

T.C.  
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI  
ANABİLİM DALI

BİR PALYATİF BAKIM MERKEZİ ÖRNEĞİNİN  
YATAN HASTA ÖZELLİKLERİ, KULLANICI MEMNUNİYETİ,  
BAKIM HİZMETİNİN NİTELİĞİ VE MALİYET  
BOYUTLARIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ

HALE GÜREL YAVUZDEMİR  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN  
DR. ÖĞR. ÜYESİ BİLGEHAN AÇIKGÖZ

ZONGULDAK  
2019

**KABUL ve ONAY**

**“BİR Palyatif Bakım Merkezi Örneğinin Yatan Hasta Özellikleri, Kullanıcı Memnuniyeti, Bakım Hizmetinin Niteliği ve Maliyet Boyutlarıyla Değerlendirilmesi”** başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından değerlendirilerek, Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

01.04.2019

**Başkan:** Dr. Öğr. Üyesi Bilgehan AÇIKGÖZ

**Üye:** Prof. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU

**Üye:** Prof. Dr. Atilla Senih MAYDA

**ONAY:**

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

**TARİH:** 02.04.2019

**Prof Dr. Veysel Haktan ÖZAÇMAK**  
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasının planlanmasından oluşumuna kadar yardımlarını, hoşgörüsünü, sabrını ve desteğini esirgemeyen, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren değerli danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Bilgehan AÇIKGÖZ'e en içten teşekkür ve saygılarımı sunuyorum.

Çalışmamın her aşamasında bana destek veren ve yanımda olan, manevi desteklerini esirgemeyen sevgili eşim Taner YAVUZDEMİR'e ve kıymetli çocuklarım Meva ve Taha'ya sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Zaman ayırarak çalışmaya katılan hasta ve ailelerine teşekkürlerimi sunuyorum.

Çalışmamın her aşamasında yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen değerli çalışma arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

## ÖZET

**Hale GÜREL YAVUZDEMİR, Bir Palyatif Bakım Merkezi Örneğinin Yatan Hasta Özellikleri, Kullanıcı Memnuniyeti, Bakım Hizmetinin Niteliği ve Maliyet Boyutlarıyla Değerlendirilmesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2019.**

Araştırmada palyatif bakım hizmetleri ve ülkemizdeki profili, bir palyatif bakım merkezi örneğinde ele alınarak incelenmiştir. Kesitsel tipteki araştırma, 01.10.2015-30.06.2016 tarihleri arasında Ankara Ulus Devlet Hastanesi palyatif bakım merkezinde palyatif bakım desteği alan, beş gün üzeri yatan, tekrar yatışı olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden 100 hasta ile 100 aile üyesinde uygulanmıştır. Veriler yüze yüze anket yoluyla ve hasta dosyasından elde edilmiştir. Analizlerde; sayı, yüzde, ortalama±standart sapma, ki-kare testi, independent t testi, mann whitney u testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir.

Hastaların ortalama yaşı 62.8 yıl olup, %48.0'i 65 yaş ve üzerindedir. Hastaların %65.0'i erkektir. Ortalama yatış süresi 56.5 gündür. Yatış süresinin literatürdeki benzer çalışmalardan daha uzun olduğu bulunmuştur. Hastaların %42.0'si yatağa tam bağımlıdır. Hastalar en sık beslenme bozukluğu, ardından genel durum bozukluğu ve aile eğitimi nedeniyle kabul edilmiştir. Hastaların %29.0'u kanser nedeniyle yatırılmıştır. Hastaların %49.0'unun yatış nedeninin altında bir nörolojik hastalık bulunmakta olup, en sık görülen nörolojik hastalık SVO'dur. Literatürden farklı olarak postoperatif dönem hastaları da palyatif bakım desteği için kabul edilmiştir. Aile üyelerinin ortalama yaşı 48.0 yıl olup, %67.0'si kadındır. Aile palyatif bakım memnuniyeti ortalama  $4.4\pm 0.6$  puan olarak ölçülmüş olup, "memnun" ve "çok memnun" düzeyindedir. Ailelerin %53.0'ü taburcu sonrası bakım yeri olarak evi, %42.0'si bir palyatif bakım merkezini tercih etmektedir. Ağrı yönetimi memnuniyetinin ailenin taburcu sonrası bakım yeri tercihinde etkili olduğu ve bir palyatif bakım merkezini tercih etmek istediği bulunmuştur. Ailelerin %81.0'inin palyatif bakım konusunda farkındalığının olmadığı, %19.0'unun farkındalığının olduğu bulunmuştur. Hastaların direkt hastalık maliyeti incelenmiştir. Ortalama hasta birim maliyeti 22.128 TL, yatılan gün birim maliyeti 391 TL olarak bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Palyatif bakım, Hastalık, Bakım verici, Aile memnuniyeti, Hastalık maliyeti.

## ABSTRACT

**Hale GUREL YAVUZDEMİR, Evaluation of a Palliative Care Center Sample with Inpatient Features, User Satisfaction, Quality of Care Service and Cost Aspects, Zonguldak Bülent Ecevit University Master of Public Health Thesis, Zonguldak, 2019.**

In this research, palliative care services and the profile of our country are examined in the sample of a palliative care center. Sectional typical participants of research consisted of 100 patients who palliative care support in Ankara Ulus State Hospital palliative care center between the dates 01.10.2015 - 30.06.2016 hospitalized more than five days, who were admitted to the study, who were not again hospitalized and caregiver 100 family members.

The data were obtained from the patient files and face to face survey. In the analysis were used mean±standart deviation, numbers, percentage independent t-tests, mann whitney-u tests and chi-square tests were. P value <0.05 was taken as significant.

The mean age of the patients was 62.8 years and 65.0% of them were male. 48.0% of the patients were 65 years or older. The average length of stay was 56.5 days. The average length of stay was longer than in the literature. 42.0% of the patients were fully dependent on the bed. Patients were hospitalized due to the most frequently nutritional failure, following general condition disorder and family edution reasons. 29.0% of patients were hospitalized for cancer. 49.0% of patients have a neurological disease as the underlying disease and the most frequently disease is cerebrovasculer diseases. Postoperative patients were also accepted for palliative care support. The mean age of caregiver family members were 48.0 years and %67.0 of them were female. The family palliative care satisfaction was measured as 4.4±0.6 points. The families evaluated their satisfaction with the palliative care service at the level of “very satisfied” and “satisfied”. 53.0% of the families prefer the house as a post-discharge care place and a palliative care center of 42.0%. It was found that families' satisfaction with pain management was effective in choosing post-discharge care place and families wanted to choose a palliative care center. 81.0% of the families had no awareness of palliative care and 19.0% of them had awareeness. In research, direct cost of illness was examined. The average unit cost was be 22.128 TL. The unit cost of a day in hospital was found as 391 TL.

**Keywords:** Palliative care, Disease, Caregivers, Satisfaction, Cost of illness,

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Palyatif Bakım Kavramı .....	3
2.2. Palyatif Bakım Hizmeti ve Özellikleri .....	6
2.3. Palyatif Bakım Ekibi.....	8
2.4. Palyatif Bakım Bileşenleri .....	9
2.4.1. Semptom yönetimi.....	9
2.4.2. Yaşam kalitesinin artırılması .....	10
2.4.3. Aile desteği .....	11
2.4.4. Yaşam sonu bakım ve yas süreci bakımı .....	12
2.5. Palyatif Bakım Hizmet Modelleri.....	13
2.6. İnsan Hakları Yönüyle Palyatif Bakım.....	15
2.7. Dünya’da Palyatif Bakım .....	16
2.8. Türkiye’de Palyatif Bakım .....	19
2.9. Palyatif Bakım Maliyeti.....	21
2.9.1. Sağlık hizmetlerinde maliyet .....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	23
3.1. Araştırmanın Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi .....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Seçimi.....	23
3.4. Veri Toplama Araçları .....	23
3.5. Araştırmanın Değişkenleri ve Değişkenlere Ait Tanım ve Ölçütler .....	24
3.6. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi .....	27
3.7. Araştırma Uygulama Takvimi .....	27
3.8. Etik Konular ve Kurumsal İzin.....	27

4. BULGULAR.....	29
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Değişkenlerine Ait Bulgular .....	29
4.2. Hastalık ve Yatış Değişkenlerine Ait Bulgular .....	30
4.3. Palyatif Bakım Ekibi Tarafından Sunulan Sağlık Bakım Hizmeti Değişkenlerine Ait Bulgular .....	38
4.4. Ailenin Demografik ve Palyatif Bakım Değişkenlerine Ait Bulgular .....	40
4.5. Aile Palyatif Bakım Memnuniyeti Ölçümlerine Ait Bulgular .....	42
4.6. Hastalık Maliyet Ölçümlerine Ait Bulgular .....	46
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....	52
6.1. Sonuçlar .....	52
6.2. Öneriler .....	53
7. KAYNAKLAR.....	54
8. EKLER .....	60
Ek 1: Hasta Bilgi Formu .....	60
Ek 2: Palyatif Bakım Ekibi Tarafından Hastaya Sunulan Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Formu .....	62
Ek 3: Aile Palyatif Bakım Memnuniyeti Sorgulama Formu .....	63
Ek 4: Hastalık Maliyet Kayıt Formu .....	65
Ek 5: Etik Kurul Onayı.....	66
Ek 6: T.C. SB Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 2. Bölge Genel Sekreterliği İzin Belgesi.....	67
Ek 7: Ankara Ulus Devlet Hastanesi Yöneticiliği Ek İzin Belgesi .....	70
9. ÖZGEÇMİŞ.....	71

## SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ALS	Amyotrofik Lateral Skleroz
Ark.	Arkadaş
BM	Birleşmiş Milletler
Ca	Cancer
CAPC	Center to Advance Palliative Care
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAPC	European Association for Palliative Care
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HRW	Human Rights Watch
IAHPC	International Association for Hospice Palliative Care
KKY	Konjestif Kalp Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KPBM	Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi
Max.	Maksimum
Min.	Minimum
MS	Multipl Skleroz
Ort.	Ortalama
PB	Palyatif Bakım
PBB	Palyatif Bakım Birimi
PBM	Palyatif Bakım Merkezi
PEG	Perkütan Endoskopik Gastrostomi
SB	Sağlık Bakanlığı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	Statistical Package for Social Science
SS	Standart Sapma
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
SVO	Serebrovasküler Olay
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TDK	Türk Dil Kurumu
TL	Türk Lirası
WHPCA	Worldwide Hospice Palliative Care Alliance



## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa

<b>Tablo 1.</b> DSÖ'nün Palyatif Bakım Tanımındaki Temel İlkeler .....	4
<b>Tablo 2.</b> Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar .....	7
<b>Tablo 3.</b> Palyatif Bakım Hastalarında Sık Görülen Semptomlar.....	10
<b>Tablo 4.</b> Palyatif Bakım Hizmetinin Gelişimine Göre Ülkeler .....	18
<b>Tablo 5.</b> Türkiye Palyatif Bakım Modeli.....	20
<b>Tablo 6.</b> Türkiye'deki Palyatif Bakım Merkezlerinin Mevcut Durumu .....	21
<b>Tablo 7.</b> Hastaların Sosyo-Demografik Değişkenlerinin Dağılımı .....	30
<b>Tablo 8.</b> Hastalık ve Yatış Değişkenlerinin Dağılımı.....	31
<b>Tablo 9.</b> Cinsiyet, Yaş Grubu, Yatağa Tam Bağımlılık Durumuna Göre Ortalama Yatış Süresi Dağılımı İle Cinsiyete Göre Ortalama Yaş Dağılımı .....	32
<b>Tablo 10.</b> Primer Hastalıkların Dağılımı .....	33
<b>Tablo 11.</b> Yatış Nedenleri İle Ortalama Yatış Süresi .....	35
<b>Tablo 12.</b> Yatış Nedenlerine Göre Yatağa Tam Bağımlılık Durumu .....	36
<b>Tablo 13.</b> Gruplandırılmış Primer Hastalıklara Göre Yatış Nedenleri Dağılımı.....	37
<b>Tablo 14.</b> Yatış Nedeni İle Yatış ve Çıkış Şekli İlişkisi .....	38
<b>Tablo 15.</b> Sağlık Bakım Hizmetlerinin Dağılımı.....	40
<b>Tablo 16.</b> Ailenin Demografik ve Palyatif Bakım Özelliklerinin Dağılımı .....	42
<b>Tablo 17.</b> Aile Palyatif Bakım Memnuniyet Puanlarının Dağılımı* .....	44
<b>Tablo 18.</b> Ailelerin Taburcu Sonrası Bakım Yeri Tercihine Göre Palyatif Bakım Memnuniyet Puanları.....	45
<b>Tablo 19.</b> İlaç, Malzeme, İşlem ve Toplam Hastalık Maliyet Ortalamaları (TL) ....	46

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
<b>Şekil 1.</b> Palyatif Bakım Süreci .....	8
<b>Şekil 2.</b> Gruplandırılmış Primer Hastalıkların Dağılımı .....	34



## 1. GİRİŞ

Dünyada tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelerle birlikte hastalıkların kronik bir süreç kazanması, nüfusun yaşlanması, sosyal yapıdaki değişiklikler, yoksulluk uluslararası sağlık sistemlerinin artan kronik hastalık yüküyle baş etmesini gerektirmektedir (1, 2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin hazırladığı küresel durum raporunda, her yıl 38 milyon kişinin bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar nedeni ile öldüğünü, ölümlerin yaklaşık dörtte üçünün (yaklaşık 28 milyon) düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiğini bildirmektedir (1). DSÖ, her yıl tahminen 20 milyondan fazla kişinin yaşamın sonunda palyatif bakım desteğine ihtiyaç duyduğunu ve bunların %78.0'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığını belirtmektedir (3, 4).

DSÖ'nün Türkiye profili incelendiğinde; ortalama yaşam süresinin, yaşlı nüfus oranının ve bulaşıcı olmayan kronik hastalık yükünün arttığı, başta kardiyovasküler hastalıklar (%37.0), kanser (%22.0) ve kronik akciğer hastalıkları (%8.0) olmak üzere bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların tüm ölümlerin %86.0'sının nedenini oluşturduğu görülmektedir (5, 6). Bu veriler, ülkemizde palyatif bakım hizmetine duyulan ihtiyacın öncelikli hale geldiğini göstermektedir.

Yakın zamana kadar palyatif bakım, kanser hastalarının ihtiyaç duyduğu bir hizmet olarak kabul edilmekteydi. Günümüzde palyatif bakımın başta kanser olmak üzere, organ yetmezlikleri, serebrovasküler hastalıklar, nörodejeneratif bozukluklar, HIV/AIDS, kronik akciğer hastalıkları ve diğer yaşlılık hastalıkları gibi yaşamı tehdit eden/sınırlayan kronik hastalıklar ve/veya durumlar için gerekli bir yaklaşım olduğu kabul edilmektedir (4, 7).

Palyatif bakım hastaların ve ailelerinin fiziksel, psikolojik, sosyal, spiritüel ve kültürel ihtiyaçlarının, değerlerinin ve tercihlerinin çok boyutlu değerlendirilmesi ile başlamaktadır. Kronik, kompleks, yaşamı tehdit eden/sınırlayan hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan ağrı ve sıkıntı veren diğer semptomları kontrol altına alma yoluyla acı çekmeyi hafifletmeyi, yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmayı amaçlamaktadır (8, 9, 10). Palyatif bakımda temel hedef, hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini desteklemek, korumak, geliştirmek ve mümkün olan en yüksek yaşam kalitesine ulaştırmaktır (2).

Palyatif bakım hastanın tercihleri ile birlikte bilgi, beceri ve davranışı bir araya getiren bütüncül bir yaklaşım modelidir. Yenilikçi sağlık ve sosyal politikalar için eşsiz bir modeldir (3). Palyatif bakım nispeten düşük maliyetli bir bakım hizmetidir. Hastaların ve ailelerinin iyi eğitimi ve hastaların destekleyici tedavisiyle sık sık hastane ve acil servislere başvurular önlenmektedir. Yoğun bakıma duyulan ihtiyacı azaltmaktadır. Hastaların gereksiz tetkik ve tedaviye maruz kalmalarını engellemekte, buna bağlı ek tedavi harcamalarını azaltmaktadır. Sağlık ekonomisi için tasarruf sağlamaktadır. Dolayısıyla palyatif bakımın maliyeti etkin bir model olduğu kabul edilmektedir (10, 12, 13, 14).

Palyatif bakım bir ihtiyaçtır ve temel sağlık hizmetidir. DSÖ ve uluslararası sağlık örgütleri, palyatif bakımın sağlık sistemleri içinde esaslı ve gerekli bir sağlık hizmeti olduğunu vurgulamakta, küresel sağlık politikalarında öncelik verilmesi gerektiğini belirtmektedir. Son yıllarda gerek kamu gerekse özel sağlık kuruluşlarında palyatif bakım hizmetlerinin yapılanması, toplum ve sağlık profesyonelleri arasında farkındalığın artması, eğitilmiş sağlık profesyonellerinin yetişmesi amacıyla çalışmalar yürütülmektedir.

Bu çalışma, Ankara'da bir kapsamlı palyatif bakım merkezinde palyatif bakım desteği alan hastaların özelliklerini, sunulan bakım hizmetinin niteliğini, hastalık maliyetini incelemek, hastaların bakımını üstlenen aile üyelerinin memnuniyetini ölçmek suretiyle ülkemizdeki palyatif bakım hizmetlerini ve profilini incelemek amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Palyatif Bakım Kavramı

İngilizce “palliative” kelimesi, Latince maske veya pelerin anlamına gelen “pallium” ve örtmek, kapsamak anlamına gelen “palliare” kelimelerinden köken almıştır (2).

İngilizce terminolojide “palliative” kelimesi “1-Hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare; 2-Ağrının nedenini tedavi etmeksizin ağrıyı azaltan ilaç veya tıbbi tedavi” anlamlarında kullanılmaktadır (4).

Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde “palyatif” sözcüğü “Hastalık belirtilerini iyileştirmeksizin geçici olarak hafifleten veya ortadan kaldıran ilaç veya yöntemler” şeklinde açıklanmıştır (5).

Palyatif bakım uluslararası sağlık örgütlerince farklı şekillerde tanımlanmıştır. DSÖ palyatif bakımı ilk kez 1990 yılında “Küratif tedaviye cevap vermeyen hastaların aktif bütüncül bakımı” olarak tanımlamıştır (6). DSÖ, ilk tanımın kapsamını genişleterek 2002 yılında yeniden tanımlamıştır. Yeni tanımlamaya göre palyatif bakım, “Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailesinde, ağrının ve diğer problemlerin kusursuz bir değerlendirme ve erken tanılama ile fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması, acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşımdır” şeklindedir. Yeni tanımlamada hastalığın erken döneminde palyatif bakım desteğine başlamanın önemi vurgulanmıştır (4, 18).

DSÖ’nün palyatif bakım tanımında yer alan temel ilkeler Tablo 1’de verilmiştir (4, 18, 19).

**Tablo 1.** DSÖ'nün Palyatif Bakım Tanımındaki Temel İlkeler

---

Palyatif bakım;
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ağrı ve sıkıntı veren diğer semptomların giderilmesini sağlar.</li><li>▪ Yaşamı onaylar ve ölümü normal bir süreç olarak kabul eder.</li><li>▪ Ölümü ne hızlandırma ne de geciktirme amaçlanır.</li><li>▪ Hastanın bakımı psikolojik ve spiritüel (inanışsal) destekle tamamlanır.</li><li>▪ Hastanın ölüme kadar olabildiğince aktif yaşamasını destekleyen bir sistem sunar.</li><li>▪ Hastalık ve yas döneminde ailenin başa çıkabilmesini destekler.</li><li>▪ Hasta ve ailesinin gereksinimlerini karşılayacak, gerektiğinde yas dönemi danışmanlığını da içeren bir ekip yaklaşımı sunar.</li><li>▪ Yaşam kalitesinin artırılmasıyla hastalık seyrini olumlu yönde etkileyebilir.</li><li>▪ Radyoterapi ya da kemoterapi gibi yaşam süresini uzatmayı amaçlayan tedavilerle birlikte hastalığın erken aşamasında uygulanabilir; sıkıntı veren klinik komplikasyonları daha iyi anlamak ve yönetmek için gerekli araştırmaları kapsar.</li></ul>

---

Palyatif bakımın temel ilkeleri tüm dünya ülkeleri tarafından kabul edilmektedir ve palyatif bakım ünitelerinin yapılandırılmasında dikkate alınmaktadır.

DSÖ palyatif bakımın temel ilkelerinde “yaşam kalitesi”, “yaşamı onaylamak” “hastanın olabildiğince aktif yaşamasına destek olmak” gibi ifadeler kullanarak ölüme kadar hastanın aktif yaşamasının desteklenmesi gerektiğine dikkat çekmektedir (7).

Dünya çapında palyatif bakım hizmetlerini geliştirmek ve desteklemek amacıyla kurulan, ulusal ve bölgesel hospis ve palyatif bakım kuruluşlarını birleştiren bir örgüt olan Dünya Hospis Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance-WHPCA), palyatif bakımı daha net ve şeffaf şekilde şöyle açıklamaktadır (4, 21, 22):

1. Palyatif bakım hem yaşamı tehdit eden/sınırlayan hastalıklar hem de kronik hastalıklar için bir zorunluluktur.

2. Palyatif bakımın sunumunda zaman veya prognoz ile ilgili bir sınırlama yoktur. Palyatif bakımın tanı veya prognoza göre değil ihtiyaca dayalı olarak verilmesi gerektiği yaygın biçimde desteklenmektedir.
3. Palyatif bakıma, bakımın her seviyesinde ihtiyaç vardır. Palyatif bakım desteği üç seviyede sunulabilir:
  - i. Palyatif bakım yaklaşımı (Seviye 1): Palyatif bakım deneyimi olmayan ancak palyatif bakım yaklaşım yeteneği olan sağlık profesyonelleri tarafından palyatif bakım ilkelerine uygun olarak sunulan bakımdır.
  - ii. Genel palyatif bakım (Seviye 2): Palyatif bakım uzmanı olmayan ancak iyi bir temel palyatif bakım bilgisine sahip sağlık profesyonelleri tarafından sunulan bakımdır. Bu seviyedeki palyatif bakım desteği, bakımevlerinde ya da özel merkezlerde verilebilir.
  - iii. Uzman palyatif bakım (Seviye 3): Karmaşık ve daha fazla bakım gerektiren hastalara palyatif bakım alanında eğitim almış uzman palyatif bakım ekibi tarafından sunulan bakımdır. Bu seviyedeki palyatif bakım desteği, hastanelerde ya da hastane dışında kurulan palyatif bakım merkezlerinde ve hospislerde verilebilir.
4. Palyatif bakım herhangi bir bakım şekli ile sınırlı değildir. Palyatif bakım kişinin evinde, bir bakım kuruluşunda, hospis kuruluşunda, hastanede ayakta tedavi hizmeti veya günlük bakım hizmeti olarak sunulabilir.

Ciddi hastalığa sahip hastaların ve ailelerinin kaliteli palyatif bakım hizmetine ulaşabilmesini sağlamak amacıyla Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) 1999 yılında kurulan Palyatif Bakım Geliştirme Merkezi (Center to Advance Palliative Care-CAPC) palyatif bakımı: “Palyatif bakım ciddi hastalığı olanlar için özelleşmiş bir tıbbi bakımdır. Bu bakım türü ciddi hastalığa bağlı stres, ağrı ve diğer semptomlardan kurtarmaya odaklanmıştır. Hem hastanın hem de ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedeflenir. Herhangi bir yaşta ve ciddi hastalığın herhangi bir aşamasında uygundur ve küratif tedavilerle birlikte verilebilir” şeklinde açıklamaktadır (8).

Literatürde palyatif bakım “ağrısız, dayanılabilir ölüm”, “rahat ölüm”, “iyi ölüm”, “huzurlu ölüm” gibi yaşam sonu bakım kavramlarıyla tanımlanmıştır. Palyatif bakım kanserli hastaların tedavisine yönelik başladığı için “ölüm bakımı” olarak

ifade edilmiş, bir süre sonra “terminal bakım” olarak değişmiştir. Günümüzde tıp alanında “hospis bakım”, “yaşam sonu bakım”, “destek bakım”, “bakımın sürekliliği” gibi terimlerle ifade edilmektedir. Ancak hiçbiri palyatif bakımın kapsamını tam olarak açıklamamaktadır (2).

## 2.2. Palyatif Bakım Hizmeti ve Özellikleri

Palyatif bakım, halk sağlığı ve insan hakları bu üç disiplin, günümüzde artan bir uyumla birbirini etkilemektedir. Palyatif bakımın bir klinik uzmanlık ve akademik disiplin olarak olgunlaşması, küresel ve toplumsal çapta sağlık sorunları için bir halk sağlığı yaklaşımının gelişimine rastlamıştır. Dünyada milyolarca insan kronik, ciddi, yaşamı tehdit eden/sınırlayan sağlık sorunlarına bağlı acı içinde yaşamakta ve palyatif bakım desteğine erişmeden ölmektedir. Bu dönemde palyatif bakım, yeni bilgi ve becerileri toplumda ihtiyacı olan herkesin kullanabileceği, kanıta dayalı, maliyeti etkin uygulamalara dönüştürerek toplum sağlığını ve yaşam kalitesini korumayı ve geliştirmeyi amaçlayan bir halk sağlığı yaklaşımı olarak gelişmiş ve diğer tıp dalları içinde yerini almıştır (2, 24).

Palyatif bakım kapsamlı bir yaklaşımdır.

Kapsamlı palyatif bakım hizmetine aşağıdaki hizmetler dahildir (25, 26, 27):

- Hastalık ve tedavi komplikasyonlarının yönetimi
- Ağrı ve sıkıntı veren diğer semptomların yönetimi
- Hastanın ve ailesinin psikolojik, sosyal, kültürel, ekonomik ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması
- Yaşam sonu bakım ve yas süreci bakımı
- Bakımın etik ve yasal boyutu

Palyatif bakım, ölmekte olan hastalara verilen bir bakım hizmeti değildir. Palyatif bakım desteği kronik, kompleks, yaşamı tehdit eden/sınırlayan hastalık ya da travma nedeniyle yaşam kalitesi bozulan ve bakıma ihtiyaç duyan tüm yaş gruplarındaki hastalara verilmektedir (28, 29). Palyatif bakım HIV/AIDS, ilaca dirençli tuberküloz gibi hastalıkların yanı sıra esas olarak dünyada ölümlerin çoğunun nedenini oluşturan kanser ve diğer bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara odaklanmaktadır (9).



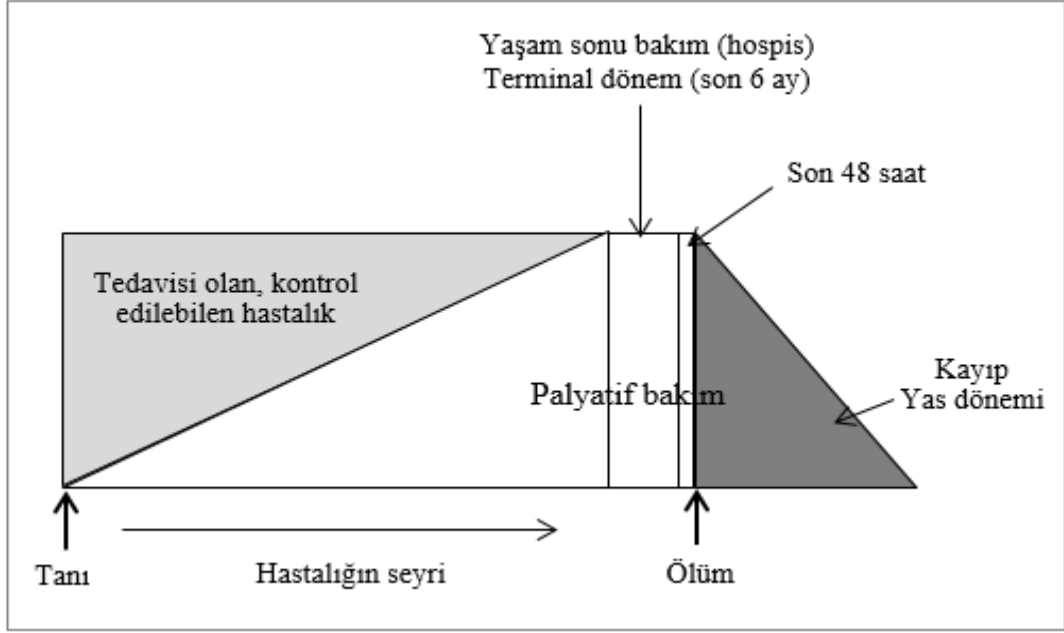
DSÖ'nün belirlediği palyatif bakım gerektiren hastalıklar listesi Tablo 2'de verilmiştir (9).

**Tablo 2.** Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar

- 
- Alzheimer ve diğer demans hastalıkları
  - Kanser
  - Kardiyovasküler hastalıklar (ani ölümler hariç)
  - Böbrek yetmezliği, karaciğer sirozu, KOAH, diabetes mellitus
  - MS, ALS, parkinson hastalığı
  - Romatoid artrit, ilaca dirençli tuberküloz
  - HIV/AIDS
  - Çocuklarda genetik/konjenital, ilerleyici hastalıklar
- 

Palyatif bakım hasta ve ailesine özgüdür. Bakım kararlarına hastanın ve ailesinin katılımının sağlanması önemlidir. Hastanın karar verme gücünün yetersiz olduğu durumlarda, hasta ile ilgili kararlar alınırken aile ile işbirliği yapılır. Palyatif bakım desteği, hastanın ve ailesinin değerlerine, tercihlerine, isteklerine saygı duyulan güvenli bir ortamda verilmektedir (27, 30).

Palyatif bakım hospis bakımından farklıdır. Hospis bakım sağlık profesyonelleri ve gönüllüler tarafından sağlanan yaşam sonu bakım hizmetidir. Hospis bakım palyatif bakımın içinde yer alır. Tedaviye değil, bakıma odaklanır. Hospis bakım yaşamın sonuna çok az ay kala (altı aydan az) ev ortamına benzer birimlerde verilen bir hizmettir. Bakımın amacı hastaların rahat, onurlu, huzur içinde yaşamının sona ermesine yardımcı olmaktır. (4, 9, 31, 32, 33). Ülkemizde hospis bakım hizmeti veren kuruluşlar bulunmamaktadır. Hospis bakıma ihtiyacı olan son dönem hastalarının birçoğu hastanede veya evde, hastaya ve ailesine yeterli destek verilemeden ölmektedir (10).



**Şekil 1.** Palyatif Bakım Süreci

Palyatif bakım süreklidir. Başlangıçta yaşam sonu bakım olarak geliştirilmiş ve uygulanmış olmasına karşın günümüzde hastaya tanı konulduğu andan itibaren başlamakta, tedavi süreci de dâhil ölüme kadar hastalığın tüm evrelerinde destekleyici tedavi olarak devam etmektedir. Ölümden sonra yas döneminde aileyi destekleyici bir bakımla sona ermektedir (Şekil 1) (8, 9, 28, 29) .

### 2.3. Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım hizmeti interdisipliner ve multidisipliner bir ekip ile sunulur. Palyatif bakımın bir ekip tarafından sunulması değişmez bir kuraldır. Multidisipliner bir ekip gerektirmesi palyatif bakımın temel özelliğidir. Ekipte ortak amaç doğrultusunda hareket eden, bilgi ve becerilerini paylaşan, deneyimli ve bu alanda eğitim almış farklı disiplinlerden uzman sağlık profesyonelleri bulunmaktadır. Farklı disiplinlerdeki profesyonellerin yüksek iletişim, işbirliği ve koordinasyon içinde olması iyi bir ekip çalışması ile mümkündür. Ne kadar uzman ve deneyimli olursa olsun tek başına çalışan bir bireyin kaliteli ve tam bir palyatif bakım desteği sağlaması mümkün değildir. İnterdisipliner ekip üyeleri, tedavi ve bakım hizmeti verirken uzmanlık alanlarının gerektirdiği bilgi ve uygulamalarda temel etik ilkelere sahip olmalıdır (9, 29, 30, 35).

Palyatif bakım ekibi içinde eğitimli sağlık profesyonelleri dışında, farklı seviyelerde hizmet veren ve özel rolleri olan bakım verici aile üyeleri, gönüllüler, sağlık bakıcıları da yer almaktadır (11).

Genel olarak palyatif bakım ekip üyeleri arasında (11);

- Hekim
- Hemşire
- Psikolog
- Sosyal hizmet uzmanı
- Diyetisyen
- Eczacı
- Din görevlisi (spiritüel danışman) bulunmaktadır.

Bununla birlikte hastanın gereksinimlerine göre rehabilitasyon ekibi (fizyoterapist, solunum ve meşguliyet terapisti), anestezi uzmanı, medikal onkolog, psikiyatrist de ekibe destek verebilmektedir.

## **2.4. Palyatif Bakım Bileşenleri**

### **2.4.1. Semptom yönetimi**

Semptomlar bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal ve bilişsel fonksiyonlarında değişikliklere neden olabilen karmaşık ve subjektif deneyimlerdir. Palyatif bakım, diğer tıp dallarından farklı olarak hastanın subjektif deneyimlerine ağrılık verir. Hafif, orta ve ciddi seviyede deneyimlenen semptomlar, hastanın fonksiyonel durumunu bozar ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Palyatif dönemde semptom yönetimi bakımın temeli oluşturur ve subjektif hisler birincil tedavinin hedefi olur (30, 36, 37).

Kronik, kompleks, yaşamı tehdit eden/sınırlayan sağlık sorunları olan hastalarda en sık deneyimlenen ve sıkıntı veren semptomlar, hastalıklar arasında aynı olma eğilimdedir. Bununla birlikte palyatif bakım desteği alan hastalarda genellikle çok sayıda ek hastalık mevcuttur ve çok çeşitli fiziksel ve psikolojik semptomlar görölür (25, 38). Ağrı fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel yönleriyle çok boyutlu

bir semptomdur. Ağrı, palyatif bakıma gereksinimi olan hastaların en sık ve ciddi olarak deneyimlediği fiziksel semptomlardan biridir. Yaşam kalitesini en çok bozan semptomdur. Ağrı hisseden hastalar yaşamdan daha az zevk alırlar; ağrı dışında bir şeye konsantre olmakta zorlanırlar; anksiyete ve/veya depresyona girmeye daha çok yatkındırlar. Ağrı vücudun fonksiyonel durumunu bozar, iştahsızlığa ve uykusuzluğa neden olabilir (25, 39, 40). Hastanın deneyimlediği psikolojik semptomların yarısından fazlasını anksiyete/endişe ve depresyon hali oluşturur (12).

Palyatif bakım desteği alan hastalarda sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen semptomlar Tablo 3'te verilmiştir (38, 41, 42).

**Tablo 3.** Palyatif Bakım Hastalarında Sık Görülen Semptomlar

Ağrı	Bulantı - kusma	Yorgunluk
Ağız kuruluğu	Nefes darlığı	Kaşınma
İshal	Kanama	Depresyon
Kabızlık	Kilo kaybı	Uyku bozukluğu
Halsizlik	Anksiyete, endişe	Deliryum
İştahsızlık	Yara	

Palyatif bakımda semptom yönetiminin amacı, semptomun nedenini araştırmak değil, semptomun kendisini ele alıp iyileştirmektir (13). Tedavi sürecinde her hastanın değerlerinin ve ihtiyaçlarının dikkate alınması, semptomların altında yatan sebep(ler)le birlikte değerlendirilmesi, her bir semptomun farmakolojik ve/veya non-farmakolojik yöntemlerle tedavi edilmesi semptom yönetiminin genel ilkeleridir. Etkili bir palyatif bakım ile ağrı ve sıkıntı veren diğer semptomlar tamamen ya da kısmen kontrol altına alındığında, hasta çevresi ile uyumlu hale gelir, tedaviye olumlu yanıt vermesi kolaylaşır ve tedavinin yan etkilerine dayanıklılığı artabilir (9, 25).

#### **2.4.2. Yaşam kalitesinin artırılması**

Yaşam kalitesi geniş ve çok boyutlu bir kavramdır. Genel olarak bireyin kendi yaşamını nasıl algıladığıdır; öznedir; mutluluk, doyum ve uyum ile iyi hissetme halidir (14). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (health-related quality of life)

ise yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Hastalığın ve tedavisinin hasta üzerindeki etkilerinin yine hasta açısından değerlendirilmesi olarak tanımlanabilir (30, 38).

Kronik, kompleks, yaşamı tehdit eden/sınırlayan hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan semptomlar fonksiyonel durumu bozarak yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Hastanın kişisel bakımı ve temizliği, beslenmesi, tuvalet ihtiyacının karşılanması, yatak pozisyonu verilmesi, yatak yaralarından korunması, taşınması ve hareket ettirilmesi yaşam kalitesinin artırılması açısından önemlidir. Palyatif bakımda sadece hasta dikkate alınmaz, hastanın ailesi de bakımın bir parçasıdır. Palyatif bakımda amaç hastanın ve ailesinin fiziksel, psikososyal ve spiritüel alanlarda gereksinimlerini karşılamaktır (30, 38, 43). Palyatif bakım biriminde verilen hizmetin, hasta yakınlarının yas sürecine nasıl etki ettiğinin ve yas süreci ile baş etmelerine nasıl katkı sağladığının araştırıldığı bir çalışmada, palyatif bakım desteğinin hastaların yaşam kalitelerine olumlu etkisi ile hasta yakınlarında hastalarının iyileşebileceği umudunun artabileceği sonucuna varılmıştır. (15).

#### **2.4.3. Aile desteği**

Palyatif yaklaşım aileyi bakımın bir ögesi olarak kabul eder. DSÖ “aile”yi, “hastaya en yakın akraba veya akraba bile olmayan en yakın kişi” olarak tanımlamaktadır (6). Kanada Palyatif Bakım Derneği “aile”yi “hastaya bilgi, şefkat ve bakımda en yakın olanlar” şeklinde tanımlamaktadır. Bakım veren aile üyesi, hastaya kan veya yasal bağı olan bir kişi olabileceği gibi bunların dışında bir kişi de olabilir. “Aile” eş, akrabalarından biri, yakın bir arkadaş veya bir komşu olabilir (16).

Hastanın bakımını üstlenen aile üyesi zamanının çoğunu genellikle evde, hastanede veya hastane dışı bir ortamda hastaya bakım vermekle geçirir. Aile üyesinin yaşamını hem fiziksel hem de duygusal açıdan meşgul eden bir süreç başlar. Bakımın kapsamı hastayı yıkamak, beslemek, tuvaletine yardım etmek, ilaç almak ve/veya uygulamak, hastanın kullandığı tıbbi cihaz ve ekipmanların bakımı gibi fiziksel olabileceği gibi hastaya duygusal destek sağlamak şeklinde de olabilir. Aile üyesi bakım süresince işten, okuldan, sosyal ortamdan veya çocuğunun bakımından geri kalabilir. Bu durum aile ekonomisi için risk oluşturabilir. Ailenin sağlığını riske atabilir ve aile fiziksel, psikososyal, spiritüel alanlarda acı yaşayabilir (12). Bakım sürecinde hastalığın anlamı ile ilgili sorular, sosyal izolasyon, hastayı kaybetme endişesi veya kayıp tehdidi ailelerin karşılaştığı en yaygın psikolojik sorunlardır (16).

Son dönem kanser hastalarının yakınları üzerinde yapılan bir çalışmada, hasta yakınlarının %84.0'ünün üzüntülü, %61.3'ünün yorgun, %61.3'ünün çaresiz ve %47.0'sinin yorgun hissettiği, hasta yakınlarının psikososyal yönden bakıma ihtiyacı olduğu bulunmuştur (17).

Palyatif bakımda aileye yönelik bakımın temel amacı fiziksel, psikososyal ve spiritüel konularda ailenin gereksinimlerini karşılamak, hastanın konforunu sürdürebilmek için aileye yardımcı olmak, bakım verirken karşılaşılan zorlukları en aza indirmek ve hastanın bakımını üstlenen aile üyelerinin yaşam kalitesini geliştirmektir (18).

Aile desteğinin kapsamında şunlar yer alabilir (17, 37):

- Hastanın fiziksel bakımını sağlamaya yönelik gereksinimler
- Bakım verme ile ilgili yaşanan fiziksel sorunlar
- Psikososyal destek
- Kayıp/yas desteği
- Ekonomik destek
- Spiritüel destek
- Hasta ile ilişkilerde iletişim desteği

#### **2.4.4. Yaşam sonu bakım ve yas süreci bakımı**

Ölüm kaçınılmazdır, yaşamdaki en büyük kayıp olgusudur. Her toplumda “iyi ölüm” önemlidir. Ölmekte olan hasta için en temel ihtiyaç rahat, huzurlu ve ağrısız bir şekilde yaşamının sona ermesidir. Yaşamın son anlarında, her hasta insan onuruna yakışır bir sağlık hizmeti alma ve iyi bir şekilde ölme hakkına sahiptir. İyi ölüm, temel bir insan hakkıdır (48, 49).

Ölmekte olan hasta bakımı palyatif bakımın önemli bir parçasıdır. Yaşamın anlamsızlaşması, yok olma korkusu, amaçsızlık hastanın ölüme yaklaştığı son anlarda acı ve mutsuzluk duygularına sebep olmakta, kaygı düzeyini arttırmakta hatta hasta ölümün çabuklaşmasını istemektedir. Palyatif bakım ölümü doğal bir süreç olarak kabul eder. Ölümü ne hızlandırır ne de geciktirir. Ölmekte olan hastada profesyonel bakımla semptomlar kontrol altına alınır, hastanın rahatlaması sağlanır. Yaşam kalitesi mümkün olan en yüksek düzeyde tutularak ölüm sırasında acı çekme hafifletilir (4, 48, 50).

Hastanın ölümünden sonra palyatif bakım öncelikle ailenin yaşı üzerine odaklanır. Palyatif bakım desteği alan 144 hastanın incelendiği bir çalışmada, hasta yakınlarının %15.0'inde depresyon, %40.0'ında komplike yas olduğu bulunmuştur (19).

## 2.5. Palyatif Bakım Hizmet Modelleri

Dünyada farklı seviyelerde uygulanan farklı palyatif bakım modelleri vardır. Bu modeller, kapsamlı palyatif bakım hizmetinin bir parçası olarak hizmet verirler. DSÖ palyatif bakım hizmetini üç ana kategoride sınıflandırmıştır (20):

### 1. Ev-tabanlı (home-based) palyatif bakım hizmeti

Ev-tabanlı palyatif bakım hizmetinin hasta ve ailesi açısından avantajları vardır. Birçok hasta evinde daha rahat hisseder ve evinde yaşamının sona ermesini ister. Ev-tabanlı bakımda, aile hastasına daha kolay ulaşır ve bakım sürecine “bakım veren” olarak daha kolay entegre olur. Hasta ve ailesinin mahremiyetinin ve özel yaşamının korunması sağlanır. Ev-tabanlı yaklaşım, palyatif bakım konusunda toplumun farkındalığının artmasına yardımcı olur (20). Hasta, palyatif bakım desteğine haftada yedi gün 24 saat ulaşabilir. Bu modelde, hastane ortamında verilebilecek düzeyde palyatif bakım desteğinin hastanın kendi ev ortamında verilmesi amaçlanır (26, 52).

Bununla birlikte ev-tabanlı palyatif bakım hizmeti oldukça basit bir şekilde kurulabilmektedir. Ülkenin sağlık sistemi koşullarına bağlı olarak tam zamanlı çalışan bir hemşire ve yarı zamanlı çalışan bir hekim, ev-tabanlı bakım ekibi için asgari gerekliliktir. İdeal olanı ise hemşire, hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, eğitilmiş gönüllü veya toplum sağlığı çalışanından oluşan multidisipliner bir ekiptir. Ekibin palyatif bakım alanında eğitilmiş olması bir gerekliliktir (20).

### 2. Toplum-tabanlı (community-based) palyatif bakım hizmeti

Toplum-tabanlı palyatif bakım hizmeti kronik, yaşamı sınırlayan/tehdit eden sağlık sorunlarına sahip ayakta tedavi edilebilecek hastalara, kapsamlı palyatif bakım hizmeti ulaştırmanın önemli bir yoludur. Aynı zamanda bu yaklaşım, palyatif bakım kurmak isteyen sivil toplum kuruluşları tarafından da kullanılabilir. Yerel makamlar ile işbirliği yapılarak kurulabilir. Toplum-tabanlı palyatif bakım hizmeti, genellikle

sağlık profesyonelleri ve eğitimli gönüllüler tarafından verilmektedir. Ekipte en az bir hekim ve hemşirenin bulunması zorunludur. Palyatif bakım ekibi, hastaları ve ailelerini evde ziyaret ederek, temel evde bakım hizmeti verirler (20).

### 3. Hastane-tabanlı (hospital-based) palyatif bakım hizmeti

Hastane-tabanlı palyatif bakım hizmetiyle çeşitli uzmanlıkların ve tanısal işlemlerin yerinde kullanılabilirliği, bakımı daha kapsamlı hale getirir ve semptom yönetimini daha da kolaylaştırır. Kronik, kompleks, yaşamı tehdit eden/sınırlayan sağlık sorunlarına sahip hastaların bakım kalitesinin artırılması ve bakım maliyetinin azaltılması amaçlanır. Bu yaklaşım, hastanın yaşamının sonuna yakın hastayı yoracak ve hastaya yararı olmayacak tedavilerin uygulanmasını azaltır. Genellikle hastanın hastanede kalış süresini kısaltır (25, 28).

Hastane-tabanlı palyatif bakım hizmeti, aşağıdaki uygulama biçimlerinden bir veya daha fazlasını içerebilmektedir (25, 26, 52, 53):

- Ayakta palyatif bakım kliniği (outpatient clinic)
- Hastanede yatan hastalar için palyatif bakım konsültasyon hizmeti (hospital palliative care team)
- Palyatif bakım gündüz bakım hizmeti (day-care service)
- Yatan hasta palyatif bakım ünitesi (inpatient unit)

Ayakta palyatif bakım kliniği hizmetinde, düşük maliyetle daha fazla hastaya ayakta hizmet verilir. Hastalar ağrı yönetimi ve semptom kontrolü, psikososyal destek ve hemşirelik gereksinimi için kliniğe yönlendirilir. Palyatif bakım ekibinde bir hemşire, hekim ve/veya sosyal hizmet uzmanı görev yapar. Psikolog ve din görevlisi de hasta ve ailesinin gereksinimine göre görev alabilir.

Hastanede yatan hastalar için palyatif bakım konsültasyon hizmetinde, hastanenin diğer bölümlerinde yatan hastalara, semptom kontrolü ve bütüncül bakım konularında palyatif bakım konsültasyon hizmeti verilir. Bu model palyatif bakım desteği sağlamanın pahalı bir yoludur, kaynakları sınırlıdır. Ancak bu modelde toplumda daha fazla kişiye ulaşılabilir.



Palyatif bakım gündüz bakım hizmetinde, semptom kontrolünü sağlamak için hastaya ve ailesine danışmanlık yapılır. Bu birimlerde yara bakımı, enjeksiyon gibi periyodik işlemlerin yapılmasının yanı sıra bakım veren aileye eğitim de verilir. Hastanın sosyal izolasyonunu önlemede ve rehabilitasyonunda önemli rol oynayabilir.

Yatan hasta palyatif bakım ünitelerinde alanında eğitim almış sağlık profesyonelleri ile 24 saat palyatif hizmeti sunulur. Daha uygun bir semptom yönetimi uygulanır. Hastanın, yaşamının sonunda gereksiz tetkik ve işlem yüküyle yorulmaması sağlanır. Kaynak kullanımı ve hastane masraflarını azaltan bir uygulamadır. Akut, subakut ve kronik bakım seviyesinde hizmet sunan merkezler vardır.

## **2.6. İnsan Hakları Yönüyle Palyatif Bakım**

Uluslararası örgütler tarafından palyatif bakımın bir insan hakkı olarak tanınmasının çıkış noktasında Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi (1976) yer almaktadır. Sözleşmenin 12. maddesinin 1. fıkrasında “Herkesin ulaşılabilecek en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkı” belirtilmektedir. Aynı maddenin 2. fıkrasında, sağlık hakkını tam olarak gerçekleştirmenin taraf devletlerin görevi olduğu ve buna yönelik tedbirleri almaları gerektiği açıklanmaktadır (2, 4, 54, 55). Türkiye sözleşmeye 2003 yılında taraf olmuştur. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin (1948) 25. maddesinde “Herkes kendisinin ve ailesinin sağlığı için yeterli bir yaşam standardı hakkına sahip” olduğu belirtilmektedir (2, 56).

Dünya Hospis Palyatif Bakım Birliği (WHPCA), Avrupa Palyatif Bakım Derneği (European Association for Palliative Care-EAPC), Uluslararası Hospis ve Palyatif Bakım Örgütü (International Association for Hospice Palliative Care-IAHPC) ve İnsan Hakları İzleme Komitesi (Human Rights Watch-HRW) palyatif bakıma erişimin bir insan hakkı olarak tanınmasını desteklemek için bir arada çalışmış ve hükümetleri, acının hafifletilmesi ve palyatif bakımın bir insan hakkı olarak tanınmasını teşvik etmek amacıyla 2013 yılında Prag Sözleşmesini deklare etmiştir. Prag Sözleşmesinde “Palyatif bakım hakkının Birleşmiş Milletlerin (BM) anlaşmalarında kabul edildiği; palyatif bakıma erişimin sağlanmasının kanuni bir zorunluluk olduğu; yaşamı tehdit eden hastalıkla karşı karşıya kalan hastanın şiddetli

ağrı çektiği durumlarda hükümetlerin palyatif tedavi sunamamasının acımasızca, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele oluşturabileceği” belirtilmektedir (3).

Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı (SB) Hasta Hakları Yönetmeliği’nde “Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmanın zorunlu olduğu” belirtilmektedir (21).

Bir hastayı önlenebilir acı içinde bırakmanın temel insan haklarının ihlali olduğu kabul edilmektedir. Palyatif bakımda esas olan ciddi, yaşamı tehdit eden/sınırlayan sağlık sorunlarına sahip hastalarda yaşam süresini uzatmak değil, çekilen ıstırabı hafifletmek ve yaşam kalitesi arttırmaktır. Herkes ağrısız, huzur içinde onurlu bir ölümü hak etmektedir (2, 51).

## **2.7. Dünya’da Palyatif Bakım**

Kökeni çok daha eskilere dayansa da dünyada modern palyatif bakım yaklaşımı 1960’lı ve 1970’li yıllarda ortaya çıkmıştır. 1960’lı yıllarda Cicely Saunders yeni bilgi ve yöntemleri birleştirerek ölmekte olan hasta bakımı için bir hareket başlatmıştır. Saunders bu hareketinde, tıbbın ölmekte olan hastaları çaresizce reddetmesine karşılık, ağrıyı hafifletmeyi sağlayarak ölmekte olan hastaların az da olsa kalan yaşamını onurlu şekilde geçirmelerini sağlayacak olumlu bir alternatif yaklaşım ortaya koymuştur. Saunders’in fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel boyutlarıyla ağrıya bütüncül yaklaşımı, uygulamada ve düşüncede devrim yaratmıştır. Saunders düşüncelerini, 1967 yılında Londra’da kurulan, eğitim ve araştırma olanakları içeren ilk modern hospis olarak kabul edilen “St. Christopher’s Hospice”de uygulamıştır. Hospis düşüncesinde, ölmekte olan her hasta ve ailesinin gereksinimlerinin karşılanması üzerine yoğunlaşmıştır (41, 58).

Hospis düşüncesinin etkisi dünya çapında hızlıca yayılmıştır. Hospis zamanla bütüncül hasta bakım anlayışına dayalı palyatif bakım ilkelerinin gelişmesini sağlamıştır (22). Kanadalı bilim insanı Balfour Mount 1970’li yıllarda, hospis ilkelerinin evde bakım, birinci basamak bakım ve hastanede akut bakım dahil farklı seviyelerdeki sağlık bakım sistemleri içine daha geniş düzenlemelerle aktarılmasını ifade eden “palyatif bakım” kavramını ortaya koymuştur (12). Modern anlamda ilk palyatif bakım servisi 1975 yılında Kanada Montreal’de Royal Victoria Hastanesinde kurulmuştur. Almanya’da ilk palyatif ünitesi 1983 yılında Köln

Üniversitesinde kurulmuştur. İngiltere’de ve diğer gelişmiş ülkelerde, 1987 yılında hemşirelik alanında palyatif tıp, bir uzmanlık dalı olarak resmi şekilde tanınmıştır. 1990’lı yılların başından itibaren Amerika ve Avrupa’daki gelişmiş ülkelerde palyatif bakım hızlı bir gelişme göstermiştir (7, 41, 60, 61). Dünyada palyatif bakım kavramının ortaya çıkması ile artık yeni bir araştırma alanı oluşmuştur. Araştırma ve klinik uygulamaları yaygınlaştırmak için özel dergiler oluşturulmuştur. Ulusal ve uluslararası örgütlenmeler oluşturulmuştur.

1986 yılında DSÖ, kanser ağrısında tedavinin yetersizliğini bir halk sağlığı sorunu olarak kabul etmiştir. Semptom yönetimi ve ağrıyı hafifletmenin önemine vurgu yapmış ve kapsamlı bir yaklaşıma ihtiyaç duyulduğunu ifade etmiştir. DSÖ palyatif bakımı ilk kez 1990 yılında tanımlamıştır (12). 2003 yılında Dünya Hospis Palyatif Bakım Birliği kurulmuştur. Dünya çapında 90’dan fazla ülkede 250 aktif üye palyatif bakım kuruluşuna sahiptir (62, 22). Dünya Sağlık Asamblesi, 2014 tarihli kararında birinci basamak bakım, toplum-tabanlı ve ev-tabanlı palyatif bakım hizmetlerine vurgu yaparak, tüm hükümetlere palyatif bakımı sağlık hizmetlerinin temel bir bileşeni olarak ulusal sağlık sistemlerine entegre etmeleri yönünde çağrıda bulunmuştur (20).

DSÖ-WHPCA’nın 2017 yılında güncellenmiş raporuna göre dünya üzerindeki 234 ülke, palyatif bakım hizmetinin gelişimine göre dört grupta sınıflandırılmıştır. (Tablo 4) (4, 63). DSÖ-WHPCA, ülkeleri gruplara ayırırken şu kriterleri dikkate almıştır (4, 63).

- Ülke genelinde yaygın palyatif bakım servisleri ve ulusal palyatif bakım derneklerinin bulunması, sağlık profesyonelleri ve yerel derneklerin hizmet verdiği etkin ve sürekli palyatif bakım politikalarının bulunması
- Palyatif bakım hizmetinin ulusal sağlık sistemine entegre olması, palyatif bakım tedavisinin genel sağlık sigortası kapsamında olması, özel sigorta poliçelerinde yer alması ve diğer fonlardan palyatif bakım harcamalarına kaynak aktarılması
- Morfine ulaşılabilirlik durumu
- Sağlık profesyonellerinin ve toplumun palyatif bakım konusunda farkındalık düzeyi
- Üniversitelerle akademik düzeyde işbirliği içinde olan gelişmiş palyatif bakım eğitim sistemlerinin bulunması

**Tablo 4.** Palyatif Bakım Hizmetinin Gelişimine Göre Ülkeler

GRUPLAR		ÖZELLİKLERİ		ÜLKELER
GRUP 1 ÜLKELER	Hospis-Palyatif Bakım Aktivitesi Bilinmeyen Ülkeler	Hospis-palyatif bakım hizmeti yoktur. Ülkede palyatif bakım politikaları bulunmamaktadır. Bu grupta 75 ülke (%32.0) vardır.		Afganistan, Çad, Nijer, Senegal, Somali, Özbekistan, Libya, Kore, Türkmenistan, Yemen gibi ülkeler
GRUP 2 ÜLKELER	Hospis-Palyatif Bakım Hizmeti Yapılanma Aşamasında Olan Ülkeler	Kurulmuş ve faaliyette olan hospis-palyatif bakım servisleri yoktur. Palyatif bakım hizmeti geliştirmek, örgütsel ve işgücü yaratmak için sağlık bakanlığı ve politikacıların lobi faaliyetleri gibi kapsamlı girişimleri bulunmaktadır. Bu grupta 23 ülke (%10.0) vardır.		Azerbaycan, Katar, Papua yeni Gine, Tacikistan, Bahamalar, Haiti, Cezayir, Madagaskar, Filistin gibi ülkeler
GRUP 3 ÜLKELER	Ülke Genelinde Olmayıp Sadece Lokalize Hospis-Palyatif Bakım Yapılanması Olan Ülkeler	Grup 3a Ülkeler	Palyatif bakım hizmetinin gelişimi hükümetlerce yeterince desteklenmemektedir. Finans kaynakları çoğunlukla başlı başına sağlanır. Nüfusun büyüklüğü ile sınırlı hospis-palyatif bakım hizmeti çoğunlukla evde bakım şeklindedir. Morfin ulaşılabilirlik sınırlıdır. Bu grupta 74 (%31.6) ülke vardır.	Ermenistan, Bahreyn, Bangladeş, Brezilya, Bulgaristan, Kıbrıs, Küba, İran, Endonezya, Kırgızistan, Kuveyt, Meksika, Pakistan, Suudi Arabistan, Pakistan, Rusya, Ukrayna, Tunus, Yunanistan gibi ülkeler
		Grup 3b Ülkeler	Hospis-palyatif bakım hizmeti genel sağlık sisteminden bağımsız, az sayıda hizmet sağlayıcılar tarafından verilir. Çoklu finans kaynakları vardır. Eğitim faaliyetleri vardır. Morfin ulaşılabilir. Bu grupta 17 (%7.3) ülke vardır.	Arjantin, Bosna Hersek, Nepal, Malta, Çek Cumhuriyeti, <b>Türkiye</b> , Ürdün, Hindistan, Portekiz, Amavutluk gibi
GRUP 4 ÜLKELER	Sağlık sistemi ile Entegre hospis-palyatif bakım servisleri olan Ülkeler	Grup 4a Ülkeler	Palyatif bakım hizmeti yaygın ve çeşitlidir. Sağlık personelinde ve toplumda palyatif bakım bilinci vardır. Palyatif bakımın politika üzerinde etkisi sınırlıdır. Ulusal palyatif bakım dernekleri ve eğitim faaliyetleri vardır. Morfin ve diğer güçlü analjeziklere kolay ulaşılabilir. Bu grupta 25 (%10.7) ülke vardır.	Şili, Çin, Danimarka, Kosta Rika, Finlandiya, Macaristan, İsrail, Kenya, Malazya, Malavi, Yeni Zelanda, Hollanda, Sırbistan, İspanya, Uruguay, Zimbabve, Zambiya, İspanya gibi ülkeler
		Grup 4b Ülkeler	Palyatif bakım hizmeti ülke genelinde yaygın ve kapsamlıdır. Etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları vardır. Sağlık personeli ve toplumda farkındalık vardır. Üniversitelerde akademik işbirliği içinde gelişmiş palyatif bakım eğitim sistemi ve ulusal palyatif bakım derneği vardır. Bu grupta 20 (%8.6) ülke vardır.	Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Fransa, Almanya, Hong Kong, İzlanda, İrlanda, İtalya, ABD, Norveç, İngiltere, Romanya, İsveç, İsviçre, Uganda, Polonya, Singapur.

## 2.8. Türkiye’de Palyatif Bakım

Türkiye’de palyatif bakım hizmeti eğitim ve bilinç eksikliği, bürokratik engeller, geleneksel aile yapısı, inanç sistemi, insan gücü eksikliği gibi nedenlerle yıllarca gelişmemiştir (23). Son yıllarda ortalama yaşam süresinin, yaşlı nüfus oranının ve bulaşıcı olmayan kronik hastalık yükünün artması, çok sayıda yoğun bakım servisinin açılmasıyla kritik hastaların desteklenmesi ihtiyacı dünyada olduğu kadar Türkiye’de de palyatif bakıma duyulan ihtiyacı önemli bir noktaya getirmiştir (6, 35).

Türkiye’de palyatif bakım alanında eğitim almış uzman sağlık profesyonelleri tarafından sunulan üçüncü seviye (uzman palyatif bakım) kapsamlı palyatif bakım merkezi bulunmamaktadır. Tıp fakültelerinde palyatif tıp bilim dalı kurulmamıştır ve yan dal olarak palyatif bakım uzmanlığı eğitimi verilmemektedir. Palyatif bakım hizmeti çoğunlukla diğer branş hekimleri tarafından birinci ve ikinci seviyede sürdürülmektedir (21, 35). Diğer sağlık bilimleri alanında palyatif bakım uzmanlığı eğitimi verilmemektedir. Palyatif bakım hizmeti, hizmet içi eğitim ve sertifikasyon eğitim programlarına katılmış sağlık profesyonellerince yürütülmektedir.

Son yıllarda ülkemiz koşullarına ve önceliklerine en uygun palyatif bakım modelinin geliştirilmesi, palyatif bakım merkezleri kurulması, palyatif bakım alanında eğitilmiş profesyonel ekiplerin yetiştirilmesi, palyatif bakım bilincinin geliştirilmesi amacıyla T.C. SB Kansere Savaş Daire Başkanlığı tarafından 2010 yılında Palya-Türk isimli proje hazırlanmıştır (21, 52). Palya-Türk projesi birinci, ikinci ve üçüncü basamak palyatif bakım hizmetlerini içermektedir. Palya-Türk projesinin esasını birinci basamak sağlık hizmetlerinin oluşturacağı belirtilmektedir. Dünyada ilk olacağı belirtilen toplum-tabanlı palyatif bakım modeline göre hastanede tedavisi tamamlanan hastanın idame tedavisi ve takibi aile hekimleri ve evde sağlık hizmet ekipleri ile yürütülecektir. Böylelikle palyatif bakım ihtiyacının önemli bir kısmı hastane-tabanlı palyatif bakım ünitelerine ihtiyaç duyulmadan çözülecektir. Hastane ortamında palyatif bakım hizmeti alması uygun görülen hastalara ise hastane-tabanlı palyatif bakım merkezlerinde hizmet verileceği belirtilmektedir (23) (Tablo 5). Türkiye’de palyatif bakımın ilk adımı olarak SB tarafından 2010 yılında “Evde Bakım Hizmeti” uygulaması başlatılmıştır. Takibinde

uzmanlar tarafından palyatif bakım ve evde bakım hizmetine yönelik eğitimler verilmeye başlanmıştır (31, 52).

Hastane-tabanlı palyatif bakım hizmeti için erişkin hastalara yönelik ilk "kapsamlı palyatif bakım merkezi" 2012 yılında SB Ankara Ulus Devlet Hastanesinde açılmıştır. Hastanede ülke gereksinimlerine göre farklı bir yapılanma ile hizmet sunumu oluşturularak palyatif bakım, uzun süreli yoğun bakım ve evde bakım hizmeti birlikte verilmektedir. Ankara genelindeki yoğun bakımlardan eve taburcu edilemeyen, yoğun bakım gereksinimi uzayan ya da artık tümüyle palyatif bakım hizmeti alacak hastaların kabulünü sağlayan bir sistemdir. Hastane içinde palyatif bakım merkezine kabul edilen hastanın uygun bakım yerine veya evine gönderilmesi için bir triaj sistemi de oluşturulmuştur. Eve taburcu edilen hastaların takip ve tedavisi evde bakım hizmeti ekibi tarafından yürütülmektedir (1, 29, 32, 40).

Dünya üzerindeki uygulamalardan yola çıkılarak hazırlanan yönergeye göre oluşturulan Türkiye palyatif bakım modeli Tablo 5'te verilmiştir (9, 64, 65).

**Tablo 5.** Türkiye Palyatif Bakım Modeli

▪ Yataklı Tedavi Kurumları Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi (KPBM, akut bakım, 3. seviye) Palyatif Bakım Merkezi (PBM, akut bakım, 2. seviye) Palyatif Bakım Birimi (PBB, 1. seviye)
▪ Evde Sağlık Birimleri (1.seviye)
▪ Aile Hekimlikleri (1.seviye)
▪ Destekevi (hospis, kronik bakım)
▪ Gönüllüler, Sivil Toplum Kuruluşları, Belediyeler (her seviyede)

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esaslarına İlişkin Yönerge 09.10.2014 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Palyatif bakım tedavisi 24.12.2014 tarihinde geri ödeme kapsamına alınmıştır. Palyatif bakım hizmeti verme konusunda tescil edilmiş hasta yatakları üzerinden hizmet bedeli karşılanmaktadır (64, 66). Bu gelişmeleri takiben ülke genelinde kamu, özel ve üniversite hastanelerinde palyatif bakım hizmeti veren birimler oluşturulmaya başlanmıştır.

Türkiye’de kamu hastanelerinde kurulan palyatif bakım merkezleri sayısı Tablo 6’da verilmiştir (24).

**Tablo 6.** Türkiye'deki Palyatif Bakım Merkezlerinin Mevcut Durumu

Yıl	Palyatif bakım klinik sayısı	Tescilli yatak sayısı
2017	241	3.142

## 2.9. Palyatif Bakım Maliyeti

### 2.9.1. Sağlık hizmetlerinde maliyet

Sağlık hizmetlerinde maliyetler doğrudan maliyetler, dolaylı maliyetler ve maddi olmayan maliyetler olarak üç grupta toplanmaktadır:

Doğrudan maliyetler (direct costs): Tıbbi bakımla ilgili maliyetler ve tıbbi bakımla ilgili olmayan maliyetleri içermektedir. Tıbbi bakımla ilgili maliyetler, tanı konulmasından başlar ve hastanın iyileşmesine veya ölümüne kadar devam eder. Hastalığın doğrudan tedavisi sürecinde sigorta kurumları/şirketleri ve/veya devlet tarafından harcanan paradır. Tıbbi bakımla ilgili maliyetlere örnek olarak ilaç, tetkik ve tedavi, işlem, konsültasyon, sağlık personeli tarafından evde sunulan bakım hizmetleri verilebilmektedir. Tıbbi bakımla ilgili olmayan maliyetler ise, hastalığın tanı ve tedavisi ile ilgili olmayan yiyecek ve içecek, ulaşım ve konaklama giderlerini içeren maliyetlerdir (68, 69).

Dolaylı maliyetler (indirect costs): Hastalığın tedavisi nedeni ile hasta veya refakatçisinin işgücü kayıplarından doğan maliyetlerdir. Hastalık, sakatlık veya erken ölümlerin, hastalıktan dolayı oluşan erken emekliliğin yol açtığı toplumsal maliyetleri içermektedir. Dolaylı maliyetlerin belirlenmesi daha zordur (68, 69).

Maddi olmayan maliyetler (intangible costs): Bir hastalık ya da girişim nedeniyle oluşan ağrı, mutsuzluk, stres gibi duygusal faktörlerin maliyetidir. Bu maliyetler psikolojik veya ölçülemeyen maliyetler olarak da isimlendirilir. Hesaplanması olanaksızdır ve maliyetlerin parasal olarak ifade edilmesi zordur. Bu nedenle çalışmalarda dikkate alınmazlar (68, 69).

Sağlık bakım harcamalarındaki genel artış, maliyeti etkin kaliteli bakım sunma arayışlarını da beraberinde getirmiştir. Özellikle yaşam sonu bakım harcamalarının sağlık kaynaklarının büyük bir kısmını oluşturduğu bilinmektedir. Mevcut çalışmalar palyatif bakımın maliyet tasarrufu sağladığını göstermektedir (25).

Kanser başta olmak üzere ilerleyici, yaşamı tehdit eden/sınırlayan hastalığa sahip bireylerin uzun süre hastanede yatmaları, sıkça hastane ve acil servise başvurmaları ve hatta gereksiz tetkik, tedavi ve işleme maruz kalmaları yaşam sürelerine katkıda bulunmamaktadır (26). Palyatif bakım, hastaların gereksiz hastaneye yatışlarını ve gereksiz tetkike maruz kalmalarını önlemektedir. Sık acil hizmet kullanımını, gereksiz radyoterapi ve kemoterapi kullanımını azaltmaktadır. Ek tedavi harcamalarını önlediğinden sağlık ekonomisinde ciddi tasarruf sağlamaktadır. Hastane ve ülke ekonomisi için maliyeti etkin olduğu kabul edilmektedir (4, 13, 43). Prag Sözleşmesinde de palyatif bakımın düşük maliyetli bir tedavi imkânı sağlayabileceği belirtilmektedir (3).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi**

Araştırma 01.10.2015–30.06.2016 tarihleri arasında Ankara Ulus Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde yürütülmüştür. Ankara Ulus Devlet Hastanesinin araştırma için seçilmesinin nedeni kapsamlı palyatif bakım merkezinin bulunmasıdır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Seçimi**

Araştırmanın evrenini, 01.10.2015–30.06.2016 tarihleri arasında palyatif bakım merkezinde palyatif bakım desteği alan 158 hastadan, beş gün ve üzeri yatan, tekrar yatışı olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş 100 hasta ile hastanın bakımını üstlenen 100 aile üyesi oluşturmuştur.

#### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada kullanılması planlanan veri toplama araçları;

##### **4. Hasta Bilgi Formu (Ek 1)**

Bu veri toplama aracı 14 sorudan oluşan bir anket formudur. Form palyatif bakım desteği alan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastalık ve yatış durumuna ilişkin bilgilerden oluşmaktadır.

##### **5. Palyatif Bakım Ekibi Tarafından Hastaya Sunulan Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Formu (Ek 2)**

Bu veri toplama aracı literatür eşliğinde araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Palyatif Bakım hizmetlerinin hastaya uygulanma durumu forma evet, hayır seçenekleri ile kayıt edilmiştir.

##### **6. Aile Palyatif Bakım Memnuniyeti Sorgulama Formu (Ek 3)**

Bu veri toplama aracı literatür eşliğinde araştırmacılar tarafından oluşturulan bir anket formudur. Formda aile üyesinin demografik özelliklerini içeren üç soru,

palyatif bakım hizmetleriyle ilgili bilgisini ölçen beş soru ve palyatif bakım memnuniyetini ölçen biri açık uçlu olmak üzere toplam 17 soru bulunmaktadır. Aile memnuniyet düzeyini belirlemek için çok memnunum (5), memnunum (4), kararsızım (3), memnunum değilim (2), şikâyetçiyim (1) şeklinde 1 ile 5 arasında puanlanmış beşli likert ölçeği kullanılmıştır. Alınan yüksek puanlar yüksek aile memnuniyet düzeyini göstermektedir. Anket formu, yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

#### 7. Hastalık Maliyet Kayıt Formu (Ek 4)

Maliyet formu hastanede kalış masraflarını içeren direkt sağlık harcamalarından oluşmaktadır. Direkt maliyetler arasında hastanın hastaneye yatışından itibaren kullanılan ilaçlar, malzemeler, işlemler, laboratuvar ve tanı testleri, konsültasyonlar, profesyonel bakım ve yatak ücreti (refakat ücreti dâhil) gibi maliyet kalemleri yer almaktadır. Faturalandırma süreci tamamlandıktan sonra, hastanın otomasyon sisteminde kayıtlı hastalık maliyet bilgileri forma kaydedilmiştir. İndirekt ve maddi olmayan maliyetler kapsam dışında tutulmuştur.

### 3.5. Araştırmanın Değişkenleri ve Değişkenlere Ait Tanım ve Ölçütler

#### Sosyo-Demografik Değişkenlere Ait Tanım ve Ölçütler

- Yaş: Hastanın yaş bilgisi için doğum tarihi ölçüt alındı. Ortalama±standart sapma şeklinde sunuldu.
- Cinsiyet: Kadın ve erkek olarak değerlendirildi.
- Medeni durum: Çalışmada evli, bekâr seçenekleriyle değerlendirildi.
- Öğrenim durumu: Okuryazar değil, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite seçenekleriyle değerlendirildi.
- İş/Meslek: İşçi, memur, emekli, serbest meslek, ev hanımı, diğer seçenekleriyle değerlendirildi.
- Sosyal güvence: Hastane otomasyon sisteminde kayıtlı olan sosyal güvence durumu dikkate alındı.
- Kim/kimlerle yaşıyor: Eş ve/veya çocuklarla, yalnız, bakımevi/huzurevi, diğer akrabalar seçenekleriyle değerlendirildi.

### **Hastalık ve Yatış Durumu Değişkenlerine Ait Tanım ve Ölçütler**

- PBM'ye başvurmayı gerektiren hastalık: Açık uçlu olarak hazırlandı. Hasta dosyasından bilgi toplandı. Yatış nedenleri de kayıt edildi. Hastaneye başvurmayı gerektiren primer hastalık ve yatış nedeni ayrı ayrı değerlendirildi.
- Yatış şekli: Hasta dosyasından bilgi toplandı. Çalışmada doğrudan başvuru, sevk/nakil seçenekleriyle değerlendirildi.
- Çıkış şekli: Hasta dosyasından bilgi toplandı. Çalışmada haliyle taburcu, sevk/nakil, ölüm seçenekleriyle değerlendirildi.
- Yatış süresi: Gün olarak incelendi. Ortalama±standart sapma şeklinde sunuldu.
- Hastanın taburcu sonrası tedavisine devam etmek istediği yer: Ev ve palyatif bakım merkezi seçenekleriyle soruldu.

### **Palyatif Bakım Ekibi Tarafından Hastaya Sunulan Sağlık Bakım Hizmetleri Değişkenlerine Ait Tanım ve Ölçütler**

Palyatif bakım ekibi tarafından hastaya sunulan sağlık bakım hizmetlerine ilişkin bilgiler, hasta dosyasında bulunan Palyatif Bakım Hasta İzlem Formundan toplanmıştır. Sağlık bakım hizmetlerinin uygulanma durumu evet, hayır seçenekleriyle değerlendirilmiştir. Sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. Bakım ekibi tarafından sunulan bakım hizmetleri şunlardır: Ağızdan beslenme desteği, iv beslenme desteği, eklem açığı egzersizi, mobilizasyon, solunum egzersizi, güçlendirme egzersizi, yardımcı araç kullanma egzersizi, postural direnaj, bası yarası bakımı, vücut bakımı ve temizliği (banyo, saç bakımı vs.), ağız bakımı, trakeostomi bakımı, peg bakımı, hasta yakını eğitimi, ağrı tedavisi, beslenme eğitimi, ölüm sırasındaki bakım, yas sürecinde destek, psikososyal destek, manevi (spiritüel) destek, acil yaralanmalar eğitimi, ev ortamı düzenlenmesi eğitimi, evde bakıma hazırlama eğitimi.

### **Ailenin Demografik Değişkenleri, Palyatif Bakım Bilgisi ve Memnuniyet Ölçümü Değişkenlerine Ait Tanım ve Ölçütler**

Aile Palyatif Bakım Memnuniyeti Sorgulama Formu; ailenin demografik bilgileri ve palyatif bakım bilgisine yönelik sorular ile birlikte palyatif bakım memnuniyetini ölçen sorulardan oluşmaktadır.

- Yaş: Aile üyesinin beyanına göre değerlendirildi. Ortalama±standart sapma şeklinde sunuldu.
- Cinsiyet: Kadın ve erkek olarak değerlendirildi.
- Hastaya yakınlık derecesi: Açık uçlu olarak soruldu. Eş, anne/baba, çocuk, diğer seçenekleriyle değerlendirildi.
- Palyatif bakım hakkında bilgisi (farkındalık): Evet, hayır seçenekleriyle soruldu.
- PBM'ye yönlendiren kişi (yönlendirilme şekli): Açık uçlu olarak soruldu. Hastanın doktoru, yakınım, kendim araştırdım seçenekleriyle değerlendirildi.
- Deneyimlerine dayanarak palyatif bakım hizmetini çevresine tavsiye edip etmeyeceği: Kesinlikle tavsiye ederim, belki tavsiye edebilirim, kararsızım, tavsiye etmem, kesinlikle tavsiye etmem seçenekleriyle beşli likert soru şeklinde soruldu.
- Taburcu sonrası ailenin bakıma devam etmek isteği yer: Hastanın evi/bir yakınımın yanı, palyatif bakım merkezi, bakımevi/huzurevi seçenekleriyle soruldu.
- Aile memnuniyeti: Aile üyesinin palyatif bakım hizmetlerinden ne kadar memnun olduğunu ölçmek için beşli likert ölçeği kullanıldı. Bir soru açık uçlu olmak üzere toplam 17 değişken üzerinden memnuniyet ölçümü yapıldı. Sorular, çok memnunum (5), memnunum (4), kararsızım (3), memnun değilim (2), şikâyetçiyim (1) şeklinde puanlanmıştır. Memnuniyet soruları şunlardır:

1-Hastanızın ağrısının hafifletilmesinden, 2-hastanızın hastalığı ile ilgili semptomların izlemi ve tedavisinden, 3-hastanızın tedavisinin yan etkileri konusunda bakım ekibi tarafından verilen bilgiden, 4-hastanızın durumu ve olası gidişat konusunda hekiminiz tarafından verilen bilgiden, 5-psikososyal destek personelinin sizin ve hastanızın psikososyal sorunlarına cevap vermedeki etkililiğinden, 6-dini destek personelinin sizin ve hastanızın dini/manevi ihtiyaçlarına cevap vermedeki etkililiğinden, 7-palyatif bakım ekibinin siz ve hastanızla kurduğu açık ve duyarlı iletişimden, 8-palyatif bakım ekibinin hastanızın tedavi ve bakım kararlarına sizin katılımınızı da içeren davranış tarzından, 9-hastanızın fiziksel ihtiyaçlarının karşılanma şeklinden, 10-acil durumlarda ve yardım isteklerinizde bakım ekibinin çabukluğundan, 11-hastanızın bakımı ve tedavisi konusunda palyatif bakım ekibinin

ilgi ve özeninden, 12-hastanızın bakımı ve temizliğinden, 13-hastanızın evde fiziksel bakımını sağlama konusunda evde bakım okulu tarafından verilen eğitimlerden, 14-palyatif bakım sürecinde size verilen eğitimlerden, 15-palyatif bakım merkezinin temizliği ve düzeninden, 16- genel olarak palyatif bakım merkezi tarafından sağlanan bakımdan ne kadar memnunsunuz? 17-Eğer herhangi bir soruya “memnun değilim” ya da “şikâyetçiyim” şeklinde cevap verdiyseniz lütfen nedeni açıklayınız.

### **Hastalık Maliyet Ölçümü Değişkenlerine Ait Tanım ve Ölçütler**

Her hasta için toplam maliyet Türkiye Cumhuriyeti Türk Lirası üzerinden hesaplanmıştır. Araştırmada ilaç, malzeme, işlem ve toplam maliyet bilgileri kullanılmıştır. Maliyet bedelinin küsuratı dikkate alınmamıştır.

### **3.6. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 20.0 (ANTLR 2.7.5) paket programında analiz edilmiştir. Hastalara ve ailelerine ilişkin sosyo-demografik bilgiler, hastalık ve yatış bilgileri sayı, yüzde, ortalama±standart sapma olarak belirtilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov Z testi ile değerlendirilmiştir. Gruplararası karşılaştırmalarda Ki-kare testi, parametrik olmayan koşullarda Mann Whitney U Testi, parametrik koşullarda Independent T Testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.7. Araştırma Uygulama Takvimi**

- Araştırmanın planlanması : 01 Mart-20 Mayıs 2015
- Gerekli izinlerin alınması : 25 Ağustos-30 Eylül 2015
- Araştırma önerisinin sunumu ve Enstitü onayı: 23 Haziran 2015
- Verilerinin toplanması : 01 Ekim 2015-30 Haziran 2016
- Verilerinin analizi/yorumlanması : 10 Ağustos-20 Kasım 2017
- Araştırmanın yazımı : 10 Aralık 2017-20 Aralık 2018

### **3.8. Etik Konular ve Kurumsal İzin**

Araştırmanın yürütülmesi için Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından izin alınmıştır (23/06/2015; Toplantı no:2015/05) (Ek 4). Araştırmanın kurumda yürütülmesi için T.C. SB Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 2. Bölge Genel Sekreterliğinden izin alınmıştır

(18/09/2015; Sayı:12054) (Ek 5). Palyatif Bakım Merkezinde hastaların uzun yatış süreleri nedeniyle belirlenen veri toplama tarihlerinde hedeflenen sayıya ulaşamadığından Ankara Ulus Devlet Hastanesi Yöneticiliğinden ek izin alınmıştır (05/04/2016) (Ek 6). Aile memnuniyeti araştırması için çalışmaya katılmayı kabul eden aile üyelerinden yazılı onam alınmıştır (Ek 7).



## 4. BULGULAR

### 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Değişkenlerine Ait Bulgular

Hastaların ortalama yaşı  $62.8 \pm 19.9$  yıl olup, yaşlar 17 ile 97 arasındadır. Hastaların %48.0'i 65 yaş ve üzerindedir. Hastaların %35.0'i kadın, %65.'i erkektir. Hastaların %61.0'i evli, %39.0'u bekârdır.

Hastaların %49.0'u ilkokul, %10.0'u ortaokul, %14.0'ü lise, %17.0'si üniversite mezunu iken, %10.0'unun okuryazar olmadığı bulunmuştur.

Hastaların %6.0'sı işçi, %5.0'i memur, %42.0'si emekli, %8.0'i serbest meslek, %31.0'i ev hanımı, %8.0'i diğer iş/meslek sahibidir. Araştırma kapsamındaki hastaların tamamı (%100.0) SGK'lıdır.

Hastaların %80.0'i eş ve/veya çocuklarla, %10.0'u yalnız, %2.0'si huzurevi/bakımevinde, %8.0'inin diğer akrabalar ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların sosyo-demografik değişkenleri dağılımı Tablo 7'de verilmiştir.

**Tablo 7.** Hastaların Sosyo-Demografik Değişkenlerinin Dağılımı

		Ort. ± SS	Min. – Max.
Yaş		62.8 ± 19.9	17 - 97
		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	35	35.0
	Erkek	65	65.0
Medeni durum	Evli	61	61.0
	Bekâr	39	39.0
Eğitim durumu	Okuryazar değil	10	10.0
	İlkokul	49	49.0
	Ortaokul	10	10.0
	Lise	14	14.0
	Üniversite	17	17.0
İş/Meslek	İşçi	6	6.0
	Memur	5	5.0
	Emekli	42	42.0
	Serbest meslek	8	8.0
	Ev hanımı	31	31.0
	Diğer*	8	8.0
Sosyal güvence	SGK	100	100.0
Kim/kimlerle yaşıyor	Eş ve/veya çocuklarla	80	80.0
	Yalnız	10	10.0
	Bakımevi/huzurevinde	2	2.0
	Diğer akrabalarla	8	8.0
Toplam		100	100.0

\*çiftçi(2), öğrenci(4), işsiz(2),

#### 4.2. Hastalık ve Yatış Değişkenlerine Ait Bulgular

Hastaların ortalama yatış süresi  $56.5 \pm 62.3$  gün olup, en kısa yatılan süre 5 gün, en uzun yatılan süre 441 gündür. Hastaların %42.0'si yatağa tam bağımlıdır.

Hastaların %59.0'u hastaneye doğrudan başvurmuş, %41.0'i başka bir sağlık kuruluşundan sevk/nakil yoluyla ya da hastane yoğun bakımından palyatif bakıma nakil edilmek suretiyle yatışı yapılmıştır.



Çalışma süresi boyunca hastaların %42.0'si haliyle taburcu edilirken, %35.0'i hastanede vefat etmiştir. %23.0'ü ise başka bir sağlık kuruluşuna sevk/nakil ya da hastane yoğun bakımına nakil edilmiştir.

Taburcu sonrası hastanın bakıma devam etmek isteği yer tercihinde, hastaların %55.0'i bir palyatif bakım merkezinde devam etmek istediğini, %45.0'i evde devam etmek istediğini belirtmiştir. Hastalık ve yatış değişkenlerinin dağılımı Tablo 8'de verilmiştir.

**Tablo 8.** Hastalık ve Yatış Değişkenlerinin Dağılımı

		Ort. ± SS	Min. – Max.
Yatış süresi		56.5 ± 62.3	5 - 441
		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yatağa tam	Yok	58	58.0
Bağımlılık	Var	42	42.0
Yatış şekli	Doğrudan başvuru	59	59.0
	Sevk/nakil	41	41.0
Çıkış şekli	Haliyle taburcu	42	42.0
	Sevk/nakil	23	23.0
	Ölüm	35	35.0
Hastanın taburcu sonrası bakım yeri tercihi	Palyatif bakım merkezi	55	55.0
	Ev	45	45.0

Kadın ve erkek hastaların yaşları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Hastaların yatağa tam bağımlılık durumuna göre ortalama yatış süreleri anlamlı olarak farklıdır ( $p=0.007$ ). Yatağa tam bağımlı olan hastalar palyatif bakımda daha uzun yatmıştır. 65 yaş altı ile 65 ve üzeri yaş hastaların, kadın ile erkek hastaların ortalama yatış süresi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p=0.115$ ) ( $p=0.764$ ). Cinsiyet, yaş grubu, yatağa tam bağımlılık durumuna göre ortalama yatış süresi dağılımı ile cinsiyete göre ortalama yaş dağılımı Tablo 9'da verilmiştir.

**Tablo 9.** Cinsiyet, Yaş Grubu, Yatağa Tam Bağımlılık Durumuna Göre Ortalama Yatış Süresi Dağılımı İle Cinsiyete Göre Ortalama Yaş Dağılımı

		Yatış süresi		
		Ort. ± SS	Median (Min.-Max.)	p
Cinsiyet	Kadın	48.5 ± 33.5	40 (12-126)	0.764
	Erkek	60.7 ± 73.1	38 (5-441)	
Yaş grup	65 yaş >	66.3 ± 76.0	42 (11-441)	0.115
	65 yaş ve üzeri	45.8 ± 41.0	30 (5-210)	
Yatağa tam bağımlılık	Yok	42.3 ± 39.5	26 (5-210)	<b>0.007</b>
	Var	76.0 ± 80.7	49 (8-441)	

		Yaş		
		Ort. ± SS	Median (Min.-Max.)	p
Cinsiyet	Kadın	67.6 ± 20.8	76 (17-97)	0.053
	Erkek	60.2 ± 19.0	60 (20-96)	

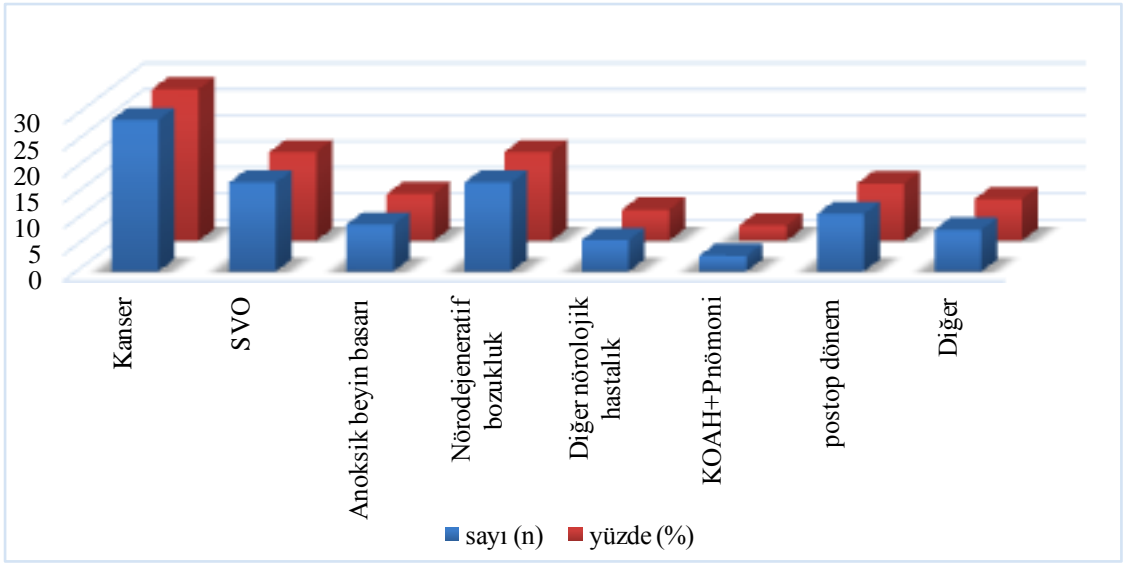
Mann Whitney U Test

Araştırma kapsamında hastaların en sık kanser (n=29) nedeniyle kabul edildiği bulunmuştur. Palyatif bakım desteği alan hastaların %49.0'unun (n=49) yatış nedeninin altında bir nörolojik hastalık bulunmaktadır. En sık görülen nörolojik hastalığın Serebrovasküler Olay (SVO) olduğu tespit edilmiştir. Hastaların primer hastalık dağılımı detaylı olarak Tablo 10'da verilmiştir.

Primer hastalıklar gruplandırılarak Şekil 2'de verilmiştir. Hastalıklar gruplandırıldığında hastaların en sık kanser (%29.0), ardından sıklık sırasına göre nörodejeneratif bozukluk (ALS, alzheimer, parkinson) (%17.0) ve SVO (%17.0), postoperatif dönem hastaları (%11.0), anoksik beyin hasarı (%9.0), diğer hastalıklar (%8.0), (septik şok, KKY, travmatik serebral hemoraji, septik artrit, iyileşme dönemi, işlem sonrası komplikasyon) diğer nörolojik hastalıklar (%6.0) (serebral palsi, herediter ataksi, demiyelinizan hastalık, epilepsi, transvers myelit, hidrosefali) ve KOAH+Pnömoni (%3.0) hastalığına sahip oldukları bulunmuştur.

**Tablo 10.** Primer Hastalıkların Dağılımı

Primer tanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Akciğer ca	6	6.0
Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS)	5	5.0
Alzheimer	8	8.0
Anoksik beyin hasarı	9	9.0
Beyin ca	6	6.0
Demiyelinizan hastalık	1	1.0
Dil kökü ca	1	1.0
Endometrium ca	1	1.0
Epilepsi	1	1.0
Hepatocellüler ca	1	1.0
Hereditör ataksi	1	1.0
Hidrosefali	1	1.0
İşlem sonrası komplikasyon	1	1.0
İyileşme dönemi	1	1.0
Konjestif kalp yetmezliği (KKY)	1	1.0
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)	2	2.0
Kolanjiocellüler ca	1	1.0
Kolon ca	2	2.0
Meme ca	2	2.0
Meninks ca	1	1.0
Mesane ca	1	1.0
Mide ca	6	6.0
Pankreas ca	1	1.0
Parkinson	4	4.0
Pnömoni	1	1.0
Postoperatif dönem	11	11.0
Septik artrit	1	1.0
Septik şok	1	1.0
Serebral palsi	1	1.0
Serebrovasküler Olay (SVO)	17	17.0
Tansfers myelit	1	1.0
Travmatik serebral hematom	3	3.0
<b>Toplam</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>



**Şekil 2.** Gruplandırılmış Primer Hastalıkların Dağılımı

Hastalar bir veya birden fazla yatış nedeni ile palyatif bakıma kabul edilmişlerdir. En sık beslenme bozukluğu (%78.0), ardından sıklık sırasına göre genel durum bozukluğu (GDB) (%45.0), aile eğitimi (%24.0), solunum güçlüğü (%19.0), evre III-IV dekübit yarası (%17.0), ağrı (%12.0) ve diğer (%12.0) nedenlerle palyatif bakıma kabul edilmiştir. Ateş, apne, bulantı-kusma, ishal, konuşamama, asit, kronik hiponatremi, status epilepticus, fizyoterapi ihtiyacı “Diğer” başlığı altında toplanmıştır. Evre III-IV dekübit yarası olanlarda ve genel durum bozukluğu olmayanlarda ortalama yatış süresi anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ( $p=0.010$ ) ( $p=0.001$ ). Hastaların PBM’ye yatışı anında ağrı, aile eğitimi, beslenme bozukluğu, solunum güçlüğü ve diğer değişkenlerin olup olmasının ortalama yatış süresine anlamlı etkisi bulunmamıştır. Yatış nedenleri ve ortalama yatış süresi Tablo 11’de detaylı olarak verilmiştir.

**Tablo 11.** Yatış Nedenleri İle Ortalama Yatış Süresi

Yatış nedeni		Sayı (n)	Yüzde (%)	Yatış süresi (Ort. ± SS)	p
Ağrı	Yok	88	88.0	60.2 ± 65.4	0.171
	Var	12	12.0	29.3 ± 12.0	
Aile eğitimi	Yok	76	76.0	52.2 ± 51.4	0.353
	Var	24	24.0	69.9 ± 88.6	
Beslenme bozukluğu	Yok	22	22.0	59.2 ± 42.1	0.276
	Var	78	78.0	55.7 ± 67.1	
Solunum güçlüğü	Yok	81	81.0	51.1 ± 47.3	0.629
	Var	19	19.0	79.2 ± 103.4	
Evre III-IV dekübit yarası	Yok	83	83.0	54.1 ± 66.1	<b>0.010</b>
	Var	17	17.0	68.1 ± 37.8	
Genel durum bozukluğu	Yok	55	55.0	72.8 ± 75.5	<b>0.001</b>
	Var	45	45.0	36.5 ± 34.3	
Diğer	Yok	88	88.0	56.4 ± 64.9	0.471
	Var	12	12.0	57.2 ± 39.9	

Mann Whitney U Testi

Yatış nedenlerine göre yatağa tam bağımlılık durumu incelendiğinde; ağrı, beslenme bozukluğu, GDB nedeni ile yatan hastaların anlamlı olarak yatağa daha az bağımlı olduğu ( $p=0.012$ ) ( $p=0.005$ ) ( $p=0.016$ ); evre III-IV dekübit yarası nedeniyle yatan hastaların ise anlamlı olarak yatağa daha fazla bağımlı olduğu saptanmıştır ( $p=0.037$ ). Yatış nedenlerine göre yatağa tam bağımlılık durumu Tablo 12’de verilmiştir.

**Tablo 12.** Yatış Nedenlerine Göre Yatağa Tam Bağımlılık Durumu

Yatış nedeni	Yatağa tam bağımlılık		p
	Yok (n %)	Var (n %)	
Ağrı	Yok	47 (53.4)	<b>0.012</b>
	Var	11 (91.7)	
Aile eğitimi	Yok	48 (63.2)	0.063
	Var	10 (41.7)	
Beslenme bozukluğu	Yok	7 (31.8)	<b>0.005</b>
	Var	51 (65.4)	
Solunum güçlüğü	Yok	46 (56.8)	0.613
	Var	12 (63.2)	
Evre III-IV dekübit yarası	Yok	52 (62.7)	<b>0.037</b>
	Var	6 (35.3)	
Genel durum bozukluğu	Yok	26 (43.7)	<b>0.016</b>
	Var	32 (71.1)	
Diğer	Yok	53 (60.2)	0.222
	Var	5 (41.7)	

Ki kare testi

Gruplandırılmış primer hastalıklara göre yatış nedenleri dağılımı Tablo 13'te verilmiştir.

- Kanser hastaları en sık beslenme bozukluğu (n=27), ardından genel durumu bozukluğu (n=18) ve ağrı (n=11) nedeniyle kabul edilmiştir.
- SVO hastaları en sık beslenme bozukluğu (n=13) ve genel durum bozukluğu (n=8) nedeniyle kabul edilmiştir.
- Anoksik beyin hasarı olan hastalar en sık aile eğitimi (n=5) ve beslenme bozukluğu (n=5) nedeniyle kabul edilmiştir.
- Nörodejeneratif bozukluğu olan hastalar en sık beslenme bozukluğu (n=13) nedeniyle kabul edilmiştir.
- Diğer nörolojik hastalık grubundaki hastalar en sık beslenme bozukluğu (n=3) ve evre III-IV dekübit yarası (n=3) nedeniyle kabul edilmiştir.
- KOAH+Pnömoni hastalarının tamamında (n=3) beslenme bozukluğu vardır.
- Postoperatif dönemde olan hastalar en sık beslenme bozukluğu (n=9) ve aile eğitimi (n=6) nedeniyle kabul edilmiştir.
- “Diğer” olarak gruplandırılan hastalar en sık beslenme bozukluğu (n=5) ve genel durum bozukluğu (n=4) nedeniyle kabul edilmiştir.

**Tablo 13.** Gruplandırılmış Primer Hastalıklara Göre Yatış Nedenleri Dağılımı

Primer hastalıklar		Ağrı	Aile eğitimi	Beslenme bozukluğu	Solunum güçlüğü	Evre III-IV dekübit yarası	Genel durum bozukluğu	Diğer <sup>1</sup>
Kanser	n	11	4	27	5	2	18	3
	%	91.7	16.7	34.6	26.3	11.8	40.0	25.0
SVO	n	-	2	13	3	2	8	2
	%	-	8.3	16.7	15.8	11.8	17.8	16.7
Anoksik beyin hasarı	n	-	5	5	2	2	1	2
	%	-	20.8	6.4	10.5	11.8	2.2	16.7
Nörodejeneratif bozukluk <sup>2</sup>	n	-	4	13	3	5	6	3
	%	-	16.7	16.7	15.8	29.4	13.3	25.0
Diğer nörolojik hastalık <sup>3</sup>	n	1	1	3	-	3	2	-
	%	8.3	4.2	3.8	-	17.6	4.4	-
KOA+Pnömoni	n	-	-	3	2	-	2	-
	%	-	-	3.8	10.5	-	4.4	-
Postoperatif dönem <sup>4</sup>	n	-	6	9	2	1	4	1
	%	-	25.0	11.5	10.5	5.9	8.9	8.3
Diğer <sup>5</sup>	n	-	2	5	2	2	4	1
	%	-	8.3	6.4	10.5	11.8	8.9	8.3
Toplam		12	24	78	19	17	45	12

Ağrı, GDB ve aile eğitimi nedeni ile yatanların yatış şekilleri anlamlı olarak farklı bulunmuştur (p=0.014) (p=0.002) (p=0.001). Ağrı ve GDB nedeni ile yatanlarda yatış şekli olarak doğrudan başvuru, aile eğitimi nedeniyle yatanlarda sevk/nakil daha fazladır. Aile eğitimi ve GDB nedeni ile yatanlarda çıkış şekli anlamlı olarak farklı bulunmuştur (p=0.019) (p=0.028). Aile eğitimi nedeni ile yatanlarda çıkış şekli olarak taburculuk fazla iken, GDB nedeni ile yatanlarda ölüm daha fazladır. Yatış nedenine göre yatış ve çıkış şekli arasındaki ilişki Tablo 14'te verilmiştir.

<sup>1</sup> Ateş(1), apne(1), bulantı-kusma(1), ishal(2), konuşamama(1), asi(1), kronik hipotremi(1), status epilepticus(1), fizyoterapi ihtiyacı(3)

<sup>2</sup> ALS(5), Alzheimer hastalığı(8), Parkinson hastalığı(4)

<sup>3</sup> Serebral palsi(1), herediter ataksi(1), demiyelinizan hastalık(1), epilepsi(1), transvers myelit(1), hidrosefali(1)

<sup>4</sup> Beyin cerrahisi veya ortopedi ameliyatı sonrası dönem

<sup>5</sup> Septik şok(1), KKY(1), travmatik serebral hemoraji(3), sepsis(1), iyileşme dönemi(1), işlem sonrası komplikasyon(1)

**Tablo 14.** Yatış Nedeni İle Yatış ve Çıkış Şekli İlişkisi

Yatış nedeni		Yatış şekli			p	Çıkış şekli			p
		Doğrudan başvuru	Sevk/nakil			Taburcu	Sevk/nakil	Ölüm	
Ağrı	Yok	n %	48 54.5	40 45.5	<b>0.014</b>	39 44.3	21 23.9	28 31.8	0.192
	Var	n %	11 91.7	1 8.3		3 25.0	2 16.7	7 58.3	
Aile eğitimi	Yok	n %	52 68.4	24 31.6	<b>0.001</b>	30 39.5	14 18.4	32 42.1	<b>0.019</b>
	Var	n %	7 29.2	17 70.8		12 50.0	9 37.5	3 12.5	
Beslenme bozukluğu	Yok	n %	9 40.9	13 59.1	0.051	10 45.5	7 31.8	5 22.7	0.325
	Var	n %	50 64.1	28 35.9		32 41.0	16 20.5	30 38.5	
Solunum güçlüğü	Yok	n %	47 58.0	34 42.0	0.682	34 42.0	18 22.2	29 35.8	0.909
	Var	n %	12 63.2	7 36.8		8 42.1	5 26.3	6 31.6	
Evre III-IV dekübit yarası	Yok	n %	48 57.8	35 42.2	0.600	31 37.3	22 26.5	30 36.1	0.070
	Var	n %	11 64.7	6 35.3		11 64.7	1 5.9	5 14.3	
Genel durum bozukluğu	Yok	n %	25 45.5	30 54.5	<b>0.002</b>	28 50.9	14 25.5	13 23.6	<b>0.028</b>
	Var	n %	34 75.6	11 24.4		14 31.1	9 20.0	22 48.9	
Diğer	Yok	n %	52 59.1	36 40.9	0.960	35 39.8	22 25.0	31 35.2	0.341
	Var	n %	7 58.3	5 41.7		7 58.3	1 8.3	4 33.3	

Ki-kare testi

### 4.3. Palyatif Bakım Ekibi Tarafından Sunulan Sağlık Bakım Hizmeti Değişkenlerine Ait Bulgular

Hastaların %69.0'una enteral beslenme desteği verilmiş olup, %31.0'i parenteral beslenmiştir. Beslenme desteği programı diyetisyen tarafından hazırlanmıştır.

Hastaların tamamına (%100.0) eklem açıklığı egzersizi ve mobilizasyon, %8.0'ine solunum egzersizi, %44.0'üne güçlendirme egzersizi, %15.0'ine yardımcı araç kullanma egzersizi uygulanmıştır. Fizik tedavi desteği fizyoterapist tarafından verilmiştir.



Araştırma kapsamında hastaların tamamına (%100.0) fiziksel bakım, %7.0'sine postural drenaj uygulanmıştır. Hastaların %32.0'sinin trakeostomili, %46.0'sının PEG'li olduğu saptanmıştır. Hastaların %60.0'ında I, II, III veya IV. evrede bası yarası olduğu saptanmıştır. Bası yarası bakımı, yara bakım hemşiresinin talimatı doğrultusunda palyatif bakım hemşireleri tarafından verilmiştir.

Palyatif bakım sürecinde hastaların bakımını üstlenen aile üyelerinin tamamına (%100.0) palyatif bakım hemşireleri tarafından aile eğitimi verilmiştir. Eğitimin kapsamını hastanın kişisel bakımı, hasta odasında bulunan tıbbi ekipman ve sarf malzemelerin kullanımı, aspirasyon, pozisyon verilmesi, tuvalet ihtiyacının karşılanması, acil durumlar gibi konular oluşturmuştur.

Araştırma kapsamında hastaların tamamına (%100.0) kabulden itibaren psikolog tarafından psikososyal destek verilmiştir. Hastanın bakımını üstlenen aile üyelerine de ölüm sırasında bakım ve yas süreci desteği ile gereksinim halinde psikososyal destek verilmiştir.

Hasta ve ailelerinin manevi destek talebi doğrultusunda manevi destek biriminde görevli din görevlisi tarafından hastaların %45.0'ine manevi destek hizmeti verilmiştir. Her hasta ve/veya ailesi manevi destek talebinde bulunmamıştır. Manevi destek, Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan, hastanelerde manevi bakım ve dini danışmanlık hizmeti sunulmasına yönelik işbirliği protokolü kapsamında verilmektedir. Görevli din görevlisi din psikolojisi, dini ve manevi bakım, hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim, pastoral psikoloji ve dua vaizliği gibi konularda eğitim almış bir kişidir. Din görevlisi hastanede haftanın iki günü, günde dört saat görev yapmaktadır. Palyatif bakım ekibi tarafından verilen sağlık bakım hizmeti değişkenleri dağılımı Tablo 15'te verilmiştir.

**Tablo 15.** Sağlık Bakım Hizmetlerinin Dağılımı

Sağlık bakım hizmetleri			Sayı (n)	Yüzde (%)
Beslenme desteği	Enteral beslenme	Evet	69	69.0
		Hayır	31	31.0
	IV beslenme	Evet	51	51.0
		Hayır	49	49.0
Fizik tedavi desteği	Eklem açığı egzersizi	Evet	100	100.0
		Hayır	0	0.0
	Mobilizasyon	Evet	100	100.0
		Hayır	0	0.0
	Solunum egzersizi	Evet	8	8.0
		Hayır	92	92.0
	Güçlendirme egzersizi	Evet	44	44.0
		Hayır	56	56.0
Sağlık bakım desteği	Yardımcı araç kullanımı	Evet	15	15.0
		Hayır	85	85.0
	Fiziksel bakım (ağız, göz, saç, vücut)	Evet	100	100.0
		Hayır	0	0.0
Eğitim danışmanlığı	Postural drenaj	Evet	7	7.0
		Hayır	93	93.0
	Bası yarası	Evet	60	60.0
		Hayır	40	40.0
Psikososyal destek	Trakeostomi bakımı	Evet	32	32.0
		Hayır	68	68.0
	PEG bakımı	Evet	46	46.0
		Hayır	54	54.0
Eğitim danışmanlığı	Aile eğitimi	Evet	100	100.0
		Hayır	0	0.0
Manevi destek	Ölüm ve yas süreci bakımı	Evet	100	100.0
		Hayır	0	0.0
	Psikososyal bakım	Evet	100	100.0
		Hayır	0	0.0
Manevi destek	Manevi(dini) bakım	Evet	45	45.0
		Hayır	55	55.0

#### 4.4. Ailenin Demografik ve Palyatif Bakım Değişkenlerine Ait Bulgular

Bakımı üstlenen aile üyelerinin yaş ortalaması  $48.0 \pm 11.1$  yıl olup, en küçük aile üyesi 22, en büyük aile üyesi 80 yaşındadır. Bakım verenlerin %67.0'si kadın, %33.0'ü erkektir.

Aile üyesinin hastaya yakınlık derecesi incelendiğinde; %30.0'unun eş, %7.0'sinin hastanın anne veya babası, %42.0'sinin hastanın çocuğu, %21.0'inin hastanın ikinci veya üçüncü derece akrabası olduğu bulunmuştur.

Hastanın bakımını üstlenen aile üyelerinin %19.0'unun palyatif bakım konusunda farkındalığı varken, %81.0'inin farkındalığının olmadığı bulunmuştur.

Ailelerin palyatif bakıma yönlendirilme şekli incelendiğinde; %58.0'inin hastanın doktoru, %33.0'ünün bir yakını tarafından yönlendirildiği, %9.0'unun ise kendi araştırmaları sonucu palyatif bakıma başvurduğu bulunmuştur.

Ailelerin %96.0'sı deneyimlerine dayanarak palyatif bakımı çevresine kesinlikle tavsiye ederken, %4.0'ü belki tavsiye edebileceğini belirtmiştir.

Ailelerin %53.0'ü taburcu sonrası bakıma devam etmek istediği yer konusunda evi tercih edeceğini belirtmiş, %42.0'si bir palyatif bakım merkezini, %5.0'i ise bakımevi/huzurevini tercih edeceğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan ailelerin demografik ve palyatif bakım değişkenlerine ait bulgular Tablo 16'da verilmiştir.

**Tablo 16.** Ailenin Demografik ve Palyatif Bakım Özelliklerinin Dağılımı

		Ort. $\pm$ SS	Min. – Max.
Hasta yakını yaş		48.0 $\pm$ 11.1	22 - 80
		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	67	67.0
	Erkek	33	33.0
Hastaya yakınlık derecesi	Eş	30	30.0
	Anne/baba	7	7.0
	Çocuk	42	42.0
	Diğer*	21	21.0
Ailenin PB farkındalığı	Yok	81	81.0
	Var	19	19.0
Palyatif bakıma yönlendirilme şekli	Hastanın doktoru	58	58.0
	Yakınım	33	33.0
	Kendim araştırdım	9	9.0
Ailenin deneyimlerine göre palyatif bakımı tavsiye etmesi	Kesinlikle tavsiye ederim	96	96.0
	Belki tavsiye edebilirim	4	4.0
	Kararsızım	-	-
	Tavsiye etmem	-	-
Ailenin sonraki bakım yeri tercihi	Ev	53	53.0
	Palyatif bakım merkezi	42	42.0
	Bakımevi/huzurevi	5	5.0

\*ikinci veya üçüncü derece akraba, komşu

#### 4.5. Aile Palyatif Bakım Memnuniyeti Ölçümlerine Ait Bulgular

Hastanın bakımını üstlenen aile üyelerinin palyatif bakım hizmetlerinden memnuniyeti ortalama  $4.4 \pm 0.6$  puan olarak ölçülmüştür. Genel olarak katılımcıların büyük çoğunluğu palyatif bakım hizmetlerinden memnuniyetini “çok memnun” ve “memnun” düzeyinde değerlendirmiştir.

Katılımcıların %59.0’u “dini destek personelinin etkililiği” sorusuna, %9.0’u “hastanın evde fiziksel bakımı konusunda verilen eğitimler” sorusuna, %2.0’si “bakım sürecinde verilen eğitimler” sorusuna yanıt vermemiştir. “Dini destek

personelinin etkililiği” konusunu ailelerin %41.0’i değerlendirmiştir. Ailelerin dini destek (manevi destek) hizmetini kabul etmemesi, hastanın palyatif bakımda yattığı süre içinde dini destek personelinin görev yapmamış olması, ailelerin bu soruya cevap vermekten kaçınmaması bu konuda katılımın az olmasının nedenlerindedir.

Bakımı üstlenen aile üyelerinin tamamı tarafından değerlendirilen, %64.0’ünün “çok memnun”, %32.0’sinin “memnun”, %3.0’ünün “kararsız”, %1.0’inin “memnun değil” düzeyinde değerlendirdiği “hastanın fiziksel ihtiyaçlarının karşılanma şekli” (puanı=4.6±0.6) konusu ile %62.0’sinin “çok memnun”, %38.0’inin “memnun” düzeyinde değerlendirdiği “genel olarak palyatif bakım merkezinin hizmetleri” (puanı=4.6±0.5) en çok memnun olunan konu olarak bulunmuştur.

Bakımı üstlenen aile üyelerinin tamamı tarafından değerlendirilen, %38.0’inin “çok memnun”, %55.0’inin “memnun”, %4.0’ünün “kararsız”, %3.0’ünün “memnun değil” düzeyinde değerlendirdiği “tedavi ve bakım kararlarına aile üyesinin katılımını da içeren davranış tarzı” (puanı4.3±0.7) konusu ile katılımcıların %43.0’ünün “çok memnun”, %46.0’sinin “memnun”, %9.0’unun “kararsız” ve %2.0’sinin “memnun değil” olarak değerlendirdiği “tedavinin yan etkileri konusunda bakım ekibi tarafından verilen bilgi” (puan=4.3±0.7) konusu en az memnun olunan konu olarak bulunmuştur. Palyatif bakım hizmetlerinden şikâyetçi olan aile üyesinin olmadığı bulunmuştur. Aile memnuniyet ölçümlerine ilişkin bulgular Tablo17’de verilmiştir.

**Tablo 17.** Aile Palyatif Bakım Memnuniyet Puanlarının Dağılımı\*

Ne kadar memnunsunuz?*	Çok Memnun n %	Memnun n %	Kararsız n %	Memnun Değil n %	Şikâyetçi n %	Ort. ± SS
1. Ağrının hafifletilmesi	54 (54.0)	42 (42.0)	4 (4.0)	-	-	4.5 ± 0.6
2. Semptomların izlemi ve tedavisi	53 (53.0)	45 (45.0)	-	2 (2.0)	-	4.5 ± 0.6
3. Tedavinin yan etkileri konusunda bakım ekibi tarafından verilen bilgi	43 (43.0)	46 (46.0)	9 (9.0)	2 (2.0)	-	4.3 ± 0.7
4. Hastanın durumu ve olası gidişat konusunda verilen bilgi	48 (48.0)	41 (41.0)	9 (9.0)	2 (2.0)	-	4.4 ± 0.7
5. Psikososyal destek personelinin etkililiği	51 (51.0)	45 (45.0)	3 (3.0)	1 (1.0)	-	4.5 ± 0.6
6. Dini destek personelinin etkililiği**	12 (12.0)	19 (19.0)	10 (10.0)	-	-	4.1 ± 0.7
7. Bakım ekibinin kurduğu açık ve duyarlı iletişim	48 (48.0)	49 (49.0)	-	3 (3.0)	-	4.4 ± 0.7
8. Tedavi ve bakım kararlarına aile üyesinin katılımını da içeren davranış tarzı	38 (38.0)	55 (55.0)	4 (4.0)	3 (3.0)	-	4.3 ± 0.7
9. Hastanın fiziksel ihtiyaçlarının karşılanma şekli	64 (64.0)	32 (32.0)	3 (3.0)	1 (1.0)	-	<b>4.6 ± 0.6</b>
10. Acil durumlar ve yardım isteklerinde bakım ekibinin çabukluğu	58 (58.0)	36 (36.0)	3 (3.0)	3 (3.0)	-	4.5 ± 0.7
11. Bakım ve tedavi konusunda bakım ekibinin ilgi ve özeni	58 (58.0)	39 (39.0)	1 (1.0)	2 (2.0)	-	4.5 ± 0.6
12. Hastanın bakımı ve temizliği	60 (60.0)	35 (35.0)	4 (4.0)	1 (1.0)	-	4.5 ± 0.6
13. Hastanın evde fiziksel bakımı konusunda verilen eğitimler**	34 (34.0)	51 (51.0)	5 (5.0)	1 (1.0)	-	4.3 ± 0.6
14. Palyatif bakım sürecinde size verilen eğitimler**	43 (43.0)	53 (53.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	-	4.4 ± 0.6
15. Palyatif bakım merkezinin temizliği ve düzeni	53 (53.0)	46 (46.0)	-	1 (1.0)	-	4.5 ± 0.6
16. Genel olarak palyatif bakım merkezinin hizmetleri	62 (62.0)	38 (38.0)	-	-	-	<b>4.6 ± 0.5</b>

\*Şikâyetçi (1), Memnun Değil (2), Kararsız (3), Memnun (4), Çok Memnun (5).

\*\*Dini destek personelinin etkililiği sorusuna 59; evde fiziksel bakım konusunda verilen eğitimler sorusuna 9; bakım sürecinde verilen eğitimler sorusuna 2 katılımcı yanıt vermemiştir.

Taburcu sonrası bakım yeri tercihine (PBM ya da Ev/Bakımevi/huzurevi) göre ailelerin Palyatif Bakım hizmetlerinden memnuniyet puan ortalamaları Tablo 18'de verilmiştir. Ağrının hafifletilmesinden duyulan memnuniyet puanları taburcu sonrası bakım yeri tercihleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.035).

**Tablo 18.** Ailelerin Taburcu Sonrası Bakım Yeri Tercihine Göre Palyatif Bakım Memnuniyet Puanları

Ailenin bakım yeri tercihi	Konular	Ort.puan ± SS	P
PBM	Ağrının hafifletilmesi	4.6 ± 0.5	<b>0.035</b>
Ev/Bakımevi/Huzurevi		4.4 ± 0.6	
PBM	Semptomların izlemi ve tedavisi	4.5 ± 0.5	0.890
Ev/Bakımevi/Huzurevi		4.5 ± 0.7	
PBM	Tedavinin yan etkileri konusunda bakım ekibi tarafından verilen bilgi	4.4 ± 0.7	0.216
Ev/Bakımevi/Huzurevi		4.2 ± 0.8	
PBM	Hastanın durumu ve olası gidişat konusunda verilen bilgi	4.3 ± 0.7	0.307
Ev/Bakımevi/Huzurevi		4.4 ± 0.7	
PBM	Psikososyal destek personelinin etkililiği	4.4 ± 0.6	0.663
Ev/Bakımevi/Huzurevi		4.5 ± 0.6	
PBM	Dini destek personelinin etkililiği	3.9 ± 0.7	0.213
Ev/Bakımevi/Huzurevi		4.1 ± 0.8	
PBM	Bakım ekibinin kurduğu açık ve duyarlı iletişim	4.5 ± 0.5	0.468
Ev/Bakımevi/Huzurevi		4.4 ± 0.7	
PBM	Tedavi ve bakım kararlarına aile üyesinin katılımını da içeren davranış tarzı	4.4 ± 0.6	0.339
Ev/Bakımevi/Huzurevi		4.2 ± 0.8	
PBM	Hastanın fiziksel ihtiyaçlarının karşılanma şekli	4.6 ± 0.5	0.460
Ev/Bakımevi/Huzurevi		4.6 ± 0.7	
PBM	Acil durumlar ve yardım isteklerinde bakım ekibinin çabukluğu	4.5 ± 0.6	0.685
Ev/Bakımevi/Huzurevi		4.5 ± 0.8	
PBM	Bakım ve tedavi konusunda bakım ekibinin ilgi ve özeni	4.6 ± 0.5	0.379
Ev/Bakımevi/Huzurevi		4.5 ± 0.7	
PBM	Hastanın bakımı ve temizliği	4.6 ± 0.6	0.456
Ev/Bakımevi/Huzurevi		4.5 ± 0.7	
PBM	Hastanın evde fiziksel bakımı konusunda verilen eğitimler	4.2 ± 0.7	0.207
Ev/Bakımevi/Huzurevi		4.4 ± 0.6	
PBM	Palyatif bakım sürecinde size verilen eğitimler	4.4 ± 0.7	0.406
Ev/Bakımevi/Huzurevi		4.5 ± 0.5	
PBM	Palyatif bakım merkezinin temizliği ve düzeni	4.6 ± 0.5	0.570
Ev/Bakımevi/Huzurevi		4.5 ± 0.6	
PBM	Genel olarak palyatif bakım merkezinin hizmetleri	4.6 ± 0.5	0.208
Ev/Bakımevi/Huzurevi		4.7 ± 0.5	

Independent T Testi

#### 4.6. Hastalık Maliyet Ölçümlerine Ait Bulgular

Mali etkililik direkt ve indirekt sağlık harcamalarını kapsamaktadır. İndirekt maliyeti hesaplamak oldukça zor olduğundan, çalışmalarda genellikle direkt sağlık harcamaları üzerinden hastalık maliyet hesaplamaları yapılmaktadır (14).

Çalışmamızda direkt hastalık maliyeti incelenmiştir. Palyatif bakım tedavisi alan hastaların ilaç, malzeme, işlem ve toplam hastalık maliyeti ortalamaları Türk Lirası üzerinden Tablo 19’da verilmiştir Buna göre toplam hastalık maliyeti ortalaması  $22.128 \pm 34.768$  TL olarak bulunmuştur. Palyatif bakım tedavisi alan hastaların hasta birim maliyeti 22.128 TL olarak bulunmuştur. Yatılan gün birim maliyeti ise 391 TL olarak bulunmuştur.

**Tablo 19.** İlaç, Malzeme, İşlem ve Toplam Hastalık Maliyet Ortalamaları (TL)

	Toplam maliyet	Ort $\pm$ SS	Min. – Max.	Median	Hasta birim maliyeti*	Yatılan gün birim maliyeti**
İlaç	286.546	$2.865 \pm 3.981$	1.14 - 28.838	1.657	2.865	50
Malzeme	234.499	$2.344 \pm 17.317$	0.00 - 173.161	93	2345	41
İşlem	1.692.350	$16.923 \pm 18.650$	1.500 - 132.300	11.700	16.923	299
Toplam	2.212.822	$22.128 \pm 34.768$	1.891 - 322.260	14.109	22.128	391

\*Hasta birim maliyeti toplam hasta sayısı (n=100) üzerinden hesaplanmıştır.

\*\*Yatılan gün birim maliyeti toplam yatılan gün sayısı (5645 gün) üzerinden hesaplanmıştır.



## 5. TARTIŞ MA

Dünyada palyatif bakım uygulamaları çok gelişmiştir ve palyatif bakıma yönelik pek çok literatür çalışması bulunmaktadır. Son yıllarda ülkemizde palyatif bakım uygulamaları konusunda birtakım gelişmeler olmaktadır. Ancak bu konuda yapılan akademik çalışmalarda henüz istenilen seviyeye ulaşamamıştır. Ülkemizde palyatif bakım desteği hastaneye bağlı birimlerde verilmektedir. Hastaların hastane dışında yedi gün 24 saat ulaşabilecekleri bir sistem bulunmamaktadır. Çalışmamızda palyatif bakım hizmetlerinin kapsamı ve ülkemizdeki profili, bir palyatif bakım merkezi örneğinde ele alınarak incelenmiştir.

Araştırma kapsamında palyatif bakım desteği alan 100 hasta ile hastaların bakımını üstlenen 100 aile üyesi bulunmaktadır. Hastaların ortalama yaşı  $62.8 \pm 19.9$  yıl olup, %65.0'i erkektir. Kadın ve erkek hastaların yaşları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Palyatif bakım desteği alan hastaların %48.0'inin 65 yaş ve üzerindeki hastalar olduğu bulunmuştur. Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalarda palyatif bakıma ihtiyaç duyulan ortalama yaş çalışmamızla uyumlu bulunmuştur (30, 39, 63, 71, 72).

Çalışmamızda hastaların ortalama yatış süresi  $56.5 \pm 62.3$  (min:5-max:441) gündür. Kadın ve erkeklerin yatış süreleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Hastaların %42.0'si yatağa tam bağımlıdır. Yatağa tam bağımlı hastalar palyatif bakımda daha uzun süre yatmıştır (76 gün). Bir palyatif bakım merkezinde yatan 149 hasta üzerinde yapılan retrospektif çalışmada, ortalama yatış süresi  $14.50 \pm 12.03$  gün, yatağa tam bağımlı hasta oranı %78.52 olarak bulunmuştur (27). Palyatif bakım ünitesinde yatan 71 kanser hastasında görülen semptom sıklığının ve palyatif bakım desteği sonrası bu semptomlardaki değişikliğin incelendiği bir başka çalışmada ortalama yatış süresi  $13.59 \pm 11.33$  gün olarak bulunmuştur (28). Bu çalışmada ortalama yatış süresi, literatürdeki benzer çalışmalardan daha uzun çıkmış olup, bu bakımdan literatürden farklılık göstermektedir. Literatürdeki çalışmaların geneli palyatif bakım desteği alan kanser hastaları üzerinde yapılmıştır. Çalışmayı yaptığımız merkezin kapsamlı palyatif bakım merkezi olması ve merkeze kabul edilen hastaların yatış nedenleri ile bu nedenlerin altında yatan primer hastalıkların çeşitliliğinden dolayı farklı sonuç elde ettiğimizi düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hastaların en sık beslenme bozukluğu, ardından sıklık sırasına göre genel durumu bozukluğu ve aile eğitimi nedeniyle palyatif bakıma kabul edildiği bulunmuştur. Araştırma kapsamındaki hastaların %29.0'u kanser nedeniyle yatırılmıştır. Hastaların %49.0'unun yatış nedeninin altında primer hastalık olarak bir nörolojik hastalık bulunmaktadır. En sık görülen nörolojik hastalığın SVO olduğu bulunmuştur. Palyatif bakım merkezinin bir yıllık hizmetlerinin tanımlanmasının amaçlandığı bir çalışmada, hastalar en sık beslenme bozukluğu, ardından dekübit ülseri nedeniyle palyatif bakıma kabul edilmiş, yatış nedenlerinin altında yatan birincil hastalıkları başta SVO, ardından diğer nörolojik bozukluklar ile kanserlerin oluşturduğu bulunmuştur (27). Palyatif bakım desteği alan 360 kanser hastası üzerinde yapılan çalışmada, ağrı ve beslenme bozukluğu hastaneye en sık yatış nedenleri olarak bulunmuştur (29). Eğitim içerikleri ve programlarının palyatif bakım merkezleri için bir rehber olması amacıyla İzmir'de yapılan bir çalışmada, hastaların palyatif bakıma yatış ve kabul kriterleri şu şekilde belirlenmiştir (30):

- Ağrı (ağrı skalası  $\geq 5$  olan, ağrıya bağlı uyku düzeni bozulan, istirahatte dahi ağrısı devam eden ve yan etkiler nedeni ile medikal tedavi uygulanamayan hastalar)
- Beslenme bozukluğu (oral alımı bozulmuş, son 6 ay içerisinde %10.0'dan fazla kilo kaybı olan, hiç oral alamadığı için enteral ya da parenteral beslenme desteğine ihtiyaç duyan malnutrisyonlu hastalar)
- Norton/ Braden'a göre Evre III-IV dekübit yarası olan hastalar
- Etiyolojisi bilinmeyen veya multiple olan deliryum tanısı almış hastalar
- Geriatrik Sendromlar (düşme, inkontinans, ihmal vb. hastalar)
- İleri evre kalp yetmezliği olan hastalar
- Tedaviye rağmen klinik ve laboratuvar olarak kötüleşen, dispne, hemoptizi, kontrol edilemeyen ağrı vb semptomları artan, beklenen yaşam süresi 6 aydan kısa, cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavilere rağmen progressif hastalığı olan onkoloji hastalar
- Kronik son dönem akciğer hastaları
- Alzheimer Hastalığında Fonksiyonel Değerlendirme Evrelemesine göre evre 7 ve üzeri olan demans hastalar
- Kronik nörolojik hastalığı olup (hipoksik iskemik ensefalopati, inme, parkinson hastalığı, ALS, MS vb) klinik tablosunda akut değişikliği olan

(ateş, beslenme bozukluğu, dekübit yarası, üriner enfeksiyonlar, pnömoni, öz bakımlarında azalma vb) hastalar

- Tükenme Sendromuna girmiş son dönem HIV hastaları

Çalışmamızda literatürden farklı olarak “aile eğitimi” palyatif bakım için bir yatış nedeni olarak kabul edilmiştir. Ayrıca beyin cerrahisi ve ortopedi ameliyatı sonrası postoperatif dönemde olan hastalar palyatif bakım desteği için kabul edilmiştir. Postoperatif dönemde olan hastalar en sık beslenme bozukluğu ve aile eğitimi nedeniyle kabul edilmiştir. Palyatif bakımda yatılan ilk günden itibaren yatış süresi boyunca ve taburculuk aşamasında ailelere eğitimler verilmektedir. Eğitimin kapsamını hasta ve ailesinin gereksinimlerine göre ve hastalığa özel, hastanın kişisel bakımı, tıbbi ekipman ve sarf malzemelerin kullanımı, aspirasyon, pozisyon verilmesi, yardımcı araç kullanımı, tuvalet ihtiyacının karşılanması, acil durumlar, evde hastanın fiziksel bakımı gibi konular oluşturmaktadır.

Solunum güçlüğü yaşayan, aile eğitimi verilen ve evre III-IV dekübit yarası bulunan hastaların palyatif bakımda yatış süresi daha uzundur. Solunum güçlüğü ve aile eğitimi ile yatış süresi arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Evre III-IV dekübit yarası ile yatış süresi arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bu hastalar palyatif bakımda ortalama 68.1 gün yatmıştır. Araştırma kapsamında 60 hastada dekübit yarası olduğu bulunmuştur. Evre III-IV dekübit yarası nedeniyle yatışı yapılan 17 hasta olup, hastaların %64.7’si yatağa tam bağımlıdır. Evre III-IV dekübit yarası nedeniyle yatan hastaların anlamlı olarak yatağa daha fazla bağımlı olduğu saptanmıştır. Literatürde en sık yatağa bağımlı felçli hastalarda ve kalça kırığı gelişen hastalarda dekübit yarası görüldüğü belirtilmektedir (31). Bu çalışmada, evre III-IV dekübit yarası en sık nörodejeneratif bozukluğu olan hastalarda görülmüştür. Dekübit yarasının önlenmesi koruyucu sağlık hizmeti olarak değerlendirilmelidir. Hastanın bakımını üstlenen aile üyelerinin hasta bakımı konusunda eğitimi komplikasyonların önlenmesi bakımından önemlidir.

Hastaların %42.0’si taburcu edilmiş, %35.0’i hastanede vefat etmiş, %23.0’ü başka bir sağlık kuruluşuna sevk/nakil edilmiştir. Aile eğitimi nedeniyle yatan hastaların %70.8’inin sevk/nakil yoluyla geldiği, yine bu nedenle yatan hastaların %50.0’sinin taburcu edildiği bulunmuştur. Genel durum bozukluğu nedeniyle yatan hastaların %75.6’sı doğrudan başvurmuş olup, bu nedenle yatan hastaların

%48.9'unun hastanede öldüğü bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada genel durum bozukluğu olan palyatif bakım hastalarının %91.7'sinin hastanede öldüğü bulunmuştur (29). Palyatif bakım biriminde tedavi olan kanser hastaları üzerinde yapılan çalışmada yaş 48.0 ± 11.1 yıl olup, %67.0'si kadındır. Hastaların %42.0'sinin bakımını çocuklarının üstlendiği bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada bakım veren hasta yakınlarının yaş ortalaması 45.3±13.8 yıl, hasta yakınlarının %42.5'inin hastanın oğlu veya kızı olduğu bulunmuştur (17). İzmir'de yapılan bir çalışmada ise palyatif bakım desteği almış hastaların yakınlarının %66.7'sinin 51-60 yaş grubunda, %60.0'ının kadın olduğu bulunmuştur (15). İngiltere'de bir tıp fakültesinde palyatif bakım konusunda 65 kanser hastası ve bakım veren aile üyesi üzerinde yapılan çalışmada, aile üyelerinin ortalama yaş 60 yıl, bakım veren aile üyelerinin %74.0'ünün hastanın eşi olduğu bulunmuştur (32). Lancet Dergisi komisyonlarının palyatif bakım üzerine yayımladığı raporda palyatif bakımda bakım yükünün çoğu zaman kızlar da dâhil kadınlara düştüğü ve bu durumun cinsiyet eşitsizliğini arttırdığı belirtilmiştir (12).

Ailenin bakım sürecinde tüm ihtiyaçlarının karşılanarak yaşam kalitesinin artırılması palyatif bakımın temel hedeflerindedir. Aile memnuniyeti bakım kalitesinin önemli bir göstergesidir (14). Çalışmamızda hastanın bakımını üstlenen aile üyelerinin palyatif bakım konusunda memnuniyeti ortalama 4.4 ± 0.6 puan olarak ölçülmüştür. Ailelerin palyatif bakım hizmetlerinden memnuniyeti “çok memnun” ve “memnun” düzeyindedir. Ailelerin %96.0'sı deneyimlerine dayanarak palyatif bakımı çevresine kesinlikle tavsiye edeceğini belirtmişlerdir. Aile palyatif bakımın bir parçasıdır. Aile ile işbirliği ve iletişim artırılmalıdır. Palyatif bakım desteği alan hastaların hastalık durumları nedeni ile memnuniyetinin ölçülemediği olması bu konuda yapılmış diğer çalışmalar gibi bu çalışmanın da bir kısıtlılığı olarak kabul edilebilir.

Çalışmamızda hastanın bakımını üstlenen aile üyelerinin %53.0'ü taburcu sonrası bakım yeri olarak evi tercih ederken, %42.0'sinin bir palyatif bakım merkezini tercih edeceği bulunmuştur. Ailelerin ağrı yönetimi konusundaki memnuniyetinin taburcu sonrası bakım yeri tercihinde etkili olduğu, ailelerin ağrı yönetiminde bir palyatif bakım merkezini tercih etmek istediği bulunmuştur. Palyatif bakımın temel ilkeleri ile uyumlu bir bulgudur. Palyatif bakım hastalarına yönelik bakım yeri tercihinin araştırıldığı bir çalışmada, hasta yakınları hastanede verilen

bakımdan memnun olsalar da gerekli şartlar sağlandığında hastalarına evde bakmayı tercih edecekleri bulunmuştur (13). Terminal dönem kanser hastası yakınlarının palyatif bakımla ilgili görüşlerinin araştırıldığı bir çalışmada ise hasta yakınlarının %79.0'u hastasının hastane ortamında bakılmasını tercih etmiştir (17). Türkiye'de evde sağlık ve bakım hizmetlerinin gelişmiş dünya ülkelerinde olduğu gibi palyatif bakım hastalarının gereksinimlerini karşılayacak seviyeye ulaşması halinde hastanın bakımını üstlenen ailelerin bakım yeri tercihinin ev olacağı sonucuna ulaşılabılır.

Kanser hastalarının yakınlarının palyatif bakımla ilgili görüşlerinin araştırıldığı bir çalışmada, katılımcıların %87.8'sinin palyatif bakım kavramını daha önce duymadığı bulunmuştur (17). Yapılan başka bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının palyatif bakım felsefesini tam olarak anlayamadığı bulunmuştur (13). Çalışmamızda ulaştığımız sonuçlar bu bilgiyi desteklemektedir. Aile üyelerinin %81.0'inin palyatif bakım konusunda farkındalığının olmadığı, %19.0'unun palyatif bakım konusunda farkındalığının olduğu bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin meslek öncesi ve meslek sonrası palyatif bakım konusunda farkındalıklarını arttırmaya yönelik eğitimler verilmesinin ve toplumun palyatif bakım konusunda bilgilendirilmesinin önemli olduğu sonucuna ulaşabiliriz.

ABD'de 161 palyatif bakım hastası ile karşılaştırma grubundaki 139 genel bakım hastası üzerinde yapılan maliyet çalışmasında, palyatif bakım hastalarının acil servis başvurularının ve hastanede yatış süresinin anlamlı düzeyde daha az olduğu, palyatif bakım maliyetinin genel bakım hastalarının maliyetiyle karşılaştırıldığında %45.0'lik bir azalma olduğu bulunmuştur (33). Yakın zamanda yapılan çalışmalar palyatif bakımın hastanın hastaneye daha az yatışla, yoğun bakımda daha az kalmayla ve daha düşük maliyetle ilişkili olduğunu göstermektedir (34). Ülkemizde palyatif bakım konusunda hastalık maliyet çalışması çok sınırlıdır. Elde ettiğimiz sonuçları karşılaştırmak için literatürde yeterince çalışma bulunamamıştır. Çalışmamızda direkt hastalık maliyeti incelenmiştir. Hastaların ortalama birim maliyeti 22.128±34.768 TL olarak bulunmuştur. Yatılan gün birim maliyeti 391 TL olarak bulunmuş olup, SGK'nın palyatif bakım tedavisi için belirlediği günlük paket fiyatından yüksek çıkmıştır (35).

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Palyatif bakım desteği alan hastaların ortalama yaşı  $62.8 \pm 19.9$  yıl olup, %65.0'i erkektir. Hastaların %48.0'i 65 yaş ve üzerindedir. Hastaların PBM'de ortalama yatış süresi  $56.5 \pm 62.3$  gündür. Ortalama yatış süresinin literatürdeki benzer çalışmalardan daha uzun olduğu bulunmuştur. Hastaların %42.0'si yatağa tam bağımlıdır. Yatağa tam bağımlı hastaların ortalama yatış süresinin daha uzun olduğu bulunmuştur. Hastaların en sık beslenme bozukluğu, ardından genel durum bozukluğu ve aile eğitimi nedeniyle palyatif bakıma kabul edildiği bulunmuştur. Literatürden farklı olarak aile eğitimi, palyatif bakım desteği için bir yatış nedeni olarak kabul edilmiştir. Araştırma kapsamındaki hastaların %29.0'u kanser nedeniyle yatırılmıştır. Takip edilen hastaların %49.0'unun yatış nedeninin altında primer hastalık olarak bir nörolojik hastalık bulunmakta olup, en sık görülen nörolojik hastalığın SVO olduğu bulunmuştur. Literatürden farklı olarak postoperatif dönem hastaları da palyatif bakım desteği için kabul edilmiştir. Postoperatif dönemde olan hastaların en sık beslenme bozukluğu ve aile eğitimi nedeniyle yatışı yapılmıştır.

Hastanın bakımını üstlenen aile üyelerinin ortalama yaşı  $48.0 \pm 11.1$  yıl olup, %67.0'si kadındır. Hastaların %42.0'sinin bakımını çocuklarının üstlendiği bulunmuştur. Bakım yükünün kadınlara düştüğü bulunmuştur. Aile palyatif bakım memnuniyeti ortalama  $4.4 \pm 0.6$  puan olarak ölçülmüştür. Ailelerin palyatif bakım hizmetlerinden memnuniyeti "çok memnun" ve "memnun" düzeyindedir. Ailelerin %53.0'ü taburcu sonrası bakım yeri olarak evi, %42.0'si bir palyatif bakım merkezini tercih edeceğini belirtmiştir. Ailelerin ağrı yönetimi konusundaki memnuniyetinin taburcu sonrası bakım yeri tercihinde etkili olduğu ve ailelerin bir palyatif bakım merkezini tercih etmek istediği bulunmuştur. Hastanın bakımını üstlenen aile üyelerinin %81.0'inin palyatif bakım konusunda farkındalığının olmadığı, %19.0'unun palyatif bakım konusunda farkındalığının olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda direkt hastalık maliyeti incelenmiştir. Hastaların ortalama birim maliyeti  $22.128 \pm 34.768$  TL olarak bulunmuştur. Yatılan gün birim maliyeti ise 391 TL olarak bulunmuştur. Yatılan gün birim maliyeti SGK'nın palyatif bakım tedavisi için belirlediği günlük paket fiyatından yüksek çıkmıştır.

## 6.2. Öneriler

Ağrı ve diğer semptomların yönetimi başta olmak üzere hastaların, ailelerin ve sağlık personelinin palyatif bakım konusunda bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını arttırmaya yönelik eğitimler verilmelidir. Palyatif bakım sürecinde hastanın bakımını üstlenen aile üyelerine verilen eğitimler bakımın ayrılmaz bir parçası olarak düzenli ve sistemli hale getirilmelidir.

Araştırmamızda hastaların çoğunluğunun taburcu olduğu, hastaların ve ailelerinin taburcu sonrası bakım yeri olarak evi tercih ettiği bulunmuştur. Ancak ailelerin ağrı yönetimi konusunda taburcu sonrası bakım yeri tercihinin bir palyatif bakım merkezi olduğu bulunmuştur. Bu açıdan değerlendirildiğinde, evde sağlık ve bakım hizmetleri palyatif bakım hastalarının gereksinimlerine cevap verecek düzeyde gelişmelidir. Bununla birlikte palyatif bakım hizmeti sunan birimlerle evde sağlık ve bakım hizmeti sunan birimlerin etkili bir entegrasyonun sağlandığı sistem kurulmalıdır. Bu birimlerde görevli sağlık personeli hizmet içi eğitimlerle desteklenmeli, koordinasyon içinde çalışması sağlanmalıdır.

Farkındalığın artması için bireylerin hızlı ve kolay şekilde bilgiye ulaşabildiği platformlarda, yazılı ve görsel medyada palyatif bakım hizmetleri konusuna daha fazla yer verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Sağlık profesyonellerinin meslek öncesi ve meslek sonrası farkındalıklarını arttırmaya yönelik eğitimler verilmelidir.

Araştırmamızda hastaların uzun yatış süresi ve ailelerin palyatif bakım memnuniyeti dikkatalındığında, ülkemizde palyatif bakım hizmeti sunan birimlerin arttırılmasının, palyatif bakım desteğine ihtiyaç duyan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesinin arttırılması ve bir insan hakkı olarak son dönemlerini acısız ve huzur içinde geçirmeleri bakımından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Hastanın bakımını üstlenen aile üyeleri ile hastaların birlikte palyatif bakım memnuniyetini ölçmeye yönelik bilimsel çalışmalar yapılmalıdır. Ülkemizde palyatif bakım tedavisine yönelik maliyet çalışmalarının da yapılması gerektiği görüşündeyiz.

## 7. KAYNAKLAR

1. Aksakal, H. Palyatif bakım hastalarına yönelik bakım yeri tercihi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
2. Brennan F, Gwyther L, Harding R. Palliative Care as a Human Right. Open Society Institute Public Health Program, pp.5-20, 2007.
3. WHO. Global Status Report on Noncommunicable Diseases. pp.9-10, Geneva, Switzerland, 2014.
4. WHO, WPCA. Global Atlas of Palliative Care at The End of Life. (Last Modified: 24.07.2017), London, UK, January 2014.
5. WHO. Noncommunicable diseases (NCD) country profiles, Turkey profile, 2014.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı. s.3-5, Ankara, 2013.
7. Sürmeli Mut D, Akçiçek F. Palyatif bakım: Tanımı ve tarihçesi. Türkiye Klinikleri Dergisi Genel Cerrahi-Özel Sayısı 2016;9(1):8-11.
8. Akyüz, S. Kanser hastalarına uygulanacak palyatif bakım uygulamalarına İlişkin bir araştırma. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2014.
9. Kabalak, AA. Türkiye'de palyatif bakım; 2014, güncel gelişmeler, gereksinimler. Anestezi Dergisi 2014; 22(3):121-123.
10. Gültekin, M. Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar. Yayın No:1, s.63-67, Hacettepe Üniversitesi Biyoetik Araştırma Merkezi, Ankara, 2014. .
11. Pastrana T, Junger S, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L. A matter of definition-key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. Palliative Medicine 2008(22):222–232.
12. EAPC in alliance with WHPCA, IAHP. Prague Charter: Palliative Care - A Human Right. EAPC in alliance with WHPCA, IAHP, Prag, 2013.
13. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, TUNCER AM. Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010;1:1-6.
14. Smith TJ, Cassel JB. Cost and non-clinical outcomes of palliative care. Journal of Pain and Symptom Management, 2009;38(1):32-41.



15. Cambridge Dictionary, Erişim Adresi:  
[https://dictionary.cambridge.org/tr/s%C3%B6zler/C3%BC/in\\_gilizce/palliative](https://dictionary.cambridge.org/tr/s%C3%B6zler/C3%BC/in_gilizce/palliative).  
Erişim Tarihi:05.01.2018.
16. TDK, Erişim Adresi:  
[http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.57ee30b4f0e7c4.46415933](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.57ee30b4f0e7c4.46415933). Erişim Tarihi:30.09.2016.
17. WHO. Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee. Geneva,1990.
18. WHO, Erişim Adresi:<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Erişim Tarihi:16.11.2017.
19. Şenel, G. Palyatif bakım kavramı ve palyatif bakıma kabul kriterleri. Türkiye Klinikleri Dergisi Anesteziyoloji Reanimasyon Özel Sayısı, 2017;10(1):1-6.
20. WHPCA. Policy statement on defining palliative care. London, UK, 2013.
21. Özdemir, F. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.
22. WHPCA, Erişim Adresi:<http://www.thewhpc.org> Erişim Tarihi:15.01.2018.
23. CAPC, Erişim Adresi: <http://www.capc.org/payers-policy-makers/what-is-palliative-care>. Erişim Tarihi:25.09.2017. .
24. Stjernsward J, Foley MK, Ferris DF. The public health strategy for palliative care. Journal of Pain and Symptom Management 2007;3(5):486-492.
25. WHO. Planning and Implementing Palliative Care Services: A Guide For Programme Managers. Geneva, Switzerland, 2016.
26. WHPCA. Palliative Care Toolkit. (Last Modified:28.04.2015.), pp.2-5, London, UK, 2008.
27. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. 3rd edition, pp.19, USA, 2013.
28. Şahan Uslu F, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye'de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2015; 4(2): 81-90.
29. Madenoğlu Kıvanç, M. Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri. VII.Ulusal Haseki Tıp Kongresi & VI. Haseki Hemşirelik Sempozyumu, Kıbrıs, 5-8 Mayıs 2016 (HSP2017;4(2):132-135).

30. Özçelik, H. Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimi modelinin hasta sonuçlarına etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir, 2011.
31. Kabalak AA, Öztürk H, Erdem AT, Akın S. S.B. Ulus Devlet Hastanesinde kapsamlı palyatif bakım merkezi uygulaması. Çağdaş Tıp Dergisi 2012;2(2):122-126.
32. U.S. Department of Health and Human Services National Institute of Nursing Research. Palliative Care. pp.4-5, USA, 2009.
33. National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO). Facts and figures: Hospice care in America. pp.2-10, USA, 2016.
34. Sucaklı, MH. Ölmekte olan hasta ve yaşam sonu bakım. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC) 2013;7(3):52-57.
35. Uslu, F. Ankara İl merkezinde jinekolojik onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin palyatif bakım uygulamalarının belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
36. Taşpınar Ö, Aydın T, Akçakaya A. Kanser rehabilitasyonunda palyatif yaklaşımın yeri ve önemi. Bezmialem Science 2014;1:31-37.
37. Özçelik H, Fadıloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B. Kanser hastaları ve aileleri için palyatif bakım. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay AKTAŞ Onkoloji Hastanesi, s.3-10, İzmir, 2010.
38. Çınar H, Kaya Y, Enginyurt Ö. Palyatif bakım hastalarında yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri Dergisi Aile Hekimliği Özel Sayısı 2017;8(4):282-6.
39. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. Ağrı Dergisi 2015;27(2):104-110.
40. Macpherson, CC. Palliative care: A global duty. Türkiye Klinikleri Journal Med Ethics, Law and History 2002;10:11-15.
41. On behalf of the Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief Study Group. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage:The Lancet Commission report. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Published online October 12, 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8).
42. Altınar, NN. Palyatif bakımda semptom yönetimi. Türkiye Klinikleri Dergisi Aile Hekimliği Özel Sayısı 2017;8(4):246-51.

43. Yılmaz, A. Palyatif bakım biriminde tedavi almakta olan kanser hastalarında semptom sıklığı ve palyatif bakım tedavisinin semptom kontrolündeki yeri. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir, 2015.
44. Düzgün G, Uzun M, Topaloğlu Ö, Taşkıran E, Köse T, Akar H. Dahiliye yoğun bakım ve palyatif bakım hizmeti almış hastaların yakınlarının yas süreçlerinin karşılaştırılması. FNG & Bilim Tıp Dergisi 2016;2(4):250-255.
45. Kristjanson LJ, Aoun S. Palliative care for families: Remembering the hidden patients. The Canadian Journal of Psychiatry 2004;49(6):359-364.
46. Kara, T. Terminal dönem kanser hastası yakınlarının palyatif bakımla ilgili görüşleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
47. TseMan-Wah, D. Care for the family in palliative care. HKSPM Newsletter 2007 April- August Issue 1-2 p.26-30.
48. Özçelik, H. Palyatif bakım ve ölmekte olan hastaya yaklaşım. Türkiye Klinikleri Dergisi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Özel Sayısı 2017; 10(1):87.
49. Bahar, A. Ölüm sürecinde olan hasta:Terminal bakım ve hospis. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2(6):147-156.
50. İnci F, Öz F. Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012 4(2):178-187.
51. Demirci H, Budak E, Taymur İ, Aşkın R, Bozkurt H. Palyatif bakım ve ölümlle yüzleşme. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 2016; 8(3): 35-39.
52. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı 2013-2018. s.64-67, Ankara, 2016.
53. WHO. Palliative Care. (Canser control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes). 2007, Geneva, Switzerland. .
54. Brennan, F. Palliative care as an international human right. Journal of Pain and Symptom Management 2007; 33(5): 494-499.
55. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme. Birleşmiş Milletler, Madde 12, 1976.
56. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Birleşmiş Milletler, Madde 25, 1948.
57. T.C. Resmi Gazete. Hasta Hakları Yönetmeliği. 01.08.1998. Sayı:23420, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

58. St Christopher's, Erişim Adresi: <http://www.stchristophers.org.uk/about/history>. Erişim Tarihi:12.10.2017.
59. Namal, A. Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar. Yayın No:1, s.74-84, Hacettepe Üniversitesi Biyoetik Araştırma Merkezi, Ankara, 2014. .
60. BAG, B. Almanya rneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. Türk Onkoloji Dergisi 2012;27(3):142-149.
61. Öngel, K. Palyatif bakım ve tarihçesi. Türkiye Klinikleri Dergisi Aile Hekimliği zel Sayısı 2017;8(4):236-240.
62. WHPCA. Annual Report-April 2016 to March 2017. London, UK. October 2017.
63. Utlu, G. Kanser hastalarında palyatif bakım ve destek servisinde narkotik analjezik kullanımını. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Uzmanlı Tezi. İzmir, 2015.
64. T.C. Resmi Gazete. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 07.07.2015. Sayı:253, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
65. T.C. İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü. Palyatif Bakım Çalışma Raporu 2013-2014. İzmir, 2014.
66. T.C. Resmi Gazete. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. Yürürlük Tarihi: 24.03.2013, Sayı: 28597, Ankara.
67. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. Palyatif Bakım Merkezleri Tescil Listesi. Ankara, 2017.
68. Yalçın Balçık P, şahin B. Sağlık hizmetlerinde maliyet etkililik analizi ve karar analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2013,16(2):122-131.
69. Beyhun NE, Çilingiroğlu N. Hastalık maliyeti ve astım. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004;52(4):386-392.
70. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. Palliative Medicine 2014; 28(2):130-150.
71. Higginson I, Wade A, McCarthy M. Palliative care: views of patients and their families. Br MedJ 1990;301:277-81.
72. Aoun SM, Rumbold B, Howting D, Bolleter A, Breen LJ. Bereavement support for family caregivers: The gap between guidelines and practice in palliative care. PLoS ONE 2017; 12(10):1-15.

73. Benli AR, Sunay D. Palyatif bakım merkezi ve evde sağlık hizmetlerinin birlikte alıması rneği: Karabük. Ankara Med J, 2017;(3):143-150.
74. Akıcek F, Akbulut G, Fadıloğlu Z. Palyatif Bakım Evde ve Hastanede alıştay Raporu. Ege Geriatri Derneği Yayını 2013;1:14-15.
75. Karadağ A. Basınç lserleri: Değerlendirme, nleme ve tedavi. C.. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003;7(2):41-8.
76. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. J Am Geriatr Soc 2007;55(7):993-1000.



## 8. EKLER

### Ek 1: Hasta Bilgi Formu

Değerli katılımcı, bu anket formu Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından yürütülen "Bir palyatif bakım merkezi örneğinin, yatan hasta özellikleri, kullanıcı memnuniyeti, bakım hizmetinin niteliği ve maliyet boyutlarıyla değerlendirilmesi" isimli araştırma kapsamında uygulanmaktadır. Elde edilen bilgiler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından tüm soruların eksiksiz ve doğru bir şekilde yanıtlanması önem taşımaktadır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

#### HASTA BİLGİ FORMU

1. Yaşınız? .....
2. Cinsiyetiniz? 1. Kadın 2. Erkek
3. Medeni Durumunuz? 1. Evli 2. Bekâr 3. Dul 4. Ayrı yaşıyor
4. Eğitim Durumunuz?  
1. Okuryazar değil 3. Ortaokul mezunu 5. Fakülte/Yüksekokul mezunu  
2. İlkokul mezunu 4. Lise mezunu
5. İş/mesleğiniz?  
1. İşçi 3. Emekli 5. Ev Hanımı  
2. Memur 4. Serbest Meslek 6. Diğer .....
6. Sosyal güvenceniz?  
1. SGK 3. Özel sigorta  
2. Ücretli 4. Diğer .....
7. Kim/kimlerle yaşıyorsunuz?  
1. Eşimle 4. Bakımevi/huzurevinde  
2. Çocuklar ile 5. Diğer .....
3. Yalnız
8. Sürekli ilaç kullanmayı gerektiren kronik hastalıklar nedir?  
.....  
.....
9. Palyatif bakım merkezine başvurmayı gerektiren hastalık tanısı nedir?  
.....  
.....
10. Palyatif bakım merkezine başvurmayı gerektiren hastalığın süresi nedir?  
) ..... (gün/ay/yıl)





11. Palyatif bakım merkezine geliş şekli nedir?

1. Doğrudan başvuru
2. Başka bir sağlık kuruluşundan sevk ile
3. Servis değişimi
4. Diğer

12. Palyatif bakım merkezinde yatış süresi nedir? ..... gün

13. Hastalığınızın bundan sonraki tedavisine

1. Burada devam etmek isterim
2. Evde devam etmek isterim

14. Taburculuk şekli nedir?

1. Tam iyileşme ile taburcu
2. Kısmi iyileşme ile taburcu
3. Başka bir sağlık merkezine sevk
4. Diğer .....

AM

AM

**Ek 2: Palyatif Bakım Ekibi Tarafından Hastaya Sunulan Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Formu**

**PALYATİF BAKIM EKİBİ TARAFINDAN HASTAYA SUNULAN BAKIM HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hastaya uygulandı mı?	Evet	Hayır
Ağızdan beslenme desteği		
IV beslenme desteği		
Ekleme açığı egzersizi		
Mobilizasyon		
Solunum egzersizi		
Güçlendirme egzersizi		
Yardımcı araç kullanma egzersizi		
Postural direnç		
Bası yarası bakımı		
Vücut bakımı ve temizliği (banyo, saç bakımı vs.)		
Ağız bakımı		
Trakeostomi bakımı		
Peg bakımı		
Hasta yakını eğitimi		
Ağrı tedavisi		
Beslenme eğitimi		
Ölüm sırasındaki bakım		
Yas sürecinde destek		
Psikososyal destek		
Manevi (spiritüel) destek		
Acil yaralanmalar eğitimi		
Ev ortamı düzenlenmesi eğitimi		
Eyde bakıma hazırlama eğitimi		

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



### Ek 3: Aile Palyatif Bakım Memnuniyeti Sorgulama Formu

#### AİLE PALYATİF BAKIM MEMNUNİYETİ SORGULAMA FORMU

- Yaşınız? .....
- Cinsiyetiniz? 1.Kadın 2.Erkek
- Hastaya yakınlık dereceniz? .....
- Palyatif bakım hizmetleri hakkında bilginiz var mıydı?  
1.Evet 2.Hayır 3.Bu merkezle birlikte bilgi sahibi oldum.
- Palyatif bakım merkezine sizi kim yönlendirdi?  
.....
- Palyatif bakım merkezini tercih sebebiniz nedir?  
1.Evim hastama bakmak için uygun değil  
2.Hastama burada daha iyi bakılacağını düşünüyorum  
3.Hastamın bakımına ayıracak yeterince vaktim yok  
4.Doktorumun yönlendirmesi bu şekilde  
5.Diğer .....

Ne kadar memnunsunuz?	Çok Memnun	Memnunum	Kararsızım	Memnun Değilim	Şikâyetçiyim
1.Hastanızın ağrısının hafifletilmesinden					
2.Hastanızın hastalığı ile ilgili semptomların izlemi ve tedavisinden					
3.Hastanızın tedavisinin yan etkileri konusunda bakım ekibi tarafından verilen bilgiden					
4. Hastanızın durumu ve olası gidişat konusunda hekiminiz tarafından verilen bilgiden					
5. Psikososyal destek personelinin sizin ve hastanızın psikososyal sorunlarına cevap vermedeki etkililiğinden					
6. Dini destek personelinin sizin ve hastanızın dini/manevi ihtiyaçlarına cevap vermedeki etkililiğinden					
7.Palyatif bakım ekibinin siz ve hastanızla kurduğu açık ve duyarlı iletişimden					
8.Palyatif bakım ekibinin hastanızın tedavi ve bakım kararlarına sizin katılımınızı da içeren davranış tarzından					

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

9.Hastanızın fiziksel ihtiyaçlarının karşılanma şeklinden					
10.Acil durumlarda ve yardım isteklerinizde bakım ekibinin çabukluğundan					
11.Hastanızın bakımı ve tedavisi konusunda palyatif bakım ekibinin ilgi ve özeninden					
12.Hastanızın bakımı ve temizliğinden					
13.Hastanızın evde fiziksel bakımını sağlama konusunda evde bakım okulu tarafından verilen eğitimlerden					
14.Palyatif bakım sürecinde size verilen eğitimlerden					
15.Palyatif bakım merkezinin temizliği ve düzeninden					
16.Genel olarak palyatif bakım merkezi tarafından sağlanan bakımdan ne kadar memnunsunuz?					
17.Eğer herhangi bir soruya "memnun değilim" ya da "şikâyetçiyim" şeklinde cevap verdiyseniz lütfen nedeni açıklayınız.					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

7. Deneyimlerinize dayanarak palyatif bakım hizmetini çevrenize tavsiye eder misiniz?

- 1.Kesinlikle tavsiye ederim.
- 2.Belki tavsiye edebilirim.
- 3.Kararsızım.
- 4.Tavsiye etmem.
- 5.Kesinlikle tavsiye etmem.

8. Hastanızın taburculuğuna karar verildiğinde, bakımının nerede devam etmesini tercih edersiniz?

- 1.Yakınlarının yanında
- 2.Evde bakım hizmetlerinin düzenli olarak yaptığı ziyaretleri ile evde
- 3.Palyatif bakım merkezinde
- 4.Bakımevi/huzurevinde
- 5.Diğer .....

*AA*

*[Signature]*

#### Ek 4: Hastalık Maliyet Kayıt Formu

HASTA MALİYET KAYIT FORMU		
Palyatif Bakım Merkezinde yatılan gün sayısı		Yatak Maliyeti
Kullanılan İlaçlar	Kullanım sıklığı	Maliyeti
Araç-gereç-sarf malzeme	Kullanım sıklığı	Maliyeti
Laboratuvar hizmetleri	Sıklık	Maliyeti
Görüntüleme hizmetleri	Sıklık	Maliyeti
Konsültasyonlar	Sıklık	Maliyeti
Diğer hizmetler		Maliyeti
<b>Toplam Maliyet</b>		

A

C

**Ek 5: Etik Kurul Onayı**



**T.C.  
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**

TOPLANTI TARİHİ : 23/06/2015  
TOPLANTI NO : 2015/05

**KARARLAR :**

- 19- B.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2015-55-23/06 Protokol no'lu "Bir Palyatif Bakım Merkezi Örneğinin , Yatan Hasta Özellikleri, Kullanıcı Memnuniyeti, Bakım Hizmetinin Niteliği ve Maliyet Boyutlarıyla Değerlendirilmesi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.


**ASLI GİBİDİR**

Doç. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ  
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

## Ek 6: T.C. SB Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği

### 2. Bölge Genel Sekreterliği İzin Belgesi

ANKARA İLİ 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ - ANKARA İLİ 2. BÖLGE KHİBGS  
EĞİTİM BİRİMİ  
16/09/2015 14:26 / 85346189 / 605.01 / 12054  
00013669941

  
T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 85346189/605.01  
Konu : Araştırma İzni/Hale Gürel  
YAVUZDEMİR

ULUS DEVLET HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi: a) Bülent Ecevit Üniversitesinin 02.09.2015 tarihli ve 46148110/302.08.01/14106 sayılı yazısı,  
b) Hale GÜREL YAVUZDEMİR'in 14.09.2015 tarihli başvurusu.

İlgi (a) yazıya ekli dilekçe ve ilgi (b) başvuru ile Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağliğı Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Hale GÜREL YAVUZDEMİR "Bir Palyatif Bakım Merkezi Örneğinin Yatan Hasta Özellikleri, Kullanıcı Memnuniyeti, Bakım Hizmetinin Niteliği ve Maliyet Boyutlarıyla Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Ulus Devlet Hastanesinde yapabilmesi için gerekli iznin verilmesini talep etmektedir.

Anılan çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat Hale GÜREL YAVUZDEMİR tarafından yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam, kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla sağliğ tesisinizde yapılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Konunun bahsi geçen çerçevede Yöneticiliğinizce de değerlendirilerek, sonucundan Genel Sekreterliğimize ve mezkur üniversiteye bilgi verilmesi hususunda; Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Mehmet TAHİROĞLU  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: İlgi Yazı Sureti (16 sayfa)

Nasuh  
Antep  
Hastane

Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Birimi Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları EAH Aşağı Eğlence Mah. Yeni Etik Cad. Etik-Keçiören/ANKARA  
0 312 326 51 51 / 3026 e-mail: ankarags2egitim@gmail.com İrtibat: Y. GÖK

18/09/2015

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.anklik.gov.tr> adresinden ed99db53-3449-4dcb-a616-b034e8c8635e kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
KAMU HASTANELERİ KURUMU  
ANKARA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ 2. BÖLGE GENEL SEKRETERLİĞİ  
ANKARA ULUS DEVLET HASTANESİ



SAYI : 69668506- 2808  
KONU : Araştırma İzni/ Hale Gürel YAVUZDEMİR

Tarih: 02.10.2015

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
İdari Hizmetler Başkanlığına

Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Hale GÜREL YAVUZDEMİR “ Bir Palyatif Bakım Merkezi Örneğinin Yatan Hasta Özellikleri, Kullanıcı Memnuniyeti, Bakım Hizmetinin Niteliği ve Maliyet Boyutlarıyla Değerlendirilmesi” konulu tez çalışmasını hastanemizde yapmak istemektedir. Çalışmanın, hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat Hale Gürel YAVUZDEMİR tarafından yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırımlarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam, kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla hastanemizde yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Metin DİNÇER  
Hastane Yöneticisi  
Başhekim

02/10/2015 Eğitim Hemşiresi Zübeyde DURU  
.../10/2015 Sağ. Bak. Hiz. Mtd. Canan AYDIN

2. Dinye.  
LX



T.C  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

### GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMA İZİNİ TAAHÜTNAMESİ

Çalışmanın adı: Bir palyatif bakım merkezi örneğinin, yatan hasta özellikleri, kullanıcı memnuniyeti, bakım hizmetinin niteliği ve maliyet boyutlarıyla değerlendirilmesi.

Çalışmanın yapılacağı sağlık tesisleri: Ankara Ulus Devlet Hastanesi

Çalışmanın başlangıç ve bitiş tarihi: 01.10.2015 – 31.03.2016

Çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Hale Gürel Yavuzdemir

Yukarıda belirtilen Yüksek lisans çalışmasının bizzat tarafımdan yapılacağını, çalışmayı yürüttüğüm esnada, kurumun kurallarına uyacağımı, kapsam dışı hiçbir veri toplamayacağımı, veri toplarken kurumun ve kişilerin rızasını alacağımı, kurumun istemesi halinde etik kurul izni/bilimsel komisyon onayı alacağımı, araştırmamın süresinin uzaması halinde kurumdan üniversite kanalıyla izin alacağımı, Ankara ili 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinin ve sağlık tesisinin uygun bulmadığı verileri yayımlamayacağımı, araştırmamın bitiminin ardından çalışmamın bir nüshasının kitapçık haline getirilerek Genel Sekreterliğe vereceğimi taahhüt ederim.

Başvuruda Bulunan Kişinin:

TC Kimlik No: 20258509360

Adı Soyadı : Hale Gürel Yavuzdemir

Adres : Ayvalı Mah. 193 Sk. No3/4 Kêçïören/Ankara

İletişim : [halegurel@gmail.com](mailto:halegurel@gmail.com)

İmza

**Ek 7: Ankara Ulus Devlet Hastanesi Yöneticiliği Ek İzin Belgesi**


Ek-6

Ulus Devlet Hastanesi Yöneticiliğine

Ankara İl 2. Bölge Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinin 18.09.2015 tarih 853346189/605.01/12054 sayılı izni ve Makamınızın 02.10.2015 tarih 2810 sayılı izni ile Hastaneleriz Falyatif Bakım Merkezine başvuran hasta ve yakınlarına yönelik "Bir Falyatif Bakım Merkezi Örneğinin Yatırı Hasta Özellikleri, Kullanıcı Memnuniyeti, Bakım Hizmetinin Niteliği ve Maliyet Boyutlarıyla Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmalarını 01.10.2015 - 31.03.2016 tarihleri arasında veri toplaması bulunmaktayım. Ancak hastaların merkezde uzun yatış süreleri nedeniyle belirtilen tarihler arasında araştırmada hedeflenen örneklem sayısına (100 hasta ve yakını) ulaşamadığımız, kabaca sayı için (23 hasta ve yakını) araştırmayı tamamladığımız 30.06.2016 tarihine kadar uzatılmasını talep ediyorum. Araştırmaya ilişkin belgeler yazı ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Ek: 4 adet belge

  
Hale Gürel Yavuzoğlu  
05.04.2016

  
5.4.2016

U.C.S.B.  
Devlet Hastanesi  
Dr. Metin DİNÇER  
Başhekim



## 9. ÖZGEÇMİŞ

Hale GÜREL YAVUZDEMİR 1984 yılında Tokat Niksar'da doğdu. İlkokul ve lise öğrenimini Niksar'da, ortaokul öğrenimini Erzincan'da tamamladı. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Me bölümünde lisans öğrenimini tamamladı. Başkent Üniversitesi Hukuk Fakültesinden mezun oldu. Bartın, Zonguldak ve Ankara illerinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde sağlık memuru olarak görev yaptı. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında yüksek lisans öğrenimi görmekte olup, evli ve iki çocuk annesidir.

