

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda (KOA) Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı

Palliative and The End-Life Care in the Chronic Obstructive Lung Disease

Safiye Özkan

İ.Ü Florence Nightingale HYO, İç Hastalıkları Hemşireliği A.D., İstanbul

Özet

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tüm dünyada morbidite ve mortalitenin en önemli sebebidir. Hastaların çoğu için KOA'nın en son tedavisi semptomları rahatlatmak ya da yatıştırmaktır; semptomlar büyük ölçüde yaşam kalitesinin azalmasına neden olur. Ağır KOA'la ilgili yüksek morbidite ve mortaliteye rağmen hastaların çoğu için palyatif bakım yetersiz kalır. Bunun birkaç nedeni vardır. Öncelikle, palyatif ve yaşam sonu bakımı ile ilgili hasta-sağlık ekibi iletişimi yetersizdir. İkincisi ise, KOA'lı hastalar için prognoz tahmininde belirsiz kalınması yaşam sonu bakımı ile ilgili etkileşimi daha da zorlaştırır. Sonuç olarak, hastalar ve aileleri sıklıkla şiddetli KOA'nın ilerleyici ve terminal bir hastalık olduğunu anlayamazlar. Bu makalenin amacı KOA'lı hastalar için palyatif ve yaşam sonu bakımı hakkında bilgi vermektir. Son çalışmalar yaşam sonu bakımı ile ilgili iletişimi geliştirmenin palyatif veya yaşam sonu bakımının kalitesini artırarak hastanın düzelmesine etkisinin önemi üzerinde durur. Bakımın kalitesini etkileyebilen iki alan göze çarpar: 1) KOA'lı hastalar için yaygın sorun olan anksiyete ve depresyonun rolü, 2) ileri bakım planlarının önemidir. İletişimin gelişmesi palyatif ve yaşam sonu bakımının gelişmesi için önemli bir fırsattır.

Anahtar kelimeler: KOA, iletişim, yaşam sonu bakımı, palyatif bakım

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a leading cause of morbidity and mortality worldwide. For many patients, maximal therapy for COPD produces only modest or incomplete relief of disabling symptoms and these symptoms result in a significantly reduced quality of life. Despite the high morbidity and mortality associated with severe COPD, many patients receive inadequate palliative care. There are several reasons for this. First, patient-physician communication about palliative and end-of-life care is infrequent and often of poor quality. Secondly, the uncertainty in predicting prognosis for patients with COPD makes communication about end-of life care more difficult. Consequently, patients and their families frequently do not understand that severe COPD is often a progressive and terminal illness. The purpose of the present review is to give knowledge regarding palliative and end-of-life care for patients with COPD. Recent studies provide insight and guidance into ways to improve communication about end-of-life care and thereby improve the quality of palliative and end-of-life care the patients receive. Two areas that may influence the quality of care are also highlighted: 1) the role of anxiety and depression, common problems for patients with COPD; and 2) the importance of advance care planning. Improving communication represents an important opportunity for the improvement of the quality of palliative and end-of-life care received by these patients.

Key words: COPD, communication, end-of-life care, palliative care

Palyatif sözcüğü Latince' de örtü ya da perde anlamına gelen "pallium" dan türetilmiştir (1).

Palyatif bakım ise; Şifanın olası olmadığı dönemde hastayı rahatlatarak, hayat kalitesini en yüksek düzeyde tutacak tedavidir (2). Dünya Sağlık Örgütü' nün 1990 yılında yaptığı tanıma göre; Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı bir yaklaşımdır (3). Palyatif bakımın amacı, hasta ve ailenin yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktır (4). Palyatif bakım hastanın ağrı ve diğer semptomlardan kurtulması, psikolojik ve manevi destek sağlanması, karşı karşıya kaldığı

ölüm tehlikesine rağmen mümkün olduğunca aktif bir yaşam sürdürebilmesinin sağlanması, yakınlarının desteklenmesi ve eğitimi ile amacına ulaşır (5,6). Palyatif bakım ekibi; ortak amacı doğrultusunda hizmet veren değişik profesyonellerden oluşmaktadır. A grubu temel gruptan, B grubu hastada ortaya çıkan sorun alanlarına ait profesyonellerden oluşur. C grubu da hastada gelişen ciddi sorunlara çözüm bulmaya yönelik profesyonellerden oluşmaktadır. Tipik bir palyatif bakım ekibi; göğüs hastalıkları uzmanı, psikiyatrist, palyatif bakım hemşiresi, solunum terapisti, eczacı, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, avukat, din görevlisi, yardımcı personel ve gönüllü kişilerden oluşmaktadır. Bazen maliyet nedeniyle ekip üyelerinin tümü olmayabilir. Ancak etkin bakım sağlanması için bu ekip üyelerinin her birinin alanlarında uzman ve ekip yaklaşımını benimsemiş üyeler olmaları gerekmektedir (6).

Tablo 1. Palyatif Bakım Ekibi

A Grubu	B Grubu	C Grubu
Palyatif Tıp	Psikiyatrist	Prnömolog / Kardiolog
Uzman Hemşirelik	Diyetisyen	Solunum Rehabilitasyon Üniteleri
Fizyoterapis	Solunum Terapisti	Primer Bakım Ekibi
Sosyal Hizmet Uzmanı	Tamamlayıcı Tedaviler	
Din Görevlisi		

Palyatif bakım evde, hastanede, bakım evinde veya palyatif bakım kurumlarında (Hospiz) sürdürülür. Ana ilke hastanın fiziksel aktivite, eğitim, beslenme, psikososyal destek ve tıbbi bakım girişimlerini içeren, yetersizlikleri azaltmayı ve hasta katılımını arttırmayı amaçlayan, oldukça geniş bir ekip tarafından yürütülen multidisipliner bir yaklaşımın kullanılmasıdır (7).

Palyatif bakım kurumları yani "Hospiz" hizmetleri ilk kez 1960' ılı yıllarda İngiltere' de Dr. Cicely Saunders tarafından başlatılmış, sonra sırasıyla Kanada (1973, Royal Victoria), ABD (1987, hotwitz Center), Yeni Zelanda, Avustralya, Japonya (1990) şeklinde devam etmiştir. Günümüzde hospiz felsefesi; Hasta ve ailenin merkezde yer aldığı interdisipliner ekip tarafından gerçekleştirilen, tedaviden çok palyatif bakımı yani ağrı ve diğer semptomların kontrolünü vurgulayan, böylece hastanın yaşamının son günlerini onurlu ve rahat yaşamasını, evi ya da evi benzeri bir ortamda geçirmesini sağlayan bir hizmet programıdır. Hospiz'lerde tedaviden çok bakım sunulur. Hastalıktan çok hastaya, hastalığı tedavi etmek ya da yaşamı uzatmaktan çok hastayı rahatlatmaya önem verilir. Hasta ve aile bir bütün olarak ele alınır ve bakımın odak noktasını oluştururlar. Ağrı yönetimi ve rahatlık, öncelikli bakım hedefleridir. Hospiz' lerde ekip yaklaşımı uygulanarak, hastanın fiziksel rahatlığına ek olarak duygusal, sosyal, spiritüel ve finansal rahatlığı da sağlanır. Hospiz ekibi, hasta ve ailenin hekimi, hemşiresi, psikoloğu, sosyal çalışmacısı ve gereksinime göre diğer disiplinlerden üyeleri içerir. Hospizlerin sunduğu hizmet, hastanın ölümü ile sonlanmaz ve kayıp sonrası keder yaşayan ailenin izlenimi, yaklaşık bir yıl kadar devam eder. Hospiz hizmetleri, hospiz adı altındaki kuruluşlarda ya da hastane bünyesinde sunulurken, hastaların yaklaşık % 80' inde kendi evlerinde gerçekleştirilir. Hospiz ekibinin evde bakım sunması, bakım verici aile üyelerinin bu sorumluluk nedeniyle tükenme yaşamasını da engeller. Hospiz bakımının hasta ve ailedeki anksiyeteyi azalttığı, memnuniyeti arttırdığı ve bakım maliyetini düşürdüğü araştırmalarla saptanmıştır. Hospiz ekibi üyelerinin evde bakım sunma süreleri, hasta ve ailenin gereksinimi doğrultusunda değişir. Ancak, ekip üyeleri haftanın yedi günü ve günün 24 saati ulaşılabilir durumda olmak zorundadırlar. Hasta ve aile üyeleri, gereksinim duydukları anda telefonla hospiz ekibinden yardım isterler (4, 6, 8).

Palyatif bakımın prensipleri

- Stres verici (ağrı vb.) semptomların giderilmesi
- Normal bir süreç olarak yaşam ve ölüme saygı duyma
- Ölümü ne hızlandırma ne de yavaşlatma
- Hasta bakımının psikososyal ve tinsel yönünü bütünleştirme

- Ölüme kadar mümkün olduğunca gereksinimlerini karşılayarak katılması için destek sağlama
- Hastanın hastalığı ve ailenin matem sürecinde sorunlarla baş etmesine yardımcı olma
- Gerektiğinde matem danışmanlığı yapma
- Hasta ve ailenin ihtiyaçlarını belirleme ve gidermek için ekip yaklaşımını kullanma
- Yaşamın kaliteli olmasını sağlama ve hastalık sürecine olumlu katkıda bulunma(9).

Palyatif bakım hemşireliğinin prensipleri

- a. Değerli Olma: Palyatif bakım hemşiresi, insanların içsel bir değeri olduğunu, yaşam ve ölümün de doğal bir süreç olduğunu kabul eder.
- b. İlişki İçinde Olma: Destekleyerek ve yakın ilişkiler kurarak hasta ve ailesiyle terapötik ilişki kurar.
- c. Güçlendirme: Hasta ve ailesini güçlendirerek bir bakım sağlar.
- d. Onun Adına Yapma: Ağrı ve semptom yönetimi bakım koordinasyonu konularında kanıta dayalı uygulama ve en iyi uygulamalara dayalı bakım sağlar.
- e. Anlam Bulma: Hasta birey ve aileye yaşamlarının ve hastalık deneyimlerinin anlamını bulmalarına yardım eder.
- f. Bütünlüğü Koruma: Kendinin, hasta bireyin ve ailesinin bütünlüğünü korur (10).

Palyatif bakımın öğeleri: Palyatif bakım hastanın gereksinimleri doğrultusunda bazı öğeler içermektedir. Bunlar:

1. Ağrı Yönetimi
2. Semptom Yönetimi
3. Sosyal, Psikososyal, Emosyonel Destek
4. Bakım Verenlerin Desteklenmesi

Ağrı Yönetimi

Ağrı yönetiminde farmakolojik tedavinin yanı sıra davranışsal tedavi yöntemlerinden (masaj, gevşeme egzersizi) yararlanılabilir. Hemşire, hasta ve aile ağrının kaynağını ve onu giderme yolunu birlikte saptamalıdır. Son dönem akciğer hastalığı olan bireylerde gaz değişimindeki bozulmaya bağlı olarak hiperkapni ve hipoksi nedeniyle özellikle sabahları görülen baş ağrıları olabilir (7).

Dünya Sağlık Örgütü 1986 yılında ağrı yönetiminde rehber olarak 3 basamaklı bir model önermiştir. Günümüzde tüm ağrıların yönetiminde bu model kullanılmaktadır.

I. Basamak (Hafif Ağrı)

- Aspirin
- Acetaminophen
- Nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAI)
- Adjuvan ilaçlar II. Basamak (Orta Şiddette Ağrı)
- Aspirin ya da Acetaminophen' e ek olarak

- Codein
- Hydrocodone
- Oxycodone
- Dihydrocodein
- Tramadol
- Adjuvan ilaçlar III. Basamak (Şiddetli Ağrı)
- Morphine
- Hydromorphone
- Methodone
- Leverphonol
- Oxycodone
- Nonopioid analjezikler
- Adjuvanlar

Özellikle ilaç ve ilaç dışı yöntemlerin birlikte uygulanması, ağrının azaltılmasında daha etkilidir. Kitap / gazete / dergi okuma, TV izleme, müzik dinleme, öykü / şiir yazma, el işi yapma gibi dikkati başka alanlara yönelme, derin soluk alıp verme egzersizleri, yürüme gibi aktivitelerdir. Bu tür faaliyetler hem anksiyetenin açığa çıkardığı enerjinin boşalmasını, kasların gevşemesini sağlayarak, hem de dikkatin ağrı dışı olaylara odaklanmasını ve zihnin olumlu şeylerle meşgul olmasını sağlayarak ağrının azalmasına katkıda bulunurlar (4).

Semptom Yönetimi

a. KOAH'ın son dönemindeki fiziksel semptomların göstergeleri;

- Sosyal izolasyon
- Depresyon
- Anksiyete
- Kötü yaşam kalitesi
- Tolere edilemeyen dispne
- Sık hastaneye yatmalar
- Evden dışarı çıkamama veya sürekli oturma
- Yorgunluk, bitkinlik
- Hobilerin olmaması
- Kilo kaybı
- Düşük benlik saygısı
- Uzun süreli oksijen tedavisi
- FEV1 < % 30

b. Semptom yönetiminin en önemli basamaklarından biri, hastada var olan semptomların kapsamlı ölçeklerle değerlendirilmesidir (10).

Son dönem KOAH'ta semptomları saptamada kullanılan ölçekler

Karnofsky Skalası; Fonksiyonel durumu tanımlar. Hastayı 10 düzeyde değerlendirir (0-100)

EORTC QIQ-C30/LC13; Akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesini belirler.

Borg CR10 skalası; Aktivite veya istirahat halindeki dispnenin şiddetini ölçer. Hiç ile çok şiddetliyi içeren 9 düzeyi vardır.

Breathlessness Skala; Dispnenin yoğunluğunu ölçmede kullanılır (5 soruya verilen cevap ile puanlanır).

c. KOAH'ta Sık Karşılaşılan semptomlar:

- Solunum güçlüğü / Dispne, öksürük, balgam çıkarma
- Bulantı – kusma
- Yetersiz Beslenme / İştahsızlık
- Konstipasyon

- Yorgunluk / güçsüzlük
- Dehidratasyon
- Anksiyete, Deliryum, Depresyon

Solunum Güçlüğü / Dispne: Dispne, hastalarda boğulma hissi ve ölüm korkusu yaratan bir semptomdur. Dispne yalnızca hasta değil aile ve diğer bakım vericilerin de distress yaşammasına neden olur.

Hastalarda solunum sıkıntısına neden olan faktörler, çoğunlukla solunum yolları obstrüksiyonu, bronkospazm, hipoksi, plevral efüzyon, pnömoni, pulmoner ödem, pulmoner emboli, koyu – yapışkan sekresyon, anemi, metabolik sorunlar, anksiyete ve finansal, yasal, spiritüel distresslerden oluşur. Hasta hava açlığı yaşadığını belirttiğinde, altta yatan neden belirlenmeye çalışılırken, oksijen gereksinimi de karşılanmalıdır. Stres ve anksiyete yaşayan hastalar rahatlatılmaya çalışılmalı ve hasta ile aileye gevşeme teknikleri öğretilmelidir. Yaşamının sonuna yaklaşan hastalara her fırsatta terk edilmediklerini, gereksinim duyduğu anda yanında olunacağı ve yaşayacağı her türlü olumsuz deneyime birlikte göğüs gerileceği açıklanmalıdır. Böylece hasta yalnız başına acı çekerek öleceği korkusu yaşamaz ve bunların neden olabileceği solunum sıkıntısı da önlenebilir. Ayrıca tedaviler ve müdahaleler hasta ve ailesiyle birlikte kararlaştırılır. Hastanın ziyaretçileri sınırlandırılır, odası havalandırılır ve ortamdaki gereksiz araç – gereç dışarı çıkarılır. Hastanın yatağının başucu yükseltilir ya da hasta oturtularak rahat bir pozisyon verilir. Derin soluk alıp verme egzersizleri yaptırılır ya da kendi kendini telkin etme yöntemini kullanması için teşvik edilir. Tüm bu müdahaleler hastanın anksiyetesini ve solunum sıkıntısını azaltabilir.

Bulantı – Kusma: Bulantı – kusma, yaşam sonuna yaklaşan hastaları aşırı güçsüz bırakan ve acı çekmesine neden olan semptomlardan ikisidir. Bulantı – kusmanın birçok potansiyel nedeni olmasına rağmen, bunların belirlenmesi ve doğru ilaç tedavisinin başlanması ile bu semptomların kontrol altına alınması mümkündür. Bulantı – kusma nedenini doğru bir şekilde saptanmaması, bazı hastalık ve tedavileri takiben bu semptomların görülmesinin normal kabul edilip kontrol altına almak için fazla çaba gösterilmemesi, doğru ilaç ya da ilaç kombinasyonlarının uygulanmaması, hasta ve ailesinin gereksiz acı çekmesine yol açabilir. Bulantı – kusma, hasta açısından oldukça yıkıcı etkiye sahip semptomlar olduğu için, ilaç tedavisinin yanı sıra diğer bazı bakım yaklaşımlarına da gereksinim duyulur. Öncelikle hastanın bulantı – kusma olacağı beklentisinin yok edilmesi yararlı olur. Bu amaçla hasta ve aileye, bazı hastalık ve tedavilere eşlik eden kusmanın, her hastada görülmeyebileceği, bireysel farklılıkların önemli olduğu açıklanabilir. Yine, hastaya kendini telkin yolu ile bulantı hissini bastırma yolu öğretilebilir. Anksiyetenin azaltılması, bulantı – kusmayı da azaltabileceği için hastaya gevşeme, derin soluk alıp verme, dikkatini başka alanlara yönelme yöntemleri öğretilerek ve uygulanması için desteklenerek yardımcı olunabilir. Ağızda kötü tat ve koku, bulantı kusmaya eşlik eden iki his olduğu için, bu tür hastalara sık ağız bakımı uygulanıp, buldukları ortam sık sık havalandırılarak, bu etkenler azaltılmaya çalışılabilir.

Yetersiz Beslenme: Bulantı ve kusma iştahı azaltabilir. Bazen hastalığın kendini bazen de depresyona bağlı olarak kişide anoreksiya meydana gelebilir. Hastaya sevdiği

yiyecekler zorlanmadan sık aralıklarla ve az verilmeli, yemek yediği ortam temiz ve ferah olmalıdır.

Konstipasyon: Yaşamın sonlarına doğru hastalarda gelişen iştahsızlık, halsizlik ve ağrı konstipasyona zemin hazırlayan esas faktörlerdir. Halsizlik nedeniyle aktivitesi kısıtlanan, iştahsızlığı nedeniyle yemek ve sıvı alımı azalan, ağrısı nedeniyle opioid analjezikler uygulanan hastalarda, konstipasyon kaçınılmaz bir semptomdur. Bu nedenle sağlık elemanları, bu tür hazırlayıcı faktörleri bulunan hastaları dışkılama sıklığı ve dışkı özellikleri yönünden izlemelidir. Çünkü konstipasyonun yol açacağı ağrı ve distres, hastanın acı çekmesine katkıda bulunabilir. Konstipasyon, dikkatli bir izleme erken dönemde saptanabilir ve kolayca tedavi edilebilir. Daha da önemlisi, konstipasyon yönünden riskli hastalara lifli diyet, bol hidrasyon uygulanırsa ve aktivitesi desteklenebilirse bu semptom önenebilir ya da azaltılabilir. Ayrıca, hastanın tuvalette rahatsız edilmemesi, mahremiyetine önem verilmesi, sürgü vermek yerine tuvalete götürülmesi, bu tür faktörlerin neden olacağı konstipasyonu önleyebilir. Opioid kullanan hastalarda konstipasyon geliştiğinden, profilaktik olarak laksatifler ve stimulanların verilmesi uygun olur.

Yorgunluk: Yorgunluk ve güçsüzlük yaşamın sonlarına doğru en sık görülen ancak patofizyoloji ve tedavisi en az bilinen semptomlardandır. Özellikle kanser ve diğer kronik hastalıklı hastaların % 75 – 90' ında yorgunluk görülür. Yorgunluk ve halsizlik, hastalarda görülen fiziksel ve emosyonel distresin temel nedenidir. Yorgunluğun nedeni belirlenerek hastayı aktif olmaya zorlamadan, dinlenme periyotları sağlanmalı, sıvı - elektrolit dengesi ayarlanmalı, gerekli ise ilaçla desteklenmelidir.

Dehidratasyon: Hastalığın ilerlemesiyle yeterince sıvı alınmadığı durumlarda ortaya çıkar. Dehidratasyonu hastanın cildi ve mukoz membranlarından çok kolay tespit etmek mümkündür. Sıvı kısıtlaması bazen ödem, asit, kusma ve akciğerlerdeki sekresyonu azaltması nedeniyle tercih edilen bir durumdur. Ancak hastanın ağız kuruluğu giderilmeli, dudakları nemlendirilmelidir. Hasta ve aile hidrasyon konusunda ısrar ederse infüzyon takılmalıdır.

Anksiyete, Delirium, Depresyon: Anksiyete, delirium ve depresyon yaşamı tehdit edici hastalığı olan kişilerde yoğun mental, emosyonel ve fiziksel acı çekmeye ve yetersizliğe neden olan sorunlardır. Hastaların yaklaşık % 70' inde major depresyon saptanıp tedavi uygulanmalıdır. Anksiyete ve deliriumun belirlenmesi ve yönetimi daha güçtür ve dikkatli değerlendirme gerektirir. Her üç sorununda erken dönemde tanınanıp gerekli müdahalelerin başlatılması, hasta ve ailelerin yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olur (4).

Sosyal – Psikososyal – Emosyonel Destek

Pozitif baş etme yeteneklerinin hastaya kazandırılması hemşirenin sorumluluğundadır. Bu yolla hastada daha fazla kontrol gelişimi sağlanır, solunum gücü azaltılır, kaygı veya anksiyete azaltılır, göğüs ağrısı kontrol altına alınır, sosyal gelişim artar, fiziksel fonksiyonlarda ve öz saygıda artma sağlanarak hastalığın yönetimi kolaylaşır. Aynı zamanda hemşire tarafından aileye yas desteği de sağlanır (7).

Bakım Vericilerin Desteklenmesi

Bakım vericiler, bir profesyonel olabildiği gibi aile üyelerinden

bir birey de olabilir. Bakım verenin, eğitilmiş palyatif bakım ekibinden özellikle hemşireden danışmanlık ve yardım alması faydalı olacaktır. Pulmoner bakım vericiler; hastanın değerleri, amaçları ve istekleri doğrultusunda aileye bilinçli ve yeterli palyatif ve yaşam sonu bakım sağlamada liderlik rolü üstlenirler. Bu nedenle;

Bakım vericilerde eğitimle kazandırılması beklenen konu alanları

- İleri bakımın planlanması
- Semptomların giderilmesi
- Hastanın değerlerinin dikkate alınmasının ön koşul olduğu
- Yaşamı kurtarıcı tedavilerin yönetimi
- Uygun kaynakların sağlanması
- Yaşam sonu bakım için profesyonel eğitim ve öğretimin temini
- Ailenin desteklenmesi
- Pulmoner bakım vericilerin yas desteğine gereksinimlerini belirlemek için destek ve danışmanlığı alması
- Politikaların geliştirilmesi
- Tüm tedavi ortamlarında kaliteli palyatif bakım ve yaşam sonu bakım sağlanması ile intiharların ve ötenazinin önlenmesi (11).

Yaşam sonu bakım

Hasta Perspektifi: Hastalar korku ve durumları hakkında daha fazla yönerge ve destek almak istediklerini belirtirler. Ayrıca;

- a. Tanı ve hastalık süreci
- b. Tedavi
- c. Prognoz
- d. Ölürken ne yapması gerekir
- e. Bakıma katılma konusunda bilgi almak istemektedirler.

Sağlık Personellerinin Perspektifi: Hastaların yaşam sonu bakımını geliştirmede sağlık profesyonellerinin işlevlerine ilişkin; Curtis (2000) konuyu 3 fazda ele almıştır.

Yaşam Sonu Bakım Hakkında Görüşme

1. Yaşam sonu bakımla ilgili görüşme öncesi hazırlık
 - Hasta ve / veya ailenin önceki bilgilerini incele
 - Hastanın tutumlarını ve reaksiyonlarını incele
 - Kendi hastalık bilgini gözden geçir: Prognoz ve tedavi
 - Kendi kişisel duygularını incele: tutumlar, önyargılar, yas tutma
 - Yer ve ortamı planla: sessiz, özel bir ortam
 - Görüşmeye katılacak olan hasta ve aile üleriyle ileri düzeyde görüşmeye hazır ol
2. Yaşam Sonu Bakım Hakkında Görüşmeye Başlama
 - Ortamda bulunan herkese kendini tanı
 - Tehdit edici olmayan bir şekilde ses tonunu ayarla: "Bu tüm hastalarımın yaptığım bir görüşmedir" gibi
 - Hasta veya ailenin ne anladığını sapt
 - Hasta ve ailenin ne kadar bilmek istediklerini sapt
 - Bazı hastaların yaşam sonu kararlarla ilgili görüşmek istemediklerinin farkında ol
 - Hasta için anlamlı olacak prognozu açıkça tartış
 - Çok fazla ümit vererek cesaretlendirme
 - Çok fazla tıbbi detaylar vermektan kaçın
 - Yaşamı destekleyen tedavilerin bakım vermek olmadığını açıkça belirt
 - Hasta ve ailenin söylediklerini anladığınızı göstermek için söylediklerini tekrar edin

- Hasta ve ailesini duyguları hakkındakonuşmaları için cesaretlendirin
- Sessiz kalmalarını hoş görün
- 3. Yaşam Sonu Bakım Hakkındaki Görüşmeyi Bitirme
- Hastalık ve tedavisi konularında genel bir bilgi kazanılır
- Tedavi hakkında önerilerde bulunun
- Herhangi bir soru olup olmadığını sorun
- Hasta ve ailesinin soruları için size nasıl ulaşacaklarını söyleyin ve bir izlem planı oluşturun(12).

Ölüme geçiş

Bu evre hasta, aile, sağlık profesyonelleri ve özellikle hemşireler için zor bir süreçtir. Amaç; hasta ve yakınlarının bu geçiş sürecini travmatize olmadan atlatmaktır.

Tanının Söylenmesi: Hastalık ileri aşamaya geldiği dönemde, fizyolojik gereksinimlerden çok psikolojik gereksinimler ön plana çıkar. Hasta için en önemli olanı tanısını bilip bilmemesi konusudur. Hastaya hastalığın söylenip söylenmemesi hala tartışma konusudur. Hastalık hakkında bilginin yanı sıra yaşam süresinin söylenmesi hasta ve ailenin ilerdeki planları için bir fırsat sağlamaktadır. Hasta tanısı ve prognozu hakkında bilgi edinmek istemediğini belirtmediği sürece, ondan bilgi saklanması etik ilkelere uygun değildir.

Tanı Sonrası Yaşanan Keder Süreci: Kübler – Ross' un tanımladığı beklenen ölüme ilişkin tepkiler inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmeyi içeren 5 basamaktan oluşur (12).

İnkâr Dönemi: Bireylerin ölümcül hastalık tanısını öğrendiklerinde verdikleri ilk tepki inkardır.

İnkâr; altüst edici bir haberden sonra, hasta ve ailenin kendilerini toparlamaları ve baş etme mekanizmaları ve destek kaynaklarını devreye sokabilmeleri için zaman kazandırır.

Sağlık elemanları bireye zaman ayırıp onu dinlemeye isteklilik gösterirlerse, birey zamanla bu kişilere karşı güven duygusu geliştirir. Hastanın inkar eğilimine saygı duyulmalı, ancak inkarı ile baş başa bırakılmamalı, güven ilişkisi geliştirilerek hastanın gerçekle yüzleşecek güce erişmesi sağlanmalıdır.

Öfke Dönemi: İnkâr dönemindeki "hayır doğru değil, bu benim başıma gelmiş olamaz" tepkisinin yerine, "evet benim başıma gelmiş, hata değilmiş" denilerek gerçeğin kabul edilmeye başlandığı devre öfke dönemidir. Doğal olarak bu dönemde sorulacak soru "neden ben" olacaktır. Öfke dönemindeki aile ve sağlık elemanları hastaya yardım açısından güçlük yaşarlar. Çünkü, öfkenin yansıtılacağı bir odak noktaya gereksinim duyulur ve bu aile üyeleri, sağlık personeli, diğer sağlıklı insanlar yada Tanrı olabilir.

Sağlık elemanları hastanın tepkisinin nedenini bilmeli ve bu tür tepkileri anlayışla karşılamalıdır.

Pazarlık Dönemi: Çok az bilinen bu aşama, kısa süre için de olsa hastaya yardımcı olur. İlk dönemde gerçekle yüzleşmekten kaçınan, ikinci dönemde insanlara ve Tanrı' ya öfkelenen hasta, üçüncü dönemde kaçınılmaz sonu ertelemek için pazarlık yapmaya başlar. Pazarlık, Tanrı ya da sağlık elemanlarıyla yapılır.

Depresyon Dönemi: Hastaya uygulanan tedaviler olumlu sonuç vermediğinde, hastanın sık ve uzun sürelerle hastanede yatması gerektiğinde, gittikçe durumu kötüleştiğinde, güçsüz ve zayıf düştüğünde artık inkar, öfke ve pazarlık anlamsız hale gelir. Hasta ciddi boyutlarda kayıp ve depresyon

yaşamaya başlar.

Kabullenme Dönemi: Hastanın, kaçınılmaz sona hazırlanmak için yeterli zamanı olduysa ve daha önceki evreleri sağlıklı atlatabilmesi için uygun yardım aldıysa, kabullenme aşamasına ulaşacaktır. Kabullenme dönemindeki hasta artık huzurludur. Sanki ağrı yok olmuş, savaş bitmiştir. Bu aşama, uzun yolculuktan önceki son istirahat gibidir. Sözel iletişimden çok sözsüz iletişimi tercih eder. Bu nedenle de ona huzur veren onu anlayan birinin yanında sessizce oturması, elini tutması, birlikteyiz mesajı vermesi hasta için yeterlidir (4).

Hasta Ailesine Yaklaşım: Durumu ağır olan hastanın ailesine yardım için 10 yol önerilmektedir:

- Ailenin kederini tanıyın
- Cihazları tanıyın ve açıklayın
- Bilinen kelime ve kavramlar kullanın
- Ailenin odaklaştığı noktayı daraltın
- Yapay krizleri önleyin
- Aileye hastanedeki görevlerini seçmelerine yardım edin
- Karar almalarına yardımcı olun
- Ailenin yardım bulmasına yardımcı olun
- Evdeki rol değişikliklerini tanıyın
- Destekleyici moral verin (4).

Etik konular

Palyatif bakım; hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri için etik konuları ve ikilemlerin arttığı bir alandır. Bu konular ve ikilemler aşağıdaki prensiplere uyularak en iyi şekilde çözümlenebilir:

- Hastaların ve ailelerin gereksinimlerine ve seçimlerine saygı duyma,
- Her bir hastanın ve ailenin gereksinimlerine ve tercihlerine uygun açık bir iletişim geliştirme,
- Hasta ve ailenin tam olarak bakıma katılması,
- Sağlık ekibinin hasta ve aileyle görüşmesi ve bakımın hedefleri konusunda hemfikir olması;
- Hedefleri ve gereksinimleri düzenli olarak değerlendirme ve inceleme (13).

Sonuç olarak; Palyatif bakım ekibinin son dönem hastaların yönetiminde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Gelecekteki amacımız; palyatif bakımın kapsamını genişletmek, hasta ve aile gereksinimlerini ön plana alma amaçlı çalışmaların yapılması ve hasta yönetim protokollerinin saptanması olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Dinçol K, Eroğlu L. Özkan S ark. Kanserde Palyatif Bakım, Erdine S (ed): Kanserde Palyatif Bakımın Organizasyonu. İstanbul, Sandoz Ürünleri A.Ş 1993; 285-92.
2. Kebudi R.Terminal Dönemde Kanserli Çocuk ve Ailesine Yaklaşım. Türk Onkoloji Dergisi 2006; 1: 37-41.
3. Black JM, Hawks JH. Medical–Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes. 7th Edition, Elsevier Saunders St. Louis 2005; 487-500.
4. Cimete G. Yaşam Sonu Bakım. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd 2002; 25-39,57-85, 179-89.
5. Ertürk A. İleri Evre Akciğer Kanserlerinde Palyatif Tedavi Yaklaşımları; Semptomların Kontrolü. Solunum 2001; 3(2): 187.
6. Sandra MN, Vaughn C, Ewan H. The Lipincott Manual of Nursing Practice, Stead L (ed): Palliative Care. Philedelphia, Newyork, 2001; pp 161.

7. Fadilođlu Ç. Akciğer Hastalıklarında Palyatif Bakım. Göğüs Hastalıkları Hemşireliği Kursu-1 (Kurs Kitabı) 28-30 Mayıs, 2007, İzmir.
8. Akgül H. Türkiye' de Kanser Hastaları İçin Palyatif Bakım. Medimagazin, Erişim: 05.04.2009. [http:// www.onkder.org/content.php?id=1](http://www.onkder.org/content.php?id=1), 2006 sayı: 310.
9. Monahan DF, Sands KJ, Neighbors M, et al. Phipps' Medical Surgical Nursing, Mosby Company, 8th Edition, Philadelphia, 2007; pp 156-91.
10. Berry J, Johnson HJ, Ploeg VK. Respiration and Pulmonary Rehabilitation. IN: Hoeman SP. Rehabilitation Nursing, 3th Edition, Mosby Company 2002
11. Selecky PA. Palliative and end-of-life care for patients with lung disease. American Lung Association of California Thoracic Society, 2007; Erişim: 02.02.2008. <http://www.thoracic.org/ca.html>.
12. O'Donnell. End of Life Care in COPD. Can Respir J. 2004; 11 (Suppl: B) 53B-59B
13. Meisel A, Snyder L, Quill T, et al. Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities, and grains of truth. JAMA. 2000; 284 (19): 2495-1.