Temel Palyatif Bakım

Editör
Gülbeyaz CAN

Cumhuriyetin 100. Yılına 100 Kitap

iuc-universitypress.org

IUC UNIVERSITY PRESS

Temel Palyatif Bakım

Bu kitap, Cumhuriyetimizin kuruluşunun 100. yılı anısına "*Cumhuriyetin 100. Yılına 100 Kitap*" projesi kapsamında İstanbul Üniversitesi–Cerrahpaşa tarafından yayımlanmıştır.

Editör
Gülbeyaz Can

Kasım 2024

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA

IUC
UNIVERSITY
PRESS

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA

Temel Palyatif Bakım

Editör: Gülbeyaz Can
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi,
İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-posta: gulbeyaz@iuc.edu.tr

Yayıncı

IUC UNIVERSITY PRESS

Adres: Üniversite Mahallesi, 34320 İstanbul/Türkiye
E-posta: iucpress@iuc.edu.tr

E-ISBN: xxx
DOI: 10.5152/1800
İstanbul Üniversitesi–Cerrahpaşa Üniversite Yayınevi Seri No: 91

Yayıncılık Hizmetleri

AVES

© 2024. Telif hakkı yazarlara aittir. Bu kitaptaki bölümler açık erişimli olup Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası Lisansı altında dağıtılmaktadır. Bu lisans kullanıcılara, bölümleri herhangi bir amaç için indirme, çoğaltma ve yayımlanan bölümler üzerinde çalışma imkânı sunar. Böylece yayınlarımızın en geniş şekilde yayılmasını ve daha geniş bir etkiye sahip olmasını sağlar.

Sorumluluk Reddi
Kitapta yayımlanan metinlerin/bölümlerin ifadeleri veya görüşleri yazar(lar)ın ve editör(ler)in görüşlerini yansıtır. İÜC Üniversite Yayınevi ve İstanbul Üniversitesi–Cerrahpaşa yazıların içeriğinden sorumlu değildir. Yayımlanan kitaplardaki çalışmaların doğru ve iyi araştırılmış olması ve metinlerde ifade edilen görüşlerin tutarlılığı yazar ve editörlerin sorumluluğundadır. İÜC Üniversite Yayınevi ve İstanbul Üniversitesi–Cerrahpaşa, yazarlara çalışmalarını bilimsel toplulukla paylaşmak için bir platform sağlamaktadır.

Atıf için: Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım*. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024.

YAZARLAR

Arzu Erkoç
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Arzu Kavala
İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Ayfer Özbaş
Demiroğlu Bilim Üniversitesi, Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, Türkiye

Aylin Özakgül
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Büşra Kul
Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım/Yaşlı Bakımı Programı, İstanbul, Türkiye

Cemile Hürrem Ayhan
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Bölümü, Van, Türkiye

Dilek Yıldırım
İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Emel Emine Kayıkçı
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Emre Çiydem
Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

Esra Bayrak
Anadolu Sağlık Merkezi, Hasta Bakım ve Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü, Kocaeli, Türkiye

Fatma Yasemin Kutlu
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Ferda Akyüz Özdemir
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Muğla, Türkiye

Funda Büyükyılmaz
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Funda Çam
Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Gizem Şahin Bayındır
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı , İstanbul, Türkiye

Gülbeyaz Can
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Hatice Demirdağ
Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Hatice Irmak
Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

Hatice Merve Alptekin
Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kocaeli, Türkiye

Hilal Uysal
Bartın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Bartın, Türkiye

Hilalnur Küçükakgün
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Çanakkale, Türkiye

Hülya Bilgin
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

İbrahim Kiyat
İstanbul Üniversitesi–Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı, İstanbul, Türkiye

İkbal Çavdar
İstanbul Atlas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Kader Çalışkan
Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi, Uluslararası Hizmetler Direktörlüğü, Kocaeli, Türkiye

Kimya Kılıçaslan
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Necmiye Çömlekçi
Bartın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Bartın, Türkiye

Nuray Akyüz
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Öykü Kara
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özge Sukut
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özge Şiir Dağlar
İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Özlem Kaçkin
Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

Rengin Acaroğlu
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Sevil Yılmaz
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Sevim Buzlu
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı , İstanbul, Türkiye

Ümran Oskay
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Ünal Önsüz
Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

Vildan Kocatepe
İzmir Demokrasi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Onkoloji Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Zeliha Tülek
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

İÇİNDEKİLER

REKTÖRÜN ÖN SÖZÜ V

ÖN SÖZ VI

GİRİŞ VII

BÖLÜM 1: PALYATİF BAKIMDA TARİHSEL GELİŞİM 1
Gülbeyaz Can

BÖLÜM 2. PALYATİF BAKIMDA YASAL DÜZENLEME 13
Arzu Kavala

BÖLÜM 3. HASTA GEREKSİNİMLERİNİ TANILAMA 21
Funda Büyükyılmaz

BÖLÜM 4. AĞRI 29
Dilek Yıldırım

BÖLÜM 5. YORGUNLUK 41
Ferda Akyüz Özdemir

BÖLÜM 6. UYKUSUZLUK 51
Necmiye Çömlekçi

BÖLÜM 7. SOLUNUM SİSTEMİ ŞİKAYETLERİ 59
Vildan Kocatepe

BÖLÜM 8. KARDİYOVASKÜLER SİSTEM ŞİKAYETLERİ 71
Hilal Uysal

BÖLÜM 9. GASTROİNTESTİNAL ŞİKAYETLER 83
Kimya Kılıçaslan

BÖLÜM 10. ANOREKSİ VE KAŞEKSİ 97
Kader Çalışkan

BÖLÜM 11. ÜRİNER SİSTEM ŞİKAYETLERİ 111
Ünal Önsüz

BÖLÜM 12. NÖROLOJİK SİSTEM ŞİKAYETLERİ 121
Zeliha Tülek, Hilalnur Küçükakgün

BÖLÜM 13. CİNSEL SAĞLIK 129
Özge Şiir Dağlar, Ümran Oskay

BÖLÜM 14. BASINÇ YARALANMASI 141
İbrahim Kiyat, Ayfer Özbaş

BÖLÜM 15. ANKSİYETE 149
Özlem Kaçkin, Sevil Yılmaz

BÖLÜM 16. DEPRESYON 157
Cemile Hürrem Ayhan, Hülya Bilgin

BÖLÜM 17. KAYIP, KEDER VE YAS 171
Özge Sukut, Emre Çiydem

BÖLÜM 18. PORT KATETER BAKIMI 179
Funda Çam

BÖLÜM 19. TRAKEOSTOMİ BAKIMI 191
Öykü Kara, Ayfer Özbaş

BÖLÜM 20. STOMA BAKIMI 203
Hatice Merve Alptekin, İkbal Çavdar

BÖLÜM 21. ENTERAL VE PARENTERAL BESLENME..... 213
Esra Bayrak

BÖLÜM 22. PERKÜTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ 225
Hatice Demirdağ, Nuray Akyüz

BÖLÜM 23. YAŞAMIN SON SAATLERİ 233
Arzu Erkoç

BÖLÜM 24. ETKİLİ İLETİŞİM..... 241
Büşra Kul

BÖLÜM 25. PALYATİF BAKIMDA ETİK 253
Rengin Acaroğlu, Aylin Özakgül

BÖLÜM 26. SAĞLIK PERSONELİNİ GÜÇLENDİRME..... 267
Gizem Şahin Bayındır, Sevim Buzlu

BÖLÜM 27. AİLE BİREYLERİNİ GÜÇLENDİRME..... 279
Hatice Irmak, Fatma Yasemin Kutlu

BÖLÜM 28. PALYATİF BAKIMDA MANEVİYAT 287
Emel Emine Kayıkçı

REKTÖRÜN ÖN SÖZÜ

Türk milletinin bağımsızlık mücadelesi, 29 Ekim 1923'te Cumhuriyetin ilanı ile taçlanmıştır. Dünya tarihine altın harflerle kazınan büyük bir mücadele sonucu elde edilen şanlı zafer, Türk milletinin hür ve bağımsız yaşama kararlılığı ile çıktığı yolda; inanç, cesaret, güven ve sınırsız fedakârlıkla gösterdiği eşsiz kahramanlıkların eseridir. Egemenliğin kayıtsız şartsız millete teslim edildiği Türkiye Cumhuriyeti, Millî Mücadele'mizin önderi Gazi Mustafa Kemal Atatürk'ün milletimize en büyük armağanıdır.

Cumhuriyetin kazanımlarını koruma ve milletimizin muasır medeniyetler seviyesine ulaşma hedefinde, eğitim ve bilim her zaman en büyük rehberdir. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesinde ise en büyük sorumluluk kuşkusuz üniversitelere düşmektedir.

Ülkemizin köklü ve öncü üniversiteleri arasında yer alan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa; bilimsel yaklaşımı benimseyen, bilgi üreten ve uygulamalarıyla toplumun gelişmesine katkıda bulunmayı ilke edinen bir araştırma üniversitesidir. Cumhuriyet değerlerine bağlı bir yükseköğretim kurumu olarak Cumhuriyetimizin 100. yılına ithafen akademisyenlerimizin iş birliğiyle "*Cumhuriyetin 100. Yılına 100 Kitap*" projesini hayata geçiriyoruz. Proje kapsamında, akademisyenlerimizin kendi uzmanlık alanlarıyla ilgili kaleme aldıkları ve İÜC Yayınevi tarafından basılan kitaplar, açık erişimle tüm toplumun faydasına sunulmaktadır. Sağlıktan mühendisliğe, sosyal bilimlerden eğitime kadar pek çok alanda hazırlanan 100 kitap; eğitim-öğretim materyali, ders kitabı olarak kullanılabileceği gibi araştırma geliştirme kapsamında yararlanılacak kaynak olarak da kullanılabilecek nitelikteki kitaplardan oluşmaktadır.

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa olarak köklü geçmişimizden aldığımız güçle Cumhuriyetimizi nice yüzyıllara taşımak için var gücümüzle çalışmaya ve üretmeye devam ediyor, 100. yılını kutladığımız Cumhuriyetin kurulmasında emeği geçen tüm kahramanlara adadığımız "*Cumhuriyetin 100. Yılına 100 Kitap*" projemizi; tüm akademisyenlerin, öğrencilerin ve araştırmacıların kullanımına sunuyoruz.

Rektör
Prof. Dr. Nuri AYDIN
29 Ekim 2023

ÖN SÖZ

Tedavi ve bakımın yaşam boyu sürdürülmesini gerektiren kronik hastalıklar, önemli bir sağlık sorunudur. Yaşamının son dönemine dek hastalığa ve tedaviye bağlı sorunlar ile mücadele etmek zorunda kalan bu hastaların sadece fiziksel sağlığı değil yanı zamanda sosyal yaşamı ve psikolojik durumu olumsuz etkilenmektedir. Ciddi bir kronik hastalık ile yaşamını sürdürmek zorunda kalan pek çok hasta, hastalık sürecinde pek çok sorun ve sağlık uzmanlarının cevaplanması gereken sorular ile karşı kalmaktadır. Kronik hastalık tanısının konması ile erken dönemde planlanan palyatif bakım, hasta ve ailesine rehberlik edip hasta ve ailenin yaşadığı olumsuzluklar ve zorlu hastalık süreci ile başetmesine, hastalığa bağlı sorunları etkin bir şekilde yönetmesine ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine destek olmaktadır.

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip hasta ve ailelerinin acısını hafifletmek ve yaşam kalitesini iyileştirmek için, pek çok sağlık uzmanın iş birliği ile sunulan, hasta merkezli bakım hizmetidir. Bu bakım hizmeti hastalara tek başına verilebileceği gibi, hastanın tıbbi tedavileri ile aynı anda hastayı takip eden sağlık ekibi tarafından verilebilir. Palyatif bakım kavramı, 1970'lerin ortalarında ev merkezli hospis hizmetlerine ilginin artması ve yaygınlaşması ile önem kazanmıştır. Ayrıca, bireyin yaşamın son günlerinde tıbbi tedaviyi reddetme hakkı olduğu kararının yasal olarak kabul edilmesiyle, ötenazi konusundaki tartışmalar ve yaşam sonu bakımı ile ilgili yaşanan olumsuz deneyimler palyatif bakımın önemini daha da arttırmıştır. Son yıllarda, dünyanın pek çok ülkede palyatif bakım ve hospis hizmetleri yaygınlaşmış ve etkin bir şekilde sunuluyor olsa da günümüzde hala pek çok hasta palyatif bakım hizmeti alamamaktadır. Toplumun kültürel özellikleri temel alınarak hasta ve ailesinin beklentileri doğrultusunda, özellikle yaşamının son günlerinde palyatif bakım hizmeti almak her bireyin hakkıdır. Palyatif bakım genel olarak fiziksel ve psikolojik semptomların yanı sıra duygusal ve ruhsal olarak sıkıntıların erken tanımlanmasını ve özellikle yaşamın son günlerinde acının önlenmesini ve hafifletilmesini sağlar. Ölümü hızlandırmaz ya da ertelemez.

Bu kitap palyatif bakımı felsefesini temel alarak, kronik hastalıkların yönetiminde palyatif bakım hizmetlerinin planlanmasını ve uygulanmasını açıklamaktadır. Palyatif bakıma gönül vermiş sağlık uzmanın desteği ile hazırlanan bu kitabın yararlı olmasını dileyerek, hazırlanmasında emeği geçen tüm hocalarıma ve meslektaşlarıma teşekkür ederim.

Editör
Prof. Dr. Gülbeyaz CAN

GİRİŞ

Günümüzde yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireyler ve onların aileleri, sadece hastalığın fiziksel etkileriyle değil, aynı zamanda duygusal, sosyal ve psikolojik zorluklarla da mücadele etmektedir. Bu zorlu süreçte, palyatif bakım hizmetleri, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini iyileştirmede ve acılarını hafifletmede kritik bir rol oynamaktadır. Palyatif bakım, pek çok sağlık uzmanının iş birliği ile sunulan, hasta merkezli bir bakım hizmetidir ve insan onuruna saygıyı esas alır. Ne yazık ki, ülkemizde palyatif bakım genellikle yaşamın son döneminde olan hastalara sunulmakta ve bu da palyatif bakımın sadece terminal hasta bakımı olarak algılanmasına yol açmaktadır. Oysa ki, palyatif bakım sadece yaşamın son günlerine özgü bir hizmet değildir. Literatürde yer alan birçok çalışma, palyatif bakım hizmetlerinin kronik hastalık tanısının konulması ile birlikte erken dönemde başlatılmasının hasta ve ailesine zorlu hastalık sürecinde etkin bir şekilde destek olduğunu ve sağ kalımı arttırdığını göstermektedir.

Palyatif bakımın erken dönemde başlatılması, hastaların fiziksel ve psikolojik semptomlarının daha erken dönemde tanımlanmasını ve yönetilmesini sağlamaktadır. Bu sayede hastalar, yaşamlarının son günlerinde daha az acı çekmekte ve daha kaliteli bir yaşam sürmektedirler. Palyatif bakım, bireylerin sadece fiziksel semptomlarını hafifletmekle kalmaz, aynı zamanda onların psikolojik, sosyal ve manevi ihtiyaçlarına da yanıt verir.

Her birey, yaşamının herhangi bir döneminde palyatif bakım hizmeti alma hakkına sahiptir. Bu hakkın tanınması ve sağlık sistemine entegre edilmesi, bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve onlara daha insancıl bir bakım sunmak adına büyük önem taşımaktadır. Palyatif bakım, sadece hastaların değil, aynı zamanda ailelerinin de hastalık sürecinde daha iyi baş etmelerine yardımcı olur. Bu, hastaların ve ailelerinin karşılaştıkları sorunlarla etkin bir şekilde başa çıkmalarını ve hastalık sürecini daha anlamlı ve yönetilebilir hale getirmelerini sağlar.

Sağlık çalışanlarının ve toplumun palyatif bakımın gerçek anlamını ve önemini kavraması, bu hizmetlerin daha geniş kitlelere ulaştırılmasını sağlayacaktır. Palyatif bakımın sağlık sistemine tam olarak entegrasyonu, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini yükseltecek ve onlara ihtiyaç duydukları desteği sunacaktır. Unutulmamalıdır ki, palyatif bakım yaşamın sonu değil, yaşamın kalitesini arttırma ve acıyı hafifletme çabasıdır.

BÖLÜM 1
PALYATİF BAKIMDA TARİHSEL GELİŞİM

Gülbeyaz CAN

DOI: 10.5152/1801

Palyatif Bakımda Tarihsel Gelişim

The Historical Development of Palliative Care

BÖLÜM HAKKINDA

Palyatif bakım, ileri evre hastalığı olan birey ve ailesinin acısını hafifletmek ve yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla sunulan hasta merkezli bakım hizmetidir. Geçmişi, Orta Çağ'da rahip ve rahibeler tarafından yönetilen hospislere dayanmaktadır, ancak gelişimi 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra önemli bir ivme kazanmıştır. Yaşamının son döneminde tıbbi tedaviyi reddetme hakkının hastalara yasal olarak tanınmasıyla palyatif bakım hizmetlerinin önemi daha da öne çıkmıştır. Bu yıllarda palyatif bakım hizmeti, birçok ülkenin sağlık bakım hizmetlerinin kapsımına dahil edilmiş ve ileri evre hastalara bakım hizmeti olarak sunulmaya başlanmıştır. Bu bölümde, geçmişten günümüze kadar palyatif bakımın gelişiminde önemli olan tarihi noktaları inceleyeceğiz.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, tarihsel gelişim, palyatif bakımına temel prensipleri

ABOUT the CHAPTER

Palliative care is a patient-centered care service provided to relieve the pain of individuals with advanced-stage illnesses and their families, and to improve their quality of life. Its origins can be traced back to hospices managed by monks and nuns during the Middle Ages, but its development gained significant momentum after the second half of the 20th century. The recognition of patients' legal right to refuse medical treatment in the final stages of life further emphasized the importance of palliative care services. During these years, palliative care services were included in the healthcare systems of many countries and began to be offered as a care service for patients with advanced-stage illnesses. In this chapter, we will examine key historical milestones in the development of palliative care from past to present.

Keywords: Palliative care, historical development, basic principles of palliative care

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ T.C. CERRAHPAŞA 1453

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenciler:

1. Palyatif bakım ve hospis kavramlarını öğrenir.
2. Dünyada ve ülkemizde palyatif bakımın tarihsel gelişimini öğrenir.
3. Palyatif bakımın prensiplerini kavrar.
4. Günümüze palyatif bakım ile ilgili ülkemizde özgü gelişmeleri tanımlar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Hospis** – Hasta ve refakatçisinin birlikte kalabileceği, hastane kampüsüne çok uzak olmayan yerlerde oluşturulan, ev atmosferine benzer kuruluşlardır.

2. **Palyatif bakım** – İlerlemiş hastalığı olan hasta ve ailelerinin acısını hafifletmek ve yaşam kalitesini iyileştirmek için, pek çok sağlık uzmanın iş birliği ile sunulan, hasta merkezli bakım hizmetidir.

Giriş

Palyatif bakım, hasta ve ailesinin acısını hafifletmek ve yaşam kalitesini arttırmak için, pek çok sağlık uzmanın iş birliği ile sunulan, hasta merkezli bir bakım hizmetidir. İleri evre hastalık tanısının konması ile başlatılan palyatif bakım hizmeti hasta ölüme yaklaştıkça daha da önem kazanmaktadır. 1970'lerin ortasında, özellikle ev merkezli hospis hizmetlerine ilginin artması ile önem kazanan palyatif bakım hizmetleri, bireyin yaşamının son

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Gülbeyaz Can

İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-posta: gulbeyaz@iuc.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Can G. Palyatif Bakımda Tarihsel Gelişim. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 1-11.

günlerinde tıbbi tedaviyi reddetme hakkı olduğu kararının yasal olarak kabul edilmesi ve ötenazi konusundaki tartışmaların artması ile daha da öne çıkmıştır.[1] Dünyanın pek çok ülkesinde sağlık bakım hizmetlerinin içinde palyatif bakım ve hospis hizmetleri yer alsa da, bazı ülkelerde ulaşılabilir değildir. Palyatif bakım, palyatif bakım ekibi tarafından planlanmaktadır. İleri evre hastalar, tedaviye cevapsız kaldığında bakım desteği almak için bu palyatif bakım ünitelerine kendisini tedavi eden hekim tarafından yönlendirilmektedir. Bu süreçte, kendisini tedavi eden ve bakımını sürdüren hekim ve hemşirelerden uzaklaştığı için de bazı hastalar endişe yaşayabilmektedir.[2,3] Bu nedenle, palyatif bakım birimine yönlendirmeden önce, hasta ve ailesinin bu hizmeti almaya istekli olup olmadığını ve beklentilerinin neler olduğunu bilmek önemlidir. Dünyanın her yerinde hastalık sürecinde evde yardım ve desteğin sağlanması, ölmek üzere olan kişinin isteklerinin yerine getirilmesi, sağlık çalışanların hasta ve aile iletişiminde net ve dürüst olunması, ihtiyaç olduğunda palyatif bakım hizmetinin ulaşabilir olması ve hastanın ölümden sonra aile üyelerinin desteklenmesi önemlidir. Toplumun kültürel özelliklerini dikkate alarak sunulan kapsamlı palyatif bakım hizmeti sadece hastanın değil ayrıca ailenin de hastalık sürecinde aldığı sağlık hizmetinden memnuniyetini arttırmaktadır.[1]

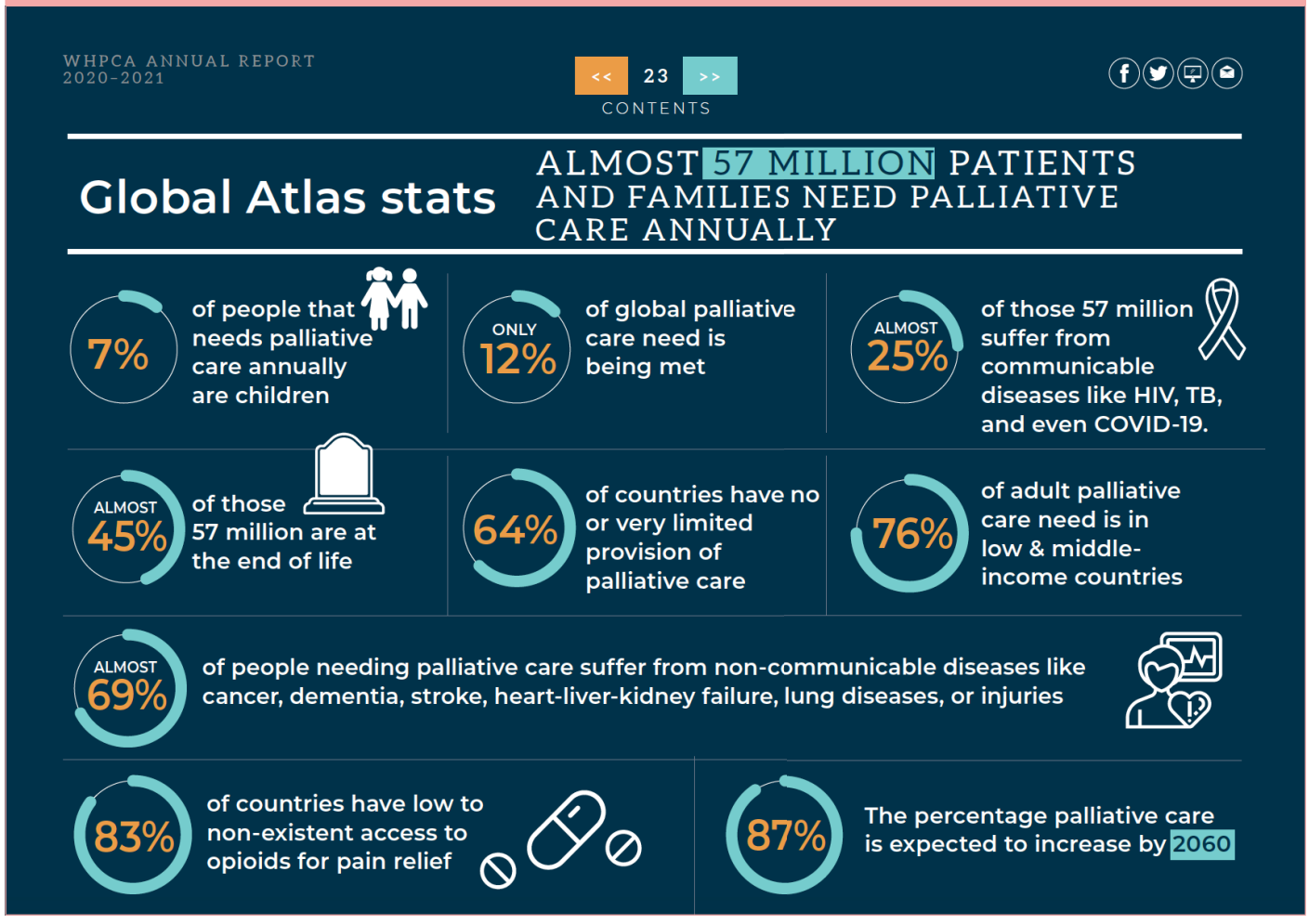
Palyatif Bakım

Palyatif bakım, bütünleşik ve birey merkezli sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Türk Dil Kurumu, palyatif bakımın hastalık belirtilerini geçici olarak hafifletmeyi amaçlayan ve rahatlatıcı bir yaklaşım olduğunu ve sıfat olan 'palyatif' sözcüğünün kendi içinde "geçici" ya da "geçiştirici" anlam taşıdığını ifade etmiştir.[4]

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı, ilk 1989 yılında tanımlamıştır. Palyatif bakımın "yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan sorunlar ile karşılaşan hastaların yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunları erken dönemde önlenmesi veya giderilmesi amacı ile sunulan bir bakım yaklaşımı" olduğunu ifade etmiştir.[5] Takiben, 2014 yılında yapılan revizyonla, 'palyatif bakımın tüm sağlık çalışanlarının vicdani sorumluluğu olduğunu' vurgulamış ve sadece hastaya değil hastanın yakınlarına da psikolojik, sosyal, manevi ve fiziksel açıdan destekleyen bir bakım hizmeti olarak sunulması gerektiğini bildirmişitr.[6]

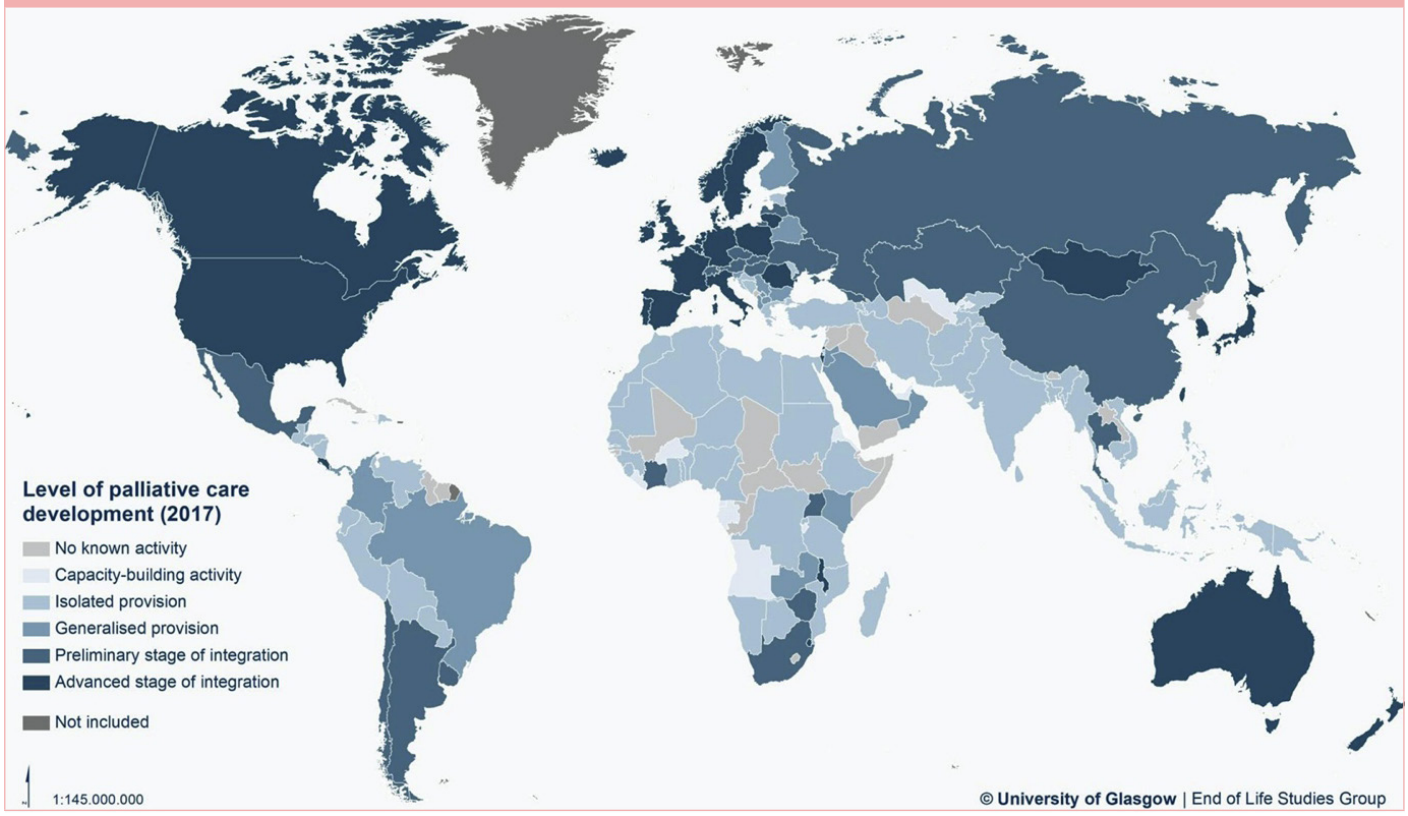
Hastanın ızdırap ve acı çekmesine neden olan fiziksel ve psikolojik semptomlarını hafifletmek etik açıdan küresel bir sorumluluktur.

Şekil 1. Dünyada palyatif bakım ile ilgili önemli sonuçlar[a]



[a]Palliative care [Internet]. [cited 2022 Mar 6]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care kaynağından alınmıştır.[11]

Şekil 2. Ülkelerin palyatif bakım hizmetleri ile ilgili gelişmişlik düzeyi[a]



[a]Palliative care [Internet]. [cited 2022 Mar 6]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care kaynağından alınmıştır.[11]

Bu nedenle, kültürel ve dini değerlere, inanç ve alışkanlıklara duyarlı olan palyatif bakım, bireyin işlevsel kapasitesini güçlendiren ve yaşam kalitesini arttıran önemli bir hizmettir. DSÖ'nün en son yayınladığı raporda günümüzde palyatif bakım gereksinimi olan tüm hastaların %76'ının düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı, ülkelerin %64'ünde palyatif bakım hizmeti olmadığı ya da sunulan palyatif bakım hizmetinin çok sınırlı olduğu ve tüm hastaların sadece %12'sinin bu hizmetten yararlanabildiği bildirilmiştir (Şekil 1). Bu nedenle, kalp hastalıklarına, kansere, organ yetmezliğine ya da aşırı kilo kaybına bağlı palyatif bakım ihtiyacı olan tüm hastaların palyatif bakıma ulaşabilmesi önemlidir.[6]

Geçmişte palyatif bakım sadece yaşam sonu bakım olarak kabul edilmekteydi. Bugün ise, yaşamı tehdit eden hastalık tanısı konulduğu andan itibaren başlanması gereken ve ölüm sonrası aileye de en az bir yıl boyunca, yas sürecinde sunularak sona erdirilmesi gerek bir bakım süreci olarak kabul edilmektedir. Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireyin yaşamdan ölüme geçişini kolaylaştırır. Yaşam süresinden çok yaşamın niteliğiyle ilgilenir. Ölüm yaklaştıkça hem hastanın hem de ailenin rahatlamasını sağlamaya ve hastanın kaybından sonra ailenin yas sürecinde desteklenmesine odaklanır.

2017 yılında, DSÖ ve Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) tarafından yayınlanan bir raporda, WPCA tarafından tanımlanan kriterler doğrultusunda 198 ülkenin palyatif bakım hizmetleri incelenmiş ve bu ülkelerde sunulan palyatif bakım hizmetinin yeterliliği 5 grup altında sınıflandırılmıştır (Şekil 2) .[11]

Raporun oluşturulmasında:

- Palyatif bakım hizmetlerinin ülke genelinde yaygın olması ve derneklerin olması,
- Palyatif bakım hizmetinin sağlık sistemine entegre olması,
- Palyatif bakım hizmetinin genel sağlık sigortası kapsamında olması,
- Sağlık personelinin ve derneklerin palyatif bakım ile ilgili faaliyetler düzenliyor olması,
- Morfinin hasta açından ulaşılabilir olması,
- Sağlık uzmanlarının ve toplumun palyatif bakım konusunda bilinçlenmesi,
- Akademisyenler ile çalışarak palyatif bakım eğitimlerinin düzenlenmesi dikkate alınan kriterler olarak tanımlanmıştır.

Dünya Tarihinde Palyatif Bakım

Palyatif bakımın tarihsel geçmişni açıklamadan önce, literatürde sık kullanılan "*palyatif*" ve "*hospis*" kavramları arasındaki farkı tanımlamak palyatif bakımın tarihsel gelişim sürecini kavramak açısından önemli olabilir.

"***Palyatif***" kelimesi Latince pelerin veya örtü anlamına gelen "pallium" kelimesinin Ortadoğu'da kullanılan anlamından türemiştir – "*may you be wrapped in tenderness, you my brother, as in a cloak*" – "*ona bir pelerin gibi şefkatle sarılabilir misin kardeşim*".

"***Hopis***" kelimesi ise, Latince *"hospitium"* kelimesinden türeyen ve İngilizce'ye *"hospice"* olarak geçmiş olan kelimenin Türkçe'ye

uyarlanmış halidir. Hospitium, *"konukseverlik"* ya da *"misafirhane"* anlamına gelir, ancak modern kullanımda bu kelime, özellikle son yıllarda, yaşam sonu bakımı ve palyatif bakım hizmetlerini ifade etmek için kullanılır. Orta çağda, rahip/rahibeler tarafından yönetilen "*Hospisler*" evden uzakta olan gezgin ve hacıların kullanabileceği bir dinlenme yeri ya da hasta olan ve ölmek üzere olan yolcuların bakım yeri olarak kullanılması amacı ile kurulmuştur. Takiben, maddi sıkıntılar nedeniyle bu merkezlerin büyük bir kısmı reform döneminde kapatılmış veya manastıra dönüştürülmüştür. Bu durum XIX. yüzyıla kadar, Fransa'da 1842 yılında Jeanne Garnier terminal dönemdeki hastalara adanmış ilk hospis merkezini (Calvaire) açana kadar devam etmiştir. Hospis hareketinin oluşumunda önemli rol oynayan Jeanne Garnier, ilk kez hospisi "yaşamının son dönemini yaşayan hastaların bakımı ve bu hastalara eşlik etme" olarak tanımlamıştır. Takiben ölüm sürecinde olan hastaların bir birey olarak algılanmasının ve yaşama bağlı kalarak yeterli bakım ve tedavi ihtiyaçlarının karşılanmasının gerekliliğini ilk bir hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve tıp doktoru olan 1918-2005 yılları arasında yaşamış olan Dame Cicely Saunders vurgulamıştır. 1967 yılında, Dame Cicely Saunders, Londra'da, St. Christopher's Hospice adı altında ilk modern hospis merkezini kurarak günümüzdeki hospis hizmetlerinin temel prensiplerini tanımlamıştır. 1969 yılında, *"Ölüm ve Ölmek Üzere"* adlı kitabında Elisabeth Kübler-Ross, yaşamının son günlerinde birçok hastanın inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul gibi bazen birbirini takip eden ya da etmeyen beş aşamadan geçtiğini ifade ederek ölmek üzere olan hastaların bakım gereksinimleri ile ilgili toplumun bilinçlenmesini sağlamıştır. [1,7-10]

"Palyatif bakım" terimini ilk, 1975 yılında, McGill Üniversitesi'nde cerrah olarak çalışan ve Saunders'ın öğrencisi olan Dr. Balfour Mount, yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylere tanı konduğu andan itibaren, tedavi döneminde uygulanan girişimleri tanımlamak ve "hospis bakımı" kavramından ayırmak için kullanılmıştır. Mount, palyatif bakımın tedavisi mümkün olmayan hastaların yaşam kalitesini iyileştirdiğine inanarak, Kanada Montreal'de yer alan Royal Victoria Hastanesi'nde yataklı servisi olan ve danışmanlık, evde bakım hizmetleri sunan ve matem desteği sağlayan ilk palyatif bakım servisini kurmuştur. Takiben dünyanın pek çok bölgelerinde çok sayıda palyatif bakım merkezi açılmıştır. Palyatif bakım kavramı, 1970'lerin ortalarında ev merkezli hospis hizmetlerine ilginin artması ve yaygınlaşması ile önem kazanmış, ancak bireyin yaşamın son günlerinde tıbbi tedaviyi reddetme hakkı olduğu kararının yasal olarak kabul edilmesi, ötenazi konusunda yaşanan tartışmalar ve insanların yaşam sonu bakımı ile ilgili yaşadığı olumsuz deneyimler palyatif bakım hizmetinin önemini daha da güçlendirmiştir.[1,7-10]

1990 yılında, Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı, yaşamı sınırlayan hastalığı olan hastalar için acı çekmeyi hafifletmeye ve yaşam kalitesini artırmaya adanmış ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul etmiştir.[11]

2010 yılında, New England Tıp Dergisinde, Dr. Jennifer Temel ve meslektaşları tarafından yayınlanan bir çalışmada, akciğer kanseri olan hastalarda standart onkolojik bakıma ek olarak erken dönemde başlatılan palyatif bakımın, depresyon düzeyini azalttığı, yaşam kalitesini artırdığı ve sağkalımı 2,7 ay uzattığı bildirilmiştir.[12]

Türk Tarihinde Palyatif Bakım

Türk tarihinde, palyatif bakımın gelişimini, İslamiyet öncesi, İslamiyet dönemi ve İslamiyet dönemi sonrası dönemde Türk toplumunun sağlık ve hasta bakımına olan yaklaşımını açıklayarak yansıtabilir.[8]

İslamiyet öncesi dönemde, Göktürk inancını ve Şamanizm öğretilerini benimseyen Türk kavimleri, Şamanların ölmek üzere olan hastaların ruhlarını kötü ruhlardan koruyarak öteki dünyaya gitmesine eşlik ettiğine inanırmış. Ayrıca bu dönemde, Uygur beyleri tarafından hayrat olarak kurulan Buyan binaları yolcu, yaslı ve hastalar için bakım ve tedavi yeri olarak kullanılmaktaymış.[8]

İslamiyet döneminde, 872 yılında Tolunoğulları hükümdarı Ahmed Bin Tolun Mısır'da hasta ve yaşlılara bakım veren ve Bimarhane olarak bilinen merkezler yaptırmıştır. Selçuklu Devlet'inde barınma, beslenme, sosyal yardım ve eğitim hizmeti sağlayan darüşşifa, bimaristan ve tımarhane gibi farklı isimler kullanılarak tanımlanan kuruluşlar kurulmuştur. 1156-1232 tarihleri arasında yaşamış olan Erbil Atabey'i Muzafferüddin Ebû Sâid Gökbörü Musul'da hasta ve körler için yaptırdığı darüşşifa merkezlerinde hastalara ücretsiz hizmet vermiştir. Saruhanlılar, Manisa'da yaptırdığı körhanede gözleri görmeyen insanları korumaya almıştır. Osmanlı İmparatorluğu döneminde, her tür gereksinimi karşılanarak korunmaya muhtaç olan insanlara aşevi, imaret, darü-lit'âm, darüzziyafe, tabhane, misafirhane, kervansaray, zaviye, tekke, yetimhane gibi kurumlarda barınma imkânı sağlanmıştır. Darüşşifalar, o dönemde kurulan en önemli hayır ve hak kuruluşlarıdır. Örneğin, Haseki (1550) ve Atik Valide (1582) darüşşifalarının vakfiyelerinde hastalarla ilişkide tabibin nazik, güler yüzlü, şefkatli, merhametli, bir baba gibi koruyucu olması önkoşul olarak belirtilmiştir. Osmanlı İmparatorluğu döneminde hastaların bakımı tekkeler tarafından da üstlenmiştir. Rus Harbi sonrası İstanbul'a göç dalgasının artması ile sokaklarda evsiz, barksız, hasta, kimsesiz çocuk ve dilenci sayısı artmıştır. Bu nedenle 1895 yılında Sultan II. Abdülhamid yaşlı ve hastaların bakım ve tedavilerinin sürdürülmesi için günümüzde de hizmetine devam eden Darülacezeleri kurmuştur.[8]

İslamiyet sonrası döneminde, 1993 Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulan "Kanser Bakımevi" palyatif bakım hizmeti veren ilk kurumdur. "Kanser Bakımevi" ayakta kalabilmesi için gerekli mali desteği bağışlarla sağlayamadığı için açıldıktan 4 yıl sonra, 1997 yılında kapanmıştır. 2006 yılında, Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından Ankara'da 12 odalı tarihi bir ev satın alınarak "Hacettepe Umut Evi" kanser hastalarına palyatif bakım sunan ikinci kurum olarak açılmıştır.[13]

2008-2009 yılları arasında, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ile TC Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı arasında imzalanan iki yıllık iş birliği anlaşması (BCA) sonucunda gerçekleştirilen üç çalıştayda, sağlık uzmanlarının ortak çalışmalarıyla oluşturulan '**Palyatif Bakım Eylem Planı**', 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamında yayınlanmıştır (Resim 1, 2 ve 3). Bu eylem planında, ülkemiz koşullarına uygun bir palyatif bakım modeli oluşturulmuş, pilot palyatif bakım merkezlerinin kurulması ve palyatif bakım alanında eğitimli ekiplerin oluşturulması hedeflenmiş; ayrıca opioidlerin erişiminin kolaylaştırılması için yapılması gereken çalışmalar açıklanmıştır.[8]

Resim 1. 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı 2. Çalıştayı



Resim 2. Palyatif Bakım Eylem Planını Geliştirme Çalışmaları



Soldan sağ altı sıra: Doç.Dr. Gülbeyaz Can, Figen Bay, Meral Bakar (Hemşirelik); **Soldan sağ üst sıra:** Doç.Dr. Sibel Eyigör (Fiziksel Tedavi Rehabilitasyon), Dr. Sheron Eril (Palyatif Bakım) ve Dr. Vedat Işıkhan (Sosyal Hizmetler)

Resim 3. Palyatif Bakım Eylem Planını Geliştirme Çalışmaları



Soldan sağ: Prof. Dr. Şeref Kömürcü (Tıbbi Onkoloji), Doç.Dr. Sibel Eyigör (Fiziksel Tedavi Rehabilitasyon), Doç.Dr. Gülbeyaz Can, Meral Bakar (Hemşirelik).

2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programının en önemli yapı taşlarından biri olarak kabul edilen PALLİA-TÜRK (Palya-Türk) projesi, ülkemizin sosyokültürel yapısına en uygun palyatif bakım sistemi olarak tanımlanmıştır.[8] Sivil toplum örgütleri ile desteklenen ve hemşirelik bakımının ön planda tutulduğu bu projede ülkemizde kurulması öngörülen palyatif bakım merkezlerinin sınıflandırılması yapılmış ve işleyişi tanımlanmıştır.

I. Seviye - Palyatif bakım birimini (PBB): Palyatif bakım hizmetinin ağırlıklı olarak ayaktan poliklinik hizmetleri olarak sunulması için planlanan bu birimlerin perifer bölgelere kurulması önerilmiştir.

II. Seviye - Palyatif bakım merkezi (PBM): Multidisipliner ekibin hizmet vereceği bu merkezlerin üst düzey çalışma standartlara sahip sağlık tesisleri ile Hizmet Hastaneleri içinde kurulması

önerilmiştir. Bu merkezlere başvuran hastalar en kısa sürede stabil hale getirdikten sonra, idame tedavisinin sağlanması için aile hekimi ve evde sağlık hizmetlerine sevk etmesi planlanmıştır.

III. Seviye - Kapsamlı palyatif bakım merkezi (KPBM): Palyatif bakımın yanı sıra rehabilitasyon, psikososyal destek, beslenme desteği, mesleki terapi, fizyoterapi, konuşma-dil terapisi, ağrı yönetimi gibi hizmetlerin de dahil edildiği bu merkezlerin Üniversite ve Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde kurulması önerilmiştir.

2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı yayınlandıktan sonra, 2010 yılı içinde evde bakım hizmetleri yönetmeliğinde yapılan düzenleme ile, 2012-2013 yılları arasında ülkemizin her yerinde pek çok palyatif bakım merkezi açılmıştır. Hastane temelli ilk palyatif bakım ünitesi, 2010 yılında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2 yatak ünite, onkoloji uzmanın, fizik tedavi uzmanın, psikolog, hemşire, din adamı ve sosyal gönüllülerin yer aldığı 10 kişilik ekip ile hizmete başlamıştır. Erişkin hastalara kapsamlı palyatif bakım hizmeti veren, 11 odalı ilk palyatif bakım merkezi Sağlık Bakanlığı Ankara Ulus Devlet Hastanesi'nde kurulmuştur.[8] İlk Pediatrik Palyatif Bakım Merkezi, 2015 yılında Bursa Dörtçelik Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde kurulmuştur.[13] 2014 yılında palyatif bakım hizmetleri için yönerge oluşturulmuş, merkezlerin personel özellikleri tanımlanmış, sosyal güvenlik kapsamına alınmış ve merkez sayıları artırılmıştır.[8]

Günümüzde ülkemizin her yerinde, özellikle kapsamlı hizmet veren büyük şehir hastanelerinde pek çok palyatif bakım ünitesi kurulmuş durumda (Şekil 3). 2020 yılı ekim ayı sonunda ülkemizde palyatif bakım merkez sayısı 397, yatak sayısı ise 5.717 olduğu ve 2021 yılında bu sayının 5.900'e çıkarılması planlandığı bildirilmiştir. Palyatif bakım yatak sayısı, nüfus sayısı göz önünde bulundurularak 18.156 ile İstanbul, 9.923 ile Ankara ve 6.638 ile İzmir gibi büyük şehirlerde küçük şehirlere kıyasla fazla ve bu merkezlere başvuru kriterlerini karşılayan tüm hastalara hizmet vermektedir.[8]

Merkezlere %35 ile onkoloji, %22 ile nöroloji ve %11 ile kronik akciğer hastaları en sık başvuran hasta grupladır. Hastaların en sık başvuru nedeni %25 ile ağrı ilk sırada yer almaktadır. Ayrıca malnütrisyon, dispne, basınç yaralanması, bulantı-kusma ve ateş hastaların başvurduğu diğer şikayetlerdir.[14]

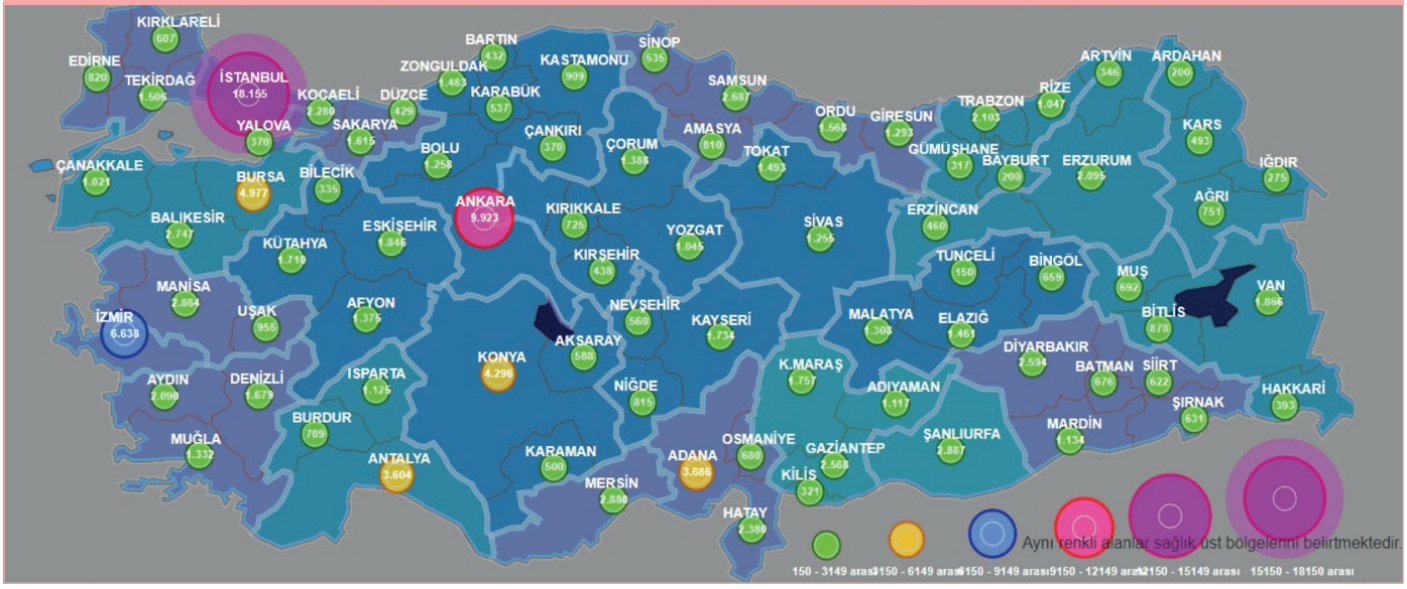
Palyatif bakım ünitelerine başvuru yapan tüm hastaların gereksinimleri multidisipliner tarafından değerlendirilip, gerekli ise hastanın yatışı yapılmakta ve bakım ve tedaviler ünitede çalışan ekip tarafından planlanmaktadır. Hastanın şikayetine göre gerekli ise diğer klinik uzmanlarından da konsültasyon desteği alınmaktadır. Hasta ve yakınlarına psikiyatrist, psikolog, manevi destek birimi, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı ile destek hizmeti sunulmaktadır. Ayrıca hastanın ailesine ya da bakım veren kişilere, palyatif bakım hemşiresi teorik ve uygulamalı olarak bakım eğitimi verilmektedir. Üniteden taburcu edilen hastaların bakım hizmetlerinin bir kısmı ve sosyal hizmet desteği "Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı" ekipleri tarafından sürdürülmektedir. Hastanın muayenesi, gerekli ise kan alınarak kan sonuçlarının takibi ve tedavisi evde bakım ekibi tarafından yapılmaktadır.[8]

Palyatif Bakımda Hemşirelik Hizmetleri

2015 yılında "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" yürürlüğe girmiştir. Yönergede palyatif bakım merkezlerinin tanımı yapılmış, merkezlerin kurulması için tamamlanması gereken fiziki şartlar, ünitede görev yapacak sağlık personelinin görev, yetki ve sorumlulukları, hizmetin kapsamı, eğitim ve denetimi, diğer kurum ve kuruluşlarla iş birliğini tanımlanmıştır. Bu yönerge:

- Ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve yönetmek
- Yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek üzere palyatif bakım merkezleri kurmak
- Palyatif bakımın işleyişini, fiziki şartlarını, bulundurulması gereken araç, gereç ve personel asgari standardını belirlemek
- Kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek amacı ile oluşturulmuştur.[15]

Şekil 3. 19 Haziran 2018 tarihinde farklı il ve hastanelerin palyatif bakım merkezinde yatak sayısı



Yönergenin 8. Maddesinde palyatif bakım personelinin görev, yetki ve sorumlulukları açıklanmıştır. Bu madde kapsamında palyatif bakım merkezi hizmetlerinin, sorumlu tabibin denetim ve sorumluluğunda olacak şekilde; tabip, hemşire, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı ile diğer unvanlarda personel tarafında yürütüleceği açıklaması yapılmıştır. Ayrıca, psikolog, sosyal çalışma uzmanı, diyetisyen ve fizyoterapi uzmanının merkezde tam zamanlı çalışma zorunluluğu olmadığı ihtiyaç halinde hastane içinden veya dışından üniteye destek vereceği vurgulanmıştır.[15]

19.04.2011 tarih, 27910 sayı ile Resmî Gazete'de yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te, Onkoloji Hemşiresi başlığı altında Palyatif bakım hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları:

- Birey ve ailesine sürekliliği olan bir duygusal destek sağlar.
- Hastanın ağrı ve diğer semptomlarını değerlendirir ve yönetimini sağlar, birey ve ailesini evde semptom kontrolünü yapabilmeleri konusunda bilinçlendirir.
- Birey ve ailesinin hastaneye ve acil hizmetlere ulaşabilme konusunda gerekli bilgileri verir.
- Bireyin günlük bakımı sırasında bağımsızlığını ve kontrolünü sürdürme ve seçimlerini yapabilmesine yardımcı olarak yaşam kalitesini arttırır.
- Birey ve ailesi için var olan sosyal destekleri belirler ve destek almalarında yardımcı olur.
- Birey ve ailesine hastalığın ekonomik boyutu ve alabilecekleri destekler konusunda bilgi verir olarak tanımlanmıştır.[16]

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge", Hemşirelik Yönetmeliği'nden sonra yayınlanmış olmasına rağmen, palyatif bakım hemşiresinin görev ve sorumluluklarını net bir şekilde açıklamamıştır. Palyatif bakım hastalarının bakım yükünü üstlenen ve bu ekibin önemli ve vazgeçilmez bir üyesi olan hemşirelerin "görev ve sorumlulukları, sorumlu tabip tarafından belirlenir ve yöneticinin onayından sonra ilgililere duyurulur" şeklinde ifade edilmiştir. Bu tanım, hemşirelik mesleği ve palyatif bakım hemşireliğinin palyatif bakım hizmetleri içindeki konumu açısından önemli bir konu olup, gelecekte yapılacak yönetmelik değişikliklerinde revize edilmesi gereken bir madde olarak göz önünde bulundurulmalıdır.[15]

Ülkemizde Palyatif Bakım Eğitimi

Ülkemizde palyatif bakım merkezlerinin kurulması ve hizmetin aşamalı olarak yaygınlaştırılması palyatif bakım hizmeti sunacak eğitimli ve deneyimli ekiplerin oluşturulmasına gerekli kılmıştır.

Günümüzde pek çok üniversitenin lisans ve lisansüstü hemşirelik müfredat programında palyatif bakım eğitimi teorik ve uygulamalı olarak verilmektedir.[17] Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı 11.12.2013 tarihli ve 65470 sayılı yazısında, palyatif bakım eğitiminin hekimler için tıp fakültesi eğitimi sırasında, hemşireler için ise hizmet içi eğitimlerde verilmesinin uygun olacağı ifade edilmiştir.[8] Ayrıca, palyatif bakımda görev yapan çoğu hemşire "Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı"na katılarak, palyatif bakım konusunda eğitim almaktadır. Sağlık Bakanlığı onaylı olan bu sertifika programı, kriterleri tamamlayan pek çok palyatif bakım ünitesi tarafından 35 saat teorik, 80 saat pratik olacak şekilde verilmektedir. Eğitim içeriğinde palyatif bakımın amacı, felsefesi ve ilkeleri, dünyada ve ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinde mevcut durum ve planlamalar, palyatif bakım hemşireliğinin rol ve sorumlulukları, palyatif bakım merkezlerinde ekip çalışması, hasta ve çalışan güvenliği, enfeksiyon kontrolünü, hasta değerlendirmesi, semptomların yönetimi, hasta ve ailesinin yaşam sonu bakımı ile ilgili palyatif bakımın sunulmasında önemli olan konular yer almaktadır.[18]

Palyatif Bakım ile İlgili Gelecek Çalışmalar

2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Programında, ülkemizin hemen hemen her ilinde farklı disiplinlerin işbirliği ile kapsamlı hizmeti sunacak ve hastane kampüsüne çok uzak olmayan, ev atmosferini andıran ve tedaviye cevap veremeyen hastaların yaşamının son döneminde hospis bakımı verileceği 30 yataklı "*Şefkat evi*" ya da "*Sevgi evi*" kurulması da planlanmıştır, ancak bu konu ile ilgili ülkemizde herhangi bir gelişme sağlanamamıştır.[19]

Günümüzde kurulumu tamamlanmamış olan bu merkezlerin yapısını ve işleyişini belki The Irish Hospice Fondation'ın yayınladığı Design and Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care çalışmasını temel alarak açıklayabiliriz.[20]

Bu üniteler, ulaşımı rahat ve kolay olan, gerektiği zaman hastaların diğer merkezlere nakil işlemlerinin kolaylıkla yapılabileceği alanlara kurulması önemlidir. İçinde park, yemek alanları, hasta yakınlarının gerektiğinde rahatlamasını sağlayan alanların ve hastanın ölümünden sonra destek sağlayacak birimlerin olması önemlidir.[20]

Ana Giriş Kapısı

Hasta ve ziyaretçilerin endişesinin azalmak amacı ile, kurumun giriş kapısına, görülebilir yere, birimlerin yerleşimini gösteren ve anlaşılması kolay olan bir harita konulmalıdır. Yol bulmada destek olması için haritanın üzerinde "şu an buradanız" işareti konulmalıdır (Şekil 4). Harita renk ve semboller kullanılarak yön verebilecek önemli alanlar belirtilmelidir. Gece ve gündüz okunacak şekilde tasarlanmalıdır.[20]

Şekil 4. Palyatif bakım merkezi ana giriş kapısı[a]



[a]The Irish Hospice Fondation. Design and Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care [Internet]. Hospice Friendly Hospitals Program; 2008. www.hospicefriendlyhospitals.net kaynağından alınmıştır.[20]

Şekil 5. Palyatif bakım merkezi bina girişi[a]



[a]The Irish Hospice Fondation. Design and Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care [Internet]. Hospice Friendly Hospitals Program; 2008. www.hospicefriendlyhospitals.net kaynağından alınmıştır.[20]

Binanın Ana Girişi

Binanın ana girişi, hasta ve yakınlarının başvurduğu ilk bölüm olduğundan düzenli olmalıdır. Hasta ve yakınlarının psikolojik olarak rahatlamasını sağlamak için girişin etrafında yeşil alanlar, gereksinime göre gece ve gündüz okuması kolay yön gösteren tabela ve haritalar konmalıdır (Şekil 5).[20]

Hasta Kabul

Hasta kabul alanı sakin ve huzurlu görünmelidir. Hasta ve ailesinin sakinleşmesini sağladığından ve huzur hissi verdiğinden bu alanda akan su, bitki gibi doğaya yakın alanlar oluşturulabilir. Hasta kabul deski çocuk ve büyüklere uygun oluşturulmalıdır. Bu alana yakın tekli/çoklu modüler oturma grubu olan oturma alanları olmalıdır. Çocukların kullanabileceği alanlar da yer almalıdır (Şekil 5).[20]

Hasta Değerlendirme Birimi

Hasta mahremiyeti korunacak şekilde tasarlanmalıdır. Ses yalıtımı iyi olan, hastadan alınan bilgilerin gizliliğini sağlayan, açık alandan uzak mesafeye kurulmalıdır. Bu alana giden tüm koridor ve kapılar, hasta yatağının etrafında bulunan tüm araç-gereç rahat geçmesine olanak verecek genişlikte tasarlanmalıdır (Şekil 6).[20]

Hasta Odaları

Hasta odalarının yer aldığı alanda hastaları ve ziyaretçileri yönlendirmek ve hasta hakkında bilgi edinmek için bir kabul noktası olmalıdır (Şekil 7a).

Yaşamının son günlerini pek çok hasta tek kişilik odada kalmayı ve az ailesiyle kalmayı tercih ediyor (Şekil 7b).Ancak, nüfusun yoğun olduğu bölgelerde, hizmet alanın kısıtlı olması nedeniyle hastanın bu isteğinin yerine getirilmesi bazen mümkün değildir.[20] Bu kurumlarda, oda ve yatak sayısı bakımından yapılanma ne şekilde olursa olsun, bütün ünitelerde bakım gören hastaların yattıkları odalar kişisel vücut bakımları, sosyal ilişiklerini, kendine özel uğraşlarını sürdürebilecek ve yakınları ile görüşmesini engellemeyecek, mahremiyetini sağlayacak nitelikte oluşturulmalıdır (Şekil 7c).[20]

Şekil 6. Palyatif bakım merkezi bekleme salonları[a]



a- Bekleme Salonu b - Hasta Değerlendirme Birimi

[a]The Irish Hospice Fondation. Design and Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care [Internet]. Hospice Friendly Hospitals Program; 2008. www.hospicefriendlyhospitals.net kaynağından alınmıştır.[20]

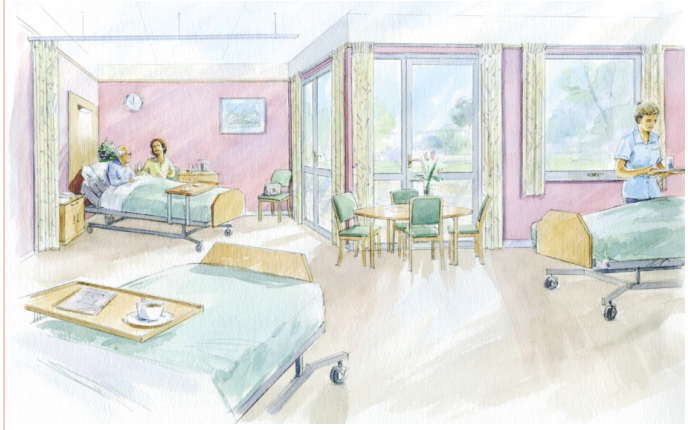
Şekil 7. Palyatif bakım merkezi hasta katı[a]



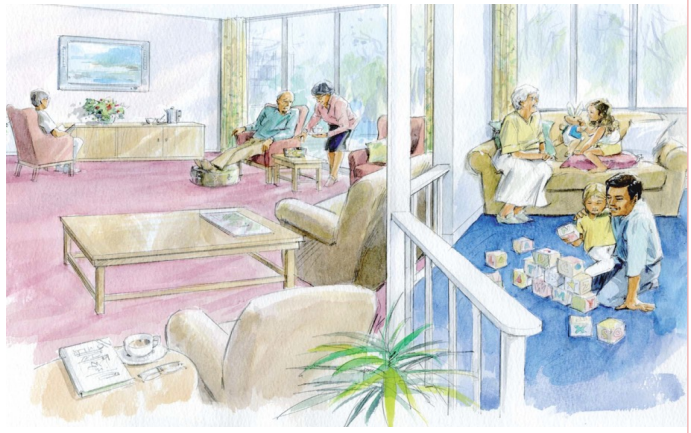
a - Bilgilendirme noktası



b - Tek kişilik hasta odası



c - Hasta koğuşu



d - Çok amaçlı salon / alan

[a]The Irish Hospice Fondation. Design and Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care [Internet]. Hospice Friendly Hospitals Program; 2008. www.hospicefriendlyhospitals.net kaynağından alınmıştır.[20]

Hasta odaları sessiz, enfeksiyon yönünden korunaklı, semptom kontrolünü ve takipleri sağlayacak teknik donanıma sahip ve acil durumlarda veya ihtiyaç duyulduğunda ilgili bakım personeline rahat ulaşmayı sağlayacak elektronik aksamlı olmalıdır. Oda hasta güvenliğini ön planda tutacak biçimde biçimlendirilmiş olması gerekir. Tedavi ve bakımın sağlanabilmesi için, araç-gereç ve işlemler için, her hastanın etrafında en az 3.6 m x 3.7 m alan olmalıdır. Hastaların rahatlamasını sağlayacağı için hasta odası bahçeyi veya peyzaj alanını görecek şekilde tasarlanmalıdır.[20]

Hasta odalarının yanı sıra, bu merkezde girişim ve muayene odası, ekip odası çok amaçlı salon, meşguliyet odası, ibadet alanı, hasta, hasta yakınları ve çalışan personelin kullanacağı ayrı lavabo ve banyo olmalıdır.

Girişim ve Muayene Odası

Bu merkezlerde hekimin hastasına müdahale edebildiği, aile görüşmeleri, psikolojik ve sosyal hizmetler gibi hizmetlerin de verilebileceği, amaca uygun tıbbi araç-gereç ve ortama sahip alanlar da kurulmalıdır. İhtiyaç halinde uygun sayıda girişim ve muayene odası yapılandırılabilir. Girişim ve muayene odası, gerektiğinde ayaktan bakım hastalarına poliklinik hizmetleri için kullanılabilir.[20]

Ekip Odası

Palyatif bakım ekibinin (hekimler, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar vb.) birlikte çalıştıkları, hastaların bakımına yönelik kararlar aldıkları, bilgi paylaşımında bulundukları, hasta dosyalarını inceledikleri ve toplantılar düzenledikleri bir odadır.

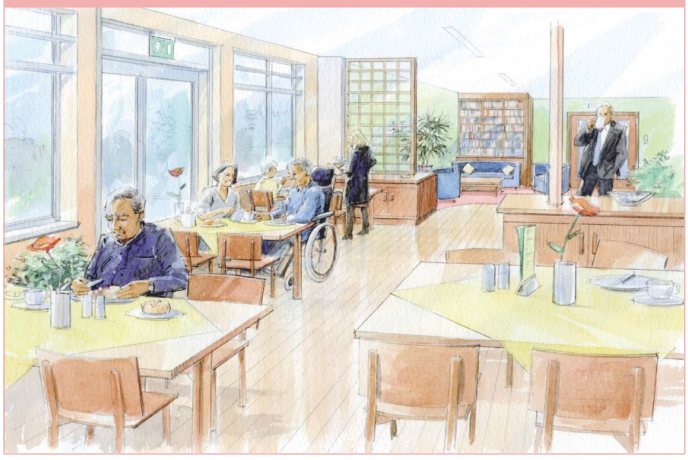
Çok Amaçlı Salon/Alan

Hasta ve hasta yakınlarının dinlenme amacı ile kullanabilecekleri mekanlardır. Biri sessiz olan müzik sistemi olan 2 çok amaçlı salon olmalıdır. Hasta yakınları için de ayrı bir oda ve dinlenme yeri oluşturulabilir (Şekil 7d).[20]

Meşguliyet (Meşgale) Odası

Hastalara fizyoterapi, mesleki terapi, konuşma ve dil terapisi, hastaların fiziksel-ruhsal rahatlamalarını sağlayacak tedavi ve hizmetleri ile aile görüşmesi ve psikososyal hizmetlerin verileceği isteğe bağlı oluşturulan mekanlardır.[20]

Şekil 8. Palyatif bakım merkezi mutfak ve kafeterya[a]



[a]The Irish Hospice Fondation. Design and Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care [Internet]. Hospice Friendly Hospitals Program; 2008. www.hospicefriendlyhospitals.net kaynağından alınmıştır.[20]

Mutfak ve Kafeterya

Hasta ve hasta yakınlarının bir şeyler atıştırmak ve yemek yemek için kullanacağı alanlardır. Bu amaç ile oluşturulacak mekanlara güneş ışınlarının ulaşımı sağlanmalı, gündüz doğal ışık alması sağlanmalıdır (Şekil 8).[20]

Dış Mekân

Kanıtlar, binanın amacı ile tamamen bütünleşen sanatın hastalar için daha iyi bir refah hissine yol açtığını göstermiştir. Doğanın duyusal öğelerini ve insan faaliyetlerini yansıtan sanat eserleri ve yerleştirmeler; dikkat dağıtıcı, huzur verici ve rahatlatıcı olmalıdır. Hasta/hasta yakınları ve sağlık personeli için ek kullanım alanı olan bahçeler, teraslar, verandalar, avlular ve doğa manzaraları içermelidir (Şekil 9).[20]

Sonuç

Sonuç olarak tüm dünyada ve ülkemizde palyatif bakım ihtiyacı olan hastalara hizmet veren merkezlerinin sayıları gün geçtikçe artış göstermektedir. Yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların sayısının artması ile sadece ülkemizde değil, dünyanın her yerinde bakım ihtiyacı olan hasta sayısı artmaktadır ve aile üyelerinin hasta bakımı konusunda bilgi sahibi olmaması ya da gelirlerinin az olması ve ailenin bakımını sürdürmek için çalışmak zorunda kalması nedeniyle hastalarına sunması gereken bakım konusunda çaresiz kalmasına neden olmaktadır. Palyatif bakım merkezlerinin kurulması sadece ailelerin sırtındaki bu yükü azaltmakla kalmayıp, verilen hizmet ile hastaların yaşam kalitesini de arttırmıştır. Her ne kadar 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programının oluşturulması için yapılan üç çalıştay kapsamında kanser hastalarının ağrılarını azaltmak ve bakımını sürdürmek amacı ile oluşturulan Eylem Planı ile yola çıkmış olsa da günümüzde palyatif bakıma ihtiyacı olan her hasta bu hizmetten yararlanabilir durumuna gelmiştir. Ayrıca, son 2 yıl hem dünyayı hem de ülkemizi etkisi altına alan Covid-19 pandemisi ile palyatif bakım hizmetleri yeni bir boyut kazanmıştır. Günümüzde ciddi solunum yetmezliği tedavisi yoğun bakımda tamamlanan Covid-19 hastaları, ev tipi vantilatör desteği ile palyatif bakım ünitelerine yatırılmakta ve bu ünitelerde tedavi ve bakımlarına devam edilmektedir.[8]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Şekil 9. Palyatif bakım merkezi dış mekanda ortak paylaşım alanlar[a]



[a]The Irish Hospice Fondation. Design and Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care [Internet]. Hospice Friendly Hospitals Program; 2008. www.hospicefriendlyhospitals.net kaynağından alınmıştır.[20]

Kaynaklar

1. Dunn GP. Palliative Care: A Promising Philosophical Framework for Gastroenterology. *Gastroenterol Clin North Am.* 2006 Mar 1;35(1):1-21. [Crossref]
2. Vijeratnam SS, Candy B, Craig R, Marshall A, Stone P, Low JTS. Palliative Care for Patients with End-Stage Liver Disease on the Liver Transplant Waiting List: An International Systematic Review. *Dig Dis Sci.* 2021 Dec 1;66(12):4072-4089. [Crossref]
3. Odagiri T, Morita T, Aoyama M, Kizawa Y, Tsuneto S, Shima Y, et al. Families' Sense of Abandonment When Patients Are Referred to Hospice. *Oncologist.* 2018 Sep 1;23(9):1109-1115. [Crossref]
4. TDK Sözlük: Palyatif [Internet]. [cited 2022 Mar 16]. Available from: https://sozluk.gov.tr/
5. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage. 2002;24(2):91-6. [Crossref]
6. World Health Organization. Palliative Care [Internet]. [cited 2022 Mar 16]. Available from: https://www.who.int/health-topics/palliative-care
7. Loscalzo MJ. Palliative Care: An Historical Perspective. *Hematology.* 2008 Jan 1;2008(1):465. [Crossref]
8. Koç A. Türk Tıp Tarihinde Palyatif Bakım. *JARSS.* 2021;29(3):159-164. [Crossref]
9. Lutz S. The history of hospice and palliative care. *Curr Probl Cancer.* 2011 Nov;35(6):304-309. [Crossref]
10. Meier DE. Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. *Milbank Q.* 2011 Sep;89(3):343-380. [Crossref]
11. Palliative care [Internet]. [cited 2022 Mar 6]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
12. Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, Pirl WF, Park ER, Jackson VA, et al. Effects of early integrated palliative care in patients with lung and gi cancer: A randomized clinical trial. *J Clin Oncol.* 2017;35(8):834-841. [Crossref]
13. Aslan Y. Türkiye'de ve Dünya'da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Derg.* 2020 Jan 15;2(1):19-27. [Crossref]
14. Göksel F, Şenel G, Oğuz G, Özdemir T, Aksakal H, Türkkanı MH, et al. Development of palliative care services in Turkey. *Eur J Cancer Care* (Engl). 2020;29(6):e13285. [Crossref]
15. Bakanlığı TS. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge [Internet]. Sayı: 15722819/840. [cited 2022 Mar 16]. Available from: https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42938/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html
16. TC Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. *Resmi Gazete.* :Tarih 19 Nisan 2011, Sayı: 27910.
17. Gulbeyaz Can. The Implementation and Advancement of Palliative Care Nursing in Turkey. *J Palliat Care Med.* 2015;S5:001. [Crossref]
18. Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı [Internet]. [cited 2022 Mar 18]. Available from: https://shgmesdb.saglik.gov.tr/Eklenti/4074/0/palyatif-bak-hems-sep-standartlaripdf.pdf
19. Özkan S, Keskinkılıç B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, et al., editors. 2013-2018 *Ulusal Kanser Kontrol Planı.* 1st ed. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı; 2013.
20. The Irish Hospice Fondation. Design and Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care [Internet]. Hospice Friendly Hospitals Program; 2008. Available from: www.hospicefriendlyhospitals.net

BÖLÜM 2
PALYATİF BAKIMDA YASAL DÜZENLEME

Arzu KAVALA

DOI: 10.5152/1802

Palyatif Bakımda Yasal Düzenleme

Legal Regulation in Palliative Care

BÖLÜM HAKKINDA

Palyatif bakım, farklı nedenlerden dolayı sağlık problemleri ile karşılaşan ve bu problemlerle yaşayan insanların yaşam kalitelerini iyileştirmeye yönelik verilen bakımı kapsamaktadır. Palyatif bakım, semptomlara odaklı bakımı sağlayarak, hastaların bakım ihtiyaçlarının netleştirilmesine yardımcı olmaktadır. Palyatif bakım hizmetinin amacı, yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylerde ağrı ve acının dindirilmesi, semptomların kontrol edilmesi ve yaşam kalitesinin arttırılması için gerekli olan bütüncül yaklaşımı sağlamaktır. Palyatif bakım politikaları; insanların ve hastaların haklarına sahip çıkarak, insana değer veren, destek sağlayan, eşitlik ilkesine özen gösteren bir bakım sağlamalıdır. Palyatif bakım hizmetinin sunulabilmesi için farklı politikalar olmasına rağmen, palyatif bakım evde, hastanede, günlük hastane ve poliklinik hizmetiyle, acil veya dinlendirmek amacıyla uygulanan kapsamlı uygulamaları içermektedir.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, yasal düzenlemeler, fiziki koşullar

ABOUT the CHAPTER

Palliative care includes care provided to improve the quality of life of people who experience health problems due to various reasons and live with these problems. Palliative care helps to clarify the care needs of patients by providing symptom-focused care. The aim of palliative care service is to provide the holistic approach required to relieve pain and suffering, control symptoms and increase the quality of life of individuals with life-threatening diseases. Palliative care policies should provide care that values people, provides support and is attentive to the principle of equality by protecting the rights of people and patients. Although there are different policies for the provision of palliative care service, palliative care includes comprehensive applications applied at home, in hospital, in day hospital and polyclinic services, for emergency or resting purposes.

Keywords: Palliative care, legal regulations, physical conditions

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ T.C. CERRAHPAŞA 1453

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenci:

1. Palyatif bakımın tanımını, amacını ve hedeflerini bilir.
2. Palyatif bakım standartlarını kavrar.
3. Palyatif bakım modellerini bilir.
4. Palyatif bakım hizmetleri ve yasal düzenlemelerin önemini kavrar.
5. Palyatif bakım ünitelerinin fiziki koşullarını öğrenir.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Palyatif bakım** – yaşamı kısıtlayıcı hastalığı olan bireylerin ağrı ve semptomlarının hafifletilmesine yönelik sunulan ve disiplinler arası iş birliğini kapsayan bakım hizmetidir.

2. **Hospis** – ölümcül hastalığı olan bir hastanın ağrı ve semptomlarının hafifletilmesine ve yaşamın sonunda duygusal ve ruhsal ihtiyaçlarının karşılanmasına odaklanan bir sağlık bakım hizmetidir.

3. **Terminal dönem bakımı** – bakıma muhtaç olan bireylerin ölüm anına yakın olduğu dönemdir.

4. **Multidisipliner** – bir çalışmada yer alan bireylerin farklı konuda bilgi sahibi olmasıdır.

5. **Semptom** – bir hastalık veya alışılmışın dışında bir durum nedeniyle vücut işlevlerinin veya hislerin normalden farklı olmasının hasta tarafından hissedilerek ifade edilmesidir.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Arzu Kavala

İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

E-posta: arzukavala@aydin.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Kavala A. Palyatif Bakımda Yasal Düzenleme. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 13-19.

Giriş

Palyatif bakım, yaşamı olumsuz etkileyen sağlık problemleri ile karşı karşıya kalan ve bu problemlerle yaşayan hastaların yaşam kalitelerini iyileştirmeye yönelik verilen bakımdır. Palyatif bakım, hastalığın seyrinden bağımsız olarak daha çok ortaya çıkan semptomları ele alır, hastaların bakım hedeflerinin netleştirilmesine yardımcı olur ve sağlık sistemindeki değeri iyileştirmeye odaklanır. Palyatif bakım hizmetinin amacı, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylerde acının dindirilmesi, semptom kontrolünün sağlanması ve yaşam kalitesinin arttırılması için gerekli olan bütüncül yaklaşımı sağlamaktır.

Palyatif bakım, sağlık bakım sisteminin önemli parçasıdır. Sağlık bakımının zorunlu bir hak olmasından dolayı, ihtiyaç duyan herkese bu hizmetin sunulması gerekmektedir. Palyatif bakım politikaları; insanların ve hastaların haklarına sahip çıkan, insan saygınlığına değer veren, sosyal destek sağlayan, demokratik, eşitlik ilkesine sahip, kadın ve erkek için eşit imkanların sağlandığı, seçim özgürlüğüne dayalı bir bakımı sağlamalıdır. Palyatif bakım hizmetinin sunulabilmesi için farklı politikalar olmasına rağmen, genel anlamıyla palyatif bakım evde, hastanede, günlük hastane ve poliklinik hizmetiyle, acil veya dinlendirmek amacıyla uygulanan kapsamlı uygulamaları içerir. Bütün bu uygulamalar hasta ve yakınlarının sürekli değişen ihtiyaçları ve istekleri doğrultusunda planlanmalıdır.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmet Standartları Daire Başkanlığı'nca yayınlanan yönergeyle, 'yaşamı tehdit eden hastalıklar nedeniyle hastalarda gözlemlenen semptomların tanılanması ve değerlendirilmesi, hasta ve yakınlarına bütüncül bakımın sağlanması, acılarının hafifletilmesi veya önlenmesi, yaşam kalitelerinin arttırılması için faaliyet gösterecek merkezlerin kurulması, bu merkezlerde olması gereken asgari koşulların sağlanması, gerekli malzemelerin temin edilmesi, görevli personellerin yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi' amaçlanmıştır.

Palyatif Bakımın Tanımı

Palyatif Bakım, kronik hastalık sürecindeki hasta ve ailesinin yaşadığı fiziksel, duygusal ve ruhsal problemleri ortadan kaldırmayı amaçlayan tedavi yaklaşımıdır.[1,2]

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1986 yılında palyatif bakımın tanımı 'tedavi edici yaklaşımlar tükendiği zaman, son dönem hastalara yapılan bir uygulama' olarak belirtilirken, 2002 yılında 'hasta ve ailelerin yaşamlarını olumsuz etkileyen problemlerle karşılaşıldığında, ağrı ve diğer problemlerin belirlenerek değerlendirilmesi, tedavi edilmesi, acı çekmenin önlenmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi' olarak tanımlanmıştır. 2014 yılında bu tanımlara ek olarak 'palyatif bakım tüm hekimlerin vicdani sorumluluğudur' görüşü ve hasta yakınlarının hastalık sürecinde ve yas döneminde bütüncül bakımdan faydalanmaları gerektiği konusu da tanıma eklenmiştir.[3-6]

Palyatif bakım, yaşamı olumsuz etkileyen hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hasta ve ailesinin; ağrı ve oluşabilecek diğer semptomlarını tanılamayı, değerlendirmeyi, ihtiyaç duyulan gereksinimlerini karşılamayı, acı çekmeyi azaltılmaya yönelik bakımı sağlamayı ve yaşam kalitesini arttırmayı amaçlamaktadır.[1,2,7]

Palyatif Bakımın Amacı

Palyatif bakımın amacı, kişilerin sosyokültürel değerlerine ve inançlarına saygı duyarak, fonksiyonel kapasitelerini arttırmak, semptom kontrollerini yaparak, acıyı azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir.[1,7]

Palyatif bakım, ölümü çabuklaştırmayı ya da ertelemeyi amaçlamadığı gibi, hastalıklardan kaynaklanan ağrı, bulantı-kusma, yorgunluk, solunum güçlüğü gibi semptomların azaltılması ve önlenmesi için farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımların kullanılarak hastaların yaşamlarının son dönemine kadar rahat ve konforlu bir hayat sürmelerini sağlamaktadır.[4]

1. PALYATİF BAKIMIN HEDEFLERİ

Palyatif bakımın çok önemli hedefleri bulunmaktadır. Bu hedefler;

- Ağrı ve stres verici semptomları azaltmak ve gidermek
- Yaşama ve ölüme saygılı olmak
- Hastalara bütüncül bakımı sağlamak
- Hastanın yaşamının son anına kadar aktif şekilde yaşamasına yardım etmek ve destek sistemi oluşturmak
- Hastayı cesaretlendirmek ve ailenin baş etme becerilerine yardımcı olacak destek sistemi oluşturmak
- Hasta ve ailesinin ihtiyaç duyduğu gereksinimleri belirleyip, karşılayabilmek için multidisipliner ekip yaklaşımı kurmak, gerektiğinde matem danışmanlığı yapmak
- Hastalık sürecini olumlu etkileyerek yaşam kalitesini arttırmak
- Radyoterapi (RT) ya da kemoterapi (KT) gibi tedavi yaklaşımlarını diğer tedavilerle birleştirerek hastalığın erken evrelerinde uygulamak
- Hastalıkların semptom ve komplikasyonlarını yönetmek ve bu konularla ilgili gerekli araştırmaları yapmaktır.[1-3]

Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar

Palyatif bakım yalnızca özel bir hastalığa yönelik olmadığı gibi, kronik hastalığı olan hastaların tanısı konulduğundan yaşamlarının sonuna kadar olan süreci kapsamaktadır. Bu süreçler haftalar ya da yıllarca sürebilmektedir. Palyatif bakım hizmetinin verilmesini gerektiren hastalıklar; Alzheimer, motor nöron hastalıklar, kalp, akciğer, böbrek yetersizlikleri, kanser, HIV/AIDS, konjenital ve genetik hastalıklardır.[4,8] Kanser, AIDS, demans gibi hastalıkları olan hastalarda terminal ve palyatif bakım birbirleri ile aynı gibi düşünülmekte fakat palyatif bakım terminal bakımı da kapsamaktadır.[9]

Palyatif Bakımın Maliyeti

Kronik hastalıkların doğrudan (birincil, ikincil korunma ve tedavi maliyetleri vb.) ve dolaylı olarak (hastalığa bağlı yaşam standartlarında bozulma, iş gücü kaybı, aile üzerine olan etkiler vb.) maliyetleri bulunmaktadır. Hastalıkların doğrudan maliyetlerini tanı, izlem, tedavi, rehabilitasyon ve terminal dönem masrafları oluşturmaktadır. Kronik hastalıkların direkt maliyetlerine toplam maliyetler de eklendiği zaman ülke ekonomilerine önemli bir yük getirmektedirler. Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık bakım harcamalarının %25'ini hastaların yaşamının son yıllarına harcadığı, İngiltere'de ise hastane yataklarının yaklaşık %20'sinin yaşam sonu bakıma ayrıldığı belirtilmiştir.[2]

Yapılan maliyet hesaplamaları sonucunda palyatif bakım; gereksiz yapılan tetkiklerin, hastane yatışlarının, kemoterapi ve acil hizmet kullanımının oranını düşürmekte, hasta ve ailelerinin endişelerini azaltmaktadır. Ucuzdur ve sağlık ekonomilerine %30'luk tasarruf sağlamaktadır.[10,11]

24.12.2014 tarihinde Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) yapılan değişikliklerde palyatif bakımın; günde en fazla bir kez faturalandırılacağı, yalnızca tescilli palyatif bakım yatağında yatan hastalara verileceği, herhangi bir yataktan verilen hizmet bedellerinin Sosyal Sigortalar Kurumu (SGK) tarafından karşılanmayacağı ve palyatif bakım tedavisinin faturalandırılmasında diğer SUT kurallarının geçerli olacağı belirtilmiştir.[10,12]

Palyatif Bakımın Standartları

Palyatif bakım; bireysel, kültürel değerlere, inançlara, alışkanlıklara bağlı kalarak, hastaların yaşam kalitesini arttırmayı, semptomları iyileştirmeyi ve mümkün olduğunca otonomiyi arttırmayı amaçlamaktadır. Bu amaçlar doğrultusunda kaliteli bir palyatif bakım hizmetinin sağlanabilmesi için 2000 yılında standartlar geliştirilmiştir. 2013 yılında yapılan konsensus ile palyatif bakım standartlarına 'yakın zamanda ölecek olan hastanın bakımı', 'bakımın etik ve yasal yönü' olmak üzere iki boyut daha eklenmiş ve palyatif bakım standartları sekiz boyuta çıkartılmıştır.[1,2] Bu boyutlar;

Boyut 1 – Bakımın Yapısal ve Süreçsel Yönü: Multidispliner ekip anlayışı ile hasta ve ailesiyle koordineli bir şekilde bakım ve hizmetlerin sağlanması için yapılandırılmıştır. Multidisipliner ekibe eğitimli gönüllüler de dahil edilmektedir. Palyatif bakım hizmetlerinde bakımın kalitesinin arttırılması ve gerekli araştırmaların yapılmasını içermektedir.[2,13]

Boyut 2 – Bakımın Fiziksel Yönü: Hasta ve ailenin bakım gereksinimlerini değerlendirmek için multidispliner ekipten destek alınır. Ekip, hasta ve ailenin gereksinimleri doğrultusunda bakım planını geliştirir ve değerlendirir. Hastalığın terminal döneminde duyarlı bakım sağlanır ve hasta ve ailenin istekleri dikkate alınır.[2,13]

Boyut 3 – Bakımın Psikolojik ve Psikiyatrik Yönü: Hasta ve ailenin süreç içerisindeki psikolojik durumu değerlendirilerek uygun şekilde yanıt ve tepki verilir. Hasta ve ailede tanımlanan psikolojik ihtiyaç palyatif bakım hizmetleri tarafından karşılanamadığı durumlarda uzman kişilere yönlendirme yapılır. İhtiyaca yönelik matem programı bulunmaktadır.[2,13]

Boyut 4 – Bakımın Sosyal Yönü: Hasta ve ailenin sosyal gereksinimlerini tanımlamak için kapsamlı bir değerlendirme yapılır. Palyatif bakım hizmetleri sosyal, politik oluşumlara aktif olarak dahil edilir.[2,13]

Boyut 5 – Bakımın Dinsel ve Varoluşçu Yönü: Hasta ve ailenin tinsel boyutları kabul edilir, araştırılır, değerlendirilir ve bunlara yönelik yanıtlar verilir. Hasta ve ailenin dini inançları tanınır ve bunlara saygı gösterilir ve dini destek sağlanır.[2,13]

Boyut 6 – Bakımın Kültürel Yönü: Hasta ve ailesinin kültürel gereksinimleri dikkate alınır.[2,13]

Boyut 7 – Yakın Zamanda Ölecek Olan Hastanın Bakımı: Ölümün semptomları fark edilir ve yönetilir. Hasta ve ailesine bu evrede uygun bakım sağlanır.[2,13]

Boyut 8 – Bakımın Etik ve Yasal Yönü: Palyatif bakım programları, yaşamı tehdit eden hastalığı olan kişilerin bakımında ortaya çıkan etik konuların farkında olur ve sorgular. Palyatif bakım programları palyatif bakımın yasal ve düzenleyici yönleri konusunda bilgilendirilir.[2,13]

Palyatif Bakım Düzeyleri

Palyatif bakım primer, sekonder ve tersiyer bakım düzeyleri olmak üzere üçe ayrılır.

Primer Bakım Düzeyi

Primer bakım düzeyindeki merkezler, palyatif bakım eğitimi almış hekimin denetiminde semptomlara yönelik tedavilerin verildiği merkezlerdir. Palyatif bakım hizmetinin poliklinik hizmeti olarak, daha çok perifer bölgelere kurulması önerilen, aile hekimi ve evde sağlık hizmetleri tarafından destek verilebilecek hastaları değerlendiren birinci basamak birimlerdir.[1,2,14]

Sekonder Bakım Düzeyi

Sekonder bakım düzeyindeki palyatif bakım merkezlerinde multidisipliner ekip olmalıdır. Hastaneler ve üst düzey sağlık tesislerinde 10 yataklı olacak şekilde kurulması önerilmiştir. Sekonder bakım düzeyinde amaç, tedavi gören hastaları kısa sürede stabil hallerine geri döndürmek, tedavilerinin aile hekimi veya evde sağlık hizmetleri tarafından karşılanmasını sağlamaktır.[11,14,15]

Tersiyer Bakım Düzeyi

Tersiyer bakım düzeyindeki geçici bakım merkezlerinin Eğitim ve Araştırma hastaneleri bünyesinde ihtiyaca göre 10-20 yataklı olarak planlanması önerilmektedir. Bu bakım düzeyinde palyatif bakım ile ilgili hizmet içi eğitim ve sertifikasyon programlarını verebilecek multidisipliner bir ekibe ihtiyaç vardır. Tersiyer bakım düzeyinin amacı, kısa sürede hastaları stabil hale getirerek, tedavilerinin aile hekimi ve evde sağlık hizmetleri tarafından karşılanmasını sağlamaktır.[11]

Palyatif Bakım Modelleri

Palyatif bakım hizmetleri hastaneye, eve ve topluma dayalı olarak yürütülmektedir.

Hastaneye Dayalı Palyatif Bakım

Hastanelerin bünyesinde kurulmuş palyatif bakım hizmeti, hastalığın semptomlarından şikayetçi olan, temel ihtiyaçlarının giderilmesinde yetersiz kalınan komplike hastaların bakımlarının ve tedavilerinin kalitesinin arttırılmasını ve bakım maliyetlerinin azaltılmasını sağlayan merkezlerdir. Hastaneye dayalı palyatif bakım komplike bakım gerektiren kanser hastaları için elverişli olmayabilir.[11,14]

Eve Dayalı Palyatif Bakım

Eve dayalı palyatif bakım hastane ortamında verilebilecek olan bakım hizmetinin hastanın kendi evinde almasına olanak sağlamaktadır. Hastalar, palyatif bakım desteğine günün her saatinde ulaşabilmektedir. Kronik hastalığa sahip olan hastaların temel ihtiyacı olan tedavi ve bakım hastaneye dayalı palyatif bakım üniteleri ile birlikte çalışılarak sağlanabilmektedir.[11,14,16]

Topluma Dayalı Palyatif Bakım

Topluma dayalı bakım ayaktan tedavisi sağlanabilecek olan hastalar için tasarlanmış kliniklerden oluşmaktadır. Bu kliniklerde hastaların tedavi, semptom kontrolü ve beslenme desteklerinin dışında hasta yakınları da psikolojik ve manevi olarak desteklenmektedir. Aynı zamanda bu birimlerde ailelere hasta bakımı hakkında eğitimler verilmektedir.[14-16]

Palyatif Bakım Hizmetlerinde Yasal Düzenlemeler

Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemeler kapsamında, 'Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 09.10.2014 tarih ve 640 sayılı "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge' yürürlüğe girmiştir. 16.07.2018 tarihinde yönergeye güncelleme yapılmıştır.

Yönergenin **ilk bölümünde**; yönergenin amacından, kapsamından, dayanağından ve tanımlardan bahsedilmiştir.

Yönergenin oluşturulma amacı, yaşamı olumsuz etkileyen hastalıklar sonucu ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hastaların semptomlarını tanılamak, değerlendirmek, hastalara ve ailelerine bütüncül bakımı sağlamak, acılarını dindirmek, hafifletmek ve yaşam kalitelerini arttırmak için gerekli olan merkezleri kurarak, bu merkezlerin nasıl işlemesi gerektiğini belirlemek, asgari standartları sağlayarak, kurum çalışanlarının görev ve yetkilerini belirleyebilmektir.[17]

İkinci bölümde; merkezlerin kurulması, merkezlerde olması gereken asgari standartlardan ve ulaşım konularından bahsedilmiştir.

Merkezlerin, yataklı sağlık tesislerinin içinde kurulan palyatif bakım merkezleri ya da bunlar dışında aile hekimlikleri ve evde sağlık hizmetleri birimlerince yürütülebileceği, bakım evlerinde yaşayan hastalar için palyatif bakım protokolü yapılması gerektiği, açılması planlanan merkezlerin Müdürlük tarafından üç kişiden oluşan komisyon tarafından inceleneceği ve uygun görülen merkezlerin açılabileceği bildirilmiştir.[17]

Fiziki şartlar ve asgari donanım standartlarında; sağlık kurumları içerisinde açılması planlanan merkezlerin yatak sayısı, hastanenin yatak sayısı 100 ve altında ise %25'ini, 101-300 arasında ise %20 'sini, 301-500 arasında ise %17 sini, 501 ve üstünde ise %15'ini geçmemesi gerektiği, ayrıca Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu'na (TKHK) bağlı hastanelerde açılacak merkezlerdeki toplam yatak sayısının, TKHK'nın toplam I,II ve III. seviye yoğun bakım yatak sayısının %50'sini geçmemesi gerektiği belirtilmiştir. Merkezlerde hastaların muayene ve girişimlerinin yapılabileceği odalar, çalışan ekip için oda, hastaların aktivite yapabilecekleri meşguliyet odaları, hasta, aileleri ve çalışan personeller için yeterli lavabo, tuvalet ve duş olmalıdır. Hasta yatak başı panelleri, monitorizasyon ve hastalara acil müdahale gerektiren durumlarda gerekli olan ekipman ve malzemelerin bulundurulması gerekmektedir.[17]

Ulaşım aracı için**;** sağlık kuruluşlarının ambulansları, 112 acil servis ambulansları ve evde sağlık hizmetleri için tahsis edilmiş ulaşım ve nakil araçlarının kullanılabileceği belirtilmiştir.[17]

Üçüncü bölümde; personelin görev yetki ve sorumluluklarından bahsedilmiştir.

Personelin görevlendirilmelerinde; yetkilendirilen personellerin palyatif bakım konusunda eğitimli olması gerektiği, merkez sorumluluğunun sorumlu hekimde olduğu, personel görevlendirmelerinin sorumlu hekim denetiminde yapılması gerektiği, merkezlerde multidisipliner ekibin çalışması, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist ve diyetisyenin merkezde tam zamanlı olarak bulunma zorunluluğunun olmadığı, gerekli olduğu durumlarda kurum içi ya da dışından görevlendirme yapılabileceği, ihtiyaç olduğu zamanlarda sorumlu hekime yardımcı olmak üzere uzman hekim bulundurulabileceği belirtilmiştir.[17]

Sorumlu hekimin görevleri;

- Yöneticiler ile merkezlerin uyumunu sağlamak
- Kendi sorumluluğunda olan personellerin görev dağılımlarını yapmak
- Hastaların tedavi ve bakımlarının planlanmasını sağlamak
- Kurum çalışanlarına gerekli olan eğitimleri vermek
- Verilecek olan hizmetlerle ilgili belirli aralıklarla toplantılar düzenlemek, eksiklikleri belirlemek
- Merkezde kullanılacak olan gerekli araç, gereç ve malzeme tespitini yapmak, uygun koşullarda saklanmasını sağlamak
- Kayıtların tutulmasını sağlamak
- Hastaların, diğer sağlık hizmetleriyle uyumunu sağlamak
- Verilen hizmetin ve bakımın hasta haklarına uygun yürütülmesini sağlamaktır.[17]

Dördüncü bölümde çalışma esasları ve hizmetlerin kapsamından bahsedilmiştir. Çalışma esaslarında; merkezlerde verilecek olan bakımın bütün olarak değerlendireceği ve hastaların bakımdan en üst seviyede yararlanabilmeleri için gerekli önlemlerin alınacağı, merkezlerde tedavi olan hastaların, farmakolojik ve diğer tedavileri, opioid kullanımları, ilaçların yan etkileri gibi süreçlerinin yakından takip edileceği ve palyatif bakım konusunda topluma eğitimler verilmesi gerektiği, merkezlerin günün her saatinde çalışacağı ve mesai saatleri dışındaki hizmetlerin nöbetler şeklinde yürütüleceği belirtilmiştir.[17]

Hizmet kapsamı içerisinde; hastalara tedavi, bakım, tetkik, rehabilitasyon gibi hizmetlerin verilebileceği, psikolojik destek, ağrı yönetimi, beslenme gereksinimi gibi hizmetlerin sunulacağı ve gerekli durumlarda sağlık raporlarının çıkarılması gerektiğinden bahsedilmiştir. Merkezler, tedavisi düzenlenen hastaların gerekli hizmeti almalarını sağlamak için, aile hekimleri ve evde sağlık hizmetleri birimleriyle uyumlu çalışarak, hizmetleri gerekli durumlarda ve uygun hastalar için poliklinik şartlarında da verebileceklerdir.[17]

Beşinci bölümde palyatif bakım hizmetlerine nasıl başvuru yapılacağı, hasta kabul, sevk ve nakil işlemlerinden bahsedilmiştir.

Palyatif bakım hizmetlerine başvurular, hastaların kendileri ya da aileleri tarafından yapılabildiği gibi aile hekimleri veya hastanın sürekli takibini yapan hekimi tarafından da yapılabilmektedir. Sağlık kuruluşuna gelebilecek durumda olmayan hastalar sağlık ekipleri tarafından kendi ev ortamlarında ziyaret edilerek, aileleriyle bütün olarak değerlendirilecek ve palyatif bakım hizmeti alması uygun görülen hastalar merkezlere yönlendirilecektir.[17]

Hasta kabul, sevk ve nakil esaslarında; hastanın merkez ya da sağlık kuruşluna uzak olması, merkezi istememesi ya da daha

kapsamlı tetkik ve müdahale gerektiren durumlar söz konusu olduğunda hastanın sevk ve yönlendirmeleri yapılacaktır. Merkezlerde, hastaların gerekli tedavileri yapılarak gerekli durumlarda idame tedavileri için aile hekimlerine, evde sağlık hizmetleri birimlerine epikrizleri düzenlenerek yönlendirmelerinin yapılacağı belirtilmiştir.[17]

Kayıtların tutulması ve istatistiklerde merkezlerin hizmet verdikleri bölgelerdeki palyatif bakım hastalarının; aile hekimleri ya da evde sağlık hizmetleri birimleri tarafından tutulan kayıtları kullanılarak belirlenecek ve kendi verileri oluşturulacaktır. Başvurusu değerlendirilen ve kabul edilen hastalara dosya açılacak ve bu dosyada, hastanın kişisel bilgileri, iletişim numaraları, sosyal güvenceleri, hastalıkları, konulan tanılar, tedaviler, kullandıkları ilaçları, advers etki formları yer alacaktır. Her hasta için ayrı dosyanın bulundurulması, kayıt ve takip defterinin tutulması, verilerin bilgisayar kayıtlarının yapılması arşivleme ve istatistik açısından ve gerekli güvenlik önlemleri için zorunlu tutulacaktır. Takip edilen hastanın başka bir bölgeye nakledilmesi durumunda gerekli belgeler ilgili kuruma gönderilecek ve bütün kayıtlar, palyatif bakım hizmeti sona erdiğinde kurum arşivlerine kaldırılacaktır.[17]

Altıncı bölümde hasta haklarından, hizmetin sonlandırılmasından, denetim ve sorumluluklardan bahsedilmiştir.

Palyatif bakım ünitesine kabul edilecek hastalara, hasta hakları konularında bilgilendirme yapılacaktır. Hastanın kendisi ya da yakını/kanuni temsilcisi, verilecek olan hizmetler, bu hizmetlerin etkileri, riskleri gibi konularda istedikleri bilgiyi alma, hizmeti reddetme hakkına sahip olabileceklerdir. Hastanın hakları ile ilgili hükümleri saklı kalacaktır.[17]

Hizmetin sonlandırılması gerektiği durumlarda;

- Evde sağlık hizmetleri tarafından takip edilen hastaların hizmetlerinin sonlandırılmasında, evde sağlık hizmetlerine ilişkin mevzuatlar esas alınacaktır.
- Hasta ya da yakını/kanuni temsilcisi hizmeti sonlandırmak isterse, hasta tedaviye uyumsuz davranış gösterirse, önerilere uymayı reddederse hizmetin etkinliği hekim tarafından değerlendirilecek, hasta ve yakınları ile görüşülerek tedavinin sonlandırılmasına ilişkin karar verilerek gerekli tutanaklar tutulacaktır.[17]

Eğitim kapsamında; merkezlerde çalışan personeller palyatif bakım hizmetleri konusunda hizmet içi eğitimlere tabi tutulacak, hasta ve yakınlarının eğitimleri personeller tarafından sağlanacaktır.[17]

Yedinci bölümde ise iş birliği yapılan kurumlarda bahsedilmiştir. Palyatif bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde sağlanabilmesi için iş birliği yapılacak kurumlarla protokoller düzenlenmelidir. Bu kurumlar; Millî Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, Emniyet Müdürlükleri, Türkiye İş Kurumu, belediyeler, ilgili diğer kurum ve kuruluşlar, gönüllüler ve ilgili sivil toplum kuruluşlarıdır.[17]

Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım hizmetleri multidisipliner, interdisipliner ve transdisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir.[1,2] Palyatif bakım ekibi; özel eğitimli hekimler, hemşireler, tıbbi sekreterler, idari ve teknik personeller, temizlik elemanları, psikolog, sosyal çalışmacı, fizik tedavi uzmanı, diyetisyen ve manevi danışmanlardan oluşmaktadır (Şekil 1)[15] Ekipte bulunması zorunlu olmayan ama katkı sağlayan diğer profesyoneller konuşma solunum terapistleri, sanat ve müzik terapistleri ve destekleyici tedavi uzmanları (Reiki, masaj vb.) ve gönüllülerden oluşmaktadır.[1,18,19]

Şekil 1. Palyatif Bakım Ekibi



Palyatif bakım ekibinde yer alan hemşirelerin; bakım verici, koordinasyon, eğitici ve araştırmacı rolleri bulunmaktadır. Hemşireler bu rollerini profesyonel bir şekilde yerine getirmektedirler.[1,14]

Palyatif Bakım Ekip İlkeleri

- Multidisipliner ekip anlayışı palyatif bakımın vazgeçilmez parçasıdır.
- Etkileşim içerisinde bulunan ekipler hem hastalara hem de çalışan profesyonellere fayda sağlamaktadır.
- Palyatif bakım ekibinde lider olmak büyük sorumluluk gerektirmektedir.
- Ekibin daha etkin olması için sorumlulukların paylaşılması gerekmektedir.
- Palyatif bakımın en son karar verici kişisi hastalar olmalıdır.[2,19]

Palyatif Bakım Ünitesinin Fiziksel Koşulları

Palyatif bakım üniteleri, palyatif bakım gereksinimlerini karşılayacak şekilde ve yönetmelikte belirtilen özellikler doğrultusunda yapılandırılmalıdır. Bu yapılanmada dikkat edilecek en önemli konulardan birisi ünitenin yer alacağı konumdur. Ünite planlanırken konumu doğru seçilmeli, asgari şartları sağlayarak tam donanımlı olmalıdır. Bazı ülkelerdeki "hospis" sistemleri palyatif bakım ünitelerinin hastane içerisinde ya da hastaneye çok yakın bir konumda olmasını önermektedirler. Bu önerinin amacı gerekli durumlarda hastaların tetkik, tedavi ya da diğer işlemlerinin hızlı ve kolay ulaşılabilir olmasıdır.[9,17] Palyatif bakım ünitelerine ulaşımın

rahat, hızlı ve kolay olması, hasta yakınlarının da merkeze erişimini kolaylaştıracaktır.[14,16,18]

Palyatif bakım üniteleri farklı şekillerde yapılandırılabilir. Bazı ünitelerde, ayrı odalar şeklinde yapılanmalar olurken, bazı üniteler dört yataklı ya da yoğun bakım üniteleri şeklinde 10-12 yataklı servisler olarak da yapılandırılmaktadır. Oda ve yatak sayıları bakımından farklılıklar olsa da bütün üniteler hastaların bakımlarının, sosyal aktivitelerinin ve aile bireyleriyle görüşme yapabilmelerine olanak sağlamalı, sessiz, sakin, enfeksiyon açısından korunaklı, her türlü tedavi, bakım ve acil durumlarda personelin çalışmasına uygun olmalıdır. Enfeksiyon söz konusu olduğunda izolasyonun yapılabilmesi için tek odalar bulundurulmalıdır. Tıbbi tedavilerin ve ilaç hazırlama odalarının temiz, havadar bakım prosedürlerine uygun olmasına da özen gösterilmelidir.[9-11]

Palyatif Bakım Ünitesine Yatış Kriterleri

Palyatif bakım ünitesine yatışlarda hastalar palyatif bakım ekibi tarafından değerlendirilir. Yatağa bağımlı olan, semptomlarının kontrol edilmesi zor olan, başkalarının desteğine ihtiyaç duyan hastalar değerlendirilir ve yatışları yapılarak bakım almaları sağlanır.[14,16,20]

Yatış Şartları

- Medikal tedaviye rağmen Visual Analog Skalası (VAS) ağrı skorunun ≥5 olması,
- Ağrıya bağlı uyku düzeninin bozulmuş olması,
- Beslenme düzeninin bozulmuş olması [Nutrisyonel Risk Taraması (NRS) skoru ≥3 olan, son 6 ay içerisinde %10'dan fazla kilo kaybetmiş olan, oral beslenemediği için enteral ya da parenteral yolla beslenen, malnütrisyonu olan hastalar],
- Evre III-IV basınç yarasının olması,
- Deliryum tanısı konması,
- Geriatrik probleminin olması,
- Evre IV kalp yetersizliğinin olması,
- Tedavi olmasına rağmen semptomları artan onkoloji hastası olması,
- Son dönem akciğer hastalığı olan hasta olması,
- HIV hastası olması.[16,17]

Palyatif Bakım Ünitesinden Evde Bakıma Geçiş

- Taburculuk planlanmasının oluşturulma amacı; sürekli bakımın sağlanması için hastanın daha uygun bir ortama geçişinin kolaylaştırılmasıdır.
- Taburculuk süreci multidisipliner ekip tarafından sürdürülmelidir.
- Taburculuğun planlanma aşamasında; bütün kararlara hasta ve ailesinin katılımı sağlanmalı ve aydınlatılmış onamları alınmalıdır.[10,20,21]

Palyatif Bakım Ünitesinden Taburculuk Kriterleri

- Hastanın semptomları kontrol altına alınması,
- Akut medikal problem/-lerin çözülmesi,
- Hastanede uygulanabilecek tıbbi girişimlerin tamamlanması,
- Hasta/ailesinin taburcu olmayı istemesi durumunda hasta eve taburcu edilebilir.

Hasta, gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra evde bakım birimlerine ve aile hekimlerine yönlendirilir. Evin uygunluk durumu değerlendirilir ve evde gerekli düzenlemeler yapılır. Evde bakım imkânı olmayan hastalar ise bakımevine yönlendirilerek bakımlarının devam etmesi sağlanmaktadır.[7,16,20]

Yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun artması ve kronik hastalıkların görülme oranlarındaki artış palyatif bakım hizmetlerine duyulan ihtiyacı her geçen gün arttırmaktadır. Ülkemizde tüm ihtiyaç sahiplerinin palyatif bakım sürecinden en etkili biçimde yararlanabilmesi için ilgili merkezlerin gerekli sayılara ulaştırılması, merkezlerinin açılması ve bu hizmetlerin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Ayrıca toplumun palyatif bakım konusunda bilgilendirilmesi ve farkındalığın oluşabilmesi için gerekli çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bakım verenlere rehberlik edilmesi, palyatif bakımın sağlık eğitimine entegre edilmesi ve uzmanlık alanı olarak tanınması bu hizmetin yaygınlaşmasına olanak sağlayacaktır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Kronik Hastalıklarda Palyatif Bakım ve Hospis, *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*, Çukurova Nobel Tıp Kitapevi, 2017; ss. 476-480.
2. Can G. Palyatif Bakım, *Onkoloji Hemşireliği*, Nobel Tıp Kitapevi, 2015; ss. 989-998.
3. World Health Organization. Palliative Care. http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/. Erişim tarihi: 05.01.2022.
4. Kıvanç MM. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri, *HSP*.2017;4(2):132-135.
5. Kahveci K. Gökçınar D, Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım, *Palyatif Bakım,* Nobel Tıp Kitapevi, 2014; ss. 1-5.
6. Akçakaya A. Neden Palyatif Bakımla İlgilenmeliyiz? Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi, www.palyatif.org.tr. Erişim tarihi: 08.01.2022.
7. Kavşur Z, Sevimli E. Türkiye'deki Palyatif Bakım Hizmetlerinin Bazı Gelişmiş Ülkeler ile Karşılaştırılması. *USBAD Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi.* 2020;2(4), 715-730. [Crossref]
8. Başıbüyük M. Dünyada hospis örnekleri: Türkiye'de İdeal Hospis Nasıl Olmalı? Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi. www.palyatif.org.tr. Erişim tarihi: 06.01.2022.
9. Kömürcü Ş, Tanrıverdi Ö. Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma, www.solunum.org.tr. Erişim tarihi: 07.01.2022.
10. Gültekin M. Türkiye'de Palyatif Bakımın Geldiği Nokta ve Geleceği, Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi. www.palyatif.org.tr. Erişim tarihi:17.01.2022.
11. Göksel F. Türkiye'de Palyatif Bakım ve Planlama Çalışmaları. www.kanser.org.tr. Erişim tarihi:15.01.2022.
12. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliği. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/12/20141224-17.htm. Erişim Tarihi: 06.01.2022.
13. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. https://www.

nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2018/10/NCHPC-NCPGuidelines_4thED_web_FINAL.pdf. Erişim Tarihi: 09.01.2022.
14. Yıldırım Y. Palyatif Bakım Çalışmaları ve Hemşireliğe Yansımaları. Türkiye Klinikleri. *J Intern Med Nurs-Special Topics* 2015;1(2):31-39.
15. Yatman M. Palyatif Bakım Hizmetleri Yönerge Mevcut Durum ve Planlama Sorunlar ve Öneriler. www.palyatifbakım.org>hizmet-içi-egitim. Erişim tarihi:11.01.2022.
16. Özkaya N. Palyatif Bakım. www.ktü.edu.tr.02,2018. Erişim tarihi: 11.01.2022.
17. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkına Yönerge. http://hizmetstandartları.saglık.gov.tr. Erişim tarihi:05.01.2022.
18. Koç O. Türkiye'de Bütünleşik Sağlık Uygulamaları, Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi, www.palyatif.org.tr. Erişim tarihi:17.01.2022.
19. Batbaş C, Yakar B, Pirinççi E. Palyatif Bakım ve Hospis. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 2021; (20)2,136-142. [Crossref]
20. Akçiçek F, Akbulut F, Fadıloğlu ÇZ. *Palyatif bakım; evde ve hastanede çalıştay raporu*. Ege Geriatri Derneği Yayınları. 2013.
21. Demir M. Palyatif bakım etiği. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2016; 7:62-66. [Crossref]

BÖLÜM 3
HASTA GEREKSİNİMLERİNİ TANILAMA

Funda BÜYÜKYILMAZ

DOI: 10.5152/1803

Hasta Gereksinimlerini Tanılama

Patient Needs Assessment

BÖLÜM HAKKINDA

Palyatif bakım, hasta olan bireyin terminal döneminde ağrı ve diğer semptomlarının hafifletilmesine odaklanırken aynı zamanda psikolojik ve manevi destek sunarak bireyin yaşam kalitesini olabildiğince korumayı hedefler. Hemşirelik bakımı ve kanıta dayalı uygulamaların gelişmesiyle birlikte, hastaların ve bakım vericilerinin yanıtlarının tanılanması önemlidir. Palyatif bakımda hasta yanıtlarını değerlendirmek için ilgili subjektif/objektif verilerin, etiyolojik faktörlerin, öncelikli durumların ve bakım sonuçlarının değerlendirme kriterlerinin bilinmesi önemlidir. Birey merkezli tanılama yaklaşımı, hastanın öyküsünün değerlendirilmesi, bilişsel ve fiziksel durumu, spiritüel alanı, yaşam aktivitelerindeki bağımlılık/bağımsızlık durumu, fiziksel ve psikososyal semptomların belirlenmesi ve aile/bakım vericilerin gereksinimlerinin değerlendirilmesine odaklanır. Bu yaklaşımın hastanın bakım kalitesini arttırmada önemli bir parametre olduğunu belirtmek önemlidir.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, hasta tanılama, semptom yönetimi

ABOUT the CHAPTER

Palliative care focuses on alleviating the pain and other symptoms of individuals in the terminal phase while also providing psychological and spiritual support to preserve the individual's quality of life as much as possible. With advancements in nursing care and evidence-based practices, it is important to identify the responses of patients and caregivers in palliative care. In order to evaluate patient responses in palliative care, it is important to understand the relevant subjective/objective data, etiological factors, prioritized conditions, and evaluation criteria for care outcomes. A person-centered diagnostic approach in palliative care focuses on assessing the patient's history, cognitive and physical status, spiritual well-being, dependency/independency in living activities, determining the presence and severity of physical and psychosocial symptoms, and evaluating the needs of family/caregivers. It is important to emphasize that this approach is a significant parameter in improving the quality of care for the patient.

Keywords: Palliative care, patient assessment, symptom management

İ.Ü. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA 1453

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenciler:

1. Palyatif bakımda hasta tanılamanın önemini kavrar.
2. Palyatif bakımda hasta tanılamada multidisipliner ekip yaklaşımın amacını bilir.
3. Palyatif bakımda hasta tanılamada öncelikli alanları bilir.
4. Palyatif bakım hastalarında sıklıkla deneyimlenen semptomları bilir.
5. Palyatif bakımda bütüncül ve bireysel hasta tanılamasını yapar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Hasta tanılama** – Palyatif bakımda hasta yanıtlarını tanılamak için ilgili subjektif/ objektif verilerin, bu verilere eşlik eden etiyolojik faktörlerin, öncelikli durumların ve bakım sonuçlarını değerlendirme kriterlerinin neler olduğunun bilinmesidir.

2. **Multidisipliner ekip yaklaşımı** – İlerlemiş hastalık, fiziksel semptomlarla baş etme, mali kaygılar, bakım verici yükü, sosyal ve ailevi değişiklikler ve manevi kaygıları içeren palyatif bakım süreci, multidisipliner yaklaşımla ele alınması gereken bir konudur.

3. **Öncelikli alanlar** – Palyatif bakımda hemşirelik model/kuramı doğrultusunda bireyin gereksinimlerinin tanılanması ve belirlenen sorunların yönetiminin gerçekleştirilmesidir.

4. **Bütüncül hasta tanılaması** – Bireyin tüm boyutları kapsamında ele alınarak, yaşadığı çevre içinde ve ailesini de dahil edilerek tanılamanın gerçekleştirilmesidir.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Funda Büyükyılmaz

İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-posta: funda.buyukyilmaz@iuc.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Büyükyılmaz F. Hasta Gereksinimlerini Tanılama. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 21-27.

Giriş

DSÖ'ne göre palyatif bakım; terminal dönemde olan bireyin ağrı ve diğer semptomlarının hafifletilmesine odaklanır, psikolojik ve manevi yönlerini bütünleştirir ve bireyin ölüme kadar olabildiğince yaşam kalitesinin korunmasına destek olacak bir yaklaşım sunar. Ayrıca bireyin olduğu kadar, ailesinin/bakım vericisinin de baş etme durumlarına yardımcı olacak bir destek sistemini içerir.[1]

Hemşirelik bakımı ve kanıta dayalı uygulamalardaki gelişmeler ile birlikte, hastaların ve bakım vericilerin yanıtlarının tanılanması da önem taşımaktadır. Son yıllarda, palyatif bakımda hasta yanıtlarını tanılamak için ilgili subjektif/objektif verilerin, bu verilere eşlik eden etiyolojik faktörlerin, öncelikli durumların ve bakım sonuçlarını değerlendirme kriterlerinin neler olduğunun bilinmesi, bakımın kalitesini arttıran önemli parametrelerdendir.[2,3] Bu bölümde, palyatif bakımda hasta ve bakım vericilerinin tanılamasının önemi ve uygulamada dikkat edilmesi gereken anahtar noktalara yer verilecektir.

Hasta Tanılama

Palyatif bakım ünitesinde bakım ve tedavi hizmeti alan hastanın ve bakım vericilerin gereksinimlerinin tanılanması, multidisipliner yaklaşımla ele alınması gereken önemli bir konudur. Palyatif bakım hemşiresi, hastanın bakım-tedavi girişimlerine karşı yanıtlarını tanılamak ve bu sorunların hafifletilmesi/çözümlenmesi için etkili girişimleri başlatmak ve bakım vericinin bakıma katılma durumunu belirlemekten sorumludur.[2,3] Hemşirenin, hasta ve bakım verici yanıtlarını değerlendirebilmesi için etkin tanılama becerisine sahip olması gerekir.[4] Palyatif bakım ünitesinde hastanın gereksinimleri hızlı bir şekilde değişebileceği için, hemşirenin duruma uygun doğru/etkin karar verebilmesi ve bireyin gereksinimlerini bireysel ve bütüncül bir yaklaşımla ele alması önemlidir. Bu bağlamda gereksinimlerinin belirlenmesinde, hemşirelik bakımının sistematik bir yaklaşımla sunulması için tasarlanan "Hemşirelik Süreci'nin ilk aşaması olan "Tanılama" standartlarına uyulması önemlidir.[5] Bununla birlikte, tanılamanın hemşirelik bakımının sağlanmasında ayrı bir unsur olmadığı, dinamik bir süreci tanımlayan "Hemşirelik Süreci"nin tüm aşamalarında gerçekleştirilmesi gerektiğini de bilmek gereklidir.[2,3]

Palyatif bakım ünitesinde bakım ve tedavi gören hastanın tanılanmasındaki temel amaç; bireyin güçlü/güçsüz yönlerini, işlevsel yetersizliğini, derecesini belirlemek, var olan ya da riskli durumları ortaya koymak ve "Hemşirelik Tanısı" için temel veri sağlamaktır.[3,4] Bu amaçla hemşire; öncelikle hasta ile gözlem, görüşme ve fiziksel muayene yöntemlerini kullanarak veri toplar, daha sonra topladığı verileri değerlendirip organize ederek Hemşirelik Süreci'nin ikinci aşaması olan "Hemşirelik Tanısı"na geçer. Tanılamada; bir/birkaç hemşirelik model/kuramından yararlanılarak hazırlanmış veri toplama formu kullanılması, ilgili verilerin eksiksiz/atlanmadan toplanmasına olanak sağlar. Ayrıca palyatif bakım ünitesinde bakım ve tedavi gören hastanın öncelikli semptomlarına/yanıtlarına odaklanan geçerli ve güvenilir ölçme araçlarının da kullanılması önerilir.[6]

Hemşirelik tanılaması; semptomların, fonksiyonel durumun ve terminal hastalıkla ilişkili diğer fiziksel sorunların değerlendirilmenin de ötesine geçmelidir. Her birey için palyatif bakım deneyimindeki karmaşıklığın ve farklılıkların tanınması, hastaların biyo-fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel gereksinimlerinin daha geniş bağlamının tam olarak araştırılmasına olanak tanıyan bir "tanılama" sürecine bağlıdır (Tablo 1). Bu nedenle "Tanılama" sırasında bireyin yaşadığı subjektif deneyimlerin olabileceği ve doğası gereği; ancak deneyimleyen bireyin en iyi değerlendirmeyi yapabileceği unutulmamalı ve hastalar tanılama sürecine aktif olarak katılmaları konusunda desteklenmelidir. Bunu gerçekleştirebilmek için palyatif bakım ünitesinde görev yapan hemşire; iyi bir dinleyici olmalı, kurduğu iletişimde empatik yaklaşımı kullanarak sorunu deneyimleyen bireyin neler hissettiğini, kendini nasıl değerlendirdiğini, sağlık sorunlarını ne şekilde ele aldığını değerlendirmeli, sorduğu soruyu dikkatli seçip anlaşılır bir dil kullanarak, bireyin duyularını, duygularını ve neleri öğrenmek istediğini rahatlıkla ifade etmesine fırsat vermeli, hasta ve ailesiyle olan iletişiminde yüz ifadesi ve duruş gibi nonverbal (sözsüz) yanıtları da dikkate almalıdır.[6,7]

Tablo 1. Hasta tanılamasında anahtar noktalar[a]

- Bireysel yaklaşım
- Hasta ve ailesini içine alan bütüncül bakış açısı
- Terapötik yaklaşım
- Hasta/bakım vericinin gereksinimlerine odaklanma
- Uygun ve geçerli bilgi/veri elde etme
- Kanıta dayalı yaklaşım
- Bakımın sonuçlarını değerlendirme

[a] Fitzsimmons D AS. Approaches to assessment in palliative care. In: Payne S, Seymour J IC, editor. Palliative Care Nursing Principles and Evidence Based Practices. 1st ed. England: Open University Press; 2004. p. 163-180 kaynağından uyarlanmıştır.[3]

Tanılamada Hemşirelik Model/Kuramlarından Yararlanma

Hemşireliğin doğasını ve bakım yaklaşımını anlamak için birçok hemşirelik model/kuramından yararlanılabilir. Bu model/kuramlar, insanın doğasını ve sağlık – hastalık dizgesi ile ilişkili bakım gereksinimlerinin belirlenmesine de olanak sağlar. Hemşirelik model/kuramlarının hemşirelik bakımını ele alış biçimleri birbirinden farklılık göstermesine karşın; tümünün ortak özelliği hemşirelik tanılamasına bir bakış açısı sunmasıdır.[3,6] Tanılamada medikal model kullanılması ile hastanın tıbbi tanısına odaklanılmasına karşın; hemşirelik/model kuramından yararlanılması ile bireyin yaşadığı çevre içerisinde ailesini de kapsayarak bir bütün olarak ele alınması ve hemşirelik girişimleri ile önlenebilecek/hafifletilebilecek/çözümlenebilecek sorunların belirlenmesi sağlanacaktır.[3] Özetle, hemşirelik model/kuramına temellendirilmiş bir veri toplama aracı oluşturulması ve tanılamanın bu doğrultuda sürdürülmesi, palyatif bakım ünitesinde bakım-tedavi gören bireyin bakım gereksinimlerinin eksiksiz, organize bir şekilde toplanmasında anahtar bir yaklaşımdır. Örneğin; Roper, Logan ve Tierney tarafından geliştirilen Hemşirelik Modeli'ne dayalı bir tanılama ile bireyin bulunduğu yaşam süresi içinde 12 yaşam aktivitelerisini gerçekleştirme biçimi, sıklığı, yaşadığı güçlükler, etkileyen faktörler belirlenerek bireye özgü ve bütüncül bir yaklaşıma temellendirilmiş etkin bir başlangıç/kabul tanılaması yapılabilir.[3,8]

Hasta tanılamasında; bireysel yaklaşımın sağlanabilmesi için, bireyin bulunduğu yaşam süresi ve gelişimsel özellikleri dikkate alınarak, yaşam aktivitelerini gerçekleştirme konusundaki bağımlılık/bağımsızlık durumu değerlendirmeli, bu aktiviteleri gerçekleştirme biçimi, sıklığı, zamanı gibi bireye özgü durumu yansıtan parametreler gözden geçirilmelidir.[6,7] Bu bağlamda; hemşireler palyatif bakım ünitesinde tedavi ve bakım alan bireyin yaşamsal önemi olan aktiviteleri olan beden sıcaklığının kontrolü, solunum gibi yaşam aktivitelerini öncelikle tanılamalı ve gerekli girişimleri hızla başlatmalıdır. Ayrıca güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi ve iletişim aktiviteleri için bilinç durumu, deliryum, ağrı, enfeksiyon, düşmeler gibi olası sorunları değerlendirmeli, bunları kontrol altına almaya yönelik önlem almalı ve güvenli ortamın sağlanmasını sürdürmelidir.[2,3,7] Beslenme ve boşaltım aktivitelerine yönelik sorunlar ile palyatif bakım ünitelerinde sık karşılaşılmaktadır. Bu nedenle hemşire; bireyi yeterli ve dengeli beslenmeye teşvik etme, malnütrisyona neden olabilecek durumları tanılama, hasta konforu ve tedavi sürecini etkileyebilecek boşaltım sorunlarını (örn. konsitipasyon) kontrol altına almalıdır. Palyatif bakım ünitelerinde kişisel temizlik ve giyinme aktivitesi kapsamında; basınç yaralanmaları ve deri bütünlüğünde bozulma gibi olası sorunları değerlendirmeli, hasta konforunu destekleyecek ve cilt kuruluğunu önleyecek girişimler planlanmalıdır. Bireyin hareket yeteneğini yeterince kullanabilmesi, yorgunluk vb. semptomların hafifletilerek, yatak içi/dışı fiziksel mobilitenin desteklenmesi, bireyin sağlığı ve diğer yaşam aktivitelerini rahatça yerine getirebilmesiyle bağlantılıdır.[9,10,11] Ayrıca hasta ve yakınları üzüntü, endişe gibi psikolojik sorunlarla birlikte yaşam rutinlerinin bozulması, iş hayatında sıkıntılar, maddi güçlükler ve aile ortamında huzursuzluk gibi sorunlarla nedeni ile çalışma ve eğlenme, cinselliği ifade etme aktiviteleri etkilenebilir. Yaşam aktiviteleri ile ilgili sorunların varlığı uyku aktivitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Terminal dönemde hasta ve ailesi için ölüm sürecinin içinde bulunmak üzüntü verici ve oldukça zordur. Palyatif bakım hemşiresi bu süreci, hem fiziksel hem psikososyal anlamda hastanın semptom yönetimini sağlayarak etkili bir şekilde bakım vererek kolaylaştırmalıdır.[8,10] Tüm bunlara ek olarak, palyatif bakımda bireyin ilk tanılaması sonrasında belirlenen soruna yönelik; ilgili verilerin toplanması, sorunun devam ediyorsa durumunun belirlenmesi ve yenilik, gözden kaçan durum, yanlış/hatalı tanılanmış sorunu değerlendirmek için "odaklanmış tanılama" yapılmalıdır.[2,3,7]

Hasta Tanılamada Multidisipliner Yaklaşım

Palyatif bakım, hasta ve ailede semptom yükünü azaltmayı ve psikososyal sorunları hafifletmeyi amaçlar. Palyatif bakımın; iyileştirilmiş semptom yönetimi, ruh hali ve daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu belirtilmekte ve bunların uygun bir sağlık kaynağı kullanımı, hasta ve bakım verici memnuniyeti, sağlık hizmetlerinden tasarruf ve optimal sağ kalım ile mümkün olabileceği vurgulanmaktadır.[2]

İlerlemiş hastalık deneyimi, fiziksel semptomlarla başa çıkma, mali kaygılar, bakım verici yükü, sosyal ve ailevi değişiklikler ve manevi kaygıları içeren palyatif bakım süreci multidisipliner yaklaşımla ele alınması gereken bir konudur. Bu konu disiplinler arası bir yaklaşımla ele alınmalı, palyatif bakıma "hastalık" yerine, "hasta ve aile" odaklı yaklaşılmalıdır.

Bakım ve destek sağlamak için hemşireler; hekimler, psikologlar, uğraşı terapistleri, fizyoterapistler, beslenme uzmanları, sosyal hizmet uzmanları, eczacılar ve din görevlileri gibi diğer birçok profesyonelle birlikte çalışmalıdır. Ancak; palyatif bakımda bireyin sağlık bakımı gereksinimlerinin neler olabileceği, sağlık bakımı profesyonellerinin yasal ve eğitsel sınırlarına göre farklılık göstermektedir. Örneğin; hekim için palyatif bakım sürecinde altta yatan fizyopatolojik durum varlığı öncelikli bir durum iken; hemşireler açısından bireyin gereksinimlerinin belirlenmesi ve mümkün olan en üst düzeyde bağımsızlığının desteklenmesi/sağlanması önceliklidir. Palyatif bakımda hemşirelik tanılamasının amacının bilinmesi ve tanılamaya daha fazla/derinlemesine zaman ayırılması önemlidir.[3]

Tanılamanın temel amacı, uygun ve ulaşılabilir hedefler veya sonuçlar belirlemek için hastaların gereksinimlerinin veya sorunlarının belirlenmesidir. Hemşirelik bakımı planlanıp uygulandıktan sonra, hedeflenen sonuçları karşılamada ne kadar etkili olduğunun değerlendirilmesi gereklidir. Bu bağlamda, bakımın sonuçlarını değerlendirmede, tanılama aşamasında kullanılan parametrelerde bir değerlendirme aracı olarak hizmet eder.[2,6] Bunun için bir/birkaç hemşirelik model/kuramı doğrultusunda bireyin gereksinimlerinin tanılanması ve belirlenen sorunlara yönelik "Semptom Yönetimi"nin gerçekleştirilmesi palyatif bakımda anahtar yaklaşım olacaktır.[2,3] Bununla birlikte, tanılama ve semptom yönetiminde önceliklerin belirlenmesinde bireyin kararları dikkate alınmalıdır. Örneğin; bir hasta için ağrı deneyimi yaşam kalitesini etkileyen öncelikli bir durum iken; benzer hastalık öyküsüne sahip bir başka hasta için sevdikleri ile vakit geçirememe durumu yaşam kalitesini olumsuz etkileyen öncelikli bir durum olabilir. Bunun için, bakım ile ilgili kararlara bireyin katılımı ve sağlık/hastalık algısına karşı yanıtlarda bireyler arasındaki farklılıkların dikkate alınması gereklidir.[2,7]

Etkin tanılama için bireyin yaşadığı çevre içinde ele alınıp değerlendirilmesi, yaşanılan durumun bireyin sadece biyo-fiziksel özelliklerine değil; psikolojik, sosyal ve kültürel boyutlarına da etkileri dikkate alınmalıdır. Ayrıca bakıma katılan aile üyelerinin/bakım vericilerin de değerlendirilmesi, bakımda bütüncül bakış açısının sağlanması adına önemlidir. Bu nedenle, palyatif bakımda semptomların yönetiminde ölçme aracı seçerken; belirlenen sorunların birey için taşıdığı anlamın, öncelikle ele alınması gereken durumların belirlenmesi ve izlenmesi zorunludur.[2,3,7]

Semptom Yönetimi

Palyatif bakımda semptomların tanılanması ve bakım sonuçlarının değerlendirilmesi, hemşirelik tanılamasının ayrılmaz bir parçasıdır. Semptom tanılamasında güncel kanıtlar, bu konuda yapılandırılmış yaklaşımların geliştirilmesi ve bakımda kullanılması yönündedir.[2] Palyatif bakımda sıklıkla bireylerde görülen ve önlenebilir olarak tanımlanan semptomlar; ağrı, bulantı-kusma, konstipasyon, diyare, anoreksiya, yorgunluk, solunum güçlüğü, konfüzyon, insomnia, anksiyete ve depresyon belirti-bulgularıdır. İlerlemiş hastalığı olan hastalarda, yaşam kalitesini etkileyen fiziksel ve psikolojik semptom sıklığı da yüksektir.[2,3,9,10] Semptomların varlığı ya da şiddeti; yaşa, cinsiyete, hastalığın yaygınlığına göre değişiklik gösterebilir. Yatarak veya ayaktan palyatif bakım ünitesinde takip edilen onkoloji hastalarında hasta başına ortalama semptom sayısı 11 (range 1-27) olarak bildirilmektedir.[2,11] Onkoloji hastalarında en yaygın

semptomlar; ağrı, halsizlik/yorgunluk, ağız kuruluğu, dispne, uykulu hissetme, anoreksiya, insomnia, üzgün hissetme, konstipasyon ve %10'dan fazla kilo kaybı olarak tanımlanmaktadır. Bu semptomların sıklığı ise, %50 ile %84 arasında değişmektedir.[1,2]

Birden fazla semptomu, ilerlemiş hastalığı olan tüm hastalarda kapsamlı ve çok boyutlu bir tanılama yapmak her zaman önemlidir (Tablo 2). Bir semptomun ortaya çıkmasında, bu durumun oluşması, birey tarafından algılanması ve ifade edilmesi durumu vardır.[2,3] Örneğin; kanser ağrısı durumunda, akciğerdeki J reseptör stimülasyonu dispne oluşumuna neden olur ve gastrointestinal sistemden veya merkezi sinir sisteminden gelen afferent stimulus bulantı üretimine neden olur. Üretim, bir bireyden diğerine ve aynı bireydeki farklı alanlarda önemli ölçüde farklı olabilir (örneğin, bazı hastalarda birden fazla kemik metastazı vardır; ancak sadece bir bölgede ağrı tanımlar). Algı, semptomun beyin korteksine ulaştığı süreçtir. Bu aynı zamanda bireyden bireye önemli ölçüde farklılık gösterebilir (ağrı durumunda, endorfinler veya azalan inhibitör yollar, algılanan ağrının yoğunluğunu önemli ölçüde etkileyebilir). Üçüncü aşama olan semptomun ifadesi ise, deneyimin tek ölçülebilir kısmıdır ve palyatif tedavinin ana hedeflerinden biri olmalıdır.[2]

Birey tarafından algılanan ve ifade edilen subjektif ve objektif semptomların tanılanması, palyatif bakımda çok önemlidir. Bu semptomların bireyler arasında farklılıklar göstereceği ve sadece o semptomu değil, aynı zamanda bu duruma eşlik eden/katkıda bulunan/etiyolojik faktörlerin de dikkate alınması gerekliliği unutulmamalıdır.[2,3,9,10] Özetle, ağrı, yorgunluk veya mide bulantısı gibi belirli bir semptomun şiddetini ölçmek önemli olsa da; böylesi subjektif durumların diyabetin kontrolünde veya arteriyel hipertansiyonun kontrolünde kan şekeri ya da kan basıncı ölçümü kadar tek boyutlu bir tanılama içermediğini de dikkate almak gerekir. Örneğin; palyatif bakım ünitesinde bakım ve tedavi alan hastanın ağrı şiddetinin yalnızca nosisepsiyonun ifadesi olarak tanılamak, oldukça sınırlı bir durum olacaktır. Buna karşın; ağrının yeri, şiddeti, özelliği, eşlik eden, arttıran, azaltan faktörler, ağrıya ilişkin önceki deneyimler mutlaka dikkate alınmalıdır.[7]

Tablo 2. Birey merkezli tanılamada kullanılan alanlar[a]

ALAN/LAR	
Hasta öyküsü	Hastalık durumu/Kanser Uygulanan tedavi (kemoterapi, radyoterapi) Yaygın görülen semptomlar (özellikleri, şiddeti, yeri, arttıran/azaltan faktörler) Gözlem-görüşme-fiziksel muayene
Bilişsel durum	Deliryum, demans, bilinç durumu
Fiziksel yeterlik (performans) / **Bağımlılık-bağımsızlık durumu**	Hareket/fiziksel aktivite Öz-bakım aktivitelerine katılım (örn. banyo yapma, giyinme)
Yaşam Aktiviteleri	Solunum, beslenme, boşaltım, çalışma-eğlenme uyku vb.
Fiziksel semptomlar	Ağrı, yorgunluk, anoreksiya, bulantı, dispne, insomnia, letarji, deliryum, konstipasyon vb. İlaçların istenmeyen/yan etkilerinin izlemi, çoklu ilaç kullanımın etkileri
Psiko-sosyal semptomlar	Anksiyete, depresyon belirti-bulguları vb.
Spiritüel durum	Maneviyat, dini inançlar
Aile üyeleri/bakım vericiler	Tükenmişlik, bakım yükü, psikolojik, sosyokültürel ve ekonomik faktörleri değerlendirme

[a] Delgado-Guay MO HA. Multidimensional patient assessment. In: Bruera E, Higginson IJ, Von Gunten CF MT, editor. *Textbook Palliative Care and Supportive Medicine*. 3rd ed. FL: CRC Press; 2021. p. 149-161 kaynağından uyarlanmıştır.[2]

Hasta Öyküsü ve Fiziksel Semptomlar

Ayrıntılı hasta öyküsü alma ve semptomları tanılama, etkili semptom yönetiminde anahtardır. Bütüncül ve bireysel semptom tanılaması çok önemlidir; çünkü semptomlar, hastanın sıkıntısını, yaşam kalitesini ve sağkalımı doğrudan etkilemektedir. Semptomların; hastalık, tedavi, eşzamanlı komorbid hastalıklar veya üçünün bir kombinasyonu ile ilgili olabileceği unutulmamalıdır. Dikkate alınması gereken bir diğer önemli bir nokta ise, semptom yükünün hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyeceğidir. Bu nedenle; tanılamada bireyde var olan semptomların belirlenmesine ve yaşam kalitesi üzerine etkilerine yer verilmesi gerekir.[2,3]

Palyatif bakımda multidispliner sağlık bakımı ekibi tarafından hastanın çok boyutlu değerlendirmesinin ilk adımı, hastalık tanısını (kanser, AIDS, son dönem kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), konjestif kalp yetmezliği veya böbrek hastalığı vb.) gözden geçiren eksiksiz bir tıbbi öykü alınması, hastalıkla ilgili olayların kronolojisi, önceki ve mevcut tedaviler ve ilgili tüm tıbbi, cerrahi ve psikiyatrik sorunların tanılanmasıdır.[2,9,10] Ayrıntılı bir hasta öyküsü; reçeteli ve reçetesiz ilaçların mevcut ve önceki kullanımını, palyatif tedavileri, ilaç alerjilerini ve önceki advers yanıtları içermelidir. Gözlem ve görüşme sonrasında semptom tanılaması, kapsamlı bir fiziksel muayene ile mevcut laboratuvar ve görüntüleme verilerinin gözden geçirilmesini içermelidir. Bunun için semptom yönetiminde; palyatif bakım ünitesinde yaygın görülen hasta yanıtlarını içeren, klinik açıdan kabul edilen, geçerli ve güvenilir ölçme araçlarının kullanılması önerilir. Etkin semptom değerlendirme araçları arasında; Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği (Edmonton Symptom Assessment Scale), Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (Memorial Symptom Assessment Scale), Rotterdam Semptom Kontrol Listesi (Rotterdam Symptom Checlist) ve Semptom Sıkıntı Ölçeği (Symptom Distress Scale) bulunmaktadır.[2,13]

Bilişsel Durum

Deliryum ya da demansın bir sonucu olarak bilişsel bozulmanın varlığı, ilerlemiş hastalığı olan hastalarda semptomların tanılanmasında büyük bir engel oluşturmaktadır. Deliryum durumu; hastalar, hemşireler, aile üyeleri ve diğer bakım vericiler için önemli bir olumsuz durumdur. Böylesi bir durumun varlığında hastanın tanılanması güçleşir, hastaların bakım verici ve aile bireyleri ile iletişimi bozulur, hastanın semptomlarını dışavurumu artar ve genellikle kendi bakımlarına katılma durumlarında güçlükler meydana gelir. İlerlemiş kanserli hastalarda deliryum sıklığı, %28 ile %40 arasında değişmektedir. Ayrıca, hastaların %83'e kadarında terminal dönemin son günlerinde deliryum gelişebilmekte ve %10'una palyatif terminal sedasyon gerekli olabilmektedir.[2,3,9,10]

Deliryum durumu, temelinde altta yatan bir organik düzensizliğin varlığında ortaya çıkan, akut olarak gelişen, seyirde dalgalanma, azalmış duyu, dikkat eksikliği ile karakterize bilişsel ve algısal bozukluk durumudur. Etkin deliryum ya da bilişsel bozukluğun tanılamasında; Mini-Mental Durum Envanteri (Mini-Mental State Examination), Memorial Deliryum Tanılama Ölçeği, Deliryum Derecelendirme Ölçeği ve Konfüzyon Tanılama Ölçeği kullanılabilmektedir.[2,14,15]

Fiziksel Yeterlik/Bağımlılık-Bağımsızlık

İleri evre hastaların çoğu, yaşam aktivitelerini (öz-bakım vb.) bağımsız bir şekilde yerine getirme becerisinde ve bunları gerçekleştirmek için gerekli fiziksel yeterliğe sahip olma konusunda sorun yaşamaktadır.[2,9,10] Fiziksel yeterlik, yaşamda bağımlılık/bağımsızlık dizgesinin önemli bir parametresidir ve yarı/tam bağımlılık durumu hareketi olduğu kadar, diğer yaşam aktivitelerinin de gerçekleştirilme biçimini, sıklığını olumsuz yönde etkilemektedir.[6] Fiziksel yeterliğin tanılanması, palyatif bakımda çok boyutlu semptom değerlendirmesinin bir parçasını oluşturur. Fiziksel işlevsellikteki bozulma ve ağrı gibi rahatsız edici fiziksel semptomların psikososyal işlevi de olumsuz etkileme potansiyeli bulunmaktadır. Bu nedenle fiziksel yeterlik ve yaşam aktivitelerinin de tanılanmasında, multidisipliner yaklaşım benimsenmelidir. Örneğin; etkin semptom yönetimi için, yutma işlevinin tanılanmasında fizyoterapistin, beslenmenin planlanmasında diyetisyenin değerlendirmeye dahil edilmesi önerilir. Ayrıca bu durumun tanılanması; hemşirenin ev, bakımevi veya akut hizmet olabilecek bakım ortamının hazırlanması için de gereklidir.[2] Bu durumun tanılanmasında; Edmonton Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği (Edmonton Functional Assessment Scale), Palyatif Performans Ölçeği (Palliative Performance Scale) ve Karnofsky Performans Skoru (Karnofsky Performance Score) yaygın kullanılan ölçme araçlarındandır. Bu ölçme araçları; denge, hareketlilik, tekerlekli sandalye hareketliliği, aktivite, yaşam aktiviteleri ve bağımlılık performansı gibi fiziksel işlevi daha doğrudan yansıtan alanlara ek olarak ağrı, zihinsel uyanıklık, duyusal işlev, iletişim ve solunum işlevi gibi alanları içerir.[3,11,16]

Psikososyal Semptomlar

Psikosoyal semptomlar, duygudurum bozuklukları, psikiyatrik hastalıkların en yaygın ve önemlileri arasındadır. İlerlemiş kanser hastalarında anksiyete, depresyon belirti-bulguları, fiziksel semptomlar ile birlikte yaygın olarak görülebilmektedir. Ayrıca belirli bir kanser tedavisi alan, fiziksel yeterlik durumu düşük, kontrol edilemeyen fiziksel semptomları, fonksiyonel kısıtlılıkları, geçmişte psikiyatrik bozukluk öyküsü, psikiyatrik komplikasyon gelişme riski yüksek, madde kötüye kullanımı veya ailede depresyon veya intihar öyküsü ve sosyal destek eksikliği olan hastalar bu açıdan daha ayrıntılı tanılanmalıdır.[2,9,10] Psikososyal semptomların tanılanmasında, hasta ile yapılacak derinlemesine görüşme "altın standart" olarak kabul edilmektedir. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hosipital Anxiety and Depression Scale) bu durumun tanılanmasında yaygın olarak kullanılan ölçme araçlarındandır.[2,17]

Ayrıca anksiyete, depresyon ve bilişsel bozukluklarla ilişkili olabilen somatizasyon, geçmişte veya aktif madde kullanım öyküsü olan hastaların semptom yönetimi için özellikli tanılama becerisi gereklidir. Kötüye kullanım öyküsü, sıklıkla semptomların aşırı ifadesine yol açan uyumsuz başa çıkma stratejilerini ortaya çıkarır ya da hastaların daha yüksek derecede semptomlar ifade etme eğilimi göstermesine neden olabilir.[2,10] Bu durum örneğin ağrısı olan bir hastada, tanılamada "şiddetli /dayanılmaz" düzeyde ağrı ifadesine, tedavide opioid dozunun ve opioid kaynaklı nörotoksisite riskinin ve reçeteli opioid analjezik kullanımında bağımlılık durumunun artmasına neden olabilir.[7] Benzer şekilde, sigara kullanımı da psikososyal sorunların görülme sıklığını ve yüksek opioid kullanımına neden olmaktadır. Ayrıca, sigara kullanımı öyküsü olan hastalarda daha şiddetli ağrı ve dispne gibi fiziksel semptomlar da eşlik edebilmektedir.[17]

Spiritüel Durum

Spiritüel durum, birçok insanda sağlığa katkıda bulunan bir faktör olarak kabul edilir ve kanser ve konjestif kalp yetmezliği gibi yaşamı tehdit eden hastalıkları olan hastaların bakımında önemli bir bileşendir. Spiritüel durum ve dini inançlar, bireyin sağlık/hastalık algısını, hastalıklarıyla baş etme biçimlerini ve hastalığın seyrini etkileyebilmektedir. Destekleyici ve palyatif bakım hizmetlerinin temel amacı, hastanın acısını/ağrısını hafifletmektir. Acı, biyopsikososyal çok boyutlu bir yapıdır; bu nedenle ilerlemiş ve ölümcül hastalığı olan hastaların baş etme stratejilerini ve yaşam kalitesini etkileyebileceği için; tanılamada maneviyat ve din alanını dikkate almak önemlidir.[2,10]

Spiritüel gereksinimler, bireyselleştirilmiş bir karşılıklı süreç içinde karşılanmalıdır. Bu durumun tanılanmasında hemşire, hasta ile karşılıklı güven ilişkisi içinde, bireyin değerlerine saygı göstererek, herhangi bir karar/yargılama unsuru oluşturmadan, "Hangi ilkelere göre yaşıyorsun?", "Kişisel bir inancın var mı?" ve "Durumun hakkında hiç dua ettin mi?" gibi açık uçlu sorular ile değerlendirme yapabilir. Semptom yönetiminde spiritüel gereksinimlerin dikkate alınmasının, yaşam kalitesini iyileştirdiğini ve yaşamın sonunda agresif bakım kullanımını azalttığı belirtilmektedir.[18] Bu durumun tanılanmasında, bireyin tercih edeceği din adamlarının da bakıma katılması sağlanabilir. Ayrıca İnanç Sistemleri Envanteri (Systems of Belief Inventory), FICA Spiritüel Ölçeği, SPIRIT Aracı, HOPE Aracı ve FAITH Aracı gibi spiritüel alanı değerlendirmeye yönelik ölçme araçlarından da yararlanılabilir.[2,19]

Aile Üyeleri ve Bakım Vericiler

İlerlemiş hastalıktan kaynaklanan kronik hastalık varlığı ve bu durumun neden olduğu palyatif bakım süreci, tüm aile üyelerini/bireyin bakımından primer sorumlu olan bakım vericileri etkiler. Sınırlı bir yaşam süresinin varlığı, hastanın yaşama bakış açısı ve aileleri/bakım vericileri ile olan ilişkileri palyatif bakım ve tedavi sürecinin etkinliğinde önem taşımaktadır. Yaşamın sonunda kanser hastalarının optimal tedavisi, özellikle tedaviye uyumun, bakımın sürekliliğinin ve sosyal desteğin sağlanması için aile üyelerinin de bakıma katılımı önemlidir. Bunun için hastanın yanı sıra, aile üyelerinin ya da hastanın bakımından sorumlu olan, hasta tarafından aile olarak tanımlanan kişilerin de özel sorunları ve gereksinimleri tanılanmalıdır.[2,20] Derinlemesine görüşme, Zarit Bakım Yükü Ölçeği ve Brief Semptom Envanteri gibi ölçme araçları aile üyeleri/bakım vericilerin tanılanmasında kullanılabilir.[21,22]

Ayrıca palyatif bakım ünitesindeki hasta ve ailesinin tanılanmasında; bakım ve tedavi sürecini etkileyebilecek sosyo-ekonomik faktörler, psikososyal sıkıntı varlığı, aile dinamiklerinin durumu, sağlık profesyonellerine ve ilaçlara erişim imkanına da yer verilmelidir.[2] Sosyal, finansal ve kültürel durumların tanılanmasında; etkin semptom yönetimi için, hemşirelerin sosyal hizmet uzmanları ile iş birliği içinde çalışmaları önerilmektedir. İleri evre kanser hastalarda yaşanan ekonomik sıkıntının, yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi ve olası ilişkilendirmelerin ve açıklamaların belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Ekonomik sıkıntısı olan hastalarda benzer hastalara kıyasla, daha yüksek ölüm oranları bildirilmektedir.[2,10] Semptom yönetiminde; hasta ve ailesi için basit bir sosyal değerlendirme, sosyal güvence açısından engellilik sigortası başvurusu, ekonomik yardım başvurusu, vasiyetname hazırlama, cenaze düzenlemeleri ve finansal planlamalara yer verilmesi, hastaların yaşam kalitesini ve sağlık profesyonelleri ve aileleri ile iletişimlerini büyük ölçüde iyileştirebilmektedir. Bu alanları doğru bir şekilde tanılamak için hemşirelerin; ölçme araçları ve stratejiler geliştirmesi; hastaların acılarının hafifletilmesine ve yaşam kalitelerini iyileştirmesine, olası girişimleri belirlenmesine yardımcı olacaktır.[2,10,22]

Sonuç

Palyatif bakımda semptomların tanılanması ve bakım sonuçlarının değerlendirilmesi, hemşirelik tanılamasının ayrılmaz bir parçasıdır.[2,3] Hemşirelik model/kuramına temellendirilmiş bir veri toplama aracı oluşturulması ve tanılamanın bu doğrultuda sürdürülmesi, palyatif bakım ünitesinde bakım ve tedavi gören bireyin bakım gereksinimlerinin eksiksiz ve organize bir şekilde toplanmasında anahtar bir yaklaşımdır.[2,3]

Semptom tanılamasında, güncel kanıtlar bu konuda yapılandırılmış yaklaşımların geliştirilmesi ve bakımda kullanılması yönündedir. Palyatif bakım gereksinimi olan hastalarda sıklıkla karşılaşılan semptomlar; ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, beslenme bozuklukları, solunum sıkıntısı, cilt değişiklikleri, kaygı vb. olarak belirtilmektedir.[2,3,9,10]

Bu semptomların varlığı ve derecesi, bireyin yaşam aktivitelerini ve dolayısıyla yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Bireyde görülen belirti-bulguların belirlenmesi ve bu semptomların yönetiminde "odaklanmış tanılama" yapmak oldukça önemlidir.[4,7] Bu bağlamda palyatif bakım ünitesinde görev yapan hemşireler, gözlem, görüşme ve fiziksel muayene yöntemlerini kullanarak bireyin yaşam dönemlerine özgü fiziksel ve davranışsal göstergeleri değerlendirilmeli ve uygun ölçme aracı kullanılarak semptomlara ilişkin tanılama gerçekleştirmelidir.[2]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. DSÖ. Palliative Care. [Internet]. 2020. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
2. Delgado-Guay MO HA. Multidimensional patient assessment. In: Bruera E, Higginson IJ, Von Gunten CF MT, editor. *Textbook Palliative Care and Supportive Medicine*. 3rd ed. FL: CRC Press; 2021. p. 149-161. [Crossref]
3. Fitzsimmons D AS. Approaches to assessment in palliative care. In: Payne S, Seymour J IC, editor. *Palliative Care Nursing Principles and Evidence Based Practices*. 1st ed. England: Open University Press; 2004. p. 163-180.
4. Acaroğlu R. Sağlık öyküsü ve fiziksel muayene. In: Atabek-Aştı T KA, editor. *Klinik Uygulama Yöntemleri ve Becerileri*. 1st ed. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 2011. p. 539-609.
5. ANA. The Nurses Process [Internet]. 2021. Available from: https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process
6. Acaroğlu R, Şendir M KH. Hemşirelik süreci. In: Babadağ K AT, editor. *Hemşirelik Esasları Uygulama Kitabı*. 1st ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri; 2008. p. 8-20.
7. Büyükyılmaz F. Palyatif bakımda ağrı yönetimi ve hemşirelik yaklaşımı. In: Akçakaya A, editor. *Palyatif Bakım ve Tıp*. 1st ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri; 2019. p. 54-68.
8. Acaroğlu R. Yaşam Aktivitelerine Temellenen Roper-Logan-Tierney Modeli'ne Giriş. In: Acaroğlu R, Şendir M KH, editor. *Roper-Logan-Tierney Modelin Uygulamada Kullanılması*. 1st ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2021. p. 2-24.
9. Buckley J. Eleven prevalent symptoms. In: Buckley J, editor. *Palliative Care: An Integrated Approach*. 1st ed. UK: John Wiley & Sons; 2008. p. 198-245. [Crossref]
10. Aranda S. A. A framework for symptom Assessment. In*: Palliative Care Nursing A Guide to Practice*. 2nd ed. FL: CLC Press; 2016. p. 89-98. [Crossref]
11. Rojas-Concha L, Hansen MB, Petersen MA GM. Symptoms of advanced cancer in palliative medicine: A longitudinal study. *BMJ Support Palliat Care*. 2021;13(e2): e415 [Crossref]
12. Fan R et al. Symptomatic features and factors associated with do-not-resuscitate consent in advanced cancer patients admitted to palliative care ward. *Am J Hosp Palliat Med*. 2022;39(11) [Crossref]
13. Quinn KL, Shurrab M, Gitau K, Kavalieratos D, Isenberg SR, Stall NM, et al. Association of Receipt of Palliative Care Interventions with Health Care Use, Quality of Life, and Symptom Burden among Adults with Chronic Noncancer Illness: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;324(14):1439-1450. [Crossref]
14. Sue K, Mazzotta P, Grier E. Palliative care for patients with communication and cognitive difficulties. *Can Fam Physician*. 2019;65(Suppl 1):S19-24.
15. Klankluang W, Pukrittayakamee P, Atsariyasing W, Siriussawakul A, Chanthong P, Tongsai S, et al. Validity and Reliability of the Memorial Delirium Assessment Scale-Thai Version (MDAS-T) for Assessment of Delirium in Palliative Care Patients. *Oncologist*. 2020;25(2):e335-340. [Crossref]
16. Büyükyılmaz F. Hareket Aktivitesi. In: Acaroğlu R, Şendir M KH, editor. *Roper-Logan-Tierney Modelin Uygulamada Kullanılması*. 1st ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2021. p. 317-353.
17. Özdemir F. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi; 2016.
18. Köktürk Dalcali B. Spiritual Care and Nursing in Palliative Care Units. Sak Üniversitesi *Holistik Sağlık Derg*. 2019;2(2):29-37.

19. Erol F. Reflection of Spiritual Care in Nursing Process. *J Innov Healthc Pract*. 2020;(February):30-39.
20. Taşkın Egici M, Kök Can M, Toprak D, Öztürk GZ, Esen ES, Özen B, et al. Burden and Burnout of Caregivers Whose Patients Treated at the Palliative Care Center. *J Acad Res Nurs*. 2019;5(2):123-131. [Crossref]
21. Timur Ö et al. Burden, quality of life and coping strategies of palliative care patients' caregivers. *Ege Tıp Derg*. 2021;60:1-9. [Crossref]
22. Yaman A, Büyükyılmaz F. The effect of relaxation exercises on burden, burnout, and anxiety levels in palliative caregivers. *Perspect Psychiatr Care*. 2021; 58(3) 1089-1095 [Crossref]

BÖLÜM 4
AĞRI

Dilek YILDIRIM

DOI: 10.5152/1804

Ağrı

Pain

BÖLÜM HAKKINDA

Ağrı, palyatif bakım hastalarında en sık görülen ve müdahale gerektiren semptomların başında gelmektedir. Palyatif bakım hastasının etkin ağrı yönetimi, hastayı iyi dinlemeyi, hasta öyküsünü dikkatli bir şekilde almayı, sürekli gözlem yapmayı, semptomların takibini ve ağrının değerlendirmesinde uygun ölçüm araçlarını kullanmayı gerektirmektedir. Ağrı yönetimde farmakolojik yöntemlere ek olarak invaziv ve noninvaziv yöntemler de bulunmaktadır. İnvaziv yöntemler perifer al sinir blokları, rejyonel anestezi (epidural ve spinal anestezi), nörostimulasyon ve akupunktur gibi yaklaşımları içermektedir. İnvaziv olmayan yöntemlerde, hasta ve aile eğitimi, TENS, hipnoz, psikoterapi, akupresur, müzik terapi, masaj ve reiki yer almaktadır.

Anahtar kelimeler: Ağrı, palyatif bakım, ağrı yönetimi, hemşirelik bakımı

ABOUT the CHAPTER

Pain is one of the most prevalent symptoms necessitating intervention among palliative care patients. Effective pain management of palliative care patients necessitates attentive listening, meticulous history-taking, continuous observation, monitoring of symptoms and the utilisation of appropriate measurement tools ort he evaluation of pain. In addition to pharmacological methods of pain management, there are invasive and non-invasive techniques. Invasive techniques include peripheral nerve blocks, regional anaesthesia (epidural and spinal anaesthesia), neurostimulation and acupuncture. Non-invasive techniques include patient and family education, transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS), hypnosis, psychotherapy, acupressure, music therapy, massage and reiki.

Keywords: Pain, palliative care, pain management, nursing care

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenciler:

1. Ağrı ve ağrı türlerini tanımlar.
2. Palyatif bakım hastalarında ağrıya neden olan risk faktörlerini açıklar.
3. Ağrı ve ağrı modülasyonunun nöral mekanizmalarını bilir.
4. Nosiseptif, nöropatik, somatik ve visseral ağrı türlerini kavrar.
5. Palyatif bakım hastasında kapsamlı ağrı değerlendirmesini açıklar.

Palyatif bakım hastalarında ağrı yönetiminde farmakolojik, girişimsel ve non-farmakolojik yöntemleri açıklar.

Palyatif bakım hastalarının ağrı yönetiminde hasta ve ailesinin eğitiminin önemini kavrar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. Ağrı: Kişinin deneyimini etkileyen olumsuz bir duygudur.

2. Ağrı Algısı: Omurilikten geçen uyarının üst merkezlerde birey tarafından ağrı olarak algılamasıdır.

3. Nöropatik Ağrı: Periferik ve/veya merkezi sinir sisteminin hasar görmesi ve nöronların anormal uyarılması nedeniyle oluşur.

4. Somatik Ağrı: Kemik, eklem, kas, deri veya bağ dokusundan kaynaklanır; genellikle ağrı bölgesi lokalize, sızlama ve zonklama şeklindedir.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Dilek Yıldırım

İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

E-posta: dilekaticiyildirim@gmail.com

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Yıldırım D. Ağrı. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 29-39.

5. Visseral Ağrı: Gastrointestinal sistem ve mesane gibi iç organlardan kaynaklanır.

6. Kaçak Ağrı: Kaçak ağrı (breakthrough pain, atak ağrısı, alevlenme ağrısı) önceden mevcut olan bazal ağrıya eklenen ani başlangıçlı, daha şiddetli ve kısa süreli ağrı olarak tanımlanır.

Giriş

Ağrı, tüm palyatif bakım hastalarının yaşadığı en yaygın semptomlardan biridir.[1] Ağrının yönetilebilmesi için geliştirilen ulusal ve uluslararası rehberler olmasına rağmen, palyatif bakım hastalarının büyük bir çoğunluğunda ağrı istenilen düzeyde yönetilememektedir.[1-3] Ağrının doğru değerlendirilmemesi, ağrı tedavisi konusundaki yetersiz bilgi düzeyi, opioid bağımlılığıyla ilgili gerçekçi olmayan çekinceler, ağrı semptomlarını gizleyen hastalar, hasta veya sağlık ekibinin hastalığın tedavisi kadar semptomların kontrolüne önem vermemesi başarılı ağrı yönetimindeki engeller olarak karşımıza çıkmaktadır.[4]

Ağrının sürekli ve düzenli aralıklarla değerlendirilmesi palyatif bakımın önemli bir parçasıdır. Palyatif bakım hastasının etkin ağrı yönetimi, hastayı iyi dinlemeyi, hasta öyküsünü dikkatli bir şekilde almayı, sürekli gözlem yapmayı, semptomların takibini ve ağrının değerlendirmesinde uygun ölçüm araçlarını kullanmayı gerektirmektedir.[5,6] Ağrı değerlendirilmesinin, özellikle ağrı şiddetini tarif edemeyen, kooperasyonu kısıtlı olan hastalarda sağlık ekibi üyeleri tarafından yapılması oldukça önemlidir. Hemşire ağrının yeri, sıklığı ve niteliğini kapsayan ayrıntılı ağrı değerlendirmesini yapmalı ve hastayı izlemelidir. Ağrı tedavi algoritması olarak sıklıkla DSÖ'nün önerdiği " Basamak Tedavisi" uygulanmaktadır.[7] Bu protokole göre, hafif şiddetteki ağrılar için non-opioid analjezikler, orta düzeydeki ağrılar için hafif opioidler (örneğin kodein, oksikodon, tramadol) ve şiddetli ya da yetersiz yanıt alınan ağrılar için ise güçlü opioidler (örneğin morfin, fentanil) kullanılmaktadır.[8,9] Ek olarak, Adjuvan analjeziklerin (örneğin antidepresanlar, antikonvülsanlar, steroidler, anksiyolitikler, nöroleptikler, bifosfonatlar vb.) basamak tedavi rejimlerinin her aşamasında kullanımının önerildiği belirtilmektedir. Ağrı yönetimde farmakolojik yöntemlere ek olarak invaziv ve noninvaziv yöntemler de bulunmaktadır. İnvaziv yöntemler periferal sinir blokları, rejyonel anestezi (epidural ve spinal anestezi), nörostimulasyon ve akupunktur gibi yaklaşımları içermektedir. İnvaziv olmayan yöntemlerde, hasta ve aile eğitimi, TENS, hipnoz, psikoterapi, akupresur, müzik terapi, masaj ve reiki yer almaktadır.[1,6,7,10,11]

Bu bölümde, palyatif bakım hastalarında ağrının multidisipliner sağlık ekibi tarafından başarılı bir şekilde değerlendirilmesini, tanılanmasını ve yönetilmesini sağlamak için ağrı ve ağrı yönetimi konusunda güncel bilgiler sunulmaktadır.

Ağrının Tanımı ve Sınıflandırılması

Uluslararası Ağrı Çalışma Grubu (International Association for the Study of Pain [IASP]) tarafından ağrı, "bir kişinin geçmiş deneyimleri ile ilişkili hoş olmayan duyumlara dayanan, belirli bir vücut bölgesinde doku hasarı olup olmadığına bağlı olmayan duygusal bir deneyim" ve "bir korunma mekanizması" olarak tanımlanmaktadır.[12]

Ağrıyı değerlendirirken fiziksel, bilişsel, psiko sosyal ve kültürel bileşenlerin tamamını göz önünde tutmak gerekir. Ağrı subjektif bir bulgudur ve olgudan olguya farklılık göstermektedir. Cinsiyet, dini inanç, dil, etnik köken, sosyokültürel bağlam gibi çeşitli faktörler, ağrı eşiğini ve ağrılı uyarıcılara verilen tepkiyi etkileyebilir. Geçmişte sadece bir hastalık belirtisi olarak kabul edilen ağrı, günümüzde çeşitli faktörlerin karmaşık bir sendrom olarak bir arada bulunduğu şekilde tanımlanmaktadır.[10,11]

Ağrı sınıflaması ağrının farklı özelliklerine göre incelenmektedir. Nörofizyolojik mekanizmaya göre, ağrısı süresine göre[13], etiyolojik faktörlere ve lokasyonuna göre olmak üzere ayrılmaktadır (Tablo 1, Tablo 2).[7,14,15]

Kaçak Ağrı: Kaçak ağrı (breakthrough pain, atak ağrısı, alevlenme ağrısı); önceden mevcut olan bazal ağrıya eklenen ani başlangıçlı, daha şiddetli ve kısa süreli ağrı olarak tanımlanmaktadır. Belirli bir nedene bağlı olabileceği gibi nedensiz olarak da gelişebilir.[7]

Tablo 1. Ağrının Nörofizyolojik Mekanizmasına Göre Sınıflandırılması [7,14,15]

NOSİSEPTİF AĞRI	**NÖROPATİK AĞRI**
• Doku hasarına bağlı gelişen ağrı türüdür. • Analjeziklere [örn., opioid ilaçlar, non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ)] veya girişimsel uygulamalara yanıt verir.	• Periferik ve/veya santral sinir sisteminin hasarı sonucunda gelişen ağrı türüdür.
Nosiseptif Ağrı Tipleri	**Nöropatik Ağrı Tipleri**
Somatik Ağrı	*Santral Nöropatik Ağrı*
• Kemik, eklem, kas, deri veya bağ dokusundan kaynaklanır. • Hasta ağrı bölgesini tanımlayabilir. • Sızlama ve zonklama şeklinde hissedilebilir.	• İnme, parapleji, kuadripleji sonrası merkezi sinir sisteminde oluşan lezyona bağlı gelişen ağrı türüdür. • Kafa içi basıncı artışı sonucunda santral sinir sisteminde artan basınca bağlı gelişebilir.
Visseral Ağrı	*Periferik Nöropatik Ağrı*
• Gastrointestinal sistem ve mesane gibi iç organlardan kaynaklanan ağrılardır. • Keskin, zonklayıcı ve kramp tarzda olan ağrı organın kasılması ile artabilir ya da azalabilir.	• Genellikle periferik sinir hasarına bağlı gelişen ve hasarlı sinir boyunca hissedilen ağrı tipidir (örn., sinir kökü basısı, trigeminal nevralji). • Hasar çok sayıda sinirde oluştu ise nöropatik ağrı polinöropatik ağrı olarak tanımlanır (örn. diyabetik nöropati, alkol-nütrisyonel nöropati, Guillain-Barré Sendromu).

Tablo 2. Ağrının Süresine Göre Sınıflandırılması ve Farklılıkları[13,14]

Özellikleri	Akut Ağrı	Kronik Ağrı
Başlangıcı	Ani başlangıçlıdır.	Kademeli ya da ani başlangıçlıdır.
Süresi	Normal sürede iyileşir.	Süreklidir.
Şiddeti	Hafif veya şiddetlidir.	Hafif veya şiddetlidir.
Ağrı nedeni	Genel olarak, tetikleyici hastalık veya olay (örn. ameliyat) tanımlanabilir.	Nedeni bilinmiyor olabilir; ağrının asıl nedeni ağrıyı tetikleyen mekanizma çözümlenerek belirlenebilir.
Ağrının seyri	Zamanla iyileşir.	Tipik olarak ağrı devam eder ve ağrı atakları olabilir.
Fiziksel ve davranışsal belirti bulgular	Belirtiler sempatik sinir sistem aktivasyonunu gösterir: • ↑ Nabız • ↑ Solunum hızı • ↑ Kan basıncı • Terleme, solgunluk • Kaygı, ajitasyon, kafa karışıklığı NOT: Adaptasyon bağlı fiziksel ve davranışsal tepkiler hızlı bir şekilde normalleşir.	Ağırlıklı olarak davranışsal belirtiler görülür: • Azalmış fiziksel hareket ve aktivite • Tükenmişlik • Diğer insanlardan ve sosyal etkileşimden uzaklaşma.
Tedavi Hedefi	Nedenin ortadan kaldırma ile ağrı kontrolünü sağlamaktır.	Ağrıyı şiddetini kontrol altına almak; fonksiyonel kapasiteyi ve yaşam kalitesini artırmaktır.

İnsidans

Palyatif bakım hastalarında ağrı görülme sıklığı oldukça yüksektir. Özellikle kanser ve kanser tedavisi ilişkili ağrı palyatif bakım hastalarında en sık görülen semptomdur. Küratif tedavi sonrası ağrı prevelansı %39,3'tür. Kanser tedavisi sırasında bu oran %55; ve ileri, metastatik veya terminal dönemde %66,4'tür. Literatürde tüm palyatif bakım hastalarının %38'i orta ya da şiddetli ağrı (NRS ≥ 5) yaşadığını[16], bu oranın kanser hastalarında %82.1'e ulaştığı bildirilmiştir.[17]

Palyatif bakım ünitelerinde kanser ağrı insidansı her ne kadar yüksek olsa da (%35-96) kanser dışı hastalıklardan kaynaklanan ağrı insidansı da oldukça yüksektir. Özellikle AIDS hastalarında %63-80; kalp hastalıklarında %41-77; kronik obstrüktif akciğer hastalığında %34-77, böbrek hastalıklarında %47-50'dir (Tablo 3) .[3,18]

Fizyopatoloji

Ağrı, ağrı uyaranının nosiseptör olarak bilinen özel reseptörlerin kimyasal, mekanik ve termal uyaranlarla uyarılması ile tetiklenir. Beyin nörofizyolojik olarak birbirini takip eden dört aşamada ağrıyı algılar ve ağrıya tepki oluşturur. Ağrı algılama ve tepki süreci nosisepsiyon olarak isimlendirilir. Nosisepsiyon süreci, sırasıyla şu dört aşamadan oluşur:

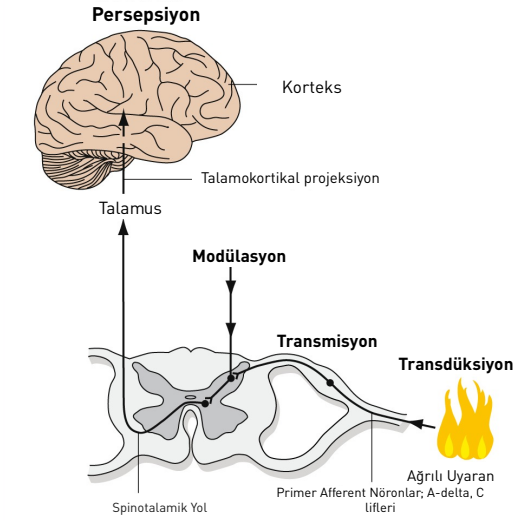
(1) Transdüksiyon
(2) Transmisyon
(3) Modülasyon ve
(4) Persepsiyon (Şekil 1).[6,7,13,18]

1. Transdüksiyon: Ağrılı uyarıcıların duyusal sinir uçlarında elektriksel sinyallere dönüştürüldüğü aşama olarak tanımlanabilir. Kimyasal, mekanik veya termal bir uyaran doku hasarına neden

Tablo 3. Palyatif Bakım Hastalarında Yaygın Görülen Klinik Ağrı Sendromları ve Nedenleri[18]

Ağrı Sendromları	Nedenleri
Tümör ilişkili Ağrı	• Meme, prostat ve diğer kanserlerinde kemik metastazına bağlı somatik ağrı gelişebilir. • Pleksopatiye bağlı nöropatik ağrı gelişebilir. • Pankreas kanseri ve karaciğer metastazına bağlı abdominal ağrı (iç organ ağrısı) gelişebilir. • Mezotelyomalı hastalarda somatik ve nöropatik ağrı göğüs ağrısı gelişebilir.
Kemoterapi İlişkili Ağrı	• Cisplatin, Paclitaksel alan hastalarda gelişen periferal nöropatiye bağlı gelişebilir.
Postradyoterapi İlişkili Ağrı	• Baş-boyun radyoterapi ilişkili oral mukozite bağlı boğaz ağrısı gelişebilir. • Radyasyon ilişkili enterite bağlı abdominal ağrı gelişebilir. • Radyasyon ilişkili pleksopati ağrısı gelişebilir.
Ameliyat Sonrası Ağrı Sendromları	• Mastektomi sonrası sinir hasarına bağlı ağrı sendromu gelişebilir. • Radikal boyun diseksiyonu sonrası sinir hasarına bağlı ağrı sendromu gelişebilir. • Uzuv kaybı sonrası fantom ağrı sendromu gelişebilir.
Kanser Dışı Ağrı Nedenleri	• Omurgadaki dejeneratif değişikliklere bağlı kronik bel ağrısı gelişebilir. • Osteoartrit ve romatoid artritte kapsül içi kemik uçlarında oluşan hasara bağlı ağrı gelişebilir. • Migren

Şekil 1. Nosisepsiyon Aşamaları [6,7,15].



olduğu zaman "transdüksiyon" aşaması başlar. Bu hasarın kendisi veya hasarlı dokudan salınan maddeler (örn: histamin, prostaglandin, bradikinin gibi kimyasal uyaranlar) ağrı liflerini uyarır veya hassaslaştırır. Her uyaran ağrılı değildir. Yeterli uyarım oluştuğunda sinir membranları sodyuma karşı geçirgen hale gelir ve bu durum polarizasyona yol açar. Potasyum çıkışı repolarizasyona neden olur. Tekrar eden polarisasyon ve repolarizasyon bir uyarı oluşturur ve transdüksiyon aşaması tamamlanır.

2. Transmisyon: Nosiseptörler tarafından algılanan ağrının, nöral yollar aracılığıyla daha üst merkezlere iletilmesi süreci olarak adlandırılır. Nosisepsiyon sürecinin ikinci aşamasıdır ve uyaranın sinir sistemi boyunca iletilmesidir. Bu aşamada ağrı uyarımı, nosiseptif lifler tarafından algılanır ve omurilikteki dorsal boynuz bölgesine iletilir. Bu bölgede, uyarım dorsal boynuz nöronlarına aktarılabilmesi için Substantia Gelatinosa adı verilen alanda P maddesi salınır. P maddesi, ağrı uyarısının ana taşıyıcısı olarak işlev görmektedir. Ağrı uyarımı daha sonra interneuronlar aracılığıyla beyin sapı, talamus ve somatosensöriyel kortekse (beyin/paryetal lob) iletilir. Bu sürece "transmisyon" denir.[6,7,15]

3. Modülasyon: Ağrılı uyarının spinal kord düzeyinde modülasyona uğraması olarak bilinir. Ağrı iletimini inhibe eden maddeler, dorsal kök liflerinden salınır. Bu maddeler arasında endojen opioidler (örneğin enkefalin), serotonin, norepinefrin, gamma aminobutirik asit (GABA), alfa2-adrenerjik agonistler, asetilkolin, tirotropin-salıcı hormon ve somatostatin bulunmaktadır.

4. Persepsiyon: Ağrının algılanmasıdır. Omurilikten geçen uyarıların assenden lifler aracılığıyla üst merkezlere iletilip ağrı duyusu olarak algılanır. Ağrının tam olarak beyinde hangi bölgesi tarafından algılandığı net olarak açıklanamamıştır. Ağrının algılanma sürecinin birkaç serebral düzeyde gerçekleştiği düşünülmektedir. Somatosensör korteksinde uyarının işlenmesi, bireyin ağrıyı yerel olarak tanımlamasına ve nitelendirmesine olanak sağlar. Ağrıya duygusal ve davranışsal tepkiler ise ağrı uyarımının limbik sistemde işlenmesi sonucunda ortaya çıkar.[6,7,15,18,19]

Risk Faktörleri

Yaş

Yaşın artmasıyla birlikte kronik ağrı görülme sıklığı da artmaktadır. Bir hastanın yaşı ne kadar ileriyse, kronik ağrıyı tetikleyebilecek faktörleri o kadar fazladır. Ancak yaşlı hastalarda her ne kadar kronik ağrı sıklığı fazla olsa da genellikle ağrısı olduğunu ifade etme konusunda çekingen bir tutum sergilemektedir. Ayrıca bilişsel gerileme, demans gibi yaşa bağlı faktörler de ağrıyı tanımlamayı ve yönetmeyi daha zor hale getirebilmektedir. Etkili ağrı yönetimine engel oluşturmaktadır. Sağlık ekibi yaşlı hastaların ağrı değerlendirmesinde bu açıdan dikkatli olmalıdır.[20]

Cinsiyet

Kadınların erkeklere göre kronik ağrı insidansı daha yüksektir. Yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere kıyasla daha düşük ağrı eşiği ve daha düşük ağrı toleransına sahip olduğu bildirilmektedir.[21] Ayrıca kadınların, erkeklere göre ağrıyı daha şiddetli düzeyde hissettikleri ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği de belirtilmektedir.[20,21]

Sosyo-Ekonomik Durum

Ağrı prevelansının düşük sosyo-ekonomik durum ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Düşük gelir düzeyi, düşük eğitim düzeyi olan hastalar, kronik ağrıya daha yatkındır. Aynı zamanda daha şiddetli ağrı deneyimlemekte ve ağrıya bağlı morbidite yaşamaktadır.[20] Bireylerin ağrıyı yorumlayarak ağrı deneyimi yaşamasında, sosyoekonomik faktörler etkilidir. Bireyin ekonomik koşulları ağrının psikolojik açıdan nasıl algıladığını etkilemektedir.[22]

Cerrahi Tedavi veya Tıbbi İnvaziv Girişimler

Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi girişimin önemli bir komplikasyonudur. Ameliyat sonrası ağrı görülme oranları farklılık gösterse de hastaların %80'e varan önemli bir kısmının postoperatif ağrı yaşadığı öne sürülmektedir. Palyatif bakım hastalarında görülen ağrı şiddeti, özellikle tümörün büyüklüğü, tümörün primer insizyonu, metastatik dokuların çıkarıldığı vücut bölgesinin genişliği, sayısı vb. gibi faktörlere bağlı olarak değişmektedir.[1,2]

Tümörün Yeri ve Metastaz Varlığı

Palyatif bakım hastalarında özellikle kemik metastazı, visseral distansiyon, tümör kitlesine bağlı sinir sıkışması veya sinir hasarı başlıca ağrı nedeni olarak bilinmektedir. Kronik ağrı genellikle tümörün dokulara yayılmasıyla ilişkilendirilir; bu durum kemik ve yumuşak dokulara tümörün nüfuz etmesi, iç organların tümör nedeniyle tıkanması, sinir, kan ve lenf damarlarının tümör kitlesi tarafından bası altında kalması sonucunda ortaya çıkmaktadır.
Tümörlü doku çok sayıda inflamatuvar hücre içermektedir. Hem inflamatuar hücreler hem de tümör kitlesine ait hücreler, kemikteki sinir uçlarının uyarılmasına neden olan bazı kimyasal maddelerin salgılanmasına yol açmaktadır. Osteoklastik aktivite ile özellikle çevre dokularda hasara ve o bölgelerde asiditeye neden olmaktadır. Ph'a karşı duyarlı olan sinir uçları ve hasar gören sinir uçları, nöropatik ağrı oluşumuna hazırlayıcı faktör olmaktadır. Ayrıca kemik dokusunun kaybı da ağrıya neden olmaktadır.[1-3]

Ağrının Tanılanması

Hastaya "Ağrınız var mı?" sorusunu sormak, ağrının değerlendirilmesinin en temel yöntemidir. Ancak ağrının varlığı veya

yokluğu, ağrının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi için yeterli değildir. Özellikle palyatif bakım hastalarında mutlaka kapsamlı ağrı değerlendirilmesinin yapılması gerekmektedir. Ağrının değerlendirilmesinde ağrının yeri, süresi, şiddeti, tipi, özelliği ve ağrıyı artıran ve azaltan faktörlerin hemşire tarafından sorgulanması gerekir. Hemşire, ağrı şikâyeti olduğunu bildiren palyatif bakım hastasının hastalık hikayesini öğrenerek ve fiziksel muayenesini yaparak bireyin sağlık durumunu ve olası sağlık sorunlarını belirleyerek bakım sürecindeki yol haritasını oluşturur.[7,23-26]

Ağrı Hikayesinin Alınması ve Ağrının Değerlendirilmesi

Palyatif bakım hastanın ağrısına yönelik hikayesinin ayrıntılı olarak incelenmesi, hastalığa ilişkin şikayetlerin değerlendirilmesinde ve olası nedenlerin belirlemesinde ilk basamaktır. Kapsamlı bir ağrı değerlendirmesi, kanser ağrısının başarılı yönetiminin en önemli bileşenlerinden biridir. Ağrının değerlendirilmesini "beşinci yaşam bulgusu" olarak kabul edilmektedir.[1] Hasta bakım ve tedavisinin etkili bir şekilde planlanmasında hemşireye yol göstermesi açısından oldukça önemlidir. Hastanın ağrı öyküsünü alırken hemşire hastanın özgeçmişini ve aile öyküsünü, hastanın kullandığı ilaçları, şikayetlerini sorgulamalı ve kaydetmelidir.[1,17,18]

Ağrının değerlendirilmesinde, ağrının şiddeti, lokasyonu, karakteristiği, zamanlaması, özellikleri ve ağrıyı artıran veya azaltan faktörlerin detaylı bir şekilde sorgulanması gerekmektedir.[27-29] Yaşlılarda ağrı değerlendirmesi, genç hastalara kıyasla biraz daha karmaşık ve çok faktörlüdür. Yaşlı hastalar ağrıyı eksik bildirebilir veya hiç bildirmeyebilir. Ayrıca ilaç yan etkileri, tanısal ve invaziv prosedürlerden kaynaklanan komplikasyonlar açısından gençlere göre daha yüksek risk grubunu oluşturmaktadır. Kognitif bozukluğu olan yaşlı hastalar, doğru bir ağrı öyküsü sağlayamadıkları için ağrı tedavisi de başarılı sonuçlanmayabilmektedir.[18] Ağrının algılanması, tanımlanması ve ağrıya karşı gösterilen tepkiler, bireyler arasında değişkenlik göstermektedir. Buna dayanarak, hemşirenin ağrı değerlendirmesi, bireye özgü olarak ağrının tüm boyutlarını kapsamalıdır. Hastanın ağrıyı tarif ederken kullandığı kelimeler hemşire tarafından mutlaka kayıt altına alınmalıdır.[23,24]

Ağrının Başlama Zamanı ve Süresi

Ağrının başlangıç zamanının ve süresinin değerlendirilmesi akut veya kronik ağrı olup olmadığının belirlenmesi ve ağrı nedeninin ortaya çıkarılması konusunda bilgi vermektedir. Yaralanma, akut hastalık veya tedaviden (örn. ameliyat) kaynaklanan akut ağrısı olan hastalar, ağrılarının tam olarak ne zaman başladığını net bir şekilde ifade edebilirken, kronik ağrısı olan hastalar, ağrının ne zaman başladığı ile ilgili net yanıtlar veremeyebilir. Kronik ağrısı olan bir hasta ani başlayan akut ağrıdan yakınıyorsa farklı bir nedenin olabileceği değerlendirilmelidir. Örneğin, kanser hastasının spinal stenozdan kaynaklanan ve kronik sırt ağrısının, 2 gün önce ani, şiddetli bir sırt ağrısının olduğunu bildirmesi, omurgada yeni metastatik hastalığı ortaya çıkarabilecek bir tanı çalışması yapılmasını düşündürebilir.[7,8,27,30,31]

Ağrının Lokalizasyonu ve Yayılımı

Ağrının lokalizasyonu, sınırlarının belirli olması ve yayılımı, ağrının olası nedenlerini ve tedavide sağlık ekibinin nasıl bir yön belirleyeceğine yardımcı olmaktadır. Bazı hastalar ağrılarının yerini net olarak belirleyebilirken, bazıları ağrı bölgesini belirleyemez veya "her tarafım ağrıyor" şeklinde açıklama yapabilir. Bu durumda hastaya hangi bölgenin en çok ağrıdığının belirlemesi oldukça önemlidir. Ağrı lokalize veya kaynağından başka bir bölgeye doğru da yayılabilir.[7] Örneğin siyatik sinirin veya sinir köklerinin tümör basısı nedeniyle sıkışması veya hasar görmesinden kaynaklanan ağrı, periferik sinir boyunca bacağa yansıyabilmektedir. Kliniklerde ağrının yeri hakkında bilgi, hastadan

(a) ağrı bölgesini veya bölgelerini tanımlaması,
(b) vücudundaki ağrılı bölgeleri göstermesi veya
(c) bir vücut diyagramında ağrılı bölgeleri işaretlemesi istenerek elde edilmektedir.[32]

Ağrının Şiddeti

Ağrının şiddetinin değerlendirilmesi, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesinin yanı sıra tedavi tipine karar vermede önemlidir.[33] Ağrının değerlendirilmesi için kliniklerde tanılama formları ve sözlü ve sözsüz parametreler içeren ağrı ölçekleri kullanılmaktadır. Kullanılan bu ölçekler, kliniğe ve amaca göre değişmektedir. İnsan hayatını olumsuz yönde etkileyen, yaşam kalitesini bozan ağrı deneyiminin, ortak bir dil kullanılarak ölçülebilmesi gerekmektedir. Ağrının öznelliği ve bireyselliği nedeniyle tüm dünyada kabul görmüş en güvenilir, tek bir değerlendirme ölçeği bulunmamaktadır. Bu nedenle günümüzde ağrı değerlendirmede çok çeşitli ölçek kullanılmaktadır. Ölçekler yaşa ve bilişsel gelişim düzeyine uygun olarak seçilmelidir.[23,26] Sayısal ölçekler (0 = "ağrı yok" ve 10 = "en kötü ağrı"), sözel tanımlayıcı ölçekler (yok [0], hafif [1–3], orta [4–6] ve şiddetli [7–10]) veya Görsel Analog Skalalar (0="ağrı yok" ve 10="en kötü ağrı" olarak etiketlenen 10 cm'lik bir çizgi) çoğu yetişkin tarafından ağrı şiddetini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Bu ölçeklerin geçerli ve güvenilir araçlar oldukları bilinmektedir.[32]

Ağrı Tipi

Ağrı nedeni ve ağrı mekanizması hakkında bilgi vermektedir. Ağrının batıcı, yanıcı, zonklayıcı vb. özelliğini kapsamaktadır. Örneğin, hastalar genellikle nöropatik ağrıyı yanma, zonklama, uyuşma, elektrik çarpması gibi veya karıncalanma olarak tanımlamaktadır. Nosiseptif ağrı ise batıcı, zonklayıcı ve kramp şeklinde tanımlanmaktadır. Hastaya ağrının neye benzediği sorulur veya ağrı nitelikleri bir liste halinde sunulur ve işaretlemesi istenir. Ağrının tipi, ağrının sınıflandırılmasıyla (örneğin, nöropatik, nosiseptif veya visseral) ilişkili olduğundan, bu tanımlamalar ağrının hangi tedavi seçeneğine karar verileceğinin belirlenmesinde rehberlik etmektedir.[33-35]

Ağrıya Eşlik Eden Semptomlar ve Ağrıyı Arttıran Azaltan Faktörler

Ağrı anamnezindeki kritik bir bölüm, ağrıya eşlik eden semptomların tespit edilmesidir. Bu semptomların özellikle ağrının altında yatan organik patolojiyi belirlemede önemli bir göstergesi olabilir. Birçok malignite durumunda, ağrı genellikle ilk belirti olarak ortaya çıkabilir. Palyatif bakım hastalarında anksiyete, yorgunluk ve depresyon gibi semptomlar ağrıyı şiddetlendirebilir veya ağrının bir sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir. Hastada ağrıya ek olarak zayıflama, iştahsızlık gibi belirtilerin varlığı, malignite olasılığını düşündürebilir ve hekimi uyarabilir. Bel veya bacak ağrısı olan bir hastada, ağrıya ek olarak bacakta güç kaybı, uyuşukluk veya idrar kaçırma gibi bulguların olup olmadığının bilinmesi önemlidir. Benzer şekilde, baş ağrısı şikayeti olan bir hastada baş ağrısına eşlik eden bulantı veya kusma olup olmadığının belirlenmesi, tanı açısından kritik öneme sahiptir. Ağrı tedavisine başlamak veya tedavi sonucunu değerlendirmek için artıran veya azaltan faktörler belirlenmelidir. Ağrıyı sıklıkla sıcak, soğuk, gürültü, ışık, yürüme,

oturma, ani hareket, öksürme, ıkınma, stres gibi faktörler değerlendirilmelidir. Örneğin ağrılı bir bölgenin dinlenmesi veya tespit edilmesi ağrıyı azaltabilir.[7,23] Ağrıyı hangi faktörlerin arttırdığını veya azalttığını bilmek, ağrının tipini, nedenini belirlemeye ve tedavi seçimine yardımcı olabilmektedir.[32]

Hastanın Ağrı İnançları, Beklentileri ve Hedefleri

Kapsamlı ağrı değerlendirmesi, tüm ağrı boyutlarının değerlendirilmesini içerir. Hastanın kliniğe yatışında ilk olarak kapsamlı ağrı değerlendirmesi yapılmalı ve tedaviye yanıtı değerlendirmek için düzenli aralıklarla tekrar edilmelidir. Akut bakım ortamında, zaman sınırlamaları nedeniyle ağrının duygusal, davranışsal, bilişsel ve sosyokültürel boyutları ayrıntılı olarak değerlendirilemeyebilir. Ancak hemşire en azından, hastaların ağrısının olup olmadığı, ağrının uyku düzeni, günlük aktiviteler, ilişkiler, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmelidir. Hastanın kullandığı veya ağrıyı kontrol etmeye çalıştığı (etkili veya etkisiz) stratejiler kaydedilme, ağrı deneyimleri, ağrı algısı ve ağrı inançları değerlendirilmelidir.[36] Hastanın ağrıyla başa çıkma becerileri, ruh hali, sosyal yaşam ve iş durumuna yansıması, her hastanın gücü, emosyonel dayanıklılığı ve savunmasızlığı hakkında bir fikir edinmek ağrı tedavisinin ve bakımını yönlendirmek açısından son derece önemlidir.[1,37]

Daha Önce Uygulanan Tedavi Yöntemleri ve Sonuçları

Kronik ağrı yaşayan birçok hastada çeşitli ağrı tedavi yöntemleri uygulanmış olabilir. Bu tedavi yöntemlerinin neler olduğu, ağrı kontrolü üzerindeki etkileri ve yan etkileri detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme sürecinde, hastanın mevcut kullandığı ilaçlar ve diğer tedavi yöntemleri ile geçmişte uygulananlar ayrı ayrı ele alınmalıdır. Analjezikler dışında, hastanın şikayetlerine göre değerlendirilen cerrahi müdahaleler, sinir blokları, fizik tedavi yöntemleri ve malignite durumunda kullanılan onkolojik tedavi yöntemleri özel olarak incelenmelidir. Ayrıca, hastanın kendi kendine başa çıkmak için kullandığı ağrı yönetimi yöntemlerine de bu değerlendirme sürecinde yer verilmelidir .[36-39]

Fiziksel Muayene

Fiziksel muayene; hemşirenin kapsamlı bir veri tabanı oluşturmasını, elde ettiği subjektif verileri doğrulamasını, hastaya uygulanan bakımın etkinliğini değerlendirmesini, bireyin değişen sağlık durumu ile ilişkili olarak bakım ve tedaviler hakkında karar sürecinin tamamlanmasını sağlamaktadır. Fizik muayene, ciddi patolojiyi ekarte etmeye yardımcı olabilmektedir.[1,5] Bu durum, ekip içindeki iletişim ve iş birliğini artırarak hasta bakım çıktılarını olumlu etkileyecek ve sonuçta hasta memnuniyetini arttıracaktır. Ağrı semptomuna yönelik fiziksel muayene inspeksiyon, palpasyon, oskultasyon ve perküsyonu içerir.[40,41]

İnspeksiyon

Ağrı değerlendirmesi öncelikle inspeksiyon ile başlar. İnspeksiyon sırasında hastanın sağlık durumu ile ilgili veriler elde edilir. Baş ve boyundan başlayarak üst ekstremite, gövde, alt ekstremite ve ayaklara kadar sistematik muayene yapılır. Bu aşamada hastanın cilt rengi, yüz ifadesi, yorgun görünümü, stres, anksiyete ve bilinç durumu (oryante, konfuze gibi), postüru, pozisyon değiştirmesi, yürüyüşü değerlendirilir. Hastanın yüz ifadesi, gergin, stresli, acı çeker görünümünün olup olmadığı incelenir. Hastanın baştan ayağa tüm vücut değerlendirmesinde hareket ve fonksiyon bozukluğu, topallama, ağrıyan bölgeyi ovuşturma veya ağrıya bağlı kısıtlılık olup olmadığı gözlenir. Ağrısı olan hastanın genel görünümü sinirli, huzursuz ve yüzünde korku ifadesi vardır. Hastanın cildi soğuk ve nemlidir, terleme görülür. Anksiyete, yorgunluk, dispne, halsizlik, bulantı, kusma da eşlik edebilir. Hastanın genel vücut yapısına, kas konfigürasyonuna ve eklem simetrisine dikkat edilir. Herhangi bir şişme, şekil bozukluğu, nodül veya kitle ve uzuv uzunluğu veya kas boyutunda farklılıklar olup olmadığı gözlemlenir.[42]

Resim 1. Ekstremitelerin Fiziksel Muayenesi [37]



Palpasyon

Palpasyon sırasında hastanın vücut bölgelerine elle dokunarak derinin kıvamı, ısısı, nem durumu değerlendirilir, eklemlerin hareketliliği ve hassasiyeti incelenir, nabızın hız ve dolgunluğu incelenir. Palpasyon, ağrılı bölgeyi, dolaşım bozukluğunu ve ödemi belirlemek amacıyla kullanılır. Ağrılı bölge/ler palpe edilirken, cildin sıcaklığına ve nemine de dikkat edilmelidir. Yumuşak doku yapılarının tanımlanmasını engelleyebilecek kas spazmını önlemek için öncelikle eller ısıtılır. Ağrılı bölge veya muayenede anormal görünen alanlar dikkatlice palpe edilmelidir. Palpasyon genellikle sırasıyla boyun, omuzlar, dirsekler, bilekler, eller, sırt, kalçalar, dizler, ayak bilekleri ve ayakları içerir ve sefalopedal olarak (baştan ayağa doğru) yapılır. Hem yüzeysel hem de derin palpasyon genellikle ardışık olarak uygulanır. Cilt sıcaklığının, lokal hassasiyetin, ödemin ve krepitasyonun değerlendirilmesine izin vermek için hem kaslar hem de eklemler palpe edilir (Resim 1)[7,15]

Perküsyon

Perküsyon, ağrı nedenini belirleme ve değerlendirme için ses ve titreşim üreten bir tekniktir. Altta yatan yapılara göre sesler ve titreşimler farklı olabilir. Beklenen bir sesten sapma bir soruna işaret edebilir. Örneğin, karnın sağ alt kadranında olağan perküsyon sesi timpanidir. Bu alandaki donukluk, araştırılması gereken bir soruna işaret edebilir. Ağrı değerlendirmesinde hastanın şikâyeti olan bölgede perküsyonla değerlendirme yapılır. Sistemlere özgü perküsyon için diğer bölümlere bakınız. .[7,15,23]

Oskültasyon

Oskültasyon, vücuttaki organların çıkardığı seslerin dinlenerek yorumlanmasıdır. Ağrının olduğu bölgede normal seslerin ve bu seslerin en iyi duyulduğu yerlerin bilinmesi, hastalık durumunda seslerdeki değişimlerin tanınması için gereklidir.[40,43] Örneğin ağrı göğüs bölgesinde ise kalp akciğer sesleri dinlenip değişen sesler kaydedilmelidir. Sistemlere özgü oskültasyon için diğer bölümlere bakınız.[7,15,23]

Tanıda Kullanılan Diğer Yaklaşımlar

Ağrı nedeninin belirlemek ve uygun tedaviye başlamak için ayrıntılı anamnez ve hasta öyküsünün alınmasının yanı sıra laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinden de faydalanılır.[43]

Laboratuvar testlerinde minimum düzeyde şunlar istenmelidir: tam kan sayımı, eritrosit sedimantasyon hızı, kas enzimleri, karaciğer fonksiyon testleri ve tiroid fonksiyon testleri. Gerek duyulduğunda metabolik hastalıklar, kan kalsiyum düzeyi, vitamin D düzeyi, otoimmün hastalıklar (örneğin romatoid faktör, antinükleer antikorlar), enfeksiyon hastalıkları (hepatit C, tüberküloz, Lyme hastalığı, HIV) ve kanser taramaları da yapılmalıdır. Gerektiğinde röntgen, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MR), pozitron emisyon tomografi-bilgisayarlı tomografi (PET-CT), ultrason ve floroskopi gibi görüntüleme yöntemleri, kesin tanı için uygulanabilir.[37,43,44]

Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Ölçekler

Ağrı, palyatif bakım hastalarında yakından takip edilmesi gereken önemli bir sorundur. Ağrı ölçüm araçları, ağrı deneyiminin çeşitli yönlerini değerlendirmede objektif veri sağlama imkânı vermektedir. Ağrı değerlendirilmesine, "Ağrınız var mı?" sorusu sorularak başlanmalıdır ve tek boyutlu ağrı değerlendirme araçları kullanarak hastadan hissettiği ağrının düzeyini puanlaması veya "yok", "hafif", "orta", "şiddetli" gibi farklı ifadeler kullanılarak tanımlaması istenmelidir. Ağrı değerlendirmesinde kullanılan ölçekler tek boyutlu ve çok boyutlu ölçekler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Tablo 4). Tek boyutlu ölçekler yalnızca ağrının şiddetini belirler.[30] Çok boyutlu ölçekler, tek boyutlu ölçeklere oranla daha kapsamlı sorular içermekte ve uygulanması zaman alabilmektedir. Ağrının tipi, ölçeği kullanacak hemşirenin özelliği, deneyimi ve bakım verilen klinik gibi birçok faktör ölçüm araçlarının hangisinin kullanılacağını belirlemede etkilidir. Ölçeğin açık, anlaşılır ve hasta tarafından kullanılabilir olması da oldukça önemlidir. Verilerin tutarlı olması için her ağrı tanılamasında aynı ölçüm aracı kullanılmalıdır. Tek boyutlu ölçekler arasında en sık kullanılan Görsel Analog Skala (VAS), Numerik Skala (NRS) ve Basit Tanımlayıcı Ağrı

Tablo 4. Palyatif Bakımda Sık Kullanılan Ağrı Değerlendirme Ölçekleri [1]

Tek Boyutlu Ölçekler	
Numerik Skala (NRS)	Hasta tarafından ağrı şiddetine karşılık gelen 0 ile 10 arasında bir sayı seçilir. "0" ağrının olmadığını ve "10" ağrı düzeyinin en kötü düzeyde olduğunu belirtir.
Basit Tanımlayıcı Ağrı Şiddet Skalası	Ağrının şiddetini tanımlamak için tek bir kelime seçilir. Ağrı şiddeti seviyeleri ağrı "ağrı yok", "hafif", "orta", "şiddetli ", "aşırı şiddetli " ve "hayal edilebilecek en kötü ağrı" ifadeleri kullanılır.
Görsel Analog Skala (VAS)	Visual Analog Scale (VAS), 10 cm uzunluğundaki yatay bir çizgi üzerinde sol uçta hiç ağrı olmadığını, sağ uçta ise hastanın hayal edilebilecek en yoğun ağrı ifadelerini içerir. Hastadan o anda hissettiği ağrının şiddetine göre bu çizgi üzerinde bir nokta işaretlemesi istenir. Başlangıç noktası ile işaretlenen nokta arasındaki uzaklık santimetre olarak ölçülerek ağrının şiddeti sayısal olarak belirlenir.
Çok Boyutlu Ölçekler	
Mcgill Ağrı Anketi	Şu anki ve bir hafta süresince hissedilen ağrı şiddeti, yeri, tipi ile ilgili ayrıntılı bilgileri içermektedir. Ağrının duyusal ve algısal boyutlarını da değerlendirir.
Kısa Ağrı Envanteri	Ağrının şiddeti, lokalizasyonu, ağrıya yönelik tıbbi müdahaleler ve ağrının günlük yaşam üzerindeki etkileri değerlendirilir. Son 24 saat veya geçen hafta içinde ağrıda meydana gelen iyileşme düzeyi sorgulanır.. Ağrı şiddeti, yeri, tipi, süresi ile ilgili kapsamlı bilgileri tanımlamaktadır.

Şiddet Skalası'dır. Çok boyutlu ölçeklerin kullanımı zaman alıcı olduğundan, günlük ağrı değerlendirmesinde basit ve kullanımı kolay olan tek boyutlu ölçeklerin kullanımının tercih edilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Çok boyutlu ölçeklerin ise, ilk klinik muayenede ve ağrı ile ilgili araştırmalarda kullanımının daha uygun olduğu ifade edilmiştir.[1,30]

Ağrının Yönetimi

Ağrının hafifletilmesi, hem insanî hem mesleki hem de etik bir sorumluluktur. Palyatif bakım hastalarının ağrı yönetiminde, farmakolojik müdahalelerin yanı sıra non-farmakolojik yöntemlerin belirlenmesi ve uygulanması, hastanın ağrı ve anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi, hemşirelik yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır. Ağrının yönetiminde farmakolojik, girişimsel ve non-farmakolojik tedavi yaklaşımları bulunmaktadır.[23]

Farmakolojik Tedavi

Hastanın ağrısına yönelik her ne kadar hekim ilaçları tedavisi için reçete etse de ilaçların etkinliğini ve yan etkilerini değerlendirmek hemşirenin sorumluluğundadır. Aynı zamanda hemşirenin analjezik tedavinin sonuçlarını izleme, kaydetme ve iletme sorumluluğu da bulunmaktadır.[7] Ağrı tedavisinde yaygın olarak kullanılan Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından önerilen analjezik basamak tedavisi protokolüdür.

1. Basamakta yer alan ilaçlar hafif ağrının kontrolü için kullanılır. Hafif ağrısı olan hastalara, non opioid bir analjezik adjuvan ilaçlarla kombine edilip verilir. Örneğin, hafif nöropatik ağrısı olan bir hastaya, 25-75 mg amitriptilin ile kombinasyon halinde 6-8 saatte bir 500 mg parasetamol reçete edilebilir.

2. Basamakta yer alan ilaçlar hafif ila orta şiddette ağrıyı kontrol etmek için kullanılır. Birinci basamak tedaviden sonra yeterli rahatlama sağlayamayan veya orta şiddette ağrısı olan hastalara zayıf opioid ve non-opioid analjezikler kombine edilerek verilebilir. Adjuvan ilaçlar da gerektiğinde ek olarak kullanılabilir. Örneğin, orta derecede kanser ağrısı olan bir hastaya parasetamol 1 g ve amitriptilin 25-75 mg ve 30-60 mg kodein kombinasyonu reçete edilebilir.

3. Basamakta yer alan ilaçlar ikinci basamak tedaviden sonra yeterli rahatlama sağlayamayan orta veya şiddetli ağrısı olan hastalara uygulanır. Ağrı tedavisinde güçlü opioidler ile non-opioid analjezikler birleştirilebilir ve ek olarak adjuvan ilaçlar kombine edilebilir (Şekil 2)[45]

Girişimsel Tedaviler

Cerrahi Uygulamalar: Cerrahi uygulamalar, santral sinir sistemine ulaşan ağrı yollarının belirli bölgelerde kesintiye uğratılması esasına dayanmaktadır. Ağrının farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerle tedavi edilemediği veya kontrol edilemediği, yetersiz kalındığı durumlarda en son kullanılacak yöntem olarak tercih edilmektedir.

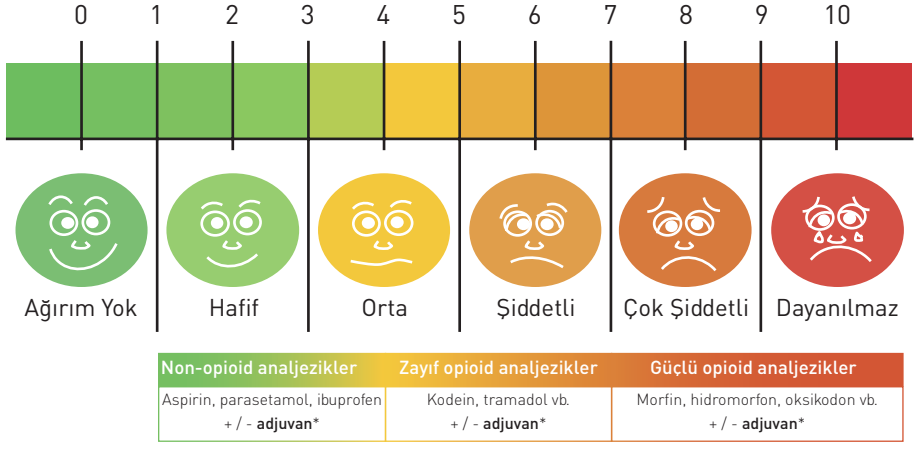
Sinir Blokları: Sinir blokları genellikle ağrıyı azaltmak için belirli bir alana bir kerelik veya sürekli olarak lokal anestezik infüzyonunun verilmesidir. Sinir blokları, bölgeye tüm afferent ve efferent iletimi kesmektedir. Genellikle ağrıyı yönetmek için ameliyat sırasında ve sonrasında kullanılır. Kronik ağrı sendromlarının daha uzun süreli rahatlaması için sürekli infüzyon yoluyla lokal anestezikler uygulanabilir. Sinir bloklarının yan etkileri, diğer sistemik yollardan uygulanan lokal anesteziklere benzerdir. Aritmiler, konfüzyon, bulantı ve kusma, bulanık görme, kulak çınlaması ve metalik tat ile sonuçlanan sistemik toksisite gibi yan etkiler görülebilmektedir. Geçici sinir blokları hem motor fonksiyonu hem de duyuyu etkiler. Etkisi verilen ilaca ve enjeksiyon yerine bağlı olarak 2 ila 24 saat sürmektedir.[46,47]

Nöroablatif Girişimler: Diğer tüm tedavilere yanıt vermeyen şiddetli ağrıların yönetiminde nöroablatif girişimler uygulanır. Nöroablatif girişimler sinirleri yok ederek ağrı iletimini kesme yöntemidir. Cerrahi rezeksiyon veya termokoagülasyon ile gerçekleştirilir. Periferik veya spinal sinirin duyusal bölümünü tahrip eder. Nörektomiler, rizotomiler ve sempatektomiler olarak sınıflandırılır.[7,48]

Non-farmakolojik Uygulamalar

Ağrı yönetiminde kullanılan non-farmakolojik yaklaşımların, nosiseptif girdiyi azalttığı ve ağrı modülasyon mekanizmalarını hafiflettiği bildirilmektedir. Ağrıyı kontrol etmek için gereken analjezik dozunu azalttığı ve ilaç tedavisinin olumsuz etkilerini en aza indirdiği belirtilmektedir. Ancak non-farmakolojik yaklaşımlar ilaç

Şekil 2. Dünya Sağlık Örgütü Analjezik Basamak Tedavisi



tedavisinin yerine değil, ilaç tedavisine ek olarak ağrı yönetiminde kullanılmaktadır. Fiziksel veya bilişsel-davranışsal yaklaşımlar olarak sınıflandırılmaktadır.[39,49]

Fiziksel Yaklaşımlar

Genel Masaj ve Özel Masaj Uygulamaları

Masaj, ağrı için yaygın olarak kullanılan bir terapi tekniğidir. Ağrının yönetiminde aromaterapi, refleksoloji, baş, sırt ve tüm vücuda uygulanan masaj, kan ve lenf dolaşımının hızlandırır. Kaslarda gevşemeyi ve arteriollerde dilatasyonu sağlayarak vücutta endorfin salınımını arttırmaktadır. Böylelikle ağrının azalmasını, hastanın gevşemesini ve rahatlamasını sağlamaktadır. Klasik masajın efloraj, tapotman, petrisaj ve friksiyon gibi birçok tekniği ve türleri bulunmaktadır. Spesifik masaj teknikleri arasında akupresur, refleksoloji masajı yer almaktadır. Tüm masaj türleri ağrı şiddetini, stres ve gerginliği azaltan önemli bir hemşirelik yaklaşımıdır.[7,50] Ancak palyatif bakım hastalarında kemik metastazı olan hastalarda şiddetli masaj uygulamalarının kırıklara veya başka sorunlara neden olabileceğinden hekime danışılarak bu konuda uzmanlaşmış kişiler tarafından uygulanması gerekmektedir.[51]

Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS)

Transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), ağrılı bölge, tetik noktalarında veya periferik sinir üzerinden cilt yüzeyine uygulanan elektrotlar aracılığıyla elektrik akımı iletilir. TENS sistemi, kurşun teller ile küçük, pille çalışan bir uyarıcıya bağlanan elektrotlarda oluşur. TENS tedavisinin uygulanmasından genellikle fizyoterapistler sorumludur, ancak hemşireler de teknik konusunda eğitim alabilir. TENS, postoperatif ağrı, iç organ ağrısı ve fiziksel travma ile ilişkili ağrı dahil olmak üzere akut ağrı tedavisinde kullanılmaktadır. Ancak kronik ağrıyı azaltmada akut ağrıya göre etkinliği daha düşüktür.[52]

Sıcak Soğuk Uygulamalar

Sıcak uygulama, etkili, ekonomik ve kolay uygulanabilen ağrı yönetim yöntemlerinden biridir. Bu yöntemde, vücudun belirli bir bölgesine ısı veren bir madde veya araç kullanılır. Yaklaşık olarak 40-45°C sıcaklığındaki uygulama, deriye temas ederek genellikle deriye sıcaklık sağlar ve kuru-sıcak veya bölgesel-ıslak şekilde uygulanabilir. Sıcak uygulama, kas spazmlarını gidermekte etkili olurken, aynı zamanda vazodilatasyon sağlayarak dolaşımı hızlandırır. Bu vazodilatasyon ile basıya maruz kalan bölgelere kan akışı artar, böylece bölgedeki metabolitlerin uzaklaştırılması ve ağrının azaltılması sağlanabilir. Sıcak uygulama yapılan bölgede artan kanlanma, iskemi kaynaklı gerilim tipi ağrıyı da hafifletir.[53]

Soğuk uygulama vücudun herhangi bir bölgesinin üzerine soğukluk veren bir maddenin veya aracın uygulanmasıdır. Yaklaşık 15 °C'lik bir ısının deriye teması şeklinde gerçekleştirilir. Soğuk uygulama, kas ısısını zayıf kişilerde yaklaşık 10 dakikada, şişman kişilerde ise 30 dakikada düşürür. Soğuk uygulama dolaylı veya doğrudan olmak üzere iki farklı şekilde ağrının azaltılmasında rol oynar. Periferik sinirlerin iletim özelliklerini değiştirip deri duyarlılığını azaltarak doğrudan ağrının azaltılmasında etkilidir. Dolaylı etkisi ise travmadan kaynaklanan ödem, inflamasyon, şişlik ve kas spazmının ortadan kaldırılmasıyla ağrıyı azaltır.[7,53]

Bilişsel ve Davranışsal Yaklaşımlar

Çeşitli bilişsel ve davranışsal yaklaşımlar, ağrının duyusal, bilişsel ve davranışsal bileşenlerini değiştirebilmektedir. Bu yaklaşımların analjezik kullanımı ve anksiyete üzerine pozitif etkilerinin olduğu, non invaziv oldukları için görünen, belirgin bir zararlı etkilerinin de olmadığı belirtilmektedir. Bu tekniklerin bazıları eğitimle hastanın kendisi tarafından bağımsız şekilde uygulanabilmektedir. Ancak bazı tekniklerin ise, mutlaka eğitimli bir terapist tarafından uygulanması gerekmektedir.[54-56]

Progresif Kas Gevşeme Egzersizleri

Progresif kas gevşeme egzersizleri, kasları kademeli olarak germe ve gevşeme teknikleriyle içeren bir yaklaşımdır. Bu yöntem, gevşeme sağlayarak ağrıyla baş etme kapasitesini artırır. Kas gerginliğine bağlı ağrıyı ve ağrıyla ilişkili anksiyeteyi azaltır. Ayrıca, hastanın dikkatini ağrıdan uzaklaştırarak ve endorfin salınımını artırarak ağrıyı hafifletmektedir. Hastalar tarafından kolayca öğrenilebilir ve uygulanabilir. Ancak hafif ağrısı olan bireyler, gevşeme yöntemini öğrenmek için zaman ve çaba harcayacağından çoğu zaman uygulamak istemeyebilir.[57]

Dikkati Başka Yöne Çekme Uygulamaları

Dikkatin ağrı dışında bir uyaranda odaklanması temeline dayanmaktadır.[58] Dikkatini başka yöne çekme yöntemi hastanın ağrısını tümüyle yok etmez fakat ağrıya olan toleransı artırır. Hastanın ağrı eşiğini yükseltir. Resim yapma, müzik dinleme, konuşma, kelime oyunları, pazıl vb. kullanılarak yapılmaktadır. Farklı bir dikkati başka yöne çekme yöntemi de hayal kurmadır.[59] Ağrı azaltma amaçlı hayal kurma, kişide ağrının şiddetini azaltan duyusal imajlar geliştirmek için düş gücünü kullanmasıdır.[58] Birey bir düşe yoğunlaşır ve kendisini bu düşün içine yerleştirir. Hayal kurma, ritmik solunum ve gevşeme ile ağrıyı azaltmada daha etkilidir. Bir rehber eşliğinde veya kişinin kendisi uygulayabilir. Yorucu olduğundan en fazla 2 saatlik uygulamalar önerilmektedir.[58,59]

Müzik

Dünyada birçok ülkede palyatif bakım ortamlarında müzik terapi programları uygulanmaktadır.[61,62] Müzik terapisi, hemşirelerin kolaylıkla uygulayabileceği, maliyeti düşük ve doğal bir müdahale şeklidir, fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal ve manevi iyileşme süreçlerinde etkili bir rol oynar. Müzik, beynin sağ hemisferini etkileyerek limbik sistem aracılığıyla psikofizyolojik tepkilere yol açar ve endorfin ile enkefalin gibi doğal ağrı kesici maddelerin salınımını artırır. Bu şekilde ağrının şiddetini azaltıcı etki gösterir.[62] Müzik terapinin kanserde ve palyatif bakımda acil olarak sunulan semptomların yönetimine yardım ettiği de belirtilmektedir. Palyatif bakım hastalarının ağrısını azaltmada müziğin her hangi bir advers etkisinin bulunmadığı, yaklaşık 20-30 dk süresince dinletilmesinin tek seans dahi olsa ağrıyı azaltmada etkili olduğu ve çalışmalarda müziğin ağrıyı gidermede etkili olmasında hastanın kendi tercihine göre müzik tipini seçmesinin rol oynadığı belirtilmektedir.[61]

Hasta ve Ailesinin Eğitimi

Hasta ve ailesinin eğitimi, kronik ağrının günlük işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini yönetmek için etkili, yardımcı bir strateji olarak kullanılmaktadır. Ağrı yönetiminin temel yapı

taşlarından birisidir. Hasta ve ailesinin kapsamlı şekilde bilgilendirilmesi, etkili ağrı kontrolünün başarılı ve devamlı sağlanması için önem taşır. Hemşireler, ilk görüşme sırasında ağrı gelişme riski taşıyan hastalar ve yakınlarına, hastalık veya tedaviye bağlı ağrı türlerini ve bu ağrıların nasıl gelişebileceğini, sağlık kurumuna veya sağlık ekibine başvurmayı gerektirebilecek ağrı belirtilerini, ağrıyı azaltma konusunda etkili müdahaleleri kapsayan eğitimi hem sözlü hem de yazılı olarak sunmaktadır.[63] Yapılan çalışmalarda hasta eğitiminin ağrı şiddetini azalttığı bildirilmektedir.[7,64] Palyatif bakım hastalarında multidsipliner ekip tarafından, olabildiğince kısa zamanda, ağrı mekanizması, ağrı nedenleri, ağrı değerlendirmesi, ağrı günlüğü tutma, ağrı yönetiminde uygulanacak yaklaşımlar konularını içeren bireysel, yazılı kitapçık verilerek, tek seferde değil de seanslarla verilen odaklı eğitimin ağrı şiddetini azalttığı kanıtlanmıştır. Verilen bireysel eğitimden sonra hastaların takip ve izlemlerinin mümkün olduğunca sık aralıklarla sürdürülmesi, eğitim gereksinimleri varsa tekrarlı eğitimlerin yapılması ağrı yönetimini olumlu yönde etkilemektedir.[64-66]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Moore RJ. Handbook of Pain and Palliative Care. Biopsychosocial and Environmental Approaches for the Life Course. *Handbook of Pain and Palliative Care*. 2018;19-839. [Crossref]
2. Peacock S. Hospice Palliative Home Care and Bereavement Support. *Hospice Palliative Home Care and Bereavement Support*. 2019;121-136.
3. Buckley J, de Vries K, Free A, Herth K, Price M, Thomas K. Palliative Care: An Integrated Approach. *Palliat Care An Integr Approach*. 2009;1-331. [Crossref]
4. Riggs A, Breuer B, Patel V, Harounian J, Chen J, Dhingra L, et al. Pain-related distress among patients referred to a community-based palliative care program. 2019;17(3):338-344. [Crossref]
5. Lima L De. Palliative care and pain treatment in the global health agenda. PAIN. April 2015; 156(4):115-118. [Crossref]
6. Saxby C, Bennett M. Oxford Handbook of Palliative Care. *Eur J Cancer Care* (Engl). 2006;15(5):501-502. [Crossref]
7. Bowman-Woodall C, Harding MM, Kwong J, Roberts D, Hagler D, Reinisch C. *Study Guide for Lewis ' s Medical- Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*. 2020;959.
8. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya, C, Nahin R, Mackey S, DeBar L, et al. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults - United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018;67(36):1001-1006. [Crossref]
9. Hemming L, Maher D. Cancer pain in palliative care : why is management so difficult ? British *Journal of Community Nursing*.2004;10(8):362-367. [Crossref]
10. Bell A. The neurobiology of acute pain. *Vet J* [Internet]. 2018;237:55-62. [Crossref]
11. Pelligand L, Mora SS. Pain assessment methods. *BSAVA Man Canine Feline Anaesth Analg*. 2018;6(1):113-123. [Crossref]
12. Cohen M, Quintner J, Van Rysewyk S. Reconsidering the International Association for the study of pain definition of pain. *Pain Reports*. 2018;3(2):e634. [Crossref]
13. Orr PM, Shank BC, Black AC. The role of pain classification systems in pain management. Vol. 29, *Critical Care Nursing Clinics of North America*. December 2017 ;29(4):407-418. [Crossref]
14. Ignatavicius DD, Workman ML, Rebar CR, Heimgartner NM, eds. Medical-Surgical Nursing : Concepts for Interprofessional Collaborative Care / [Edited by] Donna D. Ignatavicius, M. Linda Workman, Cherie R. Rebar ; Section Editor, Nicole M. Heimgartner. 9th edition. Elsevier; 2018.
15. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019 Jan;160(1):19-27. [Crossref]
16. Van Den Beuken-Van Everdingen MHJ, Hochstenbach LMJ, Joosten EAJ, Tjan-Heijnen VCG, Janssen DJA. Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. J Pain Symptom Manage. 2016 Jun;51(6):1070-1090.e9. [Crossref]
17. Mejin M, Keowmani T, Abdul Rahman S, Liew J, Lai J, Chua M, et al. Prevalence of pain and treatment outcomes among cancer patients in a malaysian palliative care unit. *Pharm Pract* (Granada). 2019 Jan-Mar;17(1):1397. [Crossref]
18. Bruera E, Higginson IJ, von Gunten CF, Morita T. Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care. *Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care*. 2021. [Crossref]
19. Tan LL, Oswald MJ, Kuner R. Neurobiology of brain oscillations in acute and chronic pain. Vol. 44, *Trends in Neurosciences*. 2021;44(8):629-642. [Crossref]
20. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. 2019;123(2): e273-e283. [Crossref]
21. Pieretti S, Di Giannuario A, Di Giovannandrea R, Marzoli F, Piccaro G, Minosi P, et al. Gender differences in pain and its relief. *Ann Ist Super Sanita*. 2016;52(2):184-9.
22. Koçoğlu D, Özdemir L. Yetişkin nüfusta ağri ve ağri inançlarinin sosyo-demografik ekonotnik özelliklerle ilişkisi. *Agri Dergisi*. 2011;23(2):64-70.
23. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet* [Internet]. 2021;397(10289):2082-2097. Available from: [Crossref]
24. Chang AM, Fischman DL, Hollander JE. Evaluation of Chest Pain and Acute Coronary Syndromes. Vol. 36, *Cardiology Clinics*. 2018 Feb;36(1):1-12. [Crossref]
25. O'Keefe-McCarthy S, McGillion M, Clarke SP, McFetridge-Durdle J. Pain and anxiety in rural acute coronary syndrome patients awaiting diagnostic cardiac catheterization. *J Cardiovasc Nurs*. 2015;30(6): 546-557. [Crossref]
26. Fink RM, Brant JM. Complex Cancer Pain Assessment. Vol. 32, *Hematology/Oncology Clinics of North America*. 2018; 32(3): 353-369. [Crossref]
27. Haefeli M, Elfering A. Pain assessment. *Eur Spine J*. 2006;15(suppl. 1):17-24. [Crossref]
28. Caraceni A, Shkodra M. Cancer pain assessment and classification. *Cancers* (Basel). 2019;11(4):510. [Crossref]
29. Skog N, Mesic Mårtensson M, Dykes AK, Vejzovic V. Pain assessment from Swedish nurses' perspective. *J Spec Pediatr Nurs*. 2021;26(3):e12317. [Crossref]
30. Gregory J. Use of pain scales and observational pain assessment tools in hospital settings. *Nurs Stand*. 2019;34(9):70-74. [Crossref]
31. Elliott AM, Smith BH, Hannaford PC, Smith WC, Chambers WA. The course of chronic pain in the community: Results of a 4-year follow-up study. *Pain*. 2002;99(1-2):299-307. [Crossref]
32. Reisli R, Akkaya ÖT, Arıcan Ş, Can ÖS, Çetingök H, Güleç MS, et al. Akut postoperatif ağrının farmakolojik tedavisi: Türk Algoloji-Ağrı Derneği klinik uygulama kılavuzu. *Agri*. 2021;33(Supp 1):1-51.
33. Chiarotto A, Maxwell LJ, Ostelo RW, Boers M, Tugwell P, Terwee CB.

Measurement Properties of Visual Analogue Scale, Numeric Rating Scale, and Pain Severity Subscale of the Brief Pain Inventory in Patients With Low Back Pain: A Systematic Review. Vol. 20, *Journal of Pain*. 201920(3):245-263. [Crossref]
34. Bouhassira D. Neuropathic pain: Definition, assessment and epidemiology. Vol. 175, *Revue Neurologique*. 2019;175(1–2):16-25. [Crossref]
35. Subramaniam SD, Dass B. Automated nociceptive pain assessment using physiological signals and a hybrid deep learning network. *IEEE Sens J*. 2021;21(3): 3335-3343. [Crossref]
36. Pate JW, Tran E, Radhakrishnan S, Leaver AM. The importance of perceived relevance: a qualitative evaluation of patient's perceptions of value and impact following a low-intensity group-based pain management program. *Med*. 2021;57(1):46. [Crossref]
37. Oxenham D. Pain management and palliative care. *Davidson's Principles and Practice of Medicine*. 2010. 279-288 p. [Crossref]
38. Cook H, Kaiser KS, Walker KA, McPherson ML. Interprofessional healthcare students' attitudes, skills, and knowledge after comprehensive pain assessment training in verbal and nonverbal patients. *J Hosp Palliat Nurs*. 2021;23(4): 386-395. [Crossref]
39. Miner MB, Stephens K, Swanson-Biearman B, Leone V, Whiteman K. Enhancing Cancer Pain assessment and management in hospice. *J Hosp Palliat Nurs*. 2018;20(5):452-458. [Crossref]
40. Scholten P, Chekka K, Benzon HT. Physical examination of the patient with pain. *Essentials Pain Med*. 2018 Jan 1;27-38:e1. [Crossref]
41. Fink RM, Gallagher E. Cancer pain assessment and measurement. *Seminars in Oncology Nursing*. 2019;35(3):229-234. [Crossref]
42. Narula J, Chandrashekhar Y, Braunwald E. Time to add a fifth pillar to bedside physical examination inspection, palpation, percussion, auscultation, and insonation. *JAMA Cardiol*. 2018;3(4):346-350. [Crossref]
43. Curtin C. Pain examination and diagnosis. *Hand Clinics*. 2016;32(1):21-6. [Crossref]
44. Soydal Ç, Araz M. Developments in pain imaging. *Nucl Med Semin*. 2020;6(1):1-4. [Crossref]
45. World Health Organization. Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents (WHO, 2018). [Crossref]
46. Sakit R. Treatment of postoperative pain and non-pharmacologic practices in nursing systematic review: Results of Turkish doctoral dissertation in 2000–2015. *Agri*. 2018;30(2):71-83. [Crossref]
47. Streitberger K. Diagnostic and therapeutic nerve blocks in pain therapy. *Ther Umschau*. 2020;77(6):270-273. [Crossref]
48. Birknes JK, Sharan A, Rezai AR. Treatment of chronic pain with neurostimulation. Vol. 19, *Progress in neurological surgery*. 2006;19:197-207. [Crossref]
49. Wiffen P, Wiffen P. Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care, Second Edition. *Eur J Hosp Pharm*. 2017;24(5):311. [Crossref]
50. Gorman G, Forest J, Stapleton SJ, Hoenig NA, Marschke M, Durham J, et al. Massage for cancer Pain: A study with university and hospice collaboration. *J Hosp Palliat Nurs*. 2008;10(4):191-197. [Crossref]
51. Keilani M, Kainberger F, Pataraia A, Hasenöhrl T, Wagner B, Palma S, et al. Typical aspects in the rehabilitation of cancer patients suffering from metastatic bone disease or multiple myeloma. *Wien Klin Wochenschr*. 2019;131(21-22):567-575. [Crossref]
52. Mokhtari T, Ren Q, Li N, Wang F, Bi Y, Hu L. Transcutaneous electrical nerve stimulation in relieving neuropathic pain: basic mechanisms and clinical applications. *Current Pain and Headache Reports*. 2020;24(4):14. [Crossref]
53. Wang Y, Li S, Zhang Y, Chen Y, Yan F, Han L, et al. Heat and cold therapy reduce pain in patients with delayed onset muscle soreness: A systematic review and meta-analysis of 32 randomized controlled trials. *Physical Therapy in Sport*. 2021;48:177-187. [Crossref]
54. Swift A. Understanding the effect of pain and how the human body responds. Nurs Times. 2018;3:22-26.
55. Atlas LY, alAbsi M. The neuroscience of pain: biobehavioral, developmental, and psychosocial mechanisms relevant to ıntervention targets. *Psychosom Med*. 2018;80(9):788-790. [Crossref]
56. Williams ACC, Fisher E, Hearn L, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;8(8):CD007407. [Crossref]
57. Sandvik RK, Olsen BF, Rygh LJ, Moi AL. Pain relief from nonpharmacological interventions in the intensive care unit: A scoping review. *J Clin Nurs*. 2020 May;29(9-10):1488-1498. [Crossref]
58. Hayashi K, Aono S, Shiro Y, Ushida T. Effects of virtual reality-based exercise ımagery on pain in healthy ındividuals. *Biomed Res Int*. 2019;2019:5021914. [Crossref]
59. Wittkopf PG, Lloyd DM, Coe O, Yacoobali S, Billington J. The effect of interactive virtual reality on pain perception: a systematic review of clinical studies. *Disabil Rehabil*. 2020;26:3722-3733. [Crossref]
60. Levy N, Sturgess J, Mills P. "Pain as the fifth vital sign" and dependence on the "numerical pain scale" is being abandoned in the US: Why?. *Br J Anaesth*. 2018 Mar;120(3):435-438. [Crossref]
61. Bradt J, Dileo C, Myers-Coffman K, Biondo J. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in people with cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Oct 12;10(10):CD006911. [Crossref]
62. Alakan YŞ, Ünal E. Pain in intensive care unit pain assessment in intensive care nursing and pain management. *Pain Intensive Care Unit*. 2017;4(2):12-29. [Crossref]
63. Marris D, Theophanous K, Cabezon P, Dunlap Z, Donaldson M. The impact of combining pain education strategies with physical therapy interventions for patients with chronic pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Physiother Theory Pract*. 2021;37(4):461-472. [Crossref]
64. Drake G, de C Williams AC. Nursing education interventions for managing acute pain in hospital settings: a systematic review of clinical outcomes and teaching methods. *Pain Manag Nurs*. 2017;18(1):3-15. [Crossref]
65. Bennett MI, Bagnall AM, José Closs S. How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2009;143(3):192-199. [Crossref]
66. Jho HJ, Myung SK, Chang YJ, Kim DH, Ko DH. Efficacy of pain education in cancer patients: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Support Care Cancer*. 2013;21(7):1963-1971. [Crossref]

BÖLÜM 5
YORGUNLUK

Ferda AKYÜZ ÖZDEMİR

DOI: 10.5152/1805

Yorgunluk

Fatigue

BÖLÜM HAKKINDA

Palyatif bakım hastalarında hastalık ve tedaviye bağlı olarak pek çok semptom gelişebilmektedir. Bu semptomlardan biri olan yorgunluk palyatif bakım hastalarında yaygın olarak görülen ve hastaların yaşam kalitesini önemli derecede olumsuz etkileyen yan etkilerden biridir. Özellikle ileri evre kanser, nörolojik hastalıklar, son dönem kalp ve böbrek hastalıkları, siroz, karaciğer hastalıkları ve AIDS gibi pek hastalığa bağlı olarak gelişebilmektedir. Subjektif bir bulgu olması, hastaların yorgunluğu yeterince ifade edememesi ve yorgunluğun fizyopataloji mekanizmasının karmaşık olması gibi nedenlerle palyatif bakım hastalarında yorgunluk yeterli düzeyde yönetilememektedir. Yorgunluğun yönetiminde kullanılan farmakolojik yaklaşımlar psikostimülan ve kortikosteroid ilaçları, non-farmakolojik yaklaşımlar ise enerji koruma yöntemleri, fiziksel aktivite, akupunktur ve bilişsel davranışçı terapidir.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, yorgunluk, yorgunluğun yönetimi

ABOUT the CHAPTER

Many symptoms may develop in palliative care patients depending on the disease and treatment. Fatigue, which is one of these symptoms, is one of the side effects that are commonly seen in palliative care patients and significantly negatively affect the quality of life of patients. It may develop due to many diseases such as advanced cancer, neurological diseases, end-stage heart and kidney diseases, cirrhosis, liver diseases and AIDS. Fatigue cannot be managed adequately in palliative care patients because it is a subjective finding, patients cannot express fatigue adequately and the physiopathological mechanism of fatigue is complex. Pharmacological approaches used in the management of fatigue include psychostimulants and corticosteroid drugs, while non-pharmacological approaches include energy conservation methods, physical activity, acupuncture and cognitive behavioral therapy.

Keywords: Palliative care, fatigue, fatigue management

BÖLÜMÜN HEDEFLERİ

Kitabın bu bölümünü tamamlayan öğrenciler:

1. Yorgunluğu gelişim mekanizmasını temel alarak tanımlar.
2. Yorgunluğu tanılamada kullanılan subjektif ve objektif bulguları açıklar.
3. Yorgunluğun yönetiminde etkili farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri açıklar.

ÖĞRENİLECEK OLAN TEMEL KAVRAMLAR

1. **Yorgunluk:** Sürekli devam eden, yapılan son aktivite ile ilişkili olmayan ve hastalarda günlük yaşam aktivitesini bozan rahatsız edici bir semptomdur.

2. **Merkezi yorgunluk:** Merkezi Sinir Sisteminde (MSS) üretilen uyarıların iletilmemesi sonucunda; fiziksel ve mental görevler yerine getirilemez ve merkezi yorgunluk gelişir.

3. **Periferik yorgunluk**: Adenozin Trifosfat (ATP) disfonksiyonu veya metabolit birikimi sonucunda kas veya nöromotor kavşakta geliştiği varsayılan periferik yorgunluk, kasların merkezi olarak iletilen bir uyarıya yanıt verememesi ve istenen fonksiyonu yerine getirememesi olarak tanımlanmaktadır.

Giriş

Palyatif bakım; medikal tedavinin yeterli olmadığı ve yaşam sonu döneme girmiş olan hastalar için verilerin destekleyici uygulamaların tümünü kapsamaktadır. Hastaların yaşam kalitesini arttırmak ve semptom yönetimini sağlamak amacı ile sunulmaktadır.[1]

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Ferda Akyüz Özdemir

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-posta: ferdakyuz@gmail.com

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Akyüz Özdemir F. Yorgunluk. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 41-49.

Terminal döneme giren hastalarda pek çok semptom gelişmektedir ve hastaların yaşam sonu dönemi daha rahat geçirebilmeleri için semptomların yönetimi çok önemlidir. Bu semptomlardan biri de yorgunluktur ve palyatif bakım hastalarında yaygın olarak görülmektedir. Yorgunluk; hastalık sürecinin herhangi bir aşamasında gelişebilir ve yaşam sonu süreçteki hastaların çoğunda görülür. Yorgunluk; sübjektif bir semptomdur. Güçsüzlük ve enerji eksikliği hissi olarak tanımlanır ve kanser veya farklı kronik hastalıkların belirtisi veya bu hastalıklar için uygulanan tedavinin yan etkisi olarak ortaya çıkar.[2]

Yorgunluğun palyatif bakım hastalarında (kanser veya kanser dışı hastalıklarda) görülme sıklığının %80'in üzerinde olduğu bildirilmektedir.[3] Kanser hastalarında ise bu oranın %59 ile %100 arasında olduğu ifade edilmiştir.[4] Yorgunluk semptomu yaşamı tehdit etmese de hastaları fiziksel, duygusal ve bilişsel olarak önemli derecede etkileyebilmektedir. Buna ek olarak hem hastalar hem de sağlık çalışanları yorgunluk semptomunun hastalığın ileri evrelerinde ortaya çıkması beklenen, sıradan ve dayanılması gereken bir semptom olarak algılamaktadır.[3]

Palyatif bakım hastalarında yorgunluğun sık görülen bir semptom olması ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi nedeniyle etkili şekilde yönetimi çok önemlidir. Hastalarda yorgunluk olup olmadığı mutlaka sorgulanmalıdır. Literatürde yorgunluğun değerlendirilmesi amacı ile farklı ölçekler yer almaktadır. Yorgunluğun olup olmadığı, varsa şiddetinin ne olduğu, yorgunluğun hasta üzerindeki etkileri ölçekler aracılığı değerlendirilebilmektedir.[5] Bununla birlikte yorgunluğun gelişiminde altta yatan pek çok etiyolojik faktör rol almaktadır.[3] Bu nedenle yorgunluğa neden olan faktörler belirlenmeli ve bu faktörler göz önünde bulundurularak yorgunluk yönetimi planlanmalıdır. Yorgunluğun yönetiminde farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımlar kullanılmaktadır.[5]

Yorgunluğun Tanımı ve Önemi

Yorgunluk palyatif bakım hastalarında farklı etiyolojik faktörlere bağlı olarak görülebilen ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilen önemli bir sağlık sorunudur. Yorgunluk; sürekli devam eden, fiziksel, duygusal ve/veya kognitif bitkinlik olarak kendini gösterebilen, yapılan son aktivite ile ilişkili olmayan ve hastalarda günlük yaşam aktivitesini bozan rahatsız edici bir semptom olarak tanımlanmaktadır.[3,5,6] Yorgunluk semptomu kanser veya kanser dışı başka hastalıklara veya tedaviye bağlı olarak gelişebilmektedir. Yorgunluk; hastaların daha fazla sağlık hizmeti kullanmasına, daha fazla ekonomik yüke ve daha da önemlisi sağ kalım oranın azalmasına ve mortalitenin artmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle yorgunluğun etkin şekilde yönetimi çok önemlidir.[7]

Yorgunluğun İnsidansı

Palyatif bakım ciddi sağlık sorunları olan hastaların yaşam kalitesini yükseltmek amacı ile uygulanan tüm girişimleri kapsayan bir süreçtir. Palyatif bakım sürecindeki hastalar farklı sağlık sorunları nedeni ile yaşam sonu döneme girdikleri için hastalarda gelişen semptom yükü oranı çok yüksek olabilmektedir.[1] Bu semptomlardan biri olan yorgunluk palyatif bakım hastalarında yaygın olarak görülen önemli bir sağlık sorunudur. Özellikle kanser hastaları arasında yorgunluk görülme sıklığı yüksektir.[5] Kanserle ilişkili yorgunluk; yorgunluğun diğer tiplerinden farklı olmakla birlikte dinlenmek ve uyumakla geçmez.[8,9]

İleri evre kanser hastalarında yorgunluğun %70-90 oranında görüldüğü bildirilmiştir.[10] Bununla birlikte ileri kalp yetersizliği, Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı, son dönem böbrek yetersizliği, son dönem karaciğer yetersizliği, siroz, AIDS ve nöromuskuler hastalıkları olan bireylerde de sıklıkla yorgunluk görülmektedir.[4,11] İleri kalp yetersizliği olan hastalarda yorgunluk görülme oranının %60'ın üzerinde olduğu bildirilmektedir.[12] Yaşamı tehdit eden ve ciddi sağlık sorunları olan ve yaşam sonu dönemde olan hastalarda yorgunluk görülme oranının %85'e kadar yükseldiği görülmektedir.[4]

Yorgunluğun Fizyopatolojisi

Palyatif bakım hastalarında görülen yorgunluğun gelişim mekanizması net olarak bilinmemektedir. Yorgunluğun gelişiminde rol oynayan pek çok faktör olduğundan, fizyopatolojik süreci de değişiklik gösterebilmektedir. Yorgunluğa neden olan faktörlere göre gelişim mekanizması aşağıda açıklanmıştır.

Kanser ile İlişkili Yorgunluk

Kanser hastalığına bağlı olarak gelişen yorgunluğun gelişim mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Yorgunluğun patogenezinde duygusal, bilişsel, psikolojik ve somatik faktörler rol oynadığı için, yorgunluğun gelişim süreci karmaşık bir süreçtir. Bununla birlikte kanserle ilişkili yorgunluğun gelişim mekanizmasını açıklayan farklı hipotezler vardır.[4,13] Bu hipotezlerden biri kansere bağlı yorgunluğun merkezi ve periferik olmak üzere iki şekilde geliştiğini savunmaktadır. Merkezi yorgunluk; istemli hareketlerin kontrolünü sağlayan sinyallerin üretilmesinden sorumlu olan Merkezi Sinir Sisteminden (MSS) kaynaklanmaktadır. MSS'inde üretilen uyarıların iletilmemesi sonucunda; fiziksel ve mental görevler yerine getirilemez ve merkezi yorgunluk gelişir. Diğer bir değişle merkezi yorgunluk; MSS'de gelişen disfonksiyon sonucunda güç kapasitesinin yetersiz olmasıdır.[14,15] Periferik yorgunluk ise; kasların merkezi olarak iletilen bir uyarıya yanıt verememesi ve istenen fonksiyonu yerine getirememesi olarak tanımlanmaktadır. Bu durumun; Adenozin Trifosfat (ATP) disfonksiyonu veya metabolit birikimi sonucunda kas veya nöromotor kavşakta geliştiği varsayılmaktadır.[14]

Tedavi ile İlişkili Yorgunluk

Yorgunluğun en önemli nedenlerinden biri de uygulanan tedavidir. Özellikle kanser hastalığının tedavisinde sıklıkla kullanılan kemoterapi, radyoterapi gibi tedaviler yorgunluğa neden olabilmektedir.[4,13] Tedavi ile ilişkili yorgunluğun gelişim mekanizması da net olarak bilinmediğinden, yorgunluk patogenezini açıklayan hipotezler bulunmaktadır.[4] En çok kabul gören hipotez ise vücutta sitokinlerin birikimidir. Sitokin aktivitesi; kemoterapi, radyoterapi veya her ikisinin kombine şekilde uygulanması sonucunda artmaktadır. Sitokinler vücutta inflamasyon, bağışıklık ve hematopoezi düzenleyen sinyal molekülleri olarak görev almaktadır. Vücutta sitokinler aracılığı ile sinirsel aktivite ve fizyolojik süreçler değişiklik gösterebilmektedir. Sitokinler vücutta bir inflamasyon olduğunu beyne iletir ve inflamatuar süreçleri başlatır. Bu durum vücutta depresyon, yorgunluk ve iştahsızlık gibi durumların oluşmasına neden olmaktadır.[9,14] Hayvan

deneyleri sırasında "TNF-α, IL-1, IL-6, IL-12 ve IL-17" gibi salınan sitokinlerin sersemlik, iştah kaybı, aktivite azalması ve sosyal aktivitelerde azalma gibi davranış değişikliğine neden olduğu bildirilmektedir.[4] Bununla birlikte "C-reaktif protein (CRP), interleukin-1 reseptör antagonist (IL-1ra), interleukin-1 beta (IL-1β), interleukin-6 (IL-6), interferonlar (IFNs), neopterin, soluble tümör nekrozis faktör reseptör 2 (sTNF-RII), and tümör nekrozis faktör-alpha (TNFα)" gibi salınan sitokinlerin anemi, kaşeksi ve depresyon gibi mekanizmalar aracılığı ile merkezi yorgunluğa ve mitokondrial harabiyet nedeni ile de periferal yorgunluğa neden olduğu ifade edilmiştir.[14] Ek olarak kanser ve kanser tedavisi ile ilişkili yorgunluğun gelişiminde nörofizyolojik sistemde bozulma, kas metabolizma disregülasonu, sirkadiyen ritmde bozulma, inflamatuar mediatörler, immün sistemde aktivasyon ve Hipotalamik-pituitar akis gibi pek çok fizyolojik sürecin rol aldığı düşünülmektedir.[16] Kanser ve tedavi ile ilişkili yorgunluğun fizyopatolojik mekanizmasına ilişkin geliştirilen farklı hipotezler Tablo 1'de belirtilmiştir.

Diğer Nedenlere Bağlı Yorgunluk

Palyatif bakım hastalarında yorgunluk, yalnızca kanserden değil, depresyon, anemi ve dispne gibi farklı sağlık sorunlarından da kaynaklanabilir. Depresyon, genellikle düşük ruh hali, ilgi kaybı, motivasyon eksikliği ve enerji kaybına yol açar. Bu durum, bireyin günlük aktivitelerini yerine getirmesini zorlaştırarak genel enerji seviyesini düşürür ve yorgunluğu artırır. Ayrıca depresyon, uyku düzenini bozarak fiziksel yorgunluğu daha da şiddetlendirebilir. Anemi, dokulara yeterli oksijen taşınamaması nedeniyle yorgunluğun gelişiminde önemli bir rol oynar. Oksijen eksikliği, vücudun enerji üretimini olumsuz etkileyerek yorgunluğu derinleştirebilir [13] İleri evre konjestif kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve interstisyel akciğer hastalığı gibi durumlarda gelişen dispne de yorgunluğu tetikleyen başka bir önemli faktördür. Ayrıca, yaşamın son dönemlerinde ortaya çıkan malnütrisyon da ciddi yorgunluğa yol açabilir. Bunların yanı sıra, benzodiazepinler, gabapentinler ve antihistaminikler gibi bazı ilaç grupları da sıklıkla yorgunluğa neden olabilir.[13]

Tablo 1. Yorgunluğu Gelişimine İlişkin Hipotezler[a]

Hipotezler	Etki mekanizması	Sonuç
Sitokin disregülasyonu	• Sirkadiyen Ritm • Komorbid durumlar • HPA akis • Nörotransmitterler • Vagal sinir	• Anoreksi-kaşeksi • Anemi • Yorgunluk artışı • İnflamasyon artışı • Uyku bozukluğu
Hypothalamic-pituitary-adrenal akis bozukluğu	• Sirkadiyen ritm • Sitokinler • Komorbid durumlar • Nörotransmitterler (5-HT)	• Depresyon • Yorgunluk artışı • İnflamasyon artışı • Uyku bozuklukları
Sirkadiyen ritmde bozulma	• Sitokinler • HPA akis • Komorbid durumlar • Nörotransmitterler (5-HT)	• Depresyon • Yorgunluk artışı • İnflamasyon artışı • Uyku bozuklukları • İstirahat-aktivite döngüsünde bozulma
Seratonin disregülasyonu	• Sirkadiyen ritm • Sitokinler • HPA akis • Vagal sinir • Motor sistem	• Anoreksi-kaşeksi • Sirkadiyen ritm bozukluğu • İşlevsel kapasitede azalma • Yorgunluk artışı • İnflamasyon artışı • Ağrı • Vagal sinir aktivasyonu
Vagal aferent sinir aktivasyonu	• Sitokinler • HPA akis • Karın kası aktivitesi • Nörotransmitterler (5-HT)	• Yorgunluk artışı • İnflamasyon artışı • Uyku bozuklukları • Hasta hissetme
Kas metabolizma bozukluğu	• ATP rejenerasyonu • Komorbid durumlar • Protein metabolizması • Fiziksel performans (iskelet kaslar)	• Anoreksi-kaşeksi • Azalmış ATP rejenerasyonu • Proteinlerde azalma • Kas performansında azalma • Yorgunluk artışı • İnflamasyon artışı • Sarkopeni

[a]O'Higgins CM, Brady B, O'Connor B, Walsh D, Reilly RB. The pathophysiology of cancer-related fatigue: current controversies. *Supportive Care in Cancer.* 2018;26(10):3353-3364 kaynağından uyarlanmıştır.[14]

Risk Faktörleri

Yorgunluğun gelişiminde rol oynayan ve yorgunluk hissine neden olan pek çok risk faktörü bulunmaktadır. Literatürde palyatif bakım verilen hastalarda yorgunluğun gelişimini hızlandıran risk faktörlerine yönelik çalışmaya rastlanamamıştır. Ancak kanserle ilişkili yorgunluğun gelişiminde rol oynayan risk faktörlerini değerlendiren çalışmalar yer almaktadır. Bu nedenle bu risk faktörlerinin tanılanması palyatif bakım hastalarında da bu risk faktörlerinin yorgunluğun gelişimine neden olabileceği ve göz önünde bulundurulmasını sağlar.

Bireysel Özellikler

Yorgunluk görülme sıklığı cinsiyetler arasında da değişiklik gösterebilmektedir. Ma ve ark (2020) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında erkek hastalarla karşılaştırıldığında kadın hastalarda yorgunluk görülme sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.[17] Farklı bir çalışmada da kadın cinsiyeti faktörünün aktivite azalması ile doğrudan ilişkili olduğunu ifade etmektedir.[18] Yorgunluğun gelişiminde rol oynayan bir diğer faktör yaştır. Yapılan bir çalışmada yaşlı hastalarda yorgunluk görülme oranı genç hastalara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yaşlı hastaların organlarında meydana gelen dejeneratif değişiklikler nedeni ile hastaların hastalık ve tedaviler sonucunda gelişen yan etkilere karşı daha savunmasız olduğu, bu nedenle yorgunluğu daha fazla hissettikleri ifade edilmiştir. Bununla birlikte yaşlanmaya bağlı olarak mitokondri işlevlerinde düşüş ortaya çıkmaktadır. Tüm bu durumlar yaşlı hastalarda yorgunluğun gelişimini hızlandıran faktörlerdir.[17]

Uygulanan Tedavi Türü

Yorgunlukla ilişkili bir diğer risk faktörü uygulanan tedavi türüdür. Özellikle kanser hastalarında hastaya uygulanan kemoterapi, radyoterapi veya cerrahi tedaviye bağlı olarak yorgunluk görülme oranı değişiklik gösterebilmektedir. Cerrahi tedavi uygulanan hastalar ile karşılaştırıldığında kemoterapi uygulanan hastalarda daha yüksek oranda yorgunluk görüldüğü bildirilmiştir. Kemoterapi DNA hasarına neden olduğundan yorgunluğun gelişiminde rol oynayan önemli faktörlerden biri olarak bildirilmektedir.[17]

Psikolojik Durum

Psikolojik durum hastalar arasında yorgunluğu etkileyen en önemli faktörler arasındadır. Hastalarda görülen depresyon, anksiyete gibi psikolojik sağlık sorunları yorgunlukla ilişkilidir. Ancak depresyon ve yorgunluk arasında ilişki kompleks bir süreçtir. Majör depresyon öyküsü olan hastalarda yorgunluk geliştiği görülmektedir. Benzer olarak anksiyetenin de yorgunluğun gelişiminde rol oynayan risk faktörleri arasında olduğu bildirilmektedir.[19]

Yaşam Tarzında Değişim

Yorgunluk risk faktörleri arasında hastaların yaşam biçimi de yer almaktadır. Sağlıklı yaşam davranışları veya kötü alışkanlıklar yorgunluğun gelişimini etkilemektedir. Yaşam tarzı biçimi olarak ilk akla gelen faktörlerden biri fiziksel aktivite düzeyidir. Fiziksel aktivitenin yetersiz olması yorgunlukla ilişkilidir. Özellikle kanser tanısından sonra hastalarda fiziksel aktivite düzeyinin düşmesinin yorgunluğa neden olabileceği bildirilmektedir. Fiziksel inaktivite vücutta inflamasyonu tetikleyen bir süreçtir. Bu nedenle inflamasyon süreci yorgunluğun gelişimini tetiklediği için, aktivite düzeyi düşüklüğü dolaylı olarak yorgunluk gelişimini etkilemektedir.[19] Yaşam biçimi olarak hastanın sigara içip içmemesi de yorgunluğu etkileyebilmektedir. Ancak şaşırtıcı olarak sigara içen hastalarda yorgunluk düzeyinin daha az olduğu görülmektedir.[20]

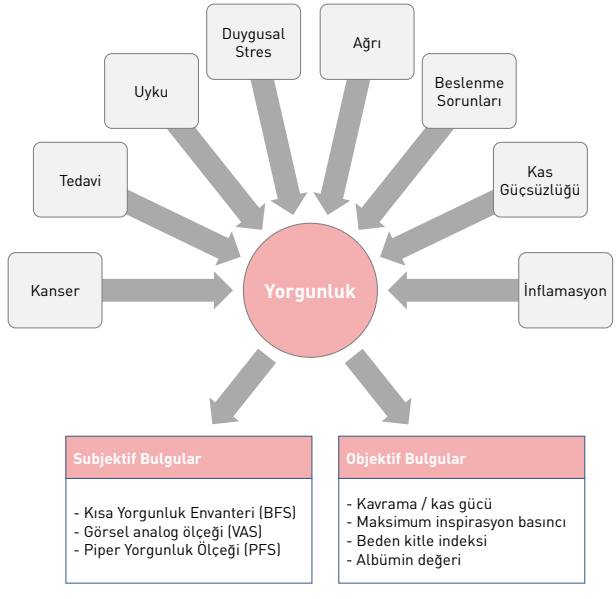
Yorgunluğu Tanılama

Yorgunluğun etkili şekilde yönetilmesi; doğru şekilde tanılanmasına bağlıdır. Bu nedenle sağlık profesyonelleri hastaları sorgulamalı, yorgunlukla ilişkili semptomları değerlendirilmeli ve objektif testler ve ölçekler aracılığı ile yorgunluk mutlaka saptanmalıdır.[21] Yorgunluğun tanılanması; hasta bildirimi, laboratuvar bulguları ve objektif ölçümler aracılığı ile yapılabilmektedir.[9] (Şekil 1)

Hasta Hikayesi

Yorgunluk sübjektif bir semptom olması nedeni ile hastadan alınan veriler yorgunluğun saptanmasında çok önemlidir. Ancak hasta hikayesinin doğru ve kapsamlı alınmasında bazı engeller bulunmaktadır. Hastalığın ilerlemesi nedeniyle hastaların anksiyete yaşaması ve hastanın ölüm sürecine girdiğini kabul etmesi ve bu durumu uyumlulukla ilişkilendirmesi gibi nedenlerle sağlık profesyonellerine yeterince bilgi vermemesi hasta ile ilişkili engellerdir. Sağlık profesyonellerinin yorgunluk semptomunu çok önemsememesi nedeni ile yorgunluğu saptamaya yönelik yeterince soru sormaması, sağlık profesyonellerinin yorgunluğu yönetmenin mümkün olmadığını düşünmesi ve çözüm bulamama düşüncesi, yorgunluk semptomunun var olup olmadığının tam olarak anlaşılmaması gibi nedenler ise sağlık çalışanlarından kaynaklanan engellerdir.[9,13,22] Buna ek olarak hemşire yorgunluk tanılaması yaparken hastaya "Alışılmışın dışında sizi etkileyen yoğun yorgunluk veya güçsüzlük hissediyor musunuz?", "Ne derece güçsüz hissediyorsunuz?" gibi sorular sormalı ve hastadan yorgunluğa yönelik bilgi almalıdır.[4]

Şekil 1. Yorgunluğu Tanılamada Önemli Parametreler [21]



Yorgunluk sübjektif bir bulgu olduğundan hastaların öz-bildirimi yolu ile ölçüm yapılmaktadır. Hastalardan yorgunluk şiddetine yönelik doğru bilgi alabilmek için en iyi derecelendirme ölçeğinin "Sayısal Değerlendirme Ölçeği" olduğu ifade edilmektedir. Hastalar bu ölçekte yer alan 1'den 10'a kadar puanlama skalasına göre hissettikleri yorgunluğu ifade eden numarayı seçerler. Yorgunluk düzeyi 1-3 arasında ise hafif, 4-6 arasında ise orta düzeyde yorgunluk, 7-10 arasında ise şiddetli yorgunluk olarak tanımlanmaktadır.[9]

Laboratuvar Sonuçları

Yorgunluğun varlığını tanılamada kullanılacak laboratuvar bulguları sınırlıdır. Yorgunluğun gelişiminde rol oynayan en önemli nedenlerden biri anemidir. Bu nedenle anemi ile ilişkili yorgunluğun varlığını saptanmada hastanın hemoglobin, eritropoetin, transferrin, ferritin düzeylerinin değerlendirilmesi önemlidir.[13] Ayrıca elektrolit (kalsiyum, magnezyum, fosfat), ve hormonal (TSH, ACTH) dengesizlikler de yorgunluğun gelişimine katkıda bulunabilir, bu laboratuvar bulgularının sonuçları da dikkate alınmalıdır.[4]

Özel Tetkikler

Yorgunluğun tanılanmasında çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Ancak hangi ölçeğin tanılamada daha etkili olduğuna yönelik bir ortak karar bulunmamaktadır. Bununla birlikte objektif ölçümlerin yapılabilmesi yorgunluğun nesnel olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır. Hastalarda el kavrama kuvveti, maksimum inspiratuar basınç (MIP), faz açısı (PA), yağsız vücut kütlesi ve albümin dahil olmak üzere kas fonksiyonunu ve beslenme durumunu geniş bir şekilde değerlendirebilen objektif değerlendirmeler yapılması önemlidir. Bu değerlendirmeler yardımı ile yorgunluğa neden olan farklı etiyolojik faktörler (beslenme, kas güçsüzlüğü, solunum sıkıntıları vb.) saptanabilir ve nedene yönelik yorgunluk yönetimi planlanabilmektedir. Ancak yapılan bir çalışma sonucunda el kavrama kuvveti, maksimum inspiratuar basınç (MIP), faz açısı (PA), yağsız vücut kütlesi ve albümin ölçümlerinin yorgunluğun tanılanmasında çok etkili olmadığı bu nedenle hasta bildirimine dayanan değerlendirmelerin altın standart kapsamında olduğu bildirilmektedir (Şekil 1 ve Şekil 2).[21]

Ölçekler

Tanılamada tek ve çok boyutlu olmak üzere pek çok ölçek kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçekler; yorgunluğun tanılanmasında kullanılan ve tek bir boyutu değerlendiren en basit ölçüm araçlarıdır. Görsel analog ölçeği (VAS), Kısa Yorgunluk Envanteri (BFS), MD Anderson Semptom Envanteri gibi ölçekler tek boyutlu ölçeklere örnek olarak gösterilebilir. Çok boyutlu ölçekler ise; birden fazla faktörü değerlendiren ölçeklerdir. Ayrıntılı olmaları nedeni ile klinik çalışmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Çok boyutlu ölçeklere; Piper Yorgunluk Ölçeği, Yorgunluk Semptom Envanteri, Yorgunluk Çok Boyutlu Değerlendirme Envanteri gibi ölçekler de çok boyutlu ölçekler grubunda yer almaktadır.[16,21]

Yorgunluğun Yönetimi

Palyatif bakım hastalarında gelişen yorgunluğun gelişim mekanizmasında pek çok faktör rol oynadığından yönetimi de çok boyutlu olarak yapılmalıdır. Öncelikle yorgunlukla ilişkili tedavi edilebilir nedenler saptanmalı ve tedavi edilmelidir. Takiben yorgunluğun iyileştirilmesi için girişimler planlanmalıdır. Bununla birlikte her hastada yorgunluk gelişim mekanizması ve yorgunluk nedenleri farklı olduğundan, yorgunluğun yönetimi hastaya özgü olarak planlanmalıdır. Yorgunluğun yönetiminde farmakolojik ve non-farmakolojik olmak üzere çeşitli tedavi ve yöntemler kullanılmaktadır.[13]

Farmakolojik Tedavi

Yorgunluğun yönetiminde sıklıkla kullanılan farmakolojik tedaviler psikostimülanlar, kortikosterioidler ve antidepresanlardır.[9]

Psikositumulanlar

Psikositumulan tedavilerin yorgunluğa yönelik etki mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte; MSS'de dopamin miktarını arttırma yolu ile yorgunluğu azalttığı düşünülmektedir. Bununla birlikte psikositumulan tedavisinin yorgunluğa etkisinin en fazla 2 hafta sürdüğü bildirilmektedir. Psikostimülan tedavisinin ağız kuruluğu, baş dönmesi, anksiyete ve halisünasyon görme gibi farklı yan etkilerinin olduğu da ifade edilmektedir.[9,13]

Psikostimülan tedavi gurubunda yer alan medikal ilaçlar; Metilfenidat, Dexmetilfenidat, Uzun Etkili Metilfenidat, Dexamfetamin, Modafinil ve Armodafinil'dir.[9] Modafinil ve Metilfenidat'ın sık görülen yan etkileri; baş ağrısı, bulantı, anoreksiz, anksiyete ve kserostomidir.[2,23] Bu nedenle palyatif bakım hastaları bu yan etkiler yönünden dikkatle izlenmeli ve yarar-zarar dengesi kontrol edilmelidir.[2] Bununla birlikte yapılan bir meta-analiz çalışmasında; egzersiz ve psikolojik girişimlerin farmakolojik tedavilere göre yorgunluğun azaltılmasında daha etkili olduğu bildirilmiştir.[24] Ancak yine de bu sonuç farmakolojik ajanların kullanımına engel değildir.[2]

Kortikosteroidler

Kanser hastalarında, inatçı bulantı-kusmanın ve ileri evre hastalıkta iştah kaybının yönetiminde kullanılan deksamatazon da etkin semptom yönetimini sağlayarak yoğunluğun yönetiminde dolaylı olarak rol oynamaktadır.[2]

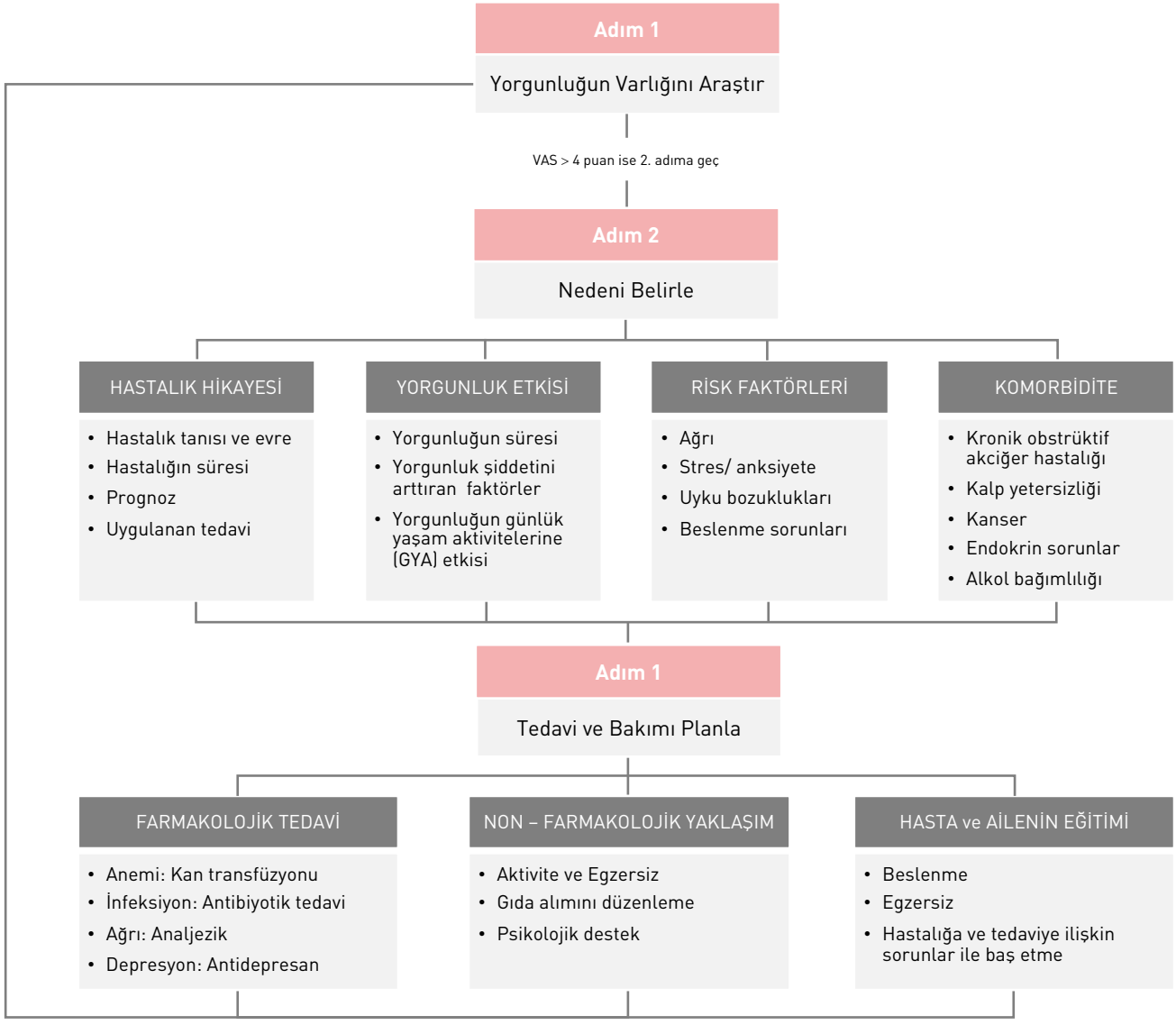
Non-Farmakolojik Yaklaşımlar

Palyatif bakım hastalarında yaygın olarak görülen yorgunluğun yönetiminde, farmakolojik tedavilere ek olarak farmakolojik olmayan yaklaşımlar da önemli bir yer tutmaktadır.[4] Bu yaklaşımlar arasında; genel öneriler (enerji koruma, yardım alma, uyku hijyeni gibi), fiziksel aktivite, beslenme düzenlemeleri, psikolojik girişimler (psiko-eğitim gibi), akupunktur ve akupres gibi yöntemler yer almaktadır[9]

Genel yaklaşımda yorgunluk yaşayan hastalara aşağıda yer alan öneriler sunulabilir;

- Aktivite ve istirahat dengesi, hastanın enerji düzeyi dikkate alınarak planlanmalıdır.
- Önemli görevlere öncelik vermek için hastalara günlük tutması faydalı olabilir.
- Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken destek alınması önerilebilir.
- Aktiviteleri yaparken asansör, bulaşık makinesi gibi yardımcı araçların kullanılması rahatlık sağlayabilir.
- Uyku hijyenine dikkat edilmesi, kaliteli uyku için gerekli adımların atılması önemlidir.[9]

Şekil 2. Yorgunluğun Tanılanması ve Yönetimi[a]



[a] Fabi A, Bhargava R, Fatigoni S, Guglielmo M, Horneber M, Roila F, et al. Cancer-related fatigue: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis and treatment. Annals of Oncology [Internet]. 2020;31(6):713-723 kaynağından uyarlanmıştır.9

Özel Uygulamalar

Palyatif bakım hastalarında yorgunluk görülme oranı yüksektir, bu nedenle yorgunluğun etkili bir şekilde yönetilmesi büyük önem taşır. Yorgunluğun şiddetini azaltmaya yönelik farmakolojik tedavilerin etkinliği genellikle yeterli düzeyde değildir. Bu sebeple, yorgunluğun yönetiminde farmakolojik olmayan özel girişimlere başvurulmaktadır. Yorgunluğun yönetiminde sıklıkla başvurulan özel girişimler arasında: fiziksel aktivite, dokunma terapileri, akupunktur, beslenmenin düzenlenmesi, zihin-beden egzersizleri gibi non-farmakolojik yaklaşımlar şunlar yer almaktadır. Bu yaklaşımlar, hastaların yorgunlukla başa çıkmalarını kolaylaştırmada ve yaşam kalitelerini artırmaktadır.[9,25]

Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivitenin kalp-akciğer kapasitesini arttırma, inflamatuar durumları azaltma, duygusal ve mental stresi azaltma, duygu durumu geliştirme ve anksiyete-korkuyu azaltma gibi pek çok faydası bulunmaktadır.[25] Literatürde fiziksel aktivitenin kanser, Multple Sklerozis, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) gibi hastalıklarda gelişen yorgunluğa etkisinin değerlendirildiği bilimsel çalışmalar yer almaktadır. Ancak bu çalışmalarda aerobik egzersiz, aquatik egzersiz, dayanıklılık egzersizleri gibi aktivitelerin yorgunluğa etkisi değerlendirilmiştir.[26-28] Yapılan bir meta-analiz çalışmasında kanserle ilişkili yorgunluğu olan hastalarda fiziksel egzersizin yorgunluğu azaltmada etkili bir yaklaşım olduğu,

özellikle aerobik egzersizin yorgunluk yönetiminde en etkili aktivite olduğu bildirilmiştir.[28] Ancak palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda fiziksel aktivitenin etkinliğini değerlendiren çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bunun nedeninin; palyatif bakım gereksinimi olan hastaların sıklıkla son dönem hastaları olması ve çoğu hastanın aerobik egzersiz gibi ağır fiziksel aktivite yapamayacak güçte olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Palyatif bakım uygulanan ileri evre kanser hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada; fizyoterapi programının yorgunluğa etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmada egzersiz uygulanan hasta grubuna; haftada 3 seans 2 hafta 30 dk boyunca üst ve alt ekstremitelerde aktif egzersizler, seçilmiş miyofasyal gevşetme egzersizleri ve seçilmiş proprioseptif nöromüsküler egzersizler uygulanmıştır. Çalışma sonucuna fiziksel aktivitenin yorgunluğun azaltılmasında etkili bir yaklaşım olduğu sonucuna ulaşılmıştır.[29]

Zihin-Beden Egzersizleri

Zihin-beden egzersizleri; meditasyon, psiko-eğitimler, bilişsel-davranışçı terapiler ve bazı egzersizleri ile kapsamaktadır. Zihin-beden egzersizlerindeki temel uygulamalar doğru nefes alma ve oturma ve yürüme meditasyonu, vücuttaki duyumların farkındalığı, yoga egzersizleri ve iç görü meditasyonudur.[9] İleri evre kanser hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve egzersizin yorgunluk üzerine etkisi karşılaştırılmıştır. BDT uygulamasında 12 hafta boyunca uygulanan 1 saatlik seanslar yapılmıştır ve yorgunluğun kalıcı hale gelmesine neden olan biliş ve davranışlar ele alınmıştır. Fiziksel egzersiz uygulanan grupta yorgunluk düzeyinin düştüğü ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilirken, BDT uygulanan grupta yorgunluk şiddetinin önemli ölçüde azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.[30] Başka bir meta-analiz çalışmasında zihin-beden temelli stres azaltma tekniği kullanılmış ve bu uygulamanın yorgunluğa etkisi değerlendirilmiştir. Geniş örneklemi olan bu çalışma (n=3008) sonucunda zihin-beden temelli uygulamaların yorgunluğu önemli ölçüde azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.[31] Palyatif bakım uygulanan hastaların katılımı ile gerçekleştirilen bir sistematik incelemede ise; 8-12 hafta boyunca hastalara psiko-eğitim verilmesi yorgunluğu azalttığı bildirilmiştir.[4]

Akupunktur

Akupunktur; vücuttaki tıkanan enerji kanallarını akupunktur iğnesi yardımı ile uyaran ve bu kanallarda iyileşme sağlayan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları arasında yer almaktadır. Akupunktur özellikle kanserle ilişkili yorgunluğun yönetiminde kullanılan yaklaşımlardan biridir. Palyatif bakım hastalarında gelişen yorgunluğu azaltmada akupunkturun etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü bir çalışmada; akupunktur uygulaması haftada 1 kez ve 4 hafta boyunca uygulanmıştır. Çalışmada hem deney hem kontrol grubunda CV12, CV4, ST25 ve KI2 noktalarına, deney grubunda ek olarak LR8, LR14, SP3, LR13, LU9, LU1, KI7, GB25, PC7, CV17, CV6, CV4, ST36 ve LU1 noktalarına akupunktur uygulanmıştır. Çalışma sonucunda; ileri evre kanser hastalarında akupunktur uygulamasının yorgunluğu azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.[32]

Diğer Girişimler

Literatürde yorgunluğun özellikle kanserle ilişkili yorgunluğun yönetimine yönelik farklı çalışmalar bulunmakla birlikte, palyatif bakım hastalarını kapsayan çalışma sayısı yetersizdir. Bu nedenle palyatif bakım hastalarında non-farmakolojik yöntemlerin yorgunluğa etkisini değerlendiren başka çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Müzik dinleme, hipnoz gibi uygulamaların yorgunluğu azaltmaya etkisine yönelik yeterli sayıda çalışmaya rastlanamamış, yapılan çalışmalar da bias yönünden (yetersiz randomizasyon vb.) tartışmalı olduğundan bu uygulamaların etkisi net olarak değerlendirilememiştir.[33]

Hasta Eğitimi

Yorgunlukla baş etmede hasta eğitimi en önemli basamaklardan biridir. Hasta eğitiminin planlanması ve hastanın yorgunlukla baş etmede kullanabileceği yaklaşımların öğretilmesi yorgunluğun etkili bir şekilde yönetilmesi için çok önemlidir. Yorgunluğa yönelik hasta eğitimi planlanırken hastaların bireysel ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalı ve çok yönlü bir yaklaşım uygulanmalıdır Hasta eğitiminde ilk adım, yorgunluğun hastalık sürecinin bir parçası olduğu, ancak etkili girişimlerle yorgunluğun kontrol altına alınabileceği vurgulanmalıdır. Hastaya özellikle günlük yaşam aktivitelerini düzenlemede yardımcı olabilecek ve yorgunluğu yönetmede etkili olabilecek girişimler önerilmelidir. Özellikle, hastalara enerji seviyesinin en yüksek olduğu zaman dilimlerinde öncelikli görev ve aktiviteleri yapmaları öğretilmelidir. Öncelikli aktivitelerin enerji düzeyi yüksekken yapılması hastaların yorgunluğunu azaltmada ve hastanın günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesine yardımcı olabilmektedir. Ayrıca, hastaların gereksiz enerji harcamasını önlemek veya enerji tasarrufu sağlamak amacı ile günlük aktivitelerin planlanmasında önceliklerin belirlenmesi ve dinlenme sürelerinin planlanması gerektiği vurgulanmalıdır.[34].

Enerji koruma girişimleri kapsamında hastalara aktivitelerini bölerek veya dinlenerek yapmaları, ağır fiziksel aktivite ve görevlerden kaçınmaları ve gerektiğinde yardım istemeleri gerektiği açıklanmalıdır. Bunun yanı sıra, hastalara hafif düzeyde düzenli egzersizin (örneğin yürüyüş veya hafif germe hareketleri) yorgunluk yönetiminde etkili olabileceği ve tolere edebileceği ölçülerde egzersize başlayabileceği ve süre ve sıklığını kademeli olarak arttırabileceği belirtilmelidir.[34] Ancak egzersiz ile ilişkili verilen eğitim kapsamında hastalara egzersiz programı planlanmadan önce mutlaka bir sağlık profesyoneline danışılması gerektiği vurgulanmalıdır. Yorgunluğun yönetiminde uyku hijyeninin önemi açıklanmalıdır. Hastalara düzenli bir uyku rutini oluşturmaları, yatmadan önce elektronik cihaz kullanımını sınırlandırmaları ve yatak odasını uykuya elverişli ve hazır hale getirmeleri gerektiği anlatılmalıdır. Eğer uyku problemleri devam ederse hastanın bu durumu hemşireye söylemesi gerektiği belirtilmelidir. Uyku sorunu devam eden hasta psikiyatri hekimine yönlendirilmelidir.

Yorgunluğu azaltmada yeterli ve dengeli beslenmenin önemli bir rol oynadığı hastalara açıklanmalıdır. Enerji veren besinlerin tüketimi, protein içeriği zengin olan besinlerin mutlaka diyete eklenmesi gerektiği ve ağır, yağlı yiyeceklerden kaçınılması gerektiği vurgulanmalıdır. Sıvı alımı da yorgunluğun yönetiminde hastalara önerilmesi gerekn girişimlerden biridir. Herhangi bir kontrendike durum yoksa günde en az 2 lt sıvı tüketimi önerilmelidir. Ayrıca, duygusal stresin yorgunluğu artırabileceği göz önünde bulundurularak, hastalara psikolojik destek almanın yararları anlatılmalıdır. Gerekirse bu alanda bir uzmana yönlendirme yapılmalıdır.

Tablo 2. Hasta Eğitiminde Önemli Olan Konular[34]

Uygulama Türü	Önerilen Girişimler
Egzersiz	1. Hastaya önerilecek egzersiz planlaması aşağıda açıklanan faktörler göz önünde bulundurularak bireye özgü yapılmalıdır. - Trombositopeni, metastaz varlığı, anemi, ateş, enfeksiyon varlığı - Hastanın tedavi aşaması (tedavi öncesi, sırası veya sonrası) 2. Hastanın sağlık durumuna göre başarılabilir, spesifik ve gerçekçi hedefler belirlenmelidir. 3. Hastanın tolere edebileceği ölçüde egzersiz önerilmeli, aktivite düzeyi, sıklığı, yoğunluğu belirlenmelidir
Enerji Koruma Girişimleri	1. Aktivite-dinlenme dengesinin mutlaka sağlanması söylenmelidir. 2. Enerjinin korunması için yavaş ve dengeli adımlar atılması söylenmelidir. 3. Enerji düzeyi en yüksekken aktivite yapması önerilmelidir. 4. Aktiviye-dinlenme planlamasının organize edilmesi, zaman yönetiminin önemi anlatılmalıdır. 5. Acil olmayan aktivitelerin ertelenebilmesi, bazı aktiviteleri için yakınlarından yardım istemesi gerektiği belirtilmelidir. 6. Sık sık pozisyon değiştirmesinin önemi vurgulanmalı, eğilme ve kaldırmaktan kaçınması gerektiği, mümkünse oturarak görevleri tamamlaması gerektiği anlatılmalıdır. 7. Verimliliği en üst düzeye çıkarmak ve iş yükünü en aza indirmek için emek tasarrufu sağlayan cihazlar (örneğin asansör) kullanmasının önemi vurgulanmalıdır.
Uyku Hijyeni	1. Rahat uyku ortamı, yatmadan önce rahatlatıcı aktiviteler önerilmelidir. 2. Gece uykusunu etkilememesi için gündüz şekerlemeleri 1 saatten daha kısa süre ile sınırlaması gerektiği söylenmelidir. 3. Uyku dışındaki zamanlarda yatakta yatmak, uyku sırasında dikkat dağıtıcı gürültü (örneğin televizyon, radyo) ve yatmadan önce kafein ve egzersiz yapmaktan kaçınması gerektiği açıklanmalıdır.
Psikolojik Destek	Danışmanlık, destek grupları (bireysel ve çevrimiçi) ve günlük yazma gibi veya aşağıda açıklanan girişimler önerilmelidir. - Meditasyon, yoga, akupunktur gibi zihin beden stratejileri - Bilişsel Davranışçı Terapi, Farkındalık Temelli Stres Azaltma Terapisi - Oyunlar, müzik, okuma ve sosyalleşme gibi dikkat onarıcı terapiler - Masaj Terapisi
Beslenmenin Düzenlenmesi	1. Kontrendike değilse yeterli sıvı alması (örn. gün boyunca 8 – 12 bardak sıvı) teşvik edilmelidir. 2. Yeterli ve dengeli beslenmesi gerektiği vurgulanmalıdır. Ek olarak hastada iştahsızlık varsa, önce protein içerikli besinler önerilmeli ve az az sık sık beslenmesi söylenmelidir.
Farmakolojik Tedavi	Önerilen medikal ilaç tedavisine uyması gerektiği, demir desteği gibi takviyelerin mutlaka kullanılması gerektiği anlatılmalıdır.

Hasta eğitimi, bireyin ihtiyaçlarına özel olmalı ve düzenli olarak gözden geçirilmelidir. Hastaların eğitimi sırasında aktif katılım göstermesine yönelik teşvik edilmeli ve öğrenilen bilgilerin uygulanabilirliği geri bildirimlerle değerlendirilmelidir. Bununla birlikte yorgunluk geliştiğinde veya yorgunluk düzeyinde bir artış olduğunda sağlık personeline bilgi vermesi gerektiği Son olarak hastaya farmakolojik tedavi uygulamalarına yönelik eğitim verilmelidir.[34] (Tablo 2)

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Madenoğlu Kıvanç M. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2017;4(2):141 [Crossref]
2. Dean A. The holistic management of fatigue within palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*. 2019;25 (8): 368-376. [Crossref]
3. Ingham G, Urban K. How Confident Are We at Assessing and Managing Fatigue in Palliative Care Patients? A Multicenter Survey Exploring the Current Attitudes of Palliative Care Professionals. *Palliative Medicine Reports*. 2020;1(1):58-65. [Crossref]
4. Mochamat, Cuhls H, Sellin J, Conrad R, Radbruch L, Mücke M. Fatigue in advanced disease associated with palliative care: A systematic review of non-pharmacological treatments. *Palliative Medicine*. 2021;35(4):697-709. [Crossref]
5. Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer : Pain , Breathlessness , Nausea and Vomiting , and Fatigue review articles abstract. *Journal of Clinical Oncology* .2020;1-11. [Crossref]
6. Poort H, Peters M, Bleijenberg G, Gielissen MFM, Goedendorp MM, Jacobsen P, et al. Psychosocial interventions for fatigue during cancer treatment with palliative intent. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;2017(7). [Crossref]
7. Thong MSY, van Noorden CJF, Steindorf K, Arndt V. Cancer-Related Fatigue: Causes and Current Treatment Options. *Current Treatment Options in Oncology*. 2020;21(17):1-19. [Crossref]
8. Özdemir Ü, Taşçı S. Integrated Health Implementation in Cancer Individuals Suffering From Fatigue : Acupressure. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;26(3):253-256.
9. Fabi A, Bhargava R, Fatigoni S, Guglielmo M, Horneber M, Roila F, et al. Cancer-related fatigue: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis and treatment. *Annals of Oncology* [Internet]. 2020;31(6):713-723. [Crossref]
10. Poort H, Peters MEWJ, van der Graaf WTA, Nieuwkerk PT, van de Wouw AJ, Nijhuis-van der Sanden MWG, et al. Cognitive behavioral therapy or graded exercise therapy compared with usual care for severe fatigue in patients with advanced cancer during treat-

ment: a randomized controlled trial. *Annals of Oncology* [Internet]. 2020;31(1):115-122. Available from: [Crossref]
11. Wittry SA, Lam NY, McNalley T. The Value of Rehabilitation Medicine for Patients Receiving Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2018;35(6):889-896. [Crossref]
12. Cagle JG, Bunting M, Kelemen A, Lee J, Terry D, Harris R. Psychosocial needs and interventions for heart failure patients and families receiving palliative care support: a systematic review. *Heart Failure Reviews*. 2017;22(5):565-580. [Crossref]
13. Landa A. Fatigue and lethargy in palliative care. *InnovAiT: Education and inspiration for general practice*. 2020;13(5):268-272. [Crossref]
14. O'Higgins CM, Brady B, O'Connor B, Walsh D, Reilly RB. The pathophysiology of cancer-related fatigue: current controversies. *Supportive Care in Cancer*. 2018;26(10):3353-3364. [Crossref]
15. Ayvat F, Ayvat E. Nörolojik Hastalıklarda Yorgunluk. *Türk nöroloji dergisi*. 2018. 25-31 p. [Crossref]
16. Mohandas H, Jaganathan SK, Mani PM, Ayyar M. Cancer-related Fatigue Treatment: An overview. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*. 2018;14(7):1525-1534.
17. Ma Y, He B, Jiang M, Yang Y, Wang C, Huang C, et al. Prevalence and risk factors of cancer-related fatigue: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2020;111. [Crossref]
18. Chen LM, Yang QL, Duan YY, Huan XZ, He Y, Wang C, et al. Multidimensional fatigue in patients with nasopharyngeal carcinoma receiving concurrent chemoradiotherapy: incidence, severity, and risk factors. *Supportive Care in Cancer*. 2021;29(9):5009-5019. [Crossref]
19. Bower JE. The role of neuro-immune interactions in cancer-related fatigue: Biobehavioral risk factors and mechanisms. *Cancer*. 2019;125(3):353-364. [Crossref]
20. Nowicki A, Piekarska J, Farbicka P. The assessment of cancer-related fatigue syndrome in patients with lung cancer during palliative chemotherapy. *Advances in Respiratory Medicine*. 2017;85(2):69-76. [Crossref]
21. Schvartsman G, Park M, Liu DD, Yennu S, Bruera E. Could Objective Tests Be Used to Measure Fatigue in Patients With Advanced Cancer ? *Journal of Pain and Symptom Management* [Internet]. 2017;54(2):237-244. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.343 [Crossref]
22. Brähler MFSVE, Härter M, Mehnert A, Schulz MKH, Weis KWJ, Faller H. One in two cancer patients is significantly distressed : Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology*. 2018;(November 2016):75-82. [Crossref]
23. Twycross R, Wilcock A, Howard P. Palliative Care Formulary. 6th edn. Twycross R, Wilcock A, Howard P, editors. London: *Pharmaceutical Press;* 2017.
24. Mustian KM, Alfano CM, Heckler C, Kleckner AS, Kleckner IR, Leach CR, et al. Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue: A meta-analysis. *JAMA Oncology*. 2017;3(7):961-968. [Crossref]
25. David A, Hausner D, Frenkel M. Cancer-Related Fatigue-Is There a Role for Complementary and Integrative Medicine? Vol. 23, *Current Oncology Reports*. 2021. [Crossref]
26. Razazian N, Kazeminia M, Moayedi H, Daneshkhah A, Shohaimi S. The impact of physical exercise on the fatigue symptoms in patients with multiple sclerosis : a systematic review and meta- analysis. *BMC Neurology volume* .2020;1-11. [Crossref]
27. Yilmaz CK, Kapucu S. The Effect of Progressive Relaxation Exercises on Fatigue and Sleep Quality in. 2017;369-77. [Crossref]
28. Kessels E, Husson O, Der CM Van. The effect of exercise on cancer-related fatigue in cancer survivors : a systematic review and. *Holistic Nursing Practice*. 2018;479-494. [Crossref]
29. Pyszora A, Budzy J, Wójcik A, Prokop A. Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care : randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer* 2017;2899-2908. [Crossref]
30. Poort H, Peters MEWJ, Graaf WTA Van Der, Nieuwkerk PT, Wouw AJ Van De. Cognitive behavioral therapy or graded exercise therapy compared with usual care for severe fatigue in patients with advanced cancer during treatment : a randomized controlled trial. *Annals of Oncology* [Internet]. 2020;31(1):115-122. Available from: https://doi.org/10.1016/j.annonc.2019.09.002 [Crossref]
31. Xie C, Dong B, Wang L, Jing X, Wu Y, Lin L, et al. Mindfulness-based stress reduction can alleviate cancer- related fatigue : *A. Journal of Psychosomatic Research* [Internet]. 2020;130 (December 2019):109916. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109916 [Crossref]
32. Ogawa-ochiai K, Yoshimura K, Takebe T, Iwahashi M, Shirai A, Tsuda M, et al. The effect of contact needle therapy on fatigue in patients with cancer in palliative care. *Medicine*. 2019;44(October):1-5. [Crossref]
33. Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer : Pain , Breathlessness , Nausea and Vomiting , and Fatigue review articles abstract. *Journal of Clinical Oncology*. 2020;38(9):905-914. [Crossref]
34. Bunduhan V. Symptom Management Guidelines : Fatigue. *BC Cancer*. 2018;1-5.

BÖLÜM 6
UYKUSUZLUK

Necmiye ÇÖMLEKÇİ

DOI: 10.5152/1806

Uykusuzluk

Sleeplessness

BÖLÜM HAKKINDA

Uykusuzluk, palyatif bakım hastalarında sık görülen fakat çoğu zaman geç fark edilen bir sorundur. Palyatif bakım hastalarında uykusuzluk hastalık ve hastalığa bağlı semptomlara, kullanılan tedavi yöntemine, psikolojik sorunlara, davranışsal ve çevresel özelliklere bağlı gelişebilir. Uykusuzluğun yönetiminde geç kalınması ise hastada yorgunluk, ağrı, stres ve bilişsel bozulmalara neden olabilir. Bu nedenle bu sorunun erken dönemde tanılanıp geç kalınmadan tedavi edilmesi hastanın yaşam kalitesini olumlu etkileyecek ve yeni sağlık sorunlarının oluşumu önlenecektir. Uykusuzluğun yönetiminde ise uykusuzluğun şiddetine göre pek çok farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşım kullanılabilir. Palyatif bakım hemşiresi olarak, hasta ve ailesinin eğitimi sırasında uykusuzluğun yönetiminde genel önlemlere ek olarak bilişsel davranışçı terapilerin, yoga, masaj, müzik terapi, refleksoloji, aromaterapi gibi farklı yaklaşımların kullanımı önerilebilir. Ayrıca uykusuzluğun gelişiminde rol oynayan ağrı, yorgunluk, bulantı, kusma gibi sorunların erken dönemde fark edilmesi ve yönetilmesi palyatif bakım hemşiresinin primer sorumluluğudur.

Anahtar kelimeler: Uykusuzluk, uyku sorunları, palyatif bakım

ABOUT the CHAPTER

Sleeplessness is a common but often late-recognized problem among patients receiving palliative care. Sleeplessness in palliative care patients may develop due to disease and disease-related symptoms, the treatment method used, psychological problems, and behavioral and environmental characteristics. Delays in the management of sleeplessness may cause fatigue, pain, stress, and cognitive impairment. Therefore, early diagnosis and prompt treatment of this problem will positively affect the patient's quality of life and prevent the development of new health problems. As palliative care nurses, the use of different approaches such as cognitive behavioral therapies, yoga, massage, music therapy, reflexology, aromatherapy, and aromatherapy can be recommended in addition to general measures in the management of sleeplessness during the training of patients and their families. In addition, it is the primary responsibility of palliative care nurses to recognize and manage problems, such as pain, fatigue, nausea, and vomiting, which play a role in the development of sleeplessness at an early stage.

Keywords: Sleeplessness, sleep problems, palliative care

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ T.C. CERRAHPAŞA 1453

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenciler:

- Uykusuzluğun tanımını yapar.
- Uykusuzluğun gelişiminde rol oynayan faktörleri tanımlar.
- Uykusuzluğun nedenlerini tanımlar.
- Uykusuzluğun yönetiminde kullanılan farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımları açıklar

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. Normal uyku süreci - hızlı olmayan göz hareketi (NREM) ve hızlı göz hareketi (REM) uykusu olarak tanımlanan iki uyku fazından oluşmaktadır.
2. Uykusuzluk - uykuya dalma güçlüğü, gece sık sık uyanma, gece uykuya tekrar geri dönmekte güçlük, erken uyanma, kâbus görme, sabahları dinlenmiş hissetmeme ve günlük aktivitelerde bozulma olarak tanımlanır.

Necmiye Çömlekçi

Bartın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Bartın, Türkiye

E-posta: ncmycmlkc@gmail.com

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Çömlekçi N. Uykusuzluk. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 51-57.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Giriş

Uyku, yaşam boyu fiziksel ve mental sağlık için sürdürülmesi gerek temel fizyolojik gereksinimlerden biridir.[1,2] Uykuya dalma güçlüğü, gece sık sık uyanma, gece uykuya tekrar geri dönmekte güçlük, erken uyanma, kâbus görme, sabahları dinlenmiş hissetmeme ve günlük aktivitelerde bozulma olarak tanımlanan uykusuzluk, palyatif bakım hastalarında sık görülen sorunlardan biridir.[3–5] Bu hastalarda uykusuzluk fizyolojik, davranışsal ve psikolojik nedenlere bağlı gelişebilir. Ayrıca diğer hastalığa bağlı semptom ve sorunların yönetiminde kullanılan ilaçlar, tedaviler ve çevresel faktörlerde uyku sorunlarına neden olabilir.[1] Uykusuzluk yaşam kalitesini olumsuz etkilemenin yanında yorgunluk, ağrı, stres, deliryum gibi diğer semptomların da şiddetini arttırabilir. Bu sorunun uzun süre tedavi edilmemesi ise kardiyovasküler, diyabet, obezite, inflamatuar ve psikiyatrik sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olabilir.[6–8] Uyku bozukluğu, kanser gibi kronik hastalıkları olan hastalarda ve hastalığın ileri evrelerinde oldukça yaygındır, ancak klinik bakımda sıklıkla yeterince tanınmamakta ve yetersiz tedavi edilmektedir.[1,9] Bu sorunun tanılanmasında genellikle geç kalınmaktadır. Bunun en önemli nedeni ise palyatif bakım hastalarında ağrı, yetersiz beslenme, yorgunluk gibi daha ciddi semptomlara odaklanılmakta ve uykusuzluk önemsenmemektedir.[5] Ülkemizde yapılan bir konsensus toplantısında palyatif bakımda çalışan hemşirelerin %18.8'nin uykusuzluğu sorgulamadığı saptanmıştır.[3] Oysa bu sorunun yönetiminde geç kalınması hastalarda anksiyete ve depresyonun gelişmesine ve erken ölüm riskinin artmasına neden olabilir.[3] Bu nedenle, palyatif bakım hastalarında uykusuzluk diğer semptomlar gibi düzenli değerlendirilmeli ve yönetimine geç kalınmadan başlanmalıdır.[1]

İnsidans

Uykusuzluk palyatif bakım hastalarında sık görülen sorunlardan biridir. Yapılan çalışmalarda sorunun tanımı veya farklı değerlendirme ölçütlerine bağlı olarak görülme sıklığı farklı olabilmektedir.[1,4] Palyatif bakım hastalarında uyku sorunlarının insidansının yapılan çalışmalarda %70-95 olduğu bildirilmektedir.[1,5] Objektif ölçümlerle yapılan bir çalışmada uykusuzluk görülme oranı %31.4 olarak bulunmuştur.[4] Büyük örneklem grubuna (n=820) sahip bir çalışmada da palyatif bakımda uyku sorunlarının %60.8 oranında olduğu gösterilmiştir.[10] Güncel bir sistematik derlemede de palyatif bakımda uykusuzluk prevalansının %49.5 (%2.1-100) olduğu açıklanmıştır.[11] Bu sonuçlara göre uykusuzluk palyatif bakım hastalarında oldukça sık görülen bir sorundur. Bu nedenle erken dönemde tanılanıp yönetilmesi bu soruna bağlı gelişebilecek önemli sorunlarında önlenmesini sağlayacaktır.[12]

Fizyopatoloji

Uyku vücudumuzun termoregülatör, kas-iskelet, endokrin, solunum, kardiyovasküler, gastrointestinel ve bağışıklık olmak üzere tüm sistemlerinin işlevlerini sağlıklı şekilde yerine getirmesinde önemli rolü bulunmaktadır. Aslında uyku ve fizyolojik sistemlerin arasındaki ilişki çift yönlüdür. Uykusuzluk bu sistemlerde bozulmalara neden olabileceği gibi bu sistemlerden kaynaklanan hastalıklarda uyku sorunlarına neden olabilir.[1] Normal uyku süreci hızlı olmayan göz hareketi (NREM) ve hızlı göz hareketi (REM) uykusu olarak tanımlanan iki uyku fazından oluşmaktadır. NREM uyku süreci farklı beyin aktivitelerinden oluşan toplam 4 evreden oluşur. NREM evre 1, uyku uyanıklık arası dönemdir. Evre 2, derin uyku dönemidir ve uyku süresinin %45-55'ini oluşturur. Evre 3 ve 4 ise yavaş dalga uyku dönemidir. Uyku sırasında NREM ve REM döngüleri birbirini izler. Bu döngüyü düzenlemede içsel ve dışsal uyaranlar, hormonlar, nörotransmiterler rol alır ve bu fizyolojik süreçteki bozulmalar uyku sorunlarına neden olur.[1,5] Uyku döngüsündeki değişiklikler, yavaş dalga uykusu ve REM uykusunda azalma ve buna karşılık evre 1 ve evre 2'de meydana gelen artış olarak tanımlanmıştır.[5]

Kanser nedeniyle altta yatan inflamatuar süreçler, tedavinin fiziksel etkilerini ve gelişen semptomlar uyku-uyanıklık döngüsünün bozulmasına neden olarak hastanın uykusunu etkileyebilir. Örneğin, idrar bozuklukları, ağrı, nöropati gibi semptomlar hastaların sık sık uyanmalarına ve uyku döngülerini bozmalarına neden olabilir.[13] Uykusuzluğun etiyolojisinde birçok faktör olduğundan dolayı fizyopatolojisi net açıklanamamıştır. Fakat uykusuzluğa neden olan farklı mekanizmalar üzerinde durulmaktadır. Kanser oluşumuyla artan sitokin seviyelerinin uyku uyanıklık döngüsünü bozduğu bildirilmektedir.[5] Özellikle, artan beyin IL-1B ve/veya TNF-α seviyeleri, oreksin, serotonin, dopamin ve GABA seviyelerinde azalma veya değişiklikler ve glutaminerjik sinir iletimi ile sirkadiyen ritm üzerinde değişikliğe bağlı olarak uykusuzluğun ortaya çıktığı düşünülmektedir.[14]

Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Palyatif bakım hastalarında gelişen uykusuzluk multifaktöriyeldir. Bu faktörler arasında hastalık ve hastalığa bağlı oluşan semptomlar ve tedavi, fizyolojik, psikolojik çevresel ve spiritüel nedenler yer alır.[11]

Uykusuzluğa neden olabilecek risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, ilerlemiş yaş, stres, anksiyete, depresyon, obstrüktif uyku apnesi, dispne, düşük fiziksel inaktivite, komorbid hastalıklar yer almaktadır.[1] Kanser hastalarında kemoterapi, radyoterapi veya hormon tedavilerine verilen fizyolojik yanıt uykusuzluğa neden olan bir diğer sorun olarak gösterilmektedir. Yine bu hastalarda ağrı, dispne, yorgunluk, anksiyete gibi semptomlar uykusuzluğa neden olabilir. Tedavide kullanılan kortikosteroidler, diüretikler, antidepresanlar ve antipsikotiklerde uyku sorunları oluşumunu tetiklemektedir. Bir meta-analiz incelemesinde DOPA agonistleri, asetilkolinesteraz inhibitörleri, SSRI'lar, serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri, opioid reseptör antagonistleri, trisiklik antidepresanlar, COMTI, nikotin reseptör agonistleri ve sistemik kortikosteroidler uyku bozukluğu ile ilişkili olduğu raporlanmıştır.[15]

Palyatif bakım ünitesinin çevresel koşulları da hastalarda uykusuzluğa neden olabilir. Ortamda bulunan gürültü, ışık, sürekli bakım ve tedavi için uyandırılma, ortam sıcaklığı uykunun bozulmasında rol alır. Tüm bu sorunlara ek olarak kişinin kendisine bağlı davranışlar, düşünceler ve inançlarda uykusuzluğa neden olabilir.[1] Örneğin, yatakta fazla zaman geçirme, gündüz şekerleme yapma, günlük aktivitede azalma, düzensiz uyku-uyanma saatleri, kafein tüketimi ve gerçekçi olmayan uyku beklentileri, uyku süresi ve kalitesinin yanlış algılanması, uykusuzluk korkusu ve gündüz yorgunluğunun nedenini ayırt etmede güçlük gibi uyku yardımcılarının ve inançlarının uygunsuz kullanımı uykusuzluğu tetikleyebilir. Palyatif bakım hastalarında hastalık ve prognoz ile ilgili belirsizlik, varoluşsal sıkıntı ve korku duygularının eşlik ettiği gece ruminasyonu gibi olumsuz bilişlerin tümü uyku bozukluğuna neden olabilir.[1]

Tanılama

Palyatif bakım hastalarında uykusuzluğun erken dönemde tanılanması etkin yönetimi için önemlidir. Bu sorunun değerlendirilmesinde en önemli husus uyku sorunlarını karakterize etmek ve uykusuzluğu tetikleyen anksiyete, uyku apne sendromu ve huzursuz bacak sendromu gibi faktörleri ve komorbiditeleri belirlemektir.[5] Bunun için ilk adım hastanın detaylı anamnezinin alınması, ayrıca hastalığı, yaşı, cinsiyeti, aldığı tedavi (kortikosteroid, diüretik vb.), diğer semptomlar, psikolojik durumu ve palyatif bakım ünitesi koşulları mutlaka dikkate alınmalıdır. Bu kapsamlı değerlendirmede objektif ve subjektif ölçüm yöntemleri kullanılabilir.[3]

Hastanın Hikayesi

Uykusuzluğun değerlendirilmesi vital bulguları almak, diğer semptomları değerlendirmek gibi rutin haline getirilmelidir.[1,3] Uykusuzluğun tanılanmasında en önemli adım hastaya ''Gece rahat uyuyabildiniz mi?, Yeterli uyudunuz mu?, Sizi uyandıran bir şey oldu mu?'' gibi soruların sorulmasıdır. Bu sorulara yeterli uyku uyuyamadığını bildiren hastalarda daha ayrıntılı öykü alınmalıdır.[3] Bu sorunun ne zaman başladığı, neden uyuyamadığı, gece uyanmasına neden olan faktörler, gece sık sık uyanma, gece uyku süresi, uykuya dalmada güçlük, uyku kalitesi gibi özellikler mutlaka değerlendirilmelidir. Ayrıca kafein tüketimi gibi uykusuzluğa neden olacak alışkanlıklar sorgulanmalıdır.

İyi bir anemnezde mutlaka ailesel uyku sorunları, ek hastalıklar, kullandığı ilaçlar ve uygulanan tedavi hakkında da bilgi alınmalıdır. Hastanın sözel ifadesinden başka uykusuzluk nedeniyle ortaya çıkan yorgunluk, halsizlik, aşırı gündüz uykusu, gerginlik gibi belirtiler gözlenmelidir.[5] Ayrıca uykusuzluk nedeni tanılanırken sadece hastalık ve tedavi sürecinin değil, çevresel, psikolojik faktörlerin ve sosyo-kültürel özelliklerin de değerlendirilmesi önemlidir.[16]

Özel Tetkikler

Polisomnografi (PSG)

Uykusuzluğun tanılanmasında objektif ölçümlerde kullanılmaktadır. Polisomnografi (PSG), uykuyla ilişkili şüpheli solunum bozukluklarının ve periyodik uzuv hareket bozukluğunun değerlendirilmesinde ve uykusuzluğun nedeninin belirsiz olduğu veya davranışsal veya farmakolojik tedavinin başarısız olduğu durumlarda belirtilen uyku bozukluklarının tanımlanması için önemli bir tanı aracıdır. PSG, uyku parametrelerini, aşamalarını ve genellikle uyku tıbbı kliniklerinde gece boyunca yürütülür ve uyku uzmanları tarafından denetlenir. PSG, elektroensefalografi, elektrookülografi, elektromiyografi, solunum ve hava akışı çabası, oksijen satürasyonu, elektrokardiyografi ve vücut pozisyonunun izlenmesini içerir.[7]

Aktigraf

Uykusuzluğu objektif olarak ölçebileceğimiz bir diğer araç ise aktigraftır. Aktigraf kullanımı oldukça kolaydır ve vücut hareketlerini ölçmek için bilek veya ayağa bir ivme ölçerin bağlanmasıyla ölçüm yapılır.[7] Bilgisayar algoritmalarının kullanımıyla aktigraf ile uyku süresini, uykuda gecikmeyi ve uyanmaları hesaplar.[5]

Ölçekler

Uykusuzluk Şiddet İndeksi, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI), Edmonton Semptom Skalası (ESAS), Vizüel Analog Skala (VAS) ve uyku termometresi uyku sorunlarını tanılamak için kullanılan ölçeklerdir. Bu ölçekler kullanılırken hastanın durumu ve kullanım amacı dikkate alınmalıdır.[1,17] Edmonton Semptom Değerlendirme Skalasında 4 puan alanların uyku için daha detaylı değerlendirilmeleri bildirilmiştir.[17]

Yönetimi

Palyatif bakımın temel amaçlarından biri hastada var olan semptomların yönetimidir.[18] Bu hastalarda uykusuzluğun erken tanılanıp yönetilmesi, bu soruna bağlı komplikasyonların gelişimini de önleyecektir.[1,3] Uykusuzluğun yönetiminde temel amaç altta yatan nedenin belirlenerek tekrar oluşumunu önlemek olmalıdır. Tanılanması zor olan bu sorunun yönetiminde ilk adım hasta ve ailesinin eğitimi olmakla birlikte farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler de kullanılmaktadır.[11,19]

Farmakolojik Tedavi

Non-farmakolojik yöntemler uykusuzluğun yönetiminde yetersiz kaldığında veya şiddetli uykusuzluk ile karşılaşıldığında farmakolojik yöntemler tedaviye eklenmelidir.[1,20]

Farmakolojik tedavi başlanırken hangi ajanın başlanacağına, etiyolojik faktörler, semptom şiddeti, hastanın yaşı, hastalığı, geçmiş tedaviler, komorbid hastalıklar, kontrendikasyonlar, eş zamanlı kullanılan diğer ilaçlar ve yan etkiler dikkate alınarak tedaviye başlanmalıdır.[20] Uykusuzluğun yönetiminde benzodiazepinler (BZD) ve benzodiazepin olmayan reseptör agonistleri (BzRA), tiagabin, oreksin reseptör agonistleri, melatonin agonistleri ve heterosiklikler gibi antikonvülsanlar uyku sorunlarının yönetiminde kullanımı önerilen farmakolojik ajanlardır.[21] Difenhidramin, melatonin, L-triptofan ve Valerian gibi ajanların ise yan etkilerinden dolayı dikkatli kullanılmaları tavsiye edilmektedir. Uyku sorunlarının yönetiminde kullanılan farmakolojik ajanlarda hastada gelişebilecek yan etkiler yönünden dikkatli olunmalıdır. Örneğin sıklıkla tercih edilen benzodiazepinlerin bağımlılık riski nedeniyle dört haftadan uzun kullanılmaması tavsiye edilmektedir.[22] Ayrıca farmakolojik tedavi seçiminin de uykusuzluğa neden etiyoloji, ilacın kısa veya uzun süreli etkinliği, yan etkileri, hastanın yaşı göz önünde bulundurulmalıdır.[14] Özellikle yaşlı hastalarda benzodiazepilerin ağrı yönetiminde kullanılan opioidler ile kullanılması deliryum, bilişsel sorunlar ve solunum depresyonuna neden olabilir.[5]

Non-Farmakolojik Yaklaşımlar

Palyatif bakım hastalarında uykunun şiddeti belirlendikten sonra hafif ve orta şiddetli uykusuzluk sorununun yönetiminde non-farmakolojik uygulamalar kullanılmalıdır.[1] Uykusuzluk yönetiminde de diğer semptomlarda olduğu gibi hasta ve ailesinin semptom yönetimi konusunda eğitimi temel adımı oluşturmaktadır.[3,5] Literatürde uykusuzluğun yönetiminde bilişsel davranışçı terapi, yoga, egzersiz, müzik terapi, sanat terapi, masaj, refleksoloji, sıcak ayak banyosu, gıda destekleri olmak üzere çok çeşitli uygulamalar kullanılmaktadır.[3,5,23]

Genel Yaklaşım

Sağlığın sürdürülmesinde düzenli uykunun önemli bir rolü vardır. Özellikle önemli hastalığı olan ve palyatif bakımda tedavi gören bireylerde düzenli uykunun sürdürülmesi hastanın yaşam kalitesini olumlu etkileyecektir. Düzenli uykunun sürdürülmesinde uyku hijyenin sağlanması ve çevresel faktörlerin düzenlenmesi en temel iki yaklaşımdır.[1] Uykusuzluğun giderilmesi veya oluşmaması için öncelikle hastanın rahat edeceği, uygun ortamın oluşturulması, günlük bakımın sürdürülmesi, günlük gözlem, yeterli solunum, beslenme gibi fizyolojik ihtiyaçların sürdürülmesi, hijyen ve izolasyon içerir. Bunlara ek olarak hastanın dinlendirici uyku uyumasını sağlayacak girişimler uygulanmalıdır. Örneğin; uyumadan önce zihnin dinlenmesi, uykuya dalmada zorluk yaşayacağı düşüncesinden uzaklaşılması, ağır yağlı yiyecekler, alkol, kafein ve nikotin kullanmaktan kaçınılması hastaya açıklanmalıdır. Ayrıca akşam yemeğinden sonra uygun rahatlama egzersizleri önerilebilir. Rahat bir uykunun sağlanması için sessiz bir ortamın sağlanması, perdelerin çekilmesi ve ışığın kapatılması, her gün aynı saatte uyunması önemli adımlardır.[9] Uykusuzluk sorunu olan hastalar gündüz uyumaya meyilli olabilirler. Gece rahat bir uyku için gündüz uykusunun azaltılması önemlidir. Fakat palyatif bakım hastalarında bunu önlemek zor olabilir. Bu nedenle bu hastalara gündüz tolere edebileceği aktivite ya da farklı uğraşılar yaptırılarak gündüz uykusu önlenmelidir.[1]

Bilişsel Davranışçı Terapi

Uykusuzluğun yönetiminde bilişsel davranışçı terapiler non-farmakolojik yöntemlerde ilk sırada önerilmektedir.[21,24] Terapinin adından da anlaşılacağı gibi, bilişsel davranışçı terapide davranış ve bilişin (inançlar, düşünceler vb.) uykuyu nasıl etkilediğine odaklanılır. Uykusuzluk için bilişsel davranışçı terapide, önce sorunları tanımlayarak ve ardından iyi uyku ile kötü uykuyla ilgili davranışları değiştirerek potansiyel davranışsal zorluklara yardımcı olabilir. Bu davranışsal değişiklikleriyle, sirkadiyen ritimlerin yeniden düzene girmesi ve uyumayı engelleyen uyarılmaların azaltılması hedeflenir.[25] Bu uygulamanın en az 6 seans olması ve düzenli uygulanması uyku yönetiminde etkili olması için önemlidir. Genel durumu kötü olan hastalarda tolere edilmesinin zor olması nedeniyle önerilmemektedir.[8] Bilişsel davranışçı terapi uyku eğitimi, uyku hijyeni, davranışsal, çevresel ve bilişsel değişiklikleri içeren psikoeğitimden oluşur. Bilişsel değişikliklerde uyku sorunlarına neden olan uykuyla ilgili olumsuz düşünce ve inançların düzeltilmesi sağlanır.[25] Davranışsal değişikliklerde hastaya, uykuyu etkileyen gündüz uykusunun azaltılması, gündüz tolere edebildiği aktiviteleri yapması, uyumadan önce kafein tüketiminin sınırlandırılması başlıklarını kapsayan eğitim verilir. Bilişsel stratejilerde de bireyde uykusuzluğa neden olan yanlış inançları ve tutumları belirlemek, farkına varmasını sağlamak ve değiştirmek hedeflenir. Çünkü bu yanlış tutumlar anksiyeteye neden olarak uykuyu bozmaktadır.[19] Çevresel değişikliklerde ise uygun ve rahat bir uyku ortamının oluşturulması amaçlanmaktadır.[8] Bilişsel davranışçı terapi mutlaka bir uzman eşliğinde uygulanmalıdır. Lai ve arkadaşlarının çalışmasında 12 seans bilişsel davranışçı terapi uygulanan meme kanserli hastalarda uyku kalitesinin anlamlı seviyede arttığı gösterilmiştir.[26] Bir diğer çalışmada da jinekolojik kanserli hastalarda bilişsel davranışçı terapinin aktif tedavi fazında uyku kalitesinde iyileşme olduğu bildirilmiştir.[27]

Yoga ve Egzersiz

Eski Hint felsefesi ve yaşam biçimi olarak tanımlanan yoganın fiziksel ve psikolojik sağlık için önemli faydaları vardır. Meditasyon, nefes egzersizleri ve vücut duruşlarından oluşan yoganın uyku kalitesini arttırmada da etkili olduğu bilinmektedir.[28] Lin ve arkadaşlarının çok merkezli çalışmasında 4 hafta yoga programına katılan kanser hastalarında uyku kalitesinin arttığı ve gündüz uykusunun azaldığı belirtilmiştir.[29] Sinclair ve arkadaşlarının çalışmasında aktigraf ile objektif ölçüm yöntemi kullanılmış ve yoganın uyku kalitesini arttırdığı gösterilmiştir.[30] Yaşlı bireylerde yoganın etkisini inceleyen bir çalışmada 3 ay boyunca haftada 3 kez uygulanan yoganın Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanlarında anlamlı olarak düştüğü ve uyku kalitesinin arttığı bildirilmiştir.[31] Bu çalışmalara göre yoga uyku yönetiminde kullanılan non-farmakolojik yaklaşımlardan biridir.

Egzersiz de aynı yoga gibi yaşam kalitesini olumlu etkileyen, sağlığa birçok faydası olan bir uygulamadır. Yapılan çalışmalarda egzersizin uyku kalitesini arttırdığı gösterilmektedir.[32] Örneğin, uykusuzluk şikâyeti olan yaşlı bireylerde Tai-chi ve egzersiz uygulanmıştır. Aktigraf ile ölçüm yapılan gruplarda egzersiz ve Tai-chi gruplarında uykusuzluk puanları azalmış ve uyku kalitesi artmıştır.[33] Pankreas kanser tanılı hastalarda direnç egzersizi, ev tabanlı direnç egzersizi ve rutin bakım alan gruplar karşılaştırılmış, haftada iki kez 60 dakikalık egzersiz programı altı ay boyunca uygulanmış ve egzersiz gruplarında uyku sorunlarında iyileşme olduğu saptanmıştır.[34]

Aromaterapi

Aromaterapi bitkilerden elde edilen esansiyel yağların inhalasyon veya masaj yoluyla vücuda uygulanmasıdır. Aromaterapi palyatif bakımda hastalarda ağrı, anksiyete, bulantı, lenfödem ve uykusuzluk gibi semptomların yönetiminde sıklıkla kullanılan bir yöntemdir.[35] Literatürde uykusuzluğun yönetiminde aromaterapinin etkisini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Yıldırım ve arkadaşlarının çalışmasında deney grubuna uyumadan önce lavanta yağı inhalasyon yoluyla uygulanmış ve uyku kalitesinin kontrol grubuna göre anlamlı arttığı bildirilmiştir.[6] Bir çalışmada lavanta, portakal ve lavanta-portakal karışımının akşam saat 8 ile 9 arasında masaj ile uygulandığı çalışmada gruplar arasında fark olmadığı saptanmıştır.[35] Hamzeh ve arkadaşlarının çalışmasında ise kanser hastalarında 7 gün boyunca lavanta ve nane yağının uykusuzluk üzerine etkisi incelenmiş, lavanta yağının uyku kalitesini daha fazla arttırdığı görülmüştür.[36] Güncel bir meta-analiz çalışmasında da inhalasyon yoluyla uygulanan aromaterapinin uyku yönetiminde etkili bir yaklaşım olduğu bildirilmiştir.[37] Kanıta dayalı yapılan aromaterapi çalışmalarında lavanta yağı, gül yağı ve narenciye yağı kullanılmakla birlikte özellikle lavanta yağında bulunan linalool ve linalil asetat maddelerinin koku sinirleriyle hipotalamus, hipofize iletilmesiyle sonucu sempatik sinir aktivitesini azaltırken, parasempatik sinir aktivitesini arttırması sonucu vücudu rahatlatıcı ve uykuyu kalitesini arttırıcı etkisi olduğu düşünülmektedir.[38]

Masaj

Masaj, kasların gevşemesini, rahatlamasını, kan dolaşımını arttırarak uyku sorunlarının yönetiminde faydalı bir uygulamadır.[39] Uykudan önce 10 dakika sırt masajı uygulanan yoğun bakım hastalarında subjektif ve objektif ölçümlerine göre uyku kalitesinin arttığı bildirilmiştir.[39] Kanserli hastalarda gevşeme ve masajın

uykuya etkisinin incelendiği sistematik derlemede gevşemenin uyku kalitesi üzerine anlamlı etkisinin olmadığı fakat masajın uyku kalitesini anlamlı düzeyde iyileştirdiği gösterilmiştir.[40]

Refleksoloji

Refleksoloji ile ayak ve ellerin belli bölgelerine masaj ve bası uygulaması yapılarak, semptomların rahatlatılması amaçlanır.[41] Bu refleks bölgeleri vücudun organ ve sistemleri ile uyumludur.[42] Rambod ve arkadaşlarının çalışmasında lenfomalı hastalarda 15 dakika refleksoloji uygulanmış ve bu grupta uyku kalitesinin arttığı bildirilmiştir.[43] Kemoterapi alan hastalarda ise uyku hijyeni eğitimi ile birlikte refleksoloji uygulanan girişim grubunda uyku kalitesinin anlamlı olarak arttığı bildirilmiştir.[44] Refleksolojinin farklı gruplarda uyku kalitesi üzerine etkisinin analiz edildiği bir meta analiz çalışmasında uyku sorunlarının yönetiminde etkili bir uygulama olduğunu gösterilmiştir.[42]

Müzik Terapi

Müzik terapi uygulanması basit, ucuz ve rahatlatıcı etkisiyle ağrı, bulantı, kusma, uykusuzluk, stres, anksiyete gibi semptomların yönetiminde kullanılan bir yaklaşımdır. Müziğin uyku üzerindeki olumlu etkisi ritimler ile ilişkilendirilmiştir. Örneğin, güçlü ve hareketli ritimler enerji verirken, yavaş tekrar eden ritimler güvenlik ve aşina olma duyusunu tetikleyerek uykuyu tetikleyebilir.[45] Müzik uygulaması bu konuda eğitim almamış sağlık personeli tarafından kaydedilmiş bir müziğin dinletilmesi veya bu konuda uzman bir terapist tarafından hastaya özgü bireyselleştirilmiş müziğin aktif dinletilmesiyle uygulanabilir.[46] Tang ve arkadaşlarının çalışmasında uyumadan önce 15-30 dakika gevşetici müzik dinletilmiş ve beşinci günün sonundaki ölçümlere göre müzik grubunda uyku puanlarının kontrol grubuna göre %50 daha iyi olduğu görülmüştür.[46] Bir meta-analiz çalışmasında da müzik terapinin yaşlı hastalarda uyku kalitesini arttırdığı gösterilmiştir.[47] Bu sonuçlar doğrultusunda müzik terapi uyku sorunlarının yönetiminde etkili ve uygulaması kolay olan non-farmakolojik yöntemdir.

Hasta Eğitimi

Palyatif bakımda semptomların önlenmesi, kontrolü ve yönetiminde bir diğer önemli adım hasta ve ailesinin eğitimidir. Hasta ve ailesine uykusuzluk yönetimine ilişkin eğitim verilmeden önce detaylı hasta öyküsünün, risk faktörlerinin ve etiyolojik faktörlerin değerlendirilmesi son derece önemlidir. Belirlenen sorunlar ve risk faktörleri doğrultusunda hasta ve ailesine uykusuzluğa neden olabilecek faktörler açıklanarak, uykusuzluk ile baş etmede dikkat etmesi gerekenler hakkında eğitim verilmelidir. Bu eğitimi verirken uykusuzluk sorununun erken dönemde saptanması önemli olduğundan hastaya uyku sorunlarıyla karşılaştığında palyatif bakım ekibine mutlaka bildirmesi gerektiği açıklanmalıdır.[1] Hasta ve ailesine hastalığın ve uygulanan tedavilerin uyku kalitesine etkisi, uykusuzluğa neden olabilecek ağrı, dispne, bulantı gibi semptomların yönetimi, yeterli uykunun sağlanmasının önemi ve bunun için neler yapması gerektiği konusunda eğitim verilmelidir.[3] Kaliteli uykunun sürdürülmesi için; her gün düzenli bir uyku saatinin olması, uykunun ertelenmemesi, uyku saatinden önce en az 90 dakikalık boş zaman oluşturulması, yatağın sadece uyku için kullanılması, günlük uyku süresinin 6-10 saat olması gerektiği, gün içinde yatakta fazla zaman geçirmekten kaçınılması, saat 16'dan sonra şekerleme yapılmaması, uyumadan önce kişiselleştirilmiş rahatlatıcı aktiviteler yapılması (kitap okuma, dua, meditasyon, müzik vb.) gibi uyku hijyeni eğitimi verilmelidir.[1]

Uyku Hijyeninin Sürdürülmesi

Uyku sorunlarının uzun süreli yönetiminde son yıllarda uyku hijyeninin sağlanmasının önemi vurgulanmaktadır. Uyku hijyeni, uyku zamanı, uyku kalitesini ve süresini olumlu yönde etkileyen davranışsal ve yaşam tarzı müdahalelerini ifade etmektedir.

Uyku hijyeni için öncelikle kişisel davranış ve yaşam tarzı değişikliği sağlanmalıdır. Bunu sağlamak için hasta ve ailesinin uyku hijyeni hakkında bilgilendirilmesi önemlidir. Eğitim sırasında, sağlıklı uykunun sürdürülmesi ve uykunun iyileştirilmesi için gerekli davranış değişiklikleri (örneğin, kafeinden uzak durulması, düzenli egzersiz yapılması, uyku uyunacak ortamın sessiz ve sakin olması, düzenli bir uyku rutininin sürdürülmesi vb.) ve alınabilecek önlemler aşağıda yer alan öneriler takip edilerek açıklanmalıdır;

- Günlük 7 ila 9 saat arasında uyumak hedeflenmelidir.
- Her gün düzenli bir saatte uyunmalıdır.
- Düzenli egzersiz yapılmalıdır.
- Öğleden sonra veya akşam geç saatlerde şekerleme yapmaktan ve uzun şekerlemelerden kaçınılmalıdır.
- Yatma saatine yakın ışık maruziyetinden (elektronik cihazlar vb.) kaçınılmalıdır.
- Öğleden sonra veya akşam kafein tüketimi sınırlandırılmalıdır.
- Alkol tüketimi sınırlandırılmalıdır.
- Yatma saatine yakın sağlıksız yiyeceklerden kaçınılmalıdır.
- Karanlık, serin ve sessiz bir uyku ortamı sağlanmalıdır.
- Yatak uyku dışı aktiviteler için kullanılmamalıdır.
- Rahat bir yatak, yastık ve yatak takımı kullanılmalıdır.

Kanser hastalarda palyatif bakımın yönetimine ilişkin gerçekleştirilen konsensüs toplantısında, sağlık çalışanlarının %69.2'si hastaların uyku düzeninin ne şekilde planlaması gerektiği, %68.9'u iyi bir uyku hangi egzersizlerin yapılması gerektiği ve %65.8'i uykuya dalmayı kolaylaştıran yoğurt, süt, rezene gibi ek takviyelerin neler olduğu konusunda hastalarını bilgilendirdiğini bildirmiştir.[3]

Sonuç olarak, palyatif bakım hastalarında uykusuzluğun yönetiminde standart bir yaklaşım olmamakla birlikte uykusuzluk sorununun kapsamlı değerlendirilmesi ve hastaya uygun girişimlerin planlanması oldukça önemlidir. Palyatif bakım hemşireleri, hastaların uykusuzluk sorununun yönetimi için uygun uyuma ortamının sağlanması (ısı, ses, ışık vb.), uyumadan önce beden-zihin uygulamaları gibi rahatlatıcı girişimlerin uygulanması, sağlıklı bir diyetin sürdürülmesi, rahat bir uyku pozisyonu verilmesi gibi temel girişimleri uygulamanın yanı sıra, hastaları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirerek uykusuzluğa neden olan ağrı gibi semptomların yönetiminde aktif rol almalıdır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Howell D. Sleep Difficulties. In: MacLeod RD, Block L Van den, editors. Textbook of Palliative Care. *Springer*; 2019. p. 393-418. [Crossref]
2. Currow DC, Davis W, Connolly A, Krishnan A, Wong A, Webster A, et al. Sleeping-related distress in a palliative care population: A national, prospective, consecutive cohort. *Palliat Med*. 2021;35(9):1663-1670. [Crossref]
3. Baykal D, Can G, Kebudi R, Aydın A, Jebrini N Al, Tekeli A, et al. Uyku Sorunları. In: Can G, editor. *Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım*. Nobel Tıp. İstanbul; 2018. p. 125-39.
4. Bernatchez MS, Savard J, Savard MH, Aubin M, Ivers H. Sleep-wake difficulties in community-dwelling cancer patients receiving palliative care: Subjective and objective assessment. *Palliat Support Care*. 2018;16(6):756-766. [Crossref]
5. Montoya DA, Yennurajalingam S. Sleep Disturbances in Advanced Cancer Patients. In: Bruera E, Higginson IJ, Gunten CF von, Morita T, editors. *Textbook of Palliative Medicine And Supportive Care*. 3rd ed. Taylor & Francis Group; 2021. [Crossref]
6. Yıldırım D, Kocatepe V, Can G, Sulu E, Akls H, Sahin G, et al. The Effect of Lavender Oil on Sleep Quality and Vital Signs in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. *Complement Med Res*. 2020;27(5):328-335. [Crossref]
7. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017;26(6):675-700. [Crossref]
8. Bernatchez MS, Savard J, Savard MH, Aubin M. Feasibility of a Cognitive-Behavioral and Environmental Intervention for Sleep-Wake Difficulties in Community-Dwelling Cancer Patients Receiving Palliative Care. *Cancer Nurs*. 2019;42(5):396-409. [Crossref]
9. Lam WC, Zhong L, Liu Y, Shi N, Ng B, Ziea E, et al. Hong Kong Chinese Medicine Clinical Practice Guideline for Cancer Palliative Care: Pain, Constipation, and Insomnia. *Evidence-based Complement Altern Med*. 2019;2019. [Crossref]
10. Mercadante S, Aielli F, Adile C, Ferrera P, Valle A, Cartoni C, et al. Sleep Disturbances in Patients with Advanced Cancer in Different Palliative Care Settings. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015;50(6):786-792. Available from: [Crossref]
11. Nzwalo I, Aboim MA, Joaquim N, Marreiros A, Nzwalo H. Systematic Review of the Prevalence, Predictors, and Treatment of Insomnia in Palliative Care. *Am J Hosp Palliat Med*. 2020;37(11):957-969. [Crossref]
12. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Masedu F, Valenti M, Aielli F. Sleep disturbances in advanced cancer patients admitted to a supportive/palliative care unit. *Support Care Cancer* [Internet]. 2017;25(4):1301-1306. Available from: [Crossref]
13. Riley KE, Garland SN, Mao JJ, Applebaum AJ, Li QS, Gehrman PR, et al. Hyperarousal and Insomnia in Survivors of Cancer. *Int J Behav Med* [Internet]. 2021;28(6):683-691. Available from: [Crossref]
14. Davis MP, Goforth H. Fighting insomnia and battling lethargy: The Yin and Yang of palliative care. *Curr Oncol Rep*. 2014;16(4). [Crossref]
15. Doufas AG, Panagiotou OA, Panousis P, Wong SS, Ioannidis JPA. Insomnia From Drug Treatments: Evidence From Meta-analyses of Randomized Trials and Concordance With Prescribing Information. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2017;92(1):72-87. Available from: [Crossref]
16. Renom-Guiteras A, Planas J, Farriols C, Mojal S, Miralles R, Silvent MA, et al. Insomnia among patients with advanced disease during admission in a Palliative Care Unit: A prospective observational study on its frequency and association with psychological, physical and environmental factors. *BMC Palliat Care*. 2014;13(1):1-12. [Crossref]
17. Yıldız N, Okan İ. Palyatif Bakımda Hasta Değerlendirmesi ve Skalalar. *Klin Tıp Aile Hekim Derg*. 2016;8(3):1-5.
18. Zachariae R, Lyby MS, Ritterband LM, O'Toole MS. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Vol. 30, *Sleep Medicine Reviews*. 2016. 1-10 p. [Crossref]
19. Brown TJ, Smith TJ, Gupta A. Palliative Care. *JAMA Oncol*. 2019;5(1):126. [Crossref]
20. Haynes J, Talbert M, Fox S, Close E. Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Insomnia. *South Med J*. 2018;111:75-80. [Crossref]
21. Matheson E, Hainer BL. Insomnia: Pharmacologic Therapy. *Am Fam Physician*. 2017;96(1):29-35.
22. Sateia MJ, Sherrill WC, Winter-Rosenberg C, Heald JL. Payer perspective of the American academy of sleep medicine clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia. *J Clin Sleep Med*. 2017;13(2):155-157. [Crossref]
23. Davis MP, Khoshknabi D, Walsh D, Lagman R, Platt A. Insomnia in Patients With Advanced Cancer. *Am J Hosp Palliat Med*. 2014;31(4):365-373. [Crossref]
24. Ünal Aslan KS, Çetinkaya F. The effects of therapeutic touch on spiritual care and sleep quality in patients receiving palliative care. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;(February). [Crossref]
25. Hinrichsen GA, Leipzig RM. Efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia in geriatric primary care patients. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69:2993-2995. [Crossref]
26. Melton L. Cognitive Behavioral Therapy for Sleep in Cancer Patients: Research, Techniques, and Individual Considerations. *J Adv Pract Oncol*. 2018;9(7):732-740. [Crossref]
27. Lai HL, Chen CI, Lu CY, Huang CY. Cognitive behavioral therapy plus coping management for depression and anxiety on improving sleep quality and health for patients with breast cancer. *Brain Sci*. 2021;11(12):8-16. [Crossref]
28. Padron A, McCrae CS, Robinson ME, Waxenberg LB, Antoni MH, Berry RB, et al. Impacts of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia and Pain on Sleep in Women with Gynecologic Malignancies: A Randomized Controlled Trial. *Behav Sleep Med* [Internet]. 2021;00(00):1-17. [Crossref]
29. Panjwani U, Dudani S, Meetu W. Sleep , Cognition , and Yoga. *Int J Yoga*. 2021;14:1-9. [Crossref]
30. Lin PJ, Kleckner IR, Loh KP, Inglis JE, Peppone LJ, Janelsins MC, et al. Influence of Yoga on Cancer-Related Fatigue and on Mediational Relationships Between Changes in Sleep and Cancer-Related Fatigue: A Nationwide, Multicenter Randomized Controlled Trial of Yoga in Cancer Survivors. *Integr Cancer Ther*. 2019;18:1-11. [Crossref]
31. Sinclair KL, Kiser E, Ratcliff CG, Chaoul A, Hall MH, Cohen TW, et al. Sleep moderates the effects of Tibetan yoga for women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2022; [Crossref]
32. Shree Ganesh HR, Subramanya P, Rao M R, Udupa V. Role of yoga therapy in improving digestive health and quality of sleep in an elderly population: A randomized controlled trial. *J Bodyw Mov Ther*. 2021;27:692-697. [Crossref]
33. Jurado-Fasoli L, De-la-O A, Molina-Hidalgo C, Migueles JH, Castillo MJ, Amaro-Gahete FJ. Exercise training improves sleep quality: A randomized controlled trial. *Eur J Clin Invest*. 2020;50(3):1-11. [Crossref]
34. Siu PM, Yu AP, Tam BT, Chin EC, Yu DS, Chung KF, et al. Effects of Tai Chi or Exercise on Sleep in Older Adults With Insomnia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw open*. 2021;4(2):e2037199. [Crossref]
35. Steindorf K, Clauss D, Tjaden C, Hackert T, Herbolsheimer F, Bruckner T, et al. Quality of life, fatigue, and sleep problems in pancreatic cancer patients-a randomized trial on the effects of exercise. *Dtsch Arztebl Int*. 2019;116(27-28):471-478. [Crossref]
36. Kawabata N, Hata A, Aoki T. Effect of Aromatherapy Massage on Quality of Sleep in the Palliative Care Ward: A Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020;59(6):1165-1171. [Crossref]
37. Hamzeh S, Safari-faramani R, Khatony A. Effects of Aromatherapy with Lavender and Peppermint Essential Oils on the Sleep Quality of Cancer Patients : A Randomized Controlled Trial. *Evidence-based Complement Altern Med*. 2020;7480204:1-7. [Crossref]
38. Cheong MJ, Kim S, Kim JS, Lee H, Lyu Y, Lee YR, et al. A systematic literature review and meta-analysis of the clinical effects of aroma inhalation therapy on sleep problems. *Medicine* (Baltimore). 2021;100(9):1-16. [Crossref]

39. Song X, Peng J, Jiang W, Ye M, Jiang L. Effects of aromatherapy on sleep disorders: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine* (Baltimore). 2021;100(17):1-4. [Crossref]
40. Hsu WC, Guo SE, Chang CH. Back massage intervention for improving health and sleep quality among intensive care unit patients. *Nurs Crit Care*. 2019;24(5):313-319. [Crossref]
41. Samuel SR, Gururaj R, Kumar KV, Vira P, Saxena PUP, Keogh JWL. Randomized control trial evidence for the benefits of massage and relaxation therapy on sleep in cancer survivors-a systematic review. *J Cancer Surviv*. 2021;15(5):799-810. [Crossref]
42. Toygar İ, Yeşilbalkan ÖU, Malseven YG, Sönmez E. Effect of reflexology on anxiety and sleep of informal cancer caregiver: Randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2020;39(March). [Crossref]
43. Huang HC, Chen KH, Kuo SF, Chen IH. Can foot reflexology be a complementary therapy for sleep disturbances? Evidence appraisal through a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Adv Nurs*. 2021;77(4):1683-1697. [Crossref]
44. Rambod M, Pasyar N, Shamsadini M. The effect of foot reflexology on fatigue, pain, and sleep quality in lymphoma patients: A clinical trial. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2019;43(October):101678. [Crossref]
45. Zengin L, Aylaz R. The effects of sleep hygiene education and reflexology on sleep quality and fatigue in patients receiving chemotherapy. *Eur J Cancer Care* (Engl). 2019;28(3):1-11. [Crossref]
46. Loewy J. Music therapy as a potential intervention for sleep improvement. *Nat Sci Sleep*. 2020;12:1-9. [Crossref]
47. Tang H, Chen L, Wang Y, Zhang Y, Yang N, Yang N. The efficacy of music therapy to relieve pain, anxiety, and promote sleep quality, in patients with small cell lung cancer receiving platinum-based chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2021;29(12):7299-7306. [Crossref]
48. Chen C Te, Tung HH, Fang CJ, Wang JL, Ko NY, Chang YJ, Chen YC. Effect of music therapy on improving sleep quality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(7):1925-1932.

BÖLÜM 7
SOLUNUM SİSTEMİ ŞİKAYETLERİ

Vildan KOCATEPE

DOI: 10.5152/1807

Solunum Sistemi Şikayetleri

Respiratory System Complaints

BÖLÜM HAKKINDA

Palyatif bakım hastalarının hastalıkları, komorbiditeleri, hastalıklara bağlı gelişen komplikasyonları ile ilişkili olarak solunumla ilişkili birçok semptom görülebilmektedir. Özellikle ileri evre hastalarda dispne, öksürük ve plevral effüzyon sık görülen solunum semptomlarıdır. Bu semptomlar hasta ve ailelerine ağır bir yük getirmektedir. Dispne çevresel, fizyolojik ve psikolojik faktörlerden kaynaklanan karmaşık bir semptomdur. Palyatif bakımda dispnenin yönetiminde farmakolojik yaklaşım olarak opioidler, benzodiazepinler, kortikosteroidler, diüretikler yer almaktadır. Non farmakolojik yaklaşımda ise oksijen tedavisi, yüze el fanı uygulaması, solunum egzersizleri, pozisyon kullanılmaktadır. Öksürük, gırtlak, soluk borusu ve bronşlardan mukus ve yabancı maddeleri uzaklaştırarak hava yollarını ve akciğerleri koruyan karmaşık bir fizyolojik mekanizmadır. Öksürüğün yönetiminde dispne ile benzer olarak opioidler ve kortikosteroidlere ek olarak proton pompası inhibitörleri ve ekspektoranlar kullanılmaktadır. Plevral efüzyon, visseral ve pariyetal plevral tabaka arasında yer alan plevral boşlukta anormal sıvı toplanmasıdır. Plevral efüzyonun varlığını düşündüren semptomlar nefes darlığı, öksürük (bazen kuru öksürük), göğüste rahatsızlık hissi ve plöritik ağrıdır. Torasentez, plöredez, plöredez ile göğüs tüpü uygulama, video destekli torakoskopik cerrahi plevral efüzyonun yönetiminde sık kullanılan yaklaşımlardır.

Anahtar kelimeler: Dispne, solunum sıkıntısı, öksürük, plevral efüzyon

ABOUT the CHAPTER

Many respiratory symptoms may be observed in palliative care patients in relation to their diseases, comorbidities and complications related to diseases. Dyspnoea, cough and pleural effusion are common respiratory symptoms especially in advanced stage patients. These symptoms impose a heavy burden on patients and their families. Dyspnoea is a complex symptom caused by environmental, physiological and psychological factors. In the management of dyspnoea in palliative care, opioids, benzodiazepines, corticosteroids and diuretics are used as pharmacological approaches. In the non-pharmacological approach, oxygen therapy, hand fan application to the face, breathing exercises and position are used. Cough is a complex physiological mechanism that protects the airways and lungs by removing mucus and foreign substances from the larynx, trachea and bronchi. In addition to opioids and corticosteroids, proton pump inhibitors and expectorants are used in the management of cough similar to dyspnoea. Pleural effusion is an abnormal fluid collection in the pleural space between the visceral and parietal pleural layers. Symptoms suggestive of pleural effusion include shortness of breath, cough (sometimes dry cough), chest discomfort and pleuritic pain. Thoracentesis, pleurodesis, chest tube insertion with pleurodesis, video-assisted thoracoscopic surgery are commonly used approaches in the management of pleural effusion.

Keywords: Dyspnea, respiratory distress, cough, pleural effusion

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ T.C. CERRAHPAŞA 1453

Bölümün Hedefleri

1. Palyatif bakım hastalarında dispnenin gelişim sürecini ve yönetimini tanımlar.
2. Palyatif bakım hastalarında öksürüğün gelişim sürecini ve yönetimini tanımlar.
3. Palyatif bakım hastalarında plevral efüzyonun gelişim sürecini ve yönetimini tanımlar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Dispne** – Hasta tarafından tanımlanan hava açlığı ve göğüste sıkışma hissidir.
2. **Öksürük** – Yabancı maddelerin alt solunum yollarına erişmesini ve bronşlarda sekresyon birikmesini önleyen bir savunma mekanizmasıdır.
3. **Plevral efüzyon** – Akciğerlerin visseral ve pariyetal plevral tabaka arasında yer alan plevral boşlukta anormal sıvı toplanmasıdır.

Vildan Kocatepe

İzmir Demokrasi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Onkoloji Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

E-posta: vildan.dasdelen@gmail.com

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Kocatepe V. Solunum Sistemi Şikayetleri. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 59-69.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Giriş

Palyatif bakım hastalarında özellikle terminal dönemde solunum ile ilişkili şikayetler yaygındır. Altta yatan hastalıklara (kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, konjestif kalp yetersizliği vb.) ek olarak ortaya çıkan birçok faktör (anemi, asit, anksiyete, pulmoner emboli, enfeksiyon veya sol ventrikül yetersizliği) hastaların solunum ile ilişkili şikayetlerinin artmasına neden olmaktadır.[1] Amyotrofik lateral sklerozlu hastaların neredeyse tamamı, hastalıklarının son aşamasında ciddi nefes darlığı yaşar.[2] İleri evre malign veya maling olmayan hastalığı olan hastalarda dispne, öksürük ve plevral effüzyon sık görülen solunum semptomlarıdır. Bu semptomlar hasta ve ailelerine ağır bir yük getirmektedir.[2]

Rahatsız edici bir nefes alma farkındalığı olan dispne, yaşamın sonuna yaklaşan ileri evre hastalığı olan kişilerde yaygın bir semptomdur. Dispne varlığı, yaşam kalitesini bozan ve acı çekmeye sebep olan önemli fonksiyonel ve psikolojik sıkıntılar ile ilişkilidir. İyi palyatif bakım, dispne yönetiminde bilgi ve beceri gerektirir.[3]

Palyatif bakım alan akciğer kanserli hastaların %65'inden fazlasının başvuru semptomu öksürüktür. İleri evre kanserli hastaların yaklaşık %38'inde öksürük şikâyeti vardır. Ağrı gibi, öksürüğün de başlangıçta koruyucu bir işlevi vardır. Öksürük trakeobronşiyal ağacın üst kısmını mukus ve yabancı cisimlerden temizler. Diğer taraftan kronik öksürük fiziksel olarak yorucudur, sosyal ilişkileri bozar ve ağrı, nefes darlığı, inkontinans ve uyku bozukluğu gibi diğer semptomları kötüleştirir. Ayrıca kosta kırıklarına da neden olabilir.[2]

Plevral effüzyon, hastada ağrı, taşikardi özellikle düz yatarken şiddetli nefes darlığı ve bu semptomlara bağlı olarak kaygıya neden olan, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini düşüren bir semptomdur. İleri evre kanserli hastaların %15'inde malign plevral efüzyon mevcuttur. Hastalığın evresine ve altta yatan maligniteye bağlı olarak ortalama prognozu 3-12 ay olan ileri hastalık ve kısa yaşam beklentisi göstergelerinden biridir. Malign plevral effüzyon olan hastalarda en kısa sağkalım akciğer kanserine sekonder, en uzun sağkalım ise over kanseri olan hastalardadır.[4]

Dispne

Tanımı

Dispne çevresel, fizyolojik ve psikolojik faktörlerden kaynaklanan karmaşık bir semptomdur.[5] Hastaların tüm günlük aktivitelerini etkileyen, yaşam kalitesini azaltan, zorlayıcı, rahatsız edici nefes alma hissi olarak tanımlanabilir.[1] Dispne, hem hastalar ve hem de bakım vericiler için zor, hastaların tedavisinin duraksamasına veya tedavinin kesilmesine neden olabilecek, acil servise başvuru ve ölümle sonuçlanabilecek ciddi bir semptomdur.[6]

İnsidans

Hastalarda dispne görülme sıklığı, altta yatan hastalığın evresine ve tipine bağlı olarak değişir. Terminal dönem kanser hastalarının %67'sinde yaşamın son 3 ayında, %36'sında ise son 30 gün içinde dispne gelişmektedir. Terminal dönem akciğer kanserli hastalarda ise bu oran %90'a yakındır.[7] Diğer kronik ve ilerleyici hastalıklarda dispne görülme oranı kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olanlarda %90 ila %95, kalp hastalığı olanlarda %60 ila %88, böbrek hastalığı olanlarda %11 ila %62 ve edinilmiş immün yetmezlik sendromu (AIDS) olan hastalarda %11 ila %62'dir.[8]

Fizyopatoloji

Dispnenin yönetimi, çok boyutlu doğasının ve bu semptoma neden olan fizyopatolojik mekanizmaların anlaşılmasını gerektirir. Dispnenin fizyopatolojik mekanizmaları artan solunum ihtiyacı, bozulmuş mekanik yanıtlar veya bu iki mekanizmanın bir kombinasyonu olarak sınıflanabilir.[3]

Hastalarda dispne gelişmesine neden olan temel mekanizma hava yollarındaki, akciğer parankimindeki veya göğüs duvarındaki reseptörlerin periferik veya merkezi kemoreseptörler tarafından uyarılarak solunum merkezinin aktive edilmesine dayanır. Dispne diğer yandan kişinin deneyimleri ile de ilişkilidir. Önceki deneyimler, duygular ve inançlar da dispne hissini etkiler.[9]

Dispnenin üç özellik ile karakterize çeşitleri vardır. Bunlar "Hava açlığı", "artan solunum işi" ve "göğüste sıkışmadır". Pulmoner ventilasyon yetersiz olduğunda hava açlığı ortaya çıkar. Kemorefleks aktivitesi ile oluşan bu hissin tedavisinde Sürekli Pozitif Hava Yolu Basıncı (Continious Positive Airway Pressure- CPAP) ve Non-invaziv Mekanik Ventilasyon (NİMV) kullanılır. Artan solunum işi, ventilasyon hızı artarken, inspirasyona dirençte ve/veya solunum kaslarının zayıflığı nedeniyle solunum çabası arttığında algılanır. Artan solunum işinin tedavisinde İnvaziv Mekanik Ventilasyon (İMV) ve NİMV kullanılır. Göğüste sıkışma ise erken astımda olduğu gibi bronkokonstriksiyonun bir özelliğidir. Büyük hava yollarında yavaş adapte olan reseptörlerin pulmoner C liflerinin uyarılması ile oluşan bu hissin tedavisinde ise bronkodilatörler tercih edilmektedir.[1,9]

Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Dispne, solunum bozuklukları olan hastalarda yaygın bir semptomdur, ancak başka hastalıklarla da ilişkili olabilir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve konjestif kalp yetersizliği olan hastalarda egzersiz sırasında dispne artar. Ek olarak, ilerlemiş pulmoner fibrozis, şiddetli bronşiyal astım ve terminal akciğer kanseri olan hastalar, istirahatte bile nefes darlığı yaşayabilirler.[1]

Palyatif bakım hastalarında malign ve malign olmayan birçok dispne nedeni vardır. Sıklıkla aynı hastada birden fazla dispne nedeni aynı anda bulunur. Hastada dispne değerlendirilirken altta yatan bu sebepler ve risk faktörleri iyi araştırmalı, hastanın bakımı ve tedavisi bu doğrultuda yapılmalıdır. Malign kaynaklı dispne bronşiyal kompresyon, superior vena cava obstrüksiyonu, lenfanjitik karsinomatozis, venöz tromboembolizm gibi direk tümörün etkisi ile oluşabilir. Ayrıca perikardiyal effüzyon, plevral effüzyon ve asit gibi malign effüzyon kaynaklı ya da sistemik tedavi veya radyasyondan kaynaklanan pnömoni gibi tedavi ile ilişkili ortaya çıkabilir. Malign kaynaklı olmayan dispne konjestif kalp yetersizliği ya da iskemik kalp hastalığı gibi kardiyovasküler kaynaklı olabileceği gibi, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, interstisyel akciğer hastalığı, pnömoni ve astım gibi solunum kaynaklı da olabilir. Ayrıca anemi, anksiyete, obstrüktif uyku apnesi ve nöromuskuler hastalıklar da dispneye sebep olabilir.[6]

Tanılama

Dispnenin klinik değerlendirmesi, hastadan alınan ayrıntılı öykü, fizik muayene ve çeşitli laboratuvar testleri ile yapılır. Dispnenin iyi değerlendirilmesi tedavi seçeneklerini ve yanıtı değerlendirmek için önemlidir.

Hastanın Hikayesi

Hastanın hikayesi solunum ile ilgili şikayetlerini ve hastanın dispne yaşantısı incelenerek alınmalıdır.

Hastanın solunum ile ilişkili şikayetleri değerlendirirken var olan diğer hastalıkları, kullandığı ilaçlar, şikayetlerinin şiddeti, ilişkili diğer semptomlar, semptomun neden olduğu fonksiyonel kısıtlamalar, şiddeti arttıran ve azaltan faktörler, günlük yaşam aktivitelerini etkileme düzeyi, tıbbi ve cerrahi geçmiş, yaş sorgulanmalıdır.

Hastanın dispne yaşantısını sorgularken dispneye neden olacak altta yatan hastalıkların göz önünde bulundurularak değerlendirmenin yapılması önemlidir. Örneğin, KOAH, kardiyovasküler hastalıklar, gastroözofageal reflü ve akciğer kanseri gibi hastalıklarının bir veya birkaç hastalık eş-zamanlı hastada olabilir. Bilinen bir otoimmün veya romatolojik hastalığının olması, pulmoner emboli, pulmoner hipertansiyon, interstisyel akciğer hastalığı, plevral efüzyon veya pulmoner hemoraji ile ilişkili dispne gelişme riskini arttırabilir. Plevral effüzyon varlığı ise, pnömoni, kalp yetmezliği, plevral tüberküloz, malignite, romatolojik hastalıklar veya mezotelyoma ile ilişkili olabilir.

Hastanın kullandığı ilaçlar da incelemelidir. Bazı ilaçlar, çeşitli mekanizmaları etkileyerek metabolik asidoz dahil pulmoner toksisiteye (interstisyel hastalık, pulmoner ödem, pulmoner kanama, solunum yolu hastalığı, plevral efüzyon, pulmoner vasküler değişiklikler) neden olup solunum şikayetlerinin gelişmesine katkıda bulunabilir.[10]

Fiziksel Muayene Bulguları

Solunum sayısı, nabız, kan basıncı ve SpO_2 (nabız oksimetresi ile elde edilen oksijen satürasyonu), ateş gibi hayati bulgular, solunum sistemi ile ilişkili şikayetlerin muayenesinden önce toplanması gereken önemli verilerdir.

Hayati Bulgular

Pulse oksimetre takibi, oksijen desteğinin başlatılmasıyla hipokseminin saptanmasına ve sürekli izlenmesine olanak tanır. Solunum şikayeti olan hastalarda hipotansiyon, taşikardi ve takipnenin birlikte görülmesi, akut miyokard enfarktüsü, pulmoner emboli, aort diseksiyonu, akut kapak yetersizliği, kardiyak tamponad veya sepsisli akut enfeksiyöz süreci gösterebilir.[10]

İnspeksiyon

Dispnenin ciddiyetini belirlemek için inspeksiyon sırasında hastanın solunum çabası, yardımcı kasların kullanımı, mental durumu ve konuşma yeteneği dikkatle gözlemlenmelidir. KOAH, astım, kardiyak tamponad veya perikardiyal konstriksiyonda, normal inspirasyon sırasında sistolik kan basıncının 10 mmHg'dan daha fazla düşmesi olarak tanımlanan pulsus paradoksus saptanabilir. Stridor varlığı, üst solunum yolu tıkanıklığını gösterir.[5,11]

Palpasyon

Palpasyon ile göğüs kafesinin açılma yeterliliği değerlendirilmelidir. Eller, kostaların yan kenarı boyunca alt göğüs ön duvarının üzerine konur ve başparmaklar orta hatta buluşana kadar içe doğru hareket ettirilir. Hastadan derin nefes alması istenir ve başparmakların birbirinden uzaklaşma hareketini gözlemlenir. Palpasyon sırasında plevral efüzyon, atelektazi veya pnömotoraksta göğüs duvarında genişleme hareketi olmayabilir veya genişleme eşit olmayabilir.[12]

Perküsyon

Perküsyon, akciğerlerin yoğunluğunu veya havalanmasını değerlendirmek için kullanılır. KOAH veya astım gibi aşırı şişkin akciğerlere sebep olan hastalıklarda perküsyon sırasında gelen ses normal rezonanstan daha yüksek duyulur.[12]

Oskültasyon

Oskültasyonda akciğer sesleri dinlenerek, bronşlarda daralmayı gösteren wheezing ya da sekresyon artışını gösteren stridor gibi anormal solunum sesleri olup olmadığı değerlendirilir. Solunum şikayeti olan hastalarda, ayrıca akciğer ödemine bağlı gelişebilecek sol ventrikül sistolik işlev bozukluğunu bağlı duyulan S3 kalp sesinin varlığı da değerlendirilmelidir.[11]

Laboratuvar Sonuçları

Arteriyal Kan Gazı

Dispnesi olan her hastada arteriyal kan gazında değişim olmayabilir ve arteriyal kan gazında değişimi olan her hastada dispne gelişmeyebilir. Bununla birlikte, arteriyal kan gazı sonuçları ayırıcı tanıda ve gaz değişimi ile ilgili değişiklikleri takip etmede ve değerlendirmede önemlidir.[10]

Arteriyal kan gazı sonucu hastanın oksijenasyonu (PaO_2), ventilasyonu ($PaCO_2$) ve asit baz dengesi (pH, BE, HCO_3) hakkında güvenilir bilgi verir. Radyal, brakiyal veya femoral arterlerden heparinli enjektörlerle alınan kan gazı örneği laboratuvara bekletilmeden alınır, alınmaz gönderilmelidir. Test edilmek üzere ulaştırılma süresi 30 dakikayı geçecek ise, enjektör buz aküsü üzerinde taşınmalı; ama bu süre 30 dakikayı geçmemelidir.[13]

Kan Testleri

Laboratuvar testlerinden tam kan sayımı, tiroid fonksiyon testi ve biyokimya bakılarak; anemi, eritrositoz, hiper ve hipotiroidi ve anormal metabolik ve renal durumların belirlenmesi sağlanabilir.[5]

Radyolojik Çalışmalar

Göğüs radyografisi, interstisyel akciğer hastalığı, plevral efüzyon, kalp yetersizliği ve KOAH gibi nedenlerden şüphelenildiğinde kullanılan görüntüleme yöntemidir.[5,11]

Elektrokardiyografi

Dispne sebebinin kalp yetersizliğine bağlı olduğu düşünülüyorsa EKG, beyin natriüretik peptit testi (BNP, ProBNP) ve kalp ultrasonografisi yapılmalıdır. EKG, atriyal fibrilasyon gibi dispneye sebep olan aritmileri belirleyebilir. EKG ayrıca sol ventrikül hipertrofisi, perikardiyal efüzyon veya koroner kalp hastalığı gibi durumların tanısını da destekleyebilir.[5]

Solunum Fonksiyon Testi

Akciğer hastalıklarında solunum fonksiyon testi (SFT), hastalık tanısının ve seyrinin belirlenmeside ve tedaviye yanıtı değerlendirmede kullanılan testdir. Akciğerlerde hava akımını ve alınan ve verilen nefesin hacimini ölçen SFT'i, özel solunum laboratuvarında solunum teknisyeninin yönlendirilmesi ile spirometre ve özel bir cihaz kullanılarak yapılır. Hastaya zorlu inspirasyon ve ekspirasyon manevrası (hızlı ve derin nefes alma ve verme) yaptırılarak vital kapasite (VC), zorlu ekspirasyon volümü (FEV), zorlu vital kapasite (FVC), zorlu ekspirasyon akım hızı (FEF), tepe akım hızı (PEF) değerleri makine tarafından kayıt edilir.[14]

Ölçekler

Modifiye Borg Skala (MBS)

MBS, 0-10'a kadar dispne şiddetini sayısal ve sözel olarak tanımlayan bir tanılama aracıdır. Skalada sıfır puan hiç yok, 1-3 puan hafif, 4-6 puan orta derecede şiddetli, 7-10 puan ise şiddetli dispneyi göstermektedir.[15]

Görsel Analog Skala (Visual Analog Scale - VAS)

Görsel analog skalada, hasta yatay veya dikey çizgi üzerinde 0 mm'den 100 mm'ye kadar dispnenin şiddetini belirler. Skalada 0 mm dispne yok, 100 mm ise olabilecek en şiddetli dispne işaret etmektedir. Puanlama, işaretli noktanın mezura yardımıyla ölçülmesiyle yapılır.[16]

Sözel Derecelendirme Skala (Visual Rating Scale - VRS)

Sözel Derecelendirme Skalası, dispne algılamasını hastanın bireysel söylemine dayanarak tanımlar. Hastanın o anki solunum sıkıntısını "Yok", "Hafif", "Orta", "Şiddetli" şeklinde ifade etmesi ile değerlendirilir.[15]

Modifiye Medikal Araştırma Konseyi Skalası (Modified Medical Research Council Scale – mMRCS)

mMRCS'de dispneye neden olan fiziksel aktiviteler sıfırdan dörde kadar sıralanmıştır. Değerlendirilme sırasında, hastalardan kendilerinde dispne oluşturan aktivite düzeyini işaretlemeleri istenir.[17]

Yönetimi

Dispnenin yönetiminde farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımlar kullanılır. Kullanılacak yaklaşımın türüne, dispnenin nedenine ve tahmini yaşam süresine ("yıllar", " yıllar ila aylar arası", "aylar ila haftalar arası", "haftalar ila günler arası") göre karar verilir.[18] Opioidler, benzodiazepinler, antikolinerjikler ve beta 2-agonistleri, diüretikler ve kortikosteroidler farmakolojik tedavide kullanımı sıklıkla tercih edilen ajanlardır. Oksijen tedavisi, el fanı uygulaması, solunum egzersizleri ve pozisyon ise sıklıkla kullanılan non-farmakolojik yaklaşımlardır.

Farmakolojik Yaklaşımlar

Opioidler

Dispnenin kontrol altına alınmasında etkinliği gösterilmiş tek farmakolojik ajan opioidlerdir.[19] Opioidler, opioid reseptörlerine bağlanarak etki ederler ve dispnenin kontrolünü sağlar. Subkutan ve intravenöz yoldan uygulanan opioidler etkilidir. Özellikle intravenöz yoldan uygulanan opioidler kısa sürede etki eder. İnhalasyon yolu ile uygulanan opioidlerin etkinliğine dair kanıt yoktur.[16,18] Pek çok uzman, solunumu deprese ettiği için dispneli hastalarda opioidleri kullanımından kaçınır, ancak dispneik hastalarda ölümü hızlandırmak yerine, morfin ya da farklı bir opioid ilacın erken dönemde kullanımı, hastanın halsizliğini, fiziksel ve psikolojik stresini azaltarak sağ kalımı uzattığı düşünülmektedir.

Benzodiazepinler

Benzodiazepinler, tek başına veya opioidlere ek olarak, özellikle anksiyete yaşayan hastalarda kullanılabilir. Dispneyi azaltmakla beraber anksiyolitik görevi görürler. Bu nedenle özellikle ileri evrelerde ve terminal dönem hastalarda kullanılması önerilebilir. Lorazepam ve midazolam en sık kullanılan ajanlardır.[19]

Kortikosteroidler

Kortikosteroidler, özellikle terminal dönem hastalarda semptomların hafifletilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Kortikosteroidlerin akciğer fonksiyonunun bozulmasına yol açan hava yolu inflamasyonu ve ödemin azaltarak dispneyi kontrol altına aldığı düşünülmektedir.[9] Kortikosteroidlerin kullanımı, radyasyon pnömonisi, superior vena kava sendromu veya malignite nedeniyle hava yollarının tıkanması sonucunda gelişen dispnenin yönetiminde etkili olduğu kanıtlanmıştır. Yan etkilerinin fazla olmasından dolayı bu endikasyonlar dışında rutin olarak kullanılmamaktadır.[19]

Diüretikler

Loop diüretiklerin IV kullanımının akciğer ödemi üzerinde etkili olduğu ve dispneyi rahatlattığı bildirilmektedir. Bununla birlikte henüz etkileri çalışmalarla kanıtlanmadığı için kullanımını öneren rehberler bulunmamaktadır.[9]

Non-Farmakolojik Yaklaşımlar

Oksijen Tedavisi

Hastada hipoksemi olmadığı sürece oksijen tedavisinin dispneyi azalttığına dair bir kanıt yoktur. Oksijen invaziv bir girişim olması, burun kanamasına neden olması ve bağlantı kablolarından dolayı hastaya bir tüpe bağımlı hissettirmesi nedeniyle rutin kullanımı önerilmemektedir. Oksijen, fiziksel aktivitelerden veya yemekten önce kısa bir süre kullanılabilir.[19]

Yüze El Fanı Uygulaması

El fanı ile yüze uygulanan soğuk havanın 2. ve 3. trigeminal sinirleri soğutarak dispneyi azaltıp, egzersiz toleransını arttırdığı bildirilmiştir. Başka bir bakış açısı ise soğuk havanın afferent sinirlerinden gelen sinyallerin algılanmasını farklılaştırarak psikolojik ve duygusal yönetimi sağladığıdır. Dispneli hastalara beş dakika boyunca, 15 cm uzaktan, burnun iki yanı ve üst dudağın üst kısımlarına fan uygulanmasının etkili bir yaklaşım olabileceği bildirilmiştir.[20] El fanı uygulaması dispneyi azaltırken aynı zamanda solunum sayısı, nabız ve kan basıncını da olumlu etkilediği gösterilmiştir. Ayrıca yan etkisi olmaması ve kullanımının kolay olması hastanın yaşam kalitesini arttırmaktadır.[21]

Solunum Egzersizleri

Büzük dudak solunumu, solunum sayısını azaltarak vital kapasitenin artmasını sağlar. Nefesin burundan alınması, dudakların büzülmesi ve nefesin büzülmüş ağızda oluşan basınç ile verilmesi şeklinde uygulanan egzersiz hava yollarında basınç oluşturarak solunumu rahatlatır. Haftada en az 5 gün, günde 2 kez, 15 dakika yapılması önerilen diyafragmatik solunumda ise, soluk verme sırasında diyafram, abdominal kaslar tarafından yukarı doğru itilir ve diyafram kasları kullanımını arttırarak akciğerlerin havalanma düzeyini arttırır. Solunum egzersizleri yan etkisi olmayan, maliyet ve alet gerektirmeyen ve hastaların kendilerinin uygulayabileceği kolay yöntemlerdir.[22]

Pozisyon

Ortopne pozisyonu hastaların en sık tercih ettiği pozisyonlardandır. Bu pozisyon skalen ve sternokleidomastoid kasların akciğerlere hava solumasına katkıda bulunarak dispneyi azaltır. Ayrıca bu pozisyon yer çekiminin etkisi ile akciğerlere dönen kan miktarında azalma solunum hareketlerinde rahatlama ve nefes darlığı önemli ölçüde azalma sağlamaktadır.[22]

Öküsürük

Tanım

Öksürük, gırtlak, soluk borusu ve bronşlardan mukus ve yabancı maddeleri uzaklaştırarak hava yollarını ve akciğerleri koruyan karmaşık bir fizyolojik mekanizmadır.[23]

Palyatif bakımda en sık karşılaşılan zorlayıcı semptomlardan biri kronik öksürüktür.[24] Sekiz – on iki haftadan uzun süren öksürük olarak tanımlanan kronik öksürük, rahatsız edici ve güçten düşürücü bir sorundur. Kronik öksürük akciğer kanserli hastaların %65'inden fazlasında görülen bir semptomdur. Yaşamlarının son yılında akciğer kanserli hastaların %22'sinde, kronik akciğer hastalığı olanların %26'sında "çok rahatsız edici" semptom olarak bildirilmiştir.[25]

Palyatif bakım hastaları viral solunum yolu enfeksiyonlarına karşı daha duyarlıdır. Bu enfeksiyonlar sırasında ortaya çıkan ve 2-3 haftaya kadar devam eden öksürük "Akut öksürük" olarak isimlendirilmektedir.[26]

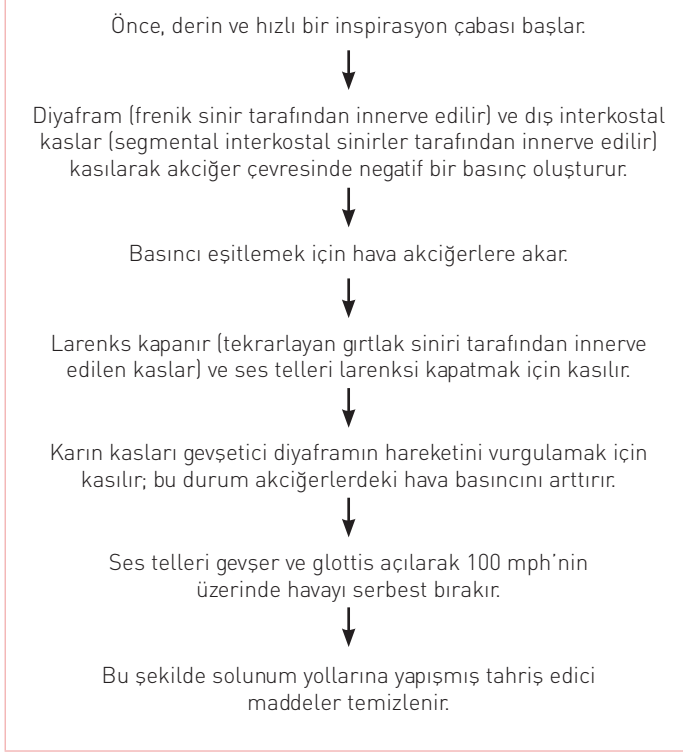
İnsidans

Ağrının aksine öksürük, terminal dönem hastalarında düzenli olarak ölçülen bir semptom değildir. Öksürük genel kanser hastalarının yaklaşık %23-37'sinde ve akciğer kanseri hastalarının %47-86'sında sık görülen bir semptomdur. Kanser hastalarında öksürük görülme oranları küçük hücreli akciğer kanserinde %80, küçük hücreli dışı akciğer kanserinde %70, kolon kanserinde %22, prostat kanserinde %26, over kanserinde %28 ve meme kanserinde %37'dir.[27]

Fizyopatoloji

Öksürük reseptörleri en yaygın trakeobronşiyal ağaçta olmakla birlikte larinks, trakea ve ana bronşlarda da bulunmaktadır. Bu reseptörler ayrıca burun, farinks, paranazal sinüs, kulaklar, plevra, diyafram ve perikardta bulunur. Öksürük reseptörleri mekanik uyaran (basınç, deformasyon, dokunma) ve kimyasal uyaran (duman, mukus, endojen kimyasal aracılar) tarafından uyarılır. İmpulslar, vagus sinirinden köken alan laringeal sinirler yoluyla afferent nöral yol üzerinden beynin medullasına gider. Efferent nöral yol, serebral korteks ve medulladan vagus siniri ve superior laringeal sinirler yoluyla glottis, dış interkostal kaslar, diyafram ve diğer inspiratuar ve ekspiratuar kaslara iletilen sinyallerle başlar. Öksürüğün mekanizması Şekil 1' de verilmiştir.[23]

Şekil 1. Öksürük oluşum mekanizması [a]



[a] David C. Management of chronic cough in palliative care . Always a challenge. 2016;36(36):10-6 kaynağından uyarlanmıştır. [23]

Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Palyatif bakımda, plevral veya perikardiyal efüzyon, bronkoplevral fistül, lenfanjit karsinomatoza veya superior vena kava tıkanıklığı gibi öksürüğe neden olan pek çok neden olabilir. Plevral efüzyonda, kuru öksürüğün gelişim süreci tam anlaşılamamış olsa da öksürük refleksinin akciğerlerde artmış olan sıvının uyguladığı basınç nedeniyle karşı bronş duvarlarına meydana gelen temas sonucunda uyarabileceği düşünülmektedir. Ayrıca öksürük refleksinin gelişimi ACE inhibitörlerinin kullanımı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Radyoterapi ilişkili inatçı öksürük ise tedavi sonrası hastalarda oluşan pulmoner fibrozis ile ilişkilidir.[23] Öksürüğü tetikleyen farklı etiyolojik nedenler vardır.[23,28] (Şekil 2)

Şekil 2. Öksürüğü Tetikleyen Nedenler[a]



[a] David C. Management of chronic cough in palliative care. Always a challenge. 2016;36(36):10-6; Kartaloğlu Z, Okutan O, İlvan A. Öksürük. 2001; 49 (4):525-39 kaynaklarından uyarlanmıştır.23, 28

Tanılama

Öksürüğün değerlendirilmesi klinik yaklaşım iyi bir öykü alma başlamalıdır. Özellikle hastanın ACE-I kullanıp kullanmadığı mutlaka sorgulanmalıdır.[24] (Şekil 3)

Hastanın Hikayesi

Öksürüğün nedenini saptamak için, öksürüğün prodüktif olup olmadığı, öksürüğü neyin tetiklediği, öksürük ataklarının zamanı (gündüz veya gece), hastanın kullandığı ilaçlar (örn., anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri) ve eşzamanlı kronik hastalıkların varlığı aşağıda yer alan sorular hastaya sorularak sorgulanmalıdır.[27]

- Öksürük geceleri mi yoksa gündüzleri mi daha şiddetli?
- Sabahın ilk öksürüğü ne zaman başlıyor?
- Öksürüğü arttıran azaltan faktörler neler?
- Öksürük yemekten sonra artıyor mu?
- Bir öksürük nöbetinden sonra sesiniz kısılıyor mu?
- Öksürük pozisyon değişikliği, eğilme, yatma gibi durumlarda şiddetleniyor mu?
- Ağzınızda metalik bir tat var mı?
- Balgam çıkarıyor musunuz?
- Hiç hırıltı duyuyor musunuz?[24]

Radyolojik Bulgular

Öksürüğün altında yatan neden ya da nedenlerinin belirlenmesinde göğüs grafisinin ya da bilgisayarlı tomografi (BT)'nin çekilmesi önemlidir.

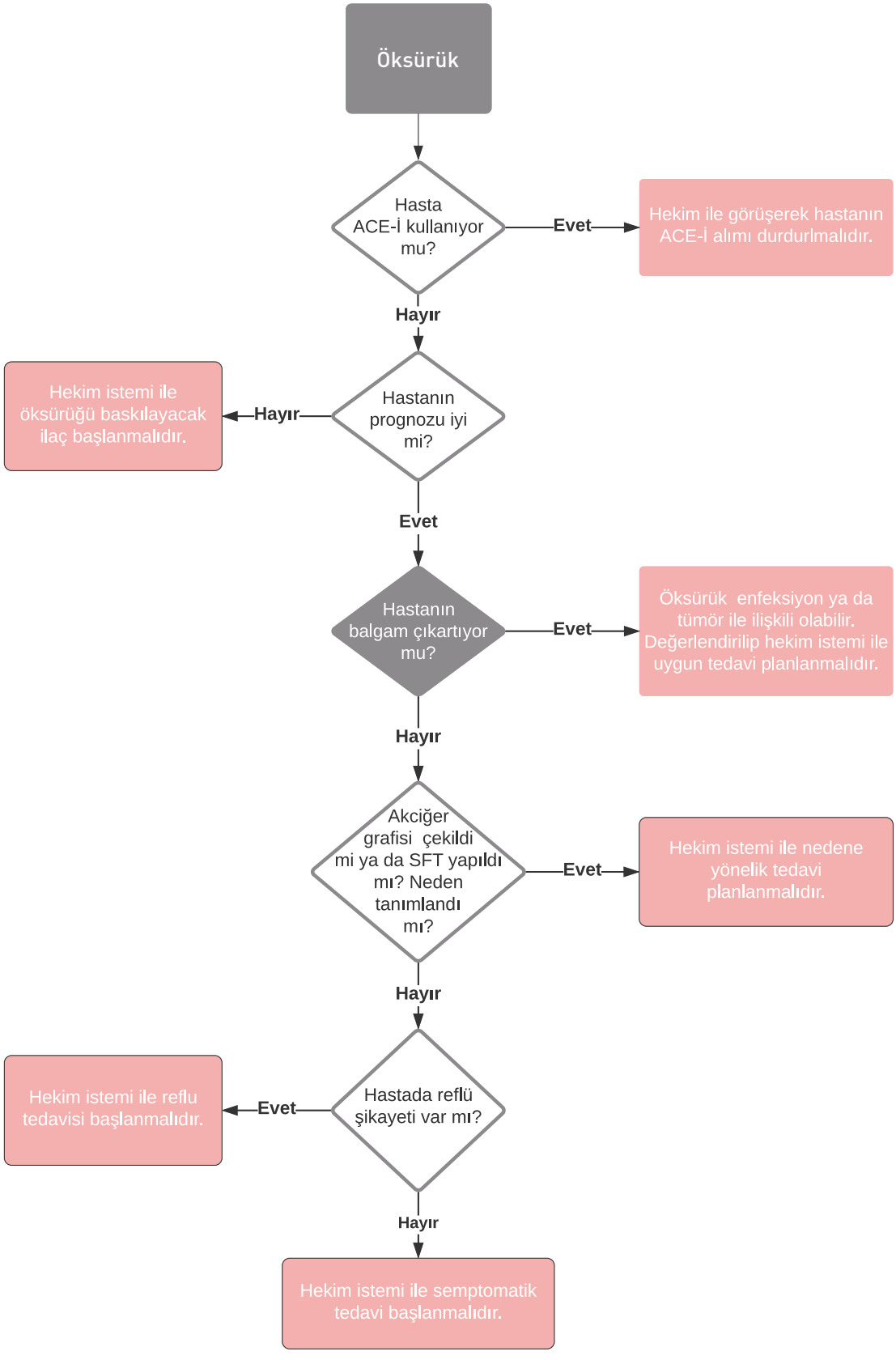
Radyolojik görüntülerde bronşlarda obstrüksyon, plevral veya perikardiyal efüzyon, atelektazi, pnömoni, bronkoplevral veya bronkoözofageal fistül, lenfanjitik karsinomatozis, superior vena kava obstrüksiyonu veya tedaviye bağlı pnömonit gibi öksürüğü tetikleyebilen pek çok neden rahatlıkla saptanabilir ve saptanan nedene yönelik girişimler planlanarak öksürük etkin bir şekilde yönetilebilir.[27]

Ölçekler

Öksürüğün yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek için Öksürüğe Özgü Yaşam Kalitesi Anketi (Cough-Specific Quality-Of-Life Questionnaire - CQLQ), Leicester Öksürük Anketi (Leicester Cough Questionnaire - LCQ), Kronik Öksürük Etki Anketi (Chronic Cough İmpact Questionnaire - CCIQ) ve Öksürüğe Özgü Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (Cough-Specific Health Related Quality Of Life - HRQL) pek çok araç geliştirilmiştir.

Bu değerlendirme araçları genellikle klinik çalışmalarda kullanılır, pratikte kullanımı yoktur.

Şekil 3. Öksürüğün Değerlendirilmesi[a]



[a] Fathi H, Morice AH. Cough in palliative care. Prog Palliat Care. 2008;16(1):31-7 kaynağından uyarlanmıştır.[24]

Yönetimi

Kansere bağlı öksürüğün yönetiminde radyoterapi ya da brakiterapi uygulaması ve obstrüksiyona bağlı öksürüğün yönetiminde stent uygulaması öksürüğün rahatlamasını sağlayabilir. Torasentez, plöredez ile göğüs tüpü drenajı veya tünelli kalıcı plevral kateter uygulaması plevral efüzyon ile ilişkili öksürük ve dispneyi azaltabilir. Sıvı alımının, odada nem oranın arttırılması ve mukolitik tedavinin başlanması, özellikle KOAH'lı hastalarda sekresyonların mobilizasyonuna yardımcı olarak öksürük ataklarının azalmasına katkıda bulunabilir. Her gün yüz maskesi ile 45 dakikalık pozitif ekspiratuar sonu basınç uygulaması, öksürüğü ve nefes darlığını azaltabilir.[27]

Farmakolojik Tedavi

Öksürük, aspirasyonu önleyen hayati bir koruyucu reflekstir. Ancak artık yararlı olmadığı veya ağrıya neden olduğu ve hastayı yorduğu durumlarda öksürüğün baskılanması gerekebilir.[27]

Opioidler

Opioid analjezikler klinik kullanımda en etkili antitussif ilaçlardır. Beyin sapındaki "öksürük merkezini" baskılayarak etki ederler.[29] Öksürük baskılamak için kodein, dekstrometorfan ve morfin yaygın kullanılan opioidlerdir. Dekstrometorfan, öksürüğün yoğunluğunu kodeinden daha iyi kontrol eder. Sürekli salınan morfin, öksürük şiddetini %40 oranında azaltır.[27]

Kodein (metilmorfin), zayıf bir opioid'tir ve kullanımı hafif öksürüklerde tercih edilebilir. Bronşiyollerde balgam artışını azaltır ve siliyer aktiviteyi engeller. Dekstrometorfan (μ-reseptör ve sigma-1-reseptör agonisti, seçici olmayan serotonin alım inhibitörü dahil birçok etkiye sahip bir ilaç) ve pholcodine (zayıf analjezik etkileri olan μ-reseptör agonisti) kodeinden daha az yan etkiye sahiptir. Solunum depresyonu, tüm merkezi etkili öksürük baskılayıcılar için bir risktir. Morfin, öksürüğün sık görüldüğü akciğer kanseri vakalarında kullanılır.[29]

Proton pompası inhibitörleri

Proton pompası inhibitörleri, gastrik reflünün neden olduğu öksürüğü azalttığı bildirilmiştir.[27]

Kortikosteroidler

Prednizon, bronkospazm ya da diyafragma hasarıyla ilişkili öksürüğün yönetiminde etkilidir. Yaşam sonu bakım alan hastalarda, kolinerjik inhibitör olan glikopirolat sekresyonları ve ölüm hırıltılarını azaltabilir. Glikopirolat, merkezi sinir sistemine geçmeyen bir kuaterner skopolamin türevidir, böylece antikolinerjik kaynaklı bilişsel işlev bozukluğunu veya deliryumu önler. Diğer alternatif tedaviler ise, inhale ipratropium veya dil üzerine damlatılan skopolamin oftalmik solüsyonudur.[27]

Ekspektoranlar

Aşırı sekresyon birikimi olan hastalarda, ekspektoranlar (balgam söktürücüler) mukusun yoğunluğunu azaltarak atılmasını kolaylaştırabilir. Hasta susuz kalmışsa, bu ilaçların etkinliği azalabilir. Bu nedenle ekspektoran kullanan hastalarda sıvı alımı da düzenlenmelidir. ALS gibi mukusu atılmasını engelleyecek nöromüsküler hastalığı olan hastalarda ekspektoranlar dikkatli kullanılmalıdır.

Plevral Effüzyon

Tanım

Genellikle visseral ve pariyetal plevral tabaka arasında yer alan plevral boşlukta yaklaşık 20 ml sıvı bulunur. Nefes alırken kayganlık sağlayan bu sıvı parietal plevradan salgılanarak ve lenfatik sistem yoluyla visseral plevra tarafından emilir ve hacmi dengede tutulur. Bazı hastalıklarda bu denge bozulur ve plevral boşlukta anormal sıvı artışı olur. Plevral efüzyon, visseral ve pariyetal plevral tabaka arasında yer alan plevral boşlukta anormal sıvı toplanmasıdır. Plevral efüzyonun varlığını düşündüren semptomlar nefes darlığı, öksürük (bazen kuru öksürük), göğüste rahatsızlık hissi ve plöritik ağrıdır. Efüzyonun şiddetine bağlı olarak hastalar aktivite sırasında veya istirahatte nefes darlığı hissedebilirler. Ayrıca yorgunluk ve göğüste sıkışma hissi yaşayabilir. Plevral boşlukta sıvı birikimi az ise hasta asemptomatik olabilir ve efüzyon varlığı sadece rutin göğüs grafisinde saptanabilir. Ancak bazı hastalarda altta yatan nedene bağlı olarak semptomlar yavaş yavaş ya da ani başlayabilir.[4]

İnsidans

Tüm plevral efüzyonların %50-75'ini malign plevral efüzyonlar oluşturur. Malign plevral efüzyon ileri evre kanser hastaların yaklaşık %15'inde mevcuttur. Metastatik tümörlerin %50-65'ini de plevral efüzyonun eşlik ettiği akciğer ve meme kanserleri oluşturmaktadır. Malign mezotelyoma tanısı olan hastaların yaklaşık %95'inde plevral efüzyon gelişmektedir.[4]

Fizyopatoloji

Visseral ve pariyetal plevral tabaka arasında toplanan plevral sıvı pariyetal plevradan salgılanır ve lenfatik sistem yoluyla visseral plevra tarafından emilerek hacmi dengede tutulur. Normal şartlarda plevral boşluktan her gün 10 litreye kadar düşük proteinli sıvı akar. Sıvı yalnızca serum albümin azalması ile onkotik basınç düştüğünde veya lenfatik sistemde basınç arttığında bu alanda birikir.[4] Ayrıca özellikle akciğer kanseri ve akciğer kanseri dışında meme, kolon, prostat gibi bazı kanserler de plevraya metastaz yapabilir. Ayrıca metastaz nedeniyle tümörün pulmoner artere invaze olması da lenfatik drenajı bozarak plevral efüzyonun gelişimine katkıda bulunabilir. Tümör invazyonuna bağlı oluşan inflamatuar cevap mikrovasküler permeabilitenin artmasına neden olup plevral alanda sıvı birikimini tetikleyebilir.[30]

Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Plevral boşluğa yakın herhangi bir organdan kaynaklanan veya metastaz yapma özelliği olan tüm tümörler plevral efüzyona neden olabilirler. En sık akciğer kanserinde gelişen plevral efüzyon, metastatik meme kanserinde, metastatik jinekolojik kanserlerde, lenfomada ve mezotelyomada da saptanabilir.[30] Ayrıca paramalign plevral efüzyona olarak da isimlendirilen, tümörün direk etkisi ile değil indirek etkisi ile plevral efüzyon gelişebilir.

Tümörün neden olduğu lenfatik veya bronşiyal obstrüksiyon, pnömoni ve atelektazi, vena kava superior sendromu, pulmoner emboli, hipoalbuminemi, radyoterapi ve kemoterapi de plevral efüzyonun gelişimine katkıda bulunabilir.[30,31]

Tanılama

Plevral efüzyonun tanılanmasında fiziksel muayene ve hasta öyküsünün de dahil olduğu kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır. Plevral efüzyonu tanımlamak için en yaygın görüntüleme tekniği akciğer grafisi'dir. Tanıda kullanılan diğer bir yöntem ise göğüs ultrasonografisi (USG)'dir. Ayrıca tanıyı kolaylaştırmak ve yapılacak olan torasentezin komplikasyonlarını azaltmak için göğüs ultrasonunun ponksiyonu yapacak olan hekim tarafından yapılması önerilmektedir. Tanıda USG, akciğer grafisinden daha duyarlıdır, septayı belirlemede bilgisayarlı tomografiden (BT) daha iyidir. BT ayrıca ponksiyon veya biyopsi için plevral efüzyonun yerinin belirlenmesi, plevral yüzeyin özelliklerini veya torakoskopi için giriş noktasının belirlenmesi için rehberlik eder. Göğüs BT, plevral efüzyonda maligniteyi ve biyopsi için uygun alanları belirlemek için kullanışlı olabilir. Abdominal BT, plevral efüzyona neden olan infradiyafragmatik patolojileri ekarte etmek için kullanılır.[32]

Yönetimi

Torasentez, plöredez, plöredez ile göğüs tüpü uygulama, video destekli torakoskopik cerrahi (Video Assisted Thoracoscopic Surgery – VATS) plevral efüzyonun yönetiminde sık kullanılan yaklaşımlardır.

Torasentez

Torasentez, plevral sıvının göğüs duvarından iğne veya küçük çaplı yumuşak uçlu kateter ile boşaltıldığı bir perkütan prosedürdür. Torasentez sırasında plevral boşluktan sıvı tanı için alınıyorsa yaklaşık 250 mL sıvının çekilmesi yeterli iken, tedavi amacı ile alınıyorsa çekilen sıvı miktarı 1.500 mL'ye kadar ulaşabilir. Torasentez uygulaması anestezi uygulaması ya da özel bir izlem gerektirmez. Bu nedenle ayakta tedavi ortamında kolayca yapılabilir ve yüksek miktarda plevral sıvının boşaltılmasına imkân sağladığı için tercih edilen bir yöntemdir. Efüzyonu olan hastalarda, torasentez ile plevral sıvı boşaltıldığında hastaların dispne ve/veya ağrı şikayetinin anında azaldığı pek çalışmada gösterilmiştir. Basit torasentezin dezavantajı, plevral sıvı birikiminin tekrarlamasını önlemede etkili olmaması ve bu nedenle geçici bir çözüm olarak görülmesidir.[31]

Plöredez ile Göğüs Tüpü Uygulama

Göğüs tüpü uygulamasının primer amacı, visseral/pariyetal boşluğu kapatmak ve sıvının birikmesini önlemek için uygulanan sklerozan ajanı damlatılmadan önce, plevral boşluğu boşaltmaktır. Bu uygulamanın plevral efüzyon ile ilişkili dispnenin gelişimini önlemede ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirmede etkili bir yaklaşım olduğu farklı çalışmalarda bildirilmiştir.[31]

Plöredez

Plöredez, kimyasal bir ajanın intraplevral uygulanmasıdır. Plöredez uygulamasında sıklıkla talk, doksisiklin, tetrasiklin ve bleomisin kullanılmaktadır.

Video Destekli Torakoskopik Cerrahi

Bilinçli sedasyon ya da lokal anestezi altında gerçekleştirilen tıbbi torakoskopi ya da plöroskopi hastaya lateral pozisyonda, dördüncü ve yedinci kaburgalar arasında yer alan midaksiller hattan plevral boşluğa bir veya daha fazla trokarın yerleştirildiği bir işlemdir. Video destekli torakoskopik cerrahi ise, daha büyük trokarlar kullanılarak genel anestezi altında ameliyathanede yapılır. Bu yaklaşımın göğüs tüpü drenajına göre avantajları, drenajının gerçekleşebilmesi, plevral boşluğun görüntülenebilmesi, plevral biyopsilerin alınabilmesi ve göğüs tüpü yerleştirilmeden önce sklerozan ajanın verilebilmesidir.[31]

Hemşirelik Bakımı

Plevral efüzyonun hemşirelik bakımında kanama bulgularının, artan nefes darlığının ve enfeksiyon bulgularının izlenmesi önemlidir. Solunum hızı ve derinliğinde meydana gelen değişiklikler, efüzyonun yeniden biriktiğini gösterebilir. Ayrıca hem efüzyon varlığında hem de tedavi işlemleri sırasında ağrının etkin bir şekilde yönetilmesi, gereksinime göre opioid analjeziklerin kullanımı ile ilgili hekimi ile iş birliği yapılması önemlidir. Hastalar torasentez uygulamasından önce anksiyete, işlem sırasında ağrı yaşayabilirler. Hastalara torasentez öncesi hekim istemine uygun analjezik tedavi uygulanmalı, gereksinime göre anksiyolitik başlanmalıdır ve hasta ve ailesine torasentez uygulaması konusunda yeterli bilgi verilmelidir.

Oksijen tedavisi, hipokseminin iyileşmesine, kalp ve akciğerlerin iş yükünü azalmasına ve hastaların genel yaşam kalitesinin iyileşmesine destek olabilir. Dispneyi kontrol altına almak için hastaya fan kullanması, etkin solunumu sağlayacak pozisyon alması ve nefes egzersizleri uygulaması önerilebilir. Yorgunluğun yönetiminde sadece hastalara yönelik değil, bakım verenlere yönelik de enerjinin doğru kullanımı ile ilgili planlamalar yapılabilir. Beslenme ihtiyaçlarını karşılamak için hastaya kalori değeri yüksek, yutması kolay, sık aralıklarla küçük öğün şeklinde gıda alması önerilebilir.[4]

Solunum Sistemi Şikayetleri ile İlişkili Anksiyete ve Depresyon

Palyatif bakım ortamına giren hastalarının yaşam kalitesi belirsizlikten etkilenerek birçok psikolojik problemlere yol açabilir. Psikolojik problemler, fiziksel gerileme ve semptomların kötüleşmesiyle birlikte ilerleyebilir.[33] Palyatif bakım hastalarında özellikle anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir.[34] Yapılan bir sistematik derlemede palyatif bakım hastalarının %50'sinde anksiyete görüldüğü bildirilmiştir.[35]

Solunum sistemi ile ilişkili şikayetler hastalar üzerinde yoğun korku, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik, artan bağımlılık düzeyleri, ölüm korkusu ve şiddetli anksiyete ve depresyon gibi önemli olumsuz etkilere neden olabilir. Özellikle dispnesi olan palyatif bakım hastalarında anksiyete sıklıkla görülen ve yönetilmesi gereken bir semptomdur. Çünkü insanlar nefes almak için yaratılmıştır ve boğulmaktan kaçınma, rahat nefes almaya devam etme gibi duygular insanın kendini koruma iç güdüsüdür.[36]

Yapılan çalışmalar dispne hissinin hastaların yaşadığı en kötü semptom olarak algıladıklarını, dispneli bireylerin sıkıntı içinde yaşadıklarını ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede kısıtlamalarla karşılaştıklarını göstermektedir.[37,38] Tüm bu biyopsikososyal sorunlar hastaların anksiyete ve depresyon yaşamasına neden olabilir.

Literatürde dispne krizi aşırı şekilde hava ihtiyacı dışında hiçbir şeyin önemli olmadığı felç edici bir deneyim olarak tanımlanmıştır.[39] Ayrıca dispne krizi ve buna bağlı olarak gelişen boğulma algısı kronik dispnesi olan hastaların ölüm anksiyetesi yaşamasına da neden olabilir. İkinci olarak da, anksiyete hiperventilasyona neden olarak dispnenin kötüleşmesine ve vücudun metabolik ihtiyaçlarından bağımsız bir şekilde nefes alma yükünün artmasına neden olacaktır.[40]

Solunum sistemi ile ilişkili şikayetleri olan palyatif bakım hastalarında tüm bu nedenlerden dolayı fiziksel bakım ve tıbbi tedavi hastalar için tek başına yeterli değildir. Hastalara bunlara ek olarak detaylı bir psikolojik muayene yapılmalıdır. Burada kliniklerde çalışan hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir. Kısa günlük değerlendirme formları, anksiyete ve depresyon ilişkili risk faktörlerinin değerlendirilmesinin yanı sıra rutin takip formları oluşturulmalıdır. Kronik dispne yaşayan ve yaşam kalitesi düşen hastalar Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisine yönlendirilebilir.[41]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Fukushi I, Pokorski M, Okada Y. Mechanisms underlying the sensation of dyspnea. *Respir Investig* [Internet]. 2021;59(1):66-80. [Crossref]
2. Bausewein C, Simon ST. Shortness of breath and cough in patients in palliative care. *Dtsch Arztebl Int*. 2013;110(33-34):563-72. [Crossref]
3. Schroder CD, Dudgeon DJ. Dyspnea. In: Emanuel LL, Librach SL, Alexander CS, editors. *Palliative Care : Core Skills and Clinical Competencies*. 2nd ed. Sounders Elseiver; 2011. p. 196-212. [Crossref]
4. Arber A, Clackson C, Dar S. Malignant pleural effusion in the palliative care setting. *Int J Palliat Nurs*. 2013;19(7):320-5. [Crossref]
5. Budhwar N, Physician ZS-AF, 2020 undefined. *Chronic Dyspnea: Diagnosis and Evaluation*. aafp.org [Internet]. [cited 2022 Mar 18]; https://www.aafp.org/afp/2020/0501/p542.html
6. Crombeen AM, Lilly EJ. Management of dyspnea in palliative care. *Curr Oncol*. 2020;27(3):142-5. [Crossref]
7. Ekström M, Johnson MJ, Schiöler L, Kaasa S, Hjermstad MJ, Currow DC. Who experiences higher and increasing breathlessness in advanced cancer? The longitudinal EPCCS Study. *Support Care Cancer* [Internet]. 2016;24(9):3803-11. Available from: [Crossref]
8. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. 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. [Crossref]
9. Pisani L, Hill NS, Pacilli AMG, Polastri M, Nava S. Management of Dyspnea in the Terminally Ill. *Chest* [Internet]. 2018;154(4):925-34. [Crossref]
10. Kuzniar TJ. Assessment of dyspnoea. *BMJ Best Practice*. 2018.
11. Coccia CBI, Palkowski GH, Schweitzer B, Motsohi T, Ntusi NAB. Dyspnoea: Pathophysiology and a clinical approach. *South African Med J*. 2016;106(1):32-6. [Crossref]
12. Mondor EE. Assesment of Respiratory System. In: Lewis SL, Bucher L, Heitkemper MM, Harding MM, editors. *Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*. 10th ed. Elseiver; 2017. p. 453-74.
13. Aygencel G. Arter Kan Gazlarinin Yorumlanmasi. *Turk Kardiyol Dern Ars*. 2014;42(2):194-202. [Crossref]
14. Ulubay G, Dilektaşlı AG, Börekçi Ş, Yıldız Ö, Kıyan E, Gemicioğlu B, et al. Turkish thoracic society consensus report: Interpretation of spirometry. *Turkish Thorac J*. 2019;20(1):69-89. [Crossref]
15. Kara D, Yildiz H. Dispne Semptomunun Değerlendirilmesinde Dispne Ölçeklerinin Etkinlikleri Ve Kullanım Sıklıkları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*. 2013;2(1):141.
16. Gök Metin Z, Arikan Dönmez A. Dyspnea management in patients with cancer. *Turk Onkol Derg*. 2016;31(2):61-7. [Crossref]
17. Watson JS. Non-pharmacological management of chronic breathlessness in stable chronic obstructive pulmonary disease. *Br J Community Nurs*. 2018;23(8):376-81. [Crossref]
18. Meriggi F. Dyspnea in Cancer Patients: A Well-Known and Neglected Symptom. *Rev Recent Clin Trials*. 2018;13(2):84-8. [Crossref]
19. Kloke M, Cherny N. Treatment of dyspnoea in advanced cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* [Internet]. 2015;26(July):v169-73. [Crossref]
20. Kocatepe V, Can G,. Dispne Yönetiminde El Fanının Etkisi. *Acıbadem üniveristesi sağlık bilimleri dergisi*. 2021;12(2):537-44. [Crossref]
21. Kocatepe V, Can G, Oruç Ö. Lung Cancer- Related Dyspnea *The effects of a handheld fan on management of symptoms*. 2021;25(6):1-7. [Crossref]
22. Mahler DA. Evaluation of Dyspnea in the Elderly. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2017;33(4):503-21: [Crossref]
23. David C. Management of chronic cough in palliative care . Always a challenge. 2016;36(36):10-6.
24. Fathi H, Morice AH. Cough in palliative care. *Prog Palliat Care*. 2008;16(1):31-7. [Crossref]
25. Wee B, Browning J, Adams A, Benson D, Howard P, Klepping G, et al. Management of chronic cough in patients receiving palliative care: Review of evidence and recommendations by a task group of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *Palliat Med*. 2012;26(6):780-7. [Crossref]
26. Morice AH, Shanks G. Pharmacology of cough in palliative care. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2017;11(3):147-51. [Crossref]
27. Davis M, Pennell N. The Role of Palliative Care in Lung Cancer. In: *The Role of Palliative Care in Lung Cancer* [Internet]. Second Edi. Elsevier Inc.; 2018. p. 608-619.e8. [Crossref]
28. Kartaloğlu Z, Okutan O, İlvan A. *Öksürük*. 2001;49(4):525-39.
29. Ritter JM, Flower R, Henderson G, Loke YK, MacEwan D, Rang HP. Respiratory system. In: Ritter JM, editor. *Rang & Dale's Pharmacology*. Ninth Edition. Elsevier; 2020. p. 371-81.
30. Yazkan R. Malign Plevral Efüzyon Ve Plörodezis: Hizli Bakiş. *Turkish J Clin Lab*. 2016;7(1):19-22. [Crossref]
31. Penz E, Watt KN, Hergott CA, Rahman NM, Psallidas I. Management of malignant pleural effusion: Challenges and solutions. *Cancer Manag Res*. 2017;9:229-41. [Crossref]
32. Villena Garrido V, Cases Viedma E, Fernández Villar A, de Pablo Gafas A, Pérez Rodríguez E, Porcel Pérez JM, et al. Recommendations of diagnosis and treatment of pleural effusion. Update. *Arch Bronconeumol*. 2014;50(6):235-49. [Crossref]
33. Sewtz C, Muscheites W, Grosse-Thie C, Kriesen U, Leithaeuser M, Glaeser D, ... Junghanss, C. Longitudinal observation of anxiety and depression among palliative care cancer patients. Annals of palliative medicine. 2021;10(4):3836846-3833846.
34. Bužgová R, Jarošová D, Hajnová E. Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care. Eur J Oncol Nurs. 2015;19:667-72.
35. Van Lancker A, Velghe A, Van Hecke A, Verbrugghe M, Van Den Noortgate N, Grypdonck M, Verhaeghe S, Bekkering G, Beeckman D. Preva-

lence of symptoms in older cancer patients receiving palliative care: a systematic review and meta-analysis. J Pain Symptom Manage. 2014;47(1):90–104
36. Booth S, & Johnson MJ. Improving the quality of life of people with advanced respiratory disease and severe breathlessness. Breathe. 2019;15(3):198-215.
37. Harris S. COPD and coping with breathlessness at home: a review of the literature. Br J Community Nurs. 2007;12:411–5.
38. Özalevli S, Uçan E. Comparison of the different Dyspnea Scales in chronic obstructive pulmonary disease. Toraks Dergisi. 2004;2:90–4.
39. Mularski RA, Reinke LF, Carrieri-Kohlman V, Fischer MD, Campbell ML, Rocker G, et al. An ofcial american thoracic society workshop report: assessment and palliative management of dyspnea crisis. Ann Am Thorac Soc. 2013;10(5):98–106.
40. Başoğlu M. Effective management of breathlessness: a review of potential human rights issues. European Respiratory Journal. 2017;49(5): 1602099
41. Kapısız Ö, & Eker F. Evaluation of the relationshipbetween the levels and perceptions of dyspnea and the levels of anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi. 2018; 9(2): 88-95

BÖLÜM 8
KARDİYOVASKÜLER SİSTEM ŞİKAYETLERİ

Hilal UYSAL

DOI: 10.5152/1808

Kardiyovasküler Sistem Şikayetleri

Cardiovascular System Complaints

BÖLÜM HAKKINDA

Palyatif bakım hastalarında sıklıkla karşılaşılan kardiyovasküler sorunlar derin ven trombozu ve lenfödemdir. Lenfödemde, lenf drenajının engellenmesi, interstisyel dokulardan gelen sıvı ve protein moleküllerinin dolaşıma dönmesini engeller. Derin ven trombozu, etkin bir şekilde tedavi edilmez ise hastanın yaşamını tehdit edebilen önemli bir sağlık sorunudur. Derin ven trombozu olan hastada ekstemitede tek taraflı ödem, ağrı, cilt ısında artış, eritem ve vücut sıcaklığında 38°C'nin üstünde artış olması gibi belirtiler görülebilir. Derin ven trombozunu önlemek için aktif olunması, sağlıklı kiloda olunması, bol sıvı tüketilmesi, kompresyon çorabı giyilmesi faydalı olabilir. Derin ven trombozunun farmakolojik olmayan tedavisinde önerilen basınçlı elastik çorap ya da aralıklı pnömotik kompresyon mekanik tromboprofilaksi sağlamak için önemli bir uygulamadır. Hasta ve yakınlarının antikoagülan tedavi uygulamalarını zamanında ve doğru dozda uygulamaları ve olabilecek komplikasyonlar hakkında ve kullanılan aralıklı kompresyon cihazının yan etkileri hakkında bilgilendirilmeleri önemlidir.

Anahtar kelimeler: Derin ven trombozu, lenf ödem, elastik çorap, kompresyon çorabı, venöz yetersizlik

ABOUT the CHAPTER

Cardiovascular problems frequently encountered in palliative care patients are deep vein thrombosis and lymphedema. In lymphedema, obstruction of lymph drainage prevents fluid and protein molecules from interstitial tissues from returning to the circulation. Deep vein thrombosis is an important health problem that can threaten the patient's life if not treated effectively. A patient with deep vein thrombosis may experience symptoms such as unilateral edema in the extremity, pain, increased skin temperature, erythema, and an increase in body temperature above 38°C. To prevent deep vein thrombosis, it may be beneficial to be active, maintain a healthy weight, drink plenty of fluids, and wear compression stockings. Pressurized elastic stockings or intermittent pneumatic compression, which are recommended in the non-pharmacological treatment of deep vein thrombosis, are important practices to provide mechanical thromboprophylaxis. It is important that patients and their relatives apply anticoagulant treatment on time and in the correct dose, and be informed about possible complications and the side effects of the intermittent compression device used.

Keywords: Deep vein thrombosis, lymphedema, elastic socks, compression stockings, venous insufficiency.

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenciler:

1. Derin ven trombozunu ve lenfödemi tanımlar ve risk faktörlerini açıklar.
2. Derin ven trombozunun ve lenfödemin yönetiminde kullanılan farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımları açıklar.
3. Derin ven trombozunu ve lenfödeminin yönetiminde hasta eğitimini planlar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Venöz tromemboli:** Toplardamardaki kanın geri akışını etkileyen vena kavadaki anormal kan pıhtılaşmasıdır.

2. **Pozitif Homans belirtisi:** Bacak kaldırıldığında ayağın zorlu dorsifleksiyonu ile baldırda ağrı olması derin ven trombozu belirtisidir.

3. **Wirchow triadı:** Venöz staz, hiperkoagülabilite ve damar duvarı hasarı olarak adlandırılan, derin ven trombozu oluşumunda etkili üç faktördür.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Hilal Uysal

Bartın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Bartın, Türkiye

E-posta: hilaluysal@gmail.com

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Uysal H. Kardiyovasküler Sistem Şikayetleri. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 71-81.

4. **Basınçlı elastik çorap:** Elastik basınçla ayak, ayak bileği ve uyluk bölgesini sararak kademeli olarak basıncın azalmasını sağlayan farmakolojik olmayan mekanik tedavi yöntemidir.

5. **Pnömatik basınç cihazları:** Bacak etrafında pnömatik basınç ile hemodinamiği etkileyerek venöz stazı önler, mekanik etki ile venöz drenajı artırır.

6. **Kronik venöz yetersizlik:** Yetersiz venöz dönüş, venöz kan basıncında artış sonucunda lenfödem oluşmasına neden olan bir risk faktörüdür.

Giriş

Palyatif bakım hastalarında sıklıkla karşılaşılan kardiyovasküler sorunlar derin ven trombozu ve lenfödemdir.

Derin ven trombozu, venlerde pıhtı oluşumudur.[1] Etkilenen bölgede ödem, ağrı, cilt ısında artış ve eritem varlığını gösteren tipik bulgulardır. Bazı hastalarda vücut sıcaklığı 38°C'nin üzerine çıkabilir. Sıklıkla alt ekstremitede gelişir, özellikle de baldırda ağrı ve kramp ile kendini belli eder.[2]

Derin ven trombozu şüphesi olan hastalarda detaylı sağlık hikayesinin alınması, kapsamlı fiziksel muayenenin yapılması, tam kan sayımı, protrombin zamanı (PT), aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT), karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinin değerlendirmesi önemlidir. Doppler venöz ultrasonografi varlığının saptanmasında kullanılan temel yaklaşımıdır.[3] Derin ven trombozunun tedavisi, derin ven trombozu ile ilişkili semptomları gidermeye, trombozun ilerlemesini ve tekrarlamasını önlemeye ve dolaşımı iyileştirmeye yönelik planlanır.[4] Tedavide, kan dolaşımını sağlayarak emboliyi ve yaşamı tehtid eden komplikasyonları önlemek önemlidir.[5] Derin ven trombozu gelişme riskini azaltmada erken mobilizasyon etkli yaklaşımdır.[6]

Lenfödem, lenfatik sıvının interstisyel dokuda birikmesidir. Genellikle kollarda ya da bacaklarda ve bazen de vücudun diğer bölgelerinde herhangi bir nedenle lenfatik dolaşım bozulması sonucunda gelişir.[7]

Lenfödemin yönetiminde gelişiminde rol oynayan nedenin tanımlanması, tipi ve evresi belirlenmesi önemlidir. Hastanın sağlık hikayesi alınmalı ve kapsamlı fiziksel muayenesi yapılmalıdır.[8,9] Lenfödemde deri elastikiyetini kaybettiği için dış destek kullanılarak dokunun hidrostatik basıncı korunmalıdır. Bandaj sargı uygulaması elastikiyetini kaybetmiş dokulara destek sağlayarak, aktivite sırasında lenfatik dolaşımı artırır. Lenfatik akışı arttırmada kullanılan diğer yaklaşım ise manuel lenfatik drenajdır.[10]

Hem derin ven trombozu hem de lenfödem palyatif bakım hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen iki önemli kardiyovasküler sorundur.

Derin Ven Trombozu

Derin ven trombozu, venlerde pıhtı oluşumudur.[1] Derin ven trombozu, etkin bir şekilde tedavi edilmez ise hastanın yaşamını tehtid edebilen önemli bir sağlık sorunudur. Dünyada ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır, hastane ölümlerinin %10'undan sorumludur.[11]

İnsidans

Venöz tromboemboli insidansı yaşla birlikte artar.[12] Her 1000 yetişkinden birinde gelişebilir. Yaş, hareket kısıtlılığı ve eşzamanlı kronik hastalık/-ların varlığı gelişme riskini daha da arttırabilir.[13,14] Diğer hasta grupları ile kıyaslandığında, cerrahi tedavi sonrası derin ven trombozu gelişme riski kanser hastalarında yüksek.[15]

Fizyopatoloji

En sık görülen venöz tromboembolik komplikasyon derin ven trombozudur.[16] "Wirchow triadı" olarak adlandırılan üç temel etken olan; venöz staz, hiperkoagülabilite ve damar duvarı hasarı kanın pıhtılaşmasında etkili olmaktadır.[4] Uzun süreli yatak istirahati, obezite, atriyal fibrilasyon venöz stazı arttıran başlıca nedenler. Faktör V mutasyonu, homosistinüri, protein C veya S eksikliği, gebelik, ameliyat, malignite, hiperlipidemi hiperkoagülabilite gelişimi ile ilişkilidir. Damar duvarı hasarını arttıran önemli nedenler ise, cerrahi operasyon, intravenöz ilaç kullanımı ve kalıcı venöz kateter uygulamasıdır. Tüm bu durumlar derin ven trombozu gelişme riskini arttırmaktadır.[11]

Risk Faktörleri

Yatağa bağımlı olmak, ileri yaş, hareketsizlik, ailesel veya edinsel hiperkoagülabilite hikayesi, pıhtılaşma bozuklukları, venöz tromboemboli öyküsü ve beden kitle indeksinin 30 kg/m^2 üzerinde olması venöz tromboemboli riskini arttıran önemli nedenlerdir.[2,5] Obezite venöz tromboemboli riskini 2-3 kat artırır ve kilo arttıkça venöz tromboemboli olasılığı artar.[2,5]

Kanser hastalarında, ameliyat sırasında lenf bezlerinin çıkartılması, kemoterapi ve santral venöz kateter uygulaması venöz tromboemboli gelişme riskini arttırabilir.[5]

Benzer cerrahi tedavi uygulanan hastalarda postoperatif venöz tromboemboli riskinin kanser olmayan hastalara kıyasla kanser hastalarında üç kat, postoperatif fatal emboli gelişme riskinin kanser dışı cerrahi tedavi uygulananlara kıyasla kanser cerrahisi uygulanan hastalarda dört kat arttığı bildirilmiştir.[5]

Uzun süreli venöz kateter kullanımı da derin ven trombozunun gelişminde rol oynayan önemli bir risk faktörüdür.[17] Santral veya periferik kateter uygulanan hastalarda kateter etrafında ve kateter lümeni içinde fibrin birikimi, tromboflebit gelişebilir. Damar lümeninin daralması, bu alanda staz oluşumuna yol açarak tromboz gelişme riskini artırabilir.[18,19]

Önleme

Özellikle hastanelerde, uzun süreli yatak istirahati gerektiren hastalarda gelişme riski yüksek olan derin ven trombozunun önlenmesinde:

- Aktif olmak,
- Sağlıklı kiloda kalmak,
- Bol sıvı tüketmek,
- Yatağa bağımlı hastalarda, hekim istemi ile profilaktik antikoagülan tedavi başlamak ya da kompresyon çorabı giymek faydalı olabilir.

Klinik Belirti ve Bulgular

Derin ven trombozu gelişen çoğu hasta asemptomatiktir ya da atipik şikâyet ile kliniğe başvurabilir. Derin ven trombozu olan hastada ekstemitede tek taraflı ödem, ağrı, cilt ısında artış, eritem ve vücut sıcaklığında 38°C'nin üstünde artış olabilir veya olmayabilir. Alt ekstremitede, özellikle de baldırda ağrı ve kramp tipik semptomlardır. Bu semptomlar günler içinde yavaş yavaş artabilir, alt ekstremitelerde gode bırakan ödem ve siyanoz gelişebilir.

Fiziksel muayenede etkilenen ekstremitenin çapında artış [tek taraflı çap artışı, diğerine kıyasla >3 cm çap farkı, tek taraflı gode bırakan ödem ve yüzeyel venlerde dilatasyon tespit edilebilir. Ağrı derin ven trombozunun en önemli semptomları arasındadır. Alt ekstremitede derin ven trombozu gelişmiş olan hastalarda, popliteal alanda yer alan venlerde duyarlılık, dizin ekstansiyonu ile popliteal bölgede ağrı, ayağın dorsifleksiyonu ile baldırda ağrı (Homan's belirtisi) saptanabilir.[2,16] Pozitif Homans bulgusu (bacak kaldırıldığında ayağın zorlu dorsifleksiyonunda ağrı olması) klasik bir işarettir, ancak çok güvenilir olmayan bir işarettir ve sıklıkla yanlış pozitiftir.[6,20] Tansiyon aleti ile uylukta sistemik basıncın üzerinde basınç uygulandığında baldırda ağrı olması Löwenberg belirtisidir. Hastalığın erken tanısında önemli bir bulgu olarak ifade edilmektedir.[16] (Tablo 1).

Bazı hastalarda derin ven trombozuna bağlı pulmoner emboli gelişebilir. Göğüs ağrısı, nefes darlığı ve takipne pulmoner embolide en sık görülen bulgulardır.[20] Hemoptizi nadir olup ancak pulmoner infarktüs olgularında görülür. Portal ven, splenik ven ve superior mezenterik ven trombozları gibi intra-abdominal organların trombozlarında abdominal ağrı, asit ve hiperbilirubinemi gelişebilir.[20]

Tanı

Tanıda kullanılabilecek altın standart bir yaklaşım yoktur. Tanı klinik şüphe ile başlar. Derin ven trombozu şüphesi olan hastalarda; detaylı sağlık hikayesinin alınması, fiziksel muayene, tam kan sayımı, protrombin zamanı, aktive parsiyel tromboplastin zamanı, D-dimer, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinin değerlendirilmesi ve venöz dopler ultrasonografi, kontrast venografi, Manyetik rezonans görüntüleme (MR) gibi radyolojik değerlendirmenin yapılması önemlidir.[7,21]

Yönetimi

Farmakolojik Yaklaşımlar

Derin ven trombozunun tedavisinde amaç, trombüsü çözerek damar kan akımını sağlamak ve uzun dönem komplikasyonları önlemektir. Bu nedenle, antikoagülan tedaviye gecikmeden başlamak önemlidir.[5] Tedavide K vitamini antagonistleri (Warfarin), trombin inhibitörleri ve faktör Xa inhibitörleri [Fondaparinuks (Arixtra), Rivaroksaban (Xarelto)] kullanılmaktadır. Standart akut venöz tromboemboli tedavisi, fraksiyone olmamış (standart) heparin (SH) ya da düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) ile başlar, takiben uzun dönemde tromboembolinin tekrarını önlemek için warfarin türevleri ile tedaviye devam edilir.[7,21] Antikoagülasyon düzeyi, günlük INR (uluslararası normalleştirilmiş oran) takibi yapılarak izlenir.[6,7,21]

Antikoagülan tedavi uygulanan hastalarda aşağıdaki hemşirelik girişimleri doğru ve eksiksiz olarak uygulanmalıdır:

1. Antikoagülan tedavi sırasında, kanama bulguları olup olmadığı değerlendirilmelidir.
2. Yoğun kanamayı kontrol altına almak için standart heparin antagonisti olan protamin sülfatı hazır bulundurulmalıdır.
3. Hematemez, hematüri, diş eti kanaması veya açıklanamayan karın, sırt ağrısı gibi kanama bulguları hemen bildirilmelidir.
4. DMAH'ler derin subkutan enjeksiyonla uygulanmalıdır; karın bölgeleri tercih edilmelidir. Göbeğin 5 cm yakınına enjeksiyon yapmaktan kaçınılmalıdır. Enjektörü aspire etmekten veya bölgeye masaj yapmaktan kaçınılmalıdır.
5. Çoklu ilaçlar warfarinin metabolizmasını ve protein bağlanmasını etkiler; tüm ilaçlar kaydedilmeli ve warfarin ile etkileşimleri değerlendirilmelidir.
6. Aşırı kanama durumunda warfarinin etkilerini tersine çevirmek için K vitamini bulundurulmalıdır. Warfarin dozu her gün aynı saatte uygulanmalı ve kanama olasılığını gösteren laboratuvar sonuçları (INR, PT, aPTT) izlenmelidir.[7,21]

Tablo 1. Derin Ven Trombozu Belirtileri ve Açıklamaları[a]

Homans belirtisi	Ayak dorsifleksiyonu ile baldırda ağrı olmasıdır.
Pratt belirtisi	Diz arkası bölgede hassasiyet olmasıdır.
Tschmarke belirtisi	Baldırı sıkma ile ağrı olmasıdır.
Ducuing belirtisi	Baldır ballotmanında ağrı olmasıdır.
Bisgard belirtisi	Ayak tabanına basma ile ağrı olmasıdır.
Payr belirtisi	Aşil tendonunu sıkma ile ağrı olmasıdır.
Neageli-Natis belirtisi	Öksürme esnasında bacakta ağrı veya yürüme esnasında baldırda kramp olmasıdır.
Löwenberg belirtisi	Tansiyon aleti ile uylukta sistemik basıncın üzerinde basınç uygulandığında hasta bacak baldırında ağrı olmasıdır. Löwenberg belirtisinin trombotik hastalığın erken tanınmasında önemi büyüktür. Sağlam bacağa 180-200 mmHg'lık basınç ağrı oluşumunu tetiklemez iken, venöz tromboz gelişmiş bacakta 150 mmHg ve hatta 100 mmHg'nın altında olan basınç uygulaması ağrıyı tetikleyebilir.

[a]Arseven O, Ekim N, Müzellim B, Oğuzülgen İK, Okumuş NG, Öngen G, Özsu S, Sevinç C, Topçu F, Uzun O, Yıldızeli B. *Türk toraks Derneği Pulmoner Tromboembolizm Tanı Ve Tedavi Uzlaşı Raporu*. Aves, İstanbul, 2015; Lee AYY, Levine MN. Venöz Tromboembolizm ve Kanser: Riskler ve Sonuçlar. Sirkülasyon. 2003; 107: I-17-I-21 kaynaklarından uyarlanmıştır.[2,16]

Non-Farmakolojik Yaklaşımlar

Derin ventrombozu gelişme riski yüksek olan hastalarda non-farmakolojik yaklaşımlar farmakolojik tedaviye ek olarak uygulanmaktadır.[22,23] Yüksek riskli hastalarda basınçlı elastik çorap (anti-emboli çorabı veya varis çorabı diye de bilinmektedir), basınç cihazları, pnömatik venöz basınç cihazları kullanılabilir.[16,24,25]

Basınçlı Elastik Çorap

Farmakolojik olmayan tedavi olarak bilinen mekanik yöntemler arasında bulunan basınçlı elastik çorap ya da aralıklı pnömotik kompresyon ile mekanik tromboprofilaksi önerilmektedir. Derin ven trombozu tanısından bir ay sonra başlayarak 2 yıl süreyle 30-40 mmHg'lik basınçlı elastik çorap kullanımının posttrombotik sendrom insidansını azalttığı gösterilmiştir ve basınçlı elastik çorap kullanılması güncel öneriler arasında yer almaktadır.[16,26] Basınçlı elastik çorap giyen hastalarda derin ven trombozu görülme sıklığı %13, herhangi bir profilaktik yöntemle tedavi edilmeyen hastalarda ise %26'dır. Basınçlı elastik çoraplar tek başına kullanıldığında derin ven trombozu insidansını %60'ın üzerinde, mekanik veya farmakolojik profilaksi yöntemlerine adjuvan olarak kullanıldıklarında ise %85'e varan oranlarda azalır.[23] Ayrıca hem az maliyetli hem de kullanımı pnömotik kompresyon cihazlarından daha kolay olduğu için basınçlı elastik çorap kullanımı daha çok tercih edilir.[16]

Basınçlı elastik çorapların kullanımının amacı, elastik basınçla ayak, ayak bileği ve uyluk bölgesini sararak kademeli olarak basıncın azalmasını sağlamaktır. Basınçlı elastik çorapların hastaya doğru giyidirilmesi önemlidir.[17,26] Bacak kasları derin venleri sıkıştırarak kanın kalbe dönmesine yardımcı olur ve venöz pompa işlevini sürdürmesini sağlar. Uzun süre oturma veya ayakta durma gibi durumlarada venöz pompa işlevini yapamaz, bacak venlerinde kan birikir ve kan basının artmasına neden olur. Derin ven trombozu genellikle bacaktaki derin toplar damarlardaki kapakların iç yüzünde başlar ve kısa bir süre içinde toplardamarın tamamının tıkanmasına ve bacaktan gelen toplardamar kan akımının durmasına neden olur.[27] Çorap ile uygulanan basınç, derin ven trombozunun önlenmesinde etkili bir yaklaşımdır.[1]

Basınçlı elastik çorap giyilmesi sırasında dikkat edilmesi gereken durumlar şöyle açıklanabilir:

- Elastik çorap giyilmeden önce el hijyenine dikkat edilir.
- Hastaya venöz tromboemboli riskleri ve basınçlı elastik çorabın gerekliliği hakkında bilgi verilir.
- Hasta venöz tromboemboli ve kanama riski, endikasyon ve kontrendikasyonlar açısından değerlendirilir.
- Hasta için uygun çorap ölçüsünü belirlemek için hasta ayaktayken veya yatarken bacakları ölçülür.
- Femoral bölgeye kadar olan çoraplarda her iki uyluk ve baldır çevresi en. Geniş noktalarından ölçülür. Kalça kıvrımından topuğa kadar olan mesafe ölçülür.
- Dize kadar olan çoraplarda her iki baldır çevresi en geniş noktaasından ve popliteal kıvrımdan topuğa kadar olan bölüm ölçülür.
- Ölçümler sonrası hasta için uygun çorap seçilir ve giydirilir.
- Hastaya çorabı nasıl giyip çıkartacağı ve çorabın önemi açıklanır.
- Hastaya hareketlilik düzeyi artana kadar gece gündüz giymesi tavsiye edilir.
- Çorap giyilmesi sonrasında herhangi bir rahatsızlık, uyuşma, karıncalanma veya ağrı hissi olursa hemşiresine veya hekimine haber vermesi konusunda bilgi verilir.
- Hastanın rahat olduğundan emin olun. Ellerinizi yıkayın ve kurulayın.
- Hareket kabiliyeti önemli ölçüde azalmış, deri bütünlüğü zayıf veya duyu kaybı olan (örneğin diyabetik nöropati) hastaların günde iki ila üç kez deri takibinin yapılması gerekir.
- Deride lekelenme, kabarma veya renk değişikliği varsa veya hastada ağrı varsa, basınçlı elastik çorabı çıkarın ve alternatif mekanik profilaksi yöntemlerini tercih edin.[23]

Aralıklı Pnömatik Basınç

Aralıklı pnömatik basınç cihazları, derin ven trombozu ve PE için orta, yüksek veya çok yüksek risk taşıyan hastanede yatan hastalarda kullanılır. Derin ven trombozu olduğu bilinen hastalarda kesinlikle kullanılmamalıdır. Pnömatik basınç cihazları bacak etrafında pnömatik basınç ile hemodinamiği etkileyerek venöz stazı önler. Mekanik etki ile venöz drenajı artırır.[16] Antiemboli çorapları ile birlikte kullanılabilirler. Tüm bu cihazlar alt ekstremitelere aralıklı dış basınç uygular. Sıkıştırma, kanı yüzeysel damarlardan derin damarlara doğru iter, böylece venöz stazı azaltır.[6]

Diğer Tedaviler

Farmakolojik olmayan bir yöntem olarak ayağın yükseltilmesi, bacaktaki ödemi azaltır ve venöz stazı azaltıp venöz dönüşü kolaylaştırarak trombüs oluşumunu önlemektedir. Mekanik yöntemlerden birisi de ayak-bacak egzersizleri (ROM)'dir ve kalbe venöz dönüşü arttırmada etkili ve güvenli bir yöntemdir. Yatak istirahati ile birlikte etkilenen ekstremitenin kalp seviyesinin üzerine kaldırılması önerilmektedir. Ameliyat olan hastalarda dehidratasyon riski olduğu için derin ven trombozu ve pulmoner emboli gelişme riski yüksektir. Bu nedenle hastalarda yeterli hidrasyonun sağlanması önemlidir.[16]

Hasta Eğitimi

Hastalara ve/veya ailelerine veya bakıcılarına anlayabilecekleri bir formatta sözlü ve yazılı bilgi verilmelidir.[28]

Antikoagülanlar, derin ven trombozunun önlenmesi ve tedavisi için rutin olarak kullanılmaktadır. Derin ven trombozu profilaksisi için düşük doz SH, DMAH, fondaparinuks veya warfarin reçete edilebilir.[6] Bu nedenle hastaların evde antikoagülan tedavilerini uygulamaları konusunda bilgilendirilmeleri önemlidir. Aşağıda antikoagülan tedavi uygulanan hastada kanama komplikasyonlarını önlemek için hemşirelik bakımı ve hasta eğitimi girişimleri açıklanmaktadır:

1. Hasta ve ailesine antikoagülan tedavinin nedenleri ve temel etki mekanizması ve beklentiler hakkında, tedavinin ne kadar süreceği hakkında bilgi verilir.
2. Antikoagülan ilaçları hergün aynı saatte alması ve terapötik etkinin ve ilaç dozlarında değişiklik gerekip gerekmediğini anlamak için kan testlerinin yapılmasının önemi açıklanır.
3. Hedef terapötik seviyeler için PT, aPTT, INR, hemoglobin, hematokrit, trombosit düzeyleri değerlendirilir.
4. Tıbbi müdahale gerektiren ilaç tedavisinin yan etkileri hakkında hasta ve ailesine bilgi verilir:
    - Genellikle 10 ila 15 dakika durmayan herhangi bir kanama,
    - İdrar veya dışkıda kan veya siyah, katran rengi dışkı,

- Diş etlerinden, boğazdan, deriden veya burundan olağan dışı kanama veya yoğun mens kanaması,
- Şiddetli baş ağrısı veya mide ağrısı,
- Baş dönmesi, bilişsel değişiklikler,
- Hematemez,
- Ayaklarda soğukluk, siyanoz ya da ağrı.

5. Kanama riskinden dolayı, burun kanaması, diş eti kanaması gibi kanama belirtilerini nasıl takip edeceği öğretilir. İdrarda ve dışkıda kan varlığı tespit edilirse, gerekli tetiklerin yapılması için hastaneye başvurmasının önemi açıklanır.
6. Kanama riskini arttıracak ilaç veya gıdalardan (kırmızı acı biber, papatya, melek otu, keten tohumu, zerdeçal, aşırı sarımsak tüketimi gibi) uzak durması konusunda bilgi verilir.
7. Antikoagülasyon tedavisini engelleyebilecek ilaçları, vitaminleri, mineralleri ve şifalı otları hastayla birlikte gözden geçirir.
8. Antikoagülan tedavinin etkinliğini arttırmak için (özellikle Warfarin tedavisi) yüksek dozda K vitamini içeren gıdaların (örneğin brokoli, ıspanak, lahana, yeşillikler, leblebi, karaciğer, yeşil çay, brokoli, Brüksel lahanası, şalgam, balık yağı) günlük miktarını azaltmak faydalı olacaktır. Bu konuda hastaya bilgi verilir. Hekimine danışmadan ekstra K vitamini alınmaması konusunda da bilgi verilir.
9. Herhangi bir ilaca başlamadan veya ilacı kesmeden önce hekimine danışması konusunda teşvik edilir.
10. Kullandığı aralıklı kompresyon cihazı alt ekstremitelerde ekimoz/hematom neden olabilir. Aralıklı kompresyon cihazı ile kilişkili komplikasyonları ne şekilde izlenmesi gerektiği hasta ve yakınına açıklanmalıdır.
11. Hastaya uygulanacak enjeksiyon girişimleri sınırlamak, gereksiz intramüsküler enjeksiyon uygulamasından kaçınması önerilmelidir. Damara girişim yapıldığında kanama önlemek için bölgeye en az 10 dakika basınç uygulaması önerilir.[6,7,21]

Yeterli hidrasyon (klinik durumları nedeniyle kontrendike değilse) ve erken mobilizasyon, risk kategorisinden bağımsız olarak tüm hastalarda venöz tromboemboli riskini azaltmak için standart uygulamalardır. Hasta ve ailesi/bakıcısı ile konuşularak erken bir mobilizasyon planı geliştirilmelidir.[28] Erken mobilizasyon, derin ven trombozu riskini azaltmak için en kolay ve en uygun maliyetli yöntemdir. Yatak istirahatindeki hastalara her 2 ila 4 saatte bir pozisyon değiştirmeleri, ayaklarını dorsifleksiyonlemeleri (ayağın, ayak bileği ekleminden ayak sırtı tarafa doğru hareket ettirilmesidir) ve ayak bileklerini döndürmeleri istenir. Yataktan kalkabilen hastaların tüm öğünlerde koltukta oturması ve günde en az 3 kez yürümesi gerekir. Hastalar ayrıca uygun şekilde önceki hareketlilik seviyelerine dönmeye teşvik edilmelidir. Sadece bir dakika ayak hareketinin, ortalama, 30 dakika süreyle ayak venöz dolaşımını artırdığı gösterilmiştir. Dengeli bir dinlenme ve egzersiz programı ayrıca arteriyel dolumu ve venöz dönüşü iyileştirir. Yürüme, yüzme ve suda yürüme gibi egzersiz programları önerilebilir. Su egzersizi, suyun nazik ve eşit basıncı nedeniyle özellikle faydalıdır.[6]

Deriyi sıkan giysileri giymemesi için hastaya bilgi verilir. Derinin kuru kalmaması için nemlendirici solüsyon uygulanması önerilir. Derinin tahriş olmaması ve infeksiyon riskinin artmaması için elektrikli tıraş makinesi kullanılması yönünde hastaya bilgi verilir. Ağız bakımı için hastalara yumuşak diş fırçaları veya ağız temizleme losyonları ve süngerlerinin kullanılması önerilir. Hastanın ıkınma sonucu oluşabilecek emboli riski nedeniyle konstipe olmaması beslenme veya gerekirse doktorun önerdiği dışkı yumuşatıcıları kullanması önerilir. Burun temizliği sırasında zorlamak, ıkınmak gibi girişimlerden sakınması açıklanır. Hasta için uygun olan anti-emboli çorapları veya aralıklı kompresyon cihazları hakkında hasta ve ailesine bilgi verilir.[6,7,21]

Taburculuk Eğitimi ve Evde Bakım

Hemşire, bakımın tüm aşamalarında hastanın tanıya verdiği psikolojik yanıtı değerlendirmelidir. Birçok hasta, trombüsün kalbe veya akciğerlere taşınacağından ve ani ölüme neden olacağından endişe duymaktadır. Her hasta endişelerini dile getirmeye teşvik edilmeli ve kavram yanılgılarını netleştirmeye çalışılmalıdır. Taburculuk eğitiminde, derin ven trombozu için değiştirilebilir risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasına, kompresyon çoraplarının önemine ve laboratuvar değerlerinin izlenmesine, ilaç talimatlarına ve takip kılavuzlarına odaklanılmalıdır. Aşağıda açıklanmaktadır:

1. Derin ven trombozu için değiştirilebilir risk faktörleri arasında tütün kullanımı, oral kontraseptif kullanımı, hormon replasman tedavisi (HRT), hareketsiz yaşam tarzı ve obezite yer alır. Nikotin kanın viskozitesini arttırdığı için hasta sigarayı bırakması konusunda teşvik edilir.
2. Sigara içmemeleri ve içiyorlarsa bırakmaları konusunda hastalar teşvik edilir.
3. Hastaların uzun süre ayakta durmaktan veya hareketsiz, üst üste bacak atarak bir pozisyonda oturmaktan kaçınmaları teşvik edilir.
4. Özellikle uzun otomobil veya uçak yolculuklarında, uzun süre oturma veya ayakta durma sırasında sık diz fleksiyonu, ayak bileği rotasyonu ve aktif yürüyüş yapılmasının önemi vurgulanır.
5. Hastalara takipne ve plöritik göğüs ağrısı gibi semptomların ortaya çıkması durumunda hekimi ile iletişime geçmeleri söylenir.
6. Hasta antikoagülan tedaviye devam ediyorsa, ilaç dozu ve yan etkilerin yanı sıra rutin kan testlerinin önemi ve hekimine hangi semptomların bildirilmesi gerektiği konusunda hasta ve ailesine bilgi verilir.
7. DMAH kullanan hastaların ilacı nasıl saklayacakları ve uygulayacaklarını öğrenmeleri önemlidir. İlacı kendisi ya da ailesinden birisi uygulayacaksa eğitim verilir.
8. DMAH uygulama bölgesi, bölgenin rotasyonla değiştirilmesi ve bölgede morarma olduğunda neler yapması gerektiği konusunda hasta ve ailesine bilgi verilir.
9. Yaşlı hastaya düşme gibi yaralanmaları önlemek için güvenlik önlemleri öğretilmelidir. Bir kanama meydana gelirse, hasta ve aileye 10 ila 15 dakika boyunca bölgeye baskı uygulaması anlatılır. Kanama durmadığında acil olarak ambulansı aramaları ve hastaneye ulaşmaları açıklanır.[6,7,21]

Komplikasyonlar

Derin ven trombozunun en ciddi komplikasyonları venöz çıkıştır. Hastalar tipik olarak ani, yoğun ödem, şiddetli ağrı ve ekstremitede siyanoz yaşarlar. Phlegmasia Cerulea Dolens (PCD) ise, kanserin ileri evrelerinde görülen, potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir pulmoner emboli (PE), kronik venöz yetersizlik ve derin ven trombozu nadir görülen, ancak şiddetli bir komplikasyonudur. Kronik venöz yetersizlik, venöz kanın retrograd akışına izin veren kapak yıkımından kaynaklanır. PCD, en sık üst bacakta görülür ve ödem, siyanoz ve ağrı şeklinde belirtileri olur. Bu durum venöz çıkışın neredeyse tamamen tıkanmasına neden olur.[6]

Lenfödem

Lenfödem; tümör, aksiller lenf nodu diseksiyonu, radyoterapi, fibrozis ya da inflamasyon gibi farklı nedenlerle lenfatik drenajın kesintiye uğraması sonucunda interstisyel alanda proteinden zengin bir sıvının birikmesidir.[29] Lenfödem, çoğunlukla kollarda veya bacaklarda, bazen de vücudun diğer bölgelerinde gelişir. Lenfödem, lenfatik drenajın bozulması (birincil) ya da cerrahi tedavi sırasında lenf düğümleri çıkarıldığında veya radyoterapi uygulandığında lenf damarlarında oluşan hasara bağlı (ikincil) gelişir.[7] Lenfatik drenajda oluşan değişikliklere bağlı gelişen belirti ve bulgular dört ana grup altında sınıflandırılabilir (Tablo 2)[8,30]

İnsidans

Lenfödem, dünya çapında yaklaşık 250 milyon kadar hastayı etkilediği tahmin edilen kronik, ilerleyici, tedavi edilemez bir durumdur. Bir parazit istilası olan filaryaz en yaygın nedendir. Lenfödem, çoğunlukla üst veya alt ekstremite(ler)de ve bazen de yüz, boyun, gövde ve dış genital bölgede ödeme neden olan interstisyel dokuda lenfatik sıvı birikmesidir. Lenfödem hastaların günlük yaşam aktivitelerini, mesleki, psikososyal, cinsel yaşamlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz etkiler. Ayrıca hastaları yaşamı tehdit eden infeksiyonlar ve maligniteler açısından yüksek risk altına sokar.[33]

Fizyopatoloji

Lenf drenajının engellenmesi, interstisyel dokulardan gelen sıvı ve protein moleküllerinin dolaşıma dönmesini engeller. Protein molekülleri, interstisyel dokulardaki ozmotik basıncı arttırır ve yumuşak dokularda ödeme neden olan ilave sıvıyı çeker. Bir veya iki ekstremite etkilenebilir.[18] Lenfatik drenaj sistemi genel dolaşım sisteminden ayrıdır ve doku sıvılarını dolaşıma geri döndürmek için bir kanaldır. Yüzeysel lenfatik sistem, birbiriyle örtüşen ancak sürekli bir bağlantı oluşturmayan tek katmanlı endotelyal hücrelerden oluşan ilk lenfatiklerle başlar. Hücrelerin her biri, filamanları tutturarak çevreleyen dokuya bağlanır. Arteriyel nabız, kas kasılması veya solunumun neden olduğu doku basıncında bir değişiklik olduğunda veya deri hafifçe gerildiğinde, sabitleyici filamentler ilk lenfatiklerin hücrelerini çeker. Bu nedenle hücreler arasındaki boşluk açılır ve sıvı damarlara akar.[33]

Risk Faktörleri

Lenfödem, altta yatan etiyolojiye göre birincil veya ikincil olarak sınıflandırılabilir. Birincil lenfödem, doğuştan veya kalıtsal olan lenfatik sistemin gelişimsel bir anormalliğini (hipoplazi, hiperplazi, aplazi) ifade eder.[8] Birincil lenfödem genellikle hastanın ödem başlangıcındaki yaşına göre sınıflandırılır. Birincil lenfödemde ödem tipik olarak distalde başlar, nadiren eller tutulabilirse de genellikle parmaklarda başlar ve proksimale doğru ilerler. Lipödem, deri altı yağ dokusunun bir bozukluğudur, kadınları etkileme eğilimindedir ve orantısız olarak vücudun alt yarısını tutarken ayak bileklerinin altındaki alan etkilenmez. Lipödemde, etkilenen bölgeler tipik olarak dokunmaya ve basınca karşı aşırı duyarlıdır.[8,29-31,33]

İkincil lenfödemin en yaygın nedenleri arasında cerrahi tedavi ve radyoterapi, travma, infeksiyon, kötü huylu tümörler, hareketsizlik ve kronik venöz yetersizlikler bulunur.

Cerrahi tedavi ve radyoterapi; ikincil lenfödemin en yaygın nedenidir. Lenf nodu diseksiyonunda lenf ıkışı bozulabilir. Kalan lenfatikler, lenfatik yükü yönetemezse, ikincil lenfödem gelişir. Radyoterapi de lenfödemin gelişimine katkıda bulunabilir. Aksiller bölge ışınlamasında dokularda oluşan fibrozis, lenf akışının bozulmasına neden olabilir ve lenf damarlarının yenilenmesini engelleyebilir.

Kan kılcal basıncında artış; lokal veya sistemik bir uygulamadan kaynaklanan aktif hiperemi (vazodilatasyon), kan akışında bir artışa neden olur, bu da nihayetinde lenfatik sıvı yükünü artırır ve bozulmuş bir lenfatik sistemi strese sokar. Aktif hiperemiye örnek olarak; lokal sıcak paket uygulaması, diğer termal yöntemler (diatermi, elektrik stimülasyonu, ultrason), masaj, şiddetli egzersiz ve riskli ekstremite infeksiyonu yer alır. Sıcak küvetler ve saunalar, sıcak hava ve yüksek nem ile yaralanmalar diğer tetikleyici faktörler arasındadır.

Travma; lenfatik sistemi içeren travmatik durumlar, lenf akışında önemli bir azalmaya neden olarak ikincil lenfödem (yanıklar, daha büyük cilt aşınmaları) ile sonuçlanır. Derinin bütünlüğüne yönelik herhangi bir hasar (böcek ısırıkları, evcil hayvan çizikleri, enjeksiyonlar, intravenöz kanüller) infeksiyona neden olabilir ve böylece lenfödem başlangıcını tetikleyebilir.

Tablo 2. Lenfödemin Evreleri[a]

Klinik Evre	Tanım
Evre 0	Lenfatik sistemdeki değişikliklere rağmen herhangi bir şişlik olmamasıdır, subklinik evre.
Evre 1	Venöz ödemle karşılaştırıldığında protein içeriği göreceli olarak fazla olan erken dönem sıvı birikimi olmasıdır. Bölgedeki ödem yumuşaktır, gode bırakır ve ekstremite kalp seviyesinin üstüne yükseltildiğinde geçici olarak düzelir.
Evre 2	Lenfödem tedavi edilmezse sertleşir ve fibrotikleşir. Lenfödem daha az gode bırakır, daha serttir ve ektremitenin yükseltilmesi ile bile azalmaz ya da hafif azalma olur.
Evre 3	Aşırı ödem olur. Deride fibrozis, hiperkeratoz, papillomatozis (deride siğil benzeri oluşumlar), hiperpigmentasyon (derinin koyu renk alması), ülserasyonlar, kıllanmada artış, lenfore (lenf sıvısının dışarı bir kanala akması), tekrarlayan infeksiyon atakları (lenfanjit) oluşur.

[a] Zuther JE, Lymphedema Management, The Comprehensive Guide for Practitioners. 2nd edition, Thieme, New York, 2009; Wang S, Jiang J, Lu X. Progress of Comprehensive Nursing on the Prevention of Postoperative DVT of Gynecologic Tumor. Advances in Reproductive Sciences. 2020; 8: 201-208; Agarwal D, Agarwal R, Aggithaya MG, Amore M, Andrade M, Armer JM, et al. Lymphedema Complete Medical and Surgical Management. Thieme, New York, 2016; Zuther JE, Norton S, Lymphedema Management The Comprehensive Guide for Practitioners. 3nd edition, Thieme, New York, 2013 kaynaklarından uyarlanmıştır. [8,17,30,31]

İnfeksiyon; lenfatik sistemi etkileyen tekrarlayan akut veya kronik inflamatuvar süreçler mekanik yetersizliğe neden olabilir. Lenfatik sistem iltihabının ve genel olarak lenfödemin en yaygın nedeni filaryazdır. Lenfatik filaryaz, enfekte bir sivrisinek bir kişiyi ısırdığında bulaşır, daha sonra başkalarını ısırmaya devam eder ve böylece onları parazitlerle infekte eder.

Kronik venöz yetersizlikler; yetersiz venöz dönüş, venöz kan basıncında artışa neden olur. Venöz problem için yeterli tedaviye başlanmadan, sürekli zorlanma nedeniyle lenfatik sistem zamanla mekanik bir yetersizlik geliştirebilir.

Hareketsizlik; omurilik yaralanmaları, felç veya beyin kanamasının neden olduğu hareketsizlik ikincil lenfödeme neden olabilir. Hareketsizlik kan kılcal seviyesinde artan bir basınca neden olabilir ve böylece filtrasyonu ve lenfatik yükleri artırarak venöz havuzlanmaya neden olabilir.

Basınçtaki değişiklikler; lenfödem başlangıcını tetikleyebilir. Havayolu uçuşu sırasında kabin basıncındaki değişiklik, hareketsizlikle birleştiğinde lenfödem başlangıcını tetikleyebilir ve azalan kabin basıncı, doku boşluklarına daha fazla sıvı girmesine neden olabilir.

Günlük yaşamda maruz kalınan durumlar: Aşırı kullanımdan kaynaklanan kas yorgunluğu, sıcağa maruz kalmayı takiben gelişen vazodilatasyon, lokal travma, sert masaj, etkilenen noktanın distalinde ödeme neden olan daralma veya "turnike etkisi" ya da ekstremitenin sürekli bağımlılığı gibi bu duruma örnek verilebilir.[8,30,31,33]

Tanı

Lenfödem tedavisinin etkili olabilmesi için doğru tanılama yapmak, tam bir sağlık hikayesi, fiziksel muayene ve radyalojik tetkiklerin sonucu önemlidir.[8,9]

Hastanın Hikayesi

Tanılamada lenfödemin nedenini, tipini ve evresini belirlemek önemlidir.[8] Hastanın sağlık hikayesi (travma öyküsü, hareketsizlik) ve tıbbi öyküsü (kanser tedavisi, ameliyatlar, postoperatif komplikasyonlar, radyasyon tedavisi) değerlendirilmelidir. Hastaya daha önce lenfödem için müdahale yapılıp yapılmadığı, lenfödem tedavisi yapıldıysa hangi uygulamaların (pompalar, kompresyon manşonları, ilaç tedavisi vb.) yapıldığı değerlendirilmelidir. Lenfödem ile ilişkili semptomlar ve gelişiminde rol oynayan risk föktçrlerinin varlığı araştırılmalıdır. Kilo artışı, ağrı, dar giysiler veya takılar, gözle görülür şişlik, vücut hatlarında değişiklikler, kemik veya tendon işaretlerinin belirsizleşmesi, giysi veya diğer baskıların bıraktığı izler, deride renk değişiklikleri izlenmelidir. Çok sıkı giysiler ve takılar lenf akışını kısıtlayabilir ve semptomları şiddetlendirebilir. Hasta lenfödemden dolayı ayakkabı giyemede zorlanabilir.[8,9,31,33]

Fiziksel Muayene

Lenfödemin değerlendirilmesi için sık kullanılan yaklaşım, el, bilek, önkol ve üst kol boyunca düzenli aralıklarla en az 6 noktadan alınan çevresel ölçümlerdir (hacim ölçümü). Her iki ölçülen bölge arasındaki fark 2 cm'den büyük ise fark anlamlı kabul edilir. Ölçüm sonuçları kaydedilir ve değerlendirilir.

Deri muayenesinde alt derideki değişiklikler, kalınlaşma, fibrozis, renk değişiklikleri, cilt lezyonları, tam bir tırnak muayenesi, varisler, venöz staz değişiklikleri ve tüm yaraların değerlendirilmesi yapılır.[31]

Hastanın etkilenen ekstremitesinde açık yara varlığı, yaranın iyileşme durumu, ne kadar sürede iyileştiği, deri renginde değişiklik olup olmadığı değerlendirilir. Ödem derecesi izlenerek lenfödem evresi değerlendirilir. Stemmer belirtisi (kalınlaşmış deri kıvrımları nedeniyle ikinci parmağın tabanındaki deriyi sıkıştıramama) değerlendirilir. Progresif lenfödem ile ilişkili deri değişiklikleri değerlendirilir: kalınlaşma, papillomatoz, hiperkeratoz, lenf vezikülleri ve/veya fistüller. Ekstremite dışındaki diğer meme/gövde, genital, abdominal ve baş ve boyun, godeli veya godesiz, deri ve deri altı değişiklikleri açısından muayene edilir.[8,9,31]

Radyolojik Çalışmalar

Erken tanı, evrelendirmede ve değerlendirmede son yıllarda tonometri, ultrason, bioempedans ölçümleri gibi farklı yöntemler kullanılmaktadır. Yaygın olarak, ultrason teknikleri ilk olarak birçok merkezde venöz hastalığı değerlendirmek ve ekarte etmek için kullanılmıştır. Özellikle alt ekstremitedeki lenfödemde arteriyel ve venöz sistemin değerlendirilmesi için Doppler USG tercih edilebilir.[7,9,31,33] Lenfödeme neden olan lenfatik kusuru belirlemek için bazen lenfanjiyografi ve radyoaktif izotop çalışmaları gibi daha invazif prosedürler gerekli olabilir.[7] Yüksek çözünürlüklü kontrastsız invazif olmayan MR lenfografi (MRL) ve MR anjiyografi (MRA) lenfödemli hastalarda lenfatik damarların görüntülenmesini sağlayabilir ve cerrahi planlama için kullanılabilir. Kullanılan diğer teknikler arasında bilgisayarlı tomografi, lenfogram, 3-D yağlı kontrastlı lenfografi, ultrasonografi, dolaylı (suda çözünür) lenfografi (IL) ve floresan mikrolenfanjiografi, yakın kızılötesi floresan görüntülemedir (NIR), İndosiyanin Yeşili Anjiyografisi yer alır.[9,33]

Yönetimi

Önleme

Lenfödemin önlemesinde hasta eğitimi önemlidir. Hasta eğitimi, kilo kontrolü ve yaşam tarzı değişiklikleri, erken teşhis ile düzenli tarama ve egzersiz uygulamasını kapsar.[33]

Farmakolojik Tedavi

Lenfödem tedavisi, hasta ve ailesini bakım ve tedavi planına dahil ederek, lenfatik sistem akışını arttırmaya, deri bütünlüğünü ve eklem hareket açıklığını korumayı, psikolojik desteği sağlamaya odaklanır.[34]

Kompleks Dekonjestif Tedavi: Lenfödemde altın standard tedavi komple veya kompleks dekonjestif tedavidir (KDT). Tedavide amaç lenfödemi çözmek ve her iki ekstremiteyi eski haline geri getirmektir. Bu amaca ulaşmanın tek yolu, fazla plazma proteinlerini dokulardan uzaklaştırmaktır. KDT iki aşamada uygulanır (Tablo 3).[8-10,29,31]

Diüretik Tedavisi: Tedavinin amacı, etkilenen ekstremiteden mümkün olduğunca fazla sıvıyı atmak ve mümkün olduğunca ekstremiteyi korumaktır.[7] Diüretik ajanlar, KDT'nin ilk tedavi aşamasında, özellikle birincil lenfödem aşamasında aralıklı olarak kullanılabilir ve spesifik komorbid durumları veya komplikasyonları olan hastalar kullanabilir.[7-9,31]

Tablo 3. Lenfödem Evreleri ve Terapötik Yaklaşım[a]

Evre	Tedavi süresi	KDT-Faz 1	KDT-Faz 2
		Hasta Eğitimi Verilmesi Gereken Başlıklar	
Evre 1	2-3 hafta	▪ MLD günlük yapılması ▪ Kısa streç bandaj uygulanması ▪ Deri bakımı ▪ Dekonjestif egzersizler	▪ MLD günlük yapılması ▪ Kısa streç bandaj uygulanması ▪ Deri bakımı ▪ Dekonjestif egzersizler
Evre 2	3-4 hafta	▪ MLD günlük yapılması ▪ Kısa streç bandaj uygulanması ▪ Deri bakımı ▪ Dekonjestif egzersizler	▪ MLD günlük yapılması ▪ Kısa streç bandaj uygulanması ▪ Deri bakımı ▪ Dekonjestif egzersizler ▪ Gerekirse faz 1'i tekrarlayın
Evre 3	4-6 hafta	▪ MLD günlük yapılması ▪ Kısa streç bandaj uygulanması ▪ Deri bakımı ▪ Dekonjestif egzersizler	▪ Gerekirse MLD günlük yapılması ▪ Kompresyon giysileri (gerekirse bandajlarla birlikte) ▪ Geceleri bandaj yapılması ▪ Dekonjestif egzersizler ▪ Gerekirse faz 1'i tekrarlayın ▪ Plastik cerrahi (endike ise)

KDT = Tam Dekonjestif Tedavi; MLD = Manuel Lenf Drenajı

[a]Zuther JE, Lymphedema Management, The Comprehensive Guide for Practitioners. 2nd edition, Thieme, New York, 2009; Zuther JE, Norton S, Lymphedema Management The Comprehensive Guide for Practitioners. 3nd edition, Thieme, New York, 2013 kaynaklarından uyarlanmıştır.[8,31]

Benzopironlar: Lenfatik toplayıcıları uyarırken doku proteinlerini hidrolize ettiği ve emilimini kolaylaştırdığı bildirilen oral benzopironlar, KDT için ne bir alternatif ne de ikamedir.[9,31]

Antimikrobiyaller: Tekrarlayan akut lenf stazına bağlı inflamasyonlar (selülit/lenfanjit veya erizipel) için antibiyotikler uygulanmalıdır. Tipik olarak, bu ataklar eritem, ağrı, yüksek ateş ve daha az sıklıkla septik şok ile karakterizedir.[7,9,31] Etkilenen ekstremitede selülit geliştirdiğinde antibiyotik uygulanması önerilmektedir.[33] Ekstremite lenfödeminin sık görülen bir komplikasyonu olan mantar infeksiyonu, antimikotik ilaçlarla tedavi edilebilir.[9]

Beslenme: Diyabet veya kalp hastalığı gibi başka bir tıbbi durum mevcut değilse, hedef sağlıklı ve dengeli beslenme olmalıdır.[31] Lenfödem yönetiminde kabul edilen bir yaklaşım, aynı zamanda kilo yönetimine de olumlu katkı sağlayan az tuzlu ve az yağlı bir diyet uygulamaktır. Obezite genellikle lenfödem ile ilişkili semptomları kötüleştirir ve tam tahıllar, balık, meyve ve sebzeler dahil olmak üzere dengeli ve sağlıklı bir diyet, yağlı gıdalardan veya yüksek kolesterolü olanlardan kaçınmak, lenfödem ile ilişkili risk faktörlerini büyük ölçüde azaltacaktır. Ödemi azaltmak için sıvı alımını sınırlamamak da önemlidir. İyi hidrasyon, temel hücre fonksiyonu için gereklidir.[8,31]

Psikososyal Rehabilitasyon: Lenfödemli bir hasta için fiziksel ve duygusal zorluklar çok derindir. Hastaların ekstremitelerindeki ödem nedeniyle ağırlaşması sonucunda, hareket kısıtlılıkları yaşamalarına neden olmakta, hastanın günlük yaşamlarında işlevsel bozukluklara neden olabilmektedir. Bu durumlar hastaların ev yaşamlarına ve kişisel/ailesel ilişkilerine uyum sağlamada zorluk yaşamasına neden olabilmektedir.[31] Lenfödemli ekstremite nedeniyle hasta genel olarak öz saygısını kaybedebilir. Benlik saygısının kaybı, kişilerarası ilişkiler, sosyal faaliyetler ve yakınlık kurma ile ilgili zorluklara da katkıda bulunabilir.[33]

Cerrahi tedavi: Modern cerrahi tekniklerin, lenfödemden etkilenenlerin yaşamlarında neden olduğu uzun vadeli sakatlığı ve işlevsel bozulmayı iyileştirmedeki ve gelecekteki selülit atakları riskini azaltmadaki etkinliğini destekleyen araştırma sonuçları vardır.[12] Cerrahi girişimin, lenfödem semptomlarını azaltmada, ileride infeksiyon riskini azaltmada ve lenfödem bakımı için günlük harcanan süreyi azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir.[33]

Non-Farmakolojik Yaklaşımlar

Tedavide ilk aşama deri bakımı, özel hafif bir manuel masaj (MLD) ve kas pompalama egzersizleri ve tipik olarak çok katmanlı bandaj sargısı ile uygulanan kompresyondan oluşur. Tedavinin ikinci aşaması ise (birinci aşamadan hemen sonra başlatılır), birinci aşamada elde edilen sonuçları korumayı ve optimize etmeyi amaçlar.[9] Lenfödem tedavi yaklaşımında hastalar ilaç dışı tedavi girişimlerinden daha fazla yarar görmektedir.[35]

Deri bakımı: Deri bakımı rutin deri muayenesini (batık ayak tırnakları, kütikül bütünlüğü, sıyrıklar, morarma, ülserasyonlar ve dolaşım bozukluğu için), deri yumuşatıcılarının kullanımını ve güneşe maruz kalma dahil sıcak ve soğukta uzun süre kalmaktan kaçınmayı içerir. Etkilenen tarafta kan basıncı ölçümleri, damara girilmesi veya enjeksiyon uygulaması yapılmamalıdır. Hastanın giydiği kıyafetlerin vb. (sütyen, çanta askıları) gibi dersine zarar vermemesi konusunda bilgi verilmesi önemlidir.[10,33]

Bandaj Sargı: Lenfödemde deri elastikiyeti kısmen kaybolduğu için doku hidrostatik basınçları dış destek kullanılarak korunmalıdır. Her manuel lenf drenajı seansından sonra belirli bir dolgu, köpük, koruyucu gazlı bez ve kısa streç bandaj kombinasyonu hassas katmanlar halinde uygulanır. Bandaj sargı uygulaması; elastikiyetini kaybetmiş dokulara destek sağlar, aktivite sırasında kas pompası verimliliğini artırır, ultrafiltrasyon oranını azaltır, kolloidal protein yeniden emilimini kolaylaştırır, fibrotik dokunun

lokalize basınçla yumuşamasını sağlar, doku basıncında hafif bir artış sağlayarak lenf damarlarının boşalmasına yardımcı olur, kan ve lenfatik dokular arasındaki hidrostatik basınç gradyanını azaltır ve interstisyumun yeniden sıvı ile dolmasını önler.[10,36]

Manuel lenfatik drenaj: Manuel lenfatik drenaj, lenf akışını artırmak için kullanılan terapötik bir tekniktir. Terapistin ellerinin hastanın derisi ve deri altı dokusu üzerinde hareket etmesinden oluşur. Uygulanan basınç çok hafiftir ve hareketler yavaş lenfatik pulsasyonlara karşılık gelecek şekilde yavaştır. Her manevra distalden proksimale doğru gerçekleştirilir. Her bir masaj bölgesine günde 2 kez ve en az 30 saniye veya 15 masaj hareketi yapılmalıdır.[33,37]

Termal terapi: Buz, ısı, termal ultrason, hidroterapi (sıcak paketler), saunalar, kontrast banyoları ve parafin, lenfödem yönetiminde ilgili ekstremite ve gövde kadranı için kontrendikedir. Vazodilatasyon kan kılcal basıncını arttırır ve bunun sonucunda lenfatik su yükünü arttırır.[8,9,31]

Ekstremitenin yükseltilmesi: Lenfödemden etkilenen bir ekstremitenin basit bir şekilde yükseltilmesi ödemin azalmasına yardımcı olabilir. Özellikle evre 1 yatak istirahatindeki hastada lenfödem varlığında bu durum söz konusu olabilir. Lenfödemli ekstremite yükselme ile azalırsa, uygun kompresyon giysileri giyilerek etki korunmalıdır.[8-10,31]

Aralıklı pnömatik sıkıştırma: Aralıklı pnömatik sıkıştırma, manüel masajı uyaran ve kapsama alanı, kullanım kolaylığı etkileriyle özellikle kompresyonlu egzersizi tamamlayamayan hastalarda uyumunu artırabilir.[7,31] Sıkıştırma giysileri; interstisyel boşluğun lenf sıvısı ile yeniden dolmasını önleyen hidrostatik basıncı korur; tedavi aşamasında başlatılan fifibrotik dokuların yumuşamasının sürdürülmesini sağlar.[36] Ödemin ekstremitede ve genital bölgede daha proksimale yer değiştirmesi ve ekstremitenin kökünde fibrosklerotik halkanın gelişmesi ve lenf akışının kötüleşmesi ile birlikte gelişmesi dikkatli bir şekilde önlenmelidir.[21]

Egzersiz programları: Yapılan çalışmaların sonuçları yürüyüş dahil aerobik egzersiz, su egzersizi, ergometre kullanarak egzersiz; serbest, vücut ve makine ağırlıkları ve direnç egzersiz lastiği (therabands) kullanarak direnç egzersizi; yoga ve tai chi vb. aktivitelerin hastalarda lenfödemle ilişkili semptomların iyileştirilmesinin yanı sıra fonksiyonel, zindelik ve yaşam kalitesini iyileştireceğini de desteklemektedir.[38] Kompresyon tedavisi ile kombine edilen egzersizin, lenfödem ekstremite hacmindeki azalmayı sağlamada tek başına kompresyondan daha etkili olduğu gösterilmiştir. Egzersizin, elastik olmayan kompresyon bandajı ile birlikte yapılması ile kasın kasılmasının, deri altı doku basıncını arttırdığı ve böylece interstisyel sıvının lenfatik sisteme hareketini teşvik ettiği bildirilmiştir.[8,33,36] Su terapileri, su bazlı egzersizlerin de lenfödem tedavisinde oluml sonuçları olduğu açıklanmıştır.[9]

Kinezyo bantlama: Çalışmalarda kinezyo bantlama yönteminin hafif şiddette lenfödemin tedavisinde etkili olabildiği gösterilmiştir. Ancak kinezyo bantlama tamamlayıcı tedavi yöntemi olarak düşünülmelidir ve bu konuda eğitim almış kişiler tarafından uygulanmalıdır.[9]

Düşük seviye lazer tedavi: Lenfödemli hastalarda alternatif tedavi yöntemi olarak düşük yoğunluklu lazer uygulamasının etkilenen bölgede volüm, ağrı ve doku hareketliliğinin azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir.[9,39]

Hasta Eğitimi

Lenfatik bozukluğu olan bireyler için hemşirelik bakımı ve hasta eğitimi, ödemi azaltmaya, ödemle ilgili doku hasarını önlemeye ve bozukluğun vücut imajı ve işlevi üzerindeki etkisiyle etkili bir şekilde baş etmeyi teşvik etmeye odaklanır.[7]

1. Hastaların venöz ve lenfatik dönüşü arttırmak için sedanter yaşamdan uzak durmaları, uzun süre hareketsiz kalmamaları gerektiğinin önemi açıklanır.[36,37,39,40]
2. Koşma, tenis/raket sporları, hokey, futbol, güreş, kickboks, step aerobik, etkilenen bacakla ağırlık kaldırma, yoğun ata binme, uzun süre oturma veya ayakta durma gibi ağır ve zorlayıcı şekilde egzersiz yapmaktan kaçınması açıklanır.[31,40]
3. Kendi kendilerine lenfatik drenaj uygulamak, yoga yapmak, yüzmek, yürüyüş yapabileceği hakkında bilgi verilir. Egzersizin süre ve şiddetini zamanla arttırması ve egzersiz sırasında basınç giysilerini giymesi hakkında bilgi verilir.[10,28,31,36,37]
4. Yolculuklarda uzun süre oturma riski olduğu için, ödem oluşmaması ya da artmaması için kompresyon giysisinin giyilmesi, mümkünse sıklıkla mola verilerek hareket edilmesinin önemi açıklanır. Uçuşlarda düşük kabin basıncının etkilerine karşı koymak için giysinin üzerine ek bir kısa streç bandaj takmak da faydalı olabilir.[10,37,40]
5. Kolda lenfödem varsa sık hareket ettirerek kol egzersizi yapılması ve top kullanarak kas pompalama ezgersizleri yapılması önerilir.[10,31,37]
6. Venöz tıkanıklığı azaltıp venöz dönüşü desteklemek için otururken ve uyku sırasında ekstremitelerinin yükseltilmesinin önemi açıklanır.[7]
7. Etkilenen bölgeden kan aldırılmaması, enjeksiyon uygulanmaması, tansiyon ölçümü yaptırılmaması hakkında bilgi verilmelidir.[37,40]
8. Etkilenen bölgeyi sıkan, lastikli, sıkı, zarar veren kıyafetleri giymekten kaçınması, etkilenen kol vb. herhangi takı, yüzük, saat gibi aksesuarların takılmaması hakkında bilgilendirilir.[40]
9. Ödemli ekstremitenin çevresinin ölçülmesi ve değişikliklerin hekimine bildirilmesi açıklanır.[7]
10. Etkilenen bölgenin güneş ışığı, sıcak ya da soğuk su gibi ısı değişikliklerine maruz kalmaması, güneşli havalarda etkilenen bölgeyi korumak için uzun kollu kıyafet giyilmesi, yüksek faktörlü güneş koruyucularının kullanılması önerilir.
11. Etkilenen bölgede jilet gibi kesici aletlerin kullanılmaması, tüy dökücü kremlerin kullanılması, tırnaklara manikür vb. işlem yapılmaması, bölgeyi temizlerken kimyasal ürünlerin kullanılmaması, keseleme gibi deriyi tahriş edebilecek uygulamalardan kaçınılması, yumuşak sabun ve losyonlar kullanılması, kedi, köpek gibi ısırarak veya tırmalayarak deriye zarar verebilecek hayvanlarla temas etmekten kaçınması, dövme yaptırmaması, piercing takılmaması açıklanır.[7,9,10,37,40]
12. Duş veya banyo yaptıktan sonra cildin iyice kurulaması (özellikle cilt kırışıklıklarında ve ağ boşluklarında), daha sonra da tercihen alkol ve koku içermeyen krem ve losyonlarla nemlendirilmesi konusunda bilgilendirilir.[7,31]
13. Toprak işleri ile uğraşırken, bulaşık yıkarken eldiven kullanması, sinek ısırması gibi tahrişlerden kaçınmak için önlemlerin alınması vurgulanır.[7,10,31, 36,37,40]

Tablo 4. Lenfödem bası giysilerinin günlük kullanımında hastaların dikkat etmesi gereken durumlar[a]

- Giysiler sabah uyanır uyanmaz giyilmeli, tüm gün kullanılmalı hekiminizin önerisine göre gece dahil kullanılabilir ya da gece yatmadan önce çıkarılabilir.
- Egzersiz sırasında bası giysileri mutlaka giyilmelidir.
- Bası giysilerinin, elastikiyetinin korunması ve hijyen açısından günlük olarak yıkanması önerilir.
- İki tane bası giysisinin olması, biri yıkanırken diğerinin kullanılması önerilir.
- Bası giysileri talimatlara uygun olarak yıkanmalıdır.
- Elastikiyetinin bozulmaması için yıkama sıcaklığı ortalama 30-40 derece arasında olmalıdır.
- Yıkama sonrası kurutulurken kurutma makinası kullanılması, giysinin elastikiyetinin bozulmaması için bükme ve sıkma yapılmadan ya da ipe asılmadan düz olarak kurutulması önerilir.
- Bası giysileri herhangi bir şikâyete neden olduğunda, bol geldiğinde ya da sıktığında, kızarıklık veya bant şeklinde sıkma izi görüldüğünde hekime başvurulmalıdır.

[a]Zuther JE, Norton S, Lymphedema Management The Comprehensive Guide for Practitioners. 3nd edition, Thieme, New York, 2013; Guo Y, Schaverien MV, Textbook Of Palliative Medicine and Supportıve Care, Assessment and Management of Lymphedema. Editörler: Bruera E, Higginson IJ, von Gunten CF, Morita T. Chapter 58, Third edition, 2021: 555-560; Tretbar LL, Morgan CL, Lee BB, Simonian SJ, Blondeau B. Lymphedema: Diagnosis and Treatment. Springer, London, 2008; Cerrahoğlu L. Hasta Eğitimi: Lenfödemde Üst ve Alt Ekstremite Bası Giysileri. Anadolu Lenfödem Derneği, Erişim adresi: https://lenfodemdernegi.org.tr/lenfodemde-ust-ve-alt-ekstremite-basi-giysileri/ (Tarih: 17.02.2022) kaynaklarından uyarlanmıştır.[31,33,36,41]

14. Kızarıklık, sıcaklık artışı, ödem, ağrı gibi infeksiyonun belirtileri açısından etkilenen bölgenin sürekli değerlendirilmesinin önemi hakkında bilgilendirilir.[10,31,36,37,40]
15. Önerilen sodyum kısıtlamasının önemi, sodyumu düşük gıdaları tercih etmesi açıklanır.[7]
16. Elastik çoraplar ve/veya pnömatik basınç cihazları hakkında bilgi verilir (Tablo 4)[7] Hasta kendi kendine bandajlama ve kendi kendine MLD tekniklerini güvenli ve etkili bir şekilde uygulaması konusunda eğitim verilir.[31,33]

Komplikasyonlar

Lenfödem sıklıkla, mevcut semptomları ağırlaştıran veya lenfödem tedavisinde ek karmaşık faktörler sunan diğer patolojiler ve durumlarla birleştirilir. Aşağıda en sık görülen komplikasyonların açıklanmıştır:

Lenf sıvısı reflüsü: Aşırı ödemli lenf damarı kapak yetersizliğine ve retrograd akıma neden olur ve deri yüzeyinde lenfatik kistler adı verilen kabarcık benzeri oluşumlar ortaya çıkar. Genellikle aksiller, kubital, genital ve popliteal bölgede yerleşen lenfatik kistler kolayca açılarak infeksiyona veya fistüle yol açabilir.

Radyasyon fibrozu: Deride ve deri altı dokusunda görünür ve/veya elle hissedilir değişiklikler bırakarak, derinin ışınlamaya karşı reaksiyonudur.

İnfeksiyon: Bakteriyel (özellikle Streptokok) ve mantar infeksiyonları lenfödemli hastalarda (özellikle evre 2 ve 3) sık görülür. Selülitin klinik semptomları ateş ve hassasiyettir; cilt kırmızıdır ve kenarları belirsizdir. Mantar infeksiyonu deride kaşıntı, kabuklanma, ayak parmakları arasında maserasyon ve tipik mantar tırnak değişikliklerine neden olur.

Hiperkeratoz: Derinin korneous tabakasının hipertrofisidir (kalınlaşmasıdır). Bu durum sıklıkla özellikle alt ekstremitede lenfödem ile ilişkilidir. Siğil benzeri papillomlar genellikle ayak ve ayak parmaklarında görülür. Deri kıvrımları derinleşebilir.

Yara izleri: Lenf toplayıcılara dik yerleşimli skarlar, özellikle skar dokusu alttaki dokulara yapışırsa ve/veya genişliği 3 mm'yi aşarsa, lenf drenajını tıkayabilir. Rahatsızlığa neden olan, lenf akışını engelleyen veya egzersiz protokollerini engelleyen eski yara izleri, sertleşmiş dokuyu yumuşatmak için tasarlanmış teknikler ve malzemelerle (köpük, manuel teknikler, termal olmayan ultrason) tedavi edilebilir.

Maligniteler: Lenfanjiosarkom, aynı zamanda Stewart Treves sendromu olarak da tanımlanan, lenfödemin nadir görülen bir geç komplikasyonudur. Uzun süredir devam eden lenfödem (anjiyosarkom veya Stewart-Treves sendromu) sonucu gelişir.

Genital ödem: Sıklıkla alt ekstremite lenfödemiyle birlikte bulunur. Erkek lenfödem popülasyonunun %40 ila 60'ında, alt ekstremite tutulumuna ek olarak dış genital organlarda (skrotum ve/veya penis) belirgin şişlik görülebilir. Kadınlar daha az sıklıkta etkilenir.

Kas iskelet komplikasyonları: Lenfödem, kas iskelet ağrısına ve hareket açıklığının azalmasına neden olabilir.[8,31,33]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Mo L, Liao X, Cai H. Effect of Perioperative Nursing on the Prevention of Lower Extremity Deep Vein Thrombosis in Patients Undergoing Gynecological Pelvic Surgery. *American Journal of Nursing Science*. 2020; 9(6): 455-458. [Crossref]
2. Arseven O, Ekim N, Müzellim B, Oğuzülgen İK, Okumuş NG, Öngen G, Özsu S, Sevinç C, Topçu F, Uzun O, Yıldızeli B. *Türk toraks Derneği Pulmoner Tromboembolizm Tanı Ve Tedavi Uzlaşı Raporu*. Aves, İstanbul, 2015.
3. Akay HT, Berkan Ö, Bozkurt AK, Çetin B, Demir AM, İnce B, Kurtoğlu M, Mandel NM, Oğuzülgen K, Okumuş G, Öngen G, Özışık L, Tural D. Kanserle İlişkili Venöz Tromboembolizm Profilaksisi, *Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Güven Platformu*, İstanbul, 2016: 1-61.

4. Yıldırım Y, Özyılkan Ö. Kanserin Tromboembolik Komplikasyonları ve Tedaviye Yönelik Yaklaşımlar. *Acta Oncologia Turcica*. 2009; 42: 86-91.
5. Okutan O, Ayten Ö. Venöz tromboembolizm ve kanser. *Tuberk Toraks* 2014;62(4):301-315. [Crossref]
6. Lewis SL, Mclean Heitkemper M, Ruff Dirksen S, Graben O'Brien P, Bucher L. Medical *Surgical Nursing:* Assessment and Management of Clinical Problems. Seventh Edition, Mosby Elsevier, St. Louis, 2007.
7. Lemone-Koeplin P, Burke KM, Bauldoff G, Gubrud-Howe P, Levett -Jones T, Hales M, et al. *Medical-Surgical Nursing*. Critical Thinking for Person-Centred Care. Third edition, Volumes 1-3, Pearson, Australia, 2017.
8. Zuther JE, *Lymphedema Management*, The Comprehensive Guide for Practitioners. 2nd edition, Thieme, New York, 2009. [Crossref]
9. Executive Committee of the International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 Consensus. Document of the International Society of Lymphолog. *Lymphology*. 2020;53(1):3-19. [Crossref]
10. Greene AK, Lymphedema: Presentation, Diagnosis, and Treatment. In: Primary Lymphedema, History and Physical Examination. *Springer International Publishing*, Switzerland, 2015. [Crossref]
11. Şahin G, Akyüz E. Derin Ven Trombozu Olan Hastanın Gordon' un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Turk J Cardiovasc Nurs*. 2018; 9(18): 35-40. [Crossref]
12. Riondino S, Ferroni P, Del Monte G, Formica V, Guadagni F, Roselli M. Venous Thromboembolism in Cancer Patients on Simultaneous and Palliative Care. *Cancers*. 2020; 12(1167): 1-18. [Crossref]
13. Simon Noble. Venous thromboembolism and palliative care. *Clinical Medicine*. 2019; 19(4): 315-318. [Crossref]
14. Demir Korkmaz F, Çullu M. Venöz Tromboembolizm ve Hemşirelik Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015; 31(1): 62-82.
15. Zabrocka E, Sierko E. Thromboprophylaxis in the End-of-Life Cancer Care: The Update. *Cancers*. 2020; 12(600): 1-10. [Crossref]
16. Lee AYY, Levine MN. Venöz Tromboembolizm ve Kanser: Riskler ve Sonuçlar. Sirkülasyon. 2003; 107: I-17-I-21.
17. Wang S, Jiang J, Lu X. Progress of Comprehensive Nursing on the Prevention of Postoperative DVT of Gynecologic Tumor. *Advances in Reproductive Sciences*. 2020; 8: 201-208. [Crossref]
18. Sakon M, Maehara Y, Yoshikawa H, Akaza H. Incidence of venous thromboembolism following major abdominal surgery: a multi-center, prospective epidemiological study in Japan. *J Thromb Haemost*. 2006; 4(3): 581-586. [Crossref]
19. Jones D, Wismayer K, Bozas G, Palmer J, Elliott M, Maraveyas A. The risk of venous thromboembolism associated with peripherally inserted central catheters in ambulant cancer patients. *Thrombosis Journal*. 2017; 15(25): 1-6. [Crossref]
20. Gezer S. Kanser ve Tromboz. XXXI. Ulusal Hematoloji Kongresi. VIII. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu. 2004. Erişim adresi: https://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/kanservetromboz.pdf Erişim tarihi: (15.02.2022)
21. Lewis SL, Bucher L, Heitkemper MM, Harding MM, Barry MA, Lok J, Tyerman J, Goldsworthy. S. *Medical-Surgical Nursing in Canada*: Assessment and Management of Clinical Problems. Fourth Canadian Edition, Canada: Elsevier, 2019.
22. Kurtoğlu M. Akut Venöz Aciller. Venöz Tromboemboli: Tanı, Tedavi ve Profilaksi. Damar Cerrahisinde Açil durumlar. *Türk Cerrahi Derneği Yayın*ları. 2012: 127-151.
23. Dirimeşe E, Yavuz M, Kısmalı E, Turna B. The effect of knee length and thigh length antiembolism stockings on deep vein thrombosis prophylaxis. *Turk Gogus Kalp Dama*. 2013; 21: 325-332. [Crossref]
24. Moran M. Preoperatif Hasta Hazırlığı. Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları. *Türk Cerrahi Derneği Yayınları* - Nisan 2018: 136-147.
25. Karadoğan K Durna Z, Akın S. Hemşirelerin Venöz Tromboemboli Risk Faktörleri ve Koruyucu Girişimlere Yönelik Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *JAREN*. 2020; 6(1): 36-43.
26. Gee E. How to apply antiembolism stockings to prevent venous thromboembolism. Nursing Times [online] 2019; 115: 4, 24-26. Erişim adresi: https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/patient-safety/how-to-apply-antiembolism-stockings-to-prevent-venous-thromboembolism-25-03-2019/ Erişim tarihi: (12.02.2022)
27. Oğlakçıoğlu N, Marmaralı A. Kompresyon Çorapları ve Basınç Tedavisi. *Tekstil Teknolojileri Elektronik Dergisi*. 2009; 3(3): 84-94.
28. Guideline for the prevention of Venous Thromboembolism (VTE) in adult hospitalised patients. Published by the State of Queensland (Queensland Health), December 2018. Erişim adresi: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0031/812938/vte-prevention-guideline.pdf Erişim zamanı: (19.01.2022)
29. Dönmez AA, Kapucu S. Meme kanseri ilişkili lenfödem: Egzersiz yapmak için bir engel midir? *Mersin Üniv Saglık bilim Derg*. 2017; 10(3): 238-251. [Crossref]
30. Agarwal D, Agarwal R, Aggithaya MG, Amore M, Andrade M, Armer JM, et al. *Lymphedema Complete Medical and Surgical Management*. Thieme, New York, 2016.
31. Zuther JE, Norton S, *Lymphedema Management The Comprehensive Guide for Practitioners*. 3nd edition, Thieme, New York, 2013. [Crossref]
32. Lenfödem Tanısı Nasıl Konur? Anadolu Lenfödem Derneği, Erişim adresi: https://lenfodemdernegi.org.tr/lenfodem-tanisi-nasil-konur/ (Tarih: 17.02.2022)
33. Guo Y, Schaverien MV, *Textbook Of Palliative Medicine and Supportıve Care*, Assessment and Management of Lymphedema. Editörler: Bruera E, Higginson IJ, von Gunten CF, Morita T. Chapter 58, Third edition, 2021: 555-560.
34. Lenfödem Tedavisinin Hedefleri. *Anadolu Lenfödem Derneği*, Erişim adresi: https://lenfodemdernegi.org.tr/lenfodem-tedavisinin-hedefleri/ (Tarih: 17.02.2022)
35. Lenfödem Tedavi Yaklaşımları. *Anadolu Lenfödem Derneği*, Erişim adresi: https://lenfodemdernegi.org.tr/lenfodem-tedavi-yaklasimlari/ (Tarih: 17.02.2022)
36. Tretbar LL, Morgan CL, Lee BB, Simonian SJ, Blondeau B. *Lymphedema: Diagnosis and Treatment*. Springer, London, 2008. [Crossref]
37. Emily Iker E. *Lymphedema: A Concise Compendium of Theory and Practice*. In: Education of the Patient. Springer, London, 2011.
38. Mulder FI, Candeloro M, Kamphuisen PW, Di Nisio M, Bossuyt PW, Guman N, Smit K, Büller HR, van Es N. The Khorana score for prediction of venous thromboembolism in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Haematologica*. 2019; 104(6): 1277-1287. [Crossref]
39. Delialioğlu SÜ. Lenfödemde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri. *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics*. 2016; 9(4): 124-128.
40. Olgun Ş. Mastektomi sonrası lenf ödem ve hemşirelik bakımı, 6.Uluslararası 17.Ulusal *Hemşirelik Kongresi Tam metin kitabı*, 1488-1496, 19-21 Aralık 2019, Ankara. http://openaccess.kavram.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12569/418/Sule-Olgun.pdf?sequence=1&isAllowed=y
41. Cerrahoğlu L. Hasta Eğitimi: Lenfödemde Üst ve Alt Ekstremite Bası Giysileri. Anadolu Lenfödem Derneği, Erişim adresi: https://lenfodemdernegi.org.tr/lenfodemde-ust-ve-alt-ekstremite-basi-giysileri/ (Tarih: 17.02.2022)

BÖLÜM 9
GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ŞİKAYETLERİ

Kimya KILIÇASLAN

DOI: 10.5152/1809

Gastrointestinal Sistem Şikayetleri

Gastrointestinal Complaints

BÖLÜM HAKKINDA

Palyatif bakım hastalarında, gastrointestinal sistemle ilgili şikayetler sık görülür. Bu şikayetler arasında oral mukozit, disfaji, bulantı, kusma, konstipasyon, diyare, fekal inkontinans ve fekal obstrüksiyon yer almaktadır. Ayrıca palyatif bakım hastalarında asit, kaşıntı, özofagus varis kanaması, hepatik ensefalopati, malnütrisyon, anoreksi ve kaşeksi gibi ek sorunlar da görülebilir ve bu sorunlar hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyerek, hastada fiziksel ve psikolojik açıdan rahatsızlıklara yol açabilir. Gastrointestinal sistemle ilgili şikayetler, tek başına veya birden fazla belirtiyle aynı anda ortaya çıkabilir; örneğin, mide bulantısına kusma ve iştah kaybı eşlik edebilir. Gastrointestinal sistemle ilgili şikayetler hastaların beslenme ve sıvı alımını zorlaştırarak malnütrisyon ve hidrasyon problemlerine yol açabilir. Palyatif bakım uygulamaları, komplikasyonları önler, hastanın genel yaşam kalitesinin iyileştirilmesini hedefleyip hastanın konforunu artırır ve tedavi sürecinin daha yönetilebilir olmasını sağlar. Bu nedenle, gastrointestinal şikayetlerin düzenli olarak izlenmesi ve uygun müdahalelerin yapılması, palyatif bakımın temel unsurlarındandır.

Palyatif bakım hemşiresi, hastanın gastrointestinal şikayetlerini günlük değerlendirirken sistematik ve kapsamlı bir yaklaşım benimsemelidir. Bu süreçte şikayetlerin sıklığı, süresi ve şiddeti günlük olarak kaydedilmelidir. Fizik muayene yapılarak semptomlar değerlendirilmelidir. Hastanın beslenme ve sıvı alımı izlenmeli, dışkılama alışkanlığı ve idrar çıkışı takip edilmelidir. Bu şikayetlere bağlı olarak hastanın ağrı düzeyi ve rahatsızlık hissi düzenli olarak değerlendirilmeli buna yönelik planlama yapılmalı ve farmakolojik ve nonfarmakolojik yaklaşımlar uygulanarak hastanın konforu sağlamalıdır.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, gastrointestinal şikayetler, oral mukozit, disfaji, bulantı kusma, konstipasyon, semptom yönetimi

ABOUT the CHAPTER

In palliative care patients, complaints about the gastrointestinal tract are common. These complaints include oral mucositis, dysphagia, nausea, vomiting, constipation, diarrhea, fecal incontinence, and fecal obstruction. Additionally, problems such as acid, reflux, itching, esophageal varices bleeding, hepatic encephalopathy, malnutrition, anorexia, and cachexia may also occur in palliative care patients. These issues significantly affect the patient's quality of life and may cause physical and psychological disorders. Complaints about the gastrointestinal tract may occur alone or with multiple symptoms; for example, nausea may be accompanied by vomiting and loss of appetite. These complaints can make it difficult for patients to intake nutrition and fluids, leading to malnutrition and hydration problems.

Palliative care nurse should adopt a systematic and comprehensive approach to the patient's gastrointestinal complaints daily. In this process, the frequency, duration and severity of complaints should be recorded daily. Symptoms should be evaluated by physical examination. Nutrition and fluid intake of the patient should be monitored and the habit of defecation and urine output should be followed. Depending on these complaints, the patient's pain level and discomfort should be evaluated regularly and planning should be made for this and the comfort of the patient should be provided by applying pharmacological and nonfarmological approaches.

Keywords: Palliative care, gastrointestinal complaints, oral mucositis, dysphagia, nausea, vomiting, constipation, symptom management

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Kitabın bu bölümünü tamamlayan öğrenciler:

1. Palyatif bakım hastalarında gastrointestinal sistem şikayetlerini tanımlar.
2. Palyatif bakım hastalarında gastrointestinal sistem şikayetlerinin yönetimini açıklar.
3. Palyatif bakım hastalarında gastrointestinal sistem şikayetler ile ilgili hasta eğitiminin önemini kavrar.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Kimya Kılıçaslan

İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-posta: kimya.kilicaslan@iuc.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Kılıçaslan K. Gastrointestinal Sistem Şikayetleri. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 83-95.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Oral mukozit:** Herhangi bir nedenle oral mukozanın iltihaplanması ve bütünlüğünün bozulmasıdır.

2. **Disfaji:** Gıda ve sıvının yutkunması ile yemek borusunda oluşan yanma hissidir. Yutma güçlüğü olarak adlandırılır.

3. **Fekal inkontinans:** Herhangi bir nedenle anal sfinkterin dışkı ya da gaz boşaltımını kontrol edememesidir. Bunun sonucunda dışkı veya gazın istem dışı olarak sızması görülür.

4. **Fekal obstrüksiyon**: Bağırsağın kısmen veya tamamen tıkanmasıdır.

Giriş

Palyatif bakım hastalarında, gastrointestinal sistemle ilgili şikayetler sık görülür ve bu şikayetler oral mukozit, disfaji, bulantı, kusma, konstipasyon, diyare, fekal inkontinans ve fekal obstrüksiyon vb. yer almaktadır. Ayrıca, bazı terminal dönem hastalarında asit, kaşıntı, özofagus varis kanaması, hepatik ensefalopati, malnütrisyon, anoreksi ve kaşeksi gibi sorunlar da görülür.[1] Palyatif bakım ekibi düzenli olarak bu belirtilerin varlığı için değerlendirmelidir. Gastrointestinal şikayetlerin temel amacı, iyi bir hasta öyküsü alarak, fizik muayene, semptomu belirtilerini ve nedenlerini anlayarak semptomu yönetmektir. Gastrointestinal şikayetler, hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkiler. Gastrointestinal şikayetlerin erken tespiti ve tedavisi, hastalar ve aileleri için daha fazla rahatsızlık ve yükün hafifletilmesine yardımcı olabilir. Hastalığın neden olduğu sorunların yanı sıra, uygulanan girişimlere cevapsız kalan gastrointestinal şikayetler hastanın yaşam kalitesini etkileyen ek sorunların gelişmesine neden olabilir. Palyatif bakım ekibinin diğer bir amacı da, hastalığa ya da tedaviye bağlı gelişen ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen gastrointestinal şikâyetleri etkin bir şekilde yönetmektir.[2] Bu nedenle palyatif bakım hemşiresi gastrointestinal şikayetlerin varlığını günlük olarak değerlendirmelidir. Hastanın yeme alışkanlığını değerlendirmeli, oral alımını ve kilosunu takip etmelidir.[3,5,6,7] Elde ettiği sonuçlara dayanarak başetmede etkili olan girişimleri planlamalıdır. Hastanın gereksinimine göre gerekli ise, hekim istemi ile uygun olan farmakolojik tedaviyi başlatmalıdır.[4]

Oral Mukozit

Oral mukozit, ağız içinde oluşan yanma, kızarıklık ve ülserasyon ile kendini gösteren, hastanın oral alımını kısıtlayan ve yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sorundur. Palyatif bakım hastalarında, kötü ağız hijyeni, ağız kuruluğu, orofasial ağrı ve oral mukozit sıklıkla karşılaşılan ağız sağlığı sorunları arasında sayılmaktadır. Bu sorunlardan biri olan oral mukozitler, birçok palyatif bakım hastasının karşılaştığı yaygın ve rahatsız edici bir durum olup, şiddetli ağrı nedeniyle tedavi ve bakım sürecinin aksamasına neden olmaktadır. Oral mukozit, ağız içinde oluşan yanma, kızarıklık ve ülserasyon ile kendini gösteren, hastanın oral alımını kısıtlayan ve yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sorundur. Baş-boyun radyoterapisi alan, hematopoetik kök hücre nakli yapılan ve kemoterapiye bağlı nötropeni gelişen hastaların neredeyse tamamında oral mukozit gelişebilir. Oral mukozitin şiddeti ve süresi; yaş, sigara kullanımı ve diş problemlerinin varlığı gibi hastanın bireysel özelliklerine göre farklılık gösterebilir. Oral mukozit, tat duyusunun değişmesine, boğazda ağrıya, disfajiye ve kilo kaybına neden olabilir ve bu durum hastanın tedavisini olumsuz etkileyebilir. Palyatif bakım hastalarında oral mukozitin yönetilmesi hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi için kritik öneme sahiptir.[7-9]

İnsidans

Palyatif bakım hastalarında oral mukozit insidansını bildiren çalışmalar genellikle kanser hastalarına odaklanmaktadır. Oral mukozit, kanser tedavisinin önemli bir yan etkisidir ve hastanın beslenmesini etkiler. Oral mukozit, baş ve boyun bölgesine radyoterapi uygulanan hastalarda, hematopoetik kök hücre nakli olan hemen hemen tüm hastalarda ve kemoterapi alan hastaların %20 ila %80'inde gelişebilir. Ancak palyatif bakım hastalarında %17,2'sinde mukozit olduğu tespit edilmiştir. Bu oran, kemoterapi ve radyoterapi tedavisi sırasında görülen mukozit oranından daha düşüktür. Bu düşük insidans, palyatif bakımda kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinin genellikle kesintiye uğraması ile ilişkilendirilmiştir.[10-12] Ayrıca oksijen tedavisi alan hastalar da oral mukozit gelişimi açısından risk altındadır.[13,8]

Fizyopatoloji

Oral mukozit fizyopatoloji süreci, başlangıç aşaması, enflamasyon aşaması, doku hasarı aşaması, kısır döngü aşaması ve iyileşme aşaması olmak üzere beş aşamada gerçekleşir. Radyoterapi ve kemoterapi ile hücrelerin ilk yaralanmasını içeren doğrudan DNA hasarı veya daha yaygın olarak reaktif oksijen türleri aracılığıyla başlangıç aşamasıdır. Bu, bir dizi enzim ve transkripsiyon faktörü aktivasyonuna yol açar ve sonunda TNF-α, IL-1β ve IL-6 gibi inflamatuvar sitokinleri kodlayan genlerin yukarı regülasyonuna yol açar ve submukoza ve bazal epiteli doku hasarına neden olup enflamasyon aşamasında gerçekleşir. Doku hasarı aşamasında ise, ortaya çıkan enflamasyon ve doku hasarı, ülserasyona ve ardından gelen bakteriyel kolonizasyona yol açar ve enflamatuvar sitokin aracılı hasarın kısır döngüsünü daha da besler. Kısır döngü aşamasında ise enflamatuvar yanıt, sürekli olarak doku hasarını ve ülserasyonu tetikleyerek bu döngüyü daha da kötüleştirir. Son aşama iyileşme aşaması olup, Son aşamada, epitel proliferasyonu ve epitiyalizasyon ile sonuçlanan hücre dışı matris aracılığıyla sinyalleme gerçekleşir ve doku iyileşmesi başlar.[14,14,18]

Risk Faktörleri

Oral mukozit gelişimini tetikleyen temel nedenler kemoterapi ve radyoterapidir. Ayrıca hastanın yaşı, ağız hijyeninin kötü olması, sigara kullanması, nötropeni, klinik durumu, diş varlığı, beden kitle indeksinin düşük olması ve antibiyotik kullanılması oral mukozit gelişime riskini arttıran diğer nedenlerdir.[19,22] Mukozit insidansı ve şiddeti, uygulanan sitotoksik ilacın tipi, dozu ve tedavi protokolü, radyoterapi dozu ve uygulama alanı ile farklılık gösterebilir. Baş-boyun kanser tanısı ile radyoterapi ve hematopoetik kök hücre nakli nedeniyle yüksek doz kemoterapi alan hastalarda, nütrisyonel destek gerektirecek kadar ciddi oral mukozit gelişebilir. Ek olarak tümörün kendisi ve Diabetes Mellitus, Addison Hastalığı ve, Böbrek Hastalığı gibi eşlik eden farklı bir kronik hastalığı olanlarda risk daha da artabilir[16-18]

Tanılama

Palyatif bakım alan hastada oral mukozitin önlenmesi, erken teşhisi ve yönetimi için kapsamlı tanılama yapmak önemlidir.

Hastanın ilk yatışında, tedavi öncesi, sırası ve sonrasında ağız muayenesinin düzenli olarak değerlendirilmesi önemlidir. Değerlendirme hastanın hikayesinin alınması ile başlamalı, fiziksel muayenenin yapılması ve laboratuvar sonuçlarının incelenmesi ile tamamlanmalıdır.[19,20]

Hastanın Hikayesi

Palyatif bakım hastasında oral mukozit için hastanın öyküsünün alınması oral mukozitin zamanında tanınması ve önlem almak açısından önemlidir. Hastanın tıbbi öyküsünü alırken, hastanın tanısı, öz geçmişi, kanser öyküsü olup olmadığı, kullandığı ilaçlar, kemoterapi ve radyoterapi alıp almadığı sorgulanmalıdır. Oral mukozit şikayetinin ne zaman, neden ve nasıl başladığı araştırılmalı, şiddetini artıran ya da azaltan etkenlerin olup olmadığı sorgulanıp değerlendirilmelidir.[3,12]

Fiziksel Muayene

Oral mukozit gelişimi açısından risk grubunda yer alan hastalarda günlük ağız muayenesi yapılmalıdır. Işık kaynağı ve abeslang kullanılarak ağız içi mukozada oluşan değişiklikler, alt ve üst damak, iki yanağın iç kısmı, dilin yüzeyi gözlenerek değerlendirilmelidir. Değerlendirme sırasında oral mukozada ülser, enfeksiyon, ağız içinde ve boğazda yanma/ağrı, enfeksiyon ve kanama bulguları tespit edilebilir, disfaji, konuşmada güçlük ve yetersiz ağız hijyeni değerlendirilmelidir. Ayrıca abeslang ile tükürüğün yoğunluğu değerlendirilmelidir.[12,19,21]

Özel Ölçekler

Oral mukozit gelişen hastalarda değişiklikleri tanımlamak, mukozitin şiddeti, yaygınlığı ve hastanın yaşadığı semptomları değerlendirmeyi kapsar. Oral mukoziti değerlendirmek için Oral Mukoza Derecelendirme Ölçeği (OMRS), Oral Mukozit İndeksi (OMI), Dünya Sağlık Örgütü Oral Mukozit Değerlendirme Skalası, Radyasyon Tedavisi Onkoloji Grubu (Radiation Therapy Oncology Group, RTOG) Evreleme Sistemi ve Oral Mukozit Değerlendirme Skalası (Oral Mucositis Assessment Scale, OMAS), Ulusal Kanser Enstitüsü'nün toksisite kriterleri (National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events, NCI-CTCAE) ve Kanser Hemşireliği Araştırma Batı Konsorsiyumu (Western Consortium for Cancer Nursing Research, WCCNR) Mukozit Değerlendirme Skalası gibi farklı değerlendirme araçları kullanılabilir. Ayrıca oral mukoziti değerlendirirken eritem, ülserasyon gibi doku hasarının yanı sıra gıda alımının etkilenip etkilenmediği, ödem ve atrofi varlığı da incelenmelidir. Değerlendirme ölçekleri oral mukozitin şiddetini objektif bir şekilde değerlendirme imkânı ve uygun tedavi stratejilerini belirlemeyi sağlar.[22]

Yönetimi

Palyatif bakım hastalarında oral mukozitin etkili yönetimi çok önemlidir. Oral mukozitin etkili yönetmenin temel amacı; fırsatçı enfeksiyonları önlemek, doğru beslenmeyi sağlamak ve oral hijyeni korumaktır.[7] Özellikle oral mukozit açısından riskli hastalarda, oral mukozit gelişim süreci biliniyorsa, bu sorunu önlemede uygulanacak adımları içeren, kliniğe özgü bir ağız bakım protokolünün oluşturulması önemlidir.[19] Örneğin baş-boyun radyoterapisi alan ve hematopoetik kök hücre nakli olan hastalarda tedaviye başlamadan önce hastanın diş tedavilerini tamamlaması çok önemlidir ve tedaviye başlamadan bu hastalar ağız bakım protokolünün ilk aşaması olarak diş hekimliğine yönlendirilmelidir. Takiben hastanın özellikleri temel alınarak hastanın ağız bakımı sıklığı, kullanılacak gargara tipi, diş fırçalama sıklığı ve diş ipi kullanımı planlanmalıdır.[23] Ayrıca oral mukozitin yönetimi için farklı yaklaşımlar kullanılmaktadır. Papatyanın (Chamomilla recutita) yara iyileşmesinde, bakteriyostatik ve antiseptik ve anti-inflamatuar etkiye sahip olduğu bilinip papatya özünün gram-pozitif ve gram-negatif bakterilere karşı güçlü bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir.[24] Papatya çayı ile yapılan gargaranın kanıt düzeyi düşük çalışmalara rağmen, bu bitkinin anti-inflamatuar etkisiyle ilişkili olabilecek mukozit şikayetlerini azalttığı ve hafiflettiği bildirilmiştir.[25] Ayrıca oral mukoziti hafifletmek için yeni çalışmalara göre; viskoz lidokain HCl (Xylocaine), difenhydramine elixir (Benadryl) ve dyclonin HCl içeren boğaz pastilleri gibi topikal anestezikler kullanılabileceği bildirilmiştir.[7]

Farmakolojik ve Nonfarmakolojik Yaklaşımlar

Oral mukozitlerin önlenmesinde ve yönetiminde ihtiyaca göre pek çok gargara kullanılabilir.

Benzidamin hidroklorid: Bu gargaranın kullanımını, baş-boyun radyoterapi alan hastalarda oral mukozitin gelişimini geciktirdiği, insidansı, şiddeti ve süresini azalttığı bildirilmiştir.[43]

Klorheksidin: Antimikrobiyal özelliği olan klorheksidinin oral mukozit şiddetini azaltmada bir etkisi olmadığı, hatta tat algısında değişme, dil ve diş lekelenme olmasına neden olabildiği bildirilmiştir.[29,30]

Palifermin: Bazı dokularda epitel hücrelerinin büyümesini sağlayan[49] palifermin, oral mukozit insidansını ve şiddetini önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır.[26,27]

Çinko sülfat: Bağışıklık sistemini güçlendiren ve yara iyileşmesini sağlayan çinko sülfat'ın oral mukozit görülme sıklığını ve şiddetini azalttığı bildirilmiştir.[28]

Glutamin: Aminoasit olan glutamin, oral mukozitlerin gelişmesini geciktirmekte ve şiddetini azaltmaktadır.[29]

Düşük doz lazer tedavi: Oral mukozit tedavisinde kullanılan düşük doz lazer tedavi uygulamasının oral mukozitlerin şiddetini ve ağrıyı azalttığı bildirilmiştir.[35,36]

Ketamin gargaraları: Stomatodini ve odinofaji için ağrı skorlarını düşürmeye, uyku kalitesini iyileştirmeye ve ciddi oral mukozitli hastalarda oral lidokain uygulamasını azaltmaya yardımcı olduğu ayrıca yan etkisi olmaması nedeni ile kemoterapi ile ilişkili şiddetli mukozitin bakımında ek bir tedavi olarak kullanılabileceği bildirilmiştir.[30]

CAM2028-benzydamine: Oral ve boğaz mukozası üzerinde kullanılan bir ilaçtır. Lokal anti-enflamatuvar, analjezik ve anestezik etkileriyle bilinir. Oral mukozit Baş ve boyun kanseri radyasyon tedavisine ikincil oral mukozitli hastalarda ağrıyı azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir.[31]

Morfin gargarası: Mukozit şiddetinde azalma gösterdiği ve hastaların tedaviden memnun olduğu bildirilmiş olup, topikal morfinin kanser tedavisine bağlı oral mukozitin şiddetini azaltmada hastalar için daha etkili olduğu gösterilmiştir.[32]

Kriyoterapi: Oral mukozit için hastanın kemoterapi uygulaması öncesi ve sonrası kriyoterapinin (ağız boşluğuna buz uygulanması, dondurma yenilmesi) kullanılması oral mukozit derecesinin ve lezyonların neden olduğu ağrı süresinin azalmasında etkili olduğu bildirilmiştir.[33] Ayrıca fotodinamik terapi ve bal gargarası, oral mukozitte etkili olduğu için kullanılması önerilmektedir.[12,34,35]

Disfaji

Disfaji, mideye yiyecek veya sıvı alınımında zorlanma hissi, yutma zorluğu olarak tanımlanmaktadır. Palyatif bakım hastalarında disfaji, pek çok nedene bağlı olabilir. Palyatif bakımda disfaji, en yaygın olarak inme, Parkinson Hastalığı ve demans gibi nörolojik hastalıklardan kaynaklanır. Disfaji ayrıca ALS hastalarında görülen sorunlardan biridir.[36] Özofagus kanserinde, oral kavite kanserinde ve inmede genellikle hastalık süreci ile ilişkilidir. Ancak oral mukozit ve özofajite bağlı da gelişebilmektedir.[37] Palyatif bakımda disfaji, akciğer aspirasyon riskini arttırdığı ve beslenme sorunlarının gelişmesine neden olduğu için son derece önemli ve etkin bir şekilde yönetilmesi gereken bir sorundur.[37,38] Palyatif bakımda azalan iştahtan farklı olarak disfaji, etiyolojiden bağımsız olarak yaşamın sonundaki doğal sürecin bir parçası olup yaşamın sonuna yaklaşan hastalarda kötü bir prognostik işarettir. Disfaji, palyatif bakımda olan hastanın yaşamını sınırlayan önemli bir sorundur.[39]

İnsidans

Disfaji insidansı toplumda %20 civarındadır. 60 yaş üstü bireylerde %50'ye ulaştığı tahmin edilmektedir. Genel nüfusun %22,6'sı bir aylık bir sürede birden fazla kez disfaji ile baş etmek zorunda kalmaktadır. Kadınlarda ve yaşlılarda, erkekler ve gençlere göre daha sık geliştiği bildirilmiştir.[40]

Disfaji insidansı ile ilgili çalışmaların çoğu hastanede yatan hastalarda, huzurevinde kalan bireylerde ve rehabilitasyon merkezinde olan hastalarda yapılmış ancak palyatif bakım hastalarının %30'unda disfaji görüldüğü bildirilirken palyatif bakım hastalarında disfaji ile ilgili yapılan çalışma sınırlı sayıdadır.[41]

Fizyopatoloji

Yutma, aynı anatomik yoldan nefes almaya ve yutmaya izin vermek için koordine edilen istemli ve istemsiz nöromüsküler kasılmaları içeren karmaşık bir süreçtir. Yutma genellikle orofaringeal ve özofagus evrelerine ayrılır. Yutmanın çeşitli nedenlerden dolayı bozulması ile disfaji gelişir. Disfajinin gelişiminde pek çok etken rol alabilir.[40] Beyin hasarı ya da inme gibi altta yatan hastalığın sonucunda, baş-boyun bölgesine, mediastinal alana radyoterapi alan hastalarda tedavin yan etkisi olarak gelişebilir. Serebrovasküler ataklarda oluşan beyin hasarı, dil ve faringeal konstriktör kasların işlevini etkileyerek üst özofagus sfinkterinin motilitesinin bozulmasına ve yutma refleksinin gecikmesine neden olur. Radyoterapide ise özofajit gelişimi uygulama bölgesinde tedavi sonucunda oluşan doku harabiyeti ile ilişkilidir.[42]

Risk Faktörleri

Disfaji, sıklıkla baş-boyun ya da mediastinal radyoterapi alan hastalarda gelişir. İnmede ilk 24 saatte hastaların yaklaşık %30-40'unda disfaji görülür. İlk haftanın sonunda hastaların disfaji sorunu çoğu zaman düzelmektedir ancak bu hastaların %10-20'sinde disfaji daha uzun süreli bir sorun olmaya devam edebilir. Demans, Parkinson hastalığı, Amyotrofik Lateral Skleroz, Multipl Skleroz ve Myastenia Gravis hastalığın ileri dönemlerinde gelişebilir.[7,47]

Tanılama

Palyatif bakımda disfajinin değerlendirilmesi, disfaji ile ilgili sorular sorarak hastayı değerlendirme, yemek zamanında hastanın gözlemlenmesi ve gerekli görüldüğünde uzmanlar tarafından bir tarama testi veya enstrümantal muayeneden oluşur.[43,44] Yutma refleksini başlatmada zorlanma, öksürme, boğulma veya aspirasyon ile kendini gösteren disfaji, aspirasyon riski nedeniyle önemli bir semptomdur ve varlığı yakından takip edilmelidir.[49] Tanılama, ne zaman ve nasıl başladığı sorgulanarak hastanın hikayesinin alınması ile başlanmalıdır. Hastadan hissettiği yutma güçlüğünü kendi kelimeleri ile ifade etmesi, beslenme sırasında yaşadığı sorunları ve tükettiği gıdaları açıklaması istenmelidir.[45] Gastroözofageal reflü hastalığı olan hastalar, lokmayı yuttuktan sonra özofagusta yiyeceklerin sıkışmış olduğu hissini yaşadığını bildirebilir.[45]

Hastaya yatak başı yutma testi yaptırılarak varlığı kolaylıkla tespit edilebilir. Disfaji nedenini değerlendirmek için kapsamlı bir klinik öykü almak önemlidir. Mekanik obstrüksiyondan şüpheleniliyorsa acil değerlendirilme yapılmalıdır. Orofarengeal disfaji, yutma, öksürme, boğulma veya aspirasyon başlatma zorluğu olarak kendini gösterir. Aspirasyon riski nedeniyle belirtiler iyice değerlendirilmelidir. Özofagus disfajisi olan hastalar, yutmadan sonra yiyeceklerin sıkıştığı hissini bildirebilir. Bu duruma en sık gastroözofageal reflü hastalığı ve fonksiyonel özofagus bozuklukları neden olur. İlerleyici nörolojik hastalığı olan ve yaşlı hastalar, aspirasyon pnömoni ve yetersiz beslenme açısından disfaji riskini artıran faktörler olduğu için bu hastalar ayrıntılı değerlendirilmelidir.[36, 41]

Yönetimi

Disfaji yönetiminde tedavi, disfajinin nedenine yönelik planlanır. Tedavide amaç, hastanın ağızdan gıda alımını sürdürmek, yeterli beslenmesini sağlamak ve yaşam kalitesini artırmaktır. Radyoterapi ve kemoterapi ile ilişkili disfaji için hekim istemi uygun tedavi başlanmalıdır. Hastanın yutma testini uygulayarak ağızdan önce yumuşak sonra katı gıda alması sağlanmalı ve gıda alımı yavaş yavaş artırılmalıdır. Palyatif bakımda disfajiye yönelik tüm müdahale girişimlerine rağmen yutma gerçekleşmiyorsa, tedavinin amacı hasta için yeterli beslenmeyi sağlayacak girişimler planlanmalıdır. Nörolojik sebeplere bağlı gelişen ve hastanın yaşamı boyunca kalacağı öngörülen disfajilerde perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) uygulaması için ve herhangi bir nedene bağlı özofagusta bir tıkanıklık var ise hasta balon dilatasyonu ya da stent uygulaması için cerrahiye yönlendirilmelidir. Disfajinin yönetiminde multidisipliner bir yaklaşım faydalıdır. Bu multidisipliner ekipte; konuşma ve dil terapisti, diyetisyen, ergoterapist, fizyoterapist, hemşire ve hekim yer almalıdır.[44]

Bulantı-Kusma

Palyatif bakım hastalarının yaklaşık %70'inde görülen ve hastanın yaşam kalitesini etkileyen önemli semptomlardan birisi bulantı-kusmadır. Bulantı, hastayı rahatsız eden, hoş olmayan bir deneyimdir. Kusma ise genelde bulantıya eşlik eden, mide içeriğinin

zorlu karın kaslarının kasılmasıyla özofagus yoluyla ağızdan çıkartılmasıdır. Hastaların yaklaşık %40'ında bulantı-kusmanın nedeni tanımlamak zor olabilir. Bulantı-kusma; kemoterapi, radyoterapi, opioid ilaçlar, konstipaston ve bağırsak tıkanıklığı nedeniyle özellikle kanser hastalarında sık gelişen semptomdur. Fakat midenin geç boşalması, kimyasal dengesizlikler veya diğer faktörler de gelişimine katkıda bulunabilir. Bulantı-kusmanın şiddeti ve sıklığı hastalığın özelliği, alınan kemoterapinin, radyoterapinin türü, kullanılan antibiyotik ve analjeziğin özelliğinden etkilenebilir.[5,19,47,48]

İnsidans

Bulantı ve kusma palyatif bakımda sık görülen semptomlardandır.[5] Kemoterapinin neden olduğu bulantı ve kusmanın tedavi edilmediğinde kanserli hastaların %60 ile %80'ini etkilediği bildirilmiştir.[49] Yapılan bir çalışmada ileri evre kanserli hastaların %62'sinin bulantı kusma yaşadığı ve bulantı prevalansının %6-68 oranında iken kusmanın prevelansı %4 olduğu bildirilmiştir.[23]

Fizyopatoloji

Kusma, kusma merkezi tarafından kontrol edilen karmaşık bir refleks sürecidir. Kusma merkezi beyin kökünde belli kemoreseptörden kaynaklanan çeşitli yollarla uyarılır. Gastrointestinal sistem visseral ve vagal afferent yollarla, kemoreseptör tetikleme alanı, vestibuler aparatus ve serebral korteks yoluyla aktive olur. Kusma, beynin medulla oblongata bölümünün dorsal kısmında bulunan kusma merkezi ve kemoreseptör tetikleme alanı tarafından yapılmaktadır. Bulantı ve kusmayı düzenleyen afferent ve efferent reflekslerin beyin sapı düzeyinde iki merkez tarafından entegre olduğu düşünülmektedir. Özellikle kemoterapi ilaçları alan kanser hastaları bağırsakları sınırlayan hücre dizilerinde zedelenmeye yol açarak, serotonin salınımına ve beyne impuls transmisyonunu sağlayan sinirlerin aktivasyonu sağlayarak hastanın kusma merkezi uyarılır ve hastada kusma refleksi oluşur. Ayrıca vagus sinirinin uyarımı ile aktive olan serotonin kusma merkezini doğrudan ya da kemoreseptör tetikleme alanı yoluyla uyarır. Bulantı kusmasının fizyopatolojisinin bilinmesi tanı, uygun antiemetik seçimi, uygun farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlere yönetilmesinde önemlidir.[50]

Risk Faktörleri

Palyatif bakım hastalarında sıklıkla mide bulantısının etiyolojisi multifaktöriyeldir. Bulantı ve kusma, yetersiz beslenme ve elektrolit bozuklukları gibi ciddi metabolik hastalıklara yol açabilir. Kanser hastalarında radyoterapi, ilaçlar (kemoterapi, opioidler, antibiyotikler, antikolinerjik ilaçlar vb.), bağırsak tıkanıklığı, vestibüler problemler (işitme siniri tümörlerinden dolayı), elektrolit dengesizliği (hiperkalsemi, hiperglisemi veya hiponatremi vb.), üremi ve gastroparezi (tümör, diyabet ya da vinblastin tedavisine bağlı olarak), artmış kafa içi basınç (beyin tümörleri, enfeksiyonlar vb.), psikolojik durumlar (anksiyete, korku, yas vb.), kadın cinsiyet ve genç olma bulantı kusmanın gelişiminde önemli risk faktörleridir.[51]

Tanılama

Bulantı ve kusmanın yönetiminde, hastanın ayrıntılı değerlendirilmesi önemlidir. Tanılama, hasta ile ilk karşılaştığımız andan itibaren başlayan dinamik bir süreçtir. Hastanın öyküsü alınmalı, fizik muayenesi yapılmalı ve bulantı-kusmanın altında yatan neden tanımlanmalıdır. Hasta hikâyesinde bulantı-kusma varlığı, şiddeti, tetikleyen nedenler, kullanılan ilaçlar ve nonfarmakolojik yaklaşımlar araştırılmalıdır. Kemoterapi ve kranial radyoterapi uygulanacak kanser hastalarında tedaviye başlamadan ve takiben bulantı- kusma şikayeti sorgulanmalıdır. Hastada bulantı kusmaya bağlı gelişebilecek kilo kaybı ve dehidratasyon belirtileri araştırılmalıdır.[52]

Hastanın Hikayesi

Bulantı-kusma için hastanın ayrıntılı öyküsünün alınması önemlidir. Hastanın tıbbi öyküsü, öz geçmişi, kullandığı tıbbi veya bitkisel ilaçlar sorgulanır. Bulantının ne zaman başladığı, kusmanın eşlik edip etmediği, tetikleyen, rahatlatan ve kötüleştiren yöntemlerin neler olduğu ayrıntılı sorgulanmalıdır. Ayrıca bulantı-kusmanın başlangıç zamanı, sıklığı, şiddeti, aralığı, akut ve kronik durumu sorgulanmalıdır. Hastanın kullandığı antiemetik ve etkisi, neden olan faktör ve beslenme de ayrıntılı sorgulanmalıdır.[3]

Fiziksel Muayene Bulguları

Fiziksel muayenede, orta epigastriumdaki hassasiyet, peptik ülsere işaret ederken sağ üst kadranda hassasiyet, kronik mide bulantısı veya kusma ile kendini gösterebilen konstipasyonu tarif edebilmektedir. Titizlikle alınmış hasta öyküsü, yapılan fizik muayene ve tetkiklerden sonra altta yatan bir neden belirlenemez ise kalıcı bulantı-kusması şikayeti olan hastalar bir yeme bozukluğu (anoreksiya veya bulimia vb.) açısından ayrıca değerlendirilmelidir.[52]

Özel Ölçekler

Bulantı ve kusmanın çok yönlü değerlendirilmesinde kullanılan çeşitli ölçekler ve değerlendirme araçları kullanılmaktadır. Bu ölçekler semptomların şiddetini, sıklığını ve etkisini ölçmeye yardımcı olur. Bulantı-kusmanın çok yönlü değerlendirilmesinde Rhodes Bulantı, Kusma ve Öğürme İndeksi (Rhodes Index of Nausea, Vomiting and Retching), Bulantı Kusma ve Öğürme İndeksi (Index of Nausea, Vomiting, and Retching-INVR, RINVR) ve MASCC Antiemezis Ölçeği (MAÖ) farklı değerlendirme ölçekleri kullanılmaktadır.[48] Bu ölçeklerden kullanımı en çok tercih edilen Rhodes Bulantı Kusma Öğürme İndeksi'dir. Bu indekste, bulantı-kusma ve öğürmenin oluşumu, sıklığı, miktarı, süresi, şiddeti ve sıkıntısı değerlendirilir. Özellikle kemoterapi gören hastalarda bulantı ve kusmayı değerlendirmek için farklı ölçekler kullanılır.[53]

Yönetimi

Bulantı-kusmanın yönetiminde temel amaç bulantı ve kusmayı önlemektir. Bu nedenle bulantı-kusmanın altta yatan nedenini tanımlamak ve uygun girişimi yapmak ilk adımdır. Bulantı-kusmanın nedenine göre farklı farmakolojik ilaç kullanılmaktadır. Palyatif bakım alan hastalarda bulantı ve kusmanın yönetiminde sık kullanılan antiemetik ilaçlar metoklopramid ve domperidondir. Bağırsak obstrüksiyonu ile ilişkili bulantı-kusmada octreotide başlanılırken nörolojik sorunların neden olduğu bulantı-kusmada deksametazon; kemoterapiye bağlı gelişen bulantı- kusma için lorazepam, anksiyete ve psikiyatrik sorunlar nedeni ile görülen bulantı da ise benzodiazepinler kullanılmaktadır.

Yaşam tarzı değişiklikleri de bulant-kusmanın yönetiminde fayda sağlayabilir. Hastaya sık sık ve az miktarda yemek yemesi, aşırı sıcak ve soğuk yiyecek-içecek tüketiminden kaçınmak önerilir. Ayrıca akupressur, akupunktur, zencefil, gevşeme teknikleri, hayal kurma, dikkati başka yöne çekme, hipnoz, masaj, çevre düzenlemesi ve müzik terapi gibi farklı yaklaşımların kullanımı da planlanabilir.[48] Hastada bulantı-kusma nedeniyle iştahta azalma, beslenmede değişim, sıvı elektrolit dengesinde bozulma gelişebileceği için bu sorunların varlığı tanımlanmalı ve uygun girişimler planlanmalıdır.[5,54]

Konstipasyon

Konstipasyon, kalın bağırsakta dışkının yavaş hareketi nedeniyle seyrek bağırsak boşaltımı gerçekleşmesi ve bağırsakta kuru, sert dışkıların geçişi şeklinde tanımlanır. Palyatif bakım hastalarında konstipasyon, genellikle geçici olmasına rağmen yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilen önemli gastrointestinal şikayettir. Konstipasyon, hastanın tanısından, kullandığı ilaçlardan, sosyal ve psikolojik faktörlerden etkilenmektedir. Konstipasyon öznel bir deneyimdir ve bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle hastanın bireysel dışkılama özellikleri, dışkılama sıklığı, hastanın konstipasyon algısı ve rahatsızlık düzeyi konstipasyonu belirlemede önemli faktörlerdir.[55]

İnsidans

Konstipasyon, palyatif bakım alan hastaların yaklaşık %40'ını etkilemektedir.[56-58] Konstipasyon, genellikle palyatif bakım hastalarında yaygın görülen, iyi tanımlanmamış, tedavi edilmemiş ve uygun yönetimi yapılmamış gastrointestinal şikayettir. Konstipasyon, kemoterapinin nörotoksik etkisi olup narkotik ajanların kullanımına, hareketsizliğe, yeme alışkanlığında değişikliklere, dehidratasyona ve hipokalsemiye bağlı da gelişebilir.[15]

Fizyopatoloji

Konstipasyonun gelişimine birçok neden katkıda bulunabilir fakat palyatif bakım hastalarında en önemli etken opioid ilaç kullanımıdır. Merkezi sinir sistemindeki opioid reseptörleri bağırsak hareketliliğinde bir gecikme ve sıvı emiliminde artışa sebep olur. Opioid etkileri ayrıca bağırsak sıvısı sekresyonunun azalmasına ve distansiyona karşı azaltılmış rektal duyarlılık sağlar. Opioidlerin nöral aktivitenin baskılanması yoluyla gastrointestinal motiliteyi ve sekresyonu etkilediği bilinmektedir. Opioidler ileri peristaltizmi baskılar, itici olmayan segmental kasılmaları arttırır ve hem ince hem de kalın bağırsaklarda anal sfinkter tonusunu yükseltir. Böylece opioidler periferik bölgeye etki ederek konstipasyona neden olur.[59]

Risk Faktörleri

Konstipasyona neden olan etkenler organik ve fonksiyonel faktörler olarak iki grup altında ele alınır. İlaçlar (opioidler, antikolinerjikler, antikolinerjik içeren antiemetikler, kemoterapi, antihistaminikler, trisiklik antidepresanlar, antipsikotikler, antiparkinson ilaçları vb.), metabolik nedenler (hiperkalsemi, dehidratasyon, hipokalemi, üremi, hipotiroidizm, diyabetes mellitus vb.), nörolojik hastalıklar (otonom disfonksiyon, omurilik/beyin tümörleri, omurilik tutulumu vb.), yapısal sorunlar (karın/pelvik kitle, radyasyon fibrozu vb.), ağrı (kanser ağrısı, kemik ağrısı, anorektal ağrı vb.) organik etkenler grubunda yer almaktadır. Diyet, sedanter yaşam, yetersiz sıvı alımı, yeme alışkanlıklarında değişiklik, çevresel faktörler ve depresyon ise fonksiyonel faktörleri oluşturmaktadır.[50]

Tanılama

Palyatif bakım hastalarında konstipasyon ayrıntılı değerlendirilmelidir. Konstipasyonu olan hastaları değerlendirirken öncelikle konstipasyonun nedenleri araştırılmalıdır. Ayrıntılı bir öykü alınmalıdır. Hastanın bireysel bağırsak alışkanlıkları, kıvamı (örneğin gaz, sıvı veya katı gaita vb.), tıbbi hastalığı (kronik bağırsak bozuklukları, diyabet, nörolojik hastalıklar, kolesistektomi, anorektal öyküsü vb.) tanılanmalıdır.[50]

Hastanın Hikayesi

Konstipasyonu olan hastanın günlük bağırsak alışkanlığı ve alışkanlıkta bir değişim olup olmadığı sorgulanmalıdır. Hastanın konstipasyona yönelik tedavisi, beslenmesi, sıvı alımı ve hareket durumu da değerlendirilmelidir. Konstipasyonun değerlendirilmesinde bazı ölçekler kullanılsa da en önemli değerlendirme hastanın sahip olduğu bağırsak alışkanlığını sorgulamaktır. Hastanın konstipasyonu olup olmadığı algısı önemlidir. Özellikle hastanın normal bağırsak alışkanlığının nasıl olduğu, değişikliğin ne zaman başladığı ve ne tür sorunlar yaşadığı gibi deneyimler sorgulanmalıdır. Cerrahi girişimler, ilaç tedavileri, kemoterapi, radyoterapi, sıvı, günlük sıvı alımı, lif alımı ve laksatif kullanım hikayesi sorgulanmalıdır.[60]

Fiziksel Muayene Bulguları

Konstipasyonun kapsamlı fiziksel muayenesinde; karın muayenesi, perine muayenesi, rektal tuşe yapılması gerekebilir. Rektal kanama ve hemoroid varlığı değerlendirilmelidir. Ayrıca hastanın nörolojik durumu, hidrasyon durumu, karında ağrı, hassasiyet, kitle, şişlik ve bağırsak sesleri değerlendirilir.[59] Konstipasyonu olan hastada ağrılı dışkı geçişi, batında distansiyon, karın ağrısı, mide bulantısı ve memnuniyetsizlik eşlik edebilir.[55]

Laboratuvar ve Görüntüleme Çalışmaları

Konstipasyonun ciddiyetini anlayabilmek için bazı ek tanı testleri (biyokimya, tam kan sayımı ve görüntüleme vb.) gerekebilir. Tam kan sayımı, elektrolit düzeyleri, karaciğer, böbrek ve tiroid fonksiyon testleri ve direk batın grafisi ve ultrasonografi sonuçları değerlendirilmelidir. Kalın bağırsağı ayrıntılı değerlendirmek için kolonoskopi de yapılabilir.[45]

Özel Ölçekler

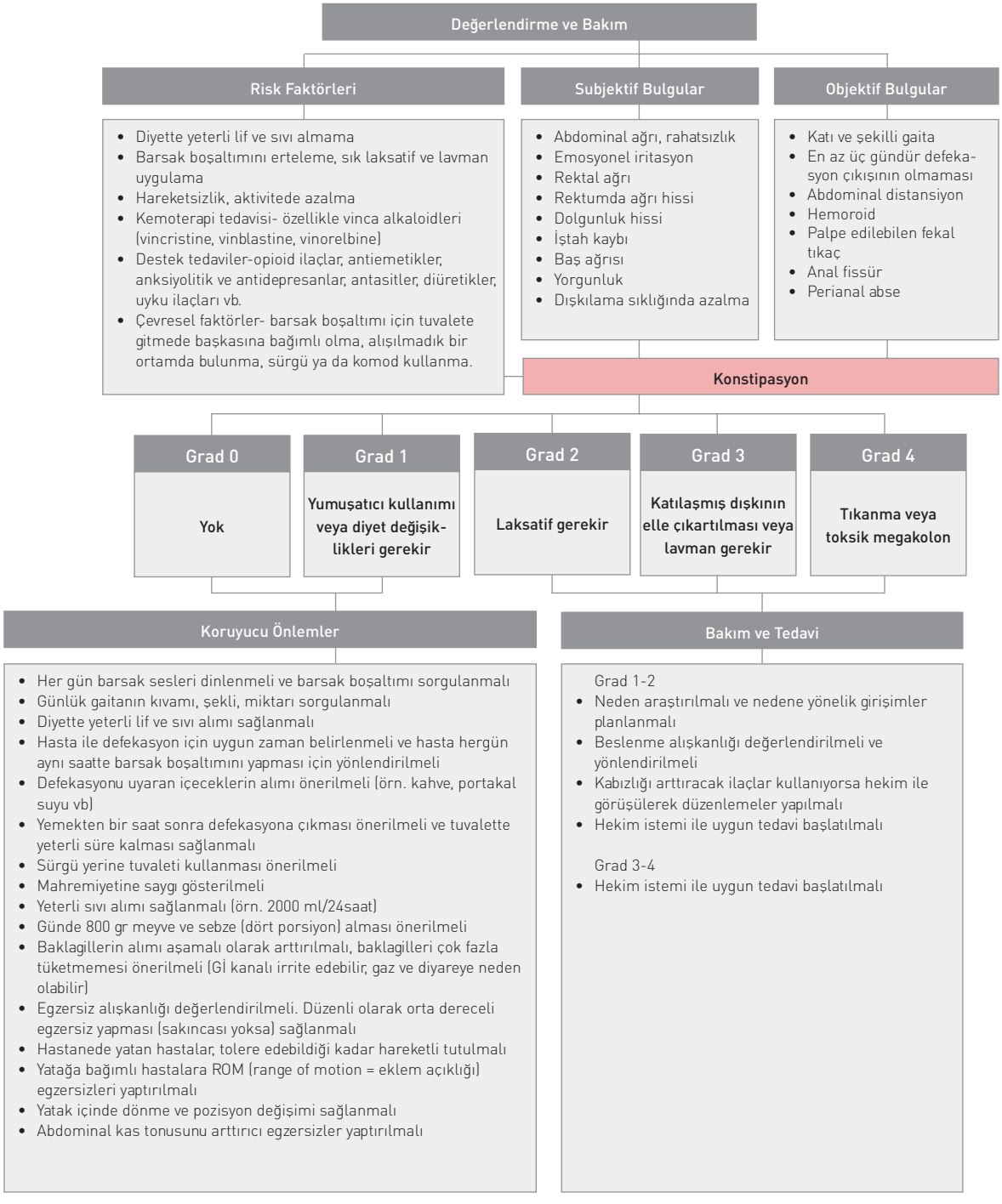
Bağırsak alışkanlığında değişimi tanımlamak için en yaygın kullanılan değerlendirme aracı Bristol Dışkı Skalasıdır. Ayrıca konstipasyonun şiddetini tanımlamak için Roma III Kriterleri, Common Terminology Criteria for Advers Events Toksiste Kriterleri – Konstipasyon gibi diğer tanılama araçları da kullanılabilir.

Bristol Dışkılama Skalası en yaygın kullanılan güvenilir araçtır. Bu araç konstipasyonun sıklığını ve değerlendirmesini kapsar. Skalanın uygulanmasının kısa ve öz olmasından dolayı kullanışlıdır.[50]

Yönetimi

Konstipasyonu mümkün olduğunca erken tanılaması önemlidir. Konstipasyon nedeni çok faktörlü olduğundan yönetimi oldukça zordur. Konstipasyon yönetiminde özellikle sıvı alımının, beslenme alışkanlıklarının ve aktivitenin düzenlenmesi ve laksatif seçimi son derece önemlidir (Şekil 1)[19] Konstipasyonun yönetiminde hasta eğitimi, beslenme alışkanlığını planlama, yeterli sıvı alımı, fiziksel aktivite, akupunktur ve masajın farklı araştırmalarda değerlendirilmiş ve etkili olduğu gösterilmiştir. Karın masajının palyatif bakım hastalarında gastrointestinal motilite ve sekresyonların yanı sıra sfinkterleri gevşettiği, geçiş süresini azalttığı bu nedenle rektal yük hissini ve rahatsızlığı arttırdığı bildirilmiştir. Probiyotiklerin bağırsaktan geçiş süresini, dışkı sıklığını ve fonksiyonel konstipasyonda etkili olduğuna dair bazı çalışmalar vardır. Akupunkturun parasempatik aktivasyon yoluyla gastrik motiliteyi kolaylaştırdığına dair çalışmalar bildirilmiştir. Ayrıca kronik şiddetli fonksiyonel konstipasyonu olan hastalarda, elektroakupunkturun faydalı olduğu bildirilmiştir.

Şekil 1. Konstipasyon yönetimine genel yaklaşım adımları[19]



Konstipasyonun önlenmesi veya erken tanılanması hastaların distresini ve bakım maliyetlerini azaltabilir.[59]

Diyare

Bağırsak hareketlerinin artması, gaita kıvamında ve miktarında artma ile kendini gösterir. Palyatif bakım alan hastalarda diyare konstipasyondan daha az görülmektedir. Diyare, gastrointestinal sistem hastalıklarında ve diğer sistemik hastalıklarda görülmesinin yanı sıra tedaviye bağlı da gelişebilir. Özelikle Ülseratif Kolit ve Crohn gibi inflamatuvar bağırsak hastalıklarında diyare hastaların sosyal ve iş yaşamını ve yaşam kalitelerini önemli derecede etkilemektedir. Ülseratif Kolit ve Crohn, pankreas ve kolon kanseri gibi hastalıkların yanı sıra kemoterapi, radyoterapi, antibiyotik, bazı infeksiyonlar ve ilaçlar, bağırsak tıkanıklığı, fistül, enteral beslenme, diyet ve diğer faktörler de diyare gelişimine neden olabilmektedir.[61,26]

İnsidans

Palyatif bakım hastalarının %10'undan fazlasında diyare geliştiği bildirilmiştir.[62] Uygulanan tedaviye bağlı kemoterapi alan hastaların %75'inde diyare saptanabilir.[1,7] Diyare kontrol altına alınmaz ise hastanın yaşamını tehdit edebilir. Ayrıca diyarenin fiziksel ve psikososyal etkileri hastayı olumsuz etkileyebileceği için göz ardı edilmemelidir.[9]

Fizyopatoloji

Palyatif bakımda, diyarenin en tipik nedeni konstipasyon nedeni ile laksatiflerin aşırı kullanımına bağlı görülür. Diğer nedenler arasında kısmi bağırsak tıkanıklığı, pankreas yetmezliği, Clostridium difficile enfeksiyonu ve radyasyon enteriti olabilir. HIV enfeksiyonuna bağlı olarak da infeksiyöz diyare görülebilir.[62] Kemoterapiye bağlı diyarenin gelişimi gastrointestinal sistem mukozasında oluşan ülserasyon ve inflamasyon ile ilişkilidir. Hastalarda diyare gastrointestinal enfeksiyonlara bağlı da gelişebilir.[51]

Risk Faktörleri

Palyatif bakım hastalarında diyarenin en yaygın nedeni laksatiflerin düzensiz kullanılmasıdır. Radyoterapi, kemoterapi, ilaçlar, antibiyotik ve bazı hastalık diyarenin gelişiminde rol oynayan önemli risk faktörleridir. Ayrıca, diüretik kullanımı, kardiyak glikozidleri, methotrexate, colchicine vb. ilaçların kullanımı, addison ve hipoparatiroidi gibi endokrin hastalıklar, tabes dorsalis ve myotonik distrofi gibi nörolojik hastalıklar, kurşun ve civa zehirlenmesi gibi sorunlar diyarenin gelişiminde önemli diğer sebepler olabilir.[63,64,65]

Tanılama

Diyarenin altta yatan neden dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Hastanın kullandığı ilaçları, uygulanan tedavisi ve beslenme durumu da tanılanmalıdır. Ayrıca diyarenin yol açabileceği iştahsızlık, malnütrisyon, dehidratasyon, sıvı elektrolit dengesinde bozulma ve kilo kaybı gibi etkileri değerlendirilmelidir. Palyatif bakımda diyare tanılaması, kapsamlı bir değerlendirme süreci gerektirir. İlk olarak, semptomların ne zaman ortaya çıktığı ve hastanın mevcut durumu detaylı olarak sorgulanır. Fiziksel muayenede, hastanın genel durumu, abdominal muayene ve dehidrasyon belirtileri açısından hasta izlenir. Laboratuvar testleri, elektrolit dengesizliklerini, böbrek fonksiyonlarını ve inflamasyonun varlığını belirlemek için kullanılır, dışkı testleri ise enfeksiyon ve kanama riskini değerlendirmek uygulanır. Görüntüleme yöntemleri, abdominal yapıları ve olası obstrüksiyonları değerlendirmeye yardımcı olur. Bu kapsamlı yaklaşım, diyarenin nedenini belirleyip uygun tedavi planlarının kişiye özel olarak düzenlenmesini sağlar.[66]

Hastanın Hikayesi

Hastanın hikayesinde, hastanın günlük defekasyon sıkılığı, diyarenin başlangıcı, süresi ve nedeni sorgulanmalıdır. Kullandığı ilaçların etkisi ve yan etkisi incelenmelidir.[60] Hastada diyareye bağlı bulantı, kusma, hipotansiyon, abdominal ağrı, baş dönmesi, abdomende distansiyon, infeksiyon tablosu, ateş, sıvı elektrolit dengesizliği, yetersiz beslenme sorunu, halsizlik ve yorgunluk olup olmadığı izlenmelidir.[60] Hastanın gaita rengi, kıvamı, hastanın sıvı alımı, beslenme alışkanlığı, tıbbi tanısı, kemoterapi ve radyoterapi öyküsü, kullandığı ilaçlar ve bitkisel tedaviler ve günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumu ayrıntılı sorgulanmalıdır.

Fiziksel Muayene Bulguları

Palyatif bakımda diyareli hastaların yönetiminde fizik muayene, abdomen muayenesi sırasında palpasyon esnasında ağrı, hassasiyet değerlendirilir ve peristalsizm durumu değerlendirilir. Ayrıca rektal muayene (fekal kanama veya mukus varlığı vb.) yapılabilir. Dehidrasyon belirtilerini için deri turgoru değerlendirilir. Hastanın genel durumu, yorgunluk ve kilo kaybı gibi semptomlar izlenir.[48]

Laboratuvar Bulguları

Diyare ile bu sorunların görülmesinde tam kan sayımı, elektrolit paneli (sodyum, potasyum, klorür ve bikarbonat düzeyleri ve metabolik asidoz vb.) BUN ve kreatinin C-Reaktif Protein (CRP) ve Eritrosit Sedimentasyon Hızı, gaita kültürü (parazitolojik inceleme ve gizli kan testleri, bakteriyel ve paraziter enfeksiyonlar veya gastrointestinal kanama vb.), gaita elektrolit ve pH analizi gibi testler ayrıntılı incelenmelidir.[60]

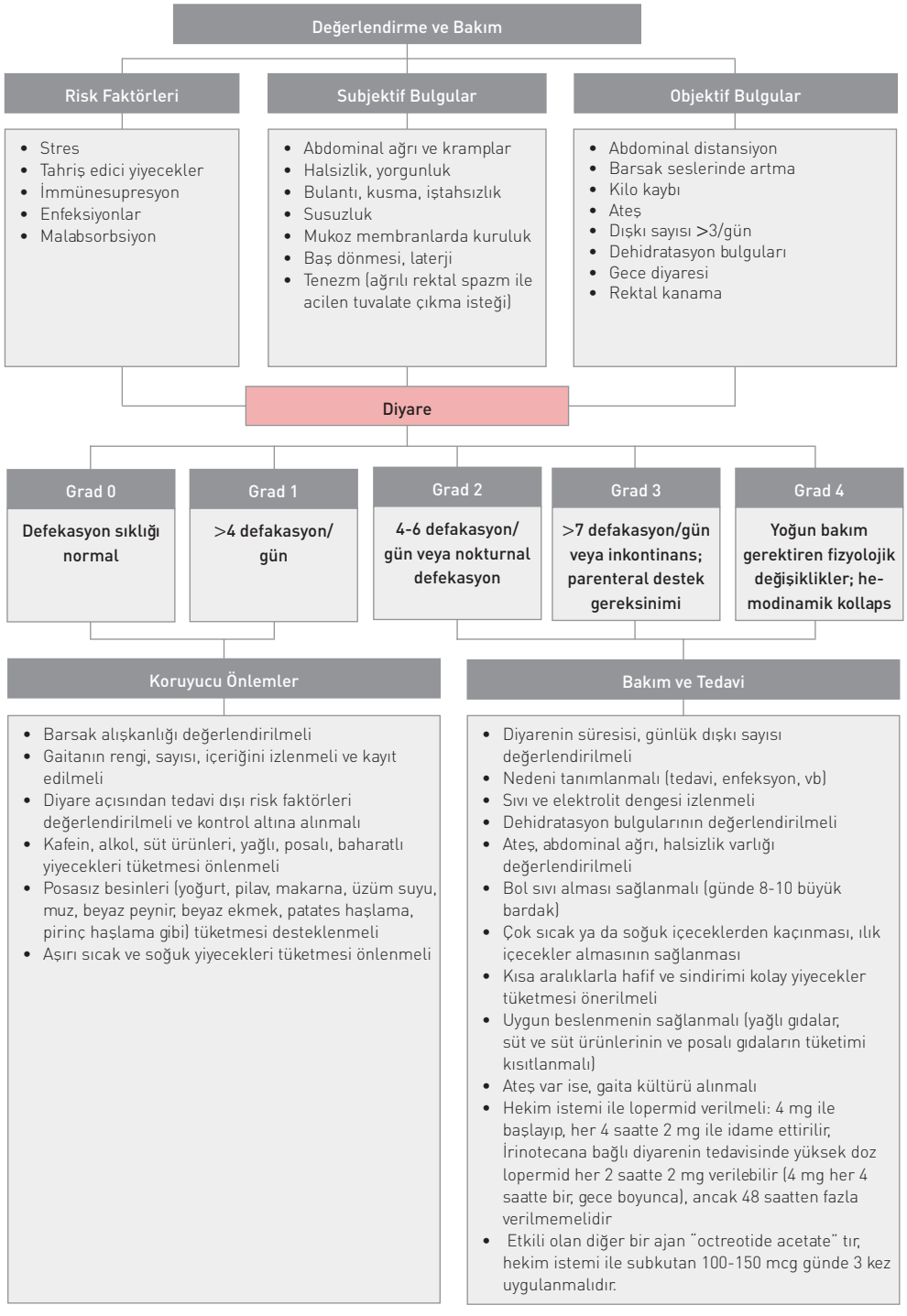
Özel Ölçekler

Diyareyi tanılamak ve değerlendirmek için Bristol Dışkı Skalası; dışkının formunu ve kıvamını tanımlarken, akut diyareyi süre ve şiddetine göre sınıflandırır. Rome IV Kriteri kronik diyarenin tanısında kullanılır. Ölçekler diyarenin şiddetini, süresini ve hastanın genel sağlık durumunu belirleyerek uygun tedavi stratejilerini oluşturmak için kullanılır.[67]

Yönetimi

Diyare yönetimi, sıvı elektrolit dengesinin sağlanmasına ve altta yatan nedeni tedavi etmeye odaklanır. Diyareyi tetikleyen faktörleri erken tanımlamak diyareye bağlı gelişebilecek sorunları önlemek açısından önemlidir (Şekil-2)[67] Palyatif bakımda diyare yönetiminde amaç hastanın yaşam kalitesini artırmak ve semptomları hafifletmektir. İlk adım olarak, diyarenin altta yatan nedenleri belirlenmeli ve bu nedenlere yönelik uygun tedavi planı oluşturulmalıdır. Diyet değişiklikleri, lif alımının düzenlenmesi ve sıvı elektrolit dengesinin sağlanması temel yaklaşımlar arasında yer alır. Antidiyaretik ilaçlar hastanın semptomlarını hafifletmek için kullanılabilir. Hastanın hidratasyon durumu dikkatle izlenmeli

Şekil 2. Diyare yönetiminde genel yaklaşım[19]



ve gerektiğinde hekim istemiyle intravenöz sıvı tedavisi uygulanmalıdır. Hastanın günlük sıvı alımı, beslenmesi ve diyarenin sıklığına göre planlanır. Palyatif bakım ekibi, hastanın genel durumunu değerlendirerek bireyselleştirilmiş bir tedavi planı oluşturur ve hastanın konforunu artırmak için sürekli destek sağlar.[18,40]

Semptomatik rahatlama genellikle nonspesifik antidiyaretik loperamid veya kodein gibi ajanlarla sağlanır. Kodein uyuklama veya sedasyon yapabilir, ancak bu loperamid ile nadirdir. Genellikle tek bir ilaç kullanılmalı ve ilaçların kombinasyonlarının terapötik altı dozlarından kaçınılmalıdır.[64]

Fekal İnkontinans

Çeşitli nedenlerden dolayı anal sfinkterde sorun olması nedeniyle hastanın dışkı ya da gaz boşaltılmasını kontrol edememe durumudur. Palyatif bakım alan yetişkin hastalar için fekal inkontinans, üzücü ve onur kırıcı bir deneyimdir. Ayrıca fekal inkontinans hastalarda özgüven eksikliğine, depresyona ve boşaltım aktivitesinde bağımlılığa sebep olabilmektedir. Fekal inkontinans, boşaltım aktivitesinde bozulmalara, deri bütünlüğünde bozulma, düşmeye, idrar yolu enfeksiyonu ve kateterle ilişkili idrar yolu enfeksiyonu gibi fiziksel sorunlara da neden olabilir.[68,69]

İnsidans

Fekal inkontinans, yaşlılar arasında yaygındır. Kolorektal kanserli hastaların yaklaşık yarısında ve jinekolojik kanserli hastaların yaklaşık %61'inde ve her ikisi de hastaların %20'sinde görülmektedir.[70] Huzurevinde yapılan bir çalışmaya göre üriner inkontinans yaygınlık oranı %57 iken fekal inkontinans görülme sıklığı %26 olduğu saptanmıştır. Bunun aksine palyatif bakım alan hastalarda üriner inkontinans insidansını gösteren çalışmalar yetersizdir.[71,72] Kadınlarda erkeklerden çok daha yüksek konstipasyon prevelansına sahipken, erkeklerde kadınlara göre fekal inkontinans prevelansı konstipasyondan daha yüksek olduğu bildirilmiştir.[73]

Fizyopatoloji

Palyatif bakımda yatan hastalarda fekal inkontinans, genellikle birden fazla fizyopatolojik faktörün birleşimiyle ortaya çıkar. Palyatif bakımda yatan uzun süreli yatak istirahati ve hareket kısıtlılığı, hastalarda pelvik tabaka kasların güçsüzleşmesine neden olabilir. Ayrıca, sakral sinirlerin hasarı veya nöropatik etkiler, anal sfinkterin ve rektumun sinirsel kontrolünü bozarak fekal inkontinansa yol açabilir. Cerrahi müdahaleler ve bazı ilaçların yan etkileri de önemli rol oynar; abdominal veya pelvik cerrahiler anal sfinkter üzerinde doğrudan etkiler yapabilirken, laksatifler ve analjezikler anal sfinkterin kontrolünü etkileyebilir. Rektal ve anal yapısal sorunlar, anal çatlaklar ve hemoroidler gibi problemler, ağrı ve disfonksiyon yaratabilir, rektal prolapsus ise dışkı kontrolünü daha da zorlaştırabilir. Ayrıca, bilişsel bozukluklar ve psikolojik durumlar, bağırsak alışkanlıklarını ve dışkı kontrolünü etkileyebilir.[3,74]

Risk Faktörleri

Anal sfinkter kaslarının veya bu kasları kontrol eden sinirlerin hasar görmesi ve kas gücünün azalması fekal inkontinansa neden olabilmektedir. Palyatif bakımda yatan hastalarda fekal inkontinans riskini artıran çeşitli faktörler bulunmaktadır. İlk olarak, pelvik tabaka kaslarının zayıflığı, sakral sinirlerin hasarı veya nöropatik etkiler, abdominal ve pelvik cerrahiler, laksatiflerin aşırı kullanımı ve bazı analjezikler, rektal ve anal yapısal sorunlar, anal çatlaklar ve hemoroidler, bilişsel bozukluklar ve psikolojik durumlar da bağırsak alışkanlıklarını etkileyebilir ve fekal inkontinans riskini artırabilir. Genel sağlık durumu ve kronik hastalıklar, beslenme durumu ve sıvı dengesi gibi faktörler de inkontinans riskini etkileyen önemli etkenlerdir.[3,74]

Tanılama

Palyatif bakımda yatan hastalarda fekal inkontinansı tanılamak için kapsamlı bir değerlendirme süreci gerektirir. Hastanın tıbbi geçmişi, mevcut hastalıklar, cerrahi müdahaleler ve kullanılan tedavi yöntemleri, semptomlar, fekal inkontinans sıklığı, diyare veya konstipasyon gibi belirtiler değerlendirilir. Fiziksel muayene ile anal sfinkterin tonusu, rektumda yapısal sorunlar ve pelvik tabaka kaslarının durumu, dışkının özellikleri, anal ve rektal muayene, radyolojik incelemeler ve anorektal manometri gibi fonksiyonel testler yapılabilir. Psikolojik ve bilişsel durum da dikkate alınarak, bilişsel bozukluklar ve psikolojik durumların dışkı kontrolü üzerindeki etkileri değerlendirilir. İlaç kullanımı (laksatiflerin ve diğer gastrointestinal ilaçların yan etkileri vb.) gözden geçirilir. Ayrıca fekal inkontinansın hasta tarafından bildirilen ifadelerine güvenmek önemlidir.[31,61]

Hastanın Hikayesi

Fekal inkontinansın sıklığı ve temel nedeni sorgulanmalıdır. Hasta öyküsünü elde etmede, üriner ve fekal günlük kullanılabilir.[31,61] Palyatif bakımda yatan hastalarda fekal inkontinansın değerlendirilmesinde hasta öyküsü kritik bir rol oynar. Hastanın mevcut tıbbi durumu, kronik hastalıkları (kanser, nörolojik hastalıklar vb.) ve cerrahi geçmişi (abdominal ya da pelvik cerrahiler vb.), fekal inkontinans riskini etkileyebileceği için sorgulanmalıdır. Ayrıca, hastanın kullandığı ilaçlar (laksatifler ve analjezikler, radyoterapi, kemoterapi vb.) değerlendirilmelidir. Semptomlar, fekal inkontinans sıklığı ve niteliği gibi belirtiler de sorgulanmalıdır.[26,60]

Fiziksel Muayene ve Radyolojik Çalışmalar

Fizik muayenede hemoroid, rektal kitle, vajinal veya rektal prolapsus ve fistülü varlığı değerlendirilmelidir. Ayrıca değerlendirmede endoanal ultrason görüntüleme, defekografi, anorektal manometri venörolojik testler de kullanılabilir. Anal ultrasonografi sıklıkla anal sfinkter defektlerinin yerini ve kapsamını belirlemek için anal sfinkterin cerrahi onarımına hazırlıkta kullanılır.[75,79]

Yönetimi

Palyatif bakım hastalarında fekal inkontinans semptomunu yönetmek zordur. Hastayı dikkatli bir şekilde değerlendirmek önemlidir. Uygun fekal inkontinans ürünleri kullanılmalı, hastanın cilt ve perine bakımı yapılmalıdır. Fekal inkontinansta amaç hastanın yaşam kalitesini artırmaktır. Ayrıca inkontinansa bağlı deri bütünlüğünü korumak ve infeksiyonu önlemek temel amaçtır. Bakım yapılırken hasta psikolojik olarak desteklenir ve mahremiyeti korunur.[68,69]

Fekal Obstrüksiyon

Fekal obstrüksiyon, bağırsağın kısmen veya tamamen tıkanması durumudur. Hastalarda abdominal şişkinlik, ağrı, kramp, kusma ve konstipasyon gibi gastrointestinal semptomlar yaygındır. Fekal obstrüksiyona bağlı hastalarda sıklıkla anoreksi, bulantı ve kusma görülebilir. Palyatif bakımda yatan hastalarda fekal obstrüksiyon, çeşitli nedenlerden dolayı bağırsak geçişinin engellenmesiyle oluşur. Kronik konstipasyon, bağırsak tıkanıklıkları, fekal impaksiyon, pelvik kas disfonksiyonu, inflamatuar bağırsak hastalıkları, önceki cerrahi operasyon geçirme deneyimleri ve yetersiz sıvı alımı fekal obstrüksiyona neden olabilir. Hastalarda abdominal şişkinlik, ağrı, kramp, kusma ve konstipasyon gibi karın semptomları yaygındır. Fekal obstrüksiyona bağlı hastalarda sıklıkla anoreksi, bulantı ve kusma görülebilir.[76]

İnsidans

Palyatif bakımda yatan hastalarda fekal obstrüksiyonun insidansı, çeşitli faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterir. Fekal impaksiyon ve obstrüksiyon gibi bağırsak problemlerinin palyatif bakım hastalarında yaygın olduğu bildirilmektedir. Özellikle ileri evre hastalıklar, yetersiz sıvı alımı, yetersiz fiziksel aktivite ve diğer komplikasyonlar fekal obstrüksiyon riskini artırabilir. Fekal obstrüksiyonun genellikle mide veya ve kolon kanseri hastalarında sık görülür. Tümörün kendisi, cerrahi sonrası adezyonlar, darlıklar, terapötik analjezik tedavisi ve kemoterapiler fekal obstrüksiyona neden olabilmektedir.[76]

Fizyopatoloji

İntestinal lümenin obstrüksiyonu, barsak duvarında atrezi, stenoz, duplikasyon, daralma olabilmektedir. Ayrıca hastanın geçirmiş olduğu operasyon da fekal obstrüksiyona sebep olabilmektedir. Fekal obstrüksiyon, bağırsak geçişinin engellenmesiyle oluşur ve birkaç mekanizmanın etkileşimi sonucu ortaya çıkar. Kronik konstipasyon, büyük dışkı kütlelerinin birikmesi ve bağırsak daralmaları gibi nedenlerle meydana gelebilir. Bağırsak kaslarının bozulması, inflamatuar hastalıklar, enfeksiyonlar, cerrahi sonrası yapışıklıklar ve pelvik sorunlar da fekal obstrüksiyon riskini artırır. Yetersiz sıvı ve lif alımı da gaitanın sertleşmesine neden olarak obstrüksiyona yol açabilir.[76]

Risk Faktörleri

Fekal obstrüksiyonun risk faktörleri arasında kronik konstipasyon, bağırsak tıkanıklıkları ve tümörler, fekal tıkaç, pelvik tabaka kas disfonksiyonu ve cerrahi sonrası yapışıklıklar, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, interstinal enfeksiyonlar, terapötik analjezik tedavi ve kemoterapilerdir.[57,77] Ek olarak Paralitik İleus veya psödo-obstrüksiyon da risk faktörü olabilmektedir. Ayrıca hareket kısıtlılığı, yetersiz sıvı ve lif alımı ile nörolojik bozukluklar, bağırsak hareketlerini ve dışkı kontrolünü etkileyerek fekal obstrüksiyona yol açabilir.[76]

Tanılama

Fekal obstrüksiyonun tanısı, genellikle hastanın semptomları ve fiziksel muayene bulguları ile bu görüntüleme ve test sonuçlarına dayanarak konulur. Fizik muayenede, hemoroid, rektal kitle, vajinal veya rektal prolapsus ve fistülü varlığı değerlendirilmelidir. Endoanal ultrason görüntüleme, defekografi, dinamik MRG, anorektal manometri, nörolojik testler, konservatif tedavilere yanıt vermeyen karmaşık vakalarda yardımcı olabilir. Hasta öyküsü, üriner ve fekal günlük kullanılabilir.[75]

Hastanın Hikayesi

Fekal obstrüksiyon şikâyeti olan hastalardan dikkatli bir öykü (mevcut hastalıklar, geçirdiği cerrahi operasyon, kullanılan ilaçlar ve yaşam tarzı vb.) alınmalıdır. Fekal obstrüksiyonda hastanın altta yatan nedeni incelenmelidir.[60]

Fekal obstrüksiyona bağlı hastalarda sıklıkla anoreksi, bulantı ve kusma, konstipasyon, dışkı geçişinde zorluk, karın ağrısı, şişkinlik ve anoreksi gibi semptomlar görülebilir. Obstrüksiyon tablosu ciddileşirse hastalara hidrasyon gerektirebilir.[76,77]

Fiziksel Muayene Bulguları

Fekal obstrüksiyonda rektal muayene hastanın değerlendirilmesinin önemli bir parçasıdır. Karında şişlik, ağrı, hassasiyet, ele gelen kitleler olabilir, belirgin bir taş gibi sert dışkı görülebilir. Rektumda sertleşmiş dışkı kütleleri ve rektal tonusun değerlendirilmesi, azalmış cilt turgoru ve postüral bir duruş gibi dehidrasyon belirtileri de görülebilmektedir.[61]

Radyolojik Bulgular

Fekal obstrüksiyonun kapsamını değerlendirmek için radyografik filmler yapılmalıdır. İlk görüntüleme batın grafisidir. Karında hava ve dışkı birikimini görebilmek ve obstrüksiyonun yerini belirleyebilmek için abdominal röntgen, daha ayrıntılı görüntüler sağlayarak bağırsak tıkanıklığının derecesi ve nedeni belirlemek için Bilgisayarlı Tomografi (BT), karın içindeki sıvı birikimi ve yapısal değişiklikleri değerlendirmek için ultrason kullanılabilir. Ayrıca bağırsak iç yüzeyini doğrudan görmek ve potansiyel tümörler, polipler veya diğer engelleri değerlendirmek için kolonoskopi yapılabilir.[77]

Yönetimi

Fekal obstrüktif şikâyeti olan hastalarda dikkatli bir öykü alınmalıdır. Fekal obstrüksiyona bağlı sıklıkla anoreksi, bulantı ve kusma görülebilir. Fekal obstrüktif yönetiminde genellikle dışkı yumuşatıcıları, lavmanlar kullanılabilir. Ateş, peritonit, lökositoz, taşikardi veya metabolik asidozu olmayan hastalar ameliyat olmadan güvenli bir şekilde yönetilebilir. Ameliyat olmadan, ağız yoluyla gıda veya sıvı alımı, nazogastrik dekompresyonu ve intravenöz sıvı hidrasyonu yapılabilir. Hasta peritonit gelişmesi riski nedeniyle çok sık abdomen muayenesi yapılmalı ve en az 48 saat sonra düzelemeyenler için gerektiğinde cerrahi müdahale düşünülmelidir. Obstrüksiyon tablosu ciddileşirse hastalara hidrasyon gerekebilir. Bazı hastalarda, bağırsak rezeksiyonu yapılması, ostomi açılması ya da parenteral beslenmeye başlanması gerekebilir. Bu durumda hasta için ön hazırlıklar planlanmalıdır.[77]

Hasta Eğitimi

Palyatif bakımda hasta eğitimi son derece önemlidir. Hemşireler hasta ve ailesini gastrointestinal semptomların yönetimi hakkında bilgilendirmelidir. Eğitim sırasında, hastaya semptomları nasıl izleyeceği, günlük sıvı/gıda alımını nasıl planlayacağı konusunda bilgilendirilmelir.[78] Gastrointestinal semptomların tedavisinde kullanımı önerilen ilaçları ne zaman ve ne sıklıkta alınacağı konusunda açıklama yapılmalıdır. Kullanılan ilaçların (örn., antiemetikler, analjezikler, laksatifler ve antidiüretikler vb.) yan etkileri hakkında bilgi verilmelidir. Stres yönetiminde etkili baş etme teknikleri (dikkati dağıtma, gevşeme, hipnoz, akupunktur, zencefil, müzik ve masaj vb.), hakkında bilgi verilmelidir. Psiko-sosyal ve duygusal destek sağlanmalıdır.[54] Semptomların şiddetlenmesi durumunda ne yapılması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir. Sağlık kuruluşuna başvurması gereken durumlar açıklanmalı ve gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi verilmelidir. Semptomların izlenmesi, tedavi planlarının gerektiğinde gözden geçirilmesi için düzenli takibin önemi anlatılmalıdır. Hasta ve aile eğitimi için eğitim materyalleri, broşürler, videolar ve bireysel ya da grup oturumları ile sağlanmalıdır. Sonuç olarak kapsamlı eğitim, hastaların ve ailelerinin gastrointestinal şikayetlerle başa çıkmalarını kolaylaştırarak yaşam kalitelerini artırmayı hedefler.[48,79]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Hisanaga, T., Shinjo, T., Imai, K., Katayama, K., Kaneishi, K., Honma, H., Takagaki, N., Osaka, I., Matsuo, N., Kohara, H., Yamaguchi, T., & Nakajima N. Clinical Guidelines for Management of Gastrointestinal Symptoms in Cancer Patients: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. *J Palliat Med*. 2019;22(8):986–997.
2. IAHPC. Consensus-Based Definition of Palliative Care (2019) [Internet]. 2019. Available from: https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/
3. Westphal C. *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life*. Vol. 23, Critical Care Nurse. 2003. 71–71 p.
4. Hisanaga T, Shinjo T, Imai K, Katayama K, Kaneishi K, Honma H, et al. Clinical Guidelines for Management of Gastrointestinal Symptoms in Cancer Patients: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. *J Palliat Med*. 2019;22(8):986–97.
5. Kumar M. Management of gastrointestinal symptoms in palliative care. InnovAiT: Education and inspiration for general practice. 2020;13(5):273–9.
6. Holtmann, M. H., Domagk, D., Weber, M., Moehler, M., Pott, G., Ramadori, G., Domschke, W., & Galle P.Gastroenterologische Palliativmedizin [Gastroenterological palliative care]. Z Gastroenterol. 2008;46(7):712–24.
7. Samim F, Abdolrahmani A, Akbari E, Naksho A. Oral and dental care for patients on palliative care. In: Palliative Care - Current Practice and Future Perspectives. IntechOpen; 2024.
8. Daug G, Filipauskas A. medicina Prevention and Treatment of Chemotherapy and Radiotherapy Induced Oral Mucositis. Medicana. 2019;55(25).
9. Erdem, O.; Güngörmü ̧s Z. The effect of royal jelly on oral mucositis in patients. Holist Nurs Pract. 2014;28:242–6.
10. Xu L, Zhang H, Liu J, Chen X. Investigation of the oral infections and manifestations seen in patients with advanced cancer. Pak J Med Sci. 2013 Sep;29(5):1112–5.
11. Nakajima N. Characteristics of Oral Problems and Effects of Oral Care in Terminally Ill Patients With Cancer. Am J Hosp Palliat Care. 2017 Jun;34(5):430–4.
12. Silva ARP, Bodanezi AV, Chrun ES, Lisboa ML, de Camargo AR, Munhoz EA. Palliative oral care in terminal cancer patients: Integrated review. World J Clin Cases. 2023 May 6;11(13):2966–80.
13. Daugėlaitė G, Užkuraitytė K, Jagelavičienė E, Filipauskas A. Prevention and treatment of chemotherapy and radiotherapy induced oral mucositis. Medicina (Lithuania). 2019;55(2):1–14.
14. Georgiou M, Patapatiou G, Domoxoudis S, Pistevou-Gompaki K, Papanikolaou A. Oral Mucositis: understanding the pathology and management. Hippokratia. 2012 Jul;16(3):215–6.
15. Sonis ST, Elting LS, Keefe D, Peterson DE, Schubert M, Hauer-Jensen M, et al. Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients. Cancer. 2004 May;100(9 Suppl):1995–2025.
16. Peterson DE, Bensadoun RJ, Herrstedt J, Guidelines E. clinical practice guidelines Management of oral and gastrointestinal mucosal injury : ESMO Clinical Practice Guidelines for clinical practice guidelines. ESMO Updated Clinical Practice Guidelines. 2015;26(July):139–51.
17. Elting LS, Keefe D, Peterson DE, Ph D, Schubert M, Hauer-jensen M, et al. Perspectives on Cancer Therapy-Induced. 2004;
18. Chen, X., Yao, L., Shan, Q., Qian, X., Lu, X., Tang, X., Chen, S., & Yu W. Risk factors for oral mucositis in patients with malignant tumors: a prospective cohort study. Ann Palliat Med. 2021;10(7):8180–8189.
19. Can G. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya - Konsensus 2014. 2017. 123–171 p.
20. Güçlüel Y, Zengin N. Palyatif Bakım ve Ağız Sağlığı: Bibliyometrik Çalışma. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2023 Dec 28;10(4):405–10.
21. Schirmer EM, Ferrari A, Trindade LCT. Evolução da mucosite oral após intervenção nutricional em pacientes oncológicos no serviço de cuidados paliativos. Revista Dor. 2012 Jun;13(2):141–6.
22. Fidan, Ö., & Arslan S. Development and Validation of the Oral Mucositis Risk Assessment Scale in Hematology Patients. Semin Oncol Nurs. 2021;37(3):151159.
23. Stephenson J. An assessment of aetiology-based guidelines for the management of nausea and vomiting in patients with advanced cancer. 2006;348–53.
24. Shabanloei R, AF, VJ, AK, HE, JY, . . . & GM. Shabanloei, R., Ahmadi, F., Vaez, J., Ansarin, K., Hajizadeh, E., Alloporinol, chamomile and normal saline mouthwashes for the prevention of chemotherapy-induced stomatitis. . Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2009;3(3):1537-1542.
25. Santos HTC, Coimbra MC, Meri Junior AE, Gomes AJPS. Effectiveness of topically applied chamomile in the treatment of oral mucositis: a literature review. Research, Society and Development. 2021 Nov 8;10(14):e433101422081.
26. Takagi Y, Osawa G, Kato Y, Ikezawa E, Kobayashi C, Aruga E. Prevention and management of diarrhea associated with naldemedine among patients receiving opioids: A retrospective cohort study. BMC Gastroenterol. 2020;20(1).
27. Adil M, Sriram S, Azharuddin M, Ghosh P SM. PCN4 Effect of palifermin on oral mucositis and acute GVHD after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation in patients with hematologic malignancy: a meta-analysis. Value Health. 2019;22(5).
28. Rambod M, Pasyar N RM. The effect of zinc sulfate on prevention, incidence, and severity of mucositis in leukemia patients undergoing chemotherapy. Eur J Oncol Nurs. 2018;33(14):21.
29. ayles C, Hickerson SC, Bhat RR, Hall J, Garey KW TMV. Oral glutamine in preventing treatment-related mucositis in adult patients with cancer: a systematic review. Nutr Clin Pract. 2016;31(2):171-179.
30. Shillingburg A, Kanate AS, Hamadani M, Wen S, Craig M, Cumpston A. Treatment of severe mucositis pain with oral ketamine mouthwash. Supportive Care in Cancer. 2017 Jul 11;25(7):2215–9.
31. Hadjieva T, Cavallin-Ståhl E, Linden M, Tiberg F. Treatment of oral mucositis pain following radiation therapy for head-and-neck cancer using a bioadhesive barrier-forming lipid solution. Support Care Cancer. 2014 Jun;22(6):1557–62.
32. Sarvizadeh M, Hemati S, Meidani M, Ashouri M, Roayaei M, Shahsanai A. Morphine mouthwash for the management of oral mucositis in patients with head and neck cancer. Adv Biomed Res. 2015;4:44.
33. Riley P, Glenny AM, Worthington H V, Littlewood A, Clarkson JE, McCabe MG. Interventions for preventing oral mucositis in patients with cancer receiving treatment: oral cryotherapy. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Dec 23;2015(12):CD011552.
34. Legouté F, Bensadoun RJ, Seegers V, Pointreau Y, Caron D, Lang P, et al. Low-level laser therapy in treatment of chemoradiotherapy-induced mucositis in head and neck cancer: results of a randomised, triple blind, multicentre phase III trial. Radiat Oncol. 2019 May 22;14(1):83.
35. Khanjani Pour-Fard-Pachekenari A, Rahmani A, Ghahramanian A, Asghari Jafarabadi M, Onyeka TC, Davoodi A. The effect of an oral care protocol and honey mouthwash on mucositis in acute myeloid leukemia patients undergoing chemotherapy: a single-blind clinical trial. Clin Oral Investig. 2019 Apr;23(4):1811–21.

36. Rivelsrud MC, Hartelius L, Bergström L, Løvstad M, Speyer R. Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Adults in Different Healthcare Settings: A Systematic Review and Meta-analyses. Dysphagia. 2023 Feb;38(1):76–121.
37. Triggs J, Pandolfino J. Recent advances in dysphagia management [version 1; peer review: 3 approved]. F1000Res. 2019;8:1–9.
38. Rommel N, Hamdy S. Oropharyngeal dysphagia: Manifestations and diagnosis. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2016;13(1):49–59.
39. Goldsmith T., Cohen A. K., Schmader K. E., Deschler D. G., Smith, T. J.,Givens, J. Swallowing disorders and aspiration in palliative care. Assessment and strategies for management. UpToDate [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 22]; Available from: https://medilib.ir/uptodate/show/95508
40. Johnston BT. Oesophageal dysphagia: a stepwise approach to diagnosis and management. Lancet Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2017;2(8):604–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253(17)30001-8
41. Kenny C, Regan J, Balding L, Higgins S, O'Leary N, Kelleher F, et al. Dysphagia Prevalence and Predictors in Cancers Outside the Head, Neck, and Upper Gastrointestinal Tract. J Pain Symptom Manage. 2019 Dec;58(6):949-958.e2.
42. Brodsky MB, Nollet JL. and Treatment Options for Dysphagia in Critically Ill Patients. 2020;99(12):1164–70.
43. Mari Nakao-Kato, Farooq Azam Rathore. An Overview of the Management and Rehabilitation of Dysphagia. J Pak Med Assoc. 2023 Jul 15;73(8):1749–52.
44. Langmore SE, Grillone G, Elackattu A, Walsh M. Disorders of Swallowing: Palliative Care. Otolaryngol Clin North Am. 2009 Feb;42(1):87–105.
45. Westphal C. Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life. Vol. 23, Critical Care Nurse. 2003. 71–71 p.
46. Fidan, Ö., & Arslan S. Development and Validation of the Oral Mucositis Risk Assessment Scale in Hematology Patients. Semin Oncol Nurs. 2021;37(3):151-159.
47. Wickham RJ. Nausea and Vomiting: a Palliative Care Imperative. Vol. 22, Current Oncology Reports. 2020; 22, 1-12.
48. Can G. Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım. 2018. 6–7 p.
49. Adel N. Overview of chemotherapy-induced nausea and vomiting and evidence-based therapies. Am J Manag Care. 2017 Sep;23(14 Suppl):S259–65.
50. Can G. Onkoloji Hemşireliği. Can G, editor. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2020. 307–463 p.
51. National G, Pillars H. Geriatric Palliative Care; A Pratical Guide for Clinicians. In: Emily Chai, Dıane Meıer, Jane Morrris SG, editor. Geriatric Palliative Care. Oxford; 2014. p. 509–14.
52. Lacy, B. E., Parkman, H. P., & Camilleri M. Chronic nausea and vomiting: evaluation and treatment. Am J Gastroenterol. 2018;113(5):647–9.
53. Can G. Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım. 2018. 6–7 p.
54. BCGuidelines. Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease Part 2: Pain and Symptom Management – Nausea and Vomiting. BCGuidelines.ca. 2017;
55. Larkin PJ, Cherny NI, La Carpia D, Guglielmo M, Ostgathe C, Scotté F, et al. Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology. 2018;29:111–25.
56. Adel N. Overview of chemotherapy-induced nausea and vomiting and evidence-based therapies. Am J Manag Care. 2017;23(14):259.
57. Mohammad Nabila Sher, Nazli R, Zafar H, Fatima S. Effects of lipid based Multiple Micronutrients Supplement on the birth outcome of underweight pre-eclamptic women : A randomized clinical trial. Pak J Med Sci. 2022;38(1):219–226.
58. Bouleuc C, Burnod A, Angellier E, Massiani MA, Robin ML, Copel L, et al. Early palliative care in oncology. Vol. 106, Bulletin du Cancer. 2019. 796–804 p.
59. MacLeod RD, Block L Van den. Textbook of Palliative Care by Roderick Duncan MacLeod, Lieve Van den Block. 2019. 1819 p.
60. Buckley J, de Vries K, Free A, Herth K, Price M, Thomas K. Palliative Care: An Integrated Approach. Palliative Care: An Integrated Approach. 2009;1–331.
61. Geoffrey FM and H. ABC of Paliative Care. Marıe Fallon GH, editor. Vol. second edi, ABC of Paliatif Care. BJM; 2006. 21–36.
62. Fallon, M., & O'Neill B. ABC of palliative care. Constipation and diarrhoea. BMJ Open. 1997;315(7118):1293–1296.
63. Can G, editor. Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım – Konsensus 2017. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti; 2018.
64. Fallon M, O'Neill B. ABC of palliative care: Constipation and diarrhoea. BMJ. 1997 Nov 15;315(7118):1293–6.
65. Tsang, L., Banerjee, N., & Tabibian JH. Bloody Diarrhea and Weight Loss in a Patient in Remission From Ulcerative Colitis. Gastroenterology. 2019;157(5):1207–1209.
66. Cherny N. I. Evaluation and management of treatment-related diarrhea in patients with advanced cancer: a review. J Pain Symptom Manage. 2008;36(4):413–423.
67. Can G. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya - Konsensus 2014. 2017. 123–171 p.
68. Smith N, Hunter K, Rajabali S, Fainsinger R, Wagg A. Preferences for Continence Care Experienced at End of Life: A Qualitative Study. J Pain Symptom Manage. 2019;57(6):1099-1105.e3.
69. Musa MK, Saga S, Blekken LE, Harris R, Goodman C, Norton C. The Prevalence, Incidence, and Correlates of Fecal Incontinence Among Older People Residing in Care Homes: A Systematic Review. J Am Med Dir Assoc. 2019;20(8):956-962.e8.
70. Baines M, Gemlo B, Hunt TM, Krebs H b. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. 2001;223–33.
71. Baines M, Gemlo B, Hunt TM, Krebs H b. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. 2001;223–33.
72. Saga S, Vinsnes AG, Mørkved S, Norton C, Seim A. Shared Risk Factors for Constipation, Fecal Incontinence, and Combined Symptoms in Older U.S. Adults. J Am Geriatr Soc. 2013;
73. Andy, U. U., Vaughan, C. P., Burgio, K. L., Alli, F. M., Goode, P. S., & Markland AD. Shared Risk Factors for Constipation, Fecal Incontinence, and Combined Symptoms in Older U.S. Adults. J Am Geriatr Soc. 2016;64(11):183–e188.
74. Constipation and Fecal Incontinence in the Elderly. Constipation and Fecal Incontinence in the Elderly. Curr Gastroenterol Rep. 2020;22(11):54.
75. Johanson G. Symptom relief in palliative care. Vol. 12, Caring : National Association for Home Care magazine. 1993. 64–69 p.
76. National G, Pillars H. Geriatric Palliative Care; A Pratical Guide for Clinicians. In: Emily Chai, Dıane Meıer, Jane Morrris SG, editor. Geriatric Palliative Care. Oxford; 2014. p. 509–14.
77. Demarest K, Lavu H, Collins E, Batra V. Comprehensive Diagnosis and Management of Malignant Bowel Obstruction: A Review. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2023 Jan 2;37(1):91–105.
78. Coelho A, Rocha A, Cardoso D, Rodrigues R, Costeira C, Gomes, S, Parola V. Monitoring and Management of the Palliative Care Patient Symptoms: A Best Practice Implementation Project. 2022. Nursing reports, 12(2), 365–370;
79. Yates P. Symptom management and palliative care for patients with cancer. Nursing Clinics, 2017 52(1): 179-191.

BÖLÜM 10
ANOREKSİ VE KAŞEKSİ

Kader ÇALIŞKAN

DOI: 10.5152/1810

Anoreksi ve Kaşeksi

Anorexia and Cachexia

BÖLÜM HAKKINDA

Anoreksi ve kaşeksi, palyatif bakım hastalarında sıklıkla yaşanan ve yönetimi zor semptomlardandır. Kontrol altına alınamayan iştah kaybı ve beslenme yetersizliği olarak tanımlanan anoreksi, özellikle kanser hastalarında sıkça görülmesine rağmen genellikle göz ardı edilebilmektedir. Anoreksiyi takiben gelişen kaşeksi, konvansiyonel beslenme desteği ile tam olarak düzelmeyen, sistemik inflamasyonun birlikte görüldüğü, multifaktöriyel ve kompleks bir metabolik sendromdur. Sendromun karmaşıklığı nedeniyle anoreksi ve kaşeksinin yönetimi ve tedavisi oldukça zordur. Bu sürecin etkin yönetimi için anoreksi ve kaşeksiye neden olan semptomların varlığı ve derecesi hakkında ayrıntılı değerlendirme yapılması büyük önem taşımaktadır. Sendromun yönetiminde hastanın yaşam kalitesinin iyileştirilmesine, esas olarak sendromla ilişkili nedensel faktörlerin hafifletilmesine ve inflamasyonun azaltılmasına odaklanılmalıdır. Buna ek olarak, sendromun hastalar arasında heterojen olması nedeniyle, optimal bakım için hastaların fiziksel, sosyal, zihinsel ve ruhsal yönden desteklenmelerinde farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımların birlikte uygulandığı, yaşam kalitesini artıracak, kapsamlı ve bireyselleştirilmiş, multidisipliner bir yaklaşım uygulanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Anoreksi, kaşeksi, malnütrisyon, palyatif bakım, beslenme değerlendirmesi

ABOUT the CHAPTER

Anorexia and cachexia are common and difficult to manage symptoms in palliative care patients. Anorexia, which is defined as uncontrolled loss of appetite and insufficient nutrition, is often overlooked, although it is frequently seen especially in cancer patients. Cachexia, which develops following anorexia, is a multifactorial and complex metabolic syndrome with systemic inflammation that does not improve completely with conventional nutritional support. Due to the complexity of the syndrome, the management and treatment of anorexia and cachexia is quite difficult. For effective management of this process, it is crucial to conduct a detailed assessment of the presence and severity of symptoms causing anorexia and cachexia. The management of the syndrome should focus on improving the patient's quality of life, mainly by alleviating the causal factors associated with the syndrome and reducing inflammation. Additionally, due to the heterogeneity of the syndrome among patients, a comprehensive, multidisciplinary and individualised approach that combines pharmacological and non-pharmacological approaches to support patients physically, socially, mentally and spiritually to improve quality of life is recommended for optimal care.

Keywords: Anorexia, cachexia, malnutrition, palliative care, nutrition assessment

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenciler:

1. Anoreksi ve kaşeksiyi tanımlar ve risk faktörlerini açıklar.
2. Anoreksi ve kaşeksi tanılamasında kapsamlı beslenme değerlendirmesini açıklar.
3. Anoreksi ve kaşeksi yönetiminde kullanılan yaklaşımları açıklar.
4. Anoreksi ve kaşeksi yönetiminde hasta ve ailesinin eğitiminin önemini kavrar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Anoreksi:** Kontrol altına alınamayan iştah kaybı ve beslenme yetersizliğidir.

2. **Kaşeksi**: Anoreksi ile başlayan ve geleneksel beslenme desteği ile tamamen tersine çevrilemeyen yağ dokusu kaybı ile birlikte veya iskelet kas kaybı, erken doyma ve güçsüzlük gibi bir dizi semptomla karakterize, ilerleyici fonksiyonel bozulmaya yol açan kompleks durumdur.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Kader Çalışkan

Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi, Uluslararası Hizmetler Direktörlüğü

E-posta: kaderclskn@hotmail.com

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Çalışkan K. Anoreksi ve Kaşeksi. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 97-109.

3. **Kaşeksi Evreleri:** Hastayı etkileme düzeyine göre prekaşeksi, kaşeksi ve refrakter kaşeksi olmak üzere üç alt gruba ayrılmaktadır.

4. **Prekaşeksi Evresi:** İştah kaybına bağlı olarak klinik ve metabolik değişikliklerin görüldüğü ve %5'in altında kilo kaybı olan durumdur.

5. **Kaşeksi Evresi:** Anoreksi veya inflamasyona eşlik eden %5'in üzerinde kilo kaybı veya Beden Kitle İndeksinin 20'nin altında ve kilo kaybının %2'nin üzerinde olduğu ya da sarkopeniye eşlik eden %2'nin üzerinde kilo kaybının olduğu durumdur.

6. **Refrakter Kaşeksi Evresi:** Prekatabolik ve tedaviye yanıtsız kanser hastalarında görülen, tüm tedavilere rağmen kilo kaybının önlenemediği ve beklenen yaşam süresinin üç aydan kısa olduğu kaşeksi evresidir.

7. **Sarkopeni:** İskelet kas kütlesinin ve gücünün progresif ve jeneralize kaybıdır.

Giriş

Anoreksi ve kaşeksi, palyatif bakım hastalarının en sık yaşadığı semptomlardan birisidir. Kontrol altına alınamayan iştah kaybı ve beslenme azlığı olarak tanımlanan anoreksi, kanser hastalarında sıklıkla görülmesine rağmen, göz ardı edilen bir sorundur. Anoreksiyi takiben gelişen kaşeksi ise, konvansiyonel beslenme desteği ile tam olarak düzelmeyen ve ilerleyici fonksiyonel bozukluğa neden olan, sistemik inflamasyonun birlikte görüldüğü multifaktöriyel ve kompleks bir metabolik sendromdur.[1-3]

Kaşeksi gelişim süreci hastanın etkilenme düzeyine göre prekaşeksi, kaşeksi ve refrakter kaşeksi olmak üzere üç alt gruba ayrılmaktadır. Prekaşeksi evresinde, anoreksi ve buna bağlı klinik, metabolik değişiklikler ile %5'in altında kilo kaybı söz konusu iken; kaşeksinin ilerlemesi ile kilo kaybı daha da artarak sarkopeni gelişmektedir. Bu sürecin progresyonu kanserin tipine, evresine, sistemik enflamasyonun varlığına ve kanser tedavisine olan yanıta bağlı olarak değişmektedir. Literatürde kanser hastalarının %50'sinden fazlasında kaşeksi görüldüğü, özellikle gastrointestinal sisteme ilişkin kanserler ile baş-boyun kanserli hastalarda bu oranın %90'lara kadar ulaştığı, kanser hastalarının %20'sinde kaşeksinin başlıca ölüm nedenini oluşturduğu belirtilmektedir. Bu nedenle anoreksi ve kaşeksinin erken dönemde tanılanması ve yakından izlenmesi büyük önem taşımaktadır.[3-5]

Anoreksi ve kaşeksi sendromu ile beraberinde yaşanan semptomlar hastalığın klinik seyrini önemli düzeyde etkilemektedir. Hastalık veya tedavi ile ilişkili semptomların gelişmesine veya şiddetlenmesine, kanser tedavisine toleransın azalmasına, fiziksel fonksiyonların bozulmasına, yaşam kalitesinin düşmesine ve yaşam süresinin kısalmasına neden olmaktadır.[6] Sendromun karmaşıklığı nedeniyle anoreksi ve kaşeksinin yönetimi ve tedavisi oldukça zordur. Sağlık uzmanları arasında farkındalık eksikliği, erken dönemde kaşeksi saptanması için standartlaştırılmış tanılama araçlarının yetersizliği nedeniyle erken teşhis gecikmektedir.[7] Bu süreç içerisinde anoreksi ve kaşeksiye neden olan semptomların varlığı ve derecesi hakkında ayrıntılı değerlendirme yapılması büyük önem taşımaktadır. Buna ek olarak, sendromun hastalar arasında heterojen olması nedeniyle, optimal bakım için yaşam kalitesini arttıracak, kapsamlı ve bireyselleştirilmiş, multidisipliner bir yaklaşım uygulanması önerilmektedir.[7,8]

Tanım

Anoreksi kontrol altına alınamayan iştah kaybı ve beslenme yetersizliği olarak tanımlanmaktadır.[1,9] Kaşeksi ise anoreksi ile başlayan ve geleneksel beslenme desteği ile tamamen tersine çevrilemeyen yağ dokusu kaybı ile birlikte veya iskelet kas kaybı, erken doyma ve güçsüzlük gibi bir dizi semptomla karakterize, ilerleyici fonksiyonel bozulmaya yol açan kompleks bir durumdur.[3,10]

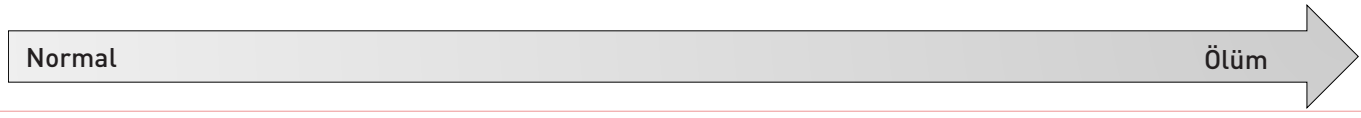
Anoreksi ve kaşeksi sendromu kanser, HIV (Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü), ağır karaciğer hastalığı gibi birçok kronik hastalıkta ve palyatif bakım hastalarında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.[9]

Özellikle ileri evre kanser hastalarında ağrı, yorgunluk ve halsizliği takiben dördüncü sırada görülen[11,12] ve hastaların fonksiyonel performansını, yaşam kalitesini ve prognozunu olumsuz yönde etkileyen[13], hastalarda fiziksel, sosyal, psikolojik ve ruhsal sorunların birlikte yaşandığı, ilerleyici beslenme bozuklukları ile seyreden multifaktöriyel ve kompleks bir sendromdur.[9,14] Bu sendromun en belirgin özelliği konvansiyonel nutrisyonel destek ile düzelmemesi ve ilerleyici işlevsel bozukluğa neden olmasıdır.[3]

Proinflamatuar sitokinler ve tümör kaynaklı faktörler doğrudan kas proteolizine yol açtığından, kaşeksi anoreksiden bağımsız olarak da ortaya çıkabilmektedir.[15]

Şekil 1. Kaşeksiyi sınıflandırma[a]

Prekaşeksi	Kaşeksi	Refrakter kaşeksi
Kilo kaybı ≤%5 Anoreksi ve Metabolik değişiklikler var	Kilo kaybı >%5 ya da VKİ<20 ve kilo kaybı >%2 ya da sarkopeni ve kilo kaybı >%2 Genellikle gıda alımı azalmış/enflamasyon var	Değişik düzeyde kaşeksi Prokatabolik ve tedavi yanıtsız kanser Düşük performans skoru Beklenen yaşam süresi <3 ay



[a] Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Raff S, et al. Definition and classifi cation of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol.* 2011;12(5):489-495 kaynağından uyarlanmıştır.[3]

Anoreksi ve kaşeksi sendromu hastayı etkileme düzeyine göre prekaşeksi, kaşeksi ve refrakter kaşeksi olmak üzere 3 alt gruba ayrılmaktadır.[3] (Şekil 1). Prekaşekside %5'in altında kilo kaybı ile anoreksi ve metabolik değişiklikler görülürken, kaşekside kilo kaybı daha da artar ve sarkopeni gelişir. Refrakter kaşekside ise hastalık hızla ilerler ve beklenen yaşam süresi üç ayın altındaki son dönem hastalarda tedaviye yanıt alınamayan katabolik süreç görülür.[3,10]

İnsidans

İleri evre kanser hastaları ve birçok kronik hastalığın ciddi ancak yeterince tanınmayan sonucu olan anoreksi ve kaşeksi sendromunun görülme sıklığı oldukça yüksektir.[4,15] İnsidansı son dönem kronik kalp yetmezliği olan hastalarda %5-15, ilerlemiş kanser hastalığı olanlarda %50-80 arasında olup, bu oran özellikle gastrointestinal sistem ve baş-boyun kanseri olan hastalarda ise %90'lara kadar ulaşabilmektedir.[3,4] Ölüm oranları ise kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)'nda yılda %10-15, kronik kalp yetmezliği ve kronik böbrek hastalığında yılda %20-30, kanser hastalarında ise %80 arasında değişmektedir.[4]

Literatürde farklı kanser türlerine göre hastalarda kaşeksi gelişme riski ile ilgili dört farklı risk grubu tanımlanmıştır:

- **Çok yüksek riskli grup:** Pankreas, karaciğer veya akciğer kanseri olan hastalar, kaşeksi gelişme riski %80-90'dır.
- **Yüksek riskli grup:** Kolon, mide veya baş ve boyun kanseri olan hastalar, kaşeksi gelişme riski %50-70'tir.
- **Orta riskli grup:** Endometriyal, böbrek, renal, pelvis, mesane veya Hodgkin dışı lenfoma kanseri olan hastalar, kaşeksi gelişme riski %30-40'tır.
- **Düşük riskli grup:** Meme, melanom, prostat veya tiroit kanseri olan hastalar, kaşeksi gelişme riski %20-30'dur.[16]

Anoreksi ve kaşeksi sendromu aynı zamanda düşük yaşam kalitesi ile yakından ilişkilidir. Gelişmekte olan ülkelerde kaşeksi, kronik hastalığı olan hastalarda daha sık görülen bir ölüm nedeni olarak gösterilmektedir.[14]

Fizyopatoloji

Heterojen bir sendrom olan kaşeksi karmaşık ve çok faktörlü olup santral sinir sistemi bozuklukları ile yakından ilişkilidir. Kanser kaşeksisinde konak ve tümör arasında meydana gelen etkileşimlerin rol oynadığı kabul edilmiş olmasına ve son yıllarda kaşeksinin altında yatan mekanizmaların anlaşılmasında büyük ilerlemeler kaydedilmiş olmasına karşın göz ardı edilmeye devam eden bir sorundur.[17]

Kanser hastalığının ilerlemesi ile kemik, karaciğer, yağ dokusu ve iskelet kasları gibi birçok dokuda sistemik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler ile doku homeostazı bozularak metabolik dengesizlikler sonucu besin takviyeleri ile tersine çevrilemeyen anoreksi ve kaşeksi sendromu adı verilen metabolik zayıflama sendromu ortaya çıkmaktadır.[16]

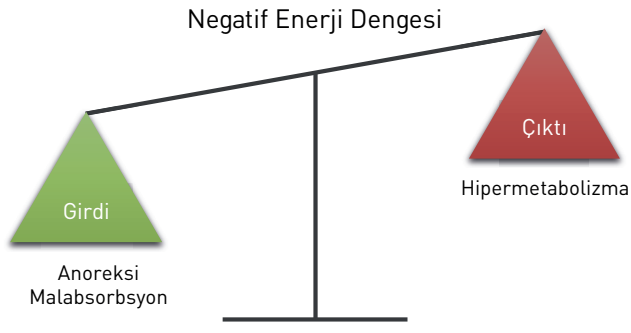
Kanser kaşeksisi nedenine göre primer ve sekonder kaşeksi olmak üzere iki sınıfa ayrılmaktadır. Primer kaşeksi sistemik inflamasyon nedeniyle, sekonder kaşeksi ise tedavi yan etkilerine bağlı olarak ve yeterli besin alımına engel olan fonksiyonel bozukluk sonucu meydana gelmektedir.[1]

Anoreksi ve kaşekside, kemoterapötik ajanlar, amfetaminler ve antibiyotikler gibi birçok farmasötik maddenin yanı sıra radyasyon tedavisi gibi nedenlerle normal iştah tepkisi baskılanarak güçlü bir direnç ve erken doyma hissi oluşmaktadır. Ayrıca ilaçların neden olduğu ağız kuruluğu ve diğer ağız ve/veya diş sorunları, bulantı, kusma, kabızlık ve hareketsizlik, ateş, tat veya kokuda meydana gelen değişiklikler nedeniyle de iştah dolaylı olarak baskılanmaktadır.[1,9] İştah kaybı ve takibinde gelişen kaşeksi ile sürekli kilo kaybı ve vücut üzerinde özellikle yağ dokusu kaybı ve iskelet kas dokusu kaybı meydana gelmektedir.[18]

Besin alımının yetersizliğinde iştahsızlığın önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. İştah, hipotalamusun iki bölgesi arasında yer alan, lateral hipotalamik çekirdekteki beslenme merkezi ve ventromedial hipotalamik çekirdekteki tokluk merkezi olarak adlandırılan, geri besleme sisteminin kontrolü altındadır. Bu iki bölge, tat ve koku alma sistemlerinden, üst sindirim sisteminden ve karaciğerden gelen sinirsel ve hormonal sinyallerle etkileşime girerek iştahın zamanlamasını, süresini ve derecesini dengelemek için birden fazla kaynaktan gelen bilgileri birleştirir. Nöropeptidler ve santral sinir sistemindeki nörotransmitterler aracılığıyla besin alımı düzenlenir. Mide tarafından açlık anında ghrelin hormonu salgılanır. Bu hormon besin alımı ve yağ dokusunu arttırıcı nitelikte bilgi iletimini sağlar ve iştahı arttırır. Leptin hormonu ise yağ dokusundan salgılanarak beyne adipoz enerji seviyesini iletir ve yeterli miktarda olduğunda doygunluk hissini oluşturur. Literatürde kaşekside leptin seviyesinin düşük, ghrelin seviyesinin ise normal veya yüksek olarak saptandığı yer almaktadır. Fakat buna rağmen iştahın artmaması hipotalamik reseptörlerde meydana gelen direnç ile açıklanmaktadır.[1]

Kaşeksi fizyopatolojisi azalmış gıda alımı ve konak-tümör etkileşimine yanıt olarak meydana gelen metabolik değişiklikler sonucu oluşan negatif protein ve enerji dengesi ile karakterize bir durumdur.[6,19] Fiziksel aktivitede ve toplam enerji harcamasında azalma olmasına rağmen, genellikle yüksek bir bazal metabolizma hızı mevcuttur.[16] (Şekil 2).

Şekil 2. Kaşekside negatif enerji dengesi[a]



[a]Fearon K, Barber M. Anorexia, cachexia, nutrition, and fatigue. In: Fallon M, Hanks GWC, editors. *ABC of palliative care*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2006. p. 21-24 kaynağından uyarlanmıştır.[18]

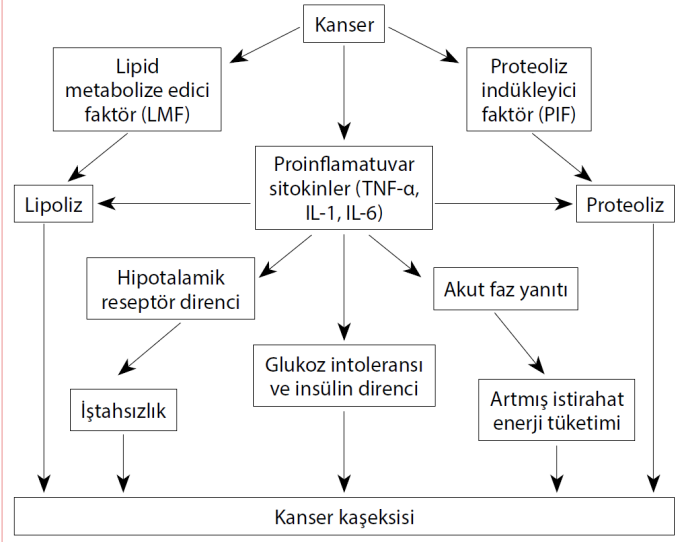
Kaşeksinin en karakteristik özelliği Ubikütin Proteazom Sistemi (UPS) ve otofaji lizozom sisteminin hiperaktivasyonu ile artan protein yıkımından kaynaklanan iskelet kas atrofisidir. Kas atrofisinin, protein sentezindeki bir azalmadan ve protein yıkımındaki artıştan veya her ikisinin kombinasyonundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Tümör kaynaklı sistemik faktörler kas hücreleriyle etkileşime girerek doğrudan ya da periferik organların metabolik programlamasını indükleyerek dolaylı yoldan kas atrofisine yol açmaktadır.[16]

Anoreksi ile başlayan ve kaşeksi gelişimi ile devam eden bu süreçte metabolik değişikliklerin yanı sıra, merkezi sinir sistemi aracılığıyla ve immün sistem tarafından salgılanan İnterlökin (IL)-1, IL-6, Tümör Nekroz Faktörü (TNF)-α dahil olmak üzere birkaç proinflamatuar sitokinin rol oynadığı düşünülmektedir.[1,16] Kaşeksi gelişiminde lipid metabolize edici faktör, proinflamatuar sitokinler ve proteoliz indükleyici faktör majör rol oynamaktadır.[1,16] (Şekil 3).

Anoreksi ve kaşeksi sendromunun benzersiz bir yönü de tümör tarafından anaerobik glikoz tüketimi, karaciğerde tekrar glikoza dönüştürülen büyük miktarlarda laktik asit üretimi gibi glikoz sentezi üzerine etkilerinin olmasıdır. Anoreksi ve kaşeksi olan hastaların çoğunda anormal glukoz dönüşümü ve anormal insülin yanıtını içeren glukoz metabolizmasında değişiklikler görülmektedir.[9] Meydana gelen insülin direnci nedeniyle hücre içine glukoz alımı zorlaşarak yağ hücrelerinde lipoliz, kas hücrelerinde proteoliz, karaciğer hücrelerinde de glukoneogenez artar. Yağ ve kas yıkımı indüklendiği için vücutta negatif protein-enerji dengesi hâkimiyeti meydana gelerek kilo kaybı artar.[1,18] Bunların yanı sıra literatürde ağrı, acı çekme ve depresyon, anksiyete gibi psikolojik bozukluklara bağlı olarak da besin alımı azaldığı için anoreksi ve takibinde kaşeksinin meydana geldiği bildirilmiştir.[1,9]

TNF-α: Tümör Nekroz Faktörü, IL-1: İnterlökin

Şekil 3. Kanser hastalarında kaşeksi patogenezi[a]



[a]Uysal E, Akbörü MH. Kanser Hastalarında Görülen Malnütrisyon, Sarkopeni ve Kaşeksi Nedenleri. *Turkish J Oncol.* 2021;35(1):17-21 kaynağından uyarlanmıştır.[1]

Risk Faktörleri

Anoreksi ve kaşeksi sendromunda sıklıkla karşılaşılan risk faktörleri aşağıdaki gibidir:

- Baş-boyun kanserleri
- Mide kanseri
- Pankreas kanseri
- Hastalık ve tedavi sürecine bağlı yaşanan gastrointestinal semptomlar:
  - Bulantı ve kusma
  - Tat ve koku alma duyusunda değişiklik
  - Konstipasyon
  - Diyare
  - Dehidratasyon
  - Oral kandidiyazis
  - Ağız kuruluğu
  - Gastrit
  - Disfaji
  - Mukozit veya özofajit
  - Barsak obstrüksiyonu
  - Abdominal kramplar
  - İleri evre hastalık
  - Erken doyma hissi veya iştahsızlık
  - Zayıflık
  - Anksiyete
  - Depresyon
  - Ağrı
  - Yaş
  - Çevre ve ortam değişikliği.[9,20,21]

Tanılama

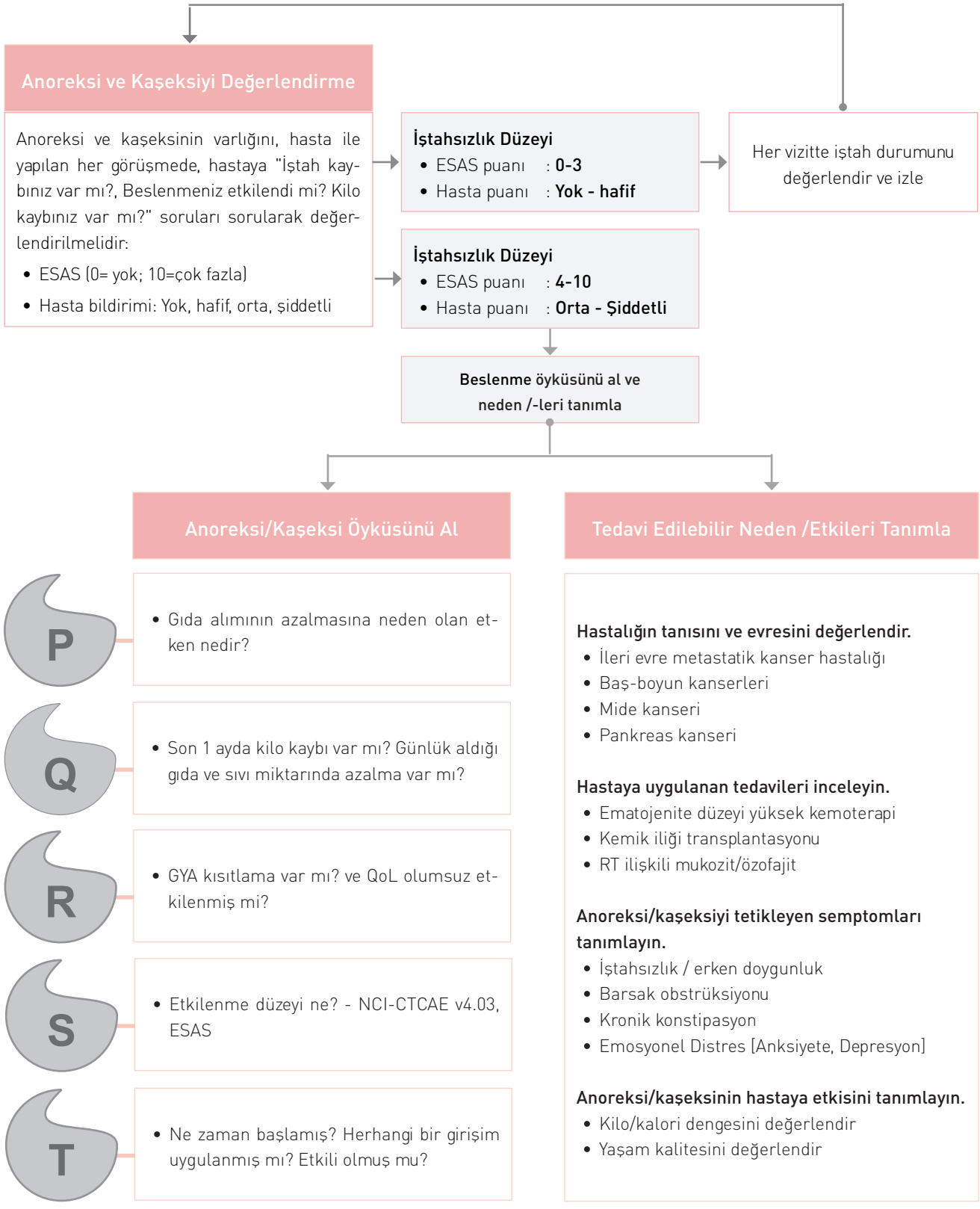
Hastanın Hikayesi

Anoreksi ve kaşeksi tanılaması hastanın beslenme durumunun değerlendirilmesi ile başlamaktadır. Öykü ve muayene kaşeksiyi tanılamada ve tedaviye yanıtı değerlendirmede en yararlı araçlardır. İlk adım kilo kaybı ve ilişkili semptomların varlığının belirlenmesi, ardından tedavi planının yapılmasıdır. Hastanın öyküsü alınırken besin alımını engelleyen semptomların varlığı ile ilgili cevap aranan sorular;

- Kilo kaybı, özellikle ani değişikliklerin olup olmadığı
- Boşaltım alışkanlıklarında değişim olup olmadığı (konstipasyon, diare vb.)
- Hastanın yeme alışkanlıkları ve iştah durumu
- Besin alımında azalma erken doyma hissinin olup olmadığı
- Bulantı ve kusma
- Tat ve koku alma duyusunda değişiklik
- Ağız kuruluğu, yutma güçlüğü, mukozit, özofajit varlığı
- Ağrı durumu (kas, kemik vb.)
- Psikolojik faktörler (kaygı, depresyon durumu vb.)
- Metabolik bozukluklar (diyabet, adrenal yetmezlik vb.)
- Yorgunluk
- Mental durum değişiklikleri
- Kullandığı ilaçlar mutlaka detaylı olarak sorgulanmalıdır.[22-24]

Hastanın ve yakınlarının psikolojik durumları, hastalıkla ilgili sıkıntıları, sosyal destek ihtiyaçları, ekonomik sorunları ve bunlarla ilgili olabilecek diğer özel sorunları mutlaka değerlendirmeye dahil edilmelidir.[25] (Şekil 4).

Şekil 4. Anoreksi ve kaşeksi nedenlerini tanımlama ve değerlendirme algoritması[a]



(P) Provoked (provoke eden neden), (Q) Quality (özelliği), (R) Region (etkilediği alanlar), (S) Severity (şiddeti), (T) Time (ne zaman başladığı ve bittiği)

[a]Caliskan K, Ozen N, Ozcan S, Can G. Anoreksi ve Kaşeksi Sendromu. In: Can G, editor. *Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Bakım*. 1st ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018. p. 63-76 kaynağından uyarlanmıştır.[27]

Bunların yanı sıra semptom kümelerinin varlığı, anoreksi ve kaşeksinin değerlendirilmesinde önemli bir husustur. Anoreksi ve kaşeksi için tanımlanan üç semptom kümesi aşağıdaki gibidir:

1. Şişkinlik, hazımsızlık, mide bulantısı ve erken doyma
2. Depresyon, anksiyete ve uykusuzluk
3. Bulantı, yorgunluk ve ağrı

Hastada tespit edilen belirti kümelerine göre tedavi planı yapılması önerilmektedir.[23] Ayrıca değerlendirme sırasında yeme bozukluğu şüphesi veya öyküsü varsa detaylı bir psikiyatrik değerlendirme yapılması önerilmektedir.[15]

Fizik Muayene

Fizik muayenede genel sistem değerlendirmesinin yanı sıra hastanın beslenme durumunun sistemlere olan etkisinin belirlenmesi için;

- Genel görünüm
- Vücut kompozisyonu, iskelet sistemi, kaslar, bacaklar, eller ve ayaklar
- Sinir sistemi
- Gastrointestinal fonksiyon
- Kardiyovasküler sistem
- Cilt
- Gözler
- Saçlar
- Ağız, oral mukoza, dil ve dişler
- Boyun
- Tırnaklar detaylı olarak değerlendirilmelidir.[26] (Tablo 1).

Kas kütlesini değerlendirmek için deltoid, biseps, triseps, pektoralis, suprascapular ve infrascapular kaslar dahil olmak üzere omuz çevresindeki kaslar değerlendirilir. Kaşeksi gelişmesi durumunda bu kas gruplarında kayıplar görülmektedir.[28]

Tablo 1. Beslenmede Fizik Muayene Bulguları[a]

	Normal Beslenme Bulguları	Beslenmenin Bozulması Durumunda Bulgular
Genel görünüm	Duyarlı ve kompere	İlgisiz, apatik, kaşektik
Ağırlık	Boy ve yaşa göre normal	BKİ düşük veya normal kilonun altında
Postür	Duruş dik, kollar ve bacaklar düz	Omuzlar sarkmış, göğüs içeride, sırt kambur
Kaslar	İyi gelişmiş, kas gerginliği iyi, cilt altı biraz yağlı	Sarkık, gelişmemiş, yürüme bozulmuş
Sinir sistemi	Dikkat süresi iyi, huzursuzluk yok, refleksler, psikolojik durum normal	Dikkatsiz, sinirli, şaşkın, el ve ayaklarda karıncalanma ve duyu kaybı, refleks kaybı, yürümede güçlük
Gastrointestinal fonksiyon	İştah ve sindirim iyi, boşaltım düzenli, organ veya kitle palpe edilmez	Anoreksi, hazımsızlık, konstipasyon veya diare, karaciğer ve dalakta büyüme
Kardiyovasküler fonksiyon	Kalp hızı ve ritmi normal, üfürüm yok, kan basıncı normal	Taşikardi, kalpte hipertrofi, aritmi, kan basıncında yükselme ve düşüklük
Genel durum	Dayanıklı ve enerjik	Yorgun, apatik, enerjik değil ve kolay yorulur
Saçlar	Parlak, canlı, kolay kopmaz, sağlıklı saç derisi	Kırılgan, donuk, kırık, ince ve seyrek, kolay kopar
Cilt	Pürüzsüz, hafif nemli ve normal renkte	Pürüzlü, kuru, pullu, soluk, pigmentli, ekimoz, peteşi, subkutan doku kaybı
Yüz ve boyun	Pembe, pürüzsüz, sağlıklı görünüm	Solgun, pullu, şişkin, yanaklar ve göz altları mor, ağız ve burun etrafı pullu
Dudaklar	Pürüzsüz, çatlama ve şişkinlik yok, nemli, rengi normal	Kuru, pullu, şişkin, ağız kenarında lezyon ve stomatit
Ağız ve oral mukoza	Oral kavite pembe ve sağlıklı görünümde	Hipertrofik, mukoz membran bozuk
Diş eti	Pembe, sağlıklı, kanama ve hipertrofi yok	Diş etleri kolay kanar, aşırı kızarık, inflamasyon, çekilme ve hipertrofi
Dil	Pembe, şişlik yok, pürüzsüz, lezyon yok	Şiş, hiperemik, hipertrofik, atrofik
Dişler	Çürük ve ağrı yok, parlak ve temiz	Yüzeyi aşınmış, eksik, lekeli, çürük ve ağrı mevcut
Gözler	Parlak, temiz, canlı, konjunktivit yok, göz kapakları nemli ve sağlıklı	Gözlerde canlılık yok, konjunktivit ve kaşıntı var, soluk
Boyun	Şişlik yok	Lenf nodları ve tiroitte büyüme var
Tırnaklar	Sağlam, pembe	Zayıf, kolay kırılır
Bacaklar ve ayaklar	Kuvvetsizlik, zayıflık ve ödem yok	Kuvvetsiz ve ödem mevcut, zayıf
İskelet	Malformasyon yok	Göğüste deformite, diyafragmada içe doğru çökme ve sırtta kamburluk

[a]Horasan E. Beslenme Uygulamaları. In: Durna Z, editor. *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul: Akademi; 2013. p. 562-570 kaynağından uyarlanmıştır.[26]

Antropometrik Ölçümler

Klinik tanı için en yaygın kullanılan antropometrik ölçümler vücut ağırlığı, boy, Beden Kitle İndeksi (BKİ), deri kıvrım kalınlığı ve üst-orta kol çevresinin ölçümüdür.[29]

Beden Kitle İndeksi; Zayıflık ve obezitenin saptanmasında yaygın olarak kullanılan ve tüm bireylere uygulanabilen BKİ, kişinin kilosu boy uzunluğunun metre karesine bölünerek hesaplanır (kg/m^2). BKİ'nin <20 kg/m^2 olması malnütrisyon kriteri olarak kabul edilmektedir.[30]

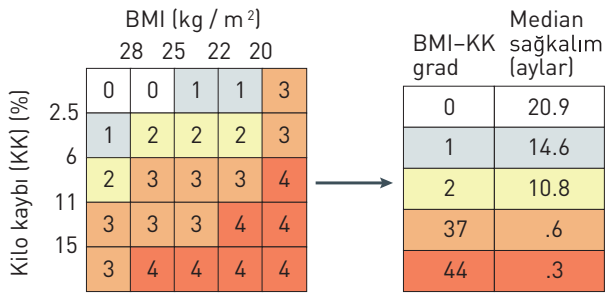
Literatürde, %5, %10 veya %20 gibi çeşitli derecelerde kilo kaybı ve BKİ değerlerinin (BKİ <17, <18,5 veya <20), artan malnütrisyon riski ile ilişkili olduğu ve sağ kalımı etkilediği belirtilmiştir.[30] Bu nedenle hastaların BKİ ve Kilo Kaybı Derecelendirme Sistemi ile değerlendirilmesi önerilmektedir.[2,30] (Şekil 5).

Yapılan değerlendirmede aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- **Grade 0:** Kilosu stabil hastalar (kilo kaybı ±%2,4), BKİ ≥28 kg/m^2 (en uzun sağ kalımı sağladığı belirtilmiştir.)
- **Grade 1:** BKİ 20 ila 25 kg/m^2 ve kilo kaybı ≤%2,4 veya BKİ ≥28 kg/m^2 ve kilo kaybı %2,5 ila %6,0 (ortalama hayatta kalma süresi 14,6 ay)
- **Grade 2:** BKİ 20 ila 28 kg/m^2 ve kilo kaybı %2,5 ila %6 arasında veya BKİ ≥28 kg/m^2 ve kilo kaybı %6 ila %11 arasında (ortalama hayatta kalma süresi 10,8 ay)
- **Grade 3:** BKİ ≤20 kg/m^2 ve kilo kaybı <%6 veya BKİ 20 ila 28 kg/m^2 ve kilo kaybı %6 ila %11 arasında, BKİ 22 ila >28 kg/m^2 ve kilo kaybı %11 ila 15 % arasında veya BKİ ≥28 kg/m^2 ve kilo kaybı>%15 (ortalama hayatta kalma süresi 7,6 ay)
- **Grade 4:** BKİ ≤20 kg/m^2 ve kilo kaybı %6 ila %11 arasında, BKİ ≤22 kg/m^2 ve kilo kaybı %11 ila %15 arasında veya BKİ ≤28 kg/m^2 ve kilo kaybı >%15 (ortalama hayatta kalma süresi 4,3 ay)[2,30]

Deri kıvrım kalınlığının ölçümü; cilt altı yağ dokusunun büyüklüğünün belirlenmesinde ve elde edilen bu değerden toplam vücut yağının hesaplanmasında kullanılmaktadır. Deri kıvrım kalınlığı ölçümü sıklıkla triseps, biseps ve subskapula bölgelerinden yapılır.[26]

Şekil 5. BKİ ve kilo kaybı derecelendirme sistemi[a]



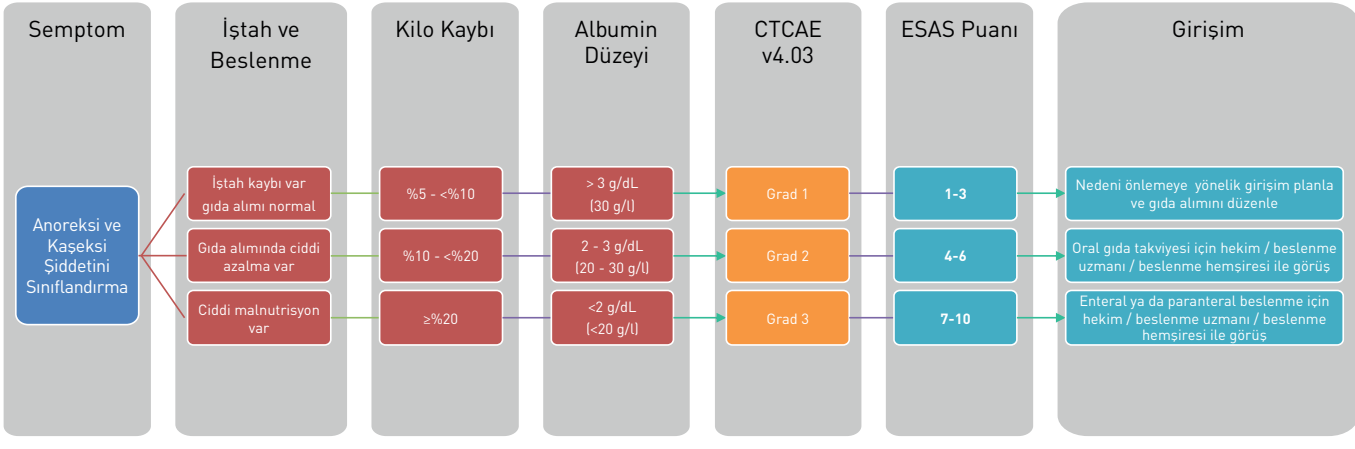
[a]Baracos VE, Martin L, Korc M, Guttridge DC, Fearon KCH. Cancer-associated cachexia. Vol. 4, *Nature Reviews Disease Primers*. Nature Publishing Group; 2018. p. 1-18 kaynağından uyarlanmıştır.[2]

Üst-orta kol çevresinin ölçümü; ağırlık ve boy ölçümünün mümkün olmadığı durumlarda kas ve yağ derecesini belirlemek için kullanılmaktadır. Ölçüm için kol dirsekten 90 derece kıvrılarak orta nokta belirlenir ve ardından kol düz bir şekilde sarkıtılarak belirlenen noktanın çevresi ölçülür. Ödemli kollarda kullanıma uygun değildir.[31] Kadınlarda 18 cm, erkeklerde ise 20 cm altında olması patolojik olarak kabul edilmektedir.[25]

Beslenme Taraması ve Değerlendirmesi

Anoreksi ve kaşeksinin tanılamasında malnütrisyon riskinin belirlenmesi için beslenme taraması ve değerlendirmesi en önemli basamağı oluşturmaktadır. Kliniklerde anoreksi ve kaşeksinin tanı ve sınıflandırılmasında iştah ve beslenme durumu, kilo kaybı, albümin düzeyi takibinde Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.03 ve Edmonton Semptom Değerlendirme Skalası (ESAS) kullanılarak elde edilen veri ve puanlar doğrultusunda uygun müdahale ve girişimler planlanmaktadır.[32,33] (Şekil 6).

Şekil 6. Anoreksi ve kaşeksi şiddetini sınıflandırma[a]



[a]Cancer Institute N. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 4.0. 2009 kaynağından uyarlanmıştır.[32]

Kapsamlı değerlendirme yapmak için Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA), Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002), Mini Nutritional Assessment (MNA), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Malnutrition Screening Tool (MST) gibi farklı tarama testleri kullanılmaktadır.[34]

PG-SGA; beslenme durumunun belirlenmesinde geçerli ve güvenilir bir yöntem olan PG-SGA ile hastanın fizik muayenesi, gastrointestinal semptomları, beslenme öyküsü, hastalığın evresi, fonksiyonel durumun belirlenmesi ve besin tüketiminin sorgulaması ile detaylı değerlendirme yapılır.[25]

NRS-2002; sıklıkla tercih edilen NRS-2002 ise daha kolay ve net anlaşılır bir tarama aracı olup iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde herhangi bir soruya "evet" yanıtı verilir ise ikinci bölüme geçilerek ileri değerlendirme yapılır.[35]

MNA; yaşlı hastaların taramasında kullanılan en uygun değerlendirme yöntemidir. Bu araç ile genel alışkanlıklar, subjektif faktörler, kilo ve boy değerlendirmesi yapılır. 11 puan ve altında hesaplama yapılır ise ileri değerlendirme yapılır.[35]

MUST; beş basamaklı bir tarama aracı olan MUST ile BKİ skoru, kilo kaybı skoru ve akut hastalık skoru incelenerek her bir parametreye 0, 1 ya da 2 şeklinde puan verilir. Hesaplama sonucu skor 0 ise "düşük risk", skor 1 ise "orta risk" ve skor ≥2 ise "yüksek risk" şeklinde sınıflandırma yapılır. Son basamakta skor sonucuna göre sorun yönetiminde rehber yaklaşımlar planlanır.[31] Tablo 2'de kaşeksiyi değerlendirmek için kullanılan malnütrisyon tarama testlerinin karşılaştırması yer almaktadır.[34]

Beslenme taramasından sonra risk altında olduğu belirlenen tüm hastalar, beslenme ve metabolik durumun, gıda alım bozukluğunun ve gastrointestinal sistem fonksiyonunun ileri değerlendirmesi için mutlaka bir beslenme uzmanına yönlendirilmelidir.[36]

Laboratuvar Sonuçları

Beslenme durumunun değerlendirilmesi ve tanılamada serum albümin, prealbumin, C-reaktif protein (CRP), transferrin, tam kan sayımı, kolesterol ve kreatinin sıklıkla kullanılan testlerdir.[29]

Yapılan çalışmalarda yüksek CRP düzeyi, düşük serum albümin düzeyi, yüksek nötrofil ve lenfosit oranının kilo kaybı ile bağlantılı olduğu doğrulanmıştır. Albümin değerinin 3.5 g/dL altında olması protein yetersizliğini, prealbumin düzeyinin 15-17 mg/dL altında olması malnütrisyon gelişimini düşündürmektedir. Karaciğerden sentezlenen transferrin değerinin 140-200 mg/dL altında olması protein yetersizliğini işaret etmektedir. Protein alımının yeterliliği ve protein ihtiyacının belirlenmesinde kullanılan nitrojen dengesi ise katabolizmanın değerlendirilmesinde kullanılan en spesifik yoldur. İdrardaki azot değeri ölçülerek hastanın katabolik olup olmadığı belirlenir. Bunlarla birlikte hastalığın akut faz döneminde üretilen inflamasyon ile ilişkili sitokinler arasında IL-6, IL-1b, TNF-a, IL-8, interferon-g'nin kanser hastalarında kilo kaybı için zayıf biyobelirteçler olduğu bildirilmiştir. Kanser kaşeksisi tespit edilen hastalarda ayrıca hiperglisemi, hipertrigliseridemi ve insülin direnci gibi başka metabolik düzensizliklerin olduğu da bildirilmiştir.[2,25,30]

Hastanın hikayesinin yanı sıra belirgin kilo kaybının olması, fizik muayene ile birlikte laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi tanı konulması için yeterlidir.[3,15,32] (Tablo 3).

Fearon ve ark. tarafından 2011 yılında gerçekleştirilen uluslararası konsensus toplantısında kaşeksi tanı kriterleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

- Yetersiz beslenme olmaksızın son 6 ayda <%5 kilo kaybı veya
- Beden Kitle İndeksi (BKİ)<20 kg/m^2 ve son bir ayda>%2 kilo kaybı olması veya
- Kas kitlesi kaybı ile uyumlu extremite iskelet kas indeksinin (erkeklerde <7,26 kg/m^2; kadınlarda <5,45 kg/m^2) olmasının yeterli olduğu kabul edilmiştir.[3]

Ayrıca araştırmacılar tarafından ileri evre kanser hastaları için kaşeksi şiddetini daha iyi sınıflandırmak amacıyla beş bileşenden oluşan Kaşeksi Evreleme Skoru (Cachexia Staging Score: CSS) ve Kaşeksi Skoru (The Cachexia Score: CASCO) geliştirilmiştir. Kaşeksi Evreleme Skoru ile aşağıdaki parametreler değerlendirilir:

1. 6 ayda kilo kaybı (skor: 0-3)
2. Kas fonksiyonunu ve sarkopeniyi değerlendirme (skor: 0-3)
3. Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performans skoru (skor: 0-3)
4. İştah kaybı (skor: 0–2)
5. Anormal biyokimya (skor: 0–2)

Tablo 2. Kaşeksiyi Değerlendirmek İçin Kullanılan Malnütrisyon Tarama Testlerinin Bileşenleri[d]

	PG-SGA	MNA	MST	MUST	NRS-2002
Depoların tükenmesi	x	x	x	x	x
Kas kütlesi ve gücü	x[a]	x[b]			
Anoreksiya ya da azalmış gıda alımı	x	x	x	x	x
Katabolik belirteçler	x[c]				
Fonksiyonel ve psikososyal etkiler	x	x			

PG-SGA: Patient-Generated Subjective Global Assessment; MNA: Mini Nutritional Assessment; MST: Malnutrition Screening Tool; MUST: Malnutrition Universal Screening Tool; NRS-2002: Nutritional Risk Screening 2002.

[a]*Fizik muayene,* [b]*Baldır çevresi,* [c]*Ateş ve kortikosteroid* [d]Sadeghi M, Keshavarz-Fathi M, Baracos V, Arends J, Mahmoudi M, Rezaei N. Cancer cachexia: Diagnosis, assessment, and treatment. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2018 Jul 1;127:91-104 kaynağından uyarlanmıştır.[34]

Tablo 3. Kanser Kaşeksi Sendromu Tanı Kriterleri[a]

European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) 2011[3]	Society for Cachexia and Wasting Disorders (SCWD) 2008[38]	Kanser Kaşeksi Çalışma Grubu (CCSG) 2006[39]
Son altı ayda açlık olmaksızın %5'ten fazla kilo kaybı	Son 12 ayda %5'ten fazla kilo kaybı ve altta yatan kronik hastalık	***En az ikisinin varlığı:***
	veya	%10'dan fazla kilo kaybı
ve/veya		
%2'den fazla kilo kaybı ve BMI<20 kg/m^2	BMI<20 kg/m^2	Günlük enerji alımı<1500 kcal
	ve *aşağıdaki 5 kriterden en az üçünün varlığı*	
ve/veya	Anormal biyokimyasal parametreler	CRP >10 mg/l
%2'den fazla kilo kaybı ve sarkopeni varlığı	CRP >5 mg/l	
	Hb<12 g/dl	
	Albümin<3.2 g/dl	
	Yorgunluk	
	Anoreksi	
	Azalmış kas gücü	
	Yağsız doku kitlesinde azalma	

BMI: Body Mass Index; CRP: C Reaktif Protein; Hb: Hemoglobin

[a]Caliskan K, Ozen N, Ozcan S, Can G. Anoreksi ve Kaşeksi Sendromu. In: Can G, editor. *Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Bakım*. 1st ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018. p. 63-76 kaynağından uyarlanmıştır.[27]

Skor yükseldikçe kaşeksi sendromu kötüleştiği tespit edilmiştir:

- Kaşeksi dışı (skor 0-2)
- Prekaşeksi (skor 3-4)
- Kaşeksi (skor 5-8)
- Refrakter kaşeksi (skor 9-12)

Kaşeksi skoru (CASCO) ile de kilo kaybı ve vücut kompozisyonu, inflamasyon, metabolik bozukluklar, immunsupresyon, fiziksel performans, anoreksi ve yaşam kalitesi değerlendirilmektedir. CASCO 0-100 arasında puanlama içermekte olup; 0-25 puan hafif, 26-50 puan orta, 76-100 puan ise terminal dönem kaşeksiyi tanımlamaktadır.[25] Literatürde bu evreleme / skorlama sistemlerinin kaşektik hastaların tedavisinin planlanmasında etkili olacağı vurgulanmaktadır.[37]

Yönetimi

Anoreksi ve kaşeksi sendromunun multifaktöriyel ve karmaşık olması nedeniyle yönetimi ve tedavisi oldukça zordur. Yönetiminde hastanın yaşam kalitesinin iyileştirilmesine, esas olarak sendromla ilişkili nedensel faktörlerin hafifletilmesine ve inflamasyonun azaltılmasına odaklanılmalıdır.[40] Bu nedenle doktor, onkolog, psikiyatrist veya psikolog, fizyoterapist, palyatif bakım uzmanı, ağrı uzmanı, hemşire ve diyetisyenden oluşan multidisipliner bir ekip ile hastaların fiziksel, sosyal, zihinsel ve ruhsal yönden desteklenmelerinde farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımların birlikte uygulandığı multimodal bir yaklaşım uygulanması önerilmektedir.[5,23,36] (Şekil 7).

Hastaların sıklıkla yaşadığı bulantı ve kusma, konstipasyon, ağız ve diş problemleri, besin alımını etkileyen diğer gastrointestinal bozukluklar, enfeksiyon veya katkıda bulunan diğer semptomların başarılı tedavisi ile yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, tedavi toleransının arttırılması ve dolayısıyla da hastalık prognozunun iyileştirilmesine katkıda bulunulması sağlanabilmektedir.[5,9,12] İlk adımlar, kilo kaybının ve ilişkili semptomların hızını ve şiddetini değerlendirmeyi, hastayı ve ailesini hastanın durumu hakkında eğitmeyi ve mevcut tedavi seçeneklerinin risklerini ve yararlarını tartışmayı içermelidir.[15] European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) tarafından nutrisyonel bakım ile ilgili aşağıdaki kanıta dayalı uygulamaların kullanımı önerilmiştir:

- Tüm hastalar BKİ ve kilo durumuna bakılmaksızın beslenme riski açısından taranmalıdır.
- Beslenme ile ilgili değerlendirme iştah, vücut kompozisyonu, inflamatuar biyobelirteçler, istirahat enerji harcaması ve fiziksel fonksiyon ölçümlerini içermelidir.
- Besin alımını artırmaya, inflamasyonu ve hipermetabolik stresi azaltmaya ve fiziksel aktiviteyi artırmaya odaklanan bakım da dahil olmak üzere, bireyselleştirilmiş planlarla multimodal beslenme müdahalelerinin kullanılması önerilmektedir.[30]

Farmakolojik Tedavi

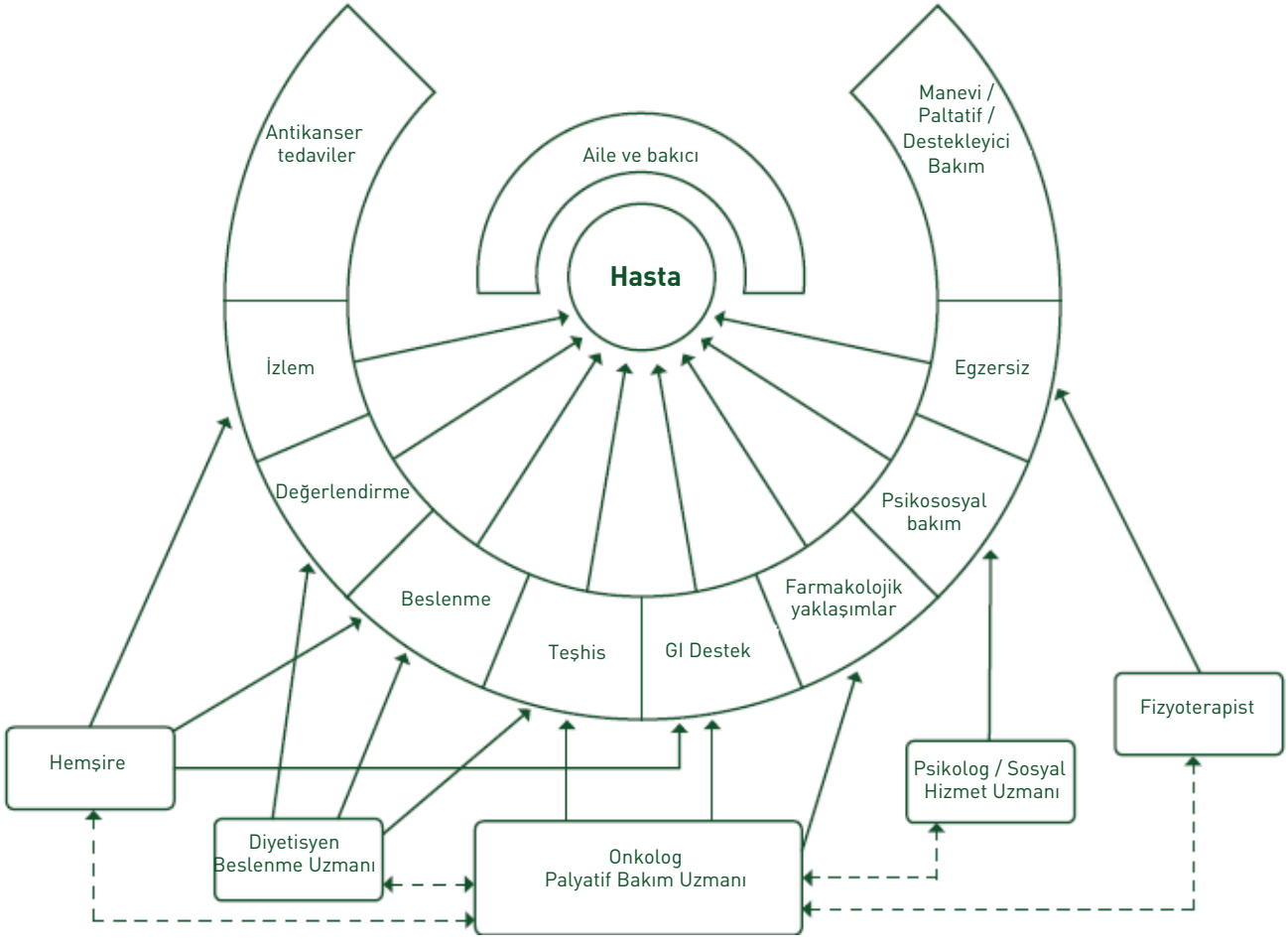
Anoreksi ve kaşeksi yönetiminde kullanılan farmakolojik tedaviler üç temel işlevi yerine getirmektedir:

- Tümör ile ilişkili inflamasyonun azaltılması
- Zayıflama ve hiperkatabolik duruma karşı vücudun anabolik potansiyelinden yararlanmanın sağlanması
- İştahın uyarılması[34]

Bu amaç doğrultusunda kullanılan tedavilerin başında kortikosteroidler ve progestin (megestrol asetat) gelmektedir.[5,9] Megestrol asetatın kullanımı ile ilgili yapılan meta analizde, ileri evre kanser hastalarında hem iştahın arttığı ve hem de kilo alımında iyileşmeler olduğu saptanmıştır.[15,41] Megestrol asetat kullanımında venöz tromboembolik olaylar, ödem, hiperglisemi ve hipertansiyon gelişimi gibi yan etkiler ile karşılaşıldığı için hastaların bu semptomlar açısından yakından takip edilmesi vurgulanmaktadır.[15,36] Yapılan klinik çalışmalarda megestrol asetatın günlük 500-1000 mg

GI, gastrointestinal. Düz çizgi okları sorumlulukları, kesik çizgi okları etkileşimleri göstermektedir.

Şekil 7. Multimodal bakım ekibi üyelerinin sorumlulukları ve etkileşimleri[a]



[a]Arends J, Strasser F, Gonella S, Solheim TS, Madeddu C, Ravasco P, et al. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines 5 behalf of the ESMO Guidelines Committee. *ESMO open*. 2021;6(3):1-18 kaynağından uyarlanmıştır.[36]

kullanılması önerilmektedir.[25] Ayrıca literatürde megestrol asetat tedavisi ile diyet danışmanlığı ve besin takviyelerinin birlikte kullanımında daha iyi sonuçlar elde edilebileceği belirtilmiştir.[15] Kortikosteroid kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda da iştah ve kilo alımının arttığı tespit edilmiştir. Kortikosteroidlerin uzun süreli kullanımlarında iştah üzerine etkisi ortadan kalkacağı için 2-3 haftaya kadar kısa süreli kullanımı önerilmektedir.[36] Kortikosteroid kullanımında immunsupresyon, hiperglisemi, hipertansiyon, miyopati, su ve sodyum retansiyonu, osteoporoz görülebileceğinden hastaların bu yan etkiler açısından yakından takibinin önemli olduğu vurgulanmaktadır.[15,25]

Megestrol asetat ve kortikosteroid dışında kullanılan ilaçların (Talidomid, Dronabinol, Siproheptadin, Hidrazin Sülfat ve Pentoksifilin) anoreksi ve kaşeksi yönetiminde sınırlı etkiye sahip olduğu belirtilmiştir.[9] Androjenlerin kullanımı ile ilgili kas kütlesinde iyileşme açısından hiçbir yararlı etkisi kanıtlanamadığı için kullanımı önerilmemektedir. Ayrıca literatürde kaşeksi tedavisinde Nonsteroid Antienflamatuar ilaçların (NSAID), metoklopramid ve domperidonun kullanımını önermek için de yeterli kanıt olmadığı vurgulanmıştır.[36]

Non-Farmakolojik Yaklaşımlar

Anoreksi ve kaşeksinin yönetiminde sadece farmakolojik yaklaşımlar yeterli değildir. Aynı zamanda non-farmakolojik yaklaşımların da eş zamanlı olarak kullanılması önerilmektedir. Özellikle yeterli düzeyde beslenme desteğinin sağlanması ve beslenme danışmanlığı yaklaşımları bu sendromun yönetiminde büyük önem taşımaktadır.[8,37,42]

Günlük Tutma

Literatürde yeterli beslenmenin sürdürülebilmesinde günlük tüketilen besinlerin doğru kaydedilmesinin önemli olduğu belirtilmektedir. Tüketilen gıdaların kayıt edilmesi ile ilgili yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, günlük tutma ile hastaların kaçırdıkları öğün sayılarının azaldığı, yeterli düzeyde enerji ve protein alımına katkıda bulunulduğu saptanmıştır.[11,43,44] 2017 yılında gerçekleştirilen kanıta dayalı palyatif bakım konsensusunda; %92,5 (n=86) katılımcının onayı ile anoreksi ve kaşeksi gelişme riski olan hastalarda, beslenmenin sürdürülmesinde beslenme günlüğünün kullanılmasına karar verilmiştir.[27]

Beslenme Danışmanlığı

Anoreksi ve kaşeksinin ilerlemesini önlemek ve gelişimini durdurmak için uygulanan beslenme danışmanlığı, kilo alımını artırması, yaşam kalitesini iyileştirmesi ve sağ kalımı uzatması nedeniyle önemli bir multidisipliner yaklaşımdır.[8,45] Beslenme danışmanlığına hastalara tanı konulduğu andan itibaren başlanması ve hastalığın tüm evrelerinde tedavi planının bir parçası olması, sadece hastalara yönelik değil hasta yakınlarını da kapsaması gerekmektedir.[34] Son yıllarda yapılan çalışmalarda beslenme taramasının erken yapılması, sık izlem ve kanserli hastaların bir beslenme uzmanı tarafından takibi ile anoreksi ve kaşeksi yönetiminde, besin alımı ve yaşam kalitesinde iyileşme olduğu belirtilmektedir.[46] Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada radyoterapi hastalarına uygulanan beslenme danışmanlığında, protein takviyesi ve rutin bakım uygulamaları karşılaştırıldığında beslenme danışmanlığı ve protein takviyesi uygulanan hastalarda semptomların ve yaşam kalitesinin iyileştiği, aynı zamanda radyoterapiden 3 ay sonra, beslenme danışmanlığının semptom ve yaşam kalitesi sonuçları üzerinde kalıcı bir etkisinin olduğu saptanmıştır.[21]

Beslenme danışmanlığı, kaşektik veya beslenme riski olan hastalarda oral alımı ve kilo alımını iyileştirmek için beslenme desteğinde ilk adım olmalıdır. Bu konuda eğitim almış sağlık profesyonelleri tarafından yapılan danışmanlıkta, hastanın yeme isteğinin arttırılması için gıda türleri ve tüketim zamanlarının belirlenmesi, protein alımı, günlük öğün sayısının arttırılması, beslenmeye etkisi olan semptomların tedavisi ve gerektiğinde besin takviyelerinin sunulması vurgulanmaktadır.[15,36]

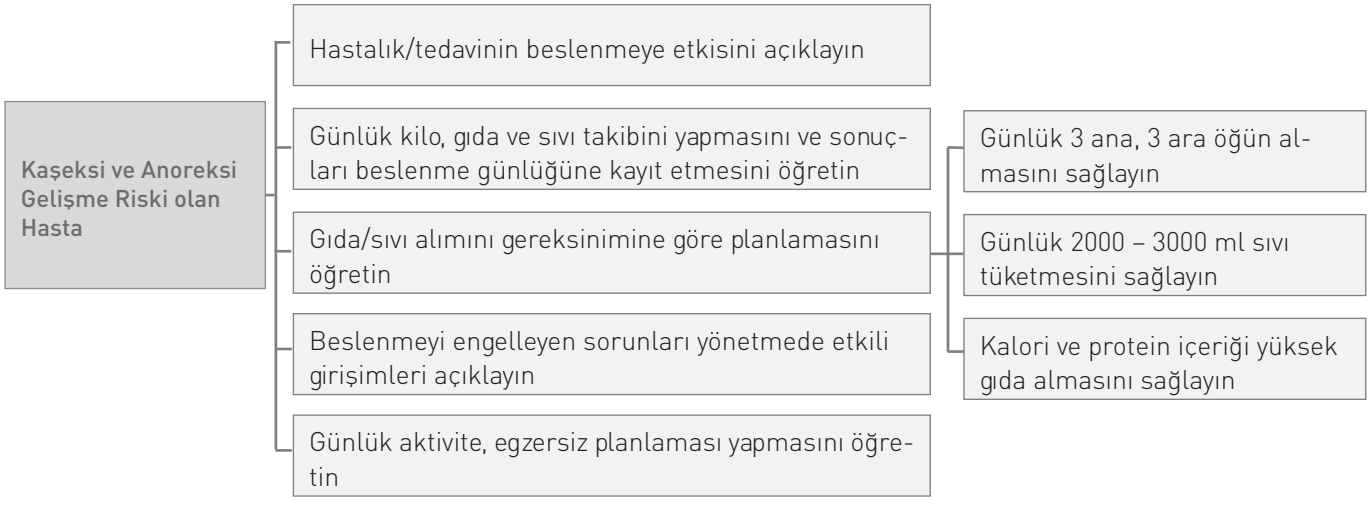
Avrupa Parental ve Enteral Beslenme Derneği (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN) (2017) tarafından yetersiz beslenmenin önlenmesi için tüm hastalarının beslenme yetersizliği riski veya varlığı açısından düzenli olarak taranması ve tanı anından tedavi sürecinin sonuna kadar tüm hastalara beslenme danışmanlığı verilmesi önerilmiştir.[44]

Literatürde yer alan çalışmalar değerlendirildiğinde ise hastaya özel uygulanan beslenme danışmanlığı ile hastaların beslenme durumu ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlandığı[47], danışmanlığın kilo kontrolünün sağlanmasında etkili olduğu[48] ve enerji ve protein alımı ile beslenme alışkanlıklarının da olumlu yönde etkilediği saptanmıştır.[49] Özellikle bazı çalışmalarda beslenme danışmanlığının kolorektal kanserler, baş ve boyun kanserli hastalar üzerinde daha fazla yarar sağladığı da bildirilmiştir.[45,50,51] 2017 yılında gerçekleştirilen kanıta dayalı palyatif bakım konsensusunda; %92,4 (n=121) katılımcının onayı ile anoreksi ve kaşeksi gelişme riski olan hastalara beslenme danışmanlığının düzenli olarak verilmesine karar verilmiştir.[27]

Egzersiz

Kaşeksi tedavisinin ana hedeflerinden birisi de kas kütlesinin ve fiziksel performansın korunmasıdır.[34] Mevcut kanıtlar, inflamasyon, kas kayıpları ve insülin direncine karşı egzersizin etkili olduğunu, aynı zamanda hem tedavi sırasında hem de sonrasında yaşam kalitesinin arttırılmasına fayda sağladığını göstermektedir. Bu nedenle anoreksi ve kaşeksi sendromunun tedavi sürecinde fiziksel aktivitelerden faydalanılması önerilmektedir. İlerlemiş kanseri olan 231 hastada 8 haftalık egzersiz programının rutin bakım ile karşılaştırıldığı randomize kontrollü çalışmada, fiziksel performansın arttığı bulunmuştur. Ayrıca egzersiz ve beslenme müdahalelerini içeren multimodal rehabilitasyon programlarının özellikle fiziksel dayanıklılıkta iyileşme sağladığı da bildirilmiştir.[36] Fong ve ark. tarafından kanser hastaları ile yapılan bir meta analizde de egzersiz uygulamasının BKİ ve vücut ağırlığında iyileşme sağladığı belirtilmiştir.[52]

Şekil 8. Anoreksi ve kaşeksi yönetiminde hasta ve ailesinin eğitimi[a]



[a]Caliskan K, Ozen N, Ozcan S, Can G. Anoreksi ve Kaşeksi Sendromu. In: Can G, editor. *Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Bakım*. 1st ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018. p. 63-76 kaynağından uyarlanmıştır.[27]

Literatürde kas kütlesinde artış sağlanabilmesi için orta ve yüksek yoğunlukta egzersiz programlarının yapılması gerektiği vurgulanmıştır. Kanser hastalarına haftada 2 ila 3 kez tempolu yürüyüş, hafif eforlu sabit bisiklet kullanımı veya evde yapılan egzersiz hareketleri gibi orta yoğunlukta egzersiz programlarının uygulanması önerilmektedir. Egzersiz tekniklerinin seçilmesinde hastanın düşme riski ve varsa iskelet bozukluklarının göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Aynı zamanda;

- Ateş (38,0 °C ve üstü)
- Aktif enfeksiyon durumu
- Kan trombosit düzeyinin <20.000 hücre/mL
- Kan hemoglobin düzeyinin <8g/dL olması

durumlarında egzersizin kontrendike olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle hastaların egzersiz programlarının profesyonel uzmanlar tarafından yapılması önerilmektedir.[36] 2017 yılında gerçekleştirilen kanıta dayalı palyatif bakım konsensusunda; %96,5 (n=109) katılımcının onayı ile anoreksi ve kaşeksi yönetiminde hasta için kontrendike değilse egzersizin kullanılmasına karar verilmiştir.[27]

Hasta Eğitimi

Hastaların ayrıntılı değerlendirilerek beslenme desteği ve eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve belirlenen ihtiyaçlara yönelik eğitim verilmesi anoreksi ve kaşeksi yönetiminde büyük önem taşımaktadır. Kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada eğitimin beslenme üzerine etkisi değerlendirildiğinde iştah ve kiloda iyileşme olduğu, semptomların şiddetinde ise azalma olduğu tespit edilmiştir.[53]

Palyatif bakım hastalarına hastalık ve tedavinin beslenmeye etkisi, beslenmesinin mekanizması, günlük kilo, gıda ve sıvı takibinin gerekliliği ve önemi, gıda ve sıvı alımı planlamasının nasıl yapılacağı, beslenmeyi engelleyen sorunların tespiti ve yönetiminde etkili yaklaşımlar, günlük aktivite ve egzersiz planının yapılması ile ilgili hastaya özel hazırlanmış görsel ve yazılı materyaller ile eğitim verilmesi anoreksi ve kaşeksi sürecinin etkili yönetiminde büyük önem taşımaktadır (Şekil 8). 2017 yılında gerçekleştirilen kanıta dayalı palyatif bakım konsensusunda; %98,1 (n=103) katılımcının onayı ile anoreksi ve kaşeksi gelişme riski olan hastalara beslenme eğitiminin düzenli olarak verilmesine karar verilmiştir.[27]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Uysal E, Akbörü MH. Kanser Hastalarında Görülen Malnütrisyon, Sarkopeni ve Kaşeksi Nedenleri. *Turkish J Oncol*. 2021;35(1):17-21.
2. Baracos VE, Martin L, Korc M, Guttridge DC, Fearon KCH. Cancer-associated cachexia. Vol. 4, *Nature Reviews Disease Primers*. Nature Publishing Group; 2018. p. 1-18. [Crossref]
3. Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Raff S, et al. Definition and classifi cation of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol*. 2011;12(5):489-495. [Crossref]
4. von Haehling S, Anker SD. Prevalence, incidence and clinical impact of cachexia: facts and numbers-update 2014. Vol. 5, *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*. Wiley Online Library; 2014. p. 261-263. [Crossref]
5. Shankar A, Singh P, Mishra S, Gupta S, Saini D, Bharati SJ, et al. Supportive Care in Cancer Cachexia : Meeting the Unmet Need. Asian Pacific *J Cancer Care*. 2022;7(1):155-160. [Crossref]
6. Fearon K, Arends J, Baracos V. Understanding the mechanisms and treatment options in cancer cachexia. Vol. 10, *Nature Reviews Clinical Oncology*. 2013. p. 90-99. [Crossref]
7. Fabbro E Del. Current and Future Care of Patients with the Cancer Anorexia-Cachexia Syndrome. *Am Soc Clin Oncol Educ B*. 2015;35(1):e229-237. [Crossref]
8. Roeland EJ, Bohlke K, Baracos VE, Bruera E, del Fabbro E, Dixon S, et al. Management of Cancer Cachexia: ASCO Guideline. *J Clin Oncol*. 2020;38(21):2438-2453. [Crossref]
9. Berger LS, Berger MA. Nausea/Vomiting, Anorexia Cachexia, and Fatigue. In: Emanuel LL, Librach SL, editors. *Palliative care : core skills and clinical competencies*. 1st ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2007. p. 124-127. [Crossref]
10. Gaafer OU, Zimmers TA. Nutrition challenges of cancer cachexia. *J Parenter Enter Nutr*. 2021 Nov 1;45(S2):16-25. [Crossref]
11. Fearon KCH, Moses AGW. Cancer cachexia. *Int J Cardiol*. 2002;85(1):73-81. [Crossref]
12. Landi F, Picca A, Calvani R, Marzetti E. Anorexia of Aging: Assessment and Management. *Clin Geriatr Med*. 2017 Aug 1;33(3):315-323. [Crossref]
13. Fram J, Vail C, Roy I. Assessment of Cancer-Associated Cachexia - How to Approach Physical Function Evaluation. *Curr Oncol Rep*. 2022 Mar 19;1-11.
14. Zelensky P, Dammalapati M, Del Fabbro E. Cachexia-Anorexia Syndrome. In: Bruera E, Higginson IJ, von Gunten CF, Morita T, editors. *Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care*. 3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2021. p. 344-352. [Crossref]
15. Dans M, Kutner JS, Agarwal R, Baker JN, Bauman JR, Beck AC, et al. Palliative care, version 2.2021 featured updates to the NCCN guidelines. *JNCCN J Natl Compr Cancer Netw*. 2021 Jul 1;19(7):780-788. [Crossref]
16. Biswas AK, Acharyya S. Understanding cachexia in the context of metastatic progression. Vol. 20, *Nature Reviews Cancer*. Nature Research; 2020. p. 274-284. [Crossref]
17. Aapro M, Arends J, Bozzetti F, Fearon K, Grunberg SM, Herrstedt J, et al. Early recognition of malnutrition and cachexia in the cancer patient: A position paper of a European School of Oncology Task Force. *Ann Oncol*. 2014;25(8):1492-1499. [Crossref]
18. Fearon K, Barber M. Anorexia, cachexia, nutrition, and fatigue. In: Fallon M, Hanks GWC, editors. *ABC of palliative care*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2006. p. 21-24.
19. Biswas AK, Acharyya S. Cancer-Associated Cachexia: A Systemic Consequence of Cancer Progression. *Annu Rev Cancer Biol*. 2020;4:391-411. [Crossref]
20. Tyler LS, Lipman AG. Anorexia and cachexia in palliative care patients. *J Pharm Care Pain Symptom Control*. 2000;7(4):11-22. [Crossref]
21. Del Fabbro E. Cancer Cachexia: Mechanisms and Progress in Treatment. In: Del Fabbro E, Fearon K, Strasser F, editors. *Overview of cancer cachexia*. 1st ed. Netherlands: Elsevier B.V; 2012. p. 1-5. [Crossref]
22. Jozwiak R, Recka K. The Anorexia-Cachexia Syndrome: Definitions, Evaluation, and Nonpharmacological Management #386. *J Palliat Med*. 2020 Feb 1;23(2):287-2899. [Crossref]
23. Malec M, Shega JW. Management of Gastrointestinal Symptoms (Nausea, Anorexia and Cachexia, Constipation) in Advanced Illness. Vol. 104, *Medical Clinics of North America*. *W.B. Saunders;* 2020. p. 439-454. [Crossref]

24. Stephens NA, Fearon KCH. Anorexia, cachexia and nutrition. *Medicine* (Baltimore). 2008;36(2):78-81. [Crossref]
25. Ozcan Sevil, Vatansever Sezai. Kanser Kaşeksisi. In: Can G, editor. *Onkoloji Hemşireliği*. 1st ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. p. 407-19.
26. Horasan E. Beslenme Uygulamaları. In: Durna Z, editor. *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul: Akademi; 2013. p. 562-570.
27. Caliskan K, Ozen N, Ozcan S, Can G. Anoreksi ve Kaşeksi Sendromu. In: Can G, editor. *Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Bakım*. 1st ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018. p. 63-76.
28. Duerksen DR, Laporte M, Jeejeebhoy K. Evaluation of Nutrition Status Using the Subjective Global Assessment: Malnutrition, Cachexia, and Sarcopenia. *Nutr Clin Pract*. 2021 Oct 1;36(5):942-956. [Crossref]
29. Darakhshandeh A, Momenzadeh M. Cachexia and anorexia in cancer; a systematic review. *Immunopathol Persa*. 2020 Jul 1;7(2):e20-e20. [Crossref]
30. Dev R. Measuring cachexia-diagnostic criteria. *Ann Palliat Med*. 2019;8(2):24-32. [Crossref]
31. Scott A. Screening for malnutrition in the community: the MUST tool. *Br J Community Nurs*. 2008;13(9):406-412. [Crossref]
32. Cancer Institute N. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 4.0. 2009.
33. Johannes CM, Musser ML. Anorexia and the Cancer Patient. *Vet Clin North Am - Small Anim Pract*. 2019 Sep 1;49(5):837-854. [Crossref]
34. Sadeghi M, Keshavarz-Fathi M, Baracos V, Arends J, Mahmoudi M, Rezaei N. Cancer cachexia: Diagnosis, assessment, and treatment. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2018 Jul 1;127:91-104. [Crossref]
35. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*. 2003;22(4):415-421. [Crossref]
36. Arends J, Strasser F, Gonella S, Solheim TS, Madeddu C, Ravasco P, et al. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines 5 behalf of the ESMO Guidelines Committee. *ESMO open*. 2021;6(3):1-18. [Crossref]
37. Del Fabbro E. Combination therapy in cachexia. *Ann Palliat Med*. 2019;8(1):59-66. [Crossref]
38. Evans WJ, Morley JE, Argilés J, Bales C, Baracos V, Guttridge D, et al. Cachexia: A new definition. *Clin Nutr*. 2008 Dec;27(6):793-799. [Crossref]
39. Fearon KC, Voss AC, Hustead DS. Definition of cancer cachexia: Effect of weight loss, reduced food intake, and systemic inflammation on functional status and prognosis. *Am J Clin Nutr*. 2006 Jun 1;83(6):1345-1350. [Crossref]
40. Shankar A, Singh P, Mishra S, Gupta S, Saini D, Bharati SJ, et al. Supportive Care in Cancer Cachexia : *Meeting the Unmet Need*. 2022;7(1):155-160. [Crossref]
41. Leśniak W, Ba a M, Jaeschke R, Krzakowski M. Effects of megestrol acetate in patients with cancer anorexia-cachexia syndrome: a systematic review and meta-analysis. Pol Arch Med Wewnętrznej= *Polish Arch Intern Med*. 2008;118(11):636-644. [Crossref]
42. Couch ME, Dittus K, Toth MJ, Willis MS, Guttridge DC, George JR, et al. Cancer cachexia update in head and neck cancer: Pathophysiology and treatment. Vol. 37, *Head and Neck. John Wiley and Sons Inc;* 2015. p. 1057-1072. [Crossref]
43. Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, Micklewright A, Zurcher G, Muscaritoli M. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Non-surgical oncology. *Clin Nutr*. 2009 Aug;28(4):445-454. [Crossref]
44. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*. 2017;36(1):11-48. [Crossref]
45. Hopkinson JB. The nursing contribution to nutritional care in cancer cachexia. *Proc Nutr Soc*. 2015 Nov 1;74(4):413-418. [Crossref]
46. Suzuki H, Asakawa A, Amitani H, Nakamura N, Inui A. Cancer cachexia - Pathophysiology and management. *J Gastroenterol*. 2013 May;48(5):574-594. [Crossref]
47. Langius JAE, Zandbergen MC, Eerenstein SEJ, van Tulder MW, Leemans CR, Kramer MHH, et al. Effect of nutritional interventions on nutritional status, quality of life and mortality in patients with head and neck cancer receiving (chemo)radiotherapy: a systematic review. *Clin Nutr*. 2013 Oct 1;32(5):671-678. [Crossref]
48. Paulsen O, Klepstad P, Rosland JH, Aass N, Albert E, Fayers P, et al. Efficacy of methylprednisolone on pain, fatigue, and appetite loss in patients with advanced cancer using opioids: A randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *J Clin Oncol*. 2014 Oct 10;32(29):3221-3228. [Crossref]
49. Bourdel-Marchasson I, Blanc-Bisson C, Doussau A, Germain C, Blanc JF, Dauba J, et al. Nutritional Advice in Older Patients at Risk of Malnutrition during Treatment for Chemotherapy: A Two-Year Randomized Controlled Trial. *PLoS One*. 2014;9(9):e108687. [Crossref]
50. Ravasco P, Monteiro-Grill I, Vidal P, Camilo M. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol*. 2005;23(7):1431-1438. [Crossref]
51. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Impact of nutrition on outcome: A prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Head Neck*. 2005 Aug 1;27(8):659-668. [Crossref]
52. Fong DYT, Ho JWC, Hui BPH, Lee AM, Macfarlane DJ, Leung SSK, et al. Physical activity for cancer survivors: Meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2012;344(7844):17. [Crossref]
53. Aslan O, Vural H, Komurcu Ş, Ozet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Derg*. 2006;10(1):15-28.

BÖLÜM 11
ÜRİNER SİSTEM ŞİKAYETLERİ

Ünal ÖNSÜZ

DOI: 10.5152/1811

Üriner Sistem Şikayetleri

Urinary System Complaints

BÖLÜM HAKKINDA

Üriner inkontinans, palyatif bakım hastalarında sık karşılaşılan bir durum olmakla birlikte hastalar için yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Bu durum, genellikle mesanede doluluk hissi olmaksızın veya işeme isteği olmadan idrar kaçırma şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Birincil tanısı ne olursa olsun, bu semptomlar hastalar için önemli bir rahatsızlık kaynağıdır ve yaşam sonu bakımda dikkatle yönetilmelidir. Üriner inkontinansın çeşitli tipleri bulunmakta olup, tanı ve yönetiminde dikkatli bir değerlendirme gereklidir. Palyatif bakım hastalarında geri dönüşümsüz durumlar yaygın olarak görülebildiğinden semptom yönetimine odaklanılmalıdır. Tedavide antikolinerjik ilaçlar, davranış terapisi, uygun kullanımla üriner kateterler gibi seçenekler değerlendirilmelidir. Hasta eğitimi ve önleyici tedbirler tedavi sürecinde önemlidir. Üriner retansiyon ise, mesanenin istemli olarak boşaltılamaması durumudur. Hem akut hem de kronik olarak ortaya çıkabilmekte ve genellikle obstrüktif veya nörolojik sebeplerden kaynaklanmaktadır. Tedavi seçenekleri altta yatan nedene göre belirlenmekte olup, farmakolojik (örneğin, antikolinerjik ilaçlar), non-farmakolojik (örneğin, üretral kateterizasyon) yöntemleri veya hasta eğitimini içerebilmektedir. Tanı için hasta hikayesi, fiziksel muayene, laboratuvar testleri (tam kan sayımı, idrar kültürü), ve gerektiğinde radyolojik görüntüleme (örneğin, ultrason) kullanılmaktadır. Tedavi sürecinde hasta eğitimi, semptom yönetimi ve komplikasyonların önlenmesi önemli yere sahiptir.

Anahtar kelimeler: İnkontinans, retansiyon, palyatif bakım

ABOUT the CHAPTER

Urinary incontinence is a common condition in palliative care patients and can have a significant impact on their quality of life. It can present as urinary incontinence, usually without a sensation of bladder fullness or an urge to void. Regardless of the primary diagnosis, these symptoms are a significant source of discomfort for patients and should be carefully managed in end-of-life care. There are several types of urinary incontinence and careful assessment is required for diagnosis and management. As irreversible conditions are common in palliative care patients, the focus is on symptom management. Options such as anticholinergics, behavioural therapy and urinary catheters with appropriate use are considered in treatment. Patient education and preventive measures are important in the management process. Urinary retention is the inability to empty the bladder spontaneously. It can be acute or chronic and is usually due to obstructive or neurological causes. Treatment options depend on the underlying cause and may include pharmacological (e.g. anticholinergic drugs), non-pharmacological (e.g. urethral catheterisation) or patient education. Diagnosis is based on patient history, physical examination, laboratory tests (complete blood count, urine culture) and, if necessary, radiological imaging (e.g. ultrasound). Patient education, symptom management and prevention of complications play an important role in the treatment process.

Keywords: Incontinence, retention, palliative care.

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenciler:

1. Üriner sistem ile ilgili şikayetleri tanımlar ve risk faktörlerini açıklar
2. Üriner retansiyonu olan hastada gelişebilecek sorunların yönetebilir.
3. Üriner semptomları ve kateteri olan hastanın bakımını planlar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Üriner İnkontinans:** Bireyin, mesanede bir distansiyon olmaksızın ya da devamlı ve önceden işeme hissi/beklentisi olmadan idrar yapma durumu.

2. **Üriner Retansiyon:** İstemli olarak mesanedeki idrarı boşaltamama durumu.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Ünal Önsüz

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

E-posta: unal.onsuz@kocaeli.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Önsüz Ü. Üriner Sistem Şikayetleri. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 111-119.

Giriş

Üriner sistem ile ilgili şikayetler, palyatif bakım hastalarında nispeten sık görülen bir durum olmala birlikre hasta ve ailesi için hassas bir konudur.[1] Kanser dışı ürolojik sorunlar genellikle ölüme sebep olmamakla birlikte, ürolojik semptomlar, multipl skleroz, amyotrofik lateral skleroz, Alzheimer hastalığı ve inme dahil olmak üzere, terminal döneme yaklaştıkça birçok hastalıkta yakınmalara neden olmaktadırlar. Tanısı ne olursa olsun, yaşam sonu bakım alan hastalar uygun şekilde ele alınması gereken ürolojik semptomlar yaşayabilmektedirler.[2] Üriner inkontinans, bireyin mesanede bir dolgunluk hissi olmaksızın veya mesanedeki dolgunluğu fark etmeksizin, istemsiz ve önceden işeme hissi ya da beklentisinin olmadığı idrar yapma durumudur. Bu durum genellikle çeşitli hastalıklarla ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır. Üriner retansiyon ise istemli olarak idrar yapamayıp mesaneyi boşaltamama durumu olup mesane hasarı, kronik nefropati, üriner sistem enfeksiyonu ve sepsise yol açabilen sıklıkla gözlenen bir komplikasyondur. Üriner sistem ile ilgili şikayetler, yaşam sonu bakımda yaygın olarak karşılaşılan ve hemşirelik bakımı gerektiren semptomlar olarak kabul edilmektedir. Bu tür komplikasyonlar hastanın yaşam kalitesini düşürebilmektedir.[3,4]

Semptom yönetimi dikkatli değerlendirme, eğitim ve danışmanlık ve çeşitli farmakolojik tedaviler gerektirmektedir. Özellikle yaşamın son birkaç gününde sıklıkla üriner kateterizasyon gibi girişimsel işlemler gerekebilmektedir. İdrar kaçırmanın yaşam kalitesi üzerinde önemli olumsuz etkileri vardır. Üriner inkontinans tipini belirlemek için dikkatli bir değerlendirme yapılması gerekir ancak farmakolojik tedavi seçenekleri oldukça sınırlıdır. Kalıcı üriner kateterler endikasyon olduğunda palyatif bakım hastalarında etkin bir şekilde kullanılabilmektedir. Üriner inkontinansı göz ardı etmek hastaların acısını artıracak ve yaşam kalitesini düşürecektir. Aseptik teknikle düzgün bir şekilde bakım sağlanmayan kalıcı kateterler bir enfeksiyon kaynağı olabilmektedir.[5]

Üriner İnkontinans

Tanım

Palyatif bakım hastalarında üriner semptomlar yaygın olarak görülebilmektedir. Yaşam sonu bakımda üriner semptomların yönetimi ağrı ve dispne gibi rahatsız edici semptomların tedavisi kadar önceliklidir. [6] Üriner inkontinans, bireyin mesanede bir dolgunluk hissi olmaksızın veya mesanedeki dolgunluğu fark etmeksizin, istemsiz ve önceden işeme hissi ya da beklentisinin olmadığı idrar yapma durumudur. Üriner inkontinans, yaşamın sonunda hemşirelik bakımı gerektiren yaygın olarak karşılaşılan bir semptom olarak kabul edilmektedir. Yaşamın sonundaki üriner inkontinans hastalıklarla ilişkili olarak ortaya çıkabilir. Genel zayıflık ve güçsüzlük, bir klozete ulaşmakta zorluğa neden olabilir. Kanser hastasında ağrı veya bir tümörün omuriliğe veya mesaneye basıncı nedeniyle de gelişebilmektedir. Diüretikler gibi ilaç tedavileri nedeniyle veya enfeksiyonun varlığı gibi diğer faktörlerin bir sonucu olarak da gelişmesi mümkündür. Bu durum hem hastalar hem de aileleri için son derece zor ve üzücü olabilir ve hastanın benlik saygısını olumsuz etkileyebilir.[1]

İnsidans

Üriner inkontinans, yaşamın sonunda hastalarda görülen nispeten yaygın bir sorundur, ancak prevelansı net değildir. Yaşamın sonundaki semptom prevelansına ilişkin çalışmalar genellikle üriner inkontinanstan bahsetmemektedir. Palyatif bakım hizmeti alan hastaların çoğunun yaşlı popülasyon olması nedeniyle bu hastalar genellikle daha fazla üriner inkontinans yaşamaktadırlar. Aslında, üriner inkontinans toplum içinde yaşayan yaşlı yetişkinlerin %15 ila %35'ini ve huzurevinde kalanların %50'sinden fazlasını etkilemektedir.[7] Chughtai ve ark. yapmış oldukları çalışmada her 10 hospis hizmeti alan hastadan üçünde üriner inkontinans olduğu tespit etmişlerdir. Bu bulgu, hastaların üçte birinden fazlasının yaşamın son haftasında üriner inkontinanstan müzdarip olduğunu göstermektedir.[8]

Fizyopatoloji

Mesaneden idrar boşaltma süreci olan miksiyon, istemsiz düz kas, istemli çizgili kas, otonom, somatik sinir sistemleri ile beynin etkileşimini ve ayrıca bilişsel bir yönünü içeren karmaşık bir süreçtir. Mesane işlev bozukluklarını anlayabilmek ve değerlendirilebilmek için temel anatomi ve miksiyon nörofizyolojisinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Miksiyon fizyolojisi sempatik, parasempatik sinir sistemi ve somatik sinir sistemi liflerinin koordineli olarak çalışması ile gerçekleşen bir olaydır. Ayrıca miksiyonun mekanizması beyin sapı ve korteks gibi üst merkezlerin otonomik etkisi ile kontrol edilmekte olup hepsinin tam bir koordinasyon halinde çalışması ile miksiyon işlevsellik kazanmaktadır. Mesanenin dolması ve boşaltılması, sempatik ve parasempatik sinir liflerinin uyumlu çalışmasıyla sağlanmaktadır. Sempatik sinirler, mesane dolarken aktif hale gelerek mesaneyi gevşetmekte ve kasılmasını sağlamaktadır. Mesane doldukça, mekanoreseptörler devreye girerek doluluk bilgisini beyne iletmektedirler. Bu aşamada sempatik tonus azalmakta ve parasempatik sinir sistemi kontrolü ele almaktadır. Parasempatik sinirlerin uyarmasıyla mesane kasılmaları başlamaktadır. Somatik, sakral ve pudendal sinir lifleri ise pelvik taban kasları ve üretranın dış sfinkterini kontrol ederek idrarın dışarı atılmasını sağlamaktadır. Bu sayede mesane boşaltımı tamamlanmaktadır.[7,9] Normal mesane kapasitesi kişiden kişiye değişebilmekle birlikte 400-750 ml arasında bir aralığa sahiptir. İlk doluluk hissi genellikle 100-200 ml idrar biriktikten sonra ortaya çıkmaktadır. Mesanenin tam olarak dolduğunu gösteren his ise 300-400 ml idrar biriktiğinde oluşmaktadır. Acil boşaltma ihtiyacı ise genellikle 400-500 ml idrar birikmesiyle birlikte hissedilmektedir.[9]

Risk Faktörleri

Palyatif bakım popülasyonunda, üriner inkontinans genellikle üriner sistemin kendisiyle ilgisi olmayan faktörlerden kaynaklanır. Bunlar arasında fonksiyonel azalma, halsizlik, yorgunluk, yatak korkulukları gibi kısıtlamalar, terapötik müdahaleler, ilaç yan etkileri veya hastalığın ilerlemesi sayılabilir. Üriner inkontinansın yaygın nedenleri arasında genitoüriner ve jinekolojik sistemlerin (serviks, mesane ve rektum kanserleri gibi) maligniteleri de bulunur. Üriner inkontinans, radyoterapi, cerrahi veya kemoterapi rejimi gibi bu maligniteler için tedavinin bir yan etkisi olarak da ortaya çıkabilir. Parkinson, demans ve HIV/AIDS gibi diğer hastalıklar, ürolojik fonksiyonun yönetimi için özel dikkat gerektiren bir zayıflık ve güçsüzlük aşamasına ilerleyebilir.[1,5,8,10]

Üriner inkontinans açısından kadınlar erkeklere kıyasla iki kat daha fazla risk altındadır. Sağlık hizmeti için refakatçisi olmayan hastaların ve kendi karar verme yetilerinde problem olan bireylerin tanılanmasında gecikmeler olabileceğinden bu bireylerinde

risk altında olabileceği unutulmamalıdır. Daha fazla ağrı, nefes darlığı ve anksiyete/ depresyon gibi zorluk yaşayan bireylerin üriner inkontinans riskinin daha fazla olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.[8] İnkontinans yaşlanmanın normal bir parçası değildir, ancak genito üriner sistemde meydana gelen yaşa bağlı değişikliklerin predispozan faktörler olduğu bilinmektedir. Bu değişiklikler şunları içerir:

- Mesanenin maksimum idrar depolama kapasitesinin azalması
- Azalmış mesane kontraktilitesi
- Rezidü idrar miktarında artış
- Mesanenin artan istemsiz kasılmaları
- Akşamları ve geceleri artan idrar atılımı
- Menopozdan sonra kadınlarda azalan östrojen seviyeleri
- Artan prostat boyutu
- Kadınlarda üretranın kısalığı[4]

Üriner İnkontinans Tipleri

Stres inkontinans: İstemsiz olarak abdominopelvik basınçtaki artıştan ve zayıf üretral sfinkter tonusundan kaynaklanır. Palyatif bakımdaki hastaların büyük hacimli asit, öksürük (özellikle kronik akciğer hastalıklarında) ve büyük tümör öyküsü olması karın basıncının artmasının nedenleri arasında sayılabilir. İleri yaş, yetersiz östrojen seviyeleri, omurilik sıkışması ve pelvik radyasyon üriner sfinkter tonusunun bozulmasına neden olan faktörler arasında bulunur. Hastalar tipik olarak stres üriner inkontinansını hapşırırken, öksürürken veya ayağa kalkarken uyarı olmaksızın idrar kaçırmanın gerçekleşmesi olarak tanımlamaktadırlar.[2,7,11]

Dürtü inkontinans: İstemsiz sızıntının eşlik ettiği ani ve zorlayıcı idrar yapma isteğidir. Daha önceden geçirilmiş felç ve Parkinson hastalığı gibi nörolojik sorunlar, diyabet, idrar yolu enfeksiyonu, mesane taşları veya primer mesane tümörleri yaygın etiyolojik nedenleridir.[4,7]

Taşma inkontinansı: İşeme sonrası mesanede büyük miktarda idrar kalması, mesanenin aşırı şişmesine neden olur. Bu durum genellikle önceki kateterizasyondan kaynaklanan iltihaplanma ve iyi huylu prostat hipertrofisinden kaynaklanır. Bu hasta popülasyonunda, mesane kaslarının zayıflığı veya radyasyondan pudendal veya hipogastrik sinirlerin hasar görmesi veya lumbosakral omurgadaki tümör lezyonları yaygın etiyolojiler arasında yer alır. Bu durum genellikle tamamen boşalmayan bir mesane nedeniyle sık idrara çıkma isteği ile kendini gösterir.[4,7,12,13]

Fonksiyonel İnkontinans: İnkontinansın spesifik bir lokal nöromüsküler nedeni olmadığında oluşan tipidir. Ciddi hastalığı olan hastalarda en yaygın nedenler arasında ileri düzeyde demans ve/ veya azalan fonksiyonel duruma bağlı olarak hareket edememe yer alır.[4,7,10]

Tanılama

Üriner inkontinans hastalar tarafından genellikle bildirilmediğinden, her zaman üriner semptomlarını sorgulamak gerekmektedir. Üriner inkontinansın geri döndürülebilir bir nedeni olabileceğinden her zaman kapsamlı bir tıbbi ve çevresel değerlendirme gereklidir. Tedavi seçeneklerine inkontinans tipine göre karar verilmektedir. Utanç, kontrol kaybı ve yük olma hissi gibi duyguların hasta için anlamını ve hasta üzerindeki etkisini tanımlamak gerekmektedir. Duygusal/psikolojik etki değerlendirilmeli hem hasta hem de bakım verici depresyon yönünden incelenmelidir.[4,7]

Hastanın Hikayesi

- Tıbbi geçmişi, cerrahi geçmişi (ürolojik veya jinekolojik), ilaçları (reçeteli ve reçetesiz), semptom yönetiminde denenen diğer tedaviler veya bağırsak sorunları öyküsü değerlendirilmelidir. Herhangi bir akut veya geçici inkontinans durumu tanımlanmalıdır.
- Değerlendirmenin temelini, 48 ila 72 saatlik bir miksiyon günlüğü oluşturmaktadır. Hasta veya bakım veren, normal miksiyon boşluklarının zamanını/hacmini, inkontinans dürtüsünü, ilaç ve sıvı alım zamanı gibi ilişkili semptomları takip etmelidir.
- Dürtü inkontinansının teşhisi genellikle basit bir soru ile konulabilir: "Tuvalete ulaşmadan önce idrar kaçıracak kadar güçlü ve ani bir idrar yapma dürtüsü yaşıyor musunuz?"
- Stres inkontinans teşhisi, stres manevraları (öksürme, gülme, eğilme, koşma, pozisyon değiştirme) ile kaçak olup olmadığı sorularak da güvenilir bir şekilde konulabilir.
- Taşma inkontinans tanısı altta yatan etiolojiye göre değişir. Kronik retansiyonu olan hastalarda herhangi bir şikâyet veya semptom olmayabilir. Özellikle Benign prostat hipertrofisi (BPH) olan erkekler, idrar akışının başlamasında zorluk, işemeyi sürdürme zorlanma veya mesanenin tam boşalamaması hissinden şikâyet edeceklerdir.
- Fonksiyonel inkontinans olasılığı düşünüldüğünde, değerlendirme hastanın fiziksel ve bilişsel fonksiyonel durumunu, ev ortamını ve bakıcı destek sistemini içermelidir.[4,7,13,14]

Fiziksel Muayene Bulguları

Fizik muayenede şu noktalar değerlendirilmelidir;

- Kardiyovasküler/pulmoner: Sıvı volüm durumu
- Karın: kitleler, hassasiyet, mesane distansiyonu
- Ekstremiteler: eklem hareketliliği, venöz yetmezlik, ödem
- Jinekolojik: vajinal mukozanın atrofisi, pelvik kas gevşekliği
- Rektal: kitleler, fekal tıkaç, prostat büyümesi
- Nörolojik: zihinsel durumu, Parkinsonizm belirtileri, serebrovasküler kazaları, nöropatileri, omurilik hastalığını veya kord kompresyonu[4,7]

Laboratuvar Sonuçları

Üriner inkontinansın değerlendirilmesinde laboratuvar testleri olarak idrar tahlili, idrar kültürü, üre azotu, kreatinin, glikoz, kalsiyuma bakılabilmektedir[4]

Radyolojik Bulgular

Rezidü idrar volumü: Mesanede kalan idrar miktarının 100 cc'den az olması normal kabul edilir. 100 cc'den büyük olması retansiyonu gösterir (Bakınız: İdrar Retansiyonu). İşeme sonrası rezidü idrar miktarı, bir kateter veya ultrason yoluyla elde edilebilir.[4]

Özel Tetkikler

Stres testi: Hasta muayene odasında mesanesi dolu olarak ayakta durmalı ve elinden geldiğince öksürmelidir. İdrar sızıntısı olması

durumunda stres inkontinans tanısı konulabilir. Mesane dolu değilse bu test hassasiyetini kaybeder.[4]

Yönetimi

Üriner inkontinansın tedavisi, geri döndürülebilir nedenlerin değerlendirilmesi ve tedavisi ile başlar. Enfeksiyonlar, kültür için idrar alındıktan sonra tedavi edilmelidir. Organizmanın antibiyotiklere duyarlılığı belirlendikten sonra bazı değişiklikler yapılması gerekebilir. Prostat tıkanıklığı yine hastalığın evresine göre cerrahi müdahale gerektirebilir. Üretral darlık dilatasyon gerektirebilir. Omurilik kompresyonu varsa gereken müdahale yapılmalıdır. Ancak çoğu palyatif bakım hastası için üriner inkontinansa neden olan durumlar geri döndürülememektedir ve palyatif bir yaklaşım uygulanması gerekmektedir. Geri dönüşümsüz üriner inkontinanslı hastaların tedavisinde en önemli adımlardan biri, mümkünse hastayı ve aileyi üriner inkontinansın nedeni ve tedavinin çeşitli yönleri hakkında eğitmektir. Hastalar, bu durumla başa çıkmak için danışmanlığa ihtiyaç duyabilirler. Uygun tedavinin faydaları vurgulanmalıdır.[4,7,12–14]

Farmakolojik Tedavi

Dürtü İnkontinans: Oksibutinin ve tolterodin gibi antikolinerjik ilaçların mesane ve detrüsör kas tonusunu azaltarak sıkışma tipi inkontinansı azalttığı gösterilmiştir. Bu ilaçlar yaşlı hastalarda konfüzyon, ağız kuruluğu ve kabızlık gibi önemli yan etkilerle ilişkilendirilebilir, bu nedenle kullanımları şiddetli veya inatçı semptomlarla sınırlandırılmalıdır. Mirabegron (bir beta 3 agonisti), azalmış dürtü inkontinans epizodları ile ilişkilendirilmiştir, ancak yan etki olarak baş ağrıları ve grip benzeri semptomlar yaygın olarak görülebilmektedir. Vajinal östrojenler, atrofik vajinit mevcut olduğunda idrar kaçırma sorunlarını azaltabilmektedir.[1,12]

Stres İnkontinans: Duloksetin, stres inkontinans epizodlarında >%50 azalma ile global yaşam kalitesinde iyileşme göstermiştir.[14,15] Vajinal peserler stres inkontinansın yeterli kontrolünü sağlayabilir ancak genellikle bir jinekoloji uzmanına danışmayı gerektirir ve birçok kadın için rahatsız edici olabilir.[1,12]

Taşma İnkontinansı: Klinisyenler, hastanın kullandığı herhangi bir ilacın üriner inkontinansa neden olup olmadığını gözden geçirmelidir. Opioidler, antikolinerjik ilaçlar, antidepresanlar ve benzodiazepinler yaygın olarak bu soruna yol açabilmektedirler. Eğer neden olan faktör BPH ise, 5-α redüktaz inhibitörlerinin (örn. finasterid) ve α-antagonistlerinin (örn. terazosin) eklenmesi idrar akışını iyileştirerek taşma inkontinansını azaltabilmektedir. Uzun süreli kateterizasyondan kaçınmak isteyen ve uzun süreli prognozu olan (örneğin birkaç ay veya daha uzun) hastalar için sakral sinir stimülatörü ile cerrahi tedavi düşünülebilir. Ne yazık ki, birkaç yıl içinde cihaz arızası yaygın olarak görülebilmektedir. Kadınlarda vajinal peserlerin taşma inkontinansında rolü olabilmektedir.[4,5,12]

Non-Farmakolojik Yaklaşımlar

Davranış Terapisi

Davranışsal terapi, mesane eğitimi, zamanlı veya istemli işeme, pelvik kas egzersizleri ve biyolojik geri bildirim gibi teknikleri içerir. Davranışsal tedavi, idrarını tutamayan hastanın işeme alışkanlıklarını ve idrarın zararlarını önlemeye yönelik öğretim becerilerini değiştirerek mesane kontrolünü iyileştirebilir. Bununla birlikte, palyatif bakım hastalarının karşılaştığı çok sayıda sorun nedeniyle, bu teknikler yalnızca erken palyatif bakım dönemlerinde uygulanabilmektedir.[2,4,7]

Diğer Davranış Teknikleri

Hastayı sık sık işemeye sevk ederek üriner inkontinansı önlemek ve başlangıçta istemli olarak sfinkter kasılarak dürtüyü bastırmak mümkün olabilir. Yatan hastalarda işeme dürtüsü çok fazla olmadan hasta tuvalete götürülmelidir. Hasta yatağa bağlıysa, erkekler için ördek veya kadınlar için sürgülere kolay erişim, üriner inkontinansı önleyebilir. Bununla birlikte, azalmış bilişsel yetenekler, bu müdahalelerin etkinliğini olumsuz etkilemektedir.[4]

Özel Uygulamalar

Üriner Kateterler

İdrar sondası genellikle üriner inkontinans şikâyeti olan hastalarda son çare olarak görülmektedir. Kateterlerle ilgili en büyük sorun, uzun süreli kullanımda enfeksiyonların gelişmesiyle ilgilidir. Üriner kateterler palyatif bakım ortamlarında sıklıkla kullanılmasına rağmen, palyatif bakım hastalarına yönelik çok az çalışma yapılmıştır. Davranış değişiklikleri, hemşirelik bakımı, özel giysiler, özel yatak örtüleri ve ilaç değişiklikleri başarısız olursa inkontinans hastalarına idrar sondası takılması düşünülmelidir. Palyatif bakım hastalarında üriner kateter kullanımına ilişkin endikasyonlar şunlardan oluşmaktadır:

1. Basınç yaralarının ve diğer cilt yaralarının tedavisi veya önlenmesi
2. Sık sık giysi ve nevresim değiştirmeyi engelleyen ağrılı, fiziksel hareketler
3. Hasta ve ailesinin kuruluk ve rahatlığın üriner kateterizasyon risklerinden daha önemli olduğu yönündeki kararı
4. Obstrüksiyona bağlı taşma tipi idrar kaçırma
5. Cerrahi olarak düzeltilemeyen idrar retansiyonu
6. Mesane tümörlerinden kanaması olan hastalarda sürekli mesane irrigasyonu
7. Öncelikli olarak yaşam sonu bakım alanlar olmak üzere hasta veya ailesinden açık bir talep.[3,4,12]

Kauçuk veya silikon gibi malzemeden yapılan antibakteriyel kimyasallar içeren kalıcı idrar sondaları kullanılabilir. Kalıcı kateterlere bağlı olarak mesane ve üretral enfeksiyonlar, piyelonefrit, septisemi, mesane spazmı ve mesane kanaması gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Palyatif bakım hastalarının kaşektik olmaları ve bağışıklık fonksiyonlarının azalması nedeniyle bu sorunlara daha duyarlı olup olmadığı net değildir. Kateterli ve asemptomatik bakteriürili hastaların komplikasyon riskinin düşük olması ve tedavinin dirençli bakterilerin varlığına yol açabilmesi nedeniyle çoğu hastada antimikrobiyal tedavi önerilmeyebilmektedir.[4,12]

Kapalı drenaj kalıcı kateter sisteminin kullanılması, üriner kateter ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde son derece önemlidir. Aseptik kateterizasyon ile kateter ve drenaj torbasının uygun bakımı gereklidir. İdrarın mesaneye geri akışını önlemek için toplama torbası mesane seviyesinin altında kalmalıdır ve drenaj torbası bükülme açısından kontrol edilmeli, günde en az iki kez boşaltılmalıdır. Son olarak, patojenlerin bulaşmasını önlemede eldiven

kullanımı ve uygun el hijyeni uygulamalarına özen gösterilmelidir. Anti-enfektif özelliklere sahip birkaç farklı tipte üretral kateter mevcuttur. Meta-analiz sonuçları, gümüş alaşımlı kateterlerin bakteriüriyi önleme olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Özellikle omurilik hasarından kaynaklanan taşma üriner inkontinansı olan hastalarda aralıklı kateterizasyon yöntemi kullanılabilmektedir. Uygun koşullarda uygulanması durumunda aralıklı kateterizasyon bakteriüri riskini azaltabilmektedir. Tümör nedeniyle üretral obstrüksiyonu olan hastalarda suprapubik kateter kullanımı gerekebilmektedir.[1,12–14]

Prezervatif sondalar erkeklerde uzun süredir kullanılmasına rağmen uygulanmaları ve muhafaza edilmelerinin zor olması ve rahatsızlık verici olmaları nedeniyle hastalar tarafından pek kabul görmezler. Uygunsuz yerleştirme ve bakım ihmalinden kaynaklanan cilt tahrişi ve ülserasyon, üriner enfeksiyonlar ve penis kangreni (nadiren) gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Hastalar tarafından tercih edilmedikçe, palyatif bakımda prezervatif kateterlerin kullanılmasından kaçınılmalıdır.[4]

Alt Bezi Kullanımı

Üriner inkontinans yönetiminde alt bezi veya ped kullanımı da mümkündür. Alt bezleri daha emici olması, kokuları daha iyi bastırması ve daha sıkı olması nedeniyle sızıntı olasılığını azaltır. Alt bezlerinin sık sık değiştirilmesi gereklidir. Maliyeti yüksek olsa da bakım vericinin yüklerini (yatakları yıkama ihtiyacı, birini evde tutma) azaltması nedeniyle tercih edilebilir. Hastaya evde bakan aile üyeleri, alt bezinin nasıl uygulanacağı konusunda eğitilmelidir. Hastala için uygunsa giyinebilir külot bezlerde kullanılabilir. Şiddetli ağrı şikâyeti olan hastalarda bez kullanımı konforlu olmayabilir, bu hastalarda idrar sondası düşünülmelidir. İnkontinans pedleri kullanılabilir olmasına rağmen büyük miktarlarda idrarı emmede çok etkili değildir.[4,7,11]

Cilt Bakımı

Yeterince tedavi edilemeyen idrar kaçırma problemleri cilt sorunlarına yol açabilir. Cildi korumak için genellikle silikon veya çinko oksit içeren bariyer kremlerin kullanılması, pişik tedavisi, sık alt bezi değişiklikleri gibi yöntemler ile cilt kandidiyazisi, ciltte maserasyon ve tahriş en aza indirilebilir. Tahriş olmuş ciltte yara gelişme olasılığı çok daha yüksek olduğundan yara gelişimini önleyici stratejiler uygulanmalıdır.[4]

Hasta Eğitimi

Üriner inkontinansa yönelik hasta eğitiminde şu girişimlere yer verilmelidir;

1. Üriner sistem enfeksiyonunu önleme konusunda öğretim yapılmalıdır.
2. Evde durumu değerlendirmesi için evde bakım hemşiresine yönlendirilmelidir.
3. İletişim, işeme örüntüsünü değerlendirme, planlanan sıvı alımı ve işeme zamanlarını içeren mesaneyi yeniden eğitme ve yeniden kondüsyon kazandırma programı geliştirilmelidir.
4. Uygun hastalarda aralıklı kateterizasyon öğretilmelidir.
5. Bireye pelvik kas egzersizleri (Kegel Egzersizleri) açıklanmalıdır:
   - İdrar akışını durdurmak için hangi kasları çalıştırması gerektiğini öğretiniz, bu rektal kasların sıkıştırılmasını içermektedir. Kegel egzersizlerini yapmadan önce mesanenizi boşaltınız.
   - Bu kontraksiyonu 5-10 saniye sürdürünüz ve sonra gevşetiniz. Kontraksiyonlar arasında gevşeyiniz ve kasılma ile gevşeme zamanlarının eşit olmasına özen gösteriniz. Eğer 10 saniye kasıyorsanız, bir sonraki konstraksiyondan önce 10 saniye gevşemiş olarak kalmalısınız.
   - Gün içinde 2-4 seansa bölünmüş olarak, her bir seansta 40-60 kontraksiyon gerçekleştiriniz. Bu seanslar bütün güne yayılacak şekilde ve oturma, ayakta durma ve uzanma pozisyonlarında gerçekleştirilmelidir.
   - En iyi sonuçlar için, yalnızca pelvik taban kaslarınızı sıkıştırmaya odaklanınız. Karnınız, bacak ve kalçalardaki kasları kasmamaya dikkat ediniz. Nefesinizi tutmaktan kaçınınız. Bunun yerine egzersizler sırasında rahatça nefes alıp veriniz.
   - Egzersizlerinizi anımsamanın en iyi yolu bunları günlük yaşam ile bütünleştirmektir. Örneğin trafik ışıklarında beklerken ya da bulaşıkları yıkarken bu egzersizleri yapabilirsiniz.[15]

Üriner Retansiyon

Tanım

Üriner retansiyon, istemli olarak mesanedeki idrarı boşaltamama durumudur. Üriner retansiyon, abdominal veya pelvik rahatsızlıklar nedeniyle idrar yapma yeteneği kaybı bir olay olarak gelişebilmektedir. Ayrıca üriner retansiyon değişen derecelerde retansiyon ile mesaneyi boşaltamama ile karakterize kronik bir durum olarak da gelişebilmektedir.[3]

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), üriner retansiyonu "süreğen bir idrar yapamama durumunu takiben, istemsiz olarak idrar yapan bireydeki durum" olarak tanımlar. NANDA Hemşirelik Tanıları El kitabının 13. baskısında, önceden hemşirelik tanısı olarak kabul edilen üriner retansiyon, "Akut Üriner Retansiyon Komplikasyonu Riski" olarak kollaboratif bir problem olarak ele alınmıştır. Bu durum, "mesanede anormal miktarda idrar birikmesi ve geçici bir durum (postoperatif dönemler) ya da cerrahi (prostatektomi) veya ilaçlara bağlı geri dönüşlü bir durum nedeniyle idrar yapamama veya bu risk altında olma" şeklinde tanımlanmaktadır.[16–18]

İnsidans

Üriner retansiyon prevalansı bakım ortamına, cinsiyete ve hastanın yaşına ve retansiyonun akut veya kronik olmasına göre değişmektedir. Ayakta tedavi ortamında, erkeklerde akut retansiyon insidansı yılda 1.000 erkek için 4,5 ila 6,8 arasında değişmektedir ve bu oran yaşla birlikte artmaktadır. Kadınlarda prevalansı için yeterli veri bulunmamaktadır.[3] Lichter ve Hunt kanserli 200 hospis hastanın %32'sinin üriner inkontinans yaşadığını ve %21'inin ölümden önce üriner retansiyonu olduğunu saptamışlardır. Hui ve ark. akut palyatif bakım ünitelerine başvuran kanser hastalarının %30 ila %45'inin ölümden 1,5 ila 7 gün önce üriner inkontinans yaşadığını ve bunun ölümden 1 gün önce %55'e çıktığını bildirmişlerdir. Son olarak, Currow ve ark. palyatif bakım ünitesine başvuranların %15,4'ünde idrar retansiyonu ve %32,3'ünde idrar kaçırma sorunu olduğunu saptamışlardır.[19]

Fizyopatoloji

Mesane, idrar depolama ve boşaltma işlevi olan, pelvik bölgede bulunan içi boş bir kas organıdır. Erişkinlerin işlevsel mesane kapasitesi yaklaşık 400-500 ml'dir ve günlük idrar çıkışının yaklaşık 1,500 ml olduğu göz önüne alındığında, normal mesane fonksiyonu olan bir kişinin günde üç veya dört kez idrar yapması beklenir. Mesane dolumu ve boşalımı esas olarak otonom sinir sisteminin kontrolünde olmakla birlikte, refleks mekanizmalarla gerçekleşmektedir. Miksiyon kontrol merkezi medulla spinalis üzerinde bulunan beyin sapında yer alır ve refleks merkezi ise medulla spinalis'in Sakral 2-4 segmentlerindedir. Sempatik sistem esas olarak mesanenin depolama fonksiyonunu, parasempatik lifler ise mesane boşalımını sağlar. Mesanede kalan rezidüel idrar miktarı 500-800 ml arasında olduğunda üriner retansiyon olarak tanımlanır. Rezidüel idrar miktarı 500 ml'den az ise spinal kord veya beyin nöral iletiminde bir aksama olabileceği düşünülmelidir. Miktar 800 ml'nin üzerinde olduğunda ise akut veya kronik üriner retansiyon olarak adlandırılır.[17,18,20]

Risk Faktörleri

Üriner retansiyonun gelişimi, obstrüktif, nörolojik ve ilaca bağlı nedenler dahil olmak üzere birçok olası katkıda bulunan faktörle birlikte karmaşık bir fenomendir. İdrar retansiyonu, mesane çıkışının tıkanması veya mesane detrüs kasının çalışmasının bozulmasından kaynaklanır yani mesane uygun şekilde kasılmaz). Çıkış tıkanıklığı idrarın geçmesini engeller. BPH en yaygın obstrüktif nedendir. Ciddi hastalığı olan hastalarda, üretra, mesane veya prostat tümörleri veya jinekolojik ameliyatlar/maligniteler çıkış obstrüksiyonuna neden olabilir. Diğer nedenler ise şunlardır:

- Üretral darlıklar
- Mesane taşları
- Kadınlarda pelvik organların sarkması (uterosel, rektosel, sistosel)
- Üretral polipler
- Fekal tıkaç
- Enfeksiyon-prostatit (en yaygın enfeksiyon nedeni), sistit
- Travma-pelvik yaralanmalar, penil yaralanmalar, travmatik pelvik enstrümantasyon.

Detrüsör kasının çalışmasının bozulması, depolanan idrarın mesaneden boşaltılmasını engellemektedir. Bu duruma yol açan faktörler şunlardır:

- **Nörolojik**: Mesane veya üretral sfinkterin duyusal ve/veya motor innervasyonunun bozulmasına neden olan üst motor nöronları, alt motor nöronları veya periferik sinirleri içeren durumlardır. Bunlar, inme, demans, Parkinson hastalığı, tümörler, normal basınçlı hidrosefali, omurilik yaralanmaları, fıtıklaşmış diskler ve periferik nöropati dahil olmak üzere beyni, omuriliği ve/veya periferik veya otonom sinirleri etkileyen hastalıkları veya durumları içerir.
- **Uzun süredir devam eden kronik obstrüksiyon**
- **Yetersiz kasılmalarla birlikte detrusor hiperaktivitesi**: Çok yaşlı hastalarda yaygın olarak görülen ve sıklıkla fark edilmeyen bir sorundur. Hasta dürtü semptomları yaşar, ancak detrüsör kası idrarı serbest bırakmak için yeterince kasılamaz. Ürodinamik testle teşhis konur.
- **Farmakolojik**: Palyatif bakımda İdrar retansiyonu ile ilişkili olduğu bilinen ilaçlar yaygın olarak kullanılmaktadır. Antikolinerjik ilaçlar detrusor kas kasılmalarını inhibe eder ve sempatomimetikler mesane boynu çevresindeki düz kas tonusunu artırarak idrar retansiyonuna neden olur. Antihistaminikler (difenhidramin), kas gevşeticiler (baklofen), antipsikotikler (haloperidol), antidepresanlar (amitripitilin), antikolinerjikler (oksibutinin, skopolamin), antiparkinson ajanları (levodopa), sempatomimetikler (psudoefedrin), opioidler retansiyona neden olduğu bilinen ilaç gruplarıdır.[3,16–18,21]

Tanılama

Hastanın Hikayesi

Üriner retansiyonu olan hastaların değerlendirilmesinde hasta hikayesinde değerlendirilmesi gereken faktörler şunlardır:

- İdrar kaçırma belirtileri: akımda azalma, işemeyi sürdürmede bozulma ve miksiyon sırasında duraksama
- Geçmişte idrar retansiyonu öyküsü
- Ürolojik veya jinekolojik problemler, ameliyatlar, radyasyon maruziyeti
- Pelvik travma
- Bel ağrısı
- Alt ekstremitelerde nörolojik semptomlar
- Dizüri, hematüri ve sık enfeksiyon geçirildiğini düşündüren diğer semptomlar
- Bağırsak alışkanlıkları, özellikle kabızlık
- Hem reçeteli hem de reçetesiz satılan tüm ilaçlar gözden geçirilmelidir.[3]

Fiziksel Muayene Bulguları

Palpasyon ve perküsyon yöntemleri kullanılarak suprapubik bölgenin klinik açıdan değerlendirilmesi, üriner retansiyonu tanılamada yaygın olarak kullanılmaktadır. Mesane dolgunluğunun yarattığı gerilme nedeniyle hasta ciddi ağrı hissedebilir. Mesanedeki idrar volümü 500 ml'yi geçtiğinde, palpasyon yapılarak suprapubik bölgedeki retansiyon hissedilebilmektedir. Ancak, mesanenin derin palpasyonu ağrı ve rahatsızlık yaratabileceği gibi vagal refleks uyarımına da neden olabileceğinden önerilmez. Fizik muayene ultrasona kıyasla mesane hacmini olduğundan daha fazla gösterebildiğinden palpasyon yöntemi kullanılarak mesanedeki idrar hacmininin tahmin edilmesi yanıltıcı olabilmektedir. Üriner retansiyon değerlendirmesi yapılırken fizik muayenede şu faktörler göz önünde bulundurulmalıdır:

- **Alt karın**: şişmiş mesane (glob), hassasiyet yönünden değerlendirilmeli
- **Jinekolojik** olarak, sırtüstü ve ayakta sarkmış pelvik organlar değerlendirilmeli
- **Rektal**: kitleler, fekal impaksiyon, perineal duyu, rektal sfinkter tonusu, prostat büyüklüğü değerlendirilmeli
- **Nörolojik muayene**de kuvvet, duyu, derin tendon refleksleri, kas tonusu değerlendirilmelidir.[3]

Laboratuvar Sonuçları

Yapılması gereken tanısal testlere, öykü ve fizik muayene bulgularına göre karar verilmelidir. Hasta, aile ve tıbbi ekip arasındaki

görüşmeler doğrultusunda bakımın prognozu ve ulaşılabilir hedefleri de dikkate alınarak hangi tanı testlerinin istenmesi gerektiğine karar verilmelidir.[3]

Tam Kan Sayımı

Sistemik enfeksiyon veya hidronefroz şüphesi varsa tam kan sayımı yapılmalıdır.[3]

Kültür Çalışmaları

Üriner retansiyonu değerlendirmek için kültür çalışmaları olarak idrar tahlili ve idrar kültürü yapılmalıdır.[3]

Radyolojik Bulgular

Palyatif bakım popülasyonunda, görüntüleme ve diğer tanı prosedürlerinin yararı, prognoz, komorbiditeler, test yükü, hasta/aile tercihleri ve ulaşılabilir bakım hedefleri bağlamında düşünülmelidir.

İşeme sonrası rezidü değerlendirmesi: Hasta mesanesini mümkün olduğunca boşaltmak için idrarını yapar. Mesanede kalan idrar miktarına "rezidü volüm" denir. 100 cc altı normal kabul edilir. 200 cc'den büyük olması retansiyonun göstergesidir. Klinisyen işeme sonrası kalıntıyı bir kateter veya ultrason yardımıyla kontrol edebilir. Mesanenin ultrasonla görüntülenmesi, mesanedeki idrar hacminin tespit edilmesine yardımcı olarak sadece gerekli durumlarda kateter takılmasını sağlar. Bu yöntem, gereksiz kateterizasyonu önleyerek kateter kaynaklı üriner sistem enfeksiyonu riskini azaltır.

Ultrason cihazının kullanımı; kolay, güvenilir, doğru ve duyarlı sonuçlar verdiği için mesane hacminin değerlendirilmesinde önerilmektedir. Ayrıca, hemşirelerin zamanını verimli kullanmasını sağladığı ve hasta memnuniyetini artırdığı için tercih edilmektedir. Nörolojik bir etyolojiden şüpheleniliyorsa pelvis veya omurganın radyolojik olarak görüntülenmesi endike olabilmektedir.[3,16,19,20]

Özel Tetkikler

Ürodinamik Çalışmalar

Üriner retansiyonun yönetiminde ürodinamik testlerin yapılması yönetim stratejilerini kolaylaştırabilmesi açısından gerekebilmektedir.[3]

Yönetimi

Üriner retansiyon için tedavi seçenekleri, altta yatan nedene göre belirlenir.

Farmakolojik Tedavi

Neostigmin, fizostigmin ve antikolinesteraz gibi ajanlar üriner retansiyon tedavisinde başarılı bir şekilde kullanılmaktadır. Üriner retansiyonda kullanılan ilaçlar, iki temel mekanizma üzerinden etki göstererek idrar yapmayı kolaylaştırmaya çalışır:

1. Detrusor Kas Aktivitesinin Artırılması: Betanekol ve karbakol gibi kolinerjik ajanlar, mesaneyi kasılmaya teşvik eden asetilkolin salgılanmasını artırarak detrusor kasının gücünü doğrudan artırmayı amaçlar. Bu sayede mesane, idrarı dışarı atmak için gerekli güce kavuşur.

2. Mesane Boynu İç Sfinkter Basıncının Düşürülmesi: Fenoksibenzamin gibi alfa adrenerjik blokörler, mesane boynu ve proksimal üretra gibi bölgelerdeki alfa reseptörlerini bloke ederek bu bölgelerdeki kasların gevşemesini sağlar. Bu gevşeme, idrar akışına karşı direnci azaltarak mesanenin rahatça boşalmasına yardımcı olur. Fenoksibenzamin, mesane boynu ve proksimal üretra gibi bölgelerdeki alfa reseptörlerini bloke ederek etki gösterir. Bazı durumlarda, mesane boynu ve üretra kaslarının istemsiz kasılması (spazm) idrar akışını engelleyebilir. Fenoksibenzamin, bu spazmların oluşmasını önleyerek idrar akışına engel teşkil eden kas gerginliğini azaltır. Şayet oluşmuş bir spazm varsa kasların gevşemesini sağlayarak spazmın çözülmesine ve idrar akışının başlamasına yardımcı olur.[3,16,17,20]

Non-Farmakolojik Yaklaşımlar

Genel Yaklaşım

İlaç kullanımına bağlı üriner retansiyon için, prostat hipertrofisi olduğu bilinen erkeklerde antikolinerjik, sempatomimetik ajanlar gibi semptomlara neden olduğundan veya şiddetlendirdiğinden şüphelenilen ilaçların doz ayarlaması yapılmalı veya kullanımı sonlandırılmalıdır. Ağrı, üriner retansiyon riskini artıran önemli bir faktördür. Bu durum, özellikle de proflaktik analjezikler kullanılmadığında daha da belirgin hale gelir. Profilaktik analjezikler ağrıyı önceden kontrol altına alarak üriner retansiyon gelişme riskini önemli ölçüde azaltır. Bu nedenle, üriner retansiyon, analjeziklerin doğrudan bir yan etkisi olarak değil, ağrının şiddeti ile ilişkili bir durum olarak değerlendirilmelidir. Opioid analjezikler, diğer analjezik türlerine kıyasla üriner retansiyon gelişme riskini yaklaşık 1,5 kat artırmaktadır. Bu nedenlerle profilaktik analjeziklerin kullanımı, üriner retansiyon riskini azaltmada kritik rol oynamaktadır. Retansiyona neden olabilecek veya daha da kötüleştirebilecek kabızlık ve fekal impaksiyon önlenmeli/tedavi edilmelidir.[3]

Özel Uygulamalar

Üriner Kateterizasyon:

Tüm girişimlere rağmen hasta idrarını yapamıyorsa son seçenek olarak üretral kateter uygulanması gerekmektedir. Hasta özellikleri, prognoz, fonksiyonel durum, hasta ve aile tercihi dahil olmak üzere çeşitli faktörler, aralıklı veya kalıcı kateterlerin kullanılmasına karar verilmesinde göz önünde bulundurulmalıdır. Tıbbi veya cerrahi olarak tedavi edilemeyen ve alternatif tedavinin mümkün olmadığı üriner retansiyon, aralıklı kateterizasyon ile yönetilemeyen üriner retansiyon, idrara çıkma pozisyonunu rahatsız edici veya ağrılı hale getiren ölümcül hastalık veya ciddi rahatsızlık gibi durumlar üriner retansiyon için kalıcı kateterizasyon endikasyonları arasında yer almaktadır.[3]

Tüm tedavi yöntemlerine rağmen hastanın rahatsızlığı geçmez ve hasta 500-1000 ml idrar hacmi ile birkaç saat içinde idrar yapamazsa kateterizasyona başvurulabilir. Hemşire, kateterizasyon gereksinimini belirlerken mesanenin dolu olup olmadığını (palpasyonda simfizis pubis üzerinde dolgunluk ve mesaneye basınç uygulandığında rahatsızlık gibi) kontrol etmelidir. Kateter uygulanmasına karar verilmesi durumunda, enfeksiyon riski nedeniyle öncelikli olarak geçici kateterler tercih edilmelidir. Aralıklı kateterizasyon, daha az komplikasyon riski taşır.[17,18] Bilişsel ve işlevsel yeteneğe, el becerisine ve pozitif

motivasyona sahip hastalar başarılı bir şekilde kendi kendine kateterizasyon yapabilir. Enfeksiyon, mesane tonusu ve kanser ile ilişkili komplikasyonlar kalıcı kateter kullanımından kaçınılması gereken durumlardır. Kalıcı üretral kateterler ayrıca periüretral apselere veya mesanede ve üretrada erozyonlara neden olabilmektedirler. Hasta veya bakım verici, demans, zayıf fonksiyonel durum veya kateteri ilerletme zorluğu nedeniyle aralıklı kateterizasyon yapamıyorsa kalıcı kateter önerilebilir. Böyle bir durumda üriner kateterizasyon işleminin aseptik koşullarda yapılmasına dikkat edilmelidir. Kalıcı kateterleri olan hastalarda asemptomatik bakteriüri prevalansı %100'dür. Kısa süreli kateter takılan hastalarda günde %2 ila %7 oranında bakteriüri gelişir.[3,17]

Hasta Eğitimi

Üriner retansiyon, idrarın mesanede birikmesi ve tam olarak boşalamaması durumudur ve bu durum, genellikle hastalarda rahatsızlık ve komplikasyonlara yol açabilir. Üriner retansiyonu önlemek ve hastaların idrar yapma süreçlerini kolaylaştırmak amacıyla yapılacak hasta eğitimi son derece önemlidir. Bu eğitimde, hastaların rahatlamalarını ve mikstiyonu (idrar yapmayı) başlatmalarını kolaylaştıracak çeşitli teknikler ve girişimler önerilebilir.

- **Su Sesi Dinletme Yöntemi**: Hastaların idrar yapmalarını başlatmalarını desteklemek için, onların duyabileceği mesafeye bir musluk yerleştirilip, akan su sesi dinletilebilir. Su sesi, idrar yapma isteğini uyandırabilir ve hastanın zihinsel olarak idrar yapma sürecine odaklanmasına yardımcı olabilir. Ayrıca, bu sesin hastanın perineal kaslarını gevşetmesine ve dolayısıyla idrar yapmasını kolaylaştırmasına olanak tanır. Su sesi, bazen psikolojik olarak da rahatlatıcı olabilir ve hastayı fiziksel olarak gevşetir.
- **Perineal Kasların Gevşetilmesi**: İdrar yapma sırasında perineal kasların gevşemesi çok önemlidir. Musluk sesi gibi uyarıcılar, bu kasların gevşemesine yardımcı olur. Ayrıca, hastanın idrar yapma işlemi sırasında fazla stres veya gerginlik hissetmesi, idrarın çıkmasını engelleyebilir. Perineal kasların rahatlaması, hastaların mikstiyonu daha kolay gerçekleştirmelerini sağlar.
- **İdrar Yapma Sesinin Sosyal Rahatsızlık Üzerindeki Etkisi**: İdrar yapma sesinin başkaları tarafından duyulmasından rahatsızlık duyan hastalar için, özel dikkat gösterilmelidir. Bu hastalar, genellikle daha mahremiyet gereksinimleri nedeniyle bu sesi duyduklarında stres yaşayabilirler. Bu durumda, hastayı rahatlatmak için çeşitli yöntemler kullanılabilir. Örneğin, yalnız başına idrar yapmaya teşvik edebilir veya sessiz bir ortamda idrar yapmalarını sağlayabilirsiniz. Hastaların bu konuda rahatlatılması, psikolojik olarak daha huzurlu olmalarını ve idrar yapmalarının kolaylaşmasını sağlar.
- **Pozisyon Düzenlemeleri ve Mobilizasyon**: İdrar yaparken pozisyon değişiklikleri, özellikle yatak istirahati yapan hastalar için oldukça önemlidir. Eğer herhangi bir kontrendike durum (örneğin, ciddi bir sağlık sorunu) yoksa, hastaların farklı pozisyonlarda idrar yapmalarına yardımcı olunabilir. Erkek hastalar, yatak kenarına oturarak veya ayakta ördek kullanarak idrar yapabilirler. Kadın hastalar ise oturur pozisyon almak için komod kullanarak mikstiyonu gerçekleştirebilirler. Bu tür pozisyon değişiklikleri, mesanenin tamamen boşalmasını destekleyebilir ve idrar yapma sürecini daha rahat hale getirebilir.
- **Sıcak Uygulamalar ve Pelvik Bölge Bakımı**: Üriner retansiyonu olan hastalara, pelvik bölgeye sıcak uygulamalar yapılarak rahatlamaları sağlanabilir. Sıcak kompresler veya sıcak su torbası, pelvik kasların gevşemesine yardımcı olabilir. Bununla birlikte, sürgünün soğuk olması durumunda, kasların kasılmasına neden olabilir ve bu da idrar yapmayı zorlaştırabilir. Sürgü kullanılıyorsa, ısıtılması önerilir. Ayrıca, hastanın perinesine ılık su dökülmesi, hem fiziksel rahatlama sağlar hem de kasların gevşemesine yardımcı olabilir. Ilık suyun bu bölgeye dökülmesi, aynı zamanda idrar yapma refleksini uyarabilir ve hastayı rahatlatabilir.
- **Hareket ve Mobilizasyon**: Hastaların, hareket etmeleri ve mobilize olmaları teşvik edilmelidir. Eğer hastaların fiziksel durumları uygunsa, oturup kalkmaları, yürümeleri veya yatağında dönmeleri, idrar yapmalarını kolaylaştırabilir. Ayrıca, olabildiğince oturma, ayağa kalkma ve mobilizasyon konusunda hastalar cesaretlendirilmelidir. Bu tür hareketler, mesanenin tamamen boşalmasına yardımcı olabilir ve idrarın rahat bir şekilde atılmasını sağlar..[15,17,18,20]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Farrington N, Fader M, Richardson A. Managing urinary incontinence at the end of life: an examination of the evidence that informs practice. *International Journal of Palliative Nursing*. 2013;19(9):449-456. [Crossref]
2. Sinclair CT, Kalender-Rich JL, Griebling TL, Porter-Williamson K. Palliative Care of Urologic Patients at End of Life. Vol. 31, Clinics in Geriatric Medicine. *W.B. Saunders;* 2015. p. 667-678. [Crossref]
3. Goldhirsch S, Chai E, Meier D, Morris J. Urinary Retention. In: Geriatric Palliative Care. Oxford : *Oxford University Press*; 2014. p. 275-279. [Crossref]
4. Goldhirs S, Chai E, Meier D, Morris J. Urinary Incontinence. In: Geriatric Palliative Care. O*xford University Press* 2014. p. 280-287. [Crossref]
5. Pais R, Lee P, Cross S, Gebski V, Aggarwal R. Bladder Care in Palliative Care Inpatients: A Prospective Dual Site Cohort Study. *Palliative Medicine Reports*. 2020;1(1):251-258. [Crossref]
6. Sinclair CT, Kalender-Rich JL, Griebling TL, Porter-Williamson K. Palliative Care of Urologic Patients at End of Life. Vol. 31, Clinics in Geriatric Medicine. *W.B. Saunders;* 2015. p. 667-678. [Crossref]
7. Librach SL. Urinary Incontinence. In: Palliative Care: Core Skills and Clinical Competencies. 2014. p. 155-164. [Crossref]
8. Chughtai B, Thomas D, Russell D, Bowles K, Prigerson H. Prevalence of and Risk Factors for Urinary Incontinence in Home Hospice Patients [Figure presented]. *European Urology*. 2019;75(2):268-271. [Crossref]
9. Sivrioğlu K. Mesane Anatomisi ve İşeme Fizyolojisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* . 2005;51:16-8.
10. Habib MH, Arnold RM. Urinary Incontinence In Palliative Care Settings - Part 1: Etiology, and Work-up. Vol. 318, Palliative Care Network of Wisconsin. *American Medical Association*; 2021. [Crossref]
11. Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary incontinence in women a review. Vol. 318, JAMA - *Journal of the American*

Medical Association. American Medical Association; 2017. p. 1592-1604. [Crossref]
12. Habib MH, Arnold RM. Urinary Incontinence In Palliative Care Settings- Part 2: Management. Vol. 318, Palliative Care Network of Wisconsin. *American Medical Association;* 2021. [Crossref]
13. Stoddard MD, Russell D, McDonald M v., Dignam R, Bowles KH, Prigerson HG, et al. Nurse Perspectives on Urinary Incontinence in the Home Hospice Setting. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2021;62(2):383-390. [Crossref]
14. Chughtai B, Westman L, Maciejewski PK, Su A, Lief L, Berlin D, et al. Urinary Incontinence and Quality of Death in the Intensive Care Unit. Vol. 20, Journal of Palliative Medicine. *Mary Ann Liebert Inc.*; 2017. p. 1054-1055. [Crossref]
15. Lynda Juall Carpenito. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. 15th ed. Erdemir F, Türk G, editors. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2021.
16. Karaöz S, Şimşek Yaban Z. Postoperatif Üriner Retansiyonda Risk Faktörleri. Bolu Abant Izzet Baysal Universitesi, Tip Fakultesi, *Abant Tip Dergisi*. 2021;10(1):169-177. [Crossref]
17. Simsek Yaban Z, Karaoz S. Postoperative Urinary Retention and Nursing Approaches. *International Journal of Caring Sciences*. 2016;9(2):1154-1161.
18. Simsek Yaban Z, Karaoz S. Effect of Nursing Interventions on Prevention and Management of Postoperative Urinary Retention for Patients with Orthopedic Surgery under Spinal Anaesthesia. *International Journal of Caring Sciences*. 2017;10(1):522-531.
19. Bergstra TG, Gutmanis I, Byrne J, Faulds C, Whitfield P, McCallum S, et al. Urinary Retention and Medication Utilization on a Palliative Care Unit: A Retrospective Observational Study. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*.2018 Oct 2;31(3-4):212-217. [Crossref]
20. Uslu Y, Yavuz M. Ameliyat Sonrası Üriner Retansiyon ve Yönetimi. *The New Journal of Urology*. 2016;11(1):48-53.
21. Wu J, Baguley IJ. Urinary Retention in a General Rehabilitation Unit: Prevalence, Clinical Outcome, and the Role of Screening. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005;86. [Crossref]

BÖLÜM 12
NÖROLOJİK SİSTEM ŞİKAYETLERİ

Zeliha TÜLEK
Hilalnur KÜÇÜKAKGÜN

DOI: 10.5152/1812

Nörolojik Sistem Şikayetleri

Neurological System Complaints

BÖLÜM HAKKINDA

Palyatif bakım hastalarında sık karşılaşılan nöropsikiyatrik semptomlar konfüzyon, halüsinasyon, ajitasyon, deliryum ve demanstır. Deliryum, akut bir mental durum bozukluğu olarak tanımlanır. Deliryumun hipoaktif, hiperaktif veya karma tip olmak üzere farklı klinik tipleri bulunmaktadır. Yaşlılık, kronik hastalıklar, ilaç kullanımı, metabolik bozukluklar ve çevresel faktörler deliryum gelişim riskini artırabilir. Deliryum yönetimi, öncelikle altta yatan nedenlerin belirlenmesiyle başlamaktadır. Deliryumun yönetiminde non-farmakolojik müdahaleler ve farmakolojik tedavi seçenekleri (antipsikotikler, melatonin, alfa-2 agonistleri) kullanılmaktadır. Uygun tanılama ve yönetim stratejilerini bilmek ve gelişmesini beklemeden deliryumu önleme girişimlerini uygulamak hemşirenin asli sorumlulukları arasındadır.

Anahtar kelimeler: Demans, halüsinasyon, ajitasyon, konfüzyon, deliryum

ABOUT the CHAPTER

Common neuropsychiatric symptoms in palliative patients are confusion, hallucinations, agitation, delirium and dementia. Delirium is defined as an acute disturbance of mental status. There are different clinical types of delirium: hypoactive, hyperactive or mixed type. Age, chronic illness, medication use, metabolic disorders and environmental factors can increase the risk of delirium. Treatment of delirium begins with identifying the underlying causes. Non-pharmacological interventions and pharmacological treatment options (antipsychotics, melatonin, alpha-2 agonists) are used in the treatment of delirium. It is the nurse's primary responsibility to know appropriate diagnostic and management strategies and to implement interventions that prevent delirium before it develops.

Keywords: Dementia, hallucination, agitation, confusion, delirium

Bölümün Hedefleri

1. Nörolojik sistem ile ilişkili semptomları bilir ve insidansı açıklar.
2. Nörolojik sistem ile ilişkili semptomların gelişim sürecini kavrar.
3. Nörolojik sistem ile ilişkili semptomların risk faktörlerini bilir.
4. Nörolojik sistem ile ilişkili semptomların yönetimini kavrar ve hastaya özgü bakımı planlar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Demans**: Günlük yaşamı etkileyecek derecelerde olan bellek, iletişim, düşünme, problem çözme ve diğer bilişsel yeteneklerin kaybı.
2. **Halüsinasyon**: Bir duyu organını uyaran hiçbir nesne veya uyarıcı olmaksızın yaşanan bir duyusal deneyim olarak tanımlanan psikoz hali.
3. **Konfüzyon**: Bilincin bulanıklaşması, karışık düşünme ve oryantasyonun bozulması.
4. **Deliryum**: Akut konfüzyonel durum. Dikkat ve farkındalığın bozulduğu nörobilişsel ve nöropsikiyatrik semptomlar ile karakterize geçici global serebral işlev bozukluğu.

Giriş

Palyatif bakım hastalarında, hastalığa göre farklılık gösteren çeşitli semptomlar ile karşılaşılabilir. Bu semptomlardan nöropsikiyatrik olanlar, sadece belirli bir hasta grubunu değil tüm hastaları etkilemesi bakımından diğer semptomlardan ayrılır. Palyatif bakım hastalarında sadece nörolojik hastalıklarda değil, diğer birçok hastada görülebilen ve sık karşılaşılan nöropsikiyatrik sorunlar konfüzyon, halüsinasyon, ajitasyon,

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Zeliha Tülek[1]

Hilalnur Küçükakgün[2]

[1]İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

[2]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Çanakkale, Türkiye

E-posta: tulekz@yahoo.com
hilalnurk.akgun@gmail.com

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Tülek Z, Küçükakgün H. Nörolojik Sistem Şikayetleri Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 121-127.

deliryum ve demanstır. Bu semptomlar yalnızca hastaları etkilemekle kalmayıp ailelerini, bakıcılarını ve sağlık profesyonellerini de etkilemektedir.[1]

Nöropsikiyatrik semptomlar arasında en sık görülen, konfüzyon, ajitasyon ve halüsinasyonlar ile seyreden deliryum hastanede yatan tüm hastalarda görülebilmekle birlikte özellikle yaşlı, genel durumu bozulmuş, cerrahi sonrası hastalarda ve yoğun bakım hastalarında sık karşılaşılan bir sorundur. Palyatif bakım ünitelerinde de sık görülmekte ve terminal döneme giren hastaların neredeyse tümünde ortaya çıkmaktadır. Deliryum gelişen hastaların bası yarası, düşme, pnömoni ve mortalite artışı açısından yüksek riskli olduğu bilinmektedir. Deliryum hospitalizasyon süresinin uzamasına, hastane maliyetlerinin artmasına neden olabilir. Ayrıca deliryum gelişen hastalarda sonraki yıllarda kalıcı bilişsel bozukluk (demans) riskinin arttığı bildirilmektedir. Ciddi morbidite ve mortalite ile sonuçlanmasının yanısıra multikomponent girişimler ile önlenebildiği kanıtlanmıştır. Tüm bu özellikleri nedeniyle, deliryum, sağlık hizmeti kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.[2-4]

Tanım

Palyatif bakım hastalarında konfüzyon, halüsinasyon, ajitasyon semptomları ile seyreden akut konfüzyon (deliryum) tablosuna sık rastlanır. Konfüzyon bilincin bulanıklaşması, karışık düşünme ve oryantasyonun (yönelim) bozulması anlamına gelir; başta dikkat olmak üzere çeşitli bilişsel işlevlerin ve davranışın bozulmasını ifade etmekte kullanılır. Konfüzyon ile karakterize iki temel patoloji demans ve deliryumdur. Kronik konfüzyon tablosu demans sendromlarında görülürken akut konfüzyon durumu (deliryum) birçok farklı durumda karşımıza çıkabilir. Bu iki sendrom ortaya çıkış şekli, seyir ve sonuç açısından farklılıklar gösterir (Tablo 1).[5] Deliryumun akut ve hızlı başlangıcına kıyasla demansın başlangıcı normal koşullarda yavaş ve ilerleyicidir. Demansı olan hastalarda, mevcut demans zemininde deliryum da gelişebileceği akılda tutulmalıdır, bu nedenle deliryum risk faktörlerini ve ortaya çıkış özelliklerini bilmek önemlidir.[2]

Demans, biyolojik yaşlanmadan beklenen sonuçların ötesinde bilişsel bozulmaya yol açan, genellikle kronik veya ilerleyici nitelikte bir sendromdur.[6] Aynı zamanda günlük yaşamı etkileyecek

Tablo 1. Deliryum ve demansın karşılaştırması[a]

Özellik	Deliryum	Demans
Başlangıç	Nedene bağlı olarak akut veya subakut olabilir, göreli olarak anidir, birkaç saat veya gün sürer	Nedene bağlı olarak kronik ve genellikle sinsidir
Seyir	Kısa. Gece ve uyanırken en kötü olmak üzere gün boyu dalgalanma gösterir	Progresif ancak stabildir
Progresyon	Anidir	Yavaş ve stabildir
Süre	Saatler sürebilir veya bir aya kadar sürebilir, nadiren daha uzun sürer	Aylar veya yıllar sürer
Uyanıklık	Anormal şekilde artmış veya azalmıştır	Genellikle normaldir
Dikkat	Bozulmuştur, kolay çelinir; gün içinde dalgalanmalar gösterir	Göreli olarak az etkilenmiştir
Yönelim	Genellikle zaman yönelimi bozulmuştur; tanımadığı yer ve kişilerde hatalar yapar	İleri evrelerde bozulur
Kısa süreli bellek	Daima bozulmuştur	Erken evrede normaldir
Epizodik bellek	Bozulmuştur	Bozulmuştur
Düşünme	Disorganizedir, sanrılar vardır	Yoksullaşmıştır
Algılama	İlüzyon, sanrı ve halüsinasyonlar (genellikle görsel) vardır. Gerçeklik ile yanlış algılamalar ayırt edilemez	Erken dönemlerde sorun yoktur, ileri dönemde yaygındır
Konuşma	Tutarsız, tereddütlü, yavaş veya hızlıdır	Kelime bulmada güçlük vardır
Uyku-uyanıklık döngüsü	Bozulmuştur	Normal veya kesintilidir
Psikomotor hareket	Değişkendir; hipokinetik, hiperkinetik veya karmadır	Normaldir, apraksi (motor becerileri etkileyecek güçsüzlük olmaksızın, beceri gerektiren hareketlerin yapılamaması) olabilir
İlişkili özellikler	Çeşitli duygulanım değişiklikleri, otonom aşırı uyarılmışlık semptomları, abartılı kişilik özellikleri görülebilir, akut fiziksel hastalık ile ilişkili olarak ortaya çıkar	Duygulanım yüzeysel, uygunsuz ve dalgalıdır; hasta entelektüel defisitini gizlemeye çalışır; kişilik değişiklikleri, afazi, agnozi görülebilir; iç görü kaybı vardır
Mental durum testleri	Dikkati kolayca çelinir, testte çok sayıda hata yapar	Aile tarafından bildirilen yetersizlikler vardır, sıklıkla 'yarı doğru' yanıtlar verir, testlerde zorlanır, uygun yanıtı bulmak için çok çaba sarf eder

[a]Aird T. Assessment, Interpretation and Management of Impaired Cognition. Woodward S, Mestecky A, editors. Wiley; 2011. 123-140 kaynağından uyarlanmıştır.[5]

derecelerde olan bellek, iletişim, düşünme, problem çözme ve diğer bilişsel yeteneklerin kaybı için kullanılan bir terimdir. Demanslı hastada beyinde meydana gelen değişiklikler bireyin düşünme becerilerini, günlük yaşam aktivitelerini ve bağımsızlığını bozmakta; davranışları, duyguları ve ilişkileri etkilemektedir.[7] Demans ayrıca duyguların kontrolünü bozabilir ve mizaç değişikliklerine neden olabilir. Demans, başta bellek olmak üzere bilişsel işlevin etkilenmesi ile başlayan bir süreç olup ileri evrelerde hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olması ile sonuçlanır.[8,9]

Akut konfüzyon ise 'hafif bir oryantasyon bozukluğundan ajite deliryum, bilinç değişikliği ve fizyolojik kötüleşmeye kadar geniş bir psikofizyolojik belirti spektrumu sergileyen akut organik beyin sendromu' olarak tanımlanmaktadır.[2] Bu kitapta akut konfüzyonun orta-ağır formu olan deliryum sendromu ele alınacaktır. Deliryum ani başlayan (saatler veya günler içinde), gün içinde dalgalanmalar gösteren, genel olarak bilişsel işlevlerin, farkındalığın (oryantasyon) ve dikkatin bozulması ile karakterize geçici mental bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir deyişle, ön planda dikkat ve farkındalığın bozulduğu nörobilişsel ve nöropsikiyatrik semptomlar ile karakterize geçici global serebral işlev bozukluğudur. Akut başlangıçlı uyku-uyanıklık döngüsü sorunları da (uyanıklıkta bozulma veya uyku-uyanıklık döngüsünün tersine dönmesi vb) tabloya eşlik edebilir.[10] Hipoaktif, hiperaktif ve karma olmak üzere üç klinik tipi bulunmaktadır. Özellikle hiperaktif deliryum tablosunda hastalarda ajitasyon ve halüsinasyonlara sık rastlanmaktadır.

Ajitasyon belirli bir amaca yönelik olmayan, uygunsuz sözel, vokal ve motor davranışlar olarak tanımlanmaktadır.[11] Bireylerde tekrarlı hareketler (aynı kelime tekrarı, ileri-geri yürüme), sosyal normlara uymayan davranışlar (toplum içinde uygun olmayan kelimeleri kullanma vb.), kendine ve/veya başkalarına karşı saldırganlık gibi dışarıdan gözlenebilen davranışlar ajitasyona örnektir.[12]

Halüsinasyon ise bir duyu organını uyaran hiçbir nesne veya uyarıcı olmaksızın yaşanan bir duyusal deneyim olarak tanımlanan bir psikoz halidir.[13] Gerçek olmayan duyuların algılanmasıdır. Antikolinerjikler, dopamin agonistleri ve çeşitli nörokimyasal yolları modüle eden ilaçların etkisi ile oluşabilmektedir.[14]

İnsidans ve Prevalans

Deliryum sıklığı hastanede yatmakta olan bireylerde %10-30 olup, bu oran yoğun bakım hastalarında %80'e kadar çıkabilmektedir.[15] En yüksek prevelans oranları kalp cerrahisi, beyin cerrahisi, travma geçirmiş, radyoterapi uygulanmış hastalarda ve nöroloji hastalarında (%36 ila %41) görülmektedir. Deliryum sıklığı yaşlı hastalarda %53`e ulaşabilmektedir.[16] Palyatif bakım hastalarında deliryum prevelansının %13-88 arasında ve insidansının %3-45 arasında olduğu bildirilmektedir.[17] Terminal dönem hastalarında %93`e varan oranlarda görülmektedir.[18] Palyatif bakımda deliryum tablosu hastaların %30-50'sinde geri döndürülebilirken terminal dönem hastalarında tablo tipik olarak geri döndürülemez. Bu durum terminal deliryum olarak adlandırılır.

Yaygın görülmesine ve hasta sonuçları üzerinde olumsuz etkileri bilinmesine rağmen deliryum çoğu kez atlanan/gözden kaçan bir sorundur. Deliryumun karmaşık ve çok faktörlü yapısı, sistematik rutin bir tarama yapılmaması, sağlık çalışanları tarafından iyi bilinmemesi ve yaşlılarda doğal bir durum olarak görülmesi vb faktörler deliryumun atlanmasına ve tedavisiz kalmasına neden olmaktadır. Palyatif bakım ünitelerinde tüm bunlara ilave olarak, sağlık çalışanlarının, deliryum değerlendirmesinin bakımı yönlendirmede öneminin olmadığını düşünmeleri deliryumdaki hastaların gözden kaçmasına neden olmaktadır. Palyatif bakım merkezindeki hastalarda da deliryumun sık görüldüğü (bu ünitelerdeki hastaların çoğunluğunu oluşturan ileri evre kanser hastalarının yarıdan fazlasında)[19,20] sağlık profesyonelleri tarafından fark edilmediği, özellikle hipoaktif tip deliryumun atlandığı belirtilmektedir.[4,21] Oysa deliryum fark edildiğinde tedavisi mümkündür. Palyatif bakım ünitesinde deliryum, terminal dönemde sık görülen bir sorun olmakla birlikte, hastaların üçte birden fazlasında düzeltilebilmektedir.[19]

Palyatif bakım ünitelerinde deliryum semptomlarının sıklığı ise şu şekilde bildirilmiştir: dikkat eksikliği %97-100, oryantasyon bozukluğu %76-96, düşünce sürecinde bozukluk %54-79, bellek sorunları %88-96, uyku-uyanıklık bozuklukları %92-97, motor değişiklikler %24-94, dil bozuklukları %57-67, algısal bozukluklar %50-63, sanrılar %21-31 ve affektif değişiklikler %43-86.[10]

Fizyopatoloji

Deliryum fizyopatolojisi tam aydınlatılamamıştır. Deliryumun, nörotransmiterlerin sentezindeki değişiklikler ve birbiri ile bağlantı halinde olan beyin sistemlerindeki bozulmanın sonucunda ortaya çıktığı; bu sorunların merkezi sinir sisteminin fonksiyonel entegrasyonu ve bilgi işlemesinde başarısızlığa yol açtığı düşünülmektedir. Bu hipotezde nöroinflamasyon, beyin vasküler disfonksiyonu, değişmiş beyin metabolizması, nörotransmitter dengesizliği (glutamat, gamaaminobütirik asit, asetilkolin, dopamin) ve bozulmuş nöronal ağ bağlantısallığı vb olmak üzere birçok faktör suçlanmıştır. Ayrıca, ilerlemiş kanserli hastalarda, inflamatuar yolaklarda ve sitokinlerdeki düzensizliğin sinapsların işlevini bozarak merkezi sinir sisteminde anormal aktivasyona yol açması sonucu deliryumun ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (nöroinflamatuar hipotez). Bir diğer teoriye göre, ilerlemiş kanserli hastalarda oksidatif streste artış olmakta ve bunun sonucunda beyin hasarı oluşmaktadır (oksidatif stres hipotezi).[10]

Risk Faktörleri

Deliryumun oluşumunu tetikleyen risk faktörleri; predispozan ve presipite eden faktörler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Predispozan faktörler (yatkınlaştırıcı), hastanın zaten var olan ve deliryuma yatkınlık oluşturan özellikleridir. Presipite edici (tetikleyici) faktörler ise deliryum gelişimini tetikleyen, hastanın bulunduğu ortam veya tedavi süreçleriyle ilişkili faktörlerdir.[3]

Predispozan faktörler yaş, kronik hastalıklar veya bilişsel bozukluklar gibi bireyin kişisel özellikleridir. Örneğin, yaşlılık (65 yaş ve üzeri), erkek cinsiyet, eğitim düzeyinin düşük olması, komorbidite, görme, işitme sorunları, düşme geçmişi, alkol bağımlılığı, polifarması deliryum riskini artırabilir.[3]

Presipite eden faktörler ise akut hastalık ile ilişkili ve çevresel faktörler olarak ikiye ayrılır. Hastalıkla ilişkili faktörler; medikal hastalıklar (kanser, nörolojik, kardiyak ve solunumsal hastalıklar), medikal hastalıkların sistemik ve metabolik komplikasyonları (anemi, enfeksiyonlar, sepsis, hipoksemi, hipo/hiperglisemi, metabolik bozukluklar, elektrolit anormallikleri –hipo/hipernatremi,

hipo/hiperkalsemi, hipomagnezemi-, hepatik, renal ve pulmoner ensefalopati), merkezi sinir sistemi hastalıkları (inme, enfeksiyon, vaskülit, primer veya metastatik tümörler), beslenme bozuklukları (folik asit, tiamin ve B12 eksikliği), konstipasyon, ilaç intoksikasyonu ya da yoksunluğu (kemoterapi, biyolojik ajanlar, opioidler, steroidler, antikolinerjikler, psikoaktif ilaçlar) ve tedavilerden (radyoterapi, cerrahi tedavi) oluşmaktadır.[10,17,22] Çevresel faktörler genellikle fiziksel ortam ile ilişkilidir. Örneğin; ortamın yetersiz aydınlanması, gürültülü olması, bireyin uykusuzluk yaşaması, bireye çoklu girişim uygulanmasıdır. Ayrıca deliryum ağrı, anksiyete, emosyonel stres gibi psikososyal faktörlerden de tetiklenir.[22]

Tanılama

Hastanın Hikayesi

Nörolojik semptomlar sadece fiziksel muayene ya da tıbbi tetkiklerle anlaşılamamaktadır. Bu nedenle iyi bir anamnez alınması çok önemlidir. Bireyin tıbbi ve aile geçmişinin sorgulanması, nörolojik semptomların gelişme riski hakkında bilgi vermektedir. Semptomların ne zaman ve ne şekilde başladığı, davranış ve kişilikteki değişiklikler ve kişinin bu semptomlara neden olabilecek ilaçlar (opioidler, kortikosteroidler, benzodiazepinler, nöroleptikler vb.) alıp almadığı sorulmalıdır. Alkol ve madde kullanım öyküsü de değerlendirilmelidir.

Fiziksel Muayene Bulguları

Deliryum tanısı klinik belirti ve bulgulara dayanır. DSM-5`e göre deliryum tanı kriterleri şunlardır[10]:

A. Dikkat (dikkati yönlendirme, odaklama, sürdürme ve yeni bir konuya kaydırma yeteneğinde azalma) ve farkındalıkta (çevreye yönelimde azalma) bozulma

B. Bozukluğun kısa bir süre içinde gelişmesi (genellikle birkaç saatten birkaç güne kadar), önceki dikkat ve farkındalık seviyesine göre kötüleşmiş olması ve gün içinde dalgalanma göstermesi.

C. Bilişte ilave bir bozukluk daha olması (örneğin, bellek kusuru, oryantasyon bozukluğu, dil, görsel-uzamsal yetenek veya algı).

D. Kriter A ve C'deki bozuklukların önceden var olan, yerleşik veya gelişen bir nörobilişsel bozukluk ile açıklanamaması ve koma gibi ciddi bir uyanıklık bozukluğu bağlamında ortaya çıkmamış olması.

E. Bozukluğun, genel tıbbi bir durumdan, madde intoksikasyonu veya yoksunluğundan veya çoklu/bilinmeyen etiyolojik faktörlerden kaynaklanması.

Deliryum klinik olarak hipoaktif, hiperaktif ve ikisinin bir arada görüldüğü karma tip olmak üzere üç farklı formda görülebilir. Hiperaktif deliryum ajitasyon (sıklıkla sözel), sürekli hareket halinde olma ve amaçsız/tekrarlayıcı hareketler sergileme ile karakterizedir. Hipoaktif deliryumda ise inaktiflik, içe kapanıklık ve uyuşukluk durumu söz konusudur; hasta sınırlı, yavaş ve tereddütlü konuşur. Karma (mikst) deliryum ise hastanın hipo ve hiperaktivite arasında öngörülemeyen geçişler göstermesi ile karakterizedir. Hiperaktif deliryumun davranışsal belirtileri büyük sorunlara yol açabilir. Hasta hastaneden kaçmak için ayağa kalkabilir (bu durum sıklıkla düşme ile sonuçlanır), medikal ekipmanları (örn; intravenöz set, kateter) çekip çıkartabilir, sözel agresyon gösterebilir (örn; çığlık atabilir, sürekli seslenebilir, şikâyet edebilir, küfür edebilir, homurdanabilir) ve saldırganlık eğilimi sergileyebilir. Öte yandan hipoaktif deliryum tablosu da kolaylıkla gözden kaçabilmesi ve tedavisiz kalması nedeniyle risk oluşturmaktadır.

Laboratuvar Sonuçları

Deliryum durumunda öncelikle bireyin bilişsel sorunlara sebep olabilecek altta yatan, potansiyel olarak tedavi edilebilir bir sorunu olup olmadığı değerlendirilir. Kan basıncı ve diğer yaşam bulgularını içeren fizik muayenenin yanı sıra biyokimya testleri yapılabilir. Biyokimya testleri elektrolit (hiperkalsemi, hiper/hiponatremi, hipomagnezemi) dengesizliği, hipoglisemi, hipoksemi, üremi, hiperammonemi gibi risk faktörlerinin tespit edilmesini sağlar. Ayrıca tam kan sayımı, idrar analizi, arter kan gazları ve kültür örneği bakılabilir.[10]

Radyolojik Bulgular

Görüntüleme ile deliryuma neden olabilecek bazı faktörlerin (pnömoni, beyin metastazı veya leptomeningeal karsinomatozis) tespiti sağlanabilir.[10]

Özel Tetkikler

Ölçekler

Deliryum yönetiminde en önemli adım sorunun erken fark edilmesidir. Hemşireler kliniklerde hastaları en yakından gözleyen sağlık profesyonelleri olduğundan, deliryumu erken fark etme şansına sahiptirler.[21] Bilindiği üzere, deliryum tanısı DSM kriterlerine göre öykü ve fizik muayene ile bir psikiyatrist tarafından konur. Ancak deliryumun ciddi bir sorun olmasına rağmen kliniklerde yeterince fark edilemeyip tanısının atlanması nedeniyle psikiyatrist dışı sağlık personelinin kullanabileceği tanılama araçları geliştirilmiştir. Bunlardan en çok bilinenler Konfüzyon Değerlendirme Metodu (CAM), Hemşire Deliryum Tarama Skalası (Nu-DESC), NEECHAM Konfüzyon Skalası, Deliryum Semptom Görüşmesi ve Deliryum Derecelendirme Skalasıdır. Kısa bir eğitim ile öğrenilebilen bu tarama testlerinin duyarlılık/özgüllük ve psikiyatrist değerlendirmesi ile uyumunun yüksek olduğu bildirilmektedir.[23]

Yönetimi

Deliryuma yaklaşımda önce deliryum gelişiminin önlenmesi gerekir. Üniteye yatışta kapsamlı bir öykü alınarak riskli hastaları belirleme ve risklere yönelik önlem almak tavsiye edilmektedir. Deliryum risk faktörlerini tanımak amacıyla çeşitli akronimler kullanılabilmektedir. Bunlardan palyatif bakım ortamlarında kullanılanları I WATCH DEATH ve DELIRIUM şeklindeki akronimlerdir. I WATCH DEATH şu kelimelerin baş harflerinden oluşmaktadır: (**I**nfections: Enfeksiyonlar, **W**ithdrawal: Yoksunluk, **A**cute metabolic causes: Akut metabolik nedenler, **T**rauma: Travma, **C**NS pathology: Merkezi sinir sistemi patolojileri, **H**ypoxia: Hipoksi, **D**eficiencies: Beslenme yetersizlikleri, **E**ndocrinopathies: Endokrin bozukluklar, **A**cute vascular: Akut vasküler nedenler, **T**oxins or drugs: Toksinler ve ilaçlar, **H**eavy metals: Ağır metaller). DELIRIUM ise şu kelimelerden oluşur: (**D**rugs: İlaçlar, **E**lectrolyte disturbances: Elektrolit dengesizlikleri, **L**ack of drugs/withdrawals: Madde yoksunluğu, **I**nfection: Enfeksiyonlar,

Reduced sensory input: Duyusal uyaran azlığı, **I**ntracranial infection: İntrakranial enfeksiyon, **U**rinary/fecal retention: Üriner veya fekal retansiyon, **M**yocardial/pulmonary causes: Miyokardial veya pulmoner nedenler)[17]

Tedavide öncelikle nedeni tanılamak, organik bir neden olup olmadığını ayırmak çok önemlidir. Ağrı, dispne, dolu mesane, bozulmuş bağırsak boşaltımı veya invaziv girişimler gibi uyaranlar mümkün olduğunca en aza indirilmelidir. Yeterli analjezi sağlanmalı, uyku -uyanıklık döngüsündeki bozukluklar giderilmeli ve boşaltım düzenlenmelidir. Kesin olarak gerekmeyen tüm ilaçlar sonlandırılmalıdır. Opioidler dikkatli bir ağrı değerlendirmesi sonrası rotasyon yapılarak ve minimal dozda kullanılmalıdır. Hastada sıvı veya elektrolit dengesizliği varsa gerekli tedavi başlatılmalıdır. Organik nedenler ortadan kaldırıldıktan sonra, tedavide farmakolojik ajanlar ve çok bileşenli non-farmakolojik girişimler uygulanmaktadır.[24] Non-farmakolojik girişimlerin deliryum tablosunun yönetiminde ilaçlar kadar etkili olabildiği belirtilmektedir. Ancak palyatif bakım ortamlarında hastaların bir kısmının terminal deliryumda olduğu dikkate alınırsa, bu hastaların önleyici veya tedavi edici hiçbir girişimden fayda görmeyeceği, ancak insan onuruna yaraşır bir bakımın sürdürülerek palyatif sedasyon ile ajitasyonlarının kontrol altına alınması gerektiği bilinmelidir.[3]

Farmakolojik Tedavi

Deliryumun farmakolojik tedavisinde antipsikotikler [(konvansiyonel (örneğin haloperidol) ve atipik antipsikotikler (örneğin, olanzapin, risperidon, ketiapin, aripiprazol)], kolinesteraz inhibitörleri, melatonin ve alfa-2 agonistleri, vb. ilaçlar kullanılmaktadır. Deliryum tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar Tablo 2`de verilmiştir. Palyatif bakım ortamlarında, deliryum semptomlarının kontrolünde kısa süreli, düşük doz antipsikotik kullanımı tavsiye edilmekte; özellikle yaşlı ve birden fazla komorbiditesi olan hastalarda olası yan etkiler açısından hastanın yakından izlenmesi gerekmektedir.[25] Antipsikotik kullanılan hastaların nörolojik ve kardiyak semptomlar açısından takip edilmesi gerekmektedir. Nörolojik semptomlar olarak distoni, akatizi ve Parkinsonizm dahil ekstrapiramidal bulgular, nöbet eşiğinde azalma görülebilir. Hastaların başlangıçta ve günlük olarak izlenmesi gerekir. Kardiyak semptomlar için hastanın kan basıncı ve nabzı başlangıçta ve günlük olarak izlenmeli (risk altındaki veya tıbbi açıdan stabil olmayan hastalarda daha yakından veya sürekli izlem); başlangıçta ve her doz artışında veya yüksek dozlarda ilaç kullanılıyorsa günlük olarak EKG takibi (altta yatan kararsız angina, elektrolit bozuklukları, QT uzatan başka bir ilaç kullanımı olan hastalarda daha yakından takip) yapılmalıdır.[17]

Tablo 2. Deliryum tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar[a]

İlaç	Etki mekanizması	Günlük doz Veriliş yolu	Klinik özellikler	Yan etkiler
Tipik antipsikotikler (AP)				
Haloperidol	Dopamin antagonisti	0.5–10 PO, IV, IM, SC	Deliryumda ilk seçenek, antiemetik özellikler	EKG'de QT takibi Ekstrapiramidal etkiler sık
Chlorpromazine	Dopamin antagonisti	12.5–200 IV, IM, SC	Anksiyolitik ve sedatif	EKG'de QT takibi Sedasyon, hipotansiyon Konstipasyon, ağız kuruluğu, görme bulanıklığı, taşikardi gibi antikolinerjik yan etkiler
Methotrime-prazine	Dopamin antagonisti	6.25–12.25 PO, IV, SC	Analjezik, antiemetik, sedatif	Chlorpromazine ile benzer
Atipik antipsikotikler (aAP)				
Olanzapine	Çoklu reseptör etkili antipsikotik	2.5–20 PO, IM, SC	Sedatif, iştah arttırıcı ve antiemetik	EKG'de QT takibi Konstipasyon, ağız kuruluğu gibi antikolinerjik yan etkiler
Quetiapine	Çoklu reseptör etkili antipsikotik	25-300 PO	Sedatif, hipotansif	EKG'de QT takibi Sedasyon
Risperidone	Serotonin-dopamin antagonisti	0.25–6 mg PO	Düşük dozda AP'ye göre daha az yan etki	EKG'de QT takibi Ekstrapiramidal etkiler
Ziprasidone	Serotonin-dopamin antagonisti	40–160 PO, IM	Sedatif etki	EKG'de QT takibi
Diğer atipik antipsikotikler				
Aripiprazole	Dopamin agonisti	5-20 PO, IM	AP'ye göre daha az yan etki Hipoaktif deliryumda kullanılmıştır	EKG'de QT takibi Ajitasyon, ekstrapiramidal etkiler
Amisulpride	Dopamin (D2, D3) antagonisti, γ-hidroksi butirat agonisti	150 PO		Düşük yan etki profili

[a]Grassi L, Caraceni A, Mitchell AJ, Nanni MG, Berardi MA, Caruso R, et al. Management of Delirium in Palliative Care: a Review. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(3):13 kaynağından uyarlanmıştır.[17]

Non-Farmakolojik Yaklaşımlar

Genel Yaklaşım

Palyatif bakımda deliryum tedavisinde non-farmakolojik yaklaşımlar çok önemlidir ve farmakolojik girişimlerden önce uygulanmalıdır. Farmakolojik olmayan önlemler hasta ile iletişim (empatik, basit, tekrarlı ve yavaş), kullanıyorsa gözlük ve işitme cihazının temini, re-oryantasyon önlemleri (hastanın odasında takvim/saat bulundurma, hastaya ismiyle hitap etme, kendini ve görevini tanıtma, herhangi bir işlem yaparken bilgi verme, aileden hastanın kişisel eşyalarını ve aile fotoğraflarını getirmelerini isteme), güvenlik önlemleri (fiziksel veya kimyasal tespitten kaçınmak, mümkün olduğunca fiziksel ortamı düzenleyerek önlem almak, örn., pencereyi kapatma vb.), gereksiz ve fazla uyaranlardan (stres, ışık, gürültü, sıcak veya soğuk) korumayı içerir. Aile üyelerinin varlığı hasta için güven verici olacağından desteklenmelidir. Hastaya bakım veren sağlık profesyonellerinin mümkün olduğunca değiştirilmemesi, aynı kişilerin bakım vermesi hastanın konfüzyonunu azaltacaktır.[3]

Özellikle terminal deliryum tablosu yaşayan hastalarda ailenin kayıp duygusu yaşadığı unutulmamalı, hastanın yanında aile de desteklenmelidir. Deliryumun nedeni anlatılarak hasta ile iletişim kurmaya devam etmelerinin önemi anlatılmalıdır. Hasta yaşamının son günlerini yaşamaktaysa aileye mutlaka bu konuda bilgi verilmeli ve ölüme hazırlanmalarına yardım edilmelidir. Deliryum tedavi edilmeye çalışılarak aileye hasta ile son günlerinde anlamlı bir iletişim kurma şansı verilmelidir.[21]

Özel Uygulamalar

Deliryum tanısı konulduktan sonra bireye özel çok yönlü (multikomponent) bir girişim planı uygulanmalıdır. Deliryumlu hastanın bakımında ele alınan komponentler fiziksel/ kimyasal tespitten kaçınma, dinlendirici bir uykunun sağlanması (uyku hijyenini sağlamak için tedavi/ bakım girişimlerinin uykuyu bölmeyecek şekilde planlanması, ünitede gürültünün azaltılması, gece ışığın azaltılması, gerekirse kulak tıkacı ve göz maskesi kullanımı, hastanın uyumasına yardımcı alışkanlıklarının desteklenmesi), hareketin sağlanması (dikey pozisyon sistemlerin normal fizyolojilerine dönmesini kolaylaştıracağından ve çok yönlü duyusal girdi sağlayacağından mümkün olan en kısa zamanda hastanın yürütülmesi), çevresel düzenlemeler, oryantasyonu kolaylaştırma ve bilişsel uyarıcı etkinliklerin uygulanmasıdır.[3,21]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The authors declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Robinson MT, Holloway RG. Palliative Care in Neurology. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(10):1592-1601. [Crossref]
2. Tulek Z. *Bilişsel İşlev Bozukluğunun Değerlendirilmesi, Yorumlanması ve Yönetimi*. Durna Z, Topçuoğlu M, Karadakovan A, editors. İstanbul: İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2013. 123-140 p.
3. Seiler A, Meyer R, Boettger S. Delirmanagement in der Palliative Care. *Praxis* (Bern 1994). 2021;110(15):872-878. [Crossref]
4. Klankluang W, Tongsai S, Sriphirom C, Siriussawakul A, Chanthong P, Tayjasanant S. The prevalence, associated factors, clinical impact, and state of diagnosis of delirium in palliative care patients. *Support Care Cancer*. 2021 Dec 2;29(12):7949-7956. [Crossref]
5. Aird T. Assessment, *Interpretation and Management of Impaired Cognition*. Woodward S, Mestecky A, editors. Wiley; 2011. 123-140 p.
6. WHO. Dementia [Internet]. World Health Organazation. 2021. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia
7. Alzheimer's Association. Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimers Dement. Vol. 17, Alzheimer's Association. *Alzheimer's Association;* 2021. 1-108 p.
8. NIH. Dementia [Internet]. National Institute on Aging. 2021. Available from: https://www.nia.nih.gov/health/what-is-dementia
9. Centers for Disease Control and Prevention. Alzheimer's Disease and Healthy Aging [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2019. Available from: https://www.cdc.gov/aging/dementia/index.html
10. Bramati P, Bruera E. Delirium in Palliative Care. *Cancer*. 2021;13:5893. [Crossref]
11. Cohen-Mansfield J, Billing N. Agitated Behaviors in the Elderly: I. A Conceptual Review. *J Am Geriatr Soc*. 1986;34(10):711-721. [Crossref]
12. Altunöz U, Özel Kızıl ET, Kırıcı S, Baştuğ G, Biçer Kanat B, Sakarya, A. ... &, et al. Demans Hastalarında Cohen-Mansfi eld Ajitasyon Envanteri ile Değerlendirilen Ajitasyon Boyutlarının Araştırılması •. *Türk Psikiyatr Derg*. 2014;25:1-7.
13. Naasan G, Shdo SM, Rodriguez EM, Spina S, Grinberg L, Lopez L, et al. Psychosis in neurodegenerative disease: Differential patterns of hallucination and delusion symptoms. *Brain*. 2021;144(3):999-1012. [Crossref]
14. Eversfield CL, Orton LD. Auditory and visual hallucination prevalence in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49(14):2342-2353. [Crossref]
15. Balcı N. Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum ve risk faktörleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2013.
16. Burton JK, Craig LE, Yong SQ, Siddiqi N, Teale EA, Woodhouse R, et al. Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients(Protocol). *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;(7):1-12. [Crossref]
17. Grassi L, Caraceni A, Mitchell AJ, Nanni MG, Berardi MA, Caruso R, et al. Management of Delirium in Palliative Care: a Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(3):13. [Crossref]
18. Seiler A, Schubert M, Hertler C, Schettle M, Blum D, Guckenberger M, et al. Predisposing and precipitating risk factors for delirium in palliative care patients. *Palliat Support Care*. 2020;18(4):437-446. [Crossref]
19. de la Cruz M, Fan J, Yennu S, Tanco K, Shin S, Wu J, et al. The frequency of missed delirium in patients referred to palliative care in a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer*. 2015;23(8):2427-2433. [Crossref]
20. de la Cruz M, Ransing V, Yennu S, Wu J, Liu D, Reddy A, et al. The Frequency, Characteristics, and Outcomes Among Cancer Patients With Delirium Admitted to an Acute Palliative Care Unit. *Oncologist*. 2015;20(12):1425-1431. [Crossref]
21. Tulek Z. *Palyatif Bakım ve Tıp içinde; Palyatif bakımda deliryumda hemşirelik bakımı*. 1. Baskı. Akçakaya A, editor. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri; 2019. 621-627 p.
22. Featherstone I, Sheldon T, Johnson M, Woodhouse R, Boland JW, Hosie, A. ... &, et al. Risk factors for delirium in adult patients receiving specialist palliative care: A systematic review and meta-analysis.

Palliat Med. 2021;36(2):254-267. [Crossref]
23. Leonard MM, Nekolaichuk C, Meagher DJ, Barnes C, Gaudreau J-D, Watanabe S, et al. Practical Assessment of Delirium in Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48(2):176-190. [Crossref]
24. Ludolph P, Stoffers-Winterling J, Kunzler AM, Rösch R, Geschke K, Vahl CF, et al. Non-Pharmacologic Multicomponent Interventions Preventing Delirium in Hospitalized People. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(8):1864-1871. [Crossref]
25. Breitbart WS, Alici Y. Treatment of Delirium and Confusional States in Oncology and Palliative Care Settings. In: L. G, M. R, editors. *Psychopharmacology in Oncology and Palliative Care*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2014. p. 203-228. [Crossref]

BÖLÜM 13
PALYATİF BAKIMDA CİNSEL SAĞLIK

Özge Şiir DAĞLAR
Ümran OSKAY

DOI: 10.5152/1813

Palyatif Bakımda Cinsel Sağlık

Sexual Health in Palliative Care

BÖLÜM HAKKINDA

Palyatif bakım, hastalığın ve yaşamı sınırlayıcı bir durumla yaşamanın etkisinden dolayı hastanın cinselliği üzerinde derin bir etkiye sahiptir. Kişiye ve hastalığa bağlı olarak, cinselliğin önemi ve cinsel sağlığın neyi tanımladığı bireyler arasında farklılık gösterir. Ancak cinsellik ya da cinsel sağlık gereksinimleri ciddi hastalık durumunda bile karşılanması gereken bakım gereksinimleri arasında yer almaktadır.
Palyatif bakım sürecindeki hastaların cinsel yaşamlarını etkileyen birçok faktör bulunmakla birlikte bu faktörler, hastaların genel sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde de önemli etkilere sahiptir. Cinsellik, palyatif bakımın önemli bir yönüdür ve bu dönemde de değerlendirilmesi, hastanın yaşam kalitesi için katkı sağlayacaktır. Ancak hem hastalar hem de sağlık uzmanları çeşitli sebeplerden dolayı cinsellik hakkında konuşamamaktadır. Hasta merkezli bütüncül bakımın bir parçası olarak sağlık uzmanları tarafından hastanın ve partnerinin cinsel sağlık gereksinimleri değerlendirilmeli, sorunları ele alınarak çözüm önerileri sunulması gerekmektedir. Cinsel sağlığın değerlendirilmesinde sağlık uzmanlarının kullanabileceği, yol gösterici nitelikte olan bazı model ve ölçekler bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Cinsel sağlık, cinselliğin değerlendirilmesi, palyatif bakım

ABOUT the CHAPTER

Palliative care has a profound impact on a patient's sexuality due to the effects of illness and living with a life-limiting condition. The significance of sexuality and the definition of sexual health can vary among individuals, depending on personal and disease-related factors. However, sexual needs and sexual health requirements are part of the care needs that should be addressed even in the context of serious illness.
There are numerous factors that affect the sexual lives of patients in the palliative care process, and these factors also significantly influence the overall health and quality of life of the patients. Sexuality is an important aspect of palliative care, and its evaluation during this period can contribute to the patient's quality of life. Nevertheless, both patients and healthcare professionals often find it difficult to discuss sexuality for various reasons. As part of patient-centered holistic care, healthcare professionals should assess the sexual health needs of the patient and their partner, addressing issues and proposing solutions. There are several models and scales available for healthcare professionals to guide them in evaluating sexual health.

Keywords: Sexual health, assessment of sexuality, palliative care

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ T.C. CERRAHPAŞA 1453

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenciler:

1. Palyatif bakım hastalarında cinsel sağlığın önemini açıklar.
2. Palyatif bakım hastaların cinsel yaşamlarını etkileyen faktörleri tanımlar.
3. Cinsel sağlığın değerlendirilmesinde kullanılan model ve ölçekleri karşılaştırabilir.
4. Palyatif bakımda cinsel sağlığın değerlendirilmesinin önündeki engelleri tanımlar.
5. Palyatif bakım hastalarında cinsel sağlığın değerlendirilmesinde sağlık uzmanlarının rollerini açıklar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Cinsellik**, kişinin cinsel tercihleriyle ilgili duygu, değer, inanç ve deneyimleri içeren oldukça kişisel bir kavramdır.
2. **Cinsel gereksinim**, kişinin cinselliğini ifade edebilmesi için ihtiyaç duyduğu iletişim ve ortamı tanımlar.

Özge Şiir Dağlar[1]

Ümran Oskay[2]

[1]İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

[2]İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-posta: ozgesiirdaglar@gmail.com
umranoskay@yahoo.com

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Dağlar ÖŞ, Oskay Ü. Palyatif Bakımda Cinsel Sağlık. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024:129-139.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

3. **Cinsel fonksiyonu değerlendirme modelleri** hastaların cinsel sorunlarını ve endişelerini değerlendirmek için sağlık uzmanlarının kullanabileceği modellerdir.
4. **Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler** kişilerin cinsel işlev bozuklukları ve şiddetini belirler.
5. **Cinsel sağlığın değerlendirilmesinin önündeki engeller**; cinselliğin hasta/partner tarafından ifade edilmesinde ya da sağlık uzmanlarının hasta cinselliğini değerlendirmesindeki engelleri tanımlar.

Giriş

Cinsellik, tüm bedeni içeren yaşamın önemli bir parçası olup çok boyutlu bir kavramdır. İnsan yaşamı ve ilişkileri için cinsellik önemli bir değere sahiptir. Cinselliği koruma ve sürdürme dengesi birçok faktörden etkilenir. Palyatif bakım hastaları için de cinsellik ve cinsel yaşamı sürdürebilme önemli ve değerlidir. Palyatif bakımın birincil hedeflerinden biri yaşam kalitesini iyileştirmektir. Yaşam kalitesinin önemli bileşenlerinden biri de cinsellik ve yakınlıktır. Yaşam kalitesi, yaşamın temel ve kalıcı bir yönü olan cinselliği de içerdiğinden, palyatif bakım sürecinde de insan deneyiminin bu yönünü ele alması önemlidir. Palyatif bakım, hastalığın ve yaşamı sınırlayıcı bir durumla yaşamanın etkisi, ilişkiler ve hastanın cinselliği üzerinde derin bir etkiye sahiptir. Kişiye ve hastalığa bağlı olarak, cinselliğin önemi ve cinsel sağlığın neyi tanımladığı bireyler arasında farklılık gösterir. Ancak cinsellik ya da cinsel sağlık gereksinimleri ciddi hastalık durumunda bile karşılanması gereken bakım gereksinimleri arasında yer almaktadır. Palyatif bakım yönergeleri cinselliğin ele alınması gerektiğini belirtmektedir. Cinsellik, palyatif bakımın önemli bir yönüdür ve bu dönemde de değerlendirilmesi, hastanın yaşam kalitesi için katkı sağlayacaktır. Ancak hem hastalar hem de sağlık profesyonelleri çeşitli sebeplerden dolayı cinsellik hakkında konuşamamaktadır. Halbuki, hasta merkezli bütüncül bakımın bir parçası olarak hastanın ve partnerinin cinsel sağlık gereksinimlerinin değerlendirilmesi gerektiğinde sorunların ele alınarak çözüm önerileri sunulması gerekir. Bu nedenle palyatif bakım hastalarına sağlık bakım hizmeti sunan sağlık uzmanlarına bu konuda büyük görevler düşmektedir.

Palyatif Bakım

Palyatif bakım insan merkezli sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. DSÖ, palyatif bakımı "hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunla karşılaştığında, fiziksel, psikososyal ve manevi sorunların erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmenin önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artıran bir yaklaşım" olarak tanımlamış ve her yıl tahminen %78'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan yetişkinlerin oluşturduğu 40 milyon insanın palyatif bakım gereksinimi olduğunu belirtmiştir. Ayrıca Dünya çapında palyatif bakıma ihtiyacı olan kişilerin yalnızca %14'ünün şu an da bu hizmeti aldığı tahmin edilmektedir.[1]

Palyatif bakım, yaşam kalitesini iyileştirilmesine katkıda bulunarak hastaların daha uzun yaşama potansiyelini artırmaktadır. Yaşam kalitesinin ve buna bağlı yaşam süresinin uzaması cinsel yaşamla ilgili konuları daha da önemli hale getirmektedir. Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı ağrı, uyku bozuklukları ve bilişsel işlev gibi konuların yanı sıra cinsel işlevi standart hayatta kalma bakımının ayrılmaz bir parçası olarak tanımlamaktadır.[2, 3]

Cinsellik ve Cinsel Sağlık

DSÖ, cinselliği "sadece hastalık, işlev bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil aynı zamanda fiziksel, emosyonel, mental ve sosyal bir iyilik hali" olarak tanımlamaktadır. Cinsel sağlık, cinselliğe ve cinsel ilişkilere olumlu ve saygılı bir yaklaşımın yanı sıra zorlama, ayrımcılık ve şiddetten uzak, zevkli ve güvenli cinsel deneyimler yaşama hakkını da beraberinde getirmektedir. Cinsel sağlığın sağlanabilmesi ve sürdürülebilmesi için tüm bireylerin cinsel haklarına saygı duyulmalı, korunmalı ve yerine getirilmelidir.[1]

Cinsellik, kolayca tanımlanamayan veya kategorize edilemeyen, kişinin cinsel tercihleriyle ilgili duygu, değer, inanç ve deneyimleri içeren oldukça kişisel bir kavramdır. Bir "öteki" ile iletişim kurmanın yanı sıra kendini cinsel bir varlık olarak ifade etme bağlamındadır. Cinsellik, cinsel aktiviteden oldukça farklıdır. Cinsellik, yaş, fiziksel görünüm, sağlık veya işlevsel yetenek ile sınırlı olmayan, insan olmanın yaşam boyu devam eden bir yönüdür. Cinsellik, kim olduğumuz ve kendimizin bu yönünü dış dünyaya nasıl ifade ettiğimizle ilgilidir. Her bireyin cinselliği doğumundan ölümüne kadar yaşamının bir parçası olarak devam etmektedir. Bireyler hasta, engelli, çekici olmayan bir halde, yaşlı ve/veya ölüme yakın olsalar bile cinselliğini asla kaybetmemektedir. Bu durum cinsellik hakkında açıkça konuşmaya karşı güçlü tabuları olan toplumun sahip olduğu engeller karşısında bile geçerliliğini korumaktadır. Ancak ölüme yakın bir dönemde insanların zihinlerinde cinsellik ile ilgili yanlış inanışlar, önyargılar ve mitler, bu konudaki gereksinimlerini göz ardı etmelerine neden olabilir. Cinsellik, farklı yaşam dönemlerindeki ve birbirlerinden farklı insanlar için ayrı şeyler ifade eder. Palyatif bakım hastasının cinsel gereksinimleri, fiziksel semptomların günü kötüleştirmediği, acıdan uzak olma, istekli bir eşin mevcudiyeti, mahremiyet vb. gibi cinsellik için yeterince iyi koşullarla dolu iyi bir gün olup olmadığına bağlı olarak sıklıkla değişmektedir. Fiziksel açıdan cinsel olarak aktif olamayan birçok hasta, cinsel rüyalar ve bilişler, duygular ve fanteziler kurma yeteneklerini hala korumaktadır. Bunları kabul edebilmek veya partneri ile paylaşabilmek hasta için çok özel olacaktır. Her zaman hastanın/çiftin özerkliğine saygı gösterilmeli, tartışma fırsatı verilmelidir.[4]

Cinsellik, kişinin yaşamı boyunca insan olmanın önemli bir yönüdür ve cinsiyeti, cinsel benlik kavramını, cinsiyet kimliklerini ve rollerini, erotizmi, hazzı, cinsel yönelimi, yakınlığı ve üremeyi kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Cinsellik düşüncelerde, fantezilerde, inançlarda, tutumlarda, değerlerde, davranışlarda, uygulamalarda, rollerde ve ilişkilerde yaşanır. Cinsellik biyo-psiko-sosyal, kültürel, ekonomik, politik, etik, yasal, tarihi, dini ve manevi faktörlerin etkileşiminden etkilenmektedir. Kilit nokta, cinsellik kavramının yakınlığı içermesi ve cinsel işlev veya cinsel ilişkiye indirgenmemesi gerektiğidir. Cinsellik bu boyutların hepsini içerirken, hepsi her zaman deneyimlenmeyebilir veya ifade edilmeyebilir.[5, 6]

Palyatif Bakımda Cinsel Sağlığın Önemi

Palyatif bakım hem ciddi hem de yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastalar ve aileleri için yaşam kalitesini iyileştiren disiplinler arası bir sağlık hizmetidir. Palyatif bakımın temel amacı, hastaların ve ailelerinin yaşayabileceği ağrı, nefes darlığı, yorgunluk, fonksiyonel kısıtlamalar, psikolojik, sosyal ve ruhsal sorunlar gibi

semptomların kontrolünün sağlanmasıdır. Mevcut kanıtlara dayalı olarak, uluslararası kuruluşlar ve kılavuzlar, metastatik kanserler ve/veya yüksek semptom yükü olan hastalar için tedavinin erken safhalarında standart onkoloji bakımı ile birlikte palyatif bakım hizmetinin de sağlanmasını önermektedir. Bununla birlikte, kanserin erken evresinde palyatif bakım hizmetlerine erişim dünya genelinde çok sınırlı kalmaktadır. Kanser hastalarının palyatif bakım gereksinimlerine odaklanan pek çok çalışma, hatta köklü palyatif bakım hizmetlerine sahip merkezlerde bile, hastaların çoğunun psikolojik, fiziksel ve sağlık hizmeti gibi gereksinimlerinin hala yeterli olarak karşılanmadığını göstermektedir. Yapılan çalışmalarda palyatif bakım alan hastalarda en çok karşılanmayan bakım gereksinimleri arasında endişe, cinsel yaşam sorunları ve depresyon olduğu belirtilmektedir.[5-7]

Palyatif bakım hastalarının tanı ve tedavisi, cinsel sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde kısa ve uzun vadeli olumsuz etkileri olmaktadır.[8] Palyatif bakım hastaların üçte biri cinsel yaşamda güçlükler bildirmesine rağmen, yarısından fazlası cinsel yaşamlarındaki güçlükler için yeterli bakım almadıklarını bildirmiştir. Aslında palyatif bakım hastaları duygusal ve fiziksel yakınlık ile cinsellik konularının sağlık profesyonelleri tarafından yeterince ele alınmadığı, önemsenmediğine dair endişe yaşamaktadır. Palyatif bakım merkezlerinde cinsel sağlık hizmetlerine bakıldığında sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında cinsel yaşamla ilgili tartışmaların olmadığı veya çok az olduğu görülmektedir. Yaşamı sınırlayan bir hastalıkla ilişkili psikolojik ve fiziksel değişiklikler, cinsel yaşam ve fiziksel yakınlık üzerinde de olumsuz bir etkiye sahiptir. Ancak birçok ülkede palyatif bakım hastalarında cinsel yaşamla ilgili gereksinimler karşılanmayan bir sorun olmaya devam etmektedir. Bu durum özellikle kanser hastalarında onkoloji ve palyatif bakımın bir parçası olarak cinsel sağlık sorunlarının önemle ele alınması gerektiğini göstermektedir.[5-7]

Palyatif bakım, hastanın yaşam kalitesini arttırarak kalan yaşamını anlamlı ve değerli kılmaktadır. Cinsellikte bireylerin yaşamın anlamı, ayrılmaz bir parçası, yaşam kalitesinin temel unsuru olup palyatif bakımda da ele alınması gereken bir konudur.[9, 10] Cinsellik sadece cinsel birleşme ile sınırlı değildir. Ancak palyatif bakım sürecinde olan bireyler hastalığın yol açtığı sorunlar nedeniyle cinsel aktivitenin onlar için sınırlı kalacağını ve yorucu olacağını, cinsel aktiviteden kaçınmaları gerektiğini veya partneriyle romantik ilişkilere girecek gücü kendinde bulamayacaklarını düşünebilirler. Bu durum özellikle palyatif bakım hastalarında oldukça sık karşımıza çıkmaktadır.[10, 11]

Cinsel istek duyma hissinden, cinsel birleşmeye kadar birçok cinsel davranış cinsellik kapsamında yer almaktadır. İnsan cinselliği üzerine çok fazla araştırmalar yapılsa da bu konuda az sayıda çalışma olduğu için palyatif bakım hastalarında cinsel işlev bozukluklarının insidans ve prevelansı kesin olarak bilinmemektedir. Ancak hastalığın kendisi, tıbbi tedaviler, tedavilerin yan etkileri, ekipman varlığı ve eşlik eden tıbbi durumlar gibi nedenlerle yüksek düzeyde olması muhtemeldir.[10] Palyatif bakım alan hastalar ciddi, yaşamlarını sınırlayıcı hastalıkları ve tedavisi ile uğraşma sürecinde cinselliğe olan ilgilerini kaybetmiş gibi görünebilir, cinsel yaşamlarını yok sayabilirler.[9, 10]

Palyatif bakımda duygusal bağ, cinselliğin ayrılmaz bir parçası olup cinselliğin fiziksel ifadelerinden önce gelir. Palyatif bakım hastalarıyla yapılan nitel bir çalışmadan hastalara cinselliğin anlamı sorulduğunda cinselliğe verdikleri önemin hastalandıktan sonra çok az değiştiğini ve hala önemini koruduğunu dile getirilmiştir. Bununla birlikte cinsellik ifadelerinin değiştiği, cinselliği daha çok fiziksel düzeyde değil duygusal anlamda ifade etmeyi tercih ettikleri belirlenmiştir. Hastanın, cinselliği partneriyle bağ kurmasının bir yolu olarak görmesi, yaşamın son dönemlerinde de cinselliğin önemli olmaya devam ettiğinin bir göstergesidir.[12]

Palyatif Bakımda Cinsel Yaşamı Etkileten Faktörler

Palyatif bakım alan hastaların çoğunu yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Eğer hasta eşini kaybetmemişse geçmiş cinsel deneyimleri onlara yol gösterici olacaktır. Palyatif bakım hastaları bu süreçte cinsel ilgi/istek kaybı, cinselliğe yanıt verememe ya da reddetme gibi sorunlar yaşayabilirler.[9] Bununla birlikte bazı çiftler yeni bir bağ oluşturmayı ve yeni bir yakınlık kurmayı başarabilirler.[11] Cinsel sorunların nedenleri arasında hastalığın seyri, hastalığa bağlı tıbbi tedaviler, bakıma yardımcı ekipmanların cinsel birleşmeyi engellemesi, uygun ortamın sağlanamaması ve kültürel değerler yer almaktadır. Hasta ve partnerinin kronik hastalıkları, özellikle diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler, romatizmal, pulmoner vb. hastalıklara sahip olması da cinsel sorunları dolaylı da olsa etkilemektedir. Kronik hastalıkların neden olduğu yorgunluk, bitkinlik, dispne, ağrı gibi fiziksel yakınmalar ve kullanılan ilaçların yan etkileri de cinsel aktiviteleri sınırlamaktadır. Bu çiftlerde cinsel istek kaybı, uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, erkeklerde erektil disfonksiyon ve ejakülasyon problemleri, kadınlarda ise vajinal lubrikasyonda azalmaya bağlı disparoni oldukça sık yaşanan cinsel sorunlardır.[10, 13] Hasta cinsel aktivite sırasında ağrı yaşayacağını, öleceğini düşünerek fiziksel yakınlıktan kaçınabilir.[14] Sonuçta hem partnerlerinin hem de hastanın cinsel yaşamı olumsuz etkilenmektedir.[9]

Palyatif bakımda inme, omurilik yaralanması, parkinson hastalığı, multipl skleroz ve periferik nöropati gibi nörolojik durumlar da cinsel yaşamı etkilemektedir. Alzheimer ve demans gibi hastalıklar hem hastalar hem de bakım vericiler için zorlayıcı uygunsuz cinsel davranışlarla ilişkilendirilebilir. Bu aynı zamanda, etkilenen bireyler de cinsel ifadeye ilişkin karar verme ve rıza gösterme ile ilgili sorunları da gündeme getirmektedir. Özellikle uzun süreli palyatif bakım ortamında bireylerin otonomisi, cinselliği ifade etme hakkı ile uygunsuz davranışlarla başkalarına zarar verme arasında bir denge kurma gereksinimi de gerekli kılmaktadır.[13]

Jinekolojik ve ürolojik maligniteler de cinsel organlarda anatomik değişikliklere neden olarak fonksiyonel bozulmalara neden olabilir. Meme, prostat, kolorektal ve jinekolojik kanser tedavileri de beden imajında cinsel işlevi olumsuz yönde etkileyebilecek belirgin değişikliklere neden olabilir.[13, 14]

Meme kanseri tedavisi gören kadınlar sıklıkla cinsel yaşamlarında değişiklikler yaşarlar. Bunun nedeni ağrı, üzüntü, değişen beden imajı, benlik algısı ve yorgunluk gibi çeşitli faktörler olabilir. Yaş ve yaşa bağlı faktörlerin rekonstrüktif cerrahiye gerekli olup olmaması konusundaki kararlar, ilişki durumundaki değişiklikler, kadının öz saygısı, bu dönemdeki eş desteği de cinselliği etkilemektedir.[13]

Üriner inkontinans, hem kadınlarda hem de erkeklerde azalmış cinsel aktivite oranları ile ilişkilendirilmiştir. Ortopedik ve

romatolojik rahatsızlıklar cinsel aktivite için pozisyon ve hareketlilik sorunlarına neden olabilir ve bu da cinsel sağlığı bozabilir. Böbrek yetmezliği ve diyaliz hem erkeklerde hem de kadınlarda cinsel işlev bozukluğu ile güçlü bir şekilde ilişkilidir.[13]

Radyoterapi, kemoterapi, cerrahi operasyon ve hormonal tedavilere bağlı infertilite; doku veya organların cerrahi olarak çıkarılması, kas fonksiyonu ve tonüsünün kaybı, alopesi, kilo kaybı veya artışına bağlı değişmiş beden görüntüsü palyatif bakımda cinsel işlevi etkilemektedir. Bununla birlikte cerrahi operasyonlar, kemoterapi ve radyoterapi kadınlarda erken menopoza erkeklerde erektil disfonksiyona neden olabilir.[15]

Bireylerin hastalıktan önce cinselliği nasıl deneyimledikleri, ciddi hastalık durumunda cinsellik konusundaki önyargılar ve kişinin partnerinden aldığı destek, cinsel sağlığı ve esenliği etkileyen önemli faktörler arasındadır.[11] Partner desteği, genellikle kanserden kurtulmada ve tedaviler sırasında dayanıklılıkta anahtar bir nokta olarak tanımlanır. Sağlık uzmanları genel sağlık ve esenlik bağlamında hasta ve partneri arasındaki ilişkiyi de göz önünde bulundurması gerekmektedir.[13]

Hastaların yaşına ve partnerleri ile ilişkisinin süresine veya aşamasına bağlı olarak farklı gereksinimleri olabilir. Genç hastalarda çiftler arasındaki cinsel ihtiyaçların fiziksel, daha ileri yaş grubundaki hastalarda ise cinselliğin daha çok cinsel ilişki içermeyen sarılma, okşama ve öpüşme şeklinde ifade edilmesi olasıdır. Bununla birlikte özellikle genç çiftlerde aktif bir cinsel ilişkinin aniden kaybolması, kişinin zevk aldığı bir yönünü ve partneri ile keyifli bir etkileşimi kaybetmesi öfke, içerleme, çatışma ve hayal kırıklığı gibi olumsuz duygulara neden olabilir. Hasta eşe karşı cinsel olarak istek duyma sağlıklı eşin suçluluk ve üzüntü duygusu hissetmesine neden olabilir. Yaşamın son dönemlerinde bireyler dokunmak ve dokunulmak isteyebilir, fiziksel olarak iletişim kurmak, cinsel ilişki yaşamak isteyebilir. Ancak partner eşine zarar verme korkusundan dolayı bunu reddedebilir ya da kaldığı sağlık kuruluşu bu fırsatı sağlamayabilir. Cinsel yaşam gereksinimlerinin kabul edilmediği hastanın gereksinimlerinin bütüncül olarak karşılanmadığı durumlarda hastalarda benlik saygısında azalma, stres ve depresyon görülebilir.[4-6, 15]

Hastalar, kendi bedenlerindeki değişiklikler nedeniyle partnerleri tarafından cinsel olarak arzulanmadıkları veya artık çekici olmadıkları endişesi duyabilirler. Böyle bir kaygı, eşler arasındaki ilişkiyi ve iletişimi zedeleyebileceği gibi cinsel fonksiyonları da bozabilir.[10] Özellikle geç dönem palyatif bakımda hastalar, fiziksel değişimleri nedeniyle partnerinin ona dokunması ve bakmasından utanabilir. Hastalar kötü koktuklarını veya kötü göründüklerini düşünerek özgüvenlerini yitirebilirler. Öte yandan partnerleri de hastaya zarar vereceği korkusunu yaşayabilir.[5] Palyatif bakım sürecindeki bireylerin cinsel yaşamlarına etki eden faktörler Tablo 1'de yer almaktadır.

Palyatif Bakım Alan Hasta ve Ailesinin Cinselliği İfade Etmelerindeki Engeller

Hastalar yaşamı sınırlayan, ciddi bir hastalık ile yüz yüze kaldıklarında, hastalık ve tedavi süreci ile uğraşırken cinselliğe karşı ilgilerini kaybetmiş gibi görünebilir, çelişki yaşayabilirler. Oysa yapılan çalışmalarda palyatif bakımda hastaların cinsel gereksinimlerinin son bulmadığı, hasta ve partnerlerinin cinsel sağlıkla ilgili danışmanlık almak istedikleri ortaya koyulmuştur. Fakat cinselliğin hasta/partner tarafından ifade edilmesinde ya da sağlık uzmanlarının hasta cinselliğini değerlendirmesinde birtakım engeller belirtilmiştir.

Hasta ve ailesinin cinselliği ifade etmelerindeki engeller;

- Hastalar, kendine veya partnerine zarar verme korkusuyla cinsel ilişkiden kaçınabilir, reddedilme hissi ve benlik saygısında kayıp yaşayabilir,[11, 12]
- Hasta ve partnerinin cinsellik hakkında konuşmaktan utanıp çekinmesi,
- Hasta partneri tarafından arzulandığını hissetmek isterken, partneri hasta olan eşine karşı cinsel istek duyduğu için suçluluk hissedebilir ve bu isteğini dile getirmekten kaçınabilir,
- Kültürel olarak yazılı olmayan "hasta olan kişi cinsel ilişki yaşamaz" görüşü hem hastayı hem de partnerini etkileyebilir,[10]
- Bazı palyatif bakım hastaları, cinsel aktiviteyi "yaşama tutunma" veya bir başkasına yakınlık olarak isterken bazıları da cinsel aktivite sırasında ölmek, yaşam için savaşmak için enerjilerini tüketmek, partnere hastalığını bulaştırmak, fiziksel tiksinti, başkaları tarafından yargılanma korkusu ve diğer inançlar gibi korkular nedeni ile cinsel aktiviteden kaçınabilir,
- Yaşamın son döneminde olan hastanın partneri genellikle ölmekte olan bir kişiye dokunmanın tehlikeli olduğuna inandığı için cinsel temastan kaçınır, partnerinin ölümüne neden olmaktan sorumlu hissetmek istemez, partnerini yormak istemez.
- Çiftler arasındaki iletişim eksikliği çiftlerin cinsel yaşamlarına yönelik sorun ve korkularını keşfetmelerini engeller.[4]
- Hasta ve ailesinin utanması, korkması ve mahcubiyet hissetmesi,
- Hasta ve ailesi cinsel sorunları hakkında konuşmak istemelerine rağmen sağlık uzmanlarının nasıl tepki vereceği konusunda endişeleri nedeniyle konuşmayı başlatmaktan kaçınabilir.[14]

Hasta ve ailesinin cinselliği ifade etmelerindeki sağlık uzmanlarından ve ortamdan kaynaklanan engeller de bulunmaktadır.[10, 13]

Sağlık Uzmanlarından Kaynaklanan Engeller

Palyatif bakım sürecinde cinsellik açısından zaten travmatize ve savunmasız olan hasta ve eşi sağlık profesyonelleri tarafından yaş veya hastalık nedeniyle aseksüel bir varlık olarak görülme eğilimindedir.[12] Bu durum sağlık uzmanlarından kaynaklanan engellere yol açar;

- Sağlık uzmanlarının tıbbi müdahalelerinden hasta ve ailesine "özel zaman" tanınmaması,
- Hastalarıyla cinsellik hakkında konuşmanın kendi cinselliklerini kişisel yaşamlarında ifşa etmeleriyle veya kendi yetiştirilme tarzlarının belli olacağı düşüncesi ile savunmasız hissetmeleri,
- Kendi cinsel inanç, değer, tutum ve tabularının farkında olmama, kendi cinsel yasakları olup bunların fark etmeme, cinsel yönelimi farklı olanlara karşı önyargılı olma,
- Suça neden olma, müdahaleci görünme, uygunsuz olma korkularıyla ilgili sınır sorunları,
- Hastayla güven verici ilişkinin kurulamaması, iletişim sorunları,
- Konunun ne zaman ve nasıl gündeme getirileceği konusunda belirsizlik,
- Hasta tarafından yanlış anlaşılma endişesi, cinselliği nasıl konuşup tartışacağını bilmeme,
- Hasta ve partneriyle cinsel sorunlarını değerlendirip sorunları

Tablo 1. Palyatif Bakım Sürecinde Cinselliğe Etki Eden Faktörler[a]

Semptom veya tedavi	Cinsellik üzerindeki etkisi
Yorgunluk	Libido kaybı Fiziksel aktivitede azalma Kişisel bakımı sürdürmede yetersizlik
Depresyon, anksiyete, yas	Libido kaybı Partnerine endişelerini dile getirmede zorluk Cinsel istekte azalma Fiziksel görünüşüne karşı ilgisizlik
Ağrı	Ağrı ve rahatsızlıktan kaynaklanan fiziksel kısıtlamalar Cinsel istekte azalma
Değişmiş beden görüntüsü	Benlik saygısı kaybı Çekicilik algısının değişmesi
Rol kaybı	Düşük benlik saygısı Benlik kavramında bozulma
Giderilmeyen semptomlar	Ağrı Tükenmişlik Libido kaybı
İtibar kaybına neden olan semptomlar (örn.; inkontinans, HIV veya AIDS teşhisi)	Beden imajında bozulma Cinsellik istek kaybı Utanç Damgalanma
İlaçlar (örn., opioidler, antidepresanlar)	Libido kaybı Değişmiş beden görüntüsü
Kötü koku	Değişmiş beden görüntüsü Partneri ile ilişkisi üzerindeki etkisi
Bağımsızlık kaybı	Benlik kavramında bozulma Cinsel ilişkide azalma Bozulmuş beden imajı
Ağız kokusu, ağız kuruluğu	Utanç
Dispne	Enerji kaybı

[a]White K. *Palliative care nursing a guide to practice.* (O'Connor MM, Aranda S). 978-1-138-03037-4 (eBook-PDF). CRC Press. Florida. 2003: 245-259 kaynağından uyarlanmıştır.[15]

yönetme becerisinde yeterli bilgi ve beceriye sahip olmama,
- Mahremiyeti engelleyen ortam koşulları,
- Bir rol model örneğinin bulunmaması,
- Cinselliği değerlendirmeyi gereksiz görme, isteksiz olma,
- Hasta ya da partnerinin bu konudaki sessizliğini konuşmak istemiyor olarak algılama,
- Yaşam sonu dönemde, özellikle yaşlı ve ciddi hastalıklara sahip palyatif bakım hastalarında, cinselliği öncelikli olarak görmeme,
- Hastalarla cinsellik hakkında konuşmayı rahatsız edici hatta imkânsız olarak düşünmeleri,
- Cinsel yaşamı değerlendirmenin başka bir sağlık profesyonelinin sorumluluğunda olduğu algısı, multidisipliner ekip içindeki rol sorumluluklarının karmaşası ve belirsizliği,
- Sağlık profesyonelinin palyatif bakım ortamında hastaları uzun bir süre boyunca tanıması (utanç duygusu meydana gelebilir) sağlık uzmanlarından kaynaklanan engeller arasında yer almaktadır.[4-6, 10, 11, 13, 14, 16, 17]

Ortamdan Kaynaklanan Engeller

Cinselliğin özgürce ifade edilmesinde mahremiyet oldukça önemlidir. Palyatif bakımda cinsel yaşamın sağlıklı şekilde sürdürülmesinde ortamdan kaynaklı da birtakım engeller karşımıza çıkmaktadır.

- Diğer hastalarla paylaşılan ortak odalar, yeterli özel odanın bulunmaması,
- Özel odalarda bile kilitli kapıların bulunmaması,
- Gizlilik ve mahremiyetin sağlık hizmetlerinde yetersiz olması,
- Personellerin odaya izinsiz girip çıkması,
- Davetkar olmayan fiziksel alan,
- Hasta odalarında tek bir yatağın bulunması (çift kişilik yatakların bulunmaması çift arasındaki yakınlığı olumsuz etkileyecektir),
- Zaman ve kaynak eksikliği gibi sistemsel sorunlar da ek engeller olarak tanımlanmaktadır.[10, 12, 14, 16]

Palyatif Bakım Sürecinde Çiftlerin Cinsel Yaşam Gereksinimleri ve Baş Etme Stratejileri

Ağır hastalık, yaşlılık ya da yaşam sonu dönemde bireyin cinselliği devam eder. Hastaların cinsel yaşam gereksinimlerini dikkate alarak desteklemek, hospis üniteleri, bakım evleri, palyatif bakım merkezleri gibi ortamlarda özellikle zor olabilir.[13] Bunun için; çiftlerin cinsel yaşamla ilgili gereksinimleri göz önünde bulundurulmalı, karşılanmayan gereksinimleriyle nasıl baş ettikleri

belirlenmeli ve gerekli desteğin sağlanmalıdır. Bu planlanmanın yapılabilmesi için hem hasta hem de partnerinin bu süreçteki gereksinimlerinin belirlenmesi önceliklidir.

Çiftlerin gereksinimleri arasında;

- Cinsel yaşamlarının sağlık profesyonelleri tarafından ele alınması, açık iletişim
- Mahremiyet için ortam sağlanması
- Hasta odalarında çift kişilik yatakların bulunması
- Partnerlerin gece hasta yanında kalmasına izin verilmesi
- Sağlık uzmanlarının çiftlere "özel zaman" tanıması
- Birlikte uyuma, dokunma, okşama, sarılma, el ele tutuşma, öpüşme yoluyla temas kurarak partnerleriyle yakınlaşarak emosyonel doyum sağlama gibi gereksinimleri yer alır.[10, 11]

Palyatif bakımdaki hastalar, hastalıklarının cinsel yaşamları üzerindeki etkisiyle nasıl başa çıkacakları, cinsel gereksinimlerini nasıl karşılayacakları konusunda sağlık uzmanlarından destek beklemektedir. Profesyonel yardım almadan cinsel yaşamdaki değişikliklerle baş etmek hem hasta hem de partner için zorlayıcı olacaktır. Baş etme yöntemleri, bireyin zor durumlarda dayanma amacıyla gösterdiği duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerdir. Her bireyin baş etme yöntemi kendine özgüdür. Birey bu başa çıkma yöntemlerini öğrenim ve deneyimler sonucunda kazanır.[11]

Baş etme stratejileri;

- Sevdiği kişi ile ilişkinin güçlendirilmesi,
- Cinsel yaşamla ilgili partneriyle konuşma, haz noktalarını rahatça partnerine söyleyebilme,
- Geçmişteki olumlu cinsel deneyimlerin canlandırılması,
- Vücut hijyeninin iyi sağlanması, hoş kokular ve peruk gibi olumlu beden imajını destekleyici yöntemlerin kullanımı,
- Sağlık profesyonelleri tarafından cinselliğin gündeme getirilmemesi halinde konuyu gündeme getirme ve danışmanlık alma konusunda istekli olma,
- Hastalık sürecinde cinsellik ve yakınlığın arka planda kalması gerekmediğini anlama,
- Cinsellik ve cinsel yaşamın da önemli olduğunu unutmama gibi yöntemler kullanılabilir.[4, 18-21]

Palyatif Bakım Sürecinde LGBT Bireylerde (Çiftlerde) Cinsel Yaşam Gereksinimleri ve Baş Etme Stratejileri

Birçok yönden LGBT bireylerin cinsel sağlık ihtiyaçları tüm insanlara benzer; ancak, başkalarının tutumlarıyla ilgili deneyimleri olumsuz olabilir, bu da onların sorunlarını dile getirmemelerini ve sağlık uzmanları ile iletişimlerini etkileyebilir.[13] LGBT bireylerin sağlık profesyonelleri tarafından ayrımcılığa maruz kalma korkusu ile uzun süreli palyatif bakım merkezinden ziyade evde bakım almayı tercih ettikleri de bildirilmektedir.[18, 19]

Heteroseksüel palyatif bakım hastalarının gereksinimlerine ek olarak LGBT çiftlerin gereksinimleri;

- Önyargı, damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalmama
- Cinsel sağlık hizmetlerine eşit şekilde erişim sağlanması
- LGBT'li bireylerden oluşan destek grupların oluşturulması
- Tercih edilen ailelerin bakıma dahil edilmesi
- Tercih edilen ailelerin ziyaret haklarının korunması
- Sağlık uzmanlarına karşı güvenin sağlanması

Palyatif bakımda LGBT'li hasta ve partnerleri kendilerini daha yalnız hissedebilir. Hasta, hem hastalıklarıyla hem de karşılanmayan cinsel gereksinimleriyle baş etme durumunda kalmaktadır.

Tablo 2. PLISSIT Cinsel Sağlık Modeli[a]

Adım	Amaç	Örnek
Permission (İzin Verme)	Bireyin ve partnerinin cinsellik ve cinsel aktivitenin önemi hakkındaki duygu, düşünce, korku ve endişelerini ifade etmesine izin vermeyi içerir.	• Birçok insan tedavinin cinselliklerini nasıl etkileyeceği konusunda endişe duymaktadır. Cinsel yaşamınız nasıl etkilendi?" • Aldığınız tedavi sonucunda cinsel yaşamınızda herhangi bir değişiklik oldu mu? Hastalığınız cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?" • Cinsellikle ilgili herhangi bir endişeniz var mı?"
Limited Information (Sınırlı Bilgi)	Hastalığın cinsellik üzerine etkisi, tedavinin cinsel fonksiyonları nasıl etkileyebileceği konusunda bilgi vermeyi ve yanlış inanışları düzeltmeyi içerir.	• "Cinsel aktivitede bulunmak için, sabah saatleri gibi dinlenmiş hissettiğiniz bir zaman dilimini seçebilirsiniz." • "Vajinal kuruluğun en kolay ve etkili çözümü kayganlaştırıcılardır. Kayganlaştırıcıya ek olarak pelvik kaslarınızı güçlendirecek olan kegel egzersizlerini uygulayabilirsiniz." • "Bazı insanlar ipeksi bir sabahlık/pijama giymenin kendilerini daha kadınsı/erkeksi ve eşleri için cinsel olarak daha çekici hissetmelerine yardımcı olduğunu belirtir." • "İnsanların birlikte geçirdikleri uzun yıllar sonra bile partnerlerini yanlış yorumlamaları alışılmadık bir durum değildir. Nasıl hissettiğiniz hakkında konuşmak size yardımcı olacaktır."
Specific Suggestions (Özel Öneriler)	Sınırlı bilginin yeterli olmadığı durumda etkin öneriler sunulması ve değerlendirmeyi içerir.	• "Ostomi torbasını kapatmak ve koku yapan gıdalardan kaçınmak için bir cihaz kılıfı veya iç çamaşırınızı kullanabilirsiniz." • "Cinsel aktiviteden önce inhaler kullanabilirsiniz."
Intensive Therapy (Yoğun Terapi)	Danışmanlığın yeterli olmadığı durumlarda daha ayrıntılı olarak değerlendirme için bir üst basamağa sevk ve yoğun tedaviyi ifade eder.	• "Endişeniz benim için son derece önemli, ancak uzmanlığımın dışında kalıyor. Sizi, sizinki gibi endişelere aşina olan bir cinsel sağlık uzmanına yönlendirmek istiyorum."

[a]Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinselliğin Değerlendirilmesinde PLISSIT Modeli'nin Kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 2 (4): 524-534; Ayaz S. Sexuality and nursing process: a literature review. *Sexuality and Disability*. 2013; 31 (1): 3-12 kaynaklarından uyarlanmıştır.[20,23]

Baş etme stratejileri;

- Ayrımcılığa maruz kalacağını düşünmeden, gereksinimleri olduğunda sağlık uzmanlarından yardım isteme,
- Arkadaş veya partneri ile duygularını paylaşma,
- Duygusal ve sosyal destek alma,
- Partneri ile endişelerini paylaşma, sağlıklı bir iletişimin sağlanıp sürdürülmesi,
- Maneviyata yönelme,
- Daha önce kullandığı başa çıkma yöntemlerini kullanma,
- Vücut hijyeninin iyi sağlanması ve hoş kokular ile olumlu beden imajının desteklenmesi gibi yöntemler kullanmaları önerilmektedir.[18-21]

Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesinde Kullanılan Modeller ve Ölçekler

Cinsel Fonksiyonu Değerlendirme Modelleri

Hastaların cinsel sorunlarını ve endişelerini değerlendirmek için sağlık uzmanlarının kullanabileceği birçok model bulunmaktadır. PLISSIT, BETTER, ALARM ve ALLOW modelleri sağlık profesyonelleri için önerilen ve en kullanışlı modellerdir.[20] Palyatif bakım hastalarında da kullanılabilecek olan bu modeller bireye özgü değerlendirme yapma, gereksinimler doğrultusunda birey ve partnerine cinsel danışmanlık ve eğitim hizmeti sunmada sağlık uzmanlarına rehber olmaktadır.[17, 21, 22] Bu modellerin adımları Tablo 2 ve 3'te yer almaktadır.

Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesinde dünya genelinde yaygın olarak geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış ölçekler kullanılmaktadır. Bu ölçekler aracılığıyla cinsel işlev bozuklukların ve şiddetinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI): Rosen ve ark. tarafından 2000 yılında geliştirilmiş ve ülkemizde Aygin ve Eti-Aslan tarafından 2005 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun tanımlanmasında kullanılır. Kadının son bir aydaki cinsel fonksiyonunu sorgulayan 19 sorulu kendi kendine uygulanabilen, çok boyutlu bir ankettir. Ölçeğin yapısında; istek, uyarılma, kayganlaşma (lubrikasyon, ıslanma), orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı alt boyut bulunmaktadır.[27]

Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (IFSF): 1999 yılında Kaplan ve ark. tarafından geliştirilmiş, Yılmaz ve Eryılmaz tarafından 2004 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Kadınların son 1 aydaki cinsel fonksiyon durumunu sorgulamak için kullanılır. Ölçekten alınabilecek toplam puan azaldıkça cinsel fonksiyonda azalma olarak değerlendirilir.[28]

Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRISS): Rust ve Golombok, kadın ve erkeklerde cinsel işlevin niteliğini belirlemek ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek amacıyla 1986 yılında geliştirmiştir. 1993 yılında Tuğrul ve ark. Tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Kadın ve erkek formlarında, beşi ortak olmak üzere yedi alt boyut yer almaktadır. Her iki formda

Tablo 3. BETTER, ALARM ve ALLOW Cinsel Sağlık Modelleri

BETTER Cinsel Sağlık Modeli
B (bringing up the topic): Cinsel gereksinimler ve sorunları konuşabilmek için rahat, sessiz, sakin bir ortamın oluşturulduğu aşamadır.
E (explaining that sex is an important part of life): Cinselliğin, hayatın önemli bir parçası olduğunun açıklandığı aşamadır.
T (telling patients that resources will be found to address their concerns): Endişeleri ile başetmesi için destek sağlandığı aşamadır.
T (timing of intervention): Hastaların konuşmak için hazır olduğu ve önerilerin verildiği aşamadır.
E (education regarding sexual side effects of treatment): Tedavinin cinselliğe etkisi hakkında eğitim verildiği aşamadır.
R (recording): Kayıt tutma aşamasıdır[24,25]
ALARM Cinsel Yanıt Modeli
Activity (Sexual)-Cinsel aktivite: Cinsel aktivite sıklığı, niteliği, çiftlerin tatmin düzeyi gibi cinsel aktiviteye özellikleri değerlendirilir.
Libido/Desire Cinsel İstek: Cinsel aktiviteye olan ilgi ve istek değerlendirilir.
Arousal/Orgasm-Uyarılma ya da orgazm: Uyarılma ve orgazm olabilme yeteneği değerlendirilir.
Resolution/Release-Çözülme: Cinsel ilişki sonrası rahatlama\çözülme değerlendirilir.
Medical information-Tıbbi Öykü: Cinselliği etkileyen tıbbi öykü değerlendirilir.[20]
ALLOW Cinsel Sağlık Modeli
Ask (Soru sorma): Bu aşamada bireyin cinsel işlev ve cinsel aktivitesi değerlendirilir.
Legitimize (Onaylama): Bireyin probleminin cinsel işlev bozukluğu ile ilgili klinik bir sorun olduğu kabul edilir.
Limitations (Sınırların belirlenmesi): Değerlendirme sonucunda cinsel sorunlar belirlenir.
Open up (Açmak): Bireyin problemi tartışılır. Gerekirse bir uzmandan yardım alınır.
Work together (Birlikte çalışma): Sorunun çözümüne yönelik uygun bir hedef ve birey ile birlikte karşılıklı kabul edilebilir bir yönetim planı belirlenir, birey ile diyalog kurulur[22,28]

ortak olan alt boyutlar kaçınma, doyum, iletişim, dokunma ve ilişki sıklığı alt boyutlarıdır. Bu alt boyutlara ek olarak kadın formunda vajinismus ve orgazm bozukluğu, erkek formunda ise erken boşalma ve empotans alt boyutları bulunmaktadır.[29]

Hendrick Cinsel Tutum Ölçeği: Hendrick ve Hendrick tarafından geliştirilen ölçek 23 maddeli olup cinselliğin farklı yönlerine ilişkin tutumları ölçmek için kapsamlı bir ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2012 yılında Karaçam ve ark. tarafından yapılmıştır.[30]

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ASEX): Cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek amacı ile geliştirilmiş beş maddelik, kendi kendine uygulanan bir ankettir. Soykan 2004 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır.[31]

Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi (International Index of Erectil Function, IIEF-5): Bireyin son altı ayındaki ereksiyon ve cinsel fonksiyon durumunu belirlemek amacı ile geliştirilen beş soruluk formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2007 yılında Turunç ve ark. tarafından yapılmıştır.[32]

Florida Cinsel Öykü Ölçeği (Florida Sexual History Qestionnaire, FSHQ): Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Öksüz ve Malhan tarafından yapılmıştır. Erkek cinsel disfonksiyonunu değerlendirmek için 20 maddeden oluşan bir ölçektir.[33]

Palyatif Bakım Hastalarında Cinsel Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlık Uzmanlarının Rolleri

Palyatif bakımın tanımı gereği kapsam olarak bütüncül olduğu varsayılsa da cinsellik genellikle göz ardı edilmektedir.[13] Cinsellik bir kişinin kimliğinin ayrılmaz bir parçasıdır ve bu nedenle hasta cinsel sağlığının değerlendirilmesi hemşireler tarafından sağlanan bütüncül bakımın bir parçası olmalıdır.[5] Palyatif bakımda hasta ve partnerlerine cinsellik konusundaki endişelerini tartışmak için izin ve fırsat vermenin önemi oldukça büyüktür.[17] Sağlık uzmanı ile cinsel sorunlarını tartışma fırsatı bulamayan hasta ve partnerleri karmaşık cinsel işlev bozukluklarına daha yatkın olmaktadır.[6] Palyatif bakım veren sağlık profesyonelleri tarafından bütüncül (holistik) bakım yaklaşımı için hastalarının ve partnerlerinin cinsel yaşamlarını değerlendirme, mevcut sorunların kendileri için ne anlam ifade ettiğini anlama fırsatı sağlanmalı ve cinsel yaşamlarını sürdürebilmeleri için onlara destek olunmalıdır.[9] Sağlık uzmanlarının hasta ve partnerleri ile cinsellik hakkında tartışmayı başlatacak beceri ve öz güven ile hasta cinselliğini değerlendirebilecek bilgi ve becerilere sahip olması gerekmektedir. Bunun için sağlık uzmanları alana özel kurslara/hizmet içi eğitim programlarına katılmaları ve cinsel sağlığı değerlendirmede modellerin kullanılması için teşvik edilmelidir.[34]

Ülkemizde "Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (19.04.2011)" kapsamında kadın sağlığı ve hastalıkları hemşiresi görev, yetki ve sorumlulukları içerisinde cinsel sağlık ve üreme danışmanlığı yer almaktadır. Ayrıca aynı yönetmelikte cinsel sağlık eğitimi ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile güvenli cinsel ilişki eğitiminin hemşirenin bağımsız bir fonksiyonu olduğu gösterilmektedir.[35] Bu yönetmelik kapsamında palyatif bakım hastasının cinsel bakım gereksinimlerinin karşılanması için verilecek cinsel danışmanlıkta hemşireler eşsiz bir role sahiptir.

Palyatif bakım hastalarıyla cinsellik hakkında konuşmak yargılayıcı olmayan bir yaklaşım gerektirir. Hemşireler uygun iletişim teknikleri ile hasta ve partneriyle güvene dayalı bir ilişki kurmalıdır. Cinsellik hakkında konuşarak hasta ve partnerinin düşüncelerini açığa çıkarmalı, onları rahatlatmalıdır. Hemşire bakım verirken hasta ve partnerinin gereksinimlerinin biricik ve onlara özgü olduğunu göz önünde bulundurmalıdır. Her hastanın fiziksel, manevi, psikososyal gereksinimleri farklıdır ve dili, dini, rengi, etnik kökeni, yaşı, ekonomik durumu ne olursa olsun nitelikli bir bakım almaya hakkı vardır. Hastanın cinselliğiyle ilgili farklı yönelimlerinin, kültürel ve dini inanç ve uygulamalarının olabileceği bilinmeli ve buna saygı gösterilmelidir. Bunun için hemşirelerin kendi cinselliklerini, değerlerini ve tabularını bilmesi, bunları hastasına yansıtmadan cinselliğin tanılanıp değerlendirilmesi önemlidir.[10]

Sağlık uzmanlarının hastalarla cinsellik hakkında konuşabilmelerinin önemli ilk adımı, cinsellikle ilgili rahatlık düzeyleri ve palyatif bakım hastalarında cinselliğe yönelik kişisel tutumlarını keşfetmeleridir. Bunun için sağlık profesyonelleri kendilerine bazı sorular yöneltmelidir:

- Hastalarınızın cinsel ihtiyaçlarını değerlendirmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?
- Kendinizden farklı cinsel yönelime sahip hastalarla cinselliği tartışmak konusunda ne kadar rahatsınız?
- Yakın iş arkadaşlarınızla cinselliğinizin hangi yönleri hakkında konuşmakta zorlanıyorsunuz?
- Partneriniz ile cinsel ihtiyaçlarınız hakkında açıkça konuşabiliyor musunuz?
- Cinsellik hakkında konuşurken ne kadar rahat hissediyorsunuz ve nasıl bir his uyandırıyor sizde?
- Orgazm ve uyarılma gibi belirli kelimeleri kullanmak ne kadar rahat sizin için?
- Hastalara bakım verme de cinsel davranışlar ve cinsellik ile ilgili hangi kişisel değerleriniz çatışıyor? gibi soruları kendileri yöneltmeleri gerekir.[14, 36]

Hastanın genel sağlık durumu, hastalığı ve cinsellikle ilgili inanışları, cinselliğe karşı tutumu, geçmişteki ve şu anki cinsel yaşamının değerlendirildiği cinsel öyküsünün alınması gerekir. Ayrıca, hastanın cinsel ilişkide bulunup bulunmadığı, en son ne zaman cinsel ilişkide bulunduğu, cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ağrısı olup olmadığı, orgazm olabilme yeteneği ve son zamanlarda cinsel ilişkide yaşadığı değişiklikler gibi konular da cinsel öyküde sorgulanmalıdır.[24] Cinsel sağlığı değerlendirmede doğru soruları sorarak tartışmayı başlatmak önemlidir. Konuşmayı başlatacak bazı basit sorular bulunmaktadır. Bunlar:

- Hastalığınız/tedaviniz bir erkek/kadın olarak kendinizle ilgili duygularınızı nasıl değiştirdi?
- Bana hastalığınızın/tedavinizin bir partner olarak kendinizle ilgili hislerinizi nasıl değiştirdiğini söyleyebilir misiniz?
- Hastalığınızın teşhisinin partneriniz ile olan ilişkinizi (fiziksel/cinsel/duygusal) nasıl etkilediğinden biraz bahseder misiniz?
- Sağlık sorununuz eş/partner olarak rolünüzü nasıl etkiledi?
- Bir kadın/erkek olarak sağlık sorununuz hislerinizi nasıl etkiledi?
- (Sağlık sorununuz) cinsel işlevinizi nasıl etkiledi?
- Bu etki ne kadar önemli oldu sizin için?[15]

Elde edilen cevaplar, hastaya sunabileceğiniz herhangi bir yardım veya desteğin dayandırılacağı önemli bilgilerin toplanmasına yardımcı olacaktır. Cinsellik hakkında konuşurken bunun yaşamın bir parçası olan doğal bir durum olarak görüp, yargılayıcı tutum içerisinde olmadan ve duyarlı bir şekilde hastaya yaklaşılırsa hasta ile güvene dayalı bir ilişki geliştirilmiş olacaktır.[36]

Sağlık uzmanları hasta ve partner cinselliğini değerlendirirken;

- Hastanın gereksinimlerini belirlemek esastır,
- Hem hastalığın hem de tedavinin cinsel işlev ve ilişki üzerindeki etkileri dikkatle ele alınmalıdır.[5]
- Başlangıçta, öncelikle izin ve mahremiyet sağlanmalı, kişi odaklı bir yaklaşım benimsenmelidir,
- Cinselliği tartışmak için doğru zamanın ne zaman olduğu konusunda tartışmalar mevcuttur. Bazı sağlık profesyonelleri hastanın palyatif bakıma kabulünde cinsellik hakkında konuşmayı başlatmak için en iyi fırsatı sağladığı belirtmektedir.
- En az tabu olan konularla konuşmayı başlatmak hastanın kendisini daha rahat ifade etmesini sağlayabilir,
- Hastaların sağlık uzmanlarından dürüstlük bekledikleri için önemli olan yakınlık ve güvenin kurulmasıdır,
- Cinsellik hakkında bilgi verilirken hastanın hazır olup olmadığı ve konuşma isteği ölçülmelidir. Normalleştirici ve onaylayıcı bir dilin kullanılması, hastaların endişelerini giderebilir ve tedavilerinin cinsel işlevlerini nasıl etkilediğini anlamalarına yardımcı olabilir. Açık uçlu soruların sorulması, bireyleri endişeleri hakkında konuşmaya cesaretlendirmektedir.[14]
- Hasta dikkatli şekilde dinlenmeli, iletişim becerileri etkili şekilde kullanılmalı, yargılayıcı bir tutum içerisinde bulunulmamalı, hasta ve partnerinin bilgi ve kararlarına saygı duyulmalıdır.
- Sağlık profesyonelleri, cinsel öykü alma sürecinde bireylere kendilerini ifade edebilecekleri güven ortamı oluşturmalı, onlarla yargılayıcı olmayan bir ilişki kurmalı ve etkili iletişim becerileri kullanmalıdır.
- Hastalara konuşulan bilgilerin gizliliği konusunda teminat verilmelidir.
- Heteronormatif varsayımlardan kaçınılmalı, ayrım yapmaksızın tüm hastaların yaşam kalitesini artırmaya yönelik bakım hedeflerine odaklanmalı ve yargılayıcı olmamalıdır. Hasta bekar, lezbiyen, gay ve biseksüel olabilir. Bunu göz önünde bulundurarak, görüşmelerde 'karınız' veya 'kocanız' yerine 'eşiniz/partnerleriniz' kalıplarını kullanarak iletişimi başlatmak daha iyi olacaktır.[13]
- Tedavi sırasında ve sonrasında cinselliğin onlar için ne anlama geldiğini sorarken kişi odaklı bir iletişim tarzı kullanılmalı,
- Hastaların bireysel gereksinimlerine uygun doğru bilgiyi doğru zamanda doğru tarzda almaları sağlanmalıdır,
- Hastalara herhangi bir şeyi değiştirebilecek durumda olsalar neyin farklı olmasını istedikleri sorulabilir. Bu gelecekteki tartışmalara yardımcı olacaktır.
- Özellikle halk sağlığı hemşireleri, hastaların evlerine düzenli olarak ev ziyaretlerinde bulundukları için cinselliği değerlendirme olanağına sahiptir. Ev ziyaretlerinde hasta ve ailesinin bilgi eksiklikleri, yanlış inanışlar, tedavilerin cinselliğe etkileri, hasta ve partnerinin duygu ve düşünceleri tartışılmalıdır.[5, 36]
- Palyatif bakımın önemli hedeflerinden biri de yoğun semptom yönetimidir. Palyatif bakım sağlayan hemşireler, semptomları yönetmek için farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler kullanırlar. Örneğin, etkili olmayan ağrı kontrolü cinsel arzuyu azaltacaktır. Etkili ağrı yönetimi için hemşireler cinsel ilişkiden önce ağrı kesici ilaçların zamanlamasını ayarlayabilirler.[14]
- Hastaların cinsel aktivite için rahat pozisyonlar bulmalarına yardımcı olunmalı, yastık ve diğer destekleyici ekipmanların kullanımı önerilmelidir.[5]
- Partner ziyaretlerine izin vermeli,
- Hasta odalarının kapılarına "Rahatsız etmeyin" yazısı asılabilir,
- Palyatif bakım hemşirelerinin hasta/partner cinsel sorunlarını kapsamlı bir şekilde değerlendirmek ve yönetmek için multidisipliner ekip anlayışını benimsemesi gerekmektedir. Üroloji, jinekoloji, psikoloji, psikiyatri ve sosyal hizmet gibi diğer uzmanlıkların bakıma dahil edilmesi hastaların özel gereksinimlerini karşılayacaktır.[14]
- Palyatif bakım birimlerinde cinsellik hakkında yazılı bilgi, broşür, cinsel işlev bozukluğu için ilaçlar, masaj, gelişmiş ostomi bakımı, ağrı ve yorgunluğun giderilmesi gibi uygulamalarla hasta ve partner cinselliği desteklenmelidir. Yine, hastaların kendilerini temiz, taze ve güzel hissetmeleri için temel bir unsur hijyendir. Uygun hijyenin sağlanması hasta ve partnerin yakınlığını artırabilir.
- Mahrem gereksinimlerin karşılanmasında hastalar için özel oda ve çift kişilik yatakların temin edilmesi ile hemşireler veya diğer sağlık profesyonelleri tarafından kesintiye uğramadan hastalara 'özel zaman' tanınmalıdır.[12]
- Hasta/partnerlerin bir sorusu varsa, sağlık profesyonelinin utanma, zaman yetersizliği veya bilgi eksikliği nedeniyle sorulardan kaçmaması gerekir.
- Palyatif bakımda cinsel sağlık değerlendirmesinin anamnez formlarına, hasta değerlendirme formlarına eklenmesi konunun ele alınmasında önemlidir.[11]
- Sağlık profesyonelleri kendi bilgi, yetenek ve sınırlarının farkında olarak bilgi ve becerisini sürekli geliştirip yenilemelidir.[6, 37]

Palyatif bakımda cinselliğin değerlendirilmesinin tam olarak "kimin rolü" olduğu konusunda tutarsızlık olup multidisipliner ekip içerisindeki kafa karışıklıkları bakımın yetersiz sunumunda önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Ussher ve ark. (2013)'nın yaptığı çalışmada cinselliğin değerlendirilmesinde hangi meslek grubunun yapması gerektiği konusunda görüş farklılıkları olduğu belirlenmiştir. Hemşireler sağlık ekibinin diğer üyelerinin bu konuda sorumlu olduğunu düşünürken sağlık ekibi üyelerinin ise klinik psikoloğun rolü olduğuna inanmaktadır.[38]

Anahtar noktalar

- Cinsellik yaşam sonu dönemde de hasta ve partneri için önemlidir.
- Hasta ve partneri cinselliğin sağlık uzmanları tarafından ele alınmasını beklemektedir.
- Cinselliğe yönelik tartışmalar hassas, kültürel değerlere uygun yapılmalıdır.
- Cinsel danışmanlığın başlatıp sürdürülmesinde uygun modellerin kullanımı önemlidir.
- Cinsellik fiziksel olarak cinsel birleşme dışında başka şekillerde de ifade edilebilir.
- Hasta ve partnerin cinsel ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi onların acılarını arttırabilir.
- Palyatif bakımda cinsellik ve yakınlık hakkında iletişimi geliştirmek için farklı ekip üyeleri için açıkça tanımlanmış roller ve

net sevk yolları ile tamamlayıcı bir ekip yaklaşımı gereklidir. Hastaların ve partnerlerin cinselliğinin ve yakınlığının önemi-nin tüm ekip üyeleri tarafından kabul edilmelidir.

- Sağlık uzmanları için, palyatif bakımda LGBT hastaların cinsel ihtiyaçlarına ilişkin eğitim materyalleri geliştirilmelidir.
- Sağlık uzmanlarının cinsel öykü alma, cinselliği tanılama ve danışmanlık konularında bilgi/eğitim eksikliklerinin giderilmesi gerekmektedir.[6, 10, 17]

Sonuç

Cinsellik bireyin yaşamındaki en önemli gereksinimlerden biridir. Palyatif bakım hastası olmanın kişinin cinsel yaşamı üzerinde önemli etkisi bulunmaktadır. Sağlık profesyonelleri tarafından palyatif bakımda cinsellik konusu genellikle görmezden gelinir. Hastalarla cinsellik hakkında konuşmak çoğu sağlık profesyoneli için rahatsızlık vericidir ve cinselliğe ilişki tabu ve yargıları hastalarla cinsellik hakkında konuşmalarını zorlaştırmaktadır. Palyatif bakım merkezlerinde verilen hizmet kapsamında cinsel sağlığın değerlendirilmesi, gerekli durumlarda cinsel danışmanlık ve destek sunulması hasta merkezli bütüncül bakım yaklaşımını tamamlar ve bakımın kalitesini artırır. Hastaların cinselliğe ilişkin kaygı ve endişelerinin giderilmesi, sorun varlığında çözüm önerileri sunulması sağlık ekibinin profesyonel rolünün ve bütüncül bakımın bir parçası olmalıdır. Bunun için de sağlık uzmanlarına önemli görevler düşmektedir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The authors declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1 World Health Organization (WHO). Sexual health. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2 Erişim zamanı: 08.01.2022.
2. National Cancer Grid (NCG). Guidelines manual 2021-national coalition for hospice and palliative care. Erişim adresi: https://tmc.gov.in/ncg/images/NCG%20Guidelines_15122021.pdf Erişim zamanı: 01.02.2022
3. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). National Coalition for Hospice and Palliative Care 2020. Erişim adresi: https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/survivorship-crl-patient.pdf Erişim zamanı: 05.02.2022.
4. Redelman MJ. Is there a place for sexuality in the holistic care of patients in the palliative care phase of life?. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2008; 25 (5): 366-371. [Crossref]
5. Woodhouse J, Baldwin M. Dealing sensitively with sexuality in a palliative care context. *British Journal of Community Nursing*. 2008; 13 (1): 20-25. [Crossref]
6. de Vocht H, Hordern A, Notter J, van de Wiel H. Stepped skills: a team approach towards communication about sexuality and intimacy in cancer and palliative care. *The Australasian medical journal*. 2011; 4 (11): 610. [Crossref]
7. Bağçivan G, Seven M, Paşalak Şİ, Bilmiç E, Aydın Y, Öz G, Selçukbiricik F. Palliative care needs of the cancer patients receiving active therapy. *Supportive Care in Cancer*. 2022; 30 (1): 749-756. [Crossref]
8. Huffman LB, Hartenbach EM, Carter J, Rash JK, Kushner DM. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: A comprehensive review and clinical guide. *Gynecologic oncology*. 2016; 140 (2): 359-368. [Crossref]
9. Taylor B. Experiences of sexuality and intimacy in terminal illness: a phenomenological study. *Palliative medicine*. 2014; 28 (5): 438-447. [Crossref]
10. Coşkun A, Özerdoğan N. Palyatif bakımda cinsel sağlık. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; (4): 371-377. [Crossref]
11. Hjalmarsson E, Lindroth M. "To live until you die could actually include being intimate and having sex": A focus group study on nurses' experiences of their work with sexuality in palliative care. *Journal of clinical nursing*. 2020; 29 (15-16): 2979-2990. [Crossref]
12. Lemieux L, Kaiser S, Pereira J, Meadows LM. Sexuality in palliative care: Patient perspectives. *Palliative Medicine*. 2004; 18 (7): 630-637. [Crossref]
13. Grieblin TL. Sexuality and aging: a focus on lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) needs in palliative and end of life care. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2016; 10 (1): 101-295. [Crossref]
14. Leung MW, Goldfarb S, Dizon DS. Communication about sexuality in advanced ıllness aligns with a palliative care approach to patient-centered care. *Current oncology reports*. 2016; 18 (2):1-6. [Crossref]
15. White K. *Palliative care nursing a guide to practice*. (O'Connor MM, Aranda S). 978-1-138-03037-4 (eBook-PDF). CRC Press. Florida. 2003: 245-259.
16. Blagbrough J. Importance of sexual needs assessment in palliative care. *Nursing Standard*. 2010; 24 (52): 35-39. [Crossref]
17. Williams M, Addis G. Addressing patient sexuality issues in cancer and palliative care. *British Journal of Nursing*. 2021; 30 (10): 24-28. [Crossref]
18. Harding R, Epiphaniou E, Chidgey-Clark J. Needs, experiences, and preferences of sexual minorities for end-of-life care and palliative care: a systematic review. *Journal of palliative medicine*. 2012; 15 (5): 602-611. [Crossref]
19. Maingi S, Bagabag AE, O'mahony S. Current best practices for sexual and gender minorities in hospice and palliative care settings. *Journal of pain and symptom management*. 2018; 55 (5): 1420-1427. [Crossref]
20. Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinselliğin Değerlendirilmesinde PLISSIT Modeli'nin Kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 2 (4): 524-534.
21. Oskay Ü. *Onkoloji hemşireliği*. (Can G). ISBN: 978-605-335-068-2. Nobel tıp kitapevleri. İstanbul. 2014.
22. Evcili F. Using the model to assess sexual health. *Recent Advances in Health Sciences*. 2016: 361-366.
23. Ayaz S. Sexuality and nursing process: a literature review. *Sexuality and Disability*. 2013; 31 (1): 3-12. [Crossref]
24. Aygın D, Yaman Ö. Kanserli Hastalarda Cinsellik Nasıl Değerlendirilmeli?. *Androloji Bülteni*. 2017; 19 (3): 98-107. [Crossref]
25. Ölçer Z, Oskay Ü. Kanser hastalarına yönelik BETTER modeline yönelik bakış açısı. *Androloji Bülteni*. 2020; 22: 177-182. [Crossref]
26. Hatzichristou D, Kirana PS, Banner L, Althof SE, Lonnee-Hoffmann RAM, Dennerstein L, Rosen RC. Diagnosing sexual dysfunction in men and women: sexual history taking and the role of symptom scales and questionnaires. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016: 13: 1166-1182. [Crossref]
27. Aygin D, Eti-Aslan F. Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçe'ye uyarlaması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2005; 25(3): 393-399.
28. Yılmaz CA, Eryılmaz HY. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksinin (IFSF) Geçerlik- Güvenirlik Çalışması. *Androloji Bülteni*. 2004; 18: 275-276
29. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-rust cinsel doyum ölçeğinin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1993; 4: 83-88.
30. Karaçam Ö, Totan T, Korkmaz YB, Koyuncu M. Hendrick Cinsel Tutum Ölçeği Kısa Formunun Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012; 13 (2): 138.

31. Soykan A. The reliability and validity of arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J Impotance Research*. 2004; 16: 531-534. [Crossref]
32. Turunç T, Deveci S, Güvel S, Peşkircioğlu L.Uluslararası cinsel işlev indeksinin 5 soruluk versiyonunun (IIEF-5) Türkçe geçerlilik çalışmasının değerlendirilmesi. *Türk Üroloji Dergisi*. 2007; 33 (1): 45-49.
33. Öksüz E, Malhan S. Florida Cinsel Öykü Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizi. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*. 2005; 25: 204.
34. Evcili F, Demirel G. Patient's sexual health and nursing: a neglected area. *International Journal of Caring Sciences*. 2018; 11 (2): 1282-1288.
35. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Erişim adresi: https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html Erişim zamanı: 08.01.2022.
36. Nyatanga B. Sexuality in palliative care: More than sex. *British journal of community nursing*. 2014; 19 (3): 151 [Crossref]
37. Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. *Gulhane Medical Journal*. 2012; 54 (4): 329-334. [Crossref]
38. Ussher JM, Perz J, Gilbert E et al. Talking about sex after cancer: a discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients. *Psychol Health*. 2013; 28 (12): 1370-1390. [Crossref]

BÖLÜM 14
BASINÇ YARALANMASI

İbrahim KİYAT
Ayfer ÖZBAŞ

DOI: 10.5152/1814

Basınç Yaralanması

Pressure Injury

BÖLÜM HAKKINDA

Palyatif bakım hastalarında basınç yaralanmaları, uzun süreli yatak veya tekerlekli sandalye bağımlılığı gibi faktörlere bağlı olarak sık görülen ciddi sorunlardan biridir. Bu yaralanmaların önlenmesi için hastaların düzenli olarak değerlendirilmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi ve bireyselleştirilmiş önlemlerin alınması önem taşır. Deri bütünlüğünün korunması, uygun pozisyon verme ve değiştirme, beslenme ve hidrasyonun sağlanması, ayrıca hasta ve aile eğitiminin önemi vurgulanmalıdır. Etkili bir multidisipliner yaklaşım, hastanın yaşam kalitesini artırabilir ve basınç yaralanmalarının yönetiminde kritik rol oynar.

Anahtar kelimeler: Basınç yaralanması, önleme ve bakım, palyatif bakım

ABOUT the CHAPTER

Pressure injuries are one of the common serious problems in palliative care patients due to factors such as long-term bed or wheelchair dependence. To prevent these injuries, it is important to regularly evaluate patients, identify risk factors and take individualized precautions. The importance of maintaining skin integrity, appropriate positioning and changing, nutrition and hydration, and patient and family education should be emphasized. An effective multidisciplinary approach can improve the patient's quality of life and plays a critical role in the management of pressure injuries.

Keywords: Pressure injury, palliative care, prevention and management

T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA 1453

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenciler:

1. Basınç yaralanmasını tanımlar ve yaranmanın risk faktörlerini açıklar.
2. Basınç yaralanmalarını önlenmesinde etkili yaklaşımları planlar.
3. Basınç yaralanmalarının evrelendirmesini yapar, tedavi ve bakımı planlar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Basınç yaralanması:** Deri üzerine sabit ve uzun süreli basınçtan kaynaklanan deri ve altındaki dokularda meydana gelen yaralanmalardır.

2. **Doku toleransı:** Derinin ve destek dokularının bir yastıkçık görevi görerek ve basıncı deri yüzeyinden iskelet sistemine aktararak basıncın etkilerini tolere etme yeteneğidir.

3. **Risk faktörü:** Derinin uzun süre ve sürekli basınca maruz kalmasına katkıda bulunan veya derinin basınca karşı toleransını azaltan herhangi bir unsurdur.

4. **Risk değerlendirme ölçekleri:** Basınç yaralanmasına neden olan risk faktörlerinin bir dizi parametreye göre puanlandırmak içim kullanılan araçlardır.

5. **Basınç yaralanmaları evrelendirme:** Basınç yaralanmalarının sınıflandırılması ve tanımlanması için kullanılan yöntemlerdir.

Giriş

Palyatif bakım hastaları basınç yaralanması riski en yüksek hasta popülasyonlarından biridir. Bu özel popülasyonda basınç yaralanmasını önlemek ve tedavi etmek hastanın konforunu ve yaşam kalitesini artırmak oldukça önemlidir. Basınç yaralanmalarının önlemesi

İbrahim Kiyat[1]

Ayfer Özbaş[2]

[1] İstanbul Üniversitesi–Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı, İstanbul, Türkiye
[2] Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye

E-posta: ibrahimkiyat@klu.edu.tr
ayfer.ozbas@iuc.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Kiyat İ, Özbaş A. Basınç Yaralanması. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 141-147.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

için öncelikle hastanın ve risk durumun değerlendirilmesi gerekmektedir. Risk değerlendirmesini yaparken onaylanmış ve güvenilir ölçekler tercih edilmelidir. Palyatif bakımda önemli bir konumda olan hasta ve ailesi basınç yaralanmasını önlenme ve tedavi sürecinde etkin rol alabilmektedir. Hastanın palyatif bakıma kabulünden taburcu olduktan sonra evde bakıma kadar olan süreç boyunca hasta ve ailesine eğitim ve danışmanlık verilmelidir. Basınç yaralanmasını önlemede bir diğer adım deri bütünlüğünü değerlendirme ve deri bakımıdır. Hastanın yatakla veya tekerlekli sandalye ile temas eden vücut bölgeleri dahil olmak üzere deri baştan ayağa kadar değerlendirilmelidir. Değerlendirme kapsamına; deride renk değişimi, lokalize sıcaklık, sertlik veya yumuşaklık, ödem, ağrı, yara varlığı gibi belirti ve bulgular dahil edilmelidir. Pozisyon verme ve değiştirme palyatif bakım hastalarında basınç yaralanmalarının önlemesinde her ne kadar önemli olsa da asıl önemli olan bu hastaların rahatını ve konforunu sağlamak olmalıdır. Beslenme ve hidrasyon deri bütünlüğünü sürdürmede ve yara iyileşmesini hızlandırma önemli bir faktördür. Palyatif bakım tedavisi alan risk altındaki hastaları iyi belirlemek için nütrisyon tarama ölçekleri kullanılmalıdır ve malnütrisyon riski belirlenen hastalara beslenme desteği sağlanmalıdır. Palyatif bakım hastalarında basınç yaralanması çoğu zaman iyileşmeyebilir. Bu hastalarda yara bakımı daha çok yara semptomlarını kontrol altına almaya ve hastanın konforunu sağlamaya yönelik olmalıdır.

Basınç Yaralanması

Geçmişte bası yarası, yatak yarası, basınç ülseri, dekübit ülseri olarak da ifade edilen basınç yaralanması, deri üzerine sabit ve uzun süreli basıncın neden olduğu deri ve altındaki dokularda meydana gelen yaralanmalardır.[1] Sürekli ve uzun süreli basınç deri ve altındaki dokularda kanın normal akışını durdurur bunun sonucunda hücreler ölür ve deride yaralanma oluşur. Buna ek olarak, sürtünme, makaslanma ve doku iskemisi de basınç yaralanmasına katkıda bulunabilir.[1,2]

Basınç yaralanması özellikle yüksek risk altında olduğu düşünülen bireylerde hızla gelişebilir. Yüksek risk altındaki bireyler arasında bebekler, kırılgan, hareket kabiliyeti kısıtlı veya diyabetli bireyler ve deri nemi artmış, beslenmesi bozulmuş veya palyatif bakım ihtiyacı olan bireyler yer almaktadır. Aşağıdaki faktörler basınç yaralanması gelişme olasılığını artırabilir veya var olan basınç yaralanmalarının kötüleşmesine neden olabilir.[3,4]

- İmmobilizasyon veya fiziksel aktivitede azalma (örn., hastalık veya ameliyat sonrası uzun süre yatağa bağlı kalma)
- Kan akımını azaltan veya deri elastikiyetini etkileyen tıbbi durumlar (örn., diyabet, arter hastalığı, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, multipl skleroz, Parkinson hastalığı)
- İnkontinans veya derinin uzun süreli nemli kalması
- Yetersiz beslenme ve hidrasyon
- Bilişsel bozukluk
- Yaşlanmak
- Palyatif ve yaşam sonu bakım gereksinimleri
- Akut hastalıklar
- Eşlik eden yandaş hastalıklar
- Kullanılan tıbbı araçlar

Palyatif yara bakımı, deride değişiklik gelişmesine neden olabilecek herhangi bir etiyolojiye sahip, uzun süreli potansiyel olarak yaşamı sınırlayıcı, tek veya birden fazla hastalığı olan hastaların bakımını içerir. Bu nedenle palyatif bakım hastaları basınç yaralanmaları açısından yüksek riskli hasta grubuna girer. Palyatif bakım ortamındaki yaraların yaklaşık %68'inin basınç yaralanmaları olup prevelansları %13 ile %17 arasındadır.[5,6]

Yara bakımının karmaşıklığı göz önünde bulundurulduğunda, yara bakımının etkin bir şekilde sürdürülmesinde sağlık uzmanlarının, hasta ve bakıcılar ile sürekli iş birliği çok önemlidir.[7]

Basınç Yaralanmalarında Etkili Risk Faktörleri

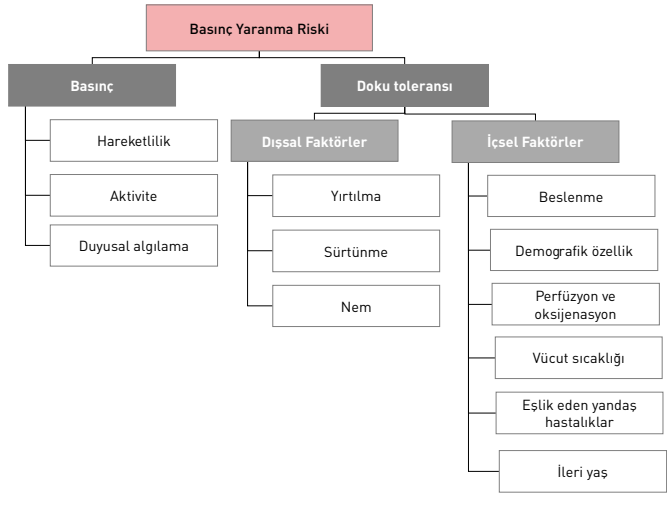
Basınç yaralanmalarının önlenmesinde risk altındaki hastaların değerlendirilmesi ve belirlenmesi ve bireyselleştirilmiş bir önleme planının uygulanması gerekmektedir.[8] Risk değerlendirilmesi, basınç yaralanması ile ilişkili bireysel ve çevresel risk faktörlerinin dikkate alınmasını içerir. Derinin uzun süre ve sürekli basınca maruz kalmasına katkıda bulunan veya derinin basınca karşı toleransını azaltan nedenler risk faktörü olarak tanımlanır. Uzun süreli ve sürekli basınca maruz kalma ve doku toleransında azalma basınç yaranmalarının gelişmesinde önemli iki temel faktördür. Basınç yaralanması ile ilişkili diğer faktörler Şekil 1'de gösterilmiştir.[4,8,9]

Basınç

Derinin basınca maruz kalmasını artıran risk faktörleri duyusal algı, aktivite, hastanın vücut pozisyonu değiştirme yeteneği ve hareket kabiliyeti ile ilgilidir. Bu risk faktörleri içerisinde yer alan bazı durumlar şunları içerir[3,9]:

- Obezite
- Kognitif bozukluk
- İlaç Kullanımı (hiponotikler, analjezikler, sedatifler)
- Diyabet
- Sipinal kord yaralanması
- İnme
- Multipl skleroz
- Travma
- Ameliyat
- Bir yerde çok uzun süre yatan/oturan hastalar

Şekil 1. Artan basınç yaralanması ile ilişkili risk faktörleri



Doku Toleransı

Doku toleransı, derinin ve destek dokularının bir yastıkçık görevi görerek ve basıncı deri yüzeyinden iskelet sistemine aktararak basıncın etkilerini tolere etme yeteneğidir. Doku toleransını etkileyen faktörler hem dışsal hem de içsel faktörleri içerir.[9,10]

Dışsal (Ekstrinsik) Faktörler

Yırtılma, sürtünme ve nem derinin basıncı tolere etme yeteneğini etkiler.

Yırtılma (Makaslanma): Vücudun deri ve temas yüzeyi arasındaki dirence karşı koymasına neden olan teğetsel bir yükten oluşturulan mekanik bir kuvvettir. Derin fasya iskeletle birlikte hareket ederken derinin dış katmanları (epidermis ve dermis) sabit kalır ve dermis ile derin fasya arasındaki kan damarlarında ve lenfatik sistemde bozulma yaratır. Bu tromboza ve kılcal damarlarda tıkanmaya yol açar.[3,8,9]

Sürtünme: İki yüzey birbiri üzerinde hareket ettiğinde ortaya çıkan, deri ile temas yüzeyi arasında kaymaya neden olan ve direnç oluşturan mekanik bir kuvvettir. Sürtünme, derinin yatak üzerindeki hareketinden dolayı gelişebilir ve hastanın derisine zarar verebilir.[3,8,9]

Nem: Deri uzun süre neme maruz kaldığında maserasyona neden olarak epidermisin dış güçlere karşı direncini değiştirir. Nem aşırı terleme, yara eksüdası, idrar ve/veya dışkıdan kaynaklı oluşabilir.[3,8,9]

İçsel (İntrinsik) Faktörler

İçsel faktörler, destekleyici dokuları, vasküler ve lenfatik sistemi etkileyerek derinin toleransını azaltır. Oksijenasyonu, doku perfüzyonunu, lenfatik işlevi bozan durumlar ve eşlik eden yandaş hastalıklar basınç yaralanma riski artırır. Bunlara ek olarak şunları da içerir.[4,8,9]

- Sigara içmek
- Anemi
- Düşük kan basıncı
- Diabetes mellitus
- Lenfödem
- Yüksek vücut sıcaklığı
- Dehidrasyon
- Malnütrisyon
- Böbrek yetmezliği
- Dolaşım bozukları
- Karsinom
- Periferik arter hastalığı
- Kardiyopulmoner hastalık
- İleri yaş

Basınç Yaralanmalarının Önlenmesi

Palyatif bakım hastalarında basınç yaralanmasının gelişmesini tetikleyen pek çok risk faktörü vardır. Bu risk faktörleri birbirinden bağımsız değildir ve birden fazla olması basınç yaralanması gelişme riskini daha da artırır. Palyatif bakım hastalarında basınç yaralanmasını önlemek için risk faktörlerinin belirlenmesi esastır. Basınç yaralanması risk faktörlerini belirlemek için tüm hastalar palyatif bakım hemşiresi tarafından kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir.[11,12]

Kapsamlı değerlendirme aşağıda yer alan uzsurları içermelidir:

- Hastanın ve risk durumunun değerlendirilmesi
- Hasta ve ailelerin eğitimi
- Deri bütünlüğünü değerlendirme ve deri bakımı
- Basıncın yeniden dağıtılması
- Beslenme ve hidrasyon durumunun değerlendirmesi

Hastanın ve Risk Durumunun Değerlendirilmesi

Palyatif bakım hemşiresi hastanın basınç yaralanması riskini belirlemek için kapsamlı ve bütünsel bir risk tanılaması yapmalıdır. Değerlendirme sırasında bir risk tanılama ölçeğinden yararlanılabilir. Ölçekler, basınç yaralanmasına neden olan risk faktörlerinin bir dizi parametreye göre puanlandırmak için kullanılan araçlardır.[12] Risk değerlendirme ölçekleri aşağıdaki durumlarda kullanılmalı ve gerektiğinde tekrarlamalıdır.

- Kliniğe kabulden sonra mümkün olan en kısa zamanda ve en az sekiz saat içinde,
- Uzun dönemli bakım hastalarında ilk 1 ayda haftalık, daha sonra 3 ayda bir,
- Hastanın sağlık durumunda değişiklik olduğunda,
- Hasta bir servisten başka bir servise transfer edildiğinde,
- Taburcu olmadan önce[9,13]

Braden Ölçeği, Norton Ölçeği veya Waterlow Ölçeği yetişkin hastalarda Braden Q Ölçeği çocuk hastalarda basınç yaralanması riskini değerlendirmek için onaylanmış ve güvenilir ölçeklerdir.[14] Palyatif bakım hemşiresi tüm bu risk değerlendirme ölçeklerini kullanmanın yanında klinik bilgi ve becerilerinin bir sentezini kullanmalıdır.[15–17]

Braden Risk Değerlendirme Ölçeği

Braden ölçeği; duyusal algı, nemlilik, aktivite, hareket, beslenme, sürtünme ve kesme olmak üzere altı risk faktörünü içermektedir. Ölçekteki risk faktörleri 3 veya 4 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekte elde edilen toplam puan sonucuna göre hastada basınç yaralanma riski düşük, orta veya yüksek olarak belirlenir.[18,19]

Braden risk değerlenme ölçeğinde değerlendirilen risk faktörleri ve toplam risk puanına göre hastanın risk durmu Tablo 1'de gösterilmiştir.

Norton Risk Değerlendirme Ölçeği

Norton ölçeği; fiziksel durum, mental durum, aktivite, hareketlilik, inkontinans olmak üzere beş risk faktörünü içeren 4'lü Likert bir ölçektir. Ölçekte 12 ve üzerinde puan alan hastalarda basınç yaralanma riski düşük olduğu kabul edilir.[18,19]

Waterlow Risk Değerlendirme Ölçeği

2005'te revize edilen Waterlow ölçeği; beden kitle indeksi (BKİ), deri tipi, cinsiyet, yaş, malnütrisyon taraması, kontinans, hareketlilik gibi risk faktörleri ve özel risk faktörlerini (doku malnütrisyon, nörolojik bozukluk, ilaçlar, majör cerrahi veya travma) içerir. Ölçek basınç yaralanması açısından risk altındaki, yüksek risk altındaki veya çok yüksek risk altındaki hastaları belirlemek için kullanılmaktadır. Ölçekte risk faktörlerinde elde edilen toplam puan artıkça risk düzeyi de artmaktadır.[20]

Tablo 1. Braden risk değerlendirme ölçeği

Risk faktörleri	Puan 1	2	3	4	Puan
Duyusal algı	Tamamen yetersiz	Çok yetersiz	Biraz yeterli	Tamamen yeterli	
Nemlilik	Sürekli ıslak	Çok ıslak	Bazen ıslak	Nadiren ıslak	
Aktivite	Yatağa bağımlı	Sandalyeye bağımlı	Bazen yürüyebiliyor	Sık sık yürüyebiliyor	
Hareket	Tamamen hareketsiz	Çok hareketsiz	Az hareketli	Hareketli	
Beslenme	Çok yetersiz	Yetersiz	Yeterli	Çok İyi	
Sürtünme ve kesme	Harekette yardıma ihtiyacı var	Olası bir problem yok	Görünür bir sorun yok		
				Toplam puana göre risk	

Toplam puan
≤12 ise risk yüksek, 13-14 arasında ise risk orta, 15-16 arasında ise risk düşük, 75 yaş ve üstü bireylerde 15-18 arasında ise risk düşük

Braden Q Risk Değerlendirme Ölçeği

Braden Q ölçeği 5 yaş altındaki çocuklar için geliştirilmiştir. Ölçekte hareketlilik, aktivite, duygusal algılama, nem, sürtünme yırtılma, beslenme, doku perfüzyonu ve oksijenasyon olmak üzere yedi risk faktörünü içermektedir. Her risk faktörü 4 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçek toplam puanın, 16-23 aralığında olması orta derecede risk, 13-15 puan aralığında ciddi risk, 10- 12 puan aralığında yüksek risk ve 9 puan altında ise çok yüksek risk olduğunu göstermektedir.[21]

Hasta ve Ailelerin Eğitimi

Hasta ve aileleri, palyatif bakımın temel bir parçasıdır. Palyatif yara bakımının karmaşıklığı göz önüne alındığında, hasta sonuçlarını iyileştirmek, hasta ve ailesinin endişelerini ele almak için multidisipliner ekibin iş birliğini birleştiren bütünsel bir yaklaşım gereklidir. Hasta ve ailesinin multidisipliner ekiple birlikte çalışması basınç yaralanmasının önlenmesinde ve yönetilmesinde etkili olabilir. Palyatif bakım hemşiresi palyatif bakım hastasını günlük olarak basınç yaralanmaları açısından değerlendirmektedir ve izlemektedir. Hastada basınç yaralanma riski varsa palyatif bakım hemşiresi hasta ve ailelerine yönelik bir eğitim planı geliştirmelidir.[7,22] ve eğitim planın içeriği aşağıdaki bilgileri içermelidir[7]

- Basınç yaralanmasını hastanede önleneme
- Basınç yaralanmasının belirtileri ve semptomları
- Basınç yaralanmalarının en çok ortaya çıktığı vücut bölgeleri
- Basınç yaralanmasına neden olan risk faktörleri
- Basınç yaralanmasının evde bakımı

Bunların dışında hasta ve ailelerine basınç yaralanmasını önlemek için etkili ve uygun stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olacak ve onlara katkıda bulunacak literatür sağlanmalıdır.[7]

Deri Bütünlüğünü Değerlendirme ve Deri Bakımı

Hastanın deri durumu, derinin basınca maruz kalmaya verdiği yanıtın ve devam eden basınç yaralanması riskinin en önemli erken göstergesidir. Deri baştan ayağa kapsamlı olarak değerlendirilmelidir.[23] Yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağımlı palyatif bakım hastalarında derinin yatak ve sandalye ile temas ettiği vücut bölgeleri kontrol edilmelidir. Basınç yaralanmasını önleme ve tedavi kılavuzları derinin renk değişimi, lokalize sıcaklık, ödem, sertlik, deri hasarı ve ağrı açısından değerlendirmesini önermektedir. Koyu deri rengine sahip hastalarda doku hasarı daha zor belirlenebileceği için deri lokalize sıcaklık, ödem, sertlik ve ağrı açısından özellikle dikkatli incelenmelidir. Basınç, sürtünme ve kesme risk faktörleri nedeniyle derinin yüksek risk altındaki vücut bölgeleri (sakrum, topuklar, dirsekler, bilekler, skapula, kostalar gibi) sık olarak değerlendirilmelidir. Bunların dışında pansumanların, protezlerin veya tıbbi cihazların altındaki ve etrafındaki deri yakından incelenmelidir. Hastadan basınçla ilişkili rahatsızlık veya ağrı hissettiği alanlarını belirlenmesi istenmeli ve bu alanların değerlendirilmesine dikkat edilmelidir. Deri hijyeni, deri bütünlüğünü korumak için önemlidir.[2,7,14] Basınç yaralanmasına yönelik geliştirilen tedavi kılavuzları palyatif bakım hastalarında deri bakımı için aşağıdaki önerileri sunmaktadır.[7,16,17]

- Deri hijyeninde kullanılan sabun ve sıvı temizleyicilerinin deri pH'ına uygun, parfümsüz ve alkolsüz olmasına ve banyo suyunun ılık olmasına dikkat edilmelidir.
- Derideki nemliliği korumak ve kuruluğu önlemek için sade, parfümsüz bir nemlendirici ürün kullanılmalıdır.
- Basınç yarası açısından yüksek riskli kemik çıkıntıları veya vücut bölgeleri için bariyer kremler deri bütünlüğünü korumada faydalı olabilir.
- Hastanın derisini sert ovalanmamalı veya masaj yapılmamalıdır.
- İnkontinasın deri üzerine olası zararlı etkisini en aza indirilmeli. Derinin temizliği dikkatli bir şekilde yapılmalı ve kuru tutulmalı.

Basıncın Yeniden Dağıtılması

Sürekli basınç, vücutta iskemiye neden olan deri ve yumuşak doku yaralanmasına neden olur. Normal şartlarda sürekli basınçtan kaynaklanan ağrı, kişiyi pozisyon değiştirmeye yönlendirir. Ancak özellikle fiziksel veya psikolojik kısıtlamalar nedeniyle pozisyonunu değiştiremeyen, duyusal algılaması azalmış ve ağrıyı algılama yeteneği bozulmuş palyatif bakım hastalarında pozisyon

değiştirememek basınç yaralanması için önemli bir risk faktörüdür. Düzenli pozisyon değiştirme ve döndürme ile palyatif bakım hastalarında basınç yaralanmasının önlenmesi hedeflense de asıl bakımın içeriği hastanın konforunu artırmak ve onurunu korumak için özelleştirilmelidir. Basınç yaralanmasına yönelik geliştirilen tedavi kılavuzları palyatif bakım hastalarında basıncın yeniden dağıtılması için aşağıdaki önerileri sunmaktadır.[7,16,17]

- Hastanın isteklerine ve toleransına göre düzenli olarak pozisyonun değiştirilmeli ve döndürülmeli.
- Basıncı yeniden dağıtmak için uygun pozisyon değiştirme programı oluşturulmalıdır. Bunu oluştururken hastanın bireysel tercihleri, bağımsızlık düzeyi, tıbbi durumu ve kullanılan destek yüzeyleri göz önünde bulundurulmalıdır.
- Hareket ederken hastanın ağrı seviyesi izlenmeli ve önemli düzeyde ağrısı olan hastalarda pozisyon değişikliğinden 20-30 dakika önce analjezik uygulanmalıdır.
- Hastaya pozisyon değiştirmenin nedenleri açıklanmalı ve pozisyon değiştirdikten sonra genel rahatlığı değerlendirilmelidir.
- Konfor, palyatif bakım hastalarında birincil öneme sahip olup, önleme ve yara bakımının yerine geçebilir.
- Basıncın yeniden dağıtımı ve konforu iyileştirmek için destek yüzeyi değiştirilebilir.
- Uzun süre hareket edemeyen palyatif bakım hastaları standart hastane yatakları üzerinde yatıyorsa her iki saatte bir, havalı yatak veya köpük yatak gibi basıncı yeniden dağıtan bir yatak üzerinde yatıyorsa her dört saatte bir pozisyon verilmelidir.[7,16,17]
- Pozisyon değiştirirken;
- Sakrum, dirsekler ve büyük trokanterleri basınç ve sürtünmeye karşı korunmalıdır.
- Kemik çıkıntıların doğrudan temasını ve bireyin basınç yarası üzerine yatmasını önlemek için (bireyin tercihine göre en az rahatsızlık veren pozisyon değilse) gerektiğinde köpük ya da yastık gibi pozisyon verme ekipmanları kullanılmalıdır.
- Topukların yatak yüzeyinden yukarı olduğundan emin olunmalıdır. Bunun için yastık veya jel pet kullanılabilir.
- Oturan hastalarda kemik çıkıntılar ile yüzey arasındaki basıncın şiddetini azaltmak için bir oturma minderi kullanılmalıdır.
- Hasta ve/veya ailesine pozisyon değiştirmek için hatırlatıcı stratejiler uygulanmalıdır.
- Hastaların bakım ve tedavilerini yaparken, transfer ederken veya pozisyon değiştirirken uygun cihazları ve teknikleri kullanmak sürtünme ve kesme kuvvetlerini azaltabilir.[7,16,17]

Beslenme ve Hidrasyon Durumunun Değerlendirilmesi

Sağlıklı deri ve yara iyileşmesi için yeterli beslenme ve hidrasyon önemlidir. Yetersiz beslenme hem basınç yaralanmaların gelişimini hem de yara iyileşmesini olumsuz etkileyen bir faktördür. Nütrisyon taraması, malnütrisyon riski olan veya malnütrisyonlu hastaların erken tanımlanmasını destekler. Nüfusa ve kliniğe uygun, onaylanmış tarama araçları kullanılarak nütrisyon taraması ve değerlendirmesi yapılmalıdır. Beslenme desteği, malnütrisyonu önlemek, pozitif nitrojen dengesini korumak ve biyokimya değerlerini eski haline getirmek veya sürdürmek için uygun şekilde sunulmalıdır.[14] Basınç yaralanmasına yönelik geliştirilen tedavi kılavuzları palyatif bakım hastalarında beslenme ve hidrasyon durumunun değerlendirilmesi için aşağıdaki önerileri sunmaktadır[7,16,17]:

- Bireyin durumuna ve isteklerine göre uygun beslenmesi ve hidrasyonu sürdürülmelidir. Birey sağlık durumu nedeniyle yemek yiyemiyor veya yemek istemiyorsa yeterli beslenme desteği genellikle elde edilemez.
- Bireyin tercih ettiği sıvıları içmesine ve yiyecekleri yemesine izin verilmelidir.
- Bireye gün boyunca yeterli miktarda öğün verilmelidir.
- Basınç yaralanmasının iyileşmesi hedeflendiğinde, bireyin diyetine protein içerikli besin takviyeleri eklenmelidir.[7,16,17]

Basınç Yaralanmalarının Evrelendirilmesi

Basınç yaralanmaları evrelendirilme sistemleri kullanılarak sınıflandırılır ve tanımlanır. Basınç yaralanmasını önleme ve tedavi kılavuzları doku kaybının düzeyini belirlemek ve belgelemek için bir basınç yarası sınıflandırma sisteminin kullanılmasını önermektedir.[16] Ulusal Basınç Yarası Danışma Paneli'nin (National Pressure Injury Advisory Panel-NPIAP) 2016 yılında yayınlamış olduğu evrelendirme sistemi şekil 2'de gösterilmiştir.[24]

Evre 1 Basınç Yarası

- Deriye parmakla bastırıldığında solmayan eritem mevcuttur.
- Koyu deri rengine sahip hastalarda solmayan eritem olmayabilir bunun yerine çevre alandan farklı bir renk olabilir.
- Evre 1 basınç yarası bölgesindeki görsel değişiklikler solmayan eritem, duyu, sıcaklık ve sertlik geliştirkten sonra görülür.[16,24,25]

Evre 2 Basınç Yarası

- Canlı, kırmızı-pembe, nemli yara yatağının ve kısmi kalınlıkta dermis kaybının olduğu yüzeysel yaralardır. Ayrıca sağlam veya yırtılmış serum dolu büller de görülebilir.[16,24,25]

Evre 3 Basınç Yarası

- Deri kaybının olduğu yaralardır. Adipoz doku ve granülasyon doku görülür, ancak kas, kemik, fasya, tendon gibi daha derin dokular görülmez.
- Nekrotik doku ve/veya eskar, yara cepleri ve tünelleşmeler görülebilir.[16,24,25]

Evre 4 Basınç Yarası

- Kas, kemik, fasya, tendon gibi derin dokuların görülebildiği ya da palpe edilebildiği tam kalınlıkta deri ve doku kaybının olduğu yaralardır.
- Sıklıkla nekrotik ve/veya eskar, yara cepleri ve tünelleşmeler görülür.[16,24,25]

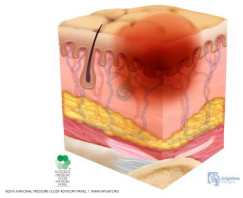
Evrelendirilemeyen Basınç Yarası

- Nekrotik doku veya eskardan dolayı doku derinliğinin belirlenemediği tam kalınlıkta deri ve doku kaybının olduğu yaralardır.
- Nekrotik doku veya eskar yaradan uzaklaştırılırsa Evre 3 veya Evre 4 basınç yaralanması ortaya çıkar.[16,24,25]

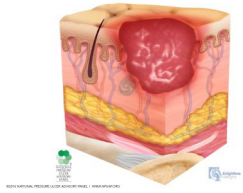
Derin Doku Basınç Yarası

- Basınç ve/veya kesme nedeniyle deri altındaki yumuşak dokuda kalıcı solmayan koyu kırmızı, kestane rengi, mor renk değişikliğinin görüldüğü sağlam deri veya sağlam olmayan deri.
- Ağrı ve sıcaklık hissi çoğunlukla deri renk değişikliğinden önce meydana gelir. Koyu deri rengine sahip hastalarda renk değişimi farklı olabilir.[16,24,25]

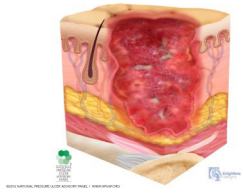
Şekil 2. NPIAP basınç yaralanması evrelendirme sistemi[a]



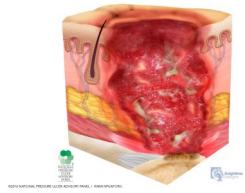
Evre I Basınç Yaralanması - Ödem



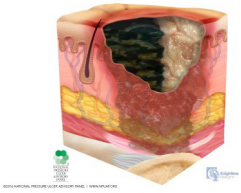
Evre II Basınç Yaralanması



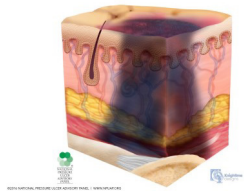
Evre III Basınç Yaralanması



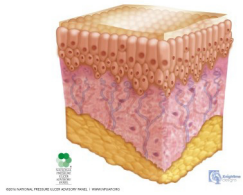
Evre IV Basınç Yaralanması



Evrelendirilemeyen Basınç Yaralanması



Derin Doku Basınç Yaralanması



Mukoz membran

[a] NPIAP izniyle kullanılmıştır (15/07/2024).

Mukozal Membran Basınç Yarası

- Tıbbı cihaz kullanımına bağlı olarak mukoz membranda meydana gelen yaralanmalardır.[16,24,25]

Basınç Yaralanmalarının Bakımı

Palyatif bakım, semptom yönetimine ve hastanın konforuna odaklanırken, basınç yaralanmalarının tedavisi bakımın önemli bir yönünü oluşturur. Yara tedavisi palyatif bakım hastası için bireyselleştirilmiş bakım planlarını içermelidir. Palyatif bakım hastalarında çoğu zaman basınç yaralanmaları iyileşemeyebilir. Bu nedenle yara bakımı; ağrıyı azaltmayı, kokuyu en aza indirmeyi, eksüdayı kontrol altına almayı ve yaşam kalitesini etkileyebilecek diğer semptomları yönetmeye odaklanmalıdır.[7,17] Basınç yaralanmasına yönelik geliştirilen tedavi kılavuzları palyatif bakım hastalarında yara bakımı için aşağıdaki önerileri sunmaktadır[7,16,17]:

Hastanın yaşam kalitesini ve konforunu artırmaya yönelik:

- Yara iyileşmesi ve kapanması tedaviye yanıt vermediğinde müdahaleler kişinin yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik olmalıdır.
- Basınç yaralarının bireyin ve ailesinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi incelenmelidir.
- Birey başlangıçta ve bireyin durumunda herhangi bir önemli değişiklik olursa bakım planını tekrar değerlendirilmelidir.
- Birey yaşamın son günlerinde değilse basınç yaralanması, başlangıçta ve her pansuman değişiminde olacak şekilde en az haftada bir kez değerlendirilmeli ve bulguları kaydedilmelidir.
- Hasta konforunu devam ettirmek ve yara semptomlarının (ağrı, koku, eksüda) yönetimi için basınç yaralanması izlenmelidir.
- Basınç yarasının ve çevresinin bireyin tercihleri göz önünde bulundurarak bakımı sağlanmalıdır.[7,16,17]

Yaranın temizliği ve debridmanın sağlanmasına yönelik:

- Yarada travmayı en aza indirmek ve kokuyu kontrol etmek için her pansuman değişiminden sonra yara serum fizyolojik veya toksik olmayan bir temizleyici ile temizlenmelidir.
- Enfeksiyonu ve kokuyu kontrol etmek için yaradaki nekrotik dokular debride edilmelidir.
- Bireyin durumuna uygun olduğunda ve bakımın genel hedefleriyle tutarlı olduğunda, basınç yaralanmasının yara yatağındaki veya kenarlarındaki nekrotik doku debride edilmelidir.
- Gerek olduğunda konservatif, cerrahi olmayan (otolitik) debridman kullanılmalıdır.
- Kolay kanayan hassas dokularda cerrahi debridman yapılmamalıdır.[7,16,17]

Uygun yara örtüsü seçilmesine yönelik:

- Yaradaki eksüdayı emebilen, kokuyu kontrol edebilen, yara çevresindeki deriyi kuru tutabilen ve yaranın kurumasını önleyebilen bir yara örtüsü tercih edilmelidir. Yara iyileşmesi için yarayı nemli tutan ve birey için rahat olan bir yara örtüsü seçilmelidir.
- Biyolojik yükü ve kokuyu kontrol etmek için antimikrobiyal, yara ağrısını azaltmak için hidrojel, yüksek miktardaki eksüdayı kontrol etmek ve yaradaki kullanım süresini uzatmak için köpük veya aljinat bir yara örtüsü kullanılabilir.
- Eksüda kontrolü ve temizliği için polimerik bir membran köpüğü, pansumanın çıkarılmasıyla ilişkili ağrıyı hafifletmek için silikon yara örtüleri, yara çevresindeki deriyi korumak için bariyer etkili ürünler veya yara örtüsü kullanılabilir.[7,16,17]

Yara enfeksiyonunun ve kokunun önlenmesine yönelik:

- Yara, enfeksiyon belirtileri (artan ağrı, hassasiyet, ödemli ve soluk koyu renkli granülasyon dokusu, kötü koku, yarada bozulma, yara yatağında cepleşme, gecikmiş iyileşme) açısından değerlendirilmelidir.
- Kokuyu kontrol etmek için uygun şekilde seyreltilmiş antiseptik solüsyonlar sınırlı bir süre kullanılabilir.
- Anaerobik bakteriler ve protozoal enfeksiyonlarla ilişkili basınç yaralanması kokusunu etkili bir şekilde kontrol etmek için topikal metronidazol kullanılabilir.
- Kokuyu azaltmaya yardımcı olmak için kömür veya aktif kömür yara örtüsü kullanılabilir.

- Oda için eksternal koku emiciler (aktif kömür, kedi kumu, sirke, vanilya, kahve çekirdekleri) kullanılabilir.[7,16,17]

Ağrının azaltılmasına yönelik:

- Bireyin sağlığına bağlı olarak her nöbet değişiminde, pansuman değişimlerinde ve gün boyunca gerektiğinde rutin bir basınç yaralanması ağrı değerlendirilmesi yapılmalıdır.
- Basınç yaralanması tedavisine bağlı olan veya olmayan ağrı ilk muayenede, haftalık olarak ve her pansuman değişiminde değerlendirilmelidir.
- Eğer kontrendike değilse, pansuman değişimlerinden veya uygulanan girişimlerden 30 dakika önce ve sonra opioid ve/veya nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar uygulanmalıdır.
- Basınç yaralanması ağrısının azaltılmasında lidokain içeren preparatlar kullanılabilir.
- Palyatif bakımda diamorfin hidrojel açık basınç yaraları için etkili bir analjezik tedavidir.
- Basınç yaralanması bakımını daha konforlu hale getirmek ve sık pansuman değişimine bağlı ağrıyı azaltmak için kullanım süresi daha uzun yara örtüleri tercih edilebilir.
- Nonfarmakolojik yöntemler (müzik, gevşeme, pozisyon değişikliği, meditasyon, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), hayal kurma) basınç yaralanması ağrısı olan hastaya bazen faydalı olabilir.[7,16,17]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The authors declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Ayello EA, Delmore B, Smart H, Sibbald RG. Survey Results from the Philippines: NPUAP Changes in Pressure Injury Terminology and Definitions. *Advances in Skin & Wound Care* [Internet]. 2018;31(1):601-606. Available from: https://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2018/01000/Survey_Results_from_the_Philippines__NPUAP_Changes.4.aspx [Crossref]
2. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M, McNichol L, Moore L, Sieggreen M. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing.* 2016;43(6):585-597. [Crossref]
3. Greenhalgh DG. Pressure Injury in the Critically Ill Elderly Patient. *Current Geriatrics Reports* [Internet]. 2019;8(3):167-172. [Crossref]
4. Sezgünsay E, Başak T. Yaşlılarda Basınç Yaralanması Risk Faktörleri. *Geriatrik Bilimler Dergisi*. 2019;2(2):50-57.
5. Ferris A, Price A, Harding K. Pressure ulcers in patients receiving palliative care: A systematic review. *Palliative Medicine*. 2019 Jul 1;33(7):770-782. [Crossref]
6. Artico M, Dante A, Angelo D d', Lamarca L, Mastroianni C, Petitti T, et al. Prevalence, incidence and associated factors of pressure ulcers in home palliative care patients: A retrospective chart review. *Palliative Medicine* [Internet]. 2018;32(1):299-307. Available from: [Crossref]
7. Woo KY, Krasner DL, Kennedy B, Wardle D, Moir O. Palliative Wound Care Management Strategies for Palliative Patients and Their Circles of Care. *Advances in Skin & Wound Care* [Internet]. 2015;28(3):130-140. Available from: https://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2015/03000/Palliative_Wound_Care_Management_Strategies_for.9.aspx [Crossref]
8. Tanrıkulu F, Dikmen Y. Yoğun Bakım Hastalarında Basınç Yaraları : *Journal of Human Rhythm*. 2017;3(4):177-182.
9. Basınç Ülserlerinin Önlenmesi Hızlı Başvuru Kılavuzu [Internet]. 2009 [cited 2022 Feb 28]. Available from: https://www.yoihd.org.tr/images/cust_files/110418091525.pdf
10. Efteli E. An important problem in nursing care; pressure sores. Current Perspectives on *Health Sciences*. 2020;1(1):1-10.
11. Tekin N. Palyatif Bakım Hastalarında Basınç Yaraları. *Smyrna Tıp Dergisi* . 2016;(2):53.
12. Kottner J, Cuddigan J, Carville K, Balzer K, Berlowitz D, Law S, et al. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019. *Journal of Tissue Viability.* 2019 May 1;28(2):51-58. [Crossref]
13. Arıkan B, Yavuz van Giersbergen M. Basınç yaralarının değerlendirilmesi ve yönetimi: Kanıta dayalı uygulama önerileri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 2018;(15):11-25.
14. Aydın Sayılan A. Evidence-Based Practices for the Prevention of Pressure Ulcers. J*ournal of Health Services and Education*. 2019 Mar 15;3(1):7-10. [Crossref]
15. Tezcan B, Karabacak Gülseven B. Basınç yaralanmalarının önlenmesinde daha iyi sonuçlara doğru: Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;10(1):49-54.
16. Basınç Ülserlerinin/Yaralarının Önlenmesi ve Tedavisi: Hızlı Başvuru Kılavuzu 2019 [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 6]. Available from: https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2021/01/qrg-2019-turkish.pdf
17. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide [Internet]. 2016 [cited 2022 Mar 6]. Available from: https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf
18. Fırat Kılıç H, Sucudağ G. Basınç Yarası Değerlendirilmesinde Sık Kullanılan Ölçekler. *JAREN*. 2017;3(1):49-54.
19. Adıbelli Ş, Korkmaz F. Yetişkin hastalarda basınç yarası gelişme riskini değerlendirmede kullanılan ölçekler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;9(2):136-140. [Crossref]
20. Avşar P, Karadağ A. Waterlow basınç ülseri risk değerlendirme ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik-güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2016;3(3):1-15.
21. Bora Güneş N, Kılıçarslan Töruner E. Çocuk Hastalarda Braden Q Basınç Ülseri Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;17(1):6-14.
22. Langemo DK, Black J, Panel and the NPUA. Pressure Ulcers in Individuals Receiving Palliative Care: A National Pressure Ulcer Advisory Panel White Paper©. *Advances in Skin & Wound Care* [Internet]. 2010;23(2):59-72. Available from: https://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2010/02000/Pressure_Ulcers_in_Individuals_Receiving.7.aspx [Crossref]
23. Orhan B. Basınç yaralarını önleme kılavuzu: kanıta dayalı uygulamalar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* . 2017;26(4):427-440. [Crossref]
24. NPIAP Pressure Injury Stages [Internet]. [cited 2022 Mar 6]. Available from: https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/online_store/npiap_pressure_injury_stages.pdf
25. Basınç Yarası ve Aşamaları [Internet]. [cited 2022 Mar 6]. Available from: https://www.yoihd.org.tr/images/cust_files/161118082243.pdf

BÖLÜM 15
ANKSİYETE

Özlem KAÇKİN
Sevil YILMAZ

DOI: 10.5152/1815

Anksiyete

Anxiety

BÖLÜM HAKKINDA

Bu bölüm, palyatif bakımda anksiyetenin yönetimini ele almaktadır. Sebebi tam olarak bilinmeyen, içten ya da dıştan gelen tehlike beklentilerine karşı tehdit durumu olarak tanımlanan anksiyetenin, hastadan hastaya bireysel farklılıklar gösterse de palyatif bakım sürecindeki hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen semptomlardan biri olduğu saptanmıştır. Bu nedenle bu bölümde, bu alandaki temel unsurlar kapsamlı bir biçimde incelenmiştir. Bu bölümün amacı, palyatif bakımda anksiyetenin yönetimini ile ilgili okuyuculara rehber olmaktır. Okuyucular, bu bölüm sayesinde palyatif bakımda anksiyetenin nedenleri, prevelansı, etiyolojisi, risk faktörleri, tanılama süreci ve yönetimi konusunda gerekli bilgileri öğrenmek ve bu alandaki etkili uygulamaları keşfetmek konusunda kapsamlı bir kaynak elde edeceklerdir.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, anksiyete, semptom yönetimi, hasta, hemşirelik

ABOUT the CHAPTER

This chapter deals with the management of anxiety in palliative care. Anxiety, which is defined as a state of threat against internal or external danger expectations of unknown cause, has been found to be one of the symptoms that negatively affect the quality of life of patients in the palliative care process, although it shows individual differences from patient to patient. In this chapter, the basic elements in this field are analysed comprehensively. The aim of this chapter is to guide the readers about the management of anxiety in palliative care. Through this chapter, readers will obtain a comprehensive resource to learn the necessary information about the causes, prevalence, aetiology, risk factors, diagnostic process and management of anxiety in palliative care and to discover effective practices in this field.

Keywords: Palliative care, anxiety, symptom management, patient, nursing

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ T.C. CERRAHPAŞA 1453

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

1. Palyatif bakım alan hastalarda anksiyeteyi tanılama
2. Palyatif bakım ile ilişkili anksiyetenin yönetiminde kullanılan yaklaşımları bilme
3. Palyatif bakım ile ilişkili anksiyetenin yönetiminde ailenin önemini kavrama
4. Anksiyetenin yönetiminde kullanılan teknikleri söyleme
5. Palyatif bakım sürecinde hasta eğitiminin önemini kavrama

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Anksiyete:** Sebebi tam olarak bilinmeyen, içten ya da dıştan gelen tehlike beklentilerine karşı tehdit durumudur.

Giriş

Palyatif bakımın ana odak noktası, yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip hastaların semptomlarını yöneterek yaşam kalitelerinin iyileştirilmesidir.[1] Sebebi tam olarak bilinmeyen, içten ya da dıştan gelen tehlike beklentilerine karşı tehdit durumu olarak tanımlanan anksiyetenin, hastadan hastaya bireysel farklılıklar gösterse de palyatif bakım sürecindeki hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen semptomlardan biri olduğu saptanmıştır.[2] Önceki çalışmalarda, palyatif bakım sürecinde olan hastalarda birçok faktör ile ilişkili olarak ortaya çıktığı belirtilen anksiyetenin, en sık görülen psikolojik semptomlardan biri olduğu ancak genellikle hafife alındığı, fark edilmediği veya tedavi edilmediği, bu durumun hastaların acı çekmesine, var olan semptomlarının tetiklenmesine, dolayısıyla hastanın tıbbi tedavi ve bakım sürecinin olumsuz etkilenmesine katkıda

Özlem Kaçkin

Sevil Yılmaz

Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-posta: ozlemkackin.711@gmail.com
sevil.yilmaz@iuc.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Kaçkin Ö, Yılmaz S. Anksiyete. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 149-155.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

bulunduğu belirtilmiştir.[3,4] Ayrıca anksiyetenin, artan semptom yükü, fiziksel, duygusal ve bilişsel işlevsellik düzeyinde azalma ve düşük yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir.[5] Bu nedenle, anksiyetenin erken dönemde sistematik olarak sorgulanması, kaydedilmesi/belgelenmesi ve yönetilmesinin etkili bir palyatif bakım süreci açısından önemli olduğu vurgulanmıştır.[6] Kitabın bu bölümünde palyatif bakım alan hastalarda anksiyete ve anksiyetenin yönetimine ilişkin yaklaşımlar sunulmuştur.

Tanım

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklar ile ilişkili sorunlarla karşı karşıya kalan hasta ve ailelerinin, erken teşhis, doğru değerlendirme ve tedavi aracılığıyla acılarının önlenmesi ve giderilmesi yoluyla yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır.[1] Palyatif bakımın ana odak noktası, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip hastaların semptomlarını hafifleterek, hastaların yaşam kalitesini iyileştirmektir.[1] Ancak palyatif bakım sürecinde, hastalığın doğası ve tedavi süreciyle ilişkili olarak ortaya çıkan olumsuz durumlar nedeniyle birçok fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunla karşı karşıya kalan hastaların yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmiştir.[3,7] Bu süreçte hastalarda, iştahsızlık, yorgunluk, kas ağrıları, enerji azalması, ağız kuruluğu, mide-bağırsak şikayetleri, nefes darlığı gibi birçok fiziksel semptomlara ek olarak psikolojik semptomlar sık görülmektedir.[8]

Sebebi tam olarak bilinmeyen, içten ya da dıştan gelen tehlike beklentilerine karşı tehdit durumu olarak tanımlanan anksiyetenin, hastadan hastaya bireysel farklılıklar görülmekle beraber palyatif bakım sürecindeki hastaların en sık deneyimlediği psikolojik semptomlardan biri olduğu belirlenmiştir.

Sebebi tam olarak bilinmeyen, içten ya da dıştan gelen tehlike beklentilerine karşı tehdit durumu olarak tanımlanan anksiyetenin, hastadan hastaya bireysel farklılıklar görülmekle beraber palyatif bakım sürecindeki hastaların en sık deneyimlediği psikolojik semptomlardan biri olduğu belirlenmiştir.[2] Anksiyetenin yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip olmanın veya yaklaşan ölümün karmaşık belirsizliğine doğal bir yanıt olduğu düşünülse de kendi başına klinik olarak önemli bir sorunu temsil ettiği saptanmıştır.[9] Ayrıca anksiyetenin, artan semptom yükü, fiziksel, duygusal ve bilişsel işlevsellik düzeyinde azalma ve düşük yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir.[5] Önceki çalışmalarda, palyatif bakım alan hastalarda anksiyetenin genellikle hafife alındığı, fark edilmediği veya tedavi edilmediği, bu durumun hastaların acı çekmesine, var olan semptomlarının tetiklenmesine, dolayısıyla hastanın tıbbi tedavi ve bakım sürecinin olumsuz etkilenmesine katkıda bulunduğu belirtilmiştir.[3,4]

Prevelans

Palyatif bakım alan hastaların depresyon, anksiyete ve uyum bozukluğu düzeylerinin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında hastalar arasında anksiyete oranının %9,8 (6,8–13,2) olduğu belirlenmiştir.[10] Başka bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında anksiyete prevelansının %3,6 ile %58,3 arasında değiştiği saptanmıştır. Ek olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen çalışmalarda (%20,8), Avrupa'da yürütülen çalışmalara göre (%17,2) daha yüksek bir yaygınlık bildirdiği bulunmuştur.[11] Benzer şekilde İspanya'da yapılan bir çalışmada ileri evre kanser hastaları arasında anksiyete görülme sıklığının %36 olduğu, hastalık süreciyle ilgili olumlu beklentilerin kaygı ve depresyonun azalmasına yardımcı olabileceği bulunmuştur.[12] Naser ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada ise, yatarak tedavi gören kanser hastaları arasında anksiyete prevelansının %19,1-19,9 arasında değiştiği, yatan hasta kliniklerinde ve hastalığın ileri evrelerinde prevelansın daha da yüksek olduğu, tedavi sürecinde antidepresanların yetersiz kullanıldığı ve tedavi protokolünün bir parçası olarak ruhsal bozuklukların dikkate alınması gerektiği bildirilmiştir.[13]

Etiyoloji

Anksiyete, palyatif bakım sürecindeki hastalarda sık görülen bir semptomdur ve altta yatan birçok fiziksel ve psikiyatrik hastalığa bağlı olarak ortaya çıkabilir.[14] Diğer yandan, çocukluk çağı travmaları, özellikle ihmal, istismar öyküsü, geçmiş kayıp ve yas deneyimleri, aile içi şiddet öyküsü, düşük benlik saygısı, etkisiz baş etme stratejileri ve stresli yaşam olayları anksiyetenin etiyolojisinde yer alan faktörlerdendir. Ayrıca birinci derece akrabalarında anksiyete bozukluklarının varlığı gibi genetik faktörler, patolojik aile ilişkileri, aile içi çatışmalar, şiddet ve mali kaygılar gibi psikolojik sıkıntılar anksiyeteye neden olabilir, aile üyelerine yük olma endişesi ise var olan anksiyeteyi daha da kötüleştirebilir.[14,15]

Psikodinamik kuram, anksiyetenin temelde id, ego ve süperego arasındaki çatışmalar, erken dönemde yaşanan olumsuz çocukluk deneyimleri ve etkisiz savunma mekanizmalarla ilişkili olduğunu vurgularken, varoluşçu kuram anksiyetenin bireyin, 'var olma' durumuna yönelik tehdidin bir sonucu olarak ortaya çıktığını öne sürmektedir.[16] Bilişsel davranışçı kurama göre ise, geçmiş deneyimlerle elde edilen tehlike temalı şemalar ve inançlar, kritik bir olay veya durum karşısında aktive olur. Bu aktivasyon "hiçbir şey yolunda gitmeyecek, her şey kötü olacak vb." olumsuz otomatik düşünceleri harekete geçirerek anksiyetenin ortaya çıkmasında neden olmaktadır.[4,17] Anksiyetenin etiyolojisinde yer alan faktörler Şekil 1'de gösterilmiştir.

Risk Faktörleri

Bazı tıbbi durumlar ve bireysel faktörler palyatif bakım sürecinde hastanın anksiyete deneyimleme riskini arttırmaktadır. Endokrin, kardiyolojik sistem ve solunum sistemiyle ilişkili bozukluk, sıvı elektrolit dengesizliği olan ve ağrı düzeyi yüksek hastaların palyatif bakım sürecinde anksiyete açısından yüksek risk altında olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, uyum bozukluğu, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, fobi, depresyon, madde kötüye kullanımı gibi ruhsal bozukluğu olan bireylerin anksiyete deneyimleme riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.[18] Diğer yandan sıklıkla anksiyetenin kişilik özellikleriyle ilişkili olduğu, özellikle içe dönük, nevrotik, kaçıngan ve çekingen kişilik özeliklerine sahip bireylerin anksiyete açısından risk altında olduğu varsayılmıştır. Ek olarak çocukluk çağı ihmal, istismar ve şiddete maruz kalma öyküsünün varlığı, geçmiş kayıp ve yas deneyimleri, stresli yaşam olayları gibi bireysel faktörlerin anksiyete için risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Ayrıca birçok araştırmada düşük psikolojik sağlamlık, etkisiz baş etme stratejileri, düşük benlik saygısı, düşük sosyal destek ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan bireylerin anksiyete deneyimleme riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır.[18-20] Blanco ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada ise, özellikle ailesinde

Şekil 1. Anksiyetenin etiolojisinde yer alan faktörler



depresyon öyküsü olan ve travmatik deneyim sayısı yüksek kadınların anksiyete açısından risk altında oldukları saptanmıştır.[19]

Dinamik kurama göre id'in istekleri ve süperegonun bakısı arasında gerilim hisseden ego anksiyete üretir. Dolayısıyla zayıf ve güçsüz ego, anksiyete için risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Ego çocukluk çağında primer bakım vericilerin desteğiyle gelişmektedir. Çocukluk çağında id'in istek ve ihtiyaçları nedeniyle ortaya çıkan duygularını bastıran, sık içsel çatışma yaşayan, istek ve ihtiyaçları karşılanırken seçim hakkı sunulmayan, primer bakım vericileri tarafından tercih edilen seçimleri yaşayan, cinsel istek ve arzularını ifade edemeyen bireylerin anksiyete açısından risk altında oldukları belirlenmiştir.[21] Ayrıca olumsuz otomatik düşünceleri yoğun, ölümü başkalarıyla ilişkilerin ve özerkliğin kaybı veya önerilen bir geleceğin kaybı yoluyla varlığın ve benliğin anlamının yok olması olarak algılayan bireylerin anksiyete deneyimleme riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir.[4,17] Tüm bu risk faktörleri göz önünde bulundurularak anksiyetenin erken dönemde sistematik olarak sorgulanması, kaydedilmesi/ belgelenmesi ve yönetilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır.[6]

Tanılama

Anksiyete, strese karşı oluşan olağan bir yanıt olan savaş ya da kaç tepkisinin aktivasyonu ile ilişkili ortaya çıkan fiziksel, zihinsel ve davranışsal değişikliklerdir.[20] Anksiyetenin tanılaması ve uygun müdahale yaklaşımlarının planlanabilmesi için uygun psikiyatrik değerlendirme ve fizik muayene gerekmektedir. Bu nedenle palyatif bakım sürecinde anksiyetenin tanılanmasında, objektif ve sübjektif verilerin dikkatle gözlenmesi önemlidir. Bu süreçte hastanın mevcut hastalık geçmişi (Önceki hastalık süreçleri, tanı ve tedavi protokolleri, ilaç etki ve yan etkileri, yatarak tedavi alma deneyimi), geçmiş psikiyatrik öyküsü, genel tıbbi öykü ve madde kullanımı öyküsü, kişisel öykü (örn. psikolojik gelişim, yaşam olayları ve bu olaylara verdiği tepki), sosyal, mesleki ve aile öyküsü (Ailede kayıp ve yasın varlığı, ihmal, istismar, şiddet, kalıtsal hastalıklar), hastanın eğitim ve bilgi düzeyinin dikkatle incelenmesi önerilmektedir. Ayrıca, fiziksel ve zihinsel durum muayenesinin, uygun tanı aracı ve kriterlerinin dikkatle incelenmesi önerilmektedir (Tablo 1)

Yönetimi

Semptom değerlendirmesi ve yönetimi, palyatif bakımın önemli bir parçası olup, hasta ve ailesi için bütüncül ve hasta merkezli bakım sağlamanın temelini oluşturmaktadır.[22] Palyatif bakımda semptomların çoğu, farmakolojik ve/veya nonfarmakolojik yaklaşımlar kullanılarak etkin bir şekilde yönetilebilir; bu nedenle palyatif bakım hizmeti veren tüm klinisyenlerin semptom değerlendirmesi ve yönetimi konusunda eğitimli olması önemlidir. Aşağıda, palyatif bakım sürecinde anksiyetenin yönetimine ilişkin kanıtlar gözden geçirilmiştir.[23]

Non-Farmakolojik Yaklaşımlar

Palyatif bakımda non-farmakolojik yaklaşımlar, sıklıkla psikoterapiler, stres yönetimi, egzersiz programları, nefes egzersizleri, gevşeme teknikleri, masaj, dokunma, tamamlayıcı tedaviler, yaşam tazı değişikliklerini içermektedir.[15,23,24]

Psikoterapi

Palyatif bakım alan hastalarda anksiyete hem tıbbi hem de psikososyal faktörlerle ilişkili olarak ortaya çıkabilmektedir. Hastalığa bağlı artan engellilik ve işlevsellikte azalma, tedavi süreci ve ilaçlara bağlı yorgunluk, ağrı ve yan etkileri yönetme zorluğu,

Tablo 1. Anksiyetenin Yaygın Belirtileri[a]

Fiziksel Belirtiler	Psikolojik Belirtiler	Bilişsel Belirtiler	Davranışsal belirtiler
• Baş Dönmesi • Yorgunluk • Çarpıntı • Kas Ağrıları ve Gerginlik • Titreme • Ağız Kuruluğu • Aşırı Terleme • Nefes Darlığı • Karın Ağrısı • Bulantı • Baş Ağrısı • Uykusuzluk	• Huzursuzluk • Korku Duygusu • Konsantrasyon Zorluğu • Dikkat dağınıklığı • Bazı Durumlardan Kaçınma İsteği • Gerginlik • Tedirginlik	• Hipervijilans • Konstantrasyonda güçlük • Akıl yürütmede zorluklar • Düşüncelerini kontrol etmede zorlanma • Bilişsel çarpıtmalar • Korku ile ilgili inançlar • Korkutucu imgeler, hayaller ve otomatik düşüncelerin sıklığında artış	• Kaçma • Kaçınma • Dona kalma • Elleri ovuşturma • Agresyon • Ajitasyon

[a]Connor SR. *The global atlas of palliative care.* 2. baskı. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA). 2020 kaynağından uyarlanmıştır.[1]

kötü prognoz üzerine varoluşsal sıkıntı gibi nedenler psikolojik müdahalelerin uygulanmasını gerektirmektedir.[4] Palyatif bakım alan hastalara yönelik uygulanan bilişsel-davranışçı terapi (BDT), problem çözme terapisi, farkındalık temelli yaklaşımlar ve destekleyici-ifade edici grup terapisi gibi psikoterapötik müdahalelerin anksiyeteyi yönetmede yararlı olduğu saptanmıştır.[4] Ancak palyatif bakım sürecindeki kötü fiziksel koşullar, ilaçlar ve bilişsel zorluklar nedeniyle, randevuların uzunluğu ve planlaması konusunda daha fazla esneklik sağlanması önerilmektedir.[25] Ayrıca bibliyoterapi/kendi kendine yardım kitapları veya psikoterapötik müdahaleler içeren internet/bilgisayar tabanlı programların anksiyeteyi yönetmede etkili olduğu belirlenmiştir.[24]

Psikodinamik Psikoterapi

Psikodinamik psikoterapi, hastanın anksiyetesini azaltmak için egonun güçlendirilmesi ve ilkel savunma mekanizmalarının olgun savunma mekanizmalarına dönüştürülmesi gerektiğini vurgulanmaktadır. Bunun için hastayla terapötik ilişki kurulması, hastanın duygularını ifade etmesinin sağlanması, çocukluk çağı olumsuz anıların altında saklı kalan duyguların keşfedilmesi ve bu anıların yeniden işleme yoluyla acı vermeyen anılara dönüştürülmesi sağlanır. Ayrıca, hastanın geçmişte bastırdığı dürtü ve arzularının dile getirilmesi, bu dürtü ve arzuların mümkün olduğunca ve sağlıklı yollarla doyurulması, hastanın ihtiyaç duyduğu koşulsuz sevgi ve onayın verilmesi anksiyeteyi azaltmada yararlıdır.[21]

Bilişsel-Davranışçı Psikoterapi

BDT, bireylerin kaygıyı alevlendiren irrasyonel düşünce (mantık dışı, us dışı) ve inançlarını yeniden çerçevelemelerine ve kaygı uyandıran durumlara kademeli olarak maruz kalma yoluyla korku ve kaçınmalarının üstesinden gelmelerine yardımcı olmaktadır.[4] Bu terapi yaklaşımında, hastanın, geçmiş deneyimlerle elde edilen tehlike temalı şemalar ve inançlarının belirlenmesi, bu inançlarının tetiklenmesine neden olan olay ve durumların belirlenmesi, ve olumsuz otomatik düşüncelerinin keşfedilmesi yoluyla anksiyete semptomlarının şiddet ve yoğunluğunun azaltılması hedeflenmektedir. Greer ve ark. (2012) tarafından tedavi edilemeyen malignitelerle birlikte anksiyetesi olan hastalara özgü, kanserle ilgili anksiyeteyi ve hastalığın ilerleyiciliğini yönetme becerilerini içerecek şekilde uyarlanan kısa bir BDT müdahalelerinin, hastaların anksiyete semptomlarını azalttığı saptanmıştır.[4]

Şekil 2. Palyatif bakım sürecinde anksiyetenin yönetimine ilişkin kanıtlar

Önleyici Müdahaleler

- Hastaya bilgi verilmesi
- Hastanın sorularının yanıtlanması
- Hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesinin sağlanması
- Nefes egzersizleri
- Zihinsel topraklama
- Güvenli alan uygulaması

Kouyucu Müdahaleler

PSİKOTERAPİLER
- Psikodinamik psikoterapi
- Bilişsel-Davranışçı Psikoterapi
- Varoluşçu Terapi
- Müzik terapisi

DESTEK GRUPLARI

TAMAMALAYICI YAKLAŞIMLAR
- Egzersiz (Nefes ve kas gevşeme egzersizleri)

Tedavi Edici Müdahaleler

FARMAKOLOJİK TEDAVİLER
- Benzodiazepinler
- Nöroleptikler
- Antidepresanlar,
- Antihistaminikler
- Beta Blokerlerin

PSİKOTERAPİ

Varoluşçu Terapi

Palyatif bakım sürecinde ölümün yaklaşması, çoğu zaman içsel bir mücadeleye ve kişinin varoluşunu yeniden değerlendirmesine yol açmaktadır. Bu süreçte hasta kontrolü kaybettiğini hissedebilir, dini değerlerle mücadele içine girebilir veya temel yaşam çatışmaları ortaya çıkabilir.[26] Ölüm anksiyetesinin incelendiği bir sistematik derlemede, ileri evre kanser hastaları için yaşamın anlamı, amaç, ilişkiler ve ölüm gibi varoluşsal temaların oldukça önemli olduğu saptanmıştır.[16] Bu durum, Murata ve Morita tarafından varoluşsal ızdırap olarak kavramsallaştırılmıştır. Bu kavram, başkalarıyla ilişkilerin kaybı, özerkliğin kaybı veya önerilen bir geleceğin kaybı yoluyla varlığın ve benliğin anlamının yok olmasının neden olduğu acı olarak tanımlanmıştır. Ölüm anksiyetesiyle ilişkili çalışmalarda çoğunlukla varoluşsal ıstırabı iyileştirmek için Murata ve Morita tarafından tanımlanan alanların kullanıldığı belirlenmiştir.[17] Bu alanlar ilişkileri sürdürmek ve güçlendirmek, kontrol duygusunun yeniden kazanılması, benliğin sürekliliği duygusunu sürdürmek, başkalarına yük olma duygusunu azaltmak, aile, toplum ve arkadaşlar ile tartışmalar, ölüm süreciyle ilgili endişelerin giderilmesi ve umudu sürdürmek olarak belirlenmiştir.[17]

Müzik Terapisi

Bradt ve ark. (2021) tarafından kanser hastalığı olan erişkinlerin psikolojik ve fiziksel durumunu iyileştirmek amacıyla uygulanan müzik terapisi ve müzik içeren tıbbi müdahalelerinin, hastaların anksiyete düzeyini azaltmada yararlı olduğu belirlenmiştir.[27] Örneğin Warth ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada monokordda canlı olarak çalınan yatıştırıcı sesler ve vokal doğaçlamayı içeren 30 dakikalık müzik terapisinin, palyatif bakım hastalarının anksiyete düzeyini azalttığı saptanmıştır.[28]

Destek Grupları

Palyatif bakım sürecinde kendi kendine yardım veya destek grupları, yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele eden hastaların, sorunlarını ve deneyimlerini başkalarıyla paylaşmasına olanak sağlamaktadır.[26] Bu müdahalelerin, anksiyeteye neden olan bireysel tetikleyicileri belirleme, anksiyeteyle başa çıkma becerilerini geliştirme, yaşam kalitesini yükseltme, sosyal ilişkileri geliştirme, hastalığın kabulü, duygusal ve sosyal destek sağlama, güç ve umut geliştirme ve birbirlerine yardım etme sayesinde palyatif bakım sürecinde hastaların anksiyeteyi yönetmelerine katkı sağladığı bildirilmiştir.[15,26,29]

Tamamlayıcı Yaklaşımlar

Lopes-Júnior ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada, palyatif bakımda semptom yönetiminin, çoğunlukla farmakolojik müdahaleye odaklandığı, bu nedenle yeterince yönetilemediği, artan ıstırap ve düşük yaşam kalitesi ile sonuçlandığı bildirilmiştir. Ayrıca psikososyal iyilik halini karşılamak ve bu hastaların aynı anda karşı karşıya kaldıkları hastalık semptomlarının yönetiminde tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının palyatif bakım sürecine dahil edilmesi önerilmiştir.[30] Terapötik masaj, tamamlayıcı sağlık yaklaşımları arasında yer alan, düşük riskli, manipülatif vücut temelli bir fiziksel müdahaledir.[30,31] Terapötik masajın deri, kas-iskelet sistemi, sinir, dolaşım, lenfatik, solunum ve endokrin sistemler gibi çeşitli sağlık durumları üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir.[32] Konuyla ilişkili olarak Genik ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada da terapötik masajın düşük maliyetli bir müdahale olduğu, hastalık türü ve metastazın yerine göre standardize edilmiş 60 dakikalık müdahalenin kaygı, korku ve ağrıyı azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.[31]

Egzersiz

Çok sayıda çalışma, kanser tedavisi sırasında ve sonrasında egzersizin etkinliğini ve güvenirliğini desteklemektedir.[33,34] Palyatif bakım sürecindeki ileri evre kanser hastalarında fiziksel egzersizin etkilerini inceleyen bir meta analizin sonuçları, özellikle hastanın bireysel özelliklerine göre uyarlandığında ve denetlendiğinde alışılmış tıbbi bakımla birlikte uygulanana egzersizin, yaşam kalitesinin artması, fiziksel işlev ve bağımsızlık, duygusal iyilik hali ve semptom kontrolü (kansere bağlı yorgunluk ve ağrı gibi) gibi birçok konuda yararlı olduğunu göstermiştir.[33] Konuyla ilişkili olarak Malcolm ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada saatlik grup pilates tabanlı egzersiz programının etkinliği değerlendirilmiş, egzersizin, anksiyeteyi azaltmanın yanı sıra, hastaların umut ve kontrol duygusunu arttırdığı ve destekleyici olduğu bildirilmiştir.[34] Tablo 2, 3 ve 4'te bazı egzersizler ile ilgili uygulama basamakları verilmiştir.

Tablo 2. Nefes Egzersizi[a]

Nefes Egzersizi	
1	Bir elinizi karnınıza, diğer elinizi göğsünüze yerleştiriniz.
2	Gözlerinizi kapatın ve duruşunuzun rahat olduğundan emin olunuz.
3	Bir seferde 2-3 yavaş, derin nefes alınız.
4	Karın kaslarınızla alt elinizi dışarı doğru iterek nefes vermeye çalışınız.

[a]Hofmann S, Hess S, Klein C, Lindena G, Radbruch L, Ostgathe C. Patients in Palliative Care - Development of a Predictive Model for Anxiety Using Routine Data. *PLoS One*. 2017;12(8):1-17 kaynağından uyarlanmıştır.[2]

Yaşam Tarzı Faktörleri

Milne ve Munro (2020) tarafından yapılan çalışmada, anksiyete semptomlarını yönetmede yaşam tarzı değişikliklerinin önemi vurgulanmış, sağlıklı beslenme, iyi uyku hijyeni, egzersiz yapma, aşırı miktarda alkol ve kafein tüketmekten kaçınma ve sigarayı bırakma/azaltmanın anksiyeteyi azaltmada yararlı olabileceği belirtilmiştir.[15]

Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik tedavi, palyatif bakım sürecinde anksiyetenin yönetimi açısından oldukça önemlidir. Anksiyetenin farmakolojik tedavisi üzerine yapılan bir metaanaliz çalışmasında, hastalık süreci ve bireysel farklılıklara bağlı olarak değişse de sıklıkla benzodiazepinler, nöroleptikler, antidepresanlar, antihistaminikler ve beta blokerlerin ilaçların kullanıldığı belirlenmiştir.[35] Palyatif bakım sürecinde bazı hastalar, anksiyete için ilaç kullanmak istemeyebilirler. Anksiyete nedeniyle ilaç kullanmak istemeyen hastaların tercihlerine saygı gösterilmesi ve alternatif başa çıkma stratejilerinin uygulanması önerilmiştir.[15]

Tablo 3. Zihinsel Topraklama[a]

Zihinsel Topraklama	
1	Çevrenizi, tüm duyularınızı kullanarak ayrıntılı olarak tanımlayınız. Örneğin, "Duvarlar beyaz, beş mavi sandalye var, duvara dayalı ahşap bir kitaplık var..." Nesneleri, sesleri, dokuları, renkleri, kokuları tanımlayın, şekiller, sayılar ve sıcaklık. Bunu her yerde yapabilirsiniz.
2	"Kategoriler" oyunu oynayınız. Örneğin, alfabenin her harfiyle başlayan müzisyenler, ünlüler, hayvanları, sporlar, şarkılar, şehirler düşünmeye çalışınız
3	Günlük bir aktiviteyi ayrıntılı bir şekilde tanımlayınız. Örneğin, pişirdiğiniz bir yemeği tanımlayınız.
4	Hoş veya rahatlatıcı bir yeri hayal ediniz. Mümkün olduğunca tüm duyularınızı kullanınız.
5	Her kelimeyi kendinize söyleyerek bir şeyler okuyunuz veya her harfi geriye doğru okuyunuz, böylece kelimelerin anlamına değil, harflere odaklanabilirsiniz.
6	10'a kadar sayınız veya alfabeyi söyleyiniz.

[a]Haas O, Lopera Gonzalez LI, Hofmann S, Ostgathe C, Maier A, Rothgang E, vd. Predicting Anxiety in Routine Palliative Care Using Bayesian-Inspired Association Rule Mining. *Front Digit Heal*. 2021;3(August):1-13 kaynağından uyarlanmıştır.[3]

Hasta Eğitimi

Hasta eğitimi, semptom yönetimi açısından oldukça önemlidir.[36] Palyatif bakım sürecindeki hastaların anksiyete yönetimine ilişkin ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, hastaların anksiyeteye yönelik bilgi ve eğitim, açık iletişim, başa çıkma becerilerinin belirlenmesi ve geliştirilmesi, güvenlik-kontrol hissi ve etkili semptom yönetimine gereksinim duydukları belirlenmiştir.[5] Psikoeğitim uygulamaları, palyatif bakım sürecinde sık görülen semptomlardan biri olan aksiyetenin yönetiminde, yaygın olarak kullanılan bir müdahale yaklaşımıdır. Hasta eğitimine yönelik hazırlanan psikoeğitim müdahalelerinin, hastaların anksiyete, depresyon, öfke, stres ve yorgunluk düzeyini azalttığı, kişiler arası ilişkileri geliştirdiği, bilgi düzeyini ve yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmiştir.[37] Bu müdahalelerin sıklıkla hastalık hakkında bilgi, muayene, tanı ve tedavi prosedürleri, akılcı ilaç kullanımı, tedaviye uyum, sosyal destek, diyet ve beslenme, başa çıkma becerileri, problem çözme stratejileri, psikososyal destek sistemleri ve destek kaynaklarını kullanma, tedaviden sonra fiziksel ve psikolojik değişiklikler, egzersiz ve fiziksel aktiviteleri içerdiği belirlenmiştir.[38] Konuyla ilişkili olarak Eldin ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada nefes egzersizleri ve relaksasyon müdahalelerinin anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu kanıtlanmıştır.[39] Diğer bir çalışmada, video eğitiminin ve bu eğitime dahil edilen QR kodunun, fentanil transdermal yamanın doğru kullanımını arttırdığı ve kanserli hastaların ağrı ve anksiyete düzeylerini azalttığı, ayrıca hasta eğitiminin, tedaviye uyum ve doğru ilaç kullanımını sağlamanın etkili bir yolu olduğu kanıtlanmıştır.[36]

Tablo 4. Güvenli alan uygulaması[a]

Güvenli alan uygulaması	
1	Kendinizi rahat hissedeceğiniz ve dikkatinizin dağıtmayacak sessiz bir yer bulun. (Bir sandalyede oturabilir veya uzanabilirsiniz).
2	Vücudunuzu gevşek ve rahat bırakınız.
3	Gözlerinizi kapatın ve normal şekilde nefes alın. (Bu adım, bir an için yalnızca nefesinize konsantre olmak içindir.)
4	Rahat, huzurlu ve güvenli olmakla ilişkilendirdiğiniz bir kelime düşününüz. Her nefes verdiğinizde bu kelimeyi zihninizde söyleyin. Kendinizi güvende hissettiğiniz bir yer de hayal edebilirsiniz. (Bu yerin nasıl göründüğüne, kokusuna ve seslerine odaklanınız)
5	Bu egzersizi, anksiyete hissettiğiniz veya tetikleyici faktörlerle karşılaştığınızda 5 – 15 dakika yapınız. Bitirdiğinizde yavaş yavaş çevrenizi fark etmeye çalışınız.

[a]Greer JA, Traeger L, Bemis H, Solis J, Hendriksen ES, Park ER, vd. A Pilot Randomized Controlled Trial of Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety İn Patients with Terminal Cancer. Oncologist. 2012;17(10):1337-1345.4

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The authors declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Connor SR. *The global atlas of palliative care*. 2. baskı. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA). 2020. [Crossref]
2. Hofmann S, Hess S, Klein C, Lindena G, Radbruch L, Ostgathe C. Patients in Palliative Care - Development of a Predictive Model for Anxiety Using Routine Data. *PLoS One*. 2017;12(8):1-17. [Crossref]
3. Haas O, Lopera Gonzalez LI, Hofmann S, Ostgathe C, Maier A, Rothgang E, vd. Predicting Anxiety in Routine Palliative Care Using Bayesian-Inspired Association Rule Mining. *Front Digit Heal*. 2021;3(August):1-13. [Crossref]
4. Greer JA, Traeger L, Bemis H, Solis J, Hendriksen ES, Park ER, vd. A Pilot Randomized Controlled Trial of Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety İn Patients with Terminal Cancer. *Oncologist*. 2012;17(10):1337-1345. [Crossref]
5. Zweers D, de Graeff A, Duijn J, de Graaf E, Witteveen PO, Teunissen SCCM. Patients' Needs Regarding Anxiety Management in Palliative Cancer Care: A Qualitative Study in a Hospice Setting. *Am J Hosp Palliat Med*. 2019;36(11):947-954. [Crossref]

6. Bausewein C, Radbruch L, Voltz R, Steffen S. Konsultationsfassung Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung Wesentliche Neuerungen der erweiterten Version 2019 der Leitlinie [Internet]. Deutsche Krebsgesellschaft Deutsche Krebshilfe AWMF. 2019. Available at: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLl_KF_S3_Palliativmedizin_2018-12.pdf
7. Fulton JJ, Newins AR, Porter LS, Ramos K. Psychotherapy Targeting Depression and Anxiety for Use in Palliative Care: A Meta-Analysis. *J Palliat Med*. 2018;21(7):1024-1037. [Crossref]
8. Guclu YA, Can H, Sezik HA, Kurnaz MA, Bulut U. Assessment of The Signs of Anxiety and Depression in Relatives Giving Care to Cancer Patients Hospitalized in The Palliative Care Service. *Fam Pract Palliat Care*. 2018;3(2):98-101. [Crossref]
9. Salt S, Mulvaney CA, Preston NJ. Drug Therapy for Symptoms Associated with Anxiety in Adult Palliative Care Patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(5). [Crossref]
10. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, vd. Prevalence of Depression, Anxiety, and Adjustment Disorder in Oncological, Haematological, and Palliative-Care Settings: A Meta-Analysis of 94 interview-Based Studies. *Lancet Oncol*. 2011;12(2):160-174. [Crossref]
11. Barker MM, Beresford B, Bland M, Fraser LK. Prevalence and Incidence of Anxiety and Depression among Children, Adolescents, and Young Adults with Life-Limiting Conditions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Pediatr*. 2019;173(9):835-844. [Crossref]
12. Obispo-Portero B, Cruz-Castellanos P, Jiménez-Fonseca P, Rogado J, Hernandez R, Castillo-Trujillo OA, vd. Anxiety and Depression in Patients with Advanced Cancer during the COVID-19 Pandemic. *Support Care Cancer*. 2022;30(4):1-4. [Crossref]
13. Naser AY, Hameed AN, Mustafa N, Alwafi H, Dahmash EZ, Alyami HS, vd. Depression and Anxiety in Patients with Cancer: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol*. 2021;12(April). [Crossref]
14. Adwas AA, Jbireal JM, Azab AE. Anxiety: Insights Into Signs, Symptoms, Etiology, Pathophysiology, and Treatment. *East African Sch J Med Sci*. 2019;2(10):580-591.
15. Milne R, Munro M. Symptoms and Causes of Anxiety, and Its Diagnosis and Management. *Nurs Times*. 2020;116(10):18-22.
16. Grossman CH, Brooker J, Michael N, Kissane D. Death Anxiety Interventions in Patients with Advanced Cancer: A systematic Review. *Palliat Med*. 2018;32(1):172-184. [Crossref]
17. Murata H, Morita T. Conceptualization of Psycho-Existential Suffering by the Japanese Task Force: The First Step of a Nationwide Project. *Palliat Support Care*. 2006;4(3):279-285. [Crossref]
18. Gautam S, Jain A, Gautam M, Vahia V, Gautam A. Clinical Practice Guidelines for the Management of Generalised Anxiety Disorder (GAD) and Panic Disorder (PD). *Indian J Psychiatry*. 2017;59(5):S67-73. [Crossref]
19. Blanco C, Rubio J, Wall M, Wang S, Jiu CJ, Kendler KS. Risk Factors for Anxiety Disorders: Common and Specific Effects in a National Sample. *Depress Anxiety*. Eylül 2014;31(9):756-764. [Crossref]
20. Andrews G, Bell C, Boyce P, Gale C, Lampe L, Marwat O, vd. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Panic Disorder, Social anxiety disorder and Generalised anxiety disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2018;52(12):1109-1172. [Crossref]
21. Levy RA, Ablon JS, Kächele H. *Psychodynamic psychotherapy research:* Evidence-based practice and practice-based evidence. Psychodyn Psychother Res Evidence-Based Pract Pract Evid. 2012;(December):1-646. [Crossref]
22. Van Lancker A, Velghe A, Van Hecke A, Verbrugghe M, Van Den Noortgate N, Grypdonck M, vd. Prevalence of Symptoms in Older Cancer Patients Receiving Palliative Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47(1):90-104. [Crossref]
23. Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *J Clin Oncol*. 2020;38(9):905-914. [Crossref]
24. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, vd. Canadian Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive-Compulsive Disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14(SUPPL.1):1-83. [Crossref]
25. Von Blanckenburg P, Leppin N. Psychological Interventions in Palliative Care. *Curr Opin Psychiatry*. 2018;31(5):389-395. [Crossref]
26. Bates GE, Mostel JL, Hesdorffer M. Cancer-Related Anxiety. *JAMA Oncol*. 2017;3(7):1007. [Crossref]
27. Bradt J, Dileo C, Myers-co K, Biondo J, Bradt J, Dileo C, vd. Music Interventions for Improving Psychological and Physical Outcomes in People with Cancer (Review). *Cochrane database Syst Rev*. 2021;10(10). [Crossref]
28. Warth M, Kessler J, Koenig J, Wormit AF, Hillecke TK, Bardenheuer HJ. Music Therapy to Promote Psychological and Physiological Relaxation in Palliative Care Patients: Protocol of a Randomized Controlled Trial. *BMC Palliat Care*. 2014;13(1):1-7. [Crossref]
29. Kardiyudiani NK, Wulandari AN, Susanti BAD. The Influence of Self-Help Group Therapy Towards Quality of Life of Cancer Patients in Palliative Care. *Int J Community Med Public Heal*. 2019;6(10):4193. [Crossref]
30. Lopes-Júnior LC, Urbano IR, Schuab SIPDC, Pessanha RM, Rosa GS, de Lima RAG. Effectiveness of Complementary Therapies for the Management of Symptom Clusters in palliative care in pediatric oncology: A systematic review. *Rev da Esc Enferm*. 2021;55:1-14. [Crossref]
31. Genik LM, McMurtry CM, Marshall S, Rapoport A, Stinson J. Massage Therapy for Symptom Reduction and Improved Quality of Life in Children with Cancer in Palliative Care: A Pilot Study. *Complement Ther Med*. 2020;48(November 2019):102263. [Crossref]
32. Karagozoglu S, Kahve E. Effects of Back Massage on Chemotherapy-Related Fatigue and Anxiety: Supportive Care and Therapeutic Touch in Cancer Nursing. *Appl Nurs Res*. 2013;26(4):210-217. [Crossref]
33. Toohey K, Chapman M, Rushby AM, Urban K, Ingham G, Singh B. The Effects of Physical Exercise in the Palliative Care Phase for People with Advanced Cancer: A Systematic Review with Meta-Analysis. *J Cancer Surviv*. 2022;(0123456789). [Crossref]
34. Malcolm L, Mein G, Jones A, Talbot-Rice H, Maddocks M, Bristowe K. Strength in Numbers: Patient Experiences of Group Exercise within Hospice Palliative Care. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2016;15(1):1-8. Available at: http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0173-9 [Crossref]
35. Nübling G, Allmendinger S, Lorenzl S. Medikamentöse Therapie der Angst bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen bzw. Patienten in der palliativen Situation: Systematische Literaturübersicht. *Schmerz*. 2012;26(5):537-549. [Crossref]
36. Ye Z, Chen J, Zhang Y, Hu X, Xuan Z, Yang S, vd. Video Education Reduces Pain and Anxiety Levels in Cancer Patients Who First Use Fentanyl Transdermal Patch: A Randomized Controlled Trial. *Drug Des Devel Ther*. 2020;14:3477-3483. [Crossref]
37. Can G. *Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım*. 2018. 6-7 s.
38. Setyowibowo H, Yudiana W, Hunfeld JAM, Iskandarsyah A, Passchier J, Arzomand H, vd. Psychoeducation for Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Breast*. 2022;62:36-51. [Crossref]
39. Eldin SMA, Mohamed HG, Ragab II. Effect of Relaxation Breathing Technique Among Patients with Moderate Burn on Their Pain and Anxiety at Wound Care. 2015;1(3):110-123.

BÖLÜM 16
DEPRESYON

Cemile Hürrem AYHAN
Hülya BİLGİN

DOI: 10.5152/1816

Depresyon

Depression

BÖLÜM HAKKINDA

Bu bölüm, palyatif bakım alanında depresyon yönetimi konusunu ele almaktadır. Palyatif bakım, ileri evre hastalıkları olan bireyler için yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan multidisipliner bir yaklaşımdır. Depresyon ise bu hastalar arasında sık görülen ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir durumdur. Bu kapsamda palyatif bakım hastalarında depresyonun sıklığı, fiziksel semptomlar üzerindeki etkileri ve hastaların yaşam kalitesine olan negatif etkileri vurgulanmaktadır. Depresyon tanısının palyatif bakım hastalarında nasıl konulduğu ve değerlendirildiği bu bölümde detaylı bir şekilde ele alınmaktadır. Farmakolojik tedavi seçenekleri ve palyatif bakım hastalarında bu tedavilerin nasıl yönetildiği bu bölümde tartışılmaktadır. Ayrıca psikososyal müdahalelerin, depresyon yönetimindeki rolü üzerinde durulmaktadır. Bölüm, palyatif bakım hastalarında depresyon yönetiminin karmaşıklığını ve multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulayarak sonlanmaktadır. Depresyonun, palyatif bakımın merkezindeki önemi ve bu hastalarda etkili yönetimin sağlanması için gereken stratejiler özetlenmektedir.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, depresyon

ABOUT the CHAPTER

This chapter addresses the topic of depression management in the field of palliative care. Palliative care is a multidisciplinary approach that aims to improve the quality of life for individuals with advanced diseases. Depression is a common condition among these patients and significantly affects their quality of life. In this context, the frequency of depression in palliative care patients, its effects on physical symptoms, and its negative effects on the patients' quality of life are emphasized. How depression is diagnosed and evaluated in palliative care patients is discussed in detail in this section. Pharmacological treatment options and how these treatments are managed in palliative care patients are discussed in this chapter. Additionally, the role of psychosocial interventions in depression management is emphasized. The chapter concludes by highlighting the complexity of managing depression in palliative care patients and the importance of a multidisciplinary approach. The importance of depression at the center of palliative care and the strategies required to ensure effective management of these patients are summarized.

Keywords: Palliative care, depression

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ T.C. CERRAHPAŞA 1453

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenciler

1. Depresyonu tanımlar.
2. Palyatif bakım ortamlarında depresyon gelişimi için risk faktörlerini açıklar.
3. Palyatif bakım ortamlarında depresyonu tanılar.
4. Depresyonun tedavisinde farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri açıklar.
5. Palyatif bakım ortamlarında depresyonun tedavi ve bakımını planlar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Depresyon:** kişide günler, haftalar, aylar süren özgüvende azalma, yaptıklarından ve hayattan zevk alamama, isteksizlik ve umutsuzluk halidir.

2. **Risk Faktörü:** Bireylerde depresyonun gelişimine neden olan, kişinin uyum ve baş etme becerilerini azaltan herhangi biyopsikososyal unsurdur.

3. **Depresyon değerlendirme ölçekleri:** Bireylerde psikolojik belirtileri tanı kriterlerine göre değerlendirmek, belirtilerin şiddetini ölçmek ve önlem almak için kullanılan araçlardır.

Cemile Hürrem Ayhan[1]

Hülya Bilgin[2]

[1]Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Van, Türkiye
[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı İstanbul, Türkiye

E-posta: hurremayhan@yyu.edu.tr
hulya.bilgin@iuc.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Ayhan CH, Bilgin H. Depresyon. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 157-169.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

4. **Farmakolojik yaklaşımlar:** Depresyonun tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlardır.

5. **Non-Farmakolojik yaklaşımlar:** Depresyonun tedavisi ve önlenmesinde kullanılan psikoterapiler, gevşeme egzersizleri, psikoeğitimler gibi uygulamalardır.

Giriş

Palyatif bakımda ortaya çıkan en ciddi ve yaygın ruhsal bozukluklardan biri depresyondur. Bununla beraber, depresyonun palyatif bakım hastalarında yeterince tanılanmadığı ve bunun sonucunda tedavi edilmediği genel olarak kabul edilmektedir. Palyatif bakım hastalarında depresyon, ölümcül bir hastalığa sahip olmanın kaçınılmaz sonucu olarak ortaya çıkmayıp, tanılanması ve tedavi edilmesi gereken stresli ve ıstırap verici bir hastalıktır.[1]

Depresyonda görülen yorgunluk, kilo kaybı, uyku düzensizlikleri, halsizlik gibi fiziksel belirtiler ve ilgisizlik, öfke gibi duygular, ölümcül bir hastalığa sahip olan bireylerde ölüme verilen tepkilerle sıklıkla karıştırılmaktadır.[2] Tıbbi hastalığı olan bireylerde depresyonun fiziksel/somatik semptomlarının yanlış yorumlanması ve sıklıkla hastalık belirtileri ile karıştırılması depresyonun teşhisini zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte kanser ya da ölümcül hastalığa verilen tepkilerle depresif semptomların ayırt edilmesi önemlidir. Rayner ve ark. (2011) palyatif bakım hastalarında depresyonun yaygınlığını belirlemek için yaptıkları çalışmada, 300 hasta ile görüşülmüş ve 58 hastanın Majör Depresif Bozukluk (MDB) kriterlerini karşıladığı, 109 hastanın ise herhangi bir depresif bozukluk kriterlerini karşıladığı, erkeklerin MDB'ye daha yatkın olduğu bulunmuştur.[3] Kullanılan tanılama yöntemlerine bağlı olarak palyatif bakım hastalarında depresyon oranlarının %3-69 arasında değiştiği bilinmektedir. Warmenhooven ve ark. (2012) yaptığı çalışmada ise, çoğu doktorun ölümcül hastalığa verilen normal keder tepkileri ile depresyon belirtilerini ayırt edemediği ve palyatif bakım hastalarının tedavi ve tanısal süreçlerinin depresyonla örtüştüğü bulunmuştur.[4] Palyatif bakım hastalarında depresyon, yaşam kalitesini azaltır, varoluşsal sıkıntılara neden olur ve semptom kontrolünü zorlaştırarak hastaneye başvuruları artırır. Ayrıca depresyon, ağrı eşiğini düşürür, tedavi uyumunu ve immünolojik parametreleri etkileyerek kanser hastalarında sağ kalımı azaltabilir. İntihar, depresyon ciddiyetine bağlı olarak görülebilen yaygın bir durumdur.

Psikolojik semptomların etkin bir şekilde yönetilmesini içeren semptom yönetimi ile, yaşam sonu bakımın kalitesi yükselir.[5] Palyatif bakım hastalarının birçoğu yaşam sonu bakıma yaklaştıklarında çok fazla acı, travma, tanı işlemleri ve tedaviden geçmektedir. Hastalıkları ile ilgili geçirdikleri her aşamanın hasta üzerinde psikolojik bir etkisi vardır. Kanser ve depresyon arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğu düşünülmektedir. Depresyon, kanserin erken veya gizli bir belirtisi olabileceği gibi kanserin yaygın bir komplikasyonu olarak da karşımıza çıkmaktadır. Kişinin duygu durumu ve stres bağışıklık durumunu olumsuz yönde etkilemektedir ve depresyonun palyatif bakım ortamlarında tanılanıp tedavi edilmesi iyi bir semptom yönetimi için gerekli ve önemlidir.

Tanım

Depresyon, kişinin hem duygusal durumunu etkileyen hem de mesleki ve sosyal işlevselliğinde bozulmaya yol açan önemli bir ruhsal bozukluktur.[6] Depresyon dünya çapında engelliliğin önde gelen nedenlerinden biridir ve küresel hastalık yükünü arttırmaktadır.[7]

Depresyonla ilgili araştırmalar çok eski zamanlardan günümüzü kadar sürmektedir. Tarihte depresyonu ilk kez tanımlayan kişi filozof ve tıp doktoru olan Galen'dir. Milattan sonra 170'li yıllarda, Galen melankoliyi çökkün duygu durum, insanlardan hoşlanmama, hayattan hoşnutsuzluk olarak tanımlamıştır. Galen bu tanımla melankoliye hüzün ve keder anlamı yükleyen ilk bilim insanı olmuştur. Hipokrat, kişinin vücudundaki sıvıların farklı oranlarda bir araya gelmesi sonucu farklı duygu durumların meydana geldiğini, melankolide ise kara safranın yükseldiğini ifade etmiştir. Milattan sonra 1000'li yıllarda İbn-i Sina, vücut sıvılarından kan, siyah safra, balgam ve sarı safranın vücuttaki dengeli dağılımının insanın sağlığına işaret ettiğini, bu sıvıların dengesinin bozulması halinde ise çeşitli ilaçlarla sağaltım yapılması gerektiğini ifade etmiştir. İbn-i Sina'nın bu yaklaşımı modern nörotransmiter görüşünün öncüsü olarak kabul edilmektedir. 1600'lü yıllarda Robert Burton "Melankolinin Anatomisi" kitabını yazmış ve melankoli, önceki tanımlara göre fizyolojik semptomların daha ön planda olduğu bugünkü depresyon semptomlarına yakın bir şekilde tanımlanmıştır. 20. yüzyılda Emil Kraepelin, melankoliyi depresyonun bir semptomu olarak belirtmiş ve depresyonu, duygu durumda çökkünlük, zihinsel ve fiziksel süreçlerde yavaşlama olarak tanımlamıştır.[8-10]

21. yüzyılda bilimde ve teknolojide yaşanan gelişmeler ile monoaminler hakkında bilgiler arttıkça depresyon varsayımların ötesinde fizyolojik temellere dayandırılarak tanımlanmıştır. Depresyonun genel olarak tanımı; kişide günler, haftalar, aylar süren özgüvende azalma, yaptıklarından ve hayattan zevk alamama, isteksizlik ve umutsuzluk halidir.[8] Çökkün duygu durum, umutsuzluk ve intihar düşünceleri depresyonun en temel belirtilerindendir.

Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın (2013) beşinci basımı (DSM-V)' na göre depresyon; depresif bir ruh hali ve normal zamanda keyif veren aktivitelerden keyif alamama (anhedoni) ana belirtilerine eşlik eden,

- Günün büyük bölümünde ağlamaklı ya da üzgün olma,
- Yapılan etkinliklere karşı ilgide azalma ve bu etkinliklerden keyif alamama
- Uyku düzeninde bozulma (uykusuzluk ya da aşırı uyuma)
- İştah ve kiloda değişiklikler (kilo vermek istemiyorken aşırı kilo verme, ya da kilo alma, yeme isteğinde azalma ya da artma)
- Ajitasyon ve yavaşlama
- Bitkin hissetme, enerjik olmama
- Değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları
- Dikkat ve odaklanmada güçlük ya da kararsızlık yaşama
- yYneleyici ölüm düşünceleri gibi belirtilerden **dördünün veya daha fazlasının iki haftalık süreçte** yaşanması ve bu belirtilerin kişinin mesleki ve sosyal işlevselliğinde sorunlara yol açması olarak tanımlanmaktadır.[11]

İnsidans

Depresyon, önemli mortalite ve morbiditeye neden olan yaygın bir ruh sağlığı sorunudur. Genel toplumda depresyon prevelansı %6-10 arasında değişmektedir.[12] Hastanede yatan veya ayakta tedavi gören hastaların yaklaşık dörtte birinin depresyon belirtilerine

sahip olduğu ancak bu belirtilerin ruh sağlığı servisine başvurmayı gerektirecek kadar şiddetli olmadığı belirtilmektedir.[1] İlerlemiş hastalığı olan kişilerde, depresyon insidansı genel popülasyondan daha yüksektir. Dünya genelinde palyatif bakım hastalarında depresyon prevalansının, tanı kriterleri, tanı yöntemi, kullanılan ölçüm araçlarının duyarlılığı gibi metodolojik konulara bağlı olarak %7 ile %58 arasında değiştiği bildirilmiştir.[12,13] Terminal dönem hastalarında depresyon sıklığını belirleyen çalışmaların incelendiği bir sistematik derlemede[14], "Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği" kullanılarak yapılan çalışmalarda depresyon prevalansının %29 olduğu belirtilmiştir. Depresyon tanı kriterlerine dayalı psikiyatrik görüşmeler kullanılarak palyatif bakım hastalarında depresyon sıklığı %5-%26 arasında saptanmıştır.[12,14] Hindistan'da 234 palyatif bakım hastası ile Hasta Sağlık Anketi kullanılarak yapılan bir çalışmada[6] depresyon prevalansı %70 olarak bulunmuştur. Kanser hastalarında yaşamlarının son haftasında depresyon belirtilerinin yaygınlığı %38,6 olarak belirtilmektedir.[15] Yaşam sonu bakım hastalarında yapılan başka bir çalışmada ise[16], hastalara bakım veren sağlık çalışanları, hastaların %50'sinin üzüntü, %43'ünün endişe ve %42'sinin sinirlilik belirtileri gösterdiğini belirtmiştir. Öte yandan, terminal dönem hastalarında yaşadıkları sıkıntı artmasına rağmen depresyon prevalansı düşüyor gibi görünmektedir.[17] Terminal dönem kanser hastalarında farklı zamanlarda ruhsal bozuklukların yaygınlığını belirlemek için yapılan çalışmada.[17], ölüme yakınlığın daha yüksek ruhsal bozukluklarla ilişkili olmadığı, yaklaşan ölümü kabullenme durumlarının daha yüksek olduğu bunun sonucunda daha fazla varoluşsal sıkıntı, daha az ruhsal bozukluk yaşadıkları belirlenmiştir.

Kanada'da 381 kanser tanılı palyatif bakım hastası ile yapılan çalışmada[18], %20,7'sinin DSM-IV tanı kriterlerine göre depresyonda olduğu saptanmıştır Kozlov ve ark. (2019) 351 palyatif bakım hastası ile yaptıkları çalışmada ise katılımcıların yaklaşık yarısının yaşamlarının son haftasında orta ile şiddetli depresyon belirtileri yaşadığı bulunmuştur.[19] Depresyon, palyatif bakım ortamlarında sık görülen ve tedavi edilmesi gereken en önemli ruhsal bozukluklardandır.

Fizyopatoloji

Depresyonun oluşumu biyolojik ve psikolojik kuramlarla açıklanmaya çalışılmıştır. Bununla birlikte fiziksel hastalıklarda ortaya çıkan depresyonda, fiziksel hastalık ve ruhsal bozukluk arasındaki etkileşim karmaşıktır. Withlock ve Siskind (1979), kanserli hastalarda depresyonun ortaya çıkışını, tanı ve tedavi girişimleri, hastalık süreci, kanserin neden olduğu ağrı ve tanının kişi tarafından algılanma biçimine göre gelişen psikolojik tepkiler sonucunda ortaya çıktığını belirtmektedir.[20] Kanser hastalarında depresyon, tanı koyulmamış serebral bir metastazın belirtisi olabileceği gibi, primer kansere bağlı olarak beyin yapısında meydana gelen değişiklikler sonucu da ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca endokrin bozukluklar oluşturan paraneoplastik sendrom sonucu da depresyon meydana gelebilmektedir.[21,22] Depresyonun oluşumu ile ilgili biyolojik görüşe göre Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal Eksen (HPA)'nin aşırı aktivasyonu sonucu kortikostreoidlerin artışı, depresyonun oluşumunda önemli rol oynamaktadır. Özellikle akciğer kanseri hastalarında gelişen paraneoplastik sendrom, tümör tarafından ACTH salınımını artırarak HPA ekseninin aşırı aktive olmasına neden olabilmektedir.[23,24]

Olumsuz yaşam olaylarının depresyonu tetiklediği bilinmektedir. Değişen koşullar kişinin uyumunu bozar ve bu durum psikolojik dengenin de bozulmasına neden olmaktadır. Palyatif bakımda, ölüm olasılığı ile yüzleşme, beden imajında bozulma, kemoterapi, radyoterapi gibi girişimsel tedaviler, hastalık ve tedaviye bağlı ağrı ve acı çekme korkusu, aile, iş ve toplumsal rollerde meydana gelen değişimler hastalar için önemli stresörlerdir ve depresyona neden olabilmektedir.[21]

Son dönem hastalarının yaşadıkları çaresizlik duygusu, tedavinin yan etkileri ve hastalığın neden olduğu fiziksel belirtiler, bireyin vücudu üzerinde kontrolünün olmadığı duygusuna kapılmasına neden olmaktadır. Yaşanan kontrol kaybı, kişinin öz saygısının düşmesine neden olarak depresyona zemin hazırlayabilmektedir.[22]

Risk Faktörleri

Depresyonla ilgili olduğu bilinen risk faktörleri, palyatif bakım hastalarında genel popülasyondan farklıdır. Genel popülasyonda depresyon için risk faktörlerinin aksine, depresyon palyatif bakım hastalarında kadın ve yaşlılarda daha yaygın değildir. Ayrıca depresyon, hastalık tanısını bilmeyen kanser hastaları arasında 3 kat daha fazla görülmektedir.[5,25] Belirli hastalıkların ve buna bağlı kullanılan ilaçların depresyon riskini artırdığı bilinmektedir. Depresyon, antineoplastik tedavinin doğrudan bir sonucu olabilir. Depresyon, kanser hastaları arasında en sık pankreas, orofaringeal ve meme kanseri olan hastalarda görülmektedir. Kontrol edilmeyen ağrı ve artan hastalık semptomlarının depresyonla ilişkili olduğu bilinmektedir. Palyatif bakım hastalarında depresyon ile ağrı arasında ilişki saptanmıştır. Komorbid depresyon tanısının ağrıyı artırdığı ve bu durumun fiziksel sağlık durumunu daha da kötüleştirdiği bulunmuştur.[5,25] Depresyonla doğrudan ya da dolaylı ilişkisi olabilecek fiziksel belirtilerin depresyonun değerlendirilmesinde dışlanması mümkün olmamaktadır. Palyatif bakım hastalarında depresyon, hastaların geçmiş yaşamları ve aile üyeleriyle olan ilişkileri ile de ilişkili olabilmektedir. Ailesinde anksiyete öyküsü olan palyatif bakım hastalarında depresyonun daha yaygın olduğu bilinmektedir(26). Palyatif bakım hastalarında depresyon ile ilgili risk faktörleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tanılama

Palyatif bakımda depresyonun yaygınlığı göz önüne alındığında, tüm hastalarda depresyonun tanılanması tavsiye edilmektedir. Depresyon tedavi edilebilir olmasına rağmen, sıklıkla depresyonun yorgunluk, uyku düzensizlikleri, iştahsızlık gibi somatik semptomlarının fiziksel hastalığın belirtileri ile karıştırılması, palyatif bakım personelinin depresyonu tanılama konusunda yeterli eğitim almaması, hastanın duygularını ifade etme konusundaki isteksizliği nedeniyle sıklıkla teşhis edilememektedir.[27] Palyatif bakım hastalarında ölümcül bir hastalığa sahip olmanın yol açtığı korku, üzüntü veya manevi sıkıntı da genellikle depresyonun ayırt edilmesini zorlaştırmaktadır. Palyatif bakım hastalarında depresyonun tanılanması, semptom yükünü artırması, hastanede kalış süresini uzatması, tedaviye uyumda azalmaya neden olması ve ölüm oranlarını artırması nedeniyle önemlidir.[6,28]

Depresyonun belirtileri duygusal, bilişsel ve somatiktir. Depresyon, semptomları hafiften çok şiddetliye kadar değişen bir spektrum bozukluğu olarak kavramsallaştırılmaktadır. Duygulanım eleme doğru gittikçe, fiziksel belirtiler daha fazla eşlik

Tablo 1. Palyatif Bakım Hastalarında Depresyonla İlişkili Risk Faktörleri[a]

Depresyonla ilişkili Risk Faktörleri
Kanserle ilgili olmayan risk faktörleri: • Hastanın kendisinde önceki depresyon öyküsü veya ailede depresyon öyküsü • Daha önce iki veya daha fazla depresif atak geçirmiş olmak • Genç ya da yaşlı olmak • Sosyal destek eksikliği • Önceki intihar girişimleri • İnme veya miyokard enfarktüsü gibi komorbid kronik hastalıklar
Kansere bağlı risk faktörleri: • Kanser teşhisi sırasında mevcut depresyon • İleri evre kanser hastası olma • Hastalığa eşlik eden yaşamsal stresörler (iş kaybı, rol kaybı, vb.) • Hastalık nedeniyle artan fiziksel rahatsızlıklar • Bekar olmak • Madde bağımlılığı öyküsü • Pankreas ve birincil veya metastatik beyin kanserleri • Tedavide kullanılan ilaçlar (benzodiazepinler, kortikosteroidler,antikonvülsanlar, metildopa, propranolol, kemoterapötik ajanlar) • Kronik ağrı

[a]Rayner L, Higginson IJ, Price A, Hotopf M. The Management of Depression in Palliative Care: European Clinical Guidelines. 2010;1-44. www.epcrc.org/getpublication2.php?id=6VW4bQY9JujQVGSItDs6; Fraser Health. Depression in the terminally ill. [Internet]. Hospice Palliative Care Program Sypmtom Guidelines. 2022. https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/Health-Professionals/Professionals-Resources/Hospice-palliative-care/Sections-PDFs-for-FH-Aug31/9524-15-FH---Sym_Guide-Depression.pdf?rev=530b39abf2c549b3b405bb0860015a90 kaynaklarından uyarlanmıştır.[5,25]

eder ve bilişsel belirtiler artar.[1] Yanlış tanı, altta yatan sorunların gözden kaçmasına ve hastanın yeterli tedavi almasına engel olabilmektedir. Eğer depresyon tanısı konusunda herhangi bir şüphe varsa, ileri değerlendirme için psikiyatri konsültasyonu istenmesi gerekmektedir.[29]

Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı beşinci basımına göre (2013) depresyonun semptomları için fiziksel hastalıklara bağlı durumları dışlamak gerektiği için tanı koymak zorlaşmaktadır. Semptomlar arasındaki ayrım pratik olarak çok zor olabilmektedir. DSM V'e göre majör depresif bozukluk tanısı için fiziksel belirtiler dışlandığında, 9 belirtiden 5'inin mevcut olması gerekmektedir. Bu durum ciddi düzeyde depresif hastaları tanımlayabilen yüksek düzeyde standardize edilmiş tanı kriterlerini oluşturmaktadır.[29] Emosyonel alana ait temel belirtiler, çökkün duygudurum ve anhedonidir. Uykusuzluk, anoreksiya, yorgunluk ve motor retardasyon gibi somatik semptomlar, fiziksel olarak hasta olanlarda tanısal olarak daha az ayırt edicidir. Kanser hastalarında depresyon tanısı, somatik semptomlardan ziyade afektif ve bilişsel semptomların varlığına dayanmaktadır.

Palyatif bakımda çalışan sağlık profesyonellerinin psikiyatrik tanılama becerilerinin yeterli olmaması, bu konuda eğitim almaması da depresyonun tanılanmamasına neden olmaktadır. İngiltere'de 34 kanser merkezi ve hastanede 143 doktorun psikiyatrik tanılama becerilerini değerlendirmek için yapılan çalışmada[30] 797 hastanın %34,7'sinin psikiyatrik tanısının yanlış sınıflandırıldığı belirlenmiştir. Doktorlar ve hastalar arasında iletişim eksikliği de çalışmanın çarpıcı sonuçlarındandır. Depresyonun tanılanmasında sağlık çalışanlarının klinik değerlendirme yapabilmesi, tedavi ve gerektiğinde sevk sağlayabilmesi önemlidir. Depresyon, bazen hastalar için ifade edilmesi zor bir durum olabilmektedir. Hastalar bu sıkıntıyı hafifletecek bir şey olmadığını düşündükleri için ya da fiziksel hastalığın neden olduğu sorunların yanında bu durumun ifade edilmesinin hoş görünmeyeceğini düşündüklerinden, genellikle yaşadıkları duyguları açıklamazlar ve bu durum tanı konmasını engellemektedir.[31] Ayrıca sağlık personelinin hastaya zarar vereceğini veya kişisel inanışlarından dolayı duygular hakkında soru sormaktan kaçınması, hastanın duygu durumunun yaşadığı hastalık sürecine uygun olduğu varsayımları depresyon tanısının belirlenmesi olasılığını azaltmaktadır.[1]

Palyatif bakım hastalarını depresyon açısından değerlendirirken sağlık durumları göz önünde bulundurularak değerlendirme araçlarının kısa ve güvenilir olması önemlidir. Depresyonun tanılanmasında sağlık profesyonelleri sıklıkla depresyon tarama araçları kullanmakla birlikte, genel semptom değerlendirmesinin bir parçası olarak hastalara ruhsal durumları hakkında sorular da sorulmaktadır.

Palyatif bakım hastalarında depresyonu tanılamak için standart bir yöntem oluşturulmamıştır. Bununla birlikte depresyonu tanılamada kullanılan çeşitli yöntemler vardır. Uyku bozukluğu, iştahsızlık, kilo kaybı, zayıf konsantrasyon, yorgunluk gibi somatik belirtilerin fiziksel hastalıkla da ilişkili olabileceği göz ardı edildiğinde yanlış pozitif riski vardır.[2] Bu tanısal sorunun üstesinden gelmek için birkaç farklı yaklaşım önerilmiştir, bunlar; içleyici, etiyolojik, yedek koyma ve dışlayıcı yaklaşımlardır.[2,22]

İçleyici/ Kapsayıcı (Inclusive) Yaklaşım: Bu yaklaşımda semptomların tıbbi hastalığa atfedilip atfedilemeyeceğine bakılmaksızın tüm depresif semptomlar değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, bu yaklaşım, yüksek sensitivitesi ve düşük spesifitesi nedeniyle yanlış pozitif sonuçlara neden olmaktadır.[2,22] Kathol ve ark.[31] kanser hastalarında depresyonun tanılanmasında kapsayıcı bir yaklaşımla etyolojik yaklaşımı karşılaştırmış ve etiyolojik yaklaşım kullanıldığında kanser hastalarında depresyon prevalansının %8 oranında düştüğü bulunmuştur.

Etiyolojik Yaklaşım: Bu yaklaşımda DSM–V için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID) kullanılmaktadır.[5,29] Bu etiyolojik yaklaşım, depresyon tanısı hakkında daha kesin bir görüş sağlar, çünkü tanı kriterleri gereği depresyon tanısının konulabilmesi için tıbbi ya da fiziksel hastalığın dışlanması gerekmektedir. Bu yaklaşımın dezavantajı ise görüşmecinin semptomların tıbbi bir durumdan mı yoksa depresyondan mı kaynaklandığını belirleyebilmesi için tüm tıbbi hastalıklar hakkında yeterli bilgiye sahip olması gerekliliğidir.[2,32]

Yedek Koyma (Substitutive) Yaklaşımı: Endicott (1984) fiziksel hastalığı olan bireylerde depresyonu tanılamak için alternatif bir yöntem olan Endicott Kriterleri'ni geliştirmiştir. Edincott riterleri'nde fiziksel hastalığa bağlı ortaya çıkabilen yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk gibi somatik belirtiler depresyon tanı kriterlerinden çıkarılarak, bunların yerine kararsızlık, ümitsizlik, kendine acıma gibi depresyonun bilişsel semptomları değerlendirmeye alınmaktadır.[2,32] Endicott Kriterleri kullanılarak depresyon prevalansı, kapsayıcı yaklaşıma benzer bulunmuştur.[31]

Dışlayıcı Yaklaşım:Bu yaklaşımda depresyonun somatik semptomları dışlanarak geri kalan semptomlarla depresyon tanısı

konmaktadır. Bu yaklaşım, kısıtlı kriterleri nedeniyle daha düşük depresyon prevalansı ile yanlış negatiflere yol açabilmektedir.[2]

Hastanın Hikayesi

Tanılamada ilk aşama değerlendirmedir ve depresyonun tanılanmasında en önemli aşamadır. Bu aşama özellikle palyatif bakım hastalarında zor olabilmektedir. Değerlendirmede "altın standart", görüşmelerin hasta ile yapılmasıdır fakat çoğu hasta yaşamın son zamanlarında klinik görüşmelere katılamamaktadır. İyi bir değerlendirme, semptomların ciddiyetini, epizodun süresi ve işlevsellikte bozulma derecesinin belirlenmesini içermelidir.

Depresyondaki kişi, kendini sürekli olarak moralsiz, olumsuz, karamsar, anhedonik ve değersiz hisseder. Hasta ağlamaklı, içine kapanık, yalnız, sinirli, kayıtsız olabilir ve herhangi biri ile temas kurma girişimlerini reddedebilir. Deneyimli sağlık çalışanları için hastanın yaşadığı çaresizlik duyguları sezgisel bir tanı göstergesidir ve depresyon açısından ileri bir değerlendirmeyi gerektirmektedir.[1,5]

Hastanın ayrıntılı öyküsünün alınması en geçerli değerlendirme stratejisidir. Semptomların gelişimi, geçmişteki duygu durum bozukluğu öyküsü, aile öyküsü, madde kullanımı ve ilaçlarla ilgili bilgiler anamnezde çok önemlidir. Ötenazi talebinde bulunmak veya çok yüksek riskli tedavi uygulamalarını kabul etmek ya da ölüm düşünceleri depresyonun diğer önemli belirtilerindendir. Depresyonun neden olduğu duygu ve düşünceler o kadar ıstırap vericidir ki hasta için yaşamını sonlandırma rahatlatıcı ve saygın bir seçenek olarak ortaya çıkabilir. Majör depresyon geçirenlerin yaşam boyu intihara teşebbüs etme riski %25-50'dir.[1] Hastalarda depresyon tanılanırken intihar düşüncesinin ve planlarının doğrudan sorgulanması esastır. Ayrıca hastanın yakınlarından da bilgi almak özellikle palyatif bakım hastalarında önemlidir ve bazen hastanın fiziksel hastalığının semptomlarından dolayı tek seçenek olabilmektedir.

Devam eden kapsamlı değerlendirme, fiziksel değerlendirme, ilaç incelemesi, tıbbi ve cerrahi inceleme, psikososyal inceleme, fiziksel çevrenin gözden geçirilmesi ve uygun teşhis dahil olmak üzere depresyonun etkili yönetiminin temelidir.

Belirti ve Semptomlar

Palyatif bakım hastalarında depresyon değerlendirilmesini gerektiren önemli belirtiler:

- Kalıcı sıkkın duygu durum
- Günlük aktivitelere ilgi veya her zaman yapılan etkinliklerden zevk alamama,
- Sosyal geri çekilme
- Umutsuzluk, çaresizlik, değersizlik veya suçluluk duyguları
- Üzüntü ve keder
- Suisid düşünceleri.[5]

Sağlık çalışanları, rutin bir değerlendirmenin parçası olarak ruhsal durumla ilgili soru sormak konusunda rahat olmalıdır. Hastanın ruhsal durumu değerlendirilirken kapsamlı değerlendirmenin gerekli olduğu alanlar aşağıda verilmiştir. Tanı kriterleri gereği, depresif belirtilerin bir bozukluk olarak kabul edilmesi için en az 2 hafta sürmesi gerekir, bu nedenle depresyonun tek seferde teşhis edilmesi çok uygun bir yöntem değildir. Bu nedenle palyatif bakım hastalarının sürekli olarak ruhsal durumlarının değerlendirilmesi tanı kesinliği açısından önerilen bir uygulamadır. Semptomlar, başa çıkma ve iyi oluş kapsamında genel bir konuşma ile depresyon ele alınırsa, hastalar daha rahat ve açık olabilir.[10,25]

Genel Görünüm

Depresyondaki hastada, yüz çizgileri belirgin, mimik çizgileri derinleşmiş, omuzlar çökkündür. Yüzlerinde üzüntülü bir ifade vardır. Bazı hastalarda öz bakım azalmıştır. Bazı durumlarda hastada çok sıkıntılı ve endişeli bir görünüm, yerinde duramama görülebilir.[24,33]

Duygudurum

Genel bir keyifsizlikten derin üzüntü, ıstırap çekme derecesine kadar elem yönünde bir artış söz konusudur. Çökkün duygudurumda; keder, umutsuzluk, hayattan zevk alamama, her zamanki aktivitelere ilgide azalma, isteksizlik gibi belirtiler sıklıkla görülmektedir. Kişi kendini yetersiz gördüğü için suçluluk duyguları yaşar. Depresyon hastalarının frustrasyon (engellenme) toleransı düşük olduğu için kendilerine veya başkalarına öfke duyulabilir. Depresyon anksiyete ile güçlü bir şekilde ilişkilidir, bu nedenle depresyon değerlendirmesi anksiyete değerlendirmesini de içermelidir.[24,34]

Düşünce Süreci ve İçeriği

Depresyondaki hastanın düşünce hızında yavaşlama vardır. Hafif ve orta düzeyde depresyondaki hastalarla ilişki kurulabilir. Ağır deprese hastalar sözel uyaranlara yanıt vermezler. Hastaların konuşmaları yavaşlamıştır ve cevap verme süreleri uzamıştır. Düşünce içeriği; sıklıkla negativist ve pesimistiktir. Geçmiş pişmanlıklar, acı veren anılar ve gelecek korkusu hakimdir. Palyatif bakım hastalarında gelecek korkusu yaklaşan ölüm korkusu ile birlikte görülebilir. Yineleyen şekilde aynı düşüncelerle uğraşma (ruminasyon) sık görülür.[24,34]

Hastanın özsaygısı azalmıştır. Kendilerini değersiz görür, sürekli olumsuz özelliklerine odaklanırlar. Değersizlik düşünceleri bazen hezeyan düzeyinde -aşırı suçluluk duygusunun eşlik ettiği- olabilmektedir. Hastalar kendilerini işe yaramaz ve yük olarak görebilir.[24,34]

Ölüm ya da suisid düşünceleri görülür. İntihar riski depresyon hastalarında genel popülasyondan 20-30 kat daha fazladır.

Ülkemizde özellikle yaşlı depresyon hastalarında hipokondiriyak uğraşlar ve bedensel yakınmalar sık görülür.[24,34]

Bilişsel Yetiler

Hastaların bilinci açıktır. Çok ağır depresyonlarda bilinç bulanıklığı gözlemlenebilir. Hastalarda yer, kişi ve zaman oryantasyonu vardır. Hastalar sıklıkla unutkanlıktan yakınırlar fakat bu durum sıkıntı, üzüntü ve dikkatte azalma ile ilişkilidir; gerçek bir bellek bozukluğu değildir. Depresyonda genellikle algılama ile ilgili bozukluklar görülmez. Bazı durumlarda suçlayıcı, aşağılayıcı işitsel varsanılar mevcuttur. Hastaların zamanı algılaması değişebilir, zaman depresyonlu hastalar için çok zor geçer ve hiç bitmeyecekmiş gibi uzayabilir.[24,34]

Dikkat ve Konsantrasyon

Hastalar, dikkatlerini belli bir konuya odaklamakta zorlanırlar, konsantrasyon güçlüğü depresyonun temel belirtilerindendir. Dikkat gerektiren etkinliklerde zorlanma söz konusudur.[24,34]

Davranış Bozuklukları

Depresyonlu hastalarda zihinsel süreçteki yavaşlamalara bağlı olarak hareketlerde de yavaşlama söz konusudur. Sıklıkla toplumsal geri çekilme, sosyal izolasyonla birlikte görülür. Yürüme, konuşma yavaşlamıştır ve mimikler daha az kullanılır. Depresyon hastalarında psikomotor yavaşlama hastanın öznel ifadelerine göre değil, sağlık çalışanının gözlemlerine dayalı olarak değerlendirilmelidir. Hastalardaki psikomotor yavaşlama hastanın isteksizliği ve enerjik olmayışı ile ilgilidir. Bununla beraber, ağır depresyonu olan kişilerde yerinde duramama, sürekli tedirginlik gibi psikomotor ajitasyon görülebilmektedir.[24,34]

Bedensel Belirtiler

Depresyonla ilişkili olabilen fiziksel semptomlar:

- İştah/kilo değişiklikleri
- Uyku düzeninde değişiklikler,
- Enerji kaybı, yorgunluk,
- Psikomotor yavaşlama,
- Libidoda azalma
- İnatçı fiziksel semptomlar veya hastalığın derecesiyle orantısız fiziksel yakınmalardır.[5,24,34]

Bu belirtiler fiziksel hastalık veya tedavisi ile ilişkili olabileceği için tanı koymada yanıltıcı olabilmektedir ve bu fiziksel semptomların yanı sıra ruhsal durum değerlendirilmesinin yapılması önemlidir. Ayrıca hastanın eğik postür, psikomotor retardasyon, sosyal izolasyon, göz teması kurmama, ajitasyon, anksiyete belirtileri (elleri sıkma, hareketsiz duramama) gibi depresyonda ortaya çıkabilecek sözel olmayan ifadelerinin farkında olunması gerekmektedir.[5]

Depresyonun ortaya çıkışında olası kültürel farklılıkların (etnik, bölgesel, yaşa bağlı) farkında olunması önemlidir. Örneğin, depresyonu damgalayan toplumlardan hastalarda depresyonun somatize edilmiş belirtilerle ortaya çıkma olasılığı daha yüksek olabilmektedir. Böyle topluluklarda depresyon teşhisi utanç verici olarak görülebilir ve hastaların somatizasyon belirtilerinin dikkatli yorumlanması için hassasiyet ve güven gereklidir.[18]

Depresyonu Tanılamada Öz bildirim Ölçekleri

Öz bildirime dayalı ölçekler fiziksel hastalıkların varlığında güvenilirliğini kaybetme eğilimindedir. Bu araçlar hastanın yaşadığı genel sıkıntının göstergeleridir ancak hastanın soruya yanıt verme yeteneğine bağlıdır ve depresyon tanısı için özgüllükten yoksundur. Yapılan çalışmalarda "kendinizi depresif hissediyor musunuz?" sorusunun depresyonu belirlemede geçerli olduğu bulunmuştur. Bu soruya "Normalde zevk alacağınız şeylere veya etkinliklere karşı ilgi kaybı yaşadınız mı?" ek sorusu, tanı duyarlılığını yaklaşık %90'a kadar artırmaktadır.[18,27] Tablo 2'de depresyonu tanılama kontrol listesi yer almaktadır.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) palyatif bakım hastalarında anksiyete ve depresyonu taramak için yaygın olarak

Tablo 2. Depresyonu Tanılama Kontrol Listesi

Evet	Hayır	SUBJEKTİF BULGULAR
		Hastanın Hikayesi ve Şikayetleri
☐	☐	Ruhsal durumunda değişiklikler
☐	☐	▪ Ne zaman başladı?
☐	☐	▪ Nasıl başladı?
☐	☐	▪ Bu değişiklikler başladığında nasıl başa çıktı?
		SEMPTOMLAR
		Genel Görünüm ve Motor Davranış
☐	☐	▪ Üzgün Görünüm
☐	☐	▪ Postür çökkün
☐	☐	▪ Sözel iletişimde yavaşlama
☐	☐	▪ Yanıt vermede gecikme
☐	☐	▪ Sorulara yanıtlar bir iki kelime ile sınırlı
		Duygudurum
☐	☐	▪ Depresif Duygulanım
☐	☐	▪ Anhedonizm
☐	☐	▪ Umutsuzluk, güçsüzlük, anksiyete
☐	☐	▪ Apati
		Düşünce Süreci ve İçeriği
☐	☐	▪ Düşünce sürecinde yavaşlama
☐	☐	▪ Düşünce yapısı negativist ve pesimistik
☐	☐	▪ Ruminasyon
☐	☐	▪ Psikotik hastalarda Delüzyon/halüsinasyon
☐	☐	▪ Ölüm ya da suicid düşünceleri
		Bilişsel Yetiler
☐	☐	▪ Unutkanlık, bellek problemleri
☐	☐	▪ Halüsinasyonlar
☐	☐	▪ Zaman-kişi-yer oryantasyonu
		Dikkat Konsantrasyon
☐	☐	▪ Odaklanmada güçlük
☐	☐	▪ Dikkat gerektiren etkinliklerde güçlük
		Davranış Bozuklukları
☐	☐	▪ Psikomotor retardasyon
☐	☐	▪ Psikomotor ajitasyon
☐	☐	▪ Sosyal İzolasyon
		Fiziksel Belirtiler
☐	☐	▪ İştahta artma/azalma
☐	☐	▪ Uyku Düzensizlikleri
☐	☐	▪ Enerjide azalma/yorgunluk
		▪ İnatçı fiziksel semptomlar
☐	☐	▪ Libidoda azalma
		Gözlem
☐	☐	▪ Hastanın intihar belirtileri açısından gözlenmesi
☐	☐	▪ Sözel olmayan ifadelerinin gözlenmesi

kullanılmaktadır. Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilen, Türkçe uyarlaması Aydemir ve ark. (1997) tarafından yapılan ölçek 4lü likert tipi yanıtlanan (0-3 puan) 14 madde 2 alt boyuttan oluşmaktadır ve kısa oluşu ile de özellikle tercih edilmektedir. Ölçeğin depresyonu belirlemek için olan maddeleri fiziksel hastalıkla ilişkili değildir. Ölçeğin depresyon alt boyutu için kesme puanı 7'dir. 7 puan üstü alanlar riskli olarak değerlendirilmektedir. Ölçek depresyon ve anksiyete tanısı koymaktan ziyade, hastaların psikolojik durumlarını belirlemek ve gerekli önlemleri almak için oluşturulmuştur.[35,36]

Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri, depresyonda görülen fiziksel, duyusal, bilişsel ve davranışla ilgili belirtileri ölçen bir ölçektir. Depresif belirtilerin şiddetini belirlemede yaygın olarak kullanılmaktadır. Beck ve ark. tarafından 1961 yılında geliştirilen ölçek ülkemizde ve birçok kültürde yüksek güvenirlik ve geçerlik göstermiştir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymaktan ziyade depresif belirtilerin şiddetini ölçmektir. Ölçek 4lü likert tipi yanıtlanan (0-3 puan) 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten 0-63 arası puan alınabilmektedir.[37] 14-19 arası puan hafif, 20-28 arası puan orta, 29-63 arası puan şiddetli depresif belirtileri göstermektedir. Ölçeğin kesme noktası 13'tür.

Yönetimi

Depresyonun tedavisi, oluşumunda rol oynayan biyolojik ve psikososyal perspektifler çerçevesinde, farmakolojik ve psikolojik tedaviyi içeren kombine bir tedaviden oluşmaktadır. Palyatif bakım hastalarında depresyon yönetim algoritması Şekil 1'de yer almaktadır.

Tedavinin ilk adımını aslında, depresyonun doğru tanılanması oluşturmaktadır. Bu da sürekli gözlem ve güvenliğin sağlanmasını gerektirir. Hastanın intihar düşünceleri olup olmadığı sürekli değerlendirilmelidir. Literatürde, hastaların intihar düşüncelerini sorgulamanın onları intihara teşvik etmediği açıkça ortaya konmuştur. Örneğin hastaya "ölmenin daha iyi olacağını hiç düşündünüz mü?" şeklinde sorular sorulabilir. Palyatif bakım hastalarında depresyona eşlik eden fiziksel semptomlar (örneğin ağrı) hasta için dayanılmaz olabilir ve bu durum hastanın ruhsal durumunu kötüleştirebilir. Bulantı hastalar için rahatsız edici bir semptomdur ve hastada umutsuzluk ve çaresizlik duygularına yol açabilmektedir. Hastalıktan önceki hayatında aktif ve enerjik bir yaşam sürenler için yorgunluk katlanılmaz olabilmektedir. Hastanın fiziksel semptomlarının yönetimi, ruhsal durumunu da iyileştirebilmektedir. Empatik yaklaşım ve aktif dinlemenin olduğu bir değerlendirme ile terapötik ittifak oluşturmak, gerekli tedavi yöntemleri ve seçenekleri hakkında hasta ile tartışabilmek için yeterli güveni sağlar.

Farmakolojik Tedavi

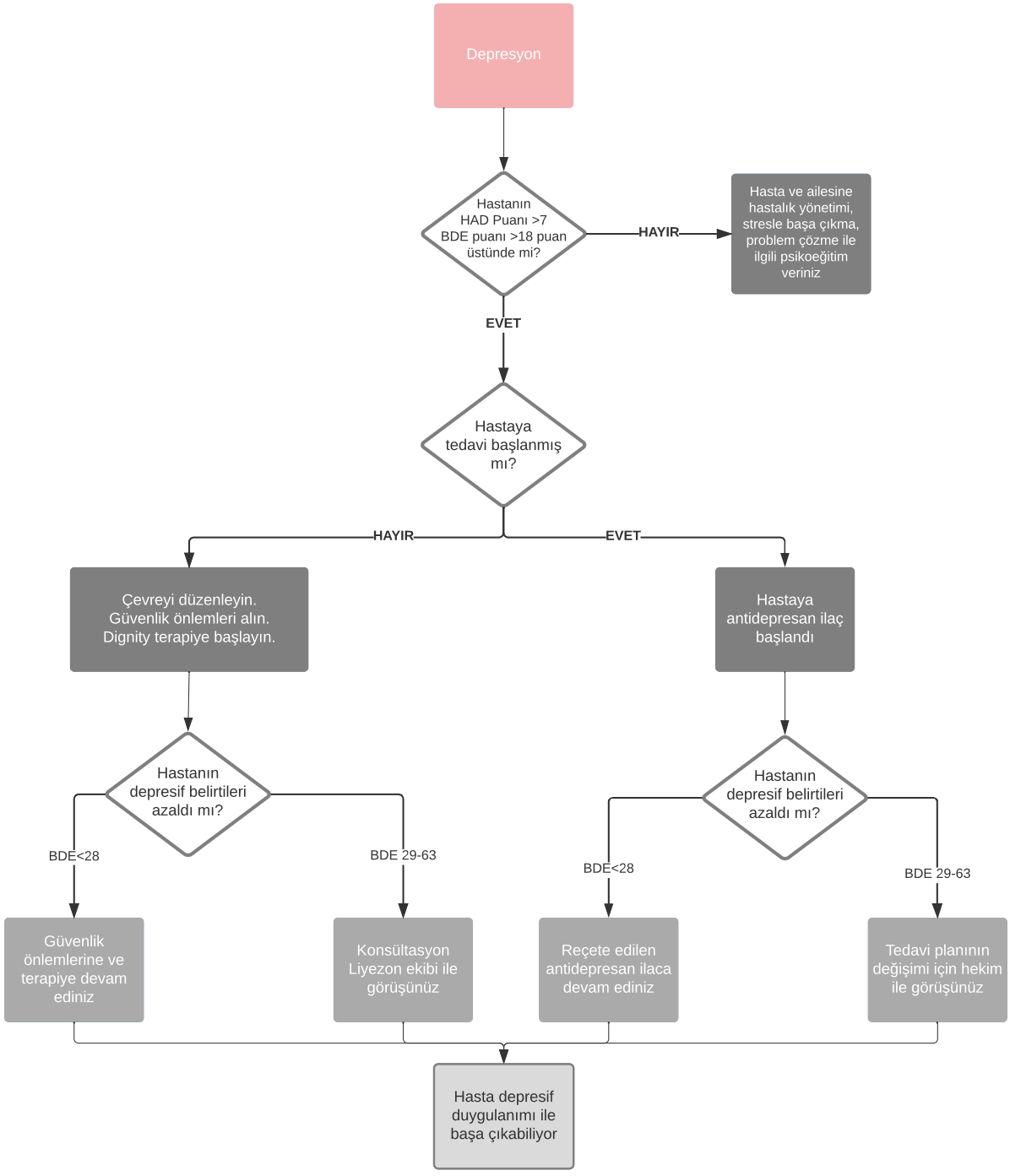
Depresyon tedavisinde antidepresanların kullanımı esas olup, bazı durumlarda anksiyolitikler ve antipsikotikler tedaviye eklenebilmektedir. Antidepresan ilaçlar majör depresif bozuklukların %65'inde başarılı sonuçlar oluşturmaktadır. Tedavi sonlanım hedeflerinin belirlenerek uygun sürede, uygun doz ilaç kullanılması önemlidir. Depresyon tedavisinde farmakolojik tedaviye yanıtın geç ortaya çıkması, yan etkilerden dolayı tedaviye uyumun bozulması, tedaviye uyumla ilgili yeterli iş birliğinin kurulamaması tedavi başarısını etkilemektedir. Bir antidepresan seçimine ilişkin klinik kararlar, semptom profili, yan etkiler ve gerekli etki başlangıcının süresine bağlıdır.[24,34] Yaşam sonu bakım hastalarında beklenen yaşam süresi, antidepresan seçimi üzerinde etkilidir. Antidepresan ilaçların terapötik etkisinin ortaya çıkmasının 2-4 haftayı bulması, hatta bazı hastalar için bu sürenin 6-8 haftaya çıkması palyatif bakım hastaları için antidepresan kullanımını etkilemektedir.[1]

Kanser hastalarında depresyon tedavisinde, antidepresanların plasebo etkisine göre daha etkili olduğu terapötik etkinin 4-5 hafta içinde daha belirginleştiği ve sürekli kullanımı ile arttığı saptanmıştır.[38] Bununla birlikte palyatif bakım hastalarında depresyonun yeterince tanılanmaması, klinik bilgi eksikliği, fiziksel hastalığın semptomlarına odaklanılması, psikiyatrik hastalıkların damgalanması, hastanın sıkıntısını arttırma korkusu antidepresan ilaçların reçete edilmesindeki engellerdendir.[1,38]

Antidepresan ilaç yelpazesi arasında etkinlik farkı çok azdır. Trisiklik antidepresanların, eğer tolere edilebilirlerse, palyatif bakım hastalarında depresyon tedavisinde daha etkili olabileceğine dair kanıtlar vardır.[38] Palyatif bakım hastalarında depresyon tedavisinde uygun ilaç seçiminde Parker (2000)'ın antidepresan seçimini belirleyen semptom profili modelinin kullanımı yararlıdır. Buna göre, anksiyete belirtileri gösteren depresyon için serotonerjik ilaçların, melankolik depresyon için noradrenerjik antidepresan kullanımı, psikotik belirtiler varsa tedaviye antipsikotik ilaç eklenmesi önerilmektedir.[39] Daha önce antidepresan tedavisi görmüş ve etkili olmuş hastalarda kullanılan ilaca yeniden başlanması tavsiye edilmektedir. Ketiapin ve olanzapin gibi antipsikotik ilaçlar, kemoterapiye bağlı uykusuzluk, iştah değişiklikleri, bulantıyı gidermese ve depresyon üzerinde iyileştirici etkileri nedeniyle palyatif bakım hastalarında semptom kontrolü ve depresyon tedavisi için tercih edilebilmektedir.[40] Anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği palyatif bakımdaki depresyon tanılı hastalarda oral ketamin hidroklorür'ün etkisi kanıtlanmıştır. 28 günlük denemede, hastalarda hem depresyon hem de anksiyete semptomlarında önemli bir iyileşmenin diyare, uykusuzluk, yerinde duramama gibi giderek azalan nadir yan etkilerle birlikte ortaya çıktığı saptanmıştır.[41]

Palyatif bakım hastalarında antidepresan seçimi, komorbid durumlardan ve ilacın yan etki profilinden de etkilenmektedir. Bazı antidepresan ilaçların analjezik etkileri olabilir ya da analjezik ilaçlarla etkileşime girerek (Örneğin SSRI ve kodein) analjezik etkiyi artırabilir, uykuya dalmaya yardımcı olabilir ve antikolinerjik yan etkiler kontinans sorununa iyi gelebilir. Bununla birlikte hastada var olan ağız kuruluğunu kötüleştirebilir, mide bulantısı, diyare gibi gastrointestinal sistem yan etkilerine, serotonin sendromuna (*serotonerjik ilacın tedavi edici ya da suisid amacıyla aşırı dozda alınması ya da serotonerjik etkili iki ilacın farmokolojik etkileşiminden kaynaklanan taşikardi, huzursuzluk gibi hafif belirtilerden hipertermi klonus gibi hayatı tehdit eden belirtilere kadar uzanan istenmeyen bir ilaç yan etkisi*) da neden olabilirler.[1,38] Palyatif bakım hastaları ilaç yan etkilerine daha fazla duyarlıdır ve bu durum onlar için rahatsız edici olabilmektedir. Var olan fiziksel hastalığın semptom yüküne eklenen antidepresan ilaç yan etkilerinin tedaviye uyumu kötüleştirmesi olasıdır. Palyatif bakım kanser hastalarının fiziksel hastalıkları ile ilgili aldıkları tedaviler kapsamında ilaç-ilaç etkileşimine yol açabilmektedir. Örneğin SSRI kullanımının Tamoksifenin kanser önleyici etkinliğini azalttığını bildiren çalışmalar vardır.[42,43] Ayrıca yüksek doz İnterferon-alfa tedavisinden önce uygulanan profilaktik antidepresan tedavisinin depresyonu önlediği gösterilmiştir.[44,45] Antidepresanların Sitokrom P450 enzim sistemini inhibe etme özellikleri

Şekil 1. Depresyon Yönetimi Algoritması



de önemlidir. Örneğin Sitalopram, güçlü bir CYP1A2 ve CYP2C19 (*karaciğerde ilaçların metabolize olmasını sağlayan sitokrom P450 enziminin gen ailesi*) inhibitörü olan Fluvoksamin'e kıyasla daha az ilaç etkileşimine sahip olduğundan daha iyi tolere edilir.[46] Tüm bunlar göz önüne alındığında antidepresan ilaç seçiminde hastanın mevcut fiziksel sağlık durumu, aldığı tedavi ve ilaçlar, reseptör duyarlılığı gibi etkenler bireysel olarak değerlendirilmelidir.[1]

Antidepresanların terapötik etkisi ortaya çıkmadan önce geçici bir anksiyete durumu ortaya çıkabilmektedir. Bu durum ilacın neden olduğu hafif serotonin sendromu olarak bilinmektedir. İlaç alındıktan sonra 24-48 saatte ortaya çıkar ve benzodiazepinlerle tedavi edilir. Serotonin aktivitesini artıran ilaçlar (örneğin linezolid) nadiren de olsa Florid serotonin sendromuna neden olabilir. Saatler içinde hastada ajitasyon, aşırı uyarılmışlık hali, miyoklonus, hiperrefleksi, terleme ve bilinç bozukluğu gelişebilir. Genellikle ilacın kesilmesi ile 72 saat içerisinde hasta normale döner.[47]

Depresyonun farmakolojik tedavisinde sağlık çalışanları ilaç etkileşimleri, toksisiteleri ve yan etkilerin farkında olmalıdır. Palyatif bakımda depresyonun yönetimi ile ilgili kılavuzlarda.[5,25];

Antidepresan tedavinin:

- Düşük dozlarla başlanılıp ve yavaş yavaş artırılması gerektiği
- Beklenen yaşam süresi kısa olduğunda, daha çabuk etki göstermeleri nedeniyle psikostimulanların tedavi seçeneği olarak düşünülmesi
- Yan etkileri ve ek terapötik faydaların göz önünde bulundurulması gerektiği (Örneğin; trisiklik antidepresanlar nöropatik ağrıya fayda sağlayabilir ancak konstipasyonu kötüleştirebilir; kardiyak iletim gecikmesi olan hastalarda trisikliklerden kaçınılması gerektiği vb.)
- Antidepresan ilaç tedavisi başlanan palyatif bakım hastaları oral ilaç alımına devam edemeyecek düzeye geldiğinde kesilme belirtilerinin ortaya çıkmasının önemli bir sorun olabileceği.
- Antidepresan ilaçların benzer terapötik yanıt oranlarına sahip olduğu vurgulanmıştır.

Trisiklik Antidepresanlar

Bu gruptaki ilaçlar Serotonin ve Noradrenalin geri alım pompalarını ve nadir de olsa Dopamin geri alım pompalarını inhibe ederek etki gösterirler. Trisiklik antidepresanların antihistaminik yan etkileri nedeniyle kilo artışı, sedasyon; antikolinerjik yan etkileri nedeniyle konstipasyon, görmede bulanıklık, ağız kuruluğu; α1 blokaj nedeniyle ortostatik hipotansiyon ve baş dönmesi gibi etkileri görülebilmektedir. Düşme riskini üç kat artırabilir. Yan etkilerinin fazla olması ve aşırı doz alımında ölüme neden olabildiği için kullanımları giderek azalmıştır. Palyatif bakım hastalarında trisiklik antidepresan kullanımı ile ilgili olarak dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır;

- Palyatif bakım hastalarında yan etki profili rahatsız edici olabileceği için trisiklik antidepresanların kullanımı dikkatli bir risk-fayda oranı analizini gerektirir.
- Nöropatik ağrının tedavisinde etkili olduğu için kanser hastalarında tercih edilmektedir.
- Kardiyak iletim gecikmesi, koroner arter hastalığı veya son altı ayda miyokard enfarktüsü öyküsü olan hastalarda trisiklik antidepresan kullanımından kaçınılmalıdır
- Yan etkiler genellikle trisiklik antidepresanların kullanılmaya başlamasından veya dozun artırılmasından 3 ila 4 gün sonra azalır.
- İkincil aminlerin (desipramin ve nortriptilin) genellikle üçüncül aminlere (imipramin, amitriptilin ve doksepin) kıyasla sedasyon ve antikolinerjik yan etkileri daha azdır.
- Trisiklik antidepresanlara 5–10 mg doz aralığında gece başlanmalıdır
- Antihipertansif ve sedatif ilaç kullananlarda ilaç-ilaç etkileşimleri dikkatli izlenmelidir.
- Oral yol mümkün olmadığında trisiklik antidepresanların rektal fitil formları kullanılabilmektedir; ancak bu formun temin edilmesinde sıkıntı yaşanabilmektedir.

Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI'lar)

SSRI'lar en yaygın kullanılan antidepresan ilaçlardır. Sinaps öncesi serotonerjik nöronlarda serotonin alımını engelleyerek etki gösterirler. SSRI grubu ilaçların adrenerjik, histaminerjik ya da kolinerjik reseptörleri tutma eğilimi olmadığı için reseptör blokajına bağlı yan etkileri görülmemektedir. Aşırı doz alımı trisiklik antidepresanlar gibi tehlikeli değildir. Depresyonun tedavisinin yanı sıra obsesif kompülsif bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, bulimiya nervosa gibi hastalıkların sağaltımında da kullanılmaktadır.[24,34]

SSRI grubu ilaçların kimyasal yapılarının farklı olması nedeniyle başlangıç ve idame dozları kendilerine özgüdür. Sitalopram tercih edildiğinde, başlangıç dozu 10 ila 20 mg arasında olmaktadır ve bir haftadan az olmayan aralıklarla artırılmaktadır. 40 mg'ın üzerindeki dozlar palyatif bakım hastalarında tavsiye edilmemektedir.[5,25] SSRI grubu ilaçlar trisiklik antidepresanlardan daha az yan etkiye sahiptir. Palyatif bakım hastalarında SSRI kullanımı ile ilgili olarak dikkat edilmesi gerekenler şöyledir;

- SSRI grubu ilaçlara genel popülasyon için olağan dozun yarısında başlanması
- Paroksetin ve fluoksetin, oksikodon ve kodeinin aktif analjezik formuna metabolize edilmesinden sorumlu enzimin aktif inhibitörleri olduğu için opidlerin ve SSRI'ların eşzamanlı kullanımının ağrı kontrolünün azalmasına neden olabileceğinin göz önünde bulundurulması
- Hastanın oral alımı bozulduğunda SSRI tedavisinin aniden kesilmesinin kesilme belirtilerine neden olabilmesi dikkate alınması gereken hususlardır. Kesilme belirtileri Paroksetin gibi kısa yarı ömürlü ilaçlarda daha fazla iken, Fluoksetin gibi uzun yarı ömürlü ilaçlarda daha azdır.
- Fluoksetin kullanımından sonra diğer antidepresanlara geçiş, uzun yarılanma ömrü nedeniyle karmaşık olabilir.[1,5,25]

Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım Önleyicileri (SNRI'lar)

İkili geri alım önleyici de denilen bu grup trisiklik antidepresanlara benzer etki mekanizmasına sahip olmakla birlikte diğer reseptör sistemlerini etkilemediği için yan etki profilleri daha azdır. Palyatif bakım hastalarında Velafaksin sıklıkla tercih edilen SNRI grubu bir antidepresandır. Başlangıç dozunun 75 mg olması ve yavaşça artırılması önerilmektedir.[24,25,34]

Atipik Antidepresanlar

Mirtazapin: Bunaltı giderici özelliği ve antidepresan etkisi 2-4 haftada çıkmakla birlikte, ilacın başlanması ile birlikte uyku düzensizlikleri ve bunaltı üzerindeki etkisi nedeniyle tercih edilmektedir (Tablo 3).

- Yaşlı bireylerde mirtazapin eliminasyonu azalmaktadır.
- Nöbet eşiğini düşüren ilaçlarla birlikte alındığında nöbet riskini düşürme riski vardır.
- Başlangıç dozu 7,5-15 mg arasındadır, yavaş yavaş artırılarak idame dozunun 15-45 mg arasında olması önerilmektedir.[24,25]

Bupropion: Dopamin ve noradrenalin geri alımını önleyerek depresyonun sağaltımını sağlar. Antikolinerjik, antihistaminik ve antiserotonerjik yan etkileri yoktur ve uyku yapmaz. Bu özellikleri nedeniyle palyatif bakım hastalarında depresyonun tedavisinde tercih edilmektedir.

- Nöbet öyküsü olan ve nöbet eşiğini düşüren ilaç kullanımı olan hastalarda kontrendikedir.

Tablo 3. Palyatif Bakım Hastalarında Kullanılan Antidepresanlar[a]

Antidepresan	Özellikleri
Mirtazapin	**Yararları:** İştahı artırma özelliği vardır. Mide bulantısını azaltır. Bazı hastalar için yatıştırıcı etkisi faydalıdır. Etkisi erken başlar, bu nedenle hastalar için iyi bir seçimdir. Ağızda dağılan tablet formu mevcuttur. Kalp yetmezliği ve diyabet hastalığı varlığında kullanımı uygundur. **Olası yan etkileri:** Sedasyon, baş dönmesi, konstipasyon, hipertansiyon, kilo alımı, ödem, ortostatik hipotansiyon, ağız kuruluğu, yorgunluk, titreme, baş dönmesi, konfüzyon, anksiyete, artralji, miyaljidir. **Dikkat edilecekler:** Tramadol veya venlafaksin ile birlikte alındığında serotonerjik etkileri arttırır. Varfarinin antikoagülan etkisini artırır.
Sertraline	**Yararları:** Böbrek yetmezliği olan hastalarda faydalıdır. Kardiyak hastalık öyküsü olanlarda ilk tercih edilen antidepresandır. **Olası yan etkileri:** Bulantı, kusma, uyuşukluk, baş dönmesi, ağız kuruluğu, iştahsızlık, dispepsi, ishal, uykusuzluk, terleme, cinsel işlev bozukluğu, ajitasyon, hiponatremi, pankreatit, hepatit, taşikardi, amnezi, parestezi, saldırganlık, idrar inkontinansı, adet düzensizlikleridir. **Dikkat edilecekler:** Droperidol ile birlikte alındığında ventriküler aritmi riskini arttırır. Aspirin ile birlikte kullanıldığında kanam riskini arttırır.
Sitalopram	**Yararları:** Ajitasyon ve mide bulantısında etkilidir. Nöbet riski olan hastalar için güvenlidir. Oral süspansiyon formu mevcuttur. **Olası yan etkileri:** Bulantı, kusma, iştahsızlık, hazımsızlık, diyare, ağız kuruluğu, baş dönmesi, uykusuzluk, terleme, cinsel işlev bozukluğu, ajitasyon, hiponatremi, çarpıntı, taşikardi, postural hipotansiyon, konfüzyon, konsantrasyon bozukluğu, amnezi, baş ağrısı, parestezi, tat bozukluğu, kulak çınlaması, poliüri, eliminasyon problemleri, öforidir. **Dikkat edilecekler:** Aspirin ile birlikte verildiğinde kanama riskini arttırır. Doz aşımında diğer SSRI'lardan daha risklidir.
Amitriptilin	**Yararları:** Uykusuzluk veya nöropatik ağrı şikayetleri için faydalıdır. Hasta zaten nöropatik ağrı için düşük doz alıyorsa, depresyonun tedavisinde başka bir antidepresan vermek yerine bu dozu artırmak faydalı olabilir. Terapötik etkisi SSRI'lardan daha erken başlar. **Olası yan etkileri:** Ağız kuruluğu, konstipasyon, hipotansiyon, taşikardi, idrar retansiyonu, konfüzyon, baş dönmesi, uyku bozukluğu, uyuşukluk,aritmi, karın ağrısı, stomatit, çarpıntı, ödem, huzursuzluk, yorgunluk, cinsel işlev bozukluğu, bulantı, terlemedir. **Dikkat edilecekler:** Doz aşımında SSRI'lardan daha fazla toksik etkisi vardır ve ölümcül olabilir.

[a]Rayner L, Higginson IJ, Price A, Hotopf M. The Management of Depression in Palliative Care: European Clinical Guidelines. 2010;1-44. www.epcrc.org/getpublication2.php?id=6VW4bQY9JujQVGSItDs6 kaynağından uyarlanmıştır.[5]

- Aşırı stimülasyona neden olabilir.[24,25]

Trazadone: Antikolinerjik yan etkisi düşük, uyku yapıcı etkisi yüksek bir antidepresandır. Depresyon belirtilerine uyku düzensizliklerinin eşlik ettiği durumlarda tercih edilir. SSRI grubu ilaçlarla birlikte kullanıldığında antidepresan etkisi artmaktadır.

- Hipotansiyona neden olduğundan antihipertansif tedavi alan hastalarda dikkatli olunmalıdır
- Serum digoksin ve fenitoin düzeylerinde artırır.
- Genellikle akşam tek doz halinde 25-50 mg başlangıç dozlarıyla tedaviye başlanması önerilmektedir.[24,25]

Palyatif bakım ortamlarında antidepresanların özellikleri ve dikkat edilmesi gerekenler Tablo 3'te verilmiştir.

Diğer Somatik Tedaviler

Depresyonun tedavisinde kullanılan somatik tedaviler Elektrokonvülsif Terapi, Transkraniyel Manyetik Uyarım, Işık Tedavisidir.

Elektrokonvülsif Terapi depresyon tedavisinde en güvenilir ve en etkili yöntemdir fakat anestezi altında yapılması nedeniyle palyatif bakım hastaları için uygun seçenek değildir.

Transkraniyel Manyetik Uyarım Tedavisi; kortekse manyetik uyaranlar ileterek beynin alt dokularında elektrik akımı indükler. İnvaziv olmaması ve olumsuz yan etkileri olmaması nedeniyle palyatif bakım hastalarında tercih edilebilir. Baş ağrısı yaygın görülen yan etkisidir.[1,48]

Işık tedavisi, özellikle mevsimsel özellikli depresyonun tedavisinde etkilidir ve antidepresan tedavinin etkinliğini artırmaktadır. Ucuz ve evde uygulanabilen bir yöntem olması tercih nedenidir.[49]

Non-Farmakolojik Yaklaşımlar

Depresyonun akut tedavisinde non-farmakolojik yaklaşım olarak destekleyici ve bilişsel davranışçı terapilerin kullanılması önerilmektedir. Hastanın mevcut durumu ve bireysel tercihleri göz önünde bulundurularak bireysel terapiler, grup terapileri, kişilerarası terapi, problem çözme odaklı terapi gibi birçok yaklaşım kullanılmaktadır.[34]

Palyatif bakım hastalarında kontrol altına alınamayan ağrının depresyon ve intihar için risk faktörü olduğu göz önüne alındığında, ağrının tedavi edildiğinden emin olunması önemlidir. Hasta ve ailesi için psikoterapiler, gevşeme egzersizleri, masaj terapisi ve terapötik dokunma depresyonun sağaltımında etkili diğer non-farmakolojik yöntemlerdir. Yaşamsal enerji alanlarındaki dengesizlikten kaynaklanan hastalık veya semptomları iyileştirmek amacıyla eller ile enerji alanlarını etkileyip, enerjiyi arttırma, düzenleme, dengeleme ve korumaya yönelik bir yaklaşım olan terapötik dokunmanın hem beden hem de zihin için yatıştırıcı olduğu bilinmektedir. Hemşireler bu yaklaşımdan faydalanarak hastalarla terapötik bir ilişki kurabilirler. Ayrıca gevşeme egzersizleri, dikkatin dağılmasını, fiziksel gevşemeyi ve basit görevlerin yerine getirilmesi konusundaki becerileri pekiştirmektedir.

Psikoterapiler

Psikoterapiler, bu konuda eğitim alan ruh sağlığı uzmanları tarafından yapılan bir tedavi yöntemidir. Ancak palyatif bakım hastaları fiziksel sağlık durumları nedeniyle çoğu zaman konuşma terapileri için uygun olmayabilir. Palyatif bakım hastalarında hastanın bakımını sağlayan hemşireler, potansiyel olarak onlara psikolojik destek sağlayacak en önemli kişilerdir. Depresif belirtilerin şiddetine, hastalığın evresine, hastanın ilgisine ve terapiye katılma motivasyonuna bağlı olarak çeşitli terapiler uygulanmaktadır. Hafif ve orta şiddette depresyon tanısı alan kanser hastaları psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi, gevşeme yöntemleri, problem çözme yaklaşımlarından faydalanabilmektedir.[50] Yaşamın anlamını güçlendiren dignite (saygınlık/dignity) terapi[51,52], bilinçli farkındalık temelli terapi[53] gibi destekleyici dışavurumcu terapiler ölümle ilgili korku ve varoluşsal kaygıların yoğun yaşandığı son dönem hastalarında faydalı olabilir. Bu terapiler hastaların yaşadığı varoluşsal karmaşa ve psikososyal sıkıntıları azaltmaktadır.

Bilişsel Davranışçı Terapiler

Bilişsel davranışçı terapiler (BDT) hem bilişsel hem de davranışsal teknikleri kullanarak hastanın duygu, düşünce, davranış ve fiziksel semptomları arasındaki ilişkiyi tanılamasına ve fark etmesine yardımcı olmayı amaçlayan terapötik bir müdahaledir. Bilişsel teknikleri kullanarak, hastanın alternatif düşünme yolları bulmasına yardımcı olarak olumsuz düşünceleri belirlemeyi, bunları olumlu düşüncelerle değiştirmeyi ve kaygının nedenlerini ve yönetme yollarını belirlemeyi sağlar.[22,54]

Palyatif bakım hastalarında her oturumun 30-45 dk sürdüğü 3-4 oturumluk kısa süreli bilişsel davranışçı müdahalelerin etkili olduğu bilinmektedir. Son dönem hastalarında oturumların kısa tutulması önemlidir. İlk oturumda hastanın duygu, düşünce, davranış ve fiziksel semptomları arasındaki ilişkilerin ele alınması ve diğer oturumlarda çalışılacak konular için plan yapılması önerilmektedir. 2. ve 3. oturumlarda, bilişsel ve davranışsal teknikler kullanılarak olumsuz düşünceler, ölümle ilgili endişeler, kaygı ve diğer sorunlar ele alınır. Son oturumda ise, geçmiş oturumlar gözden geçirilerek davranış değişikliğinin nasıl sürdürüleceği hakkında gelecek planları yapılarak terapi sonlandırılır.[5,54]

BDT temelli krize müdahale modeline dayalı kısa süreli destekleyici psikoterapi (4-10 seans) bu hastalar için yararlıdır. Terapinin amacı, hastanın yaşadığı sıkıntıyı azaltırken ve başa çıkma yöntemlerini geliştirerek moral ve özgüveni artırmaktır. Hastanın geçmişteki güçlü yönleri ve önceki etkili başa çıkma yöntemlerini vurgulayarak öz-değeri güçlendirmek, olumsuz yanlış anlamaları ve bilişleri düzeltmek, mevcut kişilerarası çatışmaları ele almak ve hastalığın neden olduğu sınırlamalara uyum sağlamayı desteklemek terapinin temel amaçlarındadır.[1] Olumsuz düşünce kalıplarının yeniden çerçevelenmesini ve yapılandırılmasını içeren bilişsel terapiler palyatif bakım hastalarında, pasif çaresizliği daha etkili bir başa çıkma stiline dönüştürmeye yardımcı olabilir. Psikoterapilerin ortak özellikleri; sınırlı bir zamanda hastaya empati, ilgi ve desteğin sunulmasıdır. Palyatif bakım hastalarında psikoterapilere ailenin de dahil edilmesi önerilmektedir, çünkü yaklaşan ölüm karşısında ailelerin de desteğe ihtiyacı vardır.

Melankolik özellik gösteren palyatif bakım hastaları destekleyici psikoterapiye ihtiyaç duyarlar. Destekleyici psikoterapilerin odak noktası, depresyonun yönetimi ve ilaca uyum konusunda bilgilendirici olmalıdır. Yaşamı belirleyen kararların depresyon iyileşene kadar ertelenmesi önemlidir. Bu hastalar için rehberlik etme ve belirgin tavsiyelerde bulunma, otonom işlevlerine devam etmek için yeterince iyileşene kadar geçici olarak gerekli olabilmektedir. Tıbbi paternalizm bu hastalar için tedavi edici özellikte olabilir.

Problem Çözme Odaklı Terapiler

Problem çözme odaklı terapiler, hastaların yaşamlarında karşılaştıkları problemlerle başa çıkmalarına yardımcı olan kısa süreli terapilerdir. Hasta ve danışman hastanın hayatında meydana gelen sorunu tanımlar, olası çözümleri tartışır ve birlikte bir strateji seçerek sorunun çözümüne yönelik adımları geliştirir. Problem çözme odaklı terapilerin depresyonun tedavisindeki etkinliği hakkında kanıtlar yeterli olmasa da[55], kolay uygulanması ve kısalığı palyatif bakım hastaları için tercih edilir bir seçim haline getirmektedir.

Dignite (saygınlık/dignity) Terapi

Dignite (saygınlık/dignity) terapi, son dönem hastaları için geliştirilmiş bir terapi müdahalesidir. Yaşamının son dönemindeki hastaların varoluşsal sıkıntıları ve psikososyal sorunlarını ele almayı amaçlar.[22,51,52] Bu terapi yöntemi, hastanın mevcut durumu, anıları, hayatıyla ilgili değerlendirmeleri, nasıl hatırlanmak istediği, sevdikleri ile ilgili planları ve umutlarına yönelik soru ve cevaplarla ilerler. Hastanın verdiği cevaplar hastanın onamıyla kaydedilir ve daha sonrasında yakınlarına verilir. Dignite (saygınlık/dignity) terapinin, palyatif bakım hastalarında özsaygıyı geliştirdiği, yazılı belge bırakarak sevdiklerine yardımcı olduklarını düşündükleri ortaya konmuştur.[25,49]

Palyatif bakımda etkili olduğu düşünülen diğer terapi yöntemleri Tablo 4'te verilmiştir.

Hasta ve Ailelerinin Eğitimi

Depresyon, herkesin yaşamının bir döneminde karşılaşabileceği psikolojik bir durumdur. Palyatif bakım ortamlarında depresyon belirti ve semptomları fiziksel hastalığın belirtileri ile karıştırılabileceği için hasta ve ailesine depresyonun belirtilerinin öğretilmesi, belirtiler ifade edilmediğinde tedavi edilemediği bilgisi verilmelidir.[5,25]

Palyatif bakım hastalarının bakım verenlerine bakım veren rolleri, bakımla ilgili görevler, destek sistemleri, duygularını ifade etme,

Tablo 4. Palyatif Bakımda Diğer Terapiler[a]

Terapi	Özellikleri
Kişilerarası İlişkiler Terapisi	Hastanın kişiler arası ilişkilerine ve başkalarıyla etkileşimlerine odaklanan kısa süreli terapidir. Kişilerarası terapinin depresyonda etkili bir tedavi olduğu gösterilmiştir ve kanser hastalarında depresif belirtileri azalttığına dair kanıtlar vardır.
Çift Terapisi	Hastanın partneriyle olan ilişkisi ve bu ilişkideki sorunlar terapinin odak noktasıdır. Kanser hastalarında depresif semptomların azaltılmasında etkili olduğu bilinmektedir. Belirgin ilişki güçlükleri olan kanser hastalarında tercih edilebilir.
Grup Terapi	Grup terapisi benzer durumdaki insanları bir araya getirmesi ve deneyimlerini paylaşmaya olanak sağlaması nedeniyle iyileştiricidir. Uzun süreli olduğundan son dönem hastaları için uygun olmayabilir.
Bilinçli Farkındalık Temelli Terapiler	Farkındalık temelli teknikler, bedensel duyumlara ve özellikle nefesin hareketine odaklanarak şimdiki ana nasıl dikkat edileceğini öğretir. Bu süreç, düşünce, duygu ve algıların özünde gerçek olmadığı, yalnızca gerçeğin bir yorumu olduğu bilincini artırmayı amaçlar. Kanser ve palyatif bakım hastalarının psikolojik iyi oluşunu iyileştirebileceğine dair bazı kanıtlar vardır.

[a]Rayner L, Higginson IJ, Price A, Hotopf M. The Management of Depression in Palliative Care: European Clinical Guidelines. 2010;1-44. www.epcrc.org/getpublication2.php?id=6VW4bQY9JujQVGSItDs6 kaynağından uyarlanmıştır.[5]

keder ve yasa uygun duygusal tepkiler, özbakım ve sosyal haklarla ilgili verilen psikoeğitimin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada[56], eğitim sonucunda bakım verenlerin özyeterlik, hazır oluş algılamalarının arttığı, anksiyete düzeylerinin azaldığı bulunmuştur. Palyatif bakım hasta ve ailelerine yönelik 1) depresyon, ağrı, yorgunluk, bulantı, kusma ve uyku ile ilgili bilgiler; 2) hastaların semptomlarını kaydedebilecekleri ve değişiklikleri izleyebilecekleri öz-yönetim alanı; 3) günlük kaydı; 4) çalışmaya katılan hastaları birbirine bağlayan bir sohbet odası ve 5) gevşeme teknikleri ve hastaların hemşire koordinatörlerinin eğitim videolarını içeren web tabanlı özyönetim becerileri eğitiminin depresyon, ağrı ve yorgunluğu azalttığı; yaşam kalitesini artırdığı bulunmuştur.[57]

Hasta ve ailelere eğitim verirken hem fiziksel hastalık hem de depresyon, psikolojik iyilik halini etkilediği için semptomları sağlık çalışanları ile paylaşmanın önemi anlatılmalıdır. Depresyonun tedavi edilmesi için öncelikle tanılanması gerektiği bilinci hasta ve ailesinde de pekiştirilmelidir. Depresyonun farmakolojik ve non-farmakolojik tedavilerinin amacı anlatılmalıdır. Hastada depresyon geliştiğinde ilaçların terapötik etkisinin 2-4. haftada ortaya çıkacağı, bu yüzden ilaçların düzenli kullanılmasının önemi tedaviye uyumu artıracaktır.[5,25]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The authors declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Macleod A (Sandy), Maddocks I. *Depression. In: The Psychiatry of Palliative Medicine*. 2nd ed. Taylor & Francis; 2016. p. 93-116. [Crossref]
2. Huey NS, Guan NC, Gill JS, Hui KO, Sulaiman AH, Kanagasundram S. Core symptoms of major depressive disorder among palliative care patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(8):1758. [Crossref]
3. Rayner L, Lee W, Price A, Monroe B, Sykes N, Hansford P, et al. The clinical epidemiology of depression in palliative care and the predictive value of somatic symptoms: cross-sectional survey with four-week follow-up. *Palliat Med*. 2011;25(3):229-241. [Crossref]
4. Warmenhoven F, van Rijswijk E, van Hoogstraten E, van Spaendonck K, Lucassen P, Prins J, et al. How family physicians address diagnosis and management of depression in palliative care patients. *Ann Fam Med*. 2012;10(4):330-336. [Crossref]
5. Rayner L, Higginson IJ, Price A, Hotopf M. The Management of Depression in Palliative Care: *European Clinical Guidelines*. 2010;1-44. www.epcrc.org/getpublication2.php?id=6VW4bQY9JujQVGSItDs6
6. Sudarisan SSP, Abraham B, George C. Prevalence, correlates of depression, and its impact on quality of life of cancer patients attending a palliative care setting in South India. *Psycho-Oncology*. 2019;28(6):1308-1313. [Crossref]
7. World Health Organization. Depression [Internet]. 2021. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression
8. Kafes AY. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. *Humanist Perspect*. 2021;3:186-194. [Crossref]
9. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastan Tıp Bülteni*. 2011;45(2):65-74.
10. Gülseren Ş. Depresyon ve anksiyete. *Klin Psikiyatr*. 2008;20(5-6):25-30.
11. Köroğlu E. *Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı*, beşinci baskı (DSM-5). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
12. Krebber AMH, Buffart LM, Kleijn G, Riepma IC, De Bree R, Leemans CR, et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psycho-Oncology*. 2014;23(2):121-130. [Crossref]
13. Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Ramessur R, Murray G, et al. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(5):343-350. [Crossref]
14. Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Ly KL. Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med*. 2002;16(2):81-97. [Crossref]
15. Conill C, Verger E, Henríquez I, Saiz N, Espier M, Lugo F, et al. Symptom prevalence in the last week of life. *J Pain Symptom Manage*. 1997;14(6):328-331. [Crossref]
16. Kutner JS, Kassner CT, Nowels DE. Symptom burden at the end of life: hospice providers' perceptions. *J Pain Symptom Manage*. 2001;21(6):473-480. [Crossref]
17. Lichtenthal WG, Nilsson M, Zhang B, Trice ED, Kissane DW, Breitbart W, et al. Do rates of mental disorders and existential distress among

advanced stage cancer patients increase as death approaches? *Psycho-Oncology J Psychol Soc Behav Dimens Cancer*. 2009;18(1):50-61. [Crossref]
18. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, et al. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. J Pain Symptom Manage. 2007;33(2):118-129. [Crossref]
19. Kozlov E, Phongtankuel V, Prigerson H, Adelman R, Shalev A, Czaja S, et al. Prevalence, Severity, and Correlates of Symptoms of Anxiety and Depression at the Very End of Life. *J Pain Symptom Manage*. 2019;58(1):80-85. [Crossref]
20. Whitlock FA, Siskind M. Depression and cancer: a follow-up study. *Psychol Med*. 1979;9(4):747-752. [Crossref]
21. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry*. 2003;54(3):269-282. [Crossref]
22. Önen Sertöz Ö, Elbi Mete H. Bedensel Hastalıklarda Depresyon. *Klin Psikiyatr*. 2002;Ek-2:63-69.
23. Okutur K, Demir G. Paraneoplazi kavram. *Turkderm Deri Hast ve Frengi Ars*. 2013;47(SUPPL. 2):59-64. [Crossref]
24. Öztürk O, Uluşahin A. *Duygudurum Bozuklukları. In: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13th ed. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015. p. 261-334.
25. Fraser Health. Depression in the terminally ill. [Internet]. Hospice Palliative Care Program Sypmtom Guidelines. 2022. https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/Health-Professionals/Professionals-Resources/Hospice-palliative-care/Sections-PDFs-for-FH-Aug31/9524-15-FH---Sym_Guide-Depression.pdf?rev=530b39abf2c549b3b405bb0860015a90
26. O'Connor M, White K, Kristjanson LJ, Cousins K, Wilkes L. The prevalence of anxiety and depression in palliative care patients with cancer in Western Australia and New South Wales. *Med J Aust*. 2010;193:S44-47. [Crossref]
27. Lloyd-Williams M. Screening for depression in palliative care patients: a review. *Eur J Cancer Care* (Engl). 2001;10(1):31-35. [Crossref]
28. Grotmol KS, Lie HC, Loge JH, Aass N, Haugen DF, Stone PC, et al. Patients with advanced cancer and depression report a significantly higher symptom burden than non-depressed patients. *Palliat Support Care*. 2019;17(2):143-149. [Crossref]
29. Shandilya M, Sharma S, Das PP, Charak S. Depression: A Challenge during Palliative Care. In: Cascello M, Stones MJ, editors. S*uggestions for Addressing Clinical and Non-Clinical Issues in Palliative Care*. London: IntechOpen; 2021. p. 346. [Crossref]
30. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer*. 2001;84(8):1011-1015. [Crossref]
31. Kathol RG, Mutgi A, Williams JW, Clamon G, Noyes R. Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteria. *Am J Psychiatry*. 1990;147(8):1021-1024. [Crossref]
32. Trask PC. Assessment of depression in cancer patients. *JNCI Monogr*. 2004;2004(32):80-92. [Crossref]
33. Stockton M. Book Review: Handbook of psychiatry in palliative medicine. *Palliat Med*. 2001;15(2):175-176. [Crossref]
34. Karamustafalıoğlu O, Gökçegöz Gül I. Depresyon. In: Karamustafalıoğlu O, editor. *Temel ve Klinik Psikiyatri*. 1st ed. İstanbul: Güneş Tıp Kitapevleri; 2018. p. 313-338.
35. Aydemir Ö, Guvenir T, Kuey L, Kultur S. Validity and reliability of Turkish version of hospital anxiety and depression scale. *Turk Psikiyatr Derg*. 1997;8(4):280-287.
36. Tetik Küçükelçi D. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) Üzerine Bir Çalışma. *Yaşam Becerileri Psikol Derg*. 2019;3(5):85-91. [Crossref]
37. Arkar H, Şafak C. Klinik bir örneklemde Beck Depresyon Envanteri'nin boyutlarının araştırılması. *Türk Psikol Derg*. 2004;19(53):117-123.
38. Rayner L, Price A, Evans A, Valsraj K, Hotopf M, Higginson IJ. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. *Palliat Med*. 2011;25(1):36-51. [Crossref]
39. Parker G. Classifying depression: should paradigms lost be regained? *Am J Psychiatry*. 2000;157(8):1195-1203. [Crossref]
40. Komossa K, Depping AM, Gaudchau A, Kissling W, Leucht S. Second-generation antipsychotics for major depressive disorder and dysthymia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(12). [Crossref]
41. Irwin SA, Iglewicz A, Nelesen RA, Lo JY, Carr CH, Romero SD, et al. Daily oral ketamine for the treatment of depression and anxiety in patients receiving hospice care: a 28-day open-label proof-of-concept trial. *J Palliat Med*. 2013;16(8):958-965. [Crossref]
42. Lash TL, Cronin-Fenton D, Ahern TP, Rosenberg CL, Lunetta KL, Silliman RA, et al. Breast cancer recurrence risk related to concurrent use of SSRI antidepressants and tamoxifen. *Acta Oncol* (Madr). 2010;49(3):305-312. [Crossref]
43. Juurlink D. Revisiting the drug interaction between tamoxifen and SSRI antidepressants. Vol. 354, *BMJ. British Medical Journal Publishing Group*; 2016. p. i5309. [Crossref]
44. Musselman DL, Lawson DH, Gumnick JF, Manatunga AK, Penna S, Goodkin RS, et al. Paroxetine for the prevention of depression induced by high-dose interferon alfa. *N Engl J Med*. 2001;344(13):961-966. [Crossref]
45. Galvão-de Almeida A, Guindalini C, Batista-Neves S, de Oliveira IR, Miranda-Scippa Â, Quarantini LC. Can antidepressants prevent interferon-alpha-induced depression? A review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(4):401-405. [Crossref]
46. Yüksel N. Sitokrom P450 Enzim Sistemi ve İlaç Etkileşmeleri. 35 Ulus Psikiyatr Kongresi. 2001;Ek 1:5-16.
47. Şahiner V, Erden Aki Ö. Linezolid Kullanımı ile İlişkili Serotonin Sendromu : Olgu Sunumu. *Türk Psikiyatr Derg*. 2009;20(4):398-402.
48. Onyeka TC. Psychosocial issues in palliative care: A review of five cases. *Indian J Palliat Care*. 2010;16(3):123. [Crossref]
49. Hung C-M, Zeng B-Y, Zeng B-S, Sun C-K, Cheng Y-S, Su K-P, et al. Cancer-related fatigue: light therapy: updated meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Support Palliat Care*. 2021; [Crossref]
50. Li M, Fitzgerald P, Rodin G. Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2012;30(11):1187-1196. [Crossref]
51. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2011;12(8):753-762. [Crossref]
52. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*. 2005;23(24):5520-5525. [Crossref]
53. Ando M, Morita T, Akechi T, Ito S, Tanaka M, Ifuku Y, et al. The efficacy of mindfulness-based meditation therapy on anxiety, depression, and spirituality in Japanese patients with cancer. *J Palliat Med*. 2009;12(12):1091-1094. [Crossref]
54. Anderson T, Watson M, Davidson R. The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: A feasibility study. *Palliat Med*. 2008;22(7):814-821. [Crossref]
55. Fulton JJ, Newins AR, Porter LS, Ramos K. Psychotherapy targeting depression and anxiety for use in palliative care: A meta-analysis. *J Palliat Med*. 2018;21(7):1024-1037. [Crossref]
56. Hudson PL, Aranda S, Hayman-White K. A psycho-educational intervention for family caregivers of patients receiving palliative care: A randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage*. 2005;30(4):329-341. [Crossref]
57. Steel JL, Geller DA, Kim KH, Butterfield LH, Spring M, Grady J, et al. Web-based collaborative care intervention to manage cancer-related symptoms in the palliative care setting. *Cancer*. 2016;122(8):1270-1282. [Crossref]

BÖLÜM 17
KAYIP, KEDER VE YAS

Özge SUKUT
Emre ÇİYDEM

DOI: 10.5152/1817

Kayıp, Keder ve Yas

Loss, Grief, and Bereavement

BÖLÜM HAKKINDA

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele eden hastalar ve aileleri için bütüncül bir yaklaşım sunar. Bu süreçte, kayıp, acı, keder ve yasın etkin bir şekilde yönetilmesi, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artırmada kritik bir rol oynar. Bu bölümde, palyatif bakımın temel ilkeleri doğrultusunda kayıp ve yas sürecinin yönetimi ele alınmaktadır. Psikososyal destek, hasta ve ailelerine yönelik danışmanlık hizmetleri, acı ve kederin azaltılmasına yönelik müdahaleler üzerinde durulmaktadır. Ayrıca, kayıp ve yas sürecinin kültürel ve bireysel farklılıklar göz önünde bulundurularak nasıl ele alınması gerektiği tartışılmaktadır. Etkili iletişim stratejilerinin, sağlık profesyonelleri ile hasta ve aileleri arasındaki ilişkide ne denli önemli olduğu vurgulanmaktadır. Palyatif bakımda hedef, hastaların fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlerini karşılayarak, yaşamlarının son dönemlerini mümkün olan en iyi şekilde geçirmelerini sağlamaktır. Bu bölüm, palyatif bakım hizmeti sunan profesyoneller için rehber niteliğinde olup, hastaların ve ailelerinin bu zorlu süreci daha rahat ve anlamlı bir şekilde atlatmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, kayıp yönetimi, acı, keder, yas

ABOUT the CHAPTER

Palliative care provides a holistic approach for patients and families coping with life-threatening illnesses. Effective management of loss, pain, grief, and bereavement is crucial in improving the quality of life for patients and their families. This section addresses the management of the loss and bereavement process in line with the fundamental principles of palliative care. Emphasis is placed on psychosocial support, counseling services for patients and families, and interventions aimed at alleviating pain and grief. Additionally, the need to consider cultural and individual differences in handling the loss and bereavement process is discussed. The importance of effective communication strategies in the relationship between healthcare professionals and patients and families is highlighted. The goal of palliative care is to meet the physical, emotional, and spiritual needs of patients, ensuring they spend their final stages of life in the best possible way. This section serves as a guide for professionals providing palliative care, aiming to help patients and their families navigate this challenging period more comfortably and meaningfully.

Keywords: Palliative care, management of loss, pain, grief, bereavement

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ T.C. CERRAHPAŞA 1453

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenciler:

1. Kayıp, keder ve yas kavramlarını tanımlar.
2. Kayıp, keder ve yasla ilgili teorileri açıklayabilir.
3. Kayıp ve yas sürecinde normal ve normal olmayan tepkileri tanımlayabilir.
4. Kayıp, keder ve yas sürecinin yönetiminde kullanılan yaklaşımları kavrar.
5. Kayıp, keder ve yas sürecinde verilecek eğitimi öğrenir.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Kayıp**: Kişi için önemli olan bir şeyden ayrılma
2. **Keder**: Kayba verilen duygusal tepki
3. **Yas:** Keder veya üzüntü hissetmek veya bunları ifade etmek

Özge Sukut[1]

Emre Çiydem[2]

[1] İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2] Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

E-posta: ozgesukut@gmail.com
emreciydem@hotmail.com

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Sukut Ö, Çiydem E. Kayıp, Keder ve Yas. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 171-177.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Giriş

Yaşamda önemli birinin kaybı, hayatın kaçınılmaz bir parçasıyken palyatif bakımda çalışan sağlık profesyonelleri için kayıp, günlük çalışma rutinlerinde sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Palyatif bakımda çalışan sağlık profesyonelleri hastaların sürecinde, hastaların aileleriyle gelişen uzun süreli ilişkilerde ve hatta bazen kendilerinde yasla yüzleşmek zorunda kalırlar.[1] Dolayısıyla, palyatif bakımda çalışan sağlık uzmanları patolojik veya uzamış yas bozukluğunun farkında olmaları ve kayba tepki olarak geliştirilen normal yas tepkilerinden nasıl ayırt edeceklerini bilmeleri önemlidir.[2] Kayıp, kişinin ölümü nedeniyle yakın akrabasından, arkadaşından veya partnerinden yoksun kalması durumudur. Keder, kayıp karşısında yaşanan duygusal tepkidir. Tipik keder, sevilen birinin ölümüyle ilgili akut özlem, inanmama ve üzüntü duyguları ile karakterizedir. Bu duygu, kişiye kayıp hatırlatıldığında dalgalar halinde gelme eğilimindedir ve buna olumlu anımsama duyguları eşlik edebilir. Yaşanan duygular dokunaklı ve yoğun olsa da genellikle uzun süre devam etmezler. Altı aydan bir yıla kadar sürebilir ve kalıcı ruhsal sıkıntı ve işlev bozukluğu yaratmaz. Genellikle altı ay içinde, bu duyguların yoğunluğu azaldıkça kayıp, yaslı kişinin yaşamına entegre olur.[3-5] Normal yas süreci kişinin zihinsel ve fiziksel sağlığını olumsuz etkileyebilirken, uzamış yas normal yasa göre kişinin işlevselliği üzerinde daha büyük bir etkiye sahiptir. Bakım sürecinde oldukça fazla görülen yaygın yas deneyimine rağmen bu konuda palyatif bakımda çalışan sağlık profesyonellerine verilen eğitimin çoğu zaman yetersiz olduğu bildirilmektedir. Kayıp, yas ve uzamış yas hakkında palyatif bakım sağlayıcılarının yeterli bilgiye sahip olması, yas sürecinde meydana gelen işlevsel bozulmaların tanınması, normal yas ve patolojik yas arasındaki farkların anlaşılmasına ve tedavisine önemli katkılar sağlayabilir.[6]

Tanımlar

Bu bölümde kayıp ve yas yaşayan bireylerle ilgili temel kavramlara yer verilmiştir.

Kayıp (Loss)

Kayıp; sevgi içeren ve sonuncunda hisler olan bazı şeylerin değerinde değişim, yer değiştirme veya azalmasıdır. Değerin bazı halleri; somut ve soyut kabul edilmiş, imkânsıza çevrilmiş veya kaybolmuş değerli şeylere çevrilmiştir. Kayıp aniden/ beklenmedik veya tahmin edilen/önceden bilinen şekilde olabilir.[7] Kişi için önemli olan bir şeyden ayrılma olarak da kısaca tanımlanabilir.[8]

Keder (Grief)

Matem, ayrılık ya da kayıp; duygusal, fiziksel ve davranışsal üzüntü cevapları içerir. Bu cevapların şiddeti, bitiş süresini (ölüm zamanını) değiştirir. Kayba, özellikle de bir bağ ya da sevginin kurulduğu bir kişinin ya da bir canlının kaybına verilen duygusal, fiziksel, bilişsel, davranışsal, sosyal, kültürel ve ruhsal tepkidir.[7,8]

Beklenen Keder (Anticipatory Grief) - (Yas ve Ölüm Öncesi)

Beklenen keder, önceden bilinen ölüm ve kayba olan hazırlayıcı faktörlerle ilişkilidir. Olası bir kaybın fark edilmesi veya tanımlanması üzüntüyü tetikler. Bu ölümcül hastalıklarda ve bu hastaların ailelerinde meydana gelir. Önceden oluşan üzüntünün süresi kaybın meydana gelmesi ve onun gerçekten var olan oluşumu arasındaki zamanın uzunluğuna bağlıdır. Uzun zaman ya da yaşam boyu olan bir hastalık sonucu ya da yaşam fonksiyonları bozulmuş yaşlı bireyin yaşadığı keder örnek olarak verilebilir. Beklenen kederin olumlu yönleri, bilindiği için ilişkilerin olumlu yönde çözülmesini, kayba olan hazırlığı ve ruhsal yönden uzlaşmayı sağlar. Olumsuz yönleri ise, bakım vericiler için stres, kırgınlığın ve kızgınlığın artmasını içerir. Bunun nedeni; ambivalans ilişkiler, ümitsizlik, güçsüzlük ve depresyondur.[7,9]

Disfonksiyonel Keder

Bazı insanlar uzun süre çözümlenmemiş üzüntüler ile uğraşır. Bitirmek için belli bir zaman yoktur. Bunun yerini alabilecek cevaplarda yoktur. Disfonksiyonel üzüntü; uzamış, başarısız zihinsel ve duygusal cevapların kullanımını işaret eder. Bazı insanlar daha önceki hayatlarına dönemezler. Bu insanın cesaretini kırabilir. Bu psikolojik ve fiziksel sonuçlar doğurabilir. Profesyonel yardım çözüm için iyi bir yoldur.[7]

Yas (Mourning)

Yas sözcüğü üzüntü, duygu ve düşüncelerini taşıyan, matem tutan her insan tarafından sosyal, kültürel durumlar ve ifadeleri tanımlamak için kullanılır. Yas; gelenek ve görenekleri içerir. Bu da insanların kaybın gerçekliğini kabul etmelerine yardımcı olur ve kendi geleceklerine bakış açısına uyum gösterir.[7] Yas adetinin bir alışkanlığı da siyah kıyafetler giyerek merhuma olan yasını ifade etmektir. Üzüntü ve saygıyı ifade etmenin çeşitli yollarından biride siyah bant takmaktır, tıpkı arkadaşının yasının tutan yasa görevlisinin rozeti gibidir. Bazı kültürlerde yası yaşam şekli farklıdır. Budistler yas tutarken geleneksel renk olarak beyaz rengi giyerler, bu yüzden yasın değerlendirilmesinde kültürel özelliklerin bilinmesi önemlidir.[7]

Ölüm

Ölüm bireyin fiziksel ve psikolojik anlamdaki son evresi olup, evrensel bir olgudur. Ölümün açıklaması standart kriterlere bağlı olarak başlı başına yasalarca izin verilmesine bağlıdır. Ölümün meydana geldiğine karar vermek tek yasallıkla kabul edilir.[7,10] Sağlık profesyonelleri, filozoflar, sosyal bilimciler ve avukatlar beyin daha fazla fonksiyon göstermediği zaman ölümün açıklanmasında hem fikirlerdir. Ölümün algılanışı üzerinde inançların, dinlerin, kültürlerin, adetlerin, göreneklerin ve toplumsal değer yargılarını önemli rol oynadığı, bu nedenlerden dolayı da ölüme karşı tepkilerin ve tutumların değişiklikler gösterdiği bilinmektedir.[7,10]

Tanatoloji (Thanatology)

Ölüm ve ölümle alakalı konuları ele alan bir disiplin şeklidir. Çalışma sahası ölümün perspektif tanımını, olduğu gibi davranışları, törenleri, bireylerin/grupların/ kültürlerin/ dinlerin ilgili çalışmalarının yakından inceler. Ölümünün etkilerini daha iyi anlayan ve ölme sürecindeki gruplara katkıda bulunur. Sağlık bakımı pratisyenlerini ve kayıp boyunca ölümü ile ilgilenen kişileri ve ailelerini içerir. Tanatolojiyle; palyatif bakım klinisyenleri aileleri, hastaları, tıbbi kadroyu, meslektaşlarını daha iyi asiste edebilir ve ölümle ilgili olayları anlamasını sağlayabilir.[7]

Keder ve Kayıp ile İlgili Bazı Teoriler

Lindemann (1944), Boston'daki Coconut Grove Oteli yangınından sağ kurtulan bireylerde (yanı sıra yakın akrabaları) yas sürecini incelemiştir. Her yas deneyimine ortak fiziksel, duygusal ve davranışsal semptomların ve fizyolojik değişikliklerin eşlik ettiğini belirlemiştir. Lindemann'a göre keder, hazırlayıcı psikolojik ve somatik semptomlarla kendini gösterir. Akut yas süreci; somatik distres, ölen kişinin hayali ile uğraşma, suçluluk, düşmanca reaksiyon ve davranış şekillerinin bozulması ile karakterize edilir.[11]

Elisabeth Kübler-Ross'un ölüm basamakları keder sürecinde sıklıkla uygulanır. Kayba birincil cevap inkârı, kızgınlığı ve pazarlığı içerebilir. İnkâr, kaybın kabulünü reddetmeyi içerir. Kızgınlık öncellikle direk olarak sağlık personeline daha sonra da ölen kişiye doğru olabilir. Pazarlık ve inkâr gerçeğin algılanmasında genelde beraber görülebilir. Daha sonraki aşama depresyondur ve uzun dönem sürebilir. Disfonksiyonel kederin kronikleşmesi major depresyona yol açabilir. Kaybın kabulü aşamalı bir süreçtir, önceki basmaklara olan bakış açısını içerir.[9] Kübler-Ross'un keder basamakları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Bowlby (1967), kişinin güvenliği için bağlanmanın gerekliliğine odaklanmış ve güvenliği için gerekli olan bağlanma örüntüsü bozulduğunda yasın ortaya çıktığını öne sürmüştür.[12] Şok ve inançsızlık (uyuşukluk), protesto (özlem ve arama), düzensizlik ve umutsuzluk ve yeniden düzenlenme olmak üzere yasın dört evresini tanımlamıştır. Teorisi, çocuğun anneden ayrılması gereken bir bağlanma modeline dayanmaktadır. Bowlby'nin yas süreci kayba bağlı şok ve inançsızlık (uyuşukluk); kayıp nesneyi geri kazanma girişimini içeren protesto (özlem ve arama); bireyin kaybolan nesneyi yeniden kazanmaya çalıştığı yoğun bir umutsuzluk duygusu (düzensizlik ve umutsuzluk); ve bireyin araştırmayı bırakıp yeni ilişkiler geliştirdiğinde (yeniden düzenleme) yasın tamamlanmasını içerir.[13]

Engel: Kayba birincil cevap şok ve inanmamadır. Farkında olma ve kaybın anlamı yasın ilk yılı süresince gelişir.[9] Engel'e göre kaybın basamakları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Risk Faktörleri

Araştırmalar, yasın gidişatını etkileyen ve olumsuz sağlık durumuyla ilişkili birkaç faktör belirlemiştir. Bu faktörler durumsal, bireysel ve çevresel faktörler olmak üzere üç grup altında toplanabilir.

Durumsal faktörler, ölümü çevreleyen koşullar ve eşzamanlı yaşam olaylarının etkisidir. Zamansız, beklenmedik, damgalanmış veya gereksiz yere rahatsız edici ölümler daha şiddetli ve daha uzun süreli yaslara neden olur. Ölümcül hastalığı olan birinin ölümü yine de beklenmedik ve üzücü olabilir ve ölümcül hastalığı olan bir kişiye altı aydan fazla bakmanın zorluğu da riski artırır. Azınlık kültürel veya etnik gruplarından insanlar, uygun olduğunu düşündükleri ritüelleri ve gelenekleri takip edemezlerse sorunlar yaşayabilirler. Çoklu kayıplar ve finansal zorluklar gibi eşzamanlı krizler de başa çıkma kaynaklarını zorlar.[14-16]

Bireysel faktörler, kaybedilen ilişkinin anlamı ve kişisel faktörlerle ilgilidir. Kaybın öznel anlamı akrabalıktan daha önemlidir ve ilişki ne kadar yakınsa risk de o kadar büyük olur. Yaslı kişinin esenlik ve benlik saygısı için ölen kişi ne kadar gerekliyse, kayıp duygusu o kadar fazla yaşanır. Önceden var olan sağlık sorunları yas nedeniyle daha da kötüleşebilir ve daha önce bir psikiyatrik hastalığı olanlarda intihar riski daha fazladır.[14-16]

Çevresel faktörler, riskin sosyal ve kültürel bağlamıdır. Algılanan destek eksikliği ortak faktördür. Yas, insanları ana destek kaynaklarından ve paylaşılan acılardan mahrum bırakabilir ve sosyal ağlardaki farklı yas örüntüleri bunu artırabilir. Aile anlaşmazlıkları ek bir stres kaynağıdır. Yaşlı insanlar arasında sağlık durumunun kötü olması, hareket kabiliyetinin azalması ve duyusal kayıplar, başa çıkmayı zorlaştırabilir ve yeni ilgi alanları veya ilişki geliştirme kapasitesini azaltabilir.[14-16]

Tanılama

Kayıp ve Yasa Verilen Tepkiler

Kayıp ve yasa verilen tepkiler fiziksel, psikolojik ve spirütüel/sosyokültürel tepkiler olmak üzere üç grupta incelenebilir. Bu tepkiler Tablo 3'de gösterilmiştir.[11,17,18]

Tablo 1. Kübler-Ross'un Keder Basamakları.[9]

Basamaklar	Davranışsal Cevaplar
İnkar	Bu dönemde insanlar karar vermekten ya da girişim yapmaktan kaçınırlar. İnkarı yaşayan hasta öleceğine inanmaz ve yanlışlık olduğunu ümit eder. Kişi kaybın olduğunu reddeder. Ölüm ya da travma ile hafıza yaşanan olayı bloke edebilir. Ya da kısa süreliğine bunun olmadığına kendin inandırır. Bir bacağın kaybından sonra takılan protez örneğinde olduğu gibi bu tür durumlarda baş etmeye hazır olamayabilir.
Kızgınlık	Kızgınlık direk olarak hemşireye ya da hastane çalışanına olabilir. Haksızlık, korku, kızgınlık ve hatta öfke duyabilirler. Bu aşamada sorular "Niçin ben?" ya da "Nasıl beni yalnız bırakırsın?" şeklinde olabilir.
Pazarlık (Uzlaşma)	Bu evrede yaşanan çaresizlik ve umutsuzluk duygularına karşı çocukça bir güçlülük duygusu vardır. Kayıptan kaçınmak için pazarlık arayışına girer. Tanrı ile, ölen kişi ile ve kendi ile uzlaşma ihtiyacı duyabilir. Gerçek ya da hayali geçmiş günahları yüzünden cezalandırılma korkusu ya da suçluluk olabilir (Günahlarımdan dolayı cezalandırıldım gibi).
Depresyon	Bireyin fiziksel durumu kötüleştikçe, hastalığın ciddiyetini inkar, öfke ve pazarlık etme anlamsız hale gelir ve bunun sonucunda derin kayıp duygusu ve depresyon görülür. Olanlar ya da olamayanlar üzerinden acı çeker. Serbest bir şekilde konuşur (aklına geldiği gibi konuşur) ya da uzaklaşabilir.
Kabullenme	Durumunu kabullenen hasta, daha gerçekçi davranmaya, yarım kalan işlerini düzene sokmaya, yakınlarına ölümünden sonra yapacaklarını anlatmaya başlar. Kişi kaybı kabullenir. Depresyona son verilir, kişinin kaybı kabul edilir. Çevre ile olan alaka daha aza iner ve kaybın dünyanın sonu olmadığı gibi destek verilir. İsteklerle ilgili planlar yapılabilir..

Tablo 2. Engel'e Göre Kaybın Basamakları[a]

Basamak	Davranışsal Cevap
Şok ve inanmama	• Kaybın olduğunu reddetme • Sersemlemiş hisler • Entelektüel kabul ama duygusal inkar
Farkındalığı keşfetme	• Bilinçli bir şekilde kaybın gerçek olduğu anlaşılır. • Hastaneye/hemşireye karşı direk bir kızgınlık • Ağlama ve kendimi suçlama
Yerine koyma (Restitution)	• Yas ritüeli (Cenaze)
Kaybı tekrar çözme	• Acısal kaçış ile baş etmeye uğraşma • Kaybettiği kişi yerine başka birinin geleceği ya da başka bir şey ile yer değiştireceğini kabul etme • Destekleyen kişi ile daha bağımsız ilişki kurabilme • Ölen kişi hakkındaki anılarını düşünme ve konuşma
İdealleştirme	• Ölen kişiye karşı düşmanca ve olumsuz düşünceleri bastırma • Ölen kişiye karşı düşüncesiz ya da kibar olmayan davranışları yüzünden suçluluk ve pişmanlık hissetme • Ölen kişinin hayran olunan niteliklerini farkında olmadan benliğinin bir parçası haline getirmek • Ölen kişinin hatıraları daha az üzücü duygu uyandırma
Sonuçlar	• Davranış çok önemli bir desteğin kaybı, ilişkilerdeki bağımlılık derecesi, ölen kişiye karşı olan ambivalans derecesi, ilişkisindeki doğallık, daha önceki keder deneyimleri gibi birçok faktörden etkilenir.

[a]Fortinash KM, Holoday-Worret PA. *Psychiatric mental health nursing.* 2th ed. Fortinash KM, Holoday-Worret PA, editors. USA: Mosby Elsevier; 2008. 716 p kaynağından uyarlanmıştır.[9]

Karmaşık Yasın Değerlendirilmesi

Yas ve yasın ifadesi, yası yaşayan bireyin yaşadığı toplumdan ve yakın ailedeki tutum ve beklentilerden etkilendiğinden, yasın değerlendirilmesi karmaşıktır. Odak, bireyi anlamak ve onun güçlü yanlarını ve kaynaklarını ve ayrıca potansiyel zorlukları tanımak olmalıdır. Aşağıdakiler dikkate alınmalıdır:

Duygu ve davranışların yoğunluğu ve süresi—Eşini veya partnerini kaybettikten sonraki ilk birkaç hafta içinde her gün ağlayan bir kadın normal sınırlar içindedir ancak aynı kişi bunu 12 ay sonra yapıyorsa bu durum dikkatle incelenmelidir. Uzun süreli yoğun özlem, kendini suçlama ve öfke, sosyal temastan uzun süre geri çekilme gibi belirtiler tehlike işaretleridir. Herhangi bir keder belirtisi göstermemek de sorunlu olabilir. Ancak insanlar farklı şekillerde kederle başa çıktıklarından bazıları özellikle ölüme iyi hazırlanmışlarsa oldukça çabuk iyileşebilirler. Kaybın türü ve ilişkinin yakınlığı yasın yoğunluğu ve süresinde önemli faktörlerdir. Bazı kayıplar için, yas 6 aydan birkaç yıla kadar devam eder. Çocuğun ölümü gibi bazı durumlarda yas daha uzun sürebilir. Yasın süresini belirleyen diğer faktörler arasında ölüm şekli (örneğin, doğal veya travmatik), tarihsel öncüller (örneğin, depresyon, stres), kişilik değişkenleri (örneğin, başa çıkma ve dayanıklılık) ve sosyal ve kültürel bağlam (örneğin, gelenekler) bulunur.[3-5,19]

Kültürel olarak belirlenmiş yas uygulamaları—Bir annenin dört yıl önce ölen küçük oğlunun odasını bir türbe olarak muhafaza etmesi Türk kültüründe alışılmadık bir durumdur. Bununla birlikte Japonya'da eşi ölen bir kadın, evdeki türbede adaklar sunarken ölen kocasıyla hayatının geri kalanında konuşabilir. Türkiye'de norm genellikle, kişinin duygularını kendine saklaması yönünde olup özellikle erkekler duyguları bastırmak için sosyal baskı yaşayabilir. Yukarıda bahsedilen risk faktörleri de yası daha yoğun ve uzun süreli hale getirebilir.[19]

Kişilik—Bireylerin genellikle zorluklarla nasıl başa çıktıklarını anlamak önemlidir. Kişinin yas tutabilme kapasitesi kişilik örgütlenme düzeyiyle doğru orantılıdır. Kişiliğin örgütlenme düzeyi ne kadar iyi düzeyde ise yas süreci de o kadar sağlıklı ilerler.[20]

Yönetimi

Farmakolojik Yaklaşımlar

Farmakolojik tedavinin seçiminde kayıp ve yas sürecine bağlı gelişen semptomların niteliği göz önünde bulundurulur. Dezorganize konuşma ve davranış, uygunsuz duygulanım, delüzyonlar ve halüsinasyonlar, akut ve kronik düşünce bozukluğu ve agresif davranışlar gibi belirtilerin varlığında antipsikotik ilaçlardan yararlanılabilir. Depresif duygudurum, kaygı, benlik saygısında düşme, aşırı suçluluk, çaresizlik, umutsuzluk, anhedoni, uykusuzluk, iştah ve enerji kaybı gibi belirtilerin azaltılmasında ya da sağaltımında ise antidepresan ilaçlardan yararlanılabilir.[21]

Non-Farmakolojik Yaklaşımlar

Yas Terapisi

Yas terapisinin hedefleri duygu paylaşımını teşvik etme, üzüntüyü normalleştirme, duygusal dalgalanmalar ve yasın süreci hakkında eğitim verme, yer değiştiren öfkenin yorumlanması ve adaptif başa çıkma stratejilerinin kullanımını teşvik etmeyi içerir. Bu tür danışmanlık ve terapi teknikleri palyatif tıpta çalışan tüm klinisyenler tarafından uygulanmalıdır. Geçmiş psikiyatrik bozukluk öyküsü gibi kişisel savunmasızlığı olan, bağımlılık veya kararsızlık gibi ilişkisel sorunlar yaşayan, şok edici, beklenmedik veya travmatik olarak deneyimlenen bir ölüm yaşayan ve aile işlevselliğinde bozulmaları olan bireyler yas terapisi açısından risk grubundaki bireylerdir. Grup çalışması özellikle izole olan bireyler için faydalıdır.[22,23]

Varoluşçu Psikoterapi

Varoluşçu psikoterapi, insanlığımızın verili özelliklerinden kaynaklanan zorluklara dayanarak, öz-farkındalık, özgürlük ve özerk seçim, temel yalnızlık ve insani ilişki ihtiyacımız, yaşamın anlamı ve ölümün kaçınılmaz gerçekliği kavramlarını ele alır.[24] Varoluşsal sıkıntı bireyleri ölümleriyle yüzleşmeye zorladığı için palyatif dönemdeki hastalar ve yakınları için baskın bir deneyimdir.[25] Psikoterapi sürecinde her hastanın algıladığı ve gerçekçi yanıt verme yollarının düşünmeye davet edildiği belirli varoluşsal zorlukları tanımlamaya yardımcı olunur. Yüzleşme süreçleri, tepki oluşumu ve hayatın en çok değer verilmesi gereken yönleri hakkında düşünmeye teşvik edilen terapi sürecinde hastaların özellikle

Tablo 3. Kayıp ve Yasa Verilen Tepkiler

Fiziksel	Psikolojik	Spirütüel/Sosyokültürel
• Nefes darlığı • Uykusuzluk • İştah kaybı • Enerji kaybı • Hastalığa daha fazla duyarlılık • İç çekme • Sinirlilik ve huzursuzluk • Boğazda bir şey hissi • Boşluk hissi veya ağırlık • Kalp çarpıntısı • Ağlama • Psikomotor gerginlik • Azalmış libido veya aşırı cinsellik • Kilo kaybı	• Depresyon • Kaygı • Suçluluk/Kendini suçlama • Öfke ve düşmanlık • Anhedoni • Düşük benlik saygısı • Çaresizlik ve umutsuzluk • Gerçek dışılık duygusu • Şüphe • Kişilerarası sorunlar • Ölen kişinin benzeri • davranışlar • Ölen kişinin idealleştirilmesi • Ölen kişiyle ilgili ikircikli duygular	• Manevi acı, ıstırap ve yalnızlık • Allah korkusu, bilinmeyen ve/veya gelecek korkusu • Başarısızlık ve suçluluk duygusu • Haksızlık duygusu ve kızgınlık • Aşkınlığın kaybı • Umutsuzluk • Anlam arama • Sevgi ve umuda duyulan ihtiyaç • Bağışlama duygusu • Dini gruplara katılma ya da bu gruplardan uzaklaşma • Ölümden sonraki yaşamla ilgili inançlar • Ölümden sonra yapılan ritüeller

şimdiki an içinde otantik ve amaçlı hayatlar yaşamalarına yardımcı olunur. Onur ve anlam merkezli son yaşam sonu terapi modelleri de varoluşçu psikoterapiden geliştirilmiştir.[26]

Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi, hastaya duygusal olaylar veya tetikleyiciler, ilişkili otomatik düşünceler veya inançlar ve sonuçta ortaya çıkan duygu veya davranışlar arasında bağlantı kurmayı öğretmeyi içerir. Bu model, düşüncelerin ne kadar yararlı veya gerçekçi olduklarına göre değerlendirildiği kayıp ve yas için özel olarak geliştirilmiştir.[27] Olumsuz otomatik düşüncelerin bilişsel olarak yeniden çerçevelenmesi ve tartışılması kullanılır, düşünceler yardımcı olmadığında üstbilişsel bir duruş sergiler.[28] Varoluşsal temalara paralel olarak umutsuzluk veya çaresizlik duygularını kontrol etme gibi durumlar araştırılır. Yaşamı optimize etmek için etkili iletişim, problem çözme ve aktivite planlamasına dikkat edilebilir.[29]

Psikodinamik Psikoterapi

Kayıp tehdidinde önceki başa çıkma kalıpları ve ilişki güçlükleri ortaya çıkabilir. Bu tür kalıpların yaşamın erken dönemlerinde tanınması çatışmaların çözümlenmesine yardımcı olabilir.[30] Aktarım ve karşıaktarım tepkilerini anlamlandırmak, ölmekte olan hastayı en iyi şekilde desteklemek için yararlı süreçlerdir. Hastalığın son aşamasıyla karşı karşıya olan hastaları tedavi eden terapistlerde öngörülen çaresizlik duyguları gelişebilir. Bunu bir karşıaktarım yanıtı olarak anlamak, terapistin hastanın ne deneyimlediğine ilişkin içgörüsünü artırır ve bu nedenle terapötik çalışmanın odağının ne olabileceğine rehberlik eder. İnkâr ve gerileme gibi savunmalar aslında adaptif olabilir ve işleyişi teşvik edebilirken, ölüm farkındalığı da palyatif dönemdeki hastalarda güçlü bir yaşama iradesi ile birlikte var olabilir. Bu tür savunmalar, kişinin nihai işlerinin düzenlenmesi de dahil olmak üzere, uygun tıbbi tedavinin veya hedeflerin gerçekleştirilmesinin kesintiye uğramasına neden olmadığı varsayılarak, korku veya çaresizlik gibi sıkıntıları hafifletmeye hizmet edebilir.[23]

Hasta Eğitimi

Pek çok birey yas için profesyonel danışmanlığa ihtiyaç duymasa da, yas süreci hakkında eğitim alma, benzer duygulara sahip diğer kişilerle duygularını ifade etme ve ölen kişi olmadan yaşama uyum sürecinde problem çözme konusunda rehberlik alma fırsatlarından yararlanabilir. Kayıp ve yas yaşayan bireye verilecek eğitimin içeriğinden aşağıda bahsedilmiştir.[9,19]

- Sağlım profesyonelleri yas tutan bir kişiyi çeşitli şekillerde destekleyebilir. Kayıptan önce, önemli kişileri, ölmekte olan sevdikleriyle vakit geçirmeye teşvik edebilir ve bu ilişkilerin önemini kabul edebilir.
- Kederde ikircikli duyguların (örneğin, üzüntü ve öfke, kaygı ve rahatlama) yaygın olduğunu doğrulamak değerli olabilir, çünkü çoğu ilişkinin harika zamanları olduğu kadar zor zamanları da vardır.
- Sağlık profesyonelleri, beklenen yasın (yani, kayıp beklentisiyle ortaya çıkan) normal bir yanıt olduğunu açıklarsa, suçluluğu hafifletebilir.
- Yas yaşayan birey, ölen olmadan hayata uyum sağladığından, sağlık profesyonelleri problem çözmede destek sağlayabilir. Bu, mağdurun yeni rollerini tartışmayı, mağdurun bunaltıcı görevleri küçük adımlar halinde yeniden düzenlemesine yardımcı olmayı ve sosyal destek kaynaklarını belirlemeyi içerebilir.
- Yas yaşayan birey hazır olduğunda, sağlık profesyonelleri yeni ilişkilere yatırımı teşvik edebilir.
- Başlangıçta kaybın inkâr edilmesinin kayıp ve yas sürecinde normal ve bu durumun kişiyi koruyucu olduğu konusunda bilgi verilir.
- Keder hakkında bireye bilgi verilir. Bireyin bu dönemde ağlaması veya kaybı için kızgın hissetmesinin normal olduğu söylenir.
- Benzer durum yaşayan kişilerden oluşan yas grupları hakkında bireyler bilgilendirilmelidir. Mevcut gruplara nasıl ulaşabileceği konusunda gerekli kaynaklar kayıp ve yas yaşayan bireye sağlanmalıdır.
- Zaman zaman iyi ve kötü zamanlar hakkında konuşma, iyi zamanlar hakkında konuşurken gülme gibi durumların yas sürecinin olağan bir parçası olduğu konusunda bilgi verilir.
- Başlangıçta yoğun acı çekme, huzursuzluk, baş ağrısı, ajitasyon, tanrıya ya da kaderine isyan etme, delirecekmiş gibi hissetme, aciz, çaresiz hissetme gibi durumların normal olduğu vurgulanır. Bu duygular deneyimlendiğinde bir süre sonra kendiliğinden yatışacağı konusunda bilgi verilir.
- Birey öfkesini çevresindeki diğer insanlara yönlendirebilir. Bu

tür durumların farkında olması konusunda eğitilir.

- Başlarda uykusuzluk, iştahsızlık, dikkati toplamada zorlanma gibi durumların normal olduğu, zamanlarda bu durumlarda iyileşmeler gözlenebileceği belirtilmelidir.
- Kendine, başkalarına veya çevresine zarar verme düşünceleri olduğunda en yakın ulaşabileceği kaynakların iletişim bilgileri paylaşılır.
- Aile ve arkadaşlarına bireyin sosyalleşmesi için kısa ve sessiz ziyaretlere ihtiyacı olduğunu konusunda bilgi verilir.
- Kaybın üzerinden geçecek zamanın çok uzaması yas sürecinin işlenemediğini gösterir. Kişinin günlük yaşamına dönmesi ve işlevselliğini sürdürürken bir taraftan da yas sürecini yaşayacağı konusunda bilgi verilir yararlanabilirler.[9,19]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Nam I. Complicated Grief Treatment for Older Adults: The Critical Role of A Supportive Person. *Psychiatry Res.* 2016 Oct 30;244:97-102. [Crossref]
2. Dodd A, Guerin S, Delaney S, Dodd P. Complicated grief: Knowledge, Attitudes, Skills and Training of Mental Health Professionals: A Systematic Review. *Patient Educ Couns.* 2017 Aug 1;100(8):1447-1458. [Crossref]
3. Meichsner F, O'Connor M, Skritskaya N, Shear MK. Grief Before and After Bereavement in the Elderly: An Approach to Care. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020 May 1;28(5):560-569. [Crossref]
4. Hall C. Bereavement Theory: Recent Developments in Our Understanding of Grief and Bereavement. *Bereave Care* [Internet]. 2014 [cited 2022 Mar 3];33(1):7-12. Available from: [Crossref]
5. Zhang B, El-Jawahri A, Prigerson HG. Update on Bereavement Research: Evidence-Based Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Complicated Bereavement. *J Palliat Med* [Internet]. 2006 Oct 13 [cited 2022 Mar 3];9(5):1188-1203. Available from: [Crossref]
6. Riordan PA, Price M, Robbins-Welty GA, Leff V, Jones CA, Prigerson HG, et al. Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About Bereavement and Grief. *J Palliat Med* [Internet]. 2020 Jul 15 [cited 2022 Mar 3];23(8):1098-1103. Available from: [Crossref]
7. Harkreader HC, Hogan MA (Nurse), *Thobaben M. Fundamentals of nursing : caring and clinical judgement.* In: Harkreader HC, Hogan MA (Nurse), Thobaben M, editors. 2nd ed. Saunders, China: Elsevier Saunders; 2007. p. 1109-31.
8. Townsend MC, Morgan KI. *Essentials of psychiatric mental health nursing : concepts of care in evidence-based practice.* In: Townsend MC, Morgan KI, editors. The Nursing Process in Psychiatric/Mental Health Nursing. 4th ed. USA; 2008. p. 115-139.
9. Fortinash KM, Holoday-Worret PA. *Psychiatric mental health nursing.* 2th ed. Fortinash KM, Holoday-Worret PA, editors. USA: Mosby Elsevier; 2008. 716 p.
10. Karaca S, Özlem I. Ölüm Yaklaşırken Yaşananlar ve Söylenebilecekler: Bir Gözden Geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg.* 2009;2(1):83-87.
11. Lindemann E. Symptomatology and Management of Acute Grief. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1944 [cited 2022 Mar 3];101(2):141-148. Available from: [Crossref]
12. Bowlby J. *Attachment and Loss* [Internet]. 1st ed. Bowlby J, editor. New York: Basic Books; 1967 [cited 2022 Mar 3]. Available from: https://www.amazon.com/Attachment-Loss-Vol-1/dp/046500539X
13. Evans A j. Anticipatory Grief: A Theoretical Challenge. *Palliat Med* [Internet]. 1994 Jul 1 [cited 2022 Mar 3];8(2):159-165. Available from: [Crossref]
14. Selman LE, Farnell DJJ, Longo M, Goss S, Seddon K, Torrens-Burton A, et al. Risk Factors Associated with Poorer Experiences of End-Of-Life Care and Challenges in Early Bereavement: Results of A National Online Survey of People Bereaved During the COVID-19 Pandemic. *Palliat Med* [Internet]. 2022 Feb 17. [Crossref]
15. Neimeyer RA, Lee SA. Circumstances of the Death and Associated Risk Factors for Severity and Impairment of COVID-19 Grief. *Death Stud* [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 3];46(1):34-42. [Crossref]
16. Fee A, Hanna J, Hasson F. Pre-loss Grief Experiences of Adults When Someone Important to Them is at End-Of-Life: A Qualitative Systematic Review. *Death Stud* [Internet]. 2021. [Crossref]
17. Kazanowski M, Perrin K, Potter M, Sheehan C. The Silence of Suffering: Breaking the Sound Barriers. *J Holist Nurs* [Internet]. 2007 Jun 24 [cited 2022 Mar 3];25(3):195-203. [Crossref]
18. Moules NJ, Simonson K, Fleiszer AR, Prins M, Glasgow B. The soul of Sorrow Work: Grief and Therapeutic Interventions with Families. *J Fam Nurs* [Internet]. 2007 Feb 24 [cited 2022 Mar 3];13(1):117-41. [Crossref]
19. Knight SJ, Emanuel LL. *Palliative care : core skills and clinical competencies.* In: Emanuel LL, Librach SL, editors. 1st ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2007. p. 193-205.
20. Holm AL, Berland AK, Severinsson E. Factors that İnfluence the Health of Older Widows and Widowers-A Systematic Review of Quantitative Research. *Nurs Open* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2022 Mar 3];6(2):591-611. [Crossref]
21. Karamustafalıoğlu O, Gökçegöz G. *Temel ve Klinik Psikiyatri.* In: Karamustafalıoğlu O, editor. 1st ed. Ostim/Ankara: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık; 2018 [cited 2022 Mar 3]. p. 313-338. Available from: https://www.amazon.com.tr/Temel-Klinik-Psikiyatri-Oğuz-Karamustafalıoğlu/dp/9752777031
22. Shear MK, Gribbin Bloom C. *Complicated Grief Treatment: An Evidence-Based Approach to Grief Therapy.* J Ration - Emotive Cogn - Behav Ther [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2022 Mar 3];35(1):6-25. [Crossref]
23. McGilvray SA, Kissane DW. *Textbook of palliative medicine and supportive care.* In: Bruera E, Higginson I, Von Gunten CF, Morita T, editors. 3rd ed. USA: CRC Press; 2021 [cited 2022 Mar 3]. p. 477-483. Available from: https://www.routledge.com/Textbook-of-Palliative-Medicine-and-Supportive-Care/Bruera-Higginson-Gunten-Morita/p/book/9780367642037
24. Yalom ID. *Existential Psychotherapy* [Internet]. 3rd ed. New York: Basic Books; 1980 [cited 2022 Mar 3]. 93-94 p. Available from: https://www.amazon.com/Existential-Psychotherapy-Irvin-D-Yalom-ebook/dp/B008HMAMYC
25. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. *Cognitive-existential Group Psychotherapy for Women with Primary Breast Cancer: A Randomised Controlled Trial.* Psychooncology [Internet]. 2003 Sep 1 [cited 2022 Mar 3];12(6):532-546. [Crossref]
26. Lethborg C, Schofield P, Kissane D. The Advanced Cancer Patient Experience of Undertaking Meaning and Purpose (MaP) Therapy. *Palliat Support Care* [Internet]. 2012 Sep [cited 2022 Mar 3];10(3):177-188. Available from: https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/abs/advanced-cancer-patient-experience-of-undertaking-meaning-and-purpose-map-therapy/B1549C8F2D65A5390AAE09403CAECEC6 [Crossref]
27. Kissane DW, Bloch S, Miach P, Smith GC, Seddon A, Keks N. Cog-

nitive-existential Group Therapy for Patients with Primary Breast Cancer - Techniques and Themes. Psychooncology. 1997;6(1):25-33. [Crossref]
28. Moorey S, Greer S (Steven). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. 2nd ed. U.K: Oxford University Press; 2002. 200-201 p.
29. Horne D, Watson M. *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care* [Internet]. Watson M, Kissane DW, editors. Handbook of Psychotherapy in Cancer Care. Chichester, U.K: John Wiley & Sons; 2011 [cited 2022 Mar 3]. 15-26 p. [Crossref]
30. Kent LK, Blumenfield M. Psychodynamic Psychiatry in the General Medical Setting. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* [Internet]. 2011 Apr 13 [cited 2022 Mar 3];39(1):41-62. [Crossref]

BÖLÜM 18
PORT KATETER BAKIMI

Funda ÇAM

DOI: 10.5152/1818

Port Kateter Bakımı

Port Catheter Management

BÖLÜM HAKKINDA

Port kateterler, kanser tedavisi gibi uzun süreli venöz erişim gerektiren hastalarda sıkça kullanılan tıbbi cihazlardır. Uzun süreli kullanım için ideal olan bu cihazlar, cilt altına yerleştirildikleri için düşük enfeksiyon riski ve yüksek hasta konforu sağlamaktadır. İntravenöz tıbbi tedavi gerektiren kanser hastalarının sayısının artması ve ayakta tedavide port kateterlerin tercih edilmesi nedeniyle port kateterlerin kullanımı artmaktadır. Hemşireler, port kateterlerin kullanımından ve bakımından sorumlu sağlık profesyonelleridir. Kateterin doğru kullanımı ve bakımı, enfeksiyon riskini azaltmak ve cihazın ömrünü uzatmak için hayati öneme sahiptir. Bu bölümde, port kateterin bakım prosedürleri, olası komplikasyonlar ve bu komplikasyonların önlenmesi konularında bilgi verilmektedir. Ayrıca, kateterin çıkarılması ve hastaların evde kateter bakımı yaparken dikkat etmeleri gereken hususlar da ayrıntılı olarak incelenmektedir.

Anahtar kelimeler: İmplantabl kateterler, kalıcı kateter, kateter kaynaklı enfeksiyonlar, santral venöz kateterizasyon

ABOUT the CHAPTER

Port catheters are medical devices frequently used in patients requiring long-term venous access, such as cancer treatment. Port catheters offer several advantages, including suitability for long-term use, reduced risk of infection due to their subcutaneous placement, and increased patient comfort. The use of port catheters is rising due to the increasing number of cancer patients needing intravenous medical treatment and the preference for port catheters in outpatient care.

Nurses are the healthcare professionals responsible for appropriately using and maintaining port catheters. Correct usage and maintenance of the catheter are vital to reducing the risk of infection and extending the device's lifespan. This chapter provides information on port catheter care procedures, potential complications, and strategies for preventing these complications. Additionally, it explores the catheter removal process and critical considerations for patients managing catheter care at home.

Keywords: Catheter-related ınfections, central venous catheterization, implantable catheters, in-dwelling catheters,

T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA 1453

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

1. Port kateteri güvenli ve uygun şekilde kullanır.
2. Port kateter bakımını kavrar ve uygular.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Port kateter**: Silikon/poliüretan bir kateter ve titanyum/plastik bir rezervuardan oluşan, cilt altına yerleştirilen ve uzun süreli merkezi venöz erişimde kullanılan bir kateter türü.

2. **Kateter açıklığı**: Kateter lümeninden kolayca kan aspire edilebilme ve direnç olmadan kateter lümenine sıvı enjekte edilebilme işlemlerinin gerçekleştirilmesi ile kontrolü sağlanan, kateterde herhangi bir tıkanıklık veya işlev sorunu olmaması durumunu ifade eder.

3. **Huber iğne**: Özel eğimli port iğnesi.

Giriş

Hastanede yatan ve kritik durumdaki hastalar için güvenli bir venöz erişim sağlamak oldukça önemlidir.[1] Hastalar yaşamlarının son döneminde tedavi gerektiren şiddetli semptomlar yaşarlar ve sıklıkla intravenöz hidrasyon, paranteral beslenme gibi desteklere

Funda Çam

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

E-posta: fcam@bezmialem.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Çam F. Port Kateter Bakımı. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 179-189.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

ihtiyaçları duyarlar.[2] Uzun süreli merkezi venöz erişim cihazları, sıklıkla tekrarlayan kan örneği alma, parenteral beslenme, sıvı replasmanı ve intravenöz ilaç tedavisine ihtiyaç duyan hastalarda güvenli uygulamanın sağlanması ve venöz erişimle ilişkili rahatsızlığı azaltmak amacıyla kullanılmaktadır.[3,4] Orta ve uzun vadeli venöz erişim, periferik olarak yerleştirilmiş merkezi kateterler (Peripherally inserted central catheter PICC), santral venöz kateterler ve port kateterler ile sağlanabilir.[3] Klinisyenler kateter tipi, lümen sayısı, tedavi tipi, yerleştirme bölgesi, komplikasyon riski ve hastaya ilişkin diğer faktörleri dikkate alarak cihaz seçimi yaparlar. Port kateter diğer kateter tipleri ile karşılaştırıldığında, santral venöz erişime bağlı komplikasyon oranının daha düşük olması, daha iyi bir kozmetik görünümü sağlaması ve hastaların günlük yaşam aktivitelerini daha kolay gerçekleştirmelerine olanak tanıması ile öne çıkmaktadır.[5-10] Port kateterler 1982'de kullanılmaya başlamış ve özellikle kanser hastaları için uzun süreli damar erişimi için yavaş yavaş standart bir klinik uygulama haline gelmiştir.[11,12] Bununla birlikte, uygun bakım sağlanmazsa hastalarda başta enfeksiyon ve tromboz olmak üzere port kateterlere bağlı erken ve geç komplikasyonlar görülmektedir. Bu nedenle port kateterlerin bakımı oldukça önem arz etmektedir.[4,13]

Port Kateter Nedir?

Port kateter sistemi, silikon/poliüretan bir kateter ve titanyum/plastik bir rezervuardan oluşur. Rezervuar, cilt üzerinde el ile hissedilebilen kısımdır. Rezervuarın üst kısmında iğneyle girişe izin veren septum bulunur. Bu septum huber iğneleri adı verilen özel iğnelerle 1000-2000 girişe izin verir. Port implantasyonu, ameliyathanede veya girişimsel radyoloji odasında, lokal anestezi, sedasyon veya genel anestezi altında gerçekleştirilir. Portlar subkutan dokuya, genellikle göğüs duvarına, üst kola, alt ekstremiteye veya superior vena kava erişiminin kontrendike olduğu durumlarda karın duvarına implante edilir. Son yıllarda üst kol yerleşimi, göğüs portlarının implante edilemediği hastalar için alternatif bir bölge olarak kullanılmaktadır.[4,14]

Uzun süreli venöz erişim endikasyonları arasında çoklu, uzun süreli ve/veya aralıklı infüzyon tedavisine veya periferik infüzyon için uygun olmayan intravenöz tedaviye (örn. Vesikant ajanlar) ihtiyaç duyma ve başarısız/zor periferik intravenöz erişim geçmişi yer almaktadır. Tünelli kataterler ile endikasyonları benzer olmakla birlikte port kateterler daha düşük enfeksiyon oranına ve deri altına yerleşimiyle artan hasta uyumuna sahip olduklarından seyrek/aralıklı ancak uzun süreli vasküler erişim gerektiren hastalarda tercih edilmektedir.[4] 1980'lerde ilk üretilen portlar kare şeklinde ve ağırken, günümüzde kullanılan portlar hafif ve yuvarlaktır. Yetişkin, çocuk ve bebek hastaların vücut yapısına göre çeşitleri bulunmaktadır.[14] Port kateter cilt altına yerleştirilmesi ile kozmetik açıdan hasta uyumunu arttırır. Hastaların günlük yaşamında ve banyo yapma, yüzme gibi aktivitelerine engel oluşturmaz. Portların dezavantajları ise, takılması ve çıkarılması için cerrahi işlem gerektirmesi, takılmasından sonra erişim sağlamak için iyileşme süresi olması, erişim sağlamak için port septumuna deriden iğne ile giriş yapma ihtiyacı bulunması ve iğnenin inceliği nedeniyle sınırlı infüzyon hızına sahip olmasıdır. Yüksek hacimde sık veya sürekli infüzyon alması planlanan hastalar için diğer kateter tipleri düşünülmelidir.[9,15] Hastada port malzemesine karşı ciddi alerji öyküsü, göğüs duvarı yerleşimini engelleyen sorunlar (Yanıklar, travma veya göğüs neoplazm gibi), ciddi koagülopati ve/veya kontrolsüz sepsis olması durumunda da port kateter takılması kontraendikedir.[4]

Port kateter endikasyonunun dikkatle değerlendirilmesi gereken bir diğer grup ise pediatrik hastalardır. Yapılan bir meta-analiz, pediatrik hastalarda port kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu insidansının yetişkinlere kıyasla yaklaşık dört kat daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu durumun başlıca nedenleri arasında, pediatrik hastalarda kullanılan kemoterapi rejimlerinin genellikle daha karmaşık ve yüksek doz yoğunluklu olması yer almaktadır. Ayrıca, çocukların kateter manipülasyonu sırasında hareketsiz kalmakta zorlanmaları ya da kateteri koruma konusunda yetersiz olmaları kontaminasyon riskini artırmaktadır. Bu faktörler göz önüne alındığında, pediatrik onkoloji hastalarında port kateter kullanımının titizlikle değerlendirilmesi ve dikkatle yönetilmesi önem taşımaktadır.[10]

Port implantasyonundan önce hastanın tıbbi öyküsü, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerinin ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerekir. Tıbbi öyküde, radyoterapi ve kemoterapi geçmişi, santral ven kateterizasyonu geçmişi, önerilen port implantasyon bölgesiyle ilgili operasyon geçmişi ve antikoagülan ilaç kullanım geçmişi sorgulanmalıdır. Fizik muayenede, önerilen yerleştirme bölgesinin anatomisi ve cilt durumu değerlendirilmelidir. İşlem öncesi hasta operasyonu gerçekleştirecek hekim tarafından bilgilendirilmeli ve hastanın yazılı onayı alınmalıdır.[16] İşlem ameliyathane koşullarında gerçekleştirilir. Operasyon hazırlığında port implantasyon bölgesindeki kıllar tek kullanımlık makas ile kesilmelidir. Enfeksiyon riskini artırabileceğinden bölgenin tıraş edilmesi önerilmemektedir.[4] Hastanın operasyondan bir gün önce duş alınması sağlanmalıdır.[16] Ameliyat sonrası kateter yerinin doğrulanması için göğüs radyografisi çekilmelidir. Ancak kateter takılırken intraoperatif floroskopi kullanılmışsa, kateter ucunun konumunu doğrulamaya gerek kalmadığına dair çalışmalar da mevcuttur.[17] Port katetere bağlı komplikasyonlar kateterin cerrahi olarak yerleştirilmesine bağlı erken komplikasyonlar ve kateterin kullanımıyla ilgili geç komplikasyonlar olarak sınıflandırılmaktadır.[17,18]

Port Kateter Bakımı

El Hijyeni

Santral venöz erişim cihazları ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarının en yaygın nedeni kateterin yerleştirmesi ve bakımı sırasında el patojenleri ile kontaminasyondur. Katetere yapılacak tüm işlemlerden önce el hijyeni sağlanmalıdır.[12]

Cilt Antisepsisi

Port iğnesi ile giriş yapmadan önce cilt antisepsisini sağlamak için klorheksidin ve alkol solüsyonları önerilmektedir. Antiseptik madde uygulandıktan sonra cildin kurumasına izin verilmesi oldukça önemlidir.[19] Çok kullanımlık antiseptik ürünler yerine (örneğin, bir şişe antiseptik solüsyon) antiseptik solüsyon içeren tek kullanımlık bir ürünlerin (Antiseptikli mendiller, çubuklar vb) kullanımı önerilmektedir.[4] Port katetere yapılacak her türlü işlemde (Cerrahi olarak yerleştirilmesi, pansuman, kan numunesi alma, ilaç uygulamaları vb.) aseptik teknik kullanılmalıdır. Port iğnesinin yerleşiminde aseptik teknik korunmadıkça, antiseptik uygulamasından sonra yerleştirme bölgesinin palpasyonu yapılmamalıdır.[12]

Port Katetere Erişim

Port septumuna iğne ile giriş yapmadan önce bölge şişlik, ağrı ve eritem yönünden muayene edilmelidir.[4] Port kateter implantasyonundan sonra ödem ve hassasiyetin geçmesi için porta ilk birkaç gün iğne ile giriş yapılmaması önerilmektedir.[20] Port katetere erişim sağlanırken, port septumunun zarar görmemesi için yalnızca "non-coring" huber iğneler ile giriş yapılmalıdır. Port iğnesi, septum içine girişi sağlayacak uzunlukta seçilmelidir. Kullanılan iğnelerin uzunluğu 12 ila 37 milimetre arasında ve çapı 19 ila 22 gauge arasında değişmektedir.[21] İğne seçimi hastanın vücut yapısına, portun konumuna ve infüze edilecek ürüne göre yapılır. İğne portun yerleşimine göre kısa kalırsa, septuma ulaşım sağlanamayacağından port kateter kullanılamaz. Uzunluğu fazla olur ise iğne hastanın cildine tam oturmayacağından iğnenin yerinden oynama riski ve buna bağlı ilaç ekstravazasyonu riski artar. Hastanın anatomisine ve portun konumuna göre önerilen port iğnesi uzunlukları Tablo 1'de özetlenmiştir.[21] İnfüzyon ürününün vizikositesi de iğne kalınlığının seçiminde önem arz etmektedir.[7,14,19] NaCl %0,9, plazma, lipid emülyonu %10 gibi ürünler düşük yoğunluğa sahip olduğundan ince iğneler için uygundur. Ancak özellikle kan ve kan ürünleri transfüzyonunda daha kalın iğneler tercih edilmelidir. İnfüze edilecek ürünün vizikositesine göre önerilen iğne kalınlıkları Tablo 2'de özetlenmiştir.[21]

Port iğnesi takılırken, iğne ucunun çıkış kısmı hastanın kateter bağlantısının ilerlediği yönün tersi olacak şekilde yerleştirilmelidir. İğne ile port septumuna 90 ° açı ile giriş yapılmalı ve iğne septum sonuna yerleşene kadar ilerletilmelidir. İğne yerleştirildikten sonra bir miktar kan aspire edilerek iğnenin yerleşimi ve portun işlevselliği kontrol edilmelidir.[4] İğnenin yerinden çıkmasıyla oluşabilecek ekstravazasyon riskini azaltmak için pansuman ile sabitleme iyi yapılmalıdır (Şekil 1).[4]

Gereksiz kateterizasyondan kaçınmak için port kateter iğnesi ile erişime ihtiyaç olup olmadığı günlük olarak değerlendirilmelidir.[22] Erişim ihtiyacı devam ediyorsa port iğnesi 7 günde bir değiştirilmelidir.[9,20] Ek olarak, port iğnelerinin koruyucu olan ve olmayan tasarımları mevcuttur. Emniyetli/koruyuculu port iğneleri, port iğnesinin çıkarılması sırasında iğneyi sararak iğne batması yaralanmalarını ve kan yoluyla bulaşan patojenlere maruz kalmayı önlemeye yardımcı olmaktadır.[23]

Kateter Açıklığının Değerlendirilmesi

Kateter açıklığı; kateter lümeninden kolayca kan aspire edilebilmesi ve katetere sıvının kolayca enjekte edilebilmesi ile tanımlanmaktadır. Boş 10 mL'lik bir şırınga takılarak ve 3 mL kan çekilmeye çalışılır ve ardından %0,9 sodyum klorür ile yıkanarak kateter açıklığı değerlendirmesi yapılır (Şekil 2). Kısmi veya hiç kan dönüşü olmaması veya verilen sıvıya karşı direnç, kateterde tromboz veya mekanik bir komplikasyon olabileceğini göstermektedir. Bu durumda kateterin işlevselliği araştırılmalıdır.[24] İlaç uygulamaları öncesi kateter açıklığının değerlendirilmesi ekstravazasyonun önlenmesi için oldukça önem arz etmektedir.[18] Önerilen kateter açıklığı değerlendirme sıklığı aşağıdaki gibidir;

- Yatan hasta için vardiya başına en az bir kez,
- Tüm ilaç ve kan ürünü transfüzyonu uygulamalarından önce,
- Tüm kemoterapi uygulamalarından önce,
- Girişimsel radyolojik incelemeler için kullanılmadan önce,
- Ayakta tedavi gören hastada - her ziyarette erişim sırasında.[24]

Tablo 1. Hasta Anatomisine Göre Önerilen Port İğnesi Uzunlukları[a]

İğne Uzunluğu	Önerilen hasta ve portlar
70 – 90 mm	Gastrik band
35 – 40 mm	Obez hasta
	Derine implante edilmiş portlar
25 – 30 mm	Standart portlar
	Şişman hasta
20 mm	Standart ve küçük portlar
	Normal kiloda hasta
15 mm	Küçük portlar
	Zayıf hasta
12 mm	Babyport veya brakial portlar
	Yüzeysel port implantasyonu
	Bebek, çocuk, çok zayıf veya kaşektik hasta

[a]BBraun. Celsite ® Access Ports Nursing guidelines for use and maintenance. https://www.bbraun.com/en/products-and-therapies/vascular-access/port-and-needles/port-maintenance.html kaynağından uyarlanmıştır.[21]

Port Kateter Pansumanı

Port kateterde yerleştirme sonrası bakım, yalnızca kesi iyileşene kadar gereklidir. Kesi yapılan bölge dikişler alınana kadar (7 - 10 gün) kuru ve pansuman ile kapalı tutulmalıdır. İyileşme sonrasında pansuman ihtiyacı kalmaz.[20] Pansuman değiştirirken kateter bölgesi muayene edilmelidir. Şeffaf pansuman üzerinden ise kateterin günlük takibi yapılmalı, kateter bölgesinde hassasiyet veya hastada belirgin bir kaynağı olmayan ateş, lokal veya kan dolaşımı enfeksiyonunu düşündüren belirtiler varsa, pansuman açılarak kateter bölgesi kapsamlı bir şekilde incelenmelidir.[25]

Tablo 2. İnfüze Edilecek Sıvıya Göre Önerilen İğne Kalınlığı[a]

İnfüze edilecek ürün	Vizikosite	Önerilen iğne kalınlığı
NaCl %0,9	Düşük	22G
Plazma	Düşük	22G
Lipid emülyonu %10	Düşük	22G
Lidip emülsiyonu %20	Orta	22G – 20G
Sitotoksik ilaçlar	Orta	22G – 20G
Glukoz %30	Orta	22G – 20G
Glukoz %50	Yüksek	20G – 19G
Kan ürünleri	Yüksek	20G – 19G
Kan örneği	Yüksek	20G – 19G

[a]BBraun. Celsite ® Access Ports Nursing guidelines for use and maintenance. https://www.bbraun.com/en/products-and-therapies/vascular-access/port-and-needles/port-maintenance.html kaynağından uyarlanmıştır.[21]

Tablo 3. Adım Adım Port Uygulaması için Hazırlık ve Katetere Erişim

	HAZIRLIK
1.	Uygulama için kullanılacak malzemeleri (Huber port iğnesi, 10 ml enjektör, 10 ml %0,9 izotonik içeren enjektör, steril gazlı bez, steril örtü, steril eldiven, %2 klorheksidin ve %70 izopropil alkollü çubuk, iğnesiz konektör, kişisel koruyucu ekipman) hazırlayın.
2.	Hastayla tanışın ve işlemi açıklayın.
3.	Hastanın rahat bir pozisyonda olduğundan ve port bölgesinin erişilebilir olduğundan emin olun (Şekil 1A).
	KATETERE ERİŞİM
4.	Septumu belirleyerek port gövdesini palpe edin (Şekil 1A).
5.	Malzemelerinizi steril örtü üzerine hazırlayın (Şekil 1B).
6.	Steril eldiven giyin (Şekil 1C).
7.	İğnesiz konektörü port iğnesinin lümen kısmına takın, %0,9 sodyum klorür ile yıkayın ve klempleyin.
8.	Port bölgesini en az 30 saniye hafif sürtünme kullanarak %2 klorheksidin ve %70 izopropil alkollü gaz bezi ile temizleyin ve tamamen kurumasını bekleyin (Şekil 1D).
9.	Baskın olmayan elin işaret parmağı ve başparmağı arasında port gövdesini bulun ve sabitleyin (Şekil 1E).
10.	Hastayı iğne takıldığı konusunda bilgilendirin ve nefesini tutmasını isteyin (mümkünse).
11.	Port iğnesinin başını baskın elinizde tutun; a) İğneyi 90 ° açıyla port septumunun alt kısmına değene kadar ilerletin (Şekil 1F). b) İğne ucunun çıkış kısmı, hasta kateter bağlantısının ilerlediği yönün tersi olmalıdır. c) Septuma yerleştiğinde port iğnesinin dışarıda kalan kısmı cilt ile aynı hizada olmalıdır.

Şekil 1. Port Uygulaması için Hazırlık ve Katetere Erişim



Tablo 4. Adım Adım Port Katetere Açıklığının Değerlendirilmesi

	KATETER AÇIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ
1.	Kateter açıklığını değerlendirmek için boş 10 mL enjektörü iğnesiz konektöre takın.
2.	Klembi açın ve 5 mL kan aspire edin (Aspire ederken kan dönüşünde herhangi bir direnç olup olmadığını değerlendirin) (Şekil 2 A).
3.	Aspire ettiğiniz kanı ve enjektörü atın.
4.	%0,9 sodyum klorür içeren şırınga ile pulsatil ve pozitif basınç tekniklerini kullanarak yıkama yapın (Yıkama yaparken herhangi bir direnç olup olmadığını değerlendirin) (Şekil 2 B).
5.	Port bağlantısını klempleyin.
6.	Kan dönüşünde veya yıkamada zorluk varsa; • Birincil strateji; Hastanın pozisyonunu değiştirin, hastadan derin bir nefes almasını sonrasında nefesini tutmasını veya öksürmesini isteyin. İğnenin uygun şekilde takılıp takılmadığını kontrol edin. • İkincil strateji: %0,9 sodyum klorür ile pulsatil etki ile yıkama yaparak tekrar kan aspire etmeye çalışın. Hala kan dönüşü yoksa, ileri tetkik için görüşün.
7.	Kateter açıklığı sağlandıysa; • Katetere erişim devam edecekse 8. adımdan devam ediniz, • Kullanılmayıp kilitlenecekse (Tablo 5'teki 1.adımdan devam ediniz).
8.	10 mL'lik %0,9 sodyum klorür şırıngası ile yıkama yapın.
9.	Kateter açıklığında bir problem yoksa iğneyi sabitlecek şekilde bölgeyi steril pansuman örtüsü ile kapatın (Şekil 2 C,D).
10.	Pansuman ve iğne takılma tarih ve saatini not alın (Şekil 2 E)

Şekil 2. Port Kateter Açıklığını Değerlendirme



Port iğnesi takılarak katetere erişim sağlandığı süre boyunca ise steril pansuman yapılır.[4] Kateter bölgesini kapatmak için steril gazlı bez veya steril, şeffaf, yarı geçirgen pansuman örtüsü kullanılmaktadır. Kateter bölgesinde kanama veya sızıntı varsa steril gazlı bez kullanımı önerilmektedir. Pansuman ıslanırsa, gevşerse veya gözle görülür şekilde kirlenirse kateter pansumanı değiştirilmelidir.[22,25] Rutinde ise gazlı bez ile yapılan pansumanların 2 günde bir, şeffaf örtü ile yapılan pansumanların ise 7 günde bir değiştirilmesi önerilmektedir.[4,25] Onkoloji hastaları için 4-6 saati aşan port erişimlerinde klorheksidin emdirilmiş pansuman örtüsünün kullanılması önerilmektedir.[4,22] Mantar enfeksiyonlarını ve antimikrobiyal direnci arttırma potansiyelleri nedeniyle, kateter bölgesine topikal antibiyotik merhem veya kremlerin kullanılması önerilmemektedir.[16,22,25]

Bağlantı Yüzeyleri

İlaç uygulamadan önce bağlantı yüzeyleri (İğnesiz konektörler, enjeksiyon portları) dezenfekte edilmelidir.[4,9,25] İğnesiz konektörler tıkanma, görünür kan veya ilaç kalıntısı varlığında veya kültür için kan örneği alınmadan önce değiştirilmelidir. Ancak rutin kullanımda değişim süresi üründen ürüne farklılık göstermektedir bu nedenle üreticinin kılavuzuna uygun olarak değişim sıklığının (72 saat-7 gün) planlanması önerilmektedir.[9,25]

Port Kateterden Kan Örneği Alma

Port iğnesi takıldıktan sonra kan örneği almadan önce 5 ml kan alınarak atılmalı ve sonrasında test edilecek kan örneği alınmalıdır. Örnek alımı tamamlandıktan sonra tıkanıklığı önlemek için geciktirilmeden en az 10 ml normal salin solüsyonu ile yıkama yapılmalıdır. Örnek kan kültürü için alınacaksa kateter yıkanmamalı ve doğrudan testler için numune alınmalı ve ardından santral hat 10 ml normal salin ile yıkanmalıdır.[19] Kan örneği alındıktan sonra yıkamada gecikme olmaması için yıkama ekipmanı hazır bulundurulmalıdır.[24]

Yıkama ve Kilitleme

Port kateterin rezervuar ve lümeninin iç duvarlarını temizlemek amacıyla %0,9 sodyum klorür verilerek yapılan yıkama işlemi, doğru bir şekilde yapıldığında tıkanmayı ve biyofilm oluşumunu engellemektedir. Ancak yıkama işlemi yalnızca %0.9 sodyum klorür enjeksiyonu olarak görülmemelidir. İşlemin başarıyla ulaşması için doğru teknik kullanılarak, doğru zamanda, doğru solüsyon ve yeterli sıvı hacminin kullanılması oldukça önem arz etmektedir. İlaç uygulamalarından önce, ilaç değişimi sırasında ve sonrasında yıkama yapılması önerilmektedir.[9] İlaç infüzyonları sonrası yıkama yapılması uyumsuz ilaçlar arasındaki temas riskini azaltmaktadır. Ancak infüzyon olarak verilen ilaç %0,9 sodyum klorür ile uyumsuz ise, önce %5 dekstroz ile ardından %0.9 sodyum klorür ile yıkama yapılmalıdır. Biyofilm büyümesi için ortam yaratabileceğinden kateter lümeninde dekstroz bırakılmamalıdır.[4] Yıkama sıvısı olarak rutinde %0,9 sodyum klorür kullanılmaktadır. Rutinde 10 ml sıvı ile yıkama yapılır ancak görülen tüm kan, sıvı ve ilaç kalıntıları temizlenene kadar yeterli hacim ile yıkama yapılmalıdır. Kan örneği alınması veya kan transfüzyonu sonrasında daha büyük bir hacim ile yıkama gerekebilmektedir (Şekil 3).[9]

Yıkama sırasında yüksek basınçtan kaçınmak için 10 ml veya daha büyük şırıngaların kullanılması gerekmektedir.[19] Fibrin ve biyofilm tabakasının oluşumunu azaltmak amacıyla yıkama yapılırken pulsatil yıkama tekniği ve pozitif basınç tekniği kullanılmaktadır. Pulsatil yıkama olarak adlandırılan teknik, yıkama sıvısı verilirken "start-stop" veya "başlat-durdur-başlat" yapılması ile gerçekleştirilir. Bu aralıklı yıkama tekniği kateter lümeninin temizlenmesinde düz akışlı yıkamaya göre daha etkidir.[4,9,20,26] Yıkama yapılırken şırıngada son 0,5-1 mL kala port setinin klemplemesi (pozitif basınç tekniği) ise katetere geri kan dönüşünü engellemek amacıyla önerilmektedir.[9,20] Bu yıkama şekli, maksimum verimlilik için pulsatil bir teknikle birlikte önerilmektedir.[9] Yıkama sırasında dirençle karşılaşılırsa ve/veya kan dönüşü olmazsa kateter asla basınç ile zorlanmamalıdır. Bu durumda iğnenin yerleşimi ve klemplerin açıklığı kontrol edilmelidir.[4,27] Burada bir sorun saptanamadıysa, daha ileri tetkik gerekmektedir.[4]

Erişim sağlanmayan/kullanılmayan port kateterlerin ne sıklıkta yıkanması ve kilitlenmesi gerektiği hakkında görüş birliği sağlanamamıştır. Çeşitli kılavuzlarda 4 hafta ile 3 ay arası süreler belirtilmektedir.[4,16,20,27,28] 2021 Yılında yayınlanan bir meta-analizde, 4 haftalık ve 8 haftalık yıkama aralıkları kıyaslanmış ve yıkama aralığının komplikasyona yol açmadan 8 haftaya kadar uzatılabileceğini bildirilmiştir.[29,30] Benzer şekilde kullanılmayan port kateterlerde kilitleme solüsyonu olarak ne kullanılması gerektiği konusunda fikir birliği sağlanamamıştır.[4,16,20,27] Son yıllarda yapılan çalışmalarda kilitleme solüsyonu olarak tek başına %0,9 sodyum klorür kullanımı ile karşılaştırıldığında heparin ve %0,9 sodyum klorür kullanımının kateter açıklığını sürdürmede etkileri benzer bulunmuştur.[31,32] Bazı kılavuzlar kullanılmayan port kateterlerin heparin ve %0,9 sodyum klorür solüsyonu kilitlenmesi önermekte iken, tek başına %0,9 sodyum klorür solüsyonu ile kapatılmasının yeterli olduğunu ifade eden kılavuzlar da mevcuttur. Heparin ve %0,9 sodyum klorür solüsyonu ile kilit uygulaması önce %0,9 sodyum klorür solüsyonu ile yıkama yapıldıktan sonra kateter lümenine 100 ünite/mL toplam 5 mlde toplam 500 ünite heparin verilecek şeklinde yapılmaktadır.[4,16,20,27] Port katetere erişim ve erişimi sonlandırma uygulama basamaklarına uyum başta tıkanıklık olmak üzere komplikasyonların önlenmesinde esastır.[33-35] Port katatetere erişim ve erişimi sonlandırma basamakları Tablo 3,4 ve 5'te özetlenmiştir.

Hasta Eğitimi

Genel Hasta Eğitimi

Genel hasta eğitiminde hastaya port kateterin ne olduğu, kullanım amaçları, nasıl yerleştirileceği, bakımında dikkat edilmesi gereken noktalar ve komplikasyonlar açıklanmalıdır.[36,37] Hastaların ihtiyaçları, hazır olma durumlarını ve bilgi tercihleri değerlendirerek eğitimin planlanması ve yazılı materyallerden yararlanılması önerilir.[38] Ek olarak verilmesi önerilen genel bilgiler aşağıdaki gibidir.[36,3];

- Hasta, port kateter bölgesi iyileştikten sonra duş alabilir. Banyoda bölgenin kapatılmaya veya herhangi bir özel bakıma ihtiyaç yoktur.
- Hasta yüzebilir ve egzersiz yapabilir. Yalnızca katetere darbe ile zarar verebilecek temas spor sporlarından kaçınılması önerilmektedir.
- Port kateterler, metal dedektörlerini çalıştırmaz.[39]
- Manyetik Rezonans (MR)'a girmesinde sakınca yoktur.

Tablo 5. Adım Adım Port Kateter İğnesinin Çıkartılması ve Erişimin Sonlandırılması

	KATETER İĞNESİNİN ÇIKARILMASI (ERİŞİMİN SONLANDIRILMASI)
1.	10 mL'lik %0,9 sodyum klorür şırıngası veya kilitleme solüsyonu ile yıkama yapın ve portu klempleyin (Şekil 3 A, B).
2.	Baskın olmayan eli kullanarak port gövdesini sabitleyin ve baskın elinizle, kararlı bir hareketle iğneyi geri çekin (Şekil 3 C).
3.	Steril pansuman pansuman ile bölgeyi kapatın.
4.	Port iğnesini iğne atık kutusuna atarak imha edin.
5.	Yapılan işlemi tarih ve saati ile hasta dosyasına kayıt edin.

Şekil 3. Port Kateter Açıklığını Değerlendirme



- Bilgisayarlı tomografi (BT) çekimleri sırasında çoğunlukla yüksek hızda kontrast madde verildiği için hastada bulunan portun bu işlemde kullanılıp kullanılamayacağı doktoruna danışılmalıdır.[36]

Port İmplantasyon Operasyonu Sonrası Hasta Eğitimi

Hastalara port implantasyon operasyonu sonrası verilecek eğitimde iyileşme süreci, bu süreçte komplikasyonlardan korunma ve hastaneye başvurması gereken durumlara yer verilmelidir.

Önerilen eğitim içeriği aşağıdaki gibidir;

- Kesi yapılan bölge dikişler alınana kadar (7 - 10 gün) kuru ve pansuman ile kapalı tutulmalıdır.
- Operasyon sonrası 3-5 gün gün yüksek yoğunluklu egzersizlerden ve ağırlık kaldırmaktan kaçınılmalıdır.
- Hasta birkaç gün boyunca işlem bölgesinde hafif morarma ve ağrı yaşayabilir.
- Operasyon bölgesi bölgesel sürtünmeden korunmalı, sıkan giysiler, sutyen askıları, sırt çantası veya omuz askıları kullanılmamalıdır.
- Göğüs ağrısı, karın ağrısı, ateş, üşüme ve titreme gibi genel belirtiler ortaya çıkarsa hastaneye başvurulmalıdır.
- Portun kesi bölgesinde yeni başlayan veya şiddetli ağrı, şişlik, sıvı gelmesi veya kanama olması, dikişlerde hassasiyet/kızarıklık olması durumunda hastaneye başvurulmalıdır.
- Cilt iyileştiğinde, port kateterin olduğu yerde küçük bir şişlik şeklinde kateterin yerleşimi görülecek ve hissedilecektir.
- Cihazın bakım kılavuzu saklanmalıdır.[16,29,36]

Port Kateter ile Evde Tedavi Gören Hasta Eğitimi

Evde uzun süreli infüzyon amacıyla port katetere erişimi sürdürülen hastaların eğitimi, infüzyon süresince pansumanın bütünlüğü ve temizliği, ekstravazasyondan korunma ve hastaneye başvurması gereken durumları içermelidir.

Önerilen eğitim içeriği aşağıdaki gibidir;

- Pansuman veya tedavi tüpüne dokunmadan önce el hijyeni sağlanmalıdır.
- Pansumanının bütünlüğü günlük kontrol edilmelidir.
- Pansuman kuru ve temiz tutulmalıdır.

- İğnenin yerinden oynamaması için iğneye dokunmaktan, infüzyon tüpünü veya setini çekmekten kaçınılmalıdır.
- Pansuman açılırsa, ıslanırsa veya iğne hareket ederse sağlık ekibine başvurulması gerekmektedir.
- Port bölgesinde şişlik, kızarıklık, ağrı ve yanma gibi şikayetler olursa sağlık ekibi ile iletişime geçilmelidir.[29]

Port Katetere Bağlı Komplikasyonlar

Port katetere bağlı komplikasyonlar prosedürel erken (implantasyondan ≤ 30 gün) ve gecikmiş (> 30 gün) komplikasyonlar olarak ikiye ayrılır. Genel komplikasyon oranı %7,2 - 12,5 olarak rapor edilmiştir ve kateter enfeksiyonu en yaygın olanıdır. %5-18'lik bir insidansla, kateterle ilişkili tromboz da nispeten sık görülmektedir.[12,18,40,41] Erken komplikasyonlar arasında ise arteriyel ponksiyon ve pnömotoraks diğerlerine oranla daha sık görülmektedir.[17,42] Tablo 6'da port katetere bağlı erken ve geç dönem komplikasyonlar özetlenmiştir.

Tablo 6. Port Katetere Bağlı Komplikasyonlar

Erken	İşleme Bağlı	• Pnömotoraks, • Hemotoraks, • Arteriyel ponksiyon, • Hematom, • Hava embolisi,	• Aritmi, • Yara ayrılması, • Yara enfeksiyonu, • Hematom
Geç	Mekanik komplikasyonlar	• Kateter oklüzyonu, kırılması veya migrasyonu, • Pinch-off sendromu,	• Hava embolisi, • İlaç ekstravazasyonu • Port septumunun bozulması
	Enfeksiyon	• Lokal	• Genel
	Tromboz	• Kateter ucunda fibrin ve trombüs oluşumu, • Üst ekstremite derin ven trombozu, • Venöz tromboemboli	

Erken Komplikasyonlar

Port kateterin cerrahi yerleşimine bağlı komplikasyonlardır. Kateterin ucunun yanlış konumlandırılması ile oluşan komplikasyonlar başta gelmektedir. Genellikle malpozisyon, floroskopi sırasında veya postoperatif göğüs radyografilerinde kolaylıkla fark edilir. Atriyal aritmi, santral venöz kateterlerin yerleştirilmesi sırasında yaygın olarak %41'e varan bir sıklıkta gözlenir. Yerleştirme sırasında uygun olmayan kateter uzunluğunun seçilmesi, kateter ucunun sağ atriyumda, sağ ventrikülde, koroner sinüste ve hatta vena kava inferiorda konumlandırılmasına neden olabilir. Sağ ventrikülde konumlandırma, triküspit kapağa zarar verme riskinin artmasıyla ilişkilidir. Kardiyak perforasyon ve tamponad çok nadir olarak ortaya çıkabilir. Port implantasyon alanında göğüs duvarındaki minör hematomlar %8'e varan oranlarda meydana gelir ve genellikle daha fazla tedavi olmaksızın tamamen geriler. Bununla birlikte, yanlış ponksiyon fark edilmezse, büyük çaplı bir kateterin artere yerleştirilmesi sonucunda %0,1-0,8 insidansı ile ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Bu komplikasyonlar psödoanevrizma, arteriyovenöz fistül, arteriyel diseksiyon, felçli emboli veya tromboz, şoklu hemotoraks veya hava yolu obstrüksiyonuna yol açabilen servikal/mediastinal hematomu içerir. Mediastinal genişleme veya artan plevral efüzyon belirtileri implantasyondan sonra kanama açısından şüpheli kabul edilmelidir. Yanlış ponksiyon/arter ponksiyonundan kaçınmak için iğne yerleştirme sırasında gerçek zamanlı ultrason yapılması önerilmektedir. Radyolojik değerlendirme malpozisyon, ven perforasyonu ve kanama, pnömotoraks ve tromboz gibi komplikasyonları saptamak için kilit öneme sahiptir.[18]

Pnömotoraks, erken tanı ve tedavi gerektiren hayatı tehdit eden komplikasyonlardan biridir. Tedavi seçenekleri hastaların semptomlarına ve pnömotoraksın boyutuna göre değişmektedir. Olası pnömotoraks şüphesi olan hastalarda röntgen kontrolü önerilmektedir.[40] Pnömotoraks, işlem sonrası ilk görüntülemede bazen görünmeyebilir. Bu nedenle, hastalar geç dönemde belirti ve bulgular yönünden dikkatle izlenmelidir. İlk görüntüleme sonuçları normal olsa bile, hastada nefes darlığı, göğüs ağrısı veya oksijen satürasyonunda azalma gibi belirtiler gelişirse, pnömotoraks ihtimali değerlendirilmelidir.[7]

Port rezervuarının yerleştirilmesine bağlı komplikasyonlar da söz konusu olmaktadır Port rezervuarı dikişlerle cebe sabitlenir ancak bu sütürler gevşerse port kateter rezervuarı kendi etrafında dönebilir. Katetere paralel olarak yerleştirilen ek dikişler kateterin geriye doğru hareket ederek yerinden çıkmasını ve cilt altına fark edilmeden ilaç verilmesini önlemek amacıyla önerilmektedir.[40] Rezervuar üzerindeki yaranın ayrılması, enfeksiyona neden olabilen nadir bir komplikasyondur. Genellikle yetersiz dikiş tekniği ve kemoterapiye bağlı yara iyileşmesinin bozulması sonucu oluşur. Kesi ayrılmasını önlemenin en basit ve en etkili yöntemi, insizyon bölgesindeki gerilimi azaltmaktır.[41] Deriye ek destek dikişleri yerleştirilmesi yara açılmasını önleyebilmesi açısından önerilmektedir.[40]

Geç Komplikasyonlar

Mekanik komplikasyonlar

Port septumuna iğne ile giriş yapılamıyorsa mekanik komplikasyonlar açısından detaylı inceleme istenmelidir. Port haznesi fasyaya iyi dikilmemişse bükülmüş olabilir. İğne ile giriş yapıldığında kan aspire edememe veya infüzyon sırasında artan direnç, port odasının trombozu, torasik girişte kateter sıkışması, kateter bağlantısının kopması (Pinch off sendromu) veya kateter parçalanması ile ilişkili olabilir. Pinch-off sendromu, subklavian yerleşimli kateterin klavikula ile 1. kosta arasındaki kompresyonuna bağlı olarak kopması şeklinde tanımlanan nadir bir komplikasyondur. Kateter bağlantısının kopması ve parçalanması sonucu serbestleşen parçalar sağ kalpte ve pulmoner arterde emboliye yol açarak yaşamı tehdit eden taşikardi, kardiyak perforasyon veya pulmoner psödoanevrizmalar gibi ciddi sonuçlar doğurabilir.[18] Kateterin bütünlüğünde bozulma, kateter takıldıktan sonra herhangi bir zamanda gerçekleşebilir. Port kateterden sıvı uygulanırken direnç olması ve kan aspire edilememesi, kateter yerleşim bölgesinde oluşan şişlik ve ağrı, hastanın öksürük ve çarpıntı gibi semptomlar göstermesi durumunda kateterin bütünlüğü radyolojik olarak değerlendirilmelidir. Hastaların aşırı kol ve omuz hareketleri, küçük şırıngalarla (<10 ml) kuvvetli yıkama, aşırı kusma veya öksürme nedeniyle intratorasik basınç artışı kateter migrasyonuna (kateter ucunun yer değiştirmesi) neden olabilmektedir. Hastada akut gelişen çarpıntı, solunum sıkıntısı ve aritmi gibi belirtiler varlığında kateter migrasyonu şüphesi ile radyolojik inceleme yapılmalıdır.[17] Kateter kırılması veya ayrılması nedeniyle infüzyon

edilen sıvı porttan çevre dokulara kaçabilir ve ekstravazasyon meydana gelir. Port katetere erişimde huber iğnelerin yerine uygun olmayan iğnelerin kullanımı durumunda port septumu bozularak sızıntılara neden olabilir. Ek olarak huber iğnenin uzun süre değiştirilmemesi, yanlış yerleştirilmesi veya yerinden oynaması durumunda da ekstravazasyon gerçekleşebilir. Ekstravazasyonun erken belirtileri bölgede şişlik, kızarıklık, ağrı ve yanmanın yanı sıra infüzyon hızının yavaşlaması ve porttan kan aspirasyonunda zorluktur. Ekstravazasyonun önlenmesi amacıyla portlar, açıklık ve bütünlük açısından her infüzyondan önce rutin olarak kontrol edilmelidir. Hastanın pozisyonu değiştirildikten sonra bile kan aspire edilemiyorsa port kullanılmamalıdır. Ekstravazasyondan şüphelenildiğinde hemen infüzyon durdurulmalıdır.[18] Venöz hava embolisi, santral venöz kateterlerin implantasyonu, eksplantasyonu ve kullanımı sırasında ortaya çıkabilir. Klinik görünüm asemptomatikten kardiyovasküler kollaps ve ölüme kadar değişir. Olası kardiyovasküler ve pulmoner semptomların gelişimi ve şiddeti, venöz sisteme aspire edilen havanın hacmine bağlıdır. İnsanlara yönelik öldürücü dozun 3–5 ml/kg vücut ağırlığı olduğu varsayılmaktadır. Klinik öykü emboli teşhisi için en önemli faktördür, çünkü venöz gaz embolisi şüphesi invaziv prosedür ile klinik semptomların ortaya çıkışı arasındaki zamansal ilişkiye dayanır. Hava embolizminden kaçınmak için en kolay ve yararlı manevra, hastayı Trendelenburg pozisyonuna getirmektir.[43]

Tromboz

Port sistemlerinin trombolitik komplikasyonları iki şekilde ortaya çıkmaktadır. Bunlar ven duvarındaki travmaya bağlı olarak kullanılan damarın tıkanması ve kateter ucu çevresinde trombüs oluşumudur.[18] Ven duvarındaki travma, vasküler giriş bölgesindeki manipülasyonlar ve kateter yerleştirilmesiyle ilişkilidir. Kateter ucu çevresinde trombüs oluşumu ise öncelikle kateter çevresinde bir "fibrin kılıfı" oluşumundan kaynaklanır. Bu, infüzyonlar sırasında artan bir dirence de neden olabilir. Kısa trombolitik infüzyonları, yüksek bir başarı oranıyla kateter açıklığını geri kazandırılır. Ek olarak burada oluşan fibrin kılıfı biyofilm oluşumu ve enfeksiyonlar için üreme alanı olacağından risk oluşturmaktadır.[17,18] Port kateterler, PICC ve Hickman kateterleriyle karşılaştırıldığında daha düşük venöz tromboemboli (VTE) riskine sahiptir. Port kateterler arasında ise yerleşim bölgesine göre VTE sıklığı farklılık göstermektedir. Özellikle üst ekstremite damarları (periferik portlar) yoluyla port kateter implantasyonu yapılan hastalarda kateterle ilişkili tromboz önemli ölçüde daha sıktır. Bu nedenle üst ekstremite damarlarından (sefalik ven, aksiller ven, bazilik ven ve brakiyal ven) port kateter implantasyonu yapıldığında venöz tromboembolizm açısından daha dikkatli olunmalıdır.[44] Port katetere bağlı venöz tromboembolizmin hastaya ait risk faktörleri arasında 65 yaş altı olma, komorbidite varlığı, herhangi bir derin ven trombozu öyküsü, beyaz olmayan ırk ve belirli malignitelerin (akciğer kanseri ve gastrointestinal kanser gibi) varlığı olarak sıralanabilir.[17] Ancak antikoagülan profilaksinin rutin olarak uygulanması gerekip gerekmediği konusu henüz tartışmalıdır.[44]

Port kateterden kan aspire edilemiyorsa, hastanın pozisyonu değiştirilerek derin nefes alması istenir. Yıkama için pulsatil teknik kullanılır. Kan dönüşü halen yok ise port iğnesi değiştirilir. Yeni yerleştirilen iğne ile de kan dönüşü sağlanamazsa ileri tetkik gerektirir. İleri tetkikler kapsamında radyolojik incelemeler yapılmaktadır. Kateter ucu konumunun değerlendirmesi, kateterde bükülme veya port gövdesinin yerinden çıkmasını kontrol etme için göğüs röntgeni, Pinç-off sendromu, intralüminal trombüs, kateter ucu tıkanıklığı veya venöz trombozu ayırt etmek için değerlendirmek için kontrast madde enjeksiyonu yapılmaktadır. Kateter trombozu için trombolitik ve/veya fibrinolitik ajanlarla müdahale etmek gerekmektedir.[24]

Enfeksiyon

Port kateter enfeksiyonları, cep enfeksiyonu, tünel enfeksiyonu ve daha yaygın olarak kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları olarak sıralanabilir. Kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu riski diğer santral venöz erişim araçları ile karşılaştırıldığında port kateterlerde daha düşüktür.[10] Ancak port kateter yerleştirme endikasyonuna ve hastaların risk faktörleri bağlı olarak da enfeksiyon oranları değişmektedir. Port kateter ilişkili enfeksiyonlar için hastalara ait risk faktörleri genç yaş, azalmış otonomi, kanser hastaları arasında hematolojik malignite tanısına sahip olma, kanser hastalarında metastaz varlığı, önceki ay içinde bakteriyel enfeksiyon geçirme, HIV (Human Immunodeficiency Virus) ile enfekte kanser hastaları ve kistik fibroz hastalarında diyabet varlığı olarak sıralanabilir.[45] Portun hastanede yatan hastalara uygulandığında yerleştirilmesi ayaktan hastalara kıyasla port kateter ile ilişkili enfeksiyon geliştirme riski hastane florasına uzun süre maruz kalmaya bağlı olarak daha yüksektir. İmplante edilebilir bir intravasküler cihazın bakteriyel kolonizasyonunun altında yatan mekanizmaları anlamak önemlidir.[6] Kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarının en yaygın iki nedeni, vasküler cihazın dış yüzeyinin hasta derisinden kontaminasyonu (ekstraluminal) ve kateter girişi (intraluminal) yoluyla kateterin iç lümeninin kontaminasyonudur.[9] İlk olarak, özellikle uygun antisepsi prosedürleri uygulanmazsa port kateterin cerrahi olarak yerleştirilmesi veya huber iğnenin takılması sırasında ekstraluminal kontaminasyon meydana gelebilmektedir. Ancak port kateterlerin en sık kontaminasyon yolu intraluminaldir. Sıklıkla kateter dış kapağının kontaminasyonu ile ve daha az sıklıkla kontamine solüsyonlar nedeniyle oluşmaktadır. Göğüste (göğüs portu) ve üst ekstremiteye port yerleştirme arasında fark yokken, femoral yerleşim daha yüksek enfeksiyon riski teşkil etmektedir. Total paranteral nutrisyon (TPN) kullanımı, portun sık kullanımını gerektirmesi ve içeriğinin bakteri kolonizasyonu ve biyofilm oluşumuna yatkınlık oluşturması ile enfeksiyon riskini arttırmaktadır.[6] Trombüs veya fibrin kılıf oluşumu mikroorganizmalar için bir biyofilm sağlayabileceğinden kateterle ilişkili tromboz, kateterle ilişkili enfeksiyon riski oluşturmaktadır.[18] Port implantasyonu öncesi enfeksiyonların önlenmesi için profilaktik antibiyotik kullanımı mikroorganizma direncini arttırma riski nedeniyle önerilmemektedir.[10] Kateter ilişkili enfeksiyonun önlenmesinde el hijyeni, implantasyon ve manipülasyonlar sırasında maksimum bariyer önlemleri, cilt antisepsisi olarak klorheksidin kullanımı, merkezi venöz erişim için femoral venden kaçınılarak optimal kateter yeri seçimi ve venöz erişim gerekliliğinin günlük olarak gözden geçirilmesi olarak sıralanmaktadır.[9]

Port kateter bulunan hastalarda, klinik enfeksiyon belirtileri ve semptomları gözlemlendiğinde her zaman kateter ilişkili enfeksiyonlar akılda tutulmalıdır. Kateter enfeksiyonuna ilişkin semptomlar, lokal belirtiler olarak eritem, şişlik ve ağrı gibi işaretler gösterebileceği gibi, daha sıklıkla ateş, hipotansiyon ve genel halsizlik gibi sistemik belirtilerle de kendini gösterebilir. Bu tür klinik bulgular tespit edildiğinde, hastaların durumu detaylı bir şekilde

değerlendirilmeli ve kapsamlı bir fizik muayene yapılmalıdır. Özellikle, başka bir enfeksiyon kaynağı tespit edilemediği durumlarda, kan kültürleri alınarak kateter enfeksiyonu araştırılmalıdır. Port bölgesi dikkatle incelenmeli, eritem, şişlik, sıcaklık artışı veya akıntı gibi lokal enfeksiyon bulgularına dikkat edilmelidir. Ayrıca, kateter bölgesi palpe edilerek, herhangi bir sertlik, ağrı, anormal şişlik veya dokusal değişikliklerin varlığı değerlendirilmelidir. Şüpheli veya teşhis edilmiş kateter enfeksiyonu durumunda, tedavinin genel kapsamı antimikrobiyal tedavi ve kateterin çıkarılmasıdır. Ancak hemodinamik olarak stabil hastalarda seçilmiş patojenler için sistemik antibiyotik tedavisiyle birlikte kateter korunabilir. Uygun antimikrobiyal tedavinin başlatılmasından 72 saat sonra klinik durumda kötüleşme veya pozitif kan kültürlerinin devam etmesi durumunda ise katerin çıkarılması düşünülmelidir. Şüpheli enfeksiyon nedeniyle port kateter çıkarıldığında ise port rezervuarı kültür amacıyla mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilmelidir. [22]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Timsit JF, Rupp M, Bouza E, Chopra V, Kärpänen T, Laupland K, et al. A state of the art review on optimal practices to prevent, recognize, and manage complications associated with intravascular devices in the critically ill. *Intensive Care Med*. 2018;44(6):742-759. Available from: [Crossref]
2. Chan KS. Palliative care: The need of the modern era. *Hong Kong Med J*. 2018;24(4):391-399. [Crossref]
3. Sousa B, Furlanetto J, Hutka M, Gouveia P, Wuerstlein R, Mariz JM, et al. Central venous access in oncology: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2015;26(Supplement 5):v152-168. [Crossref]
4. Infusion Nurses Society. Infusion Therapy Standards of Practice. Vol. 44, Infusion Therapy Standards of Practice Reviewers. *Journal of Infusion Nursing*. 2021;44(1S):p S1-S224 [Crossref]
5. Taxbro K, Chopra V. Appropriate vascular access for patients with cancer. *Lancet*. 2021;398(10298):367-368. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00920-X [Crossref]
6. Pinelli F, Cecero E, Degl'Innocenti D, Selmi V, Giua R, Villa G, et al. Infection of totally implantable venous access devices: A review of the literature. *J Vasc Access*. 2018;19(3):230-242. [Crossref]
7. Bodenham A, Babu S, Bennett J, Binks R, Fee P, Fox B, et al. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland: Safe vascular access 2016. *Anaesthesia*. 2016;71(5):573-585. [Crossref]
8. Capozzi VA, Monfardini L, Sozzi G, Armano G, Butera D, Scarpelli E, et al. Peripherally inserted central venous catheters (PICC) versus totally implantable venous access device (PORT) for chemotherapy administration: A meta-analysis on gynecological cancer patients. *Acta Biomed*. 2021;92(5):0-5.
9. Moureau NL. Correction to: Vessel Health and Preservation: The Right Approach for Vascular Access. *Vessel Health and Preservation: The Right Approach for Vascular Access*. 2019. 1-1 p. [Crossref]
10. Jiang M, Li C li, Pan C qiu, Yu L. The risk of bloodstream infection associated with totally implantable venous access ports in cancer patient: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2020;28(1):361-372. [Crossref]
11. Bland KI, Woodcock T. Totally implantable venous access system for cyclic administration of cytotoxic chemotherapy. *Am J Surg*. 1984;147(6):815-816. [Crossref]
12. Conley SB, Buckley P, Magarace L, Hsieh C, Pedulla LV. Standardizing best nursing practice for implanted ports: Applying evidence-based professional guidelines to prevent central line-associated bloodstream infections. *J Infus Nurs*. 2017;40(3):165-174. [Crossref]
13. Meyer BM, Berndt D, Biscossi M, Eld M, Gillette-Kent G, Malone A. Vascular Access Device Care and Management: A Comprehensive Organizational Approach. *J Infus Nurs*. 2020;43(5):246-254. [Crossref]
14. Niederhuber JE. Totally Implantable Venous Access Devices [Internet]. Di Carlo I, Biffi R, editors. Vol. 40, *American Journal of Clinical Oncology*. Milano: Springer Milan; 2012. 94-105 p. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-88-470-2373-4 [Crossref]
15. Davidson I. Erişkinlerde santral venöz erişim cihazları ve cihaz ve yer seçimine yaklaşım. Uptodate. 2022. p. 1-46. Available from: https://www.uptodate.com/contents/central-venous-access-devices-and-approach-to-device-and-site-selection-in-adults/print?sectionName=ACCESS SITE&search=port catheter&topicRef=8194&anchor=H4045081804&source=see_link
16. Zhang KC, Chen L. Chinese expert consensus and practice guideline of totally implantable access port for digestive tract carcinomas. *World J Gastroenterol*. 2020;26(25):3517-3527. [Crossref]
17. Tabatabaie O, Kasumova GG, Eskander MF, Critchlow JF, Tawa NE, Tseng JF. Totally implantable venous access devices: A review of complications and management strategies. *Am J Clin Oncol Cancer Clin Trials*. 2017;40(1):94-105. [Crossref]
18. Machat S, Eisenhuber E, Pfarl G, Stübler J, Koelblinger C, Zacherl J, et al. Complications of central venous port systems: a pictorial review. *Insights Imaging*. 2019;10(1):1-12. [Crossref]
19. Góraj E, Lipiec M. Long-term intravenous access in cancer patients. *Oncol Clin Pract*. 2018;14(5):257-271.
20. Australian Government (Department of Health). Guideline: Totally implantable central venous access ports. *Queensl* Gov [Internet]. 2015;1-28. Available from: [Crossref]
21. BBraun. Celsite ® Access Ports Nursing guidelines for use and maintenance. [Crossref]
22. Böll B, Schalk E, Buchheidt D, Hasenkamp J, Kiehl M, Kiderlen TR, et al. Central venous catheter-related infections in hematology and oncology: 2020 updated guidelines on diagnosis, management, and prevention by the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society of Hematology and Medical Oncology (DGHO). *Ann Hematol*. 2021;100(1):239-259. [Crossref]
23. York N. Best practice for using ports and non-coring needles. *Br J Nurs*. 2019;28(Sup14a):S11-5. [Crossref]
24. Cancer Nurses Society of Australia. CNSA Vascular Access Devices: Evidence-Based Clinical Practice Guidelines, 2021 [Internet]. 2021. Available from: https://www.cnsa.org.au/practiceresources/vascular-access-resources
25. Disease Control C. APPENDIX 1: Search Strategy and Evidence Summary Supporting the 2017 Updated Recommendations on the Use of Chlorhexidine-Impregnated Dressings for Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections Centers for Disease Control and Prevention National. 2017;1-19.
26. Ferroni A, Gaudin F, Flaud P, Durussel J-J, Descamps P, Berche P, et al. Pulsative flushing as a strategy to prevent bacterial colonization of vascular access devices. *Med Devices Evid Res*. 2014;7-379. Available from: http://dx.doi.org/10.2147/MDER.S71217 [Crossref]
27. Miller PA. Central venous access devices. Vol. 1, NSW Agency for Clinical Innovation. Central venous access devices (CVAD): Clinical practice guide. Sydney: ACI; 2021. 2021.
28. Fornaro C, Piubeni M, Tovazzi V, Cosentini D, Gelmi M, Rota G, et al. Eight-week interval in flushing and locking port-a-cath in cancer pa-

tients: A single-institution experience and systematic review. *Eur J Cancer Care* (Engl). 2018 Dec 10;e12978. Available from: [Crossref]
29. Wu X, Zhang T, Chen L, Chen X. Prolonging the flush-lock interval of totally implantable venous access ports in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Vasc Access*. 2021 Sep 1;22(5):814-821. Available from: https://www.eviq.org.au/patients-and-carers/patient-information-sheets/how-you-have-anti-cancer-medicine-treatment/507-portacath-totally-implantable-venous-access-d [Crossref]
30. Clari M, Spoto M, Franceschi G, Acuto M, Tonella S, Caristia S, et al. Short Versus Long Timing of Flushing of Totally Implantable Venous Access Devices When Not Used Routinely: A Systematic Review and Meta-analysis. *Cancer Nurs*. 2021;44(3):205-213. [Crossref]
31. Zhong L, Wang HL, Xu B, Yuan Y, Wang X, Zhang Y ying, et al. Normal saline versus heparin for patency of central venous catheters in adult patients - a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 2017;21(1):1-9. [Crossref]
32. V RG, Jb C, R CS, Burls A. occlusion in central venous catheters in adults (Review). 2018;
33. Veins.Wales. Having a Portacath Inserted [Internet]. Veins.Wales. Available from: https://veins.wales/information/portacath/
34. Eviq. Clinical procedure - totally implantable venous access device (TIVAD) - accessing and deaccessing, ID: 898 v.6 [Internet]. NSW. 2022. Available from: https://www.eviq.org.au/clinical-resources/central-venous-access-devices-cvads/898-totally-implantable-venous-access-device-tiva#history
35. Intermountain Healthcare PCH. Central line care [Internet]. Intermountain Healthcare, Primary Children's Hospital. 2017. p. 10, 13. Available from: https://intermountainhealthcare.org/ckr-ext/Dcmnt?ncid=527928328
36. National Health Service BSUH. Port-a-Cath [Internet]. Port-a-Cath Post-op instructions. Available from: https://www.bsuh.nhs.uk/documents/port-a-cath-post-op-instructions/
37. National Health Service TCCC. You and your Totally Implanted Vascular Access Device (TIVAD) - Portacath [Internet]. Available from: https://www.clatterbridgecc.nhs.uk/application/files/8715/4521/4121/You_and_your_Totally_Implanted_Vascular_Access_Device_TIVAD_-_Portacath_A5_V2.pdf
38. Piredda M, Migliozzi A, Biagioli V, Carassiti M, De Marinis MG. Written information improves patient knowledge about implanted ports. *Clin J Oncol Nurs*. 2016;20(2):E28-33. [Crossref]
39. Center MSKC. About your implanted port. 2018;(Cvc):1-8.
40. Ince ME, Ozkan G, Ors N, Yildirim AK, Doganci S. Complications and pitfalls of central venous port catheters: experience with 782 patients with cancer. *Ir J Med Sci*. 2020;189(4):1371-1377. [Crossref]
41. Biffi R, Toro A, Pozzi S, Di Carlo I. Totally implantable vascular access devices 30 years after the first procedure. What has changed and what is still unsolved? *Support Care Cancer*. 2014;22(6):1705-1714. [Crossref]
42. Yanik F, Karamustafaoğlu YA, Karataş A, Yörük Y. Experience in totally implantable venous port catheter: Analysis of 3,000 patients in 12 years. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg*. 2018;26(3):422-428. [Crossref]
43. Zoltowska D, Kalavakunta J. A Port-A-Cath in aorta. *Clin Case Reports*. 2018;6(5):957-958. [Crossref]
44. Jiang M, Li CL, Pan CQ, Cui XW, Dietrich CF. Risk of venous thromboembolism associated with totally implantable venous access ports in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. Vol. 18, *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2020. 2253-2273 p. [Crossref]
45. Lebeaux D, Fernández-Hidalgo N, Chauhan A, Lee S, Ghigo J-M, Almirante B, et al. Management of infections related to totally implantable venous-access ports: challenges and perspectives. *Lancet Infect Dis*. 2014 Feb;14(2):146-159. [Crossref]

BÖLÜM 19
TRAKEOSTOMİ BAKIMI

Öykü KARA
Ayfer ÖZBAŞ

DOI: 10.5152/1819

Trakeostomi Bakımı

Tracheostomy Care

BÖLÜM HAKKINDA

Trakeostomi, palyatif bakım hastalarında ventilasyonu, hava yolu açıklığını ve sekresyon yönetimini sağlamak amacıyla sıklıkla gerçekleştirilen cerrahi bir işlemdir. Trakeostomili hastanın doğru ve etkili bakımında hava yolu açıklığının devamlılığının sağlanması, konforun ve hastanın bakımına katılımının arttırılması, komplikasyon ve enfeksiyon riskinin azaltılması kritik öneme sahiptir.

Anahtar kelimeler: Trakeostomi, trakeostomi bakımı, palyatif bakım

ABOUT the CHAPTER

Tracheostomy is a surgical procedure frequently performed to ensure ventilation, airway patency, and secretion management in palliative care patients. In the correct and effective patient care with tracheostomy, it is critical to ensure continuity of airway patency, increase comfort and participation in the patient's care, and reduce the risk of complications and infection.

Keywords: Tracheostomy, tracheostomy care, palliative care

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

1. Trakeostominin tanımı yapabilmek
2. Trakeostomi endikasyonlarını bilmek
3. Trakeostomi komplikasyonlarını açıklayabilmek
4. Palyatif bakım hastasında trakeostomi bakımını kavramak
5. Palyatif bakım hastasında trakeostomi eğitimini kavramak

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. Trakeostomi: Ventilasyonu desteklemek ya da sağlamak için alternatif hava yolu açıklığı sağlayan trakeada cerrahi olarak oluşturulmuş bir açıklıktır.

2. Trakeostomi tüpü: Trakeadaki deliğin (stomanın) açıklığını sürdüren, trakea anatomisi ile uyumlu, metal veya plastikten yapılmış, ventilasyonu sağlayan tüp şeklindeki araçtır.

3. Trakeostomi kanül tıkanıklığı: Trakeostomi kanülünün mukoza salgıları veya kan pıhtıları gibi etmenlerle lümeninin daralması sonucu etkili ventilasyonu sağlayamamasıdır.

4. Trakeostomi kanül aspirasyonu: Bir aspirasyon kateteri aracılığıyla, negatif basınç uygulanarak hava yolunun sıvı ve mukus içerikli yapılardan temizlenmesi yöntemidir.

5. Trakeostomi bakımı: Trakeostomili hastalarda; kanül değişimi, kanül yerleşimi, trakeal stoma hijyenini yönetme, trakeal aspirasyon, sekresyonları değerlendirme, hidrasyon ve iletişimi sağlama gibi özellikli basamaklardan oluşan bakımdır.

Giriş

Palyatif bakım hastalarında ventilasyonu sağlamak ve sürdürmek, hava yolu tıkanıklığını gidermek, hava yolu koruması ve sekresyon yönetimini sağlamak amacıyla trakeostomi kullanılabilmektedir. Trakeostomisi bulunan palyatif bakım hastalarının hava yolu açıklığını ve oksijenlenmesini sürdürmek, bakımını sağlamak, bakıma katılım oranlarını arttırmak, trakeostomi ile ilişkili komplikasyonları önlemek, mevcut

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Öykü Kara[1]
Ayfer Özbaş[2]

[1] İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2] T.C Demiroğlu Bilim Üniversitesi, Florence Nightingle Hastanesi Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, Türkiye

E-posta: oyku.kara@iuc.edu.tr
ayfer.ozbas@demiroglu.bilim.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Kara Ö, Özbaş A. Trakeostomi Bakımı. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 191-201.

komplikasyonların yönetimini sağlamak, yaşam kalitelerini ve konforlarını arttırmak oldukça önemlidir. Bu doğrultuda, trakeostomili palyatif bakım hastalarının bakımını sağlayan hemşire ya da sağlık profesyoneli trakeostominin özellikleri ve işlevi, trakeostomi ile ilişkili komplikasyonlar, temel bakım prensipleri konusunda bilgili olması önemlidir. Aynı zamanda, trakakeostomi kanülü değiştirebilme, kanülü doğru şekilde takabilme, trakeal stoma hijyenini yönetebilme, etkin ve kurallara uygun aspirasyon işlemini yapabilme, sekresyonu değerlendirebilme (rengi, kokusu, kıvamı, viskozitesi, hacmi), acil resüsitasyon yapabilme ve acil durumları yönetebilme becerilerine sahip olmalıdır. Ayrıca hasta, hasta yakınları ve bakım vericilerinin eğitimi sorumluluğunu sürdürmesi de gerekmektedir. Hasta, hasta yakınları ve bakım vericilerinin eğitimi hastanın palyatif bakıma kabulünden başlayarak, rehabilitasyon ve taburculuk sonrası dönemi de içerisine alacak şekilde sürdürülmelidir. Trakeostomi; hastanın beden imajında, ses ve konuşmasında, yutma ve beslenmesinde değişime neden olabilmektedir. Bu hasta grubunda optimal sağlığın sürdürülmesi, komplikasyonların yönetimi, trakeostomiye uyumun, konforun ve yaşam kalitesinin arttırılmasında özellikli eğitimin ve trakeostomi bakımının güncel literatür ışığında sağlanması yaşamsal öneme sahiptir.

Trakea ve Komşu Yapıların Anatomisi

Trakeostomide etkilenen anatomik yapıların anatomisini bilmek önemlidir. Trakea, altıncı veya yedinci vertebra seviyesinde başlayan, servikal fasya ve infrahyoid kasların derinliğinde orta hatta bulunan, larenksi bronşlara ve diğer solunum organlarına bağlayan, içerisinden geçen havayı temizleme ve ısıtma işlevine sahip lümenli yapıdır.[1,2,3] Kıkırdaklı halkasal yapısı solunum yollarına hem esneklik hem de fiksasyon sağlar.[1,2]

Trakea, ön yüzde tiroid bezi ile sınırlı iken lateralde laringeal sinirler ile komşudur. Özofagusun önünde, karotis arterler, iç juguler damarlar ve vagus siniri arasında kalır (Şekil 1).[3] Trakea, torasik sempatik zincirden ve vagus sinirinin alt ganglionundan köken alan trakeal dallardan innerve olur. Bu sayede bronkodilatasyon, bronkokonstriksiyon, öksürük, sternutasyon (hapşırma), mukoid sekresyon üretimine ve vasküler geçirgenliğe izin veren trakeobronşiyal kas tonusunun düzenlenmesi sağlanır.[1,2]

Trakeostomi

Trakeostomi kelimesi, Yunanca trakea, arteria (sert arter) ve tome (kesik) kelimelerinden türetilmiştir.[4] Hastanın nefes almasını sağlamak amacıyla boyundan trakeanın ön duvarına açık cerrahi insizyonla ya da perkütan olarak açılan stomadır.[5,6] Açık cerrahi insizyonla trakeostomi girişimi genel anestezi altında, cerrahi insizyonun açılacağı alan ameliyat öncesinde belirlendikten sonra krikoid kıkırdağın altına insizyonla giriş yapılarak gerçekleştirilir. Perkütan trakeostomi ise bronkoskop desteği ile gerçekleştirilir.[6] Her iki yöntemde de açılan stomadan yerleştirilen trakeostomi tüpü sabitleme bağları ile hastanın boynuna sabitlenerek burun ve ağız yerine yapay bir hava yolu sağlanır.[5,6]

Trakeostomi Tüp Çeşitleri

Farklı tipte ve boyutta birçok trakeostomi tüpü bulunmaktadır. Trakeostomili palyatif bakım hastasının bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve gereksinimlerine uygun bakımın sağlanabilmesi için trakeostomi tüplerinin özelliklerinin ve farklarının bilinmesi gerekir.[7–9]

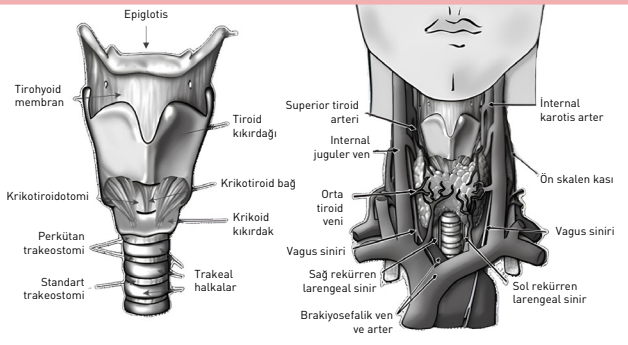
Kafsız trakeostomi tüpleri dış kanül ve plaka/flanştan oluşmaktadır (Şekil 2).[8] Kafsız trakeostomi tüplerinde bunlara ek, iç kanül, kaf/balon, kaf pilotu/balon pilotu bulunur. İç kanül dış kanüle kilitleneilir yapıdadır. Kaf pilotu/balon pilotu ise kafın şişme miktarının bir göstergesidir. Ayrıca trakeostominin yerleştirilmesinde obturatör olarak adlandırılan sert araçlardan destek alınır.[8]

Üretim Malzemesine Göre Trakeostomi Tüpleri

Trakeostomi tüpleri gümüş, paslanmaz çelik veya plastik (polivinil klorür, silikon veya poliüretan) malzemeden üretilebilmektedir (Şekil 2,3).[6,9–11]

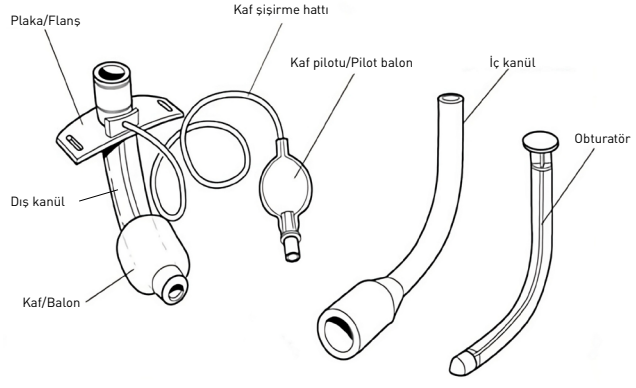
Plastik trakeostomi tüpleri: Polivinil klorür, silikon veya poliüretandan üretilen yarı esnek ya da sert yapıda olan trakeostomi tüpleridir. Trakeostomi sonrası erken dönemde ilk tercihtir.[12,13] Sıcağı veya soğuğu üzerinde tutmaz. Biyofilme dirençlidir. Yarı esnek plastik trakeostomi tüpleri hastanın anatomisi ile uyum sağlayabilen, dik açılı, uzun kanüllü tüplerdir. Sert plastik trakeostomi tüpleri ise eğilme ya da çökme yapmayan, dik açıya sahip olmayan, kısa kanül boyuna/şaftına sahip tüplerdir. Sert plastik trakeostomi tüpleri boyun

Şekil 1. Trakea ve komşu yapıların anatomisi[a]

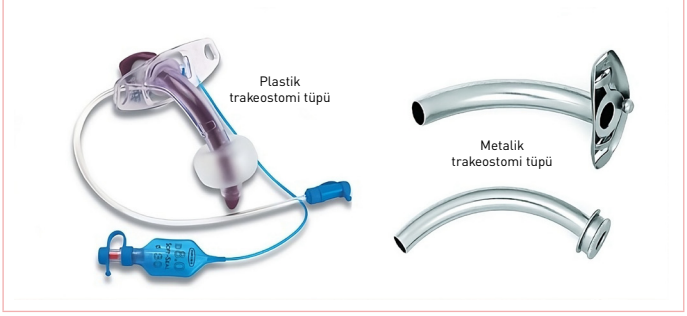


[a]Rowshan HH, Baur DA. Surgical Tracheotomy. Atlas of the Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America, 2010; 18(1):39-50 kaynağından uyarlanmıştır.[3]

Şekil 2. Trakeostomi tüp yapısı ve parçaları



Şekil 3. Plastik ve metalik trakeostomi tüpleri



şişmesine neden olan durumlarda ilk tercih iken, boynu kalın olan hastalarda şaft kısalığı nedeniyle tercih edilmez. Trakeal stomadan yerleştirilmesinde obtüratörlerden destek alınır.

Metalik trakeostomi tüpleri: Gümüş ya da paslanmaz çelik gibi metalden üretilen trakeostomi tüpleri dayanıklı, inert olmakla birlikte biyofilm oluşumuna karşı dirençlidir. Üretildiği malzeme sayesinde kolay temizlenebilir ve edilebilirler. Uzun süre trakeostomi kullanılacak hastalarda sıklıkla tercih edilir. Metalik trakeostomi tüpleri kaf veya konektöre olmaması nedeniyle mekanik ventilasyona uygun değildir. Sıcağı ve soğuğu üzerinde tutması nedeniyle trakeaya zarar verebilir. Radyasyon tedavisi gören hastalar için uygun olmamakla birlikte sık radyolojik görüntüleme sağlanacak hastalarda da tercih edilmez.[6,7,10,13]

Kaf Varlığına Göre Trakeostomi Tüpleri

Kafsız trakeostomi tüpleri: Plastik ya da metalik olabilen kafsız trakeostomi tüpleri, havanın üst hava yoluna geçişine izin verir. Kafsız trakeostomi tüpü kullanılabilmesi için hastanın spontan nefes alabilmesi ve şiddetli aspirasyon riskinin düşük olması gerekmektedir. Mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda tercih edilmez.[7,9,12]

Kaflı trakeostomi tüpleri: Kaflı trakeostomi tüplerinin distal kısmında hava yolunu kapatan, hava yolu koruması ve ventilasyon için kapalı bir sistem sağlayan yuvarlak balonsu bir sistem bulunur. Plastik materyalden üretilirler. Kaflı trakeostomi tüpü kullanılan hastalarda kafın şişirilmesi ile havanın ses tellerin geçişi engellenmesi nedeniyle konuşmaya engel oluşur.[5,7] Optimal kaf basıncı 20-30 cmH_20/15–22 mmHg olarak kabul edilir.[7,10,14,15] Kafın yetersiz şişirilmesi ventilatör ile ilişkili pnömoni riskini arttıran bir durumdur. Kafın aşırı şişirilmesi ise; trakeomalazi, trakeoinnominat arter fistülü, trakeal ülserasyon, fibrozis, trakeal stenoz ve trakeoözofageal fistül gibi birçok komplikasyonun gelişmesine neden olabilmektedir.[6,16] Kaflı trakeostomi tüpleri yüksek hacimli düşük basınçlı, düşük hacimli yüksek basınçlı ve köpük-sünger kafa sahip olabilmektedir.[6,7,10]

Yaygın olarak yüksek hacimli düşük basınç kaflı trakeostomi tüpleri sıklıkla tercih edilmekte olup, yüksek hacmi sayesinde trakea duvarına yüksek uyum sağlanır.[17] Hava yolunun sızdırmazlığını sağlayan kafın manometre ile basıncının ölçümü trakeal hasarın önlenmesi, etkin yutkunma refleksinin sürdürülmesi için önemlidir.

Düşük hacimli yüksek basınç kaflı trakeostomi tüpleri, aralıklı kaf şişirme uygulanan hastalarda tercih edilir. Havanın gaz geçirgenliği olması nedeniyle yüksek basıncı oluşturmak için kaf steril su ile doldurulur.[7,10]

Köpük-sünger kaflı trakeostomi tüpleri sık kullanılmamakla birlikte kendiliğinden genişleyen poliüretan köpük içeren silikon kılıflı bir kaf içerirler. Yerleştirilmeleri ve çıkarılmaları zordur. Süngerdeki nemin uzaklaştırılması ve silikon kılıfın trakea duvarına yapışmasını önlemek için periyodik olarak söndürülmeleri gerekir. Alt hava yolunu kapattıkları için diğer trakeostomi tüp tiplerine göre konuşmayı daha fazla kısıtlar.[7,10]

İç Kanül Varlığına Göre Trakeostomi Tüpleri

Trakeostomi tüpleri iç kanüllü ya da iç kanülsüz olabilir. İç kanüllü trakeostomi tüplerinin kullanımı, hastanın konforunu arttırmada, kanül temizliğini kolaylaştırmakta, kanül tıkanıklığı ve komplikasyon riskini azaltmaktadır. İç kanülü olmayan trakeostomi tüplerinin iç kanüllü trakeostomi tüplerine kıyasla tıkanma durumunda yönetimi daha zordur. İç kanüllü trakeostomi tüpleri, kolay hava yolu açıklığı ve tüpün ana şaftını çıkarmadan kolay temizlik olanağı sağlar.[7,10] Ancak, iç kanülün ana trakeostomi kanül çapını daraltması nedeniyle hastada solunum direnci oluşturması da mümkündür.[18]

Boyutlarına Göre Trakeostomi Tüpleri

Trakeostomi tüpleri farklı uzunlukta, çapta ve eğrilikte olabilmektedir. Boynun uzun, stoma ya da trakea çapının geniş, hava yolunda atlanması gereken tümöral yapı gibi durumların olması durumunda uzun trakeostomi tüpleri avantaj sağlamaktadır.[7,10] Trakeostomi tüpünün boyutu seçilirken hastanın boyun genişliği ve uzunluğu, stomanın ve trakeanın boyutu, tümör veya granülasyon dokusunun varlığı, sekresyonların niteliği ve miktarı, ventilatör ihtiyaçları gibi faktörler göz önünde bulundurulur. Anatomik ve tıbbi farklılıklar olmakla birlikte genellikle kadınlarda ortalama 6.0-6.5 mm iç çaplı, 10 mm dış çaplı; erkeklerde ortalama 7.0-8.0 mm iç çaplı, 11 mm dış çaplı trakeostomi tüpleri kullanılır. Trakeostomi tüplerinin boyut dahil tüm özellikleri ön boyun plakasına işlenmiş durumundadır.[7,10,14]

Delik/Pencere Varlığına Göre Trakeostomi Tüpleri

Delikli/pencereli trakeostomi tüpleri, tüpün arka duvarında havanın akışına izin vererek solunumu kolaylaştırır. Bu delik/pencereler tek büyük veya birkaç küçük açıklıktan oluşabilir (Şekil 4).[19] Delikli/pencereli kaflı trakeostomi tüpü kullanan hastalarda kafın indirilmesi ile delik/pencere sayesinde nefes alma becerisi değerlendirilebilmektedir. Genellikle daha uzun kanül yapısına sahip olmakla birlikte işlevini sürdürdüğünden emin olmak amacıyla delik/pencerenin konumu aralıklı olarak değerlendirilmelidir.[7,10,19]

Trakeostomi Endikasyonları

Antik çağlardan beri uygulanan trakeostominin endikasyonları ve prosedürleri yirminci yüzyıl başlarında Chevalier Jackson tarafından tanımlanmıştır.[4,7] İlk trakeostomi uygulamaları travma, inflamatuar durumlar ve yabancı cisim aspirasyonu gibi akut hava yolu obstrüksiyonuna neden olan durumlarda kullanılmıştır.[20] Günümüzde trakeostomi; ventilasyonu sağlamak, hava yolu tıkanıklığını gidermek, hava yolunu korumak ve sekresyon yönetimini sağlamak amacıyla kullanılabilmektedir. Kronik solunum yetmezliği nedeniyle solunum fonksiyonunu yardımsız sürdüremeyen, uzun süreli

Şekil 4. Delik/pencereli trakeostomi tüpleri [a]



[a]Tracheostomy Education. Tracheostomy Tubes. Available from: https://www.tracheostomyeducation.com/tracheostomy-tubes/ kaynağından uyarlanmıştır.[19]

(21 günden uzun) ventilatör desteğinden ayrılamayan, endotrakeal entübasyona engel durumu olan ya da uzun süreli bilinçli ventilatör desteği alacak hastalarda, üst hava yollarında tıkanıklığa neden olan durumların (tömöral yapılar gibi) varlığında, baş, boyun ve kulak ameliyatlarından sonra, omurilik yaralanmalarında, yutma ve öksürme refleksinde bozulmaya neden olan nörolojik hasarı olan hastalarda trakeostomi uygulanabilmektedir.[5,6,9,21,22]

Trakeostomi Komplikasyonları

Trakeostomi ameliyatı sırası, sonrası erken ve geç dönemde birçok komplikasyon gelişme riski bulunur (Şekil 5).[5,6,23,24] Trakeostomili hastaların %45'inde komplikasyon görülebilmektedir.[25] Trakeostomili hastalarda hastane içi mortalite oranı ise ortalama %22'dir.[26,27] Olası komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olmak erken tanı, tedavi ve bakımda hastanın durum yönetimini kolaylaştırır. Trakeostomi komplikasyonlarını kavramak, beden kitle indeksi yüksek ve düşük, hareketi kısıtlı, yaşam destek cihazları kullanan hastalar gibi özellikli palyatif bakım hastalarının tedavi ve bakımının yönetiminde yaşamsal öneme sahiptir.[28,29] Bu bölümde, trakeostomisi bulunan palyatif bakım hastalarında sıklıkla görülen ve yaşamsal riski yüksek komplikasyonları açıklanacaktır.

Kanama: Ön juguler ve alt tiroid venlerinin cerrahi işlemden olumsuz etkilenmesi ve şiddetli traksiyon nedeniyle ya da ameliyat sonrası dönemde ise kaza ya da bakım sırası travmalar sonucu meydana gelebilmektedir. Büyük hacimli ya da 24 saatten uzun süren küçük hacimli kanamalar ekibe bildirilir. Hastanın oksijen satürasyonu, kan basıncı, nabız, solunum değerleri izlenir. Damarın onarılması, elektrokoterizasyon, kanama odağına basınç uygulaması veya hemostatik ilaçlar ile kanama kontrol altına alınır.[30]

Laringeal Sinir Hasarı: Dekanülasyon sonrası disfoni, yutma becerisinde değişim ile belirti veren laringeal sinir hasarı kalıcı ya da geçici olabilir. Genellikle ameliyat sırasında meydana gelen bu durum, trakeanın lateral diseksiyonu sırasında oluşabilir. Laringoskopi ile tanı konur.[28]

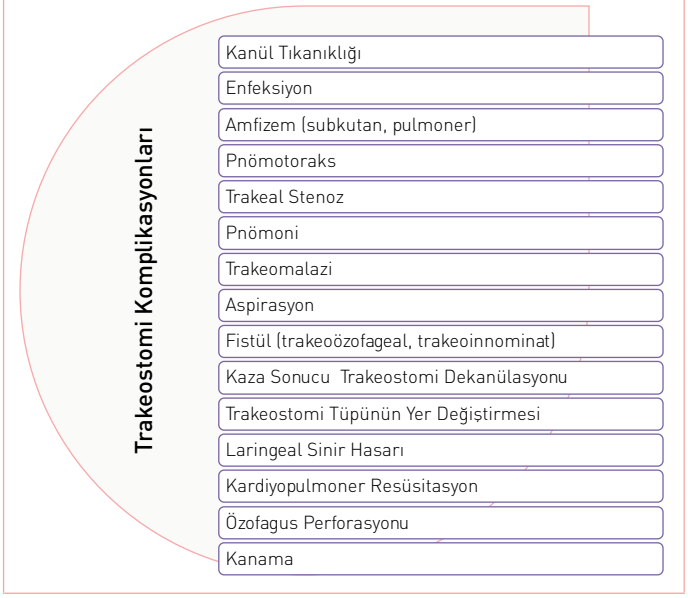
Trakeostomi Kanül Tıkanıklığı: Mukoza salgıları veya kan pıhtıları nedeniyle trakeostomi kanül tıkanıklığı meydana gelebilir. Gürültülü solunum, oksijen satürasyonunda azalma, periferlerde siyanoz kanül tıkanıklığı belirtilerindendir.

Erken nemlendirme, sık aspirasyon ve iç kanüllü trakeostomi kullanımı kanül tıkanıklığını önleyici uygulamalardır.[28,30] Kanül her zaman temiz tutulmalıdır. Sekresyon varlığında aspirasyon geciktirilmemelidir. Aspirasyon yeterli olmaz ise, kısıtlı miktarda serum fizyolojik kanülden verilerek aspirasyon sağlanabilir. Ya da trakeostomi kanülü değiştirilebilir. Tüm işlemler sırasında hastanın oksijen satürasyonu izlenir. Gerekir ise oksijen desteği sağlanır.[30]

Trakeostomi Tüpünün Yer Değiştirmesi (Kayma, Dislokasyon) ve Kaza Sonucu Trakeostomi Dekanülasyonu: Yanlış trakeostomi tespiti, doğru olmayan pansuman ya da bakım, şiddetli öksürme, hava yolu ödemi, ajitasyon, hastanın ölçüsünden kısa trakeostomi tüpünün kullanılması sonucu meydana gelebilir. Obez, ajite veya şiddetli öksürüğü olan hastalarda daha sık görülür. Belirtilerden biri hastanın trakeostomi tüpü olmasına karşın konuşabilmesidir. Trakeostomi sonrası erken dönemde cilt ve trakea arasında rehber bir yol olmaması nedeniyle trakeostomi tüpünün yeni bir tüp ile yeniden konumlandırılması zordur. Cerrahi girişim sonrası trakeal halkada bırakılan bir sütür trakeal deliğin açığa çıkarılmasın sağlayarak trakeostomi tüpünün yeniden konumlandırılabilmesini kolaylaştıran bir uygulamadır.[30]

Cerrahi Alan Enfeksiyonu: Trakeostomi sonrası ilk 48 saatte yarada mikroorganizma kolonizasyonu meydana gelir. Açık cerrahi girişim olması nedeniyle kolonizasyonun kaçınılmaz olduğu trakeostomide cerrahi alan enfeksiyonu sık ya da seyrek kanül

Şekil 5. Trakeostomi komplikasyonları



değişimi, peritrakeostoma ve trakeal dokunun minimal devaskülarizasyonu gibi majör enfeksiyöz komplikasyon riskleri nedeniyle meydana gelebilir. Sık görülen etkenler gram pozitif bakteriler, Pseudomonas ve Escherichia coli'dir. Trakeal stoma enfeksiyonlarında iyonik formda %1.2 gümüş içeren sodyum karboksimetil selülozdan yapılan yara örtüleri, gümüş emdirilmiş örtüler gibi ürünlerle lokal tedavi uygulanabilir. Tanı ve tedavisinde hastadan yara kültürü alınır ve var ise cansız dokulara debridman uygulanır. Gerekli ise antibiyotik tedavisi uygulanır.[6,20]

Enfeksiyon: Genellikle çevresel etkenlerle kontaminasyon ve aspirasyon sonucu meydana gelen enfeksiyonun tıbbi farmakolojik ilaçlar ile tedavi sağlanır. Enfeksiyon riskini ve mevcut enfeksiyonu izlemek amacıyla sekresyonların rengi, kıvamı, kokusu, viskozitesi, hacmi; hastanın yaşam bulgusu parametreleri; cilt ve peristomal alan kızarıklık, ısı artışı, şişkinlik ve ağrı gibi lokal enfeksiyon belirtileri açısından değerlendirilir.[30]

Trakeal Stenoz: Trakeostomi sonrası trakea stenozu nadiren suprastomal bölgede, kaf ile temas bölgesinde ve kanülün ucu ile trakeal duvar arasındaki temas bölgesinde gerçekleşirken; sıklıkla stoma düzeyinde meydana gelebilir ([28,31,32]). Lokal enfeksiyon gibi trakea duvarlarının zayıflamasına neden olan durumlar stenoz oluşmasına zemin hazırlar. Belirtiler genellikle trakea lümeninin %50'den fazla daralması ile başlar. En sık görülen belirti dispnedir.[28,32]

Trakeomalazi: Trakeomalazi, soluk verme sırasında trakea iç çapının azalmasına neden olan trakea duvarları zayıflamasıdır. Kondrit (kıkırdak doku infalamasyonu) ve kıkırdak nekrozu sonrasında meydana gelebilir.[28,31] Mekanik ventilasyondan başarısız ayrılma sonucu akut olarak ya da önceki bir trakeostomi öyküsü ile ilişkili dispne ile kronik olarak meydana gelebilir.[28,32]

Trakeoinnominat Fistül: Trakeostomi sonrası en ciddi ve ölümcül komplikasyonlar arasında yer alır.[28,31] Trakeostomi sonrası masif hemoptiziye dönüşen bir kanama ile bulgulanır. Trakeostomi uygulanan hastaların %1'inden daha azında görülürken, ölüm oranı neredeyse %100'dür.[28,32] Trakeoinnominat fistül oluşumlarının yaklaşık %75'i trakeostominin üçüncü ve dördüncü haftası arasında ortaya çıkar. Trakeal kanülün aşırı hareketi, kafın aşırı şişmesi, ventilatörün trakeostomi tüpüne doğrudan basınç uygulaması, başın yanlış hiperekstansiyonu ve kanülün aşağı yerleşimine bağlı lokal travma sonucu meydana gelebilir.[6,28,32] Tedavide sırasıyla oksijenasyon, kanamayı durdurmak için kafın aşırı şişirilmesi, translaringeal entübasyonu ve cerrahi tedavi uygulanır. Fistülü düzeltmek için acil cerrahi eksplorasyon zorunlu olarak uygulanır.[6]

Aspirasyon: Trakeostomi girişiminin yutma refleksinde değişikliğe ve kanülün özofagusta baskı oluşmasına neden olması sonucu hastada aspirasyon gelişebilir. Mekanik ventilasyona bağlı olan ve şişirilmiş kafı bulunan hastaların %50'sinde aspirasyon meydana gelebilir. Bu nedenle, oral gıda alımına başlamadan önce hastalarla yutma rehabilitasyonu yapılması önerilir.[28]

Pnömoni: Pnömoniyi önlemek için yatak başının yükseltilmesi, ağız bakımı ve gastrointestinal profilaksi uygulanabilir. Akciğerlere sekresyon sızıntısını önlemek amacıyla kaf basıncı aralıklı olarak değerlendirilmelidir.[6]

Palyatif Bakım Hastasında Trakeostomi Bakımı

Trakeostomisi olan palyatif bakım hastasının bakımını sürdüren birey trakeostominin işlevi, olası komplikasyonlar, eğitim sorumluluğu ve temel bakım prensipleri konusunda bilgili olmalıdır. Aynı zamanda, trakeostomi kanülünü değiştirme, kanülü doğru şekilde yerleştirme, trakeal stoma hijyenini yönetebilme, etkin ve kurallara uygun aspirasyon işlemini yapabilme, sekresyonları değerlendirebilme (renk, koku, kıvam, viskozite, hacim), resüsitasyon yapabilme ve acil durumları yönetebilme becerilerine sahip olmalıdır.[6,30,33] Palyatif bakım hastalarında trakeostomi bakımına yönelik uyum güçlüğü görülebilmektedir. Bu nedenle bakım sürecine hastanın yakınları ve bakım vericileri mutlaka dahil edilmelidir.

Sekresyonların Mobilizasyonu

Trakeostomisi olan palyatif bakım hastalarının bakımının en önemli yönlerinden biri sekresyonların mobilizasyonudur. Sekrasyonlar yeterli hidrasyon, nem, fiziksel hareketlilik ve ortamdan uzaklaştırma (aspirasyon, öksürme, solunum rehabilitasyonu) ile mobilize edilir. Hareket kısıtlılığı olan palyatif bakım hastalarının mümkünse sandalyeye oturması ya da fowler pozisyonu alması mümkün değilse semi-fowler pozisyonu alması diyaframı daha etkin kullanmalarını sağlayarak sekresyonların hareketlenmesini kolaylaştıran öksürük refleksini destekler.[6]

Nemlendirme

Trakeostomi solunumu hastaya normal burundan solunumda sağlanan vücut sıcaklığında, nemlenmiş havayı sunmaz. Bu nedenle viskozitesi artan, yoğun, katılaşmaya yatkın sekresyonların birikimini önlemek amacıyla hastaya trakeostomi sonrası ilk haftalarda yapay nemlendirme sağlanır.

Trakeostomi kanülü üzerinde nebülizatör bir maske yerleştirilerek alt solunum yolunun doğrudan nemlenmesi sağlanabilir. Aktif nemlendirme olarak da adlandırılan doğrudan nemlendirme genellikle; büyük hacimli, kalın veya inatçı sekresyonu olan, hipotermi riski olan, hava yollarında irritasyonu ya da kanaması olan hastalarda tercih edilir. Konuşma valfinin 30 dakikadan uzun süre yerinde kaldığı, kendiliğinden nefes alan bir hastada aktif nemlendirme uygulanmalıdır. %100 bağıl nemin sağlanması için aktif nemlendirme devresinin sıcaklığının 37°C olması gerekmektedir. Aktif nemlendirme sisteminin sıvı haznesine steril su konulmalıdır.[30]

Yapay nemlendirme sağlamak için kapaklı trakeostomi tüpü, trakeal ısı ve nem koruyucuları (HME-heat and moisture exchange) (Şekil 6) veya T parçası kullanılabilir.[34] Trakeostomi ameliyatından sonraki ilk hafta HME kullanılması önerilmez.[6,30] HME; stabil solunum fonksiyonuna sahip, spontan solunumlu, orta veya düşük sekresyon hacmine sahip olan ve inspirasyon oksijen fraksiyonu (FiO_2) gereksinimi <%40 olan hastalarda tercih edilir HME en az 4 saatte 1 kontrol edilmeli ve rutinde 24 saatte 1 değiştirilmelidir. Sekresyon yükü ve yoğunluğu artmış hastalarda kontrol sıklığı artırılmalıdır. Sekresyon yükü ve yoğunluğunun artması durumunda aktif humifikasyon sistemine geçiş düşünülmelidir.[29] Tüm nemlendirme sistemleri, yoğuşmada ortaya çıkan sıvının aspirasyonunu önlemek için trakeostomi tüpünün seviyesinden daha aşağıda konumlandırılmalıdır. Sekreresyon yoğunluğundaki artışın önlenmesi için hastanın hidrasyonu da desteklenir. Engel bir sıvı kısıtlaması yok ise, hastanın günde ortalama iki litre sıvı alımı teşvik edilir.[30]

Şekil 6. Isı ve nem koruyucusu (HME-heat and moisture exchange)[a]



[a]National Tracheostomy Safety Project. Tracheostomy Basic Adult Care, Humidification https://www.tracheostomy.org.uk/healthcare-staff/basic-care/humidification kaynağından uyarlanmıştır.[34]

Besleme/Yutma

Trakeostomisi olan palyatif bakım hastaları kaf basıncı ayarlanarak ağızdan beslenebilir.

Eğer hasta ağızdan beslenecek ise, beslenme sırasında kaf indirilir. Ağızdan beslenmeyi tolere edemeyen hastalarda nazogastrik beslenme sağlanabilmektedir.[5] Ancak, bu hastalarda trakeostomi ile ilişkili disfaji ve beslenme örüntüsünde bozulma görülebilmektedir.[5,30] Disfaji ve beslenme örüntüsünde bozulma trakeostominin varlığı dışında mekanik ya da nörolojik hastalıklar nedeniyle de meydana gelebilmektedir. Bu nedenle, hastanın beslenmesinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Orofaringeal disfajinin değerlendirilmesinde, tedavisinde ve rehabilitasyonunda konuşma terapistleri ve fizyoterapistlerle ile iş birliği yapılır.[30]

Konuşma/Ses

Hastanın sözel iletişime katılma durumu belirlenmelidir. Laringeal anatomi korunmuş hastalarda, trakeal kanülün lateral kolonu laringeal fonasyon yapılarının vibrasyonu için hava akımına izin veriyorsa tam fonksiyonla olmasa da hastanın fonasyon üretmesi mümkündür. Bu süreçlerde, hastanın ses seviyesi ve niteliği olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Hasta, trakeostomi öncesi ses seviyesinden daha alçak seviyede, daha kalın ya da daha ince bir sesle karşı karşıya kalabilmektedir. Total laringeal rezeksiyon yapılan hastalarda kalıcı bir trakeostomi olmasına karşın, farklı fonatuar uygulamalar (elektronik gırtlak, trakeoözofageal protez veya özofagus sesi) ile konuşma rehabilitasyonu yapılabilmektedir. Hastalarda fonatuar valflerin (konuşma valfleri) kullanılması da konuşmayı destekleyici bir uygulamadır.[30]

Trakeostomi kullanımının erken döneminde ve sözel iletişim sağlanamayan hastalarda kağıt ve kalem, iletişim kartları, iletişim tablosu, işaret dili, yatak başı alfabe gibi iletişim yöntemleri kullanılabilmektedir.[30]

Tablo 1. Trakeostomi bakımı için gerekli malzeme ve ekipmanlar[a]

- Aspirasyon cihazı/ekipmanı
- Oksijen kaynağı/destek sistemi
- Ambu
- Hastaya uygun boyutta oksijen maskesi
- Steril gazlı bez (en az 2 paket)
- %0.9'luk serum fizyolojik
- Temiz ve steril su
- Künt-yuvarlak uçlu makas
- Kişisel koruyucu ekipmanlar (gözlük, siperlik, eldiven, maske ve önlük)
- Temiz eldiven
- Steril eldiven
- 10 cc'lik enjektör
- Kaf manometresi
- Oksijen satürasyon cihazı
- Aspirasyon kanisteri/bidonu ve torbası
- Hastaya uygun boy, ölçü ve yapıda yedek trakeostomi kanülü
- Hastanın kullandığı boyuttan daha küçük trakeostomi kanülü (Kaflı Trakeostomi Kanülü)
- Tek kullanımlık iç kanüller (çift kanüllü trakeostomi tüpü kullanılması durumunda)
- Hastaya uygun ölçüde aspirasyon kateterleri (genellikle 12 veya 14 French (Fr))
- Hastaya uygun boyutta endotrakeal tüp
- Steril su bazlı kayganlaştırıcı
- Trakeostomi temizleme kiti
- Trakeostomi sabitleme bağları
- Koruyucu gazlı bez/drenaj süngeri
- Hasta paralizili ise pozisyon vermeye yardımcı rulo havlu veya araçlar

[a]Morris LL, Whitmer A, Mcintosh E. Tracheostomy Care and Complications in the IntensiveCare Unit. Critical Care Nurse. 2013;33(5):18-30; Arakawa-Sugueno L. What Is the Best Way to Take Care of a Patient with a Tracheostomy Tube?. de Farias TP (Eds). Tracheostomy: A Surgical Guide. 2018; 377-390 kaynaklarından uyarlanmıştır.[6,30]

Kanül, Stoma ve Boyun Bakımı

Doğru bakım ve günlük cilt değerlendirmesi; hipoksi, solunum durması, uzun süreli trakeostomi kanülizasyon ile ilişkili cilt travması, epidermolizis bülloza, vasküler problemler ve lenfatik malformasyonlar gibi komplikasyonların önlenmesinde önemli bir yere sahiptir.[30] Trakeostomili palyatif bakım hastanın tedavi ve bakımını sürdürürken bazı malzeme ve ekipmanların hazır bulundurulması gerekmektedir (Tablo 1).[6,30]

Kanül etrafındaki cilt ve peristomal alan günde en az bir kere, ortalama 4-8 saatte 1 kez, sekresyon birikimi ve sızıntısı var ise daha sık değerlendirilir ve temizlenir. **Trakeal stoma ve cilt dokusu bakımı ve izlemi** için aşağıdaki basamaklar izlenir.[6,30,35]

- Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.
- Hastaya supine ya da semi-fowler pozisyon verilir.
- Koruyucu bakım örtüsü yerleştirilir.
- Hastanın oksijen satürasyonu işlem öncesi, sırası ve sonrasında devamlı izlenir.
- Eller yıkanır. Temiz eldiven ve kişisel koruyucu ekipmanlar giyilir.
- Boyunda bulunan eski kanül sabitleme bağı ve trakeostomi plakası ve cilt arasında bulunan koruyucu gazlı bez çıkarılır.
- Eller yıkanır. Tekrar temiz eldiven giyilir.
- Peristomal alan, kanül ve sabitleme bağları etrafındaki cilt ve değerlendirilir. Ödem, kanama, tahriş, eritem, lokal enfeksiyon

belirtileri veya rengi değişmiş (yeşilimsi, kanlı vb.) salgıların gözlemlenmesi durumunda izlem defterine kayıt edilirek ekibe bilgi verilir. Eritem ve tahriş yüksek nem varlığında oluşabilmektedir. Bu nedenle sekresyonu bol olan hastalarda cilt kuru tutulmalı, doku maserasyonunu ve deri bütünlüğünde bozulmayı önlemek için sıklıkla pansuman değişikliği sağlanmalıdır.
- Cilt ve trakeostomi kanülü serum fizyolojik ya da suyla ıslatılmış gazlı bezle temizlenir. Her bölge için ayrı gazlı bez kullanılır. Ulaşılması zor alanlar için ıslatılmış pamuk temizleme çubukları kullanılır.
- Cilt yüzeyinde ve trakeostomi çevresinde biriken sekresyonların kuruyup sertleşmesi durumunda ısıtılmış serum fizyolojik ya da seyreltilmiş hidrojen peroksit kullanılabilir.
- Temizleme sonrası cilt bölgesi temiz bir havlu ya da gazlı bezle kurulanır.
- Sabitleme bağları bağlanır. Sabitleme işleminin hasta açısından rahatlığını kontrol etmek amacıyla sabitleme bandı altından bir parmak geçip geçmediği kontrol edilir. Sabitleme bağı çok sıkıysa ve parmak rahat hareket etmiyorsa, tekrar sabitleme ayarı yapılır.

Tek kullanımlık olmayan trakeostomi iç kanülünün temizliği günde en az bir kere, gerekirse daha sık yapılır. Trakeostomi iç kanül değişimi ve bakımı için aşağıdaki basamaklar izlenir:[6,30,36]

- Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.
- Hastaya fowler ya da semi-fowler pozisyon verilir.
- Koruyucu bakım örtüsü yerleştirilir.
- Hastanın oksijen satürasyonu işlem öncesi, sırası ve sonrasında devamlı izlenir.
- Eller yıkanır. Steril eldiven ve kişisel koruyucu ekipmanlar giyilir.
- Baskın olmayan el ile trakeostominin iç kanülü çıkarılır.
- Dış kanülde tıkanıklık olmaması için hastadan öksürmesini istenir. Gerekli ise sterilliği bozulmayan baskın el ile aspirasyon yapılır.
- İç kanül, serum fizyolojikli su ile ya da akan su altında kanül fırçası ile temizlenir.

Trakeostomi kanül temizliğinde hidrojen peroksit, enzimatik solüsyonlar ya da silikon içerikli temizleme malzemeleri kullanılabilmektedir. Ancak, hidrojen persoksit ve enzimatik solüsyonlar plastik ve metalik trakeostomi kanüllerine zarar verebilmektedir. Silikon içerikli temizleyiciler ise, plastik trakeostomi kanülleri tarafından emilebilmekte, metalik trakeostomi tüplerinde su ile arındırmayı zorlaştırabilmektedir. Trakeostomi kanülünde katılaşmış, yoğun sekresyonlar var ise, ılık su ile temizliği sağlanabilir. Bu aşamada, kullanılan trakeostomi kanül üreticisinin önerdiği, trakeostomi kanülünü ve hastayı zarara uğratmayacak solüsyonlar kullanılmalıdır.

- Trakeostomi iç kanülü serum fizyolojik ile durulanır.
- Kanül durulandıktan sonra kendiliğinden kurumaya bırakılır. Ya da steril gazlı bez ise kurulanır.
- Eldiven çıkarılır. Eller dezenfekte edilir. Yeni steril eldiven giyilir.
- Temizlenen iç kanül yumuşak bir hareket ile yerine yerleştirilir.
- Malzemeler toplanır. Eldiven çıkarılır. Eller yıkanır.

Trakeostomi dış kanül değişimi ve bakımı için aşağıdaki basamaklar izlenir.[16,30]

- Hekim onayı olmadan dış kanül değişimi yapılmaz. Kanül değişim kararı alınan hastaya işlem hakkında bilgi verilir.
- Hastaya fowler ya da semi-fowler pozisyon verilir. Hasta obez ise omuzlarının altına destek yerleştirilerek supine pozisyonunu verilir.
- Koruyucu bakım örtüsü yerleştirilir.
- Hastanın oksijen satürasyonu işlem öncesi, sırası ve sonrasında devamlı izlenir.
- Eller yıkanır. Temiz eldiven ve kişisel koruyucu ekipmanlar giyilir.
- Yeni trakeostomi kanülü hastanın içinde konumlanacak kanül alanlarına temas edilmeden hazırlanır. Gerekli ise uç kısmına steril su bazlı kayganlaştırıcı sürülür.
- Boyunda bulunan eski kanül sabitleme bağı ve cilt arasındaki koruyucu gazlı bez çıkarılır.
- Trakeostomi kanülü kaflı ise enjektör ile kaf içerisindeki hava boşaltılır.
- Eller yıkanır. Steril eldiven giyilir.
- Ardından trakeostomi kanülü baskın olmayan el ile aşağıdan yukarıya eğri el hareketi ile çıkarılır. Çok kullanımlık ise temiz bir kaba konulur, değil ise tıbbi atığa atılır.
- Yeni trakeostomi kanülü sterilliği bozulmayan el ile yukarıdan aşağıya eğri el hareketi ile hızlı ve yumuşak bir hareket ile yerleştirilir.
- Stomal alanın ve çevresindeki cilt dokusunun temiz ve kuru olduğundan emin olunur.
- Sabitleme bağları bağlanır. Sabitleme işleminin hasta açısından rahatlığını kontrol etmek amacıyla sabitleme bandı altından bir parmak geçip geçmediği kontrol edilir. Sabitleme bağı çok sıkıysa ve parmak rahat hareket etmiyorsa, tekrar sabitleme ayarı yapılır.
- Trakeostomi kanülü ile cilt arasına koruyucu gazlı bez yerleştirilir.
- Kaflı trakeostomi kanülü kullanılıyor ise, kaf 10 cc'lik enjektör yardımı ile şişirilir. Travmaları önlemek için kaf basıncı manometre ile kontrol edilir.
- Malzemeler toplanır. Eldiven çıkarılır. Eller yıkanır.

Kanülün Sabitlenmesi

Trakeal kanülü boyna sabitlemek için sıklıkla pamuklu sabitleme bağları kullanılır. Sabitleme bağları düz ya da cırtlı olabilir. Sıklıkla gazlı bezden oluşturulan ya da Velcro tipi trakeostomi bağları kullanılır. Bağlar trakeostomi tüpünü yerinde tutar ve dışarı çıkmasını engeller. Kanülün doğru sabitlenmesi trakeostominin işlevini doğru şekilde yerine getirmesine olanak sağlar.[6,16,30]

- Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.
- Koruyucu bakım örtüsü yerleştirilir.
- İşlem öncesi eller yıkanır.
- Hastanın fowler ya da semi-fowler pozisyon alması sağlanır.
- Temiz eldiven ve kişisel koruyucu ekipmanlar giyilir.
- Kullanılan sabitleme materyali kendinden ayarlanabilir bir materyal değil ise, hastanın boyun çevresinde iki tur atacak ve boyun plaka/flanşında bulunan deliklerden düğüm atılabilecek şekilde ölçüm yapılır. Bağ makas ile ölçüme uygun kesilir.
- Eski sabitleme bağı çıkarılır.
- Hastanın boyun çevresinde ve yakınında olan cilt dokusunun temiz ve kuru olduğundan emin olunur.
- Hastanın bilinci yerindeyse öksürme veya hapşırma gibi durumlarda kanülün hareket etmesini önlemek amacıyla hastadan kanülü eliyle plaka/flanştan desteklemesi istenir. Hastanın

bilinci yerinde değilse, kanülün sabitlenmesi için ikinci bir kişiden destek alınır. Yardımcı olabilecek başka bir kişinin olmaması durumunda eski bağın çözülmesi ve yeni bağın bağlanması arasındaki süre en kısa olacak şekilde planlama yapılır. Bunu sağlamak amacıyla bağın kesilmesi yeni bağın takılmasından hemen önce gerçekleştirilir.

- Sabitleme işleminin hasta açısından rahatlığını ve işlevini kontrol etmek amacıyla sabitleme bandı altından bir parmak geçip geçmediği kontrol edilir. Sabitleme bağı çok sıkıysa ve parmak rahat hareket etmiyorsa, tekrar sabitleme ayarı yapılır (Şekil 7).
- Sabitleme bandının hasta için uygun ve konforlu olduğundan emin olunduktan sonra flanşta bulunan bağlama deliklerinden bağa düğüm atılır.
- Düz sabitleme bağlarının düğümünün ensede olmamasına ve boyun boşluğuna denk gelecek hizada olmasına özen gösterilir.
- Hastanın konforunu attırmak ve yaralanma riskini azaltmak için kanül ve cilt arasına koruyucu gazlı bez/drenaj süngeri yerleştirilebilir.

Şekil 7. Trakeal kanülün sabitlenmesi



Koruyucu gazlı bez, kare gazlı bezin bir kenarından merkez noktasına kadar kesilmesi ile oluşturulur ya da hazır ticari formları tercih edilir. Yerleştirme işleminde kesik kısmı yukarıya bakmalıdır.

- İşlemler sırasında boyna yüksek basınç uygulamaktan kaçınılmalıdır.
- Malzemeler toplanır. Eldiven çıkarılır. Eller yıkanır.

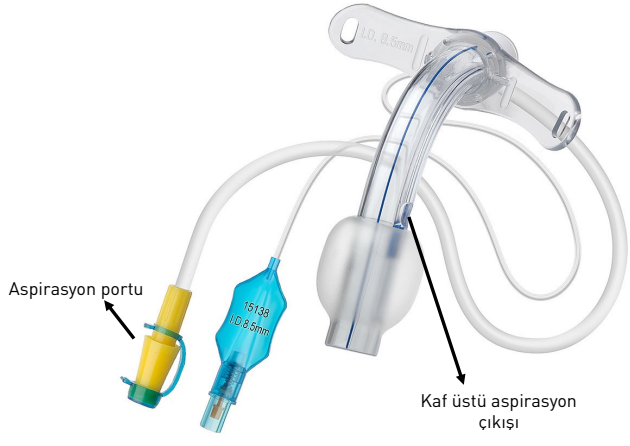
Trakeostomi bağları trakeostomi cerrahisi sonrası ilk 24 saat hariç günde en az bir kez değiştirilmelidir. Cilt bütünlüğünde bozulma riski olan, basınç yaralanması riski yüksek olan, peristomal trakeostomi alanı kirlenen, sabitleme bağları ıslanmış olan hastalarda daha sık aralıklarla değiştirilmelidir.

Aspirasyon

Aspirasyon işlemi steril gerçekleştirilir. Trakeostomisi olan hastalarda günde en az 3 kez aspirasyon önerilmektedir. Yoğun ve yüksek miktarda sekresyonu olan hastalarda bu sayı artabilmektedir.[6,30]

- Steril olmayan eldiven, steril eldiven, koruyucu maske, gözlük, önlük gibi ekipmanlar hazırlanır. Ulaşılabilecek bir konumda atık torbası, steril ve temiz şişelenmiş su hazır bulundurulur.
- Yüksek aspirasyon basıncını önlemek, güvenli aspirasyon yapmak ve rahatsızlıktan kaçınmak için uygun aspirasyon kateter çapı seçilir.
  - 6-9 numaralı trakeostomi kanülleri için 12 Fr, daha küçük bir trakeostomi kanülleri için 10 Fr kateter boyutu tercih edilir. Kısa aspirasyon kateteri etkin aspirasyonun yapılmasına engel olurken, uzun aspirasyon kateteri trakea duvarında travmaya sebep olabilir. Trakeal kanül kaf üstü aspirasyon portu ise, doğrudan aspirasyon sağlanır (Şekil 8).[14]
  - Kateterin distal açıklığından daha küçük yanal deliklerinin olması, aspirasyon sırasında mukozaya daha az yapışarak yaralanma riskini azaltır. Ayrıca, seviyesi kendinden işaretli kateter tercih edilmesi aspirasyon işleminin doğru yapılmasını kolaylaştırırken travma riskini azaltır. Valfli kateter tercihi ise vakum ve basınç kontrolünü sağlar.
- Aspirasyon kateteri steril paketinden çıkarılmadan uç kısmı açılarak aspiratöre bağlanır.
- Steril eldiven giyilir. Aspirasyon kateteri baskın olan steril ele dolanır. Baskın elin sterilliği bozulmadan işlem öncesi aspirasyon kateterinin açıklığı steril su içeren kaba daldırılarak kontrol edilir.
- Kateter, trakeostomi tüpünden emme valfi kapatılmadan trakeostomi içerisinde 10-15 cm ilerletilir (Şekil 9).[37] Aspirasyonu sağlayan basınçlı sistemin oluşmasını sağlayan emme valfi, kateter içeriye ilerletildikten sonra başparmakla kapatılır. Valfsiz sistem kullanılıyor ise aspirasyon sistemi kateter içeriye tamamen ilerletildikten sonra açılır.
- Kullanılan aspirasyon kateterinin çoklu yanal açıklıkları var ise düz şekilde, yanal açıklıkları yok ise döndürülerek çıkarılır.
- Sekresyonların tek seferde temizlenememesi ve aspirasyonun tekrarlanması durumunda aspirasyon kateteri steril suya daldırılarak yıkanır ve sonrasında işlem tekrarlanır.
- Aspirasyon işleminin 15 saniyeyi geçmemesi önerilir. 15 saniyeyi geçen aspirasyon işlemi hipoksi ve kardiyovasküler değişikliklere ilişkin komplikasyonların riskini arttırmaktadır.[38]
- Aspirasyon sırasında yaralanma, pnömotoraks, atelektazi, bakteriyel enfeksiyon, intrakraniyal komplikasyon gibi ek komplikasyon şüphesinde hekime ve ekibin diğer üyelerine bilgi verilir.
- Aspire edilen içerik; miktar, renk, kıvam, koku, viskozite, kan varlığı açısından değerlendirilir. Kayıt edilir.

Şekil 8. Kaf üstü aspirasyon portlu trakeostomi tüpü



Şekil 9. Trakeostomiden aspirasyon[a]



[a]Cleveland Clinic. Tracheal Suction Guidelines. https://my.clevelandclinic.org/health/articles/4673-tracheal-suction-guidelines kaynağından alınmıştır.[37]

- Aspirasyon sırasında oksijen satürasyonun düşmesi durumunda hastaya ek oksijen desteği sağlanır ya da ambulanır.
- Rutin olarak kullanılmamakla birlikte, yüksek yoğunluklu sekresyon varlığında ya da sekresyon tıkacı oluşması durumunda az miktarda %0.9'luk serum fizyolojik kateterden verilerek aspirasyon sağlanabilir.
- İşlem tamamlandıktan sonra, aspirasyon sisteminden su geçirilir. Tek kullanımlık aspirasyon kateterleri tıbbi atığa atılır.
- Malzemeler toplanır. Eldiven çıkarılır. Eller yıkanır.

Trakeostomisi Olan Hastada Eğitim

Trakeostomisi olan palyatif bakım hastasının, yakınlarının ve bakım vericilerinin eğitimi optimal sağlığın sürdürülmesi, trakeostomiye uyumun, konforun ve yaşam kalitesinin arttırılmasında, komplikasyonların önlenmesinde son derece önemlidir.[12] Bu kapsamda hastalara, yakınlarına ve bakım vericilerine trakeostomi tüplerinin yapısı ve tipleri, trakeotomi tüpünün değişimi, aspirasyon, ambu kullanımı, iç kanülün temizliği ve değiştirilmesi, stomanın ve cildin temizlenmesi ve değerlendirilmesi, trakeostomi bağlarının değiştirilmesi, solunum sıkıntısı belirtileri, deri ve doku bütünlüğünde bozulma belirtileri, sistemik ve lokal enfeksiyon belirti ve bulguları gibi temel konularda eğitim verilmelidir.[39] Eğitim, trakeostomi açılmadan önce başlamalı ve taburculuk sonrasını da kapsayacak şekilde sürdürülmelidir. Eğitim kapsamında hastaya özel bakım malzeme listesi oluşturulması bakıma uyumu arttırıcı bir uygulamadır. Taburculuk sırasında yazılı eğitim dökümanının verilmesi bakımı destekleyici uygulamalardan biridir.[12]

Resüsitasyon Prosedürü

Trakeostomisi olan hastalara bakım veren bireylerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusunda eğitimli olmaları acil durumların etkin yönetimi için önemlidir. Trakeostomi tüpünün sekresyonlarla tıkanması ve tüpün dislokasyonu en sık görülen hava yolu açıklığını kısıtlayıcı komplikasyonlardır. Bakım verilen trakeostomi hastalarına yakın bir konumda acil müdahale çantası bulundurulmalıdır.[30]

Hastanın hava yolu açıklığında etkisizlik belirlendiğinde ventilasyonu arttırmak amacıyla submandibular bölgeye baskı uygulamadan solunum yollarına düz anatomik pozisyon kazandırarak solunumu kolaylaştırmak için çene yukarı kaldırılır. Tıkanma var ise, iç kanüllü trakeostomi tüplerinde iç kanül çıkarılır. Tek tüp trakeostomi kanülü ise hemen aspirasyon sağlanır. Sekresyonlar kuru, aspirasyon mümkün değil ise, trakeostomi kanülü çıkarılır. Hemen aynı boyutta yeni trakeostomi kanülü yerleştirilir. Hızlı ventilasyonun sağlanamadığı durumlarda ventilasyon maskesi, ambu ya da ağızdan ağıza kurtarıcı ventilasyon uygulanabilir. Değişim sonrası hastanın solunum parametreleri izlenir.[30]

Sonuç

Palyatif bakım hastalarında trakeostomi yönetimi, hastanın sağlığını korumak, yaşam kalitesini artırmak ve komplikasyon risklerini en aza indirmek için titizlikle planlanmalıdır. Trakeostomi, genellikle uzun süreli ventilasyon gerektiren, solunum yolu tıkanıklığı yaşayan veya bu tıkanıklığı aşamayan hastalarda tercih edilen bir yöntemdir. Trakeostomi yönetimi, hasta bakımının önemli bir parçası olup, hava yolu açıklığının korunması, sekresyon yönetiminin etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi, kanül değişimi ve enfeksiyonların önlenmesi gibi bir dizi kritik uygulamayı içerir. Bu yönetim, hem hastanın fizyolojik iyileşmesini hem de psikolojik iyilik halini desteklemeye yönelik olarak tasarlanmalıdır.

Trakeostomi tüplerinin doğru kullanımı, uygun nemlendirme yöntemlerinin seçimi ve aseptik kuralların dikkatli biçimde uygulanması, komplikasyonları azaltırken, hasta konforunu artırır. Trakeostomi tüplerinin malzeme kalitesi, tasarımı ve bakımına yönelik bilinçli seçimler, solunum yolunun etkin bir şekilde korunmasına katkıda bulunur. Özellikle nemlendiricilerin doğru kullanımı, sekresyonların yoğunlaşmasını önler ve bu sekresyonların temizlenmesini kolaylaştırarak, hava yolunda tıkanmaların önüne geçilmesine yardımcı olur. Bununla birlikte, trakeostomi tüpü bakımında aseptik tekniklerin titizlikle uygulanması, enfeksiyon riskini azaltır. Hastaların solunum yollarındaki enfeksiyonlar, trakeostomi kanülünün düzgün bir şekilde temizlenmemesi, ortamda bulunan bakteriyel ajanların hastanın akciğerlerine ulaşması gibi etkenlerle gelişebilir. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri ile hasta yakınlarının, trakeostomi bakımı konusunda eğitilmesi hayati önem taşır.

Sekresyon yönetimi, trakeostomi bakımının önemli bir parçasıdır. Sekresyonlar, trakeostomi kanülünün tıkanmasına neden olabilir ve solunum zorluğuna yol açarak, hastanın oksijen seviyelerini olumsuz etkileyebilir. Sekresyonların düzenli olarak temizlenmesi ve gerektiğinde aspirasyon yapılması, hava yolunun açıklığının korunmasına yardımcı olur. Bu süreç, hastanın rahatlamasını sağlayarak, solunum yollarındaki potansiyel tıkanıklıkların önüne geçer. Ayrıca, sekresyonların yoğunluğu ve miktarı, hastanın genel sağlık durumu hakkında da önemli ipuçları verebilir. Bu nedenle, hastaların düzenli olarak izlenmesi ve sekresyon yönetiminin sürekli bir değerlendirme altında tutulması gerekir.

Trakeostomi ile ilgili komplikasyonların tanınması ve yönetilmesi, palyatif bakım sürecinde büyük önem taşır. Trakeostomi kanülünün yerinden kayması, enfeksiyonlar, kanül tıkanması, kanama, bronkopulmoner komplikasyonlar ve hava yolu hasarı gibi durumlar, acil müdahale gerektiren problemlerdir. Bu komplikasyonların erken tespiti, hızlı müdahale imkanı sağlar ve hasta sağlığının korunmasına önemli katkı sağlar. Trakeostomi kanülünün değiştirilmesi gerektiğinde, doğru tekniklerin ve prosedürlerin uygulanması büyük önem taşır. Hem sağlık profesyonellerinin bu konuda doğru bilgiye sahip olması hem de hasta yakınlarının eğitimli olması, komplikasyonların önlenmesi açısından kritik bir faktördür.

Palyatif bakımda, hastanın yaşam kalitesinin artırılması için komplikasyonların erken tanınması ve tedavi edilmesi önemlidir.

Trakeostomi bakımında önemli bir diğer konu, psikososyal destek ve hasta ile aileye yönelik eğitimdir. Trakeostomi uygulanmış bir hasta, solunum zorluğu, konfor eksiklikleri ve uzun süreli hastalıkla başa çıkma süreçlerinde psikolojik olarak zorlanabilir. Bununla birlikte, trakeostomi tüpü takılacak hastaların ve yakınlarının, trakeostomi bakımını nasıl yapacakları konusunda bilgilendirilmesi ve eğitim alması, bakımın etkinliğini artırır ve hasta ile yakınları arasındaki güveni pekiştirir. Ayrıca, hasta yakınlarının bu süreçte psikolojik destek alması, hem onların hem de hastanın yaşadığı stresin azaltılmasına yardımcı olabilir. Hem hasta hem de hasta yakınları, trakeostomi bakımında ne beklemeleri gerektiğini bildiklerinde, bakım süreci çok daha yönetilebilir hale gelir.

Sonuç olarak, trakeostomi bakımı, sadece hastanın fiziksel sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik değil, aynı zamanda hastanın genel yaşam kalitesini artırmayı ve psikososyal iyiliğini de desteklemeyi amaçlayan bir süreçtir. Bu süreçte, multidisipliner bir yaklaşım benimsenmeli ve tüm sağlık profesyonelleri, hasta ve hasta yakınları arasında güçlü bir işbirliği sağlanmalıdır. Trakeostomi bakımı, dikkatli izleme, doğru tekniklerin kullanımı ve uygun eğitimle, hastaların hem fiziksel hem de psikolojik sağlıklarının korunmasına ve iyileştirilmesine yardımcı olur. Bu nedenle, trakeostomi uygulanan hastaların bakımında bütüncül, hasta merkezli bir yaklaşım benimsenmeli ve hasta odaklı kararlar alınarak, bakım sürecinin her aşamasında hastanın ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The authors declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. de Oliveira JF, de Farias TP, de Almeida Vital JM, da Trindade Meira Henriques MEG, da Trindade Meira Henriques MAG, de Moura MEL. Anatomy of the Trachea. de Farias TP (Eds). Tracheostomy: *A Surgical Guide*. 2018;11-22. [Crossref]
2. Drevet G, Conti M, Deslauriers J. Surgical Anatomy Of The Tracheobronchial Tree. *Journal of Thoracic Disease*, 2016;8(Suppl 2):S121-129.
3. Rowshan HH, Baur DA. Surgical Tracheotomy. Atlas of the Oral and Maxillofacial Surgery *Clinics of North America*, 2010; 18(1):39-50. [Crossref]
4. de Leyn P, Bedert L, Delcroix M, Depuydt P, Lauwers G, Sokolov Y, et al. Tracheotomy: Clinical Review and Guidelines. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery,* 2007;32(3):412-421. [Crossref]
5. NHS Foundation Trust OUH. Tracheostomy Information for Patients and Relatives. https://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files/35914Ptracheostomy.pdf Erişim zamanı: 10.03.2022
6. Morris LL, Whitmer A, Mcintosh E. Tracheostomy Care and Complications in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*. 2013;33(5):18-30. [Crossref]
7. de Almeida Vital JM, Dias FL, da Trindade Meira Henriques MEG, da Trindade Meira Henriques MAG, de Moura MEL, de Farias TP. Tracheostomy Tube Types. de Farias TP (Eds). Tracheostomy: *A Surgical Guide*.2018;23-46. [Crossref]
8. Johns Hopkins Medicine Tracheostomy Service. Types of Tracheostomy Tubes. https://www.hopkinsmedicine.org/tracheostomy/about/types.html Erişim zamanı: 15.03.2022
9. Hunt K, Frca M, Mcgowan S, Mrcslt M. Tracheostomy Management. *BJA Education*. 2015;15(3):149-153. http://www.bjaed.org/article/S2058534917301567/fulltext Erişim zamanı: 15.03.2022 [Crossref]
10. Hess DR, Altobelli NP. Tracheostomy Tubes Discussion. *Respiratory Care*. 2014;59(6):956-973. [Crossref]
11. Engels PT, Bagshaw SM, Meier M, Brindley PG. Tracheostomy: From Insertion to Decannulation. *Canadian Journal of Surgery*. 2009;52:421-433.
12. Mitchell RB, Hussey HM, Setzen G, Jacobs IN, Nussenbaum B, Dawson C, et al. Clinical Consensus Statement: Tracheostomy Care. Otolaryngology - *Head and Neck Surgery* (United States). 2013;148(1):6-20. [Crossref]
13. Cumpstey A, Benzie SJ, McKechnie S. Tracheostomy Management. *BMJ*. 2012;345:e6016. [Crossref]
14. White AC, Kher S, O'Connor H. When to Change a Tracheostomy Tube. *Respir Care*. 2010;55(8):1069-1075.
15. Amathieu R, Sauvat S, Reynaud P, Slavov V, Luis D, Dinca A, et al. Influence of the Cuff Pressure on the Swallowing Reflex in Tracheostomized Intensive Care Unit Patients. *BJA: British Journal of Anaesthesia*. 2012;109(4):578-583. [Crossref]
16. Smith N, Pravikoff D. Tracheostomy tube: Care of CINAHL Nursing Guide CINAHL Information Systems. 2012. https://scholar.google.com.tr/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Smith+N%2C+Pravikoff+D.+Tracheostomy+tube%3A+Care+of.+CINAHL+Nursing+Guide%2C+CINAHL+Information+Systems.+2012%3B+Mar+02.+%285p%29+&btnG= Erişim zamanı: 10.03.2022
17. Maguire S, Haury F, Jew K. An in Vitro Comparison of Tracheostomy Tube Cuffs. *Medical Devices*. 2015;8:185. [Crossref]
18. Carter A, Fletcher SJ, Tuffin R. The Effect of Inner Tube Placement on Resistance and Work of Breathing Through Tracheostomy Tubes: A Bench Test. *Anaesthesia*. 2013;68:276-282. [Crossref]
19. Tracheostomy Education. T*racheostomy Tubes*. https://www.tracheostomyeducation.com/tracheostomy-tubes/ Erişim zamanı: 15.03.2022
20. Monteiro S, de Farias TP, de Camargo Millen M, Locio RV. The History of Tracheotomy. *Journal of the Irish Colleges of Physicians and Surgeons*. 2001;30(4):237-238.
21. Bittner EA, Schmidt UH. The Ventilator Liberation Process: Update on Technique, Timing, and Termination of Tracheostomy. *Respiratory Care*. 2012; 57(10):1626-1634. [Crossref]
22. Masoudifar M, Aghadavoudi O, Nasrollahi L. Correlation between timing of tracheostomy and duration of mechanical ventilation in patients with potentially normal lungs admitted to intensive care unit. *Advanced Biomedical Research*. 2012;1:25. [Crossref]
23. Murray M, Shen C, Massey B, Stadler M, Zenga J. Retrospective Analysis of Post-Tracheostomy Complications. *American Journal of Otolaryngology*. 2022;43(2):103350. [Crossref]
24. Patton J. Tracheostomy Care. *British Journal of Nursing*. 2019;28(16):1060-2. [Crossref]
25. Spataro E, Durakovic N, Kallogjeri D, Nussenbaum B. Complications and 30-day Hospital Readmission Rates of Patients Undergoing Tracheostomy: A Prospective Analysis. *The Laryngoscope*. 2017;127(12):2746-2753. [Crossref]
26. Shah RK, Lander L, Berry JG, Nussenbaum B, Merati A, Roberson DW. Tracheotomy Outcomes and Complications: A National Perspective. *The Laryngoscope*. 2012;122(1):25-29. [Crossref]
27. Halum SL, Ting JY, Plowman EK, Belafsky PC, Harbarger CF, Postma GN, et al. A Multi-Institutional Analysis of Tracheotomy Complications. *The Laryngoscope*. 2012;122(1):38-45. [Crossref]
28. Manfro G, Dias FL, Farias TP de. Tracheostomy Complications. de Farias TP (Eds). Tracheostomy: *A Surgical Guide*. 2018;307-320. [Cross-

ref]
29. Taylor CB, Otto RA. Open Tracheostomy Procedure. Atlas of the Oral and Maxillofacial *Surgery Clinics of North America*. 2015;23(2):117-124. [Crossref]
30. Arakawa-Sugueno L. What Is the Best Way to Take Care of a Patient with a Tracheostomy Tube?. de Farias TP. (Eds). *Tracheostomy: A Surgical Guide*. 2018; 377-390. [Crossref]
31. Sue RD, Susanto I. Long-term Complications of Artificial Airways. *Clinics in Chest Medicine*. 2003;24(3): 457-471. [Crossref]
32. Epstein SK. Late Complications of Tracheostomy. *Respiratory Care*. 2005;50(4).
33. Roberts FE. Consensus among Physiotherapists in the United Kingdom on the Use of Normal Saline Instillation Prior to Endotracheal Suction: A Delphi Study. *Physiotherapy Can*. 2009;61(2):107-115. [Crossref]
34. National Tracheostomy Safety Project. Tracheostomy Basic Adult Care, Humidification, https://www.tracheostomy.org.uk/healthcare-staff/basic-care/humidification Erişim zamanı: 15.03.2022
35. Nance-Floyd B. Tracheostomy Care: An Evidence-Based Guide to Suctioning and Dressing Changes. *Am Nurs Today*. 2011;6(7):14-16.
36. Morris LL. Care of the tracheostomy patient. Morris LL, Afifi MS. (Eds). Tracheostomies: The Complete Guide. 2010:211-241. https://scholar.google.com.tr/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Morris+LL.+Care+of+the+tracheostomy+patient.+In%3A+Morris+LL%2C+Afifi+MS%2C+eds.+Tracheostomies%3A+The+Complete+Guide.+New+York%2C+NY%3A+Springer+Publishing+Co+LLC%3B+2010%3A211-241.&btnG= Erişim zamanı: 15.03.2022
37. Cleveland Clinic. Tracheal Suction Guidelines. https://my.clevelandclinic.org/health/articles/4673-tracheal-suction-guidelines Erişim zamanı: 15.03.2022
38. Davies K, Monterosso L, Bulsara M, Ramelet AS. Clinical indicators for the initiation of endotracheal suction in children: An integrative review. *Australian Critical Care*. 2015;28(1):11-18. [Crossref]
39. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Safer Care for Patients with Tracheostomies. https://www.passy-muir.com/sites/default/files/pdf/safer_care_for_patients_with_tracheostomies.pdf Erişim zamanı: 15.03.2022

BÖLÜM 20
STOMA BAKIMI

Hatice Merve ALPTEKİN
İkbal ÇAVDAR

DOI: 10.5152/1820

Stoma Bakımı

Stoma Care

BÖLÜM HAKKINDA

Stoma, genellikle kanser, inflamatuar bağırsak hastalığı veya bağırsak tıkanıklığı gibi sebeplerle bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılması işlemidir. Stoma açılma endikasyonuna bağlı olarak hastalar palyatif bakıma ihtiyaç duyabilirler. Bu aşamada hemşirelerin amacı hastaların ortaya çıkan semptomlarını iyi yönetmek, oluşabilecek stoma komplikasyonlarına karşı önlem almak, psikososyal destek ve bütüncül bakım ile yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Stomalı palyatif bakım hastalarına yönelik bakım, yalnızca fiziksel semptomların hafifletilmesini değil, aynı zamanda hastaların ve ailelerinin genel yaşam kalitesinin artırılmasını hedefler. Bu, multidisipliner bir yaklaşım ve sürekli destek ile mümkündür.

Anahtar kelimeler: Stoma, Palyatif bakım, Stoma bakımı

ABOUT the CHAPTER

Stoma is the process of opening the intestine to the abdominal wall, usually due to reasons such as cancer, inflammatory bowel disease or intestinal obstruction. Depending on the indication for a stoma, patients may need palliative care. At this stage, the aim of nurses is to manage patients' symptoms well, take precautions against possible stoma complications, and increase the quality of life with psychosocial support and holistic care. Care for palliative care patients with stoma aims not only to ease physical symptoms but also to improve the overall quality of life of patients and their families. Accomplishing this goal is possible with a multidisciplinary approach and ongoing support.

Keywords: Stoma, Palliative care, Stoma care

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

1. Öğrenci stoma bakımında karşılaşılabilecek zorlukları anlatır.
2. Öğrenci stoma ürünlerini bilir ve stoma torbasının değiştirilme aşamalarını açıklar.
3. Öğrenci stoma komplikasyonlarını kavrar.
4. Öğrenci stomalı hastalarda gastrointestinal semptomların yönetimini açıklar.
5. Öğrenci stomalı hastada psikolojik ve kültürel konuların önemini açıklar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Stoma:** cerrahi girişim ile bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılmasıdır.

2. **Bilişsel bozukluk:** yaşın ilerlemesiyle birlikte beyin yapısında oluşan değişikliklerin sebep olduğu durumdur.

3. **Stoma komplikasyonu:** stomanın görünümünü değiştiren ve bakımını olumsuz etkileyen, ön görülebilen istenmeyen etkilerdir.

Giriş

Stoma, cerrahi girişim ile bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılması işlemidir. Kalıcı veya geçici olarak açılabilen bağırsak stomaları, ileumun karın duvarına ağızlaştırılmasıyla ileostomi adını alır. İleostomiler, genellikle sağ iliak fossada yer alır. İleostomide dışkı yarı-şekillidir ve kolostomi çıkışından daha sıvıdır. Kolostomi ise, kolonun karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Genellikle sol iliak fossada yer alır.[1]

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Hatice Merve Alptekin[1]

İkbal Çavdar[2]

[1] Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kocaeli, Türkiye
[2] İstanbul Atlas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

E-posta: merve.alptekin@kocaeli.edu.tr
ikbal.cavdar@atlas.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Alptekin HM, Çavdar İ. Stoma Bakımı. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 203-211.

Stoma birincil hastalık, genellikle kanser nedeniyle açılabileceği gibi, hastalığın tedavisi ile (örneğin kemoterapi veya radyoterapi vb) oluşabilecek bağırsakları etkileyen obstrüksiyon, bağırsak perforasyonu, rektovajinal veya enterokutanöz fistül gibi ciddi bir komplikasyon sonucunda da planlanabilir. Ayrıca, hastalığın seyri dolayısı ile stomalı hastalar palyatif bakıma gereksinim duyabilirler. Bu süreçte bakımın sürdürülmesinde sağlık profesyonellerinin yardımına ihtiyaçları olacaktır.[2]

Stoma hemşirelerinin tüm stoma cerrahisinde olduğu gibi palyatif bakım alacak stomalı hastaların bakımında da önemli rolü vardır. Stoma torbasının seçimi ve torbanın değiştirilmesi, boşaltılması konularında hastaya ve hasta yakınlarına (bakım vericilere) hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrasında eğitim verilmelidir. Stoma açıldıktan sonra hastada oluşabilecek komplikasyonlar izlenmeli ve önlenmelidir. Ayrıca hasta psikolojik yönden de değerlendirilmelidir. Palyatif bakım sürecinde hastayı bütüncül değerlendirme ve bakım verme hedeflenmekle birlikte hastanın bu süreçte yaşam kalitesinin arttırılması için gereken özen gösterilmelidir.[3]

Stoma Bakımında Karşılaşılan Zorluklar

Tek veya iki parçalı torbalama sistemleri için, stoma torbasının boşaltılması ve çıkarılması, cildin temizlenmesi, kurutulması, stomanın ölçülmesi, yeni bir torbalama sisteminin uygulanması ve atılması gibi torba değiştirme prosedürleri karmaşık ve zorludur. Bu süreç, stoması olan, ancak kendini iyi hisseden bir kişi için yorucu olsa da temel stoma bakımı, malzeme siparişi, torbanın atılması ve sızıntıların giderilmesi gibi konular yaşamı sınırlayan hastalığı olan kişiler için aşılmaz bir zorluktur. Spesifik olarak, palyatif bakım stoma zorlukları; motor, duyusal, görme ve bilişsel eksikliklerin yanı sıra peristomal komplikasyonlar gibi konuları içermektedir.[4]

Motor ve Duyusal Bozukluklar

Palyatif bakım/stoma bakım hemşiresi palyatif bakım ünitesinde kronik ve sıklıkla ölümcül hastalıklara ve bu hastalıkların stomalı birey üzerindeki potansiyel etkilerine genel bir bakış oluşturması gereklidir. Hasta öyküsünün eksiksiz alınması ve fiziksel değerlendirme önemlidir. Hastanın mevcut hastalığı, geçmiş veya günümüzdeki tıbbi veya cerrahi tedavileri, kullandığı ilaçlar (bitkisel, reçetesiz ve homeopatik ilaçlar dahil) ve işlevsel düzey, psikososyal ve ostomi ve/veya kontinans hakkında bireyselleştirilmiş değerlendirme yapılmalıdır. Kronik, fiziksel gücü düşüren veya yaşamı sınırlayan bir hastalıkla yaşayan birçok kişi için, fizyolojik işlevlerindeki değişiklikler ve tedavi rejimlerinin yıkıcı sonuçları, motor ve duyusal eksikliklere neden olabilir. Nöromüsküler hastalıklar (ileri Parkinson hastalığı, multipl skleroz, amyotropik lateral skleroz (ALS), çeşitli düzeylerde ağrıya neden olarak stomalı bireyleri etkileyen hastalıklar arasındadır.[4]

Hastalık veya tedavilere bağlı olarak motor becerileri bozulmuş hastalar için, hastanın fonksiyonel durumunu gerçekçi bir şekilde değerlendirmek, yatan hasta için bir bakım vericiden veya sağlık çalışanından yardım almak ve stoma bakımını basitleştiren seçenekler önermek önemlidir. Klips kullanma ihtiyacını ortadan kaldıran stoma torbaları, tek parça stoma torbalama sistemleri ve kolay uygulama için tek elle cilt bariyerine takılabilen iki parçalı poşetler ya da kesilmeden kullanılabilen stoma ürünleri önerilebilir. Malzeme seçimi yaparken kesinlikle hastanın becerisine uygun en kullanışlı ürünler önerilmelidir.[4]

Görme Bozuklukları

Görme bozuklukları, palyatif bakım hastaları arasında yaygındır ve kronik hastalıkların sıklıkla gözden kaçan bir komplikasyonudur. Görme bozuklukları hastanın stoma ölçümünü, peristomal komplikasyonları tanımasını veya stoma torbasını boşaltmasını büyük ölçüde engelleyebilir. Sonuç olarak öz bakımını gerçekleştirememesi, hastanın bağımsızlığına zarar verebilir ve hastanın beden imajı olumsuz etkilenebilir.[4]

25 ila 74 yaş arasındaki hastalarda görme bozukluğunun başlıca nedeni ilerlemiş diyabetten kaynaklanan diyabetik retinopatidir. Diyabetin neden olduğu kronik böbrek hastalığı (KBH) olan hastalarda diyabetik retinopati veya konjonktival eritem gelişebilir. Ayrıca belirgin hiperkalsemi ile ilişkili olarak gözlerde metastatik kalsifikasyonlar gelişebilir. Nadir olmasına karşın, primer beyin tümörleri, gözdeki yapıların veya destekleyici yapıların lokal tahribatına neden olabilir. Ayrıca, baş ve boyunda meydana gelen mantar enfeksiyonu, orbita/göz için tahrip edici olabilir. Hem yarayı hem de görme eksikliğinden kaynaklanan stoma zorluklarını tedavi etmenin karmaşıklığı, stoma hemşireleri için daha da zordur. Brakiterapi, radyoterapi, cerrahi girişim (enükleasyon veya lokal rezeksiyon) gibi maligniteleri tedavi etmeyi amaçlayan terapiler de görmeyi bozabilir, körlüğe neden olabilir. Nadir olmakla birlikte, tek ajan ya da kombine tedaviler olarak uygulanan bazı kemoterapi ajanlarının oküler toksisiteleri indüklediği bilinmektedir.[4]

Kemoterapi ve Oküler Toksisite Sonuçları

Oküler Toksisitede Kullanılan Kemoterapötik Ajanlar

Epiphora: Cyclophoshamide, methotrexate, and 5-fluorouracil

Retinopati: Cisplatin, eloposide, tamoxifen, interferon

Korneal ya da konjektival hasar: Carmustine, mitomycin

Glokom: Interferon

Katarakt: Tamoxifen, busulphan, methotrexate

Optik sinir ya da okulomotor sinir hasarı: Carmustine, vinblastine, vincristine.[4]

Romatoid artritin sekonder oküler belirtileri olarak Sjögren sendromu ve keratokonjonktivit sicca meydana gelebilir. Kombine motor ve duyusal eksikliklerin yanı sıra kronik ağrı sorunları, palyatif bakım hastalarını tedavi etmenin zorluklarını artırır.

İlave olarak, multipl sklerozlu (MS) hastaların %80'i görme sorunlarından şikâyet etse de görme bozukluğunun çoğu zaman bir engel olduğu gözden kaçırılır. Bu nedenle stoma hemşiresinin MS'li bir bireye stoma bakımı öğretmeye başlamadan önce hatırlaması gereken önemli bir noktadır.

Görme bozukluğu olan bireylere stoma bakımı verirken eğitim materyalinin uygunluğu önemlidir. Parlamaya neden olmayacak bir yüzey üzerine daha büyük harfler ile yazılar yazılmalı ya da büyüteçten yararlanılmalıdır. Hastaların ve bakım vericilerin tekrar tekrar dinleyebilecekleri ses kayıtları da yardımcı olur. Hastalarda periferik nöropati yok ise dokunma duyusu ön plana çıkartılabilir.[4]

Bilişsel Bozukluklar

Hastaların, stoma bakımını kendisinin yapabilmesi için öğrenme sürecinin her bir bileşeninde hasta değerlendirilmelidir. Palyatif bakım hastalarında birçok hastalık süreci bilişsel bozukluklara neden olabilse de yaygın olarak karşılaşılan tanı demanstır. Demans, ilerlemiş Parkinson hastalığı olan hastalarda görülen Lewy vücut demansı ya da Alzheimer hastalığından (AH) dolayı gelişebilir.

Demans, Parkinson hastalarının %83'ünde teşhisten sonraki 20 yıl içinde görülmektedir. İlerleyici olduğu için, stoma bakımını başlangıçta hasta kendisi yapsa dahi sonunda hafıza ve bilişsel becerilerinin yanı sıra işlevsel bozulmaların stoma bakımı üzerine etkileri günlük olarak takip edilmelidir. Hastalığın sonraki aşamalarında bakıma, bakım vericileri de dahil etmek gerekebilir.

Bilişsel işlevin değerlendirilmesi çok önemlidir; stoma hemşiresi tarafından yapılan girişimler, hastanın işlevsellik düzeyine yönelik olmalıdır. Bilişsel durumu değerlendirmek için hekim ve hemşireler tarafından palyatif bakımda yaygın olarak kullanılan birçok araç mevcuttur. Bilişsel hastalığın başlarında, stoma bakımı hakkında bilgi edinmek ve hastaya yardımcı olmak isteyen bir veya daha fazla bakım vericinin belirlenmesi yararlı olacaktır.[4]

Demansın erken evrelerinde, hastanın stoma torbasını boşaltmasını veya stoma ürünlerini sipariş etmesini sağlamak için görsel hatırlatıcılara ihtiyacı olabilir. Hafıza ve bilişsel yetenek azaldıkça, adım adım talimatlar, koçluk/teşvik veya görsel yardımcılar düşünülebilir. Önceden kesilmiş adaptörler, tek parça torbalama sistemi gibi daha basit ürünler önerilebilir. Sonunda, demansın amansız doğasına bağlı olarak, bakım vericilerin günlük bakımın tamamını üstlenmesi gerekecektir. Bu da aile üyeleri veya bakım vericiler için bir eğitim planının geliştirilmesini gerektirecektir.[4]

Stoma Torbasının Değişimi

Stoma torbası seçerken göz önünde bulundurulması gereken (stomanın tipi, stoma yeri, hastanın yaşam tarzı, kişisel tercihleri, görme yetisi ve el becerisi gibi) bazı faktörler vardır. Sorunların gelişmemesi için düzenli bir değişim programına sahip olmak önemlidir. Bazı stoma torbaları her gün, bazıları 3 günde bir, bazıları ise sadece haftada bir değiştirilir. Bu durum kullanılan stoma torbasının tipine göre değişiklik gösterir. Eğer stoma torbası tek kullanımlık ve adaptörle birleşik yapıdaysa her gün değiştirilmeli fakat torba alttan boşaltılabilir özellikteyse daha uzun süre kullanılabilmektedir.[5,6]

Günün belirli saatlerinde bağırsak aktivitesi daha azdır. Özellikle bağırsak aktivitesinin az olduğu zamanlar veya yemek sonrası (sindirim hareketi yavaşladığında en az 1 saat beklenmelidir) stoma torbasını değiştirmek için en uygun zamandır. Stoma torbasının değiştirilmesi için birtakım malzemelere ihtiyaç vardır. Stomalı hastaların kullandıkları ürünler tabloda (Tablo 1) ayrıntılı açıklanmıştır.[5,7]

Tablo 1. Stomalı Hastaların En Çok Kullandığı Ürünler[a]

Ürün Hakkında Bilgi
Bariyer halkası: Sızıntıyı azaltmak için stomanın etrafına veya cilt bariyerinin arkasına yerleştirilebilen hidrokolloidli antiseptik üründür. Stoma dışarıya çıkıntılı ise, bariyer halkası dışkının halka üzerinden stoma torbasına akmasına izin vermeyebilir bu durumda ürünün kullanılmasına gerek yoktur. Stoma pastası yerine de kullanılabilir. Halka stomanın boyutu kadar gerilir, cilt bariyerinin arkasına veya stomanın çevresine yerleştirilir.
Bariyer şeritleri: Güvenliği artırmak için cilt bariyerinin dış kenarına yerleştirilen elastik hidrokolloid parçadır. Stoma torbası için önerilen kullanım süresi uygulanırsa bariyer şeridine ihtiyaç olmayabilir. Hastada peristomal fıtık olması gibi durumlarda peristomal cildi stabilize edebilir. Hasta her gün duş almak ve/veya yüzmek istediğinde adaptör kenarlarını koruyabilir.
Şerit pastası: Stoma çevresindeki veya peristomal derideki kıvrımları doldurmak için kullanılabilen yapışkan hidrokolloid şeritlerdir. Gereken boyut ve şekillerde ayırmak ve şekillendirmek el becerisi gerektirir. Stoma pastası yerine kullanılabilir. Küçük parçalar halinde ayırılarak doldurulması gereken alanlara veya kıvrımlara sığdırmak için şekil verilmeli ve yerleştirilmelidir.
Stoma pudrası: Peristomal cilt üzerindeki nemi emen üründür. Rutin olarak kullanılmamalı, sadece hasarlı peristomal ciltte kullanılmalıdır. Peristomal ciltte çok fazla pudra kalması adaptörün cilde yapışmasını olumsuz etkileyebilir. Peristomal cilde pudra döküldükten sonra fazla pudra uzaklaştırılmalı ve cilt bariyer ürünleri uygulanmalıdır.
Stoma pasta: Sızıntıyı önlemek için cilt bariyeri kenarı boyunca sürülen yapışkan hidrokolloid üründür. Zarar görmüş cilde uygulandığında alkol içerdiği için yanmaya neden olabilir. Birkaç kullanımdan sonra tüpten sıkmak zor olabilir. Özellikle dışkı sulu ise sızdırmayı azaltmak için doğrudan stoma çevresine uygulanabilir. Pasta uygulanmadan önce parmaklar ıslatılmazsa parmaklara yapışabilir.
Stoma bariyer mendili: Dışkı veya adaptör kalıntılarını uzaklaştırmak, yapıştırmak amacıyla kullanılan ürünlerden cildi korumak için kullanılan, peristomal cilt üzerinde şeffaf sıvı film tabakası oluşturan üründür. Alkollü bariyer mendilleri zarar görmüş cilde uygulandığında yanmaya neden olur. Stoma pastası veya adaptörü uygulamadan önce ürünün kuruması beklenmelidir.
Stoma kemeri: Sızdırmayı azaltmak ve stoma torbasına basınç uygulamak için adaptöre takılır. Konveks adaptör ile kullanıldığında hedefine ulaşır. Stoma bölgesine sıkıca oturmalıdır. Farklı uzunluklardadır ve çoğu ayarlanabilir tiptedir.
Deodorant: Stoma torbasını boşaltma sırasında kokuyu gidermek için torbaya yerleştirilen sıvı veya tabletlerdir. Sıvı deodorant stomaya zarar vermez ancak dışkı rengini değiştirebilen boya içerebilir. Her torbanın boşaltılmasından sonra veya yeni bir torba kullanırken uygulanması önerilmektedir.

[a]Berti-Hearn L, Elliott B. Colostomy care: a guide for home care clinicians. *Home Healthc Now.* 2019;37(2):63-68 kaynağından uyarlanmıştır.[7]

Stoma Torbasının Değişimi için Gerekli Ekipmanlar

1. Eldivenler
2. Stoma adaptörü ve torbası
3. Ilık su ve yumuşak bir bez, gazlı bez veya mendiller (sabun veya mendiller yağ içermemelidir)
4. Stoma cilt bariyer mendili
5. Makas
6. Koyu renkli işaretleme kalemi
7. Stoma ölçüm kılavuzu
8. Tek kullanımlık plastik çöp torbası
9. Stoma pastası

Stoma ve Peristomal Cildin Değerlendirilmesi

1. Eller yıkanır ve eldiven giyilir.
2. Stoma pembe, nemli, cilt seviyesinin üzerinde çıkıntı yapmış ve çalışır durumda olmalıdır. Yeni açılan stomalarda sarı veya kanlı mukus normaldir.
3. Peristomal ciltte kızarıklık ve hasar olmamalıdır.
4. Stoma ve peristomal cilt arasındaki birleşme yeri hasarsız ve ayrılmamış olmalıdır.

Stomanın Torbasının Boşaltılması

1. Ellerinizi yıkayın ve eldiven giyin.
2. Stoma torbasının 1/3'ü veya 1/2'si dolduğunda torbayı boşaltın.
3. Hastayı tuvalete oturtun ve stoma torbasının (varsa) klempini açın.
4. Dışkıyı tuvalete boşaltın.
5. Stoma torbasını ucunu tuvalet kâğıdı veya bezle silerek temizleyin.
6. Stoma torbasının ucunu sarın ve klempi kapatın.
7. Eldivenleri çıkarın ve ellerinizi yıkayın.

Stoma Adaptörünün Değiştirilmesi

1. Ellerinizi yıkayın ve eldiven giyin.
2. Stoma torbasını boşaltın.
3. Eski adaptörü (ostomi cihazının cilde yapıştırılan yapışkan kısmı) çekerken cildi adaptörden nazikçe ayırın. "it-çek yöntemi"ni kullanarak çıkarılabilir. Hastanın cildi nazikçe iterek adaptörü çekin.
4. Kullanılmış adaptörü tek kullanımlık bir çöp torbasına koyun.
5. Stomayı çevreleyen cildi ıslak bir bez veya kağıt havluyla temizleyin. Stomanın etrafında adaptörden kalmış olan yapışkan dokuyu stoma bariyer mendilleri ile temizleyin. Krem veya alkol içeren ürünler kullanmayın. İyice kurutun.
6. Stoma çevresindeki cildi değerlendirin.
7. Stoma ölçüm kılavuzunu kullanarak stomayı ölçün. Ameliyattan sonraki ilk sekiz hafta boyunca stomanın boyutu ölçülmelidir. Sekiz haftadan sonra stoma boyutu küçülür. Ölçüm kılavuzunu kullanarak stoma boyutunu ana hatlarıyla belirtin.
8. Adaptörü, ölçülen stoma boyutuna uyacak şekilde kesin.
9. Stoma adaptörünü kolunuzun altına ve vücudunuza dayayarak 30 saniye veya soğuk günlerde daha uzun süre ısıtın. (Bu adım bazı adaptörlerde gereksiz olabilir. Üreticinin önerisine bağlı olarak bu adım atlanabilir.)
10. Adaptörün arkasında bulunan jelatini çıkarın. Adaptörün jelatini çıkarıldıktan sonra arkası yapışkan bir tabaka olacaktır bu bölüme dokunmaktan kaçının.
11. Stoma pastası kullanıyorsanız bu aşamada adaptörün stoma çevresini saracak kısma stoma pastasını sürün.
12. Adaptörü stomanın üzerine ve cilde yerleştirin. Stoma torbasının ucunun kapalı olduğundan emin olun.
13. Parmak uçlarınızı kullanarak adaptörün etrafından birkaç kez geçerek yapıştığından emin olun. Elinizin sıcaklığı ve basınç adaptörün daha iyi yapışmasına yardımcı olur.
14. Kirli malzemeleri atın; eldivenleri çıkarın ve ellerinizi yıkayın.[6,8,9]

Stoma Komplikasyonları

Hemşirelerin stoma komplikasyonlarını tanımadan önce normal stomanın beklenen görünümünü ve diğer özelliklerini bilmeleri gerekir. İdeal olarak, stoma cilt seviyesinin yaklaşık 1 ila 3 cm üzerinde çıkıntı yapmalıdır. Stoma bağırsak mukozasından yapıldığından ve mukoza birçok küçük kan damarı içerdiğinden, stomanın rengi koyu pembe veya kırmızıdır. Stomanın yüzeyi bir mukoza zarıdır ve bu nedenle sıcak ve nemli olmalıdır. Dokunulduğunda stomanın dudaklara benzer bir doku kıvamında olması gerekir. Stoma çevresindeki cilt, karnın geri kalanındaki cilt gibi görünmelidir. Stoma etrafındaki cilt rengi solgun olmamalıdır. Açık ten rengine sahip hastalarda peristomal cilt kızarmamalı; daha koyu ten rengine sahip hastalarda daha koyu renklenmeler olmamalıdır.[10]

Stomanın bir hastanın parçası olduğunu unutmamak gerekir. Bu nedenle hastanın genel sağlığını etkileyen faktörler stomanın rengini de etkileyebilir. İleri derecede hipoksi yaşayan hastalarda mavimsi bir stoma gözlenebilir. Bu, stomaya kan akışının olmaması ile karıştırılmamalıdır. Oksijen seviyeleri normale döndüğünde stoma pembe-kırmızı renge dönecektir. Benzer şekilde, hasta aşırı derecede anemik olduğu durumda, stoma donuk açık pembe renkte görünebilir. Hemoglobin düzeyi normale döndüğünde, stoma koyu pembe-kırmızı rengine geri döner. Bu renk farklılıkları hastanın genel sağlığı ile ilgilidir ve stoma komplikasyonları olarak kabul edilmez.[10] Stoma komplikasyonlarının etiyolojisi karmaşık olabilir ve katkıda bulunan faktörler arasında fekal atıklara uzun süre maruz kalmanın neden olduğu peristomal nem ile ilişkili cilt hasarı, mekanik cilt yaralanmaları, basınç yaralanması, enfeksiyonlar, stoma ürünlerine alerji veya kanser gibi bağışıklık sistemini baskılayan durumlar sayılabilir.[11]

Kanserli hastalarda, daha önce ışın tedavisi yapılmış alanda palyatif ostomi ameliyatı gerekebilir. Hem radyasyonun bölgeye verdiği hasar hem de tekrarlayan malignite stomanın yerleşimini zorlaştırır. Sonucunda postoperatif bir komplikasyon olarak stoma retraksiyonu oluşabilir.[2]

Hastanın sağlık durumu kötüleştikçe stoma ve peristomal cilt komplikasyonlarının ortaya çıkma olasılığı da artar. Hastalığı ileri evre olan ve stoması yeni açılan hastalar mukokutanöz ayrılma veya retraksiyon açısından daha yüksek risk altındadır. Uzun süre stomaya sahip olan hastalarda geç dönem komplikasyonlardan prolapsus, kaput medusa ve parastomal herni görülür. Stoma komplikasyonları adaptör seçimini zorlaştırabilir ve stoma torbasından sızıntıya neden olabilir. Sızıntı, irritan dermatite neden olarak, peristomal cilt bütünlüğünü bozar.[2]

Stoma ve peristomal cilt komplikasyonları hastalar için önemli stresörlerdir ve ileri evre hastalıklarla bağlantılı olarak birçok başka sorunla paralel olarak ortaya çıkabilir.[2] Stoma ve peristomal komplikasyonlar, fiziksel ve duygusal sağlık sorunlarına,

sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin düşmesine, sağlık bakım maliyetlerinin artmasına, hastanede yatış süresinin uzamasına ve morbiditenin artmasına neden olur. Stoma ve peristomal komplikasyonlar ameliyat sonrası ortaya çıkma zamanına göre erken ve geç olarak sınıflandırılabilir; erken komplikasyonlar ameliyattan sonraki 30 gün içinde ortaya çıkan komplikasyonlar olarak tanımlanır. Geç komplikasyonlar ameliyat sonrası iyileşme döneminden sonra ortaya çıkar. Ameliyatın 30. gününde mukokutanöz ayrılma, stoma retraksiyonu, nekroz gibi erken komplikasyonların insidansı %28.4 ile %39.0 arasındadır. Ameliyattan 2 ay sonra, mekanik yaralanma, irritan dermatit, enfeksiyon ve alerjik tepkiler %6 ila %47oranında görülmektedir.[12]

Erken Komplikasyonlar

Ödem

Ameliyattan hemen sonra stoma ödemi oldukça yaygındır. Stoma, daha açık pembe bir renk alır ve yarı saydam, sıvı dolu bir görünüme sahiptir. Ödem normalde altı ila sekiz haftalık bir süre içinde azalır. Ödemli stoma dokusu narindir, cilt temizliği ve adaptörün yapıştırılması ve çıkarılması esnasında kolayca zarar görebilir. Ödem azaldığında stoma pembeden kırmızı renge döner.[10]

Stoma Nekrozu

Stoma nekrozu, ostomili hastaların %13'ünde karşılaşılan yetersiz stoma kanlanmasından kaynaklanan erken postoperatif bir komplikasyondur. Stoma nekrozu çoğunlukla kolostomi, acil ameliyatlar ve obezite ile ilişkilidir. Stoma, ameliyat sonrası dönemde koyu renkli görünür. Stomada meydana gelen ödem veya stenoz nedeniyle oluşan venöz tıkanıklık, yeterli arteriyel girişe izin verir ancak venöz drenajı tıkayarak stomada ödem gelişmesine neden olur. Böylece stoma siyanotik görünür. Ameliyat sonrası ödem azaldığında stoma normal rengine (pembe-kırmızı) dönmezse cerrahi girişim gerekebilir Nekroz durumunda erken müdahale çok önemlidir. İskemik bağırsak segmentinin rezeksiyonu ve stomanın yerinin değiştirilmesi tercih edilen tedavilerdir.[13,14]

Mukokutanöz Ayrılma

Mukokutanöz ayrılma, stomanın çevredeki deriden tamamen veya kısmen ayrılmasıdır. Risk faktörleri arasında sigara, kortikosteroid kullanımı, kemoterapi, abdominal radyasyon, diyabet, enfeksiyon, yetersiz beslenme, stoma nekrozu ve malignite nüksü sayılabilir. Palyatif bakımda ağrı, dispne ve serebral ödemin giderilmesi için rutin olarak kortikosteroidler kullanılır. Beslenme yetersizliği ve kaşeksi ileri evre kanser hastalarının %70'inde görüldüğü için kanser nedeniyle stoma açılan bireylerde mukokutenöz ayrılma riski de artar.[3]

Palyatif bakım hastaları için bu komplikasyonun etiyolojisi düzeltilemez ancak konservatif bakım uygulanabilir. Mukokutanöz ayrılma sonucu oluşan yara salin solüsyonu veya musluk suyu ile yıkanmalıdır. Yaranın kirlenmesini önlemek için bölge cilt bariyer pudrası, cilt bariyer pastası, hidrofiber veya kalsiyum aljinatlar gibi emici bir malzeme ile doldurulduktan sonra stoma adaptörü ve torbası yerleştirilmelidir. Konveks adaptör kullanımından kaçınılmalıdır çünkü stoma-cilt birleşiminde daha derin doku tahribatına ve iyileşmenin bozulmasına neden olabilir.[15]

Geç Komplikasyonlar

Peristomal Varisler (Caput Medusa)

Son dönem karaciğer hastalığı olan bireylerde, maligniteden, sirozdan veya portal hipertansiyon nedeniyle stoma bölgesinde peristomal varisler görülebilir. Genellikle caput medusa olarak adlandırılan bu durum, tüm varis kanamalarının %1 ila %5'ini oluşturur. Travma sonucunda stoma zarar görürse mukokutanöz damarlar genişler ve aşırı kanamanın neden olduğu mor bir renk stomayı çevreleyebilir. Akut kanamanın olduğu durumlarda doğrudan basınç uygulanmalı, gerekirse gümüş, gazlı bez veya jel köpük kullanılmalı veya sutür atılmalıdır.

Hasta yakınına stoma bakımı yapılırken;

- Kolayca çıkarılabilir cilt bariyerleri kullanması,
- Adaptör çıkarılırken cildin zarar görmemesi için yapışkan çözücü spreyleri kullanması,
- Esnek adaptörleri tercih etmesi
- Sert ve konveks adaptörleri kullanmaması konusunda bilgilendirilmesi gereklidir.
- Kanama varsa ve durdurulamazsa mutlaka hastaneye başvurulması konusunda gerekli uyarılar yapılmalıdır.[3]

Dermatit

İrritan Dermatit

İrritan dermatit, stoma-cilt birleşiminde başlayan ve dışa doğru uzanan neme bağlı cildin iltihaplanması ve erozyonu olarak tanımlanır. İrritan dermatitin nedeni, peristomal derinin dışkı, ter, yara veya fistül drenajına uzun süre maruz kalmasıdır. Ayrıca stomaya uyumsuz adaptör kullanımı stomadan sızıntılara neden olacağı için irritan dermatit oluşumunu da etkiler. Bu yüzden cilt hasarının etiyolojisi, tedavi planını ve adaptör seçimini yönlendirir. Amaç, stomanın etrafına sıkıca oturan ve bariyerin altından sızıntıyı önleyen bir adaptör seçmektir. Zarar görmüş cilt seröz sıvı sızdırabilir ve adaptörün deriye yapışmasına engel olabilir. Bu durumda kurulanmış cilde koruyucu film tabakası uygulanmalı ve stoma pudrası dökülmelidir.[3,16]

Alerjik Dermatit

Alerjik kontakt dermatit, peristomal cilt komplikasyonlarının sadece %0,6'sını oluşturur. Peristomal alerjik dermatit, alerjenle tekrar tekrar maruz kalma veya reaksiyona giren maddelere duyarlılığın ardından tüm ciltte eritem, ödem, veziküller ve erozyon olarak kendini gösterir. Ostomi ürünlerindeki yaygın alerjenler arasında lateks, adaptör malzemesindeki kauçuk, pudra, pasta, sabun yer almaktadır. Alerjeni tanımlamak için altın standart alerji tanı testidir.[16]

Stoma ürünleri için alerji testi:

- Test edilecek materyalden küçük bir parça stomadan uzak bir yere, hastanın karın cilt yüzeyine yerleştirilir.
- Malzeme kendiliğinden yapışmıyorsa, hastanın alerjisi olmadığı bilinen bir ürün ile yapıştırılır.
- Bölge 48 saat açık bırakılır.
- 48 saatin sonunda ürün nazikçe çıkarılır ve ürünün altında kızarıklık veya leke olup olmadığına bakılır.

- 48 saat sonra kızarıklık olmazsa, ürünü kullanmak genellikle güvenlidir. Ancak birkaç vakada ortaya çıkması 48 saatten uzun süren reaksiyonlar bildirilmiştir.
- 48 saat geçmeden oluşan kaşıntı veya yanma hissi, hassasiyet belirtisidir. Ürün hemen çıkarılmalı ve hastanın cildi sabun ve suyla iyice yıkanmalıdır.
- Stoma pastasına ya da bariyer oluşturmak için kullanılan malzemeye karşı da reaksiyon mümkündür. Bu durumda, kızarıklık veya tahriş yalnızca ürünün sürüldüğü alanda olacaktır.
- Hastanın belirli bir ürüne alerjisi varsa, başka bir firma tarafından yapılan ürünü alerji testi yaparak denemek gerekir.
- Bir ürünün yanlış kullanımından oluşan dermatit çok fazla karşılaşılan bir durumdur. Bu yüzden ürünlerin kullanımı ile ilgili hastalar bilgilendirilmelidir.

Test edilen ürünlere kızarıklık, döküntü, kaşıntı gibi reaksiyonlar gözlenmiyor ancak stoma çevresindeki cilt tahriş olmaya devam ediyorsa, cildin tahriş olmasının nedeni araştırılmalıdır. Kemoterapi bu nedenlerden biridir.[17]

Stoma Prolapsusu

Stoma prolapsusu, bağırsağın ostomiden dışarı çıkmasıdır. Stomalı bir bireyde prolapsus görülme sıklığı %2 ile %26 arasında değişmektedir. Prolapsus en çok loop kolostomisi olan hastalarda görülür. Risk faktörleri arasında artan yaş, bağırsak tıkanıklığı ve ameliyat öncesi bölge işaretlemesinin olmaması sayılabilir. Stoma prolapsusu ara sıra ortaya çıkıp kaybolabilir veya kalıcı olabilir. Prolapsus ile birlikte parastomal fıtık, obstrüksiyon, kanama, lokal rahatsızlık görülebilir ve stoma bakımı zorlaşır.[18] Prolapsus görülen bölge üzerine hafif basınç uygulayarak sarkan bağırsak segmenti nazikçe yerine konulabilir. Bu uygulamanın yapıldığı prolapsus vakalarında ödem görülebilir, şeker kullanarak lokal ozmotik tedavi yöntemi ile ödem ve prolapsus azaltılır.[19]

Fakat prolapsus oluşan stomalarda iskemi, nekroz oluşabilir. Acil müdahale ve ameliyat gerekir. Ameliyat olan hastalarda eğer mümkünse geçici stomalar kapatılır veya kapatılamayan stomaların yeri değiştirilir.[14]

Stoma Retraksiyonu

Stomanın yaklaşık olarak 0.5 cm deri altına geri çekilmesidir. Ameliyattan 1 ay sonra vücut ağırlığı artışına bağlı olarak stoma retraksiyonu olabilir ancak ameliyat sonrası erken günlerde ortaya çıkması pek olası değildir.[20] Bu yüzden mümkünse ameliyat öncesi dönemde hastanın kilo vermesine yardımcı olmak sadece ameliyata yardımcı olmakla kalmaz, aynı zamanda ameliyat sonrası durumu da optimize eder. Stoma retraksiyonu tüm önlemlere karşın engellenemeyebilir. Eğer stoma retraksiyonu oluştuysa hastalara konveks adaptörleri kullanmaları önerilir. Ayrıca adaptörün yerleşmesi için oluşan çukurların bariyer malzemesi (stoma pastası) ile doldurulması konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Konveks adaptör kullanımına stoma bakım hemşiresinin karar vermesi gereklidir.[16,21]

Peristomal Herni

İnsizyonel herni ile ilişkili olarak tanımlanan peristomal herni, stoma oluşturulduktan sonra sık görülen bir komplikasyondur ve kolostomili hastaların %50'sinde görülebilmektedir. Herni gelişmesinin pek çok nedeni olabilir.[13]

Hasta ile alakalı faktörlerde, 60 yaşın üzerinde olma, obezite, sigara kullanımı, sistemik veya lokal enfeksiyon, akciğer hastalıkları, steroid kullanımı, immünsistemi baskılayan hastalıklar, Crohn hastalığı, kanser yer almaktadır. Ameliyat ile ilgili faktörlerde stomanın rektus kasına göre konumu, fasyaya sabitleme dikişlerinin yerleştirilmesi, ameliyat öncesi stoma bölgesinin doğru işaretlenmesi, acil cerrahi girişim yer alır.[22]

Peristomal fıtıklar genellikle asemptomatik olmakla birlikte, rahatsızlığa, adaptörün stomaya yerleşmesi ile ilgili sorunlara, kozmetik açıdan kötü görüntüye ve daha nadiren obstrüksiyon, strangülasyon ve perforasyon gibi ciddi komplikasyonlara neden olur.[23] Peristomal hernisi olan hastaların çoğunda konservatif tedavi mümkün olabilir ancak hasta semptomatik hale gelirse cerrahi müdahale gerekir.

Hernisi olan hastalara uygun korse seçimi, stoma kemeri kullanımı önerilmeli ve hastaların karın kaslarını güçlendirmeleri için eğitimler verilmelidir.

Peristomal herni egzersizleri: Egzersize başlamadan önce hastaların güvende ve rahat olduğundan emin olunmalıdır. Egzersizler yapılırken hasta sırt üstü pozisyonda ve dizlerini kırmalıdır. İlk 6 hafta hafif egzersizler yapılmalı, karın kasları zorlanmamalıdır. Ayrıca mekik veya karın egzersizlerinden kaçınılmalıdır.[24]

Karın egzersizi (yatarken): Hasta sırt üstü pozisyonda yatmalı ve bacaklarını kırarak kendine çekmelidir. Ellerini karnının üzerine koymalı ve burnundan nefes almalıdır, nefes verirken karnını içeri çekmelidir. Kaslarının gerildiğini hissettiğinde 3 saniye daha tutup sonrasında normal nefes almalıdır.

Pelvik tilt: Hasta sırt üstü pozisyonda yatmalı ve bacaklarını kırarak kendine çekmelidir. Ellerini belinin altına koymalıdır. Hasta karın kaslarını sıkmalı ve belindeki kasları düzleştirmelidir. Bu şekilde 3 saniye durmalı ve sonra normal nefes almalıdır.

Diz yuvarlama egzersizi: Hasta sırt üstü pozisyonda yatmalı ve bacaklarını kırarak kendine çekmelidir. Karın kaslarını sıkmalı ve her iki dizini de önce bir tarafa bükmeli (kendini rahat hissettiği yere kadar) sonra orta noktaya geri dönüp diğer yöne bükmelidir.

Karın egzersizi (ayakta): Hasta sırtını duvara yaslamalı ve karın kaslarını sıkmalıdır. Bu şekilde 3 saniye durmalı ve sonra normal nefes almalıdır.[24]

Pyoderma Gangrenozum

Pyoderma gangrenozum, yara kenarlarında renk değişikliği ile ağrılı bir ülserasyon olarak ortaya çıkar. Pyoderma gangrenozum, Crohn hastalığı, romatoid artrit veya lupus gibi sistemik bir kronik inflamatuvar hastalığın alevlenmesi sonucu oluşur. Bu komplikasyonun iyileşmesi için uzman yara bakım hemşiresi tarafından topikal steroidler kullanılarak bakım yapılması gerekir. Yara bakımı ile geçmeyen ileri evre ülserlerde debridman gerekebilir.[10,13]

Peristomal Cilt Malignitesi

Peristomal bölgede kanserin yeniden nüks etmesi literatürde her 1000 vakadan 2-4'ü olarak bildirilen nadir bir bulgudur. Kronik inflamasyon, tahriş ve tekrarlayan enfeksiyon, nüks oluşumuna yatkınlığı arttırır. Hastalara kronik ülser, kronik inflamasyon,

kanama gibi belirtiler sonucunda biyopsi alınması önerilir. Stoma bakımıyla ilgilenen sağlık çalışanları, kronik inflamasyonu önlemek ve maligniteyi ekarte etmek ve geç tanıyı önlemek için belirtiler yönünden hastaları gözlemlemelidir.[16]

Folikülit

Folikülit, adaptör sisteminin yapışkanı altındaki kıl köklerinin iltihaplanmasıdır. Kıl köklerinde püstüller olarak ortaya çıkar ve adaptör sistemi çıkarıldığında stomayı çevreleyen kılların tekrar tekrar çekilmesinden kaynaklanır. Karın bölgesinde kıllanma olmasından dolayı erkeklerde daha yaygın görülür. Folikülit, kılların periyodik olarak elektrikli tıraş makinesi ile alınmasıyla önlenebilir. Deriyi veya stomayı kazıma potansiyeli nedeniyle bıçaklı tıraş makineleri önerilmez.[10]

Peristomal Hiperplazi

Bu klinik olarak stomanın mukokutanöz kenarında fazla granülasyon dokusu olarak kendini gösterir. Stoma adaptörlerinin bölgeyi irrite etmesi nedeniyle oluşan kronik inflamasyondan kaynaklanır. İyi huylu bir cilt hastalığıdır, ancak adaptörlerin yapışmasını etkilediğinden ve kanamaya meyilli olmasından dolayı erken belirlenmelidir. Gümüş nitrat uygulanır veya topikal steroid ile tedavi edilir; nadiren cerrahi girişim uygulanır. Hastalara, kanama durumunda gazlı bez kullanarak kanayan bölgeye sıkı baskı uygulamaları konusunda eğitim verilmelidir. Doğru boyutta stoma adaptörlerinin kullanılması bu hastalarda granülom oluşumunu engelleyecektir.[13]

Stomalı Hastada Gastrointestinal Semptomların Yönetimi

Stomalı bir hastanın tedavisini uygularken ostominin tipini (kolostomi, ileostomi) ve ne kadar bağırsak segmentinin çıkarıldığını bilmek önemlidir. Sağ tarafta kolostomisi veya besinlerin bağırsaktan geçiş süresi kısa olduğu için ileostomili olan hastalarda, enterik kaplı veya salınımı uzun süren ürünlerden kaçınılmalıdır.[2]

Stomalı hastalarda konstipasyon veya diyare gibi bağırsak düzensizlikleri yaşanabilir. Opioid analjeziklere ihtiyaç duyan ostomi hastaları, düzenli bağırsak işleyişi açısından değerlendirilmelidir. Şiddetli kabızlıktan şüphelenildiğinde, yağlanmış eldivenli bir parmak stoma içine sokularak değerlendirme yapılabilir. Stoması olmayan hastalarda olduğu gibi stomalı hastalarda da konstipasyonun önlenmesi önemlidir. Hastalar ve bakım verenler hastanın tolere edebileceği egzersizleri, diyeti ve beslenmesindeki sıvı tüketimini arttırması konusunda bilgilendirilmelidir. Direktif edilirse laksatif uygulanabilir. İleostomili hastalar genellikle konstipasyon sorunu yaşamaz ama bağırsak işlevi değerlendirilmelidir. İleri evre kanserlerde kolostomi veya ileostomi farketmeksizin düzensiz bağırsak fonksiyonu tam veya kısmi bağırsak obstrüksiyonunu düşündürmelidir.[2]

Stomalı hastalarda konstipasyonda olduğu gibi diyarede de bazı zorluklar olabilir. Diyare, çok fazla laksatif, Clostridium difficile enfeksiyonu veya kemoterapötik ajanlar nedeni ile gelişir. Tedavi etiyolojiye dayandığından nedeni belirlemek için değerlendirme çok önemlidir. Diyet yönetimi bağırsak hareketlerinin sıklığını azaltmada etkili olduğundan, hastalara ve bakım verenlere kuru meyve, muz, haşlanmış pirinç ve makarnalar, kremalı fıstık ezmesi ve şekerleme gibi dışkıyı katılaştıran yiyecekler hakkında bilgi verilmelidir.[2]

Stomalı hastalarda diğer sık karşılaşılan sorun gaz ve kokudur. Çoğu batın ameliyatında olduğu gibi stoma cerrahisinden sonra da gaz hastalarda rahatsız edicidir. Gaz çıkışının olacağı hissedildiği zamanlarda sesi önlemek için hastaya kollarını stomasının üzerinde birleştirmesinin sesi azaltacağı söylenmelidir. Ayrıca yumurta, lahana, brokoli, soğan, balık, fasulye, süt, peynir, gazlı içecekler ve alkol gibi içecek ve yiyeceklerin gaz oluşumunu arttırabileceği konusunda hastalar bilgilendirilmelidir. Yiyecekler, hastalık, kullanılan ilaçlar veya vitaminler dışkıda kokuya neden olabilir. Bu sorunu en aza indirmek için;

- Yumurta, lahana, peynir, salatalık, soğan, sarımsak, balık, süt ürünleri ve kahve gibi koku oluşumunu arttıran besinlerden uzak durulmalıdır.
- Kokuyu emen stoma torbaları kullanılmalıdır.
- Stoma torbaları sık değiştirilmelidir.
- Stoma torbasına özel koku giderici deodorantlar ya da tabletler kullanılabilir.[6]

Stomalı Hastaya Psikolojik Yaklaşım

Stomalı hastanın bakımında duygusal ve ruhsal gereksinimlerini (beden imajındaki değişikliklerin neden olduğu depresif, endişeli ruh hali veya aile ilişkilerindeki değişiklikler gibi) ele alan özel stratejiler geliştirilmelidir.[25,26]

Tedavi ekibinin bir üyesi olarak stoma hemşiresi bu ihtiyaçları tanımlamalı, hasta ve bakım verenlerin stomanın yarattığı zorluklara uyum sağlamasına yardımcı olmalıdır. Stoma hemşiresi, hastanın yaşam kalitesini koruyacak şekilde hastanın duygularını keşfetmeli, endişelerini belirlemeli ve problem çözmesine yardımcı olmalıdır. Stomalı hastada, depresyon tanılaması yapılmalı ve tedavisi sağlanmalıdır. Ölmekte olan birçok hasta normalde kilo kaybı, enerji kaybı, iştahsızlık ve uyku düzeninde değişiklikler yaşar ve ölüm gerçekten yaklaştığı için ölümü düşünür.[25-27] Umutsuzluk, çaresizlik, değersizlik, suçluluk ve intihar düşüncesi, ölümcül hastalarda depresyonun daha belirgin göstergeleridir. Depresyon için optimal bakım genellikle hem destekleyici tedavi hem de antidepresan ilaçlardır.[25]

Stoma hemşiresinin hastanın destek sistemini değerlendirmesi ve bakım verenin duygusal durumunu ve hastaya bakım verme becerisini belirlemesi gerekir. Hasta ailesine hastanın bakımıyla ilgili konularda karar verme sürecine katılma fırsatı verilmelidir.

Stoma Bakımında Kültürel Konular

Yaşamının sonuna yaklaşan bir hastaya bakım verirken, hasta ve hasta yakınlarını sadece klinik tanı üzerinden değerlendirmek yeterli değildir. Hemşireler hastalarını bütüncül olarak değerlendirmelidir. Kaliteli bakım sağlamak için hastaların kültürel inançlar yönünden de anlaşılması gerekir. Dil, din, aile rolleri, hasta bakımı ve defin uygulamaları gibi kültürel değişkenleri ele almak önemlidir. Kültürel inançlar değişkendir. Stoma hemşiresi hem kültürel değişkenlere uygun hem de duyarlı bakımın sağlanmasında palyatif bakım ekibiyle iş birliği yapmalıdır. Kültürel yeterlilik, her hasta ve ailenin sahip olduğu kültürel ve etnik değerler, inançlar ve davranışlar hakkında bilgi sahibi olmayı, kültürel duyarlılık, hemşirelerin hastanın kültürel değerlerine, inançlarına ve görüşlerine karşı farkındalık ve saygı duymasını gerektirir.[25]

Sonuç

İleri kanser hastalarında, yaralar, ostomiler ve fistüller hastalar için hem psikolojik hem de fizyolojik olarak yorucudur ve hastanın yaşam kalitesini düşürür. Bu yüzden palyatif bakım sürecinde stoma yönetiminde, yalnızca fiziksel semptomların hafifletilmesini değil, aynı zamanda hastaların psikososyal ihtiyaçlarını karşılayarak yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen bütüncül bir yaklaşım uygulanmalıdır. Palyatif bakım hastalarında stoma bakımı, bu sürecin karmaşıklığı ve çok boyutlu yapısı nedeniyle özenli bir planlama ve uygulama gerektirir.

Stomalı hastalar, genellikle temel stoma bakımı, komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi gibi fiziksel gereksinimlerin yanı sıra, beden imajında meydana gelen değişiklikler, sosyal izolasyon ve yaşamın son dönemine özgü kaygılar gibi psikolojik ve duygusal zorluklarla da karşılaşır. Bu süreçte palyatif bakım ilkelerine bağlı kalarak, yara ve stoma bakım hemşiresi tarafından uygulanan hemşirelik bakımı ile hastaların fiziksel semptomlarını yönetmek, duygusal destek almalarını sağlamak ve aile bireylerinin de bakım sürecine etkin bir şekilde dahil etmesi son derece önemlidir.

Palyatif bakımın temel ilkelerinden biri olan bireyselleştirilmiş bakım, stomalı hastalar için de kritik öneme sahiptir. Özellikle komplikasyonların önlenmesi ve yönetimi, hastaların genel sağlığına doğrudan etki eder. Palyatif bakım bağlamında, stoma hemşireleri, stoma komplikasyonlarını erken dönemde tespit etmeli, hastaların bağımsızlığını arttırmaya yönelik eğitimler vermeli ve onların yaşam kalitesini destekleyen önlemleri hayata geçirmelidir.

Kültürel duyarlılık, palyatif bakım sürecinde göz önünde bulundurulması gereken bir diğer önemli faktördür. Hastaların ve ailelerinin inançları, değerleri ve yaşam alışkanlıkları, stoma bakımına ilişkin kararları ve uyumu doğrudan etkileyebilir. Bu nedenle, hemşirelerin yalnızca medikal ihtiyaçları değil, aynı zamanda kültürel ve ruhsal gereksinimleri de dikkate alarak, hastaların kendilerini güvende hissetmelerini sağlaması gereklidir. 4, 15, , 25-27

Palyatif bakımda stoma yönetimi, multidisipliner bir ekip çalışması, bireyselleştirilmiş bakım ve hasta ile aileyi merkeze alan bir yaklaşım gerektirir. Hemşirelerin bilgi ve becerilerini kanıta dayalı uygulamalarla güncel tutması, stoma bakımında karşılaşılan zorlukların üstesinden gelmek ve komplikasyonları önlemek için kritik öneme sahiptir. Bu sayede, palyatif bakım ilkelerine uygun olarak, hem hastaların fiziksel ve psikolojik rahatlığı sağlanabilir hem de yaşamın son döneminde kaliteli bir bakım sunulabilir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The authors declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Dukes S. Considerations when caring for a person with a prolapsed stoma. *Br J Nurs*. 2010;19(17 SUPPL.):21-26. [Crossref]
2. Barr JE. Stoma Therapy in Palliative Care. In: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Pertenoy RK CD, editor. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Fifth Edit. New York: Oxford University Press; 2015. p. 216-222. [Crossref]
3. Tilley C, Fu M, Lipson J. Palliative Wound, Ostomy, and Continence Care. In: Ferrell B, Paice J, editors. *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. Fifth Edit. New York: Oxford University Press; 2019. p. 251-284. [Crossref]
4. Tilley C. Caring for the patient with a fecal or urinary diversion in palliative and hospice settings: A literature review. *Ostomy Wound Manag*. 2012;58(1):24-34.
5. Ileostomy Guide [Internet]. *Amerikan Kanser Derneği*. *2019* [cited 2022 Feb 10]. Available from: https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/surgery/ostomies/ileostomy.html
6. Colostomy Guide [Internet]. *Amerikan Kanser Derneği*. 2019 [cited 2022 Feb 10]. Available from: https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/surgery/ostomies/colostomy.html
7. Berti-Hearn L, Elliott B. Colostomy care: a guide for home care clinicians. *Home Healthc Now*. 2019;37(2):63-68. [Crossref]
8. Kent D. Changing an ostomy pouching system. *Nursing* (Lond). 2008;38(12):50-54. [Crossref]
9. Kirkland-Kyhn H, Martin S, Zaratkiewicz S, Whitmore M, Young H. Ostomy care at home. *AJN Am J Nurs*. 2018;118(4):63-68. [Crossref]
10. Stelton S. Stoma and peristomal skin care: a clinical review. *AJN Am J Nurs*. 2019;119(6):38-45. [Crossref]
11. Taneja C, Netsch D, Rolstad B, Inglese G, Eaves D, Oster G. Risk and economic burden of peristomal skin complications following ostomy surgery. *J Wound, Ostomy, Cont Nurs*. 2019;46(2):143. [Crossref]
12. Hsu M, Lin J, Hsu H, Lai H, Wu Y. Preoperative stoma site marking decreases stoma and peristomal complications: a meta-analysis. *J Wound Ostomy Cont Nurs*. 2020;47(3):249-256. [Crossref]
13. Krishnamurty D, Blatnik J, Mutch M. Stoma complications. *Clin Colon Rectal Surg*. 2017;30(3):193-200. [Crossref]
14. Erol T. Stoma complications. *Acta Medica Cordoba*. 2019;50(2):47-52. [Crossref]
15. Tilley C, Fu M, Van Cleave J, Most A, Comfort C. Palliative wound and ostomy care. In: Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy R, Currow D, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Sixth Edit. New York: Oxford University Press; 2021. p. 622-5. [Crossref]
16. Almutairi D, LeBlanc K, Alavi A. Peristomal skin complications: what dermatologists need to know. *Int J Dermatol*. 2018;57(3):257-264. [Crossref]
17. Boushey R, Baetz J, Truscott M. Guıde to Understandıng an Ostomy [Internet]. 2012 [cited 2022 Feb 10]. Available from: https://www.google.com/search?q=Boushey+R%2C+Baetz+J%2C+Truscott+M.+A+Guıde+-to+Understandıng+an+Ostomy&oq=Boushey+ R%2C+Baetz+J%2C+Truscott+M.+A+Guıde+to+Understandıng+an+Ostomy&aqs=chrome..69i57.403j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8
18. Mittal R, Jalouta T, Luchtefeld M, Ogilvie J. Surgical management of stomal prolapse-Is there a superior approach to repair? *Am J Surg*. 2020;220(4):1010-1014. [Crossref]
19. Monette M, Harney R, Morris M, Chu D. Local repair of stoma prolapse: Case report of an in vivo application of linear stapler devices. *Ann Med Surg*. 2016;11:32-35. [Crossref]
20. Uchino M, Ikeuchi H, Bando T, Chohno T, Sasaki H, Horio Y. Is an ostomy rod useful for bridging the retraction during the creation of a loop ileostomy? A randomized control trial. *World J Surg*. 2017;41(8):2128-2135. [Crossref]
21. Doctor K, Care D. Peristomal skin complications: causes, effects, and

treatments. *Chronic Wound Care Manag Res*. 2017;(4):1-6. [Crossref]
22. Styliński R, Alzubedi A, Rudzki S. Parastomal hernia-current knowledge and treatment. *Videosurgery Other Miniinvasive Tech*. 2018;13(1):1. [Crossref]
23. Nikberg M, Sverrisson I, Tsimogiannis K, Chabok A, Smedh K. Prophylactic stoma mesh did not prevent parastomal hernias. *Int J Colorectal Dis*. 2015;30(9):1217-1222. [Crossref]
24. North J. Stoma Care Clınıcal Guıdelınes National Clinical Guidelines. 2016 [Internet]. ASCN. 2016 [cited 2022 Feb 10]. Available from:https://www.google.com/search?q=ASCN+Stoma+Care+Clınıcal+Guıdelınes+National+Clinical+Guidelines.+2016&oq=ASCN+Stoma+Care+Clınıcal+Guıdelınes+National+Clinical+Guidelines.+2016&aqs=chrome..69i57j69i60l3.423j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8
25. Barr J. The contribution of the stoma nurse specialist to palliative care. In: Hanks G, Cherny N, Christakis N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy R, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Fifth Edit. New York: Oxford University Press; 2010. p. 250-257. [Crossref]
26. Moradi S, Lotfei M, Asgharnejad Farid A, Pirmoradi M. The role of perceived stress, social support and body ımage in predicting the severity of depressive symptoms in ostomy patients. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2020;26(1):32-43. [Crossref]
27. De Luca R, Lo Coco G, Ardizzone A, Cicero G. Psychological distress and quality of life in ostomy patients with colorectal cancer: A systematic review of the literature. *Acta Medıca Medıterranea*. 2018;34(5):1357-1363.

BÖLÜM 21
ENTERAL VE PARENTERAL BESLENME

Esra BAYRAK

DOI: 10.5152/1821

Enteral ve Parenteral Beslenme

Enteral and Parenteral Nutrition

BÖLÜM HAKKINDA

Beslenme; yaşamın sürdürülmesi, korunması ve iyileştirilmesi için en önemli yaşamsal fonksiyonlardan biridir. Kanser tanı ve tedavisi alan hastalarda; alınan tedaviler sonrası beslenme sürecinin olumsuz etkilenmesi yaşam kalitesini azaltarak malnutrisyona kadar giden ciddi beslenme bozukluklarına neden olmakta ve yaşamı tehdit etmektedir.
Kanser tanı ve tedavisi alan hastaların sürecin başından itibaren beslenme desteğini alması yaşam fonksiyonlarının önemli bir basamağı olan beslenme için çok önemlidir. Beslenme desteğinin erken dönemde verilmesi; yetersiz beslenmenin gelişmesine, kilo ve kas kaybının önlenmesine ve yaşam kalitesinin arttırılmasına önemli katkı sağlamaktadır. Oral beslenmenin gerçekleştirilemediği durumlarda farklı beslenme yöntemleri tercih edilmektedir. Beslenme danışmanlığı ve oral beslenme desteğine rağmen oral besin alımındaki yetersizlik devam ediyorsa enteral beslenme, enteral beslenme yeterli veya uygulanabilir değilse parenteral beslenme, uzun süreli yetersiz oral besin alımı veya malabsorbsiyonu olan hastalara da enteral ve parenteral beslenme birlikte önerilmektedir. Hastaların değerlendirilmeleri bütüncül olarak gerçekleştirildikten sonra beslenme desteği ihtiyacı belirlenmeli ve hastaya en uygun beslenme yöntemi tercih edilmelidir.

Anahtar kelimeler: Total parenteral beslenme, enteral beslenme, beslenmede hemşirenin rolü

ABOUT the CHAPTER

Nutrition; ıt is one of the most important vital functions for maintaining, protecting and improving life. In patients receiving cancer diagnosis and treatment; negative effects on the nutritional process after treatments reduce the quality of life, cause serious nutritional disorders leading to malnutrition, and become life-threatening.
It is very important for patients receiving cancer diagnosis and treatment to receive nutritional support from the beginning of the process for nutrition, which is an important step in life functions. Providing nutritional support at an early stage; It makes a significant contribution to the development of malnutrition, preventing weight and muscle loss and improving the quality of life. In cases where oral nutrition cannot be achieved, different feeding methods are preferred. If insufficiency in oral nutritional intake continues despite nutritional counseling and oral nutritional support, enteral nutrition is recommended. If enteral nutrition is not sufficient or feasible, parenteral nutrition is recommended. Enteral and parenteral nutrition together are recommended for patients with long-term inadequate oral nutritional intake or malabsorption. After the patients are evaluated holistically, the need for nutritional support should be determined and the most appropriate nutrition method for the patient should be preferred.

Keywords: Total parenteral nutrition, enteral nutrition, the role of the nurse in nutrition

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ T.C. CERRAHPAŞA 1453

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenciler:

1. Beslenme desteği ihtiyacının belirlenme aşamalarını açıklar.
2. Enteral beslenme ve parenteral beslenme endikasyonlarını açıklar.
3. Enteral beslenme ve parenteral beslenme yollarını açıklar.
4. Enteral beslenme ve parenteral beslenme komplikasyonlarını açıklar.
5. Enteral beslenme ve parenteral beslenmede hemşirenin rol ve sorumluluklarını bilir.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. Parenteral Beslenme: Beslenme desteği gereken durumlarda gastrointestinal yolun anatomik ve fonksiyonel bütünlüğünün bozulması sonucu bireyin ihtiyacı olan besin öğelerinin damar yoluyla verilmesidir.

Esra Bayrak

Anadolu Sağlık Merkezi, Hasta Bakım ve Hemşirelik Hizmetleri, Kocaeli, Türkiye

E-posta: esrabyrk@hotmail.com

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Bayrak E. Enteral ve Parenteral Beslenme. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 213-223.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

2. Enteral Beslenme: Beslenme gereksinimlerini oral yolla karşılayamayan veya yetersiz beslenen ancak gastrointestinal sistemi fonksiyonel olan hastalarda besin öğlelerinin özel hazır beslenme solüsyonları ile sindirim kanalı yoluyla verilmesidir.

3. Parenteral Beslenme Yöntemleri: Parenteral beslenme solüsyonları periferik ve santral kateter olmak üzere iki yoldan infüze edilmektedir.

4.Enteral Beslenme Yöntemleri: Enteral beslenme; oral yolla ve enteral tüp ile beslenme olmak üzere ikiye ayrılır.

5. Yeniden Beslenme Sendromu: Uzun süre devam eden açlık veya beslenememe sonrasında tekrar beslenmeye başlandığında gelişen ciddi elektrolit ve metabolik bozukluktur.

Giriş

Yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması ve iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin arttırılması ve büyüme için gerekli olan beslenme, besin öğelerinin günlük olarak yeterli ve dengeli miktarda alınmasıdır.[1] Hasta bireylerde patofizyolojik, iyatrojenik ve metabolik nedenlere bağlı oral yoldan besin alımının azalması sonucu tedavi süreci ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmekte, birçok organ ve sistemde bozukluklar meydana gelmektedir.[2,3]

Kanser hastalarında hem tümörün varlığı hem de tıbbi ve cerrahi anti kanser tedavileri malnutrisyona kadar giden beslenme sorunlarının yaşanmasına neden olmaktadır. Literatürde kanser hastalarının beslenme yetersizliğine bağlı ölüm nedeninin yaklaşık %10-20 olduğu belirtilmektedir.[2-4]

Kanser hastalarına, beslenme danışmanlığı ve oral besin desteğine rağmen oral besin alımı yetersizse enteral beslenme, enteral beslenmenin yeterli veya mümkün olmadığı durumlarda parenteral beslenme, uzun süreli yetersiz oral besin alımı veya malabsorbsiyonu olan hastalara da enteral ve parenteral beslenme birlikte önerilmektedir.[2,5]

Güncel rehberler, kanser tanısı alan kişilerin tanı süreci ile birlikte beslenme desteği programına alınmasını önermektedir. Beslenme desteği programına erken dönemde başlanılmamasının nedeni; kanser tanı ve tedavi sürecine bağlı gelişen yetersiz beslenmenin öneminin anlaşılmaması, hafife alınması ve tedavi edilmekte geç kalınmasıdır.[2,4]

Beslenme ekibinin içinde bulunan diyetisyen ve diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği içinde olan hemşireler, kritik hastaların beslenme sürecinin başlatılması ve sürdürülmesinde aktif rol almaktadırlar.[6]

Kanser hastalarında yetersiz beslenme ve kilo kaybı, hastalık ve sağ kalım sürecini önemli derecede etkilediği için beslenme desteğinin zamanında başlatılması, sürdürülmesi, klinik sonuçların iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin arttırılmasında büyük önem taşımaktadır.[3]

Beslenme Desteğinin Başlatılması

Avrupa Parental ve Enteral Beslenme Derneği (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism: ESPEN) tarafından beslenme tedavisinin hastaların beslenme düzeyindeki kötüleşme ciddi seviyelere gelmeden başlatılması önerilmektedir. Beslenme desteğinin ilk aşaması, semptomları yönetmeye yardımcı olmak ve iyi tolere edilen protein ve enerji açısından zengin gıda ve sıvıların alımını teşvik etmek için beslenme danışmanlığı olmalıdır. Enerji ve protein açısından zenginleştirilmiş bir diyet, beslenme durumunu korumanın veya iyileştirmenin tercih edilen ilk yoludur. Zenginleştirilmiş bir diyet beslenme hedeflerine ulaşmada etkili olmadığında oral besin desteğine ek kullanım tavsiye edilmektedir.[2]

Eğer hastalar yeterince besin alamıyorsa (bir haftadan uzun süre ihtiyacın %50'sinden az veya iki haftadan fazla süreyle ihtiyacın yalnızca %50-75'i kadar besin alınması durumunda) tıbbı beslenme endikedir. Beslenme danışmanlığı ve oral beslenme desteğine rağmen oral besin alımındaki yetersizlik devam ediyorsa enteral beslenme, enteral beslenme yeterli veya uygulanabilir değilse parenteral beslenme önerilmektedir.[2,7]

Yemek yeme veya sindirim sorunu olan hastalarda tıbbi beslenme, hastanın beslenme durumunu stabilize edebilir. Oral alımı veya üst gastrointestinal (GI) kanalda gıda taşınmasını bozan tümörleri olan hastalarda ise beslenme durumu enteral beslenme ile stabilize edilebilir. Radyasyon enteriti, kronik barsak obstrüksiyonu, kısa barsak sendromu, peritoneal karsinoz veya şilotoraksa bağlı şiddetli barsak yetmezliği durumlarında, beslenme durumu parenteral beslenme ile korunabilir.[2]

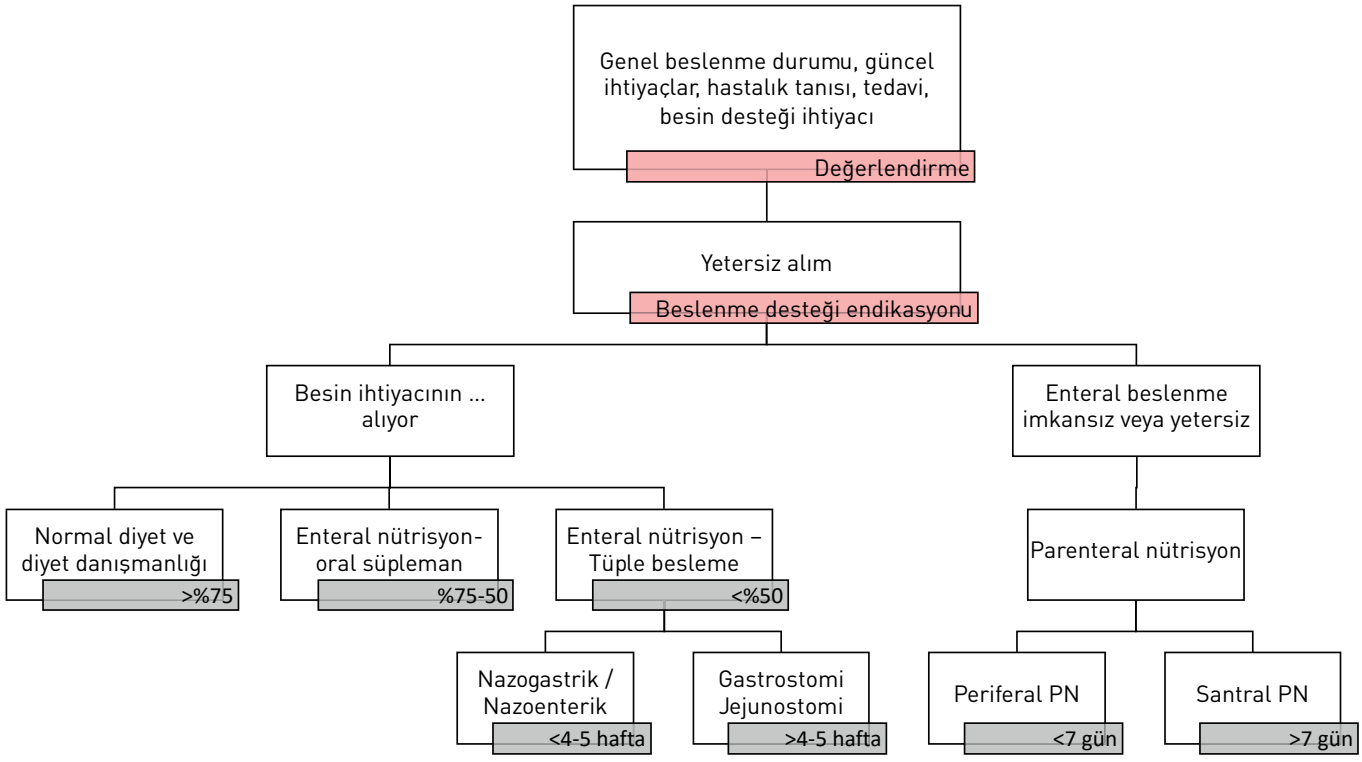
Yetersiz beslenen veya yetersiz beslenme riski taşıyan kanser hastalarında beslenme tedavisinin vücut ağırlığını ve enerji alımını iyileştirdiği, ancak sağ kalımı iyileştirmediği gösterilmiştir.[8,9]

ESPEN rehberleri invaziv beslenme yaklaşımlarına karar verilmeden önce oral yolun dikkatlice değerlendirilmesini ve ardından karar verilmesini önermektedir.[1]

Disfajisi olan özofagus skuamöz hücreli karsinomalı hastaların kemoterapi tedavisi sırasında beslenme desteğinin incelendiği bir çalışmada, enteral beslenmenin parenteral beslenmeye karşı etkinliği ve güvenliği değerlendirilmiştir. Çalışmaya 2009 ve 2016 yılları arasında disfajili 51 lokal ileri rezeke edilemeyen ve kemoradyoterapi tedavisi sırasında enteral beslenme (n=28) veya TPN (n=23) uygulanan hastalar dahil edilmiştir. Gruplar arasında vücut ağırlığı, beden kitle indeksi ve iskelet kası kütlesinde anlamlı farklılık görülmezken hastanede yatış süreleri karşılaştırıldığında, enteral beslenen hastalarda ortalama yatış süresi 50 gün iken TPN uygulanan hastalarda ortalama yatış süresinin 63 gün olduğu görülmüştür. Yan etki karşılaştırması yapıldığında kateter ilişkili enfeksiyon; enteral beslenmede hiçbir hastada görülmez iken TPN'de 6 hastada, aspirasyon pnömonisi; enteral beslenmede 3 hastada görülürken iken TPN'de 2 hastada, mediastinit; enteral beslenmede 3 hastada görülürken TPN'de 1 hastada, grade ≥3 nötropeni enteral beslenmede 6 hastada görülürken TPN'de 14 hastada, febril nötropeni enteral beslenmede hiç görülmezken TPN'de 6 hastada görülmüştür. Çalışma sonucunda enteral beslenmenin serum albümin düzeyini iyileştirme, hematolojik toksisiteyi ve hastanede kalış süresini azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir.[10]

Hastalara etkili bir beslenme desteği sağlanması için öncelikle geçmiş beslenme öyküsü, günlük besin ihtiyaçları, primer hastalık, prognoz ve tedavi süreçleri bütüncül olarak değerlendirmeli ve hastaya özel bir beslenme planı oluşturulmalıdır. ASPEN, hastanede yatan yetişkin hastalar için beslenme desteği algoritması önermektedir (Şekil 1)[11]

Şekil 1. ASPEN Beslenme Desteği Algoritması[a]



[a] Özcan S, Vatansever S (2014). Kanser Kaşeksisi, In; Onkoloji Hemşireliği, Ed.:Can G, 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Istanbul. s: 416 kaynağından uyarlanmıştır.[11]

Özofagus kanseri rezeksiyonu sonrası erken enteral beslenme ve parenteral beslenme arasındaki klinik sonuçları ve hastanede yatış maliyetini karşılaştırmayı amaçlayan farklı bir çalışmada ise, erken enteral beslenme başlanan hastalarda, parenteral beslenme grubuna göre hastanede kalış süresinin kısaldığı, ilk yatış maliyetinin daha düşük olduğu, ilk dışkı geçişinin daha erken olduğu ve sistemik enflamatuar yanıt süresinin kısa olduğu bildirilmiştir ($p<0.05$). Ayrıca erken enteral beslenme grubunda albümin infüzyon dozu ve azalmış serum albümin değerinin daha düşük ($p<0.05$) olduğu, parenteral beslenme grubunda pnömoninin daha sık görüldüğü tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çalışmanın sonucunda, özofajektomiden sonraki 48 saat içinde güvenli, ekonomik ve postoperatif komplikasyonun azaltılması, bağırsak hareketinin erken iyileşmesinin desteklenmesi ve sistemik inflamasyondan erken iyileşmenin sağlanması için erken EB başlanması önerilmiştir.[12]

Total Parenteral Beslenme

Beslenme desteği gereken durumlarda gastrointestinal yolun anatomik ve fonksiyonel bütünlüğünün bozulması sonucu bireyin ihtiyacı olan besin öğelerinin damar yoluyla verilmesidir. Hastaların günlük gereksinimleri olan glukoz, protein, vitamin, yağ gibi besin, elektrolit ve sıvılar gastrointestinal sistem devre dışı bırakılarak periferik damar yolu veya santral venöz kateter aracılığıyla dolaşım sistemine verilir.[1,13]

Parenteral beslenme tedavisi; beslenme düzeni bozulan ve yeterli beslenemeyen hastalarda beslenmenin sürdürülmesini, pozitif nitrojen dengesinin korunmasını, kas kütlesinin korunmasını, iyileşme sürecinin hızlandırılmasını ve bağırsağın dinlenmesini sağlamaktadır.[9]

Parenteral beslenme, potansiyel yan etki riski olan tedaviler gibi komplike bir tedavidir. Kritik hastalarda bu tedavinin başlama, hazırlama ve uygulama sorumluluğu hekim, hemşire, eczacı ve diyetisyenden oluşan beslenme destek ekibine aittir. Bu ekip; enfeksiyon kontrolü, periferik ve merkezi kateter kullanımı yetkinliği ve bunlara bağlı oluşabilecek komplikasyonlara hakim olmalıdır. Parenteral beslenme komplikasyonları; parenteral beslenmenin kendisi nedeniyle olabileceği gibi parenteral beslenme sürecinin sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir.[5]

Literatürde; parenteral beslenme tedavisi uygulama sürecine bağlı en sık karşılaşılan hatalar; yanlış hastaya yanlış tedavi uygulanması, santral yoldan verilmesi gereken parenteral beslenme ürünün periferik yoldan verilmesi ve yanlış hızda infüzyon uygulanması olarak bildirilmiştir. Bu hataların hiperglisemi veya aşırı yağ yüklenmesi gibi ciddi metabolik değişikliklere yol açması nedeniyle hastaya zarar verme riski yüksektir.[5]

Parenteral beslenme güvenliği ile ilgili diğer önemli bir konu intravenöz tedavi ile parenteral solüsyonların aynı kateter lümeninden uygulanmasıdır. Parenteral solüsyonlar ile diğer intravenöz tedaviler kateterin aynı lümeninden birlikte uygulanmamalıdır.[14]

Total parenteral beslenme solüsyonlarının içeriğini makro besin olan lipit, aminoasit, karbonhidratlar ve mikro besin olan; elektrolit, eser elementler ve vitaminler oluşturmaktadır. İçeriğindeki

maddeler nedeniyle total parenteral solüsyonları infüzyon pompaları ile veriliş hızı ve süresine dikkat edilerek infüze edilmelidir.[1]

American Society for Enteral and Parenteral Nutrition (ASPEN) kılavuzları; mikroorganizmalar, hava embolisi, partiküller ve mikro çökeltilerden kaynaklanan potansiyel zararları azaltmak için parenteral beslenme infüzyonu için hat içi filtre kullanılmasını önermektedir. Yüksek riskli kritik hastalarda (bağışıklığı baskılanmış hastalar veya bebekler, yeni doğanlar ve çocuklar) hat içi filtreler gereklidir, ancak risk altında olmayanlarda kullanımları tartışmalıdır.[4]

Parenteral Beslenmenin Endikasyonları

Gastrointestinal problemleri olan palyatif bakım hastalarında parenteral beslenme en yaygın endikasyondur. Bunun dışında;

- Ciddi derecede diyare
- Kemoterapi tedavisi sırasında görülen mukozit ve özefajit
- Bağırsağın dinlendirilmesi gereken cerrahi girişimlerden sonra
- Malnutrisyon
- Gastrointestinal sistem tıkanıklıkları
- Kontrol edilemeyen inatçı bulantı ve kusma

Enteral beslenmenin uygulanamadığı durumlarda parenteral beslenmenin tercih edilmesi önerilmektedir.[1,15]

Parenteral Beslenmenin Kontrendikasyonları

Literatürde aşağıda yer alan durumlarda parenteral beslenmenin kontrendike olduğu belirtilmiştir:

- Aktif kanaması olan hastalar
- Kan basıncının stabil olmadığı hastalar
- Destek tedavisi kesilen terminal dönem hastalar
- Beyin ölümü gerçekleşmiş organ nakli düşünülmeyen hastalar.[16]

Parenteral Beslenme Yolları

Parenteral beslenme solüsyonları hipertonik çözeltiler olduğu için enfeksiyon riski açısında yüksek risk taşımaktadır. Enfeksiyon riskini azaltması için ilk tercih geniş venlerin kullanılmasıdır. Parenteral beslenme solüsyonları periferik ve santral kateter olmak üzere iki yoldan infüze edilmektedir.[1]

Periferik Parenteral Nutrisyon

Hastalarda santral venöz kateter yok ise ve 10-14 günden kısa süreyle beslenme desteği planlaması yapılacak beslenme için periferik yolun kullanılması tercih edilmektedir. Hipertonik olan parenteral solüsyonların periferik venlerde kullanımı trombofilebit riskini arttırdığı için osmolaritesi <800 mOSm/L olan solüsyonlar ve daha az konsantre elektrolitler kullanılmalı, dekstroz ve lipit konsantrasyonları %10'u geçmemelidir. Periferik parenteral nutrisyon uygulaması için kullanılacak ven ve kateter seçiminde mutlaka en geniş olan ven tercih edilmelidir.[1,13]

Santral Parenteral Nutrisyon

Parenteral beslenme solüsyonlarının osmolaritesi >800 mOSm/L'den yüksek olan solüsyonlar mutlaka santral kateter yoluyla verilmelidir.[1] Genellikle kateter bölgesi olarak subklaviyen, juguler ve femoral bölge tercih edilir. Santral kateter ucunun vena kava superior veya sağ atriuma yerleşmiş olmalıdır.[13]

Enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla solüsyonun verildiği lümenden başka infüzyon gönderilmemeli, eğer kateter çok lümenli ise parenteral solüsyonun kullanımı için bir lümen ayrılmalıdır.[1]

Parenteral beslenme tedavisi ile intravenöz ilaçların etkileşiminin incelendiği bir çalışmada, aynı lümenden gönderilen tedavilerin 1. ve 4. saatte test edilen konsantrasyonlarında; albümin (200 mg/mL), esomeprazol (0,8 mg/mL), pantoprazol (0,8 mg/mL), tropisetron (1 mg/mL) ve florourasil (25 ve 50 mg/mL) arasında 1 saat sonraki değerlendirmede etkileşim bulunurken, Sefepim (100 mg/mL) ve amoksisilin (50 mg/mL) ve asit klavulanik (10 mg/mL) gibi antibiyotikler arasında 4. saatte etkileşim olduğu bildirilmiştir.[17]

Parenteral Beslenmenin Komplikasyonları

Parenteral beslenmenin rutin kullanımı enteral beslenme ile karşılaştırıldığında zamanla azalmaya başladığı görülmüştür. Bunun nedeni; santral venöz kateter takılmasını gerektirmesi ve kateter bağlı komplikasyon riskinin fazla olması, yüklenme bulguları, elektrolit dengesizlikleri ve tedavisi gibi birçok nedenden dolayı maliyeti yüksek bir tedavi haline gelmiş olmasıdır.[18] Parenteral beslenme ile ilişkili komplikasyon oranını azaltmak için risk faktörlerini tanımak ve risk faktörlerine yönelik gerekli önlemleri almak gerekmektedir.[4] Parenteral beslenme kaynaklı komplikasyonlar üç başlık altında toplanmaktadır (Tablo 1).

Kateter Kaynaklı Mekanik Komplikasyonlar

Kateter kaynaklı sık görülen mekanik komplikasyonlar; lümen tıkanması, kateterin yerinden çıkmasıdır.[5] Bunlara ek olarak; kateteri yerleştirememe veya yanlış yere yerleştirme, tromboemboli, hava embolisi veya kateter embolisi, hemotoraks veya pnömotoraks, lokal hematom, aritmi, şilotoraks, mediastinit ve kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları görülmektedir.[16]

Enfeksiyon Sonucu Oluşan Komplikasyonlar

Parenteral beslenen hastalarda; enfeksiyöz komplikasyonlar kateter kaynaklı ortaya çıkan kan dolaşımı enfeksiyonlarıdır. Bu süreçte kullanılan kateter seçimi ve takılan kateterin bakımı önemlidir. Enfeksiyona bağlı komplikasyon oranını azaltmak için; el hijyeni sağlanmalı, %2 klorheksidin ile cilt dezenfeksyonu yapılmalı, maksimum steril bariyer önlemleri alınmalı ve kateter yerleştirilmesi için ultrason rehberliği kullanılmalıdır.[5]

Metabolik Komplikasyonlar

Metabolik komplikasyonların başında değişen hidrasyon durumu, elektrolit bozuklukları ve hiperglisemi gelmektedir. Bu komplikasyonlar kritik hastalarda sık görülmektedir. Metabolik komplikasyonların insidansını azaltmak için erken teşhis çok önemlidir. Hastalar klinik ve laboratuvar bulguları açısından yakından takip edilmelidir. Sıvı dengesinin izlenmesi ve ayrıca ödem ve sıvı tutulmaması için günlük kontrolün yapılması, elektrolitlerin (özellikle fosfat, magnezyum ve kalsiyum), böbrek ve karaciğer fonksiyon (transaminazlar, bilirubin ve gammaglutamil transferaz) testlerinin kontrol edilmesi için iyi planlanmış bir laboratuvar izleme, uzun süreli parenteral beslenme durumunda (yani haftalar veya aylar), eser element eksikliklerini (selenyum, çinko ve bakır) ve

Tablo 1. Parenteral Beslenme Komplikasyonları[a]

Kateter ile İlişkili Mekanik Komplikasyonlar	Enfeksiyon Bağlı Komplikasyonlar	Metabolik Komplikasyonlar
• Arter yaralanması • Pnömotoraks • Emboli • Hemotoraks • Kateterin atriyum içinde yer değiştirmesi • Aritmi • Kateter tıkanması	• Kateter bölgesi enfeksiyonu • Septik flebit • Kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu	• Dehidratasyon • Hiperglisemi • Elektrolit dengesizliği • Karaciğer enzimlerinde yükselme • Hiperlipidemi • Eser element eksikliği • Ketoasidoz • Hipervolemi

[a]Cotogni P, Stragliotto S, Ossola M, Collo A, Riso S. The role of nutritional support for cancer patients in palliative care. Nutrients. 2021 Feb 1;13(2):1-16; Polat Dünya C, Dedeoğlu Demir B, Türen S. Yoğun Bakım Hastalarında Gastrointestinal Sistem Sorunları ve Beslenme. In: Enç N, editor. Yoğun Bakım Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2021. p. 340-345; Ertav FG. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Parenteral Beslenme Ve Uygulamaları İle İlgili Bilgi Düzeyleri. [ISTANBUL]; 2018 kaynaklarından uyarlanmıştır.[4,13,16]

ayrıca potansiyel anemi nedenlerini (B12 vitamini, folik asit, demir ve bakır) kontrol etmek için laboratuvar değerlerinin takibi planlanmalıdır.[5]

Hiperglisemi (glikoz >10 mmol/L veya >180 mg/dL), kritik hastalarda ciddi enfeksiyon ve organ işlev bozukluklarına neden olabileceği için yakından takip edilmelidir. Glikozun neden olabileceği anormallikleri engellemek için azaltılmış glikoz miktarına sahip parenteral beslenme formülasyonları tercih edilmelidir. Lipid kaynaklı anormallikler, parenteral beslenmedeki kritik hastalarda çok nadiren ortaya çıkmaktadır.[5]

Parenteral Beslenmede Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Parenteral beslenme uygulamalarında hemşirelerin rol ve sorumlukları şu şekilde sıralanabilir;

Tedavi Hazırlık ve Uygulama Süreci

- Parenteral beslenme solüsyonları hazırlanırken asepsi tekniklerine dikkat edilmeli,
- Parenteral beslenme solüsyonun tipi, miktarı ve hasta kimliği ile eşleşmesi kontrol edilmeli,
- Parenteral beslenme solüsyonunun bulunduğu torba sızıntı, yırtık, renk değişikliği ve bulanıklık açısından kontrol edilmeli,
- Üç bölmeli hazır parenteral beslenme solüsyonları hastaya takılmadan hemen önce karıştırılmalıdır. İlk olarak dekstroz ve aminoasit karıştırılmalı, hekim istemi ile takviye edilecek vitaminler, eser elementler, elektrolit eklenmeli, son olarak lipit bölümü karıştırılmalı. Solüsyonlar arası geçimsizliklerin gözlenebilmesi için bu sıra önemlidir.
- Lipit içeren solüsyonlar 24 saat içerisinde tüketilmeli, lipit içeriğinden oluşan solüsyonların infüzyonu 12 saat içerisinde tamamlanmalı, parenteral beslenme infüzyonları mutlaka infüzyon pompası ile gönderilmeli,
- Parenteral beslenme solüsyonlarına ilaç eklenmemeli. İlaç verilmesi gerekiyorsa ilaç etkileşimi mutlaka araştırılmalı,
- Geçimsiz ilaçlar kesinlikle ayrı IV yoldan verilmeli,
- Parenteral beslenme solüsyonuna etkinliği azalacağı için insülin eklenmemeli,
- Santral kateter aracılığıyla parenteral beslenme uygulanan hastalarda kateter tek lümenli ise sadece beslenme için kullanılmalı, aynı kateterden kan alma/verme işlemleri, antibiyotik ve kemoterapi gibi tedaviler yapılmamalı,
- %15 ve üzerindeki dekstroz solüsyonları ile %8,5 ve üzerindeki aminoasit solüsyonları tromboflebit riski nedeniyle santral kateter yolu ile verilmeli, periferal venlerden uygulanmamalı,
- Santral yoldan verilmesi gereken beslenme ürünü periferik yoldan verilmemeli,
- Parenteral beslenme solüsyonunda renk ve koku gibi değişiklikler gözlendiğinde infüzyon sonlandırılmalı,
- Parenteral beslenme solüsyonlarının hastaya takılmadan 2-4 saat önce buzdolabından çıkarılarak oda ısısına gelmesi sağlanmalı,
- TPN solüsyon torbası aseptik şartlarda setlenmeli,
- Parenteral beslenme kademeli olarak azaltılmalı veya arttırılmalı; hastaya yapılacak bir işlem nedeniyle bir anda kapatılmamalıdır.[3,5,13,14,16,19,20]

Komplikasyon Takibi ve Hasta Bakımı Süreci

- Parenteral yolla beslenen hastalar yan etkiler, komplikasyonlar ve gelişebilecek alerjik reaksiyonlar yönünden yakından izlenmeli,
- Parenteral beslenme desteği alan hastalarda günlük sıvı elektrolit dengesizlikleri, kan glikoz düzeyi takip edilmeli,
- Parenteral beslenme solüsyonları birden kesilmemeli, yavaş yavaş azaltılarak kesilmeli, beslenmeye ara verilecekse, hipoglisemiyi önlemek amacıyla kan şekeri takibi yapılmalı,
- Santral venöz kateter enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden takip edilmeli,
- Hastanın aldığı ve çıkardığı sıvı takibi yapılmalı ve kaydedilmeli, günlük kilo takibi yapılmalı,
- Hastanın yaşam bulguları düzenli aralıklarla ölçülmeli ve kaydedilmeli,
- Kateter bakımı aseptik teknik ile yapılmalı, kateterin giriş yeri kızarıklık, ödem ve akıntı yönünden gözlemlenmeli,
- Parenteral beslenme setleri enfeksiyonu önlemek için günlük olarak değiştirilmeli,
- Oral alımı olamayan hastalara düzenli olarak ağız bakımı yapılmalı,
- Hastanın gaita sıklığı, tipi ve miktarı takip edilmeli ve kaydedilmeli,
- Günlük aldığı-çıkardığı ve kilo takibi yapılmalıdır.[3,5,13,14,16,19,20]

Enteral Beslenme

Yeterli ve dengeli beslenme; sağlıklı büyüme ve gelişme, sağlığın korunması ve hastalık döneminde iyileşme için gereklidir. Çeşitli

nedenlerden dolayı bazı hastalarda oral beslenme azabilir veya tamamen gerçekleşmeyebilir. Enteral beslenme, beslenme gereksinimlerini oral yolla karşılayamayan veya yetersiz beslenen ancak gastrointestinal sistemi fonksiyonel olan hastalarda besin öğelerinin özel hazır beslenme solüsyonları ile sindirim kanalı yoluyla verilmesidir.[1,21]

Yetersiz beslenme ve uzun süreli açlık; gastrointestinal sistemin bariyer fonksiyonunu azalmasına, solunum yetmezliği ve sarkopeni gelişmesine, miyokardiyal kitlenin azalmasına, renal atrofi gelişmesi, diyastolik kardiyak disfonksiyon gibi sorunların artmasına neden olmaktadır.[22]

Yeterli oral besin alamayan hastalarda yoğun bakım ünitesine kabul edildikten sonraki 24-48 saat içinde enteral beslenme başlatılmalıdır. Enteral beslenme sağlamak sadece kalori sağlamaktan çok hastanın bağışıklık sisteminin korunmasına yardımcı olmakta, bağırsak bütünlüğünü desteklemekte ve hastalığın şiddetini azaltmaktadır. Erken enteral beslenme, sistemik inflamatuar yanıt gibi malnütrisyonun sonuçlarını hafifletebilir. Gastrointestinal sisteme giren ve kan akışını uyaran bir besin kaynağı olmadan, sistemik inflamatuar sitokinlerin kontrolü kaybolabilir, bu da sistemik inflamasyona ve potansiyel olarak zararlı sonuçlara yol açabilmektedir.[6]

Enteral beslenme desteği tıbbi bir tedavidir. Beslenme desteğinin planı, içeriği ve yönetimi ile ilgili kararlar multidisipliner beslenme ekipleri tarafından verilmelidir .[21]

Evde enteral beslenme, özellikle ayaktan bakıma artan güven nedeniyle, güvenilir ve etkili bir beslenme müdahalesi olarak kabul edilmektedir. Genellikle hastanede yatış sırasında başlar ve evde uzun süreli bir tedavi olarak devam eder.[21]

EB en sık baş ve boyun, üst gastrointestinal sistem kanserli palyatif bakım hastalarında kullanılmaktadır. Bu hastalarda hastalıkla ilgili mekanik ve fonksiyonel faktörlerin yanı sıra palyatif kemoterapi ve/veya radyoterapinin neden olduğu yan etkiler nedeniyle orofaringeal/özofageal disfaji veya gastrik obstrüksiyon/hareketsizlik EB'ye başlama endikasyonları arasında yer almaktadır.[8]

EB, düşük maliyetli ve daha az komplikasyon görülen beslenme seçeneği olmasının yanında malnütrisyonun ve metabolik durumun düzeltilmesini sağlayarak, mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır.[1,23]

Enteral Beslenmenin Avantajları

Enteral beslenmenin olumlu yönleri arasında, düşük maliyetli olması, intravenöz erişim ile ilgili risklerin olmaması, bakteriyel translokasyonu inhibe etmesi ve bağırsak fonksiyonlarının fizyolojik şekilde sürdürülmesi sayılmaktadır. Enteral beslenme enterik kan akımını uyarır, bağırsak bütünlüğünü koruyarak bariyer fonksiyonunu sürdürür, mukozal immünoglobulin ve kritik endojen büyüme faktörlerinin üretimini ve salınmasını sağlar. Beslenme ürünü ile alınan lif ve nişasta gibi polisakkaritler kolon lümeninde bakteriyel fermantasyona uğrarlar. Bakteriyel fermantasyon bağırsak lümeninin normal florasını korur ve mukozal bütünlüğünün sürdürülmesini destekler. Enteral beslenme hastanede kalış süresini, sık hastane yatışlarını, mortalite oranlarını ve bakım maliyetleri azaltır. Enteral beslenmenin avantajları şu şekilde özetlenebilir;

- Bağırsak fonksiyonlarının sürekliliğini sağlar.
- Lokal ve sistemik immün cevabı düzeltir ve epitelyal proliferasyonu arttırır.
- Komplikasyon riski düşük ve fizyolojik yanıtı yüksektir.
- Kateter gerektirmez ve katetere bağlı komplikasyon görülme riski yoktur.
- Fizyolojik beslenmeye uygundur.
- Uygulanması güvenli ve kolaydır.
- Parenteral beslenmeye göre ucuzdur.
- Metabolik ve septik komplikasyon görülme oranı azdır.
- Mortalite ve morbidite oranı oldukça düşüktür.
- Uygulanması için daha az sayıda ekip üyesine ihtiyaç var.
- Enteral beslenme ürününün kullanıma hazır olması uygulayıcı için bir kolaylıktır.[1,6,13,22,24]

Enteral Beslenmenin Dezavantajları

Enteral beslenmeye düşük infüzyon hızı ile başlanılması günlük alınması hedeflenen kalorinin alınamamasına ve sıklıkla negatif protein-enerji dengesine neden olabilmektedir.[22]

Enteral Beslenmenin Endikasyonları

Üç günden daha uzun süreli oral alımı bozulan veya bozulması beklenen kritik hastalarda 24-48 saat içerisinde enteral beslenme endikasyonu vardır.[13]

ESPEN kılavuzları, gastrointestinal sistem işlevsel olduğunda ve beslenme müdahalelerine (beslenme danışmanlığı ve oral beslenme desteği) rağmen oral beslenme yetersiz kaldığında enteral beslenmenin ilk olarak düşünülmesi gerektiğini önermektedir.[2]

Enteral beslenme endikasyonları;

- Malnütrisyon
- Engellenemeyen kusma
- Mekanik bağırsak obstrüksiyonu
- Paralitik ileus
- Ciddi enterit ve perinonit
- Ciddi diyare
- Üst gastrointastinal sistem kanaması
- Bilinç kaybı
- Yutma güçlüğü
- Organ yetersizlikleri
- Malabsorbsiyon[1,13]

Enteral beslenme uygulamasında hastanın nörolojik sorunlarının varlığı, çiğneme kaslarının durumu, yutma refleksinin durumu gibi bulgular mutlaka değerlendirilmelidir. Beslenme miktarı bağırsak tolerasyonuna ve hastalığın prognozuna göre klinisyenler tarafından belirlenmelidir. Beslenmeye başlama sürecinde 20-25 kcal/kg aşmayacak beslenme planı oluşturulmalı, ameliyat sonrası oral alımı tolere edemeyen ciddi malnütrisyonlu hastalarda 1-2. günlerde, orta derecede malnütrisyonlu hastalarda 3-5. günlerde, normal ve kilolu hastalarda 7. günde başlanmalıdır.[1,13]

Enteral Beslenmenin Kontrendikasyonları

Enteral beslenme; beslenmenin olumsuz etkilendiği birçok olguda ilk seçenek olmasına rağmen; intestinal fonksiyonun yetersizliği, intestinal obstrüksiyon, bağırsak erişiminin sağlanamaması, yüksek

kayıplı intestinal fistül, dismotilite, peritoneal karsinomatozis, malabsorpsiyon, karın ağrısı veya intolerans ve terminal dönemdeki hastalarda kullanılmamaktadır.[4,22] Enteral beslenme, geniş bağırsak rezeksiyonu, yüksek debili ileostomi veya bağırsak fistülü olan kanser hastalarının beslenme ihtiyaçlarını ve ayrıca beslenmeye bağlı semptomların (peritoneal karsinomatoza bağlı mide bulantısı, kusma, ishal, karın ağrısı ve kabızlık) varlığını tolere edemeyebilir.[15]

Kritik hastalıklarda gastrik boşalma genellikle bozulmaktadır. Bu durum enteral beslenme sırasında gastrik rezidü volümün artmasına neden olur. Gastrik rezidüel volüm arttığında aspirasyon riski nedeniyle enteral beslenme durdurulur. Beslenme toleransının takibi için gastrik rezidüel volüm ölçümünün kullanımı tartışmalı bir konudur.[3] Güncel bir meta analizde gastrik rezidüel volümün izlenmemesinin kritik hastalarda beslenme intoleransı oranını azalttığını ve mortaliteyi ve ventilatörle ilişkili pnömoniyi artırmadığı bildirilmiştir.[25]

Enteral Beslenme Yolları

Enteral beslenmede farklı yol ve girişimler uygulanmaktadır. Enteral beslenme yolunun seçimi, kullanılacak tüp ile beslenme süresine, hasta ve bakım verenlerin gereksinimleri ve tercihlerine göre değişiklik gösterse de en önemli belirleyici hastanın tanısı ve beslenme süresidir.[1,4] Enteral beslenme; oral yolla ve enteral tüp ile beslenme olmak üzere ikiye ayrılır. Enteral beslenmenin 4-6 haftadan daha kısa süre içinde tamamlanması planlanıyor ise nazogastrik ve nazojejunal yolun, 6 haftadan daha uzun süre sürdürülmesi gerekiyor ise gastrostomi ve jejunostomi tüpü aracılığıyla beslenme tercih edilmektedir.[4] Enteral beslenme yolları dörde ayrılır;

I. Ağız Yoluyla Enteral Beslenme
   a) Zenginleştirilmiş normal gıda
   b) Sıvılaştırılmış normal gıda
   c) Lezzetlendirilmiş elemental gıda
II. Tüple Enteral Beslenme
   a) Nazogastrik tüp
   b) Nazojejunal tüp
III. Gastrostomik Tüp ile Enteral Beslenme
   a) Perkütan Endoskopik Gastrostomi
   b) Radyolojik Yerleştirilmiş Gastrostomi
   c) Cerrahi Gastrostomi
IV. Jejunostomi Tüpü ile Enteral Beslenme
   a) Endoskopik Jejunostomi
   b) Radyolojik Jejunostomi
   c) Cerrahi Jejunostomi[1,22,24]

Mide cihazları arasında perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) altın standart iken, radyolojik olarak yerleştirilmiş gastrostomi (RIG) veya endoskopik olarak yönlendirilmiş bir tüp yerleştirilemediğinde cerrahi gastrostomi yapılması önerilmektedir. Mide obstrüksiyonu/hareketsizliği durumunda uzun süreli jejunal erişim (endoskopik veya cerrahi jejunostomi) bir seçenek olabilir. Kısa süreli enteral beslenme düşünüldüğünde (genellikle 6 haftaya kadar) ve/veya sağ kalım belirsiz olduğunda nazogastrik tüp (NG) veya nazojejunal tüp (NJ) yerleştirilmesi düşünülebilir.[4]

Yutkunamayan baş ve boyun kanserli hastalarda, evde bakım ortamında beslenme desteği sağlamak için NG veya gastrostomi yoluyla enteral yol kullanımı hidrasyon, beslenme ve ilaç tedavisine olanak sağlayan bir strateji olabilir.[3,26]

Literatürde, palyatif özofagus kanserli hastalarda uzun süreli beslenme desteği için PEG kullanımı önerilmektedir.[4]

Baş boyun kanserli hastalarda; nazogastrik tüp ile beslemenin PEG ile beslemeye göre komplikasyon oranlarının daha düşük, başarı oranlarının ise yüksek olduğu bildirilmiştir.[24]

Hastaya en uygun enteral beslenme yöntemi avantaj ve dezavantajları ayrıntılı olarak değerlendirilerek seçilmelidir (Tablo 2).[15,22,24,27]

Enteral Beslenme Yöntemleri

Enteral beslenme dört şekilde uygulanmaktadır.

Sürekli Besleme

Sürekli besleme, genellikle 20-50 mL/saat hızında başlatılan ve her 4-24 saatte bir 10-25 mL/saat hedef hıza kadar ilerleyen 24 saat boyunca elektrikli enteral besleme pompası ile sağlanır. Bu yöntem, kritik hastalığı olan, solunum yetmezliği nedeniyle entübe edilen, postpilorik tüp ile beslenen, aralıklı veya bolus beslenmeyi tolere edemeyen hastalar için seçilir. Çoğu yoğun bakım ünitesi tarafından sürekli besleme tercih edilse de bu durum yalnızca birkaç eski çalışma tarafından desteklenmektedir.[27,28]

Döngüsel Besleme

Döngüsel besleme, istenen formül hacminin uygulama saati sayısına bölünmesiyle hedef infüzyon hızının belirlendiği <24 saatlik bir süre boyunca elektrikli enteral besleme pompasıyla beslemeyi içerir. İnfüzyon süresi, hastanın hacim toleransına bağlı olarak 8-24 saat/gün arasında değişebilir. Bu yöntem, mide veya ince bağırsakta sonlanan beslenme tüpleri olan hastalarda kullanılabilir. İyileşme sürecinde hastalar, gün boyunca hastanın iştahını uyarmak için sürekli beslenmeden gece döngüsel beslenmeye geçebilir. Ayrıca hastaları bir besleme setinden veya pompadan kurtararak hareketliliğini artırır.[27,28]

Aralıklı Besleme

Aralıklı EB genellikle infüzyon pompasıyla veya yer çekimi ile damlatma yöntemiyle 20-60 dakika içinde verilir. Yerçekimi ile damlatma yönteminde formül, bir besleme torbasından yerçekimi ile bir besleme tüpüne akar. İnfüzyon hızı, damla sayacı ile ayarlanır. Aralıklı beslenmede, hastanın beslenme ihtiyacına göre günde 4-6 kez 240-720 mL hacimde besleme verilir. Bu besleme yöntemi, beslemeler arasında daha fazla hasta hareketliliğine izin verdiği için sürekli/döngüsel beslemeden daha fizyolojiktir. Tolere edilirse, yaşam kalitesini iyileştirmek için her beslemenin hacmi artırılabilir ve toplam besleme sayısı azaltılabilir.[27,28]

Bolus Besleme

Bolus besleme, genellikle 4-10 dakika gibi kısa bir süre boyunca enjektör veya yerçekimi ile damlatma yoluyla uygulanır. Genellikle hastaya günde 3-6 kez 240 mL hacimde besleme yapılır. Bu hızlı infüzyon yöntemiyle sağlanan besleme, diyareye ve/veya aspirasyona neden olabilir. Bu nedenle bolus beslenme genellikle tıbbi açıdan stabil, beslenme tüpleri midede sonlanan hastalara uygulanır. Gastrostomi tüpü olan hastalarda bolus beslemede sadece ticari sıvı formüller değil, karıştırılmış gıda veya

Tablo 2. Enteral Beslenme Yöntemleri, Endikasyonları, Yerleştirme Yöntemi, Avantajları, Dezavantajları[a]

Enteral beslenme yöntemleri	Endikasyonları	Avantajları	Dezavantajları
Nazogastrik	Kısa süreli kullanım.	Takılması ve değiştirilmesi kolay, gastrik pH kontrolü sağlanır, bolus beslenme yapılır.	Yanlış yerleşim komplikasyonları, sinüzit, burun kanaması, burun nekrozu, özofagus darlıkları ve eroziv özofajit görülür.
Nazoduodenal, nazojejunal	Kısa süreli fonksiyonel gastrointestinal yolu olan ancak geç mide boşalması, reflü sorunları olan hastalarda uygundur.	Jejunum içine giren beslenme tüpleri mide dekompresyonunu sağladığı için aspirasyon riski düşüktür.	Kolayca tıkanır veya yer değiştirir, aspirasyon riski, yanlış yerleşim, midede yer değiştirme ve reflü, sinüzit, burun kanaması ve burun nekrozu gibi sorunlar görülür. Sürekli infüzyon ile beslenme gerektirir.
Gastrostomi	Uzun süreli enteral beslenme	Bolus beslenmede geniş çaplı borunun tıkanması daha düşük olasılıktır.	Kanama, perforasyon, aspirasyon riski, peritonit, yerinden çıkma, peristomal enfeksiyon ve granülasyon gelişebilir.
Jejunostomi	Uzun süreli fonksiyonel gastrointestinal yolu olan ancak geç gastrik boşalma, reflü, aspirasyon riski ve gastroparezi gibi sorunları olan hastalarda kullanılır.	Aspirasyon riski düşüktür.	Kanama, enfeksiyon, perforasyon, yerinden çıkma ve periton boşluğuna sızıntı, oklüzyon, pnömatoz, bağırsak iskemisi ve enfarktüs, bağırsak tıkanıklığı görülür. Değiştirilmesi zordur, sürekli infüzyon uygulaması gerektirir.

[a]Orrevall Y, Tishelman C, Permert J, Lundström S. A national observational study of the prevalence and use of enteral tube feeding, parenteral nutrition and intravenous glucose in cancer patients enrolled in specialized palliative care. *Nutrients*. 2013 Jan 22;5(1):267-282; Kahveci G. Perkütan Endoskopik Gastrostomi Tüpü İle Beslenen Hastalara Bakım Veren Bireylerin Enteral Beslenme Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. [Istanbul]; 2020; Scott R, Bowling TE. Enteral tube feeding in adults. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*. 2015 Mar 1;45(1):49-54; Blumenstein I, Shastri YM, Stein J. Gastroenteric tube feeding: Techniques, problems and solutions. *World Journal of Gastroenterology* : WJG. 2014 Jul 14;20(26):8505 kaynaklarından uyarlanmıştır.[15,22,24,27]

viskozitesi koyulaştırılmış formül de uygulanabilir. Bolus beslemenin bir avantajı, ilacın beslenmeden ayrı olarak uygulanabilmesidir. Ayrıca bu yöntem normal beslenme düzenine çok benzer, beslenmeye kadar geçen süreyi uzatır, hareket özgürlüğü ve daha konforlu bir yaşam sağlar.[27,28]

Literatürde herhangi bir belirli besleme yönteminin diğerlerinden daha üstün olduğunu gösteren hiçbir kanıta rastlanamamıştır.

Enteral Beslenmenin Komplikasyonları

Enteral beslenmenin komplikasyonları dört ana başlık altında toplanabilir (Tablo 3).

Mekanik Komplikasyonlar

En sık görülen mekanik komplikasyonlar kullanılan besleme tüplerinden kaynaklanmaktadır. Tüpün tıkanması, tüpün yerinden çıkması, iritasyon, ses kısıklığı, laringeal ülserasyon, trakeozofageal fistül ve duedonal perforasyon görülmektedir.[24,28]

Gastrointestinal Komplikasyonlar

Gastrointestinal komplikasyonlar arasında bulantı-kusma, diyare/konstipasyon, abdominal distansiyon, kramp, ilaç etkileşimleri, gastrik rezidüel volüm fazlalığı ve reflü yer almaktadır.[24,28]

Bulantı-Kusma; enteral beslenen hastalarda mide boşalma süresinin uzaması, besinlerin bolus infüzyonla uygulanması, hastanın pozisyonu, besin intoleransı ve obstrüksiyon gibi nedenlerle gelişmektedir. Bulantı-kusması olan hastalarda ilk belirti abdominal dolgunluk ve rahatsızlık hissinin olmasıdır.[29]

Diyare; enteral beslenme solüsyonlarının kontamine olması veya bakteri üremesi, yüksek osmolariteli solüsyonların kullanımı, yağ intoleransı, tedavide kullanılan sorbitol içeren ilaçlar ve antibiyotik kullanımı diyare gelişmesine neden olmaktadır.[30]

Konstipasyon; enteral beslenen hastalarda uzun süren hareketsizliğe bağlı bağırsak motilitesinin azalması, yoğun kalorili solüsyonların kullanılması, su alımının az olması ve lif, laktoz içeriği düşük olan solüsyonların kullanılması sonucu gelişmektedir.[29]

Gastrik rezidüel volümün fazla olması; enteral tüp ile beslenen hastalarda mide içeriğinin enjektör yardımıyla çekilerek kontrol edilmesi işlemine gastrik rezidüel volüm ölçümü denir. Gastrik rezidüel volümün fazla olması, enteral beslenmeyi olumsuz etkiler ve aynı zamanda aspirasyon riskini de artırır.[30] Aspirasyon riskini önlemek için hastaların yatak başı 30° ile 45° yükseltilmiş olması önerilir. Bir hastanın gastrik rezidüel volümü yüksek olduğunda prokinetik ajanların uygulanması, enteral beslenme toleransını artırabilir ve beslenmenin kesintiye uğradığı süreyi azaltabilir.[6]

Sürekli beslenme uygulanan hastalarda aspirasyon riski açısından beslenmenin ilk saatlerinden itibaren gastrik rezidüel volümün izlenmesi önemlidir. Beslenmenin başlangıcından itibaren her dört saatte bir, sonra sekiz saatte bir tam volüm ve tolerans değerlendirilir ve günlük gastrik rezidüel volümü ölçülür.[30]

Abdominal Distansiyon; beslenme solüsyonlarının osmolaritesi, solüsyonların içerdiği yağ miktarı, hastanın kullandığı ilaçlar ve gastrik atoni gibi nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Ayrıca beslenme solüsyonlarının sıcak ve soğuk olması da distansiyona neden olmaktadır.[29]

Tablo 3. Enteral Beslenme Komplikasyonları[a]

Mekanik Komplikasyonlar	Gastrointestinal Komplikasyonlar	Metabolik Komplikasyonlar	Diğer Komplikasyonlar
• İrritasyon • Tüpün yer değişikliği • Tüp tıkanıklığı • Ses kısıklığı • Laringeal ülserasyon • Özefageal ülserasyon, erezyon • Trakeozofageal fistül • Duodenal perferasyon	• Bulantı • Kusma • Diyare/konstipasyon • Abdominal distansiyon • Reflü • Kramp • İlaç etkileşimleri • Gastrik rezidüel volümün fazla olması	• Aşırı hidrasyon • Hiperglisemi • Elektrolit dengesizliği • Refeeding sendromu	• Aspirasyon pnömonisi • Cerrahi ve girişimsel işlemlerde yara infeksiyonaları • Besinlerin kontominasyonu ile sonuçlanan enfeksiyon • Peritonit

[a]Horasan E. Beslenme Uygulamaları. In: Durna Z, editor. *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Istanbul: Akademi; 2013. p. 562-70; Polat Dünya C, Dedeoğlu Demir B, Türen S. Yoğun Bakım Hastalarında Gastrointestinal Sistem Sorunları ve Beslenme. In: Enç N, editor. *Yoğun Bakım Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2021. p. 340-345 kaynaklarından uyarlanmıştır.[1,13]

Metabolik Komplikasyonlar

Enteral beslenmede ortaya çıkan metabolik komplikasyonlar arasında dehidratasyon, elektrolit dengesizliği, refeeding sendromu ve hiperglisemi yer almaktadır.

Dehidratasyon; aşırı sıvı kayıplarına ve yetersiz sıvı alımına bağlı gelişir.

Hiperglisemi; hastalara kalori değeri yüksek besinlerin verilmesi ve yetersiz dozda insülin uygulanmasına bağlı gelişebilir.

Elektrolt dengesizliği; sodyum dengesizlikleri aşırı hidrasyon ya da yetersiz sıvı alımına, potasyum dengesizlikleri refeeding sendromu, diyare, potasyumun fazla alınması veya renal fonksiyonlarda yetersizlik nedeniyle, fosfat dengesizlikleri refeeding sendromu ve böbrek fonksiyonlardaki yetersizlik nedeniyle gelişmektedir.[30]

Yeniden beslenme sendromu (Refeeding sendrome); uzun süre devam eden açlık veya beslenememe sonrasında tekrar beslenmeye başlandığında gelişen ciddi elektrolit ve metabolik bozukluktur. Sendrom hipokalemi, hipofosfatemi ve hipomagnezemi ile karakterizedir ve büyük olasılıkla tokluk durumla ilişkili olan insülin atılımındaki ani artışa aracılık eder. Sendrom erken tanınıp ele alınmazsa, hastalarda kardiyak, solunum, karaciğer ve nöromüsküler sistemleri etkileyebilecek metabolik ve patofizyolojik komplikasyonlar gelişebilir ve bu da artan morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır.[6]

Yeniden beslenme sendromu, adım adım ve hastaya özel besleme protokolü ile önlenebilir. Yeniden beslenme sendromunu önlemenin kilit noktaları, serum elektrolit seviyelerinin, sıvı dengesinin ve organ fonksiyonlarının optimal yönetimini ve günlük olarak izlenmesini sağlamaktır. Refeeding sendromu riski altındaki hastalarda, profilaktik bir fosfat takviyesi sağlamak ve ayrıca serum fosfat seviyelerini sıkı bir şekilde izlemek çok önemlidir. Ayrıca, sıvı dengesini korumak için sodyum ve intravenöz (IV) sıvı uygulaması sınırlandırılmalıdır.[5]

Diğer Komplikasyonlar

Enteral beslenmeye bağlı diğer komplikasyonlar arasında aspirasyon pnömonisi, cerrahi ve girişimsel işlemlerde yara infeksiyonları, besinlerin kontaminasyonu ile sonuçlanan enfeksiyon ve peritonit yer almaktadır.

*Aspirasyon Pnömonisi; ent*eral beslemeye bağlı gelişebilen ciddi ve ölümcül olabilen komplikasyondur. Akciğer grafisi görüntüleme sonuçları ve yeni gelişen öksürük, pürülan balgam ve ateş varlığı semptomları doğrultusunda tanı konulmaktadır. Hastada aspirasyon pnömonisini önlemek için beslenme sırasında yarı oturur pozisyonda olması (30°–45° açıyla) önerilmektedir. Bu pozisyon beslemenin tamamlanmasından sonra bir saat boyunca korunmalı ve ağız bakımı rutin olarak yapılmalıdır.[22]

Enteral Beslenmede Hemşirenin Rol ve Sorumluluklar

Enteral beslenmede hemşirenin rol ve sorumlulukları şu şekilde sıralanabilir;

Tüp Takılması ve Bakım Süreci

- Gastrostomi takılması planlanan hastaların mide içeriği en az 8 saat öncesinde boşaltılmalı,
- Gastrostomi açıldıktan 24 saat sonra önce su ile beslemeye başlayıp yavaş yavaş enteral ürünlere geçilmeli,
- Hastaya NG ile beslenmeye başlanılan ilk saatlerde 4 saatte bir, daha sonra 8 saate bir, tam doza geçildiğinde ise günlük gastrik rezidüel volümü bakılmalı,
- Gastrik rezidüel volüm; intestinal tüplerde volüm >200 ml, gastrostomilerde volüm >150 ml olması durumunda hekime bilgi verilmeli,
- NG ile beslenen hastaya 4 saatte bir, tüpten ilaç uygulanıyorsa ilacı vermeden önce ve sonra 20-30 ml ılık içme suyu ile tüpün içi yıkanarak tıkanıklık önlenmeli,
- PEG tüpü takılan hastada stoma alanı %0.9 NaCl solüsyon veya antiseptik solüsyonla (örn., Betadin) silindikten sonra steril gazlı bez ile kapatılmalı, stoma çevresi enfeksiyon bulguları açısından düzenli kontrol edilmeli,
- Enteral yolla ilaç verilecek ise ilacın sıvı formları tercih edilmelidir. Sıvı formu olmayan tablet ilaçlar ise steril ya da filtre edilmiş en az 30 ml ılık su ile seyreltilerek hastaya verilmelidir.[3,6,13,22,24,28,31]

Tedavi Hazırlık ve Uygulama Süreci

- Hastaya NG ile beslenme yapılacak veya ilaç uygulanacak ise aspirasyon riski ve reflüyü önlemek için hastanın başı 30- 45 derece yüksekte olacak şekilde yarı oturur pozisyon verilmeli,
- Beslenme ürünlerinin sıcaklığına dikkat edilmeli. Kapağı açıldıktan sonra kalan buzdolabında saklanmalıdır. Verilecek

besinler oda ısısında (15-25°C) olmalı,
- Beslenme solüsyonları 4 saatten fazla asılı kalmamalı,
- Enteral beslenen hastalarda ilaç uygulamaları yapılırken hava girmemesine dikkat edilmeli,
- İlaç uygulamasında önce sıvı ilaçlar sonrasında tablet ilaçlar iyice ezilerek verilmeli,
- Tüpler her ilaç öncesi ve sonrası 25-50 ml su ile yıkanmalı,
- Beslenme torbası ve seti tüm bağlantıları ile birlikte 24 saatte bir değiştirilmeli, açılan ürünler 6-8 saat içinde tüketilmelidir.[3,6,13,22,24,28,31]

Komplikasyon Takibi ve Hasta Bakımı Süreci

- Hastanın genel durumu, laboratuvar sonuçları ve tedavi protokolü incelenmeli,
- Hastanın yaşam bulguları değerlendirilmeli,
- NG olan hastanın bakımında ağız, burun ve tüp bakımı yapılmalı, bakımın devamlılığı sağlanmalı ve cilt bütünlüğü korunmalı,
- Dişler düzenli fırçalanmalı ve oral mukoza nemlendirilmeli,
- Komplikasyon riski azaltılmalı ve olası komplikasyonları erken dönemde belirlenmeli,
- Her 6 saatte bir kan şekeri takibi yapılmalı ve hiperglisemi durumunda hekime bilgi verilmelidir.[3,6,13,22,24,28,31]

Sonuç

Yaşam fonksiyonların devamlılığı ve sürdürülebilirliği için önemli olan beslenme, palyatif bakım hastaları için kritik bir role sahiptir. Günlük besin ihtiyaçlarının hastaya özel olarak belirlenmesi, hasta tercihine göre alınması ve takibinin sağlanması gerekmektedir. Bu süreçte hastaları yönlendiren, takip eden ve onların en büyük destekçisi olan sağlık profesyonellerine çok büyük iş düşmektedir. Hekim, hemşire ve beslenme uzmanları multidisipliner ekip anlayışıyla hastaların beslenme sürecini yakından takip etmeli ve beslenmenin ne kadar önemli olduğu konusunda hastaları bilgilendirmelidir. Hastaların her zaman yanında olan ve onları yakından takip eden hemşireler; hastaların günlük oral besin alım miktarlarının takibinin ne kadar önemli olduğu, hangi durumlarda beslenme yönteminin değiştirilmesi gerektiği, beslenme yöntemine göre ürünlerin doğru hazırlanması, uygulanması ve komplikasyonların neler olduğunu çok iyi bilmeleri gerekmektedir. Girişimsel uygulama yapılan hastalarda risk faktörleri bilinmeli, hasta ve yakınları bilgilendirilerek hangi durumlarda hekim ve hemşiresi ile iletişime geçeceği konularında mutlaka bilgilendirme yapılmalı, oluşabilecek sorunlar öngörülerek gerekli önlemler alınmalıdır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Horasan E. Beslenme Uygulamaları. In: Durna Z, editor. *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Istanbul: Akademi; 2013. p. 562-70.
2. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN Guideline ESPEN practical guideline: *Clinical Nutrition in cancer.* 2021; [Crossref]
3. Al-Dorzi HM, Arabi YM. Nutrition support for critically ill patients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2021 Nov 13;45(S2):47-59. [Crossref]
4. Cotogni P, Stragliotto S, Ossola M, Collo A, Riso S. The role of nutritional support for cancer patients in palliative care. *Nutrients*. 2021 Feb 1;13(2):1-16. [Crossref]
5. Cotogni P. Management of parenteral nutrition in critically ill patients. *World J Crit Care Med*. 2017;6(1):13-20. [Crossref]
6. VanBlarcom A, McCoy MA. New nutrition guidelines: Promoting enteral nutrition via a nutrition bundle. *Critical Care Nurse*. 2018 Jun 1;38(3):46-52. [Crossref]
7. Arends J, Strasser F, Gonella S, Solheim TS, Madeddu C, Ravasco P, et al. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines.. *ESMO Open*. 2021 Jun 1;6(3). [Crossref]
8. Baldwin C, Spiro A, Ahern R, Emery PW. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2012 Mar 7;104(5):371-385. [Crossref]
9. Bourdel-Marchasson I, Blanc-Bisson C, Doussau A, Germain C, Blanc JF, Dauba J, et al. Nutritional advice in older patients at risk of malnutrition during treatment for chemotherapy: A two-year randomized controlled trial. *PLoS ONE*. 2014;9(9). [Crossref]
10. Furuta M, Yokota T, Tsushima T, Todaka A, MacHida N, Hamauchi S, et al. Comparison of enteral nutrition with total parenteral nutrition for patients with locally advanced unresectable esophageal cancer harboring dysphagia in definitive chemoradiotherapy. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2019 Nov 26;49(10):910-918. [Crossref]
11. Özcan S, Vatansever S (2014). Kanser Kaşeksisi, In; Onkoloji Hemşireliği, Ed.:Can G, 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Istanbul. s: 416.
12. Yu HM, Tang CW, Feng WM, Chen QQ, Xu YQ, Bao Y. Early Enteral Nutrition Versus Parenteral Nutrition After Resection of Esophageal Cancer: a Retrospective Analysis. *Indian Journal of Surgery*. 2017 Feb 1;79(1):13-18. [Crossref]
13. Polat Dünya C, Dedeoğlu Demir B, Türen S. Yoğun Bakım Hastalarında Gastrointestinal Sistem Sorunları ve Beslenme. In: Enç N, editor. *Yoğun Bakım Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2021. p. 340-345.
14. Worthington P, Balint J, Bechtold M, Bingham A, Chan LN, Durfee S, et al. When is parenteral nutrition appropriate? *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2017 Mar 1;41(3):324-377. [Crossref]
15. Orrevall Y, Tishelman C, Permert J, Lundström S. A national observational study of the prevalence and use of enteral tube feeding, parenteral nutrition and intravenous glucose in cancer patients enrolled in specialized palliative care. *Nutrients*. 2013 Jan 22;5(1):267-282. [Crossref]
16. Ertav FG. *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Parenteral Beslenme Ve Uygulamaları İle İlgili Bilgi Düzeyleri*. [ISTANBUL]; 2018.
17. Bouchoud L, Fonzo-Christe C, Klingmüller M, Bonnabry P. Compatibility of Intravenous Medications With Parenteral Nutrition. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2013 May 1;37(3):416-424. [Crossref]
18. Cotogni P. Enteral versus parenteral nutrition in cancer patients: Evidences and controversies. Vol. 5, *Annals of Palliative Medicine*. AME Publishing Company; 2016. p. 42-49.
19. Boullata JI, Mirtallo JM, Sacks GS, Salman G, Gura K, Canada T, et al. Parenteral nutrition compatibility and stability: A comprehensive review. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2022 Feb 1;46(2):273-299. [Crossref]
20. Mert Biberoğlu F. Parenteral Beslenme ve Sorunları. [cited 2022 Mar 23]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/336252714
21. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jon-

kers-Schuitema C, et al. ESPEN Guideline *ESPEN guideline on home enteral nutrition*. 2019; [Crossref]
22. Kahveci G. Perkütan Endoskopik Gastrostomi Tüpü İle Beslenen Hastalara Bakım Veren Bireylerin Enteral Beslenme Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. [Istanbul]; 2020.
23. Chow R, Bruera E, Chiu L, Chow S, Chiu N, Lam H, et al. Enteral and parenteral nutrition in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Palliative Medicine*. 2016;5(1):30-41. [Crossref]
24. Scott R, Bowling TE. Enteral tube feeding in adults. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*. 2015 Mar 1;45(1):49-54. [Crossref]
25. Wang Z, Ding W, Fang Q, Zhang L, Liu X, Tang Z. Effects of not monitoring gastric residual volume in intensive care patients: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2019 Mar 1;91:86-93. [Crossref]
26. Cocks H, Ah-See K, Capel M, Taylor P. Palliative and supportive care in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol*. 2016 May 1;130(S2):S198-207. [Crossref]
27. Blumenstein I, Shastri YM, Stein J. Gastroenteric tube feeding: Techniques, problems and solutions. *World Journal of Gastroenterology* : WJG. 2014 Jul 14;20(26):8505. [Crossref]
28. Ichimaru S. Methods of Enteral Nutrition Administration in Critically Ill Patients: Continuous, Cyclic, Intermittent, and Bolus Feeding. *Nutr Clin Pract*. 2018 Dec 1;33(6):790-795. [Crossref]
29. Azizi A. Güncel Parenteral Beslenme Tedavisi Uygulanan Hastaların Değerlendirilmesi, Kateterle İlişkili Gelişen Komplikasyonların Sıklıkları ve Özellikleri. 2017.
30. Koçhan E. Hemşirelerin parenteral beslenme konsunda bilgi düzeylerinin ölçümü. 2018;
31. Sánchez-Sánchez E, Ruano-álvarez MA, Díaz-Jiménez J, Díaz AJ, Ordonez FJ. Enteral nutrition by nasogastric tube in adult patients under palliative care: A systematic review. Vol. 13, *Nutrients*. MDPI AG; 2021. [Crossref]

BÖLÜM 22
PERKÜTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ

Hatice DEMİRDAĞ
Nuray AKYÜZ

DOI: 10.5152/1822

Perkütan Endoskopik Gastrostomi

Percutaneous Endoscopic Gastrostomy

BÖLÜM HAKKINDA

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele eden bireylerde yaşam kalitesini artırmak veya sürdürmek amacıyla sunulan bir bakım hizmetidir. Palyatif bakımda semptom yönetimi ön plandadır ve hastalar, yaşamlarını sürdürebilmek için gerekli olan beslenme konusunda önemli sorunlar yaşayabilirler. Gastrointestinal sistem (GIS) fonksiyonları normal olan ancak yeterli miktarda katı veya sıvı gıdaları alamayan ve uzun süreli beslenme desteğine ihtiyaç duyan hastalar için Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) uygulaması kullanılmaktadır. Hastalara PEG uygulamasından sonra, hastanın primer hastalığı ve buna bağlı semptomları göz önünde bulundurularak, uygun beslenme programları oluşturulmalıdır. Bu programların sağlık profesyonelleri tarafından düzenlenmesi, takip edilmesi ve hasta yakınları veya bakım veren kişilere gerekli eğitimlerin verilmesi önemlidir. PEG uygulamasının ardından, PEG bölgesinin düzenli olarak izlenmesi, olası komplikasyonların önlenmesi veya erken dönemde fark edilmesi ve yönetilmesi gerekmektedir. Bu süreçte, hastanın beslenmesinin sürekli izlenmesi ve hasta ile bakım verenlerin eğitilmesi kritik bir rol oynar. Hemşirelerin, PEG yoluyla beslenen palyatif bakım hastalarına sundukları bakım, uygulamanın başarısı için vazgeçilmezdir. Hemşireler, PEG'in takılması, bakımı, komplikasyonların izlemi, beslenme izlemleri ve eğitim konularında aktif rol almalıdırlar. Bu nedenle, bu bölümde PEG yoluyla beslenen palyatif bakım hastalarında dikkat edilmesi gereken konulara dair kapsamlı bilgiler sunulmakta ve uygulama sırasında dikkat edilmesi gereken noktalar ayrıntılı olarak açıklanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Endoskopi, gastrostomi, beslenme, hemşire

ABOUT the CHAPTER

Palliative care is a care service provided to improve or maintain the quality of life in individuals struggling with life-threatening diseases. In palliative care, symptom management is at the forefront and patients may experience significant problems with nutrition, which is necessary to sustain their lives. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) is used for patients with normal gastrointestinal system (GIS) functions but cannot take sufficient amounts of solid or liquid foods and need long-term nutritional support. After PEG, appropriate nutrition programmes should be established considering the patient's primary disease and related symptoms. It is important that these programs are organized and monitored by healthcare professionals and that the necessary training is provided to the patient's relatives or caregivers. Following PEG placement, the site should be monitored regularly and possible complications should be prevented or recognised and managed in the early period. In this process, continuous patient nutrition monitoring and educating the patient and caregivers play a critical role. The care nurses provide to palliative care patients fed through PEG is indispensable for the application's success. Nurses should take an active role in PEG insertion, care, monitoring of complications, nutritional monitoring and education. Therefore, this chapter provides comprehensive information on the issues that should be considered in palliative care patients fed via PEG and explains in detail the points to be considered during the application.

Keywords: Endoscopy, gastrostomy, nutrition, nurse

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Kitabın bu bölümü tamamlayan öğrenciler:

1. Perkütan Endoskopik Gastrostominin (PEG) endikasyon ve kontrendikasyonunu tanımlar.
2. PEG hastasında izlenmesi gereken parametreleri açıklar.
3. PEG komplikasyonları hakkında bilgi sahibi olur. Bu komplikasyonların önlenmesi ve erken fark edilmesinin öneminini açıklar.
4. PEG yolu ile beslenmeyi öğrenir.
5. PEG bakımını ve hasta/ailenin eğitiminde açıklaması gereken noktaları öğrenir.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Hatice Demirdağ[1]

Nuray Akyüz[2]

[1] Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye
[2] Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-posta: hatice.demirdag@uskudar.edu.tr
nuray.akyuz@iuc.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Demirdağ H, Akyüz N. Perkütan Endoskopik Gastrostomi. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 225-231.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ T.C. CERRAHPAŞA 1453

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG):** Beslenme desteği sağlamak amacıyla endoskopik yöntemle gastrostomi açılmasıdır.

2. **Nekrotizan fasiit (Fasya tabakalarının nekrozu):** PEG yerleşim bölgesi çevresinde kızarıklık, büller, ağrı ve ateş ile kendini gösteren, ani, akut başlangıçlı ve hızlı ilerleyen yumuşak doku enfeksiyonudur.

3. **Gömülü tampon sendromu:** Gastrostomi tüpünün iç ve dış desteği arasındaki gerginlik sonucu gastrik duvarın nekroze olup tüpün karın duvarına doğru gömülmesidir.

4. **Pnömoperitonyum:** Periton zarının yırtılması sonucu mideden gelen havanın periton boşluğuna dolmasıdır.

5. **Kolokutanöz fistül:** PEG değişimi sırasında PEG tüpünün kolon duvarına yanlış yerleştirilmesi ve kolon duvarının kazayla delinmesi sonucu gelişen durumdur.

Giriş

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden sağlık sorunları yaşayan hastalarda yaşam kalitesinin sürdürülmesine ve/veya iyileştirilmesine destek olmak için verilen bakım hizmetidir. Palyatif bakımda semptom yönetimi bakımın odak noktasıdır. Özellikle terminal sürece yaklaştıkça pek çok sorun ile karşı karşıya kalan palyatif bakım hastası, yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan beslenme ile ilgili de bazı sıkıntılar yaşayabilmektedir. Palyatif bakım sürecinde özellikle yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması ve sürdürülmesi çok önemlidir. Gastrointestinal sistem (GİS) fonksiyonları normal olan ancak katı veya sıvı gıdaları yeterli miktarda alamayan hastalarda, 2-3 haftadan daha uzun bir süre beslenme desteğine ihtiyacı olan hastalarda Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) gerekebilir. Hastanın mevcut primer hastalığı ve buna bağlı semptomları değerlendirilerek, sağlık kuruluşlarında ve evde bakım/izlem birimleri tarafından hastanın uygun beslenme programının oluşturulması ve eğitim verilerek hasta yakını ya da hastaya bakım veren kişi tarafından sürdürülmesi gerekebilir. PEG'in takılması, sonrasında PEG bölgesinin izlemi, komplikasyonların önlenmesi ya da erken dönemde fark edilmesi ve yönetilmesi, hastanın beslenmesinin izlenmesi, hasta ve hastaya bakım verenlerin eğitilmesi konusunda hemşirelerin katkısı vazgeçilmezdir. Bu nedenle kitabın bu bölümünde PEG yolu ile beslenen palyatif bakım hastalarında uygulama sırasında dikkate alınması gereken noktalar açıklanacaktır.

Perkütan Endoskopik Gastrostomi

İlk kez 1980 yılında tanımlanan perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), yaygın olarak gastrointestinal sistem (GİS) fonksiyonları normal olan, ancak katı veya sıvı gıdaları yeterli miktarda alamayan hastalarda, 2-3 haftadan daha uzun bir süre beslenme desteğini sağlamak için kullanılır.[1,2] PEG yerleştirme, karın duvarı ile mide boşluğu arasında geçici ya da kalıcı bir beslenme yolu oluşturmak için, endoskopik olarak esnek bir tüpün yerleştirilme işlemidir. Uzun süreli oral yol ile beslenemeyecek hastalarda PEG ile beslenmenin, nazogastrik tüple beslenmeden daha etkili ve güvenli olduğu ve aspirasyon pnömonisi riskini ve uzun vadede mortalite riskini azalttığı kabul edilmektedir. Ancak PEG uygulaması oldukça güvenli ve minimal invaziv bir girişim olmasına rağmen, literatürde PEG'e bağlı akut ve kronik komplikasyonlar görülebileceği vurgulanmıştır. PEG sonrası 30 günlük mortalite oranının %3,3-23.9 olduğu belirtilmiştir (3,4). Bu nedenle, PEG uygulamasından önce, hastada komplikasyonlar ve erken mortalite ile ilişkili risk faktörlerinin tanımlanması önemlidir.

PEG Endikasyonları

Beyin tümörü, akut ve kronik nörolojik olaylar nedeniyle nörojenik disfaji gelişen, farenks veya özofagus tümör obstrüksiyonu olan, miyotonik distrofi nedeniyle nörojenik olmayan distrofisi olan, oral alımı yetersiz olan ve en az 4 hafta süreyle ağızdan beslenemeyeceği düşünülen tüm hastalar PEG uygulaması için adaydır.[5,6]

PEG Kontrendikasyonları

PEG uygulanmasına engel durumlar kesin ve göreceli kontrendikasyonlar olarak iki grup altında sınıflandırılmaktadır. Bazı mide ameliyatları, farenjital ya da özofarenjiyal obstrüksiyon gibi mideye kateterin yerleştirilmesi için mekanik olarak engel olan durumlar, düzeltilemeyen koagülopati ve peritonit kesin kontrendikasyonlar arasında; Portal hipertansiyon, asit, periton diyalizi, akut gastrik patolojiler, subtotal ya da sleeve gastrektomi, sepsis, morbid obezite, beklenen yaşam süresinin 2 aydan kısa olması ve pilor stenozu ise göreceli kontrendikasyonlar arasında yer almaktadır.[5,7]

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Tüpünün Yerleştirilmesi

PEG tüpü, genel anestezi ve ameliyathane ortamı gerektirmeden endoskopi ünitesi ya da klinikte uygulanır. İşlem öncesinde hastanın hazırlığının, işlem gününde ve sonrasında takibinin etkin bir şekilde yapılması önemlidir.[8,9]

İşlem Öncesi Hasta Hazırlığı

PEG uygulamasından önce hasta ya da yasal vasisine işlemin yararlar ve zararları, PEG tüpünün kullanımı ve bakımı açıklanarak bilgilendirilmiş izinleri alınır. Hasta ya da yakınına hastanın işlemden 6 saat önce katı gıda, 2 saat önce de sıvı gıda almaması ve PEG uygulaması için kliniğe aç gelmesi söylenir. Hastadan tam kan sayımı ve kanama ve pıhtılaşma testleri istenir, antikoagülan ilaç kullanımı sorgulanır. Antikoagülan ilaç kullanıyor ise gerekli önlemler alınır, aspirin veya benzer anti-platelet kullanımı 5–7 gün önce sonlandırılır, warfarin kullanan hastalarda ilaç kesilerek düşük molekül ağırlıklı heparine geçilip işlem günü INR bakılır.[7,10] İşlem öncesi ayrıntılı bir hasta değerlendirmesi, özellikle kanama bozuklukları olan bireylerde komplikasyonları önlemek açısından büyük önem taşır. Ayrıca, PEG yerleştirme işleminin başarısını artırmak için işlem bölgesinin antiseptik ile silinmesi ve enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınması gereklidir. İşlemi engelleyeceği düşünülüyorsa PEG yerleştirme alanındaki tüylerin temizlenmesi önerilir.[10]

İşlem Günü Hasta Hazırlığı

PEG tüpünün yerleştirilmesinden sonra en sık görülen komplikasyon peristomal enfeksiyondur, görülme sıklığı %4 ile %30 arasındadır.[9] Enfeksiyonun önlenmesi açısından işlem sırasında aseptik

kurallara uyulması önemlidir. İşlemden 30 dakika önce hastaya profilaktik antibiyotik uygulanır.[10] Bakteri yükünü azaltmak için işlem öncesinde klorheksidin içeren gargara kullanılması önerilir.[11] İşlem sırasında kolon perforasyonunu önlemek için hastaya ters trendelenburg pozisyonu verilir.[10] İşlem öncesinde hastanın uygun pozisyonda stabilize edilmesi, hem perforasyon hem de aspirasyon görülme olasılığını en aza indirmede etkilidir. Ayrıca, işlem sırasında hava yolunun açık tutulması ve gerekli acil müdahale ekipmanlarının hazır bulundurulması güvenliği artırır.

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Tüpünün Yerleştirilmesi

PEG tüpü, genel anestezi ve ameliyathane ortamı gerektirmeden endoskopi ünitesi ya da klinikte uygulanır. PEG tüpünün yerleştirilmesi genellikle pull (çekme), push (itme) ve introducer olarak isimlendirilen üç yaklaşımdan biri kullanılarak yapılır. "Pull" yöntemini kullanılarak yapılan PEG işlemi, daha güvenli ve daha uygun maliyetli olması, işleme bağlı mortalite (%0.5-%2) ve komplikasyon oranlarının daha düşük olması nedeniyle PEG yerleştirmede en çok kullanılan yöntem "Pull" yöntemidir.[9]

İşlem sırasında yerleştirilen PEG tüpleri, genellikle polivinil, silikon ya da poliüretan materyallerden üretilir ve toksik madde içermez. Polivinil tüplerden daha yumuşak oldukları için, silikon ve poliüretan tüplerin kullanımı daha fazla tercih edilmektedir. Tüpler mideye balon ya da mantar şeklinde olan uç kısımlar ile sabitlenir.[8] Ek olarak, silikon tüplerin elastik yapısı uzun süreli kullanımda hasta konforunu artırırken, poliüretan tüplerin dayanıklılığı enfeksiyon riskini azaltır. Her iki materyalin de biyouyumlu özellikleri sayesinde mide mukozası ile uyumlu bir şekilde çalışmasına olanak tanır.

Perkütan Endoskopik Gastrostomi İşlemi Sonrası Hasta İzlemi

İşlemden hemen sonra tüpün dışarda kalan bölümü ölçülür ve kaydedilir. Tüpün ciltten içeri girdiği bölüm silinmeyen bir kalem ile işaretlenir. PEG uygulamasından sonra ilk 3 saat her 15 dakikada bir kalp hızı, kan basıncı, beden sıcaklığı, solunum sayısı, oksijen saturasyonu, ağrı ve mide bulantısı açısından hasta izlenir.[10,12] Bununla birlikte, işlem sonrası dönemde, tüpün yerleşiminin doğru olduğundan emin olmak için fiziksel muayene yapılmalı ve gerektiğinde görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır. Özellikle ilk 24 saat içinde perforasyon veya kanama gibi komplikasyonların erken belirtileri açısından dikkatli olunmalıdır. Literatürde, bu komplikasyonların belirtilerinin çoğunlukla ateş, karın ağrısı veya şiddetli abdominal distansiyon şeklinde ortaya çıktığı bildirilmekte; enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla işlem sonrası dönemde cilt temizliği ve pansumanın düzenli yapılması gerekliliği vurgulanmaktadır. Hastanın ağrı yönetimi için uygun analjezikler verilmeli ve mide bulantısı kontrol altına alınmalıdır. İzlem sürecinde hasta yakınlarına tüpün bakımı ve olası komplikasyonlar konularında eğitim verilmelidir.[9]

Perkütan Endoskopik Gastrostomi İşlemi Sonrası Hastanın Evde İzlemi

Hasta stabil bir durumda ise eve gönderilir. Eve gönderilmeden önce hastaya, yaşam bulgularını nasıl takip edeceği ve kaydedeceği ayrıntılı olarak açıklanır. Hasta, işlem sonrası ilk 3 saat boyunca her 30 dakikada bir ve sonraki 12 saat içinde 6 saatte bir yaşam bulgularını izlemesi gerektiği konusunda bilgilendirilir. Ölçümlerde herhangi bir anormallik olması durumunda kime başvurması gerektiği açıklanır ve ilgili sağlık personelinin telefon numarası verilerek iletişim kolaylığı sağlanır.

Acil Durum Belirtileri ve Yapılması Gerekenler: Hasta ve yakınları, tüp yerleştirildikten sonraki ilk 72 saat içinde şiddetli ağrı (analjeziklere yanıt vermeyen), aktif kanama, stomadan mide sıvısı ya da besin gelmesi, yaşam bulgularında ani değişiklik veya bilinç düzeyinde bir bozulma gibi durumlarda derhal hekime başvurması gerektiği konusunda uyarılır. Bu tür durumların, komplikasyonların erken dönemde belirlenmesi ve müdahale edilmesi açısından hayati önem taşıdığı vurgulanır.[10,12]

Tüp Bakımı ve Bölgenin Değerlendirilmesi: PEG tüpünün yerleştirildiği bölgenin inflamasyon, enfeksiyon, hipergranülasyon dokusu oluşumu ve basınç yaralanması varlığı açısından düzenli olarak kontrol edilmesi gerektiği belirtilir. Tüp çevresinde kızarıklık, şişlik, ısı artışı veya kötü kokulu akıntı gibi belirtiler fark edildiğinde hekime haber verilmelidir. Ayrıca, hasta veya yakınlarına tüpün nasıl temizleneceği, beslenme sırasında dikkat edilmesi gerekenler ve olası komplikasyonlarla başa çıkma yöntemleri hakkında yazılı ve sözlü eğitim verilmelidir.[10,12]

Psikososyal Destek: Tüp bakımını ilk kez deneyimleyen hasta ve yakınlarına bu süreçte psikolojik destek sağlanması ve gerektiğinde danışmanlık alınması önerilir. Özellikle tüple yaşamanın yarattığı kaygı ve stresin azaltılması için profesyonel destek alınması, hasta konforunu ve tedaviye uyumu artırabilir.

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Komplikasyonları

PEG tüpünün yerleştirilmesi genellikle güvenli bir girişim olmasına rağmen, bazı komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Bu komplikasyonlar minör veya majör olarak iki grup altında sınıflandırılmaktadır.[12]

Major Komplikasyonlar

Kanama

İşlem sonrası kanama, PEG yerleştirilmesinin nadir bir komplikasyonudur.[12] Kanama gastrostomi yolundan/karın duvarından gelebilir ya da büyük bir damarın (örneğin gastrik arter, splenik veya mezenterik venler) yaralanmasından kaynaklanabilir.[12,13] PEG yerleştirilmesi sonrası erken bir komplikasyon olarak ortaya çıkan kanama genellikle hematemez, melena, hemoglobin değerinde düşüş ya da açıklanamayan hipotansiyon ile kendini gösterir. Antikoagülan ya da antitrombotik ilaç kullanan hastalarda kanama riski yüksektir. Bu nedenle, işlem öncesi pıhtılaşma parametrelerinin kontrol edilmesi ve anormal parametrelerin düzeltilmesi önemlidir.[7]

İç organlarda yaralanma

PEG yerleştirme işlemi sırasında mide, kolon, ince bağırsak ve karaciğer yaralanması olabilir. Ancak bu komplikasyonlar çok nadirdir. İç organların yaralanması erken dönemde kanama belirtileri ya da peritonit, geç dönemde ise kronik kolokutanöz veya enterokutanöz fistül olarak ortaya çıkabilir.[13]

Nekrotizan fasiit (Fasya tabakalarının nekrozu)

Ani gelişenve hızlı ilerleyen şiddetli bir yumuşak doku enfeksiyonu olan nekrotizan fasiit, PEG uygulamasının nadir bir komplikasyonudur, ancak ölümcül olabilir. Birden fazla tür bakteri gelişimini tetikleyebilir. PEG yerleşim bölgesinin çevresinde kızarıklık, bül, ağrı ve ateş ile kendini gösterir. Kronik hastalığı ve diyabeti olan ya da malignite nedeniyle bağışıklık sistemi baskılanmış olan hastalar yüksek risk altındadır. Tüpün traksiyonu ve basınç, nekrotizan fasiit riskini arttırabilir. Bu komplikasyon IV antibiyotik ve cerrahi debridman ile acil tedavi gerektirir.[2,13]

Aspirasyon pnömonisi

PEG hastalarında işlem sırasında veya beslenme başladıktan sonra aspirasyon pnömonisi gelişebilir. Bolus beslenme, bilinç düzeyinde bozulma, kusma, opioid ilaç kullanımı, gastrik rezidüel volüm miktarında artış ve hastanın yatar pozisyonda olması aspirasyon riskini arttırır.[7,13]

Gömülü tampon sendromu

Gömülü tampon sendromu PEG girişimlerinin yaklaşık %1'inde görülmektedir.[14] Gastrostomi tüpünün iç ve dış desteği arasındaki gerginlik sonucu gastrik duvar nekroze olur ve tüp karın duvarına doğru gömülür. Hastalar ağrı hisseder, tüp açıklığı kaybolur ve sızıntı yapmaya başlar. Gömülü tampon sendromu kanama, perforasyon, peritonit veya apse gelişimi gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir ve tüpün çıkarılması gerekebilir.[14,15] Gömülü tampon sendromu gelişiminin önlenmesi PEG tüpünün uygun şekilde sabitlenmesine, günlük bakımın uygun şekilde sürdürülmesine ve dış tamponun gerilmesinin önlenmesine bağlıdır. Komplikasyon, dış tamponun karın duvarına sıkı bir şekilde yerleştirilmesiyle ilişkilidir, bu nedenle karın duvarı ile dış destek arasında yaklaşık 1-2 cm'lik bir mesafe bırakılmalıdır.[16] Haftada en az bir kez tüpü döndürerek ileri geri hareket ettirmek ve kendi etrafında döndürmek tamponun gömülmesini önlemeye yardımcı olabilir.[17]

PEG giriş yerinde tümör yerleşimi

PEG yerleştirilmesinden sonra orofarenks ve özofagus tümörü olan hastalarda PEG bölgesinde tümör gelişebilir. Yüksek riskli hastalarda tüpün yerleştirilmesinde "çekme" tekniğinin kullanımından kaçınılmalı ve "introdüser tekniği" kullanılarak kateter yerleştirilmelidir.[17]

Minör Komplikasyonlar

Pnömoperitonyum

Klinik olarak sessiz olan pnömoperitoyum, PEG yerleştirilmesinden sonra yaygın olarak görülen bir komplikasyondur. Periton zarının yırtılması ile mideden gelen havanın periton boşluğuna dolması ile oluşur. Klinik semptomu olmayan pnömoperitonyum abdominal grafi çekilerek saptanır. Bu sorun genellikle 72 saatte kendiliğinden düzelir.[13,17,18]

Yara enfeksiyonu

En yaygın PEG ile ilişkili komplikasyon yara enfeksiyonudur ve insidansı %5 ile %25 arasındadır.[19] Yara enfeksiyonu, belirgin eritem, hassasiyet ve pürülan eksüda ile karakterizedir; sistemik inflamasyon belirtileri de ortaya çıkabilir. Küçük enfeksiyonlar lokal antiseptikler ve sık pansuman değişimi ile tedavi edilebilir, ancak çoğu durumda antibiyotik tedavisi başlanması gerekebilir. Lokal enfeksiyon kontrol altına alınırsa tüpün çıkarılmasına gerek yoktur.[20]

Tüpün yerinden çıkması

PEG tüpünün yanlışlıkla çıkması durumu hastaların yaklaşık %4'ünde meydana gelebilen yaygın bir komplikasyondur. Bununla birlikte, 563 PEG hastasının takip edildiği bir çalışmada bu sorunun görülme sıklığının %13 olduğu rapor edilmiştir.[20] Gastrostomi tüpü gastrointestinal sistemin içine veya dışına kaydığında meydana gelebilir. Hastanın ajitasyon atakları sırasında veya tüpün balonu söndüğünde kendiliğinden gelişebilir. Karın krampları, bulantı ve kusma en belirgin semptomlarıdır. Tüpün yerinden çıkmasını önlemek için dış tamponun uygun şekilde yerleştirilmesi, tüpün uzunluğunun uygun olması önemlidir ve gerekirse sabitleyici kullanılabilir. Tüp erken dönemde (<4 hafta) yerinden çıkarsa tüpün yeniden yerleştirilmesi gerekir. Takiben hasta klinik olarak izlenmeli ve geniş spektrumlu antibiyotik başlanmalıdır. Eğer tüp geç dönemde (>4 hafta) yerinden çıkarsa, aynı bölgeden yeni bir tüp yerleştirilmelidir.[9]

Peristomal sızıntı

Genellikle PEG yerleştirilirdikten sonra birkaç gün içinde gelişir, ancak geç dönemde de görülebilir.[18] Diyabet, immün yetmezlik veya yetersiz beslenme gibi yara iyileşmesinde gecikmeye neden olan tıbbi durumlar sızıntıya neden olabilir. Sızıntısı olan hastalarda öncelikle enfeksiyon, gömülü tampon veya ülserasyon olasılığı düşünülmelidir. Tüpün daha büyük bir tüple değiştirilmesi önerilmez, çünkü bu sızıntıyı durdurmaktan çok sızıntının oluştuğu bölgenin genişlemesine neden olur. Kısmi kapanmaya izin vermek için kısa bir süre (1 veya 2 gün) tüp çıkarılabilir.[13]

Kolokutanöz fistül

PEG takıldıktan aylar sonra ortaya çıkabilen ve çok nadir olarak görülen bir komplikasyondur. Genellikle PEG değişimi sırasında oluşur. PEG tüpünün kolon duvarına yanlış yerleştirilmesi ve kolon duvarının kazayla delinmesi sonucu gelişir. Fistüller oluşumunu düşündüren en yaygın klinik semptomlar hastada geçmeyen ishale bağlı dehidratasyon gelişmesi veya PEG tüpü etrafında dışkı olmasıdır. Nadiren fistüller peritonit, enfeksiyon, fasiite neden olabilir. Kolokütanöz fistül tanısı kontrastlı görüntüleme ile konulur. Gastrostomi tüpü çıkarılır ve genellikle fistül kendi kendine kapanır. Apse veya peritonit varsa cerrahi girişim uygulanması gerekebilir.[7,13]

Gastrik erozyon ve ülserasyonlar

İç tamponun altında veya karşı mide duvarında erozyon ve ülserasyon gelişebilir. İç tamponun altında oluşan ülserler karın duvarına sıkıca yerleştirilen dış tamponun basıncından kaynaklanır. Dış tamponu gevşetmek veya esnek bir iç tampon kullanmak basıncı azaltarak ülser iyileşmesini kolaylaştırır.[18] Tüpü her gün ileri geri hareket ettirmek ve kendi etrafında döndürmek gastrik erozyon ve ülserleri önlemede etkili olabilir.

Tüp tıkanıklığı

İlaçlar veya yiyeceklerle tüpün tıkanması sık görülen bir durumdur. Beslenmeden önce ve sonra tüpün düzenli olarak suyla yıkanması, ilaçların sıvı formlarının ve çözünen katı gıdaların kullanılması ile tüp tıkanması önlenebilir. Tıkanma olursa, tüp yoğun bir şekilde ılık su ile yıkanmalıdır. Bunun dışında tüpü açmak için bikarbonat ya da gastrostomi tüpü fırçası da kullanılabilir.[18,19] (18,19).

Hemşirelik Bakımı

PEG yerleştirilen bir hasta için bakım hedefleri; en üst düzeyde beslenmeyi sağlamak, enfeksiyonu önlemek, cilt bütünlüğünü korumak, hastanın baş etmesini desteklemek, beden imajındaki değişime uyum sağlamasını ve öz-bakımını sürdürmesi konusunda bilgi ve beceri kazanmasını sağlamak ve komplikasyonları önlemektir.

Beslenme İhtiyacının Karşılanması

Enteral beslenmeye PEG yerleştirilmesinden 4 saat sonra başlanmalıdır. enteral beslenmeye başlamadan önce, gastrostomi tüpünün açıkta kalan uzunluğunu değerlendirerek konumu doğrulanmalı ve beslenmeye 50 ml su ile başlanmalı ve hasta bir saat boyunca izlenmelidir.

- Besleme sırasında tek kullanımlık eldiven kullanılmalıdır.
- Besinler oda sıcaklığında verilmeli ve beslenme setleri her 24 saatte bir değiştirilmelidir.
- Tüpün tıkanmasını önlemek için enteral beslenme tüpünü her 4 ila 6 saatte bir (sürekli beslenme uygulandığında) veya her bolus enteral beslenme enjeksiyonundan veya ilaç uygulamasından sonra 50 ml su ile yıkanmalıdır. Bağışıklığı baskılanmış ya da kritik hastalarda steril su kullanılabilir.[21]
- Amerikan Enteral ve Parenteral Beslenme Derneği (American Society of Parenteral and Enteral Nutrition, 2016 [ASPEN]) sürekli beslenen hastalarda 4 saatte bir, aralıklı beslenen hastalarda ise her bolus beslenme öncesinde gastrik rezidüel volüm bakılmasını önermektedir. Hastalarda intolerasyon belirtileri yoksa ve rezidüel volüm <500 ml ise beslenmeye devam edilebilir.[21]

İlaç Uygulanması

Enteral tüp yoluyla ilaç uygulaması dikkatli bir değerlendirme gerektirir. Tüm ilaçların enteral yolla uygulaması güvenli değildir. İlaç–besin veya ilaç–ilaç etkileşimleri ilacın etkinliği etkileyebilir ve toksisiteyi artırabilir.

- İlaç verilmeden önce tüp boyutu ve yerleşim yeri dikkate alınmalıdır. Dar çaplı tüpler hastalar için daha konforludur ancak tıkanma riskini artırır.[22] Yanlış bir uygulama yöntemi tüpün tıkanmasına neden olabilir.
- İlaçlar beslenme solüsyonuna eklenmemelidir. Her ilaç emilim bozuklukları ve etkileşimlerin önüne geçebilmek için ayrı olarak uygulanmalı ve mümkünse sıvı formları kullanılmalıdır. Kapsül ve tablet formlar ise toz haline getirilerek 5-30 ml su içerisinde verilmelidir.
- İlaç uygulamasında önce beslenmeye ara verilmelidir. İlaç uygulamasından önce ve sonra tüp 50 ml su ile yıkanmalıdır.[18]
- Tekrar beslenmeye başlamadan önce 30-60 dk beklenmelidir.

Regürjitasyon ve Aspirasyonun Önlenmesi

Kontrendikasyon yoksa, mide içeriğinin geri akışını veya aspirasyonunu önlemek için yatağın başı 30°-45° kaldırılmalı ve uygulamanın bitiminden sonra en az 1 saat bu pozisyonda kalması sağlanmalıdır. Semi-fowler pozisyonunu tolere edemeyen hasta ters trendelenburg pozisyonuna alınabilir. Bulantı, reflü, abdominal distansiyon ve aspirasyon pnömonisini önlemek için PEG'li hastalarda aralıklı enteral beslenme uygulanırken her 4 saatte bir veya bolus uygulamada her bolustan önce gastrik rezidüel volüm ölçülmelidir. Residüel volüm 500 mL'den az ise beslenmeye devam edilebilir, ancak dikkatli olunmalıdır.[8,10,21]

Tüp ve Stoma Bakımının Sağlanması

Gastrostomi tüpünün iç ve dış tamponları arasındaki gerilimi önlemek, iskemi, nekroz, enfeksiyon ve gömülü tampon sendromu riskini azaltmak için dış tampon cildin 1-2 cm yukarısına yerleştirilmelidir.[18]

- İlk pansuman değişimi işlemden sonraki gün yapılmalı, tüpün etrafı temizlenmeli ve akıntı varsa tekrar kapatılmalıdır.
- Enflamasyon, enfeksiyon, basınç yaralanması ve hipergranülasyon belirtileri açısından stoma ve peristomal cilt günlük olarak değerlendirilmelidir.
- Adhezyonu önlemek için ilk 24 saatten sonra gastrostomi tüpü kendi etrafında 360° döndürülmelidir.
- İlk 7 gün stoma ve giriş bölgesi iyotlu solüsyon kullanılarak temizlenmeli ve pansuman yapılmalıdır. Bu süre granülasyon dokusunun oluştuğu süredir. Granülasyon dokusu oluşumundan sonra yani 7-10 günden sonra stoma temizliği sabunlu su veya serum fizyolojik ile yapılmalı ve iyice kurulanmalıdır. Pansumana gerek yoktur, giriş bölgesi açık kalabilir. Ancak dış tamponun altına bir gazlı bez yerleştirilebilir ve sızıntılara bağlı cilt hasarını önlemek için stoma çevresinde sıvı sızıntısı olması durumunda değiştirilebilir.
- Patojenlerin çoğalmasını önlemek için stoma çevresinde krem ve pudra kullanılmamalıdır.
- Tüpün yerleşim yeri ölçülerek kaydedilmeli ve işaretlenmelidir. Daha önce açıklanan PEG tüpünün rotasyonuna ek olarak, tüpün dış sabitleyicisi gevşetildikten sonra 2-3 cm mideye hafifçe itilmeli ve ardından minimum direnç alanına ulaşana kadar hafifçe geri çekilmelidir (gömülü tampon riskini azaltmak için). Bu manevra en az haftada bir kez yapılmalı ve günde bir defadan fazla tekrarlanmamalıdır. Bu itme/çekme manevrasına, tüp yerleşim yeri iyileştiğinde (Ortalama 7-10 gün sonra) başlanmalıdır.[10,18,23]
- Hastaya PEG yerleştirilmesini takiben ilk haftalar gevşek giysiler giymesi önerilmelidir.
- Stoma etrafında herhangi bir enfeksiyon bulgusu yok ise hastaya bir hafta sonra banyo yapabileceği söylenmelidir.[22,23]

Beden İmajının Desteklenmesi

Gastrostomi tüpü hastanın beden imajının ve beslenme biçiminin değişmesine neden olur. Fizyolojik ve sosyal bir işlev olan yemek yeme artık doğal olmayan bir yoldan sağlanmaktadır.

- Gastrostomi ile beslenmenin amacı ile ilgili hastanın bilgilendirilmesi hastanın daha iyi hissetmesine ve değişiklikleri kabul etmesine yardımcı olabilir.

- Hasta duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için desteklenmeli ve hastaya duygularını ifade edebilmesi için fırsat verilmelidir.

Beden imajındaki değişikliğe uyum sağlamak zaman alır ve aile desteği ve kabulünü gerektirir. Bu nedenle, gastrostomili bir kişinin gerçek sağlık durumunu kabul etmede ve duruma uyum sağlamada zamana gereksinimi olduğunu anlaması önemlidir.[8,18,21]

Hastaların ve Bakım Verenlerin Öz Bakım Konusunda Eğitilmesi

Gastrostomi tüpü ile beslenmeye evde de devam edecek olan hastalar veya bakım verenler bu sorumluluğu alabilecek yeterlilikte olmalıdır. Palyatif bakımda kaldığı süre içerisinde hasta ve bakım verenler PEG ile beslenme becerilerini güçlendirmesi için desteklenmelidir. Öz bakımını kolaylaştırmak için hemşire hastayı hastanede yattığı süre içerisinde tüple beslenme konusunda bilgilendirmeli ve beslenmeyi hastanın kendisi ya da yakının sürdürmesi için teşvik etmelidir. Bu süreçte mümkün olduğunca hasta ve yakınını desteklemelidir. Hemşire eğitim sırasında hasta ve yakınına:

- Beslenmeye başlamadan önce gastrik rezidüel volümün nasıl kontrol edileceğini öğretmelidir.
- Beslenmeden önce ve sonra oda sıcaklığında su vererek tüpün açıklığını nasıl kontrol edeceği ve koruyacağı konusunda bilgi vermelidir.
- Besinlerin oda sıcaklığında ya da beden sıcaklığına yakın olması için neler yapabileceğini açıklamalıdır.
- Beslenme işlemi, ilaçların uygulanması ve tüpün yıkanması konusunda bilgilendirmelidir.
- Hastanın alması gereken gıda miktarlarını nasıl belirleyeceğini açıklamalıdır. Sık aralarla küçük miktarlarda gıda alabileceğini söylemelidir.
- Beslendikten sonra en az bir saat yatak başını yüksekte tutmanın sindirimi kolaylaştırdığını ve aspirasyon riskini azalttığını belirtmelidir.
- Herhangi bir tıkanıklık durumunda beslenmenin durdurulması gerektiğini ifade etmeli, yapılması gereken diğer işlemleri açıklamalıdır.
- Tüp seviyesinde değişiklik olması durumunda sağlık uzmanı ile iletişime geçmesinin önemini açıklamalıdır.
- Hasta evde aralıklı veya sürekli basınçlı beslenme pompası kullanacaksa, hastaya bunun nasıl kullanılacağını açıklamalıdır. Çoğu beslenme pompasında, torba boşaldığında, pil azaldığında veya bir tıkanıklık olduğunda sinyal veren alarmlar bulunur. Hasta ve ailesinin bu alarmlardan ve pompadaki sorunları nasıl giderecekleri konusunda bilgilenmesini sağlamalıdır.[8,18,21]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Löser C, Aschl G, Hébuterne X, Mathus-Vliegen EMH, Muscaritoli M, Niv Y, et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition-percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *Clin Nutr.* 2005;24(5):848-861. [Crossref]
2. Roje Z, Roje Ž, Matić D, Librenjak D, Dokuzović S, Varvodić J. Necrotizing fasciitis: Literature review of contemporary strategies for diagnosing and management with three case reports: Torso, abdominal wall, upper and lower limbs. *World J Emerg Surg.* 2011;6(1). [Crossref]
3. Pih GY, Na HK, Ahn JY, Jung KW, Kim DH, Lee JH, et al. Risk factors for complications and mortality of percutaneous endoscopic gastrostomy insertion. *BMC Gastroenterol.* 2018;18(1). [Crossref]
4. Şenlikçi A, Kuzu U, ... DF-E, 2018 U. İkinci basamak hastanede perkütan endoskopik gastrostomi deneyimlerimiz. *Endosc Gastrointest.* 2018;26:95-98. [Crossref]
5. Arvanitakis M, Gkolfakis P, Despott EJ, Ballarin A, Beyna T, Boeykens K, et al. Endoscopic management of enteral tubes in adult patients - Part 1: Definitions and indicationsEuropean Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2021 Jan 1;53(1):81-92. [Crossref]
6. Meier R. Basics in clinical nutrition: Endoscopic access (PEG and PEJ). *E Spen Eur E J Clin Nutr Metab.* 2009;4(5):216-219. [Crossref]
7. Karahan Ö, Asım Cıngi, editors. No Title. In: *Gastrointestinal Sistem endoskopisi.* 1st ed. Ankara: Pelin Ofset; 2016.
8. Sezer RE, Hastalıkları C, Programı H. Perkütan *endoskopik gastrostomili hastalara bakım verenlerin bakıma ilişkin deneyimleri.* 2018 [cited 2022 Mar 15]; Available from: http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/4781
9. Gkolfakis P, Arvanitakis M, Despott E, ... AB-, 2021 U. Endoscopic management of enteral tubes in adult patients-Part 2: Peri-and post-procedural management. European Society of Gastrointestinal Endoscopy. *Endoscopy.* 2021;53(2):178-195. [Crossref]
10. Roveron G, Antonini M, Barbierato M, Calandrino V. Clinical practice guidelines for the nursing management of percutaneous endoscopic gastrostomy and jejunostomy (PEG/PEJ) in adult patients: an executive. *journals.lww.com.* 2018;45(4):326-334. [Crossref]
11. Ugur I, Yurtseven N, ... SP-. The Effect of Preoperative Oral Chlorhexidine Rinse on Ventilator Associated Pneumonia and ICU Mortality After Open Heart Surgery. *GKDA Der.* 2021;27(4):241-246. [Crossref]
12. Reeser A. Implementation of an Evidence-Based Educational Intervention for Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) Tubes. The Catholic University of America; 2020.
13. Hucl T. Complications of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2016;30(5):769-781. [Crossref]
14. El Ali Z, Arvanitakis M, Ballarin A, Devière J, Le Moine O, Van Gossum A. Buried bumper syndrome: low incidence and safe endoscopic management. *Acta Gastroenterol Belg.* 2011;74(2):312-316.
15. Afifi I, Zarour A, Al-Hassani A, ... RP-C reports in, 2016 U. The challenging buried bumper syndrome after percutaneous endoscopic gastrostomy. *Case Rep Gastroenterol.* 2016;10(2):224-232. [Crossref]
16. Cyrany J, Rejchrt S, Kopacova M, Bures J. Buried bumper syndrome: a complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. *World J Gastroenterol.* 2016;22(2):618-627. [Crossref]
17. Boeykens K, Duysburgh I. Prevention and management of major complications in percutaneous endoscopic gastrostomy. *BMJ Open Gastroenterol.* 2021;8(1):1-11. [Crossref]
18. Paula da Silva T, Rodrigues Gama Ribeiro C, Marilda Rodrigues Resck Z, Maria Coelho Leite Fava S, Maria Rezende Dázio E. Nursing care for the person with gastrostomy: integrative review. ESTI-

MA, *Braz J Enteros Ther.* 2018;16. [Crossref]
19. Rahnemai-Azar A, ... AR. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, technique, complications and management. *World J Gastroenterol*. 2014;20(24):7736-7751. [Crossref]
20. Rosenberger LH, Newhook T, Schirmer B, Sawyer RG. Late accidental dislodgement of a percutaneous endoscopic gastrostomy tube: An underestimated burden on patients and the health care system. *Surg Endosc.* 2011;25(10):3307-3311. [Crossref]
21. Kahveci G, S. Çelik . Perkütan Endoskopik Gastrostomi Tüpü ile Beslenen Hastanın Hazırlığı, Takibi ve Taburculuk Eğitimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Derg.* 2020;24(1):22-31.
22. Boullata JI, Long Carrera A, Harvey L, Escuro AA, Hudson L, Mays A, et al. ASPEN safe practices for enteral nutrition therapy. *JPEN J Parenter Enter Nutr.* 2017;41(1):15-103. [Crossref]
23. Friginal-Ruiz, A. Belen AL, Alfredo J. Percutaneous endoscopic gastrostomy. *Gastroenterol Nurs.* 2015;38(5):354-366. [Crossref]

BÖLÜM 23
YAŞAMIN SON SAATLERİ

Arzu ERKOÇ

DOI: 10.5152/1823

Yaşamın Son Saatleri

The Final Hours of Life

BÖLÜM HAKKINDA

Palyatif bakım hastalarının yaşamlarındaki son saatleri iyi ölümün gerçekleşmesinde kritik bir süreçtir. Bu süreç hastalarda fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel bazı etkiler yaratmaktadır. Hasta ölüme yaklaştıkça semptom kontrolüne yönelik yaklaşım değişebilmektedir. Öncelik hastanın yaşamın son saatlerinde rahat ettirilmesidir. Hasta konforunun arttırılmasına yönelik hemşirelik girişimleri planlanır. Bu girişimlerde hastanın bu dönemi sakin geçirmesi ve ailesinin hasta ile veda sürecini en az yıpranma ile atlatabilmesi amaçlanır. Bu nedenle ölüme yaklaşan hastanın tanınması ve hasta bakımında değişen önceliklerin uygulanması gerekir.

Anahtar kelimeler: Hasta, hemşirelik, palyatif bakım, yaşamın son saatleri

ABOUT the CHAPTER

The final hours of the lives of palliative care patients are a critical process in achieving a good death. This process creates some physiological, psychological, and socio-cultural effects on the patients. As the patient approaches death, the approach to symptom control may change. The priority is to ensure the patient's comfort in the final hours of life. Nursing interventions are planned to increase patient comfort. These interventions aim for the patient to spend this period calmly and for the family to go through the farewell process with the least wear and tear. Therefore, recognizing the patient who is approaching death and implementing the changing priorities in patient care is necessary.

Keywords: Patient, nursing, palliative care, final hours of life

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenciler:

1. Yaşamın son saatlerinde palyatif bakımın önemini ve gerekliliğini tanımlar.
2. Hastanın son günlerinde yaşadığı fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel süreci açıklar.
3. Elizabeth Kübler-Ross'un ölüm sürecine yönelik beş aşamalı teorisini bilir.
4. Yaşamın son saatlerine yönelik bakımın temel önceliklerini bilir.
5. Yaşamın son saatlerini yaşayan hastanın bakımına yönelik girişimleri planlar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Terminal dönem:** Ölümcül hastalık sürecinin ilerlemesi ile vücut işlevlerinin bozulduğu ölüm öncesi yaklaşık altı aylık süreçtir.

Giriş

Palyatif bakım, hastanın deneyimleyeceği acıyı öngörerek acının önlenmesi veya azaltılması için sunulan hasta ve aile merkezli bir bakım sürecidir. Hastalığın her aşamasında palyatif bakım, fiziksel, entelektüel, duygusal, sosyal ve ruhsal ihtiyaçları ele alır ve hastanın özerkliğini korumasında, bilgiye erişiminde ve seçim yapmasında destekleyici rol oynar.[1,2] Ayrıca yaşamı tehdit eden hastalıklar ve ilişkili sorunlarına yönelik hastaları ve ailelerinin yaşam kalitesinde iyileştirici etki gösterir.

Palyatif bakım tedavi bütününün önemli bir parçasıdır. Tüm dünyada palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların yalnızca %14'ünün bu hizmeti aldığı tahmin edilmektedir. Bu nedenle palyatif bakım her yönü ile hasta ve ailesi tarafından hissedilen ızdırapların giderilmesi açısından küresel anlamda etik bir sorumluluktur.[3]

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Arzu Erkoç

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-posta: arzu.erkochut@iuc.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Erkoç A. Yaşamın Son Saatleri. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 233-239.

Terminal dönem ölümcül hastalık sürecinin ilerlemesi ile vücut işlevlerinin bozulduğu ve ölüm öncesi yaklaşık altı aylık süreci kapsayan bir dönemdir. Terminal dönemde bakım süreci palyatif bakım içerisinde yer alır.[4] Hastanın etkilendiği hastalığa/hastalıkları göre terminal dönem bakım süreci ve ortaya çıkan ihtiyaçlar farklılık gösterir.[5] Yaşamın son zamanlarına yönelik verilen bakımın literatürde kesin bir tanımı bulunmamaktadır. Ancak genellikle ölüme yaklaşan hastanın yaşamdaki son haftaları, günleri ve saatlerinden söz edilmektedir.[6,7]

Palyatif bakımda hastalar ve yakınlarına verilen sağlık hizmetinde hemşireler en kritik rolde yer alır. Yaşamlarının son saatlerinde bile hastanın sorunlar ile etkin bir şekilde baş etmelerine yardımcı olmaya çalışırlar ve onlara destek olurlar.[8] Bu konu incelemesi, yaşamının son günlerini ve saatlerini yaşayan terminal dönemdeki hastaların, ailelerinin ve bakım verenlerinin son 48 saat semptomlarına yönelik yönetimi kapsamaktadır.

Yaşamın Son Günleri

İyi bir ölüm acısız ve huzurlu olmalıdır. Hasta yaşama veda ederken son 48 saati içinde uygulanan palyatif bakımda ölüme sürükleyen hastalığın önceliği önemsiz hale gelir. Semptom kontrolü ve hasta ailesine verilen manevi desteğin ön plana çıktığı ayrıcalıklı bir döneme girilir.[4] Hasta son saatlerinde fiziksel acı çekmenin yanı sıra duygusal, ruhsal ve sosyal sıkıntılar da yaşayabilmektedirler. Bu son günlerinde kullanılan ilaçların gereksinimi ve yan etkileri göz önünde bulundurularak semptom yönetimi hastanın durumuna uygun hale getirilir.[4,7] Hastanın ve yas sürecine girecek olan ailesinin gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimlerin karşılanması yaşamın son saatlerindeki hasta bakımını içeren öncelikli girişimlerdir.[6]

Terminal dönemin sonunda hasta ölümcül hastalığın son evresine girmiştir. Bu evrede hastanın yaşamsal işlevlerinin yavaşlar ve sonlanması ile ölüm gerçekleşir.[1] Ölüm yaklaştıkça hasta başkalarının yardımına daha çok ihtiyaç duyar. Kendisine bakım veren kişiden ya da yaşanan durumdan bağımsız bir karar vermesi zorlaşır. Kendi kendini yönetebilme yetisi azalır.[9] Yaşanan bu süreç hastanın son günlerine fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel açıdan yansır.[1]

Fizyolojik Etkiler

Yaşamın son günlerinde metabolizma yavaşlar ve vücudun tüm işlevlerinde bozulmalar görülür, hastanın genel durumu kötüleşir. Hasta iştah kaybı yaşar ve gıda tüketemez hale gelir. Yiyecek ve içeceklere karşı ilgi kaybolur.[10] Kilo kaybı gelişir. Yeterli beslenememesi nedeniyle kaslar zayıflar.[11] Yutma güçlüğü, mide bulantısı/kusma, genel güçsüzlük görülebilir. Oral sıvı alımını çok azalır veya hastanın reddetmesine bağlı sınırlanır.[12] Bulantı ve kusma genellikle hastanın ağırlaşmasından önceki süreçte görülebilir.[13] Oral gıda ve sıvı alımı gerçekleşmediğinde hastaların oral mukoz membranı nemliliğini kaybetmeye başlar ve ağız kuruluğu oluşabilir. Ağız kuruluğuna bağlı olarak hastada yutma güçlüğü veya konuşmakta zorlanmalar görülebilir.[10]

Hastanın son günlerinde veya saatlerinde solunum düzeninde değişikliklerin ortaya çıkması normal bir durumdur. Solunum sıkıntısı yaşamın son 48 saatinin en önemli belirtisidir.[4] Hasta hızlı ve yüzeysel solunum yapar. Yavaş veya düzensiz solur. Derin ve hızlı nefes alma dönemleri olan apne nöbetleri görülebilir; diğer bir deyişle hastada cheyne stokes solunum izlenebilir. Agonal solunum görülebilir. Hasta derin nefes almak için çaba gösterir.[13]

Solunum sorunları doğrudan solunum sistemi hastalıklarına bağlı olabileceği gibi diğer sistemlerin etkilenmesine de bağlı olarak gelişebilir.[4] Solunum yollarında sekresyonların aşırı düzeyde artması hırıltılı solunuma neden olabilir. Hastanın etkili bir şekilde öksürememesi veya orofarenksten salgıları yutamaması ve temizleyememesi boğazda sekresyonların birikmesine neden olur. Bu durum hırıltılı nefes alma olarak karşımıza çıkar.[13] Yaşamın son saatlerinde hırıltılı solunum oldukça sık yaşanır. Hastanın ölüm sürecine girdiğini gösteren terminal sekresyonlar sıklıkla siyanoz gibi ek semptomlarla birlikte ölümden 16-37 saat önce görülmeye başlanır.[14]

Yaşamın son 48 saatinde hastalar güçten düşer, yorgun görünüm artar. Hasta yatağında dönemeyecek veya hareket edemeyecek düzeyde halsizdir. Hareketsiz bir biçimde yatar ve uyur ya da uykuya meyillidir.[15] Hasta ölüme yaklaşırken kardiyak debi ve damar içi volüm azalır. Taşikardi, hipotansiyon, periferal ve santral siyanoz, periferal soğukluk bulguları ortaya çıkar. Metabolizmanın yavaşlama nedeni ile bağırsak sesleri azalır. İdrar ve gaita inkontinansı gelişebilir.[11]

Hastalık sürecinin ve semptomların ilerlemesi veya farklı farmakolojik tedavilerin bir sonucu olarak hastaların bilinç düzeylerinde değişiklikler görülebilir.[16] Yaşamın son günlerinde bilinç düzeyinde azalma durumu belirginleşir ya da bilinci tümüyle kapanabilir.[11,12] Bazı hastalarda konfüzyon, huzursuzluk ve ajitasyonun dahil olduğu deliryum tablosu görülebilir.[1,10] Deliryum hastanın var olan semptomlarına eklenebildiği gibi hasta ve ailesi için çok değerli olan bu kritik zamanda gerçekleşecek iletişimi de olumsuz yönde etkileyebilir.[17]

Psikolojik etkiler

Her insanın yaşam şekli ve felsefesi, kişisel özellikleri, inanışları ve olaylar karşısında gösterdiği tepkileri farklıdır.[18] Yaşamın son saatlerini yaşayan hasta ve ailesi için de bu durum farklılaşabilir. Her hastanın ve ailesinin gereksinimleri bu süreçte değişebilir. Ölüme yaklaşıldığını bilmek hastanın davranışlarını ve duygusal durumunu etkileyebilir.[11]

Elizabeth Kübler-Ross ölüm sürecine yönelik beş aşamalı teorisinde yetişkin hastaların yaşamın son günlerinde deneyimledikleri inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul aşamalarından söz eder (Şekil 1). Bu aşamaların tamamında sürekliliğini koruyan tek şeyin genellikle umut olduğu vurgulanır. Çoğu hasta belirtilen aşamalardan iki veya üçünü aynı anda yaşayabilir ve bu durum her zaman teoride verildiği sırada gerçekleşmeyebilir.[18]

Yaşam sonu dönemde olduğu ya da kötü progrozun gelişeceği hastaya söylendiğinde inkar aşaması yaşayabilir.[6] İnkar evresinde hasta zihinsel olarak yaşananları fark edebilir ancak genellikle duygusal olarak reddeder. Yaşayacağı anksiyete ve panik bir süre ertelenmiş olur ancak beraberinde kas gücünde azalma, tremor, nefes almada sıkıntı, yorgunluk, huzursuzluk, iştahsızlık gibi fiziksel belirtiler ortaya çıkabilir. Korku ve yoğun bunaltı bu aşamada en sık yaşanan duygulardandır.[19] Hasta inkar aşamasından sonra yerini öfke, hiddet, kıskançlık, alınganlık ve küskünlük duygularının dahil olduğu öfke aşamasını yaşamaya başlayabilir.[11,18]

Tamamlanamayan işler, başkası/başkaları ile paylaşılamayan duygular hastanın suçluluk duymasına neden olur. Hastanın suçluluk hissi yaşaması ve öfkesi ile başa çıkamaması tedavi almasını olumsuz yönde etkileyebilir.[19] Yaşadığı durumdan hoşlanmaz ve bu durumda olmayanlara karşı öfke duyar. Basit nedenlerden bile kolay öfkelenir. Dikkat çekmek için yüksek seste konuşur. Sık sık yakınır ve pek çok istekte bulunur. Kişiler arası ilişkilerin bozulması açısından öfke aşaması güçlük yaşanan bir süreçtir.[11]

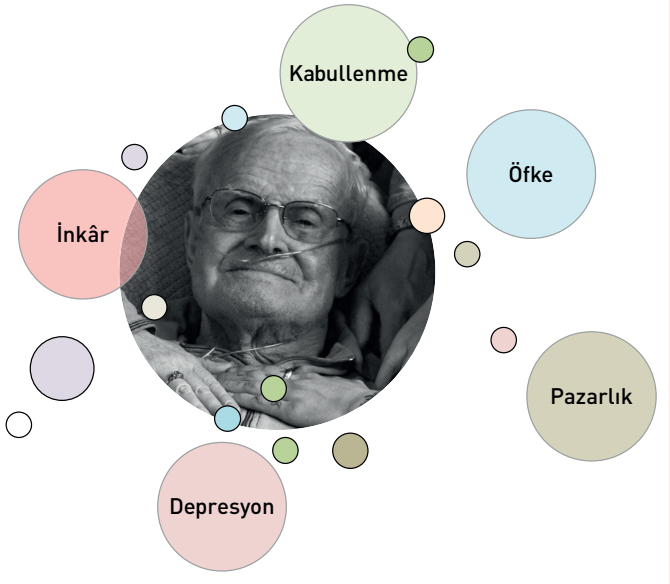
Pazarlık aşamasında hasta gerçeği değiştirebileceği duygusu yaşayabilir.[6] Hasta kendi içinde ölümünü erteleme çabası gösterir.[11] Ancak yoğun bir suçluluk duygusu ile öfke ve isyan hali de görülebilir.[6] Hasta depresyon aşamasını yaşamaya başladığında kendi ölümünün yasını tutar. Üzüntü ve yalnızlık yaşar. Kendilerini ilişkilerinden ve yaşantısında geri çeker.[6,11] Ayrılık anksiyetesi görülmeye başlar.[6]

Kabullenme aşamasında ise öfkelenemeyecek kadar zayıf düşer ve artık ölüm gerçeğini kabullenir.[6] Bu aşamada hasta duygudan yoksundur, çevresi ile ilgisi azalır ve yalnız kalmak ister. Günlük uyku süresi artmıştır. Yaşamı uzatıcı tedavi almak yerine dinlenmek ve huzur içinde ölmek ister. Genellikle ziyarete gelinmesinden hoşlanmaz, gelenlerle ise sözel iletişimi çok tercih etmez.[11]

Kültürel ve Sosyal Etkiler

Terminal dönemde hastane veya evde gerçekleşen hasta ölümü toplumsal açıdan önemli bir anlam ve etkiye sahiptir. İçinde bulunulan sosyal çevrenin şekillendirdiği ölüm toplumsal bütünleşmeye ve sosyolojik yapının sürdürülmesine katkı sağlar. Her toplum bu olguya yönelik ağıt ve methiyelerle ölüm onaylanması gibi çeşitli ritüeller oluşturmuş ve ölümü kutsallaştırmıştır. Ölüm merasimleri, yas ve taziye gelenekleri gibi bu ritüeller toplum içinde yer alan bireylerin dayanışmasını güçlendirir ve toplumda bir iletişim ağına kaynaklık eder.[20]

Şekil 1. Elizabeth Kübler-Ross Ölüm Sürecine İlişkin Teorisi



Hasta evini görmek için veya ailesine yük olmamak için kendi evine gitmek isteyebilir. Aile fertlerini görmek ve onlarla vedalaşmak isteyebilir. Kendisine ziyarete gelemeyecek mesafede yaşayan ve gelme imkanı olmayan tanıdıkları veya aile üyelerini telefon ile görüşmek isteyebilir. Üyesi oldukları toplumun kültürü de terminal dönemdeki hastanın ihtiyaçlarının farklılaşmasında etkilidir. Bu açıdan yaşamın son saatlerini yaşayan hasta bulunduğu toplumun kültürüne değerlerine göre istekte bulunabilir. Sahip olduğu dini değerlere göre yanında dua edilmesini, din adamı çağrılmasını, Kur'an-ı Kerim okunmasını isteyebilir. Kendisi için manevi değeri olan eşyaların getirtilmesini talep edebilir.[21]

Yaşamın Son Günlerinde ve Saatlerinde Hastaya Yaklaşım

Palyatif bakım ölüm ile sonuçlanması muhtemel kronik hastalığı olan bireyin hastalık teşhisinden itibaren başlar. Hasta yaşamın son altı ayını kapsayan terminal döneme girdiğinde palyatif bakım da hem hastanın hem de ailesinin zaman içinde değişmiş olan gereksinimlerine uygun biçimde gerçekleştirilmelidir.[22] Hastanın çektiği ızdırabının hafifletilmesi ve semptom kontrolü palyatif bakımda önemli bir yer tutar. Zaman ilerledikçe hastalık süreci de son dönemlerine yaklaşır. Ayrıca hastaya psikolojik, sosyal ve manevi destek verilmesi, ailenin desteklenmesi ve yas süreci de palyatif bakımın bir parçası olarak kabul edilir.[1]

Yaşamın son 48 saatinde hastaya invaziv ve ağrılı işlemlerin uygulanmasından kaçınılmalıdır. Yaşamın son saatlerinde hastanın rahat ettirilmesi önceliktir. Hastanın reddettiği hiçbir girişimin yapılmaması önerilmektedir.[10] Hasta konforunun arttırılmasına yönelik girişimler planlanır. Bu girişimlerde hastanın bu dönemi sakin geçirmesi ve ailesinin hasta ile veda sürecini en az yıpranma ile atlatması amaçlanır.[4] Fiziksel semptomların yanı sıra bakımın sosyal, ruhsal, psikolojik ve kültürel yönlerinin titiz ve kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi ve yönetimi, hasta ölüme yaklaştıkça kritik önem taşır.[23]

Ağrı ve semptom yönetimi, bakım planı, iletişim, kültürel hususlar, etik, ve bakımın sonlandırılması hem hasta hem de aile üyeleri için önemli konulardır. Hastanın bakımı ile ilgili sağlık çalışanları bu konuların bakım verdikleri hasta için geçerli olmayabileceğini kabul etmeli ve gereğini uyarlayabilmelidir.[7] Hastanın son saatlerinin yönetimi açısından; semptomları kontrol altına almak için problem çözme yaklaşımı, gereksiz müdahalelerden kaçınma, tüm ilaçların ve semptomların düzenli olarak takip edilmesi/gözden geçirilmesi, etkili iletişimin sürdürülmesi, aile ve hastanın bakımı ile ilgilenen bireyler için destek sağlanması önemlidir.[2,4,7] Ayrıca yaşamlarının son haftasında hastalar tedavilerinde birçok ilaç almaktadır. Bu açıdan hastaların ilaç yönetimi de iyileştirilebilir.[24]

Yaşam sonu bakım iletişim, klinik ve etik zorluklar sunan sağlık hizmetlerinin en tartışmalı alanlarından biridir. Yaşamın son günlerini ve saatlerini yaşayan insanlar için bireyselleştirilmiş bakıma rehberlik edecek beş temel öncelik belirlenmiştir.[15,25] (Tablo 1).

Ölüme yaklaşan hastanın tanınması

Ölümü yaklaşan hastaya en uygun bakımın sağlanması için hastanın ölmekte olabileceğinin tanımlanmasını gerektirir. Ölümü yaklaşan hastanın genellikle ayak ve bacaklar kaslarında hareket

Tablo 1. Bireyselleştirilmiş Bakım İçin Temel Öncelikler

1	Ölüm olasılığı tanımlanır ve açıkça iletilir. Kişinin ihtiyaç ve istekleri doğrultusunda kararlar alınır ve eylemler gerçekleştirilir. Alınan kararlar düzenli olarak gözden geçirilir ve revize edilir.
2	Sağlık çalışanı ve hasta arasında hassas bir iletişim sağlanır.
3	Hasta kendisi için verilen tedavi ve bakım kararlarına kendi istediği ölçüde katılır.
4	Hasta ailesi ve yakınlarının ihtiyaçları öğrenilir, saygı gösterilir ve mümkün olduğunca karşılanır.
5	Yiyecek-içecek içeriğini, semptom kontrolünü, psikolojik, sosyal ve manevi desteğini içeren bireysel bir bakım planlanır. Yapılacaklar düzenlenir ve şefkatle uygulanır.

ettirme gücü yavaş yavaş kaybolur. Vücut ısısı normal sınırlarda olsa da ayaklar soğuktur. Vücut nemlidir. Oksijensizliğe bağlı olarak, zamanla artan bir siyanoz gelişir. Solunum hırıltılıdır. Nabız düzensiz ve zayıftır. Arteryal kan basıncı düşüktür. Konuşma güçleşir. İnkontinans oluşabilir. Çene ve yüz kasları gevşer.[11] Bu tanımlamayı yapmak çok fazla deneyim gerektiren önemli bir klinik beceridir.[15] Hastanın ölme ihtimali tartışılırken tanımlamanın önündeki engellerin bilinmesi de büyük bir önem arz eder (Tablo 2).

Ekip üyelerinin yaşamın son saatlerinde olan bir hastayı fark edememesi bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. Hasta ve ailenin ölümün yakın olduğundan habersiz olması ve herhangi bir bildirim yapılmadan hasta durumunun kötüleşmesi durumunda sağlık ekibine karşı hasta ve ailesi güven kaybı yaşayabilmektedir. Hastanın ölme ihtimalinin tanımlanamaması durumunda sağlık ekibi hastaya ve ailesine tutarsız mesajlar verilebilir. Hasta ve ailesinin kültürel ve manevi ihtiyaçları karşılanmayabilir. Hastanın kontrol edilemeyen semptomlar nedeniyle ölümü üzücü bir biçimde gerçekleşebilir.[4,15]

Tablo 2. Bir Hastanın Ölme İhtimalini Tanımlamadaki Engeller

Kişinin iyileşeceğini ummak
Kesin tanı eksikliği
Gerçekçi olmayan veya faydasız müdahalelerin peşinden gidilmesi
Ekip üyeleri arasında kişinin durumu hakkında fikir ayrılığı
Anahtar belirti bulguları tanımakta yetersizlik
Hasta ile veya hastanın ailesi ile iletişim kurma yeteneğinde zayıflık
Tedavi başlanmaması veya durdurulmasına yönelik endişe
Hayatı kısaltma açısından duyulan endişe
Kardiyopulmoner resüsitasyon girişimi ile ilgili endişeler
Kültürel ve spiritual (manevi) engeller
Adli tıp sorunları

Hasta Bakımında Değişen Öncelikler ve Girişimler

Yaşamın son günlerini yaşayan hastaların bakımında, bu dönemde karşılaşılan fiziksel, psikolojik ve duygusal ihtiyaçların etkin bir şekilde karşılanabilmesi için, hemşirelerin öncelikli tanı ve müdahalelerinin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda, hastaların konforunu artırmaya yönelik çeşitli hemşirelik tanıları ve girişimlerine dair örneklemeler hazırlanmış olup, her bir hastanın bireysel durumuna uygun bir bakım planı oluşturulmasına yönelik rehberlik sağlanmaktadır. Ayrıca, bu süreçte hemşirelerin, hastaların aile üyeleriyle etkili iletişim kurarak, onların da duygusal ve psikolojik destek alabilmelerini sağlamaları gerektiği vurgulanmaktadır. Yaşamın son günlerini yaşayan hastaların öncelikli hemşirelik tanı ve girişimlerine yönelik örneklemeler hazırlanmıştır.

Beslenmede Dengesizlik - Beden Gereksiniminden Az Beslenme

Gereksinimden az beslenme biçimindeki beslenmede dengesizlik tanısı bireyin ağızdan beslenebildiği halde yeterli gıda almaması ya da besinlerin alımı ile metabolik gereksimini karşılamada yetersiz olması durumudur. İştahsızlık, bulantı - kusma gibi sorunlar hastanın ağız yoluyla verilen gıdaları tolere etmesine engel olabilir.[10] Hastanın beslenme gereksinimlerine yönelik belirsizlik yaygın görülen ve aile için sıkıntı nedeni bir sorundur. Çoğu zaman hastanın açlıktan veya susuzluktan öleceği korkusu yaşarlar ve sağlık ekibinden yapay beslenme veya sıvı alımının başlatılmasını veya sürdürülmesini talep ederler. Hasta yaşamının son günlerinde bu girişimlerin faydalı olduğuna dair çok az kanıt vardır ve bu durum hasta yakınlarına hassas bir şekilde açıklanmalıdır.[13] Aile üyelerine bu iştah kaybının olağan bir durum olduğu ve hastanın yemek yemesi için zorlayıcı davranılmaması gerektiği anlatılmalıdır.[10] Hasta sık zaman aralıkları ile ve azar azar beslenmelidir.[11]

Hasta dehidratasyon açısından takip edilir. Alabildiği oranda ağızdan sıvı alımı için desteklenir. Hekim istemine uygun olarak intravenöz sıvı desteği de sağlanabilir. Hastada ağız kuruluğu görülür.[11] Ağız bakımının temel amacı kişinin ağzını hem temiz hem de nemli tutmaktır. Ağız bakımının sıklığı ve kullanılan ürünün tipi hastanın ihtiyaçlarına göre değişir. Hastanın ağız temizliği günde en az dört kez yapılır. Hastanın ağız içi, dili, yanak içleri ve varsa diş protezi %0,9 serum fizyolojik sıvı ile ıslatılmış ağız hijyeni süngerleri veya çubukları kullanılarak temizlenir. Ağız bakımında thymol veya chlorohexidin gibi ağız kuruluğunu alevlendiren ürünlerin kullanılmasından kaçınılmalıdır.[13] Ağız mukozasının nemlendirilmesi sağlanmalıdır.[11] Ağız kuruluğu belirtileri her zaman dehidratasyonun varlığını göstermez ancak en sık nedeni hastanın ağızdan nefes alıp vermesidir. Hastanın az miktarda verilen suyu küçük küçük yudumlamasına destek olunmalıdır. Oral verilen asidik sıvılar tükürük üretimini uyarmada faydalı olabileceğinden hastaya meyve suyu verilebilir. Dudaklar için nemlendirici dudak kremi sürülebilir. Ağız kuruluğunu hafifletmek ve ilişkili sorunları önlemek için ise dudaklar ve iç yüzeyi su ile nemlendirilebilir.[5,13] Yarım saatlik aralarla ağız içinin su ile hafifçe silinerek nemlendirilmesi önerilmektedir.[10]

Etkisiz Solunum Örüntüsü

Etkisiz solunum örüntüsü hastanın soluk alma şeklinin değişmesi ile ilgili olarak yeterli ventilasyonun sağlanmaması ya da olmama olasılığıdır. Hırıltılı solunumu duymak rahatsız edici olabildiğinden

hastanın ailesine/bakıcısına hırıltılı solunumun nedeni ve solunum düzenindeki değişiklikler açıklanmalıdır. Bu semptomun ölüm sürecinin normal bir parçası olduğu ve ölmekte olan kişi için sıkıntı yaratma ihtimalinin düşük olduğu anlatılmalıdır.[6] Hastaya yarı yüzüstü pozisyon (semi-prone) verilmesi boğazda birikmiş salgıların boşaltılmasına yardımcı olabilir. Ağız boşluğunda salgıların görülmesi durumunda yumuşak ve esnek bir kateter yardımı ile nazikçe aspirasyon uygulaması düşünülebilir. Öğürme refleksini uyarabileceğinden ve sıkıntıya neden olabileceğinden ağız boşluğunun ötesinin aspirasyonundan kaçınılmalıdır. Antikolinerjik ilaçlar yalnızca yeni tükürük üretimini önlemede etkili olabilir ancak ağız kuruluğunu da şiddetlendireceği unutulmamalıdır.[4,13]

Oksijen inhalasyonu mukozal kuruluğa, tahrişe ve kanamaya neden olabilir ve mutlaka yaşanan solunum sıkıntısını iyileştirmez. Solunuma yönelik semptomlar genellikle hipoksiden ziyade metabolik değişikliklerle ilişkilidir. Bu sebepten oksijen tedavisi hastanın son günlerinde rutin olarak kullanılmamalıdır.[14] Ayrıca oksijen maskesi ve diğer bağlantıları da hastayı rahatsız edici olabilir ve ajitasyonunu artırabilir.[13] Eğer oksijen tedavisi uygulanıyorsa konfor sağladığından nazal kanülün kullanılması tercih edilmelidir. Sekresyonların yumuşatılması için buhar uygulaması yapılabilir.[6] Hasta yatağının bulunduğu yer değiştirilerek yeniden konumlandırılabilir, kapı ve pencereler açılarak veya vantilatör kullanılarak soğuk hava hareketi arttırılabilir.[13,14]

Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski

Deri bütünlüğünde bozulma riski hastanın deri yüzeyindeki epiderm veya derm tabakasında bozulma riski olması durumudur. Yaşamın son günlerinde veya saatlerinde hastanın basınç alanlarının bakımındaki amaç hasta rahatlığının sürekliliğini sağlamaktır. Hastaya pozisyon değiştirme sıklığı cilt muayenesi, değerlendirilmesi ve hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre belirlenmelidir. Basıncın azaltılmasına yardımcı ürünlerin, minderlerin, örtülerin ve şiltelerin kullanılması hasta pozisyonunun değiştirilmesi ihtiyacını en aza indirebilir. Bu durumda hastanın rahatsızlık hissetmesini ve cilt sorunlarının ortaya çıkmasını önlemede yardımcı olabilir.[13] Vücudunun basınç altındaki bölgelerine masaj yapılabilir.[10] Cilt mümkün olduğunca temiz ve kuru tutulmalıdır. İnkontinansın etkisini azaltmak için koruyucu kremler kullanılabilir. Hastanın durumuna göre üriner kateter kullanımı düşünülebilir. Cilt düzenli aralıklarla su ile silinebilir. Serin bir ortam sağlanması da cildin kuru tutulmasına fayda sağlayabilir. Lanolin ve koku içeren cilt bakım ürünlerinden uzak durulması da hastanın cildinin korunmasına yardımcı olabilir.[13]

Sözel İletişimde Bozulma

İletişimde bozulma hastanın aktarılan iletiyi alma ve verme yeteneğinin azalması durumudur. Yaşamın son saatlerinde hastanın bilinç düzeyi azalmış ya da bilinci tamamen kapanmış olsa bile çevresinde yaşanan olayları hissedebilir. Bu nedenle hastayla dokunsal ve sözel iletişim sürdürülmeli, yalnız olmadığı ve güvende olduğu kendisine hissettirilmelidir.[11,13]

Ölüm Anksiyetesi

Ölüm anksiyetesi ölüme karşı hissedilen endişe ve korku olarak tanımlanır. Ölüme giden yolda karşılaşılan her aşamaya ilişkin sübjektif ve hoş olmayan duyguları içeren bir tepki durumudur. Ölüm anksiyetesi hastada ajitasyon, huzursuzluk, nefes darlığı, aşırı terleme şeklinde kendini gösterebilir.[11] Hasta yalnız bırakılmaz. Ölüm belirtileri ve anksiyete düzeyi açısından takip edilir. Hastanın son saatlerini huzurlu ve sevdikleri ile etkileşim içinde geçirmesi sağlanmalıdır.[10]

Manevi Sıkıntı

Manevi sıkıntı; yaşama anlam veren, ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sisteminde bir rahatsızlık yaşayan ya da bu riski taşıyan bireydeki durumdur. Hastanın yaşamak için anlam bulamadığı ya da bulunduğu durum karşısında ümitsizlik hissettiği durumlarda ortaya çıkar. Tedavisi olmayan ve ilerleyici bir hastalıkla yüzleşmek üzüntülü bir süreç olabilir. Yaşanan süreç hasta, ailesi ve bakımı ile ilgilenen diğer kişiler için duygusal durumlarının, kaygı ve stres düzeylerinin yükselebildiği bir zaman dilimidir. Sağlık ekibinin hassas ancak yapılandırılmış bir yaklaşım benimsemesi önemlidir.[14] Hasta ölüme yaklaştıkça bireysel sağlık inançları, sağlık uygulamaları ve manevi, kültürel ve dilsel ihtiyaçlar belirlenmeli ve desteklenmelidir. Farklı kültürel, dilsel ve manevi geçmişlerden, sevdiklerinden ve toplum bağlarından gelen insanların bireysel ihtiyaçlarına saygı duymak ve bunlara duyarlı olmak, yaşamın sonunda kaliteli bakımın sağlanmasının ayrılmaz bir parçasıdır.[13]

Hasta yalnız bırakılmamalıdır. Yaşamın son saatlerini yaşayan hasta ve ailesinin gereksinimleri karşılanırken hasta ve ailesinin duruma tepkileri, inançları, yaşam şekli, yaşam felsefesi, yaşamın anlamı ve kişilik özellikleri dikkate alınmalıdır. Sorulan sorulara açık, net ve samimi cevaplar verilmelidir. Hastanın duygularını ifade edebilmesi, gereksinim ve endişelerinin dinlenmesi için yeterli zaman ayrılmalıdır. Hemşire hasta gereksinimlerinin farkında olmalıdır. Ayrıca hastanın ailesi ve mümkünse arkadaşları ile iletişime geçilmeli, hastanın onlarla görüşmesi için fırsatlar oluşturulmalı ve onların manevi desteği alınmalıdır.[14]

Bilinç düzeyi azalmış ya da bilinci kapalı hastanın çevrede olan olayları hissedebilecekleri konusunda aile üyeleri ve yakınları bilgilendirilmelidir. Hastaya dokunarak veya sözel iletişimde bulunularak aralarındaki ilişkinin devam ettirilmesi sağlanmalı, hastaya güvende olduğu hissettirilmelidir.[11]

Ağrı

Ağrı kontrolü yaşamın son saatlerine gelen hasta için en büyük önceliklerden biridir. Ağrının giderilmesinde genellikle morfin gibi güçlü opioidler kullanılabilir. Hastanın ağrı şiddeti ile ilişkili olarak opioidler düşük dozlardan başlanıp ihtiyaç halinde artırılabilir. Hafif ağrılarda ise parasetamol veya non-steroid antiinflamatuar ilaçlar kullanılabilir, ancak bu dönemde daha çok opioidler tercih edilir. Opioidler, özellikle yaşamın son dönemlerinde ağrıyı kontrol altına almak için hala temel bir tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır. Ancak, opioidlerin doz titrasyonu ve yan etkilerinin izlenmesi önemlidir. Opioidler ağrı kesici etki gösterir ancak bunun yanı sıra hastanın gastrointestinal sisteminde olumsuz yan etkilere de yol açmaktadır. Opioidlerin yan etkilerini azaltmak için ihtiyaç halinde antiemetikler ve laksatifler gibi destekleyici ilaçların da kullanılması önerilmektedir. Bununla birlikte, Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC) ve diğer sağlık otoriteleri, terminal dönem ağrısının özel bir yönetim gerektirdiğini ve genel opioid kullanım kılavuzlarının ötesinde, hasta odaklı yaklaşımlar gerektiğini vurgulamaktadır.[26,27]

Yaşamın Son Saatleri ve Ölüm Süreci

Yaşamın son saatleri, bireyin ölüm sürecine doğru adım attığı kritik bir dönemi temsil eder. Bu süreç, hem fizyolojik hem de psikolojik yönleri olan doğal bir evre olup, yaşamın sonlanmasıyla ilgili bir dizi değişikliği içerir. Ölüm sürecinde, hastanın rahatlatılması ve acısız bir şekilde veda etmesi öncelikli hedef olmalıdır. Bu nedenle gereksiz tıbbi müdahalelerden kaçınılmalı, ağrının kontrol altına alınması sağlanmalıdır. Aynı zamanda, hastanın mahremiyetini ve onurunu koruyacak şekilde davranılması, bu süreçte oldukça önemlidir. Sağlık profesyonelleri, hastayı ve yakınlarını bilgilendirerek, tıbbi ve insani özenle yaklaşmalıdır. Bu evre, uluslararası tıbbi rehberlerde, "iyi ölüm" olarak tanımlanan bir süreçtir ve bu sürecin sağlıklı bir şekilde yönetilebilmesi için multidisipliner bir ekip çalışması ve belirli bakım protokollerine bağlı kalınması gerekmektedir. Ölüm, yalnızca bir biyolojik olay değil, aynı zamanda duygusal ve psikolojik bir olgudur; bu nedenle hastaların ve ailelerinin duygusal gereksinimlerine de özen gösterilmesi gerekir.[27]

Fizyolojik Değişiklikler ve Ölümün İlk Aşamaları

Ölüm süreci başladığında, vücutta geri döndürülemez değişiklikler meydana gelir. Ölümün gerçekleşmesi ile birlikte, organlar ve sistemler işlevlerini kaybetmeye başlar. Vücudun organları ve dolayısıyla yaşam destek sistemleri, tamamen işlevini yitirir. Bu aşamada, Cheyne-Stokes solunumu gibi düzensiz solunum paternleri sıklıkla gözlemlenir. Cheyne-Stokes solunumu, hastanın solunum hızının ve derinliğinin dalgalanması, ardından bir süre solunumun durmasıyla kendini gösterir. Son nefes genellikle sessizdir ve ardından solunum tamamen durur. Bu solunum durması, kalp atışlarının durmasından önce gerçekleşebilir.[11] Kalp atışları sonlandığında, nabız bölgelerinde pulsasyon hissedilemez ve kan dolaşımı tamamen durur. Kan dolaşımının durması, solunumun kesilmesinden birkaç dakika sonra meydana gelir.[15] Bu süre zarfında vücutta bir dizi fizyolojik değişiklik, özellikle ciltte ve organlarda belirgin hale gelir.

Beyin Fonksiyonlarının Sonlanması ve Ölüm Belirtileri

Ölüm süreci ilerledikçe, beynin tüm işlevleri geri dönülemez bir şekilde sona erer. Hastanın bilinçsiz hale gelmesiyle birlikte, tüm refleksleri kaybolur. Örneğin, pupillalar genişler ve ışığa tepki vermez hale gelir. Bu, beyin fonksiyonlarının sonlandığının bir işaretidir. Hastanın derisi soğumaya başlar ve normalde sağlıklı olan renk tonunun soluk bir hale geldiği gözlemlenir. Ayrıca, ölüm sertliği olarak da bilinen rigor mortis (ölüm sertliği) durumu, ölümden birkaç saat sonra gelişir.[4,15] Bu durum, kasların sertleşmesi ve eklemlerde hareketsizlik oluşmasıyla kendini gösterir. Ölüm sürecinin ilerlemesiyle birlikte, bu fiziksel değişiklikler hızla belirginleşir. Hastanın yakınlarına ve ailesine ölümün fiziksel belirtileri hakkında bilgi verilmesi önemlidir. Böylece, ölüm süreci hakkında farkındalık yaratılabilir ve yakınları, bu değişimlere hazırlıklı olabilirler.

Ölümün Doğrulanması ve Yasal Prosedürler

Ölümün kesin olarak doğrulanması, sağlık profesyonelleri tarafından yapılmalıdır. Bu doğrulama işlemi, hastanın kalp atışlarının durması, solunumun kesilmesi ve pupillaların ışığa tepki vermemesi gibi kriterlerin dikkatlice incelenmesiyle gerçekleştirilir.[11] Ölüm belgesinin düzenlenmesi için hastanın ölümünün resmi olarak tespit edilmesi gerekmektedir. Ölümün ardından ilgili yasal prosedürler başlatılır. Bu süreç, hastanın ölümünün yasal açıdan onaylanmasını ve gerekli belgelerin düzenlenmesini içerir. Ayrıca, ölüm sonrası organ bağışı veya otopsi gibi ek tıbbi ve yasal gereklilikler de devreye girebilir. Ölüm belgesinin düzenlenmesinin ardından, ilgili yasal prosedürler ve gömme işlemleri başlatılır.[10,15]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Can G. Kanser Hastalarında Palyatif Bakım. In: Enç N, editor. *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Genişletil. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2021. p. 494-508.
2. Palliative Care Overview | NHPCO [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 17]. Available from: https://www.nhpco.org/palliativecare/
3. World Health Organization. Planning and implemeting palliative care services: a guide for programme managers [Internet]. 2016 [cited 2022 Mar 17]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/250584
4. Kabalak AA. *Terminal Dönemin Son 48 Saatinde Palyatif Bakım*. 2012;0(3):168-176.
5. Chapman L, Ellershaw J. Care in the last hours and days of life. *Med* (United Kingdom). 2015 Dec;43(12):736-739. [Crossref]
6. Van Giersbergen Y, Geçit S. Son gün ve saatlerdeki yaşam sonu bakımında kanıta dayalı uygulama önerileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg*. 2017;33(1):171-181.
7. Huffman J, Harmer B. End of Life Care. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544276/
8. Uysal B. Health care in the terminal stage. In: Çankaya S, editor. *Medical and Health Sciences*. Ankara: İKSAD Publishing House; 2020. p. 145-68.
9. Seki Öz H, Kargın M. A Review on Nursing and Being Able to Talk About Death. *Turkiye Klin J Nurs Sci*. 2021;13(2):452-456. [Crossref]
10. Olgun N. Ölüm ve ölüme yaklaşan hastaya yaklaşım. In: Karadakovan A, Eti Aslan F, editors. *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. 6. baskı. Adana: Akademisyen Kitabevi; 2022. p. 243-251.
11. Bülbül Maraş G. Terminal dönemde olan yaşlıda destek bakım ve ölüm kavramı. In: Karadakovan A, editor. *Yaşlıda destek bakım*. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2020. p. 462-482.
12. Lokker ME, Van Der Heide A, Oldenmenger WH, Van Der Rijt CCD, Van Zuylen L. Hydration and symptoms in the last days of life. *BMJ Support Palliat Care*. 2021 Sep;11(3):335-343. [Crossref]
13. Queensland Health. Care Plan for the Dying Person Health Professional Guidelines [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 17]. Available from: www.health.qld.gov.au/careatendoflife.
14. Yıldırım Y, Fadıloğlu Ç. Terminal dönemde hastaya yaklaşım. In: Can G, editor. *Onkoloji hemşireliği*. Genişletil. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2020. p. 1215-1230.
15. Chapman L, Ellershaw J. Care in the last hours and days of life. *Med* (United Kingdom). 2020 Jan;48(1):52-56. [Crossref]
16. Krooupa AM, Vivat B, McKeever S, Marcus E, Sawyer J, Stone P. Identification and evaluation of observational measures for the assessment and/or monitoring of level of consciousness in adult palliative care patients: A systematic review for I-CAN-CARE. Vol. 34, Palliative Medicine.

Palliat Med; 2020. p. 83-113. [Crossref]
17. Agar MR. Delirium at the end of life. *Age Ageing*. 2020 May;49(3):337-340. [Crossref]
18. Corr CA. Elisabeth Kübler-Ross and the "Five Stages" Model in a Sampling of Recent American Textbooks. *Omega* (United States). 2020;82(2):294-322. [Crossref]
19. Aydoğdu A. Ölüm ve ölümü anlamak. In: Can G, editor. *Onkoloji hemşireliği*. Genişletil. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2020. p. 1203-1213.
20. Bucuka Y. Covid-19 Kaynaklı Ölümlerde Yerine Getirilemeyen Ritüeller ve Ölümün Toplumsal Bağlamından Uzaklaşması. *Toplum ve Sos Hizmet*. 2021;103-123. [Crossref]
21. Yorulmaz DS, Karadeniz H. Terminal dönem ve iyi ölüm sürecinde hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Derg*. 2020;24(2):134-8.
22. Menekli Amaç T. Yoğun bakım ve yaşam sonu bakım. In: Durmaz Akyol A, editor. *Yoğun bakım hemşireliği*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri; 2017. p. 415-34.
23. Speakers CM. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care 4 th edition Publisher: *National Coalition for Hospice and Palliative Care*. 2018. 1-190 p.
24. Arevalo JJ, Geijteman ECT, Huisman BAA, Dees MK, Zuurmond WWA, Van Zuylen L, et al. Medication Use in the Last Days of Life in Hospital, Hospice, and Home Settings in the Netherlands. *J Palliat Med*. 2018 Feb;21(2):149-155. [Crossref]
25. Leadership Alliance for the Care of People. One chance to get it right: Improving people's experience of care in the last few days and hours of life. [Internet]. 2014. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/323188/One_chance_to_get_it_right.pdf
26. Dowell, D. CDC clinical practice guideline for prescribing opioids for pain—United States, 2022. MMWR Recomm Rep 2022;71(No. RR-3):1–95
27. Latter S. Access to palliative and end-of-life care medicines: supporting community pharmacy's role. International Journal of Pharmacy Practice. 2022;30(4):295–296

BÖLÜM 24
ETKİLİ İLETİŞİM

Büşra KUL

DOI: 10.5152/1824

Etkili İletişim

Effective Communication

BÖLÜM HAKKINDA

İletişim kişilerin fikir, duygu, düşünce ve ihtiyaçlarını birbirlerine ilettiği bir süreçtir. Hastalara fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan yardımcı olabilmek için etkili iletişim kurmak önemlidir. Hasta veya ailesinin yaşamı tehdit eden ciddi bir hastalıkla karşılaşması gerilim ve korku duygusu yaratabilir. Palyatif bakımda hasta ve ailesine, kötü haberin spikes protokolüne göre uygun ortamda, uygun iletişim teknikleri ile verilmesi, sağlık çalışanına güveni arttırabilir ve hastaların verecekleri tepkileri olumlu yönde etkileyebilir. Hasta ve ailesinin ölüm ve yas sürecini kabullenmesini sağlayabilir. Ayrıca sağlık çalışanlarının iş doyumunu arttırabilir ve tükenmişlik yaşamalarını önleyebilir. Bu amaçla, hastayı dinlemek, empati kurmak, sözlü ve sözsüz iletişime dikkat etmek çok önemlidir.

Anahtar kelimeler: Etkili iletişim, kötü haber verme, palyatif bakım

ABOUT the CHAPTER

Communication is a process by which people share their ideas, feelings, thoughts and needs with each other. It is important to communicate effectively in order to help patients physically, mentally and socially. Facing a serious, life-threatening illness can create a sense of tension and anxiety for the patient or their family. In palliative care, breaking the bad news to the patient and family according to the spikes protocol in an appropriate environment with suitable communication techniques can increase confidence in the medical staff and positively influence the patient's reactions. It can help the patient and family to accept the death and grieve. It can also increase the job satisfaction of healthcare professionals and prevent them from experiencing burnout. To this end, it is very important to listen to the patient, show empathy and pay attention to verbal and non-verbal communication.

Keywords: Effective communication, breaking bad new, palliative care

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ T.C. CERRAHPAŞA 1453

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenciler:

1. Hasta ve ailesi ile etkili iletişim kurulmasında izlenmesi gereken yolların öğrenir.
2. Özel durumlarda hasta yakınlarının tepkilerini değerlendirebilir ve yas sürecinde hasta ve ailesine nasıl destek olabileceğini öğrenir.
3. SPIKES protokolü doğrultusunda hasta ve ailelerine kötü haber vermeyi öğrenir.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **İletişim** – Fikir, duygu, düşünce, niyet ve ihtiyaçların kişiler arasında sürekli iletildiği bir süreçtir
2. **Etkili bir iletişim** – Hastanın hastalığa uyumunu, saygılı ve güvenli bir ortamın oluşmasını ve iyi ölümü sağlar.
3. **SPIKES Protokolü** – Hasta ve ailelerine kötü haberlerin verilmesinde, iletişim tekniklerinin kullanıldığı ve bilgi almayı kolaylaştıran adım adım sorulması gereken soruların ve uygulanması gereken davranışların neler olduğunu açıklayan bir protokoldür.

Giriş

İletişim, palyatif bakımda terapötik bir araçtır. Ciddi hastalık durumlarında iletişim, sağlık çalışanının durumu pratikte ele almadan önce hastaya bilmesi gereken bilgileri vermesini sağlar. Hem hasta hem de ailesi için güven ve emniyet duygusu yaratır. Ailenin

Büşra Kul

Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım/Yaşlı Bakımı Programı, İstanbul, Türkiye

E-posta: busra.kul@uskudar.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Kul B. Etkili İletişim. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 241-251.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

veya hastanın sağlık çalışanı ile iyi bir iletişim içinde olması günlük olarak yaşadığı stresi azaltabilir. Hasta veya ailesinin yaşamı tehdit eden ciddi bir hastalıkla karşılaşması çok zordur. Sürekli bir gerilim ve korku duygusu yaratabilir. Bu nedenle, korkularını yok etmek için hastaya ve aile bireylerine palyatif bakım sağlamak çok önemlidir.

Yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele eden hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi için etkili iletişim kurulması gerekir. Hastalığın tanısının konulmasından itibaren hasta ve ailesine, kötü haberin uygun ortamda, uygun iletişim teknikleri ile verilmesi, sağlık çalışanına güven duygusunun gelişmesini sağlayarak hastaların verecekleri tepkileri olumlu yönde etkileyebilir. Kötü haberi alan hasta ve ailesi "inkâr, öfke, pazarlık, depresyon, kabullenme" gibi farklı tepkiler verebilir. Her hastanın verdiği tepki kişiye özeldir. Bu yüzden kurulacak iletişimde kişiye özel olmalıdır. Hasta ve ailesinin hastalık hakkındaki düşünceleri, istekleri ve beklentileri değerlendirilerek gereksinim duydukları tıbbi yaklaşım belirlenebilir. Hastanın tedaviye uyumu ve tedavinin başarısı artabilir. Hasta ile kurulan güven ilişkisi sonrası, hasta merak ettiği konuları açıkça konuşabilir ve anksiyetesi azalabilir. Hastayla kurulan etkili iletişim, hastanın palyatif bakım sürecini kabul etmesini kolaylaştırabilir. Hastanın fiziksel açıdan desteklenmesinin dışında, hasta ve ailesinin ölüm ve yas sürecini kabullenmesini sağlayabilir. Ayrıca sağlık çalışanlarının da iş doyumunu artırarak tükenmişlik yaşamalarını önleyebilir. Bu yüzden hasta ile karşılaştığımız andan itibaren, hastayı dinlemeye, empati kurmaya, sözlü ve sözsüz iletişimimize dikkat ederek uygun zaman ve ortamda kurduğumuz iletişim çok önemlidir.

Etkili İletişim

İletişim, fikir, duygu, düşünce, niyet ve ihtiyaçların kişiler arasında sürekli iletildiği bir süreçtir. Hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlarını anlayabilmek ve çözüm bulabilmek için hasta ve ailesi ile sağlık çalışanı arasında iyi bir iletişim kurulması gerekir. Hastaya etkili bir bakım, sağlıklı iletişim kurularak verilebilir.[1]

Etkili bir iletişim, hastanın hastalığa uyumunu, saygılı ve güvenli bir ortamın oluşmasını ve iyi ölümü sağlar. Hastayla iletişim kurmadığımız sürece sahip olduğumuz tıbbi ve bilimsel bilgiyi aktaramayız, bilgimizin bir değeri olmaz. İyi iletişim kurmak, tedavi ve bakım planı ile ilgili kararlar alınmasının yanında, paylaşımın gücüyle acı ve sıkıntıyı hafifletebilir. Yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastalar ve aileleriyle iletişimin yararlarına dair güçlü kanıtlar vardır. Hasta ve ailelerinin taleplerini konuşmak hasta memnuniyetini artırır. Etkisiz iletişim, palyatif hasta bakımının optimal olarak yapılmasının önündeki en büyük engellerden birisidir. Hasta ve ailelerinin umudunu yok etmekte ve korkularını tetikleyerek sağlık çalışanına güveni zedelemektedir.[2,3]

Etkili İletişim İçin Değerlendirilmesi Gerekenler

- Hasta ve ailesinin prognoz hakkında ne bildiği,
- Hasta ve ailesinin tedaviden ne beklediği,
- Hasta ve ailesinin geçmişten bu yana kullandığı baş etme yöntemleri,
- Hasta ve ailesine baş etmede yardımcı olabilecek kişiler ve kaynaklar,
- Hasta ailesinin tepkileri değerlendirilmelidir.[2,3]

Sonrasında uygun bir dille, açık ve net bir şekilde, göz teması kurarak ve beden dilimize dikkat ederek etkili bir şekilde iletişim kurmalıyız. İletişimi iki yönlü olacak şekilde, geri bildirim alarak, hastayı dikkatli bir şekilde dinleyerek, empati kurarak, saygı duyarak ve güven vererek sağlamalıyız.[2,3]

Etkili İletişimin Zorlukları ve Engelleri

Hasta ve ailesi ile kurulan iletişim sağlık çalışanından, koşullardan, hasta ve ailesinden kaynaklanan nedenlerden dolayı engellenmektedir.

Hasta ve Ailesinden Kaynaklanan Zorluklar

- **Duygu durum bozukluğu:** İlk tanı aşamasında hasta ve ailesi yoğun stres yaşayabilir ve buna bağlı olarak hastalığı, tedavi seçeneklerini ve prognozu yanlış algılayabilir. Hastalar bu durumda duygularını ifade etmekten kaçınabilir. Ailesinin üzülmesinden, çevresi tarafından ayıplanmaktan ve prognozun olumsuz etkilenmesinden korkabilir. Hissettiklerini ifade edemeyen hastanın, yaşam kalitesi etkilenebilir ve tedaviye uyum sağlamakta zorlanabilir. Sağlık çalışanı, hasta ve ailesinin tepkilerini gözlemleyerek hastalık tanısına ilişkin bilgileri dikkatlice küçük parçalar halinde vermelidir. Ayrıca verdiği bilginin anlaşılıp anlaşılmadığını kontrol etmek ve hastaların endişelerini dile getirmelerini sağlamak amacıyla açık uçlu sorular sormalıdır.[4-6]
- **Palyatif bakım kavramının algılanmasına bağlı zorluklar:** Palyatif bakım "ölmek üzere olan bireyin bakımı" olarak algılandığı için, hastaların bu bakımın ne zaman başlatılması gerektiği ve neyi içerdiği konusundaki yanlış algılamaları, palyatif bakım rolüne yönelik önyargı oluşmasına yol açabilir.[1]
- **Hasta ve ailesinin sosyo-kültürel yapısı, inancı ve ana diline bağlı sorunlar:** Daha önce hiç kayıp yaşamamış olan aileler, ölüm sürecini algılamada zorluklar yaşayabilir. Bu süreçte ne yapması ve nasıl davranması gerektiğini bilmeyebilir. Sosyo-kültürel yapısı gereği ölümü bir kabulleniş olarak algılayabilir ve palyatif tedaviyi reddedebilir. Hastasının evde ya da hastanede ölmesini isteyebilir. Hastanın ana dilinin farklı olması etkili iletişimi zorlaştırır. Hasta hastalığını tanımlarken yanlış anlaşıldığını düşünebilir, soru sormaya ve kendini ifade etmeye çekinebilir. Böyle durumlarda varsa sağlık çalışanı ile hasta arasında iletişimi sağlayabilecek, hastanın güvendiği bir yakınından destek alınabilir. Bu noktada hasta mahremiyetine önem verilerek, yakınının bilmesini istemediği noktalara dikkat edilmelidir.[3,7]
- **Başa çıkmada yetersizlik, fiziksel ve duygusal tükenme:** Akut veya kronik hastalık ailenin tükenmesine yol açar, konsantre olma ve karar verebilme becerisini azaltır. Öfke, suçluluk, kaybetme korkusu ya da yaşayamadıkları hayatlar hasta ve ailesinin tükenmesine neden olarak etkili iletişimi engelleyebilir.[1]
- **Hastalığın durumu ve duyusal sorunlar:** Hastanın hastalık durumuna bağlı fiziksel sorunları sözlü veya yazılı iletişim kurmasını engelleyebilir. Hastada işitme veya görme sorunu olması hastanın iletişim güçlüğü, güvensizlik, korku ve hayal kırıklığı yaşamasına yol açabilir. İşitme sorunu olan hastaların ihtiyaçları değerlendirilerek işitme cihazı, yazarak iletişim kurma, dudak okuma veya işaret dili kullanılarak etkili bir şekilde iletişim kurulabilir. Sağlık çalışanı görme sorunu olan hastalarla iletişimde açık bir dil ve ses tonu kullanmalıdır.[1]

Koşullardan Kaynaklanan Zorluklar

- **Hasta ve ailesi ile ilk görüşme:** Hasta ve ailesiyle yeni tanışan sağlık çalışanı, yaşam sonu süreci tartışmakta zorlanabilir.
- **Sağlık çalışanı sayısının azalması:** Çalışan sayısındaki yetersizliğe ilaveten artan iş temposu, hasta ile sağlık çalışanı arasındaki iletişimi olumsuz olarak etkileyebilir.[1,8-11]

Sağlık Çalışanından Kaynaklanan Zorluklar

Sağlık çalışanı ile hasta ve ailesi arasındaki ilişkinin derinliği, hastalığın tanısı, prognozu, ölüm süreci gibi konuları konuşmayı zorlaştırabilir. Sağlık çalışanının hastalık ve ölümle ilgili olumsuz deneyimleri, hastaya verdiği tedavi ve bakımın kalitesini etkileyebilir. Ölmek üzere olan bireye bakım veren sağlık çalışanı, kendi ölüm sürecini düşünebilir ve ölüm korkusu yaşayabilir. Sağlık çalışanının iletişim becerileri konusunda yetersiz olması, hastanın duygu ve düşüncelerini değerlendirememesi, duygularını tartışamaması iletişimi olumsuz etkileyebilir.[8-11] Sağlık çalışanlarının iletişim eğitimlerinin yetersiz olması, psikolojik ve duygusal açıdan tükenmişliğe yol açmaktadır. Ayrıca, kişisel başarıları düşmüş gibi hissetmelerine neden olabilir.[12] Yapılan bir çalışmada kötü haberin verilmesi konusunda sağlık çalışanına verilen eğitimin, simülasyon yöntemi ile verilmesi %43, rol yapma yöntemi %14 ve teorik bilgi %7 etkili olduğu bulunmuştur. Tüm yöntemlerin etkili olduğunu düşünen kişilerin %36 olduğu saptanmıştır. Simülasyon yöntemi ile kötü haberi verme konusunda kendimizi geliştirerek hastaların bu zor anlarında duygusal travma yaşamalarını önleyebiliriz.[13,14] Sağlık çalışanının yaşadığı tükenmişlik sendromu, empati kurmasını ve merhamet duygusunu olumsuz etkileyebilir. Sağlık çalışanı duygularını yönetemeyeceğinden, empati yapamayacağından ve duygularını göstermesinin zayıflık olarak algılanmasından korkabilir.[8-11]

Hastaya Yaklaşım

Hastanın kişiliği, yaşam şekli, inancı, deneyimleri ve eğitim düzeyi bilgilendirme yönteminde farklılıklar oluşturur. Hastadan bilgi saklamak, hastanın daha çok bağımlı olmasına, öz bakımını kontrol edememesine, duygularını belli etmede cesaretsiz, kaygılı, güvensiz ve yalnız hissetmesine yol açar. Hastanın kendi durumunu nasıl algıladığı konuşulur ve gerektiğinde açıklamalar yapılır.[15]

Hastanın konforunun sağlanması ve değer verilerek saygı gösterilmesi gerekmektedir. Konfor ile kastedilen ağrının analjezi ile hafifletilmesidir. Ağrının şiddeti, arttıran ve azaltan faktörler düzenli olarak değerlendirilmelidir. Anksiyete, depresyon, suisit düşünceleri açısından dikkatli olunmalıdır. Hastanın özel alanına saygı duyularak bakımı sürdürülmelidir. Hastalar için özel oda sağlanamayabilir, ancak hastanın başkaları tarafından görülmeyecek, aileleri ile rahatça görüşebileceği ortamlar sağlanmalıdır. Hastalardan bahsedilirken "dört numaralı odadaki KOAH", "beş numaralı odadaki erkek hasta" gibi ifadeler kullanılmamalıdır. Bu ifadeler hasta ve aileleri için rahatsız edicidir. Her hastanın bir yaşamı olduğu, bu yaşamından mutlu olan ailelerinin olduğu ve özel oldukları unutulmamalıdır. Bu yüzden Ali Bey, Ayfer Hanım olarak hastaları tanımlamak gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının palyatif bakım hastası ile yakın iletişim ve etkileşim kurmaktan kaçındığı için bu tarz ifadeleri kullandıkları düşünülmektedir.[2,3,16]

Terminal Dönemde Olan Hastaya Yaklaşım

Hemşireler hasta merkezli iletişimi benimsemelidir. Hemşirelerin hasta ve ailesi ile kurduğu zayıf iletişim, duygusal acıya ve yanlış karar vermelerine neden olabilir. Bir hemşire kötü haber verirken ne kadar rahat olursa, daha iyi bir sonucun ortaya çıkma olasılığı o kadar yüksek olur. Hemşire öncelikle hastayı dinlemeye, hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını anlamaya çalışmalıdır. Bunun için **"sor-anlat-sor"** yöntemini kullanabilir (Şekil 1). Bu yöntem geri bildirim almaya ve hastaların bilgi anlayışını özetlemeye yardımcı olan bir iletişim yaklaşımıdır. Duygusal olarak bilgilerin tartışılmasını kolaylaştırmaya yardımcı olur. Hastalara ve aile üyelerine endişelerini doğrudan sormayı, açık uçlu sorular kullanmayı ve yanıtlar için bolca zaman bırakmayı içerir. Hasta bir endişesini ifade ederse ve bilgi isterse, sağladığınız bilginin hastaya en çok yardımcı olduğundan emin olmak için "sor-anlat-sor" yaklaşımı kullanılabilir. Bu dönemde hasta ve ailesi için sakin ve huzurlu bir oda sağlanmalı, ölüm sonrası aile psikososyal açıdan desteklenmelidir.[14,15,17-19]

Kötü Haberlerin Verilmesinde Spikes Protokolü

Spikes protokolü, hasta ve ailelerine kötü haberlerin verilmesinde, iletişim tekniklerinin kullanıldığı ve bilgi almayı kolaylaştıran soruların olduğu bir protokoldür. Kötü haberin uygun ortam ve yöntem ile verilmesi, hasta ve ailesinin teşhis, metastaz, terminal evre ve prognoz gibi zor dönemleri ile başa çıkmasını kolaylaştırır.[1]

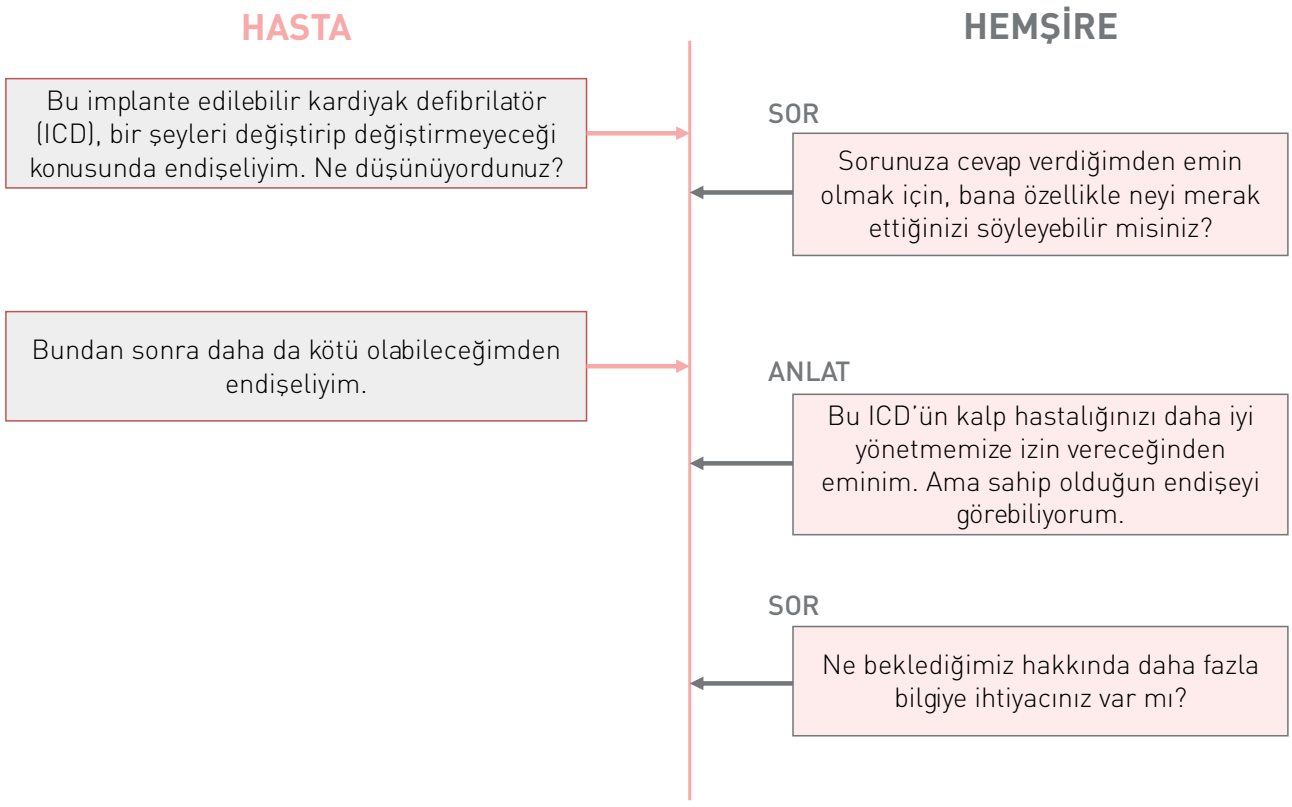
Görüşme İçin Hazırlık Yapma (Setting)

Hasta ile neyin konuşulacağına palyatif bakım ekibi birlikte karar verir. Ekipte destek amacı ile hekim, hemşire ve sosyal hizmet uzmanının bulunması sağlanır.[15,16,18–21]

Kötü haber tedaviden sorumlu doktor tarafından verilmelidir. Ancak doktor bu bilgiyi paylaşmaya hazır değil ise hemşire veya bir başka doktordan rica edebilir. Kötü haber vermek genellikle tek seferlik bir olay değildir. Hemşireler zor bilgileri işlemek ve gerektiğinde açıklama sağlamak için ailelerle birlikte çalışmalıdır.[14] İsveç'te yapılan bir çalışmada, hemşirelerin kalp yetmezliği hastalarına kötü haberin verilmesi konusundaki bakış açısı incelenmiştir. Hemşirelerin %69'u prognoz ve %67'si yaşam sonu bakım konuşmasının doktorların sorumluluğunda olduğuna inandıklarını iletmiştir. Kendilerini bu konuşmayı yapma konusunda bilgili hissettikleri saptanmış ancak %91'i daha fazla eğitim almak istemiştir. Hemşireler prognoz ve yaşam sonu bakım konusunda kendilerini yetkin hissetmelerine rağmen bu konuyu doktorların sorumluluğu olarak görmektedir. Bu durumun iletişimde algılanan engellerden ve hemşirelerin bu konuşmaları yapmaya çekinmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.[22]

Görüşme öncesi prova yaparak duygular kontrol edilmelidir. Kötü haberi vermek için ön hazırlık yapılmalıdır. Sakin, sessiz, sıcak renklerin ve tahta mobilyaların kullanıldığı ev ortamını hatırlatan özel bir oda ayarlanmalıdır. Gizlilik ilkesine uyulmalıdır. Konuşmanın kesilmeyeceği uygun ortam ve zaman ayarlanmalıdır. Hastanın yanında olmasını istediği kişiler de konuşmaya dahil edilmelidir. Çünkü, kötü haberi alan hasta, şok olabilir ve söylenenlerin çoğunu duymayabilir, söylenenleri hatırlamayabilir. Hastanın rahatça oturacağı bir yer ayarlanmalı ve hastaya yakın bir yere oturulmalıdır. Hastayla göz teması kurulmalı ve dikkatli bir şekilde konuşması bölünmeden dinlenmelidir. Beden diline dikkat edilmeli, kişiye ismi ile hitap edilmelidir. İzni ile elini tutarak yanında olduğumuz

Şekil 1. Sor-anlat-sor yöntemi



hissettirilmelidir. Sessizliğe ve gözyaşlarına izin verilmelidir. Hasta konu hakkında konuşmak istemiyorsa onunla birlikte susularak destek olunmalıdır.[2,3,14–16,19,21]

Hastanın Algısını Değerlendirme (Perception)

Hemşire, hastanın kendisini nasıl hissettiğini ve görüşmeden beklentisinin ne olduğu ile alakalı algısını öğrenir (15,16,18–21). Hastanın hastalığı hakkında ne bildiği, düşüncesi ve durumunu ne kadar anladığı sorulmalıdır. Örnek "Tıbbi durumunuzu nasıl tanımlarsınız?" "Dr. A sizi buraya neden gönderdiği konusunda size ne söyledi?"[16] Açık uçlu sorular sorulmalı, konuşma yanlış anlamayı önlemek amacı ile yönlendirilmelidir. Hastanın gösterdiği inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme evrelerinden hangisinde olduğu tanınmalı ve gerçekçi olmayan tedavi beklentileri sorgulanmalıdır.[2,3,14,16,19,21]

Hastanın İsteğini Değerlendirme (Information)

Bazı hastalar hastalığı hakkında tam olarak bilgilendirilmek ister. Bazıları ise detayları duymak istemez. El-Jawahri ve ark., (2013) hastaların bilgi tercihlerini değerlendirmek amacı ile yaptığı çalışmada, hastaların %75'inin hastalığının teşhisi ve tedavisi hakkında olabildiğince çok ayrıntı bilmek istediğini saptamıştır.[23] Yapılan çoğu çalışmada hasta, prognozu ve teşhisi ile ilgili tam olarak bilgi almak istemiştir.[24-26] Hasta ile sonuçları konuşmadan neyi, ne kadar bilmek istediği anlaşılmaya çalışılmalıdır. "Durumunuzun tüm ayrıntılarını mı yoksa genel noktalarını mı bilmek istersiniz?" gibi ifade ile durumun ne kadarına hazır iyice değerlendirme yapılmalıdır. Hasta o an bu konuyu konuşmak istemezse bilgiyi başka bir zaman verebileceğimiz belirtilmelidir. Durumu hakkında isterse ailesi veya arkadaşı ile konuşabileceğimiz söylenmelidir. Örneğin; "Bazı insanlar kendilerinde neyin olduğunu duymak istemiyor, bunun yerine ailelerine söylenmesini tercih ediyor. Sen ne tercih edersin?" "Bu konular hakkında kiminle konuşmamı istersin?" diye sorulmalıdır.[15] Hemşire, "Size bunu söyleyeceğim için üzgünüm." gibi uyarı ifadesi kullanarak hastayı duyacağı haberlere hazırlar. Bu andan itibaren hastaların verdiği tepkiler değişebilir.[15,16,18-21]

Hastayı Bilgilendirme (Knowledge)

Hemşire haberi açık ve net bir dille, hastanın sosyokültürel yapısına ve eğitim durumuna uygun olarak verir.[15,16,18-21] İlk söylenen cümle en iyi hatırlanacağı için "yapabileceğimiz bir şey yok." demek yerine "durumunuz ciddi ama umutsuz değil.", "Maalesef kötü haberlerim var.", "Keşke işler daha farklı olsaydı, ama bazı önemli haberleri paylaşmam gerekiyor." veya "Size bunu söyleyeceğim için üzgünüm." gibi cümleler ile kötü haber vereceğimiz hastaya hissettirilmelidir.[2,3,14-16,19,21]

Uzun edebi dilden kaçınılmalı, "Kemoterapiye rağmen kitle büyümüş.", "Ekokardiyogram kalbinizin önemli ölçüde zayıfladığını gösteriyor." gibi kısa ve basit cümleler kurulmalıdır. Haberi verdikten sonra haberin hazmedilmesi için beklenmelidir. Sık sık ara verilmeli ve sessizliğe dikkat edilmelidir.[2,3,14-16,19,21]

Tepki ve sorular için zaman verilmelidir. Hastanın sorduğu sorulara hemen cevap vermek yerine, "Bana bu soruyu neden sorduğunuzu merak ettim." gibi ifadeler ile soruyu sorma nedeni anlaşılmaya çalışılmalıdır.[2,3,14-16,19,21] Çalışmalar, hasta ve ailesi ile kritik zamanlarda açık ve dürüst tartışmalar yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Buna rağmen, hayatı tehdit eden hastalığı olan hastaların %60-90'ı sorunlarını doktorlarıyla hiç tartışmadıklarını bildirmiştir.[1]

Sosyokültürel yapısına ve eğitim durumuna dikkat edilmelidir. Tıbbi kelimelerden ve duygusuz, sert söylemlerden kaçınılmalıdır. Hastanın ne anladığını anlamak amacı ile geri bildirim alınmalıdır. İstatistik ve yüzdeliklerden kaçınılmalı, "5 kişiden 1'i..." gibi rakamlar kullanılmalıdır. Hem ölüm hem de yaşam şansı tanımlanmalıdır.[2,3,14-16,19,21]

Prognoz ile ilgili net süre vermekten kaçınılmalıdır. Gerçekçi olduğu kadar hastalığın durumu ile uyumlu haftalar ve aylar gibi zaman dilimleri verilebilir. Sonrasında "En kötüsünü planlarken en iyisini ummalıyız.", "Sürprizleri tahmin edemeyiz ve bir şey olması durumunda plan yapmalıyız." gibi ifadelerle tahminin sınırları vurgulanmalıdır. "Kesin olarak bilemeyeceğimizi kabul edersiniz, hayattaki birçok şey gibi." ifadesine benzer şekilde belirsizlik normalleştirilmelidir.[3,21,27]

Prognoz kötü bile olsa semptomların yönetimi, beklenti ve ihtiyaçlar gibi hedefler belirlenmelidir. "Bundan başka bir şey yapılamaz.", "Sizin için yapabileceğimiz bir şey yok." mesajı vermekten kaçınılmalıdır. Hasta hiçbir şey söylemez ise ne hissettiği sorulmalıdır.[2,3,14-16,19,21]

Empati Kurarak Hastanın Duygularını Paylaşma (Empathy)

Hekim ve hemşireler hastaların duygusal anlarından rahatsız olabilir. Oysa hastanın hemşiresine olan güveni bu paylaşımla başlar (Şekil 2). "Bu durum benim için de çok zor", "Ben daha iyi bir sonuç bekliyordum.", "Bu durum seni korkuttu mu?", "Kızgın görünüyorsun. Şu anda ne düşünüyorsun? ", "Ne için korktuğunu söyleyebilir misin?", "Ne hissettiğini anlayabiliyorum." gibi empatik, araştırıcı ve doğrulayıcı ifadelerle iyi bir iletişim sağlanabilir (Şekil 3).[2,3,14-16,19,21]

Martins ve Carvalho (2013) yaptığı araştırmada, hastaların %78'inin empatik bir klinisyenden kötü haber almayı tercih ettiğini saptamıştır. Mesafeli ve duygusal klinisyen tercih etme oranı %22 olarak bulunmuştur. Hastaların hiçbiri kaba ve hızlı bir klinisyenden kötü haberi almak istememiştir.[28]

Durumu Özetleme ve Bakımı Planlama (Summarize)

Geleceğe yönelik plan yapılarak hastanın endişesi azaltılmalı ve otonomisi desteklenmelidir. Hastanın bakım planını tartışmaya hazırlık durumu sorulmalıdır. Başlangıç olarak hastanın bilgisi, beklentisi ve korkuları tartışılmalıdır. Hastanın kafasını kurcalayabilecek aile, iş, ağrı, yetersizlik, maddi sıkıntılar, muhtaç olmak gibi konular tartışılmalıdır. Bu konuda yapabilecekleri anlatılmalıdır. Tedavi planı birlikte oluşturularak, sorumluluk paylaşılmalıdır. Yazılı bir özet ile kayıt tutularak hasta dosyasına koyulmalıdır.[2,3,14-16,19,21]

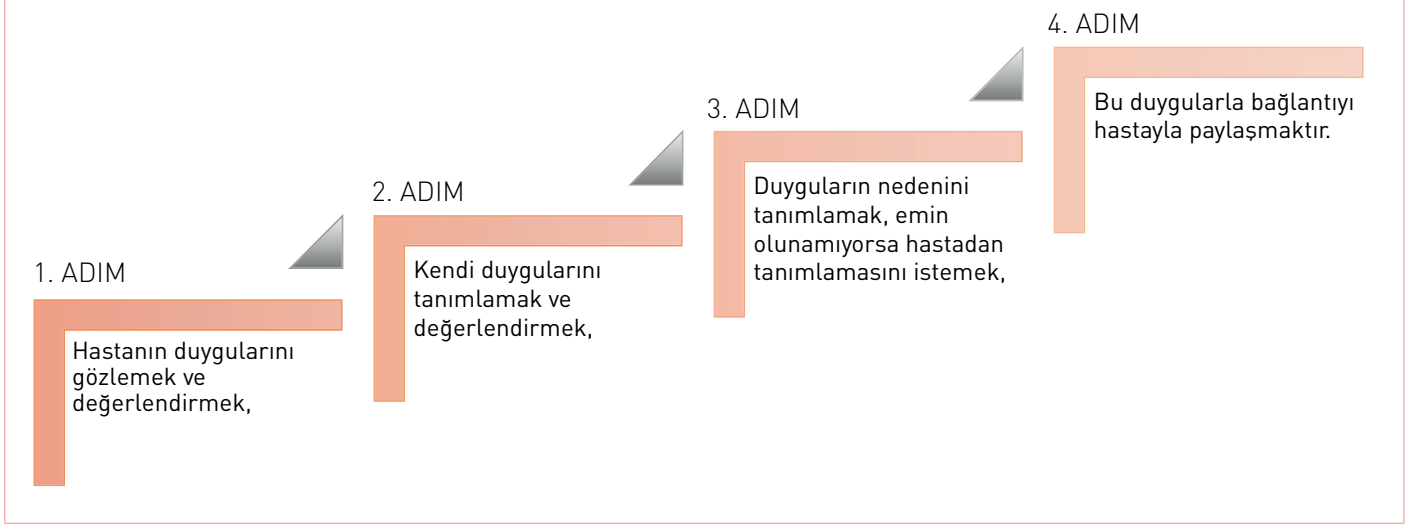
Ailelerin Gereksinimlerinin Yönetilmesi

Hasta ailesi, arkadaşları ve bakıcılarının erken dönemde anlaşılır bir şekilde bilgilendirilmesi yas sürecinin desteklenmesini sağlar. Bu süreçte kişilere yas ve üzüntü konusunda, yapılması gerekenler ve alınması gereken kararlar konusunda, hasta ile nasıl konuşmaları gerektiği, hastayı nasıl rahatlatabilecekleri, kişilere düşen görevler, ihtiyaç duyabilecekleri maddi ve manevi gereksinimler konusunda destek verilmelidir.[19,29-31]

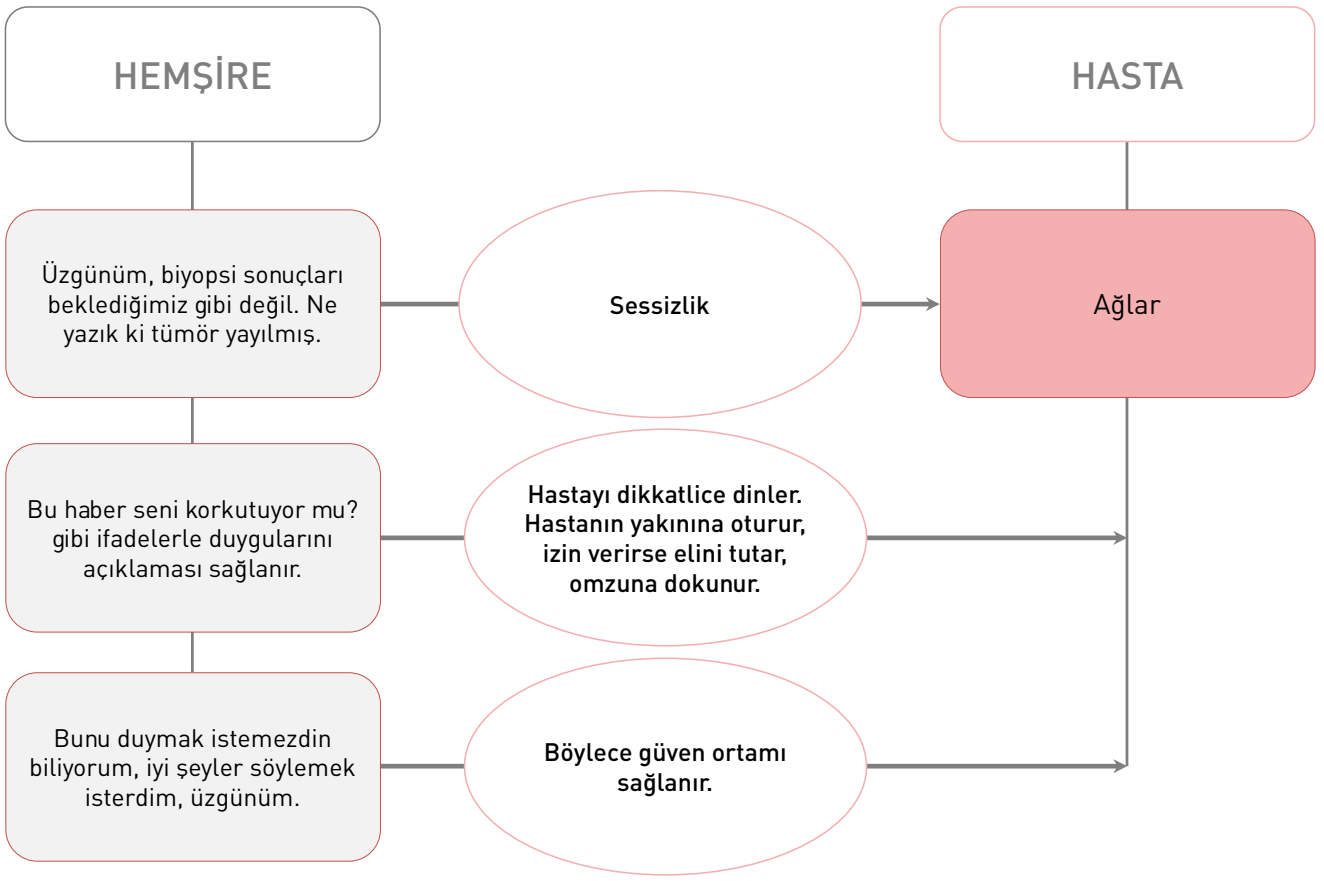
Hasta ve ailelerin sıklıkla merak ettiği konu prognozdur. Bu konuda gerçekçi yanıtlar vermek kabullenme duygusunu artıracaktır. Hastanede ne kadar süre kalacağı, ne zaman taburcu olabileceği ve hastanede yatışı etkileyecek faktörler konusunda bilgilendirilmelidir.[19,29-31]

Aileler bazen hastaya, hastalığın açıklanmasını istemeyebilir. Böyle bir durumda derin bir nefes alarak uygun bir ortam ve zamanda aile ile konuşulmalıdır. "Sevdiğiniz için endişelenmenizi

Şekil 2. Empatik yanıt adımları



Şekil 3. Empatik diyalog örneği



anlıyorum. Bu hepiniz için zor olmalı.", "Neden hastaya söylememi istemediğinizi benimle paylaşabilir misiniz?", "Endişenizi anlıyorum, hiçbirimiz umudunu kaybetmesini istemeyiz. Hepimiz onun için en iyi olanı istiyoruz." gibi ifadelerle distreslerine empatik bir şekilde yanıt verilmelidir. Hastanın isteyebileceği şeyler hakkında aile ile konuşulmalıdır. Hastanın aile içindeki rolü aileden öğrenilmelidir. Hastanın ailenin isteklerine katılma, sorumluluğu aileye bırakma durumu öğrenilmelidir. Aileye, hasta gerçekleri duymak isterse dürüst bir şekilde durumunu açıklayacağımızı söylemeliyiz ve gerçeği duyduğunda nasıl bir tepki vereceğini tartışmalıyız. Eğer hasta bilgi almak istemediğini belirtmediyse, hastadan tanı, prognoz ve tedaviyi saklamak etik ve yasal değildir.[19,29-31] Yapılan bir çalışmada, asistan doktorların %88'i kötü haberi hastayla doğrudan konuşmak yerine ailesiyle konuşmayı tercih etmiştir ve %58'inin kötü haberin doğrudan hastaya iletilmesi gerektiğine inandığı saptanmıştır.[32] Ancak yapılan çalışmalarda görüldüğü gibi prognozu bilen hastada tedavi memnuniyeti artmakta ve depresyon görülme sıklığı azalmaktadır.[15,23,33]

Yas süreci

Dünya Sağlık Örgütünün (2004) raporunda; "ailenin ve arkadaşların sosyal desteği"nin ruh sağlığını koruyan en önemli faktör olduğu açıklanmıştır. Ailenin hasta için sosyal desteği kanıtlanmış, ancak bakım verici rol üstlenen ailelerin de desteğe ve güçlendirilmeye ihtiyacı vardır. Aileyi etkileyen bu hastalığın uzun süreli olması, yaşam düzenini bozması, ölüm ile sonuçlanacak özellikte olması, iş ve sosyal hayatını engellemesi gibi nedenlerden dolayı kendileri için üzülebilir. Kendi kayıplarının yasını tutabilir. Ayrıca hastası için kaygılanma, çaresizlik ve umutsuzluk gibi duygular nedeniyle depresif belirtiler ve yas tepkileri gösterebilir.[34,35] Hemşireler, terminal dönem hastaların bakım verici rolü olan eşlerini destekleyerek spiritüel sıkıntı, ümitsizlik, anksiyete, baş etme, karar vermede çatışma, korku, depresif duygulanım gibi sorunlarını azaltabilir. Zamanının çoğunu hastanın yanında geçiren eşlerin dinlenebilmesi için rahat ortamlar oluşturularak danışmanlık verilmesi, duygusal ve sosyal sorunları azaltabilir. Eşi rahatlatmak amacı ile bakıma destek verebilecek kişilere yönelik eşin yönlendirilmesi de önemli olabilir.[36]

Yas süreci kişilere göre değişiklik göstermekle birlikte; "inkâr" aşaması ile başlar, "öfke", "pazarlık", "depresyon" olarak devam eder ve "kabullenme" ile sonlanır. Bu dönem hasta ve ailesi için endişe ve üzüntü verici bir dönemdir. Yaşamın sonu, hasta, ailesi ile sağlık personeli için zor, yıpratıcı ve yorucudur. Bu yüzden yaşam sonu bakım multidisipliner bir palyatif bakım ekibi tarafından verilmelidir.[3,34,35,37]

Palyatif bakım ekibinin, ölümü yaklaşan hastaya karşı bazı sorumlulukları vardır. Erken ölüm semptomlarını tanımalı, hastanın

ölüm anındaki insanlık onurunu korumalı, ailenin ihtiyaçlarını belirlemeli, aileye ölüm ve sonrasına yönelik bilgi vererek destek olmalıdır. Ölümün yaklaşması ve gerçekleşmesi hasta ve ailesi için duygusal bir krizdir. Hastalığın ilerlemesi ve ciddi boyutlara ulaşması, hasta ve ailesinin iş ve sosyal hayatlarında pek çok değişikliğe yol açar. Palyatif bakıma göre, doğmak gibi ölmekte kaçınılmaz doğal bir süreçtir. Palyatif bakım ekibi tarafından hasta ve ailesi ile kurulan iletişim, empatik, insancıl ve vicdani olmalıdır. Etkili iletişim, hastalık ve ölüm süreci birlikte ailenin yaşayacağı yas sürecine hazırlıklı olmasını sağlar. İletişim kurulurken hasta ve ailesinin sosyokültürel yapısına, inancına ve değer yargılarına hassasiyet gösterilmelidir.[37]

Kişinin Kendi Ölümü ile Yüzleşmesinde Kübler-Ross'un Ölüm Evreleri

Kübler-Ross ölmekte olan kişileri davranış ve düşüncelerine göre beş evreye ayırmıştır.

1. Evre: İnkâr

"Hayır, ben gayet sağlıklıyım.", "Testlerde yanlışlık olmuş olabilir, ben gayet iyiyim.", "Ölmeme imkân yok.", "Bu bana olmuş olamaz.", "Hayır, ben değilim, bu doğru olamaz." gibi ifadeler ile ölümü kabullenemez, inkâr ederler. Bu aşama olumsuz bir durum olarak algılanmamalıdır. Birçok kişinin yaşadığı uzun ve zorlu sürecin sağlıklı sürdürülmesi açısından önemli bir aşamadır. İnkâr aşaması genellikle geçicidir. Yerini kabullenmeye bırakır. Çok nadir olarak bazı kişiler uzun süre inkâr aşamasında kalırlar. Bu aşamada kişi hastalığı konuşmak istemez. Kişi hastalığıyla baş etmeye hazır olmadığından, hastalığına ikna çabaları kişinin öfkelenmesine veya içine kapanmasına sebep olabilir. Kendisine bu dönemde net bilgiler verilmeli, empatik, destekleyici bir yaklaşımla sadece istediği konularda bilgi verilmelidir. Konuşmak istemediği durumlarda onunla sessiz kalınarak destek olunmalıdır.[2,38,39]

2. Evre: Öfke

"Neden benim başıma geldi bu?", "Ben daha hazır değilim, çok gencim, niye ben?", "Neden şimdi?" gibi ifadeler ile ölümü kendine yakıştıramaz. İnkâr aşamasına devam edemeyeceği anlaşıldığında öfke ve kıskançlık gibi duygular başlar. Bu aşamada baş etmek daha zordur. Öfke ile başkalarını suçlar. Doktorların başarısız olduğunu ve analizin yanlış yapıldığını düşünür. Hemşireye, doktorlara, ailesine hatta sağlıklı kişilere karşı öfke gösterebilir. Çünkü, kişi duygu ve şikayetleri dile getirme gereği hissetmektedir. Bu davranışlar hala kişinin gelecekle yüzleşmeye hazır olmadığının göstergesidir. Bu halde onunla tartışılmamalı ve şikayetleri sabırla dinlenmelidir. Kendisine sadece içinde bulunduğu durum için yetecek kadar bilgi verilmeli, geleceğe yönelik konuşulmamalıdır. Hastanın ailesi, bu davranışların geçici olduğu, bu yüzden doğal karşılamaları konusunda bilgilendirilmelidir. Kişi öfkesini, sorgulama yaptıktan ve durumunu düşündükten sonra bastırabilir ve sonraki pazarlık evresine geçer.[2,38,39]

3. Evre: Pazarlık

"Madem olmuş, böyle yapayım da biraz olsun iyi olayım.", "Olan olmuş ama bir çıkış yolu belki vardır." gibi iyi tavır yolu ile ölümü erteleyebileceğine ve geciktirebileceğine yönelik umut besler. Bu durum kısa süreliğine de olsa kişiyi olumlu etkileyebilir. Hasta bu evrede uysal bir davranış sergiler ve iyilik yaparak daha uzun yaşayabileceğini düşünebilir. Birey Allah ile pazarlık yapabilir; yaşar ise bütün hayatını Allah'a adayacağına, daha düzgün bir biçimde yaşayacağına yönelik sözler verebilir. Fakat bazı hastalar doktoru ile pazarlık yapmaya çalışabilir; doktoruna ömrünü uzatması durumunda bedenini bilime bağışlayacağına yönelik sözler verebilir, kendisinden dilediği şeyleri yapabileceğini söyleyebilir. Hastanın bu düşüncelerine önem vermek, ardında bir suçluluk duygusu ve altta yatan bir nedenin olup olmadığını araştırmak gerekir.[2,38,39]

4. Evre: Depresyon

Kişinin artık inkâr, öfke ve pazarlık evrelerini aştığı, durumunun farkında olduğu ve bu yüzden yaşadığı duygusal çöküş evresidir. "Tüm bu olanlar gerçek.", "Yaşamım bitti." gibi düşüncelerle kişi üzgün, çaresiz, depresif ve güçsüz hisseder. Bu evrede bedensel kayıplar ve yaklaşan kayıplar hastada depresyona neden olur. Hasta yaklaşan kayıplarda genellikle sessiz bir depresyon yaşar. Hasta yapamadığı ve yapamayacağı her şey için yas tutar. Bu dönemde hastanın desteğe ihtiyacı vardır. Kendi ile aynı acıları paylaşan kişilerle ve sağlık profesyonelleri ile görüşmeye ihtiyacı olabilir.[2,38,39]

5. Evre: Kabullenme

Bu evrede kişi artık ölümü kabullenmiştir. "Şimdi ne yapacağım?" gibi sorular sormaya başlamıştır ve öğrenmeye hazırdır. Kolayca motive olabilir. Durumu kabullenmesi yeni durumlarla baş etme isteğini arttırır. Hayatı normal akışına döndürmeye çalışır. Ölümü düşünmek yerine yapmak istediği işleri düzene sokmaya, ailesine ölümünden sonra yapmalarını istediği şeyleri anlatmak için zaman ayırır. Kabullenme aşamasının mutlu bir aşama olduğu düşünülmemelidir. Bu aşamada genellikle hiçbir duygu hissedilmez. Bu dönemde daha çok ailenin psikolojik desteğe ihtiyacı vardır. Ayrıca hasta ailesi taburculuk dönemi eğitimi ile desteklenmelidir.[2,38,39]

Kişi, kaçınılmaz olan sona karşı ne kadar çok direnirse, o kadar çok reddeder. Beraberinde huzur ve sakinliği getiren kabullenme sürecine varması zor olur.[2,38,39]

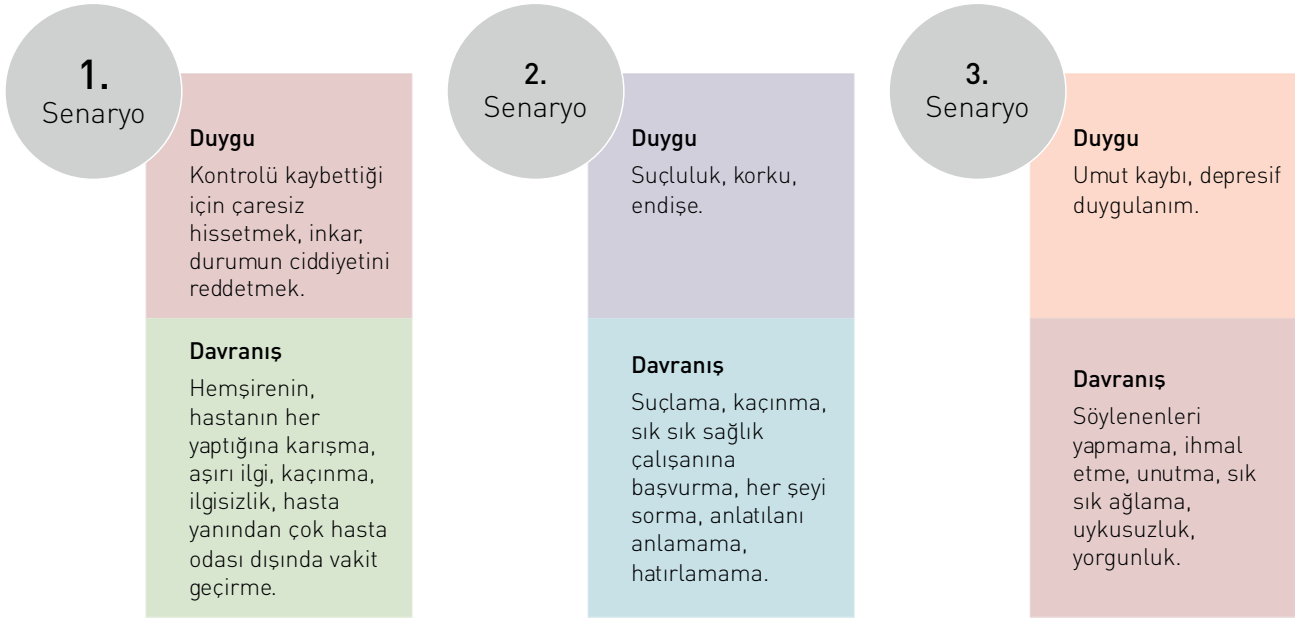
Hastalar bu aşamaların hepsinden geçmeyebilir, bazı aşamalarda takılıp kalabilir ve aşamaları tamamlamayabilir ya da aşamaları iç içe geçmiş olarak yaşayabilir. Ayrıca bu aşamaları, sağlık çalışanları da yaşayabilir. Ölmekte olan hastalarla çalışmak hastalarının yasını tutarken bu evrelerden geçmelerine neden olabilir. Ayrıca bu evrelerin yanında umut, korku, keder, öfke, sakinlik ve depresyon gibi evreler arasında geçiş yaşayabilir.[2]

Kübler-Ross'un evre yaklaşımı, hastalığın etkileri, ailenin yükümlülükleri, hastanın ilişki durumunun etkisi ve görüşmelerin yapıldığı ortam gibi durumları göz ardı ettiği için eleştirilmiştir. Bu yüzden evreden ziyade ölüme karşı ortaya çıkan tepkiler olarak tanımlamak daha doğru olabilir.[38]

Ölmekte Olan Kişiyle İletişim

Ölmekte olan biri ile iletişim kurarken, vücut diline dikkat edilmelidir. Kişi ile aynı göz hizasında olacak şekilde durulmalıdır. Dikkatin dağılmasına neden olabilecek televizyon, telefon gibi objeler ortamdan çıkarılmalıdır. Aynı zamanda dikkatin dağılmaması için sessiz ve sakin bir ortam ayarlanmalıdır. Ölmek üzere olan kişinin enerjisi çok fazla

Şekil 4. Palyatif bakım hasta ailesinde görülebilecek duygular ve davranışlar



olmayacağından ziyaret kısa tutulmalıdır. Ölmekte olan kişi durumunu ve ölümü inkâr ediyorsa kabullenmesi için ısrarcı olunmamalıdır. Ölmekte olan kişi duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilmelidir. Kişi dikkatlice dinlenmeli ve konuşması kesilmemelidir. Kişi ile ölmeden önce yapmak istediği işlerle alakalı konuşularak yapması için cesaretlendirilmelidir. Görüşmek istediği birilerinin olup olmadığı sorulmalıdır. Kişinin istediği zaman görüşme sağlanmalıdır ve ona saygı duyulmalıdır.[38-42]

Hemşirelerin hasta ailesine yaklaşımı:

- Refakatçi hatalarından hastaları korumak için tıbbi bakımı devretmemeli,
- Hasta ailesine eğitim yaparak ve sık sık denetleyerek, hasta güvenliğini sağlamalı,
- Hastalığı yaşamlarının her alanına yaymamaları için gerekli destekler verilerek refakatçilerin sosyal hayatlarına devam etmelerine yardımcı olunmalı,
- Hastanın en büyük destekçisi olan ailesi de hemşire tarafından güçlendirilmeli,
- Ailenin duygusal yükü dikkate alınarak yaklaşım planlanmalıdır.[43]

Bazı hastaların aileleri hemşireye sorun çıkarabilir, bu davranışların nedeni anlaşılmaya çalışılmalıdır. Bu davranışlar ve duygular (Şekil 4);

- Hasta ile nasıl konuşulacağını ve neler yaşayacaklarını bilmeme, hastaya zarar verme ve sağlık personelini kızdırma korkusu olabilir.
- Kendisi inkâr, öfke, depresyon gibi duygular yaşarken hastasına yardım etmek zorunda olması rahatsız edebilir.
- Kişinin düşündüğü ile yaşadıkları farklı ise rahatsız olabilir, uzak durmaya çalışıp, yok sayabilir.
- Durumu inkar edebileceği, felaketi yaşıyormuş gibi davranabileceği gibi durumla gerçekçi planlamalar yaparak en güzel şekilde baş edebilir.[43]

Yas Tutan Kişilere Yaklaşım

Sevilen kişinin kaybı sonrası yas tutan bireye psikolojik açıdan yardımcı olmak amacıyla yas danışmanlığı yapılmalıdır. Bu danışmanlık ile kişinin yaşadığı yas süreci kolaylaşabilir ve sağlıksız bir hal alması önlenebilir. Worden (2001)'a göre, yas danışmanlığı ile kaybın gerçekliğini arttırabilir, kişinin duygularını ifade etmesine ve kayıp sonrası kişinin hayatına yeniden uyum sağlamasına yardımcı olabilir, kaybettiği kişi ile vedalaşmasını sağlayarak hayatını yeniden düzenlemesi için hazır hissetmesini sağlayabiliriz. Ayrıca Worden'a göre, yas danışmanlığı sırasında gerçekçi bir dil kullanılmalı, kaybedilen kişiden bahsederken geçmiş zaman kipi ("..... yı kaybettiniz" yerine "..... öldü) kullanılmalı, metafor kullanılmalı, rol yapma tekniği kullanılarak kişinin endişeleriyle baş etmesine yardım edilmeli, ölen kişinin eşya ve fotoğraflarıyla bir anı dosyası oluşturmasını destekleme gibi tekniklerle yas sürecinin sağlıklı atlatılmasına yardımcı olunmalıdır. Ayrıca ölen kişiyi hayal ederek, ona istediklerini söylemesi de yas sürecinde çok etkilidir.[2,44,45] Amerika'da yaşlı çiftlerin eş kayıplarının sonuçlarını araştıran bir çalışmada, beklenen ölümün inkâr, şok, öfke, depresyon, yas ve endişe gibi duygusal problemleri azalttığı saptanmıştır. Kaybedilen eşin ölüm nedeni yasla başa çıkmada etkilidir.[46]

Terakye ve ark. (2008)'nın yaptıkları projede hemşirelerin yaşadıkları zorluklara yer verilmiştir. Hemşireler, hastadan tanısına yönelik sakladıkları bilgilerin aralarındaki güveni sarsacağından endişe etmektedir. Hastaların neden ..... servisinde olduklarına yönelik sordukları sorulara verdikleri doğru olmayan, kaçamak cevaplardan rahatsız oldukları ve nasıl cevap verecekleri

konusunda tereddüt ettikleri ifade edilmiştir. Hasta ailesinin isteği doğrultusunda hareket ederek, her şey yolunda gibi rol yaptıklarını söylemişlerdir. Tüm bu zorlukları dürüstlük ve zarar vermeme ilkeleri ile tartışmak gerekmektedir. Hastaya spikes protokolüne göre bilgi vermek gerekmektedir. Hasta kendi bilgi almak istemediği durumda istediği kişiye bilgi vererek bu zorluklarla baş etmek gerekir. Ayrıca hemşire, hasta ailesiyle ilgili de güçlükler yaşamaktadır. Hasta ailesi sağlık çalışanına güvenmeyebilir ve her şeyi kontrol altında tutmak isteyebilir. Hemşireye sürekli sorular sorabilir. Hasta tedaviyi kabul etmezse aile nasıl davranacağını bilemeyebilir. Hastanın yanından hiç ayrılmak istemeyebilir ve tedaviye inanmayabilir. Öfke ve kızgınlığını hemşireye yansıtabilir ve olumsuz durumlarda hemşireyi suçlayabilir. Hastanın bakımına dikkat etmeyebilir. Aile hasta ile yalnız kalmak istemeyebilir ve her yaptıkları işte hemşirenin yanında olmasını isteyebilir. Aile nasılsa ölecek veya hastalık bulaşır diye hastadan uzaklaşabilir. Hastaya bugün iyi görünmüyorsun gibi sözler söyleyerek etkileyebilir.[43,47] Yapılan araştırmada kanserli hasta ve yakınları ile cinsel yaşam ve ölüm konusunu konuşmakta güçlük yaşandığı saptanmıştır. Irvin Yalom'a göre, ölüm korkusu insanlarda ölümle ilgili görünmeyen semptomlara yol açar. Hasta ve ailesi hatta sağlık personeli ölüm anksiyetesini fazla konuşmaz. Çünkü hasta veya ailesi soru sorduğunda, verilen cevap ile ne yapacaklarını bilemez. Ölümle yüzleşmek, zor ve iç yakıcı olduğu için kaçıldığından söz eder. Doktor, hemşire, hasta ve ailesi bu yüzden bu konu hakkında konuşmamışta olsalar anlaşmış gibi ölüm konusunu açmazlar. Böylece hasta da ailesi de korku ve endişelerini paylaşamazlar.[43,48]

Psikiyatrist Elisabeth Kubler Ross'e göre, yaşamının son döneminde olan hasta ve ailesi, hastanın durumunun ağır olduğu ve hastalığın ciddiyeti konusunda bilgilendirilmelidir. Eğer hasta ve ailesi bilgilendirilmez ise, başka doktor veya hemşirelerden bilgi almaya çalışır. Hasta ve ailesi bilgi almak istiyorsa dürüst bir şekilde bilgilendirilmelidir. Doktor kendi konuşmaya hazır değil ise, bir başka doktora veya hemşireye bu görevi devretmelidir. Palyatif bakım ekibinde yer alan biri bu görevi üstlenerek hastayı bilgilendirmelidir.[37] Ülkemizde de genellikle hastaya tanısı söylenmemekte, hasta ailesine durum açıklanmakta ve aile hastadan durumun saklanmasını istemektedir. Bu durum aileye yük getirmektedir. Yaşadıkları duygusal sıkıntıları hastadan gizleyemeyen aile üyeleri, hastaya kötü bir durum olduğunu hissettirmektedir. Ayrıca aile karar vermede sıkıntı çekmekte ve suçlu hissetmektedir. Bu yüzden SPIKES protokolüne göre hareket edilerek hem hasta hem de ailesi desteklenebilir. Hastadan durumunu gizlememiz, son zamanında yerine getirmek istediği işleri yapmasını engellememize neden olmaktadır. Hasta duymak istediği kadar bilgilendirilmeli, istemediği durumlarda ailesi bilgilendirilmelidir. Li ve ark., (2012)'nın kötü haberin verilmesi ile ilgili yaptıkları çalışmada, hastaların %98'inin bilginin kendisine ve hekim tarafından verilmesini istediği saptanmıştır.[49,50]

Hastaya hastalığın söylenmesi ile ilgili hekim ve hastalara yapılan başka bir çalışmada, "Doktorun hastasına tedavisi mümkün olmayan bir hastalığı olduğunu söylemesi ve ailesine söyleme kararını da hastaya bırakması gerektiği" ifadesine %67,6 doktor ve %85,3 hasta katılmıştır. "Ailenin durumu bilip hastaya söylenmesini istemediği durumda doktorun her koşulda hastasını bilgilendirmesi gerekmektedir." ifadesine %54,7 doktor ve %85,3 hasta katılmıştır. Sonuçlardan da görüldüğü gibi hastaların büyük çoğunluğu koşullar ne olursa olsun bilgilendirilmek istemektedir. Doktorların ise ailenin istekleri söz konusu olunca bilgi verme konusundaki isteklerinin azaldığı görülmüştür. Bu ifadelere baktığımızda "Tanıyı hastaya söylesek mi?" diye düşünmek yerine biz "Bu tanıyı hastaya nasıl söylersek daha uygun olur?" diye düşünmeliyiz. Hasta bilgi almayı kendi reddetmediği sürece hastalığı hakkında her şeyi dürüst ve empatik bir şekilde iletmeliyiz.[50,51]

Dahiliye yoğun bakım ve palyatif bakım hizmeti alan hastaların yakınlarının yas süreçlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, palyatif bakım hizmeti alan hasta yakınlarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Palyatif bakım, hastaların yaşam kalitelerini yükselttiği için hasta yakınları hastalarının iyileşebileceğini düşünmüş ve umutları artmıştır. Dahiliye yoğun bakım hastalarının ölümü daha fazla beklendiği için böyle bir farklılık olmuş olabilir.[52]

Sonuç olarak kötü haber verme sağlık çalışanının yapması gereken zor bir görevdir. Bu görevini, hasta ve ailesinin duygularını paylaşmasına destek olarak ve doğru iletişim tekniklerini kullanarak yapması, palyatif bakım ile yas sürecini kolay geçirmesini sağlar.

Olgu Sunumu

54 yaşındaki kadın hasta gece yataktan düştüğü için hastaneye geliyor. Yapılan detaylı tetkiklerden sonra hastanın pankreasında bir kitle olduğu görülüyor. Hastaya biyopsi yapılarak kesin tanı konuluyor. Kötü haberin paylaşımı hastanın tedavisini sürdüren kıdemli doktor tarafından yapılıyor. Ancak gerektiğinde bilgi eksikliğini tamamlama ve destek verme amacı ile hastadan izin alınarak, görüşmeye hemşire ve sosyal hizmet uzmanı katılması sağlanıyor.

Pankreas kanseri olan hasta ve ailesi ile tanıyı konuşmak stresli bir eylemdir. Ancak hasta ve ailesi ile sakin, sessiz, sıcak renklerin ve tahta mobilyaların kullanıldığı ev ortamını hatırlatan özel bir odada uygun ifadeler ile kötü haber paylaşılmalıdır. Böylece güven ortamı sağlanabilir.

Hasta ile konuşmadan önce hastalığı hakkında ne kadar bilgilendirilmek istediğini anlamak amacı ile hastaya duygularını paylaşması için fırsat verilmelidir. İsterse durumu hakkında bilgiyi ailesine verebileceğimiz söylenmelidir. Bazı durumlarda hasta ailesi hastanın durumunu bilmesini istemeyebilir. Bu durum tartışmalı olmak ile birlikte hastanın böyle bir isteğinin olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Konuşma yönteminin herhangi bir standardı olmasa da empati yaparak, göz teması kurarak, beden dilimize dikkat ederek ve hastayı dinleyerek iletişimimizi sürdürmeliyiz. Hastaya verdiğimiz haberden sonra gösterebileceği inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamalarına hazırlıklı olmalıyız. Hastaya "Size, maalesef çok da iyi olmayan haberlerim var" gibi ifadelerle kötü haber vereceğimizi hissettirebiliriz. 'Güzel haberler duymak istediğini biliyorum.' 'Durumun seni nasıl üzdüğünün farkındayım.' 'Ne söylemek istersin?' gibi ifadelerle etkili iletişim kurabiliriz. Hastanın kendini ifade etmesini sağlayabiliriz ve empati kurabiliriz. Hasta izin verirse yakınına oturabilir, elini tutabiliriz. İstatistiklerden bahsetmek hastanın umudunu yok edebilir. Hasta ile konuşurken kullandığımız yaklaşım kötü haberi değiştiremez ancak haberi verme şeklimiz hastanın hislerini etkileyebilir. Hastayla kurulan iletişimin yetersiz olması, duyarlı ve dürüst davranılmaması

Şekil 5. Kötü haber verme olgu sunumu



hastanın anksiyetesini arttırabilir, konfüzyona yol açabilir. Hastaya gerçekçi umutlar vererek hastalığa uyum sağlamasını kolaylaştırabiliriz. Hastaya gerçekçi olmayan bir hastalık süreci anlatmak hayal kırıklığına uğramasına neden olur. Hastalar bizlerden gerçekleri değiştirmemizi değil, bir umudun olduğunu hissetmemizi ister bunu unutmadan iletişim kurmalıyız. İyileşme ümidi olmayan bir hastaya, ailesini çevresinde görecek olması, çok istediği bir hayalini gerçekleştirmesi, küs olduğu biri ile barışmak, gün batımını izlemek gibi gerçekçi başka umutlar verebiliriz (Şekil 5)[2,3,16,53]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Şenler FÇ, Yaşar A, Gürbüz M. Palyatif Bakımda İletişim. In: Şenler FÇ, editor. *Onkolojide Palyatif Bakım*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p. 27-32.
2. Noyan MA, Şahin S. İyi Ölüm ve Onurlu Ölüm Kavramları. In: Noyan MA, Ülgen M, editors. *Palyatif Bakım Semptom Yönetiminde Klinik Yaklaşım*. İzmir: T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü; 2015. p. 29-34.
3. Gilligan T, Coyle N, Frankel RM, Berry DL, Bohlke K, Epstein RM, et al. Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *Obstet Gynecol Surv.* 2018 Feb 1;73(2):96-97. [Crossref]
4. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011;12(2):160-174. [Crossref]
5. Endo C, Akechi T, Okuyama T, Seto T, Kato M, Seki N, et al. Patient-perceived barriers to the psychological care of Japanese patients with lung cancer. *Jpn J Clin Oncol.* 2008;38(10):653-660. [Crossref]
6. Zwahlen D, Tondorf T, Rothschild S, Koller MT, Rochlitz C, Kiss A. Understanding why cancer patients accept or turn down psycho-oncological support: A prospective observational study including patients' and clinicians' perspectives on communication about distress. *BMC Cancer.* 2017;17(1):385. [Crossref]
7. Chaturvedi SK, Strohschein FJ, Saraf G, Loiselle CG. Communication in cancer care: Psycho-social, interactional, and cultural issues. A general overview and the example of India. *Front Psychol.* 2014;5:1332. [Crossref]
8. International Labour Office. ILO Nursing Personnel Convention No . 149 [Internet]. Geneva; 2005. Available from: https://www.ilo.org/sector/Resources/publications/WCMS_508335/lang--en/index.htm
9. Guveli H, Anuk D, Oflaz S, Guveli ME, Yildirim NK, Ozkan M, et al. Oncology staff: Burnout, job satisfaction and coping with stress. *Psychooncology.* 2015;24(8):926-931. [Crossref]

10. Da Fonte S, Cabugueira M, Da Mata E. Psycho-social risks at work: Stress and coping strategies in oncology nurses. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(6):1282-1289. [Crossref]
11. Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M, Oztop I, Yilmaz U. Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology J Psychol Soc Behav Dimens Cancer*. 2009;18(5):543-548. [Crossref]
12. Cantwell BM, Ramirez AJ. Doctor-patient communication: A study of junior house officers. *Med Educ*. 1997;31(1):17-21. [Crossref]
13. Park I, Gupta A, Mandani K, Haubner L, Peckler B. Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *J Emergencies, Trauma Shock*. 2010;3(4):385. [Crossref]
14. Bumb M, Keefe J, Miller L, Overcash J. Breaking bad news: An evidence-based review of communication models for oncology nurses. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(5):573-580. [Crossref]
15. Hauser J. Communication in heart failure and palliative care. *Heart Fail Rev*. 2017;22(5):535-542. [Crossref]
16. Yamaç D, Başal FB. Kötü Haberin Paylaşımı. In: Şenler FÇ, editor. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Onkoloji-Özel Konular*. Ankara; 2020. p. 33-8.
17. Ford DW, Koch KA, Ray DE, Selecky PA. Palliative and end-of-life care in lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. Am Coll Chest Physicians Evidence- Based Clin Pract Guidel. 2013;143(5):498S-512S.
18. Erbaycu AE. Terminal Hastalar ve Destek Tedavisi. Güncel Göğüs Hast Serisi. 2013;1(3):138-141.
19. Kabalak *AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. Yoğun* Bakım Derg. 2013;11(2):56-70.
20. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-311. [Crossref]
21. Küçükzeybek Y, Can H. Kötü Haber Verme. In: Noyan MA, Ülgen M, editors. *Palyatif Bakım Semptom Yönetiminde Klinik Yaklaşım*. İzmir: T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü; 2015. p. 35-7.
22. Hjelmfors L, Stroandmberg A, Friedrichsen M, Maandrtensson J, Jaarsma T. Communicating prognosis and end-of-life care to heart failure patients: A survey of heart failure nurses' perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2014;13(2):152-161. [Crossref]
23. El-Jawahri A, Traeger L, Park ER, Greer JA, Pirl WF, Lennes IT, et al. Associations among prognostic understanding, quality of life, and mood in patients with advanced cancer. *Cancer*. 2014;120(2):278-285. [Crossref]
24. Rao A, Sunil B, Ekstrand M, Heylen E, Raju G, Shet A. Breaking bad news: Patient preferences and the role of family members when delivering a cancer diagnosis. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2016;17(4):1779-1784. [Crossref]
25. Repetto L, Piselli P, Raffaele M, Locatelli C. Communicating cancer diagnosis and prognosis: When the target is the elderly patient-a GIOGer study. *Eur J Cancer*. 2009;45(3):374-383. [Crossref]
26. Seifart C, Hofmann M, Bär T, Riera Knorrenschild J, Seifart U, Rief W. Breaking bad news-what patients want and what they get: Evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol*. 2014;25(3):707-711. [Crossref]
27. Goodlin SJ. Palliative Care in Congestive Heart Failure. *J Am Coll Cardiol*. 2009;54(5):386-396. [Crossref]
28. Martins RG, Carvalho IP. Breaking bad news: Patients' preferences and health locus of control. *Patient Educ Couns*. 2013;92(1):67-73. [Crossref]
29. McKee DD, Chappel JN. Spirituality and medical practice. *J Fam Pract*. 1992;35(2): 208-501
30. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news: A review of the literature. *J Am Med Assoc*. 1996;276(6):496-502. [Crossref]
31. Tokem Y. Yaşam Sonu Bakım. In: Can H, editor. *Palyatif Bakım Semptom Yönetiminde Klinik Yaklaşım*. İzmir: T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü; 2015. p. 493-501.
32. Lee HR, Yi SY. Delivering bad news to a patient: a survey of residents and fellows on attitude and awareness. *Korean J Med Educ*. 2013;25(4):317-325. [Crossref]
33. Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, Tattersall MHN, Beeney LJ, Dunn SM. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Ann Oncol*. 2003;14(1):48-56. [Crossref]
34. World Health Organization. Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. World Health Organization. Geneva; 2004.
35. Çelik S, Sayıl I. Patolojik Yas Kavramına Yeni Bir Yaklaşım. *Kriz Derg*. 2003;11(2):29-34. [Crossref]
36. Babaoğlu E, Öz F. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg*. 2003;5(2):24-33.
37. Kübler-Ross E. *Sorular ve Cevaplar Yaşamın Son Günleri*. Terakye G, Görgülü S, editors. Ankara: Hürbilek Matbaacılık; 1995.
38. Santrock JW. *Yaşam Boyu Gelişim*. Yüksel G, editor. Ankara: Nobel Yayınları; 2015.
39. Kübler-Ross E. *Ölüm ve Ölmek Üzerine*. Uşaklı E, editor. Ankara: April Yayıncılık; 2010.
40. Inci F, Oz F. Palliative Care and Death Anxiety. *Curr Approaches Psychiatry*. 2012;4(2):178-187. [Crossref]
41. Hülya Ertürk. Ölüm ve Yas Sürecinde Hasta ve Yakınlarına Yaklaşım. In: 21 Ulusal Kanser Kongresi. Antalya; 2015. p. 136-138.
42. Şahin M, Demirkiran F, Adana F. Hemşirelik Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı, Ölmekte Olan Bireye Bakım Verme İsteği ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatr Hemşireliği Derg*. 2016;7(3):135-141.
43. Terakye G. Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektron Derg*. 2011;4(2):78-82.
44. Worden JW. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner, 5th ed. *Springer Publishing Company*. 2018. [Crossref]
45. Can H. Yas Danışmanlığı. In: Can H, editor. *Palyatif Bakım Semptom Yönetiminde Klinik Yaklaşım*. İzmir: T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü; 2015. p. 505-509.
46. Carr D, Utz R. Late-life widowhood in the United States: New directions in research and theory. *Ageing Int*. 2001;27(1):65-88. [Crossref]
47. Terakye G, Oflaz F. *Bilişim Destekli Danışmanlık Modelinin Onkoloji Hastaları ile Çalışan Hemşirelerin Psikolojik Bakım Alanındaki Gelişmelere Etkisi*. - Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Kampüsü Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi. Ankara; 2007.
48. Yalom I. *Güneşe Bakmak Ölümle Yüzleşmek*. İyidoğan Babayiğit Z, editor. İstanbul: Kabalcı Yayınevi; 2008.
49. Li J, Yuan XL, Gao XH, Yang XM, Jing P, Yu SY. Whether, when, and who to disclose bad news to patients with cancer: A survey in 150 pairs of hospitalized patients with cancer and family members in China. *Psychooncology*. 2012;21(7):778-784. [Crossref]
50. Demir M. Palliative care ethics. *J Med Surg Intensive Care Med*. 2016;7(2):62-66. [Crossref]
51. Büken NÖ, Odabaşi AB. Aydınlatılmış Onam ve Yaşamın Sonunda Alınan Etik Kararlar-Hacettepe Örneği. *Türkiye Klin J Med Sci*. 2009;29(5):1041-1054.
52. Düzgün G, Uzun M, Topaloğlu Ö, Taşkıran E, Köse T, Akar H. Comparison of the mourning process of relatives of patients who received internal medicine intensive care and palliative care. Istanbul Bilim Univ Florence Nightingale *J Med*. 2016 Dec 16;2(4):250-255. [Crossref]
53. Roberts CS, Cox CE, Reintgen DS, Baile WF, Gibertini M. Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer*. 1994;74(1 S):336-341. [Crossref]

BÖLÜM 25
PALYATİF BAKIMDA ETİK

Rengin ACAROĞLU
Aylin ÖZAKGÜL

DOI: 10.5152/1825

Palyatif Bakımda Etik

Ethics in Palliative Care

BÖLÜM HAKKINDA

Günümüzde, bilimsel bilgi ve teknolojideki gelişmeler, yaşam süresini ve ölüm sürecini uzatmayı mümkün kılan girişimlere olanak vermektedir. Ancak, sınırlı yaşam beklentisi olan palyatif bakım hastası için hangi girişimlerin yararlı ve anlamlı olacağı konusundaki kaygılar, hasta özerkliğinin tehlikeye atılması, etkisiz semptom yönetimi, yararsız tedavi ve girişimlerin uygulanması, yaşamın sürdürülmesi ya da sonlandırılmasına yönelik karar verme ile ilgili konular etik ve yasal açıdan sorunların ortaya çıkmasına yol açmıştır. Palyatif bakımda etik ve yasal konular çoğu kez iç içe geçebilmektedir. Bu karmaşık ve rahatsız edici durumların yanı sıra palyatif bakım yaşamın sürdürülmesi ya da sonlandırılmasına yönelik kararların kim tarafından ve nasıl verileceği, uzayan yaşamın kalitesi hakkındaki kuşku ve çelişkiler, hasta/ailesi ve sağlık ekibi üyelerinin değerleri ve beklentilerindeki farklılıklar nedeni ile etik çatışmaların en sık yaşandığı bir alandır. Palyatif bakım hemşirelerinin hasta savunuculuğu rolü ile ahlaki bir ajan olarak sorumluluk üstlenmesi, mesleki değerleri, hasta hakları, ilgili yasalar, evrensel etik ilkeler, hemşirelik etik kodları ve etik sorun çözümleme yöntemlerine ilişkin bilinç ve bilgi kazanması, ortaya çıkabilecek etik ikilemler hakkında farkındalık geliştirmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, hemşirelik, etik

ABOUT the CHAPTER

Today, advances in scientific knowledge and technology enable initiatives that make it possible to extend lifespan and death process. However, concerns about which interventions will be useful and meaningful for a palliative care patient with a limited life expectancy, endangering patient autonomy, ineffective symptom management, implementation of useless treatments and interventions, and issues related to decision-making regarding continuation or termination of life has led to ethical and legal problems. In palliative care, ethical and legal issues can often be intertwined. In addition to these complex and distressing situations, palliative care is the area in which ethical conflicts arise most frequently. They arise from who and how decisions about continuing or ending life are made, from doubts and contradictions about the quality of prolonged life, and from differences in the values and expectations of the patient/family and members of the healthcare team. It is important for palliative care nurses to assume responsibility as a moral agent with their role as patient advocates, to gain awareness and knowledge about their professional values, patient rights, relevant laws, universal ethical principles, nursing ethical codes and ethical problem solving methods, and to develop awareness about ethical dilemmas that may arise.

Keywords: Palliative care, nursing, ethics

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ T.C. CERRAHPAŞA 1453

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Kitabın bu bölümünü tamamlayan öğrenciler:

1. Palyatif bakımda etik eyleme yönlendiren etik ve yasal rehberleri açıklar.
2. Palyatif bakımda hemşirenin etik yükümlülüklerini tanımlar.
3. Palyatif bakımda karşılaşılabilecek etik sorunların irdelenmesini kavrar.
4. Etik karar verme aşamalarını açıklar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Hemşirelik değerleri**: Mesleki karar ve davranışları yönlendiren inanç ve tutumlar.

2. **Hemşirelik etik kodları**: Hemşirelik değerlerini yansıtan ve uyulması zorunlu olan yazılı ahlaki kurallar.

3. **Evrensel etik ilkeler**: Mesleki karar ve eylemlerin değerlendirilmesi ve doğrulanmasına rehberlik eden ve evrensel insani değerleri yansıtan ilkeler.

Rengin Acaroğlu

Aylin Özakgül

İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-posta: rencar@iuc.edu.tr
aylin.ozakgul@iuc.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Acaroğlu R, Özakgül A. Palyatif Bakımda Etik. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 253-265.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

4.**Hasta hakları**: Sağlık hizmetinden yararlanma gereksinimi olan bireylerin, insan olarak doğuştan sahip olduğu, uluslararası antlaşmalar, anayasalar, yasalar ve diğer mevzuatlar ile güvence altına alınmış hakları.

5. **Etik sorun türleri**: Açıklığa kavuşturulması gereken, etik belirsizlik, etik ikilem ve ahlaki sıkıntılar.

6. **Etik karar verme**: Etik ikilemlerde en iyi, en uygun çözüme ulaşabilmek için etik rehberler, etik kuramlar, etik karar verme modellerinden yararlanılarak gerçekleştirilen ahlaki sorun çözümleme süreci.

Giriş

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla ilişkili sorunlarla karşı karşıya kalan hastaların acılarının önlenmesi ya da hafifletilmesi ile mümkün olan en iyi yaşam kalitesini desteklemeye odaklanan, farklı sağlık disiplin üyeleri arasında eşgüdüm ve iş birliğini gerektiren bir alandır.[1,2] Yaşam sonu bakımla sınırlı olmayan, iyileştirici veya yaşamı uzatan tedavilerle aynı zamanda uygulanması gereken palyatif bakım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, sağlık bakımının sunumunda, yaşamı onaylayan ancak ölüme de normal bir süreç olarak saygı duyulması gerekliliğini vurgulayan ahlaki bir yükümlülük olarak belirlenmiştir.[1] Bununla birlikte, bakım ve tedavide önceliğin hastanın prognozundan çok hasta istekleri ve gereksinimlerine verilmesinin önemine dikkat çekilmiştir.

Günümüzde, bilimsel bilgi ve teknolojideki gelişmeler, yaşam süresini ve ölüm sürecini uzatmayı mümkün kılan girişimlere olanak vermektedir. Ancak, sınırlı yaşam beklentisi olan palyatif bakım hastası için hangi girişimlerin yararlı ve anlamlı olacağı konusundaki kaygılar, hasta özerkliğinin tehlikeye atılması, etkisiz semptom yönetimi, yararsız tedavi ve girişimlerin uygulanması, yaşamın sürdürülmesi ya da sonlandırılmasına yönelik karar verme ile ilgili konular etik ve yasal açıdan sorunların ortaya çıkmasına yol açmıştır.[3-5] Bu karmaşık ve rahatsız edici durumların yanı sıra uzayan yaşamın kalitesi hakkındaki kuşku ve çelişkiler, hastaların bakım ve tedavi sorumluluğunu üstlenen sağlık ekibi üyelerinin, yoğun biçimde doğru ve yanlışlara ilişkin ahlaki değerler ve etik ilkeler arasında gelgitler yaşamasını kaçınılmaz kılmaktadır.[6,7]

Palyatif bakım hemşirelerinin hasta ve aileleri ile güven ilişkisi oluşturarak, hastanın fizyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik ve spiritüel boyutlarını bir bütünlük içinde değerlendirmesi ile olası etik sorunların önlenmesi ya da çözümlenmesinde onları ayrıcalıklı bir konumuna getirir.[5,8,9] Bu anlamda, hasta savunuculuğu rolü ile ahlaki bir ajan olarak sorumluluk üstlenen hemşirelerin, mesleki değerleri, hasta hakları, ilgili yasalar, evrensel etik ilkeler, hemşirelik etik kodları ve etik sorun çözümleme yöntemlerine ilişkin bilinç ve bilgi kazanması, ortaya çıkabilecek etik ikilemler hakkında farkındalık geliştirmesi önemlidir.[10-12]

Bu bölümde, palyatif bakım hemşiresini bakım eylemlerinde etik davranışa yönlendiren rehberler ile uygulamalarda ortaya çıkabilecek etik sorunlar ve çözüm yöntemleri irdelenecektir.

Bakımda Etik ve Yasal Rehberler

Etik ya da diğer anlamı ile ahlak felsefesi, karar ve eylemlerin değerlendirilmesinde doğru ve yanlış kavramlarını sistemleştirmeyi, savunmayı ve önermeyi içeren düşünsel bir etkinlik, bir felsefe dalıdır. Değer konularını inceler ve değerler felsefesi olarak kabul edilir.[7,13] Hemşirelik etiği ise etik çalışma alanlarından biri olarak sağlık alanındaki bilimsel çalışmaların ve uygulamaların değerlendirilmesi ve ahlaki sorunlara bir çözüm bulunmasını hedefleyen uygulamalı etik / meslek etiği kapsamında yer alır ve biyoetiğin bir alt kümesidir. Mesleki karar, eylem ve davranışların yanı sıra değer çatışmalarının söz konusu olduğu etik sorunların çözümüne ahlaki ilkeler olarak rehberlik eder ve diğer tüm sağlık disiplinleri ile ortak etik değerler, normlar ve ilkeleri paylaşır.[14]

Hemşirelik Değerleri

Değerler, yaşam amacını ve yaşama yüklenen anlamı biçimlendiren inanç ve tutumlardır. Hemşirelerin kişisel değerleri, yaşadıkları toplumun bir bireyi olarak, davranış ve kararlarını etkileyen kültürel normları ile örtüşür.[15] Mesleki değerler ise hemşirelerin eylemleri ve amaçlarını yargılamada bir standart sağlayan ve güçlü duygusal bağlılıklarla oluşmuş, soyut ve genelleştirilmiş davranış ilkeleri olarak işlev görürler ve mesleki etik kodlarda yazılı olarak ifade edilirler.[7] Sağlık bakımı hizmeti sunan disiplin üyelerinin tümü için mesleki değerler esas olup, palyatif bakım sunulan hastalara yardım ederken, ortak inanç ve tutumları belirlemede kuramsal bir çerçeve ve düzenleyici bir kriter oluşmasını desteklerler.[12] Evrensel değerler üzerine temellenen ve hemşireliğin sanat boyutunu oluşturan değerler, aşağıda açıklanmıştır.

İnsan onuru

Bireyin doğal değerliliği, benzersizliği ve bütünselliğine duyulan inançtır. Bakım uygulamalarında, hastanın kişiliğine, onuruna, inanç ve değerlerine, kararlarına saygı gösterme, gizliliğini ve güvenliğini koruma tutumları ile gözlemlenir.[16]

Otonomi/Özerklik

Bireyin kendini yönetme ve geleceğini belirleme hakkına duyulan inançtır. Hastanın, bakım girişimleri, tedaviler ve uygulanacak prosedürleri kabul etme veya reddetme hakkındaki istek ve tercihlerine saygı göstermeyi içerir.[13] Bu değer aynı zamanda, bir meslek üyesi olarak hemşirenin özdenetim hakkını vurgular ve bakımla ilgili kararların bağımsızca verilmesini ve sorumluluğunun üstlenilmesini gerektirir.[1,2]

Yeterlilik

Bilimsel ilke, yasal ve etik kurallar ile mesleki uygulama standartlarına uygun eylemde bulunma inancıdır. Dürüstlük değerini barındıran bu değer, bakımı bilimsel bilgi ve beceri ile uygulama, hasta birey/ailesi ve toplumu doğru bilgilendirme gibi tutumlar ile sergilenir.[7,16,17]

Adalet

Ahlaki ve yasal ilkeler ile hümanizme duyulan inançtan kaynaklanır. Bu değer, hemşirenin bir sağlık bakımı savunucusu olarak, hizmetin ve kaynakların eşit, ancak, adil dağıtılması, etik ve yasal olmayan uygulamaların rapor edilmesi gibi tutum ve davranışlarında gözlemlenir.[17,18]

Alturizm/Özgecilik/Diğerkamlık

Bir başkasının iyiliği ve esenliğine inanmadır. Herhangi bir çıkar gözetmeksizin birine yardım etme anlamındadır. Özverili, yardımsever tutum ve davranışlarla, insani ilişkileri hemşireliğe özel kılan, en belirleyici nitelik özgeciliktir.[7,19] Bakım uygulamalarında hemşirenin, şefkatli olması ve bireyin bütünlüğüne odaklanması, gereksinimi olan meslektaşlarına yardım etmesi, sağlık bakımı ve sosyal eğilimleri içeren konularla ilgilenmesi bu değeri yansıtır.[17,20]

Eşitlik

Bireylerin aynı haklara ve statüye sahip olduğu inancıdır. Adalet, dürüstlük, insan hakları gibi kavramlarla yakından ilişkilidir. Hemşirelik bakımında kaynakların uygun şekilde paylaştırılmasıyla desteklenir. Bu değer, bireysel özelliklere ilişkin ayrımcılık yapmadan, gereksinimleri doğrultusunda bireye özgü bakımın sağlanmasını öngörür.[17,21]

Estetik

Kişiler, olaylar ve nesnelerde düzen ve uyumun önemine duyulan inançtır. Duyarlılık, hayal gücü ve yaratıcılığın kullanılması anlamına gelen bu değer, bakımda, bireyi anlama, güven ilişkisi geliştirme ve sürdürmede önemlidir. Hemşirenin bakım girişimleri ve bakım ortamını bireysel özellikleri dikkate alarak uyarlaması, kendisi ve arkadaşları için uygun ve hoş bir çalışma ortamı yaratması ve mesleğin olumlu imajına katkı sağlayan bir yaşam tarzı sergilemesi, bu değere örnek davranış biçimleridir.[7,17,22]

Gerçekçilik

Doğruluk ve dürüstlüğe duyulan inançtır. Bilgili, mantıklı, sorgulayıcı olma ve sorumluluk alma ön koşullar olup, güvenli bakım ilişkisini destekler. Bakım kararlarını yeterli ve doğru veriler üzerine temellendirme, tüm kayıtları doğru ve eksiksiz tutma, birey, aile ve toplumu güncel bilimsel bilgiler doğrultusunda bilgilendirme davranışları ile sergilenir.[7,17]

Sadakat

Mesleki değerlere bağlılık ve hastaya odaklanmayı öngören bir değerdir. Hastaya, verilen sözleri tutma, yerine getirilemeyecek vaatlerde bulunmama, zarar verici eylemlerden koruma, kişisel bilgi ve beden gizliliğine özen gösterme bu değeri yansıtan davranışlardır.[17,23]

Hemşirenin mesleki davranışlarını ve ahlaki karar vermesini etkileyen kişisel ve profesyonel değerlerinin farkında olması ve bunları ortak bir değer sistemi içinde bütünleştirmesi önemlidir. Mesleki değerlerin içselleştirilmesi, bakımın güvenli, kaliteli ve etik olmasını sağlar.[7] Bununla birlikte, bakım verilen farklı hastaların farklı değer ve inançlara sahip olduğu ve bunların bakım eylem ve kararlarını etkileyeceği, dolayısı ile dikkate alınması gerektiği unutulmamalıdır.[24]

Hemşirelik Etik Kuralları / Kodları

Etik, ahlak kavramının doğasının ve yapılması gereken belirli ahlaki seçimlerin incelenmesini kapsayan geniş bir terimdir. Genel anlamda, bir kişinin nasıl davranacağını belirleyen ahlaki kurallar olarak tanımlanabilir. Etik kurallar, bir ölçüt olarak davranışa yön veren düzenlemelerdir. Etik kod ise bir konuda birden fazla etik kuralın bir araya gelmesi ile oluşur.[13,25] Hemşireler eylemlerini, mesleki değerlerini barındıran hemşirelik etik kodları doğrultusunda gerçekleştirmekle yükümlüdür. Hemşirelik kodlarında ifade edilen yükümlülükler, tüm ortamlarda, tüm rollerde ve uygulama alanlarında geçerlidir.[26] Bunlar, birer standart olarak bir taraftan hemşirelerin etik açıdan duyarlı davranışlar sergilemesini sağlarken diğer taraftan meslek üyeleri arasında uyumu destekleyerek profesyonelleşmeyi güçlendirirler. Aynı zamanda bakımın, insancıl, güvenli ve kaliteli sürdürülmesini sağlarlar.[27] Hemşirelik etik kodları, Türk Hemşireler Derneği (Tablo 1)[28], Uluslararası Hemşireler Birliği (Tablo–2)[26] ve Amerikan Hemşireler Birliği (Tablo 3)[29] gibi mesleki örgütler tarafından, ahlaki yükümlülükler olarak belirlenmiştir.

Bunların tümünde hemşirelerin;

- Bireyin onuru ve benzersizliğine saygı,
- Gizliliği koruma ve sır saklama,
- Bireyin güvenliğini sağlama,
- Mesleki yeterliliği sürdürme,
- Karar öncesi bilgilendirme,
- Zararı/haksızlığı önleme,
- Bakımı, mesleki standartlara uygun gerçekleştirme ve mesleki gelişime katkı sağlama yükümlülükleri ayrıntılı biçimde açıklanmıştır.

Hemşirelerin ahlaki yükümlülüğünü ve ödevlerini vurgulayan mesleki değerleri ve etik kodları, bakıma ilişkin kararları, eylemleri ve etik sorunların çözümlenmesinin yanı sıra sağlıklı/hasta bireyler, meslektaşları, diğer ekip üyeleri ve toplum ile etkileşimlerine rehberlik ederler.[7]

Evrensel Etik İlkeler

Evrensel etik ilkeler, sağlık bakımı hizmeti sunan tüm disiplinler için geçerlidir. Bu ilkeler, yalnızca sorumluluğu vurgular, davranış biçimini belirlemez. Etik ilkeler, karar ve eylemleri değerlendirme/doğrulama yetkinliğine sahip olup aynı zamanda etik sorunların çözümüne de rehberlik ederler.[30] Günümüzde çeşitli sayıda etik ilkeden söz edilse de, Beauchamp ve Childress tarafından 1979 yılında yazılan "Biyomedikal Etiğin İlkeleri" kitabında önerilen, sağlık disiplinlini üyeleri ve biyoetikçilerin yararlandığı dört temel etik ilke vardır. Bunlar "yarar sağlama/yararlılık", "zarar vermeme", "özerkliğe/otonomiye saygı" ve "adalet" ilkeleridir.[31,32] Bunların yanı sıra, bu ilkeleri destekleyen dürüstlük, doğruluk, gizliliğe saygı, sadakat, sır saklama gibi çok sayıda türev ilke üretilmiş olup yaygın biçimde kullanılmaktadır.[25] Evrensel etik ilkeler ve bu ilkelerden türetilen ahlaki kurallar hemşirelik etik kodlarının içeriğinde de yer almaktadır.[26,28,29] Palyatif bakım hemşirelerinin etik davranışlarına ve ahlaki seçimlerine rehberlik eden bu ilkelerin her biri diğerleri ile bağlantılı olup, kesin sınırlarla birbirlerinden ayrılamazlar.[30]

Özerklik

Kişinin, değer ve inançlara dayalı seçim yapma, özgürce karar verme ve eylemde bulunma hakkıdır. Özerklik ilkesi, hastanın kendisi hakkındaki kararlara katılmasına izin vererek, yetkinliğinin desteklenmesini amaçlar. Hastaların, kendilerine

Tablo 1. Türk Hemşireler Derneği Hemşireler için Etik İlke ve Sorumluluklar[a]

BÖLÜM 1 – ETİK İLKELER
Zarar Vermeme-Yararlılık İlkesi
1. Hemşire insan hayatının korunması gereken en yüce değer olduğunun ve bu değerin hiçbir koşulda vazgeçilemeyeceğinin bilinci ile çalışır.
2. Hemşire bireylerin ilgisizlik, deneyimsizlik ya da ihmal nedeniyle zarar görmesini önlemeye çalışır.
3. Hemşire, uygulamalarının hizmet verdiği bireyler için oluşturabileceği risklerin farkında olup bu risklerin en aza indirilmesini sağlamaya çalışır.
4. Hemşire, hizmet verdiği bireylerin tıbbi uygulamalar ve / veya klinik araştırmalar nedeniyle zarar görmelerini önlemeye yönelik girişimlerde bulunur.
5. Hemşire, hizmet verdiği bireylerin güvenliğini sağlamaktan, güvenliği için gerekli önlemlerin alınmasına yönelik girişimlerine katılmaktan ve uygulamaktan sorumludur.
6. Hemşire hizmet verdiği bireylere gereksinimleri doğrultusunda, bilim ve teknolojinin olanaklarından da yararlanarak güvenli hemşirelik bakımını bütüncül bir yaklaşımla verir.
7. Hemşire, işkenceye, zalimce yapılan insanlık dışı davranışlara ya da aşağılayıcı hiçbir işleme katılmaz ya da onaylamaz.
Özerklik/Bireye Saygı İlkesi
1. Hemşire, insan onuru ve bütünlüğüne saygının ifadesi olan özerkliğe saygının insan haklarının temel dayanağı olduğunun bilincindedir.
2. Hemşire, bireylerin inanç, değer ve gereksinimlerini göz önünde bulundurarak hizmet sunar.
3. Hemşire, hizmet verdiği bireylerin bakım konusunda doğru, yeterli ve anlayabileceği bir biçimde bilgilendirilmelerini sağlar.
4. Hemşire, hastanın kendisi dışında bilgilendirilmesini istediği kişileri belirlemesine saygı gösterir.
5. Hemşire, bireyin herhangi bir yanıltma ve baskı altında kalmaksızın bakımı konusunda karar verme ve seçme hakkına saygı gösterir ve bu konuda gerektiğinde bireyi savunma rolü üstlenir.
6. Hemşire, bireyin bakımı, tıbbi uygulamaları ve tedaviyi reddetme hakkına saygı gösterir.
7. Hemşire hizmet verdiği bireylerin bedensel bütünlüğüne yönelik müdahale içeren hemşirelik uygulamaları öncesinde bireyin sözlü ve/veya yazılı rızasını alır. 8. Hemşire karar verme yeterliliğine sahip olmayan bireylerde bütünlüğe yönelik müdahale içeren hemşirelik uygulamaları öncesinde bireyin yasal temsilcisinin sözlü ve/veya yazılı rızasını alır.
9. Hemşire acil durumlarda bireyin yaşamını korumak üzere gerekli hemşirelik bakımını rıza almaksızın uygular.
Adalet ve Eşitlik İlkesi
1. Hemşire tüm insanların eşit haklara sahip olduğu bilinci ile bireyler arasında ırk, dil, din, yaş, cinsiyet, inanç, sosyal ve ekonomik durum ve siyasi görüş ayrımı gözetmeksizin hizmet verir.
2. Hemşire hizmet sunarken kişisel çıkar gözetmez ve herhangi bir kişi ya da kuruluşa mesleki değerleri ile çatışabilecek çıkar ilişkisine girmez.
3. Hemşire hizmet verirken, bireylerin gereksinimleri doğrultusunda zamanın, emeğin ve diğer kaynakların adil dağılımını sağlar.
Mahremiyet ve Sır Saklama İlkesi
1. Hemşire hizmet verdiği bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açılardan mahremiyetinin korunmasını sağlar.
2. Hemşire hizmet verdiği bireyin kendisi ya da ailesi ile ilgili olarak paylaştığı bilgileri, yasal zorunluluk ve kendisinin ya da üçüncü kişilerin hayatını tehdit eden bir zorunluluk olmadığı sürece bireyin rızası olmaksızın başka bireylerle paylaşmaz.
3. Hemşire hizmet verdiği bireylerle ilgili kayıtların gizliliğine özen gösterir ve kayıtlara hastanın bakım ve tedavisiyle doğrudan ilgili olmayan kişilerin ulaşmasını engelleyici önlemleri alır.
4. Hemşire bildirimi zorunlu olan durumlarda, bildirim nedeniyle oluşabilecek zararlardan bireyi koruyucu önlemleri alır.
5. Hemşire bakım verdiği bireylere gizliliğin sınırları ve hangi durumlarda gizlilik ilkesine uyulacağı hakkında ön bilgi verir.

[a]Türk Hemşireler Derneği. Hemşireler İçin etik ilke ve sorumluluklar [Internet]. 2009 [cited 2022 Jan 2]. Available from: https://www.thder.org.tr/uploads/files/hemsire-brosur.pdf kaynağından alınmıştır.[28]

Tablo 2. Uluslararası Hemşireler Birliği Hemşirelik Etik Kodları[a]

HEMŞİRELER VE HASTALAR YA DA BAKIM / HİZMET GEREKTİREN DİĞER KİŞİLER
1.1 Hemşirelerin birincil mesleki sorumluluğu, bireyler, aileler, gruplar ya da toplum (bundan böyle 'hastalar' veya 'bakım gerektiren kişiler' olarak anılacaktır) olsun, şimdi veya gelecekte hemşirelik bakımı ve hizmetlerine ihtiyaç duyan kişilere karşıdır.
1.2 Hemşireler, bireyin, ailelerin ve grupların insan haklarının, değerlerinin, geleneklerinin, dini ve manevi inançlarının herkes tarafından kabul edildiği ve saygı duyulduğu bir ortamı destekler. Hemşirelerin hakları, insan hakları kapsamındadır, desteklenmeli ve korunmalıdır.
1.3 Hemşireler, bireyin ve ailenin, hastanın kültürüne, dilsel, bilişsel ve fiziksel ihtiyaçlarına, bakım ve ilgili tedavi için onamın dayandırılacağı psikolojik durumuna uygun bir şekilde anlaşılır, doğru, yeterli ve zamanında bilgi almasını sağlarlar.
1.4 Hemşireler kişisel bilgileri gizli tutar ve kişisel bilgilerin yasal olarak toplanması, kullanılması, erişilmesi, iletilmesi, saklanması ve bildirilmesinde hastaların mahremiyetine, gizliliğine ve çıkarlarına saygı duyarlar.
1.5 Hemşireler, meslektaşlarının ve bakıma muhtaç kişilerin mahremiyetine ve gizliliğine saygı duyar ve hemşirelik mesleğinin bütünlüğünü şahsen ve sosyal medya da dahil olmak üzere tüm medyada korurlar.
1.6 Hemşireler, tüm insanların sağlık ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik eylemi başlatma ve destekleme sorumluluğunu toplumla paylaşırlar.
1.7 Hemşireler, kaynak tahsisinde, sağlık hizmetlerine ve diğer sosyal ve ekonomik hizmetlere erişimde eşitlik ve sosyal adaleti savunurlar.
1.8 Hemşireler, saygı, adalet, yanıt verme, bakım, şefkat, empati, güvenilirlik ve bütünlük gibi profesyonel değerler sergilerler. Hastalar, meslektaşlar ve aileler de dahil olmak üzere tüm insanların onurunu ve evrensel haklarını destekler ve saygı duyarlar.
1.9 Hemşireler, sağlık uygulamaları, hizmetleri ve ortamlarında insanlara yönelik tehditleri ve güvenli bakımı tanıyarak ve ele alarak sağlık bakım ortamlarında bir güvenlik kültürü oluşmasını kolaylaştırırlar.
1.10. Hemşireler, yaşam boyu temel sağlık hizmetlerinin ve sağlığın desteklenmesi ve geliştirilmesinin değer ve ilkelerini tanıyarak ve kullanarak kanıta dayalı, birey merkezli bakım sağlarlar.
1.11. Hemşireler, teknoloji kullanımının ve bilimsel gelişmelerin insanların güvenliği, saygınlığı ve hakları ile uyumlu olmasını sağlarlar. Bakım robotları veya dronlar gibi yapay zeka veya cihazlar söz konusu olduğunda, hemşireler bakımın kişi merkezli kalmasını ve bu tür cihazların insan ilişkilerini desteklemesini ve yerine geçmemesini sağlarlar.
2. HEMŞİRELER VE UYGULAMA
2.1. Hemşireler, etik hemşirelik uygulamaları ve sürekli mesleki gelişim ve yaşam boyu öğrenme ile meşgul olarak yetkinliği sürdürmek için kişisel sorumluluk ve hesap verebilirlik taşırlar.
2.2. Hemşireler, kaliteli ve güvenli bakım sağlama yeteneklerinden ödün vermemek için beden sağlığını korurlar.
2.3. Hemşireler, bireysel yeterlilikleri ve düzenlenmiş veya yetkilendirilmiş uygulama kapsamı dahilinde uygulama yapar ve sorumluluk kabul ederken ve devrederken profesyonel yargı kullanırlar.
2.4. Hemşireler kendi saygınlıklarına, esenliklerine ve sağlıklarına değer verirler. Bunu başarmak için mesleki tanınma, eğitim, yansıtma, destek yapıları, yeterli kaynak kullanımı, sağlam yönetim uygulamaları ve iş sağlığı ve güvenliği ile karakterize edilen pozitif uygulama ortamları gerekir.
2.5. Hemşireler her zaman kişisel davranış standartlarını korurlar. Mesleği iyi yansıtırlar ve imajını ve halkın güvenini arttırırlar. Hemşireler mesleki rollerinde kişisel ilişki sınırlarını bilir ve sürdürürler.
2.6. Hemşireler, bilgi ve uzmanlıklarını paylaşır ve öğrenci hemşirelerin, yeni mezun hemşirelerin, meslektaşların ve diğer sağlık hizmeti sunanların mesleki gelişimlerine rehberlik ederek ve destekleyerek geri bildirim sağlarlar.
2.7. Hemşireler hasta savunucularıdır, etik davranışı ve açık iletişimi destekleyen bir uygulama kültürünü sürdürürler.
2.8. Hemşireler, belirli prosedürlere veya hemşirelik veya sağlıkla ilgili araştırmalara katılmaya vicdani olarak itiraz edebilirler, ancak insanların bireysel ihtiyaçlarına uygun bakım almalarını sağlamak için saygılı ve uygun eylemi kolaylaştırmalıdır.
2.9. Hemşireler, bir kişinin kişisel, sağlık ve genetik bilgilerine erişim izni verme ve geri çekme hakkını saklı tutar. Genetik bilgi ve insan genom teknolojilerinin kullanımını, mahremiyetini ve gizliliğini korurlar.
2.10. Hemşireler, bir çalışma arkadaşı, başka herhangi bir kişi, politika, uygulama veya teknolojinin yanlış kullanımı nedeniyle sağlık durumları tehlikeye giren bireyleri, aileleri, grupları ve toplumları korumak için uygun önlemleri alırlar.
2.11. Hemşireler, hasta güvenliğinin sağlanmasında aktif katılımcılardır. Hatalar veya tehlike olasılığı meydana geldiğinde etik davranışı desteklerler, hasta güvenliği tehdit edildiğinde seslerini yükseltirler, şeffaflığı savunurlar ve hata potansiyelini azaltmak için başkalarıyla birlikte çalışırlar.
3. HEMŞİRELER VE MESLEK
4. HEMŞİRELER VE KÜRESEL SAĞLIK

[a]International Council Nursing. The ICN Code of Ethics for Nurses: Revised 2021 [Internet]. International Council of Nurses. 2021. 12 p. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_ eng.pdf kaynağından uyarlanmıştır.[26]

Tablo 3. Amerikan Hemşireler Birliği Hemşirelik Etik Kodları[a]

1. Koşul	Hemşire, her bireyin kendine özgü onuruna, değerine ve eşsizliğine şefkat ve saygı duyarak uygulamalarını gerçekleştirir.
2. Koşul	Hemşirenin birincil sorumluluğu bireye, aileye, gruba, topluluğa veya nüfusa bakılmaksızın hasta içindir.
3. Koşul	Hemşire hastanın haklarını, sağlığını ve güvenliğini yükseltir, savunur ve korur.
4. Koşul	Hemşirenin hemşirelik uygulamaları için yetki, sorumluluk ve yükümlülüğü vardır; kararlar verir; ve optimal hasta bakımı sağlama yükümlülüğüyle tutarlı hareket eder.
5. Koşul	Hemşire sağlığı ve güvenliği yükseltmek, karakter ve bütünlüğü korumak, yetkinliği sürdürmek, kişisel ve mesleki gelişimi devam ettirmek için sorumluluğu da dahil olmak üzere diğerlerine olduğu gibi kendisi için de benzer görevlere sahiptir.
6. Koşul	Hemşire, bireysel ve ortak çaba ile güvenli, kaliteli sağlık hizmetlerine elverişli iş ve çalışma koşullarının etik ortamını oluşturur, korur ve geliştirir.
7. Koşul	Hemşire, bilimsel araştırma, mesleki standartların geliştirilmesi ve hem hemşirelik hem de sağlık politikasının oluşturulması yoluyla tüm rollerde ve ortamlarda mesleği ilerletir.
8. Koşul	Hemşire insan haklarını korumak, sağlık diplomasisini yükseltmek ve sağlık eşitsizliklerini azaltmak için diğer sağlık profesyonelleri ve toplum ile işbirliği yapar.
9. Koşul	Hemşirelik mesleği, toplu olarak mesleki örgütlenme yoluyla, hemşirelik değerlerini ifade etmeli, mesleğin bütünlüğünü korumalı ve sosyal adalet ilkelerini hemşirelik ve sağlık politikasına dahil etmelidir.

[a]American Nurses Association. Code of ethics for nurses with interpretive statements [Internet]. 2015 [cited 2022 Jan 2]. Available from: https://nursing.rutgers.edu/wp-content/uploads/2019/06/ANA-Code-of-Ethics-for-Nurses.pdf kaynağından uyarlanmıştır.[29]

uygulanacak bakım ve tedaviyi bağımsızca seçme veya reddetme hakkı vardır.[4,30,33] Bu ilke, karar verme yetkinliğinin etkilendiği durumlarda, sağlık bakımı profesyonellerinin, hastayı, kendi yararına /çıkarına uygun olmayabilecek bir eylemin ya da girişimin uygulanmasına zorlamasını / ikna edilmesini engeller. Özsaygı, öz bilgiyi ve öz değeri destekleyen özerklik ilkesi, hem yasal hem de etik konuları kapsar ve bakım/ tedavi girişimleri için bilgilendirilmiş izini zorunlu kılar.[11,25] Bu süreçte, yasal düzenlemeler ile belirlenen bilgilendirilmiş izin /aydınlatılmış onam kuralları dikkate alınmalıdır.[32,34]

Yarar sağlama

Kişilerin iyiliği ve esenliğine katkıda bulunan eylemlerini ifade eder. Yarar sağlama ilkesi, hastanın yararına hareket etme yükümlülüğüdür ve başkalarının hakkını korumak ve savunmak, zararı önlemek, zarara neden olacak durumları ortadan kaldırmak, sağlığı /yaşamı tehlikede olan kişilere yardım etmek gibi bir dizi ahlaki kuralı destekler. Bu ilke yalnızca zarardan kaçınmayı değil, aynı zamanda hastaların iyiliğini destekleyen eylemlerle yararlı olmayı ve esenliği artırmayı da gerektirir.[13,25,31,32]

Zarar vermeme

Kasıtlı ya da kasıtsız eylem yoluyla ortaya çıkabilecek her türlü zarardan kaçınma yükümlülüğüdür. Açık bir ifade ile "zarar verme riski almaktansa bir şey yapmama, hatta hiçbir şey yapmama" anlamındadır. Zarar vermek bir eylemle olabileceği gibi bir ihmal sonucu da gerçekleşebilir.[25,33]

Yarar sağlama ve zarar vermeme ilkeleri birbiri ile etkileşim içindedir. Yararlı olmak, zarar vermemeyi de içerebilir ya da zarar vermemek, yararlı olmak olarak da algılanabilir. En yaygın etik ikilemler, bu iki ilke arasındaki dengenin sağlanmasında ortaya çıkar. Herhangi bir girişimin olası yararları, eylemin etik olması açısından risklerinden daha ağır basmalıdır.[30,32]

Adalet

Hiçbir ayrım gözetmeksizin, tarafsızca sağlık bakımı kaynaklarının gereksinimlere göre, eşit ve dürüstçe dağıtılması ilkesidir. Sağlık bakımı kaynakları hem hizmet hem de araç/gereci içerir ve genellikle sınırlı olan kaynakların yararsız kullanımından kaçınmak gerekir.[18,25,33]

Yasal Düzenlemeler

Sağlık alanında yasal düzenlemelerin amacı, hakları tanımlamak, sorumluluk ve yükümlülükleri belirlemek, kurumsal ilke ve kuralları oluşturmak, dolayısı ile sağlık bakımında güvenliği sağlamaktır.[4,34] Bu düzenlemeler, hizmeti sunanlar kadar sağlık bakımı hizmetinden yararlananları da koruyan görev, sorumluluk, yükümlülük ve hakları içeren tüzük, yönetmelik ve kanunlar şeklinde belirlenir.[35,36] Hemşirelerin, ülkelerindeki ilgili düzenlemeleri bilme ve uygun eylemde bulunma sorumluluğu bulunmaktadır.[15,21] Bu konuda ayrıntılı bilgi, bu kitabın, "Palyatif Bakım Hizmetleri ve Yasal Düzenlemeler" bölümünde verilmiştir. Burada, hastaların yaşamını ve insani değerlerini güvenceye alan hasta haklarından kısaca söz edilecektir.

Hasta Hakları

Ahlaki yükümlülükleri içeren mesleki etik kodlardaki insan onuru, bireyselliği ve bütünlüğünün korunmasına sağlayan kurallar, aynı zamanda yasal düzenlemeler ile güvence altına alınarak, ihlali durumunda yasal yaptırımlar getirilmiştir. Bu düzenlemelerden biri olan hasta hakları, sağlık hizmetlerinden yararlanma gereksinimi bulunan bireylerin, sahip olduğu hakları ifade eder.[35,36] DSÖ "Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi'nde hasta hakları altı başlık altında ayrıntılı biçimde tanımlanmıştır (Tablo 4). Ülkemizde ise uluslararası belgelere

bağlı kalınarak 1998 yılında yayımlanan ve halen yürürlükte olan "Hasta Hakları Yönetmeliği" (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998) önemli bir yasal belgedir. Palyatif bakım hemşireleri, hastaların haklarını korurken ve savunurken bu yönetmeliği dikkate almalıdır.

Etik Yükümlülükler

Bu başlık altında, yukarıda açıklanan etik ve yasal rehberler ışığında palyatif bakım hemşirelerinin etik yükümlülükleri irdelenecektir.

Hemşirenin Etik Yükümlülükleri

Palyatif bakım, ayrıntılı ve sürekli değerlendirme, yeterli ve yetkin bilgi ile iletişim becerilerinin kullanılarak dikkatli, duyarlı, etik ve terapötik bireyselleştirilmiş ve bütünsel bakımın sunulmasını gerektirir.[14,39] Palyatif bakım etik bir sorumluluktur. Ölümcül hastalığı olan insanlara bakım vermenin, onları önlenebilir acılardan korumanın, onurlu ve huzurlu ölüme yardım etmenin deneyimlendiği bir alandır. Hemşireler mesleki değerleri ve etik kodlarına uygun bakım sağlarken aynı zamanda evrensel etik ilkeler ışığında kararları ve eylemlerinin uygunluğunu değerlendirmelidir.[8,11,19] Savunuculuk rolü kapsamında, ahlaki ajan olarak sağlık bakımı ekibinin diğer üyelerinin karar ve eylemlerinin de yararını sorgulayarak, zarara yol açabilecek girişimleri önlemeli ya da en aza indirmelidir.[14,24,39]

Palyatif bakım hemşirelerinin öncelikli temel etik yükümlülüğü, ANA Etik Kodlarında "sosyal veya ekonomik statü, kişisel nitelikler veya sağlık sorunlarının doğası ile sınırlandırılmadan, her bireyin doğuştan gelen değerliliğine, onuruna ve benzersizliğine saygı göstermek" olarak vurgulanır.[29] Yarar sağlama ilkesini destekleyen bu yükümlülük, bireyselliği dikkate alma, uygulanacak bakım girişimleri hakkında bilgilendirerek onayını alma ve kararlarına saygı gösterme, bilgilerinin gizliliğini ve beden mahremiyetini koruma zorunluluğunu getiren temel bir insan hakkını ifade etmektedir.[16]

Bakım bir etkileşim sürecidir ve hasta /ailesi ile karşılıklı güven ilişkisinin oluşturulması ve sürdürülmesi önkoşuldur. Çaresizlik, güçsüzlük, korku, yalnızlık vb. duygular ile özdenetim kaybı yaşayabilen ve savunmasız durumda, hastalık semptomları ile başa çıkma çabası içinde olan palyatif bakım hastaları saygılı, şefkatli, duyarlı ve empatik yaklaşımla özenli bir biçimde tanılanarak ayrıntılı bilgi toplanmalı ve gereksinimleri belirlenmelidir.[5,19] Tanılama ile elde edilecek bireye özgü öncelikleri, inanç ve değerlerini, kültürel özelliklerini içeren bu bilgiler, bakım ile ilgili karmaşık kararların alınmasında hasta özerkliğinin desteklenmesinin yanı sıra ilerleyen döneme yönelik bakımın planlanmasına, onurlu ve huzurlu ölüme yardımda da hemşirelerin etik eylemde bulunmalarına katkı sağlayacaktır.[7,29] Hasta ve aileleri ile iletişimde, ahlaki açıdan doğruyu ve gerçeği söylemek, yarar sağlama ilkesi ile birlikte hasta özerkliğini desteklemede önemli bir tutum olarak, onların, yaşamsal kararlar vermelerine ve değişen bakım / tedavi planına uyum sağlamalarına yardım eder.[5,31] Spiritüel bakımın önemli bir ögesi olan umudu besleyici girişimlere ilişkin bilgilendirme doğruluk/ dürüstlük ilkeleri ışığında yapılmalı, yanlış/sahte umutlar içeren ifadelerden kaçınılmalıdır. Bakım sürecinde, hasta ile birlikte, bakımının her aşamasında oldukça önemli rol oynayan aile /yakınlarının umutsuzluk, öfke, suçluluk vb. duyguları yoğun biçimde yaşayacakları dikkate alınmalıdır.[19] Hemşirenin, hasta ile olduğu kadar ailesi ve yakınları

Tablo 4. Hasta Haklarının Kapsamı[a]

1. Sağlık bakımında insan hakları ve değerleri; İnsan haklarıyla ilgili uluslararası metinlerde yer alan insan hakları ve değerlerine yer verilmiştir.
   - Saygı görme,
   - Yaşamını belirleme,
   - Ahlaki/kültürel değerlerine/dinsel ve felsefi inançlarına saygı,
   - En yüksek sağlık düzeyine ulaşma fırsatı hakkına sahip olma.
2. Bilgilendirme;
   - Tanısını, durumu ile ilgili gerçekleri,
   - Uygulanacak girişimleri,
   - Bakımı ve tedavisini üstlenen ekip üyelerinin mesleki kimliğini,
   - Kurumun işleyişini,
   - Taburculuk sonrası tedavi ve bakımını içeren sözlü / yazılı bilgi alma ve isteme hakkının yanı sıra
   - Bilgilendirmeyi istememe hakkına sahiptir.
3. Onam;
   - Bakım, tedavi kararlarına katılma/ reddetme,
   - Yasal temsilci belirleme,
   - Onamını geri alma hakkına sahiptir.
     Bilgilendirilmiş onam için; bireyin ruhsal, zihinsel durumu ve yasal olarak yaşı uygun olmalı; yeterli, doğru bilgiyi almış ve anlamış olmalı; karar vermesi için zaman verilmeli, kararını zorlama olmaksızın kendisi özgürce verebilmelidir.
4. Mahremiyet ve özel yaşam;
   - Tüm girişimlerde mahremiyetine saygı,
   - Bilgilerin gizli tutulması - korunması,
   - Kendi kayıtlarına ulaşma,
   - Özel yaşamına saygı hakkına sahiptir.
5. Bakım ve tedavi;
   - Sağlık bakımı alma,
   - Kaliteli hizmet alma,
   - Saygı görme,
   - Kurum ve sağlık personelini seçme ve değiştirme,
   - Yaşamının son döneminde bakım alma ve itibar içinde ölme hakkına sahiptir.
6. Başvuru;
   - Haklarına saygı gösterilmediğine inandığında şikâyet etme, sonuç hakkında bilgilendirilme,
   - Haklar ile ilgili bilgi ve belgelere ulaşabilme hakkına sahiptir.

[a]Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete (1 Ağustos 1998; Sayı: 23420) [Internet]. 1998. Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5; Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (8 Mayıs 2014; Sayı : 28994) [Internet]. 28994 2014. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508-3.htm kaynaklarından uyarlanmıştır.[37-38]

ile yaşadıkları duyguları paylaşması, neler olduğu hakkında bilgi vermesi ve acılarını kabul etmesi ölüm sırası ve sonrası dönemde de sıkıntıları ile başa çıkmalarına yardımcı olacaktır.

Palyatif bakım hastalarında, ileriye yönelik bakım planlaması önemli bir sorumluluktur. Hastalığın ileri dönemlerinde, hastanın tercihlerini iletememesi durumunda hemşirelik bakım kararlarını, hasta tercihleriyle uyumlu hale getirmeyi amaçlayan bir süreçtir.[5,24] Bu bakımın planlanması, hastanın kabulü sonrası erken dönemde başlatılmalı ve hastanın sağlık durumunda veya bakım hedeflerinde değişiklikler meydana geldiğinde tekrar gözden geçirilmelidir. İleriye yönelik bakım planlamasında hastanın bilgilendirilmesi, isteklerinin belirlenmesi ve kendisi hakkında kimin karar vereceğinin netleştirilmesi önemlidir. Mümkün olduğunca, aile üyeleri, özellikle yasal/atanmış karar vericiler, hastanın istek ve tercihlerindeki herhangi bir değişikliğin farkında olmaları açısından bu görüşmelere dahil edilmelidir. Bilgilendirme, karar verme yetkinliği olmayan çocuk hastalar için de önemlidir. Bu gruptaki hastalara da anlayabilecekleri ölçüde bilgi verilmesi, karşılıklı güveni, bakıma uyumlarını ve işbirliğini artıracaktır.[5,19,24,31]

Hastanın özel yaşam ve sağlık durumunu içeren bilgilerin gizliliği (sır saklama) ile bakım uygulamaları sırasında bedensel gizliliğinin (mahremiyet) korunması bir diğer önemli yükümlülüktür. Beden gizliliği yalnızca yaşarken değil, hastanın ölümünden sonrada da korunması gereken bir değerdir ve insan onuruna yakışır bir şekilde davranılmayı hak eder.[7,19] Bilimsel ya da yasal amaçlarla hasta bilgilerinin paylaşımı söz konusu olduğunda, ihlale yol açmamak için "Hasta Hakları Yönetmeliği" (Hasta Hakları Yönetmeliği, 2014)[38] ve "Hasta Mahremiyetine Saygı" Genelgesinde (Hasta Mahremiyetine Saygı Gösterilmesi, 2016)[40] belirtilen kurallar dikkate alınmalıdır.

Bakım eylemlerini etik rehberleri dikkate alarak uygulamanın yanı sıra palyatif bakım hemşiresinin, tüm diğer mesleki rol ve işlevlerde olduğu gibi bilimsel araştırmaların planlanması, yürütülmesi ya da desteklenmesi ile bakım kalitesini artıracak hemşirelik bilgi ve becerilerinin zenginleşmesine katkıda bulunma, sağlık politikaları ile ilgilenme ve bunların geliştirilmesinde sorumluluk alma yükümlülüğü göz ardı edilmemelidir.[19]

Hasta Hakları Savunuculuğu Rolü

Palyatif bakım hemşirelerinin, yaşamı sınırlayan veya ilerleyici hastalığı olan hastaları, zarar verme olasılığı bulunan karar ve eylemlerden koruma yükümlülüğü savunuculuk rolleri ile işlerlik kazanır. Savunuculuk "bir başkasının davasını savunan bir kişi", "etki yoluyla değişime yol açabilecek bir süreç" ve "karar vericileri bir çözüme yönlendirmenin bir yolu" olarak tanımlanır.[41] Bir amacı veya ilgiyi kendi adına veya başkası adına başarılı bir şekilde destekleme yeteneği, problem çözme, iletişim, etki ve işbirliğini içeren bir dizi beceri gerektirir.[8,10,41] Amerikan Hemşireler Birliği Etik Kodlarında "Hemşire, hastanın haklarını, sağlığını ve güvenliğini destekler, savunur ve korur" ifadesi[29], ICN Hemşireler İçin Etik Kurallarında "Hemşireler hasta savunucularıdır, etik davranışı ve açık iletişimi destekleyen bir uygulama kültürünü sürdürürler"[26] ifadesi ile savunuculuk rolü, hemşirenin bir etik yükümlülüğü olarak vurgulanmıştır. Bununla birlikte, hemşirelik değerleri ve evrensel etik ilkelerle örtüşen savunuculuk rolü, özveri, şefkat, ilgi, anlayış, isteklilik, gönüllülük, dürüstlük güvenilirlik, vicdan gibi alturistik değerlerle eylemde bulunmasını destekler. Hasta hakları savunuculuğu, insan onurunun korunmasını, eşit ve adil bakım / tedavinin sağlanmasını ve hastaların kendi sağlıkları hakkında karar verme hakkına sahip olmalarını güvenceye alır.[10,19,41] Hasta ve ailelere, bakım/tedaviyi engelleyen güçlüklerin üstesinden gelmelerine yardımcı olmayı, onları bilgilendirmeyi ve açıklama yapmayı, seçimlerini savunmayı ve sağlık ekibi üyeleri ile aralarındaki bağlantıyı sağlamayı öngörür.[8,29,42]

Palyatif bakımda hemşirenin savunuculuk rolü, ağrı ve semptom yönetimi, kültüre duyarlı bakım, hastalara ve ailelerine ölüm sürecinde yardımcı olma, etik ve yasal karar vermeyi desteklemede, dolayısı ile kaliteli yaşam sonu bakımın sunulmasında oldukça değerlidir.[41,42]

Etik Sorunlar

Gelişen bilimsel bilgi ve tıp teknolojisindeki ilerlemeler, yaşam süresinin ve ölüm sürecinin uzamasına yol açmaktadır. Ancak, bu süreçlerdeki girişimlerin doğru ve uygun biçimde uygulanmaması veya durdurulması bir dizi mesleki, ahlaki ve yasal sorunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır.[4,9,12] Palyatif bakımda etik ve yasal konular çoğu kez iç içe geçmiştir. Örneğin, karar verme yeteneğine sahip olmayan bir hasta adına kimin konuşmasına izin verileceği yasal olarak belirlenmiş bir konudur, ancak, karar vericinin, hasta için uygun olacak hangi tedaviyi seçeceği genellikle etik bir konudur.[2,35] Sıklıkla en zor etik çatışmalar, yasal olmayan bir eylemin etik açıdan gerekli göründüğü veya yasal olarak gerekli olan bir eylemin etik açıdan uygun olmadığı durumlar gibi etiğin hukuk ile birleşme noktasında ortaya çıkar.[24,39,43]

Aşağıda, palyatif bakımda hastaların farklı düzeylerde yaşayabileceği etik sorunlar ile hemşirelerin yasal ve ahlaki boyutlarda savunuculuk yükümlülüğünü içeren eylemleri özetlenmiştir.

Bilgilendirme ve Karar Verme

Hastanın, kendi seçimlerini yaparak karar verme özgürlüğü, onun en temel haklarından biridir. Ancak, hastanın bakım ve tedavi seçenekleri hakkında bilinçli kararlar alarak izin verebilmesi, yeterli, doğru ve eksiksiz bilginin verilmesi ve bu bilgileri anlaması ile olasıdır. Bilgilendirme, karar verme yeteneğine sahip hastaların kendisine, bu yeteneğini kaybetmiş hastaların ise yasal olarak sorumluluğunu üstlenebilecek aile üyesine /yasal yetkiliye yapılmalıdır.[44-46] Hasta / yasal yetkilinin, tedavilerin yaşamı sürdürmek veya uzatmak için gerekli olup olmadığına bakılmaksızın, girişimleri kabul etme, reddetme ya da geri çekme hakkı vardır.[39,47] Sağlık bakımı ekibi üyeleri, ahlaki yükümlülükleri gereği, kararını uygun bulmasa da hastayı desteklemek zorundadır.

Karar verme konusunda yaşanan etik sorunlar sıklıkla, bilgilendirme (hiç bilgi vermeme, sınırlı/eksik bilgi verme ya da verilen bilginin hasta tarafından tam olarak anlaşılmaması), hastanın kendi seçimlerini göz ardı ederek hasta özerkliğinin ihlal edilmesi ya da hastanın bilgilendirilmeyi istememesi sonucu ortaya çıkar.[2,35,45]

Yaşam sonu bakım için bilgilendirilmede yalnızca tedavinin yararları değil, aynı zamanda hastanın katlanmak zorunda kalacağı tedavi riskleri ve yükleri, ayrıca etkili olmadığında tedavinin kısıtlanabileceği ya da tamamen durdurabileceği belirtilmelidir.[4,43]

Hastalar, yaşadıkları olumsuz duygular ve bedensel sıkıntıların yarattığı stres nedeni ile verilen bilgileri anlama, anlamlandırma ve kendi tercihlerini yansıtan kararlar vermede zorlanabilirler. Palyatif bakım hemşiresi, hastaların içinde bulunduğu durumu dikkate alarak hasta/ailesinden bilgilendirme konusunda geri bildirim almalı ve hastanın doğru ve yeterli bilgilere ulaşması, eksik bilgilerin giderilmesi, hatalı olan bilgilerin düzeltilmesi için hekimi ile görüşmesini koordine etmelidir. Bununla birlikte diğer sağlık ekip üyelerinin, savunmasız durumda olan hastaları bilgilendirmeden ve izin almadan, hastanın iyiliği veya yararı öngörülerek, hasta adına karar vermesi anlamına gelen paternalist yaklaşımından korumalıdır.[9]

Hastanın üzülmesini önlemek için eksik bilgilendirme, verilen sözleri tutmama veya hastaların tercihlerine müdahale etme gibi paternalist eylemler, yeterli bir gerekçe sunulmadıkça ahlaki kuralların ihlalidir.[11,24]

Yaşamın Desteklenmesi ve Yaşam Sonu Kararları

Palyatif bakımda amaca yönelik hedeflere ulaşmak her zaman kolay değildir. Teknoloji desteğiyle hastanın yaşamını uzatmak ya da doğal ölüm sürecine izin vermek üzere tedavi seçenekleri konusunda kararlar alarak eyleme geçirmek söz konusu olabilmektedir.[35,44] Aşağıda bunlara kısaca değinilmiştir.

Yararsız tedaviler

Etkisi olmayan, nafile ya da boşuna sözcükleri ile eş anlamlı kullanılan yararsız tedaviler, Biyoetik Terimleri Sözlüğü'nde, "hastaların içinde bulunduğu durumu düzeltme olasılığı olmayan / çok az olan ya da halen uygulanmakta olan tedaviden daha yararlı olması beklenmediği halde daha pahalı / daha riskli olan tedaviler" olarak tanımlanmaktadır.[13] Bu kapsamda değerlendirilen girişimler "tedaviyi sonlandırma ya da tedaviyi başlatmama", "canlandırma girişiminde bulunmama", "mekanik ventilasyon", "diyaliz", "yapay beslenme ve hidrasyon" desteklerini sonlandırma gibi uygulamaları içerir.[6,46-48] Yaşamı sürdüren tedaviyi başlatmama ya da geri çekme /sonlandırma arasında ahlaki bir ayrım yoktur. Ancak bunlar, birer "yardımla ötanazi" girişimleri olarak da kabul edilmemelidir.[24]

Yukarıdaki destek tedavi girişimlerini uygulamak, hastanın acısını gidermediğinde ve onurunu tehlikeye attığında, zararlı olarak kabul edilebilir. Hastaya yarar sağlamayan tedaviden kaçınmak ve hastanın yaşam süresini uzatan tedaviyi reddetme hakkına saygı duymak için palyatif bakım hemşiresinin ileriye yönelik bakımı planlamış olması önemlidir.[43,48] Bununla birlikte, hastaların bu uygulamaların yapılmamasını öngören "Yetkilendirme Bildirimi" olarak isimlendirilen yasal bir isteği, vasiyeti / direktifin varlığı, hemşirelerin hastayı savunabilmesini destekler.[24] "Yetkilendirme Bildirimi" Hastanın herhangi bir nedenle iletişim kuramaması ve karar verme yeteneğini kaybetmesi durumunda gelecekteki bakım ve tedavisi ile ilgili kararlarını gösteren sözlü ve/veya yazılı yasal talimatlarıdır.[33,46]

Palyatif sedasyon

Yaşam süresinin sonuna yaklaşan hastalarda, tedaviye yanıt vermeyen/direnç gösteren ağrı, dispne, deliryum vb. semptomları yönetmek amacı ile sedatif ilaçların kullanılmasıdır.[49] Palyatif sedasyonun amacı ölüme neden olmak veya ölümü hızlandırmak değildir, doğru ve uygun koşullarda kullanıldığında iyi klinik uygulama yelpazesinin bir bölümüdür, ancak, etik ve yasal çerçevelerin iyi anlaşılması ve acı çekmenin doğru yorumlanması önemlidir.[47,50] Etik sorunlar, sedasyonun istenmeyen olumsuz etkilerinin yaşamı kısaltması ve hastanın sosyal etkileşimini kaybetmesinin yanı sıra hekim yardımlı ötanazi ile kıyaslanmasından kaynaklanır ve sağlık ekibi üyelerinin yarar sağlama, zarar vermeme ve hastanın özerkliğine saygı ilkeleri arasında etik ikilemler ve ahlaki sıkıntılar yaşamasına neden olur.[23,49,50] Palyatif bakım hemşiresi, hastanın huzurlu, onurlu ölüm sürecine yardımcı olmak için hastanın bakım gereksinimlerini karşılamalı, hastanın odasının sessiz ve sakin olmasını sağlamalı ve hasta ailesi/ yakınlarını desteklemelidir.[51]

Ötanazi

Biyoetik Terimleri Sözlüğünde ötanazi, "bugün için tedavisi olanaklı olmayan hastaların ya da hasta adına karar verme yetkisi olan kişilerin geçerli istemiyle hasta yaşamının sonlandırılmasıdır"[13,43] Hastaya ilaç verilerek hekim kontrolünde yaşamına son verilmesi aktif ötanazi, hastanın hayatta kalmasını sağlayan yapay desteklerin uygulanmaması/sonlandırılması pasif ötanazi olarak tanımlanır. Bireyin yaşamını belirleme hakkına dayandırılan ötanazi, hastanın ıstırabına son verme ve rahat ölümü sağlayarak iyilik yapma olarak görülmekle birlikte, aynı zamanda zarar vermeme ilkesinin ihlaline yol açmaktadır. Ülkemizde, hasta hakları yönetmeliğine göre ötanazi yasak bir eylemdir.[35,37]

Yaşam sonu kararları, hemşireler ve diğer disiplin üyeleri için oldukça zorlayıcıdır. Çünkü bunlar sıklıkla değerler, ilkeler ve bakımın öncelikleri arasındaki çelişkiler yaratır.[24,43] Yaşamlarının sonuna yaklaşan ya ölmekte olan hastalara bakım veren palyatif bakım hemşireleri çoğu zaman, hastaların ve ailelerinin birçok hassas konuda vermesi gereken karmaşık ve zor kararlara tanıklık eder. Çoğu kez bu kararlar hemşirelerin ve hasta/ailesinin değer ve inançları ile örtüşmez ve hemşire için bir iç çatışmaya yol açabilir. Terminal döneme ilişkin tedavi kararları ne olursa olsun, palyatif bakım hemşireleri, değerleri ve etik kodları doğrultusunda, ölüm sonrası da dahil hastanın bakımını sürdürmek, onurunu, saygınlığını ve bütünlüğünü savunmak ve korumakla yükümlüdürler.[26,29]

Deneysel Araştırmalar

Palyatif bakımda, hastalarında acısını azaltmak/gidermek ve yaşam kalitesini iyileştirmek, bakım / tedavide kaliteyi artırmak için kanıt oluşturmak, palyatif bakım politikalarını geliştirmek amacı ile pek çok araştırma yapılmaktadır.[52,53] Hastalar, kendilerine yararlı olacağı umudunun yanı sıra, benzer sorunları yaşayanlara ya da topluma yarar sağlayarak yaşama anlam katma gibi özgecil bir tutumla, özellikle, deneysel araştırmalara katılımda istekli olabilirler. Ancak, sıklıkla, savunmasız biçimde katılım kararını aile ya da sağlık bakımı ekibi üyelerine bırakma eğilimindedirler. Aynı zamanda, "tedavi edilemeyen" araştırma grubunda oldukları kaygısı yaşayabilirler.[23] Palyatif bakım

hemşiresi, hastanın araştırmanın olası yararları ya da riskleri hakkında doğru ve yeterli bilgiye ulaşmasını ve kararını kendisinin vermesini sağlayarak özerkliğini desteklemeli, yarar sağlama ilkesi doğrultusunda deneysel girişimin yan etkilerinden zarar görmemesini önleyen eylemler ile hastanın haklarını savunmalıdır.[52,53]

Etik Sorunların Çözümlenmesi

Palyatif bakım hemşireleri, hastaların bireyselliğine, isteklerine ve tercihlerine saygı duyarak hastayı rahatlatmak, ölüm gerçekleşene kadar yaşam kalitesini en iyi düzeyde sürdürmek ve yaşamın sonunda onurlu ve huzurlu ölüme yardım etmeyi hedefler. Ancak, palyatif bakım, yaşamın sürdürülmesi ya da sonlandırılmasına yönelik kararların kim tarafından ve nasıl verileceği, uzayan yaşamın kalitesi hakkındaki kuşku ve çelişkiler, hasta/ailesi ve sağlık ekibi üyelerinin değerleri ve beklentilerindeki farklılıklar nedeni ile etik çatışmaların en sık yaşandığı bir alandır.[3,23] Birçok durumda palyatif bakım hemşiresi, hasta hakkında uygun olmayan kararlar, etik kurallara uyulmaması veya uygun olmayan hatalı mesleki davranışlara bağlı olarak meslektaşları ve sağlık ekibinin diğer üyeleri ile etik sorunlar deneyimleyebilir.[4,9] Bununla birlikte, kurumdaki kıt kaynakların eşit ve adil dağıtımı, yetersiz çalışan sayısından kaynaklanan sorunlar ya da hasta ve ailesi arasındaki karar çatışmalarına tanık olma gibi durumlarla karşı karşıya kaldığında ahlaki sıkıntı yaşayabilir.[5,12] Bir hastanın yaşamını sürdürmeye yardım eden her bir hemşirelik eylemi, hastanın özerkliğini korumak, yararlı olanı uygulamak ve zarardan kaçınmak için hastanın inançları, değerleri, istekleri ve tercihlerini destekler nitelikte olmalıdır.[26,29]

Etik Sorun Türleri

Palyatif bakım hemşirelerinin etik yükümlülüğü, etik sorunları açıklığa kavuşturarak, etik belirsizlikleri gidermeyi, etik ikilemleri çözmeyi ve ahlaki sıkıntılarla başa çıkmayı içerir.[54,55]

Etik belirsizlik

hemşirelerin ahlaki bir sorun olup olmadığından emin olmadığı, hangi değerlerin çatıştığı ve hangi ilkelerin çözümü kolaylaştırabileceği konusunda net olmadığı durumlarda görülür.[3,9] Hemşirelerde huzursuzluk, hayal kırıklığı gibi olumsuz duyguların yaşanmasına yol açan bir durumdur. Örneğin, gereksiz yere acı çekiyor gibi görünen bir hastanın, ağrı kesici ilaçları ya da hemşirenin farmakolojik olmayan yardım etme girişimlerini reddetmesi, ancak, reddetme nedenini açıklama konusunda isteksiz veya yetersiz olması durumunda ahlaki belirsizlik ortaya çıkar.[24]

Etik ikilem

Etik ikilemler, eylemi farklı açılardan destekleyen değerler veya etik ilkeler (yarar sağlama, zarar vermeme, özerklik, adalet) arasında çelişkiye yol açan iki uyumsuz eylem biçiminden birinin seçilmesinin zorunlu olduğu durumlarda görülür. Bu eylemlerin her biri bir etik kural veya ilke tarafından haklı çıkarılabilir, ancak birinin ihlal edilmesi kaçınılmazdır. Hem yaşamı korumak hem de acıyı azaltmakla yükümlü olan hemşireler, yaşamı sürdürmenin yoğun bir acıya neden olduğu ya da acının, ancak, yaşamı kısaltabilecek girişimlerle azaltılabileceği durumlarda etik ikilem yaşayabilirler.[3] Etik bir ikilem için tatmin edici doğru yanıt yoktur, ahlaki akıl yürütme ile seçenekler gözden geçirilerek uygun karar alınmalı ve eyleme geçilmelidir.[24,56]

Ahlaki sıkıntı

Etik sorun tanımlandığında ve doğru eylemin ne olduğu bilindiğinde, ancak, kurumsal işleyiş, kaynak yetersizliği ya da yasal sınırlılıklar nedeni ile doğru eylemin gerçekleştirilmesinin neredeyse olanaksız göründüğü durumlarda ortaya çıkan bir duygudur.[3] Palyatif bakım hemşireleri, bakım girişimlerini etkileyen dışsal engel / kısıtlamaların varlığında, sağlık ekibinin diğer üyeleri hasta/ailesine yeterli bilgi vermeden uygulamalarını gerçekleştirdiğinde ya da ağrı yönetimi, kaynak dağılımı, ölüm sürecinin gereksiz yere uzatılması gibi durumlarda ahlaki sıkıntı yaşarlar.[24,56] Palyatif bakım hemşiresinin, özellikle mesleki karar ve eylemlerini etkileyen kurumsal işleyiş nedeni ile ahlaki sıkıntı duygusunu çok fazla deneyimlemesi, ahlaki pasiflik, öfke ve tükenmişlik duygusu yaşamasına, bakımın kalitesinin azalmasına ya da mesleği bırakmasına neden olabilir.[56,57]

Etik sorunların çözümü için hemşireler, meslektaşlarından, hemşirelik etik kurullardan, mesleki örgütleri ve diğer kurumsal kaynaklardan, destek almalı, etik sorunları belirleme ve etik karar verme becerilerini geliştirmelidir.[24,57]

Etik Karar Verme

Hemşirelerin etik karar vermelerinde mesleki sorumluluk ve ahlaki duyarlılıklarının yanı sıra akıl yürütme becerilerinin gelişmiş olması önemlidir. Ahlaki duyarlılık, hastaların savunmasızlığının farkına varma ve etik çatışmaları tanıma yeteneği olup etik karar vermede ilk adım olarak kabul edilir. Ahlaki akıl yürütme ise karmaşık durumları aydınlatmayı, en iyi çözümleri bulmayı ve karar vermeyi içerir.[54,57] Bununla birlikte, her bir etik sorunun hastaya ya da duruma özgü olduğu unutulmamalıdır.

Etik sorunun çözümlenmesinde hasta için uygun olan en iyi kararın alınabilmesi hemşire, birey, ailesi, diğer sağlık disiplini üyeleri, gerekli ise kurum yöneticileri gibi tüm tarafların katılımı ve işbirliğini gerektirir. Bu süreçte hemşire etik sorunları analiz etmeyi ve çözümlemeyi desteklemek üzere geliştirilmiş etik karar verme modellerinden ve etik yaklaşım kuramlarından yararlanır.[54,58]

Biyoetik kapsamında, hemşirelere etik karar verme sürecinde rehberlik edebilecek yaygın olarak kullanılan iki yaklaşım deontolojik (görev temelli) ve teleolojik (sonuç temelli) etik sistemleri olup bu yaklaşımlara ilişkin kuramlar geliştirilmiştir.[55] Hemşirelerin bu yaklaşım ve kuramlar hakkında bilgi sahibi olması etik karar verme sürecini destekler.

Deontolojik yaklaşım kuramları, görev ve yükümlülüklere odaklanırken, teleolojik yaklaşım kuramları, bir eylemin doğru veya yanlış olup olmadığının belirlenmesini eylemin sonuçlarına dayandırır.[58] Bu kuramların her birinin güçlü yönleri ve sınırlamaları söz konusudur, ancak ne etik kuramlar ne de ilkeler tek başına etik sorunları çözmek için bir formül sunmazlar, yalnızca ahlaki olarak uygun eylemleri belirlemek üzere bir çerçeve oluştururlar.[24,55]

Etik sorunları çözümlemek için hemşirelik sürecini kullanmak mümkündür. Özellikle hasta/ailesi ile ilgili etik karar verme durumunda, süreç aşamaların içeriği, veri toplama ve etik analize rehberlik etmek için yararlanılacak etik kuramı barındıracak şekilde düzenlenmelidir.[29] Bununla birlikte hasta/ailesinin yanı sıra diğer taraflar ile (meslektaşlar, sağlık ekibi üyeleri, kurum) ilgili etik ikilemlerin çözümü için geliştirilen farklı etik karar verme modelleri bulunmaktadır. Bu modellerin adımları hemşirelik süreci ile benzerlik göstermekte olup genellikle; etik sorunu belirleme, bilgi toplama, seçenekleri inceleyerek karar verme, eylemi uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşur.

Etik sorunu belirleme

Öncelikle sorunun netleştirilmesi gerekir. Sorun, ahlaki belirsizlik veya ahlaki bir sıkıntı mıdır? Yoksa, alternatif eylemler arasında seçim yapma zorunluğu yaratan gerçek bir etik ikilem midir? Ya da sosyal, ekonomik ve yasal nedenlerden kaynaklanan ve etik karar vermeyi gerektirmeyen bir sorun mudur?

Etik ikilem durumunda, temel sorunun ne olduğu ve kimlerle ilişkili olduğu belirlendikten sonra aşağıdaki adımlar, hemşirenin etik olarak desteklenebilir bir kararı tartışmasına, analiz etmesine ve başarılı bir şekilde geliştirmesine olanak sağlar.[55-58]

Bilgi toplama

Etik sorunla ilgili tüm bilgiler (tıbbi, sosyal, psikolojik, yasal) toplanmalıdır. Bu süreçte, hastanın anlama ve karar verme yeterliliği, tedavi ve yaşam tercihlerine ilişkin ileri direktiflerin yanı sıra yetki bildiriminin varlığı değerlendirilmelidir. Ayrıca, sorunu ya da çözümünü etkileyebilecek kurumsal işleyiş ve mevcut kaynaklar dikkate alınmalı, gerektiğinde sağlık ekibinin düşünce ve görüşlerine başvurulmalıdır. Bilgi toplarken, hangi değer veya ilkeler arasında çatışma yaşandığının açıklığa kavuşturulması önemlidir. Etik karar verme sürecinin bu aşaması, aynı zamanda, etik kodların, yayınlanmış kanıta dayalı uygulamaların, mesleki görev önermelerinin ve ilgili literatürün gözden geçirilmesini içerir.[55-58]

Seçenekleri inceleyerek karar verme

Bu aşamanın amacı, sorunun analizi ve çözüm seçeneklerine odaklanmaktır. Etik yaklaşımlar ve kuramlar uygun seçeneğin belirlenmesi rehberlik eder. Hemşirelerin sıklıkla görev temelli (deontolojik) ve sonuç temelli (teleolojik) etik yaklaşımları ya da bu yaklaşımların bir kombinasyonunu kullandıkları görülmektedir. Sonuç temelli etik yaklaşımla karar veren bir hemşire, ağrı yönetimi için direktif edilen ve opioid içeren ilacı, solunum depresyonu yan etkisinden dolayı uygulamakta çekimser kalırken, görev temelli yaklaşımla karar veren bir diğer hemşire, ağrıyı giderme ve hastayı rahatlatma yükümlülüğünü yerine getirmek üzere ilacı hemen uygulayabilir.[55,58]

Etik ikilemi çözmek için tüm olası çözüm seçenekleri araştırılır, yarar ve riskleri açısından değerlendirilir. Gerekirse daha önce çözümlenmiş benzer vakalar incelenir, etik bilimciler ve etik kurullardan danışmanlık alınabilir. Çözüm için uygun eyleme ilgili tarafların (hasta/ailesi, sağlık ekibi üyeleri) katılımı ile karar verilmeli, bireylerin tercihleri ve haklarını korumalı, mevcut olanaklar göz önünde bulundurulmalıdır.[55]

Eylemi uygulama ve değerlendirme

Karar verilen seçeneğin eyleme geçirilmesi aşamasıdır. Eylem uygulanırken özerklik ve adalet ilkelerinin ihlal edilmediğine, yarar sağlama - zarar vermeme ilkeleri arasındaki dengeye ve hasta haklarına uygunluğuna dikkat edilmelidir. Sonuçta, ikilemin çözümlenip çözümlenmediği, hastaların süreçten ve sonuçtan memnun olup olmadığı değerlendirilir. Benzer sorunları önlemek üzere ileriye yönelik stratejiler geliştirilebilir.[55,58]

Palyatif bakım hemşirelerinin, etik eylemde bulunma, etik duyarlılıklarını arttırma ve etik sorunları fark edebilmesinin ön koşulu mesleki değerler ve etik kodların içselleştirilmesidir. Bununla birlikte, ulusal / uluslararası hemşirelik kuruluşlarının etik konularla ilgili pozisyon açıklamaları ve etik karar verme rehberleri incelenebilir. Hizmet-içi eğitimlerle etik vakalar tartışılarak deneyimler paylaşılabilir ve etik sorun çözümleme becerileri geliştirilebilir, kurum politika ve prosedürlerinin uygulanması öğrenilebilir.[24,55]

Sonuç

Palyatif bakım hemşireleri, hastaların bireyselliği, bütünlüğü ve haklarına saygılı bakım ya da onurlu/ huzurlu ölüme yardım etme eylemlerini sürdürme, olası etik sorunları önleme ve çözümleme becerilerini geliştirmek üzere mesleki değerleri, etik kodları, evrensel etik ilkeler ve mevcut yasalar hakkında bilgi ve bilinç kazanarak etik duyarlılıklarını ve etik karar verme becerilerini geliştirmelidir. Aynı zamanda, ulusal ve uluslararası mesleki örgütlerinin yayınladığı gelişim ve değişimleri, ilgili literatürü izleyerek ve bilimsel etkinliklere katılarak palyatif bakıma yönelik bilgilerini güncellemelidir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The authors declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. World of Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 23]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
2. Demir M. Palyatif Bakım Etiği. *Turkish J Med Surg Intensive Care*. 2016 Oct 21;7(2):62-66. [Crossref]
3. Cheon J, Coyle N, Wiegand DL, Welsh S. Ethical issues experienced by hospice and palliative nurses. *J Hosp Palliat Nurs*. 2015 Feb 13;17(1):7-13. [Crossref]
4. Derse AR. Legal and Ethical Issues in the United States. In: Emanuel L, Librach SL, editors. Palliative Care: Core Skills and Clinical Competencies. China: *Elsevier Inc*; 2007. p. 294-303. [Crossref]
5. Jain N, Tulsky JA. Ethics in the Practice of Palliative Care. In: Bruera E, Higginson CF von G, Morita T, editors. *Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care*. Third Edit. New York: Taylor & Francis Group; 2021. p. 39-46. [Crossref]
6. Acar HV. *Yararsız Tedavi Futile Treatment*. 2016;3(2):74-84. [Crossref]
7. Acaroğlu R. Etik Yaklaşım. In: Can G, editor. *Onkoloji Hemşireliği*

Genişletilmiş ve Güncellenmiş 2 Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2020. p. 1189-1199.
8. Nsiah C, Siakwa M, Ninnoni JPK. Registered Nurses' description of patient advocacy in the clinical setting. *Nurs Open.* 2019 Jul 1;6(3):1124-1132. [Crossref]
9. Preshaw DH, McLaughlin D, Brazil K. Ethical Issues in Palliative Care for Nursing Homes: Development and Testing of a Survey Instrument. *J Clin Nurs.* 2018;27(3-4):e678-687. [Crossref]
10. Choi PP. Patient advocacy: the role of the nurse. *Nurs Stand.* 2015 Jun 10;29(41):52-58. [Crossref]
11. Walker ME. Global perspectives: palliative care around the World. In: Holtslander ., Bally SP& J, editors. Hospice Palliative Home Care And Bereavement Support Nursing İnterventions And Supportive Care. 1. *Springer Publishing Company*; 2019. p. 122-135. [Crossref]
12. De Panfilis L, Di Leo S, Peruselli C, Ghirotto L, Tanzi S. "i go into crisis when …": Ethics of care and moral dilemmas in palliative care. *BMC Palliat Care.* 2019 Aug 9;18(1):1-8. [Crossref]
13. Oğuz Y, Tepe H, Kucur DK, Büken NÖ. Biyoetik Terimleri Sözlüğü. 1. Baskı. Türk Felsefe Kurumu Yayınları; 2005.
14. Sekse RJT, Hunskår I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs.* 2018;27(1-2):e21-38. [Crossref]
15. Shrestha S, Jose P. Knowledge & Practice of Nursing Ethics and Laws. *J Univers Coll Med Sci.* 2014;2(3):30-33. [Crossref]
16. Simões Â, Sapeta P. The concept of dignity in nursing care: a theoretical analysis of the ethics of care. *Rev Bioética.* 2019 Jul 1;27(2):244-252. [Crossref]
17. Shahriari M, Mohammadi E, Abbaszadeh A, Bahrami M. Nursing ethical values and definitions: A literature review. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2013 Jan;18(1):1-8.
18. Habibzadeh H, Jasemi M, Hosseinzadegan F. Social justice in health system; a neglected component of academic nursing education: a qualitative study. *BMC Nurs.* 2021 Dec 12;20(1):16. [Crossref]
19. Brown MA. The Role of Nurses in Pain and Palliative Care. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2013 Aug;27(3):300-302. [Crossref]
20. van der Wath A, van Wyk N. A hermeneutic literature review to conceptualise altruism as a value in nursing. *Scand J Caring Sci.* 2020;34(3):575-584. [Crossref]
21. Papastavrou E, Igoumenidis M, Lemonidou C. Equality as an ethical concept within the context of nursing care rationing. *Nurs Philos.* 2020 Jan 12;21(1):e12284. [Crossref]
22. Siles-González J, Solano-Ruiz C. Sublimity and beauty: A view from nursing aesthetics. *Nurs Ethics.* 2016;23(2):154-166. [Crossref]
23. Schofield G, Dittborn M, Huxtable R, Brangan E, Selman LE. Real-world ethics in palliative care: A systematic review of the ethical challenges reported by specialist palliative care practitioners in their clinical practice. Vol. 35, *Palliative Medicine. SAGE Publications Ltd*; 2021. p. 315-334. [Crossref]
24. Schwarz JK, Tarzian AJ. Ethical Aspects of Palliative Care. In: Palliative Care Nursing Quality Care to The End Of Life. New York: *Springer Publishing Company;* 2005. p. 119-142.
25. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract.* 2021;30(1):17-28. [Crossref]
26. International Council Nursing. The ICN Code of Ethics for Nurses: Revised 2021 [Internet]. International Council of Nurses. 2021. 12 p. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_ eng.pdf
27. Şentürk S. *Meslek Olarak Hemşirelik ve Hemşirelikte Etik İlkeler.* İstanbul; 2013. 73-94 p.
28. Türk Hemşireler Derneği. Hemşireler İçin etik ilke ve sorumluluklar [Internet]. 2009 [cited 2022 Jan 2]. Available from: https://www.thder.org.tr/uploads/files/hemsire-brosur.pdf
29. American Nurses Association. Code of ethics for nurses with interpretive statements [Internet]. 2015 [cited 2022 Jan 2]. Available from: https://nursing.rutgers.edu/wp-content/uploads/2019/06/ANA-Code-of-Ethics-for-Nurses.pdf
30. Haddad AM. Principles of Ethics. In: Erickson JM, editor. *Ethics in Oncology Nursing.* First. Pennsylviana; 2016. p. 1-18.
31. Alpar ŞE. Etik ilkeler. In: Alpar ŞE, Bahçecik N, Karabacak Ü, editors. *Çağdaş Hemşirelikte Etik.* İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013. p. 52-75.
32. *Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği Elkitabı* [Internet]. 3. 2015. Available from: http://www.ttb.org.tr
33. Akdeniz M, Yardımcı B, Kavukcu E. Ethical considerations at the end-of-life care. *SAGE Open Med.* 2021 Jan 12;9:205031212110009. [Crossref]
34. Şelimen D. Hukuksal Konular. In: Alpar ŞE, Bahçecik N, Karabacak Ü, editors. *Çağdaş Hemşirelikte Etik.* İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri; 2013. p. 149-172.
35. Akpınar A, Alvur TM. Palyatif Bakımda Etik ve Medikolegal Yaklaşım. *Turkiye Klin J Fam Med-Special Top.* 2017;8(4):292-298.
36. Fırat A. Türkiye Sağlık İşletmelerinde Hasta Hakları ve Sorumlulukları. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2017;2:157-173.
37. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete (1 Ağustos 1998; Sayı: 23420) [Internet]. 1998. Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
38. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (8 Mayıs 2014; Sayı : 28994) [Internet]. 28994 2014. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508-3.htm
39. Mount M, Hanks G, McGoldrick L. The Principles of Palliative Care. In: Fallon M, Hanks G, editors. ABC of Palliative Care. Second. *Singapore: Blackwell Publishing Ltd*; 2006. p. 1-4.
40. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Mahremiyetine Saygı Gösterilmesi (Genelge 2016/10) [Internet]. 2016. Available from: https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/4283/0/hasta-mahremiyetine-saygi-gosterilmesi-2016-10pdf.pdf?_tag1=96E870A967D2F4DBCBA0A86DF8607E4E533E467F
41. Tomajan K. Advocating for nurses and nursing. Online J Issues Nurs. 2012;17(1):4. http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No1-Jan-2012/Advocating-for-Nurses.html [Crossref]
42. Hebert K, Moore H, Rooney J. The nurse advocate in end-of-life care. *Ochsner J.* 2011;11(4):325-329.
43. Mohanti B. Ethics in Palliative Care. *Indian J Palliat Care.* 2009;15(2):89-92. [Crossref]
44. Avrupa Konseyi. Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz [Internet]. 2014 [cited 2022 Jan 15]. Available from: https://yogunbakim.org.tr/data/pdf/COE_End_of_Life_Guide_Turkish.pdf
45. Gómez-Vírseda C, De Maeseneer Y, Gastmans C. Relational autonomy in end-of-life care ethics: A contextualized approach to real-life complexities. *BMC Med Ethics.* 2020 Jun 30;21(1):1-14. [Crossref]
46. National Cancer Institute. Advanced Directives [Internet]. 2013 [cited 2022 Feb 1]. Available from: https://webarchive.library.unt.edu/eot2008/20090509081623/http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/support/advance-directives
47. Özkaya H, İlkılıç İ. Palyatif Bakım Uygulamalarında Etik Sorunlar. In: İlkılıç İ, Özkaya H, Uçar A, editors. *Tıbbi, Hukuki, Manevi ve Etik Boyutları İle Palyatif Tıp.* 1. İstanbul: İSAR Yayınları; 2019. p. 67-81.
48. Bremer A, Årestedt K, Rosengren E, Carlsson J, Sandboge S. Do-not-attempt-resuscitation orders: attitudes, perceptions and practices of Swedish physicians and nurses. *BMC Med Ethics.* 2021 Dec 30;22(1):34. [Crossref]
49. Miccinesi G, Caraceni A, Maltoni M. Palliative sedation: ethical aspects. *Minerva Anestesiol.* 2021 Jul 2;83(12):1317-1323. [Crossref]
50. Menezes MS, Figueiredo M das GM da C de A. The role of end-of-life palliative sedation: medical and ethical aspects - Review. *Brazilian J Anesthesiol* (English Ed. 2019 Jan;69(1):72-77. [Crossref]

51. Claessens P, Genbrugge E, Vannuffelen R, Broeckaert B, Schotsmans P, Menten J. Palliative sedation and nursing: The place of palliative sedation within palliative nursing care. *J Hosp Palliat Nurs*. 2007;9(2):100-106. [Crossref]
52. Clark J, Gardiner C, Barnes A. International palliative care research in the context of global development: A systematic mapping review. *BMJ Support Palliat Care*. 2018 Mar;8(1):7-18. [Crossref]
53. Doody O, Noonan M. Nursing research ethics, guidance and application in practice. *Br J Nurs*. 2016 Jul 28;25(14):803-807. [Crossref]
54. Aitamaa E, Suhonen R, Puukka P, Leino-Kilpi H. Ethical problems in nursing management - a cross-sectional survey about solving problems. B*MC Health Serv Res*. 2019 Dec 24;19(1):417. [Crossref]
55. Robbins RW, Wallace WA. Decision support for ethical problem solving: A multi-agent approach. *Decis Support Syst*. 2007;43(4):1571-1587. [Crossref]
56. Atlı Özbaş A. Onkoloji Hemsireliğinde Etik İkilem ve Moral Distres. *Türkiye Klin Psikiyatr Hemşireliği-Özel Konular Konsult Liyazon Psikiyatr Hemşireliği Özel Sayısı*. 2017;3(1):19-26.
57. Lim A, Kim S. Nurses' ethical decision-making during end of life care in South Korea: a cross-sectional descriptive survey. *BMC Med Ethics*. 2021 Dec 1;22(1).94. doi: 10.1186/s12910-021-00665-9. [Crossref]
58. Bahçecik N. Etik Karar Verme. In: Alpar ŞE, Bahçecik N, Karabacak Ü, editors. *Çağdaş Hemşirelikte Etik*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013. p. 117-134.

BÖLÜM 26
SAĞLIK PERSONELİNİ GÜÇLENDİRME

Gizem ŞAHİN BAYINDIR
Sevim BUZLU

DOI: 10.5152/1826

Sağlık Personelini Güçlendirme

Empowering Health Personnel

BÖLÜM HAKKINDA

Palyatif bakım alanında çalışan sağlık personeli çalışma ortamında birçok stresöre maruz kalması nedeniyle tükenmişlik riski altındadır. Bu nedenle sağlık personelinin tükenmişlik durumunun tanılanması ve değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bunun yanı sıra, palyatif bakım alanında çalışan sağlık personellerinin palyatif bakım, ölmekte olan hastaya yaklaşım, psikososyal ve manevi bakım, hasta ve ailesi ile terapötik ilişki ve iletişim kurma ve sürdürme gibi konularda eğitimlere gereksinimleri olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda, palyatif bakım alanında çalışan sağlık personelinin bilgi ve eğitim gereksiniminin karşılanması, rollerini yerine getirebilmeleri için desteklenmesi ve güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu bölümde; sağlık personelini güçlendirme yaklaşımları olarak; palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin artırılması, psikolojik sağlamlığı güçlendirme, baş etme becerilerini güçlendirme, iletişim becerilerini güçlendirme ve merhamet memnuniyetini güçlendirmeden bahsedilecektir.

Anahtar kelimeler: Psikolojik sağlamlık, merhamet yorgunluğu, merhamet memnuniyeti, palyatif bakım, sağlık personeli

ABOUT the CHAPTER

Healthcare personnel working in the field of palliative care are at risk of burnout due to exposure to many stressors in the work environment. Therefore, it is of great importance to diagnose and assess the burnout status of health personnel. In addition, healthcare personnel working in the field of palliative care need training in palliative care, approaching the dying patient, psychosocial and spiritual care, establishing and maintaining therapeutic relationships and communicating with patients and their families. Accordingly, health personnel working in the field of palliative care need to be supported and empowered in order to meet their knowledge and training needs and to fulfill their roles. In this section, as approaches to empowering health personnel include increasing the level of knowledge about palliative care, strengthening psychological resilience, strengthening coping skills, strengthening communication skills and strengthening compassion satisfaction will be mentioned.

Keywords: Resilience, compassion fatigue, compassion satisfaction, palliative care, health personnel

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ T.C. CERRAHPAŞA 1453

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenciler;

1. Palyatif bakım alanında çalışan sağlık personelinin deneyimlerini açıklar.
2. Palyatif bakım alanında çalışan sağlık personelinde tükenmişliğin nedenlerini açıklar.
3. Palyatif bakım alanında çalışan sağlık personelinde tükenmişliği tanılar ve değerlendirir.
4. Palyatif bakım alanında çalışan sağlık personelini güçlendirmeye yönelik yaklaşımları açıklar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Tükenmişlik:** Kişinin kronik işyeri stresini yönetememesinden kaynaklanan bir sendromdur.
2. **Psikolojik sağlamlık:** Herhangi bir zorluk, travma, tehdit ya da önemli bir stresöre karşı bireysel ya da grup olarak verilen olumlu tepkilerdir.
3. **Baş etme:** Kişinin stres ve/veya travma karşısında acı verici veya zor duyguları yönetmeye yardımcı olmak için kullandığı yöntemlerdir.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Gizem Şahin Bayındır

Sevim Buzlu

İstanbul Üniversitesi–Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı , İstanbul, Türkiye

E-posta: gizem.sahinbayindir@iuc.edu.tr
sevim.buzlu@iuc.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Şahin Bayındır G, Buzlu S. Sağlık Personelini Güçlendirme. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 267-277.

4. **Merhamet yorgunluğu:** Merhamet stresine uzun süre maruz kalmaya bağlı olarak gelişen fiziksel ve sosyal tükenme ve işlev bozukluğu durumudur.
5. **Merhamet memnuniyeti:** Başkalarına yardım etmenin verdiği zevk ve tatmin duygusudur.

Giriş

Palyatif bakım alanında çalışan sağlık personeli çalışma ortamında birçok stresöre maruz kalması nedeniyle tükenmişlik riski altındadır. Bu nedenle sağlık personelinin tükenmişlik durumunun tanılanması ve değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bunun yanı sıra, palyatif bakım alanında çalışan sağlık personellerinin palyatif bakım, ölmekte olan hastaya yaklaşım, psikososyal ve manevi bakım, hasta ve ailesi ile terapötik ilişki ve iletişim kurma ve sürdürme gibi konularda eğitimlere gereksinimleri olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda, palyatif bakım alanında çalışan sağlık personelinin bilgi ve eğitim gereksiniminin karşılanması, rollerini yerine getirebilmeleri için desteklenmesi ve güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu bölümde; sağlık personelini güçlendirme yaklaşımları olarak; palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin artırılması, psikolojik sağlamlığı güçlendirme, baş etme becerilerini güçlendirme, iletişim becerilerini güçlendirme ve merhamet memnuniyetini güçlendirmeden bahsedilecektir.

Palyatif Bakım Alanında Çalışan Sağlık Personelinin Deneyimleri

Palyatif bakım alanında çalışan hemşireler, klinik alanda zamanının çoğunu bakım verme rolü ile hastanın temel gereksinimlerini karşılamaya ayırmaktadır. Bu süreçte hemşireler, hastalara bütüncül bakım sunarak gerekli müdahaleleri planlar, uygular ve sonuçlarını değerlendirerek hastalara konforlu bir bakım sunar. Hemşirelerin hastalar ile sık ve düzenli olarak etkileşim kurması ve hastanın gereksinim duyduğunda hemşireye ulaşabilir olması hasta – hemşire arasındaki güven ilişkisinin gelişmesine katkı sağlamaktadır.[1] Nezaket, merhamet ve içtenlik gibi kişilerarası beceriler ve nitelikler, palyatif bakım alanında çalışan hemşirelerde olması gereken temel kişisel özelliklerdendir. Hemşirenin; bakım verdiği hastanın yaşam deneyimlerini, çevresini ve geçmişini anlamaya ve hissetmeye açık olması, aynı zamanda kendi varlığına ve duygularına da açık olmasını gerektirmektedir. Hemşireler, hastalara bakım verirken kendilerini hasta ve ailesinin duyarlılıklarına açtıklarında emosyonel bir yüke de maruz kalmaktadır.[1] Bu nedenle hemşirelerin bu alanda çalışmaya hazır olması, kendini yeterli ve adanmış hissetmesi oldukça önemlidir. Bu durum söz konusu olmazsa, hemşirelerin klinik alanda kendisini kapattığı ve ajite davrandığı belirtilmektedir.[2] Aynı zamanda, hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının ve kişisel yeterliklerinin verdikleri bakım üzerinde etkili olduğu ifade edilmektedir.[3,4] Bu faktörlerin yanı sıra, yapılan çalışmalarda palyatif bakım alanında çalışan hemşirelerin iş yükü nedeniyle hastalara bakım verirken zaman yetersizliği yaşadıkları, bu nedenle hastalara emosyonel destek sağlamakta güçlük çektikleri görülmektedir.[5-7] Palyatif bakım alanında çalışan hemşirelerin meslektaşlarından emosyonel destek almasına karşın yöneticilerinden yetersiz destek aldıkları, fiziksel ve ruhsal sağlıkları konusunda çok az anlayış gördükleri ve düzenli ve sistematik bir süpervizyon sürecinin eksikliğini yaşadıkları belirlenmiştir.[2,7-9] Yapılan çalışmalarda, hemşirelerin terminal bakım ve aileler ile nasıl iletişim kuracakları konusunda daha fazla eğitime gereksinimleri olduğu saptanmıştır.[10-13] Suikkala ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan kalitatif çalışmanın sonuçlarına göre sağlık personelinin gelecekteki palyatif bakım yetkinlik gereksinimleri Tablo 1'de verilmiştir.[14]. Bu kategoriler göz önünde bulundurularak; palyatif bakım alanında çalışan sağlık personelinin bilgi ve eğitim gereksiniminin karşılanması, rollerini yerine getirebilmeleri için desteklenmesi ve güçlendirilmesi gerekmektedir.

Sağlık Personelinin Tükenmişlik Durumunu Tanılama ve Değerlendirme

Palyatif bakım alanında çalışan hemşireler; yoğun kişilerarası ilişki kurma, hastaların ve ailelerinin çoklu ve karmaşık gereksinimlerini ele alma, önemli etik yaşam sonu bakım kararlarını verme ve hastaların yakınmaları ile sürekli temasta olma gibi birçok stresör ve zorluğu deneyimlemektedir.[15-17] Bu zorlukları yaşayan hemşirelere zamanında müdahale edilmezse, hemşirelerde tükenmişlik meydana gelebilir.[18,19] Palyatif bakım alanlarında çalışan sağlık personelinde tükenmişliğin değerlendirilmesinde sıklıkla Maslach Tükenmişlik Envanteri kullanılmaktadır. Envanterin,

Tablo 1. Sağlık personelinin gelecekteki palyatif bakım yetkinlik gereksinimleri[a]

Ana kategori	Kategori
Sağlık ve sosyal hizmetlerin tüm düzeylerinde palyatif bakım yeterliği	Sağlık ortamlarında palyatif bakım yeterliği Evde palyatif bakım ve yaşam sonu bakımda yeterlik Çok disiplinli bir ekibin üyesi olarak çalışma yeterliği Palyatif bakım konsültasyon hizmetlerinin akut bakım üniteleri ile entegrasyonunda yeterlik Özel palyatif bakım hizmetlerinde yeterlik Ayaktan palyatif bakımda gereksinimleri karşılama yeterliği
Bireysel palyatif bakım yeterliği	Tüm hasta grupları için eşit palyatif bakım sağlama yeterliği Farklı koşullarda ve farklı hasta gruplarında özel palyatif bakım yeterliği Hasta ve aile merkezli palyatif bakımda yeterlik Semptom temelli bakımda yeterlik İleri düzey bakımın planlanması ve hospis bakımında yeterlik Sağlık teknolojisini uygulama yeterliği Karmaşık vakaları ele alma yeterliği Palyatif bakım kapsamında insan onuruna saygı ve otonomi yeterliği
Kişi odaklı karşılaşmalarda yeterlik	Hasta ve hasta için önemli olan kişilerle karşılaşmalara saygı duyma Hastalar ve onlar için önemli kişilere psikososyal destek sunma yeterliği Kültürel ve dini duyarlılıkta yeterlik
Palyatif bakımda sistematik yeterlik gelişimi	Değişen palyatif bakım gereksinimlerine ve gerekliliklerine dayalı yeterlik Sürekli yeterlik güvencesi Sürekli ve kapsamlı eğitim yoluyla palyatif bakımda yeterliğin artırılması

[a]Suikkala A, Tohmola A, Rahko EK, Hökkä M. Future palliative competence needs - a qualitative study of physicians' and registered nurses' views. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):1-12 kaynağından uyarlanmıştır.[14]

"duygusal tükenme", "duyarsızlaşma" ve "kişisel başarı" olmak üzere üç alt boyutu vardır. Sağlık personeli kapasitelerinin sınırlarına ulaştığında ve duygusal düzeyde yanıt veremediğinde duygusal tükenme meydana gelmekte ve bu durum işlerinden duygusal olarak kopmalarına yol açmaktadır. Duyarsızlaşma, sağlık profesyonelinin olumsuz duygular ve alaycı tutumlar geliştirmesinin yanı sıra, hastaları ve meslektaşları ile mesafeli yaklaşımlar geliştirmeye başlamasını ifade etmektedir. Bu motivasyon eksikliği ve işteki azalan üretkenlik, yeterlik duygusunun ve kişisel mesleki başarının eksikliğini yansıtmaktadır. Ölçekte toplam puan bulunmamakta olup alt boyut puanlarına göre değerlendirme yapılmaktadır. Buna göre; duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanının yüksek, kişisel başarı puanının düşük olması kişide tükenmişliğin olduğunu ortaya koymaktadır.[20-22] Yapılan meta analiz çalışmasında; 693 palyatif bakım hemşiresinde duygusal tükenme prevelansı tahmini olarak %24 (%16-34), duyarsızlaşma %30 (%18-44) ve kişisel başarı %28 olarak bulunmuştur.[19] Bu sonuçlar, palyatif bakım alanında çalışan sağlık personelinin tükenmişlik durumunun düzenli olarak değerlendirilmesi ve sağlık personelinin desteklenmesi ve güçlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Sağlık personelinin tükenmişlik durumunu tanılama ve değerlendirme süreci Şekil 1'de verilmiştir.

Sağlık Personelini Güçlendirme Yaklaşımları

Bu bölümde; sağlık personelini güçlendirme yaklaşımları olarak; palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin artırılması, psikolojik sağlamlığı güçlendirme, baş etme becerilerini güçlendirme, iletişim becerilerini güçlendirme ve merhamet memnuniyetini güçlendirmeden bahsedilecektir.

Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Düzeyinin Artırılması

Palyatif bakım alanında çalışan hemşireler, hastalara ve ailelerine semptom yönetimi, ağrıyı azaltma, karar verme ve psikososyal destek, manevi destek ve yas desteği gibi palyatif bakımın birçok yönüne ilişkin bakım sunarlar.[23] Ancak, hemşirelerin sınırlı bir süre içinde birden fazla önceliği değerlendirmeleri gerektiğinde ve bakım verirken sıklıkla meydana gelen fizyolojik ve psikolojik krizler ile baş etmek zorunda kaldıklarında stresli hissettikleri görülmektedir.[24] Palyatif bakım hakkında eğitim eksikliği, hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin ve güvenlerinin az olmasına ve palyatif bakım gereksinimi olan hastalara yaklaşımda ve onlarla iletişim kurmada kendilerini hazırlıksız hissetmelerine neden olmaktadır.[25,26] Palyatif bakım hizmeti sunma konusundaki beceri eksikliği ve hazırlıksızlık hemşirelerin klinik uygulamalarında distres yaşamalarına yol açmaktadır.[26,27] Kaliteli Palyatif Bakım İçin Ulusal Konsensus Projesi (NCP); bakımın yapısı ve süreçleri, bakımın fiziksel, sosyal, manevi, dini, varoluşsal, psikolojik, psikiyatrik, kültürel, etik ve yasal yönleri ve yakın zamanda ölmek üzere olan hastanın bakımı olmak üzere palyatif bakımın bakım alanlarını belirtmişlerdir.[28] Onkoloji Hemşireleri Derneği (ONS), onkoloji hemşirelerinin sekiz bakım alanında NCP kılavuzunda belirtilen gerekli bilgi ve becerileri edinmelerini önermektedir.[29]

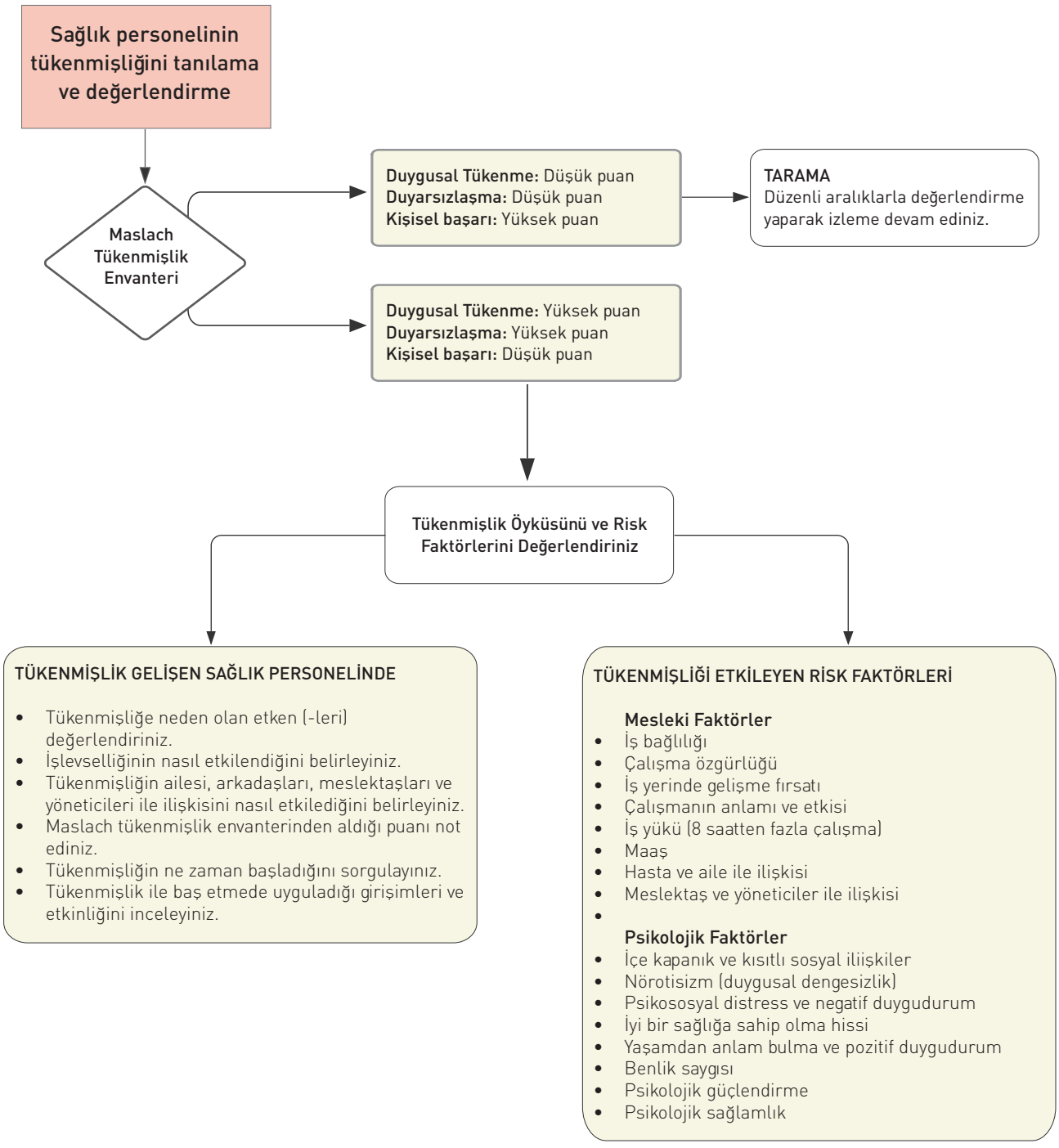
Hemşirelerin palyatif bakım konusundaki bilgi düzeylerini etkileyen faktörler; yaş ve cinsiyet gibi sosyodemografik özellikler, öğrenim durumu, deneyim yılı, klinik ortam ve palyatif bakım eğitimi alma durumudur.[30] Al-Kindi ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada; hemşirelerin %56'sının ölmekte olan hastaya yaklaşım, ağrı ve diğer semptomların yönetimi, psikososyal bakım, etik ve manevi sorunlar ve bakım verici desteği gibi konularda eğitime gereksinimi olduğu belirlenmiştir.[31] Iranmanesh ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir başka çalışmada; hemşirelerin ağrı ve semptom yönetimi konusunda orta düzeyde bilgi sahibi oldukları (%46,07), palyatif bakımın önemli yönlerinden biri olan psikososyal ve manevi bakım sağlama konusunda ise bilgi düzeylerinin düşük olduğu (%19,3) görülmüştür.[32] Nguyen ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin ağrı ve diğer semptomların yönetimi ve psikososyal ve manevi bakım konularında bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve bilgi düzeyi yüksek olan hemşirelerin hastalara palyatif bakım sağlarken olumlu tutumlara ve yüksek öz yeterliğe sahip oldukları saptanmıştır.[33] Dehghani ve arkadaşları (2020) tarafından hemşirelere verilen palyatif bakım eğitiminin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada, eğitim sonrası hemşirelerin algılanan öz yeterlik, psikososyal destek ve semptom yönetimi puan ortalamalarının anlamlı derecede yükseldiği belirlenmiştir.[34] Kim ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada; hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerinin düşük, palyatif bakıma yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu ve bilgi düzeyi ile tutum arasında anlamlı derecede ilişkili olduğu görülmüştür.[35] Çalışmada, daha önce palyatif bakım ve yaşam sonu bakım eğitimi almanın, hemşirelerin güvenini etkileyen önemli ve değiştirilebilir bir faktör olduğu saptanmıştır.[35] Hemşirelerin terminal dönem bakım sağlamada karşılaştığı baş etmede güçlük, eğitim ve deneyim eksikliği, çalışanların düzeyi ve çevresel koşullar gibi engellerden dolayı palyatif bakım yönetiminin güçlendirilmesi gerekmektedir.[36] Wong ve arkadaşları (2022) tarafından sağlık ve sosyal bakım personelleri için gerçekleştirilen kısa vadeli yaşam sonu bakım eğitim programlarının değerlendirildiği çalışmada, sağlık ve sosyal bakım personelinde değerler ve bilgi, semptom yönetimi, psikososyal bakım ve öz bakım açısından yeterlik algısında anlamlı derecede gelişme olduğu belirlenmiştir.[37]

Palyatif bakım konusunda bilgi düzeyi yüksek ve hastalara palyatif bakımı en uygun şekilde sunabilecek sağlık personeline sahip olmak oldukça önemlidir. Bu nedenle, sağlık personelinin palyatif bakım bilgi ve becerileriyle güçlendirilmesi, hemşirelerin bütüncül bakım sunmasına ve hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır.[30] Bu doğrultuda, sağlık personeline palyatif bakım ile ilgili sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi ve eğitimin uygulama üzerindeki etkisini belirlemek için araştırmaların yapılması gerekmektedir.

Psikolojik Sağlamlığı Güçlendirme

Psikolojik sağlamlık; herhangi bir zorluk, travma, tehdit ya da önemli bir stresöre karşı bireysel ya da grup olarak verilen olumlu tepkilerdir.[38] Sağlık bakımı stresli ve zorlu bir süreç olduğundan, sağlık personeli için psikolojik sağlamlık son zamanlarda potansiyel bir kaynak olarak görülmektedir.[39] Palyatif bakım alanında çalışan hemşirelerin; ölüme maruz kalma, her gün ciddi kronik hastalığı olan kişilere bakım verme, tükenmişlik, mesleki yaşam kalitesinin zayıflaması[40], moral distres[41] ve yasal ve biyoetik sorunlar nedeniyle iyilik hali risk altında olduğundan, psikolojik sağlamlık bu alanda çalışan sağlık personeli için de oldukça önemlidir.[39] Zanatta ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan sistematik derleme çalışmasında; palyatif bakım alanında çalışan sağlık personelinin psikolojik sağlamlığı ile ölüm kaygısı, ikincil travmatik stres, travma sonrası büyüme, tükenmişlik, merhamet memnuniyeti, umut ve

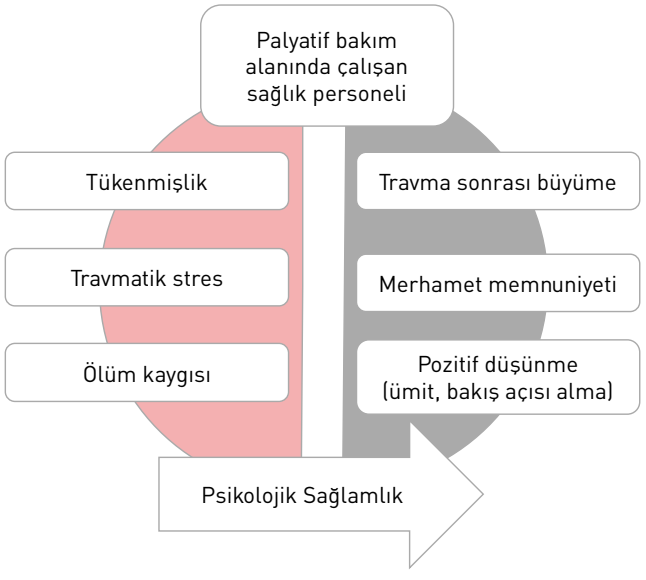
Şekil 1. Sağlık personelinin tükenmişlik durumunu tanılama ve değerlendirme



bakış açısı kazanma arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.[39] Ölüm kaygısı ile psikolojik sağlamlık arasında negatif yönde ilişki olduğu; psikolojik sağlamlık, duygulara odaklanma ve benlik saygısının ölüm kaygısının anlamlı yordayıcıları olduğu belirtilmektedir.[42] Bu durum, etkili baş etme ile ilişkili olan sosyal ve emosyonel yeterliklerin ölüm korkusunu hafifletebileceğini göstermektedir.[39] Psikolojik sağlamlığın ikincil travmatik stres ile negatif yönde ilişkili olduğu; ikincil travmatik stres belirtilerinde yeni deneyimlere açık olma ve mizah anlayışının ana psikolojik sağlamlık yordayıcıları olduğu saptanmıştır.[43] Bunun yanı sıra psikolojik sağlamlığın travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu; yeni deneyimlere açık olma, mizah anlayışı, kişisel yeterlikler ve olumsuz duygulara tolerans gibi psikolojik sağlamlık faktörlerinin travma sonrası büyümenin yordayıcıları olduğu belirlenmiştir.[43] Psikolojik sağlamlık ile

tükenmişlik arasında negatif yönde ilişki olduğu, psikolojik sağlamlığın duygusal tükenmeye karşı koruyucu bir faktör olduğu ve kişisel başarıyı desteklediği görülmektedir. Psikolojik sağlamlığın güçlendirilmesi, sağlık personelinin daha az stres yaşamasına ve ümit düzeyinin artmasına katkı sağlamaktadır.[44] Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde; psikolojik sağlamlığın olumsuz deneyimlerden kaynaklanan ve zorlu durumların üstesinden gelmeyi amaçlayan yeteneklerin sonucu olduğu görülmektedir. Bu nedenle, palyatif bakım alanında çalışan sağlık personeli için psikolojik sağlamlığın uyum sağlamalarına yardımcı olabilecek bir kolaylaştırıcı olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda, palyatif bakım alanında çalışan sağlık personelinde psikolojik sağlamlığı güçlendirmek için psikoeğitim programlarının planlanması ve uygulanması önem taşımaktadır.[45] Mehta ve arkadaşları (2016) tarafından palyatif bakım alanında çalışan sağlık personeline yapılan bilişsel davranışçı terapi ve pozitif psikoloji ilkelerine dayanan psikolojik sağlamlığı güçlendirme programının fizibilitesinin değerlendirildiği pilot çalışmada, katılımcıların algılanan stres düzeylerinin anlamlı düzeyde azaldığı ve bakış açısı kazanmanın geliştiği saptanmıştır.[46] Klein ve arkadaşları (2018) tarafından palyatif bakım alanında çalışan sağlık personeline yapılan mahremiyet yorgunluğu ve öz farkındalığa odaklı psikolojik sağlamlık programının etkinliğinin incelendiği pilot çalışmada, katılımcıların merhamet memnuniyetinin arttığı ve tükenmişliğin azaldığı belirlenmiştir.[47] Özetle, iki girişimsel çalışma, bilişsel uyarıma ve/veya sosyal desteğe dayalı psikolojik sağlamlığı güçlendirme programlarının, palyatif bakım alanında çalışan sağlık personelinin iyilik hallerini güçlendirerek öz farkındalık kazanmalarını sağlayacağını ortaya koymaktadır.[39] Palyatif bakım alanında çalışan hemşirelerin deneyimleri ve psikolojik sağlamlığın rolü Şekil 2'de verilmiştir.

Şekil 2. Palyatif bakım alanında çalışan hemşirelerin deneyimleri ve psikolojik sağlamlığın rolü [a]



[a] Zanatta F, Maffoni M, Giardini A. Resilience in palliative healthcare professionals: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2020;28(3):971-978 kaynağından uyarlanmıştır.[39]

Baş Etme Becerilerini Güçlendirme

Palyatif bakım alanında çalışan sağlık personeli, hastanın acı çekmesi, iyileşemeyeceğine ilişkin ümitsizlik yaşaması ve ölüm süreci gibi karmaşık durumlar ile mücadele etmektedir. Bu nedenle sağlık personeli, özellikle hasta ve ailesi ile en çok zaman geçiren hemşireler, agresif antineoplastik tedaviler, hasta ve ailesinin fiziksel ve emosyonel yükü gibi kendilerini etkileyen stresörlerin üstesinden gelmeye gereksinim duymaktadır. Hemşirelerin sunduğu bakımı etkileyen psikolojik, sosyal ve örgütsel faktörler, onların mesleki strese karşı savunmasız hale gelmesine neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık personeli, çalıştığı ortama uyum sağlamak için kendilerini tehdit eden ya da stres düzeyini artıran durumlardan kaçınmak amacıyla baş etme becerilerini kullanmaktadır.[48] Sapeta ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan derlemede, hemşirelerin proaktif baş etme, özbakıma dayalı baş etme, kendini dönüştürmeye dayalı baş etme ve mesleki anlamla yüzleşme olmak üzere dört baş etme yöntemini kullandıkları belirlenmiştir.[49]

Proaktif baş etme: Aktif bir baş etme yöntemi olarak kendilerine, hastalarına ve ailelerine karşı sorumluluk taşımayı, çalışmalarını özgüven kazanabilecekleri ve odaklanabilecekleri şekilde planlamayı ve organize etmeyi ve kendileri, duyguları ve uygulamaları ile ilişkili yönleri kontrol ederek durumları yönetmeyi içermektedir.[49]

Özbakıma dayalı baş etme: Özbakıma dayalı başetmenin ilk düzeyinde kendini tanıma, ikinci düzeyinde özbakım aktivitelerini gerçekleştirme, dinlenmek için boş zaman ayırma ve hobilerini gerçekleştirme yer almaktadır. Sağlık personeli bu amaçla müzik dinleme, resim yapma, seyahat etme, bahçe veya doğa ile ilgilenme, gevşeme egzersizleri, meditasyon, ibadet etme ve aile, arkadaşlar ve ekip arkadaşları ile bir arada olma ve yemek yeme gibi faaliyetlerden yararlanabilir. Üçüncü düzeyde ise, sağlık personelinin kendisini korumak için işten çıktığında işi bir kenara bırakarak evine gitmesi ve işi düşünmemesi yer almaktadır.[49]

Kendini dönüştürmeye dayalı baş etme: Sağlık personelinin kişisel ve mesleki sınırlarını kabul ederek kendini dönüştürme eylemlerini kapsar. Bu eylem, zaman içinde, yaşamdaki değerleri ve anlamları gözden geçirerek ve bazen yeniden formüle ederek sürekli bir düşünme süreciyle gerçekleşir. Yaşamdan anlam bulmaya dayalı baş etme yöntemlerinin tükenmişlik ile negatif yönde ilişkili olduğu belirtilmektedir. Sağlık personeli daha fazla deneyim, mesleki olgunluk, eğitim ve psikolojik sağlamlık kazanmayı hedefler. Kişisel ve mesleki yaşamları arasında sağlıklı bir denge arar. Ölümün anlamı ile yaşamın değerlerini gözden geçirir, ölümü doğal kabul eder, kendi ölümüyle yüzleşir ve yaşamdan anlam bulmada yenilenme yaşar.[49]

Mesleki anlamla yüzleşme: Sağlık personelinin mesleki faaliyetlerinde anlam bulmayı amaçladığı bir baş etme yöntemidir. Bu yöntemi kullanan sağlık personeli; takdir edildiğini hisseder, sunduğu bakım hizmetinin fark yarattığına inanır ve gerçekleştirdiği işin başarı ve anlam duygusuna sahip olur. Sağlık personeli sunduğu bakım hizmetine hasta ve ailesi tarafından değer verildiğini ve onaylandığını gözlemlediğinde mesleki doyumu artar.[49]

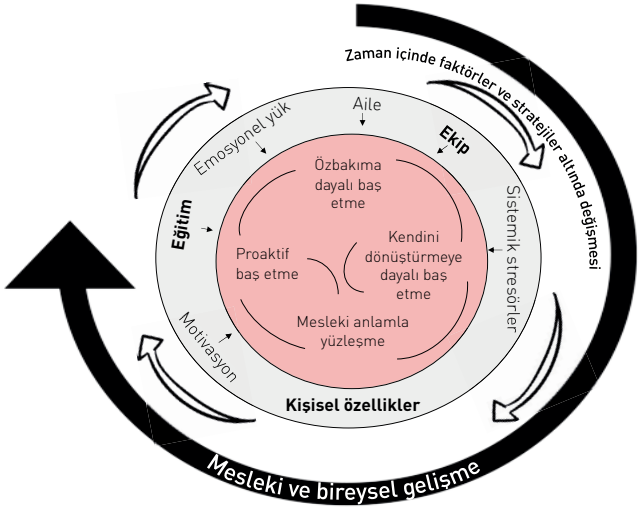
Bu dört baş etme yöntemi, sağlık personelinin daha derin kendini tanımasına, öğrenmesine ve güçlenmesine katkı sağlar. Bu yöntemler, her durumda mevcut faktörler göz önünde bulundurularak kullanılmaktadır.

Sağlık personelinin baş etme becerilerini güçlendirmede koruyucu faktörler aşağıda yer almaktadır.[49]

1. Eğitim alma ve eğitimli hissetme
2. Elverişli çalışma ortamı
3. Meslektaşları destekleme
4. Deneyimlerini paylaşma
5. İyi bir yönetime sahip olma
6. Mesleki motivasyon
7. Kişisel özellikler (yaş, cinsiyet, evli olma, önceki mesleki deneyim, kişilik ve yaşam felsefesi)
8. Destekleyici bir aileye sahip olmadır.

Baş etme süreci; farklı baş etme yöntemlerinin kullanımını ve geliştirilmesini içeren, baş etmeyi etkileyen risk faktörlerine verilen tepkilerin zaman içinde ele alındığı bir süreçtir. Bu yöntemler, sağlık personelinin kariyeri boyunca kendisini gözlemlemesi ile gelişebilir ve bu durum sağlık personelinin kişisel ve mesleki güçlenmesine katkı sağlayabilir. Palyatif bakım alanında çalışan sağlık personelinin baş etme süreci modeli Şekil 3'te verilmiştir.

Şekil 3. Palyatif bakım alanında çalışan sağlık personelinin baş etme süreci modeli [a]



[a] Sapeta P, Centeno C, Belar A, Arantzamendi M. Adaptation and continuous learning: integrative review of coping strategies of palliative care professionals. *Palliat Med*. 2022;36(1):15-29 kaynağından uyarlanmıştır.[49]

İletişim Becerilerini Güçlendirme

Palyatif bakım; sağlık personelinin tanı hakkında iletişim kurmalarını, tedaviye karar vermeyi etkileyen faktörleri tartışmalarını, hasta ve ailesi ile iletişim kurmalarını ve onların iletişimine aracılık etmelerini ve zor konular hakkında psikososyal danışmanlık sunmalarını gerektirmektedir.[50] Palyatif bakım alanında yapılan görüşmeler; sağlık sisteminin türüne, mevcut palyatif bakım programının boyutuna ve doğasına, klinik ortama ve kaynakların mevcudiyetine bağlı olarak değişmektedir.[51] NCP, palyatif bakımda merhametli ve hasta merkezli iletişimin önemini vurgulamaktadır.[28] Nguyen ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin palyatif bakıma gereksinimi olan hastalar ile terapötik ilişkiyi sürdürmede ve yaşam sonu sorunlarını tartışmada rahatsızlık hissettikleri belirlenmiştir.[33] Al-Kindi ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada; hemşirelerin %22'si iletişim becerileri eğitimine gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir.[31] İletişim becerileri eğitimi programları, sağlık personelinin psikolojik değerlendirme, görüşme, anlama becerisini ve sağlık personeli-hasta iletişiminde özgüveni artırmaktadır.[52–54] İletişim becerileri eğitimine katılan sağlık personelinin daha fazla açık uçlu soru sorduğu, empatiyi kullandığı ve didaktik bir yaklaşımı daha az kullandıkları belirtilmektedir.[55] Palyatif bakım alanında çalışan sağlık personelinin etkili iletişim becerilerine sahip olması ve etkileşim sırasında kendisini rahat hissetmesi, bütüncül bakım sunmalarına da katkı sağlamaktadır.[56] Hastaların duygularına ve gereksinimlerine yanıt vermeyi hedefleyen iletişim becerileri eğitimleri, iletişimin kalitesini artırmakta ve hasta çıktılarını iyileştirebilmektedir.[52]

Wong ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan çalışmada, sağlık ve sosyal bakım personeline yapılan iletişim becerileri eğitimlerinde; katılımcıların iletişim becerilerine ilişkin yeterlik puanlarının daha uzun süren programlarda (16-24 saat) daha kısa programlara göre (4-8 saat) anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.[37] Brighton ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan sistematik derlemede, yaşam sonu bakımda iletişim eğitimlerinde çoğunlukla didaktik anlatım, yansıtma, tartışma ve rol oynama yöntemlerinin kullanıldığı saptanmıştır.[57] Selman ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan sistematik derlemede, palyatif bakım alanında çalışan sağlık personeline empati gösterme ve duyguları tartışma becerilerini geliştiren simülasyonlar ve kaydedilmiş hasta etkileşimleri hakkında bireysel geri bildirim verme gibi eğitimlerin uygulanması önerilmektedir.[58] Berg ve arkadaşları (2021) tarafından palyatif bakım alanında çalışan sağlık personeline uygulanan çevrimiçi iletişim becerileri eğitimlerinin etkisinin değerlendirildiği sistematik derlemede; çevrimiçi eğitimlerin sağlık personelinin iletişim becerilerini, güvenini ve bilgisini geliştirdiği görülmüştür.[59] Bu doğrultuda, palyatif bakım alanında çalışan sağlık personeli için daha uzun süreli, uygulama odaklı ve hasta

Tablo 2. Palyatif Bakımda COMFORT Modeli[a]

COMFORT Modeli	
İletişim	Görevi ve ilişkisel iletişimi tanıma
Oryantasyon ve fırsat	Anlayışı, sağlık okuryazarlığını, kültürel tercihleri değerlendirme
Farkındalık	Duygu farkındalığı, şimdiye odaklanmayı sürdürme, değişime uyum
Aile	Bakım verenin katılımını ve anlayışını destekleme
Açıklık	Tartışma fırsatını belirleme Tartışılmayan konuların varlığını kabul etme
İlişki kurma ve adaptif mesajlaşma	Güven oluşturma (bilgilerin tekrarlanması ve hedeflerin yeniden ele alınması gerekebilir)
Ekip	Disiplinler arası ekip işbirliği ve iletişim

[a] Villagran M, Goldsmith J, Wittenberg-Lyles E, Baldwin P. Creating COMFORT: A Communication-based model for Breaking Bad News. *Commun Educ*. 2010;59(3):220-234 kaynağından uyarlanmıştır.[60]

Tablo 3. SPIKES Protokolü[a]

Adımlar	Ana beceriler ve görevler	Örnek açıklamalar
"S" - (Set up) Görüşmeyi düzenleme	• İlişki kurmak ve hastayı sürece dahil etmek amacıyla gündem gözden geçirilmelidir.	"Bugün patolojinizin sonuçlarını tartışmak için buradayız." "Sonuçlara geçmeden önce, gündemimize almak istediğiniz herhangi bir sorun veya endişeniz var mı?"
"P" - (Perception) Hastanın hastalık algısını gözden geçirme	• Hastanın ne anladığı gözden geçirilmelidir. • Bilgi boşlukları ve beklentileri belirlenmelidir. • Yanlış anlaşılmalar düzeltilmeli ve mevcut rol ve hedefler belirtilmelidir.	"Testlerin nedenlerini anladığınızdan emin olmak istiyorum" "Ameliyatınızda alınan dokuyu inceleme için patoloğa gönderdiğimizi hatırlıyor musunuz?" "Çoğu hastanın semptomlarına neyin sebep olduğu konusunda bazı fikirleri vardır. Siz nelerden şüpheleniyorsunuz?"
"I" - (Invitation) Haberi iletmek için görüşmeyi başlatma	• Hastanın ne tür ve ne kadar bilgi istediği belirlenmelidir. • Bilgi gereksinimlerinin zaman içinde değiştiği kabul edilmelidir.	"Her ayrıntıyı öğrenmek ister misiniz, yoksa saptadıklarımızın bir özetini mi tercih edersiniz?"
"K" - (Knowledge) Hastaya bilgi verme	• Bilgi tıbbi jargondan kaçınılarak parçalar halinde paylaşılmalıdır. • Diyagram çizilmeli ve ayrıntıları yazılmalıdır. • Hastanın ne anladığı gözden geçirilmelidir.	"Üzgünüm, size kötü bir haberim var." "Patoloji, kanserin bağırsak duvarından yakındaki bir lenf bezine yayıldığını gösteriyor."
"E" - (Emotions) Hastanın duygularına yanıt verme	• Hasta duygularını ifade etmesi için desteklenmelidir. • Hastanın duyguları empatik olarak kabul edilmelidir.	"Bunun sizin için ne kadar üzücü olduğunu görebiliyorum." "Şu anda ne hissettiğinizi benimle paylaşabilir misiniz?"
"S" - (Summarize) Tedavi planını özetleme ve iletilen her şeyi gözden geçirme	• Gelecekteki tedavi seçeneklerini tartışın. • Hastanın anladığı ve gelecekteki gereksinimleri gözden geçirilmelidir. • Sonraki adımlar gözden geçirilmelidir.	"Durumunuz için kemoterapi ve radyasyonun kullanıldığı iyi tedavi seçeneklerimiz var. Bunları zamanı gelince size anlatabilirim." "Öğrendiklerinizi bana özetleyebilir misiniz?"

[a]Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-311 kaynağından uyarlanmıştır.[61]

çıktılarına katkı sağlayacak iletişim becerileri eğitimlerinin planlanması gerekmektedir.

Palyatif Bakımda İletişim Modelleri

COMFORT: Yaşam sonu bakım iletişimiyle ilgili hemşire gereksinimlerini ele almak için geliştirilen bütüncül ve hasta merkezli bir programdır. Bu program; iletişim, oryantasyon ve fırsat, farkındalık, aile, açıklık, ilişki kurma ve adaptif mesajlaşma ve ekip olmak üzere yedi temel ilkeden oluşmaktadır (Tablo 2).[60]

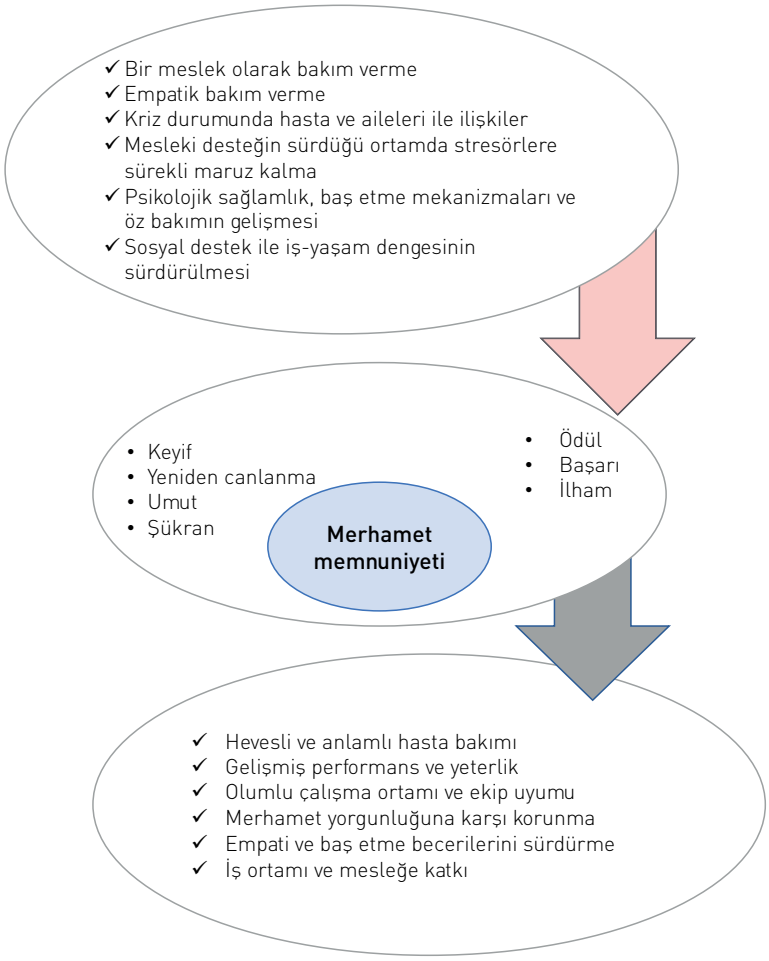
SPIKES Protokolü: Kötü haber vermede kullanılan bu protokol; görüşmeyi düzenleme, hastanın hastalık algısını gözden geçirme, haberi iletmek için görüşmeyi başlatma, hastaya bilgi verme, hastanın duygularına yanıt verme, tedavi planını özetleme ve iletilen her şeyi gözden geçirme olmak üzere altı adımdan oluşmaktadır. Bu protokolde amaç; hastadan bilgi toplamak, tıbbi bilgileri iletmek, hastaya destek sağlamak ve gelecekte bir strateji veya tedavi planı geliştirmede hastanın işbirliğini ortaya çıkarmak olmak üzere dört hedefi yerine getirmektir (Tablo 3).[61]

Tablo 4. Palyatif bakım alanında çalışan sağlık personelinde merhamet yorgunluğunun özellikleri[a]

Geçmiş öykü	Sonuçlar	Özellikler
Merhamet ve empati deneyimleme yeteneği	Merhamet ve empati hissetme yeteneğinin kaybı	Empati dengesizliği (irritabilite, depresyon, anksiyete ve kendini suçlama)
Hasta ve ailesinin acı çekmesine maruz kalma	Tükenmişlik	Entellektüel/mesleki performansta azalma (zayıf performans, hata yapma, konsanstrasyonda güçlük)
Stresörlere tekrarlı maruz kalma	Sağlığın bozulması	Fiziksel şikayetlerde artma (Baş ağrısı, mide bulantısı, göğüs ağrısı, tükenme, uyku eksikliği, halsizlik)
	İlgide azalma	Kişilerarası ilişkileri sürdürmede güçlük
	Moral distres	Zayıf yargılama (Farkındalığı kaybetme, yargılamada yetersizlik)

[a]Cross LA. Compassion Fatigue in Palliative Care Nursing: A Concept Analysis. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019;21(1):21-28 kaynağından uyarlanmıştır.[65]

Şekil 4. Merhamet memnuniyeti kavramsal modeli [a]



[a]Sacco TL, Copel LC. Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. *Nurs Forum.* 2018;53(1):76-83 kaynağından uyarlanmıştır.[67]

Merhamet Memnuniyetini Güçlendirme

Palyatif bakım alanında çalışan hemşireler, özellikle terminal dönemde olan hasta ve ailesi ile kurdukları uzun süreli temas sonucu fiziksel, emosyonel, manevi ve psikolojik distres yaşamakta ve bu durum merhametli bakım sağlama yeteneklerini sınırlandırmaktadır.[62] Merhamet yorgunluğu işle ilgili stresörlerden kaynaklanan distresi tanımlamak için kullanılmakta ve "merhamet stresine uzun süre maruz kalmanın bir sonucu olarak fiziksel ve sosyal olarak bir tükenme ve işlev bozukluğu durumu" olarak tanımlanmaktadır.[63] Hemşirelerdeki merhamet yorgunluğu, iş doyumunu ve hasta çıktılarını etkileyebilir ve hemşirelerin işi bırakmasına neden olabilir.[64] Dolayısıyla, hemşirelerde merhamet yorgunluğunun azaltılması, bakım kalitesinin ve iş doyumunun artması için önemlidir. Palyatif bakım alanında çalışan sağlık personelinde merhamet yorgunluğunun özellikleri Tablo 4'te verilmiştir.

Bu doğrultuda, palyatif bakım alanında çalışan sağlık personelinin merhamet yorgunluğunun azaltılması için; merhamet yorgunluğu ve merhamet memnuniyeti arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması gerekmektedir. Merhamet memnuniyeti; sağlık personelinin altruistik davranışlarına yön verdiğinde ve hastanın acı çekmesini hafiflettiğinde ortaya çıkan, böylece sağlık personelinin iş yaşamının olumsuz yönleriyle baş etmesine ve bakım verici rolünü ümit ve iyimserlik ile sürdürmesine olanak sağlayan bir durumdur.[66] Sacco ve Copel (2017) tarafından yapılan merhamet memnuniyeti kavramsal modeli Şekil4'te verilmiştir.[67] Baqeas ve arkadaşlarının (2021) yaptığı derlemede; palyatif bakım alanında deneyim süresi, uzlaşmacı kişilik özelliğine sahip olma, ölüm ile baş etme yeteneği ve psikolojik sağlamlık ile merhamet memnuniyeti arasında pozitif yönde ilişki olduğu, psikososyal distresin merhamet yorgunluğunu artırdığı, nörotik kişilik özelliğine sahip olmanın ikincil travmatik stres ve tükenmişliği artırdığı

belirtilmektedir.[68] Slocum-Gori ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada, merhamet yorgunluğu ile merhamet memnuniyeti arasında negatif, tükenmişlik ile pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır.[69] Bu doğrultuda, sağlık personelinde merhamet memnuniyetinin güçlendirilmesi için palyatif bakım konusunda eğitimin yanı sıra; sağlık personelinin merhamet yorgunluğuna ve çalışma ortamının diğer olumsuz etkilerine karşı koruyan ve merhamet memnuniyetini artırmayı hedefleyen özbakım, farkındalık, olumlu baş etme yöntemleri ve öz yeterlik hakkında eğitim programları düzenlenmelidir. Sağlık personelinin merhamet memnuniyeti yaşayarak çalışması, hasta ve ailesinin bakımdan memnuniyetinin artmasına ve olumlu hasta çıktılarına katkı sağlayacaktır.[67]

Sonuç

Palyatif bakımda çalışan sağlık personelinin güçlendirilmesi, sadece bireylerin profesyonel yaşamlarını iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda hastaların daha kaliteli bir bakım almasını sağlar. Bu süreçte, sağlık personelinin tükenmişlik sendromu ile karşılaşmaması için, profesyonel gelişimlerinin desteklenmesi oldukça önemlidir. Eğitim programları, palyatif bakımın temel prensipleri ve uygulamaları konusunda derinlemesine bilgi sağlar. Bunun yanı sıra, ölmekte olan hastaların özel gereksinimlerini anlamak, onlara saygılı ve şefkatli bir yaklaşım sunmak, psikososyal ve manevi destek sağlamak gibi beceriler de sağlık personelinin eğitim programlarında yer almalıdır. Böylece, sağlık personeli yalnızca teknik bilgiyle değil, aynı zamanda empati, anlayış ve duygusal destekle de hastalarına yaklaşabilecek donanıma sahip olur.

Palyatif bakımda sağlık profesyonelinin, sık sık travmatik ve duygusal açıdan yoğun durumlarla karşı karşıya kaldıkları göz önüne alındığında, onların psikolojik sağlamlıklarının artırılması büyük önem taşır. Sağlık personelinin stresle baş etme becerileri geliştirilerek, tükenmişlik riski en aza indirilebilir. Ayrıca, bu tür eğitimlerle, sağlık personelinin işyerindeki duygusal yükleri yönetme becerileri de güçlendirilebilir. Sağlık personeline yönelik ruhsal destek ve psikolojik sağlamlık çalışmalarının yanı sıra, işyerinde sağlanan sosyal destek de önemli bir faktördür. Ekip içinde açık iletişim ve birbirini destekleme kültürünün oluşturulması, sağlık personelinin işlerine olan bağlılıklarını ve genel iyilik hallerini artırabilir.

İletişim becerilerinin güçlendirilmesi de sağlık personelinin eğitimine dahil edilmesi gereken bir diğer önemli unsurdur. Sağlık çalışanlarının, hastaların duygusal ihtiyaçlarına duyarlı bir şekilde yanıt verebilmesi, aile üyeleriyle etkili bir şekilde empati kurabilmesi için iletişim becerilerinin geliştirilmesi gereklidir. Etkili iletişim, hem hastanın hem de aile üyelerinin kendini güvende hissetmesini sağlayarak bakım sürecinde daha olumlu sonuçların elde edilmesini sağlar. Aynı zamanda, sağlık personelinin kendi işlerinde tatmin duygularını artırarak, işlerinden aldıkları memnuniyeti de güçlendirir.

Sonuç olarak, palyatif bakımda çalışan sağlık personelinin güçlendirilmesi, multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Eğitim, psikolojik destek, iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve empati ile merhamet memnuniyetinin artırılması, sağlık personelinin mesleki doyumunu artırır, tükenmişlik riskini azaltır ve bakımın kalitesini iyileştirir. Sağlık personelinin güçlendirilmesi, mesleki ve kişisel iyilik hallerini doğrudan etkileyerek palyatif bakımda bütüncül bir yaklaşımın başarısını sağlamlaştıracaktır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkarlar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The authors declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Sekse RJT, Hunskår I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs*. 2018;27(1-2):e21-38. [Crossref]
2. Espinosa L, Young A, Symes L, Haile B, Walsh T. ICU nurses' experiences in providing terminal care. *Crit Care Nurs Q*. 2010;33(3):273-281. [Crossref]
3. Bloomer MJ, Endacott R, O'Connor M, Cross W. The "dis-ease" of dying: challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliat Med*. 2013;27(8):757-764. [Crossref]
4. Mak YW, Chiang VCL, Chui WT. Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. *Int J Palliat Nurs*. 2013;19(9):423-431. [Crossref]
5. Ward-Griffin C, McWilliam C, Oudshoorn A. Negotiating relational practice patterns in palliative home care. *J Palliat Care*. 2012;28(2):97-104. [Crossref]
6. Kaasalainen S, Brazil K, Williams A, Wilson D, Willison K, Marshall D, et al. Nurses' experiences providing palliative care to individuals living in rural communities: aspects of the physical residential setting. *Rural Remote Health*. 2014;14(2):2728. [Crossref]
7. Kirby E, Broom A, Good P. The role and significance of nurses in managing transitions to palliative care: a qualitative study. *BMJ Open*. 2014;4(9):e006026. [Crossref]
8. Ranse K, Yates P, Coyer F. End-of-life care in the intensive care setting: a descriptive exploratory qualitative study of nurses' beliefs and practices. *Aust Crit care Off J Confed Aust Crit Care Nurses*. 2012;25(1):4-12. [Crossref]
9. Wallerstedt B, Andershed B. Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scand J Caring Sci*. 2007;21(1):32-40. [Crossref]
10. Griffiths J, Ewing G, Rogers M, Barclay S, Martin A, McCabe J, et al. Supporting cancer patients with palliative care needs: district nurses' role perceptions. *Cancer Nurs*. 2007;30(2):156-162. [Crossref]
11. Holms N, Milligan S, Kydd A. A study of the lived experiences of registered nurses who have provided end-of-life care within an intensive care unit. *Int J Palliat Nurs*. 2014;20(11):549-556. [Crossref]
12. Raphael D, Waterworth S, Gott M. The role of practice nurses in providing palliative and end-of-life care to older patients with long-term conditions. *Int J Palliat Nurs*. 2014;20(8):373-379. [Crossref]
13. Törnquist A, Andersson M, Edberg A-K. In search of legitimacy--registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(3):651-658. [Crossref]
14. Suikkala A, Tohmola A, Rahko EK, Hökkä M. Future palliative competence needs - a qualitative study of physicians' and registered nurses' views. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):1-12. [Crossref]
15. Tornøe KA, Danbolt LJ, Kvigne K, Sørlie V. The power of consoling presence - hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying. *BMC Nurs*. 2014;13(1):25. [Crossref]
16. Hernández-Marrero P, Pereira SM, Carvalho AS. Ethical Decisions in Palliative Care: Interprofessional Relations as a Burnout Protective Factor? Results From a Mixed-Methods Multicenter Study in Portugal. *Am J Hosp Palliat Med*. 2015;33(8):723-732. [Crossref]
17. Parola V, Coelho A, Sandgren A, Fernandes O, Apóstolo J. Caring in

Palliative Care: A Phenomenological Study of Nurses' Lived Experiences. *J Hosp Palliat Nurs*. 2018;20(2):180-186. [Crossref]
18. Maslach C, Leiter MP. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Med Teach*. 2017;39(2):160-163. [Crossref]
19. Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Velando-Soriano A, Ortega-Campos E, Ramírez-Baena L, Membrive-Jiménez MJ, et al. Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(20). [Crossref]
20. Wang C, Grassau P, Lawlor PG, Webber C, Bush SH, Gagnon B, et al. Burnout and resilience among Canadian palliative care physicians. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):169. [Crossref]
21. Tertemiz OF, Tüylüoğlu E. Are signs of burnout and stress in palliative care workers different from other clinic workers? *Agri*. 2020;32(2):79-84. [Crossref]
22. Parola V, Coelho A, Cardoso D, Sandgren A, Apóstolo J. Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. *JBI Evid Synth* [Internet]. 2017;15(7):1905-1933. [Crossref]
23. Ferrell B, Virani R, Malloy P, Kelly K. The preparation of oncology nurses in palliative care. *Semin Oncol Nurs*. 2010;26(4):259-265. [Crossref]
24. Esplen MJ, Wong J, Green E, Richards J, Li J. Building A High Quality Oncology Nursing Workforce Through Lifelong Learning: The De Souza Model. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2018;15(1). [Crossref]
25. Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Ferrell B. Oncology nurse communication barriers to patient-centered care. *Clin J Oncol Nurs*. 2013;17(2):152-158. [Crossref]
26. Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Platt CS. Palliative care communication. *Semin Oncol Nurs*. 2014;30(4):280-286. [Crossref]
27. Goldsmith J, Ferrell B, Wittenberg-Lyles E, Ragan SL. Palliative care communication in oncology nursing. *Clin J Oncol Nurs*. 2013;17(2):163-167. [Crossref]
28. National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical practice guidelines for quality palliative care*. 4th ed. National Coalition for Hospice and Palliative Care. 2018.
29. Oncology Nursing Society Position. Position Statement on Palliative Care. *Oncol Nurs Forum*. 2015;42(1):11-12.
30. Parajuli J, Hupcey J. A Systematic Review on Oncology Nurses' Knowledge on Palliative Care. *Cancer Nurs*. 2021;44(5):E311-322. [Crossref]
31. Al-Kindi SG, Zeinah GFA, Hassan AA. Palliative care knowledge and attitudes among oncology nurses in Qatar. *Am J Hosp Palliat Care*. 2014;31(5):469-474. [Crossref]
32. Iranmanesh S, Razban F, Tirgari B, Zahra G. Nurses' knowledge about palliative care in Southeast Iran. *Palliat Support Care*. 2014;12(3):203-210. [Crossref]
33. Nguyen LT, Yates P, Osborne Y. Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam. *Int J Palliat Nurs*. 2014;20(9):448-456. [Crossref]
34. Dehghani F, Barkhordari-Sharifabad M, Sedaghati-Kasbakhi M, Fallahzadeh H. Effect of palliative care training on perceived self-efficacy of the nurses. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):1-6. [Crossref]
35. Kim S, Lee K, Kim S. Knowledge, attitude, confidence, and educational needs of palliative care in nurses caring for non-cancer patients: A cross-sectional, descriptive study. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):1-14. [Crossref]
36. Espinosa L, Young A, Walsh T. Barriers to intensive care unit nurses providing terminal care: an integrated literature review. *Crit Care Nurs Q*. 2008;31(1):83-93. [Crossref]
37. Wong KTC, Chow AYM, Chan IKN. Effectiveness of Educational Programs on Palliative and End-of-life Care in Promoting Perceived Competence Among Health and Social Care Professionals. *Am J Hosp Palliat Med*. 2022;39(1):45-53. [Crossref]
38. APA. Building your resilience. *American Psychological Association*. 2020.
39. Zanatta F, Maffoni M, Giardini A. Resilience in palliative healthcare professionals: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2020;28 (3): 971-978. [Crossref]
40. Samson T, Shvartzman P. Association between level of exposure to death and dying and professional quality of life among palliative care workers. *Palliat Support Care*. 2018;16(4):442-451. [Crossref]
41. Maffoni M, Argentero P, Giorgi I, Hynes J, Giardini A. Healthcare professionals' moral distress in adult palliative care: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2019;9(3):245-254. [Crossref]
42. Edo-Gual M, Monforte-Royo C, Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J. Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: a cross-sectional and correlational study. *J Clin Nurs*. 2015;24(17-18):2429-2438. [Crossref]
43. Ogińska-Bulik N. Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in nurses working in palliative care - The role of psychological resilience. *Postep Psychiatr i Neurol*. 2018;27(3):196-210. [Crossref]
44. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *Am J Crit care an Off Publ Am Assoc Crit Nurses*. 2015;24(5):412-420. [Crossref]
45. Powell MJ, Froggatt K, Giga S. Resilience in inpatient palliative care nursing: a qualitative systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2020;10(1):79-90. [Crossref]
46. Mehta DH, Perez GK, Traeger L, Park ER, Goldman RE, Haime V, et al. Building Resiliency in a Palliative Care Team: A Pilot Study. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(3):604-608. [Crossref]
47. Klein CJ, Riggenbach-Hays JJ, Sollenberger LM, Harney DM, McGarvey JS. Quality of Life and Compassion Satisfaction in Clinicians: A Pilot Intervention Study for Reducing Compassion Fatigue. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018;35(6):882-888. [Crossref]
48. Santos NAR d., Gomes S V., Rodrigues CM d. A, Santos J d., Passos JP. Coping Strategies Used By Oncology Palliative Care Nurses: an Integrative Review. *Cogitare Enferm*. 2016;21(October):1-7.
49. Sapeta P, Centeno C, Belar A, Arantzamendi M. Adaptation and continuous learning: integrative review of coping strategies of palliative care professionals. *Palliat Med*. 2022;36(1):15-29. [Crossref]
50. Wittenberg E, Goldsmith J, Ferrell B, Buller H, Mendoza Y, Ragan SL. Palliative Care Communication: Outcomes From COMFORT, a Train-the-Trainer Course for Providers. *Clin J Oncol Nurs*. 2020;24(1):E1-6. [Crossref]
51. Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(5):356-376. [Crossref]
52. Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane database Syst Rev*. 2013;2013(3):CD003751. [Crossref]
53. Butow P, Cockburn J, Girgis A, Bowman D, Schofield P, D'Este C, et al. Increasing oncologists' skills in eliciting and responding to emotional cues: evaluation of a communication skills training program. *Psychooncology*. 2008;17(3):209-218. [Crossref]
54. Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC, Bialer PA, Levin TT, Maloney EK, et al. Communication skills training for oncology professionals. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2012;30(11):1242-1247. [Crossref]
55. Moore PM, Rivera S, Bravo-Soto GA, Olivares C, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane database Syst Rev*. 2018;7(7):CD003751. [Crossref]
56. Szekendi MK, Vaughn J, McLaughlin B, Mulvenon C, Porter-Williamson K, Sydenstricker C, et al. Integrating Palliative Care to Promote Earlier Conversations and to Increase the Skill and Comfort of Non-palliative Care Clinicians: Lessons Learned From an Interventional Field Trial. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018;35(1):132-137. [Crossref]

57. Brighton LJ, Koffman J, Hawkins A, McDonald C, O'Brien S, Robinson V, et al. A Systematic Review of End-of-Life Care Communication Skills Training for Generalist Palliative Care Providers: Research Quality and Reporting Guidance. *J Pain Symptom Manage*. 2017;54(3):417-425. [Crossref]
58. Selman LE, Brighton LJ, Hawkins A, McDonald C, O'Brien S, Robinson V, et al. The Effect of Communication Skills Training for Generalist Palliative Care Providers on Patient-Reported Outcomes and Clinician Behaviors: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2017;54(3):404-416.e5. [Crossref]
59. Berg MN, Ngune I, Schofield P, Grech L, Juraskova I, Strasser M, et al. Effectiveness of online communication skills training for cancer and palliative care health professionals: A systematic review. *Psychooncology*. 2021;30(9):1405-1419. [Crossref]
60. Villagran M, Goldsmith J, Wittenberg-Lyles E, Baldwin P. Creating COMFORT: A Communication-based model for Breaking Bad News. *Commun Educ*. 2010;59(3):220-234. [Crossref]
61. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-311. [Crossref]
62. Melvin C. Historical Review in Understanding Burnout, Professional Compassion Fatigue, and Secondary Traumatic Stress Disorder From a Hospice and Palliative Nursing Perspective. *J Hosp Palliat Nurs*. 2015;17(1):66-72. [Crossref]
63. Figley C. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In: Figley C, editor. *Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel; 1995. p. 1-20.
64. Harris C, Griffin MTQ. Nursing on empty: compassion fatigue signs, symptoms, and system interventions. *J Christ Nurs a Q Publ Nurses Christ Fellowsh*. 2015;32(2):80-87. [Crossref]
65. Cross LA. Compassion Fatigue in Palliative Care Nursing: A Concept Analysis. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019;21(1):21-28. [Crossref]
66. Radey M, Figley CR. The Social Psychology of Compassion. *Clin Soc Work J*. 2007;35(3):207-214. [Crossref]
67. Sacco TL, Copel LC. Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. *Nurs Forum*. 2018;53(1):76-83. [Crossref]
68. Baqeas MH, Davis J, Copnell B. Compassion fatigue and compassion satisfaction among palliative care health providers: a scoping review. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):88. [Crossref]
69. Slocum-Gori S, Hemsworth D, Chan WWY, Carson A, Kazanjian A. Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliat Med*. 2013;27(2):172-178. [Crossref]

BÖLÜM 27
AİLE BİREYLERİNİ GÜÇLENDİRME

Hatice IRMAK
Fatma Yasemin KUTLU

DOI: 10.5152/1827

Aile Bireylerini Güçlendirme

Empowering Family Members

BÖLÜM HAKKINDA

Aile; aralarında güçlü bağların bulunduğu üyelerden oluşan toplumun en küçük yapıtaşıdır. Aileyi oluşturan üyeler, hasta bireyin iyileşmesinde en önemli bileşenlerdendir. Palyatif bakım hastasının iyileşme sürecinde de aileye önemli görevler ve sorumluluklar düşmektedir ve bu sorumluluklar bakım verici aile üyelerinde bakım yükü kavramını ortaya çıkarmaktadır. Nitekim, Dünya Sağlık Örgütü'nün palyatif bakım tanımında da aile üyelerinin desteklenmesinin önemli olduğu ve bakımın bir parçası olduğu vurgulanmıştır. Bu bölümde palyatif bakımda aile üyelerinin bakım sürecinde karşılaştığı sorunlardan ve aile üyelerinin bu bağlamda desteklenmesinin öneminden bahsedilmiştir. Bu doğrultuda aile üyelerinin desteklenmesi ve güçlendirilmesiyle hedeflenen; birey ve ailesinin amaçlarına ulaşabilmeleri, problem çözme aşamalarında güçlü yönleri ortaya çıkarabilmeleri ve destek kaynaklarını tanımlayıp aktif kullanabilmeleridir.

Anahtar kelimeler: Aile, palyatif bakım, bakım verici yükü, ailenin güçlendirilmesi

ABOUT the CHAPTER

The family is the smallest building block of society, consisting of members with strong ties between them. The members of the family are among the most important components in the recovery of the patient. In the recovery process of the palliative care patient, important duties and responsibilities fall on the family and these responsibilities reveal the concept of care burden in caregiver family members. In fact, the World Health Organization's definition of palliative care emphasizes that supporting family members is important and is a part of care. In this section, the problems faced by family members in palliative care and the importance of supporting family members in this context are mentioned. In this context, the aim of supporting and empowering family members is to enable individuals and their families to achieve their goals, to reveal their strengths in problem solving, and to identify and actively use support resources.

Keywords: Family, palliative care, caregiver burden, family empowerment

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ T.C. CERRAHPAŞA 1453

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Bu bölümün tamamlayan öğrenci;

1. Ailenin palyatif bakımın önemli bir bileşeni olduğunu kavrar.
2. Ailenin değerlendirilmesinin bakımın kalitesindeki önemini kavrar.
3. Bakım verici bireylerin gereksinimlerini bilir ve bakım verici yükünü tanımlar.
4. Aileyi güçlendirme aşamalarını McGill Hemşirelik Modeli doğrultusunda öğrenir.
5. Ailenin güçlendirilmesinde hemşirenin rolünü kavrar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. Aile: Aralarında kan bağı, duygusal ve yasal bağ bulunan kişilerden oluşan toplumun en küçük yapı taşıdır.

2. Aile Gereksinimleri: Ailenin mevcut durum içerisindeki ihtiyaçlarının tümüdür.

3. Bakım Verici: Bakıma ihtiyacı olanla birlikte yaşayarak, zamanının bir bölümünü ona ayıran, temel ihtiyaçlarını karşılayan, tıbbi bakımını, doktor ya da hastane ilişkilerini takip eden akraba, arkadaş veya aile üyeleridir.

4. Bakım Verici Yükü: Hasta bireye bakım verme sonucunda bakım vericide ortaya çıkan bedensel ve emosyonel sağlık sorunları, ekonomik sorunlar, sosyal sorunlar ve aile ilişkilerinin bozulması gibi olumsuz sonuçlardır.

Hatice Irmak[1]

Fatma Yasemin Kutlu[2]

[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye
[2]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

E-posta: hatice.irmak@cbu.edu.tr
yasemin.kutlu@acibadem.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Irmak H, Kutlu FY. Aile Bireylerini Güçlendirme. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 279-285.

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

5. Ailenin Güçlendirilmesi: Birey ve ailesinin amaçlarına ulaşabilmeleri ya da problemlerini çözebilmeleri için güçlü yönlerini ortaya çıkarma, destek kaynaklarını tanımlama bunları kullanmaya teşvik etme sürecidir.

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre palyatif bakım; "yaşamı tehdit edici bir hastalıkla karşı karşıya kalan hastaların yaşadıkları fiziksel, psikososyal ve manevi belirtilerin kapsamlı bir değerlendirme ve tedavi ile giderilmesini, aynı zamanda hasta ve ailesinin, arkadaşlarının, bakım verenlerinin desteklenmesini ve acılarının hafifletilmesini amaçlar". Bu doğrultuda palyatif bakımın felsefesinin temelini; hastayı bütüncül ele alma, bakımı bu doğrultuda planlama ve ailesinin desteklenmesiyle yaşam kalitesinin artırılması oluşturmaktadır.[1] Bütüncül bakım denildiğinde; bütünlüğün bir parçası olan aileyi ele almak, ihtiyaçlarını belirlemek ve bu doğrultuda bakımın bir parçası yapmak, iyileşmenin ve yaşam kalitesini artırmanın kolaylaştırıcı bir faktörüdür.[2] Bu felsefe ile ailenin ele alınması genel hatlarıyla şu şekilde yapılabilir;

- Hasta ailesini hastalık ve yas sürecinde ele almak, ihtiyaçlarını belirlemek ve bu doğrultuda başa çıkmalarına yardımcı olacak bir destek sistemi sunmak,
- Hastaların ve ailelerinin gereksinimleri doğrultusunda (yas danışmanlığı da dahil) multidisipliner bir ekip yaklaşımı uygulanmasını sağlamak,

Hasta ailesinin palyatif bakım sürecinde karşılaşabileceği olası sorunlar doğrultusunda ailenin de izlemini bütüncül olarak yapmaktır.[3,4]

Ailenin Değerlendirilmesi

Ailenin değerlendirilmesinin ayrıntılı bir şekilde yapılması, ihtiyaçların iyi belirlenmesi, ailenin güçlenmesinde önemli ilk adımdır. Yeterli ve etkili hemşirelik bakımını planlamada hasta kadar ailesinin de doğru ve yeterli değerlendirilmesi, ciddi bir öneme sahiptir. Palyatif bakım hemşiresinin değerlendirme aşamaları standart hemşirelik değerlendirmesinden farklılıklar gösterebilir. Hemşire, uygun ve yeterli bir değerlendirme planı için öncelikle etkili iletişim becerilerini kullanmalıdır.[1] Palyatif bakım hizmetleri genellikle aile temelli bakım ilkesini benimsemektedir.[5] Uygulamada ise aile bakıma yardım etme ve tümüyle üstlenme uğraşısına direnebilmektedir.[6] Bakım veren aile üyeleri, bakımı planlamada, uygulamada ve devamlılığının sağlanmasında sağlık ekibinden bilgi, duygusal- psikososyal destek ve yardım talep edebilmektedir. Bu talebin karşılanması hem bakımın uygun bir şekilde sağlanması hem de ailenin bakım sağlamadaki yeterliğinin artırılmasında önemli bir yere sahiptir.[7] Bu durumda öncelikle hemşireler ve diğer sağlık ekibi üyeleri, aile bireylerinin palyatif bakımı nasıl anlamlandırdığını, bu deneyimin onlarda neler yarattığını fiziksel ve psikolojik boyutlarda anlamaya çalışmalıdır.[8] Bu görüşmeyi yapan hemşireler, hasta ve ailesini değerlendirme sürecinde aktif dinleme ve sessizliğini koruma gibi terapötik iletişim tekniklerini sıklıkla, etkin bir şekilde kullanmalıdır.[9] Palyatif bakımın birincil amacının hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltmek olduğu düşünüldüğünde; yaşam kalitesinin fiziksel, psikososyal ve spiritüel iyilik hali olmak üzere üç bileşeni olduğu unutulmamalıdır. Ancak bu değerlendirme uygun ve etkili bir biçimde yapıldığında, aile bireylerinin gereksinimlerinin belirlenmesi, bu gereksinimlerin karşılanması ve sonucunda aile bireylerinin güçlendirilmesinde önemli aşamalar kaydedilir.[2,9]

Fiziksel Değerlendirme

Palyatif bakımda yaşam kalitesi hastalığın belirtilerinin şiddetinden etkilenebilmektedir. Bu değerlendirmede, belirtilerin başlamasıyla eş zamanlı olarak belirtilerdeki değişim de izlenmektedir. Bu değişimle birlikte hastada varsa yeni belirtiler de hemşireler tarafından bazı ölçeklerle ve belli periyotlarla ölçülür, bu ölçüm de terapötik yaklaşımla yapılmalıdır. Palyatif bakımda, bakım verici olarak aile üyelerinde halsizlik, yorgunluk, kas ve eklem ağrıları, kaygı ve stres kaynaklı çarpıntı, iştahsızlık, baş ağrısı ve uyku bozuklukları yaşayabilir. Özellikle fiziksel ağrı, bakımı sağlayan bireyde psikososyal ve spiritüel boyutlarda sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. Aile bireylerinin bu süreçte kendi sağlık sorunlarını görmezden gelmeleri ve bir sorun yaşadıklarında bu durumu ertelemeleri yaşam kalitesinin düşmesine yol açabilir.[10]

Psikososyal Değerlendirme

Hastalık tanısı alma bireyleri farklı ölçülerde ve alanlarda etkileyebilir. Bu durum kronik ya da öldürücü olarak algılanan bir tanı olduğunda birey çok daha fazla etkilenebilir ve daha karmaşık tepkiler verebilir. Bununla birlikte bu süreç eş zamanlı olarak aile üyelerinde işleyebilir. Bu tepkiler aile üyelerinde de aynı düzeyde görülmemekle birlikte aileden aileye ve alınan hastalık tanısına göre farklılıklar gösterebilir. Aynı zamanda bu süreç boyunca aynı kişi farklı zamanlarda farklı tepkiler de verebilir. Bu nedenle hem tanıyı alan hastanın hem de aile üyelerinin ayrı ayrı değerlendirilmeleri büyük önem taşımaktadır. Bu durum palyatif bakımı bakım verici olarak sağlayan aile üyeleri için de geçerlidir. Bu bağlamda; psikososyal değerlendirmenin ayrıntılı yapılması, hem olası sorunların erken tespit edilip önlenmesinde hem de hastayla birlikte aile üyelerinin de güçlendirilmesinde önem arz etmektedir.[11]

Psikososyal değerlendirmenin sağlıklı olan yas sürecini depresif belirtilerden ayırma ve ruhsal durum değerlendirmesi olmak üzere iki bileşeni bulunmaktadır.[12] Hemşireler bu değerlendirmeyi yaparken, hasta ve aile üyelerinin içinde bulunulan süreçle işlevsel bir şekilde baş etmelerine katkıda bulunmak için, bilgi edinme gereksinimi ve karar verici rolde olmak üzere iki önemli göstergeyi ele almalıdır.[13] Aile üyelerinin karar verici rolü üstlenmeden önce süreçle ilgili varsa bilgi gereksinimlerini dile getirme, açık bir şekilde soru sorma, kendi ihtiyaçlarını söylemeye cesaretlendirme, hastayla ilgili varsa sonuçları takip etme bu değerlendirmenin önemli bileşenleridir.[14]

Yas süreci her kaybın ardından yaşanabilen, sağlıklı bir tepkidir. Bu sürecin sağlıklı yaşanıp sonlandırılamaması hem hastada hem de aile üyelerinde psikolojik sorunlara yol açabilmektedir. Hayatı tehdit eden ve sürekli bakım gerektiren tanıyı alan hastanın aileüyelerinde hemşire ilk etapta, bu kişilerin normal bir yas sürecinde olup olmadıklarını değerlendirmelidir. Sonrasında bireylerde varsa etkisiz baş etme tekniklerini tespit etmelidir.[15] Aile üyelerinin sevilen kişinin acı çekmesine şahit olması, öleceğini düşünmesi, aile içi iletişim problemlerinin gelişmesi, bakım harcamalarının yarattığı ekonomik sorunlar sık karşılaşılan psikososyal sorunlardandır. Aile üyeleri bakım sürecinde tüm yaşamlarını hastaya göre düzenlemek zorunda kalırlar ve bu durum bazen bu kişilerin işten ayrılmalarına, daha az sosyal çevrede kalmalarına ve dolayısıyla

daha fazla izole kalmalarına neden olmaktadır.[15] Hemşire bu alanda aile üyelerinin sosyal etkileşimlerini ve yaşadıkları ekonomik zorlukları da değerlendirmeyi unutmamalıdır.[15]

Spiritüel (Manevi) Değerlendirme

Spiritüel bakım (manevi bakım), bütüncül hemşirelik bakımının planlanmasında önemli bir bileşendir ve hasta kadar aile üyelerinin de konforunun artırılmasında, sürecin sağlıklı geçirilmesinde ve sonucunda güçlenmede büyük bir kaynak oluşturmaktadır. Hasta ve aile üyelerinin spiritüel bakım gereksinimlerinin saptanmasında, güçlü ve zayıf yönlerin belirlenmesinde bu değerlendirme alanı önemli bir adımdır. Bu değerlendirmenin yapılmasında, hemşire gözlem ve görüşme becerilerini kullanabilir.[16]

Görüşme sırasında kullanılan sorular aşağıdaki gibi olabilir;

- Din veya maneviyat sizin için önemli mi?
- Dua etmek sizi rahatlatıyor mu? Zorlu yaşam olaylarıyla baş etmenizi kolaylaştırıyor mu?
- Daha önceki dönemlerde maneviyatın veya dinin sizin için önemli olduğu bir zaman aralığı/olay oldu mu? Olduysa bu dönemde/olayda hangi dini uygulamaları kullandınız? Size hangileri-ne kadar iyi geldi?
- Bir din görevlisiyle görüşmek ister misiniz?[16]

Bu alanın değerlendirilmesinde ve manevi bakımın sağlanmasında geliştirilen kılavuzlarda, palyatif bakım ekibine rehber olabilecek uygulamaların çerçevesi belirlenmiştir. Bu uygulamalar; aileyi bakımın tüm basamaklarına dahil etme, hastalığın prognozu, hastanın durumu ve bu süreçte gerçekleşen olaylar hakkında aileye bilgi verme, hasta ve aile üyelerinde umudu sürdürme, hasta ve ailesinin tüm sağlık ekibiyle açık iletişim kurmasını sağlamadır.[5,16]

Tüm bu değerlendirmeler sonucunda palyatif bakım hemşiresi; kaliteli hemşirelik bakım planını hazırlar ve uygular. Burada amaç, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırmaktır. Bu değerlendirmeleri, gereksinimlerin belirlenmesi aşaması takip etmektedir.

Bakım Verici Bireyin Gereksinimleri

Palyatif bakım sırasında hasta birey ile bire bir ilgilenen, hasta ile daha fazla zaman geçiren ve bakım verici rolü üstlenen aile üyesi/üyeleri bulunmaktadır. Bakım verici rolünü üstlenen, bu rolü gerçekleştiren bu aile üyesi/ üyelerinde in biyo-psikososyal ve spiritüel alanlarında ciddi tehlikeler yarattığından sorunlar ortaya çıkmakta ve bu alanlardaki gereksinimlerin değerlendirmeler sonucunda belirlenmesi ve karşılanması olası sorunların ortaya çıkmasını engeller ve bakım verici bireylerin güçlenmesini sağlar.[17]

Bakım vericiler genellikle çok az bir bilgiyle bu rolü gerçekleştirmeye çalışırlar. Bu durumla başa çıkmakta genellikle zorluk yaşarlar. Literatürde bakım vericilerin bu süreçte aldıkları desteğin yetersiz kaldığı ve uygulamaların oldukça kısıtlı kaldığı belirlenmiştir. Genel çerçevede bu uygulamaların şu üç kategoriden oluştuğu belirtilmektedir: psikoterapi/danışmanlık, eğitim ve palyatif dönemdeki hastanın evde bakımıdır.[17]

Yapılan çalışmalar sonucunda; bakım vericilerin gereksinimlerinin genel hatlarıyla şu şekilde olduğu belirtilmiştir; bakımla ilişkili tüm aşamalarda bilgi ihtiyacının olduğu, hastayla nasıl iletişime geçeceği konusunda eğitim gereksinimi, bu süreçle ilgili bilişsel ve duygusal olarak nasıl baş edebileceği konusunda bilgilendirilmeye ihtiyacının olması, anksiyete, öfke, suçluluk gibi güçlü duygularla baş edebilmeyi öğrenmek istedikleri belirlenmiştir.[18] Bakım vericiler bakım sonrasında hastalık belirtilerinin iyiye gitmesine ve bakımın hastaya iyi gelmesine ihtiyaç duyarlar. Bu durumun aksi geliştiğinde yeterlik duyguları zedelenir, suçluluk hissedebilirler. Bunun sonucunda kişilerde distres gelişebilmektedir. Çünkü hastalığın belirtilerinin artması ve hastanın durumunun kötüye gitmesi, olumsuz duygularla birlikte bakım yükünü de artıracağından kişilerin bakımla ilgili motivasyonlarını da etkileyebilir. Hasta ve ailelerinin hastalıklarıyla ilgili bilgi ve destek almaları endişelerini azaltabilir, hastalıklarına uyum göstermelerinde yardımcı olabilir.[9]

Bakım Verici Yükü

Literatürde kabul görmüş "bakım verici yükü", 'hasta bireye bakım verme sonucunda bakım vericide ortaya çıkan bedensel ve emosyonel sağlık sorunları, ekonomik sorunlar, sosyal sorunlar ve aile ilişkilerinin bozulması gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar' şeklinde tanımlanmaktadır.[9,19]

Palyatif bakımda bakım verici rol genellikle aile üyeleri tarafından gerçekleştirilmekte ve bu rol aile içinde önemli ve zorlu bir sorumluluk olarak düşünülmektedir. Bundan dolayı karşılaşılan sorunlar hastayla birlikte bakım verici rolünü üstlenen aile bireylerini de etkilemektedir.[19] Bu yük birçok etmenden etkilenmektedir. Bunlar;

Bakım vericiye ait etmenler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, var olan fiziksel/psikolojik sağlık sorunları, ekonomik durumu, sosyal destek gibi faktörleri içermektedir.[20] Bakım vericinin bakım verici yükünü etkileyen faktörlerden en önemlisi bakım vericinin yaşı olup, bakım veren kişinin yaşı arttıkça bakım yükü de artmaktadır. Yine bu yükü etkileyen önemli faktörlerden birisi; eğitim seviyesidir. Düşük eğitim seviyesi bakım vericinin sağlık ekibiyle iletişiminde aksaklıklara ve iletişim kusurlarına dolayısıyla bakım ilgili bilgi alma noktasında yetersizliklere neden olabilmektedir.[20]

Bakım verici olarak aile üyelerini olumsuz etkileyen diğer bir durum da *sosyal desteğin yetersiz olması*dır. Yapılan araştırmalarda yeterli sosyal desteğin olması ile bakım verme rolünden dolayı gelişen psikolojik sorunların bu bireylerde görülme oranları arasında güçlü ilişkiler bulunmuştur. Yeterli sosyal desteğin sağlanması bakım vericinin kendini strese karşı koruma algısını artırır.[21]

Bakım sürecine ait etmenler; palyatif bakım alan hastanın bağımlılığının artması günlük yaşam aktivelerini gerçekleştirmede yetersiz kalmalarına neden olmaktadır. Bu durum da bakım vericilerin yükünde önemli derecede artışa yol açmaktadır. Bu durum bakım vericilerin bakıma ayırdığı sürenin uzamasına, kendine ayırdığı zamanın azalmasına, sosyal etkileşimin kısıtlanmasına yol açmaktadır. Yaşanılan bu durum bakım verici yükünü arttırabilmektedir.[20,21]

Ailenin Güçlendirilmesi

Palyatif bakım sürecinde, birey ve ailesinin amaçlarına ulaşabilmesi, problemlerini çözmesi, güçlü yönlerini ortaya çıkarması, destek kaynaklarını tanımlaması ve bunları kullanmaya teşvik edilmesi önemlidir ve ailenin güçlendirilmesine katkıda bulunur.

Ailenin güçlendirilmesinde hemşireler önemli bir role sahiptir ve bu rollerini gerçekleştirirken bazı hemşirelik modellerinden yararlanırlar. Hemşirelikte geliştirilmiş olan modellerin birçoğu, eksik olan, zayıf kalanı destekleme yaklaşımından temel almaktadır. Hemşire kuramcılardan bazıları bu noktada güçlendirme, zayıf olanı destekleme gibi kavramları ele almış, fakat bunun uygulamada nasıl, ne zaman kullanılacağı konusuna herhangi bir açıklama getirmemişlerdir.[22–24]

Ailenin güçlendirilmesine yönelik olarak daha yakın zamanlarda geliştirilmiş modeller bulunmaktadır. Bu modeller, güçlendirmeyi tanımlamış, çerçevesine dair açıklamalar yapmış ve bakımın en temel bileşeni olarak güçlendirmeyi vurgulamışlardır. Bu modellerden biri olan McGill Hemşirelik Modeli' ne göre hemşireler birey ve ailenin güçlü yönlerine odaklanmalıdır ve destek kaynaklarını bulmalarında onlara rehberlik etmelidir.[22,23] (Şekil 1)

Bu modele göre, bakım sürecinde bireyin ve ailesinin planlanan hedeflere ulaşabilmeleri ya da sorunlarını çözebilmeleri için güçlü yönlerini ortaya çıkarmasını sağlayan üç yaklaşım vardır. Bunlar,

a) güçlü yönleri tanımlamak ve bunlarla ilgili geri bildirim vermek,
b) güçlü yönleri geliştirmek ve
c) güçlü yönlerini keşfetmelerine yardımcı olmaktır.[23,24]

a) Güçlü Yönleri Tanımlamak ve Bununla İlgili Geri Bildirim Vermek: Hasta ve aile bireylerinin güçlü yönlerini belirlemek ve bununla ilgili geribildirim vermek en önemli ve ilk adımdır. Hemşire güçlü yönleri tanımlamak için iyi bir gözlemci ve dinleyici olmalıdır. İletişim tekniklerini doğru ve etkili kullanmalıdır. Hemşire, görüşme sırasında bireylerin güçlü yönlerine odaklanmalı ve bunları not almalıdır. Aile bireylerinin bu yönleri fark edebilmesi için sonraki görüşmelerde güçlü yönleri sık sık vurgulamalıdır.[22]

b) Güçlü Yönleri Geliştirmek: Fark edilen güçlü yönlerin geliştirilmesi için aile üyelerine yardım 3 yaklaşımı içermektedir. Bunlar:

- Mevcut olan güçlü yönlerin, her durumda aktif kullanılması için bireyleri teşvik etmek,
- Yetersiz hissedilen alanlardaki olası gücü fark etmek,
- Yeterliliği ve bilgiyi artırmaktır.[23,25]

c) Güçlü Yönlerini Keşfetmelerini Sağlamak: Bu modelde hemşirelik bakımı planlanırken, özellikle ailenin güçlü yönlerini ve potansiyellerini belirlemekten ve kullanımının öneminden bahsedilmiştir. Aileyle çalışmanın her aşamasında hemşire, ailenin güçlü yönlerini problem çözmekte veya amaca ulaşmakta nasıl kullandığını dikkate almalıdır. Bu aşamalarda iyi bir gözlemci olmalıdır. Hemşire, aile üyeleri problem çözme tekniklerini etkili kullandığında olumlu geri bildirimler vermelidir.

Aile üyelerinin güçlü yönleri ortaya çıkarıldıktan sonra başa çıkma kaynaklarını tanımlaması ve düzenli kullanması için bireyleri teşvik eder.[23–25]

Mc Gill Hemşirelik Model'inde bireylerin kaynaklarını harekete geçirmek önemlidir. Ailenin başa çıkma kaynakları aile dışındaki ortam ve kişilerde aranmalıdır (sosyal çevre, arkadaşları, akrabalar, sağlık profesyonelleri, kurumlar). Hemşire ailenin kaynaklarına üç yolla ulaşabilir:

- Kaynakları tanımlamak
- Kaynakları kullanmak ve harekete geçirmek
- Kaynakların düzenli kullanımını sağlamak.[22]

1) Kaynakların Tanımlanması: Ailenin güçlü yönlerini ortaya çıkarmakta ve belirlemekte hemşirenin kullandığı birçok yaklaşım (farkındalık sağlama, gözlem yapma, geri bildirim verme gibi) aynı zamanda ailenin başa çıkma kaynaklarını tanımlamada da kullanır.

2) Kaynakları Kullanmak ve Harekete Geçirmek: bu aşamada hemşire aileleri toplumda ulaşabileceği hali hazırda var olan kaynaklar hakkında bilgi verir. Hemşire bununla birlikte bu kaynaklara nasıl ulaşılacağı hakkında da aile üyelerine bilgi vermelidir.

Hemşire ilk olarak bu kaynaklara ulaşmanın aslında bir ihtiyaç olduğunu vurgulamalıdır. Böylece hemşire bu kaynakların kullanımı için aile üyelerini harekete geçirmiş olur.

Aile yardıma ihtiyacı olduğunu ifade ettiğinde hemşireyle birlikte destek kaynakları gözden geçirilir, hangi kaynağın onlar için en iyisi olacağına birlikte karar verilir. Sonrasında kullanımı için harekete geçilir, karar verilen destek kaynağıyla iletişim kurması sağlanır.

3) Kaynakların Düzenli Kullanımının Sağlanması: ailelerin kullandığı dış kaynaklar bazen yeni stresörlere neden olabilir ve bu durum kaynağın düzenli kullanımını engeller. Bu noktada hemşire ve aile birlikte destek kaynaklarının kullanımını yeniden gözden geçirmelidir ve düzenlemelidir.[22–24]

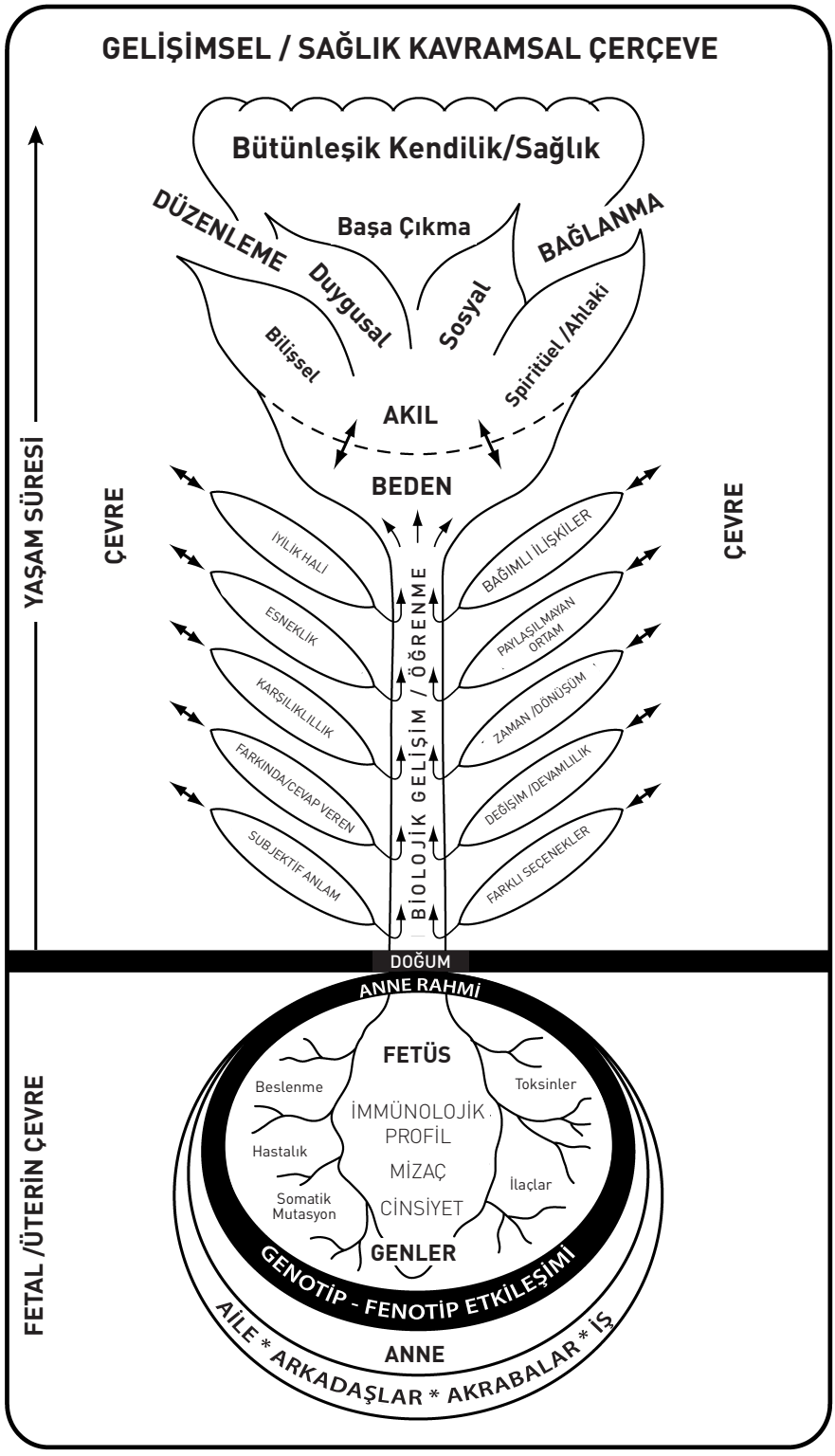
Aile Üyelerinin Güçlendirilmesinde Hemşirenin Rolü

Hemşirelik mesleğinin en önemli odak noktası ve varoluş sebebi aynı zamanda özel kılan yönü verdiği bakımdır. Hastayla ve aileleriyle yakın teması gerektiren hemşirelik, aile bireylerine ulaşmada ve onları güçlendirmede eşsiz bir öneme sahiptir. Hasta kadar bakım vericilerle de terapötik ilişki içerisinde olan hemşireler, bakımı bütüncül olarak gerçekleştirmektedirler.[26]

Palyatif bakım hastaları ve bakım verici rolündeki aileler bu süreçte fiziksel ve psikososyal açıdan olumsuz etkilenmektedir. Özer'in belirttiğine göre Larsen bakım vericileri "*gizli hastalar*" olarak, Bonel ise "*riskli topluluklar*" olarak tanımlamaktadır. Bundan dolayı Dünya Sağlık Örgütü, örselenebilir (hassas) grup olarak düşünülen bakım vericilerin ve ailelerinin gereksinimlerinin belirlenmesini, bunların karşılanıp, bu bireylerin güçlendirilmesini palyatif bakımın birincil amaçlarından biri olarak kabul etmektedir.[22,26]

Bakım vericilerin ya da bu rolü üstlenen aile üyelerinin karşılaştığı sorunları belirlemek için veri toplamak, bakımı planlarken hastayla birlikte bakım vericileri veya aile üyelerini de dahil etmek hemşirenin önemli sorumlulukları arasındadır. Burada amaç; bu bireylerin yaşadıkları sorunları ve karşılaştıkları güçlükleri belirleyerek bunlara yönelik girişimleri planlamak ve bu bireylerin yaşam kalitesini artırmaktır. Bu aşamada hemşireler bakım yükünü azaltmak için uygun müdahaleleri planlaması, uygulaması ve sonuçlarını değerlendirmesi gerekmektedir. Tüm bu aşamalardan önce hemşire, bireylerin algıladığı ve deneyimlediği bakım yükünü belirlemelidir.[2,27]

Şekil 1. McGill Hemşirelik Modeli



Δ HEDEF
- Gelişim döneminde sağlık
- Hastalıkta sağlık

Δ KAYGILAR
- Aile içindeki birey
- Birim olarak aile

*** PERSPEKTİF**
- Uzun süreli
- Anlık

*** İLETİŞİM**
- İşbirlikçi

Δ TANILAMA
- Açıklayıcı ve öncelik belirleyici

Δ BAKIM PLANI
- Güçlü yönler
- İç / dış kaynaklar
- Yetersizlikleri yönetme

*** ZAMAN DİLİMİ**
- Bekle ve uyum göster
- Uyum göstermek için dene

*** SONUÇ**
- Hasta / aile amaçları
- Ulaşılamayan hedefler

Δ Değişen
- Değişmeyen
- Eklenen

[a]Boyacıoğlu N.E, Kutlu Y. Birey/Ailenin Sağlığını Geliştirmek ve Güçlendirmek İçin Bir Model: McGill Hemşirelik Modeli. A Model for Promote and Strengthen Individual/ Family Health: McGill Nursing Model. Florence Nightingale J Nurs. 2014;22(3):172–9 kaynağından uyarlanmıştır.[23]

Bundan sonra tanılamaya geçilmelidir, sorun veya güçlük tanılanmalıdır. Sonrasında bu bireylerin stresörlerinin ne olduğu ve bu stresörleri nasıl algıladıkları tespit edilmelidir. Bu stresörlerle baş etmede mevcut kaynaklar neler? Birey bu kaynakları ne kadar etkin kullanıyor? Etkisiz olan kaynaklar hangileri, kullanılmaya devam ediliyorsa bunun nedeni nedir? Bu sorular görüşme ve gözlem aracılığıyla netleştirilmelidir.[27] Tüm bunlar, bakım verme rolünün fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı bir şekilde devam ettirilmesi için gereklidir. Bu noktada genel hatlarıyla hemşirelerin;

- Aile üyelerinin ve bakım vericilerin gereksinimlerini bütüncül olarak belirlemek ve desteklemek,
- Bakım vericilerde geri çekilme, kendini tümden izole etme, tükenmişlik, sinirlilik gibi belirtiler görüldüğünde uzman desteği alabilecekleri konusunda bilgilendirmek ve destek kaynaklarına yönlendirmek,
- Aile üyelerine bakım veremeye dair görevler konusunda bilgilendirmek, yöntemler ve teknikler hakkında eğitimler vermek,
- Her şeyin mükemmel olmayacağı konusunda bakım vericinin farkında olmasını sağlamak, bu rolünün yanında kendi ihtiyaçlarını ihmal etmemesinin, fiziksel sağlığını ve psikolojik sağlığını korumasının önemli olduğunu söylemek ve bu bilinci bireylerde geliştirmek,
- Günlük yaşam aktivitelerini planlamaları konusunda aile üyelerine yardımcı olmak,
- Diğer aile üyeleri, yakın arkadaş, akraba ve toplum tarafından gelen yardımı kabul etmesini sağlamak ve bakımla ilgili tüm sorumluluğu tek başına üstlenmemesi konusunda bilinçlendirmek gibi rolleri bulunmaktadır.[16,23,24,27]

Sonuç

Günümüzde palyatif bakım genellikle aileler tarafından verilmektedir. Bakım verici olarak aile, palyatif bakımın temel bileşenlerinden biridir. Palyatif bakımın felsefesinde, hasta kadar aile üyelerinin de yaşam kalitesini artırmak yer almaktadır. Bu bağlamda aile üyelerinin de bütüncül olarak değerlendirilmesi, gereksinimlerinin belirlenmesi, bu gereksinimlerin karşılanması büyük öneme sahiptir. Bakım sürecinde oluşan bakım verici yükünün azaltılması için ailenin güçlendirilmesi gereklidir. Bu noktada hemşirelik mesleğine önemli roller düşmektedir. Hemşire, ailenin güçlendirilmesinde anahtar rol oynamaktadır. Bu rolleri; bakım verici olarak ailenin bakımla ilgili bilgi ihtiyacını giderme, ailenin güçlü yönlerini keşfetme, destek kaynaklarını tanılama ve kullanımı için cesaretlendirme olarak özetleyebiliriz.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkarlar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The authors declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Coyle N, Ferrell BR. Social Aspects of Care. *Soc Asp Care*. 2016; [Crossref]
2. O'Connor M (Margaret M., Aranda S. *Palliative care nursing : a guide to practice*. 388 p.
3. Rosa WE, Buck HG, Squires AP, Kozachik SL, Huijer HAS, Bakitas M, et al. International consensus-based policy recommendations to advance universal palliative care access from the American Academy of Nursing Expert Panels. *Nurs Outlook*. 2022 Jan 1;70(1):36-46. [Crossref]
4. Perry LM, Sartor O, Malhotra S, Alonzi S, Kim S, Voss HM, et al. Increasing Readiness for Early Integrated Palliative Oncology Care: Development and Initial Evaluation of the EMPOWER 2 Intervention. *J Pain Symptom Manage*. 2021;62(5):987-996. [Crossref]
5. Alshammari F, Sim J, Lapkin S, Stephens M. Registered nurses' knowledge, attitudes and beliefs about end-of-life care in non-specialist palliative care settings: A mixed studies review. *Nurse Educ Pract*. 2022;59:103-294. [Crossref]
6. Akalın B, Modanlıoğlu A. Palyatif Bakım Eğitimlerinin Sürdürülebilirliği. *IBAD Sos Bilim Derg*. 2019 Oct;432-440. [Crossref]
7. Özlem Duman .*Hasta Yakınlarının Palyatif Bakıma İlişkin Görüşlerinin Bakım Verici Yüküne Etkisi* .[Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. 2020.
8. Gökben Kangalgil Balta. Palyatif Bakım Merkezleri Kapsamında Verilen Psikososyal Destek Hizmetleri: Çalışanların Gözünden Nitel Bir Değerlendirme. [Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]. 2021 [Crossref]
9. Özlem Topkaya. *Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri İle Hasta Ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Ve Beklentilerinin İncelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. 2018.
10. Kılıc ST, Öz F. *Problems and Quality of Life of Family Members Caring Cancer Patients' and Interventions*. 2019;6(3):197-204.
11. Allen, F. Moyra; Warner M. A Developmental Model Of Health And Nursing. *J Fam Nursing,*. 2002;8(1982):96-135. [Crossref]
12. Holtslander L, Shelley Peacock, Jill Bally. *Hospice Palliative Home Care and Bereavement Support Nursing Interventions and Supportive Care*. springer; 2019. 107-109. https://doi.org/10.1007/978-3-030-19535-9
13. Emanuel LL, Librach SL. *Palliative care : core skills and clinical competencies*. Saunders/Elsevier; 2007. 705 p. [Crossref]
14. Fatima Özdemir. Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar İle Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. 2016.
15. Abdulvahap Kado. Palyatif Bakım İhtiyacı Olan Kanser Hastaları Ve Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar Ve Çözüm Önerileri. Sağlık Yönetimi [Yüksek Lisans Tezi]. 2020
16. Irmak H, Sagkal Midilli T. The relationship between psychiatric nurses' spiritual care practices, perceptions and their competency. *Arch Psychiatr Nurs*. 2021;35(5):511-518. [Crossref]
17. Hatice İlhan. *Palyatif Bakım Hastalarının Bakıcılarında Tükenmişlik Düzeylerinin Sosyal Yaşamları Üzerindeki Etkisi*. [Yüksek Lisans Tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. 2018
18. Burçin Atamer. Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükü, Etkileyen Faktörler Ve Karşılanmamış Gereksinimleri. [Yüksek Lisans Tezi]. 2021
19. He FX, Geng X, Johnson A. The experience of palliative care among older Chinese people in nursing homes: A scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2021;117. [Crossref]
20. Bilgehan. T, İnkaya B. Palyatif Hastalarina Bakim Veren Bireylerin Bakim Yükü Ve Etkileyen Faktörler. *J Anatolia Nurs Heal Sci*. 2021;24(1):51-58. [Crossref]
21. Yeşil T, Çetinkaya Uslusoy E, Korkmaz M. Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*. 2016;5(4):54-66.
22. Nur Elçin Boyacıoğlu .Yaşlıya Bakım Veren Bireylerde Bakıcı Yükünü Azaltmada Mc Gill Modeline Temellenen Hemşirelik Bakımının Etkinliği. [Doktora Tezi]. 2015
23. Boyacıoğlu N.E, Kutlu Y. Birey/Ailenin Sağlığını Geliştirmek ve Güç-

lendirmek İçin Bir Model: McGill Hemşirelik Modeli A Model for Promote and Strengthen Individual/ Family Health: McGill Nursing Model. *Florence Nightingale J Nurs*. 2014;22(3):172-179. https://doi.org/10.17672/fnhd.13425

24. Boyacıoğlu NE, Kutlu Y. The Effectiveness of Psychoeducational Interventions in Reducing the Care Burden of Family Members Caring for the Elderly in Turkey: A Randomized Controlled Study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(2):183-189 [Crossref]
25. Gottlieb LN, Gottlieb B. The developmental/health framework within the McGill Model of Nursing: "Laws of nature" guiding whole person care. *Adv Nurs Sci*. 2007;30(1) [Crossref]
26. Özçelik S. Palliative care perspective and the role of nursing. *J Med Palliat Care*. 2020;1(176):76-82. [Crossref]
27. Metzger M, Yoder J, Fitzgibbon K, Blackhall L, Abdel-Rahman E. Nephrology and Palliative Care Collaboration in the Care of Patients With Advanced Kidney Disease: Results of a Clinician Survey. *Kidney Med*. 2021;3(3):368-377.e1. [Crossref]

BÖLÜM 28
PALYATİF BAKIMDA KÜLTÜR VE MANEVİYAT

Emel Emine KAYIKÇI

DOI: 10.5152/1828

Palyatif Bakımda Kültür ve Maneviyat

Culture and Spirituality in Palliative Care

BÖLÜM HAKKINDA

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylerin bakımına yönelik bütüncül ve çok profesyonelli bir yaklaşımdır. Hastanın fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarının yanı sıra kültürel ve manevi bakım gereksinimlerini bütünleştiren bir bakımdır. Hasta bireyin sahip olduğu kültürel ve manevi yönelimleri, bireyin beslenme, hijyen, giyim, iletişim gibi temel ihtiyaçlarının yönetilmesinin yanı sıra hastalık tanı, tedavi, semptom yönetimi, ölüm ve yas süreci gibi konuları da etkilemektedir. Bu nedenle palyatif bakımda sağlık profesyonelleri hasta/hasta yakınlarının kültürel ve manevi dinamiklerinin farkında olmalı, bunların hastalar ve aile üyeleri üzerindeki etkilerine karşı uyanık olmalı ve gerekli desteği sunmalıdır.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, kültür, maneviyat

ABOUT the CHAPTER

Palliative care is a holistic and multi-professional approach to the care of people with life-threatening illnesses. It is a care that integrates the patient's physical and psychosocial needs as well as cultural and spiritual care needs. The culture and spiritual orientations of the patient affect issues such as diagnosis, treatment, symptom management, death and grieving process, as well as the management of basic needs such as nutrition, hygiene, clothing and communication. Therefore, health professionals in palliative care should be aware of the cultural and spiritual dynamics of patients and their relatives, be alert to their impact on patients and family members, and provide the necessary support.

Keywords: Palliative care, culture, spirituality

Bölümün Hedefleri ve Öğrenilecek Olan Kavramlar

Bölümün Hedefleri

Bu bölümü tamamlayan öğrenciler;

1. Palyatif bakımda kültür kavramını anlar.
2. Kültürel özelliklerin palyatif bakımı nasıl etkilediğini kavrar.
3. Hastalık, semptom yönetimi, ölüm ve ölüme karşı tutumda kültürel etkiyi anlar.
4. Palyatif bakımda maneviyatın önemini anlar.
5. Palyatif bakımın hasta ve yakınlarının algılarına ve manevi ihtiyaçlarına etkisini anlar.
6. Hastalık ve yas sürecinde manevi bakım uygulamalarını anlar.
7. Palyatif bakım ekibi için bakımda kültür ve maneviyatın niçin gerekli olduğunu anlar.

Öğrenilecek Olan Temel Kavramlar

1. **Kültür:** bir toplumun üyeleri tarafından kazanılan, yaşam biçimi, davranış ve düşüncelerine yansıyan bilgi, inanç, tutum, sanat, ahlak, hukuk, gelenekler ve alışkanlıkları içeren dinamik ve karmaşık bir bütündür.

2. **Maneviyat:** İçte kalan, soyut olan, maddi karşılığı bulunmayan şeyler ya da kişinin iç dünyası, duygular

3. **Yas süreci:** Sevilen bir kişinin kaybı neticesinde yaşanan süreç.

Giriş

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalık varlığında, ağrı ve diğer semptomların kontrolü, yaşam kalitesini arttırma, ölüm ve ölümden sonra yas sürecinde aileye destek olmaya odaklanan bir yaklaşımdır. Palyatif bakım hastayı tüm boyutlarıyla değerlendirerek,

CC BY 4.0: Telif hakkı yazarlardadır. Bu kitabın içeriği Creative Commons Atıf 4.0 Uluslararası lisans altında lisanslanmıştır.

Emel Emine Kayıkçı

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul

E-posta: emel.kayikci@medeniyet.edu.tr

Bu bölümü alıntıla / Cite this chapter as: Kayıkçı EE. Palyatif Bakımda Kültür ve Maneviyat. Can G. ed. *Temel Palyatif Bakım* içinde. İstanbul: İÜC Üniversite Yayınevi; 2024: 287-292.

bütüncül bir yaklaşım sunar. Bu doğrultuda palyatif bakım hastalarının kültürel ve manevi boyutları dikkate alınarak gereksinimlerinin belirlenmesi ve bireyselleştirilmiş bakımın planlanması ve sürdürülmesi önemlidir. Palyatif bakımda hastanın kültürel özellikleri tanı ve tedaviyi, hastalık, ölüm ve yas sürecine yönelik uygulamaları etkilemektedir. Ayrıca kaliteli palyatif bakımın sağlanmasında kültür, bakım tercihleri, iletişim ve karar verme sürecini de etkilemektedir.[1] Palyatif bakımın temel unsurlarından biri olan manevi boyutta ise hasta ve ailesinin zihinsel ve ruhsal ihtiyaçlarının belirlenmesi ve gerekirse desteklenmesi gerekir. Böylelikle hastanın kültür ve maneviyatına önem veren bir bakım ile hastanın hastalıkla baş etme gücünün artması, yaşamın anlamlandırılması, ölümü yaşam sürecinin bir parçası olarak görmesi ve kalan zamanın kaliteli değerlendirilmesi gibi pek çok olumlu sonuç gözlenmektedir. Palyatif bakım ekibinin bir üyesi olan hemşireler kendisinden farklı kültür ve maneviyata sahip bir hastaya bakım verirken, dil sorunu, hastalık, ölüm ve yas sürecine ilişkin tutum, davranış ve uygulamalarla ilgili sorunlar ve karar verme süreci gibi kültürel ve manevi farklılıklarla karşı karşıya kalabilir. Bu durumda hemşireler hasta/ailesi ile samimi bir şekilde konuşup, kültür ve manevi özellikleri ve ihtiyaçlarını belirlenmeli ve kabul etmeli, bu konuda eğitim almalı, farkındalık kazanmalı, saygılı olmalı, ihtiyaçlarını karşılamalı ve gerekirse bu konuda farklı disiplinlerden de destek almalıdır. Bu sayede nitelikli bir palyatif bakım, etkili iletişim, hemşire ve hasta/ailesi arasında güven ilişkisi oluşmaktadır.[2,3]

Kültür ve Özellikleri

Kültür, bir toplumun üyeleri tarafından kazanılan, yaşam biçimi, davranış ve düşüncelerine yansıyan bilgi, inanç, tutum, sanat, ahlak, hukuk, gelenekler ve alışkanlıkları içeren dinamik ve karmaşık bir bütündür. Farklı bir ifadeyle kültür, yaşamla ilgili ortak fikirler, değerler, kavramlar, kurallar, roller ve anlamlardan oluşan bir sistem ve nesillere aktarılan geniş bilgi birikimidir. Kültür, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, iletişim, aile içi ve toplumsal roller gibi sosyo-demografik özellikler tarafından şekillenmektedir. Ayrıca tarihsel, ekonomik, politik, coğrafi olaylar, dini ve etnik özellikler ve maneviyatta kültürü şekillendiren diğer faktörler arasında yer almaktadır.

Sağlık sisteminde kültürel özellikler ise; bireyin sağlık ve hastalığa ilişkin algı, tutum, değer, inanç, davranışları, geçmiş deneyimleri ve sağlık-bakım uygulamalarıdır. Bireyin sahip olduğu kültürel özellikler sonucunda, bireyin tanı ve tedaviye uyumu ve tedaviye verdiği yanıt, hastalık, acı çekme ve yas yaşama biçimi, sağlığı geliştirme ve koruma, hastalığı iyileştirme ve hastalıkla baş etme yöntemleri etkilenmektedir. Sonuç olarak kültür bir hastanın kimliğinin ve yaşamının ayrılmaz bir parçasıdır.[4]

Palyatif Bakımda Kültür

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığı olan kişilerde semptomların kontrolü ve yaşamı onurlu, ağrıdan uzak ve uygun psikososyal, manevi ve tıbbi destekle sonlandırmak gibi bakıma yönelik bütünsel ve profesyonel bir yaklaşımı savunur. Bu bakımın sağlanması ve sürdürülmesinde kültürel sistemlere dikkat edilmesi oldukça önemlidir. Palyatif bakımın bir parçası olan kültür, bireyin tedaviye yanıtı, semptom yönetimi, hastalıktan, acıdan ve ölümden nasıl anlam çıkardığını, ağrı ifadesi, ölüm ve ölmek üzere olan bireylere yönelik davranış ve uygulamaları, yas sürecinin planlanması gibi birçok unsuru etkilemektedir. Ayrıca kaliteli palyatif bakımın sağlanmasında kültürün, bakım tercihleri, iletişim ve karar verme süreci üzerinde de etkisi bulunmaktadır.[1]

Bakım Tercihleri

Hastanın bakım tercihleri bakım sürecini ve sonuçlarını etkilemektedir. Tercihler, genellikle yaşam sonu bakımda ırksal ve etnik farklılıklarla ilişkilendirilir. Bakım tercihleri, sosyal, tarihsel, politik ve ekonomik faktörlerden etkilenebilmektedir. Dünyada palyatif bakımda analjezik kullanımı, hastalara yapılan müdahalelerin türü, palyatif bakım birimi sayısı, hastanın mevcut durum konusunda bilgi derecesi ve bakım kararlarına ailenin katılım düzeyi ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Örneğin; ABD'de beyaz olmayan, farklı cinsel yönelime sahip ve engelli kişilerin, baskın kültürel beyaz ırkalara göre isteklerine uygun bakım alma olasılıklarının ve yaşam sonu memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğunu bildirmektedir. Bazı kurumsallaşmış ırksal önyargılar nedeniyle de bakım olumsuz etkilenebilmektedir. Örneğin Afrikalı Amerikalılar ve beyaz ırk arasında palyatif bakım eşitsizliği görülmektedir.[3]

İletişim

Palyatif bakımda hemşire ve hasta/ailesi arasındaki etkili iletişim tedavi ve bakımın vazgeçilmez bir unsurudur. Farklı kültüre sahip palyatif bakım hastalarında dil, hitap, ses tonu, göz teması, kişisel mesafe ve dokunma gibi unsurlar hemşire ve hasta /ailesi arasındaki iletişimi etkileyebilir. İletişimi etkileyen en önemli unsur dil farklılığıdır. Yaş, kuşak, cinsiyet, eğitim ve coğrafi bölge gibi faktörler palyatif bakımda iletişimi şekillendirebilir (Tablo 1).[4]

Karar Verme Süreci

Bireyin bakımı ile ilgili karar verme süreci ve bilgi paylaşımı kültürden etkilenmektedir. Palyatif bakım sürecinde hasta, bireysel olarak, aile üyesi ya da sağlık çalışanlarının desteği neticesinde karar verebilir. Özellikle kanser hastalarında aile üyeleri karar verme sürecine dahil olmaktadır. Bazı toplumlar sağlık çalışanlarının bakım kararlarını vermesini isteyebilir. Bazı durumlarda da kültürler arasında ortak noktalar bulunabilir. Örneğin; kültürel geçmişleri ne olursa olsun yaşlı yetişkinlerin genellikle benzer endişeleri ve ihtiyaçları vardır ve çoğu bilgi ve karar verme süreçlerini ailelerine veya doktorlara devredebilir. Kimi toplumda ise palyatif bakımda hasta yazılı onamları imzalamak istemeyebilir. Ayrıca bazı kültürlerde hastalığın daha yüksek bir güç/Tanrı tarafından verildiğine inanılır ve bu durum hastanın sağlık, hastalık ve ölüm ile ilgili kararlarını etkileyebilir.[3]

Kültürel bir grubun üyeleri, belirli bir durum hakkında aynı inançları paylaşmayabilir. Palyatif bakımda sağlık çalışanı ve hasta/ailesi arasındaki bilgi paylaşımı da kültüre göre değişkenlik göstermektedir. Örneğin; doktorların hastalarıyla yeni bir kanser tanısı paylaşma konusunda bazı ülkelerin (ABD) neredeyse tamamının hastalarıyla paylaştığı, bazı ülkelerin (güney Fransa) ise yaklaşık yarısının paylaştığı, bazılarının (Çin-Japonya) ise nadiren konu ile ilgili hastalarını bilgilendirdiği, daha çok hasta yakınları ile paylaşıldığı belirlenmiştir. Ayrıca Nijerya, Mısır ve Güney Afrika gibi Afrika ülkelerinde, paylaşılan bilginin türü ve miktarı, eğitim düzeyi veya sosyoekonomik durum gibi hasta faktörlerine bağlıdır. Bu konuda bazı hastalar hastalık süreci, gidişatı ve prognozu hakkında mümkün olduğunca çok şey bilmek isterler. Bazı hastalar

Tablo 1. Palyatif Bakımda Kültürel Özellikler-İletişim

İletişim unsuru	Kültürel Farklılıklara İlişkin Özellikler
Dil	Farklı bir dile sahip hasta için hemşire kelimelerin belirli durumlarda nasıl kullanıldığının nüanslarını ve kültürel normlarını ve anlamlarını anladıklarından emin olmak için bir tercümandan (hasta yakını, sağlık çalışanı vs.) tam çeviri desteği alabilir, bu sayede yanlış varsayım ve çıkarımları önlemiş olur. Bu esnada hastayla göz teması önemlidir.
Hitap	Toplumdan topluma değişkenlik göstermekte ve hastaya hitapta kültüre bağlı olarak sıklıkla ''Günaydın'', ''İyi sabahlar'', ''Hayırlı sabahlar'', ''Selamün aleyküm'', ''Selam'' gibi kelimeler kullanılabilir.
Ses Tonu	Bazı toplumlarda hastalık ve ölüm gibi durumlarda hasta ve hasta yakınlarına ses tonu düşük olabilir ya da sessizlik tercih edilebilir.
Göz Teması	Göz teması kurmama bazı kültürlerde güvensizlik, ilgisizlik ve saygısızlık olarak algılanır. Bazı toplumlarda toplumlarda ise hasta ve ailesi karşı cinste bir sağlık çalışanına karşı utanma, rahatsızlık gibi nedenlerden dolayı göz teması kurmaktan kaçınabilir.
Kişisel Mesafe	İletişim sırasında belli bir mesafede oturmak kültürden kültüre (1-7 metre arasında) değişiklik göstermektedir. Bu durumu sıklıkla yaş ve cinsiyet etkilemektedir. Buna dikkat ederek samimi ve kişisel konuşma amacına hizmet edecek şekilde mesafe ayarlanmalıdır.
Dokunma	Bazı kültürlerde hemşirenin tedavi ve bakım sırasında hastaya dokunması sıklıkla sevgi ve ilgi göstergesi olarak normal karşılanabilirken, bazı toplumlarda ise hemşirenin elini hastanın omzuna koyması veya elini tutması gibi durumlar hastada rahatsızlık oluşturabilir. Bu durum ölümden sonraki süreçte de etkilidir. Bazı kültürlerde, aileler ölümden sonra yalnızca belirlenmiş kişilerin (sağlık çalışanı da dahil) hastanın vücuduna dokunmasına izin verebilir.

ise ölümü tartışmanın süreci hızlandırdığına inanmakta ve bu konularda doğrudan iletişim kurmak istemeyebilir. Örneğin, Kuzey Amerika'daki araştırmalarda, bazı Kızılderili kültürlerin ölüm hakkında konuşmaya karşı tabuları olduğunu ve bunun da yaşam sonu palyatif bakımı olumsuz etkileyebileceği bildirilmiştir.[3]

Hastalık, Acı Çekme, Ölme ve Ölüme Yönelik Kültürel Tutumlar

Her kökenden birçok insan için dinleri veya kültürel felsefeleri, yaşamı tehdit eden hastalıklara verdikleri tepki de dahil olmak üzere dünya görüşlerini şekillendirir. Örneğin, AIDS gibi hastalıklarda geleneksel tutum ve tepkiler kültürel farklılık gösterebilir. Hastalık anlamının daha çok dini inanç ve uygulamalarla bütünleştirildiği görülmektedir. Örneğin kanser tanılı bazı siyah Karayipliler için fiziksel acı, bir inanç testi olarak kabul edilir ve bu nedenle katlanılmalı ve ilaçlarla gizlenmemesi gerektiğine inanılır. Bazı toplumlar hastalığın inançsızlık, küçüğü-büyüğü bilmeme, kendine gerekli özeni göstermeme, kader, kötü şans, kötü ruh, büyü, nazar nedeniyle veya sıcak-soğuğun olumsuz etkileri nedeniyle oluştuğunu düşünürler. Buna evlerde yakılan tütsülerin kötü ruhları ve hastalıkları yok edeceğine inanılması örnek verilebilir.

Bazı toplumlarda ise hastalığın kader ve yüce güç/Tanrı tarafından geldiğine inanılmakta ve acı çekilmesinin günahların kefareti olduğu düşünülmektedir. Bu durum hastanın hastalıkla mücadelesini olumlu etkileyebilirken, bu durumun aşırı olması ise kişinin tedavi ve bakımında sorumluluk almasını veya tedaviyi reddetmesine neden olabilir. Bazense yapılan hastalık kötü bir davranışa yönelik Tanrı tarafından verilen ceza olarak algılanabilir.[3,5,6]

Ölüme yönelik kültürel uygulamalara bakıldığında ise, bazı toplumlarda terminal dönemde hastaların başında yakınları tarafından Kuran-ı kerim okuma ya da din görevlisi çağırma, hastaya pamukla ağzına su verme, hastaya sürekli kelime-i şehadet getirtme, ölümden sonra çene ve ayakların bağlanması gibi kültürel farklılıklar karşımıza çıkabilmektedir. Bununla ilgili yine farklı kültürlerde kişinin ölüm sırasında istedikleri ritüeller hastane ortamında olamayacağı için evlerinde ölmek istedikleri belirtilmiştir (6). Ayrıca aile üyeleri arasındaki yas süreci; zamanlama, ifadeler ve ritüelleri kültürden etkilenmektedir. Yas sürecinde hasta yakınlarının siyah giyme, belirli bir süre dua okutmaları gibi uygulamalar kültürel uygulamalara örnek verilebilir.[3,5]

Semptom Yönetimi

Palyatif bakım hastalarında bazı semptomların yönetimine yönelik kültürel tutumlar değişkenlik gösterebilmektedir. Hastalarda kültürel farklılığın olduğu semptomlardan biri disfajidir. Bazı toplumlarda disfajide tüple beslenmenin hasta ve ailesi için ölüm sürecinde psikolojik, ruhsal veya sosyal sıkıntıların giderilmesini sağlayabileceğine inanılırken, bazı toplumlarda ise bunun tersine, tüple beslenmeye ilişkin riskler, faydalar ve alternatifler konusunda yeterli eğitim sonucunda, hastaların tüple beslenmeyi istemedikleri, ancak kabul etmeleri için toplumsal baskı hissettikleri takdirde, yasal olarak bir besleme tüpünü reddetmelerine izin verebilir. Beslenme tüpleri ile ilgili Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kentsel alanda kırsala göre daha yüksek kullanım oranları ile bölgesel farklılıklar da mevcuttur. Aynı zamanda ABD verilerinde beyaz ırkta daha fazla kullanım olduğu bildirilmiştir.[3,7,8]

Kültürel farklılığın olduğu bir diğer semptom olan üriner inkontinans Kuzey Amerika kültüründe tıbbi bir hastalık olarak kabul görmektedir ve televizyon reklamlarında bile daha açık bir şekilde tartışılmaktadır. Bununla birlikte, diğer toplumlarda, üriner inkontinans hala geleneksel olarak kendini ihmal etmenin, kirli olmanın, zayıf öz disipline sahip olmanın veya sosyal olarak yetersiz olmanın kanıtı olarak görülebilmektedir. Bu tür toplumlarda yaşayan üriner inkontinanslı hastalar semptomlarını izolasyon ve gizlilik içinde yönetebilirler. Ayrıca üriner inkontinansın başlaması benlik saygısını olumsuz etkileyebilmektedir.[3,7,8]

Cinsel sorunlar da kültürel değişkenlikten etkilenen semptomlar arasında yer almaktadır. Bazı kültürler, özellikle kadın hastaların sağlık çalışanları ile utanma veya suçluluk nedeniyle cinsel sorunlarını-kaygılarını tartışmasına izin vermeyebilir ya da bir ceza olarak değerlendirilebilir. Hasta bu tür sorunlarla yaşamaya mahkûm bırakılabilir. Bunun dışında sağlık çalışanları ve hastalar arasında kültürel ve dini geçmiş konusunda farklılık olması cinsellik konusundaki tartışmaları da engelleyebilir. Bazı sağlık çalışanları cinsel yönelimleri ve uygulamaları kendilerininkinden çok farklı olabilecek hastalarla başa çıkmakta önemli zorluklar yaşar ve bu zorluklar etkili hasta bakımı ve değerlendirmesi için bir başka engel oluşturur.[3,7,8]

Kültürel tutumun etkilendiği bir diğer semptom ağrıdır. Asyalı hastalarda Batılı hastalara kıyasla kanser ağrısını yönetmeye yönelik algılanan engeller (özellikle hastalığın ilerlemesi, tolerans ve kadercilikle ilgili endişeler) daha fazladır.[3,7,8]

Palyatif bakım hastalarında hastalık ya da semptom yönetiminde geleneksel yaklaşımlara yönelme de kültürel farklılık gösterebilmektedir. Bazı toplumlarda semptom yönetiminde ilaçtan çok geleneksel uygulamalar ön planladır. Özellikle kanser hastalarında bitkisel yaklaşımların kullanımı oldukça yaygındır.[3,7,8] Sonuç olarak palyatif bakım hemşiresi birçok farklı geçmişe sahip hasta ve ailelere hizmet vermektedir. Bu nedenle kültüre özgü bireyselleştirilmiş bakımı uygulama, bütüncül, nitelikli bakım vermenin bir anahtarı olarak görülmektedir. Hemşirenin bakımı planlarken hasta ve ailesinin kültürel değerleri ve uygulamalarının farkında olmalı, bilgi edinmeli, kültürel duyarlılık geliştirmeli ve bakımını bu doğrultuda temellendirmelidir. Böylelikle hastalıkla mücadelede baş etme yeteneği, etkili iletişim, bakımın kalitesi, hemşirelere karşı güven, bakıma katılım, ırkçı yaklaşımları önleme, toplum ruh sağlığını geliştirme gibi pek çok konuda olumlu etki sağlanabilir.[1,9]

Maneviyat Tanımı

Maneviyat kelimesi Latincede "spiritus" kelimesinden türetilmiş olup, nefes, ruh anlamındadır. Türk Dil Kurumuna göre ise maneviyat; içte kalan, soyut olan, maddi karşılığı bulunmayan şeyler ya da kişinin iç dünyası, duygular anlamına gelmektedir. Başka bir ifadeyle maneviyat; insanın yaşamla olan bağlantısını oluşturan, yaşamının dinamik bir boyutudur.

Geçmişten günümüze kadar neredeyse tüm toplumlarda maneviyat denildiğinde akla ilk olarak din kavramı gelmekteydi. Günümüzde ise din ve maneviyatın esasında birbirinden farklı kavramlar olduğu vurgulanmaktadır. Maneviyat dinden farklı olarak daha geniş kapsamlı, belirli bir sınırları ve kuralları olmayan, kişinin iç derinlikleriyle bağlantı kurarak, bağlanma, anlama, umut ve aşkınlık gibi ruhsal faaliyetler ile kendini ifade etme biçimidir. Maneviyat, kültür ve tarihle bağlantılı olmasına rağmen, bunun için kişilerin belli bir dine sahip veya Tanrı inancının olması gerekmemektedir.[10]

Palyatif Bakımda Maneviyat

Hemşirelikte bütüncül bakımın bir boyutu olan manevi bakım, palyatif ve yaşam sonu bakımının önemli bir bileşenidir. Kültürel bakımın bir yönü olan maneviyat hastalık, ağır stres, ümitsizlik ve kayıp gibi durumlarla yaşanılan kaygı, acı, yalnızlık, suçluluk ve çaresizlik gibi duygularla mücadelede önemli bir başa çıkma mekanizmasıdır. Palyatif bakımda ise, yaşamı tehdit eden bir hastalık, ağrı gibi semptomların varlığı ve ölümle yüzleşme durumu nedeniyle varoluşsal ve manevi stres ortaya çıkmakta ve bakım sürecinde fiziksel ve psikososyal desteğin yanı sıra hasta ve yakınlarının manevi ihtiyaçlarının karşılanması oldukça önemlidir. Palyatif bakım hastalarında her ne kadar fiziksel işlevlerde azalma olsa da maneviyatlarında artış mevcuttur. Bu süreçte hastalar yaşam, hastalık ve ölüm kavramlarını kendi iç dünyalarında anlama çabası içerisindedir. ''Neden bu benim başıma geldi'', ''Öldükten sonra ne olacak'', ''Ölüm sonrası geride kalanlara ne olacak'' gibi sorulara yanıt aramaya çalışır. Ayrıca hasta herhangi bir Tanrı inancı olmasa bile üstün bir gücü aramaya ya da bir yaratıcının varlığını sorgulamaya, yaratıcı ile aktif bir iletişim içerisinde, düzenli olarak dua ve ibadet etmeye başlayabilir. Çevresi ile iletişim halinde olmak, ölüm ve ölümle ilgili endişelerini tartışmak ve birilerinin kendisini dinlemesini isteyebilir ve ölüme yolculuk için hazırlık olarak manevi yönelimleri olabilir.[11]

Birçok hasta için dini değerler maneviyatın önemli bir parçası olabilir. Farklı din ve kültürlerde hastalık, ölüm ve sonrası ile ilgili farklı manevi uygulamalar bulunmaktadır. Bazı toplumlar, hastalığı bir mükafat ve arınma süreci olduğunu düşünebilir. Bazı dinlerde ölümün bir son olmadığı ve ölümden sonra ruhun yaşamaya devam ettiği, ölümle birlikte farklı bir boyuta geçtiği düşünülmektedir. Tam tersi hastalığı bir ceza olarak da algılayabilir. Böyle durumda kendisine, çevresindeki insanlara, palyatif bakım ekibine ya da yaratan/üstün güce karşı öfke duyabilir.[11]

Hastalık sürecinde maneviyata yönelme;

- Bireyin kendini anlamasını sağlar,
- Hastada moral motivasyon kaynağı olabilir,
- Hastalıkla baş etme gücünü artırır,
- Ağrı ve diğer semptomların azalmasını,
- Kalan zamanın daha değerli kılınmasını,
- Yaşamını anlamlandırmasını,
- Ölüme karşı olumsuz düşüncelerin ortadan kalmasını,
- Hastalık ve ölümü kabul etmeyi sağlar ve böylelikle kişinin umudu arttırır,
- Zihin hastalıktan farklı konulara odaklanıp kaygı ve endişeyi azaltarak öz kontrolü arttırır,
- Sosyal yaşamı sürdürme ve kişinin farkındalık ve kendini anlamasını sağlar.
- Yaşam kaynağı sağlayan bir yaratıcıya olan inanç ile hastalığa karşı dayanma gücü artabilir
- Kişi dua ve ibadet ile hastalığın seyrini etkileyebileceğine inanabilir ve kendini daha güvenli, mutlu ve huzurlu hissedebilir.
- Hasta yakınları tarafından kabul görmek, yanlarında olduklarını hissetmek, önemsenmek ve kendisine dua edilmesi gibi manevi faaliyetlerde hastanın kendini iyi hissetmesini sağlayabilir.[12-14]

Ayrıca dini ritüellerin dışında geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları da manevi bakımda kullanılmaktadır. Hastalarda reiki, terapotik dokunma, yoga, farkındalık temelli stresi azaltma terapisi gibi uygulamaların yapılmasının psikospritüel iyilik halini arttırdığı bildirilmiştir.[6]

Palyatif bakım primer sağlık hizmeti sunumu sistemine dahil etmek oldukça önemlidir. Örneğin, bazı toplumlarda geleneksel şifacılar sağlık hizmetinin bir parçasını oluşturabilmektedir. Bazı durumlarda, bu şifacılara gerçekçi olmayan bir tedavi umuduyla aşırı güvenmek tıbbi tedavi için gecikmeye ve dolasıyla bu durum hastalığın ilerlemesine neden olabilmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmeti sağlayıcıları hastalar ve ailelerinin inanç ve kültürel uygulamalarını dikkate alarak geleneksel şifacılarla iş birliği içinde çalıştığında daha iyi sağlık sonuçları elde edilebilir.

Yas Sürecinde Maneviyat

Palyatif bakım hasta ve yakınlarındaki maneviyattaki artış sadece hastalık sürecinde değil ölüm sonrası yas sürecinde de hasta yakınlarında artmaktadır. Yas sürecinde sağlanan manevi desteğin hasta yakınlarının ölümü kabul etme sürecini kolaylaştırdığı, bu süreci daha kısa yaşadıkları ve daha kısa sürede iç huzuru yaşamaya başladıkları gözlenmiştir. Hasta yakınlarına ölüm ve yas sürecinde uygulanan manevi bakım dini ve kültürel uygulamalara göre değişiklik gösterebilir. Örneğin; bazı toplumlarda kişi evinde ölmeyi ve kendi mülklerine gömülmeyi isteyebilir. Ayrıca hasta yakınları manevi inançla beraber hasta ile gelecekte (ahirette) bir araya geleceğini, ya da ona yapılan dua ve bir takım dini uygulamalar ile hasta ile arasındaki bağın devam edeceğini düşünebilir. Bazı dinlerde ölümden sonra cenaze törenine katılmanın hastaya manevi olarak huzur sağlayacağını ifade etmektedir. Palyatif bakım hasta ve yakınlarında gözlenen maneviyattaki artış tam tersi şeklinde de olabilir. Örneğin hasta yakını, hastayı kaybetmenin Tanrı tarafından bir ceza olduğunu düşünebilir ve manevi olarak dini uygulamalardan uzaklaşabilir.[15,16]

Kişisel veya profesyonel olarak değer verdikleri birinin kaybını yaşayanlar için, yaşamın sonuna eşlik eden duygular, ırk, kültür ve dinler genelinde benzer olma eğilimindedir, ancak kayıpla başa çıkmak ve bu süreçte hasta yakınlarının verdiği tepkiler oldukça değişkendir.[15,16]

Palyatif Bakım Hemşiresi İçin Bakımda Maneviyatın Önemi

Palyatif bakım hemşireleri pozitif bakımı en üst düzeye çıkarmak için kültürel bir bağlamda maneviyatın temel bileşenlerini kabul etmeli ve anlamalıdır. Hemşireler, hastalık, ölüm ve yas sürecinde hasta ve yakınlarının gelenekleri, değer ve inançlarına, dini ritüellerine saygılı olmalıdır. Hasta ve ailesinin manevi ihtiyaçlarının kabul edilerek saygı duyulması, desteklenmesi ve uygulaması için uygun ortamın sağlanması ve gerekirse manevi bakım konusunda eğitim alması oldukça önemlidir. Hastanın palyatif bakım birimine yatırıldıktan kısa bir süre sonra hasta ve ailesi ile görüşerek, kültürel ve dini değerleri belirlenerek, manevi ihtiyaçları, istekleri açık uçlu sorular ile sorgulanmalıdır. Hastaya sorulan sorulara, yaşamın anlamı, hastalıkla mücadele etmede sosyal destek güçleri, maneviyatın önemi, tanımı, günlük yaşamda yaptığı dini ritüeller gibi informal sorular örnek verilebilir. Hemşire hastanın manevi değerlendirmesinde çeşitli ölçekleri de kullanabilir. Fakat maneviyat sadece bir araç ya da ölçekle değerlendirilemeyecek kadar geniş kapsamlıdır. Hemşireler hasta ve ailesinin içinde bulunduğu bu zorlu süreçte onlara samimi-aktif bir iletişim ile, sevgi, şefkat ve saygı ile yaklaşmalı, içlerindeki manevi gücün harekete geçmesini sağlayarak ve bunu günlük yaşamında entegre etmesi amaçlanmalıdır. Buna ilave olarak hastaların dini ve kültürel özelliklerini dikkate alması, manevi ihtiyacının değerlendirilmesi, gerekirse danışmanlık ya da manevi uygulamalar ile yardım ederek manevi açıdan daha huzurlu hissetmeleri sağlanmalıdır. Günlük pratikte hemşireler, manevi bakımı; zaman sorunu, yetersiz iş gücü, çalışma koşullarının uygun olmaması, beceri eksikliği, eğitim eksiliği, hasta ve ailesinin iletişime kapalı olması, bireysel ve kültürel farklılıkların olması gibi pek çok faktörün etkisiyle sunamayabilir. Bu durumda hasta ve ailesi bir uzmana yönlendirmesi uygun olabilir. Ülkemizde bu konuda son yıllarda giderek yaygın hale gelen palyatif bakım merkezlerinde manevi bakım uzmanları yer almaktadır. Sonuç olarak palyatif bakım hastalarında manevi bakım ile hastaların yaşam ve bakım kalitesinin artması, iç huzur bulmaları hasta memnuniyeti ve güvende artış önemlidir. Hasta/ailesine uygulanan doğru manevi yaklaşım, yaşamında olumlu ve kalıcı değişimlere yol açabilir.[2,17-20]

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkarlar çatışması bildirmemiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The authors declares that there are no competing interests

Kaynaklar

1. Clark D. Cultural considerations in planning palliative and end of life care. *Palliat Med*. 2012;26(3):195-196. [Crossref]
2. Long CO. Cultural and spiritual considerations in palliative care. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2011;33(SUPPL. 2):96-101. [Crossref]
3. Cain CL, Surbone A, Elk R, Kagawa-Singer M. Culture and Palliative Care: Preferences, Communication, Meaning, and Mutual Decision Making. *J Pain Symptom Manage* 2018;55(5):1408-1419. [Crossref]
4. Linda L. Emanuel S., Lawrence L. Palliative Care-Core Skills And Clinical Competencies. Saunders 2007.
5. Venkatasalu MR, Seymour JE, Arthur A. Dying at home: A qualitative study of the perspectives of older South Asians living in the United Kingdom. *Palliat Med*. 2014 Mar 9 28(3):264-272. [Crossref]
6. Abudari G, Hazeim H, Ginete G. Caring for terminally ill Muslim patients: Lived experiences of non-Muslim nurses. *Palliat Support Care* 2016;14(6):599-611. [Crossref]
7. Chen CH, Tang ST, Chen CH. Meta-analysis of cultural differences in Western and Asian patient-perceived barriers to managing cancer pain. *Palliat Med* 2012;26(3):206-221. [Crossref]
8. Mo HN, Shin DW, Woo JH, Choi JY, Kang J, Baik YJ, et al. Is patient autonomy a critical determinant of quality of life in Korea? End-of-life decision making from the perspective of the patient. *Palliat Med*. 2012;26(3):222-231. [Crossref]
9. MEYDANLIOĞLU A. Kültürogram Kullanılarak Bir Ailenin Kültüre Duyarlı Hemşirelik Girişimlerinin Planlanması: Olgu Sunumu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg*. 2019;(July 2019):132-140. [Crossref]
10. Singleton C. Palliative Care Nursing: Principles and Evidence for Practice - Second editionPalliative Care Nursing: Principles and Evidence for Practice - Second edition. *Nurs Stand*. 2009;23(28):30. [Crossref]
11. Weber SR, Pargament KI, Kunik ME, Lomax JW, Stanley MA. Psychological distress among religious nonbelievers: a systematic review. *J Relig Health* 2012;51(1):72-86. [Crossref]

12. Bölüktaş RP. Palyatif Bakım Hastalarında Manevi Bakım. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2018;6(13):51-72.
13. Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, et al. The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy. *J Support Oncol*. 2012 Mar;10(2):81-87. [Crossref]
14. Buckley J, de Vries K, Free A, Herth K, Price M, Thomas K. Palliative Care: An Integrated Approach. *Palliat Care An Integr Approach*. 2009;1-331. [Crossref]
15. Kongsuwan W, Chaipetch O, Matchim Y. Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nurs Crit Care* 2012;17(3):151-159. [Crossref]
16. Davidson JE, Boyer ML, Casey D, Matzel SC, Walden CD. Gap analysis of cultural and religious needs of hospitalized patients. *Crit Care Nurs Q* 2008;31(2):119-126. [Crossref]
17. Akpinar YY, Aştı N. Hemşirelikte Önemi Spırıtualıty, Spırıtual Care And The Importance Of Spırıtual Care In Nursıng. YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2021;2(3).
18. Drisdom S. Barriers to Using Palliative Care: Insight Into African American Culture. *Clinical Journal of Oncology Nursing*.2013;17(4). [Crossref]
19. Holtslander L, Peacock S, Jill B. Hospice Palliative Home Care and Bereavement Support. *Hospice Palliative Home Care and Bereavement Support*. 2019. [Crossref]
20. Best M, Butow P, Olver I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. *Palliat Med*. 2016;30(4):327-337. [Crossref]


IUC
UNIVERSITY
PRESS