

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA PALYATİF
BAKIM İHTİYACININ İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. RIDVAN ALGAN

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. İSA KILIÇASLAN

ANKARA-2020

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA PALYATİF
BAKIM İHTİYACININ İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. RIDVAN ALGAN

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. İSA KILIÇASLAN

ANKARA-2020

KABUL VE ONAY



Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Rıdvan ALGAN
Baba Adı	Hasan ALGAN
Doğum Yeri/Tarihi	Yenimahalle / 13.11.1991
Diploma Tarihi / Diploma No	13.07.2015 / 177031
Mezun Olduğu Fakülte	Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Acil Tıp
İhtisas Süresi	Yıl: 3 Ay: 9
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: Acil Servise Başvuran Hastalarda Palyatif Bakım İhtiyacının İncelenmesi

JÜRİ KARARI: Oy birliği ile başarılı bulunmuştur.

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN
Doç. Dr. Fikret BİLDİK

ÜYE
Doç. Dr. İsa KILIÇASLAN

Kecikler Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ÜYE
Doç. Dr. Şerif Kerem CORBACIOĞLU

TEŞEKKÜR

Dört yıllık uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, örnek aldığım, hiçbir konuda desteğini esirgemeyen Tez Danışmanım Doç. Dr. İsa Kılıçaslan başta olmak üzere değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Demircan, Doç. Dr. Fikret Bildik, Doç. Dr. Ayfer Keleş, Doç. Dr. Mehmet Akif Karamercan, Doç. Dr. Mehmet Ali Aslaner ve tez sunumumda verdiği desteklerden ötürü Doç. Dr. Şeref Kerem Çorbacıoğlu'na,

Hayata ve acil tıbbı olan umudumu artıran Dr. Başak Yüksek, Dr. Hüseyin Sami Yüksel, Dr. Burak Şişik, Dr. Mehmet Ay ve tüm acil servis çalışanlarına;

Acil tıbbı gönül vermemi sağlayan, tüm mesaimi onlara yakışır bir hekim olmak için harcadığım Dr. Sezer Eşfer ve Dr. Onur Çakmak'a;

Her zorluğu birlikte aştığımız, hayatı paylaştığımız Dr. Halil Emre Koyuncuoğlu ve Dr. Ümit Saruhan Yüce'ye;

İyi birer çalışma arkadaşı olan Dr. Kerem Serdar Karaşahin, Dr. Şakir Hakan Aksu, Dr. Ali Sami Yardımcı, Dr. Ömer Faruk Turan'a

Desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, yolumu aydınlatan Dr. Aslı Ceren Akbıyık'a;

Beni ben yapan annem ve ağabeyime;

Ve tüm hayatımı ona yakışır bir evlat olmak için yaşadığım babama,

Sonsuz sevgi ve saygılarımı sunar, teşekkür ederim.

KISALTMALAR DİZİNİ

ABEM	American Board of Emergency Medicine
AF	Atrial Fibrilasyon
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
DM	Diabetes Mellitus
DVT	Derin Ven Trombozu
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
EPEC-EM	Education of Palliative and End of Life Care Project
GIS	Gastrointestinal Sistem
GKS	Glasgow Koma Skalası
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HT	Hipertansiyon
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KB	Kan Basıncı
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
KC	Karaciğer
KY	Kalp Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
PTE	Pulmoner Tromboemboli
SVO	Serebrovasküler Olay
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TİA	Transient İskemik Atak
WPCA	Worldwide Palliative Care Alliance
YDT	Yumuşak Doku Travması
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi
5-SPEED	Screen for Palliative and End-of-Life Care Needs in the Emergency Department

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Verileri ve Başvuru Durumları, Ankara, 2020	27
Tablo 2. Hastaların Geliş Şikayetleri, Ankara, 2020	30
Tablo 3. Katılımcıların Hayatı Sınırlayan Hastalıkları, Ankara, 2020	31
Tablo 4. Katılımcıların Komorbid Hastalıkları, Ankara, 2020.....	32
Tablo 5. Malignite Olan Hastalarda Malignite Türleri, Ankara, 2020	33
Tablo 6. Hastaların Son Tanılarının Dağılımı, Ankara, 2020.....	34
Tablo 7. Hastaların Palyatif Bakım İhtiyacı Durumlarının Dağılımı Ankara, 2020 .	35
Tablo 8. Hastaların Acil Serviste Sonlanımlarının Dağılımı, Ankara, 2020	36
Tablo 9. Cinsiyet ile Palyatif Bakım İhtiyacının Karşılaştırılması, Ankara, 2020	37
Tablo 10. Başvuru Şikayetleri ile Palyatif Bakım İhtiyacının Karşılaştırılması, Ankara, 2020	38
Tablo 11. Hastaların Bakım İhtiyacına Göre Bazı Değişkenlerin Karşılaştırması, Ankara, 2020	38
Tablo 12. Triyaj Kodu ile Palyatif Bakım İhtiyacının Karşılaştırılması, Ankara, 2020	39
Tablo 13. Hayatı Sınırlayan Hastalıklar ile Palyatif Bakım İhtiyacının Karşılaştırılması, Ankara, 2020.....	40
Tablo 14. Komorbid Durumlar İçerisinde En Sık Görülen 7 Tanı ile Palyatif Bakım İhtiyacının Karşılaştırılması, Ankara, 2020	41
Tablo 15. Malignite Türü ile Palyatif Bakım İhtiyacının Karşılaştırılması, Ankara, 2020	42

Tablo 16. En Sık Görülen Son Tanılar ile Palyatif Bakım İhtiyacının Karşılaştırılması, Ankara, 2020.....	43
Tablo 17. Covid-19 Tanısı ile Palyatif Bakım İhtiyacının Karşılaştırılması, Ankara, 2020	44
Tablo 18. Acil Serviste Sonlanım ile Palyatif Bakım İhtiyacının Karşılaştırılması, Ankara, 2020	44
Tablo 19. Palyatif Bakım İhtiyacı Olmama ve Barthel Skoru ile Yapılan ROC Analizinin Sonuçları, Ankara, 2020	45
Tablo 20. Palyatif Bakım İhtiyacı Olmama ve Barthel Skoru ile Yapılan ROC Analizin Kesme Değerleri, Ankara, 2020	46

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Ulusal Palyatif Bakım Derneklerinin Kuruluş Yılları (20).....	9
Şekil 2. WPCA Palyatif Bakım Gelişim Durumları (25).....	12
Şekil 3. Türkiye’de İllere Göre Palyatif Bakım Merkezleri (32).	14
Şekil 4. Palyatif Bakım Ekibi Üyeleri (35).	15
Şekil 5. Hasta Akış Şeması	26
Şekil 6. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı.....	28
Şekil 7. Katılımcıların Yaş Dağılımı.....	28
Şekil 8. Katılımcıları Başvuru Şekilleri	29
Şekil 9. Başvurudaki Triyaj Kodları	29
Şekil 10. Hastaların Bakım Durumları.....	30
Şekil 11. Hayatı Sınırlayan Hastalıkların Dağılımı.....	32
Şekil 12. Komorbid Hastalıkların Dağılımı	33
Şekil 13. Tümörlerin Dağılımı	35
Şekil 14. Hastaların Palyatif Bakım İhtiyacı.....	36
Şekil 15. Acil Servisteki Sonlanımlar	37
Şekil 16. Triyaj Kodu- Palyatif Bakım İhtiyacı Karşılaştırması	40
Şekil 17. Hayatı Sınırlayan Hastalık-Palyatif Bakım İhtiyacı Karşılaştırması	41
Şekil 18. Malignite Türü-Palyatif Bakım İhtiyacı Karşılaştırması	43
Şekil 19. Acil Serviste Sonlanım-Palyatif Bakım İhtiyacı Karşılaştırması.....	45
Şekil 20. Palyatif Bakım İhtiyacı Olmama ve Barthel Skoru ile Yapılan ROC Analizi	46

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR.....	ii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	iii
TABLO DİZİNİ.....	iv
ŞEKİL DİZİNİ.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Palyatif Bakım Tanımı.....	3
2.2. Palyatif Bakımın Amacı.....	4
2.3. Palyatif Bakım Tarihçesi	5
2.4. Palyatif Bakımda Hedef Gruplar	6
2.5. Dünyada ve Ülkemizde Palyatif Bakımın Gelişimi	7
2.6. Palyatif Bakım Ekibi	15
2.7. Palyatif Bakım Modelleri.....	16
2.8. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi	17
2.9. Palyatif Bakım Uygulamasında Engeller	18
2.10. Palyatif Bakım ve Acil Tıp.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Türü ve Araştırmanın Yapıldığı Birim	22
3.2. Araştırmanın Evreni ve Yöntemi.....	22
3.3. Veri Toplama Araçları.....	24

3.3.1. Olgu Formu	24
3.3.2 Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	24
3.4. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve İstatistiksel Analiz	25
3.5. Hasta Akış Şeması	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	48
5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	57
6. SONUÇ	58
7. KAYNAKLAR.....	60
8. ÖZET	69
9. SUMMARY	71
10. EKLER.....	73
11. ÖZGEÇMİŞ	77

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Palyatif bakım, “yaşamı sınırlayan hastalığı” olan bireylerin ve ailelerinin hayat kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan, bütünsel, multidisipliner, fiziksel, ruhsal ve psikososyal bakım olarak tanımlanmaktadır (1). Son on yılda palyatif bakım, Dünya Sağlık Örgütü tarafından aktif olarak desteklenmiş, kronik ağrı ve yaşam sonu bakımındaki karşılanmamış ihtiyaçlara cevap verirken; mümkün olan en iyi yaşam kalitesini sürdürmenin, hem tıbbi hem de etik yönlerini vurgulamıştır. Genel olarak, palyatif bakım onkoloji üniteleri içinde sağlanır, ancak operasyonel kapsamı giderek artan bir şekilde acil servislere genişlemiştir (2).

Dünya yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri verilerine göre, 65 yaş üstü yaşlı nüfus 2002 yılında 12.7 milyon iken, 2030 yılında bu sayının 72 milyondan fazla olması beklenmektedir. Yaşlı nüfustaki bu artış, kaliteli palyatif bakım talebini artıracaktır (3). Türkiye’de palyatif bakım ihtiyacı ise benzer rapor edilmektedir. 2009 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı 5 yıllık Ulusal Kansere Kontrol Programı başlatmıştır. Program beş ana girişimi içermektedir: kayıt, önleme, tarama ve erken tanı, tedavi ve palyatif bakım. Bunlar arasında palyatif bakım, mevcut kanser kontrol faaliyetlerinin en zayıf bileşenidir. 2008 yılına kadar ülkemizde palyatif bakım merkezi kurulmamıştır. Halen ülke genelinde, birçoğu ağrı ünitesi olarak işlev gören az sayıda palyatif bakım merkezi bulunmaktadır. Benzer şekilde palyatif bakım açısından henüz bir yan dal uzmanlığı eğitim programı bulunmamaktadır (4).

Ülkemizde palyatif bakım merkezi sayısının az olması nedeniyle palyatif bakım ihtiyacı olan hastalar sıklıkla acil servislere başvurmaktadır. Bu hastaların akut tedavileri acil servislerde yapılmasına rağmen, hastaların uzun süreli takiplerinin olmaması; acil servislerde tekrarlayan hasta başvurularına, hasta takip/bakımının aksamasına ve hasta/hasta yakınlarının mağduriyetlerine neden olabilmektedir.

Palyatif bakım gerektiren hasta grupları ayrıntılı incelendiğinde; solid organ neoplazmı, son dönem kalp yetmezliği, son dönem karaciğer hastalığı, oksijen bağımlı pulmoner hastalıklar (KOA), inme, demans ve dejeneratif nörolojik hastalıklar gibi kronik, ilerleyici, hayatı tehdit eden teşhisleri olan hastalar olduğu bilinmektedir (5).

Ülkemizde konuyla ilgili olarak, acil servislerde yapılan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Gazi Üniversitesi Hastanesi metropolitan bir şehirde, yaşlı nüfusun yoğun yaşadığı bir bölgede, üçüncü basamak üniversite hastanesi olarak hizmet vermektedir. Bu açıdan konumu gereği kronik hastalığı olan yaşlı hastaların yoğun olarak başvurduğu bir merkezdir. Bu açıdan acil servisimize palyatif bakım gerektiren çok sayıda hasta başvurmaktadır. Bu hastaların acil servis yönetimlerinde yatış, yoğun bakım ve taburculuk açısından çok sayıda sorunla karşılaşmaktadır.

Çalışmamız acil servise başvuran hastalarda palyatif bakımdan yarar görebilecek hasta popülasyonunun demografik olarak incelenmesini amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım Tanımı

Palyatif bakım; kronik, ilerleyici, ciddi hastalığı olan kişilerin semptomlarını azaltmak, hastayı rahatlatmak ve hastanın yaşam kalitesini artırmak amacıyla uygulanan multidisipliner bir bakımdır (6). Geçmişte tedavi edici protokollerin başarısız olduğu son dönem hastalarda uygulanan bir yöntemken; günümüzde palyatif bakım tanı koyulduğu andan itibaren tedavi edici protokollere ek olarak yürütülmektedir (7).

Palyatif kelimesi Latince “pallium” (örtmek, sarıp sarmalamak) sözcüğünden köken almaktadır. “Palliative” ise İngilizce yatıştırıcı, hafifletici, kısa süreli geçici çare anlamına gelmektedir (8). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında palyatif bakımı; **“Yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunların erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile artıran bir yaklaşım”** olarak tanımlamıştır (9).

2003 yılında kurulan Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance – WPCA) tarafından yapılan en geniş tanım:

- Palyatif bakım sadece hayatı tehdit eden hastalıklar için değil, tüm kronik hastalıklar için bir ihtiyaçtır.

- Hastalığın tanısı ve prognozu değil, hastanın ihtiyacı ön planda tutulmalıdır. Son dönem hastalıklarda olduğu kadar hastalığın erken evrelerinde de palyatif bakım ihtiyacı görülebilir.

- Palyatif bakıma farklı düzeylerde ihtiyaç duyulabilir. Üç farklı düzeyde bakım sunulabilir:

- 1) Palyatif Bakım Yaklaşımı: Uygun eğitim sonrası tüm sağlık çalışanları tarafından verilen palyatif bakım hizmetidir.

- 2) Genel Palyatif Bakım: Yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastalara tüm birinci basamak çalışanları tarafından iyi bir temel palyatif bakım bilgisi ile verilen palyatif bakım hizmetidir.

- 3) Uzman Palyatif Bakım: Karmaşık sorunları olan hastalara uzman ekip tarafından sunulan ikinci ve üçüncü basamakta verilen palyatif bakım hizmetidir.

- Palyatif bakım; hastanın evinde, hastanede, bakımevinde veya ayaktan tedavi servislerinde verilebilir (9).

2.2. Palyatif Bakımın Amacı

Palyatif bakımın amacı; tedavi olasılığı bulunmayan durumlarda hastaların yaşam kalitesini ve standartlarını yükseltmek, kaliteli bir ölüm süreci sağlamak ve ölümün hasta yakınları ve bakım verenler üzerindeki istenmeyen etkilerini azaltmaktır (10). Palyatif bakım; hastaların kişisel, kültürel ve dinsel değerlerine, inanç ve alışkanlıklarına duyarlı kalarak çekilen acıyı azaltmayı, semptomları kontrol altına almayı ve işlevsel kapasiteyi artırmayı amaç edinir (11).

Palyatif bakım uygulamaları;

- Ağrı ve diğer semptomların giderilmesini sağlar.
- Hayatı onaylar ve ölümü fizyolojik ve normal bir süreç olarak kabul eder.
- Ölümü hızlandırmak veya hayatı uzatmak amacı gütmmez.
- Hasta bakımının psikososyal ve manevi yönlerini bütünleştirir.
- Hastaların ölüm anına kadar mümkün olduğunca aktif yaşamalarına yardımcı olur.
- Hastalık süresince ve hastanın kaybından sonra da hasta yakınlarına sorunla baş etme konusunda destek sağlar.
- Hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamak için bir ekip yaklaşımı kullanır.
- Yaşam kalitesini artırır ve hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebilir.
- Sadece hastalığın son evresinde değil, tanı anından itibaren tedavi edici tedavilerle birlikte uygulanabilir (12).

2.3. Palyatif Bakım Tarihçesi

Palyatif bakımın ilk örneklerine 11. yüzyılda yolculuk esnasında tedavisi mümkün olmayan hastalıklara yakalananlara yönelik gönüllüler tarafından verilen uygulamalarda rastlanılmaktadır. Modern anlamda ilk hospis(son dönem hasta bakım merkezi) hizmeti; hemşire ve sosyal hizmet uzmanı Cicely Saunders tarafından kurulan “St. Christopher’s Hospice” isimli merkez çatısı altında 1967

yılında Londra’da başlamıştır. İlk palyatif bakım servisi 1975 yılında Kanada Montreal’de Royal Victoria Hastanesi’nde kurulmuştur (13).

Palyatif bakım anlayışı artan taleple birlikte hızla yayılmış kısa süre içerisinde yüzlerce palyatif bakım merkezi açılmıştır. Bu merkezlerin ortak özellikleri palyatif bakım hizmetini insani bir hak olarak görmeleridir (14).

Palyatif bakım tanımı DSÖ tarafından ilk kez 1989 yılında yapılmış olup bu tanım daha çok hospis hizmetine uymaktadır. Palyatif bakım tanımı 2002 yılında günümüz anlayışıyla yenilenmiştir. 2003 yılında da Dünya Palyatif Bakım Birliği (World Palliative Care Alliance - WPCA) kurulmuştur.

2.4. Palyatif Bakımda Hedef Gruplar

DSÖ – WPCA palyatif bakımdan yarar görebilecek tıbbi durumları tanımlamıştır (9):

Erişkinlerde palyatif bakım gerektiren hastalıklar:

- Kanserler
- Alzheimer hastalığı ve diğer demansiyel hastalıklar
- Kardiyovasküler hastalıklar, ileri evre kalp yetmezliği
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)
- Karaciğer sirozu
- Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu (HIV/AIDS)
- Multiple Skleroz
- Parkinson Hastalığı

- İlaça dirençli tüberküloz
- Romatoid Artrit
- Beyin yaralanmaları ve serebrovasküler hastalıklar
- Motor nöron hastalıkları
- Spinal kord yaralanmaları

Çocuklarda palyatif bakım gerektiren hastalıklar:

- Kanserler
- Kardiyovasküler hastalıklar
- Konjenital anomaliler
- HIV/AIDS
- Endokrin, hematolojik, immün hastalıklar
- Menenjit
- Yenidoğan hastalıkları
- Nörolojik bozukluklar

2.5. Dünyada ve Ülkemizde Palyatif Bakımın Gelişimi

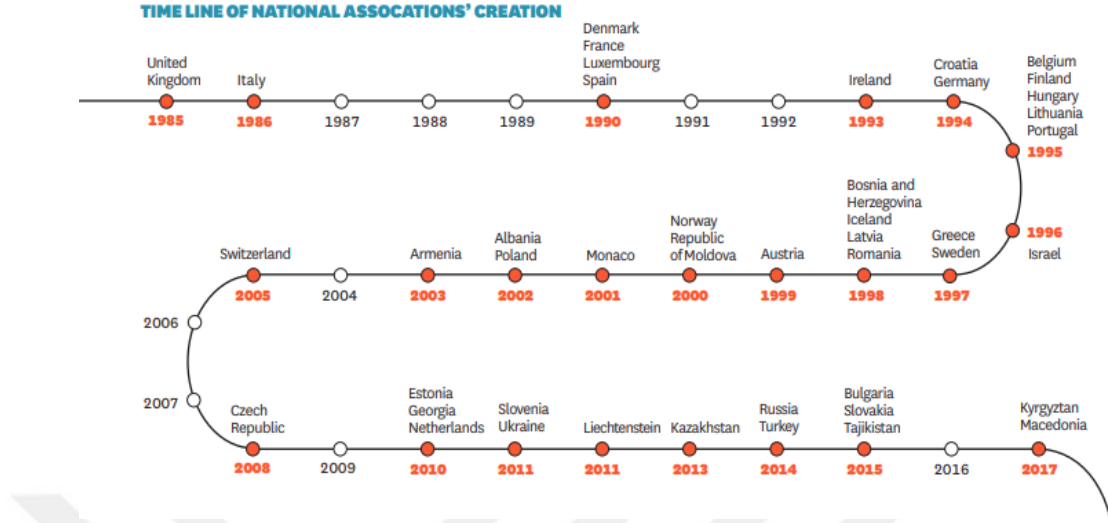
Palyatif bakım yeni tanımlanmış bir disiplin olmasına rağmen tıbbın diğer alanları içinde hızlıca kendine bir yer edinmiştir. Bunun en önemli sebebi yaşamı tehdit eden ve küratif tedavisi mümkün olmayan hastalıkların gerekli bakım ve tedavisinin her geçen gün önem kazanmasıdır (15).

1999 yılında İngiltere’de artan ihtiyaca yönelik olarak 236 palyatif bakım kurumu (hospisler ve hastanelerdeki palyatif bakım servisleri), 400 toplumsal palyatif bakım hizmeti merkezi (evde hospis ve palyatif bakım hizmetleri veren

kurumlar), 138 hastane bakım destek birimi ve 209 hastane palyatif bakım ve destek ekibi oluşturulmuştur (16).

Almanya da palyatif bakım konusunda kısa süre içinde önemli gelişme gösteren ülkelerden biridir. Almanya’da palyatif bakım hizmeti 1983 yılında Köln Üniversitesi cerrahi bölümüne bağlı ilk palyatif bakım ünitesinin kurulmasıyla başlamıştır. Almanya Sağlık Bakanlığı’nın 1991-1996 yılları arasında palyatif bakım için bir model çalışma başlatmasıyla palyatif servis sayısında kısa sürede büyük bir artış olmuştur. Almanya’da 2009 yılına kadar 4200’den fazla doktor palyatif bakım eğitimi almış, 2010 yılına kadar 220 hastanede palyatif bakım servisi açılmış ve 170 hospis merkezi kurulmuştur (17).

Birkaç hekimin bireysel çalışmaları ile 1980li yıllarda palyatif bakım hizmetinin başladığı İspanya’da palyatif bakım servisleri 1987 yılında Santa Creu de Vic Hastanesi’nde (Barcelona) ve 1989’da Lleida’daki Red Cross Hastanesi’nde çalışmaya başlamıştır (18). Centene ve G. Sanchez tarafından 2000’li yıllarda palyatif bakım programları tanımlanmıştır. Yakın geçmişte hastalar ve sigorta şirketleri tarafından ödemeleri yapılan palyatif bakım programları tanımlanmıştır (19).



Şekil 1. Ulusal Palyatif Bakım Derneklerinin Kuruluş Yılları (20).

Japonya’da 1973 yılında ilk sistematik palyatif bakım hizmeti Osaka’daki Yodogawa Hristiyan Hastanesi’nde başlatılmış ve ilk palyatif bakım ünitesi 1981 yılında Hamamatsu şehrinde, Seirei Mikatahara Hastanesi’nde kurulmuştur. Ulusal sigortanın çeşitli evde bakım hizmetlerini kapsamına alması ise 1992 yılına denk gelmekte olup; 2002 yılında hastane palyatif bakım ödemelerini, 2006 yılında ise hospis bakım ve gündüz bakımevi harcamalarını içine alacak şekilde genişletilmiştir (21).

Afrika kıtasında palyatif bakım yeni bir disiplindir. Sayısı 53’ü bulan Afrika ülkelerinden yalnızca dört tanesi palyatif bakımı sağlık politikalarına dahil etmiştir. Hayatı tehdit eden ve ilerleyici hastalıklara sahip olan Afrikalıların çoğunluğu bütünsel palyatif bakım hizmetine ulaşamamaktadır (22).

Amerika Birleşik Devletleri’ndeki tüm hastanelerin %60’ından fazlasında ve orta ile büyük ölçekli hastanelerin ise %85’inden fazlasında hasta ve aile merkezli bakım hizmeti veren palyatif bakım ekibi mevcuttur (23). Tüm dünyada

palyatif bakım hizmetlerinin en gelişmiş olduğu bölgelerden biri Amerika'nın San Diego şehridir (24).

Lynch ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ülkelerin palyatif bakım hizmeti dört gruba kategorize edilmiştir (25).

- *Grup 1 Ülkeler: Bilinen Hospis – Palyatif Bakım Etkinliği Yok*

Bu grup ülkelerde tespit edilebilmiş herhangi bir palyatif bakım faaliyeti yoktur.

- *Grup 2 Ülkeler: Hospis – Palyatif Bakım Hizmetleri Yapılanma Aşamasındaki Ülkeler*

Düzenli bir palyatif bakım hizmeti verilememesine rağmen, palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla örgütsel, iş gücü ve politika kapasitesi yaratmak için tasarlanmış çeşitli girişimlere dair kanıtlar mevcuttur.

- *Grup 3 Ülkeler:*

1. *Grup 3a: İzole Palyatif Bakım Sağlama*

Kapsamı düzensiz olan ve iyi desteklenmeyen palyatif bakım aktivizmi ile karakterize ülkelerdir. Yetersiz finansman kaynağı, morfinin sınırlı erişimi, nüfus büyüklüğüne göre sınırlı sayıda palyatif bakım hizmeti tespit edilmiştir.

2. *Grup 3b: Genelleştirilmiş Palyatif Bakım Sağlama*

Ülkemizin de içinde bulunduğu, palyatif bakım aktivizminin gelişmesi ve bu alanda yerel desteğin artmasıyla karakterize ülkelerdir. Çoklu finansman

kaynakları, morfinin mevcudiyeti, sağlık bakım sisteminden bağımsız bir hizmet sağlandığı tespit edilmiştir.

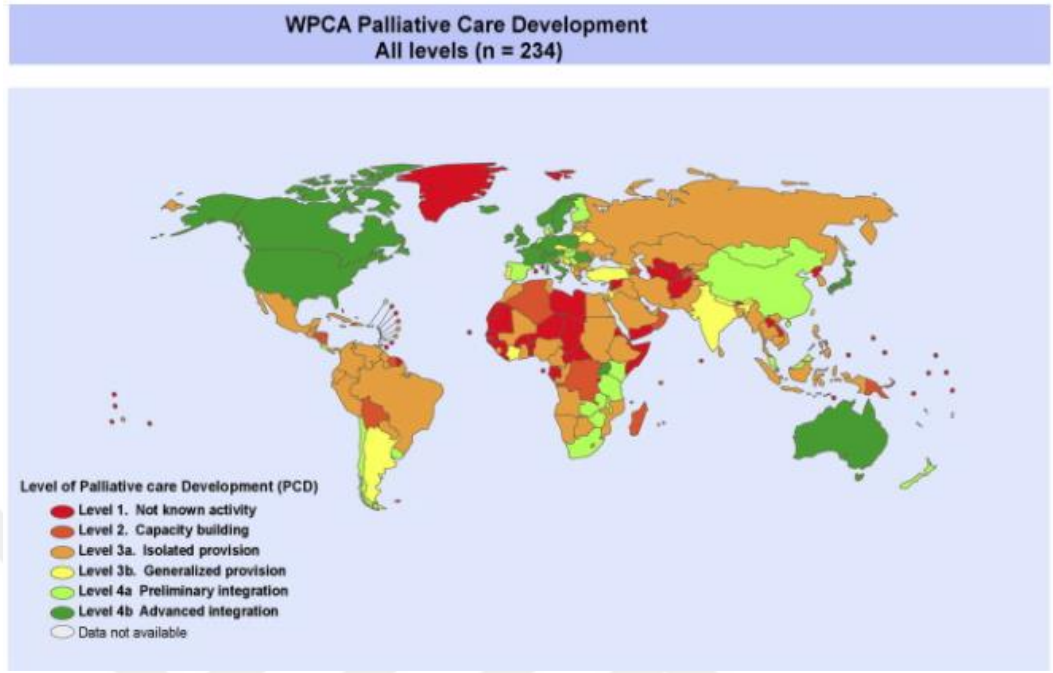
- *Grup 4 Ülkeler:*

1. *Grup 4a: Palyatif Bakımın Genel Sağlık Hizmetine Ön Entegrasyon Aşamasında Olduğu Ülkeler*

Morfin ve ağrı kesici ilaçların mevcudiyeti, palyatif bakımın sağlık politikası üzerindeki sınırlı etkisi, çeşitli kuruluşlar tarafından eğitim ve öğretim girişimlerinin sağlanması, ulusal bir palyatif bakım derneği varlığı ile karakterize ülkelerdir.

2. *Grup 4b: Palyatif Bakımın Genel Sağlık Hizmetine Gelişmiş Entegrasyon Aşamasında Olduğu Ülkeler*

Birden fazla hizmet sağlayıcı tarafından her türlü palyatif bakım hizmetinin kapsamlı olarak sağlanması, palyatif bakım konusunda sağlık profesyonelleri, yerel topluluklar ve toplum içinde geniş farkındalık, palyatif bakımın sağlık politikası üzerinde önemli etkisi, tanınmış eğitim merkezlerinin geliştirilmesi, her türlü ilacın temini ve ulusal bir palyatif bakım derneğinin varlığı ile karakterize ülkelerdir (25).



Şekil 2. WPCA Palyatif Bakım Gelişim Durumları (25).

Tıbbi teknolojilerdeki ilerlemeler ve yeni tedavi imkanları doğrultusunda yaşam süresindeki artışla beraber, kronik ve yaşamı tehdit eden hastalığa sahip hasta sayısı da artmıştır (26). Bu durum tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de palyatif bakım ve evde bakım hizmetlerine duyulan ihtiyacı artırmıştır. Ülkemizde halen palyatif bakım uzmanlık ve yan dal eğitimi bulunmamakta olup, palyatif bakım hizmetleri mevzuatta belirtildiği şekilde kurum yöneticisinin belirlediği uzman hekim sorumluluğunda verilmektedir (27).

Ülkemizde uzun dönemli palyatif bakım hizmeti verebilecek ve hospis kavramına yakın ilk merkez Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul Yeşilköy’de kurulan ‘Kanser Bakımevi’dir. 1993-1997 yılları arasında hizmet veren merkez; yatan hastalara sosyal güvenlik sistemlerince ödeme yapılmaması, bağışların yeterli olmaması, palyatif bakımın hasta ve yakınları tarafından yeterince

anlaşılamaması gibi sebeplerden ötürü kapanmıştır. 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı ikinci bir hospis girişiminde bulunmuştur. Hacettepe Onkoloji Hastanesi'ne yakın bir lokasyonda tarihi bir Ankara evi 12 odalı bir hospis merkezine dönüştürülmüştür. Ancak bu konuda yasal düzenlemelerin olmaması sebebiyle 'Hacettepe Umut Evi' kanserli hastalara tedavi ve sonrasında birkaç hafta gibi kısa süreli konaklama hizmeti sağlasa da kapsamlı bir palyatif bakım hizmeti verememiştir (18).

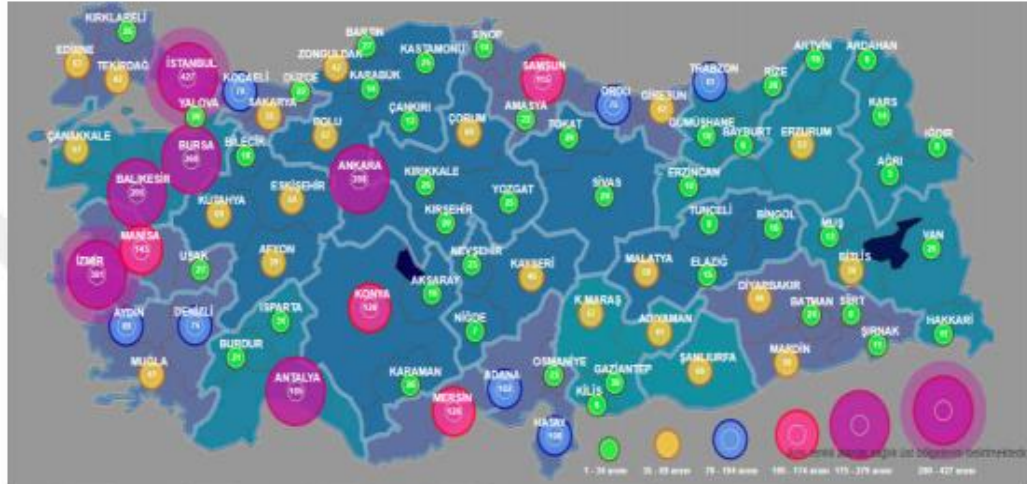
25 Nisan 2013 tarihinde İzmir'de ülkemize en uygun palyatif bakım sistemini kurmak ve bu hizmeti evde sağlık hizmetleri ile uyumlu bir şekilde sunmak amacıyla "Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştayı" düzenlenmiştir (28). Ülkemizde erişkin hastalara yönelik ilk kapsamlı palyatif bakım merkezi Ankara Ulus Devlet Hastanesi'nde açılmıştır. 11 özel odalı bu merkezde multidisipliner eğitilmiş bir ekiple kesintisiz hizmet sunumu sağlanmıştır. Uzun süre yoğun bakımda kalan hastaların bu merkeze kabulü sağlanarak hastalara daha etkin bir bakım sağlanmış, sağlık personelinin bakım yükünün azalması ve kaynakların doğru kullanımı hedeflenmiştir (29).

2010 yılında ülkemize en uygun palyatif bakım modelini geliştirmek üzere Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün katkısı ile "Palya-Türk" projesi çalışmalarına başlanmıştır. Bu proje kapsamında;

- Hemen her ilimizde bulunan hastanelerde 2-4 yataklı palyatif merkezleri kurulması

- Ülke genelinde 15-20 yataklı multidisipliner kapsamlı palyatif merkezi kurulması
- Küratif tedaviye yanıt vermeyen terminal dönem hastalarının son dönemlerini geçirebilecekleri ev atmosferine benzer hastane kampüsüne uzak olmayan hospis (şefkat evi, sevgi evi) hizmetinin yaygınlaştırılması amaçlanmıştır (30).

Ülkemizde yasal düzenlemeler kapsamında, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 09.10.2014 tarih ve 640 sayılı “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yürürlüğe girmiştir. 07.07.2015 tarihinde yataklı sağlık tesislerinde verilen palyatif bakım hizmetlerinin; fiziki şartları, personel donanım ve özellikleri, hizmet kıstaslarını düzenleyen yeni bir yönetmelik yayınlanmıştır (31).

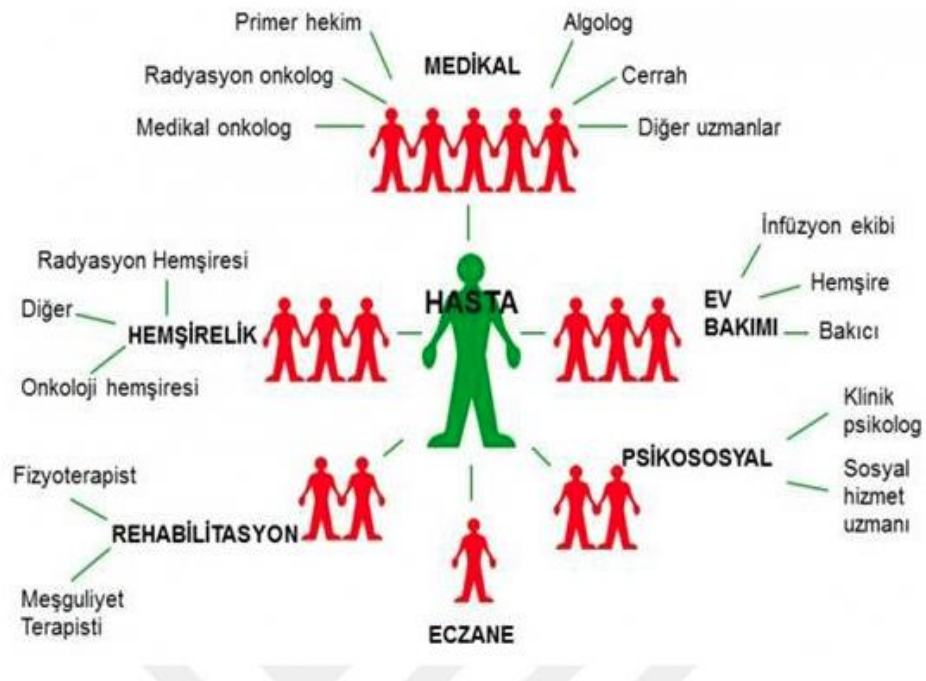


Şekil 3. Türkiye’de İllere Göre Palyatif Bakım Merkezleri (32).

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu 2019 verilerine göre Türkiye’de 81 ilde 356 sağlık tesisinde 4718 yatak kapasitesi ile palyatif bakım hizmeti verilmektedir (32).

2.6. Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım hizmeti; ilgili branş doktorları, palyatif bakım konusunda eğitim almış hemşire, psikolog, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, eczacı, manevi bakım uzmanı, din görevlisi ve gönüllülerden oluşan multidisipliner bir ekip tarafından sağlanmalıdır (33). Palyatif bakım, farklı disiplinler arası iletişim ve koordinasyonun sağlanması için iyi bir ekip çalışmasını gerektirir. Palyatif bakım ekibi üyelerinin palyatif bakımın ilkeleri, hedefleri, destekleyici iletişim biçimleri ve semptomların kontrolü konularında eğitim almış olmaları gerekir (34). Şekil 4 multidisipliner palyatif bakım modeli şemasını sunmaktadır (35).



Şekil 4. Palyatif Bakım Ekibi Üyeleri (35).

2.7. Palyatif Bakım Modelleri

Palyatif bakım konusunda önerilen modeller çok çeşitli olmakla birlikte hepsinin ortak amacı; hasta ve yakınlarının talepleri göz önünde bulundurularak, hasta ve yakınlarına uygun fiziksel, psikososyal ve ruhani desteğin verilmesidir. Bu amaca hastanın kendi evinde, ev benzeri atmosfere sahip hastane ortamında veya hastanelerde ulaşılabilir (36).

Evde Bakım: Geleneksel tıbbi bakım ve destek hastane gibi kurumsal bir modele temellenirken, palyatif bakımda esas ortam olarak hastanın ev ortamı ele alınır. Amaç hastanelerde verilecek düzeyde palyatif bakım hizmetinin hastaya kendi evinde verilebilmesidir. Hastaneler ve sağlık kurumları temel bakım kaynağı olarak, diğer hizmetler destekleyici kaynaklar olarak görülür. İyi örgütlenmeler neticesinde hasta 7 gün 24 saat palyatif bakım hizmetine ulaşabilir (37).

Hospis (Hospice): Yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylerin, küratif tedavilerden ziyade hastalığın son döneminde yaşam kalitesini artırmak ve hastaya insan onuruna yakışır bir ölüm sağlamak amacıyla verilen hizmetlerdir (38). Hospisler spesifik bir yerden çok bir bakım konsepti olarak görülmekte olup özel tesislerde, hastane bünyelerinde veya hastaların kendi evlerinde verilebilecek hizmetlerdir. Ülkeden ülkeye ve programdan programa farklı sunum şekilleri ve hizmet farklılıkları görülebilmektedir (39).

Gündüz Bakım Üniteleri (Day Care): Terminal dönem hastalarda sosyal izolasyonun önüne geçmek ve semptomatik tedavi vermek üzere oluşturulmuş kulüp benzeri ortamlardır (37).

Palyatif Bakım Poliklinik Hizmetleri: Terminal dönem hastalara veya tanı koyulduğu andan itibaren kanser hastalarına palyatif bakım desteği veren polikliniklerdir (37).

Palyatif Bakım Üniteleri: Hayatı tehdit eden hastalığı olan bireylerin yaşamlarının son dönemlerinde gereksiz tetkik yüküyle yorulmamaları ve etkin semptomatik tedavi alabilmeleri amacıyla oluşturulmuş yataklı palyatif bakım servisleridir. Bu servisler kendine özgü fiziksel ve psikososyal sorunları olan bu özellikli hasta gruplarına genel hasta servislerine nazaran daha uygun bir hizmet verebilmektedir (36).

2.8. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi

Palyatif bakım; Kanada, Avustralya, İngiltere, Amerika gibi ülkelerde ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul görmüştür. Amerika Tıp Birliği (American Medical Association) tarafından doktorlar ve hemşirelere yönelik palyatif bakım eğitim programları geliştirilmiştir. Avrupa’da ise Avrupa Palyatif Bakım Birliği çatısı altında palyatif bakım eğitimi konusunda çalışmalar yapılmakta, bu konu ile ilgili rehberler yayınlanmaktadır (40).

Amerikan Tıp Derneği, 1997 yılında “Palyatif ve Yaşam Sonu Bakım Eğitimi Projesi” isimli çalışmasıyla sağlık profesyonellerini eğitmeyi ve sağlık çalışanlarının palyatif bakım konusunda klinik yetkinliklerini artırmayı

hedeflemiştir. Proje kapsamında 120.000'den fazla kişinin eğitim aldığı, 16 ülkede 2000'den fazla eğitimcinin yetiştirildiği belirtilmektedir. 16 modülden oluşan bir uzaktan eğitim programı ile katılımcıların eğitimlerine devam edilmektedir (41).

Avustralya'da kaliteli palyatif bakım hizmeti verebilecek uzman hemşireler yetiştirilmesi adına “Hemşirelik Eğitimi İçin Palyatif Bakım Müfredatı” oluşturulmuş ve palyatif bakım lisans eğitim müfredatına entegre edilmiştir (42).

Ülkemizde palyatif bakım alanı 1990'lı yıllardan sonra ilgi görmeye başlamıştır. Medikal onkologlar, algoloji hekimleri, aile hekimleri, akademik ve klinik hemşireler palyatif bakım alanında eğitim almak ve bu alanda çalışmak istemektedir ancak Türkiye'de palyatif bakım hizmeti uzman ekipler tarafından verilememektedir. Hastane temelli ünitelerde palyatif bakım hizmeti sunulsa da hizmet veren ekipler palyatif bakım uzmanlığı düzeyinde bir eğitim ve öğretim programı alan profesyonellerden oluşmamaktadır. Tıp fakültelerinde palyatif bakım yan dal uzmanlığı, hemşirelik okullarında palyatif bakım hemşireliği yüksek lisans eğitim programları bulunmamaktadır (43).

2.9. Palyatif Bakım Uygulamasında Engeller

Palyatif bakımın temel prensipleri tanımlanmış olsa da, uyarlamalar her ülkenin ekonomik, sosyokültürel, inançsal ve yasal farklılıkları gözetilerek yapılmalıdır. Gelişmiş ülkelerde bile palyatif bakım hizmeti verilmesine engel

durumlar mevcuttur. Ülkemizde palyatif bakım uygulamasındaki engelleri sıralayacak olursak:

- Sağlık çalışanlarının (hekim, hemşire) eğitimlerinde palyatif bakımın yeterli düzeyde olmaması
- Palyatif bakımın tıbbın bir uzmanlık alanı olarak kabul görmemesi
- Gerek toplumda, gerek sağlık çalışanları arasında palyatif bakım farkındalığının oluşmamış olması
- Kaliteli palyatif bakım hizmeti verme konusunda yetersizlikler
- Palyatif bakım uygulamalarının sigorta kapsamı dışında kalması ve yeterli mali desteğin sağlanamaması
- Sadece küratif tedavilere odaklanılması
- Hastanelerin fiziki imkanlarının palyatif ve yaşam sonu bakım için yetersiz olması
- Palyatif bakımın kanun ve mevzuatlar ile yeterince desteklenmemesi
- Sağlık çalışanlarının iş yükünün fazlalığı ve eğitilmiş personel eksikliği
- Sağlık personeli ve hastalardaki opioid fobisi (yan etkiler, bağımlılık)
- Reçete doz limitleri ile ilgili yasal zorluklar, ağır resmi kontroller
- Opioid ilaçlara ulaşmadaki zorluklar
- Toplumun ölüm hakkında konuşamaması ve bundan mümkün olduğunca kaçması
- Sağlık profesyonellerinin kötü haber verme konusundaki yetersizliği
- Antitümör tedavilerin palyatif bakımdan ayrı tutulması palyatif bakımın önündeki engellerdir (44).

2.10. Palyatif Bakım ve Acil Tıp

Acil servise ciddi hastalıkla başvuran; işlevsel olarak engelli, yaşlı yetişkinlerden oluşan bir grup hasta önemli palyatif bakım gereksinimlerine sahiptir ve birçok ağır semptomdan muzdariptir. Acil tıbbın misyonu geleneksel olarak akut hastalığı olan hastalar için yaşamı sürdürmek ve hastalığa yönelik tedaviler sağlamak olmuştur. Hayatı tehdit eden ve son dönem hastalığı olan hastalar için, acil serviste sunulan geleneksel yaşam uzatan tedaviler hastaların hedefleriyle uyumlu olmayabilir hatta acil bakım hastaların ihtiyaçlarını karşılamayabilir (45).

Palyatif bakım yaklaşımı hastalık merkezli olmaktan çok hasta merkezlidir ve yaşam kalitesini artırmak için semptomların giderilmesine odaklanır. Bu durum, altta yatan hastalık sürecine bakılmaksızın akut ağrı ve kusma gibi semptomların hafifletilmesine öncelik verilen acil servis ile paraleldir. Acil servis hekimleri kronik hastalığı olan ve sürekli artan hasta popülasyonunu rutin olarak yönetmektedir. Acil servisteki ilk birkaç saatlik bakım gelecekteki hasta eğilimi ve bakım planları için yörüngenin belirlenmesinde yüksek öneme sahiptir (46). Kritik hastanın bakımı, cerrahi ve travma literatürlerinin yanı sıra palyatif bakımın da acil servis sağlık hizmetine entegre edilmesi kaliteli hizmetin vazgeçilmez koşuludur (47).

Acil servis doktorlarının uygun hastalarda palyatif ve yaşam sonu bakımın başlatılmasına dahil olması için artan bir ilgi vardır. Acil klinik arenada ideal bir palyatif bakım modeli yoktur ancak palyatif ve yaşam sonu bakıma erken danışma, hastalara ve hasta yakınlarına kaliteli bir yaşam sonu bakım alma

konusunda yardımcı olabilir. Palyatif bakım, hastaların hastanede kalma süresini kısaltabilir, acil servis başvuru sayısını azaltabilir (48).

2006 yılının eylül ayında American Board of Emergency Medicine – ABEM (Amerika Acil Tıp Kurumu) palyatif bakımı bir yan dal uzmanlığı olarak kabul etti (46). Acil tıp uzmanları için Education of Palliative and End of Life Care Project (EPEC – EM) isimli proje geliştirilerek palyatif bakım sertifikası ve eğitim programı geliştirildi (46). Ülkemizde ise henüz bir uzmanlık veya yan dal uzmanlığı eğitimi bulunmamaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Araştırmanın Yapıldığı Birim

Bu çalışma; acil servise başvuran hastalarda palyatif bakım ihtiyacının belirlenmesi ve palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların demografik özelliklerinin incelenmesi amacıyla planlanmış tek merkezli, prospektif, gözlemsel bir araştırmadır. Araştırma, Türkiye'nin başkenti Ankara (5.5 milyon nüfuslu bir metropol) ilinde Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Erişkin Acil Servisi'nde yapılmıştır. Acil servisimize 2019 yılında 71.000 erişkin hasta değerlendirilmiştir. Merkezimiz 970 yatak kapasiteli olup üçüncü basamak üniversite hastanesidir. Merkezimizde palyatif bakım hizmeti veren bir servis veya poliklinik bulunmamaktadır. Palyatif bakım ihtiyacı olan hastalara sağlık hizmeti acil serviste ve dahili branş servislerinde verilmektedir. Hastanemiz; yaşlı nüfusun ve bakımevlerinin yoğun olarak bulunduğu Bahçelievler semtinde hizmet vermektedir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Yöntemi

Çalışma için örnekleme yapılması planlanmamıştır ve evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Bu sebeple çalışma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Erişkin Acil Servisinde 16.09.2020 – 16.11.2020 tarihleri arasında acil servise başvuran tüm hastalar üzerinde yapılmıştır. On sekiz yaş altı hastalar, bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalamayan hastalar ve veri kaybı yaşanan vakalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastalara ait veriler acil serviste görev yapmakta olan araştırma görevlisi doktorlar tarafından elde edilmiş,

hasta dosyalarına ve elektronik ortamda kaydedilmiştir. Hastalara herhangi bir girişimsel işlem, tetkik veya ilaç uygulanmamıştır.

Çeşitli çalışmalarda palyatif bakım ihtiyacının belirlenmesi amacıyla birtakım klinik skorlama sistemleri geliştirilmiş olsa da palyatif bakım endikasyonunu belirleyen objektif bir tarama aracı mevcut değildir. Çalışmamızda palyatif bakım endikasyonu “Palyatif Bakım Ekibi” tarafından belirlenmiştir. “Palyatif Bakım Ekibi” 20 yıldan fazla tecrübesi olan, acil uzmanlığı olan bir acil hekimi; 20 yıldan fazla tecrübesi olan, dahiliye uzmanlığı ve yoğun bakım yan dal uzmanlığı olan bir dahiliye hekimi ve tez öğrencisi kıdemli araştırma görevlisi olmak üzere üç kişiden oluşmaktadır.

Acil servise başvuran her hastanın şikayeti, hikayesi ve özgeçmiş bilgileri alınmıştır. Özgeçmişinde **kanser, kalp yetmezliği, son dönem karaciğer hastalığı, oksijen bağımlı akciğer hastalığı, serebrovasküler hastalık, ve nörodejeneratif hastalıklar** gibi hayatı sınırlayan hastalık öyküsü bulunan hastalar için ilgili hekim tarafından olgu formu doldurulmuştur. Olgu formu doldurulan tüm hastalar “Palyatif Bakım Ekibi” tarafından palyatif bakım ihtiyacı konusunda değerlendirilmiştir. Her hasta ekibin her üyesi tarafından bağımsız değerlendirilmiş, ekibin fikir birliği sağladığı hastalar palyatif bakıma uygun kabul edilmiştir. Ekip üyelerinin farklı karar verdiği hastalar için ekip üyeleri bir araya gelerek tekrar değerlendirme yapmış, oy çoğunluğu yönünde karar verilmiştir. Olgu formu dolduran hastaların günlük yaşam aktivitelerini yaparken duydukları yardım ihtiyacı ve bağımlılık düzeyleri Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ile tespit edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Olgu Formu

Çalışmada kullanılan olgu formu araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Olgu formunda hastaların yaş, cinsiyet, başvuru tarihi, başvuru şekli, triaj kodu, vital bulguları, başvuru şikayeti, özgeçmiş bilgileri, Glasgow Koma Skoru, acil servisteki sonlanımı ve son tanı bilgileri bulunmaktadır.

3.3.2 Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Mahoney ve Barthel 1965'te "Maryland Disability Index" denen Barthel İndeksi'ni tanıtmışlardır. Başlangıçta Barthel İndeksi nöromusküler ve kas iskelet sistemi hastalığı olan hastaları değerlendirmek için geliştirilmiş, ancak sonra inme geçirip rehabilite edilen hastaların fonksiyonel değişimini değerlendirmek için yaygın kullanılmıştır. Akabinde disabilite yaratan birçok durumda günlük yaşam aktivitelerini ölçmede kullanılmıştır. Orijinal 10 madde versiyonu maksimum 100 puandır. Barthel İndeksi'nin güvenilirlik ve geçerliliği onaylanmıştır (49).

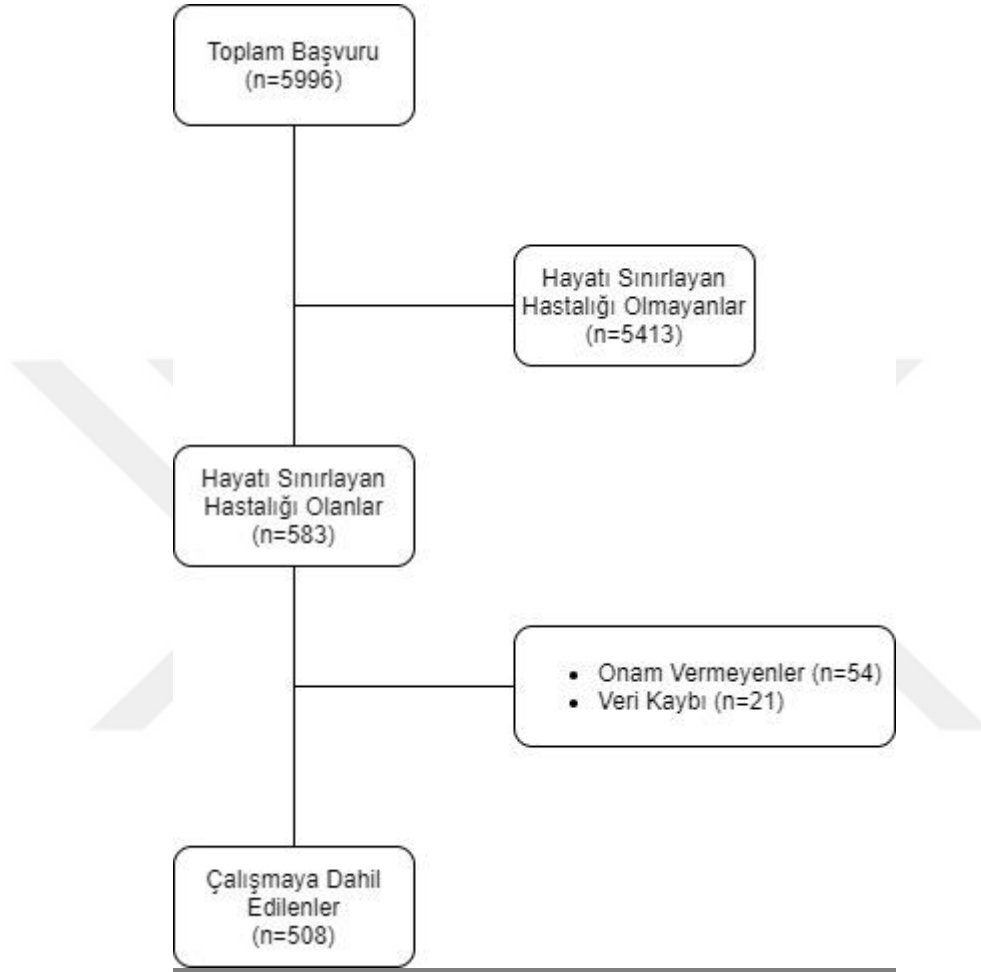
Barthel indeksi günlük yaşamdaki fiziksel ve sosyal fonksiyonu ölçer ve Barthel indeksi değerindeki düşme bir yıllık mortalitedeki artışla ilişkili bulunmuştur. Bu indeks 0'dan (tam bağımlılık) 100'e (tam bağımsızlık) değişen skala ile günlük yaşam aktivite kapasitesini tanımlar, skor yükseldikçe fonksiyonel otonomi yükselir (50). Barthel indeksi 10 maddeyi kapsar: beslenme, banyo, kişisel bakım, giyinme, tuvalet kullanımı, düz zeminde mobilite (immobil, tekerlekli sandalye kullanımı, yardımla veya bağımsız yürüme), transfer (tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersine geçiş), merdiven çıkma, bağırsak ve mesane kontinansı. Sorular: tek başına yapabilir misin? Birinin yardımı ile

yapabilir misin? Hiç mi yapamazsın? şeklindedir. Tecrübeli ellerde Barthel indeksi kolay ve hızlı bir testtir. Yaklaşık 5 dakika sürer. Sorular hastanın kendisi veya hastaya bakan kişi tarafından cevaplanır (51).

3.4. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve İstatistiksel Analiz

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi için SPSS 21.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel analiz olarak tanımlayıcı bulgular kısmında kategorik değişkenler sayı ve yüzde verilerek, sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler için gruplar arasında sıklık bakımından fark olup olmadığı ise ki-kare testleri kullanılarak karşılaştırılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı analizler normal dağıldığı bilinen parametreler için gruplar arasında Student's t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunan durumlarda farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için ikişerli karşılaştırmalar kategorik değişkenlere Bonferroni düzeltmeli ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Barthel skorunun palyatif bakım ihtiyacı üzerine predikte edici etkisini değerlendirmek amacıyla ROC analizi gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.5. Hasta Akış Şeması



Şekil 5. Hasta Akış Şeması

4. BULGULAR

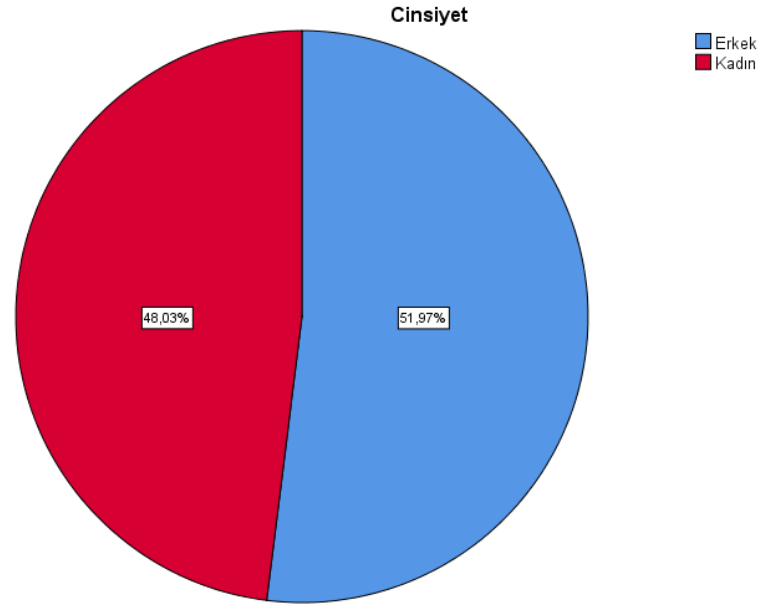
Çalışma kapsamında incelenen 508 hastanın verileri, Barthel indeksleri ve demografik özellikleri aşağıdaki bölümlerde incelenmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Verileri ve Başvuru Durumları, Ankara, 2020

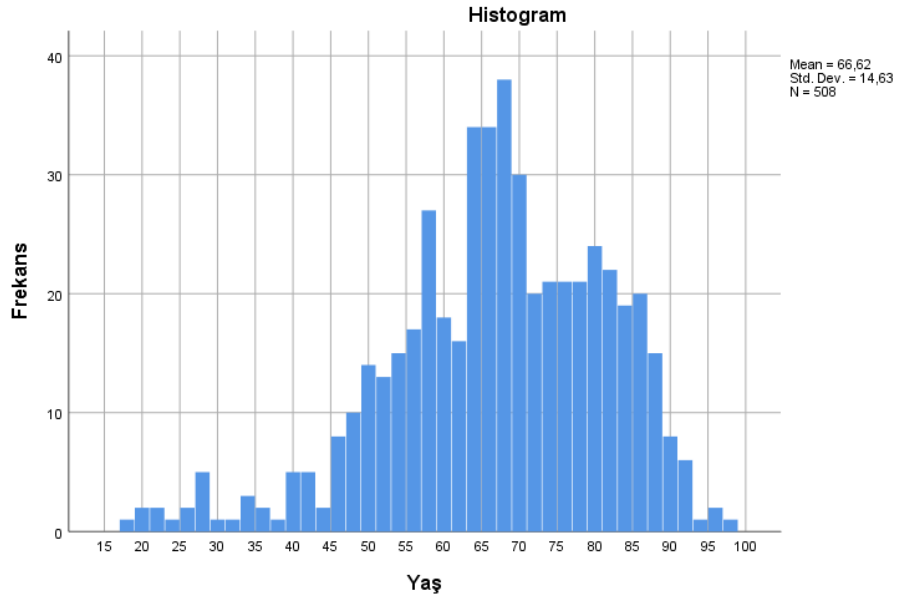
		Sayı	Yüzde*
Cinsiyet (n=508)	Erkek	264	51,97
	Kadın	244	48,03
Başvuru Şekli (n=508)	Ayaktan	356	70,08
	Ambulans	152	29,92
Triyaj Kodu (n=508)	Kırmızı	140	27,56
	Sarı	303	59,65
	Yeşil	65	12,80
GKS (n=508)	13 ve Üzeri	453	89,20
	8-12	42	8,30
	7 ve Altı	13	2,60
Bakım Durumu (n=508)	Bakımevi	18	3,54
	Evde Bakım	490	96,46

*Sütun Yüzdesi

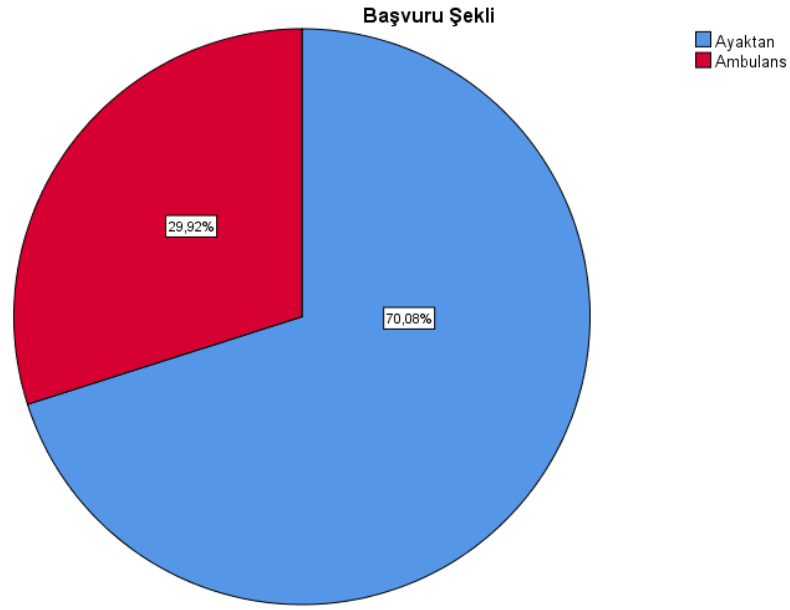
Tablo 1’de Katılımcıların Demografik Verileri ve Başvuru Durumları sunulmuştur. 264 katılımcı (%51,97) erkek, 244 katılımcı (%48,03) kadındır (**Şekil 6**). Hastaların yaş ortalaması $66,62 \pm 14,63$ ’tür (**Şekil 7**). 356 hasta (%70,08) ayaktan, 152 hasta (%29,92) ambulans ile başvurmuştur (**Şekil 8**). 140 hasta (%27,56) kırmızı, 303 hasta (%59,65) sarı, 65 hasta (%12,80) yeşil triyaj kodu ile başvurmuştur (**Şekil 9**). 453 hastanın (%89,20) GKS Skoru 13 ve üzeri, 42 hastanın (%8,30) 8-12 ve 13 hastanın (%2,60) 7 ve altıdır. 18 hasta (3,54) bakımevinde, 490 hasta (96,46) evde bakım almaktadır (**Şekil 10**).



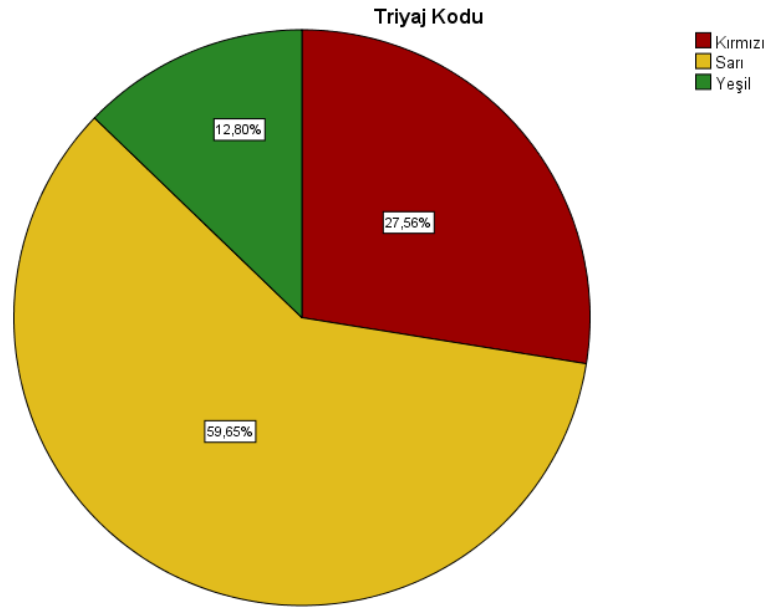
Şekil 6. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı



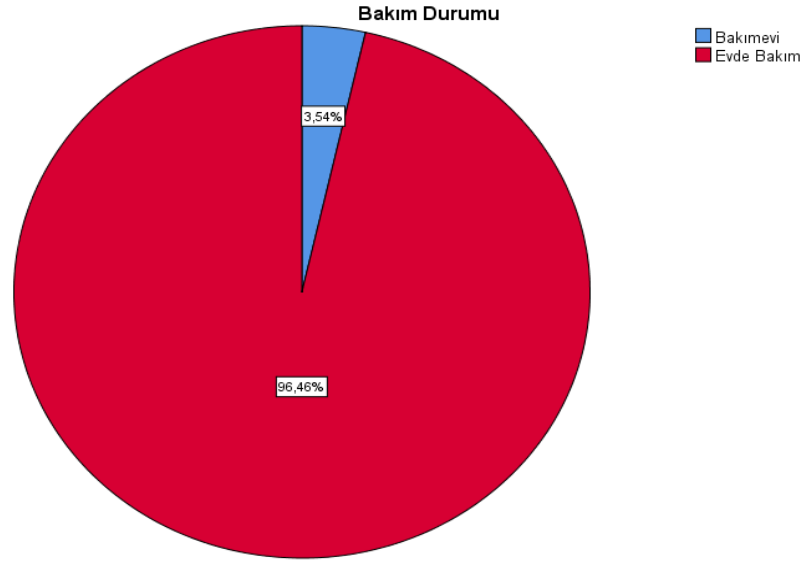
Şekil 7. Katılımcıların Yaş Dağılımı



Şekil 8. Katılımcıları Başvuru Şekilleri



Şekil 9. Başvurudaki Triyaj Kodları



Şekil 10. Hastaların Bakım Durumları

Tablo 2. Hastaların Geliş Şikayetleri, Ankara, 2020

		Sayı	Yüzde*
Geliş Şikayeti** (n=508)	Dispne	108	21,26
	Karın Ağrısı	50	9,84
	Genel Durum Bozukluğu	34	6,69
	Kusma	25	4,92
	GIS Kanama Semptomu	24	4,72
	Halsizlik	24	4,72
	Düşme	24	4,72
	Ateş	22	4,33
	Ağrı	20	3,94
	Bilinç Değişikliği	20	3,94
	İshal	15	2,95
	Dizartri	14	2,76
	Göğüs Ağrısı	13	2,56
	Baş Ağrısı	11	2,17
	Baş Dönmesi	10	1,97
	Nöbet	9	1,77
	Dermatolojik	7	1,38
	Hematüri	7	1,38
	Hemiparezi	7	1,38
	Medikal Girişim	7	1,38
	Yan Ağrısı	6	1,18
	Senkop	6	1,18
	Dizüri	6	1,18
	İdrar Retansiyonu	5	0,98

	Öksürük	4	0,79
	Çarpıntı	3	0,59
	Arrest	3	0,59
	Kabızlık	3	0,59
	Diğer	21	4,13

*Sütun Yüzdesi

**Birden fazla şikayet belirtilmiştir. Yüzdelere toplam şikayet sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 2’de hastaların geliş şikayetleri sunulmuştur. En sık görülen üç şikayet sırası ile 108 hastada (%21,26) dispne, 50 hastada (%9,84) karın ağrısı ve 34 hastada (%6,69) genel durum bozukluğudur.

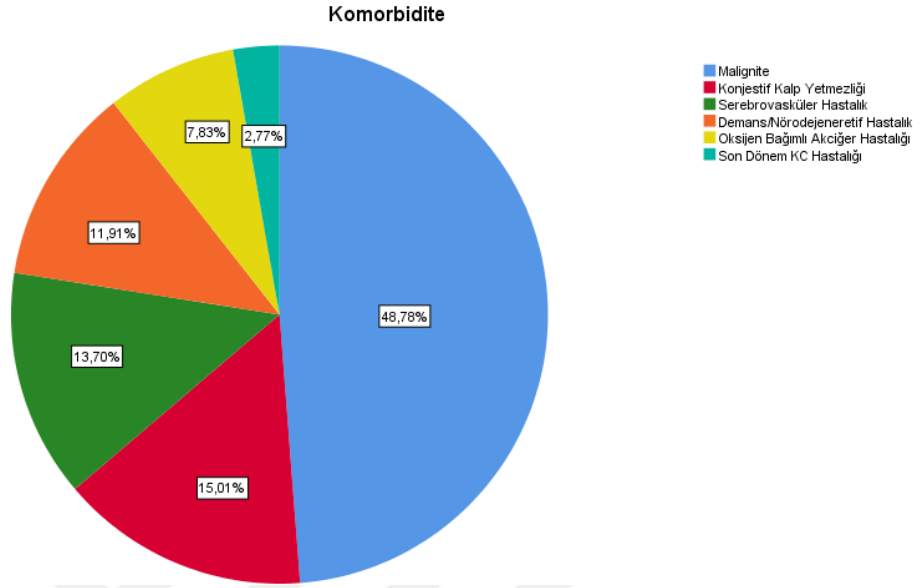
Tablo 3. Katılımcıların Hayatı Sınırlayan Hastalıkları, Ankara, 2020

		Sayı	Yüzde*
Komorbid Durumlar (n=508)**	Malignite	299	58,86
	Konjestif Kalp Yetmezliği	92	18,11
	Serebrovasküler Hastalık	84	16,54
	Demans/Nörodejeneratif Hastalık	73	14,37
	Oksijen Bağımlı Akciğer Hastalığı	48	9,45
	Son Dönem KC Hastalığı	17	3,35

*Sütun Yüzdesi

**Birden fazla durum belirtilmiştir. Yüzdelere hasta sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 3’te katılımcıların hayatı sınırlayan hastalıkları sunulmuştur. En sık görülen 3 hastalık sırasıyla 299 hastada (58,86) malignite, 92 hastada (18,11) konjestif kalp yetmezliği, 84 hastada (16,54) serebrovasküler hastalıktır. (**Şekil 11**).



Şekil 11. Hayatı Sınırlayan Hastalıkların Dağılımı

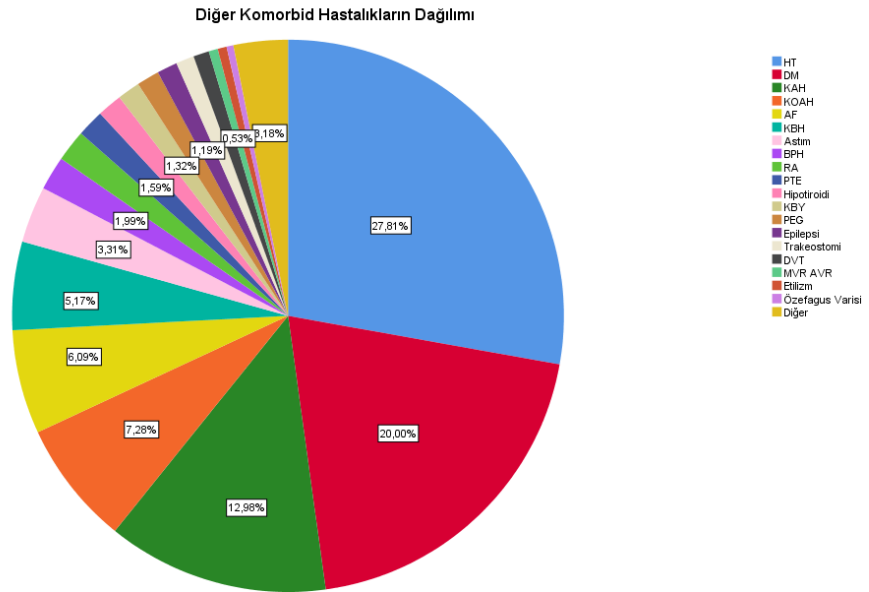
Tablo 4. Katılımcıların Komorbid Hastalıkları, Ankara, 2020

		Sayı	Yüzde*
Komorbid Durumlar (n=508)**	HT	210	41,33
	DM	151	29,72
	KAH	98	19,29
	KOAH	55	10,83
	AF	46	9,06
	KBH	39	7,68
	Astım	25	4,92

*Sütun Yüzdesi

**Birden fazla durum belirtilmiştir. Yüzdelere hasta sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4’te katılımcıların komorbid hastalıkları sunulmuştur. En sık görülen 3 komorbid durum sırasıyla 210 hastada (%41,33) hipertansiyon, 151 hastada (%29,72) diyabet, 98 hastada (%19,29) koroner arter hastalığıdır (**Şekil 12**).



Şekil 12. Komorbid Hastalıkların Dağılımı

Tablo 5. Malignitesi Olan Hastalarda Malignite Türleri, Ankara, 2020

		Sayı	Yüzde*
Malignite Sınıflaması (n=508) **	GİS	98	32,89
	Akciğer	49	16,44
	Üriner	39	13,09
	Hematolojik	37	12,42
	Endokrin	25	8,39
	Nöroşürjik	18	6,04
	Jinekolojik	16	5,37
	Baş-Boyun	13	4,36
	Kemik Kas İskelet	3	1,01

*Sütun Yüzdesi

**Birden fazla durum belirtilmiştir. Yüzdelere hasta sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 5'te malignite olan hastalarda malignite türleri sunulmuştur. Malignite görülen hastalarda en sık görülen 3 malignite sırasıyla 98 hastada (%32,89) GİS maligniteleri, 49 hastada (%16,44) akciğer maligniteleri ve 39 hastada (%13,09) üriner sistem maligniteleridir (**Şekil 13**).

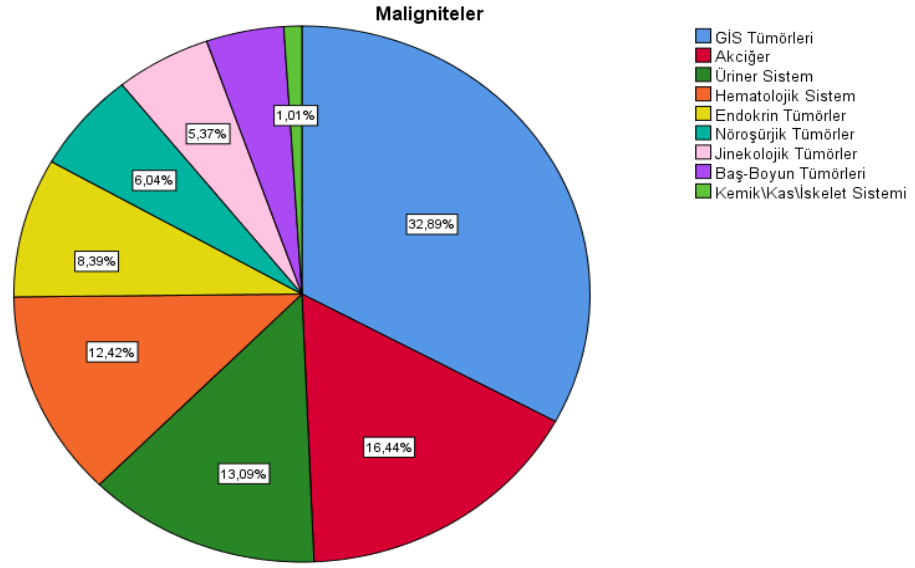
Tablo 6. Hastaların Son Tanılarının Dağılımı, Ankara, 2020

		Sayı	Yüzde*
Son Tanı (n=508) **	Covid-19	81	15,94
	Üriner Enfeksiyon	35	6,89
	Pnömoni	33	6,50
	ABY	32	6,30
	Fraktür-YDT	31	6,10
	GIS Kanaması	29	5,71
	Gastrointestinal Enfeksiyon	28	5,51
	NonSpesifik Karın Ağrısı	20	3,94
	Dekompanse KY	20	3,94
	Gastroenterit	20	3,94
	TİA-SVO	19	3,74
	Metabolik	18	3,54
	Malignite Progresyonu	17	3,35
	Dermatolojik	15	2,95
	Serebral Ödem	15	2,95
	Akut Koroner Sendrom	13	2,56
	Nötropenik Ateş	10	1,97
	Nöbet	9	1,77
	NonSpesifik Baş Ağrısı	8	1,57
	Semptomatik Anemi	8	1,57
	DVT-PTE	8	1,57
	Hepatik Ensefalopati	4	0,79
	Diğer	35	6,89

*Sütun Yüzdesi

**Birden fazla tanı mevcuttur. Yüzdelere hasta sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 6’da hastaların son tanıların dağılımı sunulmuştur. En sık görülen üç tanı sırasıyla 81 hastada (%15,94) Covid-19, 35 hastada (%6,89) üriner enfeksiyon, 33 hastada (%6,50) pnömonidir.



Şekil 13. Tümörlerin Dağılımı

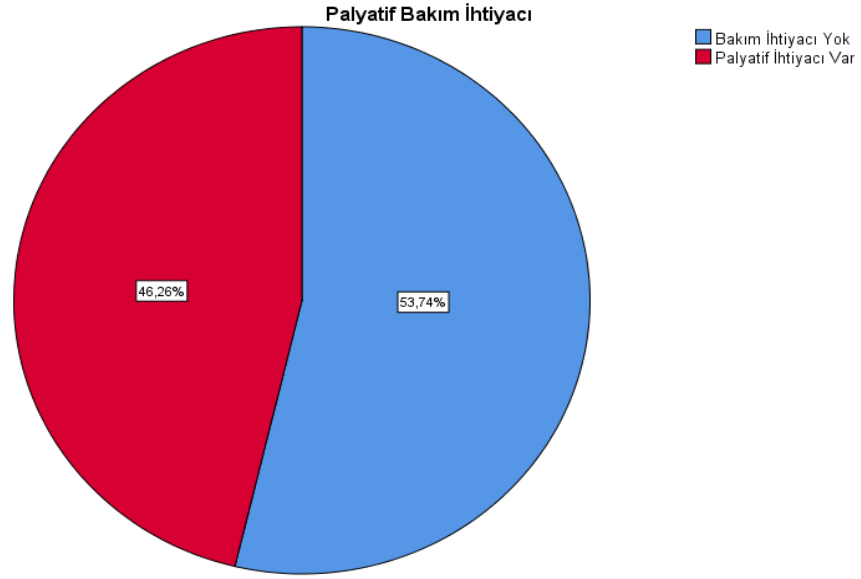
Tablo 7. Hastaların Palyatif Bakım İhtiyacı Durumlarının Dağılımı Ankara, 2020

		Sayı	Yüzde*
Bakım İhtiyacı (n=508)	Bakım İhtiyacı Yok	273	53,74
	Palyatif	235	46,26

*Sütun Yüzdesi

Tablo 7’de hastaların bakım ihtiyacı durumlarının dağılımı sunulmuştur.

235 hastanın (%46,26) palyatif bakım ihtiyacı olduğu belirlenmiştir (**Şekil 14**).



Şekil 14. Hastaların Palyatif Bakım İhtiyacı

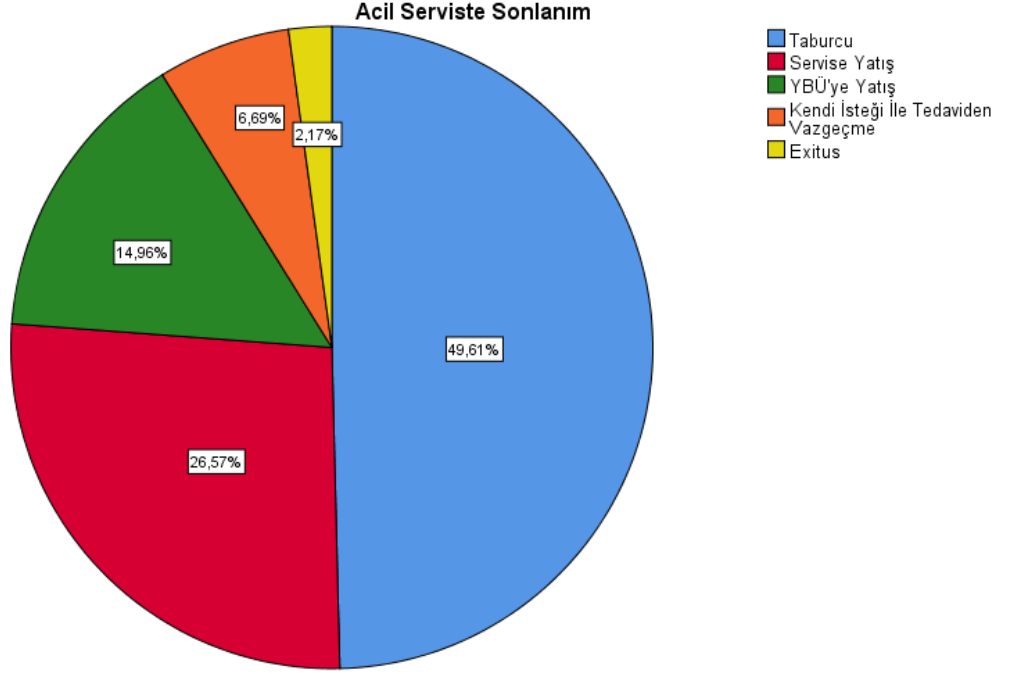
Tablo 8. Hastaların Acil Serviste Sonlanımlarının Dağılımı, Ankara, 2020

		Sayı	Yüzde*
Acil Serviste Sonlanım	Taburcu	252	49,61
	Servise Yatış	135	26,57
	YBÜ'ne Yatış	76	14,96
	Kendi İsteği ile Tedaviden Vazgeçme	34	6,69
	Exitus	11	2,17

*Sütun Yüzdesi

Tablo 8’de hastaların acil serviste sonlanımlarının dağılımı sunulmuştur. 252 hasta (%49,61) taburcu olmuş, 135 hasta (%26,57) servise yatmış, 76 hasta (14,96) yoğun bakım ünitesine yatmış, 34 hasta (%6,69) tedaviden vazgeçmiş ve 11 hasta (%2,17) vefat etmiştir (**Şekil 15**).

Şekil 15. Acil Servisteki Sonlanımlar



Tablo 9. Cinsiyet ile Palyatif Bakım İhtiyacının Karşılaştırılması, Ankara, 2020

		Bakım İhtiyacı			
		Bakım İhtiyacı Yok		Palyatif	
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Cinsiyet	Erkek	147	53,85	117	49,79
	Kadın	126	46,15	118	50,21
		p=0,361			

*Satır Yüzdesi

**Pearson Ki Kare Testi

Tablo 9'da cinsiyet ile palyatif bakım ihtiyacının karşılaştırılması sunulmuştur. Cinsiyet ile palyatif bakım ihtiyacı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo 10. Başvuru Şikayetleri ile Palyatif Bakım İhtiyacının Karşılaştırılması, Ankara, 2020

		Bakım İhtiyacı			
		Bakım İhtiyacı Yok		Palyatif	
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Geliş Şikayeti (n=287) **	Dispne ^a	54	39,13	54	36,24
	Karın Ağrısı ^b	34	24,64	16	10,74
	GDB ^c	2	1,45	32	21,48
	Kusma ^d	14	10,14	11	7,38
	Halsizlik ^e	13	9,42	11	7,38
	Düşme ^f	11	7,97	13	8,72
	Ateş ^g	10	7,25	12	8,05
		p<0,001 (b,c)			

*Sütun Yüzdesi

**Birden fazla şikayet belirtilmiştir. Şikayet Sayısı üzerinden yapılmıştır.

Tablo 10'da başvuru şikayeti ile palyatif bakım ihtiyacının karşılaştırılması sunulmuştur. Palyatif bakım ihtiyacı ile geliş şikayetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,001). Farkı yaratan gruplar “Karın Ağrısı” ve “Genel Durum Bozukluğu” gruplarıdır. Frekans ve yüzdelere tabloda sunulmuştur.

Tablo 11. Hastaların Bakım İhtiyacına Göre Bazı Değişkenlerin Karşılaştırılması, Ankara, 2020

	Bakım İhtiyacı Yok (n=273)	Palyatif Bakım İhtiyacı Var (n=235)	p**
	Ortalama ± SS*	Ortalama ± SS*	
Yaş (yıl)	64.0 ± 8.1	69.6 ± 8.7	<0,001
Nabız (atım /dk)	98.4 ± 12.2	99.9 ± 12.4	0,488
Ateş (°C)	36.7 ± 0.6	36.7 ± 0.6	0,219
Sistolik Kan Basıncı (mm Hg)	139.0 ± 13.5	127.6 ± 14.3	<0,001
Diastolik Kan Basıncı (mm Hg)	85.3 ± 13.6	79.7 ± 12.4	<0,001
Solunum Sayısı (solunum /dk)	17.1 ± 5.8	18.7 ± 5.9	0,009
sPO2 (%)	92.3 ± 9.5	91.1 ± 8.7	0,149
Barthel Skoru	96.9 ± 9.3	43.0 ± 11.1	<0,001

*SS: Standart Sapma

**Student's T Testi

Tablo 11’de hastaların palyatif bakım ihtiyacına göre bazı değişkenlerin karşılaştırması sunulmuştur. Bakım ihtiyacı durumu ile yaş ($p<0,001$), sistolik kan basıncı ($p<0,001$), diastolik kan basıncı ($p<0,001$), solunum sayısı ($p=0,009$) ve Barthel skoru ($p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Ortalama ve standart sapmalar tabloda sunulmuştur.

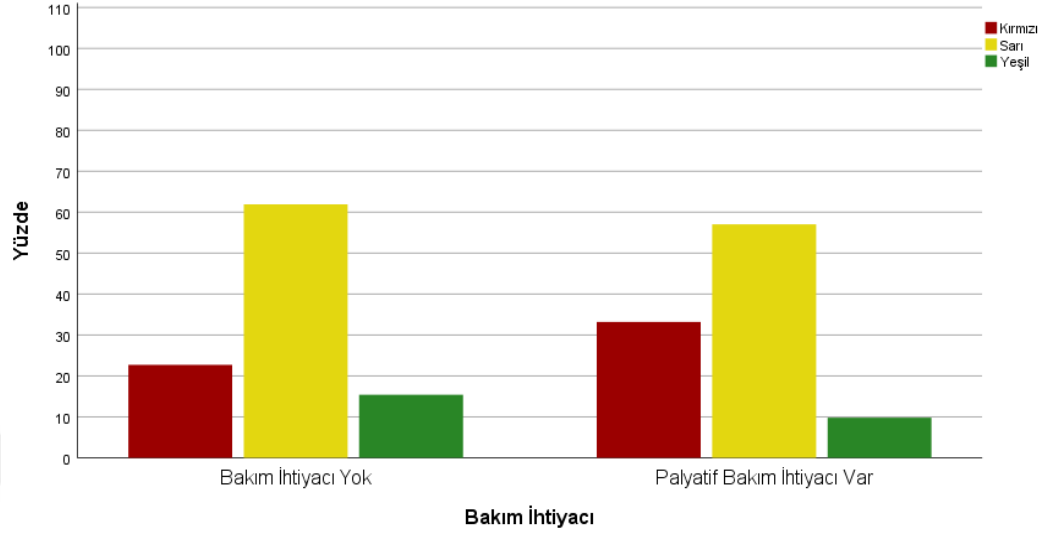
Tablo 12. Triyaj Kodu ile Palyatif Bakım İhtiyacının Karşılaştırılması, Ankara, 2020

		Bakım İhtiyacı			
		Bakım İhtiyacı Yok		Palyatif	
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Trijaj Kodu (n=508)	Kırmızı ^a	62	22,71	78	33,19
	Sarı ^b	169	61,90	134	57,02
	Yeşil ^c	42	15,38	23	9,79
		p=0,013 (a)			

*Sütun Yüzdesi

**Pearson Ki Kare Testi

Tablo 9’da triyaj kodu ile palyatif bakım ihtiyacının karşılaştırılması sunulmuştur. Palyatif bakım ihtiyacı olan grupta 78 hasta (%33,19) kırmızı, 134 (%57,2) sarı, 23 (%9,79) yeşil triyaj kodunda hasta mevcuttur. Palyatif bakım ihtiyacı olmayan grupta 62 hasta (%22,71) kırmızı, 169 (%61,90) sarı, 42 (%15,38) yeşil triyaj kodunda hasta mevcuttur (**Şekil 16**). Bakım ihtiyacı ile triyaj kodu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0,013$). Farkı oluşturan grup kırmızı triyaj kodu grubudur.



Şekil 16. Triyaj Kodu- Palyatif Bakım İhtiyacı Karşılaştırması

Tablo 13. Hayatı Sınırlayan Hastalıklar ile Palyatif Bakım İhtiyacının Karşılaştırılması, Ankara, 2020

		Bakım İhtiyacı			
		Bakım İhtiyacı Yok		Palyatif	
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
** Komorbid Durumlar ***	Malignite ^a	169	61,90	130	55,32
	Konjestif Kalp Yetmezliği ^b	49	17,95	43	18,30
	Son Dönem KC Hastalığı ^c	7	2,56	10	4,26
	Oksijen Bağımlı Akciğer Hastalığı ^d	19	6,96	29	12,34
	Serebrovasküler Hastalık ^e	53	19,41	31	13,19
	Demans/Nörodejeneratif Hastalık ^f	15	5,49	58	24,68
	p<0,001 (d,f)				

*Sütun Yüzdesi

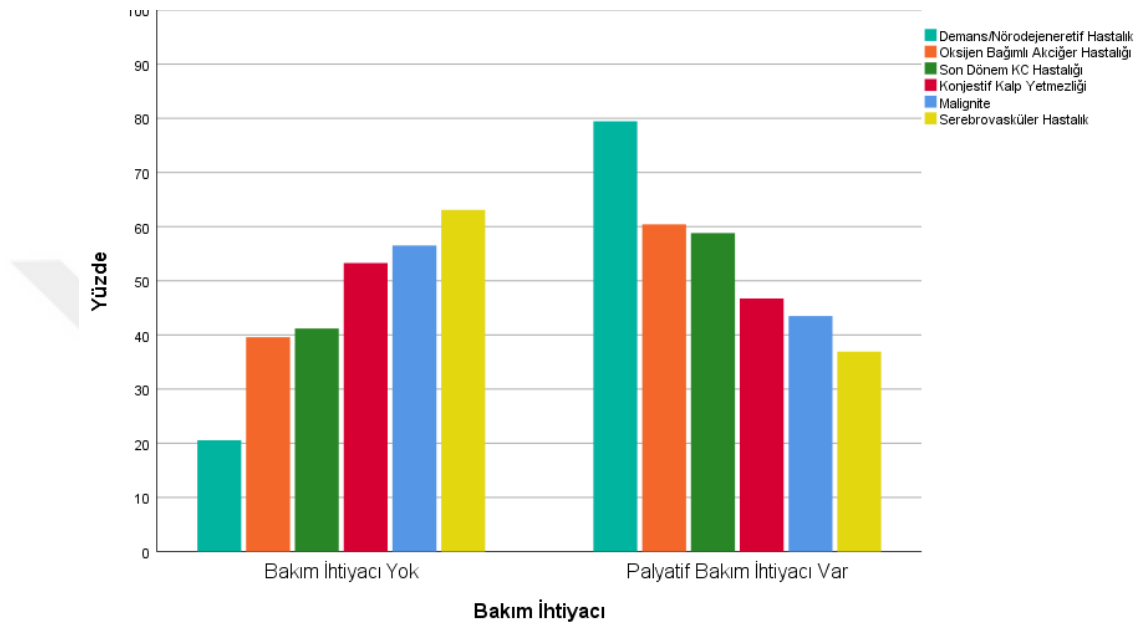
**Pearson Ki Kare Testi

***Birden fazla durum

mevcuttur

Tablo 13'te hayatı sınırlayan hastalıklar ile palyatif bakım ihtiyacının karşılaştırılması sunulmuştur. Hayatı sınırlayan hastalık ile palyatif bakım ihtiyacı

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Farkı yaratan gruplar “Oksijen Bağımlı Akciğer Hastalığı” ve “Demans/Nörodejeneratif Hastalık” grubudur (Şekil 17). Frekans ve yüzdeler tabloda sunulmuştur.



Şekil 17. Hayatı Sınırlayan Hastalık-Palyatif Bakım İhtiyacı Karşılaştırması

Tablo 14. Komorbid Durumlar İçerisinde En Sık Görülen 7 Tanı ile Palyatif Bakım İhtiyacının Karşılaştırılması, Ankara, 2020

		Bakım İhtiyacı			
		Bakım İhtiyacı Yok		Palyatif	
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Diğer Komorbid Durumlar **	HT	114	54,3	96	45,7
	DM	82	54,3	69	45,7
	KAH	47	48,0	51	52,0
	KOAH	30	54,5	25	45,5
	KBH	15	38,5	24	61,5
	AF	22	47,8	24	52,2
	Astım	13	52,0	12	48,0
		p=0,479			

*Sütun Yüzdesi

**Birden fazla durum mevcuttur.

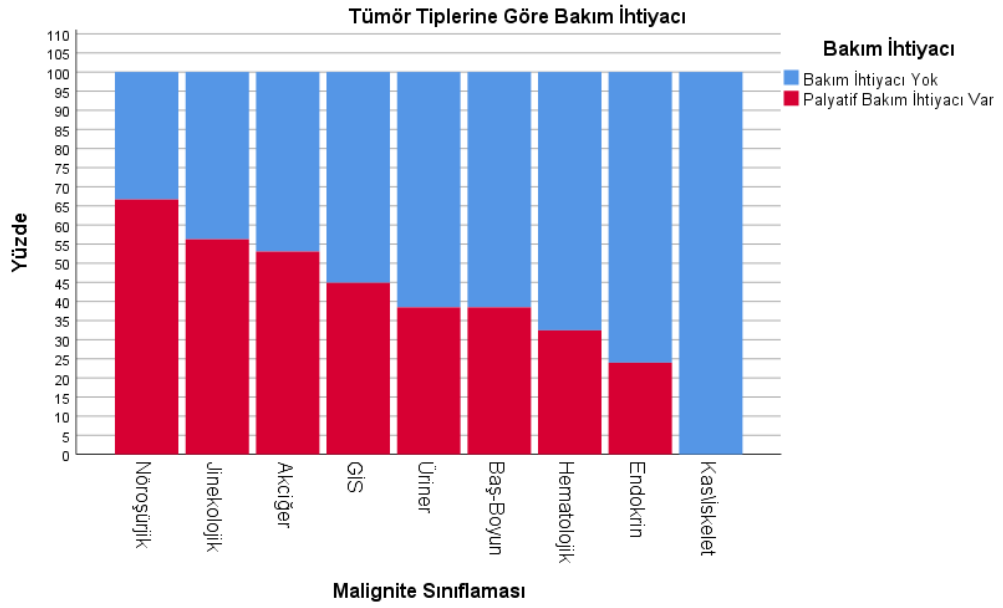
Tablo 14’te komorbid durumlar ile palyatif bakım ihtiyacının karşılaştırılması sunulmuştur. Komorbid durumlar ile palyatif bakım ihtiyacı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Frekans ve yüzdeler tabloda sunulmuştur.

Tablo 15. Malignite Türü ile Palyatif Bakım İhtiyacının Karşılaştırılması, Ankara, 2020

			Palyatif Bakım İhtiyacı		p
			Yok	Var	
Malignite Sınıflaması	GİS	Sayı	54	44	0,051
		Yüzde*	55,1	44,9	
	Baş-Boyun	Sayı	8	5	
		Yüzde*	61,5	38,5	
	Hematolojik	Sayı	25	12	
		Yüzde*	67,6	32,4	
	Jinekolojik	Sayı	7	9	
		Yüzde*	43,8	56,3	
	Üriner	Sayı	24	15	
		Yüzde*	61,5	38,5	
	Nöroşirurjikal	Sayı	6	12	
		Yüzde*	33,3	66,7	
	Akciğer	Sayı	23	26	
		Yüzde*	46,9	53,1	
	Kemik Kas İskelet	Sayı	3	0	
		Yüzde*	100,0	0,0	
	Endokrin	Sayı	19	6	
		Yüzde*	76,0	24,0	

*Satır Yüzdesi

Tablo 15’te malignite türü ile palyatif bakım ihtiyacının karşılaştırılması sunulmuştur. Malignite türü ile bakım ihtiyacı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Frekans ve yüzdeler tabloda sunulmuştur (**Şekil 18**).



Şekil 18. Malignite Türü-Palyatif Bakım İhtiyacı Karşılaştırması

Tablo 16. En Sık Görülen Son Tanılar ile Palyatif Bakım İhtiyacının Karşılaştırılması, Ankara, 2020

		Bakım İhtiyacı			
		Bakım İhtiyacı Yok		Palyatif	
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Son Tanı**	ABY ^a	7	5,60	25	18,38
	Covid-19 ^b	45	36,00	36	26,47
	Pnömoni ^c	13	10,40	20	14,71
	Üriner Enfeksiyon ^d	15	12,00	20	14,71
	Gastroenterit ^e	13	10,40	7	5,15
	GIS Kanama ^f	14	11,20	15	11,03
	Fraktür-YDT ^g	18	14,40	13	9,56
		p=0,011 (a)			

*Sütun Yüzdesi

**Birden fazla tanı belirtilmiştir.

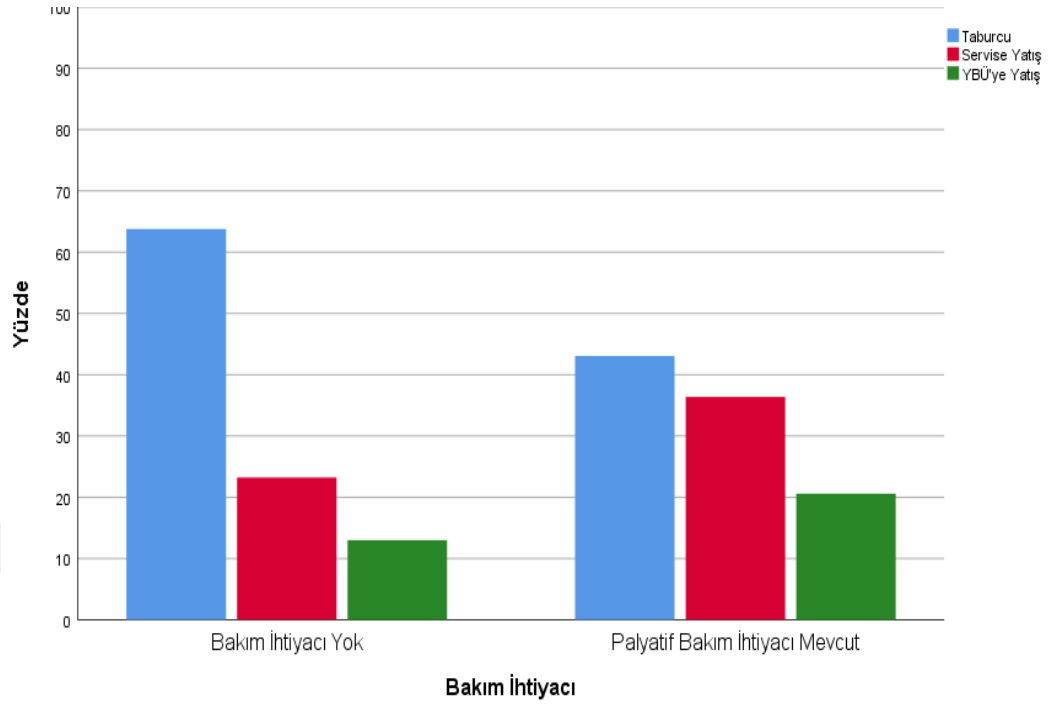
Tablo 16’da son tanı ile palyatif bakım ihtiyacının karşılaştırılması sunulmuştur. Son tanı ile bakım ihtiyacı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p=0,011). Farkı yaratan grup “ABY” grubudur. Frekans ve yüzdelere tabloda sunulmuştur.

**		Bakım İhtiyacı			
		Bakım İhtiyacı Yok		Palyatif	
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Covid Varlığı	Covid-19	45	55,56	36	44,44
	Diğer	228	53,40	199	46,60
		p=0,721			
*Satır Yüzdesi		**Pearson Ki Kare			

Tablo 18. Acil Serviste Sonlanım ile Palyatif Bakım İhtiyacının Karşılaştırılması, Ankara, 2020

**		Bakım İhtiyacı			
		Bakım İhtiyacı Yok		Palyatif	
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Acil Serviste Sonlanım	Taburcu ^a	162	59,34	90	38,30
	Servise Yatış ^b	59	21,61	76	32,34
	YBÜ'ne Yatış ^c	33	12,09	43	18,30
	Kendi İsteği İle Tedaviden Vazgeçme ^d	15	5,49	19	8,09
	Exitus ^e	4	1,47	7	2,98
		p<0,001 (a,b)			
*Sütun Yüzdesi		**Pearson Ki Kare			

44

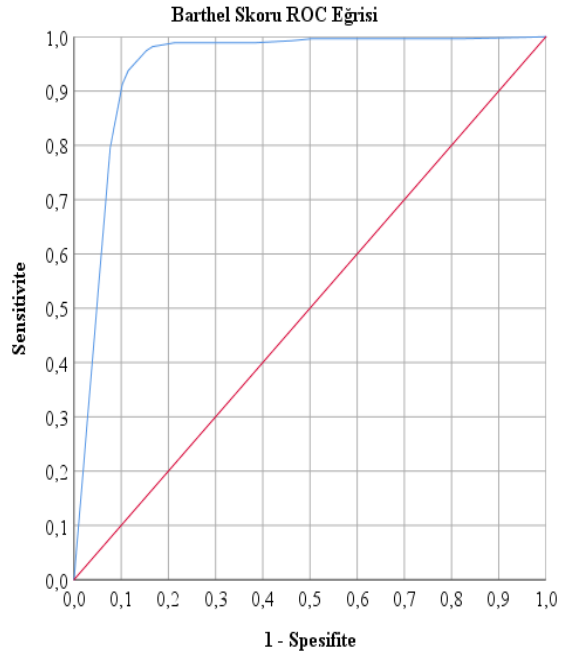


Şekil 19. Acil Serviste Sonlanım-Palyatif Bakım İhtiyacı Karşılaştırması

Tablo 19. Palyatif Bakım İhtiyacı Olmama ve Barthel Skoru ile Yapılan ROC Analizinin Sonuçları, Ankara, 2020

	AUC	95 GA	p
Barthel Skoru	0,942	0,919-0,966	<0,001

Tablo 19’da palyatif bakım ihtiyacı olmama ve Barthel skoru ile yapılan ROC analizinin sonuçları sunulmuştur. Çizilen ROC eğrisi için AUC 0,942 (GA 0,919-0,966) olarak hesaplanmıştır (**p<0,001**). Çizilen grafik “**Şekil 19**”da sunulmuştur.



Şekil 20. Palyatif Bakım İhtiyacı Olmama ve Barthel Skoru ile Yapılan ROC Analizi

Tablo 20. Palyatif Bakım İhtiyacı Olmama ve Barthel Skoru ile Yapılan ROC Analizin Kesme Değerleri, Ankara, 2020

Barthel Skoru Kesme Değeri	Sensitivite	Spesifite
-1,00	1,000	0,000
42,50	0,996	0,498
47,50	0,993	0,540
67,50	0,989	0,787
72,50	0,982	0,834
77,50	0,974	0,847
82,50	0,938	0,885
87,50	0,912	0,898
92,50	0,853	0,911
97,50	0,795	0,923
101,00	0,000	1,000

Tablo 20’de palyatif bakım ihtiyacı olmama ve Barthel skoru ile yapılan ROC analizin kesme değeri sunulmuştur.



5. TARTIŞMA

Palyatif bakım, son yirmi yıldan bu yana önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Nüfusun yaşlanması, yükselen yaşam beklentisi ve artan kronik hastalıklar bu gelişmeye katkıda bulunmaktadır. Buna ek olarak tıbbi bilgi ve teknolojideki gelişmeler, tedavi olanaklarının artması ve epidemiyolojik geçişler, yaşamın son aşamasında palyatif bakım için büyüyen bir ihtiyaca yol açmıştır (8).

Ciddi hastalığı olan birçok hasta hayatın son bir ayında acil serviste tedavi edilmektedir ancak acil servisler palyatif bakım araştırmalarının odağı olmamıştır (52). Palyatif bakımın acil servise entegrasyonu amacıyla yapılmış çalışmalar bulunsun da maalesef yeterli değildir.

Bu çalışmada acil servise başvuran tüm hastalar içerisinde palyatif bakım hizmetinden fayda görebilecek hasta grubunun tespit edilmesi, bu özellikli grubun sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi ve acil servisteki sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızda palyatif bakım ihtiyacı ve cinsiyet ilişkisi incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kaasa ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılan 3.013 hastanın katıldığı çok merkezli bir çalışmada cinsiyetin palyatif bakım için belirleyici bir kriter olmadığı tespit edilmiştir (53). Benzer şekilde, Khan ve arkadaşlarının 2012 yılında düzenlediği palyatif tedavi merkezine iki ayrı zaman diliminde başvuran kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar alınmıştır (54).

Literatüre göre artan yaşla birlikte hayatı sınırlayan hastalıkların görülme sıklığı ve palyatif bakım ihtiyacı artmaktadır. Çalışmamızda da palyatif bakım ihtiyacı olmayan grubun yaş ortalaması 64 iken palyatif bakım ihtiyacı olan grubun yaş ortalaması 69 olarak tespit edilmiştir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Melville ve arkadaşlarının yoğun bakıma kabul ettikleri palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarla aktif tedavi planı olan hastaların karşılaştırıldığı çalışmada da palyatif bakım amacıyla yatırılan hastaların yaş ortalaması aktif tedavi planı olan hastalardan yüksek tespit edilmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (55). Murthy ve arkadaşlarının Covid-19 tanısı almış yoğun bakım ihtiyacı olan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarında palyatif bakım hizmeti alan hasta grubunun almayan hasta grubundan daha yaşlı olduğu tespit edilmiştir (56). Riechelmann ve arkadaşlarının 2007 yılında palyatif bakım ihtiyacı olan kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada ortalama yaş çalışmamıza benzer şekilde 67 olarak tespit edilmişken (57); Rosenwax ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları demans hastaları üzerindeki çalışmada hastaların büyük çoğunluğu 80 yaşın üzerinde tespit edilmiştir (58). Bu duruma palyatif bakım gerektiren hastalıkların farklı yaş gruplarında farklı dağılımlarda görülmesinin sebep olduğu düşünülmüştür. Multiple skleroz, ALS, trafik kazası gibi nedenlerle palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların, kanser ve demans gibi nedenlerle palyatif bakım ihtiyacı olan hastalardan daha genç olması beklenmektedir. Ayrıca çalışmaların yapıldığı ülkelerin sosyoekonomik durumu ve beklenen ortalama insan ömrünün de coğrafi bölgeler arasında farklara sebep olabileceği unutulmamalıdır.

Acile servise başvuran hayatı sınırlayan hastalığı olan hastaların bakım sağlayıcıları incelendiğinde çalışmamızda incelenen hastaların yalnızca %3'ü bakımevinden gelmekteydi. Hastaların büyük kısmına aileleri veya bakıcıları kendi evlerinde bakmaktaydı. Bu durum, Türk toplum ve aile bağlarının batı toplumlarına göre daha sıkı oluşuyla alakalı olabilir. Ayrıca ülkemizde halen palyatif bakım; hastalar, hasta yakınları ve doktorlar tarafından yeterince anlaşılamamıştır. Kişinin DNR isteği olsa dahi yasalar gereği sağlık kurumlarında arrest olan hastalara standart ileri kardiyak yaşam desteği sağlanmaktadır. Bu durumlar palyatif bakım merkezlerinin yaygınlaştırılmasının, toplumun ve sağlık çalışanlarının palyatif bakım konusunda eğitilmesinin önemine dikkat çekmektedir. Ayrıca palyatif bakım konusunda tüm sağlık sistemi düzeyinde girişimlerde bulunulmalı, toplumda palyatif bakım bilinci oluşturulmalıdır.

Çalışmamızda palyatif bakım ihtiyacı olan kanserli hastalarda en sık görülen kanser tipi gastrointestinal sistem kanserleri olup ikinci sırada akciğer kanseri gelmektedir. Riechelman ve arkadaşları da 255 hasta üzerinde yaptıkları çalışmalarında en sık palyatif bakım ihtiyacı olan kanserleri gastrointestinal, akciğer ve genitoüriner kanserler olarak sıralamışlardır (57). Tsai ve arkadaşlarının 77 terminal dönem kanser hastasının dahil edildiği çalışmasında da en sık palyatif ihtiyacı olan kanserlerin sırasıyla akciğer ve gastrointestinal kanserler olduğu gösterilmiştir (59). Bu durum tüm dünyada en sık görülen kanserlerin akciğer, meme, kolorektal, mide ve karaciğer kanserleri olması ile açıklanabilir. Meme kanserinin en sık görülen ikinci kanser olmasına rağmen palyatif bakım ihtiyacı olan kanserler arasında alt sıralarda yer almasının sebebi

toplumdaki farkındalığın artması, erken tanı ve tedavi ile yüksek oranlarda kür sağlanması olabilir.

Hayatı sınırlayan hastalıkların palyatif bakım ihtiyacı ile ilişkisi karşılaştırıldığında; çalışmamızda palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların %55'ini kanser hastaları oluştururken ikinci sırada %24 oranla demans/nörodejeneratif hastalıklar gelmektedir. Kaasa ve arkadaşlarının 2007 yılında 22 farklı Avrupa ülkesinde 143 merkezden 3013 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada palyatif bakım hizmeti alan hastaların %94'ünün kanser, %3'ünün nörolojik sebeplere bağlı bu hizmete ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir (53). Palyatif bakım ilk tanımlandığında daha çok terminal evre kanser hastalarının ağrı palyasyonu amacıyla kullanılırken, yıllar içerisinde palyatif bakımın tanımı ve içeriğinin değişerek hayatı sınırlayan tüm hastalıklara hizmet verir hale gelmesi bu farka sebep olmuş olabilir. Melville ve arkadaşlarının; “ölmekte olan bir hastanın palyatif bakımı” ve “potansiyel organ bağışı” amacıyla yoğun bakıma kabul edilen hastalarla, “aktif tedavi” amacıyla kabul edilen hastaları karşılaştırdıkları toplam 1.205.153 yoğun bakım başvurusunun incelendiği çalışmasında farklı sonuçlar elde edilmiştir (55). “Ölmekte olan bir hastanın palyatif bakımı” amacıyla kabul edilen hastalarda en sık kardiyovasküler hastalıklar sonrasında sırayla metastatik kanser ve kronik respiratuar hastalıklar gelmektedir. Bu farkın çalışmada yataklı servis veya ayaktan palyatif bakım hizmeti alabilecek hastaların bulunmamasından kaynaklandığı düşünülebilir. Kardiyovasküler hastalıkların ve solunum sıkıntısı sebebiyle mekanik ventilatör ihtiyacı olacak respiratuar hastalığı olanların yoğun bakıma daha sık kabul edilebileceği düşünülmüştür. Green ve arkadaşlarının

palyatif bakım almakta olan hastaların acil servis ziyaretlerini inceledikleri bir başka çalışmada da çalışmamızla benzer şekilde en sık başvurunun kanserli hastalar tarafından yapıldığı tespit edilmiştir. Mevcut durum kanser tanısı alan hastaların palyatif bakım açısından bilgilendirilmesinin ve doğru şekilde yönlendirilmesinin karşılanmamış palyatif bakım ihtiyacının giderilmesinde önemli olacağını göstermektedir.

Her ne kadar kanser palyatif bakıma en sık ihtiyaç duyan hayatı sınırlandıran hastalık olarak tespit edilse de çalışmamıza dahil edilen hastalarda oran olarak palyatif bakıma en çok ihtiyaç duyacak grup demans/nörodejeneratif hastalık grubu olarak tespit edilmiştir. Kanser hastalarının %43'ü palyatif bakıma ihtiyaç duyarken demans/nörodejeneratif grubunda bu oran %79'a kadar çıkmaktadır. Benzer şekilde oksijen bağımlı pulmoner hastalığı olan hastalarda da palyatif bakım ihtiyacı diğer hayatı sınırlayan hastalıklara göre daha fazla tespit edilmiş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu konuda detaylı çalışmaların yapılması bakım yükü yüksek olan bu özellikli hasta gruplarının uygun palyatif bakım hizmetini alabilmesi için önem arz etmektedir.

Palyatif bakım ihtiyacı tespit edilen hastaların acil servise başvuru şikayetlerine bakılacak olursa; çalışmamızda sırasıyla nefes darlığı, genel durum bozukluğu, karın ağrısı, GİS kanama belirtileri, düşme, bilinç değişikliği ve halsizlik en yaygın şikayetler olarak tespit edilmiştir. Strömngren ve arkadaşlarının palyatif bakım desteği alan 175 kanser hastası üzerinde yaptığı çalışmada en sık görülen semptomlar; ağrı, halsizlik, genel durum bozukluğu, iştahsızlık, bulantı, nefes darlığı olarak tespit edilmiştir (60). Green ve arkadaşlarının 2017 yılında

palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların acil servislere başvuru sebeplerini araştırdığı çalışmada en sık sebep çalışmamızla benzer şekilde nefes darlığı olarak tespit edilmiştir (61). Sıralamaları değişmekle beraber diğer çalışmalarda da palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların en sık başvuru sebepleri ağrı, halsizlik – yorgunluk, nefes darlığı, GİS semptomları ve düşme olarak tespit edilmiştir (57, 59, 62). Litaretürden farklı olarak çalışmamızda en sık görülen başvuru şikayeti nefes darlığı olarak tespit edilmiştir. Bu duruma çalışmanın yapıldığı dönemde ülkemizdeki Covid-19 pandemisinin sıklığındaki artış ve sık görülen viral solunum yolu enfeksiyonları sebep olmuş olabilir. Çalışmamızda incelenen 508 hastanın 81'ine Covid-19 tanısı koyulması dikkat çekicidir.

Çalışmamızda palyatif bakım ihtiyacı ile vital bulgular arasındaki ilişkide düşük kan basıncı ve solunum sayısındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Literatürde bu konuda yapılmış çok az çalışmakla olmakla birlikte Chen ve arkadaşlarının palyatif bakım merkezinde hizmet alan hastalarda ölümün zamanını tahmin etme üzerine yaptıkları çalışmalarında 120 atım/dk kalp hızı ve hipoksi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Palyatif bakım merkezinde yatmakta olan hastaların ölümden önceki son günlerdeki vital bulgularının incelendiği araştırmalarında Bruera ve arkadaşları da düşük kan basıncı ve düşük oksijen değerlerinin yaklaşımakta olan ölümün erken tespit edilebilir belirtileri olarak tanımlamıştır (63). Çalışmamızda düşük kan basıncı ve yüksek solunum sayısının palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda anlamlı olmasının sebebi hayatı sınırlayan hastalığı olan hastaların immobilizasyon, tıbbi enstrümantasyonlar, ve

immunsupresyon gibi sebeplerle septik tabloya eğilimlerinin fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Hastanemizde palyatif bakım hizmeti veren bir yataklı servis ve yoğun bakım bulunmamaktadır. Palyatif bakım konsültasyonu da ilgili uzmanlık dalı ve yan dal olmaması sebebiyle yapılamamaktadır. Acil servise başvuran palyatif bakım ihtiyacı olan hastalar acil servisten sağlık hizmeti olarak taburcu edilmekte, ilgili branşların servislerine ve yoğun bakımlara yatırılmaktadır. Çalışmamızda palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların olmayan hastalara göre daha fazla yataklı servis ihtiyacı olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca palyatif bakım ihtiyacı olmayan grubun taburculuk oranları palyatif bakım ihtiyacı olan gruba göre daha yüksek tespit edilmiş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Reuter ve arkadaşlarının palyatif bakım ihtiyacını tespit etmek için 5-SPEED testi kullandıkları çalışmalarında çalışmamıza benzer şekilde palyatif bakım ihtiyacı olmayan hastaların olan hastalara göre daha yüksek oranda taburcu oldukları tespit edilmiştir (64). El Mazjoub ve arkadaşlarının yaptığı 15.136 hastanın dahil olduğu çalışmada acil servisten palyatif bakım konsültasyonu başlatılan hastaların poliklinikten gelen hastalara göre daha fazla yoğun bakım ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir (65). Kritik hasta bakımının yapıldığı yoğun bakım ve acil servislerde kaynakların akılcı kullanımı önemlidir. Tıp ve teknolojiye ilerlemeler, palyatif bakım ihtiyacı olan hasta sayılarındaki artışı beraberinde getirmektedir. Palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların yoğun bakımda kalış süreleri ve kaynak kullanımı standart bakıma göre daha fazladır (55). Maliyet etkin sağlık hizmeti verebilmek için palyatif bakım ihtiyacı olan

hastalara yönelik; ayaktan, yataklı servis ve yoğun bakım imkanı sunan palyatif bakım merkezlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Böylece hem kritik bakım ihtiyacı olan hastalara uygun hizmet verilebilecek hem de palyatif bakım ihtiyacı olan hastalar daha az agresif yaşam sonu bakıma maruz kalacaktır.

Hastaların palyatif bakım ihtiyacı ile Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksi skoru incelendiğinde palyatif bakım ihtiyacı olan grubun Barthel skoru palyatif bakım ihtiyacı olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düşük tespit edilmiştir. Literatürde palyatif bakım ihtiyacının tespit edilmesi amacıyla geliştirilmiş birçok yöntem ve aktivite skorlaması mevcuttur. Hemen tüm skorlama sistemlerinde hastanın kişisel bakımını ve gündelik işlerini yapabilmesi sorgulanan parametrelerin başında gelmektedir. Masel ve Kahveci Karnofsky Performans skalasını, Reuter ve arkadaşları 5-SPEED skorlamasını, Jiaoli Palyatif Performans Skalasını, Carlos ise ECOG performans skalasını kullanmışlardır(66-69). Çalışmamızda da literatüre paralel olarak günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ve bakıma muhtaç hastaların palyatif bakıma daha fazla ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir.

Hastaların acil servis başvurusu sonucu aldığı son tanılar incelendiğinde hastaların yaklaşık %16'sına Covid-19 tanısı koyulduğu tespit edilmiştir. Covid-19 tanısı koyulan hastalarla diğer hastaların palyatif bakım ihtiyacı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Murthy ve arkadaşları yoğun bakım ihtiyacı olan 155 Covid-19 tanılı hasta üzerinde yaptıkları çalışmalarında pandemi süresince karşılanmamış bir palyatif bakım ihtiyacının olduğunu tespit etmişlerdir(56). Çalışmamızda da palyatif bakım ihtiyacı olup Covid-19 tanısı

almış 36 hasta etkin palyatif bakım hizmeti alamamıştır. Bu bulaşıcı pandemi sürecinde yoğun bakımda kalan hastalara, bulaş riskini azaltmak adına, ziyaretçi kabul edilmemektedir. Bu durum hem hastalar hem de hasta yakınları için endişe vericidir. Palyatif bakımın önemi, hasta ve hasta yakınlarının psikolojik ve duygusal desteğe ihtiyacının arttığı pandemi sürecinde bir kat daha artmıştır. Covid-19 tanılı hastalara palyatif bakım hizmeti sunmak adına çalışmaların yapılması bir ihtiyaç haline gelmiştir. Blinderman da yaptığı çalışmasında bu ihtiyaca ePalyatif Bakım uygulaması ile sesli ve görüntülü hasta, palyatif bakım uzmanı ve hasta yakını toplantıları sayesinde cevap verilebileceğini belirtmiştir (70).

Çalışmamız sonucunda acil servise başvuran tüm hastalar içinde palyatif bakım prevalansı %3.9 olarak tespit edilmiştir. Köstenberger ve arkadaşlarının acil serviste 1096 hasta üzerinden yaptıkları acil servise başvuran hastalarda palyatif bakım prevalansının araştırıldığı çalışmalarında bu oran %13.2 olarak tespit edilmiştir (71). Aradaki farkın; Köstenberger'in çalışmasına kronik böbrek yetmezliği, sepsis şok ve ileri yaşlarda kalça kırığı, AIDS gibi hastalıkları da dahil etmesinden kaynaklandığı düşünülebilir. Halen dünyada objektif kriterler ile palyatif bakım ihtiyacını belirleyen bir sistem yoktur. Köstenberger'in çalışmasında kullandığı tanı aracında da bizim çalışmamızda da klinisyenin kararı ön plana çıkmaktadır. Bu da aradaki farka sebep olacak etmenlerden biri olarak düşünülebilir. Her iki çalışma da acil servisin palyatif bakımın başlatılması için ideal bir kaynak olabileceğini ve etkin palyatif bakım hizmeti sağlanabilirse acil başvuru sayılarının düşürülebileceğini göstermesi bakımından önem arz

etmektedir. Palyatif bakım hizmetinin başlatılması için acil servisler önemli bir kaynak olabilir.

5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızda palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların tespiti klinisyenlerin ortak kararıyla belirlenmiştir. Palyatif bakım ihtiyacını objektif olarak tespit edebilen bir tanı aracı olmadığı, üretilen tanı araçlarında da değerlendiren hekime göre değişebilecek sübjektif bölümler bulunduğu için çalışmamızda palyatif bakım ihtiyacının tespiti ‘palyatif bakım ekibi’ tarafından yapılmıştır. Bu durum çalışmamızın kısıtlamalarından biriydi.

Çalışmamız yılda yaklaşık 40.000 acil servis başvurusunun yapıldığı tek bir merkezde yapılmıştır. Hastalar iki aylık süre zarfında toplandı. Coğrafi konumu ve hasta popülasyonu farklı başka merkezlerin de katıldığı ve yılın tamamını içerecek şekilde uzun süreli yapılacak daha geniş çalışmalar farklı sonuçlar verebilir.

Çalışmamızın hem kısıtlılıklarından hem de güçlü yönlerinden biri de Covid-19 pandemisinin yoğun yaşandığı bir dönemde yapılmış olmasıydı. Salgın döneminde hastaların geliş şikayetleri, yataklı servislere ve yoğun bakımlara yatış oranları değişmiş olabilir.

6. SONUÇ

Bu çalışmayla acil servise başvuran hastalarda palyatif semptomları olan, palyatif bakım hizmetinden yarar görebilecek hasta popülasyonunun prevalansı hesaplanmıştır. Aynı zamanda bu özellikli hasta grubunun demografik özellikleri, başvuru şikayetleri, vital bulguları ve ek hastalıkları tanımlanmıştır.

Çalışmamızda yaş, takipne, hipotansiyon, Barthel skoru, hayatı sınırlayan hastalıkların palyatif bakım ihtiyacı ile ilişkisi olduğu; cinsiyet, oksijen satürasyonu, komorbid hastalıklar gibi durumların ise palyatif bakım ihtiyacı üzerinde etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

Barthel skorunun palyatif bakım ihtiyacı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğunu tespit ettik. Halen palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların tespitinin yapıldığı tamamen objektif bir tanı aracının olmadığı düşünülürse Barthel skoru palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların tespitinde kullanılabilecek kolay uygulanan efektif bir yöntem olabilir. Çalışmamız bu konuda yapılacak araştırmalara öncülük etmesi açısından anlamlıdır.

Sonuç olarak çalışmamızda acil servise tüm başvuruların %3.9'unda palyatif semptomlar ve palyatif bakım ihtiyacı tespit edilmiştir. Bu azımsanmayacak düzeydeki hastaların palyatif bakım hizmetine ulaşabilmesi birçok yönden önem arz etmektedir. Bu hasta grubunun hastaneye yatış oranları çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edilmiştir. Palyatif bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, tüm sağlık sistemine entegre edilmesi ve bu alanda uzman sağlık çalışanlarının yetiştirilmesiyle hem yataklı servis ve yoğun bakım kaynakları maliyet etkin kullanılabilecek hem palyatif bakım ihtiyacı olan

hastalar yaşamın sonunda agresif resüsitasyondan korunabilecek hem de acil servislerde yaşanan hasta kalabalığının önüne geçilebilecektir.

Bu konuda yapılacak daha kapsamlı, çok merkezli ve uzun süreli çalışmalara ihtiyaç vardır. Hastanemiz ve ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için somut adımlar atılmalı, giderek artan palyatif bakım ihtiyacına cevap verebilmek adına ayaktan ve yataklı servislerle hizmet veren palyatif merkezler açılmalı, bu merkezlerde çalışabilecek, alanında profesyonel sağlık çalışanları yetiştirilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Quest TE, Marco CA, Derse AR. Hospice and palliative medicine: new subspecialty, new opportunities. *Annals of emergency medicine*. 2009;54(1):94-102.
2. Di Leo S, Alquati S, Autelitano C, Costantini M, Martucci G, De Vincenzo F, 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.
3. Somogyi-Zalud E, Zhong Z, Lynn J, Hamel MB. Elderly persons' last six months of life: findings from the Hospitalized Elderly Longitudinal Project. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000;48(S1):S131-S9.
4. Walker DK, Edwards RL, Bagcivan G, Bakitas MA. Cancer and palliative care in the United States, Turkey, and Malawi: Developing global collaborations. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2017;4(3):209.
5. Tintinalli J. Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide: McGraw-Hill Education; 2016.
6. Morrison RS, Meier DE. Palliative care. *New England Journal of Medicine*. 2004;350(25):2582-90.
7. KIVANÇ MM. Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2017;4(2):132-5.
8. Kabalak A, Öztürk H, Erdem AT, Akın S. SB Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2012;2(2):122-6.

9. Alliance WHOWPC. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life 2014.
10. Mert H, Barutcu CD. Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012;11(2).
11. Bruera E, Billings J, Lupu D, Ritchie C. Academic Palliative Medicine Task Force of the American Academy of Hospice and Palliative Medicine. AAHPM position paper: requirements for the successful development of academic palliative care programs. J Pain Symptom Manage. 2010;39(4):743-55.
12. Organization WH. Who definition of palliative care 2009 [Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>].
13. Twycross RG. Hospice care—redressing the balance in medicine. Journal of the Royal Society of Medicine. 1980;73(7):475-81.
14. Brennan F. Palliative care as an international human right. Journal of pain and symptom management. 2007;33(5):494-9.
15. Sabatowski R, Radbruch L, Nauck F, Roß J, Zernikow B. Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2006/2007. Hospiz, Wuppertal. 2006.
16. Jackson A, Eve A. Directory 99-hospice and palliative care services in the United Kingdom and Republic of Ireland. Hospice Information Service at St Christophers London. 1999:21-6.
17. BAG B. Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi. 2012;27(3).

18. ASLAN Y. Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış. Anadolu Güncel Tıp Dergisi. 2020;2(1):19-27.
19. Bruera E, Sweeney C. Palliative care models: international perspective. Journal of Palliative Medicine. 2002;5(2):319-27.
20. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee J. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. Romania. 2019;122:0-6.
21. Morita T, Kizawa Y. Palliative care in Japan: a review focusing on care delivery system. Current Opinion in Supportive and Palliative Care. 2013;7(2):207-15.
22. Fraser BA, Powell RA, Mwangi-Powell FN, Namisango E, Hannon B, Zimmermann C, et al. Palliative care development in Africa: lessons from Uganda and Kenya. Journal of Global Oncology. 2017;4:1-10.
23. Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. New England Journal of Medicine. 2015;373(8):747-55.
24. Kaya A. Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım. Acıbadem Hemşirelik Dergisi (Online). 2015;82.
25. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. Journal of pain and symptom management. 2013;45(6):1094-106.
26. Şahin S, Ertoğral O, Yarıcı MA. Türkiye’de Yaş Gruplarına Göre Nüfusun İller Açısından Değişiminin (2007-2017) Coğrafi Bilgi Sistemleri ile Analizi. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD).4(2):292-304.
27. Bakanlığı S. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi. Erişim: <http://shgm.saglik.gov.tr/TR.10004>.

28. Akçiçek F, Akbulut G, Fadıloğlu Ç. Palyatif bakım evde ve hastanede çalıştay raporu. Ege Geriatri Derneği Yayınları İzmir: Meta Basım. 2013.
29. Kabalak A, Kahveci K, Gokcinar D, Ozdogan N, Cagil H. Structuring of palliative care in Ankara Ulus State Hospital, Turkey: 2012-2013. J Palliat Care Med. 2013;3(5):162.
30. Bakanlığı TCS. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ulusal Kanseri Kontrol Planı 2013-2018.
31. Müdürlüğü TSBSHG. Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge. 07.07.2015.
32. Bakanlığı S. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Palyatif Bakım Hizmetleri 2019.
33. İNAN N. Palyatif bakım organizasyonu nasıl olmalı? Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon-Özel Konular. 2017;10(1):20-4.
34. Network N. NCCN clinical practice guidelines in oncology. Breast Cancer Version. 2016;2.
35. Planlamaları PBSBTv. 2019 [Available from: <http://slideplayer.biz.tr/slide/2613382/>].
36. Lagman R, Walsh D, editors. Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. Seminars in oncology; 2005: Elsevier.
37. Aydoğan F, Uygun K. Kanseri hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim. 2011;24(3):4-9.
38. Emanuel LL, Librach SL. Palliative Care E-Book: Core Skills and Clinical Competencies: Elsevier Health Sciences; 2011.

39. SUCAKLI MH, KOŞAR Y. Palyatif bakım ve yaşam kalitesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2014;8(3):34-9.
40. Uslu FŞ, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2015;4(2):81-90.
41. Care EiPaE-o-L. 2019 [Available from: <https://www.bioethics.northwestern.edu/programs/epec/>].
42. Ramjan JM, Costa CM, Hickman LD, Kearns M, Phillips JL. Integrating palliative care content into a new undergraduate nursing curriculum: The University of Notre Dame, Australia–Sydney experience. Collegian. 2010;17(2):85-91.
43. Ozcelik H, Fadiloglu C, Karabulut B, Uyar M. Palliative care activity in the field of oncology in Turkey. Journal of palliative care. 2010;26(4):305-10.
44. Komurcu S. Current status of palliative care in Turkey. Journal of pediatric hematology/oncology. 2011;33:S78-S80.
45. Grudzen CR, Richardson LD, Morrison M, Cho E, Sean Morrison R. Palliative care needs of seriously ill, older adults presenting to the emergency department. Academic Emergency Medicine. 2010;17(11):1253-7.
46. Lamba S, Mosenthal AC. Hospice and palliative medicine: a novel subspecialty of emergency medicine. The Journal of emergency medicine. 2012;43(5):849-53.
47. Mosenthal AC, Murphy PA. Trauma care and palliative care: time to integrate the two? Journal of the American College of Surgeons. 2003;197(3):509-16.

48. Lamba S, Quest TE. Hospice care and the emergency department: rules, regulations, and referrals. *Annals of emergency medicine*. 2011;57(3):282-90.
49. Smulders E, Van Lankveld W, Laan R, Duysens J, Weerdesteyn V. Does osteoporosis predispose falls? A study on obstacle avoidance and balance confidence. *BMC musculoskeletal disorders*. 2011;12(1):1.
50. Lin JT, Lane JM. Falls in the elderly population. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*. 2005;16(1):109-28.
51. Murcia J, Llorens P, Sánchez-Payá J, Reus S, Boix V, Merino E, et al. Functional status determined by Barthel Index predicts community acquired pneumonia mortality in general population. *Journal of Infection*. 2010;61(6):458-64.
52. Smith AK, Fisher J, Schonberg MA, Pallin DJ, Block SD, Farrow L, et al. Am I doing the right thing? Provider perspectives on improving palliative care in the emergency department. *Annals of emergency medicine*. 2009;54(1):86-93. e1.
53. Kaasa S, Torvik K, Cherny N, Hanks G, de Conno F. Patient demographics and centre description in European palliative care units. *Palliative Medicine*. 2007;21(1):15-22.
54. Khan L, Kwong J, Nguyen J, Chow E, Zhang L, Culleton S, et al. Comparing baseline symptom severity and demographics over two time periods in an outpatient palliative radiotherapy clinic. *Supportive Care in Cancer*. 2012;20(3):549-55.

55. Melville A, Kolt G, Anderson D, Mitropoulos J, Pilcher D. Admission to intensive care for palliative care or potential organ donation: demographics, circumstances, outcomes, and resource use. *Critical care medicine*. 2017;45(10):e1050.
56. Murthy S, Gomersall CD, Fowler RA. Care for critically ill patients with COVID-19. *Jama*. 2020;323(15):1499-500.
57. Riechelmann RP, Krzyzanowska MK, O'Carroll A, Zimmermann C. Symptom and medication profiles among cancer patients attending a palliative care clinic. *Supportive Care in Cancer*. 2007;15(12):1407-12.
58. Rosenwax L, Spilsbury K, Arendts G, McNamara B, Semmens J. Community-based palliative care is associated with reduced emergency department use by people with dementia in their last year of life: a retrospective cohort study. *Palliative medicine*. 2015;29(8):727-36.
59. Tsai J-S, Wu C-H, Chiu T-Y, Hu W-Y, Chen C-Y. Symptom patterns of advanced cancer patients in a palliative care unit. *Palliative Medicine*. 2006;20(6):617-22.
60. Strömberg AS, Sjogren P, Goldschmidt D, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M. Symptom priority and course of symptomatology in specialized palliative care. *Journal of pain and symptom management*. 2006;31(3):199-206.
61. Green E, Ward S, Brierley W, Riley B, Sattar H, Harris T. "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. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*. 2017;34(10):984-90.

62. Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliative medicine*. 2003;17(4):310-4.
63. Bruera S, Chisholm G, Dos Santos R, Crovador C, Bruera E, Hui D. Variations in vital signs in the last days of life in patients with advanced cancer. *Journal of pain and symptom management*. 2014;48(4):510-7.
64. Reuter Q, Marshall A, Zaidi H, Sista P, Powell ES, McCarthy DM, et al. Emergency department-based palliative interventions: A novel approach to palliative care in the emergency department. *Journal of palliative medicine*. 2019;22(6):649-55.
65. El Majzoub I, Qdaisat A, Chaftari PS, Yeung S-CJ, Sawaya RD, Jizzini M, et al. Association of emergency department admission and early inpatient palliative care consultation with hospital mortality in a comprehensive cancer center. *Supportive Care in Cancer*. 2019;27(7):2649-55.
66. Hernández-Quiles C, Bernabeu-Wittel M, Pérez-Belmonte L, Macías-Mir P, Camacho-González D, Massa B, et al. Concordance of Barthel Index, ECOG-PS, and Palliative Performance Scale in the assessment of functional status in patients with advanced medical diseases. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2017;7(3):300-7.
67. Cai J, Guerriere DN, Zhao H, Coyte PC. Correlation of Palliative Performance Scale and survival in patients with cancer receiving home-based palliative care. *Journal of Palliative Care*. 2018;33(2):95-9.

68. Kahveci K, Dinçer M, Doger C, Yarıcı AK. Traumatic brain injury and palliative care: a retrospective analysis of 49 patients receiving palliative care during 2013–2016 in Turkey. *Neural regeneration research*. 2017;12(1):77.
69. Masel EK, Schur S, Nemecek R, Mayrhofer M, Huber P, Adamidis F, et al. Palliative care units in lung cancer in the real-world setting: a single institution's experience and its implications. *Ann Palliat Med*. 2017;6(1):6-13.
70. Blinderman CD, Adelman R, Kumaraiah D, Pan CX, Palathra BC, Kaley K, et al. A Comprehensive Approach to Palliative Care during the Coronavirus Pandemic. *J Palliat Med*. 2020.
71. Köstenberger M, Neuwersch S, Weixler D, Pipam W, Zink M, Likar R. Prevalence of palliative care patients in emergency departments. *Wiener klinische Wochenschrift*. 2019;131(17-18):404-9.

8. ÖZET

Acil Servise Başvuran Hastalarda Palyatif Bakım İhtiyacının İncelenmesi

Giriş ve Amaç: Palyatif bakım, “yaşamı sınırlayan hastalığı” olan bireylerin ve ailelerinin hayat kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan, bütünsel, multidisipliner, fiziksel, ruhsal ve psikososyal bakım olarak tanımlanmaktadır. Yaşlı nüfustaki artış palyatif bakıma duyulan ihtiyacı da artırmıştır. Bu çalışmada acil servise başvuran palyatif bakımdan yarar görebilecek hasta popülasyonunun tespiti ve demografik olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, prospektif gözlemsel planlanmış olup, bir üniversite hastanesi acil servisinde 16.09.2020 – 16.11.2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Hayatı sınırlayan hastalığı olan 508 hasta çalışmaya dahil edildi. Demografik veriler, başvuru şekli, vital bulgular, komorbid hastalıklar, acil serviste sonlanım kaydedildi. Veriler SPSS 23.0 programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda acil servise tüm başvurular içinde palyatif bakım ihtiyacının prevalansı %3.9 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca başvuru anında hipotansiyon ve takipne, Barthel indeksi ve yaş palyatif bakım ihtiyacı ile ilişkili tespit edildi. Acil servisteki sonlanımları karşılaştırıldığında; palyatif bakım ihtiyacı olan grubun yataklı servise yatış oranı istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek tespit edildi.

Sonuç: Acile başvuran tüm hastaların %3.9'unun palyatif bakım ihtiyaı olup, palyatif bakım merkezlerinin sayısının artırılması; hem hastaların etkin sağlık hizmeti almasını hem de acil servis kalabalığının azalmasını sağlayabilir.



9. SUMMARY

Examination of Palliative Care Needs in Patients Applying to Emergency Department

Background: Palliative care is a multidisciplinary, holistic care that aims to improve the quality of lives individuals with 'life limiting disease' and their family and it is defined as physical, mental and psychosocial care. The increase of elderly population has also increase the need for palliative care. In this study, we aimed to determinated the population of the patients who need palliative care and their demographycal status.

Methods: This study has been planned prospectively, observationally and has been made in a emergency department of the university hospital between 16.09.2020 and 16.11.2020. 508 patients with life limiting disease is included the study. Demographic datas, application forms, vital signs, comorbid diseases and emergency department outcomes of the patients was recorded. The data were analized by SPSS 23.0 program.

Results: In our study, palliative care prevalence of need is calculated as 4,2% among all admissions to the emergency department. Also tachypnea, hypotension, age and Bartel index at the application time found associated to need of palliative care. At the compare of the rate of outcomes in emergency department, palliative care group was found statistically significant was detected high at hospitalization.

Conclusions: 4,2% of applications of emergency department need palliative care. Increasing the palliative care units can effect to provide better the care of patients get and decrease the crowd in emergency departments.



10. EKLER

10.1. EK-1 Etik Kurul Onay Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU									
ETİK KURUL İLETİŞİM BİLGİLERİ	ETİK KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi (GÜ) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu							
	AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık (GÜTF) Binası 06500 Beşevler/Ankara							
	TELEFON	0312 202 69 58							
	FAKS	0312 202 46 73							
	E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr							
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil Servise Başvuran Hastalarda Palyatif Bakım İhtiyacının İncelenmesi							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. İsa KILIÇASLAN							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI/UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	Acil Tıp Anabilim Dalı / GÜTF							
	DESTEKLEYİCİ (Varsa)								
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Kan, idrar, doku, radyolojik görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji koleksiyon materyalleriyle veya rutin muayene tetkik tahlil ve tedavi işlemleri sırasında (önceden) elde edilmiş materyallerle yapılacak araştırmalar-Uzmanlık tezi							
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐				
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Ver.No	Dili					
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	11.08.2020	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐					
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	11.08.2020	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐					
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı				Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒							
	BİYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	☐							
	DİĞER	☐							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	600			Toplantı tarihi: 16.09.2020				
	Acil Servise Başvuran Hastalarda Palyatif Bakım İhtiyacının İncelenmesi başlıklı başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemleri ile incelenerek uygun bulunduğu GÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI					İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI					Prof. Dr. D. Berrin GÜNAYDIN				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurum	Cinsiyet	Araştırmayla İlişkisi	Katılım	İmza			
Prof. Dr. D. Berrin GÜNAYDIN BAŞKAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Farmakoloji Bilim Dr.	GÜTF	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐				
Prof. Dr. Gülten TAÇOY BAŞKAN YARD.	Kardiyoloji Anabilim Dalı	GÜTF	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐				
Doç. Dr. Murat UÇAR BİLDİRİMDEN SORUMLU ÜYE	Radyoloji Anabilim Dalı	GÜTF	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐				
Doç. Dr. Gökçe S. ÖZTÜRK FİNCAN BİLDİRİMDEN SORUMLU ÜYE	Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	GÜTF	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐				

Prof. Dr. Nevzat YÜKSEL ÜYE	Psikiyatri Anabilim Dalı	GÜTF	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Yücel</i>
Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Çobanoğlu</i>
Prof. Dr. Mehmet Ali ERGÜN ÜYE	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	GÜTF	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>ERGÜN</i>
Prof. Dr. Ö. Sezai LEVENTOĞLU ÜYE	Genel Cerrahi Anabilim Dalı	GÜTF	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Leventoğlu</i>
Prof. Dr. Nuriye ÖZDEMİR ÜYE	İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Katılmadı</i>
Prof. Dr. Aylin SEPİCİ DİNÇEL ÜYE	Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>As</i>
Prof. Dr. Ebru ARHAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Arhan</i>
Doç. Dr. Elçin Özgür BÜYÜKATALAY ÜYE	Biyofizik Anabilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Katılmadı</i>
Uzm. Dr. Emine AVCI ÜYE	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı Genel Müd.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>—</i>
Araş. Gör. Dr. Fahri Erdem KAŞAK ÜYE	Hukukçu	Hacı Bayram Velî Üniv.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	<i>Katılmadı</i>
İ. Nüket EKŞİ ÜYE	Sivil Temsilci		E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	<i>Katılmadı</i>

10.2. EK-2 Olgu Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ACİL TIP A.B.D ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA PALYATİF BAKIM İHTİYACININ İNCELENMESİ OLGU FORMU					
Demografik Bilgiler Protokol no: Adı-Soyadı: Başvuru tarihi/saati:/..... Yaş: yıl Cinsiyet: Erkek ☐ Kadın: ☐ Başvuru şekli: Ayaktan: ☐ Ambulans: ☐ Alındığı Muayene Odası: Bakım Durumu: ☐ Bakımevi ☐ Evde Bakım ☐ Bakım İhtiyacı Yok					
Vital Bulgular	Ateş:	Nabız:	Tansiyon:	Solunum sayısı:	spO2:
Geliş Şikayeti:					
Komorbid Hastalıklar	1-Bilinen hastalık yok ☐ 2-Malignite ☐ 3-Konjestif Kalp Yetmezliği ☐ 4-Son Dönem Karaciğer Hastalığı ☐ 5-Oksijen Bağımlı Akciğer Hastalığı ☐ 6-Serebrovasküler Hastalık ☐ 7-Demens / Nörodejeneratif Hastalıklar ☐ 8-Diğer		Kullandığı İlaçlar		
Glasgow Koma Skoru (GKS)	Gözler Spontan açık...4 Sözel uyaranlarla açık...3 Ağrılı uyaranlarla açık...2 Yanıt yok...1	Motor Emirlere uyar...6 Ağrıyı lokalize eder...5 Ağrıyla çeker...4 Fleksör yanıt...3 Ekstansör yanıt...2 Yanıt yok...1	Sözel yanıt Oryante...5 Konfüze...4 Anlamsız kelimeler...3 Anlamsız sesler...2 Yanıt yok...1		
Acilde kalış süresi(sa):					
Acil Serviste Sonlanım Taburcu ☐ Servise yatış ☐ YBÜ'ne yatış ☐ Kendi isteği ile tedaviden vazgeçme ☐ Exitus: ☐					

10.3. EK-3 Barthel İndeksi

BARTHEL İNDEKSİ

1. Beslenme (10)

10 puan: Tam bağımsız. Yemek yemek için gerekli aletleri kullanır.
5 puan: Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar. Biftek kesme gibi bazı işlerde.
0 puan: Yapamaz

2. Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersine geçiş (15)

15 puan: Tam bağımsız.
10 puan: Geçiş sırasında minimal yardım alır veya yapacağı işlerin sırası hatırlatılır.
5 puan: Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım gereklidir.
0 puan: Tamamen yatağa bağımlı

3. Kendine bakım (5)

5 Puan: Elini yüzünü yıkıyabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir.
0 puan: Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.

4. Tuvalet Kullanımı(10)

10 Puan: Bağımsız (oturup kalkma, giyinme, tuvalet kağıdını kullanma).
5 Puan: Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir.
0 puan: Bağımlı

5. Yıkama(5)

5 puan: Bağımsızdır
0 puan: Yardıma ihtiyacı vardır

6. Düzgün yüzeyde yürüme(15)

15 puan: Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir. Breys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir. Breys kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir
10 puan: Hasta yukarıdakileri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar. Fakat 45 metreyi yardımla yürür.

6A. Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa) (5)

5 Puan: Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir.
Tekerlekli sandalyeyi en az 45 metre kullanabilmelidir. Eğer hasta yürüme bölümünden puan alırsa, ayrıca bu bölümden puan verilmez.
0 puan: Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz

7. Merdiven inip çıkma(10)

10 puan: Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (trabzan, baston, koltuk değneği...)
5 puan: Hasta yukarıdaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.
0 puan: Yapamaz

8. Giyinip soyunma(10)

10 puan: Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir, bağlayabilir. Korse veya breys takıp çıkarma bu maddeye dâhil değildir. Hastaya kolaylık sağlayacak elbiseler giydirilmelidir.
5 puan: Hasta bu işler için yardıma gereksinim duyar. İşin en az yarısını kendisi yapabilmeli ve işlem uygun sürede tamamlanmalıdır. Sutyen takıp çıkarma puanlamaya dâhil edilmez
0 puan: Tam bağımlıdır

9. Barsak bakımı (10)

10 puan: Kontinan (Suppozituar kullanılabilir veya gerekirse lavman yapılabilir. Örneğin, spinal kord yaralanmaları)
5 puan: Hasta suppozituar koymak veya lavman yapmak için yardıma ihtiyaç duyar.
0 puan: İnkontinan

10. Mesane bakımı(10)

10 puan: Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Spinal kord yaralanması olan kateterli hastalar, kateter bakımını bağımsız olarak yapabilmeli, takıp çıkarabilmelidir.
5 puan: Bazen tuvalete yetişemez veya sürgüyü bekleyemez; altına kaçarır.
0 puan: İnkontinan veya kateterli ve kontrol edemez
20-29 puan: Tam bağımlı 91-99 puan: Hafif derecede bağımlı
21-61 puan: İleri derecede bağımlı 100 puan: Tam bağımsız
62-90 puan: Orta derecede

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Rıdvan

Soyadı: ALGAN

Doğum Yeri ve Tarihi: Ankara – 13.11.1991

Eğitimi:

2016-2020 Gazi Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

2009-2015 Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çorum

2005-2009 Gazi Anadolu Lisesi, Ankara

1997-2005 Tevfik İleri İlköğretim Okulu, Ankara

Yabancı Dil: İngilizce

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: Türkiye Acil Tıp Derneği