



**T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN PALYATİF BAKIM HASTALARININ  
İNCELENMESİ**

**Dr. Ahmet Münir YILMAZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Bursa-2022**



**T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN PALYATİF BAKIM HASTALARININ  
İNCELENMESİ**

**Dr. Ahmet Münir YILMAZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Doç. Dr. Halil İbrahim Çıkrıklar**

**Bursa-2022**

## İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR .....	ii
TABLolar LİSTESİ .....	iii
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	iv
ÖZET .....	v
İNGİLİZCE ÖZET .....	vi
GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
Palyatif Bakımın Tanımı .....	2
Palyatif Bakımın Amacı .....	3
Palyatif Bakımın Dünyada ve Türkiye’de Tarihçesi .....	5
Palyatif Bakım İhtiyacı Olan Hastalıklar .....	6
Palyatif Bakım Çalışma Ekibi .....	8
Palyatif Bakım Modelleri .....	8
Dünya’da Palyatif Bakım .....	9
İngiltere’de Palyatif Bakım .....	11
Almanya’da Palyatif Bakım .....	11
Kanada’da Palyatif Bakım .....	12
Amerika Birleşik Devletlerinde Palyatif Bakım .....	12
Japonya’da Palyatif Bakım .....	12
Türkiye’de Palyatif Bakım .....	13
Palyatif Bakım Etiği .....	14
Türkiye’de Palyatif Bakım Uygulamasında Engeller .....	16
Palyatif Bakım ve Acil Servis .....	16
GEREÇ VE YÖNTEM .....	19
Gereç .....	19
Yöntem .....	20
BULGULAR .....	22
TARTIŞMA VE SONUÇ .....	33
KAYNAKÇA .....	38
EKLER .....	45
TEŞEKKÜR .....	49
ÖZGEÇMİŞ .....	50

## KISALTMALAR

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
- AF:** Atrial Fibrilasyon
- AHA:** Amerikan Kalp Birliği
- AIDS:** Acquired Immunodeficiency Syndrome
- ARY:** Akut Renal Yetmezlik
- AS:** Acil Servis
- CPR:** Kardiyopulmoner Resüsitasyon
- DM:** Diyabetes Mellitus
- DNE:** Do Not Escalate- Tedaviyi Artırma Talimatı
- DNR:** Do Not Resuscitate- Geri Döndürme Talimatı
- GIS:** Gastrointestinal Sistem
- HIV:** Human Immunodeficiency Virus
- HT:** Hipertansiyon
- KAH:** Koroner Arter Hastalığı
- KOAH:** Kronik Obtrüktif Akciğer Hastalığı
- KRY:** Kronik Renal Yetmezlik
- MS:** Multipl Skleroz
- PB:** Palyatif Bakım
- SVH:** Serebrovasküler Hastalık
- WHO:** World Health Organisation
- WPCA:** World Palliative Care Alliance
- YBÜ:** Yoğun Bakım Ünitesi

## TABLULAR LİSTESİ

**Tablo 1:** Hastaların acil serviste kalma sürelerinin, yaşlarının, son bir yılda yaptıkları acil servis başvurularının ve konsülte edilen bölüm sayısının hastaların cinsiyetine göre incelenmesi

**Tablo 2:** Hastaların başvuru şikayetleri

**Tablo 3:** Hastaların komorbiditeleri ve bulunma yüzdeleri

**Tablo 4:** Ek hastalıkların sayı ve oranlarının cinsiyete göre dağılımı

**Tablo 5:** Hastaların sahip oldukları malignite türleri, sayıları, yüzdeleri ve cinsiyete göre ayrımları

**Tablo 6:** Palyatif bakım hizmeti alımının cinsiyete göre incelenmesi

**Tablo 7:** Konsültasyon istenen bölümler, konsültasyon sayıları ve konsültasyonların olumlu yüzdeleri

**Tablo 8:** Hastaların acil servis süreçleri sonunda aldıkları tanılar

**Tablo 9:** Hastaların acil serviste kalış süreleri, yaşları, son bir yılda yaptıkları acil servis başvuru sayıları ve konsülte edilen bölüm sayıları ile palyatif bakım hizmeti alma durumlarının karşılaştırılması

## ŞEKİLLER LİSTESİ

**Şekil 1:** Hasta bakımının palyatif bakım ile ilişkisi

**Şekil 2:** Hastaların yaş dağılımı, ortalama ve standart sapması

**Şekil 3:** Bakım sunucuların oranları, yüzdeleri ve hastaların daha önce palyatif bakım alıp almadıkları

**Şekil 4:** Hastaların acil servis süreçlerinin sonuçları

**Şekil 5:** Hastaların palyatif bakım yatış endikasyonu listesine göre dağılımları

## ÖZET

Bu çalışmanın amacı, acil servislere başvuran ve palyatif bakım ihtiyacı olan hastaları incelemek, gerek uygun hasta bakımı gerekse sağlık kuruluşlarının etkin kullanımını açısından analiz etmektir.

Çalışma, 15.08.2021-15.02.2022 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Bursa Şehir Hastanesi acil servislerine başvuran ve palyatif bakım ihtiyacı olan hastalar üzerinde prospektif olarak yürütüldü. Değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede Ki-kare testi yapıldı.

Araştırma kapsamına 143'ü erkek (%54,8) ve 118'i kadın (%45,2) olmak üzere toplam 261 hasta alındı. Bu hastaların 50'sinin (%19,1) daha önce palyatif bakım hizmeti aldığı tespit edildi. Çalışma kapsamına alınan hastaların son bir yılda  $7,52 \pm 6,77$  defa acil servislere başvurdukları saptandı. Hastaların acil serviste aldıkları en sık üç tanının sırasıyla pnömoni (%24,5), üriner sistem enfeksiyonu (%7,7) ve serebrovasküler hastalık (%5,4) olduğu belirlendi. Hastaların %39,84'ünün klinik sevkini/ yatışının yapıldığı, %25,28'inin yoğun bakım ünitelerine sevkini/ yatışının yapıldığı %2,68'inin tedaviyi reddettiği, %2,68'inin vefat ettiği ve %29,5'inin taburcu edildiği tespit edildi.

Sonuç olarak palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların çoğunun bu hizmeti almadığı, yine palyatif bakım servislerinde tedavi edilebilecek hastaların klinik ve yoğun bakımlarda tedavi gördüğü anlaşılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Palyatif Bakım, Acil Servis, Terminal Dönem

## İNGİLİZCE ÖZET

### **Assesment of Palliative Care Patients Admitted to the Emergency Department**

The aim of this study is to examine patients who admitted to emergency department and need palliative care, and to analyze them in terms of both appropriate patient care and effective use of health institutions.

The study was conducted prospectively on patients who applied to Bursa Uludağ University Health Application and Research Center, University of Health Sciences Bursa Yüksek İhtisas Education and Research Hospital and Bursa City Hospital emergency departments between 08.15.2021 and 02.15.2022 and needed palliative care. Chi-square test was used to determine the relationship between variables.

A total of 261 patients, 143 male (54.8%) and 118 female (45.2%), were included in the study. It was determined that 50 (19.1%) of these patients had previously received palliative care services. It was determined that the patients included in the study admitted to the emergency departments  $7.52 \pm 6.77$  times in the last year. It was determined that the three most common diagnoses received by the patients in the emergency department were pneumonia (24.5%), urinary system infection (7.7%), and cerebrovascular disease (5.4%). Of the patients, 39.84% were clinically referred/ hospitalized, 25.28% were referred/ hospitalized to the intensive care units, 2.68% refused treatment, 2.68% died, and 29.5% was found to be discharged.

As a result, it is understood that most of the patients in need of palliative care do not receive this service, and patients who can be treated in palliative care services are treated in clinical and intensive care units.

**Keywords:** Palliative Care, Emergency Service, Terminal Stage



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İlerleyici ve hayatı tehdit eden bir hastalığa sahip olan insanların son dönemlerini iyi geçirmelerini hedefleyen ve bu süreç boyunca karşılaşılabilecekleri problemleri gidermeyi amaçlayan bakım hizmetlerine palyatif bakım (PB) denir (1). Yaşlı nüfusun giderek artması, kanser ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle PB ihtiyacı dünya genelinde büyük bir hızla artmaktadır (2,3). Bu ihtiyaca rağmen, PB uygulamaları dünyanın birçok yerinde (Kuzey Amerika, Avrupa ve Avustralya harici ülkelerde) hala istenilen düzeyde gelişme gösterememiştir (3). Genellikle onkoloji ünitelerinde sağlanan PB, ancak ihtiyacın artması ile diğer bazı kliniklerde ve hatta acil servis (AS) içinde uygulanacak kadar kapsamı genişlemiştir (4).

Yapılan bir çalışmada dünya genelinde yaşamı tehdit eden hastalığa sahip olan kişilerin üçte birinin PB hizmeti alamadığı belirtilmiştir (5). Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation- WHO)'nün yayınladığı raporlara göre 2020 yılında 10 milyon kişi kanserden dolayı hayatını kaybetmiştir. Ayrıca her altı ölümden birinin sebebi olmasıyla kanser, dünya genelinde ikinci en sık ölüm sebebidir (6).

PB ihtiyacı olan hastaların hastalıkları incelenince en sık; motor nöron hastalıkları ve ilerleyici nörolojik hastalıklar (Alzheimer, Amyotrofik Lateral Skleroz), ileri dönem organ yetmezlikleri (kalp, akciğer, böbrek, karaciğer), tedaviye yanıtız kanserler, edinsel bağışıklık yetmezliği sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS), çocuklarda genetik/konjenital ve ilerleyici hastalıklar karşımıza çıkmaktadır (7). Bu hastalar çoğunlukla hayatlarını aile ve komşularının arasında geçirmekte ve bu sebeple bakımlarının sürekli yapılabilmesi için disiplinli bir ekibe ihtiyaç duyulmaktadır (8).

AS'ler, ihtiyaç duyulduğunda hastaların tıbbi bakıma hızla erişebilecekleri ünitelerdir. Ciddi kronik hastalıkları olan yaşlı hastaların, semptomlarını ve acılarını azaltmak için yaptıkları AS başvuruları günden güne artmaktadır (9). Terminal dönem hastaların AS başvurularının gerekli veya gereksiz olarak sınıflandırıldığı az sayıda çalışma vardır. Yapılan bir

çalışmada, PB alan ileri evre kanserli hastaların AS ziyaretleri incelenmiş ve yaklaşık dörtte birinin AS'ye başvurmaksızın sağlık sorunlarını çözebilecekleri belirtilmiştir (10). Ayrıca sorunlara hızlı ve kesin çözüm bulması beklenen acil tıp, hastaya yaklaşım konusunda PB'den farklı bir sağlık hizmeti anlayışına sahiptir (11).

PB ihtiyacı olan hastaların AS'de yaşadıkları sorunlar sıralanınca, bu hastaların AS'de uzun süre kalmaları, sıkça AS'ye başvurmaları, psikolojik destek sağlamakta AS'nin yetersiz kalması ve gereksiz test ve prosedür uygulamaları ilk sıralarda yer almaktadır (12). Tıbbi olarak yapılacak başka bir tedavi seçeneği ve uzun süreli yaşam beklentisi olmayan hastalar için huzurlu ve konforlu bir bakım ortamı sağlanması dünya genelinde kabul gören bir yaklaşımdır (13). Yoğun, kalabalık ve yorucu ortamları nedeniyle AS'ler, terminal dönem hastaların uzun süreli tedavisi için elverişli değildir (14). Bunun yanında AS'in kalabalık ve yoğun olması; hastalar, sağlık çalışanları, sağlık sistemi ve toplum için birçok olumsuz sonucu tetikleyebilir. Hizmet sunumundaki gecikme, AS'lerin hizmet kalitesini düşürmekle kalmaz, aynı zamanda kötü sonuçlara da sebep olabilir (15).

Bu çalışmanın amacı, AS'lere başvuran ve PB hastası olarak değerlendirilen kişileri incelemek ve analiz etmektir.

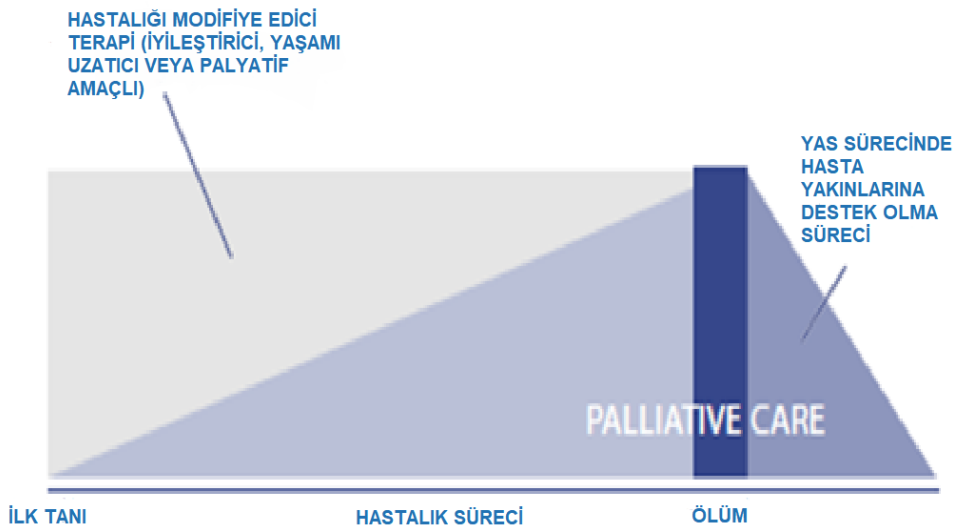
### **1.1. Palyatif Bakımın Tanımı**

Palyatif kelimesinin kökeni Latince'de "örtü" veya "pelerin" anlamında kullanılan "pallium" kelimesine dayanmaktadır (16). PB'nin tanımını ilk kez WHO 2002 yılında yapmıştır. Bu tanıma göre PB; yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve yakınlarında, ağrının, fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tanınması, profesyonel bir değerlendirme ve tedavi yoluyla acı çekmenin önlenmesi veya hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini artıran bir uygulamadır (17).

## 1.2. Palyatif Bakımın Amacı

PB'nin amacı; devam eden yaşamı ve kabullenilmiş ölümü normal bir süreç olarak devam ettirmek ve bu süreci hastanın ihtiyaçlarına göre yönetmektir. Kültürel, dinsel ve kişisel değerler göz önünde bulundurularak, inanç ve alışkanlıklara duyarlı kalınarak PB uygulanmalı ve bu süreçte kişinin acısının azaltılması, semptomlarının iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmelidir (18). PB, yaşamı tehdit eden hastalığın tanısından sonra başlar, tedavi sürecini ve yaslı ailenin bu süreçte desteklenmesini de içerir (6,19,20).

Hasta bakımının PB ile ilişkisi Şekil 1'de gösterilmiştir (17). Şekilde de görüleceği gibi hastalık ilerledikçe hastalığı değiştirmeye yönelik tedavi çabası azalır, yaşamın sonuna yaklaşıldıkça PB hizmetleri artar ve aile bu süreçte desteklenir.



**Şekil 1:** Hasta bakımının palyatif bakım ile ilişkisi (17)

PB, ağrı ve diğer semptomların özellikli değerlendirilmesi ve bakımın koordine edilmesinin yanı sıra bakıcı ihtiyaçlarının belirlenmesine de odaklanır (3, 21). Bu süreçte hayatın uzatılması kadar yaşam kalitesinin artırılması da önemli bir hedef olup, PB hizmetinin amaçlarından biri de budur (22).

PB kavramının yeni olmasına rağmen hızlı bir şekilde gelişmesinde; terminal dönem hastalara verilen bakım ve hizmetlerin gün geçtikçe öneminin fark edilmesi, yaşlanan nüfus ve artan kanser prevalansı önemli faktörlerdir (23). PB'nin hedef kitlesini çoğunlukla yaşlı hastaların oluşturmasının temel sebebi, toplum içinde yaşamı tehdit eden hastalıklara özellikle yaşlı nüfusun maruz kalması ve kronik hastalıkların yaşlı nüfusta daha çok rastlanmasıdır (24). Yaşlı hastalar ve hasta yakınları, sağlık bakım hizmetlerinin bütün toplumu kapsayacak şekilde verilememesi, tedavilerin yetersiz olması, sağlık personelleri, hastalar ve yakınları arasındaki iletişim problemleri gibi nedenler ile hastalık sürecinde güçlükler yaşamaktadır. Bu süreçte yaşlı birey fiziksel sorunlar, psikolojik sıkıntılar, fonksiyonel bağımlılık ve güçsüzlük içinde yaşamakta ve uzun vadede bu durum hastaya ve yakınlarına bir yük yüklemektedir (25, 26).

PB ihtiyacı olan ve AS'lere başvuran hastaların bir kısmının yoğun bakımlara ve kliniklere yatış yapıldığı gözlenmiştir. Yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatırılarak izlenen son dönem hastaları konu alan çalışmalarda, bu hastalara YBÜ'ler gibi akut bakım merkezlerinde bakılmasının maliyetçe yüksek, ayrıca hasta, hasta yakını ve sağlık personelinin memnuniyetinin düşük olduğu görülmüştür. Yoğun bakımların kaynakları sınırlı, yatak sayısı az ve bu ünitelerde verilen tedaviler özellikli ve pahalıdır (27, 28). Hastanın akut patolojisi (organ yetmezlikleri, septik durumu vb.) düzeltildikten sonra yaşam beklentisi varsa YBÜ'lerde tedavi planı ve takibi yapılmaktadır. Tedavi ile sonucun değişmesi beklenmeyen terminal dönem hastalar için bu ünitelerin kaynaklarının kullanılması istenmeyen bir durumdur (29-31). PB hizmetlerine ihtiyacı olan hasta sayısının gün geçtikçe artması, PB sisteminin geliştirilmesini zorunlu kılmakta ve bu konuda yeni düzenlemelerin yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (27,28,32).

Dünya Palyatif Bakım Birliği (World Palliative Care Alliance-WPCA) ile WHO'nun 2014'te ortak yayınladığı "Yaşamın Sonunda Palyatif Bakım Dünya Atlası" rehberinde PB hizmetinin üç düzeyde verilebileceği ifade edilmiştir (3):

1. Palyatif Bakım Yaklaşımı: Uygun bir eğitim sonrasında tüm sağlık personelleri tarafından uygulanabilen PB hizmetidir.

2. Genel Palyatif Bakım: İyi bir temel PB bilgisine sahip primer bakım hizmeti veren personeller ve yaşamı tehdit eden hastalıkları tedavi edebilenler tarafından sağlanır.

3. Uzman Palyatif Bakım: Karmaşık sorunları olan hastalar için uzman ekipler tarafından ikinci veya üçüncü basamakta sağlanır. Yüksek gelirli ülkelerde PB ihtiyacının %30-45'inin uzman PB hizmetiyle sağlandığı tahmin edilmektedir.

### **1.3. Palyatif Bakımın Dünyada ve Türkiye’de Tarihçesi**

PB'nin tarihçesi incelendiğinde karşımıza çıkan ilk kavramlardan birisi hospis'tir. Hospis teriminin kökeni incelendiğinde gezgin evi anlamında kullanılan latince kökenli “hospes” kelimesine dayanmaktadır (16). Hospis, orta çağda seyahat eden insanlar için “korunulacak ya da sığınılacak bir yer” anlamında kullanılıyordu. Günümüzde hospis, son dönemdeki hastalara bakım veren, yaşamın sonuna giden sürecin kalitesini artıran ve ölüm anında en iyi bakımı vermeyi amaç edinen bir PB türüdür (33).

İlk hospis, Jeanne Garnier tarafından 1842’de Fransa’nın Lion kentinde kurulmuştur (34, 35). PB'nin öncüsü sayılabilecek ilk fikir ise Dr. Cicely Saunders tarafından geliştirilmiş, 1950’lerin sonunda terminal dönemdeki hastaların yararlanması için modern hospis bakımı düşüncesi ortaya atılmıştır (36, 37). PB terimi, 1974 yılında ilk defa Kanada Montreal'deki McGill Üniversitesi Kraliyet Victoria Hastanesinde cerrahi onkolog olan Dr. Balfour Mount tarafından kullanılmıştır (36). WPCA 2003 yılında kurulmuş ve 2004 yılında Ulusal Palyatif Bakım Uzlaşma Rehberi yayınlanmıştır (2, 38).

Osmanlı İmparatorluğunda II. Abdulhamit tarafından 1896 yılında kurulan darülaceze yaşlı ve yoksullara hizmet verme amacıyla kurulmuş olup, hospis mantığına yakın ilk kuruluştur (39). İstanbul Yeşilköy’de Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulan Kanser Bakımevi, Türkiye’de hospis mantığına yakın

ilk kuruluş olup 1993-1997 yıllarında hizmet vermiştir (40). Hacettepe Onkoloji Hastanesi yakınındaki bir Ankara evi, Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında hospis olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu uygulama, ülkemizde PB amaçlı ilk girişim olarak kabul edilmektedir (41). Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2010 yılında kanserle mücadele kapsamında hastane temelli PB merkezine yönelik ilk düzenleme iki yatak ile uygulamaya girmiştir (42, 43). Sağlık Bakanlığı 2010 yılında hemşire temelli Palya-Türk projesini başlatmıştır. Bu proje, özellikle opioid kullanımının artırılması ve toplum temelli PB modelinin sağlık sistemine entegrasyonunu içermektedir (44, 45).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında yapılan evde sağlık ve bakım uygulamaları ile ilgili düzenlemeler, ülkemizde PB hizmetinin gelişmesi adına atılan önemli bir adımdır (46).

Ülkemizde PB uygulamaları üzerine yapılan yasal düzenlemeler kapsamında, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 09.10.2014 tarih ve 640 sayılı yazıyla Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge yürürlüğe girmiştir. Yataklı sağlık kuruluşlarında düzenlemeyi de içeren yönerge ise 07.07.2015 tarih ve 253 sayılı yazıyla yeniden yayınlanmıştır (47).

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün 2019 verilerine göre ülkemizde 81 ilde 383 sağlık kuruluşunda 5091 yatak kapasitesi ile PB hizmeti verilmektedir (48).

#### **1.4. Palyatif Bakım İhtiyacı Olan Hastalıklar**

“Yaşamın Sonunda Palyatif Bakım Dünya Atlası”nda PB ihtiyacı olan hastalıklar erişkinler ve çocuklar için ayrı ayrı belirtilmiştir. Erişkinler için (15 yaş üstü), alzheimer hastalığı ve diğer demansiyel hastalıklar, kanserler, kardiyovasküler sistem hastalıkları (ani ölüm dışındakiler), hepatik siroz, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), diyabetes mellitus (DM), AIDS, böbrek yetmezliği, multipl skleroz (MS), Parkinson hastalığı, romatoid artrit, ilaç dirençli tüberküloz gibi hastalıklar; çocuklar için ise (15 yaş altı), hepatik

siroz, konjenital anomaliler (kalp anomalileri dışındakiler), hematolojik hastalıklar, immunolojik hastalıklar, AIDS, menenjit, böbrek hastalıkları, nörolojik bozukluklar ve yenidoğan hastalıkları olarak sıralanmıştır (3).

İzmir Kamu Hastaneleri Birliğinin 2013 yılında düzenlediği Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu'nda Palyatif Bakım Ünitesine Yatış Kriterleri aşağıda verildiği gibi belirtilmiştir (32):

1. Medikal tedaviye rağmen VAS (Visual Analogue Scale) ağrı skalası  $\geq 5$  olan, ağrıya bağlı uyku düzeni bozulan, istirahatatta dahi ağrısı devam eden ve yan etkiler nedeni ile medikal tedavi uygulanamayan hastalar,
2. Ağızdan beslenmesi bozulmuş, NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002) beslenme skoru  $\geq 3$  olan, son 6 ay içerisinde % 10'dan fazla kilo kaybı olan, ağızdan beslenemediği için enteral ya da parenteral beslenme desteğine ihtiyaç duyan malnutrisyonlu hastalar,
3. Enfekte ve/ veya tedaviye dirençli, Evre III- IV (Norton/ Braden'a göre) dekübit yarası olan hastalar,
4. Deliryum tanısı almış, etiyolojisi multiple veya belirsiz olan hastalar,
5. Düşme, inkontinans, ihmal ve kötüye kullanım vb geriatrik sendromları olan hastalar,
6. Tedaviye dirençli, evre IV kalp yetmezliği olan frajil hastalar,
7. Tedaviye rağmen klinik bulguları ve laboratuvar değerleri kötüleşen ve semptomları artan (dispne, hemoptizi, kontrol edilemeyen ağrı vb.) Karnofsky performans skoru  $<70$  olan, vertebra metastazi, hiperkalsemi gibi onkolojik acilleri olan, son üç ay zarfında iki defadan fazla pnömoni geçiren, komorbiditesi yüksek, tahmini yaşam süresi altı aydan kısa, cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavilere rağmen progressif hastalığı olan onkoloji hastaları,
8. Kronik ve tedaviye dirençli olan son dönem akciğer hastaları,
9. Klinik tablosunda akut değişiklik olan demans hastaları: FAST (Functional Assesment Staging of Alzheimer's Disease) sınıflandırılmasına göre Evre- 7 ve üzeri olan ve günlük aktivitelerinin en az üç tanesini yardımla yapabilen hastalar,

10. Kronik nörolojik hastalığı olup (hipoksik iskemik ensefalopati, inme, Parkinson hastalığı, amiyotrofik lateral skleroz, multipl skleroz vb) klinik tablosunda ani değişiklik olan (ateş, beslenme bozukluğu, dekübit yarası, üriner enfeksiyonlar, pnömoni ve öz bakımlarında azalma vb) hastalar,
11. Tükenme sendromuna girmiş son dönem HIV (Human İmmunodeficiency Virus) hastaları.

### **1.5. Palyatif Bakım Çalışma Ekibi**

PB hizmeti multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşımdır (49). Bu hizmet; birinci, ikinci veya üçüncü basamakta hastane ortamında, ev ortamı kullanılarak ayaktan tedavi almaya uygun hastalarda ise toplum temelli yaklaşım ile sunulabilir. PB nerede verilirse verilsin, birey ve ailesi merkezde olmak üzere, hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, eczacı, psikolog, diyetisyen, terapist (iş, uğraş, fizik, vb.), sivil toplum kuruluşları ve din görevlileri gibi personellerin iş birliği ile verilmelidir (50). 2015 yılında yayınlanan PB Hizmetlerinin Uygulama ve Esasları Hakkında Yönerge'de ise çalışma ekibinde yer alan sorumlu tabibin denetim ve sorumluluğunda; tabip, hemşire, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel ve temizlik elemanı bulunmaktadır. Bu yönergeye göre psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, fizyoterapi teknikeri ve diyetisyen gibi çalışanlar ihtiyaç halinde hastane içinden veya dışından hizmete dahil edilebilir (47).

### **1.6. Palyatif Bakım Modelleri**

PB sunumunda farklı modeller bulunsa da hepsinin ortak amacı, hasta ve yakınlarına uygun desteğin sağlanmasıdır. Bu desteği sağlarken ortam olarak hastanın evi, ev hissi oluşturan hastane ortamları veya hastaneler seçilebilir (51).

Hospis Bakımı: Hospis bakımı, hayati tehlikesi olan ve ölümü bekleyen hastaların ağrı ve diğer semptomlarını hafifletmeye odaklanırken,



bir yandan da onların ailelerinin ve sevdiklerinin duygusal ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılamayı ve bakıcılarına destek olmayı içeren bir çalışma felsefesine sahiptir (52).

Palyatif bakım üniteleri, temel ihtiyaçlarını karşılarlarken yardıma ihtiyaç duyan, acı çeken, bulantı, kusma, güçsüzlük, iştahsızlık ve diğer şikâyetler ile başa çıkmakta güçlük çeken, hayati tehlikesi olan hastaların bakım kalitesini artırmak, gereksiz tetkiklerin önüne geçmek ve bakım maliyetini düşürmek amacı ile kurulmuştur (44).

Evde bakım, bir sağlık kuruluşunda verilebilecek düzeyde bir PB hizmetinin, hekimlerin önerisi dahilinde, sağlık personelleri tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi ve psikolojik tedavi dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde yaşadığı ortamda verilmesidir. İyi planlama yapılan bölgelerde 24 saat bu hizmete ulaşmak mümkün olabilir (45).

Gündüz bakım üniteleri, terminal dönem hastaların sosyalleşmesi için kurulmuştur. Bu ortamlarla şikâyetlerin kontrol altına alınması hedeflenmektedir (51).

Palyatif bakım poliklinik hizmetleri, terminal dönemde olan ve ayaktan tedavi alan hastalara veya kanser hastalığı sürecinde tanı anından itibaren semptomatik tedavi veya PB ihtiyacı olursa destek vermeyi hedefleyen bir uygulamadır (51).

### **1.7. Dünya’da Palyatif Bakım**

Wright ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılan bir çalışmada, PB uygulamaları bakımından ülkeler dört başlıkta gruplandırılmıştır (54):

Grup 1: Palyatif ve/veya hospis bakım hizmeti planlanmamış ve olmayan ülkelerdir.

Grup 2: Türkiye’nin de aralarında bulunduğu palyatif ve/veya hospis bakım hizmetleri yapılmaya başlamış ancak henüz yeterli düzeye ulaşmamış ülkelerdir.

Grup 3: Bu gruba giren ülkeler, bir veya daha fazla yerde kritik bir aktivist kitlesinin gelişmesiyle bilinir. Bu ülkelerde yerel desteğin büyümesi,

finansman kaynakları, morfinin mevcudiyeti, bir veya daha fazla palyatif-hospis bakım uygulamalarının olması ve bakımevi organizasyonu tarafından eğitim sağlanması ile karakterizedir.

Grup 4: Bu gruba giren ülkelerde palyatif ve/veya hospis bakım uygulamaları sağlık sistemi içerisinde yaygın olarak entegre edilmiştir. Kritik bir aktivist kitlesi bulunan ülkelerdir. Çoklu hizmet sağlayıcıları ve türleri bulunan, sağlık personellerinin ve halkın PB konusunda bilinçli olduğu, PB'nin politika üzerinde etkisinin olduğu ve üniversitelerde kurulan akademik bağlantılar ile ulusal dernekleri de içinde barındıran ülkelerdir.

Wright ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın Lynch ve arkadaşları 2013'te güncellemiş hali aşağıdaki gibidir (55):

Grup 1 Ülkeler (Bilinen Palyatif-Hospis Bakım Hizmeti Olmayan Ülkeler): Bu ülke grubunda herhangi bir PB faaliyeti belirlenememiştir. Ancak mevcut ve fark edilmemiş bir hizmet olma ihtimali dışlanmamıştır.

Grup 2 Ülkeler (Palyatif-Hospis Bakım Hizmeti Yapılanma Aşamasındaki Ülkeler): Bu ülke grubunda palyatif-hospis bakım hizmetlerine dair kanıtların bulunduğu, ancak tam anlamıyla bir hizmet sunumu olmayan ülkelerdir.

Grup 3a Ülkeler (İzole PB Sunan Ülkeler): Maddi kaynakların yetersiz veya bağışlara bağlı olduğu, morfine ulaşmanın zor olduğu, genellikle evde bakımın ön planda olduğu ve bütün ülke nüfusuna yeterli hizmet veremeyecek kapasitede olan hizmetin olduğu ülkeler bu grupta incelenebilir.

Grup 3b Ülkeler (Genelleştirilmiş PB Hizmeti Sunan Ülkeler): Bu ülkelerde çoklu finans kaynakları, morfinin mevcudiyeti, sağlık sisteminden bağımsız sunulan hospis- PB hizmetinin ve hospis kuruluşları tarafından eğitim girişimlerinin olduğu izlenmiştir. Türkiye bu gruba dahil edilmiştir.

Grup 4a Ülkeler (Palyatif-Hospis Bakım Hizmetinin Sağlık Hizmetlerine Ön Entegrasyon Aşamasında Olduğu Ülkeler): Bu ülkeler, yer yer PB aktivizm kitlesine sahip olmasıyla karakterizedir. Çeşitli hizmet sağlayıcıları ve türlerinin olduğu, sağlık personelleri ve yerel toplulukta PB bilincinin geliştiği, morfin ve diğer bazı güçlü ağrı kesicilerin mevcut olduğu, organizasyonlar tarafından eğitici faaliyetlerin düzenlendiği, ulusal bir PB

derneğinin olduğu veya bu kavrama ilgi duyulduğu ancak PB'nin politika üzerine etkisinin sınırlı olduğu ülkelerdir.

Grub 4b Ülkeler (Palyatif-Hospis Bakım Hizmetinin Sağlık Hizmetine Gelişmiş Entegrasyon Aşamasında Olduğu Ülkeler): Kritik bir PB aktivizmi kütlesine sahip ülkeler olup, bu ülkelerde çeşitli yerlerde birden fazla sağlayıcı tarafından her türlü PB kapsamlı bir şekilde sağlanır. Sağlık personelleri ve toplumun genelinde PB konusunda geniş farkındalığın olduğu, morfin ve en güçlü ağrı kesici ilaçlara rahatlıkla erişildiği, PB'nin halk sağlığı politikası başta olmak üzere politika üzerinde önemli etkisinin olduğu, tanınmış eğitim merkezlerinin bulunduğu, üniversitelerde kurulan akademik bağlantıların ve ulusal bir PB derneğinin bulunduğu ülkelerdir.

Bazı gelişmiş ülkelerdeki PB hizmet sunumları:

#### **1.7.1. İngiltere'de Palyatif Bakım**

İngiltere gerek hospis bakımının gerekse hastane temelli PB'nin uygulanması ve gelişmesinde öncü kabul edilmektedir (56). 1999 yılında birçok ülkede hastanelerde PB ekibinin varlığı tartışılırken, İngiltere'de 340 hastane bünyesinde bu düzenlemelerin yapıldığı bilinmektedir (57). İngiltere'deki PB uygulamaları, sağlık sistemine entegre olarak ihtiyacı olan insanlara ulaştırılmaktadır (58).

#### **1.7.2. Almanya'da Palyatif Bakım**

Almanya'da PB uygulamaları, Köln Üniversitesi Cerrahi Bölümü çatısı altında 1983 yılında sunulmaya başlanmıştır. Alman Sağlık Bakanlığı PB uygulamaları için 1991-1996 yılları arasında model çalışma başlatmış ve ülke genelinde PB servisleri artmıştır (23).

Almanya'daki PB hizmetleri uygun eğitim verildikten sonra, aile hekimleri ve hemşireler tarafından evde bakım temelli yürütülmektedir (23). PB dersleri 2003 yılından itibaren hemşire eğitimine zorunlu ders olarak konulmuştur. Palyatif tıp eğitimi 2009 yılında zorunlu ders olarak tıp fakültesi müfredatına eklenmiştir (59).

### **1.7.3. Kanada'da Palyatif Bakım**

Kanada Hospis Palyatif Bakım Birliği 1991 yılında kurulmuştur. Kar amacı gütmeyen bu kuruluş hastane dışındaki PB hizmetlerinin gelişmesi için çalışmış ve ayaktan PB hizmeti için uygulama rehberleri ve ulusal normlar hazırlamıştır (60).

Kanada sağlık sisteminde nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak sağlık harcamalarının artmasıyla terminal dönem hasta bakımının planlanması önem kazanmıştır. Toplumun %20'den azını oluşturan 65 yaş üstü insanlar, bütün sağlık harcamalarının %40'ından fazlasını kullanmaktadırlar (61, 62).

### **1.7.4. Amerika Birleşik Devletlerinde Palyatif Bakım**

Amerika Birleşik Devletlerindeki (ABD) PB programları 2005 ile 2015 yılları arasında %150 oranında büyümüştür. Başlangıçta Kuzey Amerika'da akademik tıp merkezlerinin bir parçası olarak hizmet veren PB programları, zamanla diğer hastanelere de yayılmıştır. ABD'deki hastanelerde PB bulunma oranları yatak sayısı 300 ve üstündeki hastanelerde %90, yatak kapasitesi 50 ve üstündeki hastanelerde ise %66 düzeyindedir (63).

ABD'deki ev temelli PB hizmetinin büyük çoğunluğu hospisler tarafından sunulmaktadır. Son yıllardaki çalışmalarla, multidisipliner bir hizmet ağı oluşturulması, evde bakım hizmetiyle şikayetlerin azaltılması, bakımın düzenlenmesi, tedaviyi düzenleyen doktorlara ve hastaya bakan kişilere destek verilmesi hedeflemiştir. Bu uygulamalarla semptom kontrolünün daha kolay yapıldığı, hastanın ve yakınlarının memnuniyetlerinin arttığı, hastane yatış oranlarının düştüğü, AS başvurularının ve YBÜ'de kaldıkları sürelerinin azaldığı izlenmiştir (63).

### **1.7.5. Japonya'da Palyatif Bakım**

Japonya'nın ilk sistematik PB uygulaması 1973 yılında Osoka şehrindeki Yodogawa Hristiyan Hastanesinde başlatılmıştır. Japonya'nın ilk PB kliniği ise 1981 yılında Hamamatsu şehrinde Seirei Mikatahara Hastanesinde hizmete girmiştir (64). Bu uygulamayla birlikte sağlık çalışanlarının yanında toplum da terminal dönem hasta bakımı hakkında fikir

sahibi olmaya başlamış ve farklı bölgelerde PB hizmetleri yaygınlaşmıştır. Japonya'da 2012 yılı itibarıyla PB ünitesine sahip tıbbi kuruluş sayısı 250'ye ulaşmıştır (65)

### **1.8. Türkiye'de Palyatif Bakım**

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün işbirliği ile PB uygulamalarının ülkemize uygun şekilde sağlık sistemine dahil edilmesi amacıyla 2010 yılında Palya-Türk projesi hazırlanmıştır. Bu proje kapsamında her ildeki hastanelerde 2-4 yataklı PB merkezleri, ülke genelinde 15-20 yataklı farklı disiplinlerin bir arada çalışabileceği daha kapsamlı PB hizmeti verebilecek onkoloji merkezleri kurulması ve terminal dönem hastaların hizmet alabilmesi için ev özelliğinde ve hastanelere uzak olmayan 30 yataklı hospisler yapılması planlanmıştır (66).

Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı yönetmelikle PB merkezlerinin sorumluluğu konusunda anestezi uzmanlarının tercih edildiği görülmüştür (67). Türkiye'de PB ile ilgili henüz uzmanlık alanı bulunmamaktadır (68).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2020 yılı itibarıyla yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %9,5 olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel çalışmalar ilerleyen yıllarda yaşlı nüfusun artacağını göstermektedir (69). YBÜ'de yatan hastalar incelendiğinde, bölümler arasında hasta profillerinde farklılıklar olsa da genel olarak bu hastaların ortak yönleri önemli bir kısmının ileri yaştaki insanlardan oluşmasıdır (70).

Wright ve arkadaşları tarafından 2008 yılında dünya genelinde PB hizmetleri ile ilgili yapılan bir çalışmada Türkiye, hospis ve PB hizmetlerinin yapılmaya başladığı ancak yeterli olmadığı ülkeler (Grup 2) arasında gösterilmiştir (54). 2013 yılında Lynch ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise Türkiye genelleştirilmiş PB hizmeti sağlayan (Grup 3b) ülkeler arasında gösterilmiştir (55).

Yapılan bir çalışmada, PB uygulamalarının birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında sunulmasının zor ancak maliyet yönünden faydaları

olacağı ifade edilmiştir (71). Gelişmiş ülkelerde PB ve hospis bakımı uygulamalarının sisteme entegre olduğu izlenirken, ülkemiz henüz bu alanda gelişmeye devam etmektedir (24).

### **1.9. Palyatif Bakım Etiği**

Amerikan Tıp Birliği Dergisindeki bir yazıda PB'nin yaşam kalitesine etkisinden bahsedilmiş ve hastanın yaşam kalitesinin iyileştirmeyen, yaşamı uzatmayan, fiziksel, psikolojik ve maddi açıdan zararlı uygulamalardan vazgeçilmesi gerektiği vurgulanmıştır (72).

Terminal dönem PB hastaları hakkındaki kararlarda, hastaların içinde bulunduğu klinik durumun düzelme olasılığı yoksa, çok düşük ise veya uygulanmakta olan tedaviden daha yararlı olacağı beklenmiyor ve ayrıca daha pahalı veya riskli ise bu tedaviler boşuna/ nafil/ yararsız tedavi olarak değerlendirilmiştir (73).

Biyoetik alanında boşunalık kavramı için 4 temel koşul mevcuttur (74):

1. Bu kavramın tıp içinde kullanılması,
2. Amaca yönelik bir fayda olmayacağı veya sonucun verilen çabaya değmemesi şeklinde bir yargıya varılması,
3. Yararsızla yararlı arasında ince bir sınır olması,
4. Fiziksel, ekonomik ve psikolojik olarak yüklerin olmasıdır.

Hastanın kalbi veya solunumu durduğunda yapılacaklar PB hizmetlerinde bazı önemli kararlardandır. Bu durumlarda bir hedefe ulaşma durumu olmadığı için konvansiyonel müdahaleler gibi özel tıbbi müdahalelere başlamama, kalp ve solunum sistemi durmuşsa canlandırma yapmama veya solunum cihazına bağlamama talimatları kullanılmaktadır. Mesela tedaviyi gereksiz artırmama talimatı (Do not escalate/ DNE) bunlara örnek olarak gösterilebilir. Bu tip talimatlarda solunum cihazına bağlanmama isteği veya inotrop ilaçların devam ettirilmemesi beyanı bulunmaktadır (75).

Kişinin kalbi durduğunda ulaşılabilecek bir hedef olmadığı zaman canlandırmanın yapılmaması için yeniden canlandırmama talimatı (Do not resuscitate/ DNR) düzenlenmiştir. Terminal dönemdeki bakım hastalarının

yoğun bakıma yatırılması ve solunum cihazına bağlanması kararları için, sadece DNR talimatı yetmemekte, önceden DNE talimatı da gerekli olmaktadır. Ayrıca, son dönemdeki hastalar için nazogastrik tüp takma ve antibiyotik uygulamalarının da DNE talimatı içinde belirtilmesi daha uygun görülmektedir (76). Terminal dönem hastalar için derin sedasyon/ analjezi ve DNR kararı gibi uygulamalar, çözülmeyi bekleyen etik ve yasal sorunlar olarak incelenmektedir (77).

Amerikan Kalp Derneği (AHA) kılavuzuna göre hastanın bir DNR talimatı yoksa veya kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR) boşuna bir uygulama değilse, kardiyak arrest geçiren hastaya CPR yapılması önerilmektedir (78, 79). DNR talimatının uygulanması ve hukuki düzenlemeleri hakkında farklı ülkelerde farklı düzenlemeler mevcuttur. Ülkemizde DNR talimatı ile ilgili bir düzenleme bulunmamakla birlikte Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştay'ının "Yaşamın Sonuna Dair Etik Bildirge" başlıklı kısmında şunlar önerilmektedir: "*Canlandırmama istemi hasta tarafından verilmiş olabileceği gibi canlandırmanın tıbbi açıdan yararsız olduğu durumda hekim tarafından da verilebilir. Hastanın dosyasına canlandırmama emri açıkça yazılmalı ve imzalanmalıdır. İlerisi için istem bildiren bu karar hakkında hastanın hekimi, hasta ve gerekiyorsa ailesi ile tartışmış olmalıdır. Hastanın tıbbi durumu bilimsel açıdan değerlendirildikten sonra, canlandırmanın hastaya getireceği tıbbi bir yarar bulunmadığında canlandırmama istemine saygı gösterilmelidir.*" (80).

Ele alınması gereken bir diğer husus ise hastanın nerede ölmek istediğidir. Hastada bu düşünceyi etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır ve bununla ilgili olarak ülkemizde yapılmış çalışmalar sınırlıdır. Bu faktörlerden bir kısmı aşağıda sıralanmıştır (81):

1. Hastanın sosyal yaşantısı ve ortamı,
2. Hastaya bakım veren kişinin bakma kapasitesi,
3. Hastanın çevresindekiler için endişelenmesi,
4. Bakım veren kişilerin tutumları ve gönüllü olmaları,
5. Hastanın şikayetlerinin kontrol altına alınabilir olması,
6. Hastanın saygınlığını kaybetmek istememesi,

7. Hasta ve bakım verenlerin güvenlik algıları,
8. Hastanın hospis bakımı hakkındaki düşünceleri,
9. Daha önceki hastane deneyimleri,
10. Toplum odaklı hizmetler konusunda hastanın tecrübeleri ve fikirleri,
11. Evde bakım hizmetleri konusunda hastanın fikirleri,
12. Hastanın ölüm konusundaki dini inançları,
13. Kişinin ölüm konusunda önceki deneyimleri olarak sıralanabilir.

### **1.10. Türkiye’de Palyatif Bakım Uygulamasında Engeller**

1. PB konusunda sağlık personelinin farkındalığının az olması (82)
2. Antitümör tedavilerinin PB’den ayrılması (82)
3. Opioidlere erişimin zor olması (82)
4. Dilaltı opioid veya hemen salınan morfinler gibi opioid türlerinin ülkemizde mevcut olmaması (71)
5. Morfin uygulanmasından korkulması ve yan etki (71)
6. Ekonomik desteğin yetersiz kalması (82)
7. Eğitimli sağlık personelinin olmaması (82)
8. Kaynakların dağılımındaki eşitsizlik (82)
9. PB ile ilgili düzenlemelerin eksikliği (82)
10. Özellikle psikososyal destek konusunda kültürel tutumlar ve dini inançlar (83)
11. Kötü teşhis ve prognoz hakkında bilgi verme (77)

### **1.11. Palyatif Bakım ve Acil Servis**

Gelişmiş ülkelerdeki ölüm nedenleri incelendiğinde PB ihtiyacı olan kişilerin en sık karşılaşılan hastalıkları kanser, KOAH ve kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklardır (84). PB hastalarının sağlık kurumlarına başvuru nedenleri araştırıldığında en çok ağrı, halsizlik, uykusuzluk, anksiyete, dispne, iştahsızlık, kabızlık ve bulantı şikayetlerinin olduğu bildirilmiştir (85-88).



AS'ler, ani gelişen hastalıklarda veya yaralanmalarda kapsamlı hizmet sunması ve hastaların maddi imkânları sorgulanmadan yedi gün 24 saat erişilebilir olması gibi nedenlerle eşsiz bir sağlık hizmeti sunmaktadır (89). Şikayetleri acil olmayan insanlar dâhil olmak üzere AS'ler günümüze kadar başvuran herkese sağlık hizmeti sağlamıştır (90). AS'ler kanser hastalarının acil bir durumda en hızlı ve kolay tıbbi yardım alabilecekleri yerlerdir (91). Terminal dönem kanserli hastalar ile ilgili yapılan bir çalışmada, bu hastaların hayatlarının son iki haftasında %85 kadarının en az bir kez AS'ye başvurduğu saptanmıştır. Hasta veya yakınlarına AS başvurularının sebebi sorulduğunda ise en sık cevap olarak "evde durumu idare etmenin mümkün olmadığı" ifade edilmiştir (92). Kanser hastalarının hospis veya hastanede ölme tercihleri incelenmiş ve hastaların %47'si evde, %54'ü ise daha iyi bakılacağını düşündüğü için hastanede ölmeyi tercih etmiştir (50, 93).

İleri evre hastalığı olan hastaların hayatlarının son dönemlerine doğru acil başvurularının giderek arttığı bildirilmiştir. Hayatlarının son iki haftası içinde bu hastaların %40'ının AS başvurusu yaptığı belirtilmiştir (92, 94). PB alan hastalar, ekonomik ve sosyal maliyetleri artırabilecek gereksiz AS başvuruları yapmaktadır (95). Kanada'da yapılan bir çalışmada terminal dönem kanser hastalarının yaptığı AS başvurularının birçoğunun gerekli olmadığı; kabızlık, rutin takip, laboratuvar sonucu gösterme, pansuman veya dikiş muayenesi, üriner kateter uygulaması ve reçete yazılması gibi teknik veya mekanik nedenler için yapılan başvuruların gereksiz başvuru olarak kabul edildiği bildirilmiştir (92).

Kanser teşhisi konan hastaların AS'ye sadece kanserin ilerlemesi gibi sorunlar için değil, aynı zamanda kanserle ilgili olmayan şikayetler veya tedavilerle ilgili sorunlar için de geldiği bilinmektedir (96). Hastaların kür sonrası kanserin nüksetme korkusu AS ve diğer sağlık kuruluşlarına yaptıkları gereksiz başvuruları arttırmaktadır (97). Artan kanser prevalansı göz önüne alınınca, kanser hastalarının sıkça AS'lere başvurmaları sağlık hizmetlerine önemli bir mali yük getirebilir (98).

Terminal dönem hastalara agresif bakım sağlamayan sistemler; bu hastalara yaşamın son 14 gününde kemoterapi verme yüzdesinin %10'dan az olduğu, yaşamının son 30 gününde yeni bir kemoterapi rejimine başlama oranının %2'den az olduğu, birden fazla hastaneye yatış, AS başvurusu veya yaşamın son ayında YBÜ'ne yatışı yapılmama oranının %4'ten az olduğu ve %17'den azının bir akut bakım kurumunda öldüğü sistemlerdir (99). Bazı çalışmalarda terminal dönem hastaların AS'lere çok sayıda başvuru yapmaları, birden çok hastaneye başvuru yapmaları, yoğun bakıma yatırılmaları ve bu hastaların akut hastane ortamında ölmeleri terminal dönem hasta bakımının düşük kalitede olduğunu göstermektedir (100). Hasta ve yakınları hastane ortamında daha az zaman harcamayı arzu ederler. Sağlık sistemi perspektifinden bakıldığında, terminal dönem hastaların yatak kullanımının azaltılmasının sosyoekonomik açıdan da faydalı olacağı düşünülmektedir (101).

PB Türkiye'de henüz yerleşmemiş bir kavram olup "destek bakım" ve "son dönem bakım" olarak düşünülmüş ve çoğu zaman ağrı benzeri şikayetlerin kontrol altına alınmasını içeren müdahaleler olarak algılanmıştır (68).

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Gereç

Uzmanlık tezi kapsamında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na müracaat edilerek 28.07.2021 tarih ve 2021-10/37 numaralı kararı ile etik kurul raporu alındı. Araştırma, 15.08.2021-15.02.2022 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Bursa Şehir Hastanesi AS'lerine başvuran ve PB ihtiyacı olan hastalar üzerinde prospektif olarak yürütüldü.

Araştırma kapsamına, belirtilen tarih ve sağlık merkezlerinin acil tıp kliniklerine başvuran 18 yaş üstü olup 2013 yılında hazırlanan Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştay Raporuna (32) göre PB ünitesi yatış kriterine uyan hastalar alındı. Çalışmaya göre PB yatış endikasyonları aşağıda belirtilmiştir:

1. Medikal tedaviye rağmen VAS (Visual Analogue Scale) ağrı skalası  $\geq 5$  olan, ağrıya bağlı uyku düzeni bozulan, istirahatta dahi ağrısı devam eden ve yan etkiler nedeni ile medikal tedavi uygulanamayan hastalar,
2. Ağızdan beslenmesi bozulmuş, NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002) beslenme skoru  $\geq 3$  olan, son 6 ay içerisinde % 10'dan fazla kilo kaybı olan, ağızdan beslenemediği için enteral ya da parenteral beslenme desteğine ihtiyaç duyan malnutrisyonlu hastalar,
3. Enfekte ve/ veya tedaviye dirençli, Evre III- IV (Norton/ Braden'a göre) dekübit yarası olan hastalar,
4. Deliryum tanısı almış, etiyolojisi multiple veya belirsiz olan hastalar,
5. Düşme, inkontinans, ihmal ve kötüye kullanım vb geriatrik sendromları olan hastalar,
6. Tedaviye dirençli, evre IV kalp yetmezliği olan frajil hastalar,

7. Tedaviye rağmen klinik bulguları ve laboratuvar değerleri kötüleşen ve semptomları artan (dispne, hemoptizi, kontrol edilemeyen ağrı vb.) Karnofsky performans skoru < %70 olan, vertebra metastazi, hiperkalsemi gibi onkolojik acilleri olan, son üç ay zarfında iki defadan fazla pnömoni geçiren, komorbiditesi yüksek, tahmini yaşam süresi altı aydan kısa, cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavilere rağmen progressif hastalığı olan onkoloji hastaları,

8. Kronik ve tedaviye dirençli olan son dönem akciğer hastaları,

9. Klinik tablosunda akut değişiklik olan demans hastaları: FAST (Functional Assesment Staging of Alzheimer's Disease) sınıflandırılmasına göre Evre- 7 ve üzeri olan ve günlük aktivelerinin en az üç tanesini yardımla yapabilen hastalar,

10. Kronik nörolojik hastalığı olup (hipoksik iskemik ensefalopati, inme, Parkinson hastalığı, amiyotrofik lateral skleroz, multipl skleroz vb) klinik tablosunda ani değişiklik olan (ateş, beslenme bozukluğu, dekübit yarası, üriner enfeksiyonlar, pnömoni ve öz bakımlarında azalma vb) hastalar,

11. Tükenme sendromuna girmiş son dönem HIV hastaları.

PB yatış kriterlerine uymayan ve 18 yaş altı hastalar çalışma kapsamına alınmadı.

## **2.2. Yöntem**

Çalışma kapsamına alınan hastalar veya hasta yakınları bilgilendirilerek onamları alındı. Elde edilen veriler, hastayı değerlendiren hekim tarafından hasta dosyasına kaydedildi. Hasta dosyasına hastanın adı, soyadı, acile başvuru tarihi, hastane protokol numarası, yaşı, cinsiyeti, acile başvuru nedeni, kronik hastalıkları (DM, Hipertansiyon (HT), Malignite, Alzheimer, Kalp yetmezliği v.s), daha önce PB hizmeti alıp almadığı, hasta bakımının kimin tarafından yapıldığı, son bir yılda acile yapılan başvuru sayısı, konsültasyon istenip istenmediği, hasta sonucu, AS'de kalış süresi, tanısı ve belirlenen PB yatış endikasyonlarından (Palyatif hasta dosyasının altındaki ek tabloda belirtilmiştir) hangisinin olduğu gibi bilgiler işlendi.

Hastaya rutin sağlık hizmeti dışında herhangi bir girişimsel işlem, tetkik veya ilaē uygulaması yapılmadı.

Hastaların daha önce PB hizmeti alıp almadığı ve bakımının kim tarafından yapıldığı bilgisi hasta veya yakınlarından alındı. Bir defa bile evde bakım, palyatif yataklı servis veya hospis bakımı almış hastalar PB hizmeti almış olarak değerlendirildi. Hastaların son bir yılda yaptıkları AS başvurularını hesaplamak için hastalara ait e-nabız sistemi kullanıldı.

İstatistiksel değerlendirme, üzerinde durulan özelliklerden sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak ifade edilirken, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Sürekli değişkenler bakımından grup ortalamalarını karşılaştırmada Tek Yönlü Varyans Analizi yapıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede Ki-kare testi yapıldı. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi %5 olarak alınarak hesaplamalar için SPSS (ver: 21) istatistik paket programı kullanıldı.

### 3. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan 261 hasta değerlendirildi. Bu hastaların 143'ünün erkek (%54,8), 118'inin kadın (%45,2) olduğu saptandı. Çalışmaya katılan toplam 261 PB hastasının yaş ortalaması Tablo 1'de verildi. Tablo 1'e göre hastaların yaş ortalaması 72,3±14,05 olarak hesaplandı (Erkeklerin yaş ortalaması 71,54±12,69; kadınların yaş ortalaması 73,21±15,54).

Hastaların AS'de ortalama kalma süreleri 9,97±7,13 saat olarak bulundu (Tablo 1). Erkek ve kadınların AS'de kalma süreleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ilişki anlamsız bulundu ( $p=0,71$ ). AS'ye başvuran kadın ve erkeklerin yaş ortalamaları karşılaştırıldığında yaş ortalamasının kadın hastalarda erkek hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p=0,339$ ).

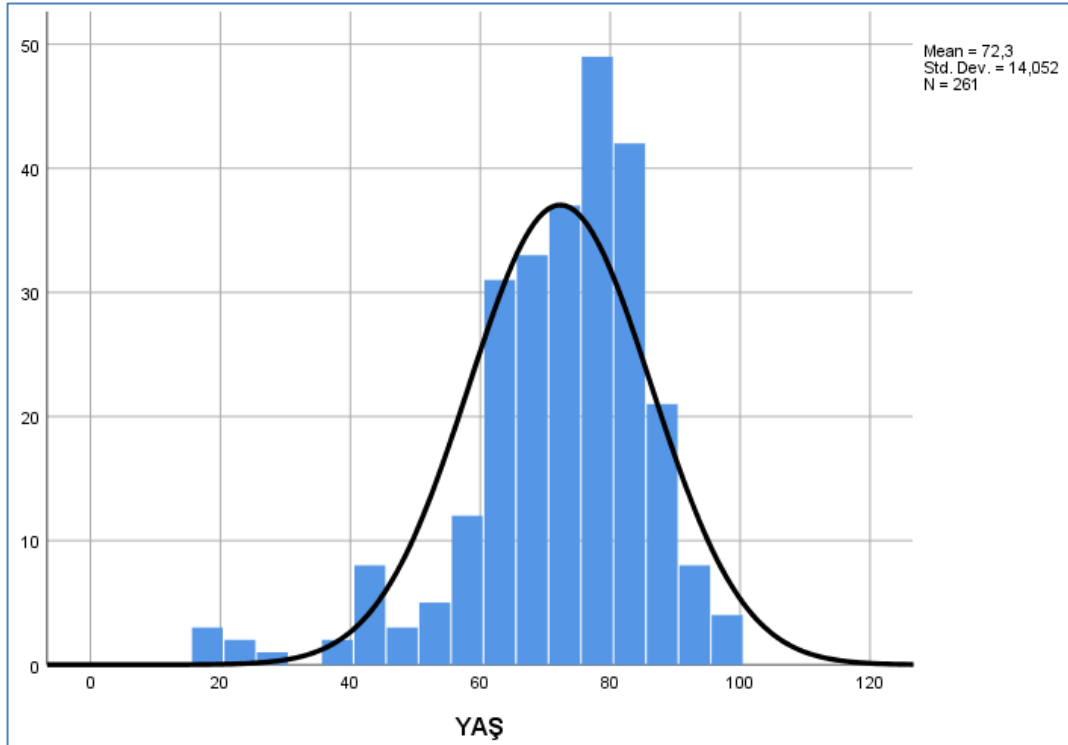
Hastaların son bir yılda yaptıkları AS başvuru sayıları 7,52±6,77 olarak hesaplandı (Tablo 1). Çalışmada 261 hastanın son bir yıl içerisinde toplam 1964 defa AS'ye başvurduğu belirlendi. Erkeklerin kadınlara göre daha fazla AS'ye başvurdukları görüldü ( $p=0,175$ ).

Tablo 1'de görüldüğü üzere hastaların bölümlere konsulte edilme sayılarının 1,75±1,17 olduğu saptandı. Konsültasyon istenen bölüm sayısı bakımından erkek ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı olacak düzeyde bir farkın olmadığı saptandı ( $p=0,529$ ).

**Tablo 1:** Hastaların acil serviste kalma sürelerinin, yaşlarının, son bir yılda yaptıkları acil servis başvurularının ve konsülte edilen bölüm sayısının hastaların cinsiyetine göre incelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart sapma	En az	En çok	p
Yaş	Erkek	143	71,54	12,692	21	94	0,339
	Kadın	118	73,21	15,549	18	99	
	Total	261	72,3	14,052	18	99	
Acil serviste kaldığı süre (saat)	Erkek	143	10,12	6,914	1	33	0,71
	Kadın	118	9,79	7,426	2	44	
	Total	261	9,97	7,138	1	44	
Son bir yılda acil servis başvuru sayısı	Erkek	143	8,04	7,25	1	49	0,175
	Kadın	118	6,9	6,13	1	46	
	Total	261	7,52	6,778	1	49	
Konsulte edilen bölüm sayısı	Erkek	143	1,71	1,167	0	5	0,529
	Kadın	118	1,81	1,179	0	5	
	Total	261	1,75	1,171	0	5	

AS'ye başvuran hastaların yaş dağılımı ve yaş ortalaması Şekil 2'de gösterildi. Şekil 2'ye göre AS'ye başvuran hastaların yaşlarının en çok 60 ile 90 arasında olduğu görüldü.



**Şekil 2:** Hastaların yaş dağılımı, ortalama ve standart sapması

AS'ye başvuran hastaların şikayetleri Tablo 2'de gösterildi. En sık üç başvuru şikayetinin sırasıyla dispne, genel durumda düşüklük ve bilinç değişikliği olduğu saptandı.

**Tablo 2:** Hastaların başvuru şikayetleri

Yakınma	Sayı	Yüzde (%)
Dispne	68	26,1
Genel Durumda Düşüklük	46	17,6
Bilinç Değişikliği	21	8
Bulantı/ Kusma	13	4,9
Ateş	10	3,8
Öksürük	10	3,8
Düşme	9	3,4
Çarpıntı	8	3,1
GİS Kanama	7	2,7
Nöbet Geçirme	6	2,3
Diğer	63	24,4

Hastaların komorbiditeleri Tablo 3'te verildi. Tabloya göre hastalarda en sık rastlanan beş hastalığın HT, maligniteler, Alzheimer/ demans, DM ve koroner arter hastalığı (KAH) olduğu gözlemlendi.

**Tablo 3:** Hastaların komorbiditeleri ve bulunma yüzdeleri

Komorbidite	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hipertansiyon	120	46
Malignite	112	42,9
Alzheimer/ Demans	79	30,3
Diyabetes Mellitus	71	27,2
Koroner Arter Hastalığı	58	22,2
Serebrovasküler Hastalık	49	18,8
Astım/ KOAH	37	14,2
Kalp Yetmezliği	20	7,7
Kronik Renal Yetmezlik	19	7,3
Atrial Fibrilasyon	13	4,9
Epilepsi	11	4,2
Parkinson	11	4,2
Hiperlipidemi	7	2,6
Hipotiroidi	6	2,2
Romatoid Artrit	4	1,5
Hepatik Siroz	3	1,1



Hastaların komorbiditelerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 4'te verildi. Tabloya göre erkeklerde rastlanan en sık beş ek hastalığın sırasıyla malignite, HT, DM, KAH ve Alzheimer/ demans olduğu, kadınlarda ise sırasıyla HT, Alzheimer/ demans, malignite, DM ve svhvasküler hastalık (SVH) olduğu görüldü.

**Tablo 4:** Ek hastalıkların sayı ve oranlarının cinsiyete göre dağılımı

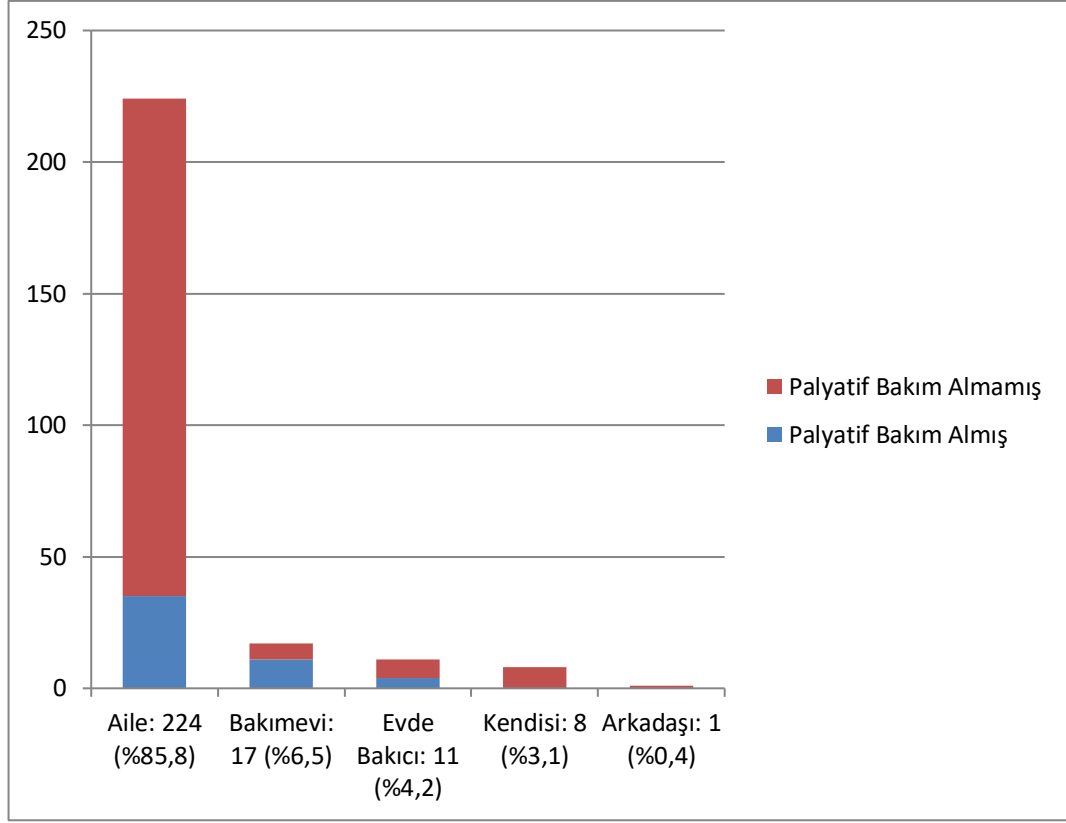
Ek Hastalıklar	Erkek Hasta (Sayı ve %)	Kadın Hasta (Sayı ve %)
Hipertansiyon	54 (20,68)	66 (25,28)
Malignite	68 (26,05)	44 (16,85)
Alzheimer-Demans	34 (13,02)	45 (17,24)
Diyabetes Mellitus	42 (16,09)	29 (11,11)
Koroner Arter Hastalığı	38 (14,55)	20 (7,66)
Serebrovasküler Hastalık	23 (8,81)	26 (9,96)
Astım/ KOAH	25 (9,57)	12 (4,59)
Kalp Yetmezliği	9 (3,44)	11 (4,21)
Kronik Renal Yetmezlik	10 (3,83)	9 (3,44)
Atrial Fibrilasyon	6 (2,29)	7 (2,68)
Epilepsi	6 (2,29)	5 (1,91)
Parkinson	8 (3,06)	3 (1,14)
Hiperlipidemi	4 (1,53)	3 (1,14)
Hipotiroidi	1 (0,38)	5 (1,91)
Romatoid Artrit	2 (0,76)	2 (0,76)
Hepatik Siroz	2 (0,76)	1 (0,38)

Malignitesi olan hastalar Tablo 5'te belirtildiği üzere sınıflara ayrıldı ve en sık rastlanan üç malignite sırasıyla akciğer kanseri, gastrointestinal sistem (GİS) kanserleri ve üriner sistem kanserleri olarak saptandı.

**Tablo 5:** Hastaların sahip oldukları malignite türleri, sayıları, yüzdeleri ve cinsiyete göre ayrımları

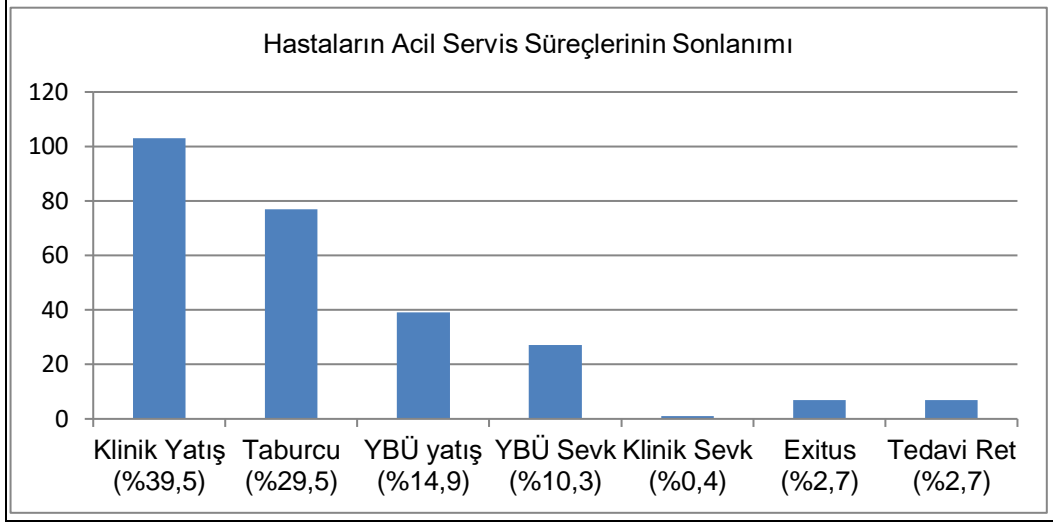
Malignite	Sayı (n)	Yüzde (%)	Erkek (Yüzde %)	Kadın (Yüzde %)
Akciğer Kanseri	29	25,8	18,67	7,14
GİS Kanserleri	28	25	11,61	13,39
Üriner Sistem Kanserleri	13	11,6	10,7	0,89
Hematolojik Kanserler	10	8,9	2,67	6,25
Nöroşürjikal Kanserler	9	8	5,35	2,67
Baş/ Boyun Kanserleri	7	6,2	5,35	0,89
Meme Kanseri	6	5,3	0	5,35
Jinekolojik Kanserler	4	3,5	0	3,57
Endokrin Kanserleri	2	1,7	0,89	0,89
Diğer Kanserler	4	3,5	1,78	1,78

Hasta bakımının nasıl karşılandığı Şekil 3'te verildi. Şekle göre hasta bakımının en sık aile tarafından verildiği (%85,8) görüldü. Hasta bakımının daha seyrek olarak bakımevi (%6,5), evde bakıcı (%4,2) ve kendisi (%3,1) tarafından karşıladığı saptandı. Bir hastanın ise, bakımının arkadaşı tarafından yapıldığı saptandı. Hastaların daha önce PB hizmeti alıp almadığı bakım sunuculara göre değerlendirildi ve son durum Şekil 3'te gösterildi. En yüksek oranda PB hizmetini alan hastaların bakımevinde kalan hastalar olduğu saptandı.



**Şekil 3:** Bakım sunucuların oranları, yüzdeleri ve hastaların daha önce palyatif bakım alıp almadıkları

Hastaların AS süreçleri Şekil 4'te verildi. Şekilde görüldüğü gibi hastaların %39,46'sının klinik yatışlarının yapıldığı, %0,4'ünün yer olmadığından başka bir hastaneye klinik yatış amacıyla sevkini yapıldığı, %14,94'ünün YBÜ'ye yatışının yapıldığı, %10,34'ünün YBÜ'ye sevk edildiği, %2,68'inin tedaviyi reddettiği, %2,68'inin vefat ettiği ve %29,5'inin taburcu edildiği tespit edildi.



**Şekil 4:** Hastaların acil servis süreçlerinin sonuçları

Hastaların daha önce PB hizmeti alıp almadığı incelendi ve Tablo 6'da görüldüğü üzere 143 erkek hastanın 23'ünün (%16,08), 118 kadın hastanın 27'sinin (% 22,88) PB hizmeti aldığı bulundu. Toplamda ise 261 hastanın 50 tanesinin PB hizmeti aldığı tespit edildi (%19,1).

**Tablo 6:** Palyatif bakım hizmeti alınmasının cinsiyete göre incelenmesi

	Hasta sayısı	Daha önce PB hizmeti alan hastalar	Yüzde(%)
Erkek	143	23	16,08
Kadın	118	27	22,88
Toplam	261	50	19,15

Hastalar için konsültasyon istenen branşlar, istenen konsültasyon sayısı ve konsültasyonların olumlu sonuçlanma yüzdeleri Tablo 7'de verildi. Hastanın AS'deki sürecini etkileyecek önerisi olan konsültasyonlar olumlu sonuçlanan konsültasyon olarak adlandırıldı. AS'ye başvuran ve PB ihtiyacı olan hastalar için en çok konsültasyon istenen bölümler sırayla göğüs hastalıkları, iç hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon ile kardiyoloji olarak saptandı.

**Tablo 7:** Konsültasyon istenen bölümler, konsültasyon sayıları ve konsültasyonların olumlu yüzdeleri

Bölümler	İstenen konsültasyon sayıları (n) ve olumlu sonuçlanma yüzdeleri (%)
Göğüs Hastalıkları	97 (83,5)
İç Hastalıkları	91 (85,7)
Enfeksiyon Hastalıkları	66 (78,7)
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	53 (56,6)
Kardiyoloji	42 (50)
Nöroloji	40 (60,6)
Genel Cerrahi	18 (27,7)
Nöroşirürji	11 (63,6)
Kulak Burun Boğaz	8 (75)
Üroloji	8 (75)
Göğüs Cerrahisi	7 (57,1)
Plastik Cerrahi	6 (83,3)
Ortopedi	6 (66,6)
Plastik Cerrahi	4 (75)
Kalp Damar Cerrahisi	3 (100)
Psikiyatri	2 (100)
Göz Hastalıkları	1 (0)

Hastaların AS başvuruları sonrasında aldıkları tanılar Tablo 8’de verildi. En sık alınan tanıların sırasıyla pnömoni, üriner sistem enfeksiyonu, SVH, kalp yetmezliği ve plevral efüzyon olduğu saptandı. Ayrıca diğer kategorisi içinde yer alan ensefalopati, epilepsi, femur fraktürü, gastroenterit, hematüri, hiponatremi, ileus, sepsis, yüzeysel kafa travması, anemi, Aort anevrizması/diseksiyonu, bası yarası, geçici iskemik atak, kabızlık, ateş, stabil anjina pectoris, akciğer apsesi, akciğer ödemi vb tanılara sahip hastalar bulunmaktadır.

**Tablo 8:** Hastaların acil servis süreçleri sonunda aldıkları tanılar

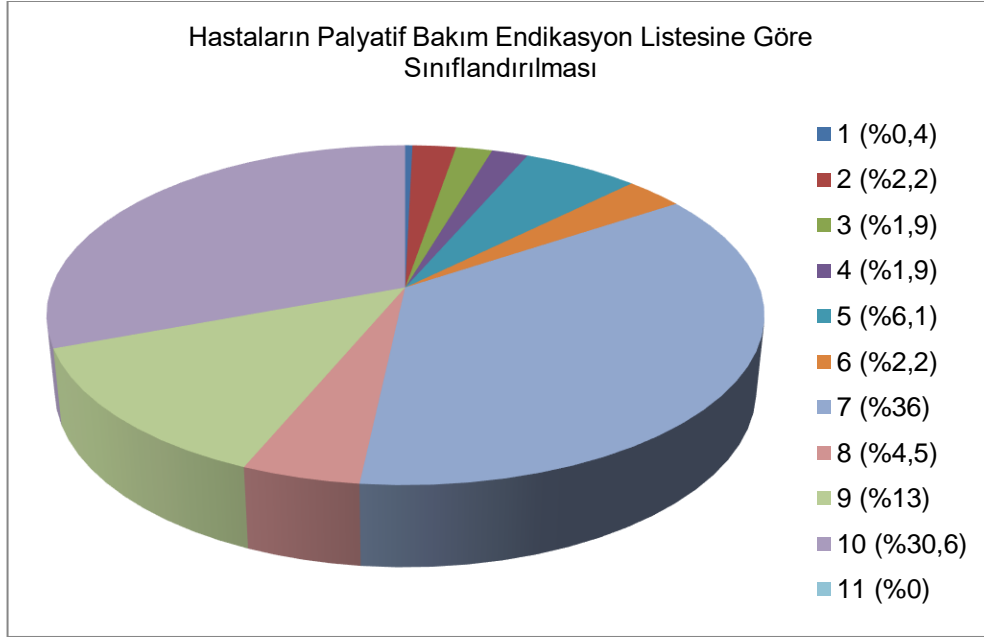
Acil serviste alınan tanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Pnömoni	64	24,5
Üriner sistem enfeksiyonu	20	7,7
Serebrovasküler hastalık	14	5,4
Kalp yetmezliği	11	4,2
Plevral efüzyon	11	4,2
Pulmoner emboli	9	3,4
Akut böbrek yetmezliği	8	3,1
Gastrointestinal sistem kanaması	8	3,1
Hipernatremi	7	2,7
İntrakranial kitle-metastaz	7	2,6
Kardiyak arrest	6	2,3
Selülit	5	1,9
Hiperkarbik solunum yetmezliği	4	1,5
Diğer Tanılar	87	33,9

PB endikasyonuna göre gruplandırılan hastaların dağılımı Şekil 5'te gösterildi. Şekil 5'e göre en sık üç endikasyonun 7, 9 ve 10 numaralı endikasyonlar olduğu görüldü.

Endikasyon 7, tedaviye rağmen klinik bulguları ve laboratuvar değerleri kötüleşen ve dispne, hemoptizi, kontrol edilemeyen ağrı vb. şikayetleri artan, Karnofsky performans skoru <70 olan, vertebra metastazı, hiperkalsemi gibi onkolojik acilleri olan, son üç ay zarfında iki defadan fazla pnömoni geçiren, komorbiditesi yüksek, tahmini yaşam süresi altı aydan kısa, cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavilere rağmen progressif hastalığı olan onkoloji hastalarını kapsamaktadır.

Endikasyon 10, klinik tablosunda akut değişiklik olan demans hastaları ile FAST (Functional Assesment Staging of Alzheimer's Disease) sınıflandırılmasına göre Evre- 7 ve üzeri olan ve günlük aktivelerinin en az üç tanesini yardımla yapabilen hastaları kapsamaktadır.

Endikasyon 9, hipoksik iskemik ensefalopati, inme, Parkinson hastalığı, amiyotrofik lateral skleroz, multipl skleroz gibi kronik nörolojik hastalığı olup ateş, beslenme bozukluğu, dekübit yarası, üriner enfeksiyonlar, pnömoni ve öz bakımlarında azalma gibi klinik tablosunda ani değişiklik gözlenen hastaları kapsamaktadır.



**Şekil 5:** Hastaların palyatif bakım yatış endikasyonu listesine göre dağılımları

Hastaların AS'de kalış süreleri, yaşları, son bir yılda yaptıkları AS başvuru sayıları ve konsültasyon istenen bölüm sayıları ile PB hizmeti alma durumları arasında yapılan karşılaştırılma Tablo 9'da verildi. Tablo 9'a göre PB alan hastaların AS'te geçirdikleri sürenin, PB almayan hastalarda daha uzun olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p=0,257$ ). Konsülte edilen bölüm sayısının PB alan hastalarda daha fazla olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p=0,330$ ). Hastaların son bir yılda yaptıkları AS başvuru sayıları ( $p= 0,977$ ) ve yaşları ( $p= 0,686$ ), PB alıp almamaları ile karşılaştırıldı ve aradaki farkların istatistiksel olarak anlamsız olduğu görüldü.

**Tablo 9:** Hastaların acil serviste kalış süreleri, yaşları, son bir yılda yaptıkları acil servis başvuru sayıları ve konsülte edilen bölüm sayıları ile palyatif bakım hizmeti alma durumlarının karşılaştırılması

	Palyatif bakım	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	En az	En çok	P değeri
Acil serviste kaldığı süre (saat)	Almış	50	11,00	8,751	1	44	0,257
	Almamış	211	9,73	6,701	1	30	
	Total	261	9,97	7,138	1	44	
Yaş	Almış	50	73,02	16,517	18	99	0,686
	Almamış	211	72,12	13,441	18	96	
	Total	261	72,30	14,052	18	99	
Son bir yılda acil servis başvuru sayısı	Almış	50	7,50	5,530	1	25	0,977
	Almamış	211	7,53	7,053	1	49	
	Total	261	7,52	6,778	1	49	
Konsülte edilen bölüm sayısı	Almış	50	1,90	1,359	0	5	0,330
	Almamış	211	1,72	1,122	0	5	
	Total	261	1,75	1,171	0	5	



#### 4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde yaşam sürelerinin artmasına bağlı olarak yaşlı popülasyon oranlarında belirgin bir artış gözlenmektedir. Bu artışa bağlı olarak hastalarda görülen ve yaşamı tehdit eden ileri evre kronik hastalıkların artması nedeniyle PB merkezlerine olan ihtiyaç giderek artmaktadır (102, 103). Ülkemizde PB merkezlerinin sayısının bazı gelişmiş ülkelere göre daha düşük olduğu ve sağlık çalışanlarının klinik deneyiminin kısıtlı olduğu görülmektedir (104). PB merkezlerinin sayıca az olması AS'lere olan başvuru sayılarını artırmakta ve hastaların AS'lerde yoğunluk oluşturmalarına bağlı olarak AS'lerde sağlık hizmeti kalitesini düşürmektedir (105).

Yapılan çalışmalarda PB hastalarının yaş ortalamalarının 62-73 arasında değiştiği bildirilmiştir (102, 106-110). Yaptığımız çalışmada ise hastaların yaş ortalamasının 72,3 olduğu bulundu.

Tsai ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada PB hastalarının %38,9'unun erkek, %61,1'inin kadın (108), Kaasa ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada %44'ünün erkek, %56'sının kadın (107), Strömngren ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada %44'ünün erkek, %56'sının kadın (106), Verhoef ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada %54,5'inin erkek, %45,5'inin kadın (111), Green ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada hastaların %47'sinin erkek, %53'ünün kadın (109); Algan ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada %51,97'sinin erkek, %48,03'ünün kadın (110) ve Miniksar ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise %53,9'unun erkek, %46,1'inin kadın (102) olduğu bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada ise hastaların %54,8'inin erkek, %45,2'sinin ise kadın olduğu belirlendi.

Kirkland ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada AS'ye başvuran hastaların %21,87'sinin daha önce PB hizmeti aldığı, %78,12'sinin ise daha önce almadığı belirtilmiştir (112). Yaptığımız çalışmada ise hastaların %19,15'inin daha önce PB hizmeti aldığı ve belirtilen çalışmanın sonuçlarına benzediği görüldü.

Green ve ark. tarafından yapılan çalışmada 105 PB hastasının 10 haftalık bir zaman dilimi içerisinde 112 defa AS'ye başvuru yaptığı gözlenmiştir (109). Lawson ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise PB hizmeti alan 1182 hastanın yedi yıl boyunca 2103 defa AS'ye başvurduğu belirtilmiştir (113). Tarafımızdan yapılan bu çalışmada ise 261 hastanın son bir yıl içerisinde toplam 1964 defa AS'lere başvurduğu saptanmış olup her hasta için yıllık başvuru sayısı  $7,52 \pm 6,77$  olarak hesaplandı.

Lawson ve ark. tarafından yapılan çalışmada PB hastalarının en sık başvuru yakınmalarının ağrı (%24) ve dispne (%21,5) olduğu bildirilmiştir (113). Verhoef ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise dispne (%21) ve ağrı (%18,6) olduğu saptanmıştır (111). Strömngren ve ark tarafından yapılan araştırmada şikayetlerin ağrı (%71), halsizlik (%57), fiziksel fonksiyon kaybı (%39), iştahsızlık (%32), bulantı/ kusma (%26) ve dispne (%24) olduğu tespit edilmiştir (106). Green ve ark. tarafından yapılan çalışmada dispne (%35) ve ağrı (%28) olduğu ifade edilmiştir (109). Tsai ve ark. tarafından yapılan çalışmada halsizlik (%98,7), iştahsızlık (%96), ağrı (%88,3) ve depresyon (%81,9) olduğu saptanmıştır (108). Algan ve ark. tarafından yapılan çalışmada dispne (%21,26), karın ağrısı (%9,84), genel durum bozukluğu (%6,69), kusma (%4,92), GİS kanama (%4,72), halsizlik (%4,72) ve düşme (%4,72) olduğu tespit edilmiştir (110). Yaptığımız çalışmada ise hastalarda en sık dispne (%26,1), genel durumda düşüklük (%17,6), bilinç değişikliği (%8), bulantı/ kusma (%4,9) ve ateş (%3,8) şikayetleri olduğu saptanmış olup en sık karşılaşılan şikayet olan dispnenin Verhoef ve ark., Green ve ark. ve Algan ve ark.'nın (109-111) çalışmalarının sonuçları ile uyumlu olduğu gözlemlendi.

Kirkland ve ark. tarafından yapılan çalışmada PB hastalarının en sık ek hastalıklarının sırasıyla malignite (%41), KOAH (%16,1), kalp yetmezliği (%9,4), KRY (%8,9) ve siroz (%7,4) olduğu saptanmıştır (112). Miniksar ve ark. tarafından yapılan çalışmada malignite (%43,3), Alzheimer (%18,06), SVH (%12,77), HT (%12,77), KOAH (%6,85), KAH (%5,6) ve DM (%4,67) olduğu görülmüştür (102). Kaasa ve ark. tarafından yapılan çalışmada kanser (%94), nörolojik tanı (%3), solunum sistemi hastalığı (%0,5), kardiyak

hastalık (%0,5) ve AIDS hastalığı (%0,3) olduğu saptanmıştır (107). Algan ve ark. tarafından yapılan çalışmada malignite (%58,86), HT (%41,33), DM (%29,72), KAH (%19,29), konjestif kalp yetmezliği (%18,11), SVH (%16,54), demans/ nörodejeneratif hastalık (%14,37), KOAH (%10,83), AF (%9,06), KRY (%7,68), astım (%4,92) ve terminal dönem karaciğer hastalığı (%3,35) olduğu bildirilmiştir (110). Yaptığımız çalışmada ise en sık rastlanan ek hastalıkların sırasıyla HT (%46), malignite (%42,9), Alzheimer/ demans (%30,3), DM (%27,2) ve KAH (%22,2) olduğu saptanmış olup, diğer çalışmalardan farklı olarak bu hastalıklardan malignitelerin ikinci sıklıkta görüldüğü tespit edildi.

Strömgren ve ark. tarafından yapılan çalışmada PB hastalarının maligniteleri incelenmiş ve en sık görülenlerin sırasıyla solunum sistemi (%26,3), GİS (%20,6), genitoüriner sistem (%17,1), meme (%17) ve jinekolojik (%6,9) türde kanserler olduğu bildirilmiştir (106). Tsai ve ark. tarafından yapılan çalışmada akciğer (%23,4), karaciğer (%15,6), mide (%13), kolorektal (%7,8), pankreas (%7,8), baş/ boyun (%6,5), over (%6,5), meme (%3,9) ve serviks/ uterus (%3,9) kanserleri olduğu belirtilmiştir (108). Miniksar ve ark. tarafından yapılan çalışmada akciğer (%30,21), mide (%12,23), prostat (%8,6), pansreas (%7,19), kolon (%6,47) ve meme kanseri (%2,87) olduğu saptanmıştır (102). Algan ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise GİS (%32,89), akciğer (%16,44), üriner (%13,09), hematolojik (%12,42), endokrin (%8,39), nöroşirürjik (%6,04), jinekolojik (%5,37), baş/ boyun (%4,36) ve kemik/ kas/ iskelet (%1,01) kanserleri olduğu bulunmuştur (110). Bu çalışmada ise hastaların akciğer (%25,8), GİS (%25), üriner sistem (%11,6), hematolojik (%8,6) ve nöroşirürjikal (%8) türde kanserlere sahip oldukları saptandı.

PB hastaları ile ilgili bazı çalışmalarda hastaların AS'te kalma sürelerinin 3,5-16 saat arasında değiştiği bildirilmiştir (111, 113-115). Bu çalışmada ise AS'lerde ortalama kalma süresinin 9,97 saat olduğu hesaplandı.

Algan ve ark. tarafından yapılan çalışmada AS'ye başvuran hastaların en sık covid-19 (%15,94), üriner sistem enfeksiyonu (%6,89),

pnömoni (%6,5), ARY (%6,3), fraktür/ yumuşak doku travması (%6,1) ve GİS kanaması (%5,71) tanılarını aldıkları bildirilmiştir (110). Yaptığımız çalışmada ise hastaların en sık pnömoni (%24,5), üriner sistem enfeksiyonu (%7,7), SVH (%5,4), kalp yetmezliği (%4,2), plevral efüzyon (%4,2), pulmoner emboli (%3,4), ARY (%3,1) ve GİS kanaması (%3,1) tanılarını aldıkları belirlendi.

Kirkland ve ark. tarafından yapılan çalışmada AS'ye başvuran hastaların %65,2'sinin yatışının yapıldığı, %31,9'unun taburcu edildiği ve %2,5'inin sevk edildiği görülmektedir (112). Green ve ark. tarafından yapılan çalışmada hastaların %61,6'sının klinik yatışlarının yapıldığı, %32,1'inin taburcu edildiği, %6,3'ünün PB ünitesine yatırıldığı ve %2,6'sının ise AS'de vefat ettiği saptanmıştır (109). Algan ve ark. tarafından yapılan çalışmada hastaların %49,61'inin taburcu edildiği, %26,57'sinin klinik yatışlarının yapıldığı, %14,96'sının YBÜ'ye yatırıldığı, %6,69'unun kendi isteğiyle tedaviden vazgeçtiği ve %2,17'sinin vefat ettiği tespit edilmiştir (110). Lawson ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise hastaların %54'ünün hastaneye yatışının yapıldığı belirtilmiştir (113). Bu çalışmada ise hastaların %39,84'ünün klinik sevkini/ yatışının yapıldığı, %25,28'inin yoğun bakım ünitesine sevkini/ yatışının yapıldığı %2,68'inin tedaviyi reddettiği, %2,68'inin vefat ettiği ve %29,5'inin taburcu edildiği tespit edildi.

Yang ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada PB hastalarının %79,1'inin ailesiyle, %8,4'ünün yalnız, %8,2'sinin uzun süreli bakım tesislerinde ve %2,6'sının huzurevlerinde yaşadığı tespit edilmiştir (115). Green ve ark. tarafından yapılan çalışmada PB hastalarının %56,3'ünün ailesiyle, %25'inin yalnız, %9,8'inin huzurevlerinde yaşadığı, %8,9'unun ise nerede yaşadığının bilinmediği belirtilmiştir (109). Yaptığımız çalışmada ise hastaların bakımlarının %85,8'inin ailesi, %6,5'inin bakımevleri, %4,2'sinin evde bakıcı ve %3,1'inin ise kendisi tarafından yapıldığı bulunmuş olup, bu bulguların Yang ve ark. (115) bulgularına benzediği görüldü.

Sonuç olarak PB ihtiyacı olan hastaların çoğunun bu hizmeti almadığı ve sıklıkla AS'ye başvurduğu tespit edilmiştir. Ayrıca PB ünitelerinde tedavi edilmesi gereken hastaların klinik ve YBÜ'lerde tedavi gördüğü anlaşılmaktadır. Bu sonuçlar PB merkezlerin sayısının artması ve etkin

kullanılmasının hastaların daha uygun sağlık hizmeti almasına, AS başvurularının azalmasına ve sağlık kurumlarının daha ekonomik kullanımına katkı sunacağını dűşündürmektedir.

## 5. KAYNAKÇA

1. Kandarian B, Morrison RS, Richardson LD, Ortiz J, Grudzen CR. Emergency department-initiated palliative care for advanced cancer patients: protocol for a pilot randomized controlled trial. *Trials* 2014;25(15):251.
2. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002;24: 91-6.
3. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. ([https://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)). Erişim Tarihi: 31.03.2022.
4. Di Leo S, Alquati S, Autelitano C, et al. Palliative care in the emergency department as seen by providers and users: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2019;27(1):88.
5. Reville B, Foxwell AM. The global state of palliative care-progress and challenges in cancer care. *Ann Palliat Med* 2014;3:129-38.
6. Cancer. (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>). Erişim Tarihi:31.03.2022.
7. Borasio GD. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliat Support Care* 2011;9(1):1-2.
8. Santha S. Impact of pain and palliative care services on patients. *Indian Journal of Palliative Care* 2011;17(1):24-32.
9. George N, Bowman J, Aaronson E, Ouchi K. Past, present, and future of palliative care in emergency medicine in the USA. *Acute Med Surg* 2020;7(1):497.
10. Delgado-Guay MO, Kim YJ, Shin SH et al. Avoidable and unavoidable visits to the emergency department among patients with advanced cancer receiving outpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2015;49(3):497-504.
11. Lamba S, DeSandre PL, Todd KH, et al. Integration of palliative care into emergency medicine: the Improving Palliative Care in Emergency Medicine collaboration. *J Emerg Med* 2014;46:264-70.
12. Basol N, Çelenk Y, Okan İ. The Thoughts of Emergency Physicians about Palliative Care: Evaluation of Awareness. *Journal of Academic Emergency Medicine* 2015;14:75-8.
13. WHO. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. 2016.
14. Lawrenson R, Waetford J, Gibbons V, et al. Palliative care patients' use of emergency departments. *The New Zealand Medical Journal* 2013;126(1372):80-8.
15. Rasouli HR, Esfahani AA, Nobakht M, et al. Outcomes of Crowding in Emergency Departments; a Systematic Review. *Arch Acad Emerg Med* 2019;7(1):52.

16. Mut SD, Akçiçek F. Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2016;9(1):8-11.
17. WHO. National Cancer Control Programmes, Policies and Managerial Guidelines. 2nd edition; 2002
18. Bruera E, Billings JA, Lupu D, Ritchie CS. AAHPM position paper: requirements for the successful development of academic palliative care programs. J Pain Symptom Manage 2010;39(4):743-55.
19. Norton CK, Hobson G, Kulm E. Palliative and End-of-Life Care in the Emergency Department: Guidelines for Nurses. J Emerg Nurs 2011;37(3):240-5.
20. Ferrell BR, Coyle N, Paice J (eds). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 4th edition. New York: Oxford University Press; 2011.
21. Clinical practice guidelines for quality palliative care. ([https://www.nationalcoalitionhpc.org/wpcontent/uploads/2018/10/NCHPC-NCPGuidelines\\_4thED\\_web\\_FINAL.pdf](https://www.nationalcoalitionhpc.org/wpcontent/uploads/2018/10/NCHPC-NCPGuidelines_4thED_web_FINAL.pdf)). Erişim Tarihi: 31.03.2022
22. Çiftçi A. End of life and palliative care. J Med Palliat Care 2021;2(1):21-4.
23. Bağ B. Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları. Türk Onkoloji Dergisi 2012;27(3):142-9.
24. Yılmaz Ö, Bahat G. Yaşlıda hastane temelli palyatif bakım ve hospis. In: Naharcı Mİ (edt.). Geriatri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. 32-44.
25. Samancı TÇ, Kara F. Dünyada ve Türkiye'de yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi 2018;3(1):219-29.
26. Voumard R, Rubli TE, Benaroyo L, et al. Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. BMC Geriatrics 2018;18:220.
27. Aygencel G, Türkoğlu M. Bir dahili yoğun bakım ünitesindeki terminal dönem hastaların genel özellikleri ve maliyetleri. Yoğun Bakım Dergisi 2014;5:1-4.
28. Kart L, Akkoyunlu M, Akkoyunlu Y, et al. Yoğun bakım ünitesinde yatan son dönem hastaların değerlendirilmesi. Selçuk Üniv Tıp Derg 2011;27:146-8.
29. Fassier T, Lautrette A, Cioldi M, et al. Care at the end of life in critically ill patients: the European perspective. Curr Opin Crit Care 2005;11:616-23.
30. Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, et al. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. Am J Respir Crit Care Med 2008;177(8):912-27.
31. Ryder-Lewis M. Going home from ICU to die: a celebration of life. Nurs Crit Care 2005;10:116-21.
32. Akçiçek F, Akbulut G, Çiçek FZ (eds). Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu. 1. baskı. İzmir: Meta Basım Matbaacılık; 2013.
33. Özçelik S. Palyatif Bakıma Bakış ve Hemşireliği Rolü. J Med Palliat Care 2020;1(3):76-82.
34. Bennahum Da. The Historical Development of Hospice and Palliative Care. In: Forman WB, Kitzes JA, Anderson RP, Sheehan DK (eds). Hospice and Palliative Care: Concepts and Practice 2nd edition. Boston: Jones and Barlett; 2003. 1-11.

35. Kavşur Z, Sevimli E. Türkiye'deki Palyatif Bakım Hizmetlerinin Bazı Gelişmiş Ülkeler İle Karşılaştırılması. Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi 2020;2(4):715-30.
36. Loscalzo MJ. Palliative care: an historical perspective. Hematology Am Soc Hematol Educ Program 2008;1:465.
37. The history of palliative care (<https://www.africanpalliativecare.org/awareness/the-history-of-palliative-care/>). Erişim Tarihi: 31.03.2022.
38. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. Ann Intern Med 2008;148:147-59.
39. Güngör S. Osmanlı'dan Türkiye Cumhuriyeti'ne Bir Hayır Örgütü: İstanbul Darülaceze Müessesesi. Türk İdare Dergisi 2009;81:157-80.
40. Aslan Y. Türkiye'de ve Dünya'da palyatif bakım modellerine genel bakış. Anadolu Güncel Tıp Derg 2020;2(1):19-27.
41. Sur H. Tıbben bitmiş sayılan ömürlere hospis çözüm mü? Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2015;36:36-41.
42. Yılmaz A. Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kansere Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri (Tıpta Uzmanlık Tezi). İzmir: TC Sağlık Bakanlığı İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2015.
43. Kabalak, A. Türkiye'de Palyatif Bakım: 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler. Anestezi Dergisi 2014;22(3):121-3
44. Şahan UF, Terzioğlu F. Palliative care education and organization in the world and Turkey. Cumhuriyet Nurs J 2015;4(2):81-90.
45. Şimşek UE, Hacıkamiloğlu E, Boztaş G, Keklik K, Gültekin M. Türkiye'de Palyatif Bakım Organizasyonu ve Uygulamaları. Türkiye Klinikleri J Med Oncology-Special Topics 2017;10(3):240-4.
46. Kabalak A, Kahveci K, Gökçınar D, Özdoğan N, Çağıl H. Structuring of palliative care in Ankara Ulus State Hospital, Turkey; 2012-2013. J Palliat Care Med 2013;3(5):162-5.
47. Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge. ([https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/38464/0/palyatif-bakim-hizmetl-erinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonergepdf.pdf?\\_tag1=398BE\\_2ADD67623582D3CE55497C706BBA2CF37A1](https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/38464/0/palyatif-bakim-hizmetl-erinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonergepdf.pdf?_tag1=398BE_2ADD67623582D3CE55497C706BBA2CF37A1)). Erişim Tarihi:31.03.2022.
48. Palyatif Bakım Merkezlerimizin İl ve Hastanelerimizdeki Yatak Sayıları İle İlgili Bilgiler. (<https://khgm.saglik.gov.tr/TR-40027/palyatif-bakim-merkez-lerimizin-il-ve-hastanelerimizdeki-yatak-sayilari-ile-iligili-bilgiler.html>). Erişim Tarihi 07.03.2022.
49. Kabalak A, Öztürk H, Erdem T, Akın S. Ulus Devlet Hastanesi'nde kapsamlı palyatif bakım merkezi uygulaması. Çağdaş Tıp Dergisi 2012;2(2):122-6.
50. Erol S, Ergün A. Geriatrik Palyatif Bakım: Neden, Nerede, Ne Zaman, Nasıl ve Kim Tarafından Verilmeli. Journal Of Public Health Nursing 2019;1(2):38-48.
51. Aydoğan F, Uygun K. Kansere hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim 2011;24(3):4-9.



52. Hospice: Philosophy of care and appropriate utilization in the United States. (<https://www.uptodate.com/contents/hospice-philosophy-of-care-and-appropriate-utilization-in-the-united-states>). Erişim Tarihi: 31.03.2022.
53. Sağlık Bakanlığı, Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm>). Erişim Tarihi:31.03.2022.
54. Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global view. *J Pain Symptom Manage* 2008;35(5):469-85.
55. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J Pain Symptom Manage* 2013;45(6):1094-106.
56. Bates T, Hoy AM, Clarke DG, Laird PP. The St Thomas' Hospital terminal care support team. A new concept of hospice care. *Lancet* 1981;1(8231):1201-3.
57. Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, et al. Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *J Pain Symptom Manage* 2002;23(2):96-106.
58. Equity in the provision of palliative care in the UK: review of evidence. (<https://www.mariecurie.org.uk/globalassets/media/documents/policy/campaigns/equity-palliative-care-uk-report-full-lse.pdf>) Erişim Tarihi: 31.03.2022.
59. Busse R, Blümel M. Germany: Health System Review. *Health Systems in Transition* 2014;16(2):1-21.
60. Marchildon G. Canada: Health system review. *Health Syst Transit* 2013;15(1):1-179.
61. Fowler R, Hammer M. End of life in Canada. *Clin Invest Med* 2013;36(3):127-32.
62. Tanuseputro P, Budhwani S, Bai YQ, Woodchis WP. Palliative care delivery across sectors: a population-level observational study. *Palliat Med* 2017;31: 247–57.
63. Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med* 2015;373:747-55.
64. Mori M, Morita T. Advances in hospice and palliative care in Japan: a review paper. *Korean J Hosp Palliat Care* 2016;19:283-91.
65. Tsuneto S. Past, present, and future of palliative care in Japan. *JJCO* 2013;43:17-21.
66. Keskinlik B, Gültekin M, Karaca AS (eds). Türkiye Kanser Kontrol Programı. 1. baskı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın; 2016.
67. Benli AR, Erbesler ZA. Türkiye’de Palyatif Bakımda Uygulama ve Anlayış Farklılıkları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2016;20(1):5-6.
68. Turgay G. Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
69. İstatistiklerle Yaşlılar, 2020. (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2020-37227#:~:text=Ya%C5%9Fl%C4%B1%20n>)

- %C3%BCfus%20olarak%20kabul%20edilen,9%2C5'e%20y%C3%BCkse  
ldi.) Erişim Tarihi: 31.03.2022.
70. Ülger Z, Cankurtaran M. Yoğun bakımda yaşlı hasta. Yoğun Bakım Dergisi 2006;6(2):94-100.
  71. Özgül N, Koç O, Gültekin M, et al. Opioids for cancer pain: availability, accessibility, and regulatory barriers in Turkey and Pallia-Turk Project. J Pediatr Hematol Oncol 2011;33(1):29-32.
  72. Zarrabi AJ, Huo R, Meier DE. High-value palliative care for cancer patients. AMA J Ethics 2015;17:1064-72.
  73. Hawley PH. The bow tie model of 21st century palliative care. J Pain Symptom Manage 2014;47(1):2-5.
  74. Oğuz Y, Tepe H, Büken NÖ, Kucur DK (eds). Biyoetik Terimleri Sözlüğü. 1st edition. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu; 2005.
  75. Bullock K. The influence of culture on end-of-life decision making. J Soc Work End Life Palliat Care 2011;7(1):83-98.
  76. Vincent JL. Withdrawing may be preferable to withholding. Crit Care 2005;9(3):226-9.
  77. Özkaya H, İlkılıç İ. Palyatif Tıp Uygulamalarında Etik Sorunlar. In: İlkılıç İ, Özkaya H, Uçar A, (Eds). Palyatif Tıp. 1. baskı. İstanbul: İSAR Yayınevi; 2019. 777-88.
  78. Melltorp G, Nilstun T. The difference between withholding and withdrawing life-sustaining treatment. Intensive Care Med 1967;23:1264-7.
  79. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.166551>) Erişim Tarihi: 31.03.2022.
  80. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. ([https://www.ttb.org.tr/kutuphane/etik\\_bldgeler2010.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/etik_bldgeler2010.pdf)). Erişim Tarihi: 31.03.2022.
  81. Işıkhan V. Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. Türk Onkoloji Dergisi 2008;23(1):34-44.
  82. Komurcu S. Current status of palliative care in Turkey. Journal of pediatric hematology/oncology 2011;33:78-80.
  83. Emuk Y, Naz İ. The Current Situation of Palliative Care Practice In Turkey. Journal Of Cancer Policy 2017;13:33-7.
  84. Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. Gülhane Tıp Derg 2012;54:329-34.
  85. Grudzen CR, Richardson LD, Morrison M, Cho E, Sean MR. Palliative care needs of seriously ill, older adults presenting to the emergency department. Acad Emerg Med 2010;17(11):1253-7.
  86. Shin SH, Hui D, Chisholm GB, et al. Characteristics and outcomes of patients admitted to the acute palliative care unit from the emergency center. J Pain Symptom Manage 2014;47(6):1028-34.
  87. Uysal N, Senel G, Karaca S, et al. Symptoms seen in inpatient palliative care and impact of palliative care unit on symptom control. Ağrı 2015;27(2):104-10.
  88. McEwan A, Silverberg JZ. Palliative Care in the Emergency Department. Elsevier Inc 2016;34:667-85.

89. Richardson LD, Hwang U. Access to care: a review of the emergency medicine literature. *Acad Emerg Med* 2001;8:1030-6.
90. Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. *Croat Med J* 2003;44(5):585-91.
91. Mayer DK, Travers D, Wyss A, Leak A, Waller A. Why do patients with cancer visit emergency departments? Results of a 2008 population study in North Carolina. *J Clin Oncol* 2011;29:2683-8.
92. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end-of life? *Journal of Canadian Medical Association* 2010;182(6):563-8.
93. Ethical Considerations on the End of Life Issues in Turkey (<https://www.eubios.info/ABC4/abc4079.htm>). Erişim Tarihi:31.03.2022.
94. Cancer Risk Factors in Ontario. (<https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/CCORiskFactorsCancer.pdf>). Erişim Tarihi: 31.03.2022.
95. Oh TK, Jo YH, Choi JW. Associated factors and costs of avoidable visits to the emergency department among cancer patients: 1-year experience in a tertiary care hospital in South Korea. *Support Care Cancer* 2018;26(11):3671-9.
96. Ahn S, Lee YS, Lim KS, Lee JL. Emergency department cancer unit and management of oncologic emergencies: experience in Asan Medical Center. *Support Care Cancer* 2012;20(9):2205-10.
97. Lebel S, Tomei C, Feldstain A, Beattie S, McCallum M. Does fear of cancer recurrence predict cancer survivors' health care use? *Support Care Cancer* 2013;21:901-6.
98. Williams RM. The costs of visits to emergency departments. *N Eng J Med* 1996;334:642-6.
99. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, et al. Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care. *Int J Qual Health Care* 2005;17(6):505-9.
100. Earle CC, Park ER, Lai B, et al. Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data. *J Clin Oncol* 2003;21(6):1133-8.
101. Huang J, Boyd C, Tyldesley S, et al. Time spent in hospital in the last six months of life in patients who died of cancer in Ontario. *J Clin Oncol* 2002;20(6):1584-92.
102. Miniksar ÖH, Aydın A. Palyatif Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Retrospektif Analizi. *Journal Of Contemporary Medicine* 2020;10(3),429-33.
103. Bond K, Ospina MB, Blitz S, et al. Frequency, determinants and impact of overcrowding in emergency departments in Canada. *Healthcare Quarterly* 2007;10(4):32-40.
104. Yürüyen M, Tevetoğlu İÖ, Tekmen Y, et al. Palyatif bakım hastalarında klinik özellikler ve prognostik faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi* 2018;10(1):74-80.

105. Derlet RW, Kinser D, Ray L, Hamilton B, McKenzie J. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: a 5-year study. *Ann Emerg Med* 1995;25:215-23.
106. Strömngren AS, Sjogren P, Goldschmidt D, et al. Symptom Priority and Course of Symptomatology in Specialized Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management* 2006;31(3):199-206.
107. Kaasa S, Torvik K, Cherny N, Hanks G, de Conno F. Patient demographics and centre description in European palliative care units. *Palliat Med* 2007;21(1):15-22.
108. Tsai JS, Wu CH, Chiu TY, Hu WY, Chen CY. Symptom patterns of advanced cancer patients in a palliative care unit. *Palliat Med* 2006;20(6):617-22.
109. Green E, Ward S, Brierley W, et al. "They Shouldn't Be Coming to the ED, Should They?": A Descriptive Service Evaluation of Why Patients With Palliative Care Needs Present to the Emergency Department. *Am J Hosp Palliat Care* 2017;34(10):984-90.
110. Algan R, Acil Servise Başvuran Hastalarda Palyatif Bakım İhtiyacının İncelenmesi (Uzmanlık Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi; 2020
111. Verhoef MJ, de Nijs E, Horeweg N, et al. Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study. *Support Care Cancer* 2020;28(3):1097-107.
112. Kirkland SW, Garrido CM, Kruhlak M, et al. Comparison of characteristics and management of emergency department presentations between patients with met and unmet palliative care needs. *PLoS One* 2021;16(9): 0257501.
113. Lawson BJ, Burge FI, Mcintyre P, Field S, Maxwell D. Palliative care patients in the emergency department. *J Palliat Care* 2008;24(4):247-55.
114. Leith TB, Haas NL, Harvey CE, et al. Delivery of end-of-life care in an emergency department-based intensive care unit. *J Am Coll Emerg Physicians Open.* 2020;1(6):1500-4.
115. Yang C, Yang TT, Tsou YJ, et al. Initiating palliative care consultation for acute critically ill patients in the emergency department intensive care unit. *J Chin Med Assoc* 2020;83(5):500-6.

## 6. EKLER

EK-1: Etik kurul Onay Formu

EK-2: Palyatif bakım yatış endikasyonları

EK-3: Palyatif bakım yatış endikasyonları listesi

## ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil Servise Başvuran Palyatif Bakım Hastalarının Prospektif Olarak İncelenmesi
-----------------------	---

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021-10/37	Tarih: 28 Temmuz 2021
	<p>Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendi.</p> <p>1-Araştırmanın başvurusu dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna,  2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,  3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,  4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.</p>	

## ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
---------------	---

BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU
----------------------------	---------------------------------

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr. Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.M.Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Yenidoğan BD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Kağan HUYYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Özen ÖZ GÜL Üye	İç Hastalıkları Endokr. ve Metab.	BUÜ.Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Endokrinoloji ve Metabolizma BD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Biyofizik AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAPA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Ahmet BAYRAM	Hukuk	Bursa UÜ. Rektörlüğü Hukuk Bürosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Tolga MUHTAR Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\*Toplantıda Bulunma

EK-2

PALYATİF HASTA DOSYASI						
Protokol No:		Yaş		Cinsiyet	E	K
Ad-Soyad:						
Başvuru Tarihi:						
Başvuru Şikâyeti:						
Yandaş Hastalıkları:						
Daha Önce Palyatif Bakım Hizmeti Almış mı?				EVET	HAYIR	
Bakımı Kim Tarafından Yapılıyor?	Aile	Bakımevi	Evde Bakıcı	Kendisi		
Diğer(Açıklama)						
Son Bir Yılda Acil Servis Başvuru Sayısı:						
Konsültasyon İstenen Bölgeler	Konsültasyon Sonucu				Öneri Yok	
TANI						
SONUÇ	YBÜ	Klinik Ytş	Taburcu	Exitus	Sevk	Diğer
Diğer (Açıklama)						
Acil Serviste Kaldığı Süre (Saat):						
Yatış Nedeni:						
Yatış Nedeninin Palyatif Bakım Endikasyon Listesindeki Numarası:						
Taburcu Olan Hastanın Başvuru Nedeni:						
Taburcu Olan Hastanın Başvuru Nedeni (Palyatif Bakım Endikasyon Listesi No)						

## EK-3

1	Medikal tedaviye rağmen VAS (Visual Analogue Scale) ağrı skalası $\geq 5$ olan, ağrıya bağlı uyku düzeni bozulan, istirahatatta dahi ağrısı devam eden ve yan etkiler nedeni ile medikal tedavi uygulanamayan hastalar
2	Oral alımı bozulmuş, NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002) beslenme skoru $\geq 3$ olan, son 6 ay içerisinde % 10'dan fazla kilo kaybı olan, hiç oral alamadığı için enteral ya da parenteral beslenme desteğine ihtiyaç duyan malnutrisyonlu hastalar
3	Enfekte ve/ veya tedaviye dirençli, Evre III- IV (Norton/ Braden' a göre) dekübit yarası olan hastalar
4	Deliryum tanısı almış, etiyojisi multiple veya belirsiz olan hastalar
5	Geriatrik Sendromlar: düşme, inkontinans, ihmal ve kötüye kullanım vb hastalar
6	Tedaviye dirençli, evre IV kalp yetmezliği olan frajil hastalar
7	Tedaviye rağmen klinik ve laboratuvar olarak kötüleşen ve semptomları artan (dispne, hemoptizi, kontrol edilemeyen ağrı vb.) Karnofsky performans skoru $< 70$ olan, vertebra metastazi, hiperkalsemi gibi onkolojik acilleri olan, son 3 ay zarfında 2 defadan fazla pnömoni geçiren, komorbiditesi yüksek, beklenen yaşam süresi 6 aydan kısa, cerrahi, radyoterapi (RT) ve kemoterapi (KT) gibi tedavilere rağmen progressif hastalığı olan onkoloji hastaları
8	Kronik, tedaviye dirençli olan son dönem akciğer hastaları
9	Klinik tablosunda akut değişiklik olan demans hastaları: FAST (Functional Assesment Staging of Alzheimer's Disease) Sınıflandırılmasına göre Evre 7 ve üzeri olan ve günlük aktivelerinin en az üç tanesini yardımla yapabilen hastalar
10	Kronik nörolojik hastalığı olup (Hipoksik iskemik ensefalopati, İnme, Parkinson hastalığı, Amiyotrofik lateral skleroz ,Multipl Skleroz vb) klinik tablosunda akut değişikliği olan (ateş, beslenme bozukluğu, dekübit yarası, üriner enfeksiyonlar, pnömoni, öz bakımlarında azalma vb) hastalar
11	Tükenme Sendromu gelişmiş terminal dönem HIV hastaları



## 7. TEŞEKKÜR

Acil Tıp Uzmanlık eğitimim süresince değerli katkıları olan ve çalışmamın gerçekleşmesinde, yakın ilgi ve desteğini esirgemeyen, tez danışmanım sayın Doç. Dr. Halil İbrahim ÇIKRIKLAR'a teşekkürlerimi ve sonsuz saygımı sunarım.

Acil Tıp Uzmanlık eğitimim süresince katkıları olan değerli hocalarım; Prof. Dr. Erol ARMAĞAN'a, Prof. Dr. Şahin ASLAN'a, Prof. Dr. Şule AKKÖSE AYDIN'a, Prof. Dr. Özlem KÖKSAL'a, Öğretim Görevlisi. Dr. Fatma ÖZDEMİR'e, Doç. Dr. Vahide Aslıhan DURAK'a sonsuz saygı ve şükranlarımı sunarım.

Uzmanlık eğitimi süresi boyunca her zaman saygı ve sevgiyle acil serviste birlikte çalıştığımız değerli asistan, hemşire ve personel arkadaşlarıma desteklerinden dolayı çok teşekkür ederim.

Bu yaşıma kadar beni büyüten, hayatımın her anında yanımda olan başta babam Prof. Dr. Hasan YILMAZ ve annem Selma YILMAZ'a; kardeşlerim Dr. Zeynep Betül YILMAZ ve Emir Fatih YILMAZ'a; her konuda yanımda olan, bana desteğini her zaman hissettiren ve benimle birlikte bu sürecin zorluk ve güzelliklerini paylaşan sevgili eşim Dr. Hatice Eylem KÖMÜRCÜLER YILMAZ'a çok teşekkür ederim.

Bu çalışmada istatistiksel değerlendirmelerde büyük yardımlarını gördüğüm Prof. Dr. Sıddık KESKİN'e çok teşekkür ederim.

## 8. ÖZGEÇMİŞ

2000 yılında doğdum. İlk ve orta öğrenimimi Van'da tamamladım. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesini 2011 yılında kazandım ve 2017 yılında aynı fakülteden mezun oldum. Pratisyen hekim olarak Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yaklaşık beş ay çalıştıktan sonra Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS) girerek kazandığım Uludağ Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalında 2018 yılı Nisan ayında eğitim almaya başladım. Eşim Hatice Eylem KÖMÜRCÜLER YILMAZ ile 2022 yılında evlendim.