T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

DESTEKLEYİCİ VE PALYATİF BAKIM İNDİKATÖRLERİ ÖLÇEĞİNİN (SPICT) TÜRKÇE ADAPTASYONU

Dr. Öznur KALMUK ÇETİN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/ 2025

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

DESTEKLEYİCİ VE PALYATİF BAKIM İNDİKATÖRLERİ ÖLÇEĞİNİN (SPICT) TÜRKÇE ADAPTASYONU

Dr. Öznur KALMUK ÇETİN

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK
Yardımcı Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hande İLERİ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/ 2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi ve tez çalışması sürecinde değerli bilgileriyle bana yol gösteren, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her daim beni cesaretlendiren, bu yolda yalnız olmadığımı hissettiren ve yetiştirdiği bir hekim olmaktan her zaman gurur duyacağım değerli hocam Prof. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca tecrübesini ve bilgi birikimini her zaman benimle paylaşan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Haluk MERGEN'e, Prof. Dr. Hülya PARILDAR'a, Prof. Dr. Umut GÖK'e, Doç. Dr. Bakiye Nurdan TEKGÜL'e, Doç. Dr. Yusuf Adnan GÜÇLÜ'ye, Doç. Dr. Nil TEKİN' e, Dr. Öğr. Üyesi Hande İLERİ' ye, Başasistan Uzm. Dr. Demet MERDER'e ve kliniğimizdeki tüm uzmanlara,

Uzmanlık eğitimimde yer alan rotasyonlarda eğitimime katkı sunan tüm saygıdeğer hocalarıma ve birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Bu hayatta var olmamı sağlayan, her daim yanımda olduklarını hissettiren, beni büyük özveri, sevgi, emek ve mutlulukla büyüten canım annem ve babama, varlıklarıyla destek olan kardeşlerime,

Sevgisini ve desteğini her zaman hissettiğim, beni bu yolda hiçbir zaman yalnız bırakmayan canım eşim, yol arkadaşım Denis ÇETİN'e,

Varlığıyla hayatıma anlam katan, bir gülüşüyle her şeyi güzelleştiren canım oğlum Gökalp ÇETİN'e

Doğal şifacılarım Ginger ve Odin' e,

Sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....i
İÇİNDEKİLER.....ii
TABLO LİSTESİ.....v
KISALTMALAR.....vi
ÖZET.....vii
ABSTRACT.....viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....1
2. GENEL BİLGİLER.....3
2.1. PALYATİF BAKIMIN TANIMI, KAPSAMI VE TARİHÇESİ.....3
2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı.....3
2.1.2. Palyatif Bakımın Kapsamı.....4
2.1.3.Palyatif Bakımın Tarihçesi.....5
2.2. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM UYGULAMALARI.....7
2.2.1. Dünyadaki Palyatif Bakım Uygulamaları.....7
2.2.2. Türkiye'deki Palyatif Bakım Uygulamaları.....9
2.2.3. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmet Modelleri ve Kapsamı.....10
2.2.3.1. Hastane içi palyatif bakım merkezleri.....10
2.2.3.2. Evde sağlık ve palyatif bakım hizmetleri.....10
2.3. DESTEKLEYİCİ VE PALYATİF BAKIM GÖSTERGELERİ ARACI (SUPPORTIVE AND PALLIATIVE CARE INDICATORS TOOL-SPICT).....12
2.3.1. SPICT' in Tanımı, Amacı ve Geliştirilmesi.....12
2.3.2. SPICT'in Yapısı ve Kullanım Alanları.....13
2.3.3. SPICT'in Sağlık Sistemine Katkıları.....14
2.3.4. SPICT'in Uluslararası Çeviri ve Geçerlik-Güvenirlik Çalışmaları.....15
2.3.4.1. Birleşik Krallık (İskoçya ve İngiltere).....16
2.3.4.2. İspanya (SPICT-ES).....16
2.3.4.3. Danimarka (SPICT-DK).....17
2.3.4.4. Almanya (SPICT-DE).....17
2.3.4.5. İtalya (SPICT-IT).....18

2.3.4.6. Yunanistan (SPICT-GR)....18
2.3.4.7. Çin (SPICT-CH)....19
3. GEREÇ VE YÖNTEM....20
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI....20
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ....20
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ....20
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI....21
3.5. DİL UYARLAMASI....21
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI....22
3.7. VERİLERİN ANALİZİ....22
3.8. ETİK KURUL VE İZİNLER....22
4. BULGULAR....23
4.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR....23
4.2. SPICT-TR MADDELERİ VE SÜRPRİZ SORU DAĞILIMI DEĞERLENDİRİLMESİ....27
4.2.1. Genel Göstergeler....30
4.2.2. Kanser ile İlgili Göstergeler....30
4.2.3. Kalp ve Damar Hastalıkları....31
4.2.4. Böbrek Hastalıkları....31
4.2.5. Demans / Kırılganlık....31
4.2.6. Solunum Hastalıkları....31
4.2.7. Karaciğer Hastalıkları....31
4.2.8. Nörolojik Hastalıklar....31
4.2.9. Diğer Durumlar....31
4.2.10. Sürpriz Sorular - Gelecek Öngörüsü....32
4.3. SPICT-TR ARACININ GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİK ÖLÇÜTLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ....32
4.4. SPICT-TR BULGULARI İLE KRONİK HASTALIKLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ BULGULARI....33
4.5. SÜRPRİZ SORULAR VE KRONİK HASTALIKLAR ARASINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULAR....38
5. TARTIŞMA....45

6. SONUÇLAR.....54
7. KAYNAKLAR.....56
8. EKLER.....60
EK 1. GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAY FORMU.....60
EK 2. TEZ KONUSU ONAY FORMU.....62
EK 3. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER FORMU-DOKTOR İÇİN.....66
EK 4. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER FORMU-HASTA İÇİN.....67
EK 5. SPICT-TR.....68
9. ÖZGEÇMİŞ.....69

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Dünya Genelinde Palyatif Bakımın Gelişim Basamakları.....8

Tablo 2. Bazı Ülkelerde Palyatif Bakım Sistemlerinin Özellikleri.....9

Tablo 3. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (n=356).....23

Tablo 4. Doktorların SPICT-TR Ölçek Değerlendirme Özellikleri Dağılımı (n=24).....26

Tablo 5. SPICT-TR Aracının Maddelerinin Yanıt Dağılımı (n=).....27

Tablo 6. Palyatif Bakım İhtiyacı Gerekliliğinin Doktorların Düşüncesi ile SPICT-TR Kararı Arasındaki Uyum (Ölçek Geçerliliği) Değerlendirmesi (n=356).....32

Tablo 7. SPICT-TR Aracına Göre Palyatif Bakım İhtiyacı Gerekliliği ile Kronik Hastalıklar Arasında İlişki Değerlendirmesi (n=356).....33

Tablo 8. SPICT-TR Aracına Göre Palyatif Bakım İhtiyacı Gerekliliği ile Hastaneye Yatış ve Hekim Öngörüsü Arasında İlişki Değerlendirmesi (n=356).....36

Tablo 9. Hekim Görüşünde "Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde vefat etmesi sizi şaşırtır mı?" Sorularına Cevap Durumu ile Kronik Hastalıklar Arasında İlişki Değerlendirmesi (n=356).....38

Tablo 10. Hekim Görüşünde "Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde hala hayatta olması sizi şaşırtır mı?" Sorularına Cevap Durumu ile Kronik Hastalıklar Arasında İlişki Değerlendirmesi (n=356).....41

KISALTMALAR

DM : Diabetes Mellitus

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EORTC : European Organisation For Research And Treatment Of Cancer - Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü

HT : Hipertansiyon

KAH : Koroner Arter Hastalığı

KBY : Kronik Böbrek Yetmezliği

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KR-20 : Kuder-Richardson 20

KY : Kalp Yetmezliği

SPICT : Supportive and Palliative Care Indicators Tool - Destekleyici ve Palyatif Bakım Göstergeleri Aracı

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences-Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

SQ : Surprise Question - Sürpriz Soru

SVH : Serebrovasküler Hastalık

TRAPD : Translation, Review, Adjudication, Pretest and Documentation - Çeviri, İnceleme, Karar Verme, Ön Test ve Dökümantasyon

DESTEKLEYİCİ VE PALYATİF BAKIM İNDİKATÖRLERİ ÖLÇEĞİNİN (SPICT) TÜRKÇE ADAPTASYONU

ÖZET

Amaç: Bu tez çalışmasında son versiyonu 2025 yılında Murray ve ark. tarafından güncellenen SPICT™ aracının, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma, 24 hekim ve 356 hastayla yüz yüze anket tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Gerekli etik ve yasal izinlerin alınmasının ardından, veri toplama formu iki bölümden oluşmuştur: birinci bölümde hekim ve hastaya ait sosyodemografik bilgiler, ikinci bölümde SPICT-TR ve iki sürpriz soru yer almıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare testi, Ki-kare Exact testi, Kuder–Richardson 20 (KR-20) güvenirlik katsayısı ve Cohen'in Kappa katsayısı kullanılmıştır. Analizler SPSS 25.0 paket programı ile yürütülmüş; $p<0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: SPICT-TR'nin iç tutarlılık katsayısı KR-20=0,87; hekim görüşleriyle uyumu Cohen'in Kappa=0,93 ($p<0,001$) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar ölçeğin yüksek düzeyde homojen ve güvenilir olduğunu göstermektedir. Çalışmaya dâhil edilen 356 hastanın yaş ortalaması 70,7±11,5 olup, örneklemin büyük kısmını multimorbid hastalar oluşturmuştur. SPICT-TR'ye göre palyatif bakım ihtiyacı bulunan hastalarda, son bir ay içinde hastaneye yatış oranı anlamlı derecede yüksektir ($p<0,001$). "Sürpriz sorular" ile SPICT-TR skorları arasında güçlü bir uyum saptanmış; özellikle demans ve malign hastalıklarda ölüm öngörüsü doğruluğu anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Sonuç: SPICT-TR, Türk sağlık sistemi için geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış, hızlı uygulanabilir ve kültürel olarak uyarlanmış bir palyatif bakım değerlendirme aracıdır. Bu araç, palyatif bakım gereksinimi olan hastaların erken tanımlanmasını kolaylaştıracak, klinik karar süreçlerini nesnel göstergelerle destekleyecek ve ulusal palyatif bakım araştırmalarında, erken tanılama ve planlamaya katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Geçerlilik, Kültürel Adaptasyon, Palyatif Bakım, SPICT, Sürpriz Soru

TURKISH ADAPTATION OF THE SUPPORTIVE AND PALLIATIVE CARE INDICATORS TOOL (SPICT)

ABSTRACT

Aim: In this thesis study, it was aimed to conduct the Turkish validity and reliability study of the SPICT™ tool, the latest version of which was updated by Murray et al in 2025.

Method: The study was conducted with 24 physicians and 356 patients using a face-to-face survey technique after obtaining all necessary ethical and legal approvals. The questionnaire consisted of two parts: the first included sociodemographic information of physicians and patients, and the second contained the SPICT-TR and two "surprise questions" (SQ). Descriptive statistics were expressed as mean±standard deviation or median (minimum–maximum) for continuous variables, and frequency (n) and percentage (%) for categorical variables. Relationships between categorical variables were analyzed using the Chi-square or Chi-square Exact tests. The internal consistency reliability of the SPICT-TR was assessed with the Kuder–Richardson 20 (KR-20) coefficient, and the agreement between SPICT-TR results and physicians' clinical judgments was evaluated using Cohen's Kappa statistic. Analyses were performed using SPSS Statistics 25.0, with a significance level of $p<0.05$.

Results: The internal consistency coefficient of SPICT-TR was KR-20=0.87, and the agreement with physicians' clinical decisions was strong (Cohen's Kappa=0.93, $p<0.001$). The mean age of the patient group (n=356) was 70.7±11.5, and most participants were multimorbid. Hospitalization within the last month was significantly higher among patients identified as requiring palliative care by SPICT-TR ($p<0.001$). Strong concordance was found between the surprise questions and SPICT-TR scores, particularly in patients with dementia and malignancy ($p<0.001$).

Conclusion: SPICT-TR is a culturally adapted, quick-to-administer palliative care assessment tool with proven validity and reliability for the Turkish healthcare system. This tool will facilitate the early identification of patients in need of palliative care,

support clinical decision-making processes with objective indicators, and contribute to early diagnosis and planning in national palliative care research.

Keywords: Cultural Adaptation, Family Medicine, Palliative Care, SPICT, Surprise Question, Validity

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşı karşıya kalan hastalar ve ailelerine yönelik acının önlenmesi ve giderilmesini hedefleyen, erken tanı koyma, bütüncül değerlendirme ve tedaviyle desteklenen kapsamlı bir yaklaşımdır. Yaşamı sınırlayan hastalıklarla yaşayan bireylerin, yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda psikososyal ve ruhsal ihtiyaçlarını da kapsayan bütüncül bir bakım anlayışı, modern tıbbın önemli alanlarından biri olan palyatif bakımın temelini oluşturmaktadır. Palyatif bakım, hastalığın ileri evresinde tedavi edici yaklaşımların yerini alan ve yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan aktif bir bakım modelidir. Palyatif bakım yalnızca yaşamın son evresindeki hastalarla sınırlı olmayıp, tanısı ne olursa olsun ciddi hastalık sonucunda acı çeken her hasta bireyi kapsamaktadır (1).

Dünya Sağlık Örgütü, 20 milyon insanın yaşamının sonuna kadar palyatif bakıma ihtiyacı olduğunu ve bunların %78' inin gelişmekte olan ülkelerde yaşadığını tahmin etmektedir (2). Palyatif bakımın sadece yaşam sonu bakımla sınırlı olmadığı, prognozu ne olursa olsun ciddi hastalığın her yaş ve evresinde yerinin olduğu düşünüldüğünde bu sayı çok daha yüksektir (3).

Palyatif bakım hizmetlerinde kişilerin hangi seviyede bakım hizmetine ihtiyaç duydukları, zaman içinde değişen gereksinimleri, acil ihtiyaçları gibi farklı boyutların değerlendirilmesi ve uygun planlama yapılabilmesi oldukça önemlidir. Yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya olan hastalara zamanında palyatif bakım sunmanın faydalı olduğu kanıtlanmıştır. Palyatif bakım hizmeti almak hem hastalarda hem de ailelerde memnuniyet ve yaşam kalitesini artırır, depresif duyguları, kaygıyı ve stresi azaltır (4). Palyatif bakıma ihtiyacı olan kişilerin belirlenmesinde, hastalıkların farklı seyri ve öngörülemeyen hastalık alevlenmelerinden kaynaklanan değişimler nedeniyle zorluklar yaşanmaktadır (5).

Palyatif bakım hizmetlerinin etkili şekilde sunulabilmesi, bu hizmete ihtiyaç duyan bireylerin erken dönemde tanımlanmasına bağlıdır. Ancak klinik pratikte, destekleyici veya palyatif bakım ihtiyacının zamanında fark edilememesi, bu bireylerin uygun hizmetlere geç yönlendirilmesine neden olabilmektedir (5, 6). Bu sorunu çözmek adına çeşitli tarama ve değerlendirme araçları geliştirilmiştir.

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT), klinisyenlerin palyatif bakım ihtiyacı olan bireyleri daha erken ve sistematik bir şekilde tanımlamasına yardımcı olmayı amaçlayan, pratik ve kullanıcı dostu bir araçtır (7). SPICT, ilk olarak İskoçya'da Edinburgh Üniversitesi tarafından geliştirilmiş ve birçok dilde geçerlilik-güvenirlik çalışmaları yapılarak uluslararası kullanım alanı bulmuştur (8). SPICT hastalığın kötüleştiğini gösteren 6 genel gösterge ve hastalığa özgü 23 klinik göstergeden oluşmaktadır (7).

SPICT' in Türkçe' ye kazandırılması, ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin daha erken evrede başlatılmasına olanak tanıyarak; klinik karar destek sürecini iyileştirerek hasta ve aile memnuniyetini artırabileceği düşünülmektedir. Ölçeğin sağlık hizmetlerinde tarama amaçlı kullanımı palyatif bakım hizmetine ihtiyaç duyan hasta grubunun gereksinimleri, acil durum değerlendirmeleri ve planlama açısından yol gösterici olarak hastaların yaşam kalitesini artıracak, ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırırken, sağlık kaynaklarının etkin kullanımına da katkı sunacaktır. Bu doğrultuda, bu çalışmada SPICT' in Türkçe versiyonunun kültürel uyarlaması yapılarak, geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PALYATİF BAKIMIN TANIMI, KAPSAMI VE TARİHÇESİ

2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı

Palyatif, Türk Dil Kurumu'na göre "geçici olarak rahatlatıcı" ve "semptomları hafifleten, ancak tedavi edici olmayan" anlamına gelmektedir. Palyatif sözcüğü, Türkçeye Fransızca "palliatif" kelimesinden geçmiş olup, kökeni Latince "palliare" (örtmek, hafifletmek) fiiline dayanmaktadır (9). Tıpta palyatif yaklaşım, hastalığın nedenine yönelik tedavilerden çok, hastanın semptomlarını hafifletmeyi ve yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen destekleyici müdahaleleri ifade eder.

Palyatif bakım DSÖ' ye göre; yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşı karşıya kalan hastalar ve onların ailelerinin yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan, ağrının ve diğer fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tanı, değerlendirme ve tedaviyle önlenmesi ve giderilmesini hedefleyen bütüncül bir yaklaşımdır (1). Bu tanım, yalnızca yaşamın son dönemindeki hastaları değil, ciddi hastalık sürecindeki her hastayı kapsar. Palyatif bakım, hastalığın herhangi bir evresinde, küratif tedavilerle birlikte ya da artık hastalığın tedavisinin mümkün olmadığı durumlarda onların yerini alarak uygulanabilir.

National Consensus Project for Quality Palliative Care (Kaliteli Palyatif Bakım için Ulusal Uzlaşı Projesi) tarafından yayımlanan klinik uygulama rehberlerine göre ise, palyatif bakımın sadece fiziksel belirtileri değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve manevi sorunları da ele alan disiplinler arası bir yaklaşım olması gerektiği vurgulanmaktadır (3). Bu anlayışa göre palyatif bakım, yalnızca hastayı değil aynı zamanda ailesini de merkeze alan, yaşam kalitesini öncelikli kabul eden kapsamlı bir sağlık hizmeti modelidir.

Bu bilgiler ışığında palyatif bakım; bireyin yaşam kalitesini korumayı, hastalık sürecinde karşılaştığı acıyı ve sıkıntıyı azaltmayı ve hasta ile ailesine destek olmayı amaçlayan, yaşamın her evresinde uygulanabilir, etik temelli bir bakım anlayışı olarak tanımlanabilir.

2.1.2. Palyatif Bakımın Kapsamı

Palyatif bakım; yalnızca hastalığın son dönemindeki bireylere yönelik değil, yaşamı tehdit eden ya da kronik ilerleyici hastalığı olan bireylere uygulanabilen, çok yönlü bir sağlık hizmeti yaklaşımıdır (1).

Palyatif bakım, kanser hastalarının yanı sıra; kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), demans, inme, motor nöron hastalıkları gibi ilerleyici ve yaşamı tehdit eden kronik hastalıklara sahip bireylerde de uygulanmaktadır (5).

Palyatif bakımın kapsamı, hastalığın seyrine, hastanın mevcut belirtilerine, bakım sürecine dâhil olan profesyonel ekibe ve hasta ile ailenin bireysel ihtiyaçlarına göre şekillenebilir. Temel olarak aşağıdaki hizmet alanlarını içerir:

- Fiziksel destek: Ağrı, nefes darlığı, iştahsızlık, bulantı-kusma, kabızlık, halsizlik gibi semptomların etkin yönetimi, hastanın fonksiyonel kapasitesini artırarak yaşam kalitesine doğrudan katkı sağlar (10, 11).
- Psikososyal destek: Palyatif bakım sürecinde hastalar sıklıkla anksiyete, depresyon, yalnızlık ve belirsizlik duygularıyla karşı karşıya kalmaktadır. Psikososyal destek bu tür duygularla baş etmeyi kolaylaştırır (12).
- Sosyal hizmetler: Hastaların bakım süreçlerinde karşılaştıkları maddi zorluklar, sosyal izolasyon ve bakım verenlerin tükenmişliği gibi sosyal sorunlara yönelik çözüm odaklı yaklaşımlar geliştirilir (13).
- Manevi destek: Özellikle yaşam sonu bakım süreçlerinde bireylerin inanç sistemleri, yaşam ve ölümü anlamlandırma, olumsuz seyirle yüzleşme gibi konulardaki ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik manevi danışmanlık sunulur (14).
- Hasta ve aile eğitimi: Hastalık hakkında bilgi verme, tedavi ve bakım planı hakkında karar süreçlerine hasta ve ailenin aktif şekilde katılımının sağlanması palyatif bakımın önemli bileşenlerindendir (15).
- Erken entegrasyon ve eş zamanlı tedavi**:** Palyatif bakım, yalnızca küratif tedavilerin tükendiği aşamada değil; tanı anından itibaren, gerekirse aktif tedaviyle eş zamanlı olarak da sunulabilir (16). Bu yaklaşım, Amerikan Klinik Onkoloji Derneği tarafından da önerilmekte olup, yaşam süresi ve kalitesinde iyileşme ile ilişkilendirilmiştir (17).

Son yıllarda palyatif bakım hizmetleri, yalnızca hastane temelli ünitelerle sınırlı kalmayıp; evde palyatif bakım, mobil palyatif bakım ekipleri, hastane içi palyatif bakım servisleri ve hospis merkezleri gibi farklı hizmet modellerinin yaygınlaşmasıyla önemli ölçüde çeşitlenmiştir. Özellikle evde palyatif bakım modelleri, hastaların kendi yaşam ortamlarında desteklenmesine olanak sağlayarak hem konforu artırmakta hem de sağlık sistemlerinin üzerindeki yükü azaltmaktadır. Evde verilen palyatif bakım hastane başvurularını azaltmakta, bakımın sürekliliğini artırmakta ve hasta-aile deneyimini belirgin şekilde iyileştirmektedir (18).

2.1.3.Palyatif Bakımın Tarihçesi

Palyatif bakımın kökeni, insanoğlunun hastalık, ağrı, acı ve ölümle baş etme çabasına kadar uzanır. Ancak modern anlamda palyatif bakım uygulamalarının gelişimi, özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısında şekillenmiştir.

Modern palyatif bakımın öncüsü olarak kabul edilen Dame Cicely Saunders, 1960'lı yıllarda İngiltere'de palyatif bakımın temellerini atmıştır. 1967 yılında kurduğu St. Christopher's Hospice, sadece terminal dönemdeki hastalara bakım sunmakla kalmamış, aynı zamanda ağrı ve semptom kontrolü, manevi destek ve hasta-aile odaklı yaklaşımıyla tüm dünyada model haline gelmiştir (19).

Saunders, "total pain" (toplam acı) kavramını ortaya koyarak fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal boyutların birlikte ele alınması gerektiğini vurgulamıştır (19). Bu bütüncül anlayış, palyatif bakım felsefesinin temel taşlarından biri olmuştur.

İngiltere başta olmak üzere Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da 1970'li ve 1980'li yıllarda palyatif bakım hizmetleri yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu dönemde hospis modeli gelişmiş; gönüllü temelli ve toplum merkezli hizmetlerden, daha sistematik ve profesyonel sağlık hizmeti sunumuna evrilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü**,** 1986 yılında palyatif bakım kavramını tanımlayarak bu yaklaşımın uluslararası sağlık politikalarına dâhil edilmesine katkı sağlamıştır. DSÖ, palyatif bakımı başlangıçta sadece kanser hastaları için tanımlamış ama daha sonra yaşamı tehdit eden tüm kronik ve ilerleyici hastalıkları kapsayacak şekilde genişletmiştir (1).

Palyatif bakım 1990'lı yıllarda, medikal onkoloji ve geriatri gibi tıbbın farklı alanlarıyla entegrasyon sürecine girmiş; bu entegrasyon, palyatif bakımın yalnızca

yaşamın son döneminde değil**,** hastalığın erken evrelerinden itibaren uygulanabilir bir yaklaşım olduğu görüşünü desteklemiştir (20).

Türkiye'de ise palyatif bakımın kurumsallaşması görece yeni bir gelişmedir. 1993 yılında Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul'da kurulan "Kanser Bakımevi" ile hastalara modern anlamda uzun dönemli palyatif bakım verilebilecek ilk tesis açılmıştır. 2010 yılında başlatılan "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi Programı", alana yönelik ilk ulusal düzeyde stratejik adımı oluşturmuştur (21). 2014 yılında yayımlanan "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Sunumuna Dair Yönetmelik" palyatif bakım hizmetlerinin tanımını, kapsamını ve uygulama standartlarını belirlemiş ve aynı yıl başlatılan PALYA-TÜRK Projesi ile Türkiye genelinde palyatif bakım hizmetlerine yönelik mevcut durumu analiz edip, ihtiyaçları belirleyerek, ulusal rehber ve standartların oluşturulması, hizmet kalitesinin artırılması ve sağlık profesyonellerine yönelik eğitim materyallerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir (22).

Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri, son on yılda yürütülen ulusal sağlık politikaları doğrultusunda çok katmanlı bir yapıya kavuşturulmuştur. Hastanelerde açılan palyatif bakım merkezleri, evde sağlık hizmetleri ile entegre çalışan mobil ekipler ve PALYA-TÜRK Projesi kapsamında geliştirilen toplum temelli bakım modeli bu yapının temel bileşenlerini oluşturmaktadır. Gerek hastanede gerekse evde tasarlanan toplum temelli yaklaşımda multidisipliner yaklaşım benimsenmiş; hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist ve manevi destek uzmanlarının bir arada çalıştığı ekip yapısı standart haline getirilmiştir (21-23). Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri büyük ölçüde profesyonel sağlık çalışanları tarafından yürütülmekte olup, gönüllü katılımına yönelik sistematik bir model bulunmamaktadır. Düzgün ve ark. İzmir' de yapılan çalışmasında, eğitim sonrası 60 yaş ve üzeri bireylerin büyük çoğunluğu palyatif bakım alanında gönüllü olarak çalışmaya istekli olduğunu belirtmiştir (%90) ve gönüllü havuzuna dahil olmayı istemişlerdir. Bu durum gönüllü olmaya istekli bireylerin önemli bir kaynak oluşturduğunu ve uygun bir eğitim sürecinin ardından palyatif bakım süreçlerine anlamlı katkılar sağlayabileceklerini göstermektedir. Almanya'daki yapılandırılmış gönüllü modeli, palyatif bakımın sosyal yönünü güçlendirmesi, hastane-ev-toplum arasındaki bağı desteklemesi ve hasta ile aile üzerindeki yükü azaltması açısından dikkat çekici bir örnektir. Bu nedenle Türkiye'de gönüllülerin kontrollü ve eğitimli bir

şekilde palyatif bakım sistemine dahil edilmesi, hizmet niteliğini artıracak ve ülkemizin uluslararası uygulamalarla uyumunu destekleyecektir (24).

2.2. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM UYGULAMALARI

2.2.1. Dünyadaki Palyatif Bakım Uygulamaları

Palyatif bakım, günümüzde küresel sağlık sistemlerinin önemli bir bileşeni haline gelmiştir. Dünya genelinde palyatif bakım hizmetlerine olan ihtiyaç yaşlanan nüfus, kronik hastalıkların artışı ve yaşam beklentisinin uzaması gibi epidemiyolojik ve demografik değişiklikler nedeniyle önemli ölçüde artırmıştır.

En son yayınlanan 2020 yılı Küresel Palyatif Bakım Atlası' na göre, dünyada yıllık palyatif bakım ihtiyacı yaklaşık 56,8 milyon kişi olarak tahmin edilmektedir. Bu ihtiyacın yaklaşık 52,8 milyonu (%93'ü) erişkin (≥ 20 yaş) nüfusa aittir. Buna rağmen, palyatif bakım hizmetlerine erişim son derece sınırlıdır; küresel ölçekte gereksinimi olan bireylerin yalnızca yaklaşık %12'si uygun ve nitelikli palyatif bakım hizmeti alabilmektedir. Bu durum özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde daha belirgin olup, küresel palyatif bakım yükünün büyük bir kısmı bu bölgelerde yoğunlaşmaktadır (25). Ayrıca DSÖ, palyatif bakımın temel bir sağlık hakkı olduğunu ve erken uygulanmasının yaşam kalitesini artırdığını vurgulamaktadır (1).

Dünya genelinde Küresel Palyatif Bakım Atlası' na göre yalnızca 30 ülkenin palyatif bakımı ulusal sağlık sistemine tam olarak entegre ettiğini, buna karşılık 125 ülkenin hâlen "sınırlı veya izole hizmet düzeyi" kategorisinde bulunduğunu bildirmiştir. 2025' te yayınlanan Tripodoro ve ark. çalışması ise, DSÖ' nün yeni politika-erişim-insan gücü eksenli sınıflandırmasını esas alarak 201 ülkeyi kapsamlı biçimde yeniden derecelendirmiştir. Buna göre, sadece 29 ülke "yüksek düzeyde entegre" palyatif bakım sistemine sahipken, 100' den fazla ülkede halen yapılandırılmış palyatif bakım hizmeti bulunmamaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde palyatif bakım hizmetleri çoğunlukla devlet politikalarıyla ortak şekilde yapılandırılmışken, düşük ve orta gelirli ülkelerde bu hizmetler sınırlı sağlık kaynakları nedeniyle genellikle yetersiz kalmaktadır (25,26).

Tablo 1. Dünya Genelinde Palyatif Bakımın Gelişim Basamakları (26)

Düzey	Tanım	Temel Özellikler / Göstergeler	Ülke Örnekleri
1. Emerging (Başlangıç Aşamasındaki Ülkeler)	Palyatif bakımın ya hiç bulunmadığı ya da çok sınırlı düzeyde olduğu ülkelerdir. Hizmetler genellikle gönüllü kuruluşlara, dini organizasyonlara veya bireysel girişimlere dayanır.	• Ulusal politika, yasal düzenleme veya eğitim altyapısı yoktur. • Opioid ve temel palyatif ilaçlara erişim çok sınırlıdır. • Hizmetler düzensiz, proje veya bağış temellidir.	Afganistan, Haiti, Yemen, Eritre, Orta Afrika Cumhuriyeti
2. Progressing (Gelişmekte Olan Hizmetler)	Ulusal politikalar veya stratejiler geliştirilmiştir; bazı bölgelerde palyatif bakım birimleri kurulmuş, ancak ülke genelinde entegrasyon sınırlıdır.	• Politika ve mevzuat altyapısı oluşturulmuştur. • Hastane temelli veya mobil palyatif bakım üniteleri mevcuttur. • Eğitim programları ve toplumsal farkındalık artmaktadır. • Bölgesel eşitsizlikler ve hizmet yoğunluğu farkları sürmektedir.	Türkiye, Hindistan, Kenya, Endonezya, İran
3. Established (Kurumsallaşmış Hizmetler)	Palyatif bakım sağlık sistemine belirli ölçüde entegre edilmiştir; hizmet ağı kurumsallaşmış, ancak ulusal düzeyde tam kapsayıcılığa ulaşmamıştır.	• Ulusal eylem planı, geri ödeme sistemleri ve kurumsal yapı gelişmiştir. • Uzmanlık eğitimi ve akademik araştırma merkezleri mevcuttur. • Hizmet kalitesi ve erişimde bölgesel farklılıklar devam etmektedir.	Polonya, Şili, Tayland, Güney Afrika, Portekiz
4. Advanced (Gelişmiş ve Tam Entegre Hizmetler)	Palyatif bakım, ulusal sağlık sisteminin ayrılmaz bir bileşenidir. Hizmetler hem yasal hem finansal olarak desteklenir; multidisipliner ekiplerle kapsamlı biçimde sunulur.	• Ulusal strateji, geri ödeme, eğitim ve araştırma alanlarında tam entegrasyon sağlanmıştır. • Hizmetler hastane, toplum ve evde bakım düzeylerinde yaygındır. • Palyatif bakım bir uzmanlık alanı olarak tanınır.	İngiltere, Almanya, Hollanda, Japonya, Avustralya, Uruguay, Uganda

DSÖ' nün 14 göstergeli çerçevesi temel alınarak geliştirilen The Global Palliative Care Development Score- Küresel Palyatif Bakım Geliştirme Puanı (GDS), ülkelerin palyatif bakım gelişmişlik düzeyini nicel olarak değerlendiren bir bileşik indekstir. Tripodoro ve ark. tarafından yapılan küresel değerlendirmede Türkiye, 2.357'lik GDS ile Progressing (Gelişmekte olan Hizmetler) düzeyinde yer almıştır. Bu kategori, ülkemizde palyatif bakımın bazı bileşenlerde gelişme göstermesine rağmen, ulusal düzeyde tam entegrasyonun sağlanamadığını ve hizmetlerin çoğunlukla bölgesel veya kurum temelli girişimlerle sınırlı kaldığını göstermektedir (26).

Tablo 2. Bazı Ülkelerde Palyatif Bakım Sistemlerinin Özellikleri (2)

Ülke	**Sistem Özeti**
İngiltere	National Health Service bünyesinde yaygın ve ücretsiz palyatif bakım. Hospis ve evde bakım ağı güçlü.
Kanada	Toplum temelli bakım ön plandadır; evde bakım devlet tarafından desteklenir.
Avustralya	Ulusal palyatif bakım stratejisi uygulanır. Eğitim programları yaygındır.
ABD	Özel ve kamu sigortaları palyatif bakım hizmetlerini karşılar. Hospis sistemi gelişmiştir.
Hindistan	Sivil toplum destekli bölgesel programlar (ör. Kerala modeli) örnek teşkil etmektedir.

Hindistan' daki Kerala Modeli, toplum temelli ve gönüllülük esasına dayalı yapısıyla, özellikle kaynakların sınırlı olduğu ülkelerde palyatif bakım uygulamaları için örnek kabul edilmektedir (27).

2.2.2. Türkiye'deki Palyatif Bakım Uygulamaları

Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin gelişimi, özellikle son on beş yıllık dönemde sağlık sisteminin öncelikli alanlarından biri hâline gelmiş ve hem politika düzeyinde hem de uygulama alanında kapsamlı bir dönüşüm yaşanmıştır. Kronik hastalık yükündeki artış, yaşlanan nüfus dinamikleri ve bakım verenlerin sosyal rolündeki değişim Türkiye' de palyatif bakım hizmetlerine olan ihtiyacı belirgin şekilde artırmıştır. Ülkede palyatif bakımın sağlık hizmetleri arasındaki konumu,

başlangıçta sınırlı kapasite ve kanser odaklı bir yapı ile tanımlanırken, günümüzde çok disiplinli, kademeli ve toplum temelli bir model anlayışına doğru genişlemiştir (22,28,29,30). Ülkemizde genel olarak palyatif bakım hizmetlerinin gelişiminin dünyadaki gelişimine göre daha geç olmasının nedeni olarak; ülkemizdeki aile yapısı ve kültürel özelliklerden dolayı hastalara evde bakma ve mümkün olduğu kadar yaşamın sonuna kadar bütün tıbbi tedavi seçeneklerin uygulanması çabası, insan gücünde yaşanan sorunlar, palyatif bakım uzmanlığının bulunmaması ve toplumda palyatif bakım farkındalığının yeterli olmamasından kaynaklandığı belirtilmektedir (31).

2.2.3. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmet Modelleri ve Kapsamı

2.2.3.1. Hastane içi palyatif bakım merkezleri: Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin kurumsallaşmasında en yaygın ve erişilebilir modellerin başında hastane içi palyatif bakım merkezleri gelmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2010' lu yılların başında başlatılan ulusal palyatif bakım programı kapsamında, devlet hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ile şehir hastanelerinde giderek artan sayıda palyatif bakım merkezi kurulmuştur (32). Bu merkezler genellikle 5–30 yataklı birimler şeklinde yapılandırılmakta ve yaşam sonu döneme giren ya da yoğun semptom yönetimine ihtiyaç duyan hastaların yanısıra tanı anından itibaren hizmete ihtiyaç duyan tüm kişilere yönelik hizmet sunmaktadır.

2.2.3.2. Evde sağlık ve palyatif bakım hizmetleri: Türkiye' de palyatif bakım hizmetlerinin gelişim süreci, özellikle 2010 yılında başlatılan Evde Sağlık Hizmetleri Programı ile ivme kazanmış ve bu dönemden itibaren palyatif bakımın ev temelli hizmetlerle bütünleştirilmesi yönünde önemli adımlar atılmıştır. Mevzuat düzenlemeleri incelendiğinde, en sonuncusu 02.06.2023 tarihli "Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik" ile evde verilen sağlık hizmetlerinin palyatif bakım yaklaşımlarını da kapsayacak şekilde yapılandırıldığı görülmektedir. Bu düzenleme, yatağa bağımlı hastaların ev ortamında izlenmesi, semptom yönetiminin yapılması ve bakım verenlere rehberlik edilmesine ilişkin standartları tanımlamıştır. Yönetmelik ve yönergelerle, hastanelerde oluşturulan palyatif bakım birimleri ile evde sağlık hizmetleri arasında koordinasyonun sağlanması, taburculuk

planlamasının birlikte yapılması ve hastaların "ev-hastane" arasında bütüncül bir bakım süreci içinde takip edilmesi esası benimsenmiştir (21,33,34,35)

Sağlık Bakanlığı' nın Evde Sağlık Hizmetleri modeline entegre olarak bazı illerde 'Evde Palyatif Bakım Hizmetleri Mobil Ekibi' adıyla çalışan ekipler oluşturulmuştur. Trabzon, Çorum ve Mardin gibi illerde, evde sağlık birimleri bünyesinde yapılandırılan bu ekipler; evde palyatif bakım gereksinimi olan, çoğu zaman yatağa bağımlı hastalara yerinde hizmet sunmaktadır. Ancak, Türkiye genelinde palyatif odaklı mobil ekip sayısını ve illere göre dağılımı gösteren güncel, merkezi bir veri kamuya açık değildir; mevcut bilgiler daha çok il düzeyindeki bildirim ve uygulama raporlarına dayanmaktadır**.**

Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinde gelişmeler olmakla birlikte "destek evi" olarak mevzuatımızda isimlendirilen hospis merkezleri ile yapılandırma net değildir ve ülkemizde hospis merkezi henüz bulunmamaktadır. Türkiye'de hospis bakımı kavramına yakın içerikte ilk kurum Türk Onkoloji Vakfının, "Kanser Bakımevi" (İstanbul Yeşilköy'de, 1993-1997 yılları arasında) olmuştur. Sosyal güvenlik sistemlerimizce burada yatan hastaların geri ödeme sistemine dahil olmaması, bağış yetersizliği nedeniyle kapanmıştır (36).

Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılmasında, semptom kontrolünün etkinleştirilmesinde (örneğin ağrı, nefes darlığı, bulantı), sağlık sistemindeki yoğun bakım ve yatak yükünün azaltılmasında, maliyet etkinliğin artırılmasında, hastaneye tekrar başvuru oranlarının azaltılmasında çok önemli bir yere sahiptir (30). Bu nedenle palyatif bakım alanında çalışan sağlık profesyonellerinin, semptomları tanımaları, semptomların bir arada bulunmasının neden olduğu karmaşık süreci anlamaları, semptom kümelerinin oluşumunu önlemek için semptoma özgü yönetim planlamaları ve araştırma sonuçlarını klinik uygulamadaki sağlık profesyonelleriyle paylaşarak bilgiyi sahaya taşımaları önemlidir (37). Bu süreçte bakımın sürekliliğini sağlamak amacıyla basamaklar arası bilgi ve deneyim paylaşımı önem kazanmakta olup özellikle hastaların ilk başvuru ve temas noktası olan Aile hekimlerinin sistemin sürdürülmesinde kilit rol oynaması gerektiği dikkat çekmektedir. Bu bağlamda hastaların palyatif bakım ihtiyacını erken tanıyarak etkili planlama yapabilmek adına geçerlik ve güvenilirliği çalışılmış tanılama araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

2.3. DESTEKLEYİCİ VE PALYATİF BAKIM GÖSTERGELERİ ARACI (SUPPORTIVE AND PALLIATIVE CARE INDICATORS TOOL-SPICT)

2.3.1. SPICT' in Tanımı, Amacı ve Geliştirilmesi

Tüm dünyada palyatif bakımın yaygınlık kazanmasıyla birlikte, ciddi/kronik hastalıkları olan hastaların zamanında destekleyici ve palyatif bakım hizmetlerine yönlendirilmesini sağlayacak güvenilir araçlara duyulan ihtiyaç artmıştır. Bu doğrultuda tasarlanan SPICT, klinisyenlerin palyatif bakım ihtiyacı olan hastaları tanımlamasını kolaylaştırmak ve hastayı yönlendirmek üzere geliştirilmiş, klinik karar destek aracıdır (7,38).

SPICT 2010 yılında İskoçya'daki Edinburgh Üniversitesi'nde geliştirilmeye başlanmış olup amacı ciddi sağlık sorunları yaşayan hastaların palyatif bakım ihtiyacını daha erken ve sistematik şekilde belirlemektir. SPICT, Dr. Scott A. Murray, Dr. Kirsty Boyd ve ekibi tarafından, mevcut literatür, hasta kayıtları ve klinik tecrübeler ışığında geliştirilmiştir. Geliştirilme sürecinde hem niteliksel hem de niceliksel yöntemler kullanılmış; aile hekimleri, hastane klinisyenleri, hemşireler ve palyatif bakım uzmanlarının katılımıyla karma yöntemli çalışmalar yürütülmüştür (7).

SPICT' in geliştirilmesinde temel amaç, hastalarda yaşam beklentisinin az olabileceği durumları erkenden belirlemek ve bu hastaları palyatif bakım hizmetlerine daha etkin şekilde yönlendirmektir. SPICT, sadece hastalığın varlığı üzerinden değil, bireyin klinik durumu, semptom yükü ve fonksiyonel kapasitesi üzerinden bütüncül değerlendirme yapılmasına olanak tanıyan ihtiyaç odaklı bir yaklaşıma sahiptir.

İlk oluşturulan versiyonundan bu yana SPICT' in farklı versiyonları geliştirilmiş ve birçok dile çevrilerek uyarlama çalışmaları yapılmıştır. SPICT, ilk kez 2013 yılında basılı hale gelmiş ve sonrasında SPICT-4ALL (tüm sağlık çalışanları için oluşturulan versiyon), SPICT-START, SPICT-LIS (düşük gelirli ülkeler için) gibi farklı uyarlamaları geliştirilmiştir.

SPICT 2025 en güncel versiyonu olup, özellikle kullanıcı geri bildirimleri doğrultusunda sadeleştirilmiş, semptom ifadeleri güncellenmiş ve daha kapsayıcı bir dil kullanılmıştır. Değerlendirme aracına yönelik tasarlanan internet sitesi (www.spict.org) üzerinden güncel son versiyonlarına ulaşmak mümkündür. Ayrıca

SPICT' in elektronik sağlık kayıt sistemlerine ve mobil uygulamaya entegrasyon çalışmaları da sürmektedir (8).

Bugün SPICT İngilizce, İspanyolca, Almanca, İtalyanca, Fransızca, Çince ve birçok başka dile çevrilmiş, bu sayede dünya genelinde 30'dan fazla ülkede kullanılmaktadır. SPICT' in etkili olduğu gösterilen alanlar arasında hastane içi değerlendirme, evde bakım programları, toplum temelli sağlık hizmetleri ve yaşlı bakım merkezleri yer almaktadır (8).

SPICT' in geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, sadece sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmakla kalmamış; aynı zamanda etik, insan onuruna saygılı ve hasta merkezli bakım yaklaşımlarını da güçlendirmiştir.

2.3.2. SPICT'in Yapısı ve Kullanım Alanları

SPICT, temelde iki ana bölümden oluşur:

- Genel Göstergeler: Fonksiyonel durumun bozulması, tekrarlayan hastane başvuruları, ilerleyici klinik kötüleşme gibi genel sağlık durumunu gösteren kriterler, 6 madde içermektedir.

- Hastalığa Özgü Klinik Göstergeler: Ciddi ve ilerleyici kronik hastalık gruplarına (kanser, demans, kalp hastalıkları, böbrek hastalıkları, nörolojik hastalıklar vb.) özgü toplam 23 maddeden oluşmaktadır. Bu göstergeler, hastalığın seyrinde kötüleşmeye işaret eden semptom ve bulguları kapsamaktadır (7, 39).

SPICT'in klinik avantajı, sadece hastalığın tanısına değil hastanın genel durumu ve ihtiyaçlarına da odaklanmasıdır. Böylece hem birinci basamak sağlık çalışanları hem de uzman hekimler tarafından kolayca uygulanabilir.

SPICT'in farklı sağlık alanlarında çeşitli kullanımları bulunmaktadır:

Hastane servislerinde; SPICT, özellikle yaşlı, kronik hastalığı bulunan ya da multimorbid hastaların sistematik değerlendirilmesinde etkili bir araç olarak kullanılmaktadır. Kötüleşen genel durum, sık hastaneye yatış ve fonksiyon kaybı gibi bulgular palyatif bakım ihtiyacını gösterebilir (7, 38, 40).

Birinci Basamak ve Aile Hekimliği Uygulamalarında; aile hekimliği hastaların yaşam boyu izlemini üstlenen ve kronik hastalıkların erken dönemden itibaren yönetildiği temel sağlık hizmeti düzeyidir. Palyatif bakımın ilkelerinden biri, hastaların erken evrede tanımlanması, zamanında yönlendirilmesi ve sürekli, bütüncül bakımın sağlanmasıdır. Bu yaklaşımın en kritik sahası ise birinci basamak sağlık

hizmetleri, özellikle de aile hekimliği uygulamalarıdır. SPICT; semptom yükü, fonksiyonel durum kaybı ve hastalık progresyonuna dair belirteçleri sistematik bir yapıda sunarak aile hekimlerinin bu süreci erken fark etmesine önemli katkı sağlamaktadır (6, 8).

SPICT'in yapılandırılmış değerlendirme yaklaşımı, aile hekimleri ile hastane temelli palyatif bakım ekipleri arasında ortak bir klinik dil oluşturarak yönlendirme sürecini standardize eder. Birçok ülkede (örn. İngiltere, İskoçya, Avustralya) SPICT' in birinci basamak rehberlerine entegre edilmesi, aile hekimlerinin ileri bakım planlaması başlatma, hasta ve aile ile bakım hedeflerini tartışma ve evde sağlık/palyatif bakım hizmetlerine uygun yönlendirme yapma kapasitesini güçlendirmiştir. Bu bağlamda SPICT, birinci basamakta kronik hastalık yönetimi ile palyatif yaklaşım arasındaki geçişi kolaylaştıran önemli bir klinik araç olarak kabul edilmektedir (41).

Evde Sağlık Hizmetlerinde; SPICT, evde sağlık ekiplerinin hastaların durumunun kötüleşip kötüleşmediğini değerlendirmesini ve böylece semptom yönetimi, destek hizmetleri veya yatış planlaması gibi kararların zamanında alınmasını sağlar.

Yaşlı Bakım Merkezleri ve Huzurevlerinde; özellikle bilişsel ve fiziksel yetisi azalmış hastalarda, SPICT' in uygulanmasıyla kişiselleştirilmiş bakım planları geliştirilebilir. Bu sayede bakım sürecinde önceliklerin belirlenmesini ve bakım kaynaklarının daha etkin kullanılmasını sağlar (7).

Yoğun Bakım Ünitelerinde; hayati riski yüksek, son dönem hastalarda, SPICT ile yapılan değerlendirme sonucu tedavi hedefleri yeniden gözden geçirilir. Bu sayede agresif tedaviler yerine destekleyici ve etik temelli kararların alınması sağlanır (7, 8, 42).

2.3.3. SPICT'in Sağlık Sistemine Katkıları

Maas ve ark. Avrupa'da gerçekleştirdiği sistematik derleme ve anket çalışması, birinci basamakta palyatif bakım gereksinimi olan hastaları belirlemek için kullanılan az sayıda araç bulunduğunu ve bu araçların pratikte çok sınırlı kullanıldığını göstermektedir. Çalışmada yer alan 14 ülkede genel pratisyenlerin çoğu hastaları ağırlıklı olarak kendi klinik değerlendirmelerine veya hastaneden gelen bilgilere dayanarak tanımlamaktadır (43). Bu bağlamda SPICT hastaların ciddi hastalık sürecindeki palyatif bakım ihtiyaçlarının sistematik biçimde tanımlanmasına yardımcı

olan ve sağlık hizmet sunumuna önemli katkılar sağlayan bir araçtır. Hem klinik düzeyde hasta yönetimini kolaylaştırmakta hem de sağlık sisteminin genel işleyişine olumlu etkiler sunmaktadır. Bu etkilerden bazıları:

- SPICT, hastaların palyatif bakım ihtiyacını erken dönemde belirlemeye yardımcı olur. Bu sayede yalnızca yaşamın son günlerinde değil, hastalık sürecinin daha erken evrelerinde de palyatif bakım hizmeti verilebilir.
- SPICT ile palyatif bakım ihtiyacı olan hastalar erken dönemde belirlendiğinde, acil servis başvuruları, gereksiz yoğun bakım yatışları ve uygulanacak invaziv işlemler azalır. Bu sayede hem hastanın konforu artar hem de sağlık sistemindeki maliyetler düşer.
- SPICT kullanımı, sağlık profesyonellerinin hasta ve ailesiyle daha erken evrede hedef belirleme, bakım planlama ve yaşam sonu kararları hakkında yapıcı iletişim kurmasına olanak sağlar. Bu da hasta ve ailesinin memnuniyetini artırır.
- SPICT, semptom yükü, fonksiyonel durum ve hastalık gidişatı gibi çok boyutlu verilerle sağlık profesyonellerine karar verebilme yetisi sunar. Bu yönüyle, klinik belirsizlik durumlarında tutarlı ve hasta merkezli karar alınmasını sağlar.
- SPICT' in yapılandırılmış yapısı sayesinde, hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık profesyonelleri arasında ortak bir değerlendirme dili gelişir. Bu da disiplinler arası bakım kalitesini artırır.
- Erken palyatif bakım uygulamalarının, yaşamın son döneminde yapılan sağlık harcamalarını azalttığı bilimsel olarak kanıtlanmıştır. SPICT erken evrede palyatif bakım ihtiyacını belirleyerek bu süreci destekleyen etkili bir araçtır.
- SPICT' in sade ve sistematik yapısı, rehberlere ve ulusal sağlık sistemlerine kolayca entegre edilebilir (7).

2.3.4. SPICT'in Uluslararası Çeviri ve Geçerlik-Güvenirlik Çalışmaları

SPICT, 2010 yılında İskoçya'nın Edinburgh Üniversitesi'nde geliştirilmesinden sonra birçok ülkeye yayılarak uluslararası bir araç haline gelmiştir.

SPICT' in uluslararası kullanımı için ilk adım, aracın çevrilmesi ve kültürel uyarlanmasıdır. Bu aşamada Beaton protokolü, DSÖ çeviri önerileri ve TRAPD (Çeviri, İnceleme, Karar Verme, Ön Test ve Belgeleme) gibi uluslararası kabul gören yöntemler tercih edilmiştir. SPICT' in farklı dillere çevirisi, yalnızca dilsel eşdeğerlilik sağlamayı değil, kültürel açıdan anlamlı, anlaşılır ve uygulanabilir olmasını da amaçlamıştır. Her ülke, sağlık sistemi özelliklerine göre SPICT'i kendi klinik ortamlarına uyarlamış, bu doğrultuda farklı versiyonlar ve rehberler geliştirmiştir.

2.3.4.1. Birleşik Krallık (İskoçya ve İngiltere): İskoçya'da geliştirilen orijinal SPICT, karma yöntemle (nitel ve nicel) hazırlanmış, literatür taraması, odak grup görüşmeleri, uzman değerlendirmeleri ve klinik pilot uygulamalar sonucu son şeklini almıştır. Araç ilk olarak Birleşik Krallık' ta evde bakım ekipleri, toplum sağlığı hizmetleri ve hastane temelli palyatif bakım birimleri tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Geliştirici ekip, SPICT' in farklı ülkelere adaptasyonu için rehber ilkeler yayımlamış ve uluslararası iş birliğini teşvik etmiştir (7). SPICT, Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) kapsamında geniş çaplı bir şekilde kullanılmaktadır ve hastaların yaşam sonu dönemini önceden tespit etmek, hastaları uygun hizmetlere yönlendirmek için standart değerlendirme aracı haline gelmiştir (7, 8).

2.3.4.2. İspanya (SPICT-ES): SPICT'in İspanyol versiyonu, Galiçya Sağlık Servisi, Balear Adaları Sağlık Servisi ve CUDECA Vakfı işbirliğiyle çok merkezli bir proje olarak geliştirilmiştir. Çeviri ve kültürel uyarlama süreci, Beaton ve arkadaşlarının önerdiği yöntem doğrultusunda yürütülmüş ve şu aşamaları içermiştir:

- İleri Çeviri: Orijinal SPICT, İngilizce bilgisi yüksek üç uzman tarafından İspanyolcaya çevrilmiş, çeviriler birleştirilerek ilk versiyon oluşturulmuştur.
- Uygulama ve Geri Bildirim: İlk versiyonu, palyatif bakım alanında çalışan 22 uzmana uygulanmış; anlaşılırlık ve uygulanma süresi değerlendirilmiştir.
- Geri Çeviri: Konsensüs versiyonu, iki bağımsız çevirmen tarafından İngilizceye geri çevrilmiş ve özgün metinle karşılaştırılmıştır.

- Pilot Test: Ön-final versiyon, 30 sağlık çalışanı üzerinde test edilerek, her maddenin yorumlanabilirliği değerlendirilmiştir.
- Debriefing Süreci: Hem sağlık hem de sağlık dışı profesyonellerin katılımıyla, ifadelere dair anlaşılırlık, hassasiyet ve kültürel uygunluk analiz edilmiştir.

Uyarlama süreci tamamlandıktan sonra SPICT-ES' in psikometrik değerlendirmesi yapılmıştır. Nunnally' nin önerisi doğrultusunda, 27 maddelik ölçek için 176 hastalık bir örneklem belirlenmiştir. Psikometrik analizde, ölçeğin iç tutarlılığı ve test-tekrar test güvenirliği incelenmiş; SPICT-ES' in İspanyol popülasyonu için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu ortaya konmuştur (44).

2.3.4.3. Danimarka (SPICT™-DK): SPICT-DK, TRAPD modeli ve EORTC (Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü) çeviri rehberine uygun olarak çevrilmiş ve kültürel olarak uyarlanmıştır. Çeviri sonrası genel pratik, birincil bakım ve hastane ortamlarında görev yapan 29 sağlık profesyoneli ile altı odak grup görüşmesi ve beş bireysel görüşme gerçekleştirilmiştir. Kalitatif veriler tematik analizle incelenmiş ve ardından SPICT-DK gözden geçirilip yayımlanmıştır. SPICT-DK, Danimarka sağlık sistemi için kültürel olarak uygun, kullanışlı bir araç olarak belirlenmiş; erken palyatif bakım tanımlanmasında disiplinler arası işbirliğini güçlendirebilecek potansiyelde olduğu gösterilmiştir (45).

2.3.4.4. Almanya (SPICT-DE): SPICT' in Almanca versiyonu olan SPICT-DE, TRAPD modeli doğrultusunda geliştirilmiştir. Almanca versiyon, palyatif bakım alanında deneyimli profesyonellerin yer aldığı multidisipliner bir araştırma ekibi tarafından uyarlanmıştır.

Uyarlama sürecinin ardından, aracın aile hekimleri tarafından klinik kullanım uygunluğu değerlendirilmiştir. İlk aşamada, beş aile hekimi, farklı palyatif bakım ihtiyaçları olan dört hasta senaryosunu hem subjektif değerlendirmelerine ("geleneksel uygulama") hem de SPICT-DE aracılığıyla incelemiştir. Bu ön testin ardından, elde edilen geribildirimlere göre bazı iyileştirmeler yapılmış ve sürecin ikinci aşamasına geçilmiştir.

İkinci aşamada, yüzde 68'i palyatif bakım alanında ek eğitim almış olan 28 aile hekimi ile iki ayrı odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan, belirlenmiş iki vaka senaryosunu hem kendi klinik sezgilerine göre hem de SPICT-DE' yi kullanarak değerlendirmeleri istenmiştir. Görüşmelerin ardından, SPICT-DE' nin Almanya'daki birinci basamak sağlık sistemi içinde rutin kullanım açısından uygunluğu sorgulanmıştır.

Toplanan nicel veriler betimleyici istatistiklerle ve küçük örneklemler için parametrik olmayan testlerle analiz edilmiştir. Niteliksel veriler ise geleneksel içerik analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca odak grup görüşmeleri, biçimsel ve geleneksel içerik çözümlemeleri birlikte kullanılarak analiz edilmiştir.

Bu çalışma sonucunda SPICT-DE' nin, Almanya'daki aile hekimlerinin günlük klinik uygulamalarında kullanılabilir ve faydalı bir araç olduğu ortaya konmuştur (46).

2.3.4.5. İtalya (SPICT-IT): SPICT'in İtalyanca versiyonu olan SPICT-IT, Beaton protokolü ve DSÖ' nün çeviri ve kültürel uyarlama rehberine göre geliştirilmiştir. Süreç beş temel aşamada yürütülmüştür: ileri çeviri, çeviri sentezi, geri çeviri, uzman paneli değerlendirmesi ve içerik geçerliği analizi.

Çalışmanın son aşamasında, SPICT-IT versiyonu Roma 1 Yerel Sağlık Otoritesi kapsamındaki tüm aile hekimlerine (N=907) uygulanarak uygulanabilirliği test edilmiştir. Katılımcı hekimlerden, mevcut hasta popülasyonları içerisinde SPICT-IT kriterlerine (≥2 genel gösterge ve ≥1 klinik gösterge) uyan bireyleri belirlemeleri istenmiştir. Bu süreç sonunda SPICT-IT versiyonunun, İtalyan birinci basamak sağlık sistemi içinde geçerli, uygulanabilir ve faydalı olduğu gösterilmiştir (47).

2.3.4.6. Yunanistan (SPICT-GR): SPICT'in Yunancaya çevirisi ve kültürel uyarlaması, DSÖ' nün çeviri ve uyarlama süreçlerine ilişkin rehberleri temel alınarak, sistematik bir yöntemle gerçekleştirilmiştir. Süreç, hem niteliksel hem de niceliksel veri toplama yöntemlerini içeren karma yöntem tasarımı ile yürütülmüştür.

İlk olarak, ana dili Yunanca olan bir sağlık profesyoneli tarafından ileri çeviri yapılmış ve ardından uzman paneli tarafından terminolojik uyum ve kültürel anlam açısından gözden geçirilmiştir. Geri çeviri sonrası ön-final versiyon, klinik

senaryolarla birlikte 7 sağlık çalışanı tarafından test edilmiştir. Katılımcılar, aracın anlaşılırlığı ve pratik uygulanabilirliği hakkında geri bildirim vermiştir.

Devamında gerçekleştirilen odak grup görüşmelerine birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli 23 profesyonel katılmıştır. Katılımcılar, vaka senaryoları üzerinde çalışarak aracın sağlık hizmetleri bağlamında açıklığını, anlaşılabilirliğini ve kullanım kolaylığını değerlendirmiştir. Görüşmeler yaklaşık 60–90 dakika sürmüş ve niteliksel içerik analizi ile değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler ışığında son hali oluşturulan SPICT-GR, Yunan sağlık sistemi bağlamında uygun bir araç olarak değerlendirilmiştir (48).

2.3.4.7. Çin (SPICT-CH): SPICT-CH, Çinli kanser hastalarında erken dönemde palyatif bakım ihtiyacını belirlemek amacıyla geliştirilen bir araçtır. Bu çalışma, Çin'de artan kanser yükü göz önünde bulundurularak gerçekleştirilmiş ve SPICT' in Çinceye çevirisi ile kültürel uyarlamasını içeren sistematik bir süreç izlenmiştir. Uyarlama süreci, Beaton protokolü ve DSÖ' nün önerdiği beş aşamalı çeviri ve kültürel adaptasyon sürecine uygun şekilde yürütülmüştür.

İlk olarak iki yerli araştırmacı SPICT' i bağımsız şekilde Çinceye çevirmiş ve çeviriler bir araya getirilerek sentezlenmiştir. Bu metin, daha sonra İngilizceye geri çevrilerek orijinal metinle uyumu kontrol edilmiştir. 18 kişilik uzman paneli (palyatif bakım hekimleri, hemşireleri ve araştırmacılar) semantik ve kavramsal tutarlılığı gözden geçirmiştir.

Ön test aşamasında, onkoloji alanında çalışan yedi hemşire üçer hasta üzerinde SPICT-CH' yi uygulamış ve aracın anlaşılabilirliği ile uygulanabilirliği Likert tipi ölçekle değerlendirilmiştir. Görüşmeler sonucunda alınan geribildirimlerle son versiyon şekillendirilmiştir. Sonuç olarak SPICT-CH, özellikle kanser hastalarında erken palyatif bakım ihtiyacını belirlemede pratik ve güvenilir bir araç olarak kabul edilmiştir (49).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, araştırma evreni ve örneklemi, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ile veri toplama araçlarının uygulanması ve elde edilen verilerin çözümlenmesinde kullanılan istatistiksel yöntem ve teknikler açıklanmıştır.

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada son versiyonu 2025 yılında Murray ve ark tarafından güncellenen SPICT™' nin, Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

H0: SPICT aracı Türk toplumunda Palyatif bakım ihtiyacını belirlemede geçerli ve/veya güvenilir değildir.

H1: SPICT aracı Türk toplumunda Palyatif bakım ihtiyacını belirlemede geçerli ve güvenilirdir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırma tanımlayıcı metodolojik, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasıdır. 01.06.2025-31.08.2025 tarihleri arasında SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan asistan/ uzman hekimlerin takip ettiği yatan ve/veya ayaktan başvuran hastalara uygulanmıştır. Ölçek geliştirme çalışmalarında örneklemin belirlenmesinde ilgili ölçeğin faktör analizinin yapılabilmesi için örneklemin ölçek madde sayısının gereken minimum denek sayısının madde sayısından beş kat daha fazla olması gerekmektedir. Bu durumda ankette 27 madde olduğu için 135 hastaya ihtiyaç duyulacaktır. Yanıt vermeyenler veya eksik yanıtlar için %30 fazla hasta sayısı gözetilerek 176 hastaya ulaşmak hedeflenmiştir ve veri toplama aşamasında 356 hastaya ulaşılmıştır. Çalışma 24 hekim ve bu hekimlerin izlediği 356 hastayla yüz yüze anket tekniği uygulanarak tamamlanmıştır.

Dahil Olma Kriterleri:

1. SBÜ İzmir Tepecek Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hasta, uzman hekim veya asistan hekim olmak
2. Gönüllü olmak
3. Ana dilinin Türkçe olması

Dışlanma Kriterleri:

1. Ölçek maddelerinin eksik ve yetersiz yanıtlamak
2. Araştırmaya katılmayı kabul etmemek
3. Ana dilinin Türkçe olmaması

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplama aracının ilk kısmında doktora ait yaş, çalıştığı bölüm, günlük takip edilen ortalama hasta sayısı, SPICT-TR'yi uygulanabilir bulup/bulmadığı, SPICT-TR'yi uygulamanın ortalama kaç dakika sürdüğü ve hastaya ait yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu varsa kaç çocuğu olduğu, ekonomik düzeyi, çalışma veya emeklilik durumu, eğitim düzeyi, evde yaşayan kişi sayısı, kronik hastalıkları, sigara ve alkol kullanım durumu, son 30 gün içerisinde hastane yatışının olup/olmaması durumu, hekime göre palyatif bakım ihtiyacının olması/olmaması durumu, ikinci kısmında ise SPICT-TR'ye ait sağlık durumunun kötü veya kötüleşmekte olduğu ile ilgili 6 genel ve yaşamı kısaltan durumlara ait 23 klinik göstergeleri yer almaktadır. Hekimin cevaplayacağı "SPICT-TR'ye göre sorgulamasını yaptığınız bu hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde vefat etmesi sizi şaşırtır mı? "(sürpriz sorusu) ve "SPICT-TR'ye göre sorgulamasını yaptığınız bu hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde hala hayatta olması sizi şaşırtır mı?" (ters sürpriz sorusu) şeklinde 2 sürpriz soru da yer almıştır.

3.5. DİL UYARLAMASI

Ölçeğin dil çeviri süreci, Beaton protokolü ve DSÖ'nün önerdiği beş aşamalı çeviri ve kültürel uyarlama önerilerine uygun şekilde yürütülmüştür. Ölçek anadili Türkçe olan ileri derecede İngilizce bilen 2 çevirmen tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Türkçe versiyonlar değerlendirilerek tek bir Türkçe versiyon oluşturulmuştur. Bu versiyon tekrar İngilizceye geri çevrilerek orjinal metin ile uyumuna bakılmıştır. Araştırma ekibi tarafından Türkçe ve İngilizce metinler karşılaştırılarak ölçeğin Türkçe son haline karar verilmiştir. Bu son hali 10 kişilik alanında uzman ekipten (aile hekimliği uzmanları, dahiliye uzman hekimi, hemşire) çevirideki dil bilgisi ve anlam hatalarını incelemeleri ve önerilerini belirtmeleri istenmiştir. Öneriler dikkate alınarak gerekli iyileştirmeler yapılıp nihai son şekli oluşturulmuştur ve SPICT' in Türkçe

çevirisinde açılımı Destekleyici ve Palyatif Bakım Göstergeleri Aracı olarak kabul edilmiştir.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Gerekli yasal izinler alındıktan sonra anket formu yüz yüze olarak uygulanmıştır. Anketin ilk kısmında doktora ve hastaya ait sosyodemografik bilgi formu, ikinci kısımda SPICT-TR ve sürpriz 2 soru sorulmuştur.

3.7. VERİLERİN ANALİZİ

Tanımlayıcı istatistiklerde; sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma veya medyan (minimum-maksimum) değerleri, kategorik değişkenler için ise frekans (n) ve yüzde (%) değerleri

Kategorik değişkenler arasında ilişki/bağlılık değerlendirmesinde Ki-kare testi, beklenen hücre frekanslarının yetersiz olduğu durumlarda ise Ki-kare Exact test istatistiği kullanıldı

SPICT-TR aracının iç tutarlılık güvenirliği, Kuder–Richardson 20 (KR-20) katsayısı ile değerlendirildi

SPICT-TR aracı ile hekim görüşleri arasındaki uyumun değerlendirilmesinde ise Cohen' in kappa katsayısı kullanıldı

$p<0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi

SPSS Statistics 25.0 paket programı kullanılarak yapıldı.

3.8. ETİK KURUL VE İZİNLER

Bu araştırma için öncelikle SPICT™ aracını geliştirenlerden Dr. Scott Murray ile e-posta yoluyla iletişime geçilerek izin alınmıştır. Ayrıca çalışma için etik kurul onayı İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi girişimsel olmayan klinik araştırma etik kurulunun 15/04/2022 tarih ve 2022/04-38 sayılı kararı ile alınmıştır (EK 1). İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden veri toplamak için yazılı izin alınmıştır. Araştırma için katılımcılara gönüllü olur onam formu verilip yazılı onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma soruları çerçevesinde yapılan analiz sonuçları sunulmuş ve bulgular yorumlanmıştır.

4.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR

Tablo 3. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (n=356)

Özellikler	**Ortalama±Std.Sapma**	**Medyan (Min-Maks)**
Yaş	70.7±11.5	72(23-101)
Çocuk sayısı	3±1	2(1-9)
	Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Cinsiyet		
Erkek	174	48.9
Kadın	182	51.1
Medeni Durum		
Bekar	143	40.2
Evli	213	59.8
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	56	15.7
İlkokul	191	53.7
Ortaokul	28	7.9
Lise	42	11.8
Üniversite	38	10.7
Yüksek Lisans	1	0.3
Sigara Kullanım Durumu		
Hiç Kullanmamış	170	47.8
Aktif Kullanıyor	58	16.3
Bırakmış	128	36
Alkol Kullanım Durumu		
Hiç Kullanmamış	254	71.3
Aktif Kullanıyor	19	5.3

Özellikler	Ortalama±Std.Sapma	Medyan (Min-Maks)
Bırakmış	83	23.3
Çocuk Durumu		
Yok	38	10.7
Var	318	89.3
Sosyoekonomik Düzey		
Geliri giderden düşük	213	59.8
Geliri gidere denk	126	35.4
Geliri giderden fazla	17	4.8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	36	10.1
Çalışmıyor	320	89.9
Emekli ve Çalışma Durumu		
Emekli ve çalışıyor	12	3.4
Emekli değil çalışıyor	24	6.7
Emekli ve çalışmıyor	217	61
Emekli değil ve çalışmıyor	103	28.9
Yaşama Durumu		
Tek	46	12.9
Aile ile	284	79.8
Bakıcı ile	21	5.9
Bakımevi	5	1.4
Kronik Hastalık Durumu	356	100
Yok	5	1.4
Var	351	98.6
Kronik Hastalık		
Diyabetes Mellitus	166	46.6
Hipertansiyon	267	75
Kalp Yetmezliği	53	14.9
Kronik Böbrek Yetmezliği	50	14
Karaciğer Yetmezliği	3	0.8
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	22	6.2

Özellikler	Ortalama±Std.Sapma	Medyan (Min-Maks)
Astım	6	1.7
Serebrovasküler Hastalıklar	58	16.3
Demans	74	20.8
Malignite	102	28.7
Koroner Arter Hastalığı	63	17.7
Son 30 gün içinde hastane yatış durumu		
Yok	199	55.9
Var	157	44.1

Hastaların tanımlayıcı özellikleri dağılımı Ortalama±Std.Sapma Medyan (Min-Maks) sayı (n) ve yüzde (%) Tablo 3' de yer aldığı üzere;

Hastaların (N = 356) yaş ortalaması 70,7±11,5 yıl olup, ortanca yaş 72 (23–101) idi. Katılımcıların %51,1'i kadın (n = 182), %48,9'u erkek (n = 174) idi. Medeni durum açısından hastaların %59,8'i evli (n = 213) iken, %40,2'si bekar (n = 143) idi. Eğitim düzeyinde en yüksek oran ilkokul (%53,7, n = 191) mezunlarında görülmüş, bunu okur-yazar olmayanlar (%15,7, n = 56) ve lise mezunları (%11,8, n = 42) takip etmiştir.

Hastaların %47,8'i hiç sigara kullanmamış (n = 170), %36,0'ı sigarayı bırakmış (n = 128), %16,3'ü halen sigara içmekteydi (n = 58). Alkol kullanımı açısından ise katılımcıların büyük çoğunluğu %71,3 hiç alkol kullanmamış (n = 254), %23,3'ü bırakmış (n = 83), %5,3'ü halen kullanmaktaydı (n = 19). Çocuk sahibi olanların oranı %89,3 (n = 318), olmayanların oranı %10,7 (n = 38) iken çocuk sahibi olan hastalarda ortalama çocuk sayısı 3±1 idi.

Sosyoekonomik düzey incelendiğinde, katılımcıların %59,8'inde geliri giderden düşük (n = 213), %35,4'ünde geliri giderle denk (n = 126), sadece %4,8'inde geliri giderden fazla (n = 17) bulunmuştur. Katılımcıların %89,9'u çalışmıyor (n = 320), yalnızca %10,1'i çalışıyordu (n = 36). Emeklilik durumuna bakıldığında %61,0 emekli olup çalışmayan (n = 217), %28,9 emekli olmayan çalışmayan (n = 103), %6,7 emekli olmayan çalışan (n = 24), %3,4 emekli olup çalışan (n = 12) olarak dağılım göstermiştir.

Hastaların %79,8'i ailesiyle (n = 284), %12,9'u tek başına (n = 46), %5,9'u bakıcı ile (n = 21), %1,4'ü bakım evinde (n = 5) yaşamaktaydı. En sık kronik hastalıklar arasında hipertansiyon (%75,0, n = 267), diyabetes mellitus (%46,6, n = 166), malignite (%28,7, n = 102) ve demans (%20,8, n = 74) yer aldı. Son 30 gün içinde hastaneye yatış oranı %44,1 (n = 157) idi.

Tablo 4. Doktorların SPICT-TR Ölçek Değerlendirme Özellikleri Dağılımı (n=24)

Özellikler	**Ortalama±Std.Sapma**	**Medyan (Min-Maks.)**
Günlük Hasta Değerlendirme Sayısı	30±14	27.5(15-65)
SPICT-TR göre Palyatif Tedavi İhtiyacı Olan Hasta Sayısı (günlük)	3±1	2(1-7)
SPICT-TR uygulama süresi (dk)	5±1.5	5(3-10)
	Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Uzmanlık Alanı – Dahili Bilimler	24	100
SPICT-TR Uygulanabilirlik Değerlendirmesi		
Uygulanabilir	24	100
Uygulanamaz	-	-

Doktorların SPICT-TR Ölçek Değerlendirme Özellikleri dağılımı Ortalama±Std.Sapma ve Medyan (Min-Maks.) veya sayı (n) ve yüzde (%) Tablo 4' de yer aldığı üzere;

SPICT-TR değerlendirmesini yapan 24 doktorun günlük ortalama hasta değerlendirme sayısı 30±14 olup, ortanca 27,5 (15–65) idi. SPICT-TR'ye göre günlük palyatif tedavi ihtiyacı olan hasta sayısı ortalama 3±1 olarak hesaplandı. SPICT-TR Ölçek uygulama süresi ortalama 5±1,5 dakika bulundu. Tüm katılımcılar dahili bilimler uzmanlık alanından (n = 24, %100) idi ve SPICT-TR aracının uygulanabilir olabileceğini %100 oranında (n = 24) belirttiler.

4.2. SPICT-TR MADDELERİ VE SÜRPRİZ SORU DAĞILIMI DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 5. SPICT-TR Aracının Maddelerinin Yanıt Dağılımı (n=)

Sorular	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlık durumunun kötü veya kötüleşmekte olduğu ile ilgili genel göstergeleri araştırın		
Hızlı müdahale gerektiren veya acil hastane başvurusu/başvuruları veya ziyaretleri	52	14.6
Geri dönüş olasılığının kısıtlı olduğu fonksiyonel yeti yitimi ya da kötüleşmesi	140	39.3
Artan fiziksel ve/veya zihinsel sağlık problemleri nedeniyle bakım için başkalarına bağımlı	151	42.4
İlerleyici kilo kaybı; düşük kilo durumunun devam etmesi; düşük kas kitlesi	64	18
Sağlık sorunu/sorunlarının uygun tedavisine rağmen dirençli semptomlar	45	12.6
Kişinin (veya ailesinin) palyatif bakım istemesi; tedaviyi azaltmayı, durdurmayı veya tedavi olmamayı talep etmesi ya da yaşam kalitesine odaklanmayı istemesi	49	13.8
Yaşamı kısaltan durumların klinik göstergelerini araştırın		
Kanser		
İlerleyici kanser nedeniyle fonksiyonel yetilerde bozulma	33	9.3
Kanser tedavisi için çok kırılgan olmak ya da tedavinin semptom kontrolüne yönelik olması	36	10.1
Kalp veya Damar Hastalığı		
Dinlenme anında veya minimal efor sırasında nefes darlığı veya göğüs ağrısı ile birlikte seyreden kalp yetmezliği veya yaygın, tedavi edilemeyen koroner arter hastalığı	10	2.8
Ciddi, cerrahi uygulanamayan periferik damar hastalığı	4	1.1
Böbrek Hastalığı		
Sağlık durumunda kötüleşmenin eşlik ettiği evre 4 veya 5 kronik böbrek hastalığı (eGFR <30 ml/dk)	10	2.8
Yaşamı kısaltan, diğer durumları kötüleştiren ve başka tedavileri güçleştiren böbrek yetmezliği	10	2.8
Diyalize başlayamama veya sonlandırma	2	0.6
Demans ya da Kırılganlık		
Yardımsız giyinememe, yürüyememe veya yemek yiyememe	96	73

Sorular	Sayı (n)	Yüzde (%)
Daha az yeme veya içme; yutma güçlüğü	81	22.8
İdrar ve gaita inkontinansı	63	17.7
Sözel iletişim kuramama, sınırlı/kısıtlı sosyal etkileşim	64	18
Tekrarlayan düşmeler; femur kırığı	11	3.1
Tekrarlayan ateşli hastalıklar veya enfeksiyonlar; aspirasyon pnömonisi	12	3.4
Solunum Hastalığı		
Alevlenmeler arasında istirahatte veya minimal efor sırasında nefes darlığı ile seyreden ciddi, uzun dönem akciğer hastalığı	11	3.1
Uzun süreli oksijen tedavisine ihtiyaç duyulan dirençli hipoksi	7	2
Solunum yetmezliği için ventilasyona ihtiyaç duyulması veya ventilasyonun kontrendike olması	2	0.6
Karaciğer Hastalığı		
Son bir yılda bir veya daha fazla komplikasyonun eşlik ettiği siroz:		
-Diüretiğe dirençli asit		
-Hepatik ensefalopati		
-Hepatorenal sendrom		
-Bakteriyel peritonit		
-Tekrarlayan varis kanamaları		
Karaciğer transplantasyonunun mümkün olmaması		
Nörolojik Hastalık		
Optimal tedaviye rağmen fiziksel ve/veya bilişsel fonksiyonlarda ilerleyici kötüleşme	13	3.7
Artan iletişim güçlüğü ile birlikte konuşma problemleri ve/veya ilerleyici yutma güçlüğü	15	4.2
Tekrarlayan aspirasyon pnömonisi; nefes darlığı veya solunum yetmezliği	1	0.3
Büyük bir inmeden ya da birden fazla geçirilmiş inmeden sonra fiziksel ve/veya ruhsal sağlığın kötüleşmesiyle devam eden engellilik	33	9.3
Diğer Durumlar		
Fiziksel veya mental hastalıklarda kötüleşme; geri dönüşsüz birden	63	17.7

Sorular	Sayı (n)	Yüzde (%)
fazla sorun ve/veya komplikasyonlar; eldeki en iyi tedavinin fayda sağlamayacak olması		
Mevcut Bakımı ve Bakım Planını Gözden Geçirin		
- Mevcut tedavileri ve ilaçları gözden geçirin; polifarmasiyi en aza indirin. Tedavi ve bakım hakkında ortak karar verme		
-Bütüncül bakımı gözden geçirin-semptomları; duygusal, sosyal, finansal, mental ihtiyaçları. Aileleri ve bakım verenleri destekleyin		
- Yönetilmesi zor semptomlar ve diğer problemlerin varlığında uzman görüşü veya değerlendirmesi isteyin		
- Kişi ya da ailesi ile mevcut ve gelecekteki bakım planı üzerinde anlaşmaya varın Gelecekteki kararları hakkında tartışın (örn. Vekaletname)		
- Bakım planını kaydedin, paylaşın ve gözden geçirin.		
SPICT-TR'ye göre sorgulamasını yaptığınız bu hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde vefat etmesi sizi şaşırtır mı?		
Evet	192	53.9
Hayır	164	46.1
SPICT-TR'ye göre sorgulamasını yaptığınız bu hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde hala hayatta olması sizi şaşırtır mı?		
Evet	130	36.5
Hayır	226	63.5

SPICT-TR aracının maddelerinin yanıt dağılımı sayı (n) ve yüzde (%) değerleri Tablo 5'de yer aldığı üzeredir;

4.2.1. Genel Göstergeler

Hastaların %14,6'sında (n = 52) son dönemde acil başvuru öyküsü vardı. Katılımcıların %39,3'ünde (n = 140) geri dönüşü kısıtlı fonksiyonel kayıp saptandı. Hastaların %42,4'ü (n = 151) fiziksel veya zihinsel sağlık sorunları nedeniyle başkalarına bağımlıydı. Katılımcıların %18,0'inde (n = 64) kilo kaybı ve düşük kas kitlesi vardı. Hastaların %12,6'sında (n = 45) uygun tedaviye rağmen semptomlar

devam ediyordu. Katılımcıların %13,8'i (n = 49) tedavinin azaltılmasını veya yaşam kalitesine odaklanmayı talep etmişti.

4.2.2. Kanser ile İlgili Göstergeler

Hastaların %9,3'ünde (n = 33) ilerleyici kanser nedeniyle fonksiyonel kayıp vardı. Katılımcıların %10,1'inde (n = 36) kanser tedavisi yalnızca semptom kontrolüne yönelikti.

4.2.3. Kalp ve Damar Hastalıkları

Hastaların %2,8'inde (n = 10) ileri düzey kalp yetmezliği veya KAH bulgusu mevcuttu. Katılımcıların %1,1'inde (n = 4) cerrahi uygulanamayan damar hastalığı raporlandı.

4.2.4. Böbrek Hastalıkları

Hastaların %2,8'inde (n = 10) ileri evre KBY vardı. Tedaviye dirençli böbrek yetmezliği: Katılımcıların %2,8'inde (n = 10) yaşamı kısaltan böbrek yetmezliği görüldü. Sadece %0,6 (n = 2) hastada bu durum raporlandı.

4.2.5. Demans / Kırılganlık

Hastaların %73,0'ünde (n = 96) giyinme, yürüme veya yemek yeme gibi temel aktivitelerde bağımlılık vardı. Katılımcıların %22,8'inde (n = 81) daha az yeme veya yutma güçlüğü bildirildi. Hastaların %17,7'sinde (n = 63) idrar/gaita kontrol kaybı mevcuttu. Katılımcıların %18,0'inde (n = 64) sözel iletişim kuramama veya sınırlı sosyal etkileşim vardı. Hastaların %3,1'inde (n = 11) düşme öyküsü bildirildi. Katılımcıların %3,4'ünde (n = 12) sık ateşli hastalık / enfeksiyon vardı.

4.2.6. Solunum Hastalıkları

Hastaların %3,1'inde (n = 11) istirahatte dahi nefes darlığı vardı. Katılımcıların %2,0'inde (n = 7) uzun süreli oksijen tedavisi ihtiyacı saptandı. Yalnızca %0,6 (n = 2) hastada ventilasyon ihtiyacı raporlandı.

4.2.7. Karaciğer Hastalıkları

Karaciğer hastalıklarıyla ilgili bulgu veren hastaya rastlanmadı.

4.2.8. Nörolojik Hastalıklar

Hastaların %3,7'sinde (n = 13) optimal tedaviye rağmen ilerleyici kötüleşme vardı. Katılımcıların %4,2'sinde (n = 15) iletişim ve yutma güçlüğü vardı. Çok nadir olarak %0,3 (n = 1) hastada bildirildi. Hastaların %9,3'ünde (n = 33) inme sonrası fiziksel/ruhsal engellilik vardı.

4.2.9. Diğer Durumlar

Çoklu komplikasyonlar: Hastaların %17,7'sinde (n = 63) geri dönüşsüz çoklu sorun veya komplikasyonlar mevcuttu.

4.2.10. Sürpriz Sorular - Gelecek Öngörüsü

SPICT-TR'ye göre hastanın önümüzdeki 12 ay içinde vefat etmesinin şaşırtıcı olacağını belirtenlerin oranı %53,9 (n = 192) idi. Hastanın hala hayatta olmasının şaşırtıcı olacağını söyleyenlerin oranı ise %36,5 (n = 130) olarak bulundu.

Sonuç olarak, SPICT-TR aracında en yüksek oranların özellikle demans/kırılganlık kriterleri ve genel bağımlılık göstergelerinde yoğunlaştığı, buna karşın kardiyak, renal ve hepatik göstergelerin düşük oranlarda kaldığı belirlenmiştir. Bu durum, palyatif bakım ihtiyacının özellikle kognitif ve fonksiyonel yetersizlikler üzerinden öne çıktığını göstermektedir.

4.3. SPICT-TR ARACININ GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİK ÖLÇÜTLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

SPICT-TR aracının iç tutarlılığı KR-20 katsayısı = 0,87 olarak bulunmuştur. Bu değer, SPICT' in yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 6. Palyatif Bakım İhtiyacı Gerekliliğinin Doktorların Düşüncesi ile SPICT-TR Kararı Arasındaki Uyum (Ölçek Geçerliliği) Değerlendirmesi (n=356)

	Doktorların Kararı			
	Palyatif tedavi ihtiyacı yok	Palyatif tedavi ihtiyacı var	**Uyum Katsayısı**	**p değeri**
SPICT-TR Sonucu	**n(%)**	**n(%)**		
Palyatif bakım ihtiyacı yok	196(96.1)	4(2.6)	0.93	<0.001
Palyatif bakım ihtiyacı var	8(3.9)	148(97.4)		

Kappa Test istatistiği, p<0.05 anlamlı

Palyatif Bakım İhtiyacı Gerekliliğinin Doktorların Düşüncesi ile SPICT-TR aracı Kararı Arasında Uyum (Ölçek Geçerliliği) İstatistiksel olarak Değerlendirildiğinde;

SPICT-TR aracı ile doktorların palyatif bakım ihtiyacı konusundaki kararları arasında yüksek düzeyde uyum saptanmıştır. SPICT' e göre palyatif bakım ihtiyacı olmayan 196 hasta için doktorların da kararı %96,1 oranında (n = 196) aynı yönde olmuş, yalnızca 4 hastada farklı değerlendirme yapılmıştır ve SPICT' e göre palyatif bakım ihtiyacı olan 156 hastanın %97,4'ü (n = 148) için doktorların kararı da aynı yönde olmuş, sadece 8 hastada görüş ayrılığı saptanmıştır.

Bu karşılaştırmada elde edilen kappa katsayısı 0,93 (p <0,001) olup, SPICT-TR ile doktor görüşleri arasında mükemmel düzeyde uyum olduğu gösterilmiştir.

4.4. SPICT-TR BULGULARI İLE KRONİK HASTALIKLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ BULGULARI

Tablo 7. SPICT-TR Aracına Göre Palyatif Bakım İhtiyacı Gerekliliği ile Kronik Hastalıklar Arasında İlişki Değerlendirmesi (n=356)

	Palyatif bakım ihtiyacı yok n=200	**Palyatif bakım ihtiyacı var n=156**	
Kronik Hastalık	n(%)	n(%)	**p değeri**
Diyabetes Mellitus			
Yok	92(46)	98(62.8)	**0.002***
Var	108(54)	58(37.2)	
Hipertansiyon			
Yok	44(22)	47(30.1)	0.08*
Var	156(78)	109(69.9)	
Kalp Yetmezliği			
Yok	178(89)	125(80.1)	**0.02***
Var	22(11)	31(19.9)	
Kronik Böbrek Yetmezliği			
Yok	170(85)	136(87.2)	0.56*

	Palyatif bakım ihtiyacı yok n=200	Palyatif bakım ihtiyacı var n=156	
Var	30(15)	20(12.8)	
Karaciğer Yetmezliği			
Yok	199(99.5)	154(98.7)	0.58†
Var	1(0.5)	2(1.3)	
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı			
Yok	190(95)	144(92.3)	0.30*
Var	10(5)	12(7.7)	
Astım			
Yok	196(98)	154(98.7)	0.70†
Var	4(2)	2(1.3)	
Serebrovasküler Hastalık			
Yok	182(91)	114(73.1)	**<0.001***
Var	18(9)	4(26.9)	
Demans			
Yok	195(97.5)	87(55.8)	**<0.001***
Var	5(2.5)	69(44.2)	
Malignite			
Yok	152(76)	104(66.7)	0.06*
Var	48(24)	52(33)	
Koroner Arter Hastalığı			
Yok	153(76.5)	137(87.8)	**0.009***
Var	47(23.5)	19(12.2)	

** Chi-Square test, †Chi-Square Exact test, p<0.05 anlamlı*

Çalışmaya dahil edilen 356 hasta içinde kronik hastalıklar, SPICT-TR'ye göre palyatif bakım ihtiyacı olmayan (n=200) ve palyatif bakım ihtiyacı olanlar (n=156) arasında değerlendirildiğinde;

Diyabetes mellitus (DM): Palyatif bakım ihtiyacı olmayan grupta %54,0 (n=108) hastada DM mevcutken, palyatif bakım ihtiyacı olan grupta bu oran %37,2 (n=58) idi ve tedaviye ihtiyaç durumu ile DM varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,002).

Hipertansiyon (HT): Palyatif bakım ihtiyacı olmayan hastalarda %78,0 (n=156) hastada HT mevcutken, palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda bu oran %69,9 (n=109) idi ve tedaviye ihtiyaç durumu ile HT varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,08).

Kalp yetmezliği (KY): Palyatif bakım ihtiyacı olmayan hastalarda %11,0 (n=22) hastada KY mevcutken, palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda bu oran %19,9 (n=31) idi ve tedaviye ihtiyaç durumu ile KY varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,02).

Kronik böbrek yetmezliği (KBY): Palyatif bakım ihtiyacı olmayan hastalarda %4,5 (n=9) hastada KBY mevcutken, palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda bu oran %5,8 (n=9) idi ve tedaviye ihtiyaç durumu ile KBY varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,56).

Karaciğer Yetmezliği: Palyatif bakım ihtiyacı olmayan hastalarda %1,5 (n=3) hastada karaciğer yetmezliği mevcutken, palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda bu oran %2,6 (n=4) idi ve tedaviye ihtiyaç durumu ile karaciğer yetmezliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,58).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH): Palyatif bakım ihtiyacı olmayan hastalarda %5,0 (n=10) hastada KOAH mevcutken, palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda bu oran %7,7 (n=12) idi ve tedaviye ihtiyaç durumu ile KOAH varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,30).

Astım: Palyatif bakım ihtiyacı olmayan hastalarda %3,5 (n=7) hastada astım mevcutken, palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda bu oran %4,5 (n=7) idi ve tedaviye ihtiyaç durumu ile astım varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,70).

Serebrovasküler Hastalık (SVH): Palyatif bakım ihtiyacı olmayan hastalarda %9,0 (n=18) hastada SVH mevcutken, palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda bu oran %26,9 (n=42) idi ve tedaviye ihtiyaç durumu ile SVH varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p<0,001).

Demans: Palyatif bakım ihtiyacı olmayan hastalarda %2,5 (n=5) hastada demans mevcutken, palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda bu oran %44,2 (n=69) idi ve tedaviye ihtiyaç durumu ile demans varlığı arasında istatistiksel olarak çok güçlü bir ilişki saptandı (p<0,001).

Malignite: Palyatif bakım ihtiyacı olmayan hastalarda %24,0 (n=48) hastada malignite mevcutken, palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda bu oran %33,0 (n=52) idi ve tedaviye ihtiyaç durumu ile malignite varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,06).

Koroner arter hastalığı (KAH): Palyatif bakım ihtiyacı olmayan hastalarda %23,5 (n=47) hastada KAH mevcutken, palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda bu oran %12,2 (n=19) idi ve tedaviye ihtiyaç durumu ile KAH varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,009).

Sonuç olarak: Çalışmaya dahil edilen 356 olguda kronik hastalıkların dağılımı incelendiğinde; diyabetes mellitus, kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalık, demans ve koroner arter hastalığı ile SPICT-TR' ye göre palyatif bakım ihtiyacı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptandı. Özellikle demans ve SVO oranları, palyatif bakım ihtiyacı olan grupta belirgin şekilde daha yüksek bulundu. Buna karşın hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği, karaciğer hasarı, KOAH, astım ve malignite açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi. Bu bulgular, palyatif bakım ihtiyacının belirlenmesinde özellikle nörolojik ve kognitif bozukluklar ile kardiyovasküler hastalıkların önemli belirleyiciler olduğunu göstermektedir.

Tablo 8. SPICT-TR Aracına Göre Palyatif Bakım İhtiyacı Gerekliliği ile Hastaneye Yatış ve Hekim Öngörüsü Arasında İlişki Değerlendirmesi (n=356)

	Palyatif tedavi ihtiyacı yok n=200	**Palyatif tedavi ihtiyacı var n=156**	
	n(%)	n(%)	**p değeri**
Son 1 ayda Hastaneye Yatış Durumu			
Yok	149(74.5)	50(32.1)	**<0.001**
Var	51(25.5)	106(67.9)	
Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde vefat etmesi sizi şaşırtır mı?			
Evet	177(88.5)	15(9.6)	**<0.001**
Hayır	23(11.5)	141(90.4)	
Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde hala hayatta olması sizi şaşırtır mı?			
Evet	2(1)	128(82.1)	**<0.001**
Hayır	198(99)	28(17.9)	

Chi-Square test, p<0.05 anlamlı

Çalışmaya dahil edilen 356 hasta içinde hastaneye yatış ve hekim öngörüsü, SPICT-TR' ye göre palyatif bakım ihtiyacı olmayan (n=200) ve palyatif bakım ihtiyacı olanlar (n=156) arasında değerlendirildiğinde;

Son 1 ayda hastaneye yatış: Palyatif bakım ihtiyacı olmayanlarda %25,5 (n=51) hastada son 1 ayda hastaneye yatış öyküsü mevcutken, palyatif bakım ihtiyacı olanlarda bu oran %67,9 (n=106) idi ve tedaviye ihtiyaç durumu ile hastane yatış varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p<0,001).

"Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde vefat etmesi sizi şaşırtır mı?" sorusu: Palyatif bakım ihtiyacı olmayanlarda %88,5 (n=177) için "evet" yanıtı verilmişken, palyatif bakım ihtiyacı olanlarda bu oran %9,6 (n=15) idi ve tedaviye ihtiyaç durumu ile hekimlerin sürpriz sorusuna yönelik yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p<0,001).

"Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde hâlâ hayatta olması sizi şaşırtır mı?" sorusu: Palyatif bakım ihtiyacı olmayanlarda yalnızca %1,0 (n=2) için "evet" yanıtı verilmişken, palyatif bakım ihtiyacı olanlarda bu oran %82,1 (n=128) idi ve tedaviye ihtiyaç durumu ile hekimlerin ters sürpriz sorusuna yönelik yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p<0,001).

Sonuç olarak: Çalışmaya dahil edilen 356 hasta değerlendirildiğinde, palyatif bakım ihtiyacı olanlarda son 1 ay içinde hastaneye yatış oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca, hekim öngörüsüne göre palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda, önümüzdeki 12 ay içinde vefat etme olasılığı daha güçlü değerlendirilirken, 12 ay sonunda hâlâ hayatta olma olasılığı ise belirgin şekilde daha düşük öngörülmüştür. Bu bulgular, SPICT-TR'ye göre palyatif bakım ihtiyacının klinik öngörüler ve hastane yatış öyküsü ile yüksek düzeyde örtüştüğünü göstermektedir.

4.5. SÜRPRİZ SORULAR VE KRONİK HASTALIKLAR ARASINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULAR

Tablo 9. Hekim Görüşünde "Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde vefat etmesi sizi şaşırtır mı?" Sorularına Cevap Durumu ile Kronik Hastalıklar Arasında İlişki Değerlendirmesi (n=356)

	Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde vefat etmesi sizi şaşırtır mı?		
	Evet n=192	**Hayır n=164**	
Kronik Hastalık	n(%)	n(%)	**p değeri**
Diyabetes Mellitus			
Yok	84(43.8)	106(64.6)	**<0.001***
Var	108(56.3)	58(35.4)	
Hipertansiyon			
Yok	39(20.3)	52(31.7)	**0.01***
Var	153(79.7)	112(68.3)	
Kalp Yetmezliği			
Yok	172(89.6)	131(79.9)	**0.01***
Var	20(10.4)	33(20.1)	
Kronik Böbrek Yetmezliği			
Yok	161(83.9)	145(88.4)	0.22*
Var	31(16.1)	19(11.6)	
Karaciğer Yetmezliği			
Yok	191(99.5)	162(98.8)	0.60†
Var	1(0.5)	2(1.2)	
Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı			
Yok	182(94.8)	152(92.7)	0.51*
Var	10(5.2)	12(7.3)	
Astım			
Yok	187(97.4)	163(99.4)	0.22†
Var	5(2.6)	1(0.6)	
Serebrovasküler Hastalık			
Yok	171(89.1)	125(76.2)	**0.001***
Var	21(10.9)	39(23.8)	
Demans			
Yok	185(96.4)	97(59.1)	**<0.001***
Var	7(3.6)	67(40.9)	
Malignite			

	Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde vefat etmesi sizi şaşırtır mı?		
	Evet n=192	**Hayır n=164**	
Yok	151(78.6)	105(64)	**0.002***
Var	41(21.4)	59(36)	
Koroner Arter Hastalığı			
Yok	147(76.6)	143(87.2)	**0.01***
Var	45(23.4)	21(12.8)	

** Chi-Square test, †Chi-Square Exact test, p<0.05 anlamlı*

Çalışmaya dahil edilen 356 hasta içinde kronik hastalıklar, "Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde vefat etmesi sizi şaşırtır mı?" sorusuna verilen yanıtlar açısından evet (n=192) ve hayır (n=164) yanıtları arasında değerlendirildiğinde;

Diyabetes mellitus (DM): "Evet" yanıtı verilenlerde %56,3 (n=108) DM mevcutken, "Hayır" yanıtı verilenlerde bu oran %35,4 (n=58) idi ve yanıt ile DM varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p<0,001).

Hipertansiyon (HT): "Evet" yanıtı verilenlerde %79,7 (n=153) HT mevcutken, "Hayır" yanıtı verilenlerde bu oran %68,3 (n=112) idi ve yanıt ile HT varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,01).

Kalp yetmezliği (KY): "Evet" yanıtı verilenlerde %10,4 (n=20) KY mevcutken, "Hayır" yanıtı verilenlerde bu oran %20,1 (n=33) idi ve yanıt ile KY varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,01).

Kronik böbrek yetmezliği (KBY): "Evet" yanıtı verilenlerde %16,1 (n=31) KBY mevcutken, "Hayır" yanıtı verilenlerde bu oran %11,6 (n=19) idi ve yanıt ile KBY varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,22).

Karaciğer yetmezliği: "Evet" yanıtı verilenlerde %1,6 (n=3), "Hayır" yanıtı verilenlerde %2,6 (n=4) karaciğer hasarı mevcut olup, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,60).

KOAH: "Evet" yanıtı verilenlerde %5,2 (n=10) KOAH mevcutken, "Hayır" yanıtı verilenlerde bu oran %7,3 (n=12) idi ve yanıt ile KOAH varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,51).

Astım: “Evet” yanıtı verilenlerde %2,6 (n=5) astım mevcutken, “Hayır” yanıtı verilenlerde bu oran %0,6 (n=1) idi ve yanıt ile astım varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,22).

Serebrovasküler hastalık (SVH): “Evet” yanıtı verilenlerde %10,9 (n=21) SVO mevcutken, “Hayır” yanıtı verilenlerde bu oran %23,8 (n=39) idi ve yanıt ile SVO varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,001).

Demans: “Evet” yanıtı verilenlerde %3,6 (n=7) demans mevcutken, “Hayır” yanıtı verilenlerde bu oran %40,9 (n=67) idi ve yanıt ile demans varlığı arasında istatistiksel olarak çok güçlü bir ilişki saptandı (p<0,001).

Malignite: “Evet” yanıtı verilenlerde %21,4 (n=41) malignite mevcutken, “Hayır” yanıtı verilenlerde bu oran %36,0 (n=59) idi ve yanıt ile malignite varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,002).

Koroner arter hastalığı (KAH): “Evet” yanıtı verilenlerde %23,4 (n=45) KAH mevcutken, “Hayır” yanıtı verilenlerde bu oran %12,8 (n=21) idi ve yanıt ile KAH varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,01).

Sonuç olarak: Çalışmaya dahil edilen 356 hasta değerlendirildiğinde, “Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde vefat etmesi sizi şaşırtır mı?” sorusuna hekimler tarafından verilen yanıtlar ile kronik hastalıkların varlığı arasında önemli ilişkiler saptanmıştır. Diyabetes mellitus, hipertansiyon, serebrovasküler hastalıklar, demans, malignite ve koroner arter hastalığı açısından hekim görüşüyle istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Buna karşın kronik böbrek yetmezliği, karaciğer hasarı, KOAH ve astım açısından anlamlı bir ilişki/bağlılık saptanmamıştır. Bu bulgular, hekimlerin sürpriz sorusuna verdikleri yanıtların özellikle metabolik, kardiyovasküler ve nörolojik hastalıklar açısından belirleyici olduğunu göstermektedir.

Tablo 10. Hekim Görüşünde “Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde hala hayatta olması sizi şaşırtır mı?” Sorularına Cevap Durumu ile Kronik Hastalıklar Arasında İlişki Değerlendirmesi (n=356)

	Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde hala hayatta olması sizi şaşırtır mı?		
	Evet n=130	**Hayır n=226**	
Kronik Hastalık	n(%)	n(%)	**p değeri**
Diyabetes Mellitus			
Yok	83(63.8)	107(47.3)	**0.003***
Var	47(36.2)	119(52.7)	
Hipertansiyon			
Yok	44(33.8)	47(20.8)	**0.007***
Var	86(66.2)	179(79.2)	
Kalp Yetmezliği			
Yok	103(79.2)	200(88.5)	**0.02***
Var	27(20.8)	26(11.5)	
Kronik Böbrek Yetmezliği			
Yok	114(87.7)	192(85)	0.47*
Var	16(12.3)	34(15)	
Karaciğer Yetmezliği			
Yok	128(98.5)	225(99.6)	0.28†
Var	2(1.5)	1(0.4)	
Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı			
Yok	120(92.3)	214(94.7)	0.37*
Var	10(7.7)	12(5.3)	
ASTIM			
Yok	129(99.2)	221(97.8)	0.42†
Var	1(0.8)	5(2.2)	
Serebrovasküler Hastalık			
Yok	97(74.6)	199(88.1)	**0.001***
Var	33(25.4)	27(11.9)	
Demans			
Yok	70(53.8)	212(93.8)	**<0.001***
Var	60(46.2)	14(6.2)	
Malignite			

	Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde hala hayatta olması sizi şaşırtır mı?		
	Evet n=130	**Hayır n=226**	
Yok	83(63.8)	173(76.5)	**0.01***
Var	47(36.2)	53(23.5)	
Koroner Arter Hastalığı			
Yok	114(87.7)	176(77.9)	**0.02***
Var	16(12.3)	50(22.1)	

** Chi-Square test, †Chi-Square Exact test, p<0.05 anlamlı*

Çalışmaya dahil edilen 356 hasta içinde kronik hastalıklar, "Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde hâlâ hayatta olması sizi şaşırtır mı?" şeklindeki ters sürpriz sorusuna verilen yanıtlar açısından evet (n=130) ve hayır (n=226) yanıtları arasında değerlendirildiğinde;

Diabetes mellitus (DM): "Evet" yanıtı verilenlerde %36,2 (n=47) DM mevcutken, "Hayır" yanıtı verilenlerde bu oran %52,7 (n=119) idi ve yanıt ile DM varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,003).

Hipertansiyon (HT): "Evet" yanıtı verilenlerde %66,2 (n=86) HT mevcutken, "Hayır" yanıtı verilenlerde bu oran %79,2 (n=179) idi ve yanıt ile HT varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,007).

Kalp yetmezliği (KY): "Evet" yanıtı verilenlerde %20,8 (n=27) KY mevcutken, "Hayır" yanıtı verilenlerde bu oran %11,5 (n=26) idi ve yanıt ile KY varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,02).

Kronik böbrek yetmezliği (KBY): "Evet" yanıtı verilenlerde %12,3 (n=16), "Hayır" yanıtı verilenlerde %15,0 (n=34) KBY vardı ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,47).

Karaciğer yetmezliği: "Evet" yanıtı verilenlerde %1,5 (n=2), "Hayır" yanıtı verilenlerde %0,4 (n=1) karaciğer yetmezliği vardı ve anlamlı fark saptanmadı (p=0,28).

KOAH: "Evet" yanıtı verilenlerde %7,7 (n=10), "Hayır" yanıtı verilenlerde %5,3 (n=12) KOAH vardı; anlamlı fark saptanmadı (p=0,37).

Astım: “Evet” yanıtı verilenlerde %0,8 (n=1), “Hayır” yanıtı verilenlerde %2,2 (n=5) astım vardı; anlamlı fark saptanmadı (p=0,42).

Serebrovasküler hastalıklar (SVH): “Evet” yanıtı verilenlerde %25,4 (n=33) SVO mevcutken, “Hayır” yanıtı verilenlerde bu oran %11,9 (n=27) idi ve yanıt ile SVO varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,001).

Demans: “Evet” yanıtı verilenlerde %46,2 (n=60) demans mevcutken, “Hayır” yanıtı verilenlerde bu oran %6,2 (n=14) idi ve yanıt ile demans varlığı arasında istatistiksel olarak çok güçlü bir ilişki saptandı (p<0,001).

Malignite: “Evet” yanıtı verilenlerde %36,2 (n=47) malignite mevcutken, “Hayır” yanıtı verilenlerde bu oran %23,5 (n=53) idi ve yanıt ile malignite varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,01).

Koroner arter hastalığı (KAH): “Evet” yanıtı verilenlerde %12,3 (n=16) KAH mevcutken, “Hayır” yanıtı verilenlerde bu oran %22,1 (n=50) idi ve yanıt ile KAH varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,02).

Sonuç olarak: Çalışmaya dahil edilen 356 hasta değerlendirildiğinde, “Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde hâlâ hayatta olması sizi şaşırtır mı?” sorusuna verilen hekim yanıtları ile DM, HT, KY, SVH, demans, malignite ve KAH arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptandı. Buna karşın KBY, karaciğer yetmezliği, KOAH ve astım açısından anlamlı fark bulunmadı. Bu bulgular, hekimlerin ters sürpriz sorusuna verdikleri yanıtların özellikle nörolojik, kardiyovasküler ve malign hastalıkların belirleyici olduğunu göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Yaşamı tehdit eden kronik hastalıkların seyrinde palyatif bakım ihtiyacının erken dönemde ve sistematik olarak belirlenmesi, hasta ve ailelerin yaşam kalitesini artırmada, semptom yükünü azaltmada ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımını önlemede kritik bir öneme sahiptir (25). Bu gereksinimi karşılamak üzere Birleşik Krallık' ta geliştirilen ve çok sayıda ülkede geçerlilik–güvenirlik çalışmaları yapılan Destekleyici ve Palyatif Bakım Göstergeleri Aracı (SPICT), uluslararası düzeyde kabul görmüş bir değerlendirme aracıdır (7). Bir anket veya ölçeğin genel popülasyona uygulanmadan önce bir hasta örneğinde doğrulanması gerekir. Bundan yola çıkarak bu çalışmanın amacı, SPICT aracının Türkçe versiyonunun (SPICT-TR) geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmektir. Çalışmanın en önemli sonucu, SPICT-TR'nin yüksek düzeyde iç tutarlılığa (KR-20=0,87) sahip olması ve doktorların klinik değerlendirmeleriyle yüksek düzeyde uyum göstermesidir (Kappa=0,93, p<0,001). Bu sonuç, ölçeğin Türk sağlık sisteminde palyatif bakım ihtiyacını belirlemede geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu gösteren güçlü bir kanıttır ve Türkiye'deki klinik uygulamanın uluslararası standartlara uygun bir araca kavuşmasını sağlamaktadır.

Orijinal SPICT' in geçerlik ve güvenirliği, farklı ülke ve kültürlerde yapılan çok sayıda çalışma ile desteklenmiştir. Bu çalışma hekimler ve takip ettiği hastaları üzerinden yürütülmüş olup SPICT-TR'nin iç tutarlılık katsayısı KR-20=0,87 olarak bulunmuş, bu değer ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde İspanya uyarlamasında KR-20=0,71, Tayvan'da 0,77–0,86 bulunmuştur (44,50). Çin'de hemşireler tarafından yürütülen geçerlik çalışmasında Cronbach' s Alpha=0,76 ve Şili'de Cronbach' s Alpha 0,87–0,97 aralığında bildirilmiştir (51,52). Bu sonuçlar, SPICT-TR'nin kültürel ve dilsel uyarlamasının başarılı olduğunu ve SPICT-TR'nin güvenilirlik açısından literatürdeki diğer versiyonlarla uyumlu, hatta bazı çalışmalardan daha yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. İtalya validasyonunda ağırlık, içerik geçerliği indekslerine (S-CVI / Ave=0,86) verilmiş; klasik iç tutarlılık katsayısı raporlanmamıştır (47). Danimarka ve Yunanistan uyarlamaları, öncelikle çeviri–kültürel doğrulama ve içerik geçerliği odaklı olup hasta düzeyinde tam psikometri henüz rapor etmemiştir (45,48). Tayland çalışmasında KR-20 hesaplanmış ama açık biçimde rapor edilmemiştir (53). İtalya, Danimarka, Yunanistan ve Almanya' da yöntem odağı içerik–yapı doğrulama

olduğundan doğrudan α/KR-20 karşılaştırması sınırlıdır; buna karşın SPICT-TR' de nicel iç tutarlılık kanıtının eksiksiz sunulmuş olması önemli bir metodolojik üstünlük sağlar (45-48).

Kappa istatistiği, bir ölçek sonuçlarının bir dış ölçütle ne kadar uyumlu olduğunu gösteren bir ölçüt geçerliliği göstergesidir. Çalışmada SPICT-TR' nin sonucu ile hastayı değerlendiren doktorların "palyatif bakım ihtiyacı var/yok" kararı karşılaştırılmıştır. Aralarındaki uyum Cohen' s Kappa = 0,93 olarak saptanmıştır. Bu Kappa değeri, Landis ve Koch tarafından tanımlanan "mükemmele yakın" bir uyumu ifade etmektedir (54). Yapılan çalışmalara bakıldığında kappa değerleri İspanya'da 0,797–0,983 arasında, İtalya'da şans uyumuna göre ayarlanmış çoklu değerlendirici kappa bildirilmiş ve değeri 0,74 bulunmuştur (44,47). Tayland' da Fleiss kappa=0,93 ile değerlendiriciler arası uyumun çok yüksek olduğu gösterilmiştir ve Çin çalışmalarında genel kappa 0,71 düzeylerinde bulunmuştur (51,53). Bu bulgu, çalışmamızın en güçlü sonucudur; SPICT-TR' nin, bu hasta grubunu en yakından takip eden hekimlerin deneyim ve klinik ön görüleriyle ulaştıkları kararı yüksek doğrulukla standardize edebilen ve belgelendirebilen bir araç olduğunu kanıtlamaktadır. Bu durum, Türk hekimlerinin ölçeği klinik yargı ile paralel kullanabildiğini göstermektedir. Ayrıca çalışmadaki doktorların tamamının dahili bilimler alanlarından olmaları, palyatif bakım yaklaşımına daha aşina bir bakış kazandırmış olabilir. Bu durum, ölçekte elde edilen yüksek uyum katsayısının önemli ve olumlu bir açıklayıcısıdır. Diğer ülkelerde cerrahi ya da genel pratisyenlerin katılımıyla yapılan çalışmalarda, palyatif bakım farkındalığı ve hasta seçimi açısından heterojenlik raporlanmıştır (45,46).

Çalışmada SPICT-TR'nin klinik ortamlarda uygulanabilirliği değerlendirildiğinde, ölçeğin uygulanma süresi ortalama 5±1,5 dakika olarak saptanmıştır. Hekimlerin tamamı (%100) SPICT-TR' nin uygulanabilir olduğunu belirtmiştir. Literatürde yer alan diğer uyarlama çalışmalarında da benzer biçimde SPICT' in kısa sürede uygulanabildiği bildirilmiştir. İspanya' da yapılan geçerlilik çalışmasında, sağlık profesyonelleri SPICT-ES versiyonunu ortalama 4 dakika 45 saniyede tamamlamış ve katılımcıların %95,5' i anketin kolay uygulanabilir olduğunu, %90' ı ise dilinin anlaşılır olduğunu ifade etmiştir (44). İtalya' da SPICT-IT uygulama süresi ortalama 8,5±5,3 dakika olarak bildirilmiş; hekimlerin %97,2' si aracın açık ve

anlaşılır olduğunu belirtmiştir (47). Tayland' da SPICT-LIS versiyonunun vaka başına ortalama 2,3–4,3 dakika arasında tamamlandığı ve hekimler arası tutarlılığın yüksek olduğu saptanmıştır (53). Tayvan' da SPICT-TW uygulama süresi ortalama 4 dakika civarında olup, aracın özellikle geriatrik popülasyonlarda pratik biçimde kullanılabildiği bildirilmiştir (50). Şili' deki uyarlamada da SPICT' in yaşlı bireylerde ortalama 3 dakikada tamamlanabildiği, kullanıcıların aracın "kolay ve hızlı uygulanabilir" olduğunu belirttiği ifade edilmiştir (52). Çalışmamızda dahili bilimler alanında görev yapan bu hekimlerin günlük ortalama hasta sayısı 30±14 olup, bu yoğun klinik tempoya rağmen SPICT-TR' nin kısa sürede tamamlanabiliyor olması, aracın pratik ve klinik işleyişle uyumlu bir yapıda olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, Türk sağlık sisteminde hastaların palyatif bakım gereksinimini rutin klinik değerlendirmelere entegre edebilme potansiyelini desteklemektedir. SPICT-TR' nin Türkiye' deki ilk validasyon çalışması olması nedeniyle uygulama süresinin nispeten uzun bulunması doğal kabul edilmekte; ilerleyen dönemlerde eğitim ve klinik adaptasyon süreçleri tamamlandıkça bu sürenin kısalması beklenmektedir.

SPICT-TR' nin klinik göstergelere dayalı sonuçları değerlendirildiğinde, palyatif bakım ihtiyacını işaret eden bulguların en yüksek oranda demans ve kırılganlık göstergelerinde yoğunlaştığı saptanmıştır (%44,2). Bununla birlikte hastalarda geri dönüşsüz fonksiyonel kayıp (%39,3), bakım bağımlılığı (%42,4) ve artmış semptom yükü (%12,6) gibi genel göstergeler de öne çıkmıştır. Bu bulgu, Türk örnekleminde palyatif bakım gereksiniminin esas olarak nörodejeneratif durumlar ve geri dönüşsüz fonksiyonel kayıp ile güçlü bir ilişki gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu klinik örüntü, uluslararası geçerlilik çalışmalarıyla tam bir uyum içindedir. Benzer şekilde Almanya, İspanya ve Danimarka uyarlamalarında da demans, geri dönüşsüz fonksiyonel kayıp ve bakım bağımlılığı kriterleri öne çıkan göstergeler olmuştur (44-46). Bu tutarlılık, bilişsel ve fonksiyonel yetersizliklerin palyatif bakım gereksinimini belirlemede evrensel olarak kritik bir rol oynadığını göstermektedir. SPICT-TR bu yönüyle, özellikle yaşlı ve multimorbid (çoklu hastalığı olan) hastalarda, sağlık profesyonellerine hastaların karmaşık ihtiyaçlarını erken dönemde, sistematik ve bütüncül bir yaklaşımla değerlendirme olanağı sunan değerli ve geçerli bir araç olduğunu kanıtlamaktadır.

Çalışmaya dahil olan hasta sayısı n=356 olup hastaların yaş ortalaması 70,7±11,5 'tir, örneklemin büyük çoğunluğu yaşlı ve multimorbid bireylerden oluşmaktadır. Hastalarda en sık görülen tanılar sırasıyla hipertansiyon (%75), diyabet (%46,6), malignite (%28,7), demans (%20,8) ve kalp yetmezliğidir (%14,9). Bu profil, Türkiye' deki palyatif bakım hastalarının ileri yaşta, çoklu kronik hastalık yükü taşıyan ve fonksiyonel bağımlılığı yüksek bireylerden oluştuğunu göstermektedir. Benzer biçimde, İspanya' da yapılan ulusal SPICT-ES çalışmasında da (n=188, ort. yaş=82,7±8,8) ileri yaş grubunda fonksiyonel bozulma ve bakım bağımlılığı göstergeleri ön plandadır (44). Alman örnekleminde de (n=142) kanser dışı hastalıklar içinde demans ve kalp yetmezliği en sık palyatif göstergeler olarak rapor edilmiştir (46). Bu sonuçlar, Türk örneklemiyle benzerlik göstermekte ve bilişsel/kalp yetmezliği hastalarının palyatif bakım gereksinimini erken dönemde yansıttığını desteklemektedir. Çin uyarlamasında (SPICT-CH) onkoloji servislerinde 212 hasta değerlendirilmiş ve hastaların çoğu kanser tanılı olup yaş ortalaması 56±11 yıldır; bu nedenle, örneklemin genç ve homojen yapısı ölçeğin genel göstergelerinden ziyade maligniteye odaklanmasına yol açmıştır (51). Türk çalışmasında ise malign hastalar toplamın %28,7'sini oluşturmuş, bu durum SPICT-TR'nin çoklu komorbiditeye dayalı daha heterojen bir hasta grubunda geçerliğini koruduğunu göstermiştir. Tayvan' da yürütülen SPICT-TW çalışması 129 hasta ve 35 sağlık profesyoneliyle gerçekleştirilmiştir. Ortalama yaş 82,4 ± 12 yıl olarak bildirilmiş, ancak yaş aralığı dar ve ileri yaş grubuna odaklıdır (50). Buna karşın SPICT-TR çalışmasında yaş aralığının 23–101 gibi çok daha geniş olması, ölçeğin yalnızca geriatrik değil, aynı zamanda erişkin ve genç-yaşlı hasta gruplarında da tutarlı sonuçlar verdiğini göstermektedir. Bu bulgu, SPICT-TR' nin klinik olarak daha heterojen popülasyonlarda kullanılabilirliğine işaret etmektedir. Şili versiyonu, özellikle geriatrik popülasyonda test edilmiş ve hasta sayısı 60' tır (52). Ancak çalışmanın pilot nitelikte olması ve yalnızca 60 kişilik sınırlı bir örneklemde yürütülmesi, bu bulguların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. SPICT-TR ise geniş örneklem büyüklüğü, heterojen hasta profili ve 23–101 yaş aralığını kapsayan demografik çeşitliliği sayesinde yüksek düzeyde genellenebilirlik sunmaktadır. Yunanistan çalışmasında vaka senaryoları üzerinden uygulama yapılmış, Yunan örnekleminde geriatrik, nörolojik ve kardiyovasküler hastalık göstergeleri baskın olup, araştırmacılar

kırılganlık ve bilişsel bozukluğun ölçek uyaranlarını tetiklediğini belirtmiştir (48). Bu sonuçlar, SPICT-TR' de demans göstergesinin yüksekliği ile paraleldir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, SPICT-TR çalışmasının örneklem büyüklüğü (n=356) Türk örneklemi, hem demans ve kırılganlık göstergelerinin baskınlığı hem de çoklu komorbidite yapısı ile özellikle Avrupa ülkeleri (İspanya, Almanya, İtalya) ile benzerlik taşırken, Asya çalışmaları (Çin, Tayvan, Tayland) ile hasta profili bakımından farklılaşmaktadır. Bu bulgular, SPICT-TR'nin yalnızca hastalık temelli göstergelere değil, fonksiyonel kapasite, bağımlılık düzeyi ve bilişsel yıkım gibi hasta merkezli parametrelere de duyarlı olduğunu; dolayısıyla klinisyenlere çok boyutlu karar desteği sunduğunu göstermektedir. Bu durum, Türkiye'de yaşlanan nüfus yapısı ve multimorbidite sıklığı dikkate alındığında, sağlık profesyonellerine erken tanımlama ve yönlendirme konusunda güçlü bir karar desteği sağlamaktadır.

Çalışmada hekimlere yöneltilen "Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde vefat etmesi sizi şaşırtır mı?" ve "Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde hâlâ hayatta olması sizi şaşırtır mı?" soruları, literatürde "sürpriz soru (surprise question, SQ) ve ters sürpriz sorusu" olarak tanımlanan klinik öngörü yöntemine karşılık gelmektedir. Bu yöntem, klinik öngörünün palyatif bakım gereksinimi belirlemedeki geçerliliğini test etmek amacıyla uluslararası SPICT çalışmalarında sıklıkla kullanılmıştır ve hekimlerin sezgisel değerlendirmesini hastaların ölüm olasılığı ve palyatif bakım ihtiyacıyla ilişkilendirmeyi amaçlar (7, 44, 46). Türk toplumuna uyarlama çalışmasında, sürpriz sorulara verilen yanıtlar ile SPICT-TR bulguları arasında güçlü bir uyum bulunmuştur. Palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda son 1 ayda hastaneye yatış oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuş, aynı grupta hekimlerin ölüm öngörüsü de daha belirgin olmuştur ($p < 0,001$). Bu bulgular, hekimlerin sezgisel öngörülerinin SPICT-TR aracılığıyla belirlenen palyatif bakım göstergeleriyle paralellik gösterdiğini ortaya koymaktadır.

İngiltere' de yapılan orijinal SPICT çalışmalarında, bu sorunun pozitif yanıtlanmasının sonraki 12 ay içinde mortaliteyle anlamlı biçimde ilişkili olduğu saptanmıştır (7). SPICT-DE uyarlamasında da hekimlerin SQ yanıtları ile SPICT skorları arasında pozitif korelasyon ($r = 0,61$, $p < 0,001$) rapor edilmiştir (50). Benzer biçimde, İspanya' daki SPICT-ES çalışmasında SQ' nin "ölüm olasılığı öngörüsü"

açısından özgüllük değeri %83, duyarlılığı %70 olarak bulunmuş, ölçeğin klinik kararlara rehberlik ettiği gösterilmiştir (44).

Bizim çalışmamızda hekimlerin yalnızca %9,6' sı palyatif bakım ihtiyacı olan bir hastanın "ölmesi halinde şaşıracağını" belirtmiş, buna karşın %82,1'i "12 ay içinde hâlâ hayatta olmasının şaşırtıcı olacağını" ifade etmiştir. Bu oranlar, SPICT-TR' nin klinik öngörü gücünü destekler niteliktedir. Literatürde bildirilen oranlarla karşılaştırıldığında, İskoçya' da yapılan SPICT çalışmasında SQ pozitifliği %70 iken, İspanya' da bu oran %73, Almanya' da %61, İtalya' da da %67'dir (7,44,46,47). Bizim çalışmamızda bu oranların daha yüksek çıkması (özellikle "hayatta olmasının şaşırtıcı olması" yönünde) hekimlerin palyatif hasta tanımlama konusunda daha dikkatli yaklaşmasından kaynaklanıyor olabilir. Türkiye'de palyatif bakım henüz klinik rutinde tam olarak entegre edilmediğinden, hekimlerin ileri evre hasta tanımlarında "ölüm öngörüsü" kavramına daha temkinli yaklaştıkları düşünülebilir.

Çalışmamızda ayrıca, SQ yanıtları ile kronik hastalıklar arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Özellikle diyabet, hipertansiyon, demans, malignite, koroner arter hastalığı ve serebrovasküler olay varlığında hekimlerin ölüm öngörüsü anlamlı düzeyde artmıştır ($p < 0,05$). Bu durum, literatürde SQ' nin özellikle multimorbid ve fonksiyonel yetersizliği olan hasta gruplarında daha yüksek öngörü doğruluğuna sahip olduğunu belirten bulgularla örtüşmektedir (51, 54). Örneğin, İngiltere' de Moss ve ark. tarafından yapılan çalışmada, SQ' nin kalp yetmezliği ve demans gibi kronik ilerleyici hastalıklarda mortalite öngörüsünü en iyi yansıtan araç olduğu vurgulanmıştır (55).

Buna karşın, bazı çalışmalarda SQ' nin tek başına yeterli olmadığı, objektif göstergelerle (ör. SPICT) birleştirildiğinde daha güvenilir sonuçlar verdiği bildirilmiştir (7). Danimarka' da yürütülen SPICT-DK adaptasyonunda, SQ pozitifliği ile SPICT bulgularının çakışma oranı %84 bulunmuş ancak araştırmacılar SQ' nin "öznel doğası" nedeniyle tek başına karar aracı olarak kullanılmaması gerektiğini vurgulamıştır (45). Bu çalışmanın bulguları da bu görüşü desteklemektedir: SPICT-TR, hekim öngörülerini destekleyen ancak öznel yargıyı standardize eden nesnel bir araç olarak öne çıkmıştır. Ayrıca, bizim çalışmamızda hekimlerin iki farklı sürpriz soruya ("ölmesi sizi şaşırtır mı?" ve "hayatta olması sizi şaşırtır mı?") verdikleri yanıtların yalnızca %10.1'inde tam tutarlılık göstermesi, klinik sezginin çift yönlü

sorgulamada değişkenlik gösterebildiğini ortaya koymaktadır. Bu durum, özellikle kompleks kronik hastalıklarda öngörünün zorlaşmasıyla açıklanabilir.

Sonuç olarak, SPICT-TR' de kullanılan iki yönlü SQ yaklaşımı ("ölmesi" ve "yaşaması" şaşırtır mı?) literatürdeki tek yönlü SQ uygulamalarına göre özgün bir katkı sunmaktadır. Bu yöntem, hekim öngörüsünü hem mortalite hem de yaşam beklentisi yönünden değerlendirmeye olanak sağlayarak klinik öngörünün duyarlılığını artırabilir. SPICT-TR, bu yönüyle yalnızca palyatif bakım ihtiyacını belirlemede değil, aynı zamanda hekim kararlarını nesnel kriterlerle desteklemede de güçlü bir araç olarak öne çıkmaktadır.

Çalışmanın Güçlü Yönleri

-Türkiye'deki İlk Sistematik Uyarlama ve Metodolojik Kapsam

Bu çalışma, SPICT' in Türkçe versiyonunun (SPICT-TR) geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendiren Türkiye' deki ilk sistematik araştırmadır. SPICT-TR, uluslararası geçerlik çalışmalarında kullanılan yapılandırılmış metodolojiye benzer şekilde yürütülmekle birlikte, Türk sağlık sisteminin ve kültürel bağlamının özelliklerine özgü olarak uyarlanmıştır. Bu yaklaşım, aracın hem dilsel hem de kavramsal geçerliliğini güçlü biçimde ele alan öncü bir uygulama olmuştur.

-Yüksek Örneklem Büyüklüğü ve Klinik Homojenlik

Çalışmanın örneklem büyüklüğü (n=356), literatürdeki pek çok SPICT validasyon çalışmasından (örneğin; İspanya n=188, İtalya n=71, Tayvan n=129, Çin n=212, Şili n=60) daha geniştir (44, 47, 50-52). Bu durum, istatistiksel gücü artırmış ve sonuçların farklı klinik profillere sahip hasta gruplarına (geriatrik, onkolojik, kardiyovasküler, nörolojik vb.) ve farklı branşlardaki hekimlere (aile hekimliği, iç hastalıkları, kardiyoloji, nöroloji, onkoloji, hematoloji vb.) genellenebilirliğini desteklemiştir. Ayrıca, çalışmaya katılan tüm hekimlerin dahili bilimler alanında uzman olması, ölçeğin klinik açıdan tutarlı değerlendirilmesini güçlendirmiş ve klinik yargıdaki homojenliği sağlayarak güvenilirliği pekiştirmiştir.

-Güçlü Geçerlilik Kanıtları ve Zaman Etkinliği

SPICT-TR' nin iç tutarlılık katsayısı (KR-20 = 0,87) yüksek bulunmuş, bu sonuç Tayvan (0,77–0,86) ve Çin (0,76) versiyonlarıyla paralellik göstermektedir. En güçlü bulgumuz ise, değerlendiriciler arası uyumu gösteren kappa katsayısının 0,93

($p < 0,001$) olmasıdır. Bu değer, Türk hekimlerinin klinik kararıyla SPICT-TR sonuçları arasında mükemmele yakın bir uyum olduğunu göstermektedir. Ayrıca, SPICT-TR'nin ortalama uygulama süresinin yaklaşık 5 dakika olarak belirlenmesi ölçeğin klinik pratikte zaman etkinliği açısından son derece uygun bir araç olduğunu kanıtlamaktadır.

- İki Yönlü SQ ile Geliştirilmiş Prognostik Geçerlilik

Bu çalışma, literatürde nadir görülen biçimde, hekimlere yöneltilen iki yönlü SQ uygulamasını içermektedir: "Hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde vefat etmesi sizi şaşırtır mı?" ve "Hastanın önümüzdeki 12 ay sonunda hâlâ hayatta olması sizi şaşırtır mı?". Bu yaklaşım, klasik SPICT çalışmalarındaki tek yönlü SQ' ye kıyasla daha kapsamlı bir prognostik değerlendirme sağlamış ve hekim öngörüsü ile SPICT-TR sonuçları arasında yüksek düzeyde paralellik göstererek aracın ölçüt geçerliliğini daha derinlemesine kanıtlamıştır.

Sonuç olarak, çalışma verilerinin 3. basamak bir sağlık kuruluşunda toplanmasına rağmen kurumda palyatif bakım merkezlerinde Aile hekimliği akademisyen ve asistanlarının görev alması, katılımcı hekimler arasında aile hekimliği asistan ve uzmanlarının da yer alması sonuçların Aile hekimliği uygulamaları dahil farklı klinik ortamlarda uygulanabilirliğini gösteren ek bir güçlü yön teşkil etmektedir. Bu bağlamda SPICT-TR, Türk sağlık sistemine uyarlanabilir, geçerli ve güvenilir bir palyatif bakım tarama aracı olarak önemli bir katkı sunmaktadır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Öncülük Edebileceği Çalışma Alanları

Çalışmamızın SPICT-TR' nin geçerlilik ve güvenilirliğini kanıtlayan güçlü metodolojik bulgularına rağmen, her bilimsel araştırmada olduğu gibi bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bu kısıtlılıkların ele alınması, gelecekteki çalışmaların odak noktasını belirlemek açısından önemlidir.

SPICT-TR' nin uygulanması yalnızca asistan ve uzman hekimler tarafından yapılmıştır. Oysa uluslararası literatürde (ör. Çin, Tayland, Tayvan) hemşireler ve multidisipliner ekip üyeleri tarafından da uygulama yapıldığı görülmektedir. Bu nedenle, çalışmanın yüksek güvenilirlik ve geçerlilik bulgularının genişletilmesi amacıyla, farklı meslek gruplarında ölçeğin uygulanabilirliğini test eden ek çalışmalar, SPICT-TR' nin sahadaki multidisipliner geçerliliğini artırabilir. Özellikle birinci

basamak hekimleri, cerrahi branşlar ve palyatif bakım hemşireleri gibi daha heterojen sağlık personelinin izlediği hasta gruplarında yapılacak testler, ölçeğin Türkiye' deki birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri düzeyindeki kanıtları güçlendirebilir.

Prognostik Geçerliliğin İncelenmesi: SPICT' in temel amacı erken dönemde palyatif bakım ihtiyacını öngörmek olduğundan, gelecekteki uzun süreli takip çalışmaları ile SPICT-TR' nin mortaliteyi öngörme gücünün ve yaşam kalitesi gibi hasta odaklı çıktılar üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi önemlidir.

Sağlık Ekonomisi Analizleri: SPICT-TR’ nin elektronik hastane kayıt sistemlerine entegrasyonu sonrası gereksiz yatışların ve / veya acil başvuruların azaltılmasına etkisi araştırılarak sağlık ekonomisi açısından katkısı değerlendirilebilir.

Hastalık Spesifik Alt Grup Analizleri: Çoklu hastalığı olan hastaların yanı sıra, gelecekteki çalışmaların sadece onkolojik-hematolojik veya demans gibi tek bir hastalık grubuna odaklanarak SPICT-TR' nin alt ölçeklerinin o hastalığa özgü duyarlılığını analiz etmesi önerilir.

6. SONUÇLAR

Bu çalışma, SPICT'in Türkçe versiyonu olan SPICT-TR'nin geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendiren Türkiye' deki ilk sistematik uyarlama araştırmasıdır. Çalışma sonuçları, SPICT-TR' nin Türk sağlık sistemi ve klinik pratiği için geçerli, güvenilir ve uygulanabilir bir araç olduğunu göstermiştir.

SPICT-TR' nin iç tutarlılık katsayısı KR-20 değeri 0,87 ve SPICT-TR sonuçları hekimlerin klinik kararları arasındaki uyum Cohen' s Kappa katsayısı = 0,93 ($p<0,001$) olarak saptanmıştır. Bu değerler, ölçeğin yüksek düzeyde homojenliği ve güvenilirliği olduğunu göstererek, başarılı bir dilsel ve kültürel adaptasyonun gerçekleştiğini teyit etmektedir.

Çalışmaya dâhil edilen 356 hastanın yaş ortalaması 70,7±11,5 olup, örneklem büyük oranda multimorbid bireylerden oluşmuştur. Bu durum, SPICT-TR' nin farklı hastalık gruplarında geçerli ve genel uygulanabilir bir araç olduğunu göstermektedir.

SPICT-TR'ye göre palyatif bakım ihtiyacı bulunan hastalarda, son bir ay içinde hastaneye yatış oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Bu sonuç, SPICT-TR'nin hastalık yükü ve klinik yıpranmayı doğru yansıttığını göstermektedir.

Hekim öngörüsüne dayalı SQ ile SPICT-TR skorları arasında güçlü bir uyum saptanmıştır. "Hastanın önümüzdeki 12 ay içinde vefat etmesi sizi şaşırtır mı?" sorusu, palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda yüksek oranda **'**Hayır**'** yanıtı ile sonuçlanmıştır ($p<0,001$). "Hastanın önümüzdeki 12 ay içinde hâlâ hayatta olması sizi şaşırtır mı?" sorusu ise aynı grupta yüksek oranda **'**Evet**'** yanıtı almıştır ($p<0,001$). Bu bulgular, SPICT-TR'nin klinik öngörü doğruluğunun hekim sezgileriyle tutarlı olduğunu göstermektedir.

"Vefat etmesi sizi şaşırtır mı?" sorusu ile DM, HT, KY, SVH, demans, malignite ve KAH arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p<0,05$). Bu hastalıklar, hekimlerin mortalite öngörülerinde belirleyici klinik durumlar olarak öne çıkmıştır.

"Hastanın hâlâ hayatta olması sizi şaşırtır mı?" sorusu ile yine DM, HT, KY, SVH, demans, malignite ve KAH arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($p<0,05$). Özellikle demans ve malign hastalıklar, ölüm öngörüsü doğruluğunda en güçlü belirleyiciler olarak görülmüştür.

Araştırma verilerinin 3. Basamak bir sağlık kuruluşunda toplanmasına rağmen kurumda palyatif bakım merkezlerinde Aile hekimliği akademisyen ve asistanlarının görev alması, katılımcı hekimler arasında aile hekimliği asistan ve uzmanlarının da bulunması nedeniyle SPICT Türkçe versiyonunun Aile hekimleri tarafından da güvenle tercih edilebileceği değerlendirilmiştir. Aile hekimleri tarafından birinci basamakta SPICT kullanımının palyatif bakımın erken entegrasyonunu sağlamakta ve sağlık profesyonelleri arasında ortak bir değerlendirme dili ortaya koyacağı bilinmektedir. Bu yönüyle araç, aile hekimlerinin klinik belirsizlik durumlarında karar vermesini kolaylaştırmakta, ileri bakım planlaması süreçlerini desteklemekte ve hasta–aile iletişimini yapılandırılmış bir zemine oturtmaktadır. Ayrıca, birinci basamak ve evde sağlık hizmetleri ile palyatif bakım merkezleri arasındaki koordinasyonu iyileştirmesi, SPICT'in sistem düzeyinde uygulanabilirliğini artırmaktadır. Ülkemizdeki aile hekimliği modeli, kronik hastalık yükünün yoğunluğu, düzenli nüfus takibi ve evde sağlık hizmetlerinin yaygınlığı nedeniyle SPICT-TR'nin uygulanmasına uygun bir zemin sunmaktadır. Aile hekimlerinin SPICT-TR'yi kullanarak palyatif bakım gereksinimini daha nesnel biçimde tanımlaması hem erken yönlendirme oranlarını artırabilir hem de bakımın sürekliliğini güçlendirebilir. Bu çalışma, SPICT-TR'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini ortaya koyması bakımından yalnızca bir değerlendirme aracı sunmakla kalmamakta; aynı zamanda birinci basamakta palyatif bakımın güçlendirilmesine yönelik uygulamalara bilimsel bir temel oluşturmaktadır.

Sonuç olarak, SPICT-TR Türk sağlık sistemi için bilimsel geçerliliği kanıtlanmış, hızlı uygulanabilir ve kültürel olarak uyarlanmış bir palyatif bakım değerlendirme aracı olarak öne çıkmaktadır. Bu aracın kullanımı, sağlık profesyonellerinin palyatif bakım gereksinimi olan hastaları erken dönemde tanımlamalarını kolaylaştıracak, klinik karar süreçlerini nesnel ölçütlerle güçlendirecek ve ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin bütüncül ve sürdürülebilir biçimde geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Palliative care. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care. Erişim tarihi: 24.11.2025.
2. Connor SR, Sepulveda C, editors. Global atlas of palliative care at the end of life. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2014.
3. National Consensus Project for Quality Palliative Care: Clinical practice guidelines for quality palliative care. Kans Nurse. 2004;79:16–20.
4. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack J, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. JAMA. 2008;300:1665–73.
5. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. BMJ. 2005;330(7498):1007–11.
6. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. BMJ Support Palliat Care. 2013;3(3):300-8.
7. Highet G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. BMJ Support Palliat Care. 2014;4(3):285–90 DOI: 10.1136/bmjspcare-2013-000488
8. The SPICT Team. SPICT international versions and translations. https://www.spict.org. Erişim tarihi: 24.11.2025.
9. Türk Dil Kurumu (TDK). “Palyatif.” Güncel Türkçe Sözlük. https://sozluk.gov.tr. Erişim tarihi: 24.11.2025.
10. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher E, Admane S, Jackson V, et al. Early palliative care for patients with metastatic non–small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010;363(8):733–42.
11. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi E, Balboni T, Basch E, et al. Integration of palliative care into standard oncology care. J Clin Oncol. 2017;35(1):96–112.
12. Hudson P, Trauer T, Kelly B, O’Connor M, Thomas K, Summers M, et al. Reducing the psychological distress of family caregivers of home-based palliative care patients: short-term effects from a randomized controlled trial. Psychooncology. 2013;22(9):1987–93.
13. Payne S, Seymour J, Ingleton C. Palliative care nursing: principles and evidence for practice. 2nd ed. London: McGraw-Hill Education; 2008.
14. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. J Palliat Med. 2009;12(10):885–904.
15. Jost L, Roila F; ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2010 May;21 Suppl 5:v257-60. doi: 10.1093/annonc/mdq224. PMID: 20555093.

16. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer. JAMA. 2009;302(7):741–49.
17. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. J Clin Oncol. 2012;30(8):880–87.
18. Lin CP, Chu WM. Home-Based Palliative Care: Benefits, Challenges, Opportunities and Future Directions in a Super-Aged Society. J Hosp Palliat Care. 2025 Sep 1;28(3):81-8. doi: 10.14475/jhpc.2025.28.3.81.
19. Clark D, editor. Cicely Saunders: founder of the hospice movement: selected letters 1959-1999. Oxford: Oxford University Press; 2002.
20. Ferrell BR, Twaddle ML, Melnick A, Meier DE. National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th edition. Journal of Palliative Medicine. 2018.
21. 07.07.2015-253 sayılı Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Sağlık Bakanlığı. Available from: https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/12582/0/20150707-253-palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonergepdf.pdf. Erişim tarihi: 24.11.2025.
22. Özgul N, Gültekin M, Koç O, Goksel F, Bayraktar G, Ekinci H, et al. Turkish community based palliative care model: a unique design. Annals of Oncology. 2012;23;76-8. https://doi.org/10.1093/annonc/mds093
23. Ekinci G. Türkiye'de Palyatif Bakim Hizmetlerinin Organizasyonuna Yönelik Bir Değerlendirme. Sağlık Pro Arş Dergisi. 2023;5(1):19-27.
24. Düzgün G, Kılıç Öztürk Y, Polat G, Şahin S. Volunteer Services in Palliative Care by Third Age University Students. Healthcare. 2024; 12(24):2591. https://doi.org/10.3390/healthcare12242591.
25. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA). Global Atlas of Palliative Care. 2nd ed. London: WHPCA & WHO; 2020. Available from: https://www.palliativecare.in/wp-content/uploads/2020/10/Global-Atlas-2nd-Edition-2020.pdf. Erişim tarihi: 24.11.2025.
26. Tripodoro VA, Fidalgo JFL, Pons JJ, Connor SR, Garralda E, Bastos F, et al. First-Ever Global Ranking of Palliative Care: 2025 World Map Under the New WHO Framework. J Pain Symptom Manage. 2025 Nov;70(5):447-58. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2025.07.026.
27. Kumar S. Kerala, India: A regional community-based palliative care model. J Pain Symptom Manage. 2007;33(5):623-7.
28. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: 2003–2020 Dönemi Faaliyet Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2021. Available from: https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html. Erişim tarihi: 24.11.2025.
29. Aslan Y. Türkiye'de ve Dünya'da palyatif bakım modellerine genel bakış. Anadolu Güncel Tıp Derg. 2020;2:19-27. https://doi.org/10.38053/agtd.632674.
30. Yakar B, Sertdemir Batbaş C, Pirinçci E. Palyatif Bakim Ve Hospis. Sted. 2021;30(2):136-43.

31. Akçiçek F, Akbulut G, Fadıloğlu ÇZ. Palyatif bakım: Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu. İzmir: Ege Geriatri Derneği Yayınları; 2013.
32. Tiryaki E, Güdücü Tüfekçi F. Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin sunumu ve ilgili düzenlemeler. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2023;5(3):312-20. doi: 10.54061/jphn.1268631.
33. Tuncer M. Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015. Available from: http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/Ulusal_Kanser_Kontrol_Programi_2009-2015.pdf. Erişim tarihi.15.11.2025
34. T.C. Sağlık Bakalığı. Evde Sağlik Hizmeti Sunumu Hakkinda Yönetmelik,2023. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/06/20230602-1.htm Erişim tarihi:15.11.2025
35. Benli AR, Sunay D. A model of collaboration between palliative care unit and home health care services: Karabük. Ankara Med J. 2017;17(3):143-50.
36. Yılmaz Ö, Bahat G. Yaşlıda hastane temelli palyatif bakım ve hospis. Naharcı Mİ, editör. Yaşlının Hastanedeki Serüveni. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. s. 32-44.
37. Düzgün G, Öztürk YK, Aykar FŞ, Yıldırım Y. Determination of Symptom Frequency and Symptom Clusters in Cancer Patients in Palliative Care. Anatol J Gen Med Res. 2025 May 15;35(1):45-52. doi: 10.4274/anatoljmed.2025.75047.
38. Boyd K, Murray SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. BMJ 2010;341:c4863
39. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Espaulella J, Oller R, Molist-Brunet N, Inzitari M, et al. Frail-VIG index: a concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. BMC Geriatr. 2018;18:29. doi:10.1186/s12877-018-0718-2.
40. Amblàs-Novellas J, Murray SA, Espaulella J, Martori JC, Oller R, Martinez-Muñoz M, et al. Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study of prognostic indicators related to end-of-life trajectories. BMJ Open. 2016 Sep 19;6(9):e012340. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012340.
41. RACGP aged care clinical guide (Silver Book) 5th edition Part A. Palliative and end-of-life care Available from: https://www.racgp.org.au/getattachment/55aea74c-fbe9-4d01-8cbc-425948225cb8/Palliative-care.aspx. Erişim Tarihi:25.11.2025.
42. White N, Kupeli N, Vickerstaff V, Stone P. How accurate is the "Surprise Question" at identifying patients at the end of life? A systematic review and meta-analysis. BMC Med. 2017;15(1):139.
43. Maas EA, Murray SA, Engels Y, Campbell C. What tools are available to identify patients with palliative care needs in primary care: a systematic literature review and survey of European practice. BMJ Support Palliat Care. 2013;3(4):444–51.
44. Fachado AA, Martínez NS, Roselló MM, Rial JJV, Oliver EB, García RG, et al. Spanish adaptation and validation of the Supportive & Palliative Care Indicators Tool – SPICT-ES. Rev Saude Publica. 2018; 52: 3. Published online 2018 Jan 16. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000398.
45. Bergenholtz H, Weibull A, Raunkiær M. Supportive and palliative care indicators tool (SPICT) in a Danish healthcare context: translation, cross-cultural adaptation, and content validation. BMC Palliat Care. 2022;21(1):41. doi: 10.1186/s12904-022-00931-6.

46. Afshar K, Feichtner A, Boyd K, Murray S, Jünger S, Wiese B, et al. Systematic development and adjustment of the German version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DE). BMC Palliat Care 2018; 17: 27. DOI: 10.1186/s12904-018-0283-7.
47. Casale G, Magnani C, Fanelli R, Surdo L, Goletti M, Boyd K, et al. Supportive and palliative care indicators tool (SPICT): content validity, feasibility and pre-test of the Italian version. BMC Palliat Care. 2020;19:79. doi: 10.1186/s12904-020-00584-3.
48. Bouri M, Sakellari E, Krentiris D, Lagiou A. Palliative care in the community: the Greek version of the supportive and palliative care indicators tool (SPICT). J Prim Care Community Health. 2024;15:1-11. doi: 10.1177/21501319241245842.
49. Xie Z, Tang S, Johnson CE, Xiao L, Ding J, Huang C. Translation, cross-cultural adaptation and validation of the Chinese version of supportive and palliative care indicators tool (SPICT-CH) to identify cancer patients with palliative care needs. BMC Palliat Care. 2025;24:4. doi: 10.1186/s12904-024-01641-x.
50. Liao J-Y, Chang H-T, Peng J-K, Murray SA, Wu CY, Chang HC, et al. Adaptation of the Taiwan Version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-TW) and its association with six-month mortality: a multi-center validation study in older people. Healthcare. 2024; 12(21):2185. https://doi.org/10.3390/healthcare12212185.
51. Huang Y, Deng C, Lin H, Peng M, Hao Y. Adaptation and validation of the supportive and palliative care indicators tool (SPICT): a quantitative methodological study. J Adv Nurs. 2025;81(10):6392-405. doi: 10.1111/jan.16782.
52. Farfán-Zuñiga X, Zimmermann-Vildoso M. Cultural adaptation and validation of the SPICT-ES instrument to identify palliative care needs in Chilean older adults. BMC Palliat Care. 2022;21:223. doi: 10.1186/s12904-022-01111-2.
53. Sripaew S, Fumaneeshoat O, Ingviya T. Systematic adaptation of the Thai version of the supportive and palliative care indicators tool for low-income setting (SPICT-LIS). BMC Palliat Care. 2021 Feb 19;20(1):35. doi: 10.1186/s12904-021-00729-y.
54. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977 Mar;33(1):159-74. PMID: 843571.
55. Moss AH, Lunney JR, Culp S, Auber M, Kurian S, Rogers J, et al. Prognostic significance of the "surprise" question in cancer patients. J Palliat Med. 2010;13(7):837-40.

8. EKLER

EK 2. TEZ KONUSU ONAY FORMU

*Araştırma/Tez Konusu (Study Title) Destekleyici ve Palyatif Bakım İndikatörleri Ölçeğinin (SPICT) Türkçe Adaptasyonu
1-Araştırma Sorusu (Research problem) SPICT'ın Türkçe adaptasyonunun geliştirilmesi nasıl yapılmalıdır?
2-Arka Plan ve Gerekçe (Background/rationale) DSÖ'ye göre Palyatif bakım, yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden sorunlar yaşayan hasta ve ailelerin, fiziksel, psikososyal ve manevi (spiritüel) problemlerini erken tanımlama, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme ve böylece yaşam kalitelerini artırma amacı olan bir yaklaşım olarak tanımlamıştır. Palyatif bakım sadece ölmekte olan hasta için değil, tanısı ne olursa olsun ciddi hastalık sonucunda acı çeken her hasta bireyi kapsamaktadır (1). DSÖ, 20 milyon insanın yaşamının sonuna kadar palyatif bakıma ihtiyacı olduğunu ve bunların %78'inin gelişmekte olan ülkelerde yaşadığını tahmin etmektedir (2). Palyatif bakımın sadece yaşam sonu bakımla sınırlı olmadığını, prognozu ne olursa olsun ciddi hastalığın her yaş ve evresinde uygun olduğunu düşündüğümüzde bu sayı daha da yüksektir (3). Palyatif bakım hizmetlerinde kişilerin hangi seviyede bakım hizmetine ihtiyaç duydukları, zaman içinde değişen gereksinimleri, acil ihtiyaçları gibi farklı boyutların değerlendirilmesi ve uygun planlama yapılabilmesi oldukça önemlidir. Yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya olan hastalara zamanında palyatif bakım sunmanın faydalı olduğu kanıtlanmıştır. Palyatif bakım hizmeti almak hem hastalarda hem de ailelerde memnuniyet ve yaşam kalitesini artırır, depresif duyguları, kaygıyı ve stresi azaltır (4). Palyatif bakıma ihtiyacı olan kişilerin belirlenmesi, çeşitli hastalık gidişatlarının varlığı ve öngörülemeyen hastalık alevlenmelerinden kaynaklanan zorluklar nedeniyle zor olmuştur (5). Son yıllarda, sağlık çalışanlarının palyatif bakımdan fayda görebilecek hastaları belirlemesine yardımcı olabilecek çeşitli ölçekler oluşturuldu (6). Bu ölçeklerden biri de Destekleyici ve Palyatif Bakım İndikatörleri Ölçeği (SPICT™)'dir, kötüleşen sağlıkla ilgili 6 genel ve 21 klinik sorudan oluşmaktadır (7). Ancak kişilerin palyatif bakım ihtiyaçlarını taramaya yönelik Türkçe geçerlik ve güvenilirliği çalışılmış ölçeklerin kısıtlılığı dikkat çekmektedir. Bu çalışmanın tamamlanması ile SPICT-TR olarak ifade edilen Türkçe adaptasyon ölçeğin web sayfasında yayınlanacaktır. Uluslararası alanda 11 dile çevrilen ölçeğin Türk bilim camiasına kazandırılması ulusal ve uluslararası literatüre katkı sağlayacaktır. Aynı zamanda ulusal literatüre Türkçe geçerlilik ve

güvenilirliği olan bir ölçek kazandırılarak yeni bilimsel araştırmalar için yol gösterici olacaktır.

Ölçeğin sağlık hizmetlerinde tarama amaçlı kullanımı palyatif bakım hizmetine ihtiyaç duyan hasta grubunun gereksinimleri, acil durum değerlendirmeleri ve planlama açısından yol gösterici olarak hastaların yaşam kalitesini artıracak, ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırırken, sağlık kaynaklarının etkin kullanımına da katkı sunacaktır.

1-World Health Organization, https://www.who.int/cancer/palliative/definition/ en/ Erişim tarihi: 19.03.2022.

2-World Health Organization WP C Alliance: Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. How Many People Are in Need of Palliative Care Worldwide. 2014

3-National Consensus Project for Quality Palliative Care: Clinical practice guidelines for quality palliative care. Kans Nurse 2004;79:16–20

4-Wright AA, Zhang B, Ray A, et al.: Associations betweenend-of-life discussions, patient mental health, medical carenear death, and caregiver bereavement adjustment. JAMA2008;300:1665–1673.

5-Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. BMJ. 2005;330(7498):1007–11.

6-Walsh RI, Mitchell G, Francis L, van Driel ML. What diagnostic tools exist for the early identification of palliative care patients in general practice? A systematic review. J Palliat Care. 2015;31(2):118–23.

7-Highet G, Crawford D, Murray SA, et al.: Development andevaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): A mixed-methods study. BMJ Support Palliative Care 2014;4:285–290

3-Araştırma amacı (Objectives)

Bu çalışmada SPICT™ ölçeğinin son versiyonu 2019 yılında Murray ve ark tarafından güncellenen, Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır

4-Hipotez (Hypothesis)

H0: SPICT'ın Türkçe versiyonu palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların tanımlanmasında ve değerlendirilmesinde yararlı değildir

H1: SPICT'ın Türkçe versiyonu palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların tanımlanmasında ve değerlendirilmesinde yararlıdır

5-Araştırma türü/tasarım (Study Design)

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

6- Araştırma yeri (Study Setting/ Location)

SBÜ İzmir Tepecek Eğitim ve Araştırma Hastanesi
7- Araştırmaya katılanlar/denekler (Study Population) Ölçek uygulamasında SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hizmet veren asistan ve uzman hekimler hedeflenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden, ana dili Türkçe olan, ölçek maddelerinin eksiksiz ve anlamlı bir şekilde yanıtlayan hekimler ve bu hekimler tarafından takip edilen hastalar olarak planlanmıştır.
8- Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenleri (Primary and Secondary Outcome) Birincil: SPICT-TR, Türkçe adaptasyonu yapılan ölçeğin geçerlilik güvenilirliğini saptamak İkincil: SPICT-TR ölçeğinin klinisyenlerce hastaların palyatif bakım ihtiyacını belirlemek için kullanması, gerçek hayatta ne sıklıkta kullanıldığının belirlenmesi
9- Araştırma Süreçleri (Study procedures) SPICT ölçeğinin çeviri ve kültürler arası adaptasyonu, Beaton protokolu ve WHO'nun çeviri ve adaptasyon önerilerine uygun olarak geliştirilecektir. Aşama 1. 2 Türk birbirinden bağımsız olarak ölçeği Türkçeye çevrilecektir Aşama 2. 2 çevirmen çeviri sonuçlarını değerlendirecektir Aşama 3. Anadili İngilizce ve Türkçe olan ve medikal gemişi olmayan bir çevirmen geri çeviriyi gerçekleştirecektir. Çeviri ve orjinal anket üzerinde içerik ve maddeler konusunda eşleşme açısından uzlaşmaya varılacaktır Aşama 4. Palyatif Bakım deneyimi olan bir dahiliye uzmanı, pratisyen, aile hekimliği uzmanı, onkoloji uzmanı ve palyatif bakım hemşiresi ölçeğin çevirisini incelenecek, içerik geçerliliğinin değerlendirilmesi konusunda tutarsızlıkları gidererek uzlaşmaya varılacaktır. SPICT-TR doktorlara, ölçeğin Türkiye'deki primer palyatif bakımın geliştirilmesi için önemini açıklayan bir açıklama ile birlikte yüz yüze görüşülerek ulaştırılacak. Her doktora 18 yaş üstü toplam hasta sayıları, ayrıca bu hastaların kaçının ölçekte belirtilen en az 2 genel ve 1 spesifik indikatörü olduğu da ek olarak sorulacaktır. En az 2 genel veya 1 spesifik indikatör bulunması palyatif bakım ihtiyacını tanımlamaktadır. Çalışmanın 01.05.22-30.08.2022 tarihleri arasında yapılması planlanmıştır.
10-Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç (Sample size and statistical power) Araştırmanın evreni SBÜ İzmir Tepecek Eğitim ve Araştırma Hastanesi asistan ve uzman hekimleri ve onların takip ettiği hasta popülasyonu oluşturmaktadır. Ölçek geliştirme çalışmalarında örneklemin belirlenmesinde ilgili ölçeğin faktör analizinin

yapılabilmesi için örneklemin ölçek madde sayısının gereken minimum denek sayısının madde sayısından beş kat daha fazla olması gerekmektedir. Bu durumda ankette 27 madde olduğu için 135 hastaya ihtiyaç duyulacaktır. Yanıt vermeyenler veya eksik yanıtlar için %30 fazla hasta sayısı gözetilerek 176 hastaya ulaşmayı hedefledik. 176 hastaya ulaşmak üzere en fazla hekim sayısı gözetilerek 30-50 hekimle yüz yüze görüşme planlanacaktır.

11- İstatistiksel yöntemler (Statistical methods)

Elde edilen verilerin tümünün analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Version 24.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ABD) yazılımıyla yapılacak. Araştırmada nitel ve nicel analizleri birleştiren karma yöntem yaklaşımı kullanılacak. Normal dağılıma uygunluğu değerlendirmek için grafikler ve Kolmogorov-Smirnov testi kullanılacak. Normal dağılan sayısal değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama ve standart sapma ile gösterilecek. Normal dağılmayan sayısal değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ise ortanca ve çeyrekler arası aralıklar ile gösterilecek. Kategorik değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ise sayı ve oran ile verilecek. Normal dağılıma göre Student-t ve Mann-Whitney-U testi kullanılacak. Kategorik veriler için Ki-kare testi kullanılacaktır. Ölçeğin güvenirliğinin incelenmesinde; test-tekrar test güvenirlik için Intraclass Correlation Coefficient (ICC) değerleri, iç tutarlılık için ise madde-toplam puan korelasyon değerleri ve Chronbach alfa değerleri hesaplanacaktır. Analizler için $p<0,05$ anlamlı olarak kabul edilecektir.

12-Etik Öngörü (Ethical Considerations)

Bu araştırmanın Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesine ve Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu / İyi Laboratuvar Uygulamaları kılavuzuna uygun olarak yürütüleceğini, doğabilecek her türlü hukuki ve mali sorumluluğu üstlendiğimizi, hastaların kişisel özelliklerinin paylaşılmayacağını, verilerin araştırma amaçları dışında kullanılmayacağını ve çalışma sonuçlarının paylaşılması ve yayınlanması aşamasında kişi mahremiyetinin korunacağını, araştırma sırasında çalışma protokolünde değişiklik yapılması gerektiğinde, bunu yazılı olarak etik kurula bildireceğimi , araştırmanın yayın aşamasında da aynı başlık ve içeriğe sahip olacağını taahhüt ederiz.

13- Anahtar kelimeler (Key words)

SPICT, Palyatif bakım, 1. basamak sağlık hizmeti, geçerlilik, güvenilirlik

EK 3. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER FORMU-DOKTOR İÇİN

Anket no:

1. Yaş: ……

2. Cinsiyet: 1. Kadın( ) 2. Erkek( )

3. Medeni Durum: 1. Evli( ) 2. Bekar ( )

4. Çocuk sayısı: ……

5. Hanede yaşayan birey sayısı: ……

6. Akademik Unvan: 1. Tıp Doktoru ( ) 2. Tıpta Uzmanlık Öğrenci ( )
3. Uzman Doktor ( ) 4.Başasistan/Dr. Öğretim Üyesi ( )
5. Doçent Doktor ( ) 6. Profesör Doktor ( )

7. Uzmanlık dalı: 1. Temel Bilimler (…….)
2. Dahili Bilimler (…….)
3. Cerrahi Bilimler (…….)
4. Yoğun Bakım/Acil(……)
5. Diğer(……..)

8. Meslekte geçirilen süre(yıl): ……

9. Mevcut kurumda geçirilen süre(yıl): ……

10. Günde ortalama bakılan 18 yaş ve üzeri hasta sayısı: ……

11. Tarafınızca takip edilen hastalardan SPICT-TR' e göre en az 2 genel veya 1 klinik gösterge bulunan palyatif bakım ihtiyacı olan hasta sayısı:…….

12. SPICT-TR' yi bir hasta için uygulamanız ortalama kaç dakikanızı aldı?..

13. SPICT-TR'yi uygulanabilir buldunuz mu? Evet (..) Hayır(..)
Kararsızım(..)

EK 4. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER FORMU-HASTA İÇİN

1. **Yaş:** ……
2. **Cinsiyet:** 1. Kadın( ) 2. Erkek( )
3. **Medeni Durum**: 1. Evli( ) 2. Bekar ( )
4. **Çocuk sayısı:** ……
5. **Gelir Düzeyi:** 1.Geliri giderinden fazla ( )
   2.Geliri giderine eşit ( )
   3.Geliri giderinden düşük ( )
6. **Meslek Durumu:** 1. Çalışmıyor ( ) 2. Çalışmakta ( )…… …….. (belirtiniz)
   3. Emekli ve çalışıyor ( ) …… 4. Emekli ve çalışmıyor ( )
7. **Eğitim Durumu:** Okuryazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Yüksek Lisans( ) Doktora ( )
8. **Evde yaşanılan kişi:** 1.Aileyle( ) 2.Tek başına( ) 3.Bakıcı ile( ) 4.Bakımevinde( )
9. **Bilinen Kronik hastalıklar durumu:**1.Kalp yetmezliği ( ) 2.Diyabetes Mellitus ( ) 3.Hipertansiyon( ) 4.Böbrek yetmezliği( ) 5.Karaciğer yetmezliği ( ) 6.KOAH( ) 7.Astım( ) 8.SVH( ) 9.Demans( )
   10.Malignite( )…….(belirtiniz)
   11.Diğer( )……(belirtiniz)
10. **Son 30 gün içerisinde hastane yatış öyküsü**: Var( ) Yok( )
11. **Sigara kullanımı :** Bırakmış ( ) Aktif kullanıyor ( ) Hiç kullanmamış ( )
12. **Alkol tüketimi :** Bırakmış ( ) Aktif kullanıyor ( ) Hiç tüketmemiş ( )
13. **SPICT^{TR}'ye göre palyatif bakım ihtiyacı:** Var( ) Yok( )

EK 5. SPICT-TR

Destekleyici ve Palyatif Bakım Göstergeleri Aracı (SPICT-TR)

SPICT™, sağlığı kötüleşen kişileri belirlemeye yardımcı olmak için kullanılır. Karşılanmamış palyatif bakım ihtiyaçlarını gözden geçirin. Mevcut ve gelecekteki bakımı planlayın.

Sağlık durumunun kötü veya kötüleşmekte olduğu ile ilgili genel göstergeleri araştırın

- Hızlı müdahale gerektiren veya acil hastane başvurusu/başvuruları veya ziyaretleri
- Geri dönüş olasılığının kısıtlı olduğu fonksiyonel yeti yitimi ya da kötüleşmesi (örn. Kişi günün yarısından fazlasında yatağa veya sandalyeye bağımlı)
- Artan fiziksel ve/veya zihinsel sağlık problemleri nedeniyle bakım için başkalarına bağımlı Hastaya bakım verenin daha fazla yardım ve desteğe ihtiyacının olması
- İlerleyici kilo kaybı; düşük kilo durumunun devam etmesi; düşük kas kitlesi
- Sağlık sorunu/sorunlarının uygun tedavisine rağmen dirençli semptomlar
- Kişinin (veya ailesinin) palyatif bakım istemesi; tedaviyi azaltmayı, durdurmayı veya tedavi olmamayı talep etmesi ya da yaşam kalitesine odaklanmayı istemesi

Yaşamı kısaltan durumların klinik göstergelerini araştırın

Kanser

İlerleyici kanser nedeniyle fonksiyonel yetilerde bozulma

Kanser tedavisi için çok kırılgan olmak ya da tedavinin semptom kontrolüne yönelik olması

Demans ya da Kırılganlık

Yardımsız giyinememe, yürüyememe veya yemek yiyememe

Daha az yeme veya içme; yutma güçlüğü

İdrar ve gaita inkontinansı

Sözel iletişim kuramama, sınırlı/kısıtlı sosyal etkileşim

Tekrarlayan düşmeler; femur kırığı

Tekrarlayan ateşli hastalıklar veya enfeksiyonlar; aspirasyon pnömonisi

Nörolojik Hastalık

Optimal tedaviye rağmen fiziksel ve/veya bilişsel fonksiyonlarda ilerleyici kötüleşme

Artan iletişim güçlüğü ile birlikte konuşma problemleri ve/veya ilerleyici yutma güçlüğü

Tekrarlayan aspirasyon pnömonisi; nefes darlığı veya solunum yetmezliği

Büyük bir inmeden ya da birden fazla geçirilmiş inmeden sonra fiziksel ve/veya ruhsal sağlığın kötüleşmesiyle devam eden engellilik

Kalp veya Damar Hastalığı

Dinlenme anında veya minimal efor sırasında nefes darlığı veya göğüs ağrısı ile birlikte seyreden kalp yetmezliği veya yaygın, tedavi edilemeyen koroner arter hastalığı

Ciddi, cerrahi uygulanamayan periferik damar hastalığı

Solunum Hastalığı

Alevlenmeler arasında istirahatte veya minimal efor sırasında nefes darlığı ile seyreden ciddi, uzun dönem akciğer hastalığı

Uzun süreli oksijen tedavisine ihtiyaç duyulan dirençli hipoksi

Solunum yetmezliği için ventilasyona ihtiyaç duyulması veya ventilasyonun kontrendike olması

Böbrek Hastalığı

Sağlık durumunda kötüleşmenin eşlik ettiği evre 4 veya 5 kronik böbrek hastalığı (eGFR <30 ml/dk)

Yaşamı kısaltan, diğer durumları kötüleştiren ve başka tedavileri güçleştiren böbrek yetmezliği

Diyalize başlayamama veya sonlandırma

Karaciğer Hastalığı

Son bir yılda bir veya daha fazla komplikasyonun eşlik ettiği siroz:

- Diüretiğe dirençli asit
- Hepatik ensefalopati
- Hepatorenal sendrom
- Bakteriyel peritonit
- Tekrarlayan varis kanamaları

Karaciğer transplantasyonunun mümkün olmaması

Diğer Durumlar

Fiziksel veya mental hastalıklarda kötüleşme; geri dönüşsüz birden fazla sorun ve/veya komplikasyonlar; eldeki en iyi tedavinin fayda sağlamayacak olması

Mevcut bakımı ve bakım planını gözden geçirin

- Mevcut tedavileri ve ilaçları gözden geçirin; polifarmasiyi en aza indirin Tedavi ve bakım hakkında ortak karar verme
- Bütüncül bakımı gözden geçirin-semptomları; duygusal, sosyal, finansal, mental ihtiyaçları. Aileleri ve bakım verenleri destekleyin
- Yönetilmesi zor semptomlar ve diğer problemlerin varlığında uzman görüşü veya değerlendirmesi isteyin
- Kişi ya da ailesi ile mevcut ve gelecekteki bakım planı üzerinde anlaşmaya varın
  Gelecekteki kararları hakkında tartışın (örn. Vekaletname)
- Bakım planını kaydedin, paylaşın ve gözden geçirin.

-SPICT-TR'ye göre sorgulamasını yaptığınız bu hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde vefat etmesi sizi şaşırtır mı? Evet(….) Hayır(….)

- SPICT-TR'ye göre sorgulamasını yaptığınız bu hastanın önümüzdeki 12 ay içerisinde hala hayatta olması sizi şaşırtır mı? Evet(….) Hayır(….)

9. ÖZGEÇMİŞ

I. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Öznur KALMUK ÇETİN
Doğum yeri ve tarihi :
Akademik unvan/pozisyon : Asistan Hekim
Görev yeri : SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
E-posta adresi :

II. EĞİTİM BİLGİLERİ

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi : 2011-2018
Düzce Fen Lisesi : 2006-2010
Derbent Ata İlköğretim Okulu : 1998-2006

III. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi/İntörn Doktor: 2017-2018
Bayburt Devlet Hastanesi/ Hekim: 2019 Nisan-2019 Haziran
SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ Asistan Hekim: 2019 Haziran–2020 Haziran
SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi/Asistan Hekim: 2020 Haziran–Halen

IV. KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

6. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Aile Hekimliği Kongresi (6. IHFSMC) – Sözlü Bildiri