



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ

ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**PALYATİF BAKIM BİRİMİNDE TEDAVİ ALMAKTA
OLAN KANSER HASTALARINDA SEMPTOM SIKLIĞI VE PALYATİF
BAKIM TEDAVİSİNİN SEMPTOM KONTROLÜNDEKİ YERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Abdülkadir YILMAZ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Hüseyin CAN

**İZMİR
ARALIK – 2015**

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**PALYATİF BAKIM BİRİMİNDE TEDAVİ ALMAKTA
OLAN KANSER HASTALARINDA SEMPTOM SIKLIĞI VE PALYATİF
BAKIM TEDAVİSİNİN SEMPTOM KONTROLÜNDEKİ YERİ**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Abdülkadir YILMAZ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hüseyin CAN

İZMİR
ARALIK – 2015

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

PALYATİF BAKIM BİRİMİNDE TEDAVİ ALMAKTA OLAN KANSER
HASTALARINDA SEMPTOM SIKLIĞI VE PALYATİFBAKIM
TEDAVİSİNİN SEMPTOM KONTROLÜNDEKİ YERİ

TEZİ HAZIRLAYAN
Dr. Abdülkadir YILMAZ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma tarafımızca incelenerek her yönü ile “Tıpta Uzmanlık Tezi” olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Hüseyin Can - İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Üye : Uzm. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk - İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Üye : Yrd. Doç. Dr. Melih Kaan Sözmen - İzmir Katip Çelebi
Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mehmet Ali MALAS
Tıp Fakültesi Dekanı

TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalıőmam süresince engin bilgisi, sabrı ve hoőđorusuyle desteğini esirgemeyen hocam Doç. Dr. Hüseyin Can'a

Üç yılımızı beraber geçirdiğimiz, kliniği aileye dönüőtördüđümüz asistan arkadaşlarıma Zorlu durumlarda bile anlayıőlarını esirgemeyen, hep gülen hemőirelerimize ve personelimize Hayata sımsıkı sarılmayı, sabırlı ve umutlu olmayı bana öğreten, bu süreçte manevi desteğini ve sabrını bir an olsun esirgemeyen sevgili eőim ve meslektaőım Arzu Aybek Yılmaz'a teőekkür ederim.

Aralık 2015

Dr. A. Kadir Yılmaz

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
İÇİNDEKİLER	I
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	III
ŞEKİLLER DİZİNİ	V
TABLolar DİZİNİ	VI
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1 Palyatif Bakım.....	2
2.1.1 Tanım-Tarihçe.....	2
2.1.2 Palyatif Bakımın Temel Hedefleri	4
2.1.3 Palyatif Bakımda Hedef Gruplar.....	4
2.1.4 Palyatif Bakım Ekibi	5
2.1.5 Kapsamlı Palyatif Bakım Hizmeti	5
2.1.6 Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi.....	6
2.1.7 Palyatif Bakım İhtiyacının Değerlendirilmesi	7
2.1.8 Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişimi	8
2.1.9 Türkiye’de Palyatif Bakım Gelişimi ve Uygulamaları.....	10
2.1.10 Palya-Türk Projesi.....	15
2.1.11 Palyatif Bakım Uygulamasında Yaşanan Problemler	17
2.2 Kanser	18
2.3 Terminal Dönem Kanser Hastalarında Semptom Yönetimi	19
2.3.1 Ağrı.....	19
2.3.1 Dispne	23
2.3.2 Yorgunluk	25
2.3.4 Bulantı-Kusma	25

2.3.5 Üzüntü	27
2.3.6 Endişe	27
2.3.7 Uyku Sorunları.....	28
2.3.8 Beslenme Problemleri	29
2.3.9 Ağızda Yara (Stomatit).....	31
2.3.10 Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik.....	32
2.3.11 Ellerde titreme.....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1 Çalışmanın yapıldığı birim	34
3.2 Çalışmanın Genel Nitelikleri	34
3.3 İstatistiksel Yöntem.....	35
3.4 Kısıtlılıklar	35
3.5 İzinler	35
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
ÖZET	52
SUMMARY	54
KAYNAKLAR	56

İMGELELER VE KISALTMALAR

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ARDS	Akut Respiratuar Distres Sendromu
BKİ	Beden Kitle İndeksi
Cm²	Santimetrekare
DH	Devlet Hastanesi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAH	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
EKG	Elektro Kardiyo Grafi
ESAS	Edmonton Symptom Assessment Scale
ESTÖ	Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği
GİS	Gastrointestinal Sistem
GÜS	Genitoüriner Sistem
IARC	The International Agency for Research on Cancer
IASP	International Association for the Study of Pain
İKÇÜ	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
KCFT	Karaciğer Fonksiyon Testleri
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KPBM	Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi
Mcg	Mikrogram
Mg	Miligram
NSAİ	Non Steroid Anti İnflamatuar
NPBV	Noninvazif pozitif basınçlı ventilasyon
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NPC/N	The nonprotein kcalorie to nitrogen ratio
PBB	Palyatif Bakım Birimi
PBM	Palyatif Bakım Merkezi
PBHB	Palyatif Bakım Hizmet Birimi
PPN	Periferik Parenteral Nutrisyon
S.B	Sağlık Bakanlığı

SPSS	Statistical Package for Social Science
SSS	Santral Sinir Sistemi
TDK	Türk Dil Kurumu
TPN	Total Parenteral Nutrisyon
T.C	Türkiye Cumhuriyeti
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
VKI	Vücut Kitle İndeksi
VAS	Vizüel Analog Skala
WHO	World Health Organization
WPCA	Worldwide Palliative Care Alliance

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİLLER	SAYFA NO
Şekil 1. Palyatif bakım ile küratif tedavinin entegrasyonu.....	3
Şekil 2. Palyatif bakım ekibi.....	5
Şekil 3. Türkiye’de Palyatif Bakım.....	17
Şekil 4. Sözel tanımlayıcı skala.....	21
Şekil 5. Sayısal oranlama skalası.....	21
Şekil 6. Görsel ağrı skalası (VAS).....	21
Şekil 7. Fiziksel ağrının şiddetini etkileyen faktörler.....	22
Şekil 8. Basamaklı ağrı tedavisi.....	22

TABLULAR DİZİNİ

TABLULAR	SAYFA NO
Tablo 1. Kanser hastalarında semptom sıklığı	7
Tablo 2. Dünyada palyatif bakım uygulamaları.....	9
Tablo 3: Tescilli palyatif bakım merkezleri.....	12
Tablo 4: Evde Sağlık Hizmetleri.....	15
Tablo 5. Dünya kanser istatistiklerinde Türkiye'nin durumu	19
Tablo 6. Ağrının kategorizasyonu ve uygun analjezi tedavisi	23
Tablo 7. Dispne de opioid tedavisi.....	25
Tablo 8. Kaşeksi sendromu tanı kriterleri.....	29
Tablo 9. Olguların cinsiyet ve çıkış tiplerine göre yaş ve yatılan gün sayıları ortalama dağılımı	36
Tablo 10. Olguların yaş, cinsiyet, yattığı gün ve çıkış tipleri dağılımı	36
Tablo 11. Olguların tanılarını dağılımı	37
Tablo 12. Olguların çıkış tiplerine göre yaş, cinsiyet ve yattıkları gün sayıları dağılımı.....	37
Tablo 13. Olguların yatış değerleri ile çıkış değerleri ortalama dağılımı	38
Tablo 14. Olguların cinsiyetlerine göre yatış ve çıkış değerleri ortalama dağılımı	39
Tablo 15. Olguların cinsiyetlerine göre yatış değerleri ile çıkış değerleri farkları ortalama dağılımı	40
Tablo 16. Olguların yaş gruplarına göre yatış ve çıkış değerleri ortalama dağılımı	41
Tablo 17. Olguların yaş gruplarına göre yatış değerleri ile çıkış değerleri farkları ortalama dağılımı	42
Tablo 18. Olguların yattıkları gün sayılarına göre yatış ve çıkış değerleri ortalama dağılımı.....	43
Tablo 19. Olguların yattıkları gün sayılarına göre yatış değerleri ile çıkış değerleri farkları ortalama dağılımı	44
Tablo 20. Olguların çıkış tiplerine göre yatış ve çıkış değerleri ortalama dağılımı	45
Tablo 21. Olguların çıkış tiplerine göre yatış – çıkış farkları ortalama dağılımı	46

1.GİRİŞ

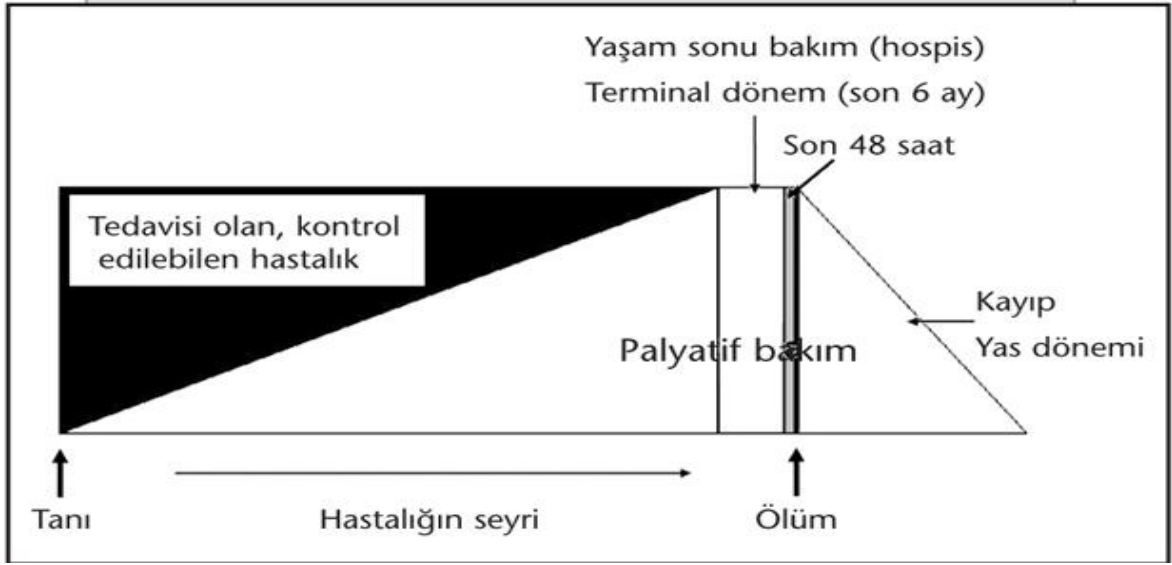
Kanser, sık görülmesi ve yüksek oranda ölüme yol açması nedeniyle günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biridir. Kanser hastaları, hastalık sürecinde, tedavi sonrasında ve terminal dönemde kontrolü güç olabilen çok sayıda semptomu sıklıkla bir arada yaşamaktadır (1). Günümüzde ileri evre, prognozu belirsiz ve ağrı başta olmak üzere birçok semptomu yoğun bir şekilde yaşayan bir kanser hasta grubu oluşmuştur. Yaşam şansı uzamış olmasına rağmen fonksiyonel yeterlilikleri ve yaşam kaliteleri azalan bu hasta grubu için özel bir bakım gereksinimi doğmuştur. Bakım ve tedavi sürecinde hasta ve sağlık çalışanlarının çoklu semptomlar ile baş etmesinde palyatif bakım en etkili yoldur (2,3). Hastalık ve tedaviye bağlı ortaya çıkan semptomların kontrol altına alınamaması, hastaların tedaviyi bırakmalarına, tedavi dozunun azaltılmasına veya tedavinin sonlandırılmasına neden olabilmektedir. Semptomların oluşmasının engellenmesi veya ortaya çıkanların kontrol altına alınması, hasta ve ailesinin kanser ve tedaviyle baş etmesinde önem taşımaktadır. Bu dönemde hastanın, ailesinin tüm gereksinimlerini karşılamak için en etkili yol palyatif bakımı disiplinler arası bir yaklaşım ile vermektir. Palyatif bakımı yaygınlaştırma çalışmalarının hız kazandığı ülkemizde palyatif bakım alacak hastalardaki semptom sıklığını bilmek önemlidir. Palyatif bakım gerektiren hastalarda gözlenen semptomlar sıklıkla ağrı, yorgunluk, bulantı, kusma ve beslenme bozukluğu gibi semptomlardır. En fazla dile getirilen semptomlardan olan ağrının; tipini, tarzını ve şiddetini belirlemek için ağrı değerlendirme formları kullanılır ve yandaş sorunlara göre analjezi protokolü belirlenir. Bulantı-kusma hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Hastalığın kendisinden, kemoterapiden ya da opioidlerden kaynaklanabilir. Tedavide farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılır. Hastalar ve yakınları sıklıkla kendilerini en fazla rahatsız eden semtomu ya da semptomları dile getirmektedirler. Ancak şiddeti daha az olan semptomlar genellikle dikkatten kaçmaktadır. Semptomların etkin değerlendirilebilmesi veya atlanmaması amacıyla Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) vb. ölçekler kullanılmaktadır. Bu tezin amacı; İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği bünyesinde hizmet vermekte olan Kanser Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisi'ne kabul edilmiş olan kanser hastalarının semptom sıklığını belirlemek, verilen palyatif destek tedavisi sonrası bu semptomlardaki değişikliği incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

2.1.1 Tanım ve tarihçe

Palyatif bakım ciddi hastalığı olan kişilerde hastalığa bağlı oluşabilecek semptomları önlemek, hastayı rahatlatmak ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik multidisipliner bir bakımdır (4). Sadece yaşamın son döneminde yapılan bakım olmayıp hastalık evresine bakılmaksızın erken dönemden itibaren tıbbi bakıma hem küratif hem de yaşam süresini uzatıcı tedaviye entegre edilmesi gereken bir tedavi şeklidir (5). Köken aldığı "Palliate (Palliare)" latince kökenli bir kelime olup, koruyucu ya da kapsayıcı anlamındadır. İngilizcede "Palliative" hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılır (6). Palyatif sözcüğünün Türk Dil Kurumu sözlüğündeki tanımı ise "Tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak azaltan, dindiren (ilaç vb.)" şeklindedir (7). Palyatif bakım, geçmişte son dönem hastalarda gündeme gelen bir yaklaşımken; günümüzde palyatif bakımın yaşamı tehdit eden hastalıkların tanısından itibaren, tedavi edici yaklaşımlara ek olarak yürütülmesi gerektiği görüşü hakimdir (8). Modern bakış açısı ile ele alındığında palyatif bakım için farklı tanımlamalar yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre palyatif bakımın tanımı; "*ağrı ve diğer fiziksel ve psikolojik problemleri erken tanıyıp, değerlendirip, tedavi ederek, yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili problemleri önlemek ve rahatlatmak yoluyla, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini düzeltme yaklaşımı*"dır (9). Palyatif bakımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak görülür. Ölüm ne geciktirilir ne de hızlandırılır, amaç yaşamdan ölüme geçişi kolaylaştırmaktır. Süresinden çok yaşamın niteliğiyle ilgilenir. Ölüm yaklaştıkça hastayı ve aileyi rahatlatıcı önlemler artırılır ve hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ve yakınlarının yas sürecinde desteklenmesine odaklanır (10,11). Palyatif bakım, küratif tedavi ve yas dönemi entegrasyonu şekil 1'de gösterilmiştir. Bu modelde palyatif bakım hizmeti; yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısının konulması ile başlayarak terminal dönemi de içine alan tüm hastalık süreci boyunca hastanın ve ailesinin artan ihtiyaçlarına göre şekillenerek sunulmaktadır (12). Hospis bakımı ile palyatif bakım farklıdır. Hospis modeli ölüm sırasında iyi bir bakım vererek bu sürecin kaliteli geçirilmesi esasına dayanan ve bu esasa göre hizmet veren kurumlardır.



Şekil 1. Palyatif bakım ile küratif tedavinin entegrasyonu (13).

Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA) 2003 yılında kurulmuş olup, tüm dünyadaki ulusal ve bölgesel hospis ve palyatif bakım organizasyonlarını kapsayan bir örgüttür. DSÖ'nün palyatif bakım tanımı, WPCA tarafından daha açık ve anlaşılır hale getirilmiş, en olgun halini almıştır (14) :

1. Palyatif bakım hem yaşamı tehdit eden hastalıklar hem de kronik hastalıklar için bir ihtiyaçtır.
2. Palyatif bakımı sunmak için tanı ve prognoza dayalı değil ihtiyaca yönelik yaklaşım önerilmektedir.
3. Palyatif bakıma bakımın her düzeyinde ihtiyaç vardır. Palyatif bakım üç farklı düzeyde sunulabilir:
 - Palyatif Bakım Yaklaşımı: Uygun eğitim ile tüm sağlık profesyonelleri tarafından palyatif bakım sunma yaklaşımıdır.
 - Genel Palyatif Bakım: Yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastaları tedavi eden tüm birinci basamak profesyonelleri tarafından iyi bir temel palyatif bakım bilgisi ile sağlanan bakımdır.
 - Uzman Palyatif Bakım: Karmaşık sorunları olan hastalara uzman ekip tarafından sunulan hizmettir.
4. Palyatif bakım herhangi bir bakım şekli ile sınırlandırılmamalıdır. Palyatif bakım hastanın evinde, bir bakım kuruluşunda, hastanede, hospiste veya ayaktan tedavi servisinde sunulabilir.

2.1.2 Palyatif Bakımın Temel Hedefleri

Yaşamının son günlerini yaşayan terminal evredeki hastalar başkalarına yük olma, acı çekerek ölme, öldükten sonra arkalarında birilerini bırakma, yaşam hedeflerine ulaşmadan ölme gibi birçok kaygıyı bir arada yaşayabilirler. Her insanın dileği olan kaliteli ve sıkıntılardan uzak bir yaşam arzusu, terminal evredeki bir hasta için yaşadığı bu kaygılarla biraz daha güç duruma gelebilmektedir (15). Palyatif bakım, hasta ve yakınlarının merkeze alındığı, din, dil, ırk, yaş, eğitim ve beklenti durumunun göz önüne alındığı bir tedavi sürecini planlayarak bunu sürekli ve açık hale getirme üzerine kuruludur. Palyatif bakımın temel prensiplerini maddeler halinde özetlersek (16,17) :

- Hasta bakımının psikososyal ve manevi yönlerini entegre hale getirmek
- Başta ağrı olmak üzere diğer semptomların azaltılmasını sağlamak
- Yaşamı ve ölümü normal bir süreç olarak değerlendirmeyi sağlamak
- Ölümü ne hızlandırmak ne de ertelemek
- Hastanın ölüme kadar mümkün olduğunca aktif bir yaşamın içinde tutulmasına yardım etmek
- Hasta yakınlarının hastalık sırasında yaşanan sorunlarla baş edebilmesi için destek sağlamak
- Yas dönemi de dahil olmak üzere hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirlemek ve gidermek
- Radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavilerle ortaya çıkan üzücü klinik komplikasyonları yönetmeyi sağlamak.

2.1.3 Palyatif Bakımda Hedef Gruplar

WHO - WPCA palyatif bakım gerektiren tıbbi durumları şu şekilde belirtmiştir (14):

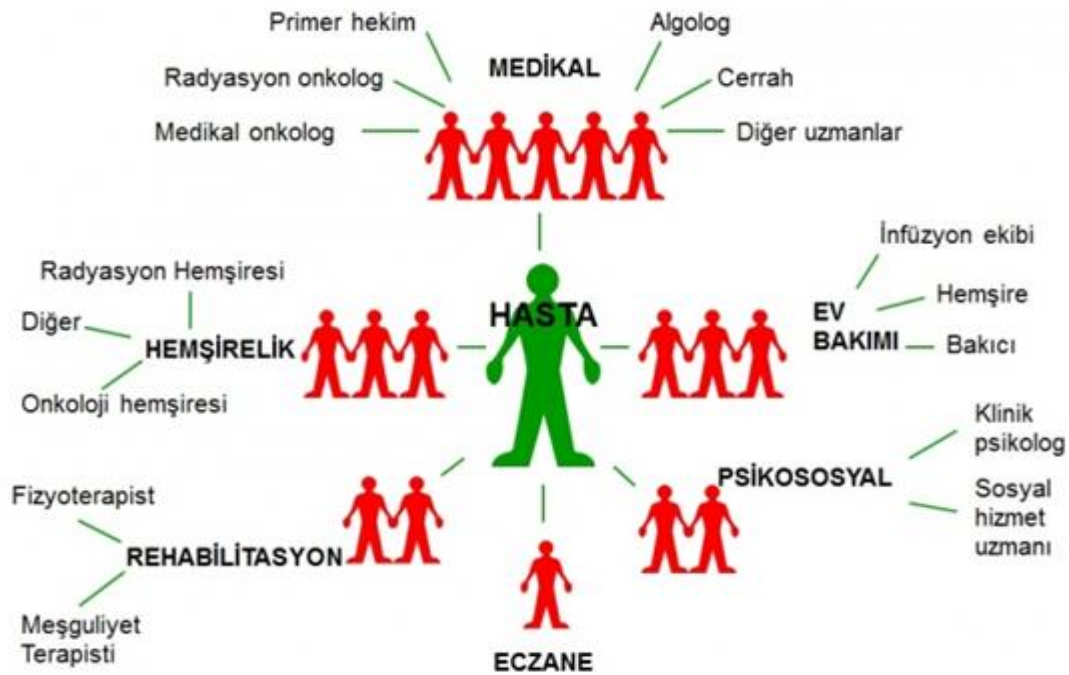
Erişkinlerde palyatif bakım gerektiren hastalıklar: Kanserler, Alzheimer, demans kardiyovasküler hastalıklar, siroz, kronik obstüriktif akciğer hastalığı, diyabet, acquired immune deficiency syndrome (AIDS), böbrek yetmezliği, multipl skleroz, parkinson hastalığı, romatoid artrit.

Çocuklarda palyatif bakım gerektiren hastalıklar: Kanserler, yenidoğan hastalıkları, konjenital anomaliler, kardiyovasküler hastalıklar, kan ve immün bozukluklar, menenjit, siroz, AIDS, böbrek hastalıkları, nörolojik bozukluklar. Çocuklarda palyatif bakım verecek personelin özel olarak eğitilmesi gerekmekte ve hedef aile merkezli bakım hizmeti olmalıdır. Ebeveynlerin palyatif bakımla ilgili yorumları, çocuğun bakımında rol

almaları ve yasal konularda karar verici konumda olmaları ekiple anlaşmazlıklara neden olabilir. Bu nedenle aileyle iş birliği içinde hareket etmek gerekir. Aileler akut dönemden sonra evde bakımı daha çok tercih etmektedirler. Gelişmiş ülkelerde de bu sistem maliyet ve çocuğun uyumu açısından daha uygun görülmektedir. Palyatif bakım ekibi ev ziyaretleri ile aile ile iş birliğini sürdürmeli, bakım konusunda aileyi eğitmeli ve aileye psikososyal destek sağlamalıdır (18).

2.1.4 Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım, farklı disiplinler arası iletişim ve koordinasyonun sağlanması amacıyla iyi bir ekip çalışmasını gerektirir. Palyatif bakım ekibindeki bütün üyelerin palyatif bakımın ilkeleri, destekleyici iletişim biçimleri ve semptomların kontrolü konusunda eğitim almış olmaları gerekir. Ekip üyeleri arasında; medikal onkolog, uzman klinik hemşire, algolog, psikiyatrist, diyetisyen, fizik tedavi uzmanı, sosyal hizmet uzmanı yer alır (19). Şekil 2’de multidisipliner palyatif bakım modeli şeması görülmektedir.



Şekil 2. Palyatif bakım ekibi (13).

2.1.5 Kapsamlı Palyatif Bakım Hizmeti

Palyatif bakım hizmetinde ev ortamı bakım için esastır. Amaç hastanede verilebilecek bakımın, hastanın kendi ortamında evinde verilmesidir. Örgütlenmenin iyi olduğu koşullarda hasta, palyatif bakım desteğine haftada yedi gün, 24 saat ulaşabilir

(20,21). Hospis tedaviye yanıt vermeyen hastaların, semptom kontrolünün sağlandığı ev benzeri atmosfere sahip merkezlerdir. Hastanın kalan son günlerini rahat geçirmesini sağlayarak onurlu bir ölümü hedefler (20,21). Terminal dönem hastaları sosyal izolasyonu önlemeye ve semptom kontrolüne yönelik günlük palyatif bakım merkezlerine haftada iki ya da üç kez gelerek hizmet alabilir. (20,21). Palyatif bakım eğitimi alan sağlık profesyonelleri hastane ve toplumdaki hastalara konsültasyon hizmeti sağlar (22). Manevi ve dini ihtiyaçların giderilmesi, palyatif tedavinin bir başka temel unsurudur (23).

2.1.6 Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi

Yaşamı tehdit eden bir hastalığı olan kişi tedavi sürecinde ve hayatının son döneminde çok çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu sorunların tamamen ya da kısmen çözülebilmesi hastanın yaşam kalitesini artırır. Palyatif bakım hizmetlerinin temel amacı budur. Hastanın kişisel bakım ve hijyeni, beslenmesi, tuvalet ihtiyacının karşılanması, taşınması ve hareket ettirilmesi, yatak pozisyonu verilmesi yaşam kalitesi açısından önemlidir ve palyatif bakım hizmetleri kapsamına girmektedir. Bu amaçla hastanın bakımını üstlenen yardımcı sağlık personeli ve hasta yakınları eğitilmeli, hekim tarafından bu bakımlar periyodik olarak denetlenmelidir (21). Özellikle yaşamın son dönemindeki hastalarda bakım ve semptom kontrolü birçok faktör nedeniyle komplike bir hal alır ve zorluk gösterir. Tedaviyi zorlaştıran bu faktörler (24) :

- İleri yaş
- Malnutrisyon
- Otonom sinir sistemi fonksiyonlarında yetersizlik
- Renal fonksiyon kapasitesinin azalması
- Algı düzeyinin düşük olması
- Epilepsi eşiğininin düşmesi
- Opioid tedavisinin uzaması
- Çoklu ilaç tedavisi'dir.

Palyatif bakım ciddi hastalıklarda erken dönemde başlatıldığında klinik açıdan ve yaşam kalitesi açısından daha anlamlı iyilik sağlar. Yapılan bir çalışmada yeni tanı konulan akciğer kanserli hastalar iki gruba ayrılmış, bir gruba sadece standart onkolojik tedavi, diğer gruba onkolojik tedavi ile birlikte erken palyatif tedavi uygulanmıştır. Erken palyatif tedavi uygulanan grupta daha iyi yaşam kalitesi skorları elde edilirken depresif semptomlar azalmış daha uzun sağ kalım elde edilmiştir (25). Walsh ve arkadaşları tarafından ileri evre

kanser hastalarında yapılan bir çalışmada belirlenen semptom sıklıkları tablo 1’de (26) gösterilmiştir.

Tablo 1. Kanser hastalarında semptom sıklığı (26).

Semptom	Sıklık	%
Ağrı		82
Yorgunluk		67
Anoreksi		64
Güçsüzlük		64
Kilo kaybı		60
Enerji azlığı		59
Ağızda kuruma		55
Dispne		51
Konstipasyon		51
Çabuk doyma hissi		50
Uyku problemleri		47
Depresyon		40
Öksürük		37
Bulantı		36
Ödem		28
Ses kısıklığı		24
Anksiyete		23
Kusma		23
Konfüzyon		20
Disfaji		18

2.1.7 Palyatif bakım ihtiyacının değerlendirilmesi

Palyatif bakım değerlendirilmesinde standart bir yaklaşım yoktur ve genellikle klinik uygulama yetersiz kalmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri Palyatif Bakım Gelişim Merkezi 2011 konsensus raporuna göre hastaneye kabul edilen hastalarda, primer bakım ekibinden bir doktorun palyatif bakım ihtiyacının ana hatlarını belirlemesi, ekibin

bilgilerinin üstünde bir yaklaşım gerektiren sorun varsa palyatif bakım uzmanına konsulte etmesi önerilmektedir (27). Ev ortamında konforu sağlamaya yönelik palyatif tedavi planı tercih edilmesine rağmen bu konuda doktorlar ile hasta ve hasta yakınları arasında görüş farklılığı vardır. Yapılan bir çalışmada hastaların sadece %35'i evde ölmeyi, % 45'i tüm tedavi yaklaşımlarını sonuna kadar sürdürmeyi tercih etmiştir (28). Her hasta için kişisel değerlendirme yapılması, sorunların hem objektif hem de subjektif yönlerinin ele alınması, kültürel faktörler, sosyal sorunlar ve beklentiler palyatif bakım değerlendirilmesinde üzerinde durulması gereken konulardır.

2.1.8 Palyatif bakımın tarihsel gelişimi

Dr. Cicely Saunders 1967 yılında ilk hospisi Londra'da açmıştır. Ağır hastalığı olan ve terminal dönemi yaşayan hastalar için palyatif bakım ve tedavinin sunulduğu kurumların sayısı artan taleple birlikte ilk palyatif bakım servisi 1975 yılında Kanada Montreal'de Royal Victoria Hastanesi'nde kurulmuş daha sonra İngiltere'de ve diğer Avrupa ülkelerinde hızlı bir gelişme göstermiştir (29). 2006 Eylül ayında Palyatif Tıp Amerikan uzmanlık derneği tarafından resmi olarak bir yan dal uzmanlığı olarak tanınmıştır (30). 1999'da İngiltere'de 236 palyatif bakım kurumu (Hospis ve hastanelerdeki palyatif servisler) 400 toplumsal palyatif bakım hizmet merkezi (evde hospis ve palyatif bakım hizmetlerini sunan kurumlar), 138 hastane bakım destek hizmet birimi ve 209 hastane palyatif bakım ve destek ekibi oluşturulmuştur (31). Almanya'da palyatif bakım 1983'de Köln Üniversitesi cerrahi bölümüne bağlı olarak ilk servisin kurulmasıyla başlar. Alman Sağlık Bakanlığının 1991-1996 palyatif tedavi için model çalışma başlatmasıyla palyatif servis sayısı çok kısa bir sürede artmıştır. Günümüzde dünyada palyatif bakım hizmetlerinin en gelişmiş olduğu bölgeler Amerika San Diego bölgesi ve İspanya'nın Katalan bölgesi olup hemen her türlü palyatif bakım hizmet modellerini görmek mümkündür (32). WHO-WPCA 2014 raporuna göre 2006'da 21 ülke (%9)'de hospis-palyatif bakım birimi mevcutken 2011'de 234 ülkenin 136'sında (%58) bir ya da daha fazla sayıda palyatif bakım birimleri bulunmaktadır. WHO-WPCA 2014 raporuna göre dünya üzerinde 234 ülke Palyatif Bakım gelişimine göre kendi içlerinde alt grupları barındıran 4 grupta sınıflandırılmıştır (Tablo 2). WPCA'nın palyatif bakım sınıflama kriterleri şöyledir (14) :

- Palyatif bakım servisleri ve derneklerinin yaygın olması
- Palyatif bakım hizmetinin sağlık sistemine entegrasyonu

- Genel sağlık sigortası poliçelerinde palyatif bakımın ağırlığının olması ve diğer fonlardan palyatif bakım harcamalarına kaynak aktarılması
- Sağlık personeli ve yerel derneklerin hizmet verdiği etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları
- Morfine ulaşma sorununun az olması
- Sağlık çalışanlarının ve toplumun palyatif bakım konusunda bilinçlenmesi
- Üniversitelerle akademik işbirliği içinde olan gelişmiş palyatif bakım eğitim sistemleri

Tablo 2. Dünyada palyatif bakım uygulamaları (14).

GRUPLAR		ÖZELLİKLERİ	ÜLKELER
GRUP 1 ÜLKELER	HOSPİS-PALYATİF BAKIM AKTİVİTESİ BİLİNMEYEN ÜLKELER	Hospis-Palyatif bakım hizmeti yoktur. Ülkeyi kapsayan palyatif bakım politikaları aktiviteleri de bulunmamaktadır. Bu grupta 75 ülke (%32) yer alır.	Senegal, Afganistan, Nijer, Gine, Kore, Türkmenistan, Yemen Özbekistan, gibi
GRUP 2 ÜLKELER	HOSPİS – PALYATİF BAKIM HİZMETLERİ YAPILANMA AŞAMASINDAKİ ÜLKELER	Faaliyette olan ve hizmet veren palyatif bakım servisleri yoktur. Palyatif bakım servisleri oluşturmak için organizasyon, konferans, personel eğitimi, politik lobi faaliyetleri gibi çalışmalar yapılmaktadır. Bu grupta 23 ülke (%10) yer alır.	Azerbaycan, Dominika, Bolivya, Haiti, Vatikan, Filistin gibi
GRUP 3 ÜLKELER	ÜLKE GENELİNDE OLMAYIP SADECE LOKALİZE HOSPİS-PALYATİF BAKIM YAPILANMASI OLAN ÜLKELER	Grup 3A Ülkeler Az sayıdaki lokalize kliniklerde, sınırlı kapasitede palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Finans kaynakları sağlık sistemine entegre olmayıp daha çok kişisel bağışlardan sağlanmaktadır. Morfin ulaşılabilirliği sınırlı olup, hükümetler tarafından palyatif bakım aktiviteleri yeterince desteklenmemektedir. Bu grupta 74 ülke (%31.6) yer alır.	Bulgaristan, Brezilya, Mısır, Yunanistan, İran, Irak, Vietnam, Venezuela, Birleşik Arap Emirlikleri, Tayland, Tunus, Moldova, Meksika, Rusya gibi

		Grup 3B Ülkeler	<p>Lokalize olan palyatif bakım hizmetleri genel sağlık sistemi ile entegre değildir.</p> <p>Finans kaynakları kişisel bağışlar, genel ve özel sağlık sigortası, yerel devlet kaynaklarından karşılanmaktadır.</p> <p>Dernek organizasyonları tarafından yürütülen sınırlı eğitim faaliyetleri vardır.</p> <p>Morfine rahatlıkla ulaşılabilir.</p> <p>Bu grupta 17 ülke (%7.3) yer alır.</p>	<p>Portekiz, Kıbrıs, Arjantin, Malta TÜRKİYE, Hindistan, Nepal, Litvanya, Hırvatistan Bosna-Hersek gibi</p>
GRUP 4 ÜLKELER	SAĞLIK SİSTEMİ İLE ENTEGRE HOSPİS-PALYATİF BAKIM SERVİSLERİ OLAN ÜLKELER	Grup 4A Ülkeler	<p>Palyatif bakım hizmetleri çeşitli olup yaygındır. Sağlık personelinde ve yerel toplumda palyatif bakım bilinçlenmesi vardır. Morfin ve güçlü analjezikleri kolay ulaşılabilir. Sınırlı düzeyde palyatif bakım politikaları olup ulusal palyatif bakım dernekleri vardır. Bu grupta 25 ülke (%10.7) yer alır</p>	<p>Kosta Rika, Kenya, Çin, Danimarka, İsrail, Finlandiya, Macaristan, Yeni Zelanda, Malezya, Moğolistan, Hollanda, İspanya gibi</p>
		Grup 4B Ülkeler	<p>Bu grupta 20 ülke (%8.6) yer alır. Ülke genelinde yaygın palyatif bakım hizmetleri olup kapsamlı hizmet verilmektedir. Etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları vardır Üniversitelerle akademik işbirliği içinde olan gelişmiş palyatif bakım eğitim sistemleri ve ulusal palyatif bakım dernekleri vardır.</p>	<p>Romanya, Singapur, İsveç, İsviçre, Uganda, İngiltere, ABD, Avustralya, İzlanda, Avusturya, Belçika, Kanada, Fransa, Almanya, Hong Kong, Polonya İrlanda, İtalya, Japonya, Norveç,</p>

2.1.9 Türkiye’de palyatif bakım gelişimi ve uygulamaları

Yaşlı nüfusun artması, teknolojinin ilerlemesi ve tedavi imkanlarının artması ile yaşam beklentisinin yükselmesi ve çok sayıda yoğun bakım birimlerinin açılmasıyla kritik

hastaların desteklenmesi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de büyük oranda palyatif bakım gereksinimini de beraberinde getirmiştir. Şuan sağlık sistemi içerisinde entegre çalışan, bu alana özgü eğitim almış uzman ekipler tarafından sunulan bir palyatif bakım hizmeti verilmemektedir (33). Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayınlanan ‘2009-2015, Ulusal Kansere Kontrol Programı’nda palyatif bakım programı da tanımlanmış, kurumsallaşma yolunda hedefler belirlenerek bir yol haritası çizilmiştir. Ancak bu merkezlerin kurulması asıl 2012-2013 yıllarında ivme kazanmıştır (34). Ülkemizde palyatif bakımın ilk adımı olarak Türkiye Cumhuriyeti (T.C) Sağlık Bakanlığı ‘Evde Bakım Hizmeti’ni başlatmıştır. Evde sağlık hizmetleri ile ilgili uygulamalar 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanan ‘Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’ ile yasal düzenleme altına alınmıştır. Evde bakım tedavi hizmeti gösteren özel kuruluşların Sağlık Bakanlığı’ndan uygunluk belgesi alması zorunluluğu getirilmiştir. Akabinde 01.02.2010 tarihinde ‘Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulanma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’ yayınlanmış ve evde sağlık hizmetleri kamu hastaneleri ile aile sağlığı merkezlerince vermeye başlanmıştır. Buna göre aile hekimi, kendisine kayıtlı hastaların tıbbi durumunu değerlendirerek evde sağlık hizmeti alması gerektiğine karar verdiği hastaya verilmesi gereken hizmetin düzeyini belirlemekle sorumludur (35,36). Sağlık Bakanlığının 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlamış olduğu ‘Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’te evde bakım hizmetlerinin bir sağlık kuruluşu olan hospis içinde verilebilmesini sağlayacak maddeler bulunmaktadır (36,37). Yatan hastalara sosyal güvenlik sistemlerince ödeme yapılmaması, bağış kaynaklarının yetersiz olması, hasta ve yakınlarınca hospis kavramının yeterince anlaşılması kuruluşun kapanmasına yol açmıştır. Palyatif bakım amaçlı ikinci hospis girişimi ise yine kanserli hastalar için 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından gerçekleştirilmiştir ve Hacettepe Onkoloji Hastanesine çok yakın olan tarihi bir Ankara evi 12 odalı bir hospise dönüştürülmüştür (38). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bildiri yapılan tescilli palyatif bakım merkezlerinin sayısı 17.09.2015 tarihi itibarı ile 97’dir (Tablo 3) (39).

Tablo 3. Tescilli palyatif bakım merkezleri (39).

PALYATİF BAKIM MERKEZLERİ MEVCUT DURUMU			
BİRLİK	HASTANE ADI	TESCİL DURUMU	YATAK SAYISI
AKSARAY	Aksaray DH	TESCİLLİ	10
ANKARA 1. BÖLGE	29 MAYIS DH	TESCİLLİ	7
	Şereflikoçhisar DH	TESCİLLİ	12
ANKARA 2. BÖLGE	Ulus Devlet DH	TESCİLLİ	25
	Atatürk Göğüs Hastalıkları EAH	TESCİLLİ	13
ANKARA 3. BÖLGE	Onkoloji EAH	TESCİLLİ	13
	Ankara Ceza infaz Kurumları Kampüs Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	6
ANTALYA	Serik DH	TESCİLLİ	10
	Finike Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	4
	Manavgat Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	2
	Alanya Devlet Hastanesi		4
	Kumluca DH	TESCİLLİ	4
ARTVİN	Artvin DH	TESCİLLİ	6
AYDIN	Nazilli DH	TESCİLLİ	23
	Çine DH	TESCİLLİ	11
	Söke DH	TESCİLLİ	14
	Didim DH	TESCİLLİ	11
BALIKESİR	Balıkesir DH	TESCİLLİ	10
	Atatürk DH	TESCİLLİ	18
	Ayvalık DH	TESCİLLİ	18
	Bigadiç DH	TESCİLLİ	8
BATMAN	Batman Bölge Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	16
BAYBURT	Bayburt DH	TESCİLLİ	3
BITLİS	Bitlis DH	TESCİLLİ	8
BOLU	İzzet Baysal EAH	TESCİLLİ	8
BURDUR	Bucak DH	TESCİLLİ	2
	Burdur DH	TESCİLLİ	4
BURSA	Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi	TESCİLLİ	9
	Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi	TESCİLLİ	7

	Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	20
	İnegöl Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	19
EDİRNE	Uzunköprü DH	TESCİLLİ	7
	Keşan DH	TESCİLLİ	10
ELAZIĞ	Elazığ EAH (Harput)	TESCİLLİ	35
ESKİŞEHİR	Yunus Emre DH	TESCİLLİ	29
	Eskişehir DH	TESCİLLİ	12
GİRESUN	Bulancak Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	9
GÜMÜŞHANE	Kelkit DH	TESCİLLİ	5
	Şiran DH	TESCİLLİ	5
İĞDIR	İğdir DH	TESCİLLİ	7
ISPARTA	Isparta DH	TESCİLLİ	15
İSTANBUL ANADOLU GÜNEY	Kartal Yavuz Selim DH	TESCİLLİ	12
	Süreyyapaşa Göğ. Hast. EAH	TESCİLLİ	36
İSTANBUL BEYOĞLU BÖLGESİ	Gazi Osman Paşa Taksim EAH	TESCİLLİ	4
İSTANBUL BAKIRKÖY BÖLGESİ	Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH	TESCİLLİ	9
	Bahçelievler DH	TESCİLLİ	11
	Bağcılar EAH	TESCİLLİ	10
İSTANBUL ÇEKMECE BÖLGESİ	Kanuni Sultan Süleyman EAH	TESCİLLİ	4
	Avcılar murat kölük DH	TESCİLLİ	9
İSTANBUL FATİH	Arnavutköy DH	TESCİLLİ	6
İZMİR GÜNEY	Katip Çelebi Atatürk EAH	TESCİLLİ	12
	Seferihisar DH	TESCİLLİ	15
	Selçuk Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	4
	Bozyaka EAH	TESCİLLİ	17
İZMİR KUZAY	Tepecik EAH	TESCİLLİ	32
	Buca Seyfi Demirsoy DH	TESCİLLİ	7
	Karşıyaka DH	TESCİLLİ	13
KAHRAMANMARAŞ	Necip Fazıl Şehir Hastanesi	TESCİLLİ	11
KARABÜK	Karabük EAH	TESCİLLİ	10
KASTAMONU	Dr. Münif İslamoğlu DH	TESCİLLİ	6
KAYSERİ	Kayseri EAH	TESCİLLİ	17
KIRIKKALE	Kırıkkale Yüksek İhtisas EAH	TESCİLLİ	20

KIRŞEHİR	Ahi Evran Üniversitesi EAH	TESCİLLİ	8
	Kaman DH	TESCİLLİ	4
KİLİS	Kilis DH	TESCİLLİ	6
KOCAELİ	Kandıra DH	TESCİLLİ	6
KONYA	Beyhekim DH	TESCİLLİ	15
	Akşehir DH	TESCİLLİ	8
KÜTAHYA	Tavşanlı Kalemli DH	TESCİLLİ	15
	DPÜ Evliye Çelebi EAH	TESCİLLİ	13
	Gediz DH	TESCİLLİ	4
MANİSA	Akhisar DH	TESCİLLİ	8
	Turgutlu DH	TESCİLLİ	10
MARDİN	Kızıltepe DH	TESCİLLİ	20
MERSİN	Tarsus DH	TESCİLLİ	17
MUŞ	Muş Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	5
NEVŞEHİR	Nevşehir DH	TESCİLLİ	13
RİZE	RTE Üniv. EAH	TESCİLLİ	9
SAMSUN	Samsun EAH	TESCİLLİ	26
	Bafra	TESCİLLİ	10
	Çarşamba DH	TESCİLLİ	10
SİVAS	Divriği DH	TESCİLLİ	2
	Şarkışla DH	TESCİLLİ	3
	Zara DH	TESCİLLİ	2
TEKİRDAĞ	Çorlu	TESCİLLİ	17
TOKAT	Tokat Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	11
TRABZON	Sürmene DH	TESCİLLİ	6
	Fatih DH	TESCİLLİ	15
	Kanuni EAH	TESCİLLİ	15
	Vakıkebir DH	TESCİLLİ	6
	Akçaabat Haçkalı Baba DH	TESCİLLİ	12
UŞAK	Uşak DH	TESCİLLİ	22
VAN	Van EAH	TESCİLLİ	15
YALOVA	Yalova DH	TESCİLLİ	20
YOZGAT	Yozgat DH	TESCİLLİ	11

ZONGULDAK	Atatürk DH	TESCİLLİ	15
	Kdz Ereğli DH	TESCİLLİ	9

Türkiye’de erişkin hastalara yönelik ilk Kapsamlı Palyatif Bakım Servisi ‘‘S.B Ulus Devlet Hastanesi’nde açılmıştır. Özellikle Ankara genelindeki yoğun bakımlardan eve taburcu edilemeyen, yoğun bakım gereksinimi uzayan ya da artık tümüyle palyatif bakım hizmeti alacak hastaların kabulünü sağlayan bir sistem oluşturulmuştur. Bu durum akut yoğun bakımlarda yatak açılması, daha konforlu bir bakım sağlanması, sağlık personelinin yükünün azaltılması gibi durumları beraberinde getirmiştir. Hastane içinde de palyatif bakım servisine kabul edilen hastanın uygun bakım yerine ve evine gönderilmesi için bir triaj sistemi oluşturulmuştur. Hastaların klinik durumlarına göre ihtiyaç halinde diğer kliniklerden de destek alınmaktadır. Palyatif bakım merkezinde hastanın ailesi ya da bakıcılarına teorik ve pratik olarak bakım eğitimi verilmektedir. Eve taburcu edilen hastaların takip ve tedavisi evde bakım hizmeti tarafından yürütülmektedir (40).

Tablo 4. Evde Sağlık Hizmetleri 2010-2014 (41).

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ 2010-2014					
	2010	2011	2012	2013	2014
Hasta Sayısı	16.651	124.085	244.961	380.814	416.175
Evde Sağlık Takımı Sayısı	407	642	715	765	834
Evde Sağlık Çalışanı Sayısı	478	3512	4143	4224	4369

2.1.10 Palya - Türk projesi

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı palyatif bakım konusunda yaşanan sıkıntıların giderilmesi amacıyla başta DSÖ olmak üzere pek çok kurum ve kuruluşun katkısıyla bakanlığın ilgili birimleri ile ülkemizde ‘Palya-Türk Projesi’ni hazırlamıştır (42). Palyatif bakım hizmeti 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı’nın en önemli yapı taşlarından biri olarak kabul edilmiştir. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı öncülüğünde hazırlanan Palya-Türk Projesi esas olarak aile hekimliği üzerine kurulu ve primer olarak hemşire bakımı üzerine oturtulan Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen bir

sistemdir. Palya-Türk Projesi kamu desteği ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliğine dayalı yürütülecek bir projedir. Projede aktif olarak görev alacak uzmanlık dalları; iç hastalıkları uzmanı, genel cerrah, medikal onkolog, psikiyatrist, psikolog, algolog, rasyasyon onkoloğu, göğüs hastalıkları uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal çalışmacı ve din görevlisi olarak belirlenmiştir. Proje kapsamında verilecek eğitimler; birinci basamak eğitimler, tıp fakülteleri ve dal eğitimleri, sertifikalı eğitimler olarak kategorize edilmiştir (43,44). Palya-Türk projesi, birinci, ikinci ve üçüncü basamak palyatif bakım merkezlerini içermektedir (41,43,45). (Şekil 3) (46).

Birinci basamak palyatif bakım hizmetleri aile hekimleri, evde bakım hizmetleri, KETEM'ler, belediyeler, sivil toplum kuruluşları ile yürütülecektir.

Hedef 216 (SB)+ 7 (Üniversite) PBB kurulması Yıl: 2015 / 2023.

İkinci basamak palyatif bakım hizmetleri kapsamında ikinci basamak hastane merkezleri olarak Onkoloji Tanı Tedavi Merkezleri'nde kurulması planlanan Palyatif Bakım Merkezleri (PBM) vardır. En az bir uzman hekim sorumluluğunda multidisipliner bir ekiple yürütülecektir.

Hedef 38 (SB) + 22 (Üniversite) PBHB kurulması Yıl: 2015 / 2023.

Üçüncü basamak palyatif bakım hizmetleri kapsamında üçüncü basamak hastanelerde kurulması planlanan Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezleri (KPBM) vardır.

Hedef 19 (SB) + 17 (Üniversite) + 13 (Kampüs) KPBM kurulması Yıl: 2015-2023.

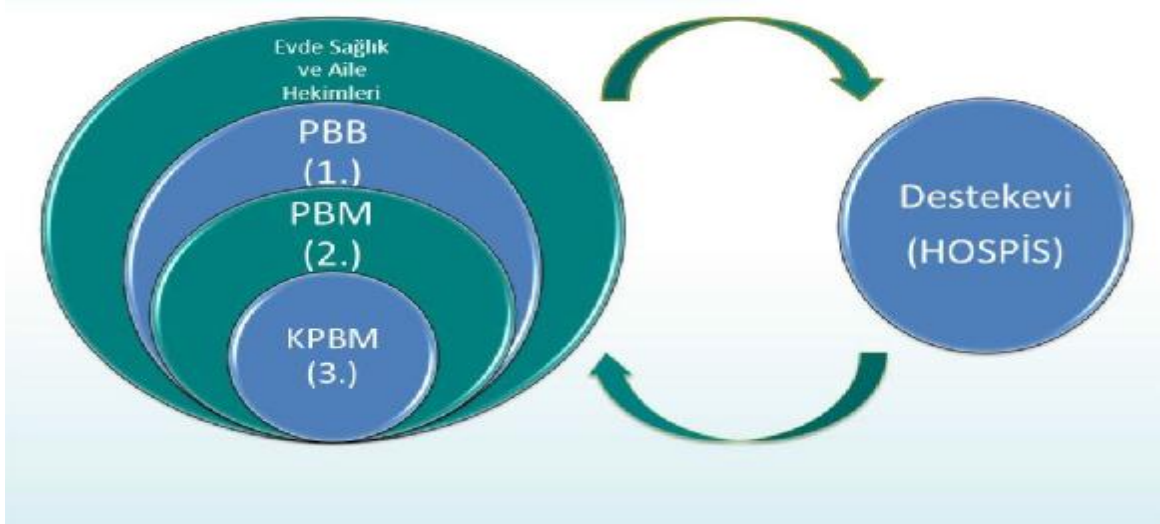
Bunların 6'sı aynı zamanda pediatrik, 2'sinde sadece pediatrik KPBM (SB).

17 Üniversite'nin 13'ünde aynı zamanda pediatrik KPBM (Üniversite)

Kapsamlı palyatif bakım merkezi (KPBM);

- Palyatif bakım ile beraber terminal dönem bakım ve evde bakım programları olmalı
- Palyatif bakım süreci eğitilmiş ve deneyimli bir ekip tarafından yürütülmeli
- İlgili tüm kurum ve kuruluşlar ile işbirliği içinde palyatif bakım konusunda hizmet içi eğitim, sürekli eğitim ve sertifikasyon eğitim programlarını verebilmeli.
- Psikolojik ve sosyal destek sağlamalı
- Beslenme, fizyoterapi ve mesleki terapi hizmetleri verebilmeli.
- Konuşma ve dil terapisi hizmetlerini vermek için çalışmalar bir an önce yapılmalı.
- Palyatif Bakım uygulamaları yataklı serviste, poliklinikte, ayaktan tedavi ünitelerinde, evde vb. yapılabilmesi.

Bahse konu merkezler ihtiyaca göre yatak sayısına sahip olacak, en az bir meşgale odası, bir girişim veya muayene odası, hastaların televizyon izleyebileceği bir toplantı odası ve bir mutfak bulunacaktır. Ayrıca bu birimle koordine çalışan en az üç evde sağlık hizmeti ekibi görev alacaktır. Uzman bir hekimin takım liderliği ve yönetiminde bir ekip bulunmalıdır. Bu ekibin liderliği için iç hastalıkları uzmanı, genel cerrah, medikal onkolog, psikiyatri uzmanı, anestezi uzmanı, radyasyon onkoloğu, göğüs hastalıkları uzmanı, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı olarak belirlenmiştir.



Şekil 3: Türkiye’de Palyatif Bakım (46).

Neden palyatif bakım?

- Ucuz olması
- Gereksiz acil hizmet kullanımını, radyoterapi ve kemoterapi kullanımını azaltır.
- Gereksiz hastane yatışlarını ve tetkikleri engeller.
- Hasta ve yakınlarının endişelenmesinin önüne geçer.
- Sağlık Ekonomisinde ciddi bir tasarruf sağlar.

2.1.11 Palyatif bakım uygulamasında yaşanan problemler

Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de palyatif bakım konusunda bazı engeller ve gecikmeler yaşanmaktadır. Bunlardan bazıları (47) :

- Sağlık personellerinin iş yükünün fazla olması ve sayılarının eksik olması
- Hasta ve hasta yakınlarının bu konudaki farkındalığın düşük olması ve semptom yönetiminde sabırsız davranması ve yeterince destek istememeleri
- Palyatif bakımın kanun ve mevzuatlarla desteklenmesinin yetersiz olması

- Evde bakım uygulamalarının sigorta kapsamı dışında kalması, yeteri kadar mali desteğin olmaması
- Tedavi odaklı yaklaşım gösterilmesi
- Hastanelerin fiziki yeterliliklerinin bakım için uygun durumda olmaması
- Semptom kontrolünde standartların oturtulamaması gibi nedenler sayılabilir.

Palyatif bakım eğitiminin sağlık çalışanlarına yeterince verilmemesi bu alanda bir uzmanlık dalının kurulmasının gerekli olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Böylece hem farkındalık arttırılacak hem de palyatif sağlık hizmetleri daha profesyonel bir hale getirilecektir.

2.2 Kanser

Kanser, hasta ve yakınları için, fiziksel, psikososyal ve manevi pek çok sorun ve zorlukları içeren bir süreçtir. Bu dönemde kanser hastalarında görülen semptomlar; fiziksel işlevler ve sosyal fonksiyonların bozulmasına, tedaviye cevabın azalmasına neden olur ve sağ kalım süresi üzerinde olumsuz sonuçlara neden olur (48, 49). Palyatif bakımın multidisipliner bir yaklaşım ile ele alınması hem semptom kontrolü hem de tedavi uyumu açısından kanser hastaları ve yakınlarına fayda sağlayacaktır. Dünya’ da toplam 184 ülkede 28 kanser tipi için yapılan tahminler GLOBOCAN 2012 sitesinde yayınlanmıştır. Bu verilere göre yeni tanı alan kanserli hasta sayısı ve kanserden kaynaklanan ölümler önceki tahminlere göre artmıştır. GLOBOCAN verilerine göre 2008 yılında Dünya’da toplam 12,7 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 7,6 milyon kişi kansere bağlı hayatını kaybetmiştir (50). 2012 yılında bu rakamlar sırasıyla; 14,1 ve 8,2 milyona yükselmiştir. Dünya’da en çok tanı konulan üç kanser akciğer (%13,0), meme (%11,9) ve kolon (%9,7) iken kanserden ölümlerin gerçekleştiği en sık üç kanser akciğer (%19,4), karaciğer (%9,1) ve mide (%8,8) olarak belirtilmiştir. Kanser artış hızının bu şekilde devam etmesi durumunda, 2025 yılında toplam 19,3 milyon yeni kanser vakası olacağı belirtilmiştir (51). Ülkemizde her yıl 170000 yeni kanser olgusu tanı almaktadır ve bu kanser olgularının 2/3’ü erkektir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye’de kanserden kaynaklanan ölümlerin oranı 2002 yılında %12-16 arasında iken, 2009 yılı verilerine göre bu oranın %20’lere çıktığı görülmektedir (50).

Tablo 5: Dünya kanser istatistiklerinde Türkiye'nin durumu (52).

	Erkek	Kadın
Dünya	205,4	165,3
IARC'a üye 24 ülke	236,4	192,5
AB (28 ülke)	314,9	243,2
ABD	347,0	297,4
Türkiye	245,7	157,5

The International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Ajansı) (IARC) Tarafından Yayınlanan Globocan 2012 Verilerine Göre Türkiye'nin Durumu (Deri Dışında Kalan Kanserlerin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (100000 kişide) (52).

2.3. Terminal Dönem Kanser Hastalarında Semptom Yönetimi

Palyatif bakım hastalarının en önemli kısmını oluşturan son dönem kanser hastaları, hastalığın kendisinden veya tedavisinden kaynaklanan birçok semptomdan dolayı sıkıntı yaşamaktadır. Bunların başlıcaları; ağrı, halsizlik, bulantı, kusma, iştah kaybı, kabızlık, anksiyete, uyku bozukluğu, kaşıntı ve depresyon olarak sayılabilir (53). Hasta ve hasta yakınları bu semptomlardan kaynaklanan sıkıntıları aşmak için çeşitli kliniklere başvururlar. Bu süreç yıpratıcı olduğu gibi sağlık sisteminin mali dengesini bozan sonuçlara yol açmaktadır. Sağlık çalışanları hastaların en fazla yakındıkları semptom odaklandığında diğer semptomları gözden kaçırabilirler, bu durum tedavilerin eksik kalmasına, hasta ve hasta yakınlarının tedaviden memnun olmamalarına neden olmaktadır. Ağrı, yaşam kalitesini; anoreksi, disfaji, dispne, ağız kuruluğu ve kilo kaybı ise hastalığın seyrini etkilediğinden öncelik bu semptomların tedavisine yönelik olmalıdır. Farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması, hastaya son döneme kadar aktif, kaliteli bir yaşam sunar. Bu semptomların kontrol altına alınmasıyla beraber hastanın çevresiyle uyumu artacağı gibi, kanser tedavisine yanıtı düzelecek ve tedavinin yan etkilerine karşı daha dayanıklı olacaktır (8)

2.3.1 Ağrı

International Association for the Study of Pain (Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı) (IASP)'e göre ağrı; "*var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoşta gitmeyen duyuşsal ve emosyonel bir deneyimdir*"(54). Kanser

hastalarında palyatif bakımın temel amacı ağrıyı önlemektir. Ağrı değerlendirilirken; tipi, tarzı, şiddeti, yayılımı, seyri, uyaran faktörleri, önceki tedavileri, rahatlatan faktörleri ele alarak ona göre bir yaklaşım belirlenir. Bunun için bazı ölçekler kullanılır.

Dikkat edilmesi gereken durumlar (55) :

- Hastanın ağrıya karşı geliştirdiği tepkilere ön yargı ile yaklaşılmamalı.
- Ağrı ölçümünde amaç belirlenmeli.
- Tek bir değerlendirme yönteminden ziyade farklı değerlendirme yöntemleri kullanılmalı.
- Hastaya ve ağrı nedenine ilişkin bilgiler toplanmalı.
- Ağrı değerlendirmesinde güvenilir ve herkesçe benimsenen ağrı ölçekleri kullanılmalı.

Ağrısını İfade Etmede Güçlük Çeken Hastalar (56) :

- Yeni doğanlar
- Psikotik hastalığı olanlar
- Endotrakeal tüp nedeniyle konuşamayan hastalar
- Yaşı 85'in üzerinde olanlar
- Sağlık personeli ile aynı konuşma dilini kullanmayanlar
- Eğitim düzeyleri veya kültürel yapıları sağlık personelinde farklı olanlar

Ağrı temel olarak **nosiseptif**, **nöropatik** ve **psikojenik** olarak üç ana tipte sınıflandırılır. Nosiseptörler, sinir sistemi dışındaki tüm doku ve organlarda bulunur. **Nosiseptif** ağrı da, somatik ve visseral ağrı olarak iki alt gruba ayrılır. **Somatik** ağrı; cilt, cilt altı, tendon, eklem ve kaslardan kaynaklanan, lokalize edilebilen keskin bir ağrıdır. **Visseral** ağrı organlardan kaynaklanır, iyi lokalize edilemez, kolik, kramp ve sıkışma tarzında hissedilir. **Nöropatik** ağrı periferik veya santral sinir sistemin anormal duysal fonksiyonundan kaynaklanır, elektrik çarpması ve yanma tarzında, disestezi ve otonomik disfonksiyon, kas güçsüzlüğü gibi bulgularla birlikte olan ağrılardır. **Psikojenik** ağrı ağırlıklı olarak kanser tanısının vermiş olduğu sıkıntıya veya diğer komorbid psikiyatrik hastalıklara bağlı olabilir. Bazen ağrının tek nedeni olmakla beraber genelde diğer sebeplere bağlı olarak ağrının şiddetinin artmasına katkıda bulunur. Bunun tersi durumlarında ise psikolojik çöküntü ağrıya ikincil olarak da gelişebilmektedir (57). Tedavi şeklinin ve prognozunu doğru olarak belirlenmesi açısından ağrının tipinin ve ağrının primer

mi yoksa tedaviye sekonder olarak geliştiğinin belirlenmesi önemlidir. Kanserle bağı gelişen ağrılarda öncelikli olarak kemoterapi, radyoterapi ve kemoradyoterapi gibi antitümör tedaviler ile beraber bazı vakalarda cerrahi yöntemler kullanılabilir. Ağrı; zonklama, kesilme, batma, yanma, sızlama, künt, çekilme, üşüme vb. tarzda ortaya çıkar. Ağrının şiddetini belirlemek için tek ya da çok boyutlu ölçekler kullanılır:

• **Sözel kategori ölçeği (58):** Bu ölçek hastanın ağrı durumunu tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesine dayanır. Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar sıralanır. Hastadan bu kategorilerden durumuna uygun olanı seçmesi istenir (Şekil 4).

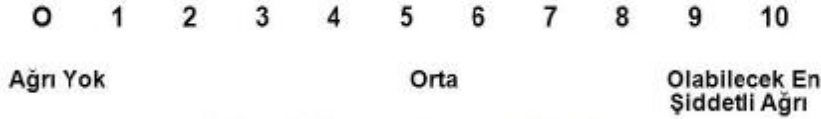
Sözel Tanımlayıcı Skala



Şekil 4. Sözel tanımlayıcı skala (58).

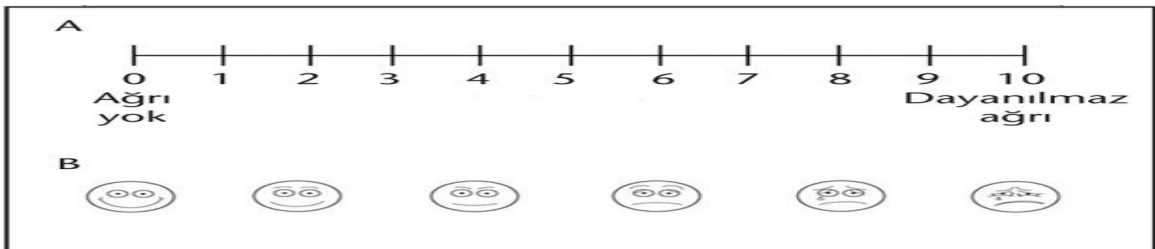
• **Sayısal ölçekler (59):** Bu ölçek, hastanın ağrısını sayılarla açıklamasını amaçlar. Sayısal ölçeklerde ağrı yokluğu (0) ile başlayıp şiddetli ağrı (10) düzeyine kadar ulaşır (Şekil 5).

Sayısal Oranlama Skalası



Şekil 5. Sayısal oranlama skalası (59).

• **Görsel kıyaslama ölçeği (60):** Görsel Ağrı Skalası (Visual analog scale: VAS) ağrı değerlendirilmesine en basit ve en kolay uygulanabilecek tek boyutlu test olup kısa zamanda değerlendirme olanağı sağlar (Şekil 6).



Şekil 6. Görsel ağrı skalası (VAS) (60).

A. Yetişkinler için

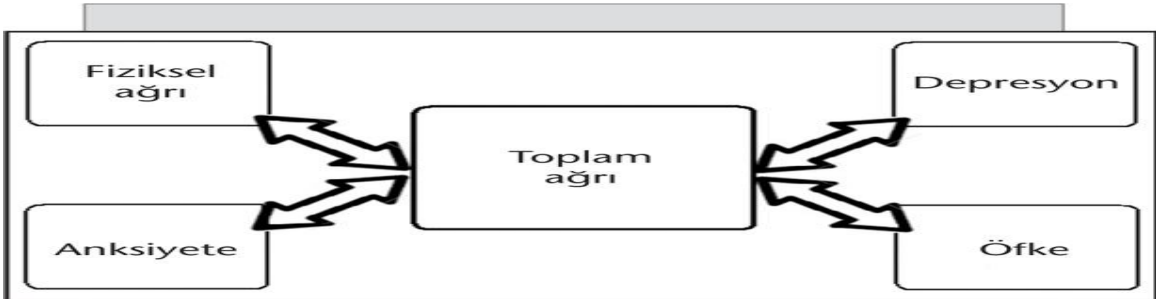
B. Çocuklar için

1-4 arası ise hafif ağrı, 5-6 ise orta dereceli ağrı, 7-10 arası ise ciddi ağrı olarak sınıflandırılır. Hastalarda her zaman aynı skalayı kullanmak daha etkin bir sonuç verir.

- Burford ağrı termometresi

2. Çok boyutlu ölçekler:

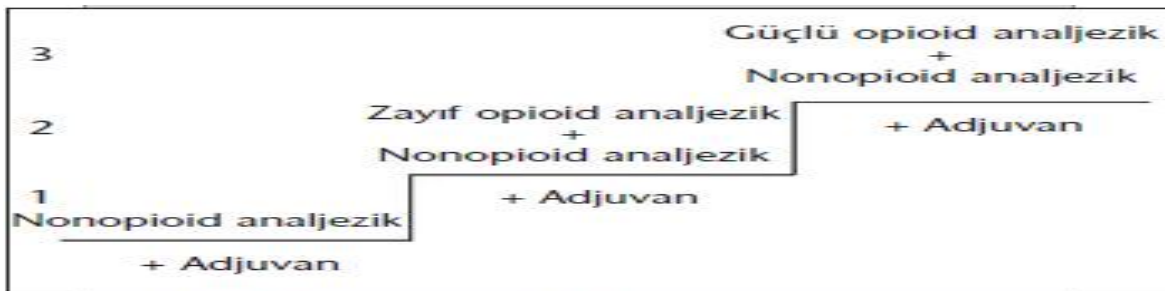
- § Mc Gill Melzack ağrı soru formu
- § Dartmount ağrı soru formu
- § West Haven-Yale çok boyutlu ağrı çizelgesi
- § Anımsatıcı ağrı değerlendirme kartı
- § Wisconsin kısa ağrı çizelgesi
- § Ağrı algılama profili
- § Davranış modelleri



Şekil 7. Fiziksel ağrının şiddetini etkileyen faktörler (54).

Ağrının farmakolojik tedavisi

Non opioid, opioid ve adjuvan ilaçları içeren farmakolojik tedavi kanser ağrısı tedavisinin esasını oluşturur. Dünya Sağlık Örgütü 1980 ortalarında uygun ağrı tedavisi için üç basamaklı merdiven sistemi geliştirmiştir (Şekil 8) (59). Bu merdiven sistemi ağrı kontrolüne basamaklar kullanarak yaklaşmayı ve analjezik ilaçların seçiminin ağrının şiddetine göre yapılmasını önermektedir. Merdiven tedavi yönteminde sık yapılan hatalardan biri de tedaviye ilk basamaktan başlamaktır. Dikkatli bir değerlendirme ile merdivenin herhangi bir basamağından tedaviye başlanabilir. Orta derecede ağrısı olan bir hastaya ikinci basamak tedaviyle başlamak ya da ciddi ağrısı olan bir hastaya üçüncü basamak tedaviyle başlamak gibi doğru bir yaklaşım olacaktır (61).



Şekil 8. Basamaklı ağrı tedavisi (59).

Tablo 6. Ağrının kategorizasyonu ve uygun analjezi tedavisi (59).

DSÖ analjezik merdiven tedavisi	Skor	Analjezik seçimi
1 (hafif ağrı)	3 (10 üzerinden)	Parasetamol veya NSAİ ajanlar
2 (hafif-orta ağrı)	3-6 (10 üzerinden)	Zayıf opioidler ± Parasetamol veya NSAİ ajanlar
3 (orta-şiddetli ağrı)	6 (10 üzerinden)	Kuvvetli opioidler ± Parasetamol veya NSAİ ajanlar

Ağrı yönetiminde beş önemli tamamlayıcı ilkeyi vurgulamak gerekirse (62) :

- Oral yol her zaman ilk tercih olmalı.
- Kronik ağrı varsa gün boyu sürekli doz uygulaması yapılmalı.
- İlaç seçimi ağrı şiddetine göre belirlenmeli.
- Ağrı tedavi ve takibinde değerlendirmelerin yeniden yapılması.
- Hastaların kişisel farklılıklarından dolayı ağrı tedavileri kişiselleştirilmemeli.

İlk basamak ilaçlarla ağrı geçmiyorsa ikinci basamağa geçilir ve tedaviye zayıf opioid ilaçlar (kodein, tramadol) eklenir. Birinci ve ikinci basamaktaki ilaçlarla ağrı azalmıyorsa üçüncü basamak tedaviye (güçlü opioidler; fentanil, morfin) geçilir.

İnvaziv ağrı tedavisi

Hastanın ağrı bölgesine ve etyolojisine yönelik somatik ve sempatik sinir blokları ve ablatif teknikler uygulanabilir.

Noninvaziv, nonfarmakolojik yöntemler:

Ağrı ile beraber bulantı, yorgunluk, depresyon, uykusuzluk, iştahsızlık gibi semptomlara yönelik tek başına ya da ilaç tedavisinin yanında kullanılabilir.

2.3.2 Dispne

Dispne son dönem kanser hastaları için en korkulan ve anksiyeteye neden olan semptomlardan biridir. Fiziksel ve algısal yönlerinin olması nedeniyle ciddiyeti fizik muayene ve laboratuvar bulguları ile direk ilişkili değildir. Amerikan Toraks Derneği dispneyi “faklı ağırlıkta, kalitatif olarak farklı duyular içeren solunum rahatsızlığı ile seyreden subjektif deneyim” olarak tanımlamaktadır (63). Tedavi bir neden varsa nedene yöneliktir. Dispnenin tedavi edilebilir nedenleri anksiyete, solunum yolu tıkanması, solunum yolu sekresyonu, konjestif kalp yetmezliği, hipoksi, plevral efüzyon, pnömoni, pulmoner ödem, pulmoner emboli, anemi ya da metabolik nedenlerdir. Hastanın semptomatik olarak rahatlaması için en etkili tedavi opiyatlardır. Düşük doz tedavi pek çok hasta için güvenli ve etkili bir

yoldur. Anksiyolitikler hem dispne, hem de anksiyete için etkilidirler (20). Solunum sıkıntısı yaşayan hastaların sosyal aktiviteleri kısıtlanır. Hasta ve hasta yakınlarında oluşturduğu anksiyete ve çaresizlik nedeniyle sedasyon sağlanması önde gelen amaçlardan biri olmalıdır.

Dispnenin değerlendirilmesi

Dispnenin şekli, ağırlığı, etkileri ve yarattığı sıkıntı açısından çok yönlü değerlendirilmesi gerekir. Alttaki patoloji dispne hissinin şeklini etkileyebilir. Örn; kalp yetmezliğinde hava açlığı ve boğulma hissi şeklinde olurken, hava yolu hastalıklarında nefesini tam verememe, göğüste sıkışıklık hissi gibi tanımlanabilir. Dispnenin ağırlığını saptamada en sık kullanılan yöntemler numerik skalalar (1-10 arası) ya da görsel analog skalalarla (1-100 mm arası) yapılan ölçümlerdir. solunum sayısının artması ya da yardımcı solunum kaslarının solunuma katılması dispnenin ciddiyeti ile her zaman paralellik göstermeyebilir. Dispne tedavisinde ortaya çıkan aktivite kısıtlaması ve sıkıntı düzeyine dikkat etmek gerekir. Laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri (pulse oksimetri, arter kan gazı, solunum fonksiyon testi, akciğer grafisi) dispneyi değerlendirmede, dispnenin varlığını saptamak için yardımcı olmasada nedenini saptamak için uygulanır (64).

Tedavi

Nonfarmakolojik tedavi yaklaşımları

- Oksijen tedavisi
- Noninvazif pozitif basınçlı ventilasyon (NPBV)
- Pozisyon verme
- Solunum teknikleri kullanma
- Kanserli hastalara düzenli bir solunum egzersiz programı
- Diğer destek yaklaşımlar

Farmakolojik tedavi yaklaşımları

- Bronkodilatörler
- Sistemik steroidler
- Diüretikler
- Anksiyolitikler
- Opioidler

Dispnenin semptomatik tedavisinde ilk sırada yer alan ilaçlar opioid agonistleridir (65). Dokuz randomize çalışmanın ele alındığı meta-analizde sistemik opioidlerin istatistiksel olarak nefes darlığı hissini azalttığı gösterilmiştir (66). Opioidlerin solunum depresyonu yaptığına dair kaygılar nedeniyle dispne tedavisinde opioid kullanımı sınırlıdır. Opioid sonrası kan gazı

ve/veya oksijen saturasyonuna bakılmış çalışmaların hiçbirisinde saturasyonda düşme saptanmamış, sadece bir çalışmada karbondioksit basıncında artış (40 mmHg'ı aşmayan) bildirilmiştir. Dispneye ağrı eşlik eden hastalarda ağrı palyasyonu sağlanmış, bulantı, konstipasyon ve sersemlik hali en sık yan etkiler olarak saptanmıştır (66).

Tablo 7: Dispneide opioid tedavisi (65).

<i>Daha önce opioid kullanmayan orta derecede dispneik hasta tedavi seçenekleri</i>
Hidrokodeon 5mg/4h oral
Kodein 30 mg/4h oral
<i>Daha önce opioid kullanmayan ciddi dispneik hasta tedavi seçenekleri</i>
Morfin sülfat 5mg/4h oral
Oksikodon 5 mg/4h oral
Hidromorfon 1mg/4h oral

Daha önce opioid kullanan hasta başlangıç opioid dozları yukarıdakilerden %25-50 yüksek tutulmalı.

2.3.3 Yorgunluk

Son dönem kanser hastalarında sık görülen halsizlik, performans ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Kanser ile ilişkili halsizlik belirli bir nedene bağlanamaz. Yorgunluk oluşumunda anemi, malnütriyon, dehidratasyon, elektrolit bozuklukları, enfeksiyonlar, organ yetmezlikleri, uyku bozukluğu, hareketsizlik, anksiyete bozuklukları, depresif duygu durum ve stres gibi psikolojik etkenler rol alır. Tedavide yaklaşım farmakolojik ve/veya nonfarmakolojik yöntemlerle beraber semptomatik yaklaşımdır. Farmakolojik tedaviye bakıldığında metilfenidat, kortikosteroid, megestrol asetat ve modafinil kullanılabilir (67). Düşük doz steroidler, egzersiz, psikolojik destek, sağlıklı bir iletişimle hasta ve hasta yakınlarını organize etmek önem arz eder.

2.3.4 Bulantı - Kusma

Terminal dönem kanser hastalarında sık görülen semptomlardan biri de bulantıdır. Bulantı genellikle kusma ile seyreder. Kusma mide içeriğinin kuvvetli bir refleks ile özofagus ve ağız yoluyla dışarıya atılmasıdır. Bulantı ya sıklıkla kusmaya öncülük eder ya da onunla birlikte gelişir. Bulantı ile birlikte terleme, solukluk, tükürük salgısında artış, bradikardi, hipotansiyon ve iştahsızlık gibi durumlar eklenebilir (68). Bulantı ve kusma hastalığın kendisinden, kemoterapiden ya da opioidlerden kaynaklanabilir.

Kusma Tipleri

- **Akut:** Klinik olarak bir haftadan daha kısa süren kusma olarak değerlendirilebilir.
- **Kronik:** Klinik olarak bir haftadan uzun süren kusma olarak değerlendirilebilir.
- **Santral tip:** Genellikle SSS kaynaklı olup aniden ortaya çıkabilen, hastaların pozisyonları, yemeği görme ve düşünme gibi nedenlerden dolayı ortaya çıkan kusma tipidir.
- **Periferik tip:** Daha çok sindirim sisteminden kaynaklanan ve SSS'nin diğer organlarından etkilenen kusma tipi olarak değerlendirilir.
- **Fizyolojik kusma:** Kusma merkezini santral ya da periferik olarak etkileyen faktörlere yanıt olarak ortaya çıkan bir tablodur. Ayrıca midenin boşalmasının geciktiği durumlarda da görülebilir.
- **Psikojenik kusma:** Hastalarda huzursuzluk yaratabilecek her durumda ortaya çıkan, bazen de hastanın kendi kendini provoke etmesiyle ortaya çıkan kusmadır.

Tedavi

Nonfarmakolojik yöntemler:

- Öncelikle altta yatan hastalığın tedavisi
- Sıvı - elektrolit açığının giderilmesi
- Kusmaya yol açabilecek mevcut ilaçların kesilmesi
- Barsak obstrüksiyonu düşünülüyor ise nazogastrik sonda takılması gereklidir.

Farmakolojik yöntemler: Antiemetikler etki mekanizmalarına göre seçilmeli, gerekirse kombine tedavi uygulanmalıdır. Bu amaçla antihistaminikler, kortikosteroidler, prokinetik ajanlar, dopamin ve serotonin antagonistleri kullanılabilir. Kombine ilaç tedavisi yerine geniş spektrumlu antiemetik olan levomepromazin de tercih edilebilir (69). Opioidlerden kaynaklanan bulantı ve kusmalarda ise düşük doz haloperidol ya da metoklopramid verilebilir. Kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmada kortikosteroidler yararlıdır, yan etki için 5HT3 antagonistleriyle profilaksi uygulanabilir (70).

- Serotonin 5HT3 reseptör antagonisti: Ondansetron, granisetron, dolasetron ve tropisetron gibi ilaçlar sayılabilir. Ondansetron gebelerde güvenle kullanılabilir.
- Dopamin antagonistleri: Fenotiazinler, butirofenonlar ve benzamidler postoperatif dönemde, gebelikte, kemoterapi ve radyoterapiye bağlı gelişen bulantı ve kusma için etkilidir.

kusmalarda kullanılırlar. Metaklopramid kullanımında distonik reaksiyonlar, tremor EKG’de QT uzaması gibi durumlarla karşılaşılabılır.

- Kortikosteroidler: Serebral ödem ve intrakranial basınç artışı olan bulantı ve kusmalarda etkilidir.
- Antihistaminik ve antimuskarinik ajanlar
- Sedatifler

2.3.5 Üzüntü

Kanser tanısı alan hastalarda görülen psikiyatrik sorunlar ve sıklıkları, kanserin türüne, hastalığın kendisine, kullanılan tedavi ve yan etkilerine bağlı olarak gelişmektedir. Kanser hastalarının hepsinde psikiyatrik bozukluk ortaya çıktığı düşüncesi de hastanın tüm tepkilerinin “normal” olarak kabul edilmesi gerektiği düşüncesi de yanlıştır (71). Kanser hastaları tanı, tedavi, nüks ve terminal dönemlerde çeşitli duygusal, ruhsal, davranışsal tepkiler gösterirler (72). Hasta terminal dönemde gerçeği kabul edip, enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yönelterek uyum sağlamaya çalışır ve yaşamını, geçmişini, geleceğini, varoluşunu yeniden yorumlaya başlar. Güven ve denge arayışı içerisine girer (72-75). Yapılan bir çalışmada radyoterapi alan hastalarda depresyonun sıklığı %81 gibi yüksek bir orana ulaşmaktadır. Hastaların %38’inde şiddetli depresyon, %43’ünde depresif uyum bozukluğu görülmektedir (76).

2.3.6 Endişe

Kanser hastalarının çoğu yaklaşan ölüm korkusundan ve geride bıraktıkları yakınlarının yaşayacakları duygusal, sosyal ve maddi zorluklardan dolayı endişe içindedir. Hastalıktan kaynaklanan dispne ve ağrı gibi semptomlar bu tabloyu daha da ağırlaştırabilir. Hasta ve hasta yakınıyla rahatlatıcı ve destekleyici konuşmalar yapmak üzere ekibe (psikolojik, manevi danışmanlık, sosyal hizmetler desteği) ciddi görevler düşmektedir. Müzik tedavisi, gevşeme teknikleri, manevi destek, hipnoz gibi bazı yöntemler kullanılabilir. Akut durumlarda ilaç tedavisi olarak lorazepam ve midazolam gibi ajanlar uygulanabilir. Sedasyon, konfüzyon ve hafıza durumları dikkatle takip edilmelidir. Antidepresanlar terminal dönem öncesi hastalarda, kronik anksiyetede ve uzamış yasta oldukça faydalıdır. Bunun yanında manevi destek de verilmesi önemlidir (77,78). Delirium, terminal dönem hastalarında çok sık görülen, sıklıkla gözden kaçan bir durumdur. Bir çalışmada hastaların %46,9’unda delirium geliştiği, ancak bunların sadece %43’ünün tanısının konulabildiği gözlenmiştir. Delirium tedavi edilmediğinde kalıcı

unutkanlık, dikkat azlığı, konsantrasyon güçlüğü gibi kognitif belirtilere neden olmaktadır (76). Deliryum nedenlerine baktığımızda ilaçlar, ilaç kesilme sendromu, metabolik dengesizlik, dehidratasyon, hiperhidrasyon, duyu kaybı, infeksiyon, ileri yaş, santral sinir sisteminin yapısal lezyonları ve hipoksik ensefalopati sayılabilir. Metabolik sorunlar ve sıvı dengesizlikleri düzeltilmeli, infeksiyon ve hipoksi giderilmeli, opioid dozları yeniden titre edilmelidir. Güçlü antikolinerjik ilaçlar (trisiklik antidepresanlar), H2 reseptör blokerleri, dijital, steroid ilaçlar bu etkilerden sorumlu olabileceğinden ilaç dozları azaltılmalı ya da kesilmelidir. Artan dozlarda nöroleptikler deliryumu düzeltebilir. Bazen deliryum geri dönüşümsüz olup ölüme yaklaşmanın bir işaretidir (69,79).

2.3.7 Uyku Sorunları

Spesifik bir uyku bozukluğu olan insomnia uygun ortam ve şartlar oluşturulmasına rağmen uykuya dalamama, uykuyu sürdürme ve sonlandırmaya ilişkin, dinlendirici olmayan uyku olarak kabul edilmektedir (80). Kanser hastalarında hastalığın ileri evrelerinde daha sık görülmektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda kanser hastalarındaki insomnia prevalansı çok geniştir. Bu farklılığın nedeninin uykusuzluğun tanımındaki ve tanı metodları arasındaki farklılıklardan kaynaklanmakta olduğu söylenmektedir (81). Kanser hastalarında görülen insomniada uykuya dalmada zorluk (30 dakikadan daha fazla sürede), gece boyunca sık uyanma ve uykuya tekrar dönmede zorluk (30 dakikadan daha fazla uyanık kalma), sabah çok erken uyanma ve korkulu rüyalar sıklıkla saptanan sorunlardır. Ağrı, anksiyete, bulantı - kusma, depresyon, deliryum, halsizlik, ateş v.b. durumlar kanser hastalarında insomnia için risk faktörleri olarak sayılabilir.

Tedavi

Non farmakolojik yöntemler:

- Bilişsel davranışçı terapiler (Cognitive Behavioral Therapy),
- Farkındalık tabanlı stres azaltma terapileri (MindfulnessBased Cognitive Therapy)
- Yoga, meditasyon, relaksasyon ve hipnoz gibi diğer terapiler
- Eğitim
- Egzersiz

Bu terapilerin amacı kansere bağlı uyku problemlerine yol açan durumları ortadan kaldırmaktır. Kanser hastalarında bu yöntemlerle yapılmış randomize klinik çalışmalar vardır (82).

Farmakolojik yöntemler:

Uyku sorunları için farmakolojik tedaviler daha az çalışılmıştır. Farmakolojik tedavilerde en sık kullanılan ajan grubu benzodiazepin (lorazepam, temazepam) ve benzodiazepin (zolpidem, zaleplon, eszopiclone) olmayan hipnotik ajanlardır (83).

- Benzodiazepin grubu ilaçlar uzun süre kullanıldığında sedasyon, bağımlılık, yoksunluk, tolerans vb. durumlara yol açmaları nedeniyle sıkıntı yaratmıştır.
- Diğer benzodiazepin olmayan grup ise ağırlık ve sersemlik hissi gibi yan etkiler olmasına rağmen daha iyi tolere edilmiştir (83).
- Antidepresanlar uyku sorunları için kullanılan diğer bir grup ilaçlardır.
- Mirtazapin sedatif etkileri olan tetrasiklik antidepresandır. Bu ilaç ile yapılmış çalışmalarda bazı ruhsal semptomları düzeltmesine rağmen ileri evre kanser hastalarında kullanımı yan etkileri nedeniyle kısıtlıdır (129,130).
- Trazodon ise atipik tetrasiklik antidepresandır, presinaptik ve postsinaptik serotonin reseptörlerini bloke eder (84).

Tüm genel kanser hastalarında da uyku problemlerinin özellikle kronik olan durumlarda psikiyatri uzmanları ile beraber ortak tedavi edilmesi ve izlenmesi önemlidir.

2.3.8 Beslenme Problemleri

Kanser hastalarında enerji tüketimi hastalığa bağlı olarak arttığı için normal beslenmeyle ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamazlar ve kişide ciddi kilo kayıpları meydana gelir. Bu durum hem yaşam kalitesini hem de sağ kalımı belirgin şekilde etkiler.

Vücut kitle indeksi (VKİ): kg/m^2

- < 18: Malnutrisyon, 18 - 20: Malnutrisyon riski, 20 - 25: Normal, >30: Obezite
- Üst kol çevresi: (K<18 cm, E< 20 cm)
- Triseps cilt kalınlığı: (K< 13 mm, E< 10 mm)

Fearon ve ark.'ınca belirlenen kaşeksi tanı kriterleri tablo 13'de verilmiştir (85).

Tablo 8. Kaşeksi Sendromu tanı kriterleri (85).

Son 6 ayda kilo kaybının >%5 olması veya
Vücut kitle indeksinin %2 olması veya
"Appendicular" iskelet kas indeksinin sarkopeni ile uyumlu olması (erkekler < 7.26 kg/m^2 , kadınlar < 5.45 kg/m^2) ve kilo kaybının >%2 olması

Beslenmenin değerlendirilmesi ve desteklenmesi palyatif tedavinin önemli unsurlarından birisidir. Beslenmenin değerlendirilmesinde birçok yöntem kullanılmaktadır. Bunlar;

- Mini Nutritional Assessment
- Malnutrition Universal Screening Tool
- Nutritional Risk Screening 2002
- Short Nutritional Assessment Questionnaire
- Malnutrition Screening Tool
- Subjective Global Assessment testleridir.

'Subjektive Global Assessment' testinde kilo kaybı miktarı, başvurudan önceki beslenme durumu, hastalığın ciddiyeti, komorbiditeler ve gastrointestinal sistemin fonksiyonu değerlendirilir (86). Beslenme tedavisi planlanırken ağız yolu ile beslenme öncelikli olmalıdır. Hasta için uygun gıdalarla diyet düzenlenerek oral alım tercih edilmelidir. Oral beslenme yeterli olmuyorsa enteral ya da parenteral beslenme desteği başlanır. Enteral beslenme solüsyonları, hastanın durumuna göre, oral yolla ya da enteral tüple uygulanabilir. Sindirim ve emilim için GİS bütünlüğünün korunması gereklidir.

Avantajları (87):

- Organizmanın en büyük endokrin organıdır.
- Travmaya karşı hipermetabolik yanıtta santral organdır.
- İmmünsekretuar hücrelerin %75'i barsakta bulunur.
- Savunma sisteminde önemli rol alır.
- Barsak mukozasının %25'i lenfoid dokudur.

Komplikasyonları (87):

- Disfonksiyonel barsak (iskemi, obstrüksiyon, anatomik bütünlüğün bozulması)
- Jeneralize peritonit
- Şiddetli diyare (>1000 ml/gün)
- Üst GİS kanaması

Enteral Beslenme Yolları (87):

Kısa süreli beslenme (4 haftadan az) :

- Nazogastrik tüp
- Nazoduodenal tüp
- Nazojejunal tüp

Uzun süreli beslenme (4 haftadan fazla) :

- Gastrostomi
- Duodenostomi
- Jejunostom

Enteral Beslenme Ürünleri (87):

- Standart ürünler: 1 kcal/ml, NPC/N oranı 150:1, osmolarite 250-320 mOsm/L, 40g protein/L, %60 KH, %40 yağ
- Enerji-plus ürünler: 1,5 kcal/ml
- Lifli ürünler
- Yüksek proteinli ürünler (NPC/N oranı 125:1)
- ω-3 yağ asidi içeren ürünler (ARDS)
- İmmünonütrisyon ürünleri (Vit A, E, C, arginin, çinko)
- Diyabetik ürünler: 0,9 - 1 kcal/ml, %40 - 55 KH, %45 - 60 yağ ± lif

Parenteral beslenme desteği uygulamada zor ve pahalı bir yöntemdir. Oral beslenemeyen ve gastrointestinal yolağın kullanılmadığı, yaşam beklentisi olan durumlarda geçici olarak kullanılabilir.

Komplikasyonları (87):

- Mekanik (pnömotoraks)
- İnfeksiyöz (kateter ilişkili sepsis)
- Hiperglisemi, hipernatremi gibi metabolik bozukluklar, üre artışı

Parenteral Beslenme Yolları (87) :

- Periferik (PPN): 7-10 günlük kısa süre için, osmolaritesi < 850 mOsm/L
- Santral (TPN): Osmolaritesi daha yüksek ürünler

2.3.9 Ağızda Yara (Stomatit)

Kanser hastalarında en sık stomatit nedenleri kemoterapi ve radyoterapidir. Diğer nedenlere bakıldığında Moniliazis, aftöz ülserasyonlar, herpetik lezyonlar, kötü ağız ve diş bakımı, vitamin eksiklikleri sayılabilir. Mukozit, kemoterapi ve radyoterapiden yaklaşık bir hafta sonra ortaya çıkar ve genellikle 2-3 hafta sürer. En sık mukozit yapan kemoterapetik ilaçlar 5-flourourasil, metotreksat, doksorubisin ve bleomisindir. Bu hastalarda öncelikle korunma amaçlı iyi ağız ve diş bakımı gereklidir. Kemoterapi sırasında buz parçacıkları ile ağız mukozasını soğuk tutmak yararlıdır. Hastalar tuzlu veya bikarbonatlı ağız bakımı

yapmalı ve yumuşak diş fırçaları ile düzenli diş temizliği uygulamalıdır. Stomatit durumunda ağız bakımı artırılmalıdır. Alkol ve hidrojen peroksit içeren gargaralardan kaçınılmalıdır. Mukozitler çok şiddetli ağrıya neden olabilirler. Lokal anestezipler topikal uygulandığında rahatlama sağlar. Özellikle yemek öncesi analjezikler alınmalıdır. Analjezikler oral veya intravenöz uygulanabilir. Kandida tespit edilirse oral nistatin solüsyonları ile gargara veya şiddetli durumlarda flukanazol gibi sistemik antifungal tedavi tercih edilmelidir. Orofaringeal kandidiaziste sistemik antifungal tedavi ve beslenme desteği yapılmalıdır (88-91).

2.3.9 Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik

Palyatif bakımda bası ülserlerinin önlenmesi öncelikli amaç olmalıdır. Bunun için havalı yatak, pamuklu örtü ve giysiler kullanılmalı, perineal bölge bakımı, sık pozisyon değişikliği, mobilizasyon sağlanmalı, cilt temiz ve kuru tutulmalı, doku ile uyumlu yağ ve kremlerle masaj yapılmalı, enfekte olma olasılığı yüksek bölgelerde bariyer kremler kullanılmalıdır. Bası ülseri gelişmişse ağrıyı azaltan, enfeksiyonu önleyen ve hücresel iyileşmeyi hızlandıran, antibiyotikli/antibakteriyel pomadlar ya da yara bakım ürünleri uygulanabilir. Terminal dönemdeki hastalarda amaç bu bölgenin ağrı ve acısının azaltılmasıdır (92).

Kanser hastalarında Tırnak değişiklikleri: Tırnak büyüme hızında yavaşlama, kırılabilirlik, renk değişiklikleri, yatay çöküklük, hiperpigmentasyon, subungal aseptik abselerle beraber onikoliz, fotoonikoliz, paronişi ve periungual kıvrımın piyojenik granülomu şeklinde görülebilir (93). Paronişi varlığında basıncın engellenmesi için dar ayakkabıların giyilmesi önlenmeli, antiseptik banyolar uygulanmalıdır. Paronişinin erken dönem tedavisinde yerel kortikosteroidler uygulanabilir. Bakteriyel kültür alınmalı ve uygun yerel ve sistemik antibiyotikler başlanmalıdır. Oral tetrasiklinlerden faydalanılabilir. Gümüş nitrat ile kimyasal koterizasyon, elektrokoter, kriyocerrahi, cerrahi debridman önerilebilir (94,95).

2.3.11. Ellerde titreme

Bazı kanserler sinir sisteminde çeşitli sorunlara yol açsa da en sık karşılaşılan durum kemoterapi ilaçlarının neden olduğu sinir harabiyetidir. Bunların büyük kısmı geçicidir fakat iyileşme süreleri uzun sürebilir. Nöropati gibi kalıcı olan durumlar da vardır. Nöropatinin etkilerine bakıldığında uyuşma, karıncalanma, işitme kaybı, yanma,

kabızlık, yürürken veya istirahatte oluşun ağrı, titreme, denge kaybı, kaslarda güçsüzlük gibi belirtiler sayılabilir (96).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Çalışmanın Yapıldığı Birim

İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde hizmet veren Kansere Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisi; hastanemiz yataklı birimleri tarafından konsültasyon ile Tıbbi Onkoloji Polikliniği, Aile Hekimliği Polikliniği ve Palyatif Bakım Polikliniği tarafından ayaktan yönlendirilen hastalara yataklı birim hizmeti vermekte olup, taburculuk sonrası hasta ve yakınlarının isteğine bağlı olarak, hastaları hastanemiz evde bakım birimine ve/veya bağlı bulunduğu aile hekimine yönlendirmektedir. Servisimize öncelikli olarak yatış sırasına alınmış hastalar ihtiyaç durumları da göz önünde bulundurularak evden çağrılmakta veya hastane bünyesindeki diğer kliniklerden de hastalar nakil alınabilmektedir. Palyatif bakım hizmet anlayışı; ayrışan tıp bilimleri içerisinde en çok, hasta merkezli klinik yöntem izleyen aile hekimliği pratiğine ve anlayışına uygundur. Bu amaçla Aile Hekimliği Kliniği sorumluluğunda kurulan servisimizde toplam dokuz hemşire hizmet vermekte, nutrisyon destek biriminden bir beslenme uzmanı, bir psikolog ve bir algoloji uzmanı ile koordineli olarak çalışılmaktadır. Ayrıca birimize bağlı olarak kurulan koordinasyon ekibinde; Genel Cerrahi Uzmanı (Palyatif Bakım Koordinatörü), Aile Hekimliği Uzmanı, Tıbbi Farmakoloji Uzmanı, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı, Radyasyon Onkolojisi Uzmanı, Tıbbi Onkoloji Uzmanı, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Sosyal Hizmet Uzmanı, Nükleer Tıp Uzmanı görev almaktadır. Bir uğraşı odası, bir mutfağı, bir girişim ve müdahale odası, iki adet tek kişilik beş adet çift kişilik odası ile toplam on iki yatak kapasitesi ve her hasta için bir refakatçi dinlenme koltuğu, her odada televizyon olması gibi özellikleri ile Palya-Türk Projesi kapsamındaki üçüncü basamak hastane merkezlerinde kurulması planlanan “kapsamlı palyatif bakım merkezi” örneklerindedir (45). Tedavi gören hastalarda asıl amaç, en kısa sürede etkili semptom kontrolüyle hastanın stabil hale getirilip, idame tedavisinin aile hekimi ve evde sağlık birimlerinde yürütülmesini sağlamaktır.

3.2 Çalışmanın Genel Nitelikleri

Kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma olarak tanımlanan çalışmamızda, Kansere Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisi'ne 06.03.2015 ile 23.09.2015 tarihleri arasında yatarak destek tedavisi almış, 18 yaş ve üzeri 137 hastanın dosyası geriye dönük olarak incelendi. Yatışı esnasında Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) ile semptomları değerlendirilen 115 hastanın olduğu saptandı. Bu hastalardan hem giriş hem

de çıkış ESTÖ'sü olan 71'i araştırmaya dahil edildi. Çıkış değerleri olmayan ya da exitus olan 44 hasta çalışma dışında bırakıldı. Hastaların tanımlayıcı özellikleri, primer kanserleri, yatış süreleri, taburculuk şekilleri ve özellikle giriş semptomları ile çıkış semptomları arasındaki farkları incelendi. Tüm semptom değerlendirmeleri hastalar tarafından yapılmış olup, belirtilen uygun şiddet skoru hastaları takip eden hekimler tarafından kaydedilmiştir. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği kanserli hastaların bakım yönetimini iyileştirmek amacı ile Edmonton ve ark. tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Bu skala, kanser hastalarında yaygın olarak görülen on bir semptomun değerlendirilmesini sağlamaktadır. Bunlar; ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, stomatit, ellerde uyuşma, nefes darlığı ve diğer sorunlardır. Her bir semptomun şiddeti 0'dan 10'a kadar olan sayısal numaralarla değerlendirilmektedir. 0 puan semptomun olmadığını, 10 puan ise semptomun çok şiddetli hissedildiğini göstermektedir ve 0'dan 10'a doğru şiddeti artmaktadır (97) (Şekil 9). Ülkemizde ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışması Sadırlı ve Ünsar tarafından 2008 yılında yapılmıştır (98).

3.3 İstatistiksel Yöntem

İstatistiksel analizi IBM SPSS Statistics Version 22 paket programında yapıldı. Hastaların tanımlayıcı özellikleri ve hastalığa ait bilgileri değerlendirmek için sayı ve yüzdelik oranları, Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nden alınan puanların dağılımında ortalama/ortanca minimum ve maksimum değerlerinden yararlanıldı. Kategorik verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Fisher's Exact test, sürekli değişkenler normal dağılıma uygun olmadığından iki grup arasındaki karşılaştırmalarda Mann Whitney U, üç grup arasındaki karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H (post hoc Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U) istatistiksel analizleri kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.4 Kısıtlılıklar

Çıkış değerleri olmayan ya da exitus olan 44 hasta çalışma dışında bırakıldı.

3.5 İzinler

Çalışmanın etik kurul onayı 12.11.2015 tarihinde 206 sayı numarası ile İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

4.BULGULAR

Araştırma kapsamına 71 hasta dahil edilmiş olup, hastaların yaş ortalaması $60,25 \pm 13,56$ (31-95) yıl idi (Tablo 9). Hastanede ortalama yatış gün sayısı $13,59 \pm 11,33$ (2-59) gün olup, hastaların %67,6'sının ortalama iki hafta (14 gün) içerisinde taburcu edildiği saptandı. Hastaların çıkış tiplerine bakıldığında ise %94,4'ünün taburcu edildiği, %5,6'sının başka kliniklere nakil verildiği saptandı (Tablo 10). Hastaların tanı tipleri incelendiğinde; %39,4'ünün gastro intestinal sisteme, %18,3'ünün akciğer ve larinkse, %14,1'inin genitoüriner sisteme, %9,9'unun santral sinir sistemine ait kanser tanısı olduğu saptandı (Tablo 11).

Kadın ve erkeklerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 9). Çıkış tiplerine göre taburcu yaşları ve yattıkları gün sayıları ile nakil olguların yaşları ve yattıkları gün sayıları arasında ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Olguların cinsiyet ve çıkış tiplerine göre yaş ve yatılan gün sayıları ortalama dağılımı

		Yaş		p
		Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	
Cinsiyet	KADIN	59,44±14,21	59 (34-95)	0,538
	ERKEK	60,75±13,29	60 (31-83)	
Çıkış Tipi	TABURCU	60,57±13,87	60 (31-95)	0,289
	NAKİL	55±4,76	55 (50-60)	
Total		60,25±13,56	60 (31-95)	
Yattığı gün sayısı				
Çıkış Tipi	TABURCU	13,51±11,5	10 (2-59)	0,492
	NAKİL	15±9,27	12,5 (7-28)	
Total		13,59±11,33	10 (2-59)	

Mann Whitney U analizi

Tablo 10. Olguların yaş, cinsiyet, yattığı gün ve çıkış tipleri dağılımı

		n	%
Yaş grup	<65 yaş	45	63,4
	65 yaş ve üzeri	26	36,6
Cinsiyet	Kadın	27	38,0
	Erkek	44	62,0
Yattığı gün sayısı	1-7 gün	24	33,8
	8-14 gün	24	33,8
	15 gün ve üzeri	23	32,4
Çıkış tipi	Taburcu	67	94,4
	Nakil	4	5,6

Tablo 11. Olguların tanıları dağılımı

Tanı	n	%
Gastrointestinal Sistem Kanseri	28	39,4
Genito-üriner Sistem Kanseri	10	14,1
Akciğer ve Larinks Kanseri	13	18,3
Santral Sinir Sistemi Kanseri	7	9,9
Diğer*	13	18,3

*Diğer; Bağ ve yumuşak doku malign neoplazmı, deri malign neoplazmı, meme malign neoplazmı, metastatik kemik neoplazmı

Olguların çıkış tiplerine göre yaş, cinsiyet ve yattıkları gün sayıları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Olguların çıkış tiplerine göre yaş, cinsiyet ve yattıkları gün sayıları dağılımı

		Çıkış tipi				Total		p
		TABURCU		NAKİL				
		n	%	n	%	n	%	
Yaş grup	<65 yaş	41	61,2	4	100,0	45	63,4	0,289
	65 yaş ve üzeri	26	38,8	0	0,0	26	36,6	
Cinsiyet	KADIN	27	40,3	0	0,0	27	38,0	0,290
	ERKEK	40	59,7	4	100,0	44	62,0	
Yattığı gün sayısı	1-7 gün	23	34,3	1	25,0	24	33,8	0,687
	8-14 gün	23	34,3	1	25,0	24	33,8	
	15 gün ve üzeri	21	31,3	2	50,0	23	32,4	
Total		67	94,4	4	5,6	71	100,0	

Fisher's Exact test

Olguların ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, nefes darlığı ve ellerindeki uyuşma şiddeti değerleri açısından **yatış** ile **çıkış** değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 13). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Olguların yatış değerleri ile çıkış değerleri ortalama dağılımı

	Yatış değeri	Çıkış değeri	p
	Ort.±SS Median (Min.-Max.)	Ort.±SS Median (Min.-Max.)	
Ağrı	4,06±3,35 4 (0-10)	2,13±2,27 2 (0-10)	0,001
Yorgunluk	4,73±2,47 4 (0-10)	3,3±2,15 3 (0-10)	0,001
Bulantı	3,38±3,11 2 (0-10)	1,59±1,79 1 (0-8)	0,001
Üzüntü	2,86±2,82 2 (0-10)	2,21±2,59 1 (0-10)	0,001
Endişe	2,08±2,35 2 (0-9)	1,75±2,18 1 (0-8)	0,004
Uykusuzluk	2,75±3,01 2 (0-10)	1,77±2,08 1 (0-8)	0,001
iştahsızlık	4,9±3,26 6 (0-10)	2,97±2,43 2 (0-9)	0,001
Nefes darlığı	1,14±1,98 0 (0-8)	0,73±1,3 0 (0-6)	0,007
Cilt tırnak değişikliği	1,11±1,81 0 (0-8)	0,99±1,52 0 (0-6)	0,197
Stomatit	0,63±1,74 0 (0-8)	0,42±1,47 0 (0-10)	0,088
Ellerindeki Uyuşma	0,8±1,84 0 (0-8)	0,66±1,59 0 (0-7)	0,039

Olguların cinsiyetlerine göre yatış ve çıkış değerleri incelendiğinde; Kadınların yatış ve çıkış ağrı şiddeti değerleri erkeklerin yatış ve çıkış ağrı şiddeti değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı **yüksek** bulundu ($p<0,05$) (Tablo 14). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Olguların cinsiyetlerine göre yatış ve çıkış değerleri ortalama dağılımı

	Cinsiyet				p
	KADIN		ERKEK		
	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	
<i>Yatış değeri</i>					
Ağrı	5,19±3,16	5 (0-10)	3,36±3,3	2 (0-10)	0,025
Yorgunluk	4,93±2,81	5 (0-10)	4,61±2,26	4 (0-10)	0,658
Bulantı	3,26±3,44	2 (0-10)	3,45±2,93	2,5 (0-10)	0,509
Üzüntü	3±2,66	2 (0-10)	2,77±2,95	2 (0-8)	0,534
Endişe	1,93±2,09	2 (0-8)	2,18±2,51	1 (0-9)	0,951
Uykusuzluk	2,63±2,9	2 (0-10)	2,82±3,1	2 (0-10)	0,854
İştahsızlık	5,52±3,42	6 (0-10)	4,52±3,14	5 (0-10)	0,220
Nefes darlığı	0,74±1,77	0 (0-8)	1,39±2,08	0 (0-7)	0,121
Cilt tırnak değişikliği	1,54±2,25	0 (0-8)	0,86±1,47	0 (0-6)	0,298
Stomatit	0,26±0,71	0 (0-3)	0,86±2,12	0 (0-8)	0,555
Ellerindeki Uyuşma	1,22±2,31	0 (0-8)	0,55±1,45	0 (0-8)	0,221
<i>Çıkış değeri</i>					
Ağrı	2,63±2,1	2 (0-7)	1,82±2,34	1 (0-10)	0,049
Yorgunluk	3,59±2,52	4 (0-10)	3,11±1,9	3 (0-8)	0,490
Bulantı	1,33±1,75	1 (0-6)	1,75±1,81	1 (0-8)	0,161
Üzüntü	2,11±2,69	1 (0-10)	2,27±2,56	1 (0-8)	0,961
Endişe	1,48±1,95	1 (0-8)	1,91±2,31	1 (0-8)	0,641
Uykusuzluk	1,63±1,96	1 (0-8)	1,86±2,16	1 (0-8)	0,767
İştahsızlık	3,33±2,43	3 (0-9)	2,75±2,42	2 (0-9)	0,271
Nefes darlığı	0,41±0,75	0 (0-2)	0,93±1,52	0 (0-6)	0,187
Cilt tırnak değişikliği	1,19±1,59	0 (0-5)	0,86±1,47	0 (0-6)	0,427
Stomatit	0,19±0,48	0 (0-2)	0,57±1,82	0 (0-10)	0,945
Ellerindeki Uyuşma	1,04±1,99	0 (0-6)	0,43±1,26	0 (0-7)	0,156

Mann Whitney U analizi

Olguların cinsiyetlerine göre yatış değerleri ile çıkış değerleri farkları dağılımı incelendiğinde; Kadınların ağrı şiddeti yatış - çıkış değerleri farkları erkeklerin yatış - çıkış ağrı şiddeti farklarından istatistiksel olarak anlamlı **yüksek** bulundu ($p<0,05$) (Tablo 15). (kadınların ağrısı daha çok azalmış). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Olguların cinsiyetlerine göre yatış değerleri ile çıkış değerleri farkları ortalama dağılımı

	Cinsiyet				p
	KADIN		ERKEK		
	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	
Ağrı	2,56±1,93	2 (0-8)	1,55±1,89	1 (0-7)	0,013
Yorgunluk	1,33±2,34	2 (-8-4)	1,5±1,25	1 (0-5)	0,589
Bulantı	1,93±2,06	2 (0-7)	1,7±1,8	1 (-1-6)	0,851
Üzüntü	0,89±1,37	0 (-1-5)	0,5±1,02	0 (-1-4)	0,156
Endişe	0,44±1,12	0 (-1-5)	0,27±0,82	0 (-2-3)	0,585
Uykusuzluk	1±1,39	1 (0-5)	0,95±1,38	0 (-2-5)	0,919
İştahsızlık	2,19±1,8	2 (0-6)	1,77±2,01	1 (0-7)	0,199
Nefes darlığı	0,33±1,33	0 (-2-6)	0,45±1,21	0 (0-6)	0,611
Cilt tırnak değişikliği	0,3±1,2	0 (0-6)	0±0,22	0 (-1-1)	0,192
Stomatit	0,07±0,27	0 (0-1)	0,3±1,3	0 (-2-7)	0,973
Ellerindeki Uyuşma	0,19±0,68	0 (0-3)	0,11±0,44	0 (0-2)	0,883

Mann Whitney U analizi

Olguların yaş gruplarına göre yatış ve çıkış değerleri incelendiğinde; 65 yaş ve üzeri olguların çıkış cilt ve tırnaklardaki değişiklik şiddeti değerleri 65 yaş altı olguların çıkış cilt ve tırnaklardaki değişiklik şiddeti değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı **yüksek** bulundu ($p<0,05$) (Tablo 16). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Olguların yaş gruplarına göre yatış ve çıkış değerleri ortalama dağılımı

	Yaş grup				p
	<65 yaş		65 yaş ve üzeri		
	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	
<i>Yatış değeri</i>					
Ağrı	4,2±3,25	4 (0-10)	3,81±3,56	2 (0-10)	0,609
Yorgunluk	4,38±2,37	4 (0-9)	5,35±2,58	4,5 (2-10)	0,181
Bulantı	3,71±3,01	3 (0-10)	2,81±3,25	2 (0-10)	0,155
Üzüntü	2,47±2,65	2 (0-8)	3,54±3,04	3 (0-10)	0,155
Endişe	1,96±2,47	1 (0-8)	2,31±2,15	2 (0-9)	0,241
Uykusuzluk	2,64±3,04	2 (0-10)	2,92±3,01	3 (0-10)	0,640
İştahsızlık	4,71±3,24	5 (0-10)	5,23±3,34	6 (0-10)	0,459
Nefes darlığı	1,27±2,15	0 (0-8)	0,92±1,67	0 (0-6)	0,673
Cilt tırnak değişikliği	0,8±1,49	0 (0-7)	1,68±2,21	1 (0-8)	0,062
Stomatit	0,8±2,05	0 (0-8)	0,35±0,98	0 (0-4)	0,687
Ellerindeki Uyuşma	0,91±2,1	0 (0-8)	0,62±1,3	0 (0-5)	0,954
<i>Çıkış değeri</i>					
Ağrı	2,29±2,19	2 (0-7)	1,85±2,41	1 (0-10)	0,253
Yorgunluk	2,89±1,82	3 (0-6)	4±2,5	4 (1-10)	0,084
Bulantı	1,8±1,87	1 (0-8)	1,23±1,61	1 (0-6)	0,125
Üzüntü	1,89±2,38	1 (0-8)	2,77±2,89	2 (0-10)	0,264
Endişe	1,69±2,32	1 (0-8)	1,85±1,93	2 (0-7)	0,388
Uykusuzluk	1,71±2,15	1 (0-8)	1,88±1,99	1,5 (0-8)	0,449
İştahsızlık	2,78±2,49	2 (0-9)	3,31±2,31	3 (0-9)	0,272
Nefes darlığı	0,73±1,14	0 (0-5)	0,73±1,56	0 (0-6)	0,447
Cilt tırnak değişikliği	0,73±1,32	0 (0-5)	1,42±1,75	1 (0-6)	0,045
Stomatit	0,53±1,79	0 (0-10)	0,23±0,59	0 (0-2)	0,921
Ellerindeki Uyuşma	0,73±1,79	0 (0-7)	0,54±1,21	0 (0-5)	0,880

Mann Whitney U analizi

Olguların yaş gruplarına göre yatış değerleri ile çıkış değerleri farkları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Olguların yaş gruplarına göre yatış değerleri ile çıkış değerleri farkları ortalama dağılımı

	Yaş grup				p
	<65 yaş		65 yaş ve üzeri		
	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	
Ağrı	1,91±1,82	2 (0-7)	1,96±2,2	1 (0-8)	0,798
Yorgunluk	1,49±1,44	1 (-2-5)	1,35±2,17	2 (-8-4)	0,532
Bulantı	1,91±1,83	2 (0-7)	1,58±2	1 (-1-6)	0,321
Üzüntü	0,58±1,2	0 (-1-5)	0,77±1,14	0 (-1-4)	0,273
Endişe	0,27±0,89	0 (-1-5)	0,46±1,03	0 (-2-3)	0,188
Uykusuzluk	0,93±1,25	0 (0-5)	1,04±1,59	1 (-2-5)	0,768
İştahsızlık	1,93±2,02	1 (0-7)	1,92±1,81	2 (0-6)	0,864
Nefes darlığı	0,53±1,5	0 (-2-6)	0,19±0,57	0 (0-2)	0,552
Cilt tırnak değişikliği	0,07±0,33	0 (0-2)	0,19±1,2	0 (-1-6)	0,473
Stomatit	0,27±1,27	0 (-2-7)	0,12±0,43	0 (0-2)	0,945
Ellerindeki Uyuşma	0,18±0,61	0 (0-3)	0,08±0,39	0 (0-2)	0,427

Mann Whitney U analizi

Olguların yattıkları gün sayılarına göre yatış ve çıkış değerleri incelendiğinde; çıkış nefes darlığı şikayet değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). (Tablo 18). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizinde; “1-7 gün” yatan olguların çıkış nefes darlığı şiddeti değerleri “8-14” gün yatan olguların çıkış nefes darlığı şiddeti

değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı **yüksek** bulundu ($p<0,0167$) (Tablo 18). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Olguların yattıkları gün sayılarına göre yatış ve çıkış değerleri ortalama dağılımı

	Yattığı gün sayısı						p
	1-7 gün		8-14 gün		15 gün ve üzeri		
	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	
Yatış değeri							
Ağrı	5±3,36	4,5 (0-10)	3,08±3,46	1,5 (0-9)	4,09±3,04	4 (0-10)	0,095
Yorgunluk	4,83±2,75	4 (0-10)	4,71±2,65	4,5 (0-10)	4,65±2,06	4 (2-8)	0,985
Bulantı	3,75±3,15	2,5 (0-10)	3,13±3,35	2 (0-10)	3,26±2,9	2 (0-8)	0,623
Üzüntü	2,58±2,65	2 (0-8)	2,67±2,93	2 (0-10)	3,35±2,95	3 (0-8)	0,635
Endişe	1,63±2,06	0,5 (0-6)	2,08±2,55	1,5 (0-9)	2,57±2,41	2 (0-8)	0,315
Uykusuzluk	3,04±3,13	3 (0-10)	1,67±2,14	1 (0-8)	3,57±3,42	3 (0-10)	0,108
İştahsızlık	4,63±2,87	5 (0-10)	4,42±3,36	3,5 (0-10)	5,7±3,52	6 (0-10)	0,317
Nefes darlığı	1,54±2,06	0,5 (0-6)	0,46±0,88	0 (0-3)	1,43±2,54	0 (0-8)	0,164
Cilt tırnak değişikliği	1,04±1,16	1 (0-4)	1,57±2,31	0 (0-7)	0,74±1,79	0 (0-8)	0,175
Stomatit	1±1,93	0 (0-8)	0,17±0,82	0 (0-4)	0,74±2,16	0 (0-8)	0,079
Ellerindeki Uyuşma	0,75±2,03	0 (0-8)	0,58±1,47	0 (0-6)	1,09±2,02	0 (0-8)	0,307
Çıkış değeri							
Ağrı	2,88±2,61	2 (0-10)	1,63±2,39	0 (0-7)	1,87±1,52	2 (0-6)	0,068
Yorgunluk	3,08±2,22	2 (0-8)	3,38±2,08	3,5 (0-8)	3,43±2,21	3 (1-10)	0,783
Bulantı	1,92±1,74	1,5 (0-6)	1,63±2,24	0,5 (0-8)	1,22±1,2	1 (0-5)	0,317
Üzüntü	2±2,28	1 (0-7)	2,21±2,87	1 (0-10)	2,43±2,68	1 (0-8)	0,858
Endişe	1,42±1,98	0 (0-6)	1,75±2,33	1 (0-8)	2,09±2,25	2 (0-8)	0,416
Uykusuzluk	1,88±2,13	1 (0-8)	1,29±1,76	0 (0-5)	2,17±2,31	2 (0-8)	0,309
İştahsızlık	2,58±1,91	2 (0-7)	2,46±2,36	2 (0-7)	3,91±2,78	4 (0-9)	0,132
Nefes darlığı	1,13±1,6	0,5 (0-6)	0,21±0,59	0 (0-2)	0,87±1,36	0 (0-5)	0,021
Cilt tırnak değişikliği	1±1,18	1 (0-4)	1,42±2,1	0 (0-6)	0,52±0,9	0 (0-3)	0,284
Stomatit	0,67±1,43	0 (0-6)	0,08±0,41	0 (0-2)	0,52±2,09	0 (0-10)	0,112
Ellerindeki Uyuşma	0,71±1,88	0 (0-7)	0,5±1,38	0 (0-6)	0,78±1,54	0 (0-5)	0,517

Kruskal Wallis H analizi

Olguların yattıkları gün sayılarına göre yatış ve çıkış değerleri farkları incelendiğinde; çıkış uykusuzluk değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 19). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizinde; “15 gün ve üzeri” yatan olguların uykusuzluk şiddeti giriş-çıkış farkları “8-14” gün yatan olguların çıkış uykusuzluk şiddeti giriş-çıkış farklarından istatistiksel olarak anlamlı **yüksek** bulundu

($p < 0,0167$) (Tablo 19). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Olguların yattıkları gün sayılarına göre yatış değerleri ile çıkış değerleri farkları ortalama dağılımı

	Yattığı gün sayısı						p
	1-7 gün		8-14 gün		15 gün ve üzeri		
	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	
Ağrı	2,13±1,48	2 (0-5)	1,46±1,84	0,5 (0-6)	2,22±2,43	1 (0-8)	0,191
Yorgunluk	1,75±1,33	2 (0-5)	1,33±1,2	1 (0-4)	1,22±2,45	2 (-8-4)	0,507
Bulantı	1,83±1,76	2 (-1-6)	1,5±1,69	1 (0-4)	2,04±2,23	1 (0-7)	0,641
Üzüntü	0,58±1,02	0 (0-4)	0,46±0,98	0 (0-4)	0,91±1,47	1 (-1-5)	0,380
Endişe	0,21±0,59	0 (0-2)	0,33±0,64	0 (0-2)	0,48±1,41	0 (-2-5)	0,681
Uykusuzluk	1,17±1,31	1 (0-5)	0,38±0,82	0 (0-3)	1,39±1,7	1 (-2-5)	0,008
İştahsızlık	2,04±1,85	1,5 (0-6)	1,96±2,03	1,5 (0-7)	1,78±1,98	2 (0-7)	0,807
Nefes darlığı	0,42±0,97	0 (0-3)	0,25±0,61	0 (0-2)	0,57±1,88	0 (-2-6)	0,853
Cilt tırnak değişikliği	0,04±0,2	0 (0-1)	0,08±0,41	0 (0-2)	0,22±1,28	0 (-1-6)	0,812
Stomatit	0,33±0,92	0 (0-4)	0,08±0,41	0 (0-2)	0,22±1,54	0 (-2-7)	0,176
Ellerindeki Uyuşma	0,04±0,2	0 (0-1)	0,08±0,41	0 (0-2)	0,3±0,82	0 (0-3)	0,368

Kruskal Wallis H analizi

Olguların çıkış tiplerine göre yatış ve çıkış değerleri incelendiğinde; Taburcu olguların yatış ve çıkış uykusuzluk şiddeti değerleri nakil olan olguların yatış ve çıkış uykusuzluk şiddeti değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı **düşük** bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 20). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). (Tablo 20).

Tablo 20. Olguların çıkış tiplerine göre yatış ve çıkış değerleri ortalama dağılımı

	Çıkış tipi				p
	TABURCU		NAKİL		
	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	
<i>Yatış değeri</i>					
Ağrı	4,07±3,37	4 (0-10)	3,75±3,3	4 (0-7)	0,821
Yorgunluk	4,75±2,54	4 (0-10)	4,5±1	4 (4-6)	0,970
Bulantı	3,27±3,09	2 (0-10)	5,25±3,3	5 (2-9)	0,176
Üzüntü	2,85±2,81	2 (0-10)	3±3,56	2,5 (0-7)	0,899
Endişe	2,09±2,36	2 (0-9)	2±2,45	1,5 (0-5)	0,949
Uykusuzluk	2,52±2,86	2 (0-10)	6,5±3,32	7 (2-10)	0,028
İştahsızlık	4,84±3,34	5 (0-10)	6±0,82	6 (5-7)	0,597
Nefes darlığı	1,09±1,94	0 (0-8)	2±2,83	1 (0-6)	0,435
Cilt tırnak değişikliği	1,15±1,85	0 (0-8)	0,5±1	0 (0-2)	0,490
Stomatit	0,55±1,54	0 (0-8)	2±4	0 (0-8)	0,528
Ellerindeki Uyuşma	0,85±1,88	0 (0-8)	0±0	0 (0-0)	0,275
<i>Çıkış değeri</i>					
Ağrı	2,12±2,27	2 (0-10)	2,25±2,63	1,5 (0-6)	0,929
Yorgunluk	3,24±2,18	3 (0-10)	4,25±1,26	4 (3-6)	0,240
Bulantı	1,48±1,7	1 (0-8)	3,5±2,38	3,5 (1-6)	0,056
Üzüntü	2,19±2,59	1 (0-10)	2,5±3	2 (0-6)	0,990
Endişe	1,73±2,18	1 (0-8)	2±2,45	1,5 (0-5)	0,844
Uykusuzluk	1,58±1,9	1 (0-8)	5±2,58	5 (2-8)	0,009
İştahsızlık	2,85±2,44	2 (0-9)	5±0,82	5 (4-6)	0,059
Nefes darlığı	0,7±1,29	0 (0-6)	1,25±1,5	1 (0-3)	0,334
Cilt tırnak değişikliği	1,01±1,54	0 (0-6)	0,5±1	0 (0-2)	0,513
Stomatit	0,36±1,35	0 (0-10)	1,5±3	0 (0-6)	0,433
Ellerindeki Uyuşma	0,7±1,63	0 (0-7)	0±0	0 (0-0)	0,294

Mann Whitney U analiz

Olguların çıkış tiplerine göre yatış - çıkış farkları incelendiğinde; Nakil olguların yorgunluk yatış - çıkış farkları taburcu olguların yatış - çıkış farklarından istatistiksel olarak anlamlı **düşük** bulundu ($p<0,05$) (Tablo 21). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Olguların çıkış tiplerine göre yatış – çıkış farkları ortalama dağılımı

	Çıkış tipi				p
	TABURCU		NAKİL		
	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	
Ağrı	1,96±1,97	2 (0-8)	1,5±1,73	1 (0-4)	0,711
Yorgunluk	1,51±1,75	2 (-8-5)	0,25±0,5	0 (0-1)	0,026
Bulantı	1,79±1,93	1 (-1-7)	1,75±0,96	1,5 (1-3)	0,673
Üzüntü	0,66±1,2	0 (-1-5)	0,5±0,58	0,5 (0-1)	0,798
Endişe	0,36±0,96	0 (-2-5)	0±0	0 (0-0)	0,386
Uykusuzluk	0,94±1,38	0 (-2-5)	1,5±1,29	1,5 (0-3)	0,272
İştahsızlık	1,99±1,97	2 (0-7)	1±0,82	1 (0-2)	0,407
Nefes darlığı	0,39±1,24	0 (-2-6)	0,75±1,5	0 (0-3)	0,516
Cilt tırnak değişikliği	0,12±0,79	0 (-1-6)	0±0	0 (0-0)	0,803
Stomatit	0,19±1,05	0 (-2-7)	0,5±1	0 (0-2)	0,228
Ellerindeki Uyuşma	0,15±0,56	0 (0-3)	0±0	0 (0-0)	0,574

Mann Whitney U analizi

5.TARTIŞMA

Palyatif bakım alan son dönem kanser hastaları birden fazla semptomu bir arada yaşamaktadır. Bunlardan en fazla dile getirileni ağrı olup; yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, hasta ve ailesini en çok korkutan semptomlardan biridir. Araştırmamızda, servisimize kabülü yapılan hastaların büyük çoğunluğunun (%77) kabul sırasında ağrı yaşadığı, taburculuğunda ağrı şiddetinin azaldığı saptandı. Bir meta analizde terminal kanserli hastalarda ağrı prevalansı %64 oranında olup, ağrı şiddetinin hastaların üçte birinden daha fazlasında orta veya ciddi düzeyde olduğu saptanmıştır. Tüm kanser tipleri arasında ağrı düzeyinin baş - boyun kanseri olan hastalarda en yüksek olduğu ancak ağrı prevalansı ile kanser tipi arasında ilişki olmadığı bulunmuştur. Ayrıca ağrı prevalansının hastaların yaşıyla ya da ağrının değerlendirme yöntemiyle ilişkili olmadığı belirtilmiştir (99). Brevik ve arkadaşlarının 5084 kanser hastası üzerinde yaptığı bir çalışmada ise hastaların son bir ayda %56 oranında orta ve şiddetli düzeyde ağrı yaşadıkları ve %69'unun günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği saptanmıştır (100). Uysal ve arkadaşlarının palyatif bakım servisinde yatan 108 kanser hastası ile yaptıkları bir çalışmada hastaların %90'ının ağrısının olduğunu belirttiği kaydedilmiştir (101). Çalışmamızda olguların cinsiyetlerine göre yatış ve çıkış değerleri incelendiğinde; kadınların yatış ve çıkış ağrı şiddeti değerleri erkeklerin yatış ve çıkış ağrı şiddeti değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Yine kadınların yatış - çıkış ağrı şiddeti değerleri farkları erkeklerin yatış - çıkış ağrı şiddeti farklarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve çeşitliliğinin artmasıyla beraber ağrı kontrolü daha iyi yapılabilmektedir ancak buna rağmen bazı hastaların ağrı kontrolü sağlanamamaktadır. Yapılan bir çalışmada palyatif bakım ünitesine kabul sırasında hastaların %50'sinden fazlası şiddetli ağrı tariflerken üç gün sonra bu hastaların sadece %7'si şiddetli ağrı tariflemiştir (102). Çalışmamızda servisimize yatış verilen hastalardaki ağrı düzeyinin yüksek olması ülkemizde ağrı tedavisinin istenilen düzeyde olmadığı bir göstergesidir. Kanser ağrısının tedavisinde önemli bir yer edinen opioidlerin hem reçetelenmesinde hem de temin edilmesinde yaşanan zorluklar, çeşitliliğin az olması, ağrı konusunda hem hastaların hem hekimlerin yeterli bilgi düzeyine sahip olamamaları vb. zorluklar bu durumun ana nedenleri olarak sayılabilir. Palyatif bakım ünitelerinde yatan kanser hastalarının bir diğer sık görülen semptomu yorgunluktur. Yorgunluk hastaların fonksiyonel durumunu olumsuz etkilediği gibi sosyalleşmeyi azaltır,

yaşam aktivitelerini kısıtlar. Karadağ ve arkadaşları tarafından ileri evre akciğer kanserli erkeklerle yapılan çalışmada yorgunluğun günlük yaşam aktivitelerini ağrıdan bile daha fazla etkileyen önemli bir semptom olduğu bildirilmiştir (103). İleri evre kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastalarda en sık görülen semptom yorgunluk (%96) olup, şiddeti en fazla olan semptomlar ise yorgunluk, genel iyilik halinin kötü olması ve iştah azalması şeklinde belirlenmiştir (104). ESTÖ'ye göre çalışmamızda kanser hastalarında en sık saptanan semptom yorgunluk (%95,8) olup, servise başvuru sırasında en sık yakınılan semptomların ise ağrı ve beslenme bozukluğu olduğu saptandı. Hastalarımızın taburculuğunda yorgunluk semptomunun şiddetinin azaldığı gözlemlendi. Hastalar genellikle kendilerini en fazla rahatsız eden semptomu hekimlere ve sağlık çalışanlarına iletmektedirler. Bu nedenle diğer yakınmalar gözden kaçabilmektedir. Özellikle palyatif bakım servislerinde hastaların yatışları sırasında semptomların tamamının sorgulandığı ölçeklerin kullanılması son derece önem arz etmektedir. Son dönem kanser hastalarında yaygın görülen, semptom kontrolü güç olan bir diğer semptom ise bulantıdır. Oral alımı azalmış ya da olmayan bu hastalarda, yaygın karaciğer metastazı, bilier obstrüksiyon, peritonitis karsinomatoza veya gastrointestinal obstrüksiyon gibi nedenlerden dolayı bulantı-kusma daha sık görülür. Ayrıca ağrı insidansı ve şiddetinin yüksek olmasına bağlı yüksek doz opioid kullanımı, radyoterapi ve kemoterapi tedavisinin bulantı semptomunun giderilmesinde engel teşkil ettiği tahmin edilmektedir. Literatürle uyumlu olarak bulantı-kusma şikayeti olan hastaların %83'ü önce antiemetik kullandıklarını, %49,2'si sık ağız bakımı yaptıklarını belirtmişlerdir. Antiemetikler, bulantının daha az yaşanmasını ve hastaların rahatlamasını sağlamaktadır (49). Çalışmamızda servisimize yatış sırasında bulantı tarifleyen hastaların oranı %74,7 idi. Taburculuğunda bulantı şiddetinin azaldığı saptandı. Bu durum servisimize yatan hastaların bulantı semptomunun kontrol altına alınabildiğini göstermekle beraber beslenme üzerinde de olumlu etkiler oluşturması açısından önemlidir. Kanser hastalarında sürece bağlı olarak görülen bir diğer durum üzüntüdür. Çalışmamızda servisimize yatan hastaların %69,1'inde üzüntü mevcuttu. De Santiago ve ark. da çalışmalarında palyatif bakım desteği ile 48 saat sonunda ağrı, yorgunluk, üzüntü semptomunda azalma sağladıklarını belirtmişlerdir (105). Bizim çalışmamızda da taburculuk öncesinde hastaların üzüntü şiddetinde azalma olduğu saptandı. Anksiyete kanser hastalarında tedavi sürecine, hastalığın kendisine bağlı olarak sık görülen bir durumdur. Hastaların tedavi süresince kızgınlık (%35), endişeli olma (%38), sinirlilik (%40) gibi psikolojik sorunları çok fazla yaşadıkları belirtilmektedir (106). Palyatif bakım ünitelerinde yatan hastaların büyük çoğunluğunun ileri evrede olması, hastalığın getirdiği

zorluklar, tedavi sürecinin zor olması, yaşam beklentisinin düşük olması gibi nedenlerden dolayı anksiyete kontrolü zor olan bir semptomdur. Japonya’da yapılan bir çalışmada meme kanserli kadınların %78,8’inin “kanserin yayılmasından korktuğu”, %71,8’inin “tedavinin sonuçlarını kontrol altında tutamama kaygısı” yaşadığı, %68,2’sinin “yakınlarının üzülmeye endişelendiği” saptanmıştır (107). Hasta ve yakınlarının psikososyal ve manevi olarak da desteklenmesi palyatif bakım ünitelerinin temel görevlerinden biri olmalıdır. Çalışmamızda servise kabul edilen hastaların %62’sinde anksiyete tariflenmiş, tedavi sonrası şiddetinde azalma saptanmıştır. Palyatif bakım birimimize ait koordinasyon kurulunda psikolog ve sosyal hizmet uzmanının olması anksiyete kontrolünü daha kolay hale getirmiştir. Ayrıca asistan hekimlerin, servis hemşirelerinin ve personelin konu ile ilgili belirli aralıklarda eğitim almasının da bu etkiyi arttırdığını düşünmekteyiz. Kanser tanısının konmasıyla beraber hastalarda yeme alışkanlığı değişmeye başlar, kanserin ilerlemesiyle paralel olarak iştahsızlık ve belirgin kilo kaybı meydana gelir. Bu semptomların prevalansı kilo kaybı için %39-82, iştah kaybı için %30-80 olarak bildirilmiştir (108). Hopkinson ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hastaların %79’unda kilo kaybı, %76’sında daha az yeme saptanmış ve %52’si bu semptomla ilgili endişeli olduğunu ifade etmiştir. İştahsızlık ve kilo kaybı tümörün sebep olduğu metabolik değişimlerle beraber tad almada değişim, depresyon, bulantı, yutma güçlüğü gibi faktörlere de bağlı olabilmektedir (109). Çalışmamızda yatan hastaların %84,6’sında görülen bu semptom taburcululukta belirgin şekilde azaldı. Yapılan bir araştırmada 6 tane kontrol edilemeyen semptom (semptom şiddeti $\geq 4/10$) içinde yer alan iştahsızlığın %67 oranında görüldüğü ve palyatif bakım desteği ile azaltılabildiği belirtilmiştir (110). Başka bir çalışmada iştahsızlık ve kendini iyi hissetmeme durumu en sık görülen ve zorlayıcı semptomlar arasında olmasına rağmen (ortalama ESTÖ puanı sırayla 7.3 ve 6.8) palyatif bakım desteği ile semptom şiddetinde azalma sağlandığı belirtilmektedir (111). Çalışmamızda hastaların %63,4’ü uykusuzluk yaşadığını belirtti. Palyatif bakım alan ilerlemiş kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada uyku kalitesinin en güçlü prediktörleri olarak, posttravmatik deneyim ve yaşam kalitesi görülmüştür (112). Palyatif bakım desteği ile hastalarımızın uykusuzluk yakınmalarında azalma saptanmıştır. Çalışmamızda olguların yattıkları gün sayılarına göre yatış ve çıkış değerleri farkları incelendiğinde; çıkış uykusuzluk değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizinde; “15 gün ve üzeri” yatan olguların uykusuzluk şiddeti giriş-çıkış farkları “8-14” gün yatan olguların çıkış uykusuzluk şiddeti

giriş-çıkış farklarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Servislerde uzun süreli yatışlarda hastaların hastaneye uyumları artmakta ve verilen bakım hizmetinin kalitesi ile uykusuzluk problemi de ciddi oranda azalmaktadır. Ancak uzun süreli hastane yatışları, özellikle kanser hastalarında hastane enfeksiyonu açısından risk oluşturmaktadır. İdeal bir iyilik hali sağlandıktan sonra ve kişilerin semptomlarında rahatlama sağlanıp, yakınlarına bakım eğitimi verilerek hastaların taburculuğunun yapılması uygun bir yaklaşım olacaktır. Böylece hastalar evlerinde, yakınları ile birlikte son dönemlerini geçirme şansı yakalamış olacaktırlar. Nefes darlığı, kanser hastalarında özellikle de primer akciğer kanseri, metastatik akciğer tutulumu olan hastalarda yaşam kalitesini bozan bir durumdur. Çalışmamızda palyatif bakıma kabul sırasında nefes darlığı yakınması olan hastaların oranı %36,6 olarak saptandı. Çalışmalara göre bu oranın değişmesinin kanser tanı çeşitliliğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Olguların yattıkları gün sayılarına göre yatış ve çıkış değerleri incelendiğinde; çıkış nefes darlığı şikayet değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltilmiş Mann Whitney U analizinde; “1-7 gün” yatan olguların çıkış nefes darlığı şiddeti değerleri “8-14” gün yatan olguların çıkış nefes darlığı şiddeti değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Kanser hastalarında uzun süreli yatışlara bağlı olarak dekübit ülserleri, hastalığın kendisinden kaynaklı olarak cilt ve tırnak renk değişikliği sıklıkla görülmektedir. Çalışmamızda palyatif bakıma kabul sırasında bu semptomların görüldüğü hastaların oranı %43,6 olarak saptandı. Olguların yaş gruplarına göre yatış ve çıkış değerleri incelendiğinde; 65 yaş ve üzeri olguların çıkış cilt ve tırnaklardaki değişiklik şiddeti değerleri 65 yaş altı olguların çıkış cilt ve tırnaklardaki değişiklik şiddeti değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Kanser hastalarında yatış süresince ağızda yara ve ellerde titreme yakınmaları sık görülmektedir. Çalışmamızda bu semptomların şiddetinin yatış sürecinin sonunda azaldığı tespit edildi. Çalışmamızın geneline bakıldığında; olguların ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, nefes darlığı ve ellerindeki uyuşma şiddeti değerleri açısından yatış ile çıkış değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Bu sonuçlar palyatif bakım servisimizde semptom kontrolünün doğru bir şekilde yapıldığının bir göstergesi olarak değerlendirildi.

6. SONUÇ

İleri evre kanser hastaları büyük acılara neden olan ve yaşam kalitesini önemli ölçüde bozan derin semptomlar yaşayabilirler. Palyatif bakım ünitelerinde hastalara bütüncül olarak yaklaşım, bireylerin bedensel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutta değerlendirilmesi gerekir. Çalışmamızda servimizde yatan hastalarda en sık görülen semptomlar; ağrı, yorgunluk ve beslenme bozukluğu olarak görülmüştür. Hastalar servis yatışlarında çoğu semptomlarını belirtmemelerine rağmen ESTÖ ile sorgulandığında aslında birçok önemli sorunlarının olduğu ve etkin tedavi ile bu semptomların rahatlatıldığı saptandı. Palyatif bakım birimlerinde hastaların daha kapsamlı değerlendirilebilmesi ve semptom kontrolünün daha etkin yapılabilmesi için ESTÖ gibi ölçeklerin kullanılması uygun olacaktır.

Öneriler;

- Ağrı ve diğer semptomların yönetilmesi ile ilgili hastaların, hasta yakınlarının ve sağlık ekibinin bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını arttırmaya yönelik hizmet içi ve halk eğitimlerinin verilmesi
- Opioidlerin kullanım farkındalığının artırılması ve temin edilmesi ile ilgili problemlerin çözülmesi
- Özellikle palyatif bakım servislerinde hastaların yatışları sırasında semptomların tamamının sorgulandığı ESTÖ vb. ölçeklerin kullanılması semptomların bir bütün olarak kontrol altına alınmasında fayda sağlayacaktır.

PALYATİF BAKIM BİRİMİNDE TEDAVİ ALMAKTA OLAN KANSER HASTALARINDA SEMPTOM SIKLIĞI VE PALYATİF BAKIM TEDAVİSİNİN SEMPTOM KONTROLÜNDEKİ YERİ

ÖZET

Amaç: Ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık ve nefes darlığı gibi semptomlar palyatif bakım gerektiren hastalarda sıklıkla gözlenen semptomlar arasındadır. Hastalar servis yatışları sırasında genellikle kendilerini en fazla rahatsız eden semptomu belirtirken diğer semptomları sağlık çalışanına iletmemektedirler. Bu semptomların saptanması ve tedavilerinin yapılması hastalık ile daha rahat mücadele edilmesini sağlayacaktır. Çalışmamızdaki amacımız; Palyatif Bakım Ünitesinde yatmakta olan kanser hastalarında semptom sıklığının saptanması ve verilen palyatif destek tedavisi sonrası bu semptomlardaki değişikliğin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada 06.03.2015 ile 23.09.2015 tarihleri arasında palyatif bakım servisinde yatan 137 hastanın dosyası geriye dönük olarak incelendi. Yatışı esnasında Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) ile semptomları değerlendirilen 115 hastanın olduğu saptandı. Bu hastalardan hem giriş hem de çıkış ESTÖ'sü olan 71'i araştırmaya dahil edildi. Çıkış değerleri olmayan ya da exitus olan 44 hasta çalışma dışında bırakıldı. Hastaların tanımlayıcı özellikleri, primer kanserleri, yatış süreleri, taburculuk şekilleri ve özellikle giriş semptomları ile çıkış semptomları arasındaki farkları incelendi. Tanımlayıcı analizlerde yüzde (sayı), ortalama \pm standart sapma (min-max değerler) ve ortanca; kategorik verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Fisher's Exact test, iki grup arasındaki karşılaştırmalarda Mann Whitney U, üç grup arasındaki karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H (post hoc Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U) istatistiksel analizleri kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmadaki hastaların (n:71) yaş ortalaması $60,25 \pm 13,56$ (31-95) yıl olup, %62'si erkekti. Ortalama yatış gün sayısı $13,59 \pm 11,33$ (2-59) gün olup, hastaların %67,6'sının ortalama iki hafta (14 gün) içerisinde taburcu edildiği saptandı. En sık görülen maligniteler %39,4 ile gastrointestinal sisteme aitti. Hastaların yatış sırasında en sık görülen semptomları %95,6 ile yorgunluk, %77,5 ile ağrıydı. Olguların ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, nefes darlığı ve ellerindeki uyuşma şiddeti değerleri açısından yatış ile çıkış değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

bulundu ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,004$; $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,007$; $p = 0,039$).

Sonuç: İleri evre kanser hastaları büyük acılara neden olan ve yaşam kalitesini önemli ölçüde bozan derin semptomlar yaşayabilirler. Hastanın yaşadığı bedensel, psikososyal ve spiritüel semptomlar birbiriyle ilişkidir. Tedavi ve bakımın palyatif bakım modeline göre bir bütün olarak ele alınması gerekir. Palyatif bakım servislerinde hastaların yatışları sırasında semptomların tamamının sorgulandığı ölçeklerin (ESTÖ v.b.) kullanılması semptomların kontrol altına alınmasında fayda sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Palyatif Bakım, ESTÖ

FREQUENCY OF SYMPTOMATIC MANIFESTATIONS IN CANCER PATIENTS IN PALLIATIVE CARE UNIT AND THE PLACE OF PALLIATIVE SYMPTOM TREATMENT IN SYMPTOM MANAGEMENT

SUMMARY

Objective: Symptoms including pain, fatigue, nausea, sadness, anxiety, insomnia, anorexia and shortness of breath are among the commonly observed symptoms in patients requiring palliative care. Patients usually tend to report the most uncomfortable symptom while ignore the other symptomatic complaints. Detection and treatment of these symptoms will help to better combat the disease. Our objective in this study is to determine the frequency of symptomatic manifestations in cancer patients treated in Palliative Care Unit and examine changes in the frequency after palliative care.

Material and Method: In the study, files of 137 palliative care patients between 6 March 2015 and 23 September 2015 were retrospectively evaluated. One hundred and fifteen patients were found to have been evaluated by Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) during their hospitalization. Of the patients, 71 patients who received ESAS both at admission and discharge were included in the study. Forty-four, deceased or non-assessed at discharge, were excluded from the study. Patients' descriptive characteristics, primary cancers, length of stay, discharge status and specifically the difference between symptoms manifested at admission and discharge symptoms manifested were assessed. In statistical analysis; descriptive data are expressed as percentage (number), mean \pm standard deviation and median. Fisher's Exact test was used in comparing the categorical data amongst groups, Mann Whitney U in comparisons between two groups and Kruskal Wallis H test in comparisons amongst three groups (with post hoc Bonferroni correction Mann Whitney U). $p < 0,05$ was accepted as statistically significant.

Results: Mean age of the patients (n:71) was 60.25 ± 13.56 (31-95) with 62% being male. Average length of stay (in days) 13.59 ± 11.33 days (2-59), whereas 67.7% of all patients were discharged within two weeks (14 days). Most frequently encountered malignities were observed in gastrointestinal system at 39.4%. Most frequently manifested symptoms during hospitalization were 95,6% fatigue by 95.6% and pain by 77.5%. A statistically significant difference was found between admission and discharge values in terms of the severity of pain, fatigue, nausea, sadness, anxiety, insomnia, anorexia,

shortness of breath and paresthesia in hands ($p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,004$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,007$; $p=0,039$).

Conclusion: Advanced stage cancer patients may experience some severe symptoms which cause significant pain and substantial decrease in quality of life. Physical, psychosocial and spiritual symptoms that patient experience are interrelated. Treatment and care should be considered as a whole according to palliative care model. Use of the assessment scales (ESAS which question inpatient symptoms in palliative care would provide contributon to symptom management.

Key words: Cancer, Palliative Care, ESAS

KAYNAKLAR

1. Shoemaker LK, Estfan B, Induru R, Walsh TD. Symptom management: an important part of cancer care. *Cleve Clin J Med* 2011;78(1):25-34.
2. Glare P. Clinical predictors of survival in advanced cancer. *J Support Oncol* 2005;3(5):331-9.
3. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *JAMA* 1995;274(20):1591-8.
4. Morison RS, Meier DE. Clinical practice. Palliative care. *N Engl J Med* 2004; 350: 2582-90.
5. Meier DE, Bishop TF. Palliative care; benefits, services, and models of care. www.uptodate.com/lookup/19.2, last updated: May 13, 2011.
6. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2013;11(2):56-70.
7. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. Erişim Adresi: http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_karsilik&arama=kelime&guid=TDK.GTS.557053d4d9e6b4.98501006. Erişim tarihi:04.011.2015.
8. Borasio GD. Translating the World Health Organization Definition of Palliative Care Into Scientific Practice. *Palliat Support Care* 2011;9:1-2.
9. World Health Organization (WHO) definition of palliative care, available online at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> (Accessed on October 20, 2011).
10. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med* 2008;148:147-59.

11. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pa-in Symptom Manage* 2002;24:91-6.
12. Mount B, Hanks G, McGoldrick L. Principles of Palliative Care. In: ABC of Palliative Care. Fallon M and Hanks G (Eds) 2nd ed. UK: Blackwell Publishing Ltd. 2006, p:1-3.
13. Palyatif Bakım Ekibi. Erişim Yeri:
<http://ereglidh.saglik.gov.tr/detay.php?cid=14&id=166> Erişim tarihi:13.11.2015.
14. WHO-WPCA(2014). (The World Health Organization-Worldwide Palliative Care Alliance). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. World Health Organization 2014.
15. Kasım İ, Özkara A. Son Dönem Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014;5(3):126-30.
16. WHO Definition of Palliative Care 2002. Erişim adresi :
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim tarihi:17.05.2015.
17. Canan DB, Mert H. Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012; 11(2): 219-224.
18. Houttekier D, Cohen J, Surkyn J, Deliens L. Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. *BMC Public Health* 2011;11:228.
19. National Comprehensive Cancer Network NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Palliative Care, 2009. Available at: <http://www.nccn.org>. Accessed February 02, 2009.
20. Aydoğan F, Uygun K. Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klinik Gelişim* 2011;24(3):4-9.
21. Sucaklı MH. Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014;5(3):109-13.

22. Uslu F. Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Palyatif Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi Yüksek Lisans Tezi. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. Ankara 2013.
23. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, Block SD, Lewis EF, Peteet JR, Prigerson HG Provision of spiritual care to patients with advanced cancer associations with medical care and quality of life near death. *J Clin Oncol* 2010; 28(3): 445-52.
24. Bruera E, Dev R. End of life care. Overview of symptom control. www.uptodate.com, version 19.2, last updated: April 13, 2011.
25. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-42.
26. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The Symptoms Of Advanced Cancer: Relationship To Age, Gender, And Performance Status İn 1,000 Patients. *Support Care Cancer* 2000; 8:175-179.
27. Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the center to advance palliative care. *J Palliat Med* 2011; 14: 17-23.
28. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, et al. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* 2000; 284: 2476-82.
29. Twycross RG. Hospice care-redressing the balance in medicine. *J R Soc Med* 1980; 73(7):475-81.
30. Gutsell TL, Kirsh KL, Meyer B, Passik SD, Pham HX, Weisenfluh S. Hospice and Palliative Medicine. In: South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL.(eds) *Current Diagnosis*

- & Treatment in Family Medicine. 3rd ed. New.
31. Jackson A, Eve A, editors. Directory 99-hospice and palliative care services in the United Kingdom and Republic of Ireland. Hospice Information Service at St. Christophers. London: 1999. p. 21-6.
 32. <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/82/makale.asp> erişim tarihi:21.11.2015.
 33. Kahveci K, Gökçınar D. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım. İçinde: Kahveci K, Gökçınar D.(editörler). Palyatif Bakım. Birinci Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2014:1-6.
 34. <http://sirnak.khb.saglik.gov.tr/uploads/0.31207100%201441196395.pptx>.Erişim tarihi:13.11.2015.
 35. Sağlık Bakanlığı Evde sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları HakkındaYönerge, 01.02.2010 tarih ve 3895 Sayılı Makam Onayı.
 36. Sağlık Bakanlığı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete.
 37. Akgül H. (2006) Türkiye’ de kanser hastaları için palyatif bakım erişim adresi <http://www.medimagazin.com.tr/authors/hikmet-akgul/tr-turkiye8217de-kanser-hastalari-icin-palyatif-bakim-72-3-984.html>. erişim tarihi:22.05.2015.
 38. Bağ B. Hospis ve Hospiste Ölüme Hazırlanma. Akad Geriatri 2012; 4: 120-125.
 39. http://www.tkhk.gov.tr/DB/9/3409_palyatif-bakim-merk. Erişim tarihi:13.11.2015).
 40. Kabalak AA. Türkiye’de Palyatif Bakım; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler. Anestezi Dergisi 2014; 22 (3): 121 – 123.
 41. TC. Sağlık Bakanlığı Palyatif Bakım Sağlık Bakanlığı Tanımları ve Planlamaları erişim adresi:<http://www.giod.org.tr/upload/palyatif2014/14/4/2.pptx> Erişim tarihi:28.11.2015
 42. Erel S. Dünyada Palyatif Bakımın Durumu ve Hospis Sistemleri. İçinde: Tuncer AM (Editör). Türkiye’de Kanser Kontrolü. Ankara: Koza Matbaacılık, 2009:287-298.

43. Çelik M. Hospis ve Palyatif Bakım. İçinde: Ünlüoğlu İ, Saatçı E (editörler). Aile Hekimliğinde Evde Bakım. Birinci baskı. İstanbul: Akademi Yayınevi, 2015: 96-135.
44. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer AM. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010-1, Sayfa 1-6.
45. TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023 <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/4adfd685cc544ff381e2c31fc84a14a2.pdf>
Erişim tarihi : 26.11.2015.
46. <http://slideplayer.biz.tr/slide/2613382/> erişim tarihi: 16.11.2015.
47. Kömürcü Ş. Türkiye’ de Palyatif Bakım. İçinde: Tuncer AM.(editör). Türkiyede Kanser Kontrolü. Ankara: Koza Matbaacılık, 2009:299-304.
48. Esther Kim JE, Dodd MJ, Aouizerat BE, Jahan T, Miaskowski C. A review of the prevalence and impact of multiple symptoms in oncology patients. J Pain Symptom Manage 2009;37(4):715-36.
49. Bektaş Aydın H, Akdemir N. Kanserli bireylerde fonksiyonel durumun değerlendirilmesi.Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006;26:488-99.
50. Saatçı E. Dünyada ve Türkiye’de Kanser Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics 2014;5(2):1-8.
51. GLOBOCAN 2012 erişim adresi http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
erişim tarihi:21.11.2015.
52. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı erişim adresi
<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/922-2009-kanser-insidanslar%C4%B1.html> erişim tarihi:23.11.2015.
53. Oh H, Seo Y, Jeong H, Seo W. The identification of multiple symptom clusters and their effects on functional performance in cancer patients. J Clin Nurs 2012;21(19-20):2832-42.

54. Ağrı Tanımı Erişim adresi : <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy> Erişim tarihi.27.11.2015.
55. Brown ve Nicossio 1987, Eti-Aslan 1998a, Feldt 2000, Leob ve Pasero 2000, Pasero ve Gordon 1999, Pasero ve Mc Caffery 2000.
56. Pasero ve McCaffery 2000, Puntillo 1990, Strong, Ashton, Chant 1992.
57. Hall AJ, Sykes NP. Analgesia for patients with advanced disease. Postgrad Med J 2004; 80: 148-154.
58. Bachiocco, Morselli, Carli 1993, Cline, Herman, Show ve ark. 1992, Collins, Moore, McQuay1997, Eti-Aslan 1998b, Ogon, Krismer, Söller ve ark. 1996, Pasero 1997.
59. World Health Organization Cancer Pain Relief. Geneva: Worl Health Organization, 1986.
60. Köknel Talu G. Ağrılı hastanın değerlendirilmesi. Erdine S (editör). Ağrı. 3. Baskı. İstanbul : Nobel Tıp Kitabevleri, 2007:61-9.
61. Michael H, Levy MD. Pharmacologic treatment of cancer pain. N Engl J Med 1996; 335(15):1124-1131.
62. Cheung WY, Zimmermann C. Pharmacologic management of cancer- related pain, dyspnea, and Nausea.Sem in Oncol 2011; 38(3): 450-459.
63. Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a concensus statement. American Thoracic Society. Am J Respir Crit Care Med 1999; 159: 321-40.
64. Dudgeon D, Shadd J. End of life care: Dyspnea. www.uptodate.com, version 19.2, last updated: April 19, 2011.
65. Thomas JR, Gunten CF. Clinical management of dyspnoea. Lancet 2002; 3: 223-8.
66. Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Broadley K. Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness. Cochrane Database Syst Rev 2001; (4): CD002066.

67. Von Roenn JH, Paice JA. Control of common, non-pain cancer symptoms. *Semin Oncol*2005;32:200-10.
68. Quigley LM, Hasler WL, Parkman HP. AGA technical review on nausea and vomiting. *Gastroenterology* 2001;120:263-86.
69. Klein C, Lang U, Bükki J, Sittl R, Ostgathe C. Pain management and symptom-oriented drug therapy in palliative care. *Breast Care (Basel)* 2011;6:27-34.
70. Harris DG. Nausea and vomiting in advanced cancer. *Br Med Bull* 2010;96:175-85.
71. Önen- Sertöz Ö. Kanserli hastada gözlenen ruhsal hastalıkların farmakolojik tedavisi
Ed: Uyar M, Uslu R, Kuzeyli- Yıldırım Y, Kanser ve Palyatif Bakım, 2006; 175-196.
72. Elbi H. Psiko– onkoloji. *3P Dergisi* 1998; 6: 5- 7.
73. Anuk D. Kanser, kanserli hasta, hasta ailesi ve tedavi ekibi. *Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi Kongre Kitabı: Düz: Özkan S, İstanbul 1999;160-173.*
74. Özkan S. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyeron Psikiyatrisi, İstanbul 1993.*
75. Özkan S. *Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi Kongre Kitabı, Düz: Özkan S, İstanbul 1999; 140-153.*
76. http://www.htanoropsikiyatri.com/kanser_destek.html. Erişim adresi: 26.11.2015.
77. Friedlander MM, Brayman Y, Breitbart WS. Delirium in palliative care. *Oncology(Williston Park)* 2004;18:1541- 50. discussion 1551-3.
78. Kolva E, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W, Brescia R. Anxiety in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2011;42:691-701.
79. Lorenzl S, Mayer S, Feddersen B, Jox R, Noachtar S, Borasio GD. Nonconvulsive status epilepticus in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage* 2010;40:460-5.
80. <http://www.diabetcemiyeti.org/var/cdn/9/2/yusuf-ozkan.pdf> erişim tarihi: 22.11.2015.

81. Savard MH, Savard J, Simard S, Ivers H. Empirical validation of the Insomnia Severity Index in cancer patients. *Psychooncology* 2005;14(6):429-41.
82. Berger AM. Update on the state of the science: sleepwake disturbances in adult patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2009;36(4):E165-77.
83. Savard J, Morin CM. Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *J Clin Oncol* 2001;19(3):895-908.
84. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 2005;331(7526):1169.
85. Fearon K, Strasser F, Anker SD, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international concensus. *Lancet Oncol* 2011; 12: 489-95.
86. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *J Parenter Enteral Nutr* 1987; 11(1): 9-13.
87. <http://www.akcigersagligi.org/dosyalar/beslenmehkaya.pdf?phpMyAdmin=gWjcEIRCrY50%2CwYNFjcHs9PNc97> Erişim tarihi: 28.11.2015.
88. Driver LC, Bruera E. *The MD Anderson Palliative Care Handbook*, The University Of Texas MD anderson Cancer Center, Houston, 1999.
89. Mancini I, Bruera E. Constipation in advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 1998;6:356-364.
90. Sinicrope FA, Levin B. Gastrointestinal Complications. In: Bast RC, Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, Holland JF, Frei E (eds), *Cancer Medicine*, BC Decker, Londra 2002;2359-2370.
91. Sonis ST. Oral complications. In: Bast, Kufe, Pollock, Weichselbaum, Holland, Frei(eds) *Holland Frei Cancer Medicine*. BC Decker, Hamilton, 2000;2359- 2370.2371-2379.

92. Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, Piredda M, Mirabella F, Surdo L, et al
Pressure ulcers in cancer palliative care patients. *Palliat Med* 2010;24:669-73.
93. Sanches Junior JA, Brandt HR, Moure ER, Pereire GL, Criado PR. Adverse
mucocutaneous reactions to chemotherapeutic agents: part I. *An Bras Dermatol* 2010;
85: 425-437.
94. Choi JN. Chemotherapy-induced iatrogenic injury of skin: new drugs and new concepts
Clin Dermatol 2011; 29: 587-601.
95. Chon SY, Champion RW, Geddes ER, Rashid RM. Chemotherapy-induced alopecia. *J
Am Acad Dermatol* 2012; 67: 37-47.
96. <http://www.kanserhastanesi.com.tr/tedavide-yan-etkiler/> Erişim adresi: 28.11.2015
97. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom
Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care
patients. *J Palliat Care* 1991;7(2):6-9.
98. Kurt-Sadırlı S, Unsar S. Kanserli hastalarda Edmonton semptom tanılama ölçeği
Türkçe geçerlilik çalışması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;11(4).
99. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, et al.
Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years.
Ann Oncol 2007;18:1437-49.
100. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-
related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes.
Ann Oncol 2009;20(8):1420-33.
101. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım
kliniklerinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom
kontrolüne etkisi. *Ağrı* 2015;27(2):104-110.

102. Rozzi A, Scirocchi R, Fava A, Bordin F, D'Addario ME, Ranucci A, et al. Pain assessment in terminally-ill cancer patients on admission in hospice and its modification after the first three days of care. A monocentric experience. [Article in Italian] Clin Ter 2011;162(5):413-7. [Abstract].
103. Karadağ F, Gülen ŞT, Ceylan E, Karul AB. İleri evre akciğer kanseri olgularında yorgunluk ve güçsüzlükle ilişkili faktörler. Solunum 2012;14:27-33.
104. Cheung WY, Le LW, Zimmermann C. Symptom clusters in patients with advanced cancers. Support Care Cancer 2009;17(9):1223-30.
105. de Santiago A, Portela MA, Ramos L, Larumbe A, Urdiroz J, Martínez M, et al. A new palliative care consultation team at the oncology department of a university hospital: an.
106. Arslan S, Akın B, Kocoğlu D. Kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyodemografik özellikler ve algılanan sosyal destek ilişkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2008;7(1):47-56.
107. Uchida M, Akechi T, Okuyama T, Sagawa R, et al. Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan. Jpn J Clin Oncol 2011;41:530-6.
108. Poole K, Froggatt K. Loss of weight and loss of appetite in advanced cancer: a problem for the patient, the carer, or the health professional? Palliat Med 2002;16:499-506.
109. Hopkinson JB, Wright DN, McDonald JW, Corner JL. The prevalence of concern about weight loss and change in eating habits in people with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2006;32:322-31.

110. Harding R, Selman L, Agupio G, Dinat N, Downing J, Gwyther L, et al. The prevalence and burden of symptoms amongst cancer patients attending palliative care in two Africa countries. *Eur J Cancer* 2011;47(1):51-6.
111. Modonesi C, Scarpi E, Maltoni M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Impact of palliative care unit admission on symptom control evaluated by the edmonton symptom assessment system. *J Pain Symptom Manage* 2005;30(4):367-73
112. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Gennatas C, et al. How is sleep quality affected by the psychological and symptom distress of advanced cancer patients? *Palliat Med* 2009;23:46-53.