

# Palyatif Bakıma Güncel Bir Bakış: Palyatif Psikiyatri

## A Current Overview Of Palliative Care: Palliative Psychiatry

Emel Erdeniz Güreş<sup>1</sup>, Azize Atlı Özbaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doktora Öğrencisi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye  
Arastırma Görevlisi, Uskudar Üniversitesi Hemşirelik Bölümü, Umraniye, Türkiye,  
<https://orcid.org/0000-0003-3949-2770>

<sup>2</sup>Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye,  
<https://orcid.org/0000-0001-7614-6354>

### ÖZET

Palyatif psikiyatri, yaşamı tehdit eden ciddi ruhsal hastalıklar ile ilişkili fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal sorunlarla karşılaşıldığında, zamanında değerlendirme ve tedavi yoluyla acıların önlenmesine ve/veya hafifletilmesine çalışarak, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştirmeyi hedefleyen bir yaklaşımdır. Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlık hizmetine erişimde dezavantajlı bir grup olmaları, genel nüfusla karşılaştırıldıklarında tedavi edilmesi güç fiziksel hastalıkların oranının bu popülasyonda oldukça yüksek olması ve fiziksel hastalıklarının daha geç teşhis edilip tedaviye uyumlarının daha zor olması bu özel grubun düşük yaşam kalitesi ile yaşamlarını sürdürmesi ve 15-20 yıl daha erken yaşta ölümü ile sonuçlanmaktadır. Bu durum ve ciddi ruhsal hastalıkların hem aile hem de topluma yükü göz önünde bulundurulduğunda, palyatif bakıma duyulan ihtiyaç açıkça görülmektedir. Ancak, psikiyatrik hastalığı olan bireylerin palyatif bakım ihtiyacı arka planda kalmış, ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin palyatif bakım ihtiyacının tartışma konusu olması yirmi birinci yüzyılın başlarında mümkün olabilmiştir. Bu çalışma ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin ülkemizdeki ve dünyadaki palyatif bakım hizmetlerinden yararlanma noktasında nerede olduğumuz konusunda farkındalık kazandırmak, hasta savunuculuğu rolü ön planda olan psikiyatri hemşirelerinin psikiyatrik palyatif bakımdaki rolüne dikkat çekmek amacıyla yazılmıştır. Psikiyatri hemşireleri, psikiyatrik palyatif bakım alanı ile ülkemizde ciddi bir boşluk olduğunu fark etmeli ve bu alanda çalışmalara ağırlık vermelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, palyatif bakım, ruhsal hastalık

### SUMMARY

Palliative psychiatry is an approach that aims to improve the quality of life of patients and their families by trying to prevent or alleviate suffering through timely evaluation and treatment when faced with physical, mental, social, and spiritual problems associated with serious life-threatening mental illnesses. The fact that individuals with serious mental illness are a disadvantaged group in accessing health services, the rate of physical diseases that are difficult to treat compared to the general population is quite high in this population, their physical diseases are diagnosed later and their compliance with treatment is more difficult, this special group continues to live with a low quality of life and it results in death at an earlier age of 15-20 years. Therefore, considering the burden of serious mental illness on both the family and society, it is clear that palliative care is needed. However, the need for palliative care for individuals with psychiatric illnesses remained in the background, and discussion of the need for palliative care became possible at the beginning of the 21. century. This study was written to raise awareness about where we are in benefiting from palliative care services in our country and in the world and to draw attention to the role of psychiatric nurses, whose role in patient advocacy is at the forefront, in psychiatric palliative care. Psychiatric nurses should realize that there is a serious gap in the field of psychiatric palliative care in our country and should focus on studies in this field.

**Key Words:** Nursing, palliative care, mental illness

**DOI:** 10.5505/kpd.2023.60252

**Cite this article as:** Erdeniz Güreş E, Atlı Özbaş A. A Current Overview Of Palliative Care: Palliative Psychiatry. Turkish J Clin Psych 2023; 26: 219-226

**Makalenin geliş tarihi:** 24.08.2022, **Yayına kabul tarihi:** 05.11.2022

Klinik Psikiyatri 2023; 26:219-226

## GİRİŞ

Palyatif bakım, orta çağ' dan beri var olan hospis kavramının bir uzantısı olarak 1950'li yıllarda ortaya çıkmıştır. Hospisler, 19. yüzyılın ortalarında, büyük ölçüde dini tarikatlar tarafından işletilen, "tedavi edilemez" ölümcül hastaların bakım ve yoksulların barınma yerleri" olarak işlev görmüş (1), hizmet ettiği gruba yönelik modern sağlık hizmetlerine ulaşmada da önemli bir basamak olmuştur. Kuruluş aşamasında din görevlileri, ilerleyen süreçte de sağlık çalışanları hospis ortamlarında, ölmekte olan hastalarla çalışmış ve ölüm sürecine yönelik ciddi bilgiler elde etmiştir. İlerleyen süreçte hasta ve yakınlarının karşılanmamış ihtiyaçlarına dair farkındalık artmış, ağrı ve semptom yönetimi ilgi odağı olmuş, bireyin acı çekmesini azaltmak, hastanın yanı sıra ailesinin de duygusal, psikososyal ve ruhsal gereksinimlerini karşılamak temel hedef haline gelmiştir. Geleneksel olarak, kanser tanılı bireylere yönelik hizmetleri içeren palyatif bakım, giderek artan bir şekilde, AIDS ve multipl skleroz da başta olmak üzere nörolojik bozukluklar ve ilerleyici kronik hastalığı olan bireyleri de kapsamış (2), holistik ve hümanistik yaklaşım palyatif bakım uygulamalarının temeli haline gelmiştir (3).

Palyatif bakım sağlayıcıları, başlangıçta yaşam sonu bakıma odaklıyken zamanla fiziksel, psikososyal veya ruhsal, ağrı ve diğer sorunların erken teşhisi, doğru değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla ıstırapı önleme, konforu sağlama ve yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştirilmeyi hedeflemiştir (2). Günümüzde palyatif bakım, kanser veya kalp yetmezliği gibi ileri ve ciddi hastalıkları olan bireyler için bir bakım standardı haline gelmiş, tedavi edici bakımın tamamlayıcısı olarak kabul edilmiştir. Geleneksel anlayıştan uzaklaşarak, tanı evresinden başlayarak ölüm, ölüm sonrası ve ailenin yas sürecini de ele alan, kişiselleştirilmiş, ileri düzey uygulamaları da içeren, tedavi edici bakıma eş zamanlı olarak yürütülen, palyatif bakım modelleri ortaya çıkmaya başlamıştır (4).

Kapsamlı palyatif bakım hizmetlerinin hastaya, sağlık profesyoneline, kuruma ve sağlık sistemine yansıyan sonuçları çarpıcıdır. Palyatif bakım hem aile hem de hastanın süreci kabullenmesini kolaylaştırır, yaşam kalitesini, iyilik halini, hayatta

kalma süresini arttırır, hasta ve aile yas sürecine hazırlar, yası yönetir ve danışmanlık sağlar (2,4,5). Bireyin, ailenin ve sağlık profesyonelinin bakım memnuniyetini artırır, kurum bakımına gereksinimi, sağlık kurumuna tekrarlı başvuruları ve tekrarlı yatışları ve bakım maliyetlerini azaltır (4, 6-9).

Bu derleme, palyatif bakım hizmetinin ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler için de önemli ve gerekli bir hizmet olduğuna dikkat çekmek, uluslararası literatürde oldukça yeni olan palyatif psikiyatri kavramını ulusal boyutta da tartışmaya açmak amacıyla yazılmıştır. Özü bakım olan bir mesleğini icra eden hemşirelerin, psikiyatrik anlık bakıma ilgi duymasının ve bu alanda sorumluluk üstlenmesi önemlidir. Palyatif psikiyatrik bakım ile çeşitli açılardan dezavantajlı bir popülasyon olarak kabul edilen ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin, bütüncü ve bireyselleştirilmiş bakıma erişimde karşılaştıkları sorunların aşılmasına katkı sağlanabileceği düşünülmektedir.

## Psikiyatri Hizmetlerinde Palyatif Bakım

Sağlık bakım hizmetlerinin tüm paydaşları açısından bu denli önemli ve faydalı olan palyatif bakım uygulamalarının hedef gruplarının; kardiyovasküler hastalıklar (%38,5), kanser (%34), kronik solunum yolu hastalıkları (%10,3), AIDS (%5,7) ve diyabet (%4,6) gibi kronik hastalıklara sahip bireyler ve aileleri olduğu görülmektedir (10). Ancak, güncel perspektiften bakıldığında; ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler içinde palyatif bakım kavramının tartışılmaya başladığı, "palyatif psikiyatri" kavramının gündeme geldiği görülmektedir (5, 11, 12). Aslına bakılırsa, psikiyatrik bakım ve tedavi, palyatif bakım kavramının ilk ortaya çıkışından beri palyatif bakım uygulamalarına eşlik etmiştir. Ancak psikiyatrik hastalığı olan bireylerin palyatif bakım ihtiyacının tartışma konusu olması yirmi birinci yüzyılın başlarında mümkün olabilmiştir (13).

Ciddi kronik ruhsal hastalıklar hem hasta hem aile hem de topluma yükü göz önünde bulundurulduğunda, kişiye özel palyatif bakıma duyulan ihtiyaç açıkça görülmektedir. Bütüncül, hümanistik ve kişiselleştirilmiş bakım felsefesinden beslenen, pek çok kronik hastalıkta bakım standardının bir parçası haline gelen palyatif bakım uygulamalarından, kronik ruhsal bozukluğu olan birey ve ailelerinin de fayda göreceği aşikardır (5, 12). Ancak ciddi kronik ruhsal hastalığı olan

bireylere yönelik palyatif bakım uygulamalarının oldukça yeni ve sınırlı olması dikkat çekicidir.

Ciddi kronik ruhsal hastalığı olan bireyler, bilişsel yıkım, inatçı belirtiler, hastalığa ve tedaviye bağlı ortaya çıkan semptomlar nedeniyle ciddi düzeyde yeti yitimi yaşarlar ve bu durum sosyal işlevsellikte bozulma, eğitim ve istihdam sorunları gibi yaşamın birçok alanında uzun süreli bozulmalara yol açar (14,15) Bu popülasyonun %10'unu uzun vadede bakıma ihtiyaç duyar ve genellikle bu bakım aile bireyleri tarafından karşılanır (16). Günümüzde toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin bir yansıması olarak bireyin bakım sürecinde aile ve bakım vericilerine hazır olmasalar da daha fazla sorumluluk yüklenir (17). Dolayısıyla ciddi ruhsal bozukluklar hem hasta hem aile hem de topluma da ciddi yük oluşturur (16).

Genetik yatkınlık, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, psikotrop ilaçların yan etkileri nedeniyle de bu bireyler, kardiyovasküler hastalıklar, neoplazmalar, solunum hastalıkları, hepatit, karaciğer sirozu, metabolik sendrom ve AIDS gibi ciddi sağlık sorunları açısından da yüksek risk taşırlar (18). Genel popülasyonla karşılaştırıldığında, neoplazmalar, kardiyovasküler, solunum ve gastrointestinal hastalıklardan ölüm riskleri yüksek olan bu hasta grubunun (15,19,20) eş tanıli hastalıklar nedeniyle ölüm oranı normal popülasyonun en az iki katıdır (15). Tüm bunlara ek olarak, açıklanamayan yaralanma, intihar ve cinayet olayları da bu popülasyonun karşı karşıya olduğu sağlık ve güvenlik riskleridir (21). Özetle, ciddi ruhsal hastalıkları olan bireyler, çeşitli nedenlere bağlı olarak, 3,7 kat yüksek ölüm oranına sahiptir (22,23), çok sayıda eş tanıları nedeniyle daha kısa yaşar ve genel popülasyona kıyasla 15-25 yıl önce ölürlar.

Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin özelleşmiş sağlık gereksinimleri açıkça ortada olsa da bilişsel sorunlar, bozulmuş sosyal beceriler, yeti yitimi ve yetersiz destek sistemleri nedeniyle, modern çağın karmaşık sağlık sistemi içinde gerekli klinik bakıma erişim ve faydalanmada hâlihazırda dezavantajlı bir gruptur. Sağlık taramalarına katılma, yardım arama, tedavi ve bakıma ulaşma konusunda karşı karşıya kaldığı eşitsizlik durumu, palyatif bakıma erişme konusun da söz konusudur (11,14).

Palyatif bakım hizmetlerinin kronik fiziksel hastalığı olan bireylere yönelik olarak planlanması

ve değerlendirilmesine yönelik çalışmalar bulunmaktadır (24). Ancak ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin palyatif bakıma erişimi konusunda sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu alandaki literatür, ruhsal hastalığı olan bireylerin; yaşamların son aylarından daha az palyatif bakım hizmetlerine erişebildiği, daha fazla acil servis hizmetine ihtiyaç duydukları; daha fazla psikiyatrik hastane yatışı yapıldığı ve çok azının palyatif bakım konsültasyonu aldığını ortaya koymuştur (24-29). Damgalama, hizmet süreçlerindeki kötü deneyimleri, fiziksel semptomların psikiyatrik bozukluğa atfedilmesi ve ruh sağlığı profesyonellerinin bireyleri diğer uygun hizmetlere ne zaman nasıl sevk edecekleri konusundaki bilgi eksiklikleri ve deneyim yetersizliği oldukça incinebilir bir grup olan psikiyatri hastalarının palyatif bakıma erişmesi önünde engel teşkil etmektedir (11).

Palyatif psikiyatrinin amacı savunmasız bir popülasyon oldukları bilinen ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmektir (5, 24). Ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler; hasta ve ailenin otonomisini göz ardı eden, iletişimin yetersiz olduğu durumları refere eden terapötik ihmal (5,9,24) ve/veya çoklu acil servis müdahaleleri, acil servis yatışları, klinik yatışları, yoğun bakım tedavileri, hastanede uzun kalışlar gibi aşırı agresif bakım riski ile karşı karşıyadır. Dolayısıyla, palyatif psikiyatri yaklaşımı bu hastaların alacağı bakım kalitesini, otonomisini ve özerkliğini iyileştirme potansiyeline sahiptir (5). Psikiyatride klinik ve kişisel olmak üzere iki iyileşme kavramı vardır. Klinik iyileşme hastalık semptomlarında ve yeti kaybında azalma, uzun dönem az ya da hiç nüks olmadan mental stabilite ve psikososyal işlevselliğin geliştirilmesini hedefler (30, 31). Kişisel yönden iyileşme ise bireylerde akran desteği, destekli istihdam, barınma ve ortak karar verme yoluyla bireylerin kişisel gelişim, büyüme, bağımsızlığını yeniden kazanma, yaşamdan anlam çıkarma sürecini teşvik etmeye odaklanmaktadır (31, 32). Palyatif psikiyatri bu her iki iyileşme türünü de özünde barındırarak, bireyi kendi kaderini tayin etme, özerklik, onur ve kabul yoluyla bireysel yaşam hedeflerine ulaşmada destekler. Bununla birlikte, palyatif psikiyatrinin hastalık sürecinde önleme, iyileştirme, rehabilitasyon veya iyileşmeye yönelik diğer yaklaşımlarla bağlantılı olarak işlev göstermeyi hedefler (30,32).

Trachsel (2019), palyatif psikiyatrinin kapsamını şu

şekilde belirtmektedir (13):

- Rahatsız edici ruhsal belirtilerle baş etmede ve bunları kabul etmede bireye destek sağlamak,
- Ciddi ruhsal hastalıkların yaşam boyu devam ettiğini kabul ederek, yaşam kalitesini iyileştirmeye odaklanmak,
- Bireyin ölümünü ne hızlandırmak ne de yavaşlatmak,
- Hasta bakımının fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal yönlerini bütünleştirmek,
- Hastaların, aile üyelerinin başa çıkmalarına yardımcı olacak ekip destek sistemi sunmak,
- Hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için bir ekip yaklaşımı kullanmak,
- Bireyin yaşam kalitesini artırarak, ciddi ruhsal hastalığın gidişatını olumlu yönde etkilemek,
- Önleme, iyileştirme, rehabilitasyon veya iyileşmeyi diğer terapilerle destekleyerek uygulanabilir kılmak.

Ciddi ruhsal hastalıkların çoğu relapslarla birlikte kronik bir seyir izlemektedir. Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerdeki komorbiditeler ve yüksek mortalite oranları da bilinmektedir (19, 33). Bu sonuçlar, ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde önceliğin hastalıkla savaşmayı değil, hastalık semptomlarının ve azalmış işlevselliğin optimal yönetimini gerektirmektedir. Bu açıdan bakıldığında aslında psikiyatrik tedavilerle palyatif bakımın ortak bir tabanı olduğu görülmektedir (5). Klozapine dirençli şizofreni hastaları için uzun süreli psikiyatrik yatılı bakım (34); istemsiz yeniden beslenme döngülerinin devamı ile tekrar hastaneye yatışlardan vazgeçme kararının verildiği şiddetli kalıcı anoreksiya nervoza (35); ölüme yakın hastalarda anksiyeteyi yatıştırmak için tercih edilen sedasyon uygulaması (36) örneklerinde olduğu gibi, remisyondan ziyade yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan müdahalelerin çoğu palyatif bakım uygulamaları olarak kabul edilebilir.

Literatürde yer alan psikiyatrik palyatif bakım uygulamalarına yönelik öneriler ise aşağıdaki gibi sıralanabilir (21,28,33,37-39).

#### *Hastaya yönelik*

- Psikotik semptomların olması durumunda hastaların psikiyatrik ilaçlarını gerektiği gibi

sürdürmesi sağlamak (ilaç-ilaç etkileşimlerini izlemek, ilaç etkileri ve yan etkileri gözlemlemek(28, 40);

- Bilişsel semptomların olması durumunda bireylerin karar verme kapasiteleri değişken olabileceği için bireye özgü değerlendirme yapmak (33,37),

- Negatif belirtilerin olması durumunda bakım vericileri bu konuda bilgilendirmek, algılanan ilgisizlikle ilgili yanlış varsayımlar yapılmasının önüne geçilmesi için çalışmak (28,33,38).

#### *Toplumsal hizmetlere yönelik*

- Palyatif bakımdan faydalanmayı engelleyebilecek, barınma sorunu ve sosyal izolasyon gibi sorunların aşılmasına yönelik çalışmalar yürütmek (21),

- Ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum ruh sağlığı gibi merkezlere erişimini artıracak müdahaleler geliştirmek (21),

#### *Sağlık sistemine yönelik*

- Uzmanlıklar arasındaki iletişimi kolaylaştırmak (39),

- Hizmeti hastanın hem psikiyatrik hem de tıbbi bakım ihtiyaçlarına göre uyarlanmasını teşvik etmek (21),

- Psikiyatri ve tıbbi ekiplerin, ciddi ruhsal hastalığı olan birey ve aileye bakım ve tedavi verme konusundaki endişelerini gidermek (39),

- Ruh sağlığı profesyonelleri ile tıbbi ekipler arasında çapraz eğitimler sağlamak (örneğin fiziksel hastalığa ait semptomların ruhsal hastalık semptomuna atfedilmesinin önüne geçilmesine çalışılması vb.) (21),

- Eş tanımlı hastalıkları nedeniyle gözden kaçabilecek ilerleyici hastalıkların tespiti için, bu popülasyon ile teması olan birimler ile, tarama hizmetlerinin entegre edilmesini sağlayacak çalışmalar yürütmek (24, 40),

- Ruh sağlığı ekibi ve tıbbi ekibinin palyatif bakım konusunda farkındalığını artırmak, bu konuda tartışmalar yapabilecekleri ortak bir zemin oluşturulmasını sağlamak (21,41,42,43).

Psikiyatrik bakım ve tedavi ortamlarında palyatif bakım, ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin önemli bir kısmı için fayda sağlayabilecek niteliktedir. Psikiyatrik palyatif bakımı oldukça yeni olarak

kabul edilebilecek bir alan olması nedeniyle de alan yazının sınırlı düzeydedir. Literatürde şizofreni, beslenme ve yeme bozuklukları, nörobilişsel bozukluklar, bipolar bozukluk ve depresyon gibi kronik ruhsal hastalıklara yönelik palyatif psikiyatrik bakımı inceleyen çalışmalar yer almaktadır. Ancak, bu hastalıklar dışında kanıt oluşturacak nitelikte literatüre rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu çalışmada palyatif psikiyatrik bakım şizofreni, beslenme ve yeme bozuklukları ve nörobilişsel bozukluklarla sınırlı olacak şekilde ele alınmıştır.

### Türkiye’de Psikiyatrik Palyatif Bakım

Palyatif bakım Türkiye’de nispeten yeni bir ilgi alanıdır. Tarihsel olarak palyatif bakımı geliştirme çalışmaları 2000’lerin sonlarında başlamış, 2008 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Kontrol Daire Başkanlığı Ulusal Palyatif Bakım Programı’nı uygulamaya koymuştur. Program adından anlaşılacağı üzere Palyatif bakımda, kanser hasta ve yakınlarına odaklanılmıştır. Palyatif bakıma yönelik yasal düzenleme kapsamında ise “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” si olarak 09.10.2014 tarihli ve 640 sayı ile yürürlüğe girmiştir (44). Palyatif bakım, bilim insanları ve hemşireler arasında da oldukça ilgi çekmiş ve ulusal bazda hatırı sayılır ölçüde çalışma yapılmıştır (4,6,9). Ancak, yapılan çalışmalarda daha çok kanser hastalarına ve semptom kontrolüne odaklanılmıştır (30-35). Palyatif bakım kavramına daha geniş açıdan baktığımızda ulusal çerçevede hem akademik hem de klinik alanda palyatif bakım hizmetlerinin daha geniş perspektifte değerlendirilmesi, kanser dışındaki kronik hastalıkları ve ciddi ruhsal hastalıkları da içermesi, bireylerin ve ailelerinin hastalık başladığı andan itibaren fiziksel, ruhsal, psikososyal açıdan ele alınması gerektiği söylenebilir.

**Şizofreni Açılımı Kapsamında Psikozla Gider Diğer Bozukluklar:** Tedaviye dirençli şizofreni hastalarının sayısı dünya çapında 24 milyon kişiye denk gelmektedir (13). Bu rakamlar şizofreni hastalığı olan bireylerin uluslar içerisinde ne kadar büyük bir yüzdeye sahip olduğunu göstermektedir. Şizofreni hastalığın doğasından kaynaklanan pozitif, negatif ve bilişsel belirtiler, kronik eğilimi nedeniyle en fazla yeti yitimlerinin görüldüğü ruhsal hastalıklar arasında yer almakta (29) ancak palyatif bakım alabilme ihtimalinin diğer fiziksel hastalığı olan bireylere oranla daha az olduğu bilinmektedir (28).

Şizofreni hastalarının palyatif bakım almasının önündeki engeller ise iletişim güçlükleri, bilişsel yıkım, iç görü eksikliği, sanrılar gibi hastalığa ait faktörler, sağlık profesyonellerinin şizofreni hastalarına nasıl palyatif bakım vereceklerini bilmemesi, psikiyatri servisinde hizmet alan bireyler için palyatif konsültasyon isteme prosedürlerinin olmayışı, hastalığın ilerleyen evrelerinde bu engellerin çok daha güçleniyor olması, sosyal kaynaklarının yetersiz olması gibi nedenler olarak gösterilmektedir (21, 36).

Şizofreni hastalarının palyatif bakımına yönelik öneriler ise;

- Bireyin işlevselliğini arttırmaya yönelik girişimler planlanması,
- Bireylerde komorbid hastalıkların ortaya çıkmasını önleyici müdahaleler,
- Bu popülasyonun erken tarama sistemlerine dahil edilmesi,
- Fiziksel semptomlarının ruhsal semptomlarla karıştırılmasının önüne geçilmesi için bireye özgü kapsamlı değerlendirmelerin yapılması,
- Bireylerin sağlık arama davranışlarının cesaretlendirilmesi, damgalanma, içsel damgalama gibi engellerle mücadele edilmesi,
- Sosyal kaynakların artırılmasını hedefleyen çalışmaların yürütülmesi,
- Ağrı ve diğer semptomlarının erken fark edilmesi, değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi yoluyla yaşam kalitesinin artırılması,
- Ailenin psikososyal yönden değerlendirilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması (tükenmişlik, stres, duygusal sorunlar, fiziksel hastalıklar vb.),
- Remisyon döneminde bireyin yaşam sonu bakımla ilgili kararlarının ne olduğunun anlaşılması,
- Yaşam sonu bakım,
- Yas danışmanlığı (35).

**Beslenme ve Yeme Bozuklukları:** Dünya’da küresel olarak yeme bozukluklarının (anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkmircasına yeme bozukluğu) her 6 kadından birini ve her 40 erkekten birini etkilediği bilinmektedir (35). Yeme bozuklukları, başlangıç aşamasında fark edilip tedavi edilmediğinde ölümcül fiziksel yıkımları olan,

yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellikte düşme ile karakterize ciddi bir ruhsal hastalıktır (38). Yeme bozuklarının en sık görülen türü olan Anoreksiya Nervosa (AN) ve Bulimia Nervosa da (BN) iyileşmenin tanı konulduktan sonra genellikle ilk 12 yıl içerisinde söz konusu olduğu, hastalıkla geçen süre ilerledikçe iyileşme ihtimalinin gittikçe azaldığı kronik hastalıklardır. Anoreksiya Nervosa için kapsamlı, hasta merkezli, hastanın sadece hastanede değil, herhangi bir yerde bakımını talep edebilme hakkının gözetilerek hastada ortada çıkacak yıkımı azaltıcı bir palyatif bakım yaklaşımı benimsenmektedir (35).

Yeme bozukluğu olan hastanın palyatif bakımına yönelik öneriler ise;

- Semptom yönetiminin sağlanması,
- Yaşam kalitesini yükseltmeye hizmet eden girişimlerin uygulanması,
- Aile ilişkilerinin güçlendirilmesi,
- Onur ve mahremiyetinin korunması,
- Bireyin engellilik derecesi dikkate alınarak toplum içinde yapabileceği aktivitelerin desteklenmesi,
- Bireyin kendi kararlarını verebildiği destekleyici ortam sağlanması,
- İhtiyaç duyduğu anlarda duygusal veya manevi desteğin sağlanması,
- Bireyin yaşam sonu bakımla ilgili isteklerinin öğrenilmesi ve buna saygı gösterilmesi (35).

**Nörobilişsel Bozukluklar:** Tüm nörobilişsel hastalık literatürüne benzer şekilde palyatif bakımda da daha çok Alzheimer hastalığına odaklanılmaktadır (43). Alzheimer hastalığı ve buna bağlı geri dönüşü olmayan bilişsel yıkım bireyin bağımsız yaşama becerisini elinden aldığı için birey, aile ve toplumu fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak birçok açıdan olumsuz etkileyen bir hastalıktır (42, 43). Hastalığın erken evresi ile geç evresi arasındaki süreçte bireyin tedavi ve bakım ihtiyaçları çok değişkendir (43). Demans yaşayan bireyler için palyatif bakım; hastalığın erken evresinde tedavi edilerek yaşamın uzatılmasını, sonraki evrede de bireyin rahatlatılmasını hedefleyerek yaşam kalitesinin artırılmasını ve onurlu bir ölüm için destek sağlanmasını içerir. Demans hastalığında palyatif bakımın hedefleri bireyin mevcut fonksiyonlarının sürdürülmesinin sağlanması, konforunun

arttırılması ve yaşamın devam etmesidir (42,43).

Nörobilişsel Bozukluğu olan hastanın palyatif bakımına yönelik öneriler ise;

- Hastalığın erken evresinde fark edilmesi,
- Bireyin konforunun arttırılmaya çalışılması,
- İşlevselliğinin korunması ya da daha da iyileştirilmeye çalışılması,
- Sosyal kaynaklarının arttırılması,
- Bireyin bakımına, aile ve bakım vericilerin dahil edilmesi (42)
- Bakım vericilerin yaşadığı psikososyal sorunların ele alınması,
- Bireyin hastalığın erken evrelerinde yaşam sonu bakım kararlarının gözden geçirilmesi ve buna saygı gösterilmesidir (43).

### Sonuç ve Öneriler

Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerdeki yüksek orandaki ancak tedavi edilebilir eş tanımlı hastalıkların neden olduğu acılar ve kısalan yaşam süresi, bu bireylerin neden kapsamlı palyatif bakım hizmetine dahil edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Tüm ruh sağlığı profesyonelleri ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin palyatif bakım ihtiyacı konusunda hemfikir olmak durumundadır. Bakımın bütüncül ve trans-kültürel yapısı, sağlık sistemi ve içinde yaşanılan topluma uygunluğunun ve kabul edilebilirliğinin önemi gibi nedenlerle, bu alanda yapılacak ulusal çalışmalara gereksinim vardır.

Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin savunucusu rolünde olan psikiyatri hemşireleri psikiyatrik palyatif bakım alanı ile ülkemizde ciddi bir boşluk olduğunu fark etmeli ve bu alanda çalışmalara ağırlık vermelidir. Bu dezavantajlı popülasyon için mevcut sorunları tanımlamaya yardımcı olacak metodolojik olarak nitelikli çalışmaların ortaya konulmasında öncü rol oynamak psikiyatri hemşirelerinin sorumluluğudur.

---

Yazışma Adresi: Doktora Öğrencisi Emel Erdeniz Güreş, Saray Mahallesi Siteyolu Cd. No: 10-13 Ümraniye / İstanbul / Türkiye  
İstanbul - Türkiye, emelerdenizz@gmail.com

---

## KAYNAKLAR

1. Lewis MJ. *Medicine and care of the dying: a modern history*: Oxford University Press, USA; 2007.
2. WHO. 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>].
3. Brooksbank M. Palliative care: Where have we come from and where are we going? *Pain* 2009;144(3):233-5.
4. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, Dionne-Odom JN, Frost J, Dragnev KH, Hegel MT, Azuero A, Ahles TA. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2015 May 1;33(13):1438-45.
5. Trachsel M, Irwin SA, Biller-Andorno N, Hoff P, Riese F. Palliative psychiatry for severe persistent mental illness as a new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits, and risks. *BMC Psychiatry* 2016;16(1):1-6.
6. Lustbader D, Mudra M, Romano C, Lukoski E, Chang A, Mittelberger J, Scherr T, Cooper D. The Impact of a Home-Based Palliative Care Program in an Accountable Care Organization. *J Palliat Med*. 2017 Jan;20(1):23-28.
7. Bagcivan G, Dionne-Odom JN, Frost J, Plunkett M, Stephens LA, Bishop P, Taylor RA, Li Z, Tucker R, Bakitas M. What happens during early outpatient palliative care consultations for persons with newly diagnosed advanced cancer? A qualitative analysis of provider documentation. *Palliat Med*. 2018 Jan;32(1):59-68.
8. Aziz NM, Miller JL, Curtis JR. Palliative and end-of-life care research: embracing new opportunities. *Nursing Outlook* 2012;60(6):384-90.
9. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliative Medicine* 2014;28(2):130-50.
10. Del Fabbro, E., Wienczek, C., Cassel, J. B., & Coyne, P. PC Unit Has Greater Cost Impact and More Rapid Discharge than Consultation Only (FR432-C). *Journal of Pain and Symptom Management* 2014;47(2), 440.
11. Woods A, Willison K, Kington C, Gavin A. Palliative care for people with severe persistent mental illness: a review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2008;53(11):725-
12. Foti MEG. Handbook of psychiatry in palliative medicine. *Psychiatric Services* 2001;52(8):1112-.
13. Trachsel M, Hodel MA, Irwin SA, Hoff P, Biller-Andorno N, Riese F. Acceptability of palliative care approaches for patients with severe and persistent mental illness: a survey of psychiatrists in Switzerland. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):1-9.
14. Knapik GP, Graor CH. Engaging persons with severe persistent mental illness into primary care. *The Journal for Nurse Practitioners* 2013;9(5):283-7.
15. Daré LO, Bruand PE, Gérard D, Marin B, Lameyre V, Boumédiène F, Preux PM. Co-morbidities of mental disorders and chronic physical diseases in developing and emerging countries: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2019 Mar 13;19(1):304
16. Yıldırım S, Yalçın N, Güler C. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Bakımveren Yükü: SistematiK Derleme. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Derneği* 2017;8(3).
17. Ayhan MG, Köse A, Ercan SK, Bozdoğan ŞY, Özayhan HY, Eren İ. Toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinden yararlanan şizofreni tanılı hastaların yakınlarındaki bakım yükü: karşılaştırmalı bir çalışma. *Cukurova Medical Journal* 2019;44:92-9.
18. DE Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, Detraux J, Gautam S, Möller HJ, Ndeti DM, Newcomer JW, Uwakwe R, Leucht S. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011 Feb;10(1):52-77.
19. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *American Journal of Psychiatry* 2013;170(3):324-33.
20. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry* 2013;70(9):931-9.
21. Shalev D, Fields L, Shapiro PA. End-of-life care in individuals with serious mental illness. *Psychosomatics* 2020;61(5):428-35.
22. Ward MC, Druss BG. Reverse integration initiatives for individuals with serious mental illness. *Focus* 2017;15(3):271-8.
23. Olsson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015;72(12):1172-81.
24. Huang H-K, Wang Y-W, Hsieh J-G, Hsieh C-J. Disparity of end-of-life care in cancer patients with and without schizophrenia: a nationwide population-based cohort study. *Schizophrenia Research* 2018;195:434-40.
25. Lavin K, Davydow DS, Downey L, Engelberg RA, Dunlap B, Sibley J, Lober WB, Okimoto K, Khandelwal N, Loggers ET, Teno JM, Curtis JR. Effect of Psychiatric Illness on Acute Care Utilization at End of Life From Serious Medical Illness. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Aug;54(2):176-185.e1.
26. Butler H, O'Brien AJ. Access to specialist palliative care services by people with severe and persistent mental illness: A retrospective cohort study. *International Journal of Mental Health Nursing* 2018;27(2):737-46.
27. Spilsbury K, Rosenwax L, Brameld K, Kelly B, Arendts G. Morbidity burden and community-based palliative care are associated with rates of hospital use by people with schizophrenia in the last year of life: a population-based matched cohort study. *PLoS One* 2018;13(11):e0208220.
28. Chochinov HM, Martens PJ, Prior HJ, Kredentser MS. Comparative health care use patterns of people with schizophrenia near the end of life: a population-based study in Manitoba, Canada. *Schizophrenia Research* 2012;141(2-3):241-6.
29. Irwin KE, Park ER, Shin JA, Fields LE, Jacobs JM, Greer JA, Taylor JB, Taghian AG, Freudenreich O, Ryan DP, Pirl WF.

Predictors of Disruptions in Breast Cancer Care for Individuals with Schizophrenia. *Oncologist*. 2017 Nov;22(11):1374-1382.

30. Jaeger M, Hoff P. Recovery: conceptual and ethical aspects. *Current Opinion in Psychiatry* 2012;25(6):497-502.

31. Davidson L, Guy K. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012;11(2):123-8.

32. Drake RE, Whitley R. Recovery and severe mental illness: description and analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2014;59(5):236-42.

33. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *The British Journal of Psychiatry*. 2011;199(6):441-2.

34. Miyamoto S, Jarskog LF, Fleischhacker WW. Schizophrenia: when clozapine fails. *Current Opinion in Psychiatry* 2015;28(3):243-8.

35. Trachsel M, Wild V, Biller-Andorno N, Krones T. Compulsory treatment in chronic anorexia nervosa by all means? Searching for a middle ground between a curative and a palliative approach. *The American Journal of Bioethics* 2015;15(7):55-6.

36. Dumont S, Blondeau D, Turcotte V, Borasio GD, Currat T, Foley RA, Beauverd M. The use of palliative sedation: A comparison of attitudes of French-speaking physicians from Quebec and Switzerland. *Palliat Support Care*. 2015 Aug;13(4):839-47.

37. Thornicroft G. Premature death among people with mental illness. *British Medical Journal Publishing Group* 2013;346.

38. Den Boer K, de Veer AJ, Schoonmade LJ, Verhaegh KJ, van Meijel B, Francke AL. A systematic review of palliative care tools and interventions for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):1-11.

39. Donald EE, Stajduhar KI. A scoping review of palliative care for persons with severe persistent mental illness. *Palliative & Supportive Care* 2019;17(4):479-87.

40. Farasatpour M, Janardhan R, Williams CD, Margenthaler JA, Virgo KS, Johnson FE. Breast cancer in patients with schizophrenia. *The American Journal of Surgery* 2013;206(5):798-804.

41. Relyea E, MacDonald B, Cattaruzza C, Marshall D. On the margins of death: a scoping review on palliative care and schizophrenia. *Journal of Palliative Care*. 2019;34(1):62-9.

42. Terpstra TL, Terpstra TL. Hospice and palliative care for terminally ill individuals with serious and persistent mental illness: widening the horizons. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 2012;50(9):28-34.

43. Cooper D, Cooper J. *Palliative Care Within Mental Health: Care and Practice*: CRC Press 2018.

44. Kıvanç MM. Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2017;4(2):132-5.