( $22,8\pm32,5$ ) göre yatış süresinin daha uzun olduğu görüldü ( $p=0,015$ ). İkinci-üçüncü basamak analjezik ihtiyacının ise yatış süresini etkilemediği görüldü ( $p>0,05$ ) (**Tablo 4.13**).

**Tablo 4.13.** Dekübit Varlığı ve Analjezik Kullanımına Göre Yatış Süreleri, s=126

| Değişkenler |     | Sayı (%) | Yatış Süresi (gün) |                           | p değeri*    |
|-------------|-----|----------|--------------------|---------------------------|--------------|
|             |     |          | Ortalama $\pm$ SS  | Ortanca (Dağılım aralığı) |              |
| Dekübit     | Yok | 69(54,8) | 22,8 $\pm$ 32,5    | 12(1-154)                 | <b>0,015</b> |
|             | Var | 57(45,2) | 53,1 $\pm$ 79,3    | 21(2-346)                 |              |
| Analjezik   | Yok | 63(50)   | 36,4 $\pm$ 62,8    | 12(1-346)                 | 0,464        |
|             | Var | 63(50)   | 36,6 $\pm$ 58,0    | 13(1-309)                 |              |

\* Mann-Whitney U Testi

Hastaların palyatif bakım merkezine ilk yatışları sırasındaki patolojik laboratuvar değerleri ve iv.antibiyotik gereksiniminin olması yatış süresi üzerine etkili değildi ( $p>0,05$ ). Hastaların ilk yatış sırasındaki bazı laboratuvar değerlerine göre yatış süreleri **Tablo 4.14**'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.14.** İlk Yatış Sırasındaki Bazı Laboratuvar Değerlerine Göre Yatış Süreleri, s=126

| Laboratuvar testleri            |     | Yatış Süresi (gün) |                           | p değeri* |
|---------------------------------|-----|--------------------|---------------------------|-----------|
|                                 |     | Ortalama $\pm$ SS  | Ortanca (Dağılım aralığı) |           |
| Albümin/Total Protein Düşüklüğü | Yok | 40,2 $\pm$ 60,2    | 17(5-254)                 | 0,200     |
|                                 | Var | 36,4 $\pm$ 60,9    | 12,5(1-346)               |           |
| AFR Yüksekliği                  | Yok | 42,6 $\pm$ 54,2    | 20(5-198)                 | 0,076     |
|                                 | Var | 35,7 $\pm$ 62,1    | 12(1-346)                 |           |
| Anemi                           | Yok | 25,9 $\pm$ 36,6    | 13,5(1-183)               | 0,556     |
|                                 | Var | 41,2 $\pm$ 67,2    | 13(1-346)                 |           |
| Elektrolit Bozukluğu            | Yok | 44,5 $\pm$ 71,0    | 17(1-346)                 | 0,182     |
|                                 | Var | 27,7 $\pm$ 44,1    | 11(1-254)                 |           |
| BFT Bozukluğu                   | Yok | 42,2 $\pm$ 66,4    | 14(1-346)                 | 0,136     |
|                                 | Var | 24,7 $\pm$ 42,8    | 9(1-254)                  |           |
| KCFT Bozukluğu                  | Yok | 39,0 $\pm$ 63,3    | 13(1-346)                 | 0,440     |
|                                 | Var | 18,9 $\pm$ 21,9    | 11,5(1-82)                |           |
| İV Antibiyotik gereksinimi      | Yok | 35,5 $\pm$ 51,8    | 13(1-254)                 | 0,406     |
|                                 | Var | 38,8 $\pm$ 76,0    | 12,5(2-346)               |           |

\* Mann-Whitney U Testi

AFR: Akut Faz Reaktanı

BFT:Böbrek Fonksiyon Testleri

KCFT:Karaciğer Fonksiyon Testleri

İV:İntravenöz

Hastaların taburculuk durumuna göre yatış süreleri incelendi. Taburcu olan hastaların ortalama yatış süresi 15 (1-183) gün, vefat edenlerin 9 (1-309) gün, sevk edilen hastaların ise 10,5 (1-198) gündü (**Tablo 4.15**). Taburculuk durumlarına göre yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.15.** Taburculuk Durumuna Göre Yatış Süreleri

| Taburculuk durumu | Yatış Süresi (gün) |                           | p değeri* |
|-------------------|--------------------|---------------------------|-----------|
|                   | Ortalama $\pm$ SS  | Ortanca (Dağılım aralığı) |           |
| Taburcu           | 29,8 $\pm$ 37,6    | 15(1-183)                 | 0,151     |
| Vefat             | 24,2 $\pm$ 50,5    | 9(1-309)                  |           |
| Sevk              | 28,5 $\pm$ 47,2    | 10,5(1-198)               |           |

\* Kruskal Wallis Testi

#### 4.3. Hastaların Taburculuk Durumları ve İlişkili Faktörler

Çalışmaya alınan 126 hastanın 116'sı (%92,1) taburcu edilmişti; 10 hasta (%7,9) hala palyatif bakım biriminde yatmaktaydı. Palyatif bakım biriminden hastalar en sık eve taburcu edilmişti (s=49; %42,2). Hastaların taburculuk durumları **Tablo 4.16**'da gösterilmiştir.

**Tablo 4.16.** Hastaların Taburculuk Durumları, s=116

| Taburculuk Durumu | Sayı | %    |
|-------------------|------|------|
| Eve taburcu       | 49   | 42,2 |
| Vefat             | 41   | 35,3 |
| Sevk              | 26   | 22,4 |

Hastaların palyatif bakım biriminden taburculuk durumları bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre karşılaştırıldı. Malignite, nörolojik hastalıklar, solunum desteğigereksinimi hastaların taburculuk durumları üzerinde etkili idi (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p=0,004$ ,  $p=0,027$ ).

Vefat edenlerde (%78,0) taburcu olanlara (%32,7) göre ve sevk edilenlere (%50,0) göre malignite daha fazlaydı (sırasıyla  $p<0,001$  ve  $p=0,017$ ). Taburcu olanlarda (%42,9) vefat edenlere (%17,1) göre nörolojik hastalıklar daha fazlaydı ( $p=0,009$ ). Vefat edenlerde (%80,5) taburcu olanlara (%46,9) göre solunum desteği ihtiyacı daha fazlaydı ( $p=0,001$ ).

Yaş, cinsiyet, yerleşim yeri, refakat edenin kimliği; palyatif bakıma esas yatış nedeni; kardiyovasküler hastalık, diyabet ve diğer hastalıkların varlığı; dekübit varlığı ve ikinci-üçüncü basamak analjezik ihtiyacı taburculuk durumları üzerine etkili değildi ( $p>0,05$ ). Hastaların palyatif bakım biriminden taburculuk durumlarının bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre karşılaştırılması **Tablo 4.17**, **Tablo 4.18**, **Tablo 4.19** ve **Tablo 4.20**'de verilmiştir.

**Tablo 4.17.** Hastaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Taburculuk Durumları, s=116

|              |                 | Taburculuk Durumu |           |           | p değeri* |
|--------------|-----------------|-------------------|-----------|-----------|-----------|
|              |                 | Taburcu           | Vefat     | Sevk      |           |
|              |                 | Sayı(%)           | Sayı(%)   | Sayı(%)   |           |
| Yaş grupları | 18-64 yaş       | 12(41,4)          | 11(37,9)  | 6(20,7)   | 0,936     |
|              | 65 yaş ve üzeri | 37(42,5)          | 30(34,5)  | 20(23,0)  |           |
| Cinsiyet     | Kadın           | 22(35,5)          | 24(38,7)  | 16(25,8)  | 0,279     |
|              | Erkek           | 27(50,0)          | 17(31,5)  | 10(18,5)  |           |
| Yerleşim     | Kırsal          | 11 (55,0)         | 7 (35,0)  | 2 (10,0)  | 0,273     |
|              | Kentsel         | 38 (39,6)         | 34 (35,4) | 24 (25,0) |           |
| Refakatçi    | Yakın akraba    | 45 (43,7)         | 35 (34,0) | 23 (22,3) | 0,624     |
|              | Bakıcı          | 4 (30,8)          | 6 (46,2)  | 3 (23,1)  |           |

\*Kİ-Kare Testi

**Tablo 4.18.** Esas Yatış Nedenine Göre Taburculuk Durumları, s=116

| Yatış nedeni      | Taburculuk Durumu |          |           | p değeri* |
|-------------------|-------------------|----------|-----------|-----------|
|                   | Taburcu           | Vefat    | Sevk      |           |
|                   | Sayı(%)           | Sayı(%)  | Sayı(%)   |           |
| Bakım desteği**   | 26 (40,6)         | 22(34,4) | 16(25,0)  | 0,759     |
| Diğer nedenler*** | 23(44,2)          | 19(36,5) | 10 (19,2) |           |

\*Ki-Kare Testi

\*\*Yara bakımı, oksijen desteği, fiziksel rehabilitasyon gibi

\*\*Genel durum bozukluğu, enfeksiyonlar gibi

**Tablo 4.19.** Bazı Ek Hastalıklara Göre Taburculuk Durumları, s=116

| Ek hastalık              |     | Taburculuk Durumu |          |          | p değeri*    |
|--------------------------|-----|-------------------|----------|----------|--------------|
|                          |     | Taburcu           | Vefat    | Sevk     |              |
|                          |     | Sayı(%)           | Sayı(%)  | Sayı(%)  |              |
| Kardiyovasküler Hastalık | Yok | 14(31,1)          | 21(46,7) | 10(22,2) | 0,090        |
|                          | Var | 35(49,3)          | 20(28,2) | 16(22,5) |              |
| Malignite                | Yok | 33(60,0)          | 9(16,4)  | 13(23,6) | <b>0,000</b> |
|                          | Var | 16(26,2)          | 32(52,5) | 13(21,3) |              |
| Diyabet                  | Yok | 32(40,0)          | 33(41,3) | 15(18,8) | 0,111        |
|                          | Var | 17(47,2)          | 8(22,2)  | 11(30,6) |              |
| Nörolojik hast.**        | Yok | 28(35,9)          | 34(43,6) | 16(20,5) | <b>0,027</b> |
|                          | Var | 21(55,3)          | 7(18,4)  | 10(26,3) |              |
| Diğer ek hast.***        | Yok | 34(41,5)          | 29(35,4) | 19(23,2) | 0,946        |
|                          | Var | 15(44,1)          | 12(35,3) | 7(20,6)  |              |

\*Ki-Kare Testi

\*\*SVH, Nörodejeneratif hastalık

\*\*\*Astım/KOAH, KBH, diğer ek hastalıklar

**Tablo 4.20.** Bazı Klinik Özelliklere Göre Taburculuk Durumları, s=116

|                          |     | Taburculuk Durumu |          |          | p değeri*    |
|--------------------------|-----|-------------------|----------|----------|--------------|
|                          |     | Taburcu           | Vefat    | Sevk     |              |
|                          |     | Sayı(%)           | Sayı(%)  | Sayı(%)  |              |
| Solunum desteği ihtiyacı | Yok | 26(61,9)          | 8(19,0)  | 8(19,0)  | <b>0,004</b> |
|                          | Var | 23(31,1)          | 33(44,6) | 18(24,3) |              |
| Dekübit                  | Yok | 31(46,3)          | 22(32,8) | 14(20,9) | 0,590        |
|                          | Var | 18(36,7)          | 19(38,8) | 12(24,5) |              |
| Analjezik ihtiyacı       | Yok | 27(50,0)          | 15(27,8) | 12(22,2) | 0,215        |
|                          | Var | 22(35,5)          | 26(41,9) | 14(22,6) |              |

\*Ki-Kare Testi

Çalışmaya dahil edilen hastaların beslenme şekillerine göre taburculuk durumları incelendi. Parenteral beslenme taburculuk durumları üzerine etkili idi ( $p:0,002$ ). Vefat edenlerde (%61,0) taburcu olanlara (%28,6) göre ve sevk olanlara (%26,9) göre parenteral beslenme daha fazlaydı (sırasıyla  $p=0,002$  ve  $p=0,007$ ). Beslenme şekline göre taburculuk durumları **Tablo 4.21**'de verilmiştir.

**Tablo 4.21.** Beslenme Şekline Göre Taburculuk Durumları, s=116

| Beslenme     |     | Taburculuk Durumu |          |          | p değeri*    |
|--------------|-----|-------------------|----------|----------|--------------|
|              |     | Taburcu           | Vefat    | Sevk     |              |
|              |     | Sayı(%)           | Sayı(%)  | Sayı(%)  |              |
| Oral         | Yok | 8(29,6)           | 13(48,1) | 6(22,2)  | 0,228        |
|              | Var | 41(46,1)          | 28(31,5) | 20(22,5) |              |
| TPN          | Yok | 35(50,0)          | 16(22,9) | 19(27,1) | <b>0,002</b> |
|              | Var | 14(30,4)          | 25(54,3) | 7(15,2)  |              |
| NG ya da PEG | Yok | 28(40,6)          | 36(37,7) | 15(21,7) | 0,815        |
|              | Var | 24(44,7)          | 15(31,9) | 11(23,4) |              |

\*Ki-Kare Testi

TPN: Total Parenteral Nutrisyon

NG: Nazogastrik Sonda

PEG: Perkütan Endoskopik Gastrostomi

Hastaların ilk yatış sırasındaki ya da üç gün içerisindeki patolojik laboratuvar değerlerine göre taburculuk durumları incelendi. Elektrolit bozukluğu ve BFT ya da KCFT bozukluğu taburculuk durumları üzerine etkili idi (sırasıyla p:0,036 ve p=0,003). Sevk olanlarda (%68,0) taburcu olanlara (%36,7) göre elektrolit bozukluğu daha sıklıkla (p=0,011). Vefat edenlerde (%56,1) taburcu olanlara (%32,7) göre ve sevk olanlara (%16,0) göre BFT ya da KCFT bozukluğu daha sıklıkla (sırasıyla p=0,025 ve p=0,001). Hastaların ilk yatış sırasındaki laboratuvar bozukluklarına göre taburculuk durumları **Tablo 4.22'**de gösterilmiştir.



**Tablo 4.22.** İlk Yatış Sırasındaki Bazı Laboratuvar Değerlerine Göre Taburculuk Durumları, s=116

|                                 |     | Taburculuk Durumu |           |           | p değeri*           |
|---------------------------------|-----|-------------------|-----------|-----------|---------------------|
|                                 |     | Taburcu           | Vefat     | Sevk      |                     |
|                                 |     | Sayı(%)           | Sayı(%)   | Sayı(%)   |                     |
| Albümin/Total protein düşüklüğü | Yok | 8 (53,3)          | 4 (26,7)  | 3 (20,0)  | 0,667               |
|                                 | Var | 41 (41,4)         | 36 (36,4) | 22 (22,2) |                     |
| AFR yüksekliği                  | Yok | 12 (57,1)         | 4 (19,0)  | 5 (23,8)  | 0,209               |
|                                 | Var | 37 (39,8)         | 36 (38,7) | 20 (21,5) |                     |
| Elektrolit bozukluğu            | Yok | 31(52,5)          | 20(33,9)  | 8(13,6)   | <b><u>0,036</u></b> |
|                                 | Var | 18(32,1)          | 21(37,5)  | 17(30,4)  |                     |
| BFT/KCFT bozukluğu              | Yok | 33(45,8)          | 18(25,0)  | 21(29,2)  | <b><u>0,003</u></b> |
|                                 | Var | 16(37,2)          | 23(53,5)  | 4(9,3)    |                     |
| Anemi                           | Yok | 19(57,6)          | 7(21,2)   | 7(21,2)   | 0,088               |
|                                 | Var | 30(37,0)          | 33(40,7)  | 18(22,2)  |                     |

\*Ki-Kare Testi

AFR:Akut Faz Reaktanı

BFT:Böbrek Fonksiyon Testleri

KCFT:Karaciğer Fonksiyon Testleri

## 5. TARTIşMA

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Birimi'nde yaptığımız çalışmamızda, hizmet alan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirdik ve yatış süreleri ve taburculuk durumları ile ilişkili faktörleri inceledik. Çalışma sonuçlarımıza göre palyatif bakım birimimizde ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzeri hastalar, sıklıkla palyatif bakım desteği ve genel durum bozukluğu nedeniyle yatmışlardır. En sık komorbid durumlar KVV, malignite ve DM; en sık görülen maligniteler ise GİS maligniteleri ile MSS maligniteleridir. Her üç hastadan ikisi yattıkları süre boyunca herhangi bir anda oksijen desteğine gereksinim duymuştur ve yaklaşık yarısında dekübit mevcuttur. Hastalar çoğunlukla sadece enteral yolla beslenmişlerdir. Yatış süreleri ortalama bir ayı geçmektedir. Malignitesi olanlar, ventilatör kullananlar, NG ile beslenenler ve dekübiti olanlar daha uzun süre yatmışlardır. Hastaların yarıya yakını eve taburcu edilmiştir. Vefat edenlerde daha çok malignite, oksijen desteği gereksinimi ve parenteral beslenme görülürken eve taburcu olanlarda nörolojik hastalıklar daha fazladır.

Palyatif bakım birimize yatan hastalar ağırlıklı olarak yaşlılardır. Her dört hastadan üçü 65 yaş üstündedir. Literatürde benzer sonuçları olan çalışmalar bulunmaktadır. Yürüyen ve arkadaşları tarafından palyatif bakım hastalarının klinik özelliklerini ve prognostik faktörleri incelemek amacıyla İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde 2015-2017 yılları arasında yatan 319 hasta verisine ulaşarak yapılan çalışmada yaş ortalaması 71 olarak bulunmuştur (9). Dinçer ve arkadaşları tarafından palyatif bakım merkezindeki yatış süresini ve hastaların taburculuk durumlarını etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla 435 hasta ile yapılan çalışmada da hastaların yaş ortalaması 71'dir (12). Bununla birlikte Komaç ve arkadaşları tarafından Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi'nde 258 hasta ile yapılan çalışmada hastaların yaş ortalaması yaklaşık 10 yaş daha düşüktür (13). Palyatif bakım birimlerinde yatan hastaların daha çok ileri yaşlarda olması, kronik hastalıkların sıklığının ve palyatif bakım gereksiniminin yaşla birlikte artmasıyla uyumludur.

Palyatif bakım birimimizde yatan hastaların cinsiyet dağılımı dengeli görünmektedir. Ülkemizde yapılan benzer çalışmaların bazılarında kadın hastaların sıklığı

%40-44 arasında saptanmışken (7,9,54), Çınar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hastaların %60'ının kadın olduğu bulunmuştur (55).

Mevcut hastalıkları nedeniyle tam olarak iyileşemeyen veya yaşam sonunda desteğe gereksinim duyan hastalarda; ağrı, iştahsızlık, bulantı-kusma, dispne gibi hastalığın ve tedavilerin sebep olduğu semptomların giderilmesi, beslenme desteğinin sağlanması, yara bakımı, hasta ve hasta yakınlarının psikososyal ve manevi açıdan desteklenmesi palyatif bakım desteğinin temel amaçlarıdır (24,25). Çalışma sonuçlarımıza göre her iki hastadan biri esas olarak bakım desteği amacıyla palyatif bakım birimine yatmıştır. İkinci en sık yatış nedeni ise genel durum bozukluğudur. Literatürdeki birçok çalışmada yatış nedeni olarak malignite, SVH gibi altta yatan hastalıklar değerlendirilmiş olup, çalışmamızla benzer şekilde yatış endikasyonunu değerlendiren çalışma sayısı kısıtlıdır. Miniksar ve arkadaşlarının Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde 321 hasta ile yaptıkları retrospektif çalışmada en sık yatış endikasyonları oral alım yetersizliği-genel durum bozukluğu ve bakım eğitimi verilmesidir (10). Dinçer ve arkadaşları da 111 hasta ile yaptıkları çalışmada en sık yatış endikasyonlarını nutrisyon ve dekübit yara bakımı olarak belirtmişlerdir (56). Çalışmamızda ağrı palyasyonu, dekübit yara bakımı gibi endikasyonları bakım desteği ana başlığı altında toplamamız, yatış endikasyonlarımızın literatürdeki çalışmalarda belirtilen endikasyonlardan farklı görünmesinin temel nedeni gibi görünmektedir.

Çalışmamızda KVH, malignite ve DM en sık saptanan komorbid durumlar; GİS ve solunum sistemi maligniteleri de en sık saptanan malignitelerdir. Miniksar ve arkadaşlarının çalışmalarında en sık komorbid durumlar malignite, Alzheimer hastalığı ve SVH iken maligniteler içinde de en sık akciğer ve mide maligniteleri saptanmıştır (10). Enginyurt ve arkadaşlarının palyatif bakım hastalarının hastalık prevalansını belirlemek amacıyla Ordu'da 316 hasta ile yaptıkları çalışmada hastalarda en sık SVH, Alzheimer hastalığı ve malignite saptanmış, ancak malignite çeşitleri ayrıca değerlendirilmemiştir (57). Uysal ve arkadaşlarının bir onkoloji hastanesi palyatif bakım merkezinde yaptıkları çalışmada ise hastalarda sıklıkla GİS, hepatobiliyer sistem ve solunum sistemine ait malignite tespit edilmiştir (8). McNeil ve arkadaşlarının palyatif bakım hastalarıyla yaptıkları çalışmada da hastaların yarıya yakınında malignite saptanmış ancak malignite çeşitleri ayrıca değerlendirilmemiştir (58). Literatürde palyatif bakım birimlerinde yapılan farklı çalışmalarda hastalarda farklı komorbid durumlar saptansa da sıklıkla onkoloji

hastalarının ve nörolojik hastalığı bulunanların palyatif bakım hizmeti aldığı görülmektedir.

Çalışmamızda palyatif bakım biriminde yatan hastaların üçte ikisinin yattıkları süre boyunca herhangi bir anda solunum desteğine gereksinim duyduğu, en çok da nazal kanül ya da maske ile oksijen desteği verildiği saptanmıştır. Elsayem ve arkadaşlarının malignite tanısıyla izlenen 500 palyatif bakım hastası ile yaptıkları çalışmada da hastaların yarısının solunum desteğine gereksinim duydukları gösterilmiştir (59). Literatürde palyatif bakım birimlerinde yapılan çalışmaların çoğunda hastaların solunum desteği gereksinimi değerlendirilmemiştir.

Çalışma sonuçlarımıza göre palyatif bakım birimine yatan hastaların çoğunluğu (%61) yalnızca enteral yolla beslenmişlerdir; yalnızca parenteral yolla beslenmek zorunda olanlar oldukça azdır (%6). Benzer çalışmalarda yalnızca enteral yolla beslenen hasta oranları % 72-78 arasında değişmektedir (9,14,60). Bu durum palyatif bakım birimlerine terminal dönem yoğun bakım gereksinimi olan hastalardan çok evde bakım sorunu yaşayan daha stabil hastaların yatırılmasıyla uyumlu görünmektedir.

Palyatif bakım servislerinde yara bakımı önemli yatış endikasyonlarından biridir. Yapılan çalışmalarda dekübit ülseri ile ilgili farklı oranlar bulunmuştur. Benli ve arkadaşları Karabük'te 149 palyatif bakım hastası ile yaptıkları çalışmada hastaların %38'inde dekübit ülseri saptamışlardır (61). Yürüyen ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %33'ünde (9); Eskişehir'de 70 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %8'inde (62); Malatya'da 99 hasta ile yapılan başka bir çalışmada ise hastaların %16'sında (63) dekübit ülseri saptanmıştır. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz dekübit ülseri olan hasta oranı literatürdeki benzer çalışma sonuçlarından daha yüksektir (%45). Bu hastaların ne kadarında daha yatışta dekübit ülseri bulunduğu ve ne kadarında palyatif bakım biriminde yatarken dekübit ülseri geliştiği değerlendirilememiştir. Literatürde farklı sonuçların bulunması her birimin farklı yatış endikasyonları kullanmasından kaynaklanabilir. Dekübit ülserlerinin yatış sırasında gelişmesi palyatif bakım biriminin sunduğu hizmetin niteliği açısından oldukça önemlidir.

Hastaların ilk yatışlarında yapılan laboratuvar incelemelerinde sıklıkla albümin ya da total protein düşüklüğü ile CRP yüksekliği ve/veya lökositoz saptanmıştır. Albümin düşüklüğü ve CRP yüksekliği benzer çalışmalarda da sıklıkla saptanan laboratuvar

sonuçlarıdır (64,65). Beslenmenin en önemli göstergelerinden biri olan serum albümin düzeylerinin düşük saptanması, beslenme bozukluğunun palyatif bakım hastalarının en önemli sorunlarından biri olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda değerlendirilen hastaların palyatif bakım birimindeki yatış süreleri ortalama bir ayın üzerindedir. Ülkemizde yapılan ve hastaların yatış süreleri değerlendirilen benzer çalışmalarda bu süre 10-15 gün arasında değişmektedir (9,10,66). Japonya’da palyatif bakım biriminde 158 son dönem kanser hastasıyla yapılan bir çalışma ile Güney Kore’de 198 palyatif bakım hastası ve onların bakım verenleriyle yapılan çalışmada aynı şekilde ortalama yatış süresi 18 gün olarak bulunmuştur (67,68). Bu çalışmalarda palyatif bakım birimlerinde değerlendirilen hastalar farklı özellikler taşımaktadır. Bazıları yalnızca kanser hastalarını, hatta terminal dönem kanser hastalarını değerlendirmişlerdir. Bu hastalar palyatif bakım birimlerinde ölüm nedeniyle kısa süreli kalmış olabilirler. Bizim çalışmamızda kanser hastaları ağırlıkta değildir ve yatışı sona eren hastalar sıklıkla eve taburcu edilmişlerdir.

Konuyla ilgili çalışmalarda çoğunlukla yatış süresiyle ilişkili etkenler de analiz edilmiştir. Dinçer ve arkadaşlarının 435 hasta ile yaptıkları çalışmada HT, PEG ve TPN ile beslenmenin yatış süresi üzerinde pozitif ilişkili; malignite, hipoksik beyin ve ileri yaşın ise negatif ilişkili olduğu bulunmuştur (12). Kahveci ve arkadaşlarının travmatik beyin hasarı olan 49 palyatif bakım hastasında yaptıkları çalışmada dekübit ülseri ve PEG ile beslenme yatış süresiyle pozitif ilişkili, mobilizasyon ise negatif ilişkili olarak saptanmıştır (69). Yürüyen ve arkadaşlarının çalışmasında ise SVH, HT, DM ve bası yarası yatış süresi ile pozitif, malignite negatif ilişkilidir (9). Görüldüğü gibi malignite varlığı bu hastaların daha çok terminal dönemde palyatif bakım birimlerinde yatarak hizmet alması ve olasılıkla kısa sürede ölümle sonuçlanması nedeniyle yatış süresini kısaltmakta, beyin hasarı ve kronik rahatsızlığın ön planda olduğu durumlar süreyi uzatmaktadır. Dekübit ülserlerinin süreyi uzatma etkisi iki yönlü olabilir. Yatış süresi uzadıkça dekübit ülserleri oluşabilir ve oluşan dekübit ülserleri süreyi daha da uzatabilir. Bizim çalışmamızda da NG ile beslenme, ventilatör kullanımı ve dekübit varlığı gibi sorunların varlığını gösteren özellikler yatış süresini artırmış, malignite varlığı ise kısaltmıştır.

Palyatif bakım biriminde yatan hastaların taburculuk durumları değişkenlik göstermektedir. Çalışma sonuçlarımıza göre palyatif bakım biriminden en sık ayrılış

nedeni eve taburcu olmadır (%42). Çalışmaya alınan hastaların yaklaşık üçte biri ise birimde vefat etmişlerdir. Bu durum ülkemizde yapılan bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir. İzmir’de 123 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların yarısının haliyle taburcu olduğu, %30’unun vefat ettiği (70); İstanbul’da yapılan bir çalışmada ise hastaların yaklaşık yarısının eve taburcu edildiği, üçte birinin vefat ettiği (9) saptanmıştır. Turgut ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu rakamlar daha düşüktür; hastaların %31’i haliyle taburcu edilirken %11’i hastanede vefat etmiş, %55’i ise başka birimlere ya da hastanelere sevk edilmiştir (14). ABD’de 318 palyatif bakım hastasıyla yapılan çalışmada ise hastaların çoğu vefat ederken (%58), çok azının (%9) eve taburcu edildiği saptanmıştır (71). Palyatif bakım birimlerinde ölüm oranlarının ülkemizde yapılan çalışmalarda daha düşük saptanmış olması, toplumumuzun sosyokültürel yapısı gereği hastaların kendilerinin ya da yakınlarının evde ölümü tercih etme eğilimiyle açıklanabilir.

Çalışmamızda taburculuk durumunu etkileyen etkenler de araştırılmıştır. Birimde yaşamını yitirenlerde eve taburcu olanlara ve yoğun bakım ya da dış merkeze sevk olanlara göre malignite daha fazladır. Benzer şekilde Silva ve arkadaşları, geriatrik hastalarda mortaliteyi etkileyen faktörleri saptamak amacıyla 856 palyatif bakım hastası ile yaptıkları ileriye dönük çalışmada maligniteyi mortalite ile ilişkili bulmuşlardır (72). Yine Erzurum’da 177 hasta ile yapılan çalışmada malignitenin mortalite açısından bağımsız bir risk etkeni olduğu (73); Yürüyen ve arkadaşlarının çalışmasında da malignitenin ölüm ve sevk oranları ile pozitif ilişkili olduğu (9) saptanmıştır. Palyatif bakım merkezlerinde hizmet alan malignite hastalarının çoğunlukla terminal dönem hastaları olduğu düşünülürse bu beklenen bir durumdur ve bizim çalışmamız bu açıdan literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda eve taburcu olanlarda birimde vefat edenlere göre SVH, nörodejeneratif hastalık gibi nörolojik hastalıklar daha fazla bulunmuştur. Yürüyen ve arkadaşlarının çalışmasında nörodejeneratif hastalıklar mortalite ile negatif ilişkili bulunurken (9); Taşar ve arkadaşlarının çalışmasında SVH ve demans ile mortalite arasında bir ilişki bulunmamıştır (65). Kara ve arkadaşlarının 1141 geriatrik hasta ile yaptıkları bir çalışmada ise SVH ve Parkinson hastalığının mortaliteyi artırdığı saptanmıştır (74).

Çalışmamızda vefat edenlerde taburcu olanlara göre solunum desteği gereksinimi daha fazla saptanmıştır. Yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylerde ve özellikle de son dönem hastalarda dispnenin sık görülen semptomlardan biri olduğu düşünüldüğünde bu beklenen bir durumdur (32). Literatürde palyatif bakım hastalarında solunum desteği gereksinimini araştıran çalışma sayısı kısıtlıdır. Elsayem ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada çalışmamızla benzer şekilde solunum desteği gereksinimi mortalite ile ilişkili bulunmuştur (59).

Yürüyen ve arkadaşlarının çalışmasında parenteral beslenmenin vefat ve sevk durumu ile ilişkili olduğu gösterilirken (9), Kahveci ve arkadaşlarının oral ve PEG ile beslenme seçeneklerinin olduğu çalışmasında beslenme şekilleri taburculuk durumu üzerine etkili bulunmamıştır (69). İzmir’de yapılan bir tez çalışmasında ise parenteral beslenenlerde ölüm oranı daha düşük bulunmuş ve bu durum parenteral beslenmede nutrisyon desteğinin hedeflenen ve ayarlanabilen ölçüde verilebilirken enteral beslenmede özellikle oral alımın hastanın iştahına ve performansına bağlı olmasıyla ilişkilendirilmiştir (70). Bizim çalışmamızda ise vefat edenlerde taburcu olanlara ve sevk edilenlere göre parenteral beslenme daha yüksek oranda saptanmıştır. Bu fark kliniğimizde parenteral beslenmenin çoğunlukla beklenen yaşam süresi çok uzun olmayan hastalarda tercih edilmesiyle ilişkili olabilir.

Çalışmamızda KVH, DM, astım/KOAH gibi komorbid durumlar ile dekübit varlığı taburculuk durumları üzerine etkili bulunmamıştır. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda da genellikle kronik rahatsızlıkların taburculuk üzerine etkisi saptanmamıştır (65,74). Yürüyen ve arkadaşları ile Kahveci ve arkadaşlarının çalışmalarında da bası yarası ile taburculuk durumu arasında ilişki bulunmamıştır (9,69). Miniksar ve arkadaşlarının çalışmasında ise yatış endikasyonu olarak dekübit ülserinin taburculuk ile pozitif ilişkili olduğu saptanmış ve bu durum hasta grubunun çoğunlukla yaşlı ve evde bakım ihtiyacı olan hastalar olmasına bağlanmıştır (10).

İlk yatış sırasındaki laboratuvar değerleri taburculuk durumları üzerine etkili gibi görünmektedir. Sevk olanlarda taburcu olanlara göre Na, K, Ca gibi elektrolit bozukluğu; vefat edenlerde taburcu olanlara ve sevk olanlara göre BFT ya da KCFT bozukluğu daha sık saptanmıştır. Albümin/total protein düşüklüğü, AFR yüksekliği ve anemi ise taburculuk durumu üzerine etkili bulunmamıştır. Erzurum’da palyatif bakım ünitesinde yatan

hastalarda mortalite ile ilişkili faktörlerin incelendiği prospektif bir çalışmada anemi, CRP, prokalsitonin ve sedimentasyon yüksekliği, hipokalsemi ve hipoalbuminemi ile mortalite arasında anlamlı bir ilişki bulunurken; BFT bozukluğu ya da KCFT bozukluğu ile mortalite arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (73). Kara ve arkadaşları yaptıkları çalışmada albumin, BUN ve kreatinini mortalite ile ilişkili bulmuşlardır (74). Elsayem ve arkadaşları çalışmalarında, hiponatremiyi mortalite ile ilişkili bulurken; lökosit, lenfosit, Ca ve albumin ile mortalite arasında bir ilişki saptamamıştır (59). Rosa ve arkadaşlarının çalışmasında (75), Sargın ve arkadaşlarının çalışmasında (76) ve Taşar ve arkadaşlarının çalışmasında (65) hipoalbuminemi mortalite ile ilişkili bulunurken; 224 geriatric hasta ile yapılan bir çalışmada ise CRP yüksekliği mortalite ile ilişkili bulunmuştur (77). Laboratuvar değerleri ile mortalite ve/veya taburculuk durumları arasındaki ilişki açısından farklı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu durum çalışmaya dahil edilen hasta profilindeki ve çalışmanın büyüklüğündeki farklardan kaynaklanıyor olabilir.

#### **Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları**

Palyatif bakım biriminde yatan hastaları tüm demografik ve klinik özellikleriyle ayrıntılı olarak tanımlaması çalışmamızın güçlü yanıdır. Ayrıca çalışmamız ADÜ Palyatif Bakım Birimi'nde yapılan ilk çalışma özelliğini taşımaktadır ve bundan sonra yapılacak çalışmalara zemin hazırlamaktadır.

Çalışmamız tek bir merkezde sınırlı sayıda hasta bilgilerine dayanarak yapılmıştır. Verilerin geriye dönük olarak toplanması, özellikle birimin yeni açıldığı dönemdeki hasta dosyası bilgilerinin eksikliği nedeniyle değerlendirmelerimizde kısıtlılığa yol açmıştır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Elde ettiğimiz veriler ışığında;

- Palyatif bakım birimimize sıklıkla 65 yaş ve üzeri hastalar, palyatif bakım desteği gereksinimi ya da genel durum bozukluğu nedeniyle yatmıştır.
- KVH, malignite, DM ve nörodejeneratif hastalıklar en sık görülen komorbid durumlarken, malignite tanılarının büyük kısmını GİS ve solunum sistemi maligniteleri oluşturmaktadır. Yalnızca son dönem kanser hastalarına değil farklı yelpazede klinik durumları olan bireylere hizmet verilmektedir. Destek tedavisine gereksinim duyan tüm hastaların doğru yönlendirilmesi amacıyla halkın ve sağlık çalışanlarının palyatif bakım gerektiren durumlar konusundaki farkındalığının artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Palyatif bakım biriminde yatan hastalar çoğunlukla enteral beslenmektedir. Ayrıca hastaların büyük bir kısmı yattığı süre boyunca solunum desteğine ihtiyaç duymuştur ve yarısına yakınında dekübit ülseri bulunmaktadır. Yine hastaların yarısının ikinci-üçüncü basamak analjezik gereksinimi olmuştur.
- Hastaların palyatif bakım birimimizde ortalama yatış süresi bir ayın üzerindedir. NG ile beslenme, ventilatör gereksinimi ve dekübit varlığı yatış süresini uzatmakta, malignite varlığı ise yatış süresini kısaltmaktadır.
- Yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özellikler, malignite dışındaki ek hastalıklar, palyatif bakım birimine esas yatış nedeni ve ilk yatış sırasındaki patolojik laboratuvar değerleri yatış süresi üzerine etkili değildir.
- Çalışmamıza dahil edilen hastalar çoğunlukla eve taburcu edilmiştir. Malignite, nörolojik hastalıklar, solunum desteği gereksinimi, parenteral beslenme, ilk yatış sırasındaki elektrolit bozukluğu ile BFT ve/veya KCFT bozukluğu taburculuk durumu üzerine etkilidir.
- Yaş, cinsiyet, yerleşim yeri gibi sosyodemografik özellikler, malignite ve nörodejeneratif hastalıklar dışındaki ek hastalıklar, dekübit varlığı, 2.-3. basamak analjezik gereksinimi taburculuk durumu üzerine etkili değildir.

- Palyatif bakım merkezlerinde verilen hizmetin kalitesinin artırılabilmesi ve mevcut kaynakların etkin kullanılabilmesi için de hastaların demografik ve klinik özelliklerinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.



## KAYNAKLAR

1. WHO. PalliativeCare.Availableat.<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (Erişim tarihi:18.09.2022).
2. Borasio, G. (2011). Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. Palliative and Supportive Care, 9(1), 1-2. doi:10.1017/S1478951510000489.
3. Gürel Yavuzdemir H. (2019) Bir Palyatif Bakım Merkezi Örneğinin Yatan Hasta Özellikleri, Kullanıcı Memnuniyeti, Bakım Hizmetinin Niteliğı ve Maliyet Boyutlarıyla Değerlendirilmesi. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Bilgehan Açıkğöz).
4. PalyatifBakımDerneğıBülteni.[http://www.palyatifbakim.org.tr/images/BULTEN/PB\\_Bulten\\_2015.pdf](http://www.palyatifbakim.org.tr/images/BULTEN/PB_Bulten_2015.pdf) (Erişim tarihi: 18.09.2022).
5. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Geneva: World Health Organization; 2020.<https://www.who.int/publications/i/item/9789240002319> (Erişim tarihi: 18.09.2022).
6. Kavşur Z, Sevimli E. Türkiye'deki Palyatif Bakım Hizmetlerinin Bazı Gelişmiş Ülkeler ile Karşılaştırılması. USBAD Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi 2020;2(4):715-730.
7. Ozalp GS, Uysal N, Oguz G, et al. Identification of symptom clusters in cancer patients at palliative care clinic. Asia Pac J Oncol Nurs 2017;4(3):259-64
8. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz GJA. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. 2015;27(2):104-10.

9. Yürüyen M, Tevetoğlu İÖ, Tekmen Y, Polat Ö, Arslan İ, Okuturlar Y. Palyatif bakım hastalarında klinik özellikler ve prognostik faktörler. Konuralp Medical Journal 2018;10(1):74-80.
10. Miniksar ÖH, Aydın A. Palyatif Bakım Ünitimizde Yatan Hastaların Retrospektif Analizi. Journal of Contemporary Medicine. 2019;10(3):429-33.
11. Çelik H, Varışlı B, Yardım A, Yıldırım S, Kisli M. A Clinical and cost comparison of cancer and noncancer patients in palliative care. Cumhuriyet Medical Journal 2020;42(3):390-395.
12. Dincer M, Kahveci K, Doger C. An examination of factors affecting the length of stay in a palliative care center. Journal Of Palliative Medicine 2017.
13. Komaç A, Elyiğit F, Türemiş C, Gram E, AkarH. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Palyatif Bakım Ünitesi'nde Yatan Hastaların Retrospektif Analizi. FNG & Bilim Tıp Dergisi 2016;2(1):1-3.
14. Turgut Ö, Pektaş M, Aydın B, Sagün A. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Palyatif Bakım Biriminde Yatan Hastaların Retrospektif Analizi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.12(3):407-12.
15. Kabalak AA, Öztürk H, Çağır H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi. 2013;11(2):56-70.
16. Mut Sürmeli D, Akçiçek F. Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Gen SurgSpecial Topics 2016;9(1):8-11
17. Uslu FŞ, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2015; 81-90.
18. Graham F, Clark D. Thechanging Model Of Palliativecare. Journal Of Medicine. 2008; 36(2): 64-66.
19. Öngel K. Palyatif Bakım Tarihçesi ve Gelişimi. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2017;8(4):236-40.
20. Dixon J, King D, Matosevic T, Clark M, Knapp M. Equity In The Provision Of Palliative Care in the UK: Review Of Evidence. 2015.

21. WHO-WPCA(2014). (The World Health Organization-Worldwide Palliative Care Alliance). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. World Health Organization 2014.
22. Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D. Mapping Levels Of Palliative Care Development: A Global View. Journal Of Pain And Symptom Management 2008;35(5):469-85.
23. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels Of Palliative Care Development: A Global Update. Journal Of Pain And Symptom Management 2013;45(6):1094-106.
24. Graham F, Clark D. WHO Definition Of Palliative Care. Medicine. 2008;2(36):64-6.
25. Organization WH. Definition of Palliative Care World Health Organization. World Health Organization Geneva; 2014.
26. Çelik M., Koç A. Ülkemizdeki Palyatif Bakım Modeli ve Ölçüm Araçlarının Kullanımının Değerlendirilmesi. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırma Dergisi, 2021;4(3): 30-41.
27. Tarakçı F. Üçüncü Basamak Bir Hastanenin Palyatif Bakım Servisindeki Hastaların Yatış Süresi ve Taburculuk Durumlarının Retrospektif Değerlendirilmesi, TC. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Uzmanlık Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Hülya Parıldar).
28. Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu 25.04.2013, İzmir.[https://www.researchgate.net/publication/320035280\\_palyatif\\_bakim\\_calistayi\\_e\\_vde\\_ve\\_hastanede](https://www.researchgate.net/publication/320035280_palyatif_bakim_calistayi_e_vde_ve_hastanede) (Erişim tarihi: 11.11.2022).
29. Aydede M. Does the IASP Definition Of Pain Need Updating? Pain reports. 2019;4(5):e777.
30. Altuntaş M. Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi, 2016;8(3): 26-30.
31. Chan K. Palliative Care: The Need Of The Modern Era. Hong Kong Med J. 2018;24(4):391-9.
32. Sucaklı M.H, Koşar Y. Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2014;8(3):34-9.

33. Palliative Medicine, First Edition, Walsh Declan, Elsevier Inc. 2009.
34. Forootan M, Bagheri N, Darvishi M. Chronic Constipation: A Review Of Literature. Medicine. 2018;97(20).
35. Tosun H.D., Köksal G. Kanserde Kaşeksi ve Beslenme. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2012;40(1):59-68.
36. Ross DD, Alexander CS. Management Of Common Symptoms İn Terminally İll Patients: Part I. Fatigue, Anorexia, Cachexia, Nausea And Vomiting. American family physician. 2001;64(5):807-14.
37. Altınar NN. Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Konular. 2017;8(4):246-251.
38. Sivrikaya SK., SARIKAYA S. Yoğun Bakım Hastalarında Bası Ülseri, Önleme ve Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2020;24(2):139-149.
39. Altunel CT, Kartal SP. Dekübit ve Bası Ülserleri. Türkiye Klinikleri Geriatrics Special Topics. 2019;5(1):8
40. Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, Mirabella F, Surdo L, De Marinis M, et al. Pressure Ulcers İn Cancer Palliative Care Patients. Palliative Medicine. 2010;24(7):669-73.
41. Hajjar RR, Charalambous HA, Baider L, Silbermann M. International Palliative Care: Middle East Experience As A Model For Global Palliative Care. Clinics İn Geriatric Medicine 2015;31(2):281-94.
42. Erbaycu E.A. Terminal Hastalar ve Destek Tedavisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2013; 1 (3): 138-141
43. Bag B. Hospis ve Hospiste Ölüme Hazırlanma. Akademik Geriatri Dergisi. 2012;4(3):120-5.
44. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, sayı: 2575, 10 Mar 2005.
45. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 389520, 01 Feb 2010.

46. Şencan İ, Keskinçilic B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, Karaca M Z, Utku EŞ, Hacıkamiloğlu E, Turan H, Dede İ, Dündar S. (editörler). Türkiye Kanseri Kontrol Programı, 1. Baskı. Ankara. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Daire Başkanlığı; 2016. s. 62-65.
47. Koç O. Türkiye’de Palyatif Bakım. Aksakal N, Kahveci K, Koç O (editörler). Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı, 1. Baskı. Ankara. Akademisyen Kitapevi; 2018. s. 9-15.
48. Kabalak AA. Türkiye’de Palyatif Bakım Çalışmaları. Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon-Özel Konular. 2017;10(1):7-12.
49. Lehimcioğlu M. Palyatif Bakım Servisinde Yatan 65 Yaş ve Üzeri Hastalarda Malnütrisyon ve Yaşam Kalitesi ile Mortalite Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Kırıkkale, (Danışman: Doç. Dr. Aydın Çifci).
50. Kıvanç MM. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2017;4(2):132-5.
51. Cimete G. Dünyada ve Ülkemizde Palyatif Bakım Uygulamaları. Türkiye Klinikleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular. 2018;4(3):1-6.
52. Gültekin M. Türkiye’de Palyatif Bakımın Geldiği Nokta ve Geleceği, <https://palyatif.org/sunum/9Mart/Murat-Gultekin.pdf> (Erişim tarihi: 02.12.2022).
53. Benli AR, Erbesler ZA. Türkiye’de Palyatif Bakımda Uygulama ve Anlayış Farklılıkları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2016;20(1):5-6.
54. Taş M. Malnütrisyon Saptanan Palyatif Bakım Hastalarında Beslenme Tedavisi Yaklaşım Sonuçlarının Değerlendirilmesi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Kırıkkale, (Danışman: Doç. Dr. Hatice Keleş).
55. Çınar H, Kaya Y, Özyurt N, Çakır L, Ongun A. Palyatif Bakım Hastalarında Nütrisyonel Durumunun Değerlendirilmesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği 2016;8(3):15-8
56. Dinçer M, Kahveci K, Döğeri C, Gökçınar D, Yarıcı A, Taş H. Factors Affecting The Duration Of Admission And Discharge In A Palliative Care Center For Geriatric Patients. Turk J Geriatr 2016;19(2):74-80.

57. Enginyurt Ö, Dağışan T, Çankaya S. Palyatif Servisinde Yatan Hastaların Hastalık Prevalansı. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 2019;11(1):11-13.
58. McNeil MJ, Kamal AH, Kutner JS, et al. The Burden of Polypharmacy in Patients Near the End of Life. J Pain Symptom Manage 2016;51(2):178-83.
59. Elsayem A, Mori M, Parsons HA, Munsell MF, Hui D, Delgado-Guay MO, et al. Predictors of inpatient mortality in an acute palliative care unit at a comprehensive cancer center. Supportive care in cancer 2010;18(1):67-76.
60. Kurtoğlu M. Palyatif Bakımda Yatan Hastaların Nutrisyon Parametrelerinin Retrospektif İncelenmesi, TC. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hilal Özkaya).
61. Benli AR, Sunay D. Palyatif Bakım Merkezi ve Evde Sağlık Hizmetlerinin Birlikte Çalışması Örneği: Karabük. Ankara Med J. 2017;(3):143-50.
62. Irmak KZ. Palyatif Bakım Servisinde İstenen Konsültasyonlar ile Sağlanan Multidisipliner Yaklaşımların Değerlendirilmesi. Geriatrik Bilimler Dergisi.2022;5(2):28-37.
63. B. Candiri, Palyatif Bakım Ünitesindeki Yatan Hasta Profili ve Rehabilitasyon Uygulamaları. I. International Palliative Care Congress, Malatya, Turkey, pp.1310-1311, 2019.
64. Sarıkahya SD, Güden E, Çelebi İ. An Analysis Of Albumin Level and Vitamin D Deficiency In Patients Treated In Palliative Care Centers. Acıbadem Üniv. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;13(4):665-671.
65. Tasar PT, Karasahin O, Timur O, Yıldırım F, Sahin S. Factors Determining Mortality in Geriatric Palliative Care Patients. International Journal of Gerontology 2020;14(2):104-8.
66. Utlı G. Kanser Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisinde Narkotik Analjezik Kullanımı, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Can).



67. Miura T, Matsumoto Y, Motonaga S, Hasuo H, Abe K, Kinoshita H. Dyspnea, Relative Youth and Low Daily Doses of Opioids Predict Increased Opioid Dosage in the Last Week of a Terminal Cancer Patient's Life. *Jpn J Clin Oncol* 2014;44(11):1082–1087.
68. Kim SH, Hwang IC, Ko KD, Kwon YE, Ahn H Y, Cho NY et al. Association between the emotional status of family care givers and length of stay in a palliative care unit: A retrospective study. *Palliative and Supportive Care*, 2015 Dec;13(6):1695-700.
69. Kahveci K, Dinçer M, Doger C, Karhan Yarıcı A. Traumatic Brain Injury and Palliative Care: A Retrospective Analysis of 49 Patients Receiving Palliative Care During 2013–2016 in Turkey. *NeuralRegenerationResearch*. 2017;12(1):77-83
70. Polat O. Palyatif Bakım Hastalarında Beslenme Destek Ürünleri Kullanımının Hasta Laboratuvar Sonuçları ile Değerlendirilmesi, TC. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Uzmanlık Tezi, İzmir. (Danışman: Doç. Dr. Umut Gök Balcı).
71. Webb RJ, Shelton CP. The Benefits of Authorized Agent Controlled Analgesia (AACA) to Control Pain and Other Symptoms at the End of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2015; 1-4.
72. Silva TJ, Jerussalmy CS, Farfel JM, Curiati JA, Jacob-Filho W. Predictors of in-hospital mortality among older patients. *Clinics* 2009;64:61
73. Vural MF. Üniversitemiz Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Mortalite ile İlişkili Parametrelerin Prospektif Olarak İncelenmesi, TC. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Erzurum. (Danışman: Doç. Dr. Pınar Tosun Taşar).
74. Kara O, Canbaz B, Kızılarşlanoglu MC, Arik G, Sumer F, Aycicek GS, et al. Which parameters affect long-term mortality in older adults: is comprehensive geriatric assessment a predictor of mortality? *Aging clinical and experimental research* 2017;29(3):509-15.
75. Rosa KSdC, Cypriano RdP, Albuquerque NM, de Oliveira LC. Predictive Factors of Death on Hospitalization in Patients With Advanced Cancer in Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®* 2021;38(10):1189-94.

76. Sargin M, Demirel HF. Relationship between mortality and the laboratory values at admission to palliative care unit in geriatric patients with no diagnosis of malignancy. Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi 2019;22(4).
77. Forasassi C, Golmard J-L, Pautas E, Piette F, Myara I, Raynaud-Simon A. Inflammation and disability as risk factors for mortality in elderly acute care patients. Archives of gerontology and geriatrics 2009;48(3):406-10.



## EKLER

### Ek 1. Veri Toplama Formu

#### AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARIN TANIMLANMASI VERİ TOPLAMA FORMU

1-Dosya No:

2-Yaş:

3-Cinsiyet (1) Kadın (2) Erkek

4-Yaşadığı yer (1) Kırsal (2) Kentsel

5-Refakatçi (1) Yakını (2) Bakıcı

6-Yatış tanısı:

7-Yatış tarihi :

Çıkış tarihi :

8-Yatış süresi:

9-Taburculuk durumu;

(1) Eve taburcu

(2) Vefat

(3) Yoğun bakım/başka serviste vefat

(4) Başka kuruma sevk

(5) Diğer (.....)

10-Ek hastalıkları:

- KVVH (KAH, HT, KKY, PVH) (1) Yok (2) Var

-SVO (1) Yok (2) Var

-Malignite (1) Yok (2) Var

-DM (1) Yok (2) Var

-Astım/KOAH (1) Yok (2) Var

-KBH (1) Yok (2) Var

-Diğer (.....)

11- Solunum işlevi;

- (1) Spontan solunum
- (2) Nazal/maske ile oksijen desteği
- (3) Noninvaziv desteği
- (4) Ventilatör desteği

12-Yattığı süre boyunca beslenme durumu;

|      |         |         |
|------|---------|---------|
| Oral | (1) Yok | (2) Var |
| NG   | (1) Yok | (2) Var |
| PEG  | (1) Yok | (2) Var |
| TPN  | (1) Yok | (2) Var |

13-Dekübit (1) Yok (2) Var

14-2.-3. basamak analjezik ihtiyacı (1) Yok (2) Var

15-Yatış sırasında;

|                              |         |         |
|------------------------------|---------|---------|
| -i.v. antibiyotik ihtiyacı   | (1) Yok | (2) Var |
| -BFT bozukluğu               | (1) Yok | (2) Var |
| -KCFT bozukluğu              | (1) Yok | (2) Var |
| -Elektrolit bozukluğu        | (1) Yok | (2) Var |
| -AFR yüksekliği              | (1) Yok | (2) Var |
| -Anemi                       | (1) Yok | (2) Var |
| -Albümin-T.Protein düşüklüğü | (1) Yok | (2) Var |

## Ek 2. Etik Kurul Kararı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 10.06.2022-181156



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-53043469-050.04.04-181156  
Konu : Kararlar

Sayın Prof. Dr. Okay BAŞAK  
Anabilim Dalı Başkanı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.06.2022 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 1 nolu karar aşağıda sunulmuştur.  
Bilgilerinize sunarım.

### KARAR:1

Protokol No: 2022/101

Sorumlu Yürütücü: Prof. Dr. Okay BAŞAK

Aile Hekimliği AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Okay BAŞAK'ın "Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde Hizmet Alan Hastaların Tanımlanması" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Hatice ERTABAKLAR  
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSC6AVV777

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSC6AVV777&eS=181156>

Adres:ADÜ Merkez Kampüsü Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN  
Telefon:0256 220 4203 Faks:0256 220 4599  
e-Posta:goetik@adu.edu.tr Web:akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/  
Kep Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Necla YILDIZ  
Unvanı: Memur



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

1/1

### Ek 3. Dekanlık İzni

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 03.06.2022-E.176922



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı :E-16551447-050.04.04-176922  
Konu :Etik kurulu izni

#### DEKANLIK MAKAMINA

Sorumlu yürütücüsü olduğum "Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde Hizmet Alan Hastaların Tanımlanması" isimli çalışma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

Bu araştırmanın fakültemizde yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesini arz ederim.

Prof. Dr. Okay BAŞAK  
Anabilim Dalı Başkanı

OLUR

Prof. Dr. Ayhan AKÖZ  
Dekan V.

*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

Belge Doğrulama Kodu :BSU68E61PT

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSU68E61PT&eS=176922>

Adres:ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN  
Telefon:0256 220 4203 Faks:0256 220 4599  
e-Posta:dahilibolum@adu.edu.tr Web:akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/  
Kep Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Nevin KÜÇÜKTEPE  
Unvanı: Öğretim Elemanı



*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

1/1

## Ek 4. Başhekimlik İzni

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 26.07.2022-204124



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği  
Yazı İşleri Birimi

Sayı :E-97594401-804.01-204124  
Konu :Klinik çalışma talebi

### AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 21.07.2022 tarihli ve E-16551447-020-201368 sayılı yazı.

İlgi yazınızda bahsedilen araştırma görevlisi Dr.Nevin Küçüktepe'nin "Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde Hizmet Alan Hastaların Tanımlanması" başlıklı tez çalışmasının Hastanemiz MIA-MED Sistemi ve hasta dosyaları kullanılarak KVKK (Kişisel Verilerin Korunması Kanunu) kapsamında yapılması İdareimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Murat TELLİ  
Başhekim V.

*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

Belge Doğrulama Kodu :BSU6FBJCYL

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSU6FBJCYL&eS=204124>

Adres:ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN  
Telefon:0256 218 18 00 / 3235 / 3234 Faks:0256 213 60 64  
e-Posta:hastane@adu.edu.tr Web:www.hastane.adu.edu.tr  
Kep Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Nihal AÇIKGÖZ  
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni  
Tel No: 0256 220 9184



*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

1/1