



T.C.
ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**PALYATİF BAKIM SERVİSİNDE 1 YILLIK SÜREDE YATAN
HASTALARDA KONSÜLTASYON DURUMUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. HAKİ KAYA

DANIŞMAN
UZM. DR. TEVFİK TANJU YILMAZER

TEZ DANIŞMAN YARDIMCISI
DR.ÖĞR. ÜYESİ AGAH BAHADIR ÖZTÜRK

ADYAMAN – 2018



T.C.

ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**PALYATİF BAKIM SERVİSİNDE 1 YILLIK SÜREDE YATAN
HASTALARDA KONSÜLTASYON DURUMUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. HAKİ KAYA

DANIŞMAN

UZM. DR. TEVFİK TANJU YILMAZER

TEZ DANIŞMAN YARDIMCISI

DR.ÖĞR. ÜYESİ AGAH BAHADIR ÖZTÜRK

ADYAMAN – 2018

ONAY SAYFASI

Uzm.Dr. Tefvik Tanju YILMAZER danışmanlığında Dr. Haki KAYA tarafından yapılan “Palyatif Bakım Servisinde 1 Yıllık Sürede Yatan Hastalarda Konsültasyon Durumunun Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışması gün.../ay.../yıl... tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.
gün.../ay.../2018

Prof. Dr.
Adıyaman Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca, bilgi ve becerilerimin artmasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım tez danıőmanım Uzm. Dr. Tefvik Tanju YILMAZER'e, tez danışman yardımcım Dr. Öğr. Üyesi Agah Bahadır ÖZTÜRK'e teşekkür ederim.

Mesleki bilgi ve tecrübelerinden sıkça faydalandığım çok değerli klinik uzmanlarım, Doç.Dr.Haluk MERGEN'e, Uzm. Dr. Yusuf Adnan GÜÇLÜ'ye, Uzm. Dr. Bakiye Nurdan TEKGÜL'e, Doç. Dr.Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK'e, Doç. Dr. Hülya PARILDAR'a, Doç.Dr. Umut GÖK BALCI'ya, Uzm. Dr. Davut SARI'ya ayrıca teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca her anı paylaőtıđım ve birlikte çalıőmaktan mutlu olduğum sevgili asistan arkadaşlarıma ,varlığı, desteği ve sabrı için sevgili eőim Filiz KAYA'ya, canım çocuklarım Mustafa Serhat KAYA'ya ve kızım Hazal KAYA'ya; ayrıca bu zamana kadar beni destekleyen annem,babam ve kardeőlerime teşekkür ederim.

Dr. Haki KAYA

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	III
TEŞEKKÜR	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
ÖZET.....	X
SUMMARY	XII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. KONSÜLTASYON.....	2
2.1.1. Tanım.....	2
2.1.2. Sorumlu Hekim.....	2
2.1.3. Konsültan Hekim	2
2.1.4. Yasa/Yönetmelik	3
2.2. PALYATİF BAKIM.....	3
2.2.1. Tanım ve Tarihçe	3
2.2.2. Palyatif Bakımın Temel Hedefleri.....	5
2.2.3. Dünyada Palyatif Bakım Gelişim ve Uygulamaları	6
2.2.4. Türkiye’de Palyatif Bakım Gelişimi ve Uygulamaları	7
2.2.5 Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar.....	13
2.2.6. Palyatif Bakım Ekibi.....	14
2.2.7. Palyatif Bakım İhtiyacının Belirlenmesi	15
2.2.8. Palyatif Bakımın Tercih Edilme Sebepleri.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI BİRİM	17
3.2. ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ	17
3.3. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM.....	18
3.4. KISITLILIKLAR.....	18
3.5. İZİNLER.....	18
4. BULGULAR	19

5. TARTIŞMA.....	29
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	33
KAYNAKLAR.....	35



SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	AcquiredImmune Deficiency Syndrome
DH	Devlet Hastanesi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAH	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KKY	Konjestif Kalp Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
S.B	Sağlık Bakanlığı
SPSS	Statistical Packagefor Social Science
T.C	Türkiye Cumhuriyeti
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WPCA	Dünya Palyatif Bakım Kurulu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Palyatif bakım ekibi 15



TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Türkiye’de tescilli palyatif bakım merkezlerinin mevcut durumu	9
Tablo 2. Hastaların yaş ve cinsiyet dağılımları.....	19
Tablo 3. Hastaların yatış sürelerine göre dağılımı	19
Tablo 4. Hastaların yatış tanı/öntanı sıklık dağılımları.....	20
Tablo 5. Hastaların gruplara ayrılmış yatış tanı/öntanı sıklık dağılımları	22
Tablo 6. Hastaların sonuçlanma şekillerine göre dağılımı	23
Tablo 7. Konsültasyon istenme sayısının hasta sayısına dağılımı	24
Tablo 8. Hastaların konsültasyon istenme sayısı ve nedenlerine göre dağılımı	24
Tablo 9. Konsültasyon istenen branşların dağılımı	25
Tablo 10. Branşlardan tanı ve tedavi amaçlı konsültasyon istenme dağılımı.....	26
Tablo 11. Bölümlerden sevk amaçlı konsültasyon istenme dağılımı	27
Tablo 12. Bölümlerden operatif değerlendirilme amaçlı konsültasyon istenme sayısı.....	27
Tablo 13. Branşlardan bakımevine yerleştirme ve diğer sosyal hizmetler amaçlı konsültasyon istenme dağılımı	27
Tablo 14. Cerrahi ve dahili bölümlerin konsültasyon istenme nedenlerinin istatistiki karşılaştırılması.....	28

ÖZET

Palyatif bakım servisinde 1 yıllık sürede yatan hastalarda konsültasyon durumunun değerlendirilmesi

Dr. Haki KAYA

Amaç: Çalışmamızda palyatif bakım servisinde 1 yıllık sürede yatan hastalara herhangi bir sebeple yapılan konsültasyonların istenme nedenleri gözetilerek konsültasyon yapan hekimlerin hangi bölümlerde eğitim ihtiyaçlarının bulunduğu belirlenerek eğitim programlarının düzenlenmesine yardımcı olmak ve yatan hasta profilini inceleyerek palyatif bakım servis ve yatan hastalarla ilgili bilgi sahibi olmak amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde 01.09.2016-31.08.2017 tarihleri arasında yatarak destek tedavisi almış hastaların verileri hazırlanan formlara kaydedildi. Veri giriş formuna hastaların yaş ve cinsiyet özellikleri, tanı/ön tanıları, serviste yatış süreleri, palyatif servisten sonuçlanma şekilleri (sevk, taburcu, vefat), konsültasyon istenme sayıları, konsülte edilen bölümler, konsültasyon istenme nedeni (tanı desteği ve tedavi önerisi, sevk, preoperatif değerlendirilme, bakımevine yerleştirilme ve diğer sosyal hizmetler) parametreleri kaydedildi. 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. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 23 istatistik paket programı ile yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 216'sı erkek (%65,3), 115'i kadın (%34,7) toplam 331 hasta dahil edildi. Erkeklerin yaş ortalaması $62,42\pm 12,9$ yıl, kadınların yaş ortalaması $63,89\pm 17,43$ yıl 331 hastanın yaş ortalaması ise $62,93\pm 14,63$ yıl olarak saptandı. Hastanede ortalama yatış süresi $19,17\pm 16,34$ gün idi. 249 (%75,2) hastanın haliyle taburcu, 34 (%10,3) hastanın sevk edildiği, 48 (%14,5) hastanın vefat ettiği saptandı. Hastaların yatış tanıları incelendiğinde en sık 131 hasta (%39,6) ile akciğer kanseri olduğu saptandı. Konsültasyon sayıları incelendiğinde 66(%19,9) hastadan hiç konsültasyon istenmediği, 40'ından (%12.1) bir kez konsültasyon istendiği, 47'sinden (% 14.2) iki kez konsültasyon istendiği ve en fazla olarak da bir hastadan 50 konsültasyon istendiği saptandı. Konsültasyonlar incelendiğinde; toplam

1817 konsültasyon istendiği, hasta başına istenen ortalama konsültasyon sayısının $5,48 \pm 7,29$ olduğu saptandı. Konsültasyon istenme nedenleri incelendiğinde; tanı ve tedavi amaçlı 1533(%84,3), preoperatif değerlendirme amaçlı 119(%6,54), sevk amaçlı 83(%4,56), bakımevine yerleştirilme ve diğer sosyal hizmetler amaçlı 82(%4,51) konsültasyon istendiği saptandı. Palyatif bakım merkezinde istenen konsültasyonların branşlara göre dağılımını incelendiğinde; en fazla istenen branşın enfeksiyon hastalıkları 357 (%19.64) olduğu saptandı. Konsültasyon istenme nedenlerinin branşlara göre dağılımını incelendiğinde tanı ve tedavi amaçlı en sık enfeksiyon hastalıklarından 357(%23,28), sevk amaçlı en sık anestezi ve reanimasyondan 45(%54,21), preoperatif değerlendirilme amaçlı en sık anestezi ve reanimasyondan 62(%5.21), bakımevine yerleştirme ve diğer sosyal hizmetler amaçlı en sık sosyal hizmetler bölümünden 30(%36.58) istendiği saptandı.

Kadın ve erkekler arasında konsültasyon sayısı açısından anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p=0.275$). Cerrahi ve dahili branşlar arasında tanı/tedavi ve sevk amaçlı konsültasyon istenme sayıları açısından anlamlı bir fark olduğu($p= 0.016$)($p=0.014$), preoperatif değerlendirilme ve bakımevi ve diğer sosyal hizmetler amaçlı konsültasyon istenme sayıları açısından fark olmadığı saptandı ($p= 0.193$) ($p= 0.429$).

Sonuç: Günümüzde yaşlı nüfus, kronik hastalıklar ve malignite hastalıklarının sayısının giderek artması nedeniyle palyatif bakım merkezlerinin sayısal olarak arttırılması ve bu merkezlerde çalışan hekimlerin eğitimlerinin de önemli olduğu konsültasyon sayısının yüksekliğinden anlaşılmaktadır. Özellikle enfeksiyon hastalıkları branşında eğitimin gerekli olduğu görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Konsültasyon, Palyatif Bakım, Aile Hekimliği, Yaşlılık

SUMMARY

Consultation of patients in palliative care service for 1 year

Doctor Haki KAYA

Aim: The aim of this study was to renew and reorganize physicians' training schedules according to any consultation required by a physician in Palliative Care Service. For this purpose, the different reasons for consulting a physician were thoroughly analyzed. Additionally, patients' profiles have been examined to inform about palliative care inpatient.

Material and Method: Data from the T.C Ministry of Health, Izmir Tepecik Training and Research Hospital between 01 September 2016 and 31 August 2017 in palliative care service inpatients data were obtained. The records were made using a based on a form that included the following parameters: patient age, sex, diagnosis, inpatient period, result type consultations amount, consulted department, consultation reason (diagnosis support and treatment recommendation, referral, preoperative appraisal, nursing home other social services). Data was expressed as percent, means \pm standard deviation (SD). Comparisons between groups; categorical variables were performed with chi-square test, continuous variables were performed for parametric conditions with T Test, non-parametric conditions were performed with Mann-Whitney-U-Test. A value of $P < 0.05$ was considered statistically significant. Statistical analysis was performed with a SPSS Version 23.0 statistical software package.

Findings: In total, 216 men and 115 women participated in this study. The average age of the men was $62,42 \pm 12,9$ years, the average age of the women was $63,89 \pm 17,43$ years. Therefore, the total average age was $62,93 \pm 14,63$ years. The average length of inpatient stays was $19,17 \pm 16,34$ days. 249 (75.2 %) patients were discharged, 34 (10.3 %) patients were referred to a different hospital/clinic/institution and 48 (14.5 %) patients died. When patients admissions diagnosis were examined, it came out that 131 (39.6 %) patients suffered from lung cancer. The review of the number of consultations revealed that 66 (19.9%) patients did not require any consultation at all, 40 (12.1%) patients only had one consultation, 47 (14.2%) patients had two consultations. The maximum number of consultations was 50. The total amount of consultations was 1,817 and the average of consultations for a patient was about $5,48 \pm 7,29$. In 1533 (84.3%) cases, the reasons for consultation were for diagnostic and

treatment purposes and in 199 (6.54%) cases for preoperative interviews. In 83 (4.56%) cases, the consultation was for the transfer and in 82 cases for the transfer to either a nursing home or another social service 82(4.51%). According to requested consultations in palliative care, consultations were mostly due to infectious diseases 357 (%19.64). It is clear to see that according to branches the reasons for consultation were mostly due to infection disease purposes of diagnostic and treatment, for referral 45 (54.21%) and preoperative evaluation purposes from anesthesiology and reanimation department, and to transfer patients from nursing homes and other social purposes from social service department. There was no significant difference between men and women due to the amount of consultations ($p=0.275$). However, there was a significant difference ($p= 0.016$) ($p=0.014$) between surgical and internal medicine branches due to consultation request reasons. In contrast, there was no statistically significant difference between a preoperative evaluation and a consultation for a transfer to a nursing home or other social services ($p= 0.193$) ($p= 0.429$).

Result: Due to increasing life expectancy, age-related illnesses, chronic diseases and/or malignancy diseases are increasing. Hardly surprising, therefore, that the number of palliative care units is also increasing. Therefore, the training of physicians, who work in palliative care service, is crucial. This is also recognizable by the huge number of consultations. Particularly the training for infection disease department is essential.

Key words: Consultation, Palliative Care, Family Doctor, Elderliness

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Palyatif bakım Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre; yaşamı tehdit eden durumlarla birlikte görülen problemlerle karşı karşıya olan hastaların ve ailelerinin, ağrıyı ve fiziksel, psikosozyal ve spiritüel boyuttaki diğer sorunlarını erken dönemde belirleyerek, kusursuz bir biçimde değerlendirerek ve tedavi ederek acı çekmesinin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır (1).

Farklı disiplinlerin bir araya gelerek hastalığı ilerlemiş olan kişilerin hastalıktan kaynaklı semptomlarını azaltarak hastanın rahatlamasını sağlayan ve bu şekilde yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan bakım palyatif bakım olarak adlandırılmaktadır (2).

Günümüzde ileri evre nörolojik hastalıklara ve kanserlere sahip hastaların ihtiyaçlarının belirlenmesi ve etkili bir bakım sunulması için iyi koordine bir ekip ile birlikte palyatif bakıma ihtiyaç duydukları bilinmektedir (3).

Bilimsel alanda gerçekleşen gelişmelere paralel olarak ortaya çıkan farklı uzmanlık bölümlerinin sayısı gün geçtikçe çoğalmaktadır. Bundan dolayı bir hastaya konulacak olan tanı ve tedavi sürecinde farklı uzmanlık alanlarının ortaklaşa hareket etmesi son derece önemlidir. Farklı uzmanlık dalları ve alt dalları arasında gerçekleşen işbirliği konsültasyon zorunlu kılabilir (4).

Çalışmada; T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde 01.09.2016-31.08.2017 tarihleri arasındaki 1 yıllık sürede yatan hastalara herhangi bir sebeple yapılan konsültasyonların istenme nedenleri gözetilerek konsültasyon yapan hekimlerin hangi bölümlerde eğitim ihtiyaçlarının bulunduğu belirlenerek eğitim programlarının düzenlenmesine yardımcı olmak ve yatan hasta profilini inceleyerek palyatif bakım servis ve yatan hastalarla ilgili bilgi sahibi olmak amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. KONSÜLTASYON

2.1.1. Tanım

Bir hekimin hastasıyla ilgili tek başına üstesinden gelemediği durumlarda bir başka hekimden bilimsel ve teknik yardım istemesine ya da kısaca danışmanlık eylemine konsültasyon adı verilir. Konsültasyon terimi Latince “consultati” sözcüğünden türemiştir. “Etraflı görüşme”, “danışma” anlamına gelmektedir. Konsültasyon, hasta ile ilgili hekimler arasında kurulan profesyonel bir ilişki, belirli kurallar çerçevesinde gerçekleştirilen etkin bir iletişim aracıdır. Eğer bu kurallara uyulmazsa birçok yanlış anlaşılma olabilir. Sonuçta hekimler arasındaki ilişki ciddi bir şekilde bozulabilir. Hasta bundan zarar görebilir(5).

Konsültasyon demek hastanın kontrolünü sağlayan hekimin gereken durumlarda veya hastanın kendi isteği üzerine başka bir hekimin uzmanlığına danışmasıdır(6).

Bilimsel alanda gerçekleşen gelişmelere paralel olarak ortaya çıkan farklı uzmanlık bölümlerinin sayısı gün geçtikçe çoğalmaktadır. Bundan dolayı bir hastaya konulacak olan tanı ve tedavi sürecinde farklı uzmanlık alanlarının ortaklaşa hareket etmesi son derece önemlidir. Farklı uzmanlık dalları ve alt dalları arasında gerçekleşen işbirliği konsültasyon zorunlu kılar (4).

Hekimler, hastaya doğru tanının konabilmesi, tedavi sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonun önlenmesi veya hastaya en uygun tedavinin yapılabilmesi için birbirlerinden konsültasyon isteyebilirler(5). Hekim hastasına koyduğu tandan, düşündüğü tedavi planından emin değilse veya hekim hastasının tedavisi için özel bilgi ve beceriye sahip değilse uzman bir hekimden konsültasyon isteyebilir.

2.1.2.Sorumlu Hekim

Hastanın kontrolünden birincil derecede sorumlu olan, tanı ve tedavisini yürüten uzman hekim/öğretim üyesi olarak tanımlanmaktadır(7).

2.1.3. Konsültan Hekim

Hastadan birinci derecede sorumlu olan hekim tarafından istenen konsültasyon davetine cevap veren, alanında bilimsel ve teknik yeterliliğe sahip olan hekimdir. Hastanın yatırılması gereken bölümünün sorumlu doktor veya hastanın özel doktoru olabilir. Bazı hastaların birden fazla konsültan hekime ihtiyacı olabilir(8).

Konsültan hekim hastaya müdahale konusunda yeterli bilgi beceriye sahip olup, yetersiz kaldığı noktada, konsültasyon önceliğini belirleyerek doğru konsültan hekime hastayı danışabilmeli, hastanın serviste kaldığı süre içinde hastayı genel durum ve hayati fonksiyonları açısından takip edip, tüm bilgileri uygun şekilde dökümante edebilmelidir.

2.1.4.Yasa/Yönetmelik

Hekimler ve hastaları ile ilişkilerini düzene koymak için yayınlanmış olan Resmi Gazete 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanununun 59. Maddesine ve 01.02.1999 tarihinde yayınlanmış Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 3. Bölüm Konsültasyon ve Ekip Çalışması başlığının 19. Maddesi'ne uygun şekilde uygulamaların yürütülebilmesi için:

a) Hastanın takibi sırasında farklı uzmanlık alanlarının görüş ve yönlendirilmelerine ihtiyaç duyulduğunda, tedavi sağlayan hekim bu durumu hasta ve yakınına bildirilmekle yükümlüdür.

b)Konsültasyon sağlayan hekim hastadan birincil derece hekim gibi sorumludur.

c) Konsültasyon sağlayan hekim bilimsel ve teknik açıdan donanımlı olmalıdır.

d)Konsültasyona neden ihtiyaç duyulduğu ve sonucu son derece anlaşılır biçimde tutanak ile belgelendirilmelidir.

e)Gerçekleştirilen konsültasyon sonrasında hastaya yeterli bilginin verilmesi sağlanmalıdır.

f) Konsültasyonun sonucunda tedaviyi yürüten hekim ile konsültan hekim arasında görüş farklılığı olur ve hasta konsültan hekimin görüşlerine öncelik verirse tedaviyi ilk süreçte yürüten hekim tedaviden geri çekilme hakkına sahip olur.

g) Konsültasyona davet edilen hekim tedavi sürecine katılmakla yükümlüdür (9) .

2.2. Palyatif Bakım

2.2.1.Tanım ve Tarihçe

Palyatif” kelimesi Latince “pallium” (geniş, dikdörtgen şeklinde pelerin benzeri giysi) sözcüğünden köken alır. “Palliare”; “koruyucu ya da kapsayıcı” anlamına gelir. “Palliative” ise İngilizce terminolojide hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılır. Palyatif bakım ise ilerleyici ve tedavisi olmayan, ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir bakım sistemidir (10).

Palyatif sözcüğünün Türk Dil Kurumu sözlüğünde yer alan tanımına bakıldığında: 1) Geçici ve kısa süreli, kesin çözüm sağlamayan, esaslı olmayan; 2) Hastalığı tamamen

iyileştirmeyen, yatıştırıcı olan, tesiri geçici olan ilaç veya tedavi” şeklinde tanımlanmıştır (11).

Palyatif bakım DSÖ’ye göre; yaşamı tehdit eden durumlarla birlikte görülen problemlerle karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyerek, kusursuz bir biçimde değerlendirerek ve tedavi ederek acı çekmesinin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır. Aynı zamanda ailenin, arkadaşlarının ve bakım verenlerin desteklenmesini amaçlar (1).

Amerikan Hospis ve Palyatif Tıp Akademisi’ne ve Amerikan Tıp Enstitüsü’ne göre palyatif bakım; özellikle tedavi edilemeyen ilerleyici hastalıklarda hastanın fiziksel, sosyal, dinsel ve varoluş gereksinimlerinin kapsamlı yönetimidir. Palyatif bakımın amacı kişisel, kültürel ve dinsel değerlere, inanç ve alışkanlıklara duyarlı kalırken acı çekmeyi dindirme, semptomları kontrol etme, işlevsel kapasiteyi iyileştirme yoluyla olabilecek en iyi yaşam kalitesini sağlamaktır (12).Palyatif bakım kişiyi sadece fiziksel açıdan değil, psikososyal ve ruhani açıdan da ele alan, kronik süreçte bulunan hasta ve yakınları için tam bir iyilik hali sağlanmasını amaçlayan bir yaklaşımdır (13).

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere, dünya nüfusu giderek yaşlanmakta, 65 yaş üzerindeki nüfus artmaktadır. Son yüzyıl içinde, yaşlı nüfus oranının artması ve tıptaki gelişmeler sebebiyle, ölüm nedenleri oldukça değişiklik göstermiştir. Enfeksiyon hastalıklarına bağlı ölümler azalmış, kronik hastalıklara bağlı ölümler, özellikle ileri yaş grubunda, giderek artmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucu, 2020 yılında en sık görülen beş ölüm nedeninin; iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, alt solunum yolu enfeksiyonları ve akciğer kanseri olacağı saptanmıştır (13).

Palyatif bakım başlangıçta; fikir olarak küratif tedavisi tamamlanan ve artık küratif tedaviden fayda göremeyeceği düşünülen hastaların ölümden önceki son dönemi daha rahat geçirmesini amaçlayan bir bakım modeli (Hospis) olarak ortaya çıkmıştır (14).

Zaman içinde palyatif bakım hizmetinin küratif tedavi ile birlikte verilmesi gerektiği ve ölümden önce hastayı ve hasta yakınlarını sürece hazırlamak; ölümden sonra da hasta yakınlarına destek olmak gerektiği bir modele evrilmiştir. Bu modelde palyatif bakım hizmeti; yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısının konulması ile başlayarak terminal dönemi de içine alan tüm hastalık ve yas sürecini de kapsayacak şekilde hastanın ve ailesinin artan ihtiyaçlarına göre şekillenerek sunulmaktadır (15).

Günümüzde palyatif bakım tanı konulduğu andan itibaren başlayan ve ihtiyaçlara göre dalgalı bir seyir gösteren, hastalığın ilerlemesiyle beraber hasta ölüme yaklaştığında hastayı

ve yakınlarını sürece hazırlayan; ölüm anında hastanın yanında olan ve rahat bir ölüm geçirmesini amaçlayan, ölüm sonrasında ise hasta yakınlarının yas süreci ile baş etmelerini amaçlayan şimdilik en ideal model olarak gözükmektedir (16).

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:

1. Palyatif bakım hem yaşamı tehdit eden hastalıklar hem de kronik hastalıklar için bir ihtiyaçtır.

2. Palyatif bakımı sunmak için tanı ve prognoza dayalı değil ihtiyaca yönelik yaklaşım önerilmektedir.

3. Palyatif bakıma bakımın her düzeyinde ihtiyaç vardır. Palyatif bakım üç farklı düzeyde sunulabilir:

- Palyatif Bakım Yaklaşımı: Uygun eğitim ile tüm sağlık profesyonelleri tarafından palyatif bakım sunma yaklaşımıdır.
- Genel Palyatif Bakım: Yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastaları tedavi eden tüm birinci basamak profesyonelleri tarafından iyi bir temel palyatif bakım bilgisi ile sağlanan bakımdır.
- Uzman Palyatif Bakım: Karmaşık sorunları olan hastalara uzman ekip tarafından sunulan hizmettir.

4. Palyatif bakım herhangi bir bakım şekli ile sınırlandırılmamalıdır. Palyatif bakım hastanın evinde, bir bakım kuruluşunda, hastanede, hospiste veya ayaktan tedavi servisinde sunulabilir (17).

2.2.2. Palyatif Bakımın Temel Hedefleri

Yaşamının son günlerini yaşayan terminal evredeki hastalar başkalarına yük olma, acı çekerek ölme, öldükten sonra arkalarında birilerini bırakma, yaşam hedeflerine ulaşmadan ölme gibi birçok kaygıyı bir arada yaşayabilirler. Her insanın dileği olan kaliteli ve sıkıntılardan uzak bir yaşam arzusu, terminal evredeki bir hasta için yaşadığı bu kaygılarla biraz daha güç duruma gelebilmektedir (18).

Palyatif bakımda din, dil, ırk, yaş, eğitim ve beklenti durumunun göz önüne alındığı merkezinde hasta ve hasta yakınlarının olduğu bir tedavi sürecini planlayarak bunu sürekli ve açık hale getirmek amaçlanmalıdır. Palyatif bakımın temel prensiplerini maddeler halinde özetlenecek olursak (17,19);

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

2.2.3. Dünyada Palyatif Bakım Gelişim ve Uygulamaları

Palyatif bakımın ilk örneklerine 11. yüzyılda yolculuk sırasında ölümcül hastalıklara yakalananların tedavi edilmesine yönelik dini amaçla görev yapan gönüllüler tarafından yapılan uygulamalarda rastlanmaktadır (20). Bin dokuz yüz doksanlı yılların başlarından itibaren İskandinav ülkeleri, İngiltere ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde palyatif bakım hizmetlerinin sunumunda dinamik bir gelişme gözlemlenmiştir. Palyatif bakım yeni bir disiplin olmasına karşın tıbbın diğer alanları içinde hızlı bir şekilde kendine yer edinmiştir. Bu hareketinin hızlı bir şekilde gelişmesinin en önemli nedeni yaşamı tehdit eden ve tedavisi mümkün olmayan hastalara gerekli bakım ve tedavinin yapılmasının günümüzde gittikçe önem kazanmasıdır (21).

Erişkin hastalar için 1967 yılında Dr. Cicely Saunders'ın St. Christopher Hospisi'ni (destek evi) Londra'da kurmuştur. Pediatrik hastalarda ise Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1978 yılında Virjinya eyaletinde Edmarc Hospice adında bir program başlatılmıştır. İngiltere'de 1999'da 236 palyatif bakım kurumu (hospis ve hastanelerdeki palyatif servisler), 400 toplumsal palyatif bakım hizmet merkezi (evde hospis ve palyatif bakım hizmetlerini sunan kurumlar), 138 hastane bakım destek hizmet birimi ve 209 hastane palyatif bakım ve destek ekibi oluşturulmuştur. Servis ve hospislerin oluşturulmasında bir milyon nüfusa yaklaşık 54 palyatif hasta yatağı olarak hesaplanmıştır (21).

İngiltere'de palyatif bakım bir uzmanlık alanı olarak kabul görmektedir. Bu ülkelere göre palyatif bakımı sağlık sistemine entegre geciken Almanya ise kısa bir sürede büyük bir

gelişme kat etmiştir. Palyatif bakım Almanya’da 1983’de Köln Üniversitesi Cerrahi Bölümü’ne bağlı olarak ilk palyatif servisin kurulmasıyla başlamışlardır. Almanya Sağlık Bakanlığı’nın 1991-1996 yılları arasında palyatif tedavi için model çalışma başlatmasıyla palyatif servis sayısı çok kısa bir sürede artmıştır ve her geçen gün palyatif servis sayısına bir yenisi eklenmektedir. İki bin dokuz yılına kadar da 4200’den fazla doktor ve hemşire palyatif bakım alanında uzmanlık eğitimi almış, 2010 yılına kadar 220 hastanede palyatif servis açılmış ve 170 hospis merkezi kurulmuştur. Bugün dünyada palyatif bakım hizmetlerinin en gelişmiş olduğu bölgeler ABD’de San Diego bölgesi ve İspanya’nın Katalonya bölgesi olup hemen her türlü palyatif bakım hizmet modellerini görmek mümkündür (22).

2.2.4. Türkiye’de Palyatif Bakım Gelişimi ve Uygulamaları

Yaşlı nüfusun artması, teknolojinin ilerlemesi ve tedavi imkanlarının artması ile yaşam beklentisinin yükselmesi ve çok sayıda yoğun bakım birimlerinin açılmasıyla kritik hastaların desteklenmesi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de büyük oranda palyatif bakım gereksinimini de beraberinde getirmiştir. Türk Onkoloji Vakfı’nın, İstanbul Yeşilköy’de “Kanser Bakımevi” adı ile 1993-1997 yıllarında açtığı merkez Türkiye’de kanserli hastalara uzun süreli palyatif bakım verebilecek, hospis kavramına yakın ilk kuruluştur. Finansman sorunları, hasta ve yakınlarınca hospis kavramının yeterince anlaşılması bu öncü kuruluşumuzun kapanmasına yol açmıştır (23).

Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında sonuçlandırılmış olan kanserli hastaların palyatif bakım amaçlı bir diğer “Hospis” girişimidir. Hacettepe Onkoloji Hastanesine çok yakın tarihi bir Ankara evi 12 odalı bir hospis’e dönüştürülmüştür. Yasal düzenlemeler olmadığı için bu evin “Hacettepe Umut Evi” adı ile kanserli hastaların tedavi ve sonrasında birkaç hafta gibi kısa süreli konaklamalarını ve hemşire hizmetlerinden minimal ölçüde yararlanmalarını sağlayacak şekilde hizmet vermesi öngörülmüştür (23).

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayınlanan 2009-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı’nda palyatif bakım programı da tanımlanmış, kurumsallaşma yolunda hedefler belirlenerek bir yol haritası çizilmiştir (24). Ancak bu merkezlerin kurulması asıl 2012-2013 yıllarında ivme kazanmıştır (25).

Ülkemizde palyatif bakımın gelişmesine yönelik ilk adımı olarak Türkiye Cumhuriyeti (T.C) Sağlık Bakanlığı ‘Evde Bakım Hizmetini başlatmıştır. Evde sağlık hizmetleri ile ilgili uygulamalar 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanan ‘Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’ ile yasal düzenleme altına alınmıştır. Evde bakım tedavi hizmeti gösteren özel kuruluşların Sağlık Bakanlığı’ndan uygunluk belgesi alması

zorunluluğu getirilmiştir. Akabinde 01.02.2010 tarihinde, Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulanma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'' yayınlanmış ve evde sağlık hizmetleri kamu hastaneleri ile aile sağlığı merkezlerince 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 (26,27).

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı palyatif bakım konusunda yaşanan sıkıntıların giderilmesi amacıyla başta DSÖ olmak üzere pek çok kurum ve kuruluşun katkısıyla bakanlığın ilgili birimleri ile ülkemizde 'Palya-Türk Projesi'ni hazırlamıştır (28).

Palyatif bakım hizmeti 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı'nın önemli yapı taşlarından biri olarak kabul edilmiştir. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı öncülüğünde hazırlanan Palya-Türk Projesi esas olarak aile hekimliği üzerine kurulu ve primer olarak hemşire bakımı üzerine oturtulan Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen bir sistemdir. Palya-Türk Projesi kamu desteği ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliğine dayalı yürütülecek bir projedir. Projede aktif olarak görev alacak uzmanlık dalları; iç hastalıkları uzmanı, genel cerrah, medikal onkolog, psikiyatrist, psikolog, algolog, radyasyon onkoloğu, göğüs hastalıkları uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal çalışmacı ve din görevlisi olarak belirlenmiştir. Proje kapsamında verilecek eğitimler; birinci basamak eğitimler, tıp fakülteleri ve dal eğitimleri, sertifikalı eğitimler olarak kategorize edilmiştir (29, 30).

Ülkemizde oldukça yeterli miktarda palyatif bakım merkezi hizmet vermektedir(31) (Tablo 1). İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Palyatif Bakım Servisi Türkiye'de açılan ikinci tescilli Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi özelliğini taşıması yanı sıra ülkemizde tescilli yatak sayısı en fazla olan kliniklerden birisi olma özelliğini taşımaktadır.

Başvurular, palyatif bakım hizmeti almak isteyen hastanın kendisi tarafından veya aile bireyleri tarafından bizzat yapılabilmektedir. Ayrıca, aile hekimi veya hastanın takip ve tedavisini yapan hekimi tarafından da taburculuk aşamasında gerekli görüşme ve koordinasyon sağlanmak suretiyle palyatif bakım hizmeti veren merkez veya sağlık hizmet sunucusuna yönlendirme yapılabilmektedir. Sağlık tesisine gelemeyecek durumda olan hastaların palyatif bakım ihtiyacı, buldukları ortamda evde sağlık ekiplerince ziyaret edilerek birlikte yaşadığı aile bireylerinin durumu ile bir bütün olarak değerlendirilir. Değerlendirme sonucunda palyatif bakım hizmeti alması uygun görülen hasta merkezlere yönlendirilir (22).

Tablo 1.Türkiye’de tescilli palyatif bakım merkezlerinin mevcut durumu (31)

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

Tablo 1.Türkiye’de tescilli palyatif bakım merkezlerinin mevcut durumu (31) (Devam)

Palyatif Bakım Merkezleri Tescilli Yatak Sayıları		
İl	Hastane Adı	Yatak Sayısı
Bayburt	Bayburt Devlet Hastanesi	6
Bilecik	Bozüyük Devlet Hastanesi	5
Bingöl	Bingöl Devlet Hastanesi	10
Bitlis	Bitlis Devlet Hastanesi	8
	Adilcevaz Onkoloji Hastanesi	2
	Ahlat Devlet Hastanesi	4
Bolu	İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	9
	İzzet Baysal Devlet Hastanesi	18
Burdur	Bucak Devlet Hastanesi	2
	Burdur Devlet Hastanesi	6
	Göhlisar Devlet Hastanesi	5
Bursa	Mustafakemalpaşa İlçe Devlet Hastanesi	25
	Orhaneli Devlet Hastanesi	8
	İnegöl Devlet Hastanesi	52
	Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	14
	Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi	7
	Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi	11
	İznik Devlet Hastanesi	12
	Karacabey Devlet Hastanesi	20
	Çekirge Devlet Hastanesi	20
Orhangazi Devlet Hastanesi	12	
Çanakkale	Çanakkale Devlet Hastanesi	8
	Çan Devlet Hastanesi	4
	Bayramiç Devlet Hastanesi	5
	Ayvacık Devlet Hastanesi	5
Çankırı	Çerkeş Devlet Hastanesi	3
	Çankırı Devlet Hastanesi	6
Çorum	Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	20
	Sungurlu Devlet Hastanesi	10
	Alaca Devlet Hastanesi	10
	Osmancık Devlet Hastanesi	10
Denizli	Denizli Devlet Hastanesi	35
	Acıpayam Devlet Hastanesi	10
Diyarbakır	Ergani Devlet Hastanesi	10
	Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi	21
Edirne	Keşan Devlet Hastanesi	10
	Uzunköprü Devlet Hastanesi	17
	Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi	36
Erzincan	Mengücek Gazi E.A.H. Ek Binası	10
Erzurum	Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi	10
	Horasan Devlet Hastanesi	4
	Oltu Devlet Hastanesi	5
	İspir Devlet Hastanesi	4
Eskişehir	Yunus Emre Devlet Hastanesi	29
	Eskişehir Devlet Hastanesi	12
Elazığ	Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi	35
Giresun	Bulancak Devlet Hastanesi	9
	Tirebolu Devlet Hastanesi	8
	Şebinkarahisar Devlet Hastanesi	7
	Espiye Devlet Hastanesi	10
Gümüşhane	Kelkit Devlet Hastanesi	5
	Şiran Devlet Hastanesi	5

Tablo 1.Türkiye’de tescilli palyatif bakım merkezlerinin mevcut durumu (31) (Devam)

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

Tablo 1.Türkiye’de tescilli palyatif bakım merkezlerinin mevcut durumu (31) (Devam)

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

Tablo 1.Türkiye’de tescilli palyatif bakım merkezlerinin mevcut durumu (31) (Devam)

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

2.2.5 Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar

Palyatif bakım gerektiren hastalıklar, DSÖ tarafından yürütülen Delphi çalışmaları sonucuna göre aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır (17):

Erişkinler için palyatif bakım gerektiren hastalıklar (15 yaş ve üstü):

- Alzheimer hastalığı ve diğer demansiyel hastalıklar
- Kanser
- Kardiyovasküler hastalıklar,

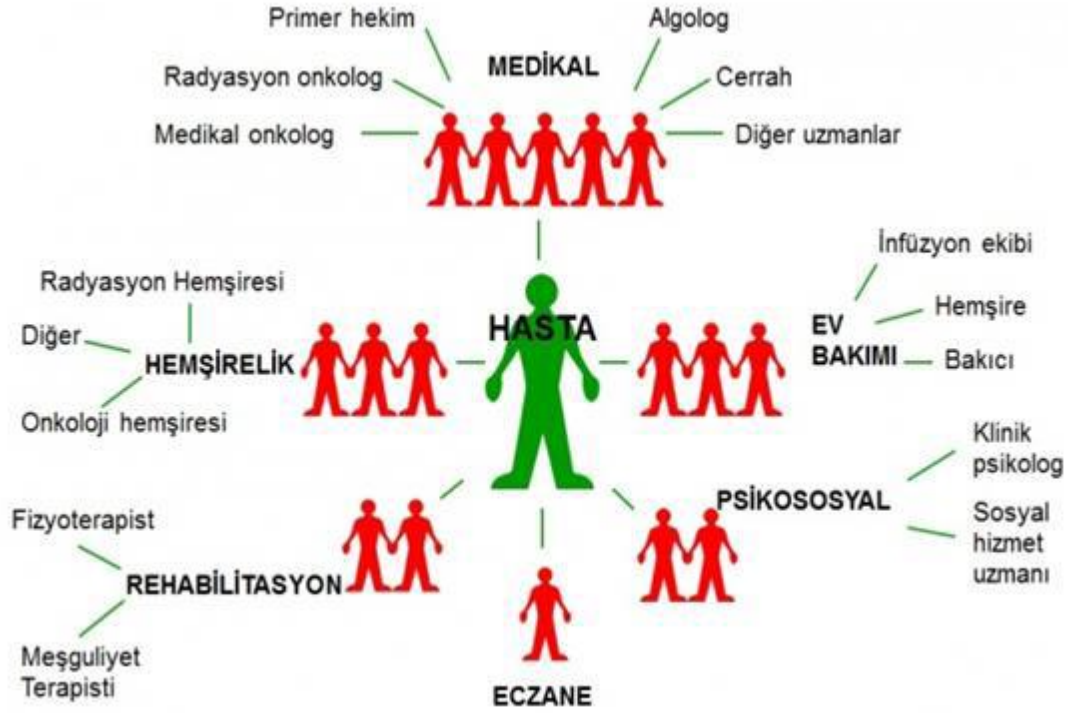
- Karaciğer sirozu
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- Diyabet
- HIV/AIDS
- Kronik Böbrek Yetmezliği
- Multipl Skleroz
- Parkinson Hastalığı
- Romatoid Artrit
- İlaça dirençli Tüberküloz

Çocuklar için palyatif bakım gerektiren hastalıklar (15 yaş altı):

- Kanser
- Kardiyovasküler Hastalıklar
- Karaciğer sirozu
- Konjenital Anomaliler
- Endokrin, hematolojik, immün hastalıklar
- HIV/AIDS
- Menenjit
- Böbrek hastalıkları
- Nörolojik hastalıklar
- Yenidoğan hastalıkları
- Protein enerji malnütrisyonu

2.2.6.Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım, farklı disiplinler arası iletişim ve koordinasyonun sağlanması amacıyla iyi bir ekip çalışmasını gerektirir. Palyatif bakım ekibindeki bütün üyelerin palyatif bakımın ilkeleri, destekleyici iletişim biçimleri ve semptomların kontrolü konusunda eğitim almış olmaları gerekir. Ekip üyeleri arasında; medikal onkolog, uzman klinik hemşire, algolog, psikiyatrist, diyetisyen, fizik tedavi uzmanı, sosyal hizmet uzmanı yer alır (32). Şekil 1’de multidisipliner palyatif bakım modeli şeması görülmektedir.



Şekil 1. Palyatif bakım ekibi (33).

2.2.7. Palyatif Bakım İhtiyacının Belirlenmesi

Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (National Comprehensive Cancer Network) tarafından 2014 yılında kanserli hastalarda palyatif bakım ihtiyacı taranması için bir kılavuz yayımlanmıştır.

Buna göre:

- Kontrol edilemeyen semptomların varlığı
- Tanı ve tedaviye bağlı gelişebilecek orta-ağır üzüntü varlığı
- Yaşam beklentisinin ≤ 6 ay olması
- Hastalığın gidişatı ve/veya tedavi seçenekleri ile ilgili endişe varlığı (aile tarafından ifade edilenler de dahil)

gibi durumlar mevcut ise, hasta ve/veya ailesi tarafından palyatif bakıma yatış isteği bulunan hastaların palyatif bakım ihtiyacı olup olmadığının belirlenmesi için bir palyatif bakım merkezine yönlendirilmesi gerekmektedir (34).

Dünya Palyatif Bakım Kurulu (WPCA) ve DSÖ iş birliği ile 2014 yılında ‘‘Yaşam sonunda Palyatif Bakım Global Atlas Kılavuzu’’ yayımlanmıştır. Bu kılavuza göre; Global Atlas, DSÖ’nün palyatif bakım tanımını benimsemekle beraber bu tanımı daha netleştirmek ve kapsamını daha açıklayıcı bir hale getirmek ve palyatif bakım ihtiyacının belirlenmesi amacıyla kanıta dayalı bazı önermelerde bulunmuştur.

Bunlar:

1) Palyatif bakıma, en az yaşamı tehdit edici/kısıtlayıcı durumlarda olduğu kadar kronik hastalıklarda da ihtiyaç duyulmaktadır. Terminal döneme ulaşmadan önce yapılacak erken müdahale optimal olarak değerlendirilmelidir.

2) Palyatif bakım hizmetlerinin verilmesi için belirli bir prognostik belirteç veya zaman düşünülemez, ihtiyaç halinde verilmesi fayda sağlamaktadır.

3) Palyatif bakıma, sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında ihtiyaç duyulmakta olup, başlı başına uzmanlaşmış palyatif bakım servisleri ile sınırlandırılmamalı, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde de yer almalıdır.

4) Palyatif bakım hizmetleri sadece belirli basamaklarda verilerek kısıtlanmamalıdır. Palyatif bakım, kişinin bu bakıma ihtiyacı olduğu her yerde, örneğin; hastanın evinde, bakımevinde, hospiste, hastanede veya ayaktan ya da evde bakım hizmetleri tarafından da verilebilmelidir (17).

2.2.8.Palyatif Bakımın Tercih Edilme Sebepleri

- Ucuz olması, maliyet etkin olması
 - Yaşam kalitesini anlamlı ölçüde arttırması
 - Yaşam süresini anlamlı arttırması
 - Hasta ve yakınlarının endişelenmesinin önüne geçmesi
 - Gereksiz hastane yatışlarını ve tetkikleri engellemesi
 - Gereksiz acil hizmet kullanımını, radyoterapi ve kemoterapi kullanımını azaltması
- (35).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI BİRİM

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde 2013 yılı Haziran ayında kurulan Palyatif Bakım Merkezi 32 tescilli yatağı ile İzmir ilindeki en yüksek yatak kapasitesine sahip Palyatif bakım merkezidir. Merkezde morbidobez hasta izlemine yönelik 2 adet obez hasta yatağı da yer almaktadır. Merkez etkinlik odası, bir girişim ve müdahale odası, dört adet tek kişilik, on adet çift kişilik odası ile toplam yirmi dört yatak kapasitesi ve her hasta için bir refakatçi dinlenme koltuğu, her odada internet bağlantılı bilgisayar ve iklimlendirme koşullarına sahip bir Palyatif bakım Merkezidir.

Evde bakım birimi, palyatif bakım koordinasyon merkezi, üniversiteler, diğer hastaneler ve kliniklerle koordine çalışarak hasta kabulü yapıldığı gibi ayaktan başvuran hasta ve hasta yakınları da merkezde görevlendirilmiş Aile Hekimliği uzmanları tarafından ihtiyaç değerlendirilerek yatış işlemleri yapılmaktadır. Servisimize ayrıca Onkoloji polikliniklerinden radyoterapi ve/veya kemoterapi sonrası ve sonrasında genel durumu kötüleşmiş hastalar, terminal dönem bakım ihtiyacı olan hastalar yatış için öncelikli olarak değerlendirilmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde izlenmekte iken yoğun bakım ihtiyaçları sona eren hastalar da taburculuk öncesi aile eğitimi ve bakım amaçlı olarak kliniğe kabul edilmektedir.

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.

3.2. ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'ne 01.09.2016 ile 31.08.2017 tarihleri arasındaki 1 yıllık sürede yatarak destek tedavisi almış 331 hastanın dosyası geriye dönük olarak incelenmiştir.

Hastaların verileri retrospektif olarak hazırlanan formlara kaydedilmiştir. Veri giriş formuna hastaların yaş ve cinsiyet özellikleri, tanı/ön tanıları, serviste yatış süreleri, palyatif servisten sonuçlanma şekilleri(sevk, taburcu, vefat), konsültasyon istenme sayıları, konsülte edilen bölümler (Algoloji, Anestezi ve Reanimasyon, Nöroşirurji, Dahiliye, Dermatoloji, Diyetisyen, Diş hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları, Endokrinoloji, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Hematoloji, Gastroenteroloji, Genel cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Göğüs Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Grişimsel Radyoloji, Kalp-Damar Cerrahisi, Kadın Hastalıkları

ve Doğum, Kulak Burun Boğaz, Kardiyoloji, Nefroloji, Nöroloji, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik Cerrahi, Psikiyatri, Romatoloji, Radyasyon Onkolojisi, Tıbbi Onkoloji, Üroloji, Sosyal Hizmetler), konsültasyon istenme nedeni (tanı desteği ve tedavi önerisi, sevk, preoperatif değerlendirilme, bakımevine yerleştirilme ve diğer sosyal hizmetler) parametreleri kaydedildi.

3.3. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında (Statistical Package for the Social Sciences, SPSS) Version 23 paket programında istatistik paket programına aktarıldı. Rakamsal veriler tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılarak değerlendirildi.

Elde edilen verilerden sürekli değerkenler için parametrik test koşullarını sağlayanlar için bağımsız gruplarda t-testi ve parametrik test koşullarını sağlayamayan değerkenler için mann-whitney u testi ve sürekli olmayan değerkenler için ise ki-kare testi kullanılarak değerlendirildi. Sürekli verilerde öncelikle homojen dağılım olup olmadığı değerlendirildi. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.4. KISITLILIKLAR

Mükerrer yatışlar ve 18 yaş altı hastalar değerlendirmeye alınmadı.

3.5. İZİNLER

Çalışmanın etik kurul onayı 21.09.2017 tarihinde 13 no'lu toplantı numarası ve 12 no'lu karar numarası ile T.C. S.B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

4.BULGULAR

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde 01.09.2016 ile 31.08.2017 tarihleri arasındaki 1 yıllık sürede yatarak destek tedavisi almış hastalara ait bulgular aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 2.Hastaların yaş ve cinsiyet dağılımları

Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Ortalama Yaş	Standart Sapma	P Değeri
Erkek	216	65,3	62,42	12,923	0.387
Kadın	115	34,7	63,89	17,430	
Toplam	331	100,0	62,93	14,637	

Araştırmaya alınan 331 hastanın;216'sı erkek(%65,3), 115'i kadın(%34,7), yaş ortalaması $62,93 \pm 14,63$,erkeklerin yaş ortalaması $62,42 \pm 12,9$, kadınların yaş ortalaması $63,89 \pm 17,43$ yıl olarak saptandı.331 hastanın yaş ortalaması ise $62,93 \pm 14,63$ olarak saptandı. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda erkekler ve kadınların arasında yaşları arasında anlamlı bir fark görülmedi ($p = 0.387$)(Tablo 2).

Tablo 3.Hastaların yatış sürelerine göre dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Ortalama Yatış Günü Sayısı \pm Standart Sapma	P Değeri
Erkek	216	21,00 \pm 16,485	0.004
Kadın	115	15,73 \pm 15,581	
Toplam	331	19,17 \pm 16,34	

Araştırmaya alınan 331 hastanın ortalama yatış süreleri $19,17 \pm 16,34$ gün olduğu saptanmıştır. Erkeklerin ortalama yatış süresi $21,00 \pm 16,485$ gün,kadınların ortalama yatış süreleri $15,73 \pm 15,581$ gün olarak saptandı. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda kadın ve erkekler arasında yatış gün sayısı açısından anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p = 0.004$)(Tablo 3).

Tablo 4. Hastaların yatış tanı/öntanı sıklık dağılımları

Tanı/Öntanı	Sayı		Yüzde	
	Erkek	Kadın		
Akciğer kanseri	119	12	131	39,6
Alzheimer	4	17	21	6,3
Beyin tümörü	11	9	20	6,0
Meme kanseri	0	19	19	5,7
Mide kanseri	9	6	15	4,5
Lumbalherni	3	7	10	3,0
İntrakranialhemoraji	5	2	7	2,1
KOAİ	5	1	6	1,8
Özofagus kanseri	3	3	6	1,8
Kolon kanseri	2	4	6	1,8
Femur kırığı	4	1	5	1,5
Omurilikte kitle	4	1	5	1,5
Larinks kanseri	3	2	5	1,5
Pankreas kanseri	5	0	5	1,5
Morbidobezite	1	3	4	1,2
Timoma	1	2	3	,9
İdrar yolu enfeksiyonu	1	2	3	,9
Nazofarenks kanseri	1	1	2	,6
Multipl skleroz	0	2	2	,6
Trafik kazası	2	0	2	,6
Vulva kanseri	2	0	2	,6
Epilepsi	1	0	1	,3
Aterosklerotik kalp hastalığı	1	0	1	,3
Surrenal kanseri	1	0	1	,3
Anemi	0	1	1	,3
Deri tümörü	0	1	1	,3

Tablo 4. Hastaların yatış tanı/öntanı sıklık dağılımları (Devam)

Tanı/Öntanı	Sayı		Yüzde	
	Erkek	Kadın		
Zehirlenme	1	0	1	,3
	Kadın	0		
Nörofibromatozis	1	0	1	,3
	Kadın	0		
Karaciğer tümörü	1	0	1	,3
	Kadın	0		
Ankilozanspondilit	1	0	1	,3
	Kadın	0		
Crohn hastalığı	1	0	1	,3
	Kadın	0		
Aort diseksiyonu	1	0	1	,3
	Kadın	0		
Diyabetes mellitus	1	0	1	,3
	Kadın	0		
Mesane kanseri	1	0	1	,3
	Kadın	0		
Hidrocefali	1	0	1	,3
	Kadın	0		
Lenfoma	1	0	1	,3
	Kadın	0		
Multiplmyelom	1	0	1	,3
	Kadın	0		
Parkinson	1	0	1	,3
	Kadın	0		
Boyun tümörü	1	0	1	,3
	Kadın	0		
Karaciğer sirozu	1	0	1	,3
	Kadın	0		
KKY	0	1	1	,3
	Kadın	1		
Ateşli silah yaralanması	1	0	1	,3
	Kadın	0		
Toplam		331		100,0

Tablo 5. Hastaların gruplara ayrılmış yatış tanı/öntanı sıklık dağılımları

	Tanı/Öntanı	Sayı	Yüzde
Tümöral Hastalıklar	Akciğer kanseri	131	39,6
	Beyin tümörü	20	6,0
	Meme kanseri	19	5,7
	Mide kanseri	15	4,5
	Özofagus kanseri	6	1,8
	Kolon kanseri	6	1,8
	Omurilikte kitle	5	1,5
	Larinks kanseri	5	1,5
	Pankreas kanseri	5	1,5
	Timoma	3	,9
	Nazofarenks kanseri	2	,6
	Vulva kanseri	2	,6
	Deri tümörü	1	,3
	Karaciğer tümörü	1	,3
	Mesane kanseri	1	,3
	Lenfoma	1	,3
	Nörofibromatozis	1	,3
	Surrenal kanseri	1	,3
	Multiplmyelom	1	,3
	Boyun tümörü	1	,3
Toplam	227	66,6	
Nörolojik ve Nöroşirurjik Hastalıklar	Alzheimer	21	6,3
	Lumbalherni	10	3,0
	İntrakranialhemoraji	7	2,1
	Multipl skleroz	2	,6
	Parkinson	1	,3
	Epilepsi	1	,3
	Toplam	42	12,6
Ortopedik Hastalıklar	Femur kırığı	5	1,5
	Trafik kazası	2	,6
	Ankilozanspondilit	1	,3
	Toplam	8	2,4
Diğer Hastalıklar	KOAH	6	1,8
	Morbidobezite	4	1,2
	İdrar yolu enfeksiyonu	3	,9
	Aterosklerotik kalp hastalığı	1	,3
	Anemi	1	,3
	Zehirlenme	1	,3
	Crohn hastalığı	1	,3
	Aort diseksiyonu	1	,3
	Diyabetes mellitus	1	,3
	Hidrosefali	1	,3
	Karaciğer sirozu	1	,3
	KKY	1	,3
	Ateşli silah yaralanması	1	,3
	Toplam	23	6,9

Araştırmaya alınan 331 hastanın tanı/öntanı dağılımları incelendiğinde serviste yatış yapılan en sık üç tanı/öntanı; 131 hasta(%39,6) akciğer kanseri, 21 hasta (%6,3) alzheimer, 20 hasta (% 6) beyin tümörü şeklinde saptanmıştır (Tablo 4). Çalışmamızda yatış tanıları

gruplara ayrılarak incelendiğinde ise 227(%66,6) hasta tümoral hastalıklar 42(%12,6) hasta ,nörolojik ve nöroşirurijik hastalıklar, 8(%2,4) hasta ortopedik hastalıklar 23(%6,9) hasta diğer nedenlerle yatış yapıldığı görülmüştür (Tablo 5).

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda tanı alma açısından kadın ve erkekler arasında kuvvetli anlamlı fark vardı ($X^2=183.365$ $p= 0.000$)(Tablo 4).

Tablo 6. Hastaların sonuçlanma şekillerine göre dağılımı

Sonuçlanma Şekli	Sayı	Yüzde	P Değeri	Ki Kare
Haliyle Taburcu			0,333	2,202
Erkek	157	47,4		
Kadın	92	27,8		
Toplam	249	75,2		
Sevk				
Erkek	24	7,3		
Kadın	10	3		
Toplam	34	10,3		
Vefat				
Erkek	35	10,6		
Kadın	13	3,9		
Toplam	48	14,5		
Toplam	331	100,0		

Araştırmaya alınan 331 hastanın servisten sonuçlanma şekilleri incelendiğinde; 249 (%75,2) hastanın haliyle taburcu, 34 (%10,3) hastanın sevk edildiği, 48 (%14,5) hastanın vefat ettiği saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda taburcu olma şekli açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($X^2= 2.202$)($p= 0.333$)(Tablo 6).

Tablo 7. Konsültasyon istenme sayısının hasta sayısına dağılımı

Konsültasyon Sayısı	Sayı	Yüzde
0	66	19,9
1	40	12,1
2	47	14,2
3	26	7,9
4	33	10,0
5	19	5,7
6	17	5,1
7	6	1,8
8	5	1,5
9	11	3,3
10	13	3,9
11	5	1,5
12	3	,9
13	6	1,8
14	2	,6
15	3	,9
16	1	,3
17	2	,6
18	4	1,2
19	3	,9
20	2	,6
21	2	,6
23	3	,9
25	2	,6
27	1	,3
28	2	,6
29	1	,3
32	1	,3
36	2	,6
38	1	,3
39	1	,3
50	1	,3
Total	331	100,0

Konsültasyon sayıları incelendiğinde 66(%19,9) hastadan hiç konsültasyon istenmediği, 40'ından (%12.1) bir kez konsültasyon istendiği,47 'sinden (% 14.2) iki kez konsültasyon istendiği ve en fazla olarak da bir hastadan 50 konsültasyon istendiği saptandı(Tablo 7).

Tablo 8.Hastaların konsültasyon istenme sayısı ve nedenlerine göre dağılımı

Konsültasyon İstenme Nedeni	Cinsiyet	Sayı	Yüzde		Toplam	Ortalama	Standart Sapma	P Değeri
Tanı ve tedavi	Erkek	1045	57,5	62,34	1533	4,9352	6,85908	0,228
	Kadın	488	4,84					
Sevk	Erkek	63	3,46	4,56	83	,2917	1,25499	0,338
	Kadın	20	1,10					
Preoperatif Değerlendirme	Erkek	71	3,90	6,54	119	,3287	1,05580	0,507
	Kadın	48	2,64					
Bakımevine Yerleştirme ve Diğer Sosyal Hizmetler	Erkek	65	3,57	4,50	82	,3009	1,21126	0,130
	Kadın	17	0,93					
Toplam		1817				5,48	7,29	

Araştırmaya alınan 331 hasta için istenen konsültasyonlar incelendiğinde; toplam 1817 konsültasyon istendiği, hasta başına istenen ortalama konsültasyon sayısının $5,48 \pm 7,29$ olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda kadın ve erkekler arasında konsültasyon sayısı açısından anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p=0.275$)(Tablo 8).

Konsültasyon istenme nedenleri incelendiğinde; tanı ve tedavi amaçlı 1533(%84,3), preoperatif değerlendirme amaçlı 119(%6,54), sevk amaçlı 83(%4,56), bakımevine yerleştirilme ve diğer sosyal hizmetler amaçlı 82(%4,51) konsültasyon istendiği saptanmıştır(Tablo 8).

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda kadın ve erkekler arasında tanı ve tedavi amaçlı konsültasyon istenme nedenleri açısından anlamlı bir fark görülmedi($p=0.228$). Yapılan istatistiksel analiz sonucunda kadın ve erkekler arasında sevk amaçlı konsültasyon istenme nedenleri açısından anlamlı bir fark görülmedi($p=0.338$). Yapılan istatistiksel analiz sonucunda kadın ve erkekler arasında preoperatif değerlendirilme amaçlı konsültasyon istenme nedenleri açısından anlamlı bir fark görülmedi($p=0.507$). Yapılan istatistiksel analiz sonucunda kadın ve erkekler arasında bakımevine yerleştirilme ve diğer sosyal hizmetler amaçlı konsültasyon istenme nedenleri açısından anlamlı bir fark görülmedi($p=0.130$)(Tablo 8).

Tablo 9. Konsültasyon istenen branşların dağılımı

Branşlar	Minimum	Maksimum	Toplam	Yüzde	Ortalama	Standart Sapma
Enfeksiyon Hastalıkları	0	11	357	19,64	1,08	2,116
Nöroloji	0	9	149	8,20	,4502	1,14406
Göğüs Hastalıkları	0	7	137	7,53	,4139	,94435
Anestezi	0	9	123	6,76	,3716	,91003
Beyin Cerrahisi	0	9	117	6,43	,3535	1,04685
Dahiliye	0	8	106	5,83	,3202	,86349
Diyetisyen	0	4	88	4,84	,27	,643
Kardiyoloji	0	5	80	4,40	,2417	,60469
Genel Cerrahi	0	8	71	3,90	,2145	,76628
Algoloji	0	3	62	3,41	,19	,573
Gastroenteroloji	0	12	52	2,86	,1571	,81618
Üroloji	0	5	49	2,69	,1480	,62218
Hematoloji	0	7	48	2,64	,15	,658
Ortopedi	0	8	47	2,58	,1420	,74737
KBB	0	4	42	2,31	,1269	,51836
Nefroloji	0	7	38	2,09	,11	,646
Tıbbi Onkoloji	0	4	34	1,87	,10	,406
FTR	0	2	34	1,87	,1027	,35890
Psikiyatri	0	2	31	1,70	,0937	,30200
Sosyal Hizmetler	0	4	30	1,65	,09	,386
Radyasyon Onkolojisi	0	2	26	1,43	,08	,291
KVC	0	4	22	1,21	,07	,367
Girişimsel Radyoloji	0	4	21	1,15	,06	,364
Dermatoloji	0	2	15	0,82	,05	,236
Endokrinoloji	0	2	13	0,71	,04	,249

Tablo 9. Konsültasyon istenen branşların dağılımı (Devam)

Branşlar	Minimum	Maksimum	Toplam	Yüzde	Ortalama	Standart Sapma
Göz	0	1	11	0,60	,0332	,17951
Plastik Cerrahisi	0	2	5	0,27	,02	,145
Göğüs Cerrahisi	0	2	5	0,27	,02	,145
Kadın Hastalıkları	0	1	2	0,11	,01	,078
Diş Hastalıkları	0	1	2	0,11	,01	,078
Toplam	0	50	1817	100	5,48	7,29

Palyatif bakım merkezinde istenen konsültasyonların branşlara göre dağılımı incelendiğinde; en fazla istenen branşların enfeksiyon hastalıkları 357 (%19.64), nöroloji 149 (%8.20) ve göğüs hastalıkları 137 (% 7.53) olarak sıralandığı ve en az istenen branşların ise kadın hastalıkları ve diş hastalıklarından 2 (%0.11) olduğu görüldü (Tablo 9).

Tablo 10. Branşlardan tanı ve tedavi amaçlı konsültasyon istenme dağılımı

Branş	Minimum	Maksimum	Toplam	Ortalama	Standart Sapma
Diş Hastalıkları	0	1	2	,01	,078
Kadın Hastalıkları	0	1	2	,01	,078
Göğüs Cerrahisi	0	2	5	,02	,145
Plastik Cerrahisi	0	2	5	,02	,145
Göz Hastalıkları	0	1	7	,02	,144
Anestezi ve Reanimasyon	0	2	8	,02	,172
Endokrinoloji	0	2	13	,04	,249
Dermatoloji	0	2	15	,05	,236
Girişimsel Radyoloji	0	4	21	,06	,364
KVC	0	4	22	,07	,367
Radyasyon Onkolojisi	0	2	26	,08	,291
FTR	0	2	26	,08	,311
Psikiyatri	0	2	29	,09	,294
Tıbbi Onkoloji	0	4	34	,10	,406
KBB	0	4	36	,11	,474
Nefroloji	0	7	38	,11	,646
Ortopedi	0	8	45	,14	,732
Üroloji	0	4	48	,15	,601
Hematoloji	0	7	48	,15	,658
Gastroenteroloji	0	10	48	,15	,724
Genel Cerrahi	0	5	52	,16	,587
Algoloji	0	3	62	,19	,573
Dahiliye	0	5	68	,21	,661
Kardiyoloji	0	5	69	,21	,579
Diyetisyen	0	4	88	,27	,643
Beyin Cerrahisi	0	9	112	,34	1,033
Göğüs Hastalıkları	0	7	119	,36	,898
Nöroloji	0	9	128	,39	1,088
Enfeksiyon Hastalıkları	0	11	357	1,08	2,116

Branşlardan tanı ve tedavi amaçlı konsültasyon istenme dağılımı incelendiğinde; enfeksiyon hastalıklarından 357(%23,28), nörolojiden 128(% 8,34), göğüs hastalıklarından 119 (%7.76) tanı ve tedavi amaçlı konsültasyon istendiği görüldü.(Tablo 10).

Tablo 11. Bölümlerden sevk amaçlı konsültasyon istenme dağılımı

Branş	Minimum	Maksimum	Toplam	Ortalama	Standart Sapma
Ortopedi	0	1	1	,00	,055
Beyin Cerrahisi	0	1	2	,01	,078
KBB	0	2	2	,01	,110
Nöroloji	0	1	3	,01	,095
Genel Cerrahi	0	3	4	,01	,174
Dahiliye	0	6	26	,08	,426
Anestezi ve Reanimasyon	0	7	45	,14	,536

Branşlardan sevk amaçlı konsültasyon istenme dağılımı incelendiğinde; anestezi ve reanimasyondan 45(%54.21), dahiliyeden 26(% 31.32), genel cerrahiden 4 (%4.81) sevk amaçlı konsültasyon istendiği görüldü (Tablo 11).

Tablo 12. Bölümlerden preoperatif değerlendirilme amaçlı konsültasyon istenme sayısı

Branş	Minimum	Maksimum	Toplam	Ortalama	Standart Sapma
Beyin Cerrahisi	0	1	1	,00	,055
Gastroenteroloji	0	2	4	,01	,134
Dahiliye	0	1	6	,02	,134
Nöroloji	0	2	8	,02	,172
Kardiyoloji	0	1	10	,03	,171
Genel Cerrahi	0	3	10	,03	,218
Göğüs Hastalıkları	0	3	18	,05	,307
Anestezi ve Reanimasyon	0	5	62	,19	,624

Branşlardan preoperatif değerlendirme amaçlı konsültasyon istenme dağılımı incelendiğinde; anestezi ve reanimasyondan 62(%5.21), dahiliyeden 26(% 31.32), genel cerrahiden 4 (%4.81) preoperatif değerlendirme amaçlı konsültasyon istendiği görüldü (Tablo 12).

Tablo 13. Branşlardan bakımevine yerleştirme ve diğer sosyal hizmetler amaçlı konsültasyon istenme dağılımı

Branş	Minimum	Maksimum	Toplam	Ortalama	Standart Sapma
Üroloji	0	1	1	,00	,055
Kardiyoloji	0	1	1	,00	,055
Ortopedi	0	1	1	,00	,055
Beyin Cerrahisi	0	1	2	,01	,078
Psikiyatri	0	1	2	,01	,078
Göz Hastalıkları	0	1	4	,01	,109
KBB	0	1	4	,01	,109
Genel Cerrahi	0	1	5	,02	,122
Dahiliye	0	2	6	,02	,155
Anestezi ve Reanimasyon	0	2	8	,02	,172
FTR	0	1	8	,02	,154
Nöroloji	0	1	10	,03	,171
Sosyal Hizmetler	0	4	30	,09	,386

Branşlardan bakımevine yerleştirme ve diğer sosyal hizmetler amaçlı konsültasyon istenme dağılımı incelendiğinde; sosyal hizmetler bölümünden 30(%36.58), nörolojiden10 (%12.19), FTR'den 8 (%9.75) bakımevine yerleştirme ve diğer sosyal hizmetler amaçlı konsültasyon istendiği görüldü (Tablo 13).

Tablo 14. Cerrahi ve dahili bölümlerin konsültasyon istenme nedenlerinin istatistiki karşılaştırılması

Konsültasyon İstenme Nedeni	Konsültasyon İstenen Branş	Sayı	Yüzde	P değeri
Preoperatif Değerlendirme	Sadece Dahili	26	7.85	0.193
	Sadece Cerrahi	84	25.37	
	Dahili ve Cerrahi + Konsültasyon istenmeyenler	221	66.76	
Sevk	Sadece Dahili	26	7.85	0.014
	Sadece Cerrahi	84	25.37	
	Dahili ve Cerrahi + Konsültasyon istenmeyenler	221	66.76	
Bakımevi ve diğer sosyal hizmetler	Sadece Dahili	26	7.85	0.429
	Sadece Cerrahi	84	25.37	
	Dahili ve Cerrahi + Konsültasyon istenmeyenler	221	66.76	
Tanı ve tedavi	Sadece Dahili	26	7.85	0.016
	Sadece Cerrahi	84	25.37	
	Dahili ve Cerrahi + Konsültasyon istenmeyenler	110	66.76	

Yapılan istatikselsel analiz sonucunda cerrahi ve dahili branşlar arasında tanı ve tedavi amaçlı konsültasyon istenme sayıları açısından anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p=0.016$)(Tablo 14).

Yapılan istatikselsel analiz sonucunda cerrahi ve dahili branşlar arasında sevk amaçlı konsültasyon istenme sayıları açısından anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p=0.014$) (Tablo 14).

Yapılan istatikselsel analiz sonucunda cerrahi ve dahili branşlar arasında preoperatif değerlendirilme amaçlı konsültasyon istenme sayıları açısından anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p=0.193$)(Tablo14).

Yapılan istatikselsel analiz sonucunda cerrahi ve dahili branşlar arasında bakımevi ve diğer sosyal hizmetler amaçlı konsültasyon istenme sayıları açısından anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p=0.429$)(Tablo 14).

5.TARTIŞMA

Palyatif bakım merkezinde 1 yıllık sürede yatan hastalara herhangi bir sebeple yapılan konsültasyonların istenme nedenleri gözetilerek konsültasyon yapan hekimlerin hangi bölümlerde eğitim ihtiyaçlarının bulunduğu belirlenerek eğitim programlarının düzenlenmesine yardımcı olmak ve hastaların epidemiyolojik özelliklerinin irdelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular mevcut literatür ışığında tartışılmıştır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2017 yılında Yaşlı nüfus (65 yaş ve üzeri) 6 895 385 kişi olup yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8,5 olarak saptanmıştır. Yaşlı nüfusun %43,9'ını erkek nüfus, %56,1'ini kadın nüfus oluşturmuş olup, yaşlı nüfus oranının 2050 yılında %20,8'e yükseleceği tahmin edilmektedir (36). Araştırmaya alınan 331 hastanın yaş ortalaması 62,93 yıl olarak saptandı. Munch ve arkadaşlarının 2005'te yaptığı çalışmada ortalama yaş 60 yıl olarak saptanmış (37) İç Hastalıkları Palyatif Servisi'nde yatan toplam 258 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada yaş ortalaması 61,4 yıl olarak saptanmış (38). İKÇÜ Kanser Hastalarında Palyatif Bakım Servisinde çeşitli kanser tanılarıyla izlenen 71 hasta üzerinde 2016 yılında yapılan bir çalışmada hastaların yaş ortalaması 60,25 yıl saptanmıştır (39). Yürüyen ve arkadaşlarının 2017 de 319 hasta üzerinde yapmış olduğu çalışma da ise ortalama yaş 71 olarak saptanmış(40). Bu çalışmadan elde edilen verilerle değerlendirildiğinde Yürüyen ve arkadaşlarının çalışmasındaki yaş ortalaması çalışmamızdan daha büyük, diğer çalışmalarla benzerlik göstermekte. Çalışmalar kronolojik olarak değerlendirildiğinde ise yaşlı nüfusun arttığını gösteren TÜİK verilerini destekler nitelikte palyatif bakım merkezlerinde yaş ortalamasının giderek arttığı söylenebilir.

Hastaların cinsiyet dağılımına bakıldığında 331 hastanın %65,3'ünün erkek, %34,7'sinin ise kadın olduğu görülmüştür. Hindistan'da Menezes ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %56'sı erkek, %44'ü kadın olarak saptanmış(41). Yürüyen ve arkadaşlarının çalışmasında ise %55'i erkek, %45'i kadın olarak saptanmış. Çalışmamız ve literatür verileri değerlendirildiğinde palyatif bakım merkezlerine erkekler tarafından daha fazla başvurulduğu söylenebilir. Bu fark ve TÜİK 'in verileri değerlendirildiğinde ise yaşlı erkeklerin daha fazla kronik ve ölümcül hastalıklara maruz kalması yüzünden yaşlı nüfusun kadınlar lehine artmasının nedenini açıklayabilir.

Hastaların hastane yatış süreleri incelendiğinde ortalama yatış süreleri 19,17 gün (1-92 gün) olduğu görülmüştür. Yürüyen ve arkadaşlarının çalışmasında ortalama yatış süresi 15,4±15,7 gün olarak saptanmış(40). Yılmaz'ın çalışmasında ise ortalama 13,59±11,33 gün (2-59 gün) olarak saptanmış(39). Kripp ve arkadaşlarının 2013'te 466 kanser hastası üzerine yaptığı çalışmada ortalama yatış süresi 11 gün (0-120 gün) olarak saptanmıştır (42).

Çalışmamızda ortalama yatış süresinin daha uzun süre olması palyatif bakım servislerinin sayıca yetersizliği, kronik ve ölümcül hastalıkların semptomlarının ev şartlarında giderilmesindeki eksiklikler, kemoterapi, radyoterapi, uzun süre parenteral tedavi gerektiren durumlar gibi nedenlerle açıklanabilir.

Çalışmamızda taburculuk şekilleri incelendiğinde araştırmaya alınan 331 hastanın 249 (%75,2) hastanın haliyle taburcu, 34 (%10,3) hastanın sevk edildiği, 48 (%14,5) hastanın vefat ettiği saptanmıştır. Yürüyen ve arkadaşlarının çalışmasında hastanın 166 (%52,1) hastanın haliyle taburcu, 49 (%15,3) hastanın sevk edildiği, 104 (%33,6) hastanın vefat ettiği saptanmıştır(40). Çiçek'in 2016 da 239 hasta üzerine yaptığı çalışmada 178 (%74,5) hastanın haliyle taburcu, 16 (%6,7) hastanın sevk edildiği, 26 (%10,9) hastanın vefat ettiği saptanmıştır(43). Çalışmamızda hastaların yaklaşık %75'inin tedavilerinin tamamlanması ile evde takip edilebilecek hale getirilerek taburcu edildiği görülmekte. Kronik hastalıklarda semptom kontrolü sağlanarak haliyle taburcu olanların sayısının fazla olması palyatif bakım merkezlerinin sayılarının artması için önemli bir veri olabilir.

Çalışmamızda yatış tanıları incelendiğinde 227(%66,6) hasta tümöral hastalıklar 42(%12,6) hasta nörolojik ve nöroşirurjik hastalıklar, 8(%2,4) hasta ortopedik hastalıklar 23(%6,9) hasta diğer nedenlerle yatış yapıldığı görülmüştür. Komaç ve ark.larının 2015 yılında yaptığı çalışmada hastaların %33'ü malignite, %17'si diyabet, %17 enfeksiyöz nedenlerle, % 8 nörolojik ve ortopedik nedenlerle yatırılmış (38). Yılmaz'ın kanser hastalığında yaptığı çalışmadaki hastaların tanı tipleri incelendiğinde; %39,4'ünün gastrointestinal sisteme, %18,3'ünün akciğer ve larinkse, %14,1'inin genitoüriner sisteme, %9,9'unun santral sinir sistemine ait kanser tanısı olduğu saptandı(39).

Yürüyen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 143 (%43,9) hasta malignite nedeni, 104(%32,6) hasta enfeksiyon hastalıkları nedeni, 31(%9,7) hasta serebrovasküler hastalıklar, 30(%9,4) hasta nörodejeneratif hastalıklar, 27(%8,5,) hasta kronik ve/veya akut renal hastalıklar, 22 (%6,9) hasta hipertansiyon, 18(%5,6) hasta diyabet nedeni yatırılmış(40).

Çiçek'in çalışmasında ise hastaların %36'sının(n=86) kanser, %24,7 sinin nörolojik veya nöroşirurjik tanılarla , %18,8'inin diyabet ve komplikasyonlarıyla ilişkili durumlar , %5'inin femur fraktürü gibi yatağa bağımlı ortopedik tanılar, %6,7'sinin çeşitli enfeksiyonlar nedeniyle merkeze yatırıldığı görülmüş(43).

Çalışmamız ve diğer literatür veriler değerlendirildiğinde yatış tanısı açısından malignite ve nörolojik hastalıkların yatışların büyük bir kısmını oluşturduğu görülmekte, bu durum diğer çalışmalarla benzerlik göstermekte. Malignite ve nörolojik hastalıkların günümüzde giderek arttığı göze alındığında palyatif bakım merkezlerinin artmasının ve

geliştirilmesinin önemini göstermektedir.

Literatürde palyatif bakım merkezlerinde konsültasyon sıklığını ve istenme nedenlerini gösteren çalışmalara rastlanılmamıştır.

Araştırmaya alınan 331 hasta için istenen konsültasyonlar incelendiğinde; toplam 1817 konsültasyon istendiği, hasta başına istenen ortalama konsültasyon sayısının $5,48 \pm 7,29$ olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Konsültasyon sayıları incelendiğinde 66(%19,9) hastadan hiç konsültasyon istenmediği, 40'ından (%12.1) bir kez konsültasyon istendiği, 47 'sinden (% 14.2) iki kez konsültasyon istendiği ve en fazla olarak da bir hastadan 50 konsültasyon istendiği saptandı (Tablo 7).

Konsültasyon istenme nedenleri incelendiğinde; tanı ve tedavi amaçlı 1533(%84,3) konsültasyon istendiği, preoperatif değerlendirme amaçlı 119(%6,54), sevk amaçlı 83(%4,56), bakımevine yerleştirilme ve diğer sosyal hizmetler amaçlı 82 (%4,51) konsültasyon istendiği saptanmıştır (Tablo 8).

Konsültasyon istenme nedenleri içerisinde tanı ve tedavi amaçlı olanların ağırlıkta olması palyatif bakım merkezlerinde çalışan hekimlerin tanı koymada ve tedavi düzenlemede daha fazla eksikliklerinin olduğu söylenebilir.

Palyatif bakım merkezinde istenen konsültasyonların branşlara göre dağılımı incelendiğinde; en fazla istenen branşların enfeksiyon hastalıkları 357 (%19.64), nöroloji 149 (%8.20) ve göğüs hastalıkları 137 (% 7.53) olarak sıralandığı ve en az istenen branşların ise kadın hastalıkları ve diş hastalıklarından 2 (%0.11) olduğu görüldü (Tablo 9).

Branşlardan tanı ve tedavi amaçlı konsültasyon istenme dağılımı incelendiğinde; enfeksiyon hastalıklarından 357(%23,28), nörolojiden 128(% 8,34), göğüs hastalıklarından 119 (%7.76) tanı ve tedavi amaçlı konsültasyon istendiği görüldü (Tablo 10).

Tanı ve tedavi amaçlı konsültasyonların branş bazında değerlendirildiğinde enfeksiyon hastalıklarının sayısının fazla olması palyatif bakım merkezlerinde uzun süre yatan hastaların hastane enfeksiyonlarına yatkınlığının artması, enfeksiyon hastalıkları uzman onayı gerektiren antibiyotik tedavilerinin fazlalığı ve takip eden hekimlerin enfeksiyon hastalıkları açısından bilgi yetersizliği olabilir.

Branşlardan sevk amaçlı konsültasyon istenme dağılımı incelendiğinde; anestezi ve reanimasyondan 45(%54.21), dahiliyeden 26 (%31.32), genel cerrahiden 4 (%4.81) konsültasyon istendiği görüldü (Tablo 11).

Sevk amaçlı konsültasyonlar branş bazında değerlendirildiğinde anestezi ve reanimasyon, dahiliye ve genel cerrahi branşlarının ağırlıkta olması palyatif bakım merkezlerinde genel durumu kötüleşen hastaların bu branşların yoğun bakım ünitelerine

hastaların devir edilmesi ihtiyacından dolayı olabilir.

Branşlardan preoperatif değerlendirme amaçlı konsültasyon istenme dağılımı incelendiğinde; anestezi ve reanimasyondan 62(%5.21), dahiliyeden 26 (% 31.32), genel cerrahiden 4 (%4.81) preoperatif değerlendirme amaçlı konsültasyon istendiği görüldü (Tablo 12).

Preoperatif değerlendirilme amaçlı konsültasyonlar branş bazında değerlendirildiğinde anestezi ve reanimasyon, dahiliye ve genel cerrahi branşlarının ağırlıkta olması palyatif bakım merkezlerinde enteral beslenme sorunu olan hastalara perkütan endoskopik gastro-jejunostomi açılması, operasyon öncesi elektrolit bozuklarının tedavisinin düzenlenmesi gibi nedenlerden dolayı olabilir.

Branşlardan bakımevine yerleştirme ve diğer sosyal hizmetler amaçlı konsültasyon istenme dağılımı incelendiğinde; sosyal hizmetler bölümünden 30(%36.58), nörolojiden10 (%12.19), FTR'den 8 (%9.75) bakımevine yerleştirme ve diğer sosyal hizmetler amaçlı konsültasyon istendiği görüldü (Tablo 13).

Bakımevine yerleştirme ve diğer sosyal hizmetler amaçlı konsültasyonlar branş bazında değerlendirildiğinde sosyal hizmetler bölümü, nöroloji ve FTR branşlarının ağırlıkta olması yatan hastalardan kimsesiz hastaların giyecek yardımı, bakımevine yerleştirme ve ailelerine ulaşma işlemlerinin sosyal hizmetler birimi tarafından yapılması söylenebilir. Hastaların havalı yatak, kullandıkları ilaçların raporlarının düzenlenmesi, hasta alt bezi raporu düzenlenmesi gibi ihtiyaçların bu branşlar tarafından düzenleniyor olması neden olarak söylenebilir.

Dahili ve cerrahi branşlardan konsültasyon istenme nedenleri karşılaştığında tanı ve tedavi nedenli konsültasyonların dahili, sevk amaçlı konsültasyonların cerrahi branşlardan daha fazla istendiği, preoperatif değerlendirilme ve sosyal hizmetler nedenli konsültasyonların ise iki gruptan da benzer oranlarda istendiği saptandı.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Palyatif bakım servisinde 1 yıllık sürede yatan hastalarda konsültasyon durumunun değerlendirilmesi adlı çalışmadan elde edilen sonuçlar ve öneriler aşağıda tanımlanmıştır.

Palyatif bakım merkezlerinde yatan hastaların yaş ortalaması giderek artmaktadır.

Çalışmamızda palyatif bakım merkezlerine erkekler tarafından daha fazla başvurulduğu saptandı. Bu fark ve kadınların yaşlı nüfusta daha fazla olduğunu belirten TÜİK 'in verileri değerlendirildiğinde ise yaşlı erkeklerin daha fazla kronik ve ölümcül hastalıklara maruz kalması yüzünden yaşlı nüfusun kadınlar lehine artmasının nedenini açıklayabilir. Bu duruma bağlı olarak erkeklerin kronik ve ölümcül hastalıkların erken teşhisi için tarama programlarının önemini göstermektedir.

Çalışmamızda palyatif bakım merkezinde yatış süresinin uzunluğu dikkate alındığında kronik ve ölümcül hastalıkların semptomlarının ev şartlarında giderilmesi için evde bakım hizmetlerinin desteklenmesi ve geliştirilmesi önemlidir.

Çalışmamızda hastaların yaklaşık %75'inin tedavilerinin tamamlanması ile evde takip edilebilecek hale getirilerek taburcu edildiği saptandı. Kronik hastalıklarda semptom kontrolü sağlanarak haliyle taburcu olanların sayısının fazla olması için palyatif bakım merkezlerinin sayılarının artması için önemlidir.

Çalışmamızda yatış tanısı açısından malignite ve nörolojik hastalıkların yatışların büyük bir kısmını oluşturduğu görülmekte, bu durum diğer çalışmalarla benzerlik göstermekte. Malignite ve nörolojik hastalıkların günümüzde giderek arttığı göze alındığında palyatif bakım merkezlerinin artması ve geliştirilmesi önemlidir.

Çalışmamızdaki konsültasyon istenme nedenleri içerisinde tanı ve tedavi amaçlı olanların ağırlıkta olması palyatif bakım merkezlerinde çalışan hekimlerin tanı koymada ve tedavi düzenlemede daha fazla eksikliklerinin olduğu ve bu amaçla hizmetiçi eğitimler veya gerekli branşlara rotasyona gönderilmesi önemlidir.

Tanı ve tedavi amaçlı konsültasyonların branş bazında değerlendirildiğinde enfeksiyon hastalıklarının sayısının fazla olması palyatif bakım merkezlerinde uzun süre yatan hastaların hastane enfeksiyonlarına yatkınlığının artması, enfeksiyon hastalıkları uzman onayı gerektiren antibiyotik tedavilerinin fazlalığı ve takip eden hekimlerin enfeksiyon hastalıkları açısından bilgi yetersizliğinin giderilmesi önemlidir.

Sevk amaçlı konsültasyonlar branş bazında değerlendirildiğinde anestezi ve reanimasyon, dahiliye ve genel cerrahi branşlarının ağırlıkta olduğu saptandı. Palyatif bakım merkezlerinde genel durumu kötüleşen hastaların bu branşların yoğun bakım ünitelerine devir edilmesi için ilgili branşlarla palyatif bakım merkezlerinin koordinasyonu önemlidir.

Preoperatif değerlendirilme amaçlı konsültasyonlar branş bazında değerlendirildiğinde anestezi ve reanimasyon, dahiliye ve genel cerrahi branşlarının ağırlıkta olduğu saptandı.

Bakımevine yerleştirme ve diğer sosyal hizmetler amaçlı konsültasyonlar branş bazında değerlendirildiğinde sosyal hizmetler bölümü, nöroloji ve FTR branşlarının ağırlıkta olduğu saptandı.

Dahili ve cerrahi branşlardan konsültasyon istenme nedenleri karşılaştığında tanı ve tedavi nedenli konsültasyonların dahili, sevk amaçlı konsültasyonların cerrahi branşlardan daha fazla istendiği, preoperatif değerlendirilme ve sosyal hizmetler nedenli konsültasyonların ise iki gruptan da benzer oranlarda istendiği saptandı.



KAYNAKLAR

1. WHO Definition of PalliativeCare. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.Erişim tarihi: 28.04.2018.
2. Morison RS, Meier DE. Clinicalpractice. Palliativecare. N Engl J Med 2004; 350: 2582-90.
3. Özçelik H, Fadıllıoğlu Ç, Karabulut B ve arkadaşları. Kanser Hastasının Palyatif Bakımda Vaka Yönetimine Dayalı Multidisipliner Bakım Protokolü. AĞRI 2014; 26(2):47-56.
4. Aygencel G, Nas A, Sarıtaş H, Deryal K, Demircan A. Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisindeki İç Hastalıkları Konsültasyonlarının Genel Özellikleri. Fırat Tıp Dergisi 2012; 17(4): 219-222.
5. Pelin S. Ş.Tıp evrimi açısından ve psikiyatri özelinde konsültasyon kurumu. Klinikpsikiyatri 2000 3: 117-125
6. Holliman CJ: The art of dealingwithconsültants J EmergMed 1993;5:633-640
7. Eshikumo,IshaaqSakwa.Acil hekimlerinin konsültasyon sürecinde yaşadıkları zorlukların değerlendirilmesi.Uzmanlık Tezi.Başkent Üniversitesi.Acil Tıp Anabilim Dalı,Ankara,2017
8. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi T.C Sağlık Bakanlığı Resmi Gazete, 1960;4/12578 nolu karar
9. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları Türk Tabipler Birliği ‘Etik kurallar Mevzuat 1960; 6023 nolu yasa 59/g maddesi.
10. T.C. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. ‘‘Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri’’ Yüksek Lisans Tezi. Gülay Turgay – Ankara 2010.
11. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.53e1f46b33f172.57771592. Erişim tarihi: 25.3.2018.
12. Kabalak AA. Türkiye’de Palyatif Bakım; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler, Anestezi Dergisi 2014; 22 (3):121-3.
13. Aydoğan F, Uygun K. Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. Klinik Gelişim Dergisi 2011; 24:4-9.
14. Pediatrik palyatif bakım. <http://www.slideshare.net/mbolmez/pediatrik-palyatif-bakimfazlas-iin-wwwtipfakultesiorg>. Erişim tarihi:24.03.2018
15. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi, 2013;11(2):56-70.

16. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. http://www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2013-02/html/2013-11-2-071-077.pdf. Erişim tarihi:25.02.2018
17. World HealthOrganization (WHO) definition of palliativecare, availableonline at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.Erişim tarihi: 18.04.2018).
18. Kasım Ğ, Özkara A. Son Dönem Hastalarda Yaşam Kalitesi. Türkiye Klinikleri J FamMed-Special Topics 2014;5(3):126-30.
19. Canan DB, Mert H. Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım. TAF PreventiveMedicineBulletin. 2012; 11(2): 219-24.
20. İnan N, Palyatif Bakım Tanımına Çoklu Bakış. Türkiye Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği. Erişim Tarihi: 12.02.2018.
21. Bag B. Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. Türk Onkoloji Dergisi 2012; 27(3):142-9.
22. Kaya A. Türkiye’de ve Dünyada Palyatif Bakım. <http://www.acibademhemsirelik.com/dergi/82/makale.asp>.Erişim Tarihi: 30.03.2018.
23. Uzuncu HB, Buyruk H ve Alnak E. Yoğun bakımda yapılacak bir şeyi kalmayan kanserli terminal dönem hastalara insanca bakım önerisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2013;35: 143-151.
24. Ulusal Kanser Kontrol Programı.http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/Ulusal_Kanser_Kontrol_Programi_20092015.pdf. Erişim Tarihi: 25 Mart 2018
25. Palyatif Sunumu.http://sirnak.khb.saglik.gov.tr/4884_palyatif-bakim-egitimleri-veri.Erişim Tarihi: 13.04.2018
26. Sağlık Bakanlığı Evde sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları HakkındaYönerge, 01.02.2010 tarih ve 3895 Sayılı Makam Onayı. www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u-.html.Erişim Tarihi: 13.01.2018
27. Sağlık Bakanlığı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete. [www.mevzuat.gov.tr/](http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7542&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=evde%20bakim) Metin. AspX? MevzuatKod=7.5.7542&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=evde%20bakim. Erişim Tarihi:13.01.2018
28. Erel S. Dünyada Palyatif Bakımın Durumu ve Hospis Sistemleri. İçinde: Tuncer AM(Editör). Türkiye’de Kanser Kontrolü. Ankara: Koza Matbaacılık, 2009:287-298.
29. Çelik M. Hospis ve Palyatif Bakım. İçinde: Ünlüoğlu İ, Saatçı E (editörler). AileHekimliğinde Evde Bakım. Birinci baskı. İstanbul: Akademi Yayınevi, 2015: 96-135.

30. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer AM. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010-1, Sayfa 1-6.
31. Türkiye’de Tescilli Palyatif bakım merkezlerinin mevcut durumu. https://khgm.saglik.gov.tr/KBY/5/6324_-palyatif-bakim-unit Erişim tarihi: 28.04.2018.
32. National Comprehensive Cancer Network NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Palliative Care, 2009. Available at: <http://www.nccn.org>. Erişim tarihi: 02.02.2018.
33. Palyatif Bakım Sağlık Bakanlığı Tanımları ve Planlamaları. <http://slideplayer.biz.tr/slide/2613382/>. Erişim Tarihi: 02.02.2018.
34. Levy MH, Smith T, Alvarez-Perez A, et al. Palliative care, Version 1.2014. Featured update to the NCCN Guidelines. J Natl Compr Canc Netw 2014; 12: 1379.
35. Saatçi E. Dünyada ve Türkiye’de Kanser Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics, 2014; 5(2): 1-8.
36. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus ve Demografi - <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. Erişim Tarihi: 17.06.2018.
37. Munch TN, Zhang T, Willey J, Palmer JL, Bruera E. The Association between Anemia and Fatigue in Patients with Advanced Cancer Receiving Palliative Care. Texas : Journal Of Palliative Medicine, 2005; 8(6): 1144-1149
38. Komaç A, Elyigit F, Türemiş C, Gram E, Akar H. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Palyatif Bakım Ünitesi’nde yatan hastaların retrospektif analizi. FNG & Bilim Tıp Dergisi 2016; 2(1): 1-3
39. Yılmaz A. Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri. Uzmanlık tezi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2015.
40. Yürüyen, M., Tevetoğlu, I. Ö., Tekmen, Y., Polat, Ö., Arslan, İ., & Okuturlar, Y. (2018). Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(1), 74-80.
41. Menezes VH, Nair SN, Soumya M, Tarey S. Prescription Pattern of Analgesic Drugs for Patients Receiving Palliative Care in a Teaching Hospital in India. *Indian Journal of Palliative Care*. 2016; 22(1): 63-66.
42. Kripp M, Willer A, Schmidt C, Pilz LR, Gencer D, Buchheidt D, Hochhaus A, Hofmann WK, Hofheinz RD. Patients with malignant hematological disorder treated on a palliative care unit: prognostic impact of clinical factors. Springer, 2013; DOI 10.1007/s00277-013-1861-7

43. Çiçek M. Palyatif Bakım Servisinde izlenen Hastaların Hematolojik Parametreler Ve Beslenme Şekilleri Açısından Retrospektif Değerlendirilmesi.Uzmanlık tezi.İzmir Tepecik EAH, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2016.

