

Derleme

Palyatif Bakım

Palliative Care

Zeynep Ünver¹¹Cumhuriyet Üniversitesi Suşehri Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü**Özet**

Palyatif bakım; ciddi hastalığı olan kişilerde, oluşabilecek semptomları önlemek veya rahatlatmak için yapılan, en iyi yaşam kalitesini elde etmeye yönelik uygulanan bakımdır. Etkili bir palyatif bakım, multidisipliner yaklaşımla hasta ve ailenin gereksinimlerine odaklanır. Palyatif bakım hizmeti; multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşım gerektiren, hastanın ve ailesinin fiziksel, psikososyal ve spiritüel konularla ilgili kapsamlı bakımını içerir. Ülkemizde palyatif bakım hizmetleri uzun yıllarca göz ardı edilmiş olsa da son yıllarda farkındalığın artması ve ihtiyacın anlaşılması ile palyatif bakım merkezleri sayısı artmaya başlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, yaşlı, yaşam kalitesi

Abstract

Palliative care; is a care to prevent or relieve symptoms that may occur in people with serious illness and to achieve the best quality of life. Effective palliative care focuses on the needs of the patient and family with a multidisciplinary approach. Palliative care service; this includes a comprehensive care of the patient and his / her family related to physical, psychosocial and spiritual issues, which requires a multidisciplinary and interdisciplinary approach. Although palliative care services have been ignored for many years in our country, the number of palliative care centers has started to increase with the increasing awareness and understanding of the need in recent years.

Keywords: Palliative care, old, quality of life

Giriş

Yaşlanan toplumlar beraberinde yeni ihtiyaçları meydana getirmektedir. Günümüzde sadece hastalıkların önlenerek sağlığın iyileştirilmesi değil, aynı zamanda kalan hayatın kalitesinin yükseltilmesi, insanların iyi bir yaşama sahip olabilmesi ve zamanı geldiğinde huzurlu bir ölümü karşılayabilmesi istenmektedir. Toplumun yaşlanması ile birlikte yaşamın son yıllarında eşlik eden hastalıkların özellikleri de değişim göstermektedir. Günümüzde bireyler daha çok kalp hastalıkları, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), diyabet, bunama gibi kronik hastalıklar ya da durumlar sebebiyle ölmektedir (1).

Dünya genelinde 1980'lerin ilk yıllarından itibaren kanser hastaları için palyatif bakım gerekliliği giderek artan bir öneme sahip olmuştur. Yakın zamanda ise HIV/AIDS, konjestif kalp yetmezliği, cerebrovasküler hastalıklar (CVD), nörodejeneratif hastalıklar, kronik solunum hastalıkları, ilaca dirençli tüberküloz ve yaşlı kişilerin hastalıkları

gibi kronik hastalık ya da duruma sahip olan bireyler için palyatif bakım ihtiyacı farkındalığı oluşmaya başlamıştır (2). Bu derleme palyatif bakımın tanımını, günümüzdeki önemini vurgulamak ve aynı zamanda sağlık profesyonellerine yol gösterici olması amacıyla yazılmıştır.

Palyatif Bakımın Tanımı

Palyatif kelimesi **Latince**de "pallium" kelimesinden türeyen; bez, örtmek ve pelerine benzeyen giysi anlamına; "palyasyon" kelimesi ise kötü bir şeyi daha az kötü duruma (tam iyileştirme olmaksızın) getirme, örtme anlamına gelmektedir. Palyatif bakım ilk olarak "ölüm bakımı" olarak kullanılmış zamanla "terminal bakım" olarak tanımlanmış ve günümüzde de bir birinin yerine kullanılan "hospis", "hospis bakımı", "bakımın sürekliliği", "yaşam sonu bakım", "tanatoloji (ölüm bilimi)", "konfor bakımı", "sürekli bakım ünitesi" ve "destek bakım (destek tedavi)" gibi terimlerle ifade edilmektedir (3).

Türk Dil Kurumu palyatif sözcüğünü “tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak hafifleten ve dindiren” şeklinde tanımlanmaktadır (4). Yaygın olarak tedavi edici yaklaşımların yetersiz kaldığı ölümcül hastalarda, hasta ve yakınlarına verilen destekleyici bakım olarak ifade edilmektedir (5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1980’lerde “tedavilere yanıt alınamayan hastaların bütüncül bakımı” olarak tanımlanan palyatif bakım 2002 yılında “yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşan hasta ve ailelerin, hastalığın tanısından ölüme kadar olan süreçte ağrı ve semptomların erken tanınması ve giderilmesi, psikososyal ve spiritüel (ruhani, manevi) desteğin sağlanarak yaşam kalitelerini artırma çabası” olarak güncellenmiştir. DSÖ tarafından 2014 yılında “palyatif bakım tüm hekimlerin vicdani sorumluluğudur” görüşü eklenmiş olup aynı şekilde hasta yakınlarının bu süreçte ve yas döneminde psikolojik, sosyal, maneviyat ve fiziksel yönden desteklenmesi konusu da palyatif bakım tanımına dahil edilmiştir (6).

Palyatif bakım, DSÖ’nün ilk tanımlamasında görüldüğü gibi sadece yaşamın son dönemlerindeki, yapılacak hiçbir tedavinin bulunmadığı hastalar için özellikle kanser hastaları için uygun görülürken; günümüzde kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan ve bu sorunlarla yaşayan bireylerde acının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi hedeflenerek; bu bakımın olabildiğince erken dönemlerde uygulanması gerektiği görüşü kabul görmektedir (7).

Palyatif bakım; tedavi edici yaklaşımların tükendiği hastalar başta olmak üzere tanı anından itibaren tedavi süresince, ya da ölüm anına kadar ve sonrasında yas sürecinde, hasta ve yakınlarının fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik multidisipliner ve bütüncül bir yaklaşımdır (8, 9). Palyatif bakım ekibi; doktor, hemşire, terapist, eczacı, psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanları, din adamı, gönüllüler ve sivil toplum kuruluşlarından oluşmaktadır.

Palyatif bakımın amacı, hastaların ağrı ve diğer semptomlarının giderilmesi, beslenme desteği, psikolojik ve sosyal destek, hasta konforunun sağlanması ve bakımı, hasta ve ailesinin eğitimi ile hastanın fonksiyonel durumunun artırılmasına odaklı olup, disiplinler arası bir ekiple bu hizmetin sunulmasıdır. Bu süreçte hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerinin artırılması temel hedefidir (2).

Palyatif bakım hizmeti alan hasta gruplarının hastalıklarına bakıldığında hemen hemen tamamının hastayı ciddi derecede etkileyen ve zor durumda bırakan hastalıklar oluşturmaktadır. Dünya Palyatif Bakım Kurulu (WPCA) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakım gerektiren tıbbi durumları; kanser, HIV/AIDS, motor nöron hastalıkları ve ilerleyici nörolojik hastalıklar (alzheimir, ALS, multiple skleroz vs.), ileri dönem organ yetmezlikleri (kalp, akciğer, böbrek, karaciğer vs.), diyabet, multiple skleroz, parkinson hastalığı, romatoid artrit ve kardiyovasküler hastalıklar şeklinde sıralamaktadır (10).

Palyatif Bakımın Tarihçesi

Palyatif bakım kavramı ilk olarak 19. yüzyılda ortaya çıkmıştır. 1967 yılında Dame Cicely Saunders İngiltere’de ilk modern hospisi kurmuştur. Hospis, terminal dönemde olan hastaların bakım verildiği kurumlardır. Bu çok hızlı bir şekilde diğer ülkelere de örnek olmuştur (11, 12). Amerika ve diğer batı ülkeleri hemen hospis bakımını geçeleştirmeye başlamışlardır. 1980 ortalarına kadar palyatif bakım kavramı hospis bakımının yerine kullanılmıştır. Zamanla palyatif bakım anlayışı değişmiştir. 1990 yıllarının başında ‘palyatif bakım’ kavramı Amerika’da kanserden ölmekte olan bireylerin bakımı için kullanılmıştır (13). Çünkü palyatif bakım programlarının büyük çoğunluğu kanser hastaları için başlatılmıştır. Oysa kalp yetmezliği ve akciğer hastalığı gibi diğer kronik hastalığı olan bireyler de palyatif bakımdan büyük yarar görmeye başlamışlardır (14). Palyatif bakım 1990 yılının ortalarında özel bir alan olarak gelişmeye başlamış ve günümüzde kronik hastalığı olan hastaların bakımını kapsamaktadır. Ancak az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkeler için palyatif bakım kavramı henüz tam olarak anlaşılmamıştır.

Amerika’da palyatif bakımla ilgili tüm kuruluşlar bir araya gelerek “kaliteli palyatif bakım” ın verilebilmesi için ulusal bir konsensus toplantısı yapmış ve ortak bir rehber hazırlamışlardır (15). Bu rehberde günümüzdeki palyatif bakım anlayışı vurgulanmaktadır.

Ülkemizde palyatif bakım merkezlerinin öncüleri olarak 2006 yılında kurulan Anadolu Sağlık Merkezi Palyatif Bakım Ünitesi ve Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Palyatif Bakım Ünitesi gösterilmektedir. Bir yıl aradan sonra Dr. Abdurahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve

Hemşire hastayla dürüst ve saygıya dayalı bir iletişim kurarak güven duymalarını sağlamalıdır (23, 24). Her hastanın yaşı, etnik kökeni, cinsi, rengi, dili ve dini, tanısı, yetersizliği, ekonomik durumu ne olursa olsun nitelikli bir bakım almaya, huzurlu ve onurlu bir şekilde ölmeye hakkı vardır. Hemşire hastanın kendisi, çevresi, ailesi ve diğer bireylerle mümkün olduğunca olumlu ve güçlü ilişkiler kurmasına yardımcı olmalıdır. Hastanın umudunu sürdürmesine yardımcı olmalı, kontrol duygusunu kaybetmesine izin vermemelidir. Hemşirenin terminal dönemdeki hastayla doğrudan iletişimde bulunması ve en yakınındaki kişi olması nedeniyle, diğer sağlık personeline göre hasta ile daha fazla zaman geçirmekte, ağrı, solunum güçlüğü, bulantı, kusma, halsizlik gibi rahatsızlıkları daha yakından görebilmektedir. Bu sebeplerle hemşireler, sağlık ekibi içinde yaşam sonu bakım konusunda önemli bir role sahiptirler. Hemşireler, ölmekte olan hastaların birer nesne olarak değil, düşünen, algılayan, sosyal konumu ve anıları olan bir birey olarak kabul etmeli ve vereceği bakım ile kaliteli bir ölüm sağlamalıdır (25, 26).

Palyatif bakım hasta ve ailesinin acılarının hafifletilmesini sağlar. Ölümü normal bir süreç gibi kabul ederek yaşamı destekler. Ölümü ne çabuklaştırır ne de geciktirmeye çalışır. Dini değer ve inançlara, kültüre ve bireyselliğe duyarlı kalarak bireyin fonksiyonel kapasitesini en üst düzeye çıkarmayı amaçlar. Ölüme kadar mümkün olduğunca hastanın yaşamını aktif kılmak için destek sağlar (25, 26).

Palyatif bakımın bileşenleri;

Günümüzde palyatif bakım fiziksel, psikososyal ve manevi (spiritüel) bakımı içine alan holistik bir yaklaşımı içermektedir. Bu anlayışta küratif ve destekleyici bakım birlikte verilmektedir. Palyatif bakım hastalık tanısı konulduğunda başlar ve bireyin tedavi alıp almadığına bakılmaksızın devam eder (27).

Fiziksel Bakım

Terminal dönemde olan hasta ağrı, solunum sıkıntısı, iştahsızlık, yorgunluk, inkontinans, baskı yaraları gibi fiziksel problemler açısından değerlendirilmeli, bu problemlerin nedenleri belirlenip ortadan kaldırılmalı ve hastaya uygun tedavi ve bakım verilmelidir (28). Terminal dönemde olan hastanın fiziksel gereksinimleri ağrının giderilmesine; nörolojik, solunum,

gastrointestinal, üriner, kardiyovasküler fonksiyonların, sıvı-elektrolit dengesinin, bireysel bakımın ve cilt bütünlüğünün sürdürülmesine ilişkin uygulamaları içermektedir.

Psikososyal ve Manevi (Spiritüel) Bakım

Hastalık süreci; sadece hastayı değil, hastanın ailesi, onunla birlikte yaşayanları ya da bakım verenleri de etkilemektedir. Bu nedenle bireyin ölümünden sonra hastanın ailesi, yakınları ve sevdikleri için yeni bir dönem olan yas süreci yaşanmaktadır. Palyatif bakım hemşireleri, son dönem yaşam bakımı içerisinde ölümü ve iyi ölümün birey için, ölmekte olan hastanın yakınları ve ekip için anlamını sorgulamalıdır.

İyi Ölüm İlkeleri

- *Ölümün anlamını ve ölümden ne beklendiğini bilmek
 - *İleri bakım planlaması tercihleri ve öncelikleri belirlemek
 - *Ağrı ve diğer semptomları kontrol etmek
 - *Ölümün nerede olacağını belirlemek ve seçmek
 - *Bakım gereksinimlerine kolaylıkla ulaşabilmek
 - *Her yerde (evde, hastanede hemşirelik bakım evlerinde) palyatif bakımı alabilmek
 - *Ölüm vaktinin geldiğini bilmek
 - *Arkasında bıraktıkları için yas tutma hizmetlerini alabilmek
 - *Gitme zamanı geldiğinde ayrılma ve yaşam süresini anlamsızca uzatmamak (29).
- Birey için iyi ölümün anlamı; ağrı ve diğer semptomların yeterli kontrolü, kontrol duygusunu son ana kadar sürdürebilme, sevdikleri kişiler ile ilişkilerini güçlendirebilme, kendi ölümünün sevdikleri üzerinde yaratacağı fiziksel-ruhsal yükün hafifletilmesi, ölümün uzatılmaması ve tüm bunlar sağlanmadığında ölme isteğinin ifade edilmesi şeklinde belirtilmektedir (29).
- Hasta yakınları açısından iyi ölüm kavramı, ölmekte olan kişi ile birlikte olma ya da olmama isteği, ölüm sürecin kısıtlanması, ölüm hakkında bilgilendirme, ekip tarafından kabul ve destek görme anlamını taşımaktadır. Ölmekte olan hastanın bakımını üstlenen hemşireler de hasta ve ailesi gibi korku, kaygı, yadsıma, öfke, suçluluk, depresyon ve çaresizlik duygularını yaşamaktadırlar. Bu nedenle ölmekte olan hastalara bakım vermek, hemşirelerin birçok alanda bilgili ve becerikli olmalarını ve stresle uygun şekilde baş etmelerini gerektirmektedir. Hemşirelerin çoğunluğunun ölmekte olan hasta ve ailesinin

duygusal ve manevi gereksinimlerini karşılamada yetersiz oldukları ve olumsuz tutum sergiledikleri belirtilmektedir. Hemşirelerin olumsuz tutumları değiştirebilmesi için; ölüm ve ölmekte olan hasta bakımına yönelik eğitim almaları ve kendi davranışlarına ilişkin iç görüş kazanmalarını sağlayan farkındalık programlarına gereksinim bulunmaktadır (30). Bunların dışında, hastanın endişelerini giderme, insancıl olma, kötü haber vermede hassas davranma, hastayı aktif dinleme, yakınların sorularını yanıtlamada istekli olma ve bu süreçte hazırlanmalarında aile/yakınlarına rehberlik etme konularında beceriler geliştirmelidir (31).

Palyatif bakım hemşiresi ve ekibi, ölümden sonraki yas sürecinde aile ve yakınları için psikososyal destek sağlamaya yönelik bazı girişimlerde bulunabilir. Bu girişimlerin içerisinde ölümden sonraki ilk günlerde hasta yatağına çiçek bırakma, sağlık çalışanları tarafından mektup, kartların gönderilmesi, yakınlarının sosyal hizmetlerden yararlanmasını sağlama, yıllık anma programları düzenleme ve aileyi bu programa davet etme yer almaktadır.

Sonuç

Palyatif bakım bir bakım felsefesidir ve temelinde hastanın bütüncül bakımı ile birlikte ölüm gerçekleşikten sonra da ailenin yas sürecinin desteklenmesi söz konusudur. Palyatif bakım felsefesinde; hastalara son dönemlerinde çeşitli kurumlarda bakım ve desteğin sağlanması, ölümün normal yaşamın bir parçası olduğu anlayışına dayanması, bakımın fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel yönleri entegre edilerek yaşam kalitesinin güçlendirilmesi, uzman bir ekibin olması, hastaların ve ailelerin çeşitli gereksinimlerinin karşılanması görüşü vardır.

Palyatif bakımda hasta amaçları ve değerleri önemlidir. Bu nedenle palyatif bakım kronik hastalığın tanılanmasıyla başlatılmalı ve belli aralıklarla tekrarlanmalıdır. Ülkemizde palyatif bakım ile ilgili çalışmalar daha çok onkoloji alanında başlatıldığından kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği gibi kronik hastalığa sahip olan bireyler palyatif bakım almada ne yazık ki yeterince desteklenmemektedir. Bu düşüncelerden yola çıkılarak, palyatif bakım hemşirelerinin, görevli diğer sağlık çalışanlarının ilerleyen süreçte bu eksikliği gidermeye yönelik olarak diğer ekip üyeleri ile birlikte bu alanda 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 artırılmasına 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 düşünülmekte ve önerilmektedir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Palliative care for older people better practices. Copenhagen, Denmark. 2011.
2. Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. London, UK. 2014.
3. Pastrana T, Jünger S, Ostgathe C, Elsneret F, Radbruch L. A matter of definition key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliat Med* 2008; 22(3): 222-32.
4. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. <http://tr.wiktionary.org/wiki/palyatif>. 12.03.2019.
5. Özçelik H, Fadıoğlu Ç, Uyar M, Karabulut B. Kanseri hastaları ve aileleri için palyatif bakım. İzmir: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. 2010.
6. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim: 18.03.2019.
7. Bag B. Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2012; 27(3): 142-9.
8. Kahveci K, Gökçınar D. Palyatif Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri 2014: 1-7.
9. Aydoğan F, Uygun K. Kanseri Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klinik Gelişim* 2011; 24: 4-9.
10. Borasio GD. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliat Support Care*, 2011; 9(1): 1-3.
11. Graham F, Clark D. The changing model of palliative care. *Medicine* 2007; 36: 64-6.
12. Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, et al. A New International Framework for Palliative Care. *Eur J Cancer* 2004; 40: 2192-200.

13. Meghani SH. A concept analysis of palliative care in the United States. *J Adv Nurs*. 2003; 46, 152–61.
14. Currow DC, Wheeler JL, Glare PA, Kaasa S, Abernethy AP. A framework for Generalizability in Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2009; 37: 373-86.
15. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2018/10/NCHPC-NCPGuidelines_4thED_web_FINAL.pdf 5.09.2019.
16. Utlu G. Kanser Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisinde Narkotik Analjezik Kullanımı. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Uzmanlık Tezi. 2015.
17. Kıvanç MM. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. *HSP* 2017; 4(2): 132-5.
18. Sağlık Bakanlığı. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi. <http://shgm.saglik.gov.tr/TR,10004/yonergeler.html> 10.05.2019.
19. T.C. Resmî Gazete. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/12/20141224-17.htm> 10.06.2019.
20. Sağlık Bakanlığı. Kamu Hastaneleri Palyatif Bakım Merkezlerimizin İl ve Hastanelerdeki Yatak Sayıları ile İlgili Bilgiler. <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php> 20.06.2019.
21. Worldwide Palliative Care Alliance. Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update 2011.
22. Baryluk M, Coulson K, Hycha D, Lundy M, McQuinn PA, O’Brien LA, et al. The Canadian Hospice Palliative Care Association Nursing Standards Committee, Hospice Palliat Care Nursing Standards Of Practice, 2002.
23. Anning P, Bowen S, Holman H, Leedham K, McGill M, A framework for nurses working in specialist palliative care Competencies Project, Royal College of Nursing, 2002.
24. Moore CD. Communication Issues And Advance Care Planning. *Semin Oncol Nurs*, 2005; 21: 1119.
25. Simkiss D. Palliative Care For Children. *J Tropical Pediatr* 2003; 49: 324-6.
26. Watson M, Lucas C, Hoy A. *Adult Palliative Care Guidance*; 2nd ed. London: South West. 2006.
27. Grant M, Elk R, Ferrell B, Morrison RS, vonGunten CF. Current Status of Palliative Care Clinical Implementation, Education, and Research. *CA Cancer J Clin* 2009; 59: 327-35.
28. Cimete G. End of life care: Holistic approach to patient in terminal period. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002: 1-149.
29. Germain MJ, Cohen LM, Davison SN. With holding and with drawal from dialysis: what we know about how our patients die. *Semin Dialysis*, 2007; 20 (3): 195-9.
30. İnci F, Öz F. Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012; 4(2): 178-87.
31. Brown EA, Chambers EJ, Eggeling C. Palliative care in nephrology. *Nephrol. Dial Transplant*, 2008; 23(3): 789-91.

Sorumlu Yazar**Zeynep ÜNVER**

Cumhuriyet Üniversitesi Süşehri Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü

E-mail: zeynepunver@cumhuriyet.edu.tr