



TC.

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN VE PALYATİF BAKIM İHTİYACI OLAN
HASTALARIN YENİ BİR TARAMA METODU İLE BELİRLENMESİ,
İHTİYAÇLARININ VE SEMPTOM ŞİDDETLERİNİN SPEED, EDMONTON VE
KARNOFSKY SKALALARI İLE İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. HÜLYA GÜNEY

TEZ DANIŞMANI

YRD. DOÇ. DR. NURŞAH BAŞOL

TOKAT-2017

“Acil servise başvuran ve palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların yeni bir tarama metodu ile belirlenmesi, ihtiyaçlarının ve semptom şiddetlerinin Speed, Edmonton ve Karnofsky skalaları ile incelenmesi” başlıklı bu çalışma Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Bölümü’nde Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tezin Kabul Ediliş Tarihi: / / 201

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Nurşah BAŞOL

İmza

TEŞEKKÜR

Acil Tıp Anabilim Dalı ile ilgili edindiğim bilgilerin çoğunu bana öğreten ve tez çalışmalarım sırasında bana her türlü destek ve yardımcı veren Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi saygıdeğer Yrd. Doç. Dr. Nurşah Başol'a, asistanlık eğitimim boyunca engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri saygıdeğer Yrd. Doç. Dr. Serhat Koyuncu, Yrd. Doç. Dr. Serhat Karaman ve Yrd. Doç. Dr. Mehmet Esen'e, başta sevgili Uzm. Dr. Aslı Yasemen Savaş olmak üzere beraber çalıştığım tüm asistan, hemşire ve personel arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Asistanlık dönemim boyunca benden sabır ve desteklerini esirgemeyen sevgili eşim, canım annem, manevi anne-babam ablam ve eniştem, sevgili Filiz ve Furkan'a teşekkür ederim.

Bu çalışma en değerli hediyelerim Şehbal ve Ahmet Hasan'ıma ithaf edilmiştir.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
ŞEKİL LİSTESİ.....	IV
TABLO LİSTESİ.....	V
KISALTMALAR LİSTESİ.....	VII
ÖZET.....	VIII
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
MATERYAL - METOD.....	29
İSTATİKSEL ANALİZ.....	33
TARTIŞMA.....	63
SONUÇLAR.....	68
KAYNAKLAR.....	70

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Hastalık seyrinde palyatif bakımın yeri

Şekil 2. Kanser ağrısını etkileyen faktörlerle oluşan kısır döngü



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Noami ve arkadaşlarının “Content Validation of a Novel Screening Tool to Identify Emergency Department Patients With Significant Palliative Care Needs” isimli çalışmasında, 3 adımdan oluşan tarama modelinin ilk adımını sağlayan hasta grubu

Tablo 2. Karnofsky Performans Skalası

Tablo 3. Edmonton Semptom Tanımlama Ölçeği

Tablo 4. Speed Performans Skalası

Tablo 5. Demografik bilgiler

Tablo 6. Hastaların Karnofsky Performans Skalasından Aldığı Puan

Tablo 7. Edmonton Semptom Tanımlama Bilgileri

Tablo 8. Speed Performans Skalası Bilgileri

Tablo 9. Kolmogrov Smirnov Normallik Testi

Tablo 10. Edmonton Semptomlarının Karnofsky Performans Skalası Açısından Karşılaştırılması

Tablo 11. Tedavideki Zorluğun Karnofsky Performans Skalası Açısından Karşılaştırılması

Tablo 12. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Edmonton Semptom Tanımlama Bilgileri'nin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 13. Hastaların Yaşlarına Göre Edmonton Semptom Tanımlama Bilgileri'nin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 14. Hastaların Tanı Aldıkları Zamana Göre Edmonton Semptom Tanımlama Bilgileri'nin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 15. Hastaların Evde Sağlık Hizmeti Alıp Almamasına Göre Edmonton Semptom Tanımlama Bilgileri'nin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 16. Hastaların Speed Performans Skalası'nın Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 17. Hastaların Speed Performans Skalası'nın Yaşlarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 18. Hastaların Speed Performans Skalası'nın Tanı Aldıkları Zamana Göre Karşılaştırılması



KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

PB: Palyatif bakım

AS: Acil servis



ÖZET

Amaç: Acil servis (AS), palyatif bakımın (PB) vazgeçilmez parçalarından biridir. PB hastalarının AS'te değerlendirme ve tedavisinin eksiksiz yapılabilmesi adına yurt dışında birçok çalışma mevcut olmakla beraber ülkemizde bu alanda yapılmış olan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Biz bu kapsamlı çalışma ile AS'e başvuran ve PB ihtiyacı olan hastaları yeni bir tarama metodu ile belirleyip, ihtiyaçlarını ve semptom şiddetlerini Speed, Edmonton ve Karnofsky skalaları ile inceleyerek PB'nin AS'e entegrasyonu sürecine katkıda bulunmayı amaçladık.

Materyal- metod: Etik kurul izni alınmış olan bu prospektif çalışmamıza 1 Aralık 2015 ile 1 Şubat 2017 tarihleri arasında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi AS'ine başvuran, 18 yaş ve üzeri hastalar dahil edildi ve çalışma formu bilgileri kaydedildi. Çalışma formu belirtilen şu değişkenleri içeriyordu; hastaların demografik bilgileri (yaşı, cinsiyeti), tanı süresi, PB takibi olup olmadığı, evde bakım hizmeti alıp almadığı, hastalığı sebebiyle maddi devlet desteği alıp almadığı, AS takip süresi, konsültasyon istenip istenmediği ve AS'teki takibinin sonuçlanma şekli (taburculuk, klinik yatış, yoğun bakım yatış, vefat). Hastalara Speed, Karnofsky Performans Skalası ve Edmonton Semptom Tanımlama Ölçeği uygulandı. Çalışmanın analizleri IBM SPSS 20 ve Excel 2010 versiyonu kullanılarak hazırlandı. Tüm değişkenlerin frekans (f) ve yüzde (%) değerleri hesaplandı. Ölçeklerin normallik varsayımlarının test edilebilmesi için Kolmogrov Smirnov Testi uygulandı. Karşılaştırmalı analizlerde Kruskal Wallis-H Testi, Mann Whitney U Testi ve Pearson Chi Square Testi kullanıldı. Kruskal Wallis-H Testi sonucunda farklılık gözlenmesi durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının bulunması için Mann Whitney U Testi uygulandı.

Bulgular: Çalışma 150 hastanın katılımı ile gerçekleştirildi. Çalışmaya katılan hastaların %44'ü kadın, %56'sı erkekti. Hastaların % 6,70'i 18-45, %35,30'u 46-65 yaş aralığında, % 58,00 'ı ise 65 yaş üzerindedir. Hastaların Karnofsky performans skalasından aldıkları puanların ortalaması 43,13 olarak hesaplandı. Hastalarda en sık karşılaşılan semptomların sırasıyla yorgunluk, ağrı, iştahsızlık ve bulantı olduğu görüldü. Edmonton semptom tanımlama ölçeği ile Karnofsky performans skalası kıyaslandı. Dispne, ciltte ve tırnaklarda değişiklik ve ellerde uyuşma semptomları olan hastaların Karnofsky puanları daha düşük bulundu. Edmonton semptom bilgilerinin yaşlara göre karşılaştırılması sonucunda hastaların bulantı, üzüntü ve endişe hissinin en sık 18-45 yaş aralığında görüldüğü saptandı. Hastaların Edmonton semptom bilgilerinin evde sağlık hizmeti alıp almamalarına göre

karşılaştırılması sonucunda, evde sağlık hizmeti almayanların kendilerini daha yorgun, üzgün, ve endişeli hissettikleri belirlendi. Hastaların Speed performanslarının cinsiyet, yaş, tanı alınan zaman açısından karşılaştırılmasına göre herhangi bir farklılık bulunmadı. Ancak, evde sağlık hizmeti aldığı gözlemlenen hastaların Speed performanslarının daha yüksek bulundu.

Sonuçlar: Çalışmamız AS'e başvuran ve PB alması gereken hasta grubunun tanımlanması ve bu hasta grubunun mevcut durum ve semptomlarının ölçeklerle belirlenip değerlendirilmesinin yapıldığı ilk çalışmadır. PB günümüz sağlık sistemi içerisinde göz ardı edilmemesi gereken ve faydaları açıkça ortaya konan bir bakımdır. Tek başına AS'lerin bu bakımı üstlenmesi mümkün olmamakla beraber AS'leri bu bakımın dışında tutmak da mümkün değildir. Ülkemizde PB sistemleri yerleşmiş olmasa da; AS'ler olarak bu hasta grubuna en iyi bakımı sağlamak yine bizim sorumluluğumuzdadır. Bu konuda yapılacak kapsamlı her çalışma PB yapılanmasının ülkemizde yerleşmesi bakımından oldukça değerli olacaktır.

SUMMARY

Objective: Emergency department (ED) is one of the indispensable parts of palliative care (PC). Although there are many studies abroad for the evaluation and treatment of PC patients in ED, it is very limited in our country. With this comprehensive study, we aimed to contribute to the integration process of PC into ED by examining the needs and symptom severities with Speed, Edmonton and Karnofsky scales by using a new screening method of patients who applied to ED and who need PC.

Materials and Methods: This prospective study, which was approved by the ethics committee, included patients aged 18 years and over who applied to Gaziosmanpaşa University Medical Faculty Hospital ED between 1 December 2015 and 1 February 2017, and the study form information was recorded. The study form contained the following variables; demographic information (age, gender) and diagnosis of the patients, the duration of diagnosis, the duration of ED follow-up, the need for consultation and the result of follow-up in the ED (discharge, clinical admission, Intensive care hospitalization, death). The patients were administered the Speed, Karnofsky Performance Scale and the Edmonton Symptom Identification Scale. The analysis of the study was prepared using IBM SPSS 20 and Excel 2010 version. Frequency (f) and percent (%) values of all variables were calculated. The Kolmogorov Smirnov Test was applied to test the normality assumptions of the scales. In comparative analyzes, Kruskal Wallis-H test, Mann Whitney U test and Pearson Chi square test were used. Mann Whitney U Test was used to find out from which groups the difference was originated in case of difference in Kruskal Wallis-H test result.

Findings: The study was conducted with the participation of 150 patients. Of the patients participating in the study, 44% were female and 56% were male. 6,70% of the patients were in the age range of 18-45, 35,30% in the age of 46-65, and 58,00% were in the age of 65 years. The average score of the patients' Karnofsky performance score was calculated as 43.13. The most common symptoms in the patients were fatigue, pain, anorexia and nausea respectively. The Edmonton symptom definition scale and the Karnofsky performance scale were compared. Patients with dyspnea, changes in skin and nails and symptoms of numbness in the hands were found to have lower Karnofsky scores. As a result of age-related comparisons of Edmonton's symptoms, nausea, sadness and anxiety were found most frequently in the 18-45 age range. As a comparison of patients' health status with the Edmonton symptom information, it was found that those who did not receive home health care felt tired, sad, and anxious. There was no difference in the speed performance of the

patients according to gender, age, time of diagnosis. However, the Speed performances of the patients who were observed to have health care at home were higher.

Conclusions: This study was the first study to define the patient group who apply an ED and who should receive PC and to determine the current status and symptoms of this group of patients with scales. PC is a maintenance that should not be ignored in the current health system and whose benefits are clearly demonstrated. It is not possible for emergency services alone to undertake such care, but it is not possible to exclude emergency services from this care. Although PB systems are not established in our country; as ED, it is again our responsibility to provide the best care for this patient group. Any comprehensive work to be done in this regard will be of great value in terms of the PC structuring in our country.



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2006 yılındaki tanımında "Palyatif bakım (PB), yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya kalan hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltme; fiziksel, psikososyal ve manevi olmak üzere diğer sorunların eksiksiz değerlendirme ve tedavisi sayesinde acı ve kederlerini dindirme, tüm bu sorunlar için önceden önlemler alarak hastalıkla daha kolay başa çıkmalarını sağlama amacı güden yaklaşımdır." ifadesini kullanmaktadır (1). PB'da temel prensip, hastalığı ilerlemiş ve progresyonu devam eden hastaların erken tanınip, semptom önleyici yaklaşımların uygulanması; hasta yakınlarının da bu süreci kolay atlatmasına yönelik çalışmaların gerçekleştirilmesine dayanır (2).Yaşamı tehdit eden ve tedavisi mümkün olmayan hastalarda gerekli bakım ve tedavinin gittikçe önem kazanması, PB'ın yeni bir disiplin olmasına karşın, tıbbin diğer alanları içerisinde kendine hızlı yer edinmesini sağlamıştır (3).

PB kanser ile mücadelenin temel taşlarından biridir ancak PB 'ı sadece onkoloji hastalarıyla sınırlandırmak doğru bir yaklaşım değildir. PB'da amaç terminal dönem hastalarının sadece fiziksel sorunlarını gidermekle sınırlı kalmaz. Hasta olma durumunu ve çekilen acıyı kabullenme, hastane dışı doğal ölüme hazır olma süreci de PB'a dahildir (4). PB hem tedaviyle ilgili süreçlerden hem de biyopsikososyal modelden oluşan bir bütündür ancak bu tanımla ilgili yanlış anlaşılma her zaman olasıdır (4,5). PB'la ilgili yanlış anlaşılmaları ortadan kaldırmak için, öncelikle palyatif tedavi ve destekleyici tedavinin ne olduğunun anlaşılması gerekir; çünkü PB, palyatif tedavi ve destekleyici tedavi arasında sıkı bir ilişki söz konusudur. Palyatif tedavi; ışın tedavisi, ilaç terapisi ya da bir ameliyatla tedavisi mümkün olmayan hastalığın neden olduğu yaşamı normal olarak sürdürmeye olanak tanımayan belirtilerin tedavisi olarak tanımlanmakla beraber, destekleyici tedavi; kemo-radyoterapi ya da ilaç tedavisinde hastanın uyumunu artırmaya yönelik, hastalık sürecince yaşanan belirtilere, hastalık süresince uygulanan (örneğin beslenme tedavisi veya psikolojik tedaviler) girişimler olarak tanımlanır. PB, en temel özelliklerinden birisi olan, her hasta ve hastayla ilgili her durumun özel ve benzersiz olması kuralıyla, tedavi girişimleri süresince bireyin önceki yaşamını da dikkate alarak belirlediği gereksinimleri önemsemesi yönüyle diğer iki kavramdan ayrı olarak düşünülür (5,6).

Günümüzde yaşlı nüfusta ve ileri evre hastalıklarda yaşanan artış sebebiyle, PB hastalarında AS başvurusu her geçen gün önem kazanmaktadır (7). Acil tıbbin temel mantığı sorunlara ivedilikle ve kesin çözüm elde etmektir, bu bağlamda PB ile özünde tam

örtüşmemektedir (8). Acil servis (AS) her zaman yoğun ve hızlı işleyişin elzem olduğu bir bölüm olmakla birlikte; acil tıp hekiminin bu özel hasta grubuna gereken bakımı sağlayabilmesi yeterli bilgi ve becerilere sahip olmasıyla mümkün olabilir (9,10).

Tüm bunlar göz önüne alındığında AS, PB'ın vazgeçilmez parçalarından biridir. PB hastalarının AS'te değerlendirme ve tedavisinin eksiksiz yapılabilmesi adınayurt dışında birçok çalışma mevcut olmakla beraber ülkemizde bu alanda yapılmış olan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Biz bu kapsamlı çalışma ile AS'e başvuran ve PB ihtiyacı olan hastaların yeni bir tarama metodu ile belirleyip, ihtiyaçlarını ve semptom şiddetlerini Speed, Edmonton ve Karnofsky skalaları ile inceleyerek PB'ın AS'e entegrasyon sürecine katkıda bulunmayı amaçladık.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.PALYATİF BAKIMIN TANIMI

Palyatif deyiimi Latince’de maske veya pelerin anlamına gelen “pallium” kelimesinden köken almaktadır. Bu etimoloji PB’ın gerçekten ne olduğuna işaret etmektedir. “Küratif tedaviden yararlanamayacak durumda olan hastalığın belirtilerini maskelemek veya bu belirtileri yaşayan hastalara pelerin olmak gibi...” şeklinde yorumlamak mümkündür (11,12,13).

DSÖPB’ı, yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanı ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (14,15,16).

PB’ın amacı, bireyin içinde bulunduğu kültürel ve yerel değer, inanç ve uygulamalarına duyarlı davranılarak sahip olunan fonksiyonel kapasitenin restore edilmesi ve semptomların kontrol edilerek, acının hafifletilmesi ve sonucunda bireyin yaşam kalitesinin artırılmasıdır (16,17,18). PB bilinci; psikolojik, sosyal ve spiritüel destek sunan, ağrı ve diğer semptomların kontrolünü amaçlayan; ileri progresif hastalığa sahip bireylerin aktif ve total bakımınıdır (14,15,19).

PB’ın hedefleri madde madde aşağıda sunulmuştur :

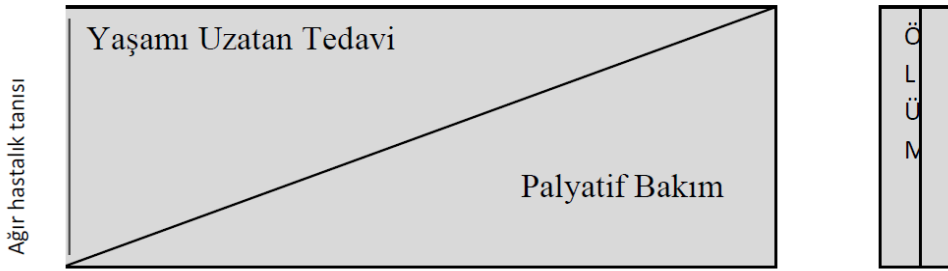
- 1.Ağrı ve stres verici diğer semptomların giderilmesi sağlanır.
- 2.Normal bir süreç olarak yaşam ve ölüme saygı duyulması amaçlanır.
- 3.Ölümü ne çabuklaştırmayı ne de ertelemeyi amaçlanmaz.
- 4.Hasta bakımının psikososyal ve spiritüel yönünü bütünleştirir.
- 5.Ölüme kadar, hastanın mümkün olduğunca aktif bir şekilde yaşaması konusunda destek sağlanır.
- 6.Hasta, hastalığı boyunca cesaretlendirilir ve ailenin baş edebilmesi için destek verilir.
- 7.Hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılamak için ekip yaklaşımı benimsenir ve gerekirse matem danışmanlığı yapılır.

8.Hastalık sürecini pozitif etkilemek ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanır.

9.Radyoterapi yada kemoterapi gibi yaşam süresini uzatma amacı olan yaklaşımları diğer tedavilerle kombine ederek, hastalığın erken aşamasında uygulanması sağlanır.

10.Stres verici klinik komplikasyonları yönetmek ve daha iyi anlaşılabilmesi için araştırmalar yapılır (15).

Terminal kanser, hastanın durumunun ilerleyici olduğu ve hastalığın tedavisinin mümkün olmadığı, küratif tedavinin yararlı olmadığı ileri bir düzeyi ifade eder. PB ve küratif tedavi entegrasyonu şekil 1’de gösterilmiştir. Bu değişen modelde, yaşamı uzatan tedavi hastalığın ilerlemesini azaltmak amacı güderken, terminal döneme yaklaşan hasta için PB ihtiyacı artmaktadır. Hastanın ölümden sonra aile üyeleri ve yakınlarının yas sürecinde desteklenmesi de önemlidir. Bu modelde PB hizmeti; yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısı konulması itibari ile başlamakta ve terminal dönemi de içine alan hastalık süreci boyunca kanser hastasının ve ailesinin artan ihtiyaçlarına göre şekillenerek sunulmaktadır (15, 16).



Şekil 1. Hastalık seyrinde palyatif bakımın yeri

2.2.PALYATİF BAKIMIN TARİHÇESİ

PB'nin başlangıcı orta çağ dönemine kadar uzanmaktadır. Orta çağda “son dönem bakım” (hospis) terimi yolcular ya da seyahat eden kişiler için korunulacak ya da sığınılacak bir yeri tarif etmek amacıyla kullanılıyordu. Modern son dönem bakım ve PB'nin evrimi Dame Cicely Saunders'in vizyon, cesaret ve sorumluluğu sayesinde gelişmiştir (11,13,20).

Dame Cicely Saunders 1967'de Londra'da St. Christopher Son Dönem Bakım Evini açmıştır. Bu modern eğitim ve araştırmanın yapıldığı ilk son dönem bakım birimidir. Dame Cicely profesyonel ve kişisel hayatını ileri düzey hastalığa sahip hastaların bakımı ve çalışması için adanmıştır. Ölmekte olan hastanın ve ailelerinin ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağı

konusundaki eksikliği saptamış ve yanıt vermiştir. Her hastanın ve ailesinin bireysel ihtiyaçları üzerine sürekli yoğunlaşmıştır. St. Christopher Son Dönem Bakım için, holistik hasta bakım anlayışına dayalı PB'nin prensiplerinin gelişmesini sağlamıştır (10,13,21,22).

Günümüz PB anlayışı 1900'lerin son yarısı boyunca daha iyi anlaşılır hale gelmiş ve uygulanmıştır. Bugün dünyanın birçok ülkesinde ileri düzey, kür şansı olmayan hastalar için geliştirilmiş PB programları mevcuttur (21).

DSÖ, PB'nin esaslarını ve içeriğini "The National Consensus Project" çalışması ile tanımlamıştır(23). Buna göre PB'nin temel bileşenleri;

- Hasta popülasyonu: PB kronik hastalık ya da travma nedeniyle yaşam kalitesi olumsuz etkilenen ve bakıma muhtaç tüm yaş gruplarında yer alan hastalara hizmet verir.
- Hasta ve aile merkezli bakım: Her hasta ve ailesine özgü bakım verilmeli ve bakıma hasta ve ailesinin katılımı sağlanmalıdır. Hasta karar verme kapasitesi yeterli olmadığı durumlarda hasta ile ilgili kararların alınmasında aile ile işbirliği oldukça önemlidir. Bakım planı hasta ve aile tercihleri ve hedefleri dikkate alınarak uygulanmalı ve sağlık bakım ekibinden karar verme ile ilgili destek alınmalıdır.
- PB'nin sürekliliği: PB ideal olarak yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı almakla başlar ve tedavi süreci boyunca, ölüme kadar ve ailenin yas periyodunda içine alacak şekilde devam eder.
- Kapsamlı bakım: PB bireyin ve ailesinin sosyal, spiritüel, psikolojik ve fiziksel problemlerini ortadan kaldırılması ve önlenmesi ile acı çekmenin azaltılması için çok boyutlu tanılama yapılmasını gerektirmektedir. Bakım vericiler tedavinin hedefleri ve bakımın devamı için değişen uygulamalar ve durumlarla ilgili hasta ve ailenin ihtiyacını karşılamalıdır. PB hastaya uygun tanılama, planlama, girişimler, izlem ve takip gibi klinik ve düzenli süreç gerektirir.
- Disipliner Arası Ekip: PB belirlenen vakalarda tedavi ve değerlendirme için disiplinler arası ekip yaklaşımı gerektirir. PB ekibi belirlenen popülasyona hizmet vermek için gerekli becerilere sahip olmak zorundadır. PB ekibi ihtiyaç duyulan hizmetlere bağlı olarak geniş bir üye katılımına sahip olmalıdır. PB ekip üyeleri tıp, hemşirelik ve sosyal çalışma profesyonelleri temel olmak üzere, psikologlar, farmakologlar, din görevlisi, yas

danışmanları, diyetisyenler, fizik/mesleki/sanat/oyun ve müzik terapistleri, vaka yöneticileri, eğitilmiş gönüllüler, hemşire ve evde bakım yardımcısı, gönüllü kuruluşlar gibi geniş katılımı olabilir.

- Acı ve ıstırapı hafifletmek: PB'nin temel amacı, ağrı ve diğer semptomların yanında hastalık ve tedavisinin neden olduğu birçok sıkıntının önlenmesi ve ortadan kaldırılmasıdır.

- İletişim Yetenekleri: PB etkili iletişim yetenekleri gerektirmektedir. Bu yetenekler hasta ve ailesinin bakımında bütün bireylerle etkili iletişim sağlama ve tıbbi karar almaya yardım etme, hedef ve tercihlerin belirlenmesi, aktif dinleme ve bilgi paylaşımının etkili ve uygun olması için oldukça önemlidir.

- Yas ve ölüm süreci ile ilgili bakım becerisi: PB ekibi normal ve normal olmayan yas ve kayıp sürecinde, yaşa özgü fiziksel ve psikososyalsendromların yer aldığı, ölüm öncesi, süresi ve sonrasında hasta ve ailesinin bakım ve destek gereksinimlerini belirleme, ölümün erken işaretleri ve semptomları, ölüm prognozu hakkında bilgili olmak zorundadır.

- Kurumlar arasında bakımın sürekliliğini sağlama: PB bütün sağlık hizmet sunum sistemleri (hastane, AS, hospisler, evde bakım, toplum ve okul gibi geleneksel olmayan kurumlar) ile entegre olmalıdır. PB ekibi kurum ve evde bakım ortamları ile PB'nin sürekliliği, koordinasyon ve iletişim sağlamak için bu sağlık bakım ortamlarındaki profesyonel ve informal bakım vericilerle iş birliği yapmalıdırlar. Krizlerin önlenmesi ve gereksiz transferler PB'nin önemli kazanımlarıdır.

- Kabul edilmeye adalet/eşitlik: PB ekibi ırk, etnik köken, cinsiyet, ücret ödeyebilme, kırsal toplum içindeki bütün sağlık bakım ortamlarında, bütün tanı kategorilerinde, bütün yaş popülasyonuna uygun ilkeler doğrultusunda herkesin ulaşabileceği bir hizmet sunmalıdır.

- Kalite geliştirme: PB hizmetleri yüksek kalite ve üstün bir hizmet anlayışı ile sunulmalıdır. Kalite gereksinimlerini düzenli bir şekilde tanımlama ve bakım sürecini geçerli araçlar kullanarak sonuçların sistematik olarak değerlendirilmesi gerekmektedir şeklinde belirtilmiştir.

PB özetle;

- Sürekli olma (doğru zamanda doğru hastaya ulaşarak)
- Hasta merkezli olma (hasta ve ailenin hedef ve tercihlerine dayalı)

•Yararlı ve etkili olma (istenilen sonuçların bakım süreci ve hasta sonuçları ile birleştirilerek kanıtlandırılabilme)

•Ulaşılabilir ve uygun olma (ihtiyacı olan ve yarar elde edebilecek bütün bireyler için mevcut olma)

•Bilgi ve kanıta dayalı olma

•Kaynakların etkin kullanılması (hastanın gerçek ihtiyacını karşılayabilecek şekilde dizayn edilmesi ve yeterli olma) özelliklerini taşımalıdır.

PB hizmet planlamasında, hasta ve ailesi için etkili bir hizmet sunmak için sağlık bakım politikalarını oluşturan kurumlar ve sağlık bakım hizmeti sunan organizasyonlar arasında iyi bir koordinasyon olmalıdır. Ayrıca PB hizmeti için multidisipliner bir ekip yaklaşımı geliştirilerek, hastalar ve ailelerinin sağlık bakım gereksinimleri için bir sağlık sistemi oluşturulmalıdır (14,15,20,24).

2.3.PALYATİF BAKIM İLKELERİ

2.3.1. HASTA VE AİLESİNİN BİLGİ GEREKSİNİMİ

Sağlık personeli, aileye tanı anından başlayarak anlayabileceği bir şekilde karşılaşacağı süreç hakkında bilgi vermelidir. Bu bilgi hastanın hastalığı ve tedavisi, yaşayabileceği komplikasyonları, şu anki durumu, yapılacak uygulamalar ve hizmetleri içermelidir. Bilgi verilecek kişi çocuksa bu bilgi çocuğun yaşına ve gelişimsel düzeyine uygun olmalıdır.

Hasta ve aileye soru sorma ve tartışma fırsatı verilmelidir. Tedavi planında ya da hastalığın süresi ve seyri değiştikçe hasta ve ailenin bilgi gereksinimi devam edecektir. Ailenin, hastanın bakımındaki kontrolünü sürdürebilmesi, bilgilendirilmiş onam verebilmesi ve uygun seçimleri yapabilmesi için samimi ve uygun zamanda açıklamalar yapılmalıdır. Mümkün olduğunca, aile ve hastaya verilen bilgiler yazılı, sesli ve görsel materyallerle desteklenmelidir.

2.3.2. HER HASTA VE AİLENİN BİREYSEL DEĞERLENDİRME GEREKSİNİMİ

Sağlık personeli etkili ve kabul edilebilir bir plan yapmak ve bütün gerekli desteği sağlamak için her hasta ve ailesini ayrıntılı bir şekilde değerlendirmelidir. Değerlendirmeler sırasında aile ve hastanın bireyselliği ve ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır. Aile ve hastanın tercihleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

2.3.3. HASTANIN FİZİKSEL SEMPTOMLARININ YÖNETİMİ

Hastada ağrı ve diğer semptomların kontrol altına alınması yaşam kalitesinin artmasını sağlar. Semptom kontrolü PB ekibinin entegre, koordineli ve planlı yaklaşımı ile sağlanır. Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri oldukça yoğun yaşandığından, semptomlarla baş etmek, bakmakla sorumlu kişiler açısından oldukça güç olmaktadır. Hasta ve yakınları; özellikle beslenmede değişiklik, ağız yaraları, ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk gibi semptomlarla baş etmenin zor olduğunu belirtmektedirler. Yine tedavinin yan etkileriyle yeterli baş edememesi hastanın tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir.

Hasta ve ailesi evde semptom kontrolü yapabilmeleri konusunda bilinçlendirilmelidir. İyi bir semptom yönetimi 24 saat sağlık personeline ulaşabilme ve gerektiğinde destek alabilmeleri ile gerçekleşir. Ailelerin hastaneye, sağlık personeline ve acil hizmetlere ulaşabilme konusunda kendilerini rahat hissetmeleri önemlidir. Sağlık personeli aileye gerektiğinde arayıp bilgi almaları için her zaman rahatlıkla ulaşabilecekleri telefon numaralar verebilirler.

2.3.4. YAŞAM KALİTESİNİN ARTIRILMASI

Yaşam kalitesi, günlük bakımında bağımsız hareket edebilme ve yaratıcılığını sürdürme, kontrolünü ve seçimlerini yapabilmelidir. PB'nin amacı hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltmek olduğundan, sağlık personeli mümkün olduğunca hastanın günlük yaşantısını sürdürebilmesine yardımcı olmalıdır. Hastanın yaşantısına normal bir şekilde devam etmesi, sağlık ve iyilik durumunu geliştirebilir.

2.3.5. AİLELER İÇİN DESTEK (SOSYAL, PSİKOLOJİK VE DİNİ)

Hastalık aileyi toplumdaki sosyal olarak izole edebilir, arkadaş ve komşuluk ilişkilerinin giderek yok olmasına neden olabilir. Ailelerde; hastalık boyunca boş zamanlarında eskiden yapmış olduğu faaliyetleri yapamama, haftasonu ve uzun süreli tatile çıkamama, misafir kabul edememe gibi sıkıntılar ortaya çıkabilmektedir. Bunun dışında hasta yakınının bazen daha fazla çalışması, hastaya daha fazla destek olma gerekliliğini hissetmesi de onların toplumsal ilişkilerini azaltmaktadır. Bu durum kişisel ilerleme olanaklarını ya da kariyerlerini geliştirmelerini engelleyebilir. Sağlık personeli, ailelerin hastalık öncesinde var olan tatil ve eğlence gereksinimlerini mümkün olduğunca sürdürmeleri konusunda destek sağlamalıdır.

2.3.6. EKONOMİK DESTEK

Hastalığın tedavisinin uzun sürmesi, tam olarak tedavi edilememesi, tekrarlı ve uzun süreli hastaneye yatışlar, hasta ve ailesinin duygusal, sosyal ve ekonomik kayıplar yaşamasına neden olmaktadır. Bu durum aile bütçesi ve ülke ekonomisine önemli yükler getirmektedir. Hastalık nedeniyle ebeveynler veya bakmakla yükümlü kişiler öncesine göre daha az süre çalışabilmekte, hatta bazen işten ayrılmak zorunda kalabilmektedir. Bu dönemin topluma ve aileye maliyeti çok yüksek olmaktadır. Sağlık personeli aileye alabilecekleri ekonomik destekler ve bunlara nasıl ulaşabileceği konusunda bilgi vermelidir. Gerekliğinde gönüllü kuruluşlardan destek alabilmesi için yardımcı olmalıdır (25).

2.3.7. ÖLÜM SIRASINDAKİ BAKIM

Hastalığın son döneminde hasta yakınının tepkisi, daha önceden hastanın hastalığını kabul ya da reddedişinden etkilenir. Hasta yakınları genellikle artık tedavinin etkili olmadığını anladıklarında ölümün çabuk olmasını isterler. Martinson ve arkadaşları (1997) tarafından yapılan bir çalışmada çocuğuna kanser tanısı konan ebeveynlerin stres düzeyi yüksek bulunmuştur. Hasta yakınları en yoğun stres yaşadıkları dönemin hastasının ölüm anı olduğunu, tanı ve terminal dönemlerde de streslerinin yoğun olduğunu belirtmişlerdir.

2.3.8. YAS SÜRECİ

Yas yaşanması gereken bir süreçtir. Hasta yakınlarının bu dönemde de desteğe gereksinimi olabilir. Yas sürecinde sağlık personeli hasta yakınına desteğini sürdürmelidir. Yas sürecindeki danışmanlık PB'nin bir parçası olmalıdır. Gönüllü bireylerden destek alınabilir. Hasta yakınlarının daha önce bu süreci yaşayan kişilerle tanıştırmaları yararlı olabilmektedir.

Özetle PB verilirken hasta ve aile bakımın odak noktası olmalıdır. Ebeveynlere ve hastanın kendisine sürekli bilgi verilmelidir. PB mümkün olduğunca hasta ve aile nerede istiyorsa, tercihleri dikkate alınarak planlanmalı ve orada verilmelidir. Hastanın fiziksel ve bilişsel durumu ne olursa olsun mahremiyetine saygı duyulmalıdır. Yaşına ve anlama durumuna uygun ve duyarlı bir şekilde açık ve samimi bir iletişim sürdürülmelidir.

2.4. PALYATİF BAKIMIN AMACI

PB kişisel, kültürel ve dinsel değerlere, alışkanlık ve inançlara duyarlı kalırken acı çekmeyi dindirmeyi, semptomları kontrol altına alarak sıkıntıları önlemeyi ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkararak hastalara ve ailelerine diğer destekleri sağlamayı amaçlamaktadır.

Temelde yaşam sonu bakımı olarak tasarlanmış ve uygulanmış olmasına rağmen, PB terminal olsun ya da olmasın hastalığın tüm evrelerinde uygulanabilir (26).

PB, hayatı tehdit eden hastalığı olan ya da hastalık potansiyeli olanlarda acının dindirilmesi için bütüncül yaklaşım sağlamaktır (27). PB saygılı, açık ve duyarlı bir yaklaşımla sunulmalı, her bir ülkedeki yasaların yanı sıra bireyin kişiliğine, kültürel ve dini değerlerine, inanış ve uygulamalarına duyarlı olunmalıdır. Dame Cicely Saunders'a göre "PB her bireyin kendine özgü deneyimi, hikâyesi, ilişkileri ve kültürü olduğu ve kendine özgü bir varlık olarak saygı görmeye değer olduğu anlayışıyla başlar".

PB ile hasta ve aileler ölüme hazırlanabilirler. Amerikan Tıp Enstitüsüne göre ise PB'ın odağı tedavi sağlamaksızın hastalığın semptomlarını önleme, dindirme, azaltma veya yatıştırma (28). Palyatif teriminin tıpta kullanımında amaç; semptomun nedenini araştırmak değil, semptomun kendisini ele almak, incelemek ve iyileştirmektir (29).

PB uygulamaları genel olarak;

- Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların giderilmesini sağlar.
- Yaşamı onaylar ve ölümü normal bir süreç olarak kabul eder.
- Ölümü hızlandırma ya da geciktirme amacı yoktur.
- Hasta bakımının psikolojik ve manevi yönlerini bütünleştirir.
- Ölüme kadar hastanın olabildiğince aktif olarak yaşamasına yardım etmek için destek sunar.
- Hastanın hastalığı süresince ve kayıptan sonra ailenin sorunla başa çıkmasına yardım etmek için destek sunar.
- Hasta ve ailesinin gereksinimlerini karşılamak için bir ekip yaklaşımı kullanır.
- Yaşam kalitesini artırır ve hastalığın seyrini olumlu olarak etkileyebilir.
- Hastalığın seyrinde yaşamı uzatmaya yönelik kemoterapi ya da radyoterapi gibi diğer tedavilerle bağlantı içinde erken uygulanabilir.

Rahatsız edici klinik komplikasyonları daha iyi anlamak ve yönetmek için gereken araştırmaları içerir (30).

Amerika Birleşik Devletleri'nde PB'ın değerlendirildiği bir çalışmada, PB alan terminal dönem hastalarının yaşam süresinin (266 gün) normal bakım alan hastalardan (227 gün) daha uzun olduğu, PB alan kanserli hastaların hastanede yatış sürelerinin belirgin düzeyde kısaldığı ve istenmeyen yatışların azaldığı, dolayısıyla bakım harcamalarının önemli düzeyde düştüğü belirlenmiştir (31).

2.5. ETİK VE İNSAN HAKLARI AÇISINDAN PALYATİF BAKIM

Uluslararası Hospis-Palyatif Bakım Topluluğu, PB'ı temel bir insan hakkı olarak tanımaya karar vermiştir (32). Farklı başarı ve gayret seviyelerini gösteren belgelerle Uluslararası Yaşam Sonu Araştırma Kuruluşu, Dünya Palyatif Bakım Birliği için PB etkinliklerinin dünya çapında bir haritasını geliştirmiştir (33).

Uluslararası Haklar Birliği'nin üyesi olan Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Anlaşma Kurumu PB ve ağrı kontrolünü 'temel sorumluluk' olarak görmektedir. Ahlaki ve etik zorunluluğun öneminin artışı özellikle vurgulanmaktadır. Bu durum, sağlığını yeniden kazanma şansı bulunmayan bütün hastaların, sıklıkla agresif ve acı verici tedaviler gerektiren kültürel geleneklere karşı koymasına yardım edebilir. PB'ın temeli, ağrı ve acı çekmenin rahatlatılmasıdır. PB uygulanmasında sorunlarla karşılaşılması olasıdır. Örneğin, New York Eyalet yasası, Genel Sağlık Yasasına bir 'Palyatif Bakım Bilgili Edinme Yasası' eklemiştir. Bu yasa, doktor ve hemşirelerin ölümcül hastaları bilgilendirmesini ve onlara yaşam sonu seçenekleri ve PB hakkında danışmanlık yapmalarını zorunlu kılmaktadır. Yasada tanımlanan duruma göre PB, ağrı veya acı çekmeyi önlemek ve ortadan kaldırmak için, hastanın yaşam kalitesini artırmak amacıyla yapılan ve bakıma muhtaç kimsesiz, yaşlı ve sakat kişilerin bakımını da içeren sağlık tedavisi ve hastalarla ailelerine yapılan danışmanlık anlamına gelmektedir. Kaliforniya eyaleti de aynı yasayı düzenlemiştir ve diğer eyaletler de aynı yolu takip etmeyi planlamaktadır. Bunun gibi yasalar desteklense de, uygulanmasının önünde büyük engeller bulunmaktadır. Amaçlanan danışmanlık süreçlerinin elde edilmesinde gerekli olan tutkuya, iletişim yeteneklerine ve bilgiye bütün sağlık çalışanları sahip değildir. Dahası birçok doktor, yasal zorunlulukları doktor-hasta ilişkilerine istenmeyen ve yararı olmayan ihlaller olarak görmektedirler. Sonuç olarak, birçok hasta tedavilerinde eski doktorlarını yeni gelenlerle değiştirmek istememektedir. Yeni geçişler PB uzmanlarının var olan güvenli tıbbi uzmanlıklarının engellenmesi olarak algılanmaktadır. Amaçları önemli olsa da PB'ın dünya çapındaki hükmü, hastalar ve ailelerden başka; tıbbi uzmanlar arasında da kabul edilmeyi ve kültürel değişikliğin oluşmasını beklemektedir. Ümit edilen sadece uzun yaşamak değil;

rahatlama, doğru bilgilendirilme, ilgilenilme, sevecenlik ve aile sorunlarıyla ilgilenilme şansı yakalayabilmektir (34).

2.6. PALYATİF BAKIMDA HEDEF GRUPLAR

Günümüze kadar PB uzmanları temel olarak kanserli hastalara hizmet sunmakla birlikte PB'nin kanserli hastalarla sınırlı olmaması gerektiği anlaşılmıştır. Kapsamlı olarak palyatif hastalıklar nadiren belirtilmiştir. Dünya Palyatif Bakım Kurulu (WPCA) PB gerektiren tıbbi durumları şöyle listelemiştir: Kanser, HIV/AIDS, motor nöron hastalıkları, muskulerdistrofi, multiple skleroz ve son evre demans. Bunlara ek olarak beyin yaralanmaları ve serebralstrok, kalp hastalıkları, karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği, Alzheimer hastalığı, spinalkord yaralanmaları ve diğer durumların da bu kapsamda değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir (35).

PB gerektiren hastalıkların özelliklerine ilişkin bir ortak görüş olmayıp; bu hastalıklar ilerleyici, tedaviye yanıt vermeyen, ileri düzey, yaşamı tehdit eden ve/veya aktif hastalıklar olarak belirtilmiştir. DSÖ'nün daha önceki tanımında PB gerektiren hastalar "küratif tedaviye yanıt vermeyen hastalar" olarak belirtilmiş ve bu da son dönem bakımla ilişkili olarak görülmektedir. DSÖ'nün daha yeni tanımında yaşamı tehdit eden hastalıkla yüzleşen birey ve aileleri şeklinde eklemeler yapılmıştır. Ancak bu tanımların PB'ı ölümü yaklaşan ya da son dönem hastalar şeklinde sınırlaması bazı soruları gündeme getirmiştir. "Ölmekte olan kim?" sorusunun kolay bir yanıtı yoktur. Diğer bir kriter sınırlı prognozdur. Ölmekte olan birey gibi tanımlarda hastalık seyrinin tahmini çok net değildir. Diğer yandan Amerika Ulusal Hospis ve Palyatif Bakım Organizasyonu ve Kanada Hospis Palyatif Bakım Derneği hastalıkla ilgili özelliklere bakmaksızın yaşamının son döneminde olan bireylere odaklanmaktadır. Ancak "terminal bakım dönemi" konusunda yine bir uzlaşma bulunmamaktadır.

Bazı yazarlar PB'nin yaşamı sınırlayan hastalığın erken aşamasında, yani tanı anından itibaren küratif tedaviye paralel olarak başlatılmasını savunmakla birlikte çoğu yazar PB'ı küratif tedavinin mümkün olmadığı ya da ileri evre hastalık aşamasında uygulanmasını düşünmektedir. PB'nin hastalığın ilk dönemlerinde başlatılması hastaların semptom yönetimi ve desteğe ulaşabilmesi ve bakımın odağının kür sağlamaktan palyatife geçiş sürecini kolaylaştırması yönünden önemlidir (35).

2.7. PALYATİF BAKIMIN ELEMENTLERİ

PB öncelikle hasta merkezlidir. Birey ve ailesinin ihtiyaçlarına odaklanır. Birey ve ailesi karar verici, ekip üyesi ve bakım ünitesi olarak belirtilmektedir (36). Andershed ve Ternstedt

(2004) ölmekte olan hastanın bakımında hasta yakınlarının sürece katılımı ile ilgili birkaç çalışma yapmışlardır ve saygı ile tedavi edilmenin hasta, hasta yakınları ve personel arasında güvenilir bir ilişki gelişiminin önemini ön plana çıktığı sonucuna ulaşmışlardır. "Eğer hasta yakınları personel ile daha uyumlu bir ortam oluşturabilecek bir ortaklığın içine çekilebilirse, bireyin daha iyi bir ölüm ihtimali artmaktadır." sonucuna varmışlardır (37).

PB modern tıpta yeni bir alan olarak görülmeyle birlikte en eski tedavilerden birisidir. Tıbbın başlangıç dönemlerinde herhangi bir hastalık güçlükle tedavi edilebilirken daha sonra hastalarla ilgilenilmekte ve rahatlatılmakta, semptomları gözlenmektedir. Ancak sadece birkaç semptomun rahatlatılabilecek durumda olduğu gözlenmektedir. Modern tıpta yeni gelişmelerdeki ana odak semptomların kontrolüdür. Ancak semptomatik tedavi ve acının rahatlatılması eski zamanlarda birçok hastalık için küratif tedavinin olmadığı dönemlerde de tıbbi tedavinin odağında yer almaktaydı. Sonuç olarak Pastrana ve arkadaşlarının (2008) belirttiği üzere PB aslında yeni bir konu değildir. Eskiden de varolan bakıma kazandırılmış yeni bir bakış açısıdır. PB kavramı içerisinde hastanın tüm ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulduğu, ihtiyacı olan anda sağlık personeline ulaşabildiği, bireyselleştirilmiş hasta bakımı, aile desteği, takım çalışması ve etkili iletişim üzerinde durulmalıdır (27).

2.8. PALYATİF BAKIM İLE İLGİLİ PROFESYONEL DEĞERLER VE PRENSİPLER

PB konusunda profesyonel değerleri ve prensipler aşağıda madde madde belirtilmiştir:

1. PB öncelikle hastaya ve hastanın ailesine odaklanmaktadır. Hastaların kısıtlayıcı semptomlarından hem önce hem de sonra bakım amaçlarını tanımlamakta ve yaşamlarının sonlarına yaklaşma haklarını tanımaktadır.

2. PB, hastaların ve ailelerinin seçimlerini belirleme ve onlara riayet etmeyi içermektedir.

3. PB, bakımın sağlanması ve planlanmasında, hastanın istediği ölçüde ailenin işin içine dahil edilmesini özendirir.

4. PB, hasta semptomatik olduğu zaman başlamalıdır ve genellikle onarıcı ve yaşam uzatıcı bakım ile eş zamanlıdır.

5. Semptomatik veya yaşamı tehdit eden, özellikle kronik veya ilerlemiş solunum hastalıkları veya kritik hastalıkları olan tüm hastalar yaş veya sosyal koşullara bakılmaksızın PB'a ulaşabilmelidir.

6. Aileler için yas bakımı PB'ın tamamlayıcı bir bölümüdür.

7. Sağlık bakım uzmanlarının PB'da uygun seviyede yeterlilikleri olmalı; eğitim ve öğrenim deneyimleri, bireyselleştirilmiş ve şefkatli bir PB sağlama konusunda yeterli olmalıdır.

8. Aile bireyleri veya profesyonel bakım sağlayıcıların psikolojik ve duygusal gereksinimleri bilinmeli ve desteklenmelidir.

9. Sağlık bakım uzmanları hastanın ve ailesinin gereksinimlerine, kültürel ve ruhsal değerlerine saygı duyarak, duyarlı bir PB sağlayacak detaylı disiplinler arası bir yaklaşım oluşturmak için uğraşmalıdır.

10. Kronik veya ilerlemiş solunum hastalıkları veya kritik hastalıkları olan hastaların bakımına PB'ın katılmasının değeri ve geçerliliği hakkında kamusal eğitim çabaları desteklenmelidir.

11. Özellikle kronik veya ilerlemiş solunum bozuklukları ve kritik hastalıkları olan tüm hastalar ve aileleri için, PB'ın ulaşılabilirliğini ve kalitesini geliştirmek amacı ile araştırma ve profesyonel eğitimi desteklenmelidir (26).

Bunlara ek olarak terminal dönemdeki hastaların bakımının yapıldığı bakım ünitelerinde:

1- Ünitelerde yeterli sayıda sağlık çalışanı olması,

2- Sağlık çalışanlarının istenmeyen semptomları kontrol edebilecek ve invaziv işlemlere ne zaman son vereceğini bilecek bilgi birikimi ve deneyime sahip olması,

3- İlerlemiş kanserde tat almada değişme ve anoreksi çok sık rastlanıldığından hastanın beslenmesi, sevdiği ve sevmediği yiyeceklerin göz önüne alınarak düzenlenmesi, ideal olan beslenmesini istediği şekilde ve zamanda sağlayabilecek kolaylıkların hastaya sağlanması,

4- Hasta yakınlarının gereksinimleri, refakatçi kalma olanağı ve yemeklerin hazırlanması için kolaylıklar getirilmesi,

5- Ziyaret saatlerinin serbest bırakılarak, hasta yakınlarının hastanın bakımına katılma olanağı sağlanması,

6- Tüm sağlık çalışanlarının her açıdan desteklenmesi gereklidir (38).

Terminal dönemin her birey için farklı olduğu ve gereksinimlerin de bireyden bireye farklılık gösterdiği bilinmektedir. Sağlık çalışanlarınca terminal dönemdeki hasta "Ölüyor" olarak değil, kalan her bir günü en iyi şekilde yaşaması gereken insan olarak değerlendirilmeli ve hastanın ölümüyle değil, ölüm gerçekleşene kadar en rahat bir şekilde yaşamasıyla ilgilenilmelidir (39).

Ölümün, tüm canlıların paylaştığı evrensel bir olay olduğu ve çoğu birey için ölüm konusundaki en korkutucu şeyin, ölüm anında yalnız kalma korkusu olarak belirtildiği vurgulanmaktadır (40). Terminal dönemdeki hasta ve ailelerinin acılarını gidermek, yeterli tıbbi bakımı vermek, herhangi bir yarar sağlamayacak olan yöntemler uygulamaktan kaçınmak, huzur içinde, konforlu, yeterli duygusal, manevi destek ve bakım vermek multidisipliner ekibin sorumluluğundadır (41).

2.9. PALYATİF BAKIMDA YAŞANAN ENGELLER

PB'nin uygulanmasında çeşitli engellerle karşılaşmaktadır. Bunlar:

1- Profesyonellerin PB'yi, hastalığı "ihmal etme" olarak değerlendirmesi ve sonucunu bir yenilgi olarak görmesi,

2- PB kavramının topluma uzak olduğu kadar profesyonellere de uzak olması,

3- Yaşam süresini uzatmaya yönelik tedavi ile destek tedavisinin ayrı tutulması,

4- Tüm sağlık personelinin ölmekte olan hastanın bakımı ile ilgili olarak okulda yeterince eğitim almaması ve konuyu bilmemesi,

5- Ölüm karşısında yaşanan çaresizlik duygusu, toplumun ölüm konusunu konuşmaması ve bundan mümkün olduğunca kaçınması,

6- Okulda profesyonellere hasta ile iletişim teknikleri konularında yeterince bilgi verilmemesi,

7- Hastalara ve ailelere hastalıkla ilgili kötü haberi söyleyememe, nasıl söyleyeceğini bilememe,

- 8- Kaliteli bakım vermedeki yetersizlikler,
- 9- Sağlık personelinin hastanın ne zaman PB'a, ne zaman yaşam sonu bakıma ihtiyacı olduğunu anlayamaması,
- 10- Semptomu tanımama, "lüzum halinde" orderların iyi uygulanmaması,
- 11- Hastaların yeterli semptom bilgisi vermemesi,
- 12- Hasta/yakınlarının ilaç kullanımına karşı negatif tutumu,
- 13- Sağlık çalışanlarının iş yükünün fazlalığı,
- 14- Kullanılacak ilaç seçeneklerinin az olması,
- 15- Ağrı kontrolündeki engeller,
- 16- Hasta ve sağlık personelinin opioid fobisi (bağımlılık korkusu, opioid teminindeki zorluklar),
- 17- Kırmızı ve yeşil reçete ulaşılabilirliğinde ve reçete yazma mevzuatındaki güçlükler,
- 18- Opioidlerin çeşitliliğinin az olması ve eczanelerde temin edilmesindeki engellerdir (42).

2.10. HASTALIKLARA EŞLİK EDEN SEMPTOMLAR

İleri evre kronik hastaların, yaşamlarının son yollarında defalarca AS başvurusunda bulunduğu ve bu durumun düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (7). PB hastalarının AS'e başvurularında en sık şikayet ağrı olmakla birlikte; bu hastalar dispne, bulantı-kusma, beslenme bozuklukları, halsizlik, kanama bozuklukları, anemi, akut işlev kaybı, anksiyete ve epileptik nöbet ile başvurabilir (2,43,44). Tüm bunlara ilave olarak hastalarda görülen düşük performans, zayıflama, yalnızlık gibi psikolojik faktörler de AS'e başvuru sebepleri arasında yer alır (45).

Shin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, AS'ten refere edilen hastalarda en sık rastlanan semptomların ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk ve uykusuzluk olduğu; ayrıca bu hastalardaki semptom şiddetlerinin diğer PB hastalarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür (44).

Ağrı ve diğer semptomların kontrol altına alınması, hastanın yaşam kalitesini arttırmaktadır. Hasta yakınlarının tedavinin yan etkileriyle yeterli baş edememesi hastanın

tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkileyebileceği unutulmamalıdır. Sağlık personeli hasta ve ailesini, evde semptom kontrolü yapabilmeleri konusunda bilinçlendirmelidir. İyi bir semptom yönetimi 24 saat sağlık personeline ulaşabilme ve gerektiğinde destek alabilmeleri ile gerçekleşir. Ailelerin hastaneye ve acil hizmetlere ulaşabilme konusunda kendilerini rahat hissetmeleri önemlidir. Sağlık personeli aileye gerektiğinde arayıp bilgi almaları için her zaman rahatlıkla ulaşabilecekleri telefon numaralar verebilir.

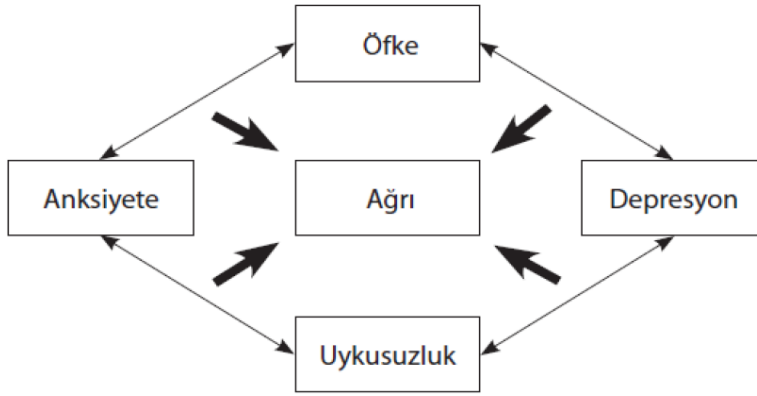
Ağrı, PB'da, hem kanser hem de malign olmayan fakat yaşamı sınırlayan veya yaşamı tehdit edici hastalıklarda en çok rastlanan semptomlardan biridir. Bakımda ağrı verici gereksiz işlemlerden kaçınılmalı, tanı yöntemlerinden ve tedaviden kaynaklanan ağrının önlenmesine çalışılmalıdır. Ağrı semptomunun varlığında DSÖ'nün 'analjezik merdiveni' yaklaşımından yararlanılmalıdır. Ancak ağrının patofizyolojisi ve şiddetine göre doğrudan üçüncü basamaktan başlamak da gerekebilir. Analjezikler yeterli dozda, sistematik olarak, belirlenen düzenli aralıklarla uygulanmalıdır. Ek dozlar, gerektiğinde ani gözlenen keskin ağrı için verilmelidir.

Yeterli doz ve uygun farmakolojik formülasyonlar (örneğin, sürekli salımlı preparatlar veya devamlı infüzyon), hasta ve ailesinin gece boyunca ağrı nedeni ile veya ilaçlarını almak için kalkmak zorunda kalmadan uyumasını sağlayabilmek için seçilmelidir. Uygun morfin dozu, ağrıyı etkili bir şekilde yok eden dozdur. Yaşamı sınırlayan veya yaşamı tehdit edici durumları olan hastalarda morfinle ağrı tedavisi, bağımlılığa yol açmaz ama bazen alışkanlığa neden olabilir. Doz azaltılması mümkün olduğunda, fiziksel yoksunluk semptomlarından kaçınmak için doz yavaş yavaş azaltılmalıdır. Farmakolojik olmayan tedavi teknikleri, ağrı tedavisinin ayrılmaz bir parçasıdır (46).

İyi ağrı yönetimi iyi PB'ın temel direğidir. Ağrı hem kanserli hem de KOAH gibi kronik hastalığı olan hastalar da sık görülen ve korkulan bir semptomdur. Ağrı hastaların %80'den fazlasında kolayca var olan ilaçlarla kontrol altına alınabilir.

Ağrı birçok duruma eşlik etmekle birlikte, kanserli bireylerde yoğun bir sorun olarak yaşanmaktadır. Dünyada her yıl ortalama 7 milyon birey kansere yakalanmakta, yaklaşık 5 milyon birey yaşamını yitirmekte ve DSÖ'nün 1997 yılı tahminlerine göre tüm dünyadaki ölümlerin %12'si kanserden meydana gelmektedir (47). İlerlemiş kanser vakalarının %75'inde ağrı ortaya çıkmakta ve her gün yaklaşık dört milyon bireyin kansere bağlı olarak ağrıdan yakındığı tahmin edilmektedir (48).

Kanser hastası olmak ağrı ile yaşamınızı sürdüreceğiniz anlamına gelmemektedir. Ağrı tedavi edilebilen bir semptomdur. Ancak ağrının giderilmesinde kişinin çok önemli bir rolü bulunmaktadır. Tedavi ve bakımdan sorumlu sağlık bakım ekibinin ağrı ile ilgili sorgulamalarında, ağrının iyi bir şekilde tanımlaması, etkili bir ağrı kontrolü için ekibin gerekli yardımı sağlayabilmesi açısından oldukça önemlidir. Kanser ağrısına etkili bir müdahalede bulunulmazsa hasta, Şekil 2’de gösterildiği gibi kısır döngü içine girebilir (49).



Şekil 2. Kanser ağrısını etkileyen faktörlerle oluşan kısır döngü

2.11. DÜNYA GENELİNDE PALYATİF BAKIM SERVİSLERİNİN DURUMU

ABD’de 5.000 civarında hospis ve 5.000 PB hizmetinin verildiği merkezin yanı sıra 19.000 nursinghome (bakım evi) mevcuttur. Bir hastanın ihtiyaçları evde karşılanmadığında uzun dönem bakımlarının sağlanabileceği merkezler üç seviyede planlanmıştır:

1- Assisted Living: Bu merkezlerde hastaların bakımı en çok hasta bakıcılar aracılığıyla sağlanmaktadır. Sağlık çalışanı olarak sadece acil durumlar için bir hemşire çalıştırma zorunluluğu mevcuttur. Hastaya ev ortamı sağlanmaktadır.

2- Board Care: Bu merkez daha çok otel gibi dizayn edilmiş olup alanında daha uzman kişilerin bulunduğu assisted living modelinin daha üst düzeyidir.

3- Skilled Nursing Home: İleri düzey bakım evleri olarak tanımlanırlar. Her hasta günlük en az 1,5 saat hemşirelik hizmeti alır. Bu tarz merkezlerin büyük kısmında doktorlar da bulunur.

Hospis hizmeti 4 şekilde verilmektedir. Esas amaç hizmetin evde verilmesidir.

1- Inpatient Care: Hastanın yatarak tedavi gördüğü yerlerdir. Hizmet verilen hastanın % 3'ünü kapsamaktadır.

2- Continuous Care: Her türlü krizde 24 saat hizmet veren bir sistem üzerine kurulmuştur. 24 saat evde bakım hizmeti verilmektedir. Hizmet verilen hastaların % 0,8'ini kapsamaktadır.

3- Respite Care: Kısa süreli bakım anlamı taşımaktadır. Hasta bakıcı üzerinden yürüyen bir sistemdir. Çok yorulan bir aileye destek amaçlı ya da aile tatile gitmek istediğinde birkaç günlüğüne hizmet sunulmaktadır.

4- Home Care: Çoğunlukla mobil ekiplerle verilen hizmettir. Hizmet verilen hastaların %96 sını kapsamaktadır (50).

Almanya'daki PB hareketi, insanların huzurlu ve itibarlı şekilde ölüm hakkını destekleyen ve aynı zamanda hayatının sonundaki hastalara, dostlarına ve akrabalarına bakım ve yas hizmetleri vermek suretiyle pratik yardım sunan bir vatandaş eylem komitesi tarafından geliştirilmiştir. Hareket yerel hospis dernekleri etrafında toplanmıştır. Almanya'da toplam 342 PB merkezi olup, tamamına yakını özel girişimlerle kurulmuştur ve sosyal güvenlik sistemi yapısı içinde yer almamaktadır. PB'nin tıp alanında henüz özel bir yeri olmayıp, Federal Tabip Odası tarafından bu yönde çalışma yapılmaktadır. Almanya'nın 16 eyaletinde Bölgesel Hospis Çalışma Grupları oluşturulmuştur. Bunlar yerel faaliyetleri koordine eder ve çıkarlarını bölgesel ve federal düzeyde temsil ederler.

Kanada'nın birçok eyaletinde hospis ile PB aynı anlamda kullanılırken bazı bölgelerde hospisten yataklı bir tesisi olan kuruluş anlaşılmaktadır. Ancak bu durum değişmektedir. Kanada'nın en büyük gönüllü hospis organizasyonu Ontario'nun Hospis Birliği'dir. Son 10 yıl içerisinde sayı 8'den 100'e çıkmıştır ve şu anda 12.000 in üzerinde faal gönüllü vardır. Temel PB masrafları hükümetçe karşılanmaktadır. Diğer masraflar ise özel sigorta planları kapsamında karşılanabilir.

Avusturya'da PB hareketi yeni bir olgudur. Ancak 70'li yılların ortalarında bir grup Avusturyalı hemşire İngiltere'ye, hareketin kurucusu Dame Cicely Saunders'den daha çok şey öğrenmek için gitmişlerdir. Daha sonra, Alman Son Dönem Bakım ve Matem Desteği Birliği Viyana'da bir şube açmış ve tartışma ve çalışma grupları organize olarak "yaşama isteği"

tanıtımı yapmıştır. Kamu yararı gözeten kuruluşlar, hasta tamamen ödeme gücünden yoksun olduğunda devreye girer. Ancak bundan önce hasta sağlık giderlerini kendisi karşılamaktadır. Avusturya'da toplam 52 PB merkezi mevcut olmakla beraber, PB tıp alanında uzmanlık dalı değildir.

Belirtilen ülkelerin yanı sıra İngiltere'de 882, Yunanistan'da 29, Ermenistan'da 24, Kazakistan'da 7, Rusya'da 124 PB merkezi mevcuttur. İngiltere'de PB konusu 1987 yılında tıp alanında uzmanlık dalı olarak kabul edilmesine karşın diğer ülkelerde uzmanlık dalı olarak geçmemektedir. Rusya'da PB konusunda başta İngiltere olmak üzere PB'ı iyi uygulayan Avrupa ülkelerinde yaklaşık 1.000 doktor özel eğitim almışlardır (51).

2.12. TÜRKİYE PALYATİF BAKIM HİZMETLERİNİN DURUMU

Şuan Türkiye de sağlık sistemi içerisinde entegre çalışan, bu alana özgü eğitim almış uzman ekipler tarafından sunulan bir PB hizmeti verilmemektedir. 2006 yılında Wright M. ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, dünya genelinde hospis-PB'ın gelişim haritası üzerinde Türkiye'nin konumu hospis/PB aktiviteleri yapılanmamış ve henüz yeterli olmayan ülkeler grubunda yer almaktadır (52).

Bingley A ve Clark D, tarafından 2008 yılında, Türkiye'nin de 2004 yılında üyesi olduğu Orta Doğu Kanseri Konsorsiyumu üyesi olan (İsrail, Türkiye, Filistin, Kıbrıs, Mısır ve Ürdün) 6 ülkede PB hizmetinin gelişiminin karşılaştırılmalı olarak değerlendirildiği bir çalışmada; 2005- 2006 yılları arasında toplam 69 PB servisi tanımlanmış olup, üye ülkelerin toplam nüfusu (162,9 milyon) ile kıyaslandığında her bir milyon bireye 2,34 PB servisi düştüğü bildirilmiştir. Bu oran orta doğu kanser konsorsiyumu üyesi ülkelere büyük oranda PB hizmetine gereksinimi ortaya koymaktadır (53,54).

Şuan için Türkiye'de uzmanlık düzeyinde PB hizmeti verilmemektedir. Ülkemizde PB hizmetlerinin gelişimini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu hizmetin uzmanlık düzeyinde sunumunun önündeki bariyerler arasında yasal, sosyal, kültürel, ekonomik ve etik değerler yer almaktadır.

European Association for Palliative Care (EAPC); raporuna göre Türkiye de uzmanlık düzeyinde PB hizmetinin verilememesinin nedenleri; (55).

- PB'la ilgili sağlık bakım personelinin olmayışı
- Kanseri tedavisinde odaklanma

- Ülke ekonomik kaynakların yetersizliği
- Sosyal güvenlik sisteminin evde PB hizmetini karşılamaması
- Güçlü opioidlerin sayısının azlığı, sadece morfin ve fentanil kullanımının yaygın olması
- Güçlü opioidlere psikolojik ve fiziksel bağımlılık gelişimi korkusu
- Güçlü opioidlerin reçetelenmesi ile ilgili sorunlar (isteksizlik, korku, yasal prosedürler gibi).

Türkiye’de henüz PB hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu ile ilgili yasal düzenlemeler bulunmamaktadır. Bunun en temel nedeni, ulusal düzeyde oluşturulmuş bir sağlık politikasının olmaması ve toplumda ve sağlık profesyonelleri arasında PB bilincinin yeterince oluşmaması olabilir. Kamu ve özel sağlık kuruluşlarının uzmanlık düzeyinde PB hizmetinin sunması için, PB hizmetinin organizasyon yapısı, uzman ekiplerin görev tanımları, hizmetin geri ödemesi ve PB’ a kabul kriterleri gibi, bu hizmetin sunumu ile ilgili yasal düzenlemelerin ivedi bir şekilde oluşturulması gerekmektedir. Örneğin; ülkemizde 2005 yılında kamu ve özel sağlık kuruluşlarının evde bakım hizmetinin sunumu için sağlık bakanlığı, evde bakım hizmetinin yapısı, ekiplerin görevleri ve evde bakıma kabul ve taburculuk şartları gibi kapsamlı bir yönetmelik yayınlamıştır. Benzer şekilde PB hizmeti için de yasal düzenlemelerin olması gerekmektedir. Ayrıca PB’ la ilgili politik bilinci artırmak için sağlık bakım ekip üyeleri (doktor, hemşire, psikolog, sosyolog, fizik tedavi uzmanı ve diğer ekip üyeleri) ve sivil toplum örgütleri işbirliği içinde çalışmalı ve bununla ilgili hükümetle çalışabilecek ulusal grupların oluşturulması gerekmektedir (56).

PB hizmetlerinin uzmanlık düzeyinde sunulamamasının bir diğer bariyeri ise, PB ile ilgili etik sorunlardır. Kanser tanısı alan ve tedavi süreci boyunca birçok farklı semptomu deneyimleyen hastalarla sağlık bakım ekibinin üyeleri yakından ilgilenmektedir. Ancak bazen hastalara tanının söylenmesi ile ilgili farklı uygulamalar yaşanmaktadır. Medikal onkologlar ve diğer ekip üyeleri etik olarak kanser tanısı alan her bireye uygun şartlarda tanının söylenmesi gerektiğini belirtmektedirler. Ancak ülkemiz kültürel yapısı gereği aile bağlarının güçlü olması, hasta yakınlarının hastaların kendi kararlarını almalarına müdahil olmasına neden olmaktadır. Hasta yakınları medikal onkologlar başta olmak üzere sağlık ekibinin diğer üyelerinden hastalarına kanser tanısının söylenmemesini talep etmektedirler (54,57,58).

Aksoy ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılan çalışmada, halktan bireylerin %61'i ve sağlık profesyonellerinin %89'u "kendilerinin kanser gibi ölümcül bir hastalık tanısı alma ve terminal evre olmaları halinde" bu durumu bilmek istediklerini bildirmişlerdir. Ancak aynı katılımcılar "yakınlarından birinin kanser gibi ölümcül bir hastalık tanısı alma ve terminal evre olmaları halinde" halktan bireylerin % 58'İve sağlık profesyonellerinin %71'i bu durumu yakınlarından saklamayı tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Aksoy ve arkadaşları bireylerin kendi tanılarını bilmek isterken, yakınlarının tanılarını onlardan saklanması durumunu çifte standart olarak görmektedirler. Bu durumu dürüst davranmamak gibi algılanabilse de, aslında gerçeğin arkasında masumca ve korumacı bir yaklaşım olduğu ile açıklamaktadırlar. Genel olarak aileler yakınlarının bu durumu öğrenip üzülmesini istememekte ve onları korumak için bu kötü haberi onlardan saklamak istemektedirler. Bu tipik bir Türk insanı özelliği olup, yakınlarını koruma niyeti taşımakta ancak farkında olmadan sevilen bireylerin kendileri ile ilgili karar almalarını engellenmiş olmaktadır. Bu paternalist tutum toplumun kültürel ve yerel bir karakteristiğidir. Bu nedenle kanser tanısı alan bireylere tanının bildirilmesi gereği ile ilgili yaşanan sorunlar birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de etik açıdan hala tartışma konusudur (57).

Sağlık profesyonelleri küratif tedavinin mümkün olmadığı bir evrede hasta ve ailesi ile ölüm ve ölüm süreci ile ilgili konuşmakta sıkıntılar yaşamaktadırlar. PB bilincinin toplumda ve sağlık ekip üyeleri arasında yeterince yerleşmemesinin bir sonucu olarak, bu durum ölüm ve ölüm sürecini yaşam döngüsünde olağan bir durum olarak kabul edilmemesine neden olmaktadır. Ayrıca ülkemizde ölmekte olan hastaların tedavi kararlarına katılımı ile ilgili etik sorunlarda yaşanmaktadır. Ölmekte olan hastaların ileri direktif alma hakkı yasalarla belirlenmiş durumda değildir. Do-Not-Resuscitate (DNR) kararı alma ülkemizde yasal değildir. Aksoy ve arkadaşlarının çalışmasında da belirttiği gibi, DNR kararı almanın ülkemizde yasal olmaması bu uygulamanın yapılmadığı anlamı taşımadığı, birçok doktor ve hemşirenin anestezi ve reanimasyon bölümlerinde ve yoğun bakım kliniklerinde istemli ya da istemsiz DNR kararı aldıklarını rapor etmelerinden anlayabilmekteyiz. Bu yüzden DNR kararı ile ilgili, üzerinde uzlaşmış bir protokol olmasının gereği bir gerçektir. Bu yüzden, ölmekte olan hastaların kendi tedavi kararlarına katılımı ile ilgili de hukuksal alt yapı oluşturulmalıdır (58).

Ülkemizde 2004 T.C kanuna göre aktif, pasif ötenazi yada yardımcı intihar bir kişiyi öldürme/cinayete eş değer değerlendirilmektedir. Ancak terminal evredeki hastalar ve aileleri çok nadir olmakla birlikte sağlık profesyonellerinden ötenazi talebinde bulunabilmektedir.

Ötenazi kavramı ülkemizde son yıllarda bilimsel platformlarda tartışılmaya başlanmıştır. Bu konu ile ilgili sağlık profesyonellerinin ve hasta yakınlarının tutumları ile ilgili ulusal ve uluslararası birçok çalışma yapılmıştır (59,60).

Ülkemizde hospis bakım hizmeti bulunmamaktadır. Toplumumuzun sahip olduğu aile yapısı, dini ve kültürel değerler ölmekte olan hasta bakımı ile ilgili kararları yakından ilgilendirmektedir. Ölmekte olan hastalar genelde son zamanlarını evlerinde geçirmek istemektedirler. Ancak evde bakım hizmetlerinin yeterli olmaması ve geri ödemelerin yapılamaması bu evredeki hasta ve ailelerinin birçok sorunla karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır. Sağlık profesyonelleri, hasta ailesi ve gönüllüler terminal evredeki hastaların semptomlarının giderilmesi için büyük bir özveri ile çalışmaktadırlar. Ancak profesyonel bir terminal evre bakımı için hospis hizmetinin sağlanması gerekmektedir. Türkiye'deki birçok sivil toplum kuruluşu ve sağlık profesyonelleri hopsislerin oluşturulmasını desteklemektedirler. Ancak bu bireysel çabaların ve iyi niyetli düşüncelerin ötesinde hopsislerin oluşturulması için ulusal sağlık politikalarına ve yasal düzenlemelere ihtiyaç olduğu da bir gerçektir (57,58).

Ülkemizde PB hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasının bir diğer engeli ise, ağrı yönetimin olmazsa olmaz olan ilaçları arasında yer alan opioidlere ulaşımdaki sınırlılıklardır. Opioidlerin kullanımı konusunda hastaların yetersiz bilgilendirme ve dayanaksız korkulardan kaynaklanan ve "opiofobia" olarak adlandırılan bir direnç bulunmaktadır. Bağımlılık, tolerans gelişimi ve solunum depresyonu ile ilgili endişeler bu ilaçların tıbbi uygulamada kullanımını sınırlandırmaktadır. Bu ilaçlarla ilgili korkular hastalarda olduğu kadar sağlık bakım ekibi üyeleri arasında da yaygındır. Opioidlerin kullanımı ile ilgili bu yanlış tutumların oluşumunda, opioidlerin kullanımı ile ilgili yapılan yasal düzenlemeler bu ilaçların tedavi edici rolü ile kötüye kullanımı arasındaki sınırı yeterince iyi belirlenmemiş durumdadır. Opioidlerin reçete edilmesi, depolanması ve kullanılması ile ilgili yaygın bir bürokrasi vardır. Hastalara bu ilaçlar kırmızı reçetelerle yazılmaktadır (61).

Türkiye'de bulunan analjezikler arasında, parasetamol, non-steroidantiinflamatuvar ilaçlar, adjuvan analjezikler, kodein, tramadol, morfin ve fentanil yer almaktadır. 2007 yılı itibari ile Türkiye dünyada morfinden zengin en çok hammadde stoku (134 ton) bulunan ülkeler arasında ilk sırada yer almasına karşın, tıbbi kullanım için kısa ve hızlı etkili morfin preparatlarının ülkemizde bulunmaması oldukça düşündürücüdür. İlaç firmaları yasal

zorluklar nedeniyle opioid analjeziklerin tıbbi kullanımını için üretimine ve teminine ilgi göstermemektedirler (62)

Güçlü opioidlerden morfinin Avrupa bölgesi tüketimi 12,37558 mg/capita ve global tüketim miktarı ise 5,9823 mg/capitadır. Türkiye Avrupa Bölgesindeki 51 ülke arasında 0,1763 mg/capita ile 44. sırada yer almaktadır. Avrupa bölgesi fentanil tüketim miktarı 06,247 mg/capita, global fentanil tüketimi ise 0,2574 mg/capitadır. Türkiye’de ise fentanil tüketimi 0,0872mg/capita ile 50 ülke arasında 33. sırada yer almaktadır (63).

2.13. ACİL SERVİSTE PALYATİF BAKIM

AS; ciddi, yaşamı sınırlayan hastalıktan muzdarip birçok hasta için bir güvenlik ağı görevi görür (64,65,66). AS sağlayıcıları sadece akut yaralanma ile ilgili terminal olayları olan hastalar için AS sürecini yönetmekle kalmaz, aynı zamanda kronik rahatsızlıklardan dolayı tedavi gören hastalara da rutin bakım yapar. AS’e "kriz" durumu ile başvuran kronik, ciddi, yaşamı sınırlayan hastalıkları olan bu hastaların sayısı her geçen gün artmaktadır (64,65,6,67). Bu nedenle, son beş yılda, acil tıp ve acil hemşirelik, PB’ın erken uygulanmasında giderek merkezi bir rol oynamaktadır (65,66,68,69,70,71,72,73,74,).

PB’ın AS’te uygulanmasının önemi bilinmekle birlikte, hem AS hem de PB sağlayıcıları için birçok engel mevcut olup, disiplinlerin daha yaygın şekilde entegrasyonunu tehlikeye atmaktadır (66,68,69,74). "Entegrasyon" terimi, hastanelerde spesifik bir PB takımı veya hastanede PB ünitesinin katılımı olsun olmasın, günlük AS uygulamasına PB ilkelerinin dahil edilmesini belirtmek için kullanılır (75,76). Yaşlı nüfus ve ileri evre hastalıkların artışı ile orantılı olarak AS’e başvurular da giderek önem kazanmaktadır (7). Bu semptomları gidermede mevcut sağlık sisteminin yetersiz kalmasından dolayı, hasta ve hasta yakınları başta AS’ler olmak üzere pek çok kliniğe tekrarlayan başvurularda bulunmak zorunda kalmaktadırlar (77,78). Yapılan bir çalışmada PB ihtiyacı olan kanser hastalarının tekrarlayan AS başvuru sayılarının yüksek olduğu saptanmıştır. Sebebler arasında ise ülkemizde PB ünitelerinin yetersiz oluşu ve bu hastaların ihtiyaçlarının AS tarafından yeterli düzeyde karşılanamıyor oluşu gösterilmiştir(79). Yaşamın son haftalarında tekrarlayan AS başvuruları, kalitesiz yaşam sonu bakımının göstergesi olarak kabul edilebilir (7).

Ülkelerin sağlık sistemlerindeki farklılıklardan kaynaklanan AS yaklaşımlarında bazı farklılıklar olsa bile, AS’te bu hasta grubunun erken tanınması, semptom giderici

yaklaşımların doğru uygulanması, sonrasında yönlendirme yapılması çok önemlidir. Basol ve arkadaşlarının AS hekimleri üzerinde yaptığı çalışmada, PB'la ilgili herhangi bir eğitim almadıkları, ancak büyük bir kısmının özel eğitimin gerekli olduğu görüşünü savundukları görülmüştür. PB bilgi ve becerilerini acil tıp eğitimine entegre etmeye yönelik birçok çalışma vardır (80,81,82,83). Denenen yöntemler arasında, palyatif hastalarına telefon görüşmeleri ile ilk yönlendirmelerin yapılması, AS başvurularında hastanede kurulmuş acil PB birimlerinin bu hastalara müdahalesi yer almaktadır (84,85,86).

Hjermstad ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ileri dönem kanser hastalarının en sık hızlı görüntüleme, hidrasyon ve iv medikasyon, oksijen tedavisi için AS'e başvurdukları bulunmuştur. Ayrıca hasta ve yakınlarının stresi, hastanede daha güvende hissediyor olmaları ve AS'in 7 gün 24 saat ulaşılabilir olmasının bu hastaların AS başvuru sebepleri arasında yer aldığı kaydedilmiştir (45).

Lamba arkadaşları tarafından AS'te PB uygulaması ile ilgili yapılan araştırmada AS'e müracaat eden bir hasta üzerinden senaryo kurgulanmıştır (64). İlk senaryoda, hastanın gerçek klinik seyri sunulmuştur. İkinci senaryoda, PB ilkelerini AS uygulamasına dahil eden alternatif bir olasılık tanımlanmıştır. Bununla birlikte, AS'teki hastalar ve aileleri için PB'ın iyileştirilmesi için süreci hızlandırmak adına pratik tavsiyeler sunulmuştur. Yapılan bu çalışmaya ilişkin senaryolara ve sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

Senaryo 1: Normal Klinik Seyir

Çarpıntı, hipertansiyon, diyabet ve periferikvasküler hastalık öyküsü olan 85 yaşındaki bir kadın, rehabilitasyon merkezinden sağ ayağındaki olası gangrenin değerlendirilmesi için AS'e başvuruyor. Hasta konuşamamakta, yatağa bağlı yaşamakta ve son majör krizden bu yana günlük yaşam aktivitelerinde bağımlıdır. Bir gastrostomi tüpü aracılığıyla yapay beslenme ve hidrasyon almaktadır, idrar ve dışkı inkontinansı vardır. Hastanın üç yetişkin çocuğu vardır. Nakil tesisinden alınan belgeler, üç kızından birisinin beyanıyla hastanın, daha ayrıntılı bir açıklama yapılmaksızın "herhangi bir makinede olmamak" istekleriyle ilgili bilgiler içermektedir. Hasta zayıf düşmüş olmakla birlikte acı verici uyarılara karşı inlemektedir. Hastanın hayati bulguları şu şekildedir: Kan basıncı 120/78 mm Hg, Nabız 100 atım / dakika, vücut sıcaklığı 37.8 ° C, oda havasındaki oksijen doygunluğu% 96 ve parmak ucundan yapılan ölçüme göre glikoz oranı 400 mg / dL'dir. Hasta, çeşitli kan ve görüntüleme ile ilgili çalışmalara katılmak sureti AS'te 16 saat geçirmiş ve bu süre zarfında geriatri,

vasküler cerrahi ve ortopedik cerrahiden çeşitli hekimler tarafından gözlemlenmiştir. AS bakımı konusundaki tek odak noktası, tanısal testler, danışmanların koordinasyonu ve temel tıbbi problemlerinin tıbbi stabilizasyonudur.

Ortak bir senaryo olmasına rağmen bu vaka, verilen bakımın hasta ve aile odaklı olup olmadığı ve klinisyenlerin bakım hedeflerini netleştirmek için önemli bir fırsatı göz ardı edip etmediklerine ilişkin sorular ortaya atmaktadır.

Senaryo 2: AS'te PB'ın Erken Entegrasyonu

AS sağlayıcısı hastanın kızını (anne adına sağlık konusunda karar verme yetkisine sahip kişi) arar ve kızın ağzından annesinin durumunu ve annenin bakım isteğini dinler. AS sağlayıcısı daha sonra hastanın klinik durumunu ve prognozunu tanımlar. Bu konuşma, klinik gerçeği dikkate almak sureti ile kızı tarafından iletilen, annenin istekleri ile söz konusu klinik gerçekler arasında köprü kurulmasını sağlar. Kızından kardeşlerini araması ve annelerinin tedavi tercihlerini tartışmaları ve durumu annesinin genel yaşam kalitesi bağlamında değerlendirmeleri istenir. Hastanın çocukları çağrıya yanıt verirler ve annelerinin AS'te takip yaklaşımının uygun olacağını ve sonraki adımlar atılmasını istediklerini bildirirler. Ayrıca, ön görüşmelerden dolayı annelerinin durumunu bilen yerel bir hastanenin adını önermişlerdir. Ailenin ana kaygılarından birisi annelerinin ağrılarıdır. AS sağlayıcısı, aileye belirtilerin zamanında ve etkili bir şekilde ele alınacağına dair güvence sunmaktadır. AS sağlayıcısı daha sonra bakım planını kabul eden birincil hekime başvurmaktadır. Hasta ailenin de öngördüğü vaka yöneticisi tarafından değerlendirilir. Ağrı ve yara yönetimi için öneriler yapılır ve hasta yatılı hastanede bakım altına alınır. AS'te kalış süresi 6 saattir.

Ele alının iki senaryo karşılaştırıldığında, PB'ın sağlanması ile birlikte, AS'te harcanacak sürenin ciddi miktarda azalma gösterdiği ve hasta taleplerinin en doğru şekilde karşılandığı görülmektedir.

Aslında, PB'ın hastaya maksimum yararı; son bir çare olarak görülmesinin aksine, erken entegrasyon sayesinde sağlanır. (6, 67,69,70,71,72,73,87,88,89,90,91). Hem hospis hem de palyatif tıp, PB ilkelerini içerir. Bununla birlikte, hastane hizmetleri prognoz üzerine kuruludur ve bu nedenle hastaların 6 ay veya daha kısa bir hayatta kalma süresine sahip oldukları durumlarda, AS kliniği tarafından bakım altına alınmalıdır (71,91).

PB'nin AS uygulamasına erken entegrasyonu ile birlikte eş zamanlı bir bakım modeli kullanılması hastalara önemli fayda sağlayabilir. Faydaları arasında en iyi konfor önlemleri ve belirti kontrolü ile yaşam kalitesinin iyileştirilmesi yer alır; bununla birlikte, literatürde yer alan kimi araştırmalar hastanın beklenenden daha uzun süre hayatta kalabilmesinin sağlanabileceğini savunmaktadır (87,88,89,90,92,93).

Devam eden kalite geliştirme çabalarının bir parçası olarak, birçok AS, PB prensiplerini uygulamaya entegre etme zorunluluğunu benimsemektedir (65,68,74,90,91,94). AS'teki PB klinik entegrasyon modelleri gelişmektedir (95). Dört klinik entegrasyon kategorisi yakın zamanda detaylandırılmıştır ve şunları içerir:

1) AS klinisyeninin PB uzmanına danışma talebinde bulunduğu geleneksel danışma modeli;

2) AS ve PB programlarının bazı hedef / hedefler üzerinde topluca çalıştığı temel entegrasyon;

3) Acil departman ve PB'nin süreçler ve protokoller üzerinde birlikte çalıştığı acil durum departmanının genellikle başı çeken gelişmiş entegrasyon;

4) AS'in angaje olduğu AS odaklı gelişmiş entegrasyon programları,

AS sağlayıcıları giderek, PB ihtiyacı olduğu tespit edilen hastaları (örneğin yakınlarda ölmekte olan bir hastanın tedavisi veya ağır kronik habis ağrı gibi zor yönetilen bir semptom gibi) yönetmek için PB uzmanına danışmakta ve işbirliği yapmaktadırlar (95).

Acil Tıpta Palyatif Bakımı Geliştirme Projesi (IPAL-EM), PB hizmetlerinin AS ayarlarına entegrasyonunu hızlandırmaya yardımcı olmak için bir kaynak geliştirme ve yaygınlaştırma girişimidir. Olive Branch Foundation'ın sağladığı finansmanla 2010 yılında Palyatif Bakım Merkezi (CAPC) ile başlatılmış olan bu merkez, klinisyenlere ve yöneticilere yardımcı olmak için gerekli uzmanlığı, en iyi kanıtı, araçları ve pratik kaynakları paylaşmak için çevrimiçi bir portal sunmaktadır (96). IPAL-EM web sitesi sürekli olarak güncellenmekte ve acil ve hafifletici bakım alanında ulusal çapta tanınmış disiplinler arası liderlerin gözetim kurulunun yardımıyla en iyi uygulamaları temsil eden yeni gözden geçirilmiş araçlar geliştirilmektedir (96).

PB'nin genel prensiplerinin temel tıp eğitiminde olmaması, PB uzmanlığının ülkemizde olmaması ve henüz yeterli sayıda PB merkezinin bulunmaması bu konuda gerek hekimler

gerekse hastalar arasında yeterli farkındalığın oluşmamış olmasının nedenleri arasında sayılabilir. PB merkezlerimiz çok az sayıda olmakla birlikte, henüz birbirleri arasında bir işbirliği ve bilgi paylaşımı söz konusu değildir. Mevcut koşullar altında dahi, AS'lerde PB becerileri geliştirilmeli, hastaların erken tanınarak, uygun tedavi yaklaşımının sergilenmesi gerekmektedir.



3. MATERYAL VE METOD

Etik kurul izni alınmış olan bu prospektif çalışmamıza 1 Aralık 2015 ile 1 Şubat 2017 tarihleri arasında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi AS'ine başvuran, 18 yaş ve üzeri 150 hasta dahil edildi. İlimizde üniversite hastanesine bağlı ayaktan hizmet veren PB ünitesi, medikal onkoloji ve radyasyon onkolojisi birimleri ile devlet hastanesine bağlı yataklı PB servisi bulunmaktadır. Çalışma kapsamına Naomi ve arkadaşlarının “Content Validation of a Novel Screening Tool to Identify Emergency Department Patients With Significant Palliative Care Needs” isimli çalışmasında, 3 adımdan oluşan tarama modelinin ilk adımını sağlayan hasta grubundayer alan hastalar dahil edildi (97). Bu hasta grupları tablo 1’de gösterilmiştir (Tablo 1). Bilinç düzeyi cevaplamaya uygun olan hastalardan ve uygun olmayan hastaların yakınlarından çalışmaya dahiledildiklerine dair izinleri alındı. Çalışma formu belirtilen şu değişkenleri içeriyordu; hastaların demografik bilgileri (yaşı, cinsiyeti), tanı süresi, PB takibi olup olmadığı, evde bakım hizmeti alıp almadığı, hastalığı sebebiyle maddi devlet desteği alıp almadığı, AS takip süresi, konsültasyon istenip istenmediği ve AS’teki takibinin sonuçlanma şekli (taburculuk, klinik yatış, yoğun bakım yatış, vefat). Bu demografik bilgilerin yanı sıra hastalara Speed, Karnofsky Performans Skalası ve Edmonton Semptom Tanımlama Ölçeği uygulandı (Tablo 2,3,4).

Çalışmanın analizleri IBM SPSS 20 ve Excel 2010 versiyonu kullanılarak hazırlandı. Tüm değişkenlerin frekans (f) ve yüzde (%) değerleri hesaplandı. Ölçeklerin normallik varsayımlarının test edilebilmesi için Kolmogrov Smirnov Testi uygulandı. Karşılaştırmalı analizlerde Kruskal Wallis-H Testi, Mann Whitney U Testi ve Pearson Chi Square Testi kullanıldı. Kruskal Wallis-H Testi sonucunda farklılık gözlenmesi durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının bulunması için Mann Whitney U Testi uygulandı.

Sonuçların tamamı tablolar ve yorumları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Tablo 1. Naomi ve arkadaşlarının “Content Validation of a Novel Screening Tool to Identify Emergency Department Patients With Significant Palliative Care Needs” isimli çalışmasında, 3 adımdan oluşan tarama modelinin ilk adımını sağlayan hasta grubu (97)

Yaşam sınırlayıcı bir hastalık mevcut mu?
İleri evre demans ya da SSS hastalığı (Örn. SVH, Parkinson, ALS)
Kanser(Lokal ya da metastatik)
Son dönem böbrek yetmezliği
İleri evre KOAH
İleri evre kalp yetmezliği
Son dönem karaciğer yetmezliği
Septik şok, Çoklu organ yetmezliği
Diğerleri (Örneğin 65 yaş üstü kalça kırığı)

Tablo 2.Karnofsky Performans Skalası

100	Şikayeti yok, hastalık bulgusu yok, normal
90	Normal aktivitesini sürdürebilen, hastalık şikayet veya bulguları minimal
80	Normal aktivitesine yakın, hastalığa ait bazı belirti ve bulguları olan
70	Kendisine bakabilen, ancak normal aktivitesi azalmış ve aktif çalışma yapamayan
60	Gerektiğinde yardımla fakat sıklıkla kendi ihtiyaçlarını karşılayabilen
50	Sıklıkla yardımla ve medikal destekle ihtiyaçlarını karşılayabilen
40	Sürekli özel yardım ve bakım gerektiren
30	Ciddi düşkün olan ve hastane şartlarında yardım edilmesi gereken
20	Çok hasta, kesinlikle hastanede ve aktif destek tedavisine ihtiyacı olan
10	Ölümcül derecede olan

Tablo 3.Edmonton Semptom Tanımlama Ölçeği

	Var	Yok
Ağrı		
Yorgunluk		
Bulantı		
Üzüntü		
Endişe		
Uykusuzluk		
İştahsızlık		
Nefes darlığı		
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik		
Ağızda yara		
Ellerde uyuşma		

Tablo 4.Speed Performans Sakalası

<u>Sosyal</u>	<u>Az</u>	<u>Orta</u>	<u>Cok</u>
1- Tedavinizle ilgili ne kadar zorluk yaşıyorsunuz ? (Tedavi sağlama , ne zaman ve nasıl alacağımız , yan etkiler)			
2- Ayaktan tedavi alırken ne kadar zorlanıyorsunuz ? (Nakil, düzenleme, randevu)			

3- Evde ihtiyalarınıızı giderirken ne kadar zorlanıyorsunuz? (Banyo , giyinme , yemek)			
<u>Tedavi</u>			
1- Doktorunuzla tedavi tercihlerinizi belirleme konusunda ne kadar zorlanıyorsunuz ?			
2- Tedavi sağlayan klinik ekiple ne kadar zorluk yaşıyorsunuz ?			
3- Mevcut tedavinizin sizin hedeflediğiniz tedavi ile uyumu konusunda ne kadar zorlanıyorsunuz ?			
<u>Fiziksel</u>			
1- Ağrınızdan ne kadar Őikayetisiniz?			
2- Nefes darlığı sizine kadar rahatsız ediyor ?			
3- Fiziksel semptomlarınız sizi ne kadar rahatsız ediyor ?			
<u>Psikolojik</u>			
1- Anksiyeteniz sizi ne kadar rahatsız ediyor ?			
2- Depresyon sizi ne kadar rahatsız ediyor ?			
3- Umutsuzluğunuz sizi ne kadar rahatsız ediyor ?			
<u>Ruhsal</u>			
1- Hastalığınız ne kadar duyarsız ve anlamsız grnyor ?			

4.BULGULAR

4.1.DEMOGRAFİK BİLGİLER

Hastalara ait genel bilgilerin frekans (f) ve yüzde (%) bulguları aşağıda verilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Demografik bilgiler

Cinsiyet	Frekans (f)	Yüzde (%)
Kadın	66	44,00
Erkek	84	56,00
Toplam	150	100,00
Yaş	Frekans (f)	Yüzde (%)
18-45	10	6,70
46-65	53	35,30
66 ve üzeri	87	58,00
Toplam	150	100,00
Tanı	Frekans (f)	Yüzde (%)
İleri evre demans ya da SSS hastalığı (Örn. SVH, Parkinson, ALS)	39	26,00
Kanser(Lokal ya da metastatik)	82	54,66
Son dönem böbrek yetmezliği	8	5,33
İleri evre KOAH	5	3,33
İleri evre kalp yetmezliği	3	2,00

Son dönem karaciğer yetmezliği	10	6,66
Septik şok, Çoklu organ yetmezliği	0	0
Diğerleri (Örneğin 65 yaş üstü kalça kırığı)	3	2,00
Ne zaman tanı aldınız?	Frekans (f)	Yüzde (%)
6 aydan az	31	20,70
6 ay-5 yıl	81	54,00
5 yıldan fazla	38	25,30
Toplam	150	100,00
PB ünitesi takibiniz mevcut mu?	Frekans (f)	Yüzde (%)
Evet	45	30,00
Hayır	105	70,00
Toplam	150	100,00
Neden PB takibiniz yok?	Frekans (f)	Yüzde (%)
PB hizmetinden haberdar değilim	97	92,38
Diğer	8	7,61
Toplam	105	100
Evde sağlık hizmeti alıyorsunuz musunuz?	Frekans (f)	Yüzde (%)
Evet	41	27,30

Hayır	109	72,70
Toplam	150	100,00
Hastalığınız sebebiyle maddi devlet desteği alıyor musunuz?	Frekans (f)	Yüzde (%)
Evet	43	28,70
Hayır	107	71,30
Toplam	150	100,00
Bakımınızdan kim sorumlu?	Frekans (f)	Yüzde (%)
1. derecede yakını	147	98,00
Diğer	3	2,00
Toplam	150	100,00
Ek hastalığınız mevcut mu?	Frekans (f)	Yüzde (%)
Evet	83	55,30
Hayır	67	44,70
Toplam	150	100,00
Hasta AS'te kaç saat kaldı?	Frekans (f)	Yüzde (%)
1-4 saat	64	42,70
4-24 saat	86	57,30
Toplam	150	100,00
Konsültasyon istendi mi?	Frekans (f)	Yüzde (%)
Evet	89	59,30

Hayır	61	40,70	
Toplam	150	100,00	
Hastanın taburculuğu sonuçlandı?	AS'te nasıl	Frekans (f)	Yüzde (%)
Taburculuk	77	51,30	
Servis yatış	51	34,00	
Yoğun bakım yatış	20	13,30	
Vefat	2	1,30	
Toplam	150	100,00	

Tablo 5'te görüldüğü üzere hastaların %44'ü kadın, %56'sı ise erkekti. Hastaların %6,70'i 18 ile 45 yaş aralığında, %35,30'u 46 ile 65 yaş aralığında, %58'i ise 66 yaş ve üstündeydi. Hastaların %54,66'sının kanser, % 26'sının ileri evre demans ya da SSS hastalığı, % 6,66'sının son dönem karaciğer yetmezliği, %5,33'ünün son dönem böbrek yetmezliği, %3,33'ünün ileri evre KOAH, %2'sinin ileri evre kalp yetmezliği, , %2'sinin kalça kırığı tanısı mevcuttu. Hastaların %20,70'inde tanı alalı6 aydan daha az; %54'ü 6 ay ile 5 yıl arasında, %25,30'unda ise 5 yıldan daha fazla süre geçmişti. Hastaların %30'unun PB ünitesi takibi mevcuttu. Hastaların %27,30'unun evde sağlık hizmeti aldığı görüldü. Hastalığı sebebi ile hastaların %28,70'i devletten maddi destek aldıklarını belirtti. Hastalık süresinde hastaların %98'i birinci derece yakınından destek gördüğünü belirtti. Hastaların %42,70'inin ek hastalığı vardı.Hastaneye geldikten sonra, hastaların %42,70'inin AS'te 1 ile 4 saat arasında, %57,30'unun ise 4 ile 24 saat arasında kaldığı belirlendi. Hastaların %59,30'undan konsültasyon istendi. AS'e gelen hastaların %51,30'u taburcu edildi, %34'ü servise, %13,30'u yoğun bakıma yatırıldı, %1,30'u ise vefat etti.

5.2. KARNOFSKY PERFORMANS SKALASI

Hastaların Karnofsky performans skalasından aldıkları puanlara ait ortalama \pm standart sapma ve frekans (f), yüzde (%) bulgularına ait bulgular aşağıda verilmiştir (Tablo 6).

Ortalama \pm Std.Sapma 43,13 \pm 13,86

Ortanca (Min - Max) 40 (10 - 80)

Tablo 6. Hastaların Karnofsky Performans Skalasından Aldığı Puan

Hastaların Karnofsky performans skalasından aldıkları puanlara ait ortalama \pm standart sapma değerleri 43,13 \pm 13,86 olarak hesaplandı. Genel olarak hastaların s¼rekli ¼zel yardım ve bakıma ihtiya duyan hastalar oldukları g¼r¼ld¼.

5.3. EDMONTON SEMPTOM TANIMLAMA BİLGİLERİ

Edmonton semptom tanımlama ¼leđine ait bilgilerin frekans (f) ve y¼zde (%) bulguları aşağıda verilmiştir (Tablo 7)

Tablo 7. Edmonton Semptom Tanımlama Bilgileri

Ağrı	Frekans (f)	Y¼zde (%)
Evet	111	74,00
Hayır	39	26,00
Toplam	150	100,00
Yorgunluk	Frekans (f)	Y¼zde (%)
Evet	133	88,70
Hayır	17	11,30
Toplam	150	100,00
Bulantı	Frekans (f)	Y¼zde (%)
Evet	96	64,00
Hayır	54	36,00
Toplam	150	100,00
¼z¼nt¼	Frekans (f)	Y¼zde (%)

Evet	91	60,70
Hayır	59	39,30
Toplam	150	100,00
Endişe	Frekans (f)	Yüzde (%)
Evet	90	60,00
Hayır	60	40,00
Toplam	150	100,00
Uykusuzluk	Frekans (f)	Yüzde (%)
Evet	82	54,70
Hayır	68	45,30
Toplam	150	100,00
İştahsızlık	Frekans (f)	Yüzde (%)
Evet	108	72,00
Hayır	42	28,00
Toplam	150	100,00
Dispne	Frekans (f)	Yüzde (%)
Evet	77	51,30
Hayır	73	48,70
Toplam	150	100,00
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	Frekans (f)	Yüzde (%)
Evet	40	26,70

Hayır	110	73,30
Toplam	150	100,00
Ağızda yara	Frekans (f)	Yüzde (%)
Evet	55	36,70
Hayır	95	63,30
Toplam	150	100,00
Ellerde uyuşma	Frekans (f)	Yüzde (%)
Evet	61	40,70
Hayır	89	59,30
Toplam	150	100,00

Tablo 7’de görüldüğü üzere, Edmonton semptom tanımlama ölçeğinde kullanılan faktörler ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşmadır. Buna göre, hastaların %88,70’inde yorgunluk, %74’ünde ağrı,%72’sinde iştahsızlık, %64’ünde bulantı, %60,70’inde üzüntü, %60’ında endişe, %54,70’inde uykusuzluk, %51,30’unda dispne, %40,70’inde ellerde uyuşma, %36,70’inde ağızda yara,%26,70’inde ise ciltte ve tırnaklarda değişiklik görüldü.

5.4. SPEED PERFORMANS SKALASI

Speed performans skalasında hastalara tedavi ile alakalı sorular, sosyal sorular, fiziksel sorular, psikolojik sorular ve ruhsal soru soruldu. Hastalardan kendilerine yöneltilen bu soruları “az, orta, çok” olarak değerlendirmeleri istendi. Speed performans skalası ölçeğine ait bilgilerin frekans (f) ve yüzde (%) bulguları aşağıda verilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Speed Performans Skalası Bilgileri

Tedavinizle ilgili ne kadar	Frekans (f)	Yüzde (%)
------------------------------------	--------------------	------------------

zorluk çekiyorsunuz?		
Az	63	42,00
Orta	46	30,70
Çok	41	27,30
Toplam	150	100,00
Ayaktan tedavi alırken ne kadar zorlanıyorsunuz?	Frekans (f)	Yüzde (%)
Az	58	38,70
Orta	42	28,00
Çok	50	33,30
Toplam	150	100,00
Evde ihtiyaçlarınızı giderirken ne kadar zorlanıyorsunuz?	Frekans (f)	Yüzde (%)
Az	30	20,00
Orta	62	41,30
Çok	58	38,70
Toplam	150	100,00
Doktorunuzla tedavi tercihlerini belirleme konusunda ne kadar zorlanıyorsunuz?	Frekans (f)	Yüzde (%)
Az	124	82,70
Orta	14	9,30

Çok	12	8,00
Toplam	150	100,00
Tedavi sağlayan klinik ekiple ne kadar zorluk yaşıyorsunuz?	Frekans (f)	Yüzde (%)
Az	126	84,00
Orta	16	10,70
Çok	8	5,30
Toplam	150	100,00
Mevcut tedaviniz sizin hedeflediğiniz tedavi ile ne kadar uyumlu?	Frekans (f)	Yüzde (%)
Az	86	57,30
Orta	39	26,00
Çok	25	16,70
Toplam	150	100,00
Ağrınızdan ne kadar şikayetçisiniz?	Frekans (f)	Yüzde (%)
Az	46	30,70
Orta	58	38,00
Çok	47	31,30
Toplam	150	100,00
Nefes darlığınızdan ne kadar şikayetçisiniz?	Frekans (f)	Yüzde (%)

Az	77	51,30
Orta	44	29,30
Çok	29	19,30
Toplam	150	100,00
Fiziksel semptomlarınız sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Frekans (f)	Yüzde (%)
Az	30	20,00
Orta	58	38,70
Çok	62	41,30
Toplam	150	100,00
Anksiyeteniz sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Frekans (f)	Yüzde (%)
Az	68	45,30
Orta	49	32,70
Çok	33	22,00
Toplam	150	100,00
Depresyonunuz sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Frekans (f)	Yüzde (%)
Az	70	46,70
Orta	49	32,70
Çok	31	20,70
Toplam	150	100,00
Umutsuzluğunuz sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Frekans (f)	Yüzde (%)

kadar rahatsız ediyor?		
Az	85	56,70
Orta	23	15,30
Çok	42	28,00
Toplam	150	100,00
Hastalığımız size ne kadar anlamsız geliyor?	Frekans (f)	Yüzde (%)
Az	51	34,00
Orta	39	26,00
Çok	60	40,00
Toplam	150	100,00

5.5. NORMALLİK TESTİ

Karnofsky ve Speed performans skalası puanlarının Kolmogrov Smirnov Normallik Testi bulguları verilmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Kolmogrov Smirnov Normallik Testi

Ölçekler	İstatistik	df	P
Karnofsky Performans Skalası Puanı	0,143	150	<0,001
Speed Performans Skalası Puanı	0,089	150	0,005

Hastaların Karnofsky ve Speed performans skalaları ile normal dağılım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bulgulara göre skala puanları normal dağılım özelliği göstermemektedir ($p<0,001$, $p=0,005$).

5.6. EDMONTON SEMPTOM TANIMLAMA BİLGİLERİ'NİN KARNOFSKY PERFORMANS SKALASI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Edmonton semptom tanımlama bilgilerinin Karnofsky performans skalası açısından karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U Testi bulguları aşağıda verilmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Edmonton Semptomlarının Karnofsky Performans Skalası Açısından Karşılaştırılması

Semptomlar	Gruplar	N	Ö sıra	Mann Whitney-U	P
Ağrı	Evet	111	74,50	2054	0,629
	Hayır	39	78,33		
Yorgunluk	Evet	133	77,50	865	0,108
	Hayır	17	59,88		
Bulantı	Evet	96	75,81	2652,5	0,906
	Hayır	54	74,95		
Üzüntü	Evet	91	77,13	2536	0,559
	Hayır	59	72,98		
Endişe	Evet	90	76,54	2606,5	0,714
	Hayır	60	73,94		
Uykusuzluk	Evet	82	74,70	2722	0,799
	Hayır	68	76,47		
İştahsızlık	Evet	108	72,07	1898	0,114

	Hayır	42	84,31		
Dispne	Evet	77	84,19	2171	0,014
	Hayır	73	67,26		
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	Evet	40	79,96	1738,5	0,045
	Hayır	110	63,70		
Ağızda yara	Evet	55	68,02	2201	0,101
	Hayır	95	79,83		
Ellerde uyuşma	Evet	61	82,97	2072	0,012
	Hayır	89	64,72		

Mann Whitney U Testi sonucunda, hastaların Karnofsky performans skalasını belirlemeye yönelik puanı ile Edmonton semptomlarından dispne ($p=0,014<0,05$), ciltte ve tırnaklarda değişiklik ($p=0,045<0,05$) ve ellerde uyuşma ($p=0,012<0,05$) semptomlarına ait sıralamaların ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bulgulara göre dispne, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ellerde uyuşma gözlenmeyen hastaların Karnofsky performans skalasının, gözlenen hastalara oranla daha yüksekti. Diğer tüm semptom ortalamaları ile hastaların Karnofsky performans skalasını belirlemeye yönelik puanı arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($p>0,05$).

5.7. SPEED PERFORMANS BİLGİLERİ'NİN KARNOFSKY PERFORMANS SKALASI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Speed performans bilgilerinin Karnofsky performans skalası açısından karşılaştırılmasına ait Kruskal Wallis H Testi bulguları aşağıda verilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Tedavideki Zorluğun Karnofsky Performans Skalası Açısından Karşılaştırılması

Semptomlar	Gruplar	N	Ortalama sıra	χ^2	sd	P
Tedavinizle ilgili ne kadar zorluk çekiyorsunuz?	Az	63	95,13	26,158	2	<0,001
	Orta	46	68,76			
	Çok	41	52,90			
Ayakta tedavi alırken ne kadar zorlanıyorsunuz?	Az	58	97,82	27,774	2	<0.05
	Orta	42	67,77			
	Çok	50	56,10			
Doktorunuzla tedavi tercihlerini belirleme konusunda ne kadar zorlanıyorsunuz?	Az	124	79,60	9,936	2	<0.05
	Orta	14	69,93			
	Çok	12	39,62			
Tedavi sağlayan klinik ekiple ne kadar zorluk yaşıyorsunuz?	Az	126	77,97	7,989	2	>0.05
	Orta	16	76,72			
	Çok	8	34,19			
Mevcut tedaviniz sizin hedeflediğiniz tedavi ile ne kadar	Az	86	80,77	3,143	2	>0.05

uyumlu?						
	Orta	39	69,29			
	Çok	25	67,04			
Ağrınızdan ne kadar şikayetçisiniz?	Az	46	82,60	5,147	2	>0.05
	Orta	57	79,24			
	Çok	47	64,02			
Nefes darlığınızdan ne kadar şikayetçisiniz?	Az	77	85,08	9,450	2	<0.05
	Orta	44	70,22			
	Çok	29	58,09			
Fiziksel semptomlarınız sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Az	30	119,03	81,458	2	<0,001
	Orta	58	90,67			
	Çok	62	40,24			
Anksiyeteniz sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Az	68	74,54	1,311	2	0,519
	Orta	49	80,60			
	Çok	33	69,91			
Tedavinizle ilgili ne kadar zorluk	Az	70	75,69	1,496	2	0,473

çekiyorunuz?						
	Orta	49	79,96			
	Çok	31	68,03			
Umutsuzluğunuz sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Az	85	80,57	3,104	2	0,212
	Orta	23	72,87			
	Çok	42	66,68			
Hastalığınız size ne kadar anlamsız geliyor?	Az	51	100,16	28,576	2	<0,001
	Orta	39	71,33			
	Çok	60	57,25			

Kruskall Wallis-H Testi sonucunda, hastaların tedavilerinde çektikleri zorluk($\chi^2=26,158$; $p<0,05$) ,ayaktan tedavi alırken çektikleri zorluk ($\chi^2=27,774$; $p<0,05$), evde ihtiyaçlarını giderirken çektikleri zorluk ($\chi^2=63,470$; $p<0,05$), doktorları ile tedavi tercihlerini belirlerken çektikleri zorluk ($\chi^2=9,936$; $p<0,05$), kendilerine tedavi sağlayan ekip ile çektikleri zorluk ($\chi^2=7,989$; $p<0,05$), hastaların nefes darlığından şikayet dereceleri ($\chi^2=9,450$; $p<0,05$), fiziksel semptomlardan rahatsızlık dereceleri ($\chi^2=81,458$; $p<0,05$), hastaların hastalıklarının kendilerine ne kadar anlamsız geldiği ($\chi^2=28,576$; $p<0,05$) ile Karnofsky performans skalasına ait sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Kruskall Wallis-H Testi sonucunda, hastaların gördükleri tedavi ile bekledikleri tedavi yöntemlerinin uyumu ($\chi^2=3,143$; $p>0,05$), ağrılarında şikayetçi olma dereceleri ($\chi^2=5,147$; $p>0,05$), anksiyeteden rahatsızlık dereceleri ($\chi^2=1,311$; $p>0,05$), depresyondan rahatsızlık dereceleri ($\chi^2=1,496$; $p>0,05$), umutsuzluk hissinden rahatsızlık dereceleri ($\chi^2=3,104$;

p>0,05) ile Karnofsky performans skalasına ait sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

5.7.CİNSİYETE GÖRE EDMONTON SEMPTOM TANILAMA BİLGİLERİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların Edmonton semptom bilgilerinin cinsiyetlerine göre Pearson Chi Square Testi ile karşılaştırılmasına ait bulgular aşağıda verilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Edmonton Semptom Tanımlama Bilgileri'nin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Semptomlar	Gruplar	f(Kadın)	f(Erkek)	%(Kadın)	%(Erkek)	P Değeri	Ki Kare
Ağrı	Evet	53	58	80,30%	69,00%	0,119	2,434
	Hayır	13	26	19,70%	31,00%		
	Toplam	66	84	100,00%	100,00%		
Yorgunluk	Evet	60	73	90,90%	86,90%	0,443	0,590
	Hayır	6	11	9,10%	13,10%		
	Toplam	66	84	100,00%	100,00%		
Bulantı	Evet	47	49	71,20%	58,30%	0,103	2,661
	Hayır	19	35	28,80%	41,70%		
	Toplam	66	84	100,00%	100,00%		
Üzüntü	Evet	43	48	65,20%	57,10%	0,319	0,993
	Hayır	23	36	34,80%	42,90%		
	Toplam	66	84	100,00%	100,00%		
Endişe	Evet	43	47	65,20%	56,00%	0,254	1,303

	Hayır	23	37	34,80%	44,00%		
	Toplam	66	84	100,00%	100,00%		
Uykusuzluk	Evet	38	44	57,60%	52,40%	0,526	0,402
	Hayır	28	40	42,40%	47,60%		
	Toplam	66	84	100,00%	100,00%		
İştahsızlık	Evet	50	58	75,80%	69,00%	0,364	0,825
	Hayır	16	26	24,20%	31,00%		
	Toplam	66	84	100,00%	100,00%		
Dispne	Evet	30	47	45,50%	56,00%	0,202	1,630
	Hayır	36	37	54,50%	44,00%		
	Toplam	66	84	100,00%	100,00%		
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	Evet	17	23	25,80%	27,40%	0,823	0,050
	Hayır	49	61	74,20%	72,60%		
	Toplam	66	84	100,00%	100,00%		
Ağızda yara	Evet	29	26	43,90%	31,00%	0,101	2,684
	Hayır	37	58	56,10%	69,00%		
	Toplam	66	84	100,00%	100,00%		
Ellerde uyuşma	Evet	26	35	39,40%	41,70%	0,778	0,079
	Hayır	40	49	60,60%	58,30%		
	Toplam	66	84	100,00%	100,00%		

Kadın hastaların %80,30'unda, erkek hastaların ise %69'unda ağrı, kadın hastaların %90,90'ında, erkek hastaların ise %86,90'ında yorgunluk, kadın hastaların %71,20'sinde erkek hastaların ise %58,30'unda bulantı, kadın hastaların %65,20'sinde erkek hastaların ise %57,10'u üzüntü, Kadın hastaların %65,20'sinde, erkek hastaların ise %56'sında endişe, kadın hastaların %57,60'ında, erkek hastaların ise %52,40'ı uykusuzluk, kadın hastaların %75,80'inde, erkek hastaların ise %69'u iştahsızlık, kadın hastaların %45,50'sinde, erkek hastaların ise %56'sında dispne, kadın hastaların %25,80'inde; erkek hastaların ise %27,40'ında ciltte ve tırnaklarda değişiklik, kadın hastaların %43,90'ında, erkek hastaların ise %31'inde ağızda yara, kadın hastaların %39,40'ında ellerde uyuşma var iken, erkek hastaların ise %41,70'inde ellerde uyuşma vardı. Gerçekleştirilen Pearson Chi Square Testi sonucunda kadın ve erkek hastaların tüm bu semptomlar açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

5.8.YAŞA GÖRE EDMONTON SEMPTOM TANILAMA BİLGİLERİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların Edmonton semptom bilgilerinin yaşlarına göre Pearson Chi Square Testi ile karşılaştırılmasına ait bulgular aşağıda verilmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Hastaların Yaşlarına Göre Edmonton Semptom Tanımlama Bilgileri'nin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Semptomlar	Gruplar	f(18-45)	f(46-65)	f(≥66)	%(18-45)	%(46-65)	%(≥66)	P	Ki Kare
Ağrı	Evet	10	42	59	100,00%	79,20%	67,80%	0,051	6,001
	Hayır	0	11	28	0,00%	20,80%	32,20%		
	Toplam	10	53	87	100,00%	100,00%	100,00%		
Yorgunluk	Evet	10	50	73	100,00%	94,30%	83,90%	0,085	4,936
	Hayır	0	3	14	0,00%	5,70%	16,10%		
Toplam		10	53	87	100,00%	100,00%	100,00%		

	Hayır	0	3	14	0,00 %	5,70 %	16,10%		
	Toplam	10	53	87	100,0 0%	100,0 0%	100,00 %		
Bulantı	Evet	9	40	47	90,00 %	75,50 %	54,00%	0,00 8	9,72 0
	Hayır	1	13	40	10,00 %	24,50 %	46,00%		
	Toplam	10	53	87	100,0 0%	100,0 0%	100,00 %		
Üzüntü	Evet	7	41	43	70,00 %	77,40 %	49,40%	0,00 4	11,1 61
	Hayır	3	12	44	30,00 %	22,60 %	50,60%		
	Toplam	10	53	87	100,0 0%	100,0 0%	100,00 %		
Endişe	Evet	7	41	42	70,00 %	77,40 %	48,30%	0,00 2	12,0 54
	Hayır	3	12	45	30,00 %	22,60 %	51,70%		
	Toplam	10	53	87	100,0 0%	100,0 0%	100,00 %		
Uykusuzluk	Evet	7	29	46	70,00 %	54,70 %	52,90%	0,55 8	1,06 2
	Hayır	3	24	41	30,00 %	45,30 %	47,10%		

	Toplam	10	53	87	100,0 0%	100,0 0%	100,00 %		
İştahsızlık	Evet	7	43	58	70,00 %	81,10 %	66,70%	0,17 9	3,44 0
	Hayır	3	10	29	30,00 %	18,90 %	33,30%		
	Toplam	10	53	87	100,0 0%	100,0 0%	100,00 %		
Dispne	Evet	6	26	45	60,00 %	49,10 %	51,70%	0,81 2	0,41 6
	Hayır	4	27	42	40,00 %	50,90 %	48,30%		
	Toplam	10	53	87	100,0 0%	100,0 0%	100,00 %		
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	Evet	7	16	17	70,00 %	30,20 %	19,50%	0,00 2	12,1 98
	Hayır	3	37	70	30,00 %	69,80 %	80,50%		
	Toplam	10	53	87	100,0 0%	100,0 0%	100,00 %		
Ağızda yara	Evet	4	24	27	40,00 %	45,30 %	31,00%	0,23 1	2,93 1
	Hayır	6	29	60	60,00 %	54,70 %	69,00%		
	Toplam	10	53	87	100,0 0%	100,0 0%	100,00 %		

Ellerde uyuşma	Evet	4	22	35	40,00 %	41,50 %	40,20%	0,99 8	0,02 4
	Hayır	6	31	52	60,00 %	58,50 %	59,80%		
	Toplam	10	53	87	100,0 0%	100,0 0%	100,00 %		

Gerçekleştirilen Pearson Chi Square Testi sonucunda yaş aralığına göre hastaların ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık, dispne, ağızda yara, ellerde uyuşma hissetmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü.

Gerçekleştirilen Pearson Chi Square Testi sonucunda 18-45, 46-65 yaş aralığındaki ve 66 yaş ve üstündeki hastaların bulantı ($p=0,008<0,05$), üzüntü ($p=0,004<0,05$), endişe ($p=0,002<0,05$), ciltte ve tırnaklarda değişiklik ($p=0,002<0,05$) semptomları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görüldü.

5.9.TANI ALINAN ZAMANA GÖRE EDMONTON SEMPTOM TANILAMA BİLGİLERİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların Edmonton semptom bilgilerinin tanı aldıkları zamana göre Pearson Chi Square Testi ile karşılaştırılmasına ait bulgular aşağıda verilmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Hastaların Tanı Aldıkları Zamana Göre Edmonton Semptom Tanımlama Bilgileri'nin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Semptomlar	Gruplar	f (<6 ay)	f (6 ay-5 yıl)	f(>5y)	%(<6)	% (6 ay-5 yıl)	% (>5y)	P Değeri	Ki Kare
Ağrı	Evet	21	62	28	67,70 %	76,5 0%	73,70 %	0,636	0,90 5
	Hayır	10	19	10	32,30 %	23,5 0%	26,30 %		

	Toplam	31	81	38	100,0 0%	100, 00%	100,0 0%		
Yorgunluk	Evet	31	69	33	100,0 0%	85,2 0%	86,80 %	0,079	5,06 5
	Hayır	0	12	5	0,00 %	14,8 0%	13,20 %		
	Toplam	31	81	38	100,0 0%	100, 00%	100,0 0%		
Bulantı	Evet	22	55	19	71,00 %	67,9 0%	50,00 %	0,110	4,42 1
	Hayır	9	26	19	29,00 %	32,1 0%	50,00 %		
	Toplam	31	81	38	100,0 0%	100, 00%	100,0 0%		
Üzüntü	Evet	f	22	48	71,00 %	59,3 0%	55,30 %	0,385	1,91 1
	Hayır	9	33	17	29,00 %	40,7 0%	44,70 %		
	Toplam	31	81	38	100,0 0%	100, 00%	100,0 0%		
Endişe	Evet	22	47	21	71,00 %	58,0 0%	55,30 %	0,360	2,04 1
	Hayır	9	34	17	29,00 %	42,0 0%	44,70 %		
	Toplam	31	81	38	100,0 0%	100, 00%	100,0 0%		

Uykusuzluk	Evet	22	40	20	71,00 %	49,4 0%	52,60 %	0,116	4,30 0
	Hayır	9	41	18	29,00 %	50,6 0%	47,40 %		
	Toplam	31	81	38	100,0 0%	100, 00%	100,0 0%		
İştahsızlık	Evet	27	57	24	87,10 %	70,4 0%	63,20 %	0,079	5,08 5
	Hayır	4	24	14	12,90 %	29,6 0%	36,80 %		
	Toplam	31	81	38	100,0 0%	100, 00%	100,0 0%		
Dispne	Evet	17	40	20	54,80 %	49,4 0%	52,60 %	0,860	0,30 1
	Hayır	14	41	18	45,20 %	50,6 0%	47,40 %		
	Toplam	31	81	38	100,0 0%	100, 00%	100,0 0%		
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	Evet	4	27	9	12,90 %	33,3 0%	23,70 %	0,081	5,01 7
	Hayır	27	54	29	87,10 %	66,7 0%	76,30 %		
	Toplam	31	81	38	100,0 0%	100, 00%	100,0 0%		
Ağızda yara	Evet	9	30	16	29,00 %	37,0 0%	42,10 %	0,531	1,26 7

	Hayır	22	51	22	71,00 %	63,0 0%	57,90 %		
	Toplam	31	81	38	100,0 0%	100, 00%	100,0 0%		
Ellerde uyuşma	Evet	8	40	13	25,80 %	49,4 0%	34,20 %	0,049	6,04 4
	Hayır	23	41	25	74,20 %	50,6 0%	65,80 %		
	Toplam	31	81	38	100,0 0%	100, 00%	100,0 0%		

Gerçekleştirilen Pearson Chi Square Testi sonucunda tanı alma zamanı 6 aydan az olan, tanı alma zamanı 6 ay ile 5 yıl arasında olan ve tanı alma zamanı 5 yıldan fazla olan hastalarda ellerde uyuşma olması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0,049<0,05$). Gözlenen bu fark çok büyük bir farklılık olmasa da istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tüm diğer semptomlar ile tanı alma zamanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

5.10.EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALINIP ALINMAMASINA GÖRE EDMONTON SEMPTOM TANILAMA BİLGİLERİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların Edmonton semptom bilgilerinin evde sağlık hizmeti alınıp alınmamasına göre Pearson Chi Square Testi ile karşılaştırılmasına ait bulgular verilmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Hastaların Evde Sağlık Hizmeti Alıp Alınmamasına Göre Edmonton Semptom Tanımlama Bilgileri'nin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Semptomlar	Gruplar	f (Evde sağlık hizmeti)	f (Evde sağlık hizmeti)	% (Evde sağlık hizmeti)	% (Evde sağlık hizmeti)	P Değeri	Ki Kare
-------------------	----------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------	----------------

		alıyor)	almıyor)	alıyor)	almıyor)		
Ağrı	Evet	28	83	68,30%	76,10%	0,328	0,955
	Hayır	13	26	31,70%	23,90%		
	Toplam	41	109	100,00%	100,00%		
Yorgunluk	Evet	31	102	75,60%	93,60%	0,002	9,572
	Hayır	10	7	24,40%	6,40%		
	Toplam	41	109	100,00%	100,00%		
Bulantı	Evet	25	71	61,00%	65,10%	0,636	0,224
	Hayır	16	38	39,00%	34,90%		
	Toplam	41	109	100,00%	100,00%		
Üzüntü	Evet	18	73	43,90%	67,00%	0,010	6,645
	Hayır	23	36	56,10%	33,00%		
	Toplam	41	109	100,00%	100,00%		
Endişe	Evet	43,90%	66,10%	43,90%	66,10%	0,014	6,092
	Hayır	23	37	56,10%	33,90%		
	Toplam	41	109	100,00%	100,00%		
Uykusuzluk	Evet	21	61	51,20%	56,00%	0,603	0,271
	Hayır	20	48	48,80%	44,00%		
	Toplam	41	109	100,00%	100,00%		
İştahsızlık	Evet	30	78	73,20%	71,60%	0,845	0,038
	Hayır	11	31	26,80%	28,40%		
	Toplam	41	109	100,00%	100,00%		

Dispne	Evet	27	50	65,90%	45,90%	0,029	4,762
	Hayır	14	59	34,10%	54,10%		
	Toplam	41	109	100,00%	100,00%		
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	Evet	12	28	29,30%	25,70%	0,659	0,195
	Hayır	29	81	70,70%	74,30%		
	Toplam	41	109	100,00%	100,00%		
Ağızda yara	Evet	16	39	39,00%	35,80%	0,713	0,135
	Hayır	25	70	61,00%	64,20%		
	Toplam	41	109	100,00%	100,00%		
Ellerde uyuşma	Evet	22	39	53,70%	35,80%	0,047	3,947
	Hayır	19	70	46,30%	64,20%		
	Toplam	41	109	100,00%	100,00%		

Evde sağlık hizmeti alan hastaların %43,90'nın üzgün olduğu belirlenirken, almayan hastaların ise %67'si üzgündü ($p=0,010<0,05$). Evde sağlık hizmeti alan hastaların %43,90'nın, almayan hastaların ise %66,10'u endişeli olduğu görüldü ($p=0,014<0,05$). Evde sağlık hizmeti alan hastaların %65,90'ında, almayan hastaların ise %45,90'ında dispne vardı ($p=0,029<0,05$). Evde sağlık hizmeti alan hastaların %53,70'inde, almayan hastaların ise %35,80'inde ellerde uyuşma vardı ($p=0,047<0,05$). Gerçekleştirilen Pearson Chi Square Testi sonucunda evde sağlık hizmeti alan ve almayan hastaların üzgün ve endişeli hissetmesi, dispne ve ellerde uyuşma olması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu.

Evde sağlık hizmeti alan ve almayan hastalarda tüm diğer semptomlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

5.11. SPEED PERFORMANS SKALASI'NIN CİNSİYETE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların Speed performanslarının cinsiyet açısından karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U Testi sonuçları sunulmuştur (Tablo 16).

Tablo 16. Hastaların Speed Performans Skalası'nın Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

Speed Performans Skalası	N	Ö sıra	Mann Whitney-U	P
Kadın	66	71,01	2475,5	0,261
Erkek	84	79,03		

Mann Whitney U Testi sonucunda, hastaların Speed performans skalasını belirlemeye yönelik puanı ile cinsiyetlerine ait sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,261>0,05$). Bulgulara göre kadın ve erkek hastaların Speed performans skalası puanları birbirlerine benzerdi.

5.12. SPEED PERFORMANS SKALASI'NIN YAŞA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların Speed performanslarının yaş açısından karşılaştırılmasına ait Kruskal Wallis H Testi sonuçları aşağıda sunulmuştur (Tablo 17).

Tablo 17. Hastaların Speed Performans Skalası'nın Yaşlarına Göre Karşılaştırılması

Gruplar	N	Ö sıra	x^2	sd	P
18-45 y	10	77,70	1,059	2	0,589
46-65 y	53	80,11			
66 ve üzeri	87	72,44			

Kruskall Wallis-H Testi sonucunda, hastaların yaşları ile Speed performans skalasına ait sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($\chi^2=1,059$; $p>0,05$). Yani hastaların yaş grupları, Speed performans bulguları açısından herhangi bir farklılık ortaya koymadı. Her yaş aralığında Speed performans skalası benzerdi.

5.13. SPEED PERFORMANS SKALASININ TANI ALMA ZAMANINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların Speed performanslarının tanı aldıkları zaman açısından karşılaştırılmasına ait Kruskal Wallis H Testi sonuçları aşağıda sunulmuştur (Tablo 18).

Tablo 18. Hastaların Speed Performans Skalası'nın Tanı Aldıkları Zamana Göre Karşılaştırılması

Speed Performans Skalası	N	Ortalama	χ^2	sd	P
<6 ay	31	78,94	0,911	2	0,634
6 ay-5 yıl	81	72,38			
>5 yıl	38	79,34			

Kruskall Wallis-H Testi sonucunda, hastaların tanı aldıkları zaman ile Speed performans skalasına ait sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. ($\chi^2=0,911$; $p>0,05$). Yani hastaların tanı aldıkları zaman, Speed performans bulguları açısından herhangi bir farklılık ortaya çıkarmadığı bulundu.

5.14. SPEED PERFORMANS SKALASI'NIN EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALINIP ALINMAMASINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların Speed performanslarının evde sağlık hizmeti alınıp alınmaması açısından karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U Testi sonuçları aşağıda sunulmuştur (Tablo 19).

Tablo 19. Hastaların Speed Performans Skalası'nın Evde Sağlık Hizmeti Alıp Almamasına Göre Karşılaştırılması

Speed Performans Skalası	N	̄ sıra	Mann Whitney-U	P
Evde sağlık hizmeti alıyor	41	89,60	1656,5	0,015
Evde sağlık hizmeti almıyor	109	70,20		

Mann Whitney U Testi sonucunda, hastaların Speed performans skalasını belirlemeye yönelik puanı ile evde sağlık hizmeti alınıp alınmamasına ait sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p=0,015<0,05$). Bulgulara göre evde sağlık hizmeti aldığı gözlemlenen hastaların Speed performanslarının daha yüksek olduğu bulundu.

6.TARTIŞMA

PB yeni bir disiplin olmasına karşın tıbbın diğer alanları içinde hızlı bir şekilde kendine yer edinmiştir. Bu hareketin hızlı bir şekilde gelişmesinin en önemli nedeni yaşamı tehdit eden ve tedavisi mümkün olmayan hastalara gerekli bakım ve tedavinin yapılmasının günümüzde gittikçe önem kazanmasıdır (98). Günümüzde yaşlı nüfustaki artış sebebiyle, PB hastalarında AS başvurusu her geçen gün önem kazanmaktadır (7). Hjerstad ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, çalışmaya dahiledilenPB takipli hastaların yaş ortalamasının 66 olduğu ve 16 hastanın 70 yaş üzerinde olduğu saptanmıştır (45). “Sağlık ve emeklilik” adlı çalışmada 65 yaş üstü hastaların %75 inin yaşamın son 6 haftasında, %51’inin son 1 ayında başvurusu bulunmuştur (99). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak hastaların büyük çoğunluğu 66 yaş ve üzerindedir.

Edmonton semptom bilgilerinin yaşlarına göre karşılaştırılması sonucunda hastaların bulantı hissetmesi yaşlarına göre farklılık göstermekteydi. Özellikle 18-45 yaş aralığındaki hastaların diğer hastalara göre çok daha fazla bulantı hissettiğini söylemek mümkündür. Ciltte ve tırnaklarda değişimin en yoğun olarak gözlemlendiği yaş grubundaki hastaların 18-45 yaş aralığındaki hastalar oldukları görülmektedir. Yine hastaların üzüntü ve endişe hissetmeleri açısından yapılan değerlendirme sonucunda, 66 yaş ve üzeri hastaların diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha az üzüntü ve endişe hissine sahip oldukları belirlendi. Bildiğimiz kadarı ile literatürde PB hastalarının semptomlarının yaş grupları ile kıyaslandığı bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmamızda elde ettiğimiz bu verileri literatürü dikkate alarak değerlendiremesek de, mevcut sonuçlarımız yaş ilerledikçe hastaların üzüntü ve endişelerinin azaldığını ortaya koymaktadır. Ülkemizin mevcut sosyo-kültürel ve dini yapısı göz önünde bulundurulduğunda yaşla beraber kader ve teslimiyet düşüncesinin hakim olduğuna, hastalıktan kaynaklanacak her sonucun daha rahat kabullenildiğine dair bir gösterge olabilir.

AS’te PB ihtiyacı olan hastaların tanınması PB tedavisini sağlamakta ilk basamaktır. Bir hastanın PB ihtiyacı olan hasta olup olmaması AS yönetiminde farklılık yaratır. Bu hasta grubunun tanınmasında henüz literatürde kabul edilmiş standart bir tarama yöntemi bulunmamaktadır (100). Genel algı sadece kanser hastalarının bu gruba dâhil edilmesi yönünde olsa da günümüzde PB’in sadece kanser hastaları ile sınırlı kalmadığı bilinmektedir. Naomi ve arkadaşlarının yaptığı ve AS de bu hasta grubunun tanınmasını sağlayan yeni bir çalışma mevcuttur (97). Buna göre ilk basamakta PB ihtiyacı olan çeşitli hasta grupları

tanımlanmıştır. Çalışmamızın sonuçları da PB hastalarının sadece kanser hastalarından oluşmadığını göstermektedir.

Shin ve arkadaşlarının PB hastalarını Edmonton semptom tanımlama ölçeğini kullanarak inceledikleri bir çalışmalarında; bizim çalışmamızda olduğu gibi cinsiyet açısından hastaların semptomlarında herhangi bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (81).

PB'nin dünya üzerinde uygulama örneklerinden yola çıkarak hazırlanan taslak yönergeye göre oluşturulan PB modeli yataklı tedavi kurumları-kapsamlı PB merkezi (KPBM, 3. basamak), PB merkezi (PBM, 2. Basamak)- PB birimi (PBB, 1. basamak)-evde bakım programları (EBP, 1. basamak), aile hekimleri (AH, 1.basamak) ve hospis kuruluşlarından oluşmaktadır (101). Ülkemizde görece olarak PB yeni bir konudur ve yapılanması henüz tam planlanmamıştır. Turgay ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sağlık profesyonelleri %53,7 oranında PB'la ilgili eğitim almadıklarını ifade etmiş ve yine aynı çalışmada profesyoneller PB hizmetlerinin sadece hastane temelinde verilmesi gerektiğini savunmuştur (102). 2013 yılından beri ülkemizde bu alanda yenilikler olmaya başlamış ve hastanelerde PB üniteleri açılmaya başlamıştır. Henüz yeterli olmamakla beraber, ilimizde 2 adet PB ünitesi mevcuttur. Buna rağmen, çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun PB takipleri bulunmamaktaydı. Bunun sebebi incelendiğinde, bu merkezlerden haberdar olunmadığı saptandı. Bu da henüz PB konusunda halk arasında farkındalığın bulunmadığının bir göstergesi olabilir. Öncelikle Tıp Fakültelerinde PB eğitimi verilerek hekimler arasında bir farkındalık oluşturmaya başlamak ve halk eğitimleriyle de PB konusunda bilgi vermek mevcut merkezlerin kullanımını arttırabilir.

AS'te ideal PB modeli mevcut olmamakla birlikte birçok acil hekimi rutin klinik bilgi ve tecrübesiyle PB hizmeti vermektedir (103). Akut miyokard infarktüsünde kardiyojji konsültasyonu istendiği gibi, kronik ölümcül hastaların stres veren semptomları ve diğer problemlerinde PB konsültasyonu istenmesi gerektiğine dair görüşler mevcuttur (91). Smith ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşamın son ayında AS'e başvuran hastaların büyük bir kısmının hastaneye yatırıldığı, yine büyük bir kısmının akut tedavi aşamasında vefat ettiği saptanmıştır (99). Bizim çalışmamızda da hastaların yarıdan fazlası konsülte edildiği, pek çok hasta konsültasyon neticesinde servis veya yoğun bakıma yatırıldığı görüldü. Bu da PB ihtiyacı olan hastaların ciddi sağlık problemlerinde AS'e başvurduklarını düşündürebilir. Mevcut sistemimiz içerisinde PB bir uzmanlık dalı veya yan dal olmadığından PB ihtiyacı olan hastalarda direk PB konsültasyonu istemek mümkün değildir. Amerikada PB

konsültasyonu AS entegrasyonu çerçevesinde önerilen entegrasyon modellerinden biridir. AS'den bu hastalar için konsültasyon istenen bölümler hastanın yeni gelişen semptomuna yönelik olabildiği gibi (pnömoni, İYE vb), primer hastalığın progresyonu ile ilgili de olabilmektedir. Aynı zamanda beslenme problemleri gibi sıkıntılarda da ilgili bölümlerle görüşülebilmektedir. Bu dağılık sistem PB entegrasyonu henüz gerçekleşmediğinden kaçınılmaz bir durumdur.

PB hastaları, hastalığın kendisi veya tedavisinden kaynaklanan birçok semptomdan yakınmaktadırlar (104). Bu hastaların servise başvurularında semptomlar arasında ağrı, nefes darlığı, major kanama, akut fonksiyon kaybı, kanama, nöbet ve delirium yer alır (44). Bir çalışmada, PB hastalarının AS'e en sık ağrı, bulantı, kusma ve yorgunluk ve uykusuzluk şikayetleri ile başvurduğu; Weise ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise en sık şikayetlerinin başta solunum sıkıntısı olmak üzere, ağrı, bayılma ve kırıklar olduğu kaydedilmiştir (81,105). Ağrı yukardaki çalışmalarda en sık semptom olarak belirtilse de bizim çalışmamızda ise hastalarda en sık semptomun halsizlik % 88,70 olduğu ve bunu ağrı ve iştahsızlığın takip ettiği saptandı. (%74,00, %72,00). Bu bulgular Süren ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma ile örtüşmektedir (106). Literatürde kıyaslayacak çok çalışma olmamakla beraber bizim hastalarımızda ağrı kontrolünün diğer çalışmalara kıyasla daha iyi olduğu söylenebilir.

Edmonton semptom tanımlama bilgileri Karnofsky performans skalası açısından karşılaştırıldı. Buna göre, hastalarda ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, iştahsızlık ve ağızda yara olması ya da olmamasının tek başına Karnofsky performans skalasının belirlenmesi açısından anlamlı bir etki yaratmadığı görüldü. Ancak dispne, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ellerde uyuşma gözlenen hastaların, bu semptomların görülmediği hastalara kıyasla Karnofsky performans skalasının daha düşük olduğu ortaya çıktı. Çalışmamızda, hastaların Speed performans bilgilerinin açısından Karnofsky performans skalasının farklılık gösterip göstermediği incelendi. Buna göre, dispneden şikayet ve fiziksel semptomlardan şikayet açısından Karnofsky performansları farklılık göstermektedir. Bu sonuçlar hastaların nefes darlığının performanslarını oldukça düşürdüğünü göstermektedir. Bu sorun, ihtiyacı olan hastalarda evde oksijen tedavisi verilmesi ile düzelebilir. Yapılan bir çalışmada oksijen ihtiyacının AS önde gelen başvuru sebeplerinden biri olduğunu bildirmiştir (105). Hastalarda cilt ve tırnak değişiklikleri son dönem hastalıklarda görülebilen bir bulgu olduğundan bu hasta grubunda performansın düşük olması bu sebeple açıklanabilir. PB temelinde her hastanın hastaneye gelmesini sağlayan bir hedef gütmek. Evde sağlık

hizmetlerinin varlığı ülkemiz için bu anlamda bir kolaylık sağlar. Hastalar bu sistemden faydalanmaya başladıklarında iv ilaç uygulamaları, mesane sonda değişimi gibi prosedürler evde bakım ile sağlanabileceği gibi mevcut hastaların sahipsizlik duygusu, anksiyetesi, kimsesizlik hissi bu bakımla önlenabilir.

Hastalar Karnofsky Performans Skalası ile değerlendirildiğinde, büyük bir kısmının sürekli özel yardım ve bakıma ihtiyaç duydukları görülmektedir. Litaretürde PB ihtiyacı olan hastaların belirlenmesi konusunda fikir birliği olmamakla birlikte, PB'ı sadece yaşam sonu bakımla sınırlandırmanın doğru olmadığı görüşü mevcuttur. Ancak bulgularımız bize PB ihtiyacının toplumumuz tarafından en sık hastalığın terminal dönemiyle ilişkilendirildiğini düşündürmektedir. PB konusunda yapılacak halk eğitimleri ve bilgilendirmeler bu sorunu çözmekte yardımcı olabilir.

Hastaların Edmonton semptom bilgilerinin evde sağlık hizmeti alınıp alınmamasına göre karşılaştırılması sonucunda evde sağlık hizmeti almayan hastaların kendisini daha yorgun, üzgün ve endişeli hissettikleri belirlendi. Çalışmamızda ayrıca hastaların Speed performanslarının evde sağlık hizmeti alıp almamalarına göre farklılık gösterdiği saptandı. Buna göre, evde sağlık hizmeti aldığı gözlemlenen hastaların Speed performanslarının daha yüksek olduğu görüldü. Bir çalışmada; evde bakım hizmeti alan hastaların evde ölmeyi tercih ettiği, AS'e daha az başvurduğu bildirilmiştir (107). Yapılan çalışmalarda buna ilave olarak, yataklı PB ünitelerinin bu hasta grubunda yoğun bakım yatış ihtiyacı, labarotavar ve ilaç kullanım oranlarında gerilemeye yardımcı olduğunu göstermektedir (108,109). Weise ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise kriz semptomlarıyla AS'i arayan PB takibi olan son dönem kanser hastalarının, görüşme sonrasında büyük bir kısmının AS'e başvurmak yerine bakıma evde devam etmek istedikleri görülmüştür (105). Başol ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada son dönem kanser hastalarından PB hizmeti almayanların AS'e tekrarlayan başvurusu oranının, bu hizmeti alanlara göre yüksek olduğu görülmüştür (79). PB hastalarında en büyük problem hastaların kendilerini takip eden tek bir hekim olmaması durumunda bir nevi sahipsizlik duygusu hissetmeleridir. Bu durum AS başvurularını da arttıran bir sebeptir. Yapılan çalışmalar hastaların telefon konuşması ile bile rahatlatılabileceğini göstermektedir. Evde sağlık hizmetleri bu sahipsizlik hissini yerleşmemesinde önemli bir yer tutar. Bizim çalışmamızın da ortaya koyduğu gibi, hastaların evde bakım hizmeti alması üzüntü ve endişelerini önemli şekilde azaltmaktadır. Önerilen PB sistemlerinin hepsinde evde bakım önemli bir yer tutar.

Çalışmamız acil servise başvuran ve PB alması gereken hasta grubunun tanımlanması ve bu hasta grubunun mevcut durum ve semptomlarının ölçeklerle belirlenip değerlendirilmesinin yapıldığı ilk çalışmadır. PB günümüz sağlık sistemi içerisinde göz ardı edilmemesi gereken ve faydaları açıkça ortaya konan bir bakımdır. Tek başına AS'lerin bu bakımı üstlenmesi mümkün olmamakla beraber AS'leri bu bakımın dışında tutmak da mümkün değildir. Ülkemizde PB sistemleri yerleşmiş olmasa da; AS'ler olarak bu hasta grubuna en iyi bakımı sağlamak yine bizim sorumluluğumuzdadır. Bu konuda yapılacak kapsamlı her çalışma PB yapılanmasının ülkemizde yerleşmesi bakımından oldukça değerli olacaktır.



7.SONUÇLAR

Çalışma toplamda 150 hastanın katılımı ile gerçekleştirildi. Çalışmaya katılan hastaların %44'ü kadın, %56'sı erkekti. Hastaların % 6,70'i 18-45, %35,30'u 46-65 yaş aralığında, % 58,00 'ı ise 65 yaş üzerindedir.

Hastaların Karnofsky performans skalasından aldıkları puanların ortalaması 43,13 olarak hesaplandı. Buna göre, genel olarak hastaların sürekli özel yardım ve bakıma ihtiyaç duyan hastalar oldukları görüldü.

Hastalarda en sık karşılaşılan semptomların litaretüre uygun olarak sırasıyla yorgunluk, ağrı, iştahsızlık ve bulantı olduğu görüldü.

Edmonton semptom tanımlama ölçeği ile Karnofsky performans skalası kıyaslandı. Dispne, ciltte ve tırnaklarda değişiklik ve ellerde uyuşma semptomları olan hastaların Karnofsky puanları daha düşük bulundu.

Hastaların Edmonton semptom bilgilerinin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması sonucunda, cinsiyetlerinin semptomlar üzerinde herhangi bir etkisinin bulunmadığı görüldü.

Edmonton semptom bilgilerinin yaşlara göre karşılaştırılması sonucunda hastaların bulantı, üzüntü ve endişe hissini en sık 18-45 yaş aralığında görüldüğü saptandı. 66 yaş ve üzeri hastaların diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha az üzüntü ve endişe hissine sahip oldukları belirlendi.

Hastaların Edmonton semptom bilgilerinin tanı aldıkları zamana göre karşılaştırılması sonucunda, hastalık tanısının konulma zamanına göre ellerde uyuşmada farklılık gözlemlendi. Buna göre hastalık tanısı 6 ay ile 5 yıl arasında konulan hastaların ellerindeki uyuşma hissini diğer hastalara göre daha fazla olduğu ortaya çıktı. Gözlenen bu fark çok büyük bir farklılık olmasa da istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Hastaların Edmonton semptom bilgilerinin evde sağlık hizmeti alıp almamalarına göre karşılaştırılması sonucunda, evde sağlık hizmeti almayanların kendilerini daha yorgun, üzgün, ve endişeli hissettikleri belirlendi.

Hastaların Speed performanslarının cinsiyet, yaş, tanı alınan zaman açısından karşılaştırılmasına göre herhangi bir farklılık bulunmadı; yani kadın ve erkek hastaların, tüm yaş aralığındaki hastaların ve tanı alınan herhangi bir zamana göre hastaların Speed

performans skalası puanlarının birbirlerine benzer olduğu görüldü. Ancak, hastaların evde sağlık hizmeti alması Speed performanslarında bir fark yaratmaktaydı. Buna göre, evde sağlık hizmeti aldığı gözlemlenen hastaların Speed performanslarının daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür.



KAYNAKLAR

1. World Health Organisation (2010) (2011, September 22). Definition of palliative care. www.who.int/cancer/palliative/definition/en. 2010.
2. Nauck F, Alt-Epping B. Crises in palliative care--a comprehensive approach. *Lancet Oncol*. 2008 Nov;9(11):1086-91.
3. Sabatowski R, Nauck F, Radbruch L et al (Hrsg). *Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2008/2009*. <http://wegweiserhospiz.shifttec>. 2010.
4. Müller-Busch HC. Was bedeutet bio-psycho-sozial in Onkologie und Palliativmedizin. *Behandlungsansätze in der anthroposophischen Medizin. Jahrbuch der Psychoonkologie der ÖGPO. Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie*, Wien, 2004.
5. Klaschik E, Ostgathe C, Nauck F. Grundlagen und Selbstverständnis der Palliativmedizin-Übersicht. *Palliativmedizin* 2001;3:71-5.
6. Kenen J. Palliative care in the emergency department: new specialty weaving into acute care fabric. *Ann Emerg Med* 2010;56:A17-9
7. McNamara BA, Rosenwax LK, Murray K, Currow DC. Early admission to community-based palliative care reduces use of emergency departments in the ninety days before death. *J Palliat Med* 2013;16:774-9.
8. Lamba S, Desandre PL, Todd KH, Bryant EN, Chan GK, Grudzen CR, Weissman DE, Quest TE; the Improving Palliative Care in Emergency Medicine Board. Integration of Palliative Care into Emergency Medicine: The Improving Palliative Care in Emergency Medicine (IPAL-EM) Collaboration. *J Emerg Med*. 2013. doi: 10.1016/j.jemermed.2013.08.087.
9. Meo N, Hwang U, Morrison RS. Resident perceptions of palliative care training in the emergency department. *J Palliat Med*. 2011 May;14(5):548-55.
10. Stone SC, Mohanty S, Grudzen CR, Shoenberger J, Asch S, Kubrick K, Lorenz KA. Emergency medicine physicians' perspectives of providing palliative care in an emergency department. *J Palliat Med*. 2011 Dec;14(12):1333-8.
11. Esper P, Yarbrough C H, Frogge M H, Goodman M, Jones and Bartlett Publishers *Principles and Issues in Palliative Care, Cancer Nursing Principles and Practice Sixth Edition*, Eds., (2005). USA, 1729-1743.

12. Karaca B, Uslu R, (2006). Kanser Hastalığında Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu Kanser ve Palyatif Bakım, Editör Uyar M, Uslu R, Yıldırım Y. Meta Basım, İzmir, 405-414.
13. Rice R, The Hospice and Palliative Care Patient, (2006): Home Care Nursing Practice Concepts Application, Ed; Rice R, Fourth Edition, Mosby Elsevier, USA, 456
14. Guthrie A.E, Green C.J., Matzoo M.L, (2007). Palliative and end-of- Life Care, Medical- Surgical Nursing Health and Illness Perspectives, Eds; Monohan F D, Sands J K, Neighbors M, Marek J F, Gren C F, Chapter 8; Eighth edition, Mosby Elsevier, Canada, 156-176.
15. World Health Organization (2007). Cancer Control Knowledge into Action; WHO Guide for Effective programmes, Palliative Care, module 5, Geneva, World Health Organization,
16. World Health Organization. (2009). WHO definition of palliative care <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.
17. Center to Advance Palliative Care. (2007). What should you know about palliative care?,
18. Palliative Care Council of South Australia, “Multicultural Palliative Care Guidelines” www.pallcare.asn.au/mc/images/circle.gif
19. Fadiloğlu Ç, (2007). Akciğer Hastalıklarında Palyatif Bakım, Türk Toraks Derneği Okulu Merkezi Kursları; Göğüs Hastalıkları Hemşireliği Kursu Kitabı, 28-30, Mayıs.
20. Kömürcü Şeref. (2009). Kanserde Destek Tedavisi, www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/dersnot/.
21. Palyatif Bakım Organizasyonu ile ilgili Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin Tavsiye Raporu Rec (2003), Çeviri Editörleri; Kömürcü Ş, Erkişi. M, Baybek S, Beyzadeoğlu M, Özyılkan Ö, Turgut Yayıncılık A.Ş., İstanbul.
22. Mirando S, (2006). Palliative Care, Nursing Patients With Cancer Principles and Practice, Eds; Kearney N, Richardson A, Elsevier Churchill Livingstone, USA, pp:821-845.
23. Meier D.E, (2008). Palliative Care in U.S. Hospitals: Implications for Access to Quality Healthcare, Testimony Prepared for the United States Senate Special Committee on Aging, 1-23.
24. Gade G., Venohr I, Conner D., McGrady K., Beane J., Richardson H.R., Williams P. M., Liberson M., Blum M., Penna D.R. (2008). Impact of an Inpatient Palliative Care Team: A Randomized Control Trial. Journal of palliative medicine:11(2);180-190.

25. Eaton, AP. (1993). Cancer Supplement. 71: p.3265-3268.
26. Paul, N. Lanken ve ark. (2011). Amerikan Toraks Derneği “Yaşamın Sonundaki Hasta Bakım çalışma Grubu” Uzlaşım Yönergesi: İleri Dönem Solunum Hastalıkları ve Devamlı Bakım Gerektiren Hastalıkları olan Hastalar için Palyatif Bakım American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, s.77-91.
27. Meghani, S. H. (2004). A Concept Analysis of Palliative Care in the United States. J Adv Nurs, 46(2), 152-161.
28. Palyatif Bakım Programı (2009). İçinde: Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015 (Editör: Tuncer, M). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Bakanlık Yayın No:760; s.92-110.
29. Erel, S. (2008). “Palyatif Bakım” II. Ulusal Tıbbi Onkoloji Kongresi Hemşirelik Programı Sunumu, Mart 2008, Antalya.
30. Liben, S., Papadatou, D. and Wolfe, J. (2008) Paediatric Palliative Care: Challenges and Emerging Gdeas. Lancet, 371(9615), s.852-64.
31. Kostak, M. A. ve Akan, M., (2011). Terminal Dönemdeki Çocuğun Palyatif Bakımı, Türk Onkoloji Dergisi, 26(4), s.182-192.
32. Gwyther, L., Brennan, F. and Harding, R. (2009). Advancing Palliative Care As a Human Right. J Pain Symptom Manage, 38, s.767-744.
33. Clark, D. and Wright, M. (2007). The International Observatory on End of Life Care: A Global View of Palliative Care Development, J Pain Symptom Manage, 33(5), s.542-546
34. Barrie, R. C. (2012). Palliative care: Progress, needs, and challenges, Cassileth Israel Journal of Health Policy Research, 1,10.
35. Pastrana, T., Jünger, S. and Ostgathe, O. et al (2008). A Matter of Definition Key Elements Identified in a Discourse Analysis of Definitions of Palliative Care. Palliative medicine, 22 (3):s.222-232
36. Turgay, G. (2010). Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara: s.12.
37. C.W. Harstad, B. Andershed Good palliative care: how and where? The patients' opinions Journal of Hospice and Palliative Nursing, 6 (2004), pp. 27–35
38. Erdine, S. (2002). Kanser Hastasında Palyatif Bakım. İçinde: Onat H, Mandel NM. Kanser hastasına yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s.355-363.

39. Onan, G. N. (2001). Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Karşılaştıkları Güçlükler ve Başa Çıkma Yolları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 20-5.
40. Öz, F. (2004). Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ, s.276-316.
41. Malak A. T., Dramalı A. (2004). Terminal dönem hasta bakımı. Ulusal Cerrahi Kongresi-Cerrahi Hemşireliği Sektörünü Panel ve Bildirileri Kitabı, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 271.
42. Kömürcü, G. (2010). Türkiye’de Palyatif Bakım. içinde Türkiye’de Kanser Kontrolü. Editör: Tuncer, A.M. 2. Baskı.
43. Teunissen SC, de Graeff A, de Haes HC, Voest EE. Prognostic significance of symptoms of hospitalised advanced cancer patients. *Eur J Cancer* 2006;42:2510–6.
44. Schrijvers D, van Fraeyenhove F. Emergencies in palliative care. *Cancer J* 2010;16:514–20.
45. Hjerstad MJ, Kolflaath J, Løkken AO, Hanssen SB, Normann AP, Aass N. Are emergency admissions in palliative cancer care always necessary? Results from a descriptive study. *BMJ Open* 2013;3
46. Afşar, F. ve Pınar, R. (2003). Kanser Hastalarında Ağrı Ve Ağrı ile Başetme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(3), 19-27.
47. Dünya Sağlık Örgütü. Dünya Raporu 1998. Cenevre; 1998 (Çeviri ed. Bekir Metin, Ayşe Akın, İzgi Güngör Ankara; 1998)
48. Erdine, S. (1987). Kanser ağrıları. *Klinik Gelişim*, 1, 193-196
49. Dedeli, Ö. ve Karadeniz, G. (2009). Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyalspiritüel modelin birleştirilmesi, *Ağrı*, 21(2), s.45-53.
50. www.cdc.gov/nchs/fastats/nursing-home-care.htm
51. CENTENO, C., et al. The EAPC Atlas of Palliative Care in Europe, 2007.
52. Wright M., Wood J., Lynch T., Clark D. (2006). Mapping levels of palliative care development: A global view. London: International Observatory on End of life Care.
53. Bingley A., Clark D. (2008a). A Comparative Review of Palliative Care Development in Six Countries Represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC), *Journal of Pain and Symptom Management*;1- 9.
54. Bingley A., Clark D.(2008b). Palliative care developments in the region represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC): a review and comparative analysis.

Bethesda (MD): National Cancer Institute; (National Institutes of Health [NIH] publication no. 07-6230).

55. European Association for Palliative Care (EAPC). (2009). Report of the EAPC Task Force on the Development of Palliative Care in Europe: Turkey. Milan: EAPC; 2006 Aug 7. http://www.eolc-observatory.net/global_analysis/turkey.htm
56. Sağlık Bakanlığı Evde Bakım Hizmetleri ile ilgili Düzenlemeler, Resmi Gazete, 2005
57. Aksoy S (2003). Ethical considerations on end of life issues in Turkey. In: Song KY, Koo YM, Macer DRJ, editors. Bioethics in Asia in the 21st century. Bangkok: Eubios Ethics Institute.
58. Oğuz N.Y., Miles S.H., Buken N., Civaner M. (2003). End of life care in Turkey. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*;12; 279-284
59. Ozkara E. Civaner M. Oglak S. et al. (2004). Euthanasia education for health professionals in Turkey: students change their opinions. *Nurs Ethics*;11(3): 290-297.
60. Türk Ceza Kanunu (2004), madde 5237.
61. Peker L. Celebi N. Canbay O. et al. (2008). Doctors' opinions, knowledge and attitudes towards cancer pain management in a university hospital. *Agri*; 20(2): 20-30.
62. International Narcotics Control Board (INCB). Narcotic drugs: estimated world requirements for 2008, supply of opiate raw materials and demand for opiates for medical and scientific purposes. Vienna: INC; 2007
63. Pain and Policy Studies Group, University of Wisconsin, World Health Organization Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care. United Nations population data. Vienna: International Narcotics Control Board; 2010.
64. Roberts DC, McKay MP, Shaffer A. Increasing rates of emergency department visits for elderly patients in United States, 1993 to 2003. *Ann Emerg Med* 2008;51:769–74.
65. Grudzen CR, Richardson LD, Morrison M, Cho E, Morrison RS. Palliative care needs of seriously ill, older patients presenting to the emergency department. *Acad Emerg Med* 2010;17:1253–7.
66. Smith AK, Schonberg MA, Fisher J, et al. Emergency Department experiences of acutely symptomatic patients with terminal illness and their family caregivers. *J Pain Symptom Manage* 2010;39: 972–81.
67. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *CMAJ* 2010;182: 563–8.

68. Mahony SO, Blank A, Simpson J, et al. Preliminary report of a palliative care and case management project in an emergency department for chronically ill elderly patients. *J Urban Health* 2008;85: 443–51.
69. Lamba S. Early goal-directed palliative therapy in the emergency department: a step to move palliative care upstream. *J Palliat Med* 2009;12:767.
70. TE, CA, Derse AR. Hospice and palliative medicine: new subspecialty, new opportunities. *Ann Emerg Med* 2009;54: 94–102.
71. Lamba S, Mosenthal AC. Hospice and palliative medicine: a novel subspecialty of emergency medicine. *J Emerg Med* 2012;43: 849–53.
72. Meier DE, Beresford L. Fast response is key to partnering with the emergency department. *J Palliat Med* 2007;10:641–5.
73. Chan GK. End-of-life models and emergency department care. *Acad Emerg Med* 2004;11:79–86.
74. Smith AK, Fisher J, Schonberg MA, et al. Am I doing the right thing? Provider perspectives on improving palliative care in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2009;54:86–93.
75. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. 2nd edn. Pittsburgh, PA: National Consensus Project; 2009. Available at, <http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf>. Last accessed June 24, 2013.
76. World Health Organization. (2013). Definition of palliative care. World Health Organization Web site. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
77. Miaskowski C, Cooper BA, Paul SM, Dodd M, Lee K, Aouizerat BE, et al. Subgroups of patients with cancer with different symptom experiences and quality-of-life outcomes: a cluster analysis. *Oncol Nurs Forum* 2006;33(5):79-89.
78. Ozcelik H, Fadiloglu C, Karabulut B, Uyar M. Palliative careactivity in the field of oncology in Turkey. *J Palliat Care*2010;26(4):305-10.
79. Basol, Nursah; Çeltek, Nagehan; Alatli, Tufan; Koç, Ilyas; Süren, Mustafa. Evaluation of Terminal-Stage Cancer Patients Needing Palliative Care in the Emergency Department *Journal of Academic Emergency Medicine; Ankara*14.1 (Mar 2015): 12-15.
80. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage.* 2002 Aug;24(2):91-6.

81. Shin SH, Hui D, Chisholm GB, Kwon JH, San-Miguel MT, Allo JA, Yennurajalingam S, Frisbee-Hume SE, Bruera E. Characteristics and Outcomes of Patients Admitted to the Acute Palliative Care Unit From the Emergency Center. *J Pain Symptom Manage*. 2013 doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.07.015. [Epub ahead of print]
82. DeVader TE, Albrecht R, Reiter M. Initiating palliative care in the emergency department. *J Emerg Med*. 2012 Nov;43(5):803-10.
83. Basol N, Çelenk Y, Okan İ. (2015). Thoughts of Emergency Physicians about Palliative Care: Evaluation of Awareness.; *Journal of Academic Emergency Medicine; Ankara*14.2 (Jun 2015): 75-78.
84. Mercadante S, Porzio G, Valle A, Aielli F, Costanzo V, Adile C, Spedale V, Casuccio A; Home Care Italy Group (HOCAI). Emergencies in patients with advanced cancer followed at home. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Aug;44(2):295-300.
85. Orosz J, Bailey M, Bohensky M, Gold M, Zalstein S, Pilcher D. Deteriorating Patients Managed with End-Of-Life Care Following Medical Emergency Team (MET) Calls. *Intern Med J*. 2013. doi: 10.1111/imj.12350. [Epub ahead of print]
86. Wiese CH, Bartels UE, Ruppert D, Marung H, Luiz T, Graf BM, Hanekop GG. Treatment of palliative care emergencies by prehospital emergency physicians in Germany: an interview based investigation. *Palliat Med*. 2009 Jun;23(4):369-73.
87. Gelfman LP, Meier DE, Morrison RS. Does palliative care improve quality? A survey of bereaved family members. *J Pain Symptom Manage* 2008;36:22–8.
88. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733–42.
89. Twaddle ML, Maxwell TL, Cassel JB, et al. Palliative care benchmarks from academic medical centers. *J Palliat Med* 2007; 10:86–98.
90. DE. Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. *Milbank Q* 2011;89: 343–80.
91. Lamba S, Quest TE. Hospice care and the emergency department: rules, regulations, and referrals. *Ann Emerg Med* 2011;57: 282–90.
92. Fadul N, Elsayem A, Palmer JL, et al. Supportive versus palliative care: what's in a name? A survey of medical oncologists and midlevel providers at a comprehensive cancer center. *Cancer* 2000; 115:2013–21.
93. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA* 2009; 302:741–9.

94. Hwang U, Morrison RS. The geriatric emergency department. *Jam Geriatr Soc* 2007;55:1873–6.
95. Quest TE, Herr S, Lamba S, Weissman DE. Demonstrations of clinical initiatives to improve palliative care in the emergency department: a report from the IPAL-EM initiative. *Ann Emerg Med* 2013;61:661–7.
96. Center to Advance Palliative Care. (2012). Improving palliative care in emergency medicine; IPAL-EM project..
97. George, Naomi, et al. "Content validation of a novel screening tool to identify emergency department patients with significant palliative care needs." *Academic Emergency Medicine* 22.7 (2015): 823-837.
98. Sabatowski R, Nauck F, Radbruch L et al (Hrsg). *Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2008/2009*. <http://wegweiserhospiz.shifftec>. 2010
99. Smith aK, McCarthy E, Weber E, Cenzer IS, Boscardin J, Fisher J, et al. Half of older americans seen in emergency department in last month of life; most admitted to hospital, and many die there. *Health aff (Millwood)* 2012;31:1277–85.
100. Başol N. The Integration of Palliative Care into the Emergency Department. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2015 (Turkish Journal of Emergency Medicine), 15(2), 100-107
101. Puchalski CM, Kilpatrick SD, McCullough ME, et al. A systematic review of spiritual and religious variables in Palliative Medicine, *American Journal of Hospice and Palliative Care*, *Hospice Journal*, *Journal of Palliative Care*, and *Journal of Pain and Symptom Management*. *Palliat Support Care* 2003;1(1):7-13.
102. Turgay, G., & Kav, S. (2012). Turkish healthcare professionals' views on palliative care. *Journal of Palliative Care*, 28(4), 267-73.
103. Quest, Tammie E., Catherine A. Marco, and Arthur R. Derse. "Hospice and palliative medicine: new subspecialty, new opportunities." *Annals of emergency medicine* 54.1 (2009): 94-102.
104. Oh H, Seo Y, Jeong H, Seo W. The identification of multiple symptom clusters and their effects on functional performance in cancer patients. *J Clin Nurs* 2012;21(19-20):2832-42.
105. Wiese, Christoph HR, et al. "Emergency calls and need for emergency care in patients looked after by a palliative care team: Retrospective interview study with bereaved relatives." *BMC palliative care* 7.1 (2008): 11.
106. Süren, M., Doğru, S., Önder, Y., Çeltak, N., Okan, İ., Çıtıl, R., ... & Başol, N. (2015). Son dönem kanser hastalarında semptom kümelerinin incelenmesi.

107. Brumley, Richard, et al. "Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in- home palliative care." *Journal of the American Geriatrics Society* 55.7 (2007): 993-1000.
108. Morrison, R. Sean, et al. "Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs." *Archives of internal medicine* 168.16 (2008): 1783-1790.
109. Penrod, Joan D., et al. "Cost and utilization outcomes of patients receiving hospital-based palliative care consultation." *Journal of palliative medicine* 9.4 (2006): 855-860.

