

RETROSPECTIVE EVALUATION OF PATIENTS ADMITTED TO THE PALLIATIVE CARE UNIT

Musa ŞENYÜZ*

Reşat AVCI**

*Doktora öğrencisi, Dicle Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, musasenyuz056@gmail.com, Orcid: 0009-0002-4853-3060

**Doktora öğrencisi, Dicle Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, avciresat@gmail.com, Orcid: 0000-0002-8384-3171

Received Date: 09.04.2025 Revised Date: 27.06.2025 Accepted Date: 02.07.2025

Copyright © 2025 Musa ŞENYÜZ, Reşat AVCI. This is an open access article distributed under the Eurasian Academy of Sciences License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT

Palliative care is a human-centered health service that aims to improve the quality of life of individuals with life-threatening diseases and their families and is provided with a multidisciplinary approach. With the increase in the elderly population and chronic diseases worldwide, the need for palliative care is increasing. In Turkey, the number of centers providing services in this field is increasing and more than 90 thousand patients were served in 2023. This study retrospectively examined the demographic and clinical characteristics, length of stay and discharge status of 155 patients hospitalized in the Palliative Care Center of Siirt Training and Research Hospital in 2023. 59.4% of the patients were male and 40.6% were female with a mean age of 61.7 ± 15 years. The mean length of hospitalization was 11.17 days. While 81.9% of the patients were hospitalized between 0-15 days, 7.1% were hospitalized for 30 days or more. Discharge rate was 85.2%, referral rate was 7.1% and death rate was 7.7%. The most common comorbidities were hypertension (26.5%), cerebrovascular diseases (24.5%), diabetes mellitus (21.3%) and malignancy (12.8%). Bed sores were present in 14.8%, total parenteral nutrition in 42.6%, central venous catheters in 36.1% and urinary catheters in 41.3%. The findings are consistent with the national and world literature. In conclusion, the need for palliative care is increasing and early provision of these services can reduce the burden of the healthcare system. However, many patients do not benefit from these services sufficiently due to lack of knowledge and awareness. The fact that the study was conducted in a single center is a limitation and more comprehensive studies are needed.

Keywords: Health, Palliative Care, Chronic Disease

PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARIN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireylerin ve ailelerinin yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan, multidisipliner bir yaklaşımla sunulan insan merkezli bir sağlık hizmetidir. Dünya genelinde yaşlı nüfusun ve kronik hastalıkların artmasıyla palyatif bakıma olan ihtiyaç giderek yükselmektedir. Türkiye’de de bu alanda hizmet veren merkezlerin sayısı artmakta ve 2023’te 90 binden fazla hastaya hizmet sunulmuştur. Bu çalışma, Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi’nde 2023 yılında yatan 155 hastanın demografik ve klinik özelliklerini, yatış sürelerini ve taburculuk durumlarını retrospektif olarak incelemiştir. Hastaların %59,4’ü erkek, %40,6’sı kadın olup yaş ortalaması $61,7 \pm 15$ ’tir. Ortalama yatış süresi 11,17 gün olarak bulunmuştur. Hastaların %81,9’u 0-15 gün arası yatarken, %7,1’i 30 gün ve üzeri yatmıştır. Taburculuk oranı %85,2, sevk oranı %7,1 ve vefat oranı %7,7 olarak saptanmıştır. Komorbiditeler arasında en sık hipertansiyon (%26,5), serebrovasküler hastalıklar (%24,5), diyabetes mellitus (%21,3) ve malignite (%12,8) yer almıştır. Hastaların %14,8’inde yatak yarası, %42,6’sında total parenteral beslenme, %36,1’inde santral venöz kateter ve %41,3’ünde idrar sondası mevcuttur. Bulgular, ülke ve dünya literatürüyle uyumludur. Sonuç olarak, palyatif bakım gereksinimi artmakta olup, bu hizmetlerin erken dönemde sunulması sağlık sisteminin yükünü azaltabilir. Ancak, bilgi ve farkındalık eksikliği nedeniyle birçok hasta bu hizmetlerden yeterince



yararlanamamaktadır. Çalışmanın tek merkezde yürütülmüş olması bir sınırlılık olup, daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Sağlık, Palyatif Bakım, Kronik Hastalık

1. GİRİŞ

Palyatif bakım merkezlerine (PBM) onkolojik hastaların yanı sıra yaşlı hastalar ve hayatı tehdit eden kronik hastalıkları olan hastalar da sıklıkla yatmaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmaktadır (Miniksar, Aydın, 2020: 429). Bu da klinik pratikte yaşlı hastaların ve hayatı tehdit eden kronik hastalıklı hastaların artmasına sebep olmaktadır. Bu sebeplerden dolayı bu hastalarda PB ihtiyacı da ileri evre onkolojik hastalar gibi giderek artmaktadır (Yürüyen vd., 2018).

Palliative kelimesi latince kökenli olup koruyucu ya da kapsayıcı anlamına gelir. Palyatif bakım ise sistematik bakım verme modelidir. Bu model multidisipliner bir yaklaşım sunan yeni bir sağlık alanı olarak tanımlanır. Palyatif bakım insan merkezli sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Dünya sağlık örgütü palyatif bakımı fiziksel, psikososyal ve ruhsal olarak yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili zorluklarla karşılaşan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştirme çalışmaları olarak tanımlar (Kabalak, 2014; Stjernswärd vd., 2007).

Palyatif bakımda amaç hastaların ağrı ve diğer semptomlarını gidermek, hasta konforunu sağlamak, beslenmesini sağlamak, psikolojik ve manevi destek sağlamak, bakım gereksinimleri karşılamak hasta ve ailesinin eğitimi ile birlikte hastanın fonksiyonel durumunu arttırmak ve disiplinler arası bir ekiple bakım hizmeti sunmaktır. Palyatif bakım temelde belirli bir hastalık ile uğraşmaz. Palyatif bakım hizmetlerinin temel hedeflerinden biri hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerini arttırmaktır (Widera, 2020,).

Palyatif bakım hizmetleri günümüzde pek çok sebeple önem kazanmıştır. Teknolojik gelişmelerin sağlık alanına yansımaları, tedavi imkanlarının artması ile ortalama yaşam beklentisinin yükselmesi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de palyatif bakım gereksinimini beraberinde getirmiştir. Nüfusun yaşlanması ve bulaşıcı olmayan hastalıklar ile bazı bulaşıcı hastalıkların artan yükü sonucunda palyatif bakıma olan küresel ihtiyaç artmaya devam edecektir. Bireyin yaşam sonunda uygun bakım ve destek hizmetlerini alması temel bir insan hakkı olarak görülmektedir (Voumard vd., 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre her yıl yaklaşık 56,8 milyon kişi palyatif bakıma ihtiyaç duymakta ve bunların 25,7 milyonu yaşamlarının son yılında bu bakıma gereksinim duyan bireylerden oluşmaktadır. Dünya genelinde palyatif bakım ihtiyacı bulunan hastaların sadece %14'ü bu bakıma erişebilmektedir. Palyatif bakıma ihtiyaç duyan bireylerin çoğu kardiyovasküler hastalıklar (%38,5), kanserler (%34), kronik solunum yolu hastalıkları (%10,3), AIDS (%5,9), diyabet (%4,6) oluşmaktadır. Ayrıca böbrek yetmezliği, siroz, kronik karaciğer hastalığı, KOAH, multipleskleroz, Parkinson, Alzheimer, Demans gibi hastalıklar palyatif bakıma ihtiyaç duyabilir (WHO, 2025).

Türkiye'de 437 Palyatif Bakım Merkezinde toplam 6397 yatak sayısı ile hizmet verilmektedir. 2023 yılının ilk 6 ayında 90 648 palyatif hastaya palyatif bakım hizmeti verildi (Sağlık Bakanlığı, 2025).

Bu çalışmanın amacı, palyatif bakım servisinde yatan hastaların servise yatış nedenleri, yatış süreleri, yaş ve cinsiyet gibi demografik özellikleri ile servisten ayrılış nedenlerini (ölüm, taburcu, sevk) analiz ederek; palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumunu değerlendirmek, hasta profilini ve klinik özellikleri ortaya koymak ve bu alandaki gereksinimleri belirlemektir.



2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Palyatif Bakım

2.1.1. Tanım ve Tarihi

“Palyatif” terimi, kökenini Latince “pallium” (pelerin, kadınlar tarafından giyilen bir üst giysi) kelimesinden alır ve “palliare” kelimesiyle ilişkilidir, bu da “örtmek, gizlemek” anlamına gelir. Başlangıçta Latince ve Fransızca dillerinde kullanılan bu terim, daha sonra İngilizce literatürüne girmiştir. İngilizce’de “palliative” terimi genellikle yatıştırıcı, hafifletici veya geçici çözüm anlamında kullanılır (Greydanus & Merrick, 2014). Türk Dil Kurumu sözlüğü, palyatif kelimesini iki şekilde tanımlar. İlk tanıma göre palyatif, “Hastalığı tamamen iyileştirmeyen, yatıştırıcı olan, etkisi geçici olan ilaç veya tedavi” olarak belirtilmiştir. İkinci tanım ise, “Geçici ve kısa süreli, kesin çözüm sağlamayan, esaslı olmayan” şeklindedir (Turgay, 2010).

Literatürde, palyatif bakım hastalarının prognozu kötüleştikçe ve yaşamın son dönemlerine yaklaştıkça, bakım verenlerin algıladığı bakım yükünün önemli ölçüde arttığı belirtilmektedir (Grunfeld vd., 2004). Ayrıca, bakım verenlerin özellikle psikososyal yükünün, baktıkları hastaların yükünden daha fazla olduğu ifade edilmektedir (Williams vd., 2011). Ülkemizde palyatif hastalara bakım verenlerin bakım yükünün incelendiği bir çalışmada, subjektif bakım yükünün yüksek seviyede olduğu rapor edilmiştir (Bilgehan & İnkaya, 2021). Bakım yükü, palyatif bakım hasta yakınlarının çeşitli zorluklarla karşılaşmasına neden olabilir (Ando vd., 2015; Götze vd., 2014). Bu durumun, bireylerin yaşam kalitesi algılarını da etkileyebileceği düşünülmektedir. Yaşam doyumu, bireyin yaşam kalitesini kendi kriterleri temelinde değerlendirdiği bir süreç olarak tanımlanabilir. Yaşam doyumu; depresyon, olumsuz duygu durumu ve fiziksel hastalıklar gibi durumlarla negatif ilişkilidir (Hinz, vd. 2018). Bakım yükü, bireyin kendine zaman ayırmasını engelleyerek psikolojik olarak etkiler. Bu durum, bakım veren kişinin yaşam kalitesini düşürerek mutsuzluk, anksiyete, huzursuzluk gibi problemlere yol açar ve yaşam doyumunu olumsuz etkiler (Kalıncara vd., 2017; Şener vd., 2021).

Ülkemizde tıp alanındaki gelişmeler sayesinde, beklenen yaşam süresi ve yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Tıbbi olanaklardaki gelişmelere koruyucu hekimliğin de eklenmesiyle, kronik ve yaşamı tehdit eden hastalıklarla geçirilen süre artmaktadır. Bu durum, palyatif bakıma ihtiyaç duyan hasta sayısında artışa neden olmaktadır. Palyatif bakım ünitesi ilk kez 1842 yılında Fransa’da kurulmuştur. Son dönem hastalara bakım veren ilk hospis, 1967’de Hemşire Dame Cicely Saunders tarafından İngiltere’de kurulmuş ve sayıları hızla artmıştır (Öngel, 2017).

“Palyatif” kelimesi, örtü ya da manto anlamına gelen Latince kökenli “Palliare” kelimesinden türemiştir. İngilizce’de ise “Palliative” kelimesi hafifletici, yatıştırıcı, geçici çözüm anlamına gelir (Kabalak, Öztürk, Çağır, 2013). Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre palyatif bakım, hayatı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemlerle karşılaşan hastaların, ailelerinin ve bakım verenlerin fiziksel, psikososyal, manevi sorunlarının erken tespiti ve kapsamlı bir değerlendirmeye önlenmesi ve hafifletilmesi ile yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan bir disiplindir (Kurtoğlu, 2020).

Geleneksel tıbbi yaklaşımda, iyileştirici tedavi yaklaşımlarına yanıt vermeyen hastalara son aşamada konfor bakımı uygulanır. Palyatif ve hospis bakımı, birbirinden ayrı kavramlardır. Palyatif bakım, hastalığın tanısından itibaren başlar ve hastalara tüm süreçlerde destekleyici tedavi sağlar. Hospis bakımı ise palyatif bakım hizmetlerinin bir parçasıdır ve yaşam sonu bakım (son 6 ay) olarak verilen hizmeti ifade eder (Kurtoğlu, 2020).



Kronik hastalıkların yaşla birlikte artma eğiliminde olduğu bilinmektedir, bu nedenle dünyada ve ülkemizde artan yaşlı nüfusun palyatif bakım hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyması muhtemeldir. Basınç yaraları, bu hastalar için önemli bir sorundur (Polat, 2024).

Palyatif bakım desteği, hastanın ölümüne kadar geçen süreçte mümkün olduğunca kaliteli bir yaşam sürmesini sağlayacak bir destek sistemi sunar. Bu uygulama, hastanın yaşam kalitesini artırmayı ve hastalığın seyrini olumlu yönde etkilemeyi hedefler. Hasta ve hasta yakınlarına, bakım sürecinde psikolojik ve manevi destek sağlamak, palyatif bakımın amaçlarından biridir (Borasio, 2011).

Palyatif bakım, başlangıçta küratif tedaviden fayda görme olasılığı düşük olan hastaların, yaşamlarının son dönemlerini daha konforlu geçirmelerini sağlamak ve ortaya çıkan sorunları en aza indirmek amacıyla geliştirilmiş bir bakım modeli (Hospis) olarak ortaya çıkmıştır (Gültekin vd., 2010).

Zamanla, palyatif bakımın yalnızca küratif tedaviye alternatif bir yaklaşım olmadığı, aynı zamanda bu tedaviyle eş zamanlı olarak uygulanabileceği anlaşılmıştır. Bu süreçte, hastaların ve yakınlarının ölüm sürecine hazırlanması, psikolojik ve manevi destek sağlanması, daha olumlu sonuçlar elde edilmesine katkıda bulunmuştur (Gültekin, 2023).

Palyatif bakım uygulamalarının tarihsel kökeni 11. yüzyıla kadar uzanmaktadır. Bu dönemde, daha çok dini hizmetlerde gönüllü olarak çalışan bireylerin, son dönem hastalarına yönelik bakım hizmetleri sunduğu belirtilmektedir. 1842 yılında Fransa’da hemşire Jeanne Garnier tarafından, son dönem hastalarına özel bakım sağlamak amacıyla bir hospis merkezi kurulmuştur. Modern anlamda palyatif bakım hizmetleri ise 1967 yılında İngiltere’de hemşire Dame Cicely Saunders tarafından başlatılmıştır (Kavşur & Sevimli, 2020).

2.1.2. Palyatif Bakımın Amacı

Pediyatrik palyatif bakımın temel hedefi, kronik ve/veya ciddi hastalıklarla mücadele eden çocukların ve ailelerinin yaşam kalitesini mümkün olan en yüksek seviyeye çıkarmaktır. Bu süreçte, açık ve sağlıklı bir iletişim kurulması, başarılı sonuçlara ulaşılmasında kritik bir rol oynamaktadır. Pediyatrik palyatif bakım, son dönem hastaların ve ailelerinin psikososyal açıdan desteklenmesini de önemli bir öncelik olarak görmektedir (Oğlakcioğlu, 2024).

Hastalık sürecindeki çocukların semptomlarının kontrol altına alınması, günlük aktivitelerine devam edebilmeleri ve okul çağındaki çocukların eğitimlerinin mümkün olduğunca kesintiye uğramadan sürdürülmesi büyük önem taşır. Çocuğun bir birey olarak tüm yönleriyle ele alınması ve fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlarda tam bir iyilik halinin sağlanması hedeflenmelidir (Kato vd., 2004; Kang vd., 2018).

Palyatif bakım, hastalığın teşhisinden itibaren hem hastanın hem de yakınlarının yaşam kalitesini en üst düzeyde tutmayı amaçlar. Bu yaklaşımın temel prensipleri şu şekilde sıralanabilir (Kurtoğlu, 2020):

- Ağrı ve diğer rahatsızlık verici semptomların giderilmesini sağlar.
- Yaşamı desteklerken ölümü de hayatın doğal bir süreci olarak kabul eder.
- Ölüm sürecini hızlandırmayı ya da geciktirmeyi hedeflemez.
- Psikolojik ve ruhsal desteği hasta bakımına entegre eder.
- Hastaların ölüme kadar mümkün olduğunca aktif bir yaşam sürmelerine olanak tanır.
- Hasta yakınlarına, hastalık sürecinde ve yas döneminde destekleyici bakım sağlar.
- Hastaların ve yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamak için bir ekip yaklaşımı sunar ve gerektiğinde yas danışmanlığı hizmeti verir.
- Bu yaklaşımlar sayesinde yaşam kalitesini artırmayı ve hastalığın seyrini olumlu yönde etkilemeyi amaçlar.



- Yaşam süresini uzatmayı hedefleyen kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavilerle birlikte hastalığın erken döneminde uygulanır ve klinik komplikasyonların daha iyi yönetilmesi için gerekli araştırmaları içerir (Kurtoğlu, 2020).

Palyatif bakımın temel amacı, ölüm sürecini hızlandırmak ya da ertelemek olmamalıdır. Ölüm, yaşamın doğal bir parçası olarak kabul edilmelidir. Bu süreçte asıl önemli olan, bireyin yaşam kalitesinin ne kadar yüksek olduğudur (Gültekin, 2023).

Pediyatrik palyatif bakımda, çocuk hastalarda en sık gözlemlenen semptomlardan biri olan ağrının giderilmesi büyük bir öneme sahiptir. Uygulama öncesinde, yapılacak işlemlerin fayda ve zarar dengesi dikkatlice değerlendirilmelidir. Çocuklara ağrıya neden olabilecek durumlardan mümkün olduğunca kaçınılmalı ve ağrının doğru bir şekilde yönetilmesi için ailelere yeterli eğitim verilmelidir (Lee vd., 2014).

2.1.3. Palyatif Bakım Çalışma Ekibi

Palyatif bakım, birden fazla disiplinin iş birliği içinde çalıştığı, etkili iletişim ve koordinasyonun sağlanmasıyla başarılı bir ekip çalışmasını gerektiren bir yaklaşımdır. Bu bakım modelinin en temel özelliklerinden biri, multidisipliner bir anlayışa dayanmasıdır. Palyatif bakım ekibi, alanında uzman ve eğitilmiş sağlık profesyonellerinden oluşmaktadır. Bu ekipte medikal onkolog, klinik hemşire, algoloji uzmanı, psikiyatrist, göğüs hastalıkları uzmanı, diyetisyen, beslenme uzmanı, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanı gibi farklı branşlardan profesyoneller yer alır (Fernando & Hughes, 2019). Ekibin üyeleri, hastanın klinik durumu ve hastalık sürecinin gereklilikleri dikkate alınarak belirlenmektedir.

Pediyatrik palyatif bakım hizmetlerinde, multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi ve bu süreçte alanında uzmanlaşmış personelin bütüncül bir anlayışla iş birliği içinde çalışması gereklidir. Çocuk doktorunun liderlik ettiği ve yönettiği bu ekipte, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, fizyoterapistler ve diyetisyenlerin de yer alması önemlidir. Pediyatrik palyatif bakım yalnızca çocuğun fiziksel durumunun değerlendirilmesiyle sınırlı değildir; aynı zamanda aileyi de sürece dahil ederek onlara gerekli desteğin sağlanmasını içermektedir (Cimete, 1998).

Ekip lideri olan çocuk doktoru, pediyatrik palyatif bakımın temel hedeflerinden biri olan hasta çocukların ağrısını hafifletmekle sorumludur. Medikal tedavinin uygulanmasının yanı sıra, hasta ve ailesine hastalığın seyri ve mevcut durumu hakkında bilgi vermek, doktorun görevleri arasındadır. Ayrıca ekibin yönetimini üstlenmek ve diğer branşlarla olan koordinasyonu sağlamak da doktorun sorumluluk alanına dahildir. Ekipte doktor dışında, hasta ve ailesiyle en fazla zaman geçiren sağlık profesyonelleri hemşirelerdir. Hemşireler, hastanın günlük aktivitelerini gerçekleştirmesine yardımcı olurken, aynı zamanda tıbbi bakımı üstlenerek ekibe destek sağlarlar.

Bununla birlikte, yatağa bağımlı hastaların yönetiminde fizyoterapistler, beslenme sorunlarının çözümünde ise diyetisyenler ekibe katkıda bulunmaktadır. Palyatif bakım ekibinin en önemli üyelerinden biri de psikologlar ve psikiyatristlerdir. Hastalığın getirdiği ölüm korkusu, depresyon, yalnızlık ve uzun süreli hastane yatışlarıyla başa çıkma konusunda hasta çocuklara ve ailelerine destek sağlamak, pediyatrik palyatif bakımın kritik bir unsurudur (Oğlakcioğlu, 2024).

2.1.4. Türkiye’de Palyatif Bakım

Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerine olan ihtiyaç bulunmasına rağmen, kültürel yapı nedeniyle bakıma muhtaç bireylerin genellikle aile üyeleri tarafından evde bakımının üstlenilmesi, palyatif bakım ünitelerinin kuruluşunun oldukça yakın bir geçmişe dayanmasına neden olmuştur (Gültekin vd., 2010).

Ülkemizde palyatif bakımın gelişimi oldukça yavaş bir seyir izlemektedir. Bu durumun nedenleri arasında, Türk toplumunda aile büyüklerine verilen değerin yüksek olması, tıp



eğitiminde palyatif bakım konusuna yeterince yer verilmemesi ve palyatif bakım hizmetlerinin yanı sıra bu hizmetlerden sorumlu olacak ekibin net bir şekilde tanımlanamaması yer almaktadır (Vural, 2022). Geleneksel anlayış ve yaşlılara verilen önem doğrultusunda, yaşlı bireylerin yaşamlarının son dönemlerini hastane ya da bakım evlerinde geçirmesi toplum tarafından uygun görülmemektedir. Bununla birlikte, hastaların yaşam kalitesinin artırılması ve ağrılarının hafifletilmesi, palyatif bakım hizmetleri ile mümkün olabilmektedir (Hajjar, 2015).

Türkiye’de palyatif bakım çalışmaları ilk kez 1989 yılında Türk Onkoloji Grubu tarafından başlatılmıştır. Bu dönemde, kanser hastalarına ve hastalık nedeniyle ortaya çıkan semptomların tedavisine yönelik olarak algoloji birimlerinde “Palyatif Bakım Birimleri” oluşturulmaya başlanmıştır. Ancak, 1993-1997 yılları arasında Türk Onkoloji Vakfı’nın öncülüğünde İstanbul’da kurulan “Kanser Bakımevi” isimli kuruluş, palyatif bakım hizmeti sunan ilk merkezlerden biri olarak faaliyet göstermiştir. Hastane temelli ilk düzenleme ise 2010 yılında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde gerçekleştirilmiştir (Gültekin, 2023).

2.1.5. Palyatif Bakım Modelleri

Tüm palyatif bakım modellerinin temel amacı, hastalara ve hasta yakınlarına fiziksel, psikolojik ve manevi açıdan uygun desteği sunabilmektir (Bedük, 2015).

Palyatif bakım modelleri, üç ana başlık altında sınıflandırılmaktadır.

2.1.5.1. Hastane Temelli Palyatif Bakım

Günümüzde genel hasta servisleri, özel bakım gerektiren hastalar ve son dönem kanser hastaları için yeterli olmayabilmektedir. Bu nedenle, Türkiye de dahil olmak üzere hastane temelli palyatif bakım hizmetlerinin sayısı hızla artış göstermiştir. Bu durum, özellikle mevcut hastalık nedeniyle semptomlardan yakınan ve temel ihtiyaçlarının karşılanmasında eksiklikler yaşanan hastaların bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlamıştır (Gültekin, 2023).

2.1.5.2. Ev Temelli Palyatif Bakım

Ev temelli palyatif bakımın temel amacı, hastanede sunulabilecek palyatif bakım hizmetlerinin mümkün olduğunca hastaların kendi yaşam alanlarında sağlanmasıdır. Bu modelde, hastalar palyatif bakım desteğine her an ulaşabilme imkanına sahiptir. Ev temelli palyatif bakım modellerinde hedeflenen başarıya, hastanelerde bulunan palyatif bakım birimleri ile kesintisiz ve eşgüdümlü bir şekilde çalışarak ulaşılabilir (Gültekin, 2023).

2.1.5.3. Toplum Temelli Palyatif Bakım

Toplum temelli palyatif bakım, aktif hareketliliği kısıtlanmamış ve tedavi edilebilir durumdaki hastalar için tasarlanmış bir bakım modelidir. Bu model, düşük maliyetle uygulanabilmesi nedeniyle son yıllarda daha fazla önem kazanmıştır (Bruera vd., 2015). Toplum temelli palyatif bakım hizmeti sunan kliniklerde, semptomların değerlendirilmesi ve gerekli tedavilerin sağlanmasının yanı sıra, hastaların beslenmesinin uygun yöntemlerle desteklenmesi gibi uygulamalar gerçekleştirilir. Ayrıca, hastalar ve yakınları manevi açıdan desteklenirken, ailelere hastalarının bakımını nasıl sağlayacaklarına dair eğitimler de sunulmaktadır (Silbermann, 2020).

2.1.5.4. Palyatif Bakımda Karşılaşılan Zorluklar

Yaşamın son dönemindeki hastalarda palyatif bakım ve semptom yönetimi, çeşitli faktörler nedeniyle karmaşık bir hal almakta ve zorluklar ortaya çıkarmaktadır. Bu süreci zorlaştıran başlıca faktörler şunlardır (Bruera vd., 2011):

- İleri yaş (vakaların üçte ikisi 65 yaş ve üzerindedir),
- Malnütrisyon ve düşük serum albümin seviyeleri,



- Otonom sinir sistemi fonksiyonlarındaki yetersizlik,
- Böbrek fonksiyonlarının azalması,
- Algı düzeyinde sınırlılık,
- Epilepsi eşiğinin düşmesi (metastatik beyin tümörleri veya opioid kullanımı),
- Çoklu ilaç tedavisi.

Yaşlı bireylerde malnütrisyon oranı, genel olarak %5-15 arasında değişmektedir. Ancak bu oran, bakımevlerinde veya hastanelerde yatan hastalarda %30-80 seviyelerine kadar çıkabilmektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenme, vücutta sitokin salınımını azaltmakta, hücrel bağışıklık yanıtını zayıflatmakta ve bireyleri enfeksiyonlara karşı daha hassas hale getirmektedir (Saka, 2012). Yaşlı hastalar, SBİE (sepsis benzeri inflamatuvar cevap) gelişimi açısından yüksek risk grubunda yer almakta olup, enfeksiyonlar 65 yaş ve üzeri bireylerde en yaygın ölüm nedenlerinden biri olarak tanımlanmaktadır (Serrano vd., 2017; Yoshikawa vd., 2017).

Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de palyatif bakım hizmetlerinde çeşitli sorunlar ve gecikmeler yaşanmaktadır. Bu sorunlardan bazıları şunlardır (Kömürcü, 2009):

Sağlık personelinin iş yükünün fazla olması ve personel sayısının yetersizliği,

- Hasta ve ailelerinin bu alandaki farkındalığının düşük olması ve semptom yönetiminde sabırsız davranması,
- Palyatif bakımın mevzuatlarla yeterince desteklenememesi,
- Evde bakım hizmetlerinin yetersiz kalması ve desteklenmemesi,
- Tedavi odaklı bir yaklaşımın benimsenmesi,
- Hastanelerin fiziksel koşullarının bakım için uygun olmaması,
- Semptom yönetiminde standartların oluşturulamaması.

Ayrıca, sağlık çalışanlarına palyatif bakım konusunda yeterli eğitimin verilmemesi, bu alanda bir uzmanlık dalının oluşturulmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu sayede hem farkındalık artırılabilir hem de palyatif sağlık hizmetleri daha profesyonel bir yapıya kavuşacaktır (Kömürcü, 2009).

2.1.6. Palyatif Bakımda Sık Görülen Enfeksiyonlar

Palyatif bakım hizmeti alan hasta grubunun büyük bir kısmını yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Yaşlanmaya bağlı olarak bağışıklık sisteminin zayıflaması, eşlik eden kronik hastalıklar ve çeşitli fizyolojik mekanizmaların bozulması, geriatrik yaş grubunda enfeksiyonlara karşı bir yatkınlık oluşmasına neden olmaktadır. Özellikle yaşlanma ile birlikte genitoüriner sistemdeki anatomik değişiklikler ve mesane boşaltım fizyolojisinin bozulması, idrar yolu enfeksiyonu gelişme riskini artırmaktadır (Yoshikawa vd., 2017).

Üriner inkontinans, idrar retansiyonu, üriner kateter kullanımı gerektiren hastane yatışları, huzurevi ortamında bulunma ve bağışıklık sisteminin yaşlanması gibi durumlar, yaşlı bireylerde idrar yolu enfeksiyonu gelişimi için başlıca risk faktörleri arasında yer almaktadır. Yaşlı hastalarda enfeksiyon odaklarına ilişkin yapılan çalışmalarda, en sık karşılaşılan enfeksiyonların pulmoner enfeksiyonlar ve idrar yolu enfeksiyonları olduğu bildirilmiştir (Ceylan Karaağaç, 2025).

Enfeksiyon etkenlerinin sıklığı açısından değerlendirildiğinde, gram negatif bakterilerden *E.coli* ve *Acinetobacter spp.* gibi mikroorganizmaların en yaygın patojenler olduğu tespit edilmiştir (Dinçer vd., 2021).

Özellikle palyatif bakım hizmeti alan yaşlı bireylerde enfeksiyon hastalıklarının seyri, atipik semptomlarla karakterize olabilmektedir. Bakteriyel enfeksiyonu bulunan hastaların yaklaşık %48’inde başlangıçta ateş görülmezken, %44’ünde beyaz kan hücresi sayısında artış gözlemlenmeyebilir. Bunun yerine, iştahsızlık, yorgunluk ve fonksiyonel kısıtlılık gibi enfeksiyonlara bağlı belirtiler ortaya çıkabilir. Ayrıca, ani gelişen konfüzyon, demans



semptomlarının kötüleşmesi, idrar kaçırma ve ağrılı idrara çıkma gibi durumlar, yaşlı bireylerde enfeksiyon hastalığının bir göstergesi olabilir (Charani vd., 2010).

2.1.7. Palyatif Bakım Hastalarında Sağlık Bakım İlişkili Enfeksiyonlar

Sağlık bakım ilişkili enfeksiyonlar (SBİE), bir hastanın hastaneye veya herhangi bir sağlık kuruluşuna kabul edildikten 48 saat veya daha fazla süre sonra ortaya çıkan, başvuru esnasında mevcut olmayan veya kuluçka döneminde bulunmayan enfeksiyonlar olarak tanımlanır. Bu enfeksiyonlar, bazen hastanın taburcu edilmesinden sonra da gelişebilir. Geriatrik hastalarda SBİE, hastanede daha uzun süre kalmaya, daha uzun süreli antibiyotik tedavisine ve sağlık hizmeti maliyetlerinin artmasına yol açar. Bunun temel sebebi, bu enfeksiyonlara neden olan mikroorganizmaların genellikle çoklu ilaca dirençli olması ve bu nedenle ortadan kaldırılmalarının zor olmasıdır. Bu sebeple, enfeksiyon önleme ve kontrol stratejileri büyük önem taşır (Ceylan Karaağaç, 2025).

SBİE oranlarının azaltılması, uygun el hijyeninin sağlanması ve hastaların diğer hastalardan mikroorganizmaların bulaşmasından korunması için kişisel koruyucu ekipmanların kullanılmasıyla mümkün olabilir. Hastaların SBİE'den korunmasına yardımcı olan diğer uygulamalar arasında, uygun izolasyon önlemlerinin alınması, sterilizasyon ve dezenfeksiyon protokollerine uyulması, uygun antibiyotik profilaksisinin uygulanması, endojen enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla invaziv işlemlerin en aza indirilmesi, salgınların tanımlanması ve kontrolü için enfeksiyon sürveyansı, sağlık uygulamalarının iyileştirilmesi ve sağlık hizmetleri için sürekli eğitim programları yer alır (Cristina vd., 2021).

2.1.8. Pediatrik Palyatif Bakım

Pediatrik palyatif bakım (PPB), erişkin palyatif bakımına birçok açıdan benzerlik gösterse de, doğası gereği daha özelleştirilmiş bir yaklaşımı ifade etmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi (APA), PPB'yi, pediatrik hastanın bulunduğu ortamdan bağımsız olarak, hasta ve ailesinin değerlerine uygun şekilde en iyi yaşam kalitesini sağlamayı amaçlayan bir bakım modeli olarak tanımlamaktadır (Care, 2000).

Günümüzde palyatif bakım tanımlamaları genellikle erişkin bireylere odaklanmakta olup, çocukların ihtiyaçlarını kapsamakta yetersiz kalmaktadır. Çocuklar, erişkinlerden farklı olarak, her gelişim dönemine özgü farklı gereksinimlere sahiptir. Örneğin, ergenlik dönemindeki bir çocuk ile oyun çağındaki bir çocuk arasında bilişsel ve gelişimsel farklılıklar belirgin bir şekilde görülmektedir. Bu farklılıkların PPB sağlayan uzmanlar tarafından anlaşılması ve yönetilebilmesi için, çocuklarla etkili iletişim kurma konusunda eğitim almış profesyonellerin bu alanda görev yapması önem arz etmektedir (Harputluoğlu, 2020).

Pediatrik palyatif bakım süreci, genellikle çocuklarda hastalığın teşhis edilmesiyle birlikte başlamaktadır. Bu süreç, çocuğun aldığı tedaviye bağlı olmaksızın ilerleyebilmektedir. PPB'nin etkili bir şekilde uygulanabilmesi için multidisipliner yaklaşımların benimsenmesi oldukça önemlidir. Erişkin palyatif bakımından farklı olarak, pediatrik palyatif bakımda ailelerin sürece aktif katılımı ve iş birliği kritik bir rol oynamaktadır. PPB, hastalık tedavisini merkezine alan bir bakış açısından ziyade, hasta çocuk ve ailesini bir bütün olarak ele alan bir bakım felsefesine dayanmaktadır (Oğlacioğlu, 2024).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırmada, 2023 yılı boyunca Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde takip ve tedavi edilen hastaların klinik ve demografik özellikleri retrospektif olarak incelenmiştir.



3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi (PBM) oluşturmaktadır. PBM, Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet vermekte olup toplam 6 tescilli palyatif bakım yatağına sahiptir. 2023 yılı içinde PBM’de toplam 160 hasta yatırılarak takip edilmiştir. Ancak eksik ve hatalı veri nedeniyle 5 hasta araştırma dışında bırakılmış, böylece örnekleme 155 hasta oluşturmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları ve Yöntemleri

Veriler, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) ve arşivlerdeki hasta dosyalarının incelenmesi yoluyla elde edilmiştir. Eksik dosyası bulunan hastalar çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Tüm hastaların demografik özellikleri, yatış endikasyonları, ek hastalıkları, yatış süreleri ve hastaneden taburculuk durumları değerlendirilmiştir. Klinik ve demografik verilerin sistematik olarak toplanabilmesi amacıyla özgün bir veri toplama formu hazırlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, tek bir merkezin (Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi PBM) 2023 yılına ait hasta verileriyle sınırlıdır. Çalışma retrospektif olarak yürütülmüş ve eksik veya hatalı veri içeren hastalar dışlanmıştır. Ayrıca, sadece kayıtlı veriler kullanıldığı için hasta ve bakım süreçlerine ilişkin bazı ayrıntılı bilgiler değerlendirilememiştir.

3.5. İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler SPSS paket programına aktarılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (yüzdelik dağılımlar, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda ise bağımsız gruplarda t testi ve Ki-kare testi gibi çıkarımsal istatistiksel yöntemler uygulanmıştır.

4.BULGULAR

Tablo 1. Cinsiyete göre yatan hasta dağılımı

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Erkek	92	59,4
Kadın	63	40,6
Toplam	155	100,0

Çalışmada yer alan 155 hastanın %59,4’ünü (92 kişi) erkekler, %40,6’sını (63 kişi) ise kadınlar oluşturmaktadır. Erkek hastaların oranı kadınlara göre belirgin şekilde daha yüksektir. Bu durum, palyatif bakım ünitesine başvuran veya yatırılan hastalar arasında erkeklerin daha fazla olduğunu göstermektedir.

Süreç boyunca yatan hastaların yaş ortalaması 61,7+-15 (En düşük 18, en yüksek 98), yatan hasta günü ortalaması ise 11,17 (en düşük 1, en yüksek 111) olarak belirlendi.

Tablo 2. Hastaların yatış süreleri

Yatış gün sayısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-15 gün	127	81,9
16-30	17	11
30 gün ve üzeri	11	7,1
Toplam	155	100

Verilere göre, palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların büyük çoğunluğunu (%81,9; 127 hasta) 0-15 gün arası yatış süresine sahip olanlar oluşturmaktadır. 16-30 gün arası yatan hasta oranı %11 (17 hasta) iken, 30 gün ve üzeri yatış süresine sahip olanların oranı ise %7,1 (11 hasta) olarak belirlenmiştir.

Tablo 3. PBÜ'den taburculuk durumu

PBÜ'den taburculuk durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Taburcu	135	85,2
Sevk	11	7,1
Ex	12	7,7
Toplam	285	100,0

Verilere göre, palyatif bakım ünitesinden (PBÜ) ayrılan hastaların büyük çoğunluğu (%85,2; 135 hasta) taburcu edilmiştir. Hastaların %7,1'i (11 kişi) başka bir sağlık kuruluşuna sevk edilmiş, %7,7'si (12 kişi) ise ünite içinde yaşamını kaybetmiştir (ex).

Tablo 4. PBÜ yatan hastaların komorbite varlığı

Komorbidite Varlığı	Var	(%)	Yok	(%)
Hipertansiyon(HT)	41	%26,5	114	%73,5
Diabetes Mellitus(DM)	33	%21,3	122	%78,7
Serebrovasküler hastalık ve sekelleri	38	%24,5	117	%75,5
Solunum sistemi hastalıkları	24	%15,5	134	%84,5
Malignite ve maligniteye bağlı komplikasyonlar	19	%12,3	136	%87,7
Kardiyovasküler hastalıklar	26	%16,8	129	%83,2
Kronik böbrek hastalıkları	8	%5,2	147	%94,8

Verilere göre, palyatif bakım ünitesinde yatan hastalarda en sık görülen komorbidite hipertansiyon olup, hastaların %26,5'inde (41 kişi) bu hastalık mevcuttur. Bunu %24,5 ile serebrovasküler hastalıklar ve sekelleri (38 kişi), %21,3 ile diyabetes mellitus (33 kişi) takip etmektedir. Solunum sistemi hastalıkları %15,5 (24 kişi), kardiyovasküler hastalıklar %16,8 (26 kişi), malignite ve maligniteye bağlı komplikasyonlar ise %12,3 (19 kişi) oranında saptanmıştır. Kronik böbrek hastalığı ise %5,2 (8 kişi) ile en düşük orana sahiptir. Hastaların



%14,8'inde yatak yarası (dekübit) var. Hastaların %42,6'sı total parenteral (TPN) %24,5'i enteral besleniyor. Hastaların %36,1'inde santral venöz kateter %41,3'ünde idrar sondası mevcut.

5. TARTIŞMA

Dünya genelinde ve Türkiye'de yaşlı nüfusun artışı ile birlikte kronik hastalıkların yaygınlaşması, palyatif bakım hizmetlerine olan ihtiyacı giderek artırmaktadır. Bu çalışma, 7 gün 24 saat hizmet veren bir palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların klinik özelliklerini, yatış sürelerini ve taburculuk durumlarını incelemiştir.

Çalışmada yer alan hastaların %59,4'ü erkek, %40,6'sı kadındı. Yaş ortalaması $61,7 \pm 15$ (en düşük 18, en yüksek 98) olarak saptanırken, ortalama yatış süresi 11,17 gün (en düşük 1, en yüksek 111) olarak belirlendi. Hastaların %81,9'u 0-15 gün arası, %7,1'i ise 30 gün ve üzeri süreyle üniteye kaldı. Sonuçlara göre cinsiyet dağılımında erkeklerin ağırlıklı olduğunu ve bu farkın değerlendirilmesinin, palyatif bakım hizmetlerinin planlanmasında ve cinsiyete özgü ihtiyaçların belirlenmesinde önemli olabileceğini göstermektedir.

Literatürde benzer çalışmalarda yaş ortalamasının 69-72 yıl, ortalama yatış süresinin ise 11-15 gün arasında olduğu bildirilmiştir; bu bulgular mevcut çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur (Yürüyen, vd., 2018). Bu sonuçlar, hastaların önemli bir kısmının kısa süreli yatışlarla palyatif bakım hizmeti aldığını göstermektedir. Uzun süreli yatışların ise daha az olduğu görülmektedir. Bu dağılım, palyatif bakım ünitesinin daha çok kısa ve orta süreli bakım gereksinimi olan hastalara hizmet verdiğini göstermekte olup, yatış sürelerinin planlanmasında ve kaynakların etkin kullanımında önemli bir gösterge olarak değerlendirilebilir.

Taburculuk durumlarına bakıldığında, hastaların %85,2'si taburcu edilirken, %7,1'i başka hastanelere sevk edildi ve %7,7'si vefat etti. Diğer çalışmalarda ise hastanede vefat oranı %11, taburcu veya sevk edilenlerin oranı %86 olarak bildirilmiştir; bu da elde edilen sonuçların literatürle paralel olduğunu göstermektedir (Turgut vd., 2019; Yürüyen vd., 2018; Miniksar vd., 2020). Bu dağılım, palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların önemli bir kısmının tedavi ve bakım sonrası evlerine veya uygun bir ortama taburcu edilebildiğini göstermektedir. Sevk edilen hasta oranı düşük olup, genellikle ileri tetkik veya tedavi gereksinimi olan hastaları işaret edebilir. Ex oranının ise %7,7 olması, palyatif bakımın yaşam sonu bakımında da önemli bir rol üstlendiğini göstermektedir. Sonuçlar, üniteye verilen hizmetlerin hastaların büyük bölümünde stabilizasyon ve semptom kontrolü sağladığını, ancak bir kısmında ise yaşam sonu bakım ihtiyacının karşılandığını ortaya koymaktadır.

Ek hastalıklar açısından bakıldığında, hastaların %26,5'inde hipertansiyon, %24,5'inde serebrovasküler hastalık ve sekelleri, %21,3'ünde diyabetes mellitus, %12,8'inde ise malignite ve buna bağlı bozukluklar tespit edilmiştir. Diğer araştırmalarda da serebrovasküler hastalıklar, Alzheimer, hipertansiyon, KOAH ve diyabetes mellitus sık görülen ek hastalıklar arasında yer almaktadır (Miniksar, Aydın, 2020; Enginyurt, 2019). Yatak yarası (dekübit ülseri) oranı %14,8 olarak bulunmuştur. Literatürde ise bu oran %11-18 arasında değişmektedir. Beslenme durumuna bakıldığında, hastaların %42,6'sı total parenteral beslenme (TPN), %24,5'i enteral beslenme ürünleri ile beslenmektedir. Diğer çalışmalarda ise ağızdan beslenmenin daha yüksek oranda olduğu ve malnütrisyonun palyatif bakım hastalarında sık görüldüğü belirtilmiştir (Çınar vd., 2017). Ayrıca, hastaların %36,1'inde santral venöz kateter, %41,3'ünde idrar sondası bulunduğu tespit edilmiştir. Bu oranlar, palyatif bakım hastalarında invaziv girişimlerin sık uygulandığını göstermektedir. Bu sonuçlar, palyatif bakım hastalarında hipertansiyon, diyabetes mellitus ve serebrovasküler hastalıkların oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Solunum sistemi ve



kardiyovasküler hastalıklar ile malignite de dikkate değer oranda görülmektedir. Kronik böbrek hastalığı ise daha nadir rastlanmaktadır. Elde edilen bulgular, palyatif bakım hastalarının çoğunda birden fazla kronik hastalığın bir arada bulunduğunu ve bu hastaların yönetiminde multidisipliner yaklaşımın gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada elde edilen bulgular, ülkemizde ve dünyada yapılan benzer çalışmalarla uyumludur. Artan yaşlı ve kronik hasta popülasyonu nedeniyle palyatif bakım hizmetlerine olan gereksinim devam etmektedir. Üniteye yatan hastaların demografik ve klinik özellikleri, yatış süreleri ve taburculuk durumları, palyatif bakım hizmetlerinin planlanmasında ve geliştirilmesinde önemli veriler sunmaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Palyatif bakım son yıllarda gelişmekte olan bir disiplin olarak kendini sağlık sistemine entegre etmiştir. Araştırma süresince yatan hastalarda mevcut semptomların hafifletilmesi, manevi destek sağlanması, yaşam kalitesinin artırılması, ailelerin desteklenmesi ve eğitilmesi hedeflenmiştir. Palyatif bakımın erken dönemde başlanması, gereksiz hastane yatışlarını ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltmaktadır. Ayrıca, palyatif bakım ünitelerinin sayısının artırılması, yoğun bakım ünitelerindeki yatak doluluk oranlarını düşürebilir.

Palyatif bakım merkezlerine olan ihtiyaç hem dünyada hem Türkiye’de giderek artmaktadır. Bu sebeple palyatif bakım merkezinde yatan hastaların sağlık sorunları (kronik hastalık öyküsü, beslenme sorunları, bası yaraları, ağrı vb.) iyi tanımlanmalı, bu sağlık problemlerine yönelik multidisipliner bir ekip sağlanarak hizmet verilmelidir. Palyatif bakım multidisipliner bir yaklaşımla hastaların fiziksel, duyuşsal ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak organize edilmiştir.

Palyatif bakım gereksinimi olan hastaların, bu hizmetlerden yeterince yararlanmadığı; bunun da aileler ve sağlık profesyonelleri arasında bilgi ve farkındalık eksikliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Nitekim, literatürde de palyatif bakım konusunda hem sağlık çalışanları hem de hasta ve yakınları arasında bilgi eksikliği ve farkındalığın yetersiz olduğu vurgulanmaktadır.

Bununla birlikte, bu çalışmanın tek merkezde yürütülmüş olması ve hastanenin işleyiş protokolünün geliştirilemeyeceği göz önünde bulundurulmalıdır. Palyatif bakım ihtiyacını anlamak için daha büyük çapta ve çok merkezli araştırmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca konu ile araştırmaların yapılması, palyatif bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve bilinirliğinin artırılması açısından önem taşımaktadır.

REFERENCES

- Ando, M. Ninosaka, Y. Okamura, K. Ishi, Y. (2015). Difficulties in caring for a patient with cancer at the end of life at home and complicated grief, American Journal of Hospice & Palliative Care, 32(2),173-7.
- Bedük, T. (2015). İc Hastalıkları Hemsireliği - Akil Notları.
- Bilgehan, T, İnkaya, B. (2021). Palyatif Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüğü Ve Etkileyen Faktörler, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 24(1), 51-8.
- Borasio, G. D. (2011). Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. In Palliative and Supportive Care (Vol. 9, Issue 1, pp. 1–2).
- Bruera, E., Higginson, I., von Gunten, C. F., Morita, T. (2015). Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care. CRC Press.



- Bruera B. (2011). Bruera E, Dev R. End of life care. Overview of symptom control. www.uptodate.com, version 19.2, last updated: April 13, 2011.
- Care, C. on B and C on H. (2000). American Academy of Pediatrics. Committee on bioethics and committee on hospital care. Palliative care for children Pediatrics.106(2 Pt 1):351-7.
- Ceylan Karaağaç, G. (2025). *Palyatif Bakım Servisinde Yatan Hastalarda Kateter İlişkili İdrar Yolu Enfeksiyonu Ve Bası Yarası Önleme Demetlerinin Etkinliğinin Araştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erciyes.
- Charani, E. Cooke, J. Holmes, A. (2010). Antibiotic stewardship programmes--what's missing?. J Antimicrob Chemother. 65(11):2275-2277.
- Cimete, G. (1998). Evde bakım hizmetleri. 1. ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. Marmara Üniversitesi İstanbul, 1-41.
- Cristina, ML. Spagnolo, AM. Giribone, L. Demartini, A. Sartini, M. (2021). Epidemiology and Prevention of Healthcare-Associated Infections in Geriatric Patients: A Narrative Review. Int J Environ Res Public Health. May 17;18(10):5333.
- Çınar, H., Kaya, Y., & Enginyurt, Ö. (2017). Palyatif Bakım Hastalarında Beslenme Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Effects of Nutritional Status on Quality of Life in Palliative Care Patients. Bozok Tıp Dergisi, 7(4), 1-7.
- Dinçer, M. Kahveci, K. Şen Taş, S. Karakaya, D. (2017). An analysis of the bacteria produced in pressure ulcers and the costs of antibiotherapy for patients in a long-term intensive care unit J Turgut Ozal Med Cent.
- Enginyurt, Ö. (2019). Palyatif Servisinde Yatan Hastaların Hastalık Prevelansı. Klinik Tıp Aile Hekimliği, 11(1)
- Fernando, G., Hughes, S. (2019). Team approaches in palliative care: a review of the literature. International Journal of Palliative Nursing, 25(9), 444–451.
- Götze, H. Brähler, E. Gansera, L. Polze, N. Köhler, N. (2014). Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care, Supportive Care in Cancer, 22, 2775–82.
- Greydanus, D. Merrick, J. (2014). Neonatal Period, Palliative Care and End of Life. Journal of Pain Manage 7(3), 189-196.
- Grunfeld, E. Coyle, D. Whelan, T. Clinch, J. Reyno, L. Earle, C.C. (2004). Family caregiver burden: Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers, Canadian Medical Association Journal, 170(12),1795-801.
- Gültekin, B.E. (2023). *Palyatif Bakım Biriminde Yatan Hastaların Verilerinin Retrospektif Analizi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sakarya.
- Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., & Murat Tuncer, A. (2010). Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 13(1), 1–6.
- Hajjar, RR. Charalambous, HA. Baider, L. Silbermann, M. (2015). International palliative care: Middle East experience as a model for global palliative care. Clinics in geriatric medicine;31(2):281-94.
- Harputluoğlu, N. Çelik, T. (2020). Pediatrik Palyatif Bakım. Journal of Dr Behcet Uz Children’s Hospital. 2020;10(1).



- Hinz, A. Conrad, I. Schroeter, M. L. Glaesmer, H. Brähler, E. Zenger, M. (2018). Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS), derived from a large German community sample. *Quality of Life Research*, 27(6), 1661–70.
- Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. (2013). Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*;11(2):56-70.
- Kabalak, A. A. (2014). Türkiye’de Palyatif Bakım; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler. *Anestezi Dergisi*, 22(3), 121-3.
- Kalıncara, V. Kalaycı, I. (2017). Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*;10(2), 19-39.
- Kang, K-A. (2018). Models for spiritual care in hospice and palliative care. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 21(2):41-50.
- Kato, Y. Yano, I. Ito, F. Yanagisawa, T. Hoshi, Y. Eto, Y. (2004). Home-based palliative care for children with cancer in Japan, present issues and future prospects. *Pediatrics international*. 46(4).
- Kavşur, Z., Sevilmi, E. (2020). Bazı Gelişmiş Ülkelerde Ve Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi. In *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*.
- Kömürcü, İ. (2009). “Türkiye’de Palyatif Bakım.” *Türkiye’de Kanser Kontrolü*. Editör: Tuncer, AM 299-305.
- Lee, YJ. Hyun, MK. Jung, YJ. Kang, MJ. Keam, B. Go, SJ. (2014). Effectiveness of education interventions for the management of cancer pain: a systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 15(12):4787-93.
- Miniksar ÖH, Aydın A. Palyatif Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Retrospektif Analizi. *J Contemp Med*. Eylül 2020;10(3):429-433. doi:10.16899/jcm.624878
- Miniksar, Ö. H., & Aydın, A. (2020). Palyatif bakım ünitelerinde yatan hastaların retrospektif analizi. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(3), 429-433.
- Miniksar, Ö.H. Aydın, A. (2020). Palyatif Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Retrospektif Analizi, *Journal Of Contemporary Medicine*, J Contemp Med 2020;10(3):429-433.
- Öngel K. (2017). Palyatif Bakım Tarihçesi Ve Gelişimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*;8(4):236-40.
- Saka B. Yaşlı Hastalarda Malnütrisyon. *Klinik Gelişim* 2012;25(3):82-89.
- Serrano, M. Barcenilla, F. Limón, E. Pujol, M. Gudiol, F. (2017). Prevalence of healthcare-associated infections in long-term care facilities in Catalonia. *VINCat Program. Enferm. Infect. Microbiol. Clin*. 35, 505-510.
- Silbermann, M. (2020). *Palliative Care for Chronic Cancer Patients in the Community: Global Approaches and Future Applications*. Springer Nature.
- Stjernsward, J., Foley, K. M., & Ferris, F. D. (2007). The public health strategy for palliative care. *Journal of pain and symptom management*, 33(5), 486-493.
- Şener, A. Kurtgöz, A. Koç, Z. (2021). Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Bakımından Sorumlu Hasta Yakınlarının Bakım Yükleri ile Yaşam Doyumlarının Belirlenmesi, *Araştırma Makalesi*, CBU-SBED, 2022, 9(1): 63-70.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2025). Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Palyatif Bakım Hizmetleri. <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>.
- Turgay, G. (2010). Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri. (Yüksek Lisans Tezi). YÖK Ulusal Tez Merkezi, 282438.



- Turgut, Ö., Pektaş, M., Aydın, B., & Sagün, A. (2019). Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Palyatif Bakım Biriminde yatan hastaların retrospektif analizi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 407-412.
- Voumard, R., Rubli Truchard, E., Benaroyo, L., Borasio, GD., Büla, C., & Jox, RJ. (2018). Geriatric palliative care: A view of its concept, challenges and strategies. *BMC Geriatrics*, 18(1), 220-226.
- Vural, M.F. (2022). Üniversitemiz Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Mortalite İle İlişkili Parametrelerin Prospektif Olarak İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum.
- WHO, (2019). “WHO Definition Of Palliative Care” [İnternet]. Available: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Erişim tarihi: 08-09-2019).
- Widera, E. (2020). Primary Palliative Care. *The Medical Clinics of North America*, 104(3), 17- 18.
- Williams, A.L. McCorkle, R. (2011). Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: a review of the descriptive psychosocial literature, *Palliative & Support Care*, 9(3), 315–25.
- World Health Organisation (WHO) (2025, 28 Nisan). Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Yoshikawa, TT. Norman, DC. (2017). Geriatric Infectious Diseases: Current Concepts on Diagnosis and Management. *J Am Geriatr Soc*. 65(3):631-641.
- Yoshikawa, TT. Norman, DC. (2017). Geriatric Infectious Diseases: Current Concepts on Diagnosis and Management. *J Am Geriatr Soc*. 65(3):631-641
- Yürüyen, M. Özbaş Tevetoğlu, I. Tekmen, Y. Polat, Ö. Arslan, İ. Okuturlar, Y. (2018). Prognostic factors and clinical features in palliative care patients. *Konuralp Medical J*;10:74–80.
- Yürüyen, M., Özbaş Tevetoğlu, İ., Tekmen, Y., Polat, Ö., vd. (2018). Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(1), 74-80. <https://doi.org/10.18521/ktd.368570>