

## EDİTÖRDEN / EDITORIAL

**TÜRKİYE'DE Palyatif Bakım; 2014, GÜNCEL GELİŞMELER, GEREKSİNİMLER****Affe Ayla KABALAK**

Sağlık Bakanlığı Ankara Ulus Devlet Hastanesi

Palyatif bakım ilerleyici ve tedavisi olmayan, ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir bakım sistemidir. Bu sistem uzun süre kritik bakım ya da kronik bakım sürecinde olup semptom bakımı gerektiren hastaları da kapsar ve bu hastaların aktif tedavi birimlerinden bir triyaj sistemi ile doğru birimlere yönlendirilmesi gerekir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre palyatif bakım; kapsamlı bir değerlendirme ve tedaviyle hastalar tarafından yaşanan fiziksel, psikososyal ve manevi semptomların giderilmesini, aynı zamanda ailenin, arkadaşlarının, bakım verenlerin desteklenmesini ve acılarının hafifletilmesini amaçlar. (1)

Amerikan Hospis ve Palyatif Tıp Akademisine ve Amerikan Tıp Enstitüsüne göre palyatif bakım; özellikle tedavi edilemeyen ilerleyici hastalıklarda hastanın fiziksel, sosyal, dinsel ve varoluş gereksinimlerinin kapsamlı yönetimidir. Palyatif bakımın amacı kişisel, kültürel ve dinsel değerlere, inanç ve alışkanlıklara duyarlı kalırken acı çekmeyi dindirme, semptomları kontrol etme, işlevsel kapasiteyi iyileştirme yoluyla olabilecek en iyi yaşam kalitesini sağlamaktır (2,3).

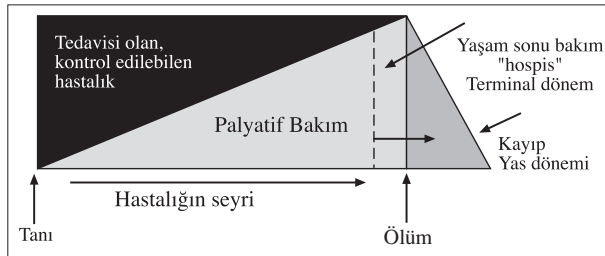
Palyatif bakıma yaşamı tehdit eden hastalığa tanı konduğu anda başlamak gerekir (Şekil 1) (3,4). Palyatif bakımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak görülür. Ölüm ne geciktirilir ne de hızlandırılır, amaç yaşamdan

ölüme geçişi kolaylaştırmaktır. Yaşam süresinden çok yaşamın niteliğiyle ilgilenir. Ölüm yaklaştıkça hastayı ve aileyi rahatlatıcı önlemler yoğunlaştırılır ve hastanın kaybindan sonra palyatif bakım ailenin yas sürecinde desteklenmesine odaklanır.

Dünya genelinde "Palyatif Bakım" ve "Hospis" (Darülaceze) olarak adlandırılan bu bakım hizmetleri benzer yaklaşımları içermekle birlikte hospis bakımı palyatif bakımın içinde yer alır ve yaşamın sonuna çok az ay kala verilen bir hizmettir. Palyatif bakım hastane temelli tedavi ve hasta bakımındır ve aynı zamanda hospis ve evde bakım hizmetlerine destek verir. Hospisler hasta ve refakatçisinin birlikte kalabileceği, hastane kampüsüne çok uzak olmayan yerlerde oluşturulan, ev atmosferine benzer kuruluşlardır. Günümüzde gelişmiş ülkelerde hospis sistemi terminal hastaların rutin evde bakımını, evde günlük vizitleri, evde hemşirelik hizmetlerini ve gerektiğinde hastaların hospitalizasyonu sağlar (5). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre palyatif bakım gerektiren hastalıklar Tablo 1'de sınıflandırılmıştır (4,6).

Palyatif bakım hizmeti multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşım gerektirir. Deneyimli ve eğitilmiş sağlık personeli ve gönüllülerden oluşan bir ekip tarafından hizmet sunulur. Temel amaç hastalığın neden olduğu semptomların önlenmesidir (Tablo 2) (6). Farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin kullanılması ile hastaya son döneme kadar aktif, kaliteli bir yaşam sunulması hedef alınır. Hastanın semptomları kontrol altına alındığında çevresi ile uyumu artacak, antitümör tedaviye yanıt artacak ve tedavinin yan etkileri tolere edilebilecektir (3,6).

Palyatif bakımda temel prensipler Tablo 3'de tanımlanmıştır (1,4,6).



Şekil 1

Çıkar çatışması/Conflict of Interest: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir./ Authors do not report any conflict of interest.

Geliş tarihi/Received: 14/04/2014

Kabul tarihi/Accepted: 29/04/2014

**Yazışma Adresi (Correspondence):**

**Dr. Affe Ayla KABALAK**, Rüzgarlı Cad. Gayret Sokak No: 6 Ulus, ANKARA

**E-posta (E-mail):** affe.ayla.kabalak@gmail.com

**Tablo 1. Palyatif bakım gerektiren hastalıklar**

• Motor nöron hastalıkları ve ilerleyici nörolojik hastalıklar (Alzheimer, ALS, MS)
• İleri dönem organ yetmezlikleri
• Tedavi sürecinde olan ya da tedaviye cevapsız kanserler
• HIV/AIDS
• Çocuklarda genetik/konjenital, ilerleyici hastalıklar

**Tablo 3. Palyatif bakımda temel prensipler**

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

**Bir model tanımı:**

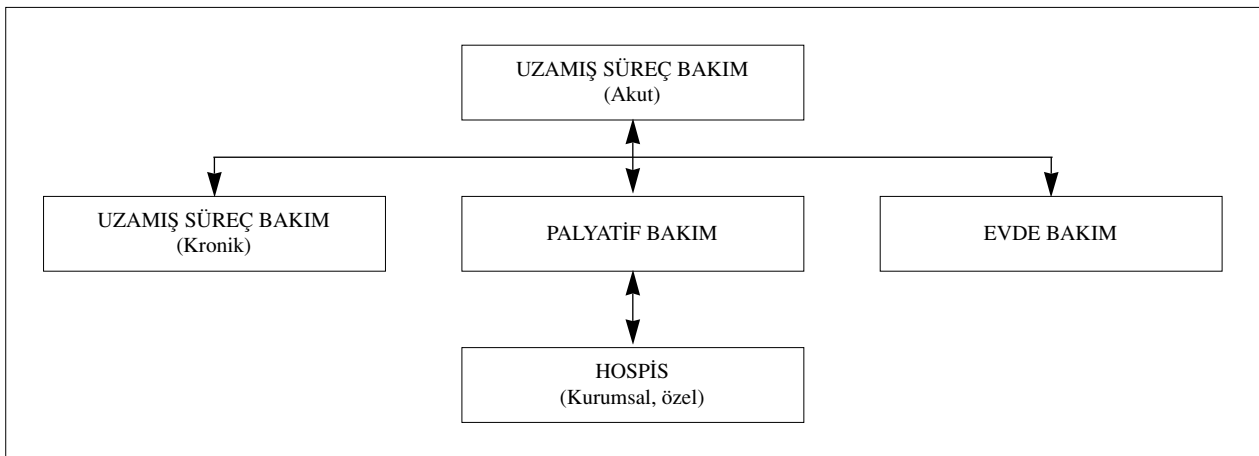
Ülkemizde de palyatif bakımın ilk adımı olarak T.C. Sağlık Bakanlığı "Evde Bakım Hizmeti"ni başlatmıştır. Palyatif bakımın hastane ayağı için ise bu kuruluşun yapısı ve işleyişi hakkında yasal düzenlemelere başlanmış

**Tablo 2. Palyatif bakımda yaşam sonu semptomları**

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

ve erişkin hastalara yönelik ilk "Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi", S.B.Ulus Devlet Hastanesi'nde açılmıştır. Hastanede ülke gereksinimlerine göre farklı bir yapılanma ile hizmet sunumu oluşturulmuştur. Buna göre özellikle Ankara genelindeki yoğun bakımlardan taburcu edilemeyen, yoğun bakım gereksinimi uzun sürecek olan ya da artık tümüyle palyatif bakım gerektiren hastaların kabulünü sağlayacak bir merkez oluşturulmuştur. Uzun süreli yoğun bakım, palyatif bakım, algoloji, evde bakım hizmetleri birlikte yürütülmektedir (6,7). Bu sisteme göre acil ambulans servisi hastanemize akut hasta transferi yapmamakta, akut yoğun bakımlardan uzamış süreçteki yoğun bakım hastaları ya da palyatif bakım hastaları hastaneye kabul edilerek akut yoğun bakımlarda yatak açılması sağlanmaktadır. Bu şekilde akut yoğun bakımların efektif ve spesifik çalışması sağlanmakta, bu yoğun bakımlardaki sağlık personelinin bakım yükü azaltılarak aktif akut yoğun bakım hizmeti sunmalarına olanak sağlanmaktadır.

Hastane içinde de hastanın uygun bakım yerine ve en son evine gönderilmesi için bir triyaj sistemi oluşturulmuştur (Şekil 2). Bakım yerleri hastanın değişen klinik durumuna göre anestezi uzmanları tarafından belir-

**Şekil 2**

lenmekte, diğer klinik uzmanlarından konsültasyon desteği alınmakta, hasta ve yakınlarına psikiyatrist, psikolog, din psikoloğu, vaiz, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı ile destek hizmeti sunulmaktadır. Ayrıca palyatif bakım merkezinde, özel odalarda semptom bakımına geçilen hastaların aile ya da bakıcılarına teorik ve pratik olarak bakım eğitimi verilmekte, taburcu edildikten sonra evde bakım ekibi tarafından hastanın takip ve tedavisine evde devam edilmektedir. Bakım hizmetlerinin bir kısmı ve özellikle sosyal hizmet desteği "Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı" tarafından yürütülmektedir. Hastane olarak atılan bir diğer adım "Sağlık Bakanlığı" ve "Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı" arasında tedavi ve bakım hizmetlerini ortaklaşa yürütmek amacıyla hazırlanan protokoldür. Bu protokolle sosyo-ekonomik yönden yetersiz olan hastaların bakımı kurumsal olarak sağlanabilecektir.

#### **Sonuç:**

Ülkemizde yaşlanan nüfus oranındaki artış, tıbbi tedavideki gelişmeler, tedaviye ulaşmadaki kolaylıklar giderek bakım gerektiren hastaların artışı ile sonuçlanmıştır. Bu hastalar için yoğun bakımlardan, onkoloji ve nöroloji kliniklerinden bir drenaj ve tedavi sistemi oluşturulması gündeme gelmiş ve bir bakım sistemi modellenmiştir. İhtiyaçlar dahilinde ve ülkenin ekonomik, sosyo-kültürel, inancaşsal yapısına göre bu sistem sürekli yenilenmelidir. Bu sistemin çok yönlü ele alınması için multidisipliner ekiplerin deneyim ve görüşlerine gereksinim vardır ve bu konuda atılacak en önemli adım disiplinlerin ortak çalışması ile ulusal bir strateji oluşturulmasıdır.

#### **KAYNAKLAR**

1. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91-96.
2. Bruera E, Billings JA, Lupu D, et al. Academic Palliative Medicine Task Force of the American Academy of Hospice and Palliative Medicine. AAHPM position paper: requirements for the successful development of academic palliative care programs. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39: 743-755.
3. Puchalski CM, Kilpatrick SD, McCullough ME, et al. A systematic review of spiritual and religious variables in Palliative Medicine, *American Journal of Hospice and Palliative Care*, *Hospice Journal*, *Journal of Palliative Care*, and *Journal of Pain and Symptom Management*. *Palliat Support Care* 2003; 1: 7-13.
4. Borasio GD. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliat Support Care*. 2011; 9: 1-2.
5. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med* 2008; 148: 147-159.
6. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* 2013; 11: 56-70.
7. Afife Ayla Kabalak, Kadriye Kahveci, Derya Gokcinar, Necdet Özdoğan, Hasan Çağıl. Structuring of Palliative Care in Ankara Ulus State Hospital, Turkey; 2012-2013. *J Palliat Care Med* 2013; 3: 1-3.