



T.C.

SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KAPSAMLI PALYATİF BAKIM SERVİSİNE YATIŞI YAPILAN
HASTALARIN ANALİZİ- 1 YILLIK DENEYİMİMİZ**

Dr. Muhammed Emin Göktepe

TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN, 2022



T.C.

SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KAPSAMLI PALYATİF BAKIM SERVİSİNE YATIŞI YAPILAN
HASTALARIN ANALİZİ- 1 YILLIK DENEYİMİMİZ**

Dr. Muhammed Emin Göktepe

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Onur Öztürk

TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN, 2022

TEŞEKKÜR

İyi bir klinisyen ve bilim insanı olmak için bu yolculukta hayat inişli çıkışlı gitmeye devam ederken acısıyla tatlısıyla bu yolculukta çok şey tecrübe edip öğrenmiş oldum.

Tez hazırlama sürecim dahil; bilgi ve deneyimleriyle her konuda yol gösterici olan çok değerli hocam *Doç. Dr. Onur Öztürk'e*;

Bu süreçte klinikte eğitim ve öğretim faaliyetlerinde destekleri olan hocalarım *Doç. Dr. Erdinç Yavuz ve Doç. Dr. Mahcube Çubukçu'ya* ;

Mentor olarak farklı düşünmemi sağlayıp sohbetleri ile farklı dünyalara bakmamı sağlayan hocam *Dr. Mustafa Ünal'a*;

Pandemi sürecinde uzak kaldığım ve uzaktan desteklerini esirgemeyen *aileme*;

İç hastalıkları kliniğinden asistanlık sürecinde her konuda desteği olan arkadaşlarım *Ali Uğur Ergin, Ömer Faruk Yurt'a* ;

Her anımda ve zor anlarımda yanımda olup desteklerini esirgemeyen Aile hekimliği kliniğinden arkadaşlarım *Nurbanu Kahraman Yurt, Latife Merve Yıldız ve Gizem Jülide Kalaycı'ya* teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Muhammed Emin GÖKTEPE

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Palyatif Bakım Tanımı	3
2.2. Palyatif Bakımın Tarihiçesi	3
2.3. Palyatif Bakım Nedir?.....	4
2.4. Dünya Üzerindeki Palyatif Bakım Uygulamaları	6
2.4.1. İngiltere’de palyatif bakım hizmetleri.....	6
2.4.2 Almanya’da Palyatif Bakım Hizmetleri.....	7
2.4.3. Kanada’da palyatif bakım hizmetleri.....	7
2.4.4. İspanya'da palyatif bakım hizmetleri	8
2.4.5. Arjantin'de palyatif bakım hizmetleri	9
2.4.6. Japonya'da palyatif bakım hizmetleri.....	9
2.4.7. Norveç'te palyatif bakım hizmetleri	10
2.4.8. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) palyatif bakım hizmeti.....	11
2.4.9. Afrika'da palyatif bakım hizmetleri	12
2.5. Türkiye’de Palyatif Bakımın Gelişimi ve Mevzuat	12
2.5.1. Türkiye’de tescilli palyatif bakım merkezlerinin mevcut durumu.....	13
2.6. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Kapsamı	18
2.6.1. Beslenme Eksiklikleri	18
2.6.2. Beslenme Çeşitleri	19
2.6.3. Bası Yaraları	21
2.6.4. Ağrı	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Yeri	26
3.3. Araştırmanın Örnekleme	26

3.4. Veri Toplama Gereci ve Yöntemi	26
3.5. İstatistiksel Analiz.....	26
4. BULGULAR.....	28
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	28
4.2 Evde Sağlık ve diğer bölümler arasında konsültasyon istenme dağılımlarının karşılaştırılması	31
4.3 Yaş grupları arasında prognoz dağılımlarının karşılaştırılması	32
4.4 Yaş grupları arasında yatış sürelerinin ANOVA analizi ile karşılaştırılması	32
4.5 Kan grupları arasında çekilen direkt grafi sayısının karşılaştırılması	32
4.6. Kan grupları arasında direkt grafi çekilme durumlarının dağılımlarının karşılaştırılması	33
4.7. Hastaların yatış yapıldığı yer gruplarına göre ölüm varlığının incelenmesi	33
4.8. Samsun ve diğer iller arasında ölüm varlığının ilişkisinin incelenmesi	34
4.9. Merkez ve perifer ilçeler arasında ölüm varlığının ilişkisinin incelenmesi	34
4.10. Yatış yapılan mevsim ve primer tanı dağılımları arasındaki ilişkinin incelenmesi ..	35
4.11. Yatış yapılan mevsim ve yatış sebebi dağılımları arasındaki ilişkinin incelenmesi .	36
4.12. Yatış yapılan mevsim ve yatış yeri dağılımları arasındaki ilişkinin incelenmesi	36
4.13. Direkt grafi ihtiyacı olan ve olmayanlarda prognoz ilişkisinin incelenmesi.....	37
4.14. Cinsiyetler arasında kan grupları dağılımının incelenmesi.....	38
4.15. Kan grupları ve prognoz arasındaki ilişkinin incelenmesi	38
4.16. Primer tanı ve vefat etme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi	39
4.17. Konsültasyon isteği ve yatış yeri arasındaki ilişkinin incelenmesi	40
4.18. Yatış yapılan birimlerde tarafımızca istenen konsültasyon sayılarının karşılaştırılması	40
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ	49
6.1 Öneriler	51
7. KAYNAKLAR	52
8. EKLER	57
8.1 Etik Kurul Karar Formu.....	57
9. ÖZGEÇMİŞ.....	59

KISALTMALAR

BT	: Bilgisayarlı Tomografi
ESH	: Evde sağlık hizmetleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKO	: Ekokardiografi
PEG	: Perkütan enterogastrostomi
KOAH	: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
MR	: Manyetik rezonans
PBS	: Palyatif bakım servisi
PB	: Palyatif bakım
SEAH	: Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi
SUT	: Sağlıkta Uygulama Tebliği
SVO	: Serebrovasküler olay
USG	: Ultrasonografi
TPN	: Total parenteral nutrisyon

TABLolar LİSTESİ

- Tablo 1. Tanımlayıcı Bulgular
- Tablo 2. Evde Sağlık ve diğer bölümler arasında konsültasyon istenme dağılımlarının karşılaştırılması
- Tablo 3. Yaş grupları arasında prognoz dağılımlarının karşılaştırılması
- Tablo 4. Yaş grupları arasında yatış sürelerinin ANOVA analizi ile karşılaştırılması
- Tablo 5. Kan grupları arasında çekilen direkt grafi sayısının karşılaştırılması
- Tablo 6. Kan grupları arasında direkt grafi çekilme durumlarının dağılımlarının karşılaştırılması
- Tablo 7. Hastaların Yatış yapıldığı yer gruplarına göre ölüm varlığının incelenmesi
- Tablo 8. Samsun ve diğer iller arasında ölüm varlığının ilişkisinin incelenmesi
- Tablo 9 Merkez ve perifer ilçeler arasında ölüm varlığının ilişkisinin incelenmesi
- Tablo 10. Yatış yapılan mevsim ve primer tanı dağılımları arasındaki ilişkinin incelenmesi
- Tablo 11. Yatış yapılan mevsim ve yatış sebebi dağılımları arasındaki ilişkinin incelenmesi
- Tablo 12. Yatış yapılan mevsim ve yatış yeri dağılımları arasındaki ilişkinin incelenmesi
- Tablo 13. Direkt grafi ihtiyacı olan ve olmayanlarda prognoz ilişkisinin incelenmesi
- Tablo 14. Cinsiyetler arasında kan grupları dağılımının incelenmesi
- Tablo 15. Kan grupları ve prognoz arasındaki ilişkinin incelenmesi
- Tablo 16. Primer tanı ve vefat etme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi
- Tablo 17. Konsültasyon isteği ve yatış yeri arasındaki ilişkinin incelenmesi
- Tablo 18. Yatış yapılan birimlerde tarafımızca istenen konsültasyon sayılarının karşılaştırılması

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Türkiye’de tescilli palyatif bakım merkezlerinin mevcut durumu

Şekil 2. Evre 1 bası yarası

Şekil 3. Evre 2 bası yarası

Şekil 4. Evre 3 bası yarası

Şekil 5. Evre 4 bası yarası

Şekil 6. Evrelendirilemeyen bası yarası

Şekil 7. Derin doku hasarı

Şekil 8. Kanser ağrısının nedenleri



ÖZET

Amaç: Palyatif Bakım Servisleri (PBS) hızlı bir gelişim sürecindedir. Palyatif bakım (PB) her ne kadar yatağa bakımlı kalmış veya kendi kendine yetemeyen her hastaya hitap etse de esas ilgi alanı kanser hastaları ve yakınlarıdır. Bu çalışmada, aile hekimliği kliniğince yürütülmeye başlandığı zamandan itibaren Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi (SEAH), Kapsamlı PBS'ne yatan hastaları değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel, retrospektif dizayndaki çalışmanın evrenini SEAH Kapsamlı PBS'ne 01 Aralık 2019 - 01 Aralık 2020 tarihlerinde yatışı yapılan tüm PB hastaları oluşturmuştur. Hastaların özel bilgileri paylaşılmadan, cinsiyet, yaş, meslek, kan grubu, tanı, tarafımıza nereden konsulte edildiği, kaç gün servis hizmeti aldığı, kaç kez yatış yapıldığı, vefat eden sayısı, yatış nedeni, görüntüleme yöntemleri istemleri, özellikle girişimsel işlemler, hangi şehirden, ilçelerden yattığı bilgileri otomasyon sistemi yardımı ile toplanıp, SPSS paket programında analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya alınanların yaşları ortalaması $76,3 \pm 12,9$ yıl olup kadın cinsiyet oranı %51,3'tür. Kişilerin kan gruplarının büyük çoğunluğu %36,9 ile A Rh+ olduğu saptanmıştır. Kişilerin ortalama yatış süreleri $12,0 \pm 10,4$ gün olup %46,7 ile en çok kış aylarında yatış yapıldığı saptanmıştır. Kişilerin %62,8'i hastaneden taburcu olmuşken, %21,7'sinin vefat ettiği saptanmıştır. Kişilerin büyük çoğunluğunun Samsun ilinde ikamet ettiği (%93,1), Samsun ilinde ikamet edenlerin %72,4'ünün de merkez ilçelerde yaşadığı saptanmıştır. Kişilerin yarısına yakınının yatış sebebi beslenme eksikliği yer aldığı saptanmıştır. Kişilerin ilk 3 sıradaki primer tanı dağılımları sırayla Akciğer kanseri (%15,8), SVO (%14,8) ve Alzheimer (%14,1) olduğu saptandı.

Sonuç: Aile hekimliği kliniğince yürütülmeye başlanan servisin yatan hastalar özelinde ilk düzenli sonuçları çıkarılmış olmuş, primer tanılar, yatış tanıları, kabul şekilleri, yatış yapılan klinikler, özellikle girimsel işlemler yapılıp yapılmadığı, konsültasyon alma-isteme oranları değerlendirip aile hekimliği bakış açısıyla yürütülen serviste gerçek palyatif bakım hastalarına hizmet verilmiştir. Samsun ilinden ve merkez ilçelerden daha fazla yatış yapıldığı, acil departmanı ve yoğun

bakım departmanlarından daha fazla konsultasyon istendiği, görüntüleme ihtiyacı olarak direkt grafi istenen hastaların daha fazla vefat ettiği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Aile Hekimliği



ABSTRACT

Aim: Palliative Care Services (PCS) are in a rapid development process. Although palliative care (PC) appeals to every patient who has been well-kept in bed or is not self-sufficient, his main area of interest is cancer patients and their relatives. In this study, it was aimed to evaluate the patients who were admitted to Samsun Training and Research Hospital (STRH), Comprehensive PBC since it was started to be carried out by the family medicine clinic.

Materials and Methods: The population of this cross-sectional, retrospective study consisted of all PC patients admitted to SEAH Comprehensive PCS between 01 December 2019 and 01 December 2020. Without sharing the private information of the patients, gender, age, occupation, blood type, diagnosis, where we were consulted from, how many days of service they received, how many hospitalizations were made, number of deaths, reason for hospitalization, requests for imaging methods, specific interventional procedures, from which city and information from the districts was collected with the help of the automation system and analyzed in the SPSS package program.

Results: The mean age of the participants in the study was 76.3 ± 12.9 years, and the female sex ratio was 51.3%. The majority of the people's blood groups were found to be A Rh+ with 36.9%. The average hospitalization period of the individuals was 12.0 ± 10.4 days, and it was determined that the most hospitalizations were made in winter months with 46.7%. While 62.8% of the individuals were discharged from the hospital, it was determined that 21.7% of them died. It was determined that the majority of the people reside in Samsun (93.1%), and 72.4% of those residing in Samsun live in the central districts. It was determined that nearly half of the patients were hospitalized due to nutritional deficiencies. The primary diagnosis distributions of the individuals in the first 3 rows were determined as Lung cancer (15.8%), CVO (14.8%) and Alzheimer (14.1%), respectively.

Conclusion : The first regular results of the service, which was started to be carried out by the family medicine clinic, were obtained for inpatients, primary diagnoses, hospitalization diagnoses, admission forms, from which clinics hospitalizations were made, whether specific interventional procedures were

performed, consultation and request rates were evaluated and real results were evaluated in the service carried out from the perspective of family medicine. Palliative care patients were served. It was determined that more hospitalizations were made in Samsun province and central districts, more consultation was requested from the emergency department and intensive care departments, and patients who were asked to have direct radiography as an imaging need died more.

Keywords: Family Medicine, Palliative Care



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımlamasına göre, palyatif bakım; yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze kalan hasta ve hasta yakınlarının, yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik bir yaklaşım olup, başta ağrı olmak üzere fiziksel, psikososyal ve ruhani problemlerin erken tespit ve tedavisini hedefleyen bir bakımdır (1, 2).

Palyatif bakım hizmetleri, 1990 yılı başlarından itibaren İskandinav ülkeleri, İngiltere ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde hızlı bir gelişim sürecine girmiştir.(3) Palyatif bakım her ne kadar yatağa bakımlı kalmış veya kendi kendine yetemeyen her hastaya hitap etse de esas ilgi alanı kanser hastaları ve yakınlarıdır. İleri evre kanser hastaları, öncelikle ağrı olmak üzere fiziksel ve psikolojik semptomları sıklıkla deneyimleyen hastalar, fonksiyonel kapasitesi azalmış hastalar, yaşam kalitesi azalmış olan hastalar palyatif bakım protokolü için hedeflenen kanser hasta popülasyonudur (4, 5).

Palyatif kanser hastasında en sık karşılaşılan yaşam sonu şikayetler ve bulgular; ağrı, beslenme bozukluğu, bulantı, halsizlik, nefes darlığı, iç sıkıntısı, bilinç bulanıklığı ve bası yaralarıdır. Vaka yönetiminde kaliteli ve sürekli bakıma ulaşabilmek için aile hekimi, spesifik branş uzmanı, hemşire, diyetisyen, psikolog, manevi destek uzmanı, fizyoterapist, sosyolog gibi birçok profesyonel beraber çalışmalı, klinik rehberler ve bakım protokolleri kullanılmalıdır (4, 6, 7).

Hedef her zaman minimum tetkik ve tedaviyle maksimum fayda olmalıdır. Palyatif bakımın ölümü hızlandırma veya erteleme amacı taşımamasının yanında kanser hastalarında birçok faydası vardır. Hasta bakımının psikososyal yönlerini fiziksel bakıma entegre etmesi, hastaların son ana kadar mümkün olduğunca aktif bir yaşam sürmelerinde destek sağlaması, hasta yakınlarına hastalık süreci ve sonrasında kendi yas süreçleriyle başa çıkabilmelerinde destek sağlaması, gerektiğinde yas dönemi danışmanlığı da dahil olmak üzere hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılanmasında ekip yaklaşımı kullanması, yaşam kalitesini arttırması, hastalık sürecini olumlu olarak etkileyebilmesi bunlardan sadece birkaçıdır (8).

Bu çalışmada, aile hekimliği kliniğince yurutılmeye başlandığı zamandan itibaren Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi (SEAH), kapsamlı palyatif bakım servisinde yatan hastaları değerlendirmek amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Palyatif Bakım Tanımı

Palyatif kelimesi “palliative” olarak günümüzde yaygın olarak kullanılması ile ingilizce bir kelime gibi görünmesine rağmen köken olarak tüm tıbbi terimlerin dayandığı latince kökenli bir kelimedir. Palyatif kelime anlamı olarak örtü, korumak, kollamak anlamlarına gelmektedir ve çok eski çağlardan beri kullanılmaktadır. Günümüzdeki modern servislerin tanımlanmasında kullanılmaktadır (9).

Eski dönemlerde düşkün hastalar için kullanılan hospis tabiri zamanla profesyonel anlamda palyatif servislere dönüşmüştür. Hospis bakım evi olarak da tanımlanabilir. Özellikle sosyokültürel olarak farklı Avrupa ve Amerika topluluklarında yaygın olarak görülmektedir. DSÖ palyatif servis tanımını ilk olarak 1986 yılında yapmıştır bu dönemde son dönem hastalarındaki bir uygulama olarak durumu tabir ederken 2002 yılında tabiri revize ederek eşlik eden sorunları ön plana koyarak hastaların acı çekmesini engelleyen ve aileleri ile birlikte tedavi edilmesi gerektiğini belirten bir duruma olarak tanımlamıştır (10, 11).

Ulusal Palyatif Bakım Derneği Birleşik Krallıkta İngiltere, Galler ve Kuzey İrlanda'da hizmet veren bir kuruluş olup palyatif bakımı şöyle tanımlamıştır; aşırı ilerlemiş hastalığa sahip olan hastaların ağrı ve diğer semptomlarının yönetilmesi, fiziksel, sosyal ve ruhsal desteğin olabildiğince erken sağlanarak hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasını sağlayan aktif holistik bir bakımdır (12).

2.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi

Tarihçesi ota çağ dönemlerine dayanmaktadır özellikle ruhban sınıfı papazlar ve dini kurumlarda kimsesizlere verilen hizmetler ilk palyatif bakım olarak değerlendirilebilir (10).

İlk modern anlamda hospis Londra'da bir hemşire olan Cicely Saunders St. Christopher 's Hospis adıyla kurmuştur ve uygulamayı başlatmıştır. Dünyadaki palyatif bakım ünitelerinin ilki 19 yüzyılda Fransa'da 1842'de kurulmuştur (10).

Dünya üzerindeki ilk palyatif bakım servisi ise neredeyse 20. yüzyıla yakın bir dönem olan 1975 yılında Kanada'daki Montreal'de bulunan Royal Victoria Hastanesi'nde kurulmuştur (10).

Cicely Saunders hemşire olduğu dönemde hastaların bakımı ile yakından ilgilendiği için hastaların yaşam sonundaki ihtiyaçlarını çok iyi anlayıp buna yönelik bir tedavi vermek istemiştir daha sonra bu isteği nedeniyle tıp fakültesi okuyup tıp doktoru olmuştur ve modern palyatif servislerin temelini oluşturacak St. Christopher 's Hospis'i hizmete açmıştır (13).

Yakın tarihte Türkiye özelinde bakacak olursak Osmanlı Devleti döneminde 1896 yılında Darülaceze düşkün hastalara hizmet vermek için açılan palyatif bakım olarak değerlendirilebilecek ilk kurumdur. Modern Türkiye Cumhuriyeti'nde 1993 ile 1997 yılları arasında Türk Onkoloji Vakfı öncülüğünde kurulan bakımevleri faaliyeti servislerin öncüsü olarak değerlendirilebilecek ilk kurumlardandır (14).

Profesyonel anlamda palyatif servislerin ülkelerdeki kuruluş yıllarına bakacak olursak 1990 yıllarda İskandinav ülkelerinde palyatif bakım servislerinin kurulduğunu görebiliriz. Ülkemizde ise ilk olarak Ankara'da Ulus devlet hastanesinde onkologlar öncülüğünde 2010 yılında ilk palyatif servis kurulmuştur (15).

Modern Türkiye Cumhuriyeti'nde palyatif servisleri gelişimine bakacak olursak 2009 ile 2015 yılları arasında Kanser Kontrol Dairesi Başkanlığı öncülüğünde başlatılan PalliaTürk projesi palyatif bakımların gelişimini hazırladığıdır (15).

2.3. Palyatif Bakım Nedir?

Palyatif servis multidisipliner bir iş birliği ile ortaya konan çok yönlü bir disiplindir yaşamı tehdit eden geri dönüşümü olmayan hastalıkların son evrelerindeki tedavilerinde aktif rol almaktadır. Sözlük anlamı koruyucu kapsayıcı iken İngilizce'deki anlamı; yatıştırıcı geçici çare anlamı olmakla ön plana çıkmaktadır (10).

Modern dünyanın ve Sanayi Devrimi'nin getirdiği değişiklikler birlikte araştırmaların artması insan ömrü için bulunan ilaçların artması antibiyotik devrimi ile insan ömrü uzamıştır. Bundan dolayı beklenen ortalama yaşam ömrü artmıştır ve ek sorunlar daha fazla ortaya çıkmaya başlamıştır. Ek sorunların daha fazla çıkmaya başladığı bu dönemde kronik rahatsızlıklar ön plana çıkıp mortalite ve morbidite de önemli artış yapmıştır özellikle morbidite olanı artış nedeniyle palyatif servis ihtiyacı

artmıştır. Palyatif bakım insan hayat sonundaki konforu arttırmayı hedefler ve buna eşlik eden pek çok başka durumdaki tedavileri düzenler. Sadece hasta tedavisini değil aynı zamanda hasta yakınlarının da beklentilerini ve psikiyatri tedavisini hedefler (16).

Palyatif bakım multidisipliner bir ekip işidir. Hastanın ve yakınlarının tedavisi amaçlanır. Amaç primer sorunu çözmek değil; eşlik eden semptomların yönetimini etkili ve az yan etkiler ile sunmaktır. Palyatif bakım ekibinde doktor, hemşire, sosyolog, psikolog, din adamı, yardımcı sağlık personelleri vb. etkin görev alır. Doktor ekibin başındaki kişidir. Hasta, hasta yakını ve ekip ile birlikte en etkin ve uygun tedaviyi sunmayı amaçlar. Palyatif bakım uzmanlığı dünyada bazı ülkelerde tek başına bir uzmanlık kabul edilmektedir. Türkiye Cumhuriyeti'nde şu an için böyle bir durum söz konusu değildir. Belirli branş uzmanları başta olmak üzere tıp doktoru olan herhangi bir kimse PBS'de ekip lideri olarak çalışabilmektedir (15).

Palyatif bakımın amacı yaşam kalitesini artırmaktır (17). Bununla birlikte hastaya bakım veren kişilerde bakım sürekliliğini sağlamak hasta yakınları ve hasta ile uygun ve kaliteli iletişim, hasta, hasta yakını ve ekip arasındaki koordinasyonun sağlanması, hastanın sahip olduğu primer hastalık ve yatış esnasında ki nedenlere yönelik semptomatik tedavi yatış süresindeki amaçlarındandır (9).

Sağlık Bakanlığı palyatif bakım servislerinde multidisipliner bir anlayışla çalışacak meslek gruplarını belirlemiştir. Bu meslek grupları içinde başlıca doktor daha sonra hemşire sosyal çalışmacı diyetisyen psikolog yer almaktadır (9).

Uzun yıllar boyunca palyatif bakım hizmetleri ihmal edilmiştir ama son yüzyılda artan yaşlı nüfus ve kronik hastalıklar bu durumu açıkça bir gereksinim olduğunu ortaya çıkarmıştır (9).

Kronik hastalıkların artması ve yoğun bakım ihtiyacı ve uzun yoğun bakım süreçleri hem yoğun bakım hizmetlerinin aksamasına neden olmakta ve sistemi tıkamaktadır. Bu nedenle Palyatif bakım servisleri sistemin tıkanmasının önüne yoğun bakım hizmetlerinin aksamamasını sağlayabilmektedir (16).

Türkiye Cumhuriyeti'nde 2015 yılında palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkındaki yönerge yürürlüğe girmiştir. Sağlık uygulama tebliğinde (SUT) palyatif bakım hizmetleri kapsamı hakkında tablolar belirtilerek

palyatif bakımın Sosyal Güvenlik Kurumu geri ödemesi kapsamına alınması sağlanmıştır (16).

2.4. Dünya Üzerindeki Palyatif Bakım Uygulamaları

Dünya üzerinde çok çeşitli palyatif bakım uygulamalar mevcuttur. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) 5 kıtadan 3 ünde palyatif bakım hizmeti verildiğini belirtmiştir (18).

2.4.1. İngiltere’de palyatif bakım hizmetleri

İngiltere palyatif bakımın kurulması ve sunulmasında lider ülkelerden biri olmuştur. St. Thomas Hastanesinde ilk modern palyatif bakım servis hizmeti 1976 yılında vermeye başlamıştır. (19) 1991 yılında Birleşik Krallık bünyesine bağlı İskoçya, Galler, Kuzey İrlanda ve İngiltere’de bir araya gelen kuruluşlar uzman palyatif bakım hizmetleri ve ulusal hospis konseyini kurmuşlardır (20).

İngiltere’de yaşlanan nüfus ile birlikte nüfusun yaklaşık üçte biri kanser ve buna bağlı nedenlerle ölmektedir. Bu nüfusun yaklaşık dörtte üçünün palyatif bakım ihtiyacı nedeniyle hizmete gereksinim duyduğu raporlanmıştır (21).

Palyatif bakım hizmetleri çok ayaklı bir şekilde yürütülmektedir (22). Ulusal sağlık servisi, evde bakım hizmetleri, gündüz bakım hizmetleri sağlayan kurumlar, yas destek merkezleri ve gönüllü kuruluşlar hastanelere entegre bir şekilde çalışmaktadırlar. Bunun dışında bu sistemlerin hastane tabanlı sisteme uydurulması malignitesi olmayan yaşlı ek problemi olan hastaların fayda görmesini sağlamaktadır ve bu sayede yaşlı nüfusa hizmet sunumu sağlanmaktadır (23).

İngiltere örneğine baktığımız zaman 1991 yılında kurulan ilk servisten sonra hızlı bir gelişme kaydedip 1999 yılında neredeyse 340 yatak kapasiteye ulaşan palyatif bakım servisleri kurulmuştur. Palyatif bakım hizmetleri ulusal sağlık programı kapsamında geri ödemeye alınmıştır ve hükümet tarafından palyatif bakım hizmetleri için ek ödenekler çıkarılmıştır.

Bakımevi hizmeti veren hospisler yataklarının beşte birini palyatif bakım hizmetleri için ayırır. Farklı iki adet palyatif bakım hizmet uygulaması göze çarpmaktadır.

1. Genel palyatif bakım hizmeti
2. Uzman palyatif bakım hizmeti

Genel palyatif bakım hizmeti uzman olmayan kişiler tarafından genellikle hospislerde verilen hizmettir. Uzman palyatif bakım hizmetinde içinde doktoru hemşiresi psikolog ve sosyal çalışmacısının olduğu multidisipliner yaklaşımın benimsendiği bir ekip hizmeti bulunmaktadır (24).

2.4.2 Almanya’da Palyatif Bakım Hizmetleri

Köln Üniversitesi bünyesindeki cerrahi klinikte ilk palyatif bakım ünitesi 1983 yılında hizmete başlamıştır. Alman hükümetinin sağlık bakanlığına verdiği destek sonucu 1991 ile 1996 yılları arasında palyatif bakım hizmetleri için bir çalışma modeli belirlenmiş ve servislerin sayısının hızla artması sağlanmıştır (25).

Ülkedeki palyatif bakım hizmetleri evde sağlık hizmetleri ile koordinelidir. Bu hizmet aile hekimi ve hemşireler tarafından hizmet sunulmaktadır. Sevk sistemi mevcut olduğu için hastaların mevcut semptomları evde tedavi edilemeyecek durumda olduğu zaman palyatif bakım hizmeti veren bir merkeze hastaların nakli yapılmaktadır.

Verilen hizmette aile hekimleri, evde sağlık hizmetleri, hospis, hastane koordineli bir şekilde çalışmaktadır ve hastanın durumunu takip etmektedir. Palyatif bakımın multidisipliner bir yaklaşım olduğu bilindiğinden dolayı bu ekibin içinde doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, gönüllü hospis çalışanları, din adamları ve çeşitli terapistler bulunmaktadır.

Palyatif bakım hizmetlerinin evde verilmesi yönünde son yıllarda bir yönelim gözlenmektedir ve bu hizmetleri gönüllüler vermektedir (23).

2.4.3. Kanada’da palyatif bakım hizmetleri

Gelişmiş ülkelerde son yıllarda yapılan çalışmalarda bakıldığında ilerleyen yıllarda yaşam beklentisi süresinin artmasıyla kronik ve palyatif bakım için harcanan para miktarının artacağı öngörülmektedir bu durum 2036 yılında kadar %25 artacağı 65 yaş üstü ölümlerin %65 oranında tüm ölümlerde büyük payı alacağı tahmin edilmektedir. Kanada'daki ölümlere bakacak olursak büyük bir kısmı hastanede

meydana geldiği rapor edilmesine rağmen hiç azımsanmayacak sayıda insanların ise evde ölmek istediği bildirilmektedir (26, 27).

Kanada'da Kanser hastaları için akut bakım merkezlerinde yaşam sonu bakım hizmetleri sunulmaktadır. Bu merkezlerin amacı yoğun bakım dolu olduğunu ve gereksiz yatak kullanımının önleyerek sağlık sisteminin daha efektif kullanılmasını sağlamaktadır.

Kanada'da tek bir palyatif bakım hizmet sunum programı mevcut değildir çok farklı eyaletlerde farklı hizmet sunumları mevcuttur bu durum eyaletten eyalete değişmektedir.

Bu programlara bakacak olursak örnek olarak verilebilecek ilk program Edmonton palyatif bakım programıdır. Yaklaşık bir buçuk yıllık bir plan program serüveninden sonra 1995 yılında kurulmuştur Alberta eyaletindeki sağlıkta dönüşüm esnasında bu program uygulamaya geçmiştir. Almanya örneğinde olduğu gibi 1. basamak hekimleri ile evde sağlık hizmetleri entegrasyonu mevcut olup sistemin sac ayağını oluşturmaktadır. Aynı zamanda aile hekimleri ikinci ve 3. basamak ile iletişim halinde olup sisteme katılımları sağlanmaktadır. Onkoloji klinikleri merkezi,sağlık otoriteleri, il kanser kurulları bu programın diğer üyeleridir (28).

Hastanın isteğine göre ve program belirlenmesi ile palyatif bakımın geliştirilmesi ile ilgili düzenlemeler devam etmektedir (23).

2.4.4. İspanya'da palyatif bakım hizmetleri

İspanya'da palyatif bakım hizmetleri 1980'li yıllarda hekimlerin kişisel çalışmaları ile kurulmuştur.(29) Santa Creu de Vic Hastanesinde 1987 yılında ve 1989'da Red Cross Hastanesinde palyatif bakıma dair ilk fonksiyonel servisler kurulmuştur. El Sabinal Hastanesi ise 1989 yılında Büyük Kanarya adalarında palyatif bakım hizmeti vermeye başlamıştır. El Sabinal hastanesindeki ekip tarafından oluşturulan Semptom Kontrol Kılavuzu Hizmet verenler için referans kaynak olmuştur (30).

Centene ve G. Sanchez 2000'li yıllarda İspanya'daki palyatif bakım hizmetlerinin programını oluşturmuşlardır. İspanya kanserle savaş derneği, dini

kuruluşlar, hükümet dışı sivil toplum örgütleri palyatif bakım hizmetlerinin ülke genelinde gelişiminde önemli rol oynamışlardır.

Son zamanlarda sigorta şirketleri palyatif bakım hizmetlerini geri ödeme kapsamına almışlardır. Ulusal sağlık sistemi stratejisinde 2007 yılında palyatif bakım hizmetlerinin çeşitli düzeylerde sağlık sistemine entegrasyonu sağlanmıştır. İspanya'da her yıl ölen kişilerin %50 ile %60'ının son dönemde palyatif bakım ihtiyacı duyabileceği yapılan çalışmalarla tahmin edilmektedir (23, 31).

2.4.5. Arjantin'de palyatif bakım hizmetleri

Arjantin Tıp ve palyatif bakım Derneği 1994 yılında faaliyetlerine başlamış olup 28 yıllık bir palyatif bakım geçmişi vardır. En son 2015 yılında palyatif bakım ayrı bir uzmanlık olarak belirlenmiş olsa da ülkede eşit şartlar sağlanamamıştır. Santa fe Neuquen Bakım uzmanlığı için akredite olan iki şehridir.(32) Palyatif bakım hizmetleri 1994 yılında faaliyetlerine başlamış olmasına rağmen henüz 2 yıl gibi kısa bir sürede 1996 yılında sosyal sağlık sisteminde yüzde ondan daha az bir oranda ödeme yönünde düzenleme ile gelişmeye başlamıştır. Arjantin'de Almanya ve Kanada örneğinden farklı olarak evde palyatif bakım birimleri genelde özel kurumlar tarafından yürütülmektedir. Palyatif bakım hizmeti verilen kurumlar kamu hastaneleri birkaç özel klinik ve hükümet dışı kurumlardır (23).

2.4.6. Japonya'da palyatif bakım hizmetleri

Japonya'da da yaşlı nüfus günden güne hızlı bir şekilde artmaktadır ve 2050 yılına gelindiğinde bu oranın %35'li seviyelere çıkması tahmin edilmektedir. (33) Palyatif bakım hizmeti diğer ülkelere göre erken bir tarih olan 1973 yılında Osaka'daki Yogadawa Hristiyan Hastanesi'nde başlamıştır. Daha sonra 1981 yılına gelindiğinde Hamamatsu şehrinde Seirei Mikatahara Hastanesi'nde ilk palyatif bakım ünitesi kurulmuştur.(34) Ünitenin kurulmasından 10 yıl geçmeden 1990 yılında palyatif bakım hizmetlerinin yatış ücretleri ulusal sağlık sigortası kapsamına alınmış olup palyatif bakım hizmetleri sağlık sigorta giderlerinde bir sabit bölüm tescil etmeye başlamıştır (35).

Japonya palyatif bakımın hızla ilerlemesinde güzel bir örnektir. 1992 yılında evde palyatif bakım hizmetleri ulusal sigorta şirketleri tarafından geri ödeme kapsamına alınmıştır 2002 yılında hastane palyatif bakım ekibi ödemeleri ve 2006

yılında hospis bakımı, gündüz bakım evi harcamaları geri ödeme kapsamına alınacak şekilde genişletilmiştir.

Japonya'da çıkan kanser kontrol yasası palyatif bakımın gelişiminde kilit role sahip olmuştur. Şu an bilinen 215 palyatif bakım ünitesi ve 500 adet palyatif bakım ekibi bulunmaktadır. Japonya'da tıp eğitiminde mezuniyet öncesi palyatif bakım eğitimleri verilmektedir ve farkındalık yaratılmaktadır.

Japonya'da palyatif bakım hizmetlerinin sunumu çok çeşitli şekillerde olmaktadır. Bunlara örnek verecek olursak hastanelerde palyatif bakım ekipleri evde ve toplum temelli merkezlerde palyatif bakım ekipleri bulunmaktadır.

Son yıllarda ve Avrupa örneğinde olduğu gibi hastanede değil evde palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesi yönünde bir yönelim olduğu söylenebilir.

Evdeki palyatif bakımlarda meydana gelebilecek acil durumlar için toplum Temelli uygulamalar ile acil durumlar için belirlenmiş palyatif bakım hizmetleri arasında sıkı bir entegrasyon bulunmaktadır (23).

2.4.7. Norveç'te palyatif bakım hizmetleri

Norveç ülke olarak dünyada refah seviyesi olarak yüksek ülkelerden başta gelmektedir. Bu Kuzey Avrupa ülkesi yaşlıların hayat standartlarını belirlenmesinde altın standart ülkelerden biri olarak değerlendirilebilir (36).

Nüfusun yaşlı kesiminin yaklaşık yarısı bakım evlerinde ölmektedirler. Durum böyle olunca sağlam bir palyatif bakım hizmeti sunma durumu ortaya çıkmaktadır. Kırsal nüfusu çok fazla olduğu için eşit şekilde hizmet sunumu sağlamak için sağlık sistemleri basamaklı bir şekilde dizayn edilmiştir.

Birinci basamakta aile hekimleri ve evde bakım hizmetleri, ikinci basamakta hastaneler ve uzmanlık branşları, üçüncü basamakta ise üniversite hastaneleri bulunmaktadır.

Almanya ve Kanada örneklerinde olduğu gibi toplum temelli ve evde palyatif bakım tercih edilmişken sisteme ve hastanelere entegrasyonu aile hekimleri ile sağlanmaktadır. Norveç'te palyatif bakım hizmetlerinin resmi olarak başlangıcı 1999 yılında yayımlanan rapora dayandırılabilir. Bu rapordan sonra birinci basamakta evde sağlık hizmetleri ile hastalara hizmet sunumunun güçlendirilmesi amaçlanmıştır;

ikinci basamakta hastalar için ayakta ve yatarak hizmet sunumu yapan palyatif bakım ekipleri belirlenip hizmet sunumu sağlanması amaçlanmıştır. Üçüncü basamak ise üniversite seviyesi olup ayrı bir uzmanlık alanı olarak hizmet vermektedir ve bölgesel olarak hizmet sunumu amacı güttüğü için servis kurulması çalışmaları yürütmektedir.

Norveç'te palyatif bakım hizmetleri ayrı bir uzmanlık alanı olup uzmanlık eğitiminde yerini almıştır ve sağlık Bakanlığı ve hükümet palyatif bakım hizmetleri için ciddi miktarlarda paralar ayırmaktadır (23, 37).

2.4.8. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) palyatif bakım hizmeti

Amerika Birleşik Devletleri'nde palyatif bakım hizmetleri son yıllarda özellikle son 10 yılda yaklaşık bir buçuk kat büyümüştür. Her gelişmiş ülkede olduğu gibi öncelikle evde palyatif bakım hizmeti verilmeye çalışılmaktadır (38).

ABD'de palyatif bakım hizmetleri sosyal sigorta geri ödeme sisteminden yararlanmaktadır. Palyatif bakım uygulamaları toplum temelli, hastane temelli ve de uzun dönem bakım şeklinde alt başlıklara ayrılabilir (22).

ABD'de hospisler ev temelli bakımı oluşturmaktadırlar. Son yıllardaki gelişmelerle birlikte ağır hastalığı olan hastalar için ev temelli bakım dışındaki uygulamaların da bariz bir şekilde geliştiği görülmektedir bu gelişmeler son 10 yıl içinde olmuştur.

Multidisipliner ekipler tarafından palyatif bakım modelleri oluşturularak hospislerde semptom yönetimi, hasta bakımının yönetimi ve bakıcılara destek tedavi veren doktorlara destek amaçlanmıştır. Bu modeller sayesinde hastaların hastaneye yatış oranı azalmıştır acile başvuru sayıları azalmıştır yoğun bakımda kalış süreleri azalmıştır.

Amerika'da kabul gören en köklü model hospis bakımındır ve bu hospis bakımı veren bakım evlerinin sigorta şirketleriyle anlaşmaları vardır. Bugün olarak kullanılan 2 model konsültasyon tarzında palyatif bakım hekim ve hemşiresinin hizmet verdiği ödemelerin karşılandığı modeldir. Diğer model ise bakım evlerinin kendi bünyelerinde oluşturduğu palyatif bakım birimi veya ekipleridir (23).

2.4.9. Afrika'da palyatif bakım hizmetleri

Afrika palyatif bakım açısından ihmal edilen ve çok geri kalan bir konumdur 53 Afrika ülkesinden dördünde palyatif bakım sağlık politikaları içinde aktif olarak bulunmaktadır birçok Afrika ülkesinde ilerleyici ve kronik hastalıklar için kültürel olarak uygun palyatif bakıma erişim yetersizdir.(39) Özellikle HIV-AIDS hastalığı ile mücadele eden Afrika kıtası yükün %69 unu tek başına sırtlamaktadır.

Yaygın enfeksiyon nedeniyle kanser hastalığı yükü de hiç azımsanmayacak kadar fazladır. Palyatif bakım uygulamaları genellikle gönüllü sağlık kuruluşları, dini kurumlar, hayır kurumları, sivil toplum örgütleri tarafından verilmektedir (40).

Ev temelli bakım, hastane temelli bakım günlük bakım kliniği, hospis bakımı şeklinde çeşitli uygulamalar vardır.

Afrika'daki 5 ülkede kanser ve AIDS hastaları için palyatif bakım projesi geliştirmiştir kıtada palyatif bakıma bütünsel bir yaklaşım ve aşırı yüksek bir talep olduğu aşıkardır (23).

2.5. Türkiye'de Palyatif Bakımın Gelişimi ve Mevzuat

Palyatif bakımda hasta ve çalışan memnuniyetini sağlamak için belirli usul ve esaslar belirlenmiştir. Sağlık uygulama tebliğinde (SUT) Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergeye yönelik ödemeler ve şartlar belirlenmiştir. Resmi gazetede yayımlanan SUT'a göre palyatif bakımda hangi hastaların yatacağı belirlenmiştir (41).

2.4.4.K – (Ek:RG-24/12/2014-29215) maddesini inceleyecek olursak Palyatif bakım tedavisi sağlık bakanlığınca tescil edilen hastanelerde ve yataklı servislerde verilmektedir. Belirlenen U1,U2, U4 kodlu sağlık hizmeti sunucuları faturalandırılır (41).

Palyatif bakım tedavisi sadece palyatif bakıma ait yatakta yatan hastalara verilen hizmettir. Buradan şu çıkarıma ulaşabilir; herhangi bir serviste palyatif bakım tedavisi verilse de faturalandırılmaz. Bu durum 3. maddede belirtilmiştir, tescil edilen kurumda palyatif bakım dışı yataklarda verilen hizmet geri ödeme kapsamına girmemektedir (41).

2.5.1. Türkiye’de tescilli palyatif bakım merkezlerinin mevcut durumu

Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri hızlı bir gelişim sürecinde olup her şehir, her ilçe devlet hastanelerinde palyatif bakım için yataklar ayrılmaya başlanmış ve servisler kurulmuştur (42). Kamu hastaneleri genel müdürlüğünün sitesinden alınan en son 19 Haziran 2018 de güncellenen bilgilere göre Türkiye’de palyatif bakım için ayrılan yatak sayıları şekillerde belirtildiği gibidir (Şekil 1).

Palyatif Bakım Merkezleri Tescilli Yatak Sayıları		
İl	Hastane Adı	Yatak Sayısı
Adana	Çukurova Dr. Aşkın Tüfekçi Devlet Hastanesi	20
	Karaisalı Devlet Hastanesi	6
	Kozan İlçe Devlet Hastanesi	8
Adıyaman	Besni Devlet Hastanesi	14
	Kahta Devlet Hastanesi	6
	Sağlık Bakanlığı Adıyaman Üniversitesi E.A.H.	12
Ağrı	Doç.Dr.Yaşar Eryılmaz Doğubeyazıt Devlet Hastanesi	3
Afyonkarahisar	Afyonkarahisar Devlet Hastanesi	14
	Çay Devlet Hastanesi	4
	Dinar Devlet Hastanesi	5
Aksaray	Sandıklı Devlet Hastanesi	6
	Aksaray Devlet Hastanesi	10
	Amasya	Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin E.A.H.
Ankara	Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi	8
	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi	13
	Ulus Devlet Hastanesi	25
	Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH	27
	Şereflikoçhisar Devlet Hastanesi	12
	Ankara Ceza İnfaz Kurumları Kampüs Devlet Hastanesi	6
	29 Mayıs Devlet Hastanesi	7
	Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi	16
	Polatlı Devlet Hastanesi	18
	Haymana Devlet Hastanesi	10
Antalya	Alanya Devlet Hastanesi	15
	Serik Devlet Hastanesi	10
	Kumluca Devlet Hastanesi	4
	Finike Devlet Hastanesi	4
	Manavgat Devlet Hastanesi	2
	Gazipaşa Devlet Hastanesi	2
	Kemer Devlet Hastanesi	10
	Korkuteli Devlet Hastanesi	2
	Elmalı Devlet Hastanesi	2
Artvin	Artvin Devlet Hastanesi	10
Aydın	Nazilli Devlet Hastanesi	23
	Çine Devlet Hastanesi	11
	Didim Devlet Hastanesi	11
	Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi	14
Batman	Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	16
	Batman Bölge Devlet Hastanesi	16
	Kozluk Devlet Hastanesi	8
Balıkesir	Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi	18
	Ayvalık Devlet Hastanesi	18
	Göğüs Hastalıkları Hastanesi	10
	Bigadiç Devlet Hastanesi	8
	Balıkesir Devlet Hastanesi	10
	Gönen Devlet Hastanesi	10
	Dursunbey Devlet Hastanesi	10

Şekil 1 (42). Türkiye’de tescilli palyatif bakım merkezlerinin mevcut durumu (Adana- Balıkesir)

Palyatif Bakım Merkezleri Tescilli Yatak Sayıları		
İl	Hastane Adı	Yatak Sayısı
Bayburt	Bayburt Devlet Hastanesi	6
Bilecik	Bozüyük Devlet Hastanesi	5
Bingöl	Bingöl Devlet Hastanesi	10
Bitlis	Bitlis Devlet Hastanesi	8
	Adilcevaz Onkoloji Hastanesi	2
	Ahlat Devlet Hastanesi	4
Bolu	İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	9
	İzzet Baysal Devlet Hastanesi	18
Burdur	Bucak Devlet Hastanesi	2
	Burdur Devlet Hastanesi	6
	Göhlisar Devlet Hastanesi	5
Bursa	Mustafakemalpaşa İlçe Devlet Hastanesi	25
	Orhaneli Devlet Hastanesi	8
	İnegöl Devlet Hastanesi	52
	Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	14
	Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi	7
	Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi	11
	İzmit Devlet Hastanesi	12
	Karacabey Devlet Hastanesi	20
	Çekirge Devlet Hastanesi	20
	Orhangazi Devlet Hastanesi	12
Çanakkale	Çanakkale Devlet Hastanesi	8
	Çan Devlet Hastanesi	4
	Bayramiç Devlet Hastanesi	5
	Ayvacık Devlet Hastanesi	5
Çankırı	Çerkeş Devlet Hastanesi	3
	Çankırı Devlet Hastanesi	6
Çorum	Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	20
	Sungurlu Devlet Hastanesi	10
	Alaca Devlet Hastanesi	10
	Osmancık Devlet Hastanesi	10
Denizli	Denizli Devlet Hastanesi	35
	Acıpayam Devlet Hastanesi	10
Diyarbakır	Ergani Devlet Hastanesi	10
	Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi	21
Edirne	Keşan Devlet Hastanesi	10
	Uzunköprü Devlet Hastanesi	17
	Edirne Sultan I. Murat Devlet Hastanesi	36
Erzincan	Mengücek Gazi E.A.H. Ek Binası	10
Erzurum	Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi	10
	Horasan Devlet Hastanesi	4
	Oltu Devlet Hastanesi	5
	İspir Devlet Hastanesi	4
Eskişehir	Yunus Emre Devlet Hastanesi	29
	Eskişehir Devlet Hastanesi	12
Elazığ	Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi	35
Giresun	Bulancak Devlet Hastanesi	9
	Tirebolu Devlet Hastanesi	8
	Şebinkarahisar Devlet Hastanesi	7
	Espiye Devlet Hastanesi	10
Gümüşhane	Kelkit Devlet Hastanesi	5
	Şiran Devlet Hastanesi	5

Şekil 1(devam) (42). Türkiye’de tescilli palyatif bakım merkezlerinin mevcut durumu (Bayburt- Gümüşhane)

Palyatif Bakım Merkezleri Tescilli Yatak Sayıları		
İl	Hastane Adı	Yatak Sayısı
Hakkari	Hakkari Devlet Hastanesi	6
	Yüksekova Devlet Hastanesi	5
Hatay	Kırıkhan Devlet Hastanesi	26
	Altınözü Devlet Hastanesi	6
Iğdır	Iğdır Devlet Hastanesi	8
Isparta	Isparta Devlet Hastanesi	15
	Yalvaç Devlet Hastanesi	8
	Dr. Saadettin BİLGİÇ Devlet Hastanesi	3
İstanbul	Arnavutköy Devlet Hastanesi	6
	Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi	33
	Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi	10
	Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi	4
	Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	10
	Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	9
	Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH	36
	Başakşehir Devlet Hastanesi	6
	Eyüp Devlet Hastanesi	20
	Bahçelievler Devlet Hastanesi	19
	Beykoz Devlet Hastanesi	11
	Çatalca İlyas Çokay Devlet Hastanesi	25
	Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	5
	Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	20
	Üsküdar Devlet Hastanesi	12
	Silivri Devlet Hastanesi	7
S.B.Ü.İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi EAH	14	
İzmir	Katip Çelebi Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	12
	Seferihisar Necat Hepkon Devlet Hastanesi	15
	Selçuk Devlet Hastanesi	4
	Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	32
	Bergama Devlet Hastanesi	8
	Bayındır Devlet Hastanesi	7
	Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi	17
	Buca Seyfi Demirsöy Devlet Hastanesi	7
	Nevvar Salih İşgören Alsancak Devlet Hastanesi	8
	Urla Devlet Hastanesi	16
	Çiğli Devlet Hastanesi	20
	Menemen Devlet Hastanesi	10
	Dikili Devlet Hastanesi	4
Çeşme Devlet Hastanesi	15	
K.Maraş	Necip Fazıl Şehir Hastanesi	11
	Necip Fazıl Şehir Hastanesi(2. ünite)	20
	Afşin Devlet Hastanesi	8
	Pazarcık İlçe Devlet Hastanesi	4
Karabük	Karabük Üni. Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi	14
Karaman	Karaman Devlet Hastanesi	14
Kayseri	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	34
Kastamonu	Kastamonu Devlet Hastanesi	6
	Taşköprü Devlet Hastanesi	2
Kırıkkale	Yüksek İhtisas Hastanesi	20
Kırklareli	Babaeski Devlet Hastanesi	9

Şekil 1 (devam) (42). Türkiye’de tescilli palyatif bakım merkezlerinin mevcut durumu (Hakkari- Kırklareli)

Palyatif Bakım Merkezleri Tescilli Yatak Sayıları		
İl	Hastane Adı	Yatak Sayısı
Kırşehir	Kaman Devlet Hastanesi	4
	Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	8
Kilis	Kilis Devlet Hastanesi	6
Kocaeli	Darıca Farabi Devlet Hastanesi	9
	M. Kazım Dinç Kandıra Devlet Hastanesi	6
	Derince E.A.H. Alikahya Yerleşkesi	16
	Kocaeli Devlet Hastanesi	18
	Kocaeli Körfez Devlet Hastanesi	10
	Karamürsel Devlet Hastanesi	7
	İzmit Seka Devlet Hastanesi	8
Konya	Akşehir Devlet Hastanesi	8
	Beyhekim Devlet Hastanesi	15
	Konya Numune Hastanesi	18
	Beysşehir Devlet Hastanesi	10
	Ereğli Devlet Hastanesi	5
	SBÜ. Konya EAH.	24
Kütahya	Doç.Dr. Mustafa Kalemli Devlet Hastanesi	15
	Gediz Devlet Hastanesi	4
	Dumlupınar Üniv. Kütahya Evliya Çelebi EAH	13
	Dumlupınar Üniv. Kütahya Evliya Çelebi EAH Ek Hizmet Binası	6
	Doç. Dr. İsmail Karakuyu Simav Devlet Hastanesi	16
	Emet Devlet Hastanesi	8
Malatya	Arapgir Ali Özge Devlet Hastanesi	6
	Yeşilyurt Hasan Çalık Devlet Hastanesi	10
	Malatya Devlet Hastanesi	13
	Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesi	6
	Hekimhan Devlet Hastanesi	6
Manisa	Akhisar Devlet Hastanesi	10
	Turgutlu Devlet Hastanesi	10
	Manisa Devlet Hastanesi	7
	Alaşehir Devlet Hastanesi	13
	Demirci Devlet Hastanesi	10
Mardin	Kızıltepe Devlet Hastanesi	20
	Midyat Devlet Hastanesi	8
Mersin	Tarsus Devlet Hastanesi	17
	Erdemli Devlet Hastanesi	12
	Mersin Şehir Hastanesi	22
Muğla	Köyceğiz Devlet Hastanesi	3
	75.yıl Milas Devlet Hastanesi	4
	Dalaman Devlet Hastanesi	6
Muş	Varto Devlet Hastanesi	4
	Bulanık Devlet Hastanesi	4
	Muş Devlet Hastanesi	5
Nevşehir	Nevşehir Devlet Hastanesi	13
Niğde	Niğde Devlet Hastanesi	7
Ordu	Ordu Devlet Hastanesi	15
	SB.Ordu Üniversitesi EAH	12
	Ünye Devlet Hastanesi	10
Osmaniye	Kadirli Devlet Hastanesi	5
Rize	S.B. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi EAH	9

Şekil 1(devam) (42). Türkiye’de tescilli palyatif bakım merkezlerinin mevcut durumu (Kırşehir-Rize)

Palyatif Bakım Merkezleri Tescilli Yatak Sayıları		
İl	Hastane Adı	Yatak Sayısı
Sakarya	Akyazı Devlet Hastanesi	10
	Hendek Devlet Hastanesi	10
Samsun	Bafra Devlet Hastanesi	18
	Gazi Devlet Hastanesi	12
	Çarşamba Devlet Hastanesi	10
	Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi	26
Siirt	Siirt Devlet Hastanesi	8
Sinop	Sinop Atatürk Devlet Hastanesi	14
Sivas	Şarkışla Devlet Hastanesi	3
	Divriği Devlet Hastanesi	2
	Numune EAH	20
	Zara Devlet Hastanesi	2
Şanlıurfa	Viranşehir Devlet Hastanesi	10
	Siverek Devlet Hastanesi	10
	Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi	31
	S.B.Ü.Mehmet Akif İnan EAH.	14
Şırnak	Şırnak Devlet Hastanesi	5
	Dr. Selahattin Cizrelioğlu Devlet Hastanesi	6
Tekirdağ	Çorlu Devlet Hastanesi	17
	Tekirdağ Devlet Hastanesi	15
	Çerkezköy Devlet Hastanesi	10
Tokat	Tokat Devlet Hastanesi	11
	Niksar Devlet Hastanesi	4
	Erbaa Devlet Hastanesi	4
	Zile Devlet Hastanesi	4
Trabzon	Vakfikebir Devlet Hastanesi	6
	Sürmene Devlet Hastanesi	6
	Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi	12
	Fatih Devlet Hastanesi	15
	Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi	30
	Araklı Bayram Halil Devlet Hastanesi	6
Tunceli	Tunceli Devlet Hastanesi	4
Uşak	Uşak Devlet Hastanesi	22
Van	SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi	20
Yalova	Yalova Devlet Hastanesi	20
Yozgat	Yozgat Şehir Hastanesi	25
Zonguldak	Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi	17
	Atatürk Devlet Hastanesi	15

Şekil 1 (devam) (42). Türkiye’de tescilli palyatif bakım merkezlerinin mevcut durumu (Sakarya- Zonguldak)

2.6. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Palyatif bakım tedavisi şu hizmetleri kapsamaktadır;

- a) Beslenmesi fiziksel ve psikolojik/nörolojik nedenlerle bozulup enteral, parenteral beslenme desteğine ihtiyaç duyanlar,
- b) Enfeksiyon, kas ve nörolojik hastalıklar nedeniyle solunumu bozulmuş olup, invaziv ve noninvaziv mekanik ventilasyon desteğine ihtiyacı olan hastalar,
- c) Enfekte yatak yarası açılan, ostomi bölgelerinde enfeksiyon, kaçak sorunları olan(trakeotomi, gastrostomi, ileostomi, kolostomi vs), kateteri olup tıkanan, kırılan, giriş yeri enfeksiyonu olan yada katetere bağlı fonksiyon bulguları bulunan (dializ kateteri, santral venöz kateteri, şant kateterleri, ağrı portu ve kateteri, perkütan plevral kateter, perkütan mesane kateteri) hastalarının tedavisi ve tıbbi sorunlarının giderilmesi gibi hizmetlerdir.

2.6.1. Beslenme Eksiklikleri

Malnutrisyon olarak nitelendirilen beslenme eksikliğine kısaca bozuk beslenme denebilir. Malnütrisyonun çeşitli tanımları vardır. Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Derneği (ESPEN)'nin tanımına göre malnütrisyon, enerji, protein ve diğer besin öğelerinin yetersiz veya aşırı alımı sonucunda, doku/vücut yapısında ve fonksiyonunda klinik sonuçları olan ölçülebilir ters etkiler gösteren beslenme halidir (43).

Malnutrisyon tıbbi olarak artmış mortalite ve morbidite sebebidir. Malnütrisyon bütün yaş gruplarında gözlemlenen bir durumdur ve bazı hasta ve yaş gruplarında daha sık karşımıza çıkmaktadır. Palyatif bakıma yatan hastalar özelinde de çok sık karşılaşılan bir durumdur. Yaşlanan nüfus ile birlikte tüm toplumda % 5 - 10 gözükürken, hizmet veren kurumlarda bu oran % 30-60 a çıkmaktadır. Yataklı sağlık kurumlarında bu oran %30-65 arasında olduğu bildirilmektedir (43).

Bir hastaya malnütrisyon açısından tanı koyabilmek için elimizde kurumlarca yayımlanan kriterler bulunmaktadır. Bu sayede daha nesnel yaklaşımda bulunabiliriz. Öncelikle malnutrisyonu şu alt başlıklar altında toplarsak daha iyi bir bakış açısı kazanabiliriz.

- a. Akut hastalığın neden olduğu yetersiz beslenme veya yaralanma nedeniyle oluşan yetersiz beslenme (bu maddede kronik inflamasyon olmamalıdır)
- b. Kronik hastalığın neden olduğu yetersiz beslenme (örneğin; kanserler, romatolojik hastalıklar, organ yetmezlikleri)
- c. İnflamasyon olmadan bireyin kronik açlığının neden olduğu yetersiz beslenme (örneğin; Anoreksiya nervoza)
- ç. Amerikan Nütrisyon ve Diyetetik Akademisi”,“Amerikan Parenteral ve Enteral Nütrisyon Derneği” (ASPEN) ‘e göre malnütrisyon tanısı için şu kriterler sağlanmalıdır.

Beslenme açısından risk altındaki yetişkinler için 2015 yılında belirlenen tanımlayıcı özellikler şunlardır;

Aşağıdakilerden herhangi birine sahip olan yetişkinler risk altında kabul edilmelidir:

- a. 6 ay içinde normal vücut ağırlığının %10 veya daha fazlasının istemsizce kaybı veya 1 ay içinde normal vücut ağırlığının %5 veya daha fazlasının istemsizce kaybı.
- b. 6 ay içinde istemsiz kayıp ve yaklaşık 4.5 kilo
- c. Vücut kitle indeksi 18,5 kg/m²'den az veya 25 kg/m²'den büyük.
- ç. Kronik hastalık.
- d. Artan metabolik gereksinimler.
- e. Değiştirilmiş diyetler veya diyet programları.
- f. bir haftadan daha uzun süre gıda veya beslenme ürünleri almamak da dahil olmak üzere yetersiz besin alımı (43).

2.6.2. Beslenme Çeşitleri

Beslenme eksikliği olan hastalarda tercih edilen beslenme tedavileri iki başlık altında toplanabilir.

1. Enteral beslenme
2. Parenteral beslenme

2.6.2.1. Enteral beslenme

Enteral beslenmede ki amaç gastrointestinal sistem fonksiyonlarını koruyarak kişinin mevcut anatomisi ve fizyolojisi ile uyumlu Yolları kapsayacak şekilde beslenmenin sağlanmasıdır. Bu yöntem hem etkili hem ucuz hem ise hasta tarafından tolere edilmesi daha kolaydır. Fizyoloji ile uyumlu olduğu için hekimlerin ilk tercih ettiği yöntem budur. Hafif-orta derecede beslenme bozukluğu olan hastalarda oral yoldan gıda verilmesi önerilir ve bu sayede beslenme eksikliği düzeltilerek önüne geçilebilir. Burada aklımıza gelen şu sorudur: “Hazır oral beslenme solüsyonlarını hastaya ne zaman başlayalım? “

Hasta gün içinde alması gereken besinin yüzde 60'ından daha azını oral yolla alabiliyor ise hazır oral beslenme solüsyonları başlamak hasta için uygundur. Hastalarda oral yol ile ilgili olan problemler özefagus ile olan ilgili problemler ve oral alımı engelleyecek anatomik tıkaçlar fizyolojik bariyerler mevcut ise bu bariyerleri aşmak için tüple beslenme denenebilir (44).

Herhangi bir nedenle alınacak besinlerin %50 sinden azı alınıyorsa oral mukozit yutma güçlüğü gastro intestinal sistem tümörleri oral açıklığı sağlayamayacak durumlar varsa tüple beslenme yapılmalıdır.

Oral solusyon ile tedavi rejimindeki genel öneri şu şekildedir:

İlk gün kiloya 20-30 ml'den başlayacak şekilde saatte bu hızdan verilerek yavaş yavaş hastanın alışması ve konforu sağlanır (43). Daha sonra seçilen beslenme solüsyonu ile devam edilerek iki gün içinde belirlenen hedefe ulaşılmaya çalışılır.

Hastada eğer tüple beslenme tercih edilecekse 3 farklı şekilde tüple beslenme yapılabilmektedir. Tüple beslenme çeşitlerine bakacak olursak bolus, aralıklı ve sürekli infüzyon olarak üç farklı şekilde tüple beslenme karşımıza çıkmaktadır.

Hastada eğer kısa süreli bir beslenme hedefi mevcut ise Bunlar nazogastrik nazojejunal nazoduodenal tüpler ile enteral beslenme seti ile yapılabilir iken hastada daha uzun süreli bir enteral beslenme tercih ediliyorsa bu süre 4 ile 6 haftadan uzun demektir ki gastrostomi, duodenostomi, jejunostomi açılması gündeme gelip buralardan devam etme önerileri mevcuttur.

2.6.2.2. Parenteral beslenme

Beslenme tercihi son tercih olarak kullanılan enteral beslenmenin sağlanamadığı malnütrisyon riskinin bariz bir şekilde atılmış olduğu hastalarda parenteral beslenme tercih edilmelidir. Protein enerji malnütrisyonuna gitmekte olan hastalarda günlük enerji gereksiniminin yüzde 60'ından fazlasını hasta oral veya enteral yoldan alamıyor ise hekim tarafından artık hastayı parenteral beslenme fikri açığa çıkmalıdır.

Parenteral beslenme şeklinde kullandığımız solüsyonlara Total parenteral nütrisyon kısaca TPN solüsyonları adı verilmektedir. Çoğunlukla günlük kullanımda kliniklerde sadece TPN olarak isimlendirilmektedir. TPN ile beslenmede santral veya periferik venöz kateterler kullanılmaktadır verilen solüsyonun cinsine ve kullanılan kateterin boyutuna göre tercihler olmaktadır.

Eğer hastayı beslerken Periferik venöz kateter kullanılıyorsa hastada kullanacağımız tpn solüsyonu 800 ila 900 miliosmol/ litre altındaki ürün olmalıdır.

Hastada Periferik Venöz kateter açılmıyor ise santral venöz kateter tercihi tercih edilecekse TPN solüsyonu 800 ile 1000 miliosmol/litre üzerinde osmolaritesi olan ürün olmalıdır.

TPN solüsyonlarının içeriğinde karbonhidrat lipit protein ve elektrolitler bulunmaktadır. TPN verilen hastalarda belli aralıklarla karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinin takibi yapılmalıdır, ayrıca bu hastalarda pıhtılaşma testleri de aralıklı olarak takip edilmelidir.

TPN ile beslenen hastalarda kateter enfeksiyonu, kolestaz, hiperglisemi, metabolik alkaloz, steatoz, hipoglisemi, hipertrigliseridemi, refeeding sendromu gibi çok çeşitli komplikasyonlar görülebilir (45).

2.6.3. Bası Yaraları

Palyatif bakım servisinde yatan hastalarda ek sorunlar ve kanser hastalıklarına fazla olduğu için immobile durum çok sık görüldüğünden dolayı bası yaralarının görülmesi bazen kaçınılmazdır (46).

Bası yaraları genellikle bir kemik çıkıntısı üzerindeki deri ve/veya deri altı dokunun, basınç veya basınç ile yırtılma sonucunda oluşan bölgesel hasarı” şeklinde tanımlanmaktadır (46).

Klinik pratikte kullanım açısından bası yaraları kendi içinde evlendirilmiştir (46).



Şekil 2 (46). Evre 1 bası yarası



Şekil 3 (46). Evre 2 bası yarası



Şekil 4 (46). Evre 3 bası yarası



Şekil 5 (46). Evre 4 bası yarası



Şekil 6 (46). Evrelendirilemeyen bası yarası



Şekil 7 (46). Derin doku hasarı

Evre 1 bası yaralarında ciltte hafif bir kızarıklık mevcut olup daha cilt bütünlüğü kaybolmamıştır. Cilt sıcaklığı artmıştır (Şekil 2).

Evre 2 bası yarasında dermise kadar uzanan bir lezyondan söz edilebilir. Lezyonda cilt bütünlüğü hafif derece bozulmuş olmuş bir sıvı veya serumen mevcut olabilir (Şekil 3).

Evre 3 bası yarasında lezyon dermisi aşır subkutan dokuya ulaşır. Kemik ,kas, fasya görülebilir (Şekil 4).

Evre 4 bası yarasında lezyonlar kas kemik fasyayı içine alacak kadar derindir. Bu evrelemeleri yapabilmek için lezyonun tabanını görmek gerekmektedir (Şekil 5).

Lezyon tabanının görünmediği evrelendirilemeyen büyük ülserler de mevcuttur. Bu lezyonlara “evrelendirelemeyen ülserler “adı verilir (Şekil 6).

Nekroz varlığı ise derin doku hasarının resmidir (Şekil 7).

Bası yaraları palyatif bakımda karşımıza sık çıkan sorunlardandır. Hekimler, sağlık personelleri ve hasta yakınları bu konu hakkında bilgili ve eğitimli olmak zorundadırlar çünkü bası yaralarının %94’ü engellenebilmektedir.

2.6.4. Ağrı

Ağrı kişinin algıladığı psikolojik, duygusal fiziksel tecrübeler olarak tanımlandırılabilir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği’ne göre ise ağrı; “doku harabiyeti ile ilişkili olan ya da olmayan hoş olmayan duyusal ve emosyonel bir deneyim”dir (47, 48).

Kişinin ağrıya olan deneyimi zamansal ve bireysel farklılıklar göstermektedir. Ağrı hayatın devamını sağlayan bize organ patolojilerini haber veren bir haberci gibi düşünülebilir. İnflamasyonun 5 temel belirteçlerine bakılacak olursa rubor, kolor, dolor, tumor ve functio losea tarih öncesinden bu yana bilinmektedir. Ağrı insan tarihiyle birlikte var bir semptomdur ve yüzyıllar geçmesine rağmen hala yönetimi konusunda üzerine çalışmalar yapılmaktadır.

2.6.4.1. Palyatif bakım ve ağrı

Palyatif bakım hizmeti alan hasta grubunun büyük kısmını kanser hastaları oluşturmaktadır ve ağrı bu hastalarda en öne çıkan semptom olmaktadır. Bunun için ağrı yönetimi palyatif bakımda hasta ve hastalık özelinde olmak ile birlikte maliyet kar zarar ve biyoyararlanım düşünülerek hasta özelleştirilmiş ve basamaklı tedavi

modelleri geliştirilmiştir. Bu tedavi modelleri klinisyene kolaylık sağlarken hastanın da tedaviden maksimum fayda almasını sağlayabilmektedir. Unutulmamalıdır ki her hasta özeldir ve tedavi hasta-hekim ilişkisi ile planlanıp kişiye özel yapılması daha uygun olacaktır.

Ağrının birçok nedeni olabilir. (49) Ağrı primer hastalığa bağlı olarak olmuş olabilmekle beraber, uygulanan tedavilerin yan etkisi olarak da karşımıza çıkabilmektedir (Şekil 8).

Tümöre bağlı nedenler (%60-80)	Kanser tedavisine bağlı nedenler (%20-30)	Diğer nedenler (%10-15)
<ul style="list-style-type: none"> • Kemik-yumuşak doku infiltrasyonu • Sinir, kan ve lenf damarlarının kompresyonu • Metastaz • Obstrüksiyon • Lenfödem • Tümör nekrozu • Beyin ödemi 	<ul style="list-style-type: none"> • Cerrahi tedavi • Kemoterapi (Nöropati, pankreatit, mukozit vb.) • Radyoterapi (Yanık, fibröz nöropati, mukozit vb.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Baş ağrısı • Diyabetik nöropati • Miyofasiyal kökenli ağrılar • Osteoartrit dejeneratif spinal hastalık • Peptik ülser • Kronik konstipasyon • Derin ven trombozu

Şekil 8 (49). Kanser ağrısının nedenleri

2.6.4.2. Ağrının sınıflandırılması

Ağrının çok çeşitli sınıflandırmaları mevcuttur. Süresine, yerine, mekanizmasına, duyu şekillerine, kaynaklandığı yere göre sınıflandırılmaktadır.

2.6.4.2.1. Ağrının süresine göre sınıflandırma

- Akut ağrı: Üç ila altı ay arasında süren hemen daima dış ve iç dünyadan vucuda zarar veren, nosiseptif uyarılardır. Travma, inflamasyon, doku hipoksisi nedeniyle ortaya çıkabilir.
- Kronik ağrı: Altı aydan uzun süren çoğu kez nosiseptif nitelikte olan uyarılardır. Kişinin yaşam kalitesini etkileyen, psikolojik paterni de olan kompleks bir ağrı çeşididir.

2.6.4.2.2. Kaynaklandığı bölgeye göre sınıflandırma

- Somatik ağrı: Somatik sinir orjinli ağrıdır. Ani başlangıçlı, yeri iyi lokalize, keskin ağrıdır.

- b. Visseral ağrı: İç organ orjinli ağrılardır. Kimyasal uyarılar, organ spazmlar, kan akım değişimleri neden olabilir. Yeri ve lokalizasyonu tam belirlenemeyen künt nitelikteki ağrılardır.
- c. Sempatik ağrı: Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile açığa çıkan vasküler kökenli ağrılardır.
- ç. Periferel ağrı: Kas, tendon, ligaman orjinli periferik sinirin uyarısını taşıdığı ağrılardır.

2.6.4.2.3.Mekanizmaya göre sınıflandırma

- a. Nosiseptif ağrı: Ciltten ve bağ dokusu tabakasındaki nosiseptif reseptörlerden alınan uyarılan afferent sinir ile taşınıp algılanması ile oluşan ağrılardır. İyi lokalize edilir, yanıcı karakterdedir ve keskindir.
- b. Nöropatik ağrı: Ağrı liflerinin deşarj ve algılaması ile ilgili pek de aydınlatılmayan bir mekanizma ile oluşan ağrıdır (50).
- c. Deafferantasyon ağrısı: Uzuvarı kesilenlerde görülen hayalet ağrılar, varisella zoster enfeksiyonunun neden olduğu zona sonrası görülen şiddetli ağrılar bu tip ağrıya örnektir (51).
- ç. Reaktif ağrı: Kişilerce deneyimlenen bu kas ağrıları, damarların spazmına bağlı olarak ortaya çıkabilir (51).
- d. Psikosomatik ağrı: Psikolojik olarak deneyimlenen olayın vucutta meydana getirdiği ağrıdır (52).

2.6.4.2.4. Duyu şekillerine göre sınıflandırma

- a. Sızlama şeklinde ağrı
- b. Yanıcı ağrı
- c. Batıcı ağrı
- ç. Kolik şeklinde ağrı

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı, kesitsel ve retrospektif ve analitik tarzda dizayn edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kapsamlı Palyatif Bakım Servisinde Palyatif bakım için ayrılan yataklardır.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini 1 Aralık 2019 ile 1 Aralık 2020 arasında palyatif bakım servisine palyatif bakım amacı ile yatırılan 304 hasta oluşturmaktadır.

3.4. Veri Toplama Gereci ve Yöntemi

01 Aralık 2019 tarihi ile 01 Aralık 2020 tarihleri arasında yatışı yapılan tüm palyatif bakım hastaları oluşturacaktır. Hastaların özel bilgileri paylaşılmadan, cinsiyet, yaş, kan grubu, tanı, tarafımıza nereden konsulte edildiği, tarafımızca kaç kere konsültasyon istemi yapıldığı, kaç gün servis hizmeti aldığı, kaç kere yattığı, hangi mevsimlerde yattığı, vefat eden sayısı, taburcu sayısı, devir sayısı, devirlerin nerelere olduğu, yapılan özellikli girişimsel işlemler, hangi il hangi ve ilçeden yattığı, bilgiler otomasyon sistemi yardımı ile toplanıp, SPSS paket programında analiz edilmiştir.

3.5. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS 19.0 for Windows yapılmıştır. Tanımlayıcı ölçütler; ortalama ve standart sapma, minimum-maksimum değerler sunulmuştur. Analitik ifade edilen verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır, istatistiksel analizler SPSS versiyon 19 paket programı kullanılarak değerlendirilmiş olup anlamlılık düzeyi 0.05 kabul edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Yaş grupları arasında dağılımların karşılaştırılması için Ki-kare ya da Fisher's exact test, yatış süreleri ortalamaların karşılaştırılması için ANOVA analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ olarak alınmıştır. Gönüllüler kadın ve erkek olmak üzere 18 yaştan büyük olacaklar şeklinde çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmanın Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kapsamlı Palyatif Bakım Servisinde yapılması planlanmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Hasta sayısı bir yıllık süreçte 304 olarak tespit edilmiştir. Toplamda 304 hasta çalışmaya alınmıştır. Araştırmaya alınanların yaş ortalaması $76,3 \pm 12,9$ yıl olup kadın cinsiyet oranı %51,3 (n:156) erkek cinsiyet oranı %48,7 (n:148)'dir. Kişilerin kan gruplarının büyük çoğunluğu A Rh+ (%36,9) ve 0 Rh +(%31,2) olduğu saptanmıştır. Kişilerin ortalama yatış süreleri $12,0 \pm 10,4$ gün olup en çok kış aylarında yatış yapıldığı saptanmıştır. Kişilerin %62,8'i hastaneden taburcu olmuşken, %21,7'sinin vefat ettiği saptanmıştır. Kişilerin %49,3 (n: 150)'üne direkt grafi çekilmiş olup, direkt grafi çektirenlerde ortalama çekim sayısının 2,5 olduğu saptanmıştır. Kişilerin %15,8 (n: 48)'ine tomografi çekilmiş olup, tomografi çektirenlerde ortalama çekim sayısının 2,0 olduğu saptanmıştır. Kişilerin %6,3 (n:19)'üne MR çekilmiş olup, MR çektirenlerde ortalama çekim sayısının 1,2 olduğu saptanmıştır. Kişilerin %31,6 (n:96)'sına USG/EKO yapılmış olup, USG/EKO yapılanlarda ortalama çekim sayısının 1,9 olduğu saptanmıştır. Kişilerin büyük çoğunluğunun Samsun ilinde ikamet ettiği (%93,1) (n:283) , Samsun ilinde ikamet edenlerin %72,4 (n: 207)'ünün de merkez ilçelerde yaşadığı saptanmıştır. Kişilerin yarısına yakınının yatış sebebi beslenme eksikliği iken diğer yüksek sıklıkta solunum palyasyonu ve yara yeri bakımının yer aldığı saptanmıştır. Kişilerin il 3 sıradaki primer tanı dağılımları sırayla Akciğer kanseri (%15,8 ,n:48), SVO (%14,8 ,n: 45) ve Alzheimer (%14,1 ,n:43) olduğu saptandı. Kişilerin %75,7 (n: 230)'sine özellikli girişimsel işlem uygulandığı ve en sık uygulanan girişimsel işlemin PEG açılma işlemi olduğu saptandı. Kişilerin büyük çoğunluğu Devir ya da poliklinik tarafından yatırıldığı saptandı. Yatış yapılanlarda ortalama $1,2 \pm 0,5$ yatış yapıldığı saptandı. Kişilerin büyük çoğunluğunun acil tıp polikliniğinden yattığı saptandı. Tarafımıza yapılan ortalama konsültasyon sayısı $0,8 \pm 0,7$ iken tarafımızca yapılan konsültasyon sayısının $9,3 \pm 8,2$ olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya katılanların tanımlayıcı özellikleri

	Sayı Ortalama	Yüzde Std. Sapma
Yaş	76,3	12,9*
Cinsiyet		
Erkek	148	48,7
Kadın	156	51,3
Yaş Grubu		
18-64	52	17,1
65-74	73	24,0
75-84	86	28,3
85 üzer,	93	30,6
Kan Grubu		
A Rh +	97	36,9
A Rh -	18	6,8
B Rh+	23	8,7
B Rh-	4	1,5
AB Rh+	21	8,0
AB Rh-	6	2,3
0 Rh+	82	31,2
0 Rh-	12	4,6
Yatış Gün	12,0	10,4
Yatış Mevsimi		
Sonbahar	66	21,7
Kış	142	46,7
İlkbahar	20	6,6
Yaz	76	25,0
Taburcu Şekli		
Başka Servise Nakil	7	2,3
Hastaneden Taburcu	191	62,8
Kurum Dışı Sevk	1	0,3

Yoğun Bakıma Nakil	7	2,3
Ölüm	66	21,7
Direkt grafi	150	49,3
Direkt grafi Sayısı	2,5	2,4
Tomografi	48	15,8
Tomografi Sayısı	2,0	1,6
MR	19	6,3
MR Sayısı	1,2	0,5
USG/EKO	96	31,6
USG/EKO Sayısı	1,9	1,4
Şehir		
Samsun	283	93,1
Diğer	21	6,9
İlçe		
Merkez	207	72,4
Perifer	79	27,6
Yatış Sebebi		
Ağrı palyasyonu	25	8,2
Beslenme Eksikliği	154	50,7
Solunum Eksikliği	40	13,2
Yara Yeri Bakımı	40	13,2
Diğer	45	14,8
Primer Tanı		
Gastrointestinal Kanser	53	17,4
Solunum Yolu Kanserleri	53	17,4
Diğer Kanserler	39	12,8
Alzheimer-Parkinson-Demans	62	20,4
Serebrovasküler Hastalıklar	45	14,8
Diğer Tanılar	52	17,1
Yatış Şekli		

Ayaktan	8	2,6
Devir	119	39,1
Evde sağlık hizmetleri	53	17,4
Poliklinik	124	40,8
Kaçıncı Yatış	1,2	0,4
Hasta Nereden Yattı		
Acil Tıp Departmanı	120	39,5
Yoğun Bakım	94	30,9
Dahili Klinikler	31	10,2
Cerrahi Klinikler	6	2,0
Evde Sağlık Hizmetleri	53	17,4
Kaç Kere Bize Konsülte Edildi	0,8	0,7
Biz Kaç Kere Konsülte Ettik	9,3	8,2

*Yüzde oranını göstermektedir. (%)

4.2 Evde Sağlık ve diğer bölümler arasında konsültasyon istenme dağılımlarının karşılaştırılması

Evde sağlık hizmetlerinden ve diğer bölümlerden yatış yapılan kişiler arasında dış bölüme konsültasyon istenme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,549)

Tablo 2. Evde sağlık hizmetleri ve diğer bölümler arasında konsültasyon istenme dağılımlarının karşılaştırılması

	Konsültasyon		p değeri
	Yok Sayı(%)	Var Sayı(%)	
Evde Sağlık Hizmetleri	2(9,5)	51(18,0)	0,549
Diğer Bölümler	19(90,5)	232(82,0)	

*Fisher's Exact Test

4.3 Yaş grupları arasında prognoz dağılımlarının karşılaştırılması

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda yaşam prognozu açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,246)

Tablo 3. Yaş grupları arasında prognoz dağılımlarının karşılaştırılması

		Prognoz		Toplam	p değeri
		Taburcu veya Sevk	Vefat		
18-64	Sayı	39	13	52	0,246
	Yüzde	16,4%	19,7%	17,1%	
65-74	Sayı	53	20	73	
	Yüzde	22,3%	30,3%	24,0%	
75-84	Sayı	67	19	86	
	Yüzde	28,2%	28,8%	28,3%	
85 üzeri	Sayı	79	14	93	
	Yüzde	33,2%	21,2%	30,6%	

*Ki-kare

4.4 Yaş grupları arasında yatış sürelerinin ANOVA analizi ile karşılaştırılması

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda yaş grupları arasında yatış süreleri ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,272)

Tablo 4. Yaş grupları arasında yatış sürelerinin ANOVA analizi ile karşılaştırılması

	n	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maksimum	p değeri
18-64	52	11,96	9,852	0	48	0,272
65-74	73	11,96	10,753	0	46	
75-84	86	11,08	8,947	0	58	
85 üzeri	93	13,03	11,692	1	75	

*ANOVA

4.5 Kan grupları arasında çekilen direkt grafi sayısının karşılaştırılması

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında çekilen direkt grafi sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. (p= 0,117)

Tablo 5. Kan grupları arasında çekilen direkt grafi sayısının karşılaştırılması

	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maximum	p değeri
A	2,82	3,050	1	20	0,117
B	1,69	1,032	1	4	
AB	3,47	2,875	1	10	
0	2,20	1,651	1	8	
Total	2,59	2,520	1	20	

Kruskal-Wallis Analizi

4.6. Kan grupları arasında direkt grafi çekilme durumlarının dağılımlarının karşılaştırılması

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında direkt grafi çekilme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p=0,501$)

Tablo 6. Kan grupları arasında direkt grafi çekilme durumlarının dağılımlarının karşılaştırılması

		Direkt grafi Çekimi		p değeri
		Yok	Var	
A	Sayı	55	60	0,501
	Yüzde	42,6%	44,8%	
B	Sayı	14	13	
	Yüzde	10,9%	9,7%	
AB	Sayı	10	17	
	Yüzde	7,8%	12,7%	
0	Sayı	50	44	
	Yüzde	38,8%	32,8%	

Ki-kare

4.7. Hastaların yatış yapıldığı yer gruplarına göre ölüm varlığının incelenmesi

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda hastaların yatış yapıldığı yer ve ölüm varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 7. Hastaların yatış yapıldığı yer gruplarına göre ölüm varlığının incelenmesi

		Ölüm		p değeri
		Yok	Var	
Acil tıp departmanı	Sayı	87	33	0,254
	Yüzde	72,5%	27,5%	
Yoğun bakım	Sayı	78	16	
	Yüzde	83,0%	17,0%	
Dahili klinikler	Sayı	23	8	
	Yüzde	74,2%	25,8%	
Cerrahi klinikler	Sayı	5	1	
	Yüzde	83,3%	16,7%	
Evde sağlık hizmetleri	Sayı	45	8	
	Yüzde	84,9%	15,1%	

Ki-kare

4.8. Samsun ve diğer iller arasında ölüm varlığının ilişkisinin incelenmesi

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda Samsun ve diğer iller arasında ölüm varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 8. Samsun ve diğer iller arasında ölüm varlığının ilişkisinin incelenmesi

		Ölüm		p değeri
		Yok	Var	
Samsun	Sayı	223	60	0,292
	Yüzde	78,8%	21,2%	
Diğer	Sayı	15	6	
	Yüzde	71,4%	28,6%	

Ki-kare

4.9. Merkez ve perifer ilçeler arasında ölüm varlığının ilişkisinin incelenmesi

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda Merkez ve Perifer ilçeler arasında ölüm varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 9. Merkez ve perifer ilçeler arasında ölüm varlığının ilişkisinin incelenmesi

		Ölüm		p değeri
		Yok	Var	
Merkez	Sayı	163	44	0,961
	Yüzde	78,7%	21,3%	
Perifer	Sayı	62	17	
	Yüzde	78,5%	21,5%	

Ki-kare

4.10. Yatış yapılan mevsim ve primer tanı dağılımları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda mevsim ve primer tanı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 10. Yatış yapılan mevsim ve primer tanı dağılımları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Mevsim				p değeri
		Sonbahar	Kış	İlkbahar	Yaz	
Gastrointestinal kanser	Sayı	12	18	8	15	0,550
	Yüzde	22,6%	34,0%	15,1%	28,3%	
Solunum yolu kanserleri	Sayı	11	27	6	9	
	Yüzde	20,8%	50,9%	11,3%	17,0%	
Diğer kanserler	Sayı	9	18	2	10	
	Yüzde	23,1%	46,2%	5,1%	25,6%	
Alzheimer-Parkinson-Demens	Sayı	8	35	4	15	
	Yüzde	12,9%	56,5%	6,5%	24,2%	
Serebrovasküler hastalıklar	Sayı	10	16	5	14	
	Yüzde	22,2%	35,6%	11,1%	31,1%	
Diğer tanılar	Sayı	9	22	4	17	
	Yüzde	17,3%	42,3%	7,7%	32,7%	

Ki-kare

4.11. Yatış yapılan mevsim ve yatış sebebi dağılımları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda mevsim ve yatış sebebi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 11. Yatış yapılan mevsim ve yatış sebebi dağılımları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Mevsim				p değeri
		Sonbahar	Kış	İlkbahar	Yaz	
Ağrı palyasyonu	Sayı	6	7	3	9	0,242
	Yüzde	24,0%	28,0%	12,0%	36,0%	
Beslenme eksikliği	Sayı	31	71	17	35	
	Yüzde	20,1%	46,1%	11,0%	22,7%	
Solunum eksikliği	Sayı	9	23	2	6	
	Yüzde	22,5%	57,5%	5,0%	15,0%	
Yara yeri bakımı	Sayı	5	14	4	17	
	Yüzde	12,5%	35,0%	10,0%	42,5%	
Diğer	Sayı	8	21	3	13	
	Yüzde	17,8%	46,7%	6,7%	28,9%	

Ki-kare

4.12. Yatış yapılan mevsim ve yatış yeri dağılımları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda mevsim ve yatış yeri dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 12. Yatış yapılan mevsim ve yatış yeri dağılımları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Mevsim				p değeri
		Sonbahar	Kış	İlkbahar	Yaz	
Acil tıp departmanı	Sayı	28	50	12	30	0,067
	Yüzde	23,3%	41,7%	10,0%	25,0%	
Yoğun bakım	Sayı	20	40	9	25	
	Yüzde	21,3%	42,6%	9,6%	26,6%	
Dahili klinikler	Sayı	4	8	5	14	
	Yüzde	12,9%	25,8%	16,1%	45,2%	
Cerrahi klinikler	Sayı	1	4	0	1	
	Yüzde	16,7%	66,7%	0,0%	16,7%	
Evde sağlık hizmetleri	Sayı	6	34	3	10	
	Yüzde	11,3%	64,2%	5,7%	18,9%	

Ki-kare

4.13. Direkt grafi ihtiyacı olan ve olmayanlarda prognoz ilişkisinin incelenmesi

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda Direkt grafi ihtiyacı olan kişilerin %30,7'sinde vefat gelişirken ihtiyacı olmayan kişilerin %13,0'ında vefat geliştiği saptandı. Ki-kare analizi sonucunda direkt grafi ihtiyacı olanlarda olmayanlara göre daha büyük oranda vefat geliştiği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.($p < 0,001$)

Tablo 13. Direkt grafi ihtiyacı olan ve olmayanlarda prognoz ilişkisinin incelenmesi

		Direkt grafi		p değeri
		Yok	Var	
Taburcu veya Sevk	Sayı	134	104	0,001
	Yüzde	87,0%	69,3%	
Ölüm	Sayı	20	46	
	Yüzde	13,0%	30,7%	

Ki-kare

4.14. Cinsiyetler arasında kan grupları dağılımının incelenmesi

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda cinsiyetler arasında kan grupları dağılımın benzer olduğu saptandı.

Tablo 14. Cinsiyetler arasında kan grupları dağılımının incelenmesi

		Cinsiyet		p değeri
		Erkek	Kadın	
A	Sayı	55	60	0,968
	Yüzde	42,3%	45,1%	
B	Sayı	14	13	
	Yüzde	10,8%	9,8%	
AB	Sayı	14	13	
	Yüzde	10,8%	9,8%	
0	Sayı	47	47	
	Yüzde	36,2%	35,3%	

Ki-kare

4.15. Kan grupları ve prognoz arasındaki ilişkinin incelenmesi

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda kan grupları ile prognoz arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 15. Kan grupları ve prognoz arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Prognoz		p değeri
		Taburcu/Sevk	Vefat	
A	sayı	95	20	0,143
	%	47,0%	32,8%	
B	sayı	22	5	
	%	10,9%	8,2%	
AB	sayı	19	8	
	%	9,4%	13,1%	
0	sayı	66	28	
	%	32,7%	45,9%	

Ki-kare

4.16. Primer tanı ve vefat etme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda vefat edenlerde en sık solunum yolu kanserleri primer tanısı olan kişilerin olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı.

Tablo 16. Primer tanı ve vefat etme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Vefat		p değeri
		Yok	Var	
Gastrointestinal kanser	Sayı	38	15	0,041
	Yüzde	16,0%	22,7%	
Solunum yolu kanserleri	Sayı	37	16	
	Yüzde	15,5%	24,2%	
Diğer kanserler	Sayı	28	11	
	Yüzde	11,8%	16,7%	
Alzheimer-Parkinson-Demans	Sayı	49	13	
	Yüzde	20,6%	19,7%	
Serebrovasküler hastalıklar	Sayı	38	7	
	Yüzde	16,0%	10,6%	
Diğer tanımlar	Sayı	48	4	
	Yüzde	20,2%	6,1%	

Ki-kare

4.17. Konsültasyon isteği ve yatış yeri arasındaki ilişkinin incelenmesi

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda konsültasyon isteyen birimin Acil tıp departmanı ya da yoğun bakım olma olasılığı diğer birimlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek oranda olduğu saptandı.

Tablo 17. Konsültasyon isteği ve yatış yeri arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Konsültasyon İsteği		p değeri
		Yok	Var	
Acil tıp departmanı	Sayı	40	80	0,001
	Yüzde	35,1%	42,1%	
Yoğun bakım	Sayı	15	79	
	Yüzde	13,2%	41,6%	
Dahili klinikler	Sayı	13	18	
	Yüzde	11,4%	9,5%	
Cerrahi klinikler	Sayı	0	6	
	Yüzde	0,0%	3,2%	
Evde sağlık hizmetleri	Sayı	46	7	
	Yüzde	40,4%	3,7%	

Ki-kare

4.18. Yatış yapılan birimlerde tarafımızca istenen konsültasyon sayılarının karşılaştırılması

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda yatış yapılan birimler arasında tarafımızca istenen konsültasyon sayıları ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 18. Yatış yapılan birimlerde tarafımızca istenen konsültasyon sayılarının karşılaştırılması

	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maksimum	p değeri
Acil tıp departmanı	8,34	7,737	0	44	0,282
Yoğun bakım	10,51	9,598	0	48	
Dahili klinikler	7,94	7,806	0	28	
Cerrahi klinikler	8,67	4,633	2	14	
Evde sağlık hizmetleri	10,08	6,776	0	25	

One-Way ANOVA

5. TARTIŞMA

PBS hizmetleri özellikle 21. Yüzyılda yaşlanan nüfusla birlikte önemi açığa çıkmıştır. Bu çalışma ile Samsun'da aile hekimliği kliniğince yönetildiği günden itibaren ilk düzenli PBS verilerini paylaşmıştır.

Benli ve ark. evde sağlık hizmetleri ve palyatif servis koordineli çalışmasına yönelik yaptıkları çalışmada hastaların yaş ortalaması $74,93 \pm 14,61$ yıl olup, %42,95'i erkek, %57,04'ü kadın iken bu araştırmada hastaların yaşları ortalaması $76,3 \pm 12,9$ olup kadın cinsiyet oranı %51,3 erkek cinsiyet oranı %48,7'dir (15). Beklenildiği gibi ileri yaş grubuna hizmet vermesi beklenen PBS verileri Türkiye'deki ortalama yaşam ömrünün kadınlarda daha fazla olması nedeniyle kadın cinsiyetteki hastalara daha çok hizmet vermiştir. (53) Her iki çalışma verileri de bu bilgiyi doğrular niteliktedir.

Kişilerin kan gruplarının büyük çoğunluğu A Rh+ (%36,9) ve 0 Rh+ (%31,2) olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın verileri Türk toplumunun kan grubu dağılım karakteristiği ile uyumludur (54).

Benli ve ark. yaptığı çalışmada hastaların serviste yatış süresi ortalama $14,50 \pm 12,03$ (min:1- maks:79) gündür. Bu çalışmada kişilerin ortalama yatış süreleri $12,0 \pm 10,4$ (min:0 -maks:75) gün olup en çok kış aylarında yatış yapıldığı saptanmıştır.

Yatış sürelerinin değerlendirilmesinde hastane programı dikkate alındığı için aynı gün servis değişimleri 0 (sıfır) gün olarak değerlendirilmiştir. Ortalama yatış süreleri Benli ve ark. yaptığı çalışma ile aynı doğrultudadır. Yine Pektaş ve ark. yaptığı bir çalışmada çalışmada hastaların palyatif bakım biriminde ortalama yatış süresi $11,2 \pm 13,3$ (En düşük:1, En yüksek:94) gün olarak belirlendi. Sonuçlar literatür ile yine örtüşmektedir ve ideal bakım için gerekli olan hızlı sirkülasyona uygundur.

Pektaş ve ark. yaptığı çalışmada hastaların %55'i başka bir bölüme veya hastaneye sevk edildi, %33'ü haliyle taburcu edildi ve %11'i de vefat etmişken bu çalışmada kişilerin %62,8'i hastaneden taburcu olmuşken, %21,7'sinin vefat ettiği saptanmıştır. Bu farklılığın sebebi sosyo-kültürel olarak farklı bir şehir olması hastaların son dönemini evde değil hastanede geçirmek istemesi olabilir. Bu çalışmada yatışların yapılan analizinde kişilerin büyük çoğunluğunun Samsun ilinde ikamet ettiği (%93,1), Samsun ilinde ikamet edenlerin %72,4'ünün de merkez

ilçelerde yaşadığı saptanmıştır. Merkezde yaşayan kişilerin ağırlıkta olması şehir hayatını benimseyen toplumların iş ve hayat yoğunluğu nedeniyle hastasının hastanede ölmesini tercih etmesinde etkili olabilir.

Kişilerin %62,8'i hastaneden taburcu olmuşken, %21,7'sinin vefat ettiği saptanmıştır. Al-Jamal ve ark. yaptığı bir çalışmada ex oranı %52.9 taburcu oranı %40 olarak bulunmuştur. Çalışma yapılan hastanenin vakıf hastanesi ve özel kurum olması görüldüğü gibi istatistikleri değiştirmektedir. Bu çalışmada Al-Jamal ve ark. yapmış olduğu gibi 20 günlük bakım hedeflenerek etkili sürede yeterli bakımı hastaları taburcu etmek amaçlanmıştır. Hasta popülasyonunun sadece kanser hastalarından oluşmamış olması vefat oranı Al- Jamal ve ark. vefat oranına göre düşük olmasına neden olmuş olabilir (55).

Bu çalışmada kişilerin yarısına yakının yatış sebebi beslenme eksikliği iken diğer yüksek sıklıkta solunum palyasyonu ve yara yeri bakımının yer aldığı saptanmıştır. Yürüyen ve ark. yaptığı bir çalışmada yine en fazla yatış %35 ile oral alım bozukluğu olarak tespit edilmiştir.(56) Benli ve ark. yaptığı çalışmada da en fazla yatış sebebi beslenme bozukluğu olarak belirlenmiştir. Al-jamal ve ark. yaptığı çalışmada Hastaların yatış sırasında ifade ettikleri en sık semptomlardan oral alım bozukluğu yine %35 ile ilk sırada gelmektedir. Pektaş ve ark. yaptığı çalışmada ilk sırada malignite olarak belirtildiği ve birden fazla semptom ele alındığı için beslenme eksikliği arka planda gizli kalmış olabilir. Farklı merkezlerde yapılan çalışmalar göstermektedir ki PBS'ye yatan hastalarda beslenme eksikliği büyük bir sorun olup hekim ve ekibinin bu konuda bilgili olması hastaya ve yakınına etkili bakımı vermesi gerekmektedir.

Bu çalışmada Kişilerin %49,3'üne direkt grafi çekilmiş olup, direkt grafi çektirenlerde ortalama çekim sayısının 2,5 olduğu saptanmıştır. Kişilerin %15,8'ine tomografi çekilmiş olup, tomografi çektirenlerde ortalama çekim sayısının 2,0 olduğu saptanmıştır. Kişilerin %6,3'üne MR çekilmiş olup, MR çektirenlerde ortalama çekim sayısının 1,2 olduğu saptanmıştır. Birçok hastalığın ve semptomlarının iç içe girdiği ve her birinin yönetimi için branş dalında özellikli ve pahalı girişimler yapılabilecekken bütüncül bakış açısı ile hasta ve etkili harcama ile gereksiz maliyetlerden kurtulan bir klinik işleyişi inşa edilmiştir. Mathew ve ark.

yaptığı bir sistematik derlemede palyatif bakım için maliyet faydalı olmasına dikkat çekilmiştir.

Bilindiği üzere PBS çoğunlukla kanser hastalarının terminal döneminde hizmet vermektedir ve bazı kanserler agresif olarak metastaz yapmaya eğilimlidir. Metastazı olduğu bilinen hastanın takip edilen kliniği ve semptomlarının yönetiminde klinisyenin gözlemi ile aktif değişiklik olmadan gereksiz görüntüleme istenmesi, hastanın surveyine bir katkısı olmayacağı gibi sisteme ve hastaya da gereksiz yük oluşturabilmektedir. Çalışkan ve ark. yaptığı bir çalışmada PBS maliyet analizinde PBS günlük olarak zarar eden bir servis sonucuna ulaşılmaktadır. Gelir olarak da alınan ödemeler açığa çıkmaktadır ki bu merkezlerin gerekliliği su götürmez bir gerçektir. Eldeki kaynaklar yeterli ve etkili kullanılmalıdır (57).

Bu çalışmada kişilerin il 3 sıradaki primer tanı dağılımları sırayla Akciğer kanseri (%15,8), SVO (%14,8) ve Alzheimer (%14,1) olduğu saptandı. Her iki cinsiyete de bakacak olursak akciğer kanseri dünyada en fazla görülen kanserdir. SVO ise yaygın olarak görülen kalp hastalıkları, diabetes mellitus, hiperlipidemi, sigara, alkol gibi bir çok risk faktörü olan bir hastalıktır (58). Alzheimer ise günümüzde yaşlanan nüfusta sık görülen bir diğer hastalıktır. Her hastalık grubunun aile hekimlerince yönetimi yapılarak risk azaltılabilir ve PBS yataklarının önlenebilir risk faktörlerinden dolayı dolması azaltılabilir. Bunun için öncelikle birinci basamak hekimlerince olmak üzere tüm hekimlerce sigara bıraktırma tavsiye edilmeli ve yönlendirilme yapılmalıdır. Bu çalışma retrospektif tasarlandığından sistemde hastaların sigara içme tutumları ile bilgiler eksik olduğu için yanlılık olmaması açısından veriler değerlendirmeye katılmamıştır ancak palyatif servise özel bir vaka olarak sigara bıraktırma açısından hasta yatışı yapılması ve bu vakanın Kahraman ve ark. vaka sunumu olarak SCI endeksli bir dergide yayınlaması bunun önemini bir kez daha vurgulamaktadır (59). Bu durum bile sigara ile mücadelenin etkili yapılması gerektiğini gözler önüne sermektedir.

Bilinci ve yutma fonksiyonlarını bozan anatomik olarak pasajın geçişini engelleyen durumlarda hastanın malnutre kalmaması için PEG işlemi gündeme gelmelidir. Gastrointestinal sistem tümörleri, beyin metastazlı olgular, alzheimer, demans, parkinson vb. gibi nedenler hastanın PEG açılmasına gitmesine katkıda bulunan yıkıcı süreçlerdir (60). Bu çalışmada Kişilerin %75,7'sine özellikli

girişimsel işlem uygulandığı ve en sık uygulanan girişimsel işlemin PEG açılma işlemi olduğu saptandı.

Çakır ve ark. yazdığı bir derlemede palyatif bakımda yatan hastalarda bası ülseri riskinin arttığı normal popülasyona göre fazla olduğuna ve yaşla birlikte arttığına dikkat çekmektedir (61). Bu süreçte hastalara bası ülselerinin özellikli tedavilerinden olan VAC tedavisi hizmetini sunarak hastalar için üçüncü basamağın olanakları seferber edilmiştir. 8 hastaya (%2.5) VAC tedavisi uygulanmıştır. Negatif basınç ile yaranın yüzeye doğru çekilerek yüzeysel büyüme faktörleri aktif edilerek yara dudakları yaklaştırılarak bölge kan akımı artırılarak iyileşme süreçleri hızlandırılması amaçlanmıştır(62).

Son dönem böbrek yetmezliği ciddi iş yükü kaybı ve hastanede yatışlara neden olan bir hastalıktır (63). Bu çalışmada da hastaların kronik sorunlarından birisi olan kronik böbrek yetmezliğinde hemodiyaliz uygulanması ve hemodiyaliz kateteri açılması için bölümler arasında konsültasyon sağlanarak aile hekimliği- nefroloji - kalp damar cerrahi üçgeninde hastalara gerekli hizmet verilmeye çalışılmıştır. Bu hastalardan 8'ine (%2.6) hemodiyaliz işlemi uygulanmıştır. Hastaların yatış sürecinde gereksinimi olan ve rutin programlarına devamı sağlanmıştır.

PBS birçok branşın iç içe girdiği kompleks bir servistir. Multidisipliner yaklaşım tam bu noktadan doğmaktadır. Bu çalışmada yapılan özellikli girişimsel işlemler bunu güzel bir şekilde göz önüne koymaktadır. Yara yeri biyopsisinden ayak amputasyonuna kadar geniş yelpazede hastaların sorunları ile ilgilenilmiştir. Tanısal olarak yapılan tam tanı konmamış malignite şüpheli vaka için yara yeri biyopsisi yapıp dermatoloji ile ortak hareket edilirken, ayak amputasyonu yapılan bir diğer vakada cerrahi ile ne kadar yakın olunduğu gözler önüne serilmektedir.

Gastrointestinal kanserler sıklığı son yıllarda artmaktadır. En sık metastazları karaciğer olan bu kanserler hastalarda metastaz yerine göre portal dolaşımı ve karaciğerin üretim kapasitesini bozarak asite neden olmaktadır. Bu çalışmada 6 (%2) hastaya perkütan asit drenajı yapılmıştır. Bu işlem için girişimsel radyoloji kliniğinden destek alınmıştır. Hastalara klinik şartları yerine ultrason eşliğinde bu işlemler uygulanmıştır. Multidisipliner yaklaşımın hasta ve hekim açısından yararı açığa çıkmaktadır.

Palyatif bakımda artan yaş ve eşlik eden sorunlar nedeniyle oral alımın azaldığı durumlarda parenteral ürünlerin kullanıldığı bilinmektedir. Eşlik eden sorunlar için intravenöz yol ile çeşitli tedaviler uygulanmaktadır. Var olan beslenme eksikliği ve oluşan dolaşım bozuklukları klinisyen için can sıkıcı olabilmektedir. Bu gibi durumlarda santral venöz kateter açılması gündeme gelmektedir. Bu çalışmada 11 (%3.6) hastaya santral venöz kateter ameliyathane şartlarında anestezi ve kalp damar cerrahisi tarafından analjezi altında açılmıştır. Bu sayede hastanın var olan dolaşım bozukluğu nedeniyle tedavisini almayı engelleyecek durumların önüne geçilmeye çalışılmıştır.

Bu çalışmada kişilerin büyük çoğunluğunun acil tıp polikliniğinden yatış yaptığı belirlendi. PBS'ye gönderilen konsültasyon analizinde acil tıp polikliniğinden başvuruların daha fazla olduğu görülmektedir. Acil tıp polikliniğine gelen ve başvuran hasta sayısının fazla olması ve palyatif bakım için belirlenen yatış kriterlerinin tam olarak bilinmemesi bu durumu ortaya çıkarmış olabilir (64).

Bu çalışmada evde sağlık hizmetlerinden gelen konsültasyonun diğer branşlar ile yapıldığında istenen konsültasyonlar açısından anlamlı bir değer bulunmamıştır. Evde sağlık hizmetleri de diğer bölümlerde olduğu gibi palyatif bakıma entegre edilip ekip çalışmasına katılmıştır. Evde sağlık hizmetleri ve PBS arasındaki etkileşim daha kuvvetli olmalı ve hastalara daha erken dönemlerde fayda sağlayıp yaşam kalitesini artıracak uygulamalar için ev ziyaretlerinde hastane yatışları düşünülebilir. Ayrıyeten hasta yakınlarına serviste verilecek eğitimler ile hasta ve yakınlarının hayat kalitesi artırılıp daha efektif tedaviler sağlanabilir.

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda konsültasyon isteyen birimin Acil tıp departmanı ya da yoğun bakım olma olasılığı diğer birimlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek oranda olduğu saptandı. Bu durum Türkiye Cumhuriyeti sağlık politikaları nedeniyle olabilir. Belirli bir sevk zincirinin bulunmaması acil servislere başvurunun erişilebilir olması hasta ve yakınlarına düşen sosyal güvenlik kurumu sorumluluklarının caydırıcı olmaması nedeniyle hastalar sisteme belirli bir düzenle katılamamış olabilir. Evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ve palyatif bakımın gelişmesi ile acil servis yerine hastalar zamanında erken dönemde hizmet alacak durumda destek sağlanabilir. Hospis kavramı

gelişmesi ve başvuru sistemindeki gelişmeler ile acil tıp polikliniğinin üzerindeki yük alınabilir.

Yoğun bakımdan gelen isteklerinde anlamlı olmasına bakacak olursak yoğun bakım sonrası eve geçiş sürecinde hasta yakınlarına eğitim verilmesi ve ilaç raporlarının düzenlenmesi PBS tarafından yapılmıştır. Yoğun bakım sonrası gerekli konsültasyonlar tarafımızca düzenlenmiştir. Bu konsültasyonların içeriği ve düzenlenen raporlar başka bir çalışmanın konusu olabilir.

Kişilerin büyük çoğunluğu Devir ya da poliklinik tarafından yatırıldığı saptandı. Yatış yapılanlarda ortalama $1,2\pm 0,5$ defa yatış yapıldığı saptandı. Bazı hastalara birden fazla hizmet verildiği ortaya çıkmaktadır. Bu sayede hastalar sisteme entegre edilerek sadece yas dönemi değil, hastaların tekrar yatışı ile bir sistem oluşturulduğu ve devamlılık sağlandığı görülmüştür.

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda hastaların yatış yapıldığı yer ve ölüm varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Bu sonuç şunu net olarak ortaya koymaktadır ki klinisyenlerin olgu temelli karar verme süreçlerinde klinik bazında defansif olmaları bu çalışma ile yersiz bulunmuştur (65).

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda yatış yapılan birimler arasında tarafımızca istenen konsültasyon sayıları ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Buradan palyatif bakım için yatırılan hastalarda bütüncül bir yaklaşımla, hastalıktan çok hastaya yönelik bakım vermek amaçlanıp, belirli bölümlere daha fazla danışılmaması bunun bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda vefat edenlerde en sık solunum yolu kanserleri primer tanısı olan kişilerin olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı. Solunum yolu kanserleri açısından değerlendirme yapıldığında önlenebilir risk faktörleri ile etkin mücadelenin önemi bir defa daha açığa çıkmaktadır. Özellikle sigara içimi primer neden olduğu gibi sigaranın meydana getirdiği KOAH gibi hastalıklarda ilerleyen dönemlerde hem hastalık seyrinde hem de kanser gelişiminde rol oynamayabilmektedir. Yatan hastaların çoğu şehir merkezinde olması ve vefat açısından anlamlı bir istatistik çıkması hava kirliliği açısından da ilerde yapılacak çalışmalar için fikir teşkil edebilir.

Bu çalışma tek merkezli, retrospektif tarzda dizayn edilmesinden ötürü hastane arşivine dayalıdır. 2019 aralık ayında başlayan coronavirüs pandemisi nedeniyle PBS Nisan 2020- Haziran 2020 arasında hizmet verememiştir.

Pandemi nedeniyle evde kalmak isteyen hasta ve hasta yakınları nedeniyle hasta grubuna ulaşmamız zorlaşmış olabilir. Pandemi sürecinde yatak sayısının düşürülmesi verilen hizmetlerin nicelik olarak azalmasına yol açmıştır. Pandemi nedeniyle pandemi hastanesi olduğu süreçte hasta seçimi daha sıkı klinik gözlemlere dayanmış olup erken dönem hizmet yerine ihtiyaç ve geciken ihtiyaçlara cevap şeklinde hizmet verilmiş olabilir. Bu durumlar çalışmamızın kısıtlılıklarıdır.



6. SONUÇ

Bu çalışmada hasta grubu ileri yaş hastalarından ve çoklu komorbiditelerden oluşmuştur.

- a. Kadın sayısı erkeklerden daha fazladır.
- b. Kişilerin il 3 sıradaki primer tanı dağılımları sırayla Akciğer kanseri SVO ve Alzheimer olduğu saptanmıştır.
- c. Hastalar ağırlık olarak Samsun ili ve merkez ilçelerden kabul edilmiştir.
- ç. Kişilerin yarısına yakınının yatış sebebi beslenme eksikliği iken diğer yüksek sıklıkta Solunum palyasyonu ve yara yeri bakımının yer aldığı saptanmıştır.
- d. Kişilerin büyük çoğunluğunun acil tıp polikliniğinden yattığı saptanmıştır.
- e. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda mevsim ve yatış sebebi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.
- f. Direkt grafi ihtiyacı olan kişilerin direkt grafi ihtiyacı olanlarda olmayanlara göre daha büyük oranda vefat ettiği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.
- g. Evde sağlık hizmetlerinden ve diğer bölümlerden yatış yapılan kişiler arasında dış bölüme konsültasyon istenme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- ğ. Vefat edenlerde en sık solunum yolu kanserleri primer tanısı olan kişilerin olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır.
- h. Konsültasyon isteyen birimin acil tıp departmanı ya da yoğun bakım olma olasılığı diğer birimlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır.
- ı. Palyatif bakım hizmetleri son yüzyılda giderek artan ihtiyaca binaen doğal süreci içinde gelişmeye ve sisteme entegre olmaya başlamıştır.
- i. Son yıllarda Türkiye’de Sağlık bakanlığının uygulamaya koyduğu politikalar ve SUT’ta geri ödeme kapsamına alınması bunu bariz bir şekilde ortaya koymaktadır.

- j. Sağlık bakanlığınca servis yönetimi belli uzmanlık dallarınca öncelikle tercih edilmiştir. Bu branşlardan birinin aile hekimliği uzmanlığının da olmasının yolu açılmalıdır. Hastalara biyopsikososyal olarak yaklaşan aile hekimliği uzmanlığı bu görev için en uygun branşlardandır.



6.1 Öneriler

1. PBS'lerin artan ihtiyaca binaen daha da fazla gereksinim duyulacağı aşıkardır. Bunun için PB'ye ayrılan yatak ödenek ve eğitimlerin artırılması ekipler kurulması verilecek hizmetin eksiksiz olması için önemlidir.

2. Tıp eğitiminde palyatif bakım hizmetleri ile ilgili farkındalığın aile hekimliği rotasyonlarında olması, hastaya bütüncül bakım yapan aile hekimliği disiplini için önemlidir.

3. Aile hekimliği uzmanlığında yeterlilik ve yan dal gibi gelişimler düşünülecek olursa palyatif bakım ve aile hekimliği uzmanlığı bunun için çok uygun ve gelişime açıktır.

4. Evde sağlık hizmetleri ve PBS koordinasyonu sağlanıp hastalara erken dönemde de tedavi hizmeti sunulabilir.

5. Aile hekimliği uzmanlığı eğitiminde PBS olan hastanelerde aile hekimliği anabilim dallarınca palyatif bakımın yürütülmesi mantıklı bir yaklaşım olacaktır. Aile hekimliği uzmanlığının yeterliliklerine çok uygun bir hizmettir. Hasta -hekim ilişkisi ve multidisipliner yaklaşım aile hekimliği bakışı işe yakalanıp yas dönemi dahil olmak üzere tarama programları aktif kullanılarak ailelere etkin hizmet verilebilir.

6. Birinci basamakta çalışan aile hekimleri evde sağlık, mobil hizmetlerde veya poliklinik muayenelerinde yatış gereksinimi düşündüğü hastaları kendi ile aynı branşı paylaşan aile hekimliği uzmanlarınca aynı bakış açısı ile değerlendirip süreçleri hızlı ve efektif ilerletebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Tanım WHO [Available From: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>].
2. Elçigil A. Palyatif Bakım Hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2012;54(4):329-34.
3. Ozcelik H, Fadilolu C, Karabulut B, Uyar M, Elbi H, Eyigor S, Et Al. [Case Management Based Multidisciplinary Care Protocol In The Palliative Care Of Cancer Patients]. *Agri*. 2014;26(2):47-56.
4. Goktepe ME, Ozturk O, Unal M. Palliative Care Approach To Oncological Patient – Main Points. *Archives Of Cancer Science And Therapy*. 2020;4(1):15-6.
5. Makary MA, Daniel M. Medical Error-The Third Leading Cause Of Death In The US. *BMJ*. 2016;353:İ2139.
6. Palyatif Bakım Evde Ve Hastanede Çalıştay Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği. Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. Ege Geriatri Derneği Yayınları No:1. 2013.
7. Pastrana T JS, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L. A Matter Of Definition - Key Elements Identified In A Discourse Analysis Of Definitions Of Palliative Care. *Palliat Med* 2008; 22: 222-32.
8. Kasım Ğ, Özkara A. Son Dönem Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Fammed-Special Topics* 2014;5(3):126-30.
9. Pektaş M, Turgut Ö, Aydınli B, Sagün A. Mersin Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Erişkin Palyatif Bakım Biriminde Yatan Hastaların Retrospektif Analizi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019:407-12.
10. Yakar B, Sertdemir Batbaş C, Pirinççi E. Palyatif Bakım ve Hospis. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2021.
11. World Health Organization (WHO) Definition Of Palliative Care 2022 [Available From: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>].
12. Melis A. Yaşlı Hastaların Son Dönem Bakımı: Bir Palyatif Bakım Merkezi Üzerine Fenomenolojik Bir Araştırma: Akdeniz Üniversitesi; 2021.Yüksek Lisans Tezi
13. Güler C. Dünyada Ve Ülkemizde Palyatif Bakım Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri*. 2018.
14. Benli AR, Erbesler ZA. Differences On Comprehension And Practice In Palliative Care In Turkey. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2016;20(1):5-6.
15. Benli AR, Sunay D. A Model Of Collaboration Between Palliative Care Unit And Home Health Care Services: Karabük. *Ankara Medical Journal*. 2017.
16. Çifci A. Yaşam Sonu Ve Palyatif Bakım. *Journal Of Medicine And Palliative Care*. 2021;2(1):21-4.

17. Komaç A. Retrospective Analysis Of Hospitalized Patients İn Tepecik Training And Research Hospital Internal Medicine Palliative Care Unit. *Istanbul Bilim University Florence Nightingale Journal Of Medicine*. 2016;2(1):1-3.
18. Cruz-Oliver DM. Palliative Care: An Update. *Missouri Medicine*. 2017;114(2):110-5.
19. Bates T, Hoy AM, Clarke DG, Laird PP. The St Thomas' Hospital Terminal Care Support Team. A New Concept Of Hospice Care. *Lancet (London, England)*. 1981;1(8231):1201-3.
20. Dixon J KD, Matosevic T, Clark M, Knapp M. Equity İn The Provision Of Palliative Care İn The UK:Review Of Evidence. Personal Social Services Research Unit. London School Of Economics And Political Science. London. 2015.
21. Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How Many People Need Palliative Care? A Study Developing And Comparing Methods For Population-Based Estimates. *Palliat Med*. 2014;28(1):49-58.
22. Morrison RS. Models Of Palliative Care Delivery İn The United States. *Current Opinion İn Supportive And Palliative Care*. 2013;7(2):201-6.
23. Aslan Y. Türkiye’de Ve Dünya’da Palyatif Bakım Modellerine Genel Bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*. 2020;2(1):19-27.
24. Kavşur Z, Sevimli E. Bazı Gelişmiş Ülkelerde Ve Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademisi Dergisi*. 2020.
25. Beyhan B. Palliative Care Practices İn Germany’s Health System. *Turkish Journal Of Oncology*. 2012;27(3):142-9.
26. Bone AE, Evans CJ, Higginson IJ. The Future Of End-Of-Life Care. *Lancet (London, England)*. 2018;392(10151):915-6.
27. Fowler R, Hammer M. End-Of-Life Care İn Canada. *Clinical And Investigative Medicine Medecine Clinique Et Experimentale*. 2013;36(3):127-32.
28. Bruera E, Sweeney C. Palliative Care Models: İnternational Perspective. *Journal Of Palliative Medicine*. 2002;5(2):319-27.
29. Garralda E, Hasselaar J, Carrasco JM, Van Beek K, Siouta N, Csikos A, Et Al. Integrated Palliative Care İn The Spanish Context: A Systematic Review Of The Literature. *BMC Palliative Care*. 2016;15(1):49.
30. Ministry Of Health And Consumer Affairs. The National Health System Palliative Care Strategy 2007. Published By Ministerio De Sanidad Y Consumo
31. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, Mccrone P, Higginson IJ. Effectiveness And Cost-Effectiveness Of Home Palliative Care Services For Adults With Advanced İllness And Their Caregivers. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2013(6):Cd007760.
32. Mertnoff R, Vindrola-Padros C, Jacobs M, Gómez-Batiste X. The Development Of Palliative Care İn Argentina: A Mapping Study Using Latin American

- Association For Palliative Care Indicators. *Journal Of Palliative Medicine*. 2017;20(8):829-37.
33. International Longevity Center (ILC). End-Of-Life Care: Japan And The World. International Comparison Study On Death And Dying In Place. International Comparative Study On Ideal Terminal Care And Death International Comparative Study On Terminal Care System 2011
 34. Mori M, Morita T. Advances In Hospice And Palliative Care In Japan: A Review Paper. *The Korean Journal Of Hospice And Palliative Care*. 2016;19(4):283-291.
 35. Tsuneto S. Past, Present, And Future Of Palliative Care In Japan. *Japanese Journal Of Clinical Oncology*. 2013;43(1):17-21.
 36. Wergeland Sørbye L, Steindal SA, Kalfoss MH, Vibe OE. Opioids, Pain Management, And Palliative Care In A Norwegian Nursing Home From 2013 To 2018. *Health Services Insights*. 2019;12:1178632919834318.
 37. Kaasa S, Jordhøy MS, Haugen DF. Palliative Care In Norway: A National Public Health Model. *Journal Of Pain And Symptom Management*. 2007;33(5):599-604.
 38. Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care For The Seriously Ill. 2015;373(8):747-55.
 39. Mwangi-Powell F, Dix O. Palliative Care In Africa: An Overview. *Africa Health* 2011; 33: 19-21.
 40. Clark D, Wright M, Hunt J, Lynch T. Hospice And Palliative Care Development In Africa: A Multi-Method Review Of Services And Experiences. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33(6):698-710.
 41. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği [Available From: <https://www.mevzuat.gov.tr/Mevzuat?Mevzuatno=17229&Mevzuattur=9&Mevzuattertip=5>].
 42. Haki Y. Palyatif Bakım Servisinde 1 Yıllık Sürede Hastalarda Konsültasyon İstenme Durumunun Değerlendirilmesi Adıyaman Üniversitesi 2018. Tıpta Uzmanlık Tezi
 43. Karahan İ, Çifci A. Malnütrisyonu tanımı ve hastaların yönetimi. *J Med Palliat Care* 2020; 1(1): 5-9.
 44. Demirel U, Bahçeci İH. Enteral Ve Parenteral Beslenmeye Klinik Yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*. 2010.
 45. Taş M. Malnütrisyon Saptanan Palyatif Bakım Hastalarında Beslenme Tedavisi Yaklaşım Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Kırıkkale Üniversitesi 2020. Tıpta Uzmanlık Tezi
 46. Buğu UK. Palyatif Bakım Hastalarında Bası Yarası Oluşumunu Etkileyen Faktörlerin Analizi.
 47. Hökkä M, Kaakinen P, Pölkki T. A Systematic Review: Non-Pharmacological Interventions In Treating Pain In Patients With Advanced Cancer. *Journal Of Advanced Nursing*. 2014;70(9):1954-69.


48. Gürakan G. Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarında Aromaterapi Sırt Masajının Ağrı Ve Plazma Beta Endorfin Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2016. Yüksek Lisans Tezi
49. Kuzeyli Yıldırım Y., Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2002
50. BERKER E. Nöropatik Ağrı Ve Fizyopatolojik Mekanizmalar.
51. Ağrı Sınıflaması [Available From: https://Agritr.Com/Agri_Siniflamasi.Php#:~:Text=Sonras%C4%B1nda%20da%20g%C3%B6r%C3%Bclmez.-,Reaktif%20a%C4%9Fr%C4%B1,%C3%A7%C4%B1kan%20a%C4%9Fr%C4%B1lar%20%C3%B6rne%C4%B1olarak%20verilebilir.
52. PSİKOSOMATİK AĞRILAR [Available From: <https://Cemkaya.Net/Sorunlar/Psikosomatik-Agrilar-74>.
53. Ozturk O CM, Tapur MA. Interviews About Lifewith Individuals Aged 100 Years Or Older. Turk J Geriat.2017;20(2):135-141.
54. Koçtekin B. Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Transfüzyon Merkezi'ne Başvuran Donörlerde ABO Ve Rhesus (Rh) Kan Grupları Dağılımının Araştırılması
55. Al-Jamal. Türkiye'de Bir Palyatif Bakım Ünitesi Verileri Geriatrik Bilimler Dergisi / Journal Of Geriatric Science 2019; 2 (3): 86-89
56. Yürüyen M, Özbaş Tevetoğlu I, Tekmen Y, Polat Ö, Arslan İ, Okuturlar Y. Prognostic Factors And Clinical Features İn Palliative Care Patients. Konuralp Tıp Dergisi. 2018:74-80.
57. Çalışkan A. Köse D. Palyatif Bakım Merkezlerinin Maliyet Analizi: Denizli Devlet Hastanesi Örneği,Eurasian Journal Of Health Technology Assessment 2020; 4 (2), 68-89.
58. Bulut A, Cabalar M, Senadim S, Kayran Y, Guveli B, Yayla VA. The Influence Of Smoking And Alcohol On Stroke. Istanbul Medical Journal. 2013;14(4):231-3.
59. Kahraman N, Yağlıoğlu LM, Doğru Balakbabalar AP, Öztürk O. Unusual Palliative Medicine Intervention: Smoking Cessation. BMJ Supportive & Palliative Care. 2020.
60. Demirci H ÇH, Erdoğan UE, Et Al. Palyatif Bakım Ve Perkütan Endoskopik Gastrostomi, Türkiye Klinikleri J Fam Medspecial Topics. 2017;8(4):263-71.
61. Çakır L, Enginyurt O. Derleme -Review Palyatif Bakım Ve Bası Yarası Palliative Care And Pressure Sores. Klinik Tıp. 2016.
62. Mert M, Vahabi A, Öztürk AM, Erdem HA, Işıkgöz Taşbakan M. Use Of Negative Pressure Wound Therapy As An Alternative To Surgical Intervention İn Treatment Of Soft Tissue Infections. Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Sciences. 2022;42(1):62-5.
63. Registry Of The Nephrology Datıt, Registry 2010, Published By The Turkish Society Of Nephrology.

64. Öztürk O, Oruç MA, Göktepe ME. Evaluation Of The Patient Consultations For Admission To Palliative Care: A Descriptive Study. The Turkish Journal Of Geriatrics. 2022.
65. Taşçı Aİ, Akdeniz E. Olgu Temelli Klinik Akıl Yürütme Ve Karar Verme Modeli. Yeni Üroloji Dergisi. 2021.



8. EKLER

8.1 Etik Kurul Karar Formu

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**
SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

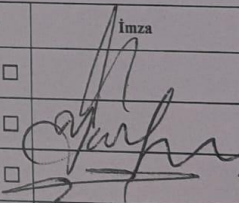
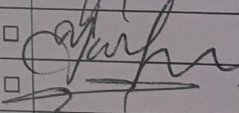
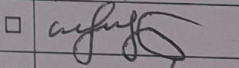

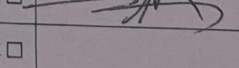
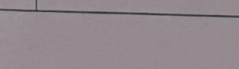

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kapsamlı Palyatif Bakım Servisine Yatışı Yapılan Hastaların Analizi- 1 Yıllık Deneyimimiz
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	GOKA/2021/3/2
ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA-BİTİŞ TARİHİ	1.02.2021/01.08.2021

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		<input type="checkbox"/>	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

Karar Bilgileri	Karar No: 2021/3/2	Tarih:10.02.2021
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "salt çoğunluğu" ile karar verilmiştir.	

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Mahcube ÇUBUKÇU
--------------------------------	--------------------------

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Mahcube ÇUBUKÇU (Başkan)	Aile Hekimliği	SBÜ. Samsun EAH	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yonca SEMET	Çocuk Nefrolojisi	SBÜ. Samsun EAH	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gökhan AKSAN	Kardiyoloji	SBÜ. Samsun EAH	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Murat GÜZEL	Acil Tıp	SBÜ. Samsun EAH	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğrt.Üyesi Gökhan ÖZGÜR	Göz Hastalıkları	SBÜ. Samsun EAH	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Ahmet Burak ÇİFTÇİ	Genel Cerrahi	SBÜ. Samsun EAH	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr. Melek BILGIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	SBÜ. Samsun EAH	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kapsamlı Palyatif Bakım Servisine Yatışı Yapılan Hastaların Analizi- 1 Yıllık Deneyimimiz
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	GOKA/2021/3/2
ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA-BİTİŞ TARİHİ	1.02.2021/01.08.2021

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	DOÇ.DR.ONUR ÖZTÜRK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	AİLE HEKİMLİĞİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	UZMANLIK ÖĞRENCİSİ DR.MUHAMMED EMİN GÖKTEPE			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı Soyadı: Doç. Dr. Mahcube ÇUBUKÇU
İmzası

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı Soyadı, Ünvan: Muhammed Emin GÖKTEPE, Dr.

Uzmanlık Alanı: Aile Hekimliği

Çalıştığı kurum: Samsun Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Aile Hekimliği Kliniği

ResearchGate hesap: https://www.researchgate.net/profile/Muhammed_Goektepe

Eğitim Geçmişi:

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi (2012- 2014)

Elazığ Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, (2014-2018)

SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Asistan Hekim (2019-halen)

Çalıştığı Kurumlar:

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi (2012- 2014)

Elazığ Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, (2014-2018)

Yozgat Sorgun Devlet Hastanesi, Acil Servis

Yozgat Sorgun Devlet Hastanesi, Evde Sağlık Hizmetleri

Samsun Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Asistan Hekim
(2019-halen)

Yabancı Diller: İngilizce (İyi Düzeyde)

Almanca (Temel Düzeyde)

Yayınlar:

1. Göktepe ME, Öztürk O, Ünal M. Palliative care approach to oncological patient – Main points. Arch Cancer Sci Ther. 2020; 4: 015-016. doi: 10.29328/journal.acst.1001015
2. Öztürk O, Göktepe ME. Mektup: Balın Yara İyileşmesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Bozok Tıp Dergisi. 2020. doi: 10.16919/bozoktip.726971
3. Göktepe M, Öztürk O. MEKTUP- Servikal diskopatili bir olguda gelişen nöropatik ağrının akupunktur tedavisine dramatik yanıtı: Olgu sunumu. Ege Tıp Bilimleri Dergisi. 2020; 3(2): 83-83.
4. Göktepe M, Öztürk O, Erge E, Yavuz E. An unusual cause for subconjunctival haemorrhage: Pilates N Z Med Stud J, Issue 31, pp. 36–37, Sept 2020

5. Öztürk O , Göktepe M , Fidancı İ , Okuyucu M . The Importance of Fecal Occult Blood in Preventive Health Services and the Concept of Chromatography. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2021; 15(1): 8-11.
6. Öztürk O. , Ünal M, Oruç M. A. , Atayoglu A. T. , Selçuk M., Öztürk G. , Göktepe M. E. Knowledge Level and Opinions of Secondary School Students About Traditional and Complementary Medicine. International Journal of Traditional and Complementary Medicine Research. 2021; 2(1): 20-26.
7. Göktepe, M. E. , Atayoglu, A. T. , Khan, H. & Öztürk, O. (2021). Health Problems Accompanying the Call for ‘Stay-at-Home’ During the Pandemic . Journal of Health Systems and Policies, 3 (2), 85-96. DOI: 10.52675/jhesp.898384
8. Öztürk O, Şen İ, Bal G, Göktepe ME. Dramatic Response to Ozone Application: Raynaud's Phenomenon. International Journal of Current Medical and Biological Sciences. 2021;1(1):16-8.
9. Öztürk O, Göktepe ME, Büyükkaya P, Karaköse O, Şen İ. Your Disease is Related to The Stomach, Not the Heart! A Family Medicine Routine / Hastalığınız Kalp ile Değil, Mide ile İlgili! Bir Aile Hekimliği Rutini. International Journal of Current Medical and Biological Sciences. 2021;1(2):69-71
10. Ocak M, Unal M, Ozturk O, Vural A, Ayraler A, Oruc MA, et al. Attitudes and Behaviors Regarding Smoking in Friends and Relatives of Patients in Emergency Room: A New Frontier in the Fight against Tobacco. Addict Health 2022; 14(1): 15-25.
11. Öztürk O, Oruç M.A, Göktepe M.E, Yağlıoğlu L.M, Okuyucu M. Evaluation Of The Patient Consultations For Admission To Palliative Care: A Descriptive Study. The Turkish Journal Of Geriatrics. 2022;25(1): 42-8.

Bildiriler:

1. Oruç M, Öztürk O, Göktepe M. Palyatif Bakım Servisine Gelen Konsültasyonların Analizi- Ön Sonuçlar 19. Doğu akdeniz uluslararası Aile Hekimliği Kongresi
2. Göktepe M, Öztürk O, Erge E, Yavuz E. Sıradışı bir subkonjoktival kanama sebebi: Pilates 19. Doğu akdeniz uluslararası Aile Hekimliği Kongresi
3. Ozturk O, Unal M, Goktepe ME. Propolis, Coronavirus'e Karşı İyi Bir Fikir Olmayabilir! 19. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi
4. Bal G, Göktepe M, Ozturk O. Gündüz Uykusuna Son: Sertralin, 3.Palyatif Bakım Sempozyumu
5. İnan C, Göktepe M, Ozturk O. Palyatif Serviste Bir Uygunsuz ADH Salınım Sendromu. 3.Palyatif Bakım Sempozyumu
6. Goktepe M, Duman Z, Ozturk O. Bir Aile Dramı: Mide Kanseri. 16. Aile Hekimliği Araştırma Günleri
7. İmamoğlu G, Göktepe M, Öztürk O. Göz Damlasından Göz Enükleasyonuna Giden Yol: Takipsizlik 16. Aile Hekimliği Araştırma Günleri
8. Göktepe M, Kuru A, Yağlıoğlu L, Dağcı M, Yerebakan G, Durmuşoğlu K, Göktepe S, İmamoğlu G, Kır T, Öztürk O. Üç Kanser Bir Beden. 16. Aile Hekimliği Araştırma Günleri
9. Göktepe M, Nazlıgül M, Yazıcıoğlu B, Öztürk O. Charcot Triadına Giren Hastada Seftriakson Tedavisinin Kesim Süreci. 16. Aile Hekimliği Araştırma Günleri
10. Göktepe M, Öztürk O. Kapsamlı Palyatif Bakım Servisine Yatışı Yapılan Hastaların Değerlendirilmesi-1 Yıllık Deneyimimiz. 17. Aile Hekimliği Araştırma Günleri
11. Oruç M, Öztürk O, Göktepe M. Palyatif Bakım Servisine Konsülte Edilen Hastaların Palyatif Bakım Felsefesine Uygunluğunun Değerlendirilmesi- Farklı Bir Perspektif. 20th International Eastern Mediterranean Family Medicine Congress
12. Göktepe M, Atayoğlu A, Khan H, Öztürk O. Pandemi Döneminde "Evde Kal" Çağrısına Eşlik Edebilecek Sağlık Sorunları. 20th International Eastern Mediterranean Family Medicine Congress

13. Yazıcıoğlu B, Oruç M, Göktepe M, Öztürk O. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ OZON TEDAVİSİ HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARI -ÖN SONUÇLAR. 6. International Health Science and Family Medicine Congress
14. Öztürk O, Şen İ, Bal G, Göktepe ME. Ozon Uygulamasına Dramatik Yanıt: Raynaud Fenomeni. 18. Aile Hekimliği Araştırma Günleri
15. Öztürk O, Göktepe ME, Büyükkaya P, Karaköse O, Şen İ. Hastalığınız Kalp ile Değil, Mide ile İlgili! Bir Aile Hekimliği Rutini. 18. Aile Hekimliği Araştırma Günleri
16. Göktepe M, Bal G, Özdemir AB ve ark. CİLT KIZARTICI SUÇ: ISITILMIŞ TUĞLA. 1. Karadeniz Aile Hekimliği Günleri

Kitap Bölümleri

1. Öztürk O, Ünal M, Göktepe ME. Apiterapi ve klinik çalışmalar. Atayoğlu AT, editör. Apiterapi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.164-7.
2. Ünal M, Selçuk MY, Göktepe ME. Apiterapi ve preklinik çalışmalar. Atayoğlu AT, editör. Apiterapi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.168-80.
3. Göktepe ME, Öztürk O. Aile hekimliği ve acil tıpkademik ortaklık. Öztürk O, editör. Aile Hekimliği Literatürü ve Akademik Süreç Yönetimi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p.136-8

Atıflar:

- 1- Göktepe, Muhammed Emin, Onur Öztürk, and Mustafa Ünal. "Palliative care approach to oncological patient-main points." *Arch Cancer Sci Ther* 4 (2020): 015-16./ Suprayitno, Edy, and Raisa Farida Kafil. "Sikap Perawat dalam Memberikan Asuhan Keperawatan pada Pasien Paliatif." *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Aisyiyah* 16.2 (2020): 135-146.
- 2- Öztürk, Onur, et al. "YOUR DİSEASE IS RELATED TO THE STOMACH, NOT THE HEART! A FAMILY MEDICINE ROUTINE: YOUR DİSEASE IS RELATED TO THE STOMACH, NOT THE HEART!." *International Journal of Current Medical and Biological Sciences* 1.2 (2021): 69-71.
- 3- Öztürk O, Oruç MA, Göktepe ME, Yağlıoğlu LM, Okuyucu M. Evaluation Of The Patient Consultations For Admission To Palliative Care: A Descriptive Study. 2022.

Hakemlik Yaptığı Makaleler:

- 1- Evaluation of Child Refugees' Reasons for Applying to Hospital: Ankara Experience / **Çağdaş Tıp Dergisi**
- 2- Severe Euglycemic Ketoacidosis induced by Ketogenic diet/**American Journal of Medical Case Reports**
- 3- Cerebral Venous Sinus Thrombosis/ **American Journal of Medical Case Reports**
- 4- Aile Hekimliği Sistemi için Covid-19 Yönetim Önerileri/ **Journal of Contemporary Medicine**
- 5- PCR pozitif hospitalize hastalarda yaşa ve cinsiyete göre laboratuvar tetkikleri iyileşen ve ex olan hastalarda karşılaştırılması/ **KLİNİK TIP BİLİMLERİ**
- 6- The Behavior Analysis of Family Physician Service System: An Evolutionary Game Approach/ **The International Journal of Health Planning and Management**

Sertifikalar:

- 1- Kupa Terapi Sertifikası (2020)
- 2- SPSS Sertifikası (2020)
- 3- Eğitici Eğitimi (2022)

Aldığı Teşekkürler:

- 1- Samsun Valiliği – COVID-19 ile mücadele

Katıldığı Bilimsel Toplantılar:

- 1- 4. Fırat Romatoloji Sempozyumu -1 Nisan 2017 Elazığ Akgün Hotel
- 2- 33.Dönem Medipol Üniversitesi Kupa Eğitim Sertifikası Programı (22-23 Şubat 29 şubat-1 Mart 2020)
- 3- 19. Doğu Akdeniz Uluslararası Aile Hekimliği Kongresi
- 4- 19. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi
- 5- 3.Palyatif Bakım Sempozyumu
- 6- 16. Aile Hekimliği Araştırma Günleri
- 7- 17. Aile Hekimliği Araştırma Günleri
- 8- 20th International Eastern Mediterranean Family Medicine Congress
- 9- 6. International Health Science and Family Medicine Congress
- 10- 18. Aile Hekimliği Araştırma Günleri
- 11- RSİM 1. Aile Hekimliği Asistanları Simülasyon Eğitimi
- 12- 1. Karadeniz Aile Hekimliği Günleri