

Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım

End of Life Care Organization; Palliative Care

Afife Ayla KABALAK¹, Hakkı ÖZTÜRK², Hasan ÇAĞIL³

¹ Ankara Ulus Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü, Ankara, Türkiye
Department of Anesthesiology and Reanimation, Ankara Ulus State Hospital, Ankara, Turkey

² SB Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye
Ministry of Health, General Directorate of Health Information Systems, Ankara, Turkey

³ SB Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığı, Ankara, Türkiye
Ministry of Health, Presidency of Public Hospitals Institution, Ankara, Turkey

ÖZET

Ölüm, yaşamın normal bir parçası olmakla birlikte genellikle bir hastalık gibi tedavi edilir. Bunun sonucu olarak birçok insan hastanede yalnız ve acı içinde ölür. Palyatif bakımın amacı; hastaların fiziksel, psikososyal ve manevi semptomlarının kapsamlı bir değerlendirme ve tedavisiyle hastaların ve ailelerinin acılarını hafifletmektir. Ölüm yaklaştıkça hastanın semptomları daha agresif palyasyon gerektirir. Hastanın ölümünden sonra palyatif bakım öncelikle ailenin desteklenmesine ve yasına odaklanır. Doğru tedavi yaklaşımı için sorunlara bütüncül bakış vazgeçilmezdir. Palyatif bakım genel (aile/bakıcı) bakım uygulayıcılarından evde bakım hemşirelerine ve üçüncü basamak palyatif bakım hizmetlerine kadar geniş bir aralıkta profesyoneller tarafından sağlanır. Palyatif bakım uzmanları, sağlık ekibiyle birlikte uygun tıbbi bakımı belirlemek ve hasta bakım hedeflerini düzenlemek için hasta ve ailesine yardım eder. Bir ulusal strateji, bu hizmetlerin sağlanması konusunda bilgilendiren bir hizmet geliştirme çerçevesi sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yaşam sonu bakım, Palyatif bakım, Semptomlar, Yönetim.

Geliş Tarihi: 16/02/2012 • Kabul Ediliş Tarihi: 11/05/2012

ABSTRACT

While dying is a normal part of life, death is often treated as an illness. As a consequence, many people die in hospitals, alone and in pain. The goal of palliative care is to relieve the suffering of patients and their families by the comprehensive assessment and treatment of physical, psychosocial, and spiritual symptoms experienced by patients. As death approaches, a patient's symptoms require more aggressive palliation. After the patient's death, palliative care focuses primarily on bereavement and support of the family. A holistic view of the existing problems is indispensable for a right therapeutic approach. Palliative care specialists should help patients and their families to determine appropriate medical care and to align the patient's care goals with those of the health care team. Palliative care is delivered by a range of professionals, from general (family/caregiver) practiti-



oners and community care nurses to large tertiary referral palliative care services. A national strategy shall provide a service development framework that informs the provision of these services.

Key Words: End of life care, Palliative care, Symptoms, Management.

Received: 16/02/2012 • Accepted: 11/05/2012

Latince kökenli "Palliate (Palliare)" koruyucu ya da kapsayıcı anlamındadır. "Palliative" ise İngilizce terminolojide hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılır. Palyatif bakım ise ilerleyici ve tedavisi olmayan, ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir bakım sistemidir. Bu derlemenin amacı; dünya genelindeki uygulamaları ve ortak yaklaşımları, palyatif bakımın kapsamını ve tedavi ilkelerini ülkemiz gereksinimlerini göz önüne alarak değerlendirmektir.

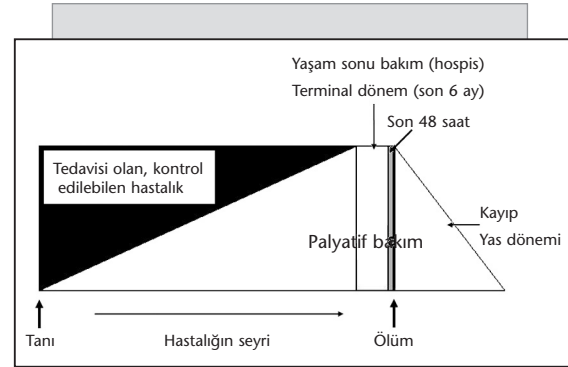
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre palyatif bakım; kapsamlı bir değerlendirme ve tedaviyle hastalar tarafından yaşanan fiziksel, psikososyal ve manevi semptomların giderilmesini, aynı zamanda ailenin, arkadaşların, bakım verenlerin desteklenmesini ve acılarının hafifletilmesini amaçlar. Palyatif bakımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak görülür. Ölüm ne geciktirilir ne de hızlandırılır, amaç yaşamdan ölüme geçişi kolaylaştırmaktır. Yaşam süresinden çok yaşamın niteliğiyle ilgilendir. Ölüm yaklaştıkça hastayı ve aileyi rahatlatıcı önlemler yoğunlaştırılır ve hastanın kaybindan sonra palyatif bakım ailenin yas sürecinde desteklenmesine odaklanır. İlk palyatif bakım ünitesi 1842 yılında Fransa'da kurulmuştur. Modern anlamda ilk hospis (hospice; son dönem hasta bakım merkezi) hizmeti ise 1967 yılında İngiltere'de hemşire Cicely Saunders tarafından başlatılmış olup bu tarihten sonra sayıları hızla artmıştır. İlk kez 2002 yılında DSÖ palyatif bakımın tanımlamasını yapmış ve 2004 yılında Ulusal Palyatif Bakım Uzlaşma Rehberi yayınlanmıştır (1,2).

Geleneksel tıbbi tedavi yaklaşımında iyileştirici ve agresif tedavilere yanıt vermeyen hastalara sadece son süreçte konfor bakımı uygulanır. Palyatif tıp ise tedavisi mümkün olmayan hastalığın tanısından itibaren tüm süreçlerinde hastaya destekleyici tedaviyi sağlar. Hospis olarak adlandırılan bakım hizmetleri ise palyatif bakımın içinde

yer alır ve yaşamın sonuna çok az ay kala (altı aydan az), ev atmosferindeki birimlerde verilen bir hizmet olup, hasta ve ailesinin duygusal paylaşımlarını sağlamayı, üzüntü ve ayrılık acısını hafifletmeyi öncelikli hedef alır (Şekil 1) (3,4).

DSÖ'ye göre palyatif bakım gerektiren hastalıklar Tablo 1'de sınıflandırılmıştır (4).

Palyatif bakımdaki temel hedef hasta ve ailesinin/arkadaşlarının acı çekme sürecini iyi yönetmektir. Hasta ve aile merkezli bir bakım uygulanmalı, tedavi kültür, inanç, ırk, dil, din, etnik farklılıklarına, beklentilerine, yaşa ve eğitim düzeylerine göre planlanmalı, bakımın sürekliliği ve adil erişim sağlanmalıdır (1).



Şekil 1. Palyatif bakımı en iyi tanımlayan diyagram (3,4).

Tablo 1. Palyatif bakım gerektiren hastalıklar*

- Motor nöron hastalıkları ve ilerleyici nörolojik hastalıklar (Alzheimer, ALS)
- İleri dönem organ yetmezlikleri (kalp, akciğer, böbrek, karaciğer, beyin)
- Tedaviye yanıtız kanserler
- HIV/AIDS
- Çocuklarda genetik/konjenital, ilerleyici hastalıklar

* 4 no'lu kaynaktan alınmıştır.

Çocuklarda palyatif bakım çocuklar için özel eğitilmiş kişilerce uygulanmalı ve hedef aile merkezli bakım hizmeti olmalıdır. Ebeveynlerin palyatif bakımla ilgili yorumları, çocuğun bakımında aktif rol almaları ve yasal karar verici olmaları ekiple çatışmalara neden olabilir. Bu durum çocuğun bakımında yanlışlıklara neden olabileceğinden aileyle iyi bir iletişim kurmak ve iş birliği içinde hareket etmek önemlidir. Aileler akut dönemde evde bakımı tercih etmektedirler. Gelişmiş ülkelerde de bu sistem maliyet ve çocuğun uyumu açısından daha uygun görülmektedir. Ebeveynler hem bakım veren ekibin bir parçası hem de ailenin bir parçasıdır ve kendilerinin de bakıma gereksinimleri vardır. Palyatif bakım ekibi evde ziyaretlerle aile ile iş birliğini sürdürmeli, çocuğa bakım konusunda aileyi eğitmeli ve öncelikle aileye psikososyal destek sağlamalıdır (5). Palyatif bakımda temel prensipler Tablo 2'de tanımlanmıştır (2,4). Palyatif bakım hizmeti multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşım gerektirir. Deneyimli ve eğitilmiş sağlık personeli ve gönüllü-

Tablo 2. Palyatif bakımda temel prensipler*

1. Hastalığa ait sorunlarla baş etme
 - Fiziksel semptomlar
 - Psikiyatrik sorunlar
 - Manevi sorunlar
 - Sosyal sorunlar
 - Ekonomik sorunlar
 - Yaşam sonu ihtiyaçlar
 - Yas dönemi
2. Bakım süreci
 - Semptomların değerlendirilmesi
 - Hasta odaklı bakımın planlanması
 - Hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi
 - Planlanan bakımın uygulanması
 - Bakım sonuçlarının değerlendirilmesi
 - Hastanın yaşam kalitesinin artırılması
 - Tedavide devamlılığın sağlanması
 - Maliyet-etkinlik değerlendirmesi

* 2 ve 4 no'lu kaynaklardan alınmıştır.

Tablo 3. Palyatif bakım ekibi*

Doktor	Diyetisyen
Hemşire	Sosyal hizmet uzmanı
Terapist	Din adamı
Eczacı	Gönüllüler, sivil toplum kuruluşları
Psikolog	

* 2, 3 ve 4 no'lu kaynaklardan alınmıştır.

lerden oluşan bir ekip tarafından hizmet sunulur (Tablo 3) (2-4).

Multidisipliner ekip; medikal onkolog, anestezi uzmanı, iç hastalıkları uzmanı, psikiyatri uzmanı, radyasyon onkoloğu, göğüs hastalıkları uzmanı, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, genel cerrahi uzmanı ve gerektiğinde takım liderinin önerdiği uzmanlık alanından bir doktordan oluşur.

Temel amaç hastalığın neden olduğu semptomların önlenmesine yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması, hastaya son döneme kadar aktif, kaliteli bir yaşam sunulmasıdır. Hastanın semptomları kontrol altına alındığında çevresiyle uyumu artacak, antitümör tedaviye yanıtı düzelterek iyileşme süreci başlayabilecektir. Palyatif bakım gerektiren hastalarda gözlenen komplikasyonlar Tablo 4'te özetlenmiştir (3,4).

Ağrı, yaşam kalitesini; anoreksi, disfaji, dispne, ağız kuruluğu ve kilo kaybı ise hastalığın seyrini etkileyen en önemli semptomlar olup, tedavi edilmesi önceliklidir. Bu yazıda, palyatif bakım hastalarında sık karşılaşılan belirti ve bulgular ile tedavi yöntemleri özetlenmeye çalışılmıştır.

PALYATİF BAKIMDA SEMPTOM YÖNETİMİ

Ağrı Yönetimi

En önemli sorun ağrı olup, palyatif bakımın temel amacı ağrıyı önlemektir. Ağrının tipini, tarzını ve şiddetini belirlemek için ağrı değerlendirme formları kullanılır ve yandaş sorunlara göre

Tablo 4. Palyatif bakımda yaşam sonu semptomları*

Ağrı	Ajitasyon	Anksiyete
İştahsızlık	Kaşeksi	Ağız kuruluğu
Kötü tat	Ağızda yara, aft	Disfaji
Asit	Vücut ödemi	Dispepsi
Hıçkırık	Kabızlık, ishal	Bulantı, kusma
Tremor	Bayılma	Unutkanlık
Konfüzyon	Deliryum	Depresyon
Dispne	Öksürük	Sekresyon
Halsizlik	Hareket edememe	Baş dönmesi
Kaşıntı	Reflü	Inkontinans

* 3 ve 4 no'lu kaynaklardan alınmıştır.

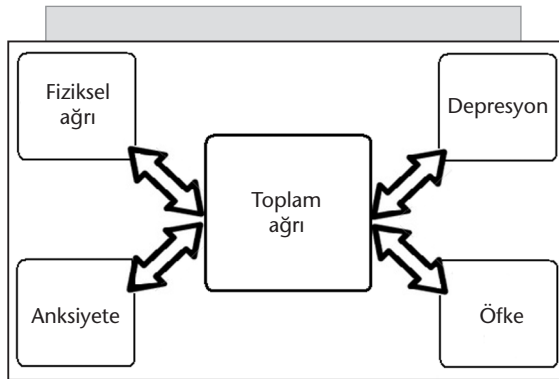
analjezi protokolü belirlenir. Ancak her ne olursa olsun ağrı subjektif bir semptom olup hastanın bunu tanımlaması tedaviye başlamak için yeterli bir kriterdir. Ağrılı uyarana psikolojik semptomların eklenmesi ağrının düzeyini artıracığından ağrı çok yönlü değerlendirilmelidir (Şekil 2) (6).

Ağrının değerlendirilmesi:

Ağrının tipi: Akut, kronik, nöropatik, nevralk, deafferantasyon ağrısı, psikojenik ağrı.

Ağrının tarzı: Zonklama, kesilme, batma, yanma, elektrik çarpması, sızlama, künt, çekilme, üşüme vs.

Şiddeti: Şiddeti belirlemede tek ya da çok boyutlu ölçekler kullanılabilir:



Şekil 2. Fiziksel ağrının şiddetini etkileyen faktörler (6).

1. Tek boyutlu ölçekler:

- Sözel kategori ölçeği
- Sayısal ölçekler
- Görsel kıyaslama ölçeği
- Burford ağrı termometresi

2. Çok boyutlu ölçekler:

- Mc Gill Melzack ağrı soru formu
- Dartmount ağrı soru formu
- West Haven-Yale çok boyutlu ağrı çizelgesi
- Anımsatıcı ağrı değerlendirme kartı
- Wisconsin kısa ağrı çizelgesi
- Ağrı algılama profili
- Davranış modelleri

Seyri: Ağrının başlangıcı, sıklığı, gün içindeki seyri.

Yayılımı: Ağrının başladığı yer ve dağılımı.

Uyaran faktörler: Hareket, pozisyon değişikliği, bağırsak hareketi, stres.

Rahatlatan faktörler: Ağrıyı iyileştiren pozisyon, durum.

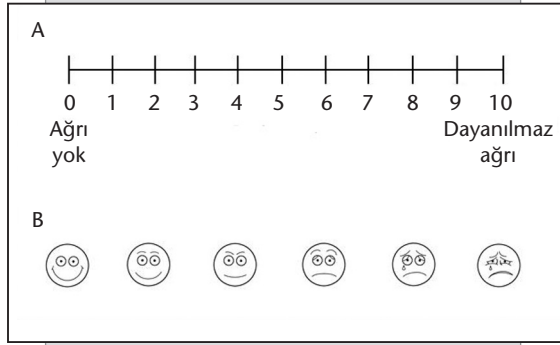
Önceki tedaviler: Ağrı için daha önce kullanılan yöntem ve ilaçlar, etkinliği.

En basit ve kolay uygulanabilecek test tek boyutlu görsel ağrı skalası (Visual analog scale: VAS) olup kısa zamanda ağrı değerlendirmesine olanak sağlar (Şekil 3). Ağrı nosiseptif ya da nöropatik olabilir. Nosiseptif ağrı duysal reseptörler ve sinirler yoluyla algılanan ağrı tipidir, somatik ve visseral orijinli olabilir. Nosiseptif ağrı nonopioid analjeziklere ve opioidlere iyi yanıt verir. Nöropatik ağrı periferik ya da santral sinir sisteminin anormal işlevi sonucudur, nonopioid ve opioid analjeziklere ek olarak adjuvan ilaçlara gereksinim vardır (6,7).

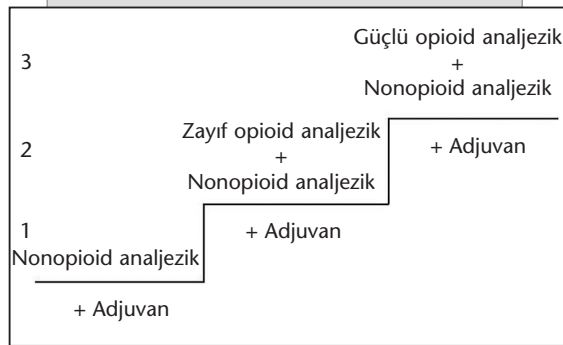
Ağrı tedavisi:

1. Ağrının farmakolojik tedavisi: DSÖ, ağrının basamak sistemine göre tedavisini önermektedir (Şekil 4) (8). Birinci basamakta nonopioid analjezikler yer alır (Tablo 5) (9).

Spazmolitik etkisi nedeniyle visseral ağrıda metamizol tercih edilebilir. Kemik metastazların-



Şekil 3. Görsel ağrı skalası (VAS) (6,7).
A. Yetişkinler için ağrı skalası,
B. Çocuklar için ağrı skalası.



Şekil 4. Dünya Sağlık Örgütü, Basamak Ağrı Tedavi Sistemi (8).

da antiinflamatuvar etkisi nedeniyle nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) ya da bifosfonatlar önceliklidir. Trombositopeni ve kanama riski

olan hastalarda siklooksijenaz-2 (COX-2) inhibitörleri kullanılmalıdır.

Bu ilaçlarla ağrı geçmiyorsa ikinci basamağa geçilir ve tedaviye zayıf opioid ilaçlar (kodein, tramadol) eklenir (Tablo 6) (8,10).

Birinci ve ikinci basamaktaki ilaçlarla ağrı azalmıyorsa üçüncü basamak tedaviye (güçlü opioidler; fentanil, morfin) geçilir (Tablo 7) (9,11).

Her basamakta kendisi analjezik olmayan, analjeziklerin etkisini artıran adjuvan (koanaljezik) ilaçlar (antidepresan, antikonvülzan, nöroleptik, kortikosteroid, oral lokal anestezi, anksiyolitik) eklenebilir (Tablo 8) (9,11). Basamak değişimi için en az 24 saat geçmelidir.

Analjezik seçiminde ağrının nedeni ve niteliği dikkate alınmalı, öncelikle oral yol tercih edilmeli, doz kişiye göre ayarlanmalı, düzenli zaman aralıklarıyla alınmalı, yan etki profilaksisi ve tedavisi yapılmalıdır. Akut ağrı krizlerinde parenteral yol [intravenöz (IV), intramusküler (IM), subkütan (SC), sublingual (SL), transbukkallı, intranazal] kullanılmalıdır.

Opioidlerin yan etkisi olan konstipasyon, bulantı-kusma, sedasyon ve solunum depresyonunun hastaların semptomlarına eklenebileceği unutulmamalıdır. Morfin en sık kullanılan opioid olup, aktif metabolitleri birikerek sedasyonu artıracığından ve miyoklonusu tetikleyebileceğinden özellikle böbrek yetmezliğinde doz ayarlaması iyi yapılmalıdır. Konstipasyon sık rastlanan ve tedavi

Tablo 5. Nonopioid ilaçlar, kullanım yolları ve dozları*

İlaçlar	Sınıf	Uygulama yolu	Tek doz (mg)	Maksimum doz (mg/gün)	Endikasyon (ağrı)
Parasetamol	Asetaminofen	PO, IV, rektal	500	1500-2000	Visseral, somatik
Metamizol	Pirazolon	PO, rektal	500-1000	7500	Visseral
Ibuprofen	NSAİİ	PO, rektal	400-800	2400	Somatik (muskülosk)**
Diklofenak	NSAİİ	PO, rektal, IM, SC	50-100 PO/rektal	150	Somatik (muskülosk)**
Selekoksib	COX-2 inhibitör	PO	100-200	400	Somatik (muskülosk)**

* 9 no'lu kaynaktan alınmıştır.

** Muskülosk: Özellikle muskuloskeletal ağrı.

PO: Oral, IV: Intravenöz, IM: Intramusküler, SC: Subkütan, NSAİİ: Nonsteroid antiinflamatuvar ilaç.

Tablo 6. Zayıf opioidler, kullanım yolları, dozları*

Aktif ilaç	Uygulama yolu	Başlangıç dozu (tek ilaç) (mg)	Maksimum doz (mg/gün)	Not
Kodein	PO, IM, IV, SC	10-15-30-60 x 4	120	Yaşa, hastalığa göre titre
Tramadol	PO, IV, IM, SC, rektal	25-50-100 x 2-3, 10-20 mg/saat	300-400	SSRI ile verilmemelidir
Kod/Par	PO, SC	30/500 x 4	120/2000	Yaşa, hastalığa göre titre
Tram/Par	PO, SC	37.5/325 x 4	150/1300	Yaşa, hastalığa göre titre

* 8 ve 10 no'lu kaynaklardan alınmıştır.

PO: Oral, IV: İntravenöz, IM: İntramusküler, SC: Subkütan, Kod/Par: Kodein/parasetamol, Tram/Par: Tramadol/parasetamol, SSRI: Selektif serotonin geri emilim inhibitörü.

Tablo 7. Güçlü opioidler, kullanım yolları, dozları*

Aktif ilaç	Uygulama yolu	Başlangıç dozu (tek ilaç)	Not
Morfin	PO, IV, SC, rektal	IV: 2 mg, SC: 5 mg, PO: 10 mg sürekli salınım 2 x 20, 2 x 30 mg	SC/IV'den oral uygulamaya dönüşüm oranı 1/2, 1/3
Buprenorfin	SL, TD, IV	SL: 3-4 x 0.2 mg, TD: 35 µg/saat	
Fentanil	TM, SC, IV, TD	TD: 25 µg/saat, TM: 200 µg	
Fentanil paç	TD	Sürekli salınım 25, 50, 75 µg/saat	3 günde bir flaster
Meperidin	PO, IM, IV	PO: 300 mg, IM: 75 mg, IV: 50 mg	x 3-4
Metadon	PO, IM, IV, SC	PO: 2.5-10 mg, IM, IV, SC: 5 mg	PO: x 2-8, IM, IV, SC: x 4-8
Hidromorfon	PO, SC, IV	PO: 1.3 mg, SC: 0.5 mg sürekli salınım 2 x 4 mg	SC/IV'den oral uygulamaya dönüşüm oranı 1/2
Oksikodon	PO	PO: 10 mg (sürekli salınım)	
Hidroksidon	PO	30 mg	x 6-8

* 9 ve 11 no'lu kaynaklardan alınmıştır.

PO: Oral, IV: İntravenöz, IM: İntramusküler, SC: Subkütan, TD: Transdermal, TM: Transmukozal (bukkal), SL: Sublingual.

Tablo 8. Adjuvan, koanaljezik ilaçlar, uygulama yolları, dozları*

Aktif ilaç	Uygulama yolu	Başlangıç dozu (tek ilaç) (mg)	Maksimum doz (mg/gün)	Not
Karbamazepin	PO	2 x 100	800-1200	Dikkatli takip
Gabapentin	PO	3 x 100	2400-3600	1-3 hafta içinde doz ayarı
Pregabalin	PO	2 x 50-75	300	3-4 günde bir doz ayarı, GD
Klonazepam	PO	3 x 0.1-0.3	2-4	Etki başlangıcı 1 gün
Amitriptilin	PO	10-25	150	GD
Kortikosteroidler	PO, IM, IV	DD	DD	Diğer ilaçlara ek

* 9 ve 11 no'lu kaynaklardan alınmıştır.

PO: Oral, IM: İntramusküler, IV: İntravenöz, GD: Sedasyon nedeniyle "gece dozu", DD: Düşük doz.



süresince kalıcı olan bir yan etkidir ve laksatiflerle tedaviyi gerektirir. Dirençli durumlarda opioid antagonist metilnaltrekson kullanılabilir. Yorgunluk sık rastlanan bir semptomdur ve bir hafta içinde düzelir. Tedavinin başında %25-35 bulantı-kusma görülür ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceğinden başlangıçta mutlaka antiemetik profilaksisi yapılmalıdır. Genellikle 7-10 gün içerisinde bulantı-kusma geçer ve antiemetik kesilebilir. Yan etkiler söz konusu olmadıkça ağrı giderilene kadar morfin dozu titre edilerek artırılır. Eğer yan etkiler tolere edilemiyorsa farklı opioid türevlerine geçilir. Bu durumda tolerans gelişimi nedeniyle yeni opioid eş değer dozdan %25-50 düşük başlanmalıdır (7,11,12). Oral tedaviye uyum sağlayamayan hastalarda transdermal opioidler olan buprenorfin ve fentanil kullanılabilir. Yavaş salınımlı etki nedeniyle maksimum etkinin 24-36 saat sonra görülebileceği unutulmamalıdır (13). Ayaktan tedavi edilen hastalarda güçlü opioidler de tercih edilebilir. Ancak kişisel değişiklikler göz önünde tutularak yavaş salınımlı güçlü opioidlere normal dozun 1/3-1/2'si dozlarında başlanmalı, arada akut alevlenmeler söz konusu ise hızlı ve kısa etki süreli opioidlerle desteklenmelidir. Kusma, disfaji, mukozitis, malabsorpsiyon, bilinç bozukluğu olan hastalarda parenteral yol tercih edilmelidir. Genel durumu bozuk hastada intravenöz yola eş değer etki-de, daha az invaziv ve daha güvenli olan subkütan yol kullanılmalıdır. 25-27 gauge kelebek kanülle subkütan yağ dokusu içine girerek (tercihan karın, göğüs, uyluk, üst kol) tekrarlanan bolus dozlarda (hasta ve hasta yakını eğitilerek) veya taşınabilir infüzyon pompalarıyla sürekli analjezi sağlanabilir ve kanül infeksiyon olmadığı sürece bir hafta süreyle yerinde kalabilir (9).

Doktorların çoğu solunum depresyonu endişesiyle opioidlere başlamak konusunda çekinik kalmaktadır. Oysa ağrının kendisi solunum depresyonunun fizyolojik bir antagonistidir. Ayrıca, güçlü opioidler kronik akciğer hastalığı ve dispnenin tedavisinde efektif rol alır. Deneyimli ve doz titrasyonuna dikkat eden bir doktorun böyle bir komplikasyonla karşılaşma olasılığı düşük olup, hasta ve hasta yakınlarının da bu konudaki korkularının giderilmesi gerekir.

Kortikosteroidler artmış kafa içi basıncı, sinir, pleksus, spinal kord basısı, karaciğer kapsül ağrısı, pelvis ve retroperiton tümörleri, lenfödem, baş-boyun metastazları gibi durumlarda antiinflamatuar ve ödem azaltıcı etkiyle ağrıyı önleyebilir. Ayrıca, antiemetik ve anabolizan etkiyle iştahı artıran etkiye sahip olup genel durumu düzeltir. Kısa süreli ya da tek doz kullanılmalı, mutlaka mide koruyucu ilaç eşliğinde uygulanmalıdır (9).

Nöropatik ağrı: Maligniteye, radyotoksik ve sitotoksik etkiye, herpetik hasara bağlı nöropatik ağrı sık görülür ve bu durumda koanaljeziklere, adjuvan ilaçlara gereksinim vardır. Nöraljik tipte antikonvülzanlar, disestezi (uyuşma, karıncalanma) tipte trisiklik antidepressanlar tercih edilir. Nöraljik tipte kas spazmı varsa baklofen kullanılabilir. Refrakter nöropatik ağrıda alfa-2 agonistler yararlıdır. Hastaların genel durumunun kötü olması nedeniyle düşük dozlarda başlanması, baş dönmesi ve sedasyon etkilerini minimuma indirecektir. Orta ve şiddetli ağrıda güçlü opioidlerin eklenmesi gerekebilir. Metadon izomeri levometadon güçlü N-metil-D-aspartat (NMDA) antagonist etkisi nedeniyle nöropatik ağrıda tercih edilir. Ancak uzun yarılanma ömrü nedeniyle kümülatif etki olabileceği unutulmamalıdır (14). Epidural morfin uygulaması gibi nörolitik olmayan invaziv teknikler kullanılabilir.

2. İnvaziv ağrı tedavisi: Hastanın ağrısının yerine ve etyolojisine yönelik somatik ve sempatik sinir blokları ve ablatif teknikler uygulanabilir (Tablo 9) (15).

3. Noninvaziv, nonfarmakolojik yöntemler: Hastaların farmakolojik tedavisine ek olarak ya da tek başına uygulanabilir. Ağrı yanında diğer semptomlar (bulantı, yorgunluk, depresyon, uykusuzluk, iştahsızlık vs.) için de kullanılabilir (Tablo 10) (16,17).

Dispne

Hastalara en fazla ölüm duygusunu yaşatan ve anksiyeteye neden olan semptomlardan birisidir. Nedeni akciğerde metastaza, infeksiyona, koyu sekresyonlara, tıkaçlara, plevral efüzyona, pulmoner emboliye bağlı olabileceği gibi, kalp, karaciğer ve böbrek yetmezliğine, anemiye, aside, solu-

Tablo 9. İnvaziv ağrı tedavi yöntemleri*

- Periferik sinir blokları
- Epidural ve spinal bloklar
- Stellat ve sfenopalatin blok
- Torakal, lumbal sempatik blok
- Çölyak, splanknik, süperior hipogastrik ve ganglion impar blok
- Faset median sinir blokları
- Transforaminal enjeksiyonlar
- Faset, dorsal kök ganglionu ve intradiskal radyofrekans termokoagülasyon
- Port-pompa sistemleri

* 15 no'lu kaynaktan alınmıştır.

Tablo 10. Noninvaziv, nonfarmakolojik yöntemler*

- Fizik tedavi yöntemleri
- Transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS)
- Akupunktur
- Bio-feedback
- Masaj
- Manevi destek
- Yoga, meditasyon
- Bilişsel tedavi
- Hipnoz
- Müzik tedavisi
- Homeopati
- Aromaterapi
- Hobi ve uğraş tedavisi
- Mesleki uğraş
- Çocuklar için oyun odaları
- Bitki ve hayvan bakım alanları (özellikle hospislerde)

* 16 ve 17 no'lu kaynaklardan alınmıştır.

num kasları paralizisine, metabolik bozukluklara ve anksiyeteye sekonder olarak da gelişebilir. Tanıda iyi bir etyolojik anamnez, fizik muayene, radyolojik tetkikler ve özellikle efüzyon/asit için hasta başı ultrasonografi kullanılabilir. Tedavi ne-

dene yönelik olarak yapılmalı, terminal dönemdeki hastalarda sadece semptomatik tedavi uygulanmalıdır (9).

Opioidler dispnenin semptomatik olarak rahatlaması için en etkili tedavidir. Yüksek karbondioksit düzeylerine santral yanıtı azaltarak solunum çabasını ve hızını azaltır, limbik sistem üzerinden hastayı rahatlatarak dispneye emosyonel yanıtı önler. Bu amaçla hızlı etkili 5-10 mg oral, 2.5-5 mg SC ya da 1-2 mg IV morfin uygulanır. Kısa etki süreli benzodiazepinler (2.5-5-10 mg IV/SC midazolam, 1-2.5 mg SL lorazepam), nöroleptikler (20-50 mg SC/IV prometazin) panik atak ve anksiyeteyi kontrol altına almak için kullanılabilir. Kortikosteroidler (8-24 mg/gün oral/SC/IV deksametazon) bronkodilatör, antiödem, antiinflamatuvar etkiyle yararlı olabilir. Özellikle tümör kitlesine bağlı hava yolu obstrüksiyonunda, interstisyel malign hastalıkta, kronik obstrüktif akciğer hastalığında etkilidir. Antibiyotikler sekonder pnömöni olan hastalarda kullanılabilir.

Plevral efüzyona, aside bağlı ciddi dispne durumlarında parasentez, drenaj gibi invaziv teknikler gerekebilir. Ancak efüzyon ve asit boşaltılmasının dispneyi ve prognozu daha da ağırlaştırabileceği unutulmamalıdır.

Postürü drenaj, sık pozisyon değişikliği, oda havasının nemlendirilmesi, havalandırılması, gevşeme teknikleri, bronkodilatör, mukolitik, antiinflamatuvar ajanlar, morfin içeren nebüller ve oksijen tedavisi uygulanabilir. Oksijen tedavisi, solunum işini ve karbondioksit düzeyini artırabileceğinden, ağız kuruluğu yapabileceğinden endikasyon daha çok hipoksemiyle sınırlı kalmalıdır (9,18).

Bulantı-Kusma, Beslenme Bozukluğu

Bulantı-kusma hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Hastalığın kendisinden, kemoterapiden ya da opioidlerden kaynaklanabilir. Tedavide farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılır.

Farmakolojik tedavi nedene göre planlanmalı, antiemetikler etki mekanizmalarına göre seçilmeli, gerekirse kombine tedavi uygulanmalıdır. Bu amaçla antihistaminikler, kortikosteroidler, proki-



Tablo 11. Antiemetik ilaçlar, dozlar*

Aktif ilaç	Etki süresi (saat)	Başlangıç dozu (mg)	Hedef organ	Endikasyon
Siklizin	8	50	KM	Obstrüksiyon, ilaç etkisi, İKB artışı
Deksametazon	8-4	4-8	Çoklu organ	İKB artışı
Haloperidol	8-12	0.3-0.5	CTZ	Obstrüksiyon, ilaç etkisi, İKB artışı
Metoklopramid	4-6	10	GIS, CTZ	Gastrik staz, ilaç etkisi
Ondansetron	8-12	4-8	GIS, CTZ	Kemoterapi
Levomepromazin	24	6.25	Çoklu organ	Obstrüksiyon, ilaç etkisi, İKB artışı

* 19 no'lu kaynaktan alınmıştır.

KM: Kusma merkezi, CTZ: Chemoreceptor trigger zone, İKB: İntrakraniyal basınç, GIS: Gastrointestinal sistem.

netik ajanlar, dopamin-serotonin antagonistleri kullanılır. Kombinasyon yerine farklı reseptörler üzerinden etki eden, ikinci basamak, geniş spektrumlu antiemetik olan levomepromazin tercih edilebilir (9). Opioid kaynaklı bulantı-kusmada düşük doz haloperidol etkilidir, alternatif olarak metoklopramid verilebilir. Kemoterapiye bağlı bulantı-kusmada kortikosteroidler yararlıdır, yan etki için 5HT3 antagonistleriyle profilaksi sağlanmalıdır. Bazı durumlarda P maddesi antagonisti olan aprepitant son derece yararlıdır (Tablo 11) (19).

Hastanın sevdiği yiyeceklerin az miktarlarda sunulması bulantı-kusmayı engelleyebilir. Yapay besleme en son tercih edilen, hasta ve aile ile birlikte karar verilmesini gerektiren, yarar ve zararları tartışılır bir yöntemdir (20). Bunun yanında akupunktur, aromaterapi, homeopati, hipnoz gibi nonfarmakolojik yöntemler denenebilir (21).

Dehidratasyon, Ağız Kuruluğu

Hastalar dehidrate ise parenteral sıvı uygulaması ilk tercih edilen yöntem değildir. Erken dönemde bulantı-kusma nedeniyle oral alım yetersiz ve ciddi bir dehidratasyon varsa ve bu durum böbrek yetmezliği, ilaç toksisitesi gibi nedenlerle hastanın diğer semptomlarını artırıyorsa (deliryum, somnolans vs.) kısa süreli parenteral sıvı replasmanı yapılabilir. Bu amaçla özellikle terminal dönem hastalarda ilk tercih edilen yol daha az invaziv bir yöntem olan subkütan sıvı replasmanı (hipodermoklisis) uygulaması olmalıdır. Tümör invazyonu nedeniyle lenfatik drenajın bozulması ve

hipoalbuminemi ödeme neden olabileceğinden sıvı uygulaması dikkatli bir takiple yapılmalıdır. Ağız kuruluğu, sık aralıklarla oral su verilmesi ve muakoza nemlendiricileriyle önlenir (22).

Konstipasyon

Sıklıkla opioidlerin, antikolinergik ilaçların, kalsiyum kanal blokerlerinin ve beslenme yetersizliğinin bir sonucudur. Bunun dışında gastrointestinal motilite azlığı, otonomik fonksiyon bozukluğu, mekanik ve paralitik ileus, fekaloid tıkaç, metabolik dengesizlikler ve dehidratasyon, tümöral bası ve invazyonlar da nedenler arasındadır ve ayırıcı tanı gerektirir. Organik bir neden söz konusu değilse semptomatik tedavi uygulanır (Tablo 12) (23).

Tablo 12. Konstipasyonda semptomatik tedavi*

İlaç grubu	Aktif ilaç
Prokinetik ajanlar	Metoklopramid
Uyancı laksatifler	Bisakodil, senna alkaloidleri, kayısı, erik suyu
Ozmotik laksatifler	Magnezi kalsin, sorbitol, mannitol, laktuloz, fenolfitaleyn
Deterjan laksatifler	Dokusat
Kayganlaştırıcı yağlar	Gliserin
Volüm artırıcı lavman	Su, sabunlu su, tuzlu su

* 23 no'lu kaynaktan alınmıştır.



Ödem ve Dolaşım Bozukluğu

İlerlemiş hastalıkta hipoalbuminemiye bağlı onkotik basınç azalması en sık nedendir. Tümör basısı, cerrahi sonrası yapışıklıklar da venöz ve lenfatik dolaşımı bozarak ödeme neden olabilir. Ödem, örneğin dekompanse kalp yetmezliğinden kaynaklanıyorsa sıvı kısıtlaması, beslenmenin düzenlenmesi, kısa süreli diüretik uygulaması gibi yöntemler uygulanabilir, fizyoterapi yapılabilir, kompresyon çorapları, ekstremitte elevasyonu, pozisyon değişiklikleri denenebilir (24). Özellikle alt ekstremitenin geniş ödemlerinde subkütan drenaj uygulanabilir (25).

Bası Ülserleri (Dekübit Ülseri)

Palyatif sürecin başında bası ülselerinin önlenmesi temel amaç olmalıdır. Bunun için havalı yatak, pamuklu örtü ve giysiler kullanılmalı, perine bakımı ve temizliği, sık pozisyon değişikliği, mobilizasyon sağlanmalı, cilt temiz ve kuru tutulmalı, doku ile uyumlu yağ ve kremlerle masaj yapılmalı, enfekte olma olasılığı yüksek bölgelerde bariyer kremler kullanılmalıdır. Bası ülseri gelişmişse ağrıyı azaltan, enfeksiyonu önleyen ve hücre sel iyileşmeyi hızlandıran, antibiyotikli/antibakteriyel pomadlar ya da yara bakım ürünleri uygulanabilir.

Terminal dönemdeki hastalarda amaç bu bölgenin ağrı ve acısının azaltılmasıdır. Bu amaçla yara basıyı azaltan destekler kullanılır (dekübit minderi, simidi), sık pozisyon değişikliği yapılır, gerekirse analjezik uygulanır (26).

Kaşıntı

Kaşıntı; prurioreseptif (ciltteki reseptörlerin uyarılması), nöropatik, nörojenik ve psikojenik kaynaklı olabilir. En sık böbrek ve karaciğer yetmezliklerinde üre, bilirubin başta olmak üzere biriken metabolitlerin reseptörleri uyarılmasından kaynaklanır. Bazı lenfoma türlerinde ve konjestif kalp yetmezliğinde de kaşıntı olabilir. Altta yatan hastalığın tedavisi yapılır, antihistaminikler, topikal antipruritik ilaçlar kullanılır (27).

Halsizlik, Yorgunluk

İlerleyici hastalıkların terminal döneminde halsizlik prevalansı %80'dir ve çoğu zaman nedeni

belli değildir. Anemi, enfeksiyon, depresyon gibi geri dönüşümlü nedenler varsa tedavi edilmelidir. Düşük doz steroidler (deksametazon 4 mg/gün) kısa vadeli düzelme sağlayabilir. Modafinil için olumlu etkiler bildirilmiştir (28). Egzersiz, psikolojik destek, uğraş tedavisi yararlı olabilir. Halsizlik hastalığın son evresinin ifadesi de olabileceğinden hastayla iletişimi sürdürmek, aileyi hastaya destek olması konusunda bilgilendirmek önemlidir.

Oryantasyon Bozukluğu, Deliryum, Anksiyete

İlerleyici hastalıklarda zaman, yer, kişi ve durum dezoryantasyonuna sık rastlanır. Palyatif bakım alan hastaların %40'ında, terminal dönemde %80'inde deliryum sendromu gelişir. Bu sendroma ilaçlar, ilaç kesilme sendromu, metabolik denge sızlik, dehidratasyon, hiperhidrasyon, duyu kaybı, enfeksiyon, ileri yaş, santral sinir sisteminin yapısal lezyonları ve hipoksik ensefalopati neden olur ya da artırır. Metabolik sorunlar, sıvı denge sızlikleri düzeltilmeli, enfeksiyon ve hipoksi giderilmeli, opioid dozları yeniden titre edilmelidir. Güçlü antikolinergik ilaçlar (trisiklik antidepresanlar), H₂ reseptör blokerleri, dijital, steroid ilaçlar bu etkilerden sorumlu olabileceğinden ilaç dozları azaltılmalı ya da kesilmelidir. Artan dozlarda nöroleptikler deliryumu düzeltebilir. Bazen deliryum geri dönüşümsüz olup ölüme yaklaşmanın bir işaretidir (9,29). Bazı hastalarda nonkonvülfif epileptik nöbetler dezoryantasyona neden olabilir. Ayırıcı tanı elektroensefalografiyle yapılır. Şüphede kalınırsa epilepsi eşliğini düşüren nöroleptikler kesilerek antikonvülzan tedaviye derhal başlanmalıdır (27). Dezoryantasyon ya da deliryum ağrı, anksiyete ve dispnenin artmasına bağlı ajitasyonla ya da nörolojik semptomlarla karışabilir. Ayırt edici tanı yapılamıyorsa en kısa zamanda ampirik tedaviye başlanmalıdır.

Hastaların çoğu geleceğın belirsizliği ve yaklaşan ölümlle ilgili korkulardan, geride bıraktıklarının yaşayacakları duygusal, sosyal ve maddi zorluklardan dolayı anksiyete içindedir. Hastalığın yarattığı dispne, ağrı gibi semptomlar da bu tabloyu ağırlaştırabilir. Bu durumda hem hasta hem de hasta yakınıyla iletişim kurarak rahatlatıcı, destekleyici konuşmalar yapmak üzere ekibe (psikolojik,



manevi danışmanlık, sosyal hizmetler desteği) ciddi görevler düşmektedir. Müzik tedavisi, gevşeme teknikleri, manevi destek, hipnoz gibi nonfarmakolojik teknikler denenebilir. Akut durumlarda ya da sözel iletişim kurulamadığında ilaç tedavisi uygulanmalıdır. Lorazepam 0.5, 1, 2.5 mg, sekiz saatte bir ya da midazolam 2.5, 5, 10 mg, tek doz olarak uygulanabilir. Sedasyon, konfüzyon ve hafıza bozukluğu takip edilmelidir. Antidepresanlar (serotonin geri alım inhibitörleri, trisiklik) terminal dönem öncesi hastalarda, kronik anksiyetede ve uzamış yasta oldukça faydalıdır. Manevi destek de önemlidir ve hastaların bu istekleri karşılanmalıdır (30,31).

Yaşamın Son Birkaç Gün/Saatinde Semptom Kontrolü

Son dönemde ağırlaşmış semptomların (dispne, huzursuzluk, ağrı vs.) tedavisine devam edilir. Yutma güçlüğü nedeniyle oral yoldan tedavi mümkün olmadığında parenteral tedaviye geçilir ve genellikle subkütan yol tercih edilir. Ölümeye yakın süreçte hırıltılı solunum en belirgin semptomdur ve hasta yakınlarını, ekibi rahatsız eden bir durumdur. Kas güçsüzlüğü, yutma güçlüğü nedeniyle tükürük ve balgamın üst hava yolunu tıkamasına bağlıdır. Sekresyonları azaltmak amaçlı 0.2-0.4 mg skopolamin SC gerektiğinde ya da 6-8 saat arayla uygulanabilir. Alternatif olarak atropin, glikopirolat ya da hiyoskin butilbromid kullanılabilir. Antikolinergiklerin yan etkisi olan sedasyon da bu dönemin rahat atlatılmasına yardımcı olur (32). Sekresyonların aspire edilmesi uyarıcı etki yaparak durumu daha da kötüleştirebilir. Hastanın durumunu kötüleştirecek invaziv tanı ve tedavi yöntemleri bu dönemde uygulanmamalıdır. Bu dönemde hasta ve ailesi için sakin ve huzurlu bir ortam sağlanmalı, ölüm sonrası ailenin psikososyal desteklenmesine odaklanılmalıdır.

KÖTÜ HABER VERME PROTOKOLÜ (SPIKES Protokolü)

Bu protokol kötü haberlerin nasıl verileceği konusunda yapılan geniş kapsamlı çalışmaların sonucunda oluşturulmuştur. Temel iletişim tekniklerini ve bilgi almayı kolaylaştırıcı soruları içe-

Tablo 13. SPIKES protokolü*

S	(SETTING; düzenleme)
P	(PERCEPTION; algılama)
I	(INVITATION ya da INFORMATION; davet etme ya da bilgi verme)
K	(KNOWLEDGE; bilgilendirme)
E	(EMPATHY; duygusal iletişim kurma)
S	(SUMMARIZE and STRATEGIZE; özetleme ve strateji belirleme)

* 33,34 ve 35 no'lu kaynaklardan alınmıştır.

ren altı basamaklı bir sistemdir ve SPIKES bu basamakların baş harflerinden oluşturulmuş bir kısaltmadır (Tablo 13) (33-35).

SPIKES Protokolünün İçeriği

1. Görüşme hazırlığı, kurgulama yapın:

- Görüşme öncesi zihninizi, duygularınızı hazırlayın, prova yapın.
- Kötü test sonuçlarını vermek için ön hazırlık yapın.
- Sakin, sessiz, uygun bir yer hazırlayın.
- Gizlilik ilkesine uyun, kesilmelerin olmayacağı uygun zamanı ayarlayın.
- Hasta için önemli olan diğer kişileri de görüşmeye dahil edin.
- Oturun, hastanın ve yakınlarının da rahat oturabileceği ortam hazırlayın.
- Hastayla göz teması kurun, izleyin, dinleyin.
- Hasta rahatsız olmayacaksa elini tutun.
- Yakınlık kurun, sessizliğe/gözyaşlarına izin verin.

2. Hastanın algısını değerlendirin:

- Hastanın hastalığı hakkında neyi/ne kadar bildiğini, anladığını sorun.
- Açık uçlu sorular sorun, doğru anlama için haberi biçimlendirin, yanlış anlamayı düzeltin.
- Hastalığı inkarı tanıyın, gerçekçi olmayan tedavi beklentilerini sorgulayın.

3. Hastanın çağrısını alın:

- Çoğu hasta tam açıklama ister. Bazıları ise ayrıntıları duymak istemez.
- Değerlendirme anında ve sonuçları vermeden önce sonuçların hasta tarafından ne kadarının öğrenilmek istendiğini anlamaya çalışın.
- Hasta o an duymak istemiyorsa bilgiyi daha sonra verebileceğinizi belirtin.
- İsterse yakını ve arkadaşına da bilgi verebileceğinizi söyleyin.

4. Hastaya bilgi verin:

- “Ne yazık ki kötü haberlerim var” veya “Size bunu söylediğim için üzgünüm” gibi kötü haberler olacağı konusunda hastayı uyarın.
- Hastanın diline, anlayışına yönelik kısa, basit cümleler kurun.
- Uzun edebi dilden, teknik kelimelerden ve aşırı açık, sert söylemlerden kaçının.
- Hastadan söylediğiniz şeyi tekrarlamasını ve ne anladığını anlatmasını isteyin.
- Prognozu dikkate almadan hedefleri belirleyin (semptomların dindirilmesi, aile, ihtiyaç ve beklentiler).

5. Empatik yanıtlarla hastanın duygularını anlayın ve paylaşın: Doktorlar genellikle hastaların duygusal reaksiyonlarından rahatsız olurlar. Oysa hastanın doktoruna olan güveninin temel unsuru bu paylaşımdır.

Empatik yanıt dört adımdan oluşur:

1. Hastanın duygulanımını gözleme, değerlendirme,
2. Kendi duygulanımını tanımlama, değerlendirme,
3. Duygulanım için nedeni tanımlama, emin değilseniz hastadan tanımlama isteme,
4. Bu duygulanımla bağlantıyı hastayla paylaşma.

Bu konuda örnek diyalog şu olmalıdır:

Doktor: *Üzgünüm, radyoloji sonuçları durumun iyi olmadığını söylüyor ve kemoterapi yararlı olmamış görünüyor. Ne yazık ki tümör biraz büyümüş (sessizlik).*

Hasta: *Korkuyorum...(ağlar)*

Doktor: *(Koltuğunu hastaya yaklaştırır, koluna, omzuna dokunur). Bunu duymak istemediğini biliyorum, iyi haber vermeyi isterdim, üzgünüm (güven ortamı pekiştirilir).*

6. Taktik geliştirin, bakım planını anlatın:

- Geleceğe ait net bir plan hastanın anksiyetesini azaltır ve hasta otonomisini destekler.
- Hastanın bir bakım planını tartışmaya hazır olup olmadığını sorun.
- Başlama noktası olarak hastanın bilgi, beklenti hedeflerini kullanın; korkularını tartışın.
- Hastanın aile ve işle ilgili karmaşalarını, ağrı, yetersizlik, bakıma muhtaç olma, değersizlik duygularını, geride kalacakların yaşayacakları maddi, manevi sorunları tartışın. Bu konuda yapılacakları anlatın, paylaşın.
- Tedavi planı hakkında birlikte karar verin, sorumluluğu paylaşın.
- Bu konuları tekrar değerlendirmek üzere sonraki görüşmeleri planlayın.

Hastanın soru sormasını beklemeden ve izin isteyerek sorulan sorular hasta ile ilk iletişimi başlatabilir (Bu durumdaki pek çok insan ...'yı merak eder. “Siz bu konuda konuşmak ister misiniz?”). Bilginin titre edilerek sunulması, hastanın anlayıp anlamadığının sorgulanması önemlidir. Aktif dinleme ve izleme ile ipuçlarının yakalanması sonraki sorular için yol gösterici olacaktır. Beklentiler, umutlar, hedefler ile endişeler, kaygılar ve korkular arasındaki geçişler iyi yönetilmelidir. Hasta ve ailesinin hastalığa ve ölüme yaklaşımlarını kültürel ve dinsel faktörler direkt olarak etkileyeceğinden bu farklılıklara uygun yaklaşımlarda bulunulmalıdır.

Hasta duygularını öğrenebilmek için doğrulama yapmak ve empati kurmak, hasta-doktor ilişkilerini güçlendirecek ve sonraki adım olan bakım planına uyumu kolaylaştıracaktır. Doktorun ve ekibin hastalara empatik, araştırıcı ve doğrulayıcı sorgulama örnekleri Tablo 14'te görülmektedir (36).



Tablo 14. Empatik, araştırmacı, doğrulayıcı sorgulama örnekleri*

Empatik durum	Araştırmacı sorular	Doğrulayıcı yanıtlar
Durumun seni nasıl üzdüğünün farkındayım.	Ne söylemek istersin?	Ne hissettiğini anlayabiliyorum.
Bunu duymak istemediğinin farkındayım.	Bu konuda daha fazla bilgi verebilirsin?	Sanırım herkes aynı reaksiyonu verir.
Bu senin için iyi bir haber değil, biliyorum.	Ne demek istediğini açıklayabilir misin?	Mükemmel doğrulukta düşünüyorsunuz.
Bunu söylemek zorundayım, üzgünüm.	Bu durum seni korkuttu mu?	Testlerin senin için iyi olduğunun farkındasın.
Bu benim için de çok zor.	Ne için endişelendiğini söyleyebilir misin?	Konu hakkında düşündün, çok iyi.
Ben daha iyi bir sonuç umuyordum.	Çocukların için endişeli olduğunu söyledin, başka?	Birçok hasta benzer deneyimler yaşadı.

* 36 no'lu kaynaktan alınmıştır.

AİLELERİN GEREKSİNİMLERİ ve YÖNETİLMESİ

Hasta ailesi, arkadaşları ve bakım verenlere bilginin en erken dönemde, anlaşılır ve kişiselleştirilmiş olarak sunulması, üzüntü ve yas sürecinin desteklenmesi palyatif bakımın önemli bir unsurudur. Bu süreçte hasta ailesine, bakım verenlere uygulanacak destekler Tablo 15'te özetlenmiştir (3,33).

Hasta ve ailelerin en sık merak ettikleri konu prognoz olup, bu konuda gerçekçi yanıtların verilmesi süreç içinde kabullenme duygusunu artıracaktır. Hastanede kalış süresi, taburculuk konusunda da ailelere yaklaşık süreler verilmeli, süreci etkileyecek faktörler konusu tartışılmalıdır.

Tablo 15. Aileye verilecek destekler*

- Yas, üzüntü, affetme/affedilme duyguları ile başa çıkma konusunda yardım
- Yapılması gereken girişimleri ve alınması gereken kararları anlamada yardım
- Hastaları ile nasıl konuşacaklarını, nasıl rahatlatacaklarını öğretme
- Bakım konusunda ekiple paylaşılan ve kendilerine düşen görevlerin öğretilmesi
- Ailenin maddi ve manevi gereksinimleri konusunda destek

* 3 ve 33 no'lu kaynaklardan alınmıştır.

ETİK ve YASAL YÖNLER

Palyatif bakımda uluslararası temel bakım prensipleri tanımlanmış olsa da, her ülkenin sosyokültürel, ekonomik, etik ve yasal farklılıkları göz önünde tutularak uyarılama yapılmalıdır.

Hasta ve yakınlarının kararları önemlidir ve aydınlanmış onamları mutlaka alınmalıdır. Destek tedavinin sonlandırılması kararı aile ile birlikte alınmalıdır. Ötenazi ve yardımcı ölüm etik değildir. Ancak terminal dönemde süreci etkilemeyen derin sedasyon ve analjezi ötenaziyle karıştırılmamalıdır. Bu dönemde uygulanacak derin sedasyon/analjezi ve resüsitasyon yapmama kararı (do not resuscitate; DNR) çözülmesi gereken etik ve yasal sorunlardır (37).

Çoğu insan, iyi bakım ve yaşamlarının son aşamasında acısız ölmek ister. Bu bir insanlık hakkıdır ve yaşam sonu bakım tüm dünyada sağlık kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilir (38). Palyatif bakım ülkemizde sadece kanser hastaları için bakım veren birkaç merkez dışında yeterince üzerinde durulmamış bir konudur. Palyatif bakım gerektiren hastalıklar kanserden nörolojik hastalıklara, ileri dönem organ yetmezliklerinden AIDS gibi infeksiyonlara kadar geniş bir çeşitlilik gösterir ve her yaş grubundan hastayı kapsar. Palyatif bakım gerektiren hastalar için hastanelerde bu amaçla ayrılmış birimlerin ve ekibin olmaması,

yaşam kalitesine yönelik bir bakımın uygulanması, yasal ve etik düzenlemelerin bulunmaması önemli bir sorundur. Ayrıca, bu hastaların uzun sürelerle hastanede yatak işgali tedavi edilebilir hastalıklara sahip hastaların yaşam şanslarını azaltmakta, sağlık personeli gücünün ve hastane olanaklarının etkin kullanılmamasına neden olmaktadır. Yaklaşık 50 yıl içinde her ülke kendi gereksinimlerine, hastalık profiline, sosyokültürel farklılıklarına ve olanaklarına göre bir bakım organizasyonu oluşturmuştur. Makalemizde palyatif bakımın genel prensipleri, DSÖ'nün önerileri ve diğer ülkelerdeki ortak yaklaşımlar değerlendirilerek özetlenmeye çalışılmıştır. Sağlık profesyonelleri olarak bizlerin de bu genel kavramlardan yola çıkarak ülkemiz gereksinimlerine göre düzenlenmiş ve tüm sağlık birimlerini kapsayan bir bakım planı oluşturmamız ve en kısa zamanda dünya standartlarına ulaşmamız gerekir. Bu konuda ilk adımlar T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından atılmış olup işlevselliği, yürütülmesi ve halkın bilgilendirilmesi için tüm kurumlara, üniversitelere, sivil toplum kuruluşları ve medyaya da önemli görevler düşmektedir.

KAYNAKLAR

- Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med* 2008;148:147-59.
- Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:91-6.
- McKee DD, Chappel JN. Spirituality and medical practice. *Journal of Family Practice* 1992;35:201-8.
- Borasio GD. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliat Support Care* 2011;9:1-2.
- Houttekier D, Cohen J, Surkyon J, Deliens L. Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. *BMC Public Health* 2011;11:228.
- Köknel Talu G. Ağrılı hastanın değerlendirilmesi. *Erdine S (editör). Ağrı. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2007:61-9.*
- Argoff C. Mechanisms of pain transmission and pharmacologic management. *Curr Med Res Opin* 2011;27:2019-31.
- Zeppetella G. The WHO analgesic ladder: 25 years on. *Br J Nurs* 2011;20:S4-S6.
- Klein C, Lang U, Bükki J, Sittl R, Ostgathe C. Pain management and symptom-oriented drug therapy in palliative care. *Breast Care (Basel)* 2011;6:27-34.
- Alfano G, Grieco M, Forino A, Meglio G, Pace MC, Iannotti M. Analgesia with paracetamol/tramadol vs. paracetamol/codeine in one day-surgery: a randomized open study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2011;15:205-10.
- Mercadante S. Management of cancer pain. *Intern Emerg Med* 2010;5:S31-5.
- Cherny N, Ripamonti C, Pereira J, Davis C, Fallon M, McQuay H, et al; Expert Working Group of the European Association of Palliative Care Network. Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based report. *J Clin Oncol* 2001;19:2542-54.
- Jeal W, Benfield P. Transdermal fentanyl: a review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in pain control. *Drugs* 1997;53:109-38.
- Nauck F, Ostgathe C, Dickerson ED. A German model for methadone conversion. *Am J Hosp Palliat Care* 2001;18:200-2.
- Cope DK, Zhao Z. Interventional management for cancer pain. *Curr Pain Headache Rep* 2011;15:237-43.
- Pujol LA, Monti DA. Managing cancer pain with nonpharmacologic and complementary therapies. *J Am Osteopath Assoc* 2007;107:ES15-21.
- Redd WH, Montgomery GH, DuHamel KN. Behavioral intervention for cancer treatment side effects. *J Natl Cancer Inst* 2001;93:810-23.
- Clemens KE, Klaschik E. Symptomatic therapy of dyspnea with strong opioids and its effect on ventilation in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage* 2007;33:473-81.
- Harris DG. Nausea and vomiting in advanced cancer. *Br Med Bull* 2010;96:175-85.
- Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, Hanson LC, Rhodes RL, Mitchell SL. Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:580-4.
- Mansky PJ, Wallerstedt DB. Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management. *Cancer J* 2006;12:425-31.
- Fainsinger RL, MacEachern T, Miller MJ, Bruera E, Spachynski K, Kuehn N, et al. The use of hypodermoclysis for rehydration in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1994;9:298-302.
- Cayley WE Jr. Management of constipation in patients receiving palliative care. *Am Fam Physician* 2011;84:1227-8.
- Clemens KE, Jaspers B, Klaschik E, Nieland P. Evaluation of the clinical effectiveness of physiotherapeutic management of lymphoedema in palliative care patients. *Jpn J Clin Oncol* 2010;40:1068-72.
- Bar-Sela G, Omer A, Flechter E, Zalman D. Treatment of lower extremity edema by subcutaneous drainage in palliative care of advanced cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care* 2010;27:272-5.



26. Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, Piredda M, Mirabella F, Surdo L, et al. Pressure ulcers in cancer palliative care patients. *Palliat Med* 2010;24:669-73.
27. Seccareccia D, Gebara N. Pruritus in palliative care: getting up to scratch. *Can Fam Physician* 2011;57:1010-3.
28. Lundorff LE, Jonsson BH, Sjögren P. Modafinil for attentional and psychomotor dysfunction in advanced cancer: a double-blind, randomised, cross-over trial. *Palliat Med* 2009;23:731-8.
29. Lorenz S, Mayer S, Feddersen B, Jox R, Noachtar S, Borasio GD. Nonconvulsive status epilepticus in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage* 2010;40:460-5.
30. Friedlander MM, Brayman Y, Breitbart WS. Delirium in palliative care. *Oncology (Williston Park)* 2004;18:1541-50. discussion 1551-3.
31. Kolva E, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W, Brescia R. Anxiety in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2011;42:691-701.
32. Wildiers H, Dhaenckint C, Demeulenaere P, Clement PM, Desmet M, Van Nuffelen R, et al; Flemish Federation of Palliative Care. Atropine, hyoscine butylbromide, or scopolamine are equally effective for the treatment of death rattle in terminal care. *J Pain Symptom Manage* 2009;38:124-33.
33. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA* 1996;276:496-502.
34. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. I: Current best advice for clinicians. *Behav Med* 1998;24:53-9.
35. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5:302-11.
36. Suchman AL. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997;277:678-82.
37. Barazzetti G, Borreani C, Miccinesi G, Toscani F. What "best practice" could be in Palliative care: an analysis of statements on practice and ethics expressed by the main health organizations. *BMC Palliat Care* 2010;9:1.
38. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Doç. Dr. Afife Ayla KABALAK

Ankara Ulus Devlet Hastanesi,
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü,
Ankara-Türkiye

E-posta: aylakabalak@yahoo.com

