

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Mehmet Yürüyen¹
İşıl Özbaş Tevetoğlu¹
Yeliz Tekmen¹
Özlem Polat²
İsmail Arslan³
Yıldız Okuturlar¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Bakırköy Dr Sadi Konuk
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Palyatif Bakım Merkezi,
İstanbul, Türkiye
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Bakırköy Dr Sadi Konuk
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
İstanbul, Türkiye
³Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Ankara Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Aile Hekimliği
Anabilim Dalı, Ankara,
Türkiye

Yazışma Adresi:

Mehmet Yürüyen
Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
İç Hastalıkları Kliniği, Palyatif
Bakım Merkezi, Bakırköy, İstanbul,
Türkiye
Tel: +90 212 414 7171
Email: drwalker@myynet.com.tr

Geliş Tarihi: 19.10.2017
Kabul Tarihi: 29.12.2017
DOI: 10.18521/kt.368570

Konuralp Tıp Dergisi
e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralptipdergi@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler

ÖZET

Amaç: Bir palyatif bakım merkezinde yatan hastaların klinik özelliklerini incelemek ve uzun yatış süresi, hastaneden taburculuk durumu ile ilişkili faktörleri araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve retrospektif bir çalışmadır. Palyatif bakım merkezinde 1 Ağustos 2015-30 Temmuz 2017 tarihleri arasında yatan hastaların dosyaları incelendi. Tüm hastaların demografik özellikleri, komorbid durumları, ilaç sayıları, yatış şikayetleri, ilk yatışındaki nutrisyon, bası yarası ve ağrı durumları değerlendirildi. Hastaların uzun yatış süresi (≥ 15 gün) ve taburculuk durumları (eve taburcu, ileri yoğun bakım merkezine sevk ve ölüm) ile ilişkili faktörler için değişkenler Spearman korelasyon testi ile analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 319 hastanın (%55 Erkek, %45 Kadın) ortalama yaşı $71 \pm 15,8$ ve ortalama yatış süresi $15,4 \pm 15,7$ gündü. En sık üç komorbid hastalık malnütrisyon %59, malignite %44 ve enfeksiyon hastalığı %33 idi. En sık yatış şikayetleri oral alım bozukluğu %35, genel durum bozukluğu %19 ve ateş %17 idi.

Uzun yatış süresi ile ilişkili pozitif faktörler ileri evre bası yarası ($r=0,366$; $p<0,001$), serebrovasküler hastalık ($r=0,175$; $p=0,002$), hipertansiyon ($r=0,158$; $p=0,005$) ve diabetes mellitusdur ($r=0,129$; $p=0,021$). Taburculuk durumu (ileri yoğun bakıma sevk ve/veya ölüm) ile ilişkili pozitif faktörler ise, malignite ($r=0,234$; $p<0,001$), opioid kullanımı ($r=0,204$; $p<0,001$), parenteral beslenme tipi ($r=0,20$; $p<0,001$) ve halsizlik-yorgunluk semptomudur ($r=0,115$; $p=0,041$).

Sonuç: İleri evre bası yarası hastanede yatış süresini uzatan en önemli faktördür. Hastaların taburculuk durumu için en etkili faktörler ise malignite, opioid kullanımı, parenteral beslenme tipi ve halsizlik-yorgunluk semptomunun varlığıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Palyatif Bakım, Malignite, Ağrı, Bası Yarası.

Prognostic Factors and Clinical Features in Palliative Care Patients

ABSTRACT

Objective: Our aim is to examine the clinical characteristics of patients in a palliative care center and to investigate the factors associated with long-term hospitalization and hospital discharge status.

Methods: The study is described as a cross-sectional-retrospective study. The files of who applicate patients were examined between August 1, 2015 and July 30, 2017 term in palliative care center. Demographic characteristics, comorbid conditions, numbers of medication, complaints of hospitalization, nutritional, pressure sore, and pain status at first hospitalization were evaluated for whole patients. Variables were analyzed using Spearman's correlation test that factors associated with long-term hospitalization (≥ 15 days) and discharge status (go home, referred to advance intensive care unit, and ex).

Results: The mean age of 319 patients (55% male, 45% females) was $71 \pm 15,8$ and mean duration of hospitalization was $15,4 \pm 15,7$ days. The most common comorbid diseases were malnutrition (59%), malignancy (44%), and infectious disease (33%). The most frequent admission complaints were oral intake impairment (35%), general condition impairment (15%), and fever (17%).

Positive factors associated with long-term hospitalization were advanced stage pressure sore ($r=0,366$; $p<0,001$), cerebrovascular disease ($r=0,175$; $p=0,002$), hypertension ($r=0,158$; $p=0,005$), and diabetes mellitus ($r=0,129$; $p=0,021$). Positive factors related to discharge status (referred to intensive care unit and/or ex) were malignancy ($r=0,234$; $p<0,001$), using opioid ($r=0,204$; $p<0,001$), parenteral nutrition ($r=0,20$; $p<0,001$) and weakness-fatigue symptoms ($r=0,115$, $p=0,041$).

Conclusion: Advanced stage pressure sore are the most important factor that prolongs the length of hospital stay. The most effective factors for patients with discharge status are malignancy, using opioid, parenteral nutrition and the symptoms of weakness-fatigue.

Keywords: Elderly, Palliative Care, Malignancy, Pain, Pressure Sore.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, palyatif bakım (PB) yaşamı tehdit eden hastalıklardan mustarip herkes için uygulanmalı ve hastalık gidişatına göre erken başlanmalıdır. Ancak klinik pratikte, PB genellikle çok daha sonra başlatılmakta ve sıklıkla kanser hastaları ile sınırlı kalmaktadır. Yapılan bir çalışmada erken PB entegrasyonu semptomların daha iyi kontrol edilmesine, uzamış süriye ve daha iyi hayat kalitesine yol açtığı gösterilmiştir (1). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Ülkemizde yapılan son nüfus sayımında yaşlı nüfus oranı %8,3 oranında saptandı (2). 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. Türkiye'den bildiren çalışmalarda, yatan PB hastalarında sıklıkla onkolojik hastalar değerlendirilmiş ve klinik özellikleri ortaya konmuştur (3-7). Genel palyatif bakım merkezlerine (PBM) onkolojik hastaların yanı sıra yaşlı hastalar ve hayatı tehdit eden kronik hastalıkları olan hastalar da sıklıkla yatmaktadır. Ülkemizde PBM sayısı ve klinik deneyim hala beklenenden azdır. Bu sebeple PBM'lerde yatan hastaların klinik özelliklerini ortaya koymak ve prognozla ilişkili faktörleri incelemek çok önemlidir. Bildiğimiz kadarıyla Türkiye'den bildirilen PB hastalarında hastanede uzun yatış süresi (UYS) ve hastaneden çıkış durumu üzerine etkili faktörleri inceleyen çalışma azdır (8,9).

Bu çalışmada birinci amacımız, bir palyatif bakım merkezinde yatan hastaların klinik ve demografik özelliklerini inceleyerek iki yıllık deneyimimizi sunmaktır. İkinci amacımız ise, hastaların UYS ve hastaneden çıkış durumu ile ilişkili faktörleri araştırmak ve benzer çalışmalar ile karşılaştırmaktır.

MATERYAL VE METOD

Çalışma Dizayını ve Hastalar: Bu çalışma kesitsel ve retrospektif bir çalışmadır. Son yıllarda açılan İstanbul Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi palyatif bakım merkezi 2 yılı aşkın bir süredir hasta kabul etmektedir. Merkezimizde 2 yıllık süre (1 Ağustos 2015-30 Temmuz 2017) boyunca yatan hastaların dosyaları ve hastane elektronik kayıt bilgileri incelendi. Tekrarlı yatışları olan hastanın ilk yatışı değerlendirildi. Tekrarlı yatışlar ve yetersiz dosya bilgileri olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Tüm hastaların demografik özellikleri, komorbid durumları, ilaç sayıları, yatış süreleri ve hastaneden taburculuk durumları hasta kayıtlarından elde edildi. Hastaların yatış gerektiren semptomları (oral alım bozukluğu, ağrı, bulantı-kusma, iştahsızlık-kilo kaybı, genel durum bozukluğu, halsizlik-yorgunluk, nefes darlığı, öksürük-balgam, bası yarası bakımı ve uykusuzluk gibi) kayıt edildi.

Hastanede UYS \geq 15 gün olarak kabul edildi. Polifarmasi çoklu ilaç kullanımı veya en az bir tane uygunsuz ilaç kullanımı olarak tanımlanmaktadır (10). Bu çalışmada \geq 5 ilaç kullanımı polifarmasi olarak kabul edildi. Çalışma için lokal etik kurul onayı alınmıştır.

Nutrisyonel, Bası Yarası ve Ağrı Değerlendirme: Hastaların yatış anındaki nutrisyon durumları Nutrisyonel Risk Skorlaması 2002 (NRS 2002) formuyla ile değerlendirildi (11). Bu skorlamaya göre \geq 3 puan alan hasta malnütrisyon riski (MR) var kabul edildi. MR olan hastaların yatışı boyunca hangi tip beslenmeyi (enteral ve parenteral) kullandıkları kayıt edildi.

Bası yarası için riskli bireylerin belirlenmesi için Braden risk değerlendirme ölçeği kullanıldı (12). Bu ölçek de, duyuşsal algılama, nem, aktivite, hareketlilik, beslenme ve sürtünme-tahriş olmak üzere 6 parametre değerlendirilir. Hastalar toplam 6-23 arası puan alabilir. Toplam puan azaldıkça risk artmaktadır. Bu ölçeğe göre, \leq 12 puan yüksek riskli, 13-14 puan riskli, 15-16 puan düşük riskli kabul edildi. Ancak 75 yaş üstü kişilerde 15-18 puan düşük riskli olarak kabul edildi. Yatış esnasında hastaların bası yarası olup olmadığı ve bası yarası varsa klinik evreleri (evre 0= bası yarası yok, evre 1-4=evrelendirilen bası yarası, evre 5=evrelendirilemeyen bası yarası) tespit edildi (13).

Hastaların ağrı değerlendirmesi için, iletişim kurulabilen ve sözel yanıt alınabilen bir hasta ise Vizüel Ağrı Skalası (VAS) kullanıldı. Bu skalaya göre hastaya ağrısının olup olmadığı, ağrısı varsa 0-10 puan arasında puanlaması istendi (14). Bu puanlamaya göre ağrı şiddeti; $<$ 3 hafif ağrı, 3-6 orta şiddette ağrı ve $>$ 6 şiddetli ağrı olarak kabul edildi. İyi iletişim kurulamayan ve sözel yanıt alınamayacak bir hasta ise Davranışsal Ağrı Skalası (DAS) kullanıldı (15). Bu skala hastanın yüz ifadesi, üst ekstremitte hareketleri ve ventilasyona uyumu gibi parametreleri içermektedir. Her bir parametrenin 4 alt maddesi olup toplam skala 12 maddeden oluşmaktadır. Buna göre her bir parametre 1 (ağrıya yanıt yok) ile 4 (ağrıya tam yanıt) arasında puan verilmektedir. Bu skaladan hasta 3-12 arası puan alır. $>$ 3 puan olması hastanın ağrısının olduğu ve tedavi edilmesi gerektiği kabul edildi. Puan artıkça hastanın ağrı düzeyi artmaktadır. Ayrıca hastaların yatışı boyunca opioid kullanımları (zayıf ve/veya güçlü opioidler) incelendi. Zayıf opioidleri (tramadol oral tablet ve/veya iv form) ve güçlü opioidleri (fentanil transdermal flaster, morfin oral tablet, cilt altı ve/veya iv form) kullanan hastalar kayıt edildi.

İstatistiksel Analiz: Tüm veriler SPSS 15.0 version software (SPSS Inc, Chicago, IL) 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. Palyatif bakım hastalarının hastanede uzun

yatış süresi (≥ 15 gün) ve hastaneden taburculuk durumları (eve taburcu, ileri yoğun bakım merkezine sevk, ölüm) ile ilişkili faktörleri değerlendirmek için Spearman korelasyon testi kullanıldı. P değeri $< 0,05$ ise istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışma süresi içinde yatan 343 hastadan

çalışmaya uygun olan 319 (%93) hasta değerlendirildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de gösterildi. Hastaların 174'ü (%55) erkek, 145'i (%45) kadın, yaş ortalaması $71 \pm 15,8$ (ortanca yaş=73; en az=19, en çok=99), ortalama komorbidite sayısı $2,2 \pm 1,05$, ortalama ilaç sayısı $2,25 \pm 2,79$ ve ortalama yatış süresi $15,4 \pm 15,7$ gün saptandı.

Tablo 1. Tüm hastaların demografik ve klinik özellikleri (n=319)

Cinsiyet, n (K/E)	145/174
Ortalama yaş \pm SS	71 \pm 15,8
Ortalama komorbid hastalık sayısı \pm SS	2,2 \pm 1,05
Ortalama ilaç sayısı \pm SS	2,25 \pm 2,79
Ortalama yatış süresi \pm SS (gün)	15,4 \pm 15,7
Mobilizasyon durumu, n (%)	
Mobil hasta	31 (9,7)
Yarı mobil hasta	49 (15,3)
İmmobil hasta	239 (75)
Hastaneden taburculuk durumu, n (%)	
Eve taburcu	166 (52)
İleri YB transfer	49 (15,3)
Ölüm	104 (33,6)
Komorbid Hastalıklar, n (%)	
Malignite	143 (43,9)
Enfeksiyon hastalıkları	104 (32,6)
Serebrovasküler hastalık	31 (9,7)
Nörodegeneratif hastalıklar (demans ve/veya Parkinson hastalığı)	30 (9,4)
Kronik ve/veya akut renal hastalık	27 (8,5)
Hipertansiyon	22 (6,9)
Diyabet hastalığı	18 (5,6)
Kronik kalp hastalığı	15 (4,7)
Diğer (travma, kronik karaciğer ve akciğer hastalığı)	14 (4,3)
Nutrisyonel değerlendirme	
Ortalama NRS 2002 skoru \pm SS	2,88 \pm 1,55
Malnütrisyon riski, n (%)	187 (58,6)
Enteral beslenme, n (%)	229 (71,9)
Oral	174 (75,9)
Nasogastrik tüp	27 (11,8)
PEG tüp	28 (12,2)
Parenteral beslenme, n (%)	90 (28,1)
Bası yarası değerlendirme	
Ortalama Braden Skalası \pm SS	13,8 \pm 4,8
Bası yarası var, n (%)	107 (33,5)
Evre 1	14 (13,5)
Evre 2	47 (43,9)
Evre 3	23 (21,4)
Evre 4	3 (2,8)
Evre 5	20 (18,7)
Ağrı değerlendirme	
Ortalama VAS puan \pm SS	3,65 \pm 2,68
Ortalama DAS puan \pm SS	3,77 \pm 1,08
Opioid kullanımı var, n (%)	129 (40,4)

n=hasta sayısı; SS=standart sapma; YB=yoğun bakım; NRS 2002=Nutrisyonel Risk Skoru 2002; PEG=Perkutan Endoskopik Gastrotomi; VAS= Vizüel Ağrı Skalası (0-10 puan); DAS= Davranışsal Ağrı Skalası (3-12 puan).

Hastaların %71,5 yaşlı (≥ 65 yaş) hastalardan oluşmaktaydı. Yatış sırasında hastaların %75'i (n=239) immobil iken, polifarmasi oranı %22

(n=70) bulundu. En sık beş komorbid hastalık malnütrisyon %59 (n=187), malignite %44 (n=143), enfeksiyon hastalığı %33 (n=104), bası

yarası %33 (n=107) ve serebrovasküler hastalık %10 (n=31) oranında görüldü. Hastaların taburculuk durumları incelendiğinde 166 hasta (%52) eve taburcu edilmiş, 49 hasta (%15) ileri yoğun bakım merkezine transfer edilmiş ve 104 hasta (%33) ise ölmüştür. Hastaların yatış sırasında ifade ettikleri en sık semptomlar sırasıyla şunlardır: 112 hastada (%35) oral alım bozukluğu, 61 hastada (%19) genel durum bozukluğu, 54 hastada (%17) ateş, 48 hastada (%15) iştahsızlık-kilo kaybı, 41 hastada (%13) halsizlik-yorgunluk, 38 hastada (%12) nefes darlığı, 35 hastada (%11) ağrı, 32 hastada (%10) diğer gastrointestinal şikayetler (kabızlık, ishal, karın ağrısı-şişlik), 29 hastada (%9) bulantı-kusma, 29 hastada (%9) bası yarası bakım, 16 hastada (%5) öksürük-balgam, 3 hastada (%1) uyku bozuklukları ve 45 hastada (%14) diğer şikayetler bulundu.

Hastaların nutrisyonel durumları incelendiğinde ortalama NRS 2002 skoru $2,88 \pm 1,55$ ve MR %58,6 saptandı. Yatış süresince hastaların beslenme tipleri enteral beslenme oranı %72 (229 hasta) ve parenteral beslenme %28 (90 hasta) idi. Enteral beslenme alt tipleri ise %76 (174 hasta) oral, %12 (27 hasta) nasogastrik (NG) tüp ve %12 (28 hasta) perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) tüp beslenme olarak saptandı (Tablo 1).

Bası yarası değerlendirilmesinde, ortalama Braden Risk Skalası ortalama puan $13,8 \pm 4,8$ ve bası yarası için yüksek riskli hasta oranı (≤ 12 puan)

%36,6 saptandı. Klinik değerlendirme sonucunda %33 hastada bası yarası vardı. Bu hastaların bası yarası klinik evreleri ise, 14 hasta (%13,5) evre 1, 47 hasta (%44) evre 2, 23 hasta (%21) evre 3, 3 hasta (%3) evre 4 ve 20 hasta (%19) evre 5 olarak tespit edildi (Tablo 1).

Palyatif bakım hastaları %11 oranında ağrı şikayeti ile merkezimize başvurmuştur. Ancak yatış sırasında hastalara uygun ölçeklerle yapılan ağrı değerlendirilmesinde 60 (%18,8) hastanın ortalama VAS puanı $3,65 \pm 2,68$ (en az= 0, en çok=8) ve 259 (%81,2) hastanın ortalama DAS puanı $3,77 \pm 1,08$ (en az= 0, en çok=8) bulundu (Tablo 1). Buna göre VAS ile ağrı değerlendirilmesi yapılan 36 (%60) ve DAS ile 128 (%49) hastanın ağrısı olduğu tespit edildi. VAS göre 7 hastanın (%11) hafif, 38 hastanın (%64) orta ve 15 hastanın (%25) şiddetli ağrısı vardı. Hastaların opioid kullanım oranı %40 (129 hasta) bulundu (Tablo 1). Malignitesi olan hastalarda opioid kullanımı %62 (89 hasta) oranlarına çıkmaktadır. Tüm hastaların opioid kullanımına bakılırsa 123 hasta (%38,7) sadece tramadol, 49 hasta (%15,3) sadece fentanil ve 62 hasta (%19,4) ise sadece morfin kullanmakta iken, 67 hasta (%21) tramadol+fentanil kombinasyonu ve 18 hasta (%5,6) diğer kombinasyonları kullandığı gözlemlendi.

Çalışmamızda hastanede uzun yatış süresi ve hastaneden taburculuk durumu ile ilişkili faktörler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Hastanede uzun yatış süresi ve hastaneden taburculuk durumu ile ilişkili faktörler

Parametreler	Korelasyon katsayısı (r)	P değeri*
Uzun yatış süresi (≥ 15 gün)		
Bası yarası (ileri evre)	0,366	< 0,001
Serebrovasküler hastalık	0,175	0,002
Hipertansiyon	0,158	0,005
Malignite	-0,132	0,018
Diabetes mellitus	0,129	0,021
Taburculuk durumu (eve taburcu, ileri yoğun bakıma sevk, ölüm)		
Malignite	0,234	< 0,001
Opioid kullanımı	0,204	< 0,001
Beslenme tipi (parenteral)	0,2	< 0,001
Enfeksiyon hastalıkları	-0,16	0,005
Nörodegeneratif hastalıklar	-0,163	0,004
NRS 2002 puanı	-0,141	0,014
Komorbidite sayısı	-0,139	0,014
Hipertansiyon	-0,139	0,014
İleri yaş	-0,127	0,024
Uzun yatış gün süresi	-0,124	0,028
Halsizlik-yorgunluk	0,121	0,032
Diabetes mellitus	-0,115	0,041

*Spearman Korelasyon Testi, NRS 2002= Nutrisyonel Risk Skoru.

*Yaş, cinsiyet, yatış şikayetleri, enfeksiyon hastalıkları, kronik kalp, karaciğer ve böbrek hastalıkları, komorbid hastalık sayısı, Braden bası yarası ölçek puanı, ağrı skala puanları, opioid kullanımı, malnütrisyon riski varlığı, beslenme tipi, NRS 2002 puanı ve polifarmasi ile hastanede uzun yatış süresi ilişkili değildir (data gösterilmedi).

**Cinsiyet, halsizlik-yorgunluk dışındaki yatış şikayetleri, kronik kalp, karaciğer ve böbrek hastalıkları, Braden bası yarası ölçek puanı, ağrı skala puanları ve polifarmasi ile hastaneden taburculuk durumu ilişkili değildir (data gösterilmedi).

TARTIŞMA

Tüm dünya da olduğu gibi ülkemizde de artan yaşlı hasta popülasyonu ve bunla beraber artan ileri evre kronik hastalıklardan dolayı palyatif bakım merkezlerine ihtiyaç giderek artmaktadır. Ülkemizde palyatif bakım merkezi sayısı ve klinik deneyim hala beklenenden azdır. Bu çalışma ile 2 yıllık bir genel palyatif bakım merkezine yatan hastaların demografik ve klinik özelliklerini sunduk. Ayrıca hastanede uzun yatış süresi ve hastaların taburculuk durumları ile ilişkili faktörleri inceledik. Bizim çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 71, hastaların %71,5 yaşlı (≥ 65 yaş) ve %45 kadın hastaydı. Türkiye’den bildirilen benzer bir çalışmada ise hastalar %41 kadın, ortalama yaş 70,6 idi. Bu çalışmada hastanede ortalama yatış süresi 27,2 gün olup bizim çalışmaya göre (ortalama yatış süresi 15,4 gün) daha uzundu (8). PB alan 108 kanser hastasının incelendiği bir çalışmada yaş ortalaması 60, kadın %37 oranındaydı (7). Başka bir PB alan kanser hastalarının incelendiği çalışmada (n=170) ise yaş ortalaması 61, kadın %44 oranındaydı (6). Görüldüğü gibi kanser gruplarında yapılan çalışmalarda yaş ortalaması düşmektedir.

Bizim çalışmada eve taburcu olan hasta oranı %52 iken, ileri yoğun bakıma sevk oranı %15 ve mortalite oranı %33 saptandı. Dörtüyz otuzbeş PB hastasının incelendiği bir çalışmada mortalite oranı %46 ve yüksek saptandı (8). Polifarmasi yaşlı hastalarda morbidite ve mortaliteyi artıran önemli bir durumdur (16). Bir çalışmada PBM’ye kabul edilen 50 hastanın kullanmakta olduğu ilaç sayısı 427 olup, ilk 72 saat sonunda bu ilaçların 285’i (%67) kesilmiştir. Hastanın kliniği kötüleştiğinde uygunsuz ilaç kullanımı %30 oranına ve ölüm yaklaşıncaya maalesef bu oran daha da artmaktadır (17). Bizim çalışmada PBM’ye ilk yatış polifarmasi oranı %22 (≥ 5 ilaç kullanımı) bulundu. Bizim çalışmaya benzer olarak, PB’de izlenen 244 hastanın alındığı (yaş ortalaması 74) bir çalışmada hastaların %47’si kanser hastalarıydı. Kanser hastalarının PB’ye kabulünde 11,5 ilaç kullandığı saptanmıştır (18). Bu oran oldukça yüksektir. Bizim kliniğimizde çoklu ilaç kullanımı ve/veya uygunsuz ilaç kullanımına azami dikkat gösterilmektedir. Palyatif bakım merkezlerinde, kalp hastalığı ile demans hastalığı hasta tanılarının dörtte birini oluşturmaktadır ve kanser hala en sık komorbid durumdur (19). Bizim çalışmada ise, en sık görülen beş komorbid hastalık malnütrisyon (%59), malignite (%44), enfeksiyon hastalığı (%33), bası yarası (%33) ve serebrovasküler hastalığı (%10).

Yapılan semptom sorgulanmasında, hastaların yatış sırasında en sık yakındığı 5 semptom sırasıyla oral alım bozukluğu (%35), genel durum bozukluğu (%19), ateş (%17), iştahsızlık-kilo kaybı (%15) ve halsizlik-yorgunluk (%13) semptomuydu. Kanser hastalarının incelendiği bir palyatif bakım çalışmasında geçen bir hafta içerisinde hastaların en sık yakınmaları

sırasıyla enerji kaybı, kilo kaybı, iştah azlığı, ağrı ve ağız kuruluğu şikayeti idi (6). Akciğer kanserli hastalarda ise semptom sıklığı yorgunluk, nefes darlığı, iştah kaybı, ağrı ve uyuşukluk (uyku hali) şeklindeydi (3). Bizim çalışma da sadece kanser hastaları değil aynı zamanda ileri yaşlı ve farklı komorbid durumları olan hastalar da vardı. Bu sebeple hasta şikayetleri farklılık gösterebilmektedir. Bizim hastalar ilk başvuruda ağrı şikayetini %11 oranında ve üstteki çalışmalara göre daha az ifade etmiş iken, VAS ve DAS ile yapılan ağrı değerlendirmesi sonucunda sırasıyla %60 ve %49 oranında hastaların ağrısı olduğu ortaya çıkmıştır. Hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen, muhakkak tedavi edilmesi gereken ağrı, hastalar değerlendirilirken muhakkak sorgulanmalı ve ağrı skalaları ile şiddeti ölçülüp kaydedilmelidir.

Malnütrisyon ve bası yarası yatan hastalarda morbidite ve mortaliteyi artıran ancak tespit edildiğinde önlenemez ve tedavi edilebilir önemli komorbid durumlardır (20, 21). Bizim çalışmamızda hastaların MR %59 ve bası yarası %33 oranında olup oldukça yüksek değerlerdeydi. Yatış süresince hastaların beslenme tipleri enteral beslenme oranı %72 ve parenteral beslenme %28 oranındaydı. Enteral tüple beslenme de %12 NG tüp ve %12 PEG tüp beslenme vardı. Çalışmamızda hastaların %75’i immobil ve Braden Risk Skalasına göre bası yarası için yüksek riskli hasta sayısı %36,6 idi. Bu da PB hastalarının bası yarası için potansiyel risk altında olduğunu göstermektedir. En sık görülen bası yarası klinik evresi %44 evre 2 ve %21 evre 3’tür.

Ağrı palyatif bakım hastalarında yaşam kalitesini etkileyen en önemli sorunlardan biridir (4). Uygun bir şekilde değerlendirilip tedavi edilmelidir. PB alan 418 kanser hastasında yapılan bir çalışmada opioid almayan hasta oranı %9, zayıf opioid alan %26 ve güçlü opioid alan %65 bulunmuştur (4). Kanser hastaları PBM’ye ilk başvurusunda %90 ağrı semptomu tariflemektedirler ve %50 si ağrı şiddetini 5 ve üzeri tanımlamaktadır (7). Sıklıkla kanser hastaları ağrıdan mustarip olsa da yaşlı hastalarında kronik ağrıları olduğu aklımıza gelmelidir. Yaşlı hastalar dahil olmak üzere PB hastalarında opioid kullanımı ağrı palyasyonu açısından çok önemlidir. Yaşlı hastalarda küçük dozlarda başlayıp, yavaş artırmak en doğru yol gibi görünmektedir. Bizim çalışmada opioid kullanımı tüm hastalarda %40, sadece kanser hastalarında %62 oranındadır. Tüm hastalar arasında tek başına en sık kullanılan opioid %38,7 tramadol, en sık kullanılan kombinasyon ise, %21 tramadol+fentanil kombinasyonudur.

Çalışmamıza göre PB hastalarında uzun yatış süresi ile ilişkili pozitif faktörler ileri evre bası yarası, serebrovasküler hastalık, hipertansiyon ve diabetes mellitus iken, beklendiği gibi malignite negatif ilişkili faktördür. Yani kanser hastalarının

yatış süresi daha kısadır. Türkiye’den Dincer ve ark.’nın yaptığı bir çalışmada kanser, hipoksik beyin ve ileri yaş uzun yatış süresi üzerine negatif etkili iken, PEG, parenteral beslenme, HT ve E. Coli, Proteus, Pseudomans ve Acinetobacter enfeksiyonları UYS’yi artırmaktadır (8). Bizim çalışmada sadece malignite negatif etkili iken yaş etkili değildi. UYS üzerine pozitif etkili faktörler içinde beslenme tipi etkili bulunmazken, benzer olarak HT etkili bir faktördü. Hastaneden taburculuk durumu ile ilişkili pozitif faktörler malignite, opioid kullanımı, parenteral beslenme tipi ve halsizlik-yorgunluk semptom varlığıdır. Yani bu faktörler yoğun bakıma sevk ve/veya eks durumu ile koreledir. Negatif ilişkili faktörler ise ileri yaş, uzun yatış gün süresi, HT, DM, enfeksiyon hastalıkları, nörodegeneratif hastalıklar, artan komorbidite sayısı ve yüksek NRS 2002 puanıdır. Muhtemelen bu grup hasta daha çok yaşlı, kronik hastalıkları olan ve evde bakım süreci gereken hastalardır. Travmatik beyin hasarı (n=49, ortalama yaş= 45) nedeniyle PB alan hastaların incelendiği bir çalışmada mobilizasyon, PEG, trakestomi ve bası yarası açısından taburculuk durumları arasında fark bulunmadı (9). Sonuç olarak çalışmalara alınan PB hastalarının

heterojenliği, çalışma dizaynı ve incelenen parameterelelerden dolayı sonuçlar da çeşitlilik gösterebilmektedir.

Bu çalışmanın bazı kısıtlamaları vardır. Birincisi çalışmanın tek merkezde olması nedeniyle Türkiye’deki bütün PB hastalarını yansıtmayabilir. İkincisi retrospektif bir çalışma olmasıdır. Ağrı palyasyonu için sadece opioid kullanımı göz önüne alınmıştır. Opioid olmayan ağrı kesiciler değerlendirilememiştir.

Sonuç olarak, gerek yaşlı hastaların ve gerekse ileri evre onkolojik hastaların sayısının artması nedeniyle palyatif bakım merkezlerine ihtiyaç bugün ve gelecekte de giderek artacaktır. Palyatif bakım, bu hastaların semptomlarını iyileştirmeyi ve hayat kalitelerini artırmayı amaçlamaktadır. Bu sebeple palyatif bakım hastalarının problemleri (mustarip olunan semptomları, eşlik eden komorbid durumları, nutrisyonel, bası yaraları ve ağrı durumları) ve prognostik faktörler iyi dökümente edilmeli ve bununla birlikte bu hastalar için pratik çözümler geliştirilmelidir. Ayrıca, Türkiye’deki PBM’lere ait verileri sunmak için daha büyük sayıda ve çok merkezli çalışmalar planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Dalgaard KM, Bergenholtz H, Nielsen ME, et al. Early integration of palliative care in hospitals: A systematic review on methods, barriers, and outcome. *Palliat Support Care* 2014;12(6):495-513.
2. Yaşlı nüfus sayımı, Türkiye İstatistik Kurumu verileri, 2016. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>.
3. Bulbul Y, Ozlu T, Arinc S, et al. Assessment of palliative care in lung cancer in Turkey. *Med Princ Pract* 2017;26(1):50-6.
4. Senel G, Oguz G, Kocak N, et al. Opioid use and the management of cancer patient pain in palliative care clinic. *Agri* 2016;28(4):171-6.
5. Hacikamiloglu E, Utku ES, Cukurova Z, et al. Community palliative care in Turkey: A collaborative promoter to a new concept in the Middle East. *J Public Health Manag Pract* 2016;22(1):81-8.
6. Ozalp GS, Uysal N, Oguz G, et al. Identification of symptom clusters in cancer patients at palliative care clinic. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2017;4(3):259-64.
7. Uysal N, Senel G, Karaca S, et al. Symptoms seen in inpatient palliative care and impact of palliative care unit on symptom control. *Agri* 2015;27(2):104-10.
8. Dincer M, Kahveci K, Doger C. An examination of factors affecting the length of stay in a palliative care center. *J Palliat Med* 2017.
9. Kahveci K, Dincer M, Doger C, et al. Traumatic brain injury and palliative care: a retrospective analysis of 49 patients receiving palliative care during 2013-2016 in Turkey. *Neural Regen Res* 2017;12(1):77-83.
10. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, et al. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol* 2002;55(8):809-17.
11. Kondrup J, Allison SP, Elia M, et al. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22(4):415-21.
12. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, et al. The braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res* 1987;36(4):205-10.
13. Baumgarten M, Margolis DJ, Selekof JL, et al. Validity of pressure ulcer diagnosis using digital photography. *Wound Repair Regen* 2009;17(2):287-90.
14. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, et al. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63 Suppl 11:240-52.
15. Gelinas C. Pain assessment in the critically ill adult: Recent evidence and new trends. *Intensive Crit Care Nurs* 2016;34:1-11.

16. Best O, Gnjidic D, Hilmer SN, et al. Investigating polypharmacy and drug burden index in hospitalised older people. *Intern Med J* 2013;43(8):912-8.
17. Cruikshank RP, Stafford B, Jones L. Polypharmacy in the terminally ill. *Med J Aust.* 2013;199(1):29.
18. McNeil MJ, Kamal AH, Kutner JS, et al. The Burden of Polypharmacy in Patients Near the End of Life. *J Pain Symptom Manage.* 2016;51(2):178-83.
19. Suhrie EM, Hanlon JT, Jaffe EJ, et al. Impact of a geriatric nursing home palliative care service on unnecessary medication prescribing. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2009;7(1): 20-5.
20. Sieber CC. Nutritional screening tools-How does the MNA compare? Proceedings of the session held in Chicago May 2-3, 2006 (15 Years of Mini Nutritional Assessment). *J Nutr Health Aging* 2006;10(6):488-92; discussion 92-4.
21. Allman RM. Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors, and impact. *Clin Geriatr Med* 1997;13(3):421-36.