



Geriatrik Palyatif Bakım: Neden, Nerede, Ne Zaman, Nasıl Ve Kim Tarafından Verilmeli *

Geriatric Palyative Care: Why, Where, When, How and Who Should Be Given By

**  *Doç. Dr. Saime EROL*¹,  *Doç. Dr. Ayşe ERGÜN*¹

¹*Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

Öz

Tüm dünyada ve ülkemizde nüfusun yaşlanması geriatrik palyatif bakımı acil halk sağlığı önceliği haline getirmiştir. Toplumların çoğunda yaşlı nüfusun sayısı artmıştır ve yaşlı bireylerin kompleks ihtiyaçları istenilen düzeyde karşılanamamaktadır. Palyatif bakım sistemlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi, ömrünün sonuna yaklaşan bireylerin yaşam kalitesini artırır, onurunu geliştirir, aile ve arkadaşlarına destek olmayı sağlar. Hemşire geriatrik palyatif bakım ekibinin profesyonel bir üyesidir. Hemşire, yaşamın son dönemindeki yaşlı birey ve ailesine palyatif bakım yönetimi konusunda profesyonel destek sağlar. Bu makalenin amacı geriatrik palyatif bakımın neden, nerede, ne zaman, nasıl ve kim tarafından verilmesi gerektiği konusunu çok yönlü incelemektir. Bu soruları açıklığa kavuşturmanın geriatrik palyatif bakımın geliştirilmesi konusunda, sağlık hizmeti sunanlara ve politika yapıcılara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Geriatrik Palyatif Bakım, Yaşlı İstatistikleri,

* Geliş Tarihi:09.07.2019 / Kabul Tarihi:17.07.2019

** Sorumlu Yazar e- mail: saimeerol@hotmail.com

ABSTRACT

The aging of the population in the world and in our country has made geriatric palliative care an urgent public health priority. In most societies, the number of elderly population has increased, and the complex needs of elderly individuals cannot be met at the desired level. The development and improvement of palliative care systems increases the quality of life of the people who are nearing the end of their life, improves their dignity and provides support to their family and friends. The nurse is a professional member of the geriatric palliative care team. The nurse has important roles and responsibilities in managing the palliative care of the elderly person and his family at the end of life. The aim of this article is to examine the versatility of geriatric palliative care, where, when, how and by whom. It is thought that clarifying these questions will contribute to healthcare providers and policy makers in the development of geriatric palliative care.

Key Words: Elderly, Geriatric Palliative Care, Elderly Statistics,

GİRİŞ

Günümüzde nüfusun yaşlanması ile birlikte ölüm nedenleri, ölüm süreleri değişmiş ve yaşamın son dönemi daha uzun bir zamana yayılmıştır. Bütüncül olmayan sağlık bakım sistemleri, yetersiz tedavi edilme, sağlık personeli, hastalar ve aileleri arasındaki zayıf iletişim vb. nedenler ile yaşlı bireyler ve aileleri hastalığı iyi yönetememektedir. Bu durum kronik hastalıkların ileri evresindeki yaşlı bireyin yıllarca fiziksel, psikolojik sıkıntı, fonksiyonel bağımlılık ve güçsüzlük içinde yaşamasına neden olmakta, yaşlı birey ve ailesine büyük bir yük getirmektedir (Samancı Tekin & Kara, 2018; Voumard, Rubli Truchard, Benaroyo, Borasi, Büla, & Jox, 2018; Gatto, & Zwicker, <https://consultgeri.org/geriatric-topics/palliative-care>). Yaşlı bireyler ve ailelerinin kısa ve uzun dönem kronik hastalıklarda bakım sağlama, bakımın devamlılığı ve koordinasyonu, çoklu kronik hastalıkların yönetimi, karmaşık tıbbi bakım sisteminde yön bulma, fonksiyonel bağımsızlığı devam ettirme, bakım ve tedavi hakkında kararlar alma gibi konularda yardıma gereksinimleri vardır. Ayrıca ağrı ve semptom kontrolü, tedavinin yararlarına karşı risklerini belirleme, ailede bakım verenler için ev desteği, toplum kaynakları ve yardıma ulaşım için bilgi alma konularında da desteğe ihtiyaçları vardır (Voumard ve ark. 2018; Goldstein, & Morrison, 2005; Gatto, Zwicker, <https://consultgeri.org/geriatric-topics/palliative-care>). Bu gereksinimler yaşlı nüfus için palyatif bakım hizmetlerinin önemli ve gerekli olduğunu göstermektedir. Bu makalenin amacı geriatrik palyatif bakımın neden, nerede, ne zaman, nasıl ve kim tarafından verilmesi gerektiği konusunu çok yönlü incelemektir. Bu soruları açıklığa kavuşturmanın geriatrik palyatif bakımın geliştirilmesi konusunda, sağlık hizmeti sunanlara ve politika yapıcılara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

PALYATİF VE GERİATRİK PALYATİF BAKIM NEDİR?

Palyatif bakım, “yaşamı tehdit eden bir hastalık nedeni ile sorun yaşayan bireylerin ve ailelerin, fiziksel, psikososyal ve manevi (spiritüel) problemlerini erken dönemde tanılama, değerlendirme, tedavi ederek ağrı, acıyı azaltma ve yaşam kalitesini artırma yaklaşımıdır” (Goldstein, & Morrison, 2005; Voumard ve ark. 2018). Dünya çapında her yıl ortalama 40 milyon insanın palyatif bakım ihtiyacı olduğu ve bunların %78’inin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı tahmin edilmektedir. Palyatif bakım ihtiyacı olan kişilerin sadece %14’ün bu bakımı alabildiği bildirilmektedir (WHO, Palliative Care, Fact sheet, Reviewed August, 2017, <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/en/>).

Geriatrik tıp, palyatif bakım ve bakım etiği gibi üç unsur üzerine inşa edilen Geriatrik Palyatif Bakım (GPB) ciddi ve hayatı tehdit edici hastalıklarla karşı karşıya kalan yaşlı bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan bir bakım yaklaşımıdır. Tıbbi bakım ihtiyaçlarını karşılamada yaşlı bireylerin değerlerini ve deneyimlerini merkez alır. Temel prensipleri, hasta/aile ünitesine merkezlenmiş, yaşam süresi boyunca kaliteli ve fonksiyonel bağımsızlığı arttıran kapsamlı bir bakım sağlamaktır (Voumard ve ark. 2018).

Geriatrik palyatif bakımın amacı, ağrı ve acıyı azaltmak, yaşlı hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini arttırmak, stres verici semptomları yönetmek, normal bir süreç olan yaşama ve ölüme saygı duymayı sağlamak, ölümü ne çabuklaştırmak ne de ertelemektir (Kazanowski, 2003). Hastalık süresi boyunca hastanın hastalığı ile kayıptan sonra ise ailenin yas süreci ile başa çıkmasına yardım etmeyi kapsar (Tosun, Taşar, Şahin, & Akçiçek, 2014; Voumard ve ark. 2018).

GERİATRİK PALYATİF BAKIMI GEREKLİ KILAN NEDENLER NELERDİR?

Geriatrik hastalar, tıbbi ve psikososyal açıdan genç hastalardan farklıdır. Birçok yaşlı bireyde çoklu kronik hastalıklar görülmektedir. Özellikle demans gibi bazı sendromlar geriatrik hastalarda daha yüksek prevalansa sahiptir ve bu durum bakımın daha karmaşık hale gelmesine neden olmaktadır. Kronik hastalıklara bağlı olarak işlevsel bağımsızlık azalmakta ve yardım ihtiyacı artmaktadır. Seksen yaş ve üstü hastalar ile genç hastaların palyatif bakım konsültasyonlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, yaşlı bireylerin bakımının gençlere göre daha kompleks ve daha zor olduğu görülmüştür (Evers, Meier, & Morrison, 2002). Araştırmacılar 38 aylık süre boyunca bir akademik palyatif bakım servisine yönlendirilen 1184 hastayı incelemişler ve 80 yaş ve üstü hastalarda demans prevalansının daha yüksek, kanser prevalansının daha düşük olduğunu, semptom yönetimi için daha az müdahale aldıklarını ve karar verme güçlükleri yaşadıklarını görmüşlerdir. Ayrıca yaşamsal önem taşıyan tedavilerini bırakma veya geri çekilme eğilimlerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (Evers, Meier, & Morrison, 2002).

Değişen sosyo-demografik yapı, yaşla birlikte hastalıkların farklılaşması, yaşlı bireylerin bakım ve ölüm yeri tercihleri, ekonomik öncelikler geriatrik palyatif bakımı gerekli kılan nedenler arasında yer almaktadır (Kapo, Morrison, & Liao, 2007; Gatto, Zwicker, <https://consultgeri.org/geriatric-topics/palliative-care>). Bu nedenler aşağıda açıklanmıştır:

✓ *Değişen sosyo-demografik yapı ve yaşla birlikte hastalıkların farklılaşması*

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerindeki artış, hastalıklardan kaynaklanan genç yaştaki ölümleri azaltmış, yaşam süresi uzamış ve ölüm daha ileri yaşlarda meydana gelmeye, başlamıştır (Davis, & Higginson, 2004). Bu değişim yaşlı nüfus oranının artmasına neden olmuştur. Dünyada 2016 yılında 65 yaş üstü nüfusun tüm nüfusuna oranı %8,6 ülkemizde %8,3'dür. Ülkemizde 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2012 yılında %7,5 iken, 2016 yılında %8,3'e yükselmiştir. Yaşlı bireylerin %61,5'i 65-74 yaş grubunda, %30,2'si 75-84 yaş grubunda ve %8,2'si 85 ve daha yukarı yaş grubunda bulunmaktadır. Hayat tabloları 2015 yılı sonuçlarına göre, doğuştan beklenen yaşam süresi, Türkiye geneli için 78 yıl, erkekler için 75,3 yıl ve kadınlar için 80,7 yıl olmuştur (TUİK, 2016).

Yaşamın son yıllarında hastalık şekilleri değişmekte, bireyler demans, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları vb. gibi kronik ve güçten düşürücü durumlar nedeni ile ölmektedir. Seksen beş yaş üstü bireylerin dörtte birinde demans vardır, 65 yaş üstü bireylerin %65'i en az üç, 79 yaş üstü bireylerin %75'i ise en az dört hastalığa sahiptir. Hipertansiyon prevalansı %68, diyabet prevalansı %22,5, koroner kalp hastalığı prevalansı erkeklerde %18,3, kadınlarda %9,3'dür (Ünal, & Ergör, 2013). Bu hastalıklar ile birlikte bireylerin çoklu patolojiler yaşama olasılığı artmaktadır. Bireyler, ağrı, anoreksiya, duyu durumu bozuklukları, mental karışıklık, uyku problemleri, konstipasyon, mesane ve barsak kontrol problemleri gibi semptomlar deneyimlemektedirler. Kanser dışı hastalıktan ölen yaşlı bireylerin aileleri ile yapılan bir çalışmada; hastaların son altı aylarında en çok ağrı (%67), nefes darlığı (%49), iştahsızlık (%43), depresyon (%36), uyku bozuklukları (%36) ve bulantı (%27) deneyimledikleri belirlenmiştir (Telatar, & Özcebe, 2004). Bu semptomlar yaşlı bireyin günlük yaşamlarını, psikolojik, sosyal ve spriütüel boyutlarını olumsuz etkilemektedir. 80 yaşın üzerinde bireylerde semptom yönetimi daha az yapılmaktadır. Semptom yönetimi iyi yapılmadığı için yaşlı bireylerin acı çekerek ölme riskleri daha yüksektir. Bu nedenle yaşlı bireyler ve aileleri palyatif bakıma, sadece terminal dönemde değil kompleks ihtiyaçların karşılanması için hastalık sürecinde de ihtiyaç duymaktadırlar. Yaşanan ihtiyaçlar palyatif bakımın kronik hastalık yönetiminin bir parçası olarak geliştirilmesini gerekli kılmaktadır (Ünal, & Ergör, 2013; Davis, & Higginson, 2004.)

✓ Yaşlı bireylerin bakım ve ölüm yeri tercihleri

Sağlık hizmetleri yaşlı bireylerin ölüm ile ilgili düşüncelerini, bu düşüncelerin yaşam deneyimleri ve kültürel tutumlardan etkilendiğini göz ardı etme eğilimindedir. Palyatif bakım, insanları yaşam sonu bakım ve ölümün yerini seçimleri konusunda desteklemektedir. Yaşlı bireylerin ve ailelerinin ölüm yeri tercihleri hem ülke içinde hem de ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), tüm bireylerin %80'inden fazlası evde ölmeyi tercih etmekte ve hastalıklarının son evresinde hastaneye yatmak istemediklerini bildirmektedirler. Yaşamın son dönemlerinde bakım verici olarak aile üyelerini tercih ettiklerini ve ailelerine büyük maddi sıkıntılar yüklemek istemediklerini ifade etmişlerdir. Bununla birlikte, bu dilekleri genellikle yaşamın son dönemlerinde yerine getirilememektedir (<https://www.medscape.org/viewarticle/464726>). Londra'da ileri yaştaki ölümlerin çoğu, hastane ya da huzurevi gerçekleşirken, New York kentinde yaşlı bireyler hastaneden daha çok evde ve huzurevinde ölmektedirler (Davies, & Higginson, 2004). İtalya'da hastanede gerçekleşen ölümler kentin kuzeyinde daha yaygınken, güneydeki aileler hastalarına evde bakmayı tercih etmektedir. Hollanda, farklı ortamlarda çeşitli palyatif bakım hizmetleri, istendiği takdirde, hastalara evlerinde ölme olanağı sunduğu için başarılı bir örnek olarak görülmektedir (Davies, & Higginson, 2004; Thomas, Morris, & Clark, 2004).

Ülkemizde, yaşlı bireylerin ölüm yeri tercihleri konusunda fazla çalışma yoktur. Kanser hastalarının hospis ya da hastanede ölme tercihleriyle ilgili yapılan bir araştırmada; hastaların %47'sinin evde ölmeyi tercih ettikleri, %54'ünün ise daha iyi bakılacağı gerekçesi ile hastanelerde ölmeyi tercih ettikleri görülmüştür. Kentlerde olan ölümlerin %60'ından daha fazlası hastanelerde olmaktadır (Aksoy, 2003).

Ekonomik Öncelikler

Ev ortamında, kanser hastalarına verilen palyatif bakımın maliyeti ve ekonomik sonuçları üzerine yapılan bir araştırmada; hemşire koordinasyonunda verilen palyatif bakımın %40 tasarruf sağladığı belirtilmiştir. Gereksiz acil hizmet kullanımını, gereksiz tetkikleri, gereksiz hastane yatışlarını önlemektedir (Payne, Coyne, & Smith, 2002).

GERİATRİK PALYATİF BAKIM NE ZAMAN VERİLMELİ?

Onkolojik olmayan, kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde terminal dönemin başlangıcını tanımlamak zordur. Bu dönemin başlangıcının farkına varamamak hastaların gereksiz yere tedavi edilmelerine, ihtiyaç duydukları destekleyici ve semptomatik tedavileri alamamalarına neden olur (Ogle, & Hoper, 2005; Jaul, & Rosin, 2005). Geriatrik palyatif bakıma başlama zamanına karar vermek için kapsamlı geriatik değerlendirme ile birlikte hastalık ve terminal safha belirtilerinin değerlendirilmesi gerekir.

Kapsamlı geriatik değerlendirme, tek bir sistemi değerlendirmek yerine en başından itibaren bireyin tüm sistemlerinin ve ihtiyaçlarının multidisipliner bir yaklaşımla, bütüncül olarak değerlendirilmesine imkan sağlayan bir yaklaşımdır (Pal, & Meaning, 2014). Kapsamlı geriatik değerlendirmenin bileşenleri tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirmenin Bileşenleri

Alan	Değerlendirme
Tıbbi değerlendirme	Tıbbi hastalıklar, İlaçlar, Beslenme, Ağız ve dişler, İşitme, Görme, Ağrı, Üriner İnkontinans
Psikolojik	Bilişsel durum, Duygu durum, Manevi durum, Kaygı ve/veya depresyonun belirlenmesi
Fonksiyonel kapasite	Temel günlük yaşam aktiviteleri (TGYA) - Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri (EGYA), Yürüyüş ve denge değerlendirmesi Egzersiz yapabilme becerisi
Sosyal durum	Kamu ve/veya özel kurum desteği Ekonomik durum Sosyal ve ekonomik destek gereksinimi
Çevresel Değerlendirme	Ev faaliyetleri Yardımcı teknolojinin kullanımı Yerel kaynak ve desteğe erişim

Kapsamlı geriatik değerlendirmenin yanında, ekip yaklaşımı ile hastalık ve terminal safha belirtilerinin değerlendirilmesi gerekir. Bunun için geçerli güvenilir ölçüm araçları ile bireyin değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Yaşlı bireyin son dönemde olup olmadığına karar vermek için kanıta dayalı geriatri hemşireliği protokollerinde son dönem temel göstergeleri olan hastalıklar ve belirtiler tanımlanmıştır (Gatto, http://consultgerirn.org/topics/palliative_care/want_to_know_more; Pal, & Meaning, 2014).

Son dönem temel göstergeleri:

Hastalıklar; kronik kalp yetmezliği, demans, felç, kanser, tekrarlayan enfeksiyonlar, fonksiyonel yetersizliğe ve kronik hastalığa neden olan dejeneratif eklem rahatsızlıkları.

Kronik hastalıkların terminal safha belirtileri; fiziksel kapasitede azalma, kilo kaybı, eşlik eden birden fazla hastalıklar, serum albümin düzeyinin 2.5 gr/dl'nin altında olması, günlük yaşam aktivitelerinin çoğunda bağımlı olma, Karnofsky Performans Skala puanının %50'nin altında olması, son dönem temel göstergeleri olarak tanımlanmıştır.

Geriatik palyatif bakım kararını belirlemek için yararlanılabilecek ölçeklerden bazıları; Karnofsky Performans Skalası, ECOG/WHO/Zubrod performans skalası, Kanada Toplum Sağlığı ve Yaşlanma Klinik Yorgunluk Ölçeği'dir.

Karnofsky Performans Skalası, 1949 yılında Dr. Joseph H. Burchenal ve Dr. David A. Karnofsky tarafından geliştirilmiştir. Adını Dr. Karnofsky'dan alan skalaya 0'dan 100'e kadar puan verilir. 100 çok iyi sağlığı, 0 ise ölümlü belirtir. Skalada her 10 puanlık aralık bir durumu gösterir. Karnofsky Performans Skala puanının %50'nin altında olması son dönem temel göstergelerinden biridir (Karnofsky, & Burchenal, 1949).

Karnofsky Performans Skalası:

100% - normal, yakınması yok, semptom yok

90% - normal aktivitesini sürdürebilir, hastalığın birkaç semptomu veya bulgusu olabilir

80% - bazı zorluklarla beraber normal aktivitesini sürdürür, hastalığın minör bulgu ve belirtisi vardır

70% - kendine bakabilir, normal aktivite ve işini yapamaz

60% - gereksinimlerini karşılayabilir, nadir yardım gerekir biraz yardıma ihtiyaç duyar

50% - sıklıkla yardım ve tıbbi bakım gerekir

40% - özel bakım ve yardım gerekir

30% - hastane bakımı gerektirecek derecede hasta fakat ölüm riski yoktur

20% - çok hasta, hastanede aktif destek tedavisi gereksinimi vardır

10% - ölmek üzere

0% - ölüm (Karnofsky, & Burchenal, 1949).

Hastalık Dışı Spesifik Göstergeler

Geriatrik palyatif bakım gereksinimini gösteren hastalık dışı durumlardan bazıları ise; yorgunluk, fonksiyonel bağımlılık, bilişsel yetersizlik, aile destek ihtiyacıdır.

Yorgunluk, istem dışı kilo kaybı, kendini yorgun hissetme, yürüyüşte yavaşlama ile kendini gösterir. Yorgunluğu ölçmek için Kanada Toplum Sağlığı ve Yaşlanma Klinik Yorgunluk Ölçeği geliştirilmiştir. Toplam 7 puanlı değerlendirmede, 1 puan çok fit, 7 puan ciddi biçimde yorgunluğu ifade etmektedir. Yüksek puanlar artan ölüm riskini gösterir ve geleceğe dönük tahminlerde bulunmaya yardımcı olur. Orta derece yorgunluk hali %50 oranında 5 yıl içerisinde ölüme işaret edebilir (Pal, & Meaning, 2014).

Kanada Toplum Sağlığı ve Yaşlanma Klinik Yorgunluk Ölçeği

1. **Çok fit: sağlam**, aktif, enerjik, iyi motive olmuş; bu tarz kişiler düzenli egzersiz yaparlar ve yaşlarına göre en fit kişilerdir.
2. **İyi**: aktif bir hastalığı olmayan fakat 1. kategorideki kişilerden daha az fit,
3. **İyi**, tedavisi devam eden bir hastalığı mevcut: Kategori 4'e göre hastalığın semptomları kontrol altında.
4. **Görünüşte savunmasız**: tam olarak bağımlı olmasalar da, bu kişiler genellikle "yavaşladıklarından" ve "hastalık belirtileri" taşıdıklarından şikayet ederler.
5. **Orta derece yorgun**: günlük aktivitelerde sınırlı biçimde diğerlerine bağımlı.
6. **Oldukça yorgun**: her türlü günlük aktivitede yardıma ihtiyaç duyarlar.
7. **Ciddi biçimde yorgun**: ya tüm aktivitelerde tamamen diğerlerine bağımlı ya da terminal bir hastalığı mevcuttur (Pal, & Meaning, 2014).

GERİATRİK PALYATİF BAKIMI KİM /KİMLER VERMELİ?

Geriatrik palyatif bakım hizmet sunumunda disiplinlerarası tamamlayıcı yaklaşım kullanılır. Palyatif bakım ekip yaklaşımı ile verilmelidir. Bakım planının geliştirilmesi ve desteklenmesinde ekipteki bütün üyeler önemli rollere sahiptirler. Ekipte; birey ve ailesi merkezde olmak üzere, hekim/geriatri hekimi, hemşire/geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, eczacı, psikolog, diyetisyen, terapist (iş, uğraş, fizik, vb.), sivil toplum kuruluşları, din görevlileri yer alır. Palyatif bakım alan sakinler ve aileleri ile en sık ve düzenli ilişki içinde olan primer palyatif bakım veren hemşiredir. Hemşire disiplinlerarası ekibin tüm üyeleri tarafından kabul edilen bir bakım planı geliştirir ve planının pek çok boyutunu yürütür. Bakım planında; bakım hedefleri, fiziksel, psikolojik belirtiler, manevi ihtiyaçlar, aile ihtiyaçları ve kaygıları, serbest bırakılanlar ve kısıtlamalar yer almalıdır. Bakım verilen bireyin, palyatif bakım planının başarılı olması için, disiplinlerarası bakım ekibinin tüm üyelerinin plan ile uyum içinde olmaları gerekmektedir. Hemşireler, bakım planını yürütmek, birey/ aile üyeleri ve ekip üyelerinin tepkilerini değerlendirmek ve yaşlı birey için gerekli değişiklikleri önermede en önemli konumdadır (Şahan Uslu, &Terzioğlu, 2015; Voumard ve ark., 2018; Morrison, & Meier 2003).

GERİATRİK PALYATİF BAKIM NEREDE VERİLMELİ?

Palyatif bakım hizmeti hastane, ev ortamı ve toplum temelli yaklaşımla verilebilmektedir. Ülkemizde hastane temelli palyatif bakım hizmet sunumu oldukça yaygınlaşmıştır. Özellikle 2015 yılında Yeni Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergenin yürürlüğe girmesiyle birlikte hastane temelli hizmet sunan birimlerin sayısı artmıştır (TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü). En son verilere göre; T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne bağlı 81 ilde 4.710 yatak ile 356 sağlık kurumunda Palyatif Bakım Hizmeti verilmektedir (<https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php> Erişim tarihi: 28-01-2018).

Hastanelerdeki palyatif bakım hizmetleri, temel gereksinimlerini karşılayamayan, ağrı, acı çeken, bulantı, kusma güçsüzlük, iştahsızlık ve diğer semptomları yönetemeyen, yüksek riskli kompleks hastaların bakım kalitesini artırmak ve bakım maliyetini azaltmak amacı ile hizmet vermektedir (Şahan Uslu, &Terzioğlu, 2015).

Ev Temelli Palyatif Bakım hizmetlerinin amacı, hastanede verilebilecek palyatif bakım hizmetlerini hastanın kendi daha rahat ve huzurlu hissettiği ev ortamında ve aynı düzeyde sunmaktır. Ev ortamında birey ve ailesi ihtiyaç duyduğu semptom yönetimi ve terminal dönem bakım hizmetlerine hastane temelli palyatif bakım üniteleri ile iletişime geçerek ulaşabilirler. Birey bu hizmetlere 7 gün 24 saat ulaşabilmelidir. (Uslu Şahan, &Terzioğlu, 2015).

Toplum Temelli Palyatif Bakım hizmetleri, ayaktan tedavi alan hastalar için oluşturulmuş kliniklerdir. Bu kliniklerde semptom yönetimi, beslenmenin desteklenmesi gibi uygulamaların yanında hasta yakınlarına psikososyal ve manevi destek de sağlanmaktadır. Hasta ailesine bakımın nasıl yapılacağı konusunda eğitimler yapılmaktadır. Maliyet etkili bir hizmettir (Uslu Şahan, &Terzioğlu, 2015).

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi tarafından 2011 yılında "PALLİA-TURK" adında toplum tabanlı bir proje başlatılmıştır. Pallia-Türk Projesinin hemşire, aile hekimleri ve KETEM personelleri ile yaygınlaştırılarak üç basamak şeklinde verilmesi hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı 2014).

Birinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri: Aile hekimleri, evde bakım hizmetleri, KETEM, belediyeler ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliği içinde yürütülmektedir. Ağrı, konstipasyon gibi akut semptomların yönetimi, yara bakımı ve parenteral ilaç uygulamalarını içerir. Birinci basamak hizmetler yeterli gelmiyorsa hasta ikinci ve üçüncü basamak palyatif bakım hizmetlerine yönlendirilir.

İkinci basamak palyatif bakım hizmetleri; İkinci basamak sağlık kuruluşlarında Onkoloji Tanı Tedavi Merkezlerinde verilen palyatif bakım hizmetleridir. Akut semptomları kontrol altına alınamayan hastalar bu merkezlerde disiplinlerarası ekip (doktorlar, hemşireler, psikolog, diyetisyen, psikiyatrist, ve sosyal hizmet uzmanı) tarafından değerlendirilir.

Üçüncü basamak palyatif bakım hizmetleri; Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezlerinde verilir. Birinci ve ikinci basamak palyatif bakım hizmetleri ile kontrol altına alınamayan kompleks hastalar bu merkezlere sevk edilir. Disiplinlerarası ekip yaklaşımı ile çalışacak bu merkezlerde doktorlar, onkoloji alanında deneyimli hemşireler (iki hastaya bir hemşire), sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist, diyetisyen, psikolog ve din uzmanlarının görev yapması planlanmıştır. Ayrıca bu merkezlerin eğitim, araştırma ve palyatif bakım hizmetinde görev alacak profesyonellerin eğitiminden sorumlu olması beklenmektedir.

GERİATRİK PALYATİF BAKIM NASIL VERİLMELİ?

Palyatif bakım hizmet sunumu ülkelerin sahip olduğu kaynaklara, palyatif bakıma özgü eğitilmiş personel/ekiplerin varlığına ve vaka sayısına göre değişebilmektedir (WHO 2007; Worldwide Palliative Care Alliance 2014; Meier, 2011). Bununla birlikte palyatif bakım hizmet sunumunda; *iletişim*⁽¹⁾, *koordinasyon*⁽²⁾, *semptom kontrolü*⁽³⁾, *bakım sürekliliğinin sağlanması*⁽⁴⁾, *öğrenme aktiviteleri*⁽⁵⁾, *bakım veren desteği*⁽⁶⁾ ve *yaşam sonu bakım*⁽⁷⁾ gibi yedi altın standart hiçbir zaman değişmez. Palyatif bakım hizmeti etkin işbirliği ile yürütülen bir hizmet sürecidir.

Disiplinlerarası bakım ekibi, birey ve ailesiyle toplantı yaparak palyatif bakımın amaçlarını belirler. Bakımın hedeflerine ulaşmak için bu toplantı önemlidir. Birey ve aileye palyatif bakımın, bakımdan geri çekilmek anlamına gelmediği belirtilir. İleriye yönelik direktifler alınarak bakım hedeflerine ulaştıracak planlamalar yapılır. Disiplinlerarası ekibinin her üyesinin bireyin konfor ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkartmak için neler yapabileceği tanımlanmalıdır. *Palyatif bakım planında;* bakım hedefleri, mümkün olduğu ölçüde aile ve ekip üyeleri ile birlikte oluşturulmalıdır. Bireyin fiziksel, psikolojik semptomları listelenmeli ve her birinin nasıl ele alınacağı belirtilmelidir. Bireyin, ailesinin spritüel veya özel ihtiyaçları ve endişeleri varsa tespit edilmelidir.

Geriatrik Palyatif Bakım Hastasının İhtiyaçları;

- ✓ Bakımın devamlılığı ve koordinasyonu: kısa ve uzun dönem kronik hastalıklara uygun bakım sağlayabilme,
- ✓ Çoklu kronik hastalıkların yönetimi,
- ✓ Karmaşık tıbbi sistemde yön bulmaya yardım,
- ✓ Fonksiyonel bağımsızlığı devam ettirme,
- ✓ Bakım ve tedavi hakkında kararlar alma,
- ✓ Ağrı ve semptom kontrolü,
- ✓ Tedavinin yararlarına karşı risklerini belirleme,
- ✓ Ailede bakım verenler için ev desteği
- ✓ Toplum kaynakları ve yardıma ulaşım için bilgidir.

Tanımlanan sorunlara yönelik bakım süreci doğrultusunda, planlanan girişimler uygulanır ve amaçlara ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir.

Sonuç olarak; geriatrik palyatif bakım ciddi ve hayatı tehdit edici hastalıklarla karşı karşıya kalan yaşı bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan bir bakım yaklaşımıdır. Değişen sosyo-demografik yapı, yaşla birlikte hastalıkların farklılaşması, yaşı bireylerin bakım ve ölüm yeri tercihleri, ekonomik öncelikler geriatrik palyatif bakımı gerekli kılmaktadır. Palyatif bakım hizmeti, birinci ikinci veya üçüncü basamakta hastane, ev ortamı veya toplum temelli yaklaşım ile verilebilir. Hangi ortamlarda verilirse verilsin, birey ve ailesi merkezde olmak üzere, hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, eczacı, psikolog, diyetisyen, terapist (iş, uğraş, fizik, vb.), sivil toplum kuruluşları, din görevlileri gibi ekip yaklaşımı ile verilmelidir. Geriatrik palyatif bakım hizmet sunumunda; iletişim⁽¹⁾, koordinasyon⁽²⁾, semptom kontrolü⁽³⁾, bakım sürekliliğinin sağlanması⁽⁴⁾, öğrenme aktiviteleri⁽⁵⁾, bakım veren desteği⁽⁶⁾ ve yaşam sonu bakım⁽⁷⁾ gibi yedi altın kural vardır. Çoklu kronik hastalıkların yönetimi, karmaşık tıbbi sistemde yön bulma, fonksiyonel bağımsızlığı devam ettirme, bakım ve tedavi hakkında kararlar alma, ağrı ve semptom kontrolü, tedavinin yararlarına karşı risklerini belirleme, ailede bakım verenler için ev desteği sağlama, toplum kaynakları ve yardıma ulaşım için bilgilendirme geriatrik palyatif bakım hastasının başlıca ihtiyaçlarıdır. Tüm bu ihtiyaçların karşılanması için bilgi ve beceri ile donanmış sağlık personeli sağlanması, alt yapı ve gerekli malzemelerin temin edilmesi ve hizmet sunumunun toplumun ihtiyaçlarına göre geliştirilmesi gereklidir.

KAYNAKLAR

- Aksoy, S. Ethical considerations on end of life issues in Turkey. (2003). In: Song KY, Koo YM, Macer DRJ, editors. Bioethics in Asia in the 21 st century. Eubios Ethics Institute, p. 22-3.
- Chilton L.L. Palliative Care for Older Adults. Medscape. <https://www.medscape.org/viewarticle/464726>. Erişim tarihi. 24-01-2019
- Davis, E., & Higginson, I.J. (2004). He Solid facts: Palliative care . Copenhagen:World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107561>. Erişim tarihi 26.01.2019.
- Evers, M.M., Meier, D.E., & Morrison, R.S. (2002). Assessing differences in care needs and service utilization in geriatric palliative care patients. J Pain Symptom Manage, 23:424–432.
- Gatto, M., & Zwicker, D. Nursing Standard of Practice Protocol: Palliative Care. <https://consultgeri.org/geriatric-topics/palliative-care>. Erişim Tarihi, 12-01-2019.
- Goldstein, E.N., & Morrison, R.S. (2005) .The Intersection Between Geriatrics and Palliative Care: A Call for a New Research Agenda. JAGS 53:1593–1598.
- İstatistiklerle Yaşlılar, 2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>. Erişim tarihi: 16-01-2019
- Jaul, E., & Rosin, A. (2005). Planning care for non-oncologic terminel illness in advenced age. IMAJ, 7:5-8.
- Jerant, A.F., Azari, R.S., Nesbitt, T.S. & Meyers, F.J. (2004). The TLC Model of Palliative Care in the Elderly: Preliminary Application in the Assisted Living Setting. Ann Fam Med, 2 (1):54-60. DOI: 10.1370/afm.29.
- Kapo, J., Morrison, L.J., & Liao, S. (2007). Palliative Care for the Older Adult. Journal of Palliative Medicine 10 (1):185-209. DOI: 10.1089/jpm.2006.9989.

- Karnofsky, D.A., & Burchenal, J.H. (1949). "The Clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer." In: macleod CM (Ed), Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia Univ Press. Page 196.
- Kazanowski, M.K. (2003). Symptoms management in palliative care. In Mazo, ML & Sherman, DW. Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life, 327-361. Springer Publishing Company: New York.
- Kıvanç Madenoğlu, M. (2017). Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, HSP, 4(2):132-135. DOI: 10.17681/hsp-dergisi.316894.
- Morrison, R.S., & Meier, D.E. (2004). Palliative Care. The New England Journal of Medicine. 350 (25): 2582-2590.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. 2nd ed. Pittsburgh (PA): National Consensus Project for Quality Palliative Care; 2009. 80 p.
- Ogle, K.S., & Hoper, K. (2005). End of life care for older adults. Prim Care Clin Office Pract, 32: 811-828.
- Pal, L.M., & Manning, L. (2014). Palliative care for frail older people. Clinical Medicine, 14 (3): 292-5.
- Payne, S.K., Coyne, P., & Smith, T.J. (2002). The health economics of palliative care. Oncology, 16:801-808.
- Samancı Tekin, Ç., Kara F. (2018). Dünyada ve Türkiye’de yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi/ IBAD, 2018; 3(1):219-229. Doi Number: <http://dx.doi.org/10.21733/ibad.370584>
- Şahan Uslu, F., Terzioğlu, F. (2015). Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. Cumhuriyet Hem Der 4 (2): 81-90.
- T.C. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>
- TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönergesi <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817,palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf?0> Erişim tarihi: 28.01.2018
- Telatar, T.G., & Özcebe, H. (2004). Yaşlı nüfus ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi, 7 (3): 162-165
- Thomas, C., Morris, S.M., & Clark, D.(2004). Place of death: preferences among cancer patients and their carers. Soc Sci Med, 58(12):2431-44).
- Tosun, Taşar, P., Şahin, S., & Akçiçek, F. (2014). Geriatriye palyatif bakım. Akad Geriatri, 6: 73-7
- Ünal, B., & Ergör, G. (2013). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Sağlık Bakanlığı. Yayın no: 909, Ankara, 2013;
- Voumard, R., Rubli Truchard, E., Benaroyo, L., Borasi, G. D., Büla, C., & Jox, R. J. (2018). Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. BMC Geriatrics, 18:220. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0914-0>
- WHO, Palliative Care, Fact sheet, Reviewed August, 2017. <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/en/>. Erişim tarihi. 12.01.2019