



**T.C.**

**SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**KONYA ŞEHİR HASTANESİ**

**İ HASTALIKLARI KLİNİğİ**

**PALYATİF PERFORMANS LEğİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE  
GüVENİRLİğİNİN DEğERLENDİRİLMESİ VE PALYATİF BAKIMDA  
KLİNİK SONUÇLARLA İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. İlknur Rahime ÜNAL**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**KONYA/2021**





**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**KONYA ŞEHİR HASTANESİ**

**İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ**

**PALYATİF PERFORMANS ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE  
GÜVENİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE PALYATİF BAKIMDA  
KLİNİK SONUÇLARLA İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. İlknur Rahime ÜNAL**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Muhammet Cemal KIZILARSLANOĞLU**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**KONYA/2021**

## TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimimin başından sonuna kadar desteğini bizlerden esirgemeyen, çalışkan, bilime olan ilgisi, otoriter idareciliği ile tüm asistanların örnek alacağı ve özellikle benim tez çalışmamın da tüm aşamalarında her türlü kolaylığı sağlayan, teşekkürlerden fazlasını hak eden değerli saygı değer tez hocam Prof. Dr. İbrahim GÜNEY'e

Asistanlığımın ne yazık ki son bir yılında tanıştığım ve bu sürede bilgi ve deneyimleriyle sürekli olarak yardım aldığım, bizlere yol gösteren, tez aşamasında yardımlarını eksik etmeyen, son derece kibar, sabırlı ve insancıl olan kendisini hocadan ziyade bir abi olarak gördüğüm Doç. Dr. Muhammet Cemal Kızılarıslanoğlu'na,

PPS ölçeğinin “*backward translation*” kısmını yapan Selçuk Üniversitesi Fen Fakültesi Biyokimya Bilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. İdris Sargın'a,

Her zaman benim yanımda olduğunu hissettiğim, her yerde destekleyen, cesaret veren eşim Uzman Dr. Barış Can Ünal'a ve aynı zamanda hayatımın anlamı olan oğlum Mertcan Ünal'a

Teşekkürü bir borç bilirim...

Dr. İlknur Rahime ÜNAL

Mayıs, 2021

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.PALYATİF BAKIM.....	2
2.1.1.Palyatif Bakım Tanımı.....	2
2.1.2.Palyatif Bakımla İlişkili Kavramlar.....	2
2.1.3.Palyatif Bakımda Amaç.....	3
2.1.4.Palyatif Bakım Gereksinimi Olan Hasta Grupları.....	3
2.1.5.Palyatif Bakımda Hasta Değerlendirme.....	4
2.1.6.Palyatif Bakım Ekibi.....	5
2.1.7. Palyatif Bakım Uygulamadaki Zorluklar.....	5
2.1.8.Ülkemizde ve Dünyada Palyatif Bakımın Yeri.....	6
2.2.PALYATİF BAKIM HASTA DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN ÖLÇEKLER.....	6
2.2.1.Karnofsky Performans Ölçeği.....	7
2.2.2.ECOG Performans skoru.....	8
2.2.3.Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....	8
2.2.4.Palyatif Performans Ölçeği.....	9

2.3.ÖLÇEK UYARLAMASI.....	10
2.3.1.Çeviri ve dilbilim özellikleri:.....	10
2.3.2.Güvenirlilik.....	10
2.3.3.Geçerlik.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	12
3.1. Çalışma Dizaynı ve Hasta Seçimi.....	12
3.2. Dahil Edilme Kriterleri.....	13
3.3. Dışlama Kriterleri.....	13
3.4. Etik Kurul Onayı ve Bütçe.....	14
3.5. İstatistiksel Analiz.....	14
4. BULGULAR.....	14
4.1. Grupların Demografik Özellikleri.....	14
4.2. Geçerlik ve Güvenirlilik Analiz Sonuçları .....	15
4.3. Hastaların Klinik Sonuçlarının İrdelenmesi.....	16
5.TARTIŞMA.....	23
6. SONUÇLAR.....	26
7. KAYNAKLAR.....	27
8. EKLER.....	30

## KISALTMALAR

<b>DM</b>	:Diyabetes mellitus
<b>DSÖ</b>	:Dünya Sağlık Örgütü
<b>ECOG</b>	:Eastern Cooperative Oncology Group
<b>HT</b>	:Hipertansiyon
<b>KAH</b>	:Koroner arter hastalık
<b>KPS</b>	:Karnofsky performans skalası
<b>MS</b>	:Multiple skleroz
<b>PPÖ</b>	: Palyatif performans ölçeği
<b>PPS</b>	: Palyatif performans skalası
<b>PPSv2</b>	:Palyatif performans skalası versiyon 2
<b>SB</b>	:Sağlık Bakanlığı
<b>SVH</b>	:Serebrovasküler hastalık
<b>WPCA</b>	:World palliative care alliance

## TABLO LİSTESİ

	<b>Sayfa</b>
Tablo 2.1.2. Karnofsky Performans Ölçeği .....	8
Tablo 2.2.2. ECOG Performans Ölçeği.....	8
Tablo 2.2.3. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....	9
Tablo 4.1. Çalışmamıza alınan palyatif bakımdaki hastaların demografik verileri .....	15
Tablo 4.2.1. Uygulacılar arası (inter-rater) ve uygulayıcılar arası (intra-rater) güvenilirlik analiz sonuçları .....	16
Tablo 4.2.2. PPSv2 ile katz ve KPS skorları arasındaki korelasyon analiz sonuçları.....	16
Tablo 4.2.3. PPSv2 alt parametreleri arasındaki tutarlılık analiz sonuçları .....	16
Tablo 4.3.1. Hastaların palyatif bakım merkezinde son durumlarına göre yatış sebeplerinin karşılaştırılması .....	17
Tablo 4.3.2. Hasta popülasyonun ölüm ve taburculuk durumuna göre komorbitelerinin karşılaştırılması .....	17
Tablo 4.3.3. Çalışma grubundaki enfeksiyon dağılımı .....	18
Tablo 4.3.4. Enfeksiyon durumuna göre hasta grubunun demografik özellikleri .....	19
Tablo 4.3.5. Bası yarası durumuna göre hastaların klinik özelliklerinin karşılaştırılması .....	20
Tablo 4.3.6. Ölüm durumuna göre hasta grubunun klinik parametrelerin karşılaştırılması .....	21
Tablo 4.3.7. Palyatif bakım merkezinde mortalite ile ilişkili bağımsız parametrelerin çok değişkenli regresyon analiz modelleriyle incelenmesi .....	22

## ŞEKİLLER LİSTESİ

	<b>Sayfa</b>
Şekil 3.1. Çalışmamızın akım şeması .....	13

# PALYATİF PERFORMANS ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE PALYATİF BAKIMDA KLİNİK SONUÇLARLA İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

## ÖZET

**Amaç:** Palyatif Performans Ölçeği (PPSv2) versiyon-2, hastaların performans durumunu ölçmek için tasarlanmış bir ölçektir. Ancak, bu ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması daha önce yapılmamıştır. Bu çalışmada, PPSv2'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmayı ve klinik sonuçlarla ilişkisini incelemeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'ne, Haziran 2019 – Ekim 2019 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üzeri 70 hasta dahil edildi. PPSv2, *forward* ve *backward* çevirileri yapıldıktan sonra geçerlik analizleri için Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ve Karnofsky Performans Skalası (KPS) ile karşılaştırıldı. Otuz hasta, iki ayrı çalışmacı tarafından, aynı gün farklı zamanlarda, PPSv2 ölçeği ile değerlendirildi ve uygulayıcılar arası güvenilirlik test edildi. Diğer taraftan, 30 hastaya aynı araştırmacı ikinci bir ölçüm daha yaparak uygulayıcı içi güvenilirlik test edildi. PPSv2 alt parametreleri arasındaki iç tutarlık cronbach- $\alpha$  katsayısı ile analiz edildi.

**Bulgular:** Türkçe-PPSv2'nin Katz ölçeği ve KPS ile pozitif yönde, yüksek düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gösterdiği ve geçerli olduğu tespit edildi (sırasıyla **r:0,762 p<0,001; r:0,782; p<0,001**). Uygulayıcılar arası (**ICC:0,982**) ve uygulayıcı içi (**ICC:0,987**) yüksek güvenirlğe sahip olduğu görüldü (sırasıyla, **p<0,001 ve p<0,001**). PPSv2 içerisindeki parametreler olan hareketlilik, hastalık aktivitesi, öz-bakım, oral alım ve bilinç düzeyi arasında yüksek düzeyde iç tutarlılık olduğu tespit edilmiştir (**cronbach- $\alpha$  katsayısı: 0,992**).

**Sonuçlar:** Bu çalışmada, Türkçe PPSv2'nin palyatif bakım alan hastaların performans durumunu değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** karnofsky, katz, palyatif bakım, geçerlik

# EVALUATION OF THE VALIDITY AND RELIABILITY OF THE TURKISH PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE AND ITS RELATIONSHIPS WITH CLINICAL OUTCOMES IN PALLIATIVE CARE

## ABSTRACT

**Aim:** The Palliative Performance Scale (PPSv2) version 2 is a scale designed to measure the performance status of patients. However, the validity and reliability of this scale in our country has not been performed before. In this study, we aimed to conduct a PPSv2 Turkish validity and reliability study and to examine its relationship with clinical outcomes.

**Materials and Methods:** 70 patients aged 18 and over who applied to Health Sciences University Konya Training and Research Hospital Palliative Care Center between June and October 2019 were included in the study. After conducting forward and backward translations, PPSv2 were compared between Katz activities of daily living scale and Karnofsky Performance Scale (KPS) for testing its validity. Thirty patients were evaluated by two different researchers at different times on the same day using the Turkish PPSv2 for obtaining inter-rater reliability. On the other hand, the same researcher performed a second measurement in 30 patients to test intra-rater reliability. Internal consistency between PPSv2 sub-parameters was analyzed by cronbach  $\alpha$  coefficient.

**Results:** Turkish PPSv2 showed a very high, positive and statistically significant correlation with Katz daily living activities scale and KPS (**r: 0.762 p<0.001; r: 0.782 p<0.001**, respectively). Inter-rater (**ICC: 0.982**) and intra-rater (**ICC: 0.987**) reliability tests had shown significantly high consistency (**p<0.001 and p<0.001**, respectively). Considering the internal consistency between the parameters in PPSv2, such as mobility, disease activity, self-care, oral intake, and level of consciousness, a high level of reliability was detected (**Cronbach  $\alpha$  coefficient: 0.992**)

**Conclusion:** In this study, it had been shown that Turkish PPSv2 was a valid and reliable tool for evaluating the performance status of patients receiving palliative care.

**Keywords:** karnofsky, katz, palliative care, validity

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Palyatif bakım; hastaların ve hasta yakınlarının morbidite ile mortalitesi yüksek olan hastalıklarda karşılaştıkları güçlükleri önlemeyi, rahatlatmayı, ağrıyı ve diğer problemleri erken tanılamayı ve yaşam kalitesini geliştirmeyi hedefleyen multidisipliner bir tıbbi uzmanlık dalıdır. Hastaların sosyal, psikolojik-duygusal durumlarının yanı sıra manevi ve medikal ihtiyaçlarını kapsar. Palyatif bakım çok çeşitli hastalıklar için gereklidir. Özellikle Amerika, Kanada ve Avrupa'nın bazı ülkelerinde palyatif bakımın önemi fark edilmiş ve gelişim göstermiştir. Ülkemizde de Palyatif bakımın farkındalığı artmaya başlamış ve ihtiyacının karşılanması için palyatif bakım merkezleri açılmaya başlanmıştır (1). Palyatif bakım merkezlerinde yatan ya da palyatif bakım planı olan hastaların performans durumlarını inceleyen birçok ölçek bulunmaktadır. Bu ölçeklerden sıklıkla kullanılanlar arasında Palyatif Performans Ölçeği (PPSv2)'de yer almaktadır.

PPSv2 beş gözlemlenebilir parametreye dayanarak %100 (sağlıklı) ile %0 (ölüm) arasında %10' luk bir azalma ile hastaların performans durumunu ölçmek için tasarlanmış 11 puanlık bir ölçektir: hareketlilik, aktivite ve hastalık kanıtı, öz bakım, oral alım ve bilinç düzeyini kapsar (2). Palyatif performans ölçeği çeşitli amaçlar için kullanılabilir. Birincisi, hastanın mevcut fonksiyonel seviyesini hızlıca tanımlamak için mükemmel bir iletişim aracıdır. İkincisi, iş yükü değerlendirmesi veya diğer ölçümler ve karşılaştırmalar için değerli bir kriter olabilir. Son olarak, prognostik değere sahip olduğu görünmektedir. Ancak bu ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması daha önce yapılmamıştır.

Amacımız PPSv2'yi Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ve KPS ile kıyaslayarak palyatif bakım merkezimizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak ve ülkemizdeki diğer palyatif bakım merkezlerinde ve palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların değerlendirilmesinde kolaylıkla kullanımını sağlayabilmektir. Diğer taraftan literatürde palyatif performans ölçeğinin terminal dönem kanser hastalarında psikometrik özelliklerle ilişkisi, hastalık sırasındaki puan değişimlerinin sağ kalım ile ilişkisi, ileri kanserli hastalarda sağ kalım ile ilişkisi şeklinde çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (3-5). İkincil sonlanım noktası olarak palyatif bakım merkezimizde PPSv2 ile morbidite ve mortalite ilişkisini araştırmayı amaçladık.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. PALYATİF BAKIM

#### 2.1.1. Palyatif Bakım Tanımı

Palyatif bakım; hastaların ve hasta yakınlarının ciddi hastalıklarda karşılaştıkları güçlükleri önlemeyi, rahatlatmayı, ağrıyı ve diğer problemleri erken tanılamayı ve yaşam kalitesini geliştirmeyi hedefleyen multidisipliner bir tıbbi uzmanlık dalıdır. Hastaların sosyal, psikolojik-duygusal durumlarının yanı sıra manevi ve medikal ihtiyaçlarını kapsar (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre ise; hayatı tehdit eden hastalığa bağlı olarak meydana gelen sorunlarla karşılaşan hasta ve ailenin ağrı ve diğer problemlerinin, erken tanı ve eksiksiz bir değerlendirme sonucunda psiko-sosyal, fiziksel ve manevi ihtiyaçlarının karşılanmasıyla beraber acı çekmenin hafifletilmesine ve önlenmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (6).

#### 2.1.2. Palyatif Bakımla İlişkili Kavramlar

**Destekleyici bakım;** hasta birey ile aile üyelerinin hastalıkla, hastalığın semptom ve komplikasyonlarıyla mücadele etmesine olanak sağlar. Bu süreç hastalığın tanı anından başlar tedavi ve rehabilitasyon süresince devam ederken yas süreci ile de sona erer. Hastaya uygulanan tıbbi tedaviden daha fazla düzeyde faydalanmasına katkı sağlar. Hastalığın etkilerinin ve zorlularının altından kalkmasına yardımcı olmaktadır (7).

**Hospis Bakımı;** yaşamlarının son döneminde olan hastaların bakım hizmetlerinden yararlandığı kurumlar 'hospis' olarak adlandırılır. Hospis kavramı ve palyatif bakım kavramı arasında birtakım farklar vardır. Palyatif bakım acıyı, ağrıyı azaltmayı, hastanın yaşam kalitesini artırmayı ve huzurlu bir şekilde ölmesini sağlamayı amaçlarken, hospis ise hastanın ölüm sürecinin kalitesini arttırmayı ve hastaya ölüm sırasında en iyi bakımı vermeyi amaçlamaktadır. Bu iki kavramın bazı benzer yönleri de vardır ve bu iki bakım modelinde de ölümün doğal bir süreç olduğu ve semptomların kontrol altına alınması ile bireyin huzurlu ölmesinin sağlanabileceği düşüncesi ortak kavramdır (8,9).

**Terminal dönem bakımı;** hastalığın ilerlemiş ve tedavisi mümkün olmayan bir döneme geldiğinde hastanın yaşamı sonlanana kadar imkanlar el verdiği kadar kaliteli bir yaşam sürmesine olanak sağlamak için verilen bakımı tanımlamaktadır. Hasta ve yakınlarının terminal dönemdeki ihtiyaçlarının belirlenmesini ve karşılanmasını kapsamasının yanında

ailenin yas sürecinde desteklenmesini de içermektedir. Çoğunlukla fiziksel deformasyonların kontrolünü ağrı yönetimini, emosyonel, psikososyal ve manevi bakımı içermektedir (8,9).

**Eğitim;** tedavinin sonlandırılması sürecinde hasta ve yakınlarının tıbbi ve hukuki konularla ilgili bilgilendirilmesi önem arz etmektedir. Aynı zamanda hasta ve yakınlarının ihtiyaç ve isteklerine göre eğitim öncelikleri belirlenmelidir. Hastanın öğrenme ihtiyaçları, öğrenme şekli değerlendirmeli ve kendi kararlarını verebilmesi için gerekli bilgilerin verilmesi konusuna da ayrıca dikkat edilmelidir (10).

### **2.1.3. Palyatif Bakımda Amaç**

Palyatif bakım, birçok meslek grubunun multi-disipliner bir ekip ile hasta bireylerin hastalıklarına bağlı veya bakım döneminde ortaya çıkan bası yarası, ağrı ve çeşitli semptomları ortadan kaldırmayı ya da azaltmayı amaçlar. Aynı zamanda beslenme ve psikososyal desteği, ekonomik desteği, manevi desteği ve bakımın yanı sıra hastanın ve aile üyelerinin yaşam kalitesini artırmayı amaçlar (11).

Palyatif bakımda 4 temel amaç vardır (12);

1. Hastaların ve aile bireylerinin yaşam kalitelerini artırmak,
2. Hastalığın yol açtığı problemleri mümkün olduğunca yok etmek ve palyatif bakımın sağlıklı bir şekilde ilerlemesini, hastanın fayda görmesini sağlamak,
3. Hastaların ve aile bireylerinin duygusal, ruhsal, manevi kaygılarını azaltmak,
4. Hastalık döneminde palyatif bakımı planlayarak özellikle terminal dönem hastalar için sürecin doğal seyretmesini ölüme daha rahat ve huzurlu bir şekilde ulaşmalarını sağlamaktır.

### **2.1.4. Palyatif Bakım Gereksinimi Olan Hasta Grupları**

Palyatif bakım hizmeti, hastaların yaşına bakılmaksızın yaşamlarını kısıtlayıcı hastalıkları olan kişilere verilmektedir. Sadece malignite, demans gibi belirli bir hastalığa göre değil, kişinin herhangi bir hastalık sürecindeki ihtiyaçlarına bağlı olarak gelişir (13). Palyatif bakım hizmetinin daha çok verildiği hasta grupları mevcuttur. DSÖ'e göre bu hizmetlerden faydalanabilecek hasta grupları; kardiyovasküler hastalıklar (%39), maligniteler (%34), kronik akciğer hastalıkları (%10) ve diabetes mellitus (%5) olarak sıralanmaktadır (14).

Dünya Palyatif Bakım Kurulu (WPCA) ise palyatif bakım gerektiren hastalıkları; kanser, muskuler distrofi, multiple skleroz (MS), son evre demans ve motor nöron hastalıkları olarak sıralamaktadır (15).

Bu hastalıkların yanı sıra kronik akciğer hastalıkları, karaciğer hastalıkları, renal yetmezlikler, alzheimer hastalığı, muskuler distrofiler, kistik fibrozis gibi hastalığı olan kişiler de palyatif bakım ihtiyacı duyabilmektedirler (13).

### **2.1.5. Palyatif Bakımda Hasta Değerlendirme**

#### **2.1.5.1. Palyatif Bakımda İlk Değerlendirme**

Palyatif bakımda hasta bireylerin genel iyilik halini belirleyen en önemli unsur performans durumudur. Performans durumu hastanın genel fiziksel durumu hakkında bilgi verir. Aynı zamanda hastaların yaşam kalitesini ölçmek için de kullanılır. Bu değerlendirme tedaviyi yönlendirmede yol gösteren en önemli araçlardan ve hastanın ileri dönem tedavisine de performans durumuna göre karar verilir. Hastayı takip eden palyatif bakım ekibi tarafından yapılan tarama amaçlı sorgulamada sorulması gereken sorular şunlardır (16,17):

- 1- Kontrol altında olmayan semptomların varlığı,
- 2- Hastalık tanı - tedavisiyle ilgili orta ve/veya şiddetli huzursuzluk hissinin olması,
- 3- Eşlik eden ciddi fiziksel ve psikososyal durumlar,
- 4- Metastatik solid kanser varlığı,
- 5- Yaşam beklentisinin 6 ay veya bu beklentinin daha az süre olması,
- 6- Hasta ve aile bireylerinin karar verme döneminde hastalıkla ilgili kaygılarının olması,
- 7- Palyatif bakım için hasta ve aile bireylerinin gönüllü olması,

Bu tarama amaçlı sorgulamada kriterlerden bir veya daha fazlasının karşılanması ve palyatif bakım için talebi olan tüm hasta bireylere ayrıntılı bir palyatif bakım değerlendirmesi yapılmalıdır. Bu sorgulamada kriterleri karşılamayan hastalar bir sonraki görüşmede tekrar sorgulanmalı, hasta ve aile bireyleri palyatif bakım hakkında bilgilendirilmeli, meydana gelebilecek semptomları tahmin etmeye ve engellemeye çalışmalıdır (16,17).

#### **2.1.5.2. Palyatif Bakımda Hedef ve Beklentilerin Değerlendirilmesi**

Palyatif bakım planı yapılırken hastanın ve aile bireylerinin palyatif bakımdaki hedefleri, öncelikleri, bu bakımın yaşam kalitesine etkilerinden ne bekledikleri mutlaka sorgulanmalıdır. Hastalık sürecinin nasıl seyredeceği, tedavi ve bakımın hastanın semptomlarını nasıl hafifletebileceği objektif ve gerçekçi hedefler konarak hasta ve aile bireyleriyle konuşulmalı, beklentilerinin palyatif bakım hedefleri ile uyumluluğu değerlendirilmelidir (17).

### **2.1.5.3. Anamnez ve Fizik Muayene Değerlendirilmesi**

Palyatif bakım hastalarında sıklıkla görülen semptomlar ağrı, iştahsızlık, yorgunluk, halsizlik, nefes darlığı, bulantı, kusma, kaşeksi, kabızlık ve ishaldir. Detaylı bir anamnezle bu semptomlar sorgulanmalı ve ayrıntılı bir fizik muayene yapılmalıdır.

### **2.1.5.4. Psikososyal Değerlendirme**

Hasta ve aile bireylerinin psikolojik durumları, sosyal destek ihtiyaçları, hastalıkla ve semptomlarla ilgili sorunları, ekonomik ve diğer özel sorunları mutlaka değerlendirilmelidir. Hastanın bakımını ve hastalığını etkileyen kültürel faktörler, eğitim ve bilgi eksiklikleri olup olmadığı mutlaka gözden geçirilmelidir. Hasta ve aile bireylerinin bu konulardaki tercihleri de değerlendirmelerde öncelikle dikkate alınmalıdır (17).

### **2.1.6. Palyatif Bakım Ekibi**

Palyatif bakım ekibi hekimden din görevlisine kadar çok yönlü bir çalışma alanını kapsayan multidisipliner bir ekiptir. Bu ekip hasta ve ailelerine kapsamlı bir bakım hizmeti sunar, ileride karşılaşılabilecek ihtiyaçlara göre bakım planlaması yapar (18).

Palyatif bakım ekibinde başlıca; hekim, hemşire, hasta bakıcı, psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist, din görevlisi gibi geniş bir meslek grubu bulunmaktadır (19).

### **2.1.7. Palyatif Bakım Uygulamadaki Zorluklar**

Hastalıkların tedavi ve kontrol altına alınmasında, erken dönem palyatif bakımın faydalı olduğu bilinmektedir. Buna rağmen hala birçok hasta hastalıkları süresince palyatif bakımdan faydalanamamakta veya terminal dönemde faydalanmaktadır. Hastalar palyatif bakım merkezlerine ulaşana kadar birtakım engellerle karşılaşmaktadır; palyatif bakım hakkında bilgi yetersizliği, başvurulacak kaynak eksikliği veya kaynakların bilinmemesi, hastanın veya aile bireylerinin palyatif bakım almadaki isteksizliği, bakım merkezlerinin uygunluk kriterlerinin sınırlayıcı olmasıdır (20).

Palyatif bakıma alınmış hasta bireylerin mevcut hastalıklarının prognozu, semptomların şiddetlenmesi, bakım sürecinin sağlıklı bir şekilde devam etmesini zorlaştırmaktadır. Bakım sürecini zorlaştıran bir takım etmenler aşağıda sıralanmıştır (21, 22, 23):

1. Palyatif bakım ekibinin uygulama ve teorik eğitim hakkında yeterli donanıma sahip olmaması,

2. Sadece tedaviye odaklanması, psikososyal yönün göz ardı edilmesi,
3. Palyatif bakım merkezlerinin fiziki şartlar açısından eksik kalması, yeterli sayıda personel istihdam edilmemesi, bütçe sıkıntıları
4. Hasta ve aile bireylerini palyatif bakım süreci ile ilgili objektif olarak bilgilendirmede yetersizlik

### **2.1.8. Ülkemizde ve Dünyada Palyatif Bakımın Yeri**

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus hızla artma eğilimindedir. Hasta ve hasta yakınlarının yaşam beklentisi artmakta bununla birlikte teknolojik ilerlemeler de hızla gelişmektedir. Bu nedenle ülkeler tedavi gereksinimi ve imkânlarını arttırmakla beraber aynı zamanda yoğun bakım ünitelerinin de hem niteliği hem de sayısı artmıştır. Bu gelişmeler sonucunda yaşam süresi uzadıkça palyatif bakım gereksinimi de artmıştır (24). Palyatif bakım hizmeti ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş olan ülkelerde palyatif bakım hizmetleri daha düzenli bir sisteme sahip iken, gelişmekte olan ülkelerde bu düzen tam sağlanamamış ve ilkelerini oluşturamamıştır (25).

Ülkemizde palyatif bakım hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nın "Evde Bakım Hizmeti" adı altında bu uygulamanın başlatmasıyla ilk olarak adından söz ettirmiştir. Bundan daha sonraki zaman diliminde ise palyatif bakımın hastane ayağının oluşması için adımlar atılmıştır. Ülkemizde ilk palyatif bakım ünitesi Sağlık Bakanlığı (S.B) Ulus Devlet Hastanesi'nde "Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi" adı altında hizmete başlamıştır (26). Geline son noktada ülkemizin birçok ilinde etkin bir şekilde kullanılan palyatif bakım merkezleri hizmetlerini sürdürmektedir. Gerek üniversite hastaneleri gerekse üçüncü basamak sağlık bakanlığı bünyesindeki hastanelerde palyatif bakım merkezleri, son zamanlarda evde sağlık hizmetleriyle koordineli bir şekilde, çalışmalarına devam etmektedir.

## **2.2. PALYATİF BAKIM HASTA DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN ÖLÇEKLER**

Palyatif bakımda hastayı değerlendirmek için kullanılan birçok ölçek vardır. Bu ölçekler hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarını öğrenmeye ve karşılaştıkları sıkıntıları tanımlamaya yöneliktir. Genellikle hastaların muayenelerinde kullanılarak zaman içinde beliren yeni ihtiyaçlara en etkin bir şekilde cevap vermeyi amaçlar. Aynı zamanda araştırmacılar için de kendi aralarında ortak bir dilin konuşulmasını ve kullanılan tedavi modalitesinin etkinliğini karşılaştırmayı sağlar. Palyatif bakımda kullanılan ölçeklerden bir kaç aşağıda sıralanmıştır (27,28,29):

- Karnofsky Performans Ölçeği (*Karnofsky Performance-Status Scale*)
- Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Index'i (*Katz Index of Independence in Activities of Daily Living*)
- ECOG Performans Skalası (*ECOG Performance Status Scale*)
- Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği
- Kısa Form-36 (*The MOS 36-item short-form health survey*)
- Memorial Semptom Değerlendirme Sistemi (*Memorial Symptom Assessment Scale*)
- Rotterdam Semptom Kontrol Listesi (*Rotterdam Symptom Check list*)
- Kanser Rehabilitasyonu Değerlendirme Sistemi
- Palyatif Performans Ölçeği (*Palliative Performance Scale*)

Palyatif bakımda hasta değerlendirmede en çok kullanılan ölçek Karnofsky Performans Ölçeğidir. ECOG'da klinik pratikte alternatif olarak sıkça kullanılmaktadır (30). Son zamanlarda kullanım sıklığı artış gösteren en önemli ölçeklerden bir diğeri ise palyatif performans skalasıdır.

### **2.2.1. Karnofsky Performans Ölçeği**

1948 yılında Dr. Karnofsky tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek 1949 yılında Dr. Karnofsky ile Dr. Burchenal tarafından yeniden düzenlenmiştir (30). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2019 yılında Çeltek ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (*Turk J MedSci. 2019; 49(3): 894–898*). KPS değerlendirilmesinde hastanın semptomları, günlük aktivitelerini yapabilme durumu, bağımlılık durumu ve tıbbi bakım ihtiyacı sorgulanır. Normal sağlıklı bir kişi 100 puan alırken, hasta bireylerde onar puanlık düşüşlerle fonksiyonların giderek kötüleştiğini gösterir ve 0 puan alması halinde de ölüme karşılık gelir (31). Bu değerlendirme sonucuna göre hasta bireyler üç gruba ayrılarak kategorize edilmektedir. A grubu; %80 ile %100 arasındaki puan alan hasta bireylerdir ve bu hastalar için özel bakım gerekmez, normal aktivitelerine devam edebilir. B grubu; %50 ile %70 arasında puan alan hastalardır ve bu bireyler kişisel bakımlarını yardımıyla yapabilir ancak çalışamaz. C grubu; %0 ile %40 puan arasında alan hastalardır ve bu hastalar kendi bakımlarını yapamaz ve hastalığın hızla ölüme doğru ilerlediğini göstermektedir. KPS **Tablo 2.2.1'de** gösterilmiştir (30).

**Tablo 2.2.1.** Karnofsky Performans Ölçeği

Yüzdelerlik puan	Hastanın mevcut durumu
%100	Normal, şikayeti yok, herhangi bir semptom yok
%90	Normal aktivitesine devam edebilir, hastalığı ile ilgili bir kaç semptom veya bulgusu olabilir
%80	Normal aktivitesini bir takım sıkıntılarla beraber sürdürebilir, hastalıkla ilgili olarak hafif bulgu ve semptom vardır
%70	Normal aktivite ve işini yapamaz fakat öz bakımını yapabilir
%60	Kendi ihtiyaçlarını karşılayabilir fakat bunlarla ilgili biraz yardım alması gerekir
%50	Tıbbi bakım ile beraber çoğunlukla yardım alması gerekir
%40	Özel bir bakıma ve yardıma ihtiyaç duyar
%30	Hastanede bakım gerektirecek kadar sakat lakin ölüm riski yok
%20	Ağır hasta, hastanede aktif destek tedavi ihtiyacı vardır
%10	Ölmek üzere
%0	Ölüm

### 2.2.2. ECOG Performans skoru

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) 1960 yılında geliştirilmiştir ve 2019 yılında Api ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (<http://dx.doi.org/10.1136/ijgc-2019-ESGO.1236>). Bu ölçekte sıfırdan beşe kadar puanlama yapılır. ECOG Performans ölçeğinde 0 normal sağlık durumunu ifade ederken 5 ise ölüm anlamına gelmektedir. Puan artıca prognoz daha da kötüleşir, düşük puanlı hastalar daha iyi durumdadır. ECOG Performans ölçeği **Tablo 2.2.2'**de gösterilmiştir (29,32).

**Tablo 2.2.2.** ECOG Performans Ölçeği

Puan	Mevcut durum
0	Normal, hastalık öncesi normal aktivitesini devam ettirebilen
1	Normal aktivitesine hafif derecede olan tümör bulguları ile devam edebilen
2	Tümör bulguları rahatsız edici düzeye ulaşmış fakat gününün %50' sinden daha azını yatak dışında geçirebilen
3	Rahatsızlık düzeyi ciddi derecelere ulaşan, gününün %50' sinden fazlasını yatağa bağlı olarak sürdüren
4	İleri derecede hasta ve tüm zamanını yatağa bağlı olarak sürdüren
5	Ölüm

### 2.2.3. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

1963 yılında Katz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir ölçektir ve 2015 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Arık ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (*Arch Gerontol Geriatr. Nov-Dec 2015;61(3):344-50. doi: 10.1016/j.archger.2015.08.019*). Bu ölçek hasta bireyin günlük hayattaki aktivitelerini gerçekleştirmek için başka kişilere bağımlı olup olmadığını değerlendiren sorular içermektedir. Bu sorular beslenme, boşaltım, hareket, giyinme, banyo ve tuvalet işlevleri ile ilgilidir. 0-6 arasında puan alabilen bu değerlendirmede 6 puan almak tamamen bağımsız yaşam aktivitesini ifade ederken, puanın 0'a doğru düşüyor olması yaşam aktivitelerinde kısıtlanmanın olduğunu bağımlılık derecesinin arttığını göstermektedir. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği **Tablo 2.2.3'de** gösterilmiştir (33,34)

<b>KATZ GÜNLÜK TEMEL YAŞAM AKTİVİTELERİ TESTİ</b>		
<b>Tablo 2.2.3. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği</b>		
	<b>Bağımsız (1 Puan)</b>	<b>Bağımlı (0 Puan)</b>
<b>BANYO</b>	Tamamen kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun tek bir parçasının yıkanması için yardım alıyor	Kendi başına yıkanamıyor veya vücudunun birden fazla parçasının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duyuyor
<b>BESLENME</b>	Yemeği tabaktan ağzına kendisi götürebiliyor	Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral beslenmeye muhtaç
<b>TRANSFER</b>	Yataktan sandalyeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston, walker gibi cihaz ile yapıyor	Yataktan sandalyeye veya tersi etkinliği bir başkası olmadan yapamıyor ya da tamamen bağımlı
<b>GİYİNME</b>	Kendi başına dolaptan kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir. Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir.	Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor.
<b>KONTİNANS</b>	Defekasyon ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut	Kısmi veya tam mesane veya bağırsak inkontinansı mevcut
<b>TUVALET</b>	Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, kıyafetlerini düzeltme etkinliklerini kendi başına yapıyor	Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. etkinlikleri yapamıyor
<b>Toplam Puan :</b>		

### 2.2.4. Palyatif Performans Ölçeği

Anderson ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilen Palyatif Performans Ölçeği (PPÖ) ileriki dönemlerde güncellenerek PPSv2 olarak tanımlanmıştır. KPS'nin bir uyarlamasıdır. Temelde beş gözlemlenebilir parametreye dayanarak % 100 (sağlıklı) ile % 0 (ölüm) arasında % 10'luk bir azalma ile hastaların performans durumunu ölçmek için tasarlanmış 11 puanlık bir ölçektir: hareketlilik, aktivite ve hastalık kanıtı, öz bakım, oral alım ve bilinç düzeyini kapsar (2). PPSv2 çeşitli amaçlar için kullanılabilir. Birincisi, hastanın mevcut fonksiyonel seviyesini hızlıca tanımlamak için mükemmel bir iletişim aracıdır.

İkincisi, iş yükü değerlendirmesi veya diğer ölçümler ve karşılaştırmalar için değerli bir kriter olabilir.

Testin önemli bir özelliği, hastanın bakım yerini dikkate almamasıdır, bu nedenle hastaneler, palyatif bakım merkezleri veya evde bakım için kullanılabilir (3). Şimdiye kadar Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır.

### 2.3. ÖLÇEK UYARLAMASI

Araştırmacılar, bir ölçek geliştirirken toplumun dil ve kültür özelliklerine dikkat etmelidir. Bir ölçeğin bir başka toplum ya da dilde uygulanabilir olması için yapılan sistematik hazırlık çalışmaları "ölçek uyarlaması" olarak tanımlanmaktadır (35,36). Ölçek uyarlama çalışmalarında aranan iki temel özellik; güvenilirlik ve geçerliliğidir (38). Bu iki özellik uyarlama için çok önemlidir. Eğer uyarlanan testlerin güvenilirliği ve geçerliliği düşük ise kullanılması önerilmemektedir.

Ölçek uyarlama temelde 3 basamaklı bir süreçtir; orijinal ölçeğin çeviri, dil uyarlaması ve dilbilim özelliklerinin incelenmesi, güvenilirlik ve geçerlik incelemesi ve kültürler arası farklılıkların karşılaştırılmasıdır (36,39).

#### 2.3.1. Çeviri ve dilbilim özellikleri:

Bir ölçek orijinal dilinden farklı bir dile tercüme edildiğinde doğal olarak istem dışı anlatımla ilgili farklılıklar meydana gelmektedir. Bu anlam farklarını azaltmak ve çevrilen dilde anlamlı olmasını sağlamak için o dilin kültürel özelliklerine göre transforme edilmesi gereklidir.

Çeviri yöntemlerinden tek taraflı çeviri tamamen çeviriyi yapan tercümanın bilgi ve birikimine bağlıdır. Literatür taramalarına bakıldığında tek taraflı çevirisi yapılan ölçeklerin geçerliği ve güvenilirliğinin daha düşük olduğu görülmüştür (36).

Çeviride dil ve anlam hataları en aza indirmek için '*forward-backward*' çeviri yöntemi daha çok kullanılmaktadır. Bu yöntemde bağımsız iki tercüman vardır. Öncelikle ilk tercüman ölçeği orijinal dilinden diğer dile tercüme eder sonra ikinci tercüman çevirisi yapılan ölçeği tekrar orijinal diline geri çevirir. Çalışmacı her iki tercümanla da görüşüp, tutarsızlıklar, anlam farklılıkları varsa düzeltebilir. Her iki dile de hakim olan bir çalışma grubu varsa iki dildeki ölçek uygulanıp sonuçları karşılaştırılabilir. Bu çalışmayla dil geçerliği güçlü bir şekilde kanıtlanmış olur (36).

### 2.3.2. Güvenirlik

Güvenirlik, bir ölçeğin tutarlı, duyarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesidir. Başka bir deyişle; bir değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki tutarlılıktır (35, 36). Bir kişiye yada bir gruba uygulanan ölçekten bireylerin aldıkları puanlar, bu ölçeğin her uygulandığında benzer, tutarlı olması gerekir (39). Ölçek her uygulandığında puanlar önemli düzeyde değişiklik görülüyorsa, ölçeğin güvenilirliği düşüktür (40). Ölçeğin güvenilirliği içindeki maddelerin birbiriyle olan ilişkisinin hesaplanması ile bulunur. Bunlar genellikle üç başlık altında incelenir; gözlemciler arası ve gözlemciler içindeki uyum (*inter-rater ve intra-rater consistency*), değişmezlik (*stability*) ve tutarlık (*homogeneity*) (41).

**Değişmezlik (*stability*):** Bir ölçeğin değişmezliği test-tekrar test (*test-retest*) yöntemi ile değerlendirilir. Bu değerlendirme ile zamana göre değişmezlik gücü test edilir. Test-tekrar test yönteminde çevresel faktörlerin benzer olmasına dikkat edilmelidir (41). Test-tekrar test yapılırken iki ölçüm arasında dikkat edilmesi gereken en önemli faktör zaman aralığıdır. Çok kısa bir zaman aralığında önceki yaptığımız değerlendirmeyi anımsamamak yanlış ve taraflı sonuçlara yol açabilir, uzun bir zaman aralığında uygulanan *re-test* ise aynı çevresel koşulları sağlamada zorluk yaratabilir ve böylece iki testteki puanları etkileyebilir (35, 41). Ölçeğin güvenilirliğini bulmak için iki testten elde edilen puanlar arasında korelasyon hesaplanır.

**Gözlemciler arası ve gözlemciler içindeki uyum:** Farklı kişiler tarafından test yapıldığında veya veri toplandığında önemlidir (36). Çalışmacıların yaptıkları ayrı ölçümlerin ortalaması alınır ve bu ayrı gözlem sonuçları incelenir. Çalışmacıların ölçümleri ne kadar birbirleri ile uyumlu ise ölçeğin güvenilirliği o kadar yüksek olur. %70 ve üzerindeki tutarlılık, güvenilirlik değerlendirmesi için uygundur (41).

**Tutarlılık:** Bir ölçeğin tüm alt gruplarının aynı özelliği değerlendirdiğini göstermek için tutarlılığın güvenilir olduğunu kanıtlar. İç tutarlılık katsayısı birçok yöntemle hesaplanır ve bir test için birden fazla yöntem kullanılabilir (35,37). Cronbach Coefficient Alfa teknikleri, testi yarılama yöntemi (*split-half tekniği*), Madde analizi/madde toplam puan korelasyon katsayısı bu yöntemlerdendir. Cronbach Alfa katsayısı SPSS programında hesaplanmakta ve katsayı ne kadar yüksekse ölçeğin iç tutarlılığı, homojenliği o kadar yüksektir (42).

### 2.3.3. Geçerlik

Geçerlik; bir ölçeğin test etmek için hazırlandığı değişkeni, amacı ölçebilme derecesidir (36). Bir ölçeğin geçerli olmasının ilk şartı güvenilirliğinin olmasıdır.

Geçerliği kanıtlamaya yönelik birçok kriter bulunmaktadır. Bunlardan en çok kullanılanlar; içerik/kapsam geçerliği, ölçüt-bağımlı geçerliği ve yapı geçerliğidir (40).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

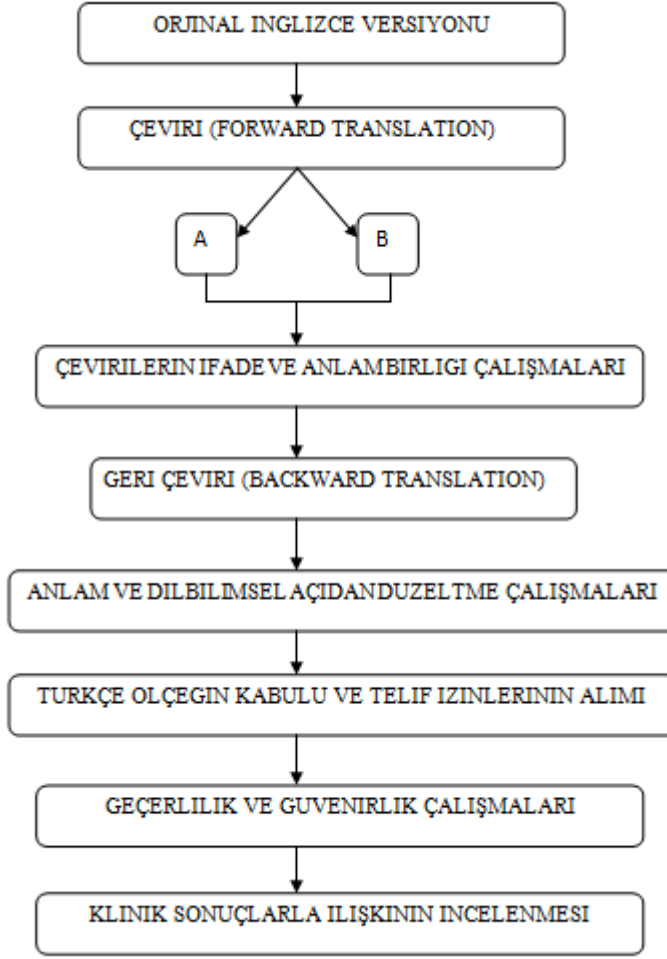
#### 3.1. Çalışma Dizaynı ve Hasta Seçimi

Palyatif performans skalası hastaların performans durumunu ölçmek için tasarlanmış 11 puanlık bir ölçektir. PPS üzerinde çeviri, prognostik, klinik değer alanlarında 160'ın üzerinde araştırma çalışması yapılmıştır. Biz de Palyatif performans skalasının Türkçe çevirisini yapmayı amaçladık ve telif hakkı izinleri için *Victoria Hospice* eğitim ve araştırma departmanı ile iletişime geçtik. Başvuru formunu doldurup çeviri için gerekli basamakları öğrendik. Öncelikle PPSv2'yi orijinal dili olan İngilizce'den Türkçe'ye çevirdik (*forward translation*), sonrasında çevirmiş olduğumuz Türkçe versiyon, farklı bir çalışmacı tarafından (İngilizce öğretmeni) Türkçe'den İngilizce'ye çevrildi (*backward translation*) ve bu çevirilerle beraber çalışmacıların kısa öz geçmişlerini e-mail yoluyla *Victoria Hospice* eğitim ve araştırma departmanına ulaştırdık. Sonrasında çevirimiz onaylandı ve Türkçe palyatif performans ölçeğinin kullanım hakkını aldık. Onay yazımızı ve PPSv2 Türkçe son halini EK-1'de sunuyoruz.

Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, Haziran 2019 – Temmuz 2019 tarihleri arasında, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'ne başvuran 18 yaş üzeri gönüllü kadın ve erkek hastalar dahil edildi. Gönüllülere bu çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Çalışmaya katılmak isteyenler çalışmanın dahil etme ve dışlama kriterlerine göre değerlendirilip, uygun olan gönüllüler bilgilendirilmiş onam formu imzalatılarak (hasta veya yakını tarafından) onay alındıktan sonra çalışmaya dahil edildi. Hastalar Türkçe palyatif performans ölçeği, Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ve KPS ile değerlendirildi. Sonuçlar hasta kartlarına kayıt edildi.

PPÖ geçerliği; PPÖ'nün Katz yaşam aktiviteleri ölçeği ile KPS arasındaki ilişkileri incelenerek yapıldı.

PPÖ güvenilirliği; Palyatif Bakım Merkezi'ne başvurmuş 30 hasta Türkçe palyatif performans ölçeğinin güvenilirliğini ölçmek amacıyla 2 ayrı çalışmacı tarafından aynı gün farklı zamanlarda Türkçe palyatif performans ölçeği ile değerlendirildi ve veriler birbirleriyle karşılaştırılarak uygulayıcılar arası güvenilirlik test (*inter-rater reliability*) edildi. Diğer taraftan 30 hastaya aynı araştırmacı ikinci bir ölçüm daha yaparak (ilk ölçümden en fazla 48 saat geçmiş olmak kaydıyla) uygulayıcı içi güvenilirlik (*intra-rater test-retest reliability*) test edildi.



**Şekil 3.1.** Çalışmamızın akım şeması

Türkçe PPSv2 ile palyatif bakımdaki klinik sonuçlar arasında, morbidite ve mortalite ilişkisini test etmek amacıyla bir form hazırlandı. Hasta değerlendirme formu EK-4’te sunulmuştur. Bu form hastaların çalışmaya alındığı gün ayrıntılı bir şekilde dolduruldu. Hastaların genel demografik özellikleri, kronik hastalıkları, ilaçları, palyatif servise kabulünde bası yarası olup olmaması, palyatif serviste yeni gelişen bası yarası durumu, palyatif servise yatış ve çıkış tarihleri, hastaların palyatif servisteki son durumları kaydedildi.

### 3.2. Dahil Edilme Kriterleri

- Palyatif Bakım Merkezi’nde yatmakta olan 18 yaş üzeri kadın ve erkek hastalar

### 3.3. Dışlama Kriterleri

- 18 yaşın altında olan bireyler
- Çalışmaya katılmayı başlangıçta ya da sonradan kabul etmeyen bireyler

### 3.4. Etik Kurul Onayı ve Bütçe

Çalışmaya başlamadan önce Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18.06.2019 tarihinde 2019/0022 karar sayısı ile onay alındı. Çalışmanın giderleri SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından karşılandı.

### 3.5. İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS 22.0 programına aktarılarak analizler yapıldı. Kategorik parametreler sayı ve yüzde ile ifade edildi. Sayısal parametrelerin normal dağılım gösterip göstermedikleri histogram, varyasyon katsayıları ve Kolmogorov-Smirnov testleri aracılığıyla belirlendi. Normal dağılım gösteren sayısal parametreler ortalama±standart sapma ile gösterilirken normal dağılım göstermeyen sayısal parametreler ortanca (min.-maks.) ile gösterildi. İki bağımsız grup arasında normal dağılım sergileyen sayısal parametrelerin karşılaştırılmasında Student-T testi kullanılırken normal dağılım sergilemeyenler için Mann-Whitney-U testi uygulandı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare veya Fischer Exact testleri kullanıldı. Tek değişkenli analizler neticesinde p değeri <0,20 olan parametreler palyatif bakım mortalitesi ile ilgili bağımsız ilişkilerini bulmak adına çok değişkenli, Binary logistic regresyon analizine dahil edildi. Aynı zamanda mortaliteyi öngörmeye performans skalalarının kestirim değerlerinin tespiti için "Receiver Operating Characteristics Curve"(ROC-curve) analizleri yapıldı. Güvenirlik ve geçerlik açısından değerlendirmelerde; sayısal parametrelerin korelasyonu için Spearman veya Pearson korelasyon testleri yapıldı. Korelasyon katsayısı, <0,20 çok zayıf ilişki, 0,20-0,39 arası zayıf ilişki, 0,40-0,59 arası orta düzeyde ilişki, 0,60-0,79 arası yüksek düzeyde ilişki ve 0,80-1,00 arası çok yüksek ilişki olarak tanımlandı. Uygulayıcılar arası ve uygulayıcı içi güvenirlik analizi *intraclass correlation coefficient (ICC)* testleriyle değerlendirildi. ICC değerinin >0,70 olması kabul edilebilir güvenirlik olarak değerlendirildi. PPSv2 test içi tutarlılığın değerlendirilmesinde Cronbach alfa tekniği kullanıldı ve >0,80 yüksek derecede güvenirlik olarak değerlendirildi. P-değeri <0,05 istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Grupların Demografik ve Genel Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen palyatif bakım merkezindeki 70 hastanın 29'u (%41,4) kadın, 41'i (%58,6) erkekti. Çalışmaya alınan hastaların yaş ortancası 78 yıl (29-97) olarak tespit edildi. Tüm çalışma popülasyonu incelendiğinde; Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği, KPS

ile Türkçe PPSv2 skorları kötü düzeylerde olan hastalardan oluştuğu görülmekteydi. Palyatif performans ölçeğindeki alt parametreler olan hareketlilik, hastalık aktivitesi, öz-bakım, oral alım ve bilinç düzeyi parametrelerinin hemen hepsinde hastaların kötü skorlara sahip oldukları tespit edildi. Çalışmaya alınan hastaların palyatif bakım ünitesinde yatış gün sayısının ortancası 12 gün (1-87) olarak tespit edildi. Çalışmamıza alınan palyatif bakım hastalarının demografik verileri ve genel özellikleri tablo 4.1’de özetlenmiştir.

**Tablo 4.1.** Çalışmamıza alınan palyatif bakımdaki hastaların demografik verileri

<b>Parametreler</b>	<b>Total hasta sayısı (n=70)</b>
Cinsiyet (K/E)	(29/41)
Yaş, yıl, ortanca (min-maks.)	78 (29-97)
Kullanılan ilaç sayısı, ortanca (min-maks.)	7 (1-16)
Palyatif bakım ünitesine yatış nedenleri, n (%)	
• Beslenme problemleri	48 (68,6)
• Ağrı	12 (17,1)
• Bası yarası	5 (7,1)
• Diğer	5 (7,1)
Komorbiditeler, n (%)	
• Diyabet	15 (21,4)
• Hipertansiyon	20 (28,6)
• Koroner arter hastalığı	10 (14,3)
• Serebrovasküler olay	23 (32,9)
• Malignite	26 (37,1)
• Demans	20 (28,6)
Katz skoru, ortanca (min-maks.)	0 (0-6)
Karnofsky skoru, ortanca (min-maks.)	30 (10-90)
PPSv2, ortanca (min-maks.)	30 (10-90)
• Hareketlilik, ortanca (min-maks.)	30 (10-100)
• Hastalık aktivitesi, ortanca (min-maks.)	30 (10-90)
• Öz-bakım, ortanca (min-maks.)	20 (10-100)
• Oral alım, ortanca (min-maks.)	30 (10-90)
• Bilinç düzeyi, ortanca (min-maks.)	30 (10-100)
Hastane yatış süresi, gün, ortanca (min-maks.)	12 (1-87)
Palyatif bakım son durum	
• Taburcu	43 (61,4)
• Ölüm	27 (38,6)

**PPSv2:** Palyatif performans ölçeği versiyon-2

#### 4.2. Geçerlik ve Güvenirlik Analiz Sonuçları

Uygulayıcılar arası ve uygulayıcı içi güvenirlilik analizi ICC ile değerlendirildi ve sonuçlar tablo 4.2.1’de özetlendi. Türkçe-PPSv2 ölçeğinin gerek uygulayıcı içi gerekse uygulayıcılar arası yüksek düzeyde güvenilirliğe sahip olduğu gösterildi.

**Tablo 4.2.1.** Uygulayıcılar arası (*inter-rater*) ve uygulayıcı içi (*intra-rater*) güvenilirlik analiz sonuçları

Parametreler	ICC (%95 GA)	p-değeri
Uygulayıcılar arası güvenilirlik	0,982 (0,962-0,991)	<0,001
Uygulayıcı içi güvenilirlik	0,987 (0,973-0,994)	<0,001

ICC: Intraclass coefficient correlation

Çalışmamızda PPSv2 ile Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ve KPS arasında yüksek derecede, istatistiksel anlamlı pozitif korelasyon olduğu görüldü. Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ile KPS arasında da yüksek düzeyde, istatistiksel anlamlı pozitif korelasyon olduğu tespit edildi. Bu analizler sonucunda Türkçe PPSv2'nin geçerli bir ölçek olduğu gösterildi.

**Tablo 4.2.2.** PPSv2 ile Katz ve KPS skorları arasındaki korelasyon analiz sonuçları

Parametreler	Rho	p-değeri
Katz vs. PPSv2	0,762	< 0,001
KPS vs. PPSv2	0,782	< 0,001

PPSv2: palyatif performans ölçeği versiyon 2, KPS: Karnofsky performans skalası, Katz: Katz günlük temel yaşam aktivitesi ölçeği

Türkçe PPSv2 alt parametrelerinin kendi arasındaki iç tutarlılığını inceleyen güvenilirlik analiz sonuçları tablo 4.2.3'te özetlendi. Bu analiz sonuçlarına göre yüksek derecede iç tutarlılık olduğu tespit edildi (Cronbach alfa katsayısı: 0,992).

**Tablo 4.2.3.** PPSv2 alt parametreleri arasındaki tutarlılık analiz sonuçları

	Hareketlilik	Aktivite-hastalık kanıtı	Özbakım	Oralalım	Bilinç seviyesi
Hareketlilik	-				
Aktivite-hastalık kanıtı	0,996	-			
Öz bakım	0,971	0,966	-		
Oral alım	0,961	0,961	0,943	-	
Bilinç seviyesi	0,974	0,965	0,956	0,968	-

PPSv2: Palyatif Performans Ölçeği versiyon2

#### 4.3. Hastaların Klinik Sonuçlarının İrdelenmesi

Çalışmamıza alınan hastaların 43'ünün (%61,4) palyatif bakım ünitesinden taburcu olmasına rağmen 27'sinin (%38,6) takipler sırasında öldüğü tespit edildi. Çalışmamızdaki hastaların palyatif bakım merkezine yatış sebepleri incelendiğinde beslenme nedeni ile yatan hasta sayısının 48 (%68,6), ağrı sebebi ile yatan hasta sayısının 12 (%17,1), bası yarası nedeniyle yatan hasta sayısının 5 (%7,1) ve solunum problemi, kan şekeri regülasyonu ve fizik tedavi amacıyla yatış gibi diğer sebeplerle yatan hasta sayısının 5 (%7,1) olduğu gözlemlendi. Çalışmamıza alınan hasta popülasyonunun palyatif bakım merkezine yatış sebepleri ve klinik sonuçlara göre karşılaştırmaları tablo 4.3.1.'de özetlenmiştir. Yatış sebepleri açısından ölen ve taburcu olan hastalar arasında bir fark olmadığı görüldü.

**Tablo 4.3.1.** Hastaların palyatif bakım merkezinde son durumlarına göre yatış sebeplerinin karşılaştırılması

Parametreler n (%)	Taburcu olan hastalar (n=43)	Ölen hastalar (n=27)	Tüm hastalar (n=70)	p-değeri
Beslenme	29 (67,4)	19 (70,4)	48 (68,6)	0,849
Ağrı	7 (16,3)	5 (18,5)	12 (17,1)	
Bası yarası	3 (7,0)	2 (7,4)	5 (7,1)	
Diğer	4 (9,3)	1 (3,7)	5 (7,1)	

Çalışmamıza alınan hastaların kronik hastalıkları incelendiğinde 15 hastada (%21,4) diabetes mellitus (DM), 20 hastada (%28,6) hipertansiyon (HT), 10 hastada (%14,3) koroner arter hastalığı (KAH), 23 hastada (%32,9) serebrovasküler hastalık (SVH), 26 hastada (%37,1) malignite, 7 hastada (%10) hiperlipidemi ve 20 hastada (%28,6) demans olduğu tespit edildi. Çalışmamıza alınan hasta popülasyonunun ölüm ile taburculuk durumuna göre komorbiditelerin karşılaştırılması tablo 4.3.2'de özetlendi. Bu analiz sonuçlarına göre ölen ve taburcu olan hastalar arasında ko-morbiditeler açısından istatistiksel bir fark olmadığı gözlemlendi.

**Tablo 4.3.2.** Hasta popülasyonunun ölüm ve taburculuk durumuna göre komorbiditelerinin karşılaştırılması

Parametreler n (%)	Taburcu olan hastalar (n=43)	Ölen hastalar (n=27)	Tüm hastalar (n=70)	p-değeri
DM	8 (18,6)	7 (25,9)	15 (21,4)	0,467

HT	12 (27,9)	8 (29,6)	20 (28,6)	0,877
KAH	7 (16,3)	3 (11,1)	10 (14,3)	0,730
SVH	13 (30,2)	10 (37,0)	23 (32,9)	0,555
Malignite	13 (30,2)	13 (48,1)	26 (37,1)	0,131
Hiperlipidemi	4 (9,3)	3 (11,1)	7 (10,0)	1,000
Demans	12 (27,9)	8 (29,6)	20 (28,6)	0,877

Çalışmamıza dahil edilen 70 hastanın 29'unda (%41,4) herhangi bir enfeksiyon yoktu. Enfeksiyonu olan 41 hastanın (%58,6) 19'unda pnömoni (%27,1), 17'sinde idrar yolu enfeksiyonu (%24,3) ve 5'inde de enfekte bası yarası (%7,2) olduğu tespit edildi. Çalışma grubunun enfeksiyon dağılımı tablo 4.3.3'te özetlenmiştir.

**Tablo 4.3.3. Çalışma grubundaki enfeksiyon dağılımı**

Parametreler, n (%)	Enfekte hasta sayısı (n=41)
Pnömoni	19 (46,3)
İdrar yolu enfeksiyonu	17 (41,5)
Enfekte dekübit ülser	5 (12,2)

Çalışmamıza dahil edilen 70 hasta enfeksiyon durumuna göre incelendiğinde enfeksiyonu olan grupta yaş ortancası 78 yıl (29-97), enfeksiyonu olmayan grupta yaş ortancası 77 yıl (35-92) olarak tespit edildi ( $p=0,424$ ). Enfeksiyonu olan grupta olmayanlara göre ilaç sayısının daha fazla olduğu tespit edildi ( $p=0,013$ ). Enfeksiyonu olan grupta Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği, KPS ve PPÖ, enfeksiyonu olmayan gruba göre daha düşük tespit edildi ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla  $p=0,035$ ,  $p=0,013$ ,  $p=0,013$ ). PPSv2'de bulunan hareketlilik, hastalık aktivitesi, öz bakım, oral alım ve bilinç düzeyi parametreleri enfeksiyon olan grupta olmayan gruba göre daha düşük bulundu ve istatistiksel olarak bu farkın anlamlı olduğu tespit edildi. Enfeksiyon durumuna göre hasta grubunun klinik özelliklerinin karşılaştırılması tablo 4.3.4'de özetlenmiştir.

**Tablo 4.3.4.** Enfeksiyon durumuna göre hasta grubunun demografik özellikleri

<b>Parametreler</b>	<b>Enfeksiyonu olmayan hastalar(n=29)</b>	<b>Enfeksiyonu olan hastalar (n=41)</b>	<b>p-değeri</b>
Yaş, yıl	77 (35-92)	78 (29-97)	0,424
İlaç sayısı	6 (1-12)	7 (4-16)	<b>0,013</b>
Katz skoru	1 (0-6)	0 (0-3)	0,035
KPS skoru	30 (10-90)	20 (10-50)	<b>0,013</b>
PPSv2 skoru	30 (10-90)	20 (10-40)	<b>0,013</b>
• Hareketlilik	30 (10-100)	20 (10-40)	<b>0,030</b>
• Aktivite ve hastalık kanıtı	30 (10-90)	20 (10-40)	<b>0,030</b>
• Öz bakım	30 (10-100)	20 (10-40)	<b>0,014</b>
• Oral alım	30 (10-50)	20 (10-40)	<b>0,009</b>
• Bilinç seviyesi	30 (10-100)	20 (10-50)	<b>0,008</b>
Hastanede yatış süresi, gün	10 (1-87)	15 (1-85)	0,174

**PPSv2:** Palyatif Performans Ölçeği versiyon 2. Sayısal parametreler ortanca (min-maks.) ile gösterilmiştir.

Çalışmamıza dahil edilen 70 hasta bası yarasına göre incelendiğinde bası yarası olan gruptaki 32 hastanın yaş ortancası 78 yıl (46-97), bası yarası olmayan gruptaki 38 hastanın yaş ortancası 76,5yıl (29-92) olarak tespit edildi (**p=0,483**). Bası yarası olan grupta ilaç sayısı ile hastanede yatış gün sayısı bası yarası olmayan gruba göre daha yüksek tespit edildi, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (**sırasıyla, p=0,083 ile p=0,354**). Katz günlük yaşam aktivite indeksi, KPS, PPSv2 ve PPSv2alt parametrelerinden hareketlilik, hastalık aktivitesi, öz bakım, oral alım ve bilinç düzeyi parametreleri bası yarası olan grupta olmayan gruba göre daha düşük tespit edildi ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p<0,001**). Çalışmamızda takip edilen hastalardan sadece iki hastada yeni gelişen bası yarası mevcuttu. Bası yarası durumuna göre hasta grubunun demografik özellikleri tablo 4.3.5'te özetlenmiştir.

**Tablo 4.3.5.** Bası yarası durumuna göre hastaların klinik özelliklerinin karşılaştırılması

<b>Parametreler</b>	<b>Bası yarası olmayan hastalar (n=38)</b>	<b>Bası yarası olan hastalar (n=32)</b>	<b>p-değeri</b>
Yaş, yıl	76,5 (29-92)	78 (46-97)	0,483
İlaç sayısı	6,5 (1-12)	8 (2-16)	0,083
Katz skoru	1 (0-6)	0 (0-1)	<b>&lt;0,001</b>
KPS skoru	30 (10-90)	20 (10-40)	<b>&lt;0,001</b>
PPSv2 skoru	30 (10-90)	20 (10-40)	<b>&lt;0,001</b>
• Hareketlilik	30 (10-100)	20 (10-40)	<b>&lt;0,001</b>
• Aktivite ve hastalık kanıtı	30 (10-90)	20 (10-40)	<b>&lt;0,001</b>
• Öz bakım	30 (10-100)	10 (10-40)	<b>&lt;0,001</b>
• Oral alım	30 (10-80)	20 (10-40)	<b>&lt;0,001</b>
• Bilinç seviyesi	30 (10-100)	20 (10-40)	<b>&lt;0,001</b>
Hastanede yatış süresi, gün	11 (1-74)	14,5 (1-87)	0,354

**PPSv2:** Palyatif Performans Ölçeği versiyon 2. Sayısal parametreler ortanca (min-maks.) ile gösterilmiştir.

Çalışmamıza dahil edilen 70 hasta ölüm durumuna göre incelendiğinde ölen gruptaki 27 hastanın yaş ortancası 78(49-93) yıl, taburcu olan gruptaki 43 hastanın yaş ortancası 76(29-97) yıl olarak tespit edildi (**p=0,583**).Ölen grupta ilaç sayısı ile hastanede yatış gün sayısı taburcu olan gruba göre daha yüksek tespit edildi, fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (**sırasıyla, p=0,077 ile p=0,216**). Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği, KPS, PPSv2 ve PPSv2’de bulunan hareketlilik, aktivite-hastalık kanıtı, öz bakım, oral alım ve bilinç seviyesi parametreleri ölen grupta taburcu olan gruba göre daha düşük tespit edildi. Ancak bunlardan Katz günlük yaşam aktivite indeksi ve öz bakım istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**sırasıyla, p=0,039 p=0,023**). Ölüm durumuna göre hasta grubunun klinik özelliklerinin karşılaştırılması tablo 4.3.6’da özetlenmiştir.

**Tablo 4.3.6.** Ölüm durumuna göre hasta grubunun klinik parametrelerin karşılaştırılması

Parametreler	Ölen hastalar (n=27)	Taburcu olan hastalar (n=43)	p-değeri
Yaş, yıl	78 (49-93)	76 (29-97)	0,583
Erkek cinsiyet, n (%)	17 (62,9)	24(55,8)	0,368
İlaç sayısı	8 (3-16)	7 (1-12)	0,077
Katz skoru	0 (0-2)	0 (0-6)	<b>0,039</b>
KPS skoru	30 (10-40)	30 (10-90)	0,114
PPSv2 skoru	20 (10-40)	30 (10-90)	0,074
• Hareketlilik	20 (10-40)	30 (10-100)	0,580
• Aktivite ve hastalık kanıtı	20 (10-40)	30 (10-90)	0,580
• Öz bakım	10 (10-40)	30 (10-100)	<b>0,023</b>
• Oral alım	20 (10-40)	30 (10-90)	0,152
• Bilinç seviyesi	20 (10-50)	30 (10-100)	0,144
Hastanede yatış süresi, gün	15(1-85)	10 (1-87)	0,216

**PPSv2:** Palyatif Performans Ölçeği versiyon 2. Sayısal parametreler ortanca (min-maks.) ile gösterilmiştir.

Palyatif bakım merkezinde mortalite ile bağımsız ilişkili parametrelerin tespiti için yapılan çok değişkenli regresyon analiz modellerine tek değişkenli analizlerde p-değeri<0,20 olan parametreler dahil edildi. Malignite olması, ilaç sayısı ve palyatif bakım merkezinde enfeksiyon olması durumlarının p-değeri <0,20 olması sebebiyle modellere dahil edildi. Katz, KPS ve PPSv2 skorları bir birleriyle kuvvetli derecede korelasyon göstermeleri sebebiyle her birisi ayrı ayrı olarak modellere dahil edildi. Sonuç olarak her üç performans skorunun da mortaliteyle bağımsız ilişkili öngördürücüler olabileceği gösterildi (KPS skoru için sınırda anlamlılık vardı). Palyatif bakım merkezinde mortalite ile ilişkili bağımsız parametrelerin çok değişkenli regresyon analiz modelleriyle incelenmesi tablo 4.3.7’de özetlenmiştir.

**Tablo 4.3.7.** Palyatif bakım merkezinde mortalite ile ilişkili bağımsız parametrelerin çok değişkenli regresyon analiz modelleriyle incelenmesi

	<b>OR</b>	<b>%95 GA</b>	<b>p-değeri</b>
<b>Model 1</b>			
• Malignite	4,498	1,293-15,645	0,018
• Katz skoru	0,331	0,139-0,787	0,012
<b>Model 2</b>			
• Malignite	2,452	0,861-6,982	0,093
• KPS skoru	0,955	0,911-1,000	0,051
<b>Model 3</b>			
• Malignite	2,827	0,954-8,382	0,061
• PPSv2 skoru	0,951	0,907-0,996	0,033

**Model 1:**Malignite olması, ilaç sayısı, palyatif bakım merkezinde enfeksiyon olması ve Katz skoru modele dahil edildi. Backward metodu kullanıldı. Son aşamada step-3 tabloda sunuldu. Model uyumu için bakılan Omnibus test p-değeri 0,001 olarak bulundu. Bu modelde Nagelkerke-R square değeri 0,236 olarak tespit edildi. **Model 2:**Malignite olması, ilaç sayısı, palyatif bakım merkezinde enfeksiyon olması ve KPS skoru modele dahil edildi. Backward metodu kullanıldı. Son aşamada step-3 tabloda sunuldu. Model uyumu için bakılan Omnibus test p-değeri 0,032 olarak bulundu. Bu modelde Nagelkerke-R square değeri 0,127 olarak tespit edildi. **Model 3:** Malignite olması, ilaç sayısı, palyatif bakım merkezinde enfeksiyon olması ve PPSv2 skoru modele dahil edildi. Backward metodu kullanıldı. Son aşamada step-3 tabloda sunuldu. Model uyumu için bakılan Omnibus test p-değeri 0,021 olarak bulundu. Bu modelde Nagelkerke-R square değeri 0,142 olarak tespit edildi.

Palyatif bakım merkezindeki mortaliteyi öngörmede performans skalalarının kestirim değerlerini incelemek için ROC analizleri yapıldı. Katz günlük yaşam aktivite indeksi mortaliteyi öngörme açısından yapılan ROC analiz kestirim değeri<1 alındığında (Youdenindex J:0,2420) (AUC=0,631) %96 sensitivite, %27,91 spesifite değerlerine sahip olduğu görüldü (**p=0,021**). Palyatif performans ölçeği ile mortalite açısından yapılan ROC analiz kestirim değeri<30 alındığında (Youdenindex J:0,2377) (AUC=0,624) %88,8 sensitivite, %34,8 spesifite değerlerine sahip olduğu görüldü ve istatistiksel olarak sınırda anlamlılığa sahip olduğu tespit edildi (**p=0,055**). Karnofsky performans skorunun mortalite

açısından yapılan ROC analiz kestirim değeri <30 alındığında (Youdenindex J:0,1637) (AUC=0,609) %81,4 sensitivite, %31,8 spesifite değerlerine sahip olduğu görüldü (p=0,098). PPSv2 parametrelerinden olan öz-bakım ile mortalite arasında yapılan ROC analiz kestirim değeri <20 alındığında (Youdenindex J:0,2481) (AUC=0,655) %66,6 sensitivite, %58,1 spesifite değerlerine sahip olduğu görüldü (**p=0,014**). Bir diğer palyatif performans ölçeği parametrelerinden olan hareketlilik durumu ile mortalite arasında yapılan ROC analiz kestirim değeri <30 alındığında (Youdenindex J:0,2377) (AUC=0,631) %88,9 sensitivite, %34,9 spesifite değerlerine sahip olduğu görüldü (**p=0,042**).

## 5.TARTIŞMA

Bu çalışmada Palyatif performans skalası Türkçe versiyonunun (Türkçe-PPSv2), palyatif bakım merkezindeki hastaların değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda palyatif bakım merkezinde mortaliteyi ön gören bağımsız bir parametre olabileceği gösterilmiştir.

Çalışmamıza alınan her hasta Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği, Karnofsky performans skalası (KPS) ve Türkçe-PPSv2 ile değerlendirilmiştir. Bunun yanı sıra PPSv2 ile demografik veriler, Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği, KPS, kronik hastalıklar, günlük kullanılan ilaç sayısı, enfeksiyon durumu, mortalite ve hastanede yatış gün sayısı ile arasındaki ilişkiler incelenmiş ve palyatif bakımda kötü klinik gidişatı ön görmede etkin bir değerlendirme aracı olarak kullanılabileceği sonucuna varılmıştır.

Anderson ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilen PPS ileriki dönemlerde güncellenerek PPSv2 olarak tanımlanmıştır. Temelde beş gözlemlenebilir parametreye dayanarak % 100 (sağlıklı) ile % 0 (ölüm) arasında % 10'luk bir azalma ile hastaların performans durumunu ölçmek için tasarlanmış 11 puanlık bir ölçektir: hareketlilik, aktivite ve hastalık kanıtı, öz bakım, oral alım ve bilinç seviyesini kapsar (2). Palyatif bakım ünitelerinde yatan hastalarda performans değerlendirilmesinde PPSv2 tarama testi etkin ve geçerli bir ölçek olduğu gösterilmiştir ve PPSv2 Türk toplumundaki güvenilirlik ve geçerliği daha önce test edilmemiştir. Palyatif bakımda hasta değerlendirilmesinde kullanılmakta olan çok sayıda ölçek bulunmaktadır. Bu ölçeklerden hiçbiri altın standart ölçek değildir. Palyatif bakımda yatan hastaların kapsamlı değerlendirilmeleri neticesinde elde edilen performans durumu, hastanın takip ve tedavisinde en uygun yol göstericidir. Bunun yanında uygulaması etkin,

kolay ve güvenilir bir ölçeğin kullanılması performans durumunun belirlenmesini kolaylaştıracaktır.

Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ve KPS' nin ülkemizde performans ölçeği olarak daha önceki çalışmalarda geçerli ve güvenilir tarama testi olduğu gösterilmiştir (43,44). Çalışmamızda Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ve KPS esas olarak alınmıştır ve Türkçe PPSv2 ile ilişkilerine bakılmıştır. PPSv2' nin, katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği (**r: 0,762**) ve KPS (**r:0,782**) ile çok yüksek korelasyon gösterdiği ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (**p<0,001**). 2017 yılında Barallat ve ark. yapmış olduğu PPSv2 İspanyol geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında PPSv2 ile KPS'nin çok yüksek korelasyon (**r: 0,927; p<0,001**) gösterdiği ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Cronbach  $\alpha$  katsayısı ile ölçülen sınıf içi tutarlılığın 0.990 olduğu gösterilmiştir (3). Morita ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada benzer sonuçlar bulunmuştur (**r: 0,940; p<0,001**) (45). Çeltek ve ark. yapmış olduğu çalışmada Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ile KPS arasında çok yüksek korelasyon olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (**r: 895; p<0,001**). Cronbach  $\alpha$  katsayısı ile ölçülen güvenilirlik 0.720 olarak tespit edilmiştir (44). Bir başka çalışma olan Mor ve ark. yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (46). Bizim çalışmamızda da literatür verilerine benzer şekilde hem sınıf içi tutarlılık düzeyleri hem de uygulayıcı içi ve uygulayıcılar arası bakılan güvenilirlik analizleri anlamlı düzeyde bulunmuştur. Diğer taraftan geçerlilik açısından da hem Katz hem de KPS skorlarıyla istenilen düzeyde korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir.

Nabal ve ark. tarafından 2006 yılında yayınlanan bir çalışmada KPS ile Bartel günlük temel yaşam aktivite skorları arasında çok yüksek korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur (47). Kanseri hastaları üzerine yapılan farklı bir çalışmada, KPS ölçeğinin oldukça güvenilir olduğu tespit edilmiştir (48). 209 hasta üzerinde yapılan prospektif bir çalışmada, KPS ve ECOG ölçeklerini kullanan bir klinisyen tarafından yapılan performans değerlendirmesinin çok güvenilir olduğunu ve klinik çalışmalarda kullanılabileceği gösterilmiştir (49). Benzer bir çalışmada, Liem ve ark. 2 farklı hekimden 117 hastayı KPS skorları için bağımsız olarak değerlendirmelerini istemiş ve her iki hekim tarafından verilen skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve mükemmel uyum gözlemlenmiştir (50).

2017 yılında yayınlanan Barallat ve ark. yapmış olduğu çalışmada hastaların PPÖ skorlarının çoğunluğu %30 ile %50 arasında tespit edilmiş ve %10 ile %30'luk aralıkta olan

hastaların palyatif bakım alan hastaları yansıttığını, PPS %40 ile % 60 aralığındaki hastaların geçiş aşamasında olduğunu ve %70 ile %100 olan hastaların stabil durumda olduğunu ifade etmişlerdir (3). Bir başka çalışma olan 2002 yılında yayınlanan, Virik ve ark. tarafından yapılan bir incelemelerinde ise alınan hastaların PPÖ puanları benzer olarak gösterilmiş (51). Bizim çalışmamızda da palyatif bakım merkezinde yatan hastaların PPÖ puanlarının çağunluğu %20 ile %40 aralığında olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Öncelikler test-tekrar test/uygulacı içi güvenilirliği doğrulamak için değerlendirmeler arasında en uygun zaman aralığını belirlemek zordur. Ölçek kararlı olsa bile, zaman aralığı uzun tutulduğunda birçok palyatif bakım hastasının durumu hızlı bir şekilde değişebilir ve değerlendirmeye katılım kapasitesini değiştirebilir. Zaman aralığı kısa tutulduğunda ise çalışmacılar önceki puanları hatırlayabildiğinden bias olabilir. Bu yüzden biz çalışmamızda 48 saatlik bir zaman aralığı belirledik. Bu konu çalışmamızın kısıtlılığı olarak görülebilir. Ancak her hasta için aynı sürenin kullanılmış olması ve klinik olarak stabilitesinde bozulma olanlarda tekrar testinin yapılmamış olması sonuçlarımızın güvenilirliğini artırmaktadır. Diğer taraftan hasta sayımız özellikle palyatif bakımdaki klinik sonuçlarla PPSv2 arasındaki ilişkiyi netleştirmek için daha fazla olabilirdi. Ancak bu çalışmada ana amacımızın PPSv2'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması olması sebebiyle bu aşamada yeterli bir çalışma popülasyona sahip olduğumuzu düşünmekteyiz. Klinik sonuçları öngörmedeki yerini daha iyi netleştirmek için geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Gelecekte, prognozla ilgili veya farklı kanser türlerine göre PPSv2 sınıflandırma yeteneğine dayalı yeni araştırmalar geliştirilebilir.

Bu çalışma, Türkçe-PPSv2'nin ülkemizde palyatif bakım hastalarının değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir olduğunu gözler önüne sermiştir. Çalışma aynı zamanda Kanada'da geliştirilen orijinal teste iyi bir eşdeğerlik göstermiştir. Palyatif bakımda, multidisipliner bakım planı geliştirilirken performans skoru değerlendirmesi esastır. Bu aracın anadili Türkçe olanların palyatif bakım merkezlerinde yatan hastalarının performans skorunu daha kolay değerlendirmelerine imkan sağlayacaktır.

## 6. SONUÇLAR

- Çalışmamızda PPSv2, katz günlük yaşam aktivite indeksi ve KPS skorları ile çok yüksek korelasyon gösterdiği ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Dolayısıyla geçerli bir performans değerlendirme aracı olduğu tespit edildi.
- PPSv2-Türkçe formunun uygulayıcı içi ve uygulayıcılar arası güvenilir olduğu gösterildi.
- Palyatif bakımda, multidisipliner bakım planı geliştirilirken performans skoru değerlendirmesi esastır. Bu aracın anadili Türkçe olanların performans skorunu daha kolay değerlendirmesine, bu bilgileri farklı sağlık ortamlarında paylaşmasına yardımcı olacağını düşünüyoruz.
- PPSv2-Türkçe versiyonunun palyatif bakım merkezinde klinik sonuçları ön görmede değerli bir araç olabileceği tespit edildi, ancak daha fazla sayıda hastanın değerlendirileceği çalışmalara ihtiyaç vardır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Selvi Öztörün H, Aras S. Geriatri BD, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics. 2018;4(1):1-6.
2. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. J Palliat Care 1996;12(1):5-11.
3. Barallat E, Nabal M, Canal J, Trujillano J, Gea-Sanchez M, Larkin PJ, et al. The Spanish Adaptation of the Palliative Performance Scale (Version 2) Among Cancer Patients at the End of Life: Psychometric Properties. J Pain Symptom Manage. 2017;54(4):570-7 e5.
4. Chan EY, Wu HY, Chan YH. Revisiting the Palliative Performance Scale: change in scores during disease trajectory predicts survival. Palliat Med. 2013;27(4):367-74.
5. Myers J, Kim A, Flanagan J, Selby D. Palliative performance scale and survival among outpatients with advanced cancer. Support Care Cancer. 2015;23(4):913-8.
6. WHO Definition of Palliative Care. (İnternet).2020 (Erişim Tarihi 3 Mayıs 2020). Erişim adresi: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
7. Kuebler K. The Palliative Care Advanced Practice Nurse. Journal of Palliative Medicine.2003;707-714.
8. Kuebler K, Lynn J, Von Rohen J. Perspectives in Palliative Care. Seminars in Oncology Nursing.2005; 21, 2-10.
9. Watson M, Lucas C, Hoy A. Adult Palliative Care Guidance South West London. London: 2nd Edition , Cancer Network. 2006; 21
10. Elçigil A. Palyatif Bakım Hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi. 2012; 54 (4), 329-334.
11. Mavi K. Palyatif Bakım Sürecinde Verilen Hizmetin Hasta Yakınları Tarafından Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon. 2018.
12. The Palliative Care Team. (İnternet) 2020 (Erişim Tarihi 3 Mayıs 2020). Erişim adresi: <https://www.webmd.com/palliative-care/the-palliative-care-team#1> adresinden alındı.
13. Palliative Care Curriculum For Undergraduates-PCC4U. (İnternet) 2020 (Erişim Tarihi 3 Mayıs 2020). Who Needs Palliative Care? Erişim adresi: <http://www.pcc4u.org/learning-modules/core-modules/module-1-principles/2-caring/activity-8-who-needs-palliative-care/#print>
14. Improving Access To Palliative Care. (İnternet) 2020 (Erişim Tarihi 3 Mayıs 2020). Erişim adresi: [https://www.who.int/ncds/management/palliativecare/Infographic\\_palliative\\_care\\_EN\\_final.pdf?ua=1](https://www.who.int/ncds/management/palliativecare/Infographic_palliative_care_EN_final.pdf?ua=1) adresinden alındı.

15. Lavy V, Bond C, Wooldridge R. Palliative Care Toolkit 2016. Help the Hospices. Londra: Hospice UK, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, Palliative Care Works.
16. National Comprehensive Cancer Network: NCCN Guidelines Version Palliative Care 1. Erişim adresi: <http://www.nccn.org>.
17. Çeltik NY, Okan İ, Palyatif Bakımda Hasta Değerlendirmesi ve Skalalar. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi. 2016; 8(3):7-9.
18. Institute for Clinical Systems Improvement, ICSI. (2013). Health Care Guideline Palliative Care for Adults. Institute for Clinical Systems Improvement, 1-81.
19. Cancer Council. (2017). Understanding Palliative Care. Cancer Council Australia. Sydney: SOS Print.
20. Hawley P. Barriers to Access to Palliative Care. Palliative Care: Research and Treatment. 2017;1 (6), 1-6.
21. Kömürcü Ş. Türkiye’ de Palyatif Bakım. Türkiyede Kanser Kontrolü. 2009; 299-304.
22. Utlu G. (2015). Kanser Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisinde Narkotik Aneerjizik Kullanımı. Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir.
23. Perrin KO, Kazanowski M. Overcoming Barriers to Palliative Care Consultation. American Association of Critical-Care Nurses. 2015;35 (5), 44-52.
24. Kahveci K, Gökçınar D. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 2014.
25. Uslu FŞ, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2015; 81-90.
26. Kabalak A. Türkiye’de Palyatif Bakım. Anestezi Dergisi. 2014; 3 (22), 121-123.
27. Taşpınar Ö, Aydın T, Akçakaya A. Kanser Rehabilitasyonunda Palyatif Yaklaşımın Yeri ve Önemi. Bezmialem Science 2014; 1: 31-37.
28. Babacan GA, Keskin G, Orgun F. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ağrı ve Yaşam Aktiviteleri: Depresyon, Anksiyete ve Somatizasyon Yönünden Bir İnceleme. Turkish Journal of Geriatrics 2012; 15 (3) 299-305.
29. Suh SY, Leblanc TW, Shelby RA, Samsa GP, Abernethy AP. Longitudinal Patient- Reported Performance Status Assessment in the-Cancer Clinic is Feasible and Prognostic .J Oncol Pract. 2011; 7(6): 374-381.
30. Péus D, Newcomb N, Hofer S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and Proposal of a Simple Algorithmic System for its Evaluation. BMC MedInform 2013; 13: 72.
31. Baksi A, Dicle A. MD Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri’nin Geçerlilik ve Güvenilirliği. DEU HYO ED 2010;3(3): 123-136.

32. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al. Toxicity and Response Criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982; 5: 649-655.
33. Tel H, Güler N, Tel H. Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu ve Yaşam Kaliteleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2011; 2: 59-67.
34. Şahbaz M, Tel H. Evde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu ile Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006; 9(2): 85-93.
35. Aygör H. Edmonton Kırılganlık Ölçeğinin Türk Toplumunu için Geçerlik ve Güvenirliği İncelenmesi. Erişim adresi: <https://tezyokgovtr>. 2020 Ulusal Tez Merkezi.
36. Gözüm S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003;Vol 5 (Sayı 1):3-14.
37. Öner N. Türkiye'de kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı. *Boğaziçi Üniversitesi Matbaası*. 1997;3(3. Basım):3-39.
38. Ercan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;30 (3):211-6.
39. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Nobel AkademikYayıncılık. 2014;26(978-605-5426-58-3).
40. Tezbaşaran A. Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*. 1996.
41. Portney L. *Foundations of clinical research: Applications to Practice*. Pearson. 2008;3.
42. Erkuş A. İstatistik Paket Programlarını Doğru Kullanabiliyor muyuz? *Türk Psikoloji Bülteni*. 1999(14):14-7.
43. Pehlivanoğlu EFÖ, Özkan MU, Balcıoğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu İ. Yaşlılar için Yaşlılar için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirliği. *Ankara Medical Journal*, 2018;18(2), 219-223.
44. Celtek NY, Süren M, Demir O, Okan İ. Karnofsky Performance Scale validity and reliability of Turkish palliative cancer patients. *Turkish Journal of Medical Sciences* 2019; 49: 894-898.
45. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 1999;7:128e133.
46. Mor V, Laliberte L, Morris JN, Wiemann M. The Karnofsky performance status scale an examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer* 1984 May 1; 53 (9): 2002-2007.
47. Nabal M, Pascual A, Llombart A. Valoraci\_on general del paciente oncol\_ogico avanzado. Principios de control de sí ntomas. *Aten Primaria* 2006;38:21e28.
48. Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity and guidelines. *Journal of Clinical Oncology* 1984; 2 (3): 187-193.

49. Roila F, Lupattelli M, Sassi M, Basurto C, Bracarda S et al. Intra and interobserver variability in cancer patients' performance status assessed according to Karnofsky and ECOG scales. Annals of Oncology 1991 Jun; 2 (6): 437-439.

50. Liem BJ, Holland JM, Kang M, Hoffelt SC, Marquez CM. Karnofsky performance status assessment: Resident versus attending. Journal of Cancer Education 2002; 17 (3): 138-141.

51. Virik K, Glare P. Validation of the palliative performance scale for inpatients admitted to a palliative care unit in Sydney, Australia. J Pain Symptom Manage 2002;23:455e457.

## 8.EKLER

### EK 1:PPSv2 TÜRKÇE HALİ



### Palyatif Performans Ölçeği (PPSv2) versiyon 2

PPS Seviyesi	Hareketlilik	Aktivite & Hastalık Kanıtı	Öz Bakım	Oral alım	Bilinç Seviyesi
%100	Tam	Normal aktivite & İş Hiçbir hastalık kanıtı	Tam	Normal	Tam
%90	Tam	Normal aktivite & İş Bazı hastalık kanıtları	Tam	Normal	Tam
%80	Tam	Eforla normal aktivite Bazı hastalık kanıtları	Tam	Normal veya azalmış	Tam
%70	Azalmış	Normal mesleğini/işini yapamamakta Önemli hastalık	Tam	Normal veya azalmış	Tam
%60	Azalmış	Hobiler işini yapamamakta Önemli hastalık	Ara sıra yardım ihtiyacı gerekli	Normal veya azalmış	Tam veya konfüzyon
%50	Çoğunlukla oturur/uzanır	Hiçbir iş yapamamakta İlerlemiş hastalık	Epeyce yardım ihtiyacı gerekli	Normal veya azalmış	Tam veya konfüzyon
%40	Çoğunlukla yatakta	Çoğu aktivitelerini yapamamakta İlerlemiş hastalık	Büyük ölçüde yardım gerekli	Normal veya azalmış	Tam veya uyku hal +/- konfüzyon
%30	Tamamen yatağa bağımlı	Hiçbir aktivite yapamamakta İlerlemiş hastalık	Tam bakım gerekli	Normal veya azalmış	Tam veya uyku hal +/- konfüzyon
%20	Tamamen yatağa bağımlı	Hiçbir aktivite yapamamakta İlerlemiş hastalık	Tam bakım gerekli	Çok az veya yudumlayarak	Tam veya uyku hal +/- konfüzyon
%10	Tamamen yatağa bağımlı	Hiçbir aktivite yapamamakta İlerlemiş hastalık	Tam bakım gerekli	Sadece ağız bakımı	Uyku hal veya koma +/- konfüzyon
%0	Ölüm	-	-	-	-

#### PPS Kullanım Talimatı (ayrıca terimlerin tanımlarına bakınız)

1. PPS puanları, hasta için "en uygun" olanı bulmak amacıyla her seviyede yatay olarak okunarak belirlenir ve daha sonra PPS % puanı olarak verilir.
2. Sol sütundan başlayın ve uygun hareketlilik seviyesine ulaşıncaya kadar aşağı doğru okuyun, ardından bir sonraki sütuna geçin ve aktivite/hastalık kanıtı durumunu buluncaya kadar aşağı doğru tekrar okuyun. Bu adımlar, o hasta için gerçek PPS skoru belirlenmeden önce, beş sütunun tamamı doldurulana kadar tekrarlanır. Bu durumda, "soldaki" sütunlar (herhangi bir sütunun solundaki sütunlar) daha güçlü belirleyicilerdir ve genellikle diğerlerinden daha önceliklidir.

**Örnek 1:** Gününün çoğunluğunu ilerlemiş hastalıkla kaynaklanan yorgunluk nedeniyle oturarak ya da uzanarak geçiren ve kısa mesafelerde bile yürümek için epeyce yardımcı olan, ancak oral alımı iyi ve bilinç seviyesi tam olan bir hastanın PPS seviyesi % 50 olarak puanlanacaktır.

**Örnek 2:** Tamamen bakım gerektiren felçli ve kuadriplejik olan bir hastanın PPS seviyesi % 30 olacaktır. Bu hasta tekerlekli sandalyede olsa bile (ve belki başlangıçta % 50 gibi gözükse de) puan % 30'dur. Çünkü hasta kaldırma/taşıma dahil tüm bakımını sağlayan bakıcılar olmasaydı, hastalık veya komplikasyon nedeniyle tamamen yatağa bağımlı olacaktır. Hasta normal oral alıma ve tam bilinç seviyeye sahip olabilir.

**Örnek 3:** Ancak, örnek 2'deki hasta paraplejik ve yatağa bağımlı olsaydı, ama beslenme gibi bazı kişisel bakımlarını kendi kendine yapabiliyor olsaydı, o zaman "tamamen bakım gerekli" olmadığından PPS seviyesi % 40 veya % 50 olacaktır.

3. PPS puanları %10'luk aralıklarla oluşur. Bazen, bir seviyeye kolayca yerleştirilen birkaç sütun olabileceği gibi, bir veya iki sütunda, daha yüksek veya daha düşük bir seviyede değerler de olabilir. Bu durumda "en uygun" olanın kararlaştırılması gerekir. Örneğin; "yan uygun" bir seviye (PPS değerinin %45 olması gibi) seçmek doğru değildir. Klinik karar ve "sola öncelik" kombinasyonları %40 veya %50'den hangisinin daha doğru puan olup olmadığını belirlemek için kullanılır.
4. PPS çeşitli amaçlar için kullanılabilir. Birincisi, hastanın mevcut fonksiyonel seviyesini hızlıca tanımlamak için mükemmel bir iletişim aracıdır. İkincisi, iş yükü değerlendirilmesi veya diğer ölçümler ve karşılaştırmalar için değerli bir kriter olabilir. Son olarak, prognostik değere sahip olduğu görülmektedir.

#### PPS Terimlerinin Tanımı

Aşağıda belirtildiği gibi, tüm beş sütundan "en uygun" olanı bulmak için her bir satır yatay olarak okunduğunda bazı terimler arasındaki farklar kolay anlaşılabilir ve benzer anlamları içerirler.

##### 1. Hareketlilik

"Çoğunlukla oturuluzlanır", "çoğunlukla yatağa" ve "tamamen yatağa bağımlı" öğeleri açıkça benzerdir. Küçük farklar, öz bakım sütunundaki maddelerle ilgilidir. Örneğin; "tamamen yatağa bağımlı" hastanın PPS seviyesinin %30 olması hastanın sadece yataktan kalkması değil, aynı zamanda herhangi bir öz bakımı da yapamamasına neden olan ciddi güçsüzlüğe de felç olması da deniyedir. "Oturuluzlanır" ve "yatağa" arasındaki fark hastanın oturabilme ve yatmaya ihtiyaç duyma zamanlarının miktarları ile orantılıdır.

'Azalmış hareketlilik' PPS seviyesi %60 ile %70'te yer almaktadır. Bitişik sütunu kullanarak, hareketliliğin azalması normal mesleğini, iş uğraşlarını, bazı hobilerini veya ev işlerini yerine getirememeye durumuna bağlıdır. PPS %60 seviyesinde kişi hala kendi başına yürüyebiliyor ve kendi kendine transfer olabiliyor ancak, ara sıra yardım ihtiyacı gerekiyor.

##### 2. Aktivite ve Hastalığın Yaygınlığı

'Bazı', 'önemli' ve 'ilerlemiş' hastalıklar, progresyon derecelerini gösteren fiziksel ve araştırılmış kanıtları ifade eder. Örneğin; meme kanserinde, lokal nöks bazı hastalığı işaret eder, akciğer veya kemikte bir veya iki metastaz 'önemli' hastalığı işaret ederken, akciğerde, kemikte, karaciğerde, beyinde çok sayıda metastaz, hiperkalsemi ve ya diğer majör komplikasyonların olması 'ilerlemiş' bir hastalığı gösterir. Yaygınlık, aktif tedavilere rağmen hastalığın ilerlemesini de ifade edebilir. AIDS'te PPS kullanılması, bazı HIV'den AIDS'e geçiş anlamına gelebilir, 'önemli' fiziksel düşüşte artış, yeni veya zor semptomlar ve düşük hücre sayılan olan laboratuvar bulgularını işaret eder. 'İlerlemiş' ise, aktif antiretroviral, antibiyotik gibi ilaçları kullanılıyor olsun veya olmasın, bir veya daha fazla ciddi komplikasyonları ifade eder.

Yukarıdaki hastalık yaygınlığı, kişinin çalışmasını ve hobilerini veya aktivitelerini sürdürme kabiliyeti açısından da değerlidir. Aktivite azalması, kişinin hala golf oynadığı, ancak 18 çukurlu oyundan 9 çukurlu oyuna veya sadece üç vuruşa (par 3) veya bahçede topa hafifçe vuracak şekilde azaldığı anlamına gelebilir. Yürümekten hoşlananları denemeye devam etmelerine rağmen ve hatta bazen ölüme yaklaşmış olsalar bile yürümeye mesafeleri kademeli olarak azalabilir (örneğin, koridorlarda yürümeye çalışma).

##### 3. Öz Bakım

'Ara sıra yardım' hastaların çoğu zaman yataktan kalkarken, yürürken, yıkanırken, tuvalet yaparken ve beslenirken kendi kendilerine yetebildikleri anlamına gelir, ancak ara sıra küçük yardımlara ihtiyaç duyarlar. (belki günde bir kez veya haftada birkaç kez).

'Epeyce yardım', yukarıda belirtilen aktivitelerden bazıları yapmak için hastanın sıklıkla her gün, genellikle bir kişi tarafından yardıma ihtiyacı olduğu anlamına gelir. Örneğin, kişinin banyoya girmesi için yardıma ihtiyacı vardır, ancak daha sonra diğerlerini fiyalebilir veya en azından ellerini ve yüzünü yıkayabilir. Yiyeceklerin genellikle yenilebilir boyutlarda kesilmesi gerekecektir, ancak hasta kendi isteğiyle yemek yiyebilir.

'Büyük ölçüde yardım', epeyce yardım'ın daha yaygınlaşmış halidir. Yukarıdaki örneği kullanacak olursak, hasta kalkmak için yardıma ihtiyacı olduğu gibi yüzünü yıkamak ve tıraş olmak için de yardıma ihtiyacı vardır, ancak genellikle az bir yardımla ya da yardım almadan yemek yiyebilir. Bu tablo günü içerisinde yorgunluk durumuna göre dalgalanma gösterebilir.

'Tam bakım', hastanın yardım almadan yemek yemeyeceği, tuvalet ihtiyacını karşılayamayacağı veya hiçbir kendi öz bakımını yapamayacağı anlamına gelir. Klinik duruma bağlı olarak, yiyecekler hazırlanıp hastaya verildiğinde hasta çiğneyip yutabilir veya burları yapamaz.

##### 4. Oral Alım

Oral alımdaki değişiklikler oldukça açıktır. 'Normal alım' sağlıklı bir kişinin normal beslenme alışkanlıklarını ifade eder. 'Azalmış', 'normal alım' dönemine göre herhangi bir azalma anlamına gelir ve bireysel koşullara göre oldukça değişkendir. 'Çok az', normal beslenme durumunun altında olan, genellikle püre haline getirilmiş veya sıvı halde, çok küçük miktarları ifade eder.

##### 5. Bilinç Seviyesi

'Tam bilinç', düşünce, hafıza gibi çeşitli alanlarda iyi bilinç yeteneklerin eşikliği tam uyanıklığı ve yönelimi ifade eder. 'Konfüzyon', deliryum veya demansın varlığını belirtmek için kullanılır ve azalmış bilinç düzeyini gösterir. Birden fazla olası etiyolojilerle beraber hafif, orta veya şiddetli olabilir. 'Uyku hali', yorgunluk, ilaç yan etkileri, deliryum veya ölüme yakın anlamına gelir ve bazen stupor terimini de dahil edilir. 'Koma', bu bağlamda, sözlü veya fiziksel uyaranlara cevap vermemesidir; bazı reflektör kalabilir ve ya kalmayabilir. 'Koma' derinliği 24 saatlik bir süre boyunca değişkenlik gösterebilir.

© Telif Hakkı Bildirimi.

Bu resmi Türkçe çeviri Dr. İknur Rahime ÜNAL, Dr. Banuş Can ÜNAL ve Doç. Dr. Muhammet Cemal KIZILARSLANOĞLU tarafından Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır.

Palyatif Performans Ölçeği versiyon 2 (PPSV2) Victoria Hospice Society şirketine telif hakkı vermiştir ve 1996'da yayınlanan ilk PPS'nin yerine geçmiştir [J Pall Care 9 (4): 26-32]. Burada amaçlanan ve tarif edilenden başka bir şekilde değiştirilemez veya kullanılmaz. Elektronik PDF formatına edu.hospice@vha.ca adresine e-posta gönderilip izin alınarak ulaşılabilir. Yazışma Victoria Hospice Society, 1952 Bay Street, Victoria, BC, V8R 1J8 Canada adresi ile yapılmalıdır.

## EK 2:KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ

<b>Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi</b>		
<b>Bağımsızlık</b> <b>Puan:</b>	<b>(1 Puan)</b> Nezaret eşliği olmadan, yönlendirme olmadan ya da kişisel destek almadan	<b>(0 Puan)</b> Nezaret eşliğinde, yönlendirme ile kişisel destek alarak, ya da tam himaye ile
<b>Banyo Yapma</b> <b>Puan:</b>	<b>(1 Puan)</b> Kendi kendine banyo yapabilme ya da sadece sırt, genital bölge gibi vücudun bir bölümünü ya da engelli bir uzvunu yıkarken yardıma ihtiyaç duyma	<b>(0 Puan)</b> Vücudun birden fazla bölgesini yıkarken yardım alma ihtiyacı ya da duşa veya küvete girerken veya çıkarken yardım alma, tüm banyo boyunca ihtiyaç duyma
<b>Giyinme</b> <b>Puan:</b>	<b>(1 Puan)</b> Elbiselerini dolabından veya çekmecedan alabilme ve elbise ve diğer giysilerini tamamıyla ilikleyerek giyebilme (Ayakkabılarını bağlarken yardım alabilir)	<b>(0 Puan)</b> Kendi kendine giyinirken yardım ihtiyacı ya da tamamen başkası tarafından giydirilme ihtiyacı duyma
<b>Tuvalet</b> <b>Puan:</b>	<b>(1 Puan)</b> Yardım almadan; tuvalete gidebilme, kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilme ve giysilerini düzenleyebilme ve genital bölgeyi temizleyebilme	<b>(0 Puan)</b> Tuvalete giderken yardım ihtiyacı çekme, kıyafetlerini çıkarıp giyinirken yardım alma, sürgü vb. malzemelere ihtiyaç duyma, genital bölge temizliğinde yardım alma
<b>Hareket Yeteneği</b> <b>Puan:</b>	<b>(1 Puan)</b> Yataktan kalkabilme ya da sandalyeye yardım almadan oturabilme (Mekanik destek aletlerini kullanabilir)	<b>(0 Puan)</b> Yataktan kalkarken ya da sandalyeye otururken tamamıyla destek alma
<b>İdrar ve Gaita Kontrolü</b> <b>Puan:</b>	<b>(1 Puan)</b> İdrar ve gaita kontrolünü sağlama	<b>(0 Puan)</b> Kısmen ya da tamamen bağırsak ve mesane fonksiyonlarına hakim olamama
<b>Beslenme</b> <b>Puan:</b>	<b>(1 Puan)</b> Yemeği tabağından alıp ağızına götürebilme (Yemeğin hazırlanması başka insanlar tarafından yapılabilir)	<b>(0 Puan)</b> Kısmen ya da tamamen beslenirken destek ihtiyacı duyma ya da parenteral olarak beslenme

### EK 3:KARNOFSKY PERFORMANS SKALASI

<b>Skor</b>	<b>Performans düzeyi</b>
<b>100</b>	Normal
<b>90</b>	Normal aktivite, minör bulgular
<b>80</b>	Gayretle normal aktivite, bazı bulgular
<b>70</b>	Kendine bakabilir, normal aktivite yapamaz
<b>60</b>	Gereksinimlerinin çoğunu kendisi karşılar, yardım gerekebilir
<b>50</b>	Belirgin yardım ve sık tıbbi yardım gerekir
<b>40</b>	Özel bakım yardım gerekir
<b>30</b>	Ciddi şekilde yardım ve hastanede kalış gerekli
<b>20</b>	Çok hasta, aktif olarak destek tedavisi gerekli
<b>10</b>	Ölmek üzere, fatal seyir
<b>0</b>	Ölü



#### EK 4:HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Adı/soyadı	
Yaş	
Cinsiyeti	
Yatış tarihi	
Yatış sebebi	
Kronik hastalıklar	
Kullanmakta olduğu ilaç sayısı	
Bası yarası	
Yeni gelişen bası yarası	
Enfeksiyon varlığı	
Yatışında antibiyotik kullanımı	
Katz günlük yaşam aktivite skoru	
Karnofsky performans skoru	
Palyatif performans ölçek skoru	
Palyatif merkezdeki son durumu	