PALYATİF BAKIM

SEMPTOM YÖNETİMİNDE

KLİNİK YAKLAŞIM

KASIM 2015-İZMİR

T. C.
Sağlık Bakanlığı
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü

ISBN : 978-605-149-774-7

T. C. Sağlık Bakanlığı İzmir Sağlık Müdürlüğü Yayın No : 9

Ayrıntılı bilgi için T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir, Türkiye
Telefon (0232) 441 81 11
E-posta izlemedegerlendirme@ism.gov.tr

Baskı: Mastaş Reklam Kırtasiye Etiket Kağıt Matbaa Yay. San. Tic. Ltd. Şti. Matbaacılık A.Ş.
Tel: 0232 486 97 97

Palyatif Bakım Septom Yönetiminde Klinik Yaklaşım

Bu yayının tüm hakları T. C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi: T. C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, *"Palyatif Bakım Septom Yönetiminde Klinik Yaklaşım "* şeklinde olmalıdır.5846 sayılı yasa gereği T.C. İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü onayı olmaksızın tamamen veya kısmen çoğaltılamaz.

Parayla satılamaz.!

İzmir 2015

Dr.Ayhan İZZETTİNOĞLU
İzmir İl Sağlık Müdürü

Uzm. Dr. Canan GÜLBAYRAK
İzmir İl Sağlık Müdür Yrd.

Dr.Nehire Tüten YÜKSEKOĞLU
Halk Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürü

YAYIN KURULU

- Dr.Ayhan İZZETTİNOĞLU

  İl Sağlık Müdürü

- Uzm.Dr.Canan GÜLBAYRAK

  İl Sağlık Müdür Yardımcısı

- Dr. Nehire Tüten YÜKSEKOĞLU

  İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürü

- Dr. Aylin Sena BELİNER MSc, PhD Halk Sağlığı

  İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Konak İlçe Sağlık Müdürlüğü

- Hem. Filiz ELİKESİK DEMİRPEHLİVAN

  İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü

- İstatistikçi Ali Önder ATMACA

  İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü

BÖLÜM EDİTÖRLERİ:

- EVDE BAKIM VE FELSEFESİ :Prof. Dr. Çiçek FADILOĞLU, Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR
- PALYATİF BAKIM VE FELSEFESİ: Prof. Dr. Tuğba YAVUZŞEN
- İLETİŞİM VE DANIŞMANLIK: Prof. Dr. Ayşın NOYAN, Psikolog Mevlüt ÜLGEN
- SOSYAL DESTEK VE MEVZUAT: Nadir MAŞALACI, Uzm.Özel Eğitim Öğretmeni Arzum KAMBER KUNTAY EVDE SEMPTOM YÖNETİMİ: Prof. Dr. F. Rüçhan USLU, Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR, Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN
- BESLENME: Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL
- PALYATİF BAKIMDA ETİK VE MEDİKOLEGAL YAKLAŞIM: Prof. Dr. Ekin Özgür AKTAŞ
- KRONİK HASTALIKLARDA PALYATİF BAKIM: Prof. Dr. Harun AKAR
- KANSERDE PALYATİF BAKIM: Prof. Dr. F. Rüçhan USLU
- GÜVENLİ ÇEVRE HİJYEN VE SANİTASYON: Doç.Dr.Şükran KÖSE

- PALYATİF BAKIMDA BAKIM SORUNLARI VE KLİNİK BECERİLER: Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM
- EVDE YAŞLI HASTA BAKIMI: Prof. Dr. Fehmi AKÇİÇEK, Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN
- YAŞAM SONU BAKIM: Yrd. Doç. Dr. Hüseyin CAN
- REHABİLİTASYON VE PALYATİF BAKIM: Prof. Dr. Sibel EYİGÖR
- TAMAMLAYICI TIP VE PALYATİF BAKIM: Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL

ÖNSÖZ

Demografik olarak resmi verilerimizi incelediğimizde ülkemiz gün geçtikçe yaşlı olarak kabul edilen nüfus özelliğini kazanırken, ilimiz İzmir, ülkemiz oranlarının önünde bu yaşlanma eğilimini göstermektedir. Ve bizim sağlığın bugün ki yöneticileri olarak amacımızın, yalnızca bu günü değil, geleceğe ilişkin akılcı planlamalar yaparak sağlık sistemimizi daha iyi bir şekle sokmak ve insanlarımıza sağlık hizmetini çağımızın gerektirdiği şekilde sağlamak olduğu kanaatindeyim. Bu amaç doğrultusunda ülkemiz açısından yeni ama gelecekte çok önemli olacağı inancını taşıdığımız Palyatif Bakım konusunda çalışmalarımızı başlattık.

Palyatif Bakım çalışmaları ülkemizde yeni yeni önemi anlaşılan fakat planlanması zaman ve dikkat gerektiren bir konu olarak karşımızdadır. Ülkemizin demografik yapısı gereği kısa ve orta vadede planlanmasına önemle ihtiyaç duyacağımız bir sağlık programıdır. Bu amaçla ilimizde kurumlar arası bir platform kurarak konuyu çok paydaşlı ve farklı görüşler eşliğinde uzun mesai saatleri sonucunda değerlendirdik. Ayrıca yapılan bu çalışmaların temelinde, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2002'de yapılan Palyatif Bakım tanımı "*Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşımdır*." yatmaktadır. Bu tanım çalışmalarımızın temel prensibini oluştururken, hastalarımızın yalnızca yaşamını tehdit eden problemler ile mücadelesini değil, aynı zamanda yaşam kalitesini de artırmak amacıyla çalışmalarımızı tasarladık.

Sahada Palyatif Bakım hizmeti sunacak olan sağlık personelimize yol göstermesi adına düzenlenen bu kaynağın Palyatif Bakım konusunda çalışma yapacaklar için yol gösterici bir rehber ve ülkemiz açısından da faydalı bir eser olmasını temenni eder, kaynağın oluşmasında emeği geçen tüm mesai arkadaşlarıma, akademisyenlere ve diğer kurum temsilcilerine teşekkürleri bir borç bilirim.

İzmir İl Sağlık Müdürü
Dr. Ayhan İZZETTİNOĞLU

İÇİNDEKİLER

1.	**EVDE BAKIM VE FELSEFESİ**	1
Bölüm Editörleri: Prof. Dr. Çiçek FADILOĞLU, Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR		
Yazarlar: Prof. Dr. Çiçek FADILOĞLU, Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR		
1	Palyatif Bakımda Evde Sağlık / Bakım	3
1.1.	Evde Bakımın Amacı	4
1.2.	Evde Bakım Hastasının Tanılanması	5
1.3.	Evde Bakım Sistemleri	7
1.4.	Evde Sağlık / Bakım Ekibi	7
1.5.	Evde Bakım Ekibinin Sorumlulukları	10
2.	**PALYATİF BAKIM VE FELSEFESİ**	13
Bölüm Editörleri: Prof. Dr. Tuğba YAVUZŞEN		
2.1.	Palyatif Bakım Ve Felsefesi Prof. Dr.Tuğba YAVUZŞEN	15
2.2.	Palyatif Bakımda Yaşam Kalitesi Yrd. Doç. Dr. Hüseyin CAN, Doç. Dr. Ahmet ALACACIOĞLU	19
3.	**İLETİŞİM VE DANIŞMANLIK**	21
Bölüm Editörleri: Prof. Dr. Ayşın NOYAN, Psik. Mevlüt ÜLGEN		
3.1	Keder Ve Yas Süreci Prof. Dr. M. Ayşın NOYAN, Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN	23
3.1.1.	Yas Modelleri	23
3.1.2.	Sonuç Ve Öneriler	28
3.2.	İyi Ve Onurlu Ölüm Kavramları Prof. Dr. M. Ayşın NOYAN, Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN	29
3.2.1.	İyi Ölüm	30
3.2.2.	Onurlu Ölüm	31
3.3.	Kötü Haber Verme Doç. Dr. Yüksel KÜÇÜKZEYBEK, Yrd. Doç. Dr. Hüseyin CAN	35
3.4.	Psikodrama Aracılığı İle Palyatif Bakım Hastalarına Sağlık Hizmeti Verenlerin Duruma Yönelik Anlayışlarının Arttırılması Uzm. Dr. Ahmet Yiğit AKTENER	39
4.	**SOSYAL DESTEK VE MEVZUAT**	43
Bölüm Editörleri: Nadir MAŞALACI, Uzm. Özel Eğitim Öğretmeni Arzum KAMBER KUNTAY		
Yazarlar: Nadir MAŞALACI, Uzm. Özel Eğitim Öğretmeni Arzum KAMBER KUNTAY		
4.1.	Günümüzde Engellilik Ve Engelli Hakları	45
4.1.1.	Sözleşme İle Güvence Altına Alınan Hak Ve Özgürlükler	46
4.1.2.	Engelliliğe İlişkin Yaklaşımlar	47
4.1.2.1.	Tıbbi (Medikal) Yaklaşım	47
4.1.2.2.	Toplumsal (Sosyal) Yaklaşım	49
4.1.2.3.	İnsan Hakları Yaklaşımı	50
4.2.	Engellilere Sağlanan Sosyal Destekler Ve İlgili Mevzuat	51
4.2.1.	Engelli Aylığı Nedir ? (2022 Aylığı)	51
4.2.2.	Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Tarafından Engelli Bireylere Verilen Hizmet Modelleri	51
4.2.2.1.	Evde Bakım Ücreti Hizmet Modeli	51
4.2.2.2.	Kurum Bakımı Hizmet Modeli	51
4.2.2.3.	Gündüzlü Bakım Hizmet Modeli	52
4.2.2.4.	Engelli Kimlik Kartı	52
4.2.2.5.	183 Ve 144 Hatları	52
4.2.2.6.	Gören Göz Cihazı	52

4.2.2.7.	Başbakanlık İletişim Merkezi (Bimer)	53
4.2.2.8.	Sağlık Yardımı	53
4.3.	Vergi İndirimi Ve Araç Alımları	54
4.3.1.	Kamu Sektöründe Ve Özel Sektörde Çalışan Engellilerin Gelir Vergisi İndirimi	54
4.3.2.	Gelir Vergisi İndirimi	54
4.3.3.	Engellinin Sahip Olduğu Konutta Vergi Muafiyeti	54
4.3.4.	Araç Alımlarında Engelliliğe Bağlı Gelir Vergisi İndirimi	54
4.4.	Fiziksel Çevre Düzenlemeleri	54
4.4.1.	Oturulan Konutta Engele Uygun Düzenlemeler	54
4.5.	Sosyal Yardımlar	55
4.5.1.	Başvuru Şartları Ve Yerleri	55
4.6.	Eğitim	55
4.6.1.	Engelli Bireyin Eğitim Hakları	55
4.6.2.	Mesleki Rehabilitasyon Ve İstihdam	56
4.7.	İş, İstihdam	56
4.7.1.	Engelli İstihdam Etme Zorunluluğu	56
4.7.2.	İşe Yerleştirilme Taleplerini Karşılama Yetkisi Olan Kurumlar	56
4.7.3.	İşe Girmek Ve Çeşitli Kurumlara Engelli Eleman Alınıp Alınmayacağına İlişkin Bilgileri Öğrenmek İçin Hangi Yol İzlenmelidir ?	56
4.8.	Erişilebilirlik	57
4.9.	Bilgiye Erişebilirlik	58
5. EVDE SEMPTOM YÖNETİMİ		61
Bölüm Editörleri: Prof. Dr. F. Rüçhan USLU, Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR, Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN		
5.1. Ağrı		63
5.1.1.	Ağrı Tedavisinde Temel Prensipler Prof. Dr. Meltem UYAR	65
5.1.2.	Analjezik Kullanım İlkeleri Doç. Dr. Can EYİGÖR	68
5.1.3.	Nonopioid Analjezikler Prof. Dr. Meltem UYAR, Uzm. Dr. Tülin ARICI	71
5.1.4.	Palyatif Bakımda Opioid Kullanımı Uzm. Dr. Uğur ÖZGÜRBÜZ,Yrd. Doç. Dr.Hüseyin CAN	79
5.1.4.1.	Ağrı Tedavisinde Kullanılan Opioid Analjezikler	80
5.1.5.	Adjuvan Analjezikler Uzm. Dr. İdris Şevki KÖKEN	85
5.1.6.	Nonfarmakolojik Yöntemler Uzm. Dr. Bora UZUNER, Doç. Dr. Can EYİGÖR	93
5.1.6.1.	Kanser Ağrısında Psikolojik Tedaviler	93
5.1.6.2.	Tamamlayıcı Tıp Teknikleri	94
5.1.6.3.	Fiziksel Tedavi Ve Rehabilitasyon Uygulamaları	95
5.2. Solunumsal Semptomlar		97
5.2.1.	Dispne Ve Öksürük Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR	99
5.2.1.1.	Dispne	99
5.2.1.2.	Öksürük	106
5.2.2.	Plevral Efüzyon ve Aspirasyon Pnömonisi Uzm.Dr.Atike Pınar ERDOĞAN - Prof. Dr. F. Rüçhan USLU	113
5.2.2.1.	Plevral Efüzyon	113
5.2.2.2.	Aspirasyon Pnömonisi	116
5.3. Nörolojik Semptomlar Uzm. Dr. Zeki SÜRMELİ, Prof. Dr. F. Rüçhan USLU		119
5.3.1.	Kafa İçi Basınç Artışı	121
5.3.2.	Konfüzyon Ve Deliryum	123
5.3.3.	Parazi, Pleji	127
5.3.4.	Konvülsiyon (Nöbet)	128
5.4. Psikiyatrik Semptomlar Uzm. Dr. Canan GÜLOĞLU		131
5.4.1.	Uyku Bozukluğu	133

5.4.2.	Depresif Sendrom	134
5.4.3.	Anksiyete	137
5.4.4.	Deliryum	139
5.5. Üriner Semptomlar Uzm. Dr. Pınar GÜRSOY, Prof. Dr. F. Rüçhan USLU		141
5.5.1.	İdrar İnkontinansı	143
5.5.2.	Gaita İnkontinansı	147
5.5.3.	Hematüri	148
5.5.4.	Glob Vezikale	151
5.6. Dermatolojik Semptomlar Arş. Gör. Emine KARAMAN		155
5.6.1.	Kaşıntı	157
5.6.2.	Terleme	163
5.6.3.	Alopesi	167
5.6.4.	Cilt kuruluğu	171
5.7. Gastrointestinal Semptomlar Prof. Dr. Tuğba YAVUZŞEN		173
5.7.1.	İştahsızlık (Anoreksi)	175
5.7.2.	Bulantı – Kusma	179
5.7.3.	Mukozit – Stomatit	183
5.7.4.	İleus	185
5.7.5.	İshal	186
5.7.6.	Konstipasyon	187
5.7.7.	Asit	188
5.7.8.	Hıçkırık	189
5.8. Hematolojik Semptomlar Uzm. Dr. Pınar TOSUN TAŞAR		191
5.8.1.	Anemi	193
5.8.2.	Nötropeni	194
5.8.3.	Hemoraji	195
5.8.4.	Trombositopeni	196
5.8.5.	Tromboz	197
5.9. Yorgunluk Doç.Dr.Yasemin YILDIRIM		199
6. BESLENME		209
Bölüm Editörü: Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL		
6.1.	Beslenme Bozukluklarına Genel Bakış Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL	211
6.2.	Anoreksi ve Kaşeksi Doç. Dr.Haluk MERGEN	213
6.3.	Obeziteye Genel Bakış Uzm. Dr. Umut GÖKBALCI	217
6.4.	Hiperkalsemi Uzm. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK	223
6.5.	Dehidratasyon Ve Sıvı Tedavisi Uzm. Dr. Tevfik Tanju YILMAZER	227
6.6.	Palyatif Bakımda Oral Beslenme Diyetisyen Derya HOPANCI BIÇAKLI, Prof. Dr. Mehmet UYAR	219
7. PALYATİF BAKIMDA ETİK VE MEDİKOLEGAL YAKLAŞIM		223
Bölüm Editörü: Prof. Dr. Ekin Özgür AKTAŞ		
7. 1.	Hasta Hakları Psikolog Mevlüt ÜLGEN	235
7.2.	Palyatif Bakım Konusunda Etik İlkeler Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN	239
7.2.1.	Palyatif Bakım Ve Etik	241
7.2.2.	Palyatif Bakım Ekibinin Etik Sorunları	243
7.2.3.	Sonuç Ve Değerlendirme	246
7.3.	Ötanazi Yrd. Doç Dr. Ahsen KAYA	247
7.3.1.	Ötanazi tanımı	248
7.3.2.	Aktif ötanazi	250
7.3.3.	Pasif ötanazi	250
7.3.4.	Ötanazinin Yasal Yönü	250
7.3.5.	Ötanazinin Etik Yönü	252
7.4.	Vesayet, Hasta Hakkında Karar Verecek Kişilerin Yetkilendirilmesi,	256

	Yetkilendirme Bildirimi Avukat Mithat KARA	
7.4.1.	Hasta İradesinin Önceliği	256
7.4.2.	Hasta Adına Başka Kişilerin Karar Vermesi	257
7.4.3.	Velayet Ve Vesayet Kavramları	259
7.4.4.	Hasta Adına Karar Verme Yetkisinin Kullanımı	260
7.5.	Tıbbi Vasiyet Prof. Dr. Gökhan AKBULUT	263
7.5.1.	Tanım	263
7.5.2.	Gerekçe	263
7.5.3.	Yasal Dayanak	264
7.5.4.	Dünyada Durum	264
7.5.5.	Tanıklık Ve İmzalama	265
7.5.6.	Dünya Tabipler Birliğinin Ötenazi Ve Tıbbi Vasiyet İle İlgili Görüşleri	265
7.5.7.	Sonuç	265
7.6.	Tedaviden Kaçınma – Sonlandırma – Durdurma Resüsitasyon ve DNR Prof. Dr. Ekin Özgür AKTAŞ	267
7.6.1.	Tedaviden Kaçınma, Sonlandırma, Durdurma	267
7.6.2.	Resüsitasyon ve Do Not Resuscitate (DNR)	268
7.7.	Tedaviyi Reddetme Hakkı, Ölüm Ve Hukuki Boyutu Yrd. Doç. Dr. Ahsen KAYA	271

8. KRONİK HASTALIKLARDA PALYATİF BAKIM 277

Bölüm Editörü: Prof Dr. Harun AKAR

8.1.	Son Dönem Kalp Yetmezliği Uzm. Dr. Sibel DEMİRAL SEZER	279
8.1.1.	Palyatif Bakım Kapsamında Semptomlara Yaklaşım	282
8.1.2.	Son Dönem Kalp Yetmezlikli Hastalarda Evde Bakım	284
8.2.	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve Palyatif Bakım Uzm. Dr. Levent USTA, Uzm. Dr. Yasemin KADENİZ	289
8.2.1.	KOAH'ta Terminal Dönem Ve Klinik Seyri	289
8.2.2.	Son Dönem KOAH Hastasına Yaklaşım	293
8.3.	Kronik Karaciğer Hastalıklarında Palyatif Bakım Doç. Dr. Hüseyin Sinan AKAY - Dr. Seval AKAY	301
8.3.1.	Şikayet Ve Semptomlar	301
8.3.2.	Tedavi	302
8.3.3.	Refrakter Asit	303
8.3.4.	Spontan Bakteryal Peritonit (SBP)	304
8.3.5.	Hepatorenal Sendrom (HRS)	305
8.3.6.	Hepatik Ensefalopati	306
8.3.7.	Nörotoksinlerin Barsaktan Emiliminin Azaltılmasına Yönelik Tedaviler	308
8.3.8.	Sarılık Ve Kaşıntı	309
8.3.9.	Terminal Olay Olarak Kanama	312
8.3.10.	Kronik Karaciğer Hastalığında Depresyon	312
8.3.11.	Yaşam Kalitesi Ve Kronik Karaciğer Hastalığı	312
8.4.	Son Dönem Böbrek Hastalığı Uzm. Dr. Zeynep ALTIN	315
8.4.1.	Tanımlar, İnsidans Ve Prevalans	315
8.4.2.	Kronik Böbrek Hastalığı Nedenleri	316
8.4.3.	Kronik Böbrek Hastalığının İlerlemesinde Etkili Faktörler	317
8.4.4.	Klinik Bulgular Ve Komplikasyonlar	317
8.4.5.	Tanı	317
8.4.6.	Prognoz Ve Ölüm Nedenleri	317
8.4.7.	Diyalizin Kısıtlanması / Sonlandırılması	319
8.4.8.	Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Son Dönem Semptomlarının Yönetimi	323
8.4.9.	Preterminal Faz Ve Yaşam Sonu Bakımını Tanıma	324
8.4.10.	SDBY Hastalarında Palyatif Bakım İhtiyacı	325

8.4.11	Son Dönem Böbrek Yetmezliği Ve Destekevi (Hospis) Bakımı	325
8.5.	HIV/AIDS Hastalarında Palyatif Bakım Uzm. Dr. Melda TÜRKEN, Doç. Dr. Şükran KÖSE	331
8.5.1.	HIV / AIDS Palyatif Bakım Programı	332
8.5.2.	HIV İnfekte Kişiler İçin Önlemler	333
8.5.3.	HIV / AIDS'li Hastaların Değerlendirilmesi	333
8.5.4.	HIV / AIDS Hastalarında Semptomların Yönetimi	334
8.5.5.	Son Dönem HIV / AIDS Hastalarında Tedavi	338
8.6.	Diğer Hastalıklar Uzm. Dr. Alper ALP	341
8.6.1.	Diyabet Ve Diyabetik Ayak	343
8.6.2.	Romatizmal Hastalıklar	345

9. KANSERDE PALYATİF BAKIM 347

Bölüm Editörü: Prof. Dr. F. Rüçhan USLU

Yazarlar: Uzm.Dr.Atike Pınar ERDOĞAN-Prof. Dr. F. Rüçhan USLU

9.1.	Kanserde Palyatif Bakım	349
9.2.	Onkolojik Aciller	352
9.2.1.	Leptomeningeal Hastalık (LMH)	352
9.2.2.	Kardiyak Tamponad	353
9.2.3.	Süperior Vena Cava Sendromu	353
9.2.4.	Kemoterapinin Ekstravazasyonu	354
9.2.5.	Uygunsuz Antidiüretik Hormon (ADH) Salınımı Sendromu	354
9.2.6.	Tümör Lizis Sendromu	355
9.2.7.	Tiflitis (Nötropenik Enterokolit)	355
9.2.8.	Spinal Kord Basısı	356

10. GÜVENLİ ÇEVRE, HİJYEN VE SANİTASYON 359

Bölüm Editörü: Doç. Dr. Şükran KÖSE

Yazar: Doç. Dr. Şükran KÖSE

10.1	Tıbbi Ve Tehlikeli Atık Yönetimi	361
10.1.1.	Tanımlar	361
10.1.2.	Risk Grupları	362
10.1.3.	Tıbbi Atık Yönetimi	362
10.1.4.	Atık Minimizasyonu	365
10.2	Güvenli Çevre, Hijyen Ve Sanitasyon	365
10.2.1.	Hijyen Ve Sanitasyon	365
10.2.2.	Kişisel Hijyen Ve Personel Hijyeni	366
10.2.3.	Su Hijyeni	368
10.2.4.	Besin Hijyeni	369
10.2.5.	Dezenfeksiyon Ve Sterilizasyon	370

11. PALYATİF BAKIMDA BAKIM SORUNLARI ve KLİNİK BECERİLER 373

Bölüm Editörü: Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM

11.1.	Uygun Hasta Taşıma Teknikleri Yrd. Doç. Dr.Gülay OYUR ÇELİK	375
11.1.1.	Giriş	375
11.1.2.	Hastanın Taşınması Ve Hareket Ettirilmesi	378
11.2.	Santral Venöz Kateter Ve Bakımı Yrd. Doç. Dr.Gülay OYUR ÇELİK	395
11.2.1.	Giriş	395
11.2.2.	İmplante Port Katetere İğne Uygulaması	400
11.2.3.	Santral Venöz Kateterden Kan Alma	402
11.2.4.	Santral Venöz Kateterin Giriş Yeri Pansumanı	403

11.3.		Basınç Ülserlerinin Önlenmesi Ve Yönetimi Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM	407
	11.3.1.	Tanım	407
	11.3.2.	Sıklık	407
	11.3.3.	Risk Faktörleri	408
	11.3.4.	Risk Değerlendirme Araçları	410
	11.3.5.	Basınç Ülserlerinin Yerleşim Alanları	411
	11.3.6.	Basınç Ülserinin Önlenmesi	412
	11.3.7.	Basınç Ülserinin Yönetimi	416
11.4.		Diabetik Ayak Yrd. Doç. Dr. Gülay OYUR ÇELİK - Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM	423
	11.4.1.	Giriş	423
	11.4.2.	Yara Açılmamış Diyabetli Hastada Ayak Bakımı	423
	11.4.3.	Yara Açılmış Diyabetli Hastada Ayak Bakımı	427
11.5.		Ekstravazasyon ve Bakımı Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM	431
	11.5.1.	Sıklık	431
	11.5.2.	Patofizyoloji	432
	11.5.3.	Risk faktörleri	432
	11.5.4.	Tanılama	433
	11.5.5	Önleme	434
	11.5.6.	Ekstravazasyonun Yönetimi	435
11.6.		Nazogastrik Sonda Bakımı Yrd. Doç. Dr. Gülay OYUR ÇELİK Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM	439
11.7.		Mesane (Üretral) Katetere Bakım Yrd. Doç. Dr. Gülay OYUR ÇELİK	445
11.8.		Stoma Çeşitleri Ve Bakımı Yrd. Doç. Dr. Gülay OYUR ÇELİK	455
	11.8.1	Trakeostomi Bakımı	456
	11.8.2	Kolostomi – Ürostomi - İleostomi Bakımı	460
	11.8.3	Gastrostomi Bakımı	467
11.9.		Yatağa Bağımlı Hasta Ve Bakımı Yrd. Doç. Dr. Gülay OYUR ÇELİK - Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM	471
		12. EVDE YAŞLI HASTA BAKIMI	477
Bölüm Editörleri: Prof. Dr. Fehmi AKÇİÇEK, Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN			
12.1		Yaşlılarda Palyatif Bakım İlke Ve Felsefesi Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN	479
12.2		Alzheimer Ve İlerleyici Nörolojik Hastalıklarda Yaklaşım Uzm. Dr. Pınar TOSUN TAŞAR	484
	12.2.1.	Alzheimer Hastalığı	484
	12.2.2.	İlerleyici Nörolojik Hastalıklar	484
	12.2.3.	Alzheimer ve İlerleyici Nörolojik Hastalıklarda Sık Görülen Sorunlar ve Yaklaşım	485
	12.2.4.	Serebrovasküler Hastalıklar ile Alzheimer ve İlerleyici Nörolojik Hastalıklarda Evde ve Bakımevinde Bakım İlkeleri	487
		13. YAŞAM SONU BAKIM	491
Bölüm Editörü: Yrd. Doç. Dr. Hüseyin CAN			
13.1.		Yaşam Sonu Bakım (Son 48 saat – son 24 saat) Doç.Dr. Yasemin TOKEM	493
13.2.		Yeteri Kadar İyi Ölüm Doç. Dr. Ercüment TARCAN	501
13.3.		Yas Danışmanlığı Yrd. Doç. Dr. Hüseyin CAN	505
		14. REHABİLİTASYON VE PALYATİF BAKIM	509
Bölüm Editörü: Prof. Dr. Sibel EYİGÖR			
14.1.		Palyatif Bakımda Rehabilitasyon -Kanser Uzm. Fizyoterapist Gülbin	511

	ERGİN, Doç. Dr. Didem KARADİBAK	
14.2	Nöromüsküler Hastalıklar Uzm. Dr. Filiz Meryem SERTPOYRAZ	515
14.3	Alzheimer – Demans Prof. Dr. Rezzan GÜNAYDIN, Uzm. Dr. Aylin DEMİRHAN	523
14.4	Organ Yetmezliği Fizyoterapist İlknur NAZ, Doç. Dr Didem KARADİBAK	527
14.5	Yoğun Bakım Uzm Dr Hilal YEŞİL, Prof. Dr Sibel EYİGÖR	531
14.6	Pediatrik Hasta Uzm.Fizyoterapist Gülbin ERGİN, Doç. Dr. Didem KARADİBAK	535
14.7.	Fizik Tedavi Yöntemleri Uzm Dr Hilal YEŞİL, Prof. Dr Sibel EYİGÖR	539
14.8	Egzersiz Uzm Dr Ulaş SUNGUR, Prof. Dr Sibel EYİGÖR	543
14.9	Özel Durumlar Prof. Dr Sibel EYİGÖR	547
14.10.	Fiziksel Aktivite Ve Uğraş Terapisi Uzm. Dr. Filiz Meryem SERTPOYRAZ, Uzm. Dr.Eylem Didem Gülşen KIRBIYIK	557

15. TAMAMLAYICI TIP VE PALYATİF BAKIM 561

Bölüm Editörü: Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL

15.1.	Bilişsel Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri Uzm. Dr. Hüseyin ELBİ	563
15.2.	Tamamlayıcı Tıp Ve Palyatif Bakımda Manevi Bakım Uzm.Dr. Yusuf Adnan GÜÇLÜ	567
15.3.	Palyatif Bakımda Masaj Yrd. Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR	571
15.4.	Hipnoterapi ve Gevşeme Teknikleri Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN	573
15.5.	Palyatif Bakımda Akupunktur Yrd. Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR, Prof. Dr. Fatih AKÇAY	577
15.6.	Palyatif Yara Bakımı Doç. Dr. Mehmet IŞIK	581
15.7.	Palyatif Bakımda Gevşeme Egzersizleri Doç. Dr. Serkan BAKIRHAN	585
15.8	Palyatif Bakım ve Egzersiz – Klinik pilates Yrd. Doç. Dr. Hülya Özlem ŞENER	589
15.9.	Palyatif Bakımda Terapötik Masaj Tedavisi Yrd. Doç. Dr. Mehmet ÖZKESKİN	593

=1=

EVDE BAKIM VE FELSEFESİ

Bölüm Editörleri

Prof. Dr. Çiçek FADILOĞLU

Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR

1.PALYATİF BAKIMDA EVDE SAĞLIK / BAKIM

Prof. Dr. Çiçek FADILOĞLU[1], Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR[2]

[1] Emekli Öğretim Üyesi [2] İzmir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Evde bakım; bireyin sağlığını korumak, geliştirmek veya kaybolan fonksiyonlarını (fiziksel, sosyal ve tinsel) olabildiğince tekrar kazandırmaya yönelik hizmetlerin profesyonel ekip yaklaşımı ve aile tarafından, bireyin kendi evinde, yaşadığı ortamda sürekli, etkili, koordine bir şekilde bütüncül bakış açısı ile ve kanıta dayalı uygulamalarla sunulmasıdır. Ev, bakım için her bireyin tercih ettiği gibi hastaların da artan bir şekilde tercih ettiği bir ortamdır. Palyatif bakım hastalarının tedavi ve bakımdaki sürekliliğini sağlamak amacı ile uygulanan evde sağlık ve bakım hizmetleri; hastanın yaşam koşullarını değiştirmeden en az etkilenmesini sağlayarak, en doğru tıbbi yaklaşım ile hastalığın ve ortaya çıkan yetersizliklerin olumsuz etkilerini azaltarak; hastanın yaşam kalitesini olabildiğince yükseltmek ve iyi ölümü sağlamak amacıyla uygulanan bir sağlık bakım hizmet yaklaşımıdır.

Palyatif bakım hastasının gereksinimleri doğrultusunda sunulan evde bakım hizmetleri, hemşirelik hizmetlerinden, evde doktor muayenesine; kısa veya uzun süreli tedavi hizmetlerinden, laboratuvar hizmetlerine kadar uzanan geniş bir yelpazede, yüksek teknoloji desteği ve deneyimli tıbbi personel tarafından verilmelidir. Bu nedenle günümüzde, sağlık bakımının sunumundaki sistemin integral bir parçasıdır ve yararlı sonuçlar nedeni ile tercih edilen bir tedavi şeklidir.

Avrupa'da ve ülkemizde evde bakımı gerekli kılan temel eğilimler altı boyutta incelenmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Evde Bakımı Gerekli Kılan Durumlar

Politik öncelikler ve tercihler • Kurumsallaşmanın olmaması ve toplum temelli çözümlerin yetersizliği • Devlet harcamalarının boyutu
Demografik değişimler • Yaşlı nüfusun artması • Bağımlılık düzeyindeki değişimler
Sosyal değişiklikler • Aile yapısının küçülerek çekirdek aileye dönüşmesi • Kadınların çalışma hayatında yer alması • Ülkeler arasındaki hareketler
Epidemiyolojik değişiklikler • Bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların artması
Bilim ve teknolojik yenilikler • Tıp bilimindeki gelişmeler • Tıbbi ve tıbbi olmayan teknolojik gelişmeler
Tutum ve davranışlardaki değişmeler • İsteklerin artışı • Bireyselleştirilmiş bakım (Tarricone R, Tsouros AD. 2008, WHO)

Günümüzde evde bakım, kompleks sorunların düşük maliyet ile hasta güvenliğini tehlikeye atmadan hasta, aile ve profesyonel işbirliği içinde yürütülmesi ile sağlanmaktadır. Tüm teknolojik gelişmeler hastanede olduğu kadar evde de sağlık bakımı verenlere farklı olanaklar sunmaktadır. İntravenöz infüzyon teknolojisi, parenteral beslenme, periton diyalizi, oksijen tedavisi, beslenme pompaları, ventilatörler, pulse oksimetre, basit kan analizlerinin uygulanması bu gelişmelere örnek olarak gösterilebilir.

1.1. EVDE BAKIMIN AMACI

Evde bakım sürecinde uzun süreli bakım gereksinimi olan bireylere ve ailelere günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek maksimum tedaviye ulaşma yolu ile hastalık ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek ve yaşam kalitelerini yükseltmek amaçlanmaktadır. Palyatif bakımda evde sağlık / bakımın amacı ise, çok yönlü semptom yönetimi ile optimal sağlığın sürdürülmesi,

geliştirilmesi, olası komplikasyonların en aza indirilmesi ve iyi ölüm ve yas sürecinin sağlanmasıdır.

Yapılan çalışma sonuçlarına göre bu yararlar aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

Evde sağlık / bakım uygulamaları ile,

- Kronik hastalıklara bağlı komplikasyonların azaltıldığı,
- Semptom yönetiminin arttığı
- İş gücü kaybının önlendiği,
- Hastanede yatma süre ve sıklığın azaldığı,
- Akut komplikasyonların etkin bir eğitim ve iletişim ile evde tedavi edildiği,
- Ev ortamında hastaların tedavi sürecinin hızlandığı,
- Aile ve hastanın işinde ve sosyal yaşamında desteklendiği,
- Hastaların öz bakım gücünün arttığı,
- Hastaların bağımsızlık düzeylerinin arttığı saptanmıştır.

Evde bakım hizmetlerinde doğrudan etkileşimde bulunulduğu için hastaların tüm yönleri, saptanır ve yapılan plan doğrultusunda hastalar güçlendirilir. Evde bakım hizmeti; tıbbi hizmetlerin, sosyal hizmetlerle bütünleşerek üyelerin işbirliği ve eşgüdümü ile sürekli, kapsamlı ve organize bir biçimde çalışma sonucu sunulan koruyucu ve tedavi edici bir hizmettir.

1.2. EVDE BAKIM HASTASININ TANILANMASI

Evde bakım hizmetlerinde palyatif bakım hastalarına yönelik olarak kapsamlı bir tanılama önem taşımaktadır. Genel tanılamada kapsamlı öykü alınmalı, vücut sistemlerinin muayenesi, hastanın ilaç ve tedavilere yanıtı da değerlendirilmelidir. Hastanın var olan hastalığına ve hastalığa verdiği fiziksel, fonksiyonel, psikososyal, emosyonel ve bilişsel yanıtına odaklanılır. Fonksiyonel durum, olası güvenlik problemleri, acil yardıma ulaşma yeteneği, psikososyal ve öğrenme gereksinimleri, hasta ve ailenin baş etme yetenekleri ve yaşam sonu konuları da değerlendirilmelidir. Tanılama, evde bakım hastası ile karşılaşıldığı andan itibaren başlar. Hastalar, evde bakım gereksinimlerine göre bakım servislerine yönlendirilirler. 2005 yılında evde bakım servisleri ve hastaneler hasta risk sınıflandırma sistemini kullanmaya başlamıştır. Bu sisteme göre hastalar üç seviyede gruplandırılmaktadır:

Seviye 1: Yüksek Seviyede Riski Olan Stabil Olmayan Hastalar: Yaşamın sürdürülmesinde alet ve ilaç kullanan, bakım vereni, informal desteği olmayan, parestezisi olup kendi gereksinimlerini karşılayamayan hastalar (Örn. ventilatöre bağlı olan hastalar).

Seviye 2: Orta risk grubu: Bakım hizmeti veren kurum ve kuruluşlar ile ilişkisini telefon ile kurabilen, bakım verenleri ile temel gereksinimlerini karşılayabilen, oksijen cihazına bağlı, aspirasyon cihazına, nebulizatöre gereksinim duyan, hasta kontrollü analjezi uygulanan hastalar.

Seviye 3: Alt seviyede risk taşıyan hastalar: Durumları stabildir. İnformal destek almaktadırlar. Hasta ziyaretleri yoluyla temel gereksinimlerini karşılamaktadır. Bakım; aile üyeleri, diğer informal destekler ve hasta tarafından sağlanır.

Tablo 2. Evde Bakımda Hasta Tanılaması

1. Hasta öyküsü	• Hastalık, evresi, komplikasyon durumu • Tedavi planı (önceki ve sürdürülen) • Prognoz • Diğer sağlık problemleri
2. Fiziksel tanılama	• Sistemik problemlere yönelik tanılama: İnvaziv girişimler ile ilgili hastanın bakım sorunlarının tanımlanması (port, kateter, respiratör gibi)
3. Kendine bakım yeteneklerinin tanılanması	• Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumu • Tedaviler, ileri uygulamalara yönelik bakım yeteneği • Geleneksel rolleri yerine getirme yeteneği (eş, anne, alışveriş ve ev bakımı rolü)
4. Fiziksel bakım gereksinimlerin tanılanması	• Ağrı yönetimi, beslenme danışmanlığı, tedavi ve ilişkili problemlerin yönetimi • Bireysel hijyen, mobilite, eliminasyon, dolaşım ve cinsel fonksiyonlara ilişkin danışmanlık ya da destek gereksinimi
5. Psikososyal tanılama	• Sosyal destek sistemleri • Başa çıkma davranışları • Emosyonel durumu • Eğlence aktivitelerine katılımı
6. Aile / bakım verici tanılaması	• Ailenin kompozisyonu, kararlarını kim veriyor? • Değerler • İletişim şekli • Aile üyelerinin sağlık durumu • Ailenin hastalığa ve programa ilişkin bilgisi • Ailenin bakım verme yeteneği (fiziksel ve emosyonel)
7. Çevrenin tanılanması	• Temizlik yönünden değerlendirme • Bakımı engelleyecek bariyerler (telefon olmaması) • Acil bakıma gereksinimi
8. Mali durumun tanılanması	• Sağlık sigortası durumu ya da ödeme gücü, mali destek alabileceği kaynaklar

1.3. EVDE BAKIM SİSTEMLERİ

Palyatif bakım için evde bakım hizmetleri kapsamında değişik hizmetler bulunmaktadır.

Evde sağlık hizmeti sunumu: Bireyin evine düzenli aralıklarla evde bakım üzerine eğitim almış bir hemşirenin ziyareti ile tıbbi bakımının sağlanması, eve doktor ziyareti ile teşhis, tedavi ve danışmanlık hizmetinin sunulmasıdır.

Destek sağlık hizmetleri: Hasta gereksinimleri doğrultusunda psikolojik destek, fizik tedavi, ayak bakımı, konuşma ve uğraş tedavisi gibi bireyin günlük yaşam aktivitelerine destek olan ve bağımlılığını azaltmaya yönelik uygulamalardır.

Kişisel bakım / Özbakım hizmetleri: Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan bireyin giyinme, beslenme, kişisel hijyen, banyo, tuvalet, transfer, yatakta hareket gibi etkinliklerine yardımcı olunmasıdır.

Ev işleri hizmeti: Evin temizlik, ütü, alışveriş ve tamir işlerinin düzenlenerek yapılmasıdır.

Sosyal destek: Bireyin destek gereksinimleri (ilaçlarının temini, rutin muayenelerinin yaptırılması, faturalarının ödenmesi vb) sağlanır.

Gıda ve beslenme hizmetleri: Yemek yapamayan birey için, diyetisyenin de gözetmenliğinde yemek pişirilmesi, dağıtılması.

Danışmanlık hizmetleri: Bireyin hakları ve sorumlulukları ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmeti.

Bakıcılar için destek hizmetleri: Bakım vermekte olan aile bireylerine destek amaçlı hizmetlerdir. Aile bireylerinin dinlendirilmesi amacıyla gerekli desteği sunarlar. Bakım verenlere eğitim, danışmanlık hizmeti vererek tıbbi veya etik konularda bilgilendirme sağlanır.

1.4. EVDE SAĞLIK / BAKIM EKİBİ

Ekip, farklı görüşlere sahip, ortak değerleri olan, açık iletişim becerileri gelişmiş, hastanın iyilik hali gibi özel bir hedefi paylaşan ve farklı disiplinlerden bir araya gelen profesyonel bir grup olarak tanımlanır. Palyatif Bakım Ekibi, yönetici, hekim, hemşire, fizyoterapist, psikolog gibi hekim dışı sağlık personeli, gönüllüler, destek elemanları, sosyal çalışanlar ve tinsel destek

sağlayan ekip üyelerinden oluşur. Ekip, yüksek kalitede bakımını 365 gün 24 saat sürdürür. Hastalık durumunda hasta ve aile desteklenmelidir. Bu konuda gerekli konsültasyonlar sağlanabilir. İstek doğrultusunda gerekli kişilerle temas ederek spirütüel destek sağlanır. Hasta ve ailelere yardım etmek için gönüllü kişilerden yardım alınabilir. Yardımcı personel ile hastanın günlük gereksinimleri karşılanır. Bakımda bireysel planlar geliştirilir. Klinik ekip hızlı semptom yönetimi ve gerekli konsültasyonları sağlamak için tıbbi yöneticiye rahatça ulaşabilmelidir.

Multidisipliner Ekip: Bireyin ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiğinden multidisipliner ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Değişik bakım yaklaşımını kullanarak etkin bir hizmet sağlar. Bu yeni yaklaşım ile bakım işlevinde alanlarda eğitim almış profesyoneller (hekim, hemşire, fizyoterapist, uğraş terapisti, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen) yer alır.

İnterdisipliner Ekip: Problem çözme yaklaşımı ile hizmet verir. Sağlık bakım sistemine ulaşımı düzenler. Hastalara yeni beceriler kazandırılmasını sağlar. Ekip içi iletişimi ve insan kaynaklarına ulaşımı sağlar. Hasta ve ekip memnuniyetini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunur. Bu ekip yaklaşımı ile sosyal çalışmacı, hemşire, konsültasyon ekibi direkt iletişim içinde çalışırlar. Hasta ve aile ekibin temel üyelerindendir.

Ekip; hasta merkezli kalite, güvenlik, etkinlik ve etkili olma gibi özelliklere odaklanmıştır. Hasta aktif rol alır, hasta tedavi planının bir üyesidir, hekim hasta ile sürekli iletişim halindedir. Hasta planı kontrol eder ve kararlara katılır. Bakımın daha kaliteli olması sağlanır. Hekim, daha fazla dinleme becerilerini kullanır. Tedavi sürecinde hastanın kültürü ve değerleri dikkate alınır.

Ekip Lideri: Evde bakımda koordinasyonu sağlamak üzere bulunmalıdır. Lider, liderlik becerilerini kullanarak evde bakım uygulamasını belirler. Var olan durumu periyodik olarak değerlendirir; geleceğe ait bir vizyon oluşturur, temel stratejileri saptar, belirler, uygulamalara destek verir.

Aile Hekimi: Evde bakım hizmetinin sunumundan sorumludurlar. Birinci basamak hekiminin sorumluluğu üç etkinlik halinde sınıflanmıştır: 1) Ev ziyaretleri yapma, 2) Evde bakım kuruluşları için hasta sevk etme, 3) Evde yetişkin ve çocuk bakımında multidisipliner ekipte yer alma. Hekimler ayrıca evde ve bakım kuruşlarında yöneticilik hizmetleri de yapmaktadırlar. Hekimler hastanın tıbbi gereksinimlerini belirler, gereksinimlerine göre tedavi planlar ve önerir, planın uygulanmasını izler. Hekim bazı durumlarda vaka yöneticisi olarak sorumluluk alabilmektedir. Düzenli iletişimi, hastaların uygun bakım alması, hasta durumu değiştiğinde tedavi

programını yeniden planlama ve onaylama sorumlulukları vardır. Bu görevlerini yerine getirirken tele-tıp teknolojisinden yararlanabilirler.

Hemşire: Bilgi ve beceri ile donanmış olan hemşireler evde bakımda hastalarına gerekli bakımı sağlayabilir ve kronik hastalığın aile üyeleri üzerindeki yükünü azaltabilir. Evde bakım ile hemşire, hastanın evinin içine girerek hasta ve ailenin gereksinimlerini tanımlar ve hekim ile birlikte bir bakım planı geliştirir. Sunulan hizmetler, yara ve ostomi bakımı, intravenöz ilaç tedavisi yapılması; ilaçların verilmesi ve denetlenmesi, yan etkilerin izlenmesi, ağrı kontrolü, sağlık ile ilgili bilgi verme ve psikolojik destek gibi destekleyici bakım girişimlerinde bulunma şeklinde sıralanabilir.

Fizyoterapist: Hastanın kendi rehabilitasyon programına katılması ile aktivitelerini sürdürmesi sağlanır. Fizyoterapist; her yöne eklem hareketi egzersizlerini (EHA) düzenli olarak yapmasını, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini ve hastanın fiziksel performansının artmasını sağlar.

Uğraş Terapisti: Günlük yaşamdaki genel aktiviteleri yapmaları engellenmiş fiziksel, gelişimsel, sosyal ya da emosyonel problemleri olan hastalara yardım edebilir. Uğraş terapisti, hastanın yeteneklerini değerlendirir ve yemek yeme, banyo yapma, giyinme, evdeki bazı rutinleri yerine getirme gibi görevler ile ilgili özel araç gereçlerin ve tekniklerin kullanımı konusunda yardımcı olabilir.

Konuşma Terapisti: İletişim yeteneğinin bozulduğu durumlarda, konuşma terapisti, hastanın bu yeteneği tekrar kazanmasını çeşitli yöntemler ve egzersizler yolu ile sağlayabilmektedir.

Sosyal Hizmet Uzmanı: Sosyal hizmet uzmanları; hastalığı olan bireyleri etkileyen; sosyal ve emosyonel faktörleri değerlendirirler. Aynı zamanda da karmaşık gereksinimleri olan hastalar için bir vaka yöneticisi olarak hizmet verir ve toplumsal kaynakları organize ederler.

Beslenme Uzmanı: Hastaya uygun beslenme önerileri yapar, sonuçları izler ve kaydeder.

Evde Bakım Hizmetlisi: Bir hizmetlinin yardımı ile hastanın günlük yaşam aktiviteleri, bireysel bakımı (yatağa girme ve çıkma, yürüme, banyo ve giyinme) gibi aktivitelerde yardımcıdır. Bazı bakıcılar özel bir eğitim aldıktan sonra hemşirenin gözlemi altında daha özel ve kompleks hizmetleri sunabilir.

Ev Yardımcıları / Yardımcı Bakım: Bir ev yardımcısı, hasta için; çamaşır, yemek hazırlama, ev idaresi ve alış veriş gibi bazı işleri yerine getirebilir. Bu hizmetler doğrudan hastanın sağlık bakımının sağlanmasından ziyade, evde bakım sürecinde güvenli ve rahat bir yaşam sağlanmasına yönelik hizmetlerdir. Sürekliliğinin sağlanması önem taşımaktadır.

Gönüllüler: Toplum organizasyonu, evde bakım ajansı ya da hospis tarafından gönderilen bir gönüllü, hastaya arkadaşlık edebilir sosyal ve emosyonel destek sağlayabilir. Kişisel bakıma yardım edebilir, evrak vs işlemleri ve nakilde yardımcı olabilir.

Danışmanlık Hizmetleri: Bireyin hakları ve sorumlulukları ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmetleri ile bireyin istek ve şikayetleri ele alınır ve çözümlenir.

Diğerleri: Diğer evde bakım hizmetleri, beslenme desteği ve diyet hizmetleri; uzun ömürlü tıbbi araç ve tıbbi destekler, laboratuvar ve röntgen çalışmaları, eczane hizmetleri, solunum terapisi, nakil işleri, acil uyarı sistemleri, eve yemek gönderme, telefonla danışmanlık, güvenli elektronik izleme sistemleri, diş hizmetleri, din görevlisi, ortaya çıkan sorunlara yönelik değişik branşlarda hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri şeklinde sıralanabilir.

Aile: Aileler, güçlendirilerek direkt bakımda, indirekt bakımda, semptom kontrolünde aktif rol almaktadırlar. Ancak; bakım verme yaklaşımının bir ekip hizmeti olduğu ve ailenin desteklenmesinin önemi aileye ve hastaya anlatılmalıdır. Ailenin bakım yönetiminde; tedaviye ait kararlara ve bakım hizmetine katılımı ve diğer ekip üyeleri ile iletişim ağının sağlanması bakımın sürekliliğinin sağlanmasında önem taşımaktadır. Ailelerin desteklenmesi; aile gereksinimlerinin karşılanması, bakım verme sonucu ortaya çıkan stresin azalması, iyilik halinin artması ve hastanın rahatlığının sağlanması açısından önem taşımaktadır.

1.5. EVDE BAKIM EKİBİNİN SORUMLULUKLARI

Her bir ekip üyesi hastaya kendi profesyonel alanına ait; tanılama, tedavi, yönetim, eğitim, ilişki biçimi ve kaynakları tanımlamalıdır. Evde bakım profesyonelleri ve yardımcı ekip üyelerinde rollerini yerine getirmede çeşitli yeteneklerin yanı sıra hasta ve aileyi desteklemede, gerekli olan

(1) Etkili iletişimci olma,

(2) Bireyin karar vermesini sağlama ve

(3) İyi bir destekleyici olma gibi üç anahtar yeteneğin geliştirilmesi önerilmektedir.

1. Etkili İletişimci Olmak: Kronik, ölümcül hastalıkların evde bakımında etkin bir iletişim sağlanması için yeterli iletişim bilgi ve becerisine sahip olunması gerekmektedir. İletişim yolu ile hasta, aile ve ekip üyeleri, sorunlarla ilgili olumlu çözüm yollarına ulaşabilir. Bu yolla etkin ve organize bir bakım sağlanabilir ve hastalar kolaylıkla sorunları ile başa çıkabilirler. İletişimin sağlanmasında bireysel iletişim, telefon ve internet üzerinden iletişim ve basılı iletişim araçları kullanılmaktadır**.**

2. Bireyin Karar Vermesinin Sağlanması: Hasta ve ailelere öğrenilebilir bir süreç olan karar verme eğitimi ile davranış kazandırılabilir. Hasta ve aile kendilerine yararlı olan her konuda kendi kararlarını almayı tercih ederler. Nerede yaşayacaklar, yaşamlarını nasıl yürütecekler, nasıl bağımsız olacaklar, rahat edebileceği kurum seçenekleri nelerdir gibi. Ev ortamında bireylerin izole olmamaları, otonomilerine saygı duymak, kararların iyilik durumuna yönelik olması ve aşırı paternalistik davranılmaması önem taşır.

3. İyi Bir Destekleyici Olmak: Profesyonel bir bakım verici olarak en önemli sorumluluklardan biri, hastanın olası en iyi bakım ve desteği almasını sağlamak / desteklemektir. Bu nedenle hastanın savunucusu olma sorumluluğu bulunmaktadır. İyi bir savunucu olmak için yeterli bilgi ve enerji ile hastanın bütünlüğünü, hastanın başarısızlıklarının da bir öğrenme deneyimi olduğunu vurgulamak öz etkililiği geliştirmektedir.

Hizmette süreklilik önem taşımaktadır.

1. Bireysel süreklilik (hekim, hemşire ve hasta ilişkisi)

2. Bilginin sürekliliği (verilen bakım hizmetinin uygulanması için uygun bilginin harekete geçirilmesi)

3. Yönetimde süreklilik (sağlık problemlerinin yönetimi için sürekli ve uygun bir yaklaşım)'tir. Bakımda sürekliliğin sağlandığı durumlarda; hasta ve aile ve sağlık profesyonellerinin bakımdan memnuniyetlerinde artma görülmektedir.

Bakımın sürekliliğinin sağlanmasında vaka yönetimi yaklaşımının kullanılması önerilmektedir. Vaka yönetimi modelinde vaka yöneticisi ekip arasından seçilir. Vaka yöneticisi hem koordinatör hem lider hem de bakım verici olarak görev alabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Fadıloğlu Ç (2013). Ed: Fadıloğlu Ç, Şenuzun Aykar F, Ertem G. Evde Sağlık ve Bakım. Meta Basım Matbaacılık. 2013, İzmir
2. Fadıloğlu Ç (2006). Evde Bakım. Ed. Uslu R, Uyar M, Yıldırım Y. Kanser ve Palyatif Bakım. Meta Basım. İzmir, 2006.
3. Prot SM (2001). Home Palliative Care of a Cost Saving Alternative, Palliative Medine (15) 2001;271–278
4. Martinson I, Widmer A, Portillo JC (2002). Home Health Care Nursing. Sounders Comp. Philedelphia 2002;22-34
5. Yılmaz M. ve ark (2012). Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak.Evde Hasta Bakımı, İstanbul Tıp Dergisi, 2010;11(3):125-132
6. Hirdes JP and et all. (2004). Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. Gerontologist. 2004;44(5):665-79
7. Sayan A. (2004). Günümüzde Evde Bakım. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004;7(3):91-96
8. Tanlı S, Utku T (2008). Evde Bakımda Organizasyon ve Etik Sorunlar. Türk Yoğun Bakım Dergisi. 2008;6(4):58-63
9. Zane R, Biddinger P (2011). Home Health Patient Assesment Tools Preparing For Emergency Triage, AHRQ Publication No. 11-M020-EF March, 2011
10. Epstein RM, Street RJ (2011). Values and Value of Patient-Centered Care. Ann Fam Med. 2011;9(2):100–103
11. Constand, MK and et. all. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. BMC Health Services Research. 2014;14:271
12. URL:http://tr.jointcommissioninternational.org/entr/Accreditation-Manuals/EBJCICCHC11/2431/ Erişim tarihi: 04.03.2013
13. Daniels L (2005). Teamworking for Effective Palliative Care, Editor: Faull C., Carter YH., Daniels L.). Handbook of Palliative Care, Second Edition, Blackwell Publishing: Massachusetts. 2005:25-27.
14. Mount B, Hanksi G, McGoldrick L (2006). The principles of palliative care. Editor: Fallon M, Hanks G. ABC of Palliative Care, Second Edition. Blackwell Publishing: Massachusetts. 2006:13-1

=2=

PALYATİF BAKIM VE FELSEFESİ

Bölüm Editörü

Prof. Dr. Tuğba YAVUZŞEN

2.1. PALYATİF BAKIM VE FELSEFESİ

Prof. Dr. Tuğba YAVUZŞEN[1]

[1] Dokuz Eylül Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Global olarak yeni tanı kanser hastalarının sayıları dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızla artmaktadır (1,2). Erken tanı, teşhis ve tedavi yöntemlerinde gelişmeler ile kanser tanıları, semptomları ve hastalıklarına bağlı fonksiyon kayıpları ile yaşayan kişilerin ve ailelerinin sayısının artması, palyatif bakımın tanı anından itibaren sağlanmasının önemini daha da artırmaktadır. Avrupa Palyatif Bakım Derneği (EAPC), Uluslararası Hospis ve Palyatif Bakım Örgütü (IAHPC), Dünya Palyatif Bakım Birliği (WPCA) ve İnsan Hakları İzleme Komitesi (HRW) palyatif bakıma ulaşmanın, bir insan hakkı olarak tanınmasını desteklemek için birlikte çalışmışlardır (3). Bu organizasyonun sonucunda Prag'daki toplantısında palyatif bakıma ulaşmak bir ''insan hakkıdır'' olarak kabul edilmiştir.

Palyatif bakım hem bir bakım felsefesi, hem de organize, üst düzeyde yapılandırılmış bir bakım verme sistemidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Palyatif Bakım kavramını ilk olarak 1989 yılında tanımlamıştır ve 2002'de yapılan son tanım ise şu şekildedir: "Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşımdır."

Modern palyatif bakım kavramının kökleri hospis hareketine dayanır. Kelime anlamı olarak dilbilimcilerin çevirisine göre hospis, "misafirperverlik" anlamında bir kökten doğmaktadır. Orta çağlarda, Roma, İtalya, Santiago ve İspanya'da göçmenlerin içinde kronik, ölümcül hastalıkları olan hastalara yardım amaçlı çalışan barınaklar, on altı ve on sekizinci yüzyıllarda dini emirleri sunan yerlerdir. İlk olarak 1800 yılında Fransa Lyon'da Madame Garnier "Calvaire" adı altında hastalara yardım amaçlı yer açmış, ardından İngiltere ve İrlanda'da da açılmıştır. 1900'lü yıllarda Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygınlaşmış, ilk modern hospis 1957 yılında Dame Cicely Saunders tarafından kurulan "St. Christopher's Hospisi" olmuştur. Ardından 1974 yılında Amerika'daki diğer modern hospis "New Haven Hospisi"dir. 1984 yılından sonra palyatif bakımın, hospislerin (destek evi) ve evde bakımın önemi anlaşıldıktan sonra Amerika'da sağlık sisteminde geri ödeme kapsamında hizmete alınmıştır.

Palyatif bakım, hastalara yaşadıkları sürece, olabilen en aktif yaşamı sağlamaya çalışır ve ailelere hastalık süreciyle baş etmesi için destek sağlar. Palyatif bakım ekiplerinde temel olarak bu

alanda özel eğitim almış doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanları, diyetisyen, eczacı, fizyoterapist, iş / uğraşı terapisti, din görevlisi ve gönüllüler yer almaktadır. Kanser tanısı alan her hasta, tanının konduğu ilk günden başlayarak gerek hastalığın yarattığı, gerekse tedavi yöntemlerine bağlı çok çeşitli fiziksel, sosyal ve psikolojik semptomlarla baş etmek zorunda kalır. Bu semptomlar çoğu zaman aynı anda ve aynı zamanda ortaya çıkar ve bunlara kanser hastalarında semptom kümeleri olarak tanımlanır (4). Bu semptom kümeleri sadece hastanın değil, tüm ailesinin ve yakınlarının da yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, tedavi uyumunu bozabilmektedir. Bu nedenle semptomların takibi ve erken palyasyonu önemlidir. Sonuçta palyatif bakım felsefesi olarak; interdisipliner yani, birden fazla bölümün birlikte çalışmasını gerektiren bir yaklaşım olup; odağında, hasta, ailesi ve toplumu içerir. Hastanın bireysel ihtiyaçlarını sağlayarak, hasta her nerde tedavi ediliyorsa evde, hastanede veya herhangi bir bakım evinde bir anlamda en temel bakımı sunar. Yaşamı ve ölümü doğal bir süreç olarak algılar, ölümü çabuklaştırmaya veya geciktirmeye çalışmaz. Ölüm anına dek mümkün olan en iyi yaşam kalitesinin sağlanması için uğraşır. Palyatif bakım yaşam sonu dönem ile de sınırlı değildir, ölüm sonrası yas sürecinde de hasta yakınlarına destek vermeye devam eder.

Palyatif bakımın kanser hastalarında erken dönemde entegrasyonunun yaşam kalitesini ve sağkalımı artırdığı ve külfetli agresif tedavi ihtiyacını azalttığı literatürde kanıtlanmıştır ve bu konuda çalışmalar devam etmektedir (5). Palyatif bakım yaşam kalitesi açısından tanı anından itibaren verilmesi gereken temel bir bakım olmakla beraber, terminal dönem kanser hastaları için yaşamın son günlerinde çok daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Son dönem / terminal dönem hasta bakımı hospis bakımı ile çoğu zaman bir tutulmakta ve ilerleyen veya tedavi edilemeyen bir hastalığı olan bireyin ölene kadar mümkün olduğunca iyi yaşamasını sağlamak, ölüm sürecinin kalitesini artırmak ve özellikle ölüm sırasında en iyi bakımı vermeyi hedefler. Kanser hastaları da palyatif bakımın en zor kısmıdır.

Sonuç olarak; palyatif bakım başta kanser olmak üzere kronik ve ölümcül hastalıkları olan ve bu hastalıklar ile tedavileri sonucunda gelişen problemlerle karşı karşıya kalan hasta ve ailelerinin temel bakımını üstlenen bir alandır. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de artan kanser ve kronik hastalıklar nedeni ile palyatif bakım, mutlaka önem verilmesi gereken hem sağlık sistemi hem de çalışanları ile sistematik olarak organize olması gereken önemli bir alandır.

KAYNAKLAR:

1. Kanser İstatistikleri URL: www.kanser.gov.tr Erişim tarihi: 23.12.2014
2. Cancer Facts & Figures (2014). Atlanta, GA: American Cancer Society; 2014. URL: http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/webcontent/acspc-042151.pdf. Erişim tarihi: 23.12.2014
3. European Association for Palliative Care Praque Charter URL: www.eapcnet.eu/themes/Policy/PraqueCharter.aspx Erişim tarihi: 23.12.2014
4. Aktas A, Walsh D, Hu B (2014). Cancer Symptom Clusters: An Exploratory Analysis of Eight Statistical Techniques. J Pain Symptom Manage 2014 Apr 18. S0885-3924(14)00188-2. doi: 10.1016/j.jpainsymman. 2014.02.006. [Epub ahead of print]
5. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010 Aug 19;363(8):733-42. doi: 10.1056/NEJMoa1000678.

2.2. PALYATİF BAKIMDA YAŞAM KALİTESİ

Doç. Dr. Ahmet Alacacıoğlu[1,2], Yrd. Doç. Dr. Hüseyin CAN[2,3]

[1] İzmir Kaip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

[2] İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kanser Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisi

[3] İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı, hayatı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya gelen hasta ve hasta yakınlarının tıbbi, ruhsal ve psikososyal sorunlarını önleyerek veya azaltılmasını sağlayarak yaşam kalitesini arttıran bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır. Bu nedenle yaşam kalitesi palyatif bakımın temel unsurudur.

Yaşam kalitesi yeni bir fikir olmayıp; hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek için Antik Yunan'da sağlık bakım sisteminin ana hedeflerinden biri olmuştur. Yaygın olarak kullanılan bir terim olmasına rağmen kesin ve genel bir tanımlaması yoktur. Bu kavramın anlaşılması için iki genel yaklaşım kullanılmaktadır. İlki; "Her şeyi düşündüğünüzde yaşamınız nasıl?" sorusunu yanıtlayan genel bir kavram, ikincisi; semptom ve fonksiyonlar gibi sağlık ile ilişkili yönleri içeren sağlık durumunu değerlendiren bir kavramdır. Bu tanımlamalar birbirinden ayrı kavramlar olmayıp birbirini tamamlayıcı yaklaşımlardır (1).

Yaşam kalitesi, kişinin yaşamı ve işi, aile ve yakın akrabaları ile ilişkisi, kendi sağlığı, diğer yakın ilişkide bulunduğu insanların sağlığı, ekonomik durumu, konut, din, sosyal yaşam ve boş zaman aktivitelerine ilişkin tatmininin subjektif değerlendirmesini yansıtan çok yönlü bir kavramdır. Yaşam kalitesi bireylerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve yaşadıkları çevreden etkilenen karmaşık bir yapıya sahiptir (2). Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde yaygın yaklaşım subjektif değerlendirmedir. Subjektif değerlendirmede hastanın yaşam kalitesi; SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Nottingham Sağlık Profili gibi genel ölçekler ile değerlendirilmektedir. Ayrıca hastalığa özgü ölçekler (Diyabete Özgü Yaşam Kalitesi / Diabetes Quality Of Life: DQOL), Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği (QoLIE-89), Kanserli Hastalarda Yaşam Kalite Ölçeği de (European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC QlQ -C30) kullanılmaktadır (3). En yaygın kullanılan sağlık ilişkili yaşam kalitesi ölçeklerinin pek çoğu hastanın yaşamının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerini değerlendirmesi nedeniyle çok dar kapsamlı olduğu düşünülerek de eleştirilmektedir. Palyatif bakımın amaçları; kayıp, keder, maneviyat gibi durumlar ve bunlarla başa çıkma yanında sağlık ilişkili yaşam

kalitesini de içerir. Bunların yanında palyatif bakımda diğer amaçlar da, ölümden önceki yaşam kalitesinin düzeltilmesini, ailenin desteklenmesini ve semptomların kontrol edilmesini gerektirir.

Palyatif bakımda yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik yedi altın kural; iletişim, koordinasyon, semptom kontrolü, öğrenme aktiviteleri, bakım sürekliliğinin sağlanması, bakım veren desteği ve yaşam sonu bakımdır (4). Palyatif bakım; ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların giderilmesini sağlayarak, yaşamı desteklemekle birlikte, ölümün de doğal bir süreç olduğunu algılatarak, hasta bakımının psikososyal ve ruhani yönlerinin, fiziksel bakıma entegre edilmesini sağlayarak, hastaların son ana kadar aktif bir yaşam sürmelerini destekleyerek, hastalık sürecini olumlu olarak etkileyerek yaşam kalitesini arttırmayı hedefler (4).

KAYNAKLAR:

1. Kaasa S, Loge JH (2003). Quality of life in palliative care: principles and practice. Paliative Medicine 2003;17:11-20.
2. Köksal L, Şişman N (2013). Yaşam kalitesi ve iletişim. 4. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Konuşma Özetleri Kitabı 2013:154-5.
3. Mollaoğlu M (2013). İç hastalıkları hemşireliğinde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi. 4. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Konuşma Özetleri Kitabı 2013:183-7.
4. Sucaklı MH (2014). Palyatif bakım ve yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(3):109-13.

=3=

İLETİŞİM

VE

DANIŞMANLIK

Bölüm Editörü

Prof. Dr. M. Ayşın NOYAN

3.1. KEDER ve YAS SÜRECİ

Prof. Dr. M. Ayşın NOYAN [1], Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN [2]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon-Liyezon Bilim Dalı

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı

Keder (grief) her türden anlamlı kayıba karşı gösterilen nöro-psiko-biyolojik bir yanıttır. Belirtileri, hem evrensel, hem de son derece bireyseldir. Keder duygusu, kimi zaman şiddetlenen veya dayanılmaz hale gelen, süresi öngörülemeyen acı ve elem duygusu ile birlikte olabilir. Bireysel veya daha geniş toplulukları kapsayabilir. Yas / matem (mourning) ise; herhangi bir kayıpta (uzuv kaybı, işlev kaybı, geleceğe yönelik umutların, sağlığın kaybı, hastalık tanısı alma, iflas, boşanma, göç vb. gibi) gözlemlenen keder yaşantısıdır. Yeniden ruhsal denge kazanabilmek için yaşanması gerekir.

Keder ve yas birlikte **kayıpların karşılanma sürecini** oluştururlar. Yitime bağlı olarak ortaya çıkan keder duygusu evrensel olmasına karşın, yas tutma, kültürden kültüre ve / veya süreci yaşayan bireyin yaşam öyküsüne bağlı olarak aynı kültürde bireyden bireye farklılıklar gösterir. Bu çeşitliliğe rağmen tedavi pratiğinde önemli üç temel tutum **Empati, Dikkatlilik ve Saygı**dır (1).

Bu alanda tanımlanmış yas modelleri bulunmaktadır.

3.1.1. YAS MODELLERİ

Elisabeth Kübler-Ross'un Beş Basamaklı Yas Süreci

Bu basamaklar kanser tanısına yanıtta hastanın yaşadığı süreçler olarak da bilinir. Beş basamaktan oluşur bunlar; **inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul etme**dir. Model, kayıp yaşantısı ile başa çıkma yaşantısını açıklamaktadır. Bir kayıp süreci ile birlikte bu basamaklar bireyden bireye değişen biçimde birlikte veya iç içe geçmiş olarak yaşanır. Model kısmı inkar ve yas hazırlığını da içerir. Bireyin yas sürecini başarılı geçirdiğinden bahsedebilmek için sürecin sıralı ve her zaman ilerleyici olması, yitimin kabul edilmiş olması gerekir. Kabul aşamasında duygusal enerjinin kaybedilen nesneden geri çekilmesi (decathexis) veya tekrar nesneye yatırılması (recathexis) kavramlarını da içerir. Kübler-Ross tüm basamaklarda **umut** duygusunun bir belirti olarak hep devam ettiğini belirtmiştir (2, 3).

Bowlby ve Parkes'ın Dört Aşamalı Yas Süreci

Kübler-Ross'un beş basamaklı yas sürecini dört aşama olarak yeniden düzenlemişlerdir. Yazarlar Kübler-Ross'un beş basamağının daima doğrusal gitmediğini, hatırlanma nedeniyle basamakların geri dönüp tekrar tekrar yaşanabildiğini ve yıldönümü reaksiyonlarıyla tetiklenebildiğini gözlemlemişlerdir.

Modellerinin ilk aşaması **şok ve güvensizlik**tir. Kübler-Ross'un **inkar** terimi oluşturduğu çağrışımlar yüzünden tercih edilmemiştir. Bu aşama, insan organizmasının gerçeğe uyum yapabilmek için neye ihtiyacının olduğunu bildiğini ve beden, zihin ve ruhsal yapının stres verici her tür duruma uyumunu yavaş yavaş kendini koruyarak ve yeniden yapılandırarak yaptığını kabul eder. Gerçeklik kendi kendine, küçük parçalar halinde yeniden düzenlenir ve yavaş bir şekilde gerçekliğin **kendilik** içine girmesine izin verilir. Bu aşamada belirgin ancak uyuma yönelik bir geri çekilme, uyuşukluk, tepkisizlik gözlenir.

İkinci aşama **arayış ve istek** aşamasıdır. Bireyin stres verici gerçekliğin nedenini arama ve durumu geriye alma ve telafi etmeye yönelik istekleri ön plana çıkar. ("Bu olmuş olamaz", "neden ben", "niçin bu", "neden şimdi" gibi). Duygulanım öfkeli, korkulu, tedirgin ve gergindir.

Üçüncü aşama **dağınıklık ve ümitsizlik** aşaması olup, kayıpla tam olarak yüzleşilmiş ve kayıp kendilik içerisine alınmıştır. "Yaşamım bitti", "bundan sonrası umurumda değil" söylemleri bu aşamaya özgüdür. Bu aşamanın ruhsal tepkileri, depresyon, dağınıklık, hiçbir konuda hiçbir fikrin olmaması ve kayıtsızlıktır. Bu belirtiler bozukluk olarak değerlendirilmemeli ve yasın bu aşamasında normal olarak kabul edilmelidir.

Son aşama **yeniden yapılanma ve iyileşme**dir. Birey kaybını yeniden yapılandırır ve düzenler. Birey yaşantısında değişiklikler yapar ve bu değişiklikleri uygulamaya koyar. Kayıp artık kendilik ile ilişkilendirilmez. Birey yenilenmiş, daha genişlemiş ve büyümüş bir kimlik duygusu taşır. Yasını tutmuş birey, eskiye göre, daha sosyal ve enerjiktir, kaybını daha geniş açıdan görme / değerlendirme yeteneği kazanır.

Worden'ın Kayıp Yaşantısına Uyumda Dört Temel Görevi

Yas süreci kayıp yaşantısına uyum yapabilmek için gerekli dört temel iş / görevi içermektedir. Bireyin veya aile sisteminin yasını tamamlayıp, yeniden denge kurabilmesi için bu dört temel görevi yerine getirmiş olması gereklidir.

Bunlar;

1. Kayıpla ilgili gerçekliği kabul etme,
2. Kaybın acısını, üzüntüsünü yaşama,
3. Ölüm sonrası çevreye uyum sağlama,
4. Ölen kişinin üzerinden duygusal enerjiyi çekme ve bu enerjiyi başka bir ilişki üzerine yatırabilmek için araştırmaya girmedir.

Özellikle dördüncü. görevin en zor olduğu belirtilmiştir. Çözülmemiş yaslarda, yas tutan birey yeni bağlılıklar (attachment) kuramaz ve geçmiş bağlılık nesnesine tutunmayı sürdürür.

Bu dört temel gereklilik, birey kaybına uyum yapıp, yeniden dengesini oluşturana kadar tekrar tekrar devreye girerler. Özgün bir sıralama izlemezler, eş-zamanlı olabilirler, dalgalı bir seyir gösterebilirler. Eğer bu dördüncü temel görevden birisinde bir noktada durma olursa yas yaşantısı şiddetlenecek ve yas tutan kişi giderek kötüleşecek ve patolojik bir durum sergilemeye başlayacaktır .

Wolfelt'in Ölenin Yakınları İçin Eşlik Etme Yaklaşımı

Model her bireyin yas yaşantısının benzersiz (özgün) olduğunu, hiçbir şekilde öngörülebilir aşamalara sahip olmadığını ileri sürmektedir. Burada yas tutan kişi kendisine yardım edilen bir birey değil, bir öğretmen olarak kabul edilmekte ve yas tutan ile destekleyicisinin birlikte bir keşif yolculuğu yaptıkları kabul edilmektedir. Bu modelde yas tutan kişiye yasın tedavi edildiği bir hasta değil, yakınını kaybetmiş bir arkadaş gibi eşlik edilmektedir.

Modelin temel felsefesi **seversen, üzülürsün**dür. Bu modelde yas süreci, iyileşmesi gereken bir hastalık değil, sevgi alma ve verme yeterliliğinden oluşan yaşamın doğal bir parçası olarak, ortaya çıkan kayıplara bağlı acı yaşantısı olarak görülür. Herkesin kendi yas yolculuğu ile sürekli olarak değişime uğradığını, bireyin yas süreci aracılığıyla kendisiyle çalışmasından çok bireyin bu süreçle birlikte yürüyerek bu değişimi gerçekleştirmesi gerektiğini savunur.

Model, yas sürecine ilişkin dördü iyi bilinen, altı koşul tanımlamıştır. Bunlar Worden'in modelindeki gibi iş odaklıdan ziyade daha deneyimsel ve ilişkiler üzerine kuruludur:

1. Kaybın gerçekliğini içte yaşama, yas tutma aracılığıyla dışarıya ifade etmek
2. Kendine bakarken yasın acı ve üzüntüsüne katlanmak
3. Kaybedilen kişiyle olan ilişkiyi yaşayan bir varlık halinden bellekte bir anıya dönüştürebilmek

4. Ölen kişi olmadan yeni bir kendilik tasarımı geliştirmek, yeni roller almak, değişen kendinin olumlu yönlerini keşfetmek
5. Kayıp yaşantısı ile anlamlı bir bağlantı kurmak, duygusal yükler açısından gerçekten "bir öykü" olana kadar kayıp hakkında bir öykü anlatmak, bazılarına dersler öğretmek, farklı kapılar aralamak
6. İlerideki aylar ve yıllarda iyileşme gerçekleşirken kendisine güç sağlayacak dayanıklı bir destek sistemi ve anlayış geliştirmek. Bu dost ve arkadaşlar yas tutana eşlik edecekler ve kendini sevmesinde cesaretlendireceklerdir.

Neimeyer'ın Öykü Yapılandırmacı Yaklaşımı

İnsanların gerçekliği birlikte yapılandırdıkları, sürekli güncelleyerek şekillendirdikleri, kendi inançları doğrultusunda kendi yaşam öykülerini tekrar tekrar yazdıkları, kimlik, amaç ve aidiyet duygularının devamlı geliştiğinden yola çıkılarak yapılanmış bir modeldir. Neimeyer ölümden etkilenen altı ana gerçeklik olduğunu açıklamıştır.

Bunlar:

1. Bir kaybın ayrıntıları bireyin yaşamını nasıl sürdürmesi gerektiğine ilişkin tasarımlarına göre geçerli veya geçersiz olabilir ya da birbirine benzemez yaşam romanlarının yazılmasına neden olabilir. Her birey kendi gelişimsel inanç sistemi içerisinde kaybı yorumlamaya çalışır. Ancak devam edebilmek için gerçekliğe yeni bir anlam katmak ve romanı yeniden yazma zorunluluğu gerekebilir.
2. Yas insan doğasına özgü bir durum olup, hem evrensel hem de hiçbir bireyde birbirine benzemez. Bu nedenle, terapötik girişimlerin hasta odaklı olanlarına benzer şekilde, ölenin yakınları da aktif kontrol altında olmalıdır.
3. Yas tutma etkin ve emosyonel destek sağlayıcıdır ya da ölümle hiçe sayılan veya kesintiye uğrayan kişisel anlam dünyasını yeniden yapılandırır.
4. Yas tutma sırasında ortaya çıkan emosyonlar işlevsel ve yararlıdır. Yakınını kaybetmiş kişi yeniden yaşamının anlam, yön ve yorum şeklini eski haline getiren bir dünya yapılandırmalıdır. Duygusal ifadeler bu süreci öğrenmemizde önemlidir ve anormal durumlarmış gibi ortadan kaldırılmaya çalışılmamalıdır.
5. Yas tutmakta olan kişinin kimliğinin yeniden yapılanması sosyal bir süreçtir. Süreç bireysel olup, ailesel ve toplumsal normlarla düzenlenir.

6. Yas tutan bireyler travmatik bireylere benzer şekilde, yaşamlarının öykü anlatımlarına, devam eden muhteşem öykülerinin mantığına uygun bir onarımla kayıplarına uyum sağlarlar (1).

Volkan'ın Tamamlanmış Yas Süreci

Volkan'a göre **ölüm kayıpların en somut ve en acı** olanıdır. Ölüme karşı verilen tepkilerde farkında olmaksızın, geçmişte yarım kalmış, dayatılmış ya da aceleye gelmiş ayrılıkların bilinçaltımızdaki kalıntıları birlikte yaşanır.

Yas tutma, sadece ölüme karşı verilen bir yanıt değildir. Yas tutma herhangi bir yitim ya da değişikliğe verilen psikolojik yanıt ve iç dünya ile gerçeklik arasında uyum sağlayabilmek için yapılan uzlaşmalardır.

Yitim, aile yadigârı bir küpe olabileceği gibi; bir eş, bir sevgili, bir dost, bir umut, bir ülkü, bir vatan, hatta eski bir kendilik bile olabilir.

Yas olgusu üç önemli bileşeni içermektedir. Birincisi, her yitimin kişiyi kaçınılmaz bir keder içine sürüklemesi; ikincisi, her yitimin tüm geçmiş yitimleri yeniden canlandırması; üçüncüsü ise; eğer yitimin yası tam olarak tutulabilirse, yitimin, kişi için bir büyüme ve yenilenme aracı olabilmesidir.

Başarılı yas tutma için, yitirilen ilişkinin kişi için ne anlama geldiğinin değerlendirebilmek üzere ilişkinin yeniden gözden geçirilmesi ve yitimin geleceği olmayan bir anıya dönüştürülebilmesi gerekir. Bunlar için öncelikle ölümün kabul edilmesi şarttır. İkinci evrede ise; ölümün gerçekliği kabul edildikten sonra yitirilen birey ya da eşya ile olan ilişki artık kişiyi uğraştırmayacak bir anıya dönüştürebilmelidir. Bu dönemde panik, terk edilme ve çaresizlik duyguları ortaya çıkabilir.

Volkan'a göre, her birey kendine özgü, farklı hız ve yoğunlukta yas tutar. Komplike olmamış yasın gidişatı bir yıldan iki yıla kadar sürmektedir. Yas işini yapabilme yetisi bireyin gelişimsel öyküsüne bağlıdır. Doğduğumuz andan itibaren bir şeyleri geride bırakarak büyürüz. Bebek sütünü bardaktan içebilmek için annesinin memesini bırakmayı kabullenir. Yürümeye başladığında ise kucakta taşınmanın güvenliğini kaybeder. Tüm bu gelişimsel geçişler güvenli bir ortamda gerçekleşmiş ise çocuk iyi gelişir ve yas tutmak için sağlıklı psikolojik modele sahip bir

yetişkin olma olasılığı artar. Dolayısıyla sağlıklı ayrılıklar da birbirinin üzerine inşa edilir. Eğer, ayrılıklar sağlıklı gerçekleşmemiş ise, yas işi daha yavaş seyreder.

3.1.2. SONUÇ ve ÖNERİLER

Yaşamın sonuna gelmiş hastalar, hasta yakınları, bu bireylerle çalışan sağlık profesyonelleri için, uygulanacak yaklaşımlar, konuşma ve iletişim tarzları (Ne zaman, nasıl, nerede konuşulacak? Konuşmayı kim başlatacak? Konuşma ne kadar ayrıntı içerecek ? gibi) uygulanacak tedaviler neler olacağını içeren konularda iyi ölüm ve onurlu ölüm kavramları göz önüne alınarak ulusal bir kılavuzun ve eğitim programının olması gerekmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Jackson VA, Sullivan AM, Gadmer NM et al (2005). "It was haunting. . . Physicians' descriptions of emotionally powerful patients deaths. AcademicMed 2005;80(7):648-656.
2. Peter A, Singer PA, Martin DK, Kelner M (1999). Quality end-of-life care: patients' perspectives. JAMA 1999;281(2):163-168.
3. Smith R (2000). A good death: An important aim for health services and for us all. (editorial) BMJ 2000;320:129-130.

3.2. İYİ ÖLÜM VE ONURLU ÖLÜM KAVRAMLARI

Prof. Dr. M. Ayşın NOYAN[1], Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN [2]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon-Liyezon Bilim Dalı

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı

"Ölüm kayıpların en somut ve en acı olanıdır. Ölüme karşı verdiğimiz tepkilerimizde farkında olmaksızın, geçmişimizdeki yarım kalmış, dayatılmış ya da aceleye gelmiş ayrılıklarımızın bilinçaltımızdaki kalıntılarını da bir arada yaşarız. Yas tutma, sadece ölüme karşı verilen bir yanıt değildir. Yas tutma herhangi bir yitim ya da değişikliğe verdiğimiz psikolojik yanıt ve iç dünyamız ile gerçeklik arasında uyum sağlayabilmemiz için yaptığımız uzlaşmalardır."

Vamık Volkan (1)

Ölüm, yaşamın sonlanmasından daha fazla bir durumdur. Ölen kişi için yaşamının sonu gibi görünse de, etkileri yaşamaya devam eder. Bu etkiler, ölümün nasıl, ne şekilde, nerede, ne kadar sürede gerçekleştiği, beden bütünlüğünü etkileyip etkilemediği, ölüm zamanında ölen kişinin yakın çevresiyle ilişkilerine bağlı olarak sürece eşlik eden bireyleri etkileyebilir. Bazı ölümler etkilerini kuşaklar boyunca (kuşaklar boyunca iletilen yas gibi) gösterebilir.

Ölüm sürecinin yalnızca ölen kişiyi değil, daha geniş insan topluklarını da etkilemesi **'Tanatoloji'** denen bilim dalının gelişmesine yol açmıştır. Son 50 yılda önemli bir çalışma alanı olarak gelişen Tanatoloji, genel anlamda ölümün yol açtığı veya ölüme yol açan çeşitli durumların araştırılması, ölenin sevenleri tarafından yaşanılan keder ve benzeri tecrübelerin incelenmesi ve daha geniş bir şekilde ölüme karşı toplumun tavırlarının incelenip, tanımlanmasını da içerir.

Ölüm sürecindeki hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin araştırılmaya başlanması ile birlikte iyi ölüm, kötü ölüm, onurlu ölüm tanımlamaları yanı sıra ölmekte olan hastalara sağlanacak özel bakım ve hasta ve yakınlarına nasıl yaklaşımda bulunulması gerektiği konuları önem kazanmıştır.

3.2.1. İYİ ÖLÜM

İlk kez 1900'lü yılların ortalarında ve destek evi (hospice) literatürü içinde tanımlanmıştır. İlk tanımlamalarda, ölüme yakın hastaların bakış açısından, ölüm sürecinin çok uzamaması, süreçte ağrı, dispne gibi rahatsız edici belirtilerin etkin kontrolü, hastanın kontrol duygusunun son ana kadar korunması, ölüme hazırlık yapma, yaşamının nasıl sonlanacağı kararını verme yükünün hafifletilmesi, sevdiği insanlarla ilişkilerinin güçlendirilmesidir (2).

İyi ölümü kavramını standardize etmeye yönelik çalışmalar sonunda, 2000 yılında iyi ölümü tanımlayan 12 ilke yayınlanmıştır (3):

1. Ölümün yaklaştığını bilmesi ve kendisini neleri beklediğini anlaması
2. Olabileceklerle ilgili kontrolü elinde tutabilmesi
3. Son ana kadar onurun ve özel yaşamının gizliliğinin korunması
4. Ağrının hafifletilmesi ve diğer semptomlar üzerinde etkin kontrol sağlanması
5. Nerede öleceğini seçme ve kontrol etme hakkına sahip olma (ev veya başka bir yer)
6. Gerekli durumlarda bilgi ve herhangi bir uzmana ulaşma
7. Gerektiğinde herhangi bir manevi veya duygusal desteğe ulaşma
8. Yalnızca hastanede değil, herhangi bir yerde destek evi (hospice) bakımı alabilme
9. Sonu kimlerle paylaşacağını ve kimlerin olmasını istediğini kontrol etme
10. Uyulacağı garanti edilen yaşam sonu talimatlarını bildirme
11. Hoşça kal diyebilme zamanına sahip olma ve diğer zamanlamaları kontrol etme
12. Gitme zamanı geldiğinde gitme ve yaşamının gereksiz uzatılmaması

Tanımlanan 12 ilke, ölüme yakın hastalarda, sağlık çalışanlarının hangi konulara odaklanacağı, hasta ile hangi alanlarda çalışacağını ortaya koyması ve yaşam sonu hasta bakımının içeriğini ve sınırlarını da belirlemesi açısından bir kılavuz niteliğindedir.

İyi veya kötü ölüm tanımlamaları hastalar, hasta yakınları ve sağlık personeline göre farklılıklar göstermektedir. Örneğin, beklenmedik, şok edici ölümler (genç yaşta ölme gibi) ve / veya yaşamın zorla uzatılmaya çalışıldığı, ölen bireyin aşırı tedavi aldığı ölümler (hasta veya hasta yakınlarının yaklaşmakta olan ölümü kabul etmemesi gibi) hekimler tarafından kötü ölümler olarak değerlendirilmektedir (5). Kötü ölüm tanımlamasının literatüre katkısı, ölümün kaçınılmaz olduğu hastalarda ne tür bir tedavi uygulanacağının sorgulanmasıdır. Hekim bu süreçte iki farklı tedavi yaklaşımını seçmektedir. Bunlar: Yaşamının son günlerini yaşayan hastalarda iyi ölüm

kriterlerini ön planda tutarak hastaya onurlu bir ölüm süreci yaşatacak bir yaklaşım mı ? (hasta odaklı yaklaşım); yoksa yaşamı uzatmak için her tür invaziv tedavi girişimini uygulamaya yönelik bir yaklaşım mı? (tedavi odaklı yaklaşım). Bu farklı yaklaşımlar "onurlu ölüm" kavramının ortaya çıkmasına yol açmıştır (4-6).

3.2.2. ONURLU ÖLÜM

Onurlu ölüm, ölmekte olan hasta için iyi ölümü simgeleyen bir niteliktir. Onurlu ölüm dendiğinde hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının benzer anlayışa sahip oldukları gözlenir. Kavram; otonomi ve bağımsızlığın sürdürülmesi, rahatsız edici semptomların en aza indirgenmesi, saygı görme ve kendine saygıyı sürdürme, insan olma ve kendi olma, başkaları ile anlamlı ilişkilerini sürdürme, onurlu tedavi ve bakım alma, varoluşsal amaçlarına ve manevi doyuma ulaşma, özel yaşamın gizliliğine özen gösterme ve huzurlu ve güvenli ortam temalarını içermektedir (7). "İyi Ölüm"ü tanımlayan 12 ilkenin hastalar tarafından tanımlanmasına karşın; onurlu ölüm temalarının hem hastalar ve hasta yakınları ve doktorlar tarafından tanımlandıkları unutulmamalıdır.

1. **Otonomi ve bağımsızlık**

Otonomi, hastanın kendi eylemleri, kararları ve yaşam koşulları üzerinde bir kontrol duygusuna sahip olması demektir. Yalnızca işlevsel değil, aynı zamanda bilişsel ve kararsal bir girişimdir. Ölüm sürecinde, başkaları tersini düşünse bile hastanın ölmek istemesine saygı duyma ve izin vermeyi içerir. Çalışmalar bağımsızlık düzeyini sürdürme yeterliliği ve bağımsızlık duygularının hastanın fiziksel ve psikolojik bütünlüğünü sağlamaya hizmet ettiğini ve hastanın kendini onurlu hissetmesine yol açtığını göstermişlerdir (7-9).

2. **Rahatsız edici belirtilerin azaltılması, hafifletilmesi**

Belirtilerin şiddetinin azaltılması onurlu ölüm kavramı içerisinde yer almaktadır. Hastalık ilerledikçe fiziksel ve psikolojik stres artar ve fiziksel stres her zaman psikolojik belirti şiddetini arttırır (7,8).

3. **Saygı görme**

Bireyi son anına kadar saygı içerisinde tedavi etmek gerekir. Kişinin kimliği, düşünceleri değerleri; insan bedeni olarak fiziksel bedenine, gizliliğine, hem ölen kişinin hem de yakınlarının seçimleri, dilekleri ve ihtiyaçlarına saygı göstermeyi içerir (7-10).

4. İnsan olma, kendi olma

"İnsan olma", bir nesne veya hastalık olarak değil, hakları olan, saygın, değerli bir birey olarak görülmek ve tedavi almak anlamına gelir. "Kendi olmak" ise; ilerlemiş hastalığına ve ölüme son derece yakın olmasına karşın hastanın " kendi" olmasını sürdürebilmesi, kendini ifade edebilmesidir. Bu nedenle, hastanın son döneminde bakımının bireyselleştirilmesi, hastanın kendini ifade etmesine izin verilmesi ve saygı gösterilmesi hastanın onur duygusunu artırır (6-9).

5. Anlamlı ilişkiler içinde olma

Hastanın ailesi, sağlık personeli ve onur duygusuna etkisi olan diğer insanlarla ilişkisi onur duygusu ile yakından ilişkilidir. Anlamlı ilişkilere sahip olmak, işitilmek, anlaşılmak ve güven duymak, sevgi almak ve vermek, karar verme süreçlerine dahil edilmek, aile için sıkıntı kaynağı olmamak, sevilen insanların arasında ve onlarla birlikte olmak demektir. Aile ilişkilerinin son ana değin sürdürülmesine çok dikkat etmek gerekir (7,9). Ölen kişi son düşüncelerini ailesine, sevdiklerine iletebildiği koşullarda ölümün daha anlam kazandığı bildirilmektedir (10). Anlamlı ilişkilerin son ana kadar sürdürülmesine ölen kişinin yaşı, genel durumunun bozukluğu ve demans engel olmamalıdır.

6. Onurlu tedavi ve bakım alma

Gereksiz tanı ve tedavi içermeyen sınırlı invaziv girişimin yapılabildiği ölümdür. Hasta bakımının tedaviden daha önemli olduğunu vurgular. İçeriğinde empati, hastanın onuruna inanmak ve sahip çıkmak, hastanın değerlerine, seçimlerine ve ihtiyaçlarına duyarlı olmak vardır. Onurlu ölüm yeterli profesyonel bilgiye sahip işinde ehil, profesyonel rolünde güvenli, hasta ve ailesi tarafından güven duyulan sağlık personeli tarafından verilen bakımı tanımlar (6,7,9). Bakım ortamının düzeni, huzurlu olması da dikkat edilmesi gereken özelliklerdendir.

7. Varoluşsal amaçlara ve manevi doyuma ulaşma

Hasta ve hekimler tarafından tanımlanan temalardandır. Bireyin varoluşsal ve manevi (spritüel) değerleri ölümün kalitesini etkileyebilir. Hastalarda varoluşsal ve manevi değerler ya vardır ya da yoktur. Bu nedenle hiç kimseye zorla dayatılamaz, ancak paylaşılabilir. Kendi ruhsal ve manevi inanışları olan sağlık personelinin hastalarının manevi ihtiyaçlarını daha hızlı gördüğü, anladığı ve kabullendiği belirtilmektedir. Birçok görüş maneviyatı, hastanın umutlarının korunması, yaşamının ve ölümün anlamını bulması, hastanın savaşan bir ruha sahip olması olarak kabul eder (7,8,11).

Manevi (spritüel) kelimesi birçok anlam ve uygulamayı kapsar ve genellikle dini inanışlarla birlikte aynı bölüm içinde ele alınmaktadır. Kanser hastalarının çoğu güçlerinin kaynağı veya isyan olarak inançlarına teslim olur. Hekimlerinden bu konu ile ilgili bir soru veya öneri beklemedikleri, ancak inançlarıyla ilgili yargı, küçümsenme veya değerlendirilmeyi de istemedikleri ve bu alanda desteklenme ve iyi hissetme bekledikleri unutulmamalıdır (10,11).

Bu temanın dini inanışlara göre farklılık gösterebileceği unutulmamalıdır. Zira islam dininde spritüelite batı spritüelitesinden farklıdır. İslam anlayışında dini inanış ve eylem olmadan spritüelite olmaz. Bu farklılık farklı dini anlayışa sahip hastalarda iyi, onurlu ölüm ilkelerinde farklılık olabileceğini akla getirmiştir. Farklı ülkelerden müslüman hasta ve sağlık personellerinde iyi ölüm ilkelerinin algılanmasını araştıran bir araştırmada katılımcılar genel olarak 11 ilke üzerinde anlaşmalarına karşın, ağrının ve diğer semptomların azaltılması ilkesi üzerinde uzlaşılamamıştır. Bunun nedeni bir kişi ağrı-acı çeker ve buna sabır gösterirse Allah tarafından daha çok ödüllendirileceği inancı olarak bulunmuştur. Onurun korunması, özel hayatın gizliliği, spritüel ve emosyonel destek, bakımevi koşullarına ulaşabilme-alabilme, yaşam sonu talimatlarını bildirebilme ve hoşçakal diyebilme ilkeleri üzerinde en çok uzlaşılan ilkeler olarak bulunmuştur. Katılımcılar iyi ölümle ilgili 3 yeni bileşen tanımlamışlardır. Bunlar iman ve inanç, bireyin arkadaşları ve ailesinin gözündeki imajı, kendilik değeri ile ölüm sonrası ailelerinin güvenliği ile ilgili hoşnutluktur (12).

8. Özel hayatın gizliliğinin korunması

Hasta ve sağlık personeli tarafından önemli bulunan bir temadır. En önemli konular; hastanın bedeninin mahremiyeti, kişisel sınırlarını koruma ihtiyacı ve kendisine ait bireysel bilgilerin gizli tutulmasıdır. Günlük yaşamı için başkasının bakımına ihtiyacı olan hastalarda kişisel alanı devam ettirmek ve mahremiyeti koruyabilmek gizliliği sürdürebilmek oldukça zordur. Böyle olgularda kişinin destek veya bakımı sırasında, sahip olduğu bireysel ortamının korunamaması nedeniyle etkilenebilen onurunun devam ettirilmesinin önemini işaret etmek için "gizlilik sınırı" terimi kullanılmıştır (8).

9. Güvenli ve huzurlu ortam

Yalnızca sağlık personelleri tarafından belirtilen bir temadır. Güvenilir ortam hastanın yalnız başına ölmeyeceği, son ana kadar kendisine eşlik edileceği güveninin sağlandığı huzurlu, sakin ve özel bir ortamı içerir (10).

10. Diğer Faktörler

Birçok faktör ölmekte olan hastanın onur duygusunu etkiler. Bunlar: hasta ile kurulan iletişim, demografik faktörler, hastalıkla ilişkili faktörler, tedaviye ilişkili faktörlerdir.

a. İletişim

Dürüst ve açık sözlü iletişim, hastaya istediği bilgileri sağlama ve istediği kadar açıklama yapma, değerli olduğu duygusunu ve kontrolün hastanın kendisinde olduğu duygularını oluşturma hastanın onur duygusunu arttıran girişimlerdir. Etkin iletişim iyi ve anlamlı kişiler arası ilişki ile sağlanır. İyi ilişkiler kurmada kullanılan teknikler burada kullanılmalıdır.

b. Ölüm hakkında konuşmak

Gerçekte ölümcül bir hastalık tanısı almak prognoz ve yaşamın nasıl sonlanacağı konularında konuşma olasılığını azaltmaktadır. Ölüm hakkında konuşma ile ilgili herkese uyan bir kalıp yoktur. Konunun içeriği kişiye özgü ve biricik olmalıdır. En önemli engel, yetersiz iletişimdir. Araştırmalar ölüm hakkında konuşma isteği dile getiren veya yaşam sonu planlarını tartışmak isteyen bireylerin özellikle genel durumlarının kötü olduğu bahanesi ile, bu konudan belirgin biçimde kaçınan aile üyeleri veya sağlık personeli tarafından sıklıkla susturulduğunu veya reddedildiklerini ortaya koymuştur (13). Yaşam sonundaki hasta ve yakınları ile yaşamın sonu ve sürecin nasıl gitmesi gerektiği konularında iletişimi başlatmak çok önemlidir ve “zor görüşme” olarak görülür. Oysa bu sürecin başlamasının amacı; son dönemdeki konforu desteklemek, hasta ve hasta yakınlarına bakım sağlayarak sıkıntı ve acılarını azaltmaktır. Amaçlara ulaşabilmek için açık iletişimi sonuna kadar sürdürmek, gereksiz tedavi ve girişimleri azaltmak, yaşam sonu bakımı ve seçimleri için gerçekçi seçenekler sunmak gerekmektedir.

Hemşirelere göre, yaşam sonundaki en önemli bariyer iletişim eksikliğidir. Diğerleri ailenin ölümü inkarı, gerçekçi olmayan beklentiler; hastanın ölümü inkarı, ailenin katılımın olmayışı, tanı ve prognozdaki belirsizliktir.

Ağrı kontrolü, iletişim, şefkatli-sevecen bakım, hasta ve hasta yakınları ile konuşmanın zamanlaması ve sıklığı yaşam sonu yaşam kalitesini sürdürmedeki önemli noktalardır

3.3. KÖTÜ HABER VERME

Doç. Dr. Yüksel KÜÇÜKZEYBEK[1,2], Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Can[2,3]

[1] İzmir Katip Çelebi Üniversitesi (İKÇÜ) Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

[2] İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kanser Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisi

[3] İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

Kişinin gelecekle ilgili görüş ve düşüncelerini olumsuz yönde değiştirebilecek, geleceğe bakış açısını değiştirebilecek her bilgi kötü haber olarak tanımlanabilir (1). Ümit etme duygusunun olmadığı ya da bireyin fiziksel ve ruhsal iyilik haline tehdit oluşturan, yerleşik yaşam biçimini altüst etme riski olan ya da bireyin yaşamındaki seçimlerini azaltma anlamı taşıyan mesaj olarak da tanımlanmıştır (2). Kötü haber verme ile ilgili başlıca bileşenleri sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları oluşturmaktadır.

Kötü haber verme zor ancak sağlık çalışanları için ve özellikle de ülkemizde hekimler için temel bir sorumluluktur. Sağlık personelinin ne zaman kötü haber vermek zorunda kalacağı belli değildir. Sağlık çalışanının istediğinde seçebileceği bir durum değildir. Fakat çoğunlukla yoğun bakım, acil servis, onkoloji, palyatif bakım ve destek kliniklerinde hekimler kötü haber vermek zorunda kalmaktadır (3-5). Uzmanlık ve iletişim becerisi gerektirmektedir. Son dönemde tıp fakültelerinde eğitim programına girmeye başlamıştır. Fakat sağlık personeli konu ile ilgili eğitimleri almaması nedeniyle kötü haber verme konusunda kendini yeterli hissetmemektedir.

Sağlık personeli hasta ve yakınının göstereceği duygusal tepkilerden çekinebilir. Hasta ve ailesi tarafından suçlanma korkusu yaşayabilir. Sorulara yanıt verememe korkusu yaşayabilir. Bu nedenle kötü haber verme temel ancak zor bir görevdir (1).

Ülkemizde kötü haber verme ile ilgili zorluklardan birisi de hasta yakınlarının hastanın durumu bilmesini istememesidir. Hasta yakınlarına hastanın durumu ile ilgili bilgi verilmesi gerekliliği anlatılmalı, bu durumun hasta ve yakınları arasında karşılıklı oynanan bir tiyatroya dönmesi engellenmelidir.

Kötü haberi hasta ile ilgili tüm bilgilere sahip, hastayı en iyi tanıyan kıdemli hekimin vermesi uygundur. Ekibin diğer üyelerinin de hasta ve yakınları tarafından gelen soruları aynı şekilde cevaplayabilmesi için, hasta veya yakınına verilen bilgileri sağlık ekibinin diğer üyeleriyle de paylaşmak gerekmektedir. Fakat uygulamada bu koşul her zaman sağlanamayabilmektedir. Bu

duruma örnek olarak; nöbet şartlarında genç hekimlerin kötü haber vermek durumunda kalması gösterilebilir (6).

Hastaya tanısı belli olduğunda, hastalığı ile ilgili gelişme olduğunda ve hastanın hazır olduğunu düşündüğümüzde zaman geçirmeden bilgi verilmesi gerekmektedir. Kötü haber bireyin gereksinimlerine uygun şekilde verilmelidir. Hastanın yaşı, cinsiyeti, sosyokültürel durumu göz önünde bulundurulmalıdır (1).

Rabow ve McPhee tarafından kötü haber verme ile ilgili bir model ortaya konulmuştur. Bu modele göre kötü haber verme beş basamaktan oluşmaktadır. Önceden hazırlık aşaması, terapötik ilişki ve terapötik çevre oluşturma, iyi iletişim kurma, hasta ve ailesinin reaksiyonlarının üstesinden gelme, duygulanımların cesaretlendirilmesi ve onaylanması basamaklarını içermektedir (7). Hastanın mevcut bütün bilgileri gözden geçirilmiş olmalı, zihinsel olarak hazırlık yapılmalı, gerektiğinde hangi ifadelerin kullanılacağının provası yapılmalı, kesinti olmayacak yer olmalı, iletişim cihazları kapalı olmalıdır. Hasta yakınları ve diğer sağlık personeli ortamda bulunmalıdır. Ortamda bulunanlara bilgiyi verecek sağlık personel kendisini ve varsa diğer sağlık personelini tanıtmalıdır. Hasta yakınlarının yakınlık derecesi öğrenilmelidir. Hastanın neyi bilmek istediği görüşme sırasında tespit edilmeye çalışılmalıdır. Uygun olursa hasta ile temas edilmelidir. Konuşurken göz teması sağlanmalıdır. Hasta ve yakınlarının neyi bildikleri öğrenilmeye çalışılmalıdır. Tıbbi terminoloji kullanmaktan kaçınmak gerekmektedir. Net ifadeler kullanılmalı, dolaylı cümlelerden kaçınmak gerekmektedir. Hasta ve yakının soru sormasına izin verilmeli, kesintiye uğramaması için zamanın buna göre ayarlanması gerekmektedir. Görüşme sırasında hastanın kötü haberi nasıl algıladığı belirlenmelidir. Söylenenlerin doğru anlaşılıp anlaşılmadığı aralıklı olarak kontrol edilmelidir. Hasta ihtiyaç duyduğunda başvurabileceği kaynaklar belirtilmelidir. Hasta ve yakınlarına kötü haber iletildikten sonra yaşanacak duygusal durum nedeniyle anlatılanların çoğunluğu hasta ve yakını tarafından anlaşılamayabilir. Bu nedenle her görüşmede özet yapılmalı ve bir sonraki görüşme planı anlatılmalıdır. Empati yapılmalı, hastanın beklentilerini anlamaya çalışmalı ve beklentileri doğrultusunda gerçekçi ümitler verilmelidir.

Kötü haber verme ile ilgili bir diğer model de altı basamaktan oluşmaktadır. Fizik ortamın düzenlenmesi ve görüşmeyi başlatma, hastanın neyi, ne kadar bildiğinin öğrenilmesi, hastanın ne kadar bilmek istediğinin öğrenilmesi, bilginin paylaşılması ve öğretilmesi, hastanın duygularına yanıt verme, planı belirleme ve sonraki görüşmeyi planlama basamaklarını içermektedir (8). Hasta ve ailesi uygun bir ortamda bulunmalı hasta ile bilgiyi verecek olan sağlık personeli aynı düzeyde olmalıdır. Hastaya yanında kimlerin olmasını istediği sorulmalıdır. Sonrasında hastanın durum

hakkında ne kadar bilgisi olduğu anlaşılmaya çalışılmalıdır. Hastalığın hastanın gelecekle ilgili planlarını ne kadar etkileyeceğini bildiği anlaşılmaya çalışılmalıdır. Görüşmedeki en önemli bölümlerden birisini de hastanın neyi ne kadar bilmek istediğinin öğrenilmeye çalışılmasıdır. Bundan sonraki aşamada hastalık hakkında, tedavi biçimi hakkında, karşılaşılabilecek sorunlar ve baş etme yolları hakkında bilgi verilmesi gerekmektedir. Hastanın duygularını anlatmasına izin vermek, duygularını yaşamasına izin vermek gerekmektedir. Görüşmenin son bölümünde ise bundan sonra yapılacak olanlar anlatılmalı ve bir sonraki görüşme planı yapılmalıdır.

Girgis ve arkadaşları kötü haber vermenin özelliklerini şu şekilde tanımlamıştır (6):

1. Kötü haber sakin ve özel ortamda verilmelidir,
2. Yeterli zaman ayrılmalıdır,
3. Hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığı değerlendirilmelidir,
4. Dürüst ve yakın bilgi verilmelidir,
5. Hastanın duygularını ifade etmesine fırsat verilmelidir,
6. Kesin bir zaman limiti verilmemelidir,
7. Yeni görüşme için plan yapılmalıdır,
8. Tedavi ile ilgili bilgi verilmelidir,
9. Verilen bilgi kayıt altına alınmalıdır.

Kötü haber vermede hangi model kullanılırsa kullanılsın, hastaya ve aileye söylenenlerin, hastanın durumu ile ilgili kimlerin bilgi almasına izin verdiğinin kaydedilmesi sağlık ekibi içindeki tutarlılığı sağlayacaktır. Sonuç olarak kötü haber verme sağlık personeli için temel ve zor bir görevdir.

KAYNAKLAR:

1. Güner P (2006). Kötü Haber Verme. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2006;3(2):6-9.
2. Ptacek JT, Eberhardt TL (1996). Breaking bad news. A review of the literature. JAMA. 1996;276(6):496-502.
3. Mueller PS (2002). Breaking bad news to the patients: The SPIKES approach can make his difficult task easier. Postgrad Med. 2002;112:15-16.
4. VandeKieft GK (2001). Breaking bad news. Am Fam Physician. 2001;64:1975-1978.
5. Ptacek JT, Ptacek JJ, Ellison NM (2001). I'm sorry to tell you… physicians' reports of breaking bad news. J Behav Med. 2001;24,205-217.
6. Girgis A, Sanson-Fisher RW (1998). Breaking bad news 1: Current best advice for clinicians. Behav Me, 24, 53-60.
7. Rabow MW, McPhee SJ (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. West J Med. 1999;171:260-263.
8. Oflaz F (2007). Sağlık çalışanları için kötü, üzücü ya da zor haberleri iletme tekniği. Anatolian Journal of Psychiatry. 2007;8:62-69

3.4. PSİKODRAMA ARACILIĞI İLE PALYATİF BAKIM HASTALARINA SAĞLIK HİZMETİ VERENLERİN DURUMA YÖNELİK ANLAYIŞLARININ ARTTIRILMASI

Uzm. Dr. Ahmet Yiğit AKTENER[1]

[1] Umut Psikodrama Enstitüsü - İzmir

Psikodramatik anlayış ve yaklaşım gündelik hayattan daha farklı, daha kapsamlı bir DURUM kavramını gerektirmektedir. Burada "Durum"dan kast edilen kişinin o an içinde bulunduğu tüm ilişkiler ile bu ilişkiler içindeki etkileşimlerdir. Bu, insanın sosyal bir canlı olduğunu vurgular. Aynı zamanda kişide ortaya çıkan duyguların da yine sosyal bağlamda algılanmasının daha doğru bilgi verici olduğunu ifade eder.

Palyatif hasta bakımı açısından "Durum"un öğeleri nelerdir?

- Hasta
- Hastalık
- Hasta Yakını
- Bakım Verici / Vericiler
- Bakım Verilen Ortam

Bakım vericileri odak noktamız olarak alarak, Sosyometrik Psikodramatik Grup Psikoterapisi yani kısa adı ile Psikodrama ile nasıl çalışılabileceğini örnekleyelim;

Mehmet Bey; evde sağlık hizmetlerinde çalışan bir doktor. Sorumlu olduğu hasta grubu arasında 4 palyatif bakım gereksinimi olan kişi mevcut. Tüm hastaları ile ilgilenirken eşit özeni göstermeye dikkat eden Mehmet Bey, hastalarından birinin ev ziyaretine gittiğinde çok zorlandığını ifade eder. Son evre akciğer kanseri olan bu hasta gibi birçok kişi görmüş olmasına rağmen bu hastada zorlanmasına anlam verememektedir. Bu durumu ele almak istemektedir.

Psikodramada durum, tüm öğeleri ile sahneye taşınıp canlandırılır. Yönetici, hastanın evi ve içinde bulunduğu odasını sandalyeler kullanılarak sahnede görsel hale getirmesini ister. Mehmet Bey en çok zorlandığı anın, hastanın eşi yanında iken hasta ile karşılaştığı an olduğunu belirtir. Yönetici, bu durumun canlandırılması için gruptan hasta ve eşi için birer kişi seçmesini, sahneye yerleştirmesini ister. Hasta yatağında uzanmakta, eşi de hemen yanında iskemlede

oturmaktadır. Yönetici, Mehmet Bey'den *şimdi ve burada* durumu yeniden deneyimlemesini ister. Mehmet Bey odaya omuzları çökkün, başı önde olarak girerek hastaya selam verir.

Yönetici bu noktada Mehmet Bey'in hasta ile *rol değişimi* yapmasını ister. Mehmet Bey hastanın yerine geçer ve uzanır. Hasta rolündeki kişi ise Mehmet Bey'i canlandırmaktadır. Mehmet Bey'in girdiği tutumla odaya girer. Hasta rolünde bulunan Mehmet Bey doktorun kendine kötü bir haber vereceği endişesi uyandırdığını ifade eder. Yönetici biraz daha anlatmasını istediğinde hasta rolündeki Mehmet Bey, doktorun hep böyle geldiğini, bu nedenle endişe içinde beklediğini, ya kötü birşey duyacağını hissettiğini ve daha çok umutsuzluğa kapıldığını söyler.

Yönetici Mehmet Bey'e tekrar kendi rolüne geçmesini söyler. Hasta rolünde fark ettikleri ile farklı bir ilişki kurmayı denemesini ister. Mehmet Bey bu hasta özelinde kendi tutumunun hastada daha fazla çaresizliğe yol açtığını anlar. Bu nedenle ayaklarının geriye gittiğini ancak onunla karşılaştığında doktor ve bir insan olarak hastasının içinde bulunduğu durumu olumlu yönde de etkileyebileceğini söyler. Yönetici bunu denemesini ister.

Birkaç farklı deneme, hasta ve eşi ile *rol değişimleri sonucunda* Mehmet Bey, kendi içindeki çaresizlik duygusundan arınmış, dostça bir tutumla odaya girer. Hastasının rolüne geçerek bu tutumun hasta üzerinde nasıl bir etkiye yol açtığını *deneyimler*. *Rol değişim ile hastasına yönelik empati / anlayış geliştirmenin ilk adımı atılmıştır*.

Yönetici grupta benzer yaşantısı olanları sorar. Melis Hanım ve Bora Bey, çaresizlik hissi ile hasta ya da hasta yakınlarına yaklaştıklarında sessizlik veya tatminsizlik yaşadıklarını ancak bu çalışmada olduğu gibi çaresizlik duygusunun farkındalığı oluştuğunda net bir ilişki kurabildikleri paylaşımında bulunurlar.

Bir başka örnek;

Neşe Hanım, onkoloji servisinde çalışan bir hemşiredir. Servislerine çok sayıda palyasyon gereksinimi duyan hasta yattığını, kiminin tedavisi düzenlenip eve gönderildiğini ancak önemli bir bölümünün de serviste vefat ettiğini anlatır. Özellikle 45-50 yaş arası hastaların ölümünden çok etkilenmektedir.

Yönetici servisten bir odayı sahnede görselleştirmesini ister. Neşe üç yataklı bir oda yerleştirir. İlk iki yatakta yatan hastalarla yaptığı rol değişiminde onların rollerine kolaylıkla girebilirken üçüncü yatakta yatan 47 yaşındaki hastanın rolüne girdiğinde hiçbir şey söyleyememektedir. Yönetici *durumun tümüne dışarıdan bakabilmek* için Neşe Hanım'a kendi

için gruptan birini seçmesini söyler. Neşe Hanım, gruptan Ayşegül Hanım'ı seçer ve üçüncü hastanın karşısına yerleştirir. Yönetici Neşe Hanım'ı yanına alarak durumun tümüne biraz daha uzaktan bakmasını ister. Neşe Hanım kendisini hastanın karşısında donmuş gibi gördüğünü söyler. Yönetici Neşe Hanım'ı donduranın ne olduğunu sorar. Neşe Hanım titreyen bir sesle "korku" diye yanıt verir. Yönetici açıklamasını istediğinde Neşe Hanım, hastanın kendisine yakın yaşta olduğunu, bu nedenle kendisi için hastalık / ölüm korkusu yaşadığını, profesyonel olmasına rağmen böyle birşey hissetmekten dolayı utanç duyduğunu anlatır.

Yönetici bu noktada gruba dönerek paylaşım ister. Deniz ve Belen Hanım kendilerinin de çalıştıkları hastaların ölümlerinden sonra kendi ölümlereine dair korku duyduklarını belirtirler. Neşe Hanım'ın *utanç duygusu paylaşım aracılığıyla azalmıştır*. Tekrar kendi rolüne döndüğünde donukluğu azalmış, *kendisi ile diğer kişiyi ayırt eder* hale gelmiştir.

Yukarıda verilen iki örnek, psikodrama aracılığı ile palyatif bakım gereksinimi duyan hastaların sağlık çalışanları üzerinde uyandırdığı çaresizlik ve kendi ölümü ile yüzleşme gibi iki temel insani duyguyu anlatmaktadır.

Farkındalık düzleminde olmayan duygular nedeni ile ortaya çıkan uzaklık / tedirginlik;

- duygunun fark edilmesi,
- hasta üzerindeki etkinin rol değişimi ile deneyimlenmesi,
- durumun tümüne dışarıdan bakma denemeleri ile azalarak hasta-sağlık çalışanı ilişkisi yapıcı yönde geliştirilmiştir.

KAYNAKLAR:

1. Ziegler E (2014). Umut Psikodrama Enstitüsü Ders Notları
2. Moreno JL (1953). Who Shall Survive? Beacon House Inc. Beacon, N.Y.

= 4 =

SOSYAL DESTEK

VE

MEVZUAT

Bölüm Editörleri

Nadir MAŞALACI

Uzm. Özel Eğ. Öğrt. Arzum KANBER KUNTAY

4. SOSYAL DESTEK VE MEVZUAT

Nadir MAŞALACI[1]Uzm. Özel Eğ. Öğrt Arzum KANBER KUNTAY[2]

[1] Müdür Yardımcısı, Aile ve Sosyal Politikalar İzmir İl Müdürlüğü

[2] Uzm. Özel Eğitim Öğretmeni, Aile ve Sosyal Politikalar İzmir İl Müdürlüğü

4.1. GÜNÜMÜZDE ENGELLİLİK VE ENGELLİ HAKLARI

Günümüzde engellilik konusunun insan hakları ekseninde değerlendirilmesi, uluslararası düzeyde kabul gören temel bakış açısı durumundadır. Bu kapsamda gerek Birleşmiş Milletler gerekse Avrupa Birliği ve Avrupa Konseyi politikalarında son yıllarda artan bir önemle engellilik konusu insan hakları, ayrımcılıkla mücadele ve eşitlik kavramları ile birlikte anılmaya başlamıştır.

Bu doğrultuda uluslararası düzeyde ülkelerin engellilik politikalarını yönlendirecek hukuki bağlayıcılığı olan temel belge Birleşmiş Milletler (BM) tarafından 13 Aralık 2006 tarihinde kabul edilerek, 3 Mayıs 2007 tarihinde onaylayan devletler açısından yürürlüğe girmiş olan Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme'dir. Ülkemiz de Sözleşmeyi BM tarafından imzaya açıldığı tarih olan 30 Mart 2007'de imzalamış ve 28.10.2009 tarihi itibariyle onay sürecini tamamlayarak Sözleşmeye taraf olmuştur. Ülkemiz aynı zaman da Sözleşmeye Ek İhtiyari Protokolü de imzalamış bulunmaktadır Sözleşme, engellilerin tüm insan hak ve temel özgürlüklerinden tam ve eşit şekilde yararlanmasını teşvik etmek, korumak, sağlamak ve doğuştan sahip oldukları onura saygıyı güçlendirmeyi amaçlamaktadır.

Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme, birinci maddenin ikinci paragrafında '**engelli birey'**i şöyle tanımlamıştır**:**

"Engelli bireyler, çeşitli engellerle etkileşerek kişinin diğerleriyle eşit bir şekilde topluma tam ve etkili şekilde katılmasını engelleyen uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişileri de içermektedir."

Sözleşme, engellilik konusunu insan hakları üzerine inşa ederek engellileri insan hakları hukukunun öznesi olarak yeniden tanımlamaktadır. Bu tanımlamayı yaparken Sözleşme insan onuruna ve bireysel özerkliğe saygı, ayrımcılık yasağı ve eşitlik, katılım, farklılıklara saygı, fırsat eşitliği ile erişilebilirlik kavramlarını esas almaktadır.

Sözleşme, istihdam, adalet, eğitim hakkı, ulaşım ve sağlık hizmetlerine erişim de dâhil olmak üzere toplumsal yaşamın her alanında engellilerin karşı karşıya kaldığı ayrımcılığın ortadan kaldırılması gereğine işaret etmektedir. Kamusal alanların ve mekânların engelliler için erişilebilir olmasını, ayrıca, bilgi ve iletişim alt yapısının geliştirilmesini öngörmektedir.

Sözleşme, engelli bireyi korunma ihtiyacı olan bir birey olarak değil, hak ve özgürlüklere sahip bir birey olarak gördüğünden, Sözleşme'de koruma vurgusu yoktur. Zira Sözleşme'de güvence altına alınan hak ve özgürlüklerden tam ve eşit olarak yararlanan engelli bireyin, korunması ihtiyacı zaten söz konusu olmayacaktır.

Sözleşmenin ulusal uygulama ve denetim başlıklı 33/1. maddesi Sözleşmenin uygulanması, uygulanmasının teşviki ve izlenmesi konularında çalışmalar yürütmek üzere bir odak kurum belirlenmesi veya tesis edilmesini öngörmektedir. Bu kapsamda Sözleşmenin ülkemizde ilgili taraflarca uygulanmasının teşvik ve temin edilmesi ve uygulamanın izlenmesi konularında çalışmalar yapmakla sorumlu odak kurum Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'dür

Farklı kültürlerde engellilik kavramına atfedilen anlama ve farklı devletlerin mevzuatlarında benimsenen tanımlara göre değişmekle birlikte, dünya nüfusunun yaklaşık %15'inin, başka bir ifade ile bir milyarın üzerinde kişinin engelli olduğu tahmin edilmektedir. 2002 Türkiye Engelliler Araştırması'na göre nüfusumuzun %12,3'ü engellidir. Engelli kişilerin aileleriyle birlikte düşünüldüğünde, dünya nüfusunun yarısına yakın bir kısmının engellilikten etkilendiği görülmektedir.

4.1.1. SÖZLEŞME İLE GÜVENCE ALTINA ALINAN HAK VE ÖZGÜRLÜKLER

1. Yaşama Hakkı
2. Yasa Önünde Eşit Tanınma
3. Adalete Erişim Kişi Özgürlüğü ve Güvenliği
4. İşkence, İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele veya Cezaya Maruz Kalmama
5. Sömürü, Şiddet veya İstismara Maruz Kalmama
6. Kişisel Bütünlüğün Korunması
7. Seyahat Özgürlüğü ve Uyrukluk
8. Bağımsız Yaşayabilme ve Topluma Dahil Olma
9. Kişisel Hareketlilik

10. Düşünce ve İfade Özgürlüğü ile Bilgiye Erişim
11. Özel Hayata Saygı
12. Hane ve Aile Hayatına Saygı
13. Eğitim
14. Sağlık
15. Rehabilitasyon
16. Çalışma ve İstihdam
17. Yeterli Yaşam Standardı ve Sosyal Korunma
18. Siyasal ve Toplumsal Yaşama Katılım
19. Kültürel Yaşama, Dinlenme, Boş Zaman Aktiviteleri ve Spor Faaliyetlerine Katılım

4.1.2. ENGELLİLİĞE İLİŞKİN YAKLAŞIMLAR

Birleşmiş Milletler Özel Raportörü Leandro Despouy'un da belirttiği üzere, seçme hakkının kullanılmasından, konut hakkından yararlanmaya, sağlık hizmetlerinden eğitime, ulaşım, iletişim ve benzeri hizmetlerden yararlanmaya kadar, engelliler tüm hak ve özgürlüklerden yararlanma bakımından elverişsiz bir konumda bulunmaktadır. Yukarıda kısaca özetlenen bu durumun bugüne kadar devam etmesinin arka planında, engellilerin karşılaştıkları sorunların kaynağının, bizzat engellilerin kendi fiziksel, zihinsel, ruhsal, duyusal nitelikleri ile sağlık durumu olduğunu vurgulayan 'tıbbi yaklaşım'ın yakın zamanlara kadar hâkim olması bulunmaktadır. Kişilerin tedavi ve rehabilitasyonuna odaklanan bu yaklaşım, hukuku da etkisi altına aldığından, hukukun özgürleştirici, engelleri kaldırıcı ve fırsat eşitliği sağlayıcı bir rol üstlenmesi mümkün olamamıştır. Gerçekten, yakın zamanlara kadar engellilikle bağlantılı yasal düzenlemeler ve bunlar bağlamında sunulan kamu hizmetleri engelli bireyin bizzat kendisine, özellikle de muhtaç konumuna odaklanmıştır.

4.1.2.1. Tıbbi (Medikal) Yaklaşım

Tıp, sorunun kaynağını kişide gördüğünden, çözümü de kişide tanımlamaktadır. Sorunu çözebilmek için mümkünse engelli kişi 'tedavi' edilmeli, 'anormallikler' düzeltilmelidir. Burada, hasta hakları bakımından da önem kazanan bir kavram olan 'hasta rolü' devreye girmektedir. Hasta rolü, engellilere yüklenerek, engelliler çalışma ve eğitim dâhil olmak üzere tüm sosyal yükümlülüklerinden muaf tutulmaktadırlar. Tedavi ve rehabilitasyonun mümkün olmadığı hallerde, bu 'ebedi bir hastalık' olarak algılanmakta ve muafiyet yaşam boyu sürmektedir. Oysa;

bu muafiyetin bedeli bizzat engelli birey tarafından toplumsal hayatın dışında kalmak şeklinde ödenmektedir.

Yakın zamana kadar engellilere tıbbın merceğinden bakarak, sorunu özellikle engelli kişinin kendisinde tanımlanması, onların sadece tedavi ve rehabilitasyona, bunların sonuç vermediği hallerde de yardım ve korunmaya muhtaç kişiler olarak yaklaşması, engellilerin hak sahipleri olarak algılanmasına engel olmuştur. Oysa ki; tıbbın belirlediği oranlar, gerçek hayatla doğrudan bağlantı içinde değildir.

Örneğin; bir cilt hastalığı nedeniyle yüzü deforme olan bir çocuk, belki tıbben %25 oranında engelli olabilir; ancak önce eğitim, yetişkin olduktan sonra da çalışma hakkı bakımından sahip olacağı dezavantaj bundan kat kat fazladır. Bununla birlikte , %100 görme engelli olan bir birey, eğitim hakkından yararlanmış ve artık kendi eğitimine uygun bir işte, örneğin; avukat olarak çalışıyorsa, görme engelinden kaynaklanan dezavantajlar ihmal edilebilecek düzeydedir. Örneğin; bir trafik kazasında sağ elinin küçük parmağını kaybetmiş bir birey bakımından tıbbın yapacağı değerlendirmede tespit edilecek oran ile, bu kaybın kişinin hayatındaki etkisi arasında her zaman doğrudan bir bağlantı bulunmamaktadır. Parmağını kaybeden bireyin örneğin gazeteci olmasıyla piyanist olması arasındaki fark, tıp tarafından tespit edilemez.

Engellilik genellikle bir sağlık sorunu olarak görülmekle birlikte, çoğu engelli bireyin diğer bireylerden farklı sağlık sorunları yoktur. Nadiren kişinin engelli olarak nitelendirilmesine neden olan niteliği aynı zamanda bir sağlık sorunu olarak da nitelendirilebilir. Genel kanaat bunun aksi yönünde olduğundan, sağlık çalışanlarının engelli bireyler konusunda uzmanlıkları olduğu varsayılmaktadır. Oysa ki; farklı engel grupları bakımından söz konusu olabilecek hassasiyetler, sağlık çalışanlarınca bilinmeyebilir. Örneğin; jinekolojik muayene için muayene odasına alınan görme engelli bir kadın söz konusu olduğunda, odaya giren hekimin kendisini tanıtması ve kadına muayene amaçlı olarak dokunacağı her defasında bunu söylemesi gerekir. Böyle bir ortamda kadının odada bulunan kişinin kim olduğunu bilmemesi ve kendisine ne zaman dokunulacağını öngörememesi, sağlık hizmetinin niteliği bakımından kabul edilemezdir. Bu nedenle, sağlık çalışanları farklı nitelikleri olan engelli bireylere hizmet sunumunda dikkat edilmesi gereken hususlar ve izlenmesi gereken usuller konusunda bilgilendirilmiş olmalıdır.

Bu noktada, önemli bir ayrıma ve aslında engellilikten bahsederken neyin kastedildiğine bakmak uygun olacaktır. Bu ayrım, bireyin tıp bilimi tarafından tespit edilebilecek nitelikleri

(örn. körlük, sağırlık, şizofren olma, öğrenme güçlüğüne sahip olma gibi) ile bunların dışsal unsurlarla etkileşimi sonucunda ortaya çıkan dezavantajlı durumu ifade eden 'engellilik' arasındaki ayrımdır. Tanıma ilişkin sıkıntı, bu ayrımın yok sayılmasından kaynaklanmaktadır. Tıp bilimi, kişinin yürüyememesinin, görememesinin, duyamamasının, herkesle aynı şekilde ve hızla öğrenememesinin, şizofren olduğu için ayrımcılıkla karşılaşmasının, gerçek hayatta onu ne kadar engelli kıldığını tespit etmek bakımından yetkin değildir.

4.1.2.2. Toplumsal (Sosyal) Yaklaşım

Engelliliğe yaklaşımda tıbbi yaklaşım olarak adlandırılan yaklaşım, yerini sorunu toplumun algılarında, önyargılarında ve fiziksel çevrede tanımlayan toplumsal (sosyal) yaklaşıma bırakmıştır. Toplumsal yaklaşım, engelliliğin işlev ve yapı farklılıklarının doğal bir sonucu olmadığı, yani kişinin kendi niteliklerinden kaynaklanmadığı, önyargılı ve kalıplaşmış tutumlardan ve fiziksel çevre ile hizmetlerin yanlış şekilde inşa edilmiş ve tasarlanmış olmasından kaynaklandığı tezini ifade etmektedir. Toplumsal yaklaşım, bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyusal işlev ve yapı farklılıklarına, önyargı ve kalıplaşmış tutumlardan arınılarak saygı gösterilmesini talep etmekte, ancak bununla da yetinmeyerek, fiziksel çevrenin inşasında ve başta kamu hizmetleri olmak üzere, kamuya açık olarak sunulan tüm hizmetlerin tasarlanmasında bu farklılıkların gözetilmesini de bir zorunluluk olarak öngörmektedir. Tıbbi yaklaşımdan farklı olarak burada engelli bireyin farklılıklarının olumlu bir olgu olarak gözetilmesi söz konusudur.

Konuya yaklaşılması bakımından çığır açıcı nitelikteki bu yaklaşım, bugün gelinen noktaya ulaşılmasında önemli bir aşama sağlamışsa da soruna bütüncül bir çözüm önerme konusunda yetersiz kalmıştır. **Toplumsal yaklaşımı tıbbi yaklaşımdan ayıran asıl unsur, engelliliği kişiden hareketle değil, toplumun ve kamu kurum ve kuruluşlarının farklılıklara karşı hoşgörüsüzlüğü ve ilgisizliğinden hareketle tanımlamasıdır**. İlk bakışta oldukça cazip görünen bu yaklaşım uygulamada ortaya koyduğu talepler ve çözüm önerileri yönünden yetersiz olabilmektedir. Her şeyden önce toplumsal yaklaşım, toplumsal engellerin ortadan kalkması ile sorunun ortadan kalkacağını varsaymaktadır. Bu neden ile de, sorunun çözümünü toplumun hem tutumsal olarak hem de sosyal yapılanma bakımından yeniden inşası ile sınırlı tutmaktadır. Oysa engelli kişileri sınırlayan sadece toplum değil, bazı hallerde gerçekten kişinin farklılıklarıdır. Bu hallerde kişi, tedavi ve rehabilitasyona, başka bir ifade ile tıbbın müdahalesine ya da tekerlekli

sandalye, işitme veya solunum cihazı, beyaz baston veya kişisel asistan desteğine ve sosyal hizmetlere ihtiyaç duymaktadır.

4.1.2.3. İnsan Hakları Yaklaşımı

Engellilik konusunda insan hakları yaklaşımının benimsenmesi, öncelikle sorunun kaynağına ilişkin yeni bir anlayışı ifade etmektedir. Buna göre, sorun ne sadece kişinin kendisinden, ne de sadece olumsuz tutumlar ve fiziksel çevreden kaynaklanmaktadır. Sorun, engelli bireyin herkesle birlikte aynı hak ve özgürlüklere sahip olduğunun hukuka yansıtılamamış olmasından kaynaklanmaktadır. Bu yeni yaklaşım meseleyi hukukun alanına taşımış ve sorunun çözümünde ulusal mahkemeleri ve uluslararası hak arama mekanizmalarını devreye sokmuştur. Yani; toplumsal yaklaşımın önerdiği gibi tüm işverenlerin olumsuz tutumlarını zaman içerisinde değiştirmesini beklemeye gerek bulunmamaktadır. İnsan hakları yaklaşımı, meseleye daha bütüncül şekilde yaklaşmakta, insanın doğasında var olan potansiyelin, azamiye çıkabileceği koşulların yaratılmasını öngörmektedir. Bu yönüyle, sorun odaklı değil, çözüm odaklıdır: Engelli bireyin somut bir durumda neyi ve neden yapamayacağına ilişkin gerekçeler bulunmasına değil; engelli bireyin söz konusu somut durumda 'yapabilir' kılınması için ne tür tedbirlerin alınması gerektiğine odaklanır.

Bu çerçevede, belirtilmesi gereken bir husus, engellilerin başkalarının sahip olmadığı haklara sahip olmasının söz konusu olmadığıdır. O nedenle, 'engelli hakları' ifadesini her zaman 'insan hakları' olarak anlamak gerekmektedir. Burada farklı olan tek husus, engellilerin herkesin sahip olduğu hak ve özgürlüklerden yararlanmak için bazı tedbirlere ihtiyaç duymalarıdır.

4. 2. ENGELLİLERE SAĞLANAN SOSYAL DESTEKLER VE İLGİLİ MEVZUAT

4.2.1. ENGELLİ AYLIĞI NEDİR ? (2022 AYLIĞI)

Toplumda genellikle "engelli aylığı" olarak bilinen %40 ve üzeri engellilik oranı olan ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü tarafından 2022 sayılı "65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanunu"nun ilgili maddelerince bağlanan engellinin kendisine 3 ayda bir ödenen aylıktır. Bu aylığın iş ve işlemleri engellinin ikametinin bulunduğu Kaymakamlık bünyesinde yer alan İlçe Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarınca yürütülmektedir.

4.2.2. AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI TARAFINDAN ENGELLİ BİREYLERE VERİLEN HİZMET MODELLERİ

4.2.2.1. Evde Bakım Ücreti Hizmet Modeli

Her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamı esas alınmak suretiyle; kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olduğu birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az olan, engelli sağlık kurulu raporlarında engel oranı %50'nin üzeri ve **ağır engelli** bölümün de "EVET" ibaresi olup **sürekli bakıma muhtaç** olan engellilerin bakımını veren akraba veya vasiye her ay ödenen net asgari ücret tutarındaki ücrettir. Bu aylığın iş ve işlemleri Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri tarafından yürütülmektedir. İzmir'de başvuru birimleri İlçe Kaymakamlıkları tarafından görevlendirilen birimlerdir.

4.2.2.2. Kurum Bakımı Hizmet Modeli

Her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamı esas alınmak suretiyle; kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olduğu birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az olan, engelli sağlık kurulu raporlarında engel oranı %50'nin üzeri ve **ağır engelli** bölümün de "EVET" ibaresi olup **sürekli bakıma muhtaç** olan engellilerin resmi veya özel yatılı bakım merkezlerinde bakım altına alınmasıdır. Başvuruların Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüklerine yapılması gerekmektedir. İzmir ilinde 0 - 12 yaş engelli bireylere hizmet veren 1 resmi, 18 yaş üstü engelli bireylere hizmet veren 8 özel kurum bulunmaktadır.

4.2.2.3. Gündüzlü Bakım Hizmet Modeli

İzmir Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne bağlı Ayşe Sevinç Solmaz Bakım Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi tarafından zihinsel engelli çocuğu olan ailelerin yararlanabilmesi için gündüzlü bakım hizmeti verilmekte olup; Merkez, 6 - 16 yaş arasındaki sekiz çocuğa her gün saatlik, yarım günlük veya tam günlük haftada bir konaklama imkânı sağlamaktadır.

4.2.2.4. Engelli Kimlik Kartı

Engelli kimlik kartı, doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle meydana gelen bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini %40 veya daha yüksek bir oranda kaybeden ve Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan engelli bireylere verilmektedir. Engelli kimlik kartı Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri aracılığı ile düzenlenmektedir. İzmir'deki başvuru yerleri, Ayşe Sevinç Solmaz Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi Müdürlüğü, Karşıyaka Sevgi Evleri Çocuk Yuvası Müdürlüğü, Buca Sosyal Hizmet Merkezi, Karabağlar Sosyal Hizmet Merkezi, Bayraklı Cahide Ahmet Dalyanoğlu Sosyal Hizmet Merkezi Müdürlükleridir.

4.2.2.5. 183 ve144 Hatları

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İletişim Merkezi; vatandaşlarımızın talep, şikâyet ve önerilerine etkin, verimli ve kısa zamanda çözümüne katkı sağlamak amacıyla, Gaziantep ilinde hizmete açılmıştır. **Alo 183 hattından Aile, kadın, çocuk, engelli, yaşlı şehit yakınları ve gazilere yönelik hizmetler; Alo 144 hattından, sosyal yardımlar ve sosyal yardım projeleri hizmetleri yanıtlanmaktadır.** Merkezimize gelen çağrılar, vatandaş temsilcisi, mevzuat uzmanı, mesleki uzman, saha koordinasyon uzmanı ve illerde bulunan Acil Müdahale Ekiplerince yedi gün yirmi dört saat esasına göre faaliyetlerini sürdürmektedir.

4.2.2.6. Gören Göz Cihazı

15 yaş ve üzeri, Engelli Sağlık Kurulu Raporu'na göre görme engeline ilişkin tüm vücut fonksiyon kaybı oranı %70 ve üzerinde olan gören göz cihazını kullanmaya engel teşkil edecek işitme, zihinsel veya el ve parmaklarını kullanamayacak derecede ortopedik engeli bulunmayan, engellilere verilen, görme engellilerin gitmek istedikleri yere yürüyerek veya otobüs, metro gibi toplu taşıma araçlarını kullanarak sesli komutlar yardımıyla daha kolay ve hızlı bir şekilde

gidebilmesi amacıyla tasarlanan, donanım ve yazılımdan oluşan ve GPS alıcısına gelen koordinat bilgilerinin sayısal harita yardımıyla işlenmesiyle görme engelliyi sesle veya tuşla gitmek istediği adrese doğru yönlendirecek olan bir cihazdır. Cihazların satın alımı ve altyapısı Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı tarafından yapılmıştır. Cihaz başvuruları ve dağıtımı Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri tarafından yürütülmektedir.

4.2.2.7. Başbakanlık İletişim Merkezi (BİMER)

"Başbakanlık İletişim Merkezi" (BİMER), bilişim ve iletişim teknolojileri kullanılarak hayata geçirilen **bir halkla ilişkiler uygulamasıdır**. BİMER, Başbakanlık Bilgi İşlem Başkanlığınca yazılımı gerçekleştirilen bir program ile web sayfası üzerinden kullanılan bir sistem olup, vatandaş ile devlet arasındaki iletişim kanallarını açık tutarak, müracaatların her zaman ve her yerden yapılabilmesini mümkün kılmaktadır.

4.2.2.8. Sağlık Yardımı

Sosyal güvencesi olan engelli bireylerin tedavi, muayene, ilaç, tetkik ve ortez - protez ihtiyaçları bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşu tarafından katkı payı alınarak karşılanmaktadır.

Herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşunun güvencesi altında olmayan ve yeterli ödeme gücü bulunmayan engelli bireyler yeşil kart uygulamasından faydalanmaktadır. Bu kapsamda tedavi, muayene, ilaç, tetkik, diş tedavisi ve ortez - protez ihtiyaçları temin edilmektedir. Yeşil kart almak isteyenlerden ikametgâhları merkez ilçede olanlar Valilik bünyesinde yer alan İl Sosyal Yardımlaşma Vakıf Müdürlüğü'ne, diğer ilçelerde ise; Kaymakamlıklara bağlı ilçe Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıf Müdürlüklerine başvuru yapması gerekmektedir

4.3. VERGİ İNDİRİMİ VE ARAÇ ALIMLARI

4.3.1. KAMU SEKTÖRÜNDE VE ÖZEL SEKTÖRDE ÇALIŞAN ENGELLİLERİN GELİR VERGİSİ İNDİRİMİ

Engelli veya çalışan bireyin bakmakla yükümlü olduğu bireyler için gelir vergisi indirimi için illerde Defterdarlık Gelir Müdürlüğüne, bağımsız Vergi Dairesi bulunan ilçelerde Vergi Dairesi Müdürlüğüne, diğer ilçelerde Mal Müdürlüğüne bir dilekçe ile başvurmaları gerekmektedir.

4.3.2. GELİR VERGİSİ İNDİRİMİ

Engelli hizmet erbabı veya hizmet erbabının bakmakla yükümlü olduğu bireyler için gelir vergisi indirimi için bağımsız Vergi Dairesi bulunan ilçelerde Vergi Dairesi Müdürlüğüne, diğer ilçelerde Mal Müdürlüğüne bir dilekçe ile başvurmaları gerekmektedir.

4.3.3. ENGELLİNİN SAHİP OLDUĞU KONUTTA VERGİ MUAFİYETİ

200 metrekareden küçük tek konutu olan engelliler emlak vergisinden muaftır.

4.3.4. ARAÇ ALIMLARINDA ENGELLİLİĞE BAĞLI GELİR VERGİSİ İNDİRİMİ

Engel derecesinin %90 ve üzerinde olduğu, alınacak rapor ile belgelendirilmesi şartıyla, motor silindir hacmi (1.600 cm^3'ü aşanlar hariç) belirtilmiş olan araçlardan birisinin engelliler tarafından ÖTV ödemeden satın alınması veya ithal edilmesi imkân dâhilindedir.

4.4. FİZİKSEL ÇEVRE DÜZENLEMELERİ

Açık alanlarda (yol, otopark, park, yaya bölgesi, meydan ve kaldırımlarda) ve umumi yapılarda (okul, hastane, alışveriş merkezi, sinema, vb.) ulaşılabilirliğinin sağlanması için TSE standartlarına uygun düzenleme yapılması hükümleri yer almaktadır.

4.4.1. OTURULAN KONUTTA ENGELE UYGUN DÜZENLEMELER

Kat mülkiyeti yasasına tabi olan apartman, site vb. konutlarda yaşayan kişiler getirilen yasal düzenleme ile engeline uygun düzenleme yaptırma olanağına sahip olmuşlardır. Engellilerin yaşamı için zorunluluk göstermesi hâlinde, proje tadili kat maliklerinin en geç üç ay içinde

yapacağı toplantıda görüşülerek sayı ve arsa payı çoğunluğu ile karara bağlanır. Komisyonun teşkili, çalışma usulü ile engellerin kullanımından sonraki süreç ile ilgili usul ve esaslar, Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğünden, Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğünden ve Engelli Konfederasyonlarından alınacak birer üye ile bu konudaki düzenleme kararı ile verilmektedir. Bu konudaki müracaatlar Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne yapılabilmektedir.

4.5. SOSYAL YARDIMLAR

4.5.1. BAŞVURU ŞARTLARI VE YERLERİ

Muhtaç durumda olup, herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişiler; il ve ilçelerde bulunan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına ve Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüklerine başvuruda bulunarak ayni ve nakdi yardım talebinde bulunabilirler. Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüklerine yardım talebiyle müracaat eden veya yardıma ihtiyacı olduğu duyulan veya tespit edilen kişiler Sosyal Çalışmacılar tarafından bir ön görüşmeye tabi tutulmaktadır. Bu görüşme neticesinde, yardım talebinde bulunan kişilerin durumlarının ayni veya nakdi yardım yapılmasına ihtiyaç bulunduğu kanaatine varıldığı takdirde ilgili için dosya açılır ve gerekli incelemelere başlanmaktadır.

4.6. EĞİTİM

4.6.1. ENGELLİ BİREYİN EĞİTİM HAKLARI

Özel eğitim hizmetlerinden yararlanmak için engelli bireylerin özel eğitime ihtiyaç duyup duymadıkları, Rehberlik Araştırma Merkezleri'nde (RAM) oluşturulan özel Eğitim Değerlendirme Kurulu tarafından belirlenmektedir. Özel eğitim hizmetlerinden yararlanmak için ikamet edilen ilçede bulunan Rehberlik Araştırma Merkezlerine müracaat edilmesi gerekmektedir. Rehberlik ve Araştırma Merkezlerinin adres ve iletişim bilgilerine http://orgm.meb.gov.tr adresinden ulaşılabilmektedir. Özel eğitim desteği, sosyal güvencesi olsun olmasın özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde verilen destek eğitim hizmetinden yararlanması uygun görülen tüm engelli bireylerin özel eğitim giderlerinin her yıl Maliye Bakanlığı tarafından belirlenen kısmı Milli Eğitim Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır.

4.6.2. MESLEKİ REHABİLİTASYON VE İSTİHDAM

Meslek edindirme kurslarından yararlanmak isteyen özürlü bireylerin Türkiye İş Kurumu İl Müdürlüklerine, mesleki eğitim merkezlerine, halk eğitimi merkezlerine (http://cygm.meb.gov.tr) ve belediyelere başvurması gerekmektedir. Engelli bireyler genel istihdam yollarını kullanarak (Kamu Pesoneli Seçme Sınavı'na katılımı, Türkiye İş Kurumu'na kayıt yaptırarak, iş ilanlarını takip edip bireysel başvurularda bulunarak) iş başvuruları yapabilecekleri gibi, özel olarak engelliler için ayrılmış olan kontenjandan yararlanarak istihdam edilebilmektedirler.

4.7. İŞ, İSTİHDAM

4.7.1. ENGELLİ İSTİHDAM ETME ZORUNLULUĞU

Engelli kişilerin işçi olarak istihdamları Türkiye İş Kurumu tarafından yapılmakta olup; 50 ve daha fazla işçi çalışan kamu sektörü işyerleri %4, özel sektör işyerleri %3 oranında engelli işçi çalıştırmakla yükümlüdür. Engelli kişilerin devlet memuru olarak istihdamları Devlet Personel Başkanlığı koordinasyonunda ilgili kamu kurum ve kuruluşlarınca yapılmakta olup kamu kurum ve kuruluşları, toplam dolu kadro sayısının %3'ü oranında engelli memur istihdam etmekle yükümlüdür.

4.7.2. İŞE YERLEŞTİRİLME TALEPLERİNİ KARŞILAMA YETKİSİ OLAN KURUMLAR

Engelli kişilerin devlet memuru olarak istihdamları Devlet Personel Başkanlığı koordinasyonunda ilgili kamu kurum ve kuruluşlarınca, işçi olarak istihdamları ise Türkiye İş Kurumu tarafından yapılmaktadır. İşe alımlarda Engelli Kamu Personeli Seçme Sınavı (EKPSS) sonuçlarına göre tercih ve yerleştirme yapılmaktadır. Engelli vatandaşlardan ilkokul ve ilköğretim mezunu olanların da (EKPSS) sınavı kapsamında kura ile ataması yapılmaktadır.

4.7.3. İŞE GİRMEK VE ÇEŞİTLİ KURUMLARA ENGELLİ ELEMAN ALINIP ALINMAYACAĞINA İLİŞKİN BİLGİLERİ ÖĞRENMEK İÇİN HANGİ YOL İZLENMELİDİR ?

Engelli kadrosuna devlet memuru olarak atanmak için öncelikle yapılacak olan merkezi sınava girmek gerekmektedir. Devlet memurluğuna ilişkin sınav duyurusu Devlet Personel

Başkanlığınca yapılmakta olup Resmi Gazete ve ilgili kurumun internet sitesinde yayımlanmaktadır (http://rega.basbakanlik.gov.tr, www.basbakanlik-dpb.gov.tr).

Engelli bireylerin işçi olarak işe yerleşebilmesi için Türkiye İş Kurumu'na (Türkiye İş Kurumu İl Müdürlüklerine veya www.iskur.gov.tr adresinden) başvuru yapabilmektedir.

4.8. ERİŞİLEBİLİRLİK

Erişilebilirlik; binaların, açık alanların, ulaşım ve bilgilendirme hizmetleri ile bilgi ve iletişim teknolojisinin, engelliler tarafından güvenli ve bağımsız olarak ulaşılabilir ve kullanılabilir olmasını ifade etmektedir. Herkes yaşam içinde bağımsız olarak hareket edebilme hakkına sahiptir. Bu, toplumsal yaşam içindeki olanak ve hizmetlere ulaşmak için en önemli koşullardan biridir. Buna göre, belediyeler ve valilikler, ruhsat verdikleri konut amaçlı apartman ve umumi binaların engellilerin kullanımına uygunluğunu gözetmek zorundadır.

Tüm yaşam alanlarının engelliler tarafından güvenli ve bağımsız olarak ulaşılabilir ve kullanılabilir olmasına yönelik çalışmalarına standartlar ve yasal altyapının belirlemesinin ardından Bakanlığımız, herkesin kullanımı için inşa edilen binaların, tüm açık alanların ve ulaşım araçlarının engellilerin kullanımına uygun hale getirilmelerini sağlamak ve 2005 yılında yürürlüğe giren "Engelliler Hakkında Kanun"un erişilebilirlikle ilgili hükümlerini ülke genelinde uygulamak üzere Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği'ni hazırlamıştır. Yönetmelik 20 Temmuz 2013 tarihinde 28713 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Bu yönetmelik ile resmi binalar ile ibadet yerleri, özel eğitim, özel sağlık tesisleri, sinema, tiyatro, opera, müze, kütüphane, konferans salonu gibi kültürel binalar ile gazino, düğün salonu gibi eğlence yapıları, otel, özel yurt, iş hanı, büro, pasaj, çarşı, alışveriş merkezi gibi ticari yapılar, spor tesisleri, yüzme havuzu, genel otopark ve buna benzer umuma ait binalar, mevcut tüm yol, kaldırım, yaya geçidi, açık ve yeşil alanlar, spor alanları ve benzeri sosyal ve kültürel alt yapı alanları ve toplu taşıma araçlarında erişilebilirlik tedbirlerinin alınıp alınmadığının takip edilerek denetlemeler yapılması öngörülmüştür.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından hazırlanan izleme ve denetleme planında yer alan öncelikler çerçevesinde gerçekleştirilecek faaliyetleri belirlemek üzere 81 il düzeyinde kurulmuş olan komisyon tarafından il düzeyinde hazırlanmaktadır. İzmir Valiliği Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Komisyonu, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın hazırlamış olduğu öncelikler çerçevesinde okullar, sağlık kuruluşları, üniversiteler, yüksek öğrenim öğrenci yurtları,

adliyeler, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı (SGK) İl Müdürlükleri, Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü (İŞKUR) İl Müdürlükleri, belediye ana hizmet binaları, bankalar, alışveriş merkezleri gibi kamu kurum ve kuruluşlarıyla gerçek ve tüzel kişiler tarafından yapılmış umuma açık hizmet veren binalar; kamu kurum ve kuruluşlarının görev alanında bulunan ana arterlerdeki kaldırımlar, açık alanlar, yaya geçitleri, kent içi toplu taşıma hizmetinde kullanılan otobüs ve minibüs durakları, halka açık tuvaletler, açık ve kapalı otoparklar, otobüs ve raylı taşıma sistemleri gibi toplu taşıma araçları il bazındaki öncelikleri değerlendirerek denetim planı oluşturmakta ve denetimleri yönetmelik ekinde yer alan binalar, açık alanlar ve toplu taşıma araçları izleme ve denetleme formlarında yer alan sorular doğrultusunda denetlemektedir.

Denetimler sonucu umuma açık hizmet veren her türlü yapı ve açık alan ile toplu taşıma araçlarının sahibi olan gerçek ve özel hukuk tüzel kişilerine her bir tespit için 1.000 Türk Lirasından 5.000 Türk Lirasına kadar idari para cezası uygulanabilecektir. Bu şekilde bir yıl içinde uygulanacak idari para cezasının tutarı 50.000 lirayı geçmeyecektir. Büyükşehir belediyeleri, belediyeler ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarına her bir tespit için 5.000 Türk Lirasında 25.000 Türk Lirasına kadar idari para cezası uygulanabilecek; bu şekilde bir yıl içinde uygulanacak idari para cezasının tutarı 500.000 lirayı geçmeyecektir. Bir önceki yıl gelir olarak kaydedilen idari para cezası tutarları erişilebilirlik konusundaki projelerde kullanılmak üzere Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bütçesinde ödenek öngörülecektir.

Vatandaşlar karşılaştıkları sorunlar nedeniyle izlenmesini ve denetlenmesini istedikleri yerlerle ve araçlarla ilgili komisyon sekretaryasına başvuruda bulunabilmektedir.

4.9. BİLGİYE ERİŞİLEBİLİRLİK

Kamu internet sitelerine engellilerin erişebilirliği için Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından “e-erişilebilirlik kılavuzu” hazırlanmıştır. Kamudaki tüm kurum ve kuruluşların internet sitelerinin engelliler tarafından erişilebilir hale getirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Yrd. Doç. Dr. İdil Işıl GÜL (2012). İstanbul Bilgi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi. Yasama Faaliyetleri Perspektifinden Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme URL: http://engelli.oyhgm.gov.tr/sozlesme/dosyalar/yayinlar/yasama_kitap.pdf Erişim tarihi: 10.10.2014
2. Bill LOVE, Steve DOWSON. Toplum Temelli Sosyal Bakım Hizmetleri Eğitimi notları
3. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı mevzuatı URL: http://www.aile.gov.tr/mevzuat/mevzuat Erişim tarihi: 10.10.2014
4. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı URL: http://www.aile.gov.tr/ Erişim tarihi: 10.10.2014
5. T. C Resmi Gazete URL: http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx Erişim tarihi: 10.10.2014
6. Milli Eğitim Bakanlığı URL: http://www.meb.gov.tr/ Son Erişim tarihi: 10.10.2014
7. Başbakanlık Devlet Personel Teşkilatı URL: http://www.dpb.gov.tr/tr-tr Erişim tarihi: 10.10.2014
8. Türkiye İş Kurumu URL: http://www.iskur.gov.tr/ Erişim tarihi: 10.10.2014
9. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü URL: http://www.ism.gov.tr/ Erişim tarihi: 10.10.2014
10. İzmir Büyükşehir Belediyesi URL: http://www.izmir.bel.tr/ Erişim tarihi: 10.10.2014

=5=

EVDE SEMPTOM YÖNETİMİ

Bölüm Editörleri

Prof. Dr. F. Rüçhan USLU

Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR

Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN

= 5.1.=

AĞRI

5.1.1. AĞRI TEDAVİSİNDE TEMEL PRENSİPLER

Prof. Dr. Meltem UYAR[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı

Kanser ağrısı tedavisinde amaç, en güçlü analjezik etki yaratacak, en az yan etkiye neden olan, en uygun dozun, en kolay uygulama yolu ile verilmesidir. Hedef tam analjezi sağlamaktır. Ancak pratikte hastanın ağrısız uyku süresinin uzatılması, dinlenme halindeyken ağrı duymaması ve hareket halinde mümkün olduğunca ağrısızlığın sağlanması amaçlanır (1).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) kanser ağrısı tedavi metodundaki anahtar prensipler beş slogan ile özetlenebilir; "oral yol ile", "saate göre", "basamak ile", "kişiye özel" ve "yakın takip". Uygulama, saate göre sabit doz aralıkları ile bir önceki ilacın etkisi geçmeden yapılmalı, bu şekilde sabit bir doku ve kan seviyesi sağlanmalıdır (2).

En sık yapılan yanlış, ilaçların yemeklere göre (3x1) uygulanmasıdır. Analjeziklerin ağrı başlamadan önce verilmesi de tedavide dikkat edilmesi gereken diğer bir konudur. Bu arada günlük dozların verilme saatleri hastanın uyku düzenine göre ayarlanmalı, mümkün olduğunca uyku bölünmemeye çalışılmalıdır. Sabit doz uygulamasına geçmeden önce, analjezik dozunun etkinliği birkaç kez gözlenmelidir. Bunun için de tedaviye önce kısa etkili opioidlerle başlanmalı, etkin doza erişilince uzun etkililere geçilmelidir. Ayrıca alevlenme ağrıları ve olası yan etkiler konusunda hasta ve yakınları uyarılmalı, önerilerde bulunulmalıdır (1,2).

Kanser ağrılarında medikal tedavi ile kanser ağrısı yeterli tedavi edilemediğinde, invaziv ağrı tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Kanser ağrısı tedavisinde yetersizlik; hastanın ağrısının kesilmediğini belirtmesi veya etki görülen dozlara çıkılmasına rağmen ağrının tam sağaltılamamasıyla eşdeğer sayılır. Bazı durumlarda invaziv ağrı tedavi yöntemlerini kullanmak, hasta için daha az yıkıcı ve aşırı medikal tedavide görülen yan etki gibi sorunlardan daha az rahatsız edici olabilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1986 yılında önerdiği basamak tedavisi ile kanser ağrılarının %75 oranda sağaltıldığı bilinmektedir. Medikal tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda uygulanan girişimsel yöntemler ile kanser ağrısının sağaltımında başarı oranı %97'ye kadar çıkmaktadır. Kanserli hastaların %3 gibi küçük bir kısmında, her türlü tedavi yöntemine rağmen yeterli ağrı sağaltımı sağlanamamaktadır (3).

Kanserli hastalarda medikal yöntemlerle ağrı sağaltımını kısıtlayan en önemli sorun, yüksek dozlarda ortaya çıkan yan etkilerdir. Bu yan etkiler bazen hasta için dayanılmaz olabilmekte ve hastanın tedaviye uyumunu ve devamını zora sokmaktadır. Hastanın karaciğer, böbrek, kalp, akciğer gibi hayati organlarında görülen metaztazlar ve bu organların fonksiyonlarının bozulması da medikal tedavinin devamını kısıtlar. Özellikle karaciğer ve böbrek fonksiyon bozuklukları, kanser ağrısı tedavisinde çok yaygın olarak kullanılan ve vücuttan bu organlarla atılan parasetamol, non steroid antienflamatuvar ilaçlar (NSAİ) ve bazı adjuvant ilaçların kullanımını olanaksız kılabilir. Bazen opioidlerin oluşturduğu yan etkiler nedeniyle hastada yeterli ağrı sağaltımı yapılamamaktadır. Hele hasta ve hekim opiofobisi nedeniyle hastalarda opioid kullanımı kısıtlandığında, kanser ağrısında medikal tedavinin başarısı daha da düşmektedir. Bu gibi durumlarda kanser ağrısı tedavisi için invaziv ağrı uygulamaları, kanser ağrısında başarı şansını arttırmaktadır (4).

Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği üç basamaklı tedavi modalitesine dördüncü basamak olarak girişimsel ağrı yöntemleri dahil edilmektedir. Bu durumda unutulmaması gereken nokta, girişimsel yöntemlerin uygulanması için her zaman dördüncü basamağın beklenilmemesidir.

Girişimsel tedavide başarı için; hasta öncelikle değerlendirilmeli, uygun hasta seçilmelidir. Hastanın genel durumu önemlidir. Her hastaya girişimsel ağrı tedavi yöntemleri uygulanamayabilir. Kar – zarar değerlendirilmesi yapılmalıdır; hastanın yaşı, genel durumu, ruhsal durumu, beklentisi, uygulayan hekimin deneyimi, tedavinin maliyeti, her şeyden önce hastanın beklenen yaşam süresi belirleyici faktörlerdir. Yapılan girişimsel tedavi yönteminin etkinlik süresi göz önüne alınmalıdır. Aynı girişim için lokal analjezik, nörolitik ajanlar kullanılabilir veya ablatif yöntemler uygulanabilir. Bu yöntemlerden etki süresi en uzun olanı yapmak en akılcı yöntemdir.

Başlıca girişimsel yöntemler:

1. Santral nöroaksiyel blok

2. Epidural, spinal-eksternal kateter

3. İmplante kateter

4. Port pompa sistemleri

5. Sempatik bloklar: Sfenoplatin ganglion blok, stellat ganglion bloğu, T2-3 blok, nöroliz, splanknik sinir bloğu, çölyak ganglion bloğu, lomber sempatik blok, hipogastrik pleksus bloğu,

Iimpar ganglion bloğu

6. Somatik bloklar, Trigeminal ganglion ve dallarının bloğu, oksipital sinir bloğu, interkostal sinir bloğu, brakiyal pleksus bloğu, lomber pleksus bloğu, pudental sinir bloğu
7. Nörostimülasyon teknikleri
8. Subaraknoid nörolitik blok,vertebroplasti, intraserebroventriküler opioidler
9. Cerrahi teknikler, kordotomi, singulotomi, thalamotomi, hipotalamatomi, miyelotomi, dorsal rizotomi
10. Ventrikül içi opioid infüzyonu, derin beyin stimülasyonudur (3,4).

KAYNAKLAR:

1. Zech DFJ, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA (1995). Validation of the WHO guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. Pain 1995;63:65–76.
2. World Health Organization (1986). Cancer Pain Relief. Geneva: World Health Organization, 1986.
3. Aşık İ (2010). Kanser ağrı tedavisi. Tüzüner F (ed). Anestezi-Yoğun Bakım-Ağrı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2010:1613-1635.
4. Eyigör C, Pirim A, Uyar M. Kanser ağrının farmakaolojik tedavisive kanser ağrısında girişimsel yöntemler. Uyar M, Uslu R, Kuzeyli Yıldırım Y (Eds). Kanser ve Palyatif Bakım. Meta Basım Matbaacılık: İzmir 2006.

5.1.2. ANALJEZİK KULLANIM İLKELERİ

Doç. Dr. Can EYİGÖR[1]
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı

Tüm ağrı tedavilerinde olduğu gibi palyatif bakım hastalarında da farmakolojik tedavi esastır. Analjezik ilaçlar genellikle etkili, düşük riskli ve ucuzdur. İlaç veriliş yolu, dozu ve düzeni her hasta için ayrı ayrı planlanmalıdır. Planlamada ağrının şiddeti ve süresi, hastanın fiziki, mental ve beslenme durumu, ilaçların farmakolojisi, yan etkileri ve en iyi uygulama yolu değerlendirilir. Analjezik ilaçlar kullanılırken analjezik dozu hastaya göre ayarlanmalı, belirli zaman aralıklarında ve düzenli kullanılmalı, ağrı başlamadan önce verilmeli ve öncelikle oral yol tercih edilmelidir. Kullanılacak ajanların etkileri ve yan etkileri bilinmeli, özellikle çocuk ve yaşlı hastalarda dozları çok dikkatli hesaplanmalıdır (1). Analjezik kullanımında Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı 4 basamaklı analjezik merdiven sistemi temel alınmalıdır. Birinci basamakta non-steriod antiinflamatuvar (NSAİ) ilaçlar ve parasetamol yer alır. Hafif ya da orta şiddetli ağrıların başlangıç tedavisinde, ağrı şiddetinin arttığı hastalarda opioid ve / veya adjuvan ilaçlar ile birlikte analjezik merdivenin her üç basamağında da kullanılırlar**.** Hiç analjezik kullanmamış hastalarda tedaviye mutlaka birinci basamak ilaçlarla başlanmalıdır. NSAİ ilaçların güvenle kullanılması için potansiyel yan etkilerinin çok iyi bilinmesi gereklidir. Peptik ülser ve kanama, renal hasar, hepatik disfoksiyon, hemostaz ve koagülasyon bozuklukları, elektrolit denge bozuklukları, hipersensitivite en sık görülen yan etkileridir. Bir basamağın doğru değerlendirilebilmesi için en az 24 saatlik bir sürenin geçmesi gerekir. Ağrı şiddeti arttıkça ikinci basamak ilaçların eklenmesi gerekir. Bu grupta kodein ve tramadol gibi zayıf-opioid ilaçlar yer almaktadır. Tramadol santral etkili μ-opioid agonisti, monoaminerjik aktiviteye sahip sentetik analjeziktir. Non-opioid mekanizma daha baskın olmasına karşılık, etkisini hem opioid hem non-opioid mekanizma ile gösterir. Akut ve kronik, orta şiddetliden, şiddetli tüm ağrılarda endikedir. Yan etkileri tipik opioid agonistlerine oranla daha azdır. En sık gözlenen yan etkileri; baş dönmesi, bulantı, kusma, sedasyon, non-spesifik santral sinir sistemi irritasyonu ve koordinasyon bozukluğudur. Opioid etkileri zayıf ve yan etkileri daha az olsa da özellikle ilk kullanımda hastalar doz-yanıt ilişkisi stabil oluncaya kadar yakından izlenmelidir. Şiddetli ağrılı hastalarda ise üçüncü basamak ilaçlar olan kuvvetli-opioidlerin kullanılması gerekmektedir. Bu grupta morfin, hidromorfon, oksikodon ve transdermal fentanil en sık kullanılan ajanlardır. Opioidler şiddetli ağrının tedavisinde en önemli ilaç grubudur. Ağrı mekanizmasından bağımsız olarak orta düzeyde ya da daha şiddetli ağrısı olan tüm hastalarda kullanılmalıdır. Bu nedenle opioidlerin kullanım endikasyonu palyatif bakımda sadece kanser

hastalarında değil, gereğinde kanser dışı ağrı şikayeti olan diğer hastalarda da mevcuttur (2). Opioidlerin birçok yan etkisi mevcuttur. En sık konstipasyon, idrar retansiyonu, kaşıntı, santral sinir sistemi yan etkileri (öfori, disfori, sedasyon, konfüzyon, kooperasyon bozukluğu), bulantı, kusma, fiziksel / psikolojik bağımlılık ve solunum depresyonudur. Hastada birden fazla risk faktörü olması solunum depresyonu riskini arttırır. Yüksek riskli hastaların pulse oksimetre ve kapnografi ile izlenmeleri önerilir. Solunum depresyonu riski olan hastalar; 65 yaş üstü, obez, uyku apnesi öyküsü olanlar, ciddi böbrek ve karaciğer hastalığı, KOAH, konjestif kalp yetmezliği, santral sinir sistemi depresanı kullananlar, sedasyon düzeyi ağır olanlardır (3). Opioid kullanımı sırasında yüksek riskli hastaların tanınması ve uygun tedavi ile, opioide bağlı korkulacak yan etkiler azaltılabilir. Opioidlerin yan etkileri opioid rotasyonu, uygulama yolunun değiştirilmesi ve yan etkiyi ortadan kaldırmaya ilişkin özgün tedavilerle kontrol altına alınabilir. Opioidlerin olumsuz etkilerini önlemek ya da gidermek için semptomatik ilaçlardan da yararlanılmalıdır. Eğer ağrı kontrolünü yitirmeksizin opioid dozları azaltılamıyorsa, adjuvan ajanların eklenmesi, ağrının sebebine yönelik tedavilerin uygulanması veya invaziv yöntemlerin kullanılması gereklidir.

Analjezik kullanımında Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı dört basamaklı analjezik merdiven sistemi temelinde gereğinde tüm basamaklarda yardımcı, destekleyici ve gerekli analjezik dozun azaltılması amacıyla adjuvan ajanlar tedaviye eklenmelidir.Analjezik kullanımında kontrendikasyonlar sınırlı olsa da mevcuttur. NSAİ ilaçlar, peptik ülser ve kanamalı, ciddi trombositopenili ve renal fonksiyonları bozuk hastalarda kullanılmamalıdır. Tramadol epilepsili hastalarda kullanılmamalıdır. Meperidinin nörotoksik meteboliti ve güçlü bağımlılık potansiyeli nedeniyle kronik ağrılı hastalarda kullanımı kesinlikle kontrendikedir.

KAYNAKLAR:

1. Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. (2014). Management of persistent pain in the older patient: a clinical review JAMA. 2014;312,825-36
2. Eyigör C, Pirim A, Uyar M. (2006). Kanser ağrısının farmakolojik tedavisi ve kanser ağrısında girişimsel yöntemler. Kanser ve Palyatif Bakım. Editör: Uyar M, Uslu R. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri
3. Smith LH (2007). Opioid safety: is your patient at risk for respiratory depression? Clin J Oncol Nursing 2007;2:293-296

5.1.3. NON-OPİOİD ANALJEZİKLER

Prof. Dr. Meltem UYAR[1], Uzm. Dr. Tülin ARICI[2]

[1,2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı

Narkotik olmayan analjeziklere bu grup ilaçların farmakolojik etki profiline daha uygun olan bir adla nonsteroidal (steroid olmayan) antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) denilir. Hafif ya da orta şiddetli kanser ağrısının başlangıç tedavisinde, ağrı şiddetinin arttığı hastalarda opioid ve / veya adjuvan ilaçlar ile birlikte kullanılırlar (1,2)**.** NSAİ ilaçlar tüm ağrı tiplerinde (periost, plevra ve peritonun mekanik gerilmesi, tendon veya kaslara mekanik bası, anti-tümöral tedaviye bağlı kas ve eklemlerin enflamasyonu, cilt ve yumuşak doku ağrıları, baş ağrısı) etkili olmalarının yanısıra özellikle metastatik kemik ağrılarının tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır (3).

NSAİİ'lerin hepsi siklooksijenaz (COX) enzimi inhibitörleridir. Siklooksijenaz araşidonik asitten tromboksan ve prostaglandin yapımında enzim görevi görür. Bu şekilde prostaglandinlerin (PG) sentezini azaltarak analjezik, antipiretik ve antiinflamatuvar etki oluştururlar. İnflamatuar durumların semptomatik olarak rahatlatılması için ilk basamak ilaçlar olarak kullanılırlar. İnflamasyonu baskılamak için gerekli olan dozdan daha düşük dozlarda kullanıldığında ağrıyı giderirler. Analjezik etkileri hem periferik hem de santral PG üretiminin baskılanmasına bağlıdır. Antipiretik etkilerini hipotalamustaki termoregülatuar merkezde PGE_2 sentezini baskılayarak oluştururlar (4,5,6)

COX enziminin COX_1 ve COX_2 olmak üzere iki ana formu vardır. Bunlardan COX_1'in yapısal bir enzim olduğu ve birçok normal fizyolojik olayda düzenleyici rol oynadığı, COX_2'nin inflamasyonda exprese edilen bir enzim olduğu benimsenmiştir. Son çalışmalar ile COX_2'nin fizyolojik koşullarda yani yapısal olarak beyinde, böbrekte, uterusta ve az da olsa gastrointestinal sistemde saptanması ile bu enzim formunun da fizyolojik görevleri olduğu ortaya çıkmıştır. NSAİİ'lerin bu iki enzim üzerine olan selektiviteleri aynı değildir ve büyük farklılıklar gösterir. Klasik NSAİİ'ler genellikle COX_1 ve COX_2'ye eşit düzeyde selektivite gösterirler. Ancak diklofenak, etodolak, meloksikam ve nimesulid gibi bazıları COX_2'ye daha fazla selektivite gösterirler. Koksibler ise COX_2 spesifiktirler ve klinik dozlarda COX_1'i inhibe etmezler (5,7).

Ayrıca sadece santral sinir sisteminde bulunduğu iddia edilen COX_3 tanımlanmıştır. COX_3'ün parasetamolün analjezik ve antipiretik etkilerinde rol oynadığı düşünülmektedir (5).

Aspirin ve klasik NSAİİ'ler trombositlerdeki COX_1'i inhibe eder. Aspirin dışında, trombosit agregasyonunun inhibisyonu geri dönüşümlüdür ve trombosit içindeki ilacın konsantrasyonuna bağlıdır. Aspirin, trombosit içindeki tekrar sentezi mümkün olmayan COX_1'i asetiller. Trombositlerdeki TxA_2 yapımındaki azalma sonucu trombosit agregasyonu ve vazokonstrüktif etki, dolayısı ile tromboza olan eğilim azalır. Trombositler sadece COX_1 içerirler, bu araşidonik asidi potent proagregan ve vazokonstrüktif olan tromboksan A_2'ye (TxA_2) çevirir. TxA_2 trombositler tarafından üretilen major COX ürünüdür. COX_2'nin selektif inhibisyonu, trombosit TxA_2 üretimini sağlam bırakırken, endotelyal prostasiklin üretiminde göreceli azalma oluşturur (1,6). Bu nedenle COX_2 inhibitörleri kardiovasküler ve serebrovasküler olay risklerinde artış meydana getirirler (4,6,7,8)

Epidemiyolojik çalışmalar, NSAİİ'lerin bazı kanserlerin (özellikle kolon kanseri) karsinogenezini veya ilerlemesini engellediğine işaret etmektedir. NSAİİ'lerin bu etkisinden COX_2 sorumludur. COX_2 inhibitörleri kolorektal kanserlerin önlenmesinde etkili olmakla birlikte kardiovasküler hastalık riskinde artışa yol açmaktadır (4,9).

Tablo 1. NSAİİ'lerin Kimyasal Yapısına Göre Sınıflandırılması (4)

I.Asidik yapıdaki deriveler	
1. Karboksilik asit deriveleri	
Salisilik asit ve esterleri	Aspirin, Diflunisal, Metilsalisilat, Sodyum salisilat
Fenamik asitler	Flufenamik asit, Metafenamik asit, Meklofenamik asit, Etofenamat
Propionik asitler	Ibuprofen, Naproksen, Flurbiprofen, Fenbufen, Benaksopropen, Fenoprofen, Ketoprofen, Tiaprofenik asit, Oksaprozin, Pranoprofen
Asetik asitler	Diklofenak, İndometazin, Etodolak, Sulindak, Tolmetin, Ketorolak, Asemetazin,
2. Enolik Asitler	
Pirazolonlar	Fenilbutazon, Oksifenbutazon, Azopropazon, Metamizol sodyum (dipiron), Aminopirin, Propifenazol
Oksikamlar	Piroksikam, Tenoksikam, Meloksikam
II. Asit olmayan deriveler	Nabumeton
III. Koksibler*	Rofekoksib, Selekoksib, Valdekoksib, Parekoksib, Etorikoksib, Lumirakoksib

Tablo 2. Yan Etkileri (4,10)

Sistem	**Toksisite**
GİS	Dispepsi Gastroduodenal ülser Ülser komplikasyonları (kanama, perforasyon, obstrüksiyon) Gastrointestinal kanama Kolitte alevlenme
Böbrek	Sodyum tutulumu Kilo artışı ve ödem Hipertansiyon Tip 4 renal tübüler asidoz ve hiperkalemi Akut böbrek yetmezliği Papiller nekroz Akut interstisyel nefrit Kronik böbrek yetmezliğinin hızlandırılması
Hepatik	Transaminazlarda yükselme Reye sendromu
Astım/Alerji	Aspirina bağlı akciğer hastalıklarında alevlenme Deride aşırı duyarlılık
Hematolojik	Sitopeni
Sinir Sistemi	Sersemlik, konfüzyon, baş dönmesi, uyuşukluk Nöbetler Aseptik menenjit
KVS	Hipertansiyon
İskelet sistemi	Fraktür iyileşmesinde azalma
Üreme	İnfertilite

Farmakokinetik Özellikleri

NSAİİ'lerin çoğu zayıf asidiktir ve mide bağırsak mukozasından iyi emilirler. Plazma proteinlerine çok yüksek oranda bağlanırlar (>%95) ve serbest ilaç miktarı (aktif komponent) nisbeten düşüktür. Plazma proteinlerine bağlanmaları çeşitli hastalıklarda ve hipoalbüminemili bireylerde azalabilir. NSAİİ'lerin klirensi esas olarak inaktif metabolitlerin yapımı ile hepatik metabolizma yoluyla olur. Karaciğerden ilk geçiş etkileri düşüktür ve çoğu karaciğerde oksidasyon ve konjugasyon ile inaktif metabolitlerine metabolize olarak idrarla atılırlar.

NSAİİ'lerin çoğu GİS'ten tam olarak absorbe edilir, fakat gıdalarla yavaşlayabilir. Bu nedenle günümüzde enterik kaplı tabletler veya devamlı salınım preparatları halinde sunulmaktadır. Sinovyal sıvıya daha yavaş geçer ve sinovyal sıvı konsantrasyonları çok daha stabildir (4,5).

Tablo 3. Sık Kullanılan NSAİİ'lerin Farmakolojik Özellikleri (5)

İlaç	Oral Analjezik Doz (mg)	Doz İntervali (saat)	Maksimum Günlük Doz (mg)	Plazma Yarılanma Ömrü (saat)
Asetaminofen	500-1.000	4-6	4.000	2-3
Aspirin	500-1.000	4-6	4.000	0,25
Diflunisal	Başlangıç 1.000 idame 500	8-12	1.500	8-12
İbuprofen	200-400	4-6	2400	2-2,5
Naproksen sodyum	Başlangıç 550 idame 275	6-8	1650	12-15
Ketoprofen	25-50	6-8	300	1,5-4
Oksaprozin	600	12-24	1200	24-69
İndometazin	25-50	8-12	200	4.5
Etodolak	300-400	8-12	1.000	7
Tolmetin	200-600	8	1.800	5
Mefenamik asit	250-500	6	1.500	2
Diklofenak	50	8	150	2
Meloksikam	7.5-15	24	15	15-20
Nabumeton	Başlangıç 1.000 idame 500-750	8-12	2.000	24

Salisilik Asit ve Esterleri

Asetil salisilik asit (ASA): Analjezik, antiinflamatuvar ve antipiretik özellikleri vardır. Diğer NSAİİ'lerden farklı olarak siklooksijenazı irreversibl olarak inaktive eder. Düşük dozda analjezik, yüksek dozda buna ek olarak antiinflamatuvar etkisi vardır. COX_1 enzimini inhibe edici etkisi COX_2'den daha fazla olduğu için gastrointestinal sisteme ait problemler oldukça sık görülür.

Düşük doz asetil salisilik asit (75-150 mg/gün) trombositlerdeki tromboksan sentezini kalıcı olarak inhibe ederken epitelyum hücrelerinin prostasiklin (PGI_2) sentezinde değişikliğe neden olmaz. Düşük doz aspirin trombosit agregasyonunu azaltır ve kanama zamanını uzatır. Miyokard enfarktüsü sonrasında akut dönemde antiagregan amaçla kullanılan dozu 160-325 mg'dır. Erişkinde 1-2 g/gün dozları analjezik, 2-4 g/gün dozları ise antiinflamatuvar amaçla kullanılır (11,12).

Organik asit olduğundan tübüler sekresyonla atılır. Bu nedenle ürik asit sekresyonunu bozabilir. Ürik asit sekresyonunu düşük dozda azaltır (1-2 g/gün), yüksek dozda arttırır (5 g ve üzeri/gün). Bu nedenle gutta analjezik dozda kullanımı, başka bir deyişle gut ağrısını geçirmek üzere kullanımı kontrendikedir.

Asetil salisilik asit, viral enfeksiyonlu çocuklarda ensefaliti presipite edebilir (Reye sendromu). Siklooksijenaz yolunu inhibe ettiği için lipooksijenaz ürünleri daha fazla sentez edilir. Bu durum duyarlı insanlarda astım benzeri semptomlar oluşturur. Bu nedenle astım, nazal polip veya alerjik riniti olanlarda dikkatle kullanılmalıdır.

Diflunisal: Asetil salisilik asitten antiinflamatuvar ve analjezik olarak 10 kat daha fazla etkilidir ve daha az gastrointestinal irritasyon oluşturur. Salisilata metabolize edilmediğinden salisilat entoksikasyonuna neden olmaz. Santral sinir sistemine geçemediğinden antipiretik özelliği yoktur (12).

Propionik asitler

Hepsinin benzer etkileri ve yan etkileri vardır. COX_1 ve COX_2 enzimlerini inhibe edici etkileri benzerdir. Diğer NSAİİ'lerden daha iyi tolere edilirler ve daha az yan etki insidansına sahiptirler.

İbuprofen: Yan etki insidansı düşüktür. Pediatrik (6 ay ve 7 kg üstü) ve geriatrik yaş grubunda analjezik, antipiretik ve antiinflamatuvar amaçlarla kullanılabilir. Ancak plazma yarılanma ömrünün kısa olması nedeniyle günde birkaç kez kullanılmalıdır. Karaciğerde metabolize edilir.

Naproksen: İbuprofene benzer özelliktedir. Ancak yarılanma ömrü uzun olduğu için günde 2 kez kullanımı yeterlidir.

Flurbiprofen: Sinovyal sıvıya yüksek konsantrasyonda geçer.

Ketoprofen: Nonselektif COX inhibisyonu yanı sıra lipooksijenazı da inhibe eder.

Asetik Asit Türevleri

İndometazin: Siklooksijenaz inhibitörleri arasında en güçlü inhibisyon yapanlardandır. Aynı zamanda fosfolipaz A ve C'yi de inhibe eder. Polimorfonükleer nötrofil migrasyonunu ve T ve B hücre proliferasyonunu engeller. Lizozom membranlarını stabilize eder. Klinik olarak etkilidir ancak yan etki insidansı yüksektir. Uterus kontraksiyonunu azaltarak doğumu geciktirir. Patent duktus arteriozus tedavisinde etkilidir.

Asemetazin: İndometasinin karboksimetil esteridir. Farmakolojik özellikleri onunla benzerdir.

Sulindak: Reversibl aktivasyona uğrayan bir ön ilaçtır. Etkisi uzun sürer. Enterohepatik siklusa girer. İndometazinin yaklaşık yarısı etkinliktedir.

Tolmetin: Hızlı absorbe edilir. İdrarla 24 saat içinde tamamen atılır. Yan etkileri biraz yüksektir. Ancak pediatrik yaş grubunda kullanılabilen antiinflamatuvarlardan biridir.

Diklofenak: Orta derecede güçlü analjezik ve antiinflamatuvardır. Parenteral yolla da kullanılabilir. Sinovyal sıvıda yüksek konsantrasyonlarda bulunur. Kısmen COX_2 selektiftir.

Fenamatlar (fenamik asit türevleri)

Mefenamik asit ve meklofenamat: Orta şiddette antiinflamatuvar etkinlikleri vardır. Gastrointestinal rahatsızlıklar oluştururlar. İshal görülebilir. Bunlara bağlı hemolitik anemi rapor edilmiştir.

Flufenamik asit: Benzer özelliklidir.

Etofenamat: Sadece lokal kulanılır.

Oksikamlar

Piroksikam: Kronik inflamasyonda sık kullanılır. Hastaların %20'sinde gastrointestinal irritasyon görülür. Tinnitus, döküntü yapabilir. Karaciğerde metabolize olur. Günde bir kez verilir.

Tenoksikam: Uzun yarılanma ömrü sonucu kararlı plazma konsantrasyonuna 2 hafta sonra ulaşır. Piroksikamdan daha iyi tolere edilir.

Meloksikam: COX_2'ye COX_1'den 10 kat daha fazla selektiftir. Eliminasyon yarı ömrü uzundur.

Pirazolonlar

Fenilbutazon: Antiinflamatuvar etkisi çok güçlüdür, ancak analjezik ve antipiretik etkisi zayıftır. Çok toksiktir. Kullanımı ankilozan spondilitle sınırlanmıştır. Ayrıca akut gut krizinin tedavisinde kullanılacak başlıca ilaçlardandır. Bulantı, kusma, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, tükürük bezinde şişme, cilt döküntüleri, ödem, agranülositoz, aplastik anemi yapabilir. Tiroid bezinin iyot almasını azaltıp guatr oluşturabilir.

Metamizol (dipiron): Analjezik ve antipiretik amaçla kullanılır. Antiinflamatuvar etkisi yoktur. Antispazmotik özelliği vardır. Oral ve parenteral preparatları vardır. İntravenöz yolla hızlı

(puşe) enjeksiyonu kollaps, şok, solunum arresti yapabilir. Diğer önemli yan etkisi agranülositozdur.

Koksibler:

COX_2 enzimini güçlü olarak inhibe ederken klinik dozlarda COX_1'i inhibe etmezler. Bu nedenle gastrointestinal yan etkiler beklenmezken bunun dışındaki yan etki profilleri diğer NSAİİ'lerle benzerdir. Kardiovasküler ve serebrovasküler yan etkileri (myokard infarktüsü ve trombotik inme insidansında artış) nedeniyle selekoksib, rofekoksib ve valdekoksib piyasadan çekilmişlerdir(7,12).

Diğer Narkotik Olmayan Analjezik İlaçlar

Parasetamol (Asetaminofen): COX_1 ve COX_2 enzimlerinin zayıf inhibitörüdür. Orta derecede etkili bir analjeziktir. Hafif ve orta derecedeki ağrılarda kullanılır. Analjezik ve antipiretik etkilidir, fakat antiinflamatuvar etkisi yoktur. Antitrombositik etkinliği zayıftır, kanama süresini değiştirmez. Asetaminofen'in büyük kısmı karaciğerde glukuronik asidle ve sülfatla konjüge edilir ve böbreklerden bu şekilde atılır. Yarılanma ömrü 2-4 saattir. Toksik dozları fatal seyredebilen karaciğer hasarına yol açar. Tedavisi için destekleyici önlemler yanında karaciğer hücrelerinde glutatyon ve sistein düzeyini yükselten sulfidril grubu donörü ilaçlar uygulanır. N-asetilsistein, asetaminofen zehirlenmesinin tedavisinde en tercih edilen ilaçtır. Asetaminofenin, solunum, kardiyovasküler sistem ve asid-baz dengesi üzerinde belirgin bir etkisi yoktur. Midede iritasyon ve kanama yapmaz. Plazma proteinlerine fazla bağlanmaz. Aspirinin aksine oral antikoagülanlarla belirgin bir etkileşme göstermez (2,4,5).

KAYNAKLAR:

1. Hall EJ, Sykes NP (2004). Analgesia for patients with advanced disease: 2. Postgrad Med J 2004; 80:190-195

2. Nabal M, Librada S, Redondo. MJ (2011) The role of paracetamol and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in addition to WHO Step III opioids in the control of pain in advanced cancer. A systematic review of the literature Palliative Medicine 2011;26(4):305–312

3. Malmberg AB, Yaksh TL (1992). Hyperalgesia mediated by spinal glutamate or substance P receptor blocked by spinal cyclooxygenase inhibitor. Science 1992;257;1276-1279

4. Akkoç Y (2011). Basit analjezikler ve steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon 1. Cilt 2. Baskı. Editörler: Beyazova M. Kutsal GY. Güneş Tıp Kitabevleri

5. Eroğlu L.,Özek M. (2007). Periferik analjezikler. Ağrı 3. Baskı. Editör: Erdine S. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri

6. Day RO, et al (2013). Republished research: Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). Br J Sports Med November 2013;Vol 47 No 17

7. Zeidan AZ, Al Sayed B, Bargaoui N (2012). A Review of the efficacy, safety,and cost-effectiveness of COX-2 ınhibitors for Africa and the Middle East Region. Pain Practice, 2013;13(4),316–331
8. Kim SY, Solomon DH 2011). Pharmacotherapy: Comparative safety of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Nat Rev Cardiol. 2011;8(4):193-5

9. Rostom A; Dube C, Lewin G (2007). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and cyclooxygenase-2 ınhibitors for primary prevention of colorectal cancer: A systematic review prepared for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2007;146:376-389.
10. Kowalski ML, MakowskaJS, Blanca M (2011).Hypersensitivity to nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) – classification, diagnosis and management:review of the EAACI/ENDA# and GA2LEN/HANNA. Allergy 2011;66:818–829.
11. Vonkeman HE,van de Laar MA (2010). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs: adverse effects and their prevention. Semin Arthritis Rheum. 2010;39(4):294-312.
12. Süzer Ö. Nonsteroidal antiinflamatuar ilaçların farmakolojisi URL: www.ctf.edu.tr/farma/onersuzer/pdf/tr/23_NSAI_ilaclar.pdf Erişim tarihi: 10.03.2009

5.1.4. PALYATİF BAKIMDA OPİOİD KULLANIMI

Uzm. Dr. Uğur ÖZGÜRBÜZ[1,2], Yrd. Doç. Dr. Hüseyin CAN[2,3]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi (İKÇÜ) Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği
[2]İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kanser Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisi
[3]İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, palyatif bakım ve ağrı tedavisi ile ilgili bir boşluk mevcuttur. Birçok ilaçlı ve ilaçsız ağrı giderme tedavisi bulunmasına karşın, özellikle kansere bağlı ağrıların kontrolünde kodein ve morfin gibi opioid analjeziklerin kullanımı kesinlikle gereklidir. Narkotik ilaçların dünya çapında kullanımını izleyen uluslararası bir kuruluş olan Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu (INCB), bu ilaçların ağrı tedavisinde kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır.

1986 sonrasında dünya çapında toplam global morfin tüketimi anlamlı derecede artmıştır; ancak bu artış yalnızca az sayıda sanayileşmiş ülkede görülmüştür. Dünya nüfusunun %80'i ağrılarını dindirebilmek için morfine erişememektedir. Maalesef ülkemizde de opioid kullanımı çok azdır. Dünya da pek çok kişi opioidlere ulaşamadan ağrı içinde ölüme gitmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ağrı tedavisinde ilaç seçimi için basamak tedavisini önermiştir. Bu metodun kullanımı ile hastaların ağrılarının %75-90 oranında etkin olarak kontrol altına alınabildiği gösterilmiştir. Bu basamak tedavisinde:

Birinci basamak ağrı tedavisinde; önce hafif ağrılara yönelik non-opioidler (parasetamol veya asetil salisilik asit), gereğinde adjuvan analjezikler kullanılır.

İkinci basamakta; non-opioidlerle kontrol altına alınamayan, orta derecede ağrısı olan hastalarda mevcut tedaviye zayıf opioidler (kodein, tramadol) eklenir.

Üçüncü basamakta; zayıf opioidlerle kontrol altına alınamayan şiddetli ağrısı olan hastalar için güçlü opioidlere (morfin, fentanil) geçilir.

Ağrı tedavisinde hangi ilaç veya yöntem kullanılırsa kullanılsın, dikkat edilmesi gereken nokta; etki süresi dikkate alınarak analjezinin sürekli ve yeterli olmasını sağlamak üzere ilacın hastanın isteği dışında belli aralıklarla uygulanmasıdır. Her ilacın bir yarı ömrü ve etki süresi vardır. Hasta için belirlenen ilaç ve dozu, hastanın gereksinimi olmadan ve beklenilmeden uygun görülen saatte uygulanmalı ve yinelenmelidir. Ancak tedavinin başında hastanın opioid gereksinimini ortaya koymak için "saatinde ilaç" uygulaması geciktirilebilir veya radyoterapi

ve/veya antikanser tedavi alan hastanın analjezik ilaca gereksinimi azalabilir ve ilaç gerektiğinde uygulanabilir. Bu durumların dışında **"saatinde ilaç**" uygulaması ağrı tedavisinin benimsenmesi gereken ilk kural olmalıdır. Her hastada tedavi bireyselleştirilmeli, ilaç seçimi, dozu ve veriliş yolu belirlenmelidir. Ağrı tedavisi ve farmakolojik yan etkiler arasında bir denge oluşturulmalı, beraberinde hastanın uyku düzeni de sağlanmalıdır.

5.1.4.1. Ağrı Tedavisinde Kullanılan Opioid Analjezikler

Opioidler orta şiddette veya şiddetli ağrıların tedavisinde çok yararlı ilaçlardır. Non-opioide eklenen zayıf opioid ile ağrı giderilemediğinde güçlü bir opioide geçilmelidir. Farklı reseptör subtipleri ile olan etkileşimlerine göre opioid bileşikler agonist, agonist - antagonist ve antagonist şeklinde sınıflanır. Saf agonistler (morfin, kodein, meperidin, fentanil) klinik ağrı tedavisinde en sık kullanılanlardır. Mikst agonist - antagonist opioidler (pentazosin, nalbufin, butorfanol, dezosin) ve parsiyel agonist opioidler (buprenorfin) ağrı tedavisinde daha az rol oynar. Bunun nedeni analjezi için tavan etkisine sahip olmaları, opioid agonistlere fiziksel bağımlılığı olan hastalarda yoksunluk belirtilerine yol açabilmeleri, mikst agonist – antagonist opioidlerin saf agonistleri geçen, doza bağımlı psikomimetik yan etkilerinin olmasıdır. Saf agonistlerde doz artışıyla tavan etkisi sözkonusu değildir. Doz arttıkça analjezik etki artar. Pratik uygulamada konfüzyon, sedasyon, bulantı - kusma, solunum depresyonu gibi yan etkilerin görülmesi yararlı doz konusunda sınırı belirler. Her hasta için ilacın etkinliği doz ayarlaması sırasında ortaya çıkan analjezi ve yan etkiler arasındaki denge tarafından belirlenir.

Zayıf opioidler içinde ülkemizde mevcut olan kodein doğal bir afyon alkaloidi olarak uygulanan dozun %10'unu morfine dönüştüren bir opioiddir. Genellikle asetil salisilik asit veya parasetamol ile kombine uygulanır.

Tramadol; opioid agonist aktiviteye sahip bir aminosikloheksanol türevidir. Opioid reseptör affinitesi düşüktür. Noradrenalin ve serotonin geri alımını inhibe eder. Opioid ve non-opioid mekanizmaların analjezinin sinerjistik artışına neden olduğu düşünülmektedir. Santral sinir sistemi yan etkilerinin minimal olması, solunum depresyonu yapmaması, bağımlılık potansiyelinin düşük olması ağrı tedavisinde bu ajanı uygun bir alternatif yapmaktadır. En sık karşılaşılan yan etkisi bulantı - kusmadır. İkinci basamak tedavide güvenli ve etkili bir ajandır. 50 mg'lık kapsül formunda günde maksimum 400 mg kullanılmaktadır.

Fentanil; düşük molekül ağırlığı ve yüksek lipid çözünürlüğü nedeniyle transdermal uygulanabilir. 48-72 saat süre ile analjezi sağlayan transdermal patch (Fentanil 25-50-75-100 µg/saat) şeklinde kullanılmaktadır. Özellikle oral alımı sorunlu hastalarda avantajlıdır.

Meperidin; kronik ağrı tedavisinde önerilmemektedir. Yarı ömrü kısadır ve toksik metaboliti olan normeperidin, tekrarlayan dozlarda birikerek santral sinir sistemi toksisitesine neden olur. Normeperidin birikimi yaşlı, renal sorunu olan hastalarda daha çok görülmekle birlikte normal renal fonksiyona sahip genç hastalarda da toksisitenin ortaya çıkabileceği bildirilmektedir.

Morfin; bugün için etkinliği ve güvenliği açısından en çok tercih edilen opioiddir. Özellikle son zamanlarda üretilen değişik farmasötik şekilleri uygulama kolaylığı sağlamaktadır. Morfinin kendisi dışında aktif metaboliti morfin-6-glukuronid de, µ reseptörüne bağlanması ve kolaylıkla kan beyin engelini geçmesi ile analjezik etkinlikte yardımcı olmaktadır. Morfin ve metabolitleri idrar yolu ile atıldığından terminal dönemde olası bir böbrek rahatsızlığında sorun yaratabilir. Ilımlı ve orta derecede hepatik yetmezliğin morfin klirensine etkisi az olmakla birlikte ileri dönemlerde azalmış eliminasyon olabilir. Oral morfin preparatlarının yavaş salınımlı şekilleri de bulunur. Yavaş salınımlı preparatlar 8-12 saatte bir uygulanır. Düzenli bir kinetik profil gösterir. Oral yolla morfin uygulamasının biyoyararlanımı parenteral uygulamaya oranla daha düşük olmakla birlikte daha düzenli bir emilim gösterir. Güçlü opioidlerin oral yol yerine parenteral yolla uygulanması çoğu olguda bir üstünlük sağlamaz. Uygun dozlarda oral yol, yan etkileri en aza indirerek kıyaslanabilir bir analjezik etkinlik sağlayabilir. Farklı uygulama yollarında eşdeğer dozlar dikkate alınmalıdır. Tek uygulamalarda oral yol - parenteral yol arasında doz oranı 6/1'dir. Sürekli uygulamalarda bu oran 2-3/1'e indirilebilir.

Ülkemizde mevcut olan oral yolla uygulanan opioidlerin farmasötik şekilleri;

- **Morfin klorür**: Yavaş salınımlı tablet 10-30-60-100 mg
- **Morfin sülfat**: Yavaş salınımlı tablet 10-30-60-100 mg

Üçüncü basamak ağrı tedavisi aşamasında ilk başvurulacak yol, oral opioid uygulaması olmalıdır. Bu uygulamanın avantajı, hastanın başkasına bağımlı olmadan ve enjeksiyon huzursuzluğunu ve komplikasyonlarını yaşamadan ilaç alabilmesidir. Bu yol ayrıca güvenli ve ekonomik bir yoldur. Uygunluğu dışında yüksek plazma doruk konsantrasyonları oluşturmadığı için yan etki ve özellikle solunum depresyonu oluşturma riskini azaltır. Yutma güçlüğü veya gastrointestinal disfonksiyonu olan, analjezinin hızlı başlaması gereken, oral yol ile ilgili yan

etkileri tolere edemeyecek hastalarda alternatif uygulama yolları gerekmektedir. Noninvaziv alternatifler; rektal, transdermal ve sublingual uygulamalardır. Yavaş salınan morfin tabletlerinin oral doz ile aynı dozda rektal yol ile uygulanabileceği bildirilmektedir.

Transdermal yol için yalnızca fentanil kullanılabilir. Morfinin sublingual absorbsiyonu azdır. Uygun formülasyonların bulunmayışı, çoğu ilacın absorbsiyon azlığı, yüksek dozları vermede yetersizlik sublingual yol kullanımını kısıtlamaktadır.

Morfin ve diğer opioidlere karşı sürekli kullanımda tolerans gelişmektedir. Tolerans tekrarlayan uygulamalarda aynı etkiyi süre ve şiddet olarak elde etmek için doz artışına gereksinim duyulmasıdır. Hangi yol kullanılırsa kullanılsın kronik opioid kullanımında belli bir toleransın geliştiği kabul edilir. Kanser progresyon gösteren bir hastalık olduğu için analjezik gereksiniminde artışın hastalık progresyonuna mı yoksa gerçek bir toleransa mı bağlı olduğunun ortaya konması gereklidir. Tolerans, opioidlerin sedasyon, solunum depresyonu, bulantı-kusma, konstipasyon ve miyozis gibi yan etkilerinden daha kolay gelişir. Tolerans gelişiminin 'basamak yöntemi' uygulandığı takdirde yavaşladığı kabul edilmektedir.

Psişik bağımlılık genelde tolerans ile birlikte gelişir ancak farklı olaylardır. Psişik bağımlılık, bir davranış biçimidir ve ilacı bulmak ve kullanmak için karşı konulmaz bir istek duyulmasıdır. Ancak doğrudan pozitif pekiştiriciye bağlı olan psişik bağımlılığın, kronik ağrılı kişide çok ender olarak geliştiği belirlenmiştir. Gerçekten de geniş klinik gözlem ve deneyimler, bunun nadiren oluştuğu yönündedir. Fiziksel bağımlılık ise, tedavinin aniden kesildiğinde hastanın yoksunluk belirtileri göstermesi olayıdır. Fiziksel bağımlılık da toleransa paralel olarak gelişir. Yoksunluk belirtilerinin şiddeti; uygulama yolu, günlük doz, dozlar arası aralık, tedavi süresi gibi birçok faktörden etkilenir. Hastanın kişiliği ve ilacın sık enjeksiyonuna bağlı koşullanma olayları, arama davranışını ve fiziksel bağımlılığı pekiştirir. Genelde 3-4 haftalık opioid kullanımından sonra böyle bir fiziksel bağımlılığın oluşması beklenir. Terminal dönemdeki hastalarda bu sorun önemli değildir. Diğer hastalar için ise ağrı kaybolmuş ise opioidlerin yavaş yavaş azaltılması ile bu sorun çözümlenebilir. Tolerans ve fiziksel bağımlılık, bu hastalarda geriye dönebilen olaylardır. İlaçların uygulama aralıklarını değiştirmeden yavaş yavaş azaltılması belli bir süre sonra reseptörlerde aşırı duyarlılığı düzeltmekte ve bağımlılığı ortadan kaldırmaktadır. Ağrı nedeni, radyoterapi ve/veya kemoterapi ile yok edildiğinde bu durumdan yararlanılmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Özçelik H, Fadıloğlu Ç (2010). Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım. Editörler: Özçelik H, Fadıloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B. İzmir. Üniversiteliler Ofset 2010:20-23.
2. Fitzgibbon DM, Chapman CR (2001). Cancer pain: asessment and diagnosis. In: Bonica's Management of Pain. JD Loeser, H Butler, R Chapman, DC Turk (Eds) 3rd ed. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia. 2001:623-58.
3. Fitzgibbon DM (2001). Cancer pain: management. In: Bonica's Management of Pain. Loeser JD, Butler H, Chapman R, Turk DC (Eds) 3rd Ed. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2001. s. 659-73.
4. Lema MJ, Day MR, Myers DP (2000). Cancer pain. In: Practical Management of Pain. PR Raj (Ed) 3rd ed. Mosby, St. Louis, 2000:241-53.
5. Cherny NI, Portenoy RK (1999). Cancer pain: principles of assessment and syndromes. In: Textbook of Pain. PD Wall, R Melzack (Eds) 4th ed. Churchill Livingstone, Edinburg,1999:1017-64.
6. Cherny NI, Portenoy RK (1999). Practical issues in the management of cancer pain. In: Textbook of Pain. PD Wall, R Melzack (Eds), 4th ed. Churchill Livingstone, Edinburg, 1999:1479-23.
7. Paice JA, Ferrell B (2011). The management of cancer pain. CA Cancer J Clin 2011;61:157-82.
8. Colleau SM (2006). Appraising the WHO Analgesic ladder on its 20th anniversary. Cancer Pain Release 2006;19:13-20.
9. Mercadante S (2010). Intravenous morphine for management of cancer pain. Lancet Oncol 2010;11:484-9.
10. Rodriguez RF, Bravo LE, Castro F, et al (2007). Incidence of weak opioids adverse events in the management of cancer pain: a double-blind comparative trial. J Palliat Med. 2007;10:56-60.
11. Paice JA, Von Roenn JH, Hudgins JC, Luong L, Krejcie TC, Avram MJ (2008). Morphine bioavailability from a topical gel formulation in volunteers. J Pain Symptom Manage. 2008;35:314-20.
12. Tapa T, Rastogi V, Ahuja V (2011). Cancer pain management-current status. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2011 Apr-Jun;27(2):162-8.
13. Sykes N, Thorns A (2003). The use of opioids and sedatives at the end of life. Lancet Oncol. 2003;4:312-8.

5.1.5. ADJUVAN ANALJEZİKLER

Uzm. Dr. İdris Şevki KÖKEN[1]

[1]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Algoloji

Adjuvan analjezikler; temelde ağrı tedavisi için değil başka hastalıkların tedavisi amacıyla kullanılmaktayken, bazı ağrı sendromlarının tedavisinde analjezik etki gösteren ilaçlardır (1).

Bu gruptaki ilaçlara ayrıca sekonder analjezikler, ko-analjezikler ve yardımcı analjezikler de denmektedir. Değişik farmakolojik grupları ve farklı etki mekanizmaları olan bu ilaçların bir kısmı analjezik etkiliyken çoğunluğu birlikte kullanıldıkları diğer analjezik ilaçların etkinliğini arttırmaktadır.

Kronik ağrı tedavisinde önemli bir yere sahip olan adjuvan analjezikler ilk basamaktan itibaren Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği analjezik tedavi merdiveninin her basamağında yer alırlar (2). Fakat bu basamaklarda hangi adjuvan ilacın kullanılması gerektiği konusunda henüz kesin kabul görmüş bir algoritma yoktur.

Ağrının tipine, nedenine, eşlik eden semptomlara ve hastanın klinik özelliklerine göre tedavide hangi adjuvan ilacın seçileceğine karar verilmelidir. Genellikle birçok ağrı tipinde analjezik ilaçların yanında kullanılırlar. Böylece analjezik etkinliği arttırmanın yanı sıra diğer analjezik ilaçların dozlarının azalmasını sağlayarak ilaç yan etkilerini de azaltırlar. Kanser dışı bazı ağrı tiplerinde tek başlarına kullanılmaları halinde analjezik etkinlik sağlayabilirler (3,4).

Bu bölümde kanser ağrısının tedavisinde kullanılan adjuvan analjeziklere yer verilecektir.

Başlıca adjuvan ilaçlar; antiepileptikler, antidepresanlar, lokal anestezikler, kortikosteroidler, alfa 2 adrenerjik agonistler, kas gevşeticiler ve NMDA reseptör antagonistleridir.

Antiepileptikler: Nöropatik ağrı tedavisinde sıklıkla kullanılan ilaç grubudur. Antiepileptiklerden bazıları ağrı tedavisinde kullanılmak üzere FDA onayı almıştır. Antiepileptiklerin nöropatik ağrıdaki en önemli etki mekanizmaları; Na kanallarının blokajı, kalsiyum iletiminin etkilenmesi, GABA sisteminin aktive edilmesi, glutamatın etkinliğinin azaltılmasıdır. Bu sayede sinaptik iletim baskılanır, nosiseptif nöronların repetetif ateşlenme eşiği

yükselir, aynı zamanda dorsal kök ganglionlarında ortaya çıkan deşarjlar azalır (5). Sonuçta nöropatik ağrıda ortaya sürülen mekanizmaların büyük kısmında (Periferik sensitizasyon, santral sensitizasyon, wind-up fenomeni, hipereksitabilite, nöronal disinhibisyon ve ektopik impuls oluşumu) antiepileptik ilaçlar etki gösterirler.

Antiepileptik ilaçlar etki mekanizmalarına göre birincil etki mekanizması olarak sodyum kanal blokajı yapanlar (Karbamazepin, fenitoin, okskarbazepin, lamotrijin, topiramat) ve yapmayanlar (Pregabalin, gabapentin , valproik asit) olmak üzere iki gruba ayrılabilirler.

Karbamazepinin analjezik etkisi ilk kez yaklaşık elli yıl önce trigeminal nevraljili hastalarda gösterilmiş olup, trigeminal nevralji tedavisinde FDA onayı almıştır (6). Hayvan çalışmalarında karbamazepinin voltaja bağlı sodyum kanallarını bloke ettiği gösterilmiş olup ektopik deşarjların azaltılmasında ve nöronal membranların stabilizasyonunda etkilidir. Özellikle trigeminal nevralji, inme sonrası ağrı ve diyabetik nöropatide etkinliği gösterilmiştir (5,7-8). Karaciğerde sitokrom P450 izoenzimi ile metabolize edilerek büyük oranda böbrekler yoluyla atılır. Uzun süreli kullanımda kendi metabolizmasını indükleme özelliği vardır. En sık görülen yan etkileri dizziness , bulantı, baş dönmesi, bulanık görme ve ataksidir. Daha nadir olarak lökopeni, karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma ve hiponatremi görülebilir. İdiyosenkratik yan etki olarak hipersensitiviteye bağlı ciltte döküntüler ortaya çıkabilir. Yan etkileri azaltmanın yolu düşük dozda başlanıp yavaş kademeli doz titrasyonudur (9).

Oksakarbazepin, karbamazepinin ketoanaloğu olup, karbamezine benzer şekilde sodyum kanal blokajı ve ayrıca potasyum kanallarını inhibe etmektedir. Trigeminal nevralji, diyabetik polinöropati, radikülopati ve postherpetik nevraljide etkin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (10-12). Karbamazepine benzer şekilde karaciğerde metabolize olur, yan etki sıklığı karbamazepine oranla daha azdır. Ancak yaşlı, antihipertansif ve diüretik kullanan hastalar hiponatremi açısından kontrol altında tutulmalıdır (12).

Gabapentin bir GABA reseptör agonistidir. Analjezik ve antiepileptik etkisi L tipi kalsiyum kanalarının blokajı ile oluşur. Nöropatik ağrı sürecindeki santral sensitizasyonu önler (13).

Ağrılı diyabetik nöropati, postherpetik nevralji, Guillan Barre sendromundaki ağrı, Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu (CRPS), fantom ekstremite ağrısı, kansere bağlı nöropatik ağrı, HİV hastalarındaki nöropatik ağrı ve spinalkord yaralanmasına bağlı gelişen nöropatik ağrıda etkinliğini gösteren çalışmalar mevcuttur (14-22).

Gabapentin yüksek oranda metabolize olmadan idrarla ve az miktarda da dışkı ile atılır. Böbrek hastalarında renal klirensi düştüğü için doz ayarlaması yapılmalıdır. Nöropatik ağrıda etkin olduğu doz aralığı 900-3600 mg/gündür. Günlük alınması gereken doz en az üçe bölünmelidir. Biyoyararlanım doza bağlı olup doz arttıkça yararlanım düşmektedir. Alüminyum ve magnezyum içeren antasitler barsakta gabapentin emilimini azaltarak biyoyararlanımını düşürürler. Gabapentinin anlamlı ilaç etkileşimi yoktur. En sık yan etkileri sersemlik, sedasyon, ataksi ve bacaklarda ödemdir (23).

Pregabalin, gabapentine benzer şekilde GABA analoğu olup ağrı üzerine başlıca etki mekanizması primer afferent nöronlar üzerinde bulunan kalsiyum kanalının alfa-2 delta subünitine bağlanarak sinir terminalinden pronosiseptif nörotransmitter salınımını önlemesidir (5).

Pregabalinin ağrılı diyabetik nöropati ve postherpetik nevraljide etkinliğini gösteren çalışmalar mevcuttur (24-29).

Pregabalinin, gabapentine kıyasla biyoyararlanımı daha yüksek olup nöropatik ağrı tedavisinde etkinliği daha kısa sürede (ortalama 1-3 gün) ortaya çıkmaktadır. Nöropatik ağrı tedavisinde etkin pregabalin dozu 150-600 mg/gündür. Eliminasyonu gabapentine benzer, renal bozukluğu olan hastalarda doz ayarlaması yapılmalıdır. En sık gözlenen yan etkileri dizziness, somnolans, ağız kuruluğu ve periferik ödem olup yan etkiler genellikle doza bağımlıdır (5).

Antidepresanlar: Kronik ağrı tedavisinde en sık reçete edilen adjuvan ilaçlardır (30). Ağrıya eşlik eden depresyon gibi komorbid durumlarda veya kanser hastalarının opioide yanıtsız nöropatik ağrı durumlarında adjuvan analjezik tedavi olarak ilk seçenek ilaçlardır.

Antidepresan ilaçların başlıca etki mekanizmaları; sodyum kanal blokajı yaparak periferik sensitizasyonun önlenmesi, inhibitör kontrollerin kaybının önlenmesi ve medulla spinalis arka boynuzunda inhibitör nöronlar ile transmisyonu sağlayan nosiseptif nöronlar arasındaki serotonin ve noradrenalin gibi inhibitör nörotransmitterlerin geri alımını önleyerek olmaktadır (31-34).

Antidepresan ilaçlar başlıca TCA (Trisiklik antidepresanlar), SSRİ (Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörleri) ve SNRİ (Selektif Noradrenalin Reuptake İnhibitörleri) grupları şeklinde sınıflandırılabilir.

Amitriptilin, trisiklik antidepresanlar içerisinde nöropatik ağrı tedavisinde en iyi sonuçların alındığı ve en yaygın olarak kullanılanıdır (30). Antikolinerjik ve kardiyak yan etkileri nedeniyle günümüzde klinik kullanımı sınırlanmıştır. Desipramin ve nortriptilinde kardiyak ve kolinerjik

yan etkiler amitriptiline kıyasla daha azdır ve daha iyi tolere edilebilirler. Tüm trisiklik antidepresanların yaygın ilaç etkileşimleri ve nöbet eşiğini düşürebilme riski mevcuttur

SSRİ'lar serotonin geri alımını önleyerek serotonin iletimini arttırırlar ayrıca postsinaptik reseptörlerin sayı ve duyarlılığında azalmaya yol açarlar. SSRİ'lar TCA'lara oranla nöropatik ağrıda daha zayıf etkilidir. Bu grupta yer alan paroksetin ve sitalopram ile diyabetik nöropatide yapılan çalışmada minimal etkinlik izlenmiş olup fluoksetin ile yapılan başka bir çalışmada nöropatik ağrı üzerine etkili bulunmamıştır. TCA'larda görülen kolinerjik ve kardiyak yan etkiler, SSRİ grubunda adrenerjik, histaminerjik ve muskarinik reseptörlerle iletişime girmemeleri nedeniyle oldukça azdır (35).

SNRİ grubu içerisinde nöropatik ağrı tedavisinde başlıca venlafaksin, duloksetin ve milnasipram kullanılır. Bu grup ilaçlar noradrenalin ve ayrıca serotoninin dengeli olarak geri alımını inhibe ederek etki gösterirler. TCA'lar gibi adrenerjik, histaminerjik ve muskarinik reseptörlerle etkileşime girmedikleri için yan etkileri daha az fakat noradrenalin geri alımını da inhibe etmelerinden dolayı SSRİ grubuna kıyasla nöropatik ağrı tedavisinde etkinlikleri daha yüksektir (36).

Venlafaxin ve duloksetin kronik kullanımı esnasında doza bağımlı kan basıncında yükselme gelişebilir. Hipertansiyonu olan hastalarda sürekli kullanımda kan basıncı yakından takip edilmelidir. SNRİ grubu ilaçlar tramadol ile birlikte kullanımında serotonerjik sendroma yol açabilirler.

Lokal Anestezikler: Bu gruptaki ilaçların ciddi yan etkileri olması nedeniyle kronik ağrıda ilk tercih edilmesi gereken ilaçlar olmayıp ancak diğer tedavilere dirençli nöropatik ağrı durumlarında kullanılabilirler (37).

Bölgesel ve sistemik uygulamada sodyum kanal inaktivasyonu ve akson membranında aksiyon potansiyelini inhibe etme yoluyla analjezi sağladığı düşünülmektedir. Nöropatik ağrıda intravenöz lidokain ve oral meksiletin ile yapılan çalışmaların bir metaanalizinde etkinlik ve yan etkilerinin diğer ilaçlara (morfin, gabapentin, amitriptilin ve amantadin) benzer olduğu ve etkinliklerinin doza bağımlı olarak plaseboya üstün oldukları gösterilmiştir (38,39). Postherpetik nevraljide allodinik bölgeye uygulanan %5 lidokain flaster sistemik yan etki yapmadan ağrıyı azaltmaktadır.

Kortikosteroidler: Antienflamatuvar ve antiödem etkilidir. Antiinflamatuvar etki ile inflamasyona yol açan sitokinlerin (IL1, IL6, TNF), lenfokinlerin ve fosfolipaz A2'nin oluşumunu inhibe ederek lökotrienlerin ve prostoglandinlerin oluşumunu engeller. Bu sayede inflamasyonu önleyerek nosiseptif nöronun kimyasal mediatörler vasıtasıyla aktive olmasını ve anti ödem etkisiyle de nosiseptif nöronun mekanik olarak uyarılmasını engeller (40).

Kortikosteroidler kanserde yumuşak doku ve sinir invazyonunda, kemik metastazında, tümöre bağlı intraserebral ödem varlığında ve spinalkord basısında ilk tercih olabilecek adjuvan ilaçlardır. Ayrıca kanser dışı kronik ağrıların tedavisinde başlıca; romatoid artrit, akut radikülopati, sinovit ve tuzak nöropatilerde adjuvan analjezik olarak kullanılabilirler.

Alfa 2 Adrenerjik Agonistler: Aslında antihipertansif bir ilaç olarak sentez edilmiş olan klonidin günümüzde analjezik olarak intratekal, epidural, perinöral, intraartiküler, transdermal ve topikal yolla uygulanmaktadır. Spinal klonidin kronik nöropatik ağrıda özellikle kanser ağrısının tedavisinde tek başına veya opioid ve lokal anestezik kombinasyonlarıyla kullanılmaktadır. Ayrıca kronik ağrı tedavisinde yüksek doz opioid gereksinimini azaltabilmek veya opioidin toleransı gelişmiş hastalarda yeniden opioid hassasiyetini kazandırabilmek amacıyla da kullanılabilmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Lussier D, Portenoy RK (2003). Adjuvant analgesics in pain management. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, et al.,eds. Textbook of PalliativeMedicine, Third Ed. Oxford, England: Oxford University Press, 2003:349-377
2. Grond S, Radbruch L, Meuser T et al (1999). Assessment and treatment of neuropathic cancer pain following WHO guidelines. Pain 1999;79:15-20.
3. Moulin DE, Clark AJ, Gilron I et al (2007). Pharmacological management of chronic neuropathic pain consensus statment and guidelines from the Canadian Pain Society. Pain Res. Manag. 2007;12(1):13-21.
4. Collins SL, Moore RA, McQuay HJ et al (2000). Antidepressants and anticonvulsants for diabetic neuropathy and postherpetic neuralgia: a quantitative systematic review. J PainSymptomManage 2000;20:449-458.
5. Eisenberg E, River Y, Shiffrin A, Krivoy N (2007). Antiepileptic drugs in the treatment of neuropathic pain. Drugs 2007;67:1265-1289
6. Blom S (1962). Trigeminal neuralgia .Its treatment with a new anticonvulsant drug. Lancet 1962;1:839-840
7. CampbellFG,Graham JG, Zilkha KJ (1996). Clinical trial of carbamazepin in trigeminal neuralgia. JNNP 1996;29:265-267
8. Leijon G, Boivie J (1989). Central post stroke pain. A controlled trial of amityriptiline and carbamazepine. Pain 1989;28:45-50
9. Fertig EJ, Mattson RH (2008). Carbamazepine In. Epilepsy a comprehensive textbook. Engel J JR, Pedley TA (eds.) vol 2. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia, 2008;1543-1553
10. Beydoun A, D' Souza J (2002). Oxcarbazepine versus carbamazepin in patient with new onset trigeminal neuralgia: result of double blind comperative trial. Neurology 2002;58 Suppl.3:A471
11. Grosskopf J, Mazzola J Wan Y (2006). A randomized plasebo-controlled study of oxcarbazepine in painful diabetic neuropathy. Acta Neurol Scand 2006;114:177-180
12. Magenti P, Argetti S, DiPalma F, at al (2005). Oxcarbazepin is effective and safe in the treatment of neuropathic pain: pooled analysis of seven clinical studies. Neurol Sci.2005;26:218-226
13. Gottrup H, Juhl G, Kristensen AD, Lai R, Chizh BA, Brown J, Bach FW, Jensen TS (2004). Chronic oral gabapentin reduces elements of central sensitization in human experimental hyperalgesia. Anesthesiology. 2004 Dec;101(6):1400-8.
14. Backonja M, Beydoun A, Edwards KR, Schwartz SL, Fonseca V, Hes M, LaMoreaux L, Garofalo E (1998). Gabapentin for the symptomatic treatment of painful neuropathy in patients with diabetes mellitus: a randomized controlled trial. JAMA. 1998 Dec 2;280(21):1831-6.
15. Rowbotham M, Harden N, Stacey B, Bernstein P, Magnus-Miller L (1998). Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized controlled trial. JAMA.1998 Dec 2;280(21):1837-42.
16. Pandey CK, Bose N, Garg G, Singh N, Baronia A, Agarwal A, Singh PK, Singh U (2002). Gabapentin for the treatment of pain in Guillain-Barré Syndrome: a double-blinded, placebo-controlled, crossover study. AnesthAnalg. 2002 Dec;95(6):1719-23.
17. Van de Vusse AC, Stomp-van den Berg SG, Kessels AH, Weber WE (2004). Randomised controlled trial of gabapentin in Complex Regional Pain Syndrom etype 1 BMC Neurol. 2004 Sep 29;4:13.
18. Bone M, Critchley P, Buggy DJ (2002). Gabapentin in postamputation phantom limb pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled, cross-overstudy. Reg Anesth Pain Med. 2002 Sep-Oct;27(5):481-6.
19. Caraceni A, Zecca E, Bonezzi C, Arcuri E, Yaya Tur R, Maltoni M, Visentin M, Gorni G, Martini C, Tirelli W, Barbieri M, De Conno F (2004). Gabapentin for neuropathic cancer pain: a randomized controlled trial from the Gabapentin Cancer Pain Study Group. J ClinOncol. 2004 Jul 15;22(14):2909-17.
20. Hahn K, Arendt G, Braun JS, vonGiesen HJ, Husstedt IW, Maschke M, Straube ME, Schielke E; GermanNeuro-AIDS Working Group (2004). A placebo-controlled trial of gabapentin for painful HIV-associated sensory neuropathies. J Neurol. 2004 Oct;251(10):1260-6.

21. Levendoglu F, Ogün CO, Ozerbil O, Ogün TC, Ugurlu H (2004). Gabapentin is a first line drug for the treatment of neuropathic pain in spinal cord injury. Spine(PhilaPa 1976). 2004 Apr 1;29(7):743-51.
22. Tai Q, Kirshblum S, Chen B, Millis S, Johnston M, DeLisa JA (2002). Gabapentin in the treatment of neuropathic pain after spinal cord injury: a prospective, randomized, double-blind, crossover trial. J Spinal Cord Med. 2002 Summer;25(2):100-5.
23. Yan PZ, Butler PM, Kurowski D, Perloff MD (2014). Beyond neuropathic pain: gabapentin use in cancer pain and perioperative pain. Clin J Pain. 2014 Jul;30(7):613-29.
24. Sabatowski R, Gálvez R, Cherry DA, Jacquot F, Vincent E, Maisonobe P, Versavel M; 1008-045 StudyGroup (2004). Pregabalin reduces pain and improves sleep and mood disturbances in patients with post-herpetic neuralgia: results of a randomised, placebo-controlled clinical trial. Pain. 2004 May;109(1-2):26-35.
25. VanSeventer R, Feister HA, Young JP Jr, Stoker M, Versavel M, Rigaudy L (2006). Efficacy and tolerability of twice-daily pregabalin for treating pain and related sleep interference in postherpetic neuralgia: a 13-week, randomized trial. CurrMedResOpin. 2006 Feb;22(2):375-84.
26. Dworkin RH, Corbin AE, Young JP Jr, Sharma U, LaMoreaux L, Bockbrader H, Garofalo EA, Poole RM (2003). Pregabalin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized, placebo-controlled trial. Neurology. 2003 Apr 22;60(8):1274-83.
27. Richter RW, Portenoy R, Sharma U, Lamoreaux L, Bockbrader H, Knapp LE (2005). Relief of painful diabetic peripheral neuropathy with pregabalin: a randomized, placebo-controlled trial. J Pain. 2005 Apr;6(4):253-60.
28. Lesser H, Sharma U, LaMoreaux L, Poole RM (2004). Pregabalin relieves symptoms of painful diabetic neuropathy: a randomized controlled trial. Neurology. 2004 Dec 14;63(11):2104-10.
29. Rosenstock J, Tuchman M, LaMoreaux L, Sharma U (2004). Pregabalin for the treatment of painful diabetic peripheral neuropathy: a double-blind, placebo-controlled trial. Pain. 2004 Aug;110(3):628-38.
30. Magni G (1991). The use of antidepressants in the treatment of chronic pain. A review of the current evidence. Drugs. 1991 Nov;42(5):730-48.
31. Woolf CJ, Mannion RJ (1999). Neuropathic pain: aetiology, symptoms, mechanisms, and management. Lancet. 1999 Jun 5;353(9168):1959-64. Review.
32. Baron R (2000). Neuropathic pain. The long path from mechanisms to mechanism-based treatment. Anaesthesist. 2000 May;49(5):373-86.
33. Chong MS, Bajwa ZH (2003). Diagnosis and treatment of neuropathic pain. J Pain Symptom Manage. 2003 May;25(5 Suppl):S4-S11.
34. Dick IE, Brochu RM, Purohit Y, Kaczorowski GJ, Martin WJ, Priest BT (2007). Sodium channel blockade may contribute to the analgesic efficacy of antidepressants. J Pain. 2007 Apr;8(4):315-24. Epub 2006 Dec 15.
35. Nöropatik Ağrı Kitabı (2009) Editör: Ersin Tan, 2009:289-309
36. Stahl SM, Grady MM, Moret C, Briley M (2005). SNRIs: their pharmacology, clinical efficacy and tolerability in comparison with other classes of antidepressants. CNS Spectr. 2005 Sep;10(9):732-47.
37. Glazer S, Portenoy RK (1991). Systemic local anesthetics in pain control. J PainSyptomManage 1991;6:30-39.
38. Tremont-Lukats IW, Challapalli V, McNicol ED, Lau J, Carr DB (2005). Systemic administration of local anesthetics to relieve neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis. Anesth Analg. 2005 Dec;101(6):1738-49.
39. Kalso E (2005). Pharmacological management of Pain: anticonvulsants, antidepressant and adjuvan analgesics. In: JustinsDM, editör. Pain 2005 an updated review. Seattle İASP Press,2005:205-219
40. Schwiebert LM, Beck LA, Stellato C, Bickel CA, Bochner BS, SchleimerRP (1996). Glucocorticosteroid inhibition of cytokine production: relevance to antiallergic actions. J Allergy Clin Immunol. 1996 Jan;97(1 Pt 2):143-52.Review. Erratumin: J Allergy Clin Immunol 1996 Sep;98(3):718

5.1.6. NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLER

Uzm. Dr. Bora UZUNER[1], Doç. Dr. Can EYİGÖR[2]
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji BD

Günümüzde kanser ağrısında farmakolojik olmayan tedaviler yaygın olarak kullanılmaktadır. Tek başlarına veya diğer farmakolojik yöntemlerle birlikte uygulanması ağrının şiddetini azaltıcı yönde etki gösterdiğinden özellikle son yıllarda kullanım alanları genişlemiştir. Bu yöntemlerden birçoğunun birey tarafından kolaylıkla uygulanabilir olması, analjezikler gibi yan etkilerinin olmaması ve hastaya ekonomik yük getirmemesi gibi avantajları vardır.

Ağrı ile mücadelede kullanılan ilaç dışı tedavi yöntemleri kabaca üç alt başlıkta incelenebilir:

1-Psikolojik tedavi yöntemleri

2-Tamamlayıcı tıp teknikleri

3-Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları

5.1.6.1. Kanser Ağrısında Psikolojik Tedaviler

Psikolojik yaklaşımlar ağrılı kanser hastasının bakımının vazgeçilmez bir parçasıdır. Birçok hasta psikolojik değerlendirme ve destekten yarar görebilir. Bazılarına ağrı tedavisinde kullanılan özgün psikolojik tedaviler uygulanabilir. Bilişsel Davranışsal girişimler yeni baş etme becerileri geliştirerek, düşünce, duygu ve davranışları şekillendirerek hastalardan bir kısmında ağrının oluşturduğu hastalık algısını azaltmaya yardımcı olur (1). Davranışsal teknikler progresif kas gevşemesi, gevşeme eğitimi ve hipnozu kapsamaktadır. Kognitif stratejiler ise hayal kurma, otojenik eğitim ve dikkati başka yöne çekmeyi kapsamaktadır (2).

Kas gevşemesi (Relaksasyon): Kas gerilimi ve duygusal yoğunluğun azaltılmasına veya ağrıya toleransın artmasına yardımcı olur (3). Bazı psikoterapi yöntemleri kanser hastalarında çok sık izlenen anksiyete ve depresyonun tedavisinde etkili bir şekilde kullanılabilir. Psikoterapi tek bir kişiyle birebir uygulanabileceği gibi, bir gurup hasta veya kanser tanılı hastanın ailesini de kapsayacak şekilde uygulanabilir. Psikoterapinin Bilişsel Davranışçı Psikoterapi, Hasta Merkezli Psikoterapi, Vücut Odaklı Psikoterapi, Aile ve Çift Psikoterapi, Grup Psikoterapi, Psikodinamik Terapi gibi birçok formu vardır. Kanser hastalarında bu yaklaşımların başarı ile uygulanabilmesi için bilişsel olarak düzgün bir hasta ve eğitilmiş deneyimli bir hekim gerektirir (4).

5.1.6.2. Tamamlayıcı Tıp Teknikleri

Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine) (NCCAM); tamamlayıcı tıbbı, geleneksel tıp ile birlikte kullanılan bir tıbbi bakım yaklaşımı olarak tanımlamaktadır.

NCCAM beş sınıfa ayırdığı 200'den fazla tamamlayıcı tedavi tanımlamıştır.

a. Bütün tıbbı sistemler

-Geleneksel yerel sistemler (Ayurvedik tıp, geleneksel Çin tıbbı)

-Sıradışı Batı sistemleri (Homeopati, naturopati)

b. Akıl-vücut müdahaleleri

-Akıl merkezli metotlar (Meditasyon, hipnoz, biofeedback, destek grupları, müzik tedavisi)

-Vücut / hareket metotları (Yoga, T'ai Chi, Feldenkrais metodu, Alexander tekniği, Pilates)

c. Biyolojik-tabanlı tedaviler

-Otlar, fitoterapi, destekler, diyet (Zencefil, curcumin, bromelanin)

-Vitaminler ve destekler (CoQ10, glikozamin/kondroitin, balık yağı)

d. Manipulatif ve vücut-tabanlı metotlar (Osteopati, şiropraksi, refleksoloji, Shiatsu gibi)

e. Enerji tedavileri

-Bio-alan tedavileri (Dua, TT, qiqong, polarite, Jin Shin Jyutsu, Reiki)

-Bioelektromanyetik – tabanlı tedaviler (Elektrik ve magnetik stimülasyon)

Tamamlayıcı tıp uygulamalarından akupunktur, ağrı tedavisinde yüksek kanıt düzeyine sahiptir.

Akupunktur; geleneksel Çin Tıbbı'nın temel tedavi yöntemlerinden birisidir. Akupunkturun kanser hastaları için popüler bir tamamlayıcı tıp tedavisi olduğu ve kronik ağrısı olan kanser hastaları tarafından kullanımının yararlı olabileceği belirtilmektedir (5,6).

Ülkemizde T. C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları yönetmeliği yakın bir zaman içinde yürürlüğe girmiştir. Kanser hastaları için tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve standardize edilmesi önümüzdeki yıllarda da ilgi konusu olmaya devam edecektir.

Tamamlayıcı Tıp Teknikleriyle ilgili daha geniş bilgi için NCCAM'ın internet sayfası ziyaret edilebilir.

5.1.6.3. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uygulamaları

Kanser hastaları birçok fiziksel ve emosyonel problem ile karşılaşmaktadır. Bunlar yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Bu nedenle hastaların tanı ve tedavilerinin her aşamasında rehabilitasyon uygulamalarının yeri vardır (7). Kanser rehabilitasyonu, kanser hastalarına hastalığın ve tedavilerin belirlediği sınırlar içerisinde maksimum fiziksel, sosyal, psikolojik ve mesleki fonksiyonların kazandırılmasına yardımcı olmak şeklinde tanımlanır (8). Ancak ülkemizde kanser rehabilitasyonu diğer ana rehabilitasyon alanları (inme, omurilik yaralanması, travmatik beyin hasarı, ...) ile karşılaştırıldığında daha az ilgi görmüştür. Aras ve arkadaşlarının 2009 yılında ülkemizde yapmış oldukları bir çalışmada kanser tanısı olan ve rehabilitasyon gereksinimi bulunan 245 hastadan yalnızca ikisinden fizik tedavi ve rehabilitasyon konsültasyonu istendiğini belirtmişlerdir (9).

Ağrı tedavisinde kriyoterapi, biyofeedback, iyontoforez, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu ve masaj gibi fiziksel modaliteler iyi tolere edilir ve güvenilir olduklarına inanılır. Ultrason gibi derin ısıtıcıların direkt tümör alanına uygulanması kontrendikedir. Tetik nokta enjeksiyonları faydalı olabilir (10). Bu konuyla ilgili daha ayrıntılı bilgiye kitabın Tamamlayıcı Tıp ve Palyatif Bakım bölümünden ulaşılabilir.

KAYNAKLAR:

1. Spiegel D, Moore R (1997). Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. Oncology (Huntingt), 1997;1:1179-1189.
2. Thomas EM, Weiss SM (2000). Nonpharmacological interventions with chronic cancer pain in adults. Cancer Control, 2000;7:157-162.
3. Arathuzik D (1994). Effects of cognitive-behavioral strategies on pain in cancer patients. Cancer Nursing, 1994;17:207-214.
4. Fishman B (1992). The cognitive behavioral perspective on pain management in terminal illness. Hospital Journal 1992;8:73-88.
5. Cohen AJ, Menter A, Hale L (2005). Acupuncture: Role in Comprehensive Cancer Care-A Primer for the Oncologist and Review of the Literature. Integr Cancer Ther, 2005;4:131-143.
6. Weiger WA, Smith M, Boon H, Richardson MA, Kaptchuk TJ, Eisenberg D.M. (2002) Advising patients who seek complementary and alternative medical therapies for cancer. Ann Intern Med, 2002;137:889-903.
7. Ganz PA, CoscarelliSchag CA, Heinrich RL (1990). Rehabilitation. In: Haskell CM, editor Cancer Treatment. Philadelphia, 1990:883-92.
8. Cullen JR (1982). Cancer rehabilitation in the 1980's. In: Cancer Rehabilitation.Proceedings of the Western States Conference on Cancer Rehabilitation. San Francisco, California. Palo Alto: Bull Publishing Co, 1982:1-2.
9. Aras M, Delialioğlu SÜ, Atalay N, Taflan-Selçuk S (2009). Kanser Hastalarının Rehabilitasyon Gereksinimi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg, 2009;55:9-25.
10. Silver J, Mayer RS (2007). ''Barrier stop ainmanagement in the rehabilitation of the surgical oncology patient. J Surg Oncol, 2007;95:427-435.

=5.2.=

SOLUNUMSAL

SEMPTOMLAR

5.2.1. DİSPNE VE ÖKSÜRÜK

Prof. Dr. Fisun Şenuzun AYKAR[1]

[1]İzmir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

5.2.1.1. Dispne

Solunum sistemine yönelik semptomlar, ileri evre kanser, kardiyo-respiratuvar ve nörolojik hastalığı olan bireylerde sıklıkla görülmektedir. Yaşam sonu dönemde dispne; kronik akciğer hastalarında %94, akciğer kanserlerinde %78 ve kalp hastalıklarında %50 oranında olduğu bilinmektedir (1). Dispneye yönelik yapılan sistemik derleme sonuçlarına göre, %70 ileri evre kanser, %11-62 AIDS, %60-88 kalp hastalıkları, %90-95 kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOAH) ve %11-62 renal hastalıklarda görüldüğü saptanmıştır (2,3).

Tanım

Dispne ağrıya benzer bir duyu olup solunumun rahat olmaması anlamına gelir (4,5). Amerikan Toraks Derneği (ATS) dispneyi, çeşitli yoğunluktaki belirgin nitelikte hissedilen solunum diskonforunun sübjektif deneyimi ile karakterize durum olarak tanımlamaktadır (2).

Patofizyoloji / Etiyoloji

Dispnenin nörofizyolojik olarak oluş mekanizması tam olarak açıklanamamakla birlikte solunumun otomatik kontrolüne rağmen dispnenin oluşmasına neden olan pek çok fizyopatolojik süreç vardır (2,5,6.7).

- **Kanser ile ilişkili olmayan nedenler:** KOAH, astma, pnömotoraks, konjestif kalp yetersizliği, intertisiyel akciğer hastalıkları, anksiyete, göğüs duvarı deformiteleri, obesite, nöromüsküler bozukluklar, pulmoner vasküler hastalıklar
- **Doğrudan kanser ile ilişkili nedenler:** Pulmoner ve parankimal yayılım, lenfatik karsinomatozis, tümör nedeni ile oluşan intrensek ve ekstrensek hava yolu tıkanıklığı, plevral tümör, plevral efüzyon, asit, hepatomegali, frenik sinir paralizisi, multipl tümör mikroembolisi, pulmoner lökostazis, superior vena kava sendromu
- **İndirekt olarak kanser ile ilişkili nedenler:** Kaşeksi, elektrolit anormallikleri, anemi, pnömoni, pulmoner aspirasyon, pulmoner emboli, nörolojik paraneoplastik sendromlar
- **Kanser tedavisi ile ilişkili nedenler:** Cerrahi, radyoterapi, kemoterapi (pulmoner hastalıklar), kemoterapi (kardiyomyopati)

Belirtiler

Taşipne, solgunluk, dijital clubbing, konfüzyon, siyanoz, öksürük, karın kaslarının kullanılması, huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü, taşikardi, wheezing, interkostal retraksiyon (4).

Tanı

Dispneye yönelik palyatif bakım hastanın tanı süreci Tablo1'de açıklanmaktadır (1,2).

Tablo 1. Dispne Tanı Yöntemleri

Değerlendirme Boyutları	Kapsam
Öykü	-**Eşlik eden semptomlar:** Ağrı, öksürük, hemoptizi, balgam, stridor, hırıltı -**Azaltan ve arttıran faktörler:** Hiperventilasyon ataklarının olması, istirahat dispnesi, dispnede hızlı dalgalanmalar, ataklar sırasında ani ölüm korkusu, *Sosyal durumlar ile dispne değişimleri: Geçmiş tıbbi öykü: Kardiyovasküler ve solunum hastalıkları varlığı Anksiyete veya depresyon Sosyal şartlar-destek ağı *Bağımsızlık düzeyi Kendilerine bakım gücü Başa çıkma stratejileri -Nefes darlığının hasta için anlamı -Nefes aldıklarında kendilerini nasıl hissedecekleri
Fizik Değerlendirme	-Hastanın belli bir mesafeyi yürümesini gözlemleme -Hiperventilasyonu açığa çıkaran semptomlar
İncelemeler	-Akciğer grafisi -Hemoglobin -Daha az sıklıkla uygulanacaklar Ultrason: Plevral efüzyon ve solid tümör arasında farklılıklarda yardım için İstirahat ve egzersizde oksijen satürasyonu: Oksijen düzeyinin değerlendirilmesinde yardımcı BT ve Spiral BT Peak Flow / basit spirometri: Kortikosteroid ve bronkodilatatör tedavisine yanıtın değerlendirilmesi EKG EKO Ventilasyon / perfüzyon görüntüleme
Fonksiyonel Değerlendirme	-Görsel analog skala (VAS) - dispne -Modifiye Borg Dispne Ölçeği -Modifiye Medical Research Council (mMRC) - Sayısal derecelendirme skalası (NRS-) Dispne

Semptom Yönetimi

1. **Genel Önlemler(1,2,5,6):**

1. Yatak istirahatine alınarak, günlük yaşam aktivitelerinin planlanması
2. Hastanın konforunu sağlayacak uygun pozisyon verilmesi
3. Odanın nemlendirilmesi ve havalandırılmasının sağlanması
4. Oksijen desteğinin sağlanması (Nasal kanül)
5. Solunum egzersizlerinin uygulanması ve hasta / ailesine eğitimi

- ***Diyafragmatik solunum:*** Bir el kaburgaların hemen altına mide üzerine ve diğer el göğüsün ortasına yerleştirilir. Hastaya karın bölgesinde şişkinlik hissedinceye kadar burundan yavaş ve derin bir nefes alması söylenir. Karın bölgesi nefes inspirasyonda genişlemeli ve eksprasyonda küçülmelidir. Nefes karın kaslarında gerilme hissedilinceye kadar dudaklar büzülmüş durumda verilir. Nefesin verilmesi sırasında karın üzerine ileri ve yukarı doğru basınç yapılır. İnspirasyonun ekspirasyona göre oranı 1/2 olmalıdır. Burundan nefes alma 2'ye kadar sayma, dudakları büzerek nefes verme 4'e kadar sayma süreci içinde gerçekleştirilir. Göğüs hareket ettirilmemeli, dikkat göğüse değil karın bölgesine odaklanmalıdır. Diyafragmatik solunum 1 dakika boyunca devam ettirilir. Her 1 dakikalık solunumdan sonra hastaya 2 dakikalık dinlenme süresi verilir. Dispne geçene kadar öne eğik postürde anlatılan şekilde yavaş solunuma devam etmelidir. Diyafragmatik solunum toplam 10 dakika günde 4 kez olacak şekilde hastaya uygulatılır. Hasta ve ailesine işlem öğretilir.

- ***Dudakları büzerek solunum:*** Nefes 2'ye kadar sayma süresi içerisinde burundan yavaşça alınır. Nefes karın kaslarında gerilme hissedilecek düzeyde yavaş ve sabit bir hızla, 4'e kadar sayılarak dudaklar büzülerek verilir. İnspirasyon ekspirasyon oranı 1/2' dir.

- ***Alt yan kaburga solunumu:*** El aşağı yan kaburgaların hizasına yerleştirilir. Ellerin dışarı hareketini sağlayacak şekilde derin ve yavaş nefes alınır. Ellerin içeri doğru hareketini hissedecek şekilde dudaklar büzülerek yavaş yavaş nefes verilir.

-Alt sırt ve kaburga solunumu: Hasta sandalyeye oturtulur veya fowler pozisyonuna getirilir. Eller sırtın arkasına alt kaburgaları yatay olarak kavrayacak şekilde yerleştirilir. Ellerin

dışarı hareketini ve göğüs kafesinin arkaya doğru genişlemesi sağlanacak şekilde yavaş ve derin nefes alınır. Üfleyerek nefes verilir. Ellerin hareketleri hissedilir.

-Segmental solunum: Eller alt kaburgalara yerleştirilir. Nefes, sağ göğüs kafesi genişleyerek sağ elin dışarı doğru hareketini sağlayacak şekilde konsantre olunarak yavaş ve derin alınır. Sağ elin sol ele göre daha fazla dışa doğru hareketi sağlanır. Nefes yavaşça verilir ve sol elin ve kaburgaların hareketi hissedilir. Sol tarafa konsantre olunarak işlem tekrarlanır.

6. Hastanın olası pnömoni belirtileri (ateş, öksürük, göğüs ağrısı, yeşil balgam, lökositoz) açısından gözlenmesi
7. Relaksasyon tekniklerinin uygulatılması ve öğretilmesi
8. Solunum rehabilitasyonunun sağlanması - Perküsyon, vibrasyon, postüral drenaj, aspirasyon
9. Hastanın konforunu sağlayacak uygun pozisyon verilmesi
10. Anksiyetenin giderilmesi
11. Ağız bakımının sık aralarla yapılması

2. Farmakolojik Yöntemler (3,4,6,7):

- **Bronkodilatatörler:** İpratropium, albuterol, isoproterenol veya metaproterenol. Sistemik bronkodilatörler: Teofilin

- **Kortikosteroid:** Beklometazon. Sistemik: Deksametazon, prednizon veya metilprednizolon

- **Opoidler:** Morfin oral, sublingual, subkutan olarak veya nebülazör inhalasyon tedavisi formunda kullanılır

- **Anksiyolitikler:** Benzodiazepin ve fenotiyazin

- **Diüretikler:** Furosemid, spironolakton ve klorotiazid (hasta hipovolemide olmadığı durumlarda)

- **Kan Transfüzyonu:** Aneminin tedavisi

- **Eritroprotein**

-Radyasyon terapisi veya kemoterapi

- **Nebulizatör tedavisi:**

. Morfin 2,5 gr + Deksametazon 2,0 mg (2,5 cc izotonik içine) 4x1

. Dispnenin rahatlatılması için gerekli ise morfin dozu arttırılabilir. Bazı hastalar eşik doza kadar yanıt vermeyebilirler. Her tedavi için 20-50 mg morfin verilebilir. Yapılan çalışmalarda ileri evre kanser hastalarında dispne tedavisi için en etkili tedavinin nebulizatör ile morfin uygulaması olduğu belirtilmektedir.

. Oksültasyonda wheezing duyuluyor ise; Albuterol 0,5 ml

. Morfin'e yanıt alınamıyor ise; Furosemid 20 mg (2 cc izotonik ile)

. Hastada istirahat dispnesi varsa; Oksijen 4 lt/dk (Saatte/10-20 dk)

- Solunumsal Panik durumunda;

. Midazolam, 5-10 mg IM/ IV, veya

. Lorazepam, 0,5-2,0 mg SL, veya

. Morfin, 5-10 mg, Nebulizatör, IV, veya

. Klorpromazin, 25 mg PO, IM, veya

Uzun süreli oksijen tedavisi (USOT): Evde uzun süreli oksijen tedavisi uygulamasında en uygunu konsantratörlerdir. KOAH hastalarında oksijen genellikle standart ***nazal kanüller*** ile sürekli uygulanır. İleri dönemlerde şiddetli hipoksemisi olan bazı hastalarda, inspirasyon havasındaki oksijen fraksiyonunun (FiO2) daha da artırılması için ***yüz maskelerine*** gerek duyulabilir.

Mutlak ölçütler: $PaO_2 \leq 55$ mmHg veya $SaO_2 \leq$ %88 (en az 3-4 haftalık stabil dönemde)

Kor pulmonale varlığında. PaO_2 = 55-59 mmHg ve $SaO_2 \geq 89$ olması, EKG`de "p" pulmonale bulunması, hematokritin > %55 olması, konjestif kalp yetmezliği

Oksijen tedavisinde amaç, PaO_2'nin 60-65 mmHg'nin üstünde tutulmasıdır. Bunun için de nazal kanül ile 1.5-2.5 l/dk akım yeterlidir. Oksijen tedavisi yılda en az bir kez yeniden değerlendirilmelidir. Günlük kullanım 15 saatin altına düşmemeli ve hastalar mümkün olduğu kadar uzun süre oksijen kullanmaya teşvik edilmelidir. Hasta uykusunda mutlaka oksijen almalıdır.

Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon (NIMV): Kronik solunum yetmezliğine neden olan farklı grup hastalıklarda (obstrüktif veya restriktif) endikedir. KOAH'ta; hiperkapniye bağlı semptomların varlığı ve fizyolojik kriterlerin varlığı ($PaCO_2 \geq 55$ mmHg, $PaCO_2$ = 50-54 mmHg ve noktürnal desaturasyon, $PaCO_2$:50-54 ve yılda en az iki kez hiperkapnik solunum yetmezliği nedeniyle hastaneye yatış) hastaya evde NIMV tedavisini gerektirir. Tablo 2'de eşlik eden nedenlere yönelik tedavi seçenekleri yer almaktadır (1,2,4,5)

Tablo 2. Dispne Nedenleri ve Tedavi

NEDENLER	MEKANİZMA	SPESİFİK TEDAVİ
Kanser ile İlişkili		
Primer veya sekonder akciğer kanseri	Solunum yolu obstrüksiyonu (+/- kollaps), -Tümör dokusu, -Akciğer infiltrasyonu -Lenfanjitis karsinomatozis	-Radyoterapi, -Kemoterapi (örn. etoposide), -Hormon tedavisi, -Stent, -Kriyoterapi, -Lazer tedavisi -Kortikosteroidler (Dexamethasone; Başlangıç: 8-12 mg, sonra 4 mg PO), Diüretikler, -Bronkodilatatörler
Genel güçsüzlük	Formda azalma, Solunum kaslarında güçsüzlük	-Aktivite için destek sağlama ve cesaretlendirme
Plevral efüzyon		-Drenaj (1,5 lt) -Furosemide, 40 mg PO + -Spironolactone, 100 mg PO
Superior vena kava sendromu		-Radyoterapi -Kortikosteroidler (Deksametazon; 24 mg IV) -İntravasküler Stent
Anemi	-Kronik hastalık -Kİ infiltrasyonu	-Transfüzyon (Hb< 9), eritrosit süspansiyonu, eritropoetin
Perikardiyal efüzyon		-Drenaj (1,5 lt)
Frenik sinir parezisi Diyafram basısı	-Asit -Hepatomegali -Göğüs duvarı infiltrasyonu -Göğüs duvarında ağrı	-Parasentez -Furosemid, 40 mg PO + Spironolakton, 100 mg PO -Analjezikler

Tedavi ile İlişkili Nedenler		
Kanser tedavisi	-Cerrahi (Lobektomi, pnömonektomi) -Radyoterapi (Pnömonitis, Fibrozis) -Kemoterapi	- Kortikosteroidler (Deksametazon; Başlangıç: 8-12 mg, sonra 4 mg PO),
Kanser dışı tedaviler	-Sıvı retansiyonunu presipite edici ilaçlar (Örn. Kortikosteroidler) - Bronkospazmı presipite edici ilaçlar (Örn. Beta-blokerler)	-İlaç uygulaması durdurulur -İlaç uygulaması durdurulur
Diğer Nedenle		
İnfeksiyon	Bakteri, Virüs, Mantar	Antibiyotik / antifungal ilaçlar
Kronik solunum hastalıkları	Örn. (KOAH, Astım)	-Oksijen tedavisi -Bronkodilatatörler (Beclomethasone inhaler) - Kortikosteroidler -USOT - NIMV
Kronik Kalp Hastalıkları	Örn. (İskemik kalp hastalıkları, KKY)	-Oksijen tedavisi -Diüretikler (Furodemid 40-240 mg, PO/IV) -ACE inhibitörleri -Beta blokerler
Pulmoner ödem		-Diüretikler
Pulmoner emboli		-Antikoagülan
Pnömotoraks		-Aspirasyon,Su altı drenaj tüpü
Psikolojik Faktörler	Örn, Anksiyete, korku, izolasyon, frustrasyon, depresyon	-Hasta ve ailesine desteğin arttırılması -Antidepresanlar -Anksiyolitikler

3. Semptom Yönetimi Hedefleri (6)

- Dispneyi azaltmak için solunum teknikleri ve ilaç tedavisi kullanılır
- Aktivite düzeyini arttırabilme
- Rahatsızlık oluşmadan soluk alıp verebilme

4. Mesleki Yeterlilik (7)

- Altta yatan etiyolojiyi tedavi edilebilmek
- Palyatif bakımın zorlaşmaması için hastalığı temel alan girişimleri sağlamak
- Tedavi planının etkinliğini değerlendirmek ve uygun şekilde değiştirmek
- Evde konforun sağlanması için hasta ve yakının eğitim düzeyine göre gerekli bilgiler vermek

5.2.1.2. Öksürük

Öksürük, fizyolojik bir refleks ve hava yolundaki sekresyon ve yabancı materyallerin temizlenmesini sağlayan önemli bir koruyucu mekanizmadır (1). Kronik öksürük genel popülasyonda %3-40 oranında görülmektedir (2). Palyatif bakım hastalarında ise bu oran %30-50 iken akciğer kanseri olan hasta gruplarında ise yaklaşık olarak %80 olarak saptanmıştır (1).

Tanım

Solunum yollarını temizlemek için koruyucu bir mekanizma olarak işlev gören, akciğerlerden gelen havanın patlayıcı bir şekilde çıkması ya da pulmoner bir rahatsızlık semptomudur (2,5,11,12).

Patofizyoloji / Etiyoloji

Kronik hastalığı olan hastalarda, halsizlik ya da bitkinliğin sonucunda hava yollarını temizleyememe yüzünden genelde pnömoni ve konjestif kalp yetersizliği nedeni ile öksürük gelişir. Öksürük nefes darlığına yol açması, boğazda tahriş oluşturması veya kusmanın meydana gelmesi gibi nedenler ile hastanın yaşamını olumsuz etkiler. Etkisiz öksürük, sürekli bir tıkanıklık ve boğulma hissine yol açabilir (1,4,12).

Öksürük, prodüktif öksürük - hasta etkin olarak öksürüğü kontrol edebilir, prodüktif - hasta etkin olarak öksürüğü kontrol edememe ve nonprodüktif öksürük olarak üç tipte sınıflandırılabilir (4).

Öksürüğe neden olan etiyolojik faktörler; primer akciğer veya plevra tümörü veya metastazı, KOAH, astım, akciğer infeksiyonları, gastroözefajiyal reflü, sol kalp yetersizliği, nazal sinüzit, ilaçlardır (örn. ACE inhibitörleri) (2,11,12).

Hastaların öksürük tiplerine göre olası etiyolojik nedenleri Tablo 3'de yer almaktadır (5,12).

Tablo 3. Öksürüğün Özellikleri ve Etyolojik Nedenleri

Öksürük Tipi	**Etyolojik Neden**
Öksürük sırtüstü yattığında veya gece artıyor	Gastroözefajiyal reflü (GÖR) Sol kalp yetersizliği
Burun tıkanıklığı	Sinüzit ile birlikte olan ve olmayan post nazal akıntı
Pürülan balgam, ateş yok	KOAH, Bronşektazi
Pürülan balgam, ateş ile	Pnömoni, akciğer apsesi
Bol köpüklü, pembe balgam	Sol kalp yetmezliği Alveol hücre karsinomu (nadir)
Hemoptizi	Akciğerlerde malignite
Kuru öksürük	Kanserin bronşlara yayılımı Plevral efüzyon Astım ACE inhibitörleri
Sesli öksürük	Vokal kord paralizisi

Tanı: Hastanın öksürüğün altında yatan neden %80 oranında iyi bir anemnez ile saptanabilir (5,12). Hastaların semptomlarına göre ve tanı testleri Tablo 4'de yer almaktadır (5,12).

Tablo 4. Hastaların Semptomları ve Tanı Testleri

Semptom	**Tanı testleri**
Plevra veya akciğerde malignite	Göğüs grafisi, BT
Sinüzit/ post nazal akıntı	Farenk ve larenks muayenesi Sinüs grafisi
Gastroözefajiyal reflü	Endoskopi
Astım	Bronkodilatatör öncesi ve sonrası spirometri
Sol kalp yetmezliği	Ekokardiyogram
Pnömoni	Göğüs grafisi, balgam kültürü

Belirtiler

Dispne, yorgunluk, halsizlik, taşikardi, göğüs ağrısı, boğaz yanması, wheezing, hemoptizi, kusma **(**1,11).

Semptom Yönetimi (1,2,4,5,11,12,13)

1. Genel Önlemler

1. Optimal hidrasyonun sağlanması
2. Optimal mobilitenin sağlanması
3. Solunum irritanlarına maruz kalımı elimine etmek.(örn. sigara dumanı, saç spreyi, toz, temizlik malzemeleri, pudra ve parfümeri)
4. Hava - oksijen nemlendirilmesinin sağlanması

Soğuk-buhar makinesinin ya da hasta oksijene bağlıysa, nemli oksijen kaynağını kullanımını içerir. Buhar makinesi çok pahalı değildir ve pek çok eczanede bulunur.	

Ev ortamında, hastanın gücü yerindeyse banyoya götürülüp, sıcak duştan çıkan buharı soluyabilir.

Öksürük yetersizse sekresyonu çıkartın.

Solunum fizyoterapisinin balgamın çıkartılmasına destek olmak amacı ile uygulanması**.** Sekresyonları çıkartmak için;

1. Postüral drenaj,
2. Vibrasyon,
3. Perküsyon,
4. Öksürme teknikleri kullanılmaktadır.

1. Maksimal inhalasyon yapmak: Etkili bir öksürükle mukusu hareket ettirmek, distal havayolları ve akciğerlerin hava ile doldurulmasına bağlıdır. Böylelikle havanın dışarı verilmesi sırasında mukus havayollarından yukarı doğru hareket eder.

2. Nefesi iki saniye tutmak: Bu basamak hastayı ekspiryuma hazırlar ve inhale edilen havanın akciğerlerin uç kısımlarına dağılmasına olanak sağlar.

3. İki kere öksürmek: İlk öksürük mukusu çözecektir. İkinci öksürük mukusu ileri doğru hareket ettirecektir. Daha fazla öksürük aşırı oksijen ve enerji kullanımına neden olur, kaçınılmalıdır. Tekrarlı öksürme ile oluşabilecek bronkospazmdan kaçınılmalıdır.

4. Durmak: Yeniden kontrolü sağlamak için bir müddet durup beklenir.

5. Havayı burundan inhale etmek: Ağız yolu ile alınan derin bir inhalasyon çözünmüş olan mukusu tekrar havayollarından aşağıya doğru hareket ettirecektir. Bu nedenle hastanın burnundan soluk alması sağlanır.

6. Huff Öksürüğü: KOAH hastalarında tercih edilen öksürük egzersizidir. Glottisin kapanması ve yüksek basınç oluşturma yerine hasta soluğunu verirken 3- 4 kez "huff" der, böylece doğal öksürme refleksi uyarılır.

2. Farmakolojik Tedavi

Mümkün olan en kısa zamanda altta yatan sebebi tedavi etmek farmakolojik tedavinin temelini oluşturur. Tablo 5'de eşlik eden nedenlere yönelik tedavi seçenekleri yer almaktadır (1,11,12).

Tablo 5. Öksürük Nedenleri ve Tedavisi

NEDENLER	MEKANİZMA	SPESİFİK TEDAVİ
Kanserle İlişkili		
Hava yolu obstrüksiyonuna neden olan primer veya sekonder kanser	-İnfiltrasyon -Kompresyon -Distorsiyon - Solunum yolu obstüksiyonu (+/- kollaps) Trakeo-özefajiyal fistül	-Palyatif radyoterapi - Deksametazon, 4 mg PO -Sodyum kromoglikat inhaler; 2 kez veya -Lidokain %2; nebülizatör ile 10 dk. (uygulama sonrası 1 saat oral beslenme kısıtlanması) -Kemoterapi (örn. etoposid), -Stent
Etkisiz öksürük	-Genel yorgunluk -Vokal kord paralizisi -Öksürürken ağrı	-Teflon enjeksiyonu -KBB konsültasyonu -Analjezikler
Tedavi ile İlişkili Nedenler		
Kanser tedavisi	- Radyoterapi ve kemoterapiye bağlı pulmoner infiltrasyon ve fibrozis	- Kortikosteroidler

Kanser dışı tedaviler	-ACE inhibitörleri- Öksürük refleksini arttırma -Beta blokerler- Bronkokonstrüksiyonun tetiklenmesi	-İlaç uygulaması durdurulur -Başka bir antihipertansif ilaçla değişim -Sodyum kromoglikat inhaler; 2 kez veya Sulindac 100 mg PO -İlaç uygulaması durdurulur
Diğer Nedenler		
İnfeksiyon	-Akciğer absesi -Bronşektazi -Post-infeskiyon öksürük refleksini arttırır	-Antibiyotikler - Göğüs fizyoterapisi
Kronik solunum hastalıkları	KOAH, Astım gibi	- Nebülizatör tedavisi: Albuterol 0,5 ml + Deksametazon 2 mg (2,5 ml izotonik solüsyonu ile) veya Furosemid 20 mg 2,5 ml izotonik solüsyonu ile)
Kronik kalp hastalıkları	- Sol kalp yetmezliğ gibi	-Yatak başının kaldırılması -Oksijen tedavisi -Furosemid, 40mg, PO/IV -Morfin 5-10 mg IV
Pulmoner ödem		-Diüretikler
Plevral efüzyon		-Hasta plevral efüzyonun olduğu tarafa yan yatırılır -Drenaj (1.5 lt) -Eğer hasta torakosentez için uygun değil ise; Furosemid, 40-80 mg PO + Spironolakton, 200 mg PO
Sinüzit/ post nazal akıntı		-Difenhidramin 25-50 mg -Beklometason aerosol -Amoksisilin 500 mg X 10-21 gün

3. Semptom Yönetimi Hedefleri (11)

- Öksürük ve ilişkili semptomların giderilmesi başarılır
- Yeterli hava değişimi sağlanır.
- Rahatlık sağlanır
- Öksürük hastanın rahatını bozmaz.

Mesleki Yeterlilik (11)

- Bakım sırasında ilk önce öksürüğün altta yatan etiyolojisi belirlenir.
- Öksürüğü kontrol altına alacak müdahaleler belirlenir ve uygulanır
- Müdahalelerin etkinliğini düzenli olarak değerlendirir ve optimal hasta sonucu için gerekli olan tedavi planı modifiye edilir.

KAYNAKLAR:

1. Wade R, Booth S, Wilcock A (2005). The management of respiratory symptoms, Editor: Faull C, Carter YH, Daniels L. Handbook of Palliative Care, Second Edition, Blackwell Publishing: Massachusetts.2005:185-203
2. Dudgeon D (2010). Dyspnea, Death Rattle, and Cough. Editor: Oxford Textbook of Palliative Nursing. Oxford University Press, New York. 2010:303-317
3. Solano JB, Gomes B, Higginson IJ (2006). A comparison of symptom prevalance in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. J pain Symptom Management. 2006;31(1):58-69.
4. Davis C, Percy G (2006). Breathless, cough and other respiratory problems. Editor: Fallon M, Hanks G. ABC of Palliative Care, Second Edition, Second Edition, Blackwell Publishing: Massachusetts. 2006;13-15
5. Waller A, Caroline NL (2000). Handbook of Palliative Care in Cancer, Second Edition, Woburn Butterworth-Heineman. 2000:77-87,183-197,239-245
6. Spener P (2002). Dsypnea in. Editor: Kuebler KK, Esper P. Palliative Practices from A-Z for the Bedside Clinician. Pittsburgh: Oncology Nursing Society. 2002;97-99
7. McDermott MK (2000). Dsypnea In. Editor: Camp-Sorell D, Hawkins RA. Clinical Manual for the Oncology Advanced Practice Nurse. Pittsburgh: Oncology Nursing Society. 2000; 131-137
8. Ripamonte C (1999). Management of dsypnea in advanced cancer patient. Support Cancer Care, 1999;7:233
9. Zepetella G (1998). The pallitation of dsypnea in terminal disease. Am J. Hospice Palliat Care, 1998;15:322
10. Zepetella G (1997). Nebulized morphine in the pallitation. Palliat Med, 1997;11:267.
11. Cohen, B (2002). Cough In, Editor: Kuebler K.K., Esper P. Palliative Practices from A-Z for the Bedside Clinician. Pittsburgh: Oncology Nursing Society. 2002; 63-65.
12. McDermott MK (2000). Cough In, Editor: Camp-Sorell D, Hawkins RA. Clinical Manual for the Oncology Advanced Practice Nurse. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.2000;127-130
13. Cowcher K, Hanks G (1990). Long-term management respiratory symptoms in advanced Cancer. J Pain Symptom Management, 1990;5:320.

5.2.2. PLEVRAL EFÜZYON VE ASPİRASYON PNÖMONİSİ

Uzm. Dr. Atike Pınar ERDOĞAN[1], Prof. Dr. F. Rüçhan USLU[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji BD

5.2.2.1. Plevral Effüzyon

Tanımı ve Önemi

Plevra boşluğunda sekresyon - absorpsiyon dengesinin bozulması sonucu sıvı toplanmasıdır. Genel populasyon için plevral efüzyon saptanma hızı, yılda 4/1.000 kişi civarındadır. Bu 10 milyonluk bir nüfus için, yıllık yaklaşık 40.000 plevral efüzyonlu olgu beklenebileceği anlamına gelir ki; bu da azımsanmayacak bir rakamdır.

Patogenez

Yetişkin bir insanda her bir hemitorakstaki plevral aralıkta mezotel hücreleri ve monositlerin hakim olduğu yaklaşık 20 ml (0,25 ml/kg) plevral sıvı vardır. Normal plevral sıvının glukoz düzeyi plazma glukoz düzeyine eşitken, laktik dehidrogenaz (LDH) düzeyi plazma düzeyinin %50'si kadar azdır. Normal plevral sıvı pH'sı plazma pH'sına eşit ya da genellikle ondan daha yüksektir. İyatrojenik, travmatik ve peritondan transdiyafragmatik geçiş nedenlerini hariç tutarsak; plevral alanda sıvı toplanabilmesi için hidrostatik basınçta artış (konjestif kalp yetmezliği), onkotik basınçta azalma (siroz, nefrotik sendroma, hipoalbuminemi), intraplevral negatif basınçta artma (atelektazi), kapiller endotelyal geçirgenlikte artış (pnömoni ve tümör implantları) ve/veya lenfatik drenajda azalma (tümör ile lenfatik obstrüksiyon, radyasyon fibrozisi, yaygın lenfatik metastaz) olmalıdır (1).

Tanılama ve Değerlendirme

Plevral efüzyonda semptomlar plevral inflamasyona veya sıvı miktarının fazlalığı nedeniyle gelişen mekanik bozukluklara bağlıdır. Az miktarda plevral sıvı semptoma yol açmaz (2). Plevral efüzyonların %15'i asemptomatik olabildiği gibi; en sık görülen semptomlar plöretik göğüs ağrısı, kuru öksürük ve dispnedir. Fizik muayenede perküsyonla matite ve oskültasyonda efüzyon üzerinde solunum seslerinde azalma saptanır. Sıvı, akciğerin göğüs duvarından ayrılmasına yol açacak miktarda ise vokal fremitus kaybolur. Az miktarda sıvı bulunan durumlarda plevral sürtünme sesi de duyulabilir. Efüzyonlara sıklıkla düz akciğer grafisiyle tanı konur. Kostofrenik açının küntleşmesi plevral aralıkta yaklaşık 200-300 ml sıvı olduğunu gösterir. Efüzyon bazen atelektazi, pnömoni ve plevral kalınlaşma ile karışabilir. Bu gibi durumlarda lateral

akciğer filmi, lateral dekubit filmi veya ultrason sıvının yerini ve miktarını belirleyebilir. Akciğerin bilgisayarlı tomografisi altta kalan akciğer dokusu, mediastinal yapılar ve etiyolojiye yönelik bilgi verir. Plevral efüzyon saptanan bir hastada yapılacak ilk işlem tanısal torasentezdir; fakat bazı durumlarda torasentez yapılmayabilir. Ateşi veya plöretik göğüs ağrısı olmayan, yaklaşık aynı miktarda bilateral efüzyonu olan kalp yetmezliği hastasında torasentezden önce diüretik tedavi denenmelidir. Eğer tedaviyle günler içinde sıvı gerilemezse tanısal torasentez yapılabilir.

Torasentez yapılan bir olguda cevaplanması gereken ilk soru, sıvının transuda mı yoksa eksuda niteliğinde mi olduğudur. Bu ayrım torasentezle alınan sıvının incelemesi ile yapılır. Bu konuda standart yaklaşım, 1972 yılında Dr. Richard Light tarafından tanımlanmış olan Light kriterleridir (3).

Light Kriterleri;

1- Plevral sıvı protein değeri / Serum Protein değeri > 0,5

2- Plevral sıvı LDH değeri / Serum LDH değeri > 0,6

3- Plevral sıvı LDH > 2 / 3 Normal Serum LDH üst düzeyi.

Bu üç kriterden en az birinin olması durumunda plevral efüzyon eksuda olarak değerlendirilir. Konjestif kalp yetmezliği gibi diüretik tedavisi kullanan hastalardan alınan plevral sıvı örneklerinde veya beklemiş plevral sıvılarda protein ve LDH seviyesinde artış görülebilir ve sıvı eksuda olarak değerlendirilebilir. Bu durumlarda serum-plevral sıvı albümin veya protein farkına bakılmalıdır. Bu fark protein için 3,1 g/dL veya albümin için 1,2 g/dL altında ise sıvı Light kriterlerine rağmen transuda olarak kabul edilir.

Genellikle transudatif efüzyonlar için ileri tetkik yapmaya gerek yoktur. Kalp yetmezliği, siroz ve nefrotik sendromda olduğu gibi altta yatan hastalık tedavi edildiğinde plevral efüzyon da ortadan kalkacaktır. Fakat eksudatif efüzyonlarda ayırıcı tanı için ileri inceleme (gram boyama, kültür, sitoloji vb) yapmak gerekir (4).

Tedavi Yöntemleri

Plevral efüzyonda tedavi efüzyonun derecesine ve efüzyona sebep olan hastalığa göre değişir. Benign plevral efüzyonlar çoğunlukla sistemik hastalıklardan kaynaklandığı için tedavileri primer etiyolojiye yöneliktir. Konjestif kalp yetmezliğinde, sol kalp kontraktilitesini artırmak veya diüretik kullanımı plevral efüzyonu geriletir. Eğer sıvı nefes darlığına yol açacak kadar fazla ise ve lateral grafide saptanan sıvı kalınlığı 10 mm'nin üzerinde ise torasentez uygulanmalıdır. Torasentez için tek kontrendikasyon koagülopatidir. Diğer rölatif kontrendikasyonlar hastanın mekanik ventilatöre bağlı olması veya pnömonektomili olup; kalan akciğer tarafında az miktarda sıvı olmasıdır.

Terapötik torasentez; efüzyona bağlı semptomları, özellikle dispneyi ortadan kaldırmak için yapılır. Masif efüzyonlarda ve mediastinal şift gelişmiş olgularda fazla miktarda sıvı alınmamalıdır. Plevra boşluğuna uygulanan negatif basınç pulmoner kapillerlerden sıvı sızmasına dolayısıyla reekspansiyon akciğer ödemine yol açabilir. Efüzyon nedeniyle karşı tarafa yer değiştirmiş mediasten hızla yerine gelirken venlerde bükülme oluşabilir, kalbe venöz kan dönüşünü engellenerek hemodinamiyi bozabilir. Bu nedenle torasentez sırasında bir defada 1.000-1.500 ml'den daha fazla sıvı alınmamalıdır.

Torasentez komplikasyon riski düşük bir yöntemdir. En sık rastlanan komplikasyonu pnömotorakstır. Bunun dışında hemotoraks, reekspansiyon akciğer ödemi ve plevranın enfeksiyonu diğer komplikasyonlar arasındadır.

Parapnömonik efüzyonlar antibiyotik tedavisi ile düzelir, ampiyemler ise drene edilmeli ve ilk aşama olarak antibiyotik ile tedavi edilmeye çalışılmalıdır. Erken tedavi ile küçük efüzyonlar komplike hale gelmeden düzelebilir. Plevra sıvısına yeterli konsantrasyonda geçen antibiyotikler penisilinler, sefalosporinler, aztreonam, klindamsin ve siprofloksasindir. Tedavi genelde 3-6 hafta sürer. Tekrarlayan terapötik torasentez günümüzde nadir kullanılan bir yöntem olup etkinliği konusunda fikir birliği yoktur. Komplike plevral efüzyonlu hastaların bir kısmında sadece antibiyotik tedavisi yeterli iken; plevral sıvı pH < 7,0 ise geniş çaplı (28 - 32F) bir toraks tüpü ile drenaj uygulanmalıdır. Günlük drenaj miktarı 50 ml / 24 saat altına düşünce ve sıvı berrak sarı renk alınca toraks tüpü çıkarılmalıdır. Video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) yeterli drenaj sağlanamayan komplike plevral efüzyonda kullanılan etkin bir yöntemdir. VATS ile lokülasyonlar birleştirilerek uygun bir drenaj sağlanır, debridman yapılır ve plevral fibrin plaklar çıkartılır. VATS'ın yetersiz olduğu multiloküle koleksiyonların varlığında ve plevral enfeksiyonun kontrolü

için erken dönemde dekortikasyon uygulanabilir. Genel durumu kötü olan hastalarda dekortikasyona alternatif olarak toraks dreni drenaj torbasına alınabilir veya açık drenaja bırakılabilir. Açık drenaj, ciltten toraksa pencere açılarak yapılır ve buradan toraks kavitesi 4 - 8 hafta boyunca irrige edilir. Tekrarlanan kültürlerde kavite steril olduğunda pencere kapatılır (5).

Tüm plevral efüzyonların %40'ı malign hastalıklara bağlıdır. Malign plevral efüzyonların tedavisi bu hastalarda yaşam beklentisi çok kısa olduğundan zordur (6). Hastaların %54'ü ilk bir ay içinde, %84'ü ise altı ay içinde kaybedilir. Bu kalan kısa sürede hastanın nefes darlığının rahatlatılması gerekmektedir. Kemoterapi ve radyoterapi gibi cerrahi dışı yöntemlere iyi yanıt veren lenfoma ve küçük hücreli akciğer kanseri gibi malign hastalıklarda tedaviyle birlikte efüzyon da geriler.

Malign plevral efüzyonu olan hastaların sadece torasentez veya toraks tüpü drenajı ile tedavileri mümkün değildir. Bu hastaların büyük çoğunluğunda (> %80) plevral efüzyon kısa sürede tekrarlar (7). Toraks tüpü drenajına plörodez eklenmesi veya başka bir palyatif yöntemin kullanılması gerekmektedir. Plörodez, 1930'larda malign plevral efüzyonu olan hastalara nitrojen mustardın tedavi amaçlı verilmesi ile bulunmuştur. Daha sonra tetrasiklin, doksorubisin ve bleomisin de kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde talk, püskürtme veya sıvıda çözünmüş haliyle tetrasiklin türevleri (doksisiklin) ve bleomisin kullanılmaktadır. Talk bunlar arasında en sık kullanılan ve en başarılı ajandır (8).

Sevk Kriterleri

Tüm masif efüzyonlar, eksudatif efüzyonlar ve komplike transüdatif efüzyonlar bir göğüs hastalıkları uzmanının yardımı ile değerlendirilmelidir.

İzlem Kriterleri

Büyük hacimli torasentez, göğüs tüpü uygulaması veya komplike kapalı plevra biyopsisi için hastalar yatırılarak izlenmelidir. Sıvının rezolüsyonu seri akciğer grafileri çekilelerek takip edilmelidir (9).

5.2.2.2. Aspirasyon Pnömonisi

Tanımı ve Önemi

Aspirasyon, orofarengeal veya gastrik içeriğin larenks ve alt solunum yollarına kaçmasına denir. Aspirasyon sonrası, aspire edilen materyalin miktarına, cinsine, kişinin verdiği yanıta ve

aspirasyonun sıklığına bağlı olarak çeşitli pulmoner sendromlar gelişebilir. Pulmoner aspirasyon önemli ve ciddi bir hastalık ve ölüm nedenidir. Bununla birlikte pulmoner aspirasyon sendromları sıklıkla yanlış tanı alır ve uygun tedavi edilmezler.

İnsidans ve Prevalansı

Toplum kökenli pnömonilerin yaklaşık %10'unu aspirasyon pnömonisi (AP) oluşturur. Bakımevinde yaşayanlarda bu oran %18'lere çıkmaktadır (10). Bununla birlikte tanıdaki güçlükler nedeniyle kesin prevalansı bilinmemektedir. Amerika'da aspirasyon pnömonisinin yılda 300-600 bin kişiyi etkilediği bildirilmektedir.

Tanılama ve Değerlendirme

Aspirasyon pnömonisi, kolonize orofarengeal içeriğin inhalasyonu sonucu gelişir. Sağlıklı erişkinlerin yaklaşık %50'si uyku sırasında orofarengeal sekresyonu aspire eder; ancak düşük virülans yükü, öksürme, siliyer transport ve normal hümoral ve selüler immün mekanizmalar sayesinde pnömoni sıklıkla gelişmez. Bu mekanizmaların bozulması veya aspire edilen materyalin miktarının artması halinde pnömoni gelişebilir (11). Klinik, minimal semptomatik bir tablodan nekrotizan pnömoni, abse formasyonu ve ampiyem gibi ciddi tablolara kadar değişen şekillerde karşımıza çıkabilir. AP tanısı koyabilmek için aşağıdaki kriterlerin varlığı gereklidir (12):

1. Akciğer grafisinde infiltrasyon,

2. Major kriterlerden (öksürük, balgam, ateş) en az biri veya minör kriterlerden (dispne, göğüs ağrısı, bilinç değişikliği, fizik muayenede konsolidasyonla uyumlu bulgu, beyaz kürenin 12.000/mm^3'ün üzerinde olması) en az ikisinin varlığı,

3. Aspirasyona tanıklık edilmesi veya aspirasyon için risk faktörünün bulunması.

Akciğer grafileri, hastanın aspirasyon sırasındaki pozisyonu dikkate alınarak değerlendirilmelidir. Özellikle sağ alt lobun süperior segmenti olmak üzere alt loblar ve üst lobların posterior segmentleri sık olarak tutulur. Radyografik görünüm genellikle bir parankimal bronkopnömoniyi yansıtır. Rutinde gerekmemesine rağmen bronkoskopi ile gıda partikülleri veya lipid yüklü makrofajlar saptanarak aspirasyon doğrulanabilir (13).

Eşlik Eden Durumlar, Risk Faktörleri

Aspirasyon için başlıca risk faktörlerinden bazıları ileri yaş, inme, bilinç düzeyinde değişiklikler, kötü ağız hijyeni ve gastroözefageal reflü olarak sıralanabilir. Diyabetes mellitus,

konjestif kalp yetmezliği, malnütrisyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, böbrek yetmezliği ve malignite gibi durumlarda aspirasyon sonrası pnömoni daha sıktır.

Tedavi Yöntemleri

Antimikrobiyal ajanın seçimi aspirasyonun nerede gerçekleştiğine (toplumda, hastanede, bakımevinde) veya saptanan patojene göre yapılır. Başlangıç tedavisi çoğunlukla ampiriktir. Tedavi rejimi balgam, trakeal sekresyon veya bronkoskopik örneklerin kültür sonuçlarından sonra değiştirilebilir. Toplum kökenli AP'de önerilen antibiyotikler klindamisin, beta-laktam / beta-laktamaz inhibitörü kombinasyonları veya penisilin ile metronidazol kombinasyonudur. Hastane kökenli veya bakımevlerinde gelişen AP'de antibiyotik seçiminde gram-negatif basillere ve metisilin dirençli S.aureus'a yönelik etkinlik dikkate alınmalıdır. Bu hastalar sefepim - klindamisin, piperasilin - tazobaktam ile tedavi edilebilir. Stafilokok ile kolonizasyon veya aktif enfeksiyonu olan hastalarda tedaviye vankomisin veya linezolid eklenmelidir. Tedavi süresi 7-10 gündür.

Sevk Kriterleri

Eşlik eden başka hastalık mevcut ise veya antibiyotik tedavisine yanıt alınamıyorsa hasta enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları veya göğüs cerrahisi uzmanına yönlendirilmelidir.

İzlem Kriterleri

Hipoksi, ciddi malnütrisyon ve ciddi sistemik semptomlar varsa hasta yatırılarak izlenmelidir. Yeterli beslenme, multiple aspirasyon pnömonisi atakları olan ve altta yatan nörolojik hastalık veya malignitesi bulunan hastalarda önemli bir sorundur. Bu hastaların palyasyonunda beslenme ve medikasyonun sağlanması için gastrostomi veya jejunostomi beslenme sondasının endoskopik veya cerrahi yerleşimi düşünülebilir (13).

KAYNAKLAR:

1. Kaya A (2007). Solunum Acilleri. Ankara: Poyraz Yayıncılık
2. Smyrnios NA, et al. (1990). Pleural effusion in an asymptomatic patient. Spectrum and frequency of causes and management considerations Chest 1990;97:192-6.
3. Köktürk O (2000). New formulae for separation of pleural transudates from exudates Chest 2000;120 (4), suppl: 285s
4. Light RW (2002). Pleural effusion N Engl J Med. 2002;346:1971-7.
5. Hampson C, et al. (2008). Diagnosis and management of parapneumonic effusions Semin Respir Crit Care Med, 2008;29(4):414-26.
6. Burrows CM, et al. (2000). Predicting survival in patients with recurrent symptomatic malignant pleural effusions: An assessment of the prognostic values of physiologic, morphologic, and quality of life measures of extent of disease Chest 2000;117:73-8.
7. Light RW (1995). Malignant pleural effusions. In: Pleural diseases (3rd Edition) Baltimore:Williams and Wilkins, 1995;94-116.
8. Batırel FH, et al. (2002). Plevral efüzyona yaklaşım: Cerrahi Perspektif Türk Toraks Dergisi, 2002;3:13-9.
9. Muthuswamy P, et al. (2001). Clinical problem-solving. The effusion that would not go away N Eng J Med 2001;345:756.
10. Marik PE. (2001). Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia N Engl J Med, 2001;344:655-71
11. Marik PE, Kaplan D (2003). Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly Chest. 2003;124:328-36.
12. Leroy O, et al. (1997). Community-acquired aspiration pneumonia in intensive care units Am J Res Crit Care Med, 1997;156:1922-9.
13. Goldman L (2011). Cecil Medicine (23.Baskı). Ankara. Güneş Tıp Kitabevleri.

= 5.3.=

NÖROLOJİK

SEMPTOMLAR

5.3. NÖROLOJİK SEMPTOMLAR

Uzm. Dr. Zeki SÜRMELİ[1], Prof. Dr. F. Rüçhan USLU[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji BD

Kanser hastalarında yeni ortaya çıkan tüm nörolojik semptomlar aciliyet teşkil eder. Gerekli müdahalelerin erken dönemde yapılması ile hastalarda kalıcı nörolojik hasarın engellenmesi veya azaltılması mümkündür. Nörolojik semptomların, kanser dışı sebeplere bağlı olabileceği unutulmamalı, hastalarda yeni ortaya çıkan nörolojik bulgular sadece kansere bağlanmamalıdır.

Bu bölümde kanser hastalarında sık görülen nörolojik semptomların yönetimi ve palyasyonundan bahsedilecektir.

5.3.1. KAFA İÇİ BASINÇ ARTIŞI

Beyin, kafatası ile çevrelenmesi nedeniyle sabit bir hacim içinde yer alır, genişleyemez. Kafa içi kompartmanında beyin dokusu, serebrospinal sıvı ve kan bulunmaktadır; bu üç komponentten birinin hacminin artması diğerlerinin azalmasına ve kafa içi basınç artışına neden olur.

Nedenler

Kanser hastalarında, kafa içi basınç artışının en sık görülen nedeni beyin metastazlarıdır. Beyin metastazları en sık olarak akciğer kanserinde ve malign melanomda görülmekle birlikte meme, böbrek ve testis kanserleri gibi diğer kanserlerde de görülür. Beyin metastazlarına sıklıkla çevre beyin dokusunda vazojenik ödem eşlik eder. Beyin ödemi, klinik bulguların artmasına neden olur ve ilaçlarla beyin ödemi azaltılabilir. Metastazlar kanamaya neden olarak da kafa içi basıncını arttırabilir. Kafa içi basınç artışına neden olan diğer nedenler arasında, serebrospinal sıvı dolaşımını bozarak hidrosefaliye neden olan leptomeningeal lezyonlar;dural ven trombozu, kanama gibi vasküler nedenler ve menejit, beyin absesi gibi enfeksiyöz durumlar da yer alır.

Semptom ve Bulgular

Semptomlar, kafa içi basıncını arttıran nedene, etkilenen beyin bölgelerine ve basınç artış hızına bağlı olarak değişiklik gösterir. En sık görülen semptom baş ağrısıdır. Baş ağrısı genellikle şiddetlidir, analjeziklere yanıt vermez ve uyku sonrası şiddeti artabilir. Kafa içi basınç arttıkça bulantı ve kusma tabloya eklenir. Denge kaybı ve düşmeler görülebilir. Kitle basısına veya kanamaya bağlı olarak fokal nörolojik bulgular, örneğin kranial sinir paralizileri, göz hareketlerinde kısıtlanma, göz kapağında düşme görülebilir. Bilinç değişiklikleri, uykuya meyil ve sonuçta beyin kompartmanlarında herniasyon ile koma durumu ortaya çıkabilir. Fundoskopik bakıda hastaların yarısında papil ödem görülür. Hastalarda bradikardi, hipertansiyon ve solunum düzensizliği (Cushing triadı) saptanabilir (1).

Tanı

Akut gelişen fokal nörolojik bulguları olan veya bilinç değişiklikleri olan hastalar, vakit kaybedilmeden kranial görüntüleme imkanı olan bir acil servise yönlendirilmelidir. Kafa içi basınç artışı semptomları görülen hastaların kranial görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilmesi gerekir. Hastalara ilk olarak kontrastsız kranial bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmesi önerilmektedir. Kontrastsız BT ile kafa içi kanama, kitle veya hidrosefali yönünden değerlendirilmeli ve saptanan nedene yönelik tedavi başlanmalıdır. Akut nörolojik semptomları olan fakat kontrastsız BT'de patoloji saptanmayan hastaların nöroloji hekimi tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Altta yatan patolojinin değerlendirilmesinde kranial manyetik rezonans (MR) görüntüleme de kullanılabilir.

Nörolojik semptomlara neden olabilecek metabolik ve enfeksiyöz nedenler yönünden dikkatli olunmalıdır. Kan sayımı, kan elektrolit (sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfor) düzeyleri, böbrek ve karaciğer testleri istenmelidir.

Kafa içi basınç artışı olan hastalarda lomber ponksiyon, serebral herniasyon riskini arttırabilmektedir. Bu bulgular ile başvuran hastalarda, BT ile kafa içi basınç artışı ekarte edilmeden lomber ponksiyon yapılmamalıdır.

Tedavi

Tedavi altta yatan nedene yönelik olmalıdır. Kafa içi basıncının azaltılmasına yönelik uygulanması gereken semptomatik tedavi ve önlemler şunlardır:

1. Baş seviyesi, kalp seviyesinden yukarıda olacak şekilde (30 derece) pozisyon verilmelidir.

2. Hastaya gerekmedikçe hipotonik sıvı (dekstroz solüsyonları) verilmemelidir. İzotonik solüsyonlar (%0,9 sodyum klorür) tercih edilmelidir.

3. Ateşi olan hastalara ateş düşürücülerle müdahale edilmelidir.

4. Kortikosteroidler, kitle çevresindeki vazojenik ödemin azalmasını sağlar. Deksametazon 16 - 32 mg/gün (4x4 mg veya 4x8 mg) oral veya iv olarak başlanır. Gerektiğinde doz 100 mg/gün'e kadar yükseltilebilir. Beraberinde mide koruyucu olarak proton pompa inhibitörü de başlanmalıdır (Kortikosteroidler kanamaya bağlı kafa içi basınç artışında kullanılmaz.) (2).

5. Kafa içi basıncını azaltmaya yönelik hipertonik solüsyonlar kullanılabilir. Bu amaçla %20'lik mannitol solüsyonu 0,5 – 1 mg/kg dozunda 6 saatte bir uygulanır. (%20'lik mannitol solüsyonunun 100 ml'sinde 20 gr mannitol bulunur.)

6. Entübe edilen hastalarda hiperventilasyon uygulanarak pCO_2'nin 25 -30 mmHg düzeyinde tutulması kafa içi basıncının azaltılmasında yararlıdır.

Beyin metastazına bağlı kafa içi basınç artışı olan hastalarda, kitlelerin cerrahi eksizyonu veya radyoterapi uygulanabilmektedir. Obstruksiyona bağlı hidrosefali saptanan hastalarda, cerrahi olarak ventriküloperitonealşant uygulanabilmektedir. Hastaların beyin cerrahisi ve/veya nöroloji hekimleri tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastanın izlenmekte olduğu onkoloji kliniğine durumu ile ilgili olarak bilgi verilmeli ve hasta için uygun olan tedavi planlanmalıdır.

5.3.2. KONFÜZYON VE DELİRYUM

Deliryum (akut konfüzyonel durum), kognitif fonksiyonlarda, dikkatte ve duygu durumunda akut başlangıçlı ve dalgalanmalarla seyreden klinik bozukluktur. İleri evre kanser nedeniyle hospitalize edilen hastaların %26–44'ünde, terminal dönemdeki hastaların %88'inde görüldüğü bildirilmiştir (3).

Deliryum tanısı için dört anahtar özellik tanımlanmıştır (4):

1. Dikkati belirli bir konu üzerinde odaklama, sürdürme veya yeni bir konuya kaydırma yetisinde azalma ile giden bilinç bozukluğu

2. Demans ile açıklanamayan idrak bozukluğu veya kognitif değişikliğin ortaya çıkması

3. Bilinç bozukluğunun kısa süre içinde (saatler veya günler) içinde ortaya çıkması ve gün içerisinde dalgalanma göstermesi

4. Bilinç bozukluğuna neden olabilecek genel tıbbi bir durumun olması

Nedenler

İleri evre kanser hastalarında konfüzyon ve deliryum, birçok nedene bağlı olarak görülebilmektedir. Genellikle altta yatan (demans, ileri yaş gibi) bir risk faktörüne, presipite edici (opioid analjezikler, enfeksiyon, dehidratasyon gibi) başka faktörlerin eklenmesi ile ortaya çıkar.

Kanser hastalarında konfüzyon ve deliryumun sık görülen nedenleri şunlardır:

- Yapısal nedenler
  - İleri yaş
  - Demans
  - Beyin metastazı bulunması
- Metabolik nedenler
  - Ateş
  - Dehidratasyon
  - Malnütrisyon
  - Organ yetmezlikleri (Böbrek, karaciğer yetmezliği gibi)
  - Hipoksi
  - Hipoglisemi
  - Elektrolit bozuklukları
  - Anemi
- Enfeksiyonlar
  - İdrar yolu enfeksiyonları, pnömoni, sepsis vb.
- İlaçlar
  - Bazı kemoterapötik ilaçlar (Ifosfamid, sisplatin gibi)
  - Opioid analjezikler (Özellikle meperidin)
  - Benzodiazepinler (Diazepam, lorazepam, alprazolam)
  - Bazı antiemetikler (Metoklopramid)
  - Antihistaminikler
  - Kortikosteroidler
  - Antidepresanlar

- Diğer nedenler
  - Uykusuzluk
  - Ağrı

Semptom ve Bulgular

Deliryumda semptomların akut başlangıçlı olması ve gün içinde dalgalanmalar göstermesi tipiktir. Bu özelliği ile deliryum, demanstan ayrılır. Deliryumda görülebilen klinik bulgular şunlardır;

1. **Bilinç değişikliği:** Bilinç durumunda hafif bozukluktan letarjiye kadar değişen oranlarda bilinç değişikliği görülebilir.

2. **Dikkat bozukluğu:** Hasta dikkatini odaklamada zorlanır. Söylenenleri takip etmekte ve karşılıklı konuşmada güçlük çeker.

3. **Oryantasyon kaybı:** Yer, zaman ve kişi oryantasyonu kaybolabilir. Hasta bulunduğu yeri, tarihi, gece ile gündüzü karıştırabilir.

4. **Organize düşünce yetisinde azalma:** Anlamsız konuşmalar, tutarsız düşünceler, ilgisiz konulara atlama görülebilir.

5. **Hafıza kaybı:** Değişik oranlarda hafıza kaybı görülebilir.

6. **Algısal bozukluklar:** Görsel, işitsel halusinasyonlar, sanrılar görülebilir.

7. **Ajitasyon:** Yerinde duramama, ani hareketler ile pozisyon değiştirme görülebilir.

8. **Psikomotor retardasyon:** Hareketlerde yavaşlama, uzun süre aynı pozisyonda kalma, boşluğa bakma görülebilir.

9. Uyku döngüsünde bozulma

Deliryumun üç klinik alt tipivardır:Hiperaktif, hipoaktif ve miks tip (5).

Hipoaktif deliryumda psikomotor yavaşlama, artmış uyku hali ve letarji görülür. Hipoaktif deliryum metabolik bozukluklar, hipoksi, hepatik ensefalopati gibi durumlarda görülür ve prognozu daha kötüdür.

Hiperaktif deliryumda ajitasyon, aşırı uyanıklık, halusinasyon ve sanrılar görülür. Hiperaktifdeliryum genellikle ilaç intoksikasyonu veya yan etkisi, çekilme sendromları (örn. benzodiazepin kesilmesi) gibi durumlarda ortaya çıkar.

Miks tipte her iki durumun özellikleri görülebilir.

Tedavi

Deliryum tedavisinde şu noktalara dikkat edilmelidir:

1. Altta yatan nedenin saptanması ve düzeltilmesi gerekir. Dehidratasyon, yetersiz besin alımı, elektrolit bozuklukları, idrar yolu enfeksiyonu, opioid analjeziklerin uygun olmayan dozda kullanımı, yetersiz ağrı kontrolü gibi durumların giderilmesi semptomların kısa sürede düzelmesini sağlar.

2. Deliryum riskini arttıran faktörlerin düzeltilmesi gerekir. Hastanın çevresinde iletişim kurabileceği kimsenin olmaması, hasta odasının yetersiz ışık alması, idrar sondası veya damar yolu gibi hastanın mobilizasyonunu kısıtlayan faktörler deliryum gelişimi riskini arttıracaktır.

3. Özellikle ajitasyonu olan hastalarda farmakolojik tedavi verilebilmektedir.

Genel önlemler:

1. Hastanın almakta olduğu ilaçlar gözden geçirilmeli, ilaçların uygun dozlarda kullanıldığından emin olunmalı, deliryuma neden olabilecek ilaç kesilmelidir.

2. Dehidratasyon, elektrolit bozuklukları yönünden değerlendirilmelidir.

3. Enfeksiyon yönünden değerlendirilmelidir.

4. Yeterli besin alımı yönünden değerlendirilmelidir.

5. İmmobilizasyondan kaçınılmalıdır. Hastanın yataktan çıkmasını zorlaştıran idrar sondası, uzun süreli mayi infüzyonu gibi uygulamalar zorunlu olmadıkça kullanılmamalıdır.

6. Hasta sık sık oryante edilmelidir. Hasta oryantasyonunu kolaylaştırmak için odada takvim, saat ve tanıdık nesneler bulundurulmasında fayda vardır. Hasta yakınlarının hasta ile iletişim kurmaları teşvik edilmelidir.

7. Hasta odası iyi aydınlatılmalı ve mümkünse güneş ışığı alması sağlanmalıdır.

8. Ağrı kontrolü sağlanmalıdır. Gece uykusuna engel olan durumlar yönünden değerlendirilmelidir.

Farmakolojik tedavi: Ajitasyon, halusinasyon semptomları olan hastaların tedavisinde farmakolojik tedavilerin kullanılması gereklidir. Tedavide antipsikotikler tercih edilir.

- Haloperidol (5-10-20 mg tablet, 2 mg/mL damla [10 damla yaklaşık 1 mg], 5-10 mg ampul): Tedavide ilk tercih edilen ilaçtır. Haloperidol oral, subkutan, intramüsküler, intravenöz olarak uygulanabilir. Başlangıç dozu 1 – 2 mg'dır ve 2 – 4 saatte bir tekrarlanabilir. Yaşlı hastalarda 0,5 – 1 mg olarak başlanır ve gerektiğinde 4 saatte bir tekrarlanabilir. Günlük dozun 5 mg'ın üzerindeki dozlarda ekstrapiramidal yan etki (akut distoni, akatizi, rijidite, akinezi vs.) riski artmaktadır. Özellikle intravenöz uygulamada QT süresinde uzama görülebilir (5,6,7).

- Atipikantipsikotikler tercih edilebilir. Önerilen ilaçlar ve dozları şu şekildedir:

  - Olanzapin, 2,5 – 5 mg oral veya intramüsküler, günde 1 – 2 kere

  - Risperidon, 0,25 – 1 mg oral, günde 1 – 2 kere

  - Ketiapin, 12,5 – 100 mg oral, günde 1 – 2 kere

- Benzodiazepinler, kognitif fonksiyonlarda kötüleşmeye neden olması nedeniyle genellikle önerilmez. Kontrol edilemeyen ajitasyon durumunda Lorazepam 0,5 – 1 mg oral olarak verilebilir.

5.3.3. PAREZİ, PLEJİ

Kanser hastalarında ektremitelerde parezi (kuvvet azalması), pleji (tam kuvvet kaybı) çeşitli nedenlere bağlı olarak görülebilir. Vertebral lezyonlarda spinal kord basısına bağlı bilateral veya sinir kökü basısına bağlı unilateral parezi / pleji görülebilir. Tümöre bağlı olarak veya uygulanan radyoterapiye bağlı olarak oluşan sinir hasarı pleji / pareziye neden olabilir. Bazı kemoterapi ilaçları periferik nöropatiye neden olarak (düşük el, düşük ayak) kuvvet kaybına neden olabilir. Uygulanan girişimlere sekonder (port / kateter takılması, intramüsküler enjeksiyonlar) olarak görülebilir. Yeni gelişen parezi / pleji yakınması olan hastaların kısa süre içerisinde nöroloji veya fizik tedavi hekimi tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir.

5.3.4. KONVÜLSİYON (NÖBET)

Nedenleri

Kanser hastalarında sık görülen konvülsiyon nedenleri şunlardır:

Beyin metastazları / primer beyin tümörleri

Metabolik nedenler

1. Hipoglisemi, nonketotik hiperglisemi
2. Hiponatremi, hipernatremi
3. Hipokalsemi
4. Hipomagnezemi
5. Üremi
6. Hipoksi

Enfeksiyon

Menenjit, beyin apsesi

Serebrovasküler olaylar

Kranial radyoterapi

Bazı kemoterapötikler (örn. sisplatin, metotreksat, ifosfamid, busulfan)

Epilepsi

Semptom ve Bulgular

Konvülsiyonlar generalize veya parsiyel olarak görülebilir.

Jeneralize nöbetler: Bilinç kaybı görülür. Jeneralize tonik klonik (grand mal) nöbetler, sık görülen tipidir. Nöbet, ani bilinç kaybı, kaslarda rijidite ile başlar (tonik faz), siyanoz olabilir. 30 – 60 saniye sonra kaslarda şiddetli kasılmalar, fasikülasyonlar izlenir (klonik faz). Bu aşamada hastada idrar gaita inkontinansı, ağızda köpürme görülebilir, hasta dilini ısırabilir. Kasılmalar genellikle 1 – 2 dakika sürer ve hastanın bilinci açılır. Post-iktal fazda hastada genellikle sersemlik, konfüzyon ve uyku hali görülür.

Parsiyel (fokal) nöbetler: Basit parsiyel nöbetlerde bilinç kaybı görülmez. Etkilenen beyin bölgesine göre fokal olarak motor, duyusal, otonom semptomlar görülebilir. Kompleks fokal nöbetlerde bilinç kaybı vardır ve genellikle üç dakikadan daha kısa sürer (8).

Status Epileptikus: Beş dakikadan daha uzun süren veya hastanın bilinci açılmadan tekrarlayan nöbetler görülmesi durumudur. Status epileptikus acil tıbbi müdahale gerektiren bir durumdur.

Nöbet geçiren hastalar altta yatan nedenler yönünden değerlendirilmelidir. Kan şekeri, elektrolitler, böbrek ve karaciğer testlerini içerecek şekilde kan değerleri görülmelidir. Hastaların almakta olduğu ilaçlar gözden geçirilmelidir. Antiepileptik kullanmakta olan hastaların, ilaçlarını uygun şekilde kullanıp kullanmadığından emin olunmalıdır. Nöbet eşiğini düşüren ilaç kullanımı yönünden değerlendirilmelidir (9). Ani ve geçici bilinç kaybı yapan konvülsiyon dışı (geçici iskemik atak, kardiak aritmiler gibi) durumlar yönünden de hastalar değerlendirilmelidir.

İlk defa nöbet geçiren veya nöbet sıklığı ve şiddeti artan hastalara MR veya BT ile kranial görüntüleme yapılmalıdır. Bu hastaların bir nöroloji uzmanı tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir.

Tedavi

Nöbet geçirmek, hasta ve hasta yakınları için endişe verici bir durumdur. **Hasta yakınlarına** nöbet anında dikkat edilmesi gereken şu hususlarda bilgi verilmelidir:

1. Hastanın düşmemesine ve etraftaki nesnelere çarpmamasına dikkat edilmelidir.
2. Nöbet sırasında hastanın kol ve bacakları kısıtlamaya çalışılmamalıdır.
3. Hastanın ağzını açmak için ağzına bir nesne sokulmamalı, dili tutulmaya çalışılmamalıdır.
4. Nöbet sonrası hasta yan yatırılmalıdır.
5. Hasta yakınlarına nöbet sonrası uyku ve konvüzyon halinin (postiktal dönem) olabileceği hakkında bilgi verilmelidir.
6. Beş dakika içerisinde nöbet sonlanmazsa tıbbi yardım talep edilmelidir.

Nöbet geçirmekte olan bir hastaya müdahale eden sağlık personeli şunlara dikkat etmelidir:

1. Hastanın çenesi yukarı kaldırılarak hava yolu açık tutulmalıdır.
2. Mümkünse oksijen desteği verilmelidir.

3. Nöbet sonrası bilinci açılana kadar aspirasyonu önlemek için hasta yan yatırılmalıdır.

4. Hastanın kan şekeri kontrol edilmelidir. İlk defa nöbet geçiren tüm hastalarda ve (gereklilik halinde diğer hastalarda) elektrolitler, böbrek ve karaciğer testlerini içerecek şekilde kan değerleri görülmelidir.

5. Kısa sürede sonlanan nöbetlerde ilaç kullanımına gerek yoktur.

6. İki dakikadan uzun süren nöbetlerde verilebilecek ilaçlar şunlardır;

   - Diazepam rektal solüsyon 10 – 30 mg rektal olarak uygulanabilir. Hastane dışında veya damar yolu bulunmayan hastalarda tercih edilir.

   - Diazepam 5 – 10 mg (0,2 mg/kg) intravenöz olarak uygulanır. Gerektiğinde 5 – 10 dakikada bir doz tekrarlanabilir.Toplam doz 30 mg'ı geçmemelidir (9).

7. 5 dakika içerisinde nöbet kontrol edilemezse hasta acil servise yönlendirilmelidir.

8. İlk defa nöbet geçiren veya nöbet süresi veya şiddetinde artış olan hastalar nöroloji hekimi tarafından değerlendirilmeli ve gerekli görülen durumlarda antiepileptik tedavi planlanmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Becker K, Baehring J (2011). Principles and practice of oncology. (9. baskı) Editör: DeVita, V. Philadelphia: Lippincot Williams &Wilkins. Sayfa 2131-2135
2. Ryken TC, McDermott M, Robinson PD vd. (2010). The role of steroids in themanagement of brain metastases: a systematic review and evidence-based clinical practice guideline. J Neurooncol. 2010;96(1):103.
3. Keeley P (2010). Delirium at theEnd of Life. Am Fam Physician 2010 May 15;81(10):1260-1261.
4. Amerikan Psikiyatri Derneği.(2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. ed.). Editör: Arlington VA: American Psychiatric Publishing.
5. Breibart W, Alici Y (2012). Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer J Clin Oncol 2012;30:1206-1214.
6. Amerikan Psikiyatri Derneği (1999). Practice guideline for the treatment of patients with delirium. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 1999;156 (5 Suppl):1-20
7. Halil M. (2007). Deliryum ve dahiliye kliniklerinde önemi. İç Hastalıkları Dergisi,2007;14(1).
8. Tradounsky G (2013). Seizures in palliative care Can Fam Physician 2013;59(9):951-955.
9. Stecker MM. Evaluation of the first seizure in adults, Status epilepticus in adults. URL: http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-first-seizure-in-adults Erişim tarihi: 14.09.2014.

= 5.4.=

PSİKİYATRİK

SEMPTOMLAR

5.4. PSİKİYATRİK SEMPTOMLAR

Uzm. Dr. Canan GÜLOĞLU[1]

[1]Özel Fatsa Şifa Tıp Merkezi

5.4.1. UYKU BOZUKLUĞU

Uyku bozukluğu (insomnia); uykuya dalmakta zorluk, sık uyanma , kalitesiz uyku ve sonuç olarak gün içinde yorgunluk; uyku hali yaratan bir durumdur (1).

İnsomnia hastada depresyon yorgunluk hissi, ağrı eşiğinde düşme, anksiyete ,yaşam kalitesinde düşüklüğe neden olabilir. Getireceği bu sonuçlara rağmen uyku bozukuluğu tarifleyen hastalara yaklaşım ne yazık ki yeterince doğru olmamaktadır (2).

Palyatif bakım gören hastalarda insomnia tahminen %45-95 oranında, kanser hastalarında ise genel populasyona göre %50 daha fazla görülmektedir (3).

Tedavide birincil amaç altta yatan hastalığa yönelik olmalıdır. İnsomnia nedenleri; kansere bağlı acı - ağrı, polifarmasi, depresyon, anksiyete, umutsuzluk, kaygılı durum hali gibi psikiyatrik semptomlar veya metabolik bozukluklar olabilir. Yatan hastalarda klinikteki diğer hastalardan ve / veya personelden kaynaklanan gürültüler insomnia nedeni olabilir.

Altta yatan hastalık tedavi edilirken dikkatli olunmalı uykusuzluğu tetikleyecek ya da arttıracak ilaçlardan kaçınılmalıdır. Örn. hasta steroid almak zorunda ise bu ilaç sabah saatlerinde verilmeli günün geç saatlerine bırakılmamalıdır. Hastanın IV sıvı tedavisi varsa; geceye sarkmayacak şekilde planlanmalıdır.

Tedavide öncelikle uyku hijyenine dikkat edilmeli, şartların elverdiği ölçüde belli saatte, daha sakin, sessiz ve karanlık bir odada yatılmalıdır. Az gürültü çıkaran makineler tercih edilmeli (beyaz gürültü) belirli saatten sonra bilgisayar ya da diğer stimulanlara yüksek sesli (müzik, televizyon gibi) kısıtlama getirilmelidir.

Günlük yaşam modifiye edilmelidir. Bunun için

- Gün içi şekerleme diye tabir edilen uykular kesilmeli
- Yatmaya yakın ağır yemek yememeli, sıvı alımına dikkat edilmeli
- Kafein gibi stimulanlardan uzak durulmalı
- Hasta minimal düzeyde rahatsız edilmeli
- Günlük ziyaretçi hastayı rahatsız etmeyecek şekilde sınırlandırılmalıdır.

Tüm bunların yanında gerektiğinde medikasyona başvurulabilir. Tedavide kullanılan ilaçlar hastanın yandaş hastalığı, insomnia nedenine göre seçilerek verilmelidir. Örnek olarak kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaya benzodiazepin grubu ilaçlar solunum sıkıntısı yaratacağından tercih edilmemelidir. Deliryumu olan hastaya zolpidem verilmesi tabloyu ağırlaştırabilmektedir.

Tıbbi tedavide kullanılan ilaçlar:

Atipik antidepresan grubundan mirtazapin (30 mg / gün); noradrenalin ve seçici serotonin antagonistidir. Major depresyonda kullanıldığı gibi gerilim tipi baş ağrısında , ansiyeteye bağlı uykusuzluk tedavisinde başarı ile kullanılmaktadır.

Benzodiazepinler: Bağımlılık yapma potansiyelleri nedeni ile dikkatli kullanılmalıdır ve ancak 2 hafta kullanılmasına müsaade edilir. Yeşil reçete ile satılmaktadır. Rebound uykusuzluk yapma gibi riskleri de vardır. En sık tercih edilenler; diazepam (5 mg/gün), alprazolam (0,5 mg/gün)

Türkiye'de kullanılmayan ancak Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) kullanılan ilaçlar temazepam ve estazolamdır.

Benzodiazepin grubu olmayan ama GABA üzerinden sedatif etki gösteren nonbenzodiazepin ilaçlar (zolpidem, zaleplon) Türkiye'de henüz kullanılmamaktadır.

Antidepresan grubundan en çok trazodone (50 mg/gün) kullanılmaktadır.

Melatonin agonisti ajan olan ramelteonun bağımlılık riski düşüktür ve uykuya geçişi kolaylaştırır ancak Türkiye'de bulunmamaktadır.

Diğer ilaç gruplarından antihistaminik olan difenhidarmin (12,5 mg/gün) de insomnia tedavisinde kullanılmaktadır. Ülkemizde reçetesiz satılmaktadır. Ağız kuruluğu, kognitif fonksiyon bozukluğu , deliryuma yatkınlık yapabilmektedir.

5.4.2. DEPRESİF SENDROM

Depresyon somatik olarak yorgunluk, enerji azlığı, uyku düzensizliği, iştah azalması, psikomotor ajitasyon; psikiyatrik olarak gün içinde kötü ruh hali içinde olmak özellikle sabahları,

etrafa karşı ilgisizlik, konsantrasyon bozukluğu, kararsızlık, geleceğe dair karamsarlık ve umutsuzluk, intihar düşüncesi ve / veya teşebbüsü ile kendini gösteren psikiyatrik bozukluktur.

Depresyon, ABD'de yapılan çalışmada genel popülasyonda kadınlarda %20, erkeklerde %12, medikal tedavi alan hastalarda bu oran %10 artarak görülmektedir (5).

Depresyon tedavisinin birinci basamağı kontrol edilemeyen ağrıları rahatlatmak olmalıdır. Son dönem kronik hastalığı olanlar da kanser hastaları gibi ağrı çekebilmektedir.

Ağrı kontrol altına alındıktan sonra da depresyon devam ederse tedavi gerekmektedir. Kişiye özel , ihtiyaçlarına yönelik tedavi planlanmalıdır. Medikal tedavi, grup psikoterapi, kişisel psikoterapi, hipnoterapi, davranış terapisi, varoluşsal terapi tedavi çeşitlerindendir.

Psikoterapi: Farmakoterapi alan hastaların tedavisini olumlu etkileyip ilaç etkisini de arttırmaktadır.

Destekleyici psikoterapide en önemli şey hasta ile terapiyi veren arasındaki bağdır. Uyum, güven, karşılıklı saygıdır. Tedavinin amacı uyumsuz davranışları en aza indirmek,tedavi süreci ile başa çıkma, utanma, korkma, kendinden nefret etme, içe kapanmayı önlemektir. Psikoterapi eğitimli sosyal görevli, hemşire, psikolog, psikiyatrist tarafından verilebilir.

Farmakoterapi: Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar birkaç çeşittir:

Antidepresan ajanlar içinde en fazla psikostimülanlar, SSRI (seçici seratonin reuptake inhibitörleri), TCA (trisiklik antidepresanlar) kullanılmaktadır. Ancak hangi ilacın diğerine üstün olduğu konusunda bir görüş birliği ve kanıt yoktur. 2008 yılı Amerikan Collage of Physicians tedavi rehberinde SNRI, SSRI ve atipik antidepresanlar önerilmiştir. Ancak daha önce de belirtildiği gibi tedavi kişiye özel olmalıdır.

Kardiyovasküler hastalığı olan yaşlılarda ortostatik hipotansiyon riski nedeni ile TCA tercih edilmezken SSRI güvenlidir. Yine üriner inkontinansı olan, GİS motilite sorunu olan, ağız kuruluğu olan hastalarda TCA tercih etmemek gerekir.ajitasyona ya da deliryuma meyilli olan hastalarda ise TCA'nın yan etkisi olan sedasyon fayda vereceğinden bu grupta tercih edilebilir. Aşırı yorgunluk, psikomotor yavaşlama şikayeti olan vakalar SSRI'lardan fayda görür.

TCA ve SSRI grubu ilaçların analjezik etkinlikleri de vardır. Ağrı şikayeti olan ve / veya opioid kullanan hastalara ilacın etkisini arttırdıklarından bu ilaçlar başlanabilir.

Hapları içemeyen hastalar için SSRI ve SNRI grubunun likit formu mevcuttur.

- SSRI: Birçok vakada ilk tercih gruptur.

  En az TCA kadar etkindir ve o gruptan daha güvenlidir (doz aşımı!).

  Doz bağımlı yan etkileri vardır: titreme, ajitasyon, baş ağrısı, seksüel disfonksiyon…

  Fluoksetin 20 mg/gün, Paroksetin 20 mg/gün, Sertralin 50-100 mg/gün, Citalopram 10-20 mg/gün

- TCA: Son dönem kanser hastalarında tedavide kullanılan ilaç grubudur ancak yan etkileri nedeni ile SSRI grubu kadar kolay tolere edilmez. (Sedasyon, antikolinerjik etki nedeni ile olan otonom disfonksiyon)

  Bu gruptan desipramin (25-50 mg/gün), amiltriptilin (10-25 mg/gün) ve nortriptilin (Türkiye'de yok) daha güvenlidir. Tercih edilmelidir.

  Eğer tedavide TCA grubu tercih edilecekse en düşük dozdan başlanıp duruma göre titrasyon yapılmalıdır.

- Diğer grup ilaçlar:

  Venlafaksin (37,5-150 mg/gün) serotonin noradrenalin reuptake inhibitörüdür. Tedavide etkin şekilde kullanılmaktadır.

  Mirtazapin (15-45 mg/gün) serotonin noradrenalin reuptake inhibitörüdür.

  Trazodone (50-100 mg/gün)

- Psikostimülanlar: TCA ve SSRI gruba üstünlüğü, etkisinin 24-48 saat gibi kısa sürede başlamasıdır.

  Bu grup ilaçlar özellikle opioidlere bağlı sedasyon durumunda bazı psikomotor yavaşlamalarda, hafif kognitif fonksiyon bozukluklarında tercih edilir.

  Düşük dozlarda iştah açar, yorgun güçsüz hisseden kanser hastalarının kendini daha iyi hissetmesini sağlar.

  Metilfenidat (10 mg/gün), dekstroamfetamin (Türkiye'de yok), modafinil (100-200 mg/gün)

Son olarak palyatif bakım alan ve hastalıklarının son döneminde olan hastalar intihar girişiminde bulunabilir ya da ötanazi isteyebilir. Tüm palyatif ekibi bu açıdan uyanık olmalıdır (6)

5.4.3. ANKSİYETE

Anksiyete, kas ağrıları, yorgunluk, boğazda takılma hissi, ağız kuruluğu, diyare, inkontinans, uyku bozukluğu, irritabilite, endişe, konsantrasyon bozukluğu, gerilim tipi baş ağrısı gibi bulgularla seyreden palyatif bakım ünitesinde sıkça karşılaşabilinecek bir psikiyatrik hastalıktır.

Anksiyetenin risk faktörleri:

- Organik mental bozukluk,
- Yetersiz tedavi edilen fiziksel semptomlar,
- Çevreyle yetersiz diyalog,
- Depresyon öyküsü,
- Polifarmasi,
- Tedaviye karşı inançsızlık,
- Eşzamanlı sosyal çevre sorunları varlığı,
- Aile ve arkadaş desteğinden yoksunluk.

(Aynı risk faktörleri depresyon için de geçerlidir)

Palyatif bakım ünitelerinde yaklaşık %10 oranında görülen anksiyetenin örtülü kaldığı bu nedenle oranının düşük saptandığı düşünülmektedir (7).

Anksiyete, hastanın yaşamında karmaşaya yol açıyor ya da yaşam kalitesini düşürüyor ise tedavi yaklaşımı düşünülmelidir. Yukarıda sayılan risk faktörleri dikkatle irdelenip anksiyeteye yaklaşım planı çıkarılmalıdır.

Pratikte anksiyeteye destekleyici bakım, farmakoterapi ve psikoterapinin oluşturduğu kompleks yaklaşım önerilmektedir.

Psikoterapi: Hastaların ve yakınlarının anksiyeteye neden olan sorunlarının çözümlenmesine yardımcı olmaktadır. Bu sorunlar finansal, aile içi çatışmalar, varoluşsal sorular,

maneviyatla ilgili sorunlar, bağımlılık, gelecek kaygısı, ölüm endişesi, keder ve kayıp gibi çok çeşitli olabilir ve farmakoterapinin çözemeyeceği türden olabilir.

Psikoterapiye yardımcı olarak hipnoterapi, müzik terapisi, gevşeme teknikleri, aromaterapi, masaj terapisi, sanat terapisi, farkındalık terapisi, akapunktur uygulanabilir.

Hastalara egzersiz de önerebilir. Kaygı ve anksiyeteyi azaltır. Vücut efor kapasitesini arttırır. Yatağa bağımlı hastalara pasif egzersiz yaptırılarak hareket etmesi sağlanabilir.

Farmakoterapi: Palyatif bakıma alınan hastaların tedavisinde başlangıçta anksiyete belirtileri gösteren hastalara benzodiazepin grubu önerilir. Kronik olan ya da beraberinde depresyonu da olan hastalara SSRI grubu ilaçlar önerilir.

Ancak palyatif bakım hastalarında anksiyeteye yaklaşımda etkin ilaç konusunda görüş birliği yoktur.

- **Benzodiazepinler:** akut anksiyetede kullanılır. Lorazepam (0,25-2 mg/gün) sublingual formu daha çok tercih edilir ayrıca kullanışlıdır. Anksiyetenin yanında bulantı ve panik atağı da tedavi eder. Karaciğer poblemi olan hastalarda konjugasyonla atılması ve aktif metaboliti olmaması nedeni ile lorazepam tercih edilir.

Alprazolam (0,5-1 mg/gün), oksazepam (10 mg/gün), triazolam (0,25 mg/gün). Üç ilaç da kısa etkilidir, akut anksiyete de önerilir ancak rebound anksiyete yapabildiklerinden dikkatli olunmalıdır.

Hangi ilaç seçilecekse seçilsin düşük doz başlanmalı ve titrasyon yapılmalıdır.

Benzodiazepinlerin sedasyon,kognitif fonksiyon bozukluğu, deliryum, düşme gibi yan etkileri vardır. Hastalık ne kadar uzun süredir varsa (6 aydan uzun) ve ilerleme gösteriyorsa yan etki riski o kadar artar. Bu durumda yapılabilecekler; ilaç değiştirilebilir, doz azaltılabilir ya da ilaç kesilebilir. İlaçlar doz azaltılarak yavaş yavaş kesilmelidir.

- **SSRI:** Kronik anksiyete ve depresyonun eşlik ettiği anksiyetede kullanılır. Paroksetin (20 mg/gün) en sık tercih edilen ajandır. İlaç etkileşimi ve ilaç kesilirken görülen çekilme etkileri konusunda dikkatli olunmalıdır.

Yeni anksiyete belirtileri gösteren hastaya ilaç düşük dozda başlanmalı doz titre edilmelidir ancak kronik anksiyetesi olana yüksek dozda başlanabilir. SSRI grubu ajanlar TCA grubundan

daha az otonom ve antikolinerjik yan etki gösterir. En sık; geçici mide bulatısı, baş ağrısı, seksüel disfonksiyon yapabilir. Citalopram doz bağımlı olarak kardiyak ritim bozukluğu ve EKG de QT uzaması yapabilir.

- **Diğer ajanlar:** SNRI grubundan en çok venlafaksin (37,5-150 mg/gün) ve duloksetin (30-60 mg/gün) tercih edilmektedir. Anksiyetenin yanında nöropatik ağrı kontrolü de yapmaktadır.

Mirtazapin (15-45 mg/gün) bazı hastalarda uykusuzluk, anoreksi ve bulantı yapabilir ancak sedasyon yapmasından dolayı anksiyete tedavisinde iyi bir ajan olarak kullanımaktadır (8).

5.4.4. DELİRYUM

Deliryum mental durumda ani değişiklikler, oryantasyon bozukluğu, dikkat eksikliği dağınık düşünce, dalgalı bilişsel özellikler ile seyreden yoğun bakım ve palyatif bakım ünitelerinde daha çok karşılaşılan bir durumdur (9).

Deliryumda bilinç değişiklikleri özellikle geceleri artar. Deliryum daha çok bir sonuçtur ve hastanın bakımı ve metabolik durumu ile ilgilidir. Dehidratasyon, ilaçların yan etkileri, personelin hijyene dikkat etmemesi, anemi, hipotansiyon, bakım ünitesindeki koşullar deliryumu tetikleyebilir.

Tedavide öncelikle altta yatan nedenler hedef alınır. Ayrıca düzenli hemşirelik bakımı ve hasta yakınlarının eğitimi ile deliryum daha erken fark edilebilir

KAYNAKLAR:

1. Amerikan Academy of Sleep Medicine (2005). International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. 2nd edition. Westchester, IL 2005
2. Engstrom CA, Strohl RA, Rose L, Lewandowski L, Stefanek M (1999). Sleep alterations in cancer patients. Cancer Nurs. 1999;13(2):143–148.
3. O'Donnell JF (2004). Insomnia in cancer patients. Clin Cornerstone. 2004;13 (Suppl 1D):S6–S14
4. Hirst JM, Irwin SA, Block SD, Benca R (2014). Overview of insomnia in palliative care Literature review current through
5. Halverson JL, Bienenfeld D (2014). Depression URL: http://emedicine.medscape.com/article/286759-overview Erişim Tarihi: Ağustos 2014
6. Breitbart W, Dickerman AL, Byrne, Dizon DS (2014). Assessment and management of depression in palliative care. Literature review current through.
7. Llyod M (2006). Depression, anxiety and confuiıon. ABC of Palliative Care. BMJ Books. Blackwell Publishing Massachusetts, USA.
8. Irwin SA, Hirst JM, Block SD, Dizon DS, Hermann R (2014). Overview of anxiety in palliative care Literature review current through.
9. Morandi A, Pandharipande P, Trabucchi M, Rozzini R, Mistraletti G, Trompeo A (2008). Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in crtically ill patients. Intensive Care Med. 2008;(34):1907-15.

= 5.5.=

ÜRİNER

SEMPTOMLAR

5.5. ÜRİNER SEMPTOMLAR

Uzm. Dr. Pınar GÜRSOY[1], Prof. Dr. F. Rüçhan USLU[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji BD

5.5.1. İDRAR İNKONTİNANSI

Tanımı ve Önemi

Uluslararası Kontinans Derneğinin 1976 yılındaki ilk standardizasyon raporunda üriner inkontinans (Üİ), sosyal ya da hijyenik problem haline gelen ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlanırken, 2002 yılındaki son terminoloji standardizasyon raporunda "her türlü idrar kaçırma yakınması" olarak tanımlanmıştır (1).

Üriner inkontinans yaşam kalitesini bozarak, hastanın sosyal yaşamını kısıtlar ve psikolojik sorunlara neden olur. Fiziksel olarak, ciltte maserasyon ve irritasyon bulgularından, basınç ülserlerine kadar değişen yelpazede cilt lezyonlarına yol açabildiği gibi tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarına neden olabilir (2). Basit utanma duygusundan depresyona kadar değişen psikolojik problemlerin yanında kendine olan güvenin azalması sonucunda sosyal izolasyon bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltır (3). Hasta açısından olduğu kadar bakım verenleri açısından da zor bir durum olan Üİ, Amerika ve Batı Avrupa ülkelerinde yaşlı bir kişiyi bakımevine yerleştirmede önemli endikasyonlardan biridir (4).

Üriner inkontinans; stres, urge (sıkışma) , mikst ve overflow (taşma) inkontinans olarak sınıflandırılmaktadır. Stres üriner inkontinans, intraabdominal basıncı artıran fiziksel aktiviteler sırasında oluşan inkontinans durumudur. Urge inkontinans, detrüsör kasının istemsiz olarak aşırı kasılmasına bağlı gelişen inkontinanstır. Mikst inkontinans, stres ve urge inkontinansın birlikte görüldüğü bir tablodur. Taşma inkontinans, sürekli veya aralıklı olarak az miktarda sızıntı şeklinde idrar kaçırma durumudur.

Amerika'da üriner inkontinansın yıllık tedavi maliyetinin 16,4 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizde de giderek yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte daha kaliteli yaşama isteği; Üİ sorununun önem kazanmasını sağlamıştır (5).

İnsidans ve Prevalansı

Üriner inkontinans kadınlarda erkeklerden daha sıktır. Herhangi bir yaşta görülmekle beraber en çok orta yaş grubundaki kadınları etkiler. Dünya genelinde,toplum içindeki yaşlıları hedef alan çalışmalarda %8-34 arasında değişen Üİ prevalans çalışmaları bildirilmekte olup bu oran yaşlı bakımevi sakinlerinde %70'lere kadar ulaşmaktadır (6).

Tanılama ve Değerlendirme

İnkontinans tespit edildikten sonra öncelikle geçici nedenlerin tespiti gerekir (DIAPPERS: **D**eliryum, **I**nfeksiyon, **A**trofik üretrit/vaginit, **P**harmaceuticals, **P**sikolojik, özellikle şiddetli depresyon, **E**xcess idrar oluşumu, **R**estrikte mobilite, **S**tool impaction). Bu sebepler ekarte edilirse kronik veya persistan inkontinans düşünülerek Üİ alt tiplerini belirlemek üzere ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır.

Üriner inkontinans olan hastaların temel değerlendirmesi ayrıntılı bir öykü, hedefe yönelik fizik bakı, idrar tetkiki ve postvoidal rezidü tespitini içerir. En az üç günlük mesane günlüğü tutulması her hastada yapılmalıdır. Bu şekilde inkontinans tipi kolaylıkla saptanabilir. Basit bazı sorular sorularak da inkontinans tiplerinin ayırımı yapılabilir. Üç soru testi inkontinans tiplerini ayırmada ortalama %75 sensitivite ve spesifisiteye sahiptir. Bu testte hastaya üç soru sorulur. Öncelikle "son üç ay içinde az miktarlarda bile olsa hiç idrar kaçırdınız mı?" sorusu yöneltilir. Eğer bu soruya olumlu yanıt alınırsa öksürme, hapşırma, ağırlık kaldırma, eğilip kalkma veya egzersiz ile ilişkisi sorulur. Üçüncü soru olarak sıkışma hissi ile birlikte tuvalete yetişip yetişemediği sorgulanır. Eğer inkontinans ağırlıklı olarak fiziksel aktivite veya zorlanma ile ilişkili ise stres inkontinans düşünülür. Sıkışma hissi ile birlikte tuvalete yetişememe varsa urge inkontinans (detrusor kası hiperaktivitesi), her ikisi de birlikte görülüyorsa mikst üriner inkontinans düşünülmelidir. Fiziksel aktivite ile ilişkisi yok ve hiçbir zaman sıkışma hissi tarif edilmiyorsa öncelikli olarak diğer üriner inkontinans türleri düşünülmelidir (taşma veya nörojenik kaynaklı üriner inkontinans) (7).

Eşlik Eden Durumlar, Risk Faktörleri

Üriner inkontinans yaşlanma ve doğumun doğal bir sonucu olarak görülse de gelişiminde etkili birçok risk faktörü vardır. Cinsiyet, ırk, menopoz, sigara, kronik konstipasyon, obezite ve jinekolojik cerrahi operasyon geçirme Üİ gelişiminde önemli riskfaktörlerindendir (8). Yaş ve bozulmuş fonksiyonel durum hem erkek hem de kadınlarda Üİ için bağımsız risk faktörleridir (9).

Tedavi Yöntemleri

Tedavi inkontinans tipine ve inkontinans özelliklerine göre kişiselleştirilerek uygulanmalıdır. Geçici inkontinans düşünülüyorsa altta yatan sebep tedavi edilmelidir. Noktürnal inkontinans tedavisinde akşam sıvı alımı kesilmeli, diüretik dozları daha erkene kaydırılmalıdır.

Sıkışma tipi Üİ'da davranışsal tedaviler önceliklidir. Hastanın kognitif durumu uygunsa 2-3 saatte bir sıkışmadan tuvalete gitmesi gibi zamanlı işeme program önerilir. Yeterli kognisyonu olmayan hastalar için yakınının takibiyle belli zaman dilimlerinde idrar yapması teşvik edilebilir. Mesane eğitimleri yanında hastaya pelvik taban kas egzersizleri de uygulanabilir. Bu yöntemler rahat ve maliyet gerektirmeksizin uygulanabilse de uzun sürede sonuç alınacağı hastaya belirtilmeli, motivasyonunu kaybetmemesi önerilmelidir (10). Sıkışma tipi Üİ; medikal tedavinin en faydalı olduğu Üİ tipidir. Tedavisinde antikolinerjikler, trisiklik antidepresanlar, antidiüretikler ve kalsiyum kanal blokerleri gibi ilaçlar kullanılabilmektedir (11). Antikolinerjik ilaçlar (oksibutinin, tolterodin, fesoterodin, darifenasin, solifenasin, trospiyum, propiverin) ilk seçenek ilaçlardır; ancak yaşlılarda kognitif fonksiyonlar üzerine olan istenmeyen etkileri gözardı edilmemelidir. Detrusitol kasının istenmeyen kasılmalarını baskılar ve fonksiyonel mesane kapasitesini artırarak ilk idrar hissini geciktirirler.

Stres tipi Üİ'da; pelvik taban kasları egzersizleri ve mesane eğitimi gibi davranışsal tedaviler ilk basamak olarak kullanılmaktadır. Günde üç kez 8-12 defa ve 6-8 saniye süreyle pelvik kasların yavaş ama kuvvetli kasılması ve 4-6 saniye gevşemesi sağlanır. Mesane eğitiminde ise belirli aralıklarla idrar yapılması sağlanır ve zamanla bu ara uzatılır. Davranışsal tedavilerin başarılı olabilmesi için 3-4 aylık süre gerekmektedir. Stres inkontinans için östrojenler, adrenerjik agonistler, trisiklik antidepresanlar kullanılsa da etkinliği tam olarak kanıtlanmış bir ilaç bulunmamaktadır. Bu ilaçların çoğunda amaç üretral düz ve çizgisel kasların tonusunu artırmak ve sfinkter kapanmasını sağlamaktır. Duloksetin, bir selektif serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörüdür ve spinal kord düzeyinde etki ederek detrusor kasını gevşetirken mesane çıkış direncini artırıp Üİ ataklarını azalttığı randomize plasebo kontrollü çalışmalarda gösterilmiştir (12). Yan etkileri halsizlik, ağız kuruluğu, bulantı ve kabızlıktır.

Davranışsal yöntemler ve ilaç tedavileri yetersiz kaldığında seçilmiş hastalarda cerrahi tedaviler uygulanabilir. Kadınlarda üretral hipermobilite veya intrensek sfinkter yetmezliğine bağlı stres inkontinans tedavisinde lokal anestezi ile uygulanabilen periüretral veya transüretral kollajen enjeksiyonları tercih edilebilir. Erkek hastalarda prostatektomi sonrası oluşan stres inkontinans

prognozu genelde iyidir, cerrahi gerektiğinde ise erkekler için subüretral sling yöntemi kullanılabilir. Yaşlı hastalarda cerrahide amaç, yaşlının yaşam kalitesini en iyi düzeyde artıracak minimum invaziv yöntemin seçilmesidir (13). Mikst tip inkontinansta tedavi baskın olan semptom ve inkontinans tipine göre planlanmalıdır. Yine davranışsal ve ilaç tedavilerinin kombinasyonu ilk tercihtir. Stres inkontinans daha ön planda ise ve diğer tedavilere yanıt alınamıyorsa cerrahi tedavi seçenekleri hastaya göre planlanmalıdır.

Taşma tipi inkontinans tedavisinde alfa-adrenerjik blokerler uzun dönemde genellikle yetersiz kalırken, 5-alfa redüktaz inhibitörleri üriner retansiyonu ve irritatif semptomları azaltmaktadır. Yüksek rezidüel volümlü ve mesane boşalım problemleri devam eden hastalarda öncelikle aralıklı temiz kateterizasyon uygulanmalıdır. Bilinçli hastalar çoğunlukla bu işlemi kendileri yapar. Sürekli kateterizasyon uygulaması ise kalıcı taşma inkontinansı olan, renal disfonksiyon gelişmiş, aralıklı kateterizasyonu yapamayan, cerrahi veya medikal olarak düzeltilemeyen hastalarda düşünülmelidir. Bu durumlar dışında inkontinansa bağlı cilt irritasyonu ve basınç ülseri olanlarda ve terminal hastalığı olup, yatağa bağımlı ve aktivitesi ileri derecede kısıtlı hastalarda da düşünülebilir. Anatomik ve ürodinamik olarak mesane çıkış yolu obstrüksiyonu olan hastalar cerrahi tedavi açısından değerlendirilmelidir. Cerrahi tedaviye uygun olmayan mesane çıkış yolu obstrüksiyonu durumlarında ise prostatik stent veya kateterler kullanılabilir. Yüksek riskli hastalarda daha az invaziv olan transüretral mikrodalga veya iğne ablasyonu, lazer prostatektomi gibi endoskopik prosedürler tercih edilebilir (14).

Fonksiyonel tip Üİ tedavisinde mobilite problem varsa bunun sebebi düzeltilmeye çalışılmalıdır. Hastanın tuvalete yakın bir yerde kalması sağlanmalı, tuvalete ulaşmasını engelleyen ve düşme riski oluşturan engeller kaldırılmalıdır. Bazı hastalarda yatak başı tuvalet gereçleri, prezervatifli sonda, bez veya idrar kaçırma çamaşırları kullanılabilir. Özellikle yaşlı ve yatan hastalarda hastayı yatağa bağlayacak gereksiz girişimsel işlemler (damaryolu vs) ve ilaçlardan (sedatifler gibi) kaçınılmalıdır (15).

Tüm üriner inkontinans tiplerinde bahsedilen tedavilerle birlikte hastanın günlük aktivitelerini daha rahat ve kaliteli sürdürebilmesi, yakınları veya bakıcılarının yükünün azaltılması için inkontinans için üretilmiş çamaşır, alt bezi veya pedler kullanılabilir fakat bunların ilk çare olmadığı unutulmamalı; hastalar temel değerlendirmelerin yapılması konusunda cesaretlendirilmelidir.

5.5.2 GAİTA İNKONTİNANSI:

Tanımı ve Önemi

Fekal kontinans; gaitanın sosyal olarak kabul edilebilir zaman ve mekanda boşaltılması, rektumun içeriğinin uykuda dahi katı, sıvı veya gaz mı olduğunun fark edilebilmesidir. İnkontinans ise anal sfinkter mekanizması ile bu kontrolün sağlanamamasıdır. Gaita inkontinansının (Gİ) üç alt tipi bulunmaktadır:

1.Pasif inkontinans: Gaz veya gaitanın hasta farkında olmadan istemsiz çıkışı,

2. Urge inkontinans: Fekal materyali barsakta tutmak için aktif çabaya rağmen gaita çıkışı,

3. Fekal sızıntı: Farkında olmadan küçük miktarda gaita çıkarma veya normal dışkılamayı takiben iç çamaşırların lekelenmesi (16).

Gaita inkontinansı sosyal ve hijyenik bir problemdir. Fiziksel ve psikolojik olarak hastanın yaşam kalitesini düşüren bu sorun, çoğu zaman hastaların utanması nedeniyle hekimlere dahi söylenememektedir. Dolayısıyla Gİ sıklığını ve uygulanan tedavilerin sonuçlarını değerlendirmek oldukça zordur.

İnsidans ve Prevalansı

Prevalansı Amerika ve Avrupa'da erişkinlerde %2-7 arası değişmekte olup katı gaita için yaklaşık %0,7 olarak bildirilmiştir. Huzur evlerindeki insidans ise %10,3-60,0'a kadar çıkabilmektedir (17).

Tanılama ve Değerlendirme

Gaita inkontinansı tanısında ilk basamak hasta ile iyi iletişim kurmaktır. Hastalar genellikle bu konudaki yakınmalarını söylemekten çekinirler. Fekal 'urgency', konstipasyon, üriner inkontinans, nöromuskuler hastalık veya diyabeti olan olgularda Gİ sorgulanmalıdır (18). İnkontinansın derecesinin ve etyolojisinin saptanmasında rektal tuşe, sigmoidoskopi, anal manometri, elektromiyografi, anal endosonografi kullanılabilir.

Tedavi Yöntemleri

Gaita inkontinanslı hastalarda tedavide amaç kontinansın tekrar sağlanması ve yaşam kalitesini artırmaktır. Fekal tıkaç, demans, nörolojik problemler, inflamatuvar barsak hastalıkları veya diyet faktörleri (karbonhidrat intoleransı) gibi altta yatan predispozan nedenler tedavi edilmelidir. Konstipasyonun sebebi narkotik, antidepresan, antihistaminik, kas gevşetici gibi

ilaçlar ise bunlar kesilmeli ve alternatif önlemler alınmalıdır. Lifli beslenmenin arttırılması ve kafeini azaltmak gibi diyet değişiklikleri yardımcı olabilir. Altta yatan nedenin bulunamadığı veya tedavi edilemediği hastalarda aralıklı olarak defekasyon stimülasyonu yapılabilir. Bu yöntemde gastrokolik refleksten faydalanmak için yemekten 30 dakika sonra gliserin veya bisakodil suppozituvarlar rektuma yerleştirilerek defekasyon sağlanabilir. Bu şekilde planlı defekasyonla günün geri kalan kısmı kirlenmeden geçirilebilir. Oral laksatifler en son tercih edilmelidir. Bu yöntemler özellikle fekal tıkaca bağlı Gİ olan çocuklar ve bakımevinde kalan geriatrik yaş grubunda faydalıdır (19). Yatağa bağımlı hastalarda gaitanın cilt teması önlenmelidir. Hastalara psikolojik ve sosyal yönden uyum konusunda gerekli destek sağlanmalıdır.

Mekanizmaları farklı pek çok ilaç Gİ tedavisinde önerilmektedir. Gaita volümü artmış hastalarda loperamid hidroklorid veya difenoksilat/atropin sülfat gibi anti-diyare ilaçları kullanılır.

Plasebo kontrollü bir çalışmada günde üç kez 4 mg loperamidin gaita sıklığını ve sıkışıklığını azalttığı, kolonik geçiş zamanını uzattığı ve anal istirahat sfinkter basıncını artırdığı gösterilmiştir. Difenoksilat/atropin ile yapılan bir çalışmada ise gaita ağırlığı ve sıklığı azalmıştır ancak objektif kanıt yeterli değildir (18).

Biofeedback tedavide anorektuma yerleştirilmiş bir manometre probu veya EMG elektrodu ile feedback oluşumu sağlanır. Hastalarda artan basınç ve volümle rektal distansiyon hissi ve yanıtı geliştirilmeye çalışılır.

Gaita inkontinansında cerrahi tedavi, medikal tedaviye yanıt vermeyen veya anatomik defekti kanıtlanmış hastalara uygulanır. Sfinkter tamirinin uzun dönem başarısı yüz güldürücü değildir; hastaların üçte birinden azı 5 yıl sonra kontinan kalmaktadır (20).

5.5.3. HEMATÜRİ

Tanımı ve Önemi

10 ml idrarın 5 dakika süreyle 3000 devirde santrifüjü sonrası altta kalan idrar sedimentinin ışık mikroskopik incelemesinde 40x10'luk büyütmede her sahada en az 4-5 adet eritrosit görülmesi hematüri olarak tanımlanır. Hematüri altta yatan sessiz ama büyük patolojilerin habercisi olabileceğinden asemptomatik de olsa dikkatle değerlendirilmelidir. Hematürinin iyi değerlendirilip doğru yorumlanması, olumsuz sonuçlara yol açabilecek birçok major sorunun erken tanı ve tedavisini sağlayabilir. Hematürisi olan bireylerde, prevalansı yaşla artmakla birlikte, %5-22 arasında değişen oranlarda taş, tümör, enfeksiyon gibi ciddi bir ürolojik patoloji tespit edilmektedir (21).

İnsidans ve Prevalansı

Hematüri prevalansını inceleyen çok az sayıda populasyon bazlı çalışma mevcuttur. Çeşitli çalışmalarda prevalans %0,18-16,1 arasında değişmektedir.

Tanılama ve Değerlendirme

Makroskopik hematüri; idrarda çıplak gözle fark edilebilecek renk değişikliğine yol açan hematüridir. Mikroskopik hematüride mikroskopla incelemede sedimentte eritrositler saptanır; ancak çıplak gözle idrar görünümü normaldir. Mikroskopik hematüri, idrar dipstick testi ile yüksek özgüllük ve duyarlılık ile araştırılabilir.

İdrar rengindeki her koyulaşma hematüri olarak yorumlanmamalıdır. Hematüri dışında miyoglobinüri, hemoglobinüri, değişik ilaç ve gıdalar, ürat ve fosfat kristalleri de idrar renginde koyulaşmaya neden olabilir.

Hematüriye yol açan sebepler iki grup halinde incelenebilir.

1. Üriner sistem dışı: Kanama diyatezi, antikoagülan tedavi, sistemik enfeksiyonlar vb.
2. Üriner sistem hastalıkları: Renal parankimal hastalıklar (glomerüler, vasküler-tübülointerstisyel hastalıklar, travma), boşaltıcı sistem hastalıkları (renal pelvis, üreter, mesane, prostat, üretra) vb.

Üriner traktus boyunca glomerüllerden üretranın sonuna dek herhangi bir yer kanama odağı olabilir. Tanı ve tedavi yaklaşımı açısından hematüri kaynağını belirlemek çok önemlidir. Hematüri kaynağının glomerüler - nonglomerüler ayrımı mutlaka yapılmalıdır. Anamnezde kolik ağrı ve üriner sistem taşı olması altta yatan nedenin nonglomerüler bir neden olduğunun en kolay ulaşılabilecek belirtisi olabilir. Yine anamnezde özellikle 40 yaş üzerindeki hasta grubunda künt yan ağrısı, kilo kaybı ile birlikte olan hematüri altta yatan maligniteye işaret edebilir. Anamnezde dizüri, pollaküri varsa altta yatan neden sistit olabilir. Pıhtılı idrar yaptığını ifade eden hastada da glomerül dışı nedenler düşünülmelidir. Asemptomatik hematüri, asemptomatik üriner sistem enfeksiyonuna bağlı olabileceğinden mutlaka idrar kültürü yapılmalıdır.

Fizik bakıda hastanın kardiyovasküler durumu değerlendirilmeli, akut üriner retansiyon açısından mesane palpasyonu yapılmalı, kadınlarda kanın vaginal yoldan değil de üretradan geldiğinden emin olunmalı, prostat veya Douglas poşunda bir kitleyi dışlamak açısından rektal tuşe yapılmalıdır.

Anamnez ve fizik muayeneden sonra yapılacak ilk tetkik tam idrar analizidir. Bunun için son 48 saatte hastanın üriner girişim öyküsünün olmamasına dikkat edilmeli, travma, menstruasyon ve viral hastalık öyküsü sorgulanmalıdır. Bahsedilen durumların olmaması halinde bile pozitif gelen analiz mutlaka ikinci kez tekrarlanmalıdır. Tekrarlanan tetkiklerle idrarda geçici kanama yapabilen fizyolojik ve benign olaylar dışlanabilir.

Eşlik eden proteinüri hematürinin glomerüler olduğunu düşündürür. Bazen idrarda proteinüri olmasa bile, parçalanmış eritrositlerden açığa çıkan hemoglobin protein reaksiyonu vererek yanılgılara yol açabilir. İdrarın santrifüj edilmesinden sonra proteinüri tayini bu yanılgıyı kısmen önleyebilir.

İdrar sedimentinin incelenmesinde eritrosit silindirlerinin görülmesi glomerül kaynaklı hematüriyi düşündürür. Sedimentte saptanan eritrositlerin morfolojisi de hematürinin lokalizasyonu hakkında fikir verir. Dismorfik eritrositler böbrek parankiminden kaynaklanan bir hematüriyi düşündürürken, normal morfolojide olan eritrositler toplayıcı sistemden (böbrek pelvisi, üreter, mesane) kaynaklanan hematüriyi gösterir (22).

Kan testleri idrar tetkiklerinden sonra hematürili hastalarda mutlaka istenmelidir. Tam kan sayımı ile bazal hemoglobin seviyesi görülmeli ve trombositopeni dışlanmalıdır. Yüksek serum kreatinin düzeyi ve elektrolit bozuklukları ayırıcı tanıda yol göstericidir. Koagülasyon bozukluğu, karaciğer hastalığı olan ve antikoagülan ilaç kullananlarda pıhtılaşma testleri de görülmelidir. Ürolojik kanserler için risk faktörlerinin varlığında transisyonel hücreli malignitelerin tespiti için idrar sitolojisi istenebilir. Görüntüleme yöntemi olarak direkt üriner sistem grafisi ve ultrasonografi kullanılır. Daha pahalı ve daha az kullanışlı olan bilgisayarlı tomografi ise obstrüksiyonu ve retroperitoneal patolojileri belirlemede daha üstündür. Sistoskopi üretra, mesane ve üreter orifislerini görüntüleyen invaziv bir işlemdir; alt üriner sistem lezyonlarını tanımlamada altın standarttır.

Risk Faktörleri

Ailede böbrek hastalığı bulunması, prostat hiperplazisi, üriner taş hastalığı, antikoagülan - antiagregan kullanımı, üriner sistem enfeksiyonu, sigara, 40 yaşın üstünde olmak, pelvik radyasyon öyküsü, siklofosfamid maruziyeti ve aşırı analjezik kullanımı hematüri görülme riskini arttıran faktörlerdir.

Tedavi Yöntemleri

Tedavi; altta yatan nedene yöneliktir. Hastanın hemodinamik olarak stabil olduğundan ve idrarın kateter yardımı ile ya da kendiliğinden serbest akımının sağlandığından emin olunmalıdır.

Sevk Kriterleri

İdrar analizinde hematüriye proteinüri ve/veya dismorfik eritrositler eşlik ediyorsa, biyokimyasal testlerde kreatinin yüksekliği gibi böbrek yetmezliği bulguları mevcutsa glomerüler veya nonglomerüler renal nedenler düşünülerek mutlaka nefroloji konsültasyonu istenmelidir. Pıhtı retansiyonu, uygun sıvı alımına rağmen artan hematüri, analjezik ve antibiyotik kullanımına rağmen kontrol edilemeyen ağrı ve ateş yüksekliği olması halinde hasta ileri tıbbi incelemeler için yönlendirilmeli ve üroloji hekimi erken dönemde haberdar edilmelidir (23).

5.5.4. GLOB VEZİKALE

Tanımı ve Önemi

Glob vezikale, idrar çıkışının aniden ortadan kalkması sonucu ağrı ile kendini gösteren, mesanenin dolu ve gergin olmasıyla karakterize bir durumdur. Mesane, mesane boynu, prostat ve üretra ile ilgili patolojiler bu tabloya neden olur. 70 yaşını geçmiş erkeklerin %10'unda görülmektedir (24). Amerika ve İngiltere'de prostat cerrahisi yapılma nedenlerinin %25-40'ını glob vezikale oluşturmaktadır (25).

Tanılama ve Değerlendirme

Glob vezikale oluşumuna sebep olan birinci neden idrar akışına direnç gösterecek mekanik ya da dinamik bir tıkanma sürecidir. İkincisi mesane duvarı ya da detrüsor kaslarının motor innervasyonunun kesintiye uğraması veya ilaç etkisidir. Üçüncü olarak ise mesane duvarının aşırı gerilmesine neden olan herhangi bir durum glob vezikaleye yol açabilir; genel anestezi altında yapılan operasyonlardan sonra ortaya çıkabilir (26). Predispozan faktörler; opioidlere bağlı mesane duvarının doluluğa karşı duyarlılığının azalması, detrusör kasılmasını engelleyen antikolinerjik ilaç tedavisi veya operasyon sonrası üriner sfinkter tonusu artışına neden olan alfa adrenerjik uyarıdır.

Fizik muayenede en önemli bulgu, göbek altında suprapubik bölgede palpe edilen ağrılı, hassas kitle yani mesanenin varlığıdır.

Etyolojiyi aydınlatmaya yönelik post-voidal rezidü tayini, pelvik ultrasonografi, prostat spesifik antijen (PSA), serum üre ve kreatinin düzeyi, sistoskopi, elektromyografi planlanabilir.

Risk Faktörleri

Nörojenik mesane (pelvik sinir hasarı, demiyelinizan hastalıklar, Parkinson Hastalığı), pelvik cerrahi veya mesaneye girişim (kateter, sistoskopi), diyabet, taş hastalığı, benign prostat hiperplazisi, prostatit, pelvik maligniteler, gonore ve klamidya enfeksiyonu geçirme öyküsü, konstipasyon, psikoaktif, nonsteroid antiinflamatuvar ve antikolinerjik ilaç kullanımı olanlarda glob vezikale gelişme riski artmıştır.

Tedavi Yöntemleri

Acil tedavisi üretral veya suprapubik kateterle mesanenin boşaltılmasıdır. Amaç hastayı rahatlatmaktır. Glob mesanenin ani olarak boşaltılması sonucu dilate hale gelmiş submukozal mesane venlerinde kanama olabileceğinden mesanenin yavaş ve aralıklı boşaltılması gerekmektedir. Spesifik neden saptanabilirse uygun ilaç tedavisi düzenlenmelidir.

Sevk Kriterleri

Üretral kateterin takılamadığı durumlarda lokal anestezi altında sistofiks takılabilir. Daha sonra altta yatan nedenin araştırılması için ileri tetkikler planlanmalıdır. Bu nedenle hastadan üroloji ve gereğinde nöroloji konsültasyonu istenmelidir (27).

KAYNAKLAR:

1. Abrams P (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardition Sub-Committee of the International Continence Society. Neurourology and Urodynamics, 2002;21(2):167-178.
2. Ouslander J and et al (1982). Urinary incontinence in elderly nursing home patients JAMA 1982;248:1194-119R.
3. Wyman JF and et al (1990). Psychosocial impact of urinary incontinence in the community-dwelling population. J Am Geriatr Soc 1990;38:282-288.
4. Ouslander JG and et al (1990). Incontinence among elderly community-dwelling dementia patients; characteristics, managementand impact on caregivers J Am Geriatr Soc 1990;38:440-444.
5. Kaplan S and et al (2010). Üriner inkontinansta konservatif tedavi metotları. Fırat Saglık Hizmetleri Dergisi 2010;5:13.
6. Ateşkan Ü (2000). Yaşlı Türk popülasyonunda üriner inkontinans: görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics, Geriatri 2000;3(2): 45-50.
7. Brown JS and et al (2006). The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence. Ann Intern Med 2006;144:715-23.
8. Eskiyurt N and et al (2000).Üriner İnkontinansta Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. Ürojinekoloji, Ankara, Atlas Kitapçılık, 2000.
9. Goode PS and et al (2008). Population based study of incidence and predictors of urinary incontinence in black and white older adults. J Urology 2008;179:1449-54.
10. Santiagu SK and et al (2008). Urinary incontinence pathophysiology and management outline. Australian Family Physician 2008;37:106-10.
11. Thüroff JW and et al (2011). EAU guidelines on urinary incontinence. Actas Urol Esp 2011;35:373-88.
12. van Kerrebroeck P and et al (2004). Duloxetine versus placebo in the treatment of European and Canadian women with stress urinary incontinence. BJOG. 2004;111:249-57.
13. Wagg A (2008).Recent advances in the treatment of urinary incontinence in older women. Curr Opin Urol. 2008;18:383-8.
14. Gibbs CF and et al (2007).Office management of geriatric urinary incontinence Am J Med 2007;120:211-20.
15. Varlı M and et al (2009). Urinary incontinence and treatment in the elderly Akad Geriatri. 2009;1:45-8.
16. Rao SSC (2005). Update on testing and treatment of fecal incontinence. World of Gastroenterolgy News, 2005;10(1):22-25.
17. Nelson R and et al (1995).Community-based prevalence of anal incontinence JAMA. 1995;274:559-561.
18. Uyar M and et al (2005). Fekal inkontinansta tetkik ve tedavi Güncel Gastroenteroloji 2005;9(4):245-251.
19. Chassagne and et al (2000). Does treatment of constipation improve faecal incontinence in institutionalized elderly patients? Age Aging. 2000;29:159.
20. Malouf AJ and et al (2000).Long-term results of overlapping anterior anal-sphincter repair for obstetric trauma Lancet. 2000;355:260.
21. Mariani AJ and et al (1989). The significance of adult hematuria. 1000 hematuria evaluations including a risk-benefit and cost-effectiveness analysis. J Urol 1989;141:350.
22. Tsai JJ and et al (2005). Comparison and interpretation of urinalysis performed by a nephrologist versus hospital-based clinical laboratory Am J Kidney Dis 2005;46:820.
23. Hicks D and et al (2007). Management of macroscopic haematuria in the emergency department. Emerg Med J. 2007;24(6):385-390.
24. Jacobsen SJ (1997). Natural history of prostatism: risk factors for acute urinary retention J Urol. 1997;158:481–487.
25. Pickard R and et al (1998). The management of men with acute urinary retention. Br J Urol. 1998;81:712–720.
26. Choong S and et al (2000). Acute urinary retention BJU International. 2000;85:186-201.
27. Selius BA and et al (2008). Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. American Family Physician. 2008;77(5):643–650.

= 5.6.=

DERMATOLOJİK

SEMPTOMLAR

5.6. DERMATOLOJİK SEMPTOMLAR

Ar. Gör. Emine KARAMAN[1]
[1]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Teknolojinin ilerlemesi ile kanser ve diğer birçok kronik hastalığın tedavi olanakları artmakta, ölüm süresi ise gecikmektedir. Bu durum terminal dönemin uzamasını ve palyatif bakım gereksiniminin artmasını gerektirmektedir. Bu noktada yaşamın uzamasından çok, var ve olası olan semptomların kontrol altına alınarak yaşamın daha kaliteli hale gelmesi önem taşımaktadır.

Palyatif bakım gereksinimi olan bireylerin uygun semptom ve tedavi yönetimi ile hastaneye tekrar ve yeni yatışları azalmakta, hasta ve ailelerin yaşam kaliteleri artarken sekonder bir kazanç olarak bireye, aileye ve topluma maliyeti azalmaktadır. Bu bölümde palyatif bakım gereksinimi olan hastaların dermatolojik semptomlarının yönetimine yönelik bir takım bilgiler yer almaktadır.

5.6.1. KAŞINTI

Kaşıntı, ciltte hafif irritasyon, ovma hissi ya da gıdıklanma hissinden ciddi sıkıntı hissine kadar farklılıklar gösteren; ciltte ya da vücutta patolojik değişiklikler ile birlikte görülebilen rahatsız edici bir histir. Dermatolojik semptomlar içerisinde yaygın olarak görülmekle birlikte (1-3); palyatif bakım hastalarının yaklaşık %12'sinde (4); ciddi kaşıntı ise %2-3 oranında görülmektedir. Palyatif bakım gereksinimi olan bireylerin genelde yaşlı bireyler olması ve kaşıntının yaş artışı ile birlikte daha sık görülmesi palyatif bakımda kaşıntıyı önemli kılmaktadır (5). Özellikle böbrek ya da karaciğer yetmezliği gibi ciddi sorunları olan palyatif bakım hastalarında kaşıntı prevelansı daha yüksektir. Bireyin sosyal yaşantısını, uyku ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kaşıntının yönetimi önemlidir (2,3,5,6).

Patoloji ve Etiyolojisi

Kaşıntı lokalize bir nedene bağlı olabileceği gibi sistemik bir hastalığa bağlı olarak da görülebilmektedir (6). Deri, ilaçlar, diyet, metabolik, psikolojik ve çevresel etmenler gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir (3). Kaşıntının tam olarak patofizyolojisi bilinmemekle birlikte seratonin, prostaglandinler, peptidler, substans P gibi kimyasal mediatörlerin ve epidermisin altında uzanan mast hücrelerinden salınan histaminin sorumlu olduğu düşünülmektedir (1,3).

Sistemik bir sorun görüldüğünde ya da lokal olarak cilde temas eden irritan bir madde varlığında meydana gelebilen kaşıntının çeşitli nedenleri (7, Tablo 1):

1. İç organ kanserlerinde özellikle erken dönemler (paraneoplastik kaşıntı) (8),
2. Kemoterapi, radyoterapi ya da biyolojik ajan kullanımı sonucu,
3. Hipersensitivite reaksiyonları,
4. Böcek ısırmaları,
5. Yaşın ilerlemesi ile ciltte oluşan kurumalar,
6. Çevresel etmenler (örn. düşük ısı ve düşük nem oranı nedeni ile kış döneminde ya da çok sıcak su ile banyo yapılması durumlarında),
7. Karaciğer ve böbrek yetmezlikleri,
8. Kolestitik sarılık / Primer biliyer siroz,
9. Hepatit / Hepatoma,
10. Demir eksikliği anemisi, paraneoplastik sendrom ve polisitemi gibi hematolojik hastalıklar,
11. Hipo/hipertiroidizm, diyabet gibi endokrin sorunlar,
12. Özellikle hodking lenfoma, lösemi gibi malign hastalıklar,
13. Multiple skleroz,
14. AIDS (1,3,6,7,9-13).

Tablo 1. Bernhard Sınıflamasına Göre Bazı Kaşıntı Nedenleri ve Klinik Durumlar (4)

Bernhard Sınıflaması	**Tüm Problemler**	**Klinik Durum**
Dermatolojik	Genel cilt problemleri	Sedef, egzama, ürtiker, uyuz, bitlenme, kseroz (kuru cilt) Kontakt dermatit, atopik dermatit, alerjik (örn. nikel, deniz ürünleri)
	İlaç aşırı duyarlılığı (hipersensitivite dahil)	Opioidler, amfetaminler, asetilsalisilik asit, kinidin
	Kan diskrazileri (hematolojik malingniteler)	Demir eksikliği anemisi Polistemia rubra vera Lösemiler Lenfomalar Hodgkin hastalığı
Sistemik	Organ Yetersizliği	Karaciğer yetmezliği (malign kolestaz, primer safra siroz, hepatit) Böbrek yetmezliği (üremi, diyaliz sonrası dermatoz)
	Endokrin ve metabolik disfonksiyon	Diyabetes mellitus Hipertiroidi / hipotiroidizm Hiper / hipoparatiroidizm Çinko eksikliği
	Bağ dokusu bozukluğu	Sistemik lupus Erythematosus Konak hastalığına karşı kronik aşı
Nöropatik / Nörojenik (nöroanatomik ve nörokimyasal bozukluklar dahil)	Kronik ve potansiyel olarak yaşamı sınırlayıcı hastalık	Nöroendokrin tümörler Paraneoplastik tümörler Multipl skleroz İnme Beyin hasarı Mesaj herpes zoster enfeksiyonu Sifilis

Belirtileri

1. Lokal yanma hissi
2. Özellikle gece artan kaşıntı
3. Genelde kol ve bacaklarda olmak üzere tüm ciltte kuruluk ve döküntüler
4. Uykusuzluk
5. Ağrı
6. Anksiyete, sinirlilik
7. Özellikle inatçı kaşınmalara bağlı cilt hasarı ve cilt renginde koyulaşma (4,14)

Yönetimi

Kaşıntı şiddeti ile doğru orantılı olarak kişinin sosyal yaşantısını, öz güvenini, uyku ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Psikolojik, fizyolojik ve sosyal olmak üzere birçok boyutu bulunmakta ve etkin bir tedavi gerektirmektedir. Bunun için ise farmakolojik ve non farmakolojik yöntemlerin birlikte kullanılması gerekmektedir.

Genel Önlemler

1. Primer deri hastalığı (örn. Atopik dermatit, kontakt dermatit, psöryasiz) tanımlanmalıdır.

2. Kaşıntıya neden olabilecek bir deri hastalığı, sistemik bir hastalık, sistemik veya lokal ilaç kullanımı mutlaka ekarte edilmelidir.

3. Cilt izlenmeli, lokal ya da sistemik nedenler bulunmalıdır. Neden multifaktöriyel olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

4. Kaşıntının olası nedeninin tanımlanmasının ardından, özellikle hipersensitivite reaksiyonlarında ve tüm durumlarda neden ortadan kaldırılmalıdır.

5. Tanımlanan etiyolojilere yönelik kaşıntı yönetimine yaklaşımlar tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.

6. Tedaviye cevap değerlendirilmeli ve tedavi planında uygun değişiklikler modifiye edilmelidir.

7. Cilt kaşıma izi, enfeksiyon belirti ve semptomları açısından izlenmelidir.

8. Kuru cilt ile ilişkili kaşıntı varlığında bebe yağı gibi cildin nemliliğini arttıran ajanlar kullanılmalıdır. Alkol veya parfüm içeren nemlendiricilerden uzak durulmalıdır. %0,25-1 oranında mentollü nemlendiriciler cilde soğukluk ve ferahlık sağlayarak kaşınma hissini hafifletebilir.

9. Banyoda sabun yerine nemlendirici losyonlar kullanılmalıdır.

10. Soğuk bir uygulama kaşıntının azalmasına yardımcı olabilmektedir. Soğuk, nemli kompresler kaşınan alana uygulandığında yarar sağlanabilir.

11. Özellikle ilerlemiş ciddi hastalıkları olan bireyin hayatında kaşıntının negatif etkilerinin farkına varılmalıdır.

12. Fototerapi, özellikle atopik dermatit, HIV, primer biliyer siroz, polisitemia vera ve üremideki kaşıntılarda etkilidir, uygulanabilir.

13. Uzman bir dermatoloğa sevk erken dönemde düşünülmelidir (1,3,4,6,9).

14. Hastalara;

a. Tırnaklarını kısa ve temiz tutmaları, bol ve pamuklu giysiler giymeleri ve sakin olmaları,

b. Lanolin ve parfümlü ürünlerden kaçınmaları, banyo sularına biraz kabartma tozu eklemeleri,

c. Ciltlerini nemli tutmaları önerilmelidir (4,6).

Farmakolojik Yaklaşım

1. Steroid preparatları (topikal ya da sistemik) (örn. Deksametazon) (lenfoma kaşıntı)

2. NSAİİ (örn. Diklofenak)

3. Paroksetin, mirtazapin (paraneoplastik kaşıntı)

4. Günde 150-300 mg rifampisin (kronik kolestaz)

5. $5HT_3$ antagonistleri (örn. Ondansetron) (üremik)

6. Gabapentin (üremik)

7. Anksiyolitikler (örn. Benzodiazepinler)

8. Antihistaminikler (diphenhydramin) (5 gün kullanımdan sonra eğer etkisizse bırakılmalı), topikal antihistaminikler kontakt dermatit gibi alerjik durumlara neden olduğundan kullanılmamalıdır. Oral antihistaminikler (örn. prometazin, setirizin) kullanılabilir.

9. H_2 antagonistleri (deride histamin reseptörleri üzerinde etkili) (örn. simetidin 400 mg günde iki kez)

10. Safra asidi salgılatıcılar (cholestyramine)

11. Trisiklik antidepresanlar hastanın anksiyete ve depresyonu ile başetmeye yardımcı olabilir.

12. Topikal kortikosteroid (hafif/orta güçlü) günde bir kez 2-3 gün süreyle, sürülen bölge enfeksiyonlu değil ise uygulanabilir.

13. Cilt iyileşmiş ise sistemik tedavi genellikle gereksizdir (1,4,6).

İnvaziv Yaklaşım

1. Safra yolları tıkanıklığında biliyer stent uygulaması (6).

Diğer Yaklaşımlar

1. Akupres

2. Aromaterapi

3. Akupunktur

4. Psikoterapi

5. Müzik Terapi

6. Hipnoterapi (14).

KAYNAKLAR:

1. Esper P (2002). Pruritus. Palliative Practices From A-Z for the Bedside Clinician, Ed: Kuebler KK, Esper P. s. 199-201
2. Seccareccia D,Gebara N (2011). Pruritus in Palliative Care Canadian Family Physician, Le Médecin De Famille Canadien s. 57.
3. MacLeod R, Vella-Brincat J, Macleod AD (2012). Pruritus. The Palliative Care Handbook Guidelines for Clinical Management and Symptom Control (6th Edition). s. 42-43
4. Larkin PJ (2010). Pruritis, Fever and Sweats. Oxford Textbook of Palliative Nursing, Ed: Ferrell BR, Coyle N. (3. Edition). Oxford University Press. s. 406-408
5. Scot CL (2007). Pruritus. Palliative&End-of-Life Care. Ed: Kuebler KK, Heidrich DE, Esper P. s. 503-18
6. URL: http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/documents/itch.pdf,Re-issuedate: August 2010, Reviewdate: August 2013. Erişim Tarihi: 24.12.2014
7. Weisshaar E, Szepietowski JC, Darsow U and et al (2009). EDF-Guidelines for Chronic Pruritus.
8. Alpsoy E (2013). Paraneoplastik kaşıntı (pruritus) ve eritrodermi. Türkderm. 2013;47(özel sayı):65-8.
9. Karaduman A (2005). Deri Sorunları. URL: http://www.geriatri.org/pdfler/saglikli_yaslanama2005/S_Y_2005_22.pdf Erişim tarihi: 08.11.2014.
10. Yosipovitch G (2010). Chronic pruritus: a paraneoplastic sign. DermatolTher 2010;2:590-6.
11. Kantor GR, Bernhard JD (1995). Investigation of the pruritic patient in daily practice. Semin Dermatol 1995;14:290-6.
12. Sher TH (1992).Clinical evaluation of generalized pruritus. ComprTher. 1992;18:14-9.
13. Polat M, Oztas P, Ilhan M, Yalçin B, Alli N (2008). Generalized pruritus: a prospectiv study concerning etiology. Am J Clin Dermatol 2008;9:39-44.
14. Akça NK, Taşçı S (2012). Kaşıntı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. Dermatoz. 2012;3(3):108-113.

5.6.2. TERLEME

Terleme, hem hasta hem de bakım verici için hoş olmayan ve rahatsız edici bir sorundur (1,2). Aşırı terleme terminal dönem kanser hastalarının yaklaşık %16'sında görülmektedir. Özellikle geceleri giysi değişimini gerektirecek kadar terlemeler yaşanabilmektedir (3).

Patoloji ve Etiyolojisi

İnsanda termoregulatuvar sisteminin önemli bir parçası olan terleme, hipotalamusun yanı sıra limbik sisteme giren impulsların da kontrolü altında gerçekleşmektedir. Sıcaklık değişikliklerinde termoregülatör sistemin temel cevabı otonom sinir sistemi ile olmaktadır. Cilt üzerinde bulunan termoreseptörler aracılığıyla impulslar spinal kord tarafından hipotalamustaki termoregülatör merkeze iletilmektedir. Termoregülasyon beynin farklı bölümlerinin (orta beyin retiküler formasyon, amigdala, hipokampal fonksiyon), daha üst düzey kortikal yapılarla etkileşimi sonucu olabilmektedir. Normal termoregülasyon plasma osmolaritesinden, intravasküler volüm değişikliklerinden ve katekolaminleri de içeren çeşitli kimyasal mediyatörlerden, asetilkolin ve prostaglandin E'den etkilenebilmektedir (1).

Diğer birçok semptom gibi terlemede fiziksel, psikolojik ve/veya çevresel rahatsızlıklar / bozukluklar sonucu görülmektedir (2). Endokrin bozukluklar, çeşitli sistemik hastalıklarda, menopoz, enfeksiyonlar, çeşitli kanserler ve yönetiminde kullanılan bazı ilaçlar gibi terlemenin birçok nedeni bulunmaktadır. Terlemeye neden olabilecek durumlar (Tablo 1):

1. Lenfomalar, özellikle karaciğer metaztazı olan ileri evre kanserler ve karsinomalar (yoğun gece terlemeleri olabilmekte) (3,4)
2. Çevresel sıcaklık değişiklikleri
3. Duygu durum değişiklikleri (genellikle avuç içinde, aksillalarda ve ayak tabanında)
4. Şiddetli ağrı ya da anksiyete ve korku yaşanması
5. Enfeksiyonlar (hastanın nötropenik sepsiste olup olmadığının kontrolü önemlidir)
6. İlaçlar / uyuşturucular (alkol, SSRI antidepresanlar, hormon tedavileri (tamoksifen vb.) ve opioidler)
7. Endokrin bozukluklar (östrojen eksikliği, androjen eksikliği, hipoglisemi, hipertiroidizm)
8. Alkol yoksunluğu
9. Otonom nöropati varlığı (2,5,6)

Tablo 1. Terlemenin Temel Nedenleri (7)

Endokrin Bozukluklar	**Östrojen defisiti, hipertiroidi, hipoglisemi**
Malignite	Lenfoma, meme Ca, prostat Ca, nöroendokrin tümörler
Kronik enfeksiyon İlaçlar Duygu	TBC, Lupus Opioidler, barbituratlar Stres, anksiyete, ateş

Belirtileri

1. Vücut sıcaklığında artış
2. Cittle nemlilik ve ıslanma
3. Huzursuzluk hissi
4. Özellikle gece yoğun terleme
5. Yorgun ve dehidrate bir görünüm
6. Anksiyete
7. Uykusuzluk (1,2,3).

Yönetimi

Hastanın kendisini rahat hissetmesi ve kaliteli bir süreç geçirmesi için terleme sorununun uygun yönetimi önemlidir. Terlemede farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi süreçleri önem taşımaktadır.

Genel Önlemler

1. Enfeksiyonlarda dahil olmak üzere neden tedavi edilmelidir.
2. İlaç tedavisi gözden geçirilmeli, gerekiyorsa ek ilaç tedavisi uygulanmalıdır.
3. Oda sıcaklığını düşürmek için havalandırma, fan kullanımı sağlanmalıdır.
4. Ilık su ile silme banyo yaptırılmalıdır.
5. Kalın pamuklu giysiler çıkarılmalıdır.
6. Dehidratasyonu önlemek için sıvı alımı sürdürülmeli, gerekiyorsa arttırılmalıdır (2,6,7).

Farmakolojik Yaklaşım

1. Ateşle birlikte olan terlemede
   a. 6 saatte bir 1 gr parasetamol
   b. NSAI
2. Ateş olmadan olan terlemede (tm ile ilişkili)

a. NSAI (örn. Diklofenak), hipotalamusta prostaglandinler üzerinden etki eder) ya da Deksametazon günde 1-2 gr

b. Antimuskarinikler

c. Simetidin, günde bir kez 400-800 mg

3. Hormon yetersizliği ile birlikte olan terleme

a. Hormon replasman tedavisi hakkında bir onkolog tavsiyesi istenmeli

b. Hipotalamusta prostaglandin aracılığıyla hareket

4. Geceleri 400-800 mg simetidin

a. Derideki histamin reseptörlerine etkili

5. Steroidler (örn. deksametazon)

6. Parasetamol (gece terlemeleri için) (2)

KAYNAKLAR:

1. Oxberry S, Edwards A (2008). Guidelines on the management of sweating.
2. MacLeod R, Vella-Brincat J, Macleod AD (2012). Sweating. The Palliative Care Handbook Guidelines for Clinical Management and Symptom Control (6th Edition). s. 42-43
3. Sweating in Palliative Care. URL: http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/documents/Sweating.pdf Erişim tarihi: 09.11.2014
4. Saydam G (2007). Lenfomalar. Hematolojik Onkolojide Bakım. s. 49-61
5. Johansen J (2008). Management of excessive sweating. Palliative Medicine Matters. 2008;2(1).
6. Skin problems-sweating, Advice On Clinical Management. The Palliative Care Handbook. (Seventh edition). October 2010, 2010:44.
7. Larkin PJ (2010). Pruritis, Fever and Sweats. Oxford Textbook of Palliative Nursing (3rd edition). Ed: Ferrell BR, Coyle N. Oxford University Press. 2010;411-413.

5.6.3. ALOPESİ

Alopesi olarak da bilinen saç kaybı kemoterapi ve radyoterapinin potansiyel ve sık karşılaşılan bir yan etkisidir. Tamamen ya da kısmi dökülen saçlar kemoterapi ve radyoterapi ajanlarının kanser hücrelerini kontrol altına almaya ya da yok etmeye çalışırken birçok, özellikle hızlı çoğalabilme özelliğine sahip hücreleri de olumsuz etkilemesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Tedavi alanındaki gelişmelere rağmen alopesi hala bir sorun durumundadır. Kanser tedavisi gören bireylerin yaklaşık %65'inde kısmi ya da tam alopesi görülmektedir.

Saçlarda incelme, matlaşma, kuruma ve dökülmelerin başlaması ile fark edilen alopesi çekiciliğin, itibarın ve cinselliğin kaybı gibi algılanarak bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Beden imajının bozulması sosyal hayatta sınırlamalara, öz saygıda ve öz güvende azalmaya neden olmaktadır. Bu durum anksiyete ve depresyon gibi çeşitli psikolojik sorunlar yaşamasına ve hatta tedavisini reddetmesine yol açabilmektedir (1,2).

Patofizyoloji ve Etiyolojisi

Kanser tedavisinde yer alan sitotoksik ajanların kıl foliküllerindeki mitotik etkinlikleri zayıflatması ve engellemesi sonucu saçlarda kırılma ve dökülmeler meydana gelmektedir. İlacın bir kısmını absorbe eden saç tomurcuklarında hücresel bölünme ve protein sentezi baskılanmakta ve hücresel aktivitenin durması ile saç erken dönemde telogen (dinlenme) faza geçmektedir. Bunu takiben saç gövdesinde daralma ve saçlarda zayıflama gibi yapısal anormallikler normal aktiviteler esnasında bile (yıkanma ve fırçalama) saçlar kopmakta, dökülmektedir (3). Bu durum yalnızca saçlar değil kol, bacak, kaş, kirpik, pubis tüyleri vb. gibi vücutta pek çok alanda da görülmektedir (1).

Tedavinin başlamasından 2-4 hafta sonra alopesi kendini göstermekte; tedavi bitiminden sonraki yaklaşık 8 hafta içinde saçlar ve vücuttaki diğer kıllar yeniden çıkmaya başlamaktadır. Saçların tamamen çıkması 6-12 ayı bulmaktadır (1). Baş bölgesine yüksek dozlarda (4500 rad' dan fazla) radyasyon verilen hastalarda kalıcı alopesi oluşabilmektedir. Alopesinin derecesi ve etkisi sitotoksik ajanın dozu, yarılanma ömrü, tek veya başka bir ajanla kombine verilmesi gibi pek çok sebeple farklılık gösterebilmektedir. Özellikle antimetabolitler, alkilleyici ajanlar ve antimitotiklerle tedavide sık görülen bir yan etkidir (3).

Belirtileri

- Saç diplerinde kaşıntı, batma ve yanma hissi
- Göz ile görülür saç kayıpları
- Saç yapısının değişerek matlaşması, kuru görünmesi (1,3,4,8)

Tablo 1. Alopesi Sınıflandırması (5)

Grad	WHO	NCI	Dean ve ark.
1	Değişiklik yok	Hafif saç kaybı	<%25
2	Az miktarda saç kaybı	Önemli saç kaybı	%25-50 (peruğa gerek yok)
3	Orta bölgesel saç kaybı	…….	%50-75
4	Geri dönüşümsüz kayıp	…….	>%75

Yönetimi

1. Özellikle saç kaybı yaşanmadan hastaya bilgilendirme yapılması önemlidir. Hasta, gerekirse ailesi ile birlikte çözüm yollarının düşünülmesi, peruk kullanımı ve makyaj yardımı için yönlendirilmesi gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda da hastaların alopesiyle başetmede eşarp, şapka, bone, peruk gibi değişik materyalleri kullanarak rahatladıkları ifade edilmektedir.
2. Saçlar dökülmeden kestirilmesi önerilmelidir.
3. Kafa derisine turnike uygulama, folik asit kullanımı, özel saç bakımı, immün modülatörlerin yüksek doz α-Tocopherol (Vitamin E) ve Vit D3 analoglarının kullanımı gibi yöntemler geliştirilmiştir.
4. Saçlı deriye soğuk uygulaması Avrupa'da bir süredir kullanılan bir yöntemdir. Saçlı deriye giden kan akımını vazokonstriksiyon ile engelleyerek kemoterapik ajandan etkilenmeyi en aza indirdiği belirtilmektedir. Özellikle anthracyclines ve taxanes grubu ilaç kullanımlarında tedaviden 20 dk kadar önce başlanarak infüzyon bitiminden yarılanma ömrü doğrultusunda 2 saate kadar saçlı deriye soğuk uygulama yapılması önerilmektedir.
5. Alopesiye bağlı beden imajında değişiklik yaşayan hasta bireylere pozitif yaklaşım ve duygularını ifade etmesini sağlamak önemlidir.
6. Ailenin hastayı ve hastalığı algılayışı hastanın kendisini algılayışını doğrudan etkileyebilmektedir. Hasta ve ailesinin ilişkileri gözden geçirilmeli ve gerekli destek için yönlendirmeler yapılmalıdır.
7. Hastanın ailesi / eşi ile ilişkisi çok önemlidir. Beğenilmeme gibi duygulardan dolayı kişisel ilişkiler olumsuz etkilenmektedir. Hasta ve eşini iyi gözlemlemeli, elde ettiği veriler doğrultusunda danışmanlık yaparak uygun destek için yönlendirmelidir.
8. Aileye / eşe, hastanın beden imajının bozulması durumunda onun yaklaşımının önemi anlatılarak, hastalıkla ilgili olumsuz düşünceleri var ise değiştirerek ve duygularını ifade etmesine teşvik ederek değişimi kabullenmesine yardım edilmelidir.
9. Hastanın destek grupları ya da grup terapilerine katılması sağlanmalıdır.

10. Saçlarının tekrardan çıkabileceği, tedaviyi bırakmasını gerektiren bir durum olmadığı belirtilerek geçici bir süreç olduğu vurgulanmalıdır.

11. Saç kurutma makinası, saç şekillendiriciler, saç boyası, sprey gibi kimyasal ürünler/işlemlerden, toka, saç bandı vb gibi cisimlerden kaçınılmalıdır.

12. Saçı temizlemek için, bebek şampuan gibi hafif, kremli bir şampuan seçilebilir.

13. Her gün yıkamama ve sert bir şekilde taramamak, yumuşak bir saç fırçası ya da geniş dişli bir tarak seçilmeli ve nazik davranılmalıdır.

14. Kuruturken yüksek ısıyı saça uygulama, şekil verme vb gibi işlemlerden kaçınılmalıdır.

15. Yatarken yumuşak bir yastık ve rahat bir örtü kullanılmalıdır.

16. Baş, sıcak ve soğuk havalarda korunmalıdır (2,3,5,6,7,8,9).

KAYNAKLAR:

1. URL: http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/side-effects/hair-loss-or-alopecia Erişim tarihi: 08.11.2014
2. Can G,Enç N, Akkaya S (2008). Alopesi. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi.
3. Ateş S, Olgun N (2014). Kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014:67-80
4. Lemieux J, Maunsell E, Provencher L (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. Psycho-Oncology. 2008;17:317–328.
5. Yangın Balcı H (2010). Cilt değişiklikleri – Alopesi. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım, İstanbul Konsensusu. Ed: Can G. 2010:121-124
6. Prevention of Chemotherapy Induced Alopecıa For Women Wıth Breast Cancer, Newsletter Issue 03, 2014. URL: http://ocv.net.au/sites/default/files/ocv_newsletter_issue_3.pdf, Erişim tarihi: 08.11.2014.
7. Ünsar S, Fındık ÜY, Kurt S, Özcan H (2007). Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007;2(5):89-106.
8. Turan U (2009). Kemoterapi kaynaklı saç kaybında çözüm yolları. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Öğrenci Bilimsel Dergisi. 2009;2(2).
9. Auvinen PK, Mähönen UA, Soininen KM, et al (2010). The effectiveness of a scalp cooling cap in preventing chemotherapy-induced alopecia. Tumori. 2010;96:271-275.

5.6.4. CİLT KURULUĞU

Kuru cilt, çatlama, kaşıntı ve skar dokusu gibi cilt tabakasının birikmesi ile seyreden rahatsız edici bir tablodur. Ciltte sertlik, kızarıklık, pul pul dökülme ve bazen ağrı görülebilmektedir. Vücutta alt ekstremiteler, kollar, yan batın alanlarında daha sık görülmektedir (1). Cilt kuruluğu, genellikle ilaçlar, hastalık ya da sürekli yatakta olmak gibi nedenlerle gelişmektedir (2,3). Özellikle yaşlılarda kaşıntı nedenlerinin başında gelmekte olup, cilt enfeksiyonlarına zemin hazırlamaktadır. Özellikle 65 yaş üzeri bireylerin %75'inden fazlasının cilt kuruluğu yaşadıkları belirtilmektedir (4).

Patofizyoloji ve Etiyolojisi

Vücut su içeriğinin azalması ve güneş ışınları, kimyasallar, hastalıklara bağlı cilt hasarı cilt kuruluğunun önemli nedenlerindendir. Cilt kuruluğunda çevresel faktörlerin önemli olduğu kadar bireysel/genetik faktörler de önem taşımaktadır. Kuru ve soğuk hava, kimyasal ajanlar vb gibi etmenlere bağlı cilt yıpranmakta ve sonuçta kurumaktadır (1).

Nedenleri

1. 40 yaş üzeri olma
2. Hava sıcaklığı/kış mevsimi
3. Sıcak banyo ve duş alma
4. Sabun ve deterjan kullanma
5. Nemlendirici kullanmama
6. Ciltte su ve yağ eksikliği
7. Kemoterapi ve radyoterapi gibi ilaçların kullanımı
8. Dehidratasyon varlığı
9. Hipotiroidizm gibi endokrin sorunlar
10. Sjogren gibi immünolojik sorunlar (3,4).

Belirtileri

1. Ciltte gerginlik hissi
2. Kuruluk, ince çizgiler, çatlama ve soyulma
3. Özellikle banyo sonrası hissedilen kaba cilt
4. Cildin pul pul dökülmesi
5. Kaşıntı
6. Koyu cilt rengi olanlarda küllü bir görünüm
7. Kırmızı hatta kanamalı bölgeler (1,3,4).

Genel Önlemler

1. Cilt her gün yara, kuruluk, çatlama yönünden kontrol edilmelidir.

2. Tüm cilde nemlendirici uygulanmalıdır.

3. Banyo suyuna mineral ya da bebe yağı eklenebilir.

4. Özellikle banyo sonrası hemen (özellikle 5 dk içinde) cilde nemlendirici uygulanmalıdır.

5. Günde 8-10 bardak su tüketilmelidir.

6. Banyoda cildi fırçalama, keseleme işlemlerinde cildin tahrişinden kaçınılmalıdır (3,4).

KAYNAKLAR:

1. Health education URL: www.FHSHealth.org/Health_Education.aspx Erişim tarihi: 11.11.2014
2. Skin problems URL: http://www.stoppain.org/our-programs/palliative-care/symptoms/skin-problems.asp, 2014. Erişim tarihi: 11.11.2014
3. Palliative care at home (2012). URL: http://www.palliativecarewa.asn.au/downloads/Palliative-Care-At-Home-WA.pdf Erişim tarihi: 11.11.2014
4. Karaduman A. Yaşlılarda en sık karşılaşılan deri sorunları URL: http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/oneri/DERI_SORUNLARI.pdf Erişim tarihi: 11.11.2014
5. Ünsar S, Fındık ÜY, Kurt S, Özcan H (2007). Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007;2(5):89-106.

= 5.7.=

GASTROİNTESTİNAL

SEMPTOMLAR

5.7. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR

Prof. Dr. Tuğba YAVUZŞEN[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

5.7.1. İŞTAHSIZLIK (ANOREKSİ)

Kanser tanısı alan hastalar, hastalıklarının belirli dönemleri boyunca birçok ızdırap verici semptom ile karşı karşıya kalırlar. Ağrı bunların içinde en sık saptanan semptom olmak üzere sırası ile yorgunluk, iştahsızlık, ağızda kuruma, kilo kaybı, konstipasyon ve dispne olarak devam etmektedir. Kanser hastalarında semptomların, hastalığın seyrindeki sonuçlarına bakılmaksızın izleyen hekimleri tarafından farkında olunması, sorgulanması ve tedavi edilmesi gereklidir. Bu semptomların bazıları kanserin tipi, yerleşimi, evresi veya metastazların yeri ile ilgili, diğerleri uygulanan tedaviler veya alınan ilaçlara bağlı olabilir. Kanser hastası birçok semptoma aynı anda sahiptir ve aynı anda ortaya çıkabilir. Birçok semptomun ortaya çıkış veya neden olan mekanizmaları benzerdir. Bu nedenle kanser ve diğer birçok kronik hastalıklarda farklı semptom değerlendirme ölçekleri oluşturulmuştur.

Gastrointestinal semptomlar, kanser hastalarında semptom kümelerinin içinde en sık olanıdır ve kanser tedavilerine bağlı gelişen hematolojik olmayan toksisiteler arasında başta yer alır (1,2,3). Kanser ve diğer kronik hastalıklarda iştahsızlık (anoreksi) sık görülmektedir ve önlem alınmadığı zaman besin alımında bozulma ile istemsiz kilo kaybına (kaşeksi) neden olabilir. Anoreksi kaşeksi tablosu tümör hücrelerinden salınan bazı sitokinlerin santral sinir sisteminde iştah merkezini baskılaması, kas, yağ dokusunda ve karaciğerde oluşturdukları birçok metabolik sürecin eşlik ettiği bir tablodur (4,5). Anoreksi ve kaşeksi her zaman birlikte olmayabilir fakat; birlikte olduğu zaman anoreksi - kaşeksi sendromu olarak tanımlanır. Bu sendrom, kanser hastalarında özellikle ileri evre ve terminal dönemde %80'e varan oranda görülmektedir. Otopsi çalışmalarında kanser nedeniyle kaybedilen hastaların %20'sinde anoreksi - kaşeksi sendromunun ölüm nedeni olarak saptandığı gösterilmiştir. Hasta ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, hastanın tedavilere yanıtını bozan, hastanede kalış süresi ve enfeksiyonlara yatkınlık oranlarını oldukça artıran çok önemli bir semptomdur. Kanser ve diğer kronik hastalıklarda iştah azalmasına neden olan problemlerden bazısı geri dönüştürebilir ya da tam neden ortadan kaldırılmasa bile palyasyon sağlanabilir. Kapsamlı bir öykü ve klinik değerlendirme ortadan kaldırılabilir nedenleri belirlemek açısından önemlidir. Semptomların tedavileri ve takibi kaşeksi tablosunun önlenmesine veya geciktirilmesine yardımcı olabilir. Aşağıda belirtilen

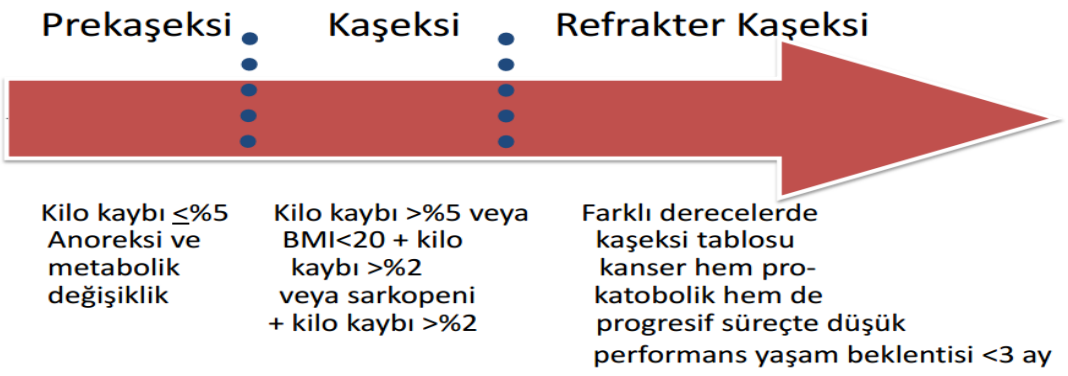
değerlendirmeleri anoreksi yani iştah azalması saptanan her hastada mutlaka gözden geçirmek gereklidir:

1. Kilo kaybını ve beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikleri,
2. Yutma ve çiğneme yeteneği / güçlüğünü,
3. Anoreksi yapabilecek ağrı, kabızlık, depresyon veya bulantı gibi diğer semptomları,
4. Ağız bölgesinin mukozit diye tanımladığımız yaraları, lezyonları ve enfeksiyonları,
5. Zorlu yutma problemlerine veya emilim sorunların yol açan, özefagus veya diğer gastrointestinal sistemi etkileyen bir problem olduğu düşünüldüğünde ileri değerlendirme mutlaka önerilmelidir.

Bu değerlendirmelerden sonra anoreksi / kaşeksinin tedavi edilebilir nedenlerinden devam eden ağrı, depresyon, bulantı ve kusma, ağız kuruluğu, mukozit, erken doygunluğa neden olan gastrik staz ve motilite bozuklukları, reflü özofajiti, diyare, konstipasyon saptandığında bunlara yönelik tedavi yaklaşımları uygulanmalıdır.

Kaşeksi ve aşamaları 2011 yılında yayınlanan uluslararası konsensus raporunda tanımlanmıştır. Kaşeksi progresif olarak fonksiyonel bozukluğa neden olan, konvansiyonel nutrisyonel destek ile tamamen düzeltilemeyen, yağ doku kaybı ile birlikte veya yağ doku kaybı olmaksızın iskelet kası kaybı olarak tanımlanmaktadır. Kanser kaşeksi konsensus grubunun oluşturduğu aşağıdaki Şekil 1'deki görüldüğü gibi hastalar prekaşeksi, kaşeksi ve refrakter (dirençli) kaşeksi olarak üçe ayrılır. Prekaşeksi %5'den az kilo kaybı olan ve metabolizmada erken değişimlerin olduğu dönemdir. Yüzde 5'den fazla kilo kaybı, Vücut Kütle İndeksi 20'den düşük olan hastalarda %2'den fazla kilo kaybı veya sarkopeni ile birlikte %2'den fazla kilo kaybı kaşeksi aşamasıdır. Refrakter kaşeksi ise; hastalığın hızla ilerlediği, tedavilere yanıt alınamayan son dönemdeki katabolik durumdur. Her zaman bu safhalar birbirini izlemez. Önemli olan hastaların erken dönemde yakalanması ve önleyici tedbirler alınmasıdır (6).

Şekil 1. Kanser Kaşeksisi Evreleri



Prekaşeksi aşamasında olan hastalar yakın izlenmeli ve koruyucu önlemler alınmalıdır. Kaşeksi geliştikten sonra farmakolojik olan ve olmayan yöntemler uygulanır. Refrakterde ise; yaklaşım palyasyon olmalıdır (7). Anoreksi / kaşeksi tablosunun tedavisinde farmakolojik olmayan ve farmakolojik yaklaşımlar olarak ikiye ayrılabilir:

1. Farmakolojik olmayan yaklaşımlar:

a) Hasta ve ailenin eğitimi,
b) Diyet kısıtlamalarının ortadan kaldırılması (eğer tedavileri veya metabolik problemleri açısından sakınca yoksa ve tedavi toksisitesi nedeniyle nötropenik hastalar hariç),
c) Hastayı sevdiği yemekleri yemeye teşvik etmek,
d) Azar azar ve sık beslenmesini sağlamak,
e) Düşük enerji günleri planlamak ve kahvaltı gibi iştahın en iyi olduğu zamanlardan faydalanmak,
f) Pişirme sırasındaki kokulardan kaçınmak,
g) Egzersiz (kas fonksiyonunun kaybının önlenmesi için aerobik ve direnç egzersizleri),
h) Psikososyal destek farmakolojik olmayan yöntemlerdir.

2. Farmakolojik yaklaşımlar:

İştah uyarıcı ilaçlardan faydanılmaktadır (8). Şu anda kanıt derecesi var olan 2 ilaç iştah artırıcı olarak kullanılmaktadır:

- Megestrol Asetat (160 mg tablet)
- Glukokortikoidler (Deksametazon sodyum sülfat 0,5, 0,75, 4 ve 8 mg tablet, Metilprednizolon 4 ve 16 mg tablet, Prednisolon 0,75 mg tablet, Fluokortolon oral 5 ve 20 mg tablet).

Megestrol asetat 160 mg preperatları ve 320-480 mg/gün oral doz aralıklarında kullanımı mevcuttur. 800 mg/gün şeklinde yüksek dozlarda kullanımının bildirildiği çalışmalarda mevcuttur fakat etkinlik açısından çok yüksek dozların iştah artırması ve kilo alımı üzerine üstünlüğü saptanmamıştır. Yan etkileri arasında hafif ödem, empotans ve derin ven trombozu-tromboembolik olaylara yatkınlık olup, risk altında olan hastalar bu yönden takip edilmelidir.

Glukokortikoidler tam olarak etkili olmamakla birlikte iştahı artırmak için kullanılır. Deksametazon 4-8 mg/gün veya günde 3 kez ve prednizolon 5 mg/gün sabahları tok karına oral önerilebilir. Glukokortikoidler tedavinin ilk birkaç haftası içinde hastaların %60-80'inde etkili olmaktadır fakat potansiyel yan etkilerinin fazla olması nedeniyle uzun dönem kullanım kısıtlılığı yaratmaktadır. Yan etkiler arasında deliryum, glukoz intoleransı, gastrointestinal kanama,

proksimal myopati ve kandida enfeksiyonlarına karşı bozulmuş immünite sayılabilir. İlaçların kontrendike olmadığı hastalarda kısa dönemler halinde verilebilir (Tablo 1).

Tablo 1. Glukokortikoidlerin Eşdeğer Dozları

	Yarı Ömrü	**Eşdeğer Dozlar (mg)**
Deksametazon	36-54 saat	0,75
Betametazon	36-54 saat	0,6-0,75
Metilprednizolon ve Triamsinalon	18-36 saat	4
Prednizon ve Prednizolon	18-36 saat	5
Hidrokortison	8-12 saat	20
Kortizon	8-12 saat	25
Fluokortolon	8-12 saat	5

KAYNAKLAR:

1. Aktas A, Walsh D, Hu B (2014). Cancer symptom clusters: An exploratory analysis of eight statistical techniques. J Pain Symptom Manage Apr 18. pii: S0885-3924 2014(14)00188-2
2. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L (2000). The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender and performance status in 1,000 patients. Support Care Cancer 2000(8):175-179.
3. Sonis ST, Elting LS, Keefe D, Peterson DE, Schubert M, Hauer-Jensen M, Bekele BN, Raber-Durlacher J, Donnelly JP, Rubenstein EB (2004). Mucositis Study Section of the MASCC and the ISOO. Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology and consequences for patients. Cancer 2004, 100 (9 Suppl):1995–2025
4. Argilés JM, Busquets S, García-Martínez C, López-Soriano FJ (2005). Mediators involved in the cancer anorexia – cachexia syndrome: past, present and future Nutrition 2005(21):977–85
5. Argiles JM, Busquets S, Stemmler B, Lopez-Soriano FJ (2014). Cancer Cachexia: Understanding the Molecular Basis. Nature Reviews Cancer AOP, published online 9 October 2014.
6. Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, Jatoi A, Loprinzi C, MacDonald N, Mantovani G, Davis M, Muscaritoli M, Ottery F, Radbruch L, Ravasco P, Walsh D, Wilcock A, Kaasa S, Baracos VE (2011). Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. Lancet Oncol 2011;12(5):489-95
7. Aapro M, Arends J, Bozzetti F, Fearon F, Grunberg SM, Herrstedt J, Hopkinson J, Jacquelin-Ravel N, Jatoi A, Kaasa S & Strasser F (2014). Early recognition of malnutrition and cachexia in the cancer patient: a position paper of a European School of Oncology Task Force Annals of Oncology 2014(25): 1492–1499
8. Yavuzsen T, Davis MP, Walsh D, LeGrand S, Lagman R (2005). Systematic review of the treatment of cancer-associated anorexia and weight loss. J Clin Oncol 2005; 23(33):8500-11.

5.7.2. BULANTI - KUSMA

Bulantı ve kusma kanser tedavilerinin en önemli ve korkulan gastrointestinal yan etkisidir. Küratif ve palyatif tedavilerin ertelenmesi veya bazen kesilmesine kadar giden dirençli olduğu tablolar ortaya çıkabilir. Ayrıca hastaların günlük konforunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir süreçtir. Tanımlara bakılacak olursa bulantı, boğazın arka tarafında ve midede hissedilen rahatsız edici ve hoşa gitmeyen bir duygudur. Bazı zamanlarda tükürük salgısında artış, baş dönmesi, yutma güçlüğü, vücut ısısında değişiklikler ve çarpıntı eşlik edebilir. Kusma ise, mide kaslarının güçlü kasılması ile içeriğinin ağıza gelmesiyle sonuçlanan bir olaydır. Bulantı eşlik edebilir ya da etmeyebilir.

Kanserli hastalarda bulantı ve kusma kanser tedavilerine (kemoterapi, radyoterapi), cerrahi tipine, kullanılan ilaçlara (opiatlar, antibiyotikler, nonsteroid antieenflamatuar ilaçlar vb.), kanserin kendisine veya metastazlarına (beyin metastazları, bağırsak obstrüksiyonları, ileus, vb.) bağlı gelişir. Vücuttaki sıvı kaybı, elektrolit bozuklukları, karaciğer ve böbrek sorunları, enfeksiyonlar, alkol, sigara kullanımı, diyet alışkanlıkları, yaş, eşlik eden diğer hastalıklar ve psikolojik problemler bulantı kusmanın diğer önemli nedenlerdir.

Kemoterapi öncesi uygun antiemetik proflaksisi almayan hastalarda %70-80 oranında akut veya geç, %10-44 oranında ise beklenti bulantı kusma gelişebilir. İleri evre veya terminal dönem hastalarda ise oran %11-78 bulantı, %7-49 kusma için verilmektedir (1,2). Akut bulantı ve kusma tedavinin 1-2 saati içinde başlayıp, 4-6 saatte pik yapar ve 24 saat devam edebilir. Geç bulantı kusma ise 24 saatten sonra başlayıp 7 güne dek uzayabilir. Beklenti bulantı ve kusması tedaviye başlamadan hissedilen tedaviyi çağrıştıran bazı uyaranlar (hastane, sağlık çalışanları, koku, önceki tedavi deneyimleri vb.) ile tetiklenen tablodur. Beklenti bulantı kusması kadın cinsiyet ve genç popülasyonda erkeklere oranla daha sık görülmektedir. Bulantı-kusma merkezi santral sinir sistemindedir. Beyin, mide, bağırsaklar ve bazı visseral organlardan gelen uyarılar ile tetiklenir. Yine hareket ve pozisyon bulmada önemli bir sistemi olan kulaktaki sorunlarda bulantı ve kusma yapabilir. Bulantı ve kusmanın patofizyolojisinde önemli olan birçok nörotransmitterler tedavilere bağlı salınır ve bunlara karşı geliştirilen ilaçlarda bulantı ve kusmanın önlenmesinde ve tedavisinde kullanılır.

Kemoterapiye bağlı bulantı kusmada etkin tedavi ajanları bulunmaktadır:

1. Serotonin reseptör antagonistleri
2. Nörokinin 1 reseptör antagonistleri
3. Kortikosteroidler

4. Dopamin reseptör antagonistleri
5. Benzodiazepamlar

Akut bulantı ve kusma tedavisinde önerilen serotonin reseptör antagonistleri ve uygulanış doz aralıkları Tablo 2'de paylaşılmıştır (3).

Tablo 2. Serotonin Reseptör Antagonistleri

Etken Madde	Uygulama Biçimi	Uygulama Dozu
Granisetron	İntravenöz	1 mg ya da 0,01 mg/kg
	Oral	2 mg (ya da 1 mg**)
Ondansetron	İntravenöz	8 mg ya da 0,15 mg/kg
	Oral	16 mg*
Tropisetron	İntravenöz	5 mg
	Oral	5 mg
Dolasetron	İntravenöz	100 mg ***
	Oral	5 mg
Palonosetron	İntravenöz	0,25 mg
	Oral	0,5 mg

* Randomize çalışmalarda günde 2 defa 8 mg doz şeması test edilmiştir.
** Bazı panelistler 1 mg dozu tercih etmiştir.
*** Potansiyel QT intervali uzaması nedeniyle İV yoldan ziyade oral yol önerilir.

Serotonin reseptör antagonistlerini özellikle kardiyak yan etkileri nedeniyle riskli olan gruplarda ve yaşlı hastalarda kullanırken dikkat edilmesi gereklidir (4). Palonosetron diğerlerinden farklı olarak uzun yarı ömre sahip (48 saat) ve ülkemizde sadece intravenöz formu olan ilaçtır. Tek doz olarak kullanılır. Dolasetron ülkemizde bulunmayan ilaçtır. Kortikosteroidler olarak sıklıkla deksametazon şeklinde 4 - 20 mg/gün doz aralığında uygulanmaktadır. Nörokinin 1 reseptör antagonistlerinin ise ülkemizde tek oral formu bulunmaktadır. Üç doz (120 – 80 - 80 mg) kutuda bulunur, endikasyonu olan kemoterapi şemalarında tedavinin 1. günü olmak üzere başlanır. Dopamin reseptör antagonistlerinden en çok kullanılan bulantı ve kusma ilacı metoklopramiddir. Doz aralığı olarak10 - 30 mg/gün 4 - 6 saatte bir verilebilir. Yan etkiler yönünden sedasyon, diyare ve ekstrapiramidal yan etkiler yönünden hastalar takip edilmelidir (3).

Kanser hastalarında tedaviler ile ilişkili olmayan bulantı ve kusma nedenleri için bakıldığında en başta metabolik nedenler, ardından sıra ile gastrik boşalmanın gecikmesi, regürjitasyon, bağırsak tıkanması (ileus), santral sinir sistemini ve vestibüler sistemi ilgilendiren nedenler gelmektedir (5). Gastrik boşalmanın gecikmesi ve erken doyma kanser hastalarında sıklıkla ilaçlar, tümörün invazyonu veya paraneoplastik otonomik yetersizlik sonucu gelişebilir (6). Bunun tedavisinde de etyolojiye bağlı tedavilerle başarı oranları yüksektir.

KAYNAKLAR:

1. Harris DG (2010). British Medical Bull 2010
2. Hesketh PJ (2011). Support Care in Cancer 2011
3. Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) Guidelines 2013 (Turkish) www.mascc.org
4. Brygger L, Herrstedt J (2014). 5-Hydroxytryptamine3 receptor antagonists and cardiac side effects. Expert Opin Drug Saf. 2014;13(10):1-16
5. Ang SK, Shoemaker LK, Davis MP (2010). Nausea and vomiting in advanced cancer.
6. Am J Hosp Palliat Care 2010;27(3):219-25
7. Davis MP, Walsh D, Lagman R, Yavuzsen T (2006). Early satiety in cancer patients: a common and important but underrecognized symptom. Support Care Cancer 2006;14(7):693-8

5.7.3. MUKOZİT – STOMATİT

Kanserin kendisinden veya tedavilerinden kaynaklanan oral komplikasyonlar hem akut (mukozit, stomatit, tat değişiklikleri, enfeksiyon ve kanama) hem de geç (mukozal atrofi ve ağız kuruluğu) olarak oldukça fazla görülmektedir (1). Tanım olarak mukozit, sıklıkla ağız içinde görülen normal mukozanın (ağız - anüs kadar olan doku) ülseratif ve enflamatuvar reaksiyonlar zinciriyle bozulmasıdır. Yanağın hareketli mukozasında, dudaklar, yumuşak damak ve dilin alt yüzeyinde en çok görülürler. Baş boyun bölgesi kanserlerinde radyoterapi alan tüm hastalarda oral komplikasyonlar gelişmektedir. Mukozit sadece ağrı verici değil; aynı zamanda beslenmeyi sınırlandırıcı, hastanın tedaviye devam isteğini azaltıcı ve başta hasta ile ailesinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir semptomdur. Çok ciddi durumların tedavisi için (örn. baş edilemeyen ağrı veya enfeksiyon durumu) hastaneye yatış gerekebilir. Kemoterapi, kemik iliği transplantasyonu, radyoterapi, kanser başta olmak üzere çeşitli hastalıklar, immün yetmezlik, diş teli, takma damak, kötü ağız hijyeni gibi nedenler mukozit için risk faktörleri arasında yer almaktadır.

Tedavi edilmeyen mukozit anoreksi, kaşeksi ve dehidratasyona neden olur. Mukozitle birlikte çiğneme, yutma ve konuşmada güçlükler yaşanır, inflamasyon, ödem, ağız içinde lezyonlar ve bunlara bağlı ağrı gelişir. Mukozitle ilişkin enfeksiyon, ağrı, malnütrisyon gibi komplikasyonlar hastanede uzayan kalış süresini ve artan maliyetleri, ağrıyı kontrol etmek için narkotik kullanımını ve parenteral beslenmeyi gerektirir. Aynı zamanda tedavi edilmeyen mukozit diğer ana tedavilerin gecikmesine ya da dozlarının azaltılmasına veya tedavide kesintiler yapılmasına neden olur. Bu önemli semptomun kontrolü ve önlenmesi çok önemlidir.

Mukozit tedavisi;

1. **Temel ağız bakımı ve hasta eğitimi**: Mukozitin önlenmesinde en önemli basamaktır. Etkin ağız bakımında, etkin ve düzenli diş fırçalanması, diş ipi kullanımı, steril su, serum fizyolojik veya sodyum bikarbonat (bir bardak suya bir çay kaşığı karbonat ve bir çay kaşığı tuz isteğe bağlı) kullanarak ağzı çalkalamaktır.
2. **Ağız bakım protokolleri:** Antiseptik gargara kullanımı mukozit oluşumunu azaltma / engellemede etkilidir. Benzydamine %0,15 gargara radyoterapi alan kanser hastalarında kullanımında ciddi oranda mukozit sıklık ve şiddetini azaltmıştır. Son zamanlarda güncel olan oral mukoza koruyucularından polivinil prolidon (PVP) ve hyaluronik asit içeren solüsyonlar ve Triamsinolon Asetonat ağız içi uygulamaları kullanım açısından etkin bulunmuştur. İçindeki etkin maddeler ile mukozal bariyeri koruyucu etkisi gösterilmiştir. Parenteral veya lezyonların üstüne direk uygulanan glutamin tedavisinin faydası gösterilmiştir. Kanıt düzeyi yeterli değildir.

3. **Ağrı kontrolü:** Mukozit tedavisinde ağrı kontrolünde destek önemlidir. Ağrının şiddetine göre lokal veya sistemik anestezikler, analjezikler tercih edilebilir. Mukozit oluştuktan sonra beslenme alışkanlıklarından irritan (baharat, limon, portakal vb.) ve katı (simit, elma vb.) gıdalardan kaçınılmasını sağlamak önemlidir.

KAYNAKLAR:

1. Campos MI, Campos CN, Aarestrup FM, Aarestrup BJ (2014). Oral mucositis in cancer treatment: Natural history, prevention and treatment.Mol Clin Oncol 2014;2(3):337-340

5.7.4. İLEUS

Bağırsak obstrüksiyonu (ileus) abdominal veya pelvik tümörlerde ayrıca diğer solid tümörlerin periton veya abdomene metastazları sonucunda gelişir. İleri evre kolorektal kanserlerde %10,0-28,4 ve over kanserlerinde %5,5-51,0 oranlarında sık görülür (1). Bu tablodaki hastalarda dirençli bulantı ve kusma ve ağrı nedeniyle oral alım engellenir ve hastaların tam tıkanmalarda gaz ve gaita deşarjı olmaz. Hastaların yatırılarak beslenme ve hidrasyon desteğinin sağlanması gereklidir.

Tedavisinde invaziv cerrahi girişimler ve medikal tedaviler gerekmektedir. Cerrahi girişimlerde stentler, cerrahiler ve dekompresyon yöntemleri kullanılmaktadır. Medikal tedaviler ise semptom palyasyonu için uygulanmaktadır. Kortikosteroidler, oktreotid, metoklopramid ve sürekli ağrı tedavisi için opioidler, kolik ağrılar için buscopan da eklenebilir. Bulantı ve kusma tedavisi için tam obstrüksiyon yok ise metoklopramid veya nazogastrik dekompresyon yapılabilir.

KAYNAKLAR:

1. Dolan EA (2011). Malignant bowel obstruction: A review of current treatment strategies. Am J of Hospice & Palliat Medicine 2011;28(8):576-582

5.7.5. İSHAL

İshal yani diyare; ince veya kalın bağırsaklardaki fonksiyon bozukluğu sonucu, besin maddelerinin emiliminin azalması, başka bir deyişle günde ikiden fazla normalden sulu şekilde çıkmasıdır. Kanser hastalarında pek çok neden bulunmaktadır. İleri yaş, kadın cinsiyet, ilaçlar, kemoterapi, radyoterapi, uygunsuz laksatif kullanımı, bağırsak enfeksiyonları, fekal impaksiyon (taşlaşmış dışkı), malabsorbsiyon, diyet alışkanlıkları, diyabetes mellitus, inflamatuvar bağırsak hastalıkları (Crohn, ülseratif kolit, AIDS), kanser tipleri (kolon-rektum kanseri ve daha nadir olarak endokrin kanserler) ve psikolojik faktörler ishal nedeni olabilmektedir.

Kanser hücreleri hızlı ve kontrolsüz bölünen hücrelerdir Ancak kanser hücreleri dışında bağırsak sisteminin iç yüzeyini döşeyen hücreler de hızla bölünen hücrelerdir ve kemoterapi sonrası bu hücrelerde meydana gelen hasar sonrası ishal oluşabilir. Bunun dışında bazı kemoterapi ilaçlarının yan etkileri sonucunda ishal oluşabilir. Kemoterapi kaynaklı ishal, kanser tedavisinin sık görülen yan etkilerinden biridir. İshal, rahatsız edici olmasının yanında, iyi tedavi edilmediğinde yaşamı tehdit eden bir yan etkidir. Sıvı kaybı, elektrolit eksiklikleri, besinlerin emilimindeki azalmaya bağlı yetersiz beslenme, artmış bağırsak hareketlerine bağlı ağrı, inflamasyon ve kanama ile sonuçlanabilir. Hastalar sersemlik, baş dönmesi, bilinç bulanıklığı, uyuklama hali, ateş, bulantı, kusma, kramp, karın ağrısı ve düşük tansiyon durumlarında daha komplike hal almaktadır. Tedavisinde nedene yönelik tedavi uygundur. Sıvı elektrolit kaybını önlemek için özellikle yaşlılar ve çocuklarda mutlaka yerine konmalıdır. Ağızdan sıvı alımı, eğer alamıyorsa intravenöz verilmelidir. Enfeksiyöz nedenlerde saptanan veya klinik olarak tanı konulan ajana yönelik antibiyotik tedavisi uygulanır.

KAYNAKLAR:

1. Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J (2010). Oxford handbook of palliative care. Second Edition 2010.

5.7.6. KONSTİPASYON

Gaitanın sert ve pasajdan zor geçişi ile karakterize olan ve geçişte azalma olarak tanımlanmaktadır. Subjektif bir semptom olması nedeniyle her birey için tanımlanması farklıdır. Konstipasyona karın ağrısı, bulantı, kusma, şişkinlik, baş ağrısı gibi semptomlar da eşlik edebilir. Sıklık kanser hastalarında %61-63 arasında, opioid alanlarda ise %83-87 arasında değişir (1,2). Kanserin kendisi, kemoterapiler, opioid veya diğer ilaç kullanımları neden olabilir. İleri yaş, hareketsizlik, yetersiz sıvı ve besin alımı riski artıran ana faktörlerdir. Diğer ikincil nedenler arasında yapısal anormallikler (ileus, pelvik tümör vb.), metabolik etkiler (hiperglisemi, hiperkalsemi, hipokalemi vb.), nörolojik tutulumlar (spinal kord basısı vb.) sayılabilir. Tedavisinde beslenmede sıvı ve lif oranının, vücutta hareketin arttırılması, konstipasyon azaltıcı ilaçların kullanılması (hacimli laksatifler hariç), her sabah besin alımından 15 - 20 dakika sonra tuvalete oturulması önerilir. Opioidlere bağlı konstipasyonda ilaç değişikliği yapılabilir veya dışkı yumuşatıcı laksatif (laktuloz) ve stimülan laksatif (senna, bisakodil) beraber kullanılabilir (3).

KAYNAKLAR:

1. Twycross RG, Harcourt JM (1991). The use of laxatives at a palliative care centre. PalliatMed 1991;5:27-33
2. Mancini I, Bruera E (1998). Constipation in advanced cancer. Support Care Cancer 1998;6(4):356-364
3. Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J (2010). Oxford handbook of palliative care. Second Edition 2010.

5.7.7. ASİT

Normalde sağlıklı bir insanda yaklaşık 50 ml transüda karakterinde bir sıvı peritoneal boşlukta birikebilir. Normal sıvı dönüşümü periton ile arasında 4 - 5 litre/saattir. Malign olan asitte ise bu dönüşüm sağlıklı insandakine göre daha fazladır. Malign asit kanser hastalarının %62'sinde görülür ve kötü prognozla ilişkilidir. Over kanseri (%50'den fazla), primeri belli olmayan ve gastrointestinal kanserlerde görülmektedir (1). Asitli hastalarda gözlenen en sık semptomlar karında şişlik, rahatsızlık hissi, ağrı, sırtüstü yatamama, nefes darlığı, bağırsak tıkanması, konstipasyon veya ishaldir. İleri evre kanser hastalarında asitin tedavisinde semptomatik yaklaşımlar yapılmaktadır. Ağrı için analjezik tedaviler, diüretikler ve aşırı ve hızlı sıvı toplanmasında parasentezdir. Etyolojik nedene yönelik tedavi yaklaşımları da önemlidir. Örneğin; sirozu olan hastalarda tedavisi veya kemoterapi duyarlı kanserlerde kanser tedavileri asit tedavisinde yer almaktadır.

KAYNAKLAR:

1. Demeulenaere P, den Eynden BV (2009). Malignant ascites. Chapter 224 Palliative Medicine Edited by Declan Walsh 2009.

5.7.8. HIÇKIRIK

Hıçkırık, diyafragma ve interkostal kasların istemsiz, intermittan ve spazmotik kontraksiyonudur. Sık karşılaşılan bir durumdur. Hemen herkesin zaman zaman yaşadığı bir durumdur. Nadiren uzun sürebilir ve bir takım istenmeyen sonuçlara yol açabilir ki bu da patolojiktir. Hıçkırık esnasında oluşan kas kontraksiyonu, ani bir inspirasyon ve glottisin kapanmasıyla son bulur ve bu esnada "hık" diye bir ses çıkar. Hıçkırık dakikada genellikle 6 - 12 kadar olup, bu aralık 4 - 60 arasında değişebilmektedir (1). Genellikle 48 saatten kısa süren hıçkırık ataklarına sık rastlanır ve araştırma gerekmez ama daha uzun süren ataklarda etiyolojik araştırma gerekmektedir. Hıçkırık atakları; genellikle aşırı yemeye, karbonatlı içeceklere, aerofajiye ve endoskopi esnasında mideye hava verilmesine bağlı olarak oluşan gastrik distansiyonla ortaya çıkar. Diğer sebepler arasında; çevresel ya da gastrointestinal ısının ani değişiklikleri, aşırı alkol alımı, ani heyecan veya diğer emosyonel stresler sayılabilir. Dirençli hıçkırıklar, altta yatan ciddi bir hastalığın göstergesi olabilir. Santral sinir sistemi hastalıkları; vasküler, enfeksiyöz ve yapısal olaylarla hıçkırığa yol açarlar. En sık sebepler arasında A-V stroke, malformasyonlar, ensefalit, menenjit ve kafa travmaları sayılabilir. Vagus ve diafragmatik sinir irritasyonu; dirençli hıçkırığın sık görülen nedenlerini oluşturur. Bu nedenler içinde ise en sık rastlanılanları guatr ve farenjittir. Gastrointestinal hastalıklar içinde de en sık görülenleri; özofajitin eşlik ettiği reflü hastalığı, gastrik distansiyon ve aerofajidir. Torasik hastalıklar içinde en sık görülen neden, enfeksiyon ya da neoplazmalara bağlı olarak gelişen genişlemiş lenf nodlarıdır. Toksik ve metabolik nedenler içinde en sık rastlanılanı, alkol kullanımıdır. Hıçkırık tedavisinde kullanılan bazı ilaçların, aynı zamanda hıçkırığa yol açabilmesi de ilginç bir durumdur (ör. steroid, opioid). Psikolojik nedenler; tam bir medikal değerlendirme yapılıp, diğer organik nedenler dışlandıktan sonra dikkate alınmalıdır (3).

Tedavisinde etiyolojik nedene yönelik olmalıdır. Şayet hıçkırığın nedeni bulunamazsa öncelikle fiziksel manevralara başvurulur (nefesin tutulması veya bir poşetin içine solunulması; valsalva manevrası; yutak veya yumuşak dili uyarmak için soğuk su yudumlanması, bir çay kaşığı toz şeker yutulması; göz hücrelerinin üzerine nazikçe basılması; dizlerin göğüse doğru baskı yapacak şekilde çekilmesi; dilin dışarı doğru çekilmesi vb). Fiziksel manevralarla geçmeyen hıçkırıkta ilaç tedavileri gündeme gelir. Klorpromazin en sık kullanılan ilaçtır. Başlangıç dozu günde 3 kez 25 mg'dır. Doz, gerekirse günde 4 kez 50 mg'a kadar çıkartılabilir. Intravenöz. uygulama da oldukça etkilidir. Hipotansiyondan korunmak için hasta sırtüstü yatırılır; 500 – 1.000 ml SF içinde infüzyon yapılır (tabletleri 100 mg, ampulleri 25 mg olarak piyasada vardır). Psikotik

hastalıklar için yüksek dozda kullanıldığında, bazı yan etkiler söz konusu olabilmektedir (üriner retansiyon, glokom, deliryum). Düşük dozları genellikle iyi tolere edilir. Kısa süreli kullanımda ortaya çıkabilecek yan etkiler; distonik reaksiyonlar ve uyuşukluktur. Uzun süreli kullanımı tardiv diskinezi (yüz, ağız, dil, gövde ve ekstremite kaslarında tekrarlayıcı nitelikte istem dışı gereksiz hareketlerle belirgin ekstrapiramidal sistem bozukluğu tablosu) riskini artırır. Klorpromazin, demansı olan yaşlılarda kontrendikedir. Bu ilacın dışında gaz giderici ilaçlar (simetikon, vb), bulantı kusmada kullanılan metaklopramid ve kas gevşetici olarak kullanılan baklofen de tedavide kullanılan diğer ilaçlardır.

Medikal tedavilerin yetersiz kaldığı durumlarda da cerrahi yöntemler ve alternatif diğer tedavi yöntemleri kullanılabilir (akupunktur vb.).

KAYNAKLAR:

1. Overview of Hiccup Up to Date 2013 URL: http://www.uptodate.com/contents/overview-of-hiccups Erişim tarihi: 24.12.2014
2. Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J (2010). Oxford Handbook of Palliative Care. Second Edition 2010.
3. Smith HS. Hiccups (2009). Chapter163 Palliative Medicine Edited by Declan Walsh 2009.

= 5.8.=

HEMATOLOJİK

SEMPTOMLAR

5.8. HEMATOLOJİK SEMPTOMLAR

Uzm. Dr. Pınar TOSUN TAŞAR[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı

5.8.1. ANEMİ

Palyatif bakımdaki hastalarda anemi sık görülen bir durumdur ve farklı nedenlere bağlıdır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından (DSÖ) hemoglobin değerinin erkeklerde 13 gr/dl'nin, kadınlarda ise 12 gr/dl' nin altında olması anemi olarak tanımlanmıştır (1).

Klinik bulgular, aneminin ciddiyetine ve meydana geliş süresine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Akut kan kaybında kan volümü ile birlikte total plazma volümü de akut olarak azalmakta; kronik kan kayıplarında ise multiple homeostatik mekanizmalar devreye girmekte ve ekstravasküler alandan damar dışına çıkan sıvı ve renal retansiyonla su ve tuz tutulumunun artmasıyla intravasküler alan hacmi korunmaktadır. Kronik kan kaybında halsizlik, yorgunluk, solukluk gibi semptomlar olurken akut kan kaybında ise kas krampları, dispne, letarji, senkop, dirençli hipotansiyon gibi bulgular olabilmekte; hemorajik şok ve ölümle sonuçlanabilmektedir.

Nedenleri ve Risk Faktörleri

1- Eritrosit kaybına bağlı:

Kanama: Akut kanamalarda hemen anemi meydana gelmez ancak kronik kanamalarda ise mikrositoz, retikülositoz, trombositoz vardır.

Hemoliz: Primer ya da sekonder otoimmun hastalıklara, ilaçlara, infeksiyona bağlı olabilir. Beraberinde makrositoz, retikülositoz ve billurubin yüksekliği vardır.

2- Eritrosit üretiminin azalmasına bağlı:

- Kronik hastalık ve böbrek yetmezliği (Normokrom, normositer ya da mikrositerdir)
- Kemik iliği infiltrasyonuna bağlı: Lösemi, lenfoma, prostat ya da meme kanserlerinin tutulumuna bağlı
- Aplastik anemi: Non-steroid antiinflamatuvar (NSAID), antibiyotik, antikonvülzan, antipsikotik, hipoglisemik ajanlar gibi bazı ilaçlara sekonder gelişebilir.

- Maligniteye bağlı sideroblastik anemi
- İnfeksiyonlar
- Demir eksikliğine bağlı (mikrositoz), B_{12} ya da folik asit noksanlığına bağlı (makrositoz)

Öncelikli olarak aneminin nedeni araştırılmalı ve mümkünse nedeni ortadan kaldırılmalıdır. Kanamanın nedeni aspirin ya da non- steroid antiinflamatuvar ilaç kullanan birisi üst gastrointestinal sistem kanaması geçirmiş ise kullanmış olduğu aspirin ve non- steroid antiinflamatuvar ilaçları kesilmelidir (2). Anemide transfüzyon için en önemli endikasyon hastanın semptomatik olup olmadığı ve geliş şeklidir. Eğer hastanın anemisi kronik ise hemoglobin 8 gr/dl altına ininceye kadar hasta tolere edebilir. Eğer kanama akut olarak gelişmiş ve hemodinami bozulmuş ise; hemoglobini 9,5 gr/dl düzeyinde olsa bile transfüzyon yapılmalıdır. Ancak yaşlı hastalarda transfüzyonunun kalp yetmezliğini kötüleştirebileceği unutulmamalıdır, mümkünse günde iki ile dört arasında veya daha çok eritrosit transfüzyonu yapılmalıdır. Transfüzyonun sonrası klinik duruma göre intravenöz diüretik uygulanabilir.

5.8.2. NÖTROPENİ

Nötropeni, nötrofil sayısının 1500 hücre/µl'nin altında olmasıdır. Derecesine göre hafif (nötrofil sayısı 1.000 – 1.500 hücre/µl), orta (nötrofil sayısı 500 – 1.000 hücre/µl) ve ağır (nötrofil sayısı < 500 hücre/µl) olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

Nedenleri

Miyelodiplastik sendrom, aplastik anemi, paroksismal noktürnal hemoglobinüri, lösemi, lenfoma gibi hematolojik hastalıklar; bakteriyel, riketsiyal, paraziter, viral infeksiyonlar; İnsan İmmün Yetmezlik Virusu infeksiyonu (Human Immunodeficiency Virus), antitiroid, klozapin, antibiyotikler, ACE inhibitörü, non-steroid antiinflamatuvar gibi ilaç kullanımı, vitamin B_{12}, folik asit ve bakır noksanlığı, prostat ya da meme kanserlerinin hematolojik tutulumuna, kemoterapotiklerin yan etkisine bağlıdır (3.4).

Nötropeni varlığında ayrıntılı bir anamnez alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Kemoterapi sonrasında oldu ise; kemoterapotiklerin yan etkisi; nörolojik ya da psikiyatrik anormalliklerin varlığında B_{12} ya da bakır noksanlığı, malign hastalıklar veya infeksiyon; raş gibi döküntü varlığında kollajen doku hastalıkları, ilaç toksisitesi ya da HIV infeksiyonu; ateş, deri

döküntüsü, jinjivit, ağızda oral ülserler ya da diş ağrısı, anormal solunum sistemiyle ya da gastrointestinal sistem bulguları olanlarda ise aktif infeksiyon düşünülmelidir. Beraberinde diğer sitopenilerin de olması vitamin B_{12}, folik asit ya da bakır noksanlığını ya da primer kemik iliği kökenli hastalıkları düşündürmelidir. Eğer hastanın ateşi de varsa hasta hospitalize edilmeli ve intravenöz olarak antibiyoterapi başlanmalıdır (3).

5.8.3. HEMORAJİ

Nedenleri

1. Tümör invazyonu
2. Heparinin indüklediği trombositopeni ve dissemine intravasküler koagulasyon gibi trombosit ve koagülasyon fonksiyon bozukluğunun olduğu hastalıklar
3. Heparin, warfarin, aspirin, non- steroid antiinflamatuvar gibi ilaç kullanımı
4. Peptik ülser
5. İnfeksiyonlar (hemoptizi, hematüri, vajinal kanama)'dır.

Tedavi

Hastanın kullanmış olduğu tüm ilaçlar gözden geçirilmeli; kanamaya yatkınlık yapan tüm ilaçlar kesilmelidir. Hasta warfarin kullanıyorsa ve aktif olarak kanaması varsa, etki süresi hızlı taze donmuş plazma ya da etkisi birkaç saatte içinde gözlenen K vitamini intramuskuler olarak yapılmalı; gerekirse sıvı infüzyonu, kan ve trombosit transfüzyonu yapılmalıdır. Kanamayı uyaraca,k herhangi bir infeksiyon varlığı gözden geçirilmeli ve gerekirse tedavi yapılmalıdır. Maligniteye ikincil olarak hemoptizi, hematüri gibi bir kanama varsa radyoterapi açısından hasta değerlendirilmelidir. Eğer tümör endoskobik olarak ulaşılabilecek bir yerde ise endoskobik lazer işlemi için değerlendirilmeli ya da palyatif cerrahi teknikler uygulanmalıdır. Embolizasyon işlemi genellikle karaciğer ve renal malignitelerde uygulanan bir yöntemdir.

Spesifik olarak

Nazal kanamada tampon ve koter işlemi; oral kanamada sukralfat süspansiyonu uygulanabilir. Üst ve alt gastrointestinal sistem kanamalarında kullanmış olduğu NSAID, warfarin gibi ilaçlar kesilip proton pompa inhibitörleri; alt gastrointestinal sistem kanamalarında rektal steroidler, gastrointestinal sistem tümörlerde talidomit, deri kanamalarında topikal adrenalin

uygulanabilir (5). Akciğer malignitesinde hemoptizi oluşması halinde radyoterapi uygulanabileceğinden hasta ilgili hekime yönlendirilmelidir.

5.8.4. TROMBOSİTOPENİ

Trombositopeni, trombosit sayısının 150.000 µl'nin altında olmasıdır. Hafif (trombosit sayısı 100. 000 – 150.000 µl) , orta (trombosit sayısı 50.000 – 99.000 µl) ve ağır olmak (trombosit sayısı < 50.000 µl) üzere üçe ayrılmaktadır (6).

Trombositopenide görülen kanamalar peteşi, purpura, ekimoz ve mukozal kanamalardır. Cerrahi işlemler için genellikle trombosit sayısının 50.000 µl ve üzerinde olması yeterlidir; ancak nörocerrahi ya da major kardiyak operasyonlar ve ortopedik cerrahi için ise trombosit sayısının 100.000 µl ve üzerinde olması gerekmektedir. Ciddi spontan kanama trombosit sayısı 10.000 µl ve altında ise gözlenmektedir. Heparinin indüklediği trombositopeni, antifosfolipid sendromu, dissemine intravasküler koagulasyon, trombotik trombositopenik purpura (TTP) – hemolitik üremik sendrom (HÜS), paroksismal nokturnal hemoglobinüri gibi nadir hastalıklarda trombositopeniye rağmen tromboz riski de bulunmaktadır.

Nedenleri

HIV gibi viral infeksiyonlar, bakteriyel infeksiyonlar, sepsis, malarya ve babesiyozis gibi paraziter hastalıklar, ampisilin, piperasilin, tazobaktam, heparin gibi ilaçlar, miyelodisplastik sendrom, aplastik anemi, akut lösemi, paroksismal nokturnal hemoglobinüri gibi kemik iliğini tutan hastalıklar, SLE gibi bağ dokusu hastalıkları, kronik karaciğer hastalıkları ve hipersplenizm kemoterapatiklerin yan etkisidir.

Tedavi

Öncelikle trombositopeni tespit edildiğinde hemogram tekrar edilmeli, tekrar trombositopeni ile uyumlu geldiğinde EDTA'lı tüpe alınan örnekle; periferik yayma yapılmalı ve trombositopeninin gerçek olup olmadığı doğrulanmalıdır. Trombositopenin gerçek olduğu kanıtlandıktan sonra, trombosit sayısı 50.000 µl'den düşük ve hastanın beraberinde aktif kanaması var ve hastaya acil bir operasyon planlanacaksa trombosit transfüzyonu yapılmalıdır. Heparinin indüklediği trombositopeni, TTP - HÜS, kemik iliği yetmezliği düşünüyorsa bu durumlar acil olarak değerlendirilir ve hastanın acil olarak mümkünse bir hematoloji uzmanının olduğu merkeze sevk edilmesi gereklidir (7).

5.8.5. TROMBOZ

Venöz tromboembolizm kanser hastalarında ve diğer ilerlemiş hastalıklarda sık olarak karşımıza çıkan bir durumdur. Ani nefes darlığı olanlarda ya da açıklanamayan nefes darlığı ya da konfüzyonu olan hastalarda pulmoner emboli düşünülmelidir**.** D – dimer gibi serolojik testler kanser hastalarında tanı için yardımcı bir laboratuvar yöntemidir. Doppler ultrasonografi ile büyük damarlardaki tıkanıklık gösterilebilir. Bilgisayarlı tomografi ile anjiyografi ise ufak pulmoner embolileri gösteremeyebilir. Ventilasyon perfüzyon sintigrafisi ise tanının kesinleştirilmesi için faydalıdır.

Risk Faktörleri

Malignite, kemoterapi ya da cerrahi yapılması, immobilite, pelvik hastalık varlığı risk faktörleri arasındadır.

Palyatif bakım hastalarının immobil olmalarından dolayı pulmoner emboli riski arttığı için profilaktik düşük moleküler ağırlıklı heparin tedavisi başlanmalıdır. Düşük moleküler ağırlıklı heparinininwarfarine göre üstünlüğü kanama riskinin daha az olması, besinlerle etkileşime girmemesi ve etkinliğinin INR değeriyle konfirme edilmemesidir (8). Düşük moleküler ağırlıklı heparini hasta yakınlarının yapacağı öngörülerek hastanede yatarken gerekli eğitimler planlanmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Nutritional anemias. Report of a WHO Scientific Group. World Health Organ Tech Rep Ser.1968;405:5-37
2. The Palliative Care Handbook Advice On Clinical Management Seventh Edition, October 2010. In association with Wessex and Avon, Somerset&Wiltshire Cancer Services Specialist Palliative Care Units, s. 48
3. Strom BL, et al (1992). Descriptive epidemiology of agranulocytosis. Arch Intern Med, 1992. 152(7): 1475-80
4. Andersohn F, Konzen C, Garbe E (2007). Systematic review: agranulocytosis induced by nonchemotherapy drugs. Ann Intern Med. 2007;146(9):657-6
5. The Palliative Care Handbook Advice on clinical management, Seventh Edition, October 2010. In association with Wessex and Avon, Somerset & Wiltshire Cancer Services Specialist Palliative Care Units s. 49
6. Williamson DR, et al (2013). Thrombocytopenia in critically ill patients receiving thromboprophylaxis: frequency, risk factors, and outcomes. Chest. 2013;144(4): 207-15
7. Approach to the adult with thrombocytopenia URL: www.uptodate.com. Erişim tarihi: 24.12.2014
8. The Palliative Care Handbook; Advice on clinical management, seventh edition. October 2010, In association with Wessex and Avon,Somerset & Wiltshire Cancer Services Specialist Palliative Care Units, s. 50

= 5.9.=

YORGUNLUK

5.9. YORGUNLUK

Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM[1]

[1]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

Tanım

Subjektif, çok boyutlu ve karmaşık bir deneyim olarak tanımlanan yorgunluk, hastalar tarafından "performans gücünde azalma, enerji eksikliği, uyku hali, depresyon, konsantre olmada zorlanma, motivasyon eksikliği ve uykusuzluk şeklinde tanımlanmaktadır (1). National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Kansere Bağlı Yorgunluk Yönetimi Paneli, kansere bağlı yorgunluğu "her zaman yapılan işlevleri engelleyen, kanser veya kanser tedavisi ile ilişkili olan, yaygın, sıkıntı verici ve subjektif fiziksel, emosyonel ve / veya kognitif bitkinlik veya tükenme hissi" şeklinde tanımlamıştır. Avrupa Palyatif Bakım Birliği ise yorgunluğu "subjektif bitkinlik, güçsüzlük veya enerji eksikliği hissi" olarak tanımlamaktadır. Amerikan Kanser Birliği, ise "fiziksel, mental ve duygusal olarak bitkin hissetme" olarak tanımlamıştır (2).

Yorgunluk, kanser tanısı alan hastalar tarafından en sık ve en sıkıntı verici semptom olarak bildirilmektedir. Bireyin günlük aktivitelerini etkilemekte ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (3).

İnsidans

Yorgunluk kanser veya diğer kronik hastalıklarda en yaygın olarak görülen semptomlardan birisidir. Prevalansı %60-90 arasında değişmektedir. Prevalansı hastalık ve / veya tedavi sürecine, komplikasyonlara, fiziksel duruma ve psikososyal faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1.840 palyatif bakım hastasında gerçekleştirilen çalışmada; yorgunluk / güçsüzlük hastalarda %51 oranıyla ağrı şikayetinden sonra en yaygın görülen ikinci semptom olarak bildirilmiştir. Sık olarak görülen kronik hastalıklarda yorgunluk prevalansı Tablo 1'de özetlenmektedir (2).

Tablo 1: Kronik Hastalıklardaki Yorgunluk Prevalansı (2)

Kronik Hastalık	Prevalans
Kanser	Kansere bağlı yorgunluk prevalansı kanser tipine, evresine ve tanı kriterlerine bağlı olarak değişmektedir. Radyoterapi alan kanser hastalarının %80'inin ve ileri evre kanser hastalarının %90'ından fazlasının yorgunluk yaşadığı belirtilmektedir. Yorgunluk pediatrik kanser hastalarında da en yaygın ve en sıkıntı verici semptomdur. Bazı hastalar, tedavi tamamlandıktan aylar veya yıllar sonra bile yorgunluk deneyimleyebilirler.
Kalp hastalıkları	Araştırmalar yorgunluğun kronik kalp yetmezliği olan hastalarda yaygın olduğunu göstermiştir. Bir çalışmada örnekleme dahil edilen hastaların %99'u yorgunluk bildirmişlerdir.
KOAH	Yorgunluk KOAH'lı hastalarda nefes darlığı/nefessizlik hissinden sonra ikinci yaygın semptomdur ve hastaların %96'sında görülmektedir.
Böbrek hastalıkları	Böbrek hastalıklarında yorgunluk prevalansı tedavi tipine bağlı olarak değişmektedir. Hemodiyaliz hastalarının %82'sinde, periton diyaliz hastalarının %88'inde yorgunluk olduğu belirtilmektedir.
HIV/AIDS	HIV pozitif hastalarda yorgunluk prevalansı %69'dur; yorgunluk AIDS hastalarında en yaygın semptom değildir ve bu hastaların %42'sinde görüldüğü bildirilmektedir.
Multipl Skleroz (MS)	Yorgunluk MS'de en yaygın ve güçten düşürücü semptomdur. MS'li hastaların %75-95'i yorgunluk deneyimlemekte ve hastaların yarısı bu semptomu en sıkıntı verici semptom olarak bildirmektedirler.

Patofizyoloji: Yorgunluğun patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamasına karşın, bazı faktörler üzerinde durulmaktadır:

1. Kaşeksi: Yorgunluğun etiyolojisinde ilk düşünülmesi gereken neden kaşeksidir. Kanser ve yorgunluk ilişkisi kanser hastalarında oldukça sıktır ve anoreksiyaya bağlı kaşeksi yorgunluğa neden olan major faktörlerden birisidir (4,5). Konak ve tümör arasındaki kompleks etkileşimin sonucu oluşan kaşeksinin başlıca nedenleri arasında tümör nekroz faktörü, IL-1 ve 6 gibi konağın salgıladığı sitokinlerle; lipolitik faktörler, toxohormon L-2 ve proteolitik ara metabolizma ürünleri gibi tümörün salgıladığı ürünlerin yanı sıra ilerlemiş bir kanserde özellikle tip-2 kas lifleri içeren tümörsüz kas dokusunun ürettiği aşırı laktik asit sayılabilir (4). Ağrı, bulantı, kusma ve konstipasyon olması da anoreksiyaya neden olabilir (5).

2. Anemi: Terminal dönem hastalarında aneminin rolü hala tartışmalı olmasına karşın, hastanın hemoglobin düzeyindeki ani değişiklikler yorgunluğu daha da kötüleştirebilir. Bu durumda, kan transfüzyonları hastanın daha iyi hissetmesini sağlar (5).

3. Farmakolojik tedavi: Primer hastalığın tedavisinde veya hastalıkla ilişkili semptomların tedavisinde kullanılan ilaçlar yorgunluk nedeni olabilir. Cerrahi işlemler, kemoterapi, radyoterapi, opioid analjezikler, antiemetikler, hipnotikler, trisiklik antidepresanlar, nöroleptikler, beta blokerler, benzodiazepinler ve antihistaminikler yorgunluğa yol açabilir (3,5). Dahası, bulantı, kusma, ağrı, enfeksiyon gibi hastalık semptomları veya tedavilerin yan etkileri de yorgunluk veya güçsüzlük hissini arttırabilir (5). Terminal dönemde olan birçok hasta rahatsızlık verici semptomları kontrol altına almak için bir veya daha fazla ilaç almaktadır. Bu ilaçları etkili en düşük dozda titre etmek yorgunluğu azaltmada yardımcı olabilir (5).

4. Depresyon: Yorgunluk hastalık sürecine bağlı olarak umutsuzluk ve moralsizlik hislerinin fiziksel bir ifadesi olabilir. Major depresyonun tedavisinde kullanılan ilaçlar yorgunluğu daha da kötüleştirebilir (5).

5. Metabolik ve endokrin hastalıklar: Diyabetes mellitus, Addison hastalığı, sodyum, potasyum ve magnezyum gibi elektrolit dengesizlikleri ve hiperkalsemi gibi primer hastalıklar veya ikincil durumlar yorgunluk oluşumuna neden olabilir (5).

6. Aşırı efor sarfetme: Hastalık dönemi öncesindeki yaşam şeklinin devam ettirme tükenmeye katkıda bulunabilir (5).

Risk Faktörleri: Yorgunluk gelişimi ile ilişkili faktörler Tablo 2'de yer almaktadır (2,3,5).

Tablo 2: Yorgunluk Gelişimi ile İlişkili Faktörler (2,3,5)

Bireysel Özellikler	• Yaş • Medeni durum • Menopoz varlığı • Gelir
Psikososyal faktörler	• Mental ve emosyonel durum (depresyon, korku, anksiyete, stres, çatışmalar) • Kültür / etnik yapı
Bakım ile ilgili faktörler	• Bakımvericilerin sayısı / bağlılığı • Sağlık bakım verenlerinin yanıtı
Hastalık ile ilgili faktörler	• Hastalığın evresi ve yayılımı • Eşlik eden diğer hastalıklar • Hastalıklara bağlı semptomlar (ağrı, kusma) • Anemi • Ağrı • Beslenme değişiklikleri (kilo kaybı, kaşeksi, elektrolit dengesizlikleri) • Enfeksiyon • Uyku bozukluğu • İmmobilite
Tedavi ile ilgili faktörler	• Cerrahi tedavi, kemoterapi veya radyoterapi • İlaçlar (Antibiyotikler, antidepresanlar, alkol, nikotin, uzun etkili uyku ilaçları, anksiyolitikler, analjezik, kafein) • Tanı testleri • Kalıcı fizyolojik değişiklikler

Belirtiler: Yorgunluk deneyimleyen bireylerde görülen belirtiler aşağıda belirtilmektedir.

1. Güçsüzlük, bitkinlik, bezginlik
2. Aşırı uyku hali
3. Dikkatsizlik
4. Konsantrasyonda azalma
5. Unutkanlık
6. Malazi
7. Uykusuzluk
8. İştahsızlık, anoreksiya
9. Anksiyete, korku
10. Konfüzyon
11. Depresyon
12. Solgunluk, solukluk (6,7).

Tanı – Değerlendirme

Yorgunluğu olan bir hastanın dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gereklidir (Tablo 3). Yorgunluğun şekli, başlangıcı, süresi, şiddeti, yorgunluğu arttıran ve azaltan faktörler değerlendirildikten sonra, hastanın özgeçmişinde var olan sağlık sorunları, tedaviye bağlı yan etkiler, uyku ve dinlenme şekli, beslenme durumu, iştah ve kilo durumundaki değişiklikler de değerlendirilmelidir (1). Aynı zamanda yorgunluğa katıda bulunan diğer semptomların da ayrıntılı olarak tanılanması gereklidir. Subjektif bir deneyim olan yorgunluğun objektif olarak değerlendirilmesinde kullanılan pek çok sayıda ölçek mevcuttur. Vizual Analog Yorgunluk Ölçeği, PiperYorgunluk Ölçeği, National Cancer Institute Yorgunluk Değerlendirme Ölçeği, Kısa Yorgunluk Envanteri, Kanser Yorgunluk Skalası, Çok Boyutlu Yorgunluk Semptom Envanteri, Kanser tedavisinde fonksiyonel değerlendirme – Anemi, yorgunluk (FACT-An, FACT-F), Distress Termometresi gibi ölçekler palyatif bakımda ve kliniklerde kullanılabilmektedir (3,4).

Tablo 3. Primer Yorgunluk Değerlendirmesi (2)

Subjektif bulgulara dayalı fizik muayene: Sistemlerin muayenesi. Komorbiditeler önemli mi? Muayenede yorgunluğa sebep olabilecek bir durum var mı? (hastalık süreci ve rekürrensi, sinir hasarı, dehidratasyon, kaşeksi) **İlaçlar**: Hasta yorgunluğa katkıda bulunabilecek herhangi bir ilaç kullanıyor mu (ağrı veya uyku ilaçları, vb) veya ilaç değişikliği var mı? **Lokalizasyon**: Yorgunluk vücudun neresinde lokalize olmuş: Alt / üst ekstremite? Yorgunluk tüm kaslarda mı?

Yoğunluğu / Şiddeti: Yorgunluk iş hayatını, evdeki rol ve sorumluluklarını, sosyal aktivitelere katılımını ve günlük hayatını etkiliyor mu?
Süresi: Yorgunluk ne kadar sürüyor? (dakika, saat, gün, günün belli bir zamanı) Kronik mi? (6 aydan daha uzun süre) Örüntüsü nasıl? (geçici, tahmin edilemeyen, sabah bitkin bir şekilde uyanma) Gün içinde değişiklik oluyor mu?
Arttıran faktörler: Yorgunluğu arttıran faktörler neler? (dinlenme, aktivite, sosyal etkileşim, diğer semptomlar, ortamın sıcak veya soğuk olması, gürültü)
Azaltan faktörler: Yorgunluğu azaltan faktörler neler? (iyi bir gece uykusu, sıvı alma, kafein, müzik dinleme, egzersiz yapma)
Kas gücü: Gerekli ise kas gücünü değerlendirmesi yapılır.
Genel görünüş: Genel görünüşü değerlendirilir ve monoton ses tonu, soluk görünüm, yavaş konuşma, donuk yüz ifadesi, düşük omuzlar veya kilo kaybı olup olmadığına bakılır.
Vital bulgular:Ateş, hipotansiyon, düzensiz kalp hızı, nefes darlığı, kilo / kalori alım değişiklikleri Laboratuvar bulguları:Oksijenasyon durumu (hemoglobin, hematokrit, elektrolitler, tiroid hormon düzeyleri, lökositoz, eritrosit sedimantasyon hızında artış) değerlendirilir
Aktivite düzeyi: Hastanın günlük aktivitelerinde değişiklik var mı? Ne kadar süre yatakta kalıyor veya günün ne kadarını dinlenerek geçiriyor?
Ruhsal durum: Yorgunluğun hastanın ruhsal durumuna etkisi nedir (anksiyeteli, deprese, üzgün, apatik, gergin, çekinik)

Yönetim

Yorgunluk yönetiminin amacı; yorgunluğa katkıda bulunan semptomların yönetimi ve dinlenme ve aktivite arasındaki dengeyi sağlayarak yorgunluğu önlemektir. Yorgunluğu gidermek için genel önlemler, farmakolojik tedavi ve nonfarmakolojik girişimler kullanılmaktadır (2,3).

1. Genel Önlemler (3,4,6,7):

1. Dehidratasyon, hiperkalsemi, hipotiroidizm, hipokalemi ve hipoksi gibi altta yatan problemlerin tedavisi sağlanır.
2. Ağrı günlüğü tutarak, yorgunluğun arttıran ve azaltan aktiviteleri ağrı günlüğüne kaydetmesi önerilir.
3. Enerji koruma teknikleri öğretilir ve hastalar bu teknikleri uygulamaya teşvik edilir.
4. Hasta ve ailesine stresi azaltma yöntemleri öğretilir.
5. Günlük dinlenme periyotları planlanır ve sessiz bir çevre sağlanır.
6. Yapılacak tedavi ve girişimlerinin saatleri dinlenme periyotlarına göre ayarlanır.
7. Yeterli beslenmesi ve hidrasyonu sağlanır.
8. İyi uykunun önemi vurgulanır ve uyku bozuklukları varsa tedavisi sağlanır.

9. Hasta ölüm sürecinde olduğu zaman, yorgunluğa neden olabilecek tüm durumlardan kaçınılır ve aktif yorgunluk tedavisine son verilir. Oksijen uygulaması, hastanın sıcak tutulması veya hastanın konforunu sağlamak gibi diğer önlemlerin alınır

2. Farmakolojik Tedavi (3,5-7):

a) Eritropoietin: Sadece kemoterapiye bağlı anemi tedavisinde kullanılır. Anemide faydalı etkileri vardır; hedef hemoglobin (Hb) düzeyi 10 gr/dl olmalıdır. Tedavi sonrası Hb düzeyi kontrol edilir ve 1 gr/dl veya daha fazla artış olursa tedaviye son verilir.

- Epoetin alfa; 4 hafta süresince haftada bir kez 40.000 ünite SC veya her iki haftada bir 80.000 ünite olarak uygulanır.
- Darbepoetin alfa; 4 hafta boyunca haftada bir 200-500 mcg SC olarak uygulanır.

b) Psikostimülanlar: Depresyon veya opioid sedasyonuna bağlı oluşan yorgunluk psikostimülanlarla düzeltilebilir. Bu ilaçlar insomniya, anksiyete, anoreksiya, konfüzyon ve taşikardiya neden olabilir.

- Modafinil günde bir veya iki kez 100-400 mcg PO kullanılır. Düşük dozlar daha etkili olabilir ve genellikle iyi tolere edilir.
- Metilfenidat sabah ve akşam 5 mg olarak başlanır, uykuya eğilimi önlemek için doz yavaşça titre edilir. Antidepresan etki hızlıdır, genellikle bir kaç gün içinde başlar ve antisedatif etki ilk dozda görülmeye başlar.
- Dekstro amfetamin : Günde 1-3 kez 2.5-10 PO kullanılır.

c) Donepezil: Her sabah 5 mg (doz kısıtlayıcı yan etkileri vardır)

d) Düşük doz kortikosteroid: Çeşitli çalışmalar kortikosteroidlerin terminal kanser hastalarında iyilik hali oluşturduğu ve enerjiyi arttırdığını göstermiştir. Etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir.

- Prednizon günlük 5-10 mg PO
- Deksametazon günde bir kez 1-2 mg PO şeklinde kullanılır.

3. Nonfarmakolojik Tedavi (3,7)

Yorgunluğu azaltmada veya yorgunluğun oluşturduğu stres ile baş etmede hayal kurma, masaj, ilerleyici kas gevşemesi, iyileştirici dokunma, yoga, stres yönetimi, dua etme gibi yöntemler de kullanılabilir.

KAYNAKLAR:

1. Yeşilbalkan ÖU (2008). Anemi ve yorgunluk. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi: Konsensus'07. Editör: Can G, Enç N, Akkaya S. İstanbul: 3P.

2. Anderson PR, Dean GE, Piech MA (2010). Fatigue. Oxford Textbook of PalliativeNursing. Ed: Ferrell BR, Coyle N. Oxford UniversityPress.

3. MeyerLP (2007). Fatigue. Palliative&End-of-Life Care: Clinical Practice Guidelines. Ed: Kuebler KK, Heidrich DE, Esper P. St Louis: SaundersElsevier.

4. Şenuzun F (2006). Semptom yönetimi. Kanser ve Palyatif Bakım. Editör: Uyar M, Uslu R, Yıldırım YK. İzmir: Meta Basım.

5. Renier-Berg DM (2003). General Issues: Fatigue, Dyspnea, and Constipation. Hospice and Palliative Care: Concepts and Practice. Ed: Forman WB, Kitzes JA, Anderson RP, Sheehan DK. Massachusetts: Jonesand Barlett Publishers.

6. Cohen B (2002). Fatigue. Palliative Practices from A-Z for the Bedside Clinician. Ed: Kuebler KK, Esper P. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.

7. Fournier J (2008). Fatigue. Palliative Practices from A-Z for the Bedside Clinician. Ed: Esper P, Kuebler KK. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.

= 6 =
BESLENME

Bölüm Editörü
Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL

6.1. BESLENME BOZUKLUKLARINA GENEL BAKIŞ

Doç.Dr. Kurtuluş ÖNGEL[1,2,3]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Araştırma Uygulama Merkezi
[3]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Aile Hekimliği Kliniği

Beslenme; canlıların yaşamlarını sürdürmeleri, büyümeleri, sağlıklarını koruyabilmeleri, gereken hareket ve işleri yapabilmeleri için besin maddelerinin yeterli ve dengeli olarak vücuda alınıp, kullanılmasıdır (1).

Sağlıklı beslenme; bireyin yaşı, cinsiyeti ve fizyolojik durumu göz önünde bulundurularak ihtiyacı olan tüm besin öğelerinin yeterli miktarda karşılanmasıdır (2). Genelde insan, sosyo-ekonomik statüsü yükseldikçe beden gücüyle iş yapma yerine, oturarak çalışmakta, buna karşın tükettiği besinlerin enerji ve besin ögeleri yoğunluğu artmakta; sosyo-ekonomik durum düştükçe, beden çalışması artarken besin tüketimi azalmaktadır. Bu dengesizlik çeşitli beslenme ve bununla ilintili sağlık sorunlarına yol açmaktadır (3). Ülkemizde yetersiz ve dengesiz beslenme; büyük bir toplumsal sorundur (4).

Beslenme; insan hayatının her devresinde farklı öneme sahiptir. Çocukluk dönemindeki beslenme şekli tüm gelişim süreci üzerine etkilidir. Gençlik döneminde beslenmenin yeterli ve vücut gereksinimine uygun olması gereklidir (5). Adolesan dönem uzun yaşam boyu devam eden alışkanlıkların yerleştiği bir dönemdir (6). Beslenme alışkanlıkları da bu alışkanlıklar arasındadır. Özen gösterilmesi gereken farklı bir grup da yaşlı hastalardır. Geriatrik yaş grubunda bütüncül bir yaklaşımda bulunmak, onların beslenme ve bakımlarını en iyi şekilde düzenleyip sağlıklı yaşlanmalarını sağlayabilmek oldukça önemlidir.

Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Türkiye'de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyoekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Bu durum beslenme sorunlarının çeşidi ve görülme sıklığı üzerinde etkilidir. Toplumun bazı kesimlerinde hane halkı gıda güvencesizliği ve hayvansal ürünlerin az miktarda tüketimine bağlı olarak makro ve mikro besin öğeleri eksikliği görülmektedir. Bunun yanı sıra bazı kesimlerde de aşırı tüketime bağlı obezite ve ilişkili rahatsızlıklar ön plana çıkmaktadır. Ülkemizde sıklıkla görülen beslenme sorunları; protein enerji yetersizliğine bağlı büyüme ve

gelişme geriliği, iyot yetersizliği, raşitizm, osteoporoz, demir eksikliği anemisi, obezite, vitamin-mineral eksiklikleri ve diş çürükleri olarak sıralanabilir.

Toplumun ve onu oluşturan bireylerin; sağlıklı ve güçlü olarak yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeyinin artmasında, huzurlu bir şekilde varlığını sürdürebilmesinde yeterli ve dengeli beslenme temel koşullardan en önemlisidir. Bunun sağlanabilmesi için de; beslenme sorunlarındaki nedenlerin ve önceliklerin belirlenmesi, bu konuda etkin politikaların oluşturulması, beslenme sorunlarının izlem ve değerlendirmesi, eğitim ve öğretim programlarının beslenme önceliklerine yönlendirilmesi, besin ve beslenme rehberleri oluşturulması gibi öncelikler önemlidir.

KAYNAKLAR:

1. Saygın M, Öngel K, Çalışkan S, Yağlı MA, Has M, Gonca T, Kurt Y (2011). Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. SDÜ Tıp Fak Derg 2011;18(2):43-47.
2. Saygın M, Çetinkaya G, Yaşar S, Kayan M, Yağlı MA, Kurt Y (2011). Radyodiagnostik çalışanlarının beslenme alışkanlıkları. Smyrna Tıp Dergisi 2011;1(1):10-15.
3. Baysal A (2003). Sosyal eşitsizliklerin beslenmeye etkisi.C Ü Tıp Fakültesi Dergisi 2003;25(4) Özel Eki
4. Fişek N (1983). Halk Sağlığına Giriş. Çağ Matbaası, Ankara. 1983 s.70- 73.
5. Açık Y, Çelik G, Ozan AT, Oğuzöncül AF, Deveci SE, Gülbayrak C (2003). Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. Sağlık ve Toplum 2003;13(4):74-80.
6. Belmaker E, Cohen JD (1985). The advisability of the prudent diet in adolescence. J Adolesc Health Care 1985;6:224–232.

6.2. ANOREKSİ VE KAŞEKSİ

Doç. Dr. Haluk MERGEN[1,2]

[1]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

[2]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi

Anoreksi (iştahsızlık) ve kaşeksi (ciddi kilo kaybı) kanser hastalıklarının ilerleyen safhalarında görülen semptomlardır. Bu semptomlar, hastaların kontrolünde olmayıp hastalık kaynaklı sorunlardır. Ayrıca yaşanan ağrı, bulantı, kusma, erken doyma, tat değişiklikleri, fiziksel fonksiyon kaybı, yorgunluk, uykusuzluk, yutma güçlüğü, kabızlık, ishal, depresyon, anksiyete ve alınan ilaçlar da, yemek yeme isteğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu semptomlar hasta için olduğu kadar, ailesi için de önemli bir endişe kaynağıdır. Hastaların vücut kütle indeksleri (VKİ) ölçülmelidir. VKİ<18 olması ciddi derecede beslenme bozukluğunu göstermektedir. Plazma albümin konsantrasyonu düşük olabilmekte; C reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimantasyon hızında artış gözlenmektedir. Kanserli hastalarda beslenme bozukluğu oldukça sık olarak görülmektedir (%8-84). Benzer semptomlar ilerlemiş kardiyak yetmezlik, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, böbrek yetmezliği, HIV gibi hastalıklarda da gözlenmektedir. Kaşeksi sürviyi azaltmaktadır. Anoreksi, yorgunluk, değişmiş beden görüntüsü, fiziksel aktiviteyi ve genel yaşam kalitesini etkilemektedir. Tümör veya konakçı cevabı sonucu sitokinlerden; tümör nekroz faktör, interferon-γ, interlökin-1 ve interlökin-6'nın artması sonucu kanser anoreksi / kaşeksi sendromu gelişir. Sitokinler, leptin sinyalini taklit eden etkilere neden olur ve oreksijenik ghrelin ve nöropeptid Y sinyalini baskılar. Stres hormonları ve tümör spesifik faktörler (proteoliz indükleyici faktör, PİF) salınır. Temel enerji kaynağı (cilt altı yağ dokusu) ve labil protein depoları (iskelet kası) mobilize olur, hastada insülin direnci ve daha sonra hareketsizlikle kas kaybı başlar. Önceden hastalık öncesi kilonun %10'nundan daha fazla kilo kaybı olarak tanımlanmış olan kaşeksi, 2010 yılındaki uluslararası uzmanlar panelinden sonra "yağ kitlesiyle birlikte olan veya olmayan, konvansiyel besin desteğine rağmen devam eden ve ilerleyici fonksiyon bozukluğuna yol açan iskelet kası kaybı" olarak tanımlanmıştır. Erken kaşeksi tanısı %5'lik kilo kaybını, geç kaşektik tanı %15 kilo kaybını bildirmektedir. Anoreksi ciddi şekilde enerji alımını azaltmakta (300-500 kcal), buna karşın hızlanmış metabolik çevrim günde 100-200 kcal kaybına yol açmaktadır. Katabolik süreçten dolayı protein ve lipit depoları azalır. Kanser hastalığında hipermetabolizme hipogonadizm eşlik eder. Hipermetabolizm, tümörün histolojisi ve evresine, akut iltihabi cevaba göre değişir ve hastaların kemoterapi veya radyasyon tedavisine bağlı olarak artabilir.

Besin Alımı

Besinler, diyetisyen tarafından hazırlanıp enerjiden yoğun olarak ufak miktarda ve sıklıkla verilmelidir. Yemek yenen ortamın havalandırılması, kokusuz ve temiz olması yemek yenilmesini rahatlatır. Hasta iştahsız olsa da,yemek yemeğe çalışması gücünün toplanması için yararlı olur.Alınan gıdalar ve miktarları, besleme günlüğü olarak tutulabilir. Hastanın günde 200-400 ml (300-600 kcal) alması hedeflenmelidir. Enerji ve proteinden yoğun yudumlanarak alınacak besinler(1,5 kcal/ml) hasta tarafından alınabilir. Beslenmeyi olumsuz olarak etkileyebilecek ağrı, bulantı ve kusmaya yönelik ilaçlar alınmalıdır. Yağlı, baharatlı ve asitli içecekler alınmamalıdır. Sıcak yemeklerin kokusu bulantıya neden olabileceğinden soğuk yiyeceklerin alımı daha kolay kabul edilebilir. Proteinden zengin yumurta, süt, peynir gibi besinler alınmalıdır. Günlük olarak kilonun takibi, beslenme durumu ortaya koyar. Hastanın ağız bakımının sağlanması gereklidir. Hastanın ağızdan alımı iyi değilse hazır mama ile veya parenteral olarak beslenebilir.

Tedavi Prensipleri

Kaşeksi karmaşık bir süreçtir. Bu süreçte ekip yaklaşımı önemlidir. Kaşeksi erken tanınmalı ve önleyici önlemlerin içinde yer almalıdır. Anoreksi / kaşeksi sendromu için kullanılan ilaçlar arasında bir progesteron olan megestrol asetat, kortikosteroidler, dronabinol ve anabolik steroidler bulunur. Megestrol asetatın iştahı %70 oranında artırdığı ve hastaların %20'sinde kilo aldırdığı gözlenmiştir. Megestrol asetat başlangıçta 160 mg/gün olarak başlanır ve 800 mg/gün'e kadar çıkılabilir. Deksametazon gibi kortikosteroidler, uzun dönem yan etkileri dışında iştahı arttırıcı olarak kullanılabilir ancak haftalar boyunca etkileri kısıtlı kalabilir. Prednisolon (5mg 3x1/gün) veya deksametazon 2-4 mg/gün olarak başlanır, gerektiğinde deksametazon 16 mg/gün'e çıkılabilir. Androjenler ve drabinol, HIV'li hastalarda kullanılabilir. Hastaların metabolik yönetimi, malignansiye karşı sistemik iltihabi cevabın azaltılması üzerinde yoğunlaşmalıdır. NSAİ ilaçlar (ibuprofen 400 mg/gün), uzun sürelerle peptik ülser profilaksisi ve progestasyonel ajanlarla başarılı olarak kullanılabilir. Eikozapentaenoik asit (EPA), balık yağının doğal bileşenidir ve proinflamatuvar sitokinlerin düzeyini azaltır ve tümör spesifik kaşektik faktörlerinin etkilerini engellerler. EPA, 2g/gün balık yağı kapsülleri olarak veya yüksek protein, yüksek kalorili ağızdan yudumlama besinleriyle birlikte kombinasyon tedavisi olarak verilebilir. Direkt anabolizan etkisi olan ilaçlar (anabolik steroidler) yan etkiye neden olmadan hastaların kilosunu arttırabilir. Tümörlerin büyüme faktör reseptörlerini uyardığı bilindiğinden, büyüme hormonu klinik olarak

kullanılmaz. Gecikmiş gastrik boşalma, konstipasyon, mukozit veya iyi oturmayan protez gibi durumlar anoreksiyi arttırabilir. Metoklopramid erken doyma ve bulantı semptomlarında yararlı olur.

KAYNAKLAR:

1. Gutsell TL, Kirsh K, Meyer B, Passik SD, Pham H, Weisenfluh S (2011). Hospis ve Palyatif Tıp. Current Diagnosis and Treatment Serisi Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. Ed: South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL. Çeviri ed: Kut A, Eminsoy MG.Ankara:Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. 2.ci baskı.
2. Dev R (2014). The assessment and management of cancer cachexia: hypogonadism and hypermetabolism among supportive and palliative care patients among supportive and palliative care patients. 2014;8(3):279-85.
3. Fearon K, Barber M (2006). Anorexia, cachexia, nutrition, and fatigue. Ed:Fallon M, Hanks G. ABC of Palliative Care. Massachusetts: BMJ Books Blackwell Publishing 2.ci Baskı. s. 21-24
4. Özçelik H, Fadıloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B (Ed) (2010). Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım. İzmir:Üniversiteliler Ofset. s. 34-37
5. Suzuki H, Asakawa A, Amitani H, Fujitsuka N, Nakamura N, Inui A (2013). Cancer cachexia pathophysiology and translational aspect of herbal medicine. Jpn J Clin Oncol. 2013;43(7):695-705.
6. Ruiz Garcia V1, López-Briz E, Carbonell Sanchis R, Gonzalvez Perales JL, Bort-Marti S (2013). Megestrol acetate for treatment of anorexia-cachexia syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Mar 28;3:CD004310. doi: 10.1002/14651858.CD004310.pub3.
7. MacDonald N (2012).Terminology in cancer cachexia: importance and status. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2012;15(3):220-5.
8. Baracos VE (2006). Cancer-associated cachexia and underlying biological mechanisms. Annu RevNutr. 2006;2

6.3. OBEZİTEYE GENEL BAKIŞ

Uzm. Dr. Umut GÖK BALCI[1,2]

[1]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

[2]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Obezite Polikliniği

Vücutta zararlı ölçüde yağ dokusu artışı anlamına gelen ve insanlığın en eski hastalıklarından olan obezite aynı zamanda en sık görülen hastalıklardandır. Dünya Sağlık Örgütü'nden alınan verilere göre dünyada yaklaşık 1 milyar aşırı kilolu, 300 milyon obez insan mevcuttur. Bu sayıların her geçen yıl arttığı ve 2025 yılında ABD'de toplam nüfusun yaklaşık %50'sinin obez olacağı belirtilmektedir (1). 2009 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi'ne göre Türkiye'de obez nüfus oranı %31,2'dir (2).

Obezite Tanısı

Vücuttaki yağ oranının değerlendirilmesinde kullanılan bazı parametreler vardır. Beden Kütle İndeksi (BKİ) pratikte en çok kullanılan parametredir. Kişinin vücut ağırlığının (kg), boyunun karesine (m^2) oranı ile hesaplanır. BKİ'ne göre kişinin obezite sınıflaması yapılır ve izlenecek yol buna göre belirlenir (Tablo 1).

Tablo 1. BKİ'ne Göre Obezite Sınıflaması (DSÖ)

Zayıf	<18,5
Normal	18,5-24,9
Aşırı kilolu	25,0-29,9
Obez	>30,0
Obez Klas I (Hafif)	30,0-34,9
Obez Klas II (Orta)	35,0-39,9
Obez Klas III (Ağır-morbid obez)	>40,0

Aşırı kilolu kişiler normal kilolu kişilere göre hafif artmış kardiyovasküler ve metabolik hastalık riski taşırken, obez kişilerde bu riskler gittikçe ağırlaşır (2). Bel çevresi ölçümü ve BKİ birlikte kullanıldığında daha güvenilir sonuçlar alınmaktadır. Bel çevresinin kadınlarda 88 cm, erkeklerde 94 cm'nin üzerinde olmaması hedeflenmektedir (2-4).

Vücut yağ analizi için kullanılan biyoelektriksel impedans yöntemi ise güvenilirliği daha tartışmalı bir yöntemdir (2).

Obezitenin Nedenleri

Obeziteye neden olabileceği belirtilen birçok faktör vardır. Ancak en önemli ve yaygın neden yanlış beslenme alışkanlıkları ve hareketsiz yaşam tarzıdır. Sağlıklı beslenme alışkanlığı bebeklikten başlayan bir süreçtir. Anne sütü ile beslenen bebeklerde obezite sıklığının çok daha az olduğu, ayrıca emzirme süresi, ek gıdaya başlama zamanı, ek gıda miktarı ve çeşitlerinin de etkili birer faktör olduğunu bildiren çalışmalar vardır (5,6). Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF yayınlarında da ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi ve sonrasında en az 2 yıl anne sütüne devam edilmesinin kronik hastalıklar açısından koruyucu olduğu belirtilmektedir (7,8).

Obezitenin en çok 30 yaşlarında başlayıp, 45-65 yaşlarında arttığı, TURDEP 1 çalışmasına göre ise kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü izlenmiştir (9).

Obezitenin Sonuçları

Obezite, birçok kronik hastalığa davetiye çıkaran, morbidite ve mortalite sebebi olan önemli bir sorundur. Obezitenin neden olduğu hastalıkların bir kısmı Tablo 2'de izlenmektedir.

Tablo 2. Obezite İle İlişkili Hastalıklar

Endokrin-metabolizma	İnsülin direnci, Tip 2 DM, polikistik over, hiperlipidemi
Kalp-damar	Koroner arter hastalığı, HT, Artmış MI riski, derin ven trombozu, venöz yetmezlik
Akciğer	Dispne, apne, primer alveoler hipoventilasyon, horlama
Gastrointestinal	Reflü, kolelithiazis, hemoroid, artmış kolon kanseri riski
Nörolojik	Diskopati, siyatalji, serebrovasküler hastalıklar ve inme
Genitoüriner	Erektil disfonksiyon, infertilite, nefrolithiazis, inkontinans, renovasküler hipertansiyon
Psikiyatrik	Depresyon, anksiyete, özgüven sorunları, yaşam kalitesinde bozulma
Kas-iskelet	Osteoartrit, kronik eklem ağrıları, miyaljiler
Meme	Artmış meme kanseri riski

Korunma

Bu kadar ciddi ve çok sayıda hastalığa neden olabilen aynı zamanda ABD'de önlenebilir ölümlerin sigaradan sonraki ikinci en sık nedeni kabul edilen (10,11) obezite konusunda, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014) hazırlanmıştır (12).

Tedavi

Obezitenin tedavisi öncelikle hastaya özgüdür. İstenecek tetkiklerinin sonucunda altta yatan bir hastalığı varsa öncelikle ona yönelik tedavinin düzenlenmesi, daha sonra kilo kontrolü için planlama yapılması gerekmektedir. Kilo vermede asıl hedef uzun bir sürede, az oranda kilo vermeyi, sonrasında da bu kiloda kalmayı başarmaktır. Çünkü istatistiklere göre tedavi ile kilo verenlerin %95'i eski kilosuna dönmektedir (13,14). Diyet tedavisi, egzersiz ve davranış tedavisi birlikteliği beklentileri karşılamada en iyi yöntemdir (15-17).

Seçilecek diyet kalorisi kısıtlanmış ve düşük yağlı diyetler olmalıdır (18). Hesaplanan en yüksek kaloriyle başlanmalıdır. Çünkü enerjinin azlığı bazal metabolizmayı da zaman içinde azaltacak ve alınan kalorilerin harcanması güçleşecektir (19). 4-6 ayda yaklaşık mevcut kilonun %10'unun verilmesi hedeflenmektedir. Başarılı bir kilo verme ve kiloyu koruma için hasta yaklaşık 2 yıl izlenmeli ve bu süreçte kilo kazanımı olmamalıdır (20).

Egzersiz; kilo verme mücadelesinin en önemli yapıtaşlarındandır. Hastanın kalori harcamasından daha fazla kardiyovasküler hastalık riskinin azaltılmasına ve kan şekeri regülasyonuna katkı sağlar Ayrıca diyet yaparken kas dokusundan kaybı önlemektedir. Hastanın özgüvenini artırmakta, motivasyon sağlamaktadır (21-24).

Davranış tedavisi daha çok kişinin yaşam alışkanlıklarını değiştirmesi, fazla yemek yemesine neden olan duygu durumlarını ve davranışlarını fark edip kontrol altına almaya çalışmasını hedefler (26,27).

İlaç tedavisinde BKİ 40 ve üzeri hastalarda kullanılabilen Orlistat etken maddeli yağ emilimini azaltan ilaçlar ve metformin etken maddeli kan glukoz regülasyonunda kullanılan ilaçlar söz konusudur. Ancak etkinlikleri yeterli bulunmamıştır (2).

Cerrahi tedavi BKİ 35-40 kg/m^2 olan ve komorbid hastalığı olanlarla, BKİ 40 ve üzeri olan morbid obez hastalar için düşünülebilecek bir tedavidir (28). Ancak tüm tedavi yöntemleri denenmiş ve başarısız olmuşsa denenmesi önerilir. Ayarlanabilir gastrik band, vertikal bantlı

gastroplasti, gastrik by-pass, biliopankreatik by-pass, duodenal switch cerrahi yöntemler arasında sayılabilir. Tedaviye dirençli morbid obezitede cerrahi tedavi başarılıdır ve önerilebilir (2).

KAYNAKLAR:

1. World Health Organization (2008).Global strategy on diet physical activity and health.
2. Bahçeci M (2011). Obezite. In: TEMD Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Hipertansiyon, Obezite ve Lipid Metabolizması Tanı ve Tedavi Rehberi. 2011, Ankara, Miki Matbaacılık. s. 50-80
3. Han TS, van Leer EM, Seidell JC, Lean MEJ (1995). Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors:prevalance study in a random sample. British Med J 1995;311:1401-5.
4. Lean MEJ, Han TS ,Morrison CE (1995). Waist circumference indicates the need for weight measurement. British Med J. 1995;311:158-61.
5. Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, et al (1999). Breastfeeding and obesity: cross sectional study. BMJ 1999;319:147
6. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A (2005). Duration of breastfeeding and risk overweight: A metaanalysis. Am J Epidemiol 2005;162:397.
7. UNICEF URL: http://www.unicef.org/nutrition/index_breastfeeding.html Erişim tarihi:24.11.2014
8. The Second WHO European Action Plan For Food and Nutrition Policy 2007-2012. URL: http://www.euro.who.int Erişim tarihi: 19.12.2014
9. Satman İ, Şengül AM, Uygur S, Salman F, Baştar İ, Sargın M, Tütüncü Y, Karşıdağ K, Dinççağ N, Özcan C, Yılmaz MT (2002). The TURDEP Group. Population based study of diabetes and risk characteristics in Turkey:results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes Care 2002;25:1551-1556
10. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF and Gerberding JL (2004). Actuel causes of death in the United States. JAMA 2004;291(10):1238-1245
11. Chopra M, Damtonhill L (2004). Tobacco and obesity epdemics :not so different after all? BMJ 2004;328:1558-1560
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014)
13. National Institutes Health, National Heart, Lung and Blood:Institude (1998). Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report, Obes Res 1998;6:51-209:
14. Wadden TA, Stenberg J, Letizia KA, et al (1989). 5 Year perspective. Int. J. Obes Metab. Relat. Disord. 1989;13:39-46.
15. Foreyt JP, Goodrick GK (1993). Evidence for Success of behavior modification in weight loss and control. Ant. Intern Med 1993;119:698

16. Vinik A, Wing RR (1990). Nutritional management of the person with diabetes. In: Rifkin H, Porte D (Eds) Diabetes Mellitus Theory and Practice. 4th Edition. Elsevier Science Publishing Co. Newyork, 464, 1990

17. Holden JH, Darga LL, Olson SM, et al (1992). Long term follow–up of patients attending a combination very-low calorie diet and behavior therapy weight loss programme. Int J Obesity 1992;16:605

18. Astrup A (2000). Obezite Tedavisinde Diyet Yaklaşımı. Obezite 2000;3:24-27

19. Arslan P, Bozkurt N, Karaağaoğlu N, Mercanlıgil S, Açık Erge S (2001). Yeterli Dengeli Beslenme ve Sağlıklı Zayıflama Rehberi, Özgür Yayınları 144, İstanbul, 2001.

20. Merdol TK (2003). Obezitede diyet tedavisi ve temel ilkeleri. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism. 2003(Suppl.2): 33-38

21. Kopelman PG, Stock MJ (1998). Clinical obesity. Blackwell Science, USA. 1998.

22. Hamilton EMN, Whitney EN, Sizer FS (1991). Nutrition concepts and controversies. Fifth Edition, USA, 1991.

23. Folkins CH, Sime WE (1980). Physical fitness training and mental health. American Journal of Psychology 1980;36:373-389

24. Moore MC (1993). Nutrition and diet theraphy Second Edition. Mosby Year book, Inc. USA, 1993.

25. Blundell JE (1984). Behavior modification and exercise in the treatment of obesity. Postgrad Med J 1984;60(Suppl.3): 37

26. Whitney EN, Cataldo CB, Rolfes SR (1994). Energy balance and weight control. Understanding normal and clinical nutrition. 4th Ed. West Publishing Company, Newyork. 1994;243

27. Sarver DB, Wadden TA (1999) The treatment of obesity: What's new, What's recommended. J Womens Health Gen Based Med 1999;8(4):483

28. Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institutes of Health Concensus Development Conference Statement. Am J Clin Nutr 1992;55:615-619

6.4. HİPERKALSEMİ

Uzm.Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK[1,2]

[1]İzmir Tepecik ve Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

[2]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi

Palyatif bakım hizmetlerinin nihai etki olarak yaşam süresini uzattığı yönünde bazı çalışmalar bulunmakla birlikte tanımı ve genel prensipleri yönüyle yaşam süresinin uzatılması esas amaçlar arasında yer almamaktadır. Bu nedenle palyatif bakımda sıklıkla acil müdahalelerden bahsedilmeyip sıklıkla elektif kabul edilen ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik müdahaleler tanımlanmaktadır. Hiperkalsemi palyatif bakımda sıklıkla tanımlanan diğer semptomlardan farklı olarak nadir acil durumlar arasında sayılmakta, uygun yaklaşım ile palyatif bakım hastalarında yaşam süresini uzatma etkisi en belirgin sorunlar arasında yer almaktadır.

Yaşamı tehdit eden seyri ile hiperkalsemi kanser hastalarında en sık görülen metabolik bozukluklardandır. Genellikle kötü prognoz gösterir. Kanser türüne göre sıklığı değişmekle birlikte multipl myelom, akciğer ve meme kanserinde %40-50'ye ulaşan sıklıklar bildirilmekte, prostat ve gastrointestinal sistem tümörlerinde ise daha nadir görülmektedir. Ayrıca primer hiperparatiroidi gibi kanser dışı nedenlere bağlı da rastlanabilmektedir.

Etiyoloji

Hiperkalsemi kemik resorbsiyonuna yol açan metastatik durumlarda (lokal osteolitik hiperkalsemi) gözlenebildiği gibi; metastaz olmadan tümörün sistemik etkisiyle (humoral hiperkalsemi) de ortaya çıkabilir. Her iki durumda da paratiroidle ilişkili proteinin patogenezde önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Bazen de renal fonksiyonlarda bozulmaya bağlı renal kalsiyum atılımının azalması sonucu görülmektedir.

Belirti ve Bulgular

Hiperkalsemi tablosu kalsiyum düzeyinden bağımsız olarak farklı şiddette belirti ve bulgularla seyredebilmektedir. Nadiren; tamamen asemptomatik olup tesadüfi saptanmakta; buna karşın sıklıkla erken dönem ve geç dönemde farklı klinik seyir gözlenmektedir.

Organ Sistemlerine Göre Belirti ve Bulgular

1. **Gastrointestinal sistem**: İştahsızlık, bulantı, kusma, kabızlık, karın ağrısı, mide asit salınımında artış hatta akut pankreatit ve ileus tablosu gözlenebilir.
2. **Kardiyovasküler sistem:** Atrial ve ventriküler aritmiler hatta ölümcül seyirli bradikardi görülebilir.
3. **Üriner sistem:** Poliüri, noktüri, dehidratasyon ve böbrek taşları oluşabilir.
4. **Nörolojik Sistem:** Hiperkalsemide en sık rastlanan sorunlardan birisi deliryumdur. Halsizlik, konfüzyon, letarji, apati, nöbetler, psikoz ve koma da ortaya çıkabilir.
5. Bunlara ilaveten yaygın kas ve kemik ağrıları, kilo kaybı ve vücudun farklı yerlerinde inatçı kaşıntı atakları da söz konusu olabilir.

Laboratuvar Bulguları

Bazı merkezlerde serumda iyonize kalsiyum düzeyi değerlendirilmekle birlikte birçok laboratuvarda total kalsiyum ölçümü yapılmaktadır. Kalsiyumda proteine bağlanma söz konusu olduğundan ve palyatif bakım hastalarında sıklıkla albumin ve protein düzeyleri düşük bulunduğundan özellikle bu hasta grubunda iyonize kalsiyum ölçümü yapılamıyorsa düzeltilmiş kalsiyum düzeyi hesaplanmalıdır.

Düzeltilmiş kalsiyum: Ölçülen serum kalsiyum (mmol/L) + [0,02x(40-serum albuming/L)]

Düzeltilmiş serum kalsiyum düzeyi > 2,60mmol/L veya iyonize kalsiyum > 1,25mmol/L ise hiperkalsemi tanısı için yeterlidir.

Myelom dışında birçok malignitede alkalen fosfataz (ALP) yüksekliği söz konusudur.

Primer hiperparatiroidi varlığında klor yüksekliği saptanır.

Renal hasar gelişirse üre ve kreatinin yüksekliği gözlenebilir.

Elektrokardiyogramda PR aralığında uzama, QT mesafesinde kısalma, QRS kompleksinde genişleme, T dalgasında genişleme ve bradikardi görülebilir.

Tedavi

Serum üre, elektrolitler, albümin ve kalsiyum düzeyleri ölçülerek düzeltilmiş kalsiyum konsantrasyonu hesaplanır ve buna göre tedavi gereksinimi belirlenir. Öncelikle altta yatan tedavi edilebilir nedenler varsa ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır. Hiperkalsemiye yol açabilecek ilaç kullanımı (örn. tiyazid, lityum, ranitidin, simetidin ve kalsiyum içeren vitamin ilaçları) söz konusuysa bu ilaçlar kesilmelidir.

Palyatif bakım hastalarında sıklıkla tabloya malnütrisyon eşlik ettiğinden bu hasta grubunda diyette kalsiyum kısıtlaması genellikle önerilmez. Ancak hafif egzersiz ve mobilizasyonun kemik yıkımını yavaşlatarak yarar sağlayabileceği bildirilmektedir.

Hastaların çoğunda kusma ve poliüri nedeniyle dehidratasyon gözlenmektedir. Asemptomatik ve ılımlı hiperkalsemi saptanan hastalarda sadece hidrasyon yeterli olabilir. Oral alımı yeterli olan ve tolere edebilen hastalarda 2-3 litre oral sıvı alımı önerilir. Ancak hastaların büyük bir kısmında günlük elektrolit izlemi yapılarak damar yolu (IV) ile 100-120 ml/saat %0,9 NaCl solüsyonu (serum fizyolojik) ile rehidrasyon gerekmektedir. Sıvı tedavisi planlanırken hastanın kardiyak durumu mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Minimum 2 litre hidrasyon sağlanarak, hastanın idrar çıkışının yeterli olduğu gözlendikten sonra medikal tedavi planlanabilir.

Medikal Tedavi:

1. **Bifosfonatlar:** Hiperkalsemi tedavisinde oldukça etkilidir. Genellikle ilk 48 saat içinde serum kalsiyum seviyesini düşürürler. Klodranat ve alendronat gibi oral bifosfonatlar etkili olmakla birlikte palyatif bakım hastaları tarafından sıklıkla tolere edilememektedir. Bu nedenle zolendronik asit ve pamidronat gibi parenteral formlar daha etkili ve güvenilir bulunmaktadır. Tedavinin üçüncü gününde serum üre, elektrolitler, albümin ve kalsiyum düzeyleri ölçülmelidir. Bifosfonatların en sık yan etkilerinden olan renal fonksiyonlar üzerindeki olumsuz etkiler akılda tutulmalı ve anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörü, nonsteroid antiinflamatuvar ilaç kullanımı durumunda dikkatli olunmalıdır. Ayrıca kreatinin klirensi <10ml/dk ise kullanımları kontrendikedir.

2. **Kalsitonin:** Etkileri 4 saat içinde başladığından hiperkalsemiyi hızla tedavi etmek gereken durumlarda oldukça faydalı olmakla birlikte kısa etkili oldukları için sıklıkla bifosfonatlarla kombine edilerek kullanılırlar. Gastrointestinal yan etkiler ve flushing sık görülür.

3. **Kortikosteroidler:** Antineoplastik etkilerinin bulunduğu kanser türlerinde ve bifosfonatların tolere edilemediği ya da etkisiz kaldığı durumlarda tercih edilirler.

Palyatif hasta grubunda hasta ve yakınlarının hiperkalsemi semptomları konusunda bilgilendirilmesi ölümcül seyredebilecek bu metabolik bozukluğun erken tanı ve tedavisinde oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR:

1. Seccareccia D (2010). Cancer-related hypercalcemia Canadian Family Physician. 2010;56:244-6.
2. URL: http://medical.cdn.patient.co.uk/pdf/467.pdf Erişim tarihi: 10 Eylül 2014
3. URL:http://palliative.org/NewPC/_pdfs/management/3A5%20Hypercalcemia%20of%20Malignancy.pdf Erişim tarihi: 10 Eylül 2014
4. URL:file:///C:/Documents%20and%20Settings/UltraXP/Desktop/BANA%20%C3%96ZEL/K%C4%B0TAP%20B%C3%96L%C3%9CMLER%C4%B0/PALYAT%C4%B0F%20H%C4%B0PERKALSEM%C4%B0/Palliative%20Care%20-%20Hypercalcaemia.htm Erişim tarihi: 10 Eylül 2014
5. Solimando DA (2001). Overview of hypercalcemia of malignancy Am J Health Syst Pharm. 2001;58(Suppl 3):4-7.
6. Lumachi F, Brunello A, Roma A, Basso U (2009). Cancer-induced hypercalcemia. Anticancer Res 2009;29(5):1551-5.
7. URL: http://www.fraserhealth.ca/media/12FHSymptomGuidelinesHypercalcemia.pdf Erişim tarihi: 10 Eylül 2014.
8. URL:http://www.dhhs.tas.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/47640/Emergencies_Final051109_PCSSubComm.pdf Erişim tarihi: 10 Eylül 2014.

6.5. DEHİDRATASYON ve SIVI TEDAVİSİ

Uzm.Dr. Tevfik Tanju YILMAZER[1,2]

[1]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

[2]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi

İleri derecede hastalığı olanlar, hastalıkları ne olursa olsun, zaman içinde sindirim sistemini ilgilendiren semptomlarla karşımıza çıkacaklardır. Bu hastalar mutlaka, özellikle ağızlarında kuruma ve acı hissedip hissetmedikleri ve bunun yanında bulantı, yemek yiyebilme, su içebilme ve kabızlık konularında da sorgulanmalıdırlar. Aşırı derecede olan bir bulantı, ağrıdan daha fazla rahatsız edici olabilir. Bu durum ağızdan sıvı alımını da olumsuz etkileyebilir. Bu durumun sonrasında ise dehidratasyon büyük bir olasılıkla oluşacaktır (1,2,3).

Ağızdan rahat beslenebilme ve sıvı alabilme; hastalar ve yakınları için önemli bir sağlık durumu göstergesi olabilmektedir. O yüzden hastaların rahat yemek yiyebilmeleri ve bunun yanında rahatlıkla su içebilmelerindeki sorunlar hafife alınmamalıdır.

İleri derecede hastalığı olanlarda ağız kuruluğu, sık ve önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hastalığının terminal evresinde olan tüm hastaların değerlendirmesinde ağız muayenesi mutlaka yapılmalıdır. Sık ağız bakımı uygulanması ortaya çıkabilecek problemleri önlemektedir. Sıvıyı halsizlik ya da zayıflık nedeniyle rahatça ağızdan alamayan hastalara öncelikle yudum yudum sıvı alması önerilebilir veya sıvı emdirilmiş süngerle düzenli bir şekilde uygulanabilir. Hasta yakınlarının bu uygulamaya dahil edilmesi ve bu işlemin öğretilmesi hem hasta hem de hasta yakınları için yararlı olacaktır.

Bazı hastalarda normal yutma mekanizması bozulur ve başka yollardan gerekli besin ve sıvı desteğinin sağlanması zorunlu bir hal alabilir. Ancak bunun için hastaların fonksiyonel bir gastrointestinal sistemlerinin olması önemlidir. Bu yöntemler arasında; nazogastrik tüp ile besleme, perkütan endoskopik gastrostomi ile besleme ve jejunal besleme sayılabilir. Bu yollardan sıvı ve su verilmesi de hem mümkün hem de gereklidir.

Hastalar giderek zayıfladıkça, serbestçe yutabilme yeteneklerini de giderek kaybetmektedirler. Bu durumda oral alınan tedavilerle hastanın başa çıkabilmesi mümkün olamayacağı için de artık tedavinin de gözden geçirilmesi gereği ortaya çıkmış demektir.

Genellikle bu aşamadan sonra doğal olmayan beslenme ve sıvı tedavisi uygun değildir ve artık uygulanan girişimlerin sona erdirilmesi için zaman gelmiş demektir. Yaşam sonunda dışarıdan sıvı verilmesi konusunda bunun uygun olup olmadığı konusundaki yaklaşımlar Tablo 1'de görülmektedir (1).

Tablo 1. Yaşam Sonu Dönemde Dışarıdan Sıvı Verilmesine Yönelik Yaklaşımlar

Sıvı verilmesi taraftarı olanların nedenleri:	**Sıvı verilmesi taraftarı olmayanların nedenleri:**
Susuzluğu giderebilir	Hastanın evde kalmasına başka yollardan verilecek sıvı tedavileri engel olabilir
"Sanki hastayı ölüme bırakmış" gibi bir durumun önüne geçer	Ölümün daha az "doğal" ve daha çok tıbbi bir durum olmasına sebep olur
Semptomları dindirebilecek ilaçların sirkülasyonuna yardımcı olur	Hemşirenin daha az ağız bakımı vermesine neden olabileceğinden hemşire temasının azalmasına neden olabilir.
Konfüzyonu azaltabilir	İnkontinansa ya da dolu bir mesane nedeniyle rahatsızlık hissine neden olabilir
	Sıvı uygulaması yapılan kanüller ağrı ve infüzyon setleri de rahatsızlık vericidirler

Hastada oluşabilecek dehidrasyon nöromüsküler irritabilite ve aşırı bir susuzluk hissine neden olabilir. Eğer parenteral sıvı verilmesi zorunluysa subkutanöz olarak da sıvıların verilmesi iyi tolere edilebilmektedir ve bu yöntem evde de uygulanabilir (2).

KAYNAKLAR:

1. Faull C, Carter YH, Daniels L (2005). Handbook of PalliativeCare, Second Edition. Blackwell Science. 2005.
2. Fallon M, Hanks G (2006). ABC of Palliative Care Second Edition BMJ Books, Blackwell Publishing. 2006
3. The Palliative Care Handbook(2010). Advice on clinical management. Seventh Edition, October 2010. In association with Wessexand Avon, Somerset&Wiltshire Cancer Services Specialist Palliative Care Units

6.6. PALYATİF BAKIMDA ORAL BESLENME

Diyetisyen Derya HOPANCI BIÇAKLI[1], Prof.Dr. Mehmet UYAR[2]

[1]Ege Üniversitesi Hastanesi, Palyatif Bakım Merkezi

Ege Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD[2]

Palyatif bakım hastalarında malnütrisyon ve kaşeksi oldukça sık görülür. Malnütrisyon hastalığın cinsine, yerine, tipine, evresine, yayılım hızına, uygulanan tedavilere, bireysel farklılıklara bağlı olarak %40-80 oranında görülebilmektedir (1). Palyatif bakım hastalarının %20'den fazlası malnütrisyon nedeniyle kaybedilmektedir (2). Özellikle pankreas, mide, özefagus ve baş-boyun kanserli hastalarda malnütrisyon görülme olasılığı daha yüksektir (3). Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımın amacını; hastaya ve ailesine mümkün olan en iyi hayat kalitesini sunmak olarak tanımlamıştır (4). Hayat kalitesini etkileyen en önemli unsurlardan biri beslenmedir. Kanser palyatif bakımında nütrisyon standartlarını oluşturmak üzere yazılan kılavuzda; nütrisyonel desteğin palyatif bakımın önemli bir parçası olduğu ve hastanın hayat kalitesini artırmayı hedeflediği belirtilmiştir (5). Palyatif bakımdaki hastanın beslenmesinin diğer hedefleri de nütrisyonel durumun düzeltilmesi ile beraber hastanın güçlü ve iyi hissetmesinin sağlanmasıdır (1).

Hastanın oral yoldan yeterli beslenmesi, malnütrisyonunun derinleşmesini engelleyebilir. Ayrıca oral beslenme sosyal yönden önemli bir eylemdir ve hastayı hayata bağlayan bir durumdur. Beslenme, birçok hasta ve hasta yakını için hayatın ve umudun simgesidir (6).Terminal dönemde oral gıda ve yeterli sıvı alamamak, besin tüketiminin ardından gelen sindirim problemleri, bozulan beden imajı hastayı ve yakını hızla depresyona ve umutsuzluğa sürükler (7). Başta sindirim sistemi kanserlerinde rastlanan mekanik engeller olmak üzere, psikolojik engeller, hastaların beslenmelerini çok zorlaştırmaktadır. İlk hedef hastanın günlük enerji ve protein gereksiniminin oral yoldan alabilmesini sağlamaktır. Ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık, erken doyma, hazımsızlık, yutma güçlüğü, ağız kuruluğu, tad ve koku algısında değişiklik, ishal veya kabızlık, duygu durum bozuklukları gibi çeşitli semptomlar hastanın iştahını olumsuz etkilediği gibi besinsel gereksinimlerinin karşılanamamasına neden olur. Palyatif bakımda semptom kontrolü ne kadar iyi olursa, hastaya o kadar iyi bir yaşam potansiyeli sunulur. Sözü geçen semptomlara etkin müdahale hastanın oral besin tüketimini de arttıracaktır (8).Yeterli oral gıda alamayan hastaların nazoenteral beslenme tüpleri aracılığı ile beslenmesi gündeme gelmelidir. Gastrointestinal sistemdeki çeşitli sorunlar nedeniyle oral veya enteral beslenmenin mümkün olmadığı hastalar için de parenteral beslenme uygulaması yapılmalıdır.

İştahı artırmak için en sık kullanılan ajanlar kortikosteroidler ve prokinetik ajanlardır. Kusmayı engellemek için antiemetik ajanlardan yararlanılır. Hasta bulantısı olduğu sürece yemeğe zorlanmamalıdır. Günümüzde hastanın iştahı üzerinde olumlu etki yapan ilaçlar (siproheptadin, megesterol asetat), anabolik ajanlar ve TNF salınımını engelleyen ilaçlar ile ilgili çalışmalar mevcuttur (9).

Hastanın nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi, hangi yöntemle besleneceği konusuna ışık tutar. Hastaneye başvuran her hastanın nütrisyonel değerlendirilmesi tanı ile başlamalı ve her vizitte tekrarlanmalıdır. Hastanın beslenme alışkanlıkları sorgulanmalı, beslenme düzenindeki değişiklikler ve sebepleri ayrıntılı olarak değerlendirilmeli ve bununla ilgili kayıtlar tutulmalıdır. Hastanın beden kütle indeksi ve kilosu kayıt altına alınarak kilo değişimi takip edilmeli, kas ve yağ kaybı olup olmadığı gözlemlenmelidir. Özellikle terminal dönem kanser hastalarında oluşabilen assit ve ödemler nedeniyle kilo tek başına beslenme durumunu değerlendirmek için yeterli görülmemelidir. Triseps cilt kalınlığı, orta kol kas çevresi gibi antropometrik ölçümler vücut kompozisyonu hakkında bilgi verir. Antropometrik ölçümler, ölçümü yapan kişiden kişiye değişiklik gösterebildiği için dikkatli olunmalıdır. Albümin, transferrin, prealbümin değerlerinin ölçümü de nütrisyonel durumu ortaya koymak için kullanılır. Ancak bu proteinler diğer birçok faktörden de etkilenebileceği için yanıltıcı olabilir. Protein düzeyleri özellikle kronik enflamasyon süreçlerinde CPR ile birlikte yorumlanmalıdır. Palyatif bakımdaki en değerli parametre nütrisyonist bakış açısıyla hastanın bütünsel olarak değerlendirilmesidir(2).

Beslenme desteği hastanın günlük ihtiyaçları hesaplanarak planlanmalıdır. Günlük kalori ihtiyacı 25-35 kcal/kg (yatan hastalar için 25-30 kcal/kg, hareketli hastalar için 30-35 kcal/kg) arasındadır. Çeşitli hastalık gruplarının terminal evrelerinde bu ihtiyaçlar değişiklik gösterir. Protein dışı kalorinin yaklaşık olarak %60'ı karbonhidrat, %40'ı yağlardan sağlanacak şekilde diyet hazırlanmalıdır. Hastaların kas proteinlerinin yıkımını azaltmak ve karaciğerde protein sentezinin devamlılığını sağlamak için günlük 1,2-2,0 gr/kg protein desteği sağlamak gerekir (10). Ancak karaciğer veya böbrek fonksiyonları bozulmuş veya solunum sıkıntısı yaşayan hastalarda bu diyet örüntüsü değişebilir.

İştahsızlığı olan hastalar, aile bireyleri ile birlikte yemek yemeye teşvik edilmelidir. Aile bireyleri, hastanın oral alımını arttırmak amacıyla baskı oluşturmamaları konusunda uyarılmalıdır. Hastanın sevdiği besinler enerji ve protein yönünden zenginleştirilmelidir. Yemekler uygun miktarda, sıcaklıkta, zamanda ve hoş bir sunumla hastaya ulaşmalı, hastanın yemek yediği ortamın havadar ve aydınlık olmasına özen gösterilmelidir. Erken doygunluk hissi oluşması sebebiyle

kalorisi yüksek besinler küçük porsiyonlar halinde ve sık sık verilmelidir. Sağlıklı bireylere özgü öğün miktarı ve sıklığı uygulanmamalıdır. Tat duyusunun korunması ve mukozitin engellenmesi için ağız hijyenine azami özen gösterilmelidir. Çiğneme fonksiyonu bozulan hastalarda yumuşak ve besin değeri yüksek sıvı gıdalar tercih edilmelidir. Piyasada bu amaçla hazırlanmış oral beslenme destek ürünleri bulunmaktadır. Hastanın ihtiyacına ve metabolik durumuna göre uygun olarak bu beslenme ürünleri düzenli olarak verilebilir. Besin öğelerinin (protein, polisakkarit ve trigliserit) bütün halde bulunduğu standart (polimerik) formüller oral alımı iyi olan hastalarda kullanılır. Hastanın bağırsak fonksiyonlarına göre suda çözünür veya çözünmez posa içeren beslenme ürünleri mevcuttur. Diyare durumunda çözünebilir posa içeren beslenme ürünleri kullanılırken, konstipasyon durumunda suda çözünmeyen posa içeren beslenme ürünleri tercih edilir. Hastanın diyabeti varsa kompleks karbonhidrat içeren, sükroz bulunmayan ve posa içeriği arttırılmış, diyabete spesifik geliştirilmiş beslenme ürünlerinden yararlanılması sağlanmalıdır. Oral beslenme solüsyonları hastaya öğünlerde değil, öğün aralarında düşük miktarlarda sunulmalı ve yavaş içilmesi tavsiye edilmelidir. Oral beslenme ürünlerinin oluşturacağı ozmotik yük nedeniyle bağırsak hareketlerindeki hafif artış ve gaita kıvamının yumuşaması takip edilmeli, miktarı artarsa ürün içeriği değiştirilmelidir.

Kılavuzlarda hastaların hekim, diyetisyen, hemşire, psikolog gibi meslek gruplarının işin içinde olduğu multidisipliner bir ekip tarafından izlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca aile bireylerinin her konuda olduğu gibi nütrisyonel konularda da onaylarının alınması gereklidir. Aileler ilaç ve diğer sıvıların kesilmesine nütrisyonel desteğin kesilmesinden daha çabuk karar vermektedirler (5). Avrupa klinik nütrisyon kılavuzlarında inkürabl hastalarda yaşamın sonu çok yaklaştığında hastaların çok az açlık ve susuzluk hissettikleri ve bastırmak için minimal miktarda gıda ve suya gereksinim duydukları belirtilmektedir (11). Sonuç olarak beslenme, sadece palyatif bakım hastalarında değil, tüm hastalarda tedavinin en başından itibaren önemsenmesi ve takip edilmesi gereken önemli bir parçasıdır. Beslenme durumu her vizitte mutlaka değerlendirilmeli, beslenme yetersizliği tespit edilen hastalarda başta oral beslenme olmak üzere beslenme desteğine başlanmalıdır. Palyatif bakımda oral nütrisyon bu alanda çalışan uzman diyetisyenlerin içinde olduğu bir ekibin kontrolünde,hastanın ve ailesinin de fikri önemsenerek ele alınmalı ve takip edilmelidir.

KAYNAKLAR:

1. Prevost V, Grach MC (2012). Nutritional support and quality of life in cancer patients undergoing palliative care. Eur J Cancer Care 2012;21(5):581-90.

2. Ottery FD (1996). Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. Nutrition 1996;12:S15–S19.

3. Cutsema EV, Arend J (2005). The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. Eur J Oncol Nurs. 2005;9:51–63.

4. World Health Organisation (WHO) (1990). Cancer pain relief and palliative care: Report of a WHO expert committee. World Health Organisation. Technical report series No:804.

5. Bachmann P, Marti-Massoud C, Blanc-Vincent MP Desport JC, Colomb V, Dieu L, et al (2001). Summary version of the Standards, Options and Recommendations for palliative or terminal nutrition in adults with progressive cancer. British Journal of Cancer 2001;89:107–S110.

6. Cimino JE (2003). The role of nutrition in hospice and palliative care of the cancer patient Top ClinNutr 2003;18(3):154–161.

7. Del Río ML, Shand B, Bonati P, Palma A, Maldonado A, Taboada P, et al (2012). Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision- making among patients, family, and health care staff. Psycho-Oncology 2012;21:913–921.

8. Hopkins K (2004). Food for life, love and hope: an exemplar of the philosophy of palliative care in action. Proceedings of theNutritionSociety 2004;63:427-9.

9. Bruera E (1997). ABC of palliative care: anorexia, cachexia and nutrition. BMJ 1997;315:1219-22.

10. Barrera R (2006). Nutritional support in cancer patients. J Parenter Enteral Nutr 2006;26(5):563–71.

11. Arendsa J, Bodokyb G, Bozzettic F, Fearond K, Muscaritolie M, Selgaf G et al (2006). ESPEN Guidelines on enteral nutrition: Non-surgical oncology. ClinNutr 2006;25(2):245–259.

=7=

PALYATİF BAKIMDA ETİK VE MEDİKOLEGAL YAKLAŞIM

Bölüm Editörü

Prof. Dr. Ekin Özgür AKTAŞ

7.1. HASTA HAKLARI

Psikolog Mevlüt ÜLGEN[1]

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hasta İletişim Birimi

Palyatif bakım bir insan hakkıdır. Sağlık hizmetlerine yerinde ve zamanında erişim, adil, etkin ve gereksinimine göre sağlık hizmeti alma, kendi kaderini belirleme, kendisi ile ilgili kararları özgürce verebilme, bilgilendirilme, mahremiyetine saygı gösterilmesini isteme her bireyin temel hakkıdır. Bu hakların kullanılması ve garanti altına alınması devletin temel görev ve sorumluluk alanıdır. Devlet, bu hakların kullanılabilmesi için gerekli düzenleme ve organizasyonu yapmakla yükümlüdür.

Palyatif bakım, hasta hakları belgelerinde son yıllarda yapılan düzenlemelerle açıkça bir hasta hakkı olarak tanımlanmıştır. "Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirilmesi ile insancıl bir son dönem bakımı alma, onurlu ve rahat ölebilmek için kendisine mevcut tüm yardımın sağlanması" hakkına vurgu yapılmıştır.

Hasta hakları, hasta olan bireyin eski sağlığına en kısa zamanda, mümkün olabildiğince en yüksek seviyede, en konforlu ve saygın bir biçimde geri alabilmesi; bu mümkün olamadığında ise, hastalığına karşın yaşam kalitesini koruyabilmesi ve insan onuruna yakışır biçimde ölebilmesi için gereksinim duyacağı her türlü destek ve hizmete kolayca ulaşabilmesi şeklinde tanımlanmaktadır.

Hasta hakları ve uygulamaları ulusal mevzuatta, 01.08.1998 tarih 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği, 20.04.2004 tarih ve 25439 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi, 26.04.2005 tarihli Sağlık Bakanlığı "Hasta Hakları Uygulama Yönergesi" ile düzenlenmiştir. Dünya Tabipleri Birliği Hasta Hakları Bildirgesi (Santiago-2005), Türk Tabipleri Birliği "Hekimlik ve Meslek Etiği Kuralları", Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi) Temel Dokümanı (Roma-2002) bu alanda yer alan temel yol gösterici dokümanlar arasında yer almaktadır.

Sağlığını koruyup geliştirebilme; sağlık politikalarının oluşumuna katılım ve denetleme; saygı ve şefkat görme; hizmetten genel ve eşit olarak yararlanma; hekimini ve sağlık kurumunu seçme; özenle ve doğru teşhis ve tedavi olma; bilgilenme; tıbbî kayıt ve dokümanlara ulaşma;

aydınlatılmış onam verme; tedaviyi reddetme; tıbbî araştırmalardan korunma; eğitim çalışmalarına katılmaya zorlanmama; güvenlik ve konfor içinde hizmet alma; moral ve manevî destek alabilme; refakatçi ve ziyaretçi bulundurma; gizliliğinin korunması; şikâyetçi olma ve zararını tazmin etme, önceden açıklanmış isteğin göz önüne alınması, insancıl bir son dönem bakımı alma ile onurlu bir biçimde ölme hasta hakları düzenlemelerinde yer alan ana başlıklardır.

Resmi Gazete'de 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı yayımlanarak yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği ile değişik yasa ve tüzüklerde dağınık bir halde bulunan hasta hakları ile ilgili düzenlemelerin, tek bir düzenleme içerisinde toplanması ve kapsamının genişletilmesi sağlanmıştır. Hasta hakları ile ilgili olabilecek veya gelişebilecek tartışmalı konulara hukuksal açıklık getirilmiştir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde uluslararası hasta hakları bildirgeleri ile hastalara tanınan haklara yer verilmiştir. Yönetmelik dokuz bölümden oluşmakta, elli bir madde içermektedir. Resmi Gazete'de 08.05.2014 tarih ve 28993 sayılı yayımlanarak yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik ile kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında Hasta İletişim Birimleri kurulması, İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde Hasta Hakları Kurulları kurulması ile Hasta Hakları Kurullarının Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları yönetmelik kapsamına alınmış ve yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenlemelere göre;

1. Hasta, durumuyla ilgili tıbbi gerçekler dahil olmak üzere sağlık durumu konusunda tam olarak bilgilendirilme ve kendisi hakkındaki tüm tıbbi kayıtlara ulaşma hakkına sahiptir.
2. Bilginin, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde kendisine veya yazılı beyanı ile belirlediği kişilere verilmesi esastır. Hastanın manevi yapısı üzerinde kötü etki yapması nedeniyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin açıklanması tabibinin takdirine bırakılmıştır. Bu yetkinin hastanın kendi kaderini belirleme ve özgürce seçim hakkını engelleyecek şekilde kullanılmaması esastır. Yönetmelikte "tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir tabip tarafından ve tam bir ihtiyat içinde hastaya hissettirilebilir veya bildirilebilir. Hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması veya açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde, böyle bir teşhis ailesine bildirilir" hükmü yer almaktadır.
3. Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası esastır. Hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni

temsilcilerine veya yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

4. Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir.
5. Hastanın rızasının alınamadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu gerçekleştiremez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur.
6. Tıbben olası görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca hastalık ve hastalığın seyri, uygulanacak ve uygulanan tedavi ve girişimlerin açık ve anlaşılır şekilde yer aldığı bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler sözlü olarak hastaya aktarılarak, rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir.
7. Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Her türlü tıbbi girişim, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle gerçekleştirilir. Sağlık hizmetinin verilmesi nedeniyle edinilen bilgiler, kanun ile izin verilen durumlar dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz.
8. Sağlık hizmetinin ve eğitim sürecinin her aşamasında, kültürüne ve değerlerine olduğu gibi, hastanın onuruna ve özel yaşam hakkına da, saygı gösterilmesi esastır.
9. Klinik veya laboratuvar muayeneleri sonucunda bilinen klasik tedavi yöntemlerinin hastaya yarar sağlamayacağının tespit edilmesi ve daha önce deney hayvanları üzerinde yeterli düzeyde yararlı etkilerinin anlaşılması ve hastanın rızasının bulunması halinde, bilinen klasik tedavi yöntemleri yerine başka bir tedavi biçimi uygulanabilir. Ayrıca, bilinen klasik tedavi yöntemi dışındaki bir metodun uygulanabilmesi için, hastaya faydalı olacağının ve bu tedavinin bilinen klasik tedavi yöntemlerinden daha olumsuz sonuç vermeyeceğinin olası olması da şarttır.

10. Daha önce denenmemiş bir tıbbi tedavi ve girişim, ancak zarar vermeyeceğinin ve hastayı kurtaracağının mutlak olarak öngörülmesi halinde yapılabilir.

11. Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu isteme hakkı vardır.

12. Sağlık kurum ve kuruluşlarının olanakları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır. Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet vermemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir. Bunun için, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygun zaman ve mekan belirlenir.

Son yıllarda yapılan düzenlemelerle tıbbi vasiyet hasta hakları metinlerinde yer almakla birlikte bu konu üzerindeki tartışmalar sağlık hukuku çerçevesinde tartışılmaktadır.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde yer alan "Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır" hükmü ile Biyotıp Sözleşmesi'nin "Önceden Açıklanmış İstek" başlıklı 9. maddesinde yer alan "Müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınmalıdır." hükmü bu konuda atılan önemli adımlardır.

7.2. PALYATİF BAKIM KONUSUNDA ETİK İLKELER

Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD

Palyatif bakım (Palliative medicine, Supportive care, Symptom management) kavramı farklı tariflerle hatırlanan ve bilinen bir alandır. Bu alanın tıbbi, etik, hukuki ve sosyal dayanaklarının bulunması, vereceği bakım felsefesinin başarıya ulaşması açısından önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1989 yılında ilk kez yapılan ve 2002 yılında geliştirilen tanıma göre palyatif bakım şöyle tarif edilmektedir: "*Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşımdır."* Bu sayede; hastanın ağrı ve buna bağlı olumsuz şikâyetlerinde rahatlama sağlanması hedeflenir, hastanın yaşam kalitesinin artırılması amaçlanır, yaşanan hastalık sürecinde ailenin içinde bulunduğu ruhsal tablonun desteklenmesi öngörülür (1).

Palyatif bakımın tıbbın uygulama alanları içerisindeki yerini tartışırken, konunun etik boyutuna da değinmek gerekmektedir. Çünkü burada sadece teorik ya da pratik tıbbi yaklaşımların yanında, hastanın hastalığı süresince içinde bulunduğu durumunun gereği etik ve ahlâki değerlendirmelere de ihtiyaç vardır. Esasında palyatif bakımın işleyiş özelliklerini ve özünü sağlayan etik boyuttur. Etik'ten soyutlanmış bir palyatif bakım normal işleyişinden uzak bir konumdadır.

Kronik gidişli, terminal aşamada, prognozu ümitsiz hastalıklar olarak nitelendirilen hastaların yatırıldıkları kurumlar palyatif bakım merkezleri ile destek evleridir (hospis). Bu kurumların bakımı kabul ettiği hastalıklar arasında; kanser, motornöron hastalıkları (ALS, Parkinson, MS), belli organ yetmezlikleri (karaciğer, böbrek, kalp), AIDS (veya HIV +) (2) ve bazen ağır KOAH tablosu bulunmaktadır.

Yeri gelmişken destek evi (hospis) felsefesinden de bahsetmek lazımdır. Destek evi, hastaya uygulanan tedavilerin oluşturduğu sıkıntı, acı ve ızdırapla duygusal ve ruhsal anlamda baş etme yollarının gösterildiği, hastanın kendisini rahat hissetmesine yönelik bakımın yapıldığı yerlerdir (3).

Destek evinde hastanın yaşamının son döneminde semptomların ortaya çıkardığı sıkıntıları azaltma söz konusudur. Hastanın son aylarını, haftalarını, günlerini *onurlu, anlamlı, huzur dolu* ve *insana yakışan* bir düzeyde geçirmesi hospis anlayışının temelidir. Hastanın destek evine yatırılması için hekimin hastanın klinik tablosunu değerlendirmesi, buna ilişkin kararı ve sevk söz konusudur. Bundan sonraki süreçte hastanın tüm tıbbi bakım işlemleri kurumun profesyonel elemanları tarafından gerçekleştirilir. Destek evi kadrosu içinde *hospis ve palyatif bakım konusunda uzman hekimler, eğitimli ve lisanslı hemşireler, eczacılar, sosyal hizmet uzmanları, gerekiyorsa dini telkinde bulunacak görevliler, eğitimli gönüllüler* yer almaktadır (4).

Tam bu noktada hospis ile palyatif bakım arasındaki temel ayrımı ortaya koymak gerekir. Palyatif bakımda hastanın hastalığına ilişkin tedavisinin sürdürülmesi ve buna bağlı ek tıbbi desteklerin devam edilmesi söz konusudur. Destek evinde ise hastalığının tedavisine devam edilmesi söz konusu değildir ve bunun hastanın iradi beyanı ile gerçekleştiğini söylemek mümkündür. Bu durumdan ötürü bazı çevrelerce destek evlerini bir tür *ölümü bekleme evi* gibi algılayanlar da vardır. Ancak bu tanımlama üzerinde net bir cevap verebilmek mümkün değildir. Çünkü bu kurumların fonksiyonelliği de tıbbi bakım üzerine kuruludur. Son yıllarda palyatif bakım ile hospis anlayışının birleştirilmesi, bir arada değerlendirilmesi gündeme gelmeye başlamıştır. Çünkü her iki kurumun hedef kitlesi *ciddi, kronik ve terminal döneme* sahip hastalardır. Bu nedenle, iki sistemin birleştirilmesinin daha yararlı sonuçları olabileceği üzerinde durulmaktadır. Bunu doğru kabul etmek mümkündür. Ancak entegrasyonun sağlanması için ciddi adımlar atılmasına ihtiyaç vardır. Özellikle hospis açısından en iyi organizasyon şeması Almanya'da olmasına karşın, bazı finansman sorunları yüzünden bu konunun gelişmesinin önünde sıkıntılar yaşanmaktadır. Çünkü hem palyatif bakım hem de hospis ciddi maddi katkılara ihtiyaç duyan sistemlerdir. Ülkemizdeki palyatif bakım ünitelerinin işleyiş şemalarının batıdaki anlayış ile örtüşen çok az yönü vardır. Bunu da bir tespit olarak belirtmeliyiz. Bir palyatif bakım ünitesi açılmasının sadece tıbbi bir yönü olmadığını, bunun etik boyutunun da değerlendirilmesi gerektiğini hatırlatmakta fayda görüyoruz (5).

Sonuç olarak, hem palyatif bakım hem de hospis terminal hastalıklar için iyi organize edilmiş, ideal model sistemleridir (6).

Ülkemizde palyatif bakım dışında destek evi benzeri bir kurum yoktur. Her ne kadar bizde "Darülaceze" olarak bilinen bir kavramın destek evi ile aynı anlama karşılık geldiğini belirtenler bulunsa da, aslında içerik ve uygulama açısından aralarında büyük farklılıklar vardır.

7.2.1. PALYATİF BAKIM VE ETİK

Palyatif bakımın içeriğini sadece tıbbi uygulamalar oluşturmaz. Esasında palyatif bakımın özünü ve temelini oluşturan *etik* anlayış ve bunu destekleyen felsefedir. Bunu tespit etmeden oluşturulan ünitelerin *sağlıklı* ve *amacına uygun çalışabilmesi* çok zordur.

Palyatif bakımın hasta profilini; terminal döneme yaklaşan, umutsuz olarak nitelendirilen bir hastalık tablosu içinde olan hastalar ve onların yakınları oluşturmaktadır. Bu nedenden dolayı palyatif bakımı veren sağlık personelinin bazı etik sorumluluklarının olması kaçınılmazdır. Bu konudaki genel tıp etiği çerçevesini çizen Beauchamp ve Childress'in dört temel etik ilkesini hatırlamak gerekir (7):

1. Zarar vermemek (Primum non nocere!)
2. Yarar sağlamak
3. Adaletlilik
4. Otonomi

Bu dört temel etik ilkeyi palyatif bakım için de değerlendirmek zorundayız. *Zarar vermemek* aslında Hipokratik tıp öğretisinin ilk temel ilkesidir. Hiç olmazsa ve en azından zarar vermemeye çalışmak, bir sağlık personelinin oluşabilecek etik sorunun çözümüne yönelik dikkate alması gereken bir konudur. Burada önem verilmesi gereken *neyin, nasıl* ve *ne şekilde zarar verebileceğini* ortaya koymaktır. Kronik gidişli bir hastalığın tedavisinde uygulanması gereken tıbbi protokollerin dışına çıkılarak, klinik araştırma yöntemlerine uygun dahi olsa, farklı bir ilacın veya tedavi yönteminin hasta üzerinde denenmesi zarar vermenin en yaygın örneğidir. Hastanın tedavi olma umudunu artırmaya yönelik bu tür uygulamaların kimi zaman çok daha fazla zarar verici olabileceği ne yazık ki göz ardı edilmektedir. Oysa sorulması gereken etik soru şudur: *Hastanın yaşam süresini ve yaşam kalitesini artırmak mı, yoksa hastayı yeni yan etkilere maruz bırakmak mı?* Ne yazık ki, ilaç endüstrisinin bu ayrımı yapmakta zorlandığını görüyorUzm. Diğer bir temel etik ilke olan *yarar sağlamak*, bu konudaki en önemli rehberdir. Hastaya yarar sağlayanın ne olduğuna kim karar verecektir? *Hastanın kendisi mi, hekim mi, ilaç endüstrisi mi?* Bu paradoksal durum, etik değerlendirmelerin yapılmasını ve kararların alınmasını güçleştirmektedir. *Adaletlilik ilkesi* ise, hastaların hastalık sürecinde almaları gereken tüm tıbbi destek ve tedavilere diğer hastalarla eşit düzeyde erişmesine yöneliktir. Hızlı artan bir dünya nüfusu nedeniyle adaletlilik ilkesinin gerçekleştirilmesinde ülkeler büyük sıkıntılar yaşamaktadırlar. Her hasta için eşit ve adaletli bir sağlık sistemini önermek demek, *hiçbir hastayı yatak veya tedavi olanağı yokluğu nedeniyle geri çevirmemektir*. İmkânsızmış gibi görünen bu

durumun aslında etik olmayan düşüncelerin gelişmesine zemin hazırladığını unutuyorUzm. Diğer bir etik ilke olan *otonominin* hasta özerkliği açısından ele alınması daha doğrudur. *Hastanın istemesi, bunu onaylaması* bugünün anlayışında temel bir ölçüt olarak kabul görmektedir. Hastayı bundan mahrum bırakmak ciddi bir etik sorundur. Ancak hasta özerkliği altında aktif ötanazinin desteklenmeye çalışılması da bir başka sıkıntılı tablodur. *Kısacası hasta özerkliği, hastanın hastalığının teşhis ve tedavi sürecindeki kararlarındaki etkinliği ile kendi yaşamına son verilmesini istemesi arasında sıkışıp kalmış bir etik ilkedir.* Bu konu üzerindeki fikir alışverişlerinin yaygınlaşması ve tartışmanın boyutlarının geliştirilmesi, yanlış bir anlamanın veya saptırılmış bir hak uygulamasının önüne geçilmesi lazımdır.

Palyatif bakımın etik çerçevesini oluştururken şu noktalara dikkat etmek gerekir:

1. Klinik bütüncül bir anlayış
   a. Adaletlilik
   b. Kişilere saygı
   c. Kişinin yararını gözetmek

Her hastanın yeterli tıbbi olanaklardan eşit bir şekilde faydalanması, bunun gerçekleştirilirken klinik yaklaşımların birbiri içerisinde uyumlu olmasının sağlanması ve hastaya sunulacak sağlık hakkının doğru bir şekilde ortaya konması, kişinin içinde bulunduğu hastalık tablosuna rağmen onurunun ve saygınlığının korunması, temel tıbbi yararın gözetilmesi önemlidir (8).

Palyatif bakımda özellikle ağrı kontrolü ve sedasyon sağlamaya yönelik uygulamaların etik olduğu kadar ülkeden ülkeye değişebilen yasal boyutları da vardır. Bunu bir örnek üzerinde ele almak daha doğru olacaktır:

Bir larenks kanseri olgusu (erkek-50 yaş), total larenjektomi operasyonu geçirmiş, radyoterapi uygulanmış ancak hastalığı tekrarlamış, kemoterapi tedavisine geçilmiş, durumu ağırlaşmış, yoğun bakım ünitesinde iki hafta kalmış, tabloya pnömoni eklenmiş, hasta dış çevre ile iletişimini el işaretleri ile yapabiliyor. Hayatının son dönemlerine doğru giderek daha da kötüleşmiş, iletişim bozulmaya başlamış, hastaya sedasyon uygulanması önerilmiş ve onun isteği doğrultusunda beslenme tüpü, semptom kontrolü, konfor tedbirleri geri çekilmiş, hayatının son 5. gününde hasta vefat etmiştir.

Bu olgunun ortaya çıkardığı karmaşık soru ve sorunlar şöyledir:

1. Buradaki etik sorun nedir?

2. Bu etik sorunun yasal bir sorun oluşturma özelliği var mı?

3. Onam durumuna kim karar veriyor?

4. Onam nasıl alınıyor?

5. Hastanın gelecekteki yaşamına yönelik ileri direktifler gerekli mi?

6. Do not resuscitate (DNR) protokolünün uygulanmasına ait kararlar nasıl alınır?

7. Yapay beslenme ve sıvı alımı durdurulabilir mi?

8. Hastaya sedasyon uygulamak hayatın sonunda bir seçenek midir? Bu tür bir uygulama hekim yardımlı intihar (PAS) ya da ötanazi ile bir tutulabilir mi? (9)

Bu soruların üzerinde düşünmeden, analiz yapmadan palyatif bakım çalışmasının ikilemlerini çözmek kolay değildir. Palyatif bakıma dâhil olmuş bir hastanın klinik tablosunun farklılığının yanında insan olmasının getirdiği özel durumu da göz ardı etmemelidir.

7.2.2. PALYATİF BAKIM EKİBİNİN ETİK SORUNLARI

Palyatif bakım ekibi bir tür takım çalışması sergilemesi gereken bir anlayışa sahip olmalıdır. Bu anlamda ekibin belli ilkelere ve prensiplere uygun olmasını sağlayan yapının içinde etik ve ahlâki değerlerin varlığı önemlidir. Etik değerler ne şekilde algılanırsa algılansın, sonuçta ortaya düzenli bir sistemin varlığını çıkarmak durumundadır. Özellikle normatif etik anlayışının bu konuda büyük bir önemi vardır. *Ne yapmalıyım? Nasıl davranmalıyım? Nasıl bir insan olmalıyım?* şeklindeki sorular gerçeğin bulunmasında ve ikilemlerin aşılmasındaki ilk basamaklardır. Etik açıdan doğrunun bulunabilmesi için *bir şeyin bir insana zarar verici olmamasını ve yine aynı şeyin o insana yarar sağlamış olmasını* beklemek durumundayız. Bunu sağlayamıyorsak o zaman *doğruyu bulma yolundaki seçimlerde başarısız* olurUzm. Palyatif bakım ekibinin sadece *etik ve ahlâki* sorumluluğu yoktur. *Deontolojik sorumluluk* diye ifade ettiğimiz görevsel sorumluluk da bunun bir başka parçasıdır. *Hastanıza insan olduğu için saygı göstermeniz, onun kişisel özerkliğine saygı göstermeniz, insanların doğru bir şekilde tedavi edilmesini sağlamanız* mutlak uygulanması gerekli deontolojik argümanlardır.

Palyatif bakım ekibinin bu tip merkezlerdeki hastalarla veya ekip içinde karşılaşabilecekleri bazı etik sorunlar vardır. Bunlardan bazılarını şöyle sıralayabiliriz:

1. Genel tıp etiği ilkelerine uygun davranma: Ciddi hastalıklarda ve yaşamının sonuna yaklaşmış hasta gruplarında sağlık personelinin *zarar vermemek, yarar sağlamak, adaletlilik, otonomi* şeklinde sıraladığımız genel tıp etiği ilkelerine uyumlu davranışlar sergilemesinde kimi zaman sıkıntılar olabilmektedir. Hasta ile ilgili karar verme süreçlerinde çoğu kez olgunun palyatif bakımda olması sebebiyle sağlık ekibinin farklı bakış açılarında ve değerlendirmelerinde bulunduğu gözlemlenmektedir. Özellikle hasta otonomisinin algılanmasında sağlık ekibinin geleneksel *paternalistik* veya *maternalistik* tutum alışkanlığının bunda büyük payı vardır.

2. Hasta haklarını dikkate alma: Palyatif bakım hastalarının hasta haklarına ilişkin metinlerden sonuna kadar yararlanmaları söz konusudur. Riskli prognozun varlığı veya terminal dönemde olmalarına karşın mutlaka hastanın özerkliğini temsil eden bir yakının varlığı veya hasta tarafından sağlıklıyken vermiş olduğu *ileri direktifler* teşhis ve tedavi olanaklarının geleceğini belirleyecektir. Ancak bunun uygulanmasında palyatif bakım ekibinin bulundukları ülkenin sağlıkla ilgili mevzuata ve kanuna göre hareket etmesinin en doğrusu olduğunu vurgulamalıyız.

3. Hastanın yararına olanı bulmak: Bu konuyla ilgili sorunu bir olgu üzerinde açıklamaya çalışalım: Peter bir AIDS hastasıdır ve antiretroviral ilaçları 2 aydan beri kullanmaktadır. Ancak bu ilaçların olumsuz yan etkileri vardır ve bir süre ilaçlarını almaktan vazgeçerek tedavisini durdurmak istiyor. Ona göre onun ölmesi kimsenin umurunda değildir. Kendisini çok kötü hissediyor ve bir destek evine gitmek istediğini belirtiyor. Hekimi onunla konuşuyor ve tedavisini sağlayan ilaçların olumsuz yan etkileri olduğunu kabul ettiğini ancak bunlardan daha az yan etkileri olanları tercih edebileceklerini ve tedaviye bunlarla devam edilebileceğini açıklıyor. Peter daha önce bu konu hakkında bilgisi olmadığını ancak bu açıklamalardan sonra yeni ilaçları denemeye karar verdiğini söylüyor. Peter şimdi kendisini daha iyi hissediyor ve yeni ilaçların daha düşük yan etkilerinden şikâyet etmiyor (10).

Verilen örnek tam bir *etik ikilem* olgusudur. Hastanın hastalık tablosunun ağır olması, hastaya verilen yan etkisi yüksek ilaçlar hastanın tedaviyi durdurmak istemesine yol açmıştır. Burada hekim çok farklı bir yöntem izlemiş ve hastanın yararına olacak olanı ona farklı bir biçimde açıklayarak onu yeni bir tedavi protokolü için ikna etmiştir. Yeni yöntemde hastaya daha az zarar verecek, onun tedavi konforunu devam ettirecek bir arayış söz konusudur ve hekimin bu yöndeki yaklaşımı hasta üzerinde *başarılı bir sonuç* vermiştir. O halde hastaların içinde bulundukları durumu anlamak, onların verdiği ani kararları onaylamadan yeni alternatifler önerebilmek etik bir yaklaşımdır.

4. Hastadan onam alınması: Palyatif bakım hastalarının kendilerine uygulanacak tedavi protokollerine ilişkin olarak onam vermeleri esastır. Buradaki etik sorun hastanın iradi durumunun ortadan kalktığı sıralarda ortaya çıkabilir. Bazı ülkelerde bu tür durumlar için *ileri direktifler (advanced directives)* veya *yaşayan istekler (livingwills)* şeklinde nitelendirilen vasiyet metinleri geçerlidir. Hastanın sağlığıyla ilgili özel durumlar için kişisel kararlarını ve kendisini temsil yetkisini belirleyen bu durumun varlığının tespiti konusunda sağlık ekibinin duyarlı olması gerekmektedir (11).

5. Hastaya karşı iletişim becerileri geliştirme ve ona gerçeği söyleme: Palyatif bakım hizmetlerinde çalışan tıbbi ekibin en fazla karşılaşacağı etik sorunlardan birisi de hastaların içinde bulundukları klinik tablolarına ilişkin verileri bilmek istemeleri ve bunun bir hak olarak algılanmasıdır. Hastaya gerçeği söylemek otonomiye saygının bir gereği olarak algılanmaktadır. Ancak hastaya gerçeğin *ne kadarının ne şekilde* ve *nasıl söyleneceği* konusunun farklı aşamaları vardır. Buradaki en önemli ölçüt hastanın *sosyokültürel yapısı* ve *anlayışıdır.* Bunun hastanın algılama ve anlama kapasitesine etkisi büyüktür. Bu sayede hastanın kendisiyle ilgili karar alma sürecinin önü açılmış olur (12).

6. Hastaya uygulanan tedavinin sağlık ekibi tarafından geri çekilmesi: Normal şartlarda hastaların bilgisi dâhilinde ve onamıyla veya buna benzer bir talebi olmadan uygulanan *tedavinin, sıvı* veya *beslenme desteğinin geri çekilmesi* imkânı etik ve hukuki açıdan mümkün değildir. Hastaların yattıkları süreçte sergiledikleri emosyonel davranışların sağlık ekibi üzerinde doğal bazı etkileri olmasına rağmen, yine de ekip üyelerinin hastanın *yaşama tutunmasını* sağlayacak önlemleri alması, *bilgilendirmeyi sürdürmesi* gerekmektedir. Hasta otonomisi sadece kişisel anlamda özgür bir karar almak demek değildir. Hastanın bilgilendirilmesi, olasılıklardan haberdar olmasının sağlanması, farkındalık içinde bulunması da onun otonomisini destekleyen unsurlardır.

7. Hasta bakım ekibinin tükenmişlik hali: Palyatif bakım hizmetlerinde çalışan sağlık ekibinin hastaların tedavi ve bakımları sırasında karşılaştıkları en önemli sorunlardan bir tanesi de yoğun temponun, hasta tablolarının ağırlığının getirmiş olduğu tükenmişlik (burn-out) halidir. Bu durumun özellikle pediatrik alanı ilgilendiren gruplarda görülme sıklığı biraz daha fazladır. Özellikle sağlık ekibi içindeki takım ruhunun bozulması, hastaların ümitsiz tablolarının oluşturduğu emosyonel sıkıntıların getirdiği kişisel ağrı ve sıkıntı, etik ve ahlâki ikilemlerle birleşen *tükenmişlik sendromu* hasta bakım ekibinin çalışma performansını önemli ölçüde düşürmektedir. Bu tip durumlar için kişisel ve psikolojik destek sağlanması, sorunun paylaşılması ve iş yükünün azaltılması gibi önlemlere başvurulabilir (13).

7.2.3. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Palyatif bakım kavramının zamanla hospis diye tabir ettiğimiz bir alan ile birleşerek, özellikle kronik seyirli, ümitsiz bir hastalığı olan hastalarda veya geriatrik olgularda tıbbin içine entegre olacağını düşünüyorUzm. Multidisipliner olması beklenen bu sistemin en temel öğelerinden birisi de etik olacaktır. Etik olmadan bilimsel ve pratik hiçbir fonksiyonun, çalışma disiplininin gerçeği ortaya koyamayacağını göz önüne aldığımızda, palyatif bakımın sunulmasında ve bunun geliştirilmesinde etik ilkelerin varlığına ve etik uzmanlarının görüşlerine ihtiyaç olacaktır. Bu bölümde palyatif bakımın kısa etik bir değerlendirmesini sunarken, karşılaşılan ikilemler ve sorunların aşılmasında yeni bakış açılarını göstermeye çalıştık. Umut ediyoruz ki, palyatif bakımın sadece uygulamalı bir hasta bakım alanı olmadığı benimsensin ve *etik* unsurların *rutin tıbbi bakım hakkı* ile bütünleşmesi sağlansın.

KAYNAKLAR:

1. WHO. Definition of palliative care.URL: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ Erişim tarihi: 13.08.2014
2. Olarte JMN, Guillén G (2001). Cultural issues and ethical dilemmas in palliative and end-of-life care in Spain. Cancer Control, 8(1). URL: http://www.medscape.com/viewarticle/409033_print Erişim tarihi: 25 Ağustos 2014
3. Hospice and Palliative Care - Hospice of The Western Reserve (Broşür) URL: www.hospicewr.org
4. Hospice Can Help-A Hospice Care Guide (2012). Hospice of Southwest Ohio. Quality of Life Publishing Co.
5. 13.08.2014 - 22.08.2014 tarihlerinde görevli olarak gerçekleştirdiğim Berlin / Almanya hospiz ve bakım evleri gezisi izlenimleri.
6. Chiu TY, Hu WY, Chen CY (2000). Ethical dilemmas in palliative care: A study in Taiwan. Journalof Medical Ethics, 26, 353-357.
7. Beauchamp TL, Childress JF (2009). Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press.
8. An ethical framework for integrating palliative care principles into the management of advanced chronic or terminal conditions - September 2011. Australia. (Electronic document). URL: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/rec31_ethical_framework_palliative_care_terminal_110908.pdf Erişim tarihi: 25.08.2014
9. Stop Pain.org Ethics and Law. URL: http://www.stoppain.org/palliative_care/content/ethical/law.asp Erişim tarihi: 25.08.2014
10. Legal Aspects of Palliative Care. Second Edition. 2012. Chapter 3 Ethical Issues in Palliative Care. URL: http://www.hospicepalliativecaresa.co.za/pdf/legalbook/HPCA%20Chapter%203%20v6.pdf Erişim tarihi: 25.08.2014
11. Patients Rights Council. URL: http://www.patientsrightscouncil.org/site/advance-directives-definitions/ Erişim tarihi: 25.08.2014
12. Thorns A (2010). Ethical and legal issues in end-of-life care. Clinical Medicine 2010;10(3):282-285
13. Morgan D (2009). Caring for dying children: Assessing the needs of the pediatric palliative care nurse. Pediatric Nursing, 2009;35(2):86-91 URL: http://www.medscape.com/viewarticle/707801_4 Erişim tarihi: 25.08.2014

7.3. ÖTANAZİ

Yrd. Doç. Dr. Ahsen KAYA[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir

Yaşama hakkı, diğer hak ve özgürlüklere sahip olmanın temel kriteridir ve bu nedenle, en temel hak olma özelliğine sahiptir. Yaşama hakkının bu özelliği, korunması ve yaşam kalitesinin geliştirilmesi için pek çok yasal düzenlemeyi gerekli kılmıştır. Bu düzenlemelerin başında İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi gelmektedir (1). Beyannamenin 3. maddesinde herkesin yaşam hakkı olduğu şu cümle ile ifade edilmektedir:

"Madde 3: Yaşamak, özgürlük ve kişi güvenliği herkesin hakkıdır."

Bir diğer uluslararası sözleşme olan İnsan Haklarının ve Temel Özgürlüklerinin Korunmasına İlişkin Sözleşme'de de (Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Roma, 4 Kasım 1950) (2);

"Herkesin yaşama hakkı kanunla korunur." denilmiştir.

Bu konuda ulusal düzenlemelerin uluslararası düzenlemelerle paralellik gösterdiği görülmektedir. Başta T.C. Anayasası[1] ve Hasta Hakları Yönetmeliği[2] olmak üzere ulusal bazdaki pek çok yasal düzenlemede de yaşama hakkının önceliği, korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi gerekliliğine yer verildiği görülmektedir (3,4).

Yaşama hakkı ve kaliteli yaşam anlayışı, palyatif bakım kavramının ve toplumların bu konuya eğiliminin artmasının temelini oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu tanıma göre palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede, ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile belirlenmesi; fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşımdır (5). Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan

[1]T.C. Anayasası'nın 17. Maddesi'nde "Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz." denilmiştir.

[2] Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 5/b şu şekildedir: "Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur."

bu tanım, iyileşme olanağı bulunmayan hastanın yaşamının son dönemlerini bir insanın layık olduğu onur ve saygınlık içinde geçirmesini destekleyen bir tanımdır.

Palyatif bakım ihtiyacı bulunan hastalar çoğunlukla son dönem ya da agresif seyirli kanser hastaları ile terminal dönem ya da yatağa bağımlı progresif seyirli hastalığı olanlar (ileri derecede konjestif kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği vs.) olarak karşımıza çıkmaktadır (6). Ötanazi kavramının da en sık dile getirildiği hasta grubunu çoğunlukla, yukarıda belirtilen palyatif bakım ihtiyacı olan hastalar oluşturmaktadır.

Bu yazıda, konu bütünlüğünün sağlanması için öncelikle ötanazi tanımı ve türlerinden, sonrasında da ötanazinin yasal ve etik yönünden bahsedilecektir.

7.3.1. ÖTANAZİ TANIMI

Gerek tıp alanında, gerekse de sosyal, hukuki, siyasi, etik ve dini alanda tartışma konusu olan ötanazi kavramı, Yunanca eu, *"iyi, güzel"* ve thanatos, *"ölüm"* kavramlarından türetilmiş olup, kelime anlamı olarak "iyi - güzel ölüm" anlamına gelmektedir (7-9).

Ötanazi kavramı, tıp alanında ilk kez 1600'lü yıllarda Francis Bacon tarafından kullanılmıştır (10,11). Bacon 17. yüzyılda hekimlerin, etkisiz tedavilerden ücret almakla suçlanma korkusu nedeniyle, ölmek üzere olan hastaları tedavi etmediklerini vurgulamış ve bu uygulamayı değiştirmek için hekimler için yeni bir görev tanımı yapmıştır (10). Buna göre, nasıl ki rahipler ölmek üzere olan kişilerin ruhları için iyi bir ölümü (inward euthanasia) vaat ediyorlarsa, hekimlerin de ölüm döşeğindeki hastalara kolay, ağrısız ve mutlu bir ölümü (outward euthanasia) sunabileceklerini belirtmiş ve günümüzde *"palyatif - destekleyici bakım"* olarak tanımlanan bakımı, ötanazi kelimesi ile ifade etmiştir (10).

On dokuzuncu yüzyılın başlarında da, temel amacı, ölümü hızlandırmaktan çok, saygın bir şekilde ölme hakkının gerçekleştirilmesini sağlamak olan *"Hospice"* (tedavisi olanaksız hastalar hastanesi) adı verilen merkezler kurulmuştur (12).

On dokuzuncu yüzyılın sonlarında ise, ötanazi ve palyatif - destekleyici bakım terimleri birbirinden tamamen ayrılmış ve ötanazi kavramı, günümüzdeki tanımına uygun olarak kullanılmaya başlanmıştır (10).

Türk Dil Kurumu (13) tarafından, *"ölme hakkı"* olarak tanımlanan ötanazi için günümüzde çeşitli tanımlamalar yapılmaktadır. Aşağıda bu tanımlamalardan bazılarına yer verilmiştir:

- “Birisini dayanılmaz ızdıraplardan kurtarma” (9),
- “Yaşamın sonu ile ilgili karar verme hakkı” (9),
- “Bir hastalık nedeniyle acı çeken hastanın ölümünü hızlandırmak” (7),
- “İyileşmesi mümkün olmayan ve ileri derecede ızdırap verici ölümcül bir hastalığın yarattığı acılara son vermek için uygulanan yöntemlerin tümü” (12),
- “Ölümün kaçınılmaz olduğu ve tıp ilminin verilerine göre iyileştirilme olanağı olmayan veya dayanılmaz acılar içinde olan kişinin tıbbi yollarla öldürülmesi veya tıbbi yardımın kesilerek ölüme terk edilmesi” (14),
- “İyileşme umudu kalmadığı tıbben kesin olarak belirlenmiş olan ve dayanılmaz acılar çeken bir hastanın bilinci yerindeyse kendisine, değilse hukuki ehliyete sahip yakınlarına durumu anlatıldıktan sonra, hasta veya yakınının hür iradesi ile verdiği karar üzerine, tedaviyi yapan doktor tarafından hastanın yaşamına acısız biçimde son verilmesi” (15).

Dünya Hekimler Birliği ise ötanaziyi, bir başka kişinin yaşamını sonlandıracağı açık olan bir eylemi bilerek ve isteyerek uygulamak olarak tanımlamış ancak bazı ön koşulların bulunması gerektiğinden bahsetmiştir (16). Buna göre;

1. Kişi karar verme yeterliğine sahip olmalı,
2. Ötanazi konusunda aydınlatılmış olmalı,
3. Gönüllü olarak yaşamının sonlandırılmasını istemeli,
4. Kişinin tedavi edilemeyen bir hastalığı olmalı,
5. İşlemi uygulayacak kişi, hastanın durumunu ve ölmek istediğini biliyor olmalı,
6. İşlem birincil olarak hastanın yaşamını sonlandırmak için uygulanmalı,
7. İşlem şefkatli bir yaklaşımla ve kişisel kazanç gözetilmeden uygulanmalıdır.

Ötanazi ile ilgili farklı tanımlamalar yanında farklı sınıflandırmalar da söz konusudur. Bu bölümde ötanazinin uygulanış biçimine göre yapılan sınıflandırmaya yer verilecektir. Buna göre, ötanazinin iki çeşidinden söz edilmektedir:

- Aktif Ötanazi
- Pasif Ötanazi

7.3.2. AKTİF ÖTANAZİ

İyileşme olanağı bulunmayan bir hastalığa yakalanmış kişinin acılarını dindirmek amacıyla, talep üzerine - *bilinci yerinde olan ve karar verme yeterliğine sahip olan hastanın kendi isteği ile (istemli ötanazi) bilinci kapalı olan hastanın ya da küçüğün ise kanuni temsilcisinin onayı ile (istem - dışı ötanazi) hastanın varsayılan iradesine uygun olarak*- ölüme neden olan tıbbi yöntemlerin doğrudan doğruya uygulanması olarak tanımlanmaktadır (11,17,18). Direkt uygulamanın söz konusu olduğu ötanazi çeşididir. Öldürücü dozda madde enjeksiyonu aktif ötanaziye örnek olarak verilebilir.

7.3.3. PASİF ÖTANAZİ

İyileşme olanağı bulunmayan bir hastalığa yakalanmış kişinin acılarını dindirmek amacıyla, talep üzerine - *bilinci yerinde olan ve karar verme yeterliğine sahip olan hastanın kendi isteği ile (istemli ötanazi) bilinci kapalı olan hastanın ya da küçüğün ise kanuni temsilcisinin onayı ile (istem dışı ötanazi) hastanın varsayılan iradesine uygun olarak*- hastanın bir müddet daha yaşamasını sağlayan, yaşamı uzatmaya yönelik ilaçların, desteklerin kesilerek, ağrının giderilmesi dışında bir tedavi uygulanmaması, ölümün hızlandırılması olarak tanımlanmaktadır (11,17,18). Direkt olarak ölüme sebep olabilecek maddelerin verilmeyip, dolaylı bir uygulamanın söz konusu olduğu ötanazi çeşidi olarak ifade edilmektedir.

7.3.4. ÖTANAZİNİN YASAL YÖNÜ

Tıbbi müdahale, tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen fizikî ve ruhî girişimler olarak tanımlanmaktadır (19). Tıbbi müdahalenin amacı da, başka bir insan davranışı veya bedeni üzerinde olumlu bir değişiklik ya da etki yaratmak olarak ifade edilmektedir. Tıbbi müdahalenin amacı ne olursa olsun, müdahalenin yaşam hakkı ile bağdaşması ve insan onuruna uygun yapılması esastır. Bu hususla ilgili olarak, Türk Tabipleri Birliği'nin 10 - 11 Ekim 1998 tarihli 47. Genel Kurulu'nda kabul edilen Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 5. Maddesi'nde (20),

"Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin öncelikli ödevidir." denilmiştir.

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü Madde 2'de de bu durum şu cümle ile vurgulanmıştır (21):

"Tabip ve diş tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir."

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 5/d'de (4),

"Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz" denilerek, yaşam hakkı ve vücut bütünlüğünün korunması hususu sağlık hizmetlerinin sunulmasında uyulması gereken temel ilkeler arasında belirtilmiştir.

Dünyada, Hollanda, Belçika, Lüksemburg ve ABD'nin bazı eyaletleri dışında, ötanazi kural olarak çağdaş hukuk sistemlerinde yasaktır (18). Ülkemizde de ötanazi, çocuk düşürtme, organ ve doku ticareti, kısırlaştırma ve insan üzerinde deney gibi yasaklanmış müdahaleler arasında yer almaktadır (4,22). Ötanazinin, tıbbi müdahale kavramı ve amacı ile bağdaşmaması, yaşamın ve sağlığın korunması ilkelerine ters düşmesi, yasaklanmış bir müdahale olmasının temelini oluşturmaktadır. Kişinin ötanazi konusunda rızası olsa bile, ötanazinin yaşama hakkına ters düşmesi nedeniyle, bu durumda belirtilen rızanın hukuki açıdan kabul edilebilir olmayacağı belirtilmektedir (23). Nitekim yaşama hakkı kişinin üzerinde mutlak suretle tasarruf edebileceği bir hak değildir (18).

Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) ötanazi ile ilgili özel bir düzenleme bulunmamakla birlikte, ötanazi ile ilgili durumlarda kasten öldürme suçuna ilişkin hükümler (TCK Madde 81-83)[3]

[3]TCK'nin 81, 82 ve 83. maddelerinde yer alan hükümler şu şekildedir:

"**Kasten öldürme M. 81-** "Bir insanı kasten öldüren kişi, müebbet hapis cezası ile cezalandırılır.",

"**Nitelikli hâller M. 82** - [1] Kasten öldürme suçunun; **a)** Tasarlayarak, **b)** Canavarca hisle veya eziyet çektirerek, **c)** Yangın, su baskını, tahrip, batırma veya bombalama ya da nükleer, biyolojik veya kimyasal silâh kullanmak suretiyle, **d)** Üstsoy veya altsoydan birine ya da eş veya kardeşe karşı, **e)** Çocuğa ya da beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı, **f)** Gebe olduğu bilinen kadına karşı, **g)** Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle, **h)**Bir suçu gizlemek, delillerini ortadan kaldırmak veya işlenmesini kolaylaştırmak ya da yakalanmamak amacıyla, **i)** Bir suçu işleyememekten dolayı duyduğu infialle, **j)** Kan gütme saikiyle, **k)** Töre saikiyle, işlenmesi hâlinde, kişi ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası ile cezalandırılır.",

"**Kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi M. 83** - [1] Kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranışı gerçekleştirmemesi dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekir. [2] İhmali ve icrai davranışın eşdeğer kabul edilebilmesi için, kişinin; **a)** Belli bir icrai davranışta bulunmak hususunda kanunî düzenlemelerden veya sözleşmeden kaynaklanan bir yükümlülüğünün bulunması, **b)** Önceden gerçekleştirdiği davranışın başkalarının hayatı ile ilgili olarak tehlikeli bir durum oluşturması, gerekir. [3] Belli bir yükümlülüğün ihmali ile ölüme neden olan kişi hakkında, temel ceza olarak, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi

uygulanmaktadır (11,17,18,22,23). Ayrıca, iyileşme olanağı bulunmayan bir hastalığa yakalanmış hastanın ölmeyi istemesi ve ölüme sebebiyet verecek son hareketin hastaya yaptırıldığı durumlarda da TCK'nin 84. Maddesi'ne[4] göre hüküm verilebilmektedir (17,22). Letal dozdaki ilacın hastaya hekim tarafından temin edilmesi, ancak ilacı hastanın kendisinin içmesi veya enjekte etmesi[5], bu duruma örnek olarak verilebilir (16-18).

Ülkemizde ötanazinin direkt olarak yasaklanmış bir müdahale olduğunu belirten düzenlemeler de söz konusudur. Buna göre;

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 13'te (4):

"Ötanazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle ve her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez."

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü Madde 13'te (21):

"Tabip ve diş tabibi; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın hastanın arzusuna uyarak veya diğer sebeplerle, akli veya bedeni mukavemetini azaltacak her hangi bir şey yapamaz." denilmiş ve ötanazinin yasaklanmış bir uygulama olduğu belirtilmiştir.

7.3.5. ÖTANAZİNİN ETİK YÖNÜ

Tedavisi olmayan bir hastalığa eşlik eden dayanılmaz acı ve ızdırap, bu acı ve ıstırabı çeken kişi tarafından ölümün bir çıkar yol olarak düşünülmesine sebep olmaktadır. Bu durum beraberinde bazı etik tartışmaları da getirmektedir.

1981 Lizbon Bildirgesi Madde 5'de, herkesin onurlu bir şekilde ölmeye hakkı olduğu belirtilmiş olup, bu madde 1995 yılında bildirgenin gözden geçirilmesi ile değiştirilmiş ve Bali Bildirgesi'nde "Hastalar yaşamlarının son döneminde insanca bakılıp onurlu bir şekilde ölme hakkına sahiptirler." şeklinde yerini almıştır (24). Bu durum, bildirgelerde ötanaziden ziyade

---

yıldan yirmi beş yıla kadar, müebbet hapis cezası yerine on beş yıldan yirmi yıla kadar, diğer hâllerde ise on yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunabileceği gibi, cezada indirim de yapılmayabilir."

[4] TCK'nin 84. maddesinde yer alan hüküm şu şekildir: "**İntihar M. 84 -** (1) Başkasını intihara azmettiren, teşvik eden, başkasının intihar kararını kuvvetlendiren ya da başkasının intiharına herhangi bir şekilde yardım eden kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır."

[5]"Hekim yardımlı intihar" olarak da adlandırılmaktadır. Dünya Tabipler Birliği tarafından "Bir kişiye, bilerek ve isteyerek, ilaçların öldürücü dozları hakkında bilgi vermek, bu dozlarda ilaç reçete etmek veya ilaçları sağlamayı da içermek üzere, özkıyım için gerekli bilgi ve/veya araçları sağlamak." olarak tanımlanmaktadır.

hastanın acı çekmesinin giderilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına odaklı olan palyatif – destekleyici bakımın ifade edildiğini göstermektedir.

Tıp etiği temel olarak, yararlılık, zarar vermeme, özerklik ve adalet ilkelerine dayanmaktadır. Özerklik - kişinin kendi kaderini belirlemesi - ilkesi, ötanazinin savunulmasında en önemli sebep olarak karşımıza çıkmaktadır (16,25). Ancak, ötanazi açısından özerklik ilkesinin diğer etik ilkeler olan yararlılık ve özellikle de zarar vermeme ilkeleri ile ters düşmesi bu çelişkiyi gidermektedir (25). Ayrıca, bakıma muhtaç, ailesine ve belki de topluma yük olduğunu düşünen bir hastanın, kendi kaderini ölüm yönünde belirlemesinin de ne kadar sağlıklı bir karar olacağı tartışılır bir konu olarak görülmektedir (18).

Etik tartışmalar arasında, hastanın tedaviyi reddetme hakkı ile ötanazi ayrımının yapılması gerekliliği de yer almaktadır (16,18,24). Ancak, tedaviyi reddetme hakkı bir başka bölümün konusu olduğundan burada ayrıntıya girilmeyecektir. Kısaca, Dünya Tabipler Birliği'nin bu konudaki bildirgelerine değinilecektir.

Dünya Tabipler Birliği'nin Ötanazi Bildirgesi'nde (Madrid - 1987) (16,18):

"Bir hastanın yaşamını bilerek sonlandırmak olan ötanazi, hastanın ya da yakın akrabalarının istemi olsa bile, meslek ahlakına aykırıdır. Ancak hekim hastanın, terminal dönemde hastalığın doğal seyrine bırakılması isteğine saygı göstermelidir" denilmiştir.

Dünya Tabipler Birliği'nin 44. Genel Kurul'unda kabul edilen bildirgesinde de (1992) ötanazinin etik bir davranış olarak kabul edilmediği şu sözlerle ifade edilmiştir (24):

"Ötanazi gibi hekim yardımlı intihar da etik değildir ve tıp mesleğinde olanlarca asla uygulanmamalıdır. Hekimin, bir kimseye hayatını sona erdirmekte bilerek ve kararlı olarak yardım etmesi etik değildir. Ancak hastanın tedaviyi reddetmesi temel bir haktır ve hekimin hastanın bu arzusuna hürmet etmesi (ölümüne neden olsa bile) etik olmayan bir davranış sayılmaz."

Sonuç olarak, ülkemiz dahil dünyanın pek çok ülkesinde ötanazi kesin olarak reddedilirken, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra hastaların tedaviyi reddetme hakkına sahip oldukları belirtilmektedir (4,16,18,19,24).

Hekimlik mesleği her daim hastalıkların iyileştirilmesi ve hastalara faydalı olunması üzerine kurulu bir meslektir. Tıbbi müdahalenin amacı da bu doğrultudadır. Tıbbi müdahalenin amacına uygun olmayan ve en temel insan hakkı olan yaşama hakkı ile bağdaşmayan ötanazinin

kabul görmesinin hekime ve hekimlik mesleğine olan saygı ve güvenin sarsılmasına sebep olabileceği düşünülmektedir.

İyileşme ümidi olmamasına rağmen bu hastaların tedavi ve bakımı için harcanan emek ve para yine yaşama hakkının paha biçilemez olduğunun bir göstergesi olarak görülmektedir.

Yaşama hakkının üstünlüğü ve temel etik ilkelerin bu değeri vurgulaması -hangi sebeple yapılırsa yapılsın - ötanazinin etik olmadığını göstermektedir.

KAYNAKLAR:

1. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. BM Genel Kurulu'nun 10 Aralık 1948 tarih ve 217 A(III) Sayılı Kararı. URL: http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf Erişim tarihi: 14.08.2014
2. İnsan Haklarının ve Temel Özgürlüklerinin Korunmasına İlişkin Sözleşme (Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi) (Roma, 4 Kasım 1950). URL: http://www.anayasa.gov.tr/files/bireysel_basvuru/AIHS_tr.pdf Erişim tarihi: 14.08.2014
3. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Kanun No: 2709, Kabul Tarihi:7.11.1982. URL: http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm Erişim tarihi: 13.08.2014
4. Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmî Gazete Tarihi: 01.08.1998, Yayımlandığı Resmi Gazete Sayısı:23420. URL: http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-555/hasta-haklari-yonetmeligi.html Erişim tarihi: 13.08.2014
5. Mount B, Hanks G, McGoldrick L (2006). The principles of palliative care. ABC of Palliative Care Second Edition. Editörler: Fallon M. And Hanks G. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
6. Woelk C, Harlos M. Guideline for estimating length of survival in palliative patients. URL: http://palliative.info/teaching_material/Prognosis.pdf Erişim tarihi: 13.08.2014
7. Vilela LP, Caramelli P (2009). Knowledge of the definition of euthanasia: Study with doctors and caregivers of Alzheimer's disease patient. Rev Assoc Med Bras 2009;55(3):263-7.
8. The Irish Council for Bioethics. Euthanasia: Your Body, Your Death, Your Choice? URL: http://www.rte.ie/science/euthanasia_leaflet.pdf Erişim tarihi: 18.08.2014
9. Gamsız Bilgin N (2013). Ötanazi: Tanım ve Tarihçe. Lokman Hekim Journal 2013;3(2):25-31.
10. Baker R (2006). A Concise history of euthanasia: Life, death, god, and medicine (review) Bulletin of the History of Medicine, 2006;80(4):789-90. URL: https://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/bulletin_of_the_history_of_medicine/v080/80.4baker01.html Erişim tarihi: 18.08.2014
11. Besiri A (2009). Ötanazi ve Yaşam Hakkı. TBB Dergisi 2009;86:188-203.
12. Karaca S. İnsan hakları ve hasta hakları bağlamında ötanazi. URL: http://www.hukuki.net/portal_External.asp?LinkID=298&LinkName=insan%20haklar%FD%20ve%20hasta%20haklar%FD%20ba%F0lam%FDnda%20%F6tenazi&CatID=42&CatTitle=tip&URL=http://www.hukuki.net/portal_ARTICLES.asp?CATID=42&catTITLE=T%FDp Erişim tarihi: 18.08.2014

13. Türk Dil Kurumu, Ötanazi Tanımı. URL: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.53f1d35c1e0831.64349860 Erişim tarihi: 18.08.2014

14. Artuk ME, Gökçen A, Yenidünya C (2002). Ceza Hukuku Makaleleri (Birinci Baskı). İstanbul: Güven Kitapevi.

15. Bağcı O (2002). Ötenazi Konusunda Hukukçular Üzerinde Bir Anket Çalışması Maltepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2002;1(1):19-32.

16. Dünya Hekimler Birliği Etik Birimi. Çeviri: Civaner M. (2005). Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği El Kitabı. URL: http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tip_etigi.pdf Erişim tarihi: 25.08.2014.

17. Gürcan EC (2011) Ötanazi: Yaşama Hakkı Açısından Bir Değerlendirme. AUHFD 2011;60(2):255-280.

18. Özen M, Ekici Şahin M (2010). Ötanazi. Ankara Barosu Dergisi 2010;68(4):15-36.

19. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmî Gazete Tarihi: 8 Mayıs 2014, Yayımlandığı Resmi Gazete Sayısı: 28994. URL: http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508-3.htm Erişim tarihi: 13.08.2014.

20. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. URL: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=65:hekl-meslek-etkurallari&catid=4:t&Itemid=31 Erişim tarihi: 13.08.2014.

21. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, URL: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=52&Itemid=31Erişim tarihi: 25.08.2014.

22. Türk Ceza Kanunu, Kanun No: 5237, Kabul Tarihi: 26.9.2004, Resmi Gazete Tarihi: 12.10.2004, Yayımlandığı Resmi Gazete Sayısı: 25611 URL: http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=1.5.5237&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch&Tur=1&Tertip=5&No=5237 Erişim tarihi: 13.08.2014.

23. Gökçen A, Balcı M (2011). Kasten öldürme suçu (TCK. M.81). MÜHF – HAD, 2011;17(1-2):95-218.

24. Lizbon ve Bali Bildirgeleri. URL: http://www.ttb.org.tr/kutuphane/belgeler2009.pdf Erişim tarihi: 26.08.2014.

25. Sayın C (2008). Ölüm kadar uzak ama bir adım daha yakın. Tıp Hukuku ve Tıp Etiği Derneği Bülteni, 2008;6:7-9.

7.4. VESAYET, HASTA HAKKINDA KARAR VERECEK KİŞİLERİN YETKİLENDİRİLMESİ, YETKİLENDİRME BİLDİRİMİ

Av. Mithat KARA[1]
[1]İzmir Tabip Odası

7.4.1. HASTA İRADESİNİN ÖNCELİĞİ

Yaşam hakkı, kişi dokunulmazlığı hakkı, kişi güvenliği hakkı gibi kavramlar uluslararası ve ulusal mevzuat düzenlemeleri ile güvence altına alınmış temel hak ve hürriyetlerdir. Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez ve vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir. Tıbbi işlemin muhatabı olan hastanın, kendisi ile ilgili tıbbi işlemlerde söz sahibi olması, bu temel hak ve hürriyetlerin yansımasıdır.

Hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı, kendi kararını verebilecek durumda olan hastaların kendi yaşamlarına dair seçimlerini özgür iradeleriyle, her türlü müdahaleden uzak biçimde gerçekleştirebilmesini sağlamak amacıyla hukuk düzeni tarafından kabul edilen bir hasta hakkıdır (1).

Anayasamızın 90. maddesi uyarınca bir iç hukuk kuralı olarak ulusal mevzuatımızda yer alan İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi[1], sözleşmenin tarafı ülkelere, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini korumak, biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, ayrım yapmadan herkesin bütünlüğüne, diğer hak ve hürriyetlerine saygı gösterilmesini güvence altına almak görevi yüklemektedir. Bu sözleşmede, insana, hem birey hem de insan türünün bir üyesi olarak saygı gösterilmesi gerekliliğine vurgu yapılmaktadır.

Kişilik hakkı, kişinin kişisel değerlerinin tümü üzerinde geçerli mutlak haktır. Kişiye sıkı sıkıya bağlı haktır. Yasaya ve genel ahlaka aykırı olarak sınırlandırılamaz (2).

Kişinin önceliği ve dokunulmazlığı ilkesi, sağlık alanında ayrı bir önem kazanmaktadır. Sağlık hizmetine gereksinim duyan hasta üzerinde herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilecektir[2].

Kanunla düzenlenen özel haller ve tıbbi zorunluluklar dışında insanın vücut bütünlüğüne dokunulamaz, kişinin rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tutulamaz[3]. Her türlü tıbbi

[1] Biyoloji ve Tıbbin Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun, R.G.:09.12.2013-25311, Kanun No:5013
[2] İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, Madde 5
[3] TC Anayasası Madde 17

işlemde hastanın onayının alınması, büyük cerrahi işlemlerde ise onayın yazılı olması yasal bir gerekliliktir[4].

Kişinin rızası alınmaksızın, şahsiyet haklarının kapsamına giren, hayatına, sağlığına, vücut tamlığına yapılacak her türlü müdahale hukuka aykırı sayılır. Böylece hekimin hastasının rızasını alma yükümlülüğü, hastanın kendi geleceğini tayin hakkının görüntüsü olarak karşımıza çıkmaktadır (3).

Hastalıktan birinci derecede etkilenen hastanın kendisi olup, hayatı ve seçimleri kendisine teslim edilmelidir. Bu yaklaşım özgürlüğün, yaşama hakkının ve insan onuruna saygı duyulması gereğinin doğal sonucudur (1).

Karar verme yeteneğine sahip hastaların ilke olarak kendi geleceklerini belirleme hakkını gerçekleştirebileceklerine dair şüphe yoktur (1).

Kişiye sıkı sıkıya bağlı haklar konusunda kişinin iradesi ve rızası temel kural olup bu hakkın bu kişi yerine başka bir kimse tarafından kullanılması ise istisnadır. Bu çerçevede, hastanın kendi sağlığı, hastalığının teşhis ve tedavisine yönelik işlemler konusunda söz söyleme yetkisi tek başına hastaya ait bir haktır. İstisnalar dışında bu hakkın başkası tarafından kullanılması mümkün değildir.

7.4.2. HASTA ADINA BAŞKA KİŞİLERİN KARAR VERMESİ

Hastanın bedeni üzerinde bir başka kişinin tasarrufta bulunması istisnai bir uygulamadır. Bu istisnai uygulamanın gerçekleşmesi ise mevzuatta belirlenen koşulların varlığına bağlıdır.

Bir tıbbi işleme muvafakat verme yeteneği olmayan bir küçüğe yasal temsilcisinin izni ile müdahale edilebilir. Akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenle tıbbi işleme muvafakat verme yeteneği olmayan yetişkine ise temsilcisi ve kanun tarafından belirlenen kişi veya makamın izni ile müdahale edilebilir[5].

Kişilerin temel ehliyet kurallarına yer veren Medeni Kanun, tıbbi müdahaleye rıza gösterecek hastanın ehliyeti konusunda özel bir düzenleme öngörmemektedir (4).

[4] Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Madde 70

[5] İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi Madde 6, 7, 8; 1219 Sayılı Kanun Madde 70; Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 24

Yaş küçüklüğü, akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan herkesin ayırt etme gücüne sahip olduğu kabul edilmektedir.

Ayırtım gücüne sahip olma yani mümeyyiz olma; yaş küçüklüğü, akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer nedenlerle akla uygun biçimde davranamayan kişiler dışındaki herkesi kapsar. Ancak göreceli bir kavramdır. Bu yüzden varlığı ya da yokluğunun genellikle somut olaya göre belirlenmesi gerekir (5).

Ayırt etme gücü kavramını ele alan bir çalışmada, ayırt etme gücüne ilişkin şu değerlendirmelere yer verilmektedir (6):

Türk Medeni Kanunu Madde 13'te sayılan sebeplerden (yaş küçüklüğü, akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ve bunlara benzer sebepler) birinin varlığı ve var olan bu sebep yüzünden kişinin akla uygun biçimde davranma yeteneğini yitirmiş olması durumunda kişinin ayırt etme gücü yoktur. Şu halde, ayırt etme gücünü olumsuz halinden yola çıkarak tanımlayan bu hükme göre "ayırt etme gücü", kişinin akla uygun biçimde davranma, eylemlerinin neden ve sonuçlarını kavrayabilme yeteneğidir. Akla uygun biçimde davranma, bir yandan davranışın sebeplerini veya sonuçlarını doğru olarak kavramayı, diğer yandan böyle bir kavrayışa uygun davranmayı kapsar. Ancak davranma yeteneği bu şekilde olanlar ayırt etme gücüne sahiptir. Buna göre ayırt etme gücünün iki unsuru vardır: "İrade" (isteme ve istediğini yapabilme, istemediğini yapmama iradesi) ve "bilinç" ("idrak" da denilen, kişinin eylemlerinin neden ve sonuçlarını değerlendirilebilme yeteneği).

Rıza konusunda, kişinin medeni hukuktaki fiil ehliyeti veya ceza hukukundaki kusur yeteneği değil, hastanın karar verme, kavrama ve anlama yeteneği esas alınmalıdır (7).

Hastanın karar verme, kavrama ve anlama yeteneğine vurgu yapan İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinde, muvafakat verme yeteneği bulunmayan bir kimse üzerinde tıbbî müdahalenin, sadece onun doğrudan yararı için yapılabileceği; kanuna göre bir müdahaleye muvafakatini verme yeteneği bulunmayan bir küçüğe, sadece temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen makam, kişi veya kuruluşun izni ile müdahalede bulunulabileceği; küçüğün görüşü, yaşı ve olgunluk derecesinin göz önüne alınacağı düzenlemelerine yer verilmiştir. Ayrıca; akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenlerden dolayı, müdahaleye muvafakat etme yeteneği bulunmayan bir yetişkine, ancak temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen kişi veya makamın izni ile müdahalede bulunulabileceği; ilgili kişinin mümkün olduğu ölçüde izin verme sürecine

katılacağı; temsilci, makam, kişi veya kuruluşun aynı şartlarda tıbbi işlem konusunda bilgilendirileceği; tıbbi işlem için verilen iznin kişinin en fazla yararı bakımından her zaman geri çekilebileceği düzenlenmiştir.

Acil durumlarda hastanın muvafakatinin alınamadığı hallerde, hastanın sağlığı için gerekli olan müdahale derhal yapılabilecektir. Müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri varsa bu istekleri göz önüne alınacaktır.

Tıbbi müdahalede hasta veya temsilcilerinin onayını zorunlu kılan 1219 sayılı Kanun'un 70. maddesinde, her türlü işlem için hastanın, hasta küçük veya hacir altında ise veli veya vasisinin öncelikle izninin alınması gerektiği düzenlenmiştir. Hastanın veli veya vasisinin olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde işlem yapılacak hastanın kendisini ifade etme gücü olmadığı takdirde muvafakatin şart olmadığı düzenlenmiştir.

Hastanın rızası ve hasta adına karar verecek kişi ve kurumların belirlenmesi açısından Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. maddesi, özellikle 08.05.2014 tarihinde[6] yapılan değişikliklerle birlikte önemli düzenlemeler içermektedir.

Bu maddede, tıbbi müdahalelerde hastanın rızasının gerektiği, hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınacağı; hastanın velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde bu şartın aranmayacağı düzenlenmiştir.

7.4.3. VELAYET ve VESAYET KAVRAMLARI

Türk Medeni Kanunu'na göre ergin olmayan[7] her çocuk anne ve babasının velayeti altındadır. Yasal bir gerekçe olmadan velayetin anne ve babadan alınması mümkün değildir. Velayet anne ve baba tarafından birlikte kullanılmaktadır. Anne ve baba, velayet kapsamında, çocuğun bakım ve eğitimi konusunda onun menfaatini göz önünde tutarak gerekli kararları alır ve uygularlar. Anne ve baba, olgunluğu ölçüsünde çocuğa hayatını düzenleme olanağı tanırlar; önemli konularda olabildiğince onun düşüncesini göz önünde tutarlar.

[6] R.G. 08.05.2014, 28994
[7] Türk Medeni Kanunu madde 11: Erginlik, 18 yaşın doldurulmasıyla başlar

Vesayet, kanunda sayılmak sureti ile belirtilmiş olan sebeplerden (TMK Madde 405-408) birinden ötürü himaye altına alınmaları gereken ergin kişilerin fiil ehliyetlerinin mahkeme kararıyla sınırlandırılmasıdır. Bu durumdaki bir kişiye bir vasi atanacak veya ana ve babası hayatta ise onların velayeti altına alınacaktır (6).

Türk Medeni Kanunu'nun 405-408. Maddelerinde, bir kişinin vesayet altına alınmasını gerektiren gerekçeler sıralanmıştır. Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı bu gerekçelerden birisidir.

Yaşlılığı, sakatlığı, deneyimsizliği veya ağır hastalığı sebebiyle işlerini gerektiği gibi yönetemediğini ispat eden her ergin kısıtlanmasını isteyebilir (8).

Savurganlığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı veya malvarlığını kötü yönetmesi sebebiyle kendisini veya ailesini darlık ve yoksulluğa düşürme tehlikesine yol açan ve bu yüzden devamlı korunmaya ve bakıma muhtaç olan ya da başkalarının güvenliğini tehdit eden her ergin kısıtlanır. Ayrıca, bir yıl veya daha uzun süreli özgürlüğü bağlayıcı bir cezaya mahkûm olan her ergin kısıtlanır (8).

Kısıtlama kararı, ilgili kişi için yeni bir hukuki statü yaratan hukuki bir işlemdir. Bir diğer ifadeyle; kısıtlanmış olan kimsenin, kendi fiilleriyle kendi lehine hak ve aleyhine borç yaratabilme ehliyeti mahkeme kararıyla kısmen veya tamamen kaldırılmış olur. Ayrıca kısıtlama kararı diğer bir yönüyle de, ilgilinin üçüncü bir kişinin koruması altına alınması sonucunu doğurmaktadır (6).

Kısıtlama kararı, kişinin yerleşim yerindeki Sulh Hukuk Mahkemeleri tarafından verilmektedir (8).

7.4.4. HASTA ADINA KARAR VERME YETKİSİNİN KULLANIMI

Ayırtım gücüne sahip olmayan küçük ve yetişkin hastalar adına karar verme yetkisinin yasal temsilcilerinde olduğu konusunda tereddüt bulunmamaktadır. Yasal temsilci konumundaki veli veya vasinin, temsil ettiği kişi (hasta) ile ilgili yetkileri de sınırsız değildir. Türk Medeni Kanunu'na göre, veli veya vasi, temsil ettiği kişi (hasta) üzerindeki yetkisini hastanın yararına kullanmak zorundadır.

Hastanın rızasının alınamadığı, hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu

durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur.

Hastaya müdahalede bulunmanın tıbben gerekli olduğu ancak kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunabilmek hakim kararına bağlıdır.

Kanuni temsilcinin tıbbi açıdan mutlak olarak yapılması gerekli bir tıbbi müdahaleye onay vermemesi durumu, velayet ve vesayet hakkını kötüye kullanması demek olup, bu durumda hakim kararına ihtiyaç vardır.(Medeni Kanun Madde. 346, 348 ve 461, 483) (7).

Hastanın bilinçsizliği durumu uzun süreli bir durum ise bu durumda kendisine vasi atanmalıdır. (Medeni Kanun 405). Ancak geçici bilinçsizlik halinde nasıl hareket edilecektir ? Şuna dikkat etmek gerekir ki, hukuk sistemimizde, acil haller için temsilcilik gibi bir müessese bulunmamaktadır. Dolayısıyla eşin, çocukların, anne - babanın veya yakın akrabaların bilincini kaybetmiş bir hasta adına hareket etmesine yönelik bir yasal düzenleme hukukumuz da yoktur. Bu itibarla, burada hareket noktası “varsayılan rıza” olmak gerekir (7).

Bilinci kapalı hastaların karar verme kapasiteleri bulunmayacağı açıktır. Bu durumda hastalar açısından gerekli tedaviye kimin tarafından karar verileceği ve hekimin bu hastalara ne oranda müdahale edebileceği sorununu ortaya çıkarmaktadır. Bilinci kapalı hastalar temelde küçükler veya akıl hastalarıyla aynı kategoride olmakla birlikte, farklılık acil durumlarda ortaya çıkmaktadır. Acil durum zaman kaybetmeden müdahalelerin yapılmasının gerekli olduğu durumlardır. Bu durumda hekim inisiyatifi ele alarak derhal karar vermek ve karar veremeyecek durumda olan hastanın yaşamını kurtarmak veya sağlığı için ciddi, çok yakın bir tehlikeyi ortadan kaldırmak amacıyla uygun gördüğü tedaviyi uygulayabilmektedir (1).

Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınmak zorundadır. Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir.

KAYNAKLAR:

1. Tacir H (2011). Hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı. 1.Baskı, İstanbul, Oniki Levha Yayıncılık
2. Savaş H (2012). Tıbbi malpraktis ve komplikasyondan doğan sorumluluklar. Sağlık Hukuku Makaleleri, İstanbul
3. Tümer AR (2003). Cerrahi ve aydınlatılmış onam. Ankara Cerrahi Dergisi 2003;5:1-21
4. Deryal Y (2012). Sağlık Hukuku Problemleri, 1.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık
5. Polat O (2005). Tıbbi Uygulama Hataları, 1.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık
6. Eşsiz ÖÖ (2012). Demansın hukuki boyutları. İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hukuk Yüksek Lisans Programı (İnsan Hakları Hukuku) Yüksek Lisans Tezi URL: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=7d53ed97e31a8bd3a2299a654f55713152ba5abd22d40ccc8a28de2c6c8e6409302abf80dad40930 Erişim tarihi: 01.10.2014
7. Hakeri H (2012). Tıp hukuku, 5.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık
8. Şahin E (2010). Açıklamalı, içtihatlı, uygulamalı, gerekçeli sulh hukuk davaları. 2.Baskı, Ankara, Adalet Yayınevi

7.5. TIBBİ VASİYET

Prof. Dr. Gökhan AKBULUT[1]
[1] İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi

7.5.1. TANIM

Hastanın kronik hastalığının tedavisinin herhangi bir aşamasında, yeterliliğini kaybettikten sonra kendisine nelerin yapılmasını istediği ya da istemediği ile ilgili sözlü, yazılı ve tanıklı dilek bildirmesidir. Advanced health care directive, livingwill, advance decision, personnel directive isimleri ile İngilizce literatürde geçmektedir.

Yaşam sonu planlaması aşağıdakileri içermelidir:

1. Bakımın amaçları neler olmalı ? (Nasıl bir tedavi, nereye kadar)
2. Yaşamınızın son günlerini nerede geçirmek istersiniz ? Hastanede, palyatif bakım merkezinde, destek evinde, evde?
3. Yaşamınızın son döneminde ne tür tedaviler almak ya da almamak istersiniz ?
4. Ne tipte palyatif bakım ve destek evi bakımı almak istersiniz? (Beslenme, bakım, respiratuvar, dini, psikolojik, hukuksal vb.)

Tıbbi vasiyet aşağıdakileri içermelidir:

Eğer hasta ölüyorsa ya da kalıcı olarak bilinç kaybı oluşmuş ise, tıbbi vasiyet hastanın hangi tedavileri istediğini belirtir. Hasta tıbbi tedaviyi kabul ya da reddedebilir. Aşağıdaki konularda direktifler verebilir:

1. Suni solunum cihazı ve diyalizin kullanılması ya da kullanılmaması
2. Kardiyak atım ya da solunum durduğunda yeniden canlandırma işleminin yapılması ya da yapılmaması
3. Tüp ile besleme yapılması ya da yapılmaması
4. Organ bağışı

7.5.2. GEREKÇE

Amerika Birleşik Devletleri'nde ölümlerin %25-55'i sağlık hizmeti verilirken olmaktadır. Pek çok çalışma göstermiştir ki; ölüm sürecinde yapılan faydasız ve aşırı medikal tedavi gereksiz uzamaya, ağrıya, maliyetlerin artmasına, hasta ve ailesinin bunaltıcı ve üzücü bir dönem yaşamasına neden olmaktadır. Aşırı tıbbi tedaviler sonucunda yaklaşık olarak 2 milyon Amerikalı bakım evlerinde yaşamak zorunda kalmakta, 1,4 milyon Amerikalı sadece beslenme tüpü ile yaşamını idame ettirmekte, 30.000 Amerikalı ise kalıcı bitkisel hayat ve koma durumunda hayatta tutulmaktadır. Aileler açısından bakıldığında, yine Amerika'da yapılan ulusal bir çalışmaya göre,

bu tür hastaların ailelerinin %20'sinde aileden en az bir kişi işini bırakmak zorunda kalmakta, %31'i birikimlerinin tamamı ya da tamamına yakınını kaybetmekte (%96'sının sosyal güvencesi olmasına karşın), %20'si ise gelirlerini kaybettiklerini dile getirmektedirler. Bu çalışmalar, insanların %70-95'inin kötü prognoz durumunda, yaşamlarını gereksiz uzatacak, faydasız ve aşırı tedavileri reddetmek isteyebileceklerine işaret etmektedir. Bu konuda ülkemizde farkındalık düzeyi düşüktür. Ancak ülkemizin nüfus ve aile yapısı giderek değişmekte, yaşlı nüfus artmakta, gelişen tıbbi olanaklar sebebiyle, evde ve hastanede palyatif bakım ihtiyacı duyan hasta sayısı artmaktadır.

7.5.3. YASAL DAYANAK

Hasta Hakları Anayasası olarak da kabul edilen Avrupa Konseyi Biyotıp Sözleşmesi, biyoloji ve tıbbın uygulanması bakımından insan hakları ve insan haysiyetinin korunmasını güvence altına alır ve Türkiye bu sözleşmeyi imzalamıştır. (İmza: Oviedo, 04.04.1997, TBMM Onayı: 03.12.2003 Yürürlük: RG, 09.12.2003, 25311). Bu sözleşmenin 9. maddesi tıbbi vasiyet hakkını tanır.

7.5.4. DÜNYADA DURUM

Tıbbi vasiyet, ilk defa Amerika'da 1969 yılında bir aktivist avukat LuisKutner tarafından ortaya atılmış ve 70'li yıllardan itibaren Amerika, Avustralya'da ve Avrupa ülkelerinde uygulanmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde Başkan Barrack Obama ve eşi Michelle dahil olmak üzere nüfusun %41'i kendi tıbbi vasiyetlerini imzalamışlardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde üçüncü. kez düzenleme yapılmıştır. Beş dilek (five wishes) kavramı geliştirilmiştir. Bunlar:

Dilek 1: Kişi, ben yapamaz hale geldiğimde, benim için medikal bakım kararı verecek kişi

Dilek 2: Medikal tedavi biçimi, hangi tedaviyi kabul ya da reddediyorum

Dilek 3: Arzuladığım yaşam konforu, ağrı, temizlik, banyo vs.

Dilek 4: Benimle insanlar nasıl ilgilensin. Evde kalmak mı istiyorum, insanlar sadece yatağımın başında dua mı etsinler vs.

Dilek 5: Sevdiğim kişilere söylemek istediklerim, dargınlıklar, kırgınlıklar, affetme, bağışlama, kendimi bağışlama ve affettirme, özür dileme, nasıl hatırlanmak istiyorum, nasıl bir cenaze töreni istiyorum…

Bu ülkelerde, advance will, livingwill, tıbbi vasiyet ile ilgili dökümanlar hekim ve hastaların kolayca ulaşabilecekleri alanlarda bulunmaktadır ve teşvik edilmektedir.

7.5.5. TANIKLIK ve İMZALAMA

Bütün bu isteklerle ilgili tercihen yazılı ve tanıklı belgelerin bulunması ve imzalanması gereklidir.

7.5.6. DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN ÖTANAZi ve TIBBİ VASİYET İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ

Dünya Tabipler Birliği'nin Ekim 1987'de İspanya'nın Madrid kentinde yapılan 38. Dünya Tıp Toplantısı'nda kabul edilen "Ötanazi Bildirgesi"nde "Bir hastanın yaşamının bilerek sonlandırılması eylemi olan ötanazi, hastanın kendisinin ya da yakın akrabalarının isteği ile gerçekleştirilse bile etik değildir. Bu durum, hekimin, hastanın doğal ölüm sürecine izin verilmesi, durumunun hastalığın terminal evresinde izlenmesi yönündeki isteğine saygı duymasına engel değildir" şeklinde yer almıştır.

Dünya Tabipler Birliği'nin Eylül 1992'de İspanya'nın Marbella kentinde yapılan 44. Dünya Tıp Toplantısı'nda kabul edilen Hekim Yardımlı İntihar Üzerine Bildirgesi de, benzer biçimde aşağıdaki saptamayı yapmaktadır, "Hekim yardımlı intihar da, ötanazi gibi etik değildir ve hekimlik mesleğince kınanması gerekir. Hekimin yardımı, bilerek ve isteyerek, bir bireyin kendi yaşamını sona erdirmesini sağlamaya yönelikse, hekim etik olmayan bir davranış içinde demektir. Bununla birlikte, tıbbi tedavinin reddedilmesi hakkı temel bir hasta hakkıdır ve hekimin bu tür bir isteğe saygı göstermesi, hastanın ölmesine neden olsa bile etik olmayan bir davranış değildir."

7.5.7. SONUÇ

Tıbbi vasiyet, (Advance directive, Advance will) ülkemizin en yüksek temsil organı Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından kabul edilen Avrupa Konseyi Biyotıp Sözleşmesi 9. maddesinde yer almaktadır. Ancak, hem hekimler hem de hastalar tarafından yeterince bilinmemekte bazen de yanlış anlaşılmaktadır. Kişinin bilinci yerindeyken, ileride geri dönülemez bir yola girdiğinde ve bilincini kaybettiğinde, kendisine ne tür tedavilerin yapılmasını ya da yapılmamasını kişinin hür iradesine bırakır. Ölüm biçimine, kişinin kendisinin karar vermesi en temel insan hakkıdır. Konu ile ilgili önyargıların giderilmesi için toplum önünde konunun uzmanlarınca tartışmaya açılması ve bilgilendirici sunumlar yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı:23420.
2. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından Hasta Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi, Resmi Gazete, Tarih: 20.04.2004; Sayı:25439.
3. Aydın E (2003). Hasta hakları ve terminal dönem. Yoğun Bakım Dergisi 2003,3 (1);37-42.
4. Living Wills and Powers of Attorney for Health Care: An Overview. Nolo.com. Retrieved 2014-03-08. Tech Companies Take Aim At Death. Huffington Post. 2013-06-13.
5. Docker C. Advance Directives / Living Wills in: McLean SAM, Contemporary Issues in Law, Medicine and Ethics Dartmouth 1996
6. Childress J (1989). Dying patients. Who's in control? Law, Medicine & Health Care. 1989;17(3):227-228.
7. Choice in Dying (now: Partnership in Caring). Choice in dying: an historical perspective. CID 1035-30th Street, N.W. Washington, DC. 2007
8. Current TV: News Video Clips & Current News Articles A Third of Americans Die in Hospitals, Study Finds September 24, 2010.
9. Callahan D (1983). Setting Limits Simon & Schuster.
10. SUPPORT Investigators (1995). A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). Journal of the American Medical Association. 1995;274(20):1591-1598.
11. Lubitz J; Riley GF (1993). Trends in Medicare payments in the last year of life. New England Journal of Medicine. 1993;328:1092-1096.
12. Scitovsky AA (1994). The High Cost of Dying, Revisited. Milbank Quarterly. 1994;72(4):561-591.
13. American Medical Association (1991). Guidelines for the appropriate use of do-not-resuscitate orders. Council on Ethical and Judicial Affairs. Journal of the American Medical Association. 1991;265(14):1868-1871.
14. McGrath RB (1987). In-house cardiopulmonary resusicitation -- after a quarter of a century. Annals of Emergency Medicine. 1987;16:1365-1368.
15. Wilkkes, JL (1996). Nursing home nightmares. USA today. August 20, 1996. 11A.
16. US Congress, Office of Technology Assessment. Life-Sustaining Technologies and the Elderly. OTA-BA-306. Washington, DC: US Gov't Printing Office. July, 1987.
17. American Academy of Neurology (1995). Practice parameters: Assessment and management of patients in the persistent vegetative state: Summary statement. Neurology. 1995;45(5):1015-1018.
18. Covinsky, KE; Goldman, L; Cook, EF; et al (1994). The impact of serious illness on patient's families. Journal of the American Medical Association. 1994;272(23):1839-1844.
19. Heap, MJ; et al (1993). Elderly patients' preferences concerning life support treatment. Anaesthesia. 1993;48:1027-1033.
20. Patrick, DL; et al (1994). Measuring preferences for health states worse than death. Medical Decision-Making. 1994;14:9-19.
21. Kutner, L (1969). The livingwill: a proposal. Indiana Law Journal, 1969;44 (1):539-554.
22. Robert Wood Foundation. five wishes: an easy advance directive promotes dialogue on end-of-life care,
23. I am breathing-ALS ile yaşamak belgeseli.http://turkals.wordpress.com/category/belgesel/ Erişim tarihi: 24.12.2014
24. Palyatif Bakım, Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu. Edit. Akçicek F, Akbulut G, Fadıloğlu Ç. 2013.URL: http://mavilotus.org/yasli-bakimi/calistay-raporu/ Erişim tarihi: 24.12.2014

7.6. TEDAVİDEN KAÇINMA – SONLANDIRMA - DURDURMA RESÜSİTASYON – DO NOT RESUSCITATE (DNR)

Prof. Dr. Ekin Özgür AKTAŞ[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir

7.6.1. TEDAVİDEN KAÇINMA, SONLANDIRMA, DURDURMA

Palyatif bakım hastalarında önemli sorunlardan biri de tedaviden kaçınma, tedaviyi sonlandırma kararı alınması ve tedavinin durdurulmasıdır. Hekim ve diğer sağlık personeli açısından bu tür durumlar ile karşılaşma etik yükümlülükler, insani duygular ve hukuksal sorumluluklar karmaşası yaratmaktadır.

Hasta Hakları Yönetmeliği, hastanın özerkliği ve tedavide bedeni ile ilgili karar hakkı olduğunu özelikle vurgulamaktadır. Bu nedenle bazı çok özel durumlar hariç olmak üzere bedene müdahale ilgili kişinin geçerli rızası olmaksızın mümkün değildir. Geçerli rıza olmaksızın yapılan müdahale, tıbbi girişimin hukuka uygunluk şartlarından önemli birinin ihlali anlamına geldiği için etik ve yasal sorumluluk doğurur.

Tıbbi müdahalenin doğası gereği yararlı bir tıbbi girişim ve bakım hizmet veren sağlık personelinin çaba, gayret ve özeni yanında hastanın da istek ve katılımı ile mümkün olur. Hastanın istemediği, önerilere uymadığı ve aktif katılmadığı hiçbir tedavi ve bakım çabası başarıya ulaşamaz. Bu nedenle, palyatif bakımda da sağlık personeli ile hasta ve yakınları arasında sıkı bir işbirliği ve güven olmalıdır.

Palyatif bakımda tedaviden kaçınma kararlarını zorlaştıran bir diğer konu, hastanın değişik sebeplerle kendi hakkında gerçekçi karar veremeyecek durumda olmasıdır. Hastalık bulguları nedeniyle psikolojik etkilenme yaşayan özellikle ağır depresyondaki hastalar, bilinci kapalı hastalar, yeterli sosyal ve ekonomik desteğin sağlanamadığı olgular, ileri kanser evresinde görüldüğü gibi ağır ağrı ve diğer semptomlar gösteren olgular, demans (bunama), Alzheimer gibi mental durumu ağır şekilde etkileyen hastalıklarda olguların içinde bulundukları durumun etkisi ile kendileri hakkında gerçekçi ve doğru karar verebilmelerinin zor olduğu durumlar sıklıkla karşılaşılan durumlardır. Bu durumlarda hastanın kendisi karar veremeyecek durumda ise karar

için başvurulan yasal yetkilinin (vasi gibi) hastanın yararına yetkilerini kullanması gereklidir. Ancak değişik sebepler ile (örn. bakım ve tedavinin masraflı olması, hastaya bakım vermenin sosyal ve fiziki yük getirmesi, vb) bu kişilerin kararlarının da hasta yararına olmaması söz konusu olabilmektedir.

Yukarıda sayılan sebepler ile hasta veya yakınlarının tedaviden kaçınması, sonlandırma veya durdurma istekleri söz konusu ise öncelikle kararı olumsuz etkileyen faktörlerin giderilmesine çalışılmalı, hasta ve yakınlarına gerekli sosyal, ekonomik ve tıbbi desteğin verilmesi için ilgili kurumlar ile iletişime geçilmeli ve özellikle kötü niyetli kaçınma söz konusu ise durum adli makamlara bildirilmelidir.

Önemli olan bir diğer konudan da burada kısaca bahsetmek gereklidir. Palyatif bakım genellikle uzun süreli ve masraflı bir bakım hizmetidir. Bu bakıma ihtiyaç duymayı gerektiren hastalık ve durumların çoğu hastalarda ciddi engellilik yaratan sebepler arasındadır. Bu nedenle özellikle yeterli ekonomik ve sosyal desteğe ihtiyaç duyan olguların engellilik açısından değerlendirilmesi, raporlandırılması ve engelli bireylere tanınan haklar çerçevesinde ekonomik ve sosyal imkanlardan yararlandırılması mümkündür. Bu tür olgular ile sık karşılaşan sağlık personelinin bu konuda bilgilendirilmesi hastaların uygun şekilde yönlendirilmesi ve uygun desteği almalarının sağlanması açısından çok önemlidir.

Her ne kadar Hasta Hakları Yönetmeliği tedaviyi red ve durdurma hakkını tanımış olsa da[1], aynı yönetmelikte açık ve net bir şekilde ötanazi yasağı getirilmiş olması nedeniyle[2] tedaviyi durdurma ve red kararının hastanın yaşamını tehlikeye sokacak bir sonuç riski taşımaması gereklidir. Bu nedenle, özellikle hastanın yaşamı üzerinde ciddi risk oluşturabilmesi mümkün red veya tedaviyi durdurma kararlarının Hasta Hakları Yönetmeliğinde yer alan "tedaviyi reddetme veya durdurma" hakkı çerçevesinde değerlendirilmesi mümkün değildir.

7.6.2. RESÜSİTASYON ve DO NOT RESUSCİTATE (DNR)

[1] Hasta Hakları Yönetmeliği "Tedaviyi Reddetme ve Durdurma **Madde 25-** Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir. Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz."

[2] Hasta Hakları Yönetmeliği "Ötenazi Yasağı **Madde 13-** Ötenazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez."

Palyatif bakım hastalarında sağlık personeli açısından diğer sıkıntılı bir durum ağır ve geri dönülemez hastalıkları olan hastalarda resüsitasyon verilip verilemeyeceği konusudur. Öncelikle yaşam hakkı en kutsal ve hukuken üstün değerdir. Bu nedenle yaşamın korunması ve uzatılması için gereken tüm müdahalelerin yapılması hekimlerin mesleki, etik ve yasal sorumluluklarından ilkini oluşturur.

Palyatif bakım hastaları da etiyolojik neden ne olursa olsun sağlık bakımına ihtiyaç duyan hasta grubudur ve bunlara tıbbi yaklaşımında etik ve yasal yönden diğer hastalara yönelik müdahalelerden farklı olmaması gereklidir.

Ülkemizde mevcut yasal düzenlemeler değerlendirildiğinde palyatif bakım hastalarının ihtiyaç duydukları resüsitasyon verilmemesi ve "resüsitasyon yapılmasın" kararı alınması ciddi yasal sorumluluk doğurmakta ve ağır ceza gerektirmektedir[3].

[3] Hekim ve diğer sağlık personelinin hastaya gerekli acil ve ilk yardımda bulunmaması Hasta Hakları Yönetmeliğinin 13. maddesinde yer alan "Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez." İlkesine aykırı olduğu gibi Ceza Kanunun 83. maddesinde yer alan "Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla İşlemesi" suçu ile de suçlanmaya neden olabilir.

7.7. TEDAVİYİ REDDETME HAKKI, ÖLÜM VE HUKUKİ BOYUTU

Yrd. Doç. Dr. Ahsen KAYA[1]

1Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir

Tedaviyi reddetme hakkı, tıp etiğinin temel ilkelerinden biri olan özerklik ilkesine dayanmaktadır. Özerklik, kişinin özgürce seçimlerini yapabilmesi, bu yönde hareket edebilmesi ve kendi geleceği konusunda karar verme hakkına sahip olmasıdır (1). Bir başka deyişle, "irade özerkliği" olarak da tanımlanan özerklik ilkesine göre, kişinin kendi değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda bedenine ve sağlığına yapılacak tıbbi girişimlere karar verme hakkı bulunmaktadır (1,2). Kişinin özerk kararlarına olan saygı, karardan tüm etkilenenlerin özerkliğine zarar vermeme noktasında sınırlandırılmaktadır (2).

Genel olarak, kişinin uygulanacak tıbbi müdahale ile ilgili olarak uygun bilgilendirmeye rağmen rızasının olmaması müdahalenin yapılmasına engel teşkil etmektedir. Rıza, "kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesi" olarak tanımlanmakta olup, tıbbi bir müdahalenin uygulanabilmesi için hastanın rızasının olması[1] temel koşullardan biridir (3,4). Rızanın bilgilendirme sonrasında alınması gerekmekte olup, bilgilendirme yapılmadan alınan rıza geçersiz sayılmaktadır. Bu nedenle, bilgilendirme kapsamında nelerin hastaya anlatılması gerektiği, Hasta Hakları Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te ayrıntılı olarak belirtilmiştir (3). Buna göre hastanın; hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, tıbbi müdahalenin kim tarafından, nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, diğer tanı ve tedavi seçenekleri, bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, muhtemel komplikasyonları, tedaviyi reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskler, kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri ile gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği hususlarında bilgilendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (3).

[1] Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'in 6. Maddesi ile Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. Maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir:

"Madde 24 – Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir"

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17.maddesinde de;

"Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz." denilerek istisnai durumlar dışında rızası olmayan bir kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı vurgulanmaktadır (5).

Kişinin yapılması planlanan tedaviye, *"rıza göstermeme"* diğer bir ifadeyle, *"tedaviyi reddetme"* hakkı bulunduğu, Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 25'te şu şekilde yer almaktadır (6);

"Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir…"

Dünya Tabipler Birliği'nin 1987 tarihli Madrid Ötanazi Bildirgesi'nde, ötanazinin etik olmadığı, ancak hastanın tıbbi müdahaleyi reddetme hakkına saygı göstermek gerektiği belirtilmektedir (4,7). Terminal dönem hastalıklarla ilgili Venedik Bildirgesi'nde de (1983), hastanın onamıyla tedavinin sona erdirilebileceği ifade edilmiştir (8). Bu durum, Dünya Tabipler Birliği Amsterdam Kongresi'nde (28-30 Mart 1994) karara bağlanan Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi'nde de aşağıdaki cümlelerle vurgulanmıştır (9);

"Hastanın bilgilendirilmiş onayı herhangi bir tıbbi girişimin ön koşuludur. Hasta tıbbi girişimi reddetme veya durdurma hakkına sahiptir. Reddedilen veya durdurulan tıbbi girişimin getireceği sonuçlar hastaya dikkatli bir şekilde açıklanmalıdır."

Tedaviyi reddeden kişinin rıza vermeye yeterliği konusu da önemlidir. İlgili yönetmelikte yeterlik *"Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan onay verenin önerilen tıbbi müdahalede karşılaşabileceği ya da reddettiğinde doğabilecek sonuçları makul bir şekilde anlama ve değerlendirme yeteneğine sahip olma hali"* olarak tanımlanmaktadır (3). Buna göre, ancak yeterli kabul edilen bir hastanın kendi geleceğini belirleme ve tedaviyi reddetme hakkı söz konusudur (2,4,7,10). Hekimin ödevi de, yeteri ölçüde bilgilendirilmiş, karar verme yeterliği konusunda kuşku bulunmayan, karar verirken baskı, tehdit ve aşırı telkin altında olmayan hastasının kararına saygı duymaktır (2).

Konuya ölümcül bir hastalığı olan kişinin yaşamını uzatma olasılığı olan bir tedaviyi reddetmesi ya da durdurmak istemesi, bir başka ifadeyle, hekim tarafından önerilen yaşam uzatıcı tedaviye rıza gösterilmemesi açısından baktığımızda, tedaviyi reddetme hakkı farklı bir boyut kazanmaktadır.

Türk Ceza Kanunu Madde 26/2'de hakkın kullanılması ve ilgilinin rızası ile ilgili olarak,

"Kişinin üzerinde mutlak surette tasarruf edebileceği bir hakkına ilişkin olmak üzere, açıkladığı rızası çerçevesinde işlenen fiilden dolayı kimseye ceza verilmez." denilmiştir (11).

Türk Ceza Kanunu Madde 26/2'de, kişinin üzerinde mutlak surette tasarruf edebileceği bir haktan söz edilmekte olup; yaşama hakkı, kişinin sahip olduğu ve üzerinde serbestçe tasarruf edebileceği hukuksal bir değer olarak görülmemektedir (7). Bu nedenle, tedavinin reddedilmesinin ölümle sonuçlanabileceği acil durumlarda, yaşamın vazgeçilemeyecek bir değer olduğunun göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Vazgeçilmezlik (ya da devredilmezlik) özelliği yaşam hakkının, hiçbir koşulla ve yolla vazgeçilemeyen, devredilemeyen ve feragat edilemeyen bir hak olması anlamına gelmektedir (12,13). Ayrıca yukarıda açıkça belirtildiği gibi hem Anayasamızda "*Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında"* denilerek, hem de Hasta Hakları Yönetmeliği'nde "*Kanunen zorunlu olan haller dışında"* denilerek gecikmeksizin tıbbi müdahalede bulunulmadığı takdirde hastanın ölmesi ya da sağlık yönünden ağır bir zarara uğramasının söz konusu olduğu durumlarda, rıza olmaksızın müdahalede bulunulabileceği belirtilmektedir (5,6). Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 6. maddesinde de *"Hastanın rızasının alınamadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir."* denilmiştir (3). 8 Mayıs 2014 tarihinde yapılan bu düzenleme ile yaşama hakkının biraz daha ön plana çıkarıldığı ve rıza aranmadan yapılabilecek müdahale kavramının genişletildiği görülmektedir.

Yukarıda belirtilen özellikleri taşımayan -acil bir tedavi gerektirmeyen, bir organ ya da fonksiyon kaybının söz konusu olmadığı- hastalar için tedavi reddi hakkı her zaman söz konusudur (14). Ancak hastanın hastalığı ve tedaviyi reddi sonucunda ortaya çıkabilecek riskler konusunda bilgilendirilmiş olması gerekir (4,7). Hastanın tedavi reddi nedeniyle meydana gelebilecek zararlar konusunda bilgilendirildiğinin yazılı olarak belgelenmesi önerilmektedir (3,6). Bu durum, ileride doğabilecek hukuksal sorunlarda hekim için bir dayanak teşkil edecektir (14). Tedavi reddine rağmen tedaviye devam edilmesi de cezai sorumluluğu gerektirebilmektedir (7).

Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayamayacak durumdaki hastalar da söz konusudur. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te ve Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi'nde, bu tür durumdaki kişilerin tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış oldukları istekleri söz konusu ise, bu isteklerinin göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmektedir (3,4). Bu hastalar için yasal temsilci atanması durumu söz konusu olup, yetkili kılınan kişinin hastanın bilinci yerinde olsaydı nasıl karar vereceğini ve objektif olarak hastanın iyiliğinin neyi gerektirdiğini değerlendirmesi ve buna göre karar vermesi gerektiği ifade edilmektedir (4,7).

Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda da, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi önerilmektedir (3).

Bu konuda özel olarak üzerinde durulması gereken diğer bir grup da çocuklardır. Çocuklar, yaşlarının küçüklüğü nedeniyle önerilen tıbbi müdahalelerde karşılaşabilecekleri ya da reddettiklerinde doğabilecek sonuçları makul bir şekilde anlama ve değerlendirme yeteneğine sahip olmadıklarından yeterli sayılmamaktadırlar (3). Hastanın bir çocuk olduğu durumda, anne-baba karar verme yetkisine sahiptir (7). Anne-baba çocuğun tedavisinin durdurulmasını istiyor ancak tıbbi müdahalede bulunulması tıbben gerekli ise, çocuğun menfaatinin gözetilmesi öncelik taşımakta olup, mahkeme kararı ile çocuğun yararına olacak müdahalenin yapılması kararı[2] alınmaktadır (3,7,15). Çocuklar için acil müdahale ile organ veya fonksiyon kaybının söz konusu olduğu durumlarda da, erişkinlerde olduğu gibi, rıza aranmadan müdahalenin yapılması gerektiği belirtilmektedir (3).

[2] Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'in 6. Maddesi ile Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. Maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir:

"Madde 24 – …Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır.

Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346 ncı ve 487 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır."

Sonuç olarak, ölümcül hastalığı olan bir kişi -ister çocuk, isterse de erişkin olsun- hekim, hastanın kişiliğine, dinine, kültürel kökenine, psikolojik yönelimine, yaşına ve hastalığa bağlı tüm belirti ve bulgulara bağlı olarak değişkenlik gösteren bir yas tablosuyla karşı karşıyadır (2). Tedavi konusunda bilgi veren hekimin bu unsurları göz önünde bulundurması önemlidir. Bu unsurların göz önünde bulundurulmaması tedavinin reddinde önemli bir faktör olup, bunun yanında hasta-hekim iletişim sorunları, güven sorunları, fizyolojik ve fizyopatolojik etkenler, tedaviden beklenen yararın düşük, risklerin yüksek ve sonuçların kötü olması gibi özellikler ile diğer (saygın bir biçimde ölme isteği, inançlar vs.) nedenler tedaviyi reddetme nedenleri arasında sayılmaktadır (2,16).

Her ne kadar bazı yazarlarca "hasta, ölüm neticesini meydana getirecek bile olsa, bilinci yerinde olduğu ve rıza vermeye yeterli olduğu sürece tedaviye başlanmamasını veya yarıda kesilmesini isteyebilir" denilse de (4,7,17,18), yaşamsal önemde bir tedavinin reddi, özerkliğe saygı ilkesi ve yaşama hakkı arasında çelişki yaratmaktadır (10,19). Bu nedenle, yaşamın korunması ve yaşama hakkının vazgeçilmezliği hususlarının göz önünde bulundurularak, dengenin iyi kurulması gerekmektedir. Aksi takdirde, ülkemizde yasaklanmış bir uygulama olan ötanazinin (burada özellikle pasif ötanazinin) söz konusu olabileceği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Ersoy N, Aydın E (1994). Tıbbi Etik'te "Özerklik" ve "Özerkliğe Saygı İlkesi" T Klin Tıbbi Etik 1994:(2);71-74.
2. Kalaça C (1994). Tıbbi girişimi reddeden hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara. URL: http://www.ttb.org.tr/eweb/aclik_grevleri/tez.pdf Erişim tarihi: 14 Eylül 2014.
3. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmî Gazete Tarihi: 8 Mayıs 2014, Yayımlandığı Resmi Gazete Sayısı: 28994. URL: http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508-3.htm Erişim tarihi: 13Ağustos 2014.
4. Dünya Hekimler Birliği Etik Birimi. Çeviri: Civaner, M (2005). Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği Elkitabı. URL: http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tip_etigi.pdf Erişim tarihi: 25 Ağustos 2014.
5. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Kanun No: 2709, Kabul Tarihi:7.11.1982. URL: http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm Erişim tarihi: 13 Ağustos 2014.
6. Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmî Gazete Tarihi: 01.08.1998, Yayımlandığı Resmi Gazete Sayısı:23420. URL: http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-555/hasta-haklari-yonetmeligi.html Erişim tarihi: 13 Ağustos 2014.
7. Özen M., Ekici Şahin M (2010). Ötanazi. Ankara Barosu Dergisi. 2010;68(4):15-36.

8. Venice Declaration on Terminal Illness, Handbook of Declarations. The World Medical Association, Inc. May, 1992

9. Deryal Y. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartı olarak hastanın rızası. URL: http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/riza2.htm Erişim tarihi: 13 Eylül 2014.

10. Yıldız M (2004). Tez Danışmanı: Turhan F. 2004. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'ne göre yaşam hakkı ve sınırları. Yüksek Lisans Tezi, Isparta.

11. Türk Ceza Kanunu, Kanun No: 5237, Kabul Tarihi: 26.9.2004, Resmi Gazete Tarihi: 12.10.2004, Yayımlandığı Resmi Gazete Sayısı: 25611 URL: http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=1.5.5237&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch&Tur=1&Tertip=5&No=5237 Erişim tarihi: 13 Ağustos 2014.

12. Gürcan EC (2011). Ötanazi: Yaşama hakkı açısından bir değerlendirme. AUHFD, 2011;60(2):255-280.

13. Sayın C (2008). Ölüm kadar uzak ama bir adım daha yakın. Tıp Hukuku ve Tıp Etiği Derneği Bülteni, 2008;6:7-9.

14. Dedeağaç E. Hasta hakları açısından hekimin sorumluluğu. URL: http://www.inisiyatif.net/document/71.pdf Erişim tarihi: 13 Eylül 2014.
15. Türk Medeni Kanunu. URL: http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.4721&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch = Erişim tarihi: 13 Eylül 2014.

16. Appelbaum PS, Roth LH (1983). Patients who refuse treatment in medical hospitals. JAMA 1983;250(10):1296-301.

17. Güven K.(2000). Kişilik Hakları ve Ötanazi. Ankara, 2000.

18. Gürkan M, Şendur KU. Ötenazi.URL: http://www.prizmahukuk.com/files/Otenazi.pdf Erişim tarihi: 13 Eylül 2014.

19. Kleinman I (1991). The right to refuse treatment: Ethical considerations for the competent patient. Can. Med. Assoc. 1991;144(10):1219-22.

=8=

KRONİK HASTALIKLARDA PALYATİF BAKIM

Bölüm Editörü

Prof. Dr. Harun AKAR

8.1. SON DÖNEM KALP YETMEZLİĞİ

Uzm. Dr. Sibel DEMİRAL SEZER[1]

[1]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği

Kalp yetersizliği, normal dolum basınçlarına rağmen, kalbin dokuların metabolik ihtiyaçlarını karşılayacak ölçüde oksijen sunamamasına yol açan, kardiyak yapısal veya işlevsel bozukluklar şeklinde tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre kalp yetmezligi; kalp hastalığına eşlik eden nefes darlığı ve yorgunluk sendromu olarak tanımlanır. Kalp yetmezliğinin başlıca belirtileri; solunum sıkıntısı, yorgunluk, vücutta sıvı birikimi (sıvı retansiyonu), bilişsel ve fonksiyonel sınırlılıklardır.

Toplumun gittikçe yaşlanması, kronik hastalıkların oranında artışa neden olmuştur. Hipertansiyon, dislipidemi, diyabetes mellitus v.b. hastalıkların toplumda görülme sıklığının artması ve iskemik kalp hastalıklarının son dönem tedavi seçenekleri ile yaşam süresinin artması da kalp yetmezliği insidansını arttırmaktadır. Kalp yetmezliği insidansı ve prevalansı artarken, mortalitesi de artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri verilerine göre 65 yaş ve üstü hastalarda kalp yetmezliği tanılı hasta oranı %6-13'tür. Kalp yetmezliği tanılı hastaların, hastaneye yatış oranlarında da artış saptanmıştır.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de kalp yetmezliği insidansının arttığı tahmin edilmekte, ancak ülkemizde kalp yetmezliği insidansı ile ilgili güvenilir istatistikler bulunmamaktadır. Kalp yetmezliğinin yıllık insidansı 45 yaş altında 1/1.000 hasta/yıl iken 65 yaş üstünde 10/1.000, 85 yaş üstünde ise 30/1.000'e ulaşmaktadır. Kalp yetmezliğinin prevalansı da buna bağlı olarak değişmekte, 50-55 yaş arasında %1 iken 65 yaş üstü kişilerde %6-10, 80 yaş üstünde ise yaklaşık %10'lara ulaşmaktadır. Özellikle 65 yaş üstü hastalarda hastaneye yatış nedenleri arasında en sık karşılaşılan neden kalp yetmezliği olup bütün yatışların %5-10'unu oluşturmaktadır.

Kalp yetmezlikli hastalar spesifik olmayan çeşitli semptomlara sahiptirler ve bu yaşam kalitesinde düşüş, egzersiz kapasitesinde azalma, nefes darlığı, halsizlik nedeniyle günlük aktivitelerde kısıtlılığa neden olur. Tedavi ve oluşan semptomlar bireyin yaşamını tümüyle etkilemekte, yaşam şekli değişikliklerini beraberinde getirmektedir. Tedavinin ömür boyu sürmesi nedeniyle düzenli izlem gerekmektedir. Kalp yetmezliği hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte güçlük yaşadıkları, ekonomik, cinsel ve psikososyal sorunlarının olduğu, özellikle iş yaşamında, aile, arkadaş ilişkilerinde sorunlarla karşı karşıya kaldıkları saptanmıştır.

Kalp yetmezliği sık hastaneye yatışlara ve iş gücü kaybına neden olması ile bireysel ve toplumsal ekonomik sorunlar oluşturabilmektedir.

Hipertansiyon, diyabetes mellitus, obezite, kalp damar hastalığı, kardiyomyopatiler, kronik akciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği gibi hastalıklar kalp yetmezliği için risk faktörleridir. Ayrıca kalp kapak hastalığı, kalp ritim bozuklukları veya doğumsal kalp hastalıkları kalp yetersizliğine zemin hazırlayan durumlar arasında sayılabilir. Dolayısıyla bu olgular kalp yetersizliği için risk altında olan, kalp yetersizliğine aday olgulardır. Bu hastalıkların zamanında tespiti ve tedavisi kalp yetersizliğine gidişi önler veya yavaşlatır.

Tipik kalp yetmezliği bulguları (nefes darlığı, ortopne, paroksismal nokturnal dispne, egzersiz toleransında azalma, ayak bileği şişliği) gelişen ve kardiyak hasara neden olabilecek risk faktörü bulunan hastalarda tanı için başlangıç olarak elektrokardiyogram, ekokardiyogram, göğüs radyogramı ve natriüretik peptitler gibi rutin biyokimyasal tetkikler istenir. Tanı konulduktan sonra ise klinik sınıflama yapılır. Bu sınıflama için genellikle New York Kalp Cemiyeti işlevsel sınıflaması kullanılır (Tablo 1).

Tablo 1. New York Kalp Cemiyeti İşlevsel Sınıflaması

Sınıf I	Fiziksel aktivite kısıtlanması yok. Olağan fiziksel etkinlik beklenenin üzerinde, nefes darlığı, halsizlik ya da çarpıntıya yol açmaz	5 yıllık mortalite %20
Sınıf II	Hafif fiziksel etkinlik kısıtlanması. Dinlenme sırasında rahattır, ancak olağan fiziksel aktivite beklenenin üzerinde nefes darlığı, halsizlik ya da çarpıntıya yol açar	Yıllık mortalite %3-25
Sınıf III	Belirgin fiziksel etkinlik kısıtlanması. Dinlenme sırasında rahattır, ancak olağan düzeyin altında fiziksel aktivite nefes darlığı, halsizlik ya da çarpıntıya yol açar	Yıllık mortalite %10-45
Sınıf IV	Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel etkinlik sürdürememe. Dinlenme sırasında belirtiler olabilir. Herhangi bir fiziksel aktivite yapılması rahatsızlığa yol açar	Yıllık mortalite %40-50

Bu sınıflamaya göre sınıf IV grubuna giren hastalar son dönem kalp yetmezliği hastaları olarak kabul edilirler.

Kalp yetmezliği dekompanzasyon ve tekrarlayan hastaneye yatışlarla seyreder. Çoğu hasta bu periyotları geçirip kompanze hale döner; fakat her periyot hastanın fonksiyonel kapasitesinin biraz daha azalmasına neden olur. Bazı dekompanzasyon dönemleri ölümle sonuçlanabilir. Hastaların yaklaşık yarısı tanı anından itibaren 5 yıl içerisinde kaybedilir. Kalp yetmezliği nedeniyle oluşan ölümlerinde yaklaşık yarısı ani kardiyak ölüm şeklindedir.

Tedavide diğer temel yaklaşım farmakolojik tedavidir. Genellikle anjiotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, beta blokerler, diüretikler, spironolakton ve digoksin kullanılır. ACE inhibitörleri damarları gevşetir ve kan akımını sağlar. Böylece fazla kan etkili şekilde pompalanır. Beta blokerler kalp atış hızı ve ritmini düzenleyerek kalbin iş yükünü azaltmayı hedefler. Diüretikler su ve tuzun vücuttan idrar yoluyla atılmasını sağlar ve böylece ödem azalır. Digoksin sayesinde kalbin kanı pompalama gücü arttırılır. Digoksin kalbin atım düzenine de katkı sağlar. ACE inhibitörü ve beta bloker tedavilerinin hastaların sağ kalımlarını arttırdığına yönelik tıbbi kanıtlar mevcuttur.

İleri kalp yetmezliği hastalarına kardiyak resenkronizasyon tedavisi adı verilen girişimsel olarak uygulanan tedavi seçenekleri de mevcuttur. Kalp yetmezliğinde medikal tedavi ve eğitim yaşam kalitesini iyileştirir.

Palyatif bakım, rehberlerde belirtilen optimal medikal tedavi uygulanması ile beraber semptomların ve prognozun yönetimini amaçlar.

Hastalarla, prognozları ile ilgili, gerçeğe uygun bilgi paylaşımı; hastaların tedavi sürecinde bilinçli karar almalarını sağlar. Tedavi sonrası ve kompanze dönemlerdeki semptomların şiddeti hastaların prognozunu belirlemede yardımcıdır. Hastaneye yatış sıklığındaki artışlarda kötü prognoz işaretidir. Bu döneme gelen hastalara palyatif bakım önerilebilir. Kalp yetmezliği için kötü prognostik faktörler Tablo 2'de belirtilmiştir.

Tablo 2. Kalp Yetmezliğinde Kötü Prognostik Faktörler

Kardiyak kaşeksi (6 ay içinde ödem ve insensible kayıplar dışında %7,5 ve üzerinde kilo kaybı)	Anemi
	Depresyon
Hipotansiyon	Hiponatremi
Böbrek yetmezliği	İleri yaş

Optimal medikal tedavi kalp yetmezliği semptomlarını iyileştirmek için ilk basamaktır. Palyatif bakım optimal medikal tedavi sağlanması sonrasındaki semptomların ve komorbitenin palyasyonunu sağlar.

8.1.1. PALYATİF BAKIM KAPSAMINDA SEMPTOMLARA YAKLAŞIM

Dispne: Dispne, dekompanzasyon dönemlerinde ve son dönem kalp yetmezliği hastalarında en sık görülen semptomdur. Maksimum diüretik ve vazodilatatör tedavi almasına rağmen plevral effüzyon gibi sıvı retansiyonu gibi durumlar dispne şiddetini arttırır. Bu gibi durumlarda palyasyon amaçlı torasentez denenmelidir. Tedaviye dirençli seyreden dispnede opioidlerde kullanılabilir. Örneğin küçük dozlarda morfin sülfat (2 mg 8x1) önemli rahatlama sağlar. Metadone, torsade ve EKG de QT uzaması gibi riskleri nedeniyle kullanılmamalıdır. Metaanalizlere göre oksijen ve temiz hava inhalasyonu hipoksemik olmayan hastalarda bile rahatlama sağlamaktadır.

Ağrı: Ağrı, kalp yetmezliğinde çok beklenen bir semptom değildir. Ancak çalışmalar göstermektedir ki; son dönem kalp yetmezlikli hastaların yarısından fazlasında ağrı hissedilmektedir. Ciddi semptomatik ve hastanede yatan son dönem kalp yetmezlikli hastalarda %41 oranında şiddeti artan ağrı tarif edilmektedir. Bu oran, akciğer ve kolon kanseri hastaların ağrı sıklığı oranı ile benzerdir. Çalışmalar ağrının etiyolojisini tanımlamamasına rağmen; anjina, ödem, osteoartrit ve diyabetik hastalarda nöropati tarif edilen ağrılara neden olabilir. Ağrının etiyolojisi ne olursa olsun, palyasyon için dispne kısmında tarif edilen dozlarda opioidler tedavide kullanılabilir. Fakat ağrı tedavisinde nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlardan (NSAİ) kaçınılmalıdır. Çünkü bu grup ilaçlar ACE-İ ve diüretiklerin etkilerini antagonize ederek sıvı retansiyonu, böbrek yetmezliği ve akut dekompanzasyona yol açabilir. Eğer NSAİ mutlaka gerekiyorsa hastalara sıvı retansiyonu ile ilgili bilgi verilmeli ve diüretik dozları arttırılarak revize edilmelidir.

Tablo 3. Kalp Yetmezliğinde Kaçınılması Gereken İlaçlar

NSAİ	Sıvı retansiyonu, ödem, akut dekompanzasyon, böbrek yetmezliği
Kalsiyum kanal blokerleri	Sistolik kalp yetmezliğinde semptomların kötüleşmesi
Metformin	Böbrek yetmezliğinde laktik asidoz riski
Glitazonlar	Sıvı retansiyonu, ödem
Antiaritmikler (Amiodaron, dofetilid)	Ani kardiyak ölüm

Depresyon: Son dönem kalp yetmezliği hastalarında depresyon görülme sıklığı fazladır ve tedavi edilmelidir. Altta yatan mevcut kronik hastalığa ek olarak, depresyon yaşam kalitesindeki azalmayı arttırır. Depresyon; uyku bozuklukları, iştah azalması, anhedoniye neden olur. Kalp yetmezlikli hastalardaki depresyon tedavisinde selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), trisiklik antidepresan (TCA) tedaviye tercih edilir. Çünkü TCA tedavisinin ortostatik hipotansiyon ve aritmi gibi geç etkileri olabilir. Ancak SSRI tedavisi alan hastalar bu ilaçların hiponatremi yapıcı etkilerinden dolayı monitorize edilmelidirler.

Yorgunluk: Tolere edebilen hastalarda uygulanan fiziksel aktivite ve egzersiz uygulamaları kalp yetmezliğinde görülen halsizlik, yorgunluk, kaşeksi ve depresyonda düzelme sağlar.

Anemi: Çalışmalar ılımlı anemide kullanılan demir replasman tedavisinin son dönem kalp yetmezliğinde semptomları azaltıp, egzersiz kapasitesini arttırdığını göstermiştir. Diğer yandan eritropoetin tedavisi ile hemoglobin düzeylerinde artma saptanmış ancak semptomlarda anlamlı düzelme görülmemiştir. Tekrarlayan kalp yetmezliği semptomlarına neden olan anemi saptandığında mutlaka tedavi edilmeli ve hemoglobin düzeyi düzeltilmelidir.

Uyku apnesi: Benzer olarak uyku apnesi kalp yetmezliğinde yaygındır. Devamlı pozitif hava basıncı (CPAP) tedavisinin kardiyak fonksiyonlarda iyileşmeye neden olduğu saptanmıştır. Ancak mortalite üzerinde anlamlı azalma sağlanamamıştır.

Maksimum medikal tedaviye dirençli semptomatik hastalarda palyasyon amaçlı dobutamin ve milrinon gibi intravenöz terapilerin semptomları düzelttiği görülmüştür. Ancak bu tedavilerin yararları ile birlikte ani kardiyak ölüm ve aritmi gibi riskleri de unutulmamalıdır.

Beslenme: Kalp yetmezliği hastalarında doğru beslenme çok önemlidir. Bunun için yemek porsiyonlarını azaltmak gerekir. Hastalara sulu besinler önerilir. Çünkü katı besinlerin sindirimi daha uzun sürer ve bu besinler kalbin yükünü artırır. Bu nedenle besinler iyi çiğnenmeli ve gerekenden fazla yemek yemekten kaçınılmalıdır. Yağ ve tuz alımını da önemli miktarda azaltmak gerekir. Tuz, vücutta su tutumunu artırır. Eğer tuz alımı kısıtlanırsa idrarla su atımı artar ve böylece ödem azalır ve kalbin sıvı yükü azalmış olur. Tedavinin başarılı olması için hastalar mutlaka sigarayı bırakmalıdır. Çünkü sigara, miyokard oksijen transportunu engeller. Kalp yetmezliği olan hastalar dinlenmek zorundadır ve ağır güç gerektiren yorucu işlerden uzak durmaları gerekir. Ama nasıl ki hareketsiz yaşam süren bir insan güç ve kondisyon kaybı yaşıyorsa kalp kası da güç kaybeder. Bunu önlemek için doktor kontrolünde egzersiz programı uygulanmalıdır.

8.1.2. SON DÖNEM KALP YETMEZLİKLİ HASTALARDA EVDE BAKIM

Kalp yetmezliği olan bireylerin başarılı tedavisi, uzun dönem yaşam şekli düzenlemeleri gerektirir. Bu düzenlemelerin hastalar ve aileleri tarafından uygulanması sağlanmalıdır. Yaşam şekli düzenlemeleri diyet, klinik duruma uygun olarak aktivitelerin düzenlenmesi, ilaçların düzenli alımı, semptom kontrolü, sigara ve alkolün bırakılması, günlük kilo takibi vb içerir. Hasta ve aile eğitimine hastanede başlanır ve taburculuk sonrası evde bakım hizmetleri ve telefonla haberleşme ile devam edilir. Hasta ve aile eğitimi, evde sağlık bakımı bu hastalarda daha sonraki hastaneye yatışları önlemede önemli bir faktördür.

Evde bakımının temel hedefi; bireyin yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu şekilde etkilemektir. Bu yaklaşımda birey merkezdedir ve kendisi ile ilgili kararlara katılır. Kendi bakım sorumluluğunu üstlenir.

Kalp yetmezlikli bireyin evde bakımında yer alan başlıca yaşam şekli değişiklikleri şunlardır:

1- Semptom kontrolü

2- Günlük kilo takibi

3- Aktivite programı

4- Sigarayı ve alkolü bırakma

5- Düşük tuzlu diyet uygulaması

6- Tedaviye uyum

1-Semptom kontrolü: Hangi semptomlarda sağlık personeline başvuracağı, hangi semptomlarda ne yapacağı hasta ve ailesine ayrıntılı olarak anlatılmalıdır. Kalp yetmezliğinde en çok görülen semptomlardan biri olan efor dispnesinin kalp yetmezliğinin şiddetini belirlemede önemli olduğu özellikle vurgulanmalıdır. Efor dispnesinin ne kadar süreli ve hangi şiddetteki aktiviteler sırasında oluştuğu takip edilmelidir. Hastaya, inatçı öksürük, ayak bileği ve ayakta ödemin varlığı ve ödemin şiddeti, gece sık idrara çıkma, ortopne, istirahat dispnesi gibi belirtileri takip etmesi ve bunlarda oluşan bir değişiklikte sağlık personeline başvurması gerektiği anlatılmalıdır.

2-Günlük kilo takibi: Hastaya günlük kilo takibinin önemi anlatılmalı ve kilodaki ani artışların ödemle ilişkili olabileceği belirtilmelidir. Bireylere günlük takip çizelgesi verilmelidir. Her sabah kahvaltıdan önce, aç karnına, aynı giysilerle, aynı tartıyla tartılması gerektiği ve kilosunu takip çizelgesine kaydetmesi gerektiği söylenmelidir.

3-Aktivite programı: Düzenli egzersiz programı kisiye özel hazırlanmalı ve bu programı nasıl uygulayacağı anlatılmalıdır. Fiziksel hareket hastanın tolere edebildiği ölçüde yavaş yavaş kademeli olarak arttırılmalıdır. Göğüs ağrısı, baş dönmesi, nefes darlığı ve yorgunluğa neden olan hareketleri bırakması söylenir. Gün boyu dinlenme periyotları birey ile birlikte programlanır. Kaçınılması gereken aktiviteler konusunda hekim önerilerine bağlı kalması sağlanır. Hareket toleransı azalmışsa hekim ya da hemşireye haber verilmesi gerektiği anlatılır.

4-Sigarayı ve alkolü bırakma: Sigara ve alkolün zararları ve neden bırakılması gerektiği konusunda eğitim planlanarak uygulanır. Bu zararlı alışkanlıkları bırakamayan hastalar için gerekli sağlık disiplinleriyle koordinasyon sağlanır.

5-Düşük tuzlu diyet uygulaması: Bireyin alışkanlıklarına göre diyetisyenle işbirliği yapılarak bir diyet programı planlanır. Yiyeceklerin mevcut tuz miktarlarını içeren bir çizelge hastaya verilir. Diyet programı çizelge halinde verilerek hastanın buna uyup uymadığı kontrol edilir.

6-Tedaviye uyum: İlaçlarını nasıl alacağı konusunda hastaya eğitim verilir. Yan etkilerin ne olduğu, hangi belirtilerde hekimine başvuracağı bu eğitim içinde anlatılmalıdır. Diüretik tedavisinin yan etkileri arasında hipokalemi, hiponatremi gibi elektrolit denge bozukluğu, hiperürisemi, hipertrigliseridemi, nörohormonal aktivasyon, hipotansiyon ve azotemi yer almaktadır. Bu etkiler yönünden takiplerine hastanın düzenli gelmesi gerektiği anlatılmalıdır. Özellikle dijital alan hastalara baş ağrısı, bulantı – kusma, renkli görmede bozukluklar gibi dijital

intoksikasyonunun belirtileri anlatılmalı ve bu belirtiler görüldüğünde derhal sağlık personeline başvurması gerektiği özellikle vurgulanmalıdır. İlaç saatlerini takip edemeyen hastalar için ilaç kartları hazırlanabilir. Bu ilaç kartlarında hangi saatlerde ilacını alacağı belirtilir ve ilaç kartlarının arkasına ilacın yan etkileri yazılabilir.

KAYNAKLAR:

1. Cankurtaran M, Arıoğul S (2004). Yaşlıda konjestif kalp yetersizliği tedavisi. Klinik Gelişim. 2004;17(2):90-100.

2. Grange J (2005). The role of nurses in the management of heart failure. Heart 2005;91:39-42.

2) Akdemir N, Birol L (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset 2005;452-467.

3) Dolar E (2005). İç Hastalıkları. İstanbul. Nobel Kitapevi 2005:19-30.

4) Franzen K, Blomqvist K, Saveman B (2006). Impact of chronic heart failure on elderly persons, daily life: A validation study. European Journal Of Cardiovascular Nursing 2006;5:137-145.

5) Karpolat H, Durmaz B, Nalbantgil S, Durmaz (2006). Kalp yetersizliğinde yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2006;6:327-332.

6) Gonzalez B, Lupon J, Herreros J, Urrutia A ve ark (2005). Patient's education by nurse: What we really do achieve? European Journal Of Cardiovascular Nursing. 2005;4:107-111.

7) Jolly K, Taylor RS, Lip G (2007). Home- based exercise rehabilitation in addition to specialist heart failure nurse care: desing, rationale and recruitment to the birmingham rehabilitation uptake maximisation study for patients with congestive heart failure (BRUM- CHF): A randomised controlled trial. BMC Cardiovascular Disorders. 2007;7-9.

8) Prendergast H, Bunney E (2005). Management of chronic heart failure: An old disease with a new face. Emergency Medicine Australasia. 2005;17:143-151.

9) Sisk J, Hebert P, Horowitz C, Mclaughlin M (2006). Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities. Annals Of Internal Medicine 2006;145(4):273-284.

10) Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL (2007). Textbook Of Medical- Surgical Nursing, Lippincot Williams &Wilkins, London.

11) Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B (2006). Computer-based education for patients with chronic heart failure a randomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life. Patient Education And Counseling. 2006;64:128-135.

12) Durdu S, Akar R, Çavolli R, Eren N (2003).İleri Dönem kalp yetmezliğinde alternatif arayışlar Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2003;3:252-260.

13) Enç N, Yigit Z, Altıok M ve ark.(2007). Kalp yetersizliği, akut koroner sendromlar, hipertansiyon hemşirelik bakım kılavuzu, Türk Kardiyoloji Derneği Yayınları, İstanbul. 2007;11-34.

14) Falk S, Wahn A, Lidell E (2006). Keeping the maintenance of daily life in spite of chronic heart failure. a qualitative study. European Journal Of Cardiovascular Nursing 2006;6(3):192- 199.

15) Chriss P, Sheposh J, Carlson B, Riegel B (2004). Predictors of successful heart failure self-care maintenance ın the first three months after hospitalization. Heart & Lung. 2004;33(6):345-353.

16) Bekelman DB, Havranek EP, Becker DM (2007). Symptoms, depression and quality of life in patients with heart failure. J. Cardiac Fail. 2007;13(8):643- 648.
17) Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Portoney RK, Tennstedt SL (2008). Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. J. Pain Symptom Manage. 2008;35(6):594- 603.
18) Solano JP, Gomes B, Higginson JJ (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. J. Pain Symptom Manage. 2006;31(1):58- 69.
19) Williams SG, Wright DJ, Marshall P, Reese A, Tzeng BH, Coats AJ, Tan LB (2003). Safety and potential benefits of low dose diamorphine during exercise in patients with chronic heart failure. Heart. 2003;89(9):1085–1086.
20) Johnson MJ, McDonagh TA, Harkness A, McKay SE, Dargie HJ (2002). Morphine for the relief of breathlessness in patients with chronic heart failure--a pilot study. Eur J Heart Fail. 2002;4(6):753-756.
21) Krantz MJ, Martin J, Stimmel B, Mehta D, Haigney MC (2009). QTc interval screening in methadone treatment. Ann Intern Med. 2009;17(6):387-395.
22) Bausewein C, Booth S, Gysels M, Higginson IJ (2013). Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. Cochrane Database Syst Rev. Nov 22, 11.
23) Heerdink ER, Leufkens HG, Herings RM, Ottervanger JP, Stricker BH, Bakker A (1998). NSAIDs associated with increased risk of congestive heart failure in elderly patients taking diuretics. Arch Intern Med. 1998;158(10):1108-1112.
24) Albert NM, Fonarow GC, Abraham WT, Gheorghiade M, Greenberg BH, Nunez E, O'Connor CM, Stough WG, Yancy CW, Young JB (2009). Depression and clinical outcomes in heart failure: an OPTIMIZE-HF analysis. Am J Med. 2009;122(4):366- 373.
25) Bartlo P (2007). Evidence-based application of aerobic and resistance training in patients with congestive heart failure. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2007;27(6):368-375.
26) Okonko DO, Grzeslo A, Witkowski T, Mandal AK, Slater RM, Roughton M, Foldes G, Thum T, Majda J, Banasiak W, Missouris CG, Poole-Wilson PA, Anker SD, Ponikowski P (2008). Effect of intravenous iron sucrose on exercise tolerance in anemic and nonanemic patients with symptomatic chronic heart failure and iron deficiency FERRIC-HF: a randomized, controlled, observer-blinded trial. J Am Coll Cardiol. 2008;51(2):103-112.

8.2. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH) VE PALYATİF BAKIM

Uzm. Dr. Levent Usta[1], Uzm. Dr. Yasemin Akdeniz[2]

[1]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

[2]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği

8.2.1. KOAH'TA TERMİNAL DÖNEM ve KLİNİK SEYRİ

Yavaş yavaş ve geri dönüşümsüz olarak ilerleyen kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH); tam tedavisi mümkün olmayan, tüketici bir sağlık sorunudur. Hastalık ilerledikçe gelişen fonksiyonel kayıp nedeni ile hasta ve ailesi ağır bir psikososyal yük altına girer. Fonksiyonel sınıflama ve ilaç tedavilerini konu alan rehberler olsa da henüz kabul görmüş "son dönem KOAH" hastası ve bakımı konusunu ele alan bir rehber yoktur (1).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, tüm dünyada ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada iken, sakatlık nedeni olarak 12. sıradadır (2,3). 2020 yılı itibari ile KOAH'ın ölüm nedenleri arasında ise; beşinci sıraya yükselmesi beklenmektedir (4,5).

Terim olarak fonksiyonel sınıflamadaki çok ağır KOAH tanımlaması ile karışmaktadır. Ancak tedavi yaklaşımları farklı olması nedeni ile "son dönem KOAH" ile "çok ağır KOAH" tanımlamaları birbirinden tamamen ayrılmalıdır. Her çok ağır evre KOAH hastası son dönemde olmayabilir. Son dönem akciğer hastalığı tanısı icin gelişitirilmiş ölçütler olsa da KOAH'a özgül değildir (Tablo 1). Buna göre; çok ağır evrede (FEV1 ≤%30); ileri yaş, eşlik eden hastalıklar ve KOAH'ın sistemik etkilerinin varlığında son dönem KOAH'tan bahsedilebilir (Tablo 2) (1). Son dönemdeki KOAH hastaları bu durumda uzun süre yaşayabilir ve başka bir nedenle kaybedilebilir (6). Çok ağır KOAH hastalarında (FEV1 < beklenenin %30'u); fonksiyonel kapasitede ileri derecede azalma (MMRC dispne indeksi 4-5), sık ve ciddi KOAH alevlenmeleri olması, ileri beslenme bozukluğu (vücut-kütle indeksi < 19), pulmoner hipertansiyon varlığı artmış mortalite riskinin göstergeleri olarak kabul edilmektedir (7).

Tablo 1. Son Dönem Akciğer Hastalığı Ölçütleri

1. Şiddetli kronik akciğer hastalığı: a. Bronkodilatörlere yanıt vermeyen, fonksiyonel kapasiteyi belirgin azaltan istirahatte bile olan dispne (FEV1 < %30, hareket kısıtlılığı, halsizlik, öksürük) b. Son dönem akciğer hastalığının ilerlemesi (yıllık FEV1 kaybının 40 mL'den fazla olması infeksiyon ve/veya solunum yetmezliği nedeni ile acil servis başvurusu ve hastaneye yatış sıklığında artma) 2. Oda havasıda, istirahatte hipoksemi ($PO_2 \leq 55$ mmHg) ya da oksijen desteği altında $SO_2 < \%88$, hiperkapni ($PCO_2 \geq 50$ mmHg) 3. Akciğer hastalığına sekonder gelişen sağ kalp yetmezliği (kor pulmonale) 4. Son altı ayda mevcut ağırlığının %10'nundan fazla kilo kaybı 5. İstirahatte taşkardi (nabzı > 100/dakika)
National Hospice Organization (NHO) 1996: Bu kriterleri taşıyan hastalar akciğer hastalığının son döneminde kabul edilirler (sağ kalım beklentisi altı aydan azdır). Değişik hastalık gruplarından aynı sonu yaşayan çeşitli hastaların tümü için geçerlidir. Kesin tanımlama icin 1. ve 2. kriterin varlığı şarttır, 3, 4 ve 5. kriterler yalnızca destekleyicidir.

Bu dönemde hastaların günlük yaşamları sınırlıdır. Efor kapasiteleri azalmıştır, dışarı çıkamazlar, ev içindeki yaşamları da yakınlarının desteğinde ve kalitesi düşüktür. Hastanın performans durumunu kısıtlayan en önemli yakınma ilerleyici nefes darlığıdır (8,9). Öksürük, balgam sık görülen yakınmalardır. Yaygın vücut ağrıları, iştahsızlık, kilo kaybı, uykusuzluk gibi semptomların yanı sıra, anksiyete bozukluğu, panik, depresyon, deliryum gibi psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir. Toplumdan uzaklaşma, sürekli evde oturma, sık hastaneye yatmalar, yorgunluk, bitkinlik, özgüven eksikliği belirir. Bu durum yaşam kalitesini bozar (8,10,11).

KOAH ve kalp yetmezlikli hastalarda nefes darlığı başta olmak üzere halsizlik, iştahsızlık, anksiyete, vücut ağrıları ve depresyon ölüm yaklaştıkça daha sık görülmeye başlar (12). Lynn J ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmaya göre; KOAH'ta da ölmeden üç gün önce en çok nefes darlığı öksürük, ağrı ve bilinç değişiklikleri belirginleşir (13). Bu hastalar sık sık hastaneye başvururlar (11,14). Hastanede yatmazlarsa evdeki yakınları ya da bakım hizmeti ekiplerine muhtaç bir şekilde kısıtlanmış bir hayat yaşarlar (13). Tüm KOAH hastane başvurularının %68'inden fazlası ölümden önceki 3,5 yılda gerçekleşir ve ölüme yaklaştıkça hastanede yatış süreleri uzar (15). Ölümlerin üçte ikisi genelde hastanede ve beklenmedik nedenlerle gerçekleşir (16).

Yaşamın sonuna yaklaştıkca gereksinimleri artan bu hasta ve ailesini bu zor süreç için hazırlamak ve sorunlarla baş edebilme yöntemleri konusunda eğitmek gerekir. Ancak hangi hastanın son dönemde ve ölüme yakın olduğuna karar vermek oldukça güçtür. Hangi hastaların ölüme daha yakın olduğunu araştıran bir çalışmada; en iyi FEV1 değeri %30'un altında, günlük yaşam aktiviteleri azalmış, birkaç adım atınca yorulan, son bir yıl içinde acil servis başvurusu artmış, sol kalp yetmezliği ve başka ek hastalıkları olan, ileri yaşta, depresyon tanılı ve evli olmayıp yalnız yaşayan hastaların gelecek bir yıl içinde kaybedildikleri saptanmıştır (17). Çoğu KOAH hastasının son 6 ay içinde ölebileceğini tahmin etmek güçtür. Amerika'da beş ayrı hastanede yapılan SUPPORT çalışmasında KOAH hayatı kısıtlayan dokuz hastalık arasına girmiştir. Çalışmada geliştirilen prognostik modelde; ölüm öncesi son 5 gün değerlendirilerek, kanser hastası için bu oran %10'un altında saptanırken, KOAH hastası için bu oran %50'nin üzerinde saptanmıştır (18).

Tablo 2. Son Dönem KOAH'ta Sistemik Tutulumun Belirtileri

Sistemik inflamasyon	Oksidan-antioksidan dengesinde bozulma İnflamatuvar medyatörlerde artış (IL-1, TNF-α) Akut faz reaktanlarında artış
Endokrin bozukluk	Düşük testosteron düzeyi Büyüme hormonu direnci İnsülin benzeri büyüme faktorü düzeyi düşüklüğü İnsülin direnci
Beden yapısında bozukluklar	Kaşeksi: Yağsız kitle kaybı
Periferik kas güçsüzlüğü	Hareketsizlik Malnütrisyon Elektrolit ve asit baz bozukluğu Steroid miyopatisi
Solunum kas güçsüzlüğü	Dinamik hiperinflasyon Malnütrisyon Elektrolit ve asit baz bozukluğu Steroid miyopatisi Kas liflerinde yapısal bozukluk

Osteoporoz	Sigara içiçiliği Vitamin D eksikliği İmmobilite Kortikosteroid kullanımı İskelet kası ve vücut yapısında bozukluklar
Pulmoner hipertansiyon	Hipoksik vazokonstrüksiyon Hiperkoagulabite Prekapiller-kapiller arteriollerde yapısal değişiklik Vasküler konjesyon ve staz
Kardiyak bozukluklar	Kor pulmonale Koroner arter hastalığı Konjestif kalp yetmezliği
Sıvı retansiyonu/ödem	Effektif dolaşım volümünde azalma (hiperkapni kaynaklı prekapiller sfinkterlerde dilatasyon) Renal kan akımında azalma Renin-Aldosteron, AVP ve ANP düzeylerinde artma
AVP: Arjinin-vazopressin, ANP: Atriyal natriuretik peptid	

8.2.2. SON DÖNEM KOAH HASTASINA YAKLAŞIM

Palyatif tedavide amaç, hastanın fiziksel ve ruhsal olarak rahatını sağlamaktır. Tedavi semptoma yöneliktir (Şekil 1).

Tablo 1. Son Dönem KOAH Hastasında Semptoma Yönelik Tedavi (Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu. Mayıs 2010)

Endikasyon	İlaç	Doz
Nefes darlığı	**Morfin**	
	Oral	5-10 mg, 4 saatte bir
	Rektal	5-10 mg, 4 saatte bir
	IV, IM, SC	Doz titre edilir
	Nebul	5 mg, 2 mL %0,9 NaCI icinde 4 saatte bir
	Benzodiazepinler	
	Lorazepam (IV, SC, Sublingual)	1-2 mg, 1-4 saatte bir
	Diazepam (oral, IV)	2,5-25 mg/gün
	Midazolam	5-10 mg SC, sonrasında 10-30 mg sürekli SC infüzyon
Öksürük	**Opioidler**	
	Kodein (oral)	30-60 mg, 4-6 saatte bir
	Morfin (IV)	2,5-5 mg, 4 saatte bir
	İnhaler anestetikler	
	Bupivakain	5 mg, 4-6 saatte bir
Sekresyon	**Antikolinerjikler**	
	Skopolamin (SC)	0,4-0,6 mg, 4-6 saatte bir
	Skopolamin (transdermal)	1,5 mg, 72 saatte bir
	Hyosiyamin (SC)	0,25-0,5 mg, 4-6 saatte bir
	Atropin (SC)	0,4 mg, 4-6 saatte bir
Deliryum / Depresyon	**Haloperidol (IV, oral)**	0,5-10 mg IV- 30 dakika ara ile üç kez tekrarlanabilir, hastayı kontrol eden total doz sonraki 24 saatte dört saatte bir verilir, ikinci 24 saat için total doz yarıya indirilir. Oral doz IV dozun iki katıdır. Dört saatlik aralarla yapılan uygulamada hasta kontrol altına alınamadıysa 10 mg/saat IV infüzyon başlanır
		Ve gerekirse 1 mg/saat arttırılabilir.

Nefes Darlığı

Bronkodilatatör tedavi: Nefes darlığını azaltmak temel hedeflerdendir. Uzun etkili inhaler β_2-agonistler, antikolinerjik ve kortikosteroid kombinasyonları akciğer fonksiyonlarında düzelme, semptomlarda ve akut alevlenme sıklığında azalma sağlar. Akut alevlenmelerde kullanımı açıkça önerilen oral kortikosteroidlerin stabil KOAH tedavisinde yeri yoktur (19). Ciddi yan etkileri nedeni ile dikkatli kullanılmalıdır.

Opioidlerle tedavi: Son dönem KOAH hastasını yıldıran ağır dispnenin hafifletilmesinde nebulize ya da sistemik opioid kullanımı önerilmektedir (20,21). Sistemik uygulanan opioidlerin solunum depresyonu ve hiperkapnik respiratuar asidoz gibi ciddi yan etkileri olabileceği belirtilir. Ancak özellikle maligniteler olmak üzere, pek çok hasta grubunda opioidlerle ilgili çalışmalar yapılmış ve hiçbirinde bu yan etkilere rastlanmamıştır (22). Dispneyi düzeltirler ancak egzersiz toleransı üzerine bir etkileri görülmemiştir. Çeşitli hastalıkların terminal dönemlerinde sistemik opioidlerin güvenle kullanılabileceği raporlanmıştır. Ancak solunum fonksiyonları zaten ileri derecede bozuk olup, solunum depresyonu ve hiperkapniye eğilimli olan son dönem KOAH hastalarında dikkatli olmakta fayda vardır. Son dönem KOAH'ta hedef; hastanın egzersiz kapasitesini objektif olarak artırmaktansa subjektif olarak yakınmalarını azaltmaktır. Her ne kadar her subjektif düzelme opiodlerin öforik etkisine bağlansa da her son dönem KOAH hastası uygun dozda nebulize opiat denemeyi hak etmektedir (23).

Uzun süreli oksijen tedavisi: KOAH'ta sağkalımı olumlu yönde etkilediği ispat edilen tek geçerli tedavi yöntemidir (24). Nefes darlığını azaltır, bilişsel fonksiyonları iyileştirir ve yaşam kalitesinde düzelme sağlar. Uzun süreli yüksek akımlarda kullanıldığında solunum depresyonu ve hiperkapni nedeni olabileceği unutulmamalıdır. Uzun süreli O_2 tedavisi endikasyonları Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3. Uzun Süreli Oksijen Tedavisi Endikasyonları (Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu. Mayıs 2010)

1.Hiperkapnik olsun ya da olmasın PaO_2 < 55 mmHg veya SaO_2 < %88 olması
2. PaO2 < 55-60 mmHg ve/veya SaO2 < %89 ancak aşağıdaki durumlardan biri varlığında; • Pulmoner hipertansiyon • Polisitemi (hematokrit > %55) • Periferik ödem • Kalp yetersizliği

Akut alevlenme: Son dönem KOAH hastalarında akut alevlenme aynen diğer evrelerdeki akut alevlenmeler gibi tedavi edilir.

Mekanik ventilasyon: Son dönem KOAH'lı hastalar hastaneye başvurduklarında genellikle yaşamı tehdit edici ciddi komplikasyonlarla gelirler. Bu durumda tedavi planı yapan doktor önemli kararlar vermek durumunda kalır. Hastanın yoğun bakım ihtiyacı olabilir, entübasyon ve mekanik ventilator, kardiyopulmoner resusitasyon gerekliliği doğabilir, takip eden süreçte trakeostomi ihtiyacı ya da evde uzun süreli mekanik ventilator ihtiyacı olabilir. Bu kararlar verilirken deneyimli bir klinisyen rehberliğinde hasta ve yakınlarının bilgisi dahilinde hareket edilmelidir. Son dönem KOAH hastasını entübe ederek mekanik ventilatöre bağlamak bazen hayat kurtarıcı olmadığı gibi ölüm sürecini uzatmaktan öteye gitmez. Noninvaziv mekanik ventilasyonun (NIMV) bu grup hastada akut alevlenmelerdeki başarısı göz ardı edilemeyecek kadar büyüktür. Özellikle invaziv mekanik ventilator desteğine ihtiyacı olan ancak ekstübe olamayacağı düşünülen hastalarda erken dönemde NIMV uygulamaları hayat kurtarıcı olabilir. Seçilmiş hastalarda ekstübasyon başarısını artırabilir. Hiperkapnik solunum yetmezliği olan hastalarda kullanım sıklığı artmış olsa da stabil son dönem KOAH tedavisinde evde NIMV uygulaması rutin değildir (1). Uzun süreli oksijen tedavisine üstünlüğünü kanıtlamış bir çalışma henüz yoktur (25,26). Dispne ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkilerinden bahsedilmektedir, ancak yüksek maliyeti nedeni ile stabil son dönem KOAH hastalarının tedavisinde ilk sırada kullanılan bir yöntem değildir. Kronik NIMV desteği şimdilik yalnızca kronik hiperkapnik solunum yetmezliği olan hastalara önerilmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Uzun Süreli NIMV Desteği Endikasyonları

1. Optimal medikal tedaviye rağmen hiperkapni belirtileri (nefes darlığı, sabah baş ağrısı, yorulma)
2. Fizyolojik kriterler:
a. $PaCO_2$ > 55 mmHg
b. $PaCO_2$ 50-54 mmHg ise: Gece desaturasyonu: en az 2 lt/dakika O_2 alırken; O_2 saturasyonunun kesintisiz beş dakika süreyle %88'in altında olması
3. Bir yıl içinde en az iki kez hiperkapnik solunum yetersizliğ nedeniyle hastaneye yatırmak
Consensus Conference. Clinical indications for noninvasive positive pressure ventilation in chronic respiratory failure due to restrictive disease, COPD and nocturnal hypoventilation - A consenference report. Chest 1999;116:521-34.

Öksürük

Öksürüğün sebebi bronkokonstrüksiyon ve biriken sekresyonlar olabilir. Özellikle enfeksiyon dönemlerinde artan balgam dışarı atılamadığı takdirde nefes darlığı daha da artar. Mukolitik, ekspektoranlar sekresyonların atılmasını kolaylaştırır, öksürüğün şiddetini azaltır, ancak sıklığını azaltmaz. Yaşam kalitesinin bozacak kadar şiddetli öksürüklerde kodein, morfin ya da nebulize lidokain, bupivakain kullanılabilir (27).

Anksiyete ve Depresyon

Dispne anksiyeteye neden olan faktörlerden birisi olabilir. KOAH hastaları anksiyeteyi hastalığın alevleneceğinin bir işareti olarak tanımlamaktadır. Ayrıca, öfke ve tükenmişlik duygusu anksiyeteyi tetikleyip dispne algısını artırabilir (28). Bu nedenle dispne ve anksiyete arasındaki ilişki KOAH'ta anksiyete bozuklukları sıklığının artışına neden olmaktadır. Depresyon ise hastalığı kabullenme, düşkünlüğe bağlı hissedilen kayıp nedeniyledir. KOAH'ta depresyon, anksiyete, uykusuzluk veya ağrı tedavisi amacı ile psikoaktif ilaçlara gerek duyulabilir. Bu ilaçlar dikkatli kullanıldıkları ve solunum merkezinde depresyon yapma özellikleri göz önünde bulundurulduğu zaman yararlı olabilir. Sedatif etkisi olan antihistaminikler ve kloralhidrat uykusuzluğa karşı kullanılabilecek, nispeten güvenilir ilaçlardır. Uykusuzluğa karşı antidepresanlar da yarar sağlayabilir (29). Eğer gerekli olursa, son dönemdeki olguların sedasyonu için benzodiazepin ve türevleri, barbituratlar ya da propofol kullanılabilir (7).

Gastrointestinal Yakınmalar

Aerofaji nedeni ile midede şişkinlik hissi ve dispepsi sık görülür. Bu da erken doyma ve iştahsızlık nedeni olabilir. Halsizlik nedeniyle aktivitesi kısıtlanan, iştahsızlık nedeniyle yemek ve sıvı alımı azalan, ağrı nedeniyle opioid analjezikler uygulanan hastalarda konstipasyon kaçınılmaz bir sorundur. Bu hastalara lifli diyet, bol hidrasyon uygulanırsa ve aktivitesi desteklenebilirse önlenebilir ya da azaltılabilir. Destekleyici olarak laksatif ve purgatifler kullanılabilir (1).

Pulmoner Rehabilitasyon

Son dönem KOAH hastası için daha uzun yaşamaktansa daha kaliteli yaşamak önemlidir. Pulmoner rehabilitasyon; egzersiz kapasitesini anlamlı derecede düzeltir, dispneyi azaltır, hastanın hastalıkla baş edebilme yeteneğini arttırır, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesini düzeltir (30-33).

Son dönem KOAH hastaları bir egzersiz programına aktif olarak katılamayacak kadar düşkündür. Hastanın ihtiyaçlarına göre egzersizler modifiye edilebilir. Aralıklı egzersiz; iki-üç dakika boyunca maksimum egzersiz kapasitesinin %60-80'ine ulaşacak kadar egzersiz yapıp ara verip yeniden yaptırılır (34-38). Solunumu şiddetli olarak kısıtlanmış hastalar, solunum için harcadıkları enerjiden tasarruf etmek için egzersiz sırasında oksijen, oksijen-helyum karışımı ya da NIMV desteği alabilirler (35). Yoğun bakım ihtiyacı, akut solunum yetmezliği için tedavi gereksinimi ya da mekanik ventilatörden yeni ayrıldığı için yatağa bağımlı olan hastalarda yatak içi egzersizler (erken üst ekstremite egzersizleri, elektriksel kas stimülasyonu) yaptırılabilir (39, 40).

Beslenme Desteği

Kilo kaybı ve kas gücünde azalma ağır KOAH hastalarında sık karşılaşılan bir bulgu olmasına rağmen patofizyolojisi tam anlaşılamamıştır (41). Uygulamalar kalori ve protein desteği etrafında yoğunlaşmış buna karşılık elde edilen başarı sınırlı kalmıştır. Özellikle pulmoner rehabilitasyon programı dahilinde, beslenme desteği ve egzersiz birlikte uygulandığında vücut kilosunda ve solunum kas gücünde artış saptanmıştır (42,43). Kreatin gibi ek beslenme desteklerinin pulmoner rehabilitasyon uygulamasına katkısı gösterilememiştir (44). Yine kilo kaybı olan KOAH hastalarında anabolik steroidler; kilo alınmasına ve yağ dışı vücut kilosunda artışa neden olmuşlar fakat egzersiz kapasitesine faydaları olmamıştır (45,46).

KAYNAKLAR:

1. Yalçın A, Kaya A (2013). KOAH'ta yaşamın son günleri Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2013;1(1):143-151
2. GOLD (2001). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. Am J Respir Crit Care Med. 2001 Apr;163(5):1256-76.
3. Mannino DM (2002). COPD: Epidemiology, prevalence, morbidity and mortality, and disease heterogeneity. Chest 2002;121:121-126
4. Michaud CM, Murray CJ, Bloom BR (2001). Burden of disease-implications for future research. JAMA 2001 Feb 7;285(5):535-9
5. Murray CJ, Lopez AD (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997;349:1498-504
6. Messinger-Rapport BJ, Baum EE, Smith ML (2009). Advance careplanning: Beyong the living will. Cleve Clin J Med 2009;76:276-85.
7. Canadian Thoracic Society (2007). Recommendation for management of chronic pulmonary disease-2007 update. Can Respir J 2007;14(Suppl B): B-32B.
8. Lynn J, Ely EW, Zhong Z, et al (2000). Living and dying with chronic obstructive pulmonary disease. J Am Geriatr Soc 2000;48Suppl5):91-100.
9. Elkington H, White P, Addington-Hall J, Higgs R, Pettinari C (2004). The last year of life of COPD: A qualitative study of symptoms and services. Respir Med 2004;98:439-45.
10. Hill AT, Hopkinson RB, Stableforth DE (1995). Ventilation in a Birmingham intensive care unit 1993-1995: Outcome for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Respir Med 1998;92:156-61.
11. Connors A Jr, Dawson N, Thomas C, et al (1996). Outcomes following acute exacerbation of severe chronic obstructive lung disease. The SUPPORT investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments). Am J Respir Crit Care Med 1996;154:959-67.
12. Walke LM et al (2007). Range and severity of symptoms over time among older adults with chronic obstructive pulmonary disease and heart failure. Arch Intern Med 2007;167:2503-8.
13. Lynn J, et al (1997). Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. Ann Intern Med 1997;126:97-106.
14. Ai-Ping C, Lee KH, Lim TK (2005). In-hospital and 5-year mortality of patients treated in the ICU for acute exacerbation of COPD. A retrospective study. Chest 2005;128:518-24.
15. Anderson LF, Svensson K, Gerhardsson ce Verdier M (2006). Hospital use for COPD patients during the last few years of life. Respiratory Medicine 2006;100:1436-41.
16. Gomes B, Higginson JI (2008). Where people die (1974-2030): Past trends, future projections and implications for care. Paliative Medicine 2008:33-41.
17. Hansen-Flaschen J (2004). COPD: The Last Year of Life. Respiratory Care 2004;49:90-8.
18. The SUPPORT Principal Investigators (1995). A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). JAMA 1995;274:1591-8
19. American Thoracic Society/European Respiratory Society Task Force (2004). Standards for the Diagnosis and Management of Patients with COPD. http://www.thoracic.org/clinical/copd-guidelines/resources/copddoc.pdf
20. Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses ATS Task Force AJRCCM 2008;177:912-28.
21. Jennings AL, Davies AN, Higgins JPT, Gibbs JSR, Broadley KE (2002). A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnea. Thorax 2002;57:939-44.
22. Masood AR, Thomas SH (1996). Systemic absorption of nebulized morphine compared with oral morphine in healthy subjects. Br J Clin Pharmacol 1996;41:250-2.
23. M. Klimathianaki, I. Mitrouska, D. Georgopoulos (2006). Management of end-stage chronic obstructive pulmonary disease. European Respiratory Monograph. Volume 11. Monograph 38, December 2006.
24. Medical Research Council Working Party (1981). Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. Report of the Medical

Research Council Working Party. Lancet 1981;1:681-6.
25. Casanova C, Celli BR, Tost L, et al (2000). Long-term controlled trial of nocturnal nasal positive pressure ventilation in patients with severe COPD. Chest 2000;118:1582-90.
26. Clini E, Sturani C, Rossi A, et al (2002). The Italian multicentre study on noninvasive ventilation in chronic obstructive pulmonary disease patients. Eur Respir J 2002;20:529-38.
27. Türk Toraks Derneği (2010) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu. Türk Toraks Dergisi Cilt 11, Ek 1, Mayıs 2010. URL: http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2672011105754-koah2010_tum-rehhber.pdf Erişim tarihi: 24.12.2014
28. Bailey PH (2004). The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle- COPD patients' stories of breathlessness: "It's scary/When you can't breathe". Qual Health Res 2004;14:760-78.
29. Umut S (2002). KOAH Tedavisi. Türk Toraks Derneği 1. Kış Okulu Ders Notları 2002.
30. Lacasse Y, Brosseau L, Milne S, et al (2002). Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2002;3:CD003793.
31. Lacasse YW, Guyatt E, King GH, Cook D, Goldstein DJRS (1996). Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Lancet 1996;348:1115-9.
32. Sin DD, McAlister FA, Man SFP, Anthonisen NR (2003). Contemporary management of chronic obstructive pulmonary disease: scientific review. JAMA 2003; 290: 2301-12.
33. Verrill D, Barton C, Beasley W, Lippard WM (2005). The effects of short-term and long-term pulmonary rehabilitation on functional capacity, perceived dyspnea, and quality of life. Chest 2005;128:673-83.
34. American Thoracic Society (1999). Pulmonary Rehabilitation-1999. Am J Respir Crit Care Med 1999;159:1666-82.
35. Troosters T, Casaburi R, Gosselink R, Decramer M (2005). Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2005;172:19-38.
36. Puhan MA, Schunemann HJ, Frey M, Scharplatz M, Bachmann LM (2005). How should COPD patients exercise during respiratory rehabilitation? Comparison of exercise modalities and intensities to treat skeletal muscle dysfunction. Thorax 2005;60:367-75.
37. Sabapathy S, KingsleyRA, Schneider DA, Adams L, Morris NR (2004). Continuous and intermittent exercise responses in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2004;59:1026-31.
38. Vogiatzis I, Nanas S, Kastanakis E, Georgiadou O, Papazahou O, Roussos C (2004). Dynamic hyperinflation and tolerance to interval exercise in patients with advanced COPD. Eur Respir J 2004;24:385-90.
39. Zanotti E, Felicetti G, Maini M, Fracchia C (2003). Peripheral muscle strength training in bed-bound patients with COPD receiving mechanical ventilation: Effect of electrical stimulation. Chest 2003;124:292-6.
40. Nava S (1998). Rehabilitation of patients admitted to a respiratory intensive care unit. Arch Physical Med Rehabil 1998;79:849-54.
41. Wouters EF (2004). Management of severe COPD. Lancet 2004;364:883-95
42. Creutzberg EC, Wouters EF, Mostert R, et al (2003). Efficacy of nutritional supplementation therapy in depleted patients with chronic obstructive pulmonary disease. Nutrition 2003;19:120-7
43. Steiner MC, Barton RL, Singh SJ, Morgan MD (2003). Nutritional enhancement of exercise performance in chronic obstructive pulmonary disease:a randomized controlled trial. Thorax 2003;58:745-51.
44. Deacon SJ, Vincent EE, Greenhaff PL, et al (2008). Randomized controlled trial of dietary creatine as an adjunct theraphy to physical training in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2008;178:233-9
45. Weisberg J, Wanger J, Olson J, et al (2002). Megestrol acetate stimulates weight gain and ventilation in underweight COPD patients. Chest 2002;121:1070-8
46. Yeh SS; DeGuzman B, Kramer T (2002). M012 Study Group. Reversal of COPD-associated weight loss using the anabolic agent oxandrolone. Chest 2002;122:421-8.

8.3. KRONİK KARACİĞER HASTALIKLARINDA PALYATİF BAKIM

Doç. Dr. Hüseyin Sinan AKAY[1], Dr. Seval AKAY[2]

[1] İzmir Katip Çelebi Üniversitesi İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

[2] İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği

Son dönem karaciğer hastalığı dünya çapında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Hastaların az bir kısmında hepatoselüler karsinom gelişirken tümünde asit, sarılık ve ensefalopati veya üçü birlikte görülebilir. Bu nedenle, kronik karaciğer hastalıklarının son evresinde de iyi bir semptomatik tedavi gereklidir.

Kronik viral hepatitler ve alkol, kronik karaciğer hastalıklarının en önde gelen nedenlerindendir. Diğer nedenleri daha nadir görülen hastalıklar olup, otoimmun hepatit, primer bilyer siroz, primer sklerozan kolanjit, ilaca bağlı karaciğer hastalığı, metal-ilişkili karaciğer hastalığı ve diğer kalıtımsal hastalıklar bunlar arasında sayılabilir.

Siroz için mortalite oranı 10/100.000 ve tanı aldıktan sonraki ortanca yaşam süresi 6 yıldır. Sirozlu hastaların %40'ı tanı almadan yaşamlarını kaybetmektedir. Ölüm nedenleri arasında siroz 11. sırada yer almaktadır.

8.3.1. ŞİKAYET VE SEMPTOMLAR

Sirozlu hastalarda ekstraselüler sıvı hacminin anormal regülasyonu nedeniyle cilt altı dokularda, plevral ve peritoneal boşluklarda önemli miktarda sıvı birikimi olmaktadır. Bu durum renal fonksiyonlarda bozulma ve tuz tutulumuyla ilişkilidir; beraberinde su tutulumuyla birlikte renal vazokonstriksiyon görülebilir.

Sirozda asit oluşumunun en önemli nedeni tuz retansiyonudur ve ekstraselüler hacmin genişlemesine neden olmaktadır. Renal tübüllerden sodyum geri emilimi artmaktadır. Hiperaldosteronizm ve renal sempatik aktivasyon artışı da buna katkı sağlamaktadır.

Sirozda; karaciğerde fibröz doku gelişimi ve nodül formasyonu kan akımında direnç artışına neden olmaktadır. Portal hipertansiyona yol açan venöz kan akımındaki değişiklikler arteriyel akımda da görülmektedir. Tüm bu değişiklikler sıvı filtrasyonunu arttırarak asit oluşumuna yatkınlık yaratmaktadır.

8.3.2. TEDAVİ

Sıvı Kısıtlaması

Asitli hastalarda en uygun tedavi sıvı retansiyonunun nedenine ve hastalığın evresine bağlıdır. Tanısal parasentezden elde edilen serum-asit albumin gradyenti tedavide yol gösterici olabilmektedir. Düşük serum-asit albumin gradyenti olan hastaların genellikle portal hipertansiyonu bulunmamaktadır ve tuz kısıtlaması ve diüretik tedaviden fayda görmemektedirler. Tersine, yüksek serum-asit albumin gradyenti olanların genellikle portal hipertansiyonu bulunmaktadır ve tedavi ölçütlerine yanıt vermektedirler. Bu tipteki asitin tedavisinde altta yatan karaciğer hastalığının tedavisi en önemli basamaklardan biridir. Alkolden uzak durmak, bu vakalarda kritik önem taşımaktadır ve bazı hastalarda alkolün kesilmesi ile beraber portal basınç normale düşmektedir (1).

Yaşamın son günlerinde alkolden uzak durmak çok uygun olmayacaktır ve ölen hastada alkol belli ölçüde rahatlama sağlayacaktır. Hasta belki de favori içeceğinin sadece kokusu veya tadı için istekte bulunacaktır.

Sodyum Kısıtlaması

Sodyum kısıtlamasının asit yönetiminde kritik rolü bulunmaktadır, çünkü vücutta retansiyona uğrayan sıvının miktarı diyet ile alınan sodyum ile idrarda atılan sodyum arasındaki dengeye bağlıdır. Hafif sodyum retansiyonu olan hastalarda diyet sodyumunun (1-1,5 g/gün tuz) kısıtlanması başka bir tedavi gereksinimi olmadan negatif sodyum dengesi oluşturmakta, asit ve ödem kaybını sağlamaktadır. Orta derecede sodyum retansiyonu olan hastalarda tuz kısıtlaması negatif sodyum dengesi oluşturmak için tek başına yeterli olmamaktadır, fakat sıvı birikimini azaltabilmektedir. Bu hastalar daha katı sodyum diyetine yanıt verebilmektedir fakat bu da beslenme problemlerine neden olabilmektedir.

Diüretik Tedavi

Asit varlığının farmakolojik tedavisi yıllardır diüretik verilmesi ilkesine dayalıdır. Bu ilaçlar sodyum geri emilimini azaltarak idrar sodyum atılımını artırmaktadır. Sirozlu hastalarda diüretik tedavisi tek başına ya da furosemid gibi bir loop diüretiği ile beraber verilen spironolaktona dayalıdır. Barsak ödemi olan hastalarda bumentanid, furosemid yerine verilebilmektedir. Bir potasyum koruyucu diüretik olan amiloride ise spironolakton yerine verilebilmektedir.

Asitli hastaların %10-20 kadarı diüretik tedaviye yanıt vermemekte ya da komplikasyonları sonucu diüretikleri kullanamamaktadırlar.

Terapötik Parasentez

Eski Yunan zamanından beri parasentezin asitin kontrolünde etkili bir yöntem olduğu bilinmektektedir, ancak bu yöntemin güvenilirliği son dönemde kanıtlanmıştır. Terapötik parasentez daha fazla miktarda asit tedavisinde artarak kullanılmaktadır (plazma volüm genişleticiler ile beraber asitin tamamının bir seferde alınması ya da günde 4-6 lt tekrarlayan ponksiyonlar ile alınması). Diüretikler ile karşılaştırıldığı çalışmalarda parasentezin daha hızlı, etkili ve daha az sayıda komplikasyon çıkardığı görülmüştür. Asitin sadece yeniden oluşmasını engellemek için diüretik tedavisine devam edilmelidir (2,3,4).

İdrar sodyum atılımı olmayan hastalarda bile iki haftada bir yapılan parasentez ile asit kontrol edilebilmektedir (5). Asit sıvısının sodyum konsantrasyonu yaklaşık plazmaya eşittir ve bu hastalarda 130 mmol/lt civarındadır. 6 lt parasentez bundan dolayı 780 mmol sodyumu hastadan almaktadır. Günde 88 mmol sodyum alan birisinin idrar dışı kaybı günde 10 mmol'dür. İdrarda sodyum atamadığını düşünürsek günlük sodyum dengesi +78 mmol'dür. Bundan dolayı 6 lt parasentez ile 10 gün boyunca vücutta kalan sodyum alınabilmektedir. Bir miktar idrar sodyum atılımı olan hastaların daha seyrek parasentez ihtiyacı olmaktadır.

Terapötik parasentezin tartışmalı olan kısmı kolloid replasmanıdır. Bir çalışmada parasentez sonrası albumin verilmesi ve verilmemesi iki grupta araştırılmıştır. Albumin almayan grupta elektrolit, plazma renin ve serum kreatininde daha anlamlı değişiklikler olmuştur (6). Bu verilere rağmen klinik morbidite ve mortalitede farklılık saptanmamıştır.

8.3.3. REFRAKTER ASİT

Sodyumdan kısıtlı diyet ve yüksek doz diüretik tedavisine rağmen sıvı fazlalığının devam ettiği durum refrakter asit olarak tanımlanmaktadır (7). Sirotik asitli hastaların %10'undan azı standart tıbbi tedaviye refrakterdir. Refrakter asit tanısı konan hastaya seri terapötik parasentez, peritonevenöz şant, Transjuguler İntrahepatik Portosistemik Şant (TIPS) gibi diğer tedavi stratejileri planlanmalıdır.

Şantlar

La Veen ve Denver gibi şantlar 1970'lerde asitin fizyolojik tedavisi olarak popüler idi. Kullanım şant tıkanması, kava trombozu, periton fibrozisi gibi komplikasyonlar ve büyük volüm parasentezinin güvenli olması nedeniyle azalmıştır. Şant uygulamasının hastanede yatış süresini ve yatış sayısını azaltmasına rağmen (8), uzun süreli etkinliği düşüktür ve kontrollü çalışmalarda konvansiyonel tıbbi tedaviye üstünlüğü yoktur (9). Yan etkileri nedeniyle günümüzde bu tedavi yöntemleri artık kullanılmamaktadır. Peritoneovenöz şantlar transplant adayı olmayan diüretiklere dirençli hastalara aynı zamanda da abdominal skarlar veya ulaşım güçlüğü nedeniyle seri parasentez yapılamayacak hastalarda kullanılabilmektedir.

TIPS

Çeşitli çalışmalar refrakter asitte TIPS kullanımını araştırmıştır (10). Cerrahi şantlarda olduğu gibi TIPS sonrası düşen portal basıncın olumlu renal etkileri bulunmaktadır. Ek olarak TIPS cerrahinin taşıdığı mortalite ve morbiditeyi göstermemektedir. Bununla beraber, şant tıkanabilmekte, portal ve sistemik dolaşım arasında kanın şant olması karaciğer fonksiyonunu bozmakta ve hepatik ensefalopatiye neden olabilmektedir. Hatta karaciğer fonksiyonu kötü ise TIPS albumin artı parasentez ile tedavi edilen hastalar ile karşılaştırıldığında mortaliteyi artırabilmektedir. Bununla beraber, TIPS'in rolünü belirlemek için daha geniş ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

8.3.4. SPONTAN BAKTERİYAL PERİTONİT (SBP)

Palyatif bakım alan hastalarda bile spontan bakteryal peritonit ile uyumlu semptomlar (karın ağrısı ya da ensefalopati olsun olmasın yeni ortaya çıkan ateş) olması ve asit sıvısında 250/mm^3 polimorf nüveli lökosit (PMNL) bulunması durumunda antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Asit sıvı kültüründe üremenin beklenmesi hastanın ölümüne veya ciddi sepsise girmesine neden olabilmektedir.

Asit sıvısında pozitif bakteriyel kültür ve 250/mm^3 üzerinde polimorf nüveli lökosit sayısının bulunması durumunda tanı konmaktadır (ancak batın içi ve cerrahi olarak tedavi edilebilir durum olmaması gerekmektedir). Parasentez yapılmalı ve güvenilir bir tanı öncesi asit sıvısının analizi yapılmalıdır.

Alkolik hepatit ile birlikte son dönem hastalığı olan hastalarda ateş, beyaz hücre sayısında artış ve abdominal ağrı bakteriyel peritonit olmadan da ortaya çıkabilmektedir. Bununla beraber, bu hastalarda asit sıvısında artmış PMNL sayısı spontan bakteriyel peritonitisi temsil etmektedir.

Asit sıvısı infeksiyonu kuşkusu bulunanlarda antibiyotik duyarlılık testleri sonucu çıkıncaya kadar geniş spekturumlu antibiyotik tedavisi verilmelidir. Cefotaxime ya da benzer üçüncü kuşak sefalosporin şüpheli SBP'de tedavi seçeneğidir, çünkü floranın %95'ini kapsamaktadır (5). SBP'li hastalarda takip asit sıvı analizi gerekli değildir.

Bu komplikasyonu geliştiren hastaların çoğunluğunda ilerlemiş siroz ve tipik semptomlar bulunmaktadır. Antibiyotikler ile yapılan başarılı tedavi sonrası abdominal ağrının kesilmesi, ateşin normale düşmesi, ve ensefalopatinin düzelmesi ile dramatik klinik yanıt elde edilmektedir. Oral alabilen ve şokta olmayan hastalarda oral ofloxacin SBP tedavisinde iv cefotaxime kadar etkili bulunmuştur. Alternative olarak, oral ciprofloxacinde kullanılabilmektedir (11).

8.3.5. HEPATORENAL SENDROM (HRS)

Hepatorenal sendrom sirozun sık görülen ve ciddi bir komplikasyonudur ve vazoaktif sistemin aktivasyonu ile beraber arteriyel dolaşımın ve renal fonksiyonun bozulması ile karakterizedir (8). Böbrek yapısal olarak normal olsa da sistemik vasküler dirençte belirgin düşme ile beraber renal vasküler dirençte belirgin artış vardır. Vazokonstrüksiyonun mekanizması tam olarak anlaşılmamıştır, ancak vazokonstrüktörlerde artış ve vazodilatatörlerde azalma ile seyretmektedir.

İki tip hepatorenal sendrom bulunmaktadır. Tip 1 başlangıç kreatininin iki katına çıkacak şekilde renal fonksiyonda hızlı bozulma ya da iki hafta içinde kreatinin klirensinin 20 ml/dk'nın altına düşmesi ile karakterizedir. Bu tip renal yetmezliğe ilerleyici oligüri, belirgin sodyum retansiyonu ve hiponatremi eşlik etmektedir. Bu hastalarda ileri karaciğer yetmezliğinin bulguları mevcuttur. Tip 1 hepatorenal sendromun %50'si kendiliğinden gelişmektedir ve sebep bulunamamaktadır. Diğerlerinde ise bakteriyel enfeksiyona, plazma ekspansiyonu sağlanmaksızın yapılan parasenteze bağlı olabilmektedir.

Tip 2 hepatorenal sendrom ise tip 1 kriterlerini karşılamayan GFR'de orta derecede ve stabil düşme ile karakterizedir. Bu hastaların karaciğer fonksiyonu kısmen korunmuştur, ancak bu tip hepatorenal sendromun ana sonucu diüretik dirençli asittir. Hepatorenal sendrom tanısı sirozlu

hastalarda ortaya çıkabilecek böbrek yetmezliği nedenlerinin ekarte edilmesi ile konmaktadır. Bu nedenler arasında pre-renal azotemi, akut tübüler nekroz, non-steroid veya aminoglikozid antibiyotik gibi nefrotoksik ajan verilmesi bulunmaktadır.

HRS'lu hastalarda tedavi seçenekleri sınırlı ve prognozları kötüdür. Bu hastaların medyan sağkalım süresi iki haftadan daha az olup diğer akut böbrek yetmezliği nedenlerinden daha kısadır (12).

8.3.6. HEPATİK ENSEFALOPATİ

Milattan önce beşinci yüzyılda Hipokrat tarafından tanımlanmasına rağmen, altta yatan mekanizma hala açıklanamamıştır.

Barsaktaki bakteriler ya da gıdalardan kaynaklanan nitrojenli yıkım ürünlerini taşıyan portal kan akımı beyne ulaşınca hepatik ensefalopati oluşmaktadır. Hepatik ensefalopati karaciğer hücre yetmezliğinden ya da kronik karaciğer hastalığı ve portal hipertansiyon varlığında kollateral venöz dolaşımın karaciğeri by-pass yaparak ve direk olarak sistemik dolaşıma boşalması ile ortaya çıkmaktadır.

Kronik karaciğer hastalığında nöropsikiyatrik bozuklukların gelişmesi santral sinir sisteminin belli derecelerde depresyona uğraması ile sonuçlanmaktadır. Bununla beraber, potansiyel olarak geri dönüşümlü bir metabolik bozukluktur. Kronik karaciğer hastalığı olanların çoğunluğunda ensefalopati subkliniktir. Otomobil ya da cihaz kullanma sırasındaki reaksiyon zamanı etkilenmiş olabilmekte ve bu durum EEG bozuklukları ya da psikometrik performansta bozukluk olarak tespit edilebilmektedir (13). Kronik karaciğer hastalığı olanların %30'unda ensefalopati aşikar hale gelmektedir ve kişilik, davranış ve biliş düzeylerinde değişiklikler ile sonuçlanmaktadır. Bazı hastalarda, gece/gündüz uyku paternlerinin yer değiştirmesi görülebilmektedir.

Normal şartlarda, beynin metabolik ve biyokimyasal durumu kan-beyin bariyeri nedeniyle nispeten etkilenmemiş durumdadır. Çeşitli çalışmalarda ileri karaciğer hastalığında nötral aminoasitlerin kan-beyin bariyerinden taşınmasının arttığı ve bazik aminoasitler ve keton cisimlerinin taşınmasının azaldığı doğrulanmaktadır. Altta yatan mekanizma tam bilinmemekle beraber artmış amonyak ve methanethiol düzeyleri suçlanmaktadır (14). Kronik ensefalopatide PET taramada beyne amonyak alımının arttığı gösterilmiştir (15). Bu hastalarda beyindeki kan akımının bölgesel değişimleri de gösterilmiştir ve glukoz metabolizması kortekste azalmış

serebellumda, talamus ve kaudat nukleusta artmıştır. Kan akımı ve glukoz kullanımındaki bu değişiklikler primer neden olmaktansa santral sinir sisteminin global depresyonuna bağlı gibi durmaktadır.

Ensefalopatisi olan hastalarda kan amonyak düzeyi her zaman olmamakla beraber sıklıkla artmaktadır. Geçmişte amonyak ensefalopati gelişiminde en önemli faktör olarak kabul edilirdi. Sirozu olan hastalarda, hepatoselüler fonksiyon kaybı ve kanın şanta uğraması kan akımında amonyak konsantrasyonunun artmasına neden olmaktadır. Hepatik ensefalopatisi olan insanların EEG aktiviteleri hayvanlarda hiperammoneminin oluşturduğu aktiviteye benzememektedir. Diğer taraftan artmış amonyak düzeyleri diğer nörotoksinler ile sinerjistik etki göstermektedir (16).

Ensefalopati gelişiminde suçlanan diğer bileşikler barsak bakteriyel metabolizmasının ürünü olan uçucu ve toksik sülfür içeren bileşiklerdir. Methanethiol kan-beyin bariyeri üzerine olumsuz etkiler göstermektedir ve belki de amonyak ile sinerjistik etki göstermektedir. Fenoller de bu kategoriye girmektedirler (17). Ensefalopati gelişimine neden olabilecek diğer potansiyel adaylar bütrat, valerat ve oktanoat gibi orta zincirli yağ asitleridir.

Glutamat gibi nörotransmiterlerin ensefalopati gelişiminde potansiyel önem taşıdıkları düşünülmektedir. Hepatik ensefalopatisi olan hastaların beyin ve serebrospinal sıvılarında glutamin düzeyleri artmış bulunmuştur (18).

Gama-amino bütirik asit (GABA) santral sinir sisteminde majör bir inhibitör nörotransmiterdir. Sağlıkta, glutamat ve GABA aktivitesi arasında bir denge bulunmaktadır. Bu, GABA reseptörleri yolu ile sağlanmaktadır. Benzodiazepinler bu reseptörlerin farklı fakat yakın bir bölgesine bağlanarak aktivitelerini değiştirmektedirler. Benzodiazepin antagonistleri bazı hastalarda tedavi edici olarak kullanılmaktadır.

Hepatik ensefalopati gelişimindeki diğer teoriler Helicobacter pylori tarafından amonyak üretimi ve MR'da bazal gangliada manganez birikimidir.

Ensefalopati Tedavisi

Ensefalopati tedavisi ile gastrointestinal traktustan potansiyel nörotoksik olan ürünlerin emiliminin azaltılması amaçlanmaktadır ve diyette yapılan değişiklikler ve barsak florasının doğası ve metabolizmasının değiştirilmesi ile başarılmaktadır.

8.3.7. NÖROTOKSİNLERİN BARSAKTAN EMİLİMİNİN AZALTILMASINA YÖNELİK TEDAVİLER

Kronik karaciğer hastalarına artmış enerji gereksinimi dahilinde protein kısıtlanması verilmesi gerekmektedir. Günde 40-60 g protein yeterli gibi durmaktadır. Klinik çalışmalara göre bitkisel protein et proteinine göre daha iyi tolere edilmektedir. Diyetteki fiber barsaktaki bakteriler tarafından fermentasyona uğramaktadır, lümende yüksek fiber konsantrasyonu asidifikasyona neden olmaktadır. Lümen pH'sındaki düşme toksik yağ asidi ve aminoasitlerde amonyak oluşumunu azaltmaktadır.

Laktuloz ve laktitol gibi emilemeyen disakkaridlerin kullanımı otuz yıldan daha fazla süredir ensefalopati tedavisinin parçasıdır. Nörotoksik bileşiklerin barsaktan emilimi amonyak emiliminin azalması ve barsak florasının metabolizmasının değişimi ile sağlanmaktadır. Bu ajanlar barsak transit zamanını azaltmaktadır ve barsak asiditesi ve florasını değiştirmektedir. Laktuloz amonyağın bakteri proteinleri içine girmesini sağlamakta ve emilim için kalan amonyak miktarını azaltmaktadır (19). Glutamatın barsaktan alımını ve metabolizmasını azaltarak da amonyak üretimini azaltmaktadır. Barsak gazı, abdominal kramp ve ağrı yan etkileri arasındadır ve bazı hastalarda tedavi kesilmesini gerektirebilmektedir.

Lactitol hepatik ensefalopati tedavisinde ilk kez 1982 yılında kullanılmıştır ve laktuloz kadar etkili bulunmuştur. Karşılaştırmalı çalışmalar sonucunda laktitolun gastrointestinal yan etkileri laktulozdan daha az bulunmuştur (20). Barsak tıkanıklığı kuşkusu bulunan durumlarda bu ajanlar verilmemelidir.

Antibiyotikler hepatik ensefalopati tedavisinde barsak florasını değiştirme ve dışkı pH'sını düşürme ve dolayısıyla amonyak atılımını artırmak amacı ile kullanılmaktadır. Antibiyotikler genellikle laktulozu tolere edemeyen hastalara verilmektedir. Neomisin akut hepatik ensefalopati tedavisinde FDA tarafından onaylanmış, kronik hepatik ensefalopatide (0,5-1 g 12 saatte bir) onaylanmamış olmasına rağmen yaygın olarak kullanılmaktadır. Ototoksisite ve nefrotoksisite özellikle böbrek yetmezliği olan hastalarda rapor edilmiştir. Rifaximin, FDA tarafından kronik hepatik ensefalopati tedavisinde (400 mg X 3) onaylanmıştır. Etkinlik ve yan etki bakımından laktuloz ile benzerdir.

Tip 2 diyabet tedavisinde kullanılan intestinal alfa-glukosidaz inhibitörü olan akarboz, karbohidratlar ve glukozun barsaktan emilimini engellemekte ve kolona geçişlerini artırmaktadır. Sonuç olarak kolondaki sakkarolitik ve proteolitik bakteri oranı artmakta ve kan amonyak

düzeyleri düşmektedir. Erişkin başlangıçlı diyabeti olan sirozlu hastalarda hepatik ensefalopatiyi iyileştirmektedir. Benzer şekilde, probiyotik rejimlerde barsak florasını değiştirmekte ve amonyak üretimini azaltmaktadır.

Amonyak klirensini artırmak için başka yöntemler de çalışılmıştır. Sodyum benzoat, sodyum fenilbütrat ve sodyum fenilasetat idrardan amonyak atılımını artırmaktadırlar ve FDA tarafından üre siklüsundaki enzim eksikliği nedeniyle oluşan hiperammonemide kullanımları onaylanmıştır. Ancak sodyum benzoat verilmesi tuz yüküne sebep olmaktadır ve hepatik ensefalopatide etkinliği tam olarak ortaya konamamıştır. Kesin faydası tamamen gösterilmese de çinko, üre siklusunda bir enzim olan ornitin transkarbamilaz aktivitesini artırmakta ve hepatik ensefalopatiyi düzeltebilmektedir. Vücut dışı albümin diyalizi kan amonyak düzeyini azaltmakta ve kronik üzerine eklenmiş akut karaciğer yetmezliğindeki hepatik ensefalopatide faydası gösterilmiştir. Aminoasit ornitin ve aspartik asidin tuzları olan L-ornitin L-aspartat (LOLA) üre siklusunu aktive etmekte ve amonyak klirensini artırmaktadır.

Flumazenil GABA teseptör antagonistidir ve hepatik ensefalopatisi olan hastalarda kullanılmaktadır. Grade 3-4 hepatik ensefalopatisi olan hastaların 1/4'ünde klinik ve EEG bulgularını düzeltmiştir. Ancak yarılanma ömrü kısadır ve nöbet, aritmi ve yoksunluk semptomları kullanımını kısıtlamaktadır.

8.3.8. SARILIK ve KAŞINTI

Kolestatik karaciğer hastalığında oluşabilen kaşıntının etkili tedavisi oldukça zor olabilmektedir. Kaşıntı yaşam kalitesini belirgin olarak bozabilmekte, uyku yoksunluğuna ve nadiren intihar düşüncelerine sebep olabilmektedir. Malign hastalarda sarılığın başlangıcı genellikle klinik seyrin hızla bozulması anlamına gelmektedir. Bununla beraber, hepatoselüler kanseri olmayan siroz hastalarında bu bulguyu değerlendirmek için çaba sarfedilmelidir. Bazı hastalarda kaşıntının semptomatik tedavisi tek amaç olabilmekte iken; bazılarında agresif yaklaşım ile yaşam kalitesi ve yaşam süresi artabilmektedir. Daha agresif yaklaşım biliyer endoskopist ve radyologları da araştırmaya dahil etmektedir. Primer bilyer siroz ve sklerozan kolanjit gibi malign olmayan karaciğer hastalıklarında sarılık, hastalığın doğal seyrinde bulunabilmektedir. Bundan dolayı sarılığın primer nedeni olan tedavi edilebilir bir hastalığı bulmak ideal olanıdır, bulunmadığı takdirde palyasyona yönlenilmelidir.

Sarılık, pre-hepatik, intra-hepatik ve post-hepatik olarak sınıflandırılmıştır ve palyatif bakıma başvuran hastaların çoğunun sarılık yakınmasının nedeni başvuruda belli olmuş durumdadır.

Kaşıntının patogenezindeki teori safra tuzlarının ciltteki sinir uçlarında biriktiği olarak gösterilmektedir (21). Cilde dışarıdan safra tuzu verildiğinde kaşıntı ortaya çıkarılabilmektedir. Kaşıntısı olan hastalarda serum safra tuzları yüksek bulunmaktadır ve kolestramin ile safra tuzlarının düşürülmesi kaşıntının azalmasına neden olmaktadır (22). Ekstrahepatik biliyer tıkanıklıkta safranın perkütan yoldan boşaltılması da kaşıntıyı ortadan kaldırmaktadır. Hangi safra tuzunun kaşıntıya daha fazla sebep olduğu bilinmemektedir. Serum safra tuzlarının nispeten düşük konsantrasyonlarında kaşıntı olabilirken, artan serum safra tuzu konsantrasyonlarında kaşıntı azalabilmektedir.

Kolestazda ortaya çıkan kaşıntıda santral sinir sisteminde endojen opioidler tarafından modüle edilen artmış nörotransmisyon da sorumlu tutulmaktadır (23). Üç kanıt bunu desteklemektedir: 1) Morfin ya da bir opioid agonisti özellikle de santral verildiğinde kaşıntıyı ortaya çıkarmaktadır. 2) Kolestaz sendromu artmış opioiderjik tonus sendromu ile uyumludur. 3) Kolestaz sırasında ortaya çıkan kaşıntı opioid antagonisti naloxone ile iyileşmektedir. Oral nalmefen kullanıldığı iki çalışmada etkili bulunmuştur (24). Bu ajanın uzun dönemde de faydası gösterilmiştir.

Sarılık ve Kaşıntının Tedavisi

Sarılığın tedavisi için çeşitli stratejiler uygulanmıştır ve lokal ve sistemik tedaviler olarak sınıflandırılmaktadır. Pankreas kanseri, kolanjiyo karsinom gibi fokal darlıklarda cerrahi by-pass ya da endoskopik veya perkutan stentleme ile sorun çözülebilmektedir. Kolestatik sarılığı olup darlığı olmayan hastalarda tedavi daha güçtür.

Genel ölçütler: Düşük sıcaklıklar ve klimalı mekanlarda serinlemenin getirdiği azalmış terlemenin sonucu kaşıntı hissi azalmaktadır. Kaşıntı tedavisinde lokal ölçütler arasında nemlendiriciler gelmektedir. Kalamin preperatları sıvı ya da parafin içinde kalamin, çinko oksid, gliserol ve sodyum sitrat içermektedir. Topikal kortikosteroidlerin de etkisi olabilmektedir. Uzun dönem verilmesi planlanıyor ise steroidden kaçınılmalıdır. Çeşitli topikal antihistaminikler mevcuttur, fakat bunlar alerjik döküntü var ise faydalıdır. Kolestazı olan bazı hastalarda faydası olabilmektedir.

Sistemik ajanlar: Antihistaminikler nispeten etkisizdir ve kullanımındaki rasyonel sedatif etkisinden faydalanmaktır. En sık kullanılanlar klorfeniramin veya promethazindir. Sedatif etkinliği düşük yeni antihistaminiklerin faydası yoktur. Antihistaminiklerin başağrısı, psikomotor bozukluk, idrar retansiyonu, ağız kuruluğu ve bulanık görme gibi antimuskarinik etkileri bulunmaktadır. Prochlorperazine ve trimepraxine gibi fenotiazinler de kaşıntı için önerilebilmektedir ve etkileri santral yoldandır. Yan etkilerinden ötürü bu nöroleptik ilaçların yaygın kullanımı önerilmemektedir.

Kaşıntı tedavisinde kullanılan diğer ajanlar arasında kolestramin bulunmaktadır. Etkisini safra tuzunu bağlayarak göstermektedir ve onların geri emilimini engellemektedir. Kolestramin duodenuma ulaşması safra kesesi kasılması ile aynı zamanda olması amacıyla yemeklerden 1 saat önce ya da sonra alınmalıdır. İdame dozu 12 gr/gündür. Daha yüksek dozlarda yağda eriyen vitaminlerin emilimini azaltmaktadır. Bundan dolayı uzun dönem tedavi olacakların vitamin desteğine ihtiyacı olabilmektedir. Diğer ilaçlarda kolestramin ile farklı zamanlarda alınmalıdır.

Ursodezoksikolik asit primer biliyer sirozlu ve kaşıntısı olan hastalarda faydalı bulunmuştur. Koleretik etki ya da safra asitlerinin azalmasına bağlı olabilmektedir. Hem primer biliyer siroz hem de ilaca bağlı kolestazda biyokimyasal değerlerinin düzelmesine neden olsa da ursodezoksikolik asit antipruritik ajan olarak kabul edilmemektedir. Paradoksik olarak ursodezoksikolik asit kaşıntıyı artırabilmektedir.

Rifampisin (300-500 mg/gün) kaşıntı tedavisinde ve kronik kolestatik bozukluklar ve primer biliyer sirozda kullanılmaktadır. Etkisi genellikle 7 gün içinde ortaya çıkmaktadır. Rifampisinin etki mekanizması bilinmemektedir. Potansiyel yan etkileri arasında safra taşı oluşumu, ilaç etkileşimleri ve dirençli mikroorganizma gelişimidir.

Kaşıntı şiddetli olduğunda sistemik tedaviler ve lokal ölçütlerin beraber kullanılması gerekebilmektedir. Günde üç kez kolestramin 4 gr faydası olmuyor ise; Rifampicin günde 150 mg olarak başlanmalıdır ve haftada 150 mg artırılarak 600 mg'a kadar çıkılabilmektedir. Rifampisine intolerans var ya da faydası yok ise; Naltrexone günde 50 mg verilebilir. Naltrexone'un faydası yok ya da intolerans var ise bir sonraki basamak Sertraline günde 1 kez 100 mg'a kadar verilebilmektedir. Ondansetronda bir tedavi alternatifidir. Kontrol edilemeyen kaşıntıda bazı hastalarda kısa süreli olarak plazmaferez denenebilmektedir.

8.3.9. TERMİNAL OLAY OLARAK KANAMA

Sirozdan ölümlerin üçte biri özofagus veya mide varislerinin neden olduğu üst gastrointestinal kanama nedeniyle olmaktadır. Varise bağlı kanamanın mortalitesi diğer nedenlere bağlı üst GIS kanama mortalitesinden daha yüksektir. Kanama, hasta için de aile için de çok rahatsızlık verici bir durumdur.

Endoskopik tedavi, uygun tedavi yöntemi olmakla beraber terminal hastada bu tedavi yöntemi uygun olmayabilmektedir. Tedavi edilmediği takdirde saatler içinde hasta kaybedilebilmektedir. Daha önceden uyarıcı kanamaları oldu ise hastalara diamorfon tedavisi verilip hasta ve hasta yakınının konforu sağlanabilmektedir.

8.3.10. KRONİK KARACİĞER HASTALIĞINDA DEPRESYON

Listede karaciğer transplatasyonu bekleyen hastalar arasında depresyonu bulunanların algılanan yaşam kalitesi ve Karnofsky skorları da daha düşük bulunmuştur. Karaciğer transplantı sonrası sağkalım iki grup arasında farklılık göstermese de transplant bekleme listesindeyken ölüm oranı depresyon olanlarda daha yüksek bulunmuş (25). Kronik karaciğer hastalarında depresyonun varlığı gözardı edildiği bir gerçektir ve depresyon bulgularının açık olduğu durumlarda tedavi gerekmektedir.

8.3.11. YAŞAM KALİTESİ ve KRONİK KARACİĞER HASTALIĞI

Son dönem karaciğer hastalığında yaşam kalitesi ile ilgili çalışma sayısı az olsa da karaciğer transplant programlarındaki verilerine göre karaciğer nakli zamanlamasında önem taşımaktadır. Karaciğer nakli bekleyen hastalarda anksiyete, davranış bozukluğu, depresyon sık görülmektedir. Hepatit C'ye bağlı sirozu olan hastalarda ilginç bir şekilde diğer etyolojilere göre depresyon daha sıktır. Yeni tedavi biçimleri ortaya çıktıkça yaşam kalite değerlendirmeleri yapılması gerekmektedir. Örneğin TIPS (transjugular intrahepatik porto-sistemik şant) işlemi sonrası yaşam kalitesi değerlendirmesi yapılması gerekmektedir.

Sonuç

Kronik karaciğer hastalığı yıllar içinde gelişmektedir ve hastalığın son dönemlerinde palyatif bakım gereksinimi bulunmaktadır. Transplant ile hastalığın seyri tamamen değişse de hala her transplant edilen hastanın yanında dört hasta transplantsız kalmakta ve kaybedilmektedir. Siroz hastalarında ortaya çıkan semptomların tedavisi ile hastanın yaşam kalitesi artırılmalı ve hastanın ailesine de destek olunmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Pockros PJ, Reynolds TB (1986). Rapid diuresis in patients with ascites from chronic liver disease: the importance of peripheral edema. Gastroenterology. 1986;90:1827-33.
2. Arroyo V, Clària J, Saló J, Jiménez W (1994). Antidiuretic hormone and the pathogenesis of water retention in cirrhosis with ascites. Semin Liver Dis. 1994;14:44-58.
3. Guazzi M, Polese A, Magrini F, Fiorentini C, Olivari MT (1975). Negative influences of ascites on the cardiac function of cirrhotic patients Am J Med. 1975 Aug;59(2):165-70.
4. Peltekian KM, Wong F, Liu PP, Logan AG, Sherman M, Blendis LM (1997). Randomized, comparative study of oral ofloxacin versus intravenous cefotaxime in spontaneous bacterial peritonitis. Am J Gastroenterol. 1997;92:394-9.
5. Runyon BA (1998). Management of adult patients with ascites caused by cirrhosis Hepatology. 1998;27:264-72.
6. Ginès P, Titó L, Arroyo V, Planas R, Panés J, Viver J, Torres M, Humbert P, Rimola A, Llach J, et al (1988). Randomized comparative study of therapeutic paracentesis with and without intravenous albumin in cirrhosis. Gastroenterology. 1988;94:1493-502.
7. Runyon BA (1988). Spontaneous bacterial peritonitis: an explosion of information Hepatology.1988;8:171-5.
8. Bories P, Garcia Compean D, Michel H, Bourel M, Capron JP, Gauthier A, Lafon J, Lévy VG, Pascal JP, Quinton A, et al (1986). The treatment of refractory ascites by the LeVeen shunt. A multi-centre kontrolled trial (57 patients) J Hepatol. 1986;3:212-8.
9. Stanley MM, Ochi S, Lee KK, Nem chausky BA, Greenlec HB, Allen JJ et al (1989). Peritoneovenous shunting as compared with medical treatment in patients with alcoholic cirrhosis and massive ascites. Veterans Administration Cooperative Study on Treatment of Alcoholic Cirrhosis with Ascites. N Engl J Med. 1989;321:1632-8.
10. Ginès P, Fernández-Esparrach G, Arroyo V (1997). Ascites and renal functional abnormalities in cirrhosis. Pathogenesis and treatment. Baillieres Clin Gastroenterol. 1997;11:365-85.
11. Navasa M, Follo A, Llovet JM, Clemente G, Vargas V, Rimola A, Marco F, Guarner C, Forné M, Planas R, Bañares R, Castells L, Jimenez De Anta MT, Arroyo V, Rodés J (1996). Randomized, comparative study of oral ofloxacin versus intravenous cefotaxime in spontaneous bacterial peritonitis. Gastroenterology. 1996 Oct;111(4):1011-7.
12. Lockwood AH, Yap EW, Wong WH (1992) Cerebral ammonia metabolism in patients with severe liver disease and minimal hepatic encephalopathy. J Cereb Blood Flow Metab. 1991 Mar;11(2):337-41. Erratum in: J Cereb Blood Flow Metab 1992;12:177.
13. Conn HO (1977). Trailmaking and number-connection tests in the assessment of mental state in portal systemic encephalopathy. Am J Dig Dis. 1977;22:541-50.

14. Grippon P, LePonchin Laffite M, Boschat M (1986). Evidence for the role of ammonia in the intracerebral transfer and metabolism of tryptophan. Hepatology 1986;6:682-6.

15. Lockwood AH, Yap EW,Wong WH (1991). Cerebral ammonia metabolism in patients with severe liver disease and minimal hepatic encephalopathy. J Cereb Blood Flow Metab 1991 Mar;11(2):337-41.

16. Raabe W, Onstad G (1985). Porta-caval shunting changes neuronal sensitivity to ammonia. J Neurol Sci. 1985 Dec;71(2-3):307-14.

17. Martensson J, Svensson H, Tobiasson P (1985). Influence of the bacterial flora of the gut on sulfur amino acid degradation. A study of patients with bacterial overgrowth before and during treatment with oxytetracycline or metronidazole. Scand J Gastroenterol. 1985;20:959-65.

18. Taylor-Robinson SD, Sargentoni J, Marcus CD, Morgan MY, Bryant DJ (1994). Regional variations in cerebral proton spectroscopy in patients with chronic hepatic encephalopathy. Metab Brain Dis. 1994;9:347-59.

19. Vince A, Killingley M, Wrong OM (1978). Effect of lactulose on ammonia production in a fecal incubation system. Gastroenterology. 1978 Mar;74(3):544-9.

20. Blanc P, Daures JP, Rouillon JM, Peray P, Pierrugues R, Larrey D, Gremy F, Michel H (1992). Lactitol or lactulose in the treatment of chronic hepatic encephalopathy: results of a meta-analysis. Hepatology. 1992;15:222-8.

21. Varadi DP (1974). Pruritus induced by crude bile and purified bile acids. Experimental production of pruritus in human skin. Arch Dermatol. 1974 May;109(5):678-81.

22. Sharp HL, Carey JB, White JB, Krivit W (1967). Cholestyramine therapy in patients with a paucity of intrahepatic bile ducts. J Pediatr. 1967;71:723-36.

23. Bergasa NV, Jones EA (1998). The pruritus of cholestasis: evolving pathogenic concepts suggest new therapeutic options. Clin Liver Dis. 1998;2:391-405.

24. Thornton JR, Losowsky MS (1988). Opioid peptides and primary biliary cirrhosis BMJ. 1988 Dec 10;297(6662):1501-4.

25. Singh N, Gayowski T, Wagener MM, Marino IR (1997). Depression in patients with cirrhosis. Impact on outcome. Dig Dis Sci. 1997;42:1421-7.

8.4. SON DÖNEM BÖBREK HASTALIĞI

Uzm. Dr. Zeynep ALTIN[1]

[1]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

8.4.1. TANIMLAR, İNSİDANS ve PREVALANS

Kronik böbrek hastalığı, dünyada ve ülkemizde görülme sıklığı gittikçe artan önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). Kronik böbrek hastalığı (KBH) ilerleyici nefron hasarı sonucunda gelişen geri dönüşümsüz böbrek fonksiyon kaybına bağlı ortaya çıkan klinik bir tablo olup; sıvı, elektrolit, asit-baz dengesi bozuklukları ve böbreklerin endokrin işlevlerindeki bozukluklar ile birliktedir. KBH; en az 3 aydan beri saptanan glomerüler filtrasyon hızı (GFH) düşüklüğü (<60 ml /dakika/1.73m^2) veya böbrek hasarının kanıtlarının bulunması olarak tanımlanır (2). KBH, GFH'na göre 5 evreye ayrılmaktadır. Evre 5, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olup GFH 15 ml/dk/1.73m^2'nin altında, renal replasman tedavisinin gerekli olduğu evredir. Evre 5 KBY'li hastalar yaşamlarını diyaliz [hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD)] ya da böbrek transplantasyonu (Tx) tedavileri ile sürdürebilmektedirler (1).

Amerika, Asya ve Avrupa ülkelerinde son dönem böbrek yetmezliği olan hasta sayısı artmakta olup; hasta sayısının 2020 yılına kadar 780.000'den fazla olacağı tahmin edilmektedir (3,4,5). KBH'nın yaygınlığı (prevalansı) yaşın ilerlemesiyle birlikte artmakta olup, ülkemizde %15,7 olarak bildirilmiştir. KBH prevalansı 60 yaşın altındaki bireylerde %11,5 iken, 60 yaş ve üstü bireylerde %38,3 gibi yüksek bir değere ulaşmaktadır (6,7). Beklenen yaşam süresinin artışı ile birlikte diyalize giren 75 yaş ve üzeri hasta sayısında önemli bir artış olmuştur (8). Birleşik Devletlerde KBH prevalansı %13'tür. Bu hastaların %37'sini evre 3 ve üstü KBH bulunan ve 70 yaşın üzerindeki hastalar oluşturmaktadır (4,6). Bu artışa paralel olarak SDBY'li hastaların mortalite oranları da artmıştır. Bu oranların artan diyabet (DM) ve hipertansiyon (HT) görülme sıklıkları nedeniyle artış göstereceği öngörülmektedir (3).

Renal replasman tedavileri (RRT), SDBY'li hastaları hayata bağlamaktadır. Son 20 yılda renal replasman tedavi (RRT) programlarına kabul edilen hasta sayısında belirgin bir artış ortaya çıkmıştır. İyi diyaliz uygulamaları, SDBY'li hastalar için yaşam uzatıcı bir nitelik taşımaktadır (9). Kronik diyaliz hastalarında mortalitede kardiyovasküler sistem (KVS) hastalıklarının yanısıra diyaliz işleminin sonlandırılmasının da rolü olabilmektedir (10,11,12). SDBY'li hastaların

toplumdaki aynı yaş ve cinsiyetteki normal bireylere göre beklenen yaşam süreleri daha kısadır (13,14).

Ülkemizde Türk Nefroloji Derneği'nin 2011 yılı verilerine göre; KBY'li hastaların %87,7'si HD, %6,8'i PD ile tedavi edilmektedir. Hemodiyalize devam eden hastalarda kardiyovasküler hastalıklar (KVS) mortalitenin en sık nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (15).

Renal replasman tedavileri, aynı zamanda SDBY'li hastaların semptomlarının azalmasını ve yaşam kalitelerinin iyileştirilmesini sağlamaktadır. Ancak diyalize giren birçok hastada, böbrek yetmezliğine ek olarak ortaya çıkan ve yaşamı tehdit eden akut durumlar ya da var olan hastalıkla birlikte seyreden DM, HT, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, pulmoner ödem gibi komorbid hastalıklar, kronik diyaliz tedavisine bağlı ortaya çıkan fiziksel ve psikososyal semptomlar, genel iyilik halini ve yaşam kalitesini bozmakta, yaşam süresini kısaltmakta ve hasta bakımını zorlaştırmaktadır (11,12,16,17,18,19).

SDBY hastalarının ileri yaşta, semptom yükünün fazla ve beklenen yaşam sürelerinin kısa olması, hasta ve ailelerinin palyatif bakım alma gereksinimlerini arttırmıştır (13,14).

8.4.2. KRONİK BÖBREK HASTALIĞI NEDENLERİ

KBH'nin en sık saptanan nedeni diyabetes mellitustur. Ükemizde 2010 yılı içinde ilk renal replasman tedavisi (RRT) olarak hemodiyalize (HD) başlanan ve kronik HD programına alınan hastaların %32,7'sinde, İngiltere'de ise RRT başlanan hastaların %22'sinde KBY nedeni diyabetes mellitustur (6,15). ABD'de diyaliz tedavisi altında olan hastaların yaklaşık %40'ı diyabetik, %30'u konjestif kalp yetmezliği ve iskemik kalp hastası, %15'i periferik vasküler hastalığa sahip ve %10'u önemli serebrovasküler hastalığı olanlardan oluşmaktadır (20, 21, 22). Yaşlı bireylerde renovasküler hastalık ve hipertansiyon da önemli diğer nedenlerdir. Ayrıca, KBH vakalarının bir çoğunda primer bir neden bulunamayabilir. Yaşlı hastalarda sık görülen diğer nedenler obstrüktif üropati, multipl myelom ve sistemik vaskülitlerdir (4).

8.4.3. KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ İLERLEMESİNDE ETKİLİ FAKTÖRLER

KBH'nın ilerlemesinde etkili faktörlerin bir kısmı değiştirilemez faktörlerdir. Bunlar; cinsiyet (erkek), genetik, ırk (Afrika kökenli Amerikalılar) ve ileri yaştır. Diğerleri ise değiştirilebilir faktörler olup, bunlar arasında; glomerüler ve sistemik hipertansiyon, proteinüri, hiperlipidemi, sigara ve alkol kullanımı, hiperglisemi, obezite, hiperürisemi, diyetle fazla fosfor ve protein alımı, metabolik asidoz ve interstisyel nefrit gelişimi sayılabilir. (23)

8.4.4. KLİNİK BULGULAR ve KOMPLİKASYONLAR

KBH çoğunlukla ileri evrelere kadar belirti vermeden (asemptomatik) seyreder. KBH vakalarının büyük bir kısmı, diğer nedenlerden dolayı yapılan laboratuvar testleri sırasında rastlantı sonucu saptanır. Klinik belirtiler arasında iştah azalması, bulantı, kusma, yorgunluk, nefes darlığı, ödem, kaşıntı, kramplar ve huzursuz bacak sayılabilir. KBH'da etkilenmeyen sistem ve organ neredeyse yoktur (4).

8.4.5. TANI

GFH'da azalma, üre ve kreatinin yükselmesi, üremik belirti ve bulguların varlığı ile KBH tanısı kolaylıkla konur. İleri evredeki KBH olgularında altta yatan hastalığın tanısında böbrek biyopsisinin yeri yoktur (2).

8.4.6. PROGNOZ ve ÖLÜM NEDENLERİ

Son dönem böbrek hastalığında (SDBH) ileri yaş ve diyabetin varlığı, prognozda önemli belirleyicilerdir. Diyaliz tedavisi altındaki hastalarda, genel olarak bir yıllık sağkalım %84'tür. Genç ve diyabeti olmayan grupta sağkalım %74 iken, 65 yaş üzerindeki diyabetik hastalarda %21'dir. SDBH'da en yaygın ölüm nedeni, kardiyovasküler hastalıklardır. Yurtdışında hastaların azımsanmayacak önemli bir kısmı, diyaliz tedavisini sonlandırmayı ve diyaliz yapılmaksızın konservatif tıbbi tedavide kalmayı seçmektedirler (diyaliz kesilmesi). Diyalizi kesilen hastalar, acil olarak terminal bakıma ihtiyaç duyarlar. Bu hastalarda ölüme kadar geçen ortalama zaman 10 gün kadardır.

Planlanan multidisipliner palyatif bakım, bazı hastalarda mümkündür ve bu hastalar, beklenen yaşam süresi yedi aydan daha az olan hastalardır (9).

Palyatif bakım bir ekip çalışması olup, etkin bir renal palyatif bakım için multidisipliner bir ekibin olması gerekmektedir. Bu ekipte ideal olarak, nefrolog, nefroloji/diyaliz hemşiresi, diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanına da yer verilmesi önerilmektedir (18,24).

Palyatif bakım, Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre "yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak, ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanı ve ayrıntılı bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşımdır" (25). Bir başka tanıma göre ise palyatif bakım özellikle tedavi edilemeyen ilerleyici hastalıklarda hastanın ve ailenin fiziksel, sosyal, manevi gereksinimlerinin kapsamlı yönetimidir (4,24).

Yakın zamana dek palyatif bakım yalnızca yaşamın son dönemlerindeki hastalar için uygun görülürken, günümüzde palyatif bakım ilkelerinin; acının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi hedeflenen tüm hastalarda olabildiğince erken dönemlerde uygulanması gerektiği yaygın kabul görmektedir (13, 26, 27). Erica Perry'nin 1990'da söylediği gibi: "Bizler doğum, yeni bir iş, evlenme ve pek çok yaşam olayı için hayatımızı planlarız fakat bu düşüncelerin içinde kendi ölümümüze ilişkin bir plan yoktur. Hastane ortamındaki en büyük trajedilerden biri bireylere fırsatların sunulmamasıdır."

Palyatif bakımda hasta ve ailesi her zaman merkezde yer almaktadır ve palyatif bakımın hedefleri hasta ve ailenin gereksinimlerine göre değişiklik göstermektedir. Hasta, ailesi ve yakınları ile açık ve duyarlı bir iletişimin sürdürülmesi palyatif bakımın temel ilkelerindendir (4,11,26,28).

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda palyatif bakım, kan basıncı kontrolü, anemi, kardiovasküler sistem hastalıkları, kemik ve mineral metabolizma bozukluğu tedavisi ile birlikte (11,29) fiziksel, duygusal, sosyal ve spritüel yönleri içeren aktif, bütüncül bir yaklaşımdır (5,17,30,31). Palyatif bakım, hastada ortaya çıkan ve hastanın yaşamdan zevk almasını engelleyen ağrı, dispne, yorgunluk, bulantı-kusma, iştahsızlık, anksiyete, depresyon, deliryum gibi bulguların ve yalnızlık, izolasyon gibi durumların hafifletilmesine ya da geciktirilmesine odaklanır. SDBY'de palyatif bakım temel olarak, yaşam süresini uzatmayı değil, kronik ve yaşamı tehdit eden hastalığa sahip hasta, aile ve bakım verenlere, anlamlı bir yaşam sürdürmelerine yardım

ederek yaşam kalitesini en üst seviyeye çıkarmayı hedeflemektedir. (5,11,12,13,14,31). Batılı ülkelerde, literatürde yer aldığı şekilde, diyaliz hastalarının da içinde yer aldığı SDBY'de palyatif bakım; ağrı ve semptom yönetimi, ileriye yönelik bakım planlaması, hasta ve ailesine psikososyal ve manevi bakımda destek, diyalizin kısıtlanması/sonlandırılmasını da içine alan konular hakkında kapsamlı bilgilendirmeler yapılarak karar vermede etik yaklaşımları içermektedir (4,5,29,32). Bu temel yaklaşıma ek olarak renal palyatif bakım, diyalizin kısıtlanması ve sonlandırılması hakkında karar verebilmelerini sağlayacak yeterli ve etkili bilgi aktarımının sağlanması, bilgilenmenin erken dönemde başlatılması, hasta ve aile/bakım verenlerin yaşam sonu bakım, yas ve kayıp süreci konularında profesyonel destek almalarının sağlanması, yaşam sonu bakımın tartışılması, ölümün gerçekleşmesini istedikleri yerin belirlenmesi konularını da içermektedir (8,24,31).

Geriatrik yaş grubundaki SDBH olanların %23'ü her yıl hayatını kaybetmektedirler (33, 34-37). Diyaliz hastalarında beklenen yaşam süreleri genel popülasyonla karşılaştırıldığında dörtte bir veya beşte bir kadardır (38). Böylece birçok teknik ilerlemeye rağmen, SDBH'da mortalite ve morbidite özellikle eşlik eden hastalığı olan yaşlı hastalarda halihazırda yüksektir. Yaşam beklentisi ve yaşam kalitesi oldukça sınırlı olduğundan, renal replasman tedavisi başlatıp başlatmama kararı hakkında etik sorunlar ortaya çıkmaktadır. (39). Hasta veya yakınlarının diyalizi reddetmesine ek olarak, aşırı yaşlılık, şiddetli nörolojik bozukluk, böbrek dışı son dönem organ yetmezlikleri ve birden fazla ciddi yandaş hastalığının olması da diyaliz tedavisini başlatmama nedeni olabilmektedir. Bu gerekçeler, diyalizden çekilme konusunda da altta yatan sık sebeplerdendir.

Bazı uzmanlar diyalize başlama kararı verirken, hastaya yarar sağlamakla birlikte zarar vermeme arasındaki dengeyi gözetirler (39). Bazı deontologlar ise diyalizin, yaşam süresini uzatmaktan çok, ölümü geciktireceğini düşünürler (38).

Giderek kötüleşen hastalarda diyalize başlandıysa, diyaliz tedavisini durdurup durmamak yeni bir tartışma konusudur.

8.4.7. DİYALİZİN KISITLANMASI / SONLANDIRILMASI

Literatürde yer aldığı şekilde, diyalizin kısıtlanması, tıbbi endikasyonlar nedeniyle diyaliz işlemine başlanmaması; diyalizin sonlandırılması ise hastaya uygulanan diyaliz işleminin durdurulmasıdır. Diyalizin kısıtlanması / sonlandırılması kararı ayrıntılı bilgilendirme yapılarak nefrolog, nefroloji hemşiresi ve hasta / hasta ailesi ile birlikte ele alınmalıdır. Diyalizin kısıtlanması / sonlandırılması kararı belirtilen durumlarda yerine getirilir;

(i) Hastanın karar verme kapasitesi yeterli ise ayrıntılı olarak bilgilendirilir ve seçimlerini gönüllü olarak yapar; bilgilendirme sonucunda kendi iradesiyle seçimi diyalizin kısıtlanması / sonlandırılması yönünde ise diyaliz sonlandırılır.

(ii) Karar verme kapasitesi yeterli değilse sözel ya da ileri direktifler önceden yazılı olarak bildirilmişse yerine getirilir.

(iii) Karar verme kapasitesi yeterli değilse hastanın kanuni varisi bu gruba dahil edilir.

(iv) Hastaların tedavisi olmayan, ilerlemiş nörolojik hastalığı varsa diyaliz işlemi kısıtlanır/sonlandırılır (5,19).

Bu durumların dışında, hastaların diyalizin kısıtlanması / sonlandırılması kararlarında, aileye yük olma düşüncesi, sosyal yaşamlarını kısıtlaması, diyaliz seanslarının haftanın belirli gün ve saatte yapılmasının getirdiği sıkıntılar, hastaların fiziksel kısıtlılığı olması ve aile bireylerinden birine bağımlı olması, sosyal ve sağlık gereksinimlerini karşılamada maddi destek bulamama gibi nedenlerinin etkili olduğu belirtilmektedir (40).

SDBY olan ve diyalize giren hastaların semptom yükü ve hastalığın yaygın olması yanı sıra hastaların yaşı, cinsiyeti, depresyon, kronik hastalığa sahip olma durumu, demans, koma, kültürel, etnik ve bölgesel özellikleri diyalizin kısıtlanması / sonlandırılmasında etkili olmaktadır (10,16,29,41,42). Yaşlılarda, siyah ırkta diyalizi kısıtlama kararının gençlere göre daha düşük olduğu belirtilmektedir (16). Diyalizi sonlandırma / diyalizden çıkarma kararının ABD, İngiltere ve Kanada'da yüksek, Japonya'da ve Almanya'da ise düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuç üzerinde kültürel ve geleneksel özelliklerin etkili olduğu belirtilmektedir (41).

Diyalizin Durdurulması ve Diyalizden Çekilme İle İlgili Kılavuzlar

Hastanın tedavisinde, diyalizin kısıtlanması / sonlandırılması kararı etik ve yasal bir konudur (4). Etik ilkeler doğrultusunda incelendiğinde tedaviyi reddetme kararı otonomi, yararlılık ve başkalarına zarar vermeme ilkeleri ile örtüşmektedir ve bu ilkeler hastanın kararını desteklemektedir. Renal Hekimler Birliği ve Amerikan Nefroloji Derneği ve Amerikan Hemşireler Birliği tarafından diyalizin kısıtlanması / sonlandırılmasına yönelik önerilerin bulunduğu rehberler geliştirilmiştir. Bu rehberler, sağlık profesyonellerinin bilgilerini güncellemelerinin yanında, hasta ile ilgili kararların kolay ve güvenli alınmasını sağlamaktadır (3).

Yasal haklar yönünden incelendiğinde; karar verme kapasitesi / yetisi yerinde olan hastaların tıbbi tedaviyi reddetme hakkı olduğu belirtilmektedir (4,10,43). Ülkemizde hasta hakları

yönetmeliğinde madde 13 “ötanazi yasaktır” ve madde 14 “hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ızdırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur” ifadesi yer almaktadır (Resmi Gazete 1998). Bu çerçevede hastanede ölen herkese kalp - akciğer canlandırması yapılmak zorunda mıdır? Hayatın sonlanmasına izin vermek ötanazi midir? Kalp-akciğer canlandırması konusunda hastanın seçme hakkı var mıdır? gibi yanıtlanması gereken sorular olduğu görülmekte ve diyalizin kısıtlanması /sonlandırılması konusunda da ulusal kriterlerin belirlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Kapsamlı literatür taraması; kanıt, eleştiri ve benzer çalışmaların değerlendirmesini kapsayan zahmetli bir süreç sonrası Amerikan Nefroloji Hekimleri Derneği tarafından diyalizin durdurulması ve diyalizden çekilme konusunda pratik uygulamalar için bir kılavuz yayınlanmıştır (44-47).

Karar verme sürecinde kronolojik olarak hazırlık, psikolojik değerlendirme ve planlamayı takiben (ortak bir karar, aydınlatılmış onam veya red, prognoz tahmini, alınan kararda uzlaşma ve ileri bakım için ön hazırlık, diyalizin durdurulması veya diyalizden çekilme, diyalizin zamanlanması, diyalizsiz dönemde palyatif bakım) diyalizi sonlandırma kararı ile "iyi bir ölüm" elde etme amaçlanır.

ABD’de her yıl 10 000'den fazla ölüm diyalizden çekilme kararı öncesinde gerçekleşir. Diyaliz kesilmesi hakkındaki bilgilerimiz, büyük oranda retrospektif veriler ve küçük prospektif araştırmalara dayanır. (48,49)

Diyalizden Çekilme Kararı Verirken;

1.Diyalizden çekilmenin hangi hasta için yararlı olduğu belirlenirken;

Beklenen yaşam süresinin kısıtlı olması

Yaşam kalitesinin kötü olması

Tedaviye yanıt vermeyen ağrıları olması

Tedavi edilemeyen progresif hastalığı olması (kanser, demans, AIDS, periferik vasküler hastalık, konjestif kalp yetmezliği gibi)

Diyalizi tolere edememesi ya da istememesi

Diyalizin teknik olarak zor veya imkansız olması göz önünde bulundurulmalı

2. Hasta ve ailesi ile bakım hedefleri tartışılmalı

3.Olası semptomları ve palyasyonu tartışılmalı

4.Diyaliz almaktayken hasta veya ailesi ile yaşam kalitesi tartışılmalı

5. Diyalizden çekilme gibi bir seçeneğe açıklık getirilmeli

6. Barışçı bir ölümün olduğuna dair güvence verilerek, ölümün normal seyri tartışılmalı

7. Hastaya düşünmek için zaman tanınmalı

8. Diyalizden çekilme ile ilgili önerilerde bulunulmalı ve ailenin rızası alınmalı

9. Kararlarını değiştirebileceklerine dair güvence sağlanmalı

Diyaliz kesildikten sonra maksimal palyatif bir yaklaşım gerekmektedir ve bunun için aşağıdaki 4 soru yönetim stratejisinin şekillenmesinde yararlı olabilir:

1. Hastanın fiziksel ve psikolojik acılarını azaltabilir miyim?

2. Hastanın kontrol duyarlılığını maksimize edebiliyor muyum?

3. Aile üzerindeki yükü azaltabiliyor muyum?

4. Hastanın, özellikle evde ailesi ile anlamlı vakit geçirmek için şans yaratabiliyor muyum? (50).

Diyaliz Çekilmesi İle İlgili Kontrol Listesi:

1. Hasta bir kez diyalizden çekilme kararı verince, hasta ve ailesi ile bir plan taslağı hazırlayın ve resüsitasyonu red order'ı vermek gibi tedavi ve müdahale kararlarını sonradan değiştirilebileceği konusunda bilgilendirin.
2. Tedavi edilemeyen bir durum veya belirti diyalizden çekilmeyi motive eder. Tedavi edilebilen depresyon ya da aşırı sosyal baskıları dışlayın.
3. Ruhsal veya manevi destek sunun.
4. Ölmeyi tercih edeceği yeri tartışın (ev, huzurevi, hastane, hasta bakımevi) yanında bulunmasını istediği kişiler ve cenaze düzenlemelerini konuşun.
5. Palyatif olmayan tedavileri durdurun ve ağrı, bulantı, ajitasyon, kaşıntı, miyoklonus ve dispne gibi semptomlara yönelik palyatif tedaviler planlayın.
6. Yaşamının son saatlerinde ve kardiyopulmoner arrest durumunda, acil sağlık hizmetlerini çağırmama konusunda hasta ve yakınları ile tartışın.

7. Aynı hekim ile görüşmeye devam edeceği duygusunu pekiştirin.
8. Aileyi, kederle başa çıkma ve cenaze hizmetleri hakkında bilgilendirilmesini sağlayın.

8.4.8. SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİKLİ HASTALARIN SON DÖNEM SEMPTOMLARININ YÖNETİMİ

Ağrı ve Diğer Semptomların Yönetimi

Diyaliz hastalarının yaklaşık yarısında aralıklı ve ciddi ağrılar nedeniyle etkin bir ağrı yönetimine gereksinim duyulabilir. Bu ağrılar, genellikle uzun zaman sürecinde oluşan, nöropatik karakterde ağrılar olabilir. Eşlik eden hastalıklar (periferik vasküler hastalık, diyabetik nöropati), renal yetmezlik sonucunda oluşan durumlar (diyaliz ile ilişkili amiloid birikimi, renal osteodistrofi, kalsifilaksi), diyaliz ile ilişkili nedenler (arteriyovenöz fistülün neden olduğu çalma sendromu, periton diyalizinden kaynaklanan abdominal ağrı, kramplar ve başağrısı), primer böbrek yetmezliği (erişkin polikistik böbrek hastalığı) gibi nedenler, renal yetmezlikli hastalarda ağrı ortaya çıkaran diğer sebeplerdir.

Bu hastalarda ağrının giderilmesini engelleyen, pek çok eşlik eden hastalıklar ve çoklu ilaç rejimleri, ağrının birçok nedeninin ve farklı mekanizmalar ile ağrıya yol açan birden fazla türünün olabilmesi, ağrının tanımlanmasında sorunlar, yakın izleme gereği, ilaçların olumsuz etkileri, ekstremitelerde iskemi, hekimlerin ağrı yönetimine yeterince odaklanmaması, böbrek yetmezliği yapmayan analjezik ilaçlarla ilgili farmakolojik araştırma eksikliği gibi çok sayıda faktör vardır. Hastalar, ilaç ve metabolitlerinin toksisitesi ve renal yetmezlik açısından yakından takip edilmelidirler. Aktif morfin metaboliti, morfin 6 glukronid, kronik ağrı için alındığı zaman, bilişsel bozukluk ve miyokloni gibi toksisite belirtilerine yol açabilir. Bu nedenle hidromorfin, subkutan fentanil, alfentanil ve transdermal buprenorfin gibi alternatif güçlü opioidler araştırılmaktadır. Fentanil'in SDBY hastalarında klirensi bilinen metabolitleri bulunmamaktadır (9). Ağrı için sonuç olarak; morfin etkilidir fakat nöroaktif metabolitlerin birikmesine yol açar. Fentanil veya hidromorfinin metabolize edilememe sorunları mevcuttur. Meperidin ise kontrendikedir.

Miyoklonik kasılmalar: Lorazepam gibi benzodiyazepinlerle tedavi edilmelidir.

Açlık ve susama: İstenirse diyette kısıtlama yapılmayabilir.

Dispne: Pulmoner ödemi önlemek için opioidler ve ultrafiltrasyon ile tedavi edilebilir.

Aşırı sekresyon: Skopolamin ve glikoprilat ile tedavi edilebilir.

Diyaliz ile İlişkili Diğer Belirtilerin Yönetimi

Kaşıntı: Cilt yumuşatıcı kremler, antihistaminikler, fototerapi, naltrekson, $5HT_3$ antagonistler

Huzursuz Bacak: Ağırlaştırıcı medikasyondan kaçınma, klonazepam, levadopa, pergolid, gabapentin

Kramplar: Kinin

Letarji: İlaçlarının incelenmesi, uykusuzluğun yönetimi, depresyonun dışlanması, en uygun nütrisyon, eritropoetin

Hipotansiyon: Diyaliz order'ının incelenmesi

Bulantı: Nedene yönelik tedavi

8.4.9. PRETERMİNAL FAZ ve YAŞAM SONU BAKIMINI TANIMA

Şiddetli ağrı ve diğer belirtilerin hastanın performans durumunu etkilemesi, hastaneye yatışları artırmaktadır. Örneğin; kalsifilaksi ağrısı veya periferik vasküler hastalığa bağlı amputasyonların kötü prognoz ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu aşamada palyatif bakım tanıtımı sadece daha iyi semptom kontrolü sağlar. Daha önce hasta ile hastalığının seyri ve kişinin istekleri hakkında tartışmak, yaşam sonu bakım ile ilgili olarak büyük ölçüde karar vermesine yardımcı olacaktır. SDBY olan hastaların çoğu zaten mevcut olan eşlik eden hastalıklar (diyabetik gastroenteropati, diyabetik nöropati, periferik vasküler hastalık, anjina, basınç ülserleri, kalsifilaksi, düşmeler) nedeniyle öldüğünden; yaşam sonu bakım, mevcut durumunun devamı şeklinde olacaktır. Diyalizi durdurma ağrıya neden olmaz; zaten mevcut ağrıları devam eder. Hastaların eklem, kas ve ciltte de azalmış hareketliliğe bağlı olan ağrıları vardır. Aşırı yüklenme sebebiyle ortaya çıkan solunum darlığı sıkıntı verici olabilir. Bu durumda preterminal fazdaki ultrafiltrasyon hızlı rahatlama sağlayabilir.

8.4.10. SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA PALYATİF BAKIM İHTİYACI

1. **Fiziksel**

Ağrı
Diğer semptomlarının yönetimi
Seksüel fonksiyon kaybı
Abdominal distansiyon (periton diyalizinde)

2. Sosyal

İstihdam kaybı
Görev değişikliği
Bakıcı ve makine bağımlılığı
Tüm zamanını diyalizde geçirmesi
Seyahat için özgürlük kaybı

3. Manevi

Kendisi ve başkalarının ölümüyle yüzleşmek
Deneyimlerden faydalanma

8.4.11. SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ ve DESTEK EVİ (HOSPİS) BAKIMI

Destek evleri, terminal dönemdeki hastalara bakım verilen kurumlardır. Destek evi bakımında ölümün normal bir süreç olduğu kabul edilmekte; ne ölüm hızlandırılmakta ne de yaşam kısaltılmaktadır. Destek evlerinde bakım ile ölüm sürecinin kalitesini arttırmak, hastanın ağrı ve semptom kontrolü ile huzurlu, onurlu ve korkuları olmadan ölmesini sağlamak amaçlanmaktadır. Ölüm öncesi ve sonrasında aile desteklenmektedir (4,26,51). SDBY olan hastalar diyalizin kısıtlanması / sonlandırılması sonrasında destek evi bakımı almaktadırlar (3,11,14,29). Hastaların diyaliz işleminin sonlandırılmasından sonra ortalama 10 gün yaşadıkları saptanmıştır (16). Bu hasta grubunda destek evi kullanım oranlarının oldukça düşük (%10) olduğu görülmektedir. Destek evi bakımı; diyaliz kısıtlanması/sonlandırılması kararı uygulanan, SDBY olan ancak diyalize başlamayı reddeden, beklenen yaşam süresi 6 ay ya da daha kısa olan, böbrek dışı terminal hastalığı olan ve diyalize devam eden hastalara verilmektedir (3,11,14,29). Bu kapsamda

olan hastaların sağlık bakım hizmetlerinin ödemeleri ile ilgili uygulamaların ülkeler ve bölgelere göre farklılıklar gösterdiği bildirilmektedir (4,16). Ülkemizde terminal dönem bakımın yapıldığı kurumlara ve bu konuda yasal düzenlemelere gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Sonuç

Sağlık ve teknoloji alanındaki gelişmeler SDBY olan hastaların yaşam sürelerinde artışa yol açmıştır. Ancak ileri yaş ve diyalizin ortaya çıkardığı bazı problemler nedeniyle hastaların palyatif bakım gereksinimi artmıştır. Palyatif bakımda hasta amaçları ve değerleri önemlidir. Bu nedenle palyatif bakım kronik hastalığın tanılanmasından sonraki süreçte başlatılmalı ve belli aralıklarla tekrarlanmalıdır. Palyatif bakım ile ilgili çalışmalar daha çok onkoloji alanında başlatıldığından KOAH, KKY, KBY gibi kronik hastalığa sahip olan bireyler de palyatif bakım almada desteklenmelidirler. Bütün bu düşüncelerden yola çıkılarak, nefrologların, nefroloji hemşirelerinin ve diyaliz ünitesinde görevli diğer sağlık çalışanlarının ilerleyen süreçte bu eksikliği gidermeye yönelik olarak diğer ekip üyeleri ile birlikte nefroloji alanında hizmet veren dernek, vakıf ve gönüllü kuruluşlar ile işbirliği yapılmasına, konu ile ilgili klinik rehberler ve standartlar oluşturulmasına, palyatif bakıma yönelik bilgilerinin değerlendirilmesine, kongre, sempozyum ve hizmet içi eğitim programları ile bilgi ve farkındalıklarının arttırılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir. Bunlara ek olarak, palyatif bakım modellerinin yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik girişimlerle entegre edilerek bakım uygulamalarının gerçekleştirilmesi, bakım uygulama sonuçlarının kanıt temelli olabilmesi için araştırma sonuçları ile desteklenmesinin yararlı olacağı önerilmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Süleymanlar G (2007). Kronik böbrek hastalığı ve yetmezliği: tanımı, evreleri ve epidemiyolojisi. Turkiye Klinikleri J Int Med Sci 2007;3(38):1-7

2. Wheeler DC (2010). Clinical evaluation and management of chronic kidney disease. In: Floege J, Johnson RJ, Feehally J, eds. Comprehensive Clinical Nephrology. 4th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2010:927-934

3. Haras MS (2008). Planning for a good death: A neglected but essential part of ESRD care. Nephrology Nursing Journal, 2008;35(5):451-483.

4. Moss AH, Holley JL, Davison SN et al (2004). Palliative care. Core Curriculum In Nephrology. Am J. Kid. Dis, 2004;43(1):172-185.

5. 5.Young S (2009). Rethinking and integrating nephrology palliative care: A nephrology nursing perpective. CANNT Journal, 2009;19(1):36-44.

6. Munang LA, Starr JM (2010). Diseases of the Aging Kidney. In: Fillit HM, Rockwood K, Woodhouse K, eds. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 7th ed. Philadelphia: Saunders-Elsevier; 2010:690-696.

7. Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, et al (2011). A population-based survey of Chronic Renal Disease In Turkey--the CREDIT study. Nephrol Dial Transplant 2011;26(6):1862-1871.

8. Koshy AN, Mace R, Youl L et al (2012). Contrasting approaches to end of life and palliative care in end stage kidney disease. Indian J Nephrol, 2012;22(4):307-9.
9. ABC of palliative care, second edition (2006). Edited by MARIE FALLON St Columba's Hospice Chair of Palliative Medicine, University of Edinburgh, Edinburgh and GEOFFREY HANKS Professor of Palliative Medicine, University of Bristol, Bristol 2006 by Blackwell Publishing Ltd BMJ Books is an imprint of the BMJ Publishing Group Limited, used under licence, Chronic non-malignant disease, End stage renal disease

10. Davison SN (2006). Facilitating advance care planning for patients with end-stage renal disease: The patient perspective. Clin J.Am Soc Nephrol, 2006;1(5):1023-1028.

11. Holley JL (2005). Palliative Care in End-Stage Renal Disease: Focus on Advance Care Planning, Hospice, Referral, and Bereavement. Seminars in Dialysis, 2005;18(2):154-156.

12. Yong DS, Kwok AO, Wong DM et al (2009). Symptom burden and quality of life in end-stage renal disease: a study of 179 patients on dialysis and palliative care. Palliat Med, 2009;23(2):111-9.

13. Murray S, Kensall M, Boyd K et al (2005). Illness trajectories and palliative care. BMJ, 2005;30:1007-11.

14. Noble H, Kelly D, Anderson K et al (2007). Concept analysis of renal supportive care: the challing world of nephrology. J Adv Nurs, 2007;59(6):644-653.

15. Szromba C (2007). Palliative care in patients with CKD. Nephrology Nursing Journal, 2007;34(5):551-2.

16. 15.Serdengeçti K, Süleymanlar G, Altıparmak M et al (2011). Türkiye'de Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon. Registry 2011. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. Istanbul.

17. Fasset RG, Robertson IK, Mace R et al (2011). Palliative care in end stage kidney disease. Nephrology,2011;16(1):4-12.

18. Murtagh FM, Murphy E, Sheerin NS (2008). Illness trajectories: an important concept in the management of kidney failure. Nephrol Dial Transplant, 2008;23(12):3746-3748.

19. Weisborg SD, Camody SS, Bruns FJ et al (2003). Symptom burden, quality of life advance care planning and the potential value of palliative care in severely ill heamodialysis patients. Nephrol Dial Transplant, 2003;18(7):1345-1352.

20. Yard HD (2006). Nephrologists expand the use of palliative care in ESRD. J Palliative Med, 2006;9(4):977-92.

21. US Renal Data System (USRDS) (2009). USRDS 2009 Annual Data Report: Atlas of End Stage Renal Disease in the United Status. Bethesda, MD:National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2009. URL: http://www.USRDS.org. Erişim tarihi: 03.11.2014

22. Shidler NR, Peterson RA, Kimmel PL (1998). Quality of life and psychological relation ships in patient with chronic renal insufficiency. Am J Kidney Dis. 1998;32(4):557-566. (PMID:9774115)

23. Krediet RT (1999). Physical symptoms and quality of life in patients on chronic dialysis: results of the Netherlands cooperative study on adequancy of dialysis (NECOSAD). Nephrol Dial Transplant. 1999;14(5):1163-1170

24. Bello A, Kawar B, El Kossi M, El Nahas M (2010). Epidemiology and Pathophysiology of Chronic Kidney Disease. In: Floege J, Johnson RJ, Feehally J, eds. Comprehensive Clinical Nephrology. 4th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2010:907-918.

25. Brown EA, Chambers EJ, Eggeling C (2008). Palliative care in nephrology. Nephrol. Dial Transplant, 2008;23(3):789-791.

26. URL: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en Erişim tarihi: 03.11.2014

27. Elçigil A (2012). Palyatif bakım hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi, 2012;54(4):329-334.

28. Mazanec P, Daly BJ, Pitorak EF et al (2009). A new model of palliative care for oncology patients with advanced disease. J.of Hospice and Palliative Nursing,2009;11(6):324-31.

29. Noble H, Lewis R (2008). Assesing palliative care needs in end–stage kidney disease. Nursing Times 2008;104 (23):26-27.

30. Holley JL (2007). Palliative care in end-stage renal disease: illness trajectories, communication, and hospice use. Advances in Chronic Kidney Disease, 2007;14(4):402-408.

31. Germain MJ, Cohen LM, Davison SN (2007). Withholding and withdrawal from dialysis: what we know about how our patients die. Seminars in Dialysis, 2007;20(3):195-199.

32. Karadeniz G (2011). Son dönem böbrek yetmezliği olan hastanın palyatif bakımı. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2011;8(1):1-10.

33. Jablonski A (2008). Palliative Care: Misconceptions that Limit Access for Patients with Chronic renal Disease. Seminars in Dialysis, 2008;21(3):206-209.

34. United States Renal Data System (1999). 1999 Annual Report, excerpts. Am J Kidney Dis. 1999;34(2 suppl 1):S1-S176.

35. Weisbord SD, Carmody SS, Bruns FJ, Chang CH, Zeidel ML, Arnold RM (2002). The prevelence, severity and physican recognition of symptoms in hemodialysis patients (abstract) J Am Soc Nephrol. 2002;13:706A.

36. Weisbord SD, Carmody SS, Bruns FJ, et al (2003). Symptom burden, quality of life, advance care planning, and the potential value of palliative care in severely ill hemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant.2003;18(7):1345-1352. (PMID:12808172)

37. US Renal Data System (USRDS) (2001). USRDS 2001 Annual Data Report. Bethesda, MD: National Institues of Health, National Institue of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases;2001

38. Ries LA, Eisner MP, Kosary CL (2002). SEER Cancer Statistics Review 1973-1999. Bethesda, MD: NationalCancer Institute, 2002. URL: http://seer.cancer.gov/csr/1973-1999 Erişim tarihi: 03.11.2014

39. US Renal Data System (USRDS) (2009). USRDS 2009 Annual Data Report: Atlas of End Stage Renal Disease in the United Status. Bethesda, MD:National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases;2009. URL: http://www.USRDS.org. Erişim tarihi: 03.11.2014

40. Diel Vecchio L, Locatelli F (2008). Ethical issues in the elderly with renal disease. Clin Geriatr Med. 2009;25(3):543-553. (PMID: 19765495); Low J, Smith G, Burns A et al (2008) The impact of end–stage kidney disease (ESKD) on close persons: a literature review. NDT Plus,2:67-79

41. Germain MJ, Cohen LM, Davison SN (2007). Withholding and withdrawal from dialysis: what we know about how our patients die. Seminars in Dialysis, 2007;20(3):195-199.

42. Tamura M, Goldstein M, Stable E (2010). Preferences for dialysis withdrawal and engagement in advance care planning within a diverse sample of dialysis patients. Nephrol Dial Transplant, 2010;25(1):237-42.

43. Ceccarelli CM, Castner D, Haras MS (2008). Advance care planning for patients with chronic kidney disease-why aren't nurses more involved?. Neph. Nurs. J 2008;35(6):553-557.

44. Kuebler KK (2001). Palliative nursing care for the patient experiencing end-stage renal failure. Urologic Nursing, 2001;21(3):169-177.

45. National Kidney Foundation (1996). Initiation or Withdrawal of Dialysis in End Stage Renal Disease: Guidelines for the Health Care Team. New York, NY: National Kidney Foundation;1996

46. Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis (2000). In: Clinical Practice Guideline:2. Washington, DC:Renal Physicians Association and American Society of Nephrology;2000.

47. Galla JH, The Renal Physicians Association and The American Society of Nephrology (2000). Clinical practice guideline on shared decision-making in the appropriate initiation and withdrawal from dialysis. J Am Soc Nephrol.2000;11(7):1340-1342. (PMID:10864592)

48. Moss AH; Renal Physicians Association; American Society of Nephrology (2000). Working Group. A new clinical practice gideline on initiation and withdrawal of dialysis that makes explicit the role of palliative medicine. J Palliat Med. 2000;3(3):253-260. (PMID:15859665)

49. Bhargava J, Germain M, Kitsen J, Cohen LM, Meyer KB (2009) Ethics: Knowledge and participation of front-line dialysis facility staff in end-oflife discussions. Nephrology News Issues, August 2009. URL: http://www.nephronline.com/article.asp?IndexID=206. Erişim tarihi: 03.11.2014

50. Young S (2009). Rethinking and integrating nephrology palliative care:a nephrology nursing perspective, 1. CANNT J. 2009;19(1):36-44. (PMID:19354156)

51. Meier DE; Morrison RS (2002). Autonomy reconsidered. N Engl J Med. 2002;346(14):1087-1089. (PMID:11932479)

52. Greaves C, Bailey E, Storey L et al (2009) Implementing end of life care for patients with renal failure. Nursing Standard, 23 (52):35-41.

8.5. HIV/AIDS HASTALARINDA PALYATİF BAKIM

Uzm. Dr. Melda TÜRKEN[1], Doç. Dr. Şükran KÖSE[2]

[1]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Palyatif bakımın amacı ciddi hastalıkları olan hastaların, yaşamını kolaylaştırmak, fiziksel fonksiyonlarını en yüksek düzeye çıkarmak ve acılarını önleyerek, en aza indirmektir. İlerleyen bir hastalığı modifiye edici tedaviler, pek çok hastalığın ileri aşamalarında hastaların daha uzun süre hayatta kalmalarına olanak sağlamaktadır. Bu eğilim HIV (Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü) - AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome / Edinsel İmmun Yetmezlik Sendromu**)** ve birçok kanser türünün tedavisini şekillendirmiştir (1,2).

Gelişmiş ülkelerde HIV/AIDS epidemisinin ilk dönemlerinde, prognoz oldukça düşüktü ve AIDS bakımı ile palyatif bakım aynı görülmekteydi. 1990'ların ortalarından beri HIV/AIDS tedavileri gelişirken, antiretroviral tedaviler ve kullanımındaki karışıklıklar sonucu klinik bakıma odaklanma artmıştır. Tıptaki ilerlemeler sonucu AIDS'in etkili tedavisi ile viral replikasyon ve hastalığın ilerlemesi kontrol altına alınsa da, kronik, ilerleyici ve tamamen tedavi edilemez bir hastalık olması nedeniyle hastaların yaşam sonu bakım ihtiyacı doğmuştur (3).

Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) HIV ile infekte hastaların %50'si 50 yaş üzerindedir. HIV hastalarında sıklıkla kardiyovasküler, renal, karaciğer hastalıkları ve maligniteler gibi eşlik eden hastalıklar da bulunmaktadır (1). Palyatif bakım geleneksel olarak yaşamın son dönemi ile ilişkilidir. Ancak ABD gibi gelişmiş ülkelerin HIV/AIDS ile ilgili programlarında palyatif bakım; hastaların HIV infeksiyonu tanısı almasından başlayarak, hastalığın ileri dönemlerine kadar devam etmektedir. Amaç HIV/AIDS ile yaşayan insanlara ve ailelerine yaşam kolaylığı sağlamak, klinik, psikolojik, ruhsal ve sosyal gelişimlerini desteklemektir. Aynı zamanda hastaların rutin kontrollerini içerir ve antiretroviral tedavinin (ART) uygun zamanda başlaması ve devamı ile ilgili kararları ele alır. Palyatif bakım, infeksiyonun tıbbi olarak yönetiminin yanı sıra, HIV/AIDS'le ilişkili semptomları, nörolojik ve onkolojik komplikasyonları içerir. Palyatif bakıma ihtiyaç duyan veya duyacak olan kişilere, infekte olan veya olmayan aile bireylerine, korunma önlemlerine ihtiyaç duyan aile bireyleri ile hastaların partnerlerine gizli danışmanlık eğitimi verilir ve test yapılır (4). Etkili bir HIV/AIDS bakım programı aşağıdaki özellikleri içermelidir:

1. Hastanın özerkliği, bilgiye yeterince erişiminin sağlanması ve seçebilmesi için saygı gösterilmesi
2. HIV pozitif kişi ve bakıcıları arasında saygı ve güven dolu ilişki olması
3. Palyatif bakım hizmetinin verilmesinde aile, çocuk ve toplum bakıcılarının desteği
4. Kültürel değerlere, inançlara gelenek-göreneklere saygı ve entegrasyon
5. Hastalık süresince yaşam konforunun yükseltilmesi

8.5.1. HIV / AIDS PALYATİF BAKIM PROGRAMI

ABD'de HIV/AIDS palyatif bakım programı 4 kategoriye ayrılmıştır:

1. **Klinik Bakım:** Genellikle hemşire, ebe, sağlık memuru, toplumsal ve gönüllü sağlık çalışanı, geleneksel terapist ve doktorlar tarafından sağlanır. Tedavi ve bakım geniş bir yelpaze içerir: gizli danışmanlık ve test yapılması, ART başlanmasında uygun zamanı belirlemek için rutin takipler, tüberküloz gibi fırsatçı enfeksiyonların önlenmesi ve tedavisi, HIV bulaşının önlenmesi ve davranış değişiklikleri oluşturulması, HIV ilişkili semptom ve ağrının hafifletilmesi, yetersiz beslenen hastalara beslenme desteği, ART uyumu için desteklenmesi vb. Klinik semptomların var olup olmamasına göre uygulamalar yapılır.

- Asemptomatik klinik bakım: HIV enfeksiyonunun spesifik semptom ve belirtilerinin olmadığı kişilere yöneliktir.
- Semptomatik klinik bakım: HIV semptomları ve ilerleyici immün yetmezliği olan kişilere yöneliktir.
- Yaşamın sonu ve kayıp bakımı: Ağrı ve semptomların daha yoğun yönetimine ihtiyaç duyan kişiler ve ailelerine yöneliktir.

2. **Psikolojik bakım:** Bireyler ve ailelerinin fiziksel olmayan sorunlarını ve akıl sağlığını ilgilendirir. Ailenin bakımı, grup desteği, HIV durumunun ortaya çıkmasıyla ilgili destek, kayıp bakımı, psikolojik bakım için kültür-ve yaşa özgü girişimlerin uygulanması, geliştirilmesi ve depresyon, anksiyete gibi HIV ile ilişkili psikiyatrik hastalıkların tedavisini içerir.

3. **Ruhsal bakım:** İnsanların kendilerini, amaçlarını ve yaşamının anlamını sorgulamaya neden olan önemli olayları ilgilendirir. Kişi ile ilgili müdahaleler kültürüne din(ler)ine, bireyin ve toplumun ritüellerine duyarlı olmalıdır (ancak bunlarla sınırlı değildir). Yaşamın incelenmesi ve değerlendirilmesi; umutlar ve korkular, anlam ve amaç, suçluluk ve bağışlama ile ilgili danışmanlık ve yaşamı tamamlama görevleri içerebilir.

4. **Sosyal bakım:** Bakımın kullanılması için bağlantıların kurulmasında, HIV enfeksiyonunu önleme ve tedaviye uyumu sağlamada bireyler ve aile üyeleri yardımcı olur. Bunlar, topluluk tabanlı destek grupları ile HIV ile yaşayan insanlara önderlik geliştirilmesi; damgalanmayı azaltmak için girişimler; hukuk hizmetleri, devlet teşvikleri, konut veya sağlık yardımı; gıda desteği ve gelir getirici programlarla bağlantıların kurulması; HIV enfeksiyonu bakımı, tedavisi ve önlenmesinde toplum bilincini arttırıcı girişimler ve etkilenen hane ve toplulukları güçlendirmek için diğer etkinlikleri içerir .

8.5.2. HIV İNFEKTE KİŞİLER İÇİN ÖNLEMLER

Serolojik yönden uyumsuz çiftler için girişimleri, gizli test ve sürekli danışmanlık programlarını, toplum ve klinik tabanlı destek grupları ile bağlantıları, vaka yönetimi ve hastalığın ortaya çıkma sürecinde önlem mesajlarına odaklanılması, partner testi, yüksek riskli davranışlarda ve karşılıklı ilişkilerde doğru ve tutarlı kondom kullanımını içermelidir (4).

8.5.3. HIV / AIDS'Lİ HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlık durumu öyküsü: Hastalığın süresini ve HIV testinin ne zaman pozitif saptandığını kapsayan hastalığının öyküsü, geçmiş hastalıkları ve varolan diğer kronik hastalıkları, çocuklukta geçirdiği hastalıklar ve aşılanma durumu, kullandığı ilaçlar ve ilaç etkileşimleri, alışkanlıkları, cinsel davranış öyküsü, diyet alışkanlıkları, seyahat öyküsü, tüm sistem sorgulamasını içerir.

Fizik bakı: Oral kavitenin değerlendirilmesi (kandida, oral hairy lökoplaki, kaposi sarkomu vb), fundoskopik değerlendirme (CMV retiniti, glokom vb), lenf nodlarının değerlendirilmesi, dermatolojik değerlendirme (ekzantem, kaposi sarkomu, dermatomyozit vb), nöromüsküler değerlendirme (menenjit, ensefalit, demans, periferal nöropati vb), kardiyovasküler değerlendirme, gastrointestinal değerlendirme (organomegali, dışkı incelemesi, anal ve rektal bakı, 5 yılda bir sigmoidoskopi vb), ürogenital sistemin değerlendirmesi (cinsel yolla bulaşan hastalıklar, maligniteler, vajinal kandidiyazis, servikal displazi, pelvik inflamatuvar hastalık, rektal lezyonlar, üretral akıntı, vb) içerir.

Laboratuvar: AntiHIV, HIV doğrulama, HIV RNA, CD4 sayısı, tam kan sayımı biyokimya profili, transaminaz düzeyleri, böbrek fonksiyon testleri, açlık kan şekeri, serum lipid profili, hepatit A, B, C, CMV, VZV, toxoplazma, sifiliz serolojik testleri, tuberkülin deri testi veya interferon gamma testi (IGRA), genotipik direnç vb. (5).

Rehberlere göre (6,7) tedavi öncesi CD4 sayısı ve viral yük ölçülmelidir ve 3-6 ay aralarla takip edilmelidir. ART başlanan hastaya 2 ve 8 hafta sonra tedavinin etkinliğini görmek için viral yük bakılmalıdır. Tedaviden 24 hafta sonra viral yükün saptanamayacak düzeyde olması tedaviye uyum için önemlidir. Ancak tedaviye yanıt alınamazsa, öncelikle hastanın tedaviye uyumu değerlendirilir, test tekrarlanır, malabsorbsiyon veya ilaç etkileşimleri araştırılır (5).

8.5.4. HIV / AIDS HASTALARINDA SEMPTOMLARIN YÖNETİMİ

HIV/AIDS hastalarında tekrarlayan semptomların yönetimi sadece fırsatçı enfeksiyonlar ve maligniteler değil ayrıca tedavi yan etkileri ve diğer tedaviler içindir. Hastalık ve tıbbi tedavi biraraya gelince, kişiye ait özellikler semptomları etkileyebilir. AIDS'te sık görülen semptomlar Tablo 1'de gösterilmiştir (8).

Tablo 1. AIDS'li Hastaların Semptomlarının Sıklığı

Semptomlar	Sıklığı %
Halsizlik	48-85
Kilo kaybı	37-91
Ağrı	29-76
Anoreksi	26-51
Anksiyete	25-40
Uykusuzluk	21-50
Öksürük	19-60
Bulantı veya kusma	17-43
Dispne veya solunum semptomları	15-48
Depresyon	15-40
Diyare	11-32
Konstipasyon	10-29

Semptom yönetiminde önemli bir kural semptomun önceden tahmin edilmesi ve gerekli önlemlerin alınmasıdır. AIDS'li hastalarda yaygın görülen semptomlara yaklaşım Tablo 2'de yer almaktadır(8).

Tablo 2. AIDS'li Hastalardaki Yaygın Semptomlar, Olası Hastalığa Özgü ve Semptomlara Özgü Tedaviler

Semptomlar	Olası sebebi	Hastalığa özgü tedaviler	Semptoma özgü tedaviler
Genel			
Halsizlik, yorgunluk	AIDS Fırsatçı enfeksiyonlar Anemi	HAART Enfeksiyona özgü tedavi Eritropoetin, transfüzyon	Kortikosteroidler Psikostimülanlar
Kilo kaybı, anoreksi	HIV Kanser	HAART Kemoterapi	Kortikosteroidler Testeosteron, androjenler Oxandrolon Megestrol asetat Dronabinol Rekombinant büyüme hormonu
Ateş, terleme	DMAK CMV HIV Lenfoma, diğer kanserler	Azitromisin, etambutol Gansiklovir, foskarnet HAART Kemoterapi	NSAİİ' lar Kortikosteroidler Antikolinerjikler H_2 antagonistleri
Ağrı			
Somatik, viseral	Fırsatçı enfeksiyonlar, HIV ilişkili kanser, nonspesifik	Hastalığa özgü tedavi	NSAİİ'ler, opiyatlar, kortikosteroidler
Nöropatik	HIV ilişkili periferal nöropati CMV VZV Didanosin, zalsitabin, stavudin İzoniazid	HAART Gansiklovir, fıskarnet Asiklovir, famsiklovir ART değişikliği veya diğer rejimler Pridoksin	NSAİİ'ler, opiyatlar, özellikle metadon ve adjuvanlar Trisiklik antidepresanlar Benzodiazepinler, klonazepam Antikonvülsanlar, gabapentin Kortikosteroidler Akapunktur
Gastrointestinal			
Bulantı, kusma	Özofageal kandidiyaz CMV HAART	Flukonazol, ekinokandinler, amfoterisin B Gansiklovir, foskarnet ART rejim değişikliği	Dopamin antagonistleri Metokopramid Antihistaminikler Antikolinerjikler Serotonin antagonistleri: Granisetron, ondansetron vb

			H_2 Blokerleri PPI'lar Oktreotid Lorazepam Aprepitant Kortikosteroidler
Diyare	DMAK Kriptosporidiosis CMV Mikrosporidiosis Diğer intestinal parazitler Bakteriyal gastroenteritler Malabsorbsiyon	Azitromisin, ethambutol Paromomisin Gansiklovir, foskarnet Albendazol Diğer antiparaziter ilaçlar Diğer antibiyotikler	Bizmuth, metilsellüloz, kaolin Difenoksilat ve atropoin Loperamid Oktreotid Opiyum tentürü
Konstipasyon	Dehidratasyon Kanser Antikolinerjikler, opioidler	Hidrasyon Radyoterapi/Kemoterapi Tedavi ayarı	Aktivite ve diyet Yumuşatıcı ajanlar, laksatifler Peristaltizmi arttırıcı ajanlar
Respiratuar			
Dispne	PCP Bakteriyel pnömoni Anemi Plevral effüzyon, kitle veya obstruksiyon Solunum kasları fonksiyonlarında azalma	Trimethoprim-sulfomethoksazol, pentamidin, atovaquan Diğer antibiyotikler Eritropoetin, transfüzyon Drenaj, radyoterapi, veya cerrahi	Havalandırma Oksijen Opioidler Bronkodilatatörler Metilksantinler Lorazepam
Öksürük	PCP Bakteriyel pnömoni TB	Trimethoprim-sulfomethoksazol, pentamidin, atovaquan Diğer antibiyotikler Antituberküloz tedavi	Dekstromethorfan,kodein, diğer opioidler
Sekresyon artışı, hırıltı	Sıvı yüklenmesi, ineffektif öksürük, sepsis, pnömoni	Antibiyotikler	Atropin, hyosin, transdermal skopolamin, glikopirolat Sıvı kısıtlama, IV sıvının kesilmesi
Dermatolojik			
Kuru cilt	Dehidratasyon	Hidrasyon	Salisilatlı veya salisilatsız

	Son dönem böbrek hastalığı Son dönem karaciğer hastalığı Malnütrisyon	Diyaliz Beslenme desteği	yumuşatıcılar Yağlı kremler
Kaşıntı	Fungal enfeksiyon Son dönem böbrek hastalığı Son dönem karaciğer hastalığı Dehidratasyon Eosinofilik folikülit,	Antifungaller Diyaliz Hidrasyon Kortikosteroidler, antifungaller	Topikal ajanlar: menthol, fenol, kalamin, doksepin, kapsaisin Antihistaminikler Kortikosteroidler Ondansetron Opioid antagonistleri Antidepresanlar Anksiyolitikler Nöroleptikler Talidomid
Basınç ülseri	Yetersiz beslenme Azalmış motilite, uzun süren yatak istirahati	Beslenme Hareketleri arttırma	Önlemler: Beslenme, hareket, cilt bütünlüğünü sağlamak Yara koruma: yarı geçirgen film veya hidrokolloid örtü Debridman: serum fizyolojik, enzimatik ajanlar, alginatlar
Nöropsikiyatrik			
Deliryum veya ajitasyon	Elektrolit dengesizliği Dehidratasyon Toksoplazmozis Kriptokokkal menenjit Sepsis	Doğru sıvı elektrolit desteği Hidrasyon Sülfodiyazin-primethamin Antifungaller Antibiyotikler	Nöroleptikler Benzodiazepinler
Demans	AIDS ilişkili demans	HAART	Psikostimülanlar Düşük doz nöroleptikler
Depresyon	Kronik hastalık, reaktif depresyon, major depresyon	Antidepresanlar	Psikostimülanlar Psikoterapi ve grup desteği

CMV: *sitomegalovirüs*, VZV: *varisella zoster virüs*, DMAK: dissemine *Mycobacterium avium complex,* ART: anti retroviral tedavi, HAART: Highly active antiretroviral treatment, NSAII: nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, PPI: proton pompa inhibitörleri, PCP: *Pneumocystis jiroveci pneumonia*, TB: tuberküloz

8.5.5. SON DÖNEM HIV / AIDS HASTALARINDA TEDAVİ

Yaşamın son döneminde AIDS'li hastalara destek için hastaneye yatışın tercih edilmesi önemlidir. İleri dönem AIDS evresindeki hastaların hastaneye yatışında 4 kriter gösterilmiştir: Fonksiyon kaybı, istatistiksel prognoz, CD4 sayısı ve viral yük, fırsatçı enfeksiyon öyküsü. ART tedavisiyle yaşam süresinin uzaması sonucu eş zamanlı verilen palyatif ve küratif tedaviler süreci zorlaştırmaktadır (9,10). Son dönem hastalarda HAART (Higly active antiretroviral treatment)'ın potansiyel yararları ve riskleri şunlardır (8):

Yararları:

1. Yüksek viral yük varlığında vahşi tipten daha az patojenik olan virüsün seçilmesi
2. HIV ensefalopatisi veya demansına karşı koruma
3. Yüksek viral yükle ilgili semptomların hafifletilmesi
4. Zayıf da olsa sürekli tedavinin etkisi
5. Devam eden hastalığın kombine tedavisinin psikolojik ve duygusal yararları

Riskleri:

1. Çoklu ilaçların toksik etkileri
2. Tedavi rejimleriyle yaşam konforununun azaltılması
3. Terapötik konfüzyon
4. Tedaviye uyumun ve izlemin zorlaşması, ileri bakım planları ile yaşamın son dönemini oyalama
5. Genellikle klinik karar verme sürecinde düşünülse de potansiyel yararlar konusunda kanıt azdır.

Sonuç olarak; palyatif bakım güncel tedavide HIV/AIDS hastalığı için uygulanabilir bir uzmanlık alanıdır. Bu hastalarda yaşlanma, çoklu morbidite, diğer ciddi hastalıkların yönetimi ve HIV dışındaki nedenlerle bakım ihtiyacı gibi hastaların ve hekimlerin karşılaştığı zorluklarda, palyatif bakım destek sağlamaktadır.

KAYNAKLAR:

1. Merlin JS, Tucker RO, Saag MS, Selwyn PA (2013). The role of palliative care in the current HIV treatment era in developed countries. Topics in Antiviral Medicine 2013;21(1):20-26
2. Taşpınar Ö, Aydın T, Akçakaya A (2014). Kanser rehabilitasyonunda palyatif yaklaşımın yeri ve önemi. Bezmialem Science 2014;1:31-37
3. Selwyn PA (2005). Why should we care about palliative care for AIDS in the era of antiretroviral therapy? Sex Transm Infect 2005;81:2-3
4. U.S. Department of State. Office of the U.S. Global AIDS Coordinator (2006). HIV/AIDS palliative care guidance 1. An Overview of comprehensive HIV/AIDS care services in the president's emergency plan for AIDS relief. February 3, 2006.
5. Kirton C, Krakowski A, Sherman DW (2014). Palliative Care in HIV/AIDS. Palliative care Nursing, Fourth Edition: Quality care to the end of life. Eds: Matzo M, Sherman DW. 2014, New York, Springer Publishing Company.
6. EACS (European AIDS Clinical Society) Guidelines 2014. URL: http://www.eacsociety.org/ Erişim tarihi: 14.11.2014
7. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents, 2014. URL: http://aidsinfo.nih.gov/guidelines Erişim tarihi: 14.11.2014
8. Selwyn PA, Forstein M (2010). Overcoming the false dichotomy of curative vs palliative care for late-stage HIV/AIDS. Care at the Close of Life: Evidence and Experience. Eds: McPhee SJ, Winker MA, Rabow MW, Pantilat SZ, Markowitz AJ. 2010, McGraw Hill Professional.
9. Harding R, Karus D, Easterbrook P, Raveis VH, Higginson IJ, Marconi K (2005). Does palliative care improve outcomes for patients with HIV/AIDS? A systematic review of the evidence. Sex Transm Infect 2005 Feb;81(1):5-14
10. Halman M, Carusone SC, Stranks S, Mc-Daniel NS, Stewart A (2014). Complex care needs of patients with late-stage HIV disease: A retrospective study. AIDS Care 2014;26(3):320-325.

= 8.6.=

DİĞER

HASTALIKLAR

8.6. DİĞER HASTALIKLAR

Uzm. Dr. Alper Alp[1]

[1]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Nefroloji BD Aydın

8.6.1. DİYABET ve DİYABETİK AYAK

Tüm dünyada 350 milyon kişinin diyabetik olduğu tahmin edilmektedir ve bu sayı artarak devam etmektedir. Artan yaşlı nüfus nedeniyle kronik hastalıklar palyatif bakım hastalarında daha sık görülmektedir ve bu kronik hastalıkların başında da diyabet gelmektedir.

Diyabetik palyatif bakım hastalarında hedef, kan şekeri değerleri ile ilgili belirlenmiş ya da önerilmiş kanıta dayalı bir kılavuz bilgisi mevcut değildir. Diyabetin mikro ve makrovasküler komplikasyonlarının önlenmesi veya progresyonun yavaşlatılması için kan şekeri regülasyonu en temel noktadır. Fakat bu hasta grubunda özellikle beslenme zorlukları yaşayan, bilişsel durumu iyi olmayan hastalarda hipoglisemiden kaçınmak gerekir. Palyatif hastalar için hipoglisemi semptomatik hiperglisemiden daha tehlikeli bir durumdur. Sıkı glisemik kontrol morbiditeyi arttırabilir. Hipogliseminin tetiklediği kardiyovasküler hadiseler ciddi bir mortalite sebebidir. Oral alımı kısıtlı olan, uygun damar girişim yolu bulmakta zorlanılan, glikojen depoları yetersiz terminal dönem hastalarda hipogliseminin düzeltilmesi de zorluk yaratabilir. Renal fonksiyonları bozulmuş bakım hastalarında yüksek insülin dozlarından ve uzun etkili sülfonilüre grubu ilaçlardan hipoglisemi riski nedeniyle, metforminden ise laktik asidoz riski nedeniyle kaçınmak gerekir. Ayrıca bu hasta grubunda diyabetik ketoasidoz, hiperozmolar hiperglisemik durumlar, devamlı semptomatik hiperglisemi dikkat edilmesi gereken diğer başlıklardır. Sürekli hiperozmolar durum hastalarda özellikle de sıvıya ulaşım zorluğu da mevcut ise; dehidratasyon, konfüzyon ve koma tablolarına yol açabilir.

Diyabetik ayak; diyabetin majör komplikasyonlarından birisidir ve bu hasta grubu için önemli bir morbidite, mortalite ve uzuv kaybı sebebidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından diyabetik ayak; nörolojik bozukluklar ve değişken derecelerde periferikvasküler hastalıklarla ilişkili olan, alt ekstremite derin dokularında enfeksiyon, ülserasyon ve destrüksiyon olarak tanımlanmıştır. Periferik nöropati, yapısal ayak deformiteleri ve periferik arter hastalığı önemli nedensel faktörlerdir. Ayrıca görme bozuklukları, diyabetik nefropati, sigara kullanımı, kötü glisemik kontrol ve daha önceki ülser veya ampütasyon öyküsü diyabetik ayak riskini arttıran etkenlerdir. Klinik bulgu ve semptomlar her zaman belirgin olmayabilir diyabetik ayak

enfeksiyonunda lokal inflamasyonun tüm bulguları bir arada görülmeyebilir. Sistemik inflamasyon bulguları da (ateş, hipotansiyon, lökositoz, yüksek C-reaktif protein değerleri gibi) silik olabilir veya olmayabilir. Diyabetik ayağın palyatif yönetiminde multidisipliner yaklaşım şarttır. Bu hastaların takibinde iç hastalıkları, endokrinoloji, enfeksiyon hastalıkları, mikrobiyoloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, plastik cerrahi, ortopedi, kalp damar cerrahisi uzmanları, beslenme uzmanı, podiatrist ve yara bakım hemşiresi işbirliği içinde çalışmalıdır. Hastalığın değişen evrelerinde her bölümün işbirliği önemlidir. Enfeksiyon kontrolü, iskeminin tedavisi, yara bakımı ve uygun rehabilitasyon tedavileriyle takibi yapılmalıdır.

Uzun süreli diyabetik ayak takibinde önemli bir nokta da osteomyelit gelişimidir ve klinik-radyolojik incelemelerle bu açıdan da yakından değerlendirilmelidir. Aksi takdirde tanı ve tedavide gecikmeler olabilir. Diyabetik ayak ülseri olan hastaların %15'inde, diyabetik ayak infeksiyonlu hastaların ise %20'sinde osteomyelit mevcuttur. Tanıda direk grafiler, MR ve radyonüklid çalışmalar faydalıdır. Tedavi edilmeyen osteomyelit uzun dönemde ekstremite kaybına yol açması bakımından önemlidir. Osteomyelitli hastalarda antibiyotik tedavi süresi, bu sürede hastanede yatış gereksinimi nedeniyle maliyet artar. Cerrahi tedavi esas noktadır ve yetersiz cerrahi önemli bir reoperasyon sebebidir.

Diyabetli hastalarda yaşam boyu ayak ülseri gelişme riski %15-20'dir. Wagner ve Armstrong ülser sınıflandırmaları klinik pratikte kullanılabilir. Diyabetik ayak enfeksiyonunun tedavisi uygun yara bakımı ve uygun antibiyotik tedavisi ile sağlanır. Antibiyotik seçiminde doku penetransı ve antibiyotik direnci göz önünde bulundurulmalıdır. Temel bakımda uygun ve sık debritman, ıslak pansuman, yara yeri üzerindeki basıncı azaltmak, enfeksiyon kontrolü ve iskemik ekstremitenin revaskülarizasyonu mevcuttur.

Topikal yara bakım materyalleri olarak antibakteriyel jel, poliüretan köpük, hidrojel, hidrokolloid, aljinat, büyüme faktörleri (insülin benzeri büyüme faktörü, epidermal büyüme faktörü), bal içerikli preparatlar, enzim içerikli maddeler (kolajenaz, fibrinolizin), vakumlu cihazlar (negatif basınçlı) yer almaktadır. Yaranın evresine ve ciddiyetine göre bu tedavi modalitelerinden uygun olanlar tercih edilir. Son dönemde iyileşmeyen diyabetik ayak yaralarında hiperbarik oksijen tedavisi ve düşük doz lazer tedavisi de birer seçenek olarak kullanılmaktadırlar.

Diyabetik ayak gelişiminde en önemli unsur oluşumunu önlemektir. Bu konudaki standart yaklaşımı; tarama, risk sınıflandırması, düzenli ayak bakımı, uygun ve koruyucu ayakkabı seçimi ve diyabetik ayak eğitimi oluşturmaktadır.

8.6.2. ROMATİZMAL HASTALIKLAR

Kronik hastalıklar başlığı altında romatizmal hastalıklar önemli bir yer tutmaktadır. Romatizmal hastalıkların geniş spektrumu ve multiorgan tutulumları nedeniyle diğer branşlarla ortak bir çalışma ortamı gerçekleştirilmelidir. Ağrı her ne kadar bu hasta grubunda önemli bir morbidite nedeni olsa da eşlik eden sistemik tutulumlar mortalitenin esas kaynağıdır. Özellikle kardiyak ve akciğer hastalıkları açısından yakın takip gereklidir. Medikal tedavinin yanısıra uygun fiziksel rehabilitasyon programları da tedavinin mutlak bir parçası olmalıdır. Palyatif bakım hastalarında antiromatizmal ilaçların (özellikle de steroid tedavisinin) yan etkileri daha belirgin olabilir. Hastalar olası bu etkilenmeler açısından da yakın takip edilmelidirler. Romatizmal hastalıklarda esas amaç remisyonun sağlanmasıdır fakat eğer fulminan bir gidişe ya da ileri evre hastalığa dönüşmüşse tam kürden çok palyatif bir anlayışla hastaya yaklaşmak daha doğru olabilir.

Romatizmal hastalıklarda ağrı en önde gelen semptomdur. Öncelikle ağrının sebebinin altta yatan romatizmal hastalığa ya da farklı bir etiyolojiye bağlı olup olmadığı belirlenmelidir. Osteoporotik kırıklar, metastatik kemik lezyonları, nöropatik ağrı gibi klinik durumlar romatizmal hastalıkların belirtilerini taklit edebilir ve ayırıcı tanıda zorluklar yaratabilir. Ağrı yönetimi etkin yapılmalı ve gereksiz nonsteroid ilaç kullanımından kaçınılmalıdır. Palyatif bakım hastalarında ağrıya yaklaşım diğer hasta gruplarından farklılıklar göstermektedir. Bu hastalar ağrıyı ifade etmede zorluklar yaşayabilirler ve eşlik eden hastalıklar nedeniyle ağrı palyasyonu hekim tarafından yeterli düzeyde sağlanamayabilir. Kronik tedavi edilmemiş ağrı hem yaşam kalitesini düşürmekte hem de depresyon riskini arttırmaktadır. Özellikle kognitif bozukluğu olan hastalarda valide edilmiş ağrı skalaları kullanılmalıdır.

Altta yatan romatizmal hastalıkların tipi ve ciddiyetine bağlı olarak bu hasta grubunda yaygın eklem deformiteleri gelişmiş olabilir. Bu deformiteler nedeniyle hastaların yaşam kalitesi düşer ve önemli bir engellilik etkeni haline gelir. Uygun rehabilitasyon tedavileri morbidite ve mortalitenin azaltılması konusunda çok önemli yer tutar.

İleri yaştaki bakım hastalarında ortaya çıkan romatizmal hastalıklarda paraneoplastik sendromlar mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Geç yaşta, gürültülü ve ani bir tabloyla ortaya çıkan, aile öyküsünün olmadığı, romatoid faktörün negatif olduğu, asimetrik artrit ve steroid tedavisine yanıtsızlık gibi durumlarda akla altta yatan maligniteler gelmelidir. Etiyoloji kadınlarda en sık meme kanseri, erkeklerde ise küçük hücreli dışı akciğer kanseridir. Bunlardan hipertrofik pulmoner osteoartropatiler özellikle akciğer kanserli hastalarda sık görülür. Bunun dışında nadir de olsa romatoid artrit ve sistemik lupus benzer şekilde karşımıza gelebilirler.

KAYNAKLAR:

1. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA (2005). Preventing foot ulcers in patients with diabetes. JAMA. 2005;293:217-228.

2. Ramsey SD, Newton K, Blough D, McCulloch DK, Sandhu N,Reiber GE, et al (1999). Incidence, outcomes and cost of foot ulcers in patients with diabetes. Diabetes Care. 1999;22:382-7.

3. Lavery LA, Peters EJ, Armstrong DG, Wendel CS, MurdochDP, Lipsky BA (2009). Risk factors for developing osteomyelitis in patients with diabetic foot wounds. Diabetes Res Clin Pract. 2009;83: 347-52.

4. VandenhauteV (2010). Palliative care and type II Diabetes: A need for new guidelines ? American Journal of Hospice & Palliative Medicine. 2010;27(7):444-445.
5. Caravaggi C, Sganzaroli A, Galenda P, Bassetti M, Ferraresi R, Gabrielli L (2013).The Management of theInfected Diabetic Foot.Current Diabetes Reviews. 2013;9:7-24.
6. Quinn K, Hudson P, Dunning T (2006). Diabetes management in patients receiving palliative care.Journal of Pain and Symptom Management 2006;32(3):275-286.
7. Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S(2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. Pain Manag Nurs. 2011;12:230–250.

8. Simon S, Schwarz-Eywill M, Bausewein C (2008). Palliative care in rheumatic diseases: a first approach. J Palliat care Winter; 2008;24(4):270-3.

9. Tracy B, Morrison RS (2013). Pain management in older adults. Clinical Therapeutics. 2013;35(11):1659-1668.

= 9 =

KANSERDE PALYATİF BAKIM

Bölüm Editörü

Prof. Dr. F. Rüçhan USLU

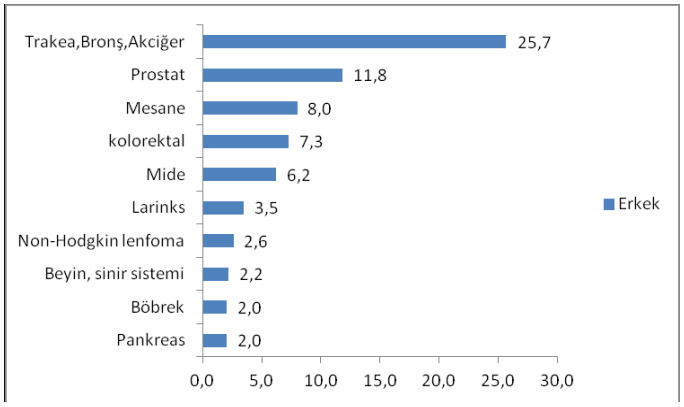
9.1. KANSERDE PALYATİF BAKIM

Uzm. Dr. Atike Pınar ERDOĞAN[1], Prof. Dr. F. Rüçhan USLU[1]

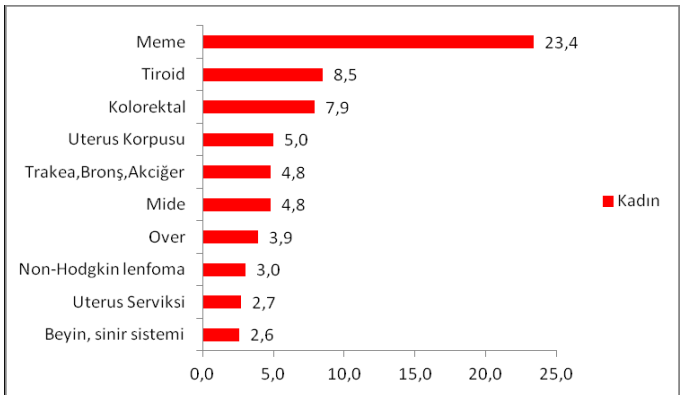
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji BD

Kanser günümüzde ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında pek çok ülkede kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada gelmektedir. American Cancer Society (Amerikan Kanser Derneği) verilerine göre 2014 yılında dünyada 1.665.540 yeni kanser olgusu, 585.720 kansere bağlı ölüm olacağı tahmin edilmektedir (1).

2009 yılı kanser istatistiklerine göre ülkemizde her yıl yaklaşık 98 bin erkek ve 63 bin kadın kansere yakalanmakta ve kanser, tüm ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (2). Türkiye'de görülen ilk beş kanser türünün dünyadaki ve diğer gelişmiş ülkelerdeki sıralama ile benzerlikler gösterdiği görülmektedir. Erkeklerde trakea, bronş ve akciğer kanseri (66,0/100.000 kişide), kadınlarda ise meme kanseri (40,6/100.000 kişide) en sık görülen kanser türleridir (3) (Şekil 1 ve 2).



Şekil 1: Tüm Yaş Gruplarındaki Erkeklerde En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Birleşik Veri Tabanı, 2009)



Şekil 2. Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Birleşik Veri Tabanı, 2009)

Son yıllarda yeni tanı ve tedavi yöntemleri ile kanser hastalarının sağkalım süreleri artmış, buna bağlı olarak da palyatif bakım (PB) ile yaşam kalitesinin mümkün olan en iyi şekilde korunması kanser tedavisi sürecinin önemli bir parçası haline gelmiştir.

Kanser palyatif bakımı, Amerikan Klinik Onkoloji Cemiyeti (ASCO) 2009 tanımına göre, hastalar ve aileleri için acı ve sıkıntı verici olup yaşam kalitelerini etkileyen çeşitli konulara yönelik iyileştirmelerin kanser bakımı ile birleştirilmesidir (4). Bu tanımlama onkoloji hastalarında palyatif bakımın iki önemli yönünü ortaya koymaktadır. Birincisi tümöre yönelik tedaviler sırasında kanser hastasının çevresinde çeşitli ihtiyaçları ve ilgilenilmesi gereken konular bulunmaktadır. İkinci olarak PB uygulamalarının ana hedefi, sıkıntıları azaltmak ve genel yaşam kalitesini arttırmaktır.

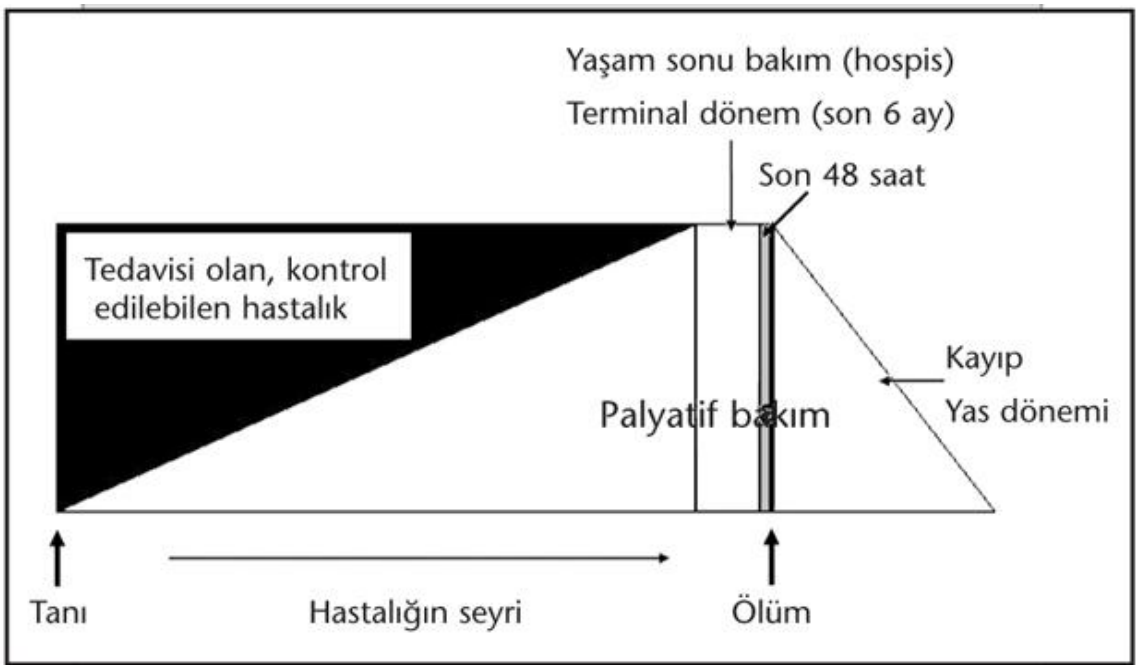
Bir hasta, kanser tanısı aldığında hayatı tamamen değişir. İş yerinde harcadığı zamanı bekleme salonlarında geçirirken gelir kaybına uğrayabilir. Tedaviye bağlı yan etkiler nedeniyle uykuları bölünebilir. Halsizlik tüm gününü etkilediğinden sorumluluklarını diğer aile bireylerinin ve arkadaşlarının üstlenmesi gerekebilir. Hastalık ilerledikçe korku ve belirsizlik duygusu gelişebilir. Sonuç olarak; bir hasta yaşamını tehdit eden bir tanı aldığında bu, sosyal sisteme dengesini bozacak ciddi bir stres etkeni olarak yansır (9).

Her bir kanser hastasının serüveni farklı yönde seyreder. Bir kısmı için bu yolculuk kür ile sonuçlanırken, yaklaşık %50'si hastalıklarına veya tedaviye bağlı komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybeder. Bu süreçteki ortak noktalar tedavinin başlaması, tedavilere rağmen hastalığın ilerlemesi ve yaşamın son günleridir. Palyatif bakım hastalığın evrelerine uygun ihtiyaçları karşılayarak hastalara yardımcı olur.

İleri evre kanser hastalarının hastanede yatarken ortalama 13, ayaktan tedavi görürken ortalama yedi semptom yaşadıkları saptanmıştır (5). Kanser tanısı konduktan sonraki semptomlar, hastalık ve morbiditesi hakkında duyarlı bir belirteçtir. Gelişen bir semptomun etiyolojisi tanımlandıktan sonra, semptomun nedenine yönelik tedavi, toplam sağkalımı etkileyebilmektedir. Örneğin; kanser tedavisi ile ilişkili nötropeni ve bulantı gibi semptomların yanı sıra ağrı palyasyonunun da sağkalımı arttırdığı gösterilmiştir (6).

Palyatif bakım ile ilgili yaygın olan bir yanlış algı, tedavi hedeflerinin artık küratif veya hastalığa yönelik olmadığı yönündedir. Gerçekte PB, hastalık sürecinde değişen ihtiyaç ve hedefleri karşılayarak tedavi hedeflerini aktif olarak desteklemeyi amaçlar.

Şekil 3. Palyatif Bakım Süreci (7)



Fiziksel, psikolojik ve manevi ihtiyaçlar onkoloji uzmanlarınca çok yönlü bakımın hayati bir parçası olarak kabul edilir. Tümör ile mücadele sürecinde karşılaşılan kompleks ihtiyaçlar düşünüldüğünde bir onkoloji uzmanının tüm bunlar ile yakından ilgilenmesi beklenemez. Bu noktada PB disiplinler arası bir bakım modeli olmasının yanı sıra bir bakım felsefesi olarak devreye girmektedir (8).

Diğer yandan palyatif bakımın erken dönemde tedaviye dahil edilmesi, hastanın hayatındaki en önemli rollerden biri olan tedavi verenlerin devamlılığına izin verir. Yaşamın sonundaki devamlılık, hastanın tedavi sağlayıcıların kendisinden umudu kesmesi korkusunu yenmesine yardımcı olur ve olumlu duygular geliştirmesini destekler (9).

Sonuç olarak tanı konulan birey ile beraber, aile ve yakınları da göz önüne alındığında kanser, toplumun azımsanmayacak bir kısmının hayatını olumsuz etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Kanser tanısı ile hasta ve yakınlarının karşı karşıya kaldıkları korku ve endişe, gerek hastalığa gerek uygulanan tedavilere bağlı olarak ortaya çıkan semptomlarla artmaktadır. Son yıllarda onkoloji alanında yaşam kalitesi kavramının önemi artmış, sağkalım süresinin uzatılmasının yanı sıra PB ile yaşam kalitesinin mümkün olan en iyi şekilde korunması kanser tedavisi sürecinin önemli bir parçası haline gelmiştir. Günümüzde PB, tanı anından başlayarak, hastalığa ve tedaviye kadar geçen süreyi ve hatta ölüm sonrası hasta yakınları açısından yas dönemini kapsayan bir süreç olarak düşünülmelidir.

9.2. ONKOLOJİK ACİLLER

Onkolojik acil, tümöre ya da onun tedavisine doğrudan ya da dolaylı olarak bağlı, akut, potansiyel morbid veya yaşamı tehdit edici durum olarak tanımlanabilir.

Kanser tanısı konulmamış hasta ilk olarak bu tablo ile başvurabileceği gibi bunun tersine kanser tanısı olan bir hastada klinik tablo kanser dışı bir nedene bağlı ortaya çıkabilir. Bu nedenle ayırıcı tanının dikkatle yapılması, varolan bir kanserin komplikasyonu olup olmadığının anlaşılması gereklidir. Kansere yönelik uygulanan spesifik tedavilerin de böyle bir tabloya yol açabileceği unutulmamalıdır. Erken dönemde tanı konamaz veya etkili önlemler alınamazsa hasta kaybedilebilir.

Bu bölümde, kitabın diğer bölümlerinde bahsedilenlere ek olarak, sık görülen onkolojik acillere yer verilmiştir.

9.2.1. LEPTOMENİNGEAL HASTALIK (LMH)

Beyin, spinal parankim, sinir kökü ve sinir sistemine ait kan damarlarının invazyonu sonrasında gelişir. LMH gelişen kanserler meme ve akciğer kanseri, melanom, non-Hodgkin lenfoma ve lösemidir. Hastalar etkilenen leptomeninks lokalizasyonuna göre semptom verir. Baş ağrısı, mental durum değişikliği, kranyal sinir felci, inkontinans, sırt ağrısı, duyusal değişiklikler ve koma benzeri tablo görülebilir (10). LMH tüm kanser hastalarının %0,8–8,0'ında izlenir. LMH tanısının konulması zordur. Magnetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografiye göre daha duyarlı olmakla birlikte tanısal değildir. Lomber ponksiyon ve beyin omurilik sıvısının (BOS) incelenmesi ve tümör hücrelerinin gösterilmesi altın standarttır; ancak çoklu girişim gerekebilir. BOS bulguları; açılış basıncının yüksek olması, düşük glukoz ve yüksek protein seviyeleri ve mononükleer pleositozistir. LMH tedavisi kemoterapinin ventriküler kateter veya lomber ponksiyon ile verilmesi şeklindedir. Radyoterapi lokalize LMH olgularında kullanılır, ayrıca intratekal kemoterapinin yeterli konsantrasyona ulaşamadığı durumda da endikedir. LMH gelişen hastaların prognozu kötüdür, ortalama sağkalım 3 - 6 ay ve 1 yıldan fazla yaşam şansı sadece %10-15 civarındadır.

9.2.2. KARDİYAK TAMPONAD

Perikardiyal tamponadın en yaygın sebebi malign perikardiyal efüzyondur. Kardiyak tamponad nadiren kalbin primer tümörlerine bağlı olarak ortaya çıkar. Kalbe metastaz yapan tümörler akciğer, meme, gastrointestinal sistem kanserleri, lösemi, lenfoma, melanom ve sarkomlardır. Bazı kemoterapi ajanları (siklofosfamid, antrasiklinler, trastuzumab gibi) ve radyoterapi kardiyak disfonksiyona sebep olabilir. Kardiyak tamponatta perikardiyal sıvı artarak kalp üzerine baskı yapar. Bunun sonucunda ventriküllerdeki diyastolik basınç artar ve stroke volüm düşer. Perikardiyal efüzyonu olan çoğu hastada semptom gözlenmez; ancak tamponad gelişirse nefes darlığı, öksürük, ses kısıklığı, hıçkırık, epigastrik ağrı veya göğüs ağrısı izlenir. Fizik bakıda boyun venlerinde dolgunluk, hipotansiyon, azalmış nabız basıncı, perikardiyal sürtünme sesi veya azalmış kalp sesi saptanır. Akciğer grafisinde çadır kalp görünümü, kalp gölgesinin sol kenarında düzleşme gibi bulgular saptanır; ancak normal olabileceği unutulmamalıdır. EKG'de düşük voltaj veya ST-T dalga değişimleri izlenir. Transtorasik EKO tamponadı en iyi gösteren testtir; ayrıca perikardiyosentez planlanmasında yardımcıdır. Tamponad tedavisi oksijen, intravenöz hidrasyon ve gereğinde vazopressör verilmesini kapsar. Ultrason eşliğinde perikardiyosentez yapılabilir ve güvenlidir (11). Ponksiyonla alınan sıvı gerekli incelemeler (sitoloji, biyokimya, mikrobiyoloji) için gönderilmelidir. Sıvının tekrar birikimini engellemeye yönelik olarak kullanılacak tedavi yöntemleri hastaya ve altta yatan nedene yönelik olarak planlanır. Bunlar sistemik kemoterapi, kalıcı kateter drenajı, skleroz, radyoterapi ve cerrahi girişimdir. Perikardiyal skleroz işlemi tetrasiklin veya bleomisin ile yapılabilir. Eksternal radyoterapi özellikle lenfoma ve lösemik infiltrasyona bağlı olan perikardiyal efüzyonda etkilidir. Perikardiyektomi, plöroperikardiyal pencere veya subksifoid perikardiotomi şeklinde cerrahi yöntemler de kullanılabilir.

9.2.3. SUPERİOR VENA KAVA SENDROMU

Superior vena kava (SVK)'dan sağ atriuma düşük kan akımı ile karakterizedir. En sık sebebi maligniteler iken; santral venöz kateterler, anevrizma, piyojenik enfeksiyonlar, sarkoidoz ve guatr malign olmayan sebepler arasındadır. SVK sendromuna yol açan en sık malignite akciğer kanseridir; fakat lenfoma, meme kanseri, gastrointestinal kanserler, sarkom, melanom, prostat kanseri ve mediastinal tümörler de neden olabilir. Bu sendroma yol açan mekanizmalar arasında

tümörün dıştan basısı, tümörün veya pıhtının içten basısı ve fibrozis sayılabilir. Hastalar baş ağrısı, baş dönmesi, konfüzyon, üst ekstremitede, yüz ve boyunda şişlik, nefes darlığı ve disfaji ile prezente olur. Fizik bakıda venöz sistemdeki artmış basınca bağlı olarak venler ve kollaterallerde şişme, yüzde platore ve siyanoz, periorbital ödem saptanır. SVK sendromunun etyolojisini belirlemek tedavinin yönlendirilmesi için gereklidir. Olguların büyük kısmında sadece klinik tablo ile tanı koyulabilirse de tanıyı doğrulamak ve etyolojiyi aydınlatmak amacıyla akciğer grafisi, bronkoskopi, torakotomi, torakoskopi, kontrast veya radyonüklid venografi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) görüntülemeden yararlanılanabilir. Hastaların çoğunda oksijen, steroid, diüretik gibi tedavilerle obstrüktif semptomlar kontrol altına alınırken altta yatan hastalığa yönelik tanısal işlemler için de zaman kazanılmış olur. Patolojik doku tanısını koyabilmek için spesifik tedaviler 24 - 48 saat geciktirilebilir. Radyoterapi ve kemoterapi tümör tipine göre seçilecek tedavi yöntemleridir. Damar içi katetere bağlı gelişen trombozlarda antikoagülan tedavi uygulanır. Tedavi yöntemlerinin uygulanamadığı veya bu yöntemlerin etkisiz kaldığı durumlarda vena kavaya stent uygulanması, balon anjioplasti gibi yöntemler nadiren de olsa gerekebilir.

9.2.4. KEMOTERAPİNİN EKSTRAVAZASYONU

Kemoterapötik ilaçların bazıları uygulama sırasında damar dışına kaçarlarsa dokuda irritasyon, ülserasyon, nekroz, sinir hasarı ve nadiren ekstremite kaybına neden olabilir. Alkilleyici ajanlar (mitomisin C, sisplatin), antrasiklinler (doksorubisin, daunorubisin) ve vinka alkaloidleri (vinblastin, vinkristin, vinorelbin) ciddi reaksiyona yol açan vezikan ilaçlardır. Hastalar infüzyon alanında herhangi bir rahatsızlık, şişme, eritem olması halinde personele haber verme konusunda eğitilmelidir. Ekstravazasyon durumunda ilaç uygulaması hemen kesilmeli, uygulama yapılan setten enjektörle alınabildiği kadar ilaç geri çekilmelidir. Soğuk kompres uygulaması etkilenen alana yapılmalı; ancak etken vinka alkaloidi ise ılık kompres uygulanmalıdır. Lokal tedaviler semptomları kontrol altına alamazsa plastik cerrahi konsültasyonu istenmelidir. Debridman, greft uygulaması gibi cerrahi yöntemler gerekebilir.

9.2.5. UYGUNSUZ ANTİDİÜRETİK HORMON (ADH) SALINIMI SENDROMU

Paraneoplastik bir sendromdur. Kanser hastalarının %1-2'sinde görülür. Düşük serum osmolaritesine rağmen hipofizden ADH salınımının devam etmesine bağlı hiponatremi ve yüksek

idrar osmolaritesi ile karakterizedir. Küçük hücreli akciğer kanseri başta olmak üzere pankreas ve beyin tümörlerinde sık görülür. Akciğer enfeksiyonları, postoperatif dönem, santral sinir sistemi hastalıkları ve bazı kemoterapi ajanları (vinkristin, siklofosfamid, sisplatin) da etyolojide rol oynar. Klinik tablo ve yakınmalar hiponatreminin derecesine ve ortaya çıkış hızına bağlı olarak baş ağrısından komaya kadar değişken bir spektruma sahiptir. Ayırıcı tanıda tüm hiponatremi nedenleri gözden geçirilmeli ve psödohiponatremi dışlanmalıdır. Uygunsuz ADH sendromunda idrar sodyum düzeyi 20 mEq/L'nin üzerindedir ve idrar osmolalitesi plazma osmolalitesini geçer. Tedavi, su alımını 500 – 1.000 mL/gün ile kısıtlamak ve altta yatan nedeni tedavi etmektir. Eğer bu kombinasyon etkili olmazsa; demoklosiklin (600 – 1.200 mg/gün) verilebilir. Koma ve konvülziyon gelişen hastalara %3 sodyum klorür, serum sodyumunu 0,5 - 1 mEq/saatten hızlı yükseltmeyecek şekilde yavaş infüzyonla verilir.

9.2.6. TÜMÖR LİZİS SENDROMU

Malign hücrelerin hızlı bir şekilde yıkımı, hücresel yıkım ürünlerinin ve hücre içi iyonların açığa çıkması sonucunda hayatı tehdit eden tablolara sebep olabilir. Tümör lizis sendromu (TLS) hızlı proliferasyon indeksine sahip Burkitt Lenfoma, akut lösemide daha sık olmak üzere küçük hücreli tümörler, meme kanseri ve medulloblastom gibi solid tümörlerde de görülebilir. Genellikle indüksiyon kemoterapisi sonrası ortaya çıkmakla birlikte radyoterapi, steroid ve hormon tedavisi sonrası da görülür (12). Hastalar bulantı, kusma, ishal, kabızlık, idrar miktarında azalma, kilo artışı, akut böbrek yetmezliği, halsizlik, kramplar, nöbet veya aritmi ile başvurabilir. Metabolik olarak hiperürisemi, hiperkalemi, hipokalsemi, hiperfosfatemi ile karakterizedir. Sistemik kemoterapi öncesi profilaksi çok önemlidir. İntravenöz hidrasyon, idrar alkalizasyonu ve oral allopurinol başlanmalıdır. Tüm bu önlemlere rağmen TLS ortaya çıktıktan sonra tedavi elektrolit bozukluklarının izlenmesi ve düzeltilmesidir. Dirençli elektrolit anormalliği olan hastalar hemodiyaliz açısından değerlendirilmelidir.

9.2.7. TİFLİTİS (NÖTROPENİK ENTEROKOLİT)

Kemoterapi veya hastalığa bağlı nötropeni durumunda görülen barsak inflamasyonu, ödem ve proksimal kalın barsak duvarında incelmeyi kapsayan, hayatı tehdit eden bir sendromdur. Karında distansiyon, sağ alt kadranda ağrı, diyare ve ateş ile karakterizedir (13). Hasta nötropenik olduğundan laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerindeki bulgular genelde nonspesifiktir. Tanı klinik şüphe ve BT, MR görüntüleme bulguları ile konur. Tedavi barsak istirahati, nazogastrik

dekompresyon, anaerobik florayı da kapsayacak şekilde geniş spektrumlu intravenöz antibiyotik ve hematopoietik büyüme faktörlerinin kullanımıdır. Perforasyon, kanama ya da abse gelişiminde cerrahi yöntemler gündeme gelir.

9.2.8. SPİNAL KORD BASISI

Kanser tanısı olan hastalarda spinal kord basısının en önemli nedeni vertebral kemik metastazlarıdır. Vertebranın ağırlık taşıyan kısmı (vertebral korpuslar) ön taraftadır, spinal kord (omurilik) vertebral korpusların arkasında yer alan kanal içerisindedir. Kemik metastazları, sıklıkla vertebraların korpus kısmını etkiler. Kemik metastazları, spinal kordu çevreleyen epidural boşluğa baskı yaparak veya vertebral korpuslarda çökme kırıklarına neden olarak spinal kord basısına neden olabilmektedir. Daha nadir olarak primer tümörlerin vertebraya invazyon göstermesi veya spinal kord metastazları ile de spinal kord basısı görülebilir (14). En sık olarak meme, prostat, akciğer kanserleri, multiple myelom ve lenfomalarda rastlanır. Boyundan sakruma kadar vertebranın herhangi bir bölümünü etkileyebilir, en sık torasik vertebrada görülür (15). İlk görülen semptom genellikle spinal ağrıdır. Kanser hastalarında yeni ortaya çıkan bel – sırt ağrısı, mutlaka kord basısını akla getirmelidir. Ağrı, başlangıçta vertebranın etkilenen bölgesine lokalizedir ve bu bölgede perküsyon ile hassasiyet saptanabilir. Ağrı, öksürme, aksırma, ıkınma gibi aktivitelerle şiddetlenir. Sinir kökü basılarında radikülopati tarzında ekstremiteye uzanan, hareket ile artan ağrı görülür. Nörolojik semptomlarda, motor kayıplar ön plandadır. Üst lomber vertebra seviyesinde bası yapan lezyonlar alt ekstremite distalinde kuvvet kaybına neden olabilir. Torasik vertebrada bası yapan lezyonlar parapareziye (her iki alt ekstremitede kuvvet kaybı) neden olurken, servikal vertebra seviyesindeki basılarda kuadriparezi (her iki alt ve üst ekstremitede kuvvet kaybı) ve daha üst seviyelerde solunum yetmezliği görülebilir. Parmaklardan bası seviyesine kadar uzanan uyuşukluk, his kaybı, parestezi gibi duyusal semptomlar görülebilir. Otonom sinir disfonksiyonu diğer semptomlara eşlik edebilir; idrar yapamama (üriner retansiyon), kabızlık, gaita ve idrar inkontinansı görülebilir. Radyolojik olarak spinal kord basısının görülmesi gerekmektedir. İki yönlü vertebra grafileri çökme kırıklarının saptanmasında yararlı olmakla birlikte, kord basısı tanısı veya ekartasyonu için yeterli değildir. Spinal kord basısı tanısı için MR ile görüntüleme tercih edilmelidir. MR, tüm vertebra bölgelerini (servikal, torakal, lomber) içerecek şekilde çekilmelidir. Nörolojik semptomu olan veya hareketle artan şiddetli spinal ağrısı olan hastalar acil olarak MR ile değerlendirilmelidir. Spinal kord basısı, acil tıbbi müdahale gerektiren bir durumdur. Tedavi ile amaç, ağrının giderilmesi ve nörolojik fonksiyonların

korunması veya iyileştirilmesidir. Spinal kord basısının erken ve motor kayıp ortaya çıkmadan saptanması ve tedavinin erken dönemde başlanması tedavi başarısı açısından çok önemlidir. Parapleji veya tetraplejinin düzelme ihtimali ilk 24 saatten sonra azalmaktadır (14). Radyolojik olarak spinal kord basısı saptandıktan sonra şunlar uygulanmalıdır: Deksametazon 16 mg/gün (4 x 4mg) oral olarak başlanmalıdır (İlk doz 10 mg intravenöz olarak da uygulanabilir). Deksametazon vazojezik ödemi azaltarak spinal kord basısını hafifletebilir, ağrının azalmasını sağlar. Beraberinde mide koruyucu olarak bir proton pompa inhibitörü verilmelidir. Kortikosteroide bağlı kan şekeri yükselmesi yönünden dikkatli olunmalı, aralıklı olarak kan şekeri takibi yapılmalıdır. Hastalarda uygun analjeziklerle ağrısı kontrolü sağlanmalıdır. Alt ekstremite güçsüzlüğü olan, hareketle şiddetli ağrısı olan hastalara yatak istirahati önerilmelidir. İmmobil olan veya yatak istirahati önerilen hastalara venöz tromboz riskini azaltmak için, profilaktik dozda düşük moleküler ağırlıklı heparin (örn. enoksaparin 40 mg/gün) subkutan olarak başlanmalıdır. Kord basısını gidermeye yönelik uygulanabilecek tedavi seçenekleri radyoterapi veya cerrahidir. Hastaların yaşam beklentisi, genel durumu, nörolojik kaybın süresi, tümörün radyasyon duyarlılığı gibi faktörler göz önünde bulundurularak hasta için uygun olan tedavi planlanmalıdır. Hastaların çoğunda radyoterapi tercih edilmektedir. Radyoterapi en kısa zamanda başlanmalıdır. Spinal instabilitesi olan, daha önce aynı bölgeye radyoterapi uygulanmış olan hastalarda cerrahi (laminektomi ile dekompresyon ve stabilizasyon) düşünülebilir. Yaşam beklentisi üç aydan kısa olan hastalara majör cerrahi önerilmemektedir (16).

KAYNAKLAR:

1. American Cancer Society Cancer Facts and Statistics. URL: http://www.cancer.org Erişim tarihi:31.08.2014
2. Sürmeli Z ve ark. (2012). Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi Palyatif Bakım Eğitim Kitabı. Cilt 1, Sayı 1, 24-27
3. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri. URL: http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009kanseraporu.pdf Erişim tarihi: 31.08.2014
4. Ferris F, and et al (2009). Palliative cancer care a decade later: Accomplishments, the need, next steps—From the American Society of Clinical Oncology J Clin Oncol, 2009;27:3052-3058
5. Portenoy RK and et al.(1994). Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population Qual Life Res, 1994;3:183-189
6. Temel JS and et al(2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010;363(8):733-42
7. Kabalak AA ve ark (2013). Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım.Yoğun Bakım Dergisi, 2013;11(2):56-70
8. Hopkins K (2004). Food for life, love and hope: an exemplar of the philosophy of palliative care in action.Proc Nutr Soc.2004;63(3):427-9
9. Kantarjian Hand et al (2011). MD Anderson Manual of Medical Oncology (2.Basım). United States. McGraw-Hill
10. Schiff D and et al(1998). Neurologic emergencies in cancer patients. Neurol Clin, 1998;16(2):449-83

11. Shanholtz C(2001).Acute life-threatening toxicity of cancer treatment, Crit Care Clin, 2001;Jul;17(3):483-502
12. Krimsky WS (2002).Oncologic emergencies for the internist Cleve Clin J, 2002;69(3):209-10, 213-4, 216-7
13. Davila ML (2006). Neutropenic enterocolitis Curr Treat Options Gastroenterol, 2006;9(3):249-55
14. White B and et al. Metastatic spinal cord compression: Diagnosis and management of patients at risk of or with metastatic spinal cord compression. NICE guidelines. URL: http://www.nice.org.uk/guidance/cg75/resources/cg75-metastatic-spinal-cord-compression-full-guideline-2 Erişim tarihi: 14.09.2014
15. Levack P and et al (2001). Don't wait for a sensory level - Listen to the symptoms: A prospective audit of the diagnosis, management and outcome of malignant spinal cord compression. Clinical Oncology, 2001;14:472-480
16. Becker K and et al (2011). Principles And Practice Of Oncology. Editör: DeVita, V. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins

= 10 =

GÜVENLİ ÇEVRE HİJYEN VE SANİTASYON

Bölüm Editörü

Doç. Dr. Şükran KÖSE

10. GÜVENLİ ÇEVRE, HİJYEN VE SANİTASYON

Doç. Dr. Şükran KÖSE[1]

[1]İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Alerji ve İmmünoloji Kliniği

10.1. TIBBİ VE TEHLİKELİ ATIK YÖNETİMİ

10.1.1. TANIMLAR

Sağlık kuruluşlarının faaliyetleri sırasında üretilen atıklar diğer atıklardan daha fazla oranda yaralanma riski ve daha yüksek enfeksiyon riski taşırlar. Tıbbi atıkların yetersiz ve uygunsuz yönetimi halk sağlığı ve çevre üzerine ciddi olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bu yüzden güvenli tıbbi atık yönetimi, çevre sağlığını korumanın önemli bir bileşenidir.

Atık: Herhangi bir faaliyet sonucunda oluşan, çevreye atılan veya bırakılan herhangi bir maddedir.

Tıbbi atık: Sağlık kuruluşlarının faaliyetleri sonucu oluşan enfeksiyöz, patolojik ve kesici-delici atıkları içerir.

Atık yönetimi: Atığın toplanması, taşınması, geri kazanılması, bertaraf edilmesi, bertaraf sahalarının kapatılması sonrası bakımı ve bu tür faaliyetlerin gözetimi, denetimi ve izlenmesidir.

Türkiye'de tıbbi atıkların güvenli yönetimiyle ilgili esaslar Çevre ve Orman Bakanlığı tarafından 22 Temmuz 2005 tarih ve 25883 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği ile belirlenmiştir. Bu yönetmelikte, sağlık kuruluşlarından kaynaklanan atıklar dört ana başlık altında toplanmıştır.

i) Evsel nitelikli atıklar: Mutfak ve büro atıkları, ambalaj malzemeleri, cam, kağıt-karton, plastik ve metal ambalaj atıkları içerir.

ii) Tıbbi atıklar: 3 başlık altında incelenmiştir.

***Enfeksiyöz atıklar*:** Enfeksiyon yapıcı etkenleri taşıdığı bilinen başta kan ve kan ürünleri olmak üzere vücut sıvıları ile insan dokuları, organları, otopsi materyali, plasenta, patolojik materyal; bu tür materyal ile bulaşmış eldiven, örtü, çarşaf flaster, tamponlar, eküvyon ve benzeri atıkları; bakteri ve virüs tutucu hava filtrelerini; enfeksiyöz ajanların laboratuvar kültürlerini ve

kültür stoklarını; enfekte deney hayvanlarının leşleri ile enfekte hayvanlara ve çıkartılarına temas etmiş her türlü malzemeyi, veterinerlik hizmetlerinden kaynaklanan atıkları kapsamaktadır.

Patolojik atıklar: Cerrahi girişim, otopsi veya anatomi çalışması sonucu ortaya çıkan dokuları, organları, vücut parçalarını, insan fetusunu ve hayvan cesetlerini kapsamaktadır.

Kesici delici atıklar: Enjektör gibi tüm deri altı girişim iğneleri, lanset, bisturi, bıçak, serum seti iğnesi, cerrahi sütur iğneleri, biyopsi iğneleri, intraket, kırık cam, ampul, lam-lamel, kırılmış cam tüp ve petri kapları gibi kesici delici atıkları kapsar.

iii) Tehlikeli atıklar: Canlılar için öldürücü, toksik, kanserojen, mutajen ve teratojen etkiye sahip, yanıcı, patlayıcı, korozif ve reaktif maddeleri kapsar.

iv) Radyoaktif atıklar: Radyoaktivite ve radyasyon özelliği barındıran, kalıtsal yapı (DNA) üzerinde değişikliklere neden olabilen maddeleri kapsar.

10.1.2. RİSK GRUPLARI

Tıbbi atıklara maruz kalan tüm bireyler potansiyel olarak risk altındadır.

Risk altındaki başlıca gruplar :

1. Doktorlar, hemşireler, yardımcı sağlık çalışanları ve diğer hastane personeli
2. Sağlık kuruluşlarında veya evde tedavi ve bakım alan hastalar
3. Sağlık kuruluşlarının hasta ziyaretçileri
4. Çamaşırhane, atık toplama ve taşıma gibi sağlık kuruluşlarının destek birimlerinde çalışanlar
5. Atık bertaraf tesislerindeki işçiler
6. Atık boşaltım sahalarında ayıklama yapan kişiler

10.1.3. TIBBİ ATIK YÖNETİMİ

Tıbbi Atıkların Kontrol Yönetmeliği'ne göre genel olarak atıkların kaynağında ayrı toplanması ve geçici depolanması sorumluluğu sağlık kuruluşlarının, atıkların geçici atık depolarından alınarak taşınması, sterilizasyon işlemine tabi tutulması ve bertaraf edilmesi konularındaki sorumluluklar ise belediyelere aittir.

Tıbbi atık üreticileri, atıklarını minimize etmekle, ünite içi atık yönetim planı hazırlamakla, tıbbi atıkları kaynağında ayrı toplamakla, atıkları ayrı taşımakla ve geçici depolamakla yükümlüdürler.

Atıkların oluşumlarından bertaraflarına kadar geçecek süreçte, çevre ve insan sağlığına zarar vermeden, yasa ve yönetmelikler çerçevesinde yapılması gerekenlerin sağlanmasına yönelik genel esasların belirlenmesi için atık yönetim planı oluşturulmalıdır. Dikkate alınacak esaslar aşağıda belirtilmektedir:

1. Atıkları kaynağında en aza indirecek sistemin kurulması
2. Ünite içi atık yönetim planının hazırlanması ve uygulanması
3. Atıkların kaynağında ayrı toplanması
4. Atıkların ünite içinde taşınması
5. Atıkların geçici depolanması
6. Maliyetlerin karşılanması
7. Tıbbi atıkların geçici atık depolarından alınarak taşınması
8. Tıbbi atıkların bertaraf edilmesi

Atıkları kaynağında en aza indirecek sistemin kurulması: Atığın kaynağında geri kazanılması veya atık miktarının azaltılması işlemidir. Atık minimizasyonu daha az atık veya tehlikeli atık oluşmasının sağlanması ile atıkların oluştuğu yerde ayrılmasını içeren işlemlerdir. Sağlık kuruluşları tıbbi, tehlikeli ve evsel atıkların oluşumunu ve miktarını en aza indirmekle, alacakları tedbirler ile gereksiz atık oluşumunu önlemekle yükümlüdürler.

Ünite içi atık yönetim planının hazırlanması ve uygulanması: Sağlık kuruluşları, atıkların ayrı toplanması, taşınması, geçici depolanması ve alınacak tedbirleri içeren ünite içi atık yönetim planını hazırlama ve uygulama yetkisine sahiptir. Hastanede atık yönetiminin ilgili talimata uygun olarak gerçekleştirilmesi için gerekli tüm basamakları denetleyen ve organizasyonu sağlayan bir sorumlu kişi seçilmeli ve çevre birimi oluşturulmalıdır.

Atıkların kaynağında ayrı toplanması: Sağlık kuruluşlarında oluşan atıklar tıbbi atıklar, tehlikeli atıklar, evsel nitelikli atıklar ve ambalaj atıkları olarak sınıflandırılmalı ve birbirleri ile karışmadan kaynağında ayrı olarak toplanmalıdır. Bu atıklar için uygun büyüklükte ve sayıda atığın türüne ve niteliğine uygun konteyner konmalıdır. Evsel nitelikli atıklar siyah renkli plastik torbalarda toplanmalıdır. Serum ve ilaç şişeleri gibi cam ambalaj atıkları kontamine değillerse cam ambalaj kumbaralarında veya mavi renkli plastik torbalarda toplanmalıdır. Tıbbi atıklar ise kırmızı renkli özel plastik torbalarda toplanmalıdır. Torbaların her iki yüzünde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "dikkat tıbbi atık" ibaresi bulunmalıdır. Tıbbi atıkların bir alt grubu olan kesici ve

delici atıklar ise özel plastik veya lamine kartondan yapılmış kutular içinde toplanmalıdır. Tehlikeli atıklar ise diğer atıklardan ayrı olarak toplanmalı ve Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine göre bertaraf edilmelidir.

Atıkların ünite içinde taşınması: Ünite içinde tıbbi ve evsel nitelikli atıklar, turuncu renkli, üzerlerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "Dikkat! Tıbbi Atık" ibaresi bulunan araçlarda ayrı ayrı taşınmalıdır.

Atıkların geçici depolanması: Depolama işlemi için kurum içerisinde güvenli ve mevzuata uygun şekilde oluşturulmuş, 24 saat aktif olan geçici atık depolama merkezi kurulmalıdır. Geçici atık deposu içindeki sıcaklığın 4°C nin altında olması durumunda bekleme süresi bir haftaya kadar uzatılabilir. En az 20 yatak kapasiteli sağlık kuruluşları geçici atık deposu bulundurmalı, 20'den az yatak kapasiteli sağlık kuruluşları geçici atık deposu olarak konteyner kullanmalıdır.

Maliyetlerin karşılanması: Sağlık kuruluşları tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı için gereken harcamaları bertaraf eden kurum/kuruluşa bildirmelidir.

Tıbbi atıkların geçici atık depolarından alınarak taşınması: Tıbbi atıkların bertaraf tesisine taşınmasından büyükşehirlerde büyükşehir belediyeleri, diğer yerlerde ise belediyeler ile yetkilerini devrettiği kişi ve kuruluşlar sorumludur. Tıbbi atıkların taşınması işlemi için, üzerinde siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike**"** amblemi ve siyah harfler ile yazılmış "Dikkat! Tıbbi Atık" uyarısı bulunan araçlar kullanılmalıdır.

Tıbbi atıkların bertaraf edilmesi: Tıbbi atıklar uygun olarak bertaraf edilmeli veya sterilizasyon işlemine tabi tutularak zararsız hale getirilmelidir. Tıbbi atıkların yakılma işlemi tıbbi atıkların bertarafında en güvenli yöntem olmakla birlikte, yatırım ve işletme maliyetleri ve ileri teknolojiye sahip olması nedeniyle kurulması ve işletilmesi oldukça zordur.

Tıbbi atıkların sterilizasyon işleminde ise enfeksiyöz atıklar ile kesici-delici atıklar, sterilize edilmekte ve risksiz hale geldikten sonra, evsel atık depolama alanlarında depolanarak bertaraf edilebilmektedir**.** Sterilizasyon sistemleri uluslar arası kabul edilmiş standartlara (ISO, CE ve benzeri) uygun olmalıdır.

Tıbbi atıkların kireçle gömülmesi işlemi ise evsel atık depolama sahası yakınında, ancak bu atıklardan ayrı olarak izole edilmiş bir sahada açılacak çukurlarda yapılmalıdır. Tıbbi atıkların gömüleceği alan, karstik bölgelerden, içme suyu temin edilen yer altı ve yer üstü su kaynaklarından, toprak kayması, çığ ve erozyon tehlikesi bulunan sahalardan uzak olmalıdır.

10.1.4. ATIK MİNİMİZASYONU

Tüm atıkların azaltılması atık yönetiminin en önemli hedeflerindendir. Atık minimizasyonu daha az atık veya tehlikeli atık oluşmasını sağlayacak metotların ve ürünlerin kullanılmasının sağlanması ile atıkların oluştuğu yerde ayrılmasını içeren işlemlerdir. "Atık önleme ve en aza indirme" kuralları çerçevesinde olabildiğince az atık üretme olanakları geliştirilmelidir.

a. **Satın alma kontrolü:** Atık miktarını en aza indirecek bir satın alma politikası uygulanmalıdır. Daha az tehlikeli atık oluşmasını sağlayacak metotlar kullanılmalıdır.
b. **Envanter kontrolü:** Oluşan atıkların türleri ve miktarları periyodik olarak kayıt altında tutulmalıdır. Kayıtlar zaman zaman kontrol edilerek gereksiz kullanımlar belirlenmelidir.
c. **İşletme kontrolü:** atık yönetimi planı doğrultusunda işletme kontrolü yapılmalı ve geri kazanım ve geri dönüşümün uygulanabileceği alanlar belirlenerek süreç değişikliği olanakları araştırılmalıdır. Kullanılan ürünlerin kaynakta veya dışarıda geri dönüştürülebilir olması sağlanmalıdır. Tek kullanımlık tıbbi ürünlerin ambalajları geri dönüşüm için ayrı olarak toplanmalıdır. Hangi atıkların tıbbi atık hangilerinin evsel atık ya da geri dönüştürülebilir olduğu konusunda ünite içi denetimlerde ve hizmet içi eğitimde personel bilgilendirilmelidir.

10.2. GÜVENLİ ÇEVRE, HİJYEN VE SANİTASYON

10.2.1. HİJYEN ve SANİTASYON

Hijyen: Tıp dilinde sağlık bilgisi anlamına gelmektedir. Toplumlarda sağlığın korunması, devam ettirilmesi ve yükseltilmesi için gereken bilgi ve uygulamaları kapsar. Sözlük anlamı ise; ferdin veya toplum olarak insanların sağlığının korunması ve geliştirilmesine çalışan beslenme, sağlık ve çevre konularındaki bilgileri bir sentez halinde uygulayan bilim dalıdır.

Tüm toplum ve bireyler sağlıklı yaşamayı amaç edinmiştir. Sağlığın korunması ve sürdürülmesi için öncelikle kişisel hijyen kurallarına uyulmalı ve hijyen kuralları çerçevesinde yaşanmalıdır. Mikroorganizmaların bulaşını engellemek ve enfeksiyon tablosuna yol açmamak için temizliğe önem vermek ve hijyen kurallarını esas almak gerekir. Uygun bir biçimde yapılan el yıkama işlemi ile elde bulunan mikroorganizmalar ortamdan uzaklaştırılabilir. Hastane ve çevresinin hijyen kurallarına bağlı olarak temiz tutulması, hastaların ve personelin kullandığı

çamaşırların temizlik kontrollerinin yapılması hasta bakım ve tedavi hizmetlerinin kalitesini etkilemektedir.

Özet olarak hijyen; kişisel boyutta başlayıp insanların yaşam ve çalışma ortamına ve halk sağlığına etki eden bir faktördür.

Mikroorganizma: Gözle görülemeyen, mikroskop ile görülebilen (bakteriler, virüsler, parazitler ve mantarlar gibi) canlı varlıktır.

Patojen: Vücuda alındığında hastalık meydana getiren mikroorganizmadır.

Kontaminasyon: Temiz olan bir ortama veya canlıya herhangi bir yolla mikroorganizmaların bulaşmasıdır.

Dezenfeksiyon: Hastalık yapan patojen mikroorganizmaların kimyasal ve fiziksel yöntemlerle yok edilmesi işlemidir.

Sterilizasyon: Tüm mikrorganizmaların yok edilmesi işlemidir.

Enfeksiyon: Hastalık etkeni patojen mikroorganizmaların insan vücuduna girerek hastalık oluşturmasıdır.

Sanitasyon: Tıp terimi olarak halk sağlığını korumak ve hastalığı önlemek için alınan önlemlerin uygulanması anlamındadır. Sağlık için uygun koşulların oluşturulması ve sürdürülmesi işlemidir. Sanitasyon uygulamalarında önemli olan ortamın temiz görünmesi değil, yüzeylerdeki mikroorganizmalardır. Bu yüzden sanitasyon temizlik ile eşzamanlı kullanılmamalıdır.

Özellikle hastane gibi sağlık kuruluşlarında sanitasyonun sağlanması için personelden kaynaklanan portör (taşıyıcılık) sorunu önem arzetmektedir. Hastane yemekhanesindeki gıda çalışanları burun, ağız, deri, dışkı ve elleriyle pek çok mikroorganizmayı gıdaya direkt taşıyarak portör görevi görmektedir. Bu nedenle çalışanların kişisel temizliğine yüksek derecede özen göstermesi ve hastane işletmelerinin de çalışanlardan yılda bir kez akciğer filmi ve 3-6 ayda bir portör kontrolü isteyerek düzenli olarak denetlemesi gerekir.

10.2.2. KİŞİSEL HİJYEN ve PERSONEL HİJYENİ

Kişisel hijyen, kişinin kendi sağlığını koruduğu ve devam ettirdiği özbakım uygulamalarıdır. Bireyin sağlıklı olması, sağlıklı yaşaması ve vücuduna girebilecek mikroorganizmaları önlemesi ancak kişisel hijyen ile sağlanabilir.

Vücut temizliği: Uygun bir vücut temizliği ile birçok deri sorunu ortadan kalkar. Bütünlüğü bozulan deri mikroorganizmaların girişi kapısıdır. Her gün banyo yapılması en iyi

çözüm olmakla birlikte mümkün olmayan durumlarda özellikle ayaklar, koltukaltı ve kasıkların sabun ve suyla yıkanması gereklidir.

El hijyeni: El hijyenindeki amaç, kimyasal ve fiziksel zararların ve patojen mikroorganizmaların uzaklaştırılmasını sağlamaktır. Ellerin su ve sabunla yıkanması kişisel hijyenin temelini oluşturur. Özellikle parmak araları, tırnak içleri ve bilekler sabun ve ılık suyla yıkanmalıdır. Yıkama işlemi sonrası tek kullanımlık kağıt havlularla ellerin kurulanmalıdır.

Tırnak bakımı: El tırnakları yarım ay biçiminde, ayak tırnakları düz olarak kesilmelidir. Tırnaklar daima temiz tutulmalı ve sık sık fırçalanmalıdır. Tırnak bakımında kullanılan aletler kişiye özel olmalıdır.

Saç ve sakal bakımı: Saçların her gün, mümkün değilse günaşırı, en az haftada iki kez yıkanması gereklidir. Sakal tıraşı da kişisel hijyen için önemlidir. Fırça, tarak ve tıraş bıçağı gibi aletler kişiye özel olmalıdır.

Ayak bakımı: Ayaklar düzenli olarak yıkanmalı, tırnaklar düz olarak kesilmeli, özellikle parmak araları mantar oluşumunu önlemek için iyice kurulanmalıdır. Pamuklu çorap ve ayak fizyolojisine uygun ayakkabı seçilmelidir.

Ağız ve diş bakımı: Ağız ve diş hijyeninin bozuk olması diğer organların da sağlığını etkileyerek sistemik hastalıklara yol açabilir. Dişler düzenli olarak fırçalanmalı, yumuşak kıllı diş fırçası tercih edilmelidir. Diş fırçası 3 ayda bir değiştirilmelidir.

Genital bölge temizliği: Mantar ve diğer bakterilerin nemli ve sıcak ortamlarda daha kolay çoğalması nedeniyle genital bölgenin kuru kalması önemlidir. İç çamaşırların pamuklu olması ve günlük değiştirilmesi, tuvalet sonrası temizliğin önden arkaya doğru yapılması gerekmektedir.

Personel hijyeni: Sağlık, ekonomik ve yasal yükümlülükler gereği hastaneler başta olmak üzere tüm işletmeler ve çalışanları için personel hijyeni önemlidir. Personel çalışma sırasında elleri ile birçok mikroorganizmayı farklı bölgelere taşıyarak portör görevi görebilir. Bu nedenle personele kişisel hijyen, el yıkama, eldiven kullanımı konusunda gereken eğitimin verilmesi önemlidir.

10.2.3. SU HİJYENİ

Doğal bir kaynak olan ve yaşamsal işlevler için gerekli olan su, yeryüzündeki tüm canlılar için vazgeçilmez bir unsurdur. Kişi başına düşen su kullanım düzeyi, sanayi, yaşanılan yerin büyüklüğü, sosyoekonomik faktörleri gibi birçok etkene bağlı olarak değişir. Su aynı zamanda kişisel hijyen, çevre hijyeni ve besin hijyeni için de gereklidir. Bir yerleşim yerindeki toplumun doğrudan ve dolaylı ihtiyaçlarının karşılanması için gereken kişi başı günlük su miktarına alimentasyon suyu denir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkan hastalıkların %80'i içme suyundan kaynaklanmaktadır. Sağlıksız sular nedeniyle Hepatit A, tifo, paratifo, dizanteri, kolera gibi salgın hastalıklar görülebilmektedir. Bu enfeksiyonların önüne geçilmesi, suyun mikrobiyal kirliliğinin önlenmesi ve suyun dezenfekte edilmesiyle mümkündür.

Fiziksel özellikler: Sağlıklı ve temiz su, renksiz, berrak, kokusuz, tatsız, tortusuz, sıcaklığı 7-10°C arasında, pH 6,5-9,2 arasında olmalıdır.

Kimyasal özellikler: Su içerisinde metal tuzlar izin verilen sınırları aşmamalı, özellikle kurşun, civa ve arsenik gibi toksik maddeleri içermemeli, yeterince iyot ve belli miktarda flor içermelidir.

Biyolojik özellikler: Suda yosun, protozoa, patojen mikroorganizma, saprofit mikroorganizmalar bulunabilir. *Escherichia coli* gibi koliform bakteriler insan barsak florasında ve dışkıda bulunduğu için, suda saptanmaları suyun kirlendiğini gösterir. Tifo, kolera, dizanteri gibi enfeksiyonlarla su epidemileri oluşabilir.

Su kirliliği: Su kaynaklarının kullanımını bozacak veya niteliğini düşürecek biçimde suyun içerisinde organik, inorganik, radyoaktif veya biyolojik herhangi bir maddenin bulunmasıdır. İnsan, bitki ve hayvan organik artıkları, tarım, endüstri, kanalizasyon ve nükleer atıklar su kirliliğine yol açar. Su kaynaklarının kirlenmesi sonucu patojen mikroorganizmalar, ağır metal tuzları ve radyoaktif maddelerle temas oranı artmakta, hastalık riski oluşmaktadır.

Su sertliği: Suda çözünmüş mineraller (kalsiyum, magnezyum) nedeniyle oluşan durumdur. Sert sular deriye, kullanılan yüzeylere ve kimyasallara etki ederek temizlik ve hijyeni olumsuz yönde etkiler. Suların yumuşatılması ve sertliğinin giderilmesi için kaynatma, kimyasal yoldan çöktürme, iyon değiştirme ve filtre sistemi gibi yöntemler kullanılmaktadır.

10.2.4. BESİN HİJYENİ

Besinlerin her türlü bozulma veya bulaşma etkeninden uzaklaştırılarak tüketime uygun olması için alınması gereken önlemleri kapsar. Amaç, mikroorganizmaların besinle temasını, çoğalmasını ve yayılmasını önleyerek enfeksiyonların ve zehirlenmelerin önüne geçmektir.

Satın almada hijyen: Besinlerin hijyen kuralları çerçevesinde üretildiğinden ve sağlıkla ilgili yasal düzenlemelere uygun olduğuna emin olunmalıdır.

Teslim almada hijyen: Besinlerin hijyen kuralları çerçevesinde taşındığından, hasarlı, çözünmüş ve bozuk olmadığından emin olunmalıdır.

Depolamada hijyen: Besinler türüne göre buzdolabı, serin odalar, dondurucular gibi yerlerde saklanmalıdır. Aksi takdirde ısı artışı, nem, bakteri, küf ve enzimler besinin bozulmasına yol açar.

Hazırlama ve pişirmede hijyen: Besin hazırlanırken dış ortama maruziyeti azaltmak için hızlı bir şekilde hareket edilmelidir. Özelikle potansiyel riskli besinler uygun süre ve sıcaklıkta pişirilmelidir. Çözünmüş besinler yeniden dondurulmamalı, pişmiş besinler dış ortamda soğutularak buzdolabına alınmalıdır.

Besin güvenliğinde biyolojik tehlikeler: Bazı mantar türleri, filizlenmiş patates, bal ve meyve çekirdekleri ve kabuklu deniz ürünleri gibi besinler doğal toksin içerebileceğinden tehlikelidir. Ayrıca bakteri, küf, virüs, parazit gibi patojen mikroorganizmalar uygun koşullar oluştuğunda besin içinde çoğalarak tehlikeli hale gelebilir.

Besin güvenliğinde kimyasal tehlikeler: Besinlere çeşitli kaynaklardan karışan metaller, tarım ilaçları, dezenfektanlar, plastikler ve gıda katkı maddeleri tehlike oluşturur.

Besin güvenliğinde fiziksel tehlikeler: Cam, metal, tahta, kağıt, saç, boya gibi maddeler elek, filtre, metal dedektör ve optik ayırıcı gibi araçlarla ayıklanmalıdır.

Besin zehirlenmeleri: Besin tüketimi sonrası 1-36 saat içinde gelişen bulantı-kusma, karın ağrısı, ishal, ateş, görme ve işitme bozukluğu, bilinç bozukluğu ile gidebilen intoksikasyon durumudur. Bakteriler başta olmak üzere bazı patojen mikroorganizmalar, kimyasal maddeler ve doğal besin toksinleri zehirlenmeye yol açabilir.

10.2.5. DEZENFEKSİYON ve STERİLİZASYON

Dezenfeksiyon: Hastalık yapan ya da besinlere ve diğer maddelere zarar vererek bozulmalarına neden olan mikroorganizmaların, fiziksel yöntem ve kimyasal maddeler kullanılarak yok edilmesi işlemidir. Dezenfeksiyon işleminde genellikle canlı dokular üzerindeki dezenfeksiyonu sağlamak üzere kullanılan kimyasal maddelere 'antiseptik', işleme 'antisepsi' denir. Amaç, ortamdaki potansiyel tehlikeye sahip mikroorganizmaları mümkün olduğu kadar türce ve sayıca azaltmak ve yok etmektir.

Dezenfeksiyonun uygulandığı alanlar: Hastanın yaşadığı mekan, kullandığı eşyalar, hasta teması olan kişiler, hastane, okul, yurt, huzurevi, bakımevi, otel, ofis, fabrika, lokanta gibi binalarda musluk başları, kapı kolları, asansör düğmeleri, telefon aparatları, tuvalet, banyo, çamaşırhane, çöp ve atık odaları, gıda üretim araçları, büyükbaş ve küçükbaş hayvanların yetiştirilme alanları sayılabilir.

Dezenfeksiyon yöntemleri: Çeşitli katı maddelerin kaynatılması, çeşitli aletlerin sabun ve deterjanla temizlenmesi, kısa sürede yüksek sıcaklıkta sıcak su ile dezenfeksiyon, 100°C kuru buharla dezenfeksiyon, civanın iyonizasyonu sonucu ultraviyole (UV) ışını oluşturan cihazlar ile dezenfeksiyon, 'dezenfektan' adı verilen kimyasal maddelerle yapılan dezenfeksiyon sayılabilir.

Isı ile dezenfeksiyonda, sıcaklığın derecesi, temas süresi, ortam basıncı ve mikroorganizmanın ısıya karşı direnci dezenfeksiyonu etkileyen faktörlerdir.

Temizliği bol sabunlu sıcak suyla yapılabilecek olan mikrobiyal bulaş olmayan alanlarda deterjan ve dezenfektan kullanmaktan kaçınılmalıdır.

Dezenfeksiyon işlemleri: İyi bir deterjanla ön temizlik yapılmalıdır. Dezenfeksiyon için toksik etkisi az, fiyatı uygun, kolay kullanımlı ve yüksek etkiye sahip dezenfektan seçilmelidir. Dezenfektan hazırlanırken uygun ölçüde sulandırılmalı, işlem sırasında koruyucu ekipman kullanılmalıdır. Dezenfektanın hazırlanış tarihi ve son kullanma tarihine dikkat edilmelidir. Mikroorganizmaların direnç gelişimini önlemek için mümkün olan en az dozda dezenfektan kullanılmalıdır. Dezenfektanlar uygun fiziksel koşullarda depolanmalıdır.

Dezenfektan çeşitleri: Hipokloridler kuvvetli çözeltiler olduğundan bakteri sporlarına etkilidir. İyodoforlar deterjan etkilidir ve virüslere karşı oldukça etkindir. Amonyum bileşikleri deterjan etkili olup gözenekli yüzeylerin dezenfeksiyonu için uygundur. Amfoterik etkileyiciler antibakteriyel etkili olup toksik özellikleri düşüktür. Fenolik dezenfektanlar kuvvetli kokuya sahiptir ve yemek temas eden yüzeylerde kullanılmaları önerilmez.

Dezenfektanlar çeşitli kimyasallar içerir. Bu yüzden direkt temas halinde cilde ve göze zararlı olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca solunum yoluyla alınması sonucu alerjik astım, kronik bronşit gibi yan etkileri olduğu unutulmamalıdır.

Sterilizasyon: Bir maddenin üzerinde veya içinde bulunan patojen olan veya olmayan tüm mikroorganizmalardan arındırılma işlemidir. Amaç ortamdan tüm mikroorganizmaların yok edilmesidir.

Sterilizasyon yöntemleri: Kullanılan araç ve gereçlere, sterilize edilecek malzemenin türüne göre birçok fiziksel ve kimyasal yöntem bulunmaktadır.

- **Yüksek ısı:** Basit, ucuz ve hızlı olduğu için en sık kullanılan yöntemdir. Isı derecesi, ısının etki zamanı, ortamdaki nem derecesi, mikroorganizmların içerisindeki su miktarı, pH gibi faktörler etkilidir.
- **Kuru sıcak hava:** Cam ve metalden yapılmış malzemeler bu yöntemle sterilize edilir. Sterilizatör olarak Pastör fırınları kullanılır.
- **Kaynatma:** Sterilize edilecek malzemelerin 100°C'de kaynayan su içerisinde 30 dk tutulması suretiyle yapılan işlemdir. Bakteri sporları canlı kalabileceğinden çok güvenilir değildir.
- **Basınçlı buhar:** Bilinen en eski, en güvenilir, en ekonomik ve en hızlı yöntemdir. Malzemelerin basınçlı buhar içinde bekletilmeleri suretiyle sterilizasyonu sağlanır. Bu işlem için 'Otoklav' denilen cihazlar kullanılır.
- **Filtrasyon:** Mikroorganizmaların filtrelerden geçirilerek tutulması işlemidir. Bu amaçla en çok HEPA filtreleri kullanılır. En çok kullanıldığı uygulama alanı, havada bulunan partikül ve mikroorganizmaların tutularak ortam havasının temizlenmesidir.
- **Işınlama:** Bu işlem için UV, X ve gama ışınlarından yararlanılır. Genelde hastanelerde operasyon odalarının sterilizasyonu için kullanılır.
- **Kimyasal madde:** Sıvı ortama sıvı veya gaz halinde kimyasal maddeler eklenerek yapılan işlemdir. Sıvı olarak en sık Timol ve Kloroform kullanılır. Gaz olarak ise en sık Etilen Oksit ve Beta Propiolakton kullanılır.

Sterilizasyonda dikkat edilmesi gerekenler: Steril edilecek obje temizlenmiş olmalıdır. Sterilizasyon işlemi tüm yüzeyi kaplamalıdır. Sterilizasyon türünün süresi yeterli olmalıdır. Steril edilmiş yüzeye dokunulmamalıdır. Steril edilen obje hemen kullanılmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Güvenli Tıbbi Atık Yönetimi. Çevre ve Orman Bakanlığı, Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü Tıbbi Atık Kılavuzu. 2008. Ankara .
2. Safe Management of Wastes From Health-Care Activities.1999.WHO.
3. T.C. Resmi Gazete, Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. 2005. Sayı: 25883.
4. T.C. Resmi Gazete, Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. 2005. Sayı: 25755.
5. Anadolu Üniversitesi Atık Yönetmeliği El Kitabı. 2012. Çevre Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi.
6. Çiçek D (2009). Hijyen ve Sanitasyon (1.Basım). Eskişehir:Anadolu Üniversitesi Yayınları.
7. Güler Ç (2004). Kişisel Hijyen. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.
8. Merdol T (2000). Sanitasyon ve Hijyen Eğitimi. Ankara:Hatipoğlu Yayınları.

= 11 =

PALYATİF BAKIMDA BAKIM SORUNLARI VE KLİNİK BECERİLER

Bölüm Editörü

Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM

11.1. UYGUN HASTA TAŞIMA TEKNİKLERİ

Yrd. Doç. Dr. Gülay OYUR ÇELİK[1]

[1] İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD

11.1.1. GİRİŞ

İnsan vücudunda hareketsizlik kavramı değerlendirilirken vücut mekanik ilkeleri göz önüne alınarak yapılmalıdır. Hareket sisteminin temel unsuru kemikler, kaslar, kemikler arası eklemlerdir. Hareketi oluşturan ve destekleyen unsunlar ise ligamentler ve nörolojik sistemdir. İnsanların hareketlerini tüm bileşenleri ile değerlendiren bilim **Vücut Mekaniği'dir.** Vücut mekaniği temel unsuru, hareket sırasında yapılacak tüm bileşenlerin doğru sıra ve teknikle yapılmasını ölçmektir.

Doğru vücut mekaniği ilkeleri kullanılarak dengenin sağlanması üç ana koşulla gerçekleştirilir;

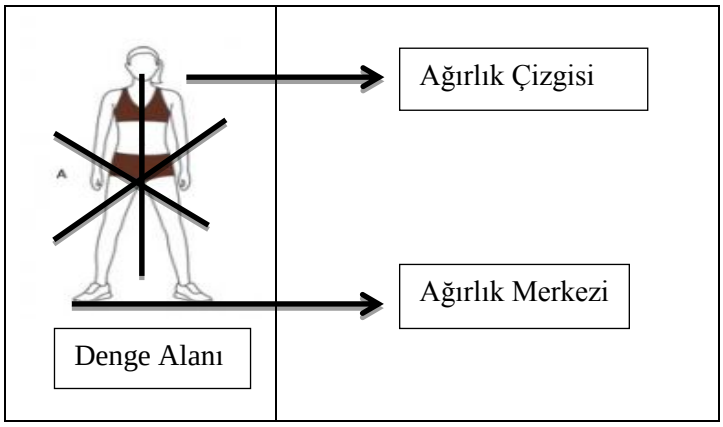
1. **Ağrılık merkezini taban alanının ortasına yaklaştırmak;** yükün eşit olarak dağılımını ve dengenin sürekliliğini sağlamak için beli bükmek yerine kalçaları ve dizleri kıvırmak. Bireyin boyuna ve kilosuna göre değişiklik gösterir. Genel olarak S_2 vertebra üzerine denk gelmektedir. Pozisyon değişikliğinde ağırlık merkezi yer değiştirir. Her vücut parçasına göre de farklılık gösterir. Proksimalden distale doğru uzunluğun 4/9'una denk gelen nokta ağırlık merkezi olarak tanımlanır (Resim 1).

2. **Geniş bir destek alanı yaratmak;** yanlardaki desteği sağlamak ve bedenin ağırlık merkezini taban alanının ağırlık merkezine yaklaştırmak.

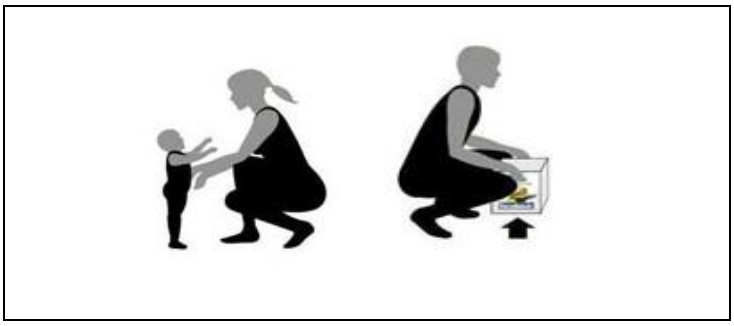
Ayakların yere temas ettiği yüzey ve ayaklar arasında kalan dar alan olarak tanımlanır (Resim 1

3. **Ağırlık merkezinden geçen ağırlık (yer çekimi) çizgisini taban alanının içinde tutmak;** dengeyi sağlamak için bedeni aynı hizada tutmak ve beli bükmeden ayakları hareket ettirmek.

Ayakta dik durumda verteksten başlar ve dış kulak düzleminden, C_4, L_3, S_2 vertebralarının üzerinden, kalça eklemi düzleminden geçer (Resim 1).



Resim 1. Ayakta Dengenin Sağlanması



Resim 2: Yerden Ağırlık Kaldırma

Vücut mekaniği; bakım veren ve bakımı alan birey için önemli bir unsurdur. Eğer doğru uygulanırsa bakımı veren bireyin mekanik sisteminin hasar görmesini engellerken, bakım alan bireyde rehabilitasyonu sağlar. Bu nedenle bakım veren ve alan bireyler için uygun tekniklerin kullanılması önemlidir.

Hastanın Hareket Ettirilmesi, Kaldırılması ve Taşınmasında Vücut Mekaniği İlkelerine Uygun Özel Öneriler (1):

1. Üzerine ya da üzerinden taşıma yapılacak yatak, sedye ve tekerlekli sandalye tekerlerinin frenleri kilitlenmelidir.
2. Çalışma alanı yüksekliği mümkün olduğu kadar taşımayı yapacak birey / bireylerin boyuna göre ayarlanmalıdır (Çalışmayı kolaylaştırır, düşürme incinme vb. riskleri azaltır).
3. Taşıma için kaç kişinin gerektiği belirlenmelidir. Taşıma işini yapan kişi sayısının artması, iş yükünü düşürür ve incinme riskini azaltır.
4. Taşıma ve kaldırmada öncelikle mekanik ve yardımcı araçlar tercih edilmelidir. Böylece, taşınma işini yapacakların harcayacağı enerji miktarı azalır ve sırt, bel incinmeleri önlenir.

5. Hareket sırasında bireyle işbirliği yapılmalı, işlemi gerçekleştirmesi konusunda cesaretlendirilmeli ve destek sağlanmalıdır. Böylece harekete yardım eden kişinin iş yükü azalır, bireyde yeterlilik, dayanıklılık hissinin gelişmesini, öz saygının sürdürülmesini ve arttırılmasını sağlar.
6. Sırt, boyun, pelvis ve ayaklar aynı hizada tutulmalıdır. Dengenin kaybolmasına neden olacağı ve yaralanma riskini arttıracağı için burkulmalardan kaçınılmalıdır.
7. Gövde dik tutulup bacaklar omuz genişliğinde birbirinden ayrılmalı, kalça ve dizler bükülmelidir. Bu pozisyon alanın genişlemesini sağladığı için dengede durmayı kolaylaştırır.
8. Kaldırılacak nesneye yakın durulmalıdır. Böylece, çalışma sırasında harcanan iş gücü azalır.
9. Yükün ağırlığı sırta değil, kollara ve bacaklara verilmelidir. Sırt kasları kolaylıkla incinebilirler. Oysa bacak ve kol kasları, yük taşıma kapasitesi fazla olan güçlü ve büyük kaslardır. Kolay kolay incinmezler.
10. Hastayı yatak ya da koltuğun bir yanına çekmek için hastanın altına sağlam bir örtü (Çarşaf ve/veya bu iş için hazırlanmış özel malzeme) kullanılmalıdır. Çekme işlemi kaldırma işleminden daha az çaba gerektirir. Çekme işleminin dayanıklı bir örtü ile yapılması sürtünme yüzeyini azaltır ve sürtünme nedeni ile oluşabilecek cilt yaralanmalarını önler.
11. Birden fazla taşıyıcının olduğu durumlarda, yükün en ağır olduğu bölümde duran kişi ekip hareketlerini koordine etmelidir. Eş zamanlı kaldırma, taşıma işini yapanlardan herhangi birinin yükün ağırlığı altında kalmasını ve bireyin yaralanmasını önler.
12. Taşıma ve kaldırma işlemi hastayı sarsmadan, seri ve ritmik bir biçimde yapılmalıdır. Böylece enerji tasarrufu sağlanır.
13. Alçak topuklu, esnek, kaymaz tabanlı ve arkası kapalı ayakkabılar kullanılmalıdır. Terlikler ayağı tam desteklemediği için tercih edilmemelidir. Bu özelliklere sahip ayakkabı giyilmesi, dik beden duruşunun korunmasını, doğru vücut mekaniği kullanımının kolaylaşmasını ve kazaların önlenmesini sağlar.
14. Mümkün olduğunda objeler itilmektense çekilmelidir. Çekme işleminde kullanılan dirsek fleksörleri, itme sırasında kullanılan ekstansörlerden daha güçlü olduğu için incinme ihtimali azalır.

11.1.2. HASTANIN TAŞINMASI ve HAREKET ETTİRİLMESİ

Bireyin taşınmasında, hareket ettirilmesinde, yatak içinde döndürülmesinde bakım verenlerin etkin rol alması gereken durumlar ortaya çıkabilir. Bakım verenler hastanın taşınması sırasında gerekli güvenlik önlemlerini almak zorundadırlar. Taşınan hastanın yataktan, düşürülmesi en sık karşılaşılan güvenlik zafiyetidir. Bakım veren kişi açısından da güvenlik önemli unsurdur. Gereken önlem ve doğru pozisyonlar kullanılmadığında bakım veren bireylerde incinmeler ve vücut bütünlüğünde bozulmalar meydana gelebilir. Bu nedenle hastanın taşınmasında gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır.

1. Hasta Taşınması

1. Hastanın taşınmasında uygun ortam sağlanmalı,
2. Taşıma teknikleri doğru belirlenmeli,
3. Taşıma işleminde en az iki kişiden oluşan bir taşıma ekibi oluşturulmalı (kişi sayısı belirlenirken taşınacak bireyin boy ve kilosunun hesaplanması ve buna göre taşıyıcı sayısının belirlenmesi),
4. Taşınacak bireylerin taşıma işlemine uygunluğu değerlendirilmeli (palyatif bakımda hangi vaka olduğu; ortopedik, nörolojik.gibi vakalar)
5. Taşınacak bireyin bilinç düzeyi, görme, işitme durumu, eklem hareket açıklığı ve taşımaya katılma, yeterlilik ve isteği değerlendirilmeli,
6. Hastanın taşınması sırasında engel yaratabilecek, intravenöz tedavisi, oksijen tedavisi, foley kateteri ve drenleri gibi taşımayı zorlaştıracak sistemleri değerlendirilmeli, intravenöz sıvı, kateter ve drenlerinin bağlantıları kontrol edilmeli, foley kateter bağlantı torbasının taşıma esnasında hasta seviyesinden aşağıda tutulması sağlanmalı, hasta üzerine konarak taşınmaması sağlanmalı, gerekli durumlarda sıvı bağlantı setleri, foley kateterler mutlaka klemplenmeli,
7. Hastanın ağrısı değerlendirilmeli ve taşınma esasında ağrısında artış saptanıyorsa uygun koşullarda önerilen analjezik taşıma öncesi uygulanmalı,
8. Taşıma sırasında, hastanın bilinci kapalı ise ve herhangi bir komplikasyon yoksa aspirasyon riskini önlemek amacı ile uygun pozisyon verilmeli,

9. Hastanın taşıma sonrası yaşam bulguları değerlendirilmeli ve kendini nasıl hissettiği sorgulanmalı,

10. Taşıma işlemi yapacak kişiler kendi yerlerine yerleşmeden hasta hareket ettirilmemeli ve işlem koordineli ve mümkün olduğunca hızlı bir şekilde yapılmalı,

11. Hastanın mümkünse kollarını göğüsünün üstünde birleştirmesi sağlanmalı,

12. 90 kilonun üzerindeki hastalarda kesin yardımcı araçlar kullanılmalı,

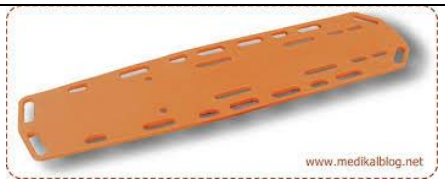
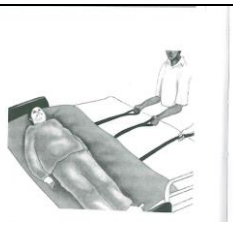
13. Her aşamada hasta mahremiyeti korunmalıdır.

14. Taşımaya başlamadan önce bakım verenler ellerini, el yıkama tekniklerine uygun olarak yıkamalıdır.

15. Gerekiyorsa (açık yara olması, vücut artıkları ve çıktıları ile bulaş durumunda) eldiven giyilmelidir.

Tablo 2. Taşıma ve Hareket Ettirmede Yardımcı Araçlar

1. Yatak Kenarlıkları : Bireyin yatak içinde hareketini kolayca sağlayan, bireyin bu kenerlıklara tutunarak hareket etmesini kolaylaştıran araçlardır. Hastanın yataktan düşmesinide engelleyen bir unsurdur.	 **Resim 3:** Yatak Kenarlıkları
2. Trapez : Hastanın yatak içinde aşağı-yukarı hareket etmesine yardımcı bir araçtır. Yatak kenarına yada duvara monte edilebilir. Hastanın üst ekstremite kaslarını güçlendirmek içinde kullanılır.	 **Resim 4:** Trapez
3. Çengeller: Dayanıklı kumaştan yapılan yatağın sağında ve solunda yer alan hastanın dönmesini sağlayan araçlardır. **4. Elektrikli Yataklar:** Beden gücü gerekmeden hareketi hastanın kendisininde yapabileceği yataklardır. Elektrikle çalışırlar.	 **Resim 5:** Çengeller, Elektrikli Yataklar

5. **Yürüyüş Kemeri:** Abdominal ya da torasik bölgede oluşan girişimlerde daha çok kullanılır. Hastanın beline takılır ve kemerin üzerinde velko bağları vardır. Bu bağlar sayesinde taşıyıcı kendine hastayı taşıyabileceği ve dengede tutabileceği bir alan oluşturur.	**Resim 6:** Yürüyüş Kemeri
6. **Kaydırma Tahtası:** Taşıma sırasında kullanılan iki araç arasında köprü görevi yapar. Hastanın kullanımını öğrendikten sonra kendi başına kullanabileceği bir araçtır. Kalın düz bir tahtadan ya da plastikten yapılır. Kaymayı sağlayacak sentetik bir madde ile kaplanabildiği gibi pudra kullanılarak gerekli önlem alınır. İki araç arasında güvenliği sağlamak için iki ucu arasında çentikler bulunur ve bu çentikler vasıtasıyla sabitlenir.	 **Resim 7:** Kaydırma Tahtası
7. **Kaldıraç:** Askı biçiminde hastanın yerinden kaldırılmasında ya da ayakta tutmak için kullanılan mekanik araçlardır.	**Resim 8:** Kaldıraç
8. **Asansör:** Katlar arasında ve araçlar arasında geçişi sağlar. Platform asansörleri ve merdiven asansörleri vardır.	**Resim 9:** Platform ve merdiven asansörü
9. **Çarşaflar ve kaydıraçlar:** Hastanın yatak kenarına, sedyeye alınmasında, sürtünmeyi azalttığı ve kolay bulunabilir olduğu için tercih edilen araçlardır.	 **Resim 10:** Çarşaf ve kaydıraçlar

10. Tekerlekli sandalyeler: Hastanın bir yerden diğer bir yere taşınmasını sağlayan hareketli araçlardır.	**Resim 11:** Tekerlekli sandalye
11. Sedyeler: Hareketli, sabit ya da sandalye şeklinde olan hastanın taşınmasında yardımcı araçlardır.	**Resim 12:** Sedyeler
12. Bank (Sıra): Yataktan sedye ya da tekerlekli sandalyeye alırken kullanabilecek basamak	**Resim 13:** Bank (Sıra, Basamak)
13. Uzun Konçlu Botlar: Hareket ettirilmeden önce ayak düşmelerini önlemek amacı ile tercih edilen araçlardır.	**Resim 14:** Uzun konçlu bot
14. Kum Torbaları: Hastanın desteklenmesi, sabitlemek, düşmelerin engellenmesinde ağırlık merkezine destek amaçlı kullanabilecek araçlar	**Resim 15:** Kum torbası

Resimler: İnternet üzerinden erişime ve kullanıma izin verilmiş resimlerdir.

2. Hastanın Yatak İçinde Hareket Ettirilmesi

İşlem Öncesi Dikkate Alınması Gerekenler;

1. Hastanın boy ve kilosu belirlenerek hastayı hareket ettirme sırasında hangi aracın ve kaç kişinin gerektiği belirlenmeli,
2. Hastanın bilinç düzeyi, görme ve işitme durumu, harekete katılma yeterliliği ve istekliliği değerlendirilmeli,

3. Hastanın trombosit sayısı (düşme riski nedeniyle gelişebilecek kanamaları önlemek için) ve yorgunluk / halsizlik açısından hemoglobin sayısı, hipoglisemi açısından kan şekeri düzeyi kontrol edilmeli,
4. Uzun süren yatak istirahatinden sonra, ilk kez oturma ya da ayağa kaldırmadan önce hastanın tansiyonu ve nabız sayısı kontrol edilmeli, hastanın ortostatik hipotansiyonu olup olmadığı belirlenmeli,
5. Hastayı hareket ettirmeden önce varsa IV kanülü ve sıvısı, foley kateteri, beslenme sondası, cerrahi dren ve tüplerine yönelik gerekli önlemler alınmalı,

İşlem Sırasında Dikkate Alınması Gerekenler;

1. Hareket ettirme işlemleri sırasında hastanın mahremiyetine dikkat edilmeli,
2. Ani tansiyon düşüklüğü, deride solukluk, bulantı, fenalık hissi durumunda hasta hemen tekrar yatağına yatırılmalı,
3. Harekete geçirme sırasında oturma süresi 15dakikayı geçmemeli,
4. Hasta uzun süre oturtulacak ise mutlaka basınç noktaları desteklenmelidir.

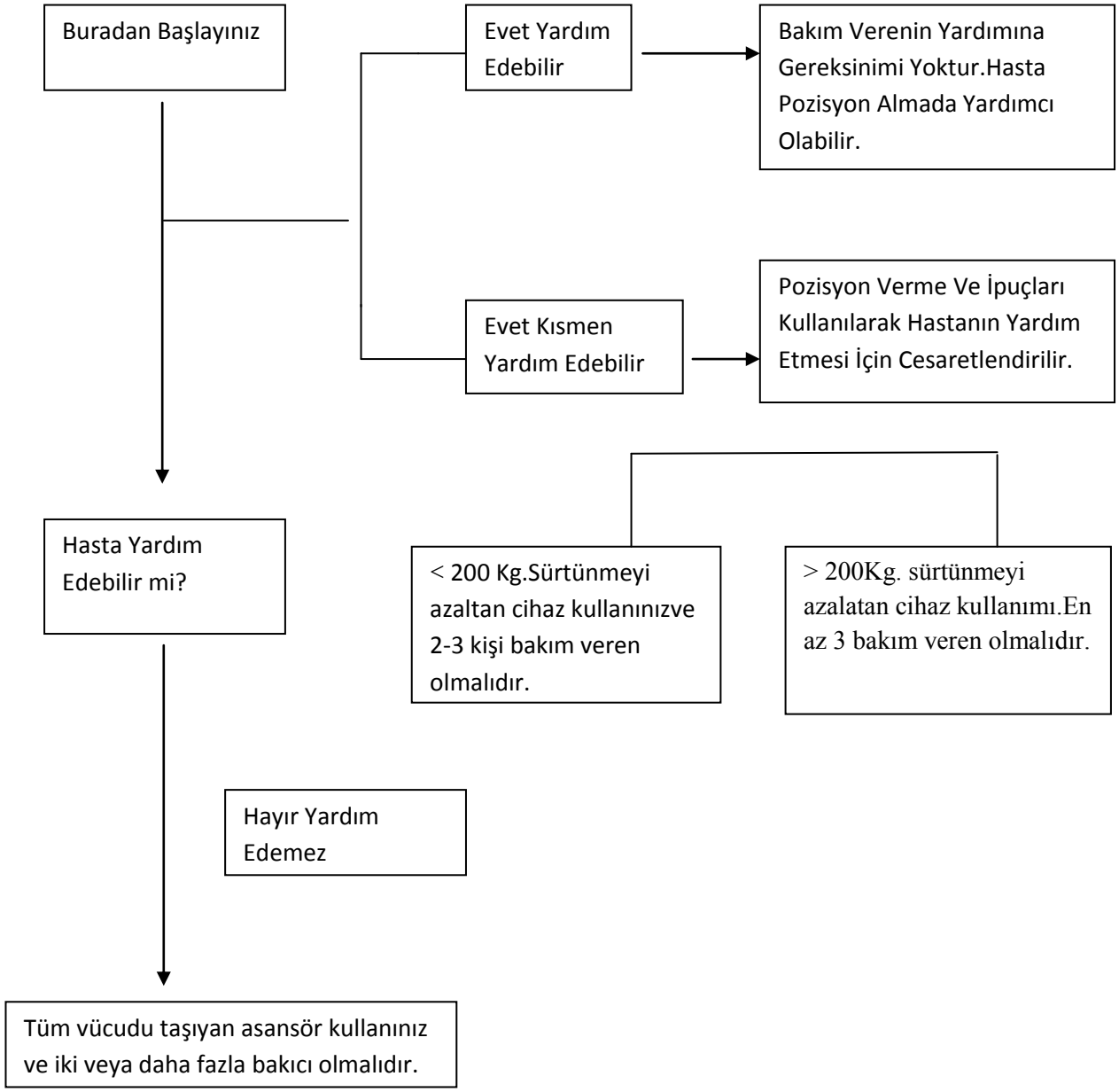
İşlem Sonrasında Dikkate Alınması Gerekenler;

1. Hastanın yaşamsal bulguları değerlendirilmeli,
2. Yapılan her türlü mobilizasyon / transfer işlemi süresi ile birlikte kayıt edilmeli,
3. Yapılan her türlü mobilizasyon/ transfer işlemi sonrasında eller yıkanmalıdır.

Hareketi Riskli Gruplar

1. Kardiyoloji problemleri olan, miyokard enfaktüsü geçirmiş olan, periferik arter hastalığı,
2. Solunum sistemi- KOAH, astım, kısıtlayıcı akciğer hastalığı
3. Kanser- kemik metastazı,
4. Metabolik - diyabet, renal yetmezlik, karaciğer yetmezliği,
5. Nörolojik hastalıkları, inme, ataksi, MS,
6. Kemik iskelet sistemi hastalıkları, osteoporoz,
7. Psikiyatrik bozukluğu olan hastalar risk oluşturur ve hareket ettirilirken dikkat edilmelidir.

Şekil 1. Yatakta Bir Hastanın Hareketi Sırasında Kullanılabilecek Algoritma



1. Bu bir kişinin görevi değildir: YATAĞIN BAŞINDAN ÇEKMEYİNİZ.
2. Hastayı yataktan yukarı kaldırdığınızda, yatak düz olmalıdır veya yatak kenarlıkları indirilerek yerçekimine yardım etmek amacıyla trendelenburg pozisyonu (tolere edebiliyorsa) verilir.
3. Düzey III ve Düzey IV basınç yarası olan hastaları zorlamaktan kaçının.
4. Çalışanların güvenliği için yatağı uygun yüksekliğe getiriniz
5. Eğer hasta yardım edebiliyorsa, tekrar pozisyon verirken yatağı yükseltiniz, hastaya dizlerini kıvırıp, topuklarından destek alması istenebilir.

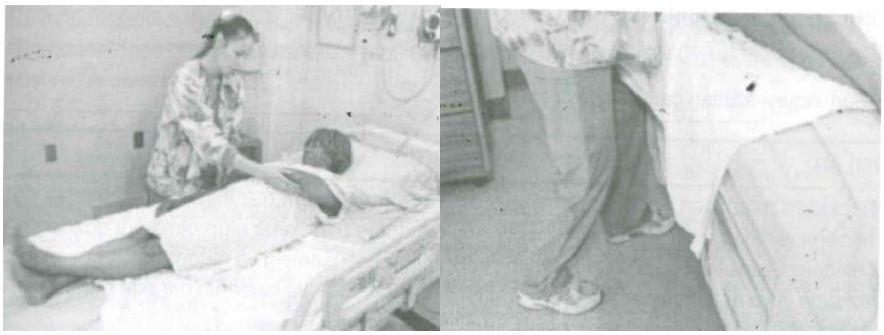
Herhangi bir hasta için, bakım verenin ağırlığının 35 kg'dan fazla olduğunda, tamamen bağımlı hastayı kaldırmak için yardımcı cihazlar kullanılması düşünülmelidir.

Kaynak: Orak N.2010, Syf: 357, "Hastanın Hareket Etmesi ve Ettirilmesi", Klinik Beceriler Kitabı

3. Yatak İçinde Oturtma

Oturma pozisyonu, genellikle yatağın başucu elektronik ya da mekanik olarak kaldırılarak verilebilir. Ancak kısa süreli uygulamalarda yatak içinde hastanın oturtulması gerekebilir.

1. Hasta supine pozisyonuna getirilir.
2. Eller yıkanır ya da nonsteril eldiven giyilir.
3. Bakım veren hastaya yakın kolunu hastanın gövdesi üzerinden uzatarak hastanın omuzu kavranarak elini boynu altına yerleştirmelidir.
4. El hem boynu hem omurgayı desteklemelidir.
5. Diğer elle yataktan destek alınmalıdır.
6. Hemşire hastanın üst gövdesini yukarı doğru kaldırırken, kendi ağırlığını öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru kaydırmalıdır. Böylece ağırlık bacaklar ve kollar arasında paylaşılmış olur.



Resim 16: Yatak içinde oturtma
Kaynak: Taylor C, Lillis C, Lemone P, Lynn P, 2008. Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, The Art and Science of Nursing, Lippincott Williams and Wilks Philadelphia, Fourth Edition.
Orak N. 2010, s. 369, "Hastanın Hareket Etmesi ve Ettirilmesi", Klinik Beceriler Kitabı, Editör: Sabuncu N, Akça Ay F, Nobel Kitabevi, İstanbul

4. Yatak Başucuna Çekme

Hasta Bacaklarını Hareket Ettirebiliyor İse;

1. Hastadan supine pozisyonunda bacaklarını dizden kıvırarak ayak tabanlarını yatakla tam temas ettirmesi, yatağa ve avuç içleri ile yataktan ya da yatak kenarlığından destek alması istenir.
2. Hastanın başı altındaki yastık yatağın başucuna doğru yaslanır. Böylece hareket sırasında hastanın başını sert yüzeye çarpması engellenir.
3. Birey bakım verenin yüzü ve gövdesi yatak başucuna bakacak biçimde durmalı, ayak tabanları yerle tam temas etmeli ve yatağa yakın bacak önde olacak biçimde yerleştirilmeli ve dizlerden hafifçe kırılmalıdır

4. Hastanın çenesini göğüsüne doğru yaklaştırması ve topuklarından destek alarak kendini yukarı doğru itmesi istenir.
5. Bakım veren kolunu hastanın koltuk altına yerleştirerek aynı anda yukarı doğru çekmelidir. Bu uygulama iki kişi ile daha kolay yapılabilir.
6. Aynı anda iki koldan destek verilerek, hasta yukarı doğru çekilir.

Resim 17: Yatak başucuna çekme
Kaynak: Delaune SC, Ladner KP (2011). s. 1140, Mobility. Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, New Orleans-Louisiana, Fourth Edition.

Hasta Bacaklarını Hareket Ettiremiyor İse;

İki kişi ile yukarı çekilmelidir.

1. Yatağın her iki tarafına geçilerek yüz yüze bakacak biçimde durulmalıdır.
2. Hastanın ayak tabanları yerle tam temas etmeli ve ayaklar kalça genişliğinde açılmalı, dizlerden hafifçe kıvrılarak yataktan destek alınmalıdır.
3. Kollardan biri bireyin omuzları altında uzatılırken diğer kol kalça altına yerleştirilmeli ve aynı anda hafifçe yukarı doğru kaldırılarak, gövde yatak başucuna doğru itilmelidir
4. Gövde yeterince yukarı itilmemiş ise işlem tekrarlanmalıdır.

Resim 18: Yatak başucuna çekme
Kaynak: Delaune SC, Ladner KP (2011). s. 1135, Mobility. Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, New Orleans-Louisiana, Fourth Edition.

5. Yatak Kenarına Çekme

1. Hareket edemeyen hastaları ayağa kaldırmak ya da bakım vermek amacıyla yapılan bir uygulama olup iki kişi ile yapılması uygundur.
2. Bakım veren yatak ucuna yakın, yüzü ve gövdesi yatağa dönük biçimde durmalıdır.

3. Hastayı yatak içinde kolayca kaydırabilmek için hastanın kolları göğüs üzerinde çaprazlanmalıdır.
4. Bakım verenlerin ayak tabanları yerle tam temas etmeli, bir ayak önde ve dizden hafifçe kırılmış, diz yatağa dayanmış olmalı, bir kolu hastanın boynunun altından uzatılarak boyun ve omuz desteklenmeli, diğer kol skapula altından uzatılmalıdır
5. Bakım verenin dirsekleri yatak ile temas etmeli ve yataktan güç almalı, hastanın üst gövdesini kendisine doğru çekerken, vücut ağırlığını öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru vermelidir. Böylece hem hastanın vücudu hafifçe yukarı kalkar ve sürtünme azalır hem de bakım veren kendi vücut ağırlığı ile hastanın vücut ağırlığını dengelemiş olur.
6. Hastanın baş ve omuzları yatak kenarına çekildikten sonra, kalçalar hizasına geçilerek, bir kol belin, diğer kol kalçanın altına yerleştirilir.
7. Aynı basamaklarla hastanın kalçası da yatak kenarına çekilir.
8. Son olarak hastanın bacakları hizasına geçilerek, bir kol dizlerin altından diğer kol ayak bilekleri altından geçirilerek, vücudun alt bölümü yatak kenarına çekilir.
9. Hastanın vücudu ve omurgası düz bir şekilde uzanmalıdır.
10. Eğer hasta yalnız kalacaksa yatağın kenarlıkları kaldırılmalıdır.

Resim 19: Yatak kenarına çekme
Kaynak*:* Delaune SC, Ladner KP (2011). s. 1135, Mobility Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, New Orleans-Louisiana, Fourth Edition.

6. Yatak İçinde Yan Çevirme

1. Bakım veren hastanın döndürüleceği yönde, yüzü ve vücudu yatağa bakacak biçimde durmalıdır.
2. Hastayı rahat döndürebilmek, kol ve bacak pozisyonlarını koruyabilmek için kollar göğüs üzerinde, ayaklar birbiri üzerinde çaprazlanmalıdır.
3. Hasta sol tarafa döndürülecek ise sağ el ve ayak üstte, hasta sağ tarafa döndürülecek ise sol el ve ayak üstte olacak biçimde çaprazlanmalıdır.

4. Kollar hastanın vücudu üzerinden uzatılıp, bir el ile omuz başı, diğer el ile iliak çıkıntı kavranmalıdır. Bakım verenin ayak tabanları yerle tam temas etmeli, bir ayak diğerinden önde olmalı, dizleri hafifçe kırılarak öndeki diz yatağa dayanmalı, dizleriyle yataktan destek alarak, hasta gövdesini kendisine doğru döndürmelidir. Böylece hasta lateral pozisyona getirilmiş olur.

Resim 20: Yatak içinde yan çevirme

Kaynak: Rosdahl C.,B, Kowalski M.T., 2012, s. 207,Textbook of Basic Nursing. Wolters Kluwer Health/Lippin- cott Williams &Wilkins, 10th Edition
Erken,S., Oyur Çelik, G.,2014, s. 5571 "Hastanın Taşınması", Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark., Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir

7. Yataktan Ayağa Kaldırma

1. Hasta ayağa kaldırılacak yöne doğru lateral pozisyona getirilir.
2. Güvenlik için diğer taraf yatak kenarlıkları kaldırılmalıdır.
3. Mümkünse yatak başı kaldırılmalıdır. Böylece vücut kolayca yatak içinde doğrulabilir.
4. Hastanın oturtulacağı tarafa geçilerek yüz yüze olacak biçimde hastaya doğru dönülmelidir.
5. Bakım veren bir ayağını biraz öne doğru uzatıp, dizinden destek alacak şekilde yatağa dayamalı, ayak tabanları zeminle tam temas etmelidir
6. Bir kol omuz altından sokularak, baş ve boynunu destekleyecek biçimde tutulmalı, diğer kol, üstten uzatılarak diz altlarına yerleştirilmelidir.
7. Bir taraftan bacaklar yataktan aşağı doğru sarkıtılırken, diğer taraftan vücudun üst bölümü kaldırılır.
8. Bu işlem sırasında hemşirenin dizlerini hafifçe bükerek ağırlık merkezini tabana yaklaştırması gerekir. Böylece ağırlık dengelenmiş olur (Resim 2). Bir süre hasta bu pozisyonda yatak kenarında oturtulur ve baş dönmesi, göz kararması, bulantı, baygınlık hissi açısından hasta izlenir. Bu belirtiler varsa hasta ayağa kaldırılmamalı, tekrar yatağa yatırılmalıdır.
9. Hasta kendisini iyi hissediyorsa, ayaklarına terlik giydirilir.

10. Bakım veren bir ayağını öne doğru uzatarak, hastanın ayakları arasına yerleştirir.
11. Ellerini hastanın beline sararken, hastanın da kendi omuzlarından destek almasını ister. Hasta ile aynı anda yukarı doğru hareket etmelidirler.
12. Hasta dengesini sağladıktan sonra kollar serbest bırakılabilir. Hasta desteksiz kalmamalıdır.

Resim 21: Yataktan ayağa kaldırma

Kaynak: Rosdahl C.,B, Kowalski M.T., 2012, s. 644,Textbook of Basic Nursing. Wolters Kluwer Health/Lippin- cott Williams &Wilkins, 10th Edition Delaune SC, Ladner KP (2011). s. 1149-1150, Mobility. Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, New Orleans-Louisiana, Fourth Edition. Erken,S., Oyur Çelik, G.,2014, s. 588 "Hastanın Taşınması", Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark., Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir

8. Yataktan Tekerlekli Sandalyeye Alma

1. Hasta ayağa kaldırılacak yöne doğru lateral pozisyona getirilir.
2. Güvenlik için yatağın diğer tarafındaki kenarlıklar kaldırılmalıdır.
3. Uygunsa yatak başı yükseltilmelidir. Böylece vücut kolayca yatak içinde doğrulabilir.
4. Hasta kısmen hareket edebiliyorsa, sandalye yatağın yanına ve yatakla 45^o açı yapacak biçimde, hastaya yakın pozisyonda yerleştirilmelidir.
5. Hasta bacaklarını tamamen hareket ettiremiyor ise, sandalye arkalığı yatak başucu ile aynı yöne bakacak biçimde yatağa paralel yerleştirilmelidir.
6. Hasta bir süre yatak kenarında oturtulur ve baş dönmesi, göz kararması, bulantı, baygınlık hissi açısından izlenir.
7. Bu belirtiler varsa hasta ayağa kaldırılmadan, yatağına yatırılmalıdır.
8. Hasta rahat olduğunu ifade ediyor ise, bakım veren elini hastanın beline sararken, hastadan da elleriyle omzuna tutunmasını istemelidir.
9. Dizlerini hafifçe bükerek, dizlerin ön kısmını hastanın dizlerinin ön kısmına dayayarak, aynı anda yukarı doğru hareket etmeli ve seri bir hareketle hastayı kendi ekseni etrafında 90^o döndürerek sandalyeye oturtmalıdır.

10. İşlem sırasında sandalye arkaya doğru kayabileceğinden, düşme ve travmayı önlemek için tekerlekli sandalyenin frenleri kapanmalıdır ya da ikinci bir kişiden sandalyeyi tutması için yardım istenmelidir.
11. Hasta kendisini çekemiyor ise; hemşire hastanın arkasına geçerek, kollarını hastanın kolları altından geçirip gövdeyi sararak vücudu geri doğru çekmelidir.
12. Hasta sandalyeye oturtulduğunda düşmemesi için gerekli önlemler alınmalı, tekerlekli sandalyeye alınmış ise, ayaklar sandalyenin ayaklığına yerleştirilmelidir.Dizleri bir örtü ile örtülmelidir.

Resim 22: Yataktan tekerlekli sandalyeye alma

Kaynak: Rosdahl C.,B, Kowalski M.T., 2012, s. 646-647-649,Textbook of Basic Nursing. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams &Wilkins, 10th Edition
Delaune SC, Ladner KP (2011). s. 1142, Mobility Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, New Orleans-Louisiana, Fourth Edition.
Erken,S., Oyur Çelik, G.,2014, s. 588 "Hastanın Taşınması", Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark., Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir

9. Tekerlekli Sandalyeden Yatağa Alma

1. Tekerlekli sandalye yatağın yanına yerleştirilir. Sandalyenin frenleri kilitlenir.
2. Hastadan ayaklarını ayak koyma yerlerinden yukarıya kaldırması istenir (yapamıyorsa yardım edilir) ve ayak koyma yerleri yukarı / yana kaldırılır.
3. Ayağa kalktığında destekleyebilecek şekilde hasta tutulur.
4. Hastadan her bir sayma işlemi sonrası ileri doğru sallanması ve üç dendiğinde ayağa kalkarak dik pozisyonda durması istenir. Gerekirse taşıyıcı, hastanın rahatsız tarafındaki dizine, dizini koyarak destekleyebilir. Hastanın kaymasını önlemek için ayaklar, hastanın ayakları önüne yerleştirilmelidir.
5. Hasta ayağa kalkar kalkmaz, bir ayağının üzerinde, sırtı yatağa gelecek şekilde döndürülür. Hastadan geriye doğru küçük adımlar atarak bacaklarının arkası yatağa dokununcaya kadar yürümesi istenir.
6. Taşıyıcı ayaklarını hastanın ayaklarının önüne yerleştirir ve hastadan yavaşca yatağa oturmasını ister.
7. Hastanın ayakkabılarını çıkarması sağlanır.
8. İki üç dakika süre ile hasta yatakta oturtulur ve sonra yatağın başucuna doğru yan olarak yatmasına yardım edilir.
9. Hastanın her iki uyluğunun ve alt bacağının altından tutulur ve yatağa kaldırılır.

10. Hastanın rahat edeceği pozisyonu almasına yardım edilir ve yastıkla pozisyonu desteklenir.
11. Yatak kenarlığı kaldırılır.
12. Tekerlekli sandalyenin ayak koyma yerleri eski haline getirilir. Teker frenlerinin kilitleri açılır ve tekerlekli sandalye yerine götürülür.
13. Taşıma işlemi, kullanılan araç, taşıyıcı sayısı, hastanın genel durumu ve taşımanın yapıldığı yer gibi bilgiler hasta taşıma formuna kayıt edilir.

Resim 23: Tekerlekli sandalyeden yatağa alma

Kaynak: Rosdahl C.B., Kowalski M.T,. 2012, *s.* 646-647-649, Textbook of Basic Nursing. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams &Wilkins, 10th Edition,

Erken,S., Oyur Çelik, G.,2014, s. 588 "Hastanın Taşınması", Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark., Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir

10. Mekanik Kaldıraç Kullanılarak Yataktan Sandalyeye Alma

1. Mekanik kaldıraç kullanılırken dengenin sağlanması için taban genişliği, askıyı kaldıran kaldıraç ve indiren yay kontrol edilir.
2. Kaldıraç yatağın kenarına yerleştirilir ve destekli bir sandalye yatak kenarına yerleştirilir.
3. Yatak rahat çalışılabilecek yüksekliğe getirilir.
4. Hasta yan çevrilerek alta kaldırma bezi ve askıları dizlerin arkasından başın altına doğru yayılarak yerleştirilir. Bezin geniş bölümü kalçaların altını kaplayacak şekilde olmalıdır.
5. Hasta sırtüstü (supine pozisyonunda) pozisyon verilerek eller göğüs hizasında çaprazlanır.
6. Kaldıracın alt kısmı yatak altına getirilerek taban genişletilir.
7. Üst gövdeyi destekleyen askılara kısa zincirler takılır (zincirlerin kısaltılması işlemi askıda iken yapılmaz).
8. Vinç kolu hafifçe yükseltilir. Kalça ve baldırları destekleyen askıya daha uzun olan zincirler takılır.
9. Gerekli ise hastanın ağırlığını eşit dağıtmak için askı uzunlukları ayarlanır.
10. Hastayı yatak seviyesinin üzerinde yeterli düzeyde kaldırmak için kaldıraç pompalanır ve hastanın bacakları yan tarafa yönlendirilir.

11. Taşınmaya başlamadan önce sandalyenin pozisyonu kontrol edilir, kaldıraç oturma alanına doğru kumanda edilir, hastanın sandalyenin merkezine yerleştirilmesi sağlanır.
12. Valf yavaşça açılır ve hasta sandalyeye yavaşça oturtulur. Hasta oturtulur oturtulmaz zincirler çıkarılır, kaldıraç üzerindeki yerine konur, kaldırma bezi hastanın altında bırakılır (Yatağa alınırken kolaylık sağlamak için bırakılır).

Resim 24 : Mekanik kaldıraç kullanılarak yataktan sandalyeye alma
Kaynak; Delaune SC, Ladner KP (2011). s. 1146-1147, Mobility Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, New Orleans-Louisiana**,** Fourth Edition**.**

11. Mekanik Kaldıraç Kullanılarak Sandalyeden Yatağa Alma

Tüm işlemler Mekanik Kaldıraç Kullanılarak Yataktan Sandalyeye Almada olduğu gibi tekrarlanarak gerçekleştirilir.

12. Yataktan Sedyeye ve Sedyeden Yatağa Taşınma

1. Sedye Yatağa Paralel Yerleştirilmiş İse;

1. Sedyenin kenarlıkları indirilir, mümkün olduğunca yatağa yaklaştırılır ve tekerlekleri kilitlenir.
2. Hastanın başının altındaki yastık alınır ve sedyenin baş ucuna konulur.
3. Hasta yataktan mümkün olan en kısa sürede ve taşıyan tüm kişilerin aynı andaki hareketi ile sedyeye alınır.
4. Hasta taşımaya yardım edebiliyorsa;
   a. Hastaya önce ayaklarını, sonra kalçasını ve son olarak gövdesini sedyeye taşıması konusunda uyarıda bulunulur.
   b. Sedyeye geçtikten sonra hastanın kendini sedyenin ortasına alması sağlanır.
5. Hasta taşımaya yardım edemiyorsa;
   a. Hastaya yatak içinde lateral pozisyon verilir.
   b. Çarşaf ya da sürtünmeyi azaltmak için uygun malzeme hastanın altına yerleştirilir.

c. Hasta tekrar supine pozisyonuna getirilir.
d. Bilinci açık hastalarda kollarını göğüsünde kavuşturması istenir.
e. Çarşaf kullanılıyorsa örtü pili halinde katlanarak mümkün olduğunca vücuda yakın olmalıdır.

6. Hasta dört kişi ile taşınacak ise;
   a. İki kişi yatağın boş olan kısmına, iki kişi de sedyenin olduğu tarafa yüzleri hastaya dönük olarak, karşılıklı pozisyon alır.
   b. Yatağın boş olan kısmındaki birinci taşıyıcı bir eliyle hastanın başının üst seviyesinin üzerinden, diğer eliyle hastanın bel hizasından; ikinci taşıyıcı, bir eliyle hastanın bel hizasından, diğer eliyle ayak bileklerinin hizasından çarşafı sıkıca kavrar.
   c. Yatağın sedye olan tarafındaki birinci ve ikinci taşıyıcı sedyenin üzerinden uzanarak kendi taraflarındaki çarşafı karşısındaki kişinin tuttuğu yerlere paralel olarak sıkıca kavrar

7. Hasta beş kişi ile taşınacak ise;
   a. Dört taşıyıcı yukarda belirtilen şekilde yatak kenarına pozisyon alır, beşinci kişi ise yatağın ayak ucunda kalır. Ayak ucuna yakın olan her iki taraftaki taşıyıcılar çarşafı, ayak bileği hizasından değil, alt bacağın orta hizasından, beşinci kişi ayakları destekleyecek şekilde ayak ucundan çarşafı kavrar.
   b. Taşıyıcılardan bir kişi üçe kadar saydığında, aynı anda hasta kaldırılıp yatak kenarına getirilir ve hasta tekrar aynı anda kaldırılıp yatak hizasında yerleştirilen sedyeye alınır.
   c. Hastadan taşıma sırasında sedyenin kenarlarını tutmaması ve ellerini göğüsünde kavuşturması istenir.
8. Hasta taşıma sonrası tekrar yatağa alınırken çarşaf altından alınmamalıdır. Hasta yatağa aynı şekilde alınır ancak taşıyıcılar bu kez yatak kenarında değil sedye kenarında durmalıdır.
9. İlk kaldırmada hasta yatak kenarına yatırılır ve sedye tarafında olan taşıyıcılardan biri sedye tekerleklerinin kilidini açarak sedyeyi geri çeker. Daha sonra hasta ikinci kez kaldırılarak yatak ortasına yerleştirilir.
10. Her iki yatak kenarlığı kaldırılır ve herhangi bir sakınca yoksa hastanın başı yükseltilir.
11. Taşıma işlemi, kullanılan araç, taşıyıcı sayısı, hastanın genel durumu ve taşımanın yapıldığı yer gibi bilgiler hasta taşıma formuna kayıt edilir.

2. Sedye Yatağın Ayak Ucuna Yerleştirilmiş İse;

1. Sedye yatağın ayak ucuna dik ya da aynı hizada yerleştirilir. Tekerlekler kilitlenir ve kenarlıklar indirilir.

2. Taşıyıcılar boy uzunluk sıralamasına göre hastanın başucundan ayak ucuna doğru, yüzleri hastaya dönük olarak sıralanır.

3. Hastadan kollarını göğüsünde kavuşturması istenir.

4. Taşıyıcılar sırt omurlarını düz tutarak, ayaklarını bir ayak önde diğeri arkada kalacak şekilde hafifçe aralayarak durur. Dizler bükülür, öndeki diz ile yataktan destek alınmalıdır.

5. Hastanın vücudu desteklenerek ve tam kavrayarak tutulur.

a. Hastanın başucunda bulunan taşıyıcı eller avuç içi yukarı bakacak şekilde açıkken, bir el ve kolunu bireyin başını destekleyerek boynunun altından geçirir, uzak taraftaki omuz başını kavrar. Diğer el ve kolunu bireyin belinin altından geçirerek, uzak taraf yan kısmını kavrar.

b. Hastanın orta hizasında bulunan taşıyıcı eller avuç içi yukarı bakacak şekilde açıkken, bir el ve kolunu, yanındaki taşıyıcının kolunun yanından ve hastanın belinin altından geçirir. Diğer elini de uyluklarının altından geçirerek karşı yan tarafı kavrar.

c. Hastanın ayak ucunda bulunan taşıyıcı bir elini, yanındaki taşıyıcının kolunun olduğu yerin biraz aşağısından ve uylukların altından diğer elini ayak bileklerinin altından geçirerek uzak tarafı kavrar.

6. Vücudun en ağır bölümünü taşıyacak taşıyıcı, üçe kadar sayar ve üç dediğinde taşıyıcılar vücut ağırlıklarını ön bacaktan arka bacağa geçirerek, hastayı kendilerine doğru yatağın kenarına çeker.

7. Tekrar üçe kadar sayılıp, üç dendiğinde, taşıyıcılar vücut ağırlığını tekrar arka bacağa geçirerek, hep birlikte hastayı kaldırır ve bedenlerine doğru yaklaştırır.

8. Hasta sedyeye alınır.

9. Sedye yatağın ayak ucuna dik pozisyonda ise; ortadaki taşıyıcı geniş ve ayak ucundaki taşıyıcı daha geniş geri doğru adım atarak, sedyeye yüzlerini döner. Sedyeye paralel pozisyona gelindiğinde, aynı anda eşit genişlikte adım atarak, hasta sedyenin üzerine getirilir.

3. Sedye Yatağın Ayak Ucuna Bitişik Pozisyonda İse;

1. Yeniden üçe kadar sayıp, üç dendiğinde tüm taşıyıcılar yana doğru eşit genişlikte adım atar. Tüm taşıyıcılar sedyenin önüne gelir.

2. Bir kez daha üçe kadar sayıp, tüm taşıyıcılar ayı anda hastayı sedyeye alır.

3. Emniyet kemerleri takılır ve sedye kenarlıkları kaldırılır.
4. Sakıncası yoksa hastanın başı hafifçe yükseltilir.
5. Hastanın üstü örtülür.
6. Hasta taşıma sonrası tekrar aynı şekilde yatağa alınır ancak sedye yatağa dik pozisyonda iken, hastanın başucundaki taşıyıcı daha geniş adım atmalıdır.
7. Taşıma işlemi, kullanılan araç, taşıyıcı sayısı, hastanın genel durumu ve taşımanın yapıldığı yer gibi bilgiler hasta taşıma formuna kayıt edilir.

Resim 25 : Hastanın yataktan sedyeye ve sedyeden yatağa taşınması
Kaynak: Rosdahl C.B., Kowalski M.T.,2012 s. 636.Textbook of Basic Nursing. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams &Wilkins, 10th Edition
Erken,S., Oyur Çelik, G.,2014, Syf:588 "Hastanın Taşınması", Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark., Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir

KAYNAKLAR:

1. Orak N (2010). Hastanın Hareket Etmesi ve Ettirilmesi. Klinik Beceriler Kitabı, Editör: Sabuncu N, Akça Ay F. Nobel Kitabevi, İstanbul. 2010:356-377
2. Rosdahl CB, Kowalski MT (2012) Textbook of Basic Nursing. Wolters Kluwer. Health/Lippin- cott Williams &Wilkins, 10th Edition, s. 636.
3. Delaune SC, Ladner KP (2011). Mobility. Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, New Orleans-Louisiana, Fourt Edition.
4. Erken S, Oyur Çelik G (2014). Hastanın Taşınması. Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark. Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir s. 588
5. Güney Kızıl E, Erken S, Yılmaz M (2014) Hastanın Yatak İçinde Mobilizasyonu. Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark., Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir s. 566- 574
6. Uysal H (2010). Kritik hastanın transferi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2010;1:1
7. Hemşirelik Bakım Protokolleri El Kitabı. URL: http://www.istanbul.edu.tr/itf/attachments/021_hemsirelik.bakim.protokolleri_el.kitabi.pdf Erişim tarihi: 07.07.2014
8. Lynn P, LeBon M (2011). Skill Checklists for Taylor's Clinical Nursing Skills A Nursing Process Approach . Third Edition. s. 180-187
9. Alcan Z, Aksoy A (2011). Hemşirelik Hizmetleri Işığında Hastane Süreçleri. Nobel Tıp Kitabevleri. s. 20-21
10. Bodur HA (2005).Kritik hastanın transportu Yoğun Bakım Dergisi, 2005;1:36-41

11.2. SANTRAL VENÖZ KATETER ve BAKIMI

Yrd. Doç. Dr. Gülay OYUR ÇELİK[1], Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM[2]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD
[2]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD

11.2.1. GİRİŞ

Venöz kateterler ilaç uygulamalarında kolaylık sağladığı gibi, hastanın konforunu sağlayan uygulamalardır. Kime venöz kateter uygulanması gerektiğini belirleyici kesin kriterler olmamakla birlikte, hastaya kateter yerleştirilmesi, hastanın durumuna göre ve ihtiyacına göre karara bağlanır.

Santral Venöz Kateter Endikasyonları

1. Uzun süreli sitostatik tedavi başlangıcında venlerin uygun olmadığı durumlarda,
2. Sitostatik tedavinin devamında periferik venlerde tromboz ve sklerizasyon olması durumunda,
3. Uzun süreli parenteral beslenmede
4. Sıklıkla tekrarlayan, acil damar girişi gerektiren durumlarda
5. Pediatride, uzun süreli damar girişimlerinde,
6. Gastrointestinal sistem kanserlerinde perioperatif beslenmede,
7. AIDS hastalarının bakım ve tedavisinde,
8. Spastik hastalarda ve parkinson hastalığında kalıcı kateterler özellikle santral venöz kateterler (SVK) tercih edilmelidir.

Santral Venöz Kateter Kontrendikasyonları

1. Dissemine intravasal pıhtılaşma,
2. Bakteriyemi, septisemi,
3. Trombositopeni, nötropeni,
4. İntratorakal yaygın malignite,
5. Uygulama alanında deride enfeksiyon, cilt metastazları,
6. Üst ekstremitelerde derin ventrombozu

Uygulamada SVK'rin bakımı önemlidir. Katererin süresine uygun olarak kullanılması iyi bir bakımı gerektirirken bu süre içerisinde enfeksiyonu önlemek en önemli unsurdur.

SVK'ların birden çok çeşidi bulunmakta ve belirli kriterlere uygun olarak sınıflandırılmaktadır.

Santral Venöz Kateterlerin Sınıflandırılması

SVK'lar kalış süresine, lümen sayısına, takılış yerine ve kullanım amacına göre sınıflandırılmaktadır.

1. **Kalış süresine göre;** geçici, yarı kalıcı - tünelli, kalıcı - port sistemli
2. **Lümen sayısına göre;** tek, çift ve çok lümenli
3. **Takılış yerine göre;** juguler, subklavyen, brakiyal ve femoral
4. **Kullanım amacına göre;** basit damar yolu, hemodiyaliz, TPN, kemoterapi kateteri

Erişkin hastalarda enfeksiyon gelişme riskini azaltmak için tünelsiz santral venöz kateterlerin juguler veya femoral ven yerine subklavyen vene takılması önerilmektedir.

SVK'nın enfeksiyon gelişimini önlemek amacıyla rutin olarak değiştirilmesi önerilmemektedir.

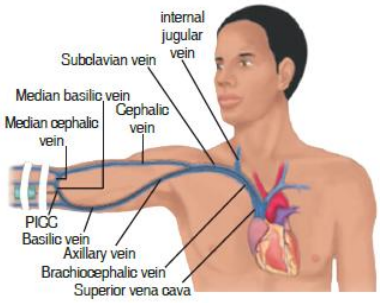
Sık Kullanılan Santral Venöz Kateterler

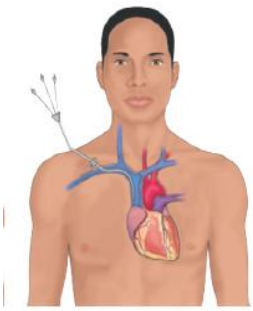
Periferik Yolla Takılan SVK: Basilik, sefalik veya brakiyal venlere takılır ve süperior vena cavaya ulaşır. Tünelsiz SVK' lardan daha az enfekte olur (Resim 1).

Tünelsiz SVK: Perkütan yoldan santral venlere yerleştirilir. Katetere bağlı kan dolaşımı enfeksiyonlarının büyük çoğunluğundan sorumludur (Resim 2). Kısa süreli kullanımda tercih edilmelidir.

Tamamen İmplante Edilen Kateter (port): Cilt altına tünel açılır ve cilt altı porta özel bir iğne ile ulaşılır, subklavyen veya internaljuguler vene takılır (Resim 3). Katetere bağlı kan dolaşımı enfeksiyonu riski en düşük olan kateterdir. Hastanın görüntüsünü bozmaz. Giriş yeri bakımına gerek yoktur. Ancak çıkarılması için cerrahi girişim gerekir. Özellikle pediatrik hastalarda tercih edilir.

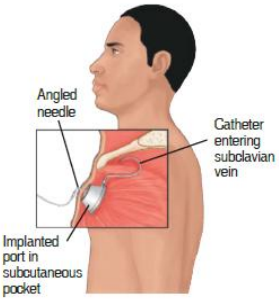
Tünelli SVK: Subklavyen, internaljuguler veya femoral ven yoluyla implante edilir. Tünelsiz SVK'ya göre daha az enfekte olur (Resim 4). Uzun süreli kullanımlar için uygundur ve cerrahi olarak yerleştirilir.

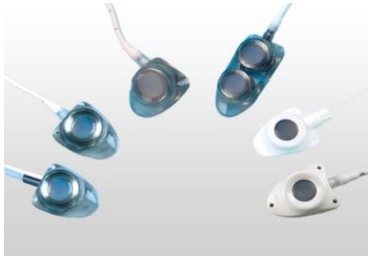




Resim1: Periferik Yolla Takılan SVK

Resim 2: Tünelsiz SVK





Resim 3: Port Kateter

Kaynak: Rosdahl CB, Kowalski MT. 2012, s. 943. Textbook of Basic Nursing. Lippincoti'sWilliams&Wilkins, 10th Edition,.
Beyece İncesazlıve ark., Oyur Çelik G (2014). s. 138-144 SVK Bakımı. Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark., Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir
http://www.saglikdokumanlari.com/index.php?option=com_content&view=article&id=63:periferik-ve-santral-venoez-kateterizasyon
http://medteamturkey.com/kategori/onkoloji-urun-gruplari/139

Resim 4: Tünelli Kateter

Kaynak:Beyece İncesazlı ve ark. Oyur Çelik G.,(2014). Syf:138-144 SVK Bakımı. Hemşirelik Bakım Standartları. Editör: Erken ve ark. Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir

Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

1. SVK takılırken ya da kateter değiştirilirken bone, maske, steril önlük, steril eldiven ve büyük steril örtüden oluşan maksimum bariyer önlemlerine uyulmalı ve steril teknik kullanılmalıdır.
2. Çok lümenli kateter kullanımında, lümelin bir tanesi parenteral beslenme için kullanılmalıdır.
3. Kısa süreli kateterlerde steril gazlı bezle yapılan kateter pansumanı 48 saatte bir, şeffaf örtü kullanılan pansumanlar yedi günde bir değiştirilmelidir. Pansuman kirlendiğinde, ıslandığında, açıldığında, kanama olduğunda hemen değiştirilmelidir. Kapaklı kateter kullanılmışsa değişimi yedi günde bir, kirlendiğinde ise hemen yapılmalıdır.

Resim 5: Şeffaf Pansumanlar

Kaynak:http://solutions.3mcanada.ca/wps/portal/3M/en_CA/SkinHealth/Home/newsletter/tegaderm/ http://kanserle-dans.blogspot.com.tr/2012/07/kemoterapi-b-csi-bolum-ii.html

4. SVK giriş yeri, lokalize şişlik, deri renginde solukluk, ağrı, kızarıklık, hassasiyet, ödem, pürülan akıntı, lokalize sıcaklık açısından değerlendirilmelidir.
5. SVK giriş yeri, ekstravazasyon belirtileri açısından ekstravazasyon önleme ve izleme standartlarına uygun olarak değerlendirilmelidir.
6. SVK uygulanan hasta takipne, ateş, siyanoz, dispne, göğüs ağrısı, taşikardi, solunum seslerinde azalma vb. olası komplikasyonlar açısından kontrol edilmelidir.
7. SVK takıldıktan sonra komplikasyon oluşumunu önlemek açısından akciğer grafisi çekilip uygunluğu kontrol edildikten sonra santral venöz kateter kullanılmaya başlanmalıdır.
8. SVK giriş yeri enfeksiyon, ekstravazasyon ve kateter komplikasyon bulguları açısından her gün kontrol edilmelidir. Enfeksiyon bulguları görülmesi durumunda hekime haber verilmelidir.
9. Hastada steril şeffaf örtü kullanılıyor ise kateter giriş yeri gözlemlenmeli, steril gazlı bez ile pansuman yapılmış ise pansuman üzerinden palpe yöntemi ile kontrollü sağlanmalıdır.
10. SVK bakımı yapılırken %2'lik klorheksidin solüsyonu ya da %10'luk povidon iyot kullanılmalıdır.
11. Bakımda kullanılacak antiseptik solüsyonlar kontaminasyonu önlemek için uygun şartlarda saklanmalı ve orijinal ambalajında kullanılmalıdır.
12. Yedi günlükten küçük veya gestasyon haftası 26 haftadan küçük olan yeni doğanlarda kateter giriş yerine %2'lik klorheksidin uygulanmamalıdır.
13. SVK giriş yerinin örtülmesi için steril gazlı bez veya steril şeffaf, yarı geçirgen örtüler kullanılmalıdır. Flaster kullanılmamalıdır.
14. SVK hat uçlarının kontamine olmamasına, takılan üç yollu muslukların mutlaka kapalı tutulmasına dikkat edilmeli, ven valflerinin %70'lik alkol ile silinerek kullanılması sağlanmalıdır.

15. Her enjeksiyondan sonra sistem, 10 ml SF ardından 2- 3 ml heparinli serum (100 U/ ml) ile yıkanmalıdır.
16. Kateterin tıkalı olduğu düşünülüyorsa kesinlikle basınç uygulayarak açılmaya çalışılmamalıdır.
17. Yetişkinlerde 3 ml, çocuklarda 0,2 ml'lik gelen ilk kan atılmalı, kültür için yeni bir enjektöre kan alınmalıdır.
18. Hastaya, kateterin ne amaçla takıldığı ve kateter giriş yerinde ağrı, kızarıklık, hassasiyet ve sızıntı olduğu zaman bakım verene haber vermesi gerektiği konusunda bilgi verilmelidir.
19. SVK' ların kanülasyon esnasında veya erken dönem komplikasyonları:

a. Karotis, subklavyen arter ponkisyonu

b. Sinir hasarı

c. Enfeksiyon

d. Hava-trombüs embolisi

e. Aritmi

f. Hematom

g. Pnömotoraks – hemotoraks – hidrotoraks

h. Kardiyak perforasyon

i. Kardiyak tamponat

20. SVK'ların geç dönem komplikasyonları:

a. Venöz tromboz

b. Vena kava superior sendromu

c. Endokardit

d. Sepsis ve buna bağlı sekonder komplikasyonlar

İmplante port kateter bakımı da SVK bakımı ile aynı özellikleri taşır. Bakımı yukarıdaki basamaklar göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. İmplante kateterde ilaç uygulaması sırasında SVK'den faklı olarak port kateterde, kateter içine iğne uygulaması mevcuttur.

11.2.2 İMPLANTE PORT KATETERE İĞNE UYGULAMASI

Port katetere iğne girişi steril teknik kullanılarak yapılmalı ve işlem iki bakım veren kişi tarafından uygulanmalıdır.

Kullanılacak Malzemeler:

1. Hastaya uygun büyüklükte port iğnesi (cytocan)
2. 2 adet 10 ml lik enjektör
3. 2 adet 10 ml lik serum fizyolojik ampul
4. Nevparin
5. %10'luk povidon iyot
6. Nonsteril eldiven
7. Pudrasız steril eldiven
8. Port pansuman seti (Makas, spanç, delikli yeşilörtü vb)
9. Şeffaf bant
10. Tedavi tepsisi ve böbrek küvet

İmplante Port Katetere İğne Uygulamasında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

1. İşlem öncesinde eller el yıkama tekniğine uygun olarakyıkanır.
2. İşlem hakkında hastaya bilgi verilir
3. Hastanın işlem sırasında yüzünü kateter bölgesinden uzaklaşacak şekilde ters yöne çevirmesi söylenir veya maske giymesi sağlanır.
4. Temiz bir çalışma alanı sağlanır
5. Kateter bölgesindeki pansuman açılır. Steril teknik kullanılarak pansuman seti açılır ve gerekli olan malzemeler steril örtü üzerine konur.
6. Yüz maskesi ve steril eldiven giyilir.
7. İğne ucunda kateter yok ise uygun kateter iğne ucuna takılır, salin solusyon ile kateter yıkanarak havası çıkartılır.
8. Port kateterin takılı olduğu bölgede uygun antiseptik solusyon ile içten dışa doğru dairesel olarak cilt temizliği yapılır.
9. Derinin kuruması beklenir
10. Delikli steril örtü kateterin olduğu alan üzerine yerleştirilir.
11. Port kateterin rezervuar kısmı cilt üzerinde palpe edilerek iki parmak arasında sabitlenir.

12. Port iğnesi deri ve septumdan geçecek şekilde 90˚ açı ile takılır. İğne port rezervuarının tabanına dokununcaya kadar ilerletilir.
13. İğnenin ucundaki katetere 10cc'lik enjektör takılır.
14. Kanın gelmesi için aspirasyon işlemi uygulanır. Aspire edilen kan atılır.
15. Kateter salin ve heparinli sıvı ile flaşlanır (yıkanır).
16. Pozitif basıncı korumak için enjektör çıkarılmadan önce iğne ucundaki kateter klemplenir.
17. İğnenin takıldığı bölgeden steril örtü kaldırılır.
18. Deri üzerindeki iğne giriş yeri steril gazlı bez ile yada şeffaf pansuman materyali ile kapatılır.
19. İşlem kayıt edilir.

Resim 6: 90˚ Açı ile Port İğne Takılması Kaynak:http://evrimcengiz.blogspot.com.tr/2007/09/illstrasyon-fotoraf.html

İmplante Port Kateterden İğne Çıkarılması Sırasında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

Port katetere takılan iğne; tedavi bittiğinde, iğne kontamine olduğunda veya tedavi devam ediyorsa yedigünde bir değiştirilmesi gerekmektedir.

1. İşlem öncesi eller el yıkama standartına uygun olarak yıkanır.
2. İşlem hakkında hastaya bilgi verilir.
3. Temiz bir çalışma alanı sağlanır.
4. Temiz eldiven giyilir
5. Uygun antiseptik ile (kurum politikasına göredeğişebilmekle birlikte tercihen alkol veya betadinli pamuk) iğneye bağlı kateterin ucu silinir.
6. Salin içeren enjektör ile kanın geri gelmesini sağlamak için kan aspire edilir.
7. Portu temizlemek için salin solusyonla hat yıkanır.
8. Pozitif basıncı devam ettirmek için enjektörü çıkartmadan önce kateter klemplenir.

9. Kateter heparinli solüsyon ile yıkanır. Pozitif basıncı devam ettirmek için enjektörü çıkartmadan önce kateter klemplenir.

10. İğne çıkartılmadan önce pansuman dikkatlice açılır.

11. Portun rezervuar kısmı palpe edilir ve iki parmak arasında sabitlenir.

12. İğnenin dış kısmı sıkıca tutulup iyice kavranır. Düzgün ve sabit bir şekilde iğne port septumundan 90˚açı ile çekilir.

13. Kanama duruncaya kadar iğne giriş bölgesine basınç uygulanır.

14. Kateter bölgesi uygun antiseptik solusyon ile temizlenir ve kurulanır.

15. Bölge gazlı bez yada şeffaf pansumanla kapatılır.

16. İşlem kayıt edilir.

11.2.3. SANTRAL VENÖZ KATETERDEN KAN ALMA

1. Malzemeler hazırlanır, hastanın yanına getirilir.

2. Eller el yıkama standardına göre yıkanır ve eldiven giyilir.

3. Hasta / ailesine işlem açıklanarak işbirliği sağlanır.

4. Kateterin giriş yeri pansumanı kaldırılır. Kateter giriş yeri enfeksiyon belirtileri yönünden kontrol edilir.

5. Port kateterden yapılan uygulamalarda tercihen hasta yatar pozisyona getirilir.

6. Kullanılacak lümen ucu antiseptik solüsyon ile silinir, tamamen kuruması beklenir.

7. Yetişkinlerde 3 ml, çocuklarda 0,2 ml' lik gelen ilk kan atılır, yeni bir enjektöre kültür için kan alınır.

8. Alınacak kan miktarına göre uygun büyüklükte enjektör ile istenen miktardaki kan aspire edilir ve uygun tüplere yerleştirilir.

9. Kateter ucuna içinde SF olan enjektör takılır ve 10 ml SF ile yıkanır.

10. Kateter önerilen miktarda heparinli solüsyon ile yıkanır.

a. Heparinli solüsyon hazırlanışı; 5000 Ü/ ml heparin içeren flakondan 0,1 ml (1 dizyem) heparin ve 5 ml serum fizyolojik veya 0,2 ml (2 dizyem) heparin ve 10 ml serum fizyolojik enjektör içine çekilir (Bu şekilde 1 ml'de 100 Ü heparin içeren serum fizyolojik solüsyonu elde edilmiş olur).

11. Kullanılan lümen klemplenir ve enjektör çıkarılır.

12. Lümen girişi antiseptik solüsyon ile silinir ve kuruması beklenir.

13. Kullanılan lümene yeni kapak takılır ve klemp açılır.

14. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.

15. Yapılan işlemler kaydedilir.

Resim 7: Port Kateterden Kan Alma
Kaynak:http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/content.asp?k=1&ds=28&id=304

11.2.4. SANTRAL VENÖZ KATETERİN GİRİŞ YERİ PANSUMANI

1. Malzemeler hazırlanır, hastanın yanına getirilir.

2. Eller el yıkama standardına göre yıkanır ve steril olmayan eldiven giyilir.

3. Hasta / ailesine işlem açıklanarak işbirliği sağlanır.

4. Kateterin giriş yeri pansumanı çıkarılır.

5. Kateter giriş yeri enfeksiyon belirtileri yönünden kontrol edilir.

6. Eldiven çıkarılır ve pansuman seti steril şekilde açılır ve steril eldiven giyilir.

7. Kateter çevresi %2'lik klorheksidin veya %10 povidon iyot ile saat yönünde / içten dışa (bir defa silinen yere bir daha değmeden) dairesel hareketle steril gazlı bez ile kontamine edilmeden silinir.

8. Santral venöz kateter giriş yeri steril emici gaz pansuman ya da şeffaf örtü ile kapatılır

9. İşlem sonrası kateter giriş yeri steril gazlı bez ve tespit materyali kapatılıp üzerine tarih ve bakımı yapan kişinin parafı atılmalıdır.

10. Kateterin lümenleri aynı anda kapatılır ve enjeksiyon kapakları (stoper) çıkartılır.

11. Lümen girişi klorheksidin ya da alkolle silinir ve tam kuruması beklenir.

12. Lümenlere yeni kapakları takılır ve infüzyon için klemp açılır.

13. Yapılan işlemler kaydedilir.

Kaynak:Beyece İncesazlı ve ark., Oyur Çelik, G (2014). s:138-144 SVK Bakımı. Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark., Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir

Tablo 1. Santral Venöz Kateterlerde Bakım Sıklığı

Kateter Tipi	Atılan Kan Volümü	Heparinli SF Volümü	Heparinleme Sıklığı
Tünelli Kateterler (Hickman)	1-3ml 2-4 fr = 1ml 6-8fr = 3ml	3 ml 10u/ml	Her kullanımdan sonra ya da en az 24 saatte bir
Tünelsiz Kateterler (Juguler)	1-2 ml	2-3 ml 10 u/ml	24 saatte bir
Port Kateterler İğne takılı	3-5 ml	3-5 ml 10 u/ml	Her kullanımdan sonra ya da en az 24 saatte bir
Port Kateter İğnesiz	3-5 ml	3-5 ml 100 u/ml	3-4 haftada bir
PICC Kateterler **2&3 fr** **4fr ve üzeri**	1 ml 2 ml	2-3 ml 10 u/ml	Her kullanım sonrası ya da en az 2 fr 8 saatte 1 kez 3 fr üzeri 12saatte 1kez
Diyaliz/Aferez Kateterleri 40kg ve üzeri	3 ml	1000 u/ml	Haftada 3 kez
Diyaliz/Aferez Kateterleri 40kg ve daha az	3 ml	100 u/ml	Haftada 3 kez

Kaynak: Karataş G. Santral venöz kateter http://tkitv.org/sunum/pdf/5-Santral%20Ven%C3%B6zKateter-Hem.G%C3%BCliz%20Karata%C5%9F.pdf

KAYNAKLAR:

1. Aştı TA, Karadağ A (2011). Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri. Nobel Kitabevi, Ankara s. 898-951
2. İncesazlı BYC, Oyur Çelik G (2014). SVK Bakımı. Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark., Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir s. 138-144
3. Danış B, Nurülke B, Dindar B. ve ark (2008). Hemşirelik Bakımında Kalite. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, 2. Baskı, İzmir. s. 188
4. Güleser NG, Taşçı S (2009). Onkolojide sık kullanılan santral venöz kateterleri ve bakımı. F. Ü. Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2009;23(1):47-51
5. Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği (2005). Damar İçi Kateter İnfeksiyonlarının Önlenmesi Kılavuzu. 2005;9(1):24-25
6. Lynn P, Lebon M (2011). Skills Checklists For Taylor's Clinical Nursing Skills. Lippincott Williams &Wilkins, 3. Edition, USA. s. 333-339.
7. Sabuncu N, Akça Ay F (2010). Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi. Nobel Tıp Kitabevleri, 1. Baskı, İstanbul. s. 339- 343
8. Tuna Oran N (2009). Port kateter: Venöz yolu nasıl sürdürebiliriz?, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009;2(3):137- 142
9. URL: http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf. Erişim tarihi: 08.07.2014
10. URL: http://www.dcyogunbakim.org.tr/ppt/YBUU.pdf Erişim tarihi: 02.07.2014
11. URL: http://medteamturkey.com/kategori/onkoloji-urun-gruplari/139 Erişim tarihi: 28.10.2014
12. URL:http://solutions.3mcanada.ca/wps/portal/3M/en_CA/SkinHealth/Home/newsletter/tegaderm/ Erişim tarihi: 28.10.2014
13. URL: http://kanserle-dans.blogspot.com.tr/2012/07/kemoterapi-b-csi-bolum-ii.html Erişim tarihi: 28.10.2014
14. URL: http://evrimcengiz.blogspot.com.tr/2007/09/illstrasyon-fotoraf.html Erişim tarihi: 28.10.2014
15. URL: http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/content.asp?k=1&ds=28&id=304 Erişim tarihi: 28.10.2014
16. Karataş G. Sanral venöz kateter URL: http://tkitv.org/sunum/pdf/5-Santral%20Ven%C3%B6zKateter-Hem.G%C3%BCliz%20Karata%C5%9F.pdf Erişim tarihi: 28.10.2014
17. URL:http://www.saglikdokumanlari.com/index.php?option=com_content&view=article&id=63:periferik-ve-santral-venoez-kateterizasyon Erişim tarihi: 28.10.2014
18. Yılmaz K. Port Kateter bakımı. URL: http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/PORT%20KATATER%20BAKIMI.pdf Erişim tarihi: 28.10.2014
19. Yeşil Balkan Ö (2005). Onkoloji hastalarında sık kullanılan venöz giriş aracı:implante port kateter Cumhuriyet Üni. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005;9

11.3. BASINÇ ÜLSERLERİNİN ÖNLENMESİ VE YÖNETİMİ

Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM[1]

[1]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

11.3.1. TANIM

Basıncın yol açtığı doku bütünlüğündeki bozulmayı tanımlamak için yıllarca pek çok kavram kullanılmıştır. Yatak yarası (bedsore), dekübit ülseri (decubitus ulcer), dekübit (decubiti), basınç yarası (pressure sore) ve basınç ülserleri (pressure ulcers) kullanılan kavramlardan bazılarıdır. Yapılan kavram analizleri sonucunda, basıncın oluşturduğu doku hasarını en iyi ifade ettiği için "basınç ülserleri" teriminin kullanılması önerilmiştir (1).

ABD Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (NPUAP-National Pressure Ulcer Advisory Panel) 1998 yılındaki tanımını 2007 yılında genişletmiş ve Avrupa Basınç Ülseri Danışma Tavsiye Paneli (EPUAP-European Pressure Ulcer Advisory Panel) ile 2009 yılında oluşturduğu ortak rehberde basınç ülserini "Tek başına, basınç ya da yırtılma ile basıncın bir arada sebep olduğu, genellikle kemik çıkıntılar üzerinde ortaya çıkan lokalize deri ve / veya deri altı doku hasarı" olarak tanımlamaktadır (2-6).

Sağlık bakım sisteminde kalite göstergelerinden biri olarak ele alınan basınç ülserleri, palyatif bakımda önemli sorunlardan birisidir. Palyatif bakım hastalarının ağrılarının artmasına, iyilik hali ve yaşam kalitelerinin bozulmasına ve sağlık bakım maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (5, 7,8).

11.3.2. SIKLIK

ABD Ulusal Basınç Ülseri Tavsiye Paneli'nin (NPUAP-2001) 1990-2000 yılları arasında yapılmış olan 300 çalışmanın sonuçlarına dayanarak hazırladığı raporda, basınç ülseri prevalansı akut bakım alanlarında %10-18, uzun süreli bakım merkezlerinde %2,3-28 ve evde bakım kurumlarında ise %0-29 olarak bildirmiştir (1). Palyatif bakım kurumlarında basınç ülseri prevalansı %9-38, insidansı %3-13 arasında değişmektedir (7,8-10). Basınç ülserlerinin sıklıkla ölümden iki üç hafta önce görüldüğü ve organ yetmezliğinin bir göstergesi olduğu belirtilmektedir. Bu durum palyatif bakım alan bireylerde basınç ülserlerinin oluşumunun neredeyse kaçınılmaz olduğunu göstermektedir (10).

11.3.3. RİSK FAKTÖRLERİ

Kemik çıkıntılar üzerinde basıncı arttıran veya doku toleransını etkileyen nedenler basınç ülserlerinin gelişimine katkıda bulunan faktörlerdir. Hareketsizlik, duyusal kayıplar ve aktivite düzeyinin azalması kemik çıkıntılar üzerindeki basıncın artmasına neden olarak; yırtılma, sürtünme, nem, beslenme veya yaş ise doku toleransını azaltarak basınç ülserlerinin gelişimine katkıda bulunmaktadır (10,11). Duygusal stres, ısı, sigara içme ve intestinal sıvı akımı basınç ülserlerinin gelişimini etkileyen ilave risk faktörleridir. İleri evre hastalığı olan ve fonksiyonel kapasitesi azalmış olan palyatif bakım hastalarının çoğu, basınç ülserinin gelişimi için bir veya birden fazla risk faktörüne sahiptir. İleri yaş, duyusal algılamanın azalması, beslenmenin bozulması, hareketsizlik ve fiziksel inaktivite gibi birçok risk faktörleri palyatif bakım hastalarında sıklıkla bulunmaktadır (8,10).

Basınç: Basınç ülserlerinin gelişmesindeki en önemli etken basınçtır. Doku üzerine uygulanan herhangi bir basıncın, basınç ülserine yol açıp açmaması basıncın süresi, yoğunluğu ve dokunun toleransı ile yakından ilişkilidir (1). Yumuşak dokuların basınç altında kalarak sıkışmaları iskemiye neden olur ve basınç engellenmezse nekroz ve ülserasyon gelişir. Basınç ülserinin gelişiminde süre ile basınç yoğunluğu arasında ters bir ilişki vardır. Uzun süreli düşük yoğunlukta basınca maruz kalma ya da daha kısa süreli yüksek yoğunlukta basınca maruz kalma benzer doku hasarı oluşturur (1,12).

Sürtünme: Sürtünme, aralarında yoğunluk farkı olan ve ters yönde hareket eden iki yüzeyin birbirine karşı oluşturduğu kuvvet nedeniyle oluşur (1). Sürtünme tek başına epidermis ve dermisin üst tabakalarında sıyrılmaya ve hasara yol açarak dokunun basınca olan toleransını azaltır (10). Sürtünme, yerçekiminin etkisi ile birleştiğinde makaslama etkisi oluşturarak dokularda yırtılmaya neden olur (1). Uygun olmayan döndürmeler, çekmeler sürtünmeye bağlı doku hasarına neden olur.

Yırtılma: Yırtılma (makaslama) ise dokuların birbirine paralel ancak zıt yönde çekilmesiyle meydana gelir. Yatağın başucunun 30°'den daha fazla yükseltilmesi durumunda; deri sürekli olarak vücudu temas ettiği yüzey üzerinde sabit tutmaya çalışır. Bununla birlikte, yer çekiminin etkisiyle iskelet aşağıya doğru kayma eğilimindedir. Bu iki ters kuvvetin arasında gerilen damarlarda yırtılmalar ve tıkanmalar oluşur. Yırtılmanın asıl etkisi derin dokularda olmaktadır (1,10).

Nem: Nem epidermisin dışsal güçlere karşı direncini etkilemektedir. Uzun süre neme maruz kalan epidermis tabakasında önce yumuşama daha sonra ise doku bütünlüğünde bozulma gelişir. İdrar ve dışkısını tutamayan ya da aşırı terleyen kişilerde basınç ülserleri gelişme riski yüksektir (1).

Hareketsizlik: Palyatif bakım hastaları daha az aktiftirler ve ölüm yaklaştıkça hareketsizlikleri daha da artar. Hareketsizlik veya çok sınırlı hareket, basınç ülserlerinin gelişimi ile ilişkisi en iyi bilinen risk faktörüdür (5,10). Hareketsizlik, inaktivite ve duyusal algılamada azalma kemik çıkıntıları üzerine olan basıncın süresini ve şiddetini etkiler (10).

İnaktivite: Yatağa veya sandalyeye bağımlı hastalar basınç ülseri gelişimi açısından daha fazla risk altındadır. Aktivite düzeyindeki ani değişiklikler sağlık durumundaki önemli değişikliklerin ve basınç ülseri gelişimi olasılığının artmasının habercisi olabilir (10).

Beslenme durumu: Birçok çalışma beslenme durumunun basınç ülserinin gelişiminde önemli bir rol oynadığını göstermiştir. Hipoalbüminemi, kilo kaybı, anemi, kaşeksi ve malnütrisyon basınç ülseri gelişimine zemin hazırlayan risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (5,10,11).

İleri yaş: Hospis hastalarında yaşın artması ile basınç ülseri gelişimi arasında anlamlı bir ilişki vardır (5). Yaşa bağlı olarak deride ve yara iyileşmesinde oluşan değişiklikler basınç ülseri gelişimi riskini arttırmaktadır. Yaşlanma süreci ile birlikte deri ve alttaki destek yapılar değişmekte ve kas kaybı, serum albümin düzeylerinde azalma, inflamatuvar yanıtın azalması, doku elastikiyetinin azalması, dermis ve epidermis arasındaki bağlantının azalması gibi değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Bu ve yaşlanma sürecine bağlı ortaya çıkan diğer değişiklikler birlikte derinin basınca, sürtünmeye ve yırtılmaya olan toleransını azaltmakta ve basınç ülseri gelişimi riskini arttırmaktadır (5,10).

İnkontinans: İdrar veya dışkı inkontinansı basınç ülserlerinin gelişimi ile ilgili en yaygın risk faktörlerindendir. İnkontinans deride aşırı nem ve kimyasal hasar oluşturarak basınç ülseri gelişimine katkıda bulunmaktadır. Dışkı inkontinansı dışkıdaki bakteri ve enzimler ve onların deriye etkisi nedeniyle basınç ülseri için daha önemli bir risk faktörüdür (10).

Tıbbi durumlar ve psikolojik faktörler: Bazı tıbbi durumlar veya hastalık durumları basınç ülserinin gelişimi ile ilişkilidir. Ortopedik yaralanmalar, mental durumun değişmesi, spinal kord yaralanmaları bu durumlara örnek verilebilir. Palyatif bakım popülasyonunda,

kanser tanısı ve demans gibi santral sinir sistemi bozuklukları yüksek basınç ülseri gelişimi ile ilişkilidir (10). Sigara içme, kan glikoz düzeyinin yükselmesi, periferal arter hastalıkları, konjestif kalp yetmezliği, kan viskositesinin artması, kan basıncının azalması gibi durumlarda da basınç ülserlerinin gelişme riski artmaktadır (1,11).

Benlik kavramı, depresyon ve kronik duygusal stres basınç ülserinin gelişimi ile ilişkili psikolojik faktörlerdir. Basınç ülserlerinde kortizol düzeylerinin rolü yeni ortaya çıkmaktadır (10).

Çevresel faktörler: Sosyoekonomik, sağlık bakım sistemi ve tedavi kaynakları çevresel faktörleri oluşturmaktadır. Bu faktörler diğer risk faktörlerinden daha az bilinmektedir; bununla birlikte palyatif bakım hastalarında basınç ülserlerinin gelişme riskini belirlemede ve bakımında önemli rol oynamaktadırlar (10).

11.3.4. RİSK DEĞERLENDİRME ARAÇLARI

Basınç ülserinin önlenmesinde temel prensip riskli hastaların önceden belirlenerek basıncın giderilmesi için uygun önlemlerin alınmasıdır. Literatürde basınç ülserleri riskini değerlendirmeye yönelik 'risk değerlendirme araçları' olarak adlandırılan çok sayıda değerlendirme aracı bulunmaktadır (1). Bu risk değerlendirme araçlarının amacı, basınç ülseri gelişmesi açısından risk altında olan bireylerin belirlenmesidir (10). EPUAP (1998) ve NPUAP (2001) de risk değerlendirme araçlarının kullanılmasını önermektedir (1-3). En sık kullanılan risk değerlendirme araçları Braden Skalası ve Norton Skalası'dır. Her iki skala da palyatif bakım alan hastalarının bulunduğu uzun süreli bakım kurumlarında kullanılıyor olsa da, palyatif bakım hastaları için çok az bilgi verirler. Palyatif bakım hastaları için geliştirilmiş ve geçerliliği yapılmış Marie Curie Merkezi Hunters Hill Risk Değerlendirme Aracı ve Hospis Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Skalası olmak üzere iki risk değerlendirme aracı bulunmaktadır (10). Marie Curie Merkezi Hunters Hill Risk Değerlendirme Aracı haftalık olarak veya hastanın durumunda değişiklik meydana geldiğinde uygulanması önerilmektedir. Duyusal algılama, hareket, nem, yatakta aktivite düzeyi, beslenme/kilo değişiklikleri, deri durumu ve sürtünme / yırtılmayı değerlendiren yedi alt başlıktan oluşmaktadır (6,10,13).

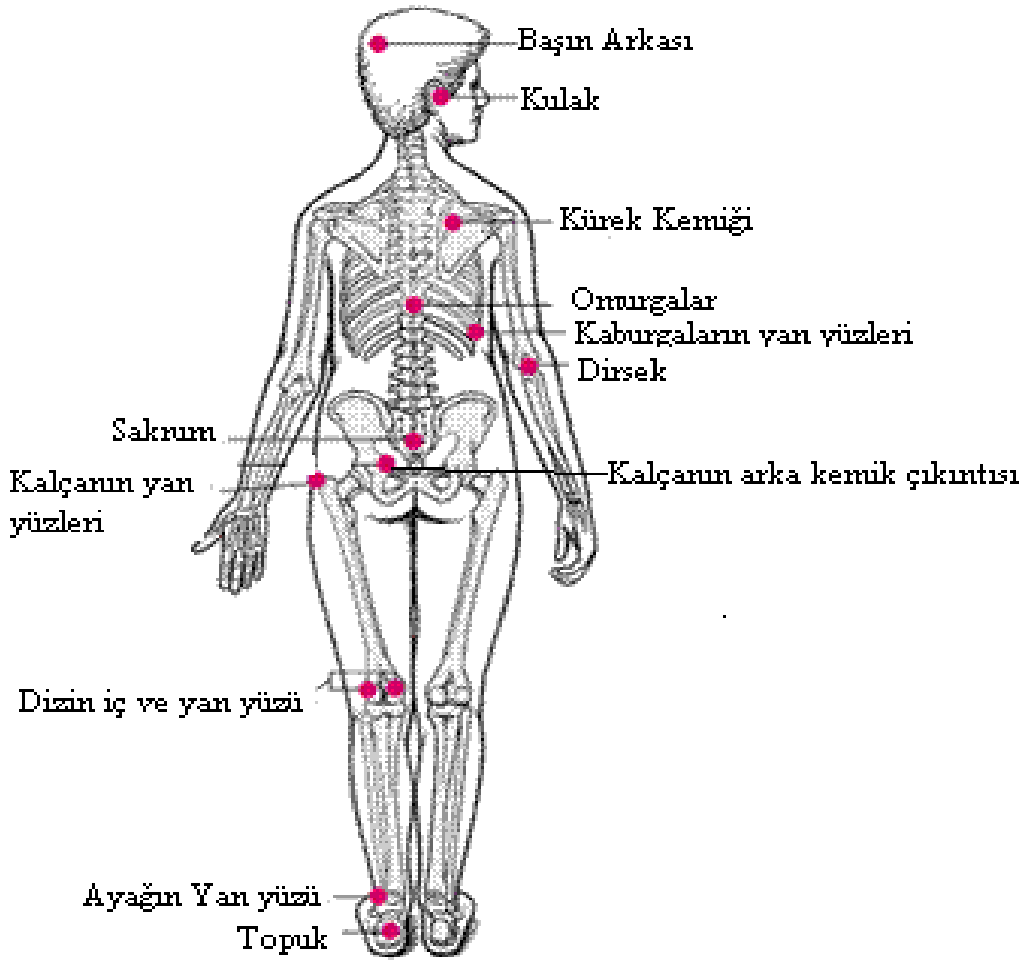
11.3.5. BASINÇ ÜLSERLERİNİN YERLEŞİM ALANLARI

Tüm basınç ülserlerinin %95'den fazlası sakrum / koksiks, büyük torakanter, iskiyum, topuklar ve malleolus'da gelişmektedir (9,10,14,155) (Şekil 1). Palyatif bakım hastalarında basınç ülserlerinin en sık sakrum, topuklar ve dirseklerde geliştiği ve çoğunlukla ölümden iki hafta önce oluştuğu belirtilmektedir (9,10). Yatış pozisyonlarına göre basınç ülserinin gelişim yerleri değişmektedir (12).

- Sırtüstü pozisyonda; sakrum, oksipital bölge, skapula, dirsek ve topuk.

- Yan pozisyonda; torakanter, omuz, kostalar, diz kapağı, malleolus ve kulak.

- Yüzükoyun pozisyonda; iliyak çıkıntılar, ayak kenarları, ayak başparmağı burun, alın, göğüs, kostalar kadınlarda memeler, erkeklerde genital organlardır.



Şekil 1: Basınç Ülserlerinin Oluşma Yerleri

11.3.6. BASINÇ ÜLSERİNİN ÖNLENMESİ

Deri bütünlüğünde bozulmaya neden olan basınç ülserlerinin önlenmesi, hastanın sağlık durumunu tanımlamada ve hemşirelik bakım kalitesini değerlendirmede önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir (1). Önleme en iyi tedavidir ve palyatif bakım hastalarında basınç ülserlerinin önlenmesi de oldukça önemlidir. Önleme stratejileri risk faktörlerini azaltmak ve spesifik risk faktörlerini ortadan kaldırmaya odaklanmaktadır (10).

Basınç ülserlerinin önlenmesi risk değerlendirme, deri değerlendirmesi ve bakımı, beslenme ve basıncın yeniden dağıtılması olmak üzere dört başlık altında incelenmektedir.

1. Risk değerlendirme (4,5):

Basınç ülserlerinin prevalans ve insidansını azaltmada en önemli girişim risk faktörlerini belirlemektir. Bunun için:

1. Hasta kapsamlı olarak değerlendirilir.

2. Yapılandırılmış ve tutarlı biçimde basınç ülseri oluşma riski değerlendirilir. Değerlendirmede, geçerli bir risk değerlendirme aracı kullanılmalı, kapsamlı deri değerlendirmesi yapılmalı ve önemli risk faktörleri belirlenmelidir.

3. Palyatif bakım hastalarına özel olan Marie Curie Merkezi Hunters Hill Risk Değerlendirme Aracı erişkin hastalar için klinik karar ile birlikte kullanılmalıdır.

2. Genel Deri Bakımı: (3,5,10,16)

Genel deri bakımı derinin değerlendirilmesini, inkontinansın değerlendirilmesi ve yönetimini, hijyen uygulamalarını ve deri bütünlüğünün korunmasını içermektedir.

1. Sağlık profesyonelleri, kapsamlı bir deri değerlendirmesinin nasıl yapılacağı konusunda eğitilmelidir.

2. Basınç ülseri riski olan hastaların derisi günde en az bir kez baştan ayağa değerlendirilmelidir.

3. Basınç ülseri riski olan hastaların derisi (kemik çıkıntılara özellikle dikkat edilerek) kızarıklık belirtileri açısından düzenli olarak gözlenmelidir. Gözlem sıklığı, hastanın genel durumdaki herhangi bir bozulma halinde artırılabilir.

4. Derinin gözlenmesi, özellikle koyu deri rengine sahip bireylerde lokalize sıcaklık, ödem ya da indürasyon (sertlik) değerlendirmelerini içermelidir. Derideki renk değişikliklerini değerlendirmek için mor renkli halojen ışık kullanılmalı ve değerlendirme esnasında floresan lamba kullanılmamalıdır.

5. Hastaya vücudunun herhangi bir bölgesinde basınç hasarını gösteren rahatsızlık hissi ya da ağrının olup olmadığı sorulmalıdır.

6. Mümkün olduğunda, hasta daha önce basınç altında kalan ve hala kızarıklık bulunan vücut bölgesinin bulunduğu tarafına döndürülmemelidir.

7. Kızarıklık olan alanlara masaj uygulanmamalı ve basınç ülseri riski altında bulunan deri kuvvetli bir biçimde ovalanmamalıdır.

8. Sürtünme yaralarını azaltmak için kuru derinin nemlendirilmesinde yumuşatıcı / nemlendirici ürünler kullanılmalıdır.

9. Basınç hasarını azaltmak, için bariyer etkili bir ürünle, deri aşırı neme maruz kalmaktan korunmalıdır.

10. Yaşlılarda banyo yaparken cildin kurumasını önlemek için sıcak su ve sabun kullanımından kaçınılmalıdır. Deriyi en az tahriş eden, kurutmayan cilt pH'ına uygun temizleyiciler ve ılık su kullanılmalıdır. Deri bastırılmadan nazikçe temizlenmeli ve yumuşak bir havlu ile tamponize edilerek kurutulmalıdır.

11. Sürtünme ve yırtılmayı önlemek için yatak çarşaflarının kırışıksız, temiz ve kuru olmasına ve yatağın içinde yabancı madde olmamasına dikkat edilmelidir.

12. İnkontinans, terleme veya yara drenajı gibi ıslanmaya neden olabilecek faktörler belirlenmelidir.

13. İdrar inkontinansını önlemek için tuvalet alışkanlığı oluşturulmalıdır. Her iki saatte bir, yemeklerden sonra veya her döndürme öncesinde hastaya sürgü / ördek verilmesi önemlidir.

14. İnkontinansı olan bireylerde cilt nemden korunmalı ve emici pedler kullanılmalıdır. İnkontinanstan sonra perine temizliği hemen yapılmalı, cilt nemli bırakılmamalıdır.

15. Hastalarda pamuklu, hava geçiren ve emici kıyafetler tercih edilmelidir.

3. Beslenme: (3-5,10,16)

Beslenme sağlıklı deri ve dokuların devamı için oldukça önemlidir. Çalışmalar beslenme ve basınç ülseri gelişimi arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Palyatif bakımda, beslenme basınç ülseri gelişimi için major bir risk faktörü olabilir.

1. Basınç ülseri riski bulunan tüm hastalar beslenme durumları açısından taranmalı ve değerlendirilmelidir.

2. Hastaların beslenme durumuna yönelik taramalarda, hem hasta hem de sağlık alanında çalışan profesyonel kişiler tarafından kabul edilebilir, hızlı ve kolay kullanılabilir, geçerli, güvenilir ve pratik bir araç kullanılmalıdır. Subjektif Global Değerlendirme veya Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Kısa Form kullanılabilir.

3. Basınç ülseri riski bulunan ve beslenme sorunu olan hastalarda, enteral beslenme ve hidrasyon için uygun kanıta dayalı kılavuzlar kullanılmalıdır.

4. Beslenme riski ve basınç ülseri riski bulunan tüm bireylerin, günde 1,25-1,5g/kg/gün protein ve kalori başına 1 ml sıvı alımı ile birlikte 1 kg vücut ağırlığına en az 30-35 kcal almasını sağlanmalıdır.

5. Palyatif bakımda, hastanın istediği sıvıları ve yiyecekleri yemesine izin verilmelidir. Hastaya gün içinde birkaç kez az miktarlarda yemek verilmelidir.

6. Palyatif bakım alan tüm hastalarda beslenme desteği sağlanamayabilir, ancak hasta tolere edebiliyorsa bakımı sürdürmek için besin desteklerine devam edilmelidir. Palyatif bakımım amacı hastanın konforunu sağlamak ve semptomları azaltmaktır. Bu nedenle; beslenme desteği hastaya konfor sağlayacaksa ve hasta, aile ve bakım vericiler tarafından kabul ediliyorsa beslenme desteğine ve palyatif yara bakımına başlamak daha uygundur. Eğer her türlü yoldan uygulanan beslenme desteği hastanın rahatsızlığını arttırıyorsa veya hastanın prognozunun kötü ve hızlı olacağı bekleniyorsa, beslenme desteği düşünülmemelidir ve palyatif yara bakımı uygun değildir.

Basıncın Yeniden Dağıtılması: (2-5,10,16)

Basıncı yeniden dağıtmak amacıyla uygulanan döndürme basınç ülserlerinin önlenmesinde altın standarttır. Ancak, döndürme bazı hastalarda çok faydalı olabilirken, terminal dönem hastalarında zararlı olabilir veya hasta için korkutucu olabilir. Palyatif bakım alan

birçok hasta konforu için tek bir pozisyonu tercih ettiği ve bu hastalarda döndürme ve pozisyon vermenin bazen sadece ağrı, rahatsızlık ve sıkıntıyı arttırabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

1. Hastanın çevrilme ve pozisyon değiştirme çizelgesi, bireyin hedefleri ve tercihleri, mevcut klinik durum ve eşlik eden hastalıklarına göre, tıbbi olarak uygunsa bireyselleştirilmeli ve esnek bir pozisyon değiştirme şeması yapılmalıdır.

2. Deride sürtünme ve yırtılma kuvvetlerinin etkisini önlemek için transfer destek araçları kullanılmalı; pozisyon verirken hasta sürüklenmemeli, kaldırılarak pozisyon verilmelidir.

3. Hareketle önemli düzeyde ağrı oluşan hastalarda, pozisyonu değiştirmeden 20-30 dakika önce ilaç uygulanmalıdır.

4. Bireye pozisyon değiştirmenin gerekçeleri açıklanmalıdır. Pozisyon verdikten sonra bireyin "rahat pozisyon"da olup olmadığı gözlenmelidir.

5. Konfor, yaşamın son döneminde olan ya da yalnızca bir pozisyonda konforlu olabileceği bir durumda bulunan hastalarda oldukça önemli olup, önleme ve yara bakımının yerine geçebilir.

6. Palyatif bakım alan ve viskoelastik köpük gibi basıncı yeniden dağıtan bir şilte üzerinde yatan hastaya en az 4 saatte bir, standart bir şilte üzerinde yatan bir hastaya ise en az 2 saatte bir pozisyon verilmelidir.

7. Drenaj sistemleri, tüpler ya da kateterler gibi tıbbi cihaz ve araçların basınç oluşturacağı şekilde pozisyon verilmemelidir.

8. Hastaya, basmakla solmayan kızarıklık bulunan kemik çıkıntılar üzerine baskı oluşturacak şekilde pozisyon verilmemelidir.

9. Hastaya 30 derece yan yatış pozisyonu verilmelidir (Pozisyon değiştirirken ardışık olarak sağ yan, sırtüstü, sol yan şeklinde pozisyon verilebilir). Eğer hasta tolere edebiliyorsa ve tıbbi durumu uygunsa yüzükoyun (prone) pozisyona getirilmelidir. Hastada, 90^0 yan çevirme ya da yarı oturma pozisyonu gibi basıncı artıran pozisyonlardan kaçınılmalıdır.

10. Basınca özellikle duyarlı olan sakrum, dirsekler ve büyük torakanter korunmalıdır.

11. Eğer hastanın yatakta oturması gerekiyorsa, sakrum ve koksikste basınç ve yırtılma kuvvetlerini artıran yatak başını yükseltme veya dayanarak oturma pozisyonlarından kaçınılmalıdır.

12. Yatakta kaymayı önlemek ve verilen pozisyonu devam ettirmek için ayak tahtaları kullanılmalı ve diz yastıklarla desteklenmelidir.

13. Hastanın ayaklarının yere yetişmemesi durumunda topukları, bir tabure ya da ayak desteğinin üzerine yerleştirilmelidir.

14. Topuk derisi düzenli olarak gözlenmeli, topukların yatak yüzeyine değmesi önlenmeli ve topuklar koruyucu araçlar kullanılarak elevasyona alınmalıdır. Ayrıca dizler hafifçe fleksiyonda olmalıdır. Baldırların altına bir yastık koyarak topukların kaldırılması sağlanmalıdır.

15. Oturan hastalarda kemik çıkıntılar üzerindeki basıncı yeniden dağıtan ve hastanın konforunu arttıran bir oturma minderi kullanılmalıdır. Basıncı azaltıcı herhangi bir önlem alınmaması durumunda, hastanın sandalyede oturma süresi sınırlanmalıdır (en fazla 15 dk). Doku perfüzyonunu sağlamak için, sandalye ya da tekerlekli sandalyeye bağımlı hastaların her saat 15 dakikada bir ağırlığını hafifçe bir tarafa kaydırarak pozisyonu değiştirilmelidir.

16. Basınç ülseri gelişme riski olan hastanın bakımına katılan tüm sağlık profesyonelleri ve aile üyelerine basınç ülserlerini önlemede pozisyon değiştirmenin önemi ile ilgili eğitim verilmelidir.

11.3.7. BASINÇ ÜLSERİNİN YÖNETİMİ

A- DEĞERLENDİRME

Basınç ülseri olan hastanın palyatif bakım planını oluşturmada kapsamlı değerlendirilme önemlidir. Kapsamlı değerlendirme, hastanın ve basınç ülserinin (yara durumu ve şiddeti) değerlendirilmesini içermektedir (10).

1. Hasta Değerlendirmesi:

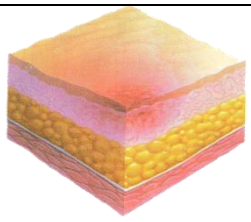
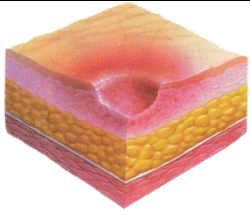
Basınç ülseri bulunan hastadan ayrıntılı bir tıbbi öykü alınır, fizik muayene yapılır ve gerektiğinde laboratuvar testleri ve radyolojik incelemeler yapılır. Hastanın ve ailesinin bakım hedefleri, beslenmesi, komorbidite varlığı, iyileşmeyi etkileyebilecek faktörler, başka bir basınç ülseri gelişme riski, psikolojik sağlık durumu, fonksiyonel kapasitesi, basınç azaltan manevralara katılma durumu değerlendirilir (4,5,10).

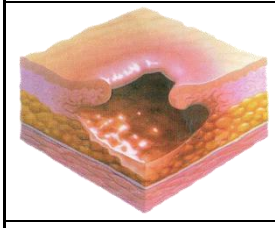
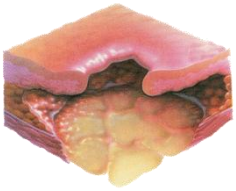
2. Basınç Ülserlerinin Değerlendirilmesi:

Basınç ülseri ilk kez görüldüğünde ilk değerlendirme yapılmalı ve ülser haftada en az bir kere değerlendirilmelidir. Değerlendirmede; yaranın evresi, lokalizasyonu, boyutu, yara yatağı ve yara çevresinin durumu, cepheleşme, tünelleşme, nekrotik doku, eksuda ve koku varlığı gibi fiziksel özellikler göz önünde bulundurulur. Basınç ülserleri doku hasarının derinliğine bağlı olarak evrelendirilmektedir. Uluslararası NPUAP-EPUAP sınıflama sistemi doku hasarının derinliğini belirlemede yaygın olarak kullanılmakta ve basınç ülserleri 4 evrede sınıflanmaktadır (Tablo 1). Her iki tavsiye panelinde de (EPUAP ve NPUAP) 2007 yılında derin doku hasarı ve evrelendirilemeyen basınç yaralarına dikkat çekilmekte ve yanlış evrelemeden kaçınılması vurgulanmaktadır (4,5,10,11,16).

Basınç Yarası İyileşme Ölçeği (PUSH) ya da Bates-Jensen Yara Değerlendirme Ölçeği (BWAT) kullanılarak yara iyileşmesi durumu da değerlendirilmelidir. Basınç ülserlerinde 2 hafta içerisinde beklenen iyileşme belirtisi görülmez ise, hastanın durumu ve basınç ülseri tedavi planı tekrar değerlendirilmelidir (4,5).

Tablo 1. Basınç Ülseri Sınıflaması (2-5,16)

	Evre
	**Evre 1:** Deri bütünlüğü bozulmamıştır. Genellikle, bir kemik çıkıntı üzerindeki lokal bir alanda basmakla solmayan kızarıklık vardır. Koyu renkli deride beyazlama görülmeyebilir; buranın rengi çevredeki dokudan farklı olabilir. Kişinin "risk altında" olduğu belirtilebilir (az 2).
	**Evre 2:** Deri tabakasında kısmi kayıp vardır. Deride kabuk olmaksızın, yara yatağının kırmızı-pembe olduğu yüzeysel bir ülser vardır. Bu alanda, sağlam ya da açılmış içi serum dolu kabarcıklar da görülebilir. Deri travmaları, medikal bant yaraları, inkontinans ile ilişkili dermatit, maserasyon ya da sıyrılma hasarını tanımlamak

	için kullanılır.
	**Evre 3:** Tüm tabakalardaki doku kaybıdır. Derialtı yağ dokusu görülebilir, ancak kemik, tendon ya da kas dokusu görünmez. Ölü doku olabilir, ancak doku kaybının derinliği belirgin değildir. Aşağı doğru çukurlaşma ve tünel olabilir.
	**Evre 4:** Kemik, tendon ve kas dokusunu da içine alan bütün tabakalarda doku kaybı vardır. Yara yatağının bazı bölümlerinde kabuklanma veya ölü doku olabilir. Sıklıkla, yaranın altında ölü boşluk ve tünel vardır. IV. evre ülserler, muhtemelen osteomyelit ya da osteitin oluştuğu, kas ve/veya destek yapılara kadar yayılabilir. Yara içinde etkilenmiş olan kemik / kas dokusu görülebilir ya da doğrudan palpe edilebilir.
	Evrelendirilemeyen: Tüm tabakalarda doku kaybı vardır. Ülser yatağı kabuk (sarı, bronz, gri, yeşil ya da kahverengi) ve / veya eskarla (bronz, kahverengi veya siyah) kaplıdır. Yara yatağına ulaşmak için yeterli miktarda nekrotik doku ve / veya eskarlar temizleninceye kadar gerçek derinlik saptanamaz.
	Şüpheli derin doku yaralanması derinliği bilinmeyen: Bütünlüğü bozulmamış deride rengi değişmiş lokalize mor ya da koyu kızıl kahverengi bir bölgenin olması veya basınç ve / veya sürtünmenin yumuşak doku altında oluşturduğu hasar nedeniyle içi kan dolu kabarcıklar olmasıdır. Çevre dokularla karşılaştırıldığında, bu bölge daha ağrılı, sert, yumuşak, sıcak veya soğuk olabilir.

B- BASINÇ ÜLSERLERİNİN TEDAVİSİ

Basınç ülserinin yönetimi klinik uygulama rehberlerine göre yapılmalıdır. NPUAP revize basınç ülseri klinik uygulama rehberinde palyatif bakım hastalarında basınç ülseri yönetimi ve ağrı yönetimi konularına da yer verilmiştir (Tablo 2) (10). Uygulanan tedavinin gerçekçi olması ve hasta ve bakımvericiler tarafından kabul edilmesi oldukça önemlidir. Eğer tedavi hastanın yaşam kalitesini geliştirmiyorsa ve iyilik halini arttırmıyorsa, tekrar gözden geçirilmelidir. Palyatif bakımda ülser bakımının amacı ülserin iyileşmesi değil, semptomların kontrol altına alınmasıdır (5). Palyatif bakım hastalarında; bireyin konforu açısından; ağrı yönetimi, enfeksiyon ve koku kontrolü ve eksuda yönetimi üzerinde durulması gereken konulardır (4).

Tablo 2. NPUAP Palyatif Bakım Basınç Ülseri Rehberi (10)

1. Geçerli bir risk değerlendirme aracı ile yeni basınç ülseri gelişme riski değerlendirilir. 2. Bireyin tercihlerine göre periyodik aralıklarla hastaya pozisyon verilir. 3. Hastanın durumu ve tercihlerine uygun olarak yeterli beslenmesi ve hidrasyonu sağlanır. 4. Mümkün olduğunca deri bütünlüğü devam ettirilir. 5. Bireyin değerleri ve amaçlarına uygun olarak tedavi hedefleri oluşturulur. 6. Palyatif bakımda amaç hastanın yaşam kalitesini geliştirmektir, basınç ülserinin kapanması değildir. 7. İlk / başlangıç değerlendirmesi yapılır. 8. Basınç ülseri hasta ile ilk karşılaşıldığında ve haftalık olarak değerlendirilir ve bulgular kaydedilir. Her pansuman değişiminde basınç ülseri, yaranın iyileşmesi/kötüleşmesi, eksudanın azalması/artması, enfeksiyon belirtileri açısından gözlenir 9. Basınç ülserinin hasta ve ailenin yaşam kalitesine etkisi değerlendirilir. 10. Basınç ülserinin tedavisi sağlanır. 11. Yaradaki kokunun kontrolü sağlanır. 12. Basınç ülseri veya basınç ülseri tedavisi ile ilişkili ağrı değerlendirilir.

Enfeksiyon ve Koku Yönetimi (4,5,10,16):

Açık yaralarda mikroorganizmalar kolonize olur. Çoğu durumda, yeterli debridman ve yaranın temizlenmesi ile bakteriyal kolonizasyon ve enfeksiyon önlenmektedir. Enfeksiyonun önlenmesi palyatif bakım hastalarında önemli amaçlardan birisidir. Bunun için:

1. Her pansuman değişiminde yara, serum fizyolojik ya da toksik olmayan bir solüsyonla temizlenmelidir. Böylece koku kontrolü sağlanır ve yaranın zarar görmesi önlenir.

2. Enfeksiyon ve koku kontrolü için ülserdeki ölü dokular debride edilmelidir. Debridman, enfeksiyon ve inflamasyonu azaltmak, koku kontrolünü sağlamak ve hastanın konforunu arttırmak için ülserdeki nekrotik dokuları uzaklaştırma işlemidir.

3. Eğer uygunsa nekrotik dokuların debridmanında konservatif, otolitik debridman kullanılmalıdır.

4. Hastanın durumuna uygun ve bakımın amaçlarıyla uyumlu ise, basınç ülserlerinin yara yatağı ya da yara kenarlarındaki ölü doku debride edilmelidir.

5. Kolayca kanayan frajil dokularda cerrahi debridmandan kaçınılmalıdır.

Koku kontrolünü sağlamak için: Koku, bakterilerin çoğalmasından ve nekrotik dokulardan kaynaklanmaktadır. Yarada kokuya neden olan en yaygın mikroorganizmalar anaerobik ve enteral (ör: enterokoklar, Escherichia coli) mikroorganizmalardır.

1. Ülserdeki cansız dokular çıkartılmalı, ülser ve yara çevresindeki doku temizlenmelidir.

2. Komordid durumlar, beslenme durumu, ülserin nedeni, nekrtotik doku varlığı, eksuda varlığı ve tipi gibi bireye ve ülsere ait özellikler değerlendirilmelidir.

3. Ülser, yara enfeksiyonu bulguları açısından değerlendirilmelidir (Ağrıda artma, hassasiyet, ödem, solukluk, koyu renkli granülasyon dokusu, çok kötü koku ve yarada bozulma, yara yatağında cep oluşması ya da iyileşmenin gecikmesi).

4. Tanı konulmuş enfeksiyonu ya da şüpheli kritik kolonizasyonu kontrol altına almak için uygunsa antimikrobiyal ajanlar kullanılmalıdır.

5. Koku kontrolünde, doğru seyreltilmiş aseptik solusyonlar sınırlı bir süre kullanılmalıdır.

6. Anaerobik bakteriler ve protozoal enfeksiyonlara bağlı olan basınç ülserlerinin kokusunu etkili bir biçimde kontrol altına almak için topikal metranidazol jel, parenteral metranidazol veya yara kraterinin içine ezilmiş metranidazol tabletlerin (250 mg) kullanımını göz önünde bulundurulmalıdır.

7. Gümüş kadeksomer iyot, tıbbi bal gibi antimikrobiyel ajan emdirilmiş yara örtüleri bakteriyel yükün ve kokunun kontrolüne yardımcı olmak üzere, kullanımı göz önünde bulundurulmalıdır.

8. Kokuyu kontrol altına almak için kömür ya da aktif kömürlü yara örtüsü kullanımı göz önünde bulundurulmalıdır.

9. Oda için eksternal koku emicileri kullanma göz önünde bulundurulmalıdır (ör: aktif kömür, kedi otu, sirke, vanilya, kahve çekirdeği veya yanan mum)

Eksüda Yönetimi ve Yara Örtüleri (4,5)

Eksüda yönetiminde, optimal bir yara örtüsü, vücudun kendi temizleme sürecini harekete geçirir ve böylece temiz bir yara ortamı oluşmasını sağlar.

1. Mevcut eksudayı absorbe edebilen, kokuyu kontrol altına alabilen, yara çevresindeki dokuyu kuru tutan ve ülserin kurumasını önleyen bir yara örtüsü seçilmelidir.

2. Yara iyileşmesi için nemli ortam sağlayan ve hasta için konforlu olan bir yara örtüsü kullanılmalıdır.

3. Yara bakımı ile ilişkili konforu arttırmak için uzun süre yerinde kalabilecek yara örtüleri kullanılmalıdır.

4. Biyolojik yükü ve kokuyu kontrol altına almak için antimikrobiyal özellikte bir yara örtüsü kullanımı göz önünde bulundurulmalıdır.

5. Ağrılı ülserleri rahatlatmak amacıyla hidrojel kullanımı göz önünde bulundurulmalıdır.

6. Aşırı eksudayı kontrol altına almak ve değiştirme zamanını uzatmak amacıyla köpük ya da aljinat kullanımı göz önünde bulundurulmalıdır.

7. Eksuda kontolünü sağlamak ve temizlemek amacıyla polimerik membran kullanımı göz önünde bulundurulmalıdır.

8. Pansumanın çıkartılmasına bağlı ağrıyı azaltmak için silikon yara örtülerinin kullanımı göz önünde bulundurulmalıdır.

9. Bariyer etkili ürünler ya da yara örtüsü kullanarak yara çevresindeki deri korunmalıdır.

Ağrı Yönetimi:

Basınç ülserleri genellikle ağrılıdır. 15 çalışmanın incelendiği sistematik bir derlemede; basınç ülserlerinde ağrının oldukça fazla oranda görüldüğü ve hastaların tüm yaşamlarını etkilediği belirtilmiştir (5). Basınç ülseri veya basınç ülseri tedavisine bağlı oluşan ağrının değerlendirilmesi ve tedavisi gereklidir.

Ağrının değerlendirilmesi: Basınç ülseri veya basınç ülseri tedavisi ile ilişkili ağrının objektif ve subjektif olarak değerlendirilmesi önemlidir. İletişim kurulabilen hastalarda sayısal skala, VAS veya yüz skalaları kullanılabilir. Ağrısını sözel olarak ifade edemeyen hastalarda beden dili ve davranışsal belirtiler gözlenmelidir (5,10). Ağrı değerlendirmesi her nöbet değişiminde, pansuman değişimlerinde ve hastanın durumu ile ilgili değişiklik olduğunda yapılmalıdır (4).

Ağrı tedavisi: Ağrı yönetimi basınç ülserlerinin tedavi planına dahil edilmelidir. Etkili ağrı yönetimi ile yaşam kalitesinin geliştirilmesi palyatif bakımın amaçlarından birisidir (5).

1. Basınç ülserleri için sistemik ağrı tedavisi sağlanmalıdır.

2. Eğer tedavi planı uygunsa, pansuman değişimi ya da uygulanan işlemlerden 30 dakika önce ve sonra opioid ve / veya steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar kullanılabilir.

3. İbuprofen emdirilmiş yara örtüleri erişkinlerdeki basınç ülseri ağrısını azaltmaya yardımcı olabilir; ancak bu ürünler her ülkede bulunmamaktadır.

4. Lidokain preparatları basınç ülseri ağrısının azalmasına yardımcı olabilir.

5. Diamofin hidrojel kullanımı, palyatif bakımın yapıldığı ortamlarda açık basınç ülserleri için etkili bir analjezik tedavi yöntemidir.

6. Sık pansuman değişimine bağlı görülen ağrıyı azaltmak için kullanım süresi uzun olan yara örtüleri seçilmelidir.

7. Basınç ülseri olan bir hastada, müzik, gevşeme, pozisyon değişikliği, meditasyon, hayal kurma ve TENS bazen yararlı olabilir (4,5).

KAYNAKLAR:

1. Karadağ A (2003). Basınç ülserleri: Değerlendirme, önleme ve tedavi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003;7(2):41-6.
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. URL: http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf. Erişim tarihi: 12.11.2014.
3. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. (Çev. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği). Basınç Ülserlerini Önleme: Hızlı Başvuru Kılavuzu, Aralık 2010, Ankara. URL: http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Turkish.pdf Erişim tarihi: 11.11.2014.
4. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. (Çev. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği). Basınç Ülserlerinin Tedavisi: Hızlı Başvuru Klavuzu, Aralık 2010, Ankara. URL: http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Treatment_in_Turkish.pdf Erişim tarihi: 2.11.2014.
5. Langemo DK, Black J (2010). National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcers in individuals receiving palliative care: a National Pressure Ulcer Advisory Panel white paper", Advanced Skin Wound Care, 2010;23(2):59-72.
6. Burt T (2013). Palliative care of pressure ulcers in long-term care. Annals of Long-Term Care, 2013;21:3.
7. Brink P, Smith TF, Linkewich (2006). Factors associated with pressure ulcers in palliative home care. Journal of Palliative Medicine, 2006;9(6):1369-75.
8. Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, et al (2010). Pressure ulcers in cancer palliative care patients. Palliative Medicine, 2010;24(7):669-73.
9. Langemo DK (2006). When the goal is palliative care. Advanced Skin Wound Care, 2006;19(3):148-54.
10. Bates-Jensen B (2010). Skin disorder: Pressure Ulcers-prevention and management Oxford Textbook of Palliative Nursing. Editör: Ferrell BR, Coyle N. Oxford University Press.
11. Anders J, Heinemann A, Leffmann C, et al (2010). Decubitus ulcers pathophysiology and primary prevention. Deutsches Aerzteblatt International. 2010;107(21):371-81; quiz 382.
12. Uzun O (2010). Cerrahi hastalarda basınç ülserlerinin incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010;5(15):113-27.
13. Chaplin J (2000). Pressure sore risk assessment in palliative care. The Journal of Tissue Viability, 2000;10(1):27-31.
14. Hanson DS, Langemo D, Olson B, et al (1994). Evaluation of pressure ulcer prevalence rates for hospice patients post-implementation of pressure ulcer protocols. American Journal of Hospice and Palliative Care, 1994;11(6):14-9.
15. Moore Z, Cowman S (2012). Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the Republic of Ireland, Journal of Clinical Nursing, 2012;21(3-4):362-71.
16. White DA (2008). Skin lesions. Palliative Practices from A-Z for the Bedside Clinician. Editör: Esper P, Kuebler KK. Pittsburgh: Oncology Nursing Society

11.4. DİYABETİK AYAK BAKIMI

Yrd. Doç. Dr. Gülay OYUR ÇELİK[1] , Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM[2]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD
[2]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD

11.4.1. GİRİŞ

Palyatif bakım sürecinde bakımın kalitesi enfeksiyonun önlenmesine ve iyi bir deri bakımına dayanmaktadır. Kullanılan kemoterapotik ilaçlar metabolik bozukluklara yol açabilmektedir. Diyabet bu metabolik bozukluklar içinde yer alan bir hastalıktır. İlaçların yan etkisine bağlı olarak ortaya çıkabildiği gibi özelliklede diyabete yatkın kişilerde de bu süreç hızlanmaktadır. Diyabette enfeksiyonu önlemek için gerekli özeni gösterecek bakımı sağlamak gerekir. En riskli ve bakım gerektiren, enfeksiyonun önlenmesinde aktif rol oynayan bakım ayak bakımıdır. Enfeksiyonu önlemek ya da oluşan yaranın iyileşmesini sağlamak amacı ile bakımı planlamak gerekir.

Diyabetli bir bireye bakım verirken öncelik hiç yara açılmamasını sağlamaktır. Böylece enfeksiyon riskini en aza indirilmiş olur. Şayet yara açılmış ise bakımı yaparken enfeksiyon odaklarını ortadan kaldırmaya, yaranın iyileştirilmesine yönelik girişimleri uygulamak gerekecektir. Bu nedenle diyabetik ayak bakımını iki ana unsurda inceleyeceğiz;

1. Yara açılmamış diyabetli hastada ayak bakımı
2. Yara açılmış diyabetli hastada ayak bakımı

11.4.2. YARA AÇILMAMIŞ DİYABETLİ HASTADA AYAK BAKIMI

Diyabetli bireyde yara açılmasını önlemek en önemli unsurdur. Bu nedenle diyabetli hastayı enfeksiyon ve travmalardan korumak gerekir. Diyabete bağlı gelişebilecek komplikasyonları ortadan kaldırmak için ayak bütünlüğünün korunmasının sağlanması ve bu bütünlüğün bozulmasından dolayı oluşabilecek sorunların (ödem, renk değişikliği, ısı artışı, duyu kaybı gibi) bakım verenler tarafından saptanması gereklidir. Ayak derisinin kuruma, çatlama, enflamasyon, kızarma yönünden gözlenmesi, ayakta yeterli dolaşımın olup olmadığının kontrol edilmesi, ayağın kemik ya da kas yapısının kontrol edilmesi, ayak biçimi ve tırnakların değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Ayak yarasının oluşmasının engellenmesi çok önemlidir. İyi bakım sağlanamadığında buna bağlı olarak diyabetli hastalarda ayak ampütasyonları yapılmak durumunda kalınabilir. Böyle bir durumla karşı karşıya kalınması ciddi sonuçlar ortaya çıkmasını sağlarken, hastada psikolojik etkiler oluşmasına da neden olur.

Diyabetli hastalarının kan şekerleri takip altında tutulmalıdır (açlık: 140 mg/ dl, tokluk: 180 mg/dl arasında). Bu hastaların ayak muayenelerini, en az yılda bir kez olmak üzere düzenli bir şekilde yaptırmaları sağlanmalıdır. Ayak sağlıklarında oluşan herhangi bir değişikliği hemen hekim/hemşiresine bildirmeleri hatırlatılmalıdır. Diyabetli hastalara ayak bakımının önemi anlatılmalı ve ayak bakımını günlük olarak yapmaları öğretilmelidir.

Ayak derilerinde nasır, kızarıklık, çatlak, ülser, koku, ağrı, ödem, nabız, ısı değişikliği kontrolleri yapılmalıdır.

Özellikle duyu kontrolü yapılmalıdır; bireyin gözleri kapalı iken, ayak parmak uçlarına, tabanına, topuğa ve metatars başına kalem ucu ile bastırılarak hissedip hissetmediği sorularak yapılır.

Tırnakların, kalınlaşıp kalınlaşmadığına, sertlik olup olmadığına, içe doğru kıvrılıp kıvrılmadığına bakılmalıdır.

Eklemlerin deformitesinin olup olmadığı, herhangi bir yerde kemik çıkıntının oluşup oluşmadığı kontrol edilmelidir.

Şekil değişiklikleri kontrol edilmelidir. Bu kontroller her 24 saate bir yapılmalıdır. Şekil değişiklikleri Wagner Sınıflamasına göre yapılmalıdır.

Tablo 1. Diyabetik Hastada Ayak Yarası Tanılama Rehberi (WAGNER Sınıflaması) (3, 7, 9, 12)

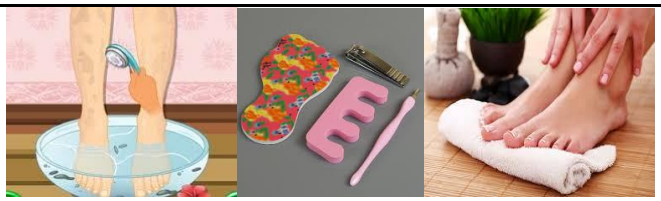
Derece	**Girişim**
Derece 0: Yüksek riskli grup. Ülser yok.	Diyabetik hastada ayak bakım (yara açılmış) standardı uygulanır.
Derece 1: Yüzeyel ülser	1. Hasta birey kesin yatak istirahatına alınır. 2. Diyabetik hastada ayak bakım (yara açılmış) standardı uygulanır.
Derece 2: Tendon, kemik veya mafsala kadar penetre ülser	1. Hasta birey yatak istirahatine alınır. 2. Düzenlenen tedavi uygulanır. **3.** Hekim işbirliği ile debritman yapılır.
Derece 3: Derin abse ve osteomyelit.	Düzenlenen osteomyelit tedavisi uygulanır.
Derece 4: Lokalize gangren	Düzenlenen tedavi uygulanır
Derece 5: Büyük amputasyon gerektiren geniş gangren	1. Preoperatif hazırlık yapılır. **2.** Postoperatif bakım yapılır

Akçay P,ve ark.,Ünsal Avdal E, 2014, s. 196 "Diyabetik hastada ayak bakımı", Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark., Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir

Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

1. Diyabet tanılı hastanın diyabetli olduğunu kabullendirici eğitimi alması ve bakıma katılımı sağlanmalıdır.
2. Hasta ya da bakım veren tarafından ayak; görüntü, koku, kızarıklık, dolaşım, yara açısından her gün mutlaka gözlenmeli ve kayıt edilmelidir.
3. Ayakkabılar ayağı sıkmamalı, geniş burunlu olmalı, önü açık ve yüksek topuklu ayakkabılar kullanılmamalı, iç tabanlığı eskimemiş, deri ya da süetten yapılan ayakkabılar tercih edilmelidir.
4. Yeni ayakkabı alınırken ayakların şiş olduğu öğleden sonra tercih edilmeli, yeni alınan ayakkabı iki haftalık alıştırma programı ile giyilmeli, ayaktaki basınç noktalarının değişmesi amacıyla bir günde farklı iki ayakkabı giyilmelidir.
5. Ayakkabılar giyilmeden önce içi kontrol edilip, giyilmelidir.
6. Çoraplar her gün değiştirilmeli, çoraplar her zaman temiz olmalı ve ayağı sıkmamalıdır.
7. Çorapların dikişi dışarıda, tercihen dikişsiz olmalıdır.
8. Çıplak ayakla kesinlikle yürünmemelidir.
9. Ayağı ısıtmak için termofor, soba ya da elektrikli ısıtıcılar yanık açısından riskilidir, kullanılmamalıdır.
10. Ayak tırnakları düz kesilmeli, kenarları yuvarlatılmamalı ve derin kesilmemelidir. Ayrıca tırnaklar dikkatlice düz olarak törpüleyerek kısaltılmalıdır.
11. Ayaklar her gün mutlaka yıkanmalı, parmak araları tampon şeklinde iyice kurulanmalı, ayak ıslak iken yağlı krem sürülmelidir.
12. Nasırlı ayak ılık sabunlu su içinde bekletilip, yumuşatıldıktan sonra ayak törpülenmeli ya da ponza taşı ile temizlenmelidir. Nasırlar kesinlikle kesilmemelidir.
13. Parmaklarda pençeleşme varsa, eklem sertliği oluşmaması için masaj uygulanmalıdır.
14. Ayak çatlakları geliştiğinde, enfeksiyon riski değerlendirilmelidir.
15. Kuru ayak derisi losyonlarla nemlendirilmelidir.
16. Çarşaflar pamuk ve yün içermeli ve günlük olarak değiştirilmelidir.
17. His kaybı (nöropati) ve görme bozukluğu (retinopati) olan hastaların, diğerlerine oranla daha çok taşıdığı bilinmeli ve bu hastaların yakınlarının eğitimi sağlanmalıdır.
18. Hastaya sigara kullanmaması ve riskleri hakkında bilgi verilmelidir.
19. Diyabette alkol kullanımı nöropatinin ağırlaşmasına ve erken yaşlarda görülmesine neden olduğundan alkol kullanmaması söylenmelidir.
20. Dolaşımı geliştirmek için egzersiz yapılmalı, otururken dolaşımı engellememek için bacak bacak üstüne atmaması konusunda bilgi verilmelidir.
21. Hastaya uzun yürüyüşlerden kaçınması önerilmelidir.
22. Ayak bakımı ve önemi konusunda hasta ve ailesine eğitim verilmelidir.

Bakımında Kullanılacak Malzemeler

1. Küvet içinde ılık su 2. Sabun, sabunlama bezi 3. Havlu 4. Vazelin 5. Tırnak makası, törpüsü 6. Ponza taşı	 **Resim 1:** Ayak Bakım Malzemeleri Kaynak: https://www.google.com.tr/search?q=kuaför+ayak+bakım&biw

İşlem Süresince Dikkate Alınması Gerekenler;

1. El yıkanır.

2. Diyabetli hasta ve ailesine işlem ve işlemin amacı anlatılır.

3. Eldiven giyilir.

4. Ayak derisi kızarıklık, morluk, renk değişikliği, yara, çatlak, kabarcık, nasır yönünden tırnaklar batma yönünden değerlendirilir.

5. Ayaklar ılık suda 5- 10 dakika bekletilir. Ayak tırnakları kalınlaşmış ve sert görünümlü ise yumuşaması sağlandıktan sonra dikkatlice düz olarak törpülenerek kısaltılır.

6. Tahriş etmeden ponza taşı / topuk törpüsü ile ayak tabanı ovulur.

7. Ayaklar her gün ılık su ve sabunla yıkanır ve özellikle parmak aralarının temizliğine dikkat edilir.

8. Ayaklar bol su ile durulanır, deride sabun artığı kalmamalıdır.

9. Ayaklar çok iyi kurulanır ve ayak için özel, sert olmayan, cildi tahriş etmeyen bir havluyla özellikle parmak araları iyice kurulanır.

10. Ayaklar vazelin veya nemlendirici krem ile kremlenir (Parmak aralarında mantar oluşmasına sebep olacağı göz önünde bulundurularak krem sürülmemelidir).

11. Hastanın işleme katılması sağlanır ve bundan sonraki takibi ve günlük bakımı öğretilir.

12. Eller yıkanarak işlem sonlandırılır.

11.4.3. YARA AÇILMIŞ DİYABETLİ HASTADA AYAK BAKIMI

Yara açılmış diyabetik ayakta diyabete bağlı gelişebilecek enfeksiyonların giderilmesi önemlidir. Bozulan deri bütünlüğünün, yaranın iyileşmesinin sağlanması, komplikasyonların en aza indirgenmesi ve yeni bir yara oluşumunun engellenmesi için gerekli girişimler uygulanmalıdır. Hastaya ve yakınlarına evde kişisel bakım için uygun eğitim verilmelidir.

Hijyen eksikliği, kendi kendine yetersiz izleme ve muayene gibi bazı risk faktörleri diyabetli hastanın eğitimi ile engellenebilir. Yaranın sınıflaması Wagner Sınıflaması ile yapılmalıdır. Yara hakkında anamnez almak ve yara çapını ölçmek, yara iyileşmesini değerlendirmekte kolaylık sağlar. Yara iyileşmesi üzerine etkisi nedeniyle hastaların kan şekerinin kontrol altında olması gereklidir.

Ayağın kokusu, görüntüsü, yara derinliği ve alanı ile vasküler dolaşımı günlük olarak gözlemlenmelidir.

Açılmış yara travmalardan korunmalıdır. Geniş debridman gerekiyorsa, yara alanına basınç uygulanarak boşaltılmalı, yara yerine ıslak / nemli pansumanlar kullanılmalıdır. Yara yerinden alınan kültür sonucuna göre antibiyotik kullanımı iyileşmeyi hızlandırır.

Hiperbarik oksijen tedavisi diyabetli hastaların amputasyon riskini azaltmakta ve yaranın bir yıl içinde iyileşmesini sağlayabilmektedir. Diyabetli hasta bilgilendirilerek bakıma katılımı sağlanmalıdır.

Resim 2: Çeşitli Derecelerdeki Diyabetik Ayak Yaraları
Kaynak: https://www.google.com.tr/search?q=kuaför+ayak+bakım&biw

Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

1. Yara ve akıntının olduğu bölgeye elle direkt temas edilmemeli ve sterilizasyona dikkat edilmelidir.
2. Hastanın yarası kirli bir yara ise yara yeri üç gün distile su ile yıkanmalıdır.
3. Yara çevresi povidon iyodin solüsyonu ile silinebilir. Yara içine povidon iyodin solüsyonu kesinlikle kullanılmamalıdır. Yara içi serum fizyolojik ile silinebilir.

4. Yaranın pansuman sıklığı akıntı durumuna göre belirlenir.
5. Hastaya alt ekstremite dolaşımı sağlamak amacıyla egzersiz yapması, otururken bacaklardaki dolaşımı engellememek için bacak bacak üstüne atmaması anlatılmalıdır.
6. Ayakkabılar ve terlikler çorapsız giyilmemelidir. Lastikli çorap veya dikişli çoraplar dolaşımı engeller tercih edilmemelidir.
7. Hastaya her gün çorabını değiştirmesi ve ütülü, pamuklu - yünlü çoraplar tercih etmesi gerektiği bilgisi verilmelidir.
8. Uygun ayakkabı için hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir.

İşlem Süresince Dikkate Alınması Gerekenler;

1. Eller yıkanır.
2. Yaranın kirli olduğu düşünülüyorsa, serum fizyolojik ile yıkanarak işleme başlanır.
3. Steril pansuman seti kullanılır.
4. Tampona önerilen (tercihen serum fizyolojik) antiseptik solüsyon dökülür. Yara ortadan dışa doğru silinir. Hiçbir şekilde aynı noktadan ikinci bir kez geçilmez.
5. Enfeksiyon ve akıntı yok ise, önerilen antiseptik solüsyon ya da serum fizyolojik ile ıslatılıp sıkılmış tamponla kapatılır.
6. Enfeksiyon ve akıntı varsa kuru tamponla kapatılır.
7. Rulo sargı beziyle sıkı olmayacak şekilde yara sarılır, ucu flasterlenir. Flaster hastanın derisine yapıştırılmamalıdır, çünkü deri üzerinde tahrişe neden olarak ikinci bir yaranın açılmasına neden olabilir.
9. Yeni yaraları önlemek için parmak araları ince tamponlarla desteklenir.
10. Yara olmayan yerlere özellikle topuk bölgesine, çatlama ve yeni yara oluşma riski nedeniyle vazelin sürülebilir.
11. Hastanın işleme katılması sağlanır, sonraki takibi ve günlük bakımı öğretilir.
12. Hasta, pansumanın temiz tutulması ve enfeksiyon belirtileri yönünden bilgilendirilmelidir.
13. El yıkanarak işlem sonlandırılır.

KAYNAKLAR:

1. Assessment and Management of Foot Ulcers for People with Diabetes www.rnao.org/ Storage/11/536_BPG_Assessment_Foot_Ulcer.pdf /2012(English).
2. Akça Ay F (2013). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Tıp Kitabevleri, 4. Baskı, s. 335- 343.
3. Akçay P, Ünsal Avdal E (2014). Diyabetik hastada ayak bakımı. Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark. Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir s. 196
4. Akçay P, Ünsal Avdal E (2014). Diyabetik hastada ayak bakımı yara açılmamış. Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark., Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir s. 196
5. CAWC (CanadianAssociation of WoundCare) Excellent websitethat has most current wound care information and resources for all health care professionals including their many courses and workshops. www.cawc.net/2012
6. Chen W, Xu K, Zhang H et al (2008). A comparative study on effect of bacterial load in diabetic foot ulcers dealing with iodophor and rivanol respectively. Chinese Journal of Reparative and Reconstructive Surgery. 2008;May;22(5):567-570
   URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=rivanol++diabetic+foot+wound. Erişim tarihi: 17.07.2014
7. Danış B, Nurülke B, Dindar B (2008). Hemşirelik Bakımında Kalite. Meta Basım ve Matbaacılık, 2. Baskı, İzmir, s. 63-68
8. Diabetes Care Program of Nova Scotia See DCPNS Patient and Provider Foot Care Resources for a complete kit of documents and resources. www.diabetescareprogram.ns.ca/professionals.asp/2012.
9. Indian Health Diabetes Best Practice Foot Care Revised April 2011 This best practice guideline was developed in 2005 for the prevention and management of foot complications in the aboriginal population of the USA. URL:
   http://www.ihs.gov/MedicalPrograms/Diabetes/HomeDocs/Tools/BestPracti-ces/2011_BP_FootCare_508c.pdf/2012 Erişim tarihi: 17.12.2014
10. Kranke P, Bennett M, Roeckl-Wiedmann I et al (2004). Hyperbaric oxygen therapy for chronic wounds. Cochrane Database SystRev. 2004;(2):CD004123
11. McInnes A, Jeffcoate W, Vileikyte L et al (2011). Consensus statement foot care education in patients with diabetes at low risk of complications: a consensus statement. DiabeticMedicine, 2011;28,162–167
12. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3040291/pdf/dme0028-0162.pdf Erişim tarihi: 17.07.2014
13. Odden A (2010). American DiabetesAssociationDiabetes A to Z, What Are You Need To Know About DiabetesSimply Put. Library of CongressCataloging-in-Publication Data, 6th Edition, Virginia, s. 76
14. RNAO (Registered Nurses Association of Ontario) Some Guidelines and Fact sheets are available in French.Reducing foot complications for people with diabetes. URL: www.rnao.org/Storage/33/2735_Reducing_foot_complications_-_final.pdf/2012 Erişim tarihi:13.12.2014
15. RNAO (Registered NursesAssociation of Ontario) Assessment and Management of Venous Leg Ulcers URL: www.rnao.org/Storage/46/4017_RNAO_Venous_Leg.FINAL.pdf/2012 Erişim tarihi: 17.12.2014
16. Yüksel A. Diyabette Ayak Bakımı. Diyabet Hemşireliği Derneği Kitabı. URL: http://www. tdhd.org/dhd_kitap/12blm.pdf . Erişim tarihi: 17.07.2014
17. The Diabetic Foot: A resource for health care professionals Click on 'Leaflets' in the lefth and column to find printable leaflets with well written self foot care teaching for diabetics that has been translated into 31 different European and Asian languages (including French) that is consistent with current best practices.URL: www.diabeticfoot.org. uk/2011. Erişim tarihi: 17.07.2014

18. Tsourdi E, Barthel A, Rietzsch H et al. (2013): 385641.,Current Aspects in the Pathophysiology and Treatment of Chronic Wounds in Diabetes Mellitus. Biomed Research International, 2013: 385641. URL: http://www.hindawi.com/journals/bmri/2013/385641/abs/. Erişim tarihi: 17.07.2014
19. URL: https://www.google.com.tr/search?q=kuaför+ayak+bakım&biw Erişim tarihi: 24.11.2014
20. URL: https://www.google.com.tr/search?q=kuaför+ayak+bakım&biw Erişim tarihi: 24.11.2014

11.5. EKSTRAVAZASYON VE BAKIMI

Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM[1]

[1]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Ekstravazasyon kemoterapi uygulamalarının en korkulan komplikasyonlarından birisidir (1). "Vezikant veya irritan kemoterapi ilaçlarının subkutan dokulara sızması sonucu ağrı, nekroz ve/veya doku kaybının oluşması" olarak tanımlanmaktadır (1-5). Kemoterapi ilaçları neden oldukları doku yaralanmalarına bağlı olarak vezikant ve irritan olarak sınıflandırılır (1,3,5-8) (Tablo 1). İlacın nonvezikan veya vezikant oluşuna bağlı olarak, ekstravazasyonun sonuçları hafif rahatsızlıktan ciddi doku hasarına kadar değişmektedir. Nonvezikan ilaçların ekstravazasyonu genellikle yaygın doku hasarına neden olmazken, vezikant ilaçların ekstravazasyonu, ağrı, ülserasyon, yaygın doku nekrozu ve etkilenen alanda olası fonksiyon kaybı nedeniyle ciddi morbiditeye neden olabilirler (6,7).

Tablo 1. Vezikant ve İrritan Kemoterapi İlaçları (1,3,4).

Vezikant ajanlar:	İrritan ajanlar
DNA bağlanan ilaçlar - Alkilleyici ajanlar: Nitrojen mustard - Antrasiklinler: Daunorubisin, doksorubisin, idarubisin, epirubisin - Diğer (antibiyotikler): Daktinomisin, mitomisin C DNA'ya bağlanmayan ilaçlar - Vinka alkoloidleri: Vinblastin, vinkristin, vinorelbin - Taksanlar: Doksataksel, paklitaksel	- Alkilleyici ajanlar: Karmustin, dakarbazin, karboplatin, sisplatin, siklofosfamid, ifosfamid, melfalan, oksaliplatin, tiotepa - Antimetabolitler: Sitarabin, fludarabin, 5-FU, gemsitabin, metotreksat - Diğer: İrinotekan, bleomisin, etoposid

11.5.1. SIKLIK

Yeterli kayıt tutulmadığı için, ekstravazasyon insidansı tam olarak bilinmemekle birlikte; periferal intravenöz (IV) infüzyonlarının %0,1-7'sinde ve implante vasküler port infüzyonlarının %0,3-4,7'sinde ekstravazasyon görüldüğü bildirilmektedir (1-3,9-13). Bir klinikte güvenli uygulamadan bahsedebilmek için tolere edilebilir kemoterapi ekstrazasyonu sıklığının %1'in altında olması gerektiği belirtilmektedir (12).

11.5.2. PATOFİZYOLOJİ

Antineoplastik ajanlar direkt hücresel toksisiteye neden olur. Ekstravazasyon yaralanmalarının şiddeti ilacın DNA'ya bağlanıp bağlanmaması ile ilişkilidir (6). Ekstravazasyona bağlı doku hasarı iki ana mekanizmadan birisine bağlı olarak meydana gelmektedir (6,8):

a) DNA'ya bağlanan antineoplastik ajanlar: DNA'da nükleik asitlere bağlanan bazı kemoterapi ilaçları (antrasiklinler, antitümör antibiyotikleri ve bazı alkileyici ajanlar) başlangıçta dokudaki lokal hücreler tarafından emilir ve sonuçta hücrenin ölümüne neden olur. Endositolizden sonra, ölü hücrelerden ilacın devamlı salınması sağlıklı dokuyu da hasara uğratır. Bu sürecin tekrarlanması iyileşmeyi etkiler ve ilerleyici ve kronik doku yaralanmasına neden olabilir.

b) DNA'ya bağlanmayan antineoplastik ajanlar: İntraselüler mikrotübül toksinleri ve topoisomerase inhibitörleri mitoz ile ilgilidir ve DNA'ya bağlanmaz. Mikrutübül toksinleri mikrotübül oluşumunu inhibe eden vinka alkoloidleri (vincristine, vinblastine ve vinorelbine) ve mikrotübül stabilizasyonunu geliştiren taksanları (paclitaxel ve docetaxel) içermektedir. Bu ilaçlar lokal doku hasarı oluşturmaz. Bu nedenle, daha kolay nötralize edilebilirler.

11.5.3. RİSK FAKTÖRLERİ

Ekstravazasyon için risk faktörleri venöz giriş aracı, tedavi tipi, hasta ve klinisyenle ilgili özellikleri içermektedir (Tablo 2). Risk faktörleri birden fazla olduğunda ve bu faktörler tekrarlandığında ekstravazasyon daha şiddetli olabilir (5,6).

Tablo 2. Ekstravazasyon İçin Risk Faktörleri (3,5,6)

Venöz araç ile ilgili risk faktörleri
Periferal IV Giriş
• Metal iğneler, büyük lümenli kateterler • Yeterince güvenli olmayan IV iğne veya kateterler • Uygun IV giriş alanının seçilmemesi (ör: antekübital alan, elin üstü veya bilek bölgesinden ziyade ön kolun kullanımı)
Santral Venöz Kateter IV Giriş Aracı
• Kateterin cerrahi olarak hareketli alana takılması • Uygunsuz iğne uzunluğu (ör: vücut bölümünden geriye ulaşmada çok kısa olması)

- Kateterin ucunda fibrin birikimi
- Kateter veya portun venöz giriş aracından ayrılması, kırılması veya yerinden çıkması
- Küçük enjektör ile flush yapma

Kemoterapi ajanı ile ilgili risk faktörleri

- İlacın vezikant potansiyeli
- İnfiltre edilen miktar
- Vezikant ilaç konsantrasyonu
- Vezikant ajan uygulaması için aynı venin birden fazla kullanımı

Hasta ile ilgili risk faktörleri

- İnce/frajil venleri olan çok genç veya çok yaşlı hastalar
- Zayıf venöz akım nedeniyle lenfödemli ekstremiteleri olan hastalar (bu ekstremitelerden asla kemoterapi uygulanmamalıdır)
- İğne ya da kateter alanında ağrı veya rahatsızlık hissini hemşireye bildiremeyecek olan bilinçsiz, sedatize veya konfüze hastalar
- Daha önce ekstravazasyona bağlı doku hasarı olan hastalar
- Periferal nöropati, periferal vasküler hastalık, Reynaud's fenomeni, Diabetes mellitus nedeniyle dolaşımsal ve duyusal probleme sahip olan hastalar
- Süperior vena cava obstrüksiyonu olan hastalar

Klinisyen ile ilgili risk faktörleri

- Bilgi eksikliği
- IV girişim deneyim eksikliği
- Santral venöz kateter kullanımı ve yönetimi konusunda bilgi/deneyim eksikliği
- İlaç uygulaması sırasında çeşitli nedenlerle dikkatin dağılması

15.5.4. TANILAMA

Kanser tedavisi ile uğraşan sağlık profesyonellerinin ekstravazasyon göstergesi olan semptomları bilmeleri gereklidir. Ancak ekstravazasyonun semptom olmaksızın da görülebileceği unutulmamalıdır. Ekstravazasyonun belirti ve bulguları infüzyon sırasında ya da birkaç gün sonra ortaya çıkabilir (7,13):

- Şişlik – Enjeksiyon alanında kabarcık oluşumu (en sık)
- IV girişim alanında, çevresinde veya ven boyunca yanma, batma hissi veya ağrı (her zaman görülmeyebilir)
- Sıvı akış hızında azalma veya kesilme
- IV giriş alanında sızıntı
- IV setten kanın geri gelmemesi (eğer bu tek semptomsa diğer seçenekler düşünülmelidir); kanın geri gelmemesi her zaman ekstravazasyon göstergesi değildir. Kan geri geldiği durumda bile ekstravazasyon görülebilir).
- IV girişim alanında kızarıklık (başlangıçta görülmez)
- Endürasyon

- Ülserasyon
- Nekroz: Doku hasarı olaydan sonra 6 ay içinde gelişebilir.
- Tendon, sinir ve eklemlerde hasar

11.5.5. ÖNLEME

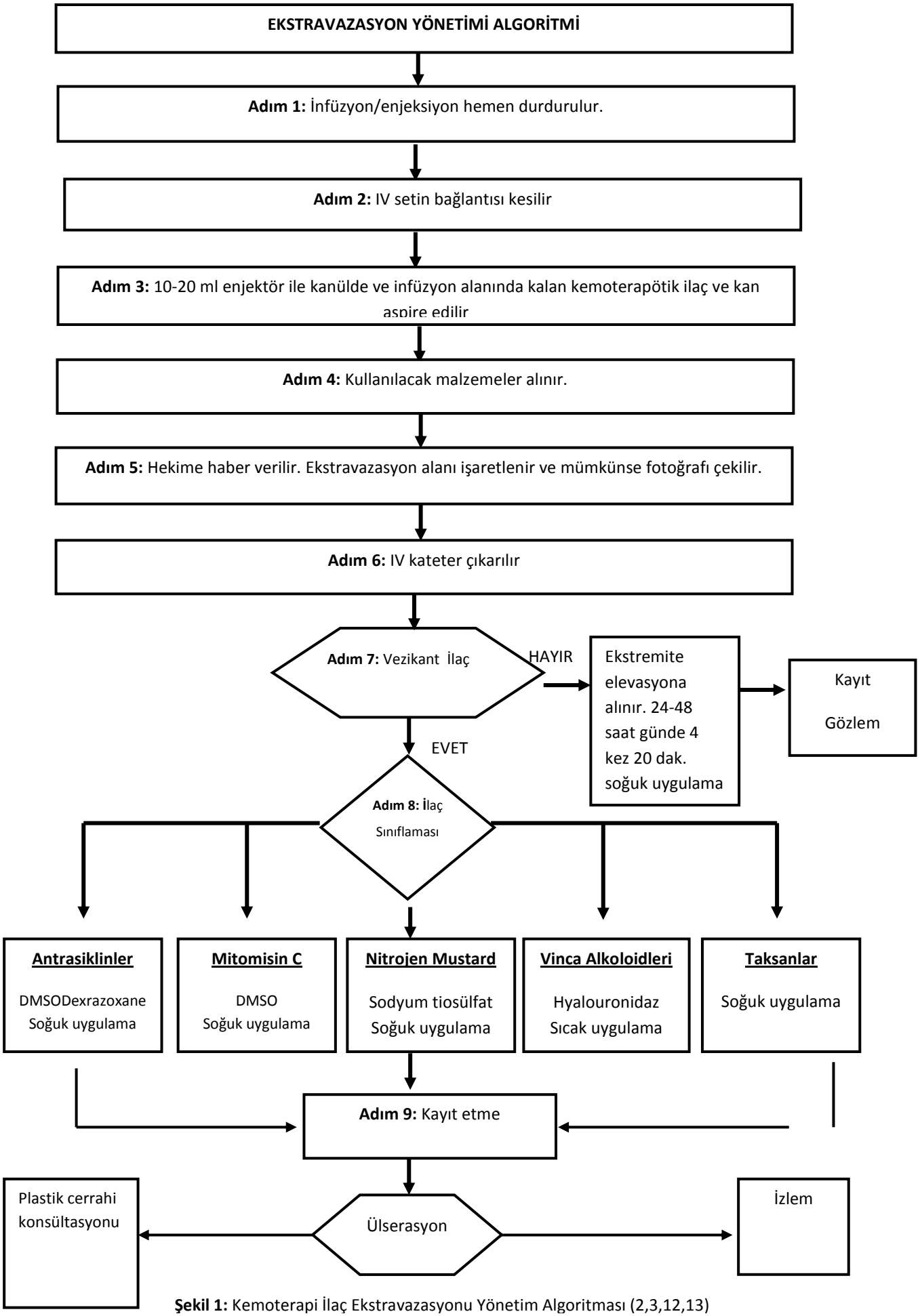
Ekstravazasyonda en önemli yaklaşım önlemedir. Hemşirelik bakımının ekstravazasyonun önlenmesinde büyük önemi vardır. Aşağıdaki rehbere uyulduğunda ekstravazasyon riski çoğu durumda önlenebilir veya azaltılabilir (1,3,4,6,7,13-15):

1. Hastanın ekstravazasyon için risk faktörlerine sahip olup olmadığı değerlendirilmelidir.
2. Uygulanacak olan kemoterapi protokolü hakkında bilgi alınmalı ve ekstravazasyon olasılığına karşı hazır olunmalıdır.
3. Eğer periferal damaryolu kullanılacaksa, damar yolunun yeterli olduğundan ve 24 saatten az kullanıldığından emin olunmalı, mümkünse günlük olarak yeni damaryolu açılmalıdır. Periferal damaryolu bulmak zorlaşıyorsa, santral venöz damaryolu olasılığı düşünülmelidir. Kaynakların çoğunun 24 saatlik vezikant infüzyonunda sadece santral venöz damaryolunu önerdiği akılda tutulmalıdır.
4. Vezikant ajanların uzun süreli infüzyonunda (1 saatten daha fazla) periferal IV yol asla kullanılmamalıdır.
5. Vezikant ajanlar asla intramüsküler veya subkutan olarak uygulanmamalıdır.
6. Vezikant ilaçlar kelebek iğne ile uygulanmamalıdır (hatta bolus veya kısa süreli infüzyon şeklinde olsa bile), kateter ven içine yerleştirilmelidir.
7. Periferal uygulama için önkolda geniş venler kullanılmalı ve uygunsa en küçük uçlu plastik branül kullanılmalıdır.
8. Vezikant ilaçların infüzyonunda eklem, kemik çıkıntıları, tendonlar, nörovasküler alan, el üstü veya antekübital alan kullanılmamalıdır. El üstünde ekstravazasyon görüldüğünde şiddetli hasar olabilir. Bu nedenle periferal kemotarapi uygulamalarında ön kolun kaslı bölümü tercih edilmelidir.
9. Vezikant ilaçların uygulanmasında arteriyel, venöz veya lenfatik drenajın zayıf olduğu bölgelerden kaçınılmalıdır (mastektomili ve süperior vena kava sendromlu hastalar için operasyon alanları)
10. İlaç sessiz, sakin bir ortamda uygulanmalıdır.
11. Birden fazla kemoterapik ajan verildiğinde ilk olarak vezikant ajanlar uygulanmalıdır.

12. Vezikant ilaçlar intravenöz olarak uygulanmadan önce, infüzyon sırasında ve sonrasında IV alandan kanın geri gelip gelmediği kontrol etmek için 1-2 ml kan geri çekilmeli ve biraz sıvı gönderilmelidir. İlaç uygulamaları arasında "flush" yapılmalı; intravenöz açıklığı kontrol etmek için vezikant ajanlar asla kullanılmamalıdır.
13. İşlem boyunca damaryolu ve ekstremite dikkatli bir şekilde gözlenmelidir. Vezikant ajanlar periferal olarak uygulandığı zaman hasta asla yalnız bırakılmamalıdır). Her 5-10 dakidada bir periyodik olarak IV açıklık (kanın geri gelişi, şişlik veya eritem varlığı) kontrol edilmelidir.
14. Hastalar, vezikant ilaç uygulamanın riskleri; intravenöz alanda ağrı, yanma, sızlama veya sıvı sızması hissederse haber vermesi; kanülü çekmemesi ve yerinden çıkarmaması konusunda bilgilendirilmelidir.
15. Ekstravazasyon geliştiğinde kullanılacak malzemeler hazır bulundurulmalıdır.
16. Uygulama bölgesinde duyusal değişiklikler, ağrı, yanma veya şişlik oluştu ise ya da kontrolde geriye kan gelmiyor ise infüzyon durdurulmalı ve infiltrasyon şüphesi varsa ekstravazasyona yönelik tedavi edici girişimler başlatılmalıdır.

11.5.6. EKSTRAVAZASYONUN YÖNETİMİ

Vezikant sitotoksik ajanların subkutan doku içine ekstravazasyonu kemoterapotik ajanların uygulanmasının en önemli komplikasyonlarından birisidir (8). Doku hasarının derecesi ilacın konsantrasyonuna ve infiltre edilen ilacın miktarına bağlıdır (7). Özellikle santral venöz alanda ekstravazasyon ciddi, yaygın hasar ile sonuçlanır ve rekonstrüktif cerrahi gerektirebilir. Extravazasyondan şüphelenilirse (hasta ağrı, yanma veya şişlik ifade ediyorsa, IV akışta bir değişiklik oluşmuşsa ya da kan geriye gelmiyorsa) veya ekstravazasyon görülürse aşağıdaki algoritm izlenmelidir (Şekil 1). Ekstravazasyon için antidotlar ve bu antidotların kullanımı Tablo 3'de gösterilmektedir.



Şekil 1: Kemoterapi İlaç Ekstravazasyonu Yönetim Algoritması (2,3,12,13)

Tablo 3. Ekstravazasyon Sonrası Tedavi ve Antidotlar (1-4,16-18)

Vezikant Ajan	Antidot	Tedavi
Antrasiklinler	Topikal DMSO (%99) Dexrazoxane Soğuk uygulama	7 gün boyunca her 8 saatte bir lokal olarak uygulanır En kısa sürede veya ilk 6 saat içinde uygulanır, 24 ve 48. saatlerde tekrarlanır. 1. ve 2. gün 1.000 mg/m², 3. gün 500 mg/m² IV 24-48 saat günde 4 kez 20 dakika uygulanır
Mitomisin C	Topikal DMSO (%99) Soğuk uygulama	7 gün boyunca her 8 saatte bir lokal olarak uygulanır 24-48 saat günde 4 kez 20 dakika uygulanır
Nitrojen mustard	Sodyum tiosülfat Soğuk uygulama	4 ml sodyum tiosülfat solusyonunun 2 ml'si+6 ml steril su enjeksiyonu SC olarak uygulanır 24-48 saat günde 4 kez 20 dakika uygulanır
Vinka alkoloidleri	Hyalurodinaz Sıcak (Ilık) uygulama	150-1500 U SC olarak uygulanır 24-48 saat günde 4 kez 20 dakika uygulanır
Taksanlar	Hyalurodinaz Soğuk uygulama	150-1500 U SC olarak uygulanır 24-48 saat günde 4 kez 20 dakika uygulanır

KAYNAKLAR:

1. Schrijvers DL (2003). Extravasation: A dreaded complicaton of chemotherapy. Annals of Oncology. 2003;14(supp 3):iii26-iii30.
2. NHS North of England Cancer Network. Guidelines for the Management of Extravasation version 5 May 2012. URL: http://www.nescn.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/11/NECNGuidelinesforManagementofExtravasationv5.1.pdf. Erişim tarihi: 30.10.2014
3. Pérez Fidalgo JA, García Fabregat L, Cervantes A, et al. (2012). Management of chemotherapy extravasation: ESMO-EONS Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology. 2012;23 Suppl 7:vii167-73.
4. Schulmeister L (2011). Extravasation management: Clinical update. Seminars in Oncology Nursing, 2011;27(1):82-90.
5. Yıldırım YK (2007). Ekstravazasyon ve hemşirelik bakımı. Hematolojik Onkolojide Bakım. Editör: Fadıloğlu Ç, Şenuzun F, Yıldırım YK. İzmir: Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayını.
6. Sauerland C, Engelking C, Wickham R, Corbi D (2006). Vezicant extravasation part I: Mechanisms, pathogenesis and nursing care to reduce risk. Oncology Nursing Forum 2006;33(6):1134-1141.

7. Hayden BK, Goodman M (2005). Chemotherapy: Principles of administration. Cancer Nursing: Principles and Practice. Editör: Yarbro CH, Frogge MH, Goodman M, Groenwald SC. Jones and Barlett Publishers.
8. Ener RA, Meglathery SB, Styler M (2004). Extravasation of systemic hemato-oncological therapies. Annals of Oncology, 2004;15:858-862.
9. Dorr R (1990). Antidotes to vesicant chemotherapy extravasations. Blood Reviews. 1990;4:41-60.
10. Bertelli G (1995). Prevention and management of extravasation of cytotoxic drugs. Drug Safety 1995;12(4):245-55.
11. Adami NP, de Gutierrez MG, da Fonseca SM, de Almedia EP (2005). Risk management of extravasation of cytostatic drugs at the adult chemotherapy outpatient clinic of a university hospital. Journal of Clinical Nursing 2005;14(7):876-82.
12. Morris JC, Holland JF (2000). Oncologic emergencies. Cancer Medicine. Editör: Bast Jr RC, Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, Holland JF, Frei III E, Gansler TS. American Cancer Society. B.C. Decker Inc.
13. Wengström Y, Margulies A (2008). European Oncology Nursing Society Task Force. European Oncology Nursing Society Extravasation Guidelines. European Journal of Oncology Nursing. 2008;12(4):357-61.
14. Hamilton H (2006). Complications associated with venous access devices: Part two. Nursing Standart 2006;20(27):59-65.
15. Kähler KC, Mustroph D, Hauschild A (2009). Current recommendations for prevention and therapy of extravasation reactions in dermato-oncology. Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. 2009;7(1):21-8
16. Kane RC, McGuinn WD, Jr Dagher R, Justice R, Pazdur R (2008). Dexrazoxane (Totect): FDA review and approval for the treatment of accidental extravasation following intravenous anthracycline chemotherapy. The Oncologist. 2008;13(4):445-50.
17. Schulmeister L (2008). Managing vesicant extravasations. The Oncologist. 2008;13(3):284-8
18. Schulmeister L (2010). Preventing and managing vesicant chemotherapy extravasations. The Journal of Supportive Oncology. 2010;8(5):212-5

11.6. NAZOGASTRİK SONDA ve BAKIMI

Yrd. Doç. Dr. Gülay OYUR ÇELİK[1], Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM[2]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD
[2]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Giriş

Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamalarını tedavi etmek, değerlendirmek, tanı koymak, mide içeriğini toplamak, mide içeriğini boşaltmak, mide salgılarını aspire etmek, mide içindeki gazı drene etmek, distansiyonu önlemek, ilaç vermek, beslenmeyi sağlamak ve ameliyat sonrası kusmayı önlenmek amacıyla nazogastrik (NG) sonda uygulaması yapılır.

Nazogastrik sonda uygulanabilmesi için endikasyonunun konması gereklidir. NG sonda uygulamaları yaşa, cinse, uygulanma amacına göre farklılık gösterir. Yaşa göre uygulamalarda uygulanacak sondanın çapı ve elastikiyeti önemlidir. Elastikiyet kalitesi yüksek olan NG sondalar tahrişi (irritasyonu) engellediği için tercih edilmelidir. Hastanın yaşına göre prematüre bebekte 6 Fr, yenidoğan bebekte 8 Fr, çocuk hastada 10-12 Fr, erişkin hastada 14-16 Fr numaralı sondalar kullanılabilir.

Besleme amaçlı takılacak ise; geniş çaplı NG sonda aspirasyon riskini arttırdığı için tercih edilmemelidir. Midenin boşaltılması, irrigasyonu için takılacak ise; geniş çaplı NG sondaların takılması uygun olur. Mide içeriğinin hızlıca boşaltılmasını, yüksek dozda sıvı verilmesini sağlar. Küçük çaplı sondalar esneklikleri nedeniyle tahrişi azalttıkları için kullanılmaları uygundur. Fakat bu sondalarda elastik oldukları için uygulama sırasında gerekli pozisyonu verecek aparatlarla kullanılmalıdır. Palyatif bakım hastasının mukozası üzerinde tahribat yapabilecek ürünler tercih edilmemelidir. Küçük çaplı NG sondalar nazofarenks, özefagus ve mide mukozası üzerinde çok az irritasyona neden olduğu için uzun süreli NG uygulamalarda tercih edilmelidir.

Özefagus varis kanamalarında kanamayı engellemek amacı ile Sengstaken-Blakemore tipi sonda uygulanır.

NG sondanın distal ucundan enjektörle mideye 15-20 ml hava verirken steteskopla epigastriumdan gelen sesleri dinlemek basit bir yöntem olarak sık kullanılır, fakat güvenilir bir yol değildir. NG sondanın ucu özafagusta, duedonumda ya da jejunumda olduğunda da benzer ses duyulabilir. Bu nedenle kontrolünde drenaj yöntemi kullanılması uygun olur.

Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

1. Sürekli aspirasyon uygulaması, hem sondanın mide mukozasına yapışıp tıkanmasına hem de mide mukozasının tahriş olmasına neden olacağı için nazogastrik sondada aspirasyon işlemi aralıklı uygulanmalıdır.
2. Aksillofasiyel travma, özafagus darlığı, anomalileri ve kitlesi, trakeo - özofagial fistül, koroziv madde alımı, bozulmuş mental durum ve hava yolu açıklığını sürdürmede yetersizlik ve ciddi kanama bozukluğu durumlarında uygulanmamalıdır.
3. Uygulama sırasında NG sondayı kayganlaştırmak için yağlı pomadlar kullanılmamalıdır. Lipoid pnömonisine neden olabilmektedir.
4. Yutkunma esnasında herhangi bir güçlükle karşılaşılırsa sonda geri çekilmeli ve işlem tekrarlanmamalıdır.
5. Sondanın solunum yollarına gidip gitmediği, hastanın öksürmesi, siyanoze olması ve sondanın ucundan hava sesinin gelmesi ile anlaşılır. Bu durumda sonda hemen geri çekilmeli ve işlem tekrar denenmelidir.

Takılması Sırasında Kullanılacak Malzemeler

1. Nazogastrik sonda
2. Drenaj torbası
3. Böbrek küvet
4. Steril olmayan eldiven
5. Gavaj enjektörü
6. NG sonda tespit bandı/flaster
7. İçme suyu
8. Pipet
9. Tek kullanımlık örtü
10. NG sprey (Dekonjestan ve vazokonstrüktör etkili)
11. Işık kaynağı
12. pH indikatör strip

Resim 1. NG Sonda Malzemeleri

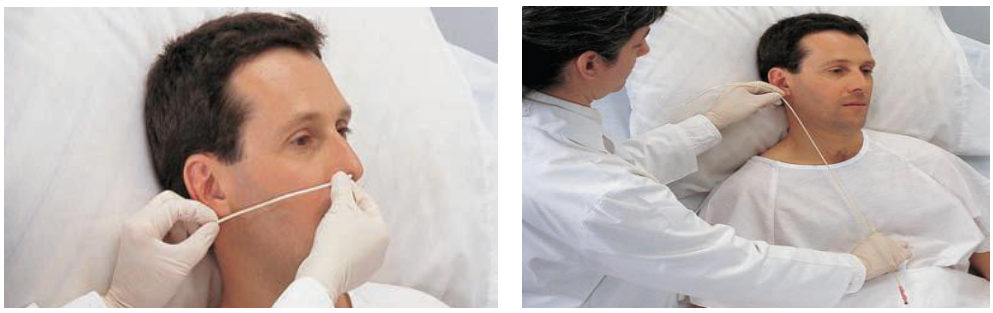
Kaynak:
https://www.google.com.tr/search?q=nazogastrik+sonda+takılması+malzemeler&biw=

İşlem Öncesi Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

1. Hekim istemi kontrol edilir. Tüm malzemeler hazırlanır, kullanım sırasına göre uygun bir alana yerleştirilir.
2. Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir, izin alınır ve kimlik doğrulaması yapılır.
3. Eller el yıkama standardına göre yıkanır. Hastanın mahremiyeti sağlanır.
4. Hastaya dik oturur pozisyon verilir, mümkün değilse sol lateral pozisyon verilir.
5. Hastanın göğüsü üzerine havlu konur ya da tek kullanımlık örtü ile örtülür.
6. Hastadan bir eli ile böbrek küveti çene altında tutması istenir, yardımcı olamayacaksa ikinci bir kişiden yardım alınır.
7. Hastanın varsa gözlüğü ve protez dişleri çıkarılır.

İşlem Sırasında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

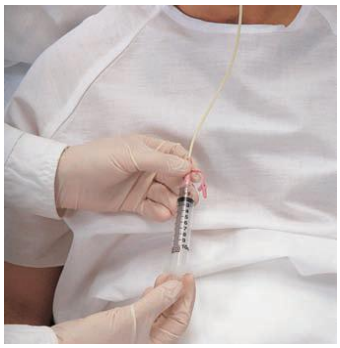
1. Eldiven giyilir.
2. Hastanın burun delikleri ışık kaynağı ile değerlendirilir.
3. Burun deliklerini sırayla kapatarak nefes alıp vermesi istenir.
4. Sağ el kullanılıyorsa yatağın sağ tarafına, sol el kullanılıyorsa sol tarafına geçilir. Aktif olan el yatağa yakın olmalıdır.
5. NG sondanın yerleştirilmesinde mesafeyi ayarlamak için ölçüm yapılır.
6. NG sondanın midede kalacak ucu uygulama yapılacak burun deliğinden aynı taraftaki kulak memesine, oradan da sternumun ksifoid çıkıntısının 10-15 cm altına kadar uzatılır ve işaretlenir. Yetişkinlerde bu mesafe yaklaşık 55- 65 cm dir (sonda orogastrik yolla takılacaksa; ölçüme burun deliği yerine dudakların dikey orta hattı üzerinden başlanarak aynı yol takip edilmelidir).



Resim 2: NG ölçümü

Kaynak: Delaune SC, Ladner KP. 2011, s. 1032, Inserting a Nasogastric or Nasointestinal Tube for Suction and Enteral Feedings. Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, New Orleans-Louisiana, Fourth Edition.

7. Hastadan rahat olması ve düzenli nefes alıp vermesi istenir.
8. Önerildi ise hastanın burnuna vazokonstrüktür ya da dekonjestan nazal sprey sıkılır.
9. Bireyden/hastadan ağzını açması istenir ve önerilen şekilde nazogastrik sprey dil köküne ulaşacak şekilde püskürtülür.
10. Kateter el hareketini engellemeyecek şekilde tutulur.
11. Hastadan başını hafifçe kaldırması istenir. Baş ektansiyon pozisyonda olmalıdır.
12. NG sonda burun deliğinden, önce burun deliğine paralel, sonra arkaya ve aşağıya doğru olacak şekilde yavaş ve yumuşak hareketlerle, parmaklar arasında NG sondayı yuvarlayarak ilerletilir. Herhangi bir dirençle karşılandığında NG sonda itilmeye çalışılmaz işlem sonlandırılır. Diğer burun deliğine yerleştirilmek üzere işlem tekrar başlatılır. NG sonda uygulanamıyorsa oral yoldan takılması denenir (sonda oral yolla uygulanacaksa; hasta tam olarak ağzını açtıktan sonra NG sonda dil üzerine paralel olacak şekilde uvulaya dokunmadan, önce ileri sonra aşağı ve arkaya doğru parmaklar arasında yuvarlayarak ilerletilir).
13. Hastadan ağzını açması istenir. Işık kaynağı ile bakıldığında tüpün ucu uvulanın arkasında görülüyorsa, hastadan hafifçe başını öne eğmesi istenir. Boynun fleksiyonu trakeanın kapanmasına, özafagusun açılmasına yol açarak tüpün özafagusa girmesini kolaylaştırır.
14. Hasta bilinçli ise tüp ilerletilmeye devam edilir. Bu sırada sakıncası yoksa pipetle su yudumlaması ya da sadece yutkunması istenir. Her yutkunma hareketinde NG sonda 4- 5 cm ilerletilir.
15. Hastada öğürme refleksi varsa işlem birkaç saniye durdurulur, dinlenmesi sağlanır, ancak bu sırada NG sondanın çıkarılmasına izin verilmez.
16. Hastada öksürme, boğulma hissi, ses değişikliği, siyanoz ve dispne gibi belirtiler varsa işlem derhal durdurulur ve NG sonda geri çekilir.
17. NG sonda işaretlenen yere kadar ilerletilir.
18. NG sondanın midede olup olmadığının kontrolü için;
a. Hastadan konuşması istenir, sonda hava yolunda ise konuşamaz.
b. Enjektör sondanın distal ucuna takılır ve mide içeriği drene edilir. Mide içeriği gelmiyorsa hastaya sol lateral pozisyon verilerek tekrar drene edilir.
c. Gelen içerik pH indikatör strip ile değerlendirilir. (Mide içeriği asidik olup pH 4 ve altındadır). Ancak hastanın son bir saat içinde aldığı besinlere bağlı olarak değişiklik gösterebilir.
d. Röntgen çekimi ilede NG sondanın midede olup olmadığı değerlendirilir.



Resim 2: NG kontrolü
Kaynak: Delaune SC, Ladner KP (2011). s. 1035, Inserting a Nasogastric or Nasointestinal Tube for Suction and Enteral Feedings Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, New Orleans-Louisiana, Fourth Edition.

19. NG sondanın midede olduğundan emin olunduktan sonra, sonda buruna tespit edilir. Yaklaşık 10 cm uzunluğundaki flaster parçasını uzunlamasına yarıya kesilir. Kesilmemiş olan taraf hastanın burnunun üzerine yapıştırılır. Ayrık olan parçalar sondanın etrafına çevrilerek, flasterden bir parça daha kesilerek burnun üzerine "t" şeklinde yapıştırılır.

Resim 2: NG tespiti

Kaynak: Delaune SC,Ladner KP, 2011, s. 1037, Inserting a Nasogastric or Nasointestinal Tube for Suction and Enteral Feedings. Fundamentals of NursingStandarts and Nursing, New Orleans-Louisiana, Fourth Edition.

20. Hastanın nefes alma şekli değerlendirilir, sonda hastanın burnunu tamamen kapatmamalıdır.

21. Uygulama amacına göre sondanın distal ucu klemplenir, sakşına (sindirim kanalı içine burun yoluyla yerleştirilen bir aletin sıvıyı emmesi) ya da serbest drenaj torbasına bağlanır. Midenin boşaltılmasında sakşın en etkili yoldur.

22. NG sondanın yerinin sabitlenmesi için flasterle hastanın giysisine tutturmak gerekir. Sabitlenen sonda hastanın baş hareketini engellememelidir. Sondanın burundan çıktığı noktaya işaret konur ya da dışarıda kalan bölüm ölçülür ve kaydedilir.

23. Sakıncası yoksa yatak başı 30^{o} yükseltilir.

24. Hasta rahatlatılır, anksiyeteyi azaltmak için bir süre hastanın yanında kalınır ve konuşturulmaya çalışılarak güvende olduğu duygusu desteklenir.

25. Malzemeler kaldırılır, eller el yıkama standardına göre yıkanır.

Nazogastrik Sondanın Bakımında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

1. NG sondanın sabitlenmesinde kullanılan flasterler ıslandıkça değiştirilir.

2. NG sondanın midede uzun süre bırakılması perforasyon, ülserasyon, mukoza irritasyonu, epistaksis gibi komplikasyonlara neden olur. Bu nedenle 3-7 günde bir NG sonda diğer bir burun deliğine takılmak suretiyle yer değiştirilmelidir.

3. Günde en az üç kez gerekirse daha sık aralıklarla ağız- burun temizliği yapılmalıdır.

4. Palyatif süreçte drenaj amaçlı NG sonda takıldığında tıkanık olup olmadığı sık aralıklarla kontrol edilmeli, gelen sıvı miktarı, özelliği kayıt altına alınmalıdır.

Nazogastrik Sondanın Çıkarılmasında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

1. Eller el yıkama standardına göre yıkanır, hasta ve ailesine işlem açıklanır, izin alınır ve hasta kimlik doğrulaması yapılır.
2. Malzemeler yerleştirilir.
3. Hastanın çevreden rahatsız olmasını engellemek için gerekli önlemler alır.
4. Hasta oturtulur, göğüs üzerine havlu yerleştirilir.
5. Eldiven giyilir.
6. NG sondanın tüm bağlantıları ayrılarak, flasterler çıkarılır.
7. NG sondanın ucu klemplenir ya da elde katlanır.
8. Hastadan bir eli ile çene altında böbrek küveti, bir eli ile peçete tutması istenir.
9. NG sonda kağıt havlu gibi teması engelleyecek bir ürünle buruna en yakın bölgeden tutulur.
10. Hastaya derin nefes alması ve tutması söylenir.
11. NG sonda aralıksız olacak şekilde burun tabanına paralel olarak çekilir.
12. Hastaya ağız bakımı için yardım edilir. Eldiven çıkarılır.
13. Hastanın rahat bir pozisyon alması sağlanır.
14. Malzemeler kaldırılır.
15. Eller yıkanır.
16. Yapılan işlem, hastanın durumu ve tepkisi kaydedilir.

KAYNAKLAR:

1. Akça Ay F (2013). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Tıp Kitabevleri, 4. Baskı. s.573-586
2. Akçay P, Beyece İncazlı S, Çelik S, Oyur Çelik G (2014). Nazogasrik takılması, bakımı, çıkarılması. Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark. Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir. s. 437-442
3. Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G (2011). Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi. İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Baskı. s. 95-97
4. Danış B, Nurülke B, Dindar B (2008). Hemşirelik Bakımında Kalite. Meta Basım ve Matbaacılık, İzmir, 2. Baskı. s. 104-105
5. Delaune SC, Ladner KP (2011). Inserting a nasogastric or nasointestinal tube for suction and enteral feedings. Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, New Orleans-Louisiana, Fourth Edition. s. 1032,1035,1037-1040
6. Eti Aslan F, Karadakovan A (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi, 1. Baskı. s. 720- 724.
7. Jane C, Rothroch /Alexander's (2011). Care of the Patient in Surgery. Elsevier Mosby 14 th Edition s. 299
8. Lynn P, LeBon M (2011). Skill Checklists for Taylor's Clinical Nursing Skills A Nursing Process Approach. Lippincott Williams and Wilkens, Third Edition. s. 284- 285
9. Sabuncu N, Akça Ay F (2010). Klinik Beceriler Sağlığın Değerlendirilmesi Hasta Bakım ve Takibi. Nobel Tıp Kitabevleri. s. 325-329
10. URL: https://www.google.com.tr/search?q=nazogastrik+sonda+takılması+malzemeler&biw= Erişim tarihi: 27.12.2014

11.7. MESANE (ÜRETRAL) KATETERİ ve BAKIMI

Yrd. Doç. Dr. Gülay OYUR ÇELİK[1]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD

Giriş

Üriner sistem insan vücudunda sıvı elektrolit dengesini sağlayan, kan basıncını düzenlemek için hemostatik mekanizma içinde temel görev olarak yıkım ürünlerinin ve sıvı atıkların vücuttan atılmasını sağlayan bir sistemdir.

Sistemin içinde depolanmayı sağlayan mesane büyük önem taşır. 2000-2500 ml'ye kadar idrarı depo edebilir ve kapasitesi dolduğunda dışarı atılmasını sağlar. İnsan vücudunda saate 30 ml'lik bir idrar oluşması normal kabul edilir ve aldığı-çıkardığı takibi bu miktar üzerinden değerlendirilir.

Mesane kateterizasyonunun amacını idrarın boşalmasının sağlanması, mesane distansiyonuna bağlı rahatsızlığın azaltılması, steril idrar örneğinin alınması, cerrahi işlemler sırasında idrar sızıntısının önlenmesi, postoperatif idrar retansiyonunun ortadan kaldırılması, saatlik idrar çıkışının izlenebilmesi, mesanenin sürekli ya da aralıklı olarak yıkanabilmesi,inkontinansı olan hastalarda bölgenin korunması, kanser hastalığına ilişkin yaşamsal faaliyetlerin sürdürülmesi şeklinde sıralamak mümkündür.

Mesane Kateterizasyonu Tipleri

Mesane kateterizasyonu geçici ya da kalıcı olarak takılabilir.

Geçici Mesane Kateterizasyonu: Bir kez uygulanan bir kateterizasyondur. Nelaton kateter aracılığı ile 5-10 dk içinde uygulanması mümkündür. Distansiyon varlığında, mesane yetersizliğinde, steril idrar örneği almada, idrar yaptıktan sonra rezidüel idrar olup olmadığını belirlemede kullanılır.

Kalıcı Mesane Kateterizasyonu: Bu kateterizasyonda kateter, uzun süre mesanede kalabilir. Foley kateter kullanılır. Prostat, üretral darlık, yoğun bakım hastalarının saatlik idrar takibi, idrar inkontinansında mesane irrigasyonu gibi nedenlerele uygulanabilirken; palyatif bakım hastalarında zorunluluk dışında, yaşam kalitesini arttıcı bir unsur olarak kullanımı da tercih edilebilir.

Mesane katererizasyonu uygulamaları yaşa, cinsiyete, kateterin kalış süresine uygun olarak seçilir. Yenidoğanda 6 Fr, 1- 3 yaş çocuklarda 6- 8 Fr, 4-10 yaş çocuklarda 8-10 Fr, 12-16 yaş çocuklarda 10-12 Fr, kadınlarda 14-16 Fr, erkeklerde 16-18 Fr numaralı kateterler

seçilirken, geçicide nelaton, kalıcıda foley sondalar ve özellikle silikondan yapılmış sondalar tercih edilir.

Resim 1: Mesane kateter çeşitleri

Kaynak: https://www.google.com.tr/search?hl=tr&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw, http://www.medikal-saglik.com/medikal-sarf-malzemeler/sonda-cesitleri.html,

Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

1. Kateter takılmadan önce; anatomik deformasyon, hijyen durumu, enfeksiyon belirtileri yönünden perine muayenesinin yapılmasına dikkat edilmelidir.

2. Kateter takıldıktan sonra ise;

a. Kateterin yerinde olup olmadığı kontrol edilmelidir.
b. Kateter ilk takıldığında glob yönünden gelen idrarın miktarı değerlendirilmelidir.
c. İdrarın akış hızı, kontrol edilmelidir.
d. Hastanın şikayetleri (yanma, ağrı, kaşıntı) dinlenmelidir.

3. Uygulama sırasında mikroorganizmalar mesane içine taşınabilir, bu nedenle çok dikkatli ve steril çalışılmalıdır en önemlisi ise gerekli olmadıkça mesane kateterizasyonu yapılmamalıdır. Kateter değişimi hastaya göre karar verilmelidir. Komplikasyon ya da enfeksiyon olmadığı sürece kateter değişimi yapılmamalıdır.

4. Kateter sabitlemesinde balon sadece steril serum fizyolojik ile şişirilmelidir, salin solüsyon kristalleşme riskini arttırdığı için kullanılmamalıdır.

5. Hazır steril kateter seti kullanılmıyorsa uygulayıcının yanında bir yardımcı personel bulunmalıdır.

6. Kalıcı mesane kateteri olan hasta ve hasta yakınına idrar torbasını yukarı kaldırmaması, sondayı gergin hale getirmemesi, sondanın giriş yerine dokunmaması anlatılmalı, idrar torbasının boşaltımına ilişkin eğitim verilmelidir. İdrar yaparken yanma, ağrı, kaşıntı vb. şikayetleri olduğunda haber vermesine yönelik eğitim yapılmalıdır.

7. Üriner kateteri olan hastada enfeksiyonu önlemek için periüretral bölgenin antiseptiklerle temizlenmesine gerek yoktur. Hastanın rutin banyo ya da tuvalet sonrası temizliği sırasında rutin günlük temizliğini yapması yeterlidir.

Takılması Sırasında Kullanılacak Malzemeler

1. Takılacak kişiye uygun kateter,
2. Steril pansuman seti,
3. İki adet steril böbrek küvet
4. Steril ve steril olmayan eldiven
5. Enjektör
6. Lidokain
7. Antiseptik solüsyon
8. Alkol içerikli solüsyon, serum fizyolojik
9. İdrar torbası
10. Kayganlaştıcı jel
11. Işık kaynağı

Resim 1: Mesane Kateteri Malzemeleri

Kaynak: Delaune SC, Ladner KP (2011). s. 1269. Responding to Basic Physiological Needs. Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, New Orleans-Louisiana, Fourth Edition.

İşlem Öncesi Dikkate Alınması Gerekenler

1. Eller el yıkama standardına göre yıkanır ve kullanılacak tüm malzemeler hazırlanır.
2. Hastanın bilinç durumu değerlendirilir.
3. Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir ve eğitim verilir. Hastanın lateks ya da iyot alerjisi olup olmadığı öğrenilir.
4. Hastanın mahremiyeti korunur, paravan / perde çekilir, işlem sırasında ziyaretçiler dışarı çıkarılır.
5. Malzemeler kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir. İşlemi uygulayan kişinin hangi elini kullanıyorsa ona uygun pozisyon seçilir.
6. Genital bölge açıkta kalacak şekilde hastanın alt bölge kıyafetleri çıkarılır.
7. Hastanın yatağının altına koruyucu örtü serilir.
8. Hastanın mahremiyeti korunarak kadınlara dorsal rekumbent (hastanın sırtüstü yatırılarak dizlerinin bükülü duruma getirilmesi), erkeklere supine (sırtüstü yatış) pozisyonu verilir. Bu pozisyonda sadece genital bölge açıkta kalacak şekilde hastanın üzeri örtülür. Eğer kadın hasta yatamıyorsa sims(yüzüstü ve yan yatış pozisyonlarının bileşimi) pozisyonu verilir.

İşlem Sırasında Dikkate Alınması Gerekenler

1. Eldiven çıkarılır.
2. Işık yetersiz ise ışık kaynağı ayarlanır.
3. İdrar torbası hastanın kalçasının yakınında bulundurulur ve torbanın klempi kapatılır. Torbanın açılması sırasında steril uçların koruyucu kılıfları hafifçe gevşetilmeli, tamamen açılmayarak sterillik korunmalıdır.
4. Yatak üzerine steril bohça / set yerleştirilir ve steril teknikle açılır.
5. Dış kenarlarından tutarak bacak arasına steril örtü serilir.
6. Tüm steril malzemeler bu örtü yerleştirilir.
7. Serum fizyolojik (SF) ampulü kırılır ve düz bir alana yerleştirilir.
8. Steril eldiven giyilir.
9. Steril alan üzerindeki tüm malzemeler düzenlenerek kullanıma hazır hale getirilir.

a. SF steril enjektöre çekilir.
b. Kateter ucu kadınlarda 2,5- 5,0 cm, erkeklerde 12,5- 17,7 cm kadar tek kullanımlık kayganlaştırıcı jel ile kayganlaştırılır.
c. Steril gazlı bez povidon iyot solüsyonu ile ıslatılır, bir tane steril gazlı bez kuru bırakılır.
d. Steril böbrek küvet hastanın bacakları arasına yerleştirilir.
e. Örnek alınacak ise örnek kabı açılır.
f. Meatusu görmek için pasif el kullanılır. İşlem boyunca bu elin kirlendiği varsayılarak steril ekipmanı tutmak için kullanılmaz.

10. Perine temizliği yapılmış olan;

a. Kadın hastalarda labia ve meatus povidon iyotlu steril gazlı bez ile yukarıdan aşağıya tek hareketle silinir. Gerekirse farklı bir gazlı bez ile ikincisi tekrarlanır.
b. Erkek hastalarda, sünnet olmamışsa sünnet derisi geriye itilir ve penisin başı antiseptik solüsyon ile temizlenir. Üretraya tek kullanımlık 10-15 ml kayganlaştırıcı jel verilir.

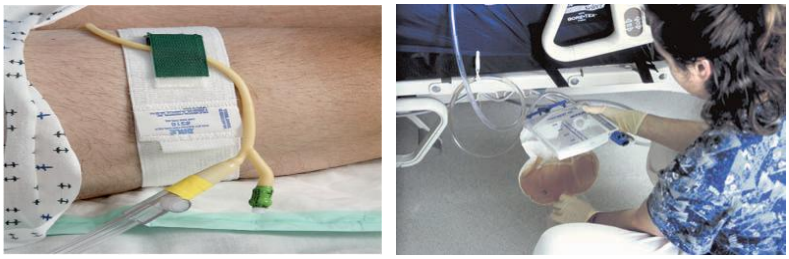
11. Kateterin alt ucu böbrek küvet içine yerleştirilir ve kateter meatustan içeri doğru itilir.

Kadınlarda; kateterin uç kısmına yakın yerden tutulur ve kateter 5,0- 7,5 cm ya da idrar gelinceye kadar içeri yavaşça ilerletilir. Yanlışlıkla vajinadan girilirse olduğu yerde bırakılır diğer kateterle işleme devam edilir.

Erkeklerde; penis dik olarak tutulurken kateter ucuna yakın yerden tutulur. Kateter 15,0-17,5 cm idrar gelinceye kadar yavaşça itilir.

12. Kateterden idrar geldikten sonra 2,5- 5,0 cm daha ilerletilir.
13. Direnç ile karşılaşılırsa kateter ilerlemesi için zorlanmaz ve nazikçe etrafında döndürülerek çekilir.
14. **Geçici kateterizasyonda**; idrar örneği alıncaya ya da mesane boşalıncaya kadar kateter içerde tutulur. Bir seferde 800- 1.000 ml den fazla idrar boşaltılmamalıdır. İşlem sonrası kateter geri çekilir.

    Kalıcı kateterizasyonda; kateteri takan el kateteri tutarken, diğer el enjektördeki 8- 10 ml SF ile kateterin balonunu şişirir. Bu sırada hastada ani ağrı şikayeti olursa balon şişirilmez, kateter ilerletilir ve balon tekrar şişirilir.
15. Kateter hafifçe geri çekilerek mesane içinde güvenli yerleşip yerleşmediği kontrol edilir.
16. Kateter ucu ile idrar torbasının ucu birleştirilir, klemp açılır ve idrar akışı kontrol edilir.
17. Kateter kadınlarda uyluğun yüzüne, erkek hastalarda uyluğun üzerine ya da alt abdomene tespit edilir.
18. Erkek hastalarda sünnet derisi eski haline getirilir.
19. İdrar torbası mesane seviyesinden aşağıya yatak kenarına asılır



Resim 1: Mesane Kateteri Sabitlenmesi

Kaynak:Wilkinson JM, Treas LS. 2012. s. 178.Pocket Skills Nursing, What are You Need to Know Now. F.A,Davis Company, Philadelphia, Delaune SC, Ladner KP (2011). s. 1269, Responding to Basic Physiological Needs. Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, New Orleans-Louisiana, Fourth Edition.

Akçay P ve ark.,Ünsal Avdal E., 2014, s. 478 "ÜrinerKateter Takılması, Bakımı,Çıkarması", Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark., Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir

20. Perianal bölge temizlenir ve kurulanır.
21. Eldivenler çıkarılır. Hastaya rahat bir pozisyon verilir.
22. Yapılan işlemler, dikkat edilmesi gereken durumlar hakkında hasta ve ailesi bilgilendirilir.
23. Tek kullanımlık malzemeler atılır, tekrar kullanılacak malzemeler temizlenir ve dezenfekte edilir.
24. Eller yıkanır.
25. İdrar miktarı, rengi, hastanın tepkileri ve gözlemler kayıt edilir.

Mesane Kateterinin Bakımı Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

1. Enfeksiyonu önlemek gereklidir.

a. Perine anatomik deformasyon, hijyen durumu ve enfeksiyon belirtileri (kızarıklık, sıcaklık, ağrı) yönünden gözlenir.

b. Kateter yeri ve çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.

c. İdrar; miktar, renk (hematürik, bulanık, vb.) ve koku yönünden tanılanır.

d. Bu kontroller 8 saatte bir tekrarlanır.

2. Kateterizasyon sadece endikasyon varsa takılmalıdır. Uzun süreli kateterizasyon gereken hastalarda silikon yapıdaki kateterler tercih edilebilir.
3. İdrar boşaltımı kapalı drenaj sistemle yapılmalıdır.
4. Kapalı drenaj sistemi ile kateterden idrar toplama kabına kesintisiz akım sağlanmalı, sistemde kırılmalar önlenmelidir.
5. Uygulamaların her aşamasında sisteme dokunmadan önce eller yıkanmalıdır.
6. İdrar çıkış takibi yapılacaksa ölçekli torbalar kullanılmalıdır.
7. Kapalı drenaj sistemine kontaminasyonu önlemek için kateter ile idrar toplama torbası arasındaki bağlantı gerekmedikçe bozulmamalıdır. Bağlantı herhangi bir sebeple bozulduğunda mümkünse yeni bir idrar torbası takılmalıdır, mümkün değilse uçlar birleştirilmeden önce bağlantı yerleri povidon iyot ya da %70'lik alkol ile silinmelidir.
8. Herhangi bir enfeksiyon belirtisi yoksa ve idrar akışı normal olarak devam ediyorsa kateterin ve torbasının rutin olarak değiştirilmesine gerek yoktur.
9. **Kapalı drenaj sistemini korumak için;** idrar mutlaka idrar toplama torbasının altındaki sistemden boşaltılmalı, idrar torbası bağlantı yerinden çıkarılıp ters çevrilerek boşaltılmamalıdır.
10. İdrarın rahat akışının sağlanması için düzenli olarak 8 saatte bir, idrar miktarı fazla ise daha sık boşaltılmalıdır.
11. İdrar akışında tıkanma olmadıkça kateter yıkaması yapılmamalıdır.
12. İdrar toplama torbası, mesane seviyesinden yukarı asla kaldırılmamalıdır. Yere değdirilmemeli, yatak üzerine konulmamalıdır. Yatak kenarına sabitlenmelidir. Herhangi bir nedenle kaldırmak gerektiğinde klempi kapatılmalıdır.
13. İdrar torbası hasar görmedikçe veya torba kateterden ayrılıp uç kısmı kontamine olmadıkça değiştirilmemelidir.
14. Mümkün olan en kısa zamanda kateter çıkarılmalıdır.

15. Kateterler yapışıklık, tıkanıklık gibi tıbbi gereklilik varsa değiştirilmelidir.

16. Kateterin giriş yeri temizlenirken, enfeksiyon riski nedeni ile kateter ileri geri çekilerek hareket ettirilmemelidir.

17. Kateter ve idrar torbası kontamine olduğunda, kateter idrarı drene etmediğinde ya da kötü koku ve bulanık idrar varlığında kateter değiştirilmelidir.

18. Kateter tespit yerinde tahriş olup olmadığı kontrol edilmelidir.

19. Üriner kateter gerekliliği her gün değerlendirilmelidir. Ameliyat sonrası dönemde endikasyon yoksa 24 saat sonra kateter çıkarılmalıdır.

Mesane Kateterinin Boşaltılması

1. İdrar torbası boşaltılırken;
   a. Eller yıkanır, eldiven giyilir.
   b. Çıkış musluğu %70'lik alkol ile ıslatılmış pamuk ile temizlenir.
   c. İdrar uygun bir kaba boşaltılır. İdrar boşaltılırken her hasta için ayrı bir küvete / şişeye boşaltılır. Boşaltma musluğunun toplama kabı ile temas etmesi ve torbanın yere değmesi engellenir.
   d. Çıkış musluğu kapatılır ve alkolle ıslatılmış pamuk ile tekrar silinir.
   e. Kaba alınan idrar ölçülür.
   f. Atıklar atık torbasına atılır, eller yıkanır.
   g. İdrar toplama torbaları rutin olarak değiştirilmemeli ve idrar boşaltım sistemi gerekli olmadıkça değiştirilmemelidir.
2. Mikrobiyolojik inceleme için idrar örneği alınmak istendiğinde mutlaka kateterden, varsa örnek alma bölümünden, yoksa kateterin son bölümünden aseptik tekniğe ve laboratuvar testleri için örnek alma standardına uygun olarak alınmalıdır. Bakteriler hızla çoğaldığından idrar toplama torbasından kültür için örnek almak uygun değildir. Ancak diğer idrar analizleri için idrar torbasından idrar örneği alınacaksa torbadaki idrar boşaltılır, gelen yeni idrardan örnek alınır.

Kateter Bakımı

1. Meatusta kir birikimi varsa kontaminasyonu önlemek için su ve sabunla temizlenmelidir. Periyodik yıkama veya antiseptiklerle silme enfeksiyon önlemede etkin bir yöntem değildir. Temizleme sonrası nemlendirici kullanılmamalıdır. Meatus antibiyotik, antimikrobiyal temizleyiciler ya da antiseptiklerle temizlenmemelidir.

2. Üriner kateterli hasta banyo yapacaksa, öncesinde torba boşaltılır ve sondanın klempli olduğu kontrol edilir.
3. Sıvı kısıtlaması yoksa hastaya bol sıvı (günde 2.000- 2.500 ml) verilir.

Mesane Kateterinin Çıkarılması

1. Uzun süre kalıcı üriner kateter uygulanan hastada, kateter çıkarılmadan önce mutlaka mesane egzersizi yaptırılmalıdır. Kateterin çıkarılmasına karar verildikten sonra kateter klemp ile kapatılır. 1- 2 saat kapalı kaldıktan sonra klemp 10 dakika boyunca açık bırakılır ve daha sonra tekrar klemplenir. Bu açma ve kapama 3- 4 kez tekrarlandıktan sonra kateter çıkarılabilir.
2. Eller yıkanır ve kullanılacak tüm malzemeler hazırlanır.
3. Hasta ve hasta ailesine işlem hakkında bilgi verilir.
4. Hastanın mahremiyeti korunur.
5. Kadınlara dorsal rekumbent (hastanın sırtüstü yatırılarak dizlerinin bükük duruma getirilmesi) ya da sims (yüzüstü ve yan yatış pozisyonlarının birleşimi), erkeklere supine (sırtüstü yatış) pozisyonu verilir, hastanın üzeri örtülür.
6. Kateterin tespiti için kullanılan flaster çıkarılır.
7. Eldiven giyilir.
8. Enjektörle balonu şişirmek için verilen sıvının tamamı geri çekilir.
9. Hastaya derin nefes alıp vermesi söylenir. Nefesini verirken kateter yavaşça çekilir. Dirençle karşılaşılınca balon içinde kalan sıvı tekrar çekilir.
10. Perianal bölge temizlenir ve kurulanır.
11. Eldivenler çıkarılır ve eller yıkanır.
12. Malzemeler uygun şekilde atılır ya da temizlenir.
13. Kateter çıkarılma zamanı ve diğer bulgular kayıt edilir.
14. Hastaya hafif bir yanma ve sık idrar yapma hissi duyabileceği ve nedenleri hakkında bilgi verilir.
15. İlk sekiz saat içinde hastanın ilk yaptığı idrarın yaptığı saati ve miktarına ilişkin (görünümü-rengi) bilgi kayıt edilmelidir ve aileye bu eğitim sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Akça Ay F (2013). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Tıp Kitabevleri, 4. Baskı. s. 618-626
2. Akçay P, Ünsal Avdal E (2014). Üriner kateter takılması, bakımı, çıkarması. Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark. Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir s. 478
3. Alcan Z, Aksoy A (2011), Hemşirelik Hizmetleri Işığında Hastane Süreçleri. Nobel Tıp Kitabevleri, s. 288-291
4. Catheter-associated Urinary Tract Infections (CAUTI) 2011 URL: http://www.cdc.gov/HAI/ca_uti/uti.html. Erişim tarihi: 26.08.2014
5. Catheter-Associated Urinary Tract 2012 URL: http://partnershipforpatients.cms.gov/p4p_ resources/tspcatheterassociatedurinarytractinfections/toolcatheter-associatedurinary-tractinfectionscauti.html. Erişim tarihi: 26.08.2014
6. Danış B, Nurülke B, Dindar B (2008). Hemşirelik Bakımında Kalite. Meta Basım ve Matbaacılık, İzmir, 2. Baskı. s. 106- 108
7. Delaune SC, Ladner KP (2011). Responding to basic physiological needs. Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, New Orleans-Louisiana, Fourth Edition. s. 1269
8. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK (2009). Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee Guideline for Prevention of Catheter Associated Urinary Tract Infections. URL: http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguidelie2009final.pdf Erişim tarihi: 26.08.2014
9. Göz F, Erkan M, Uyurdağ N (2013). Üriner Kateter Yerleşimi, Nobel Kitabevi. S: 101
10. Hastane Enfeksiyonları Derneği (2004). Üriner Kateter Enfeksiyonların Önlenmesi Kılavuzu. Hastane Enfeksiyonları Dergisi - Turkish Journalof Hospital Infections. 2004;8(1):5-10.
11. Lynn P, LeBon M (2011). Skill Checklists for Taylor's Clinical Nursing Skills A Nursing Process Approach. Lippincott Williams and Wilkens, Third Edition,
12. Sabuncu N, Akça Ay F (2010).Klinik Beceriler Sağlığın Değerlendirilmesi Hasta Bakım ve Takibi. Nobel Tıp Kitabevleri s. 476-484
13. Using Evidence-Based Practice to Reduce Catheter-Associated Urinary Tract Infections (2013). URL: http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2013/06000/Using_Evidence_Ba-sed_Practice_to_Reduce.27.aspx. Erişim tarihi: 07.08.2014

11.8. STOMA (OSTOMİ) ÇEŞİTLERİ ve BAKIMI

Yrd. Doç. Dr. Gülay OYUR ÇELİK[1]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD

Giriş

Stoma (ostomi) kelimesi kökenini Yunancadan almaktadır. Açıklık veya ağız anlamına gelir. Uygulandıkları bölgelere göre adlandırılırlar. Trakeostomi, ürostomi, gastrostomi, kolostomi, ileostomi gibi.

Stomalar geçici ya da kalıcı olmak üzere iki çeşit olup; cerrahi girişimler gerektirerek açılırlar. Geçici olarak açılan stomalar açılmasını gerektiren durum ortadan kalktıktan sonra yine cerrahi girişimle kapatılır. Kalıcı stomalar ise ömür boyu hastada kalmaktadır.

Stomaların açılış sebepleri içinde en önemli yer tutan hastalıklardan biri kanserdir. Stomanın geçici ya da kalıcı olarak açılmasında karar verici unsur kanserin türü ve açılan stomanın işlevselliğini içerir. Birçok kanser türünde stoma (örn. kolon kanserlerinde açılan kolostomi gibi) kalıcı olarak açılmaktadır. Bunun yanında geçici olarak açılan stomalar daha çok semptomların gerilemesi ve hasta konforunu sağlamak amaçlı uygulanmaktadır.

Trakeostomi dışındaki stomalar deri yüzeyine ağızlaştırılarak yapılır ve stoma; açılan organın bulunduğu bölgede dıştan görülebilecek şekilde, dışa doğru bir çıkıklık-kabarıklık oluşturur. Yuvarlaktır, bu kabarıklık ödeme bağlı olarak ilk açıldığında belirgin özellikte olup gün geçtikçe küçülür. Ağızlaştırılan bölge deri üzerinde 1-2,5 cm kadar yükseltilerek sabitlenir. Ağızlaştırılan organa ait dışarıdan görünen bu kısım nemlidir, açılan ağzın iç kısmında olduğu gibi kırmızı ya da kırmızıya yakın pembe görünümdedir. Stoma renginin kırmızı-pembeye yakın bir renkte olası sağlıklı olduğunun bir göstergesidir. Bu alanda meydana gelen renk değişiklikleri bir sorunun varlığını gösterir; stomanın rengi koyu ve siyaha yakın bir renk içeriyorsa, organ ucunda kan akımının engellendiğini, soluk renksiz olması ise anemik bir durumun varlığını gösterir.

Stoma açıldıktan sonra 2-3 günlük bir süreçte yara bakımına gereksinim vardır. Barsak stomalarında barsağın iç yüzeyinde ağrı duyusu olmadığı için ağrı hissedilmez. Bu nedenle yara bakımı yapılırken travmatik, sert dokunuşlardan kaçınılmalıdır. Stomanın kan damarları açısından zengin olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle yapılacak uygumalarda sürtünme ve zorlamayla verilebilecek bir zarar stomada küçük kanamalara neden olabilir.

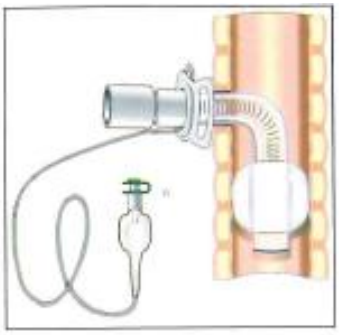
Stoma hastayı psikolojik, fizyolojik ve sosyal açıdan etkilemektedir. Bakım verenler ve hasta; stomanın fiziksel ve yara bakımını yapmak, stomadan sıvı çıkışını sürdürmek, etrafındaki deriyi korumak, peristomal irritasyonu önlemek, cerrahi yaranın dışkı ile kontamine olmasını engellemek gibi uygulamaları yapabilmelidirler.

11.8.1. TRAKEOSTOMİ VE BAKIMI

Trakeotomi: Hastanın oral ya da nazal yol ile solunum yapmasına engel olan akut bir durumu olduğunda (kanser, travma vb.) solunumun devamlılığının sağlanması amacı ile trakea ön duvarında trakeanın 2-3 veya 4. halkasının insizyonu ile cerrahi açıklık oluşturulmasıdır. Yabancı cisim, travma veya enfeksiyonlara bağlı üst hava yolu tıkanıklıklarında uygulanır.

Trakeostomi: Trakeadaki ostiumun cilde ağızlaştırılmasıdır. Trakeostomi baş ve boyun cerrahisi sonrası hava yolunun sürdürmek, inatçı akciğer sekresyonlarını kontrol etmek, dil, larenks, farenks, trakea, tiroid tümörlerini tedavi etmek, laringeal travma ya da laringeal kanser cerrahisi sonrası hava yolunu yeniden yapılandırmak, tedavisi güç uyku apnesi obstrüksiyonlarını ve radyoterapiye bağlı solunum yolları obstrüksiyonlarını tedavi etmek, uzun süre mekanik ventilasyon sağlamak ve bu hastalarda oral alımı ve konuşmayı sürdürmek amaçlı uygulanır.

Resim1: Trakeostomi



Resim 2: Trakeostomi kanülünün trakea içindeki görünümü

Kaynak: www.kashataliklari.tripod.com

Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

1. Trakeostomi tüpü ameliyatı sonrası ilk 12-24 saatte kanama riski açısından hasta yalnız bırakılmamalıdır.
2. Trakeostomi tüpü; ameliyattan sonra kalıcı açıklığın oluşması için 3-5 gün dış kanül değiştirilmeden yerinde bırakılmalıdır.
3. Trakeostomi kanülü yarı kritik bir malzeme olduğundan Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin önerileri doğrultusunda yüksek düzey dezenfektan ile dezenfekte edilmelidir.
4. Trakeostomi iç kanülü ameliyat sonrası ilk üç gün içinde 2-3 saat arayla, sonraki dönemde günde iki kere temizlenmeli, trakeostomi tutturma bağlarının değişimi ise kirlendikçe yapılmalıdır.
5. Trakeostomi kanülünün sekresyon / pıhtı ile tıkanmamasına dikkat edilmelidir.
6. Cuff balon jimnastiği; balonlu (cuff'lı) trakeostomi tüplerinde trakeada iskemiyi önlemek için hekimin önerdiği şekilde ya da iki saatte bir balonun havası boşaltılıp 15 dk sonra tekrar şişirilir. Balonların havası boşaltılmadan önce mutlaka aspirasyon işlemi yapılmalı ve cuff basıncı bakım öncesi ve sonrası kontrol edilmelidir.
7. Trakeitis ve skar dokusunun oluşmasını önlemek için trakeostomili hastanın bulunduğu oda ısısı mümkün olduğunca $24^{o}C$ ve odanın nem oranı %60-90 olmalıdır.
8. Trakeotomi / trakeostomi ürünleri hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin önerilerine göre dezenfekte edilmeli ve etilenoksit ile steril edilen silikon ya da plastik tüpler gazı absorbe ettikleri için kullanılmamalıdır.

İşlem Öncesi Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

Hastanın solunum tipi ve sayısı değerlendirilmelidir. Akciğer sesleri dinlenmeli; siyanoz, hipoksi yönünden hasta gözlenmeli, oksijen satürasyon düzeyine bakılmalı, oksijen tedavisi gerekli ise hastanın doğru oksijen miktarını ve nemlendirilerek alıp almadığı kontrol edilmelidir.

1. Trakeostomi bölgesi sekresyon, kızarıklık, şişlik, akıntı açısından gözlenmeli ve değerlendirilmelidir.
2. Bakım için hastanın işbirliği yapabilme düzeyi değerlendirilmelidir.
3. Enfeksiyon açısından hastanın vücut ısısı değerlendirilmelidir.
4. Tüp değişimi sırasında hastada boğulma hissi, öksürme ve morarma oluşabilir. Bu nedenle işlem sırasında hasta solunum açısından sık sık değerlendirilmelidir.

5. Bakım sırasındaki işlemlerde cuff uzantısının reentübasyonlara neden olabileceği için kesilmemesine dikkat edilmelidir.

İşlem Sonrasında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

1. Mutlaka akciğer ve solunum sesleri dinlenmeli,
2. Hasta hipoksi yönünden gözlenmeli,
3. Oksijen satürasyon düzeyine bakılmalıdır,
4. Tüpün pozisyonu ve derinliği değerlendirilmelidir,
5. İşlem sonrası ağız bakımı verilmelidir.
6. Trakeostomi dış kanülü, sadece gerekli olduğunda değiştirilmeli ve değiştirilirken temiz önlük giyilmeli, aseptik teknik kullanılmalıdır. Takılan trakeostomi kanülü steril veya dezenfekte edilmiş olmalıdır.
7. Trakestomi kanülü çevresine antimikrobiyal topikal pomad kullanılmamalıdır.

İç Kanülün Steril Olarak Değiştirilmesi

1. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.
2. Malzemeler tam olarak hazırlanır, kolay ulaşılabilecek alana yerleştirilir.
3. İşlem hastaya açıklanır, hastadan izin alınır.
4. Hastanın mahremiyetine özen gösterilir, oda kapısı kapatılır, ziyaretçiler çıkarılır, perde / paravan çekilir.
5. Hastanın trakeostomi bakımı ihtiyacı değerlendirilir.
6. Hastada ağrı değerlendirilmesi yapılır, hastanın ağrısı varsa işlem öncesi hekim istemine göre ağrı kesici yapılabilir.
7. Hastanın bilinci açıksa yarı oturur pozisyon verilir, koruyucu örtü hastanın göğüsü üzerine yerleştirilir. Bilinci kapalı hasta lateral pozisyona getirilmeli, yüzü hemşireye dönük olmalıdır.
8. Eldiven giyilir, maske ve gözlük takılır.
9. Gerekli ise trakeal aspirasyon yapılır.
10. Dış kanülünün altındaki kirli pansuman çıkarılır ve atılır.
11. Trakeostomi bölgesi kızarıklık, ödem, sekresyon özelliği ve kanama yönünden değerlendirilir.
12. Eldivenler, gözlük ve maske çıkarılır ve eller el yıkama standardına göre yıkanır.

13. Steril malzeme seti steril tekniğe dikkat edilerek hazırlanır. Setin içindeki kaplardan birine serum fizyoljik (SF), diğerine uygun dezenfektan solüsyon koyulur.

14. Steril eldiven giyilir.

15. Dezenfektan solüsyon ıslatılmış aplikatörlerle kanülün dıştan görünen bölümü kurumuş sekresyonlardan temizlenir.

16. Steril distile suyla ıslatılmış pamuklu aplikatörlerle stoma çevresi temizlenir.Temizlenen bölge steril spançlarla kurulanarak bölgenin nemi alınır.

17. Hastada takılı olan iç kanülü çıkartmak için saat yönünün tersine 90 derece çevirerek kilidi açılır.

18. İç kanül yavaşça dışa doğru çekip çıkarılır. Kirli iç kanül tek kullanımlık ise kirli poşetine atılır. İç kanül metalse ince fırçayla fırçalanır, kanülün içi ve dışı temizlenir. Daha sonra enfeksiyon kontrol komitesi önerilerine göre yarı kritik alet dezenfeksiyonu için seçilen uygun bir dezenfektan solüsyonu içeren kaba bırakılır.

19. İşlem sırasında eldiven kontamine olmuş ise eldiven çıkarılmalı yeniden steril eldiven giyilmelidir.

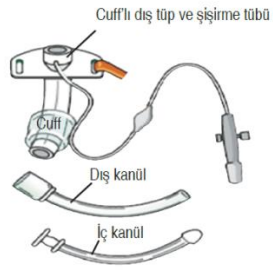
20. Dezenfektan solüsyon ile ıslatılmış aplikatörler ya da gazlı bezlerle dış kanülün kurumuş sekresyonları silinir.

21. Stoma çevresindeki sekresyonlar SF ile ıslatılmış aplikatörler / gazlı bezlerle temizlenir. Silme işlemi merkezden dışa doğru dairesel şekilde, tek bir hareketle ve stomanın 5-10 cm uzağına kadar yapılmalıdır.

22. Temizlenen bölgenin nemi steril spançlarla kurulanarak alınır.

23. İç kanül dezenfektan solüsyonlu kaptan Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin önerdiği süre dolduktan sonra alınır, SF ile durulanıp steril gaz spançlarla kurulanır.

24. İç kanül dış kanülün içine sokularak, saat yönünde 90 derece çevirerek iç kanül hastaya yerleştirilir.



Resim 3: Trakeostomi Kanülü (iç ve dış)

Kaynak: WilkinsonJM, Treas LS.,2012, s. 78 "Pocket SkillsNursing, What Are You Need to Know Now". F.A. DavisCompany, Philadelphia,
Akçay P,ve ark., Oyur Çelik, G.,2014, s. 148 Trakeostomi Bakımı, Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark., Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir

25. Cuff (balon) jimnastiği yaptırılır.

a. Tek ya da çift tespit balonunun şişkinliği kontrol edilir, enjektör ile 5-10 ml hava vererek balon şişirilir. Balon şişkinliği dört saatte bir kontrol edilir.

b. Çift balonlularda balonların şişkinliği dönüşümlü olarak değiştirilir.

26. Kirlenmiş olan trakeostomi bağının önce bir tarafı çözülüp temiz olan bağ takılır. Aynı işlem diğer taraf için uygulanır (kanülün çıkma tehlikesine karşın trakeostomi bağlarını değiştirme işlemi iki kişi tarafından yapılmalıdır).

27. Bağlar hastanın boynunun yan tarafında, bağ ile boyun arasında bir parmak girecek şekilde boşluk bırakarak bağlanır ve fazlalık uçlar makasla kesilir.

28. Dış trakeostomi kanülünün ön plakasının altına temiz gazlı bez yerleştirilir.

Resim 4: Trakestomi kanülü altına gazlı bez yerleştirme

Kaynak: Delaune SC, Ladner KP (2011). s. 888-889, Oxsination. Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, New Orleans-Louisiana, Fourth Edition.

11.8.2. KOLOSTOMİ, İLEOSTOMİ, ÜROSTOMİ BAKIMI

Kolostomi

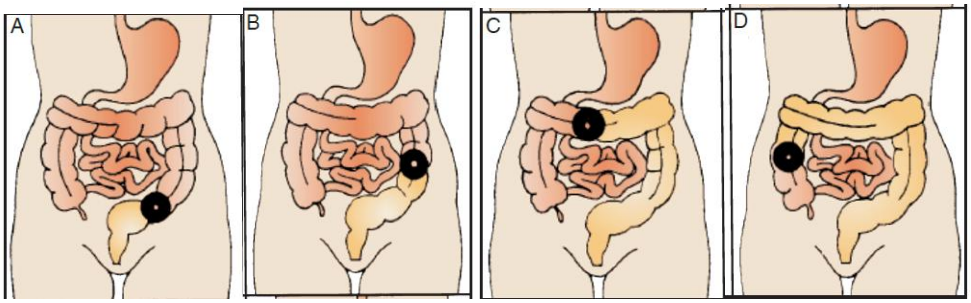
Hastalıklı olan kolonun hastalıklı bölümünün çıkarılarak, kalan bölümünün ameliyat ile karın ön duvarına ağızlaştırılmasına kolostomi denir.

Barsak tıkanmaları, abdominal travmalar, barsak delinmesi, doğumsal anomaliler, barsakta yapılan bir işlemin iyileşmesinde yardımcı olmak amacıyla, ciddi barsak, anüs, kolon hastalıkları, kanserler, metabolik hastalıklara bağlı olarak kolostomi açılabilir.

Kolostominin fonksiyonu barsak içeriğinin stoma aracılığı ile dışarı atılmasını sağlamaktır. Kolostomide sfinkter kası bulunmadığından hastalar barsak hareketlerini ve dışkı boşaltımını kontrol edemezler. Stomanın açıldığı yere göre dışkının kıvamı değişiklik gösterir. Stoma açılış yeri bireyin hastalığına, vücut yapısına göre belirlenir. Kalıcı ya da geçici olarak açılabilir.

İleostomi

Karnın sağ alt tarafında, ince bağırsağın son bölümünün ameliyat ile ağızlaştırılması işlemine ileostomi denir. İleostomi, kalın barsak ve rektumun ameliyat ile kısmen veya tamamen devre dışı bırakıldığı durumlarda kalıcı veya geçici olarak barsak içeriğinin boşaltılması amacı ile uygulanır. Bu hastalarda da kolostomide olduğu gibi dışkı kontrol edilemez. Dışkı bol sıvı kıvamda ve yakıcı niteliktedir. Dışkının stoma çevresindeki deriyi tahriş etme riski oldukça yüksektir. Bu nedenle bu hastalarda deri bakımı önem kazanmaktadır. İleostomide geçici ya da kalıcı olarak açılabilir.

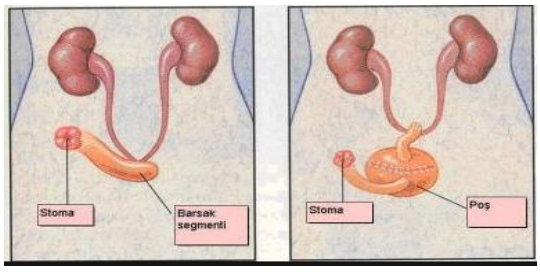


Resim 5: Farklı kolostomi bölgeleri ve adlandırılmaları (A- Sigmoid kolostomi, B- Desending kolostomi, C- Transverskolostomi, D- Assending kolostomi)

Kaynak: Grzelak D, 2005,.s. 1024.Brunner and Suddath' s Textbook of Medical-Surgical Nursing. Lippincott Williams & Wilkins, 10th Edition, Akçay Pve ark., Oyur Çelik G.,2014. s. 148 Stomalı Hasta Bakımı. Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark., Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir

Ürostomi

Üreter ya da üretranın direkt veya indirekt yolla karın duvarına ağızlaştırılması işlemine ürostomi denir. Üreter direkt karın duvarına ağızlaştırılabildiği gibi ince barsak ya da kalın barsaktan bir parça alınarak idrarın vücuttan atılması için bir kanal oluşturulur. Bu parçanın bir ucu kapatılarak üreter ya da üretra bu barsağın içine yerleştirilir. Açık olan uçta karın duvarındaki kesiden dışarıya ağızlaştırılır. Diğer stomalarda olduğu gibi sfinkter kası yoktur ve hasta idrarını kontrol edemez, idrar çıkışı süreklidir. Ürostomide idrar çıkışına ilişkin olarak saatte 30 ml idrar beklemek gerekir. Beklenilenin üstünde ya da altında idrar çıkışı olduğunda mutlaka değerlendirilmelidir.



Resim 6:Ürostomi

Kaynak: http://uroonkoloji.com/mesanetumoru-mesanekaserinderadikalcerrahi-33.html,11.10.2014

Stomalı hastalarda hedef hastanın bir an önce durumu kabullenmesinin sağlanması, foksiyonlarını bağımsız olarak yerine getirebilecek düzeye gelmesini sağlamaktır. Kendi başına uygulama yapamayacak bireylerde ise bakım verenlerin eğitiminin sağlanması önem kazanmaktadır. Palyatif bakım içinde stomalar önemli yer tutmaktadır. Bakım verenler tarafından normal stomanın görünümünün bilinmesi gereklidir. Bu durum anornal giden, farklılık gösteren semptomların belirlenmesinde temel oluşturur. Palyatif bakım hastasında stoma bakımında deri bakımı ve derideki değişiklikler bakım veren tarafından mutlaka kontrol edilmeli, değişiklikler gözden kaçırılmamalıdır. Tüm stomalarda bakım kriterleri ve torbaların değişimi aynı mantık çerçevesi içinde gerçekleştirilir.

Normal şartlarda stoma;

1. Nemli ve kırmızıya yakın, parlak pembe renktedir.
2. Dışa doğru çıkıklığı vardır.
3. Dokunulduğunda ağrı duyusu yoktur.
4. İstem dışı gaz veya dışkı çıkışı olabilir.

Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

1. Bakımın her aşamasında hastanın mahremiyeti korunmalıdır.
2. Her stoma torbası değişiminde, stomanın rengi ve stoma etrafındaki cilt kontrol edilmelidir.
3. Parastomal enfeksiyon belirtileri (kolostomi çevresinde kızarıklık, pürülan akıntı, vücut ısısının yükselmesi, dışkının kokulu olması vb.) ve diğer stoma komplikasyonları yönünden (diyare, konstipasyon, prolapsus, dermatit, retraksiyon, herni, kanama, stenoz, nekroz, evisserasyon, fistül, barsak tıkanması vb.) değerlendirilmelidir.

İşlem Öncesi Dikkate Alınması Gerekenler

1. Eller el yıkama standardına göre yıkanır ve kullanılacak tüm malzemeler hazırlanır.
2. Hasta / hasta ailesine işlem hakkında bilgi verilir.
3. Hasta / hasta ailesi endişelerini açıklaması için cesaretlendirilir ve işleme katılımı sağlanır.

İşlem Sırasında Dikkate Alınması Gerekenler

1. Hastaya sırtüstü yatar pozisyon verilir. Eğer hasta işlemi kendi yapabilir durumda ise oturur ya da ayakta durur pozisyonda olması sağlanır. Bunu yaparken hastanın mahremiyetine özen gösterilir.
2. Tedavi bezi ve muşambası hastanın altına yerleştirilir.
3. Eldiven giyilir.
4. Torba ya da adaptörün deriden daha kolay ayrılması için, adaptörün çevresi ılık suya batırılmış gazlı bezle ıslatılır.
5. Torba ya da adaptörün ayrılması sırasında, bir el ile stoma çevresindeki cilt gerdilirken, diğer el ile torba ya da adaptör (2 parçalı torba kullanıyorsanız) yukarıdan aşağıya doğru ciltten nazikçe ayrılır.
6. Stoma bakımında en önemli nokta; stoma etrafındaki derinin korunmasıdır. Cildin dışkı ile bulaşmamasına dikkat edilir ve cilt tahriş etmeden, dışkı ve yapışkan artıklarından ılık su ile ıslatılan gazlı bezle temizlenmesi sağlanır.
7. Dışkı bulaşmışsa, pH'sı uygun yumuşak bir sabunla yıkanabilir. Sabun kullanıldığında tahrişi önlemek için çok iyi durulanması ve kurulanması gerekmektedir. Stoma çevresinin kuru olması, torbanın ya da adaptörün cilde daha kolay yapışmasını sağlar.
8. Stoma torbası çıkarıldıktan sonra, stomanın rengi ve stoma etrafındaki cilt kontrol edilir.
9. Ciltte fazla tüy varsa tıraşı yapılmalıdır.
10. Kirli eldiveni çıkarılarak çöp poşetine atılır.
11. Eller el yıkama standardına göre yıkandıktan sonra yeni eldiven giyilir.
12. Stoma ölçer ile stomanın uygun çapı belirlenir.
13. Torba ya da adaptör uygun ölçüde kesilir. Uygun olan ölçü; torbanın kenarı ile stoma çevresi arasında 2-3 mm'lik bir boşluk olmasıdır. İleostomilerde derinin daha iyi korunması gerektiğinden torba çapının ileostomiye mümkün olduğunca yakın olması tercih edilmelidir. Bu ölçümü yapabilmek için stoma ölçü belirleyici kullanılmalıdır;

Resim 7: Stoma çapının belirlenmesi

Kaynak: http://www.semboltibbi.com/ostomi.html Erişim tarihi: 11.10.2014 (Cloroplast firması eğitim sitesi)

a. **Çapı dar olursa;** stoma adaptörü bası yaparak stomayı tahriş eder.
b. **Çapı geniş olursa;** stoma etrafındaki deri açıkta kalır ve dışkı deriye bulaşarak, tahrişe yol açar.

Resim 8: Stoma torbaları

14. Stoma çapı, ameliyat sonrası dönemde1-2 ay süre ile şiş olarak görülür. Bu dönemde uygulanan torbaların çapı geniştir. 2 ay sonrasında ölçümler tekrarlanarak şişlikler azaldıktan sonra torbanın çapı stomaya uygun belirlenir.

15. İhtiyaç varsa stoma etrafına ya da adaptörün iç bölümüne diş macunu kalınlığında pasta sürülebilir. Pastanın görevi; stoma ve torba / adaptör arasında açıkta kalan cildi, dışkı ve idrar sızıntısından korumaktır.

Resim 9: Stoma malzemeleri ve pasta kullanımı
Kaynak: http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/stoma_bakimi.pdf

16. Ortadaki delik stomayı içine alacak şekilde adaptör cilde yerleştirilir.

17. El ile yarım dakika bastırılarak, elin ısısı ile yapışkan kısmın vücuda daha iyi yapışması sağlanır. Adaptör vücut ısısına ulaştıkça yumuşayacak ve daha kolay şekillendirilebilir bir hal alacaktır. Yapıştırma esnasında adaptör yapışkanına temas edilmemeye çalışılmalıdır.

18. Adaptörün orta kısmı yerleştirildikten sonra, kenarlarındaki yapışkan kağıtlar da kaldırılarak adaptör, tam olarak cilde yapıştırılır,

Resim 10: Stoma adaptörünün yerleştirilmesi
Kaynak: http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/stoma_bakimi.pdf

19. Adaptöre uygun stoma torbası, bir noktadan başlayarak dairesel hareketlerle adaptöre yerleştirilir.

20. Alttan boşaltmalı bir torba takılıyorsa, işlem bitiminde torbanın klembi kapatılır.

21. Kilit sisteminin iyice yerleşmesi sağlanır. Torba hafifçe çekilerek yerleşip yerleşmediği kontrol edilir.

22. Torba üzerinde bulunan gaz filtresi uygun olan kısma yerleştirilir.

Resim 11: Stoma torbasının yerleştirilmesi
Kaynak: http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/stoma_bakimi.pdf

23. Atıklar uygun şekilde atılır.

24. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.

25. Boşaltmalı torbalar, 1/2 ya da 1/3'ü dolduğunda boşaltılmalı ve uç kısmı yıkanıp temizlendikten sonra tekrar kapatılmalıdır.

a. Tekli sistem torbalar 2-3 günde bir değiştirilmelidir.
b. İkili sistemde, torba 1-2 günde bir değiştirilmelidir.
c. Adaptör cilt üzerinde 3-7 gün kalabilir.

Stomanın hangisi olursa olsun hastada hem bedensel hem ruhsal değişiklikleri beraberinde getirmektedir.Bu aynı zamanda hastanın yakınlarını da ilgilendiren bir durumdur.Günlük yaşam aktivitelerini ve hayatını etkileyecek bu değişim için hastanın ve yakınlarının eğitimi stoma bakımında özellikle olması gereken unsurların içinde yer almaktadır. Bu bağlamda günlük yaşam aktivitelerini içine alan hasta ve yakınlarının eğitimi aşağıdaki gibi olmalıdır;

Deri Temizliği, Bakımı ve Banyo: Hastaya banyo engelinin olmadığı, su ve sabunun stomaya zarar vermediği ve suyun stoma içine kaçmayacağı anlatılmalıdır. Hasta torbalı ya da torbasız banyo yapabilir. Stoma etrafındaki cildin derisi ile aynı şekilde olması gerektiği ve dışkı sızıntısından pasta yardımı ile cildin nasıl korunacağı anlatılmalıdır.

Beslenme: Hastaya özel bir diyet önerilmediyse hasta istediği her şeyi yiyip içebilir. Hastaya beslenme ile ilgili şu öneriler sunulabilir.

- Gazlı içeceklerden kaçınılmalıdır.
- Dehidratasyon bulguları anlatılmalıdır.
- Diyetle ilgili kısıtlamaları hasta deneme yanılma yoluyla zamanla kendisi de bulacaktır.
- Günde 2-3 litre su içilmelidir.
- Yiyecekler iyice çiğnenerek yenmelidir.
- Kilo takibi yapılmalı, kilo alıp verilmekten kaçınılmalıdır.
- İlk kez denenecek besinler azar ve yavaş yenmelidir.
- Konstipasyon önleyici diyet bilgisi verilmelidir.

Gaz: Stomalı bireyler gaz çıkışının kontrolünü sağlayamazlar . Gazı ve kokuyu kontrol altına alacak önerilerde bulunulmalıdır. Hasta yemeklerini düzenli yemelidir. Gaza neden olan fasulye, nohut, süt ve ürünleri, lahana gibi besinlerin kontrollü yenmesi gaz çıkışını kontrol edebilir.

Koku: Hastalar çok fazla koku olacağını düşünerek büyük endişe taşırlar. Torbada kullanılan filtre kokuyu engelleyecektir. Soğan, sarımsak, balık, yumurta,peynir ve kuru baklagiller kokuyu arttıran gıdalardır. Yoğurt, nane şekeri, maydanoz gibi besinler kokuyu baskılarlar

Fiziksel Aktivite: Stomalı hasta yüzebilir ve yürüyüş yapabilir. Boks, güreş, ağırlık kaldırma gibi sporlar önerilmez. Hastaya spor öncesi torbasının boşaltması önerilir.

Seyahat: Seyahat etme konusunda herhangi bir engel yoktur. Hastaya seyahat öncesi torbasını boşaltması ve yanında stoma malzemeleri taşıması gerektiği anlatılır.

Hamilelik: Stomalı hastalar doktor kontrolünde hamile kalabilirler ve emzirebilirler. İleostomili hastalarda doğum kontrol hapı ince bağırsaktan emileceği için kullanımı ile ilgili hekimi ile görüşülmelidir.

Cinsel yaşam: Hastalar vücutlarında oluşan değişiklikten , gaz ve kokudan dolayı endişe duyarlar. Hastaya ve eşine cinsel ilişkinin stomaya zarar vermeyeceği anlatılmalıdır. Cinsel ilişki sırasında küçük torba veya stoma kebi kullanılabilir. Yaşadıkları endişe ve korkuların zamanla azalacağı bunun için kendilerine zaman tanımaları gerektiği hatırlatılmalıdır.

İbadet: Stoma abdeste ve ibadete engel olmaz. Oruç tutmak stomalı birey için bir engel değildir. Dışkı çıkışını kontrol etmek zordur. İshal yaratacak yiyeceklerden kaçınılmalıdır. Oruç uzun süre aç kalmaya bağlı olarak sıvı elektrolit dengesi bozulabilir.

Stoma etrafında kırmızılık, şişlik, ısı artışı, ishal nedeniyle sıvı kaybı olması, stomanın açık pembe renginin koyulaşması, stomanın geri kaçması / sarkması / fıtıklaşması / kanaması durumunda en yakın sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiği anlatılır.Torba değişimi, stoma bakımı, gözlemler ve yapılan eğitimler kayıt edilir.

11.8.3. GASTROSTOMİ

Oral yolla beslenemeyen hastada gastrointestinal sistemi normal işlev görüyorsa beslenmeyi sağlamak amaçlı karın ön duvarından mide içerisine ince, esnek bir tüp yerleştirilmesidir.

Beslenme problemi olan hastalarda gastrointestinal sistemde (GİS) herhangi bir fonksiyon kaybı yok ise; ağız yolu ile ya da kısa süreli beslenme gerçekleşecek ise nazogastrik sonda (NG) ile beslenmeye devam edilmesi her zaman tercih edilmelidir. Uzun süreli dışarıdan beslenmenin devam edeceği durumlarda ise özefagostomi, gastrostomi, jejunostomi tüpü yerleştirilerek hastanın beslenmesi sağlanır.

Resim 12: Gastrostomi yerleşimi
Kaynak: http://www.drahmetdobrucali.com/endoskopi/perkutan-endoskopik-gastrostomi-peg/

Psikolojik hastalıklar, anoreksia nevroza, ağız-yüz-kafa travmaları, baş - boyun kanserleri, oral alımın gerçekleştirilemeyeceği nörolojik hastalıklar, yaygın yanıklar, kemoterapi sonrası şiddetli iştahsızlık ve kusmaya bağlı beslenememe, birçok metabolik hastalığa ilişkin beslenememe durumlarında uygulanılan, palyatif bakım için de hastanın beslenmesinde önemli bir yer tutan yöntemdir.

Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

1. Bakımın her aşamasında hastanın mahremiyeti korunmalıdır.
2. Gastrostomi ile beslenme kateter yerleştirildikten 24 saat sonra başlanmalıdır.
3. Beslenmeye başlanılmadan önce barsak seslerinin başlaması önemlidir.
4. Bakım verenlere tüp uzunluğu ile ilgili bilgi verilmelidir;
   a. Tüpün dışarıda kalan kısmı ölçülerek kayıt edilmelidir

b. Tüp üzerinde deriye giren kısım işaretlenmelidir.

c. Belirli aralıklarla tüpün dışında kalan kısım ölçülerek yerinde olup olmadığına ilişkin değerlendirme yapılmalıdır.

5. Bakım verenler tüp giriş yerini ilk 48 saat pansumanlarını yaparak deri bakımını sağlamalıdır. Bu süre içinde pansuman yaparak kapalı tutulan tüp merkezi 48 saat sonrasında herhangi bir sızıntı, komplikasyon yok ise açık tutulmalıdır. Tüp giriş yeri kontrolleri dikkatli bir şekilde yapılmalıdır.

6. Pansumanlar açıldıktan sonra deri bakımı sabunlu su ile yıkama ve tüp çevresini kuru tutma yöntemi ile gerçekleştirilir.

7. Herhangi bir sorun yok ise ekstra bir bakım gerektirmez.

8. Tek seferde beslemede hasta 400cc'ye kadar tolere edebilir, fazla beslememek gerekir. Aspire edebileceği unutulmamalıdır.

9. Pnömoni, tüp tıkanıklığı, yara yerinde bağ dokusu iltihabı olabileceği göz önünde tutulmalıdır.

10. Verilecek mayi oda sıcaklığında olmalıdır.

11. Hastaya gastrostomiden ilaç verilecek ise uygun şekilde hazırlanarak verilmesine dikkat edilmelidir.

İşlem Öncesi Dikkate Alınması Gerekenler

1. Eller el yıkama standardına göre yıkanır ve kullanılacak tüm malzemeler hazırlanır.
2. Hasta / hasta ailesine işlem hakkında bilgi verilir.
3. Hasta / hasta ailesi endişelerini açıklaması için cesaretlendirilir ve işleme katılımı sağlanır.
4. Barsak sesleri dinlenir.
5. Beslenme torbası ya da şırınga hazırlanır.
6. Gerekiyorsa entereral beslenme pompaları kullanılır.

İşlem Sırasında Dikkate Alınması Gerekenler;

1. Hastaya pozisyon (oturur ya da oturmaya yakın) verilir.
2. Gastrik tüpün yeri kontrol edilir.
3. Tüpün klempi açılır, mide içeriği aspire edilir. 100 cc'nin altında ise beslenme yapılır, ve 30 cc kadar sıvı verilerek tüp yıkanır, aspire edilen sıvı 100 cc üzerinde ise temiz bir içerik olup olmadığı kontrol edilir, temiz ise geri verilir, beslenme 1saat ertelenir.

4. Beslenme gerçekleştirilir.
5. 30cc sıvı beslenme sonrasında tüpün temiz kalması için verilir.
6. Tüp klemplenir.
7. Gerekiyorsa pansuman yapılır.
8. İşlem sorası eller yıkanır.

Resim 12: Gastrostomi ile besleme
Kaynak: http://www.drahmetdobrucali.com/endoskopi/perkutan-endoskopik-gastrostomi-peg/

İşlem Sonrasında Dikkate Alınması Gerekenler;

1. Tüple beslenme toleransı değerlendirilmelidir.
2. 6 saat ara ile kan şekeri takibi yapılmalıdır
3. Aldığı-çıkardığı sıvı takibi ve niteliği kontrol edilmedir.
4. Günlük kilo takibi yapılmalıdır.
5. Beslenme tipi ve miktarı daima kayıt edilmelidir.

Gastrostomi uygulanan bireyde ağız bakımı palyatif sürecin içinde yer almalıdır. Uzun süreli beslenme gerçekleştirildiğinde ağız kokusu ve kötü ağız hijyenine bağlı olarak enfeksiyon riski oluşabilir. Bu nedenle ağızdan beslenme olmasa da ağız bakımı yapılmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Akça Ay F (2013). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Tıp Kitabevleri, 4. Baskı. s. 550- 551
2. Akçay P, Oyur Çelik G (2014). Trakeostomi Bakımı. Hemşirelik Bakım Standartları. Editör: Erken ve ark. Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir. s. 148
3. Aksoy D, Eskioğlu F. Stoma ve Peristomal Deride Görülen Dermatolojik Problemler. URL: http://www.dermaneturk.com. Erişim tarihi: 29.01.2013
4. Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G (2011).Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi. İstanbul Tıp Kitabevi. s. 52- 59
5. Alcan Z, Aksoy A, Civil B ve ark (2011).Hemşirelik Hizmetleri Işığında Hastane Süreçleri. Nobel Tıp Kitabevleri, s. 292-296
6. AnorektalMalformasyon Derneği (ARMD). Stoma Bakımı. URL: http://www.armtr.org/stoma-bakim.php?active=12 Erişim tarihi: 30.09.2014
7. Aştı TA, Karadağ A (2011). İntestinal Stomaya Torba Uygulanması İnkontinent Üriner Diversiyonda Torba Uygulaması Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri. Nobel Kitabevi, Ankara,. s. 1152-1167

8. Aştı TA, Karadağ A (2011). Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri, Nobel Kitabevi. s. 841-848
9. Çavdar İ. Stomalı Hastanın Eğitimi. URL: www.istanbulsağlık.gov.tr Erişim tarihi: 28.10.2014
10. Çavdar İ (1999). Kolostomili Hastaların Kolostomilerine Uyumlarında Hemşirelik Eğitiminin Etkinliği. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul,
11. Delaune SC, Ladner KP (2011). Oxsination. Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, New Orleans-Louisiana, Fourth Edition. s. 888-889
12. Grzelak D (2005). Brunner and Suddath' s Textbook of Medical-Surgical Nursing. Lippincott Williams & Wilkins, 10th Edition,. s. 1024
13. Danış B, Nurülke B, Dindar B (2008). Hemşirelik Bakımında Kalite. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, 2. Baskı, İzmir. s. 95- 96
14. Dramalı A (2005). Sindirim sisteminin alt bölümüne yapılan cerrahi girişim sonrası bakım. Çukurova Kolo-Proktoloji ve Stomaterapi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, Adana. s. 14-16
15. Duruk N (2007). Hemşirelerin İntestinalStoma Bakımına İlişkin Bilgileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
16. Eti Aslan F, Karadakovan A (2009). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, s. 735740.
17. Hyland J (2002). Gastroenteral Nursing. 2002;25:241-244.
18. Jane C. Rothroch /Alexander's. (2011). Care of The Patient in Surgery. ELSEVIER (Mosby), 14th Edition, s. 129-133.
19. Lynn P, LeBon M (2011). Skill Checklists for Taylor's Clinical Nursing Skills A Nursing Process Approach. Third Edition, s. 310- 312.
20. Sabuncu N, Akça Ay F (2010). Klinik Beceriler Sağlığın Değerlendirilmesi Hasta Bakım ve Takibi. Nobel Tıp Kitabevleri, s. 512- 523.
21. Türk Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği (2008). Sağlık Hizmeti ile İlişkili Pnömoninin Önlenmesi Kılavuzu. Hastane Enfeksiyonları Dergisi 2008;12(2):6-7.
22. URL: http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/stoma_bakimi.pdf Erişim tarihi: 11.10.2014
23. URL: www.kashastaliklari.tripod.com Erişim tarihi: 11.11.2014
24. URL: http://uroonkoloji.com/mesanetumoru-mesanekaserinderadikalcerrahi-33.html Erişim tarihi: 11.10.2014
25. URL: http://www.semboltibbi.com/ostomi.html Erişim tarihi: 11.10.2014
26. URL: http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/stoma_bakimi.pdf Erişim tarihi: 11.10.2014
27. URL: http://www.drahmetdobrucali.com/endoskopi/perkutan-endoskopik-gastrostomi-peg/ Erişim tarihi: 11.10.2014

11.9. YATAĞA BAĞIMLI HASTA VE BAKIMI

Yrd. Doç. Dr. Gülay OYUR ÇELİK[1], Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM[2]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD
[2]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Giriş

Yatağa bağımlı hasta bakımı palyatif bakım süreci içinde önemli bir yer tutmaktadır. Hastanın rahatını sağlamak, yaşam kalitesini arttırmak ve terminal dönemde hastaya destek olmak çok önemlidir.

Yatağa bağımlı hasta, kendi gereksinimlerini karşılayabilme ve topluma aktif katılımı için her gün bağımsızca başarabileceği ve üstlenebileceği günlük yaşam aktivitelerinin bir bölümünü yapamama olarak tanımlanabilir.

Yatağa bağımlı birey için uygulanabilecek en önemli unsur yaşam kalitesini arttıracak uygulamalardır. Bu uygulamalar sayesinde sürekli yatmaya bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonlar önlenmiş olacaktır. Bu nedenle yatağa bağımlı hastada bakım unsurları değerlendirmek için komplikasyonları önlemeye ilişkin yapılması gerekenleri vurgulamak gereklidir.

Tablo 1. Yatağa Bağımlı Hastada Gelişebilecek Komplikasyonlar (2)

Nörolojik / Emosyonel	Davranış ve oryantasyon bozukluğu, denge bozukluğu, depresyon, uykusuzluk, anksiyete.
Üriner / renal	Diürezis, üriner enfeksiyon, idrar yapmada zorluk, üriner staz, böbrek taşı.
Gastrointestinal	Fekal impakşın (dışkının sertleşerek barsakta uzun süre kalması), kolon obstrüksiyonu, anoreksiya,Konstipasyon
Solunum	Hipostatik pnömoni, göğüs kafesi genişlemesinde azalma, sekresyon birikimi, solunum asidozu.
Kardiyovasküler	Taşikardi, kardiyak arrest, sistemik veya pulmoner emboli, ortostatik hipotansiyon, trombüs oluşumu.
Kas-iskelet	Atrofi, kontraktür, deformite, fraktür, kuvvetsizlik, sırt ağrısı, osteoporoz, ayak düşmesi, elektriksel aktivite ve uyarılmada eksiklik
Deri	Basınç ülserleri, ödem

Erken S,Soydemir D, Tokem Y, 2014, Syf:204 Yatağa Bakımlı Hasta Bakımı. Hemşirelik Bakım Standartları, Editör: Erken ve ark., Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir

Bakımda Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

1. Tüm bakım ve girişimler, bakım veren tarafından dikkatlice yapılmalıdır.
2. Bilinci kapalı hastalarda işitme duyusunun en son kaybedilen duyu olduğu unutulmamalı ve hasta ile iletişimde seçilen kelimelere çok dikkat edilmelidir.
3. Enfeksiyonlara yönelik komplikasyonların önlenmesinde evrensel önlemler dikkate alınmalıdır.

İşlem Süresince Dikkate Alınması Gerekenler

1. Eller yıkanır.
2. Hastanın bilinci açık ya da kapalı olsun bakım verenler yapılan tüm uygulamaları hastaya anlatılmalıdır.
3. Yaşam bulguları ölçülür.
4. Bilinç durumu hasta değerlendirme standardına göre değerlendirilir.
6. Hastanın günlük bakım gereksinimleri belirlenir.

Günlük Gereksinimlerine Göre Bakım

Günlük öz bakım gereksinimleri standardı, ağız bakımı, göz bakımı, kulak bakımı, saç bakımı, yatak içinde tam vücut banyosu, ayak bakımı, perine bakımı, enteral beslenme, trakeostomi bakımı, endotrakeal tüp bakımı, stomalı hasta bakımı, periferik damar yolu bakımı, santral kateter bakımı, üriner kateter takılması ve bakımı, ödem izlem ve bakımı, sırt masajı uygulama, hastaya poziyon verme, bacak - ayak egzersizleri, postural drenaj, derin solunum, öksürme egzersizi, aspirasyon, basınç ülseri önleme ve bakımı standartlara uygun şekilde bakım verenler tarafından belirlenmeli ve uygulanmalıdır.

Yatağa Bağımlı Hastada Sistemlere Yönelik Bakım

1. Deride Gelişebilecek Komplikasyonların Önlenmesi:

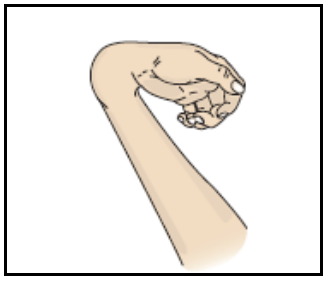
Yatağa bağımlı hastalarda immobilizasyona bağlı kemik çıkıntı bölgelerinde ve yetersiz beslenme nedeni ile basınç ülseri gelişebilir. Basınç ülserinin önlenmesi için basınç ülseri önleme ve bakım standardına uygun girişimler planlanmalıdır. Basıncın ortadan kaldırılması için yatak içi egzersizleri, yatak içi döndürme ve destek sistemlerinin kullanılması sağlanmalıdır. Deri turgorunun sağlanması, derinin nemlendirilmesi, günlük hijyenik bakımı aksatılmadan yapılmalıdır.

2. Kas-İskelet Sistemine İlişkin Komplikasyonların Önlenmesi:

Yatağa bağımlı hastalarda immobilizasyona bağlı yanlış pozisyonlar, egzersiz azlığı / olmaması, eklem hareketlerinin olmaması gibi nedenlerle kontraktür, deformite, osteoporoz, fraktürler gelişmektedir. Özellikle hareketsizliğin oluşturduğu ayak düşmesi en sık görülen komplikasyonlardan biridir. Kas- iskelet sistemine yönelik komplikasyonların önlenmesi için;

a. Temel koruyucu pozisyonlar hastaya pozisyon verme standardına uygun olarak verilir.
b. Fizyoterapi ekibi ile işbirliği yapılarak yatak egzersizlerinin düzenli uygulanması sağlanır.

c. Ayak düşmelerini engellemek için ayak tahtası ya da destek ürünler ile destek sağlanmalıdır.



Resim 1: Fraktür

Kaynak: Delaune SC, Ladner KP (2011). s. 1106, Responding to Basic Physiological Needs. Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, New Orleans-Louisiana, Fourth Edition.

3. Kardiyovasküler Sisteme İlişkin Komplikasyonların Önlenmesi:

Yatağa bağımlı hastalarda dik duruş pozisyonunun azlığı, yavaş venöz akım ve kalbin iş yükünün artması nedeni ile, ortostatik hipotansiyon ve trombüs gibi komplikasyonlar gelişebilir. Kardiyovasküler sisteme ait bu komplikasyonların önlenmesi için;

a. Temel koruyucu pozisyonlar pozisyon uygulama standardına uygun olarak verilmelidir. Kontrendike değilse semi-fowler ya da fowler pozisyonu belli aralıklar ile verilmelidir.

b. Fizyoterapi ekibi ile işbirliği yapılarak yatak egzersizlerinin düzenli bir şekilde yapılmalıdır.

c. Hastaya sıvı alması sağlanır ve kanın viskozitesi arttırılmalıdır.

d. Yatak içinde ayak düşmesini engellemek için elastik bandaj ya da çorap uygulanmalıdır.

e. Hasta mümkünse ayağa kaldırılmaya çalışılmalıdır.

4. Solunum Sistemine İlişkin Komplikasyonların Önlenmesi:

Yatağa bağımlı hastalarda immobilizasyona bağlı olarak solunum kaslarında gelişen kuvvetsizlik, göğüs kafesinin genişlemesine ve ventilasyonun azalmasına neden olur. Bronşlarda ve akciğerlerde mukus birikimi, bronş duvarının kuruması ve siliaların fonksiyonlarını yitirmesi ile hipostatik pnömoniye neden olabilir. Yatağa bağımlı hastalarda solunum sistemine ait bu komplikasyonların önlenmesi için;

a. Sekresyonları harekete geçirmek ve göğüs kafesinin genişlemesini sağlamak için derin solunum, öksürme egzersizleri ve postural drenaj uygun girişimler ile yapılır.

b. Aspirasyon standardına uygun olarak sekresyonların aspirasyonu sağlanmalıdır.

c. Hipostatik pnömoni belirtileri yönünde hasta gözlenir (ateş, öksürük, göğüs ağrısı, yeşil balgam, lökositoz, röntgende akciğerde infiltrasyon).

d. Solunum seslerini değerlendirmek için 2-4 saatte bir anterior, posterior, lateral akciğer alanları oskülte edilmelidir.

e. Oda havası nemlendirilmelidir.

f. Ağız bakım standardına uygun olarak ağız bakımı verilmelidir.

g. Solunumu destekleyici pozisyonlar uygun şekilde verilmelidir.

h. Gerekli durumlarda postural drenaj uygulanmalıdır.

5. Gastrointestinal Sisteme İlişkin Komplikasyonların Önlenmesi:

Yatağa bağımlı hastalarda metobolizma yavaşlaması ve buna bağlı iştahsızlık, negatif hidrojen dengesinin oluşması, fiziksel aktivitenin azalması, beslenmenin değişmesi, hastanın sürgü kullanmaktan rahatsız olarak defekasyonunu yapmak istememesi gibi nedenlerle konstipasyon, hipoproteinemi, malnütrisyon ve anoreksiya gibi komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Gastrointestinal sisteme ait bu komplikasyonların önlenmesi için;

a. Günlük ve haftalık kilo takibi yapılmalıdır.

b. Aldığı-çıkardığı takibi yapılmalıdır.

c. Hasta oral alıyorsa çiğnemesi ve yutması kolay olan yiyecekler yemesi sağlanmalı ve sık aralıklarla azar azar yemesi sağlanmalıdır.

d. Kontrendike değil ise; günde 1,5– 2 lt sıvı alımı sağlanmalıdır.

e. Hasta malnütrisyon belirtileri yönünden gözlenmelidir.

f. Sürgü kullanımı için hasta teşvik edilmelidir.

g. Defekasyona çıkıp çıkmadığı kontrol edilmelidir.

h. Fizyoterapi ekibi işbirliği ile aktif-pasif hareketler yaptırılmalıdır.

i. Nutrisyon destek ekibi işbirliği ile yüksek protein karbonhidrat ve sıvı içeren besinlerin verilmesi sağlanmalıdır.

6. Renal (Üriner) Sisteme İlişkin Komplikasyonların Önlenmesi:

Yatağa bağımlı hastalarda, ördek ve sürgü kullanımının hastalar tarafından zor olması, kateterizasyonun komplikasyonlu bir uygulama olması, hiperkalsemi, supine pozisyonunda idrarın renal pelviste toplanması ve durgunlaşıp partiküller, kristaller halinde çökerek böbrek taşı meydana gelmesi, immün sistemin zayıflaması gibi nedenlerle, idrar yapmada zorluk, üriner staz, böbrek taşı ve üriner enfeksiyon gibi komplikasyonlar görülebilir.

Renal sisteme ait bu komplikasyonları önlemek için;

a. Hastaya fizyoterapi ekibi işbirliği ile aktif-pasif hareketler yaptırılmalıdır.

b. Mümkünse kateterizasyon yerine ördek ya da sürgü kullanımı için hasta cesaretlendirilmedir.

c. Sıvı alımı mümkün olduğu ölçüde arttırılmalıdır.

d. Aldığı çıkardığı takibi yapılmalıdır.

d. İnvaziv üriner sistem girişimlerinde aseptik kurallara dikkat edilmelidir.

7. Nörolojik- Emosyonel Duruma İlişkin Komplikasyonların Önlenmesi:

Yatağa bağımlı hastalarda, uyaran eksikliği, duygusal ve sosyal izolasyon, yalnızlık, ölüm korkusu, statü ve işlerini, çevresini kaybetme korkusu, bağımlılık psikolojisi (kendi kendine bir şey yapamama) gibi nedenlerle davranış ve oryantasyon bozukluğu, depresyon, uykusuzluk ve anksiyete olmak üzere birçok komplikasyon görülebilir. Mental sisteme ilişkin bu komplikasyonların önlenmesi için;

a. Hastayla iletişim en üst düzeyde tutulmalıdır.

b. Yapılan tüm işlemlere ait bilgi hastaya verilmelidir.

c. Hasta ve çevresi ile işbirliği yapılmalıdır.

d.Hastanın bakımına ve bakım kararlarına katkıda bulunmasına izin verilmeli ve kendisini aktif hissetmesi sağlanmalıdır.

e. Gerekirse psikiyatri konsültasyonu istenmelidir.

g. Etraftakilerle ilişkiye girebileceği bir ortam sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Erken S, Soydemir D, Tokem Y (2014). Yatağa Bakımlı Hasta Bakımı. Hemşirelik Bakım Standartları. Editör: Erken ve ark. Akademisyen Tıp Kitapevi, İzmir. s. 204
2. Delaune SC, Ladner KP (2011). Mobility. Fundamentals of Nursing Standarts and Nursing, New Orleans-Louisiana, Fourth Edition
3. Geraghty M (2005). Nursing the unconscious patient. Nursing Standard. S: 54- 64 URL: http://nursinghelp.weebly.com/uploads/1/0/3/6/1036882/nursing20care20of20the20unconcious 20patient.pdf. Erişim tarihi: 02.07.2014
4. Pınar R. Yatağa Bağımlı Hasta Bakımı. URL: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/yataga_bagimli_hasta_bakimi.pdf. Erişim tarihi: 02.07.2014

=12=

EVDE YAŞLI HASTA BAKIMI

Bölüm Editörleri

Prof. Dr. Fehmi AKÇİÇEK

Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN

12.1. YAŞLILARDA PALYATİF BAKIM İLKE VE FELSEFESİ

Uzm. Dr. Sevnaz Şahin[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri BD

21. yüzyılın en önemli başarılarından biri insanoğlunun doğumla beklenen yaşam süresinin artmasıdır. Ülkemizde 2013 TUİK verilerine göre doğumla beklenen yaşam süresi kadınlarda 79,2 yıl; erkeklerde 74,7 yıldır (1).

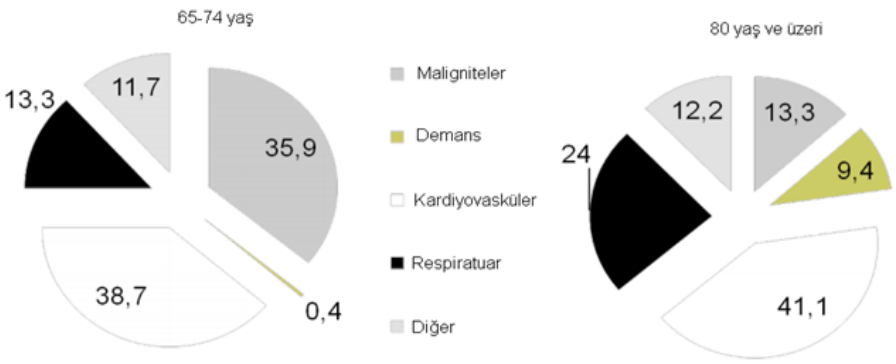
Doğumda fizyolojik ve psikolojik olarak bir başkasına tam bağımlı olan birey, yetişkin döneminde tam bağımsız hale gelir. Yaş ilerledikçe fizyolojik değişiklikler fonksiyon kaybı, emeklilik ile sosyal statü kaybı, çocukların büyümesi, çalışma hayatında aktif olamamanın neden olduğu rol kayıpları olabilir. Yaşlılık döneminin aktif, başarılı, sağlıklı geçmesinde, aynı palyatif bakımda olduğu gibi kayıplara uyum önem taşır. Kronolojik olarak sınır kabul edilen 65 yaş üzerinin sağlığını koruma, tedavi etmeye odaklanan geriatrinin en temel amacı, insanoğlunun yaşamına eklenen yıllara yaşam katmaktır, başka bir deyişle; yaşam kalitesini arttırmaktır (2).

Palyatif bakım, küratif tedavi şansı olmayan hastalardaki aktif tüm bakımdır, holistik yaklaşım gerektirir. Bakım tanımı ile kastedilen ağrı ve diğer fizyolojik semptomların, psikolojik semptomların, sosyal ve maneviyatı içeren problemlerin kontrol altına alınmasıdır. Palyatif bakım kavramının kökleri hospis'e dayanmaktadır. Hospis (destek evi) ise; 19. yüzyıl sonları 20. yüzyıl başlarında dini temellerde ortaya çıkmış tarihsel süreçte tıbbi uygulamalar dahil olmuştur (3). Palyatif bakımın 21.yy'daki temel amacı, yaşam kalitesini arttırarak, iyileşmeyi destekleyerek, süreci eziyet verici elem dolu bir mücadeleden çıkartıp tamlık, bütünlük, hoşnutluk haline getirmektir (4). Geriatri ve palyatif bakımın aynı hedef olan 'yaşam kalitesini arttırmak'da buluşmaktadırlar.

Yaşlı hastanın genç hastaya göre palyatif dönemdeki karşı karşı kaldığı sıkıntılar farklılıklar göstermektedir. Çünkü yaşlanma sürecinde artan metabolik, kardiyak, romatolojik kronik hastalıklara yaşlılığın neden olduğu dejenerasyonlar ve sık görülen Parkinson, demans, inme, kanser gibi hastalıklar eklenmektedir. Kalp veya böbrek yetersizliği gibi organ yetersizlikleri bireye ek psikolojik ve fizyolojik yük getirmekte gerek hastanın gerekse yakınının yaşam kalitesini ve aktivitelerini sınırlamaktadır (6).

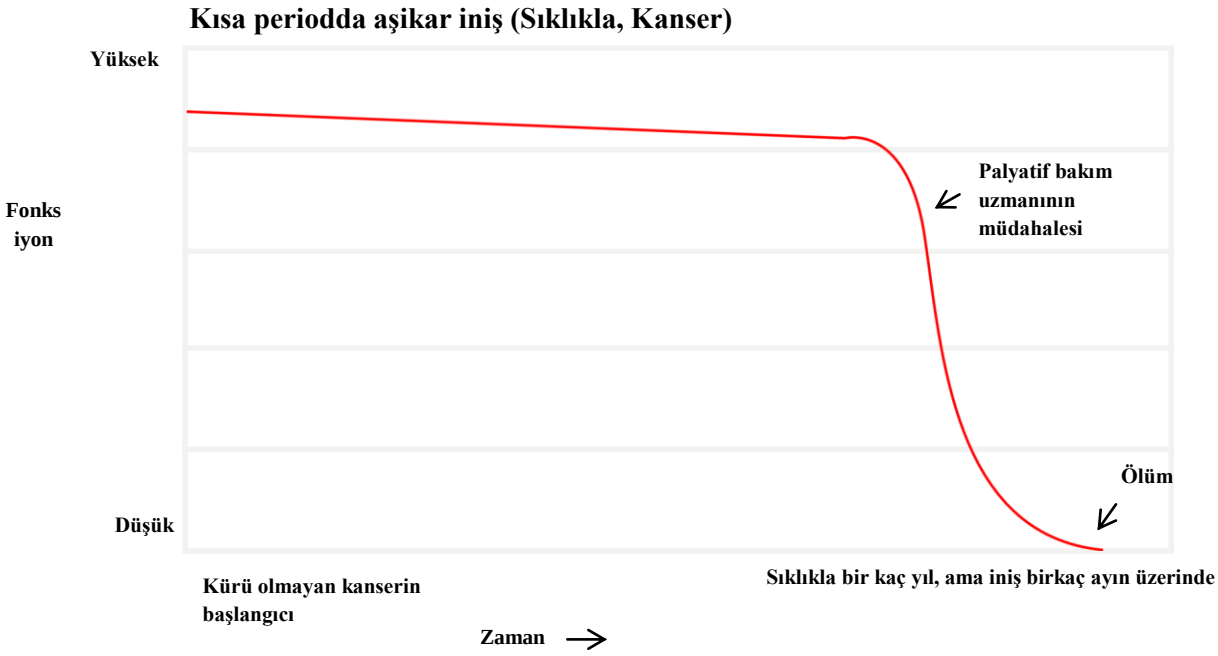
Belçika örneğinde yaşlara göre mortalite nedenlerine bakıldığında; 65-74 yaş grubu bireylerde mortalitenin en sık nedeni kanser iken; 80 yaşın üzerinde kanser sıklığının düştüğü kardiovasküler, respiratuvar hastalıkların ve demansın ciddi oranlarda arttığı görülecektir (Şekil 1)(5).

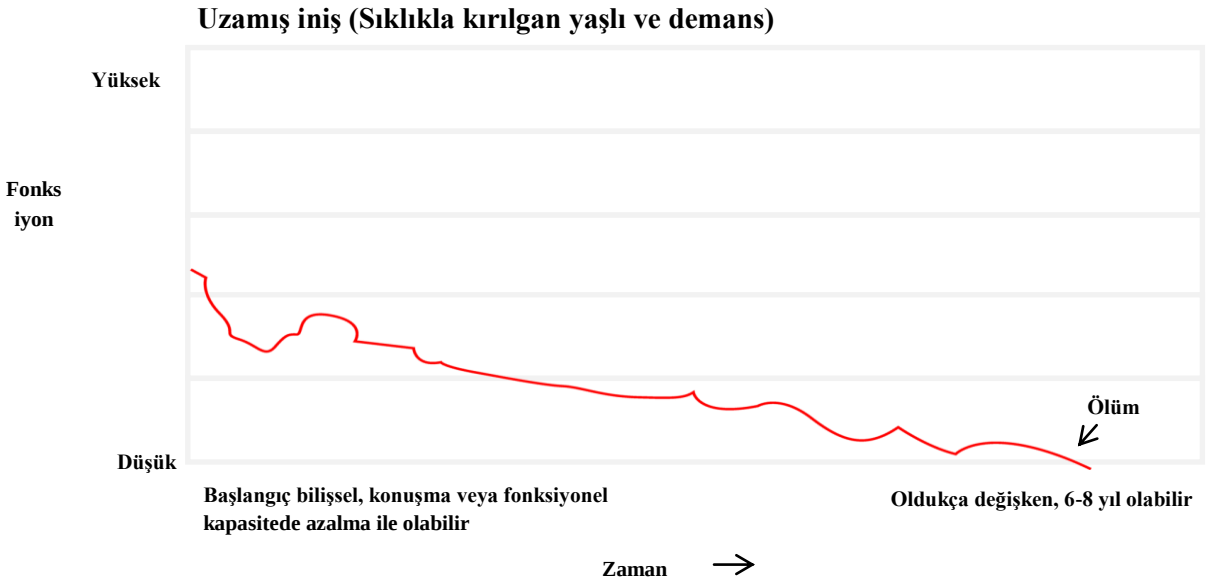
Şekil 1: Yaş gruplarına göre mortalite nedenleri



Mortalite nedenlerinin farklı olması palyatif bakım sürecinde de farklılıklara neden olmaktadır. Örneğin; kanser hastalarında palyatif bakımda fonksiyonel olarak düşme, zaman içinde belli bir hızda meydana gelirken; kalp yetmezliğinin akut ataklarında hasta çok kötüleşmesine rağmen tedavi ile belli bir ölçüde iyileşebilmektedir (Şekil 2)(7).

Şekil 2. Hastalıkların farklı süreçleri

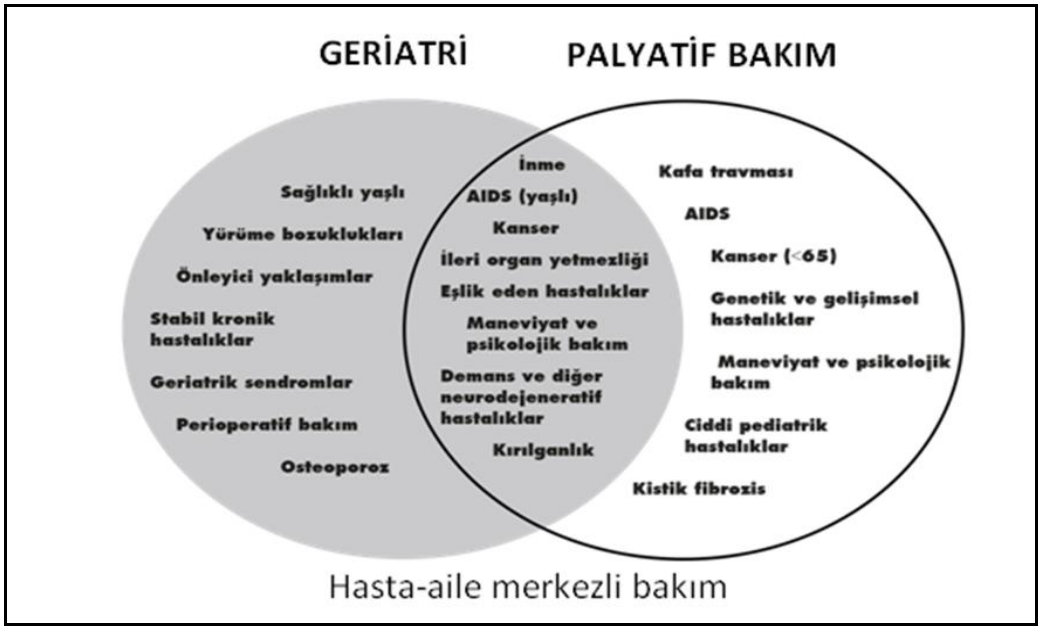




Palyatif bakımın genişleyen hasta yelpazesi ile beraber ekipte onkologlarla birlikte geriatri uzmanları da yer almaya başlamıştır.

Günümüzde birçok ülkede palyatif bakım uzmanlıktır ve geriatri gibi ana dal eğitimden sonraki yan dal eğitimiyle verilmektedir. Bununla birlikte yaşlı hastada palyatif bakım ve geriatrik bakımı keskin bir şekilde birbirinden ayırmak çok mümkün değildir. Amerika Geriatri Derneği ve Hospis ve Palyatif Tıp önderliğindeki yayınlanan Geriatri Raporunda bu konu değerlendirilmiş ve ortak hasta gruplarına dikkat çekilmiştir (Şekil 2)(8)

Şekil 3. Geriatri ve palyatif bakımın hedef hasta grupları



Bu raporda geriatri ve palyatif bakımın hasta ve aile merkezli olduğu; hizmet alanlarının örtüştüğü hastalıklar belirtilmektedir. Her iki bilim dalı da ekip çalışması gerektirmektedir. Geriatri ve palyatif bakımının kesişme noktalarının çokluğu iki disiplinin güç birliğine gitmesi açısından önemli bir fırsat olarak görülmekte, bu alanda çalışan eğitimli kadroların yakın ilişki içinde olması gerektiği belirtilmektedir (8).

Tüm bunlara rağmen yaşlı hastalarda yaşam sonu bakımı değerlendiren çalışmalarda, bu dönemindeki yaşam kalitesinin suboptimal olduğunu göstermektedir. Özellikle ölünceye kadar kür veya yaşamı uzatmaya yönelik ağır girişimlerin uygulandığı hastanelerde,yaşam kalitesinin suboptimal olduğu belirtilmektedir (9). Ölümlerin hala büyük bir oranda hastanede olduğu görülmektedir (10). Bunun en önemli nedeni palyatif bakım hizmetinin parçalı olarak verilmesi ve süreklilik arz etmemesi olarak belirtilmektedir. Bu nedenle hastalar kontrol altına alınamayan ağrılarla acil olarak hastanelere başvurmakta ve istekleri bu yönde olmasa da hastanede hayatlarını kaybetmektedirler. O nedenle palyatif bakımın bütüncül ve sürekli olması çok önem taşımaktadır (11).

Ülkemizde palyatif bakım, geçmişi çok eski olmayan, sağlık çalışanları tarafından bilinirliği arttırılmaya çalışılan, henüz yapılanma sürecinde olan genç bir bilim dalıdır. Palyatif bakımın, benzer ekiple, benzer hedef kitleye hizmet veren daha uzun süredir var olup; yapılanmasını ülke genelinde oturtmuş olan geriatri ile eşgüdümlü çalışması, palyatif bakım bilimdalının yapılanma sürecine hız katacağı gibi geriatrik popülasyona bakım hizmetini de kuvvetlendirecektir.

KAYNAKLAR:

1. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK), URL: http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=16124, Erişim tarihi: 15.12.2014

2. Yaşlının evde bakım ve değerlendirme kılavuzu. Edt S. Ülker Göksel, Mopak Endüstri Meslek Lisesi, Matbaa bölümü, ISBN: 978-975-483-909-8, İzmir 2011

3. WHO (1990). Cancer pain relief and palliative care. Technical Report Series:804 Geneva:World Health Organization, 1990

4. Mount B, Hanks G, McGoldrick L (2006). ABC of Palliative Care. Edt. Fallon M, Hanks G, The principles of palliative care. Blackwell Publishing, scdedition, USA, 2006. s. 1-4

5. URL: www.statbel.fgov.be Erişim tarihi:15.12.2014

6. Finlay I, Capel M (2010). Palliative medicine for elderly patient Ed: Fillit HM, Rockwood K, Woodhouse K. Brocklehurst'sTextbook of Geriatric Medicine and Gerontology s. 973-983, Saunders Elsevier, PA, USA, 2010

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

8. American Geriatrics Society and American Academy of Hospice and Palliative Medicine Leadership Collaboration (2012). Report of the Geriatrics – Hospice and Palliative Medicine Work Group. Journal of the American Geriatrics Society. 2012;60:3,583–587.

9. Twomey F, McDowell DK, Corcoran GD (2007). End-of-life care for older patients dying in an acute general hospital – can we do better? Age Ageing 2007,36(4):462-464.

10. Costello J (2001). Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. J Adv Nurs 2001;35:59–68.

11. Van Der Eerden M, Csikos A, Busa C, et al (2014). Experiences of patients, family and professional caregivers with ıntegrated palliative care in Europe: protocol for an international, multicenter, prospective, mixed method study. BMC Palliat Care. 2014 Nov 21;13(1):52

12.2. ALZHEİMER VE İLERLEYİCİ NÖROLOJİK HASTALIKLARDA YAKLAŞIM

Uzm. Dr. Pınar TOSUN TAŞAR[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri BD

12.2.1. Alzheimer Hastalığı

En sık demans nedeni olan ve tüm vakalarının %50-70'ini oluşturan Alzheimer hastalığı (AH) kesin tanısı ancak progresif demans bulguları olan vakalarda biyopsi ya da otopsi ile Alzheimer hastalığına özgü patolojik bulguların saptanması ile konulabilmesine rağmen; klinik kriterler ve laboratuvar teknikleri ile olası AH tanısına varılabilmektedir. Hastalık için en önemli risk faktörü yaş ve genetik yatkınlıktır. Beklenen ortalama yaşam süresi 8 - 10 yıl arasındadır (1).

12.2.2. İlerleyici Nörolojik Hastalıklar

Motor nöron hastalıkları (MNH), multipl skleroz (MS), muskuler distrofiler, prion hastalıkları ve Huntington hastalığıdır.

Motor Nöron Hastalığı: Motor nöronlarda ilerleyici kaybın olduğu nadir hastalıklar arasındadır**.** Prevalansı 2/100.000'dir. Genellikle orta ve ileri yaşlardaki erkeklerde gözlenmektedir. Nadir herediter formları ise çocukluk ve adolesan döneminde karşımıza çıkmaktadır. Kaslarda direkt kayıp yoktur; ancak sinirlerde denervasyon, atrofi vardır. Hastalarda ağlama ve gülme krizleri peş peşedir, hasta ve yakınlarını oldukça zorlayan durumlar arasındadır. **MNH'nın çeşitleri: Amiyotropik Lateral Skleroz (ALS):** Hastaların %66'sında gözüken formdur. Kortikospinal yolak ve alt motor nöron tutulumu vardır. Ortalama sağkalım üç yıldır. **Progressive MuskulerAtrofi (PMA):** Hastaların %8'inde gözüken formdur, hastaların büyük bir kısmında alt motor nöron tutulumu vardır, prognozun en iyi olduğu alt tiptir, beklenen sağ kalım 15 yıldan fazladır. **Progressive Bulbar Palsi (PBP):** Hastaların %26'sında gözüken formdur. Daha çok kafa çiftleri tutulmuştur. Mortalitesi yüksektir, ortalama sağ kalım bir yıldan azdır (2).

MS: Santral sinir sisteminde demiyelinizasyon söz konusudur. Tutulan alana göre semptomlar hemiparezi, hemisensoriyal kayıp, internükleer oftalmopleji, optik nörit, ataksi ve tremor olarak değişiklik göstermektedir. Hastalık ataklar şeklinde kendini gösterir. Prevalansı 1/1.000'dir. Genellikle 20-50 yaşları arasındaki genç kadınlarda gözlenmektedir. Semptomatik tedavide palyatif yaklaşım esastır ancak pulse metilprednizolon ve ACTH akut ataklarda (3), interferon (4), siklofosfamid (5), immunoglobulinler (6), aminopridinler (7) kullanılabilir.

Muskuler distrofiler: Bu grup içerisinde yer alan hastalıklar Duchenne Muskuler, Becker, Fasiyoskapulohumeral Distrofiler'dir. Yetişkin grupta en sık gözüken formu Duchenne Muskuler Distrofiler'dir. Duchenne Muskuler Distrofiler X'e bağlı resesif kalıtılan bir hastalıktır; ancak hastaların %30'unda spontan mutasyon bulunmaktadır. Esas olarak kadınlar taşıyıcı erkekler ise hastadır. Kas membranının yapısındaki distrofin noksanlığı söz konusudur. Başlangıçta proksimal kaslar belirgin olarak etkilenir, hastaların yürümesi ve oturması zordur. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde ise solunum kasları tutulur ve mekanik ventilatör ihtiyacı doğmaktadır (2).

Huntington hastalığı: Korpus sitratumdaki kolinerjik ve GABA'nerjik nöronlarda azalma söz konusudur. Hastalık genellikle dördüncü dekatta gözlenmektedir; ancak daha agresif olan formları ise daha genç yaşta başlamaktadır. Prevelansı 1/20.000' dir. Hastalığın başlangıcında huzursuzluk gibi kişilik değişimleri, kore benzeri yürüyüş, kas tonusunda artış, bradikinezi, disfaji söz konusudur. Genellikle tabloya depresyon ve demans da eklenmektedir (2).

Prion hastalıkları: Nadir gözüken hastalıklardandır, en sık formu Creutzfeldt - Jakob Hastalığı'dır. Prevalansı 1/1.000.000'dir. Hastalık genetik geçişli olabileceği gibi kornea transplantasyonu sonrası iyatrojenik de olabilmektedir. Hastalıkta nörolojik bozukluklar, kognitif bozukluklar ve ataksi söz konusudur (2).

12.2.3. Alzheimer ve İlerleyici Nörolojik Hastalıklarda Sık Görülen Sorunlar ve Yaklaşım

Kabızlık: İlerleyici nörolojik hastalıklarda karşımıza çıkan en sık sorundur. Nedenleri düşük lif içeriği olan besinlerin tüketimi, immobilite, antikolinerjik ve opioid türevi ilaçların yan etkisi ve karın kaslarındaki kuvvetsizliktir. Tedavide; eğer ilaç yan etkisi ise mümkünse ilaç kesilmeli ya da dozu azaltılmalıdır. Eğer hastanın disfajisi varsa ve yüksek lifli gıdalar alamıyorsa oral laksatifler (kodanthramer 5-10 ml, macrogol saşe, senna şurup) kullanılmalıdır (2).

Basınç ülserleri: İlerleyici nörolojik hastalıklarda ve Alzheimer hastalığında hareket etmelerinde sorun vardır. Hastaların immobil oldukları dönemdeki en önemli problem ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilen basınç ülseridir. Basınç ülseri tedavisindeki en önemli nokta; basınç ülserinin oluşumunun önlenmesidir. Bu amaçla, riskli hastalar saptanmalı ve önlemeye yönelik alınacak tedbirler konusunda hem sağlık personeli hem de hasta ve hasta yakınları çok iyi eğitilmelidirler. Hasta yakınlarına en az iki saatte bir pozisyon değiştirmesi anlatılmalıdır. Tamamen immobil hastalarda pozisyon değiştirmeye ek olarak havalı yataklar (dinamik veya statik) önerilmeli ve hasta yakınları geri ödeme konusunda sosyal güvenlik kurumuna yönlendirilmelidir, takip eden uzman hekimle temasa geçilmelidir. Basınç ülseri eğer oluştuysa bir taraftan uygun lokal tedaviler planlanırken; diğer taraftan eğer mevcutsa ağrı gibi sistemik semptomlar giderilmelidir (2). Ağrı varlığında non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar ve topikal opioidler denenebilir. Lokal uygulamada en sık önerilen rivanolle pansumandır. Yarada kokulu ve / veya koyu renkli akıntının olması, zemininde renk değişikliğinin olması enfeksiyonu düşündürür. Buradan örnek alarak uygun antibiyotik tedavisi gerekirse de debritman planlanmalıdır (8).

Nefes Darlığı: Alzheimer ve ilerleyici nörolojik hastalıklarda aspirasyon pnömonisine, diyaframa ve interkostal kasların tutulumuna, malnütrisyona, altta yatan kardiyak ve akciğer patolojilerine, kullanılan diüretik gibi hipopotasemi yapan ilaçların yan etkilerine bağlı olarak solunum kaslarındaki güçsüzlüğe bağlı olabilir. İnfeksiyon varsa, uygun antibiyoterapi başlanmalı, aspirasyon söz konusu ise hastanın oral alımı kesilmeli ve feeding tüpten beslenmelidir. Eğer nörolojik hastalık solunum kaslarını tuttuysa mekanik ventilatör endikasyonu vardır. Hastada akut dispneye sekonder anksiyete geliştiyse; kısa etkili 2-5 mg diazepam, 0,5-1 mg lorazepam ya da uzun etkili olan 2,5-5 mg morfin sülfat verilebilir (9).

Salya artışı: Bulbar tutulumu olan ilerleyici nörolojik hastalığı olanlarda tükürüğün yutulmasında sorun vardır, bu da kişinin izole ve yalnız olmasına yol açan nedenler arasındadır. Antikolinerjik ilaçlar örneğin hyozine hidrobromid (1 mg/72 saatte) transdermal, hiyozin hidrobromid 300-600 µg sublingual ya da glikopyronium bromide 1-2 mg /24 saatte verilebilir. Aynı zamanda kişinin depresif duygu durumu da varsa tedavisine amiptriplin ya da beta blokerlerden propranolol 10 mg eklenebilir (2).

Uykusuzluk: Ağrı,anksiyete, depresyon, hipoksi ve karbondioksit retansiyonu gibi çok çeşitli nedenlerden kaynaklanabilir. Tedavisi altta yatan etkene göre yapılmalıdır (2).

Yutma problemleri: Yutma problemleri bu grup hastalarda sıktır. İmmobil hastalarda o nedenle ağız bakımı önem taşımaktadır. Beraberinde odinofaji de varsa mutlaka oral ya da özafegal candidiyazis olup olmadığına bakılmalı, fungal infeksiyon varsa tedavisine 50 mg flukanozol 5 gün süre ile eklenmelidir. Hasta diyetisyene yönlendirilmeli ve pürtüklü lifli gıdalar verilmelidir. Eğer hastanın oral alımı mümkün değil ve sık sık aspire ediyorsa, feeding tüple beslenme önerilmelidir. Dört-altı haftalık süreye rağmen, hastanın oral alımı mümkün değil ise perkutan endoskopik gastrostomi (PEG) önerilmelidir (2).

Kas Ağrısı: Nedeni; immobiliteye sekonder, kas tonusunda azalma ve buna ikincil, pozisyon değişiklikleri sırasında eklem çevresinde meydana gelen ağrıdır**.** Bu nedenle pasif eklem hareketleri ile yapılan fizyoterapi eklem hareketleri için önemlidir. Ağrı için farmakolojik tedavi olarak oral ya da rektal, topikal non-steroid antiinflamatuvarlar, intraartiküler lokal anestezik içeren injeksiyonlar - steroid ya da akupunktur tedavisi önerilmektedir (2).

Kontraktürler: Uzun süre immobiliteye bağlı bir sorundur. Önlenmesi için düzenli aktif ya da pasif eklem hareketleri ile hastanın rehabilite edilmesi, gereğinde atel kullanılması önemlidir (2).

Kas Krampları: Özellikle ilerleyici nörolojik hastalıklarda karşımıza çıkan diğer bir problemdir ve basit germe egzersizleri başlangıç tedavisi olarak denenmelidir. Eğer hastanın ağrısı çok ise tedavisine 5-20 mg baklofen, 2- 24 mg tizanidine, 5-10 mg diazepam, kinin sülfat 200 mg ile 300 mg arasında verilmelidir. Diğer bir alternatif yöntem de botoks injeksiyonudur (2).

Anksiyete: Hastalığın ilerleyişi ile birlikte sıklığı artan bir bulgudur. Özellikle geceleri daha belirgindir. Genellikle hasta- hekim arasında iyi bir iletişim kurulduğunda azalmaktadır; ancak eğer tedavi başlanacaksa ve hastanın semptomları geceleri belirginse, kısa etkili 10-20 mg temazepam; gün içerisinde daha belirginse 5-10 mg diazepam verilebilir (2).

Depresyon: İlerleyici fatal nörolojik hastalıklarda sık gözüken bir semptomdur; ancak hastanın beraberinde konuşma güçlüğü de varsa çoğunlukla atlanmaktadır. Tedavisinde eğer hastanın insomnisi de varsa 25-150 mg amitriptilin kullanılabilir; ancak ilerleyici nörolojik hastalığın kardiyak tutulumu da varsa dikkatli olunmalıdır. Diğer alternatif tedavi yöntemi ise 20 sitalopramdır (2).

İnsomnia: Nedenleri ağrı, anksiyete, depresyon, solunum yetmezliği, sekresyon artışı, öksürüktür. İnsomnia; sabah uyuklamalarına, CO_2 retansiyonuna bağlı sabah baş ağrılarına neden olabilir. Bu nedenle insomniyaya neden olan etken bulunmalı ve tedavi edilmelidir (2).

12.2.4 Serebrovasküler Hastalıklar ile Alzheimer ve İlerleyici Nörolojik Hastalıklarda Evde ve Bakımevinde Bakım İlkeleri

Doç. Dr. NİL TEKİN

ASPB Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Dünya nüfusunun giderek yaşlandığı bilinen bir gerçektir. Ülkemizde de yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranının giderek hızla artt7ığı, 2013 yılı itibariyle %7.7ye yükseldiği görülmektedir. Yaşlılıkla birlikte kronik hastalıkların görülme oranı artarken, bağımlılık düzeyleri de artmaktadır. Bağımlı yaşlılarda tıbbi gereksinimler ön planda olmakta, her bağımlılık düzeyi için ayrı bakım ve hizmet gereksinimleri oluşmaktadır. Bu nedenle evde veya kurumsal bakımda bakım hizmetleri önem kazanmaktadır. Yaşlı bakımında aile ve toplum yapısındaki değişimler, kurum bakımına talebin artmasına neden olmuştur. Ancak ülkemizde halen kurumsal bakım hizmetleri daha çok ekonomik ve sosyal muhtaçlığa dayalı olarak yalnızca sınırlı bir gruba verilmektedir. İdeal olarak birçok problemi olan kırılgan yaşlıların toplumda veya bakımevlerinde bu problemleri çözebilecek bir ekip tarafından yakın izlemi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri 2012 raporuna göre nörolojik hastalıklar %37 ile en fazla hizmet sunulan hastalık grubunu oluşturduğu görülmektedir.Evde bakımda sıklıkla görülen bu hastalıklar engellilik oluşturmakta ve yaşam kalitesini oldukça bozmaktadır.

Serebrovasküler Hastalıklar (SVH) Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet- Etkililik Proje Raporu'na göre (2004) ulusal düzeyde ölüme neden olan 20 hastalık arasında ikinci ölüm nedenidir. Nöroloji kliniklerinde yatan hastalarda ilk sırada inme görülürken, bu hastaların %30'u uzun süreli evde bakım ya da kurumsal bakıma gereksinim duymaktadır. Aile aslında SVH olan bireyler için sağlıklı desteğin doğal kaynağı olmasına karşın SVH ile birlikte hastada oluşan fiziksel sorunlar nedeniyle oluşan öz bakım yetersizliği hasta ve ailesinde anksiyete ve depresyon oluşumuna yol açmaktadır. Evde bakım gereksinimi olan SVH'lı hastalarla ilgili yapılan bir çalışmada da en sık gelişen problemin enfeksiyon, özellikle de pnömoni olduğu belirlenmiştir. İnmeli hastaların rehabilitasyonunda evde bakımın önemli bir unsur olduğu bilinmektedir. Ancak bu hastaların bakımı son derece karmaşık ve zordur. İyileşmesi ve düzelmesi zaman alan yatağa bağımlılığın ve fiziksel kısıtlılığın neden olduğu dekübütüs, kontraktür, deformite ve atrofi gibi sorunlara bakıldığında daha çok hastanede yatarken ortaya çıktığı bildirilmiştir.

Alzheimer Hastalığı (AH) genel olarak günümüzde hemen tüm toplumlarda demansın en sık görülen nedeni olup, yaşla birlikte görülme oranı artar. Semptomlar zaman içinde bir klinik progresyonu takip etmektedir. Bakım verenlerin uzun dönemli bakımdaki yükü nedeniyle sorunlarla baş etmeye yönelik eğitim almave Alzheimer dernekleri gibi kuruluşlarda destek grup aktiviteleri önemlidir. AH bakım planında optimal bilişsel işlevini sürdürmesine yardım etmek, bağımsızlığını ve öz bakım aktivitelerini desteklemek, sosyalizasyon gereksinimlerini karşılamak, inatlaşmadan çözümler bulmak, iletişimi iyileştirmek, fiziksel güvenliğive yeterli beslenmeyi

sağlamak, ilaç takibi yapmak, anksiyete ve ajitasyonunu azaltmak, uyku bozukluklarını gidermek gerekmektedir. AH ileri evrede hasta enteral besleniyor ise aspirasyon riski açısından takibi, başın yüksekte tutulması ve gerektiğinde sıvı diyete geçilmesi önerilir. Hastalarda idrar ve gaita inkontinansı yanı sıra tuvalet yerini bulamama ve uygunsuz yerlerde defekasyon yapma gibi sorunlar da yaşanabilmektedir. Banyo kapısının üzerine tuvalet olduğunu belirten bir resmin asılması, hastaların belli aralıklarla tuvalete götürülmesi önerilir. Saat, takvim, yön gösteren işaretler, renkli bantlar gibi hatırlatıcılar yanısıra yemek listesi, mevsim, hava durumu gibi bilgilerin büyük harflerle yazılarak kolayca okunabilecek yerlere asılması kolaylaştırıcı olabilir. İdrar yolu enfeksiyonu riski nedeniyle aralıklı sonda takma programı uygulanması, cilt bütünlüğünün değerlendirilmesi, elin fonksiyonel pozisyonu için el topu kullanılması, tedavi sonrası hastada nörolojik sekel gelişmişse erken dönemde rehabilitasyona başlanması önerilir. Hasta sosyal yaşantıdan koparılmamalı ve hoşlandığı aktiviteleri yapmaya devam etmelidir. Müzik, resim gibi uğraşılar hastayı rahatlatmaktadır. İmmobilitenin giderek artması nedeniyle bası yarası oluşma riski değerlendirilmelidir. AH ileri evrede bakım ile ilgili önemli kararların aile içinde önceden planlanması iyi olur. Aslında tüm hastalarda olduğu gibi AH da da bakımın ana kuralı hastaya gerekli sevgi, ilgi, şefkat ve sabrın gösterilmesidir.

Parkinson Hastalığı ilerleyen yaşla beraber artan sıklıkta görülen sinsi başlangıçlı ve yavaş seyirli bir dejeneratif nörolojik hastalıktır. Hastalıkta titreme, hareket yavaşlığı, duruş ve yürüme bozuklukları gibi ön planda hareketi etkileyen bir tablo mevcuttur. Bu tabloya sindirim, dolaşım, duygu durum ve bilişsel işlevlerinde ortaya çıkan problemler de eklenmektedir.Uyku bozuklukları bu hastaların %90 nında görülür. Depresyon hasta ve hasta yakınlarını etkileyen önemli bir sorun olup, tabloya özellikle demansın da eklenmesi yaşam kalitesinin bozulmasına önemli etki yapar. Denge bozuklukları sonrası düşmeler de önemli sorunlar arasındadır. Kemik yoğunluğu azalmış ileri yaştaki kişilerde kırıkların ve kafa içi kanamaların önlenmesi büyük önem taşımaktadır. Fizyoterapi uygulamaları uygun egzersizler, aktif fiziksel yaşam yürüme ve denge problemlerini hafifletmede önemli ölçüde yardımcıdır. Ev içerisinde basit düzenlemeler yapılabilir, terlik ve ayakkabı seçimi, baston ve walker kullanımı ile düşme ve bunu izleyebilecek ciddi tıbbi sorunları önlemek mümkündür.

Parkinson hastalarının bakımı sabır, hoşgörü gerektirir. Aileye verilen desteklerler önemlidir, bireyin yaşam kalitesini yükseltir. Öncelikle hareket düzeyleri değerlendirilerek, iyi bir postür sağlanmalı, fiziksel hareketlerde yavaşlama açısından düzenli kas hareketleri yaptırılmalıdır. Böylelikle kaslar ve eklemler korunarak, kontraktürlerin oluşması engellenir. Hastada akinezinin önlenmesinde çizgi üzerindeymiş gibi yürütülmesi, dönme hareketinde bacaklarını kaldırarak hareket ettirmesi konusunda eğitim yapılmalıdır. İletişime yeterli zaman ayrılması, yüz ve boyun masajı ile kas relaksasyonu sağlanarak konuşmanın kolaylaştırılmasının sağlanması önerilmektedir. Ayna karşısında yüz egzersizleri, konuşurken cümleler arasında nefes alınması için desteklenmesi, anlaşılmayan kelimelerin gürültüsüz bir ortamda tekrarlatılması, hastalığın zamanla ilerleyeceği bilgisi aileye paylaşılarak tedavilerin düzenli kontrollerle sürdürülmesi önerilmektedir. Terlemeyle birlikte artan vücut salgıları dikkate alınarak vücut hijyeni sağlanmalı, ağız bakımı yapılmalıdır. Uyku için sessiz ortamlar sağlanmalı, postür değişikliğindeki zorluk nedeniyle rahat pozisyon verilmelidir. Hastalarda yemeği tamamlamak için geçen sürenin uzaması, ilaç yan etkisi (bulantı, kusma, iştahsızlık), yemeğe ulaşmada güçlük,

artmış enerji ihtiyacı gibi problemlerin beslenme sorunlarına yol açabileceği bilinmelidir. Çiğneme ve yutmayı kolaylaştıracak egzersizler ile sık aralıklarla az miktarda dik oturarak uygun gıdalarla beslenme sağlanmalıdır. Büyük aminoasitlerin kan beyin bariyerini geçerken dopaminle yarışması nedeniyle düşük protein içerikli ve karbonhidrat ağırlıklı beslenme ile motor bulgularda düzelme görülebildiği bildirilmektedir.

Multipi Sklerozda(MS); organik ruhsal bozukluklar, öfori, depresyon, kişilik- mizaç değişiklikleri, somatizasyon ve regresyon görüldüğü bildirilmiştir. MS hastalarında duygusal stresin artmasında hastalığın oluşturduğu artmış fiziksel yeti yitimiyle gelişen fonksiyon kaybı ve hastalık semptomlarının ilerlemesi ve alevlenmesinin etkin olduğu düşünülmektedir. Bu hastalığa ait belirtilerin genellikle 20-40 yaşları arasındaki daha çok genç bireylerde ortaya çıktığı bildirilmektedir. En sık izlenen tipi atak ve iyileşmeler ile giden MS olup sonrasında ise tamamen ya da kısmen bu yakınmalar düzelir. Ataklar sırasında bulanık ya da çift görme, konuşma bozuklukları, yürürken dengesizlik, kuvvetsizlik, kol-bacaklarda uyuşma, ince beceri isteyen hareketlerde zorlanma, idrar kontrolünde sıkıntılar gibi farklı yakınmalar görülebilir. MS hastalığının genç yaşta başlaması, yaratabileceği engellilik ile karşı karşıya kalınması nedeniyle hastaların çok ciddi olarak psikolojik ve psikiyatrik tedavi almaları ve bu hastalara evde bakımda ciddi destek verilmesi gerekmektedir.

Amniotrofik Lateral Sklerozda (ALS) sinir hücrelerinin zamanla ölümüne bağlı olarak ilerleyen dönemlerde hastalar yaşamak için çeşitli tıbbi araçlardan ve cihazlardan yardım almak zorundadır. Hastaların fiziksel, sosyal ve ruhsal gereksinimlerinin karşılanması çok önem taşır. Profesyonel bakım gerektiren beslenme, solunum, temizlik ve kişisel bakım, iletişim, depresyon gibi sorunlarla başa çıkılmasına destek olmak gerekir.Trakeostomi sonrası beslenme ve solunum yetersizliği yaşayan ALS hastasına nasıl aspirasyon yapılacağı, nasıl PEG (Perkütanöz Endoskopik Gastrostomi)'den besleneceği, günlük pansumanların nasıl yapılacağı konularındahasta yakınlarına uygulamalı olarak eğitimverilmelidir.Müdahale gerektirenkanül değişimi, sonda ve PEGile ilgili uygulamalar ve gelişebilecek enfeksiyonlarda nasıl profesyonel destek alacağı konusunda hasta yakını bilgilendirmelidir.

Farklı nörolojik hastalıkların farklı beslenme profilleri dikkate alınarak doğru zamanda uygun şekilde tüple beslemenin sağlanmasında yeterli koordinasyonun sağlanamadığı bildirilmektedir. Genel olarak nörolojik disfajili yaşlı hastalarda uzun dönemli (4 haftadan fazla) nütrisyon desteği gerektiğinde daha daha iyi nütrisyonel durum sağlaması ve daha az tedavi yetersizlikleri açısından PEG'in nazogastrik tüplere NGT tercih edilmesi önerilmiştir. Kronik Nörolojik Hastalıklarda disfaji gelişen hastalarda aspirasyon pnömonisi riski ile birlikte hastaneye yatış ve mortalite oranlarında artış vardır. Ayrıca bozulmuş oral beslenmeyle birlikte hastaların malnütrisyon riski altında olduğunun bilinmesi ve yakın takiplerinin periyodik olarak yapılması şarttır. Bu itibarla enteral beslenme ağır nörolojik disfajili yaşlılarda olabildiğince erken başlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Topcuoglu ES, Selekler K (1998). Alzheimer hastalığı.Turkish Journal of Geriatrics. Geriatri 1998;1(2): 63-67

2. Fioana Hicks and Hazel Pearse (2005). Palliative care for people with progressive neurological disorders. Handbook of Palliative Care, Second Edition, Ed: Faull C, Carter YH, Daniels L. Chapter 13. s. 256-272

3. Flippini G et al (2003). Corticosteroids or ACTH for acute exacerbations in multiple sclerosis (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: Wiley,2003

4. Filippini G, et al (2003). Interferons in relapsing remitting multiple sclerosis: a systematic review. Lancet. 2003;361(9357):545-52

5. D'Angelo S, et al (2003). Low-dose intravenous cyclophosphamide in systemic sclerosis: A preliminary safety study. Clin Rheumatol 2003;22(6):393-6

6. Gray O, McDonnell GV, Forbes RB (2003). Intravenous immunoglobulins for multiple sclerosis. Cochrane Database Syst Rev, 2003;4:CD002936

7. Solari A et al (2003). Aminopyridines for symptomatic treatment in multiple sclerosis (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: Wiley, 2003

8. Flock P (2003). Pilot study to determine the effectiveness of diamorphine gel to control pressure ulcer pain. J Pain Symptom Manage 2003;25(6):547-54

9. Scneerson J (1996). Motor neurone disease, some hope at last for respiratory complications. BMJ 1996;313:244

=13=

YAŞAM SONU BAKIM

Bölüm Editörü

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin CAN

13.1. YAŞAM SONU BAKIM

Doç. Dr.Yasemin TOKEM[1]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Yaşam sonu dönemde uygulanan tıbbi girişim ve destekler palyatif bakımın bir parçasıdır. Bu dönemde bakımı yürüten sağlık çalışanının hasta ve ailesine yardım edebilecek bilgi ve beceriye sahip olmasının yanı sıra ölüme karşı kendi duygularının da bilincinde olması büyük önem taşımaktadır (1,2).

Yaşam sonu bakım rehberleri; yaşam sonu bakımın ilk evrelerinden ölüm gerçekleştikten sonraki evreler de dahil sosyal bakım, spiritüel bakım, aile ve bakım verenlere destek ve her aşamada bilgi vermenin gerekliliğini gösterir. Bu rehberlerin kullanımı ile; yaşam sonunda ölümün gerçekleşmesinin yakın olduğu dönemde semptom yönetimi, ilaçların uygun kullanımı, aile üyelerinin gereksinimlerinin belirlenmesi ve desteklenmesi yaklaşımlarının uygun adımlarla gerçekleştirilmesi konusunda yarar sağlayabilir (3).

Ölüm ve Bireyin Hakları

Kronik sürecin sonunda; yaşamının son günlerine, saatlerine gelmiş bir bireyin ölümün evreleri olan "inkar ve izolasyon", "öfke", "pazarlık", "depresyon" ve "kabullenme" aşamalarından geçtiği ve "ayrılma" aşamasında yani aktif ölüm aşamasında olduğu *düşünülür* (2). Kronik, ilerleyici ve tedavinin mümkün olmadığı bir süreci yaşayan kişinin öncelikli olarak insan olmasından doğan hakları bulunmakla birlikte, yaşamın son aşamalarında da durumuna özel bir takım haklara sahiptir. Michigan'da "Terminal Dönemdeki Hastaya Yardım Etme" konulu bir workshopta tartışılan ve Amelia Barbus tarafından 1975'de düzenlenerek son hali verilen **"Ölmekte olan hastanın hakları"** aşağıda sıralanmıştır (4).

1. Ölüm gerçekleşene kadar yaşayan bir insan olarak tedavi edilme
2. Umut etmeyi sürdürme (böylece birey ölüme olan odaklanma yerine umut edilen şeye odaklanabilir)
3. Umut duygusunu sürdürebilecek kişilerden bakım alma
4. Yaklaşan ölüm hakkında kendi tarz ve ifadesi ile duygu ve düşüncelerini ifade etme
5. Bakımla ilgili konularda karar vermeye katılma
6. Kür hedeflerinin konfor hedefleri olarak değiştirilmek zorunda kalındığında bile sürekli olarak tıbbi ve hemşirelik bakım ve ilgisinin devamını bekleme
7. Yalnız ölmeme

8. Ağrının olmaması

9. Sorularının dürüst bir şekilde yanıtlanması

10. Yalan söylenmemesi

11. Ölüm kabul edildiğinde hasta ailesine yardımcı olma ve onlardan yardım alma

12. Huzur ve saygınlık içinde ölme

13. Kararlarını yargılamama ve hastanın bireyselliğini koruma

14. Dini ve manevi yaşantılarının ayrıntılı bir şekilde görüşülüp konuşulması

15. Gereksinimlerini anlamaya çaba gösteren bilgili, duyarlı ve bakımda uzman kişiler tarafından bakım alma.

Yaşam Sonunda Önceliklerin Belirlenmesi

Yaşamın son birkaç günü ve birkaç saatinde olan hastanın bakımının odak noktası ölmekte olan kişi olmalıdır. Bu kapsamda öncelikler şu şekilde sıralanmalıdır:

1. Ölümün farkında olunması ve ölüm hakkında konuşma

2. Sağlık çalışanı, hasta ve yakınları arasında hassas bir iletişim

3. Alınan kararlarda ailenin katılımının sağlanması, bakım ve tedavi kararlarında sağlık çalışanının profesyonel sorumluluk alması ve profesyonel bir iletişimin sağlanması

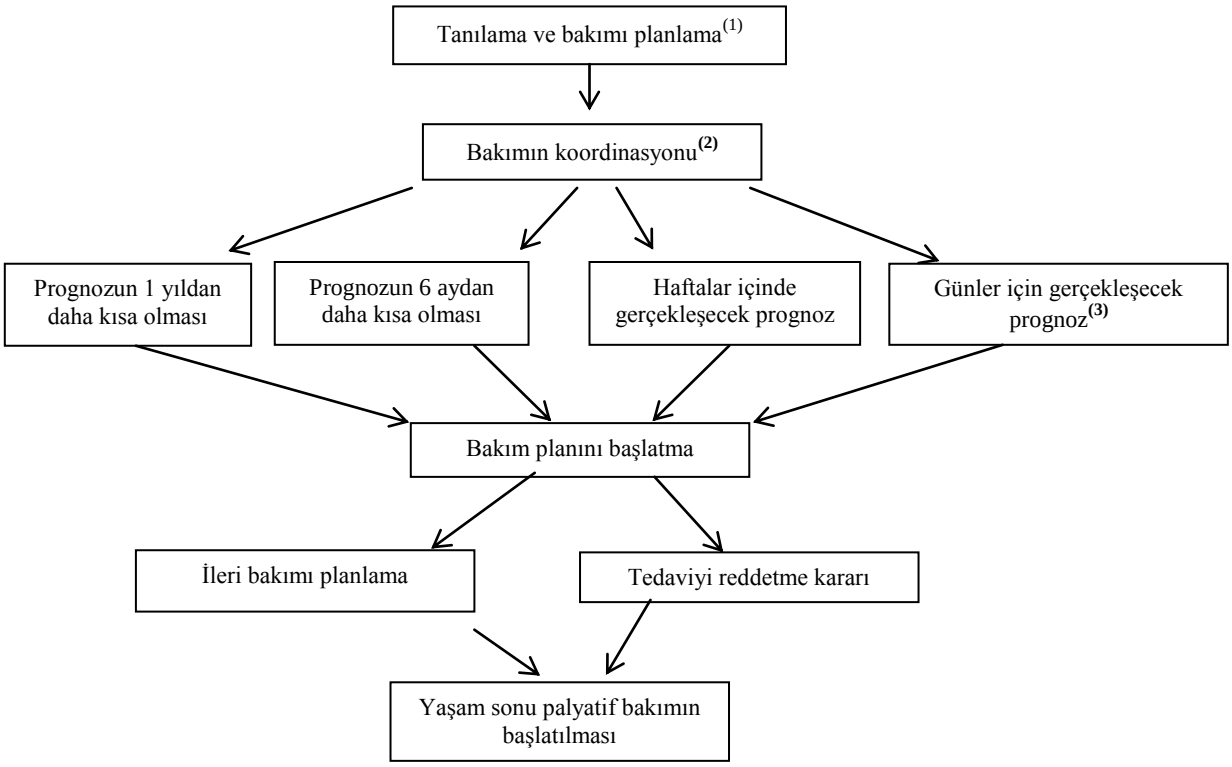
4. Mümkün olduğu kadar hasta ve ailenin gereksinimlerinin karşılanması

5. Bireysel bakımın planlanması, beslenme ve hidrasyon, sedatif ve ağrı kesicilerin kullanımı, uzman palyatif bakım ekibinin önerileri, tedavi ve bakımın dökümantasyonu (5,6).

Gereksinimlerin Tanılanması

Yaşam sonu bakımda kaliteli bir bakım verilebilmesi için ilk adım olarak hasta ve ailenin gereksinimlerinin belirlenmesi gereklidir. Sağlık ekibinin tüm üyeleri kendi ilk değerlendirmelerini başlatmalıdırlar. Yaşam sonu tanılama ve bakımın planlanmasında kullanılabilecek bazı algoritmalar bulunmaktadır (7). Bu algoritmalarla her boyuttaki gereksinimler hızlı bir şekilde tanılanmalı ve bakım sürdürülmelidir.

Şekil 1: Yetişkinlerde Yaşam Sonu Tanılama ve Bakımın Planlanması (9)



Şekil Yönergesi: (1)**Gereksinimlerin saptanması için bütüncül bir tanılama yapılır:**
a)**Fiziksel semptomlar** (ağrı, kuru ağız, bulantı ve kusma, konstipasyon, barsak tıkanıklığı, iştah kaybı ve yetersiz beslenme, nefes darlığı, öksürük, hava yolu sekresyonu, yorgunluk, bilişsel bozukluk, konfüzyon ve ajitasyon, lenfödem, uykusuzluk, kaslarda sertlik),
b)Psikolojik semptomlar (semptomların mizaç üzerine etkisi, anksiyete, ilişkiler, spiritüel gereksinimler),
c)Sosyal boyut (semptomların aile üzerine etkileri, bakım verenler, çalışma, sosyal ilişkiler, ekonomik durum),
d)Spiritüel boyut (hastalık, acı çekme, ölme ve ölüme yönelik dini tutumlar, hastalık ve ölümün anlamı, hastanın mahremiyet gereksinimi, umut gereksinimi, kendi değeri ve kimliği hakkında hastanın duyguları),
e)Hastalık, acı çekme, ölme ve ölüme yönelik kültürel tutumlar,
f)Çevresel gereksinimler (farklı ortamlarda çevrenin kalitesi-hastane, ev vb.),
g)Beslenme ve hidrasyon gereksinimi (klinik olarak beslenme ve hidrasyon sağlamanın yararları, yükleri ve riskleri, bu konudaki kültürel ve dini görüşler),
h)Yaşam sonu bakımdaki tercihleri
(2)**Yaşam sonundaki her bireye; gece ve gündüz günün her anında tüm sektörlerin dahil olduğu bakım planına uygun olan koordineli bakım verilmek zorundadır:** Stratejik koordinasyon (toplum sağlığı hizmetleri, ambulans/transport hizmetleri ve sosyal bakım), bireysel hasta bakımının koordinasyonu, ölüm yakınlaştığında evden hızlı transfer), multidisipliner bakım ekibinin iyi koordinasyonu, ekipler arası koordinasyon (örn. kanser ekibi ve özel palyatif bakım ekibi gibi), evinden arayan hastalar için hızlı yanıt servisleri, elektronik palyatif bakım sistemleri (24 saat telefon yardımı hizmetleri, toplumda hızlı yanıt sistemleri, yaşam sonu kararlarla ilgili tüm hizmetler)
(3)**Ölüme son birkaç gün kalması:** Hastanın bakım almayı tercih ettiği yere hızlı transferi (ev, hastane, vb.), hastanın kötüleşen durumu hakkında yakınlarının bilgilendirilmesi

Yaklaşan Ölümün Belirtileri ve Yönetimi

Bir takım belirtiler ölümün yaklaştığını gösterebilir, ancak bu belirtileri her hasta farklı şekillerde yaşayabilir. Ayrıca bu belirtilerin bir ya da daha fazlasının olması hastanın ölümünün mutlaka yakın olduğu anlamına gelmeyebilir. Sağlık çalışanları ölüm sürecinin fiziksel ve psikolojik semptomlarını, bunların hasta birey üzerindeki etkilerini bilerek bakımı sağlamalıdır. Hastanın günlük yaşam aktivitelerini ve yavaşlayan fonksiyonlarını sürdürebilmek için planlanmış bir fiziksel bakım ve tedaviye ve ilgili sonuçların değerlendirilmesine gereksinim vardır (2,8,10-14).

a. Uyku hali, aşırı uyuma ve/veya tepkisizlik, halsizlik, yorgunluk

Gerekçe: Periferik dolaşımın azalmasının yanı sıra beyne olan kan akımının yavaşlaması sonucu gelişebilir.

Girişim: Hastayla görüşmelerinizi ve planladığınız aktiviteleri hastanın uyanık olduğu zamanlarda gerçekleştirin. Direkt olarak hasta ile görüşün. Hasta yanıt vermese bile sizi duyabilen bir kişi gibi onunla konuşun. Birçok hasta uzun süre konuşamadıktan sonra bile hala duyabilir durumdadır. Hasta eğer yanıt vermiyorsa onu sarsıp silkelememek gerekir.

b. Zaman ve yer konfüzyonu ve/veya sevdiği kişileri tanımama, huzursuzluk, inleme, olmayan kişi ve yerleri görme, yatak çarşaflarını veya giysileri çekiştirme (terminal deliryum)

Gerekçe: Sıklıkla, beyne olan kan akımının azalmasıyla oksijen açlığı, vücutta oluşan kimyasal değişiklikler veya kullanılan ilaçlar sonucu gelişebilir. Terminal deliryum semptomları sıklıkla yanlış bir şekilde fiziksel ağrının göstergesi olarak da yorumlanabilir.

Girişim: Hastaya nazik bir şekilde zaman dilimini, tarihi ve onunla olan kişileri hatırlatın. Eğer hasta ajite ise; hastayı baskılamak / durdurmak için çaba harcamayın. Sakin ve güven verici olun. Sakin bir şekilde konuşmak; hastayı tekrar oryante etmeye, sakinleştirmeye yardımcı olabilir. Hastanın duymaması gereken konular ayrı bir odada konuşulmalıdır. Terminal deliryum semptomları opiod ve benzodiazepinlerle kontrol altına alınabilir.

c. Sosyal ilişkilerde azalma ve geri çekilme, enerji azlığı

Gerekçe: Bilinç düzeyindeki azalma ve konfüzyon nedeniyle olabilir. Hasta konuşmayı veya cevap vermeyi durdurabilir. Ağrı varlığı da etraftakilerle iletişimi engelleyen bir faktördür.

Girişim: Hastayla direkt olarak konuşun. Hastaya onun için orada olduğunuzu bilmesini sağlayın. Hasta bunun farkına varabilir ve sizi duyabilir, fakat yanıt veremeyebilir. Uzmanlar hastayı rahatlatmak için ona izin verilmesinin yardımcı olabileceğini önermektedirler.

d. Yiyecek ve sıvı alımında azalma, iştah kaybı, ağız kuruluğu, yoğun sekresyon birikimi

Gerekçe: Hasta hareket etmediği ve metabolik süreçler yavaşladığı için enerji gereksinimi azalır. Aynı zamanda beyin; açlık ve susuzluk oluşturan nörolojik stimülasyonu alamayabilir.

Yutkunma ve öğürme reflekslerinin azalması, halsizlik, nörolojik fonksiyonlarda azalma, bilinç kaybı bu sürece olumsuz katkı sağlayan faktörlerdir.

Girişim: Hastadaki iştah kaybı ölüm sürecinin normal bir parçasıdır. Bazen yememe kararı; kişinin yaklaşan ölümü kabulünün bir parçası olabilir. Hastaya yiyip yemeyeceğini / içip içmeyeceğini veya ne zaman yiyip içeceğinin seçimini yapmasına izin verin. Zorla beslenmesini sağlamaya çalışmak bulantı ve kusmaya neden olur. Eğer hasta yutabiliyorsa; buz parçaları, su veya meyve suları ferahlatıcı bir etki sağlayabilir. Bu dönemde süt verilmemelidir, çünkü boğazda bir tabaka veya mukusa benzer bir membran oluşturur ve solunumu güçleştirir. Ağız yoluyla gıdalara tolere edemeyecek duruma gelirse, yemek yiyemezse, tüple besleme veya total parenteral nutrisyon düşünülebilir. Hastanın ağız ve dudaklarının gliserin ve dudak kremleri gibi ürünlerle nemli kalmasını sağlayın. Gerektiğinde sık sık gargara yapılmasını sağlayarak ağız içinin temizliği korunur ve ağızdaki kötü tat ve nefes önlenmiş olur. Dil kuruysa tuzlu su veya sodyum bikarbonat solüsyonu ile ıslatılmış gaz beziyle silin. Çok ciddi durumlarda küçük miktarda su bazlı nemlendiriciler uygulanabilir. Bu uygulamalar dilin damağa yapışmasını önleyecektir.

e. **Mesane ve bağırsak kontrolünün kaybı**

Gerekçe: Nörolojik kontrolün ortadan kalkması sonucu oluşabilir.

Girişim: Üriner inkontinans barsak inkontinansından daha yaygındır**.** Hastanın mümkün olduğu kadar temiz, kuru ve rahat olmasını sağlayın. Hastanın yatağının altına tek kullanımlık petler yerleştirin ve kirlendiğinde değiştirin. Deri, perine ve kateter bakımını sık sık ve dikkatlice yapın. Böylelikle cilt bütünlüğünün bozulması ve enfeksiyon önlenir, kokular en aza indirilir ve hastanın daha rahat olması sağlanmış olur.

f. Koyu renk idrar veya idrar miktarında azalma

Gerekçe: Azalmış sıvı alımının sonucu veya böbrek yetersizliği sonucu oluşabilir.

Girişim: Bazı hastalarda oligüri veya anüri olur. Eğer hastanın 8 saatten fazla idrar çıkışı olmazsa bu konuda daha dikkatli olunmalıdır. Bu durum böbrek yetersizliği ve elektrolit bozukluğunun sonucu olabileceği gibi terleme, kusma ve az miktarda sıvı alımının bir sonucu da olabilir. Hasta tolere edebildiği kadar sıvı alımı konusunda desteklenir. Sert ve distansiyonu artmış bir karın veya hastanın karın ağrısı şikayetini bildirmesi ile tanılanabilir. Bu gibi durumlarda idrar yapılmasını kolaylaştırmak veya tıkanıklığı gidermek için kateter yerleştirmek gerekebilir.

g. **Ciltte soğukluk (özellikle el ve ayaklarda), siyanoz**

Gerekçe: Kan akımı ağırlıklı olarak beyine ve yaşamsal organlara yöneldiği için periferik alanlarda ciltte soğukluk gelişir. Periferal dolaşım önce azalır, sonra durur. Terleme veya beden sıcaklığında yükselme ve ardından soğuma gerçekleşir.

Girişim: Hastayı ısıtmak için battaniye kullanılabilir. Cilt soğuk olsa da genellikle hastalar bunu farketmeyebilirler. Aile bakım verenleri hastayı elektrikli battaniye veya ısıtma petleri kullanarak hastayı ısıtmamaları konusunda uyarılmalıdır çünkü yanıklara neden olabilirler. Terleyen hastanın giysileri ve yatağı sık sık değiştirilmeli, kuru tutulmalıdır.

h. Nefes alırken şiddetli ve gürültülü seslerin çıkması, solunumun düzensiz ve yüzeysel olması (Cheyne-Stokes solunum)

Gerekçe: Ağız, boğaz ve akciğerlerde biriken sekresyonlar solunum şeklinde değişikliğe neden olur. Beyindeki solunum merkezi daha az oksijen aldığı için apne ve Cheyne-Stokes solunum periyotları gelişir. Yardımcı solunum kasları solunuma katılır. Oluşan solunum güçlüğü bakım verenler için önemli bir stres faktörü oluşturur.

Girişim: Hastayı yan döndürün, başının altına ve sırtının arkasına yastıklar yerleştirin. Zorlu solunum bakım vereni strese sokabilir. Bazı hastalara oksijen uygulanması gerekebilir. Solunumu engelliyorsa hastanın takma dişleri çıkarın. Eğer hasta yutkunabiliyorsa buz parçaları emmek de yardımcı olabilir. Ayrıca soğuk buhar nemlendiricileri daha rahat nefes almayı sağlayabilir.

i. Ağrı kontrolünde zorluğun artması

Gerekçe: Ölüm sürecindeki birçok hasta ağrı çeker ve en çok rahatsız eden semptomdur. Ağrının varlığı stres ve anksiyete belirti ve bulgularını ortaya çıkarabilir.

Girişim: İlaçlarla ağrı yönetimi sağlık çalışanının denetimi ile olmalıdır. Ağrıyı hafifletmek için ilaç dışı yöntemler de (masaj ve gevşeme teknikleri vb.) deneyin. Ağrıyı giderme girişimleri zamanında ve eşgüdümlü bir şekilde gerçekleştirilmelidir.

Hastanın ölüme yakınlaştığı anlaşıldığında kullanılan ilaçlara olan gereksinimi tekrar gözden geçirilmeli ve aldığı ilaç sayısı en aza indirilmelidir. Ağrı, solunum güçlüğü, aşırı sekresyon birikimi ve terminal deliryum gibi semptomların yönetimi ve nöbet riskini azaltma amacıyla uygun ilaçların kullanımı tercih edilmelidir. Bu ilaçların uygulanmasında en az invaziv olan yollar seçilmelidir. Öncelikle yanak mukozası ve oral yol; ve sonra gerektiğinde subkutan ve intravenöz yol kullanılmalı, intramüsküler yol kullanılmamalıdır. Özellikle oral yolla ilaç uygulamak mümkün olmadığında rektal yolla ilaç uygulaması düşünülebilir (12,13).

Ölüm sürecinde verilen bakımın değerlendirilmesi

1. Ağrı yeterli düzeyde kontrol altına alındı mı?
2. Hastanın solunumu rahatladı mı?
3. Doku bütünlüğü koruma altına alındı mı?
4. Hastanın ve ailesinin acı çekme sürecini kolaylaştırmak üzere yapılanlar etkili oldu mu?
5. Hastanın korkuları hafifletildi mi?
6. Hastanın güçsüzlüğü hafifletildi mi?
7. Hastanın anksiyetesi hafifletildi mi?
8. Kendi kendine bakım eksikliğinin giderilmesi için yapılan girişimler hastanın rahatlamasını sağladı mı?(1)

Aileye Yaklaşan Ölüm Haberini Verme (14)

Girişim	Mantıksal Gerekçe
➢ Aile bireylerinden kiminle, ne zaman ve nasıl konuşulacağına karar ver.	✓ Aile içindeki etkin birey, aileyi daha iyi organize edebilir. Hasta ve ailesi ile terapötik iletişimin kurulmasını kolaylaştırır.
➢ Aile dinamiklerini öğren (birey ve ailenin kültürel yapısı konusunda duyarlı ol)	✓ Bilginin uygun şekilde verilmesini sağlar.
➢ Haberi vermek için konuya giriş ve haberi verme ile ilgili söylenecek sözleri planla, düşünceleri organize et. ➢ Sorulacağı tahmin edilen bütün sorularla ilgili cevapları gözden geçir.	✓ Kullanılan ifadeler ile hasta yakınlarının düşüncelerinde karışıklık yaratılmamalıdır. ✓ Ailenin güvenini kazanmayı sağlar ve bilgi alma hakkını engellemeyi önler ve endişeleri azaltılabilir.
➢ Hasta yakınlarını, rahat görüşme yapılabilecek bir odaya al. Görüşmeyi engelleyebilecek telefon, televizyon vb. cihazları kapat/sessiz konuma al.	✓ Aile üyelerinin ağlama, bağırma vb. farklı duyguları yaşayabilecekleri uygun ortam oluşturur. Gürültü nedeni ile yanlış anlamaları ya da söylenenlerin yanlış anlaşılmasını engeller.
➢ Dostça bir ses tonu ile açık, kolay anlaşılır ve kesin ifadeler kullanılarak durumu açıkla. Tıbbi terimlerden ve tıbbi kısaltmalardan kaçın. Verilen bilgi birey ve yakınlarının eğitim seviyelerine uygun olmalıdır.	✓ Aile üyeleri duygusal karmaşa içinde olduğu için durumu anlamakta zorlanabilir ve bilmediği kelimelerin kullanılması öfkelenmesine sebep olabilir, endişelerini artırabilir.
➢ Sözel iletişim sırasında vücut dilini kullan ve hasta ya da yakınlarının vücut dilini, tepki ve davranışlarını gözlemle.	✓ İletişimde mesajların doğru algılanmasını sağlar.
➢ Din adamı, aile büyüğü veya psikolojik destek gibi konularda yardım talebi olup olmadığını değerlendir. Gerekli destek ve yardımı sağla.	✓ Psikolojik ve tinsel destek sağlar.
➢ Aile üyeleri hazır olduğunda görüşmeyi sonlandır. Ailenin odadan ayrılmasına eşlik et.	✓ Aile üyelerinin bu süreci daha rahat atlatmasını sağlar.

Ölümün Belirtileri

1. Solunum, kalp atışı yoktur ve nabız hissedilmez.
2. Gözler hareket etmez veya göz kırpmaz, pupiller dilate ve bir yöne doğru fiksedir. Göz kapağı hafifçe açık olabilir.
3. Çene gevşemiştir ve ağız hafifçe açıktır.
4. Mesane ve barsak kontrolü kaybolur; idrar ve gaita inkontinansı vardır.
5. Dokunmaya veya konuşmaya, ağrılı uyarana karşı hiçbir şekilde yanıt yoktur (2).

Sonuç olarak; yaşam sonu dönemde odak nokta yaşamının sonunu yaşamakta olan bireydir. Bu aşamada yapılan bütün girişimlerin amacı; onun huzurlu ve onurlu bir ölüm sürecini yaşaması için semptom kontrolünü sağlamakla birlikte ağrısız ve konforlu bir sonlanıma yardımcı olmak, aileyi desteklemektir.

KAYNAKLAR:

1. Demir Y (2011). Ölüm ve ölümü yaklaşan hastanın bakımı. In: Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Matbaacılık, İstanbul. s. 698-721
2. Rosdahl CB, Kowalski MT (2012). End of life Care In: Textbook of Basic Nursing. 10th Edition, Lippincott Company, Philadelphia. s. 834-43
3. End of life care pathway (2008). National End Of Life Care Programme, Commissioning Person Centered End Of Life Care. URL: www.endoflifecare.nhs.uk/ Erişim tarihi: 10.09.2014.
4. Dying Person's Bill of Rights. URL: www.3hc.org/services/hospice/dying-persons-bill-of-rights Erişim tarihi: 05.09.2014.
5. Anderson P (2014). Getting the priorities right in end of life care. Nursing Times. 2014;110:19-20.
6. Leadership Alliance for the Care of Dying People (2014). One change to get it right. Improving people's experience of care in the last few days and hours of life. URL: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/323188/One_chance_to_get_it_right.pdf Erişim tarihi: 15.09.2014.
7. End of Life care in adults- early identification, Map of Medicine. URL: http://healthguides.mapofmedicine.com/map/end_of_life_care_in_adults1.html. Erişim tarihi: 07.09.2014
8. End of life care for CNAs Course contents. Healthcare Education Services. URL: http://www.rn.com/getpdf.php/1835.pdf?Main_Session=51acf08290d5d85a1e 8e4e1dc5dd57d8 Erişim tarihi: 25.08.2014.
9. Adam J (1997). ABC of palliative care: the last 48 hours. BMJ. 1997;315:1600.
10. Education in palliative and end-of-life care for oncology (EPEC™-O). Self-Study Module 6: Last Hours of Living. URL: http://www.cancer.gov/cancertopics/ cancerlibrary/epeco/selfstudy/module-6/module-6-pdf Erişim tarihi: 20.09.2014
11. Canadian Nurses Association. Providing nursing care at the end of life (Position Statement) URL: www.cna-aiic.ca Erişim tarihi: 09.09.2014.
12. Papadakis MA, McPhee SJ (2013). Palliative care and pain management. In: Current Medical Diagnosis & Treatment. McGraw Hill. s. 75-92
13. Delaune SC, Ladner PK (2002). The individual and health. In: Fundamentals of Nursing Standards & Practice. Delmar Thomson Learning. s. 424-33
14. Batmaz M (2010). Bölüm 31: Ölümcül hasta bakımı ve ölüm sonrası uygulamalar. Ed: Sabuncu N. In: Klinik Beceriler Sağlığın Değerlendirilmesi. Hasta Bakım ve Takibi. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. s. 759-72

13.2. YETERİ KADAR İYİ ÖLÜM

Doç. Dr. Ercüment TARCAN[1]

[1] İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Ne hoş bir güzelliği vardır, dünyadan hafif adımlarla gülümseyerek geçenlerin..

Virginia Woolf

"İyi ölüm" tanımı, sahip olamayacağımız ideal bir durumu belirtir. Konu ölüm gibi "iyi" kelimesiyle tanımlanamayacak bir son olduğu zaman ideal koşullar üzerinde konuşulması da anlamını yitirmektedir. Belki de bu sonun, hem ölen kişi ve hem de onun bakımını üstlenenler için koşulların ve acının kabul edilebilir / katlanılabilir düzeyde olduğunu belirtmek için kullanılacak tabir "Yeteri kadar iyi ölüm" ya da "İtibarlı ölüm" olabilir. Bu terim, her hasta için o anki durumlarında ulaşılabilecek ve onlara özel bir durumu belirtir. Hiçbiri diğerine benzemez, zira ölüm ileri derecede kişisel bir kavramdır. Sadece ölen hastanın bakımını üstlenen sağlık çalışanları, her hastadan çıkardıkları derslerle bir sonrakine daha donanımlı başlayabileceklerdir. Hasta yakınları içinse; bu durum ömürleri boyunca bir ya da birkaç kez yaşayacakları bir deneyimdir. Yaşamın sona ermesi kavramını belirten ölümün, hasta ve hasta yakınları için tamamen sıkıntısız ve acısız olmasını tanımlayan "iyi ölüm" terimi, ulaşılması mümkün olmayan bir ütopyadır. O nedenle yazı boyunca bir dereceye kadar ulaşılabilir olan "itibarlı ölüm" terimi kullanılacaktır.

İtibarlı ölüme ulaşabilmek için, iki iyilik halinin bir arada olması şarttır. Bunlardan birincisi bedensel iyilik halidir. Bedensel iyilik hali tıp profesyonelleri tarafından sağlanmaya çalışılan bir durumdur (1). Hastanın ölümüne yol açan hastalık tarafından oluşturulan ve hastayı sıkıntıya sokan belirti ve bulguların, tıbbın olanakları ölçüsünde ortadan kaldırılması ya da hafifletilmesi anlamına gelir. Ağrı tedavisi, beslenme desteği, solunum sıkıntısının ortadan kaldırılması, hareket zorluklarının fizik tedaviyle hafifletilmesi, yara bakımları, psikiyatrik destek gibi, her hasta için ayrı ve o hastaya özel sıkıntıların tedavisidir (1,2)

İkincisi ve en az bedensel iyilik hali kadar, hatta belki ondan da önemli olan ve ulaşılması bir o kadar da zor olan ruhsal iyilik halidir. Nasıl bedensel iyilik halinin sağlanması, ruhsal iyilik haline ulaşılmasını kolaylaştırıyorsa, ruhsal iyilik halinin, yani huzurlu olmanın da bedensel iyilik halini sağlamaya ulaşmadaki katkısı tartışılamaz.

Ruhsal iyilik hali yaşamın bütün safhalarında ulaşılması önemli olan, ancak en doğal haliyle bedensel iyilik halinin iyice zayıfladığı yaşam sonu dönemde daha rahat elde edilebilecek bir durumdur. İnsanların çoğunda yaşamın sonuna yaklaştıklarını hissettiklerinde yeni bir enerji oluşur. Eski inhibisyon ve sınırlamalar ortadan kalkar. Duygusal ve ruhsal olarak açılan yeni bir bilinç penceresi, sevginin daha özgürce ifade edilip paylaşılmasını ve kızgınlık, kırgınlık, kin ya da nefret duygularının önemini kaybetmesini sağlar. İkili ilişkilerde yaşamın başka dönemlerinde elde edilemeyecek kadar büyük iyileşmeler sağlanır (3).

Bu yeni bilinç penceresi kısa ömürlü bir armağandır, o nedenle iyi kullanılması şarttır. Ölüm, günler ya da aylar içinde gelecektir. Bu nedenle bu zaman çok iyi kullanılmalıdır.

Yaşam sonunda ruhsal iyiliği en yüksek derecede oluşturabilmek için, Dr. Ira Byock tarafından geliştirilen 4 temel öneri şunlardır (4):

Birinci temel öneri, altı sihirli ifadenin dile getirilmesidir. Bu altı ifadenin hem ölüme yaklaşan kişiye sık sık söylenmesi, hem de hastanın bu ifadeleri dile getirmeye teşvik edilmesi önem taşır. Bunlar normal konuşmaların arasına sık sık sıkıştırılarak dil alışkanlığı haline getirildiği takdirde ruhsal dinginlik açısından da yararlı olacaktır. Bu altı ifadenin ilki "Özür dilerim." ifadesidir. "Seni daha sık ziyaret etmediğim için özür dilerim.", "Sana bir şey anlatırken sabırsız davranarak azarladığım için özür dilerim.", "Seni o çok sevdiğin lokantaya götürmek için zaman ayıramadığım için özür dilerim." gibi pek çok konuşma içine "Özür dilerim" ifadesinin yerleştirilmesi, hastayı da bu ifadeyi kullanmaya zorlayacak ve şuuraltında onu bunaltan pek çok yükü dillendirerek hafiflemesini sağlayacaktır. Diğer 5 ifade ise; "Seni affediyorum.", "Teşekkür ederim.", "Seni seviyorum.", "Artık gitmeye hazırım." ve "Hoşçakal." ifadeleridir. Ve bunlar aynı özür dilerim ifadesinde verilen örneklerde olduğu gibi normal konuşmanın arasına serpilmiş, zorlamasız, doğal olarak kullanılmalıdır. Bu ifadelerin doğru kullanımı, ölüm olgusunun kabul edilmesi fikrini yavaş yavaş yaratacak ve bütün taraflara huzurlu bir kapanış izlenimi vererek acıyı azaltacaktır.

İkinci temel öneri, üzüntünün serbestçe ifade edilmesinin engellenmemesidir. Üzüntü yaşam sonu için doğal ve beklenen bir cevaptır. Üzüntünün, ağlama ya da başka şekilde serbestçe ifade edilmesi, öfke, depresyon ya da diğer olumsuz duyguların hakim olmasını engelleyecek ve kabullenme duygusunu öne çıkaracaktır. Bu noktada, hastanın dini inancı ne olursa olsun, din

adamlarının dile getireceği veya inandığı dine ait kutsal saydığı kitaplarda yazılan söylem ve ifadelerin de çok faydası olacaktır.

Üçüncü temel öneri, hastanın çevresini sevdiği insanlar ve nesnelerle doldurmaktır. Sevdiği müziklerin çalınması, en sevdiği koltukta oturması, odada kokusunu en sevdiği çiçeklerin olması, sevdiği kitapları okuması veya birinin bu kitapları ona okuması, sevdiği eski dostlarının ziyareti gibi detaylar, ölümü dingin bir ruh haliyle karşılamayı kolaylaştıracaktır.

Dördüncü temel öneri, bir vasiyet hazırlatılmasıdır. Bu vasiyet, yaşamı süresince edindiği varlıkların ölümünden sonra paylaşımını içeren bir vasiyet değildir. Bu vasiyet, yaşam boyunca edindiği bilgileri, deneyimleri, yapmak isteyip de yapamadıklarını, zaferlerini, yenilgilerini, kıvançlarını ve hayal kırıklıklarını dillendireceği bir vasiyet olmalıdır. Bu yazılı olabileceği gibi, ses kaydı ya da görüntü kaydı şeklinde de olabilir. Bu tür bir vasiyetin, kendisinden sonra bir veya daha çok insanın yaşamını ve belki de dünya tarihini değiştirebilecek bir katkı sağlayabileceği düşüncesi, ölüme yaklaşan kişinin son anlarında, ruhsal iyilik halini sağlayabilecek en önemli tutamaklardan biri olacaktır.

Sonuç olarak; her ölüm bir gün batımıdır. Güneş, fırtınaların, bulutların, gök gürültülerinin, şimşeklerin arasında o renk cümbüşünü yaratmadan da batabilir ya da tam tersine sessizliği sadece kuş cıvıltılarının bozduğu bir ortamda kırmızı, sarı ve mavinin tüm tonlarını gösteren bir ufukta da batabilir. Bu sonlanışın hangisi olacağını, palyatif bakım ekibinin yönlendirmeleri, hasta yakınlarının yardımı ve desteği ve hastanın seçimleri belirleyecektir.

İyi ölüm ya da itibarlı ölüm, soğuk bir yoğun bakım yatağında, sanki bu Dünya'daki süresini tamamlıyor olmak utanılacak bir şeymiş gibi sevdiklerinin ve sevenlerinin gözünden uzak, entübe - sedatize, her tarafında borular, hortumlar, elektrodlar takılı vaziyette, - evet, ağrı acı hissetmeden, ama sevgi, sevinç, huzur gibi insani hiçbir duyguyu da hissetmeden - ölümün geleceği saate kadar makineler tarafından sağlanan yaşamın tüketildiği bir ölüm değildir. Bize düşen, hasta ve hasta yakınlarının kültürel alt yapısına, entelektüel kapasitesine, sosyal birikimlerine en uygun seçimi yapmasına yardım ederken, bedensel iyilik halinin de semptomatik destekle olabilecek en üst düzeyde sağlanması olacaktır.

KAYNAKLAR:

1. Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, Hood K, Edwards AGK, Cook A, Douglas H, Normand CE (2003). Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? Journal of Pain and Symptom Management. 2003;25:150-168.

2. Engelberg RA, Patrick DL, Curtis JR (2005). Correspondence between patients' preferences and surrogates' understandings for dying and death. Journal of Pain and Symptom Management. 2005;30:498-509.

3. Murphy MW, Murphy K (2011). It's OK to die. Atlanta: MKN, LLC

4. Byock I (2004). The four things that matter most. New York: Free Press

13.3. YAS DANIŞMANLIĞI

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin CAN[1,2]

[1] İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği
[2] İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kanser Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisi

Kişiye yakın ya da sevilen birinin kaybı sonrasında gösterilen normal ve doğal bir tepki olarak değerlendirilen yas, şiddetli ve uzun süreli acı olarak tanımlanmaktadır (1). Yas, bir kayba verilen duygusal tepkilerden oluşur. Bunun yanı sıra yas sürecinde fiziksel, bilişsel ve davranışsal zorluklar da kişilerin yaşamış olduğu ortak tepkiler arasındadır (1-3). Normal yas süreci ile depresyon belirtileri arasında derin üzüntü, çaresizlik, uyku ve yeme düzensizliği, sosyal içe çekilme gibi birçok ortak nokta gözlenmektedir. Normal yas sürecinde bu belirtiler kısa bir süre için ortaya çıkmaktadır (1). Kişilerde görülebilen ortak yas tepkileri Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Ortak Yas Tepkileri (1)

Fiziksel tepkiler	**Bilişsel tepkiler**	**Duygusal tepkiler**	**Davranışsal tepkiler**
Midede boşluk hissi	İnanmama	Şaşkınlık ve şok	Uyku düzensizliği
Nefes alamama	Konfüzyon	Üzüntü	İştah düzensizliği
Boğulacakmış gibi olma	Konsantrasyon bozukluğu	Kızgınlık ve öfke	Ağlama
Ağız kuruluğu	Karar verme güçlükleri	Suçluluk	Sosyal içe çekilme
Güç kaybı Çabuk yorulma	Kayba yönelik aşırı zihinsel meşguliyet	Kaygı Çaresizlik	Tekrarlayan rüyalar Kaçınma
Seslere aşırı duyarlık	Kaybın var olduğuna yönelik inanç	Bitkinlik	İç çekme Aşırı hareketlilik
Gerçek dışılık	Sanrılar	Uyuşukluk	Anlamsız etkinlikler sürdürme
Göğüs ve boğazda gerginlik		Yalnızlık ve özlem	Organize bir etkinliği sürdürememe
Tükenme		Rahatlama	Sürekli ölen kişiyi hatırlatıcı yerlere gitmek ya da ona ait eşyaları taşımak

Yas Süreci ve Kayba Yönelik Uyumu Etkileyen Faktörler

Yas tutan birey ile ölen kişi arasındaki akrabalık düzeyi ve aralarındaki ilişkinin niteliği, ölen kişi ile çatışmalı ya da bağımlı bir ilişkinin olup olmaması, ölen kişinin ölüm şekli (kanser gibi beklenen ya da trafik kazası gibi ani gelişen ölüm şekline göre yas süreci etkilenmektedir),

kayıp yaşayan bireyin daha önce kayıplarının olup olmaması, bireyin önceki kayıplara gösterdiği yas tepkileri ve önceki kayıplara yönelik yas sürecinin tam olarak tamamlanıp tamamlanmadığı gibi etkenler yas sürecini ve kayba yönelik uyumu etkilemektedir. Yas tutan bireyin yaşı, cinsiyeti, zorluklarla baş etme biçimi, inanç ve değerleri gibi kişilik özellikleri yas sürecini etkileyen önemli unsurlar arasındadır. Kayıp yaşayan bireyin, aile ya da çevresinde bir sosyal destek ağının olması, bireyin yas sürecini ve kayba yönelik uyumunu önemli derecede etkilemektedir. Bir kaybın ardından meydana gelen ani değişiklikler ve krizler yas sürecini önemli ölçüde etkilemektedir. Yaşanabilecek ciddi ekonomik sorunlar gibi ikincil kayıplar, bireylerde önemli zorlukların deneyimlenmesine yol açabilmektedir (1,2,4).

Worden'in Yas Görevleri Modeli'ne Göre Yas Danışmanlığı'nın İlkeleri (4)

1. Danışana yaşadığı kaybın gerçek olduğunu kabullenmesine yardımcı olmak
2. Danışanın kayba yönelik duygularını fark etmesine ve yaşamasına yardımcı olmak
3. Danışanın ölen kişi olmaksızın hayatını devam ettirmesini desteklemek
4. Danışanın varolan kaybına yönelik bir anlam bulmasına yardımcı olmak
5. Danışanın kaybedilen kişiye yönelik duygusal enerjisini başka ilişkilere yönlendirmesini kolaylaştırmak
6. Danışana yas tutması için gereken zamanı sağlamak
7. Danışanı 'normal yas' tepkileri konusunda bilgilendirmek
8. Yas sürecindeki bireysel farklılıkları göz önünde bulundurmak
9. Danışanın savunma mekanizmalarını ve baş etme yöntemlerini gözlemlemek
10. Danışanda var olabilecek bir psikolojik rahatsızlığı tanımlayarak, yönlendirmek.

Öneriler

Yas danışmanlığı sürecinde gerçekçi ve anımsatıcı dil kullanılması (örn. '…..yı kaybettiniz' yerine '…… öldü') ve ölen kişi hakkında konuşurken geçmiş zaman dili kullanmalarını önerilmektedir (4). Bu süreçte yazı, şiir ve resim gibi sanat terapisi etkinliklerinden yararlanılabilmektedir. Yas sürecinde var olan düşüncelerinin gerçeklikle olan ilişkisinin değerlendirilmesi danışana yardımcı olabilmektedir. "Yas sürecindeki ailelere, ölen kişiye ait fotoğraf, mektup vb. gibi özel eşyalardan bir anı kitabı oluşturmaları önerilebilir ve bu sayede yas sürecindeki bireylerin ölen kişiye yönelik bir anı formasyonu oluşturmaları desteklenebilir. Yönlendirilmiş imgeleme tekniği ile yas tutan

kişinin, ölen kişiyi hayal etmesi ve ona söylemek istediklerinin dillendirilmesi de yas danışmanlığı sürecinde çok etkili bir tekniktir. Son olarak, danışanlar yas sürecinde ortaya çıkan duyguları ile yüzleşemediklerinde metafor kullanımı ile danışanın yas acısına yönelik direnci azaltılarak, bir takım simgelerle duygularını ifade etmelerine yardımcı olunabilir" (1,4).

KAYNAKLAR:

1. Gizir CA (2006). Bir kayıp sonrasında zorluklar yaşayan üniversite öğrencilerine yönelik bir yas danışmanlığı modeli. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2006;2(2):195-213.
2. Mestçioğlu Ö, Sorgun E (2003). Travmatik yas. In: Aker T. ve Önder M.E. (Ed.), Psikolojik travma ve sonuçları İstanbul: 5US Yayınları, Epsilon Reklamcılık. s. 179-193.
3. Bonanno GA, Kaltman S (2001). The varieties of grief experience. Clinical Psychology Review, 2001;21:705-734
4. Worden W (2001). Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. New York: Brunner-Routlege.

=14=

REHABİLİTASYON
VE
PALYATİF BAKIM

Bölüm Editörleri

Prof. Dr. Sibel EYİGÖR

14.1. PALYATİF BAKIMDA REHABİLİTASYON KANSER

Uzm. Fizyoterapist Gülbin ERGİN[1], Doç. Dr Didem KARADİBAK[2]
Serbest Çalışan
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD

Kanser, hem dünyada hem de ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur ve ülkemizde ölüm nedeni olarak ikinci sırada yer almaktadır (1-3). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı'nın raporuna göre Türkiye'de 2009 yılında kadın erkek ortalama kanser insidansı yüz binde 221,5'dir.

Kanser tanısı anından itibaren yas sürecine kadar, hasta ve yakınlarının gereksinimlerinin karşılanmasında palyatif rehabilitasyonun önemi büyüktür. Hekim, fizyoterapist, hemşire, psikolog, diyetisyen, iş - meşguliyet uzmanı, işitme - konuşma terapisti ve sosyal hizmet uzmanından oluşan multidisipliner bir ekip ile hasta ve hasta yakınlarının kapsamlı değerlendirmeleri yapılarak uygun rehabilitasyon süreci planlanmaktadır (4).

Kanser Hastalarında Palyatif Bakımın Amaçları (5):

1. Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların giderilmesini sağlar.
2. Yaşamı ve ölümün doğal sürecini destekler.
3. Ölümü hızlandırma veya erteleme amacı taşımaz.
4. Hasta bakımının psikososyal ve ruhani yönlerini fiziksel bakıma entegre eder.
5. Hastaların, son ana kadar, mümkün olduğunca aktif bir yaşam sürmeleri için gerekli desteği sağlar.
6. Hasta yakınlarının, hastalık süreci ve sonrasında kendi yas süreçleriyle başa çıkabilmelerine yardımcı olur.
7. Gerektiğinde yas dönemi danışmanlığı da dahil olmak üzere, hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılanmasında ekip yaklaşımı kullanır.
8. Yaşam kalitesini arttırır, aynı zamanda hastalık sürecini olumlu olarak etkileyebilir.
9. Hastalık sürecinin erken evrelerinde, kemoterapi ve radyoterapi gibi yaşam süresini uzatmayı hedefleyen tedavilerle birlikte uygulanabilir, klinik komplikasyonların daha iyi anlaşılması ve yönetilmesini amaçlar.

Kanser, etkilediği organlara göre farklı semptom ve bulgular gösterir ancak sonuç olarak palyatif rehabilitasyona en çok ihtiyaç duyulmasına neden olan problem kanser ve/veya tedavisi sonucu ortaya çıkan disabilitedir (herhanbi bir işi yapmada yetersizlik, güçsüzlük, kuvvetsizlik). Bu nedenle, hastalarda disabiliteye sebep olan nedenlerin çözümlenmesi ve rehabilitasyon programı için gerekli stratejilerin belirlenebilmesi amacıyla kapsamlı değerlendirme yapılmalıdır (6).

Değerlendirme parametreleri; normal eklem hareketi, kas kuvvet ve enduransı, ağrı, ödem, postür, yatak mobilitesi / transverler, denge ve yürüme, yardımcı cihaz, egzersiz toleransı, barsak ve mesane fonksiyonları, kognitif performans, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesidir.

Kanser ve / veya tedavisi sonucu ortaya çıkan disabiliteye neden olan birçok faktör yer almaktadır. En sık karşılaşılan faktörler ve rehabilitasyondaki yapı taşları Tablo 1'de özetlenmiştir (7 - 8).

Tablo 1. Kanser ve / veya Tedavisi Sonucu Ortaya Çıkan Disabiliteye Neden Olan Faktörler ve Rehabilitasyondaki Yapı Taşları

İmmobilizasyon ve Etkileri (7,8)	**Atrofi:** Kas atrofileri oldukça hızlı gelişerek mobilitede önemli sorunlara sebep olur.	
	Basınç Ülserleri: Kemik çıkıntıları üzerinde oluşan uzun süreli basınç nedeniyle oluşur.	• 2 saatte bir pozisyon değişimi • Havalı yatak kullanımı • Basınç dağıtıcı yastık kullanımı • Fizyoterapi modalitelerinin kullanımı - Ultraviole
	Kontraktür: Aynı pozisyonda uzun süre kalınması sonucu kollagen fibrilleri, tendon ve ligamentlerin boyunun kısalmasıdır. En sık omuz, ayak bileği ve kalça fleksörleri kontraktürü görülür.	• Günde 3 kez aktif, aktif yardımlı veya pasif normal eklem hareketleri • Fonksiyonel el ve ayak pozisyonlarında splintleme
	Genel Dekondüsyon: Patolojik kırık, kemoterapi komplikasyonu veya cerrahi müdaheleler sonucu sık görülür.	• Erken mobilizasyon • Yatak içi egzersiz
Metabolik Problemler (7,8)	En sık görülen metabolik problemler; hiponatremi, hiperkalemi, hiperkalsemi, hipoglisemi, laktik asidoz gibi hormonal problemlerdir.	
	Hastalarda baş dönmesi, mide bulantısı, myalji, mental durumda bozulma, laterji, yorgunluk ve hiperpne değerlendirilmelidir.	
	Özellikle potasyum bozukluklarında aritmi gelişebilmektedir.	
	Rehabilitasyonda çok dikkat edilmelidir.	
Myopati (7)	**Paraneoplastik Sendrom:** Polimiyozitis ve dermatomiyozitis ile seyreder. • Endurasta azalma, kas zayıflığı, ağrı, normal eklem hareketinde azalma, ambulasyon problemleri, kendine bakım aktivitelerinde azalma ve seksüel disfonksiyona sebep olur.	• Aktif, aktif yardımlı veya pasif normal eklem hareketleri • İzometrik ve izotonik egzersizler • Splintleme • Mobilizasyon • Günlük yaşam aktiviteleri eğitimi

	Karsinomatöz Myopati: Metastatik Malign Durumlarla birlikte görülür. • Proksimal kas zayıflığı belirgindir.	• Egzersiz Yaklaşımları • Ağrıya yönelik fizyoterapi yaklaşımları
	Karsinomatöz Nöropati ve Myopati: Metastaz sonucu gelişir. • Periferik sinirleri etkileyerek refleks ve duyu kaybına neden olur. • Hem proksimal hem distal kas zayıflığı görülür.	• Özellikle ayak bileği dorsifleksiyonu için splintleme
	Steroid Myopatisi: Steroide bağlı gelişir, özellikle tip II kas fibrillerinde atrofiye neden olur.	
Tümöre Bağlı Kemik Problemleri (7,8)	Sıklıkla göğüs, akciğer, prostat, kolon veya böbrek tümörlerinde görülür. • En yaygın semptomu geceleri artan batıcı ağrıdır • En çok femur başı ve lumbal spinal tutulur.	• Ağırlığın taşınması (splintleme, yardımcı cihaz) • İzometrik egzersizler • Yürüme ve ağırlık aktarma eğitimi
Nöropatileri ve Pleksopatiler (7,8)	**Kemoterapinin neden olduğu nöropatiler:** Distal ve simetrik yayılım gösterir. Spinal kord tutulumu veya Gullian Barre sendromu da görülebilir.	• Elektrofiziksel ajanlar - TENS • Sıcak - soğuk modaliteler
	Brakial Pleksopatiler: Hodgkin hastalığında radyasyon tedavisinin geç belirtisi olarak ortaya çıkar. • Şiddetli ağrı görülür.	
	Lumbosakral pleksopatiler ve Radikülopatiler: Pelvik tümörlerde oldukça sık görülür.	
Lenfödem ve Derin Ven Trombozu (7-10)	Kanser cerrahisi ve adjuvan radyoterapi sonrası görülen bir komplikasyondur. • Lenfatik akımın kesilmesi sonucu subkutanöz dokularda proteinden zengin sıvının birikmesidir. • Lenf kanallarının yetersiz drenajı, yumuşak dokularda sertliklere, eklem limitasyonlarına, ödeme, kas gücü kayıplarına, kozmetik probleme ve ağrıya neden olabilir.	Kompleks Dekonjestif Fizyoterapi • Manuel lenf drenajı • Çok katlı bandajlama • Cilt bakımı • Remedial egzersizler

Kanserin en yaygın semptomlarından biri olan ağrı duyusal, bilişsel ve davranışsal yönleri olan kompleks ve kapsamlı bir kavramdır. Twycross ve Lack (1990), kanser hastalarının üçte ikisinin farklı şiddette ağrı şikâyetleri olduğunu belirtmiştir (11). Ağrı; kemik ağrısı, yumuşak doku ağrısı, nöropatik ağrı ve visseral ağrı gibi farklı formlarda görülebilmektedir (12). Ağrı yönetiminde kullanılan non-farmakolojik yöntemler arasında fizyoterapi yaklaşımlarının önemli bir yeri bulunmaktadır. Ağrının tipine göre uygulanan fizyoterapi yaklaşımları değişmektedir. Elektroterapi, sıcak-soğuk uygulamalar, masaj, mobilizasyon ve terapotik egzersizler en sık kullanılan yöntemlerdir (6,11).

Kanser ve tedavi yaklaşımlarının yarattığı en önemli sorunlardan biri de dispne'dir. İstirahat ve / veya eforla birlikte ortaya çıkan nefes darlığı kanserin tüm evrelerinde görülebilir ancak son dönem kanser hastalarında bu oran daha yüksektir. Palyatif dönemde, solunum işinin azaltılması ve kontrol altına alınması fizyoterapinin en önemli hedeflerindendir. Solunum eğitimi,solunum kaslarına yönelik egzersiz eğitimi,bronşial drenaj teknikleri, relaksasyon eğitimi ve genel egzersiz eğitimi ile enerji tasarrufu yöntemlerini içermektedir (6,15,16).

Sonuç olarak**,** kapsamlı fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımı ile semptom kontrolünü sağlamak, fonksiyonel düzeyini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak ve yaşam kalitesini arttırmak amaçlanmaktadır.

KAYNAKLAR:

1. Yeşilbakan Usta Ö, Akyol Durmaz A, Çetinkaya Y ve ark (2005). Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005;21(1):13-31.
2. Taş F, Aydıner A (2000). Kanserin nedenleri, sigara ve kanser ilişkisi, diyet ve kanser. Topuz E, Aydıner A, Karadeniz N A (Editörler). Klinik Onkoloji. İstanbul: Tunç Matbaası; 2000:54-58.
3. Erdine S (2002). Kanser hastasında palyatif bakım. İçinde: Onat H, Mandel NM. Kanser hastasına yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002:355-63.
4. Malak AT, Dramalı A (2004). Terminal dönem hasta bakımı. Ulusal Cerrahi Kongresi-Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildirileri Kitabı, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 2004:271-4.
5. WHO definition of palliative care. URL: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ Erişim tarihi: 13.09.2014
6. Fulton C (1994): Physiotherapists in cancer care. Physiotherapy 1994;80:830-834
7. Vargo MM, Smith RG, Stubblefield MD (2008). Rehabilitation of the cancer patient. CANCER. Eds: DevitaVT, Lawrence TS, Rosenberg SA. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
8. Gray R (1989). The role of physiotherapy in hospice care. Physiotherapy Practice 1989;5:9-16.
9. Karadibak D, Yurdalan SU, Saydam S, Arican Z (2005). The comparison of two different physiotherapy methods in treatment of lymphoedema after breast surgery. Breast Canser Research and Treatment, 2005;93(1):49-54
10. Smoot B, Wong J, Cooper B, et al (2010). Upper extremity impairments in women with or without lymphedema following breast canser treatment. J Canser Surviv, 2010;4:167-178
11. Twycross RC and Lack SA (1990): Therapeutics in terminal cancer (2nd ed.) London: Churchill Livingstone, s. 12-178.
12. Turk DC and Melzack R (Eds) (1992): Handbook of Pain Assessment. NewYork: The Guilford Press.
13. Zisook S, Zısook SA (2007). Ölüm, ölmek ve yas: In: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri ed.), İstanbul: Güneş Kitabevi, 2007:2367-2392.
14. Ertürk A (2001). İleri evre akciğer kanserlerinde palyatif tedavi yaklaşımları; semptomların kontrolü. Solunum 2001;3(2):187

14.2. PALYATİF BAKIMDA REHABİLİTASYON NÖROMUSKULER HASTALIKLAR

Uzm. Dr. Filiz Meryem SERTPOYRAZ[1]

[1]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği

Nöromuskuler hastalıklar, sinir ve kasları etkileyen ilerleyici kas zayıflığı, kas kısalığı, kontraktür ve deformitelerle seyreden hastalık grubudur. Nöromuskuler hastalıklar nöron hastalıkları (nöronopatiler), sinir-kas kavşağı hastalıkları ve kas hastalıkları ana başlıkları altında sınıflandırılmaktadır (1).

Nöromusküler Hastalıklar

1. Nöronopatiler
   a. Kalıtımsal nöropatiler (ALS, Spinal Musküler Atrofi)
   b. İdiopatik nöropatiler
   c. Edinsel nöropatiler

2. Sinir – kas Kavşağı Hastalıkları
   a. Kalıtımsal kavşak hastalığı
   b. Edinsel kavşak hastalığı (Myastenia gravis, LEMS)

3. Kas Hastalıkları
   a. Kalıtımsal (Kas distrofileri, distal miyopatiler)
   b. Edinsel (İnflamatuvar, toksik, metabolik myopatiler)

Bu grup hastalıklarda kanserden sonra en sık palyatif bakım gerektiren Amiotrofik Lateral Skleroz ve Duchenne Muskuler Distrofisidir (2,3).

Amiotrofik Lateral Skleroz (ALS)

Etiyolojisi tam bilinmeyen, ön boynuz hücrelerinin dejenerasyonu ile giden, piramidal bulguların eşlik ettiği, ilerleyici, ölümcül bir hastalıktır. Ortalama tanı yaşı 62'dir. Tanı konulduktan sonraki yaşam süresi yaklaşık 2,5 yıldır. Erkek-kadın oranı 1,2:1'dir. En belirgin özelliği asimetrik başlangıçlı kas güçsüzlüğüdür. Spastisite ve klonus yürüme fonksiyonunu bozar, yetersiz beslenme ve inaktivasyona bağlı konstipasyon dışında barsak ve mesane fonksiyonları

korunmuştur (Tablo 1). Ölüm nedeni genellikle spinal motor nöronların dejenerasyonu sonucu solunum kaslarının tutulmasıdır.

Tablo 1. ALS Semptomları

Direkt:	İndirekt:
✓ Kas güçsüzlüğü ve atrofi ✓ Fasikulasyon ve kas krampları ✓ Spastisite ✓ Disartri ✓ Disfaji ✓ Disfoni ✓ Patolojik gülme ve ağlama	• Psikolojik bozukluk • Uyku bozukluğu • Kabızlık • Ağzın sulanması • Yoğun mukoz sekresyon • Kronik hipoventilasyon semptomları • Ağrı

Tanı: EMG, BOS incelemesi, spinal ve kranial MR, hekzozaminidaz A, serum kalitatif immünfiksasyon elektroforezi, ailevi ALS için genetik inceleme yapılır.

Tedavi: ALS'nin küratif bir tedavisi yoktur. Semptomlara yönelik tedavi düzenlenir ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Amaç, hastanın fonksiyonel bağımsızlığının ve yaşam kalitesininin uzun süre devamını sağlamaktır (4).

Semptomların Kontrolü

Disfaji: Uygun diyet ve spesifik yutma teknikleri aspirasyonu önler. Beslenmesi bozulan hastalarda nasogastrik tüp ve perkütan endoskopik gastrostomi çözüm sağlayabilir.

Dizartri: Konuşma terapisi başlangıçta yardımcıdır. Modern bilgisayar teknolojisi hastalığın ileri döneminde iletişimde yardımcıdır.

Dispne: ALS'nin en şiddetli semptomlarındandır. Göğüs fizyoterapisi tedavide yardımcıdır. Anksiyetenin eşlik ettiği dispne ataklarında sublingual lorazepam, kronik dispnede morfin gerekebilir. Vital kapasite düştüğünde solunum aletiyle maske yardımıyla solunuma yardımcı olunur. İleri evrelerde trakeostomi, mekanik ventilasyon yararlıdır.

Koyu mukoz sekresyon: N asetil sistein ve fizik tedaviyle birlikte vibrasyon tipi masaj başlangıçta etkilidir. Yardımcı öksürtme teknikleri ile mekanik üfleme - çekme mukusun hava yolundan hareketine yardımcı olur.

Patolojik ağlama veya gülme: Sosyal ortamlarda rahatsızlık yaratabilir, medikal tedaviye yanıt verir.

Ağrı: İleri evre hastalarda kas-iskelet orjinli ağrı sıktır. DSÖ'nün basamaklı analjezik tedavisi uygulanır (Tablo 2).

Tablo 2. ALS İlaç Tedavisi

Fasikülasyon ve kas kramp	Doz
Magnezyum, Vitamin E	
Kinin sülfat	200mg/gün
Karbamazepin	200mg/gün
Fenitoin	100 mg/3-4kez gün
Spastisite	
Baklofen	10-80 mg/gün
Tizanidin	6-24 mg/gün
Tetrazepam	
Ağızda sulanma	
Glycopyrolate	
Transdermal hyosine patch	
Amitriptilin	
Botulunıum toxin enjeksiyonu	
Patolojik gülme/ağlama	
Amitriptilin	10-150mg/gün
Fluvoksamin	100-200 mg/gün

ALS hastalara rehabilitasyon açısından 3 fazda yaklaşılır.

İlk Faz: Hasta günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) bağımsızdır. Kas güçsüzlüğü için eklem hareket açıklığı (EHA) egzersizleri verilir. Yorgunluk oluşturan yoğun egzersizler önerilmez. Germe egzersizleri kontraktürleri önler. Ayak – ayak bileği ortezi, el bileği baş parmak splinti deformiteleri engeller. Enerji koruma teknikleri, derin solunum egzersizleri, ambulasyon problemi olan hastalarda uzun mesafeler için tekerlekli sandalye önerilir.

İkinci Faz: GYA'nde kısmen bağımsızdır. Tekerlekli sandalyeye bağımlıdır. Kas güçsüzlüğü ve spastisite şiddetlidir. Pasif EHA ve germe egzersileri, transfer ve pozisyonlama aileye öğretilir. Hastanın mobilite ve bağımsızlığına yardımcı olmak için ev içi modifikasyon gerekir, basınç ülseri açısından havalı yatak kullanılır.

Üçüncü Faz: Hasta zorunlu olarak yatağa ve GYA'nde tam bağımlıdır. EHA ve germe egzersizleri devam ettirilir. Disfaji için yumuşak diyet yararlıdır. Tükrük birikimi için emici kullanımı, tükrük akımını azaltan ilaçlar ve dizartri için damak yükseltici veya elektronik konuşma amplifikasyonu yararlı olabilir. Nefes alma güçlüğü için hava yolu gereksinimi dikkatle monitorize edilmeli ve gerekiyorsa temizlenmelidir. Trakeostomi veya mekanik ventilasyon kullanımı gerekebilir (5).

Duchenne Muskuler Distrofisi

Kas distrofileri, kas liflerinin herediter, kas nekrozu-rejenerasyonu dönüşümleri sonucu kas dokusu kaybı ve bağ doku artışı ile seyreden hastalıklardır. Duchenne Muskuler Distrofisi (DMD) çocukluk çağı distrofilerinin en ağır ve sık görülen formudur. Hastalık 3 yaşından önce başlar. Yürümede isteksizlik, koşma, zıplamada güçlük, sık düşme ve kaslarda psödohipertrofi erken semptomlardır. Pseudohipertrofi gastrokinemius ve deltoid kasında belirgindir. Hastalığın en erken bulgusu kuvvetsizliktir ve proximal kaslardan distale uzanır. Çocuk yere çömeldikten sonra tutunarak kalkar. Bu Gower's bulgusu olarak bilinir, patognomiktir. Eklem kontraktürleri ve skolyoz gelişir. Hastalar 13 yaş öncesinde yürümelerini yitirirler. Tekerlekli sandalyeye bağımlı hale gelindiğinde skolyoz progresyon gösterir. Solunum kasları zayıflar, restriktif pulmoner sendrom ve kronik alveoler hipoventilasyona bağlı komplikasyonlar gelişir. Skolyoz vital kapasiteyi düşürür ve solunum problemlerini ağırlaştırır. Kardiomyopati bulgulara eşlik eder. Gastrointestinal hipomobilite epigastrik ağrı, bulantı ve kusmaya neden olur. Çiğneme, faringeal ve özofagial kas zayıflığı disfajiye neden olur, üst solunum yolları sekresyon kontrolü bozulur. Ölüm nedeni genellikle solunum yetersizliğidir ve eğer solunuma ek destek sağlanmazsa 20 yaş civarında hastalar kaybedilir (7, 8).

Tanı: Kreatinin kinaz yüksekliği, EMG bulguları, genetik inceleme (Xp21 yönelik), kas biopsisi tanı koydurur.

Tedavi: Semptomlara yönelik interdisiplinerdir.

1. **Mutlak Rehabilitasyon**

Amaç, hastanın yaşam kalitesini yükseltmek ve fonksiyonel bağımsızlığını sürdürmektir (9).

Muskuler distrofilerde rehabilitasyon 3 evreye ayrılır.

1. **Ambulatuvar (Erken) Evre:**

1. Kas kuvvetlendirme egzersizleri (yorgunluk oluşturmadan, submaksimal dirençli)
2. Germe egzersizleri (Aşil tendonu, hamstringler, iliotibial bant, kalça fleksörleri)
3. Ortezleme (ayak - ayak bileği ortezi, diz – ayak - ayak bileği ortezi)
4. Ayakta durmayı sağlayan araçlar
5. Splintleme
6. İş uğraşı tedavisi
7. Solunum egzersizleri
8. Rutin aşılama (influenza, pnömokok aşısı)
9. Kardiak komplikasyonların izlemi/önlenmesi

2. Tekerlekli Sandalye Evresi:

1. Evre 1 deki uygulamalar
2. Skolyoz takibi (6 ayda bir) ve düzeltilmesi
3. Vital kapasite takibi
4. Solunum rehabilitasyonu (derin solunum egzersizleri, aileye postural drenaj eğitimi ve gögüs masaj tekniklerinin öğretilmesi)
5. Kardiak komplikasyonların düzenli takibi, kalp ejeksiyon fraksiyonunun %20'nin altına düştüğü durumlarda ilaç tedavisi
6. Günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştıran aletler: Havalı yatak ve yastıkçıklar, pozisyon vermeyi ve tekerlekli sandalyeye geçişi sağlayacak hasta yatağı, yükseltilmiş tuvalet, banyo ve tuvalet düzenlemeleri, giyisi adaptasyonları, hidrolik ve mekanik kaldırıcılar

3. Tam Bağımlı (Geç) Evre:

1. Günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırıcı cihazlar
2. Solunum sekresyonlarının temizlenmesi, respiratörle solunumun sürdürülmesi
3. Genel tıbbi yaklaşımla yaşam süresinin mümkün olduğunca uzatılması

Genel tıbbı bakım ve hemşirelik hizmetleri önemlidir. En önemli ölüm nedeni solunum yetmezliğidir. İnterkostal kasların zayıflaması, bulber kasların zayıflığı yutmayı ve üst solunum yolundan sekresyon atılması güçleşir. Bu aspirasyon ve pnömoniye yol açar. Alt abdominal kas zayıflığı öksürmeyi etkisiz kılar. Solunum yetmezliği gelişir. Geç dönemde trakeostomi ve mekanik ventilatörler kullanılır.

DUCHENNE MUSCULER DİSTROFİ 'DE İNTERDİSİPLİNER YÖNETİM

KAYNAKLAR:

1. Türk Nöroloji Derneği URL: http:/www.noroloji.org.tr/html/file/NÖROMÜSKÜLER.pdf 2006 Erişim tarihi: 10.09.2014

2. Siden H ve ark (2014) Characteristic of a pediatric hospice palliative care program over 15 years. Pediatrics, 2014;134(3):e765-72

3. Uno T ve ark (2012). Palliative care for elderly patients living in rented housing by pharmacists. Gan To Kagaku Ryoho. 2012;39 suppl 1:77-79

4. Fallon M ve ark (2006). Chronic non-malignant disease .ABC of Palliative Care, Fallon M, Hanks G, BMJ Books. Blackwell Publishing Ldt.

5. Agree CJ, Dennis J (2005). Çeviri: Savaş S. Motor Nöron Hastalıklarında Rehabilitasyon Yaklaşımları Ed: Randall L.Braddom, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon El Kitabı Güneş Yayınevi

6. Hicks F, Pearse H (2005). Palliative care for people with progressive neurological disorder. Handbook of Palliative Care. Faull C, Carter Y. 2005 Blackwell Publising Ltd

7. Bushby K, Finkel R for the DMD Care Consideration Working Group. Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 1: diagnosis and pharmacological and psychosocial management

8. URL: http:/www.thelancet.com/neurology Erişim tarihi: 08.09.2014

9. Bushby K, Finkel R.for the DMD Care Consideration Working Group. Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part2: implementation of multidisciplinary care.

10. URL: http:/www.thelancet.com/neurology Erişim tarihi: 08.09.2014

11. Maureen R, Nelson M (2005). Çeviri: Kokino S, Özdemir F. Myopatilerde Rehabilitasyon. Ed: Randall L.Braddom, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon El Kitabı Güneş Yayınevi

14.3. PALYATİF BAKIMDA REHABİLİTASYON

ALZHEİMER − DEMANS

Prof. Dr. Rezzan GÜNAYDIN[1], Uzm. Dr. Aylin DEMİRHAN[2]

[1]Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD

[2]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

Demans, yaşlılarda sık olarak gözlenen bir sağlık problemi olup reverzibl ve irreverzibl demans olarak sınıflandırılabilir. İrreverzibl demansın en yaygın nedenleri; dejeneratif hastalıklar (multipl skleroz, Alzheimer hastalığı ve parkinson hastalığı), enfeksiyonlar (nörosifiliz, kazanılmış immün yetmezlik sendromu), vasküler hastalıklar (multi infarkt demans, inme ve anoksi) ve diğer olası nedenler kafa travması, normal basınçlı hidrosefali ve alkolik demansdır. Demans ve Alzheimer (AH)'ın insidansı yaş ile birlikte artar ve her 5-10 yılda iki katına çıkar (1,2).

Demans ve AH'lı hastaların davranışsal yaklaşım, ağrı, bakımevleri vb. bakım ünitelerine yerleştirme ve tedavi ile ilgili zor kararlar ve bakıcı yükü gibi karşılanmamış palyatif bakım gereksinimleri olduğu gözlenmektedir. Demanslı hastalar ve yakınlarının bakımevlerinden yararlandıklarına dair kanıtlar olmasına karşın bakımevi programlarının çok azı primer tanı olarak demanslı hastalara bakım sağlamaktadır. Ancak son dekatta palyatif bakım programlarında ciddi bir gelişme olduğu gözlenmektedir. Bu eğilim en iyi şekilde hastanelerde gözlenmesine karşın ev sağlık birimleri ve bakımevleri de palyatif bakım hizmetleri sunmaya başlamıştır (3).

Alzheimer - Demans Hastalığında Rehabilitasyon Planı

AH'nin erken döneminde en önemli semptom son olayları hatırlamadaki güçlüktür. Hastalık ilerledikçe konfüzyon, irritabilite, agresyon, ruh halinde dalgalanmalar, konuşma güçlüğü, uzun süreli hafıza kaybı, algı bozukluğu (agnozi), belirli hareketleri yerine getirememe (apraksi) ve yönetici fonksiyonlarda kayıp gözlenir. AH'nin dört evresi mevcuttur. Hastalığın evrelerine uygun olarak önerilen rehabilitasyon planı Tablo 1'de sunulmuştur (1).

Tablo 1. AH İçin Hastalık Evrelerine Göre Önerilen Rehabilitasyon Planı (1).

Evre 1	Evre 2	Evre 3	Evre 4
Aerobik egzersiz	Bilişsel stimülasyon tedavisi	Bilişsel stimülasyon tedavisi	Bilişsel stimülasyon tedavisi
Yürüyüş	Psikolojik danışmanlık	Eklem hareket açıklığı egzersizleri	Günlük yaşam aktivitelerine benzer aktiviteler
Güçlendirme egzersizleri	Yürüme ve denge eğitimi	Yürüyüş	Denge egzersizleri
Bisiklet	Solunum ve gevşeme egzersizleri	Bahçe/avlu işleri	Rekreasyonel aktiviteler
Eğitim, tartışma ve problem çözmeyi içeren bilişsel tedavi	Ergonomik değişiklikler	Denge eğitimi	
Solunum ve gevşeme egzersizleri	Fleksibilite egzersizleri	Koordinasyon aktiviteleri	
Rekreasyonel aktiviteler	Germe ve güçlendirme egzersizleri	İnkontinans için egzersizler	
Yüzme	Ağrı için TENS	Ağrı için uygun tedavi	

Egzersiz Alzheimer Hastalığında Nasıl Yardımcı Olur?

AH'ın risk faktörleri; egzersizin, hastalığın önlenmesi veya geciktirilmesinde yardımcı olabileceğini düşündürmektedir. Egzersiz devam eden AH'nin kontrol altına alınmasında bir tedavi yöntemi olarak da kullanılabilir. Egzersizler; hafif-orta bilişsel bozukluğu olan AH'de progresyonu yavaşlatarak, fiziksel ve mental fonksiyonu güçlendirerek, ilerlemiş hastalık ile ilişkili kas kaybını yavaşlatarak veya geri döndürerek, mevcut hastalığı olanların duygudurum ve depresyonunda iyileşme sağlayarak ve ilerlemiş hastalığı olanlarda davranışsal problemleri azaltarak yardımcı olur. Fiziksel olarak aktif olan kişilerde AH gelişme riski, inaktif olanlara göre daha düşüktür. Bunun yanı sıra bir egzersiz programına başlamak ve devam etmek beyinde plak oluşturan bir protein olan ve son zamanlarda AH'nin asıl nedeni olarak düşünülen beta-amiloid düzeyinin düşürmektedir. Egzersiz, metabolik sendromun tüm formlarını geri çevirmektedir. Dolayısıyla aynı faydaların AH'de de gerçekleşmesini beklemek mantıklı gözükmektedir. Ayrıca egzersiz (özellikle dirençli ve ağırlık çalışmaları), beyin hücrelerinin korunması ve bilişsel fonksiyonların muhafaza edilmesine yardımcı olan testesteron seviyesini de yükseltmektedir (2).

Egzersiz, AH bulguları gözlenen hastalarda yaşam kalitesini arttırarak, hastalık progresyonunu yavaşlatarak, fiziksel fonksiyon ve sağlık durumunu iyileştirerek fayda sağlayabilir. Ek olarak, sosyal paylaşımların ve bilişsel uyarıların olduğu ortamlar hastalık progresyonunu yavaşlatır. Zihinsel olarak zorlayıcı ve değişik egzersizlerin uygulandığı bir grup ortamında yapılan egzersizlerden daha fazla fayda sağlanmaktadır. İlerlemiş AH'si olan hastalar bile fiziksel ve fonksiyonel kayıpları azaltmak için düzenli egzersiz programına dahil edilmelidir. Hayatı tehdit eden kas dokusu kaybı AH'de majör sorunlardan biridir ve egzersiz kas ve kemikleri geliştirdiği gibi iştahı arttırarak da bu sorunun çözülmesine yardımcı olur. AH olanlarda, egzersizin faydasına dair en güçlü kanıt yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme performansındaki artıştır. US Mayo Klinik Alzheimer Araştırma Merkezi direktörü Dr. Ronald Peterson, düzenli egzersizin AH'yi önlemede ilaçlardan, entelektüel aktivitelerden, besin takviyeleri ve diyetten daha etkili olduğunu ifade etmiştir (2,4).

Alzheimer-Demans Hastalarında Hangi Tip Egzersizler Önerilmektedir?

AH'nin önlenmesi veya tedavisinde uygulanacak egzersizlerin amacı kas kütlesini ve gücünü arttırmak, kardiyovasküler hastalık ve metabolik sendromun risk faktörlerini azaltmak, testesteron düzeyini arttırmak ve hastaya sosyal etkileşimde bulunduğu ve meşguliyet edindiği bir ortam sağlamaktır (2). Günümüzde henüz AH ve demansa özel olarak geliştirilmiş bir egzersiz rehberi yoktur. Ancak Teri ve ark. (5) 2003 yılında spesifik olarak bilişsel bozukluğu olan hastalar için esnek bir egzersiz programı geliştirmişlerdir (Reducing Disability in Alzheimer's Disease - RDAD). RDAD; Amerikan Spor Hekimliği Birliği (ACSM) / Amerikan Kalp Derneği (AHA) (6) tarafından yaşlılar için önerilen dört egzersiz programı (aerobik aktivite, kas güçlendirme, fleksibilite ve denge eğitimi) ile birlikte aile üyeleri ve bakıcılar için eğitim programını kapsamaktadır.

AH-Demansın Önlenmesi ve Tedavisi için Genel Egzersiz Önerileri

AH'nin önlenmesi ve tedavisi için genel egzersiz önerileri şunları içermektedir;

1. 20 - 60 dk'lık seanlar halinde, sürekli veya aralıklı aerobik egzersizler, maksimum kalp hızının %60-90'ı kadar olacak şekilde haftada 3-5 defa (maksimum kalp hızı=220-yaş) yapılması önerilmektedir. Algılanan efor derecelendirme (Rating of percieved exertion–RPE) yöntemi; istenen egzersiz yoğunluğunun programlanması için kullanışlı bir yöntemdir. Yaşlılar için RPE, eğer egzersiz yoğunluğunun azaltılmasını gerektirecek başka bir sağlık problemi yoksa, 20 puanlık

skalada 13-15 arasında olmalıdır. Haftalık total egzersiz süresi aerobik egzersiz yoğunluğuna bağlı olarak 120-150 dk. arasında olmalıdır.

2. Dirençli egzersizler; haftada 2 veya daha fazla seans hedeflenerek en fazla 6-12 RM (repetitons maximum) yoğunluğunda, seans başına 6-8 egzersiz ve 3 set uygulanmalıdır. Her hafta tüm majör kas gruplarının çalıştırılması ve çömelip kalkmak, omuz baskılamak ve diğer günlük yaşam aktivitelerinde kullanılanlara benzer hareketlerin seçilmesi önemlidir. RM'den kasıt hedeflenen kaldırılabilir maksimum yüktür. Örneğin 6 RM; doğru teknik kullanılarak tüm hareket açıklığı boyunca sadece 6 defa kaldırılabilen yükü ifade eder. Ancak her bir seti, hareketlerin yorgunluk yüzünden tamamlanamadığı aşamaya kadar devam ettirmeye gerek yoktur. Çünkü, yoğunluğu daha az olan setlerde de benzer faydalar ortaya çıkmaktadır.

3. Majör kas grupları için fleksibilite egzersizlerinde her egzersiz 2-4 set olacak şekilde haftada 2-3 defa uygulanmalıdır.

Kas kaybı bulguları olan kişilere daha fazla anabolik direnç egzersizleri (proteinleri ve dokuları yapılandıran) önerilmelidir. Bu tip egzersizlerin uygun beslenme stratejileri ile kombine edilmesi, daha etkin kas gelişimi sağlayabilir. Ek faydalar arasında; daha etkili kan şekeri kontrolü, vücuttaki inflamatuvar süreçlerde azalma (kas kitlesi artışı sayesinde) ve kardiyovasküler hastalık, diyabet ve AH'nin majör risk faktörlerinin daha etkin kontrolü sayılabilir. Testesteron salınımı, büyük kas gruplarını içeren yüksek yoğunluklu (3-8 RM) direnç egzersizleri ile daha fazla olmaktadır. AH'de yüksek testesteron düzeyinin faydasının görülebilmesi için bu egzersizler mümkün olabildiğinde kombine edilmelidir. Eğer vücut yağ oranı artmışsa (özellikle metabolik sendrom ve kardiyovasküler hastalığın diğer belirteçleri eşlik ediyorsa) daha sağlıklı bir vücut yapısına ulaşmak için egzersiz ve uygun beslenme stratejileri ile takip edilmelidir. ACSM kılavuzu, kalorik kısıtlama ile birlikte her hafta total miktarı arttırılarak yapılan aerobik egzersizleri önermektedir (2).

KAYNAKLAR:

1. Kaur J, Garnawat D, Bhatia MS, Sachdev M (2013). Rehabilitation in Alzheimer's disease. Delhi Psychiatry Journal, 2013;16(1):166-170.
2. Exercise is Medicine Australia. Alzheimer's Disease. URL: http://exerciseismedicine.org.au/wp-content/uploads/2014/05/2014-Alzheimers-Disease-FULL.pdf. Erişim tarihi: 01.09.2014.
3. Torke AM, Holtz LR, Hui S, Castelluccio P, Connor S, Eaton MA, Sachs GA (2010). Palliative care for patients with dementia: a national survey. J Am Geriatr Soc, 2010;58(11):2114-21.
4. Lunde A (2008). Preventing Alzheimer's: Exercise still best bet URL: http://www.mayoclinic.com/health/alzheimers/MY00002. Erişim tarihi: 01.09.2014.
5. Teri L, Gibbons LE, McCurry SM, Logsdon RG, et al (2003) Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer's disease: A randomized trail", JAMA, 2003;290(15):2015-2022.
6. Nelson M, Rejeski WJ, Blair S, Duncan P, Judge J, King A, et al (2007). Physical activity and public health in older adults: Recommendations from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Medicine & Science in Sports & Exercise, 2007;39 (8):1435-1445.

14.4. PALYATİF BAKIMDA REHABİLİTASYON

ORGAN YETMEZLİĞİ

Fizyoterapist İlknur NAZ[1], Doç. Dr. Didem KARADİBAK[2]

[1]Dr.Suat Seren Gögüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD

İleri organ yetmezliği hem dünyada hem ülkemizde büyük bir sağlık sorunudur (1). İnsidans ve prevalansı giderek artış göstermektedir (DSÖ 2011) (2).

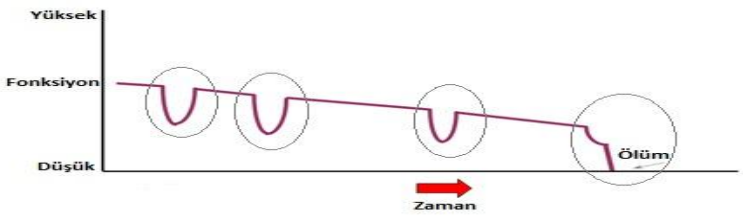
Dışarıdan herhangi bir klinik yaklaşım uygulamadan hemostazın sağlanamadığı organ disfonksiyonu organ yetmezliği olarak tanımlanmaktadır (1). En sık karşılaşılan ve palyatif bakım gerektiren kalp, akciğer ve karaciğer yetmezlikleridir (3). Organ yetmezliğinde palyatif bakımın amaçları Tablo 1'de paylaşılmıştır.

Tablo-1: Organ Yetmezliğinde Palyatif Bakımın Amaçları

Ağrı, nefes darlığı, yorgunluk gibi semptomların kontrolünü sağlamak
Hasta ve ailesine hastalığın doğası ve prognozu hakkında bilgi sağlamak
Duygusal ve ruhsal sorunları incelemek, anksiyete ve depresyonu tedavi etmek
Beslenme, hidrasyon ve hijyen gibi kişisel bakım ile ilgili konuları çözümlemek
Tedavi seçenekleri hakkında iletişimi kolaylaştırmak
Artan yetersizliği ele alarak toplum ve evde bakım desteğini sağlamak
İleri dönem bakım ve rehabilitasyon hedeflerini belirlemek
Yaşam kalitesini arttırmak

Son dönem organ yetmezlikleri, genel sağlık durumu ve fonksiyonel düzeyde dereceli azalma, fiziksel ve/veya psikososyal akut ataklar ile birliktedir (Şekil 1) (4). Bu ataklar yaş, ek hastalıklar ile ilişkili olup, hayatı tehdit edici olmakta, hastane başvurusu ve yoğun tedavi gerekliliğini arttırmaktadır (5). Şekilde oval yuvarlaklar içindeki alanlar akut atakları göstermektedir.

Şekil 1. Organ Yetmezliklerinde Hastalık Süreçleri (Kaynak 4 den uyarlanmıştır)



Ancak hastaların genel durum bozukluğundaki bu dereceli kayıplara rağmen palyatif bakım uygulamalarının ne zaman başlaması gerektiği konusu net değildir (3). Önerilen hasta merkezli palyatif bakım programlarının oluşturulması, hastaların günlük semptom algılarının değerlendirilmesi ve yönetimidir(6).

Semptom Yönetimi

Organ yetmezliğinin tipine göre farklı semptomlar ön plana çıkmaktadır. Örneğin kalp-akciğer yetmezliğine bağlı gelişen organ yetmezliğinde dispne, periferal ödem ya da uyku apnesi belirgin iken, karaciğer yetmezliğinde hepatik ensefalopati ve kas iskelet sistemi problemleri ön plana çıkmaktadır. Ancak genel olarak organ yetmezliğinde en sık karşılaşılan semptomlar; dispne, yorgunluk, ağrı, öksürük, yetersiz fiziksel aktivite, kas zayıflığı, egzersiz kapasitesinde azalma, iştahta azalma ,mide bulantısı, konstipasyon, depresyon ve uyku bozukluklarıdır (7,8). Bu semptomları takiben hastalarda sosyal izolasyon, bağımlılık ve korku gelişmeye başlamakta, hastaların yaşam kaliteleri belirgin oranda azalmaktadır (9,10).

Etkin semptom kontrolü, alanında uzman ekip üyeleri ile başarılmakta, optimal kontrol için hastanın takibi gerekmektedir. Takipte özellikle aile üyeleri; ağrı, anksiyete gibi semptomların değerlendirilmesinde palyatif bakım ekibine yardımcı olabilmektedir (11).

Dispne ileri evre organ yetmezliklerinde en belirgin semptomdur. Algılanan dispne şiddetinin değerlendirilmesinde farklı skalalardan yararlanılmaktadır. Dispne tedavisinde fiziksel ve psikolojik komponentler üzerine odaklanılmaktadır. Altta yatan hastalığın ve psikososyal faktörlerin tedavi edilmesi ile birlikte hastalar erken dönemden itibaren pulmoner rehabilitasyon programlarına yönlendirilmelidir. Hasta eğitimi, solunum egzersiz eğitimi, yürüme yardımcıları, nöromuskuler elektrik stimülasyonu, göğüs duvarı vibrasyonu ve relaksasyon teknikleri gibi uygulamalar etkin kabul edilen yaklaşımlardan bazılarıdır. Bu programlar hastanın dispne kontrolünü sağlamasına yardım edeceği gibi anksiyetesinin azalmasını da sağlayacaktır. Şiddetli dispnesi olan bireylerde bu tedavilere ek olarak fan ile fasyal soğutma, opiodler, anksiyolitikler, oksijen desteği ve noninvaziv mekanik ventilasyon uygulamaları düşünülmelidir (12,13).

Yorgunluk yaygın bir semptom olup fizyolojik ve psikolojik kaynaklı olabilir. Anemi, elektolit anomalileri, enfeksiyonlar, dehidrasyon, tiroid disfoksiyonları organ yetmezliği hastalarında sık görülmekte, yorgunluk ve egzersiz intoleransının önemli sebebleri olduğu düşünülmektedir. Medikal tedavi ve emosyonel tekniklerin yanısıra, enerji koruma stratejileri yorgunluk tedavisinde etkindir. Ödemin, dispnenin, basınç ülseri ve immobilizasyona bağlı diğer komplikasyon riskinin azaltılması için fizyoterapistler tarafından hazırlanan aktif ya da pasif

egzersizlerden oluşan egzersiz reçeteleri hastalığın ileri evrelerinde bile önem taşımaktadır (14,15).

Ağrı; sebebi kesin anlaşılamayan bir semptom olup genellikle muskuloskeletal problemler ile birliktedir. Ağrı yönetiminde farmakolojik yöntemlerin yanısıra elektroterapi, sıcak - soğuk uygulamalar, masaj, mobilizasyon ve terapotik egzersizler gibi fizyoterapi yaklaşımları önemli yer tutmaktadır(16,17).

İleri evre organ yetmezliklerinin tıbbi tedavisi transplantasyon cerrahisidir. Palyatif bakım transplantasyon öncesi ve transplantasyon sonrası erken ve geç dönemde uygulanabilir. Her bir fazda özel değerlendirme yöntemleri kullanılarak fizyoterapi ve egzersiz programları planlanmaktadır. Fizyoterapi değerlendirmesi; nörolojik ya da muskuloskeletal ko-morbiditeler, ağrı ve yorgunluk, sigara ve alkol alışkanlığı, kas kuvveti ve enduransı, aerobik kapasite, fiziksel aktivite ve günlük yaşamdaki bağımsızlık seviyesi, ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi parametrelerini içermektedir. Transplantasyona aday olguda sıklıkla azalmış kas kuvveti, düşük egzersiz kapasitesi ve düşük kemik mineral yoğunluğu görülmekte, transplantasyon listesinde bekleme süresi uzadıkça dizabilite artmaktadır. Bu nedenle transplantasyon öncesi başlatılan fizyoterapi programları post-operatif süreçte karşılaşılan komplikasyonların azaltılmasına yardımcı olmaktadır (18).

Cerrahi sonrası erken dönemde ortaya çıkan kardiyorespiratuvar ve muskuloskeletal sorunların önlenmesi ve tedavisinde; solunum egzersizleri, zorlu ekspirasyon tekniği, öksürme teknikleri, insentif spirometre, kompresyon uygulamaları, manuel teknikler, ekstremite egzersizleri, dereceli mobilizasyon gibi fizyoterapi yöntemleri hastaya bireysel olarak verilmektedir (19). Geç dönemde ise aerobik ve dirençli egzersizler, fleksibilite ve denge egzersizleri uygulanmakta, hastanın aktif yaşamını sürdürmesi hedeflenmektedir. Mümkün olan en yüksek fiziksel aktivite seviyesine ulaşma, işe dönüş, sosyal yaşam, boş zaman aktiviteleri ve spora yönlendirme bu dönemdeki başlıca konulardır (20).

Sonuç olarak organ yetmezliği hastalarında hastalık süreci farklılık göstermekle birlikte, palyatif bakım uygulamaları multidispliner ekip iş birliğine dayalı olarak hastalık başlangıcından itibaren, hem hastane başvurusu gerektiren atak dönemlerinde, hem transplantasyon sürecinde büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR:

1. Baue AE (2000). History of MOF and definitions of organ failure. In: Baue AE, Faist E, Fry DE (eds). Multiple Organ Failure:Pathophysiology, Prevention, and Therapy. 1st ed. Springer, 2000:3-12.
2. Borasio GD (2011). Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. Palliat Support Care 2011;9:1-2.
3. Murtagh FE, Preston M, Higginson I (2004). Patterns of dying: palliative care for non-malignant disease. Clin Med 2004;4:39–44.
4. Lynn J (2001). Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. JAMA 2001;285:925–32
5. Miravitlles M, Calle M, Alvarez-Gutierrez F, Gobartt E, Lopez F, Martin A (2006). Exacerbations, hospital admissions and impaired health status in chronic obstructive pulmonary disease. Qual Life Res 2006;15:471–80.
6. Janssen DJ, Wouters EF, Schols JM, Spruit MA (2008). Self perceived symptoms and care needs of patients with severe to very severe chronic obstructive pulmonary disease, congestive heart failure or chronic renal failure and its consequences for their closest relatives: the research protocol. BMC Palliat Care 2008;7:5.
7. Palliative Care for All: Integrating Palliative Care into Disease Management Frameworks, Key messages, Irish Hospice Foundation/HSE 2008, s. 8-9
8. Tranmer JE, Heyland D, Dudgeon D, Groll D, Squires-Graham M, Coulson K (2003). Measuring the symptom experience of seriously ill cancer and noncancer hospitalized patients near the end of life with the memorial symptom assessment scale. J Pain Symptom Manage 2003;25:420–9.
9. Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA (2000). How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. Thorax 2000;55:1000–6.
10. Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML (2002). Quality of life in women with heart failure, normative groups, and patients with other chronic conditions. Am J Crit Care 2002;11:211–9.
11. Higginson I, Priest P, McCarthy M (1994). Are bereaved family members a valid proxy for a patient's assessment of dying? Soc Sci Med 1994;38:553–7.
12. Campbell ML (2004). Terminal dyspnea and respiratory distress. Crit Care Clin 2004;20:403–17.
13. Wedzicha JA, Bestall JC, Garrod R, Garnham R, Paul EA, Jones PW (1998). Randomized controlled trial of pulmonary rehabilitation in severe chronic obstructive pulmonary disease patients, stratified with the MRC dyspnoea scale. Eur Respir J 1998;12:363–9.
14. Harris JD (2008). Fatigue in chronically ill patients. Curr Opin Support Palliat Care. 2008;2:180–186.
15. Radbruch L, Strasser F, Elsner F, Goncalves JF, Loge J, Kaasa S, Nauck F, Stone P; Research Steering Committee of the European Association for Palliative Care (EAPC) (2008). Fatigue in palliative care patients: an EAPC approach. Palliat Med. 2008;22:13–32.
16. Goebel JR, Doering LV, Evangelista LS, et al (2009). A comparative study of pain in heart failure and non-heart failure veterans. J Card Fail 2009;15:24–30.
17. Adler ED, Goldfinger JZ, Kalman J, et al (2009). Palliative care in the treatment of advanced heart failure. Circulation. 2009;120:2597-606
18. Senduran M, Yurdalan U (2012). Physiotherapy in liver transplantation, liver transplantation - technical ıssues and complications. Prof. Hesham Abdeldayem (Ed.) 2012. ISBN: 978-953-51-0015-7, InTech, DOI: 10.5772/30249.
19. Clini E, Ambrosino N (2005). Early physiotherapy in the respiratory intensive care unit. Resp Med Vol.99:1096-104.
20. Lemzye M, Dharancy S; Neviere R; Pruvot FR; Declerck N, Wallaert B (2010). Aerobic capacity in patients with chronic liver disease: Very modest effect of liver transplantation. Presse Med 2010;39:174-81.

14.5. PALYATİF BAKIMDA REHABİLİTASYON YOĞUN BAKIM

Uzm. Dr. Hilal YEŞİL[1], Prof. Dr Sibel EYİGÖR[2]
1-Afyon Kocatepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD

2-Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD

Yoğun bakımlar, kritik hastaların hızlı ve agresif bir şekilde, hayat kurtarıcı müdahaleler aldığı özgün bakım ortamlarıdır. Buradaki hastalar sıklıkla yüksek ölüm riski altındadırlar ve hem yaşam desteğine hem de yoğun monitorizasyona gereksinim duymaktadırlar. Eğer hayatta kalırlarsa da yaşam kalitelerini etkileyebilecek sekellere sahip olabilmektedirler (1). Hastaların yüksek seviyede ağrı ve diğer rahatsız edici semptomlara sahip olmaları, ailelerin kritik bakım tedavileri, prognoz ve diagnoz hakkında temel bilgileri anlamadan yoksun olmaları, anksiyete ve depresyonun yüksek oranlarda görülmesi, hastaların ve ailelerin seçimlerinden uzaklaşan bakım planları ve yoğun bakım klinisyenleri, hastalar ve aileler arasındaki iletişimsizliklerin yaygınlığından dolayı yoğun bakımlarda palyatif bakımın geliştirilmesine ihtiyaç vardır (2). Bu nedenle yoğun bakıma kabulünden itibaren tüm kritik hastalara ve ailelerine palyatif bakımdan yararlanmalarının sağlanması ve diğer yoğun bakım terapileri ile birlikte eş zamanlı olarak başlatılması gerekmektedir.

Yapılan çalışmalarda palyatif bakımın görev aldığı yoğun bakımlarda yatış süresinin azaldığı, hastaların semptomlarının belirlenmesi ve tedavisi açısından pozitif etkiler görüldüğü, refere edilenden çok daha fazla semptom yakalandığı ve fizik muayene ile her zaman görülemeyecek semptomların da saptanabileceği bildirilmektedir (3,4).

Herhangi bir yoğun bakımda palyatif bakımın gelişiminin düzenlenmesi için dört ana basamak tanımlanmaktadır:

1. Bir interdisipliner çalışma grubu toplanması
2. İhtiyaçların ve kaynakların, kurumlara ait kısıtlılıkların değerlendirilmesi
3. Çalışma işleyişini odaklayan bir eylem planının geliştirilmesi ve performans gelişimini kolaylaştıracak araçlar oluşturulması
4. Yüksek kalitedeki bir bakımı desteklemek için ekibin birbirine bağlanması (5).

Etkili bir girişim mutlaka çok yönlü olmalı, eğitimi, protokolleri ve geri dönüşümü de içermelidir. Özellikle standardizasyon bakımından hasta ve aile merkezli karar alınıp, etkili bir iletişim kurulması, yine hasta ve aileler için duygusal ve pratik destek sağlanması, bakımın sürekliliği, semptomların tedavisi ve dini destek sağlanması ve yoğun bakım klinisyenleri için de duygusal destek sahalarının belirlenmesinin gerektiği bildirilmektedir (6). Bu bakımdan palyatif

bakım uygulaması ve prensipleri hakkında bilgi ve farkındalığı arttırmak ve yaşam sonu bakımına ilişkin davranışsal değişiklikleri desteklemek ve rol model olmak adına yoğun bakım ekibinin dersler, broşürler, posterler veya videolar ile eğitimi, hemşire ve hekimlerin her bir yoğun bakımda yaşam sonu bakımın geliştirilmesindeki kısıtlılıkların tanımlaması ve ele alınması için akademik olarak bilgilendirilmesi ve ailelere bilgilendirme kitapçıkları ve diğer sistem desteklerinin sağlanması yapılabilecek girişimler arasında sayılabilir. Aile hedefli broşürlerin ailelerin hastanın durumunu ve tedavilerini anlamalarını geliştirdiği gösterilmiştir. Önerilen bir diğer sistem desteği de "beni tanı" posteridir. Bu posterde, hastanın kişiliği, sevdiği ve sevmediği şeyleri, uğraşıları ve müzik tercihleri gibi çeşitli konularda hasta hakkında bilgiler yer almaktadır (5).

Öğretim programı hedefleri arasında yer alması gerekenler de; ölmekte olan veya kritik durumdaki hastaların yüzleştiği majör sorunları, bu hastaları desteklemeye uygun kaynakları ve bu kaynaklara nasıl erişileceği, aile ve hastaya nasıl kötü haber verileceği ve belirsizlik durumlarında karar verme tekniklerinin öğretilmesi olarak belirlenebilir.

Bazı kliniklerde tarif edilen bir danışman yoluyla da, özelikle yaşamın son döneminde aile görüşmelerinin ve iletişimin kolaylaştırılması, ailelerin soru sormalarına imkan verilmesi, anlayamadıkları durumlarda yardımcı olunmasıdır. Aynı zamanda bu danışmanlar hemşireler ve hekimler için de eğitici bir rol oynayabilmektedirler (7).

Yapılan çalışmalarda yoğun bakımdaki hastalardaki en yaygın ve sıkıntılı fiziksel semptomlar; ağrı, dispne ve susuzluk olarak bildirilmiştir. Semptomların etkili bir şekilde kontrolü için sistematik olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. *Önerilen değerlendirme yaklaşımları:* dispne, ağrı ve aynı zamanda susuzluğun derecelendirmesi için Numaralı Derecelendirme Skalası (NDS); yine dispne için Memorial Semptom Değerlendirme Skalası ve Edmond Semptom Değerlendirme Skalası kullanılmasıdır. Bazen klinisyenler, hastalardan vücut diyagramları üzerinde nerede ağrı hissettiklerini göstermelerini de isteyebilmektedirler.

Semptomların Değerlendirilmesi İçin Stratejiler

Ağrı: Çoğu yoğun bakım hastası ılımlıdan şiddetliye kadar ağrıyı deneyimlemektedirler. Bu bakımdan ağrı tedavisi, özellikle yaşamın sonunda primer terapötik hedef olmalı ve kapsayıcı palyatif bakım spektrumu içerisinde yer almalıdır. Opioidler; yoğun bakım hastalarının ağrı tedavisi için hala primer medikasyondur. Opioidler dışında, asetominofen, ketamin, nefopam, siklooksijenaz inhibitörleri, nöropatik ağrısı olanlar için, gabapentin ve karbamezapin kullanılmaktadır (8). Hastalar ile yapılacak daha iyi bir iletişimin de ağrının giderilmesinde bir yol

olabileceği bildirilmektedir (9). Non farmakolojik tedavi olarak; masaj, müzik terapisi, relaksasyon teknikleri, analjezik akımlar, sıcak tedaviler kullanılabilmektedir.

Dispne: Altta yatan etiyolojik durumun optimize edilmesiyle tedavi edilir. İnvaziv veya non invaziv mekanik ventilasyon, solunum yetmezliğinden kaynaklanan dispneyi azaltabilir. Pozisyonlama önemli bir non farmakolojik tedavi şeklidir. Tek taraflı akciğer hastalığında yan yatış pozisyonu optimal olabilir, hastanın kendi kontrolü ve değişik pozisyonlardaki solunum sıkıntısını ölçmesi de en iyi pozisyonun belirlenmesine yardımcı olabilir. Oksijen, hipoksemik hastalardaki dispnenin standart tedavisinde kullanılmaktadır. Opioidler de refrakter dispnenin farmakolojik tedavisinde kullanılmaktadır.

Susama ve ağız kuruluğu: Topikal ürünler (zeytin yağı, betain ve ksilitol içeren), yapay salya, tükrük salınım stimulanları, donmuş gazlı bez, buz, soğuk steril su spreyleri, nemlendiriciler ve soğuk steril su içeren bezler tedavide kullanılmaktadır. (8)

Sonuç

Yoğun bakımlar, kritik hastaların hızlı ve agresif hayat kurtarıcı müdaheleler aldığı özgün bakım ortamlarıdır. Burada palyatif bakım ekibi, hastalardaki iyilik halinin korunmasına, iletişimin iyileştirilmesine, dinsel ve emosyonel desteğin sağlanmasına ve ölüm sonrası süreçte hastanın ailesinin ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olmaktadır. Yoğun bakıma kabulünden itibaren tüm kritik hastaların ve ailelerinin palyatif bakımdan yararlanmalarının sağlanması ve diğer yoğun bakım terapileri ile birlikte eş zamanlı olarak başlatılması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Truog RD (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 2008;36:953-963
2. Nelson, JE. Organizing an ICU palliative care initiative: IPAL-ICU Project. URL: http://www.capc.org/ipal-icu-organizing-an-icu-palliative-care-initiative.pdf. Erişim tarihi: 11.09.2014
3. Lau BD (2014). Methods for improving the quality of palliative care delivery: a systematic review Am J Hosp Palliat Care. 2014;31:202-210
4. Nelson JE, Weissman DE (2013). Choosing and using screening criteria for palliative care consultation in the ICU: a report from the Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) Advisory Board Crit Care Med.,41,2318-2327
5. Nelson JE. Organizing an ICU palliative care initiative: A technical assistance monograph from the IPAL-ICU Project. URL: http://www.capc.org/ipal-icu/monographs-and-publications/ipal-icu-organizing-an-icu-palliative-care-initiative.pdf. Erişim tarihi: 11.09.2014
6. Clarke EB (2003). Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit Crit Care Med. 2003;31:2255-2262
7. Michael DeVita (2003). Teaching palliative care to critical care medicine trainees. Crit Care Med. 2003;31:1257–1262
8. Puntillo K (2014). Palliative care in the ICU: relief of pain, dyspnea, and thirst-a report from the IPAL-ICU Advisory Board. Intensive Care Med. 2014;40:235-248
9. Richard AM (2009). Pain management within the palliative and end-of-life care experience in the ICU. Chest, 2009;135:1360–1369

10. 14.6. PALYATİF BAKIMDA REHABİLİTASYON-PEDİATRİK HASTA

Uzm. Fizyoterapist Gülbin ERGİN[1], Doç.Dr. Didem KARADİBAK[2]
[1]Serbest Çalışan
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD

"Çocuk" terimi, bebeklikten adolesan dönemi sonuna dek yaşları, gelişim düzeyleri, fiziksel büyüklükleri, ilgileri ve iletişim yöntemleri farklı olan büyük bir grubu içermektedir. Günümüzde çocukların tedavisindeki önemli bilimsel ve tıbbi gelişmeler ile birlikte prematürelik, doğum komplikasyonları ve konjenital anomaliler nedeniyle yaşam şansı çok düşük olan ya da kaybedilen birçok çocuk, artık uzun yıllar yaşamlarını sürdürmektedirler (1,2). Bazı çocuklar hiç sorunsuz yaşamlarına devam etmektedir. Ancak büyük bir çoğunluğu kronik ve yaşamı sınırlayıcı ya da tehdit edici durumlarla yüz yüze kalmaktadır. Bu nedenle tedaviye odaklı bakım felsefesi, çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal ve spritüel gereksinimlerinin giderilmesini önemseyen bakıma doğru yer değiştirmiştir (3).

Çocuklarda yaşamı tehdit eden durumlar:

1. Tedavi olasılığının bulunduğu, ancak yetersiz kalabildiği durumlar. Prognozun belirsiz olduğu ve tedavinin yetersiz kalabildiği dönemlerde palyatif bakım gerekebilir (örn. Kanserler, geri dönüşsüz kalp, karaciğer ve böbrek yetmezliği)
2. Yaşamı uzatmayı ve çocuğun normal çocukluk aktivitelerine katılabilmesini amaçlayan yoğun tedavilerin uzun süre uygulanabildiği, ancak hala erken ölüm olasılığının bulunduğu durumlar (örn. kistik fibrozis, kas distrofileri).
3. Küratif tedavi seçeneğinin olmadığı, tedavinin daha çok palyatif olarak sürdüğü ve uzun yıllar devam edebilen ilerleyici durumlar (örn. Batten hastalığı, mukopolisakkaridozis).
4. Güçsüzlük ve sağlık komplikasyonlarına yatkınlığa neden olabilen, ancak genellikle ilerleyici olduğu düşünülmeyen, ciddi nörolojik yetersizlikleri içeren durumlardır (örn. beyin ya da spinal kord yaralanmalarını izleyen çoklu yetersizlikler, ciddi serebral palsi).

Çocuklarda palyatif bakımda temel amaç, çocuk ve aileye anlamlı bir yaşam sürdürmelerinde yardım ederek yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktır (4-6). Daha geniş bir tanımla ise; tedavinin olanaksız olduğu durumlarda akut kriz dönemindeki girişimlerden semptom kontrolünü hedefleyen girişimlere geçişe yardım etmek, çocukların ve ailelerin bakımında gelişimsel durumlar ile baş edebilecek bir ekip oluşturarak çocuk ve aileye duygusal destek sağlamaktır.

Palyatif bakım ekip üyeleri; tıp, fizyoterapi ve rehabilitasyon, hemşirelik, sosyal hizmetler, beslenme ve diğer sağlık disiplinlerinin üyelerini içerir. Bu disiplinlerin ve hizmetlerin etkili biçimde organizasyonu için liderlik, işbirliği, koordinasyon ve iletişim esastır (7).

Ebeveynler hem hasta çocuğa bakım veren ekibin bir parçası, hem de ailenin bir parçasıdırlar. Çocukları ile ilgili kaygı taşıdıkları ve stres altında oldukları için, onların da bakıma gereksinimleri vardır. Ebeveynler tanıdan başlayarak tedavi boyunca ve hastalık ilerlediğinde desteğe gereksinim duyarlar. Çocuklarının primer bakım vericileri olarak bakım ekibinde tam olarak yer almalı, tedavi planından haberleri olmalı ve onlara sürekli danışmanlık sağlanmalıdır (8).

Her aile ve aile içindeki her birey farklı güçleri ve baş etme becerileri olan, kendine özgü bireylerdir. Ailelerle açık iletişimi sürdürmek en etkili yoldur (9,10).

Yapılan çalışmalar ve deneyimler palyatif bakım gereksinimi olan çocukların ailelerinin genellikle evde bakımı tercih ettiklerini göstermektedir (3,9,11). Evde palyatif bakımın etkili olabilmesi için ebeveynlerin evde çocuğun bakımını üstlenmeye istekli ve becerili olmaları ve gün boyunca palyatif bakım hizmetlerinin ulaşılabilir olması gereklidir (3, 9).

Çocuklarda evde bakımın yararları; çocuk ve ebveynlerin alışmış oldukları, kendilerini güvende hissettikleri bir ortamda bulunmaları, hastanede kesintiye uğrayan rutinlerin aksamaması, diğer aile bireyleri ve arkadaşlarla olma, mahremiyetin korunması, bakımda yer alanların gereksinimlerinin daha çok karşılanmasıdır.

Palyatif bakım yetişkinlerde olduğu gibi çocukta da sıkıntıya neden olan ve yaşamdan zevk almasını önleyen ağrı, dispne, yorgunluk, bulantı-kusma, anksiyete, konstipasyon, iştahsızlık, depresyon, konfüzyon gibi bulguların, yalnızlık ve izolasyon gibi durumların hafifletilmesine ya da giderilmesine odaklanır (4,7,12). Ancak çocuğun fiziksel, duygusal ve bilişsel gelişimi devam etmektedir ve tedaviye nasıl tepki vereceğini anlamak oldukça güçtür. Çocuğun içinde bulunduğu gelişim dönemi hastalık ve ölümü algılayışını da etkilemektedir (7,9,11,13). Bu nedenle çocuklarda palyatif bakım, erişkinlerdeki palyatif bakımdan çok farklıdır. Ne yazık ki var olan palyatif bakım modelleri genellikle erişkinlere göre düzenlenmiştir. Ancak çocuklar "küçük erişkin" değillerdir (11,12).

Çocuklara yönelik palyatif bakım alanında en önemli sorunlardan birisi, çocukla ilgilenen sağlık profesyonellerinin çocuklarda ağrı yönetimi ve ölüm gibi konularda sınırlı bir eğitim almış olmaları, bilgi ve deneyimlerinin yetersiz olmasıdır. Bu durum sağlık profesyonelleri, hasta ve aile arasındaki iletişimi olumsuz etkilemektedir (6,14). Palyatif bakım alan çocuklarla çalışan sağlık

profesyonelleri için de psikososyal destek kaynakları yetersizdir ya da yoktur. Sonuçta çocuklar ve ebeveynler acı çekmekte, yaşam kaliteleri düşmektedir.

Pediatrik hastalıklarda, hastalığın ve tedavisinin ortaya çıkardığı fiziksel ve psikolojik sorunları azaltmak veya kontrol altına almak amacıyla diğer tedavi yaklaşımları ile birlikte fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamaları da önemlidir. En sık kullanılan tedavi yaklaşımları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. En Sık Kullanılan Tedavi Yaklaşımları

Fizyoterapi	Psikososyal alan	Psikomotor alan
- Bireye özel fiziksel performansı artıran egzersizler - Akciğer oksijenasyonu ve ventilasyonu artırmak için pulmoner rehabilitasyon - Spesifik nörofizyolojik yaklaşımlar - Elektroterapi uygulamaları - Masaj - Sıcak-soğuk uygulamalar	- Bireysel grup terapileri - Gevşeme yöntemleri - Sanat terapi, müzik terapi - Oyun terapi - Yaşa yönelik pedagojik yaklaşım - Bilişsel-davranışsal terapiler	- İş-uğraşı terapisi - Duyu-Algı eğitimi - İnce motor becerilerin gelişimi - Konsantrasyon egzersizleri - Sosyal integrasyon - Psikomotor ve spor terapi - Hareket ve algı gelişimi - Vücut koordinasyon, kuvvet, endurans ve esneklik egzersizleri - Fiziksel aktiviteye katılımı artırma

Sonuç olarak, çocuk hastalarla çalışan sağlık profesyonellerinin hem palyatif bakımın temel ilkelerini bilmeleri hem çocuk gelişimi hakkında detaylı bilgi ve deneyime sahip olmaları, hem ailedeki tüm bireylerin karmaşık gereksinimlerini değerlendirme ve yönetme becerisine sahip olmaları gerekmektedir. Tanıdan yas sürecine kadar olan zaman diliminde aileye gerekli destek sağlanarak, bireylerin yaşam kaliteleri geliştirilmelidir.

KAYNAKLAR:

1. Field MF, Behrman RE. Eds. When children die: improving palliative and end-of-life care for children and their families. (online text of the Institute of Medicine's Report) URL: www.nap.edu/books/0309084377/html/index.html Erişim tarihi: 20.09.2014
2. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care (2004). URL: www.nationalconsensusproject.org Erişim tarihi: 20.09.2014
3. Abu-Saad HH (2000). Palliative care: An international view. Patient Education and Counseling 2000;41:15-22.
4. Baum D, Curtis H, Elston s. et al (1997). A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services. Bristol: ACT/RCPCH, 1997.
5. Papadatou D (1997). Training health professionals in caring for dying children and grieving families. Death Studies 1997;21:575-600.
6. American Academy of Pediatrics (AAP) (2000). Palliative care for children. Pediatrics 2000;106:141-146.
7. Watterson G, Hain RD (2003). Palliative care: moving forward. Current Paediatr 2003;13:221-225
8. Algıer L (2005). Çocuklarda palyatif bakım. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2005;58(3):132-35.
9. Goldman A (1998). Special problems of children. BMJ 1998;316:49-52.
10. Levetown M. Children and palliative care: it can be done. URL: http://www.medscape.com/viewarticle/499471 Erişim tarihi: 20.09.2014
11. Beardsmore S, Fitzmaurice N (2002). Palliative care in pediatric oncology. Eur J Cancer 2002;38:1900-1907.
12. Jennings PD (2005). Providing pediatric palliative care through a pediatric supportive care team. Pediatr Nurs 2005;31:195-200.
13. Rushton CH (2004). Ethics and palliative care in pediatrics.AJN 2004;104:54-63.
14. Hylton RC, Catlin A (2002). Pediatric palliative care: the time is now. Pediatric Nursing 2002;28:57-60

14.7. PALYATİF BAKIM REHABİLİTASYONU FİZİK TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Uzm Dr Hilal YEŞİL[1], Prof. Dr Sibel EYİGÖR[2]

1-Afyon Kocatepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD

2-Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD

Tedavinin Amaçları

Fizyoterapi ile hastaların fiziksel fonksiyon seviyelerinin en iyi duruma getirilmesi ve fiziksel, psikolojik, sosyal ve mesleki alanlar arasındaki etkileşimlerinin göz önünde bulundurulması amaçlanmaktadır (1). Fiziksel ve fonksiyonel bakımının gerekliliğine inanılan hastaların yaşam kalitesi ve fonksiyonlarının geliştirilmesi açısından fiziatristler multidisipliner palyatif bakım ekibi içerisinde asıl rolü oynamaktadırlar (2). Semptomların kontrolü, mobilite, kuvvet, fleksibilite, dayanıklılık, deformite, koordinasyon, denge, yürüme, nefes alma, egzersiz toleransı ve enerji tüketimi gibi fiziksel bulguların yönetimi bakımın *fiziksel boyutunu* oluşturmaktadır. Fizik tedavi ile; ağrı, güçsüzlük, öksürük ve nefes darlığı gibi palyatif bakım gerektiren semptomların kontrolü sağlanmaya çalışılır (3). *Fonksiyonel boyutu* ise; kişinin alışılmış fonksiyonlarını ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneği ve algısı olarak tanımlanmaktadır (2).

Gillham; palyatif bakımda çalışan fiziatristler için 4 alanı dikkate almıştır:

1. Farklı bir düşünme yolu geliştirmek: Klinik pratikte bazı birimler fiziatristleri, kendilerini iyileştirici olarak düşünmeleri yönünde cesaretlendirebilir ancak bu palyatif bakımda mümkün olamamaktadır. Çünkü burada farklı grup hastalar ile çalışılmakta ve yaşam kalitelerinin arttırılması hedeflenmektedir.

2. Farklı bir imajı teşvik etmek: Çoğu insan fiziatristleri, insanlara kendi istediklerini yaptırmak isteyen kişiler olarak görmektedir. Bu bakımdan cesaretlendirici ve fırsat tanıyıcı bir imaj yaratılırsa çok daha faydalı sonuçlara ulaşılabilecektir.

3. Ağrı ve hastanın memnuniyeti ile uğraşmak: Hastalar; fizyoterapinin kendileri için sağlayacakları; konusunda gerçek dışı beklentilere sahip olabilmektedirler. Bu baskılar kabullenilmeli ve amaca ulaşıldığında hastanın moralinin yüksek olduğu zaman oluşan tatmin duygusuyla dengelenilmelidir.

4. Rehberlik yapan bir yaklaşıma yönelmek: Palyatif bakım alanında çalışan fiziatristler rehberlik yapma kabiliyetlerini arttırabilirlerse, dinleme ve yanıtlama kapasiteleri ve sundukları tedavinin kalitesi de artacaktır. (4)

Hastaların fiziksel fonksiyonları değerlendirildikten sonra en kısa sürede tedaviye başlanmalı, değerlendirmeler sürekli olarak yapılmalı ve hedefler de bunlara göre değiştirilebilmelidir.

Palyatif Bakım Gerektiren Yaygın Durumlarda Fizik Tedavinin Rolü

1. **Kanserli hastalarda palyatif fizik tedavi**

Fizik tedavinin, tedavisi olmayan kanser hastalarının günlük rutinlerine daha fazla katılımlarına izin vermeyi ve umut hissinin artmasını sağladığı, fiziksel aktivite için motivasyonlarını arttırdığı, bağımsızlık duygusunun oluşumu ve fiziksel ve mental iyilik duygusunun sağlanmasına yardımcı olduğu bildirilmiştir (5). Bu hastalarda palyatif bakımda fizik tedavicilerce uygulanan terapotik yaklaşımlar; ambulasyon ve hareket açıklığı ve kas güçlendirme gibi kas-iskelet terapisi, nörolojik ve respiratuvar terapi, elektrofizyolojik ajanlar, mekanik tedavi, dekonjestif fizyoterapi ve aktivite modifikasyonu için hasta eğitimi olarak sıralanmaktadır (6). Bunun yanı sıra; terapotik masaj, sıcak ve soğuk uygulamaları, çevresel modifikasyon, enerji korunması ve iş-uğraşı tekniklerinden de faydalanılmaktadır. Özellikle masaj, sıcak tedavi ve transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonunun, kanserli hastalardaki ağrı palyasyonu için yararlı olduğu bildirilmektedir. Yine masajın, anksiyetenin giderilmesinde olumlu sonuçları olduğu saptanmıştır. Kanser ile ilişkili yorgunlukta düzenli fiziksel aktivite, enerji koruma teknikleri ve grup egzersiz tedavisinin de önemi vurgulanmaktadır. Relaksasyon teknikleri ise kemoterapi ile ilişkili bulantı hissinde faydalı olabilmektedir (7,8).

2. Nörodejeneratif hastalıklarda palyatif fizik tedavi

Amyotrofik lateral skleroz hastalarında motor yetersizliğe ek olarak ağrı, yorgunluk, dispne ve siyalore gibi önemli semptom yakınmaları da bulunmaktadır. Kas atrofisi ve güçsüzlük, postural dengesizlik ile sonuçlanmakta ve kompansasyon nedeniyle kas ve eklemlerde ağrıya yol açmaktadır. Kas krampları ve spastisite de ağrıya katkıda bulunmaktadır. Bu hastalarda fizyoterapist yardımcı cihazlarla yürüme ve denge eğitimi verir. Fleksibilite, güçlendirme, denge ve aerobik egzersizlerinin önemli olduğu gösterilmiştir. Ağrı için elektroterapi cihazlarından faydalanılmaktadır (9). Multiple sklerozlu hastalarda fiziksel aktivite programları sonrasında sosyal destek ve özyeterlilikte gelişmeler ve fonksiyonel kısıtlılıklarda azalmalar saptanmıştır. Bu bireylerde spastisite tedavisinde fizyoterapi temel bir tedavi şeklidir (1). Alzheimer hastalarında fiziksel ve uğraşı terapisinin; aerobik kondisyon, güçlendirme ve transfer eğitimini sağladığı ve günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olabildiği bildirilmektedir. Bu hastalarda fiziksel aktivitenin hastalığın yıkıcı özelliklerini ve sık görülen komplikasyonlarını önleyebildiği (düşme, davranışsal bozulmalar, mobilite, disabilite veya kilo kaybı gibi) gösterilmiştir (10). Aerobik ve dirençli

egzersiz programı sonrasında omurilik yaralanmalı hastalarda daha az ağrı, depresyon ve stres rapor edilirken; yaşam kalitesi ve benlik kavramlarında olumlu sonuçlar elde edilmiştir (11). İnme rehabilitasyonunda, en son terapotik yaklaşımlar ise; motor betimleme ve mental teknikler olarak bildirilmektedir. (12)

3. Respiratuvar hastalıkları ve kritik hastalıkları olanlarda palyatif fizik tedavi

Amerikan Toraks Derneği tarafından respiratuvar hastalığı olan hastalar için tanımlanan fizik tedavi ve rehabilitasyon yöntemleri; egzersiz tedavisi (üst ekstremite dayanıklılık, alt ekstremite dayanıklılık, güçlendirme ve solunum kas egzersizleri), eğitim (nefes alma stratejileri, enerji korunması, yaşam sonu eğitimi, portable nebülizörler veya inhalerlerin doğru bir şekilde kullanımının öğrenilmesi) ve psikolojik ve davranışsal girişimler (başa çıkma stratejileri, stres yönetimi)dir (13). İdiyopatik pulmoner fibrozis, en çok palyatif bakım gerektiren respiratuvar hastalıklardandır. Bu hastalarda yetersiz anti enflamatuar tedaviler yerine, fizik tedavi metodları ile yaşam kalitesini arttırarak öksürük ve dispne problemlerinin çözümünde oldukça faydalı olmaktadır. Dispnede palyatif yaklaşım multidisiplinerdir ve emosyonel destek, eğitim, fizik tedavi ve solunum tedavisini içeren bireysel bir program gerektirir. Syrett ve Taylor, pozisyonlama, relaksasyon, yürüme ve merdiven çıkma aktiviteleri, aktivite modifikasyonu, solunum farkındalık egzersizlerinin nefes darlığında oldukça yararlı olduğuna işaret etmektedirler (14). Özellikle diyafragmatik solunum veya büzük dudak solunumu gibi solunum egzersizlerinin dispnenin palyatif tedavisinde yararlı olduğunu belirtilmektedir. Emery ve ark; egzersiz, eğitim ve stres yönetiminin fizyolojik fonksiyon (pulmoner fonksiyon, egzersiz direnci), psikolojik iyilik hali (depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi) ve kognitif fonksiyon (mental yetenek, motor hız, dikkat, sözel işlem) açısından daha iyi etkileri olduğunu bildirmektedirler (15).

4. Psikiyatrik hastalıklar ve mental durum değişikliklerinde palyatif fizik tedavi

Egzersizin hem kognitif hem de emosyonel yararlı etkileri bulunmaktadır (16).

Palyatif bakımda kullanılan diğer fizik tedavi metodları;

Relaksasyon, EMG biofeedback, müzik terapisi, oyun terapisi, akupunktur, refleksoloji ve masaj tedavileridir (17).

KAYNAKLAR:

1. Fulton CL (1997). Rehabilitation in Palliative Care: Physiotherapy. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (Eds) Oxford: Oxford University Press
2. Egan KA (2002). Interdisciplinary team training - preparing new employees for the specialty of hospice and palliative care. J Hosp Palliat Nurs. 2002;161-171
3. American Physical Therapy Association (2001). What Is Physical Therapy? A guide to physical therapist practice Phys Ther, 2001;81;9-746
4. Gillham L (1996). Physiotherapy. In: Palliative Day Care. Fisher RA, McDaid P (Eds) London: Arnold
5. Dahlin Y (2009). Patients' experiences of physical therapy within palliative cancer care. Journal of Palliative Care 2009;12–20
6. Santiago PJ (2001). Palliative care and rehabilitation Cancer 2001;1049-1052
7. McMillian CM (1991). The role of transcutaneous electrical stimulation of Neiguan anti-emetic acupuncture point in controlling sickness after cancer chemotherapy. Physiotherapy 1991;499-502
8. Morrow GR (1982). Behavioral treatment for the anticipatory nausea and vomiting induced by cancer chemotherapy N Engl J Med 1982;1476-1480
9. Barawid E (2013). The benefits of rehabilitation for palliative care patients. Am J Hosp Palliat Care 2013;1-10
10. Weih M (2010). Physical activity and Alzheimer's disease- a meta-analysis of cohort studies. Gerontol Psychol 2010;17–20
11. Ginis KA (2003). Using exercise to enhance subjective well-being among people with spinal cord injury: The mediating influences of stress and pain. Rehabil Psycho. 2003;157–164
12. Malouin F (2010). Mental practice for relearning locomotor skills. Phys Ther.2010;240–51
13. American Thoracic Society (1999). Pulmonary rehabilitation Am J Respir Crit Care Med.1999;1666–1682
14. Syrett E (2003). Non-pharmacological management of breathlessness: A collaborative nurse-physiotherapist approach. Int J Palliat Nurs.2003;150–158
15. Emery CF (1998). Psychological and cognitive outcomes of a randomized trial of exercise among patients with chronic obstructive pulmonary disease.Health Psychol. 1998;17:232–40
16. McNeil JK (1991). The effect of exercise on depressive symptoms in the moderately depressed elderly Psychol Aging.1991;487–488
17. Kumar SP (2010). Physical therapy in palliative care: from symptom control to quality of life: a critical review. Indian J Palliat Care. 2010;138-146

14.8. PALYATİF BAKIM REHABİLİTASYONU

EGZERSİZ

Uzm. Dr. Ulaş SUNGUR[1], Prof. Dr. Sibel EYİGÖR[1]

[1]Ege Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD

Palyatif rehabilitasyon ile kişinin beklentileri ile uyumlu olarak fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda kişiyi en yüksek seviyeye ulaştırmak amaçlanır (1,2). Egzersiz ve/veya fizik tedavi hastalığın ileri evrelerinde de yararlı etkilerinin bulunması nedeniyle palyatif bakımda önemli bir yere sahiptir (3,4).

Hastalığının terminal döneminde fonksiyon kaybının ilerlemesi karakteristikdir ve zamanla hastalar yatağa bağımlı hale gelmektedir. Bu dönemde temel hedefler mobilite ve bağımsızlığı mümkün olduğunca arttırmaktır. Hastalık, ilişkili tedaviler ve bunların yan etkileri kas yıkımına neden olabilir. Hastalarda egzersiz kapasitesi düşer ve dayanıklılık (endurans) azalır (5). Kanser hastalarında kaşeksinin önlenmesinde terapötik egzersiz uygulamalarına giderek ilgi artmaktadır. Kaşekside direk kas üzerine olan olumlu etkisinin yanında egzersizin bazı immunolojik ve hormonal anormallikleri de düzeltme potansiyeli yanında; kaslarda protein yapımını arttırarak kaşeksinin katabolik etkilerini ve inflamasyonu da azaltmaktadır (6,7,8).

Palyatif bakım hastalarında verilecek egzersiz programı kişiye özel olarak planlanmalıdır. Egzersiz programı hastalığın evresi, uygulanan medikal tedaviler, ağrı, yaşam beklentisi, hastanın kognitif ve emosyonel durumu, beslenmesi ve fiziksel kapasitesine göre değişkenlik gösterir (9). Orta dereceli fiziksel aktivitenin malignansi rekürrensi ve metastaz oluşumunu azaltmada önemli rolü olabileceği öne sürülmektedir. Buna karşılık aşırı egzersizin sağlıklı kişilerde dahi immün sisteme depresan etkisi vardır. Bu hasta grubuna uygulanacak egzersizin tipi, frekansı, yoğunluğu, süresi ile ilgili belli bir görüş birliği yoktur. Hastalara kişiye özel değerlendirilme sonrası genel olarak aerobik, eklem hareket açıklığı, güçlendirme ve pulmoner egzersiz programları verilmektedir.

Aerobik Egzersizler

Palyatif bakım hastalarında yorgunlukla mücadelede özellikle aerobik egzersiz uygulamalarına yer verilmelidir. Bu hasta grubunda egzersizlerle dayanıklılıkta artış, ruhsal durumda iyileşme, yorgunlukta azalma ve yaşam kalitesinde düzelme belirlenmiştir. Çalışmaların birçoğunda haftada birkaç kez hafif ve orta yoğunlukta, büyük kas gruplarını aktive eden, oksidatif kas liflerini arttırmayı amaçlayan yürüme, bisiklet egzersizleri uygulanmıştır. Kanser hastalarında aktif tedavisi devam eden hastalarda düşük yoğunlukta egzersiz programı uygulanırken, kanser tedavisi tamamlanmış olanlarda daha yüksek yoğunlukta egzersizler uygulanabilir. Kanser hastalarında bisiklet, yürüme gibi aerobik egzersizlerin yaşam kalitesinde ve yorgunluk üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (10,11).

Eklem Hareket Açıklığı (EHA) Egzersizleri

Terminal dönem yatağa bağımlı hastalarda ekstremitelere aktif/pasif eklem hareket açıklığı (EHA) egzersizleri yaptırılması kontraktürleri önler, kuvvet ve enduransın korunmasını sağlar (12,13). Hastanın kas kuvvetine, paralizi olup olmamasına ve kontrendikasyonlara göre egzersizler aktif, pasif veya aktif yardımlı olarak hastanın kendisi veya yardımcı bir kişi tarafından yapılabilir. Bu egzersizler eklem hareketinin anatomik planlarında, kasın uzaması doğrultusunda, farklı planlarda birleşik hareket kalıpları şeklinde yapılan egzersizlerdir (14). Aktif ve pasif EHA egzersizleri iyileşmemiş kırık, tendon-ligaman veya kas yırtığının erken dönemi, derin ven trombozu veya aktif heterotopik ossifikasyon varlığında kontrendikedir. Kardiyovasküler instabilite, miyokard infarktüsü hemen sonrası veya şiddetli ağrı varlığında aktif egzersiz verilmemelidir. Hasta vücut segmentlerini hareket ettiremeyecek durumda ise ya da bir sebeple hareket ettirmesi istenmiyorsa; eklem ve yumuşak doku hareketliliğini sağlamak, kontraktür oluşumunu engellemek, kasın mekanik elastisitesini korumak ve dolaşıma yardımcı olmak için pasif EHA egzersizleri uygulanır. Hareket ettirilecek bölge iyi kavranmalı, sabit kalacak bölgeler yeterli şekilde desteklenmelidir. Pasif hareket yumuşak ve ritmik olmalı, ekleme fazla itme ve çekme uygulanmamalıdır. Genellikle hareket venöz ve lenfatik dönüşe yardımcı olmak için distalden proksimale doğru yapılmalıdır. Nörolojik hastalarda ise hareketler proksimalden distale doğru yaptırılır (14). Hasta kısmen veya tamamen hareket edebiliyorsa ve kontrendikasyon yoksa aktif yardımlı EHA egzersizleri aynı amaçlarla uygulanır. Özellikle eklem bölgesini de içine alacak şekilde radyoterapi programı uygulanan hastalar, yatağa bağımlı hastalar ve EHA kısıtlılığı gelişenler mutlaka profilaktik germe programına da alınmalıdır. Germe hasta veya bir yardımcı tarafından, elle veya mekanik yolla pasif olarak veya kas kasılması ile aktif olarak uygulanabilir.

Germe yavaş ve uzun süreli germe şeklinde uygulanmalıdır (15). Eklem hareketini engelleyen kemik doku varlığı, yeni kırık, çevre dokuda akut inflamasyon veya enfeksiyon, şiddetli ağrı varlığı, cilt veya damar patolojisi, yeni doku travması veya akut hemoraji varlığında germe kontrendikedir (16).

Güçlendirme Egzersizleri

Palyatif bakım hastalarında kas kuvvetinde artış izotonik egzersizler ile sağlanır. Palyatif dönemde immobil hastalara yerçekimine karşı veya elastik bant kullanılarak hafif dirençli egzersizler uygulanabilir. Dirençli egzersizler kasın ve hastanın yorulmaması için günde tek ve uzun seans yerine bölünmüş seanslar halinde yapılması daha uygundur. Güçlendirme programlarına bir set ile başlanıp, ilerleme kaydedildikçe dinlenme dönemleri ile birlikte 2-3 set ile devam edilir. Kas veya eklem inflamasyonu olanlarda direçli egzersizler uygulanmaz. Dirençli egzersiz sonrası 24 saat veya daha uzun süren ağrı varlığında dirençli egzersizlere ara verilmelidir. Eklem hareketi olmaksızın kas kasılmasının olduğu izometrik egzersizler kas metabolizmasını arttırarak iyileşmeyi hızlandırır (17). İzometrik egzersizlerde kuvvet artışının sağlanabilmesi için her bir kasılmanın en az 5-6 saniye sürmesi gerekir. Aynı zamanda izometrik egzersizler kas tonusunu arttırarak lenfödem oluşumunu da azaltabilirler (12). İzometrik egzersizler kardiyovasküler sorunu olanlarda kan basıncında belirgin yükselmeye neden olması dolayısıyla dikkatli uygulanmalıdır (18).

Pulmoner Egzersizler

İleri evre hastalıklarda bir diğer önemli sorun akciğer kapasitesindeki azalmadır. Bu hastalarda sekresyonların birikiminin önlenmesi için bir yardımcı tarafından aralıklı postural drenaj uygulanmalı ve hasta yapabiliyorsa kontrollü öksürük manevrası öğretilmelidir. Kontrollü öksürük manevrasında hasta rahat oturtulur, vücudunu kalçasının üst kısmından öne doğru eğer, derin bir nefes alır, birkaç saniye nefesini tutar ve daha sonra başka bir nefes almadan açık ağızdan 2 veya 3 kez öksürür. Postural drenaj günde 3-4 kez uygulanmalıdır. Yemeklerden en az 2 saat sonra yapılmalıdır. Çeşitli üfleme (balon şişirme, ağız büzerek zorlu ekspiryum vs) ve nefes alma tekniklerinin öğretilmesi anormal pulmoner fonksiyonu olan hastalarda yaşam kalitesini arttırmaya yardımcı olur (19).

Sonuç olarak; egzersiz ve rehabilitasyon yaklaşımları palyatif bakım uygulanan hastalarda semptomlar, fonksiyonel kapasite, yaşam kalitesi üzerine olumlu etkilidir ancak bu hastalarda verilecek egzersiz programı mutlaka kişiye özel olmalı ve her hastanın medikal, fiziksel, psikolojik ve mental durumuna uygun olarak planlanmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Report of the WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care (1996) Cancer pain relief with a guide to opioid availability. Technical Report Series 804. Geneva:World Health Organization.

2. Delisa JA, Currie DM, Marting GM (1998). Rehabilitation medicine:past present and future. Editör: DeLisa JA, Gans BM. Rehabilitation Medicine. Philadelphia: Lippincott-Raven. s. 3-32

3. Santiago-Palma J, Payne R (2001). Palliative care and rehabilitation. Cancer Supplement, 2001;92(4):1049-52.

4. Jensen W, Bialy L, Ketels G, Baumann FT, Bokemeyer C, Oechsle K (2014). Physical exercise and therapy in terminally ill cancer patients: a retrospective feasibility analysis. Support Care Cancer, 2014;22(5):1261-8.

5. Ardies CM (2002). Exercise, cachexia and cancer therapy: a molecular rationale. Nutrition and Cancer, 2002;42(2):143-57.

6. Argilés JM, Busquets S, López-Soriano FJ, Costelli P, Penna F (2012). Are there any benefits of exercise training in cancer cachexia?, Journal of Cachexia Sarcopenia and Muscle, 2012;3:73–76.

7. Rock CL, Doyle C, Demark-Wahnefried W, Meyerhardt J, Courneya KS, Schwartz AL, Bandera EV, Hamilton KK, Grant B, McCullough M, Byers T, Gansler T (2012). Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2012;62:243-74.

8. Maddocks M, Murton AJ, Wilcock A (2012). Therapeutic exercise in cancer cachexia. Critical Reviews in Oncogology/Hematology, 2012;17(3):285-92.

9. Maddocks M, Mockett S, Wilcock A (2009). Is exercise an acceptable and practical therapy for people with or cured of cancer? A systematic review. Cancer Treatment Reviews, 2009;35:383-90.

10. Schneider CM, Hsieh CC, Sprod LK, Carter SD, Hayward R (2007). Effects of supervised exercise training on cardiopulmonary function and fatigue in breast cancer survivors during and after treatment Cancer, 2007;110(4):918-25.

11. Schneider CM, Hsieh CC, Sprod LK, Carter SD, Hayward R (2007). Exercise training manages cardipulmonary function and fatigue during and following cancer treatment in male cancer survivors. Integrative Cancer Therapies, 2007;6(3):235-41.

12. Brennan MJ, DePompolo RW, Garden FH (1996). Cardiovascular, pulmonary and cancer rehabilitation'', Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 1996;77:52-58.

13. Levinson SF (1993). Rehabilitation of the patient with cancer or human immunodeficiency virus, Rehabilitation Medicine: Principles and Practice. Editör: DeLisa JA. Philadelphia: Lippincott Company. s. 916-33

14. Kisner C. Range of motion. Therapeutic Exercise, Foundations and Techniques. Editör: Kisner C, Colby LA. Philadelphia: FA Davis Company. s. 117-46

15. Warren CG, Lehman JF, Koblanski JN (1971). Elongation of rat tail tendon: effect of load and temperature. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 1971;52:465-84.

16. Kisner C. Stretching. Therapeutic Exercise, Foundations and Techniques. Editör: Kisner C, Colby LA. Philadelphia: FA Davis Company. s. 117-46

17. Levinson SF (1993). Rehabilitation of the patient with cancer or human immunodeficiency virus. Rehabilitation Medicine: Principles and Practice. Ed: DeLisa JA. Philadelphia: Lippincott Company. s. 916-33

18. Fletcher GF, Froelicher VF, Hartley H, Haskel WL, Pollock ML (1995). Exercise standards. A statement for health professionals from the American Heart Association. Circulation, 1995;91:580-615.

19. Köseoğlu F, Ordu NK (2004). Pulmoner Rrehabilitasyon. Tıbbi Rehabilitasyon. Eds: Oğuz H. İstanbul: Nobel Tıp

14.9. PALYATİF BAKIM REHABİLİTASYONU

ÖZEL DURUMLAR

Prof. Dr Sibel EYİGÖR[1]

[1] Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD

İmmobilizasyon Etkileri

İmmobiliteye bağlı komplikasyonların pek çoğunun önlenebilir ve tedavi edilebilir olmaları nedeniyle iyi bilinmeleri çok önemlidir. İmmobilizasyonun vücut sistemine etkileri Tablo 1'de paylaşılmıştır.

Tablo 1. İmmobilizasyonunVücut Sistemlerine Etkileri

Kas-İskelet Sistemi	**Metabolik Sistem**	**Genitoüriner sistem**
Güç ve enduransta azalma	Negatif nitrojen dengesi	Diürez ve mineral atılımında artış
Atrofi ve kontraktür	Negatif kalsiyum dengesi	Üriner staz
Kıkırdak dejenerasyonu	Negatif fosfor, sülfür, sodyum ve potasyum dengesi	Taş oluşumu
Sinoviyal atrofi	**Endokrin Sistem**	Üriner sistem enfeksiyonu
Fibrozis ve ankiloz	Glikoz intoleransı	**Gastrointestinal Sistem**
İmmobilizasyona bağlı osteoporoz	Parathormon supresyonu	İştahsızlık
Kardiyovasküler Sistem	Androjen, hipofiz fonksiyonunda değişiklikler	Kabızlık
Kardiyovasküler dekondüsyon	**Solunum Sistemi**	**Sinir Sistemi, Emosyonel Durum**
Ortostatik hipotansiyon	Vital kapasitede azalma	Duysal yoksunluk
Plazma ve total kan hacminde azalma	Maksimal istemli ventilasyonda azalma	Denge ve koordinasyon bozukluğu
Tromboembolik olaylar	Ventilasyon/perfüzyon değişimleri	Ağrı, görme, işitmede değişiklikler
Deri	Öksürük mekanizmasının bozulması	Kompresyon nöropatileri
Atrofi	Atelektazi	Entelektüel kapasitede azalma
Basınç Ülseri	Pnömoni	Halüsinasyonlar, dezoryantasyon
Ödem	Pulmoner emboli	Depresyon, anksiyete, irritabilite

Korunma ve Tedavi

1. Yatak istirahati süresinin en aza indirilmesi
2. Beslenmenin optimalize edilmesi
3. Hastanın sık pozisyon değişimi, basınç ülseri takibi, havalı yatak kullanımı, cilt nemlendirme
4. Aspirasyonun engellenmesi için yarı oturur pozisyonun tercih edilmesi
5. Kardiyovasküler sistem kondüsyon kaybının engellenmesi için hastanın gün boyu birkaç kez dik pozisyonda tutulması, ayağa kalkmadan önce bir süre oturur pozisyonda bekletilmesi, baş dönmesi için yeterli hidrasyon sağlanması, özel elastik çorap kullanımı
6. Kontraktür ve kuvvet kaybının engellenmesi için "Eklem Hareket Açıklığı" egzersizlerine hemen başlanması, germe egzersizlerinin programa eklenmesi
7. Yatakta yapılması için önerilen egzersizlerin yaptırılması (bakınız- Egzersiz bölümü)
8. Eklemlerde kontraktür gelişimi açısından uygun pozisyon verilmesi
9. Postural drenaj, solunum egzersizleri, soluma ve öksürme tekniklerinon öğretilmesi
10. Uygun hastaların mobilizasyonunun destek cihazlar ile hızlandırılması
11. Vertabral ve alt ekstremite litik lezyonu olan hastalarda mobilizasyonun destek cihazlar (korse, yürüteç vs) ile sağlanması
12. Osteoporoz tanı/tedavi/korunma açısından hekim kontrolü
13. Uzun süre inaktif kalan/kalacak kişilerde, derin ven trombozunu önlemek için; düşük molekül ağırlıklı heparin için hekim konsültasyonu, önleyici özel elastik çorap kullanımı, yatak içi egzersizler

Üriner İnkontinans

Üriner inkontinans; istem dışı olarak idrar kaçırma şeklinde tanımlanır. Üriner inkontinansın geri dönüşlü nedenleri Tablo 2'de paylaşılmıştır.

Tablo 2. Üriner İnkontinansın Geri-Dönüşlü Nedenleri

Alt üriner sistemi etkileyen durumlar
Üriner sistem enfeksiyonları
Atrofik vaginit/üretrit
Prostatektomi sonrası
Rektumda gaita birikmesi
İlaç yan etkisi (Diüretikler, antikolinerjikler, psikotropikler, narkotik analjezik, alfa adrenerjik blokerler, alfa adrenerjik agonistler, anjiotensin enzim bloke edici ilaçlar, beta adrenerjik blokerler, kalsiyum kanal blokerler)
Artmış idrar yapımı
Metabolik (hiperglisemi, hiperkalsemi)
Artmış sıvı alımı (su, alkol, kafein)

Tedavi

Tedavi ve öneriler genellikle kombine olarak kullanılır. Öncelikli olarak nonspesifik ve davranış tedavileri denendikten sonra ilaç tedavileri, kateter kullanımı tercih edilmelidir.

Tedavi önerileri (Üriner sistem enfeksiyonu ya da geri dönüşlü inkontinans varlığında öncelikli olarak o durumlar düzeltilmeli ve diğer tedavi seçenekleri tedaviye eklenmelidir):

1. **Nonspesifik destekleyici tedaviler**

- Eğitim (programlı-zamanlı işeme)
- İlaç ve sıvı alımı prensiplerinin modifikasyonu
- Çevresel düzenlemeler
- İnkontinans ürünlerinin kullanımı

2. **Davranışsal tedaviler**

- Tuvalet alışkanlıklarının değerlendirimi, kabızlığın mutlaka önlenmesi
- Pelvik kas egzersizleri
- Mesane eğitimi
- Biyofeedback ile kas eğitimi (pelvik taban kasları için)

3. İlaçlar

Tespit edilen patoloji çeşidine göre (antimuskarinik ilaçlar aşırı aktif mesane veya miks tip bozukluklar için kullanılırken, mesane çıkış obstrüksiyonu düşünülen durumlarda alfa blokerler kullanılabilir.) Doktor önerisi ile başlanmalıdır.

4. Kateterler

- Eksternal – Aralıklı - Daimi

5. Cerrahi tedavi seçenekleri

- Stres inkontinans cerrahisi (düşük gerilimli sling, kolposüspansiyon operasyonları)
- Aşırı aktif detrüsör için botilinium toksin enjeksiyonu
- Kontrakte mesane için mesane büyütülmesi / değiştirilmesi operasyonu
- Anatomik mesane çıkış obstrüksiyonunu düzeltme operasyonu

Disfaji

Disfaji; yutma işleminde bozulma ile ilişkili, yiyecek veya sıvıların ağızdan farinks ve özefagusa taşınmasında zorluk veya yokluğu

Aspirasyon; yiyecek veya sıvıların gerçek vokal kord altına geçişi-hava yoluna girişi

Yatak başı değerlendirmede; yiyecek yapısının etkisi, yutarken takılma ve yabancı cisim hissi, nazal regurjitasyon, yutarken boğulma hissi ve öksürük, konuşma ve seste değişme, kilo kaybı, nutrisyonel durum, yeme alışkanlığında değişme (yemekle sıvı gereksinimi, yeme süresinde uzama), ağız kuruluğu, salya durumu, akciğer enfeksiyon öyküsü sorgulanmalıdır.

Fizik muayene Tablo 3'te paylaşılmıştır.

Tablo 3. Fizik muayene

***Beslenme yöntemi** (Oral –NG–PEG–PEJ–IV)	***Pulmoner sistem muayenesi**
***Trakeostomi** (tip, kanül, kaf)	***Kas – İskelet sistem muayenesi** Postur Kas tonusu Boyun-ekstremite kas gücü
***Orofaringeal durum** Dudakların protrüzyon ve kapanması Dudak ve mandibuler tonus Eklem hareket açıklığı, duyu, kas gücü Dişlerin ve oral kavitenin durumu	***Nörolojik muayene** (yutma özel)

Aspirasyon

1. Değerlendirmede en önemli amaç aspirasyon nedenini ortaya koymak ve tedavi etmektir
2. Her hastada bulgu vermeyebilir; sessiz aspirasyon düşünülmelidir.
3. Nörolojik hastalıklarda sessiz aspirasyon için en uygun değerlendirme; su testidir. Pulse oksimetri ile O_2 satürasyonunda %2 azalma / öksürme, boğulma hissi, ses değişikliği tanı koydurucudur.

Su Testi

1. 3 ml su veya buz, şırınga veya tatlı kaşığı yardımı ile ağıza verilir ve "yut" komutuna kadar ağzında tutması istenir. "Yut" komutu ile birlikte hasta izlenir.
    a. Hastanın renginde değişiklik, tıkanma
    b. Ses kalitesinde değişiklik
    c. Ağızda su varlığı veya ağzından dökülme
    d. Yutma sırasında anormal postur
    e. Öksürüğün zayıf, ıslak olması DİSFAJİ açısından göstergelerdir.
2. Buz parçası; kısmen aspire olur ve rölatif olarak güvenlidir.
3. Aspirasyon riski açısından, yatak başı değerlendirme ve sonrası 30 dk dik durmalı
4. Trakeostomili hastalarda; mavi/yeşil gıda boyası ile inceleme yapılabilir.

Yatak Başı Değerlendirme Kimlere Yapılmaz?

1. Yüksek aspirasyon riski (istemli öksürük yok)
2. Bilinç bozukluğu, kooperasyon zayıf, direktifleri takip edemeyen
3. Kaflı trakeostomisi olup, kafı indirilemeyen

Rehabilitasyon Planı

Hastanın değerlendirilmesi ve tedavi planı yapılması için mutlaka fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimine danışılmalıdır. Uzman fizik tedavi ve rehabilitasyon hekimi tarafından planlanan rehabilitasyon programı evde devam edebilir (Tablo 4).

Tablo 4. Tedavi Planlamasında Dikkat Edilecek Faktörler

Faktörler	Açıklamalar
Oral - Nonoral	-Kıvama bakılmaksızın, yiyeceğin >%10 aspire ediliyorsa non-oral -Her kıvamda yiyeceğin yutma süresi, >10 sn ise non-oral yol -Yutma iyileşmesi >3-4 hft ise PEG, >4 hafta NG -Yeterli hidrasyon ve kalori alımı yoksa non-oral beslenme
Tanı	-İyileşme hızı ve potansiyeli dikkate alınır -1-2 hf iyileşmesi muhtemel komplikasyonsuz inmede kompanzatuvar teknikler -Demanslı hastalarda takip gerektiren terapi teknikleri uygun değil
Prognoz	-Kısmen veya tam oral alım geri dönmesi mümkünse yutma terapisi uygun -Dejeneratif süreçli hastalıklarda hastalık ilerledikçe yutma terapisi etkili olmayabilir (kompanzatuar teknik)
Kompanzatuar tekniklere reaksiyon	-Aspirasyon kompanzatuvar tekniklerle ortadan kaldırılırsa, yeterli ve güvenli oral alım varsa kontrollerle takip gerekir -Aktif egzersiz ihtiyacı 2-3 haftada bir değerlendirilir
Disfaji şiddeti	-Çok şiddetli ise, kompanzatuvar tekniklerle düzeltilemezse, egzersiz ve stimülasyon
Direktifleri takip yeteneği	-Yutma terapileri kompleks manevraları takip gerektirir -Direktifleri takip etmekte zorluk varsa, hasta bakıcının kontrolündeki kompanzatuar teknikler
Solunum fonksiyonu	-Normal yutma sıvıları için 0,3-0,6 sn, bardaktan su içerken 3-5 sn hava yolu kapalı kalır -Solunum fonksiyonları zayıfsa yutma manevraları uygun değil
Hastabakıcı desteği	-Terapi prosedürlerinin düzenli uygulanması için gerekli
Hasta motivasyon	-Çoğu yutma terapisine motive olur, bazıları ise non-oral yolu seçer

Lenfödem

Lenfödem, lenfatik dolaşımın konjenital veya edinsel nedenlerle bozulması sonucu, proteinden zengin interstisyel sıvının birikimidir. Nedene bağlı, kolda, bacakta, gövdede veya genital bölgede görülebilir.

Lenfödem Tipleri

1. Primer lenfödem (Doğuştan gelişim bozukluğu)
2. Sekonder lenfödem (kanser -meme, jinekolojik, kolon, mesane, pelvik-); kanser tedavisi (RT, cerrahi); travma (yanık, cilt abrazyonu); enfeksiyon (parazit), kronik venöz hastalık (lenfo-venöz ödem))

Tanı

1. Çevresel ölçüm **

4 noktada ölçüm yapıldıysa; 1 noktada 2 cm fark

6-7 noktada ölçüm; en az 3 noktada 2 cm fark

Tedavi-Komplet Dekonjestif Tedavi

✓ **Faz 1 (5 gün, 2-4 hafta)**

- Cilt bakımı
- Manuel lenf drenajı (MLD)
- Egzersiz
- Bandajlama ve basınç giysisi

✓ **Faz 2 ev programı (**bası giysisi, bandaj, egzersiz**)**

Cilt Bakımı

- Koruma (enfeksiyon/travma) önemli
- Temizleme ve nemlendirme (2 kez/gün)
- Hipoallerjik, nötral pH'lı nemlendirici

Masaj

- "Self masaj" tekniği (hastanın kendisine öğretilen)
- Manuel lenf drenajı (MLD) (deneyimli kişilerce)
- Klasik masajdan farklı (klasik masajda zararlı etki)

Egzersiz

- Lenfödemli kişide mutlaka kompresyon çorabı veya bandaj ile yapılmalı
- Fleksibilite egzersizleri (skar önleme, eklem hareket açıklığı üzerine olumlu)
- Aerobik ve solunum egzersizleri (aşırı kullanımdan kaçınmalı)
- Dirençli egzersizler (kas gücü, tonus için yararlı) (yüksek ağırlıktan kaçın)
- Lenfatik dönüş artışını destekleyici egzersiz programı fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi tarafından planlanmalıdır.

Kompresyon Tedavisi

Lenfödem tedavisinde çap farkı >2-2.5 cm olunca "Kompresyon Bandajı", çap farkı azalınca "Kompresyon Giysisi" olarak tanımlanır. Hem bandaj (kısa germeli bandaj) hem de

kompresyon giysileri “lenfödem” için özel tasarlanmış olmalıdır. Fizik aktiviteler, ev işleri, egzersiz ve yolculukta kompresyon giysisi kullanılır.Uygunsuz tedaviler, lenfödemin kötüleşmesine neden olur. Dokuma ve malzeme özelliklidir ve kullanımda Fizik Tedavi Uzmanına danışılmalıdır.

İlaç

Etkisiz hatta zararlı etkileri olabilir. Diüretik ve biflavanoidlerin kullanımları önerilmemektedir.

Hastaya Öneriler Kılavuzu

1. Hiçbir şişliği ihmal etmeyin, hemen fizik tedavi doktorunuza başvurun.
2. Kolunuzu temiz tutun, cilt bakımı yapın. Banyo sonrası ve gün içinde cilde nemlendirici sürün. Nemlendirici alkol, parfüm, mineral yağ, talk, lanolin içermemelidir.
3. Manikür yaptırmayın. Tırnak etlerini kesmek yerine geri itin.
4. Riskli kolu / bacağı tırnakla değil, avuç içi ile yavaşça kaşıyın.
5. Her türlü basınç ve basıdan korunmaya çalışın (tansiyon ölçtürme, kese yapma, kaşımak, vurmak, uygun olmayan masaj gibi)
6. Ciltte sıyrık, çizik, böcek ısırığı olursa, sabun ile yıkayıp temiz tutun ve koruyun. Anti-bakteriyel krem kullanın. Açık yara varsa temizleyip kapatın.
7. Enfeksiyon açısından, kızarıklık, şişlik, ısı artışı, duyarlılık ve ateş gibi belirtilere karşı uyanık olun, hemen doktorunuzu arayın.
8. Koltuk altı ve bacak kıllarını temizlerken elektrikli traş makinesi kullanın (tüy dökücü krem, ağda ya da jilet değil).
9. Kolunuzu / bacağınızı güneş yanığından koruyun. Güneşten koruyucu kremler kullanın.
10. Kullandığınız kremlerin kozmetik olmamasına özen gösterin.
11. Böcek, arı ısırığı veya kedi tırmalama riski olan yerlerde dikkatli olun.
12. Fırından çıkan kapları, sıcak tencereleri tutarken mutlaka koruyucu eldiven kullanın. Kaynayan su ve mikrodalga fırından çıkan yiyeceklerin buharına dikkat edin.
13. Banyoya girmeden önce akan suyun sıcaklığını diğer kolunuzla mutlaka kontrol edin, çok sıcak su kullanmayın. Banyoda keseleme, lifleme yapmayın.
14. Ev ve bahçe işleri yaparken eldiven kullanın. Dikiş dikerken koruyucu yüzük takın.
15. Sıkı giysi, eldiven ve mücevher takmaktan kaçının.

16. Riskli kol ile çanta ve dosya taşımaktan kaçının.
17. Omuza baskı yapmayan, geniş askılı iç çamaşırı, hafif protez kullanın.
18. Kolunuzu belli bir pozisyonda uzun süre tutmayın. Kolu askıda tutmak gibi hareketler kolunuzda kısıtlanmaya ve şişliğe neden olur.
19. Yolculuğa çıkarken basınç kolluğu kullanın.
20. Kullandığınız giysilerin lastiklerinin sıkı olmamasına dikkat edin

Palyatif Bakım Hastasında Rehabilitasyon İçin Evde veya Hastanede Tedavi Kararının Verilmesi

Eğer hastanın:

1. Motor, duyusal, kognitif ya da iletişim becerilerinde birden fazla fonksiyon kaybı varsa,
2. Medikal komorbidite varlığı ya da spastisite, nörojen mesane / barsak gibi kompleks rehabilitasyon ihtiyacı nedeniyle düzenli doktor takibi gerekecekse,
3. Basınç ülseri, motor disfonksiyon, yatak mobilite problemi, medikal tedavi kontrolü gibi hemşire desteği gerektirecek problemlerin varlığında hasta yataklı tedavi ünitelerine yönlendirilmelidir.

KAYNAKLAR:

1. World Health Organization. Definition of palliative care. http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html
2. Akkoç Y, İrdesel J, Şenel K (2009). Yaşlılara özgü sorunlar: Üriner inkontinans, ağrı, immobilizasyon. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2009:55 Özel Sayı 2;62-6
3. Cheville A (2007). Cancer Rehabilitation. In: Physical Medicine & Rehabilitation, Ed: Braddom RL, Saunders Company, Third Edition, 2007;1369-98
4. Cheville AL (2009). Cancer-related fatigue Phys Med Rehabil Clin N Am 2009;20:405-416
5. Yalıman A (2000). İmmobilizasyonun patofizyolojik sonuçları. In: Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y., Eds. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ankara, Güneş Kitabevi, 2000;203-15

14.10. PALYATİF BAKIMDA REHABİLİTASYON FİZİKSEL AKTİVİTE VE UĞRAŞ TERAPİSİ

Uzm. Dr. Filiz Meryem SERTPOYRAZ[1], Uzm. Dr. Eylem Didem Gülşen KIRBIYIK[1]

[1]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği

Yaşamı tehdit eden veya sınırlayan hastalığı olan bireyler motor, duyusal, duygusal, bilişsel veya iletişim yeteneklerindeki azalma nedeniyle günlük uğraşlara katılımda zorlanırlar. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme yetisi palyatif bakım hastaları için önemli bir amaçtır (1,2). Uğraş tedavisinin temel amacı kişilerin günlük yaşam aktivitelerine katılımını sağlamaktır. Bunu kişilerin aktivitelere katılımını arttırarak ya da destek sağlamak amacıyla çevreyi değiştirerek sağlar (3). İş-uğraşı terapistleri palyatif bakım ekibinin önemli bir elemanıdır (1).

Bütüncül, hasta merkezli bir yaklaşım kullanılarak hastanın bağımsızlığının ve yaşam kalitesinin en iyi seviyede devamı amaçlanır (4). İlk değerlendirme, kişinin fonksiyonel bağımsızlığına ulaşmasına engel oluşturan hasarları saptamaya yöneliktir. Bu değerlendirme, hastanın okulda, işte, oyun ve boş zaman aktiviteleri sırasındaki, mobilite, kendine bakım ve ev içi aktivitelerdeki yeterlilikler ve limitasyonları içerir. İlk değerlendirme tedavi metodlarının ve tedavinin hedeflerinin seçilmesinde temel oluşturur. Tedavi süresince yapılan yeniden değerlendirmeler seçilmiş olan metodun etkinliğini saptamak, kısmen veya tam olarak ulaşılan amaçları modifiye etmek, ulaşılması mümkün görülmeyen amaçları elimine etmek, ortaya çıkan ek problemler veya ilerlemelere göre yeni amaçların eklenmesini kapsar (5).

Tedavi amaçlarını gerçekleştirmek için bazı ortamlar, teknikler ve yöntemler kullanılır. Bu yöntemler;

1. Günlük yaşam becerilerinin, alışkanlıklarının analizinin ve eğitiminin yapılması; böylece adaptif veya uygun performansın devamlılığının sağlanması, varolanın geliştirilmesi veya yeniden geliştirilmesinin sağlanması,

2. Eksik olan performansın yerini alacak veya destekleyecek ortez ve protez cihazlarının dizaynı, yapılması ve uygulanması,

3. Performansın gerçekleştirilmesi veya arttırılması için rehabilitatif ve destekleyici teknoloji ve aletlerin analizi, seçilmesi ve kullanılması,

4. Spesifik bir performansın geliştirilmesi ya da yeniden ortaya çıkarılması için modifiye edilmiş veya kişiye göre adapte edilmiş tekniklerin kullanılması,

5. Performansın gelişmesini sağlamak üzere organize edilmiş amaçlı aktiviteleri içeren el

sanatları, oyunlar ve oyuncakların kullanılması,

6. Kişinin becerilerinin organize edilmesini sağlayacak uğraş ve kişiye ait rolleri içeren görevlerin analizi ve iş, işe hazır olma, boş zaman becerilerinin geliştirilmesi,

7. Kişinin sağlığını, iyilik halini, performansını geliştirmek üzere çevrenin düzenlenmesi (3).

Hasta değerlendirmesinde; performans alanlarının, performans komponentlerinin ve performans içeriklerinin incelenmesi gerekir.

1. **Performans alanları**: Günlük yaşam aktivitelerini, iş ve üretim aktivitelerini, hobi ve boş zaman aktivitelerini içerir.

Günlük yaşam aktiviteleri: Kendine bakım yeteneğidir.

Giyinme ve soyunma:*A*ktif eklem hareket açıklığı, koordinasyon, kas gücü, oturma dengesi ve gövde kontrolünün iyi olmasını gerektirir. Bazı modifikasyonlarla kişinin bağımsız olması sağlanabilir. Düğme kancaları, fermuar çekiciler, velkro bantlı pantolon ve ayakkabı vb.

Banyo ve tuvalet aktiviteleri: Kaba ve ince motor koordinasyon, kas gücü, yeterli eklem hareket açıklığı ve gövde dengesi gerekir. Yardımcı ekipmanlar ile bu aktiviteler kolaylaştırılabilir. Uzun saplı sünger, küvet ve tuvalet oturakları, küvete transferi kolaylaştıran banklar vb.

Beslenme: *Y*eterli eklem hareket açıklığı, koordinasyon ve kas gücü gerektirir. Bazı modifikasyonlar ile bu aktivitelerde hastalara yardımcı olunur. Çukur tabak, ucu yuvarlatılmış bıçak, kaymayı önleyici altlıklar vb.

Hijyenik aktiviteler:*K*avrama gücü, yeterli eklem hareket açıklığı ve gövde dengesi gerektirir. Yardımcı düzenlemeler ile kolaylaştırılabilir. Kalın saplı diş fırçası, süngere geçirilmiş fırça vb.

Fonksiyonel mobilite:*B*aşka bir pozisyon veya yere hareket etmektir. Yatak içi aktivite, tekerlekli sandalyeden transfer (tuvalet, banyo, araba vb.) ve ambulasyonu kapsar. Kişinin ambulasyonu için alt ekstremite ve gövde kaslarının yeterli güçte ve denge koordinasyonunun da iyi olması gerekmektedir. Bunlarda yetersizlik varsa uygun hastalarda yardımcı ambulasyon cihazları ve ortezler kullanılarak fonksiyonlar desteklenebilir (baston, koltuk değneği, splintler)

***Toplumsal mobilite*de**:Toplu taşıma veya özel araç kullanarak toplum içine katılabilirler. Özel araçlara yapılan modifikasyonlarla bazı hastaların araba kullanması sağlanabilir (otomatik vites, elden kumanda, ayna düzenlemeleri vb.).

İş ve Üretim Aktiviteleri: Kendini geliştirme, toplumsal katkı ve geçim sağlama amaçlı aktivitelerdir.

***Ev yönetimi*nde:** *M*utfak aktiviteleri *(*enerji koruma teknikleri ve aktivite modifikasyonu önerilir. Duvara monte kesme tahtaları, yaylı makaslar, kancalı raflar vb.), güvenlik (düşmeden korunmak için kaymaz halı, duvarlarda tutma barı vb) temizlik, alışveriş, para yönetimi gibi.

***Diğerlerinin bakımı*nda**:Fiziksel bakım, iletişim, beslenme gibi faaliyetleri çocuk, eş, evcil hayvan, ebeveyn için sağlar.

Eğitim aktiviteleri:*O*kul, toplum veya işin desteklediği aktiviteler yoluyla bir öğretim çevresine katılmayı sağlar.

Mesleki faaliyetler:*Y*etenek belirlenmesi, ilgi ve beceri geliştirme, uygun mesleki ilgi alanı seçilmesi, iş edinme, zamanında etkili şekilde işini yapma, emeklilik planını içerir.

Hobi ve boş zaman aktiviteleri:*A*ktivite modifikasyonu ile grup aktivitelere katılımı sağlamak, kolaylaştırmak amacıyla gerçekleştirilir.

2. Performans komponentleri: Performans alanlarının temelini oluşturur. Performans komponentleri, bireyin performansının temelini ve alt yapısını oluşturan gelişimsel davranış paterninin öğrenilmesidir.

Sensorimotor komponent:

Duyu: Duyunun farkında olma ve algılama işlemini kapsar.

Nöromuskuler: Refleks cevaplar, eklem hareket açıklığı, kas tonusu, kas gücü, endurans, postural kontrolü kapsar.

Motor fonksiyonlar: Kaba koordinasyon, motor kontrol, ince koordinasyon, oral motor kontrolü içerir.

Kognitif komponent: Yüksek beyin fonksiyonlarını kullanımdır. Uyanıklık, oryantasyon, hafıza, problem çözme, dikkat, aktiviteyi başlatma ve durdurmayı içerir.

Psikososyal/psikolojik komponent: Sosyal iletişim yeteneğidir.

3. **Performans içeriği**: Zamansal bakış açısı ve çevresel bakış açısını içerir.

Zamansal bakış açısı: Kronolojik yaş, gelişimsel yaş, yaşam döngüsü, sakatlık durumunu içerir.

Çevresel bakış açısı: Fiziksel (eşyalar, binalar, bitkiler, eşyalar gibi insanın dışındakileri içerir), sosyal (eş, arkadaş, bakıcı gibi önemli kişilerin beklentileri), kültürel faktörleri içerir (5,6,7).

Tedavi Yaklaşımları

Nörogelişimsel Yaklaşım: Santral sinir sistemi patolojilerine bağlı olarak sensorimotor, algısal ve bilişsel sorunlara sahip olguların değerlendirilmesini ve restoratif tedavisi ile ilgili yöntemleri kullanmaktadır. Motor kontrol sorunu olan hastaların tedavisinde kullanılan 5 tedavi

yaklaşımı vardır:

1. Rood yaklaşımı 2. Bobath yaklaşımı 3. Brunstrom yaklaşımı 4. Proprioseptif nöromuskuler fasilitasyon yaklaşımı 5. Carr ve Shepherd yaklaşımı

Biyomekanik Yaklaşım: Eklem hareket açıklığı kas gücü ve enduransla ilgili sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde zorluk yaşayan ama istemli olarak bir hareketi veya hareket kalıbını başlatabilen hastalar için uygundur. Amaç, kas gücünü, enduransı, eklem hareket açıklığını arttırmak ve kısıtlanmasını önlemektir (5,6).

İş-uğraş terapisi:Kişiye özel bir tedavi yaklaşımıdır. Palyatif bakım hastalarına, günlük yaşam aktivitelerinde ve çevrelerinde düzenlemeler yaparak daha konforlu bir yaşam olanağı sunmayı amaçlar.

KAYNAKLAR:

1. Guo Y, Shin KY (2005). Rehabilitation needs of cancer patients. Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine 2005;17(2):83-99.
2. The American Journal of Ocupational Therapy. Association (2011). The Role of Occupational Therapy in End-of-Life-Care.2011;65(6)suppl:66-75
3. Büyükkınacı A (2010). Uğraş Terapisi (Ergoterapi). Klinik Psikiyatri, 2010;13:137-142.
4. Pearson EJM, Todd JG, Futcher J M (2007). How can occupational therapists measure outcomes in palliative care? Palliative Medicine, 2007;21:477-485.
5. Öken Ö (2004). İş ve uğraşı tedavisi. Tıbbi Rehabilitasyon. Eds: Oğuz H, Dursun E, Dursun N Nobel Tıp Kitabevi.
6. Yavuz N (2000). İş ve uğraşı tedavisi. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Eds: Beyazova M, Gökçe KY, Güneş Tıp Kitabevi
7. The American Journal of Occupational Therapy Association (1994). Uniform Terminology For Occupational Therapy-Third Edition, 1994;48:1047-1054.

=15=

TAMAMLAYICI TIP
VE
PALYATİF BAKIM

Bölüm Editörü

Doç. Dr.Kurtuluş ÖNGEL

15.1. BİLİŞSEL TAMAMLAYICI TEDAVİ YÖNTEMLERİ (COGNITIVE COMPLEMENTARY MEDICINE)

Uzm. Dr. Hüseyin ELBİ[1]
[1]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Manisa

Mental ve duygusal faktörlerin nöronal, hormonal ve immunolojik sistemler aracılığı ile kişinin sağlığı üzerine olan etkisi bilinmektedir. Bilişsel terapi pozitif düşünme gücünün mental ve duygusal faktörler üzerine olan rahatlatıcı etkisinden yararlanarak hastanın iyileşmesinin kolaylaştırılmasına destek olur. Bilişsel terapi yöntemlerinin kullanımının günümüzde çok az olduğu düşünülse de, son zamanlarda bu alanda yapılan bilimsel çalışmalar bu yaklaşımların çoğunun yakın gelecekte tamamlayıcı tedavide ana akım olarak kabul edilebileceğini düşündürmektedir. Bilişsel terapi aşağıdaki yöntemleri içerir;

- Rehber eşliğinde görselleştirme terapisi (Katatimi)
- Hipnoterapi
- Dini seanslar (dinsel meditasyon)
- Meditasyon
- Rahatlama ve derin nefes egzersizleri
- Biyoyararlanım

Bu teknikler kronik ağrı, koroner arter hastalığı, baş ağrısı, uykusuzluk ve inkontinans tedavisinde tamamlayıcı tedavi olarak kullanılmaktadır.

Rehber Eşliğinde Görselleştirme Terapisi *(*Guided Imagery=*visualization*) Katatimi

Buradaki tedavi yaklaşımında hastanın bir uygulayıcı / rehber eşliğinde pozitif ögeli görsel düşler kurması sağlanır. Uygulama öncesi bu terapi neler başarılabileceği hasta ile çalışılır. Sonra zihinsel bir görüntü oluşturulur, örneğin hastaların daha güçlü ve daha iyi hissetmesini ya da tümör hücrelerini yok ettiğini düşündürecek görseller resmetmesi amaçlanır.

Bir diğer teknikte ise, hastalardan tedavi sürecinde en kötü görselden en rahat ve sakin bir görsele kadar adım adım çalışılması istenir. Böylece hastaların örneğin tedavi öncesi bulantı gibi bazı semptomları kontrol etmesine ve anksiyetesinin azalmasına yardımcı olunur.

Bu yöntem ile hipnoz arasındaki temel fark, hipnozda hastaya rehberin olumlu bir mental öneriyi empoze etmesidir.

Hipnoterapi

Uygulama olarak görselleştirme terapisine benzerdir, aradaki farkı hipnoterapinin her seansında bir doktorun ya da hipnoterapistin olması gerekirken görselleştirme terapisinde kişi ilerleyen uygulamaları bireysel olarak yapabilme olanağının olması olarak nitelendirebiliriz.

Hipnoterapide hastaların ileri düzeyde rahatlaması sağlanır. Sonra hipnoterapist tarafından empoze edilen düşünceleri özümsemeye çalışır. Bu terapi sırasında hastalar bilinçlerini tam yitirmezler ama çevre uyaranlardan da nispeten izole olmuş durumda olurlar.

Hipnoterapi ağrı, fobiler ve uyum bozukluklarının tedavisi için kullanılmaktadır. Tedavi sürecinde ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında etkili olduğu gözlenmektedir. Kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmada hastaların beklentilerini yönlendirerek tedaviye katkıda bulunur.

Dini Seanslar (Dinsel Meditasyon, Prayer)

Bireyler için dua; dini öz geçmişleri ve ruhsal arka planlarından kaynaklanan kişisel anlamlar taşıyan özelliktedir. Dua; bazıları için belirli kutsal sözcükleri oluştururken; bazıları için ise Tanrı ya da inanılan yüksek bir güç ile en içten paylaşımlarda bulunmaktır.

Meditasyon

Meditasyon kas gerginliğini azaltmak ve iç huzuru sağlamak için yapılan zihin rahatlatıcı ve sakinleştirici bir yöntemdir. Çoğu toplumlarda anlayış ve ileri bir farkındalık elde etmek için kullanılır. Hastalar meditasyon sırasında dikkatlerini yönetmeyi, böylece iç ve dış deneyimlerin belirli yönlerine odaklanmayı öğrenirler. Meditasyonun en çok çalışaşılan yöntemleri; transandantal meditasyon ve farkındalık meditasyonudur.

Palyatif bakım içinde meditasyon; anksiyete, ağrı, depresyon, stres ve uykusuzluk gibi semptomları hafifletmek için kullanılmaktadır.

Rahatlama ve Derin Nefes Egzersizleri

Bu egzersizler ile hastaların nefes darlıklarının rahatlatılması, kas gerginliklerinin ve anksiyetelerinin azaltılması hedeflenmektedir.

Biyoyararlanım

Bu yaklaşım sırasında kişilerin bazı biyolojik fonksiyolarının (kalp hızı, kan basıncı, deri ısısı, cilt direnci, beyin elektriksel yüzey aktivitesi) değerlendirilmesi için bazı elektronik cihazlar kullanılır. Buradan elde edilen verilerin değerlendirilmesi ile kişilerin kendi beden sinyallerini kullanarak sağlıklarını ve performanslarını artırıcı yöntemlerin öğretilmesi hedeflenmektedir. Özellikle baş ağrısı, uykusuzluk, stres ve ağrı yönetiminde etkili olduğu değerlendirilmektedir. Aynı zamanda inkontinans, çınlama ve kronik karın ağrılarının tedavisinde de kullanılmaktadır.

KAYNAKLAR:

1. URL:http://www.merckmanuals.com/professional/special_subjects/complementary_and_alternative_medicine/mind-body_medicine.html Erişim tarihi: 18.12.2014
2. Patterson D, Jensen M: Hypnosis and clinical pain. Psychol Bull 129(4):495–521, 2003.
3. URL:http://www.cancernetwork.com/oncology-nursing/clinical-hypnosis-palliative-care-cancer-patients Erişim tarihi: 18.12.2014
4. Fallon M, Hanks G.2006. ABC of Palliative Care (second edition).
5. Faull C, Carter YH, Daniels L. 2005. Handbook of Palliative Care(second edition).
6. URL: http://chemocare.com/complementary-medicine Erişim tarihi: 18.12.2014
7. URL: http://depts.washington.edu/integonc/patients/spc/givh.shtml Erişim tarihi: 18.12.2014
8. Leon-Pizarro C, Gich I, Barthe E, Rovirosa A, Farrus B, Casas F, Verger E, Biete A, Craven-Bartle J, Sierra J, Arcusa A. A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients. Psychooncology. 2007 Nov;16(11):971-9.
9. Yoo HJ, Ahn SH, Kim SB, Kim WK, Han OS. Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. Support Care Cancer. 2005 Oct;13(10):826-33. Epub 2005 Apr 23.
10. Sloman R. Relaxation and imagery for anxiety and depression control in community patients with advanced cancer. Cancer Nurs. 2002 Dec;25(6):432-5.
11. Syrjala KL, Cummings C, Donaldson GW. Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial. Pain. 1992 Feb;48(2):137-46.
12. Liossi C, Hatira P. Clinical hypnosis versus cognitive behavioral training for pain management with pediatric cancer patients undergoing bone marrow aspirations. Int J Clin Exp Hypn. 1999 Apr;47(2):104-16.

15.2. TAMAMLAYICI TIP VE PALYATİF BAKIMDA MANEVİ BAKIM

Uzm.Dr. Yusuf Adnan GÜÇLÜ[1]
[1]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

1994 te Amsterdam da yayınlanan Dünya Tabipleri Birliği bildirgesinde herkesin kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olma ve bunlara saygı gösterilmesi hakkına sahip oldukları ve tedavileri süresince her zaman manevi yol gösterilme ve destek hakları olduğu vurgulanmıştır (1).

Genel olarak hastalıklar; bireylerin fiziksel, emosyonel, ruhsal ve sosyal gereksinimleri yanısıra manevi gereksinimlerini de artırırlar. Kanser gibi tedavisi uzun süreli olan, yaşam kalitesini azaltan durumlarda hastanın sosyal ve manevi desteğe olan gereksinimi daha da artar (2).

“Manevi Bakım; hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedavilerine hiçbir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile talep eden hastalara manevi telkinde bulunmak, onları ruhsal (manevi) ve moral yönden desteklemek, ibadetlerini hastalıklarının verdiği imkânlar çerçevesinde yerine getirmelerine rehberlik etmek ve yaşama dirençlerini desteklemek amacıyla sunulan manevi destek hizmetleridir” şeklinde tanımlanır (2).

"Manevi Bakım" başta Amerika olmak üzere Avrupa'nın birçok ülkesinde bir meslek dalı olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca bu alanda din adamlarının kendilerini yetiştirmeleri konusunda gönüllü kuruluşların, üniversitelerin ve hastanelerin de desteği alınarak "Manevi Danışmanlık" programları oluşturulmakta ve okulları açılmaktadır. Örneğin, Health Care Chaplaincy adında ki okul New York bölgesinde hastanelerde manevi bakım konusunda görev alan farklı dinlere mensup din adamlarına "Manevi Danışmanlık" eğitimi (Clinical Pastoral Education) vermektedir (1).

Bir başka tanımlama yapılacak olursa;

Spiritüalite, bireyin kendisi ve diger insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır. Aynı zaman da yaşam boyu kazanılan bilgilerin bir sonucudur. Yaşamın amacını oluşturan, bireye anlamlı gelen unsurları içerir (3). Spiritüalite, ne olduğumuzdan çok ne yaptığımız ile tanımlanır, Latince anlamı ile yaşamı hissetmektir (4).

Tüm sağlık personelinin hastaya bütüncül bir yaklaşımla bakım vererek, fiziksel rahatlık ve sosyal destek sağlayarak hastanın “*varlık*” olmanın anlamını keşfetmesine ve ölümü yaşamın

kaçınılmaz bir parçası olarak kabul etmesine yardım ederek; huzurlu ve iyi bir ölüm sağlamaları gerekir (3).

Hastaların spiritüel yönlerinin değerlendirilmesi ve acı çekmelerinin azaltılması, onlarla empati yapılması, hastayı dinlemek için zaman ayrılması ve terapötik iletişim tekniklerinin kullanılması ile mümkündür. Sağlık personeli aktif dinleme, hasta ile birlikte sessizce oturma yöntemlerini iyi kullanmalıdır. Hastayı dinlemek, gülümsemek, dokunmak, elini sıkmak, sorularını yanıtlamak, ağrılı müdahaleleri nazikçe gerçekleştirmek, endişe alanlarını keşfetmek, spiritüel bakımı diğer temel bakım alanlarına entegre etmenin yollarıdır (3).

Son yıllarda hekimlerin de hastalarını tam olarak anlayabilmeleri için anamnez alırken iyi bir anahtar olabilecek spiritüel öykülerini de almaları önerilmektedir(4).

Govier (5) spiritüel bakım için beş "**R**"yi tanımlamıştır:

1-2. Reason and Reflection; hayatın anlamını bulma, yaşamaya devam etme, hayatı güzelleştirme (güzel sanatlar, müzik vb.)

3. Religion; spiritüaliteyi ifade etme, değerler ve inançlar için çerçeve hazırlama

4. Relationships; sevgi,güven,umut

5. Restoration; bakımın fiziksel görünüşe pozitif etkisi (5,6).

Spiritüel distres McFarland ve McFarlane tarafından hemşirelik tanılarına uygun bulunmuş ve tanımlanmıştır (7). Spiritüel distres, güç ve ümit veren, yaşamın anlamını sağlayan değerler sisteminde bozulmayı belirtir. Spiritüel distres yaşayan hastalara yaklaşımdaki amaç, inanç ve değerlerle sağlık bakımı arasındaki çatışmayı azaltmak ya da ortadan kaldırmaktır (6,7).

Spiritüel Distresin Yedi Belirtisi

1. Spiritüel ağrı,
2. Spiritüel yabancılaşma,
3. Spiritüel anksiyete,
4. Spiritüel suç,
5. Spiritüel öfke,
6. Spiritüel kayıp,
7. Spiritüel ümitsizliktir(6,8).

Spiritüel Distreste Tanımlayıcı Özellikler

Major (mevcut bulunmalıdır)

1. İnanç sisteminde bir rahatsızlık yaşaması

Minör (mevcut bulunabilir)

2. Yaşamın, ölümün ve acı çekmenin anlamını sorgular
3. İnanç sisteminin güvenirliliğini sorgular
4. Cesaretsizlik / vazgeçme ve ümitsizlik gösterir
5. Alışageldiği dinsel rutinleri uygulamamayı tercih eder
6. İnançları hakkında ambivalan duyguları vardır.
7. Yaşamak için bir nedeni olmadığını ifade eder.
8. Spiritüel bir boşluk duygusu hisseder.
9. Kendisi ve başka insanlardan emosyonel olarak ayrılma / kopma gösterir.
10. Yaşamın, acı çekmenin, ölümün anlamı hakkında endişe, öfke, içerleme, korku ifade eder.
11. İnanç sistemindeki bir rahatsızlıktan dolayı spiritüel yardım / destek ister (9).

Manevi bakım; psikoloji, psikolojik danışmanlık ve rehberlik, psikiyatri, ilahiyat ve sağlık bilimleri alanlarının işbirliği içinde ortak ve yeni bir bilim dalı olarak ele alınıp yüksek lisans ve doktora seviyesinde bir eğitim planlanabilmelidir. Bu yaklaşımdan hareketle Manevi Bakım Uzmanının yeterliliklerini;

a. Psikolojik danışma becerilerine sahip,

b. Temel sağlık bilgisine hakim,

c. Hastalık psikolojisini kavramış,

d. Etkili iletişim becerilerini kullanabilen,

e. Dini literatüre hakim, içinde bulunduğu toplumun dini ve kültürel değerlerini kavramış olmak şeklinde sıralanabilir.

Manevi Bakım kavramının gelişimsel süreci devam etmekle birlikte sağlık alanında tanımlanma ve sınıflandırma süreci henüz tamamlanmamıştır. Bu nedenle, bu kavramın sağlık eğitiminde ve uygulamalarında objektif biçimde değerlendirilebilmesi için doktor, ebe ve hemşirelerin manevi bakım / destek konusundaki algılarının belirlenmesine, dolayısıyla bu amaçla geliştirilen ölçme araçlarına ihtiyaç vardır (10).

Birçok Avrupa ülkesinde manevi bakım hizmetleri yıllardan beri uygulanmaktadır, bu alandaki gecikme Türkiye'deki sosyal hizmet uygulamalarının niteliksel gelişimine de bir engel teşkil etmektedir. Maneviyat, tıbbî ve sosyal hizmetlerde bütüncül ve birleştirici bir rol üstlenmektedir, kişinin sağlığına daha kolay kavuşmasına veya bu mümkün değilse mevcut durumuyla barışık olmasına ve hayata bağlı kalmasına yardımcı olmaktadır (11).

T. C. Sağlık Bakanlığı'nın, hastaların manevi olarak destek ve ilgiye muhtaç olduğu zamanlarda manevi hizmet vermek üzere ve moral desteği olacak şekilde düzenli yürütülecek bir din hizmeti için hazırlık çalışmalarına başlamıştır. Pilot uygulamayla başlayacak sistemle, görevli ekipler manevi desteğe ihtiyacı olduğunu düşündüğü hastalarla seanslara başlayacak ve kişiye göre programlar düzenlenecektir. Ancak Sağlık Bakanlığı, proje kapsamında çalışacak niteliğe sahip personel bulmakta güçlük çekmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın manevi bakım uzmanı yetiştirmek için Türkiye'de bir ilk olarak başlattığı yüksek lisans ve doktora programından 2014 yılı sonuna kadar 20 kişi mezun olmuştur. Bakanlık, YÖK'ten üniversitelerde manevi bakım ile din psikolojisi yüksek lisans ve doktora programlarının açılmasını talep etmiştir.

Türkiye'de palyatif bakım ve tamamlayıcı tıpda olduğu gibi manevi bakım ile ilgili çalışmalar da devam etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Mollaoğlu H. (2013). Hastane hizmetleri bağlamında manevi bakım ve New York Healthcare Chaplaincy örneği. Ankara Ünv. Sosyal Bilimler Enst. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
2. Bostancı Dastan N, Buzlu S (2010). Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. Maltepe Üniversitesi Hemsirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010;3(1):74
3. Cimete G (2002). Yaşam Sonu Bakım. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002 s.125-135.
4. Başbakkal Z (2005). Spiritüalite ve Hemşirelik, 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 07-10 Eylül 2005, İzmir.
5. Govier K (2000). Spiritual care in nursing: a systematic approach.. Nursing Standard, 2000;14(17):32-36.
6. Klimes R (2005). Spiritual care: help in distress. LearnWell Institute, Inc, a California nonprofit public benefit corporation. January, 2005
7. McFarland GK, McFarlane EA (1997). Nursing diagnosis & intervention.. Planning for Patient Care Mosby, St. Louis, 1997.
8. Chris Higgs et al (2010). The Palliative Care Handbook. Advice on clinical management. Seventh edition. October 2010.
9. Carpenito-Moyet LJ (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı Ed. Erdemir F. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2005:365-70.
10. Ergül Ş, Temel AB (2007). Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2007;23(1):75-87.
11. Seyyar A (2010). Tıbbi Sosyal Hizmetlerde Manevî Bakım. Yalova Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı:1/ Ekim 2010- Mart 201

15.3. PALYATİF BAKIMDA MASAJ

Yrd. Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR[1,2]

[1]Atatürk ÜniversitesiAkupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Uygulama ve Araştırma Merkezi

[2]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Erzurum

Kas-iskelet ve sinir sistemi ile birlikte tüm vücutta genel dolaşımı etkilemek amacıyla yumuşak dokuda uygulanan sistematik manipülasyonlara masaj denir. Masaj tedavisi en eski alternatif tedavi uygulamalarından biridir. Uzak Doğu'da (Çin, Tayland, Malezya, Kore), Kuzey Avrupa'da (özellikle İsveç) ve Orta Asya'da (özellikle Kazakistan) tedaviye yardımcı olmak amacıyla sık kullanılmaktadır. Eğitimli ve tecrübeli ellerde kurallarına uygun yapılan masaj tedavisinin birçok faydası vardır. Masaj tedavisi ile kan ve lenf dolaşımını artırmak, toksinleri uzaklaştırmak, kasları gevşetmek, ağrıyı dindirmek ve uykuyu sağlamak mümkündür.

Kanser hastaları sadece hastalığın semptomlarıyla değil, aynı zamanda tedavinin komplikasyonlarıyla da mücadele etmektedir. Hastalar, kanserin ilerlemesi, yeniden ortaya çıkması ya da ölüm kaygısını sürekli yaşamaktadırlar. Gerek uzun ve maliyetli tedaviler, gerekse tedavilerden sonra çıkan yan etkiler kanser hastalarını psikososyal olarak etkilemektedir. Tüm bunları medikal tedavilerle çözmek her zaman mümkün değildir. Dolayısıyla hastalar alternatif tedavilere yönelmektedir. Bu yazıda alternatif tedavilerden biri olan masaj tedavisinin palyatif bakım gerektiren durumlarda yeri ve faydaları tartışılacaktır.

Kanser hastalarında baş edilmesi en zor semptomlardan birisi kuşkusuz ağrıdır. En güçlü analjezikleri kullanmak zorunda kalan bu hastalarda mutlaka alternatif tedavi seçenekleri de düşünülmelidir. Deride dokunma duyusu reseptörleri yerleşmiştir ve sinir lifleri de deride birçok noktada yüzeyelleşmektedir. Masaj tedavisi ile sinir uçlarını uyarmak ve ağrı duyusunun kortekse taşınmasını engellemek mümkündür. Kanser hastaları üzerinde yapılan bir araştırmada 10 dakikalık sırt masajının ağrı düzeyini azalttığı gösterilmiştir. Yine bir başka çalışmada ayak, sırt ve boyuna uygulanan 30 dakikalık masaj tedavisinden sonra kanserli hastaların ağrı düzeylerinde anlamlı seviyede azalma olduğu görülmüştür.

Özellikle radyoterapi ya da kemoterapi alan kanser hastalarında tedavinin başında başlayan ve tedavi bittikten sonra yıllarca devam edebilen yorgunluk görülmektedir. Bu durum hastaların motivasyonunu ve tedaviye uyumunu azaltabilmektedir. Kanser hastalarında yıkıcı bir semptoma

dönüşebilen yorgunlukta uygulanacak masaj tedavisiyle kasların gevşemesi ve genel bir rahatlama sağlamak mümkündür.Böylece hastalar kendilerini daha enerjik ve dinç hissedebilirler.

Kanser hastalarında uygulanan masaj tedavisi ile hastalardaki mevcut bulantı, anksiyete ve uykusuzluk problemlerinin çözülmesine de yardımcı olmak mümkündür. Geniş alanda uygulanan yavaş ve ritmik masajın limbik sistemi devreye soktuğu ve sakinleştirici ve gevşetici etkisi olduğu gösterilmiştir. Bu durumda hastaların hem anksiyetesini azaltmak, hem de uyku kalitesi sağlamak mümkün olacaktır.

Günümüzde hem kanser prevalansının artması, hem de tedavi imkanlarının artıp hastaların yaşam süresinin uzamasıyla birlikte palyatif bakımın önemi de artmaktadır. Son yıllarda palyatif bakım gerektiren durumlarda hastaların büyük bir kısmının alternatif tedaviler arayışı içine girdiği görülmektedir. Masaj tedavisi, palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda çeşitli semptomları gidermeye yardımcı olarak, hastaların yaşam kalitesini yükselten alternatif bir tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir.

KAYNAKLAR:

1. Russell NC, Sumler SS, Beinhorn CM, Frenkel MA (2008). Role of massage therapy in cancer care. J Altern Complement Med. 2008;14(2):209-14.

2. Myers CD, Walton T, Bratsman L, Wilson J, Small B (2008). Massage modalities and symptoms reported by cancer patients: narrative review. J Soc Integr Oncol. 2008;6(1):19-28.

3. Wilkie DJ, Kampbell J, Cutshall S. et al (2000). Effects of massage on pain intensity, analgesics and quality of life in patients with cancer pain: a pilot study of a randomized clinical trial conducted within hospice care delivery. Hosp J. 2000;15(3):31-53.

4. Weinrich SP, Weinrich MC (1990). The effect of massage on pain in cancer patients.Appl Nurs Res. 1990;3(4):140-5.

5. Cassileth BR (2014). Psychiatric benefits of integrative therapies in patients with cancer. Int Rev Psychiatry. 2014;26(1):114-27.

6. Sarıoğlu S, Dinçer G (2003). Masaj. Romatizma 2003;18(3):175-181.

15.4. HİPNOTERAPİ VE GEVŞEME TEKNİKLERİ

Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN[1]
[1]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Erzurum

Hipnozun Tanımı

Hastanın terapistin yardımıyla kendi tedavi sorumluluğunu alması esasına dayanan bir tedavi yöntemi olan hipnoz: "Beyinsel fonksiyonların çalıştığı, bireysel denetimin açık olduğu, uyku hali olmadan, istekle gerçekleşen psişik bir durumdur."(1,2).

Palyatif Tedavide Hipnozun Kullanım Alanları

1- **Akut ve kronik ağrı tedavisinde**: Hipnoz ağrı gibi stresör durumların tetiklediği fiziksel bozukluklarda etkili bir şekilde kullanılmaktadır (3,4).

Ulusal Sağlık Enstitüsü Teknoloji Tanılama Panelinde kansere bağlı ağrıları azaltmak için hipnozun kullanımı önerilmiştir. Randomize yapılan klinik çalışmalar, hipnoterapinin kansere bağlı ağrı ve kansere bağlı mukozit ağrısında etkili olduğunu göstermiştir (5).Ayrıca hipnoz, çocuklarda akut ve kronik ağrı durumlarında da güvenli bir şekilde kullanılabilmektedir. Hipnozda ağrı azalması üç mekanizma yoluyla gerçekleşmektedir: kas gevşemesi, algısal değişiklik ve bilişsel dikkat çekme (6).

2- **Kansere bağlı bulantı ve kusma**: Hipnoz bazı kanser hastalarında kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmayı azaltmaktadır (7). Kemoterapi alan ve standart bakıma ilave olarak hipnoterapi uygulanan 20 kanser hastasının incelendiği çalışmada, hipnoterapi grubundaki hastaların daha az bulantı ve kusma hissettiği ve daha az antiemetik (bulantıyı önleyici) ilaç gereksinimi olduğu saptanmıştır (8).

3- **Uyku bozuklukları:** Uyku bozukluklarında hipnoterapi yaklaşık %70 etkilidir ve maliyet açısından oldukça etkindir (9).

4- **Yeme bozuklukları**: Yeme bozukluklarında hipnoterapi istenen davranış değişikliğini sağlamak için kullanılabilmektedir (10).

5- **Cerrahi:** Hastayı operasyona hazırlamada, operasyon esnasında ve operasyon sonrasında hipnoz güvenli bir şekilde kullanılabilir (11).

6- **Yanık tedavisi**: hipnoz yanık tedavisinde ağrıları azaltmak ve hastayı sedatize etmek için başarılı bir şekilde kullanılabilir (12).

Gevşeme Teknikleri

Gevşeme tedavileri; gevşeme yanıtının uyarılması yoluyla derin gevşeme durumunu kazanmada kullanılan çeşitli tekniklerdir. Bu gevşeme durumu, sempatik sinir sisteminin uyarısının azalması ile karakterizedir.

Nefes Egzersizleri: Gevşeme çalışmalarının ilk basamağı nefesi kontrol altına almaktır. Bilindiği gibi solunum sistemi otonom, yani kendi kendine çalışan bir sistemdir. Fakat aynı zamanda iradi olarak da solunum kontrol edilebilir. Nefesi tutabilir, verebilir ve alabiliriz. Nefes almayı, vermeyi ve tutmayı bir düzen içinde öğrenmek, gevşetme çalışmaları için çok önemlidir.

Nefes Egzersiz Uygulaması: Bunun için nefesinizi burnunuzdan yavaş yavaş ama ciğerlerinizi hava ile dolduracak şekilde alın;içinizden beşe kadar sayın sonrasında ağzınızdan yavaş ve 2-3 kerede nefesinizi verin. En önemlisi nefes egzersizlerini arka arkaya tekrar etmeyin. Her nefes alışınızın arasına 5-6 kere de normal nefes alış verişinizi koymanız gerekir.

Kasların Gevşetilmesi: Gevşeme tekniğini uygulamak için en elverişli ortam loş ışıklı, sakin bir odadır. Egzersiz böyle bir odada sırtüstü yatarak yapılmalıdır. Eğer yatarak yapılan çalışmalarda uykuya dalıyorsanız uygulamalarınızı rahat bir koltuğa oturarak yapmayı tercih edin. Çünkü gevşeme tekniği ile amaçlanan uykuya dalmak değil, tersine en fazla uyanıklıkla en derin gevşemeye ulaşabilmektir. Bulunduğunuz odada seslerin az olmasına dikkat edin. Ayrıca odanın ısısı sizi ne üşütmeli ne de terletmelidir.

Elleriniz ve ayaklarınız hafifçe iki yana açık olmalıdır. Alıştırmalar sırasında bedeni sıkan kemer, ayakkabı ve dar elbiseler çıkarılmalıdır. Bu tür giysiler nefes alışımızı, kaslarınızı gevşetmenizi olumsuz yönde etkiler. Sırayla ayaktan veya baştan başlayarak tüm kaslarınızı önce gerin, birkaç saniye bu şekilde tuttuktan sonra yavaşça serbest bırakın ve gevşetin.

Zihinsel Canlandırma: Kendinizi çok rahat bir yerdeymiş gibi hayal edin. Buradaki püf nokta hayalinizin içine tüm duyularınızı katarak girmeli ve hayalinizi yaşamalısınız. Hayaliniz sizi rahatlatacak ve mutlu edecek tarzda olmalıdır. Meme kanserli hastalarda kemoterapinin yan etkilerini azaltmak için progressif kas gevşemesi ve zihinsel canlandırma yöntemlerinin etkinliği incelenmiş ve çalışma sonunda deney grubunun anksiyete, depresyon ve düşmanlık duygularının kontrol grubuna göre anlamlı oranda azaldığı saptanmıştır (13).

Otohipnoz: Kendi kendinize vereceğiniz olumlu telkinler bilinçaltınızı rahatlatacak ve vücudunuzda gevşeme sağlayacaktır. Telkin verirken dikkat edilmesi gereken nokta telkinlerin olumlu cümlelerle verilmesi ve ne istemediğinizden çok ne istediğinizi telkin etmenizdir.

Müzikle Terapi: Müziğin terapide etkili olduğu hastalıkların bazıları şunlardır: Depresyon, stres, sinirlilik, panik atak, uykusuzluk, dikkat dağınıklığı, baş-boyun-bel ağrıları, kas ve eklem

ağrıları, diyabet, hiperaktivite, hamileler için (normal doğumun daha kolay gerçekleşmesi ve doğum sonrası ağrıların azalmasına yardımcı olur), kanser hastalarının psikolojik sorunlara karşı etkili olarak bağışıklık sistemlerinin güçlendirilmesi başlıca etki ve kullanım alanlarıdır. Müzik tedavisi gibi gevşeme tekniklerinin kanser hastalarında stresi ve ağrıyı azaltmada ve yaşam kalitesini geliştirmede etkinliği gösterilmiştir (14).

KAYNAKLAR:

1. Rankin-Box D (1996). Hypnosis. Complement Ther Nurs Midwifery 1996;2(6):148-50.
2. Kök T (2006). Eğitim ve öğrenmede hipnoz. 1. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık; 2006. s.20-40.
3. Sellick SM, Zaza C (1998): Critical review of 5 non-pharmacologic strategies for managing cancer pain. Cancer Prev Control 1998;2:7-14.
4. Stanton HE (1993). Using hypotherapy to overcome examination anxiety. Am J Clin Hypn 1993;35:198-204.
5. Ernst E, Fialka V (1994). The clinical effectiveness of massage therapy-A critical review. Forsch Complementar Med 1994;1:226–232.
6. Monti DA, Yang J (2005). Complementary Medicine in Chronic Cancer Care. Seminars in Oncology 2005;32:225-231.
7. Genuis ML (1995). The use of hypnosis in helping cancer patients control anxiety, pain, and emesis: A review of empirical studies. Am J Clin Hypn 1995;37:316-325.
8. Jacknow DS, Tuchann JM, Link MP, Boyce WT (1994): Hypnosis in the prevention of chemotherapy-related nausea and vomiting in children: a prospective study. J Dev Behav Pediatr 1994;15(4):258-264.
9. Kohen DP, Mahowald MW, Rosen GM (1992). Sleeper-terror disorder in children: the role of selfhypnosis in management. Am J Clin Hypn1992;34(4):233-44.
10. Mantle F (2003). Eating disorders: the role of hypnosis. Paediatr Nurs 2003;15(7):42-5.
11. Taştan K, Set T (2013). Bilinçaltının terapötik gücü:Hipnoterapi. Ayhan Ofset, Erzurum, 2013 s. 77
12. Tucker SM et al (1996). Patient Care Standards Collabrative Practice Planning Guides, Sixth Edition, Mosby yearbook.
13. Yoo HJ, Ahn SH, Kim SB, Kim WK, Han OS (2005): Efficacy of progressive muscle relaxation training and guide dimagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. Support Care Cancer 2005;23
14. Beck SL (1991). The therapeutic use of music for cancer-related pain. Oncol Nurs Forum 1991;18: 327–1337.

15.5. PALYATİF BAKIMDA AKUPUNKTUR

Yrd. Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR[1], Prof. Dr. Fatih AKÇAY[1]

[1]Atatürk Üniversitesi, Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Uygulama ve Araştırma Merkezi, Erzurum

Akupunktur, Latince bir kelime olup; acus (iğne) ve puncture (batırma) kelimelerinin biraraya gelmesiyle oluşmuştur. Vücutta belli noktaları iğneyle uyararak yapılan ve 3000 yıl öncesinden bu yana uygulanan bir alternatif tedavi modalitesidir. Özellikle modern tıbbın yetersiz kaldığı ve kronik ağrılı durumlarda tercih edilen akupunktur tedavisi son yıllarda hem hekimler hem de hastalar tarafından yoğun ilgi görmektedir.

Günümüzde gelişen bilim ve teknoloji eşliğinde kanser tedavilerinde epey yol alınmış ve kanser hastalarının yaşam süresi uzamıştır. Fakat bu süreçte hastalar tedavilerden kaynaklanan yan etkilerle karşı karşıya kalmaktadır. Bilindiği gibi kanser tedavisi uzun ve maliyetli bir tedavidir. Kanser hastalarında gerek cerrahi tedavi, gerekse radyoterapi ve kemoterapiden sonra yorgunluk, halsizlik, bulantı, kusma, nefes darlığı, kuru ağız ve ağrı gibi birçok şikayet görülür. Ayrıca hastaların duygu durum bozukluğu, uykusuzluk, umutsuzluk ve sürekli kaygı gibi psikiyatrik belirtiler göstermesi de olasıdır. Tüm bunlar kanserle mücadele eden hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Akupunktur felsefesine göre vücutta birbirine zıt, fakat sürekli bir denge içinde seyreden "yin" ve "yang" adı verilen iki enerji bulunmaktadır. Bu iki enerji denge içerisinde olduğunda ise hayat enerjisi olarak bilinen ve "qi" denilen enerji de denge içerisindedir. İşte hastalıklarda ve rahatsızlıklarda bu enerjiler arasındaki denge bozulmaktadır. Vücutta bu enerjilerin dolaştığı kanallar bulunmaktadır. Her bir kanalın cilde açıldığı vücut üzerinde lokalize ettiğimiz noktaları vardır. Bu noktaları iğnelemek suretiyle enerjileri dengeye sokmak ve hastalıkların tedavisine yardımcı olmak mümkündür. Akupunktur tedavisi palyatif bakım gerektiren durumlarda gerek mevcut tedavilerin yan etkilerini gidermede, gerekse hastaların yaşam kalitesini yükseltmede etkili bir yöntem olarak uygulanabilir.

Ağrı

Dünya Sağlık Örgütü, kanser tedavisi sırasında radyoterapi ve kemoterapinin neden olduğu yan etkileri ve kanser hastalarında görülen şiddetli ağrıyı gidermede akupunktur tedavisinin uygulanmasını önermektedir. Yapılan bilimsel çalışmalarda akupunkturun; kanserli hastaların ağrılarını gidermede hem etkin, hem de güvenli bir yöntem olduğu vurgulanmıştır. Yine bir araştırmada akupunktur uygulanan hastaların yarısında kanser ağrısının oldukça azaldığı gösterilmiştir. Başka bir çalışmada ise; akupunktur uygulanan ve uygulanmayan kanser hastalarının ağrı şiddeti karşılaştırılmış ve akupunktur uygulananlarda ağrının %40'a yakın azaldığı görülürken; uygulanmayanlarda değişiklik olmamıştır. Akupunktur vücudumuzda morfine benzer özellikteki analjezik kimyasalların salınmasını sağlayarak analjezik etki göstermektedir.

Bulantı ve Kusma

Kanser hastalarında kemoterapinin neden olduğu en önemli yan etkilerden biri bulantı ve kusmadır. Akupunktur, özellikle kemoterapi başlamadan bir gün önce ve kemoterapi bittikten bir gün sonrasına kadar her gün uygulandığında hastaların şikayetlerini azalttığı gibi, eşlik eden uykusuzluk, ağrı ve anksiyete üzerine de etkili olmaktadır.

Kuru Ağız

Radyoterapiden sonra sık karşılaşılan bir durum olan kuru ağızda, akupunktur uygulanan hastalarda tükrük salgısının arttığı gösterilmiştir.

Yorgunluk

Kanser hastalarında yaşam kalitesini bozan bir diğer semptom da yorgunluktur. Özellikle radyoterapi alan hastalarda görülen bu semptomun modern tıp yöntemleri ile tedavi edilmesi güçtür. Oysa radyoterapi sırasında uygulanan akupunktur ile hastalar daha az yorgunluk hissetmektedirler.

Depresyon, Kaygı ve Uykusuzluk

Kanser tedavisi sırasında hemen her hastada depresyon, sürekli kaygı hali ya da uyku kalitesinde bozulma görülebilir. Akupunktur tedavisi ile hem nörolojik sistemin, hem de endokrin sistemin uyarılmasıyla salınan nöromediyatörlerle depresyon ve kaygı azalırken; uyku kalitesi de artar.

Sonuç olarak, palyatif bakım gerektiren kanser hastalarında tedavi sırasında oluşacak semptomları gidermede ve yaşam kalitesini artırmada en eski alternatif tedavilerden biri olan ve yan etkisi hemen hemen olmayan veya çok nadir olan akupunktur tedavisi mutlaka düşünülmelidir.

KAYNAKLAR:

1. Garcia MK, McQuade J, Haddad R, Patel S, Lee R, Yang P, Palmer JL, Cohen L (2013). Systematic review of acupuncture in cancer care: a synthesis of the evidence. J Clin Oncol. 2013 Mar 1;31(7):952-60.
2. O'Regan D, Filshie J (2010). Acupuncture and cancer.Auton Neurosci. 2010 Oct 28;157(1-2):96-100.
3. Tas D, Uncu D, Sendur MA, Koca N, Zengin N (2014). Acupuncture as a complementary treatment for cancer patients receiving chemotherapy. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(7):3139-44.
4. Ezzo JM, Richardson MA, Vickers A. et al (2006). Acupuncture-point stimulation for chemotherapy-induced nausea or vomiting. Cochrane Database Syst Rev. 2006;19(2):CD002285.
5. Filshie J, Rubens C (2011). Acupuncture in palliative care. Acupunct Med. 2011;29(3):166-7.
6. WHO. Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trials. URL: http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4926e/s4926e.pdf. Erişim tarihi: 14.09.2014.

15.6 PALYATİF YARA BAKIMI

Doç. Dr. Mehmet IŞIK[1]

[1]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD Erzurum

Ölmekte olan hastanın kronik yaralarının semptomlarını azaltmak için verilen sağlık bakım hizmetlerine palyatif yara bakımı denir. Hayatının son dönemlerini yaşayan kronik yarası olan hastalarda, yara bakımında amaç hem yaranın iyileşmesine hem de ölmekte olan hastanın ızdıraplarını azaltmaya yönelik olabilir. Palyatif yara bakımı hastanın ihtiyaç ve beklentileri göz önüne alınmadan, özen gösterilmeden yapıldığında terminal dönemdeki hastanın yaşam kalitesini olumsuz olarak etkiler. Palyatif bakımda amaç, ölümü, her canlının yaşadığı hayatın bir gerçeği olarak kabul ederek, *geciktirme veya hızlandırmaya yönelik bir girişimde bulunmadan* ağrı veya diğer ızdırap verici semptomları azaltmaya yönelik sağlık bakım hizmeti sunmaktır (1). Terminal dönemdeki hastalarda gelişen cerrahi yaralar, basınç ülserleri, kansere bağlı oluşan yaralar veya farklı nedenlerle oluşan diğer kronik yaralar bu kapsamda değerlendirilebilir. Bu kapsamda palyatif yara bakımında kullanılabilecek maggot tedavisi ve huridoterapi ele alınacaktır.

Maggot Tedavisi

Maggot tedavisi enfekte yaranın debridman ve tedavisinin canlı sinek larvası ile yapılmasına denir. Larva tedavisi, maggot debridman tedavisi veya biocerrahi olarak da adlandırılan maggot tedavisinin popülerliği bütün dünyada hızla yayılmaktadır. Bu tedavide enfekte yara dokusu üzerinde bırakılan larvalar nekrotik dokuyu çok iyi bir şekilde temizlemekte ve debride etmektedir. Uygulaması son derece kolay ve sonuç mükemmel derecede iyidir. Antibiyotik rezistansı gelişmiş olan vakalarda çok düşük maliyetle ve hastaya da ağrı vermeden uygulanabilen bir yara temizleme operasyonudur. Bu tedavide enfekte yara üzerine bırakılan sinek larvalarının salgılamış olduğu enzimler nekrotik dokuyu eriterek larvaların beslenebileceği bir besine dönüştürür ve larvalarda sıvı hale gelmiş olan bu nekrotik doku artıkları ile beslenir. Tedavi sonrasında temiz bir doku ortaya çıkar. Bu temizlenmiş dokunun iyileşme potansiyeli ve uygulanacak ilaçlara cevap verme oranı çok daha iyidir.

Maggot tedavisinin etkisini ilk defa 1861-1865 yılları arasında yapılan Amerikan Sivil Savaşı sırasında, yaraları kurtlanan askerlerin yaralarının daha çabuk iyileştiğini fark eden ordu cerrahi J.F. Zacharias tarafından fark edilmiş ve rapor edilmiştir. Zacharias askerlerin yaralarına

sineklerin konup, larva bırakmalarını kolaylaştırmaya çalışmıştır (2). Sonraki yıllarda Johns Hopkins Hospital'da, ortopedik cerrah olan William S. Baer sinek larvalarını iyileşmeyen yaralara uygulamaya başlamış ve bu konuda yayınlar yapmıştır (3). PubMed'de yapılan taramada maggot tedavisi konusunda literatürde 4845 yayının olduğu görülmektedir. PubMed'de listelenmeyen dergileri de göz önüne alınacak olduğunda maggot tedavisinin, bilim dünyasında yoğun olarak üzerinde çalışılan konulardan biri olduğu sonucuna varılabilir.

Tedavide kullanılan sinek türü Türkçe'de et sineği veya gök sinek denilen Luciliasericata'dır (veya Phaeniciasericata) (Resim 1).

Resim 1 Yeşil et sineği, *Luciliasericata ve larvaları*

Tedavide kullanılan larvaların, maggot tedavisinde kullanılmak üzere laboratuvar ortamında steril olarak üretilmiş olmasına dikkat edilmesi gerekmektedir. Ülkemizde bazı merkezlerde maggot tedavisi kronik yaraların debridman ve tedavisinde kullanılmaktadır.

Hirudoterapi (Tıbbi Sülük Tedavisi)

Tedavi amacıyla sülük veya sülükten elde edilen ürünlerin kullanılmasına *hirudoterapi* denir. *"Hirudo"* Latince "sülük" anlamına gelir. Hirudo medicinalis ve Hirudo verbana tıbbî uygulamalarda en sık kullanılan sülük türleridir.Tıbbî sülüğün antibakteriyel analjezik, miyorelaksan, nörotrofilik (4) etkinliği kanıtlanmıştır. Sülük salyasında bulunan hirudin antikoagülan bir maddedir. Trombine bağlanarak kanın pıhtılaşmasını engeller. Bu şekilde dolaşımı bozuk olan kronik yaralarda kan dolaşımını arttırır. Ayrıca kanser ağrılarının azaltılmasında etkisi olabilir (5). Venöz stazlara bağlı gelişen yaraların tedavisinde etkili olabileceği gösterilmiştir (6). Plastik ve rekonstrüktif cerrahide özellikle uç organ amputasyonu sonrası yapılan implantasyon veya rekonstrüksiyon sonucu gelişen periferik dolaşım bozuklukları (7) ve geniş yüzeyli flep uygulamaları sonrası oluşan iyileşmeyen yaraların tedavisinde başarıyla kullanılabilir (8).

Tedavide sülük yaranın tam üzerine değil yara kenarından 2-3 cm proksimale uygulanmalıdır. Bir seansta yaranın büyüklüğüne bağlı olarak 2-10 arası sülük uygulanabilir. Tedavide hiçbir zaman kullanılan sülükler tekrar kullanılmamalıdır. Kesinlikle bir hastaya uygulanmış olan sülük başka bir hastaya da uygulanmamalıdır. Sülük tedavisi hem ağrı kesici özelliği hem de konjesyona bağlı oluşan ödem ve ağrının azaltılmasında etkili olduğu için palyatif yara bakımında kullanılabilecek önemli bir tedavi yaklaşımıdır.

KAYNAKLAR:

1. Goverment of Western Australia, Department of Health. For patients receiving palliative care, their families and carers: URL: http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/cancer/palliative/index.cfm Erişim tarihi: 15.09.2014
2. Fleischmann W, Grassberger M, Sherman R (2004). Maggot therapy: a handbook of maggotassisted wound healing. 1st edn. ed. Stuttgart: Thieme; 2004
3. Baer WS (1931). The treatment of osteomyelitis with the maggot (larva of the blowfly). J Bone Joint Surg 1931;13:438-75
4. Chalisova NI, Baskova IP, Zavalova LL, Pennijainen VA (2003). The neurite-stimulating influence of components of medicinal leech salivary gland secretions in organotypic culture of spinal ganglia. Neuroscience and behavioral physiology. 2003;33(1):85-8
5. Kalender ME, Comez G, Sevinc A, Dirier A, Camci C (2010). Leech therapy for symptomatic relief of cancer pain. Pain medicine. 2010;11(3):443-5
6. Mamelak AJ, Jackson A, Nizamani R, Arnon O, Liegeois NJ, Redett RJ, et al (2010). Leech therapy in cutaneous surgery and disease. Journal of drugs in dermatology : JDD. 2010;9(3):252-7
7. Yantis MA, O'Toole KN, Ring P (2009). Leech therapy. The American journal of nursing. 2009;109(4):36-42; quiz 3
8. Zhao X, Higgins KM, Enepekides D, Farwell G (2009). Medicinal Leech Therapy for Venous Congested Flaps: Case Series and Review of the Literature. Journal of Otolaryngology-Head & Neck Surgery. 2009;38(2):E61-E4

15.7. PALYATİF BAKIM TEDAVİSİNDE GEVŞEME EGZERSİZLERİ

Doç. Dr. Serkan BAKIRHAN[1]

[1] İzmir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon AD

Palyatif bakım, ilerleyici ve tedavisi olmayan, ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir bakım sistemidir. Dünya Sağlık Örgütüne göre palyatif bakım; kapsamlı bir değerlendirme ve tedaviyle hastalar tarafından yaşanan fiziksel, psikososyal ve manevi semptomların giderilmesini, aynı zamanda ailenin ve bakım hizmeti verenlerin desteklenmesini ve ağrı düzeylerinin hafifletilmesini amaçlar. Palyatif bakım hizmetleri bileşenleri arasında yer alan ve hastanın yaşam kalitesini arttırmayı amaçlayan fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamaları ile ağrı başta olmak üzere diğer semptomlar (yorgunluk, uyku problemleri, nefes darlığı, anksiyete ve depresyon gibi) azaltılmaya çalışılır.

Palyatif bakımda,fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamaları içinde kullanılan gevşeme egzersizleri, hastaların bu dönem içerisinde uzun süreli fiziksel ve fonksiyonel immobilizasyonu nedeni ile oluşan kas iskelet sistemine ait komplikasyonların azaltılmasında önemlidir. Hastaların çoğu ölümle ilgili korkulardan, geride bıraktıklarının yaşanan duygusal, sosyal ve maddi zorluklardan dolayı anksiyete içindedir. Hastalığın yarattığı dispne, ağrı gibi semptomlar da bu tabloyu ağırlaştırabilir.

Gevşeme, genel fiziksel immobilite ve sempatik sinir sistemi üzerine inhibe etkisi nedeni ile iskelet kaslarının gevşemesini içeren bir durum olarak tanımlanır. Koruyucu, tedavi edici ve başa çıkıcı bir yetenek olmak üzere farklı amaçlar ile kullanılan gevşeme egzersizleri ile stres semptomları azaltılmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalarda palyatif bakımda yapılan ve fizyoterapi ve egzersiz uygulamaları içerisinde yer alan gevşeme egzersizlerinin önemli olduğu ve hastalarda kullanımının yararları bildirilmektedir. Bu dönemde hastalara verilecek gevşeme egzersizleri ile stres semptomlarında düzelmeler sağlanmaktadır. Palyatif bakım hastalarında gevşeme egzersizleri ile kalp hızı ve kan basıncında azalma, solunum frekansı ve oksijen tüketiminde kaslara ait metabolik hızda azalma, tükrük salgısında artma, idrar atılımında fazlalaşma, periferik kaslara ait damarlarda genişleme ile gevşeme, periferik ısıda artma sağlanırken kas geriliminde de azalma sağlanmaktadır. Bu gibi fizyolojik bulgularda düzelmeler ile yorgunluk ve anksiyete de azalma ile mental konsantrasyon, çevresel uyarılara karşı dikkat ve ilgi de artış sağlanır. Böylelikle hastaların genel iyilik halinde bir artış ile ağrı kontrolü sağlanır.

Gevşeme egzersizlerinde hastada iyi bir gevşeme sağlamak için solunum kontrolü ile çevresel şartların iyi ayarlanması gerekmektedir. Mümkünse maksimum sessizlik sağlanmalı, fizyoterapist alçak ses tonu kullanmalı ve uygun ışıklandırma yapılmalıdır. Gevşemenin daha iyi sağlanması için vücut kısımları maksimum desteklenmelidir. Gevşemenin daha etkili olması için hastalarda solunum kontrolü ve müzik eşliğinde yapılması sağlanmalıdır.Bu konuda yapılan çalışmalarda terminal safhadaki palyatif hastalarında müzik terapilerinin etkili olduğu bildirilmiştir. Kullanılan yatağın çok sert ve çok yumuşak olmaması gerekmektedir. Aşırı yumuşak yatak yapısı toraksı sıkıştırarak inspirasyon yaptıran kasların zorlanmasına neden olabilir. Bu amaçla değişik yatış pozisyonları kullanılabilir. Sırtüstü pozisyon, yarım yatma pozisyonu, eğer hastanın göğüs kısmında aşırı bası ve solunum güçlüğüne neden olmadan yatabiliyorsa yüzüstü pozisyon, yan yatma pozisyonu (pelvis ve omuzlar desteklenerek) ile gevşeme pozisyonları verilebilir. Bunlar dışında vertikal ip ve yaylar kullanılarak hastanın tamamen asılı olarak olduğu tam asılma (total süspansiyon) pozisyonlarda kullanılabilir. Bu şekilde hastaya daha fazla bir rahatlık ve hafiflik hissi verilecektir. Bu pozisyonlarda, hastanın solunum hızı başta olmak üzere diğer vital bulgularının da iyi şekilde takip edilmesi ve duruma göre pozisyonların değiştirilmesi gerekmektedir. Palyatif tedavide, hastaların vital bulgularındaki anlık değişim durumları göz önüne alındığında bu konuda dikkatli olunması gerekmektedir.

Palyatif bakım tedavisinde, fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında kullanılan bazı gevşeme yöntemleri bulunmaktadır. Bu gevşeme yöntemleri, hastanın durumuna göre şekillendirilebilmektedir.

Bu yöntemlerden birincisi Jacobson tarafından 1920'li yıllarda geliştirilen ve gevşeme durumunun öğrenilmesi üzerinde durulan ilerleyici kas gevşeme yöntemidir. Bu yöntemde kişi iskelet kaslarını kasar ve gevşetir. Eğitimde kasların kontraksiyon ve gevşeme arasındaki abartılı farklardan da küçük miktardaki farkların tanınmasına doğru yönlendirilir. Bu tip gevşeme eğitiminin mutlaka solunum kontrollü yapılması oluşabilecek yorgunluk vb. durumların engellenmesinde önemlidir. İlerleyici kas gevşeme tekniklerinin palyatif bakım tedavisinde kanser hastalarında depresyon ve anksiyete gibi hastalığa ait semptomların azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir. Kas kontrolünün kullanılmasına dayanılan bu yöntemde anksiyete ile gerilimin azaltılması amaçlanır.

Gevşeme egzersizlerinde kullanılan diğer yöntem hızlandırılmış ilerleyici gevşeme yöntemidir. Daha kısa peryodlarla daha iyi gevşeme sağlamak, strese bağlı aşırı gerilimi kontrol etmekte kullanılır. Günde 2 defa ve 15-20 dk'lık eğitim şeklinde yapılır. Gevşeme egzersizlerinden diğer yöntem fizyoterapist Laura Mitchell tarafından geliştirilen ve basit gevşeme

olarak da ifade edilen yöntemdir. Özellikle solunum güçlüğü çeken kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastanın enerji harcamasını azaltmak için öne doğru eğilerek kollar ve baş bir masa üzerinde yastık ve diğer yapılarla desteklenerek oturma pozisyonu seçilir.

Otojenik inhibisyon yöntemi, gevşeme egzersizlerinde kullanılan diğer yöntemler içinde yer alır. Hipnoza dayalı bir uygulamadır. Bu yöntemde kişi bedensel duyular üzerinde odaklaşır ve pozitif yönde kişinin yaşam şekillerini hayal ederek bireyde kontrol duygusunu ve gevşemeyi sağlayan bir yöntemdir. Kişi bu yöntemde hafızasında barışcı bir çevre veya bir eğitmen rehberliğinde hastada var olan ağrıyı azaltmaya yönelik bir senaryoyu düşleyerek ağrılı uyarandan uzaklaşması sağlanır. Bu yöntemde hastanın ağrısı yok iken veya çok ağrısı varken öğretilerek diğer farmakolojik olmayan yöntemler ile birlikte kullanılabilir. Otojenik eğitimde ritmik solunum egzersizleri ile de kombine edilebilir.

Palyatif bakım tedavisi içinde ağrı ve kas spazmının azaltılması ve psikolojik bir gevşeme sağlamada kullanılan yöntemlerden biride biofeedback uygulamalarıdır. 1970'lerin başında kullanılan ve klinisyenler arasında yaygınlaşan bu uygulamada, özel ekipmanlar kullanılarak, normal veya anormal fizyoloji olayları görsel, işitsel veya başka sinyaller haline çevirerek, bu sinyalleri değiştirip istemli olayları istemsiz ve/veya uygunsuz olayları kontrol etmeyi öğretme tekniğidir. Biofeedback uygulamaları içinde yer alan elektromyografik-EMG uygulamalarında kasın iç elektriksel özellikleri değerlendirilir. Miyoelektriksel aktivite derideki elektrotlarla alınır, büyütülerek görsel ve işitsel olarak hastaya gönderilir. Fizyoterapi ve rehabilitasyon alanındaki uygulamalarda genellikle yüzeyel elektrotlar kullanılmaktadır. Tedavinin hedefi kasta gevşeme sağlamak için miyoelektriksel aktiviteyi azaltmaktır. Hastadan önce kasını kasması, sonra gevşetmesi istenir. Sonrasında biofeedback uygulaması ile gevşeme eğitimine başlanır. Palyatif bakım tedavisinde spastisite, distoni kontrolü, özel kas aktivitesinin reedükasyonun yanı sıra terminal safhadaki kanser hastalarında gevşeme sağlayarak ağrı kontrolünde etkili olduğu çalışmalarda gösterilmiştir.

KAYNAKLAR:

1. Yoo HJ, Ahn SH, Kim SB, Kim WK, Han OS (2005). Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. Support Care Cancer, 2005;13:826-833.
2. Jensen W, Bialy L, Ketels G, Baumann FT, Bokemeyer C, Oechsle K (2014). Physical exercise and therapy in terminally ill cancer patients: a retrospective feasibility analysis. Support Care Cancer, 2014;22:1261-1268.
3. Warth M, Kessler J, Koenig J, Wormit AF, Hillecke TK, Bardenheuer HJ (2014). Music therapy to promote psychological and physiological relaxation in palliative care patients: protocol of a randomized controlled trial. BMC PalliatCare, 2014;17:60.

4. Tsai PS, Chen PL, Lai YL, Lee MB, Lin CC (2007). Effects of electromyography biofeedback-assisted relaxation on pain in patients with advanced cancer in a palliative care unit. Cancer Nurs, 2007;30:347-353.
5. Otman AS (2006). Egzersiz Tedavisinde Temel Prensipler ve Yöntemler. Ankara: METEKSAN AŞ.
6. Yakut E (2008). Kanıta Dayalı Elektroterapi. Ankara: PELİKAN Yayınları.
7. Taşpınar O, Aydın T, Akçakaya A (2014). Kanser rehabilitasyonunda palyatif yaklaşımın yeri ve önemi. Bezmialem Science, 2014;1:31-37.
8. Yıldırım YK, Fadıloğlu C, Uyar M (2006). Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. Ağrı, 2006;18:26-32.

15.8. PALYATİF BAKIM VE EGZERSİZ - KLİNİK PİLATES

Yrd. Doç. Dr. Hülya Özlem ŞENER[1]

[1] İzmir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon AD

İnsan kaç yaşında ve hangi sağlık profilinde olursa olsun her an aktivite içindedir. Aktivite ile kast edilen, egzersiz olmasa bile günlük yaşam aktivitelerinin devam ettirilebilmesi için yapılan davranışlardır.

Yaşlanan bir kişide kronolojik yaşının ilerlemesinin yanı sıra biyolojik, sosyolojik ve psikolojik faktörlerde de gerileme olmaktadır. Kardiyovasküler sistem fonksiyonlarının azalmasına bağlı olarak egzersiz kapasiteleri azalmakta, bunu karşılayacak solunum aktivitesi düşmekte ve muskuloskeletal beslenme yetersizliği olmaktadır. Bunlara bağlı olarak da sistemler olumsuz etkilenmekte ve yaşlanma süreci egzersiz yapanlara oranla daha hızlı olmaktadır. Sedanter yaşam sürenlerde, yaşlılıkla birlikte hipertansiyon, diyabet, solunum sıkıntısı gibi kronik problemlerin veya farklı sistem hastalıklarının da varlığı düşünülürse egzersiz kapasitelerinin, günlük yaşam aktivitelerinin, esnekliklerinin ve kas kuvvetlerinin azalması ve dolayısıyla da denge bozukluğu, postural bozukluklar ile diğer işlevsel bozuklukların oluşması kaçınılmaz hale gelir. Bütün bu olumsuz gidişat, yaşlıların psikolojilerinin bozulmasına, depresyon, kaygı ve korkularının artmasına neden olur. Bu durum tamamen sağlıklı yaşlanma sürecinin genel profili olup bir de hastalıklarla savaşarak yaşlanan insanlar düşünülürse gerçekten her bakımdan zor bir süreç olduğu unutulmamalıdır.

Diğer sistematik hastalıkların yanı sıra kanser gibi ilerleyici hastalıklar da ise hasta kaç yaşında olursa olsun genel olarak progresyon ağır olup hastaların fiziksel kapasiteleri, kondüsyonları azalmakta, kardiyovasküler ve pulmoner fonksiyon bozuklukları ile psikolojik problemler oluşmaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda hastalık ne seviye de olursa olsun fiziksel aktivitenin, hastaların genel sağlık durumuna, yaşam kalitelerine ve emosyonel durumlarına son derece olumlu katkı sağladığını, buna bağlı olarak fiziksel aktivitelerin çeşitliliğinin arttırılmasının çok gerekli ve faydalı olacağı vurgulanmaktadır.

Kanser hastaları için egzersiz programları aerobik kondüsyonu geliştirici kardiyovasküler egzersizler, torakal mobiliteyi arttırması ve dokulara bol oksijen göndermesi açısından solunum egzersizleri, dayanıklılığı ve kas gücünü artırmak için de uygun miktarlarda dirençli egzersizlerden oluşmalıdır. Dolayısıyla seçilecek egzersiz programlarının herhangi bir vücut parçasına spesifik değil, tüm vücudu çalıştıracak şekilde çok amaçlı olması, ancak bu arada hasta için sıkıcı olmayacak bir yapıda oluşturulması gerekmektedir. Bu alanda sağlık profesyonelleriyle

ortak dili konuşabilmek için de isimlendirilmiş egzersiz modellerinin etkinliğinden yararlanmak faydalı olacaktır. Egzersiz etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda kanser hastalarının düzenli egzersiz programları ile hem hayatta kalım sürelerinin hem de yaşam kalitelerinin artabileceği belirtilmektedir.

Son yıllarda pilates, yoga, taichi, aquatik egzersizlerin, tüm vücut hareketlerini kombine çalıştıran, solunumla kombine, kompleks egzersiz modellerinden olması dolayısıyla palyatif dönemde tercih edilebilir. Ancak genel görüş bu egzersiz modelleri ile ilgili çalışmaların arttırılmasıdır.

Bu tip tüm gövdeyi içeren egzersiz modellerinden olan pilates, ilk ortaya çıkışında da hastalıkları tedavi temelinde olması ve fizyoterapi teknikleri içerisinde kullanılması dolayısıyla her dönem ve yaştaki hasta ve sağlıklı bireylerde uygulanmaktadır.

1900'lerin başında batıda "kontroloji" terimiyle ortaya çıkan pilates; biomekanik teorilerin, motor öğrenmenin ve gövde stabilizasyonunun (core stabilizasyon) sağlandığı bir egzersiz metodudur. Joseph Pilates'in "Güç Evi" olarak adlandırdığı core stabilizasyonun sağlandığı bölge de daima aktif olan ve olması gereken kaslar multifidus, transversus abdominus, diafragma, pelvik taban kaslarıdır. Pilates egzersizleri; bu temel kasların hep beraber çalışmasının öğretildiği gövde stabilizasyonu ve bu stabilizasyonu her egzersizde koruma temeliyle görsel imgelemelerin sağladığı akıl ve beden birlikteliğini solunum kontrolü ile birleştiren bir egzersiz modelidir. Klinik pilates adıyla klinikte kulladığımız bu egzersiz modeli ile oluşturulan kassal farkındalık, yaşamsal farkındalığa "ben" bilinci katar.

Klinik pilates egzersizleri; merkez (güç evi) odaklı hareketin kontrolü, kalitesi, belli bir düzgünlük içerisinde akışkanlığı, hareketteki kararlılık felsefesi sayesinde akılda yaratılan hareket düzgünlüğünün, bedene nöromuskuler bir kontrol olarak iletilmesini sağlar. Böylece fonksiyonellik içerisinde izole kas aktivasyonunu ortaya çıkarırken, hastanın zihni bulunduğu an'a çekilir, dikkati kaslarını yönetmek üzere yapılandırılır. Hastanın dikkatini bedenine yoğunlaştırması hastalığın yarattığı olumsuz duygu durumdan uzaklaşmasına neden olur. Grup egzersizleri şeklinde uygulandığında grup desteği, aynı hastalığa sahip diğer kişilerin varlığı, başa çıkma becerilerinin paylaşılmasına ve sosyal izolasyonun giderilmesine ortam sunar. Sonuç olarak hastalık, klinik pilates egzersizleri üzerinden bedeni yeniden yapılandıran bir değişim süreci olarak yorumlanır. Bu şekilde hastaların motivasyonu, egzersizlere katılımları ve yaşam kaliteleri artmaktadır.

Klinik pilates egzersizleri kapalı kinetik zincir hareketlerinden yani distal segmentin sabit olduğu aşamalardan başlar ve yerçekimi ile hareketin zorlaştırıldığı açık kinetik zincir

egzersizlerine doğru ilerler. Her egzersiz kendi içinde aşamalandırılarak egzersizin yükleme prensibine uygun olarak şiddeti artırılmış olur. Ayrıca, klinik pilates egzersizlerinin hem egzentrik hem de konsentrik faz içeren yapıda uygulanması ve gövde stabilizasyonunun yine her egzersizde sürdürülüyor olması yaralanma riskini yok eder ve güvenli bir egzersiz ortamı sunar. İlave olarak proprioseptif girdinin yani eklem derin duyusunun daha da arttırılması için elastik bant, top gibi materyaller ile hareketler şekillendirilir. Dirence karşı yapılan egzersizler propriosepsiyonu arttırmaktadır. Hastaların gördükleri adjuvan tedaviler (radyoterapi, kemoterapi, hormonoterapi) ve tedavilerin komplikasyonları nedeniyle proprioseptif duyularında azalmalar beklenmekte, sonuç olarak eklemlerinin yanlış pozisyonlarını fark edememektedirler. Bu durum postür bozukluklarına, spazmın yarattığı ağrı algısında artışa, ağrı ve olumsuz duygu durum kısır döngüsüne neden olmaktadır. Klinik pilates egzersizleri vücudun kontrolü, gevşemesi ve zihin vücut birlikteliği sayesinde gövde stabilizasyonu sağlanarak; koordinasyon, ideal düzgün postür, eklemlerin normal eklem hareketleri, uniform kas gelişimi ve stres azalması gibi etkileri ortaya çıkmaktadır. O nedenle de klinik pilates egzersizleri düzenli yapıldığında saydığımız etkilerinden dolayı, gelişebilecek semptomları gidermede literatür destekli olarak da oldukça faydalı görünmektedir.

Klinik pilates egzersizlerinin, vücuda kontrollü bir fizyolojik yüklenme yaparak kas ve kardiyovasküler sistem kapasitesini arttırdığını, kollateral damar gelişimi sayesinde de doku enerjisini yükselttiği bildirilmektedir.

Klinik pilates egzersizlerinin temelini oluşturan stabilizasyon eğitimleri ve ekstremite hareketleri, özellikle palyatif bakım dönemindeki hastalarda da kullanılabilecek bir egzersiz türü olup bir bütün içinde tüm vücudun çalıştırılabilmesi açısından da bu tip hastalarda tercih sebebi olabilecek bir egzersiz modelidir.

Fizyoterapist eşliğinde yaptırılan klinik pilates egzersizleri, diğer egzersiz programlarında olduğu gibi hastaya ve hastalığa özel olarak programlanmakta ve her yaş grubunda güvenle kullanılabilecek bir egzersiz modeli olarak karşımıza çıkmaktadır.

KAYNAKLAR:

1. McAuley E, Elacsky S, Royal D (2007). Exercise and its mediating effects on cognition (first edition). Spirduso WW, Poon LW, Chodzko-Zajko W. Human Kinetics, United States of America s. 69-85 ve 183-211
2. Chodzko-Zajko W, Proctor DN, Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, Skinner JS (2009). Exercise and physical activity for older adults. Journal of American College of Sports Medicine, 2009;41:7
3. Kampman E, Vrieling A, Duijnhoven FJ, Winkels RM (2012). Impact of diet, body mass index, and physical activity on cancer survival. Curr Nutr Rep, 2012;1:30–36.
4. Position statement of the National Lymphedema Network (2015). NLN MedicalAdvisoryCommittee, www.lymphnet.org, Updated May 2011. Alıntı 28.01.2015 tarihinde güncellenmiştir.
5. Lane KN, Dolan LB, Worsley D, McKenzie DC (2007). Upper extremity lymphatic function at rest and during exercise in breast cancer survivors with and without lymphedema compared with healthy controls [published online ahead of print June 21, 2007] J Appl Physiol, 2007;103(3):917-925.
6. Courneya KS, Segal RJ, Mackey JR, et al (2007). Effects of aerobic and resistance exercise in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: a multicenter randomized controlled trial. J Clin Oncol, 2007;25(28):4396-4404.
7. Ünal E (2014). Romatoloji bilimi ve biyopsikososyal model In Ünal E. (Ed). Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı. Pelikan Yayıncılık, Birinci Baskı. s. 1-15.
8. Shimizu Y, Shibata R, Ishii M, Ohashi K, et al (2013). Adiponectin-mediated modulation of lymphatic vessel formation and lymphedema. J Am Heart Assoc, 2013;2:438.
9. Quiron E (2010). Recognizing and treating upper extremity lymphedema in postmastectomy / lumpectomy patients: A guide for primary care providers. American Academy of Nurse Practitionare, 2010;22:450-459.
10. Keays KS, Harris SR, Lucyshyn J, MacIntyre D (2008). Effects of pilates exercises on shoulder range of motion, pain, mood, and upper-extremity function in women living with breast cancer: a pilot study. Phys Ther, 2008;88:494-510.
11. Schmitz K (2010). Balancing lymphedema risk: Exercise versus deconditioning for breast cancer survivors Exerc Sport Sci Rev, 2010;38(1):17–24.

15.9. PALYATİF BAKIMDA TERAPÖTİK MASAJ TEDAVİSİ

Yrd. Doç. Dr. Mehmet ÖZKESKİN[1]

[1] İzmir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon AD

Tamamlayıcı tıbbın halk sağlığında, kronik hastalıklarda, kanser de kullanımı yaygındır. Tamamlayıcı, entegratif, alternatif tıp gibi birçok isimle anılan ve terminolojik karmaşıklığa yol açan uygulamalar son yayınlarda nonfarmokolojik yaklaşımlar olarak genel başlık altında toplanmaktadır. Kanserde ve birçok hastalıkta uygulanan masaj tedavisi, terapötik dokunma (iyileşme / spiritüel iyileşme), gevşeme egzersizleri, biofeedback, aromaterapi, akupunktur, acupressure, hipnoz, self hipnoz, homeopati, fitoterapi vb.nonfarmokolojik yaklaşımlar modern tıpla beraber destekleyici olarak kullanılmaktadır. Tamamlayıcı tedavinin en iyi örneği olan masaj tedavisi palyatif bakım hastalarında fiziksel, emosyonel, psikososyal destek sağlayarak semptom kontrolüne yardımcı olmaktadır.

Yüzyıllardır çeşitli kültürler tarafından kullanılan masaj tedavisi ile ilgili yazılı kanıtlar M.Ö. 2000 yıllarına dayanır. Masajın temelinin Çin tıbbına dayandığı ve M.Ö.500'lü yıllara ait Mısır, Pers ve Japon tıp tarihi literatüründe masaj tedavisi ile ilgili referansların yer aldığı bildirilmektedir. M.Ö. 400'lü yıllarda Hipokrat, "Tıp, dokunma sanatıdır" diyerek uygulamayı masaj tedavisi olarak tanımlamıştır. M.Ö. 50-25 yılları arasında Romalı doktor Cornelius Celsius yazdığı 8 kitaptan oluşan tıp dizisinde masaj tedavisi, egzersiz, banyo ve masaj tedavisi yağlarını içeren bilgiler vermiştir. Doğuda İslam ülkeleri, batıda Slavlar, İsveçliler ve Finliler tarafından sağlık kültürlerinin bir parçası olarak kullandıkları masaj tedavisi, 16 yy'da postoperatif dönemde de kullanılmaya başlanmıştır. Ambrosse Pare, masaj tedavisi tekniklerini sınıflayarak postoperatif eklem sertlikleri ve yara iyileşmesinde kullanmıştır. 19. yy'da, Ling dirseğindeki gut hastalığını masaj tedavisi ve egzersizle iyileştirmiş ve bu alanla ilgili bir okul kurmuştur. Ling, masaj tedavisi ve egzersizi birlikte kullanarak, günümüzdeki İsveç masaj tedavisinin temelini oluşturmuştur. Hoffa'nın kitabı masaj tedavisi tekniklerini içeren alandaki en temel eser olarak kabul edilmektedir. 1894'te İngiltere'de kurulan dernekle masaj tedavisi uygulayanların akademik eğitiminin gerekliliği, etiği ve sertifikasyonu oluşturulmuştur. McMillan, 1. Dünya Savaşı sonrasında yaralıların rehabilitasyonunda masaj tedavisini kullanmıştır. Mennel "Hareket, Manipulasyon ve Masaj Tedavisi ile Fizik Tedavi" kitabında değindiği masaj tedavisinin refleks ve mekanik etkileri günümüzdeki deneysel çalışmalarla desteklenmiştir. 1918'de Sister Kenny, masaj tedavisini, polio epidemisi sonrası hastalarda paralizi nedeniyle oluşabilecek

komplikasyonları önlemek için kullanmıştır. 1920'de Alman fizyoterapist Dicke ve Ebner "konnektif doku masajı" tekniğini geliştirmiştir. Fizyolog Vodder'in ortaya çıkardığı yüzeyel venlere hafifçe uygulanarak yapılan "manuel lenfatik drenaj" tekniği günümüzde meme cerrahisi operasyonları başta olmak üzere birçok periferik vasküler hastalık sonrası oluşan lenfödemin tedavisinde kullanılmaktadır. 1940-1950'lerde ortopedist Cyriax kullandığı "transvers friksiyon masaj tedavisi" ile çıkardığı "Textbook of Orthopedic Medicine"'nda yumuşak dokuları sınıflandırarak ayırıcı tanı yöntemlerini belirlemiş, yumuşak doku manipulasyon tekniklerini geliştirmiştir. 1960 sonrası kronik hastalıklarda, cerrahi ve ilaca dirençli hastalarda tamamlayıcı tedavi olarak kullanılmıştır. Melzack "Kapı Kontrol Teorisi" ile ağrının azaltılmasındaki nöral mekanizmaları açıklamıştır. Sonraki çalışmacılarda buna dayanarak masaj tedavisinin endorfin salınımında ne kadar önemli bir tedavi olduğunu, masaj tedavisini kapsayan dıştan yapılan uygulamaların morfin benzeri ağrı kesici kimyasalları serbestleştirdiğini belirtmişlerdir. Melzack, lezyon bölgesinin yakınındaki bölgeye uygulanan aşırı soğuk, basınç vb. yoğun duyusal stimulusları beyine daha hızlı ulaştıran yolun olduğunu ve bu duyusal stimulusların ağrı iletimini kestiğini belirterek bunu "Hiperstimülasyon Analjezisi" olarak tanımlamıştır. Bu gelişimlerden sonra masaj tedavisinin oluşturduğu etkiler klinik çalışmalarla ortaya çıkarılmıştır.

Terapötik masaj tedavisi; kas, deri, ligament ve fasya vb. yumuşak dokulara ve yüzeyel dokular altındaki yapılara sistematik ve bilimsel olarak uygulanan stroking (effleurage), kneading (petrissage), friksiyon, vibrasyon, kompresyon, germe hareketlerinin kombinasyonundan oluşan tedavi edici manuel yöntemlerin adıdır. Masaj tedavisi, fiziksel kondisyonu korumak, kas tonusunu ve dolaşımı artırmak, gevşeme sağlamak, kardiyovasküler ve sinir sisteminde tedavi edici etkileri oluşturmak amacıyla soğuk ve sıcak uygulamalarla birlkte kullanılabilir. Masaj tedavisiin temel olarak mekanik ve fizyolojik etkileri vardır. Masaj tedavisinin metabolizma, muskuloskelatal sistem, sinir sistemi, kardiyovaskuler sistem, solunum sistemi, üriner sistem üzerine fizyolojik farklı etkileri bulunmaktadır. Özetle; deri dolaşımını artırarak hücre beslenmesini, rejenerasyonunu, sebum artışı ile derinin enfeksiyonlara karşı direncini sağlar. Yüzeyel kapillerlerin dilatasyonu ile deri rengini ve deri elastikiyetini artırır. Fibrosis, skar ve adhezyonları önler. Akciğerlerden mukusun atılmasını, parasempatik aktivite ile sindirimin kolaylaşmasını sağlar. Abdominal distansiyon, konstipasyon, kolik ve gaz şikayetini azaltır. Yoğun efor sonrası kastaki toksinleri (laktik asit) uzaklaştırır, kas ağrısı ve yorgunluğu azaltır. Antikoagülan etkisi vardır, venöz dönüşe yardımcı olur. Ödemi, lenfatik drenajla azaltır, endorfinleri arttırır, iskemiyi azaltır. Sedatif etkisiyle kalp hızını, solunum hızını, kapiller dilatasyonla kan basıncını geçici olarak azaltır. Otonom ve endokrin sistem üzerine refleks etkileri

vardır. Hoffman refleks eksitabilitesini azaltarak motor nöron eksitabilitesini inhibe eder. Stres, anksiyete ve depresyonu azaltır, kendine güven, vücut algısı ve psikolojik iyilik halinin oluşmasını sağlar.

Masaj tedavisinin dozajı olgunun yaşı, vücut yapısı, semptomlarındaki değişikliğe, masajın süresine, sıklığına, uygulanan masaj bölgesinin büyüklüğüne, uygulanan masaj hareket tekniklerine göre değişir.

Masaj tedavisinde kullanılan hareket teknikleri şunlardır. Derin ve yüzeyel stroking tipleri, kneading, pinching, wringing, rolling vb. kompresyon tipleri, hacking, clapping, slapping, tapping, beating, pounding vb. perküsyon tipleri, ayrıca friksiyon, shaking, vibrasyon vb hareket teknikleri bulunmaktadır. Eğitimde bunlar uygulamalı olarak öğretilmelidir.Hangi olguda hangi hareket tiplerinin uygulanması gerektiği olgunun değerlendirilmesine, masajı uygulayan kişinin bilgisine, deneyim ve tecrübesine bağlıdır.

Batıda ve ülkemizde en sık İsveç masajı kullanılmaktadır. Masaj eğitimlerinde de daha çok bu uygulama öğretilmektedir. Ayrıca derin doku masajı, transvers friksiyon masajı, miyofasyal tetik nokta masajı ve gevşetme, yumuşak doku mobilizasyonu, nöromuskuler trigger nokta masajı, konnektif doku masajı, manuel lenfatik drenaj acupressure, shiatsu, craniosacralterapi, refleksoloji gibi özellikli teknik ve uygulamalar, fizyoterapistlerin bir kısmını lisans eğitimlerinde aldıkları, bir kısmını da mezuniyet sonrası kurslarla sertifikasyonu yapılan uygulamalardır.

Bu kadar farklı etkileri ve çeşitli uygulama örnekleri olan, temeli dokunma, palpasyon hissetme ve karşılıklı iletişime dayalı olan masaj tedavisinin endike ve kontraendike olduğu birçok hastalık ve durum bulunmaktadır. Masaj genel olarak bel boyun problemleri, ortopedik, nörolojik, pulmoner, obstetrik ve jinekolojik, psikolojik problemlerde kullanılmaktadır. Masaj tedavisinin hastalığa bağlı genel veya lokal kontraendike durumlar vardır. Palyatif bakımda terapötik masaj öncesi hasta, hastalığının akut, subakut veya kronik olma durumuna ve kullandığı ilaçlara (analjezik, antienflamatuar, antikoagülan, kardiyovasküler, böbrek, karaciğer fonksiyonlarını, sinir sistemini, deri duyusu, kas tonusu, refleks reaksiyonları etkileyen ilaçlar) göre detaylı değerlendirilerek, literatürde belirlenen genel veya lokalkontraendikasyonlar bilinerek uygulama yapılmalıdır. Özellikle yüksek ateş, aşırı bulantı kusma, letarji ile seyreden enfeksiyon hastalıklarında doktor tarafından kesin tanı bildirilene kadar masaj uygulanmamalıdır.

Diego ve ark, masaj tedavisi sırasında stroking ve friksiyon hareketlerinin basınç reseptörlerini uyardığını, azalan sempatik aktivite ve artan parasempatik aktivite (vagal tonus) ile immün sistem fonksiyonlarının arttığını bildirmişledir. Tüm masaj tedavisi yapılacak sağlıklı veya hasta kişilerde ve özellikle palyatif bakım hastalarında masaj tedavisi öncesi tıbbi hikaye, geçirdiği

hastalıklar ve operasyonlar, kullandığı ilaçlar ve etkileri, özgeçmiş, soygeçmişve demografik bilgileri mutlaka değerlendirilmeli, kayıt edilmelidir. Özellikle masaj tedavisi, kanser hastalarının radyoterapi, kemoterapi, cerrahi vb aldığı tedavilerin etkileri, yan etkileri, komplikasyonları dikkate alınarak planlanmalıdır. Literatürde kanser hastalarında masaj tedavisi ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Ülkemizde Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğretim üyeleri Prof. Dr. İnci Yüksel ve Prof. Dr. Türkan Akbayrak, çeşitli hastalıklarda terapötik masaj tedavisi ile ilgili çok sayıda çalışmalar yapmışlardır. Yüksel İ. ve ark. birçok hastane ve enstitüde masaj tedavisinin kanser hastalarında aldıkları tedavinin bir parçası olarak kullanıldığını ve metastazla ilgili herhangi bir olumsuz raporun bildirilmediğini vurgulamışlardır. Bu hastalarda masaj tedavisinin ağrı ve anksiyeteyi, kemoterapiye bağlı bulantıyı azalttığı, uykuyu düzenlediğini belirtmişlerdir. Aynı çalışmacılar, direkt tümörün olduğu bölgeye masaj tedavisi yapılmadığı sürece yayılmanın olmayacağını bildirmişlerdir. Masajın genel dolaşımı arttırarak kanser hücrelerinin kan ve lenf dolaşımı ile metastaza zemin hazırladığı yönündeki görüşün doğru olmadığını belirtmişlerdir. Kanser hastalarına önerilen uygun fiziksel aktivite ve egzersizin dolaşımı daha fazla arttırdığı düşünüldüğünde, dokuların günlük metabolik gereksinimleri için kısa bir masaj sonrası rutin dolaşımın biraz daha artmasının önemli olmadığını vurgulamışlardır. Son yayınlara göre kanser hastalarının %34-45'i yetersiz yaşam kalitesi, morbidite, tolere edilmeyen ağrı ile başetmektedir. Akciğer ve karaciğerden sonra kanser metastazlarının en yaygın olduğu üçüncü bölge kemiktir. Jane SW. ve ark. 30 kemik metastazlı kanser hastasında masaj tedavisinin uzun dönem etkileri ve güvenliğini değerlendirmişlerdir. Masajın, uygulama sonrası hemen, 20.-30. dk, 1.-2,5. saat ve 16.-18. saatlerdeki ağrı, anksiyete, kalp hızı ve ortalama arteryal kan basıncına etkisini değerlendirdiklerinde etkinin en çok uygulama sonrası 15. ve 20. dk arasında olduğunu belirtmişlerdir. Masaj tedavisinin kalp hızı ve ortalama arteryal kan basıncı üzerinde değişkenlik yaratacak anlamlı zaman etkisinin olmadığını ve hiçbir hastada masaj tedavisi sonrası herhangi bir yan etki gelişmediğini bildirmişlerdir. Dolayısıyla masaj tedavisinin ağrı üzerine etkisinin kanser hastalarında bile olumlu olduğunu, bunun uzun dönemde de devam ettiğini belirtmişlerdir. Ayrıca kanser hastalarında masaj tedavisinin ağrı üzerindeki etkisi farmakolojik tedavilerle birlikte veya ayrı olarak da daha fazla olgu sayısında randomize kontrollü çalışmalarla araştırılmalıdır.

Özetle; fizyoloji, anatomi, ortopedi, nöroloji, anestezi, algoloji, fizyoterapi ve rehabilitasyon bilimlerindeki deneysel ve klinik bilimsel çalışmalarla masaj tedavisi birçok sağlıklı ve hasta olguda destekleyici ve semptom kontrolünü sağlamaya yönelik kullanılmaktadır. Fakat ülkemizde halk tedavisi olarak kabul edilip basitleştirilen masaj tedavisi hala eğitimsiz

kişiler tarafından etik dışı olarak uygulanmaktadır. Bunun önlenmesi için, yurtdışı örneklerinde olduğu gibi başta üniversitelerin tıp, sağlık bilimleri enstitüleri fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümleri olmak üzere konu ile ilgili daha fazla multidisipliner kanıta dayalı çalışmalar yapılmalıdır. Çeşitli kurslar ile alınan masaj uygulayıcısı sertifikasına sahip kişilerin masaj salonlarında sadece sağlıklı kişilere yönelik uygulama yapması, terapötik masaj (hastaya uygulama) yapmaması daha uygun olacaktır. Bu konu özellikle palyatif bakım hastalarında masaj tedavisi sırasında oluşabilecek istenmeyen semptomları veya komplikasyonları önlemek açısından çok önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR:

1. Yüksel İ, Baltacıoğlu S (2010). Klasik masaj teknikleri. Masaj tedavisi teknikleri. Ed: Yüksel İ Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
2. Fishie J. Complementary medicine for cancer pain control. URL: http://www.restoresportsmassage.co.uk/ Erişim tarihi: 20.01.2015
3. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M (2007). Massage therapy research. Developmental Review, 2007;27:75-89.
4. Diego MA, Hernandez-Reif M, Field T, Friedman L, Shaw K (2001). HIV adolescents show improved immune function following massage therapy. International Journal of Neuroscience, 2001;106:35-45.
5. Abrams HL, Spiro R, Goldstein N (1950). Metastases in carcinomas: analysis of 1000 autopsied cases Cancer, 1950;3:74-85.
6. Mercadante S (1994). Prevalence, causes and mechanisms of pain in home-care patients with advanced cancer Pain Clin, 1994;7:131-136.
7. Nielsen OS, Munro AJ, Tannock LF (1991). Bone metastases: pathophysiology and management policy. Clin J Oncol Nurs, 1991;9:509-524.
8. Coleman RE (1997). Skeletal complications of malignancy Cancer, 1997;80:588-1594.
9. Banning A, Sjogren P, Henriksen H (1991). Pain causes in 200 patients referred to a multidisciplinary cancer pain clinic. Pain, 1991;45:45-48.
10. Jane SW, Wilkie DJ, Gallucci BB, Beaton RD (2009). Effects of a full-body massage on pain intensity, anxiety, and physiological relaxation in taiwanese patients with metastatic bone pain: a pilot study, J Pain Symptom Manage, 2009;37:754-763.