


Palyatif Bakım Servisinde İstenen Konsültasyonlar ile Sağlanan Multidisipliner Yaklaşımların Değerlendirilmesi

Evaluation of the Multidisciplinary Approaches Provided with Consultations in Palliative Care Service

Zeynep İrmak Kaya 

Eskişehir Şehir Hastanesi, Palyatif Bakım Kliniği, Eskişehir, Türkiye

ÖZET

Amaç: Yaşlanan nüfus ile kronik hastalıklar artmakta ve palyatif bakım servislerine komorbiditesi yüksek pek çok hasta yatırılmaktadır. Konsültasyonlar sayesinde çeşitli branşlardan alınan görüşler multidisipliner yaklaşımı kolaylaştırmaktadır. Çalışmada palyatif bakım servisinde yatan hastalara istenen konsültasyonlar ile sağlanan multidisipliner yaklaşımlar değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntemler: Eskişehir Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde Ocak – Nisan 2021 tarihleri arasında tedavi gören hastalar geriye yönelik olarak incelenmiştir.

Bulgular: Çalışma kapsamındaki 70 hastanın %48,6 'sı (n=34) kadın cinsiyet olup, yaş ortalaması 73,4 (27-97) saptandı. Hastaların %30'unun malignitesi mevcuttu. Çalışmadaki hastalardan %25,7 'si evden direkt başvuru (n=18), %18,6'si farklı servislerden (n=13) ve %55,7'si yoğun bakımlardan nakil (n=39) olarak gelmiş olup, hastaların %72,9'u taburcu olurken (n=51), %25,7'i eksitus (n=18) ve %1,43'ü yoğun bakıma devir (n=1) olmuştur. Çalışmadaki hastaların %72,9'una (n=51) konsültasyon talebi yapılmış, en sık konsültasyonun enfeksiyon hastalıkları ile fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümlerine yapıldığı, iç hastalıkları ve yan dalları ile algoloji bölümüne konsültasyon sayılarının az olduğu belirlenmiştir. Hastaların %27,1'ine (n= 19) konsültasyon istenmediği saptanmıştır.

Sonuç: Palyatif bakım servisinde kanser hastalarından demansa kadar geniş yelpazede hasta grubu hospitalize edilmektedir. Çalışmada en sık konsültasyon talep edilen branşın enfeksiyon hastalıkları olduğu tespit edilmiştir. Bunun sebebi, hastanede yatış süresinin artması ile hastane enfeksiyonlarına yakalanma riskinin artışı ve başlanan antibiyotiklerin kesilme ya da değişikliği için konsültasyon talepleridir. İç hastalıkları ve yan dal branşları ile algoloji konsültasyonlarının az olmasının sebebi, iç hastalıkları ve anestezi branş uzmanlarının birlikte, geniş bakış açısı ile hasta takibini yapıyor olması olarak değerlendirilmiştir. Eve taburcu olan hasta oranının yüksek çıkması ve evde takip edilebilir hale gelmesi palyatif bakımında multidisipliner yaklaşımın sonucu olabilir. Palyatif bakım servisinde disiplinler arası iletişim kurulması, gerektiğinde ilgili branşlardan istenen görüşler ve öneriler sürecin profesyonel ve sağlıklı yönetilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: palyatif bakım, konsültasyon, multidisipliner çalışma, destek tedavi

ABSTRACT


Aim: With the aging population, chronic diseases are increasing, and many patients with high comorbidities are admitted to palliative care services. Consultations and opinions from various branches facilitate the multidisciplinary approach. In this study, the multidisciplinary approaches provided by the consultations requested to the patients hospitalized in the palliative care service were evaluated.

Material and Methods: Patients treated in Eskişehir City Hospital Palliative Care Service between January and April 2021 were analyzed retrospectively.

Results: In the study, 70 patients included, 48.6% (n=34) were female, and the mean age was 73.4 (27-97). 30% of the patients had malignancies. 25.7% applied directly from home (n=18), 18.6% came from different services (n=13) and 55.7% came from intensive care units (n=39). 72.9% were discharged (n=51), 25.7% were exitus (n=18) and 1.43% were transferred to intensive care (n=1). It was found that 72.9% (n=51) of the participants were requested consultation. It has been determined that the most frequent consultations belonged to the infectious diseases department and physical therapy and rehabilitation department. In contrast, the number of internal medicine and its subspecialties branches and algology consultations was low. It was found that consultation was not requested from 27.1% (n=19) of the patients.

Conclusions: Many patient groups, from cancer patients to dementia, are hospitalized in the palliative care service. As the comorbid disease of the patient increases, the number of consultations increases. In our study, it was determined that the most frequently consulted branch was infectious diseases. It was thought that the low number of consultations of algology and internal diseases and sub-branches in the study was related to the fact that the relevant branches are following the patient with a broad perspective in the palliative service. The study evaluated the lack of algology consultation with internal diseases and subspecialties because internal diseases and anesthesia specialists were observing the patient with a broad perspective. The high rate of patients discharged to home, and the fact that they can be followed at home may result from the multidisciplinary approach in palliative care. The establishment of interdisciplinary communication, opinions, and suggestions requested from related branches in palliative care will contribute to the professional and healthy management of the process.

Keywords: palliative care, consultation, multidisciplinary study, supportive treatment

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Zeynep İrmak Kaya 

E-posta / E-mail: dr.zeynepirmak@gmail.com

Adres / Address: Eskişehir Şehir Hastanesi, Palyatif Bakım Servisi, 71 Evler, Çevre Yolu, 26080 Odunpazarı/Eskişehir, Türkiye

Telefon / Phone: +90 222 611 40 00 - 45008

Geliş Tarihi / Received: 08.08.2022 **Kabul Tarihi / Accepted:** 26.08.2022



GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Palyatif Bakımı “ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve manevi sorunları, erken teşhis ederek, yeterli değerlendirme ve tedavi etme yoluyla, hayatı tehdit eden hastalıklarla ilgili semptomları önleyerek ve rahatlatarak hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini iyileştirme yaklaşımı” olarak tanımlamıştır (1). Palyatif bakım; günümüzde hızlı bir gelişme göstererek komorbid hastalıkları fazla olan geriatrik nüfusa ve bazen de travma ve kanser gibi hastalıkların neticesinde artan gereksinime cevap vermek üzere yaygın bir şekilde hizmet vermektedir. Kanserden nörolojik hastalıklara, kalp yetmezliğinden terminal dönem solunum yetmezlikli hastalara kadar geniş yelpazede hasta grubunun destek tedavisinin sağlandığı merkezlerdir. Palyatif servislere evde bakım hizmetleri, yoğun bakımlar, iç hastalıkları, nöroloji, onkoloji klinikleri gibi pek çok yerden hasta kabulü yapılmaktadır.

Konsültasyon, bir hastanın takip ve tedavisi konusunda ilgili hekim veya hekimlerin görüşlerini alma ve bu görüş veya öneriler ile olgunun izlemine ve tedavisine yön verme anlamına gelir. Tıp ve teknoloji alanındaki bilimsel gelişmeler, alandaki bilgi birikimini gün geçtikçe artırmaktadır. Bu artış neticesinde branşlaşma ve uzmanlaşma da kaçınılmaz olarak ortaya çıkmıştır. Belirli bir alanda uzmanlaşma hem görevde etkililiği hem de verimliliği yükseltmektedir. Uzmanlaşmanın getirdiği bir diğer sonuç ise birden fazla hastalığı olan hastalarda teşhis ve tedavide farklı uzmanlık alanlarında hekimlerin bilgisine gereksinim yaratması ve tedavinin bir ekip çalışmasına dönüşmesidir. En az iki hekim arasında hastayı değerlendirme, bilgi alışverişi olarak ifade edilen konsültasyon kavramı sağlık alanında önemli bir unsur olarak öne çıkar. Kaçmaz ve arkadaşları konsültasyonu; hekim, hastası hakkında topladığı bilgi ve verileri, diğer bir uzman hekime ileterek hastanın durumunu tartışmak ve böylelikle hastalığın tanısı ve tedavi planı geliştirmek şeklinde tanımlamıştır.

Konsültasyon uygulaması ile farklı branşlarda hekimler hastaların teşhis ve tedavilerine katkı sunarak tedavi kalitesini ve güvenilirliğini yükseltirler. Konsültasyon süreci, bilginin koordinasyonu ve bilgisel işbirliği ile bir sonuca ulaşma sürecidir (2). Chan ise konsültasyonu kısa sürede yoğun bilgi akışı olması ve hastanın teşhis ve tedavisinde sorumluluğun paylaşılması olarak yorumlamıştır (3). Komorbiditesi yüksek olan hasta grubunun takip edildiği, hatta kanser gibi ölümcül hastalığı bulunan hastalarda belki de hayatlarının son günlerini geçirdiği palyatif bakım servislerinde hastaların pek çok bulgu ve hastalıkları ile gelişen yeni semptomları olmaktadır. Bu amaçla konsültasyon istenmesi hastanın sorunlarına çözüm bulmak ve tedavisindeki sorumluluğu paylaşmak adına oldukça önemlidir.

Çalışmada, hastanemizde palyatif bakım servisinde yatan hastalara istenen konsültasyonlar ile sağlanan multidisipliner yaklaşımlar değerlendirilerek disiplinler arası işbirliğinin önemine vurgu yapılmak istenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmaya Eskişehir Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde 1 Ocak– 31 Nisan 2021 tarihleri arasında tedavi alan, iç hastalıkları uzmanı tarafından primer takibi yapılmış hastalar dahil edildi. Mükerrer yatışlarda ilk yatışlar esas alınarak, 18 yaş üzerinde takibi yapılmış hastalar çalışma kapsamına alındı. Yaş, cinsiyet gibi demografik verilere ek olarak, kliniğe kabul edildiği yer, palyatif servise yatış nedenleri, servisten ayrılma şekilleri, hastalara istenen konsültasyonlar ve sayıları, yatış süreleri, ek tanıları kayıt edildi. Hasta dosyalarına kaydedilen bilgilerden; COVID sonrası sendrom, yaygın enfeksiyon bulgusu, beslenme zorluğu, solunum yetmezliği, ağrı ve genel durum bozukluğu şeklindeki endikasyonlar palyatif bakım

servisine primer yatış endikasyonu olarak kayıt edildi.

Ekim 2018 tarihinde faaliyetine başlayan Eskişehir Şehir Hastanesinin içerisinde bulunan Palyatif Bakım Servisi 36 yatak kapasiteli olup tam kapasite hizmet veren bir klinikdir. Bir iç hastalıkları uzmanı ve bir anestezi uzmanı tarafından hastaların takip ve tedavisi yürütülmekte olup, ekibin içinde psikolog, 30 hemşire, 2 klinik destek personeli sabit olarak bulunmakta, ayrıca gerektiğinde manevi destek ekibi ve sosyal hizmet uzmanından destek alınmaktadır. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) uzmanları tarafından değerlendirilen hastalara günlük olarak fizyoterapist tarafından mobilizasyon ve solunum fizyoterapisi sağlanmaktadır. Nörolojik hastalıkları olan ya da komorbiditesi yüksek, ileri derecede bakım gereksinimi olan hastalar ile beslenme sorunu yaşayan hastaların kabulünün yapıldığı, gastrostomili ya da trakeostomili hastaların bakım ve eğitimi, ev tipi ventilatörlü hasta takibi, terminal dönem kanserli hastaların beslenme ve ağrı palyasyonları sağlanmaktadır. Yoğun bakımlardan devir alınan hastaların eve taburculuk öncesinde de gerekli takip, tedavi ve eğitimleri sağlanmaktadır. Sadece hasta değil hasta yakınlarının da ihtiyaçları göz önüne alınarak psikolojik destek sağlanmaktadır. Palyatif bakım servisine çeşitli

kliniklerden, yoğun bakımlardan ve evde sağlık hizmeti ile diğer kuruluşlardaki hekimler tarafından yönlendirilen hastalar değerlendirilerek yatışları sağlanmaktadır. Hastaların yatışları anında vizüel analog skala ile ağrı, Nütrisyonel Risk Tarama-2002 (NRS2002) ile yapılan nütrisyon değerlendirmesi, takip ve tedavi sürecinde deliryum, dekübit ülseri, günlük beslenme takibi ve Karnofsky Performans durum analizi rutin olarak yapılmaktadır.

Etik Kurul

Çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul 09.11.2021 tarihli 410 numaralı kararı ile onaylanmış olup, Helsinki Bildirgesi ilkelerine ve ilgili tüm mevzuata uygun olarak gerçekleştirildi.

İstatistiksel Analiz

Tüm veriler SPSS 21 programı kullanılarak analiz edildi. Devamlı değişkenler normal dağılıyorsa ortalama \pm standart sapma (SS), normal dağılmıyorsa ortanca değer olarak verildi. Kategorik değişkenler yüzde oran olarak ifade edildi. İstatistiki anlamlılık düzeyi, $p < 0,05$ kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 70 hastanın %48,6'sı (n=34) kadın, %51,4'ü (n=36) erkek cinsiyet

Tablo I. Hastaların palyatif servise alındığı birimler ve servisten ayrılma şekilleri

	Hasta	Hasta
Palyatif Bakım Servisine Kabul Edildiği Yer		
Ev	18	%25,7
Yoğun Bakım	39	%55,7
Diğer Servisler	13	%18,6
Palyatif Servisten Ayrılma Şekli		
Eve Taburcu	51	%72,9
Eksitus	18	%25,7
Yoğun Bakıma Devir	1	%1,4

Tablo II. Hastaların yatış nedenleri ve ortalama yatış süreleri

Yatış Nedenleri	Hasta Sayısı (%)	Ortalama Yatış Süresi
COVID Sonrası Sendrom	5 (%7,6)	14,6±4,8
Yaygın Enfeksiyon Bulgusu	17 (%24,6)	14,5 ±10,5
Beslenme Zorluğu	17 (%24,6)	11,1±7
Solunum Yetmezliği	9 (%12,9)	16,1±12,9
Ağrı	13 (%18,7)	14,5±10,1
Genel Durum Bozukluğu	8 (%11,6)	14,8±11,8
Toplam	70 (%100)	14,5±10,8

Tablo III. Malignite tanısı olan ve olmayan hastaların ortalama yatış süreleri

	Hasta sayısı (%)	Ortalama Yatış Süresi (gün)
Malignitesi olan	49 (%30)	14,7±10,9
Malignitesi olmayan	21 (%70)	14,1±10,9

*p=0,52

olup, ortanca yaş 73 (27-97) idi. Hastaların %25,7'si evden başvuru (n=18), %18,6'sı farklı servisler (n=13) ve %55,7'si yoğun bakımlardan nakil (n=39) olduğu belirlendi. Hastaların %72,9'u (n=51) taburcu olurken, %25,7'i eksitus (n=18) ve %1,43'ü yoğun bakıma devir (n=1) olmuştur (Tablo I).

Hastaların minimum yatış günü 1, maksimum yatış süresi 56 gün olup, ortalama yatış süresi 14,5 ± 10,8 gün olarak hesaplandı. Hastaların palyatif servise kabul edilme nedenleri, sayıları ve ortalama yatış süreleri Tablo II'de verilmiştir. Yalnızca primer yatış nedeni beslenme zorluğu olan hastaların yatış süresi daha kısa saptanmış olup, istatistiki açıdan anlamlı değildi (p>0,05).

Hastaların %30'u malignitesi mevcut iken, %70'inin kanser tanısı yoktu. Malignitesi olan ve olmayan hasta gruplarında yatış süreleri açısından istatistiki bir fark saptanmamıştır (Tablo III).

Çalışmadaki hastaların %72,9'una (n:51) konsültasyon talebi yapılırken, %27,1'ine (n: 19) konsültasyon istenmediği saptanmıştır. Evden gelen hasta sayısı 18 (%25,7), yoğun bakımdan gelenlerin sayısı 39 (%55,7) ve başka servisten palyatif bakıma nakil olanların sayısı 13 (%18,6) olarak saptanmıştır. Konsültasyon istenen hastaların %58,8'i (n:30) yoğun bakımdan palyatif servise alınan hastalar olarak hesaplanmış olup, yoğun bakımdan alınan toplam 39 hastanın 30'una konsültasyon istendiği belirlenmiştir. Konsültasyonu yapılan bu hastaların %41'ine (n:16) enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istenmiş olup, enfeksiyon hastalıklarına istenen konsültasyonlar değerlendirildiğinde istenen 23 konsültasyonun %69'unun (n:16) yoğun bakımdan devir alınan hastalara ait olduğu görülmüştür.

İstenen konsültasyonlar değerlendirildiğinde en yüksek konsültasyon oranı %32,9 (n:23) oranıyla enfeksiyon hastalıkları, ardından fizik

Tablo IV. Hastalara istenen konsültasyonlar ve sayıları

İstenen Konsültasyonlar	Hasta sayısı	%
FTR	22	%31,4
Enfeksiyon Hastalıkları	23	%32,9
Gastroenteroloji	9	%12,9
Nöroloji	9	%12,9
Psikiyatri	4	% 5,7
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	3	%4,3
Göğüs Hastalıkları	12	%17,1
Nefroloji	2	%2,9
Kardiyoloji	7	%10
Algoloji	1	%1,4
Jinekolojik Onkoloji	1	%1,4
NRŞ	2	%2,9
Rekonsültasyon	20	%28,6

FTR: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, NRŞ: Nöroşirurji

tedavi ve rehabilitasyon (FTR) % 31,4 (n:22) yer almaktadır. FTR'ye istenen konsültasyonlar fizyoterapi amaçlı olup, sadece 1 hastada ağrı etiyojisi araştırılırken spondilodiskit saptanmış, bu amaçla konsültasyon istenmiştir. Gastroenterolojiye istenen konsültasyon sayısı 9 (%12,9) olup, bu hastalardan 8 tanesi beslenme güçlüğü ile istenmiş ve bu hastalara gastrotomi açılmıştır. Nörolojiye istenen konsültasyon oranı %12,9 olup nörolojik hasalık geçmişi olan hastaların tedavi düzenlemesi amacıyla konsültasyon istenmiştir. Psikiyatri konsültasyon oranı %5,7 ile 4 hastaya yapılmış olup, standart tedavi yaklaşımına cevap alınamayan deliryum tablosundaki hastalara olmuştur. Plastik ve rekonstrüktif cerrahiye olan konsültasyon sayısı 3 (%4,3) olup, bu olgular ciddi debrütman gerektiren dekübit ülserli vakalardır. Tablo IV'te hastalara istenen konsültasyon sayıları yer almaktadır.

Enfeksiyon hastalıklarına konsültasyon istenen 23 kişinin ortalama yatış süresi 21,1 gün, enfeksiyon hastalıklarına konsültasyon

istenmeyen 47 kişinin ortalama yatış süresi 11,7 olarak hesaplanmış olup, istatistiki açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Hastaların 6'sında (%8,6) evre 3-4 dekübit mevcuttu. 5 hasta yatışı sırasında gastrotomi, 3 hasta da trakeostomiye sahipti. Hastaların %38,6'sının (n=27) demans, %28,5 'inin (n=20) hipertansiyon tanısı olduğu saptandı. Kronik hastalık ile istenen konsültasyon oranlarına bakıldığında en çok hipertansiyon (%80) ve demans (%66) tanılı hastalara konsültasyon istendiği saptandı ($p<0,05$).

TARTIŞMA

Çalışmada palyatif bakım servisine en çok hasta kabulünün, yoğun bakımlardan yapılmakta olduğu ve hastaların büyük kısmının eve taburcu olduğu saptandı. Yatış nedenleri ve ortalama yatış süreleri değerlendirildiğinde anlamlı farklılık saptanmadı. En çok konsültasyon istenen branş enfeksiyon hastalıkları ve FTR idi, malignitesi

olan ve olmayan hastaların yatış süresi birbirinden farklı değildi.

Son yıllarda yaşam süresinin uzaması ve teknoloji alanındaki gelişmeler neticesinde artan geriatrik hasta popülasyonuna ek olarak komorbiditesi yüksek terminal hastalar için palyatif bakım merkezlerine gereksinim de giderek artmaktadır. Ülkemizde palyatif bakım merkez sayısı ve klinik deneyim hala kısıtlıdır (4).

Konsültasyon kelimesi Latince “consultati” sözcüğünden köken almaktadır. İki veya daha fazla hekimin fikir alışverişi yapması, hasta hakkında önerileri sunmasıdır (5). Konsültasyon, hasta takibinde olmazsa olmaz bir hasta yönetim gerekliliğidir. Hastanelerde tedavi gören hasta sayılarının artması, uygulanan invaziv girişimlerin çeşitliliği ve eşlik eden hastalıklardaki artış, hastaların yönetiminde disiplinlerarası etkileşimi gerekli kılmaktadır.

Yoğun bakımdan palyatif servise kabul edilen hasta oranı %51,4’ü (n=36) olup, yoğun bakımdan palyatife nakil olan hastalarda enfeksiyon hastalıklarına istenen konsültasyon oranı %41 (n=16) olarak saptanmıştır. Çalışmada enfeksiyon hastalıklarından istenen konsültasyon sayısı 23 olup bu oran toplam konsültasyonlar içinde %32,9 olarak saptanmıştır. Enfeksiyon hastalıklarına istenen konsültasyonlar değerlendirildiğinde istenen 23 konsültasyonun 16’sı, diğer bir ifade ile enfeksiyon hastalıklarına istenen konsültasyonların %69’u yoğun bakımdan devir alınan hastalara istenmiş olduğu görülmüştür. Yoğun bakımda başlanan antibiyotikler ve uzayan yatışlara bağlı gelişen hastane enfeksiyonları istenen konsültasyonların temelini oluşturmaktadır. En uzun yatış süresi 56 gün olup, ortalama yatış süresi 14,5±10,8 olarak saptanmıştır. Enfeksiyon hastalıklarına konsültasyon istenen 23 kişinin ortalama yatış süresi 21,1 gün olup, enfeksiyon hastalıklarına konsültasyon istenmeyen 47 kişinin ortalama yatış süresi

11,7 gün olarak hesaplanmış olup istatistiki olarak anlamlıdır. Enfeksiyon varlığı, hastaların yatış süresini uzatan bir neden olarak değerlendirilebilir. Yapılan çalışmalarda uzun yatışlar ile enfeksiyon hastalıklarına istenen konsültasyonlar arasında ilişki araştırıldığında uzun yatışlarda enfeksiyon hastalıklarına istenen konsültasyon sayısı ve tekrarlayan konsültasyonlar artmış bulunmuştur. Yürüyen ve arkadaşları tarafından 2 yıllık sürede palyatif serviste yatan 319 hastayı inceledikleri çalışmalarında enfeksiyon oranlarını %33 olarak saptamışlardır (4). Bu çalışmada hastaların yatış anında enfeksiyon oranı %24,6 (n:17) saptanmıştır. Hastanelerde yoğun bakım yatak sayıları ve yatış günlerinin artması, özellikle immüsupresyona sebep olan tedavilerin uygulanıyor olması, hastane enfeksiyonlarında artışlara neden olması da enfeksiyon hastalıkları branşının sorumluluk ve iş yükünü arttırmıştır. Uygunsuz antibiyotik kullanımı hem antibiyotik direnç oranlarında artışa hem de uzayan yatışlar ve uygulanan tedaviler ile hastane maliyetinde artışa sebep olmaktadır. Enfeksiyon hastalıkları branşının hasta bakımına dahil olması; morbidite, mortalite ve maliyet açısından oldukça önemlidir. (6,7). Palyatif bakım servislerinde de enfeksiyon hastalıklarının desteği tedavilerin düzenlenmesi ve hasta takiplerinde oldukça önemlidir.

Palyatif bakım servisleri ile yapılan pek çok çalışmada en sık semptomun ağrı olduğu bildirilmektedir. Bunun en çok nedeni terminal dönem kanser hastaları, dekübit ülseri olan immobil hasta grubunun palyatif bakım servislerinde takiplerinin yapıyor olmasıdır. Yapılan çalışmalarda palyatife yatan hastaların %16,1 kanser sebebiyle yatırıldığı saptanmıştır (8). Yine başka bir çalışmada palyatif servise yatan hastaların %43,3 oranında malignite tanısı ile yatırıldığı saptanmıştır (9). Bizim çalışmamızda kanser tanısı ile yatan hastaların oranı %30 idi. Evre 3 ve 4 dekübit ülseri olan hasta sayısı 6 (%8) olarak saptandı. Hastaların ilk yatış nedenlerine bakıldığında ağrı nedeniyle yatış oranı %18,7 (n=13) olarak

hesaplandı. Ağrı; malign hastalıklar olmak üzere birçok kronik ilerleyici hastalığın seyrinde ölmeden önce ortaya çıkan ve hayat kalitesini en çok bozan, hasta ve ailesine en çok sıkıntı veren semptomlardandır. Palyatif bakımın temel amacı ağrıyı önlemektir (10). Yürüyen ve arkadaşlarının çalışmasında palyatif bakım merkezinde yatan hastalarda %11 oranında ağrı semptomunun olduğu, ancak yatış esnasında VAS ile yapılan ağrı değerlendirmesinde bu oranın %18'e yükseldiği saptanmıştır. Yine aynı çalışmada opioid kullanım oranı %40 bulunmuştur (4). 108 kanser hastasının semptomlarının incelendiği bir çalışmada, hastaların palyatif servise kabul esnasında %90 ağrı tarifledikleri, üçüncü ve yedinci günde ağrının hem sıklığında hem de şiddetinde azalma olduğu belirlenmiştir (11). 418 kanser hastasında yatış endikasyonlarının %68'sinin ağrı olduğu ve hastaların %86'sının yatıştan önce analjezik kullandığını saptamışlardır (12). Yine Walsh ve arkadaşları tarafından terminal dönem maligniteli hastalarda yapılan bir çalışmada belirlenen semptom sıklıklarında ağrı %82 ile ilk sırada gelmektedir (13). Çalışmamızda sadece kanser hastaları değil, farklı komorbiditesi olan hastalar çalışma kapsamında olduğu için, yatış endikasyonu olarak ağrı % 18,7 oranında saptanmıştır. Çalışmada pankreas kanseri nedeniyle hospitalize edilen bir hastaya algoloji konsültasyonu istenmiş olup, bu hastanın tedavisinde çölyak ganglion blokaj işlemi uygulanmıştır. Ağrı sebebiyle konsültasyon istenme oranı düşüklüğü hastaların palyatif bakım merkezine kabulünden sonra ağrı skorlamaları ile ağrı durumlarının belirlenip, ağrı palyasyon tedavi modalitelerine erken başlanmış olması olarak yorumlayabiliriz. Kliniğimizde ağrı bir vital bulgu olarak düşünülmemekte, ağrı tedavisi basamak tedavisi olarak başlanmaktadır. Yine kliniğimizde anestezi uzmanı bulunması sebebiyle de gerektiğinde ağrı palyasyonu açısından hastaların tedavileri düzenlenmektedir.

Hastalara en fazla ölüm hissini yaşatan ve

anksiyeteye sebep olan semptomlardan birisi dispnedir. Nedenleri akciğere olan metastaz, enfeksiyon, koyu sekresyon, tıkaçlar, plevral efüzyon, pulmoner emboliye bağlı olabileceği gibi; altta yatan nedenlerden kalp, karaciğer ve böbrek yetmezliğine, anemiye, masif aside, solunum kasları paralizisine, metabolik bozukluklara ve anksiyeteye sekonder olarak da gelişebilir (10). Bu çalışmada hastaların %12,9 kadarı solunum sıkıntısı, %24,6 kadarı yaygın enfeksiyon bulgusu ile hastaneye yatırılmış olup hastaların %14,2 oranında KOAH ya da astım tanılı olduğu saptandı. 5 hastanın da (%7,6) COVID pnömonisine sekonder gelişen akciğer fibrozis tanısı ile yoğun bakımdan devir alındığı belirlendi. Göğüs hastalıklarına konsültasyon istenme oranı %17,1 olarak tespit edilmiştir. Palyatif servise yatış tanılarının incelendiği Enginyurt ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada palyatif bakım merkezine yatışların %3,5'inin KOAH tanısı olduğu saptanmıştır (8). Bizim çalışmamız ile bu çalışma verileri örtüşmemekle birlikte söz konusu çalışmada örneklem büyüklüğünün oldukça fazla olması bunun nedeni olabilir.

Progresif hastalıklarda yer, kişi, zaman oryantasyon bozukluğuna sık rastlanır. Palyatif bakım alan hastaların %40'ında, son dönem hastalarının %80'inde deliryum sendromu gelişir. Bu sendroma ilaçlar, sıvı elektrolit dengesizlikleri, duyu kaybı, enfeksiyon, ileri yaş, santral sinir sisteminin yapısal lezyonları ve hipoksik ensefalopati neden olur ya da mevcut tabloyu kötüleştirir (10). Yapılan bir çalışmada palyatif servisten psikiyatri konsültasyonu istenme oranı %5,2 olarak bulunmuş, psikiyatriye istenen konsültasyonlarda deliryum oranı %9,9 olarak saptanmıştır. Hastalarda gelişen anksiyete bozukluğu oranı 17,8 olup, uykusuzluk oranı 13,8 olarak saptanmıştır (14). Kahyacı ve arkadaşları tarafından hastanede yatan hastalara istenen psikiyatri konsültasyonları değerlendirildiğinde, hastalardaki en sık organik hastalık tanısının kanser olduğunu (%14,6) bildirmiştir (15). Canan ve

arkadaşlarının bir üniversite hastanesinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında ise kanser hastalarına psikiyatri konsültasyonu istenme oranının %4,5 olduğu belirtilmiştir (16). Bu sonuçlar arasındaki farklılığın çalışmaların gerçekleştirildiği hastanelerin hasta gruplarına hizmet verme şartları ve hastaların durumları gibi pek çok durumla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızda psikiyatriye konsültasyon istenme oranı %5,7 olarak saptanmış olup, palyatif bakım verilen hasta grubunda psikiyatri konsültasyon sayısının bu şekilde saptanması deliryum açısından hastanın yatış anında dikkatli olarak, deliryumu ön görme açısından ölçekler kullanıyor olma ve deliryum riski bulunan hastaların erken yakalanarak tedavilerinin bu açıdan düzenlenmesine bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Hastalarda psikolojik ve nörolojik problemlerin tespiti kadar mevcut durumlarında metabolik sorunlar, sıvı elektrolit dengesizliklerinin düzeltilmesi, enfeksiyon ve hipoksinin giderilmesi, opioid dozlarının düzenlenmesinin deliryum gelişiminin önlenmesine katkı sağlayacağı bildirilmiştir (10). Bu çalışmada deliryum oranının düşük oluşu ile psikiyatri konsültasyon oranının düşüklüğünde, palyatif serviste yatan hastalarda metabolik açıdan yakın takip sağlanması, deliryum için predispozan faktörlerden kaçınarak bu tip sorunların erkenden tespiti ile deliryumun önlenmesi kanaatindeyiz.

Beslenme bozukluğu tanısı ile yatırılan hasta oranı %24,6'dır. Palyatif servislere yatış endikasyonlarından en önemlilerinden bir tanesi olarak beslenme eksikliği yer almaktadır. Palyatif servise yatan hastalar üzerinde beslenme eksikliği nedeniyle yatış endikasyonu Miniksar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %58,3, Diçer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %52,2 olarak bulunmuştur (9). Çalışmamızın sözünü geçen çalışmalarla örtüşmemesini hastaların tanıları konusunda benzer örnekleme sahip olmayışı ve bu çalışmalarda daha fazla sayıda hastanın çalışmaya dahil edilmiş olması

olabilir. Hastaların bu çalışmada yoğun bakımdan devir alınma oranının yüksek oluşu ile beslenme sorunlarına yoğun bakımlarda çözüm getirilmiş olması olabilir.

Beslenmenin en uygun yöntemi enteral beslenmedir. Oral alımın mümkün olmadığı durumlarda tüple beslenme en ideal yöntem olup, bu açıdan gerektiğinde hastalara gastrostomi açılabilir. Çalışmada gastroenterolojiye istenen konsültasyon sayısı 9 (%12,9) olup, bu hastalardan 8 tanesi beslenme güçlüğü ile istendiği ve bu hastalara gastrostomi açıldığı belirlenmiştir.

Günümüzde palyatif bakıma beslenme bozukluğu, bası yaraları, beslenme eğitimi, kolostomi, trakeostomi, gastrostomi bakımı ve ağrı kontrolü gerektiren terminal dönem kanser hastaları dışında, ileri evre kalp yetmezliği, dispne, tedaviye dirençli son dönem akciğer hastalığı ve klinik tablosunda akut değişiklik olan, bir anlamda yoğun bakımda yatış endikasyonu olan hastalar kabul edilmektedir. Palyatif bakım merkezi fiziki şartları ve donanım açısından ve hemşirelik hizmetleri bakımından servislere göre daha iyi olmakta ve son yıllarda hastanelerin yoğun bakım ünitelerindeki yatak sayılarındaki artış, teknolojik gelişmeler ve yerinde müdahalelerle yeniden yaşama tutunan hastalar palyatif servislere devir edilmektedir. Yakın zaman içerisinde cerrahi operasyon geçirmiş birden fazla komorbid hastalığı olan, geçirilmiş nörolojik hastalıklar sonrası, böbrek yetmezliği veya yaygın enfeksiyona sahip hastalar için ileri tetkik ve tedavi gerekliliği dolayısı ile palyatif servislere bu tarz hastalar devir edilmektedir. Bu hastaların taburculuğunda da büyük zorluklar yaşanmaktadır. Yoğun bakımlardan ve cerrahi ya da dahili kliniklerden palyatif bakım servisine devir endikasyonlarından biri de hastanın uzamış hastanede yatış öyküsü ve taburcu olamamasıdır. Bu konuda karşımıza çıkan algı sorunu palyatif bakımın sadece ölmekte olan hastalar için olduğu konusundaki yanlış anlamadır. Yoğun bakımlarda uzayan yatışlar

ve neticesinde hasta ve aile üyelerinin, hastaların kötü prognozunu anlama veya kabul etmedeki güçlükleri ya da yaşamı sürdüren tedavilerle ilgili kısıtlamaları kabul etmemeleri hasta takibindeki zorluklardandır. Bu sebeplerle palyatif bakım merkezlerinin önemli unsurlarından olan psikolog ve sosyal hizmet uzmanları ile diğer kliniklerde ya da yoğun bakımlarda hasta taburculuğunda zorlanan hekimlerin işbirliği içinde olmaları faydalı olacaktır. Yapılan bir çalışmada palyatif servislerden taburculuk oranı %40 olarak saptanmış (17). Yine Miniksar ve arkadaşlarının yaptıkları benzer çalışmada taburculuk oranı %42,7 iken, yoğun bakıma devir %8,7 ve kendi isteği ile hastaneden taburcu oranı %6,9 olarak bulunmuştur (9). Bizim çalışmamızda %25,7 oranında eksitus, %1,4 oranında yoğun bakıma alınma ve %72,9 oranında eve taburculuk sağlanmıştır. Kliniğimizde eve taburculuk oranının yüksekliliği terminal dönem kanser olgu sayısının az oluşu ile açıklanabilir. Tahmin edilen aksine, sadece maligniteli hastalar değil, diğer birçok hastalık tanısı alan bireylerin de yaşamlarının, hastalıklarının son döneminde palyatif bakıma gereksinim olacağı düşünülmektedir. Murtagh ve arkadaşlarının 2014 yılında yayınladığı çalışmada, kardiyak, nörolojik, renal hastalıklar ile karaciğer hastalıkları, respiratuvar sistem hastalıkları ve HIV/AIDS tanısı alan hastaların da hastalıklarının son döneminde palyatif bakım desteğine ihtiyaç duyacaklarını, ölen bütün bireylerin de % 69-% 82'sinin yaşamlarının son 90 gününde palyatif bakıma gereksinimlerinin olacağını bildirmiştir (18).

Palyatif bakımda çeşitli branşlara ait hasta grubunun takip ve tedavisi yürütülürken şüphesiz konsültasyonlar ile sağlanan disiplinlerarası işbirliğinin önemi oldukça büyüktür. Gerek tedavi düzenleme ve hastanın takibi, gerekse taburculuğa karar verme ve hastanın yakınları ile işbirliği sağlanarak evdeki süreci yönetme aşamalarında bilgi kadar tecrübe çok önemlidir. Palyatif bakım ekip ruhunun ön planda olduğu yerler olup bu

ekibe hastanın yakınlarının da dahil olduğu nadir bir alandır. Kliniğimizde hem anestezi uzmanı hem de iç hastalıkları uzmanının ortaklaşa çalışması ve uzun süredir palyatif bakım hasta takibi yapmıyor oluşları; algoloji, dahiliye ve yan dal branş konsültasyonlarının az olmasını açıklayabilir. Bu multidisipliner yaklaşıma ek olarak gerektiğinde ilgili klinik hekimlerinden istenen konsültasyonlar sayesinde hastaların takip ve tedavileri daha kontrollü yapılmakta, palyatif serviste semptom kontrolü sağlanabilmektedir. Bu yaklaşımın benimsenmesi, disiplinlerarası bağlantıların hızlı bir şekilde gerektiğinde sağlanması önemlidir. Kliniğimizde ve genel olarak hastanelerde enfeksiyon hastalıklarına olan yüksek konsültasyon oranları sebebiyle palyatif bakım kliniklerinde düzenli enfeksiyon hastalıkları vizitleri yapılması, yatan hastaların daha düzenli olarak enfeksiyon açısından değerlendirilmesine olanak sağlayacaktır. Yine fizyoterapi konsültasyonlarının rutin olarak palyatife yatan her hastada değerlendirilmesi, hastalarda sarkopeni gelişmelerinin önlenmesine ve mobilizasyonlarına katkı sağlayacaktır.

SONUÇ

Gelecekteki palyatif bakım hizmetinde çözülmesi gereken sorunlar multidisipliner yaklaşımda eksiklik, hastanın tek hekim tarafından takibi, primer hastalıkları konusunda ilgili branşlardan mükerrer istenen konsültasyon ve tedavinin gecikmesi, hasta taburculuğunda evde bakım hizmetleri ve aile hekimleri ile irtibata geçilememesidir. Bu noktada palyatif bakımın kendi içinde başlı başına bir alan olarak hekimlerin ve hemşirelerin eğitimlerindeki yeri şüphesiz önemlidir. Palyatif bakım alanında takibi yapılan hastaların çeşitliliği ve zorluğu da önemli bir konudur. Ekip lideri olarak yer alan hekimlerin çeşitli uzmanlık alanlarında eğitim almış olmaları süreci yönetme konusunda farklı bakış açıları sağladığı kadar, çoğunlukla geriatrik, komorbid hastalığı olan bu hasta

grubunun yönetiminde kapsamlı bir bakış açısı, eğitim ve tecrübe oldukça önemlidir. Multidisipliner yaklaşımı benimsemek zaman içerisinde gelişen ve oturan bir durum olmakla birlikte, gerektiğinde ilgili branşlardan istenen görüşler ve öneriler sürecin profesyonel ve sağlıklı yönetilmesine katkı sağlamaktadır.

Çıkar Çatışması ve Fonlama

Yazı için finansal destek alınmamıştır.

Yazar çıkar çatışması olmadığını belirtir.

Etik Kurul Onayı

Çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul 09.11.2021 tarihli 410 numaralı kararı ile onaylanmıştır.

Yazarların Makaleye Katkıları

Makale konusu ve yazımı: ZİK; Veri toplama ve istatistiksel analiz: ZİK

*Bu çalışma 20. Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresinde online sözlü bildiri olarak sunulmuş, bildiri kitapçığında özet metin olarak basılmıştır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). Definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. (Erişim tarihi: 04.2022).
2. Kaçmaz, K., Kıdak, L., Özdemir, D. Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerinin Konsültasyon Süreci Üzerindeki Etkileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2019; 22(4): 765-780.
3. Chan, T., Sabir, K., Sanhan, S. et al. Understanding the impact of residents' interpersonal relationships during emergency department referrals and consultations. Journal of Graduate Medical Education. 2013;5(4):576-581.
4. Yürüyen, M., Özbaş Tevetoğlu, I., Tekmen, Y. ve ark. Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler. Konuralp Medical Journal. 2018;10(1):74-80.
5. Özsüt H. İnfeksiyon hastalıkları konsültasyonları ve das işlemleri [Özet]. In: Murat G. Recep Ö. Sercan U. Meral G, eds. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kitabı. 2007 s:287-9.
6. Jaffar A Al Tawfiq. The pattern and impact of infectious diseases consultation on antimicrobial prescription. J Global Infect Dis. 2013; (5): 45.
7. Granwehr BP, Kontoyiannis DP. The impact of infectious

diseases consultation on oncology practice. Curr Opin Oncol. 2013; (25): 353-9.

8. Enginyurt, Ö. Palyatif Servisinde Yatan Hastaların Hastalık Prevelansı. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2019; 11(1):11-13.
9. Miniksar, ÖH., Aydın, A. Palyatif Bakım Ünitemizde Yatan Hastaların Retrospektif Analizi. Journal of Contemporary Medicine. 2020;(3): 429-433.
10. Kabalak, A. A., Öztürk, H., Çağıl, H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi. 2013; 11(2): 56-70.
11. Uysal, N., Şenel, G., Karaca, Ş. et al. Symptoms seen in inpatient palliative care and impact of palliative care unit on symptom control. The Journal of the Turkish Society of Algology. 2015; 27(2):104-110.
12. Şenel, G., Oğuz, G., Koçak et al. Opioid use and the management of cancer patient pain in palliative care clinic. The Journal of the Turkish Society of Algology. 2016;28(4):171-176.
13. Walsh, D., Donnelly, S., Rybicki, L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. Supportive Care in Cancer. 2000; 8(3):175-179.
14. Eğilmez, OB., Örum, MH. ve ark. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ayaktan ve Yatan Hastalar İçin İstenecek Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi: 2018 Yılı Verileri, 2019; Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 52(3): 257-262.
15. Kahyacı Kılıç, E., Köse Çınar ve ark. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalardan istenecek psikiyatrik konsültasyonların değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2016;19(4): 194-201.
16. Canan, F., Koçer, E., İçmeli, C. ve ark. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalar için istenecek psikiyatrik konsültasyonlarının değerlendirilmesi. Duzce Medical Journal, 2008;10(1):22-27.
17. Yazan, A. J., Soysal, P. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Dragos Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi Verileri. Geriatrik Bilimler Dergisi. 2019;2(3):86-89.
18. Murtagh, FE., Bausewein, C., Verne, J., et al. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. Palliative Medicine. 2014;28(1):49-58.