



T.C

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**PALYATİF BAKIM BİRİMİNDE YATAN HASTALARIN
VERİLERİNİN RETROSPEKTİF ANALİZİ**

BEDİA EDA GÜLTEKİN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

PROF. DR. ALİ TAMER

2023-SAKARYA

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

**PALYATİF BAKIM BİRİMİNDE YATAN HASTALARIN
VERİLERİNİN RETROSPEKTİF ANALİZİ**

BEDİA EDA GÜLTEKİN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN PROF. DR. ALİ TAMER

2023-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi
Program türü : Uzmanlık Tezi
Anabilim Dalı : İç Hastalıkları
Tez Sahibi : Bedia Eda Gültekin
Sınav Tarihi : **Saat:**
Tez başlığı : Palyatif Bakım Biriminde Yatan Hastaların Verilerinin Retrospektif Analizi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red *
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez ../../202.. tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

../../2023

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma, T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 71522473-050.01.04-113305-60 karar sayılı ve 04/03/2022 tarihli etik kurul onayı alınarak hazırlanmıştır.

Tarih:

..../..../2023

Dr. Bedia Eda Gültekin

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince birlikte çalıştığım ve tecrübelerinden faydalandığım tüm değerli bölüm hocalarıma, tezimin oluşumundan tamamlanmasına kadar geçen süreçte desteğini, ilgisini ve olumlu fikirlerini benden esirgemeyen, yapmış olduğu büyük katkılardan dolayı değerli hocam Prof. Dr. Ali TAMER'e sonsuz teşekkür ederim. Anabilim dalı başkanımız Doç. Dr. Selçuk YAYLACI'ya teşekkür ederim. Tez yazma aşamasındaki karşılaştığım zorluklarda yardımlarını esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Dr. Mustafa KARABACAK ve değerli eşi Dr. Esmâ Seda ÇETİN KARABACAK' a teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her alanında sevgi ve ilgilerini esirgemeyen aileme özellikle anne ve babama teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca çalışmamı hazırlarken her aşamada bana yardımcı olan sevgili eşim Erdem GÜLTEKİN' e teşekkür ederim.

Dr. Bedia Eda Gültekin

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Palyatif Bakım Tanım.....	3
2.1.1. Palyatif bakımın amacı.....	3
2.1.2. Palyatif bakım çalışma ekibi.....	4
2.2. Palyatif Bakım Tarihçesi.....	4
2.3. Türkiye'de Palyatif Bakım.....	5
2.4. Dünyada Palyatif Bakım.....	5
2.5. Palyatif Bakım Modelleri.....	6
2.5.1. Hastane temelli palyatif bakım.....	6
2.5.2. Ev temelli palyatif bakım.....	6
2.5.3.Toplum temelli palyatif bakım.....	7
2.6. Palyatif Bakıma Hangi Hastalar Kabul Edilir.....	7
2.7. Palyatif Bakım Hastalarında Sık Görülen Semptomlar.....	8

3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	12
3.1. Hasta Grubu.....	12
3.2.Rutin Analizler.....	12
3.3.Çalışma Prosedürü.....	13
3.4.İstatistiksel Yöntem.....	13
4.BULGULAR.....	14
5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	38
6.KAYNAKLAR	46
7.EKLER.....	53
8.ÖZGEÇMİŞ.....	54

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	:Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu
ALT	:Alanin aminotransferaz
AST	:Aspartat aminotransferaz
CA	:Kalsiyum
CRE	:Kreatin
CRP	:C-reaktif protein
DM	:Diyabetes Mellitus
DVT	:Derin ven trombozu
ECOG	:Eastern Cooperative Oncology Group
FAST	:Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease
HG	:Hemoglobin
HIV	:Human Immunodeficiency Virus
HT	:Hipertansiyon
IASP	:Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği
IV	:İntravenöz
K	:Potasyum
KAH	:Kronik arter hastalığı
KBY	:Kronik böbrek yetmezliği
KKY	:Konjestif kalp yetmezliği
KOAH	:Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
LDH	:Laktat dehidrogenaz
MCV	:Mean corpuscular volüme
NA	:Sodyum
NRS	:Nutritional Risk Screening
NSAİİ	:Non-steroidal antiinflatuar ilaçlar
P	:Fosfor
PB	:Palyatif Bakım
PCT	:Prokalsitonin

PLT	:Platelet
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences
SVO	:Serebrovasküler olay
TIBC	:Total demir bağlama kapasitesi
TSH	:Troid stimulan hormon
VAS	:Visual Analogue Scale
VB	:Ve benzeri
WBC	:White Blood Corpuscle



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1. Yara-dekübiti olan hastaların malignite ile olan ilişkisi.....	22
Şekil 4.2. SVO olan hastanın malignite ile olan ilişkisi.....	22
Şekil 4.3. Nutrisyon veriliş yollarının malignite ile ilişkisi.....	22



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Demografik veriler.....	15
Tablo 4.2. Hastaların yatışının 1. gün laboratuvar parametreleri.....	16
Tablo 4.3. Palyatif serviste takip edilen parametreler.....	17
Tablo 4.4. Hastaların komorbid özellikleri ile mortalite arasındaki ilişki.....	18
Tablo 4.5. Hastaların kan parametreleri ve mortalite arasındaki ilişki.....	19
Tablo 4.6. Hastaların malignite, svo, demans, yara-dekubit, devir alınan yer, nutrisyon ile mortalite arasındaki ilişki.....	21
Tablo 4.7. Ağrı, ağrı tedavisi, yara ve fizyoterapi ile mortalite arasındaki ilişki.....	23
Tablo 4.8. Tek değişkenli ve çok değişkenli modelde komorbidite ve kan parametrelerinin değerlendirilmesi.....	24
Tablo 4.9. Malignite ile demografik verilerin ve komorbid hastalıkların ilişkisi.....	26
Tablo 4.10. Malignite ve kan parametreleri arasındaki ilişki	27
Tablo 4.11. Hastaların SVO, demans, yara-dekubit, devir alınan yer, nutrisyon özelliklerinin malignite ile ilişkisi.....	28
Tablo 4.12. Ağrı, ağrı tedavisi, fizyoterapi, ECOG skoru, taburculuk durumunun malignite ile ilişkisi.....	29
Tablo 4.13. Hastaların komorbid durumları, kan parametresi ve demografik verilerinin tek ve çok değişkenli modellerle malignite varlığı ile ilişkilendirilmesi.....	30
Tablo 4.14. Nutrisyon çeşitleri ile demografik veriler, komorbid durumlar ve yatış ile ilişkisi.....	32
Tablo 4.15. Hastaların nutrisyon çeşitleri ve hemogram parametreleri arasındaki ilişki.....	33
Tablo 4.16. Hastaların nutrisyon çeşitleri ve hepatik, renal kan parametreleri arasındaki ilişki.....	34
Tablo 4.17. Hastaların nutrisyon çeşitleri ve bazı kan biyokimya parametreleri arasındaki ilişki.....	35
Tablo 4.18. Hastaların nutrisyon çeşitleri ve malignite, SVO, yara-dekubit arasındaki ilişkileri.....	36
Tablo 4.19. Hastaların nutrisyon çeşitleri ve ağrı, ağrı tedavisi,yara, fizyoterapi,ECOG skoru ile ilişkisi.....	37

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Çalışmamızda takip ve tedavileri palyatif bakım servisinde yapılan hastaların retrospektif analizi yapılarak klinik ve demografik özelliklerini, palyatif servise yatış sayılarını, yatış nedenleri, malignite ile ilişkilerini, nütrisyon desteği ihtiyaçları ve hangi yolla sağlandığı, hastalık nedenli ortaya çıkan semptomları ve buna yönelik tedavilerini ayrıntılı bir şekilde incelemeyi amaçlamıştır. Elde edilen verilerin mortalite, malignite ve nütrisyon ile ayrıntılı karşılaştırılması hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Retrospektif yapılan bu çalışmada, 01.01.2020 - 01.01.2022 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde takip edilen 202 hastanın, Hastane Bilgi Sistemi kayıtlarının incelenmesiyle elde edilmiştir. Bu zaman aralığında yatan hastalara ait yaş, cinsiyet, hastanede yatış süresi, malignite varlığı, komorbid hastalıkları, hastanın palyatif servise devir alındığı yer ve taburculuk durumu, ağrı varlığı, var ise ağrısının tedavi şekli, beslenme durumu, nütrisyon ihtiyacı var ise hangi yolla gerçekleştiği, mortalite durumu, ECOG performansı, hemogram değerleri, potasyum, sodyum, kalsiyum, fosfor, albümin, prealbümin değerleri, böbrek fonksiyon değerleri, karaciğer fonksiyon değerleri, tiroid fonksiyon değerleri, enfeksiyon parametreleri, B12 vitamini, folat, ferritin değerleri incelendi.

BULGULAR: Çalışmamızda 106'sı erkek (%52,5) ve 96'sı kadın (%47,5) olmak üzere toplam 202 hasta alındı. Tedavi gören hastaların serviste yatış süresi ortalama 12 gün olarak hesaplandı. Araştırmaya katılan 106 (%52,5) hastanın maligniteye sahip olduğu, 51 (%25,2) hastanın öldüğü, 85 (%42,1) hastanın taburcu edildiği, 46 (% 22,8) hastanın yoğun bakıma alındığı belirlendi. Tek değişkenli modelde mortalite düzeyleri yüksek olan hastalarda malignite oranı, SVO ve demans oranı, parenteral nutrisyon oranı, ağrı varlığı, fizyoterapi alan hastaların oranı, ECOG skoru anlamlı parametrelerinde anlamlı ($p < 0,05$) sonuçlar gözlenmiştir. Malignitesi olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında hastaların yaşı, erkek cinsiyet olmaları, HT, KAH, KKY, Periferik damar hastalığı varlığı açısından anlamlı ($p < 0,05$) sonuçlar elde edilmiştir.

SONUÇ: Yaşlanma, malignite ve benzeri nedenlerle palyatif bakım ünitelerine ihtiyaç, önemli oranda artmakta olup yapılan çalışma, tek merkez esas alınarak sonuçlandırılmıştır.

Anahtar kelimeler: Kanser, mortalite, nütrisyon, palyatif bakım, semptom

ABSTRACT

Retrospective Analysis Of The Data Of Patients Installed In The Palliative Care Unit

INTRODUCTION AND AIM: In our study, a retrospective analysis of the patients whose follow-up and treatment was performed in the palliative care service was performed to determine their clinical and demographic characteristics, the number of hospitalizations in the palliative service, the reasons for hospitalization, their relationship with malignancy, the need for nutritional support and the way it was provided, the symptoms caused by the disease and their treatment. aimed to examine in detail. It was aimed to compare the obtained data with mortality, malignancy and nutrition in detail.

MATERIALS AND METHODS: In this retrospective study, it was obtained by examining the Hospital Information System records of 202 patients followed in the Palliative Care Service of Sakarya University Training and Research Hospital between 01.01.2020 - 01.01.2022. Age, gender, length of hospital stay, presence of malignancy, comorbid diseases, place where the patient was transferred to the palliative service and discharge status, presence of pain, type of treatment of pain, if any, nutritional status, if there is a need for nutrition, mortality status, ECOG performance, hemogram values, potassium, sodium, calcium, phosphorus, albumin, prealbumin values, kidney function values, liver function values, thyroid function values, infection parameters, vitamin B12, folate, ferritin values were examined.

RESULTS: A total of 202 patients, 106 male (52.5%) and 96 female (47.5%) were included in our study. The average length of stay in the service of the treated patients was calculated as 12 days. It was determined that 106 (52.5%) patients participating in the study had malignancy, 51 (25.2%) patients died, 85 (42.1%) patients were discharged, and 46 (22.8%) patients were taken to the intensive care unit. In the univariate model, significant ($p < 0,05$) results were observed in the significant parameters of malignancy rate, CVD and dementia rate, parenteral nutrition rate, presence of pain, rate of patients receiving physiotherapy, and ECOG score in patients with high mortality levels. When the groups with and without malignancy were compared, significant ($p < 0,05$) results were obtained in terms of age, male gender, presence of HT, CAD, CHF, and peripheral vascular disease.

CONCLUSION: The need for palliative care units increases significantly due to aging, malignancy and similar reasons, and the study was concluded on the basis of a single center.

Key words: Cancer, mortality, nutrition, palliative care, symptom

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ölüme neden olan, yaşam süresini kısaltan hastalıkların tanısından itibaren yaşamın sonuna kadar olan zamanı rahat geçirmelerini, yaşam kalitesini arttırmayı ve bu süreçte karşılaşılabilecekleri problemleri minimal düzeye indirmeyi hedefleyen bakım hizmetlerine palyatif bakım (PB) denir (Kandarian ve ark., 2014).

Tüm dünyada palyatif bakım servislerinde ortak amaç; hastalıkla ilgili oluşan problemleri en aza indirmek, mümkün olduğunca tedavi edebilmek ve gerekli nütrisyon desteği verebilmek, hastayı ve bakım sağlayan kişileri, hastalığı ve bakımı konusunda eğitebilmek, hasta ve yakınlarına psikososyal açıdan destek verip hastanın bu süreci olabildiğince rahat geçirmesine yardımcı olmaktır (Palyatif bakım 9 Ekim 2022, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>). Günümüzde yaşam süresinde ve yaşlı nüfustaki hızlı artış, teknolojinin ilerlemesi ve tedavi imkanlarının artması ile birlikte yaşam beklentisinin yükselmesi, dünyada bakıma muhtaç insanların artmasına neden olup, palyatif bakım ünitelerinin önemini daha çok gözler önüne sermektedir (Romirowsky, 2021).

Palyatif bakım servislerinde asıl amaç; hastalık tanısı koyarak var olan hastalığı tedavi etmek değildir. Daha önceden tanısı ilgili birimlerce belirlenmiş, çoğunlukla tedavi edilemeyen hastalıklarda başta ağrı palyasyonu ve diğer gelişmiş olan semptomların giderilmesini, giderilemiyor ise çeşitli yöntemler ile hafifletilmesini amaçlamaktadır. Palyatif bakım sadece onkolojik hastalığa sahip hastaların yatırıldığı servis değildir. Kronik hastalığa sahip veya tanısı olan hastaların ve ailelerinin hayatının bundan sonraki döneminde yaşam kalitelerini arttırmayı hedeflemektedir. Amaç, herhangi bir kronik ve ileri evre hastalığın tanısından hastanın yaşamının sonuna kadar hasta ve yakınlarına yönelik verimli bir plan oluşturmaktır (Silbermann, 2020) (Okan ve ark., 2019).

Yaptığımız çalışmada, üçüncü basamak bakım hizmeti veren bir merkezde palyatif bakım servisinde yatan hastaların yatış nedenleri, hastanede kalış süreleri, malignite ve kronik hastalıkları ile ilişkilerini, nütrisyon desteği ihtiyaçları ve hangi yolla

sağlandığı, hastalık nedeni ortaya çıkan semptomları ve buna yönelik tedavilerini, hastaların palyatif servisinde yatarken görülen kan parametrelerini, taburculuk durumları ve tümüyle ilişkili verilerin mortalite, malignite ve nütrisyon ile ayrıntılı karşılaştırılması amaçlamıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım Tanım

Palyatif bakımın kökenini oluşturan "Palliate (Palliare)" latince kökenli bir kelimedir. Anlamı ise koruyucu, tamamlayan olarak tanımlanmaktadır. İngilizce terminolojisinde ise “Palliative” azaltıcı, yatıştırıcı, geçici çare anlamına gelmektedir. Amaç hastalıkta kür sağlamak, hastalığı ortadan kaldırmak değildir. Hastalığa bağlı gelişen semptomları giderebilmek, gerçekleştirilemiyor ise hafifletebilmek, hasta, bakım sağlayan kişi ve hasta yakınlarına psikososyal destek sağlamak ve hastaların yaşam sonuna kadar mümkün olabildiğince kaliteli bir yaşam sürdürmelerini sağlamak temel hedefler arasındadır (Çifci, 2021).

Palyatif kelimesinin Türk Dil Kurumundaki tanımında ise “geçici ve kesin çözüm sağlamayan; hastalığı tamamen iyileştirememekle birlikte yatıştırıcı özellikte ve etkisi geçici olan ilaç veya tedavinin bütünü” şeklinde tanımlanmıştır.

Palyatif bakım desteği, hastanın ölümüne kadar geçen bu süreçte mümkün olduğunca kaliteli bir şekilde yaşamasına olanak sağlayacak bir destek sistemi sağlar. Hastanın yaşam kalitesini arttıran bir uygulama olup ve hastalığın seyrini olumlu yönde etkilemeyi hedeflemektedir. Hasta ve hasta ile ilgilenen yakınlarına, hasta bakımında ve geçirdiği bu süreçte psikolojik ve manevi destek sağlayabilmek palyatif bakımın amaçlarından biridir (Borasio, 2011; Çifci, 2021).

2.1.1. Palyatif bakımın amacı

Palyatif bakımın asıl amacı;

- Hastalarda oluşan hastalık kaynaklı semptomları önlemek,
- Ölenemeyen durumlarda oluşan semptomları (ağrı, dispne, iştahsızlık, kusma, kabızlık vs) en aza indirmek ve tedavi etmek,
- Hastaya göre belirlenecek beslenme desteğini sağlamak,

- Hastayı ve yakınlarını hastalık nedenli oluşan semptomlar ve hastalığın bakımı konusunda bilgilendirmeyi amaçlamak,
- Hastaya ve yakınlarına psikolojik ve manevi yönlerden destek verip hastanın yaşamın sonuna kadar olan sürecinde daha kaliteli yaşam sürdürmesini sağlamaktır.

Palyatif bakımda amacımız, ölümü zamanını hızlandırmak ya da ertelemek olmamalıdır. Palyatif bakımda ölüm normal bir sürecin bir parçasıdır. Önemli olan geçirilen yaşamın ne kadar kaliteli olduğudur (Palyatif bakım 9 Ekim 2022, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>).

2.1.2. Palyatif bakım çalışma ekibi

Palyatif bakım, çeşitli disiplinler arası kişiler topluluğu olup iletişim ve koordinasyonun sağlanması ile birlikte iyi bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Palyatif bakımın temel özelliği multidisipliner bir yaklaşımın varlığıdır. Palyatif bakım ekibindeki bütün üyeler tecrübeli ve eğitilmiş sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Medikal onkolog, uzman klinik hemşire, algoloji uzmanı, psikiyatrist, göğüs hastalıkları uzmanı, din görevlisi, beslenme uzmanı, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı gibi ekip üyeleri palyatif bakım ekibini oluşturur (Fernando ve Hughes, 2019). Hastanın klinik durumu göz önüne alınarak ve hastalık sürecine göre ekip üyeleri belirlenmektedir.

2.2. Palyatif Bakım Tarihçesi

Başlangıç fikrinde palyatif bakım, küratif tedaviden fayda göremeyeceği düşünülmüş olan hastaların son dönemlerini daha rahat ve oluşan problemleri en aza indirebilecek bir şekilde geçirebilmesini sağlamaya yönelik bir bakım modeli (Hospis) olarak ortaya çıkmıştır (Gültekin ve ark., 2010; Madden ve ark., 2015).

İlerleyen zaman içinde anlaşılmış ki palyatif bakımı küratif tedavi ile birlikte sağlayabilmek ve ölmeden önce hastayı ve yakınlarını bu sürece hazırlamak ve bu süreçte psikolojik ve manevi yönden destek olmak daha anlamlı sonuçlar sunmuştur (Çifci, 2021).

Palyatif bakım ile ilgili uygulamalar ilk olarak 11.yy da karşımıza çıkmaktadır. Daha çok dini hizmetlerde çalışan gönüllü kişilerin yaptığı bir uygulama olarak bahsedilmektedir. 1842’de Fransa’da Jeanne Garnier adındaki hemşire tarafından son dönem hastalarına bakım verebilecek hospis merkezi kurulmuştur. 1967 yılında ise İngiltere’de Dame Cicely Saunders adındaki hemşire tarafından ise modern anlamda ilk defa son dönemdeki hastalara bakım hizmetine başlanmıştır (Kavşur ve Sevimli, 2020).

2.3. Türkiye’de Palyatif Bakım

Ülkemizde palyatif bakım servisi ihtiyacı olmasına rağmen, kültürel oluşum sebebiyle bakıma ihtiyacı olan kişilerin bakımlarının evde aileleri tarafından yapılmasından dolayı palyatif bakım ünitelerinin kuruluşu yakın tarihe dayanmaktadır (Gültekin ve ark., 2010).

Türkiye’de 1989 yılında Türk Onkoloji Grubu tarafından palyatif bakım çalışmaları başlatılmıştır. Öncelikle kanser hastalarına ve hastalık kaynaklı gelişen semptomların tedavilerine yönelik olarak algoloji departmanlarında “Palyatif Bakım Birimleri” oluşturulmaya başlanmıştır. Ancak 1993- 1997 yıllarında Türk Onkoloji Vakfı öncülüğünde palyatif bakım veren bir kuruluş olan “Kanser Bakımevi” İstanbul’da hastaları değerlendirmeye başlamıştır (Kıvanç, 2017). Hastane temelli ise ilk düzenleme Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 2010 yılında yapılmıştır (Akpınar, 2019).

2.4. Dünyada Palyatif Bakım

Yaşadığımız şu dönemde bile birçok ülkede palyatif bakım hizmetlerine yönelik çalışmalar ve projeler yürütülmekte olup, palyatif bakımın sağlık sistemine düzenli ve faydalı bir biçimde entegrasyonu dünyada sadece 20 ülkede gerçekleşmiştir (Palyatif bakım 9 Ekim 2022, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>). Birçok ülkede Palyatif bakım hizmeti verilmesine rağmen gelişmekte olan- gelişmiş ülkeler arasında bu durum farklılık göstermektedir.

2008 yılında dünya çapında yapılan bir çalışmada; palyatif bakım hizmetleri dört grup altında tanımlanmıştır;

- “Grup 1” palyatif bakım hizmeti olmayan ülkelerin oluşturduğu grup;
- “Grup 2” Türkiye’nin de içinde bulunduğu palyatif bakım hizmetlerinin yapılandırılma sürecindeki ülkelerin oluşturduğu grup;
- “Grup 3” palyatif bakım hizmeti yerel veya bölgesel desteklerle sağlanan ülkelerin oluşturduğu grup;
- “Grup 4” var olan dinamik sağlık sistemi ile entegre edilmiş palyatif bakım servisleri olan ülkelerin oluşturduğu grup şeklinde belirtilmiştir (Wright ve ark., 2008).

2.5. Palyatif Bakım Modelleri

Palyatif bakım modellerinin tamamındaki asıl hedef; hastaya ve hasta yakınlarına uygun fiziksel, psikolojik ve manevi yönlerden uygun desteğin sağlanabilmesidir (Bedük, 2015).

Palyatif Bakım modelleri ise üç ana grup altında incelenmektedir.

2.5.1.Hastane temelli palyatif bakım

Günümüzdeki bilinen genel hasta servisleri, özellikle hastalar ve son dönem kanser hastaları için uygun olmayabilmektedir. Bu nedenle ülkemizde de dahil hastane temelli palyatif bakım hizmetleri günümüzde hızla artmıştır. Bu durum özellikle var olan hastalık nedeniyle oluşan semptomlardan şikayet eden ve temel gereksinimlerinin karşılanmasında yetersiz olunan hastaların bakım kalitesini arttırmayı sağlamıştır (Center to Advance Palliative Care Abstracts Author Index, 2010).

2.5.2. Ev temelli palyatif bakım

Ev temelli palyatif bakımda amaç ise hastanede verilebilecek olan palyatif bakım desteğinin mümkün olabildiğince hastanın kendi evinde sağlanmasıdır. Hasta, palyatif bakım desteğine her zaman ulaşabilir. Ev temelli palyatif bakım modellerinde istenilen başarı ise hastanede var olan palyatif bakım üniteleri ile kesintisiz koordinasyonlu çalışılarak ulaşabilmektedir.

2.5.3. Toplum temelli palyatif bakım

Aktif hareketliliği kısıtlanmamış tedavi edilebilecek hastalar için oluşturulmuş bakım sistemidir. Düşük maliyetle bu bakımların gerçekleştirilmesinden dolayı son yıllarda daha da ön plana çıkmıştır (Bruera ve ark., 2015). Toplum temelli palyatif bakım amacıyla kurulan bu kliniklerde semptomların sorgulanması ve gerekli tedavinin sağlanması, hastaların beslenmesinin uygun yollar ile desteklenmesi gibi uygulamaların yanında manevi olarak hasta ve yakınları desteklenmekle birlikte, hastanın ailesine hastalarının bakımın nasıl sağlayacağı konusunda da eğitim verilebilmektedir (Silbermann, 2020).

2.6. Palyatif Bakıma Hangi Hastalar Kabul Edilir?

Palyatif bakım servisinde, bakıma ihtiyaç duyan hastalarda medikal ve medikal dışı tedaviler ile birlikte hastalığın neden olduğu şikayetlerin giderilmesi veya azaltılması, hastanın son ana kadar kaliteli yaşam sürdürmesi hedeflenmektedir. Ülkemizde 2013 yılında İzmir Kamu Hastaneleri Birliğinde ilk ‘Palyatif Bakım Çalıştayı’ gerçekleştirilmiş olup, bu çalıştayda palyatif bakım ünitesine kabul edilecek olan hastaların yatış endikasyonları belirlenmiştir. Bu kriterlere göre hastanın palyatif servise yatış uygunluğu değerlendirilmektedir.

- Tedaviye rağmen VAS (Visual Analogue Scale) ağrı skalası ≥ 5 olan, ağrı nedeniyle uyku düzeni bozulan, istirahat halinde iken ağrı şikayeti devam etmekte olan ve oluşabilecek yan etkiler sebebiyle medikal tedavi uygulanamayan hastalar,
- Nutritional Risk Screening 2002 beslenme skoru ≥ 3 olan, son 6 ay içinde %10’dan fazla kilo kaybı belirten, hiç oral alamayan bu nedenle enteral ya da parenteral nütrisyon desteğine ihtiyaç duyulan hastalar,
- Enfekte veya tedaviye dirençli olarak görülen Evre III- IV dekübiti olan hastalar,

- Multifaktöriyel nedenlere dayanan deliryum tanısı almış olan hastalar
- Geriatrik belirti ve bulguları ortaya çıkan hastalar
- Evre IV kalp yetersizliği olan ileri hastalar,
- Tedavi almasına rağmen klinik durumu ve laboratuvar parametreleri bozulan ve şikayetleri artan Karnofsky performans skoru <%70 olan, onkolojik acilleri gelişen, son 3 ay içinde 2 defadan fazla pnömoni enfeksiyonu geçirmiş olan, yaşam süresi beklentisi 6 aydan kısa olarak değerlendirilen ve cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavileri almalarına rağmen hastalığı ilerleyen onkoloji hastaları,
- Tedaviye dirençli ve kronikleşen son dönem akciğer hastalıkları mevcut olan hastalar,
- Günlük rutinde akut olarak değişiklik gelişmiş olan demans hastaları: Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease Sınıflandırılmasına göre Evre 7 ve üzeri olan hastalar ve günlük aktivitelerinin en az 3 tanesini yardım alarak yapabilen hastalar,
- Kronik nörolojik hastalığa sahip olup (Hipoksik iskemik ensefalopati, İnme, Parkinson hastalığı, Amyotrofik Lateral Skleroz, Multipl Skleroz vb.) beslenme bozukluğu, dekübit yarası, üriner enfeksiyon, pnömoni, öz bakımlarında azalma vb) tabloların geliştiği hastalar,
- Tükenme Sendromu'na girmiş terminal dönem HIV hastalığına sahip olanlar (Palyatif bakım 9 Ekim 2022, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>)

2.7. Palyatif Bakım Hastalarında Sık Görülen Semptomlar

Ağrı; vücudun belli bir bölgesinden kaynaklandığı düşünülen, doku hasarına bağlı, hoş olmayan bir duyu ve davranış şekli olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalar, terminal dönem kanser hastalarında %60-90 oranında orta ve şiddetli ağrı şikayetlerinin olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak hastaya uygun ağrı tedavisi

düzenlendiğinde kanser hastalarının %90'ında yeterli rahatlamaya ulaşılmaktadır. En sık kullanılan ağrı skorlama sistemi Vizüel Analog Skala (VAS)'dır (Benli ve Erbesler, 2016; Klein ve ark., 2011). Çoğunlukla opioid olmayanlar, zayıf ve güçlü opioidler, steroid olmayan antiinflatuvar ilaçlar (NSAİİ) kullanılabilir.

Yorgunluk; kişide herhangi bir iş yaparken bitkinlik, güçsüzlük ve yeterli enerjinin hissedilmemesi şeklindedir. Kanser tanısı veya kanser tedavisi sırasında ve sonrasında yaygın ve sürekli yorgunluk hissidir. Bu his geçici olmamakla birlikte dinlenmeyle hafiflemesi beklenen bir sonuç değildir. Kanser ya da yaşamı tehdit eden hastalıkların tedavisi sonrası, kişinin tedavisinin tamamlanmasına rağmen bazen yıllar sürebilen kronik yorgunluk semptomlarının olduğunu bildirmektedirler. Palyatif bakım hastalarında yorgunluğun psikolojik nedenleri arasında ise anksiyete ve depresyon en çok yer alan nedenler arasındadır (Jones ve ark., 2004).

Dispne; çeşitli nedenlerle zor ve rahat soluyama olarak tanımlanır. Kanser hastalarında ise %50-85 oranında görülen semptomlar arasında yerini almaktadır. Dispnenin nedenleri arasında ise pulmoner tümörler veya metastazlar, anemi, plevral efüzyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), çeşitli nedenlerle ağrı, pnömoni ve kalp problemleri bulunur. Tanı için en önemli kriterler hastadan alınan anamnez, fizik muayene ve istenen radyolojik tetkiklerdir (Jones ve ark., 2004; Klein ve ark., 2011). Gelişecek dispne semptomu için farmakolojik tedavi yöntemi seçenekler arasındadır.

Bulantı ve kusma; çeşitli nedenlere mide içeriğinin karın kaslarının kasılmasıyla tersine dışarı çıkarılması, bulantı kusma öncesi hissedilen rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır. Başlıca gastrointestinal obstrüksiyonlar, böbrek yetersizliği, merkezi sinir sistemi hastalıkları, vestibüler sorunlar, karaciğer patolojileri, ilaçların istenmeyen etkileri gibi birçok neden bulantı ve kusmaya neden olabilmektedir. Bu durum gelişen nedenlere göre tedavi edilmelidir (Klein ve ark., 2011).

Konstipasyon; bağırsaklardan geçen gaitanın sert ve zor geçişi ile karakterize oluşan gaitanın çıkışında zorlanma olarak tanımlanır. Yetersiz sıvı alınması ve liften fakir gıda ile beslenmek, fiziksel aktivitede azalma, gastrointestinal motilitenin yavaşlaması, kolonda yer kaplayan tümoral varlık, diyabet varlığı, dehidratasyon, ileus, hipotiroidi, opiatlar, antikolinergik ilaçlar, antihipertansif ilaçlar ve diüretikler

kabızlığa sebep olan nedenler arasındadır (Sedef ve Güler, 2020). Oral yolla beslenebilen hastalar için lif içeriği fazla gıdaların ve sıvının arttırılması, fiziksel hareketliliğin arttırılması farmakolojik olmayan tedavi seçenekleri olup farmakolojik tedavide ise laktüloz, magnezyum bileşikleri, senna alkaloidleri kullanılmaktadır (Forootan ve ark., 2018).

Ödem; ileri evre kanser hastalarında kanser tedavisinden kaynaklanabilecek lenf blokajı, derin ven trombozu (DVT) yaratan nedenler, böbrek veya kalp yetmezliği ve hipoalbuminemi gibi nedenler ödeme neden olabilmektedir (Bar-Sela ve ark., 2010). Palyatif bakım ortamında subkutanöz drenaj tedavi dirençli vakalarda rahatlama sağlayabilir.

İştahsızlık ve kaşeksi; bu şikayetlerin semptomlarının patogenezi hakkında az şey bilinmektedir (Ross ve Alexander, 2001). Sitokinler, interferonlar ve tümör nekroz faktörlerinin sorumlu olduğu düşünülmektedir. İştahsızlık ve kaşeksinin tedavi edilebilir nedenleri arasında ise geçmeyen ağrı, ağız içi oluşan problemler, gastrointestinal motilite ile ilgili sorunlar, reflü ve özofajit şikayetleri bulunur. Tedavisinde ise farmakolojik ve nonfarmakolojik yaklaşımlar kullanılmakta olup tedavide; deksametazon, megestrol asetat, dronabinol, androjenler seçilecek yöntemler arasındadır (Ross ve Alexander, 2001)(Onkolojide Destek Tedaviler ve Semptom Yönetimi, 2021).

Basınç yaraları; kemik çıkıntılarının olduğu bölgelerde veya kullanılan cihazla ilişkili oluşan basıncın sebep olduğu deri veya deri altı doku hasarına bağlı gelişen yaralardır. Uzun süreli basıncın sonucu olarak ortaya çıkan yaralanmalardır. Palyatif bakımda takip edilen hastaların fiziksel aktivitenin azlığı bası ülserleri oluşması açısından önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır (Dincer ve ark., 2018). Bası yaralarının tedavisindeki en temel hedef yaraları önlemek ve gelişebilecek komplikasyonları geciktirmek olmalıdır. Bası ülserlerinin evrelendirmesi şu şekilde özetlenmiştir.

Evre 1 basınç yarası; intakt olan deri tabakasında basmakla solmayan kızarıklık olarak tanımlanmaktadır. Çoğunlukla kemik çıkıntıları üzerindeki görülen, deri bütünlüğü korunmuş basmakla solmayan hiperemi vardır.

Evre 2 basınç yarası; bütönlüğü bozulmuş dermis tabakası ile birlikte kısmi kalınlıkta deri erozyonu söz konusudur. Yara yatağı canlı, pembe, nemli ve bütönlüğü korunmuş veya rüptüre bül olarak da karşımıza çıkmaktadır. Yağ dokusu ve derin dokular görölmemektedir. Granölasyon dokusu mevcut değildir.

Evre 3 basınç yarası; tüm katmanlarda deri kaybı oluşur. Epidermisi ve dermisi içeren tam katmanlı deri kaybı gerçekleşir. Sıklıkla yuvarlak yara kenarlarına rastlanır. Kabuklaşmış deri ve/veya eskar görölebilmektedir. Fasial, kas, ligament, kıkırdak ve kemik oluşumları intaktır.

Evre 4 basınç yarası; tam kat deri ve doku kaybı mevcuttur. Açığa çıkmış kıkırdak ya da kemik ile birlikte tam kat deri kaybı vardır. Fistül oluşması sıklıkla ortaya çıkmaktadır (Edsberg ve ark., 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunca onaylanan (karar no: E-71522473-050.01.04-113305-60 sayılı tarih: 04.03.2022) bu çalışma retrospektif olarak Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Palyatif Bakım servisinde 1 Ocak 2020 ile 1 Ocak 2022 tarihlerinde takip edilen hastaların verileri incelenerek düzenlenmiştir. Veriler; hastanemizin otomasyon sistemi, kişisel günlük hasta epikrizleri ve arşiv dosyalarından elde edilmiştir.

3.1. Hasta Grubu

Çalışmaya 202 hasta dahil edilmiştir.

Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 1) 18 yaş ve üstü hastalar
- 2) Palyatif bakım servisinde takip edilmiş olması

Hastaların çalışmaya alınmama kriterleri:

- 1) 18 yaş altı hastalar
- 2) Hastanın 100 yaş üstü olması
- 3) Palyatif bakım servisinde takip edilmemiş hastalar
- 4) Yetersiz ve eksik dosya verisi olan hastalar

3.2. Rutin Analizler

Wbc, hgb, mcv, lenfosit, nötrofil, plt., üre, kreatin, ALT, AST, Na, K, CA, P, albumin, prealbumin, crp, pct, sedimentasyon, b12 vit, folat, demir, TIBC, ferritin, TSH değerlerine bilgisayar otomasyon sisteminden ulaşılmıştır.

3.3. Çalışma Prosedürü

Bu çalışma; Ocak 2020 Ocak 2022 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde yatan hastaların retrospektif olarak elde edilen kayıtlarına dayalı yapılmış bir araştırmadır. Çalışmamızda, palyatif bakım servisinde takip edilen hastaların klinik ve demografik özelliklerini, palyatif servise yatış sayılarını ve sürelerini, malignite ve kronik hastalıkları ile ilişkilerini, nütrisyon desteği ihtiyaçlarını ve hangi yolla sağlandığı, hastalık nedenli ortaya çıkan semptomları ve buna yönelik tedavilerini, hastaların kan parametrelerini ve taburcu olma durumlarını ayrıntılı bir şekilde incelemeyi amaçlamıştır. Elde edilen verilerin mortalite, malignite ve nütrisyon ile ayrıntılı karşılaştırılması amaçlanmıştır. Hastane elektronik kayıt sisteminde bilgileri yetersiz olan hastalar, 18 yaşından küçük hastalar, 100 yaşından büyük olan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Hastalara ait cinsiyet, yaş, hastanede yatış süresi, palyatif servise yatış sayısı, yaşam süresi, malignite varlığı, kronik hastalık varlığı, nütrisyon ihtiyacı, hayatta kalma durumu, dekübit-yara varlığı, ECOG performans durumu, wbc, Hgb, mcv, lenfosit, nötrofil, plt, üre, kreatin, ALT, AST, Na, K, CA, P, albumin, prealbumin, crp, pct, sedimentasyon, b12 vitamin, folat, demir, TIBC, ferritin, TSH değerleri hastane otomasyon sistemi kullanılarak geriye dönük incelenmiştir. Hastalarla görüşme, konuşma, anket ve gözlem gibi bir temas olmamıştır.

3.4. İstatistiksel Yöntem

İstatistiksel verilerde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov test ile değerlendirilmiştir. Nicel bağımsız verilerin analizinde ANOVA (Tukey test), bağımsız örneklem t test, Kruskal-wallis, mann-whitney u test kullanılmıştır. Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare testinden yararlanılmıştır. Etki düzeyi tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon ile yapılmıştır. Korelasyon analizinde spearman korelasyon analizi yapılmış olup tüm verilerde SPSS 28.0 programından yararlanılmıştır.

4.BULGULAR

Çalışmamıza alınan hastaların demografik verileri tablo 4.1’de özetlenmiştir. Çalışmamıza toplam 202 hasta dahil edilmiştir. Hastaların %47,5’i (n:96) kadın cinsiyete sahiptir. Hastaların ortalama yaşı median 68,5(min-max;26-96) bulundu. Hastaların %87,1’i bir kez palyatif servis yatışı olup, yatış sıklığı 1 ile 6 kez arasında değişmektedir. Hastaların yatış günü median 12 (2-175) gün olup, komorbiditesi olan hastalar %78,7’yi oluşturmaktadır. Hastaların %21,8’inde diyabet, %47,5’ inde hipertansiyon, %37,8 inde konjestif kalp yetmezliği mevcuttur. Çalışmamızdaki hastaların % 52,5’inde malignite eşlik etmektedir. Hastaların nütrisyon değerlendirilmesi yapıldığında % 26,7 hastada oral beslenme, %36,6 hastada parenteral ,%36,6 hasta ise enteral beslenme ile takip edilmekteydi. Hastaların %29,2’sinde dekübit yarası mevcuttur.

Tablo 4.1. Demografik veriler

		Min-Mak		Medya n	Ort.±ss/n-%	
Yaş		26,0	- 96,0	68,5	68,3	± 15,2
Cinsiyet	Kadın				96	47,5%
	Erkek				106	52,5%
Palyatif Yatış Sayısı	0				1	0,5%
	I				176	87,1%
	II				14	6,9%
	III				9	4,5%
	V				1	0,5%
	VI				1	0,5%
Yatış Süresi (Gün)		2,0	- 175,0	12,0	18,9	± 22,2
Komorbidite	(-)				43	21,3%
	(+)				159	78,7%
DM					44	21,8%
HT					96	47,5%
KAH					48	23,8%
KKY					76	37,6%
KBY					53	26,2%
Periferik Damar Hastalığı					21	10,4%
Koah-Astım					30	14,9%
Malignite	(-)				96	47,5%
	(+)				106	52,5%
Nütrisyon	Oral				54	26,7%
	Parenteral				74	36,6%
	Enteral				74	36,6%
Yara-Dekübit	(-)				143	70,8%
	(+)				59	29,2%

Çalışmamıza alınan hastaların palyatif servise yatışının birinci gününde bakılan hemogram ve biyokimya testlerindeki sonuçlar Tablo 4.2 de belirtilmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların yatışının 1. gün laboratuvar parametreleri

	Min-Mak		Medya n	Ort.±ss	
WBC	1,3	- 39,3	9,2	10,2	± 5,2
HG	5,1	- 15,0	9,9	10,1	± 1,8
MCV	67,1	- 104,0	89,7	89,4	± 5,7
Lenfosit	0,0	- 32,0	1,1	1,4	± 2,3
Nötrofil	0,2	- 26,3	6,9	7,9	± 4,6
PLT	7,0	- 791,0	226,5	250,8	± 141,2
ÜRE	7,0	- 266,0	48,0	62,3	± 43,8
CRE	0,1	- 9,3	0,7	0,9	± 1,0
NA	116,0	- 159,0	136,0	136,2	± 6,3
K	1,8	- 7,2	4,0	4,0	± 0,7
CA	4,4	- 13,5	8,3	8,3	± 1,0
P	1,0	- 12,2	3,2	3,4	± 1,3
AST	9,0	- 415,0	26,0	51,3	± 67,5
ALT	1,0	- 306,0	18,0	35,2	± 44,3
Albumin	1,3	- 4,2	2,6	2,6	± 0,6
Prealbumin	0,0	- 3,4	0,1	0,1	± 0,2
CRP	3,0	- 324,0	62,1	81,2	± 71,2
PCT	0,0	- 52,0	0,2	1,8	± 5,3
Sedimantasyon (1.Saat)	5,0	- 123,0	59,0	59,2	± 28,9
B12	108,0	- 6000,0	565,0	980,7	± 1125,8
Folat	0,8	- 40,0	5,8	7,4	± 5,9
Demir	0,0	- 210,0	32,0	39,6	± 31,9
TIBC	48,0	- 429,0	190,0	196,6	± 75,0
Ferritin	5,9	- 32000,0	447,0	1309,5	± 3442,5
TSH	0,0	- 49,0	1,2	2,4	± 4,9

Hastaların yatışı sırasında hangi birimden devir alındığı incelendiğinde hastaların % 54,5'i diğer yataklı servislerden %29,7' si ise yoğun bakımlardan devir alınmıştır. Acil servisten palyatif servise yatış yapılan hasta oranı ise %2 olup en az hasta alınan bölüm olmuştur. Palyatif serviste takip edilen hastaların %25,2 'si hayatını kaybetmiş olup, %42,1'i evde takip edilmek üzere taburcu edilmiştir. Hastaların yatış sonrası ağrı değerlendirilmesi yapılmış olup %63,4' ünde ağrı mevcut olup %19,8' inde demans

ve serebrovasküler olaylara bağlı ağrı değerlendirilmesi yapılamamıştır. Hastaların %56,4'ünde ağrı tedavisinde intravenöz tedavi olarak uygulanmıştır. Yara evrelemesi yapılan hastalarda en düşük görülen yara evresi Evre V % 3,3 olarak bulunmuştur. Hastaların %25,7'si fizyoterapi uygulamasından yararlanmıştır. Hastaların % 86,1'i ise ECOG sıralamasında Evre 4 olarak tanımlanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Palyatif serviste takip edilen parametreler

		n	%
Devir Alınan Yer	Ev	28	13,9%
	Acil	4	2,0%
	Servis	110	54,5%
	YBÜ	60	29,7%
Ağrı	(-)	128	63,4%
	(+)	34	16,8%
	Bilinmiyor	40	19,8%
Ağrı Tedavisi	Yok	63	31,2%
	Oral	8	4,0%
	IV	114	56,4%
	IM	2	1,0%
	Epidermal	15	7,4%
Yara	(-)	141	69,8%
	(+)	61	30,2%
Yara Evresi	I	16	26,2%
	II	16	26,2%
	III	14	23,0%
	IV	13	21,3%
	V	2	3,3%
Fizyoterapi	Almadı	150	74,3%
	Aldı	52	25,7%
ECOG Skoru	I	2	1,0%
	II	8	4,0%
	III	18	8,9%
	IV	174	86,1%
Taburculuk Durumu	Ölüm	51	25,2%
	Ev	85	42,1%
	YBÜ	46	22,8%
	Servis	20	9,9%
Mortalite	(-)	151	74,8%
	(+)	51	25,2%

Çalışmamızdaki hastalar arasındaki mortal olan ve olmayan gruplar arasında hastaların yaşı, cinsiyet dağılımında ($p>0,05$) farklılık görülmemektedir. Mortal olan ve olmayan gruplar arasında palyatife yatış sayısı, yatış süresi, komorbite hastalık oranı ($p>0,05$) farklılık izlenmemiştir. Mortal seyreden ve seyretmeyen hasta grupları arasında DM, KAH, KBY, periferik damar hastalığı, KOAH-Astım oranı anlamlı ($p>0,05$) farklılık görülemezken birlikte mortal seyreden grupta HT, KKY oranı mortal seyretmeyen gruptan ($p<0,05$) olarak daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hastaların komorbid özellikleri ile mortalite arasındaki ilişki

		Mortalite (-)			Mortalite (+)			P	
		Ort.±ss/n-%		Medyan	Ort.±ss/n-%		Medyan		
Yaş		69,1	± 15,8	71,0	66,2	± 13,1	64,0	0,109	m
Cinsiyet	Kadın	69	45,7 %		19	37,3 %		0,293	X ₂
	Erkek	82	54,3 %		32	62,7 %			
Palyatife Yatış Sayısı	0	1	0,7%		0	0,0 %		0,103	X ₂
	I	128	84,8 %		48	94,1 %			
	II	12	7,9%		2	3,9 %			
	III	8	5,3%		1	2,0 %			
	V	1	0,7%		0	0,0 %			
	VI	1	0,7%		0	0,0 %			
Yatış Süresi (Gün)		19,4	± 23,6	13,0	17,4	± 17,5	11,0	0,668	m
Komorbite	(-)	33	21,9 %		10	19,6 %		0,735	X ₂
	(+)	118	78,1 %		41	80,4 %			
DM		36	23,8 %		8	15,7 %		0,223	X ₂
HT		80	53,0 %		16	31,4 %		0,008	X ₂
KAH		39	25,8 %		9	17,6 %		0,235	X ₂

Tablo 4.4. Hastaların komorbid özellikleri ile mortalite arasındaki ilişki (devamı)

	Mortalite (-)		Mortalite (+)		p	
	Ort.±ss/n-%	Medyan	Ort.±ss/n-%	Medyan		
KKY	64	42,4 %	12	23,5 %	0,016	X ₂
KBY	36	23,8 %	17	33,3 %	0,183	X ₂
Periferik Damar Hastalığı	17	11,3 %	4	7,8 %	0,490	X ₂
Koah-Astım	23	15,2 %	7	13,7 %	0,794	X ₂

^m Mann-whitney u test / ^{X²} Ki-kare test

Mortal seyreden ve seyretmeyen hasta grupları arasında HG, MCV, ÜRE, CRE, NA, K, CA, P, ALT, sedimentasyon, folat, demir, TIBC, ferritin, TSH değeri anlamlı (p>0,05) farklılık yoktur. Mortal seyreden grupta WBC, nötrofil, AST, CRP, PCT, B12 değeri mortal seyretmeyen gruptan (p<0,05) olarak daha yüksek görülmüştür. Mortal seyreden grupta lenfosit, PLT, albumin, prealbumin değeri mortal seyretmeyen gruptan (p<0,05) daha düşük olarak görülmüştür (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hastaların kan parametreleri ve mortalite arasındaki ilişki

	Mortalite (-)			Mortalite (+)			p	
	Ort.±ss	Med	yan	Ort.±ss	Med	yan		
WBC	9,6 ± 4,9	8,8		12,0 ± 5,7	10,8		0,001	m
HG	10,1 ± 1,7	9,9		10,1 ± 1,8	9,6		0,788	m
MCV	89,5 ± 5,7	90,0		89,1 ± 5,9	88,8		0,414	m
Lenfosit	1,5 ± 2,7	1,2		1,0 ± 0,7	0,8		0,025	m
Nötrofil	7,2 ± 4,2	6,2		9,8 ± 5,4	8,3		0,001	m
PLT	261,0 ± 133,6	240,0		220,5 ± 159,1	178,0		0,013	m
ÜRE	59,8 ± 42,1	46,0		69,8 ± 48,1	64,0		0,212	m
CRE	0,9 ± 0,7	0,7		1,2 ± 1,6	0,8		0,195	m

Tablo 4.5. Hastaların kan parametreleri ve mortalite arasındaki ilişki (devamı)

	Mortalite (-)			Mortalite (+)			p	
	Ort.±ss		Med yan	Ort.±ss		Med yan		
NA	136,3	± 6,3	136,0	136,2	± 6,3	135,0	0,751	m
K	4,0	± 0,7	4,0	4,0	± 0,8	4,1	0,483	m
CA	8,4	± 1,0	8,4	8,2	± 1,1	8,1	0,204	m
P	3,3	± 1,2	3,2	3,5	± 1,5	3,2	0,763	m
AST	45,7	± 65,4	25,0	67,9	± 71,4	43,0	0,001	m
ALT	33,6	± 45,8	17,0	40,1	± 39,3	23,0	0,063	m
Albumin	2,7	± 0,6	2,7	2,4	± 0,5	2,4	0,001	m
Prealbumin	0,13	± 0,28	0,10	0,08	± 0,11	0,07	0,000	m
CRP	74,8	± 70,2	49,0	100,2	± 71,5	84,0	0,006	m
PCT	1,7	± 5,8	0,2	2,1	± 3,3	0,8	0,000	m
Sedimentasyon (1.Saat)	59,6	± 29,1	59,0	58,0	± 28,4	61,0	0,727	t
B12	890,6	± 1024,6	543,0	1254,5	± 1365,1	806,5	0,011	m
Folat	7,6	± 6,4	5,8	6,9	± 3,8	5,7	0,988	m
Demir	39,5	± 33,1	31,0	40,2	± 28,3	36,0	0,513	m
TIBC	201,1	± 73,9	197,5	182,7	± 77,5	170,0	0,110	m
Ferritin	1411,7	± 3907,5	436,5	992,1	± 1095,1	497,0	0,414	m
TSH	2,4	± 4,8	1,1	2,4	± 5,3	1,2	0,920	m

^t Bağımsız örneklem t test / ^m Mann-whitney u test

Mortal seyreden hasta grubundaki hastalarda malignite oranı, mortal seyretmeyen hastalar arasında ($p<0,05$) daha yüksek görülmüştür. Mortal seyreden gruptaki hastaların SVO, demans oranı, mortal seyretmeyen hastalar arasında ($p<0,05$) daha düşük görülmüştür (Şekil4.2). Mortal seyreden ve mortal seyretmeyen hasta grupları

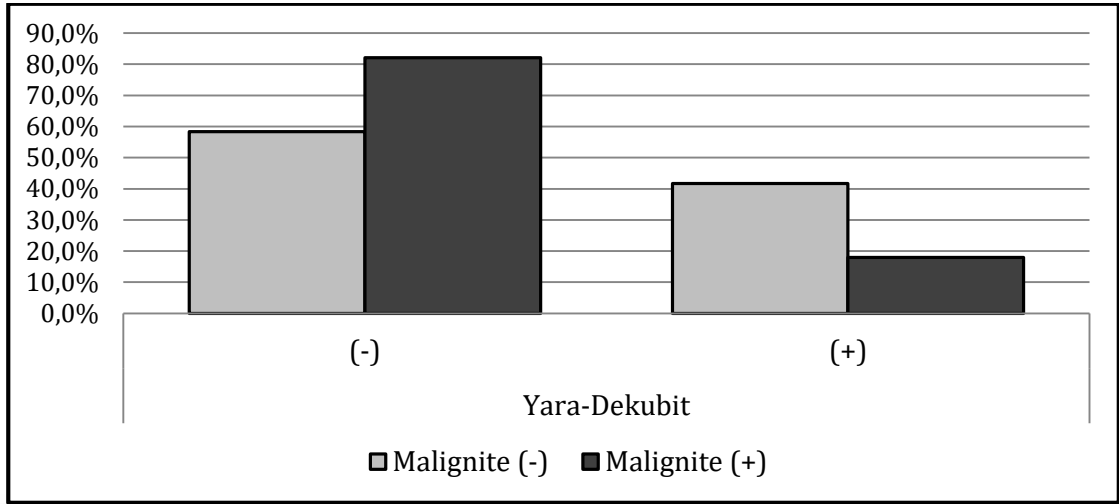
arasındaki hastalarda yara-dekubit oranı ve palyatif servisine hastaların devir alındığı yer arasında ($p>0,05$) farklılık görülmemiştir (Tablo 4.6) (Şekil 4.1).

Mortal seyreden hasta grubunda parenteral yolla yapılan nutrisyon oranı mortal seyretmeyen hastalar arasında ($p<0,05$) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6) (Şekil 4.3).

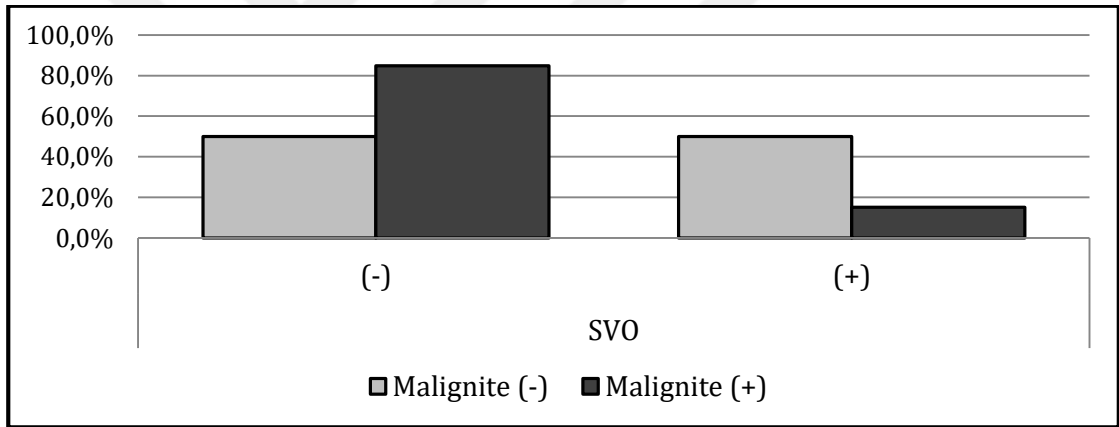
Tablo 4.6. Hastaların malignite, svo, demans, yara-dekubit, devir alınan yer, nutrisyon ile mortalite arasındaki ilişki

		Mortalite (-)		Mortalite (+)		p	
		n	%	n	%		
Malignite	(-)	90	59,6 %	6	11,8%	0,000	χ^2_2
	(+)	61	40,4 %	45	88,2%		
SVO	(-)	97	64,2 %	41	80,4%	0,032	χ^2_2
	(+)	54	35,8 %	10	19,6%		
Demans	(-)	48	31,8 %	30	58,8%	0,000	χ^2_2
	(+)	45	29,8 %	3	5,9%		
	Bilinmiyor	58	38,4 %	18	35,3%		
Yara-Dekubit	(-)	104	68,9 %	39	76,5%	0,302	χ^2_2
	(+)	47	31,1 %	12	23,5%		
Devir Alınan Yer	Ev	23	15,2 %	5	9,8%	0,332	χ^2_2
	Acil	4	2,6%	0	0,0%		
	Servis	73	48,3 %	37	72,5%		
	YBÜ	51	33,8 %	9	17,6%		
Nütrisyon	Oral	48	31,8 %	6	11,8%	0,000	χ^2_2
	Parenteral	41	27,2 %	33	64,7%		
	Enteral	62	41,1 %	12	23,5%		

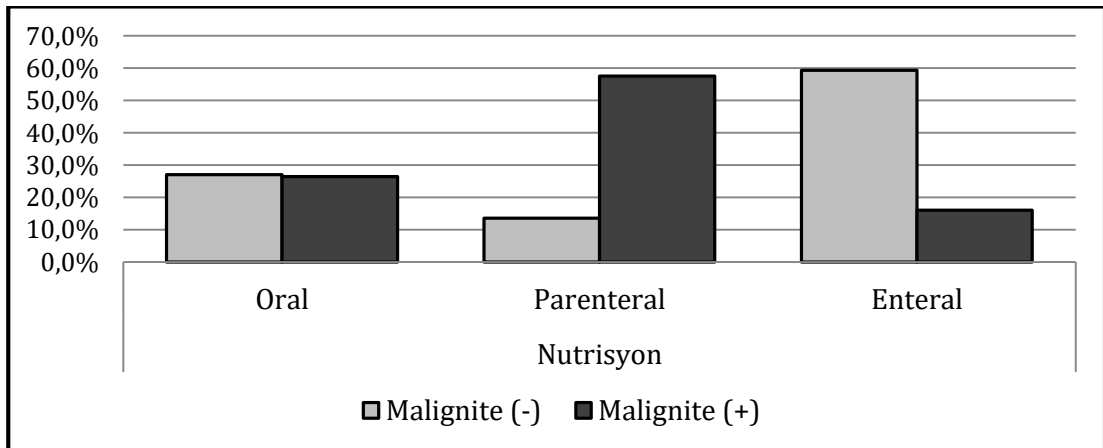
χ^2 Ki-kare test



Şekil 4.1. Yara-dekübiti olan hastaların malignite ile olan ilişkisi



Şekil 4.2. SVO olan hastaların malignite ile olan ilişkisi



Şekil 4.3. Nutrisyon veriliş yollarının malignite ile ilişkisi

Mortal seyreden hasta grubunda ağrı varlığı, mortal seyretmeyen hastalar arasında ($p<0,05$) daha düşük görülmüştür. Mortal seyreden grupta hastalarda IV yolla yapılan ağrı tedavisi mortal seyretmeyen hastalar arasında ($p<0,05$) daha yüksekti. Mortal seyreden ve seyretmeyen hasta grupları arasında yara ve yara evresi anlamlı ($p>0,05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 4.7).

Mortal seyreden hasta grubunda fizyoterapi alan hastaların oranı, mortal seyretmeyen hasta grubundan anlamlı ($p<0,05$) olarak daha düşüktü. Mortal seyreden ve seyretmeyen hasta grupları arasında ECOG performansı ($p>0,05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Ağrı, ağrı tedavisi, yara ve fizyoterapi ile mortalite arasındaki ilişki

		Mortalite (-)		Mortalite (+)		p	
		n	%	n	%		
Ağrı	(-)	81	53,6%	47	92,2%	0,000	χ^2
	(+)	34	22,5%	0	0,0%		
	Bilinmiyor	36	23,8%	4	7,8%		
Ağrı Tedavisi	Yok	58	38,4%	5	9,8%	0,000	χ^2
	Oral	5	3,3%	3	5,9%		
	IV	81	53,6%	33	64,7%		
	IM	0	0,0%	2	3,9%		
	Epidermal	7	4,6%	8	15,7%		
Yara	(-)	103	68,2%	38	74,5%	0,397	χ^2
	(+)	48	31,8%	13	25,5%		
Yara Evresi	I	10	20,8%	6	46,2%	0,460	χ^2
	II	14	29,2%	2	15,4%		
	III	11	22,9%	3	23,1%		
	IV	11	22,9%	2	15,4%		
	V	2	4,2%	0	0,0%		
Fizyoterapi	Almadı	102	67,5%	48	94,1%	0,000	χ^2
	Aldı	49	32,5%	3	5,9%		
ECOG Skoru	I	2	1,3%	0	0,0%	0,059	χ^2
	II	8	5,3%	0	0,0%		
	III	15	9,9%	3	5,9%		
	IV	126	83,4%	48	94,1%		

χ^2 Ki-kare test

Tek değişkenli modelde mortal seyreden ve seyretmeyen hastaları ayırmada HT, KKY, WBC, lenfosit, nötrofil, albumin, LDH, CRP, malignite, SVO, demans, ağrı, ağrı tedavisi, fizyoterapinin anlamlı ($p < 0,05$) etkinliği gözlenmiştir. Tek değişkenli modelde mortal seyreden ve seyretmeyen hastaları ayırmada PLT, AST, prealbumin, PCT, B12, nutrisyon un anlamlı ($p > 0,05$) etkinliği gözlenmemiştir (Tablo 4.8).

Çok değişkenli modelde herhangi bir mortaliteye sahip olan ve olmayan hastaları ayırmada nötrofil sayısı ve malignitenin anlamlı-bağımsız ($p < 0,05$) etkinliği gözlenmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Tek değişkenli ve çok değişkenli modelde komorbidite ve kan parametrelerinin değerlendirilmesi

	Tek Değişkenli Model				Çok Değişkenli Model			
	OR	%95 GA		p	OR	%95 GA		p
HT	0,40 6	0,20 7	- 5	0,00 9				
KKY	0,41 8	0,20 3	- 2	0,01 8				
WBC	1,08 2	1,01 9	- 8	0,01 0				
Lenfosit	0,61 5	0,38 1	- 5	0,04 7				
Nötrofil	1,11 9	1,04 6	- 8	0,00 1	1,10 8	1,02 8	- 1,19 4	0,00 7
PLT	0,99 8	0,99 5	- 0	0,07 8				
NLR	1,00 1	0,99 9	- 3	0,33 7				
AST	1,00 4	1,00 0	- 9	0,05 2				
Albumin	0,34 7	0,18 5	- 3	0,00 1				
Prealbumin	0,00 4	0,00 0	- 4	0,07 3				
LDH	1,00 1	1,00 0	- 2	0,01 6				
CRP	1,00 5	1,00 0	- 9	0,03 0				
PCT	1,01 2	0,95 8	- 0	0,66 5				
B12	1,00 0	1,00 0	- 1	0,06 2				
Malignite	11,0 66	4,44 6	- 38	0,00 0	10,5 84	4,19 6	- 26,6 97	0,00 0

Tablo 4.8. Tek değişkenli ve çok değişkenli modelde komorbidite ve kan parametrelerinin değerlendirilmesi (devamı)

	Tek Değişkenli Model				Çok Değişkenli Model		
	OR	%95 GA		p	OR	%95 GA	p
SVO	0,43	0,20	0,94	0,03			
	8	3	- 4	5			
Demans	0,66	0,45	0,97	0,03			
	8	9	- 1	5			
Nütrisyon	1,04	0,69	1,55	0,84			
	1	6	- 7	5			
Ağrı	0,28	0,15	0,55	0,00			
	9	0	- 5	0			
Ağrı Tedavisi	0,71	0,55	0,91	0,00			
	6	8	- 8	8			
Fizyoterapi	0,13	0,03	0,43	0,00			
	0	9	- 9	1			

Lojistik Regresyon (Forward LR)

Herhangi bir maligniteye sahip olan gruptaki hastaların yaşı, maligniteye sahip olmayan hasta grubundan daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Maligniteye sahip olan hasta grubundaki erkek hastaların oranı, maligniteye sahip olmayan hasta grubundan daha yüksek görülmüştür. Maligniteye sahip olan ve olmayan hasta grupları arasında palyatife yatış sayısı, yatış süresi, DM, KBY, KOAH-Astım oranı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Herhangi bir maligniteye sahip olan hasta grubunda HT, KAH, KKY, Periferik damar hastalığı oranı, maligniteye sahip olmayan hasta grubundan olarak daha düşük görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9.Malignite ile demografik verilerin ve komorbid hastalıkların ilişkisi

		Malignite (-)			Malignite (+)			P	
		Ort.±ss/n-%		Medyan	Ort.±ss/n-%		Medyan		
Yaş		72,9	± 15,6	75,5	64,2	± 13,5	64,0	0,000	^m
Cinsiyet	Kadın	49	51,0 %		39	36,8 %		0,041	^{X₂}
	Erkek	47	49,0 %		67	63,2 %			
Palyatife Yatış Sayısı	0	1	1,0%		0	0,0%		0,078	^{X₂}
	I	79	82,3 %		97	91,5 %			
	II	7	7,3%		7	6,6%			
	III	7	7,3%		2	1,9%			
	V	1	1,0%		0	0,0%			
	VI	1	1,0%		0	0,0%			
Yatış Süresi (Gün)		22,8	± 28,8	13,0	15,3	± 12,9	11,0	0,161	^m
Komorbite	(-)	21	21,9 %		22	20,8 %		0,846	^{X₂}
	(+)	75	78,1 %		84	79,2 %			
DM		26	27,1 %		18	17,0 %		0,082	^{X₂}
HT		59	61,5 %		37	34,9 %		0,000	^{X₂}
KAH		35	36,5 %		13	12,3 %		0,000	^{X₂}
KKY		48	50,0 %		28	26,4 %		0,001	^{X₂}
KBY		23	24,0 %		30	28,3 %		0,483	^{X₂}
Periferik Damar Hastalığı		16	16,7 %		5	4,7%		0,005	^{X₂}
Koah-Astım		16	16,7 %		14	13,2 %		0,490	^{X₂}

^m Mann-whitney u test / ^{X²} Ki-kare test

Herhangi bir maligniteye sahip olan ve olmayan hasta grupları arasında WBC, HG, MCV, ÜRE, CRE, NA, K, sedimentasyon, folat, demir, TSH değeri farklılık göstermemiştir (p>0,05). Ancak herhangi bir maligniteye sahip olan grupta lenfosit, trombosit, CA, P, albümin, TIBC değeri, maligniteye sahip olmayan hasta grubundan

olarak daha düşük görüldü ($p<0,05$). Maligniteye sahip olan hasta grubunda nötrofil, AST, ALT, prealbumin, CRP, PCT, B12, ferritin değeri maligniteye sahip olmayan hastalardan daha yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Malignite ve kan parametreleri arasındaki ilişki

	Malignite (-)			Malignite (+)			p	
	Ort.±ss/n-%		Medyan	Ort.±ss/n-%		Medyan		
WBC	9,8	± 4,2	9,1	10,7	± 5,9	9,6	0,333	^m
HG	104	± 1,9	10,2	9,9	± 1,6	9,8	0,133	^m
MCV	89,3	± 5,5	90,0	89,6	± 5,9	89,4	0,872	^m
Lenfosit	1,5	± 0,7	1,5	1,3	± 3,1	0,8	0,000	^m
Nötrofil	7,3	± 4,0	6,2	8,5	± 5,1	7,4	0,044	^m
PLT	306,6	± 132,3	278,5	200,3	± 129,9	171,5	0,000	^m
ÜRE	63,2	± 41,2	52,0	61,5	± 46,2	44,5	0,388	^m
CRE	0,8	± 0,5	0,7	1,1	± 1,3	0,6	0,635	^m
NA	137,0	± 6,7	136,0	135,6	± 5,8	136,0	0,287	^m
K	4,0	± 0,6	4,0	4,0	± 0,8	4,0	0,788	^m
CA	8,5	± 0,8	8,6	8,2	± 1,2	8,0	0,000	^m
P	3,4	± 0,9	3,4	3,3	± 1,6	3,0	0,008	^m
AST	35,4	± 45,8	23,5	65,8	± 79,8	35,5	0,001	^m
ALT	31,3	± 46,5	17,0	38,8	± 42,1	20,5	0,049	^m
Albumin	2,8	± 0,5	2,8	2,5	± 0,5	2,4	0,000	^m
Prealbumin	0,117	± 0,060	0,100	0,123	± 0,340	0,1	0,000	^m
CRP	59,8	± 54,2	41,5	100,6	± 79,0	84,1	0,000	^m
PCT	1,7	± 6,7	0,1	1,9	± 3,6	0,6	0,000	^m
Sedimentasyon (1.Saat)	60,8	± 27,7	59,0	57,8	± 30,0	60,5	0,463	^t
B12	589,5	± 472,0	454,0	1340,8	± 1402,8	923,0	0,000	^m
Folat	7,7	± 5,7	6,1	7,2	± 6,1	5,6	0,210	^m
Demir	33,8	± 21,1	30,0	45,1	± 38,7	34,0	0,124	^m
TIBC	211,8	± 68,2	206,0	182,6	± 78,5	177,0	0,005	^m
Ferritin	617,5	± 745,0	403,0	1953,1	± 4647,6	669,0	0,001	^m
TSH	2,6	± 5,9	1,1	2,2	± 3,9	1,3	0,692	^m

^t Bağımsız örneklem t test / ^m Mann-whitney u test

Herhangi bir maligniteye sahip olan grubundaki hastalarda SVO, demans, yara-dekubit oranı, maligniteye sahip olmayan hasta grubundan daha düşük görüldü ($p<0.05$). Bir maligniteye sahip olan hasta grubunda herhangi bir servisten devir alınma oranı, malignitesi olmayan hasta grubundan daha yüksek görüldü ($p<0.05$). Maligniteye sahip olan hasta grubunda parenteral yolla beslenme oranı, malignitesi olmayan hasta grubundan daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Hastaların SVO, demans, yara-dekubit, devir alınan yer, nutrisyon özelliklerinin malignite ile ilişkisi

		Malignite (-)		Malignite (+)		p	
		n	%	n	%		
SVO	(-)	48	50,0%	90	84,9%	0,000	χ^2_2
	(+)	48	50,0%	16	15,1%		
Demans	(-)	17	17,7%	61	57,5%	0,000	χ^2_2
	(+)	38	39,6%	10	9,4%		
	Bilinmiyor	41	42,7%	35	33,0%		
Yara-Dekubit	(-)	56	58,3%	87	82,1%	0,000	χ^2_2
	(+)	40	41,7%	19	17,9%		
Devir Alınan Yer	Ev	20	20,8%	8	7,5%	0,006	χ^2_2
	Acil	3	3,1%	1	0,9%		
	Servis	28	29,2%	82	77,4%		
	YBÜ	45	46,9%	15	14,2%		
Nutrisyon	Oral	26	27,1%	28	26,4%	0,000	χ^2_2
	Parenteral	13	13,5%	61	57,5%		
	Enteral	57	59,4%	17	16,0%		

χ^2 Ki-kare test

Herhangi bir maligniteye sahip olan hasta grubundaki ağrı varlığı, maligniteye sahip olmayan hasta grubundan daha düşük bulundu ($p<0,05$). Malignitesi olan hasta grubunda IV yolla yapılan ağrı tedavisi, maligniteye sahip olmayan hasta grubundan daha yüksek görüldü ($p<0,05$) (Tablo 4.12).

Maligniteye sahip olan hasta grubunda fizyoterapi alan hastaların oranı, malignitesi olmayan hasta grubundan daha düşük görüldü ($p<0,05$). Maligniteye sahip olan ve

olmayan hasta grupları arasında ECOG performansı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Maligniteye sahip olan hasta grubundaki hastalarda ölüm oranı, malignite olmayan hasta grubundan daha yüksek görüldü ($p<0,05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Ağrı, ağrı tedavisi, fizyoterapi, ECOG skoru, taburculuk durumunun malignite ile ilişkisi

		Malignite (-)		Malignite (+)		p	
		n	%	n	%		
Ağrı	(-)	39	40,6 %	89	84,0 %	0,00	χ^2
	(+)	28	29,2 %	6	5,7 %		
	değerlendirilemedi	29	30,2 %	11	10,4 %		
Ağrı Tedavisi	Yok	48	50,0 %	15	14,2 %	0,00	χ^2
	Oral	4	4,2 %	4	3,8 %		
	IV	43	44,8 %	71	67,0 %		
	IM	0	0,0 %	2	1,9 %		
	Epidermal	1	1,0 %	14	13,2 %		
Fizyoterapi	Almadı	55	57,3 %	95	89,6 %	0,00	χ^2
	Aldı	41	42,7 %	11	10,4 %		
ECOG Skoru	I	0	0,0 %	2	1,9 %	0,48	χ^2
	II	6	6,3 %	2	1,9 %		
	III	8	8,3 %	10	9,4 %		
	IV	82	85,4 %	92	86,8 %		
Taburculuk Durumu	Ölüm	6	6,3 %	45	42,5 %	0,00	χ^2
	Ev	58	60,4 %	27	25,5 %		
	YBÜ	23	24,0 %	23	21,7 %		
	Servis	9	9,4 %	11	10,4 %		

χ^2 Ki-kare test

Tek değişkenli modelde herhangi bir maligniteye sahip olan ve olmayan hastaları ayırmada yaş, cinsiyet, HT, KAH, KKY, periferik damar hastalığı, PLT, AST, albumin, CRP, B12 vitamini, TIBC, ferritin, SVO, demans, hastaların devir alınan yeri, nutrisyon çeşidi gibi parametrelerinin anlamlı ($p < 0,05$) etkinliği gözlenmiştir. Tek değişkenli modelde maligniteye sahip olan ve olmayan hastaları ayırmada lenfosit, nötrofil, CA, P, ALT, prealbumin, PCT, ferritin in anlamlı ($p > 0,05$) etkinliği gözlenmemiştir (Tablo 4.13)

Çok değişkenli modelde ise maligniteye sahip olan ve olmayan hastaları ayırmada yaş, KAH varlığı, trombosit, albumin, CRP, SVO ve demans varlığının anlamlı -bağımsız ($p < 0,05$) etkinliği gözlenmiştir. (Tablo 4.13)

Tablo 4.13 Hastaların komorbid durumları, kan parameteri ve demografik verilerinin tek ve çok değişkenli modelle malignite varlığı ile ilişkilendirilmesi

	Tek Değişkenli Model				Çok Değişkenli Model			
	OR	%95 GA		p	OR	%95 GA		p
Yaş	0,960	0,941	-	0,980	0,963	0,936	-	0,991
Cinsiyet	1,791	1,021	-	3,142				0,011
HT	0,336	0,190	-	0,596				
KAH	0,244	0,119	-	0,497	0,208	0,079	-	0,553
KKY	0,359	0,199	-	0,647				0,002
PAF	0,248	0,087	-	0,705				
Lenfosit	0,945	0,813	-	1,100				
Nötrofil	1,061	0,995	-	1,130				
PLT	0,994	0,991	-	0,996	0,994	0,991	-	0,997
CA	0,754	0,567	-	1,002				0,000
P	0,931	0,751	-	1,154				

	Tek Değişkenli Model				Çok Değişkenli Model			
	OR	%95 GA		p	OR	%95 GA		p
AST	1,010	1,003	-	1,016				0,005
ALT	1,004	0,997	-	1,011				0,234
Albumin	0,307	0,175	-	0,537	0,299	0,132	-	0,674
Prealbumin	1,121	0,359	-	3,500				0,004
CRP	1,009	1,005	-	1,014	1,009	1,002	-	1,016
PCT	1,007	0,955	-	1,062				0,016
B12	1,001	1,001	-	1,002				
TIBC	0,995	0,991	-	0,999				
Ferritin	1,001	1,000	-	1,001				
SVO	0,178	0,091	-	0,346	0,219	0,093	-	0,513
Demans	0,510	0,365	-	0,712				0,000

Tablo 4.13 Hastaların komorbid durumları, kan parameteri ve demografik verilerinin tek ve çok değişkenli modelle malignite varlığı ile ilişkilendirilmesi (devamı)

	Tek Değişkenli Model			Çok Değişkenli Model		
	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p
Devir Alınan						
Yer	0,306	0,161 - 0,580	0,000			
Nütrisyon	0,489	0,337 - 0,711	0,000			
Fizyoterapi	0,155	0,074 - 0,327	0,000			

Lojistik Regresyon (Forward LR)

Enteral yolla beslenen hasta grubundaki hastaların yaşı, oral ve parenteral yolla beslenen hasta grubundan daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Oral ve parenteral yolla beslenen hasta grupları arasında hastaların yaşı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Oral, parenteral ve enteral yolla beslenen hasta grupları arasında hastaların cinsiyet dağılımı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). (Tablo 4.14).

Oral, parenteral ve enteral yolla beslenen hasta grupları arasında hastaların palyatif yatış sayısı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). (Tablo 4.14).

Enteral yolla beslenen hasta grubundaki hastaların yatış süresi, oral ve parenteral yolla beslenen hasta grubundan daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Oral ve parenteral yolla beslenen hasta grupları arasında hastaların yatış süresi farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.14).

Enteral yolla beslenen hasta grubunda herhangi bir komorbiteye sahip hastaların oranı, oral ve parenteral yolla beslenen hasta grubundan daha yüksek görüldü ($p<0,05$). Oral ve parenteral yolla beslenen hasta grupları arasında herhangi bir komorbiteye sahip olma oranı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). (Tablo 4.14)

Oral yolla beslenen hasta grubundaki hastalar arasında diyabet varlığının oranı, parenteral yolla beslenen hasta grubundan daha yüksekti ($p<0,05$). Parenteral ve enteral yolla beslenen hasta grubu arasında DM varlığının oranı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Oral, parenteral ve enteral yolla nutrisyon desteği sağlanan hasta grupları arasında HT, KAH, KKY, KBY, periferik damar, KOAH-Astım oranı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Nutrisyon çeşitleri ile demografik veriler, komorbid durumlar ve yatış ile ilişkisi

			¹ Oral Nutrisyon		² Parenteral Nutrisyon		³ Enteral Nutrisyon			
Yaş	Ort.± ss		65,4	± 15,6	66,9	± 13,4	71,9	± 16,0	0,017	K
	Medyan		66,5	³	66,5	³	74,5			
Cinsiyet	Kadın	n-%	23	42,6 %	32	43,2 %	33	44,6 %	0,972	X ²
	Erkek	n-%	31	57,4 %	42	56,8 %	41	55,4 %		
Palyatif Yatış Sayısı	0	n-%	0	0,0 %	0	0,0 %	1	1,4 %	0,098	X ²
	I	n-%	49	90,7 %	68	91,9 %	59	79,7 %		
	II	n-%	3	5,6 %	4	5,4 %	7	9,5 %		
	III	n-%	1	1,9 %	2	2,7 %	6	8,1 %		
	V	n-%	0	0,0 %	0	0,0 %	1	1,4 %		
	VI	n-%	1	1,9 %	0	0,0 %	0	0,0 %		
Yatış (Gün)	Süresi	Ort.± ss	16,1	± 26,4	13,9	± 12,3	25,9	± 24,9	0,000	K
		Medyan	9,0	³	10,0	³	19,0			
Komorbidite	(-)	n-%	18	33,3 %	15	20,3 %	10	13,5 %	0,025	X ²
	(+)	n-%	36	66,7 %	59	79,7 %	64	86,5 %		
DM		n-%	17	31,5 %	9	12,2 %	18	24,3 %	0,026	X ²
HT		n-%	28	51,9 %	28	37,8 %	40	54,1 %	0,108	X ²
KAH		n-%	13	24,1 %	12	16,2 %	23	31,1 %	0,105	X ²
KKY		n-%	22	40,7 %	22	29,7 %	32	43,2 %	0,203	X ²
KBY		n-%	11	20,4 %	22	29,7 %	20	27,0 %	0,484	X ²
Periferik Hastalığı	Damar	n-%	6	11,1 %	3	4,1 %	12	16,2 %	0,052	X ²
Koah-Astım		n-%	6	11,1 %	11	14,9 %	13	17,6 %	0,598	X ²

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^{X²} Ki-kare test

² Parenteral Nutrisyon grubu ile fark (p<0.05), ³ Enteral Nutrisyon grubu ile fark (p<0.05)

Oral, parenteral ve enteral yolla beslenen hasta grupları arasındaki WBC, HG, MCV değerleri farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). (Tablo 4.15).

Oral ve enteral yolla beslenen hasta grupları arasındaki lenfosit değeri, parenteral yolla beslenen hasta grubundan daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Parenteral yolla beslenen hasta grubunda nötrofil değeri, diğer beslenme çeşitlerine göre daha yüksek bulundu. Enteral yolla beslenen hasta grubundaki trombosit değeri, oral ve parenteral yolla beslenen hasta grubundan daha yüksekti. Ancak oral ve parenteral yolla beslenen hasta grubu arasında trombosit değeri farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Hastaların nutrisyon çeşitleri ve hemogram parametreleri arasındaki ilişki

		¹ Oral Nutrisyon		² Parenteral Nutrisyon		³ Enteral Nutrisyon		
WBC	Ort.±ss	9,1	± 4,7	11,4	± 6,2	9,9	± 4,1	0,059 ^K —
	Medyan	8,0		10,0		9,3		
HG	Ort.±ss	10,3	± 1,8	10,0	± 1,7	10,1	± 1,8	0,803 ^K —
	Medyan	10,1		9,8		9,9		
MCV	Ort.±ss	88,9	± 6,3	89,9	± 6,0	89,3	± 5,0	0,795 ^K —
	Medyan	89,5		90,0		89,3		
Lenfosit	Ort.±ss	1,4	± 1,1	1,4	± 3,7	1,3	± 0,7	0,002 ^K —
	Medyan	1,2 ²		0,8		1,2 ²		
Nötrofil	Ort.±ss	6,7	± 4,0	9,2	± 5,3	7,4	± 4,0	0,005 ^K —
	Medyan	5,8 ²		8,1		6,7 ²		
PLT	Ort.±ss	244,3	± 139,9	199,2	± 114,1	307,3	± 147,2	0,000 ^K —
	Medyan	215,0 ³		181,0 ³		281,0		

^A ANOVA / ^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test)

² Parenteral Nutrisyon grubu ile fark ($p<0,05$), ³ Enteral Nutrisyon grubu ile fark ($p<0,05$)

Oral, parenteral ve enteral yolla beslenen hasta grupları arasında ÜRE, CRE, NA, K, P, AST, ALT anlamlı ($p>0,05$) farklılık göstermemiştir. Enteral yolla beslenen hasta grubunda kalsiyum değeri, parenteral yolla beslenen hasta grubundan daha yüksek görülmüş olup, oral ile parenteral yolla beslenen hasta grubu arasında kalsiyum değeri farklılık göstermemiştir (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Hastaların nutrisyon çeşitleri ve hepatik, renal kan parametreleri arasındaki ilişki

		¹ Oral Nutrisyon	² Parenteral Nutrisyon	³ Enteral Nutrisyon		
ÜRE	Ort.±ss	51,4 ± 33,4	68,1 ± 49,2	64,6 ± 43,9	0,198 ^K	
	Medyan	41,0	52,,0	50,5		
CRE	Ort.±ss	0,9 ± 0,7	1,1 ± 1,3	0,8 ± 0,9	0,320 ^K	
	Medyan	0,7	0,6	0,7		
NA	Ort.±ss	135,6 ± 4,6	135,7 ± 6,7	137,2 ± 6,8	0,244 ^K	
	Medyan	136,0	136,0	137,0		
K	Ort.±ss	4,1 ± 0,7	4,0 ± 0,8	3,9 ± 0,7	0,763 ^K	
	Medyan	4,0	4,1	4,0		
CA	Ort.±ss	8,3 ± 0,9	8,1 ± 1,0	8,6 ± 1,1	0,004 ^K	
	Medyan	8,3	7,8 ³	8,7		
P	Ort.±ss	3,2 ± 0,8	3,5 ± 1,7	3,4 ± 1,2	0,449 ^K	
	Medyan	3,2	3,2	3,4		
AST	Ort.±ss	50,5 ± 72,0	66,9 ± 83,8	36,4 ± 35,8	0,133 ^K	
	Medyan	23,0	31,0	26,0		
ALT	Ort.±ss	34,5 ± 41,1	40,6 ± 54,7	30,5 ± 33,7	0,862 ^K	
	Medyan	17,5	17,5	21,5		

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test)

² Parenteral Nutrisyon grubu ile fark (p<0.05), ³ Enteral Nutrisyon grubu ile fark (p<0,05)

Oral ve enteral yolla beslenen hasta grubundaki albümin ve prealbumin değeri, parenteral yolla beslenen hasta grubundan daha yüksekti (p<0,05). Parenteral yolla beslenen hasta grubunda prokalsitonin değeri, oral ve enteral yolla beslenen hasta

grubundan daha yüksekti ($p<0,05$). Oral ile enteral yolla beslenen hasta grubu arasında prokalsitonin değeri farklılık göstermemiştir (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Hastaların nutrisyon çeşitleri ve bazı kan biyokimya parametreleri arasındaki ilişki

		¹ Oral Nutrisyon			² Parenteral Nutrisyon			³ Enteral Nutrisyon			
Albumin	Ort.±ss	2,8	±	0,6	2,5	±	0,6	2,7	±	0,5	^K
	Medyan	2,8 ²			2,4 ³			2,6			0,012 —
Prealbumin	Ort.±ss	0,18	±	0,45	0,09	±	0,13	0,11	±	0,06	^K
	Medyan	0,10 ²			0,07			0,10 ²			0,000 —
CRP	Ort.±ss	69,0	±	66,0	95,8	±	78,1	75,5	±	65,8	^K
	Medyan	43,0			76,4			56,0			0,093 —
PCT	Ort.±ss	1,0	±	2,0	2,7	±	6,8	1,4	±	5,2	^K
	Medyan	0,2 ²			0,7			0,1 ²			0,000 —
B12	Ort.±ss	940,3	±	1146,8	1269,8	±	1395,1	725,7	±	669,4	^K
	Medyan	565,0			901,5			533,0			0,063 —
Folat	Ort.±ss	7,0	±	6,2	7,0	±	5,5	8,2	±	6,0	^K
	Medyan	5,5			5,7			6,1			0,095 —
Demir	Ort.±ss	48,1	±	37,7	38,6	±	28,7	34,3	±	29,2	^K
	Medyan	35,0			34,0			29,0			0,105 —
TIBC	Ort.±ss	209,4	±	85,8	187,1	±	78,3	196,5	±	61,1	^K
	Medyan	217,0			180,5			187,5			0,342 —
Ferritin	Ort.±ss	1679,2	±	4810,6	1670,4	±	3809,8	668,8	±	607,3	^K
	Medyan	406,0			616,0			440,0			0,138 —

^A ANOVA / ^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test)

² Parenteral Nutrisyon grubu ile fark ($p<0,05$), ³ Enteral Nutrisyon grubu ile fark ($p<0,05$)

Parenteral yolla beslenen hasta grubundaki malignite oranı, oral ve enteral yolla beslenen hasta grubundan daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Oral yolla beslenen hasta grubunda malignite oranı, enteral nutrisyon grubundan daha yüksekti (Tablo 4.18).

Enteral yolla beslenen hasta grubunda SVO oranı, oral ve parenteral yolla beslenen hasta grubundan daha yüksekti ($p<0,05$). Oral ile parenteral yolla beslenen hasta grubu arasında SVO oranı anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 4.18).

Enteral yolla beslenen hasta grubunda yara-dekubit varlığı oranı, oral ve parenteral yolla beslenen hasta gruplarından daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Hastaların nutrisyon çeşitleri ve malignite, SVO, yara-dekubit arasındaki ilişkileri

		¹ Oral Nutrisyon		² Parenteral Nutrisyon		³ Enteral Nutrisyon		p	
Malignite	(-)	n-%	26	48,1 %	13	17, 6%	57	77, 0%	0,000 ^x ₂
	(+)	n-%	28 ²³	51,9 %	61	82, 4%	17 ²	23, 0%	
SVO	(-)	n-%	45	83,3 %	61	82, 4%	32	43, 2%	0,000 ^x ₂
	(+)	n-%	9 ³	16,7 %	13 ³	17, 6%	42	56, 8%	
Yara- Dekubit	(-)	n-%	43	79,6 %	61	82, 4%	39	52, 7%	0,000 ^x ₂
	(+)	n-%	11 ³	20,4 %	13 ³	17, 6%	35	47, 3%	

^{x2} Ki-kare test

² Parenteral Nutrisyon grubu ile fark ($p<0,05$), ³ Enteral Nutrisyon grubu ile fark ($p<0,05$)

Oral yolla beslenen hasta grubundaki ağrı varlığının oranı, parenteral ve enteral yolla beslenen hasta grubundan daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Parenteral yolla beslenen hasta grubunda ağrı varlığının oranı, enteral nutrisyon grubundan daha yüksekti. Parenteral yolla beslenen hasta grubundaki IV yolla yapılan ağrı tedavisinin oranı, enteral yolla beslenen hasta grubundan daha yüksek bulundu ($p<0,05$). (Tablo 4.19)

Enteral yolla beslenen hasta grubundaki hastaların fizyoterapi alma oranı, oral ve parenteral yolla beslenen hasta grubundan daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Oral ve parenteral yolla beslenen hasta grupları arasında hastaların fizyoterapi alma oranı anlamlı farklılık göstermemiştir. (Tablo 4.19)

Tablo 4.19. Hastaların nutrisyon çeşitleri ve ağrı, ağrı tedavisi, yara, fizyoterapi, ECOG skoru ile ilişkisi

			¹ Oral Nutrisyon		² Parenteral Nutrisyon		³ Enteral Nutrisyon		P	
Ağrı	(-)	n- %	36	66,7 %	61	82, 4%	31	41, 9%	0,000	X ²
	(+)	n- %	14 ²³	25,9 %	6	8,1 %	14 ²	18, 9%		
	Bilinmiyor	n- %	4	7,4%	7	9,5 %	29	39, 2%		
Ağrı Tedavi si	Yok	n- %	18	33,3 %	12	16, 2%	33	44, 6%	0,001	X ²
	Oral	n- %	5	9,3%	1	1,4 %	2	2,7 %		
	IV	n- %	27	50,0 %	50 ³	67, 6%	37	50, 0%		
	IM	n- %	1	1,9%	1	1,4 %	0	0,0 %		
	Epidermal	n- %	3	5,6%	10	13, 5%	2	2,7 %		
Yara	(-)	n- %	43	79,6 %	60	81, 1%	38	51, 4%	0,000	X ²
	(+)	n- %	11 ³	20,4 %	14 ³	18, 9%	36	48, 6%		
Fizyo terapi	Almadı	n- %	45	83,3 %	63	85, 1%	42	56, 8%	0,000	X ²
	Aldı	n- %	9 ³	16,7 %	11 ³	14, 9%	32	43, 2%		
ECOG Skoru	I	n- %	1	1,9%	1	1,4 %	0	0,0 %	0,038	X ²
	II	n- %	5	9,3%	2	2,7 %	1	1,4 %		
	III	n- %	11	20,4 %	5	6,8 %	2	2,7 %		
	IV	n- %	37	68,5 %	66	89, 2%	71	95, 9%		

X² Ki-kare test

² Parenteral Nutrisyon grubu ile fark (p<0,05), ³ Enteral Nutrisyon grubu ile fark (p<0,05)

Enteral yolla beslenen hasta grubunda ECOG skoru evre IV olan hastaların oranı, oral yolla beslenen hasta grubundan daha yüksekti (p<0,05). Oral ile parenteral yolla beslenen hasta grubu arasında ECOG skoru IV oranı farklılık göstermemiştir (Tablo 4.19).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızda palyatif bakım servisinde yatan hastaların klinik ve demografik özelliklerini, palyatif servise yatış sayılarını, yatış nedenleri ve sürelerini, malignite ve kronik hastalıkları ile ilişkilerini, nütrisyon desteği ihtiyaçlarını ve hangi yolla sağlandığı, hastalık nedenli ortaya çıkan semptomları ve buna yönelik tedavilerini, hastaların kan parametrelerini ve taburcu olma durumlarını ayrıntılı bir şekilde incelemeyi amaçlayarak elde edilen veriler mevcut literatürler eşliğinde tartışılmıştır. Palyatif bakım kliniği tanımı gereği ilerleyici ve ölüme neden olan hastalıkların tanısından itibaren tüm hastalık sürecini rahat geçirmelerini, yaşam kalitesini arttırmayı ve bu süreçte karşılaşılabilecekleri sıkıntıları en aza indirmeyi amaçlayan bakım hizmetlerini vermesi nedeniyle serviste takip edilen hastaların orta ve üzeri yaş grubunda olması beklenir. Yurtiçi çalışmalarda ortalama yaş 61,4 olarak bulunmuştur (Komaç ve ark., 2016). Yurtdışı çalışmalarında ise ortalama yaş 60,4 tür (Alonzi ve ark., 2022).

Çalışmamızda 2020-2022 yılları arası palyatif bakım servisinde yatan 202 hastanın yaş ortalaması 68,5 yıl olarak saptanmıştır. Bu veriler ele alındığında yaptığımız çalışmada diğer makaleler karşılaştırıldığında ile yaş ortalaması benzerlik göstermektedir. Hastaların yaşlarındaki artış ile birlikte palyatif bakım ihtiyacının artması literatür incelendiğinde çalışmalar arasında yaş ortalaması açısından benzerliğe sebep olmaktadır.

Palyatif bakım servisinde yatan hastalar cinsiyet açısından incelendiğinde yurtiçi yayınlarda %37'sinin kadın, %3 hastanın erkek olduğu görülmüştür (Uysal ve ark., 2015). Yurtdışında yapılan çalışmalarda palyatif bakım servisinde yatan hastaların %56.4'sı erkek %43.6' ü kadın olarak bulunmuştur (Ernecoff ve ark., 2020). Bizim çalışmamızda hastaların %47,5 'si kadın, %52,5 'i erkek olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda hasta cinsiyetleri arasında anlamlı fark olmasa da erkek cinsiyet diğer çalışmalardakine benzer olarak yüksek saptanmıştır.

Hastaların %87,1'i bir kez palyatif servis yatışı olup, yatış süresi ortalaması 12 gün olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda benzer olarak palyatif servisinde yatan hastaların yatış süresi ortalaması 17,4 gün olarak bulunmuştur (Barba ve ark., 2015).

Çalışmamıza dahil edilen hastaların %52,5'inde malignite eşlik etmektedir. Yurtiçinde yapılan çalışmalarda ise palyatif servisine yatan hastaların %36'sında en çok görülen nedenin malignite olduğu belirlenmiştir (Irmak, 2022). Veriler ele alındığında palyatif bakımda en çok onkolojik hastalığa sahip olan hastaların takip edildiği görülmektedir.

Palyatif servisinde yatan hastaların çoğunluğunu kanser ve terminal dönem hastaları oluşturmakta olup değerlendirmeye alınan bu hastalarda %21,8'inde diyabet, %47,5'inde hipertansiyon, %37,8 inde konjestif kalp yetmezliği tanısı vardır. Komaç ve arkadaşlarının çalışmasında ise benzer olarak en sık %17 ile diyabet ve komplikasyonlar, %2,3 ünde ise kalp yetmezliği tanıları takip etmiştir (Komaç ve ark., 2016).

Hastaların nütrisyon değerlendirilmesi yapıldığında %26,7 hastada oral yolla beslenme, %36.6 hastada parenteral yolla beslenme, %36.6 hasta ise enteral yolla beslenme ile takip edilmektedir. 2015- 2017 yılında yapılan Yürüyen ve arkadaşlarının palyatif bakımda yaptıkları nütrisyonla yönelik çalışmalarında enteral beslenen hasta oranı %72 parenteral beslenen hasta oranı ise %28 bulunmuştur (Yürüyen, ve ark., 2018). Yine yurtiçinde yapılan Turgut ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise oral yolla beslenen hasta oranı %50,3, enteral %27,5, parenteral %22,2 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ele alınan hastalardan parenteral ve enteral beslenme ile takip edilenlerde ise anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Oral yolla beslenen hasta sayısı ise daha azdır (Turgut ve ark., 2019).

Bizim çalışmamızda hastaların %25,2 'si palyatif serviste takip edilirken hayatını kaybetmiştir. Hastaların %42,1'i evde takip edilmek üzere taburcu edilmiş olup %22,8 'i ise yoğun bakım ünitesine devredilmiştir. Yürüyen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %83'ü taburcu edilmiş, %7,3'ü sevk edilmiş, %9,7'sinin ise hayatını kaybettiği görülmüştür (Yürüyen ve ark., 2018).Turgut ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise palyatif bakım servisinde yatan hastaların %31'i taburcu edilmiş %11'i hastanede hayatını kaybetmiş, %55'i ise başka birimlere sevk edilmiştir (Turgut ve ark., 2019). İncelenen veriler doğrultusunda palyatif bakım servisinde takip edilirken vefat eden ve yoğun bakım ünitesine sevk edilen hastaların oranındaki

yükseklik, hastaların %52.5'nin herhangi bir maligniteye sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ele alınan hastaların yatış sonrası ağrı değerlendirilmesi yapılmış olup %63,4'ünde ağrı saptanmış, %19,8 'inde demans ve serebrovasküler olaylara bağlı ağrı değerlendirilmesi yapılamamıştır. Ağrı tarifleyen hastaların %56,4 'ünde ağrı tedavisi intravenöz yolla tedavi olarak, %7,4 'ünde ise epidermal yolla tedavi edilmiştir. Bisht ve arkadaşları yaptıkları çalışmada palyatif bakım ünitesinde yatan hastalar arasında %96 ile en sık görülen semptomun ağrı olduğunu saptamıştır (Bisht ve ark., 2008). Hastaların % 86,1 'i ise ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) ölçeğine göre evre 4 olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda hastaları mortalite açısından incelediğimizde mortal olan ve olmayan gruplar arasında; hastaların yaşı, cinsiyet dağılımı, palyatife yatış sayısı, yatış süresi, komorbite hastalık oranı (DM, KAH, KBY, Periferik damar hastalığı, Koah-astım) anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$). Ancak mortal seyreden grupta HT, KKY oranı, mortal seyretmeyen gruptan anlamlı olarak daha düşük görülmüştür ($p < 0,05$). Mortal seyreden gruptaki hastalarda malignite oranı, mortal seyretmeyen gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yürüyen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da çalışmaya katılan hastalardan mortal seyreden hastalarda malignite oranı, mortal seyretmeyenlere göre yüksek bulunmuştur (Yürüyen ve ark., 2018). Anlaşıldığı üzere malignite varlığının palyatif bakım servisinde yatan hastalarda mortaliteyi arttırdığı görülmüştür. Mortal seyreden grupta hastalarda SVO ve demans oranı, mortal seyretmeyen gruptan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Mortal olan ve olmayan gruplar arasında hastaların devir alınan yeri karşılaştırıldığında anlamlı farklılık görülmemiştir. Çalışma grubumuzda mortaliteyi malignite tanısı belirlemektedir.

Marsik ve arkadaşlarının yaptığı 460 hastanın katıldığı retrospektif çalışmada da CRP, PCT, WBC ve nötrofil artışının ortalama sağ kalımı azalttığı gösterilmiştir (Marsik ve ark., 2008).

Mortal olan grupta lenfosit, trombosit, albumin, prealbumin değeri, mortal olmayan gruptan anlamlı olarak daha düşük görülmüştür. Negatif akut faz reaktanı olan albumin ve prealbumin; malnütrisyon, inflamasyon, enfeksiyon, karaciğer sirozu ve nonspesifik hastalıklarda azalan değerler olup çalışmamızda değerlendirilen hastalar

arasındaki mortal seyreden grupta düşüklüğünün sebebi tek nedene bağlanamamaktadır (Ni ve ark., 2022) .

Mortal olan grupta parenteral yolla beslenme oranı ise mortal olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Mortalitesi yüksek hastalarda oral alımın yetersizliği ve enteral beslenme açısından hastaların uygunsuzluğu, parenteral yolla beslenen hastaların oranını yüksek bulmamızın nedenleri arasındadır. Japonya’da 2015 yılında Tamiya ve arkadaşlarının yaptığı prospektif çalışmada 3757 hasta parenteral beslenme ile takip edilmiş ve 22166 hastada enteral beslenme yapılmış olup mortalite oranları enteral beslenmede %7,6 iken parenteral beslenen grupta %12,3 olarak saptanmıştır (Tamiya et al., 2015). Hasta popülasyonunun geniş ölçekli alındığı bu çalışma ile bizim çalışmamızın verileri benzer olup bizim çalışmamızda mortalitesi yüksek hastaların %64,7 si parenteral beslenme %23,5 i ise enteral beslenme oranına sahiptir.

Ağrı varlığı ve ağrının düzenli aralıklarla değerlendirilmesi palyatif bakımın en önemli bölümünü oluşturmaktadır. Mortal olan gruptaki hastalarda ağrı varlığı, mortal olmayan gruptan olarak daha düşük görülmüştür. Mortal seyreden gruptaki hastalarda intravenöz ağrı tedavisi mortal seyretmeyen gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Kliniğimizde intravenöz yolla verilen ajanlar opioidler olarak tercih edilmiştir. Şenel ve arkadaşlarının 2016 da yaptığı bir çalışmada 418 palyatif hastasının ağrı tedavisi değerlendirilmiş ve hastaların %9’una opioid ihtiyacı olmamış, %26’sı zayıf opioid, %65’i güçlü opioid kullanma ihtiyacı görülmüştür. Bizim çalışmamızda hasta popülasyonumuzun %56,4 ü güçlü opioid tedavi almıştır. Yapılan çalışmalarla benzer sonuçlar elde edilmiş olup değerlendirdiğimiz hasta popülasyonunda da iv analjezi tedavisi alan hastaların mortalite oranı da anlamlı olarak yüksektir (Şenel ve ark., 2016).

Çalışmamızdaki malignitesi olan gruptaki hastaların (%52,5) yaş ortalaması 64 olarak bulunmuştur. Malignitesi olmayan hastaların (%47,5) yaş ortalaması ise 75,5 olarak bulunmuş olup anlamlı olarak malignitesi olanların yaş ortalaması daha düşük görülmüştür. Bizim çalışmaya benzer olarak, McNeil ve arkadaşlarının palyatif servisinde yaptığı ve 244 hastanın alındığı bir çalışmada hastaların %47’si kanser hastası olup kanserli hastaların yaş ortalaması 74 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda malignitesi olan grupta erkek hastaların oranı, malignitesi olmayan

gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Malignitesi olan gruptaki hastalarda ölüm oranı, malignitesi olmayan gruptan anlamlı ($p<0,05$) olarak daha yüksek görülmüştür. Hastalardaki malignite varlığının mortalite üzerinde anlamlı olarak etkisi görülmektedir (McNeil ve ark., 2016).

Çalışmamızda hasta grubu malignite tanısı olan ve olmayan olarak 2 grupta incelendiğinde malignitesi olan grupta yaş, kadın cinsiyet, komorbid hastalık, SVO ve demans varlığı ve fizyoterapi alan hastaların oranı düşük saptanırken, parenteral yolla sağlanan nutrisyon oranı anlamlı olarak yüksek olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızdaki veriler ile karşılaştırıldığında 3347 hastanın incelendiği toplam 18 randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği Elke 2016 çalışmasında da herhangi bir maligniteye sahip olan hastaların parenteral beslenme oranının yüksek olduğu görülmüştür (Demiray ve ark., 2020).

Ancak malignitesi olan ve olmayan gruplar arasındaki hastalarda ECOG skoru anlamlı ($p>0,05$) farklılık göstermemiştir. Malignitesi olmayan grupta da ECOG skorlarının iyi olmadığı, ancak destek tedavisinden faydalandığı düşünülebilir.

Palyatif bakım hastalarında beslenme şekillerinin, yaşam kalitesi ve yeterli beslenme düzeyini sağlama üzerindeki önemi büyüktür (Çınar ve arkl., 2016). Gastrointestinal sistemi çalışan hastaları beslemek için seçilecek en değerli yöntem, enteral yoldan beslenme olmalıdır (Koretz,2009). Gastrointestinal traktusun kullanılmadığı durumlarda ise parenteral yolla beslenme uygulanmalıdır (Zaloga, 2006).

Bu nedenle palyatif bakım hastalarında gerekli ve yeterli besin desteğinin verilmesi, yaşam kalitesini yükseltmeye yardımcı olmaktadır. Çalışmamızdaki enteral yolla beslenen hasta grubundaki hastaların yaşı (medyan: 74.5), oral ve parenteral yolla beslenen hasta grubundan anlamlı ($p<0,05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. Sonuçlarımız, enteral yolla nütisyonun malignitesi olmayan grupta kullanıldığını göstermektedir. Çalışmamıza dahil edilen oral ve parenteral yolla beslenen hasta grupları arasında hastaların yaşı, anlamlı farklılık göstermemiştir. ($p>0,05$) Oral yolla beslenme tercih edilen hastalarda DM varlığı karşılaştırıldığında, parenteral yolla beslenen hasta grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Parenteral yolla beslenen hasta grubu ile enteral yolla beslenen hasta grubu arasında DM oranı, anlamlı farklılık göstermemiştir. Enteral yolla beslenen hasta grubundaki hastaların yatış

süresi, oral ve parenteral yolla beslenen hasta grubundan anlamlı ($p<0,05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. Mueller ve ark yaptığı çalışmada da bizim yaptığımız çalışmadaki sonuçlar ile korelasyon göstermiş olup, malnütrisyonu olan hastalarda erken tanı konularak öncelikle enteral beslenme planlanmalı, parenteral beslenme ihtiyacı olabildiğince ertelenmeli (Mueller ve ark., 2011) .

Çalışmamızdaki parenteral yolla beslenen hasta grubunda nötrofil ve prokalsitonin değeri, oral ve enteral yolla beslenen hasta grubundan ($p<0,05$) daha yüksek bulunmuştur. Oral ile enteral yolla beslenen hasta grubu arasında nötrofil ve prokalsitonin değeri anlamlı ($p>0,05$) farklılık göstermemiştir. Elke ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da parenteral yolla beslenen hastaların nötrofil ve enfeksiyon parametreleri (CRP ve PCT) yüksek olduğu görülmüştür. Nötrofil ve prokalsitonin değerlerinin yüksekliği, parenteral nütrisyonun malignitesi olan ve mortalitesi yüksek olan hastalarda kullanılması nedeniyle enfeksiyona yatkınlığını gösterirken aynı zamanda parenteral nütrisyonun kendisinin de inflamasyona katkıda bulunabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Elke ve ark., 2016).

Serum albümin düzeyi, malnütrisyonun bir göstergesi olmasının yanında inflamatuvar bir belirteçtir. Albümin düzeylerinde beslenmeye rağmen düşüş, hastaların enfeksiyon tabloları ile alakalı olabilmektedir. Bizim çalışmamızda oral ve enteral yolla beslenen hasta grubunda albümin değeri, parenteral yolla beslenen hasta grubundan anlamlı ($p<0,05$) olarak daha yüksek görülmüştür. Oral ve enteral yolla beslenen hasta grubu arasında albümin değeri anlamlı ($p>0,05$) farklılık göstermemiştir. 2008-2019 yılları arasında 21032 hastayı içeren bir meta-analiz çalışmasında, bir maligniteye sahip hastalarda mortaliteye etki eden nedenler ve beslenme sonuçlarına bakıldığında albümin değerlerinin sağkalıma anlamlı etkisi görülmemiş ve beslenme düzeyi ile ilişkisi tespit edilmemiştir (Chow ve ark., 2020).

Parenteral yolla beslenen hasta grubundaki prokalsitonin değeri, oral ve enteral yolla beslenen hasta grubundan daha yüksek olduğundan, albumin değerinin enfeksiyon nedenli mi yoksa malnütrisyon kaynaklı mı olduğu net verilerle tespit edilememiştir. Albümin düzeyinde doğru beslenme şekline rağmen düşüşün devam etmesi, hastaların enfeksiyon tablolarıyla ilişkili olabilmektedir.

Çalışmamızdaki parenteral yolla beslenen hasta grubundaki malignite oranına bakıldığında, oral ve enteral yolla beslenen hasta grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Malignite varlığı hastanın majör olarak hangi organını etkilediği, beslenmeye engel olup olmadığı genel yaşam performansını etkileyen en önemli parametrelerden olup maligniteye sahip hastalarda parenteral yolla beslenme oranı daha fazla görülmüştür.

Parenteral nutrisyon ile beslenen hastalarda ölüm oranı, oral nutrisyon ve enteral nutrisyon ile beslenen hasta grubundan anlamlı ($p<0,05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. Oral nutrisyon ile beslenen hasta grubu ile enteral nutrisyon ile beslenen hasta grubu arasında hastalarda ölüm oranı anlamlı farklılık göstermemiştir. ($p>0,05$) Japonya'da yapılan bir meta analiz çalışmasında, beslenme modellerinin mortalite üzerine etkisi incelendiğinde enteral yolla beslenen hastalar arasında mortalite oranının anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür (Tamiya ve ark., 2015).

Çalışmamızın retrospektif çalışma ile elde edilmiş olması, temel kısıtlayıcı faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bölgemizin 1,5 milyonu aşan nüfusa sahip olmasının yanında yüksek yatak kapasitesine sahip kliniklerin başında olması ve palyatif bakım hastaların takip edildiği tek merkez olması, tüm laboratuvar ve takip dosyaları hastanemiz bünyesinde elde edilmesi ve tüm bu verilerin güvenilir bir tıbbi bilgi sisteminden sağlanması çalışmamızdan elde edilen sonuçların homojen ve değerli olmasına yardımcı olmuştur.

Sonuç olarak palyatif bakım ünitemizde geriatrik yaş grubuna yakın yaş ortalamasındaki hastaların tedavi edildiği ve kanser hastalarının önemli yer tuttuğu gözlenmektedir. Bu nedenle parenteral nutrisyon dolayısıyla enfeksiyona yatkınlık ve mortalitede artışa yol açtığı saptanmıştır.

Palyatif bakım kliniği tanımı gereği ilerleyici ve ölüme neden olan hastalıkların tanısından itibaren tüm hastalık sürecini rahat geçirmelerini, yaşam kalitesini arttırmayı ve bu süreçte karşılaşılabilecekleri sıkıntıları en aza indirmeyi amaçlayan bakım hizmetlerini vermesi nedeniyle palyatif bakım kliniğimizin de bu tanıma uygun hizmet sunduğu gözlenmektedir. Ancak terminal dönem hastalardan ziyade uzun dönem bakım gerektiren hastalara daha fazla önem verilmesi gerektiği de elde edilen sonuçlar arasında dikkati çekmektedir.

Bütün dünyada olduğu gibi ülkemiz dahilinde de yaşı nüfusun artışı ile birlikte yaşı hasta sayısının ve son dönem malignite hastalarının sayısının artması, palyatif bakım merkezlerine ihtiyacı ve farkındalığını giderek arttırmaktadır. Bu nedenle palyatif bakım servisinde takip edilen hastaların karşılaştığı problemler iyi tanımlayarak en etkili hizmeti sunmaya çalışmalıyız. Bu konuda daha fazla hizmet sunan merkeze ve donanımlı çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.



6.KAYNAKÇA

Akpınar, E. (2019). Aile Hekimliğinde Güncel Yaklaşımlar. Akademisyen Kitabevi.

Alonzi, S., Perry, L. M., Lewson, A. B., Mossman, B., Silverstein, M. W., & Hoerger, M. (2022). Fear of Palliative Care: Roles of Age and Depression Severity. *Journal of Palliative Medicine*, 25(5), 768–773.

Barba, R., Marco, J., Canora, J., Plaza, S., Juncos, S. N., Hinojosa, J., Bailon, M. M., & Zapatero, A. (2015). Prolonged length of stay in hospitalized internal medicine patients. *European Journal of Internal Medicine*, 26(10), 772–775.

Bar-Sela, G., Omer, A., Flechter, E., & Zalman, D. (2010). Treatment of lower extremity edema by subcutaneous drainage in palliative care of advanced cancer patients. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 27(4), 272–275.

Bedük, T. (2015). *İc Hastalıkları Hemşireliği - Akil Notları*.

Benli, A. R., & Erbesler, Z. A. (2016). Differences on comprehension and practice in palliative care in Turkey. In *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* (Vol. 20, Issue 1, pp. 5–6).

Bisht, M., Bist, S. S., Dhasmana, D. C., & Saini, S. (2008). Palliative care in advanced cancer patients in a tertiary care hospital in Uttarakhand. *Indian Journal of Palliative Care*, 14(2), 75.

Borasio, G. D. (2011). Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. In *Palliative and Supportive Care* (Vol. 9, Issue 1, pp. 1–2).

Bruera, E., Higginson, I., von Gunten, C. F., & Morita, T. (2015). *Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care*. CRC Press.

Bruera, S., Chisholm, G., Dos Santos, R., Bruera, E., & Hui, D. (2015). Frequency and Factors Associated With Unexpected Death in an Acute Palliative Care Unit: Expect the Unexpected. In *Journal of Pain and Symptom Management* (Vol. 49, Issue 5, pp. 822–827).

Center to Advance Palliative Care Abstracts Author Index. (2010). In *Journal of Palliative Medicine* (Vol. 13, Issue 2, pp. 139–139).

Chow, R., Bruera, E., Arends, J., Walsh, D., Strasser, F., Isenring, E., Del Fabbro, E. G., Molassiotis, A., Krishnan, M., Chiu, L., Chiu, N., Chan, S., Tang, T. Y., Lam, H., Lock, M., & DeAngelis, C. (2020). Enteral and parenteral nutrition in cancer patients, a comparison of complication rates: an updated systematic review and (cumulative) meta-analysis. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(3), 979–1010.

Çifci, A. (2021). Yaşam sonu ve palyatif bakım. *Journal of Medicine and Palliative Care*, 2(1), 21–24.

Çınar, H., Yasemin, K., Özyurt, N., & Çakır, L. (2016). Palyatif Bakım Hastalarında Nütrisyonel Durumunun Değerlendirilmesi. *Klinik Tıp Aile*.

Demiray, A., Kuzyaka, İ., Açıl, A., & İlaslan, N. (2020). Enteral Beslenen Yoğun Bakım Hastalarının Beslenme Süreci ve Gelişebilecek Komplikasyonlar Açısından Değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 289–296.

Dincer, M., Doger, C., Tas, S. S., & Karakaya, D. (2018). An analysis of patients in palliative care with pressure injuries. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 21(4), 484–491.

Edsberg, L. E., Black, J. M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., & Sieggreen, M.

(2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System. In *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing* (Vol. 43, Issue 6, pp. 585–597).

Elke, G., van Zanten, A. R. H., Lemieux, M., McCall, M., Jeejeebhoy, K. N., Kott, M., Jiang, X., Day, A. G., & Heyland, D. K. (2016). Enteral versus parenteral nutrition in critically ill patients: an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Critical Care / the Society of Critical Care Medicine*, 20(1), 117.

Ernecoff, N. C., Hanson, L. C., Fox, A. L., Daaleman, T. P., & Kistler, C. E. (2020). Palliative Care in a Community-Based Serious-Illness Care Program. *Journal of Palliative Medicine*, 23(5), 692–697.

Fernando, G., & Hughes, S. (2019). Team approaches in palliative care: a review of the literature. *International Journal of Palliative Nursing*, 25(9), 444–451.

Forootan, M., Bagheri, N., & Darvishi, M. (2018). Chronic constipation: A review of literature. *Medicine*, 97(20), e10631.

gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., & Murat Tuncer, A. (2010). Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(1), 1–6.

Irmak Kaya, Z. (2022). Evaluation of requested consultations and multidisciplinary approaches in palliative care service. *Geriatrisk Bilimler Dergisi*.

Jones, R., Britten, N., Culpepper, L., Gass, D. A., Grol, R., Mant, D., & Silagy, C. (2004). *Oxford Textbook of Primary Medical Care: Principles and concepts*. Volume 1.

Kandarian, B., Morrison, R. S., Richardson, L. D., Ortiz, J., & Grudzen, C. R. (2014). Emergency department-initiated palliative care for advanced cancer patients: protocol for a pilot randomized controlled trial. *Trials*, 15, 251.

Kavşur, Z., & Sevimli, E. (2020). Bazı Gelişmiş Ülkelerde Ve Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi. In Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi.

Kivanç, M. M. (2017). Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. In Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi (pp. 141–141).

Klein, C., Lang, U., Bükki, J., Sittl, R., & Ostgathe, C. (2011). Pain Management and Symptom-Oriented Drug Therapy in Palliative Care. In Breast Care (Vol. 6, Issue 1, pp. 27–34).

Komaç, A., Elyiğit, F., Türemiş, C., & Gram, E. (2016). Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Palyatif Bakım Ünitesi’nde yatan hastaların retrospektif analizi. Florence Nightingale Tıp.

Koretz, R. L. (2009). Enteral nutrition: a hard look at some soft evidence. Nutrition in Clinical Practice: Official Publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, 24(3), 316–324.

Madden, K., Wolfe, J., & Collura, C. (2015). Pediatric Palliative Care in the Intensive Care Unit. Critical Care Nursing Clinics of North America, 27(3), 341–354.

Marsik, C., Kazemi-Shirazi, L., Schickbauer, T., Winkler, S., Joukhadar, C., Wagner, O. F., & Endler, G. (2008). C-reactive protein and all-cause mortality in a large hospital-based cohort. Clinical Chemistry, 54(2), 343–349.

McNeil, M. J., Kamal, A. H., Kutner, J. S., Ritchie, C. S., & Abernethy, A. P. (2016). The Burden of Polypharmacy in Patients Near the End of Life. Journal of Pain and Symptom Management, 51(2), 178–183.e2.

Mueller, C., Compher, C., Ellen, D. M., & American Society for Parenteral and Enteral

Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. (2011). A.S.P.E.N. clinical guidelines: Nutrition screening, assessment, and intervention in adults. JPEN. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 35(1), 16–24.

Ni, T., Wen, Y., Wang, Y., Jiang, W., Sheng, H., Chen, E., Mao, E., Lan, Z., Huang, Y., & Zhou, Y. (2022). Association between albumin or prealbumin levels at different stages and prognosis in severe acute pancreatitis: a 5-year retrospective study. Scientific Reports, 12(1), 16792.

Okan, İ., Suren, M., Onder, Y., Cital, R., Akay, S., & Demir, T. (2019). An evaluation of the mourning tradition, the “First Feast,” in the context of palliative care: The possibility of incorporating cultural rituals into palliative care. In Palliative and Supportive Care (Vol. 17, Issue 04, pp. 453–458).

Onkolojide Destek Tedaviler ve Semptom Yönetimi. (2021).

Romirowsky, A. (2021). Hijacking the Arab-Israeli Conflict. Routledge.

Ross, D. D., & Alexander, C. S. (2001). Management of common symptoms in terminally ill patients: Part I. Fatigue, anorexia, cachexia, nausea and vomiting. American Family Physician, 64(5), 807–814.

Sedef, A. M., & Güler, O. C. (2020). Onkolojide Palyatif Bakım ve Yaşam Sonu Desteği. Akademisyen Kitabevi.

Şenel, G., Oğuz, G., Koçak, N., Karaca, Ş., Kaya, M., & Kadioğulları, N. (2016). [Opioid use and the management of cancer patient pain in palliative care clinic]. Agri: Agri Derneği'nin Yayın organidir = The journal of the Turkish Society of Algology, 28(4), 171–176.

Silbermann, M. (2020). Palliative Care for Chronic Cancer Patients in the Community: Global Approaches and Future Applications. Springer Nature.

Tamiya, H., Yasunaga, H., Matusi, H., Fushimi, K., Akishita, M., & Ogawa, S. (2015). Comparison of short-term mortality and morbidity between parenteral and enteral nutrition for adults without cancer: a propensity-matched analysis using a national inpatient database. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 102(5), 1222–1228.

Turgut, Ö., Pektaş, M., Aydınli, B., & Sagün, A. (2019). Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Palyatif Bakım Biriminde yatan hastaların retrospektif analizi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 407–412.

Uysal, N., Şenel, G., Karaca, Ş., Kadioğulları, N., Koçak, N., & Oğuz, G. (2015). [Symptoms seen in inpatient palliative care and impact of palliative care unit on symptom control]. *Agri: Agri Derneği'nin Yayın organidir = The journal of the Turkish Society of Algology*, 27(2), 104–110.

Website. (n.d.-a). Şahan Uslu, F. & Terzioğlu, F. (2015). Dünyada Ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi Ve Örgütlenmesi . *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* , 4 (2) , 81-90.

Website. (n.d.-b). Palyatif bakım evde ve hastanede çalıştay raporu 25.04.2013, İzmir.

Wright, M., Wood, J., Lynch, T., & Clark, D. (2008). Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global View. In *Journal of Pain and Symptom Management* (Vol. 35, Issue 5, pp. 469–485).

Yürüyen, M., Özbaş Tevetoğlu, I., Tekmen, Y., Polat, Ö., Arslan, İ., & Okuturlar, Y. (2018). Prognostic factors and clinical features in palliative care patients. *Konuralp Tıp Dergisi*, 74–80.

Yürüyen, M., Tevetoğlu, I. Ö., Tekmen, Y., Polat, Ö., Arslan, İ., & Okuturlar, Y. (2018). Palyatif bakım hastalarında klinik özellikler ve prognostik faktörler. *Konuralp Medical Journal*, 10(1), 74–80.

Zaloga, G. P. (2006). Parenteral nutrition in adult inpatients with functioning gastrointestinal tracts: assessment of outcomes. *The Lancet*, 367(9516), 1101–1111.



7.EKLER

7.1. Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 04.03.2022-113305



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.01.04-113305-60
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası Hk.

04.03.2022

Sayın Prof. Dr.Ali TAMER

Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

İlgi : 11.02.2022 tarihli 60 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Palyatif Bakım Biriminde Yatan Hastaların Verilerinin Retrospektif Analizi**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aşlı ile Aynıdır.
04.03.2022

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu :BSL5FJL390 Pin Kodu :72732
Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk,
Adıpaazarı/Sakarya
Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629
e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.tip.sakarya.edu.tr

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd/ekK-5783&eD=BSL5FJL390&eS=113305>
Bilgi için: Yücel Demir
Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu
Telefon No: 2953129

8.ÖZGEÇMİŞ

Adı		Soyadı	
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu	.	Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans			
İş Deneyimi:			
Görevi	Kurum		Süre (Yıl - Yıl)
1			
2			
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*