

## KALP YETERSİZLİĞİNDE PALYATİF BAKIM.

Öğr. Gör. Dr. Gülcan Bakan

Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Denizli

Palyatif bakım yaklaşımı son dönem KY hastalarının durumunu geliştirmek için önerilen bir yaklaşımdır. Latince kökenli "Palliate (Palliare)" koruyucu ya da kapsayıcı anlamını taşımaktadır. "Palliative" ise İngilizce terminolojide hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) palyatif bakımı, "yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer sorunların, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım" olarak tanımlamaktadır.

Palyatif bakımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak görülmektedir. Ölüm ne geciktirilir ne de hızlandırılır, amaç yaşamdan ölüme geçişi kolaylaştırmaktır. Yaşam süresinden çok yaşamın niteliğiyle ilgilenen palyatif bakımda ölüm yaklaştıkça hastayı ve aileyi rahatlatıcı önlemler yoğunlaştırılmakta ve hastanın kaybindan sonra ailenin yas sürecinde desteklenmesine odaklanılmaktadır.

Kalp yetersizliğinde hastalığın ilerleyişi ve bakım süreci Şekil 1'de görüldüğü gibi beş fazda açıklanmaktadır.

□

Geleneksel tedavi yaklaşımında iyileştirici ve agresif tedavilere yanıt vermeyen hastalara sadece son süreçte konfor sağlayan bakım uygulanmaktadır. Palyatif yaklaşım ise; tedavisi mümkün olmayan hastalığın tanısından itibaren tüm süreçlerinde hastaya destekleyici tedaviyi sağlamaktadır. Palyatif bakımın içinde yer alan hospis hizmetleri de yaşamın sonuna çok az ay kala (altı aydan az) ev atmosferindeki birimlerde verilen bir hizmettir. Hospis hizmetlerinin öncelikli hedefi hasta ve ailesinin duygusal paylaşımlarını sağlamak, üzüntü ve ayrılık acısını hafifletmektir (Şekil 2).

□

Palyatif bakımdaki temel hedef; hasta ve ailesinin/arkadaşlarının acı çekme sürecini iyi yönetmektir. Hasta ve aile merkezli bir bakım uygulanmalı, tedavi kültür, inanç, ırk, dil, din, etnik farklılıklar, beklentiler, yaşa ve eğitim düzeylerine göre planlanmalıdır. Ayrıca bakımın sürekliliği ve adil erişim sağlanması oldukça önemlidir. Palyatif bakım sürecinin önerilen adımları Tablo 1'de gösterilmiştir.

□

Hastanın fiziksel, psikolojik ve manevi ihtiyaçlarının değerlendirilmesi, KY ve eşlik eden diğer hastalıklara ait belirtilerin tam olarak rahatlatılmasına odaklanma, ölüm yeri ve resüsitasyon tercihleri dikkate alınarak ileri bakım planlanması palyatif bakım hizmetinin ana bileşenlerini oluşturmaktadır.

İleri evre KY'de bir yıllık sağkalım oranı çok düşüktür ve prognoz en yaygın kanser formlarından bile daha kötüdür. Bununla birlikte, Avrupa ülkelerinin çoğunda son evre KY bulunan hastalar nadir olarak palyatif bakım uzmanına sevk edilmektedir. Kalp yetersizliğinde hastalık sürecini öngörmek mümkün değildir ve KY tedavisinde palyatif bakıma geçilmesi gereken özgül bir nokta belirlemek genellikle güç olmaktadır. Girişimlerde yaşam kalitesinin iyileştirilmesini, semptomların kontrol altına alınmasını, hastalığın daha da ağırlaştığı atakların erken saptanmasını ve tedavisini ve hastanın bakımında fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal sağlığın birlikte ele alınmasını hedefleyen bütüncül bir yaklaşım üzerinde durulmalıdır.

Kalp yetersizliği yaşam kalitesini azaltması ve özellikli bir bakım gerektirmesi nedeni ile başka tıp disiplinleri ile de işbirliği içinde çalışmayı gerektirmektedir. Palyatif bakım ekibi içerisinde farklı mesleklerden ekip üyeleri yer almaktadır. Bu alanda eğitimli meslekler dışında, palyatif bakım ekibi içerisinde, farklı bakım işlevleri ve özel rolleri olan bakım verici aile üyeleri, gönüllüler de yer almaktadır. Genelde palyatif bakım ekip üyeleri arasında; doktorlar (palyatif bakım uzmanları, medikal onkologlar, algologlar), hemşireler (palyatif bakım uzmanı hemşireler, klinik hemşireler), psikiyatristler ve psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, hastanın gereksinimlerine göre rehabilitasyon ekibi (fizik tedavi uzmanı), cerrahlar ve anestezi uzmanları bulunmaktadır.

### Semptom Yönetimi

Hastalar yaşam sonuna doğru yaklaştıkça semptom yükü giderek artmaktadır. Kalp yetersizliği hastalarının en sık yaşadığı semptomlar; yorgunluk (%69-82), ağrı (%63-80), solunum sıkıntısı (%60-80), ağız kuruluğu (%72.5), anksiyete (%49), bulantı (%17-48), konfüzyon (%18-32), depresyon (%9-36)'dur. Dispne, hastalarda boğulma hissi ve ölüm korkusu yaratan bir semptomdur. Dispnenin nedenleri akciğer ödemi, akciğer enfeksiyonu, plevral efüzyon, pulmoner emboli ya da neoplazm olabilmektedir. Diüretikler ve morfin konjesyonu rahatlatmaktadır. Kalp yetersizliğinde ağrı iskemi, diyabetik nöropati veya osteoartrite ilgili olabilmektedir. Kronik ağrıda kullanılan tüm yönetim stratejileri burada da kullanılabilir. Yaşam sonunda rahatsızlığı önlemek için analjezik ve sedatif infüzyonu uygulanmaktadır. Yorgunluk ve düşük egzersiz toleransı genellikle azalmış kardiyak output sonucunda ortaya çıkmaktadır. Hastaların diüretik saatleri planlanmalıdır. Uyku öyküsü

alınmalıdır. Hastanın ayaklarını hafif bir şekilde yükseltmek daha iyi uyumasını sağlayabilmektedir.

## **Kötü Haberi Verme Protokolü**

Bu protokol (SPIKES Protokolü) kötü haberlerin nasıl verileceği konusunda yapılan geniş kapsamlı çalışmaların sonucunda oluşturulmuştur. Temel iletişim tekniklerini ve bilgi almayı kolaylaştırıcı soruları içeren altı basamaklı bir sistemdir ve SPIKES bu basamakların baş harflerinden oluşturulmuş bir kısaltmadır.

### **SPIKES protokolü;**

S (SETTING; düzenleme): Görüşme hazırlığı, kurgulama yapma  
P (PERCEPTION; algılama): Hastanın algısını değerlendirme  
I (INVITATION ya da INFORMATION; davet etme ya da bilgi verme): Hastanın çağrısını alma  
K (KNOWLEDGE; bilgilendirme): Hastaya bilgi verme  
E (EMPATHY; duygusal iletişim kurma): Empatik yanıtlarla hastanın duygularını anlama ve paylaşma  
S (SUMMARIZE and STRATEGIZE; özetleme ve strateji belirleme): Taktik geliştirme, bakım planını anlatma

### **Etik ve Yasal Konular**

Palyatif bakımda uluslararası temel bakım prensipleri tanımlanmış olsa da, her ülkenin sosyokültürel, ekonomik, etik ve yasal farklılıkları göz önünde tutularak uyarılama yapılmalıdır. Hastaların tedaviye cevap vermediği durumlarda zor kararlar alınması gerekmektedir. Hastaya kardiyopulmoner resüsitasyon, diyaliz gibi ek girişimler uygulamak, mekanik ventilasyon, intra-aortik balon pompası tedavisi gibi girişimleri ya da yaşamın devamını sağlayan girişimleri durdurmak konusunda karar vermek oldukça güçtür. Her hasta için uygun tek bir yanıt yoktur, ölümün beklenip beklenmeme durumuna göre tedavi planı değişmektedir. Hasta son dönem KY aşamasında olabilir, hastaneden ayrılabilir ve evde palyatif bakım hizmetlerinden yararlanabilir, ventrikül destek cihazı, pacemaker ve ICD gibi cihazların kullanımı için planlama yapılabilir. Cihaz kullanımının durdurulması gerekiyorsa, hastanın prognozu, cihazların durdurulması dışındaki seçenekler ve durdurulduğunda ne olacağı konusu mutlaka hasta ve ailesiyle tartışılmalıdır.

Hastaya verilen bilgilerin sınırı ülkelere göre değişmektedir. Ülkemizde hastaya hastalığının tüm yönleri ile ilgili net bir açıklama yapma geleneği yoktur. Genelde istisnalar hariç hastalar iyileşeceğine inandırılmaya çalışılmaktadır. Gerçek ise, hasta yakınlarına anlatılmaktadır. Bu bakımdan hasta gerçek anlamda "otonomisi"ni kullanma hakkına sahip olamamaktadır.

Hastane ortamında, birinci basamak sağlık alanlarında, sağlık ocaklarında, ev ortamında, son dönem bakım evleri/hospislerde verilen palyatif bakım hizmetleri ile ilgili T. C. Sağlık Bakanlığı çalışmalar yürütmektedir. Bakanlık bünyesinde "Palyatif Bakım Çalışma Grubu" ve "Palyatif Bakım Taslak Organizasyon Modeli 2011" oluşturulmuş ve "Türkiye'de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri Raporu"nda paylaşılmıştır. Ancak ülkemizde son dönem bakım evleri bulunmamakta ve evde bakım hizmetlerinin tam olarak yapılandırılmamış olması nedeniyle bu hizmet hastanelerde ve birinci basamak sağlık alanlarında/sağlık ocaklarında verilmeye çalışılmaktadır.

Hemşireler olarak bizlerin bu genel kavramlardan yola çıkarak ülkemiz gereksinimlerine göre düzenlenmiş ve tüm sağlık birimlerini kapsayan bir bakım planı oluşturmamız ve dünya standartlarına ulaşmamız gerekmektedir.

### **Kaynaklar**

1. Adler ED, Goldfinger JZ, Kalman J. (2009). Palliative care in the treatment of advanced heart failure. *Circulation*, 120:2597-2606.
2. Akpir K. (2010). Yoğun bakım etiği. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi/Journal of the Turkish Society of Intensive Care*, 8:77-84.
3. Bakan G. (2009). Yoğun bakım ünitesinde son dönem kalp yetersizliği hastalarında bakım. *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni* 1(11).
4. Borasio GD. (2011). Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliative and Supportive Care*, 9:1-2.
5. Çiftçili S. (2011). Birinci basamakta kalp yetersizliği hastası: ne zaman/ne amaçla refere edilmeli?. *Klinik Gelişim*, 24:80-82.
6. Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJV, et al. (2008). Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2008 ESC kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*.
7. Goodlin SJ. (2009). Palliative care in congestive heart failure. *Journal of American College of Cardiology*, 54(5):386-96.
8. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>, Erişim tarihi: 20.07.2015.
9. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11(2):56-70.
10. LeMond L, Allen LA. (2011). Palliative care and hospice in advanced heart failure. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 54(2):168-78.
11. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM. et al. (2008). Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 148(2):147-59.
12. Mert H, Demir Barutçu C. (2012). Kalp yetersizliğinde palyatif bakım. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(2):217-22.
13. Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Uyar M, et al. (2010). Kanseri hastaları ve aileleri için palyatif bakım. *Üniversiteler Ofset, İzmir*.
14. Stewart S, Macintyre K, Hole DJ, et al. (2001). More 'malignant' than cancer? five-year survival following a first admission for heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 3(3):315-22.

15. Swetz KM, Mansel JK. (2013). Ethical issues and palliative care in the cardiovascular intensive care unit. *Cardiology Clinics*, 31:657-68.
16. T. C. İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Palyatif Bakım Çalışma Grubu Raporu (2014), İzmir.
17. Uyar M, Uslu R, Kuzeyli Yıldırım Y. (2006). *Kanser ve palyatif bakım*. Meta Basım, İzmir.
18. Wilson J, McMillan S. (2013). Symptoms experienced by heart failure patients in hospice care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 15(1):13.
19. Wingate S, Lynn-Mchale Wiegand D. (2008). End-of-life care in the critical care unit for patients with heart failure. *Critical Care Nurse*, 28(2):84-96.