

Terminal Dönemin Son 48 Saatinde Palyatif Bakım

Palliative Care in Last 48 Hours of Terminally Period: Review

Afife Ayla KABALAK^a

^aAnesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği,
Ankara Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 27.02.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 05.06.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:

Afife Ayla KABALAK
Ankara Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği,
Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
aylakabalak@yahoo.com

ÖZET İyi bir ölüm her insan için acısız ve onurlu olmalıdır. Palyatif bakımın amacı, tedavisi mümkün olmayan ölümcül hastalıklarda hastalar ve aileleri tarafından yaşanan fiziksel, psikososyal ve ruhsal belirtileri tedavi etmektir. Terminal dönemde (son 6 ay) hastanın semptomları daha agresif palyasyon gerektirir. Son 48 saat ise palyatif bakımın tüm süreçlerinden ayrıcalık gösteren bir dönemdir. Primer hastalık daha önemsiz hale gelir, semptomların kontrolü ve ailenin desteklenmesi daha önceliklidir. Terminal dönemin son 48 saati süresince hastalar giderek artan halsizlik ve hareketsizlik, ağrı, bulantı ve kusma, yiyecek ve içeceklerle ilgisizlik, yutma güçlüğü ve uyku hali yaşar. Bu son dönem genellikle tahmin edilebilir, ancak bazen ani bir bozulma sağlık profesyonelleri için sıkıntı yaratabilir. Bu nedenle yaşam sonu bakım, doktorların çok yönlü ve dinamik tedaviler kullanmalarını gerektirir. Bu tedaviler yaşamın sonunda ağrı ve diğer semptomların hafifletilmesi için medikal ve destek tedavileri içerir. Palyatif bakım süreci içerisinde kullanılan ilaçların gereksinim ve yan etkileri yeniden gözden geçirilmelidir. Ayrıca uygulama yolları klinik durumlarına ve ilaçların özelliklerine göre yeniden belirlenmelidir. Doktorlar aynı zamanda konfor bakımı, iletişim, kültürel yeterlilik ve etik ilkeler içinde yetenek göstermek zorundadır. Hasta ve ailelerinin yaşam sonu bakımını en yüksek kalitede sağlamak için multidisipliner ve çok yönlü bir yaklaşım anlayışını benimsemek şarttır. Ulusal bir strateji bu hastaların bakımı için bir hizmet geliştirme çerçevesi sağlayacaktır.

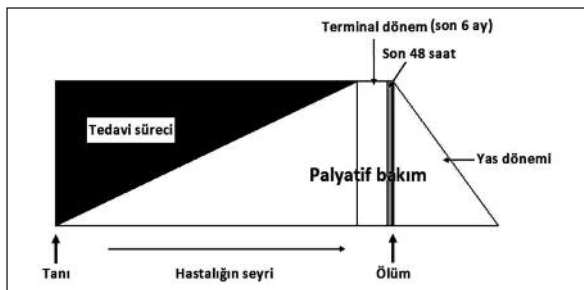
Anahtar Kelimeler: Ölümcül hasta; ölme hakkı; palyatif bakım; terminal dönem bakımı; ağır hasta bakımı

ABSTRACT A good death should be pain free and dignified for every human being. The goal of palliative care is to relieve the suffering of patients and their families by the treatment of physical, psychosocial, and spiritual symptoms in fatal, incurable diseases. In terminally period (last 6 month), symptoms require more aggressive palliation. The last 48 hours of palliative care is a period that shows all the processes of privilege. Control of symptoms and family support take priority, and the nature of the primary illness become less important in terminally 48 hours. During the final 48 hours of terminally period, patients experience increasing weakness and immobility, pain, nausea and vomiting, loss of interest in food and drink, difficulty swallowing, and drowsiness. This last period can usually be anticipated, but sometimes sudden deterioration can be distressing for health professionals. For this reason, the last 48 hours of terminally care requires physicians to utilize a multifaceted and special dynamic treatment. Such treatments include medical approach and support treatment to relieve pain and other symptoms in the end of life. Drugs used in the process of palliative care should be revised with regard to need and side effects. Also, routes of administration of drugs according to patient's clinical status and characteristics of the drugs should be determined. Physicians must also demonstrate aptitude in comfort care, communication, cultural competency, and ethical principles. It is imperative demonstrate a fundamental understanding of end of life issues in order to employ the versatile, multidisciplinary approach required to provide the highest quality end of life care for patients and their families. A national strategy shall provide a care framework for these patients care.

Key Words: Terminally ill; right to die; palliative care; terminal care; hospice care

Palyatif bakım; ilerleyici, tedavisi olmayan, ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir bakım sistemidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre palyatif bakım; kapsamlı bir değerlendirme ve tedavi ile hastalar tarafından yaşanan fiziksel, psikososyal ve manevi semptomların giderilmesini, aynı zamanda ailenin, arkadaşlarının, bakım verenlerin desteklenmesini ve acılarının hafifletilmesini amaçlar. Palyatif bakımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak görülür. Ölüm ne geciktirilir ne de hızlandırılır, amaç yaşam kalitesini artırmak, yaşamdan ölüme geçişi kolaylaştırmaktır.¹ Palyatif bakım tanı konduğu andan itibaren başlar, ailenin, arkadaşlarının ve bakım verenlerin yas sürecinin sonuna kadar devam eder (Şekil 1).^{2,3}

Terminal dönem, palyatif bakımın bir parçasıdır ve ölümcül hastalığın ilerleyerek vücut fonksiyonlarını bozduğu yaklaşık son 6 aylık dönemi kapsar.^{2,3} Terminal bakım evde, hastanede ya da hospiste (ev tipi bakım üniteleri) uygulanabilir. Primer hastalığa ya da yandaş hastalıklarına yönelik tedavi planları tekrar gözden geçirilir, yoğun ve invaziv tedavi yöntemleri son döneme doğru giderek azaltılır. Antihipertansif, antidiyabetik, antiemetik, antikoagülan, antidepresan, sedatif ve antikonvulzan ilaçlar, kortikosteroidler, analjezikler hastanın kliniğine ve semptomlarının önceliğine göre azaltılır ya da kesilir. Planlanan tedavi ve yapılacak işlemler, gelişebilecek akut semptomlar hasta ve yakınları ile paylaşılarak bilinç ve duygusal olarak hazırlanmaları sağlanır. Ölüme ait semptomların başladığı son 48 saatte ise invaziv ve ağrılı yöntemlerden kaçınılarak hastanın sakin, mutlu ve onurlu bir ölüm süreci yaşaması, ailenin veda sürecini en az travma ile atlatması amaçlanır.⁴



ŞEKİL 1: Palyatif bakım modeli.^{2,3}

Derlememizde, hasta, ailesi ve bakım verenlerin son 48 saat semptomlarına yönelik tedavi yöntemlerini ve destek planlarını değerlendirmeyi amaçladık.

SON 48 SAAT SEMPTOMLARI

Terminal dönemin son 48 saatinde hastalığın tanısından itibaren gözlenen ve palyatif bakım gerektiren semptomlara yaşamsal fonksiyonları bozan daha ciddi semptomlar eklenir (Tablo 1).^{3,4}

Yaşam kalitesini bozan semptomlar invaziv olmayan girişimlerle rahatlatılıp hastanın son dönem konforu sağlanmalı, hasta, yakınları ve bakım verenlerin korku ve endişeleri giderilmelidir. İlaçların oral, bukkal, sublingual, intranasal, transdermal, subkütan, rektal yoldan uygulanması hastayı daha az rahatsız edeceğinden tercih edilmeli, tüm ilaçlar, semptomlar ve vital bulgular düzenli ve sık aralıklarla takibe alınmalıdır.

SEMPTOM YÖNETİMİ

1. AĞRI

Ağrı kontrolü, palyatif bakımın en önemli unsurudur. Ağrı subjektif bir kavram olduğu için anamnez, düzenli ve sürekli fizik muayene ve ağrı skorlaması yapılmalı, hastanın semptomları iyi takip edilmelidir. Temel ve yandaş hastalıklar, ağrıya ve analjeziklere kişisel cevaplar çok farklı olacağından her hastaya ayrı tedavi yöntemlerinin uygulanması gerekeceği unutulmamalı, tedavi protokolleri sadece standart olarak kabul edilmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün ağrı tedavi planına göre hastaların %80'inde etkin bir ağrı kontrolü sağlanabilmektedir.⁵ Hasta bilinçsiz olsa da ağrıyı algılayabileceğinden bu tedavi planı ölüm sürecine kadar devam ettirilmeli, hastanın kliniğine göre uygulama yolu ve dozları düzenlenmelidir. Oral ya da bukkal yolla uygulamak mümkün değilse subkütan yol basit ve etkili bir alternatif olabilir. Bu dönemde en etkin analjezi opioidlerle sağlanır. Terminal dönem hastalarda meperidinin serotonerjik krize neden olması, biriken normeperidinin tremor, myoklonus, disfori ve deliryum etkileri nedeniyle meperidin tercih edilmez.⁶ Diamorfin gibi güçlü bir opioid tercih edildiyse tekrarlanan doz-

TABLO 1: Son 48 saat semptomları.^{3,4}

Somatik, visseral, nöropatik, psikolojik ağrı
Ağrıya sözel ifade yerine bedensel tepkiler
Santral ya da periferik nedenli solunum sıkıntısı; takipne, dispne, yüzeysel solunum, apne, Cheyne-Stokes solunumu, hırıltılı solunum
Hareket etmeyi engelleyecek düzeyde halsizlik, yorgunluk
Ei, ayak ve eklemlerde şişme, parmak uçlarında soğukluk
Orotrakeal sekresyon artışı ve koyu, yapışkan sekresyon bağlı disfaji
Aspirasyona, ilerleyen hastalığa bağlı öksürük
Beslenme ve sıvı alımında azalma ile kaşeksi, dehidratasyon, hipoalbuminamiye bağlı yaygın ödem, muköz membranlarda kuruluk, oligüri, anüri
Kardiyak disfonksiyon, renal yetmezlik, dolaşım bozukluğu nedeniyle taşikardi, filiform nabız, periferik ve santral siyanoz, hipotermi, kutis marmorata
İletişimde azalma, konfüzyon, somnolans, stupor
Terminal dönem deliryumu
Sfinkter kontrol kaybı ile idrar, dışkı inkontinansı
Göz kapaklarını kapatma gücünün azalması

larla gelişebilecek yan etkileri azaltmak ve daha düşük dozlarla daha etkin bir kan düzeyi sağlamak için bir infüzyon pompası ya da enjektörlü perfüzyon pompası ile sürekli intravenöz ya da subkütan infüzyon yöntemi kullanılabilir.^{7,8} Rektal uygulama diğer bir alternatif olmakla birlikte, her 4 saatte bir uygulama gereksinimi konforlu ve yararlı olmayacaktır. Oksikodonun suppozituar formu 8 saatte bir uygulama gerektirdiğinden tercih edilebilir. Uzun etkili opioid preparatları (transdermal fentanil ve sürekli salımlı morfin) ile doz titrasyonu sağlanamadığından ve akut ağrıda doz artımı yapılamadığından terminal dönem hastalarda başlanmamalıdır. Daha önceden başlanmışsa temel analjezik olarak devam edilebilir ve akut ağrı ataklarında morfin ya da diamorfinle aralıklı uygulama ve doz titrasyonu ile desteklenebilir. İlerleyen hastalığın etkisi ya da opioidlere tolerans gelişimi ile ağrı kontrol edilemeyebilir. Tolerans gelişimi düşünülüyorsa opioid değişimi, uygulama yolu değişikliği yapılır ya da her ikisi birden uygulanır (Tablo 2).^{4,5,9,10}

Buna rağmen ağrı azalmıyorsa epidural, intratekal analjezi, blok uygulamaları etkili birer seçenek olabilir. Parenteral opioidden epidural opioid dönüşüm oranı 3:1'dir. Ancak terminal dönemin son 48 saatinde komplikasyonlar açısından riskli ve invaziv yöntemler olacağından daha erken süreçlerde düşünülmalıdır.¹¹

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de opioidlerin temini, farklı formlarına ulaşım ve yasal kullanımları konusunda sıkıntılar söz konusudur. Ayrıca doktor, hasta ve hasta yakınlarının yan etki, bağımlılık konusundaki endişeleri de etkin analjezi kontrolünde yetersizliklere neden olmaktadır. Türkiye'de opioidlerin sadece bazı formlarına yasal ulaşım mümkündür (Tablo 3).¹² Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu (INCB), 1995 yılında tüm ülkelerin "narkotik ilaçların teminini ve denetimini sağlamaları için uluslararası anlaşmalarla belirlenmiş ulusal politikalarını oluşturmaları" konusunda bir rapor yayımlamıştır.¹³ Bu rapor doğrultusunda ve Palyatif Türk projesi kapsamında morfin ve türevlerine ulaşım konusunda çalışmalara başlanmıştır.¹⁴

TABLO 2: Opioid uygulaması için bir model.^{4,5,9,10}

Başlangıç dozu: Oral, her 4 saatte bir 5 mg çabuk salımlı morfin (5mg x 6)
Artışlar: Üçüncü 24 saatte analjezi düzeyi değerlendirilerek çabuk salımlı morfin ilk dozun üç ya da dört katı uygulanabilir. (15 mg x 6, 20 mg x 6)
Sürekli analjezi: Altıncı 24 saatte 60 mg diamorfin subkütan sürekli infüzyon şeklinde uygulanır ve akut ağrı süreçlerinde 10 mg diamorfin subkütan ek doz olarak yapılır.
Dönüşüm oranı: Oral ya da rektal morfinden diamorfine dönüşüm oranı 3:1'dir.
Örneğin; 24 saat içinde toplam doz 90 mg olacak şekilde her 12 saatte bir 30 mg yavaş salımlı morfin ve 10 mg x 3 hızlı salımlı morfinin karşılığı subkütan 30 mg/24 saat diamorfindir.

TABLO 3: Türkiye'de yasal kullanımda olan opioidler.¹²
Zayıf etkili opioidler
<i>Kodein (oral)</i>
<i>Tramadol (oral, parenteral)</i>
Güçlü etkili opioidler
<i>Yavaş salımlı morfin</i>
<i>Transdermal fentanil</i>
Parenteral formlar
<i>Morfin sülfat</i>
<i>Meperidin</i>
<i>Fentanil</i>
<i>Alfentanil</i>
<i>Sufentanil</i>
<i>Tramadol</i>

Kas spazmı söz konusu ise benzodiazepinler, kemik ağrılarında nonsteroid antiinflatuar ajanlar, kuru ağız ağrısı için mukoza nemlendiricileri kullanılabilir. Ağrıyan vücut bölgesinin rahatlaması için pozisyon değişikliği yapıp, antidekubit yatak kullanılabilir. Lokal anestezi/analjezik jel uygulaması, masaj, dekubit bakımı ve pansuman yaralara bağlı ağrıyı azaltacaktır. İdrar ve gaita retansiyonunun verdiği basınç kateterizasyon ve boşaltma ile rahatlatılabilir.^{4,9}

2. SOLUNUM SIKINTISI

Terminal dönemde solunum sıkıntısı, hırıltılı solunum çoğu zaman geri dönüşümlü değildir ve son 48 saatin en önemli belirtisidir. Direkt solunum sistemi patolojilerine bağlı olabileceği gibi kardiyak, hemodinamik bozukluklara, santral sinir sistemi tutulumuna, metabolik sorunlara ikincil gelişebilir. Plevral ya da perikardiyal effüzyon, asit gibi nedenlere yönelik drenaj girişimleri kısa süreli bir

rahatlama sağlayacaktır. Ancak bu girişimler invaziv olup hastaya ek bir rahatsızlık yaratacağından uygulama kararı dikkatli alınmalıdır. Sorun geri dönüşümlü değil ve hastanın korkusu, anksiyetesi ile artıyorsa sedasyon düşünülmelidir. Hipoksi varlığında yüz maskesi ile oksijen uygulanabilir ancak hasta için konforlu olmadığından nazal kanül tercih nedenidir. Bronkospazm söz konusu değilse yapışkan ve koyu sekresyonları yumuşatmak için serum fizyolojik buharı uygulanabilir. Koyu, yapışkan sekresyon hırıltılı solunuma neden oluyorsa yan pozisyon, başa hafif ekstansiyon denenebilir, sonda ile derinleşmeden aspirasyon uygulanabilir. Aspirasyon sekresyonları artıracığından sık uygulanmamalıdır (Tablo 4).^{4,15} Hırıltılı solunumu pozisyon ve aspirasyonla düzelmeyen, yoğun sekresyonu olan hastalara 0,4-0,6 mg subkütan bolus dozda 6-8 saat arayla ya da infüzyon pompası ile 2,4 mg/24 saatte hiyosiyamin uygulanabilir.^{4,16} Alternatif olarak atropin, skopolamin ya da glikopirolat kullanılabilir. Atropinin %1'lik göz damlasının 8 saatte bir 1-2 damla oral ya da dil altı kullanımı kolay ve etkin bir yöntemdir. Skopolamin 48-72 saatlik transdermal formda uygulanabilir. Antikolinergiklerin yan etkisi olan sedasyon da bu dönemin rahat atlatılmasına yardımcı olur.¹⁷

Son dönem stridoru ve akut solunum sıkıntısının kortikosteroidlerle değil opioid ve anksiyolitiklerle tedavi edilmesi uygundur. Akut solunum sıkıntısında ağrı için kullanılan opioid dozları solunum sıkıntısı azalana kadar yavaş olarak artırılarak solunum sıkıntısı kontrol edilmeye çalışılır. Morfin uygulaması özellikle kistik fibroziste inhalasyon yoluyla da yapılabilir.^{16,18} Anksiyolitiklerin etki başlama süresinin geç olması akut durumlarda kullanımını sınırlamaktadır.

TABLO 4: Solunum sıkıntısının yönetimi.^{4,15}
Geri dönüşümlü nedenlerin tedavisi (kalp yetmezliği, efüzyon, asit, idrar ve gaita retansiyonu, hipoglisemi, elektrolit dengesizliği, dehidratasyon vs.)
Genel önlemler (pozisyon verme, solunum egzersizleri, gevşeme teknikleri)
Anksiyete, stres, ağrı kontrolü
Sıkı giysilerin çıkarılması
Soğuk hava, oksijen uygulaması, nadiren orotrakeal aspirasyon
Opioid, benzodiazepin, hiyosin hidrobromür (skopolamin) uygulaması
Bronkospazmı olmayan, öksürebilen hastaya serum fizyolojik nebulizasyonu
Solunum depresyonu yapan ilaçların kesilmesi (nöroleptik, opioid, benzodiazepin vs.)

3. MENTAL VE PSİKOLOJİK SEMPTOMLAR

Son 48 saatte organik nedenli mental semptomlarda nedene yönelik tedavi yapılamasa da metabolik, psikolojik nedenli ve ilaçlara bağlı gelişen semptomlar kontrol edilebilir.

Terminal dönemde sıvı-elektrolit tedavisi uygulanmamakla birlikte dehidratasyon ve sıvı-elektrolit dengesizlikleri için subkütan sıvı replasmanı (hypodermoclysis) paltatif bakımda tercih edilen bir yöntemdir.^{19,20}

Korku, endişe, ağrı, dispne, hipoksi, hipoglisemi, dehidratasyon, metabolik bozukluklar ve elektrolit dengesizlikleri huzursuzluk, anksiyete ve ajitasyona neden olur. Hastanın sakin, sessiz, huzurlu bir ortamda, sevdikleriyle birlikte olması sağlanır, paylaşımın kalitesi olması için yakınlarına manevi ve psikolojik destek uygulanır. Ajitasyon benzodiazepinler ya da antikonvülzanlarla önlenebilir.²¹ Metabolik ve psikolojik nedenlerle olabileceği gibi opioid ve diğer ilaçların toksikasyonu da bu semptomlara neden olabileceğinden dozlar azaltılır ya da kesilir. Özellikle opioid toksisitesine bağlı huzursuzluk haloperidolle kontrol edilir. Konvülsiyon, nöbet gelişmişse oral klonazepam, rektal diazepam ya da subkütan midazolam kullanılmalıdır (Tablo 5).^{4,22-24}

Terminal dönemde hastaların %80'inde deliryum sendromu gelişir. Bu sendroma ilaçlar, ilaç kesilme sendromu, metabolik dengesizlik, dehidratasyon, hiperhidrasyon, duyu kaybı, enfeksiyon, ileri yaş, santral sinir sisteminin yapısal lezyonları,

hipoksik ensefalopati neden olur ya da artırır. Primer nedenlere yönelik tedavi uygulanmasa da hipoksi giderilip, opioid dozları yeniden titre edilebilir. Güçlü antikolinergik ilaçlar (trisiklik antidepressanlar), H₂ reseptör blokerleri, dijital ve steroid yapıda ilaçlar bu etkilerden sorumlu olabileceğinden kesilmelidir. Artan dozlarda nöroleptiklerle düzelmeyorsa deliryum ölümüne yaklaşmanın bir işareti olarak değerlendirilmeli, gerekirse benzodiazepinlerle sedasyona başlanmalıdır.²⁴

Terminal dönemde doktor kontrollü suisid ya da ötenazi anlamına gelen terminal derin sedasyon uygulaması birçok ülkenin kendi sağlık politikaları içinde tartışılan etik bir konudur. Her ülke kendi sağlık politikalarına, hasta ve yakınlarının beklentilerine göre bu konuda yasal düzenlemeler yaparak sınırlarını belirlemek durumundadır.²⁵

4. BULANTI-KUSMA

Bulanti-kusmanın ana nedenleri, gastrik staz, biyokimyasal sorunlar, intrakraniyal basınç artışı, vestibuler, mekanik ya da paralitik bağırsak obstrüksiyonudur.³ Son 48 saatte bu nedenlere yönelik invaziv girişimler yapılamasa da kullanılan bir antiemetik varsa son 24 saate kadar devam edilebilir. Antiemetik amaçlı prokinetikler, dopamin antagonistleri, antihistaminikler, antikolinergikler ve serotonin antagonistleri kullanılır. Subkütan uygulama ilk tercih, rektal uygulama (proklorperazin, siklizin, domperidon) ikinci tercih olmalıdır. Dekzametazon ve somatostatin analogu oktreotid özellikle bağırsak obstrüksiyonunda yararlı olabilir (Tablo 6).^{4,26}

TABLO 5: Psikolojik, metabolik ve organik nedenli mental semptomlarda tedavi.^{4,22-24}

İlaçların kesilmesi, değiştirilmesi, azaltılması
Genel önlemler (sakin, paylaşımcı ortam, pozisyon, konuşma, manevi destek vs.)
İlaç tedavisi
- Haloperidol; ilaç toksisitesi, algıda bozulma, metabolik nedenler Oral 1,5-3 mg, 1 saat sonra tekrar doz verilir, cevap gözlenir. Subkütan bolus 2,5-10 mg, subkütan infüzyon 5-30 mg/24 saat
- Midazolam; stres, anksiyete, huzursuzluk, nöbet riski, deliryum Subkütan bolus 2,5-10 mg, subkütan infüzyon 5-100 mg/24 saat
- Metotrimeprazin; ek sedatif ve analjezik Subkütan bolus doz 25 mg, subkütan infüzyon 250 mg/24 saat
- Midazolam+ haloperidol; değişmiş algı+anksiyete
- Klonazepam/diazepam; konvülsiyon, deliryum

5. FİZYOLOJİK GEREKSİNİMLERİN YÖNETİMİ

Günlük hasta bakımı uygulamalarına ek olarak son 48 saate özel semptom bakımı da uygulanmalıdır. Bu süreçte uygulanacak konfor bakımı özel eğitilmiş hemşireler tarafından yönetilmelidir.²⁷

Oral mukozayı nemli ve temiz tutmak için 15-30 dakika aralarla ağız bakımı yapılmalı, yutma güçlüğü yoksa aralıklı, az miktarlarda su içirilmelidir. Oral kandidiyazis için topikal antifungaller kullanılabilir. Dudak mukozasının kurumasını önlemek için nemlendirici, jinjivit durumunda ağrıyı azaltmak için lokal anestezi kremi uygulanabilir.²⁸ Göz kapaklarının kapanmaması, az göz kırpması, gözyaşında azalma sık rastlanan semptomlar olup hastayı ve yakınlarını hem ağrı hem de görünüm nedeniyle son derece rahatsız eden bir durumdur. Her 3-4 saatte bir oftalmik nemlendirici jel, suni gözyaşı ya da serum fizyolojik uygulaması yararlı olacaktır.

Sfinkter kontrol kaybına bağlı gelişebilecek idrar ve gaita inkontinansında perine temizliğine dikkat edilmeli, masere olabileceğinden cilt temizliği nazik yapılmalıdır. Bakım sonrası perine bölgesini maserasyondan ve enfeksiyondan korumak amaçlı nemlendirici ve bariyer özellikli kremler uygulanabilir. Bası yaralarını önlemek için 1-1,5 saatte bir pozisyon değişikliği yapılmalı, antidekubit yatak kullanılmalı, bası bölgeleri desteklerle korunmalıdır. Masaj uygulaması iyi kanlanmayan, in-

celmiş cilt nedeniyle dikkatli yapılmalıdır. Oluşan yaralar basıyı azaltan hidrokoloid, köpük içerikli pansumanla kapatılmalı, hastanın ağrısı söz konusu ise sistemik opioid ve topikal anestezi uygulanmalıdır.²⁹

6. SON 48 SAATTE ACİL DURUMLAR VE YÖNETİMİ

Hastanın genel durumunu bozan akut sorunlar hasta, ailesi ve bakım verenler için son derece sıkıntılı bir süreçtir. Bu akut sorunların bazılarını invaziv olmayan ve hastaya ek sorun getirmeyen palyatif yöntemlerle tedavi etmek mümkün olabilir.

Tümör invazyonuna, koagülasyon faktörlerindeki azalmaya ve travmaya bağlı hemoraji, hemoptizi, hematemez, hematokezia görülebilir. Cilt ve damardan olan kanamalara bası uygulanabilir ancak bu süreçte çoğunlukla etkili olmayacaktır. Kanama diyatezini artıracak ilaçlar kesilir. Cerrahi yeşil örtü ile kanayan bölgelerin örtülmesi kanın dramatik rengini değiştirip ailenin ve bakım verenlerin son ana ait kötü izlenimlerini azaltabilir. Tümör metastazına bağlı patolojik kırıklar ve buna bağlı şiddetli ağrılar olabilir. Hareket kısıtlaması, kırık stabilizasyonu yapıp analjezi dozu artırılır. Üst hava yolu tümörünün basısı ve koyu mukus tıkaçları stridora neden olabilir. Oksijen, soğuk buhar ile pozisyon değiştirme denir.^{4,27} Hiperkalsemi, hipoglisemi, intrakraniyal tümör basısı, ödem ya da kanama nöbet ve konvülsiyonlara neden olabilir. Subkütan 30 mg/24 saat midazolam

TABLO 6: Nedene ve etki yerine yönelik bulantı-kusma tedavisi.^{4,26}

Neden ve etki yeri	Tedavi
İlaç ve metabolik nedeni	
<i>Dopamin reseptörleri yoluyla KTZ*</i>	Haloperidol
Nedeni bilinmeyen ya da çok faktörlü	
<i>Birkaç merkeze birden etki</i>	Metotrimeprazin
Gastrointestinal staz	
<i>Gastrokinetik</i>	Metoklopramid, Sisaprid
Bağırsak obstrüksiyonu	
<i>Vagus yoluyla kusma merkezi uyarımı</i>	Siklizin
<i>Gastrointestinal sekresyonlar</i>	Oktreotid, Hiyosin
Intrakraniyal basınç artışı	
<i>Histamin reseptörleri yoluyla kusma merkezi</i>	Siklizin

* KTZ; Kemoreseptör triger zon (Bulantı-kusma merkezi)

infüzyonu ya da rektal 10 mg diazepam uygulanır.³⁰ Gelişebilecek acil durumları bilmek, girişimlere hazırlıklı olmak, ilaçları ulaşılabilir bir yerde buldurmak sağlık personelinin kriz anını sakin ve hızlı yönetimi açısından önemlidir. Bu amaçla ilaçların endikasyonları, kullanım yolları ve dozları için bir kullanma talimatı oluşturulmalı, acil durum öngörülebiliyorsa ilaçlar kullanıma hazır bulundurulmalıdır (Tablo 7).^{4,21,22,25}

7. AİLENİN, BAKIM VERENLERİN, SAĞLIK PERSONELİNİN DESTEKLENMESİ

Son dönemde hastanın, ailenin, yakınlarının ve bakım verenlerin duygusal semptomlarının farkında olmak, dinlemek, açık sözlü olmak, dürüst davranmak, sonuna kadar destek ve tedaviye devam edileceği güvencesini vermek çok önemlidir. Uygulanacak tedaviler ve bakım konusunda

hasta ve ailesine ayrıntılı bilgi verilmeli, kararlar birlikte alınmalı, tedavi öncesi risklerin de kabul edildiğine dair yazılı onamları mutlaka olmalıdır. Manevi destek sağlanmalı, kültürel ve sosyal farklılıklara saygı gösterilmeli, ortak bir iletişim dili oluşturulmalıdır. Sözel ve duygusal iletişimin semptom yönetiminde ilaçlardan çok daha etkili olduğu unutulmamalıdır.³¹ Hasta yaşının genç olması, hastalık süresinin çok kısa ya da çok uzun ve travmatik seyretmesi, hasta-aile ilişkilerinin aşırı bağımlı, düşmanca ya da suçlayıcı olması, bakım veren kişinin genç ya da sorunlu olması kayıp ve yas sürecinin seyrini olumsuz etkileyen faktörlerdir.³²

Bu süreçte sağlık personelinin de desteğe ihtiyacı olacaktır. Özellikle hasta ve ailesi ile daha uzun sürelerle ve yakın ilişkide olmak durumunda kalan hemşireler ölüm kavramı ve ölmekte olan hastanın bakımı ile ilgili eğitilmelidir. Tedaviye

TABLO 7: İlaçlar, kullanım yolları, dozlar.^{4,21,22,25}

TABLO 7: İlaçlar, kullanım yolları, dozlar. ^{4,21,22,25}	
Oral	
Tüm ilaçlar	Bilinen dozlarda
Sublingual	
Antikolinergik	Atropin %1'lik göz damlası, 1-2 damla 8 saatte bir
Antiemetik	Hiyosin hidrobromid 0,3 mg/6 saat Proklorperazin 3-6 mg/12 saat
Sedatif /anksiyolitik	Lorazepam 0,5-2 mg/6 saat
Transdermal	
Opioid	Fentanyl (25-50-75-100 µg/ 3gün) (önceden başlanmışsa)
Antiemetik	Hiyosin hidrobromid 0,5 mg/ 3 gün
Subkütan	
Opioid	Diamorfin (bireysel doz titrasyonu)
NSAİ	Diklofenak 150 mg/ 24 saat infüzyon
Antiemetik	Siklizin 25-50 mg/ 8 saat bolus, 150 mg/ 24 saat Metoklopramid 10 mg/6 saat bolus, 40-80 mg/24 saat Hiyosin hidrobromid 0,4-0,6 mg bolus, 2,4 mg/ 24 saat Metotrimeprazin 6,25-25 mg bolus, 6,25 mg/saat infüz., 250 mg/24 saat
Sedatif	Haloperidol 2,5-5 mg bolus, 5-20 mg/24 saat (algıda değişiklik+konfüzyon) Midazolam 2,5-10 mg bolus, 5-60 mg/24 saat (anksiyolitik, antikonvülzan)
Somatostatin analogu	Oktreotid 150-600 µg/ 24 saat (bağırsak obstrüksiyonuna bağlı kusma)
Kortikosteroid	Deksametazon 8-12 mg/6 saat
Rektal	
Opioid	Diamorfin 4 saatte bir, oksikodon 8 saatte bir titre edilerek
Benzodiazepin	Diazepam 10-20 mg/ 8-12 saat
Antiemetik	Proklorperazin, siklizin, domperidon

NSAİ: Non steroid antiinflamatuvar.

yanıt alınmadığında hastalar ve sağlık personeli birbirlerine ya da kendilerine öfkelenebilir, yetersizlik, çaresizlik, suçluluk duyguları yaşayabilirler. Bu duyguları kontrol etmek ve içsel görüyü sağlamak için düzenli psikolojik değerlendirme yapılmalı, psikolojik ve manevi destek sağlanmalı, doğum ve yaşam kadar hastalık ve ölüm kavramlarının da doğal süreçler olduğu hatırlatılmalıdır. Bu konuda seminerler düzenlenmesi, eğitim programları uygulanması etkin bir yöntemdir.³³ Bir süre farklı görevler verilmesi, hobilere yöneltilmesi, izin kullandırılması, aile, arkadaş desteğinin sağlanması da kaygı ve tükenmişlik duygusundan uzaklaşmada yardımcı olacaktır.³⁴ İlk kez Amerika Birleşik Devletleri'nde başlayan "ölüm eğitim programları" diğer ülkelerde de yaygınlaşmış, sadece sağlık personeli için değil üniversite ve liselerde de

eğitim programlarına dâhil edilmiştir.³⁵ Bu eğitimler sağlık personeli ve hasta yakınlarının hastaya sunacağı bakım hizmetinin, hastayla olan iletişimin kalitesini de artıracaktır.

Her insan yaşamının son aşamasında iyi bakılmak ve acısız ölmek ister. Bu temel bir insanlık hakkı olup palyatif bakım tüm dünyada sağlık kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilir. Terminal dönem ve özellikle son 48 saat bu bakımın en fırtınalı dönemi olup amaç veda sürecinin hasta ve ailesi için sakin, huzurlu, acısız ve en az travma ile atlatılmasını sağlamaktır. Her ülkenin bu hizmeti kendi sağlık politikalarına, etik ve yasal uygulamalarına, toplumun sosyokültürel yapısına, maddi ve manevi gereksinimlerine göre yapılandırması ve bu konuda eğitim almış multidisipliner bir ekiple sunması gerekir.

KAYNAKLAR

- 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.
- Blouin G, Fowler BC, Dahlin C. The national agenda for quality palliative care: promoting the National Consensus Project's domain of physical care and the National Quality Forum's preferred practices for physical aspects of care. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2008;22(3):206-12.
- Rome RB, Luminais HH, Bourgeois DA, Blais CM. The role of palliative care at the end of life. *Ochsner J* 2011;11(4):348-52.
- Adam J. ABC of palliative care. The last 48 hours. *BMJ* 1997;315(7122):1600-3.
- Zeppetella G. The WHO analgesic ladder: 25 years on. *Br J Nurs* 2011;20(17):S4, S6.
- Latta KS, Ginsberg B, Barkin RL. Meperidine: a critical review. *Am J Ther* 2002;9(1):53-68.
- Flowers C, McLeod F. Diluent choice for subcutaneous infusion: a survey of the literature and Australian practice. *Int J Palliat Nurs* 2005;11(2):54-60.
- McLeod F, Flowers C. A practical guide for nurses in diluent selection for subcutaneous infusion using a syringe driver. *Int J Palliat Nurs* 2006;12(12):558, 560-65.
- Dubois MY, Fine PG, Fischberg D, Ferrell B, Taylor ML. Pain management at the end of life: Often a difficult call. *Pain Med* 2003;4(1):81-4.
- Mercadante S. Opioid rotation for cancer pain: rationale and clinical aspects. *Cancer* 1999;86(9): 1856-66.
- Vissers KC, Besse K, Wagemans M, Zuurmond W, Giezeman MJ, Lataster A, et al. Pain in patients with cancer. *Pain Pract* 2011;11(5):453-75.
- Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. [The current state of palliative care services in Turkey]. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2010;13(1):1-6.
- International Narcotics Control Board. Availability of Opiates for Medical Needs: Report of the International Narcotics Control Board for 1995. New York: United Nations; 1996. p.24.
- Ozgul N, Koc O, Gultekin M, Goksel F, Kerman S, Tanyeri P, et al. Opioids for cancer pain: availability, accessibility, and regulatory barriers in Turkey and Pallia-Turk Project. *J Pediatr Hematol Oncol* 2011;33(Suppl 1):S29-32.
- Cuervo Pinna MA, Mota Vargas R, Redondo Moralo MJ, Sánchez Correias MA, Pera Blanco G. Dyspnea--a bad prognosis symptom at the end of life. *Am J Hosp Palliat Care* 2009;26(2):89-97.
- Bengochea I, Gutiérrez SG, Vrotsou K, Onandia MJ, Lopez JM. Opioid use at the end of life and survival in a Hospital at Home unit. *J Palliat Med* 2010;13(9):1079-83.
- Wildiers H, Dhaenekint C, Demeulenaere P, Clement PM, Desmet M, Van Nuffelen R, et al. Atropine, hyoscine butylbromide, or scopolamine are equally effective for the treatment of death rattle in terminal care. *J Pain Symptom Manage* 2009;38(1):124-33.
- Hayes D Jr, Anstead MI, Warner RT, Kuhn RJ, Ballard HO. Inhaled morphine for palliation of dyspnea in end-stage cystic fibrosis. *Am J Health Syst Pharm* 2010;67(9):737-40.
- Cerchiotti L, Navigante A, Sauri A, Palazzo F. Hypodermoclysis for control of dehydration in terminal-stage cancer. *Int J Palliat Nurs* 2000;6(8):370-4.
- Martin CM. Hypodermoclysis: renewed interest in an old technique. *Consult Pharm* 2010;25(4):204-6, 209-12.
- Cowan JD, Palmer TW. Practical guide to palliative sedation. *Curr Oncol Rep* 2002;4(3):242-9.
- Mercadante S, Intravaia G, Villari P, Ferrera P, David F, Casuccio A. Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. *J Pain Symptom Manage* 2009;37(5):771-9.
- Radha Krishna LK, Poulouse VJ, Goh C. The use of midazolam and haloperidol in cancer patients at the end of life. *Singapore Med J* 2012;53(1):62-6.
- Friedlander MM, Brayman Y, Breitbart WS. Delirium in palliative care. *Oncology (Williston Park)* 2004;18(12):1541-50; discussion 1551-3.
- Raus K, Sterckx S, Mortier F. Is continuous sedation at the end of life an ethically preferable alternative to physician-assisted suicide? *Am J Bioeth* 2011;11(6):32-40.

26. Glare PA, Dunwoodie D, Clark K, Ward A, Yates P, Ryan S, et al. Treatment of nausea and vomiting in terminally ill cancer patients. *Drugs* 2008;68(18): 2575-90.
27. Özdemir Z, Çelik SŞ. [Care of the patient who is in terminal period: review]. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2011;3(2):81-8.
28. Sweeney MP, Bagg J. The mouth and palliative care. *Am J Hosp Palliat Care* 2000; 17(2):118-24.
29. Navaid M, Melvin T, Berube J, Dotson S. Principles of wound care in hospice and palliative medicine. *Am J Hosp Palliat Care* 2010;27(5):337-41.
30. Schrijvers D. Emergencies in palliative care. *Eur J Cancer* 2011;47(Suppl 3):S359-61.
31. Aitini E, Adami F, Cetto GL. End of life in cancer patients: drugs or words? *Ann Oncol* 2010;21(5):914-5.
32. Chibnall JT, Bennett ML, Videen SD, Duckro PN, Miller DK. Identifying barriers to psychosocial spiritual care at the end of life: a physician group study. *Am J Hosp Palliat Care* 2004;21(6):419-26.
33. İnci F, Öz F. [Palliative care and death anxiety]. *Current Approaches in Psychiatry* 2012;4(2):178-87.
34. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: a systematic review. *Nurs Ethics* 2011;18(3):317-26.
35. Downe-Wamboldt B, Tamlyn D. An international survey of death education trends in faculties of nursing and medicine. *Death Stud* 1997;21(2):177-88.