

KANSERLİ HASTALARDA PALYATİF BAKIM VE İLKELERİ

Tamer KUZUCUOĞLU, Feriha TEMİZEL, Tuğba GÜLER, Müjge YÜCEKAYA, Gülten ARSLAN, Zuhal ARIKAN

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Kanser tedavisinde mevcut yöntemlerin yetersiz kaldığı dönemlerde palyatif bakım devreye girmektedir. Palyatif bakım hastanın rahatını sağlamak ve hoş olmayan semptomları önlemek olarak tanımlanabilir. Palyatif bakım, iyi bir organizasyon ve deneyimli sağlık personelleri mevcudiyetinde arzu edilen seviyede başarılı olmaktadır.

Bu yazıda gelişmiş ülkelerdeki palyatif bakım organizasyonu ve ilkeleri ele alındı.

GİRİŞ

Kanser hastalarının tedavisinde son yıllarda görülen umut verici gelişmelere rağmen iyileşme oranı %25'i geçmemektedir. Eldeki mevcut yöntemlerin başarısız kaldığı son dönemlerde, hastalar kendi yazgıları ile başbaşa kalmakta, bu noktada palyatif bakım devreye girmektedir. Palyatif bakımın amacı, artık günleri sayılı hastaların yaşam niteliklerinin artırılması ve insan onuruna yaraşır bir şekilde yaşayabilmelerinin sağlanması olarak özetlenebilir.^[1]

Palyatif sözcüğü, Latince'de örtü ya da perde anlamına gelen "pallidium"dan türetilmiştir.

Palyatif bakım ise, kesin tedavi ya da uzun süreli kontrolün mevcut yöntemlerle imkansızlığını kabul eden, yaşamın süresinden daha fazla niteliğiyle ilgilenen, esas amacı mümkün olabildiğince hastanın rahatını sağlamak ve hoş olmayan semptomlarını önlemek olan bir tedavi biçimi olarak tanımlanmaktadır.^[1]

Kanserde palyatif bakımın amacı, hastaların hastalığın ilerlemesi ile kısıtlanabilen fiziksel, manevi, mesleki ve sosyal potansiyellerinin en üst düzeye çıkmasını sağlama çabaları, yani rehabilitasyonu olarak da özetlenebilir.

Kanserli hastalarda yaşam süreleri kişiden kişiye farklılıklar göstermekte olup, tedavi yöntemleri de süre yönünden hastadan hastaya değişmektedir.

Kanser hastalarında palyatif bakımın tam olarak yapılabilmesi için aşağıdaki noktaların tümüne azami dikkat gösterilmelidir.^[1,2]

1. Hastanın ağrı ve diğer rahatsız edici semptomlardan kurtulması,
2. Hastanın psikolojik ve manevi yönden desteklenmesi,
3. Hastanın karşı karşıya kaldığı ölüm tehlikesine rağmen, aktif bir yaşam sürdürmesi ve bunun için gerekli alt yapı hizmetlerinin sağlanması,
4. Hastanın yanısıra aynı yazgıyı paylaşan hasta yakınlarının desteklenmesi.

Kanserli hastaların karşı karşıya kaldığı en önemli sorunlardan birisi de hastalıklarından dolayı gereksiz yere kısıtlanmalarıdır. Bu kısıtlama kanser tanısı konduktan sonra başlamakta ve daha sonraları hasta, yakın çevresi ve hekimi tarafından gözüaltına alınmaktadır.

Hastanın tedavisinin tek hekimin sorumluluğuyla değil, multidisipliner bir yaklaşımla ele alınarak planlanması gereklidir. İdeal olan, birbiri ile uyumlu birkaç hekimin tedaviyi tümüyle ele alıp yönlendirmesidir. Hasta yakınlarının acil bir durumda kime nasıl başvuracaklarını bilmeleri konusu aydınlatılmalıdır.^[3]

Palyatif bakımın ilkeleri

Palyatif bakım daha öncede belirtildiği gibi, hastanın yaşam süresinden çok niteliğini öne alan bir tedavi biçimidir.^[4] Kanser tedavisinde öncelikle hasta-

Başvuru tarihi: 12.7.2004 Kabul tarihi: 10.11.2004

İletişim: Dr. Tamer Kuzucuoğlu. Soyak Yenişehir Manolya A3 blok, No 40, 34770 Ümraniye, İstanbul.

Tel: +90 - 216 - 441 39 00 / 1295 e-posta: tkuzucu@superonline.com

yı rahatsız eden semptomu bulup ortadan kaldırmak için çalışılmalıdır.^[5] Kanserli hastalarda ortaya çıkan semptomların her zaman kansere bağlı olmadığı da unutulmamalıdır.

Tedavi seçenekleri

Tedavi, altta yatan patolojik mekanizmaya uygun olarak yapılmalıdır. Tedavi, hekimin her semptomu nedenlerine göre açıklık getirmesi ile başlamaktadır.

Tedavi seçenekleri değerlendirilirken hastanın mutlaka bilgilendirilmesi gereklidir. Semptom kontrolünün planlanmasında hasta yakınlarının görüşleri mutlaka alınmalıdır.

Hasta yakınlarından bilgi edinirken, söyledikleri dikkate alınmakla birlikte hastanın isteklerinin ön planda tutulmasına özen gösterilmelidir.^[5,6]

Semptom ve ilaç kontrolü

Kanserli hastalarda semptom kontrolü yalnızca ilaçlarla sınırlı kalmamalıdır. Örneğin, bazı gıdaların görüntüsü ya da kokusu hastada bulantıya yol açabilmekte, özenle düzenlenmiş besinlerin seçilmesi ve yedirilmesi ile tedavi sağlanmaktadır.

İnatçı bir semptomun tedavisi amaçlanırken, profilaktik olarak düzenli bir uygulama yapılmalıdır. Bu öneri tüm semptomlar için de geçerlidir. Örneğin, ağrılı hastalarda analjeziklerin doz ve süre belirlendikten sonra düzenli aralıklarla ve ağrı başlamadan verilmesi artık tüm hekimler tarafından benimsenen bir ilke olmuştur.^[6]

Semptomların tedavisinde karşılaşılan başarısızlığın en sık rastlanan nedeni, düzensiz ve gerektiğinde yapılan ilaç uygulamalarıdır.

İlaç kullanımı

Yeni bir tedavi yöntemi ya da ilaç ekleneceği zaman:

1. Tedavinin amacı nedir ve nasıl izlenecektir?
2. İstenmeyen etkilerin veya etkileşimlerinin riski ne olacaktır?
3. Hastanın kullanmakta olduğu ilaçlardan bir ya da bir kaçını kesmesi mümkün müdür?
4. Bir ilacı hastanın o anda kullanması planlanan iki ilacın yerine koymak mümkün müdür? şeklindeki soruların cevaplandırılması gereklidir.

Hastaya verilecek ilaçların bütün özelliklerinin, toksisitelerinin ve ilaç etkileşimlerinin kullanan hekim tarafından iyi bilinmesi gereklidir.

Baş edilmez gibi görünen olaylarda ilgili meslektaşlara danışmak uygun olacaktır. İlaç tedavisinin hekim tarafından büyük bir dikkatle izlenmesi gereklidir.

Kullanılan ilaçların ne denli etkili olduğunun listeye kaydedilmesinde de yarar vardır. Bu şekilde ilaçların etkilerinin düzenli aralıklarla kontrol edilmesi mümkün olmaktadır. Hastalığın ilerlemesi, hasta ve yakınlarının kuşkuya ve paniğe kapılmasına neden olmaktadır. Bu noktada hastadan önce hasta yakınlarının uyarılması gereklidir.^[6]

Psikolojik destek

Hastalığın ilerlediği dönemlerde kanserli hastaların psikolojik gereksinimleri ön plana çıkmaktadır. Kanserli hastaya hastalığının söylenip söylenmemesi ayrı bir tartışma konusudur. Bir çok batı ülkesinde, kanserli hastalara hastalığının açıklanmasının yanı sıra, hastanın ortalama yaşam süresi hakkında da bilgi verilmektedir. Ülkemizde yaygın olan uygulamada hastanın kanser olduğu açıklanmamakta ve kanserle ilgili her konu elden geldiğince saklanmaktadır. Bu konuda her iki yaklaşımın da olumlu ve olumsuz yönleri bulunmaktadır. Hastaya hastalığının hiç saklanmadan söylenmesi ve daha sonra hastanın psikolojik yönden desteklenmesi akılcı bir yaklaşımdır.^[6]

Ancak, bu bir eğitim ve kültür sorunu olup, hastaların aldığı eğitim, toplumsal gelenek ve görenekler, hastanın içinde bulunduğu toplumsal çevre de alınacak kararda etkili olmaktadır. Kanserli hastaların psikolojik gereksinimleri karşılanırken, onlara güvenlik hissi verilmelidir. Hasta ilgili ekip tarafından sahiplenildiğinin bilincinde olmalıdır.

Palyatif bakımın en önemli amaçlarından birisi de hastanın yakınlarının desteklenmesi olmalıdır.

Tedavinin sonlandırılması

Hekimi bekleyen en zor ve önemli görevlerden birisi de uygun tedavinin ve tedavi süresinin saptanmasıdır. Bu anlamda hekim, hastanın daha fazla acı çekmesine neden olacak, hastanın yakınlarının ıstırbatlarının daha fazla uzamasına yol açacak gereksiz tedavi biçimlerinden kaçınmak ya da bir noktada kesmek görevi ve sorumluluğu ile karşı karşıyadır.

Özetle palyatif bakım, kanser tedavisi sırasında ve ya sonrasında ortaya çıkan tüm semptomların ortadan kaldırılması, hastanın ve hasta yakınlarının psikolojik yönden desteklenmesi ve eğitimi de içeren bir tedavi biçimi ve aynı zamanda bir tedavi felsefesidir.^[6,7]

KANSERDE PALYATİF BAKIMIN ORGANİZASYONU

Palyatif kanser bakımı programının başarılı bir biçimde yürütülebilmesi için, yeterli sayıda sağlık personeline, araç, gereç ve ilaca gereksinim vardır. Bu ise hükümetlerin bu konuyla ilgili ciddi boyutta kaynak sağlamaya istekli olmaları ile yürütülebilen bir uygulamadır.

Terminal dönem hastalarının hastane bakımı

Pratikte, ilerlemiş kanser hastaları vakitlerinin en azından bir bölümünü hastanede geçirmektedirler. Terminal dönemdeki hastaların bakımının yapıldığı servislerde aşağıdaki ideal kriterlerin sağlanması uygun olacaktır.^[8]

1. Serviste yeterli sayıda personel bulunmalıdır.
2. Personel, istenmeyen semptomları kontrol edebilecek ve invaziv işlemlere ne zaman son vereceğini bilecek bilgi ve deneyime sahip olmalıdır.
3. Terminal dönem hastasının beslenmesi hastalığa uygun olarak düzenlenmelidir.
4. Hasta yakınlarının gereksinimleri, refakatçi kalma olanağı, ziyaret saatlerinin serbest olması, hasta yakınlarının hastanın bakımına katılma olanağı da yeterince sağlanmalıdır.
5. Halen eğitim görenler de dahil olmak üzere tüm sağlık personeline yeterli destek sağlanmalıdır.

Özel kanser üniteleri veya merkezleri olan hastaneler

Her kanser ünitesi, terapötik ve danışman olarak işlev gören palyatif bakım ekiplerine sahip olmalıdır. Bu ekipler aşağıdaki bölümlerin tümü veya bir kısmını kapsayacak şekilde organize olmalıdır;

- a) Tıbbi bakım ve hemşirelik hizmetleri,
- b) Fizik tedavi,
- c) Meşguliyet tedavisi,
- d) Sosyal çalışanlar ve din adamları.

Ancak, iki uzman hemşire ve hastaneden sağlanan

tıbbi destekle oluşturulan daha küçük bir grupla birçok hastanede yeterli hizmet verildiği görülmüştür.^[7,8]

Hastanelerde bulunan palyatif bakım destek grupları

Bu grubun etkinliği, hizmet verdiği grupla tedaviyi paylaşarak bu esas üzerinde çalışması sağlanarak artırılabilir.

Terminal dönemde hastaların hastane dışı bakımı

1. Sağlık ocakları,
2. Evde palyatif bakım destek grupları,
3. Hospisler, palyatif bakım üniteleri ve evde bakım,
4. Hastane içinde palyatif bakım ünitesi,
5. Günlük bakım üniteleri,
6. Aile,
7. İletişim yolu ile bakımları şeklinde sağlanabilmektedir.

1. Sağlık ocakları

Toplumda tıbbi bakımda odak noktaları oluştururlar. Toplum içindeki tedavinin temeli, sürekli denetime dayanmaktadır. Sağlık ocağı personelinin bu konuda gerekli eğitimi alması gereklidir.

2. Evde palyatif bakım destek grupları

Evdeki destek grubu, hastanedekinin benzeridir. Ev destek grubu hemşire ağırlıklıdır. Bir kanser ünitesi veya hastaneden tıbbi destek alır. Yatak başı bakım yapabilecek yetkide olmalıdır.

3. Hospis

Bu terim göç ya da seyahat edenlerin geçici olarak kalacakları han ya da yer anlamına gelmektedir. Bu sözcüğün seçimindeki amaç, hastanenin sağladığı olanaklarla birlikte, evin sıcak atmosferini de birlikte içerecek şekilde bir bakım vermek arzusu olmuştur. Hospis bakımının ana ilkeleri şunlardır.^[8-10]

1. Hospiste yatan hastaların daha sonra evlerinde de takiplerinin sürdürülmesi,
2. Semptomların kontrolünün (psikolojik, sosyolojik, fiziksel) sağlanması,
3. Hekim tarafından kontrolünün (tıbbi semptomların denetimi) sağlanması,
4. Multidisipliner ekip bakımı yapılması,
5. Haftanın yedi günü 24 saat hizmet verilmesi,

6. Hasta ve ailesinin ekibin bir parçası olarak kabul edilmesi,
7. Ölüm sırasında ve sonrasında hasta yakınlarının desteklenmesi,
8. Multidisipliner ekibin bir parçası olarak gönüllülerin kullanılması,
9. İletişim sistemlerinin kurulması,
10. Hospisin sigorta sistemi içerisine alınmasıdır.

4. Hastane içinde palyatif bakım ünitesi

Bazı hastanelerde palyatif bakım sağlamak amacıyla özel eğitim almış personeller bulunmaktadır. Bu kişiler hastalığın her döneminde tüm tedavi yöntemlerini uygulayabilen bir ekip halinde organize edilmelidirler.

5. Günlük bakım üniteleri

Eğitilmiş ve deneyimli gönüllülerce yürütülebilen ve ayaktan takip ve tedavisi yapılabilen hastalara hizmet sunan ünitelerdir.^[10,11]

6. Aile

Evde bakımı yapılan kanserli hastanın bakımı ailenin sorumluluğunda yürütülür. Aile bireylerinin eğitim görmüş ve deneyimli olmaları gerekir.

7. İletişim

Profesyonel sağlık ekibi ile, hasta ve hasta yakınları arasında iyi bir iletişim sağlanarak, sağlanabilecek en küçük pratik ve maddi yardımdan hasta ve ailesi haberdar edilmelidir.

SONUÇ

Palyatif bakım, ileri dönem kanser hastalarında en zor ve deneyim gerektiren önemli bir görevdir. Bu

ekibin içinde profesyonel sağlık ekibi, eğitilmiş hasta yakınları ve bilgilendirilmiş hasta bulunmaktadır. Bu dönemde hastaya maddi ve manevi destek sağlamak ve ömrünün kalan kısmını mutlu ve huzurlu geçirmesini temin etmek tüm ekibin temel görevi olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Maddocks I. Palliative care education in the developing countries. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2003;17(3-4):211-21.
2. Esteva Cantó M, Llobera Cánaves J, Miralles Xamena J, Bauzá Amengual ML. Management of terminal cancer patients: attitudes and training needs of primary health care doctors and nurses. *Support Care Cancer* 2000;8(6):464-71.
3. Tokura N. Knowledge of palliative care which a surgeon should know. [Article in Japanese] *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 2004;105(7):418-21. [Abstract]
4. Perron V, Schonwetter R. Hospice and palliative care programs. *Prim Care* 2001;28(2):427-40.
5. Ikenaga M, Tsuneto S. Hospice and palliative care in the outpatient department. [Article in Japanese] *Gan To Kagaku Ryoho* 2000;27(11):1674-9. [Abstract]
6. Parkes CM, Parkes J. Hospice versus hospital care. Reevaluation after ten years as seen by surviving spouses. *Postgrad Med J* 1985;60:120-4.
7. Sham MK. Pain relief and palliative care in Hong Kong. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2003;17(3-4):65-73.
8. Yalçın B, Şenler FÇ, Büyükçelik A, Utkan G, Tek İ, Doruk H, et al. The opinions of the cancer patients about pain management. A questionnaire study. *Turkish Journal of Cancer* 2004;3:114-7.
9. Donnelly S, Walsh D, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: identification of clinical and research priorities by assessment of prevalence and severity. *J Palliat Care* 1995;11(1):27-32.
10. Garrard P, Farnham C, Thompson AJ, Playford ED. Rehabilitation of the cancer patient: experience in a neurological unit. *Neurorehabil Neural Repair*. 2004;18(2):76-9.
11. Erdine S. Kanserde palyatif bakım. In: Erdine S, editor. Ağrı. İstanbul: Nobel Tıp Yayınları; 2000. p. 687-98.