



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**KANSER HASTALARINDA PALYATİF BAKIM VE
DESTEK SERVİSİNDE NARKOTİK ANALJEZİK KULLANIMI**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Gökçenur UTLU**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç.Dr. Hüseyin CAN**

**İZMİR
TEMMUZ-2015**

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

KANSER HASTALARINDA PALYATİF BAKIM VE
DESTEK SERVİSİNDE NARKOTİK ANALJEZİK KULLANIMI

TEZİ HAZIRLAYAN
Dr. Gökçenur UTLU

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

Üye : Doç. Dr. Yüksel Küçükzeybek- İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim
Dalı

Üye : Doç. Dr. Haluk Mergen İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Prof. Dr. Mehmet Ali MALAS
Tıp Fakültesi Dekanı

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sürecinde hoşgörü ve sabrı ile desteğini esirgemeyen, hekimliği öğreten ve keyifle uygulamama imkan sağlayan hocam Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Can' a

Zor şartlara rağmen aile olabilmeyi başardığımız asistan arkadaşlarıma

Sevgi ve anlayışlarını esirgemeyen, dinamik hemşirelerimize

Duymadığımda gözüm, görmediğimde elim olan arkadaşım, ailem, meslektaşım, eşim Yahya Utlu' ya teşekkür ederim.

Dr Gökçenur UTLU

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Palyatif Bakım.....	3
2.1.1 Tanım – Tarihçe	3
2.1.2 Palyatif Bakımın Amacı	5
2.1.3 Palyatif Bakımda Hedef Gruplar.....	6
2.1.4 Palyatif Bakım Ekibi	7
2.1.5 Kapsamlı Palyatif Bakım Hizmeti.....	8
2.1.6 Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi.....	9
2.1.7 Palyatif Bakım Uygulamasında Engeller	11
2.1.8 Dünyada Palyatif Bakım	12
2.1.9 Türkiye’de Palyatif Bakım Uygulamaları	16
2.1.10 Palya-Türk Projesi.....	18
2.2 Kanser.....	20
2.3 Ağrı.....	21
2.4 Kanser ağrısı.....	22
2.4.1 Kanser Ağrısının Sınıflaması	23
2.4.2 Kanser Ağrısının Patofizyolojisi	24
2.4.3 Kanser Ağrısının Değerlendirilmesi.....	25
2.4.4 Kanser Ağrısı Tedavisi.....	26
2.4.5 Kanser Ağrısı Tedavisinde Temel İlkeler	27
2.5 Opioid Analjezikler	28
2.5.1 Zayıf Opioidler	29
2.5.2 Güçlü Opioidler.....	31

2.6 Etkili Ağrı Yönetiminde Engeller	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1 Çalışmanın Genel Nitelikleri.....	37
3.1.1 Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri	38
3.1.2 Çalışmaya Dahil Olmama Kriterleri.....	38
3.2 İstatistiksel Yöntem.....	38
3.3 İzinler.....	39
4.BULGULAR.....	40
5.TARTIŞMA	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
ÖZET.....	63
SUMMARY	65
KAYNAKLAR	67

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.	Palyatif bakım ile küratif tedavinin entegrasyonu.....	4
Şekil 2.	Palyatif bakım ekibi	8
Şekil 3.	Türkiye’de yaşa standardize kanser insidans hızlarının cinsiyete göre 2004-2009 yılları arasındaki dağılımı (dünya standart nüfusu, 100000 kişide)	21
Şekil 4.	Görsel ağrı skalası	26
Şekil 5.	DSÖ ağrı basamak tedavisi.....	28
Şekil 6.	Hastaların servise yatış sıklıkları.....	40
Şekil 7.	Servis yatışlarının gruplanmış malignite oranları.....	41
Şekil 8.	Servise yatış şikayetlerinin dağılımı (%).....	44
Şekil 9.	Hastaların taburculuk şekilleri.....	44
Şekil 10.	Tüm hastalarda narkotik analjezik kullanımı	45
Şekil 11.	Tüm yatışlarda narkotik analjezik kullanılma durumu.....	46
Şekil 12.	Ağrı şikayeti ile başvuranlarda narkotik analjezik kullanılma durumu.....	47

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1.	Kanser hastalarında semptom sıklığı.....	10
Tablo 2.	Dünyada palyatif bakım uygulamaları	14
Tablo 3.	Dünya kanser istatistiklerinde Türkiye'nin durumu.....	21
Tablo 4.	Ağrı toleransını etkileyen faktörler (Pain Control of PC-UK).....	22
Tablo 5.	Servisteki yatışların primer tanıları	42
Tablo 6.	Servise yatış şikayetlerinin durumu	43
Tablo 7.	Hastaların nakil verildikleri kliniklerin taburculuk şekillerindeki dağılımı.....	45
Tablo 8.	Hastaların narkotik analjezik kullanım durumları.....	46
Tablo 9.	Ağrı şikayeti belirtme durumuna göre narkotik analjezik kullanımı.....	47
Tablo 10.	Ağrı şikayetiyle başvurma ve narkotik analjezik kullanımı arasındaki ilişki	48
Tablo 11.	Cinsiyet - ağrı ilişkisi	48
Tablo 12.	Cinsiyet - narkotik analjezik kullanımı ilişkisi	49
Tablo 13.	Malignitelere göre ağrı şikayeti ile başvurma durumu.....	49
Tablo 14.	Yatış süresinin şikayetlerle ilişkisi.....	50
Tablo 15.	Geliş şikayetlerinin taburculuk şekillerine etkisi	51

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ABY	Akut Böbrek Yetmezliği
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BKİ	Beden Kitle İndeksi
Cm²	Santimetrekare
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAH	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
GİS	Gastrointestinal Sistem
GÜS	Genitoüriner Sistem
HCL	Hidroklorür
HKA	Hasta Kontrollü Analjezi
IARC	The International Agency for Research on Cancer
IASP	International Association for the Study of Pain
İKÇÜ	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KPBM	Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi
Mcg	Mikrogram
Mg	Miligram
MECC	Middle East Cancer Consortium
PBM	Palyatif Bakım Merkezi
S.B	Sağlık Bakanlığı
SPSS	Statistical Package for Social Science
SSS	Santral Sinir Sistemi
T.C	Türkiye Cumhuriyeti
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WPCA	Worldwide Palliative Care Alliance

1.GİRİŞ

Burada siz, siz olduğunuz için değerlisiniz
ve yaşamınızın son anına dek öyle olacaksınız
size yardım edebilmek için
elimizden gelen her şeyi yapacağız
yalnızca huzur içinde ölebilmemiz için değil
son ana değin huzurla yaşayabilmeniz için...
Cicely Saunders – Hospis 1967 (1)

İnsanlık tarihi kadar eski olan ağrı, insanoğlunun en büyük korkularındandır (2). Geçmişte pek çok büyücülük ve hekimlik denemeleri, sırf bu düşmanı yok edebilmek için yapılmış, Hipokrat bunu “*Divinum est opus sedare dolorem- Ağrı dindirmek tanrı sanatıdır*” sözüyle dile getirmiştir (3). Birçok hekime göre ağrı, altıncı vital bulgu olarak değerlendirilir ve hasta muayenesinin vazgeçilmez bir parçası olarak görülür (3). Değişen tıp paradigması ise ağrının fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyokültürel komponentlerine dikkat çekerek; “toplam ağrı” kavramını ortaya koymuştur (4).

Geçici bir süreliğine de olsa ızdırabını hafifletebilmek için her şeyi göze alan insan, şanseseri opioidleri bulmuş; ancak modern kimyanın bilgi ve gücüyle muhteşem ilaçlara dönüşen narkotik analjezikler, hastalığa odaklanan günümüz tıp dünyası tarafından yeterince benimsenememiştir (5). Bu yüzden hayatının son evresinde tek arzusu insanca yaşayabilmek olan ve ağrısız, onurlu bir ölüm arzulayan milyonlarca hasta bu haktan mahrum kalmaktadır (6). Narkotik analjezikler açısından bilgi ve tecrübe azlığı, kullanım ve teminindeki yasal zorluk ve korkular, hem hekim hem de hasta tarafından ağrının iyi tanımlanamaması ve yeterince önemsenilmemesi gibi nedenlerle, bu hastalarda efektif ağrı kontrolü sağlanılamamaktadır (7).

Özellikle ağrı kontrolü ve diğer semptomların rahatlatılmasını hedef alan palyatif bakım hizmet anlayışı; modern tıbbın çok geç farkına vardığı bir yaklaşımdır. Hak ettiği değeri görebildiğini söylemek halen çok zor (5). Ülkemizde ise işler daha başlangıç aşamasında (8,9). İleri derece sanayileşme nedeniyle kanser

vakalarındaki artış ve tıbbi gelişmeler sayesinde yaşam süresinin uzaması, palyatif bakım gerektiren hasta yükünü her geçen gün biraz daha artırmaktadır (10). Bu yükün altından kalkabilmek ancak; devletin tüm kurumlarının etkili bir entegrasyonu ve halkın psikososyokültürel olarak farkındalığının artırılması ile mümkün olabilir (11). Bu süreçte aile hekimliği pratiğinin hasta merkezli klinik yöntem uygulamaları yol gösterici olacaktır (4).

Bu tezin amacı; İKÇÜ (İzmir Katip Çelebi Üniversitesi) Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından hizmet verilen Kanser Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisi'ndeki hasta profili, yatış parametreleri ve ağrı palyasyonu için analjezik kullanımı bağlamında elde ettiğimiz sonuçların; ilerleyen süreçte palyatif bakım hizmetlerinin şekillendirilmesine faydalı olabilmesi, özellikle de palyatif bakım hizmetlerinde narkotik analjezik kullanımı ve farkındalığının artırılmasıdır.

Ele alınmak istenen konular ise şunlardır:

- Palyatif bakım hizmetlerinin kapsamı ve ülkemizdeki profili
- Kanser hastaların semptomları ve ağrı palyasyonu
- Opioid seçimindeki değişkenler

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

2.1.1 Tanım – Tarihçe

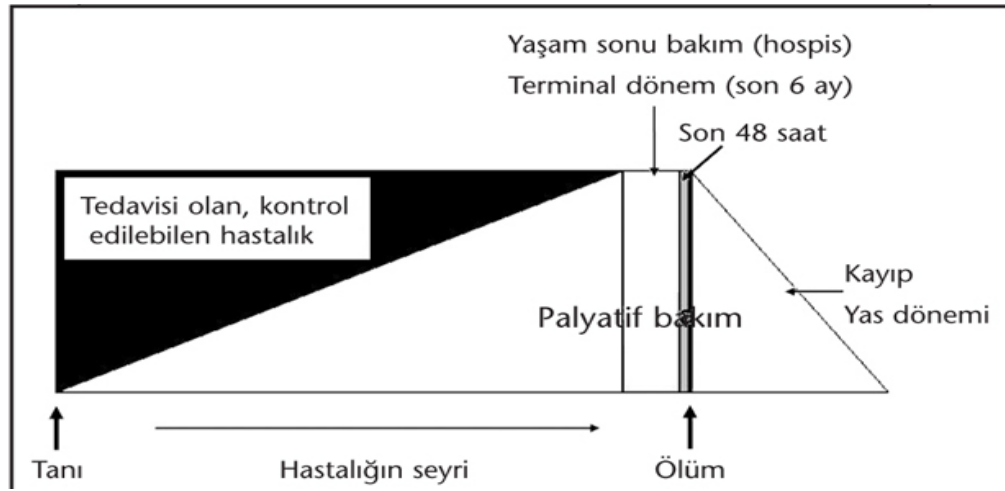
Palyatif bakım; sağlık alanında, kür sağlamayı amaç edinmeksizin öncelikli olarak semptomların giderilmesi ya da hafifletilmesi manasında kullanılan bir terimdir (1). Köken aldığı "Palliate (Palliare)" latince kökenli bir kelime olup, koruyucu ya da kapsayıcı anlamındadır. İngilizcede "Palliative" hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılır (11). Palyatif sözcüğünün Türk Dil Kurumu sözlüğündeki tanımı ise "1. Kısa ve belli bir süre için olan. 2. Tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak azaltan, dindiren (ilaç vb.)" şeklindedir (12).

Palyatif bakım, geçmişte tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalarda gündeme gelen bir yaklaşımdır; günümüzde palyatif bakımın yaşamı tehdit eden hastalıkların tanısından itibaren, tedavi edici yaklaşımlara ek olarak yürütülmesi gerektiği görüşü hakimdir (13). Bu anlayış değişikliği DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'nün yeniden şekillendirdiği palyatif bakım tanımında da görülmektedir. DSÖ 1986 yılında palyatif bakımı tedavi edici yaklaşımların tükendiği son dönem hastalarında yapılan bir uygulama olarak tanımlamışken (14) ; 2002 yılında palyatif bakım tanımını "*yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan sorunlarla karşılaşan hastaların ve ailelerinin, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal/spiritüel sorunlarının erken dönemde saptanarak ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile yaşam kalitesinin artırılması hedeflenen bir yaklaşım*" şeklinde değiştirmiştir (15).

Geleneksel tıp yaklaşımında küratif tedavilere yanıt vermeyen hastalara sadece son dönemde rahatlatıcı bakım uygulanır. Hospis olarak adlandırılan bu bakım hizmetleri, palyatif bakımın içinde yer alır ve yaşamın sonuna çok az süre kala (altı aydan az), ev ortamına benzer birimlerde verilen bir hizmet olup, hasta ve ailesinin duygusal paylaşımlarını sağlamayı, üzüntü ve ayrılık acısını hafifletmeyi öncelikli hedef alır. Palyatif bakım uygulamasında ise tedavisi mümkün olmayan

hastalığın tanısından itibaren son ana dek bütün süreçte destekleyici tedavi sağlanır (13).

Palyatif bakım, küratif tedavi ve yas dönemi entegrasyonu şekil 1’de gösterilmiştir. Bu modelde, tedavi hastalığın ilerlemesini azaltmak amacıyla olup, terminal döneme yaklaşan hasta için palyatif bakım ihtiyacı artmaktadır. Hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ve yakınlarının yas sürecinde desteklenmesi de önemlidir. Bu modelde palyatif bakım hizmeti; yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısının konulması itibari ile başlamakta ve terminal dönemi de içine alan tüm hastalık süreci boyunca hastanın ve ailesinin artan ihtiyaçlarına göre şekillenerek sunulmaktadır (16).



Şekil 1. Palyatif bakım ile küratif tedavinin entegrasyonu (11)

Dünyada ilk palyatif bakım ünitesi 1842 yılında Fransa’da kurulmuştur. Modern anlamda ilk hospis (son dönem hasta bakım merkezi) hizmeti ise İngiltere’de hemşire ve sosyal çalışma uzmanı Cicely Saunders tarafından St. Christopher’s Hospis adı altında 1967’de Londra’da başlatılmıştır. İlk palyatif bakım servisi ise 1975 yılında Kanada Montreal’de Royal Victoria Hastanesi’nde kurulmuştur. Bu anlayış tüm dünyada hızla yayılmış ve çok kısa bir süre içerisinde yüzlerce palyatif bakım servisi açılmıştır (17). Tüm bu merkezlerin ortak ilkesi palyatif bakımı insanî bir hak olarak görmeleridir (6,18).

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 (5):

1.Palyatif bakım yaşamı tehdit eden/sınırlayan hastalıklar kadar kronik hastalıklar için de bir ihtiyaçtır.

2.Palyatif bakımı sunmak için tanı ve prognoza dayalı değil ihtiyaç temelli yaklaşım önerilmektedir. Hastalıkların son döneminde olduğu kadar erken evrelerinde de palyatif bakım ihtiyaç olduğu tahmin edilmektedir.

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 Amacı

Yaşamının son günlerini yaşayan, ölümün yaklaşan ve kaçınılmaz bir son olduğunun farkına varan terminal evredeki hastalar; başkalarına yük olma, ağrı/acı çekerek ölme, öldükten sonra arkalarında birilerini bırakma, yaşam hedeflerini başaramadan erken ölme gibi birçok korkuyu içlerinde barındırabilirler. Her insanın dileği olan son nefese kadar kaliteli ve sıkıntılardan uzak bir şekilde hayatın geçirilmesi arzusu, terminal evredeki bir hasta için yaşadığı tüm bu korkularla biraz daha güç duruma gelebilmektedir (19).

Hastanın ağrı ve diğer semptomlarının giderilmesi, psikolojik ve manevi destek sağlanması, karşı karşıya olduğu ölüm tehlikesine rağmen mümkün olduğunca

aktif bir yaşam sürdürebilmesinin sağlanması, ailesinin desteklenmesi ve eğitimi ile palyatif bakım anlayışı amacına ulaşır (20).

Bu kapsamlı bakım sürecinde verilecek hizmet, sadece hasta ile sınırlı olmayıp bu zor dönemi onunla birlikte yaşayan yakınlarını da içerecek şekilde bir ekip çalışma ve dayanışmasını gerekli kılmaktadır. Hastaya palyatif bakım desteği sağlayan sağlık profesyonelleri ailenin duygusal ve fiziksel olarak güçlenmesi için planlama yapma ve hasta yakınlarını yas sürecine hazırlama ile de sorumludurlar (5,19).

Özetle palyatif bakımın temel prensiplerine bakacak olursak (15,21):

- Hasta bakımının psikososyal ve manevi/spiritüel yönlerini entegre etmek
- Ağrı ve diğer sıkıntı veren 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
- Yas dönemi de dahil olmak üzere hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirlemek ve gidermek için ekip yaklaşımı ile danışmanlık hizmeti sunmak
- Hasta yakınlarının hastalık sırasında yaşanan sorunlarla baş edebilmesi için destek sağlamak
- Yaşamın kaliteli olmasını sağlamak ve hastalık sürecini olumlu etkilemek
- Hastalığı erken dönemlerinde uygulanan radyoterapi, kemoterapi gibi tedavilerle ortaya çıkan üzücü klinik komplikasyonları daha iyi anlayıp yönetmeyi sağlamak
- Ölümden sonra yas sürecinde hasta yakınlarına yardımcı olmak

2.1.3 Palyatif Bakımda Hedef Gruplar

WHO-WPCA palyatif bakım gerektiren tıbbi durumları (veya hastalıkları) şu şekilde belirtmiştir (5):

Erişkinlerde palyatif bakım gerektiren hastalıklar: Kanserler, alzheimer demans ve diğer demanslar, kardiyovasküler hastalıklar, siroz, kronik obstüriktif akciğer hastalığı (KOA), diyabet, acquired immune deficiency syndrome (AIDS),

böbrek yetmezliği, multipl skleroz, parkinson hastalığı, romatoid artrit, ilaca dirençli tüberküloz.

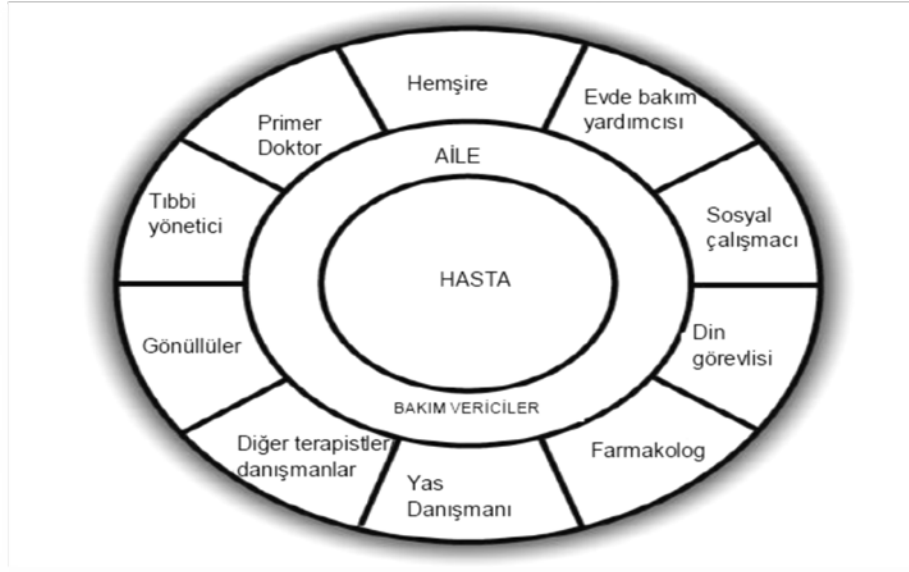
Çocuklarda palyatif bakım gerektiren hastalıklar: Kanserler, yenidoğan hastalıkları, konjenital anomaliler, kardiyovasküler hastalıklar, kan ve immün bozukluklar, menenjit, siroz, AIDS, böbrek hastalıkları, nörolojik bozukluklar.

2.1.4 Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım hizmeti çoğunlukla multidisipliner ve bazen de interdisipliner bir yaklaşım gerektirir. Palyatif bakım ekibindeki bütün üyelerin palyatif bakımın ilkeleri, destekleyici iletişim biçimleri ve semptomların kontrolü konusunda özel eğitim almış olmaları gerekir. Her palyatif bakım ekibinde yer alması gereken üyeler şunlardır:

- Doktorlar
- Hemşireler
- Tıp alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı veya psikolog

Bazı Batı ülkelerinde ekipte bir din görevlisinin de yer alması istenir. Ancak ülkemizde ekipte bir din görevlisinin bulunması gerekliliği yoktur. Hemşire asistanlarının da bazı Batı ülkelerinde ekipte olmaları gerekli görülür, hatta Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde hospis çalışanı olabilmeleri için özel sertifikaları olması da gerekir. Ulusal sağlık sigorta planına göre palyatif bakım ekibinde gönüllülerin de yer alması gerekir. Bu son üç grup ülkemizde yaygın değildir. Hastanın gereksinimlerine göre fizyoterapist, diyetisyen, solunum terapisti, mesleki terapist, eczacı, alternatif tedavi yöntemlerinde (masaj tedavisi, reiki gibi) uzman kişiler cerrah, medikal onkolog, anestezi uzmanı, radyasyon onkoloğu veya gerektiğinde ekip liderinin önerdiği başka uzmanlık alanlarından hekimler ekibe destek olabilir (şekil 2) (8,22).



Şekil 2. Palyatif bakım ekibi (23)

Ülkemizde Sağlık bakanlığı, palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesinde çekirdek grupta yer alacak meslek gruplarını doktor, hemşire, sosyal çalışmacı, diyetisyen, psikolog olarak belirlemiştir (24).

2.1.5 Kapsamlı Palyatif Bakım Hizmeti

Kapsamlı palyatif bakım programları fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal konuları ele alır. Gelişmiş palyatif bakım programları şunları içerir:

Evde Bakım: Geleneksel tıbbi bakım ve destek hastane gibi kurumsal bir modele temellenirken, palyatif bakım hizmetinde ev ortamı bakım için esas ortam olarak ele alınır. Amaç hastanede verilebilecek düzeyde bakımın, hastanın kendi ortamında evinde verilmesidir. Kurumlar bakımın temel kaynağı yerine destekleyici bir kaynak olarak görülür. İyi örgütlenilen koşullarda hasta, palyatif bakım desteğine haftada yedi gün, 24 saat ulaşabilir (18,20).

Konsültasyon Hizmeti: Palyatif bakım dalında eğitilmiş olan sağlık profesyonelleri hastane ve toplumdaki hastalara danışmanlık hizmeti sağlar (25).

Günlük/Gündüz Bakım: Terminal dönem hastalarda sosyal izolasyonu önlemeye ve semptom kontrolüne yönelik dernek benzeri ortamlardır. Hastalar günlük palyatif bakım merkezlerine haftada iki ya da üç kez gelerek hizmet alabilir. Ayrıca günlük palyatif bakım evde bakım vericiler için kısa süreli olanaklar da sunabilir (18,20).

Hospis: Tedaviye yanıt vermeyen, ölmekte olan hastaların, semptom kontrolünün sağlandığı ev benzeri atmosfere sahip hastanelerdir. Hastanın kalan son günlerini rahat geçirmesini ve onurlu bir ölümü hedefler (18,20).

Güçlendirme Desteği: Ölüm sonrası yas sürecinde hasta yakınlarına destek sağlar (25).

2.1.6 Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi

Yaşamı tehdit eden bir hastalığı olan kişi tüm tedavi sürecinde ve sürekli bakıma gereksinim duyduğu hayatının son döneminde çok çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu sorunlar tamamen ya da kısmen çözülebildiği takdirde hastanın yaşam kalitesi artar. Palyatif bakım hizmetlerinin temel gayesi de aslında budur (20).

Hastanın kişisel bakım ve hijyeni (yatak banyosu, saç yıkama, ağız bakımı vs.), beslenmesi, tuvalet ihtiyacının karşılanması, taşınması ve hareket ettirilmesi, yatak pozisyonu verilmesi gibi pek çok konu 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 (20).

Palyatif bakım gereksinimi açısından ilk sıralarda yer alan kanser hastalarının büyük bir kısmının, yeni tanı aldıkları dönemde bile, hastalığın belirtileriyle ilgili fiziksel destekleyici bakım gereksinimlerinin olduğu görülmektedir (26).

Çeşitli kanser (meme, kolorektal, baş ve boyun, akciğer, prostat, deri) tanısı yeni konmuş hastaların %96'sının yorgunluk, ağrı, uyku problemi gibi en az bir semptomu olduğu saptanmıştır (27).

Teunissen ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılan toplam 26,223 kanser hastasının semptom sıklığının incelendiği 46 farklı çalışmanın yer aldığı bir sistematik derlemede, tüm hasta popülasyonunda 37 farklı semptom belirlenmiş olup, tüm hastaların % 10'undan fazlasında bu semptomların hepsi deneyimlenmiştir. Hastaların % 50'sinden fazlasında ağrı, yorgunluk, enerji azlığı, zayıflık ve iştah kaybı semptomları olduğu belirlenmiştir. Ayrıca semptomların sıklıklarının sorgulanmayla daha yüksek oranlarda olduğu gösterilmiştir (28).

Walsh ve arkadaşları tarafından ileri evre kanser hastalarında yapılan bir çalışmada belirlenen semptom sıklıkları tablo 1' de gösterilmiştir.

Tablo 1. Kanser hastalarında semptom sıklığı (29)

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 Uygulamasında Engeller

Palyatif bakımda temel bakım prensipleri tanımlanmış olsa da, ihtiyaçlar dahilinde her ülkenin sosyokültürel, ekonomik, inançsal ve yasal farklılıkları göz önünde tutularak uyarılama yapılmalıdır (5,30).

Gelişmiş ülkelerde bile palyatif bakım konusunda engeller yaşanmaktadır. Ülkemizde ihtiyacın bu kadar fazla olduğu bir alanda neden bu kadar gecikildiğine bakacak olursak (31):

- Başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının eğitiminde palyatif bakım eğitiminin eksik olması (32)

- Temel tıp eğitiminde palyatif bakımın öneminin ve genel prensiplerinin olmaması ve ülkemizde palyatif tıbbın bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmemesi (33)

- Palyatif bakım kavramı hakkında gerek toplumda gerek sağlık profesyonelleri arasında gerekli farkındalığın oluşmamış olması (32)

- Sağlık çalışanlarının iş yükünün fazlalığı-personel eksikliği (31)

- Toplumun bu konudaki farkındalığın düşük olması ve hastaların semptomlara sabredip yeterince destek talep etmemeleri (31).

- Palyatif bakımın kanun ve mevzuatlarla yeterince desteklenmemesi (31)

- Kaliteli bakım vermedeki yetersizlikler (31)

- Evde bakım uygulamaları gibi bazı palyatif bakım uygulamalarının sigorta kapsamı dışında kalması, yeteri kadar mali desteğin olmaması (31)

- Sadece tedaviye odaklanması (31)

- Semptom kontrolünde standartların yeterince belirli olmaması (31)

- Hastanelerin fiziki donanımlarının yaşam sonu bakım için uygun durumda olmaması (31)

- Sağlık personelinin hasta ve ailesine hastalıkla ilgili kötü haberi söyleme konusunda yetersizliği (8)

- Ağrı kontrolünde engeller;

- Sağlık personeli ve hastanın opioid fobisi, bağımlılık korkusu (34)

- Kırmızı ve yeşil reçeteye tabi ilaçların ulaşılabilirliğinde ve reçete yazma mevzuatındaki güçlükler (32)

Opioidlerin çeşitliliğinin az olması ve eczanelerde temin edilmesindeki engellerdir (31).

2.1.8 Dünyada Palyatif Bakım

İlk modern palyatif tıp tesisi İngiliz hemşire ve sosyal çalışma uzmanı Cicely Saunders tarafından kurulmuştur. Hastanede hemşire olarak çalıştığı sırada, bir cerrahın, kanserin neden olduğu ağrıların etkili ve güvenli bir şekilde narkotik analjezik ilaçları eşit zaman aralıkları ile vermekle kontrol altına alınabileceğini öğrenen Saunders, kanser yüzünden acı çeken herkesin ızdırabını dindirmeyi, ölmekte olan insanlara kapsamlı bir bakım sağlayabilmeyi hayal etti ve St. Christopher's Hospis adı altında 1967'de Londra'da Hospis'i kurdu (8,35,36). Sonra sırasıyla Kanada (1973, Royal Victoria), ABD (1987, Hotwitz Center), Yeni Zelanda, Avustralya, Japonya'da merkezler açılarak bu akım dünyanın dörtbir yanına yayılmıştır (37).

Kanser ve diğer kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan bireylerin sayısındaki artış ve sağlık profesyonellerinin bu hastaların nitelikli bakımlarına yönelik ilgilerinin, hasta ve ailesinin artan gereksinimlerine yeterli olabilme gerekliliğinin artması sonucunda palyatif bakıma olan gereksinim her geçen gün artmaktadır (38).

Günümüzde palyatif bakım hizmetlerinin en gelişmiş olduğu bölgeler Amerika San Diego bölgesi ve İspanya'nın Katalan Bölgesidir. Buralarda hemen her türlü palyatif bakım hizmet (evde bakım hizmeti, gönüllülerden oluşan yardım ekipleri, hastane servis destek ekipleri gibi) modelleri mevcuttur (32).

Dünyanın birçok ülkesinde bu konuya yönelik çalışma ve projeler artan bir ivme ile yürütülmekte olsa da karşılanmamış palyatif bakım ihtiyacı bir sorun olarak devam etmektedir. 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. Palyatif bakımın sağlık sistemine gelişmiş entegrasyonu ise dünyada sadece 20 ülkededir (5).

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 (5):

- Ülke genelinde yaygın palyatif bakım servisleri ve dernekleri
- Sağlık sistemine entegre palyatif bakım hizmeti
- Genel sağlık sigortası poliçelerinde palyatif bakımın ağırlığı olması ve diğer fonlardan Palyatif bakım harcamalarına kaynak aktarılması
- Sağlık personeli ve yerel derneklerin hizmet verdiği etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları
- Morfine ulaşılabilirlik
- Sağlık profesyonellerinin ve toplumun palyatif bakım konusunda bilinçlenmesi
- Üniversitelerle akademik işbirliği içinde olan gelişmiş palyatif bakım eğitim sistemleri

Tablo 2. Dünyada palyatif bakım uygulamaları (5)

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, Özbekistan, Yemen Cook Adaları, Somali, Çad, Gine Tonga 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, Surinam, Fiji, Bahama Adaları, Tacikistan, Papau Yeni Gine, Katar, Madagaskar, 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.	Bangladeş, Angola, Bahreyn, Bulgaristan, Brezilya, Mısır, Kolombiya, Jameika, Yunanistan, Kazakistan, İran, Irak, Vietnam, Venezuela, Birleşik Arap Emirlikleri, Tayland, Tunus, Moldova, Meksika, Kırgızistan, Rusya gibi
		Grup 3B Ülkeler	Lokalize olan palyatif bakım hizmetleri genel sağlık sistemi ile entegre değildir. Finans kaynakları kişisel bağışlar,genel ve özel sağlık sigortası,yerel devlet kaynaklarından karşılanmaktadır. Dernek organizasyonları tarafından yürütülen sınırlı eğitim faaliyetleri vardır. Morfine rahatlıkla ulaşılabilir. Bu grupta 17 ülke (%7.3)yer alır.	Portekiz, Kıbrıs, Arjantin, Malta TÜRKİYE , Hindistan, Nepal, Litvanya, Arnavutluk, Hırvatistan Bosna-Hersek, Gürcistan, Ürdün gibi

GRUP 4 ÜLKELER	SAĞLIK SİSTEMİ İLE ENTEĞRE HOSPİS- PALYATİF BAKIM SERVİSLERİ OLAN ÜLKELER	Grup 4A Ülkeler	Palyatif bakım hizmetleri çeşitli olup yaygındır.Sağlık personeline 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	Kosta Rika, Çin, Danimarka, İsrail, Finlandiya, Macaristan, Kenya, Yeni Zelanda, Malezya, Moğolistan, Hollanda, Slovenya, İspanya gibi
		Grup 4B Ülkeler	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. Bu grupta 20 ülke (%8.6) yer alır.	Romanya ,Singapur, İsveç, İsviçre, Uganda, İngiltere, ABD, Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Fransa, Almanya, Hong Kong, İzlanda, İrlanda, İtalya, Japonya, Norveç, Polonya

2.1.9 Türkiye’de Palyatif Bakım Uygulamaları

Ülkemizde palyatif bakım hizmetleri uzun yıllar göz ardı edilmiştir (32). Ancak 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 (33).

Türkiye’de palyatif bakım uzmanları tarafından hizmet verilen üçüncü düzey kapsamlı palyatif bakım merkezi yoktur. Şuan sağlık sistemi içinde entegre çalışan, bu alana özgü eğitim almış uzman ekipler tarafından sunulan bir palyatif bakım hizmeti verilmemektedir (33).

2006 Eylül ayında Palyatif Tıp Amerikan uzmanlık derneği tarafından resmi olarak bir yan dal uzmanlığı olarak tanınmıştır (39). Ülkemiz tıp fakültelerimizde ise henüz palyatif bakım bilim dalı kurulmamıştır ve yan dal olarak palyatif bakım uzmanlığı eğitimi de yoktur. Palyatif bakım hizmeti diğer dal hekimlerince birinci ve ikinci düzeyde yürütülmektedir (33).

Ülkemizde palyatif bakımın ilk adımı olarak Türkiye Cumhuriyeti (T.C) Sağlık Bakanlığı “Evde Bakım Hizmeti” ni başlatmıştır. Palyatif bakımın hastane ayağı için ise bu kuruluşun yapısı ve işleyişi hakkında yasal düzenlemelere başlanmış (40) ve erişkin hastalara yönelik ilk “Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi”, Sağlık Bakanlığı (S.B) Ulus Devlet Hastanesi’nde açılmıştır (30).

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 verilmeye 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 (41,42).

Palyatif bakım hizmetlerinin bir parçası olan “hospis” in amacı mevcut hastalığı iyileştirici yeni bir tedavi planlanmayan hastaların ağrı ve diğer semptomlarının giderilmesi hasta ve ailesine psikolojik ve manevi desteğin sağlanmasıdır (43). Ülkemizde “hospis” kavramı yeni yeni anlaşılakta olup, bu tür kuruluşların yapısı ve işleyişleri hakkında yasal bir düzenleme de bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlamış olduğu “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” de evde bakım hizmetlerinin bir sağlık kuruluşu olan hospis içinde verilebilmesini sağlayacak maddeler bulunmaktadır (42,44).

Türkiye’de hospis kavramına yakın ilk kuruluş kanserli hastalara uzun süreli palyatif bakım verebilmek için kurulan, Türk Onkoloji Vakfı’nın, 1993-1997 yıllarında hizmet veren İstanbul Yeşilköy’deki “Kanser Bakımevi” dir (45). Ne yazık ki yatan hastalara sosyal güvenlik sistemlerimizce ödeme yapılmaması, bağış kaynaklarının yetersizliği, hasta ve yakınlarınca hospis kavramının yeterince anlaşılmaması bu öncü kuruluşumuzun 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 (43). Fakat yasal düzenlemelerin olmayışı sebebi ile bu kuruluşun “Hacettepe Umut Evi” adı ile kanserli hastaların tedavi ve sonrasında birkaç hafta gibi kısa süreli konaklamalarını ve kısıtlı ölçüde hemşire hizmetlerinden yararlanmalarını sağlayacak şekilde hizmet vermesi öngörülmüştür (44). Ülkemizde tamamen hospis olarak nitelendirilebilecek kurumlar henüz yoktur (1).

Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu’nun (Middle East Cancer Consortium) (MECC) 2005 yılı Palyatif Bakım Raporu’nda, ülkemizde yedi palyatif bakım ünitesi bulunduğu ve İstanbul ile Ankara’da yataklı hospis merkezi kurulma çalışmaları olduğu belirtilmektedir (9).

2009 yılı sonu itibari ile ülkemizde hizmet veren iki sağlık bakanlığı, bir özel, yedi üniversite hastanesinde olmak üzere 10 adet palyatif bakım merkezi mevcuttur. Uluslar arası akredite olan ise sadece bir palyatif bakım merkezi vardır (32).

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 uzun sürecek ya da artık tümüyle palyatif bakım gerektiren hastaların bu birime kabulünü sağlayan bir sistem oluşturulmuştur. Böylece hem hasta ve yakınlarına daha konforlu bir bakım sağlanmakta hem de akut yoğun bakımlarda yatak açılması, buradaki sağlık personelinin bakım yükü azaltılarak aktif, efektif ve spesifik akut yoğun bakım hizmeti sunmaları sağlanmıştır. Acil ambulans servisi ile akut hasta transferi kabul edilmemektedir. Hastane içinde de Palyatif Bakım Servisine kabul edilen hastanın uygun bakım yerine ve evine gönderilmesi için bir triyaj sistemi oluşturulmuştur. Hastaların bakım yerleri klinik durumlarına göre anestezi uzmanları tarafından belirlenmekte gerekli durumlarda diğer klinik uzmanlarından da konsültasyon desteği alınmaktadır. Hasta ve yakınlarına psikiyatrist, psikolog, din psikoloğu, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı tarafından da destek verilmektedir. 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 (30).

2.1.10 Palya-Türk Projesi

Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, başta DSÖ olmak üzere pek çok kuruluşların katkısıyla bakanlığın ilgili birimleri ile ülkemizde palyatif bakım konusunda yaşanan sıkıntıların giderilmesi amacıyla 'Palya-Türk Projesi' ni hazırlamıştır (8).

Palyatif bakım hizmeti 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programının en değerli yapı taşlarından biri kabul edilmiştir. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı önderliğinde 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. Bazı yazarlara göre ülkemizin mevcut sosyo-kültürel yapısına en uygun sistem olup dünyadaki ilk toplum tabanlı palyatif bakım projesidir (1,32).

Palya-Türk Projesi hem kamu destekli hem de konu ile ilgili sivil toplum kuruluşlarının işbirliği ile yürütülecek bir projedir. Projede aktif olarak görev alacak

uzmanlık dalları; iç hastalıkları uzmanı, genel cerrah (cerrahi dallar), medikal onkolog, psikiatri uzmanı, anestezi uzmanı (algolog), rasyasyon onkoloğu, göğüs hastalıkları uzmanı, fizyoterapi uzmanı, psikolog, uzman diyetisyen, sosyal çalışmacı, din görevlisi olarak belirlenmiştir. Proje kapsamında verilecek eğitimler; birinci basamak eğitimler, tıp fakülteleri ve dal eğitimleri, sertifikalı eğitimler olarak kategorilendirilmiştir (1,32).

Palya-Türk projesi, birinci, ikinci ve üçüncü basamak palyatif bakım merkezlerini içermektedir (1,46):

Birinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri aile hekimleri, evde bakım hizmetleri, KETEM'ler, belediyeler, sivil toplum kuruluşları ile yürütülecektir.

İkinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri kapsamında ikinci basamak hastane merkezleri olarak Onkoloji Tanı Tedavi Merkezleri'nde kurulması planlanan Palyatif Bakım Merkezleri (PBM) vardır. 27 Üniversite hastanelerinde, 36 Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde olmak üzere toplam 63 PBM planlaması önerilmektedir. En az bir uzman hekim sorumluluğunda multidisipliner bir ekiple yürütülecektir.

Üçüncü Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri kapsamında üçüncü basamak hastane merkezlerinde kurulması planlanan Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezleri (KPBM) vardır. 18 Üniversite hastanelerinde, 14 Sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde olmak üzere toplam 32 KPBM planlaması önerilmektedir. Bahse konu merkezler ihtiyaca göre 10-20 yatağa 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 (tercihen tıbbi onkoloji uzmanı) multidisipliner bir ekip bulunmalıdır. KPBM' inde aktif olarak görev alacak uzmanlık dalları; iç hastalıkları uzmanı, genel cerrah (cerrahi dallar), medikal onkolog, psikiyatri uzmanı, anestezi uzmanı, radyasyon onkoloğu, göğüs hastalıkları uzmanı, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı olarak belirlenmiştir.

2.2 Kanser

İnsan yaşamının uzaması ve sanayileşme ile birlikte günümüzde kanser vakalarında anlamlı bir artış gözlemlenmektedir (47). Sıklığı her geçen gün artan kanser, morbidite ve mortalitesinin yüksek olması nedeniyle tüm dünyada ve ülkemizde önemli sağlık sorunlarından birisidir. Kanser hem dünyada hem de ülkemizde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci en sık ölüm nedenidir (48).

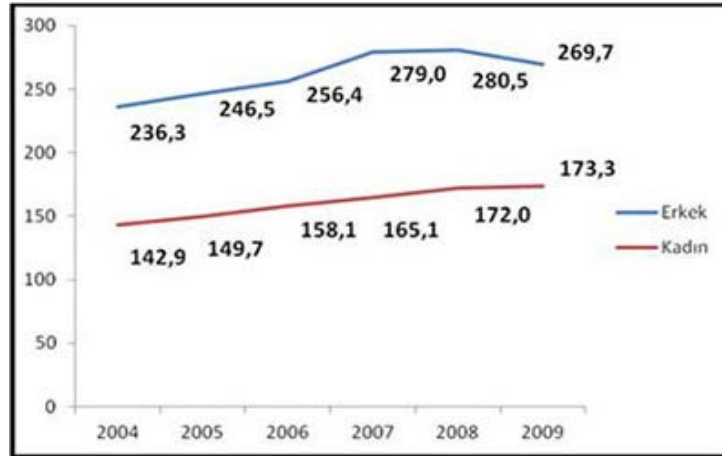
Dünya’ da kanser kayıtlığı yapan toplam 184 ülke ve 28 kanser tipi için en yeni kanser tahminleri GLOBOCAN 2012 sitesinde yayınlanmıştır. Yeni verilere göre yeni tanı alan kanserli hasta sayısı ve kanserden kaynaklanan ölümler bir önceki tahminlere göre artmıştır. GLOBOCAN verilerine göre 2008 yılında Dünya’da toplam 12,7 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 7,6 milyon kişi kansere bağlı hayatını kaybetmiştir (49). 2012 yılında bu rakamlar sırasıyla; 14,1 ve 8,2 milyona yükselmiştir. Dünya’da en çok tanı konulan üç kanser sıklığına göre 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 vakalarının %56,8’inin, kanserden kaynaklanan ölümlerin ise %64,9’unun az gelişmiş ülkelerde olduğu gösterilmiştir. Kanser artış hızının bu şekilde devam etmesi durumunda, 2025 yılında toplam 19,3 milyon yeni kanser vakası olacağı belirtilmiştir (50).

Türkiye’de kanser sıklığı dünyadaki diğer ülkelerle benzerlikler göstermektedir (Tablo 3). Tabloda görüldüğü üzere ülkemizde Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Daire Başkanlığı’nın 2009 yılı verilerine göre yaşa standardize edilmiş kanser hızı 100000 kişide erkeklerde 269,7 kadınlarda ise 173,3’tür (Tablo 4) (51). Yani ülkemizde her yıl 170000 yeni kanser olgusu tanı almaktadır ve bu kanser olgularının 2/3’ü erkektir. Ülkemizde kaba prevalans tahmini yapıldığında kanser tanısı almış ve yaşamını sürdüren 350-400 bin kişi olduğu öngörülmektedir. Kanser görülme sıklığı açısından bölgeler arasında ülkemizde bir farklılık yoktur (49).

Tablo 3. Dünya kanser istatistiklerinde Türkiye'nin durumu (51)

	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)



Şekil 3. Türkiye’de yaşa standardize kanser insidans hızlarının cinsiyete göre 2004-2009 yılları arasındaki dağılımı (dünya standart nüfusu, 100000 kişide) (51)

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye’de toplam ölümlerin içinde kanserden kaynaklanan ölümlerin oranı 2002 yılında %12-16 arasında hesaplanmış iken, TÜİK 2009 yılı verileri incelendiğinde bu oranın %20’lere çıktığı görülmektedir (49).

2.3 Ağrı

Ağrı kavramının günümüzde en geçerli tanımını International Association for the Study of Pain (Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı) (IASP) yapmıştır. Buna göre ağrı; “*var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoşça gitmeyen duyuşsal ve emosyonel bir deneyimdir*” (52).

Subjektif ve karmaşık bir durum olan ağrı, emosyonel olaylardan da etkilenebilmektedir (Tablo 5) (53).

Tablo 4. Ağrı toleransını etkileyen faktörler (Pain Control of PC-UK) (53)

Ağrı toleransını arttıran faktörler	Ağrı toleransını azaltan faktörler
Semptomların rahatlatılması	Rahatsızlık
Uyku	Uykusuzluk
İstirahat veya fizik tedavi	Bitkinlik
Gevşeme tedavileri	Anksiyete
Açıklama yapmak/destek olmak	Korku
Anlamaya çalışmak/empati	Kızgınlık
Dikkati başka konuya çekmek	Can sıkıntısı
Dinlemek	Üzüntü
Yüksek moral	Depresyon
Hayatı anlamlandırmak/önemsenmek	İçe dönüklük
Sosyal destek	Sosyal izolasyon
Duyguların ifade edilmesini desteklemek	Mental izolasyon

Uzun yıllar ağrı yalnızca başka hastalıkların bir bulgusu olarak değerlendirilmiştir. Belki akut ağrılar için doğru bir yaklaşım olabilir fakat kronik ağrılarda, ağrı semptomu hastalığın önüne geçmiştir (54). Tıptaki büyük gelişmelere rağmen yeterince kontrol edilemeyen kronik ağrı önemli sorunlardandır (54). İleri dönem kanser hastalarının %70' inde, malign olmayan hastalık nedeni ile ölmekte olan hastaların ise yaklaşık %65 inde ağrı mevcuttur (55).

2.4 Kanser Ağrısı

Kanser tanısı almış çoğu hasta ve ailesi için ağrı çekme olasılığı, tedavi edilmeme ve ölüm ihtimalinden sonra kanser tanısının en çok korkulan yönü olmaktadır (56).

Kanser hastalarının %25'inde tanı anında, %33 ünde aktif anti kanser tedavi döneminde, %75'inden fazlasının ise ileri dönemde ağrı yaşadığı gösterilmiştir. Tedavi sonrası tamamen iyileşen hastaların ise %33'ünde kronik ağrı olduğu belirtilmiştir (57).

Kanser hastalarında yaşam kalitesini olumsuz etkileyen semptomların başında gelen ağrı yalnızca hastanın değil yakın çevresinin de etkilenmesine yol açarak pek çok sorunun daha da büyümesine neden olmaktadır (58).

Yeni tedaviler sayesinde kanserli hastalarda yaşam süresinin uzaması neticesinde, bu hastaların hastalık ve hastalık tedavisinden kaynaklanan ağrı ile daha uzun süre yaşayacağı öngörülmektedir (59).

DSÖ'nün kanser ağrısını dindirmek gerektiği ile ilgili net önerileri bulunduğu halde, gelişmiş ülkelerde dahi kanser ağrısı ancak %50 oranında kontrol altına alınabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran %10'lara kadar inmektedir (58). Halbuki uygun tedavi ile tüm kanser ağrılarının %90'ı kontrol altına alınabilir (55). Bu hastaların hayatlarının son dönemlerini ağrılar içerisinde geçirmelerini önlemek bir an önce çözümlenmesi gereken hem bir tıp sorunu hem de bir sosyal sorundur (59).

2.4.1 Kanser Ağrısının Sınıflaması

Kanser ağrı sendromları, ağrının zamansal özelliğine (akut-kronik), fizyopatolojik kökenine (nosiseptif / nöropatik) ve tümör ile olan ilgisine göre sınıflandırılabilir. Malignite dışı kronik ağrı yaşayan hastaların aksine kanser hastalarında psikolojik faktörlerinde ağrıya katkısı olmakla birlikte ağrı nedeninin birincil olarak organik sebeplerden olduğu kabul edilir (58).

Grond ve arkadaşları 2266 kanser hastasında yaptıkları prospektif çalışmada kronik kanser ağrısının nedeni dört ana grupta toplamışlardır. Buna göre (60):

1. Tümöre bağlı (%85): Ağrıya duyarlı yapıların infiltrasyonu veya kompresyonu
2. Tümörün tedavisine bağlı (%17): Kemoterapi-radyoterapi- cerrahi sonucu
3. Tümör hastalığı ile ilgili (%9): Postherpetik nevralsi, konstipasyon, dekübit
4. Tümör dışı (%9): Migren, diyabetik nöropati

Bu çalışmanın sonuçlarına göre en yüksek oranda görülen ağrı nedeni, tümörün kendisinin ağrıya duyarlı yapıları doğrudan infiltre etmesi veya bası altında bırakmasıdır. Ancak kanser hastalarında ağrının nedeni genellikle tek bir etyolojiye

dayanmamaktadır. Hastaların %30' unda bir, %39'unda iki, %31'inde üç veya daha fazla etyolojik faktör saptanmıştır.

2.4.2 Kanser Ağrısının Patofizyolojisi

Malignite dışı kronik ağrı yaşayan hastaların aksine kanser hastalarında psikolojik faktörlerin de ağrıya katkısı olmakla birlikte ağrı nedeninin birincil olarak organik sebeplerden olduğu kabul edilir. Organik nedene bağlı kanser ağrısı nosiseptif veya nöropatik olmak üzere temel iki kategoride ayırılmıştır (57).

Nosiseptif ağrı; somatik ve visseral yapılardaki nosiseptörlerin periferik uyarılar tarafından uyarılması ile oluşur. Bu ağrı tipinde sensoryel sinir sistemi intakttır. Nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlara ve opioidlere yanıt verir.

Somatik nosiseptif ağrı: Deri, bağ dokusu, kas, eklem veya kemiklerdeki afferent sinirlerin stimülasyonundan kaynaklanır. Genellikle çok iyi lokalize edilir. Sızlama, bıçak saplanır gibi veya zonklayıcı karakterdedir. Hareketle artış gösterir.

Visseral nosiseptif ağrı: Toraks veya abdominal bölgedeki organlarla ilişkilidir. Bu yapıların infiltrasyon, basınç veya distansiyonundan kaynaklanır. Multisegmental olduğu için çok iyi lokalize edilemez, yaygındır. Künt, burulur gibi, kramp şeklinde ve keskin olarak tanımlanır. Uzak bölgelere yansıyabilir (57,58).

Nöropatik Ağrı; somatosensoryel sistemin hasarlanması sonucu oluşur. Periferik veya santral sinir sisteminde harabiyet söz konusudur. Tümörün sensoryel nöronu doğrudan hasarlaması sonucu oluşur. Periferik veya santral düzeyde olabilir. Ağrı lokalizasyonu hasarlanmış sinirin innervasyon alanına uyar. Yanıcı, iğne batar gibi şeklinde tanımlanır. Sensoryel ve motor defisit eşlik edebilir. Bu tür ağrı genellikle opioidlere yanıt vermez, çoğunlukla lokal anestezipler, antikonvülzanlar veya trisiklik antidepresanlara yanıt verir (7,58,61).

Psikojenik ağrı; genellikle kanser tanısının vermiş olduğu sıkıntıya veya diğer sebeplere bağlı ağrının şiddetlenmesine katkıda bulunur. Nadiren ağrının tek nedenidir (62).

2.4.3 Kanser Ağrısının Değerlendirilmesi

Kanser hastalarında palyatif bakım yönetiminde ‘semptom herşeydir’ (63). Hele ki ağrı gibi öznel ve yaşam kalitesini son derece etkileyen bir konuda öncelikle hastanın söylemine inanılmalıdır. Hasta ağrı var diyorsa vardır (64). Kanser ağrısının etkili olarak kontrol altına alınabilmesi için, önce ağrı geniş kapsamlı olarak değerlendirilmeli ve daha sonra, tedavi planlaması yapılmalıdır (65).

Ağrının özellikleri tam olarak ortaya konulmalıdır. Ayrıntılı bir anamnez alınmalı, primer hastalık ve ağrının bütün detayları öğrenilmelidir. Kanser primer odağı, evresi, metastaz varlığı, planlanan veya uygulanmış olan antikanser tedaviler, ağrı dışındaki diğer semptomlar sorgulanmalıdır. Kanser hastasında hem akut hem kronik ağrı görülebileceği akılda tutulmalıdır. Ağrının ne zaman başladığı, yeri, tipi, süresi, sıklığı, gün içerisindeki seyri, şiddeti değerlendirilmelidir. Ağrıyı etkileyen faktörler, daha önce kullandığı analjeziklerin belirlenmesi de önemlidir. Hastanın tüm sistem muayenesi eksiksiz olarak yapılmalı, gerekli ise laboratuvar ve radyolojik tetkikler istenmelidir (57,58).

Ağrının patofizyolojisinin (nosiseptif veya nöropatik olmasının) belirlenmesinin de tedavi yaklaşımında büyük önemi vardır (65).

Hastaya ağrısının nedenleri konusunda bilgi verilmeli, tedavi hedefleri ve uygulanacak tedaviler hakkında konuşulup hasta ve yakınları ile ortak karar alınmalı hastanın ağrının yönetiminde aktif rol alması sağlanmalıdır

Ağrı kontrolünde hasta ve ailesi aktif olarak rol almalıdır. Ağrının şiddetinin belirlenmesinde primer kaynak hastanın kendisi olmalı, hasta yakınlarının gözlemlerinden de yararlanılmalıdır. Hekim; hasta ve ailenin sorularını cevaplamalı, korkularını gidermeli, büyük oranda ağrının giderilebileceğini anlatmalıdır (53,66).

Hastanın bilince yerinde ise hastanın kendisinin aktif rol alması kendi ağrısını değerlendirmesi sağlanır. Ancak hasta değerlendirmeyi kendisi yapabilecek durumda değil ise gözlemsel ağrı ölçekleri kullanılmalıdır (53).

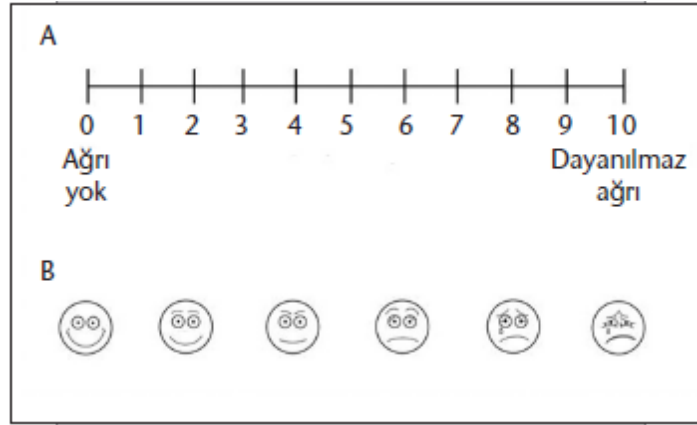
Karmaşık subjektif bir deneyim olan ve emosyonel olaylardan etkilenebilen ağrının şiddetinin belirlenmesinde görsel analog skala, sayısal ölçek, kısa ağrı değerlendirme formu veya McGill ağrı değerlendirme formu gibi ölçekler

kullanılarak objektif hale getirilmeye böylece etkili ağrı kontrol yöntemlerinin uygulanması sağlanır (Şekil 3) (57,65).

Ağrı en kısa sürede hızlı müdahale ile hafifletilmelidir (53).

Hasta için en uygun olan tedavi yöntemi seçilmelidir. Tedavi paranteral başlansa bile hasta açısından daha konforlu olacak oral veya transdermal yöneme geçilmelidir (65).

Tedavi planlandıktan sonra düzenli aralıklarla hasta sorgulanmalıdır. İlaç yetersiz ise doz arttırılmalı, ilaç gereksinimi azalıyorsa doz azaltılmalı, ilaç yan etkisi geliyorsa ilaç değiştirilmeli veya yan etki kontrol altına alınmalı, hasta için optimal kontrol sağlanmalıdır (65).



Şekil 4. Görsel ağrı skalası (11)

2.4.4 Kanser Ağrısı Tedavisi

İyi bir ağrı değerlendirmesi ve hastaya uygun analjeziklerin seçimi ile pahalı olmayan oral ilaçlarla kanser ağrılarının %80'den fazlası kontrol altına alınabilir. İlaç seçiminde esas alınacak nokta hastalığın evresi değil hastanın ifade ettiği ağrının şiddeti olmalıdır (53). Tedavide hedef, istirahat ve harekette ağrısızlık, ağrı ile uykunun bölünmesini engellemek, hastanın yaşam kalitesini arttırmak ve bunu en az yan etki ile sağlamaktır (58).

Kanser ağrısı tedavisinde kullanılan yöntemleri non-invaziv olarak farmakolojik ve non-farmakolojik (psikolojik ve fiziksel) ve invaziv olarak ayırmak

mümkündür (66). Non opioid, opioid ve adjuvan ilaçları içeren farmakolojik tedavi kanser ağrısı tedavisinin esasını oluşturur (57).

2.4.5 Kanser Ağrısı Tedavisinde Temel İlkeler

1986'da DSÖ, ağrısı olan kanser hastalarının tedavisi için üç basamaklı ağrı merdiven tedavisi konseptini geliştirmiştir. Bu sistem ile ağrı tedavisinin önündeki engelleri ortadan kaldırmak ve tüm dünyada özellikle kanser ağrısı nedeniyle büyük ızdıraplar yaşayan ve yardıma ihtiyacı olan hastalara ulaşmayı amaçlamıştır.

Kısaca 5 başlıkta özetleyecek olursak (64):

- **Oral yol:** Eğer mümkünse analjezikler oral yoldan verilmelidir. Disfajisi, kontrol edilemeyen kusması veya gastrointestinal tıkanıklığı olan hastalarda rektal yol tercih edilebilir. Devamlı subkutanöz yol da bu hastalar için bir alternatif olabilir.

- **Saatinde:** Analjezik dozu hastanın ağrısına göre hastaya özel titre edilmelidir. Kronik ağrıda gereksinim olduğunda değil saat başı uygulama yapılmalıdır. Bir sonraki doz önceki dozun etkinliği geçmeden verilmelidir.

- **Basamak tedavisi:** Ağrının şiddetine göre 3 basamaktan oluşan bu tedaviye göre (Şekil 4) (7, 53):

1. Basamakta; hafif ağrılara yönelik non-opioidler (parasetamol, aspirin gibi), gereğinde adjuvan analjezikler kullanılır.

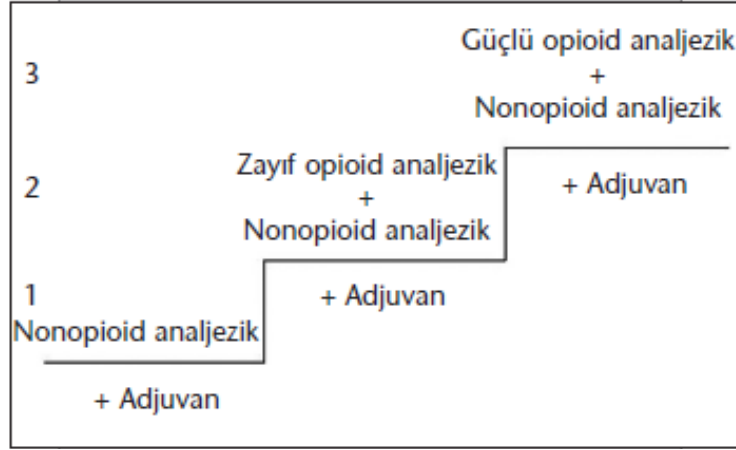
2. Basamakta; non-opioidlerle ve adjuvan ilaçlarla kontrol altına alınamayan, orta derecedeki ağrıya yönelik mevcut tedaviye zayıf opioidler (kodein, tramadol gibi) eklenir.

3. Basamakta; zayıf opioidlerle ve adjuvan ilaçlarla kontrol altına alınamayan şiddetli ağrının tedavisinde güçlü opioidlere (morfin, fentanil) geçilir.

Adjuvan ilaçlar; WHO analjezik merdiven sisteminin her basamağında tedaviye yardımcı olarak ve analjezik dozun azaltılması amacıyla kullanılabilir. Eğer bir ilaç ağrıyı azaltmakta başarısız olursa ağrı kesici potansiyeli aynı olan başka bir ilaca geçilmemeli, daha güçlü bir ilaca geçilmelidir.

- **Bireysel:** Opioid analjezikler için standart doz yoktur. Doğru doz hastanın sıkıntısını gideren dozdur.

• **Detaylar önemlidir:** İlaçla ağrının rahatlatılabilmesi için düzenli kullanımın önemi vurgulanmalı, yan etkiler konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir.



Şekil 5. DSÖ ağrı basamak tedavisi (67)

Bu temel prensipler uygulanırsa hastaların %70-90'unun ağrısı giderilebilir (64). DSÖ'nün önerdiği basamak tedavisi ağrı yönetiminde bir çerçevedir, katı bir protokol olarak düşünülmemelidir. Ağrının yönetimi kişiseldir. Dikkatli bir değerlendirme ile merdivenin hangi basamağından tedaviye başlanacağı belirlenmeli mutlaka birinci basamaktan başlamaya çalışılmamalıdır (68).

2.5 Opioid Analjezikler

DSÖ merdiven yönteminin ikinci ve üçüncü basamaklarında orta şiddette ve ciddi kanser ağrısında opioid kullanımını non opioid analjezikler ve adjuvan ajanlarla birlikte veya tek başına önermektedir (67).

Opioide bağımlılık veya tolerans gelişme korkusu hastaların gereksiz ağrı yaşamasına neden olabilir. Fakat bu durum kanser hastalarında nadiren görülmektedir. Kanser hastasının acısını dindirmek için başlanacak opioid analjezikte elde edilecek yararların yanında bağımlılık ve tolerans olasılığının çok önemsiz olduğu akılda tutulmalıdır (1,64,68).

Opioidler kanser ağrısı tedavisinin köşetaşı ilaçlarıdır (69). Ağrının mekanizmasına bakılmaksızın şiddetli kanser ağrısının tedavisinde kullanılırlar.

Kolay titre edilirler ve iyi bir risk/fayda oranı sunarlar. Periferik ve santral sinir sisteminde bulunan kendilerine özel reseptörlere bağlanarak etki gösterirler. Çoğu mü reseptörüne bazısı kappa ve delta reseptörüne bağlanarak etki gösterir. Kanser ağrısının yönetiminde kontrol altına alınmasında bir opioidin diğerine üstünlüğünü gösteren bir kanıt yoktur (7).

Klinik kullanımda opioidler; kimyasal özelliklerine göre [doğal (örnek morfin, kodein), yapay (örnek metadon, meperidin), yarı yapay (örnek buprenorfin)]; opioid reseptörleri üzerindeki etkilerine göre saf agonist (örnek: morfin, oksikodon, kodein, meperidin, fentanil), parsiyel agonist (örnek buprenorfin), agonist-antagonist (örnek: pentazosin, nalbufin, butorfanol, dezosin); etki güçlerine göre [zayıf (örnek: tramadol, kodein) ve güçlü opioidler (örnek morfin, fentanil)] farklı şekillerde sınıflandırılır. Pratik kullanımda DSÖ'nün analjezik kullanım ilkeleri ile desteklediği, etki güçlerine göre olan sınıflama kullanılmaktadır (70).

Parsiyel agonist ve agonist-antagonistler tavan etkisi (ilaç dozunun artışına karşın etkisinin artmaması sadece yan etkilerin görülmesi) yaratması, yoksunluk sendromu oluşturması ve psikomimetik olumsuz etkileri nedeni ile kronik ağrı tedavisinde tercih edilmezler. Saf agonistlerde doz artışıyla tavan etkisi söz konusu değildir, doz arttıkça analjezik etki artar (66,71).

Pratik uygulamada yan etkilerin görülmesi yararlı doz konusunda sınırı belirler. Her hasta için ilacın etkinliği doz ayarlaması sırasında ortaya çıkan analjezi ve yan etkiler arasındaki denge tarafından belirlenir (7,71).

2.5.1 Zayıf Opioidler

Kodein

Tek başına veya daha sıklıkla asetaminofen ile kombine olarak kullanılır. Alınan kodeinin %90'ı karaciğerden metabolize olarak idrarla atılır ve %10'u karaciğerde CYP2D6 enzimi ile morfine dönüşerek etkisini gösterir. Asyalı ve Afrikan Amerikalıların %3'ünde ve Kafkasyalıların %10'unda bu enzimde polimorfizm vardır (57). Enzim eksikliği olan ya da bu enzimi inhibe eden kinidin,

simetidin, fluoksetin gibi ilaçlar alan hastalarda kodein morfine dönüştürülemez ve kodeinle yetersiz analjezi ortaya çıkar (72). Kodeinle analjezi sağlanamayan hastalarda bu durum akılda tutulmalı başka bir opioide geçilmelidir. Böbrek yetmezliği olanlarda kullanımda dikkatli olunmalıdır. Etkili bir antitüsiftir (7). Kronik kullanımda dahi önemli bir tolerans ve bağımlılığa neden olmaz (62).

Ükemizde tek başına kodein tablet yoktur. Asetaminofen ve metimazol ile kombinasyon şeklinde mevcuttur. Antitusif etki için 10-15 mg/gün, analjezi için 4-6 saat ara ile 20-40 mg oral yolla kullanılabilir (62). Kodeinin tavan dozu 90-100 mg'dır (72).

Tramadol

İki ayrı etki mekanizması olan hem opioid hem de nonopioid özelliğe sahip, sentetik yapıda santral etkili bir analjeziktir. Mü-opioid reseptör bağlanmasının yanı sıra nöradrenalin ve seratonin geri alınımını inhibe eder, nöronal seratonin salınımını artırır. Opioid reseptör afinitesi düşüktür. Opioid ve non-opioid mekanizmaların analjezinin sinerjistik artışına neden olduğu düşünülmektedir. Böylece endojen analjezi sistemini, hem opioid agonist mekanizma ile hem de monoaminerjik etkisi ile potansiyelize etmektedir. Bu nedenle nöropatik ağrı tedavisinde de kullanılır (7).

Tramadol oral uygulama sonrası ince bağırsaktan hızlı ve hemen hemen tamamen emilir (% 95-100). İlk geçiş metabolizmasına uğraması nedeni ile tek doz uygulamada ortalama % 70 olan biyoyararlanımı multipl dozlarda 36 saat sonra %100'e ulaşmaktadır. Rektal uygulamada %78, intramusküler uygulamada %100 biyoyararlanımı vardır. Oral formun analjezik aktivitesi 1 saat içinde başlamakta, en yüksek plazma konsantrasyonuna kapsül formunda 2 saatte, yavaş salınımlı formunda 5 saatte erişmektedir. Karaciğerde metabolize olan tramadolün tek aktif metabolitinin oluşabilmesi için CYP2D6 enzimine ihtiyaç vardır. Bu enzimde eksiklik olan kişilerde tramadolün analjezik etkinliği azalmıştır. Tramadol karaciğerde metabolize olur ve böbrekle atılır. Hepatik ve renal yetmezliği olanlarda ve yaşlılarda doz azaltılmalıdır. Opioid reseptörlerine afinitesi morfinden ve kodeinden daha düşük olmakla birlikte aktif metabolitinin afinitesi tramadolden 200 kat daha fazladır (73).

Diğer opioidlere göre daha az konstipasyon, sedasyon, ve immün supresyon yapması, solunum depresyonu ve bağımlılık riskinin çok düşük olması, SSS yan etkilerinin düşük olması kanser ve kanser dışı ağrı tedavisinde bu ajanı uygun bir alternatif yapmaktadır (68,74).

En sık yan etkisi bulantı kusmadır. Nöbet eşiğini düşürdüğü için günlük doz 400 mg'ı geçmemelidir. Beyin tümörü gibi epileptik aktivitesi olan hastalarda kullanımdan kaçınılmalıdır (57,68). Epilepsi öyküsü olanlarda ya da nöbet eşiğini düşüren ilaç alanlarda nöbet riskini artırır. Tramadolün diğer serotoninerjik ilaçlarla (özellikle selektif serotonin geri alım inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar, monoaminoksidaz inhibitörleri) birlikte kullanılması durumunda serotoninerjik sendrom (miyoklonus, rijidite, hiperrefleksi, titreme, konfüzyon, ajitasyon, huzursuzluk, koma, otonom dengesizlik, ateş, bulantı, ishal, kızartı, çok ender de olsa rabdomyoliz ve ölüm) gelişebileceğine dikkat edilmelidir (74).

Tramadolün 50 mg'lık analjezik etkisi 60 mg kodeinin veya 30 mg kodeinle birlikte 650 mg asetaminofenin analjezik etkisine eşittir (62). Kısa etkili oral formuna (50mg) ek olarak, yavaş salınımlı tablet (100 mg), damla (2.5mg/damla), ampul (5 ml, 2ml) ve asetaminofen ile kombinasyonlu formu vardır. İntravenöz uygulama 20 dakika sürede perfüzyon şeklinde veya hasta kontrollü analjezi (HKA) yöntemi ile uygulanmalıdır. Analjezik etkinliği doza bağlıdır. Önerilen maksimum günlük doz 400-600 mg'dır. Bu tavan değer şiddetli ağrıda tramadol kullanımını sınırlamaktadır (73).

2.5.2 Güçlü opioidler

Fentanil

Fentanil, μ -reseptörlerine afinitesi yüksek olan, seçici ve sentetik bir opioid agonistidir (75). Oral, intravenöz, epidural, transdermal, intranasal, transmukozal, inhalasyon yolu başlıca kullanım yollarıdır (57). Yağda çözünürlüğünün yüksek olması nedeniyle deri ve mukoz membranlardan kolayca sistemik dolaşıma geçer. Bu özelliğiyle ağrı kesici gücü, morfininkinden 100 kat fazladır. Kısa süreli hasta kontrollü analjezide zirve analjezik etkisine kısa sürede ulaşır ve küçük bolus

dozlarından sonra etkisi hızlı sonlanır. Fentanil, histamin salınımına neden olmaz. Miyokard kontraktilitesinde ya çok az, ya da hiç değişiklik oluşturmaz. Kardiyak stabilite sağlar (7).

Transdermal fentanil preparatları 10, 20, 30, 40 cm²'lik bantlar halinde ve 25, 50, 75, 100 mcg/saat hızda salınımlıdır. Analjezi için gerekli ortalama minimum etkili konsantrasyon; 25'lik bantın uygulanmasından yaklaşık 25 saat, 50'lik bantın uygulanmasından 15-30 saat sonradır (76). Yetmiş iki saat süresince etkilidir. Etkisi, ilk gün kanda maksimum düzeydedir, ikinci ve üçüncü gün ise azalarak devam eder (75). Bir sonraki doz her 72 saatte bir uygulanmasına rağmen bazı kişilerde 3. günde etkinin azaldığı gösterilmiş ve daha kısa zaman aralıkları ile 48 saatte bir yeni doz uygulanması önerilmiştir (7). Doz artışı 24-48 saatte bir yapılır (71).

Transdermal fentanilin analjezik etkisi en az oral opioidler kadardır (75). Opioid ihtiyacı sabit olan hastalar için alternatif olarak tercih edilebilir. Genellikle yutma güçlüğü olan, morfine toleransı kötü olan ve uyum zorluğu yaşayan hastalar için tedavi seçeneğidir (62). Oral opioidlere göre yan etkilerinin daha az olması, hasta memnuniyeti, hayat kalitesini arttırması açısından avantajlıdır (76).

Bantın çıkarılmasından sonra serum fentanil konsantrasyonunun % 50 azalması yaklaşık 17 saat sürmektedir. Yan etkiler tipik opioid yan etkileridir. En sık bulantı kusma, kaşıntı görülür. Transdermal fentanil sabit hızda uygulanabilir şekilde geliştirilmiştir. Ancak hastanın yaşı, cildinin durumu, flasterin yapıştırıldığı bölgedeki kas ve yağ kütlesi ve vücut sıcaklığı gibi durumlarla değişebilir. Etki başlama süresinin uzun olması, uygulama süresince ilacın gönderilişinin ayarlanabilir olmaması ve uygulandıktan sonra fentanilin serum konsantrasyonunun değiştirilememesi nedeniyle akut ağrıda kullanımı uygun değildir (76).

Yüksek lipofilik olan fentanilin intravenöz uygulanmasından 1 saat sonra uygulanan dozun % 98,6'sı beyin ve kalp gibi damarlanması çok olan dokular tarafından redistribüsyona uğrar. Bu nedenle intravenöz ve epidural yoldan uygulandığında etkisi kısa sürede başlar ve akut ağrının tedavisinde etkili olur (76). İntravenöz fentanil uygulamasında obez ve zayıflar arasında serum düzeyleri arasında bir fark gösterilememişken, transdermal fentanil kullanılan normal kilolu ile düşük kilolu (BKİ<16) kaşektik kanser hastaları arasında 48 ve 72. saatteki kan düzeylerinin kaşektik olanlarda daha düşük olduğu görülmüştür (57). Flasterler,

radasyon almamış, tahriş olmamış deriye ve tüysüz bir bölgeye uygulanmalıdır. Gövde ve kolların üst bölgeleri tercih edilmeli ve uygulama yerleri rotasyona tabi tutulmalıdır (70). Genellikle skapula üzerindeki deri bölgesine uygulanır (75). Böbrek yetmezliğinde kullanılabilir, ancak kümülatif etkileri açısından kontrol edilmelidir (7).

Morfin

Güçlü doğal mü reseptör agonisti olan morfin kanser ağrısı yönetiminde altın standart olarak görülmektedir (13, 68). Analjezik etkinlik açısından diğer opioidlerin morfinden üstün olduğunu gösteren veya morfinin etkinliğinin daha iyi olduğunu gösteren yüksek kalitede karşılaştırmalı çalışmalardan elde edilen bir kanıt yoktur. Morfin; geniş tedavi aralığı, maliyet etkinliğinin iyi olması, doz titrasyonu ve uygulama kolaylığı, çeşitli uygulama yolu (örn: oral, rektal, intravenöz, intranazal, epidural, subkutanöz, intratekal, sürekli salınım), elde edilmesinin kolay olması gibi nedenlerle kanser ağrısının tedavisinde ilk tercih edilen opioidlerdendir (7)

Morfin ve metabolitleri idrar yolu ile atıldığından böbrek yetmezliğinde uzamış etki açısından sorun yaratabileceğinden dikkatli olunmalıdır (7). Yaşlı hastalarda ve renal fonksiyonları bozuk olanlarda daha düşük dozlar gerekebilir. İlimli ve orta derecede hepatik yetmezliğin morfin klirensine etkisi azdır fakat ileri dönem yetmezlikli hastalarda azalmış eliminasyon olabilir (68). Morfinin kanser ağrısında standart dozu yoktur (71). Hastanın yaşına, beslenme durumuna, hastalığın mevcut durumuna, ağrının şiddetine, uygulama süresine bağlı doz değişkenlik gösterebilmektedir. Uygun doz ayarlaması yapılarak, gereken doz ve gereken süre kullanılabilir (68). Tolere edilebilen yan etkiler ile ağrıyı kontrol edebilen etkin doz ayarlanarak hastaya göre titre edilir (71).

Morfin sülfat halinde oral, morfin hidroklorür (HCl) olarak parenteral kullanımda yararlanılmaktadır. 10 mg ile 100 mg arası tablet, solüsyon, yavaş salınan tablet formları ve 10, 20 mg morfin içeren ampul formları bulunmaktadır (68). Hızlı çözünen oral formunun plazma yarı ömrü 2-3 saat, efektif etki süresi 4 saattir. Emilimi iyidir, birikim toksisitesi yoktur. Yavaş salınımlı oral formunun pik etkisi 3-5 saatte oluşur, 8-12 saat etkinliği sürer (71).

Tedaviye emilimi iyi ve birikim toksisitesi olmayan hızlı çözünen morfin preparatlarının her 4 saatte bir 5-10 mg düşük dozlarla veya hasta uyumunun daha uygun olacağı yavaş salınımlı 15 mg'lık formunun 12 saat ara ile verilmesi ile başlanabilir (62). Oral uygulamada zorluk yaşanan gastrointestinal obstrüksiyonu, yutma güçlüğü, şiddetli kusma gibi durumlarda sublingual, rektal, parenteral yol gibi diğer yollar kullanılabilir (71). Daha önce opioid kullanımı olmayan çok şiddetli ağrısı olan ve acil tedavi gereksinimi duyulan hastalarda subkutanöz veya intravenöz yol kullanılarak doz titrasyonu yapılması da uygun bir yaklaşımdır (62). Intravenöz, intramusküler veya subkutan tekrarlayan bolus dozlar ile hızlı pik konsantrasyon olduğu için yan etkiler artabilir. Hızlı çözünen morfin preparatlarının yarılanma ömürleri kısadır, bu nedenle titrasyon fazında ve kaçak ağrı episodlarının tedavisinde endikedirler (71).

Her hastanın tedavi doz uygulaması 24 saat sürekli olarak devam etmelidir. Tedavi sırasında kısa süreli geçici ağrı alevlenmeleri (breakthrough pain) için kaçak ağrı dozu ek olarak uygulanmalıdır. Bu ara dozlar 24 saatlik dozun %5-15'i kadar olmalıdır ve oral 1-2 saat, parenteral 15-30 dakikada bir uygulanabilir. Eğer kaçak ağrı dozuna bir günde dört kereden daha fazla ihtiyaç duyuluyor ise devam eden opioid tedavisinin yavaş salınımlı formülasyonunda doz artımı yapılmalıdır. Geçici ağrı alevlenmesinde hızlı etki başlangıcı ve kısa etki süresi olan preparatlar tercih edilir. Titrasyon periodu sonrası yavaş salınımlı opioidlere geçiş yapılmalıdır (62).

Morfinin kullanıldığı durumlara ve her hastaya göre farklılıklar göstermekle birlikte ortalama olarak parenteral uygulama dozu oral dozun yaklaşık üçte birine eş değerdedir ancak bu oran 1:2 ve 1:3 arasında değişebilir. Subkutan kateter ile 5 ml/s infüzyon yapılabilir. Uzun süreli intravenöz infüzyon için subkutan venöz port en uygun yoldur. Morfin 0.05-0.2 mg/kg dozda yükleme sonrasında 0.025-0.075 mg/kg/s hızda infüzyon ile uygulanabilir. İntravenöz veya subkutan hasta kontrollü analjezi yöntemi özellikle ağrı şiddeti gün içinde değişkenlik gösteren hastalarda tercih edilebilir (71). Uygulama zorluğu, hastanın uyuncu problemi, opioid yararlanımının azalması, hasta konforunu bozması gibi nedenlerden dolayı intramusküler yol tercih edilmez (68).

Optimal ağrı kontrolü yavaş salınımlı preparatların analjezik dozlarının düzenli olarak verilmesi ile gerçekleştirilebilmektedir. Ağrı geçmez ise bir sonraki

doz %30-50 oranında arttırılabilir. Ağrı şiddetinin azalması veya arttırılan ilaç dozunun fazla olduğunu gösteren yan etkilerin (ağrının olmamasına karşılık, uyku mahmurluğu, dalgınlık, bitkinlik, solunum sayısında azalma vs) görülmesi durumunda ilaç dozu, son arttırılan dozun %50'si oranında azaltılabilir. Hastanın ağrısı kontrol altına alındıktan ve 48 saatlik ağrısız bir dönem sağlayan sabit doz belirlendikten sonra, morfinin yavaş serbestleşen formlarının kullanımına geçilebilir (68). Yapılan çalışmalarda yüksek dozların yan etki ve yaşam süresi üzerine etkilerinin düşük dozlardan pek farklı olmadığı gösterilmiştir (71)

2.6 Etkili ağrı yönetiminde engeller

Sağlık Profesyonelleri ile İlgili Bariyerler

Ağrı yönetimi hakkında bilgi eksikliği (kanser ağrısının patofizyolojisinin iyi bilinmemesi, opioidlerin klinik farmakolojilerinin yeterince bilinmemesi) (77)

Kanser ağrısının tedavisi konusunda eğitim yetersizliği (77)

Tedaviye kıyasla semptom kontrolüne yeterince önem verilmemesi (66)

Hekimin kendisine güvenmemesi (34)

Ağrının yetersiz tanınması (77)

Hasta ağrısının yeterli sıklıkta değerlendirilmemesi (77)

Özellikle güçlü opioidlerin yetersiz dozda veya çok geç dönemde kullanılmaya başlanması (34)

Tolerans ve bağımlılık korkusu (78)

Opioidlerin yan etkileri konusunda endişeler (78)

Ağrı yönetimine düşük önem verilmesi (77)

Hasta ve yakınları ile İlgili Bariyerler

Kanser hastalığında ağrının doğal olduğu düşüncesiyle semptomların gizlenmesi (66)

Ağrının hastalığın kötüleştiği anlamına gelmesi korkusu (77)

“İyi” hasta olamama endişesi (77)

Tedavi olanaklarının bilinmemesi (78)

Narkotik analjezikler ile ilgili yanlış inanışlar, bağımlılık korkusu (66)

- Ağrı ilaçlarına tolerans gelişme endişesi (77)
- Yan etkiler hakkında endişeler (77)
- Ağrının, kanser hastalığının kaçınılmaz bir sonucu olduğu inancı (77)
- Hasta yakınlarının hekime güvenmemesi (34)
- Doktorun ilgisini altta yatan hastalığın tedavisinden başka yöne çekme endişesiyle ağrıyı bildirmede isteksiz olma (77)
- Analjezik tedavisine uyumsuzluk (66)

Sağlık Sistemi ile İlgili Problemler

- Kanser ağrısı tedavisine düşük öncelik verilmesi (77)
- Kırmızı ve yeşil reçeteye tabi ilaçların mevzuatındaki güçlükler (31)
- Tedavinin ulaşılabilirliği veya uygulanabilirliğindeki problemler (77)
- Opioid çeşitliliğinin az olması, ezzaneden teminindeki güçlükler (31)
- Opioid ulaşılabilirliğinde kısıtlayıcı düzenlemeler (79)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Çalışmanın Genel Nitelikleri

İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde hizmet veren Kanser 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. Hem kür amaçlı tedavileri devam eden hem de yaşamın son dönemindeki hastalara destek sağlayan birimiz, “hospis” yaklaşımından öte palyatif bakım bilinci taşımaktadır. Servisimize acil servislerden yatış kabul edilmemekte olup, öncelikli olarak yatış sırasına alınmış hastalar ihtiyaç durumları da göz önünde bulundurularak evden çağrılmakta ve hastane bünyesindeki diğer kliniklerden de hasta nakil alınmaktadır. 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), Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı, Radyasyon Onkolojisi Uzmanı, Tıbbi Onkoloji Uzmanı, Psikiyatri 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 (46). Türkiye’de kanser hastalarına hastane ortamında palyatif bakım hizmeti veren diğer kliniklerden ayrı bir birim özelliğinde olan ilk ve öncü servistir. Tedavi gören hastalarda asıl amaç, en

kısa sürede etkili semptom kontrolüyle hastanın stabil hale getirilip, idame tedavisinin aile hekimi ve evde sağlık birimlerince yürütülmesini sağlamaktır.

Kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma olarak tanımlanan çalışmamızda, servisimizin açılışından (29.07.2013) itibaren 01.01.2015 tarihine kadar yatarak destek tedavisi almış hastaların tanımlayıcı özellikleri, primer kanserleri, başvuru şikayetleri, yatış süreleri, taburculuk şekilleri ve özellikle narkotik analjezik kullanım durumları incelenmiştir. Retrospektif dosya taraması şeklinde yapılan bu çalışmanın efektif sonuçlar doğurabilmesi açısından; verilerin toplanması ve analiz edilmesi sürecinde detaycı yaklaşımdan ziyade, kapsayıcılık ve elde edilebilirlik esaslarına göre hareket edilmiştir.

3.1.1 Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

1. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kanser Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisinde yatmış olmak

3.1.2 Çalışmaya Dahil Olmama Kriterleri

1. 01.01.2015 tarihinden sonra yatış (veya taburculuğu) yapılmış olmak
2. Hakkında sağlıklı ve yeterli veri elde edilememiş olmak

3.2 İstatistiksel Yöntem

İstatistiksel değerlendirmede SPSS (Statistical Package for Social Science) 16.0 for Windows istatistik demo paket programı kullanıldı. Ölçümsel değişkenler ortalama \pm standart sapma (SD) ile kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) ile sunuldu. Veri çözümlemede, kategorik değişkenler için ki-kare testi sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında ise parametrik olan koşullarda t-testi, parametrik olmayan koşullarda ise Mann Whitney-U testi ile değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ alındı.

3.3 İzinler

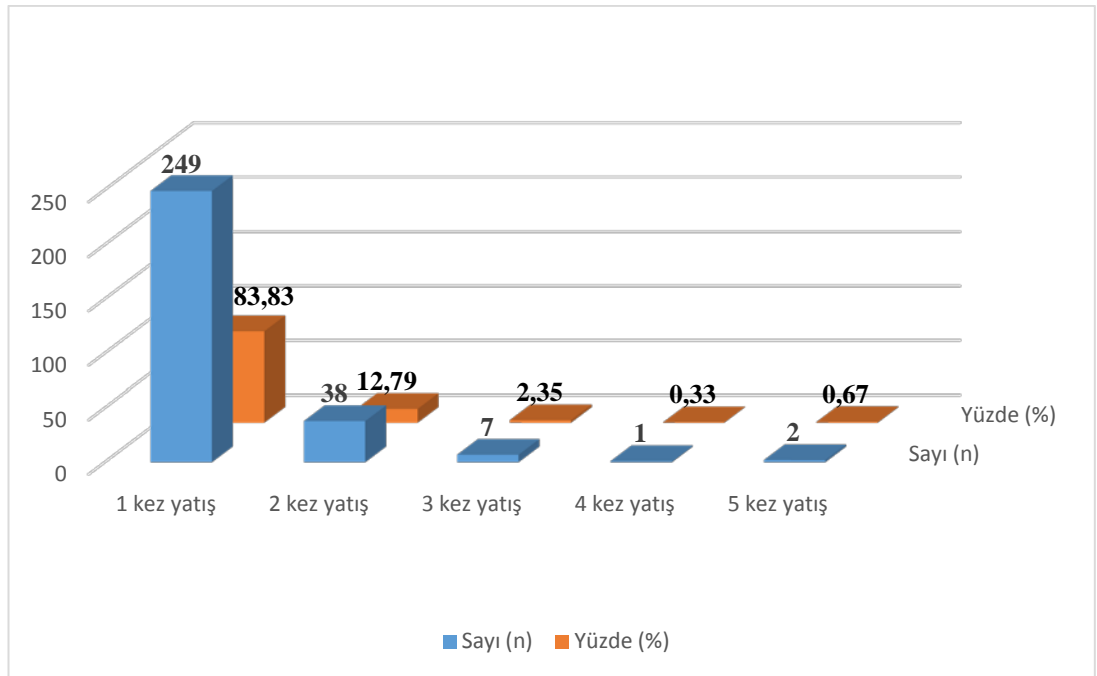
Çalışmanın etik kurul onayı 26.03.2015 tarihinde 53 sayı numarası ile İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

4.BULGULAR

Çalışmamızda hastaların servise her yatışı ayrı ayrı değerlendirildi ve tekrarlayan yatışlar Şekil 6’da gösterildi. Toplam hasta sayısı 297 olup servise yatış sayısı 360 idi. Çalışmanın istatistiki analizi yatış sayıları üzerinden yapıldı.

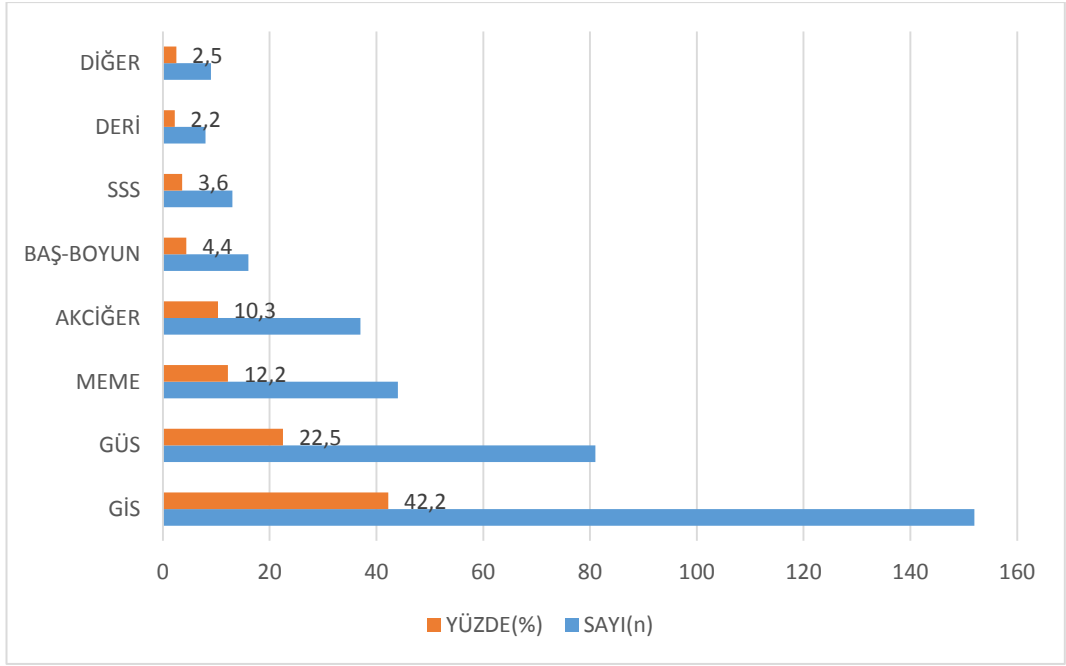
Çalışmamıza dahil edilen yatışların (n:360) tanımlayıcı özelliklerine bakacak olursak; yaş ortalaması 60,46±11,42 (34- 97) yıl idi. Kadınların yaş ortalaması 59,59±12,35 yıl olup erkeklerin yaş ortalaması ise 61,40±10,29 yıl bulundu ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p:0,133).

Kadınların oranı %51,4 (n:185), erkeklerin oranı %48,6 (n:175) idi.



Şekil 6. Hastaların servise yatış sıklıkları

Servis yatışlarında görülen en sık malignite %42,2’lik (n:152) oranla gastrointestinal sisteme ait olup, bunu ikinci sırada %22,5’lik (n:81) oranla genitoüriner sistem maligniteleri takip etmekteydi (Şekil 7). Servisteki yatışların primer malignitelerine bakacak olursak %14,4’lük (n:52) oranla mide kanserleri ilk sırada yer alırken; bunu sırasıyla kolon (%13,6 n:49), meme (%13,1 n:47), akciğer (%10,0 n:36), pankreas (%8,9 n:32), over (%6,9 n:25) ve prostat (%5,0 n:18) kanserleri izlemekteydi. Malignite sıklıkları Tablo 5’te detaylı olarak verilmiştir.



Şekil 7. Servis yatışlarının gruplanmış malignite oranları

Tablo 5. Servisteki yatışların primer tanıları

Primer tanı/organ (Kanser)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Akciğer	36	10,0
Bağ Doku	1	0,3
Beyin	13	3,6
Böbrek	10	2,8
Deri	7	1,9
Dil	3	0,8
Dudak	1	0,3
Karaciğer	11	3,1
Kronik böbrek yetmezliği	1	0,3
Kronik lenfositik lösemi	1	0,3
Kolon	49	13,6
Larinks	5	1,4
Meme	47	13,1
Mesane	13	3,6
Metastaz (Primeri Belirsiz)	3	0,8
Mide	52	14,4
Multipl Myelom	1	0,3
Nazofarinks	1	0,3
Orofarinks	2	0,6
Over	25	6,9
Özefagus	5	1,4
Pankreas	32	8,9
Periton	2	0,6
Primeri Belirsiz	1	0,3
Prostat	18	5,0
Safra Kesesi	1	0,3
Safra Yolu	2	0,6
Serviks	7	1,9
Testis	1	0,3
Timus	3	0,8
Tükrük Bezi	1	0,3
Uterus	5	1,4
Total	360	100,0

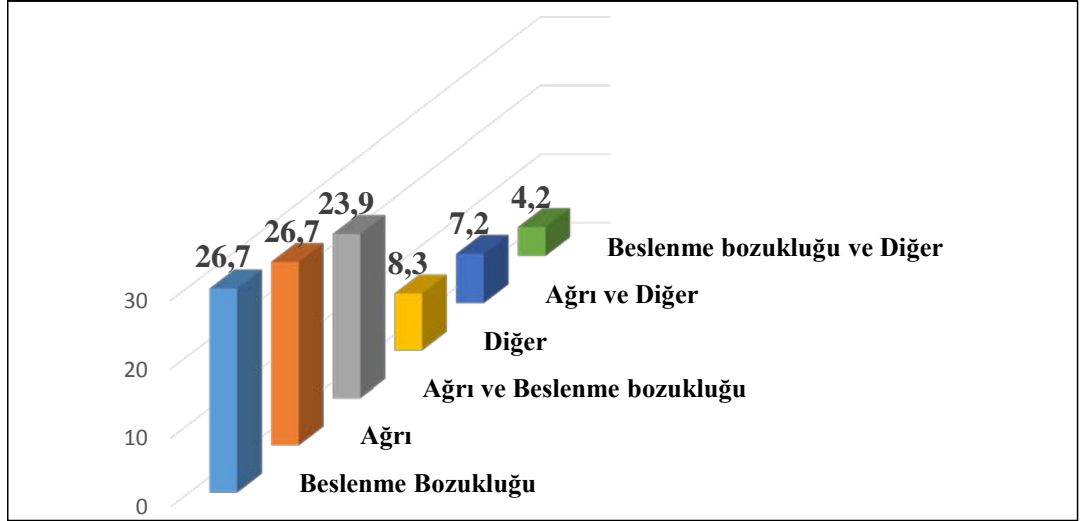
Hastalar yatışlarında bir ya da iki şikayet belirtmiş olup bir hasta üç şikayet dile getirmişti. Karın şişliği, asit, akut böbrek yetmezliği (ABY), enfeksiyon, nötropeni, anemi, trombositopeni, kabızlık, uykusuzluk, ishal, halsizlik, sarılık

şikayetleri ‘Diğer’ başlığı altında toplandı. Hastaların %57,8’inin (n:208) yatış şikayeti ağrı ve yine aynı oranda hastanın da beslenme bozukluğu olup ağrı ve beslenme bozukluğu hastaneye en sık yatış nedenleri idi. Hastaların servise yatış şikayetleri tablo 6’da belirtilmiştir.

Tablo 6. Servise yatış şikayetlerinin durumu

Şikayet	Var/Belirtmedi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ağrı	Var	208	57.8
	Belirtmedi	152	42.2
Beslenme Bozukluğu	Var	208	57.8
	Belirtmedi	152	42.2
Bulantı-Kusma	Var	7	1.9
	Belirtmedi	353	98.1
GenelDurum Bozukluğu	Var	12	3.3
	Belirtmedi	348	96.7
Nefes Darlığı	Var	11	3.1
	Belirtmedi	349	96.9
Palyatif Radyoterapi	Var	24	6.7
	Belirtmedi	336	93.3
Diğer	Var	25	6.9
	Belirtmedi	335	93.1

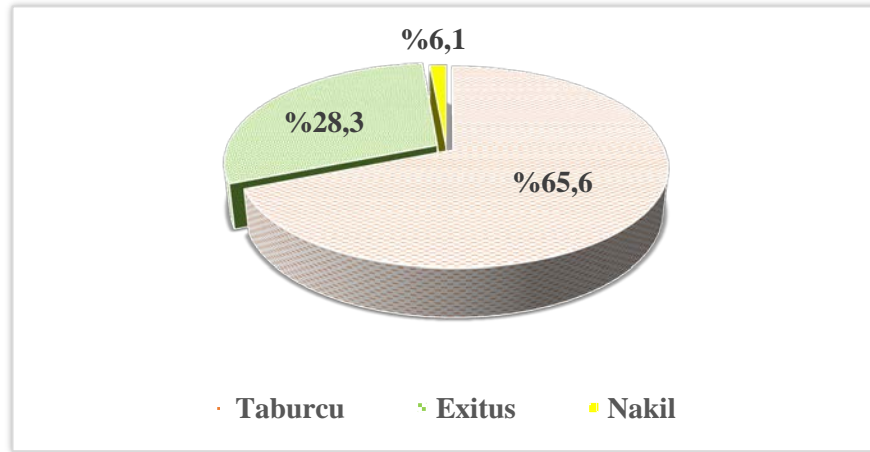
Servise yatış şikayetlerinin dağılımına bakacak olursak % 29,7’si (n:107) sadece beslenme bozukluğu, %26,7’si (n:96) sadece ağrı, % 23,9’u ise (n:86) beslenme bozukluğu ve ağrı idi. Beslenme bozukluğu ve ağrı dışındaki başvuru şikayetleri ‘Diğer’ başlığı altında toplanmıştır (Şekil 8).



Şekil 8. Servise yatış şikayetlerinin dağılımı (%)

Yatışların ortalama süresi $10,05 \pm 8,21$ gün olup minimum 1 maksimum 61 gün idi. Kadınların (n:186) ortalama yatış süresi $10,10 \pm 8,01$ gün, erkeklerin (n:174) ortalama yatış süresi $10,01 \pm 8,44$ gün olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p:0,916).

Servisimizde yatan hastaların %65,6'sı (n:236) eve taburcu edilirken %28,3'ü (n:102) hastanede vefat etti, %6,1'i (n:22) ise başka birimlere nakil verildi (Şekil 9).



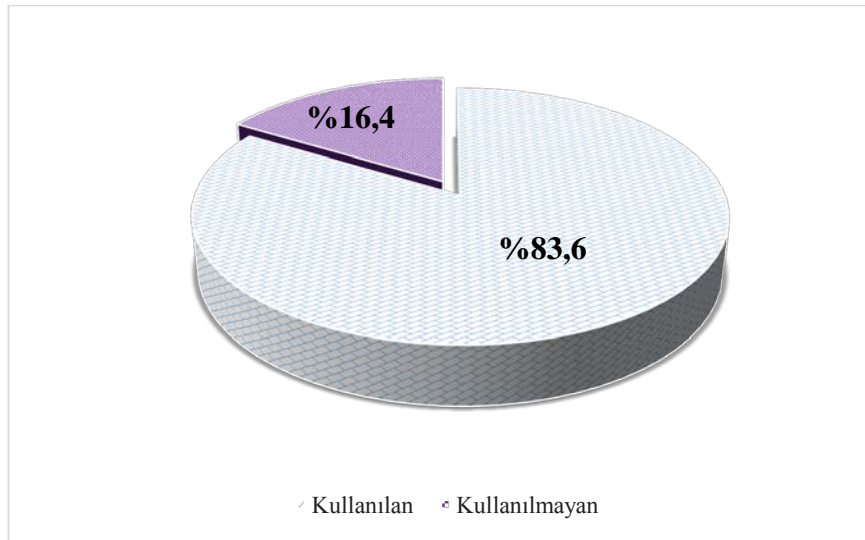
Şekil 9. Hastaların taburculuk şekilleri

Hastaların nakil verildikleri kliniklere bakacak olursak; en fazla onkoloji servisine (%31,8 n:7) ikinci sıklıkta yoğun bakımlara (%27,2 n:6) nakil verilmişti (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların nakil verildikleri kliniklerin taburculuk şekillerindeki dağılımı

Nakil kliniği	Sayı(n)	Yüzde(%)
Eve taburcu/ex	338	93,9
Onkoloji	7	1,9
Enfeksiyon	3	0,8
Dahiliye yoğun bakım	2	0,6
Nöroloji yoğun bakım	1	0,3
Nefroloji	1	0,3
Koroner yoğun bakım	1	0,3
Göğüs hastalıkları	1	0,3
Genel cerrahi	1	0,3
Gastroenteroloji	1	0,3
Dış merkez yoğun bakım	1	0,3
Dahiliye servis	1	0,3
Beyin cerrahi	1	0,3
Anestezi yoğun bakım	1	0,3
Total	360	100

Tüm olguların servis yatışları sırasında %83,6'sında (n:301) narkotik analjezik kullanılırken, %16,4'ünde (n:59) herhangi bir narkotik analjezik ajan kullanılmamıştı (Şekil 10).



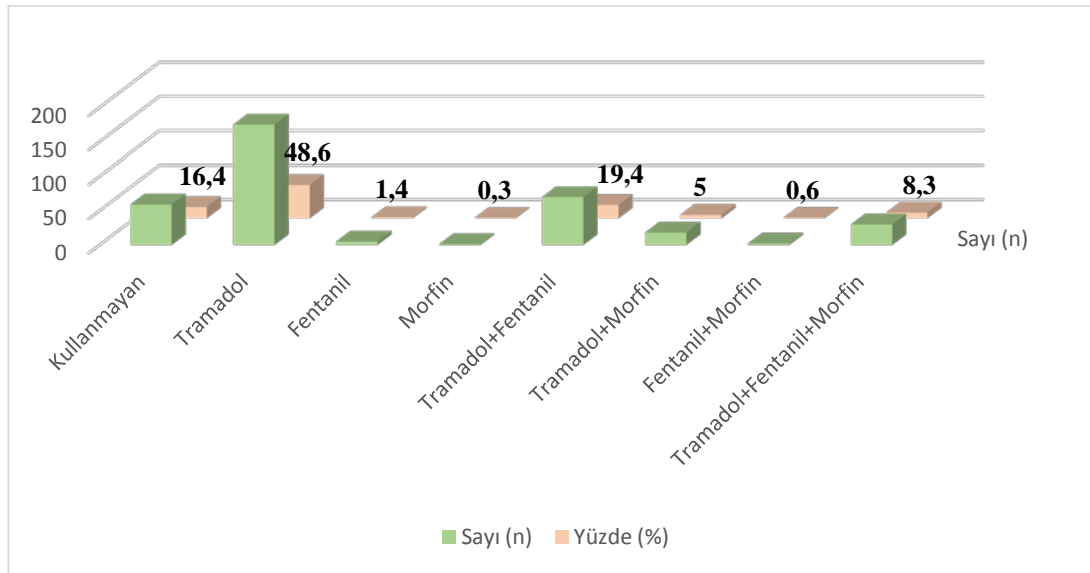
Şekil 10. Tüm hastalarda narkotik analjezik kullanımı

Narkotik analjezik ajanların kullanımına bakacak olursak tüm hastaların %81,1'inde (n:292) tramadol, %29,7'sinde (n:107) fentanil, %14,2'sinde (n:51) morfin kullanımı vardı (Tablo 8).

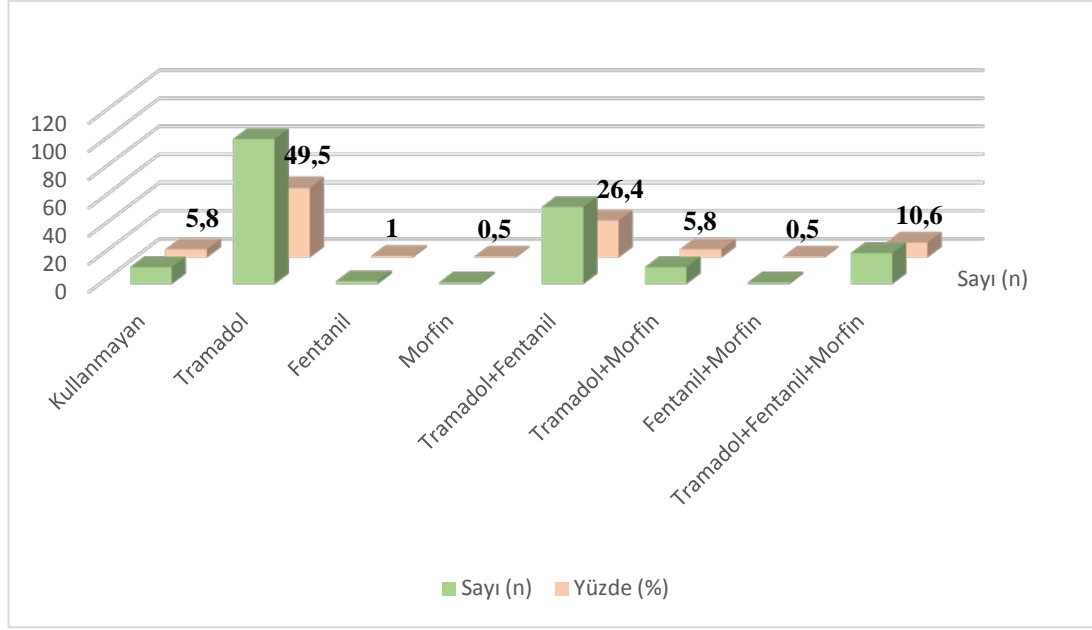
Tablo 8. Hastaların narkotik analjezik kullanım durumları

Narkotik analjezik	Kullanım durumu	Sayı(n)	Yüzde(%)
Tramadol	Var	292	81,1
	Yok	68	18,9
Fentanil	Var	107	29,7
	Yok	253	70,3
Morfin	Var	51	14,2
	Yok	309	85,8

Tüm yatışların %83,6'sında, ağrı şikayeti ile olan yatışların %94,2'sinde opioid kullanılmıştı. Hastalardaki opioid kullanım durumları şekil 11 ve 12'de verilmiştir. DSÖ basamak tedavisine göre tüm yatışlarda 2. Basamak tedavi kullanımı %48,6 üçüncü basamak tedavi kullanımı %35,0 iken ağrı şikayeti ile yatanlarda sırasıyla bu oranlar %49,5 ve %44,8 idi. Ağrı şikayeti ile başvuran 208 hastanın %49,5'inde zayıf opioid, %2,0'sinde güçlü opioid %42,8'inde zayıf+güçlü opioid kullanıldığı saptandı (Tablo 9).



Şekil 11. Tüm yatışlarda narkotik analjezik kullanılma durumu



Şekil 12. Ağrı şikayeti ile başvuranlarda narkotik analjezik kullanılma durumu

Tablo 9. Ağrı şikayeti belirtme durumuna göre narkotik analjezik kullanımı

	Narkotik analjezik ilaç kullanımı								Total	
	yok	sadece tramadol	sadece fentanil	sadece morfin	tramadol+ fentanil	tramadol+ morfin	fentanil+ morfin	tramadol+ fentanil+ morfin		
ağrı yok	Sayı(n)	47	72	3	0	15	6	1	8	152
	Yüzde(%)	30,9	47,4%	2,0%	0,0%	9,9%	3,9%	0,7%	5,3%	100
ağrı var	Sayı(n)	12	103	2	1	55	12	1	22	208
	Yüzde(%)	5,8	49,5%	1,0%	0,5%	26,4%	5,8%	0,5%	10,6%	100
Total	Sayı(n)	59	175	5	1	70	18	2	30	360
	Yüzde(%)	16,4	48,6%	1,4%	0,3%	19,4%	5,0%	0,6%	8,3%	100

Ağrı şikayetiyle başvurma ve narkotik analjezik kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edildi (p:0,000). Ağrı şikayeti ile başvuran hastaların (n:208) %94,2'sinde (n:196) narkotik analjezik kullanılmış iken yatışında ağrı şikayeti belirtmeyen hastaların (n:152) %69,1'inde (n:105) narkotik analjezik kullanıldığı saptandı (Tablo 10).

Tablo 10. Ağrı şikayetiyle başvurma ve narkotik analjezik kullanımı arasındaki ilişki

			Narkotik analjezik kullanımı		Total
			yok	var	
Ağrı belirtilmemiş	Sayı (n)	47	105	152	
	Yüzde (%)	%30,9	%69,1	%100,0	
var	Sayı (n)	12	196	208	
	Yüzde (%)	%5,8	%94,2	%100,0	
Total	Sayı (n)	59	301	360	
	Yüzde (%)	%16,4	%83,6	%100,0	

Kikare (p:0,000)

Kadınların %58,9'u (n:109) erkeklerin %56,6'sı (n:99) başvuru sırasında ağrısının olduğunu belirtmiş olup cinsiyetler arasında ağrı durumu açısından anlamlı fark saptanmadı (p:0,652) (Tablo 11). Cinsiyetler arasında narkotik analjezik kullanımında da anlamlı bir fark bulunmadı (p:0,890) (Tablo 12).

Tablo 11. Cinsiyet - ağrı ilişkisi

			Ağrı		Total
			belirtilmemiş	var	
Cinsiyet kadın	Sayı (n)	76	109	185	
	Yüzde (%)	41,1%	58,9%	100,0%	
erkek	Sayı (n)	76	99	175	
	Yüzde (%)	43,4%	56,6%	100,0%	
Total	Sayı (n)	152	208	360	
	Yüzde (%)	42,2%	57,8%	100,0%	

Kikare (p:0,652)

Tablo 12. Cinsiyet - narkotik analjezik kullanımı ilişkisi

		Narkotik analjezik kullanımı		Total	
		yok	var		
Cinsiyet	kadın	Sayı (n)	30	155	185
		Yüzde (%)	16,2%	83,8%	100,0%
	erkek	Sayı (n)	29	146	175
		Yüzde (%)	16,6%	83,4%	100,0%
Total		Sayı (n)	59	301	360
		Yüzde (%)	16,4%	83,6%	100,0%

Kikare (p:0,927)

Tablo 13. Malignitelere göre ağrı şikayeti ile başvurma durumu

		Ağrı		Total	
		belirtilmemiş	Var		
Malignite	GİS	Sayı (n)	78	74	152
		Yüzde (%)	51,3%	48,7%	100,0%
	GENİTOÜRİNER	Sayı (n)	31	50	81
		Yüzde (%)	38,3%	61,7%	100,0%
	MEME	Sayı (n)	11	33	44
		Yüzde (%)	25,0%	75,0%	100,0%
	AKCİĞER	Sayı (n)	17	20	37
		Yüzde (%)	45,9%	54,1%	100,0%
	DERİ	Sayı (n)	1	7	8
		Yüzde (%)	12,5%	87,5%	100,0%
	SSS	Sayı (n)	3	10	13
		Yüzde (%)	23,1%	76,9%	100,0%
	HEMATOLOJİK	Sayı (n)	0	2	2
		Yüzde (%)	0,0%	100,0%	100,0%
	BAŞBOYUN	Sayı (n)	9	7	16
		Yüzde (%)	56,2%	43,8%	100,0%
	DİĞER	Sayı (n)	2	5	7
		Yüzde (%)	28,6%	71,4%	100,0%
Total		Sayı (n)	152	208	360
		Yüzde (%)	42,2%	57,8%	100,0%

Tablo 14'te hastaların yatışlarında belirttikleri şikayetlerle yatış süreleri arasındaki ilişki sorgulanmaktadır.

Tablo 14. Yatış süresinin şikayetlerle ilişkisi

	Şikayet	Sayı (n)	Yatış süresi (Ort.±SD*)	P değeri
Ağrı	belirtmedi	152	9,64±8,46	0,414
	var	208	10,36±8,03	
Beslenme bozukluğu	belirtmedi	152	9,86±7,71	0,697
	var	208	10,20±8,57	
Geneldurum bozukluğu	belirtmedi	348	10,20±8,27	0,065
	var	12	5,75±4,30	
Bulantı - kusma	belirtmedi	353	10,09±8,25	0,566
	var	7	8,29±5,49	
Nefes darlığı	belirtmedi	349	10,12±8,27	0,380
	var	11	7,91±5,82	
Radyoterapi	belirtmedi	336	9,93±8,07	0,307
	var	24	11,71±9,98	
Diğer	belirtmedi	335	10,02±8,19	0,769
	var	25	10,52±8,64	

*Ort.±SD: Ortalama±Standart sapma

Tablo 15. Geliş şikayetlerinin taburculuk şekillerine etkisi

			Çıkış tipi			Total
			ex	eve taburcu	başka servise nakil	
Ağrı P:0,034	Yok	Sayı (n)	54	89	9	152
		Yüzde (%)	35,5%	58,6%	5,9%	100,0%
	Var	Sayı (n)	48	147	13	208
		Yüzde (%)	23,1%	70,7%	6,2%	100,0%
Beslenme bozukluğu P:0,002	Yok	Sayı (n)	28	113	11	152
		Yüzde (%)	18,4%	74,3%	7,2%	100,0%
	Var	Sayı (n)	74	123	11	208
		Yüzde (%)	35,6%	59,1%	5,3%	100,0%
Bulantı kusma P:0,153	Yok	Sayı (n)	102	229	22	353
		Yüzde (%)	28,9%	64,9%	6,2%	100,0%
	Var	Sayı (n)	0	7	0	7
		Yüzde (%)	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Genel durum bozukluğu P:0,000	Yok	Sayı (n)	91	236	21	348
		Yüzde (%)	26,1%	67,8%	6,0%	100,0%
	Var	Sayı (n)	11	0	1	12
		Yüzde (%)	91,7%	0,0%	8,3%	100,0%
Radyoterapi P:0,057	Yok	Sayı (n)	99	215	22	336
		Yüzde (%)	29,5%	64,0%	6,5%	100,0%
	Var	Sayı (n)	3	21	0	24
		Yüzde (%)	12,5%	87,5%	0,0%	100,0%
Nefes darlığı P:0,002	Yok	Sayı (n)	97	233	19	349
		Yüzde (%)	27,8%	66,8%	5,4%	100,0%
	Var	Sayı (n)	5	3	3	11
		Yüzde (%)	45,5%	27,3%	27,3%	100,0%

5.TARTIŞMA

Kanser hastalarında yaşam kalitesini olumsuz etkileyen semptomların başında gelen ağrı, yalnızca hastayı değil yakın çevresini de etkileyerek pek çok sorunun daha da büyümesine neden olmaktadır (58). DSÖ'nün kanser ağrısını dindirmek gerektiği ile ilgili net önerileri bulunduğu halde, gelişmiş ülkelerde dahi kanser ağrısı ancak %50 oranında kontrol altına alınabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran %10'lara kadar inmektedir (58). Kanser ağrısının tedavisinde köşe taşı ilaçlar olan narkotik analjeziklerin kullanımının gerektiğine dair net öneriler bulunduğu halde ülkemizde kullanımları oldukça sınırlıdır. Tüm dünyada tıbbi amaçla kullanılan morfinin %90'ından fazlası ham madde olarak ülkemizde üretilmesine rağmen, morfin kullanımında çok geri kalmış durumdayız. ABD ile kıyaslandığında kişi başı tıbbi amaçlı morfin kullanımı 447 kat daha azdır (5, 64, 32). Çalışmamızın ana amacı, palyatif bakım servisine yatış gerektiren durumların başında yer alan ağrının tedavisinde çok önemli yer tutan narkotik analjeziklerin kliniğimizdeki kullanım durumunu incelemektir.

Ülkemizde palyatif bakım uygulamaları henüz çok yenidir. Tam olarak hospis olarak nitelendirilebilecek merkezler yoktur ve evde bakım uygulamaları başlangıç aşamasında olup birkaç yıldır yasal düzenleme getirilmeye çalışılmaktadır. Palyatif bakım hizmetleri lokalize olarak hastane içindeki servislerde verilmeye çalışılmakta olup genel sağlık sistemine entegre değildir. Hastalara hastane dışında hizmet verilememekte, 7 gün 24 saat ulaşabilecekleri bir sistem bulunmamaktadır (1). Bizim çalışmamızdaki bulgular; bu açıdan değerlendirildiğinde kendi kategorisinde ülkemiz için örneklendirilmesi güç, dünya geneli açısından ise farklı değişkenler nedeniyle karşılaştırılması zor sonuçlardır.

Bizim araştırmamıza benzeyen çok az sayıdaki çalışmalardan biri; 2015 yılında yayınlanmış, palyatif bakım uygulamalarının bizim ülkemiz gibi henüz çok yeni olduğu Güney Kore'de, bir üniversite hastanesi bünyesinde kanser hastalarına hizmet veren palyatif bakım servisinde 198 hastada retrospektif kohort araştırması şeklinde yapılmıştır. Bu çalışmada terminal dönem kanser hastalarının palyatif bakım servisindeki yatış sürelerinin, çeşitli değişkenlerle olan ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmanın bizim açımızdan en dikkat çeken yönü ise; ortalama hastane yatış

süresinin 18 gün bulunmasıdır. Yatış süresi erkeklerde 17 (9-31), kadınlarda 18 (9-34) gün olup cinsiyetler arasında bizim sonuçlarımızda olduğu gibi fark saptanmamıştır (80).

WHO-WPCA 2014 raporuna göre ülke genelinde yaygın palyatif bakım hizmetleri olup kapsamlı hizmet veren 20 ülkeden biri olan Japonya' da 2014 yılında yayınlanan, palyatif bakım ünitesinde ölen terminal dönem kanser hastalarıyla ilgili bir çalışmada, ortalama yatış süresi yine 18 (7-96) gün olarak bulunmuştur (81). Palyatif bakım örgütlenmesinin en iyi olduğu ülkelerden biri olan ABD kökenli bir çalışmada ise; palyatif bakım servisinde yatan 318 hastada bakılan taburculuk şekillerinde %58'lik oranla hastanede ölüm ilk sırada yer almaktadır. (82)

Bu yönleriyle karşılaştıracak olursak; bizim çalışmamızda hastaların serviste ortalama yatış süresi $10,05 \pm 8,21$ (1-61) gün olup kadın ve erkeklerin yatış süreleri arasında anlamlı fark yoktu. Taburculuk şekillerinde ise servisimizde yatan hastaların %65,6'sı (n:236) eve taburcu edilirken %28,3'ü (n:102) hastanede vefat etmiş, %6,1'i (n:22) ise başka birimlere nakil verilmişti. Yatış sürelerini ve taburculuk şekillerini kıyasladığımızda; semptom yönetimi açısından daha kısa sürede ve başarılı sonuç alabildiğimizi söylemek yerinde bir tespit olacaktır.

Tanısal bilgileri aynı olsa da başvuru şikayetleri, kullanılan narkotik analjezikler gibi parametrelerdeki değişimleri göz ardı etmemek için, çalışmamızda hastaların servise her yatışı ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Tekrarlayan yatış oranı bizim servisimiz için yaklaşık altı hastada bir olup, üzerinde durmamız gereken hususlar şunlardır:

- Tekrarlayan yatışlar acile başvuru sıklığını ve diğer servislere yatış oranını ne kadar etkiliyor?
- Hastalığın progresyonuyla beraber semptomlardaki değişim önlenebilir mi?
- Evde tedavi uyumunu artırmanın yolları nelerdir?
- Bu yatışlar hasta ve hasta yakını memnuniyetinin, haberdar olma-ulaşılabilirlik doğru orantısının göstergesi midir?

Acıbadem Üniversite Hastanesi Acil Servisi'ne bir yıllık zaman diliminde başvuran malign neoplastik hastalık koduyla kaydedilen yetişkin hastaların geriye dönük olarak tarandığı bir çalışmada başvuruların %83,4'ünün şikayetinin onkolojik

durumuna bağlı olduğu ve en sık başvuru nedeninin ağrı yakınması olduğu görülmüştür (83).

Çalışmalarda açıkça ortaya konan başka bir gerçek ise; palyatif bakım ünitesinde takip edilen hastalarla diğer rutin hastane ortamında izlenen hastaların maliyetleri arasındaki palyatif bakım lehine bulunan farktır (84). Palyatif bakım ünitesinde takip edilen hastaların sağlık bakım giderlerinde diğer gruba göre direkt maliyet % 56 azaltılırken, total sağlık maliyeti % 57 oranında azaltılmıştır (85). Buna göre hastane başvurularının doğrudan palyatif bakım birimine yapılabilmesi, hem hastanın sahiplenilmesi hem de maliyet etkinlik açısından anlamlıdır.

2011 yılında İzmir’de Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi’nde yapılan kapsamlı bir çalışmada ise “vaka yönetim modeli” nin faydaları üzerinde durulmuş, hasta memnuniyeti ve evde başarılı ağrı yönetimi açısından anlamlı sonuçlar elde edilmiştir (86).

Son dönem kanser hastalarının polikliniklere başvuru şartlarının zor olduğu aşıkardır. Bu hastaların başta ağrı olmak üzere kronik sorunları nedeni ile acile başvurularının olduğu da çalışmalarda gösterilmektedir (83). Hastaların böyle bir birimin varlığından haberdar olmalarının, şikayetleri olduğunda yeniden başvurabileceklerini bilmelerinin; semptomlarına, yaşam sürelerine ve hasta memnuniyetine etkisi, acil servislere ve diğer kliniklere başvurma ve yoğun bakım başta olmak üzere hastanede yatış oranlarını ve maliyeti ne düzeyde etkilediği ile ilgili yapılacak daha kapsamlı çalışmaların palyatif bakım sisteminin şekillendirilmesinde faydalı olacağı görüşündeyiz.

Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması $60,46 \pm 11,42$ yıl olup cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p:0,133$). Ülkemizde ve yurtdışında kanser hastalarında yapılan birçok çalışmada palyatif bakım gerektiren dönemi işaret eden yaş ortalamaları bizim çalışmamızla uyumlu bulunmuştur (80,87,88). Bu verileri başka bir araştırmanın konusu olan, ama aile hekimliğinin temel görevlerinden kanser taramalarının başlangıç yaşıyla ilgili olarak da tekrar daha detaylı gruplandırarak değerlendirmek faydalı olabilir.

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı’nın 2009 yılı verilerine göre yaşa standardize edilmiş kanser hızı 100000 kişide erkeklerde 269,7 kadınlarda ise 173,3’tür (51). Yani lkemizde her yıl 170000 yeni kanser olgusu tanı almaktadır

ve bu kanser olgularının 2/3'ü erkektir (49,51). Çalışmamızda kadınların oranı %51,4 (n:185), erkeklerin oranı %48,6 (n:175) idi. Bu sonuçlar toplumda kanserin cinsiyet dağılımından farklılık gösteriyor; ancak başka çalışmalardaki veriler de birbirinden çok farklı (80,87,88,89). Kanserlerin cinsiyete göre değişimi ve küratif tedavi durumları, hastaların son dönemlerinde başka kliniklerde veya yoğun bakımda yatıyor olması, palyatif bakım servislerinde daha ağırlıklı olarak son dönem hastaların yatıyor olması bunda rol oynayabilir.

Dünya'da en çok tanı konulan üç kanser sıklığına göre 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. Türkiye'de kanser sıklığı dünyadaki diğer ülkelerle benzerlikler göstermektedir (50). Bizim çalışmamızda servis yatışlarında görülen en sık maligniteler %42,2'lik (n:152) oranla gastrointestinal sisteme ait olup, bunu ikinci sırada %22,5'lik (n:81) oranla genitoüriner sistem maligniteleri takip etmekteydi. Servisteki yatışların primer tanılarına bakacak olursak %14,4'lük (n:52) oranla mide kanserleri ilk sırada yer alırken; bunu sırasıyla kolon (%13,6 n:49), meme (%13,1 n:47), akciğer (%10,0 n:36), pankreas (%8,9 n:32), over (%6,9 n:25) ve prostat (%5,0 n:18) kanserleri izlemekteydi.

Kim ve arkadaşları tarafından Kore'de palyatif bakım ünitesinde yatan kanser hastalarında yapılan çalışmadaki en sık primer malignite odağı akciğer (%23,7), hepatobiliyer sistem (%21,2) ve üst gastrointestinal sisteme (%14,6) aittir (80). Uysal ve arkadaşları tarafından yine palyatif bakım ünitesinde yatmakta olan kanser hastalarındaki semptomlar ile ilgili ülkemizde yapılan bir çalışmadaki kanser odaklarına bakacak olursak ilk sırada GİS (%22) yer alırken bunu hepatobiliyer-pankreas (%19), akciğer (%16) ve meme (%16) izlemektedir (88).

Süren ve ark. tarafından yürütülen çalışmada; Gaziosmanpaşa Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği kapsamında muayene edilmiş toplam 113 (74 kadın, 39 erkek) son dönem kanser hastasında ise en fazla primer kanser odağının bizim ile uyumlu olup gastrointestinal sistem olduğu görülmüştür (n=48, %42.5). Bu çalışmadaki primer kanser odağı sıralaması ise mide (%15.0), akciğer (%14.2), pankreas (%12.4), kolon (%10.6), prostat (%9.7) şeklinde devam etmektedir (87).

Kanserlerin toplum ve çalışmalardaki sıklık oranlarındaki farklar birçok neden kaynaklı olabilir. Çalışmalardaki cinsiyet dağılımlarındaki farklılıklar sonuçları etkileyebilir. Spesifik semptomları olan ve medikal onkoloji dışındaki branşlara (örn: hematoloji, göğüs hastalıkları, beyin cerrahisi, kulak burun boğaz) takip olan hastalar son dönem tedavilerini oralarda almakta olabilirler. Bazı kanserlerin yoğun bakımda takip edilme oranları daha yüksek olabilir ve bu hastaların palyatif bakım ünitelerine başvuruları daha düşük olabilir. Küratif tedavi şansı ve progresyon seyri kanser odağına göre değişip bazı kanser türlerinin (pankreas gibi) palyatif bakım servislerinde görece daha sık görülmesine sebep olabilir. Semptom sıklığı ve ağırlığı kanser türlerine göre hastaların başvuru oranlarını değiştirebilir. Bu sorulara yanıt arayacak araştırmaların yapılmasının ve palyatif bakım servislerinin yaygınlaşması, tanınması, gelişmesi ve diğer branşlarla daha iyi entegrasyon sağlamasının hizmet sunumunu çok daha iyileştireceği kanısındayız.

Çalışmamızda hastaların %57,8'inin (n:208) yatış şikayeti ağrı ve yine aynı oranda hastanın da beslenme bozukluğu olup; ağrı ve beslenme bozukluğu hastaneye en sık yatış nedenleri olarak bulunmuştur. Walsh ve arkadaşları tarafından ileri evre kanser hastalarında yapılan bir çalışmada belirlenen semptom sıklıklarında ağrı %82 ile ilk sırada gelmektedir (29). Ülkemizde Uslu ve arkadaşları tarafından kanser hastalarında yapılan bir çalışmada %84 ile ağrı ilk sırada yer almaktadır (90). Uysal ve arkadaşlarının palyatif bakım servisinde yatan 108 kanser hastası ile yaptıkları bir çalışmada hastaların %90'ının ağrısının olduğunu belirttiği kaydedilmiştir. (88).

Literatüre baktığımızda gerek palyatif bakım servislerinde gerekse onkoloji ve algoloji kliniklerinde kanser hastalarının semptom sıklıkları ile ilgili veriler Edmonton Semptom Tanılama ölçeğine dayanılarak verilmiştir. Bizim servisimizde de yatmakta olan tüm hastalarda bu ölçek kullanılmaktadır. Fakat çalışmamızda hastaların yatış şikayetleri kendi belirttikleri şekilde kaydedilmiştir. Diğer semptomlar / şikayetler daha sonra sorgulansa da çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastanın yatışında dile getirdiği, yardım talep etme, bize başvurma sebebi olan şikayetin onun yaşam kalitesini ilk planda etkileyen ve öncelikli düzeltmemiz gereken durum olduğunu düşünebiliriz. Ülkemizde yeni yapılandırılan ve bir ayağının evde bakım ile yürütülmesi planlanan palyatif bakım hizmetlerinde elde ettiğimiz sonuçların yol gösterici olacağı kanısındayız. Hastalarımızın %90'dan

fazlasının dile getirdikleri şikayetin beslenme bozukluğu ve ağrı olmasının üzerinde daha fazla çalışma yapılması ve odaklanması gerektiği, ülkemizde kanser hastalarında öncelikle çözülmesi gereken sorunlar olduğunu düşünmekteyiz. Kanser ağrısının dindirilmesinde vazgeçilmez ilaçlar olan opioidlerin reçetelenmesinde ve ezzaneden teminindeki güçlükler, çeşitliliğin az olması; nutrisyon ürünlerinin teminindeki zorlukların çözülmesi ile hastaların konforunun arttırılabileceği kanısındayız.

Süren ve arkadaşları yaptıkları çalışmada semptomların, bulantı-kusma-iştah kaybı-kabızlık (Küme 1), nefes darlığı-öksürük (Küme 2) ve halsizlik-ağrı-uyku bozukluğu (Küme 3) şeklinde üç adet semptom kümesi oluşturduğunu saptamıştır. Kanser hastalarında bir semptom diğer semptomları tetikleyebildiği gibi, semptomlar birbirlerinden bağımsız olarak farklı mekanizmalarla da ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (87). Beslenme bozukluğu ile ağrı derecesi arasında ileri derece anlamlı ilişki olduğunu gösteren bir başka çalışma da daha geniş açıdan bu görüşü desteklemektedir (91). Yani etkili bir ağrı palyasyonu sağladığımız hastalarda diğer semptom ve şikayetlerin de gerilediği görmek şaşırtıcı olmayacaktır.

Narkotik analjezik ajanların kullanımına bakacak olursak çalışmamızda tüm yatışların %83,6'sında, ağrı şikayeti ile olan yatışların %94,2'sinde opioid kullanılmıştı. Tüm hastaların %81,1'inde (n:292) tramadol, %29,7'sinde (n:107) fentanil, %14,2'sinde (n:51) morfin kullanımı vardı. Tüm yatışlarda 2. Basamak tedavi kullanımı %48,6 üçüncü basamak tedavi kullanımı %35,0 iken yatışında ağrı şikayeti olduğunu belirtenlerde sırasıyla bu oranlar %49,5 ve %44,8 idi. Ağrı şikayeti ile başvuran 208 hastanın %49,5'inde zayıf opioid, %2,0'sinde güçlü opioid %42,8'inde zayıf+güçlü opioid kullanıldığı saptandı.

İngiltere'de 2000-2008 yılları arasında en sık görülen beş kanser olan akciğer, kolorektal, meme, prostat, baş boyun kanserlerinden ölen hastaların son 3 aylarında opioid kullanımlarının araştırıldığı çalışmaya 29825 hasta dahil edilmiştir. Bu hastaların %43,6'sında opioid kullanımı olduğu, hastaların %33,4'ünün morfin, %11,6'sının diamorfin, %10,2'sinin fentanil, %5,6'sının oksikodon, %1,2'sinin buprenorfin, %0,6'sının diğer opioidleri kullandığı saptanmıştır (89).

Japonya’da yapılan bir çalışmada palyatif bakım ünitesindeki 243 terminal dönem kanser hastasının %85,6’sı ölümünden önceki 1 hafta içinde bizim çalışmamızla çok yüksek oranda benzer şekilde opioid kullanmaktaydı (81).

Alabama’da Webb ve arkadaşlarının yatan hastaların çoğunluğunun sepsis, pnömoni, sistolik kalp yetmezliği, akut böbrek yetmezliği, akciğer kanseri olduğu 318 hastanın yattığı palyatif bakım servisinde yaptıkları çalışmada hastaların %37’sinde hasta kontrollü analjezik kullanıldığı gösterilmiştir. Bu hastaların %77’sinde morfin %23’ünde hidromorfon kullanılmıştır (82).

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı Algoloji birimine 14 yılda başvuran 1467 hastanın metastaz durumuna göre basamak tedavisi kullanılma durumlarının karşılaştırıldığı çalışmada olguların % 57,6 (844 hasta) oranında ikinci basamakta tedavi aldığı saptanmıştır. İkinci basamakta tedavi edilen hastaların grup içi dağılımı ise, organ metastazı olmayan grupta, tek organ metastazı olan grupta ve birden fazla organ metastazı olan grupta sırasıyla % 70,4 (426 hasta), % 58,9 (339 hasta) ve % 53,5 (153 hasta) oranlarında bulunmuştur. Çalışmanın toplam 3. Basamak tedavi oranı ise %31,5 iken birden fazla metastazı olan grupta %45,1 saptanmıştır (56). Bizim çalışmamızda ağrı şikayeti ile başvuranlarda zayıf ve güçlü opioidlerin kullanılma durumları birden fazla metastazı olan grup ile daha yüksek oranda benzerlikler göstermektedir.

Kayhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir. Algoloji polikliniğine ağrı şikayeti ile başvuran 241 hastanın %61’inde zayıf opioid, %9,1’inde güçlü opioid, %29,9’unda zayıf+güçlü opioid kullanıldığı saptanmıştır (59). Bizim servisimize ağrı şikayeti ile başvuran hastalarda tek başına zayıf ve güçlü opioid kullanım oranlarımız daha düşük iken zayıf +güçlü opioid kullanımını bir buçuk kat fazladır.

Servisimizde ağrı nedeni ile yatan hastalarda opioid kullanım oranları yurtdışı ve ülkemiz ile uyumludur. Güçlü opioid kullanımını yurtdışı veriler ile son derece uyumlu iken ülkemiz ağrı polikliniğine başvuran hastalar ile servisimize ağrı nedeni ile başvuran hastalar kıyaslandığında servisimizde zayıf+güçlü opioid kullanım oranları daha yüksektir. Yapılan çalışmalar güçlü opioidlerde yurtdışında morfin kullanımını ağırlıkta iken bizim servisimizde fentanil kullanımının ağırlıkta olduğunu göstermektedir. Bunu hastane ezzanesinde ilaç çeşitliliğinin az olması, sadece

parenteral morfinin mevcut olması, yatan hastalarda dış reçete zorluklarına ve ülkemizde yavaş salınımlı morfin tabletlerinin, oksikodon, hidromorfon gibi güçlü opioidlerin bulunmamasına bağlayabiliriz.

Türkiye morfin kullanımı açısından pek çok ülkenin, hatta Arap ülkelerinin bile gerisinde kalmaktadır. ABD ile kıyaslandığında ne yazık ki kişi başı tıbbi amaçlı oral morfin kullanımı ülkemizde 447 misli daha azdır. Ülkemizde en çok kullanılan opioid ise meperidindir (32). Ülkemizde 2006 yılında kişi başı 6,76 mg opioid eşdeğeri tüketilirken opioid analjezik tüketimindeki yeterlilik %6 dır. 2010 yılında kişi başı tüketim 2 katına çıkmış fakat yeterlilik %7 dir (92). Türkiye’de toplam 72 adet hizmet veren ağrı merkezi vardır. Bu merkezlerin büyük bir bölümü (%39) Ankara ve İstanbul gibi büyük illerimizde ve tüm merkezlerin %77’si Orta ve Batı Anadolu’da yerleşiktir (32). 2014 halk sağlığı verilerine göre 168 yatak kapasitesi ile toplam 12 adet palyatif bakım servisi vardır (90). Yapılan çalışmalar ülkemiz algoloji polikliniklerinde ve bizim servisimizde opioid kullanımının gelişmiş ülkelerle çok da büyük farklılıklar göstermediğini ortaya koymaktadır. Ülke verileri ile algoloji ve bizim servisimizin sonuçlarındaki bu büyük uçurumun hizmete ulaşımdaki problemlerden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Türkiye’de kanser hastalarının algoloji ve palyatif bakım birimlerinden haberdar olma ve ulaşılabilirlik durumları ve ülke genelinde bu hastaların opioid kullanma oranlarıyla ilgili yapılacak çalışmaların yararlı olacağı kanısındayız.

Çalışmamızda ağrı şikayetiyle başvurma ve narkotik analjezik kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edildi (p:0,000). Ağrı şikayeti ile başvuran hastaların (n:208) %94,2’sinde (n:196) narkotik analjezik kullanılmış iken yatışında ağrı şikayeti belirtmeyen hastaların (n:152) %69,1’inde (n:105) narkotik analjezik kullanılmıştı. Aslında ağrı şikayeti belirtmemesine rağmen opioid kullanılma oranı beklenilenden yüksektir. Çalışmamızda hastaların yatış sırasında narkotik analjezik kullanım durumları sorgulanmamıştır. Ağrı şikayeti ile başvurmamasına rağmen analjezik tedavi verilen bu hastalarda şu olasılıklar düşünülebilir:

- Ağrısının olması ama belirtmemesi; ağrının kanserin kaçınılmaz sonucu olduğuna inanma, korkma, utanma, saklama, unutmama, ilaç kullanımından kaçınma, bağımlılık-yan etki korkusu, tedavi olanaklarını bilmeme, diğer semptomların ağır

basması gibi nedenlere bağlı olabilir. Hastaya kendi belirtmese de ağrısı var mı diye mutlaka sorulmalıdır. Oranların beklenenden çok daha yüksek olduğu görülecektir (28).

- Ağrısı başlangıçta yoktur yatışı sürecinde sonra ortaya çıkmıştır; palyatif radyoterapiye ya da progresyona bağlı ağrı oluşabilir.
- Ağrısı kullandığı ilaçla kontrol altındadır, yatışı sırasında kullandığı ilaçlara devam edilmiş ya da eşdeğer dozlarda hastane bünyesindeki ilaçlar kullanılmıştır.

Palyatif bakım servislerine başvuruda ağrı şikayeti olduğunu belirtmeyen hastalarda bunun altında yatan nedenin araştırılması, eğer ilaç kullanımı var ise dozunun ve basamağının sorgulanması ve hastanın ağrısının ne kadar kontrol altında olduğunun belirlenmesi ile ilgili yapılacak çalışmaların faydalı olacağı kanısındayız.

Çalışmamızda kadınların %58,9'u (n:109) erkeklerin %56,6'sı (n:99) başvuru sırasında ağrısının olduğunu belirtmiş olup cinsiyetler arasında ağrı durumu açısından anlamlı fark saptanmadı (p:0,652). Cinsiyetler arasında narkotik analjezik kullanımında da anlamlı bir fark bulunmadı (p:0,890).

Literatürde kronik ağrı sıklığının kadınlarda daha fazla olduğunu gösteren pek çok çalışma vardır (93.94.95). Bununla ilgili olarak Ayvat ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada 2 yıllık sürede algoloji polikliniğine başvuran 772 yeni hastada periferik arter hastalığı ve kanser ağrısı hariç ağrı bayanlarda daha fazla bulunmuştur (96).

Çalışmamızın diğer bulgularını şöyle özetleyebiliriz:

- Yatış şikayeti olarak ağrı sıklığı malignitelere göre hesaplanmıştır. GİS (%48,7), genitoüriner (%61,7), meme (%75,0), akciğer (%54,1), deri (%87,5), SSS (%76,9), hematolojik (%100,0), baş-boyun (%43,8), diğer (%71,4) sonuçlarını elde ettik.

Grup dağılımlarının iyi olmaması ve klinik evreleme, ilaç kullanımı, ağrının göreceliği gibi faktörlerden ötürü yüksek anlamlılık beklenmemiştir. Literatürde ağrı sıklıkları kemik, serviks, baş ve boyun kanserlerinde %80; mide, akciğer, pankreas ve meme kanserlerinde %60-70; kolorektal, incebarsak, böbrek, erkek ve kadın genitoüriner sistem kanserlerinde %40-60 ve lenfoma ve lösemide ise %20 olarak bildirilmiştir (65). Başka bir yayında da baş-boyun kanserlerinde ağrı prevalansının

en yüksek (%70) olduğu vurgulanmıştır, onu jinekolojik, GİS, akciğer, meme ve ürogenital maligniteler çok az farkla >%50 olarak takip etmektedir (97).

- Başvuru şikayetleri ile yatış süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamadık. Genel durum bozukluğu şikayetiyle yatan hastaların (n:12) ortalamaya yatış süreleri görece olarak diğer hastalara göre kısa olmasına rağmen grup dağılımlarındaki farklılıktan dolayı anlamlılık olmadığı kanısındayız ($5,75\pm 4,30$ p:0,065).

- Geliş şikayetleriyle taburculuk şekillerini karşılaştıracak olursak; genel durum bozukluğu şikayeti ile başvuran 12 hastanın 11'i serviste ölürlen, 1 hasta başka kliniğe nakil verilmiş ve bulantı kusma şikayeti ile başvuran 7 hastanın hepsi eve taburcu edilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda kanser hastalarına palyatif bakım ve destek sağlayan servisimizde narkotik analjezik kullanıma durumunu değerlendirdik. Hastaların primer kanserleri dışında ek hastalıkları ve kullandıkları tedaviler araştırılmamış, mevcut ağrılarına yönelik opioid dışı aldıkları tedaviler çalışmaya dahil edilmemiştir. Ülkemizde palyatif bakım farkındalığının ve ilgili servislerin sayısının artmasıyla beraber daha kapsamlı yeni araştırmaların bu hususlara açıklık getireceği kanısındayız.

Çalışmamızda ağrı ve beslenme bozukluğu şikayetlerinin en sık başvuru nedeni olduğu görülmüştür. Ağrı palyasyon tedavisinin diğer semptomlara etkileri yeni bir çalışmanın konusu olabilir. Özellikle ağrı şikayetiyle başvurmeyen hastaların da ağrı varlığının mutlaka sorgulanması ve tedavilerinde daha agresif hareket edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Araştırmamızda hastaların eve taburculuk oranlarının yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde palyatif bakım örgütlenmesinin, kapsamlı hastane servislerinden evde bakım birimlerine kadar etkili bir entegrasyonu sistem açısından önemlidir. Aynı zamanda bu taburculukların semptom yönetimi ve hasta memnuniyeti açısından araştırılmasının da faydalı olacağı görüşündeyiz.

Servisimizde narkotik analjezik kullanım oranları yurtdışı ve ülkemiz algoloji birimleri ile uyumlu bulunmuştur. Ağrı nedeni ile yatan hastalardaki güçlü opioid kullanımımız; yurtdışı kaynaklı çalışmaların oranlarına çok yakın, ülkemizdeki ağrı poliklinikleriyle kıyaslandığında ise zayıf + güçlü opioid kullanım oranlarımız daha yüksek bulunmuştur. Güçlü opioidlerden yurtdışında morfin kullanımı ağırlıkta iken, çalışmamız servisimizde fentanil kullanımının ağırlıkta olduğunu göstermiştir. Ağrı tedavisinde opioid tercihi rol oynayan faktörleri; temin edilebilirlik, tecrübe ve bilgi sahipliği, hasta kaynaklı değişkenler olarak sıralayabiliriz. Bu bağlamda, tüm sağlık çalışanlarında opioid farkındalığının artırılması, etkili ağrı yönetiminin olmazsa olmazıdır.

ÖZET

KANSER HASTALARINDA PALYATİF BAKIM VE DESTEK SERVİSİNDE NARKOTİK ANALJEZİK KULLANIMI

Amaç: Dünyada kanser ağrısı gelişmiş ülkelerde %50'nin, gelişmekte olan ülkelerde ise %10'un altında kontrol altına alınabilmektedir. DSÖ'nün narkotik analjeziklerin kullanılması gerekliliği ile ilgili net önerileri olmasına rağmen ülkemizde kullanım durumları çok düşüktür. Çalışmamızda aile hekimliği bünyesindeki İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kanser Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisi'nde narkotik analjezik kullanıma durumunun belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada 29.07.2013- 01.01.2015 tarihleri arasında serviste yatarak destek tedavisi almış hastaların tanımlayıcı özellikleri, primer kanserleri, başvuru şikayetleri, yatış süreleri, taburculuk şekilleri, narkotik analjezik kullanım durumları incelendi. Veriler hasta dosyaları taranarak elde edildi. Tanımlayıcı analizlerde yüzde (sayı), ortalama±standart sapma (min-max değerler) ve ortanca; gruplar arası karşılaştırmalarda kategorik değişkenler için ki-kare testi sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında ise parametrik olan koşullarda t-testi, parametrik olmayan koşullarda ise Mann Whitney-U testi ile değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ alındı.

Bulgular: Çalışmadaki hastaların (n:360) yaş ortalaması $60,46\pm 11,42$ (34-97) yılı ve %51,4'ünü kadınlar oluşturmaktaydı. Ortalama yatış süresi 10 gün olup hastalar %65,6 oranla en sık eve taburcu olmuştu. En sık maligniteler ise gastrointestinal sisteme aitti. Hastaların %57,8'inin yatış şikayeti ağrı ve yine aynı oranda hastanın da beslenme bozukluğu olup; ağrı ve beslenme bozukluğu hastaneye en sık yatış nedenleri olarak bulundu. Tüm yatışların %83,6'sında, ağrı şikayeti ile olan yatışların %94,2'sinde opioid kullanıldığı saptandı. Ağrı şikayeti ile başvuran 208 hastanın %49,5'inde zayıf opioid, %2,0'sinde güçlü opioid %42,8'inde

zayıf+güçlü opioid kullanılmıştı. Cinsiyetler arasında ortalama yatış süresi, ağrı şikayeti ile başvurma ve opioid kullanımı açısından fark saptanmadı.

Sonuç: Hastaların en sık başvuru şikayetlerinden olan ağrının giderilmesi; ancak opioidlere ulaşımın önündeki bariyerlerin kaldırılması ile mümkün olabilir. Etkili semptom kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılması, palyatif bakım hizmetlerinin yaygınlaşması ve eğitilmiş kişilerce sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, Kanser ağrısı, DSÖ basamak tedavisi, Aile hekimliği, Opioid

SUMMARY

THE USE OF NARCOTIC ANALGESICS AT THE ONCOLOGIC PATIENTS IN PALLIATIVE CARE CENTER

Background and aim: Throughout the world cancer pain is undertreated in less than 50% of patients in developed countries and in developing countries is less than 10%. WHO strongly advocates pain relief for moderate and severe cancer pain, but also reports that 80% of cancer patients have no access to opiates. In this study we aim to comment the use of narcotic analgesics by family medicine clinic in İKÇÜ Atatürk EAH Palliative Care Center.

Material and method: Our research included the patients who were hospitalized in palliative care service between 29.07.2013- 01.01.2015. Patients' demographic characteristics, primary cancers, complaints, lengths of stay, types of leaving hospital and using of narcotic analgesics status were investigated by scanning the files. Descriptive statistics are given as mean±standart deviation and percentage. Student t-tests, Mann Whitney-U tests and Chi-square tests were used to compare groups. P value <0.05 was taken as significant.

Results: Mean age of the patients (n:360) ranged from 34-97 years old and mean age was 60,46±11,42. 51,4% of patients were woman. The average length of stay was 10 days. The patients were discharged home was the most common (65,6%) and the most common cancer site was gastrointestinal tract. Complaint about nutrition and pain were the most detected symptoms (57,8%). Weak opioids (49,5%), strong opioids (2,0%) and weak+strong opioids combinations (42,8%) had been preferred for pain therapy in patients with cancer pain complaint. There was no significant difference between the sexes in the average length of stay, opioid use and present with pain.

Conclusions: Cancer pain is still one of the most feared entities in cancer and about 75% of cancer patients with pain require treatment with opioids for severe

pain. Pain management in cancer patients is a challenging and continuous task. The effective cancer pain treatment is only possible by developing of opioid accessibility and palliative care services.

Key words: Palliative care, Cancer pain, WHO 3-step analgesic ladder, Family Physician, Opioid

KAYNAKLAR

1. Çelik M. Hospis ve Palyatif Bakım. İçinde: Ünlüoğlu İ, Saatçı E (editörler). Aile Hekimliğinde Evde Bakım. Birinci baskı. İstanbul: Akademi Yayınevi, 2015: 96-135
2. Karaman H, Kavak GÖ. Ağrı Kliniğimizin Bir Yıllık Olgu Analizi. Pamukkale Tıp Dergisi 2010;3(1):17-22
3. Çalışkan Tür F. Acil Ağrı Yönetiminde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp. İçinde: Atilla R.(Editör). Ağrı Kliniği: Acil Tıp ve Ağrı. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2012:119-37
4. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of Family Medicine. Güldal D (Çeviri Editörü) 3. Baskı, İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık, 2012
5. 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
6. Brennen F. Palliative Care as an International Human Right. Journal of Pain and Symptom Management. 2007; 33(5):494-499
7. Christo PJ, Mazloomdoost D. Cancer Pain and Analgesia. Annals of the New York Academy of Sciences. 2008; 1138: 278–298
8. Erel S. Dünyada Palyatif Bakımın Durumu ve Hospis Sistemleri. İçinde: Tuncer AM (Editör). Türkiye’de Kanser Kontrolü. Ankara: Koza Matbaacılık, 2009:287-298
9. Bingley A, Clark DA. Comparative Review of Palliative Care Development in Six Countries Represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC). Journal of Pain and Symptom Management. March 2009 Volume 37, Issue 3, Pages 287-296 Erişim adresi: [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(08\)00379-5/fulltext](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(08)00379-5/fulltext) Erişim tarihi:21.05.2015
10. Faull C. The context and Principles of Palliative Care. In: Faull C, Carter HY, Daniels L.(eds). Handbook of Palliative Care. 2nd ed. Blackwell Publishing Ltd. 2005:1-21
11. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi, 2013;11(2):56-70

12. Türk Dil Kurumu Sözlüğü Erişim adresi: http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_karsilik&arama=kelime&guid=TDK.GTS.557053d4d9e6b4.98501006 Erişim tarihi:04.06.2015
13. Borasio GD. Translating the World Health Organization Definition of Palliative Care Into Scientific Practice. Palliat Support Care 2011;9:1-2
14. Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, Ventafridda V, Verhagen SC. A New International Framework for Palliative Care. Eur J Cancer. 2004 Oct;40(15):2192-200
15. WHO Definition of Palliative Care 2002. Erişim adresi: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim tarihi:17.05.2015
16. 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
17. Palyatif Bakım Tarihçesi. Erişim adresi: <http://www.igkh.gov.tr/ContentViewer.php?id=234> Erişim tarihi:17.05.2015
18. Aydoğan F, Uygun K. Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. Klinik Gelişim 2011;24(3): 4-9
19. Kasım İ, Özkara A. Son Dönem Hastalarda Yaşam Kalitesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(3):126-30
20. Sucaklı MH. Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(3):109-13
21. Canan DB, Mert H. Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012; 11(2): 219-224
22. National Consensus Project For Quality Palliative Care (2009). Erişim adresi: <http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf> Erişim tarihi: 20.05.2015
23. Palliative Care Council of South Australia, Multicultural Palliative Care Guidelines. Erişim adresi: <http://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/2015/05/Multicultural-palliative-care-guidelines.pdf> Erişim tarihi:05.06.2015
24. Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Editör: Tuncer M. 2009: 92-101

25. Uslu F. Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi Yüksek Lisans Tezi. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. Ankara 2013
26. Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. Yetişkin Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Verilen Hizmet Arasındaki Boşluk. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2013;6(4): 231-240
27. Whelan TJ, Mohide EA, Willan AR, Arnold A, Tew M, Sellick S, et al. The Supportive Care Needs Of Newly Diagnosed Cancer Patients Attending A Regional Cancer Center. Cancer. 1997;80(8):1518–1524. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9338478> Erişim tarihi:22.05.2015
28. Teunissen S, Wesker W, Kruitwagen C, Haes H, Voest E, Graeff A. Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review, Journal of Pain and Symptom Management 2007; 34 (1): 94-104
29. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The Symptoms Of Advanced Cancer: Relationship To Age, Gender, And Performance Status In 1,000 Patients. Support Care Cancer 2000; 8:175-179
30. Kabalak AA. Türkiye’de Palyatif Bakım; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler. Anestezi Dergisi 2014; 22 (3): 121 – 123
31. Kömürcü Ş. Türkiye’ de Palyatif Bakım. İçinde: Tuncer AM.(editör). Türkiyede Kanser Kontrolü. Ankara: Koza Matbaacılık, 2009:299-304
32. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer AM. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010-1, Sayfa 1-6
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. Yentür EA. Opioid kullanımında engeller. Klinik Gelişim Şubat 2007. Sayfa:155-158
35. Biography of Cicely Saunders. Erişim adresi: <http://cicelysaundersinternational.org/dame-cicely-saunders/dame-cicely> Erişim tarihi: 04.06.2015

36. Evde Bakım ve Sağlık Hizmetlerinde Palyatif Bakım/Sorunlar. Evde Bakım Derneği. Erişim adresi: <http://www.saglikyonetimi2015.org/sunumlar/AYNUR-DIK.pdf> Erişim tarihi: 04.06.2015
37. Özkan S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. Selçuk Tıp Dergisi 2011; 28(1):69-74
38. Durmaz Akyol A. Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Palyatif Bakım. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2013; 2(1):31-41
39. 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 York: McGraw-Hill, 2011:664-77
40. Kabalak AA, Öztürk H, Erdem T A, Akın S. Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması. Journal of Contemporary Medicine 2012;2(2): 122-126
41. Sağlık Bakanlığı Evde sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 01.02.2010 tarih ve 3895 Sayılı Makam Onayı
42. Sağlık Bakanlığı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete
43. Bağ B. Hospis ve Hospiste Ölüme Hazırlanma. Akad Geriatri 2012; 4: 120-125
44. 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
45. Erbaycu AE. Terminal Hastalar ve Destek Tedavisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2013; 1 (3): 138-141
46. TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye'de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023 Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Erişim adresi: <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/4adfd685cc544ff381e2c31fc84a14a2.pdf> Erişim tarihi:22.05.2015
47. Gürsu RU, Kesmezacar Ö, Karaçetin D, Mermut Ö, Ökten B, Güner Şİ. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Birimi: Yeni Kurulan Bir

- Ünitenin 18 Aylık Sonuçları. İstanbul Tıp Dergisi - Istanbul Med J 2012;13(1):13-18
48. Tuncer AM. Kanserin Ülkemiz ve Dünyadaki Önemi, Hastalık Yükü ve Kanser Kontrol Politikaları. İçinde. Tuncer AM(editör). Türkiye’de Kanser Kontrolü. Ankara: Koza Matbaacılık, 2009: 5-7
49. Saatçi E. Dünyada ve Türkiye’de Kanser Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(2):1-8
50. GLOBOCAN 2012 erişim adresi: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx erişim tarihi:23.05.2015
51. 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:23.05.2015
52. Ağrı Tanımı Erişim adresi: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy> Erişim tarihi.23.05.2015
53. Pain Control İn Palliative Care Erişim adresi: <http://www.patient.co.uk/doctor/pain-control-in-palliative-care> Erişim tarihi:26.05.2015
54. Saka Ö. Ağrıyı Ölçme ve Değerlendirme. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2011;2(2):15-20
55. Colvin L, Forbes K, Fallon M. Difficult pain. BMJ. 2006 May 6;332(7549):1081-3 Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16675817?dopt=Abstract> erişim tarihi:24.05.2015
56. Kurşun YZ, Yıldız F, Kaymaz Ö, Önal SA. Ağrılı Kanser Hastalarında Metastaz Varlığının Ağrı Tedavisine Etkileri: Retrospektif Çalışma. Turk J Anaesth Reanim 2014; 42: 33-9
57. Paice JA, Ferrell B. The Management of Cancer Pain. CA Cancer J Clin 2011;61:157–182
58. Aydın I. Kanser Ağrısı. Klinik Gelişim 2004; 17: 3-15
59. Erdoğan Kayhan G, Gülhaş N, Aslan A, Durmuş M. Algoloji Polikliniğine Başvuran Onkolojik Hastalarda Tedavi ve Komplikasyon Yönetimi: Retrospektif Değerlendirme. J Turgut Ozal Med Cent 2013;20(1):50-54

60. Grond S, Zech D, Diefenbach C, Radbuch L, Lehmann KA. Assessment Of Cancer Pain: A Prospective Evaluation In 2266 Cancer Patients Referred To A Pain Service. *Pain* 1996;64: 107-114
61. Özyuvacı E, Altan A, Karahan A. Nöropatik Kanser Ağrısında Gabapentin Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2007; 27:214-219
62. Uzunoğlu S, Çiçin İ. Kansere Hastalarında Ağrıya Yaklaşım. *Klinik Gelişim*. 2011; 24: 14-20
63. Teunissen S. In *Palliative Cancer Care Symptoms Mean Everything*. Bilthoven,2007. Erişim adresi: <http://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/20358/full.pdf> erişim tarihi:30.05.2015
64. WHO. *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability*. 2nd ed. Geneva:World Health Organization;1996. Erişim adresi: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=FhaII7PMHZcC&oi=fnd&pg=PR5&dq=WHO.+Cancer+pain+relief:+with+a+guide+to+opioid+availability.+2nd+ed.+Geneva:World+Health+Organization%3B1986&ots=tg9fpcF0a8&sig=vDLFDDsf5B22IUIf42UGikIi31E&redir_esc=y#v=onepage&q=WHO.%20Cancer%20pain%20relief%3A%20with%20a%20guide%20to%20opioid%20availability.%202nd%20ed.%20Geneva%3AWorld%20Health%20Organization%3B1986&f=true Erişim tarihi:28.05.2015
65. Sarihan E, Kadioğlu E, Artıran İğde F. Kansere Ağrısı, Tedavi Prensipleri ve DSÖ Ağrı Basamak Tedavisi. *Nobel Med* 2012; 8(1): 5-15
66. Arslan D, Tatlı AM, Üyetürk Ü. Kansere Bağlı Ağrı ve Tedavisi. *Abant Med J* 2013;2(3):256-260
67. Ripamonti CI, Bandieri E, Roila F; ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2011; 22 (6): 69-77
Erişim adresi: http://annonc.oxfordjournals.org/content/22/suppl_6/vi69.long
Erişim tarihi:26.05.2015
68. Artıran İğde FA, Dikici MF, Sarihan E, Kadioğlu E. Birinci Basamakta Kansere Ağrısını Kontrol Altına Alma ve Reçete Yazımı. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2011;2(2):71-8

69. Mercadante S. Intravenous Morphine For Management Of Cancer Pain. *Lancet Oncol* 2010; 11: 484-9
70. Kurşun ZY. Kanser Ağrısı Olan Olgularda Metastaz Varlığının Ağrı Tedavisine Etkileri: Retrospektif Bir Çalışma. Tıpta Uzmanlık Tezi. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Elazığ 2011
71. Eti Z. Kanserde Ağrı Tedavisi. *Üroonkoloji bülteni*. Haziran 2005 sayı 2 sayfa:16-20
72. Akçalı D, Babacan A. Kanser Ağrısı ve Tedavi Seçenekleri. *Klinik dergisi* 69-140 8/2/07 sayfa:115-119
73. Keskinbora K, Aydın I. Atipik Opioid Analjezik: Tramadol. *Ağrı*. 2006; 18(1):5-19
74. Uyar M, Eyigör C. Nöropatik ağrı tedavisinde Nonopioid ve Opioid Ajan Kullanımı. *Ağrı*. 2008; 20(4):6-16
75. Sarısoy G, Zabun Korkmaz I, Deniz Özturan D, Pazvantoğlu O. Bir Kanser Hastasında Deri Bandı Kullanımıyla Oluşan Fentanil Bağımlılığı: Olgu Sunumu. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2013;26:307-311
76. Ergül J, Özkan D, Kılıcı Ö, Gümüş H. Transdermal Fentanil Uygulaması Sonrası Oluşan Solunum Depresyonu. *Anestezi Dergisi* 2009; 17 (3): 162 – 164
77. Kuzeyli Yıldırım Y, Uyar M. Etkili Kanser Ağrı Yönetimindeki Bariyerler. *Ağrı*,2006; 18(3);12-19
78. Kömürcü Ş. Baş ve Boyun Kanserli Hastalarda Ağrı Sorunu. *KBB ve BBC Dergisi*. 2004; 12 (2): 109–114
79. Cleary JF. Cancer Pain Management. *Cancer Control*. March/April 2000; 7(2):120-131
80. Kim SH, Hwang IC, Ko KD, Kwon YE, Ahn H Y, Cho NY et all. Association between the emotional status of family caregivers and length of stay in a palliative care unit: A retrospective study. *Palliative and Supportive Care*, page 1 of 6, 2015. erişim tarihi:17.06.2015 Erişim adresi: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=9767017&fileId=S1478951515000619>

81. Miura T, Matsumoto Y, Motonaga S, Hasuo H, Abe K, Kinoshita H. Dyspnea, Relative Youth and Low Daily Doses of Opioids Predict Increased Opioid Dosage in the Last Week of a Terminal Cancer Patient's Life. *Jpn J Clin Oncol* 2014;44(11):1082–1087
82. Webb RJ, Shelton CP. The Benefits of Authorized Agent Controlled Analgesia (AACA) to Control Pain and Other Symptoms at the End of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015 sayfa 1-4 Erişim adresi: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392415001827?np=y> Erişim tarihi:18.06.2015
83. Yaylacı S, Topuzoğlu A, Karcıoğlu Ö. Acil Servise Başvuran Kanser Hastalarının Klinik Karakteristikleri ve Bir Yıllık Sağkalımları. *International Journal of Hematology and Oncology* 2009;4(19):213-222
84. Smith TJ, Cassel J B. Cost and non clinical out comes of palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2009;38(1):32-44
85. Smith TJ, Coyne P, Cassel B, Penberthy L, Hopson A, Hager MA. (2003). A high-volume specialist palliative care unit and team may reduce in-hospital end-of-life care costs. *J Palliat Med* 2003;6:699–705
86. Özçelik H. Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi Doktora Tezi. İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı. İzmir. 2011
87. Süren M, Doğru S, Önder Y, Yıldız Çeltak N, Okan İ, Çıtıl R et all. Son dönem kanser hastalarında semptom kümelerinin incelenmesi. *Ağrı* 2015;27(1):12-17
88. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı* 2015;27(2):104-110
89. Higginson IJ, Gao W. Opioid Prescribing for Cancer Pain During the Last 3 Months of Life: Associated Factors and 9-Year Trends in a Nationwide United Kingdom Cohort Study. *Journal of Clinical Oncology* 2012;30(35):4373-4379.

90. Palyatif Bakım Sağlık Bakanlığı Tanımlamaları ve Planlamaları Erişim adresi: www.giod.org.tr/upload/palyatif2014/14/4/2.pptx. Erişim tarihi:17.06.2015
91. Takahashi H, Chiba T, Tairabune T, Kimura Y, Wakabayashi G, Takahashi et all. A Retrospective Study on the Influence of Nutritional Status on Pain Management in Cancer Patients Using the Transdermal Fentanyl Patch Biol. Pharm. Bull 2014;37(5):853–857
92. Access to Opioid Medication in Europe Erişim adresi: <http://kanser.gov.tr/bilgi-dokumanlar/kitaplar/1387-atome-ab-projesi-t%C3%BCrkiye-de-ve-do%C4%9Fu-avrupa-da-opioidlere-ula%C5%9F%C4%B1m-raporu.html> Erişim tarihi:20.06.2015
93. Erdine S, Hamaoğlu O, Özkan Ö, Balta E, Domaç M. Türkiye’de Erişkinlerin Ağrı Prevalansı. Ağrı dergisi 2001;13(2):22-30
94. Kocoğlu D, Özdemir L. The Relation Between Pain and Pain Beliefs and Sociodemographic-Economic Characteristics in an Adult Population. Ağrı 2011;23(2):64-70
95. Pereira LV, Vasconcelos PP, Souza LAF, Pereira GA, Nakatani AYK, Bachion MM. Prevalence and Intensity of Chronic Pain and Self-perceived Health Among Elderly People: a Population-Based Study. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2014 July-Aug;22(4):662-9
96. Ayvat PU, Aydın ON, Oğurlu M. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Polikliniği'ne Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Ağrı Prevalansı. Ağrı 2011;23(1):28-39
97. M. H. J. van den Beuken-van Everdingen, J. M. de Rijke, A. G. Kessels, H. C. Schouten, M. van Kleef & J. Patijn. Prevalence of Pain in Patients with Cancer: A Systematic Review of the Past 40 Years. Ann Oncol 2007;18:1437-49