

Terminal Hastalar ve Destek Tedavisi

Patients in Terminal Stage and Palliative Care

Dr. Ahmet Emin ERBAYCU

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, İzmir

ÖZET

Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde genel yaklaşım prensipleri; semptomları azaltmak, yaşam kalitesini artırmak ve sağkalım süresini uzatmaktır. Terminal dönemde amaç palyatif bakım ve bakım evleri ile hastanın ızdırabını azaltmak, kalan yaşam süresini hastaya ve ailesine destek olarak, hastanın rahat, huzurlu, onurlu ve kaliteli bir hayat standardında geçirmesini sağlamaktır. Bu dönemde asıl hedef tedavi değildir. Destekleyici ve bakımı bireyselleştirmeye yönelik bir yaklaşımdır. Tüm sağlık çalışanlarından beklenen, hastanın "ölene dek yaşadığını" unutmadan, hasta ve yakınları ile doğru ve empatik bir iletişim kurabilmeleridir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, palyatif bakım, terminal dönem, hospis.

SUMMARY

The general principals of the procedure in non-small cell lung cancer are to reduce symptoms, to improve quality of life and to get longer survival time. In terminal period, the aim is to reduce the distress of the patient with palliative care and hospice, to have patient live rest of his life in comfortable, calm, honored and quality by support to the patient and his family. The main purpose is not treatment. It is a procedure aiming the care to individualizer and to support. To achieve true and empathic communication with patient and his family without forgetting that "he is living till the death" is required from all health workers.

Key Words: Lung cancer, palliative care, terminal period, hospice.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence

Doç. Dr. Ahmet Emin ERBAYCU

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, İzmir
e-posta: drerbaycu@yahoo.com

GİRİŞ

Küçük hücreli dışı akciğer kanseri çeşitli semptomlar ve sıklıkla sınırlı sağkalım ile ilişkili önemli bir sağlık problemidir. Radikal bir tedavi yöntemi uygulanamayan hastalara genel yaklaşım prensipleri; semptomları azaltmak, yaşam kalitesini artırmak ve sağkalım süresini uzatmaktır⁽¹⁾.

Palyatif Tedavi

Hastanın yaşadığı fiziksel, duygusal ve ruhsal sıkıntıyı ortadan kaldırmaya yönelik ve hasta dışında yakınlarını da kapsayan bir tedavi yaklaşımıdır. Bu yaklaşım maalesef akciğer kanserinin progresyonu sürecinde sıklıkla geç dönemde uygulanmakta ve hayatın son döneminde tercih edilen bir yaklaşım olmaktadır. Oysa ana tedavi yöntemi olarak ya da agresif tedavi yöntemleri ile birlikte uygulanabilmektedir. Evre IV küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastalarda ve/veya yüksek semptom yükü varlığında, erken dönemde, standart onkolojik tedaviler ile palyatif tedavi kombinasyonu önerilmektedir^(1,2).

Norveç'te KHDAK'li hastaların %85'inin ölüm öncesi, son üç ayda hastaneye yatırıldıkları, %24'ünün evde öldüğü belirlenmiştir. T4 faktörü, hayatın son 3 ayında sistemik tedavi, son dört haftada herhangi bir aktif tedavinin varlığı hastanede ölümü artırmıştır. Palyatif tedavi döneminde, çevrimiçi destek yazılımları ile hastayı takip eden sistemler, hastanın semptomlarından kaynaklanan ızdırabını azaltmaktadır⁽⁴⁾.

Terminal Hastaya Yaklaşım

Klinisyenin benimsemesi gereken önemli bir prensip hasta merkezli iletişimdir. Bu süreçteki zayıf hekim-hasta/hasta yakını iletişimi duygusal ızdırıp, yanlış kararlar ile sonuçlanabilmektedir. Hekim hasta ile ilgili planlarından ziyade hastayı dinlemeye, hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarını anlamaya çalışmaya odaklanmalıdır. Önerilen yöntem "sor-anlat-sor" yöntemidir⁽¹⁾.

Duygusal Durum ve Empati

Kanser hastalarının sadece 1/3'ü, görüşme sırasında, hekimlerinin duygusal ihtiyaçlarını giderebildiklerini ifade etmiştir⁽⁵⁾. Bu konuda hekimlere önerilen yöntem NURSE (Adlandırma, Anlama, Saygı Duyuma, Destekleme ve Araştırma) yöntemidir⁽⁶⁾. Hastanın hekimi dışında diğer konsültan hekimler, hemşireler ve diğer personel hastanın durumundan ve kendisi için planlanan tedavilerden haberdar olmalıdır. Nitekim Sağlık personelinin farklı yaklaşımları, bilgi

aktarımları hasta ve ailesinde tereddütler, güven eksikliği ve duygusal sorunlara yol açabilmektedir.

Manevi ve Dini İhtiyaçlar

Hayatın sonunda bu ihtiyaç genellikle akut gelişmektedir ve bu ihtiyaçların giderilmesi, kaliteli palyatif tedavinin bir başka temel unsurudur. Bu ihtiyaçların medikal ekip tarafından desteklenmesi ile yüksek yaşam kalitesi ve hayatın son döneminde daha az agresif bakım ilişkili bulunmuştur⁽⁷⁾. Bu konuda hekim özet bir öykü almalı, destek önermeli ve uygun ise, uzmanlara yönlendirmelidir⁽⁸⁾.

Kötü Haberlerin Verilmesi

Hekim, ilk teşhis anında, hastalık progresyonu, tedavi başarısızlıkları ve hayatın son döneminde kötü haberleri vermek zorunda kalmaktadır. Önerilen altı aşamalı yöntem "SPIKES"dir. Bilgi alma, bilgi verme, hasta ve ailesini destekleme ve bakım planlarını geliştirme şeklinde dört hedefi vardır:

(S) Hekim, hastası ile neyi konuşacağına karar verir. Destek amacı ile meslekdaşları, hemşire veya sosyal hizmet uzmanlarının bulunmasını sağlar.

(P) Hekim, hastanın kendini nasıl hissettiği ve görüşmeden ne beklediği ile ilgili algısını öğrenir.

(I) Hekim bir uyarı ifadesi de kullanarak hastayı birazdan duyacağı haberler için hazırlar. Örnek "Size, maalesef çok da iyi olmayan haberlerim var". Bu anda hastalar farklı tepkiler verebilir.

(K) Hekim haberi basit bir dille ve hastanın eğitim düzeyine uygun olarak verir.

(E) Hasta çoğunlukla bu habere duygusal bir cevap vereceği için hekim empatik davranış sergiler.

(S) Hekim durumu özetler ve stratejisini belirtir. Hasta bundan sonra yaşayacaklarını bilmek ister. Bu görüşmeyi hekim, gelecekte neler planladığını söyleyerek bitirmelidir⁽⁹⁾.

Akciğer kanserli hastalar ile ilgilenen tüm klinisyenlerin prognoz, planlanan tedavi konusunda hastalar ile görüşmeleri ve bunu hastalık boyunca sürdürmeleri önerilmektedir. İleri evre akciğer kanserinde de hekimler bakım, destek tedavi ve hayatın sonundaki bakım ile ilgili görüşmeler yapmalıdır⁽¹⁾.

Bakım Evleri

Eskiden misafirlik veya kimsesizlerin barındığı ya da yolcuların geçici olarak konakladığı yer olarak,

günümüzde ise “terminal dönemdeki hastalar ve aileleri için bakım programı” olarak tanımlanmaktadır. Hospis, hastaya ve ailesine destek olarak, hastanın rahat, huzurlu ve onurunu kaybetmeden kaliteli bir hayat standardında son günlerini geçirmesine olanak tanınmaktadır. Terminal hastalıktan ziyade, aile ve hastanın duygusal ve fiziksel semptomlarına odaklanılmakta, hasta öldükten sonra ailesine yas döneminde destek verilmektedir. Tedavi edici değil destekleyici ve bakımı bireyselleştirmeye yönelik bir yaklaşımdır. Hastanın “ölene dek yaşadığı” vurgulanmaktadır⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Hospislerin temel ilkeleri şunlardır:

1. Ölümü bekleyen hasta ve onun yakınlarının gereksinimleri karşılanmaya çalışılır.
2. Disiplinler arası çalışan ekip, işbirliği içinde uzman kişiler (hekim, hemşire, hastabakıcı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve teselli alanında uzmanlaşmış bir din adamı)’ndan oluşmuştur.
3. Hizmeti gönüllü kişiler birlikte yürütür ve toplumun temsilcileri olarak bulunurlar, toplumla iletişimi sağlarlar.
4. Ekip palyatif bakım konusunda yeterli ve yetkin kişilerdir.
5. Kesintisiz 24 saat hizmet esastır ve ölüm sonrası aileye destek bakımı sürdürülür⁽¹⁴⁾.

Ekip düzenli ziyaretler ile ağrıları kontrol etmek; hastanın ölüme ilişkin duygusal, psikososyal ve ruhsal endişeleri konusunda ona yardımcı olmak; semptomlara ve konfora ilişkin farmakoterapiyi, medikal desteği ve evde oksijen desteği için gerekli medikal ekipmanları sağlamak; konuşma ve fiziksel terapi; hastanede yatan hastanın ölümü yaklaştığında, evdeki hastanın semptomlarının kontrolü zorlaştığında ya da evdeki bakımı üstlenen kişinin dinlenmesi gerektiğinde kısa süreli olarak ve hastanın kaybindan sonraki bir yıl boyunca aileye matem döneminde yardımcı olmak görevlerini üstlenmektedir⁽¹¹⁾.

Türkiye’de hospis kavramına yakın ilk kuruluş olan, Türk Onkoloji Vakfı’nın İstanbul’daki “Kanser Bakımevi” 1993-1997 yılları arasında hizmet vermiş, ekonomik nedenler ve hospis kavramının yeterince algılanamaması sonucu kapatılmıştır. 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı’nın hospisi açılmış ve “Hacettepe Umut Evi” adı ile kanserli hastaların tedavi ve sonrasında kısa süreli kaldıkları ve hemşire hizmetlerinden yararlandıkları bir yere dönüştürülmüştür⁽¹³⁾.

Tamamlayıcı Tedavi

Tüm akciğer kanserli hastalara tamamlayıcı tedaviye ilgileri ve kullanımları ile ilgili sorular sorulması, bunların fayda ve risklerinden bahsedilmesi önerilmektedir. Akciğer kanseri nedeniyle rezeksiyon adayı olup akciğer fonksiyonu yetersiz hastalarda ve yine bu hastalarda postoperative dönemde egzersiz temelli akciğer rehabilitasyonu önerilmektedir. Palyatif tedavi alan inoperabl hastalarda akciğer fonksiyonları bozuk ise yine aynı öneri yapılmıştır.

Kemoterapi veya radyoterapi nedeniyle bulantı, kusması olan hastalarda akupunktur veya benzer uygulamalar ek bir tedavi önerisi olarak desteklenmektedir. Kansere bağlı olan ağrılar veya periferik nöropati kontrol altına alınmadığında, akupunktur tedaviye ilave edilebilir⁽¹⁵⁾.

Sonuç

Akciğer kanserli hastalarda terminal dönemde amaç palyatif bakım ve hospis ile hastanın ızdırabını azaltmak, yaşam kalitesini artırmak, kalan yaşam süresini hastaya ve ailesine destek olarak, hastanın rahat, huzurlu, onurlu ve kaliteli bir hayat standardında geçirmesini sağlamaktır. Bu dönemde asıl hedef tedavi değil, destekleyici ve bakımı bireyselleştirmeye yönelik bir yaklaşımdır. Hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları, hastanın “ölene dek yaşadığını” unutmadan, hasta ve yakınları ile doğru, net, empatik bir iletişim kurabilmelidir.

KAYNAKLAR

1. 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. Chest 2013; 143 (5) (Suppl): 498S-512S.
2. Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, Muzikansky A, Lennes IT, Heist RS, Gallagher ER, Temel JS. Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol 2012; 30 (4): 394-400.
3. Nieder C, Tollá T, Norum J, Pawinski A, Bremnes RM. A population-based study of the pattern of terminal care and hospital death in patients with non-small cell lung cancer. Anticancer Res 2012; 32 (1): 189-94.
4. Gustafson DH, DuBenske LL, Namkoong K, Hawkins R, Chih MY, Atwood AK, Johnson R, Bhattacharya A, Carmack CL, Traynor AM, Campbell TC, Buss MK, Govindan R, Schiller JH, Cleary JF. An eHealth system supporting palliative care for patients with non-small cell lung cancer: a randomized trial. Cancer 2013; 119 (9): 1744-51.
5. Butow PN, Brown RF, Cogar S, Tattersall MH, Dunn SM. Oncologists’ reactions to cancer patients’ verbal cues. Psychoncology 2002; 11 (1): 47-58.

6. Pollak KI, Arnold RM, Jeffreys AS, Alexander SC, Olsen MK, Abernethy AP, Sugg Skinner C, Rodriguez KL, Tulsy JA. Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2007; 25 (36): 5748-52.
7. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, Block SD, Lewis EF, Peteet JR, Prigerson HG. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *J Clin Oncol* 2010; 28 (3): 445-52.
8. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med* 2009; 12 (10): 885-904.
9. 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): 302-11.
10. Uzuncu HB, Buyruk H, Alnak E, Yıldırım G. Yoğun bakımda yapılacak bir şeyi kalmayan kanserli terminal dönem hastalara insanca bakım. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2013; 35: 143-51.
11. Lamba S, Quest TE. Hospice care and the emergency department: Rules, regulations, and referrals. *Ann Emerg Med* 2011; 57: 282-90.
12. Kökcü AT. Palyatif bakım, Hospisler ve Türkiye'deki durumun değerlendirilmesi. 21. Yüzyıl başında yaşama destek tedavileri ve etik hukuksal yönler 2. uluslararası tıp etiği ve hukuku kongresi kitabı. Ed: Demirhan Erdemir A, Erer S, Öncel Ö. Nobel yayıncılık Ankara, 2009; s: 437-8.
13. Bahar A. Ölüm sürecinde olan hasta: Terminal bakım ve hospis. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2: 1-12.
14. Namal A. Ölümü yaşayabilmek için bir seçenek: hospisler. Ed. Pelin Şahinoğlu S, Arda B, Özçelikay G, Özgür A, Şenler FÇ. III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri. Ankara: Biyoetik Derneği Yayınları; 1998; s: 137-43.
15. Deng GE, Rausch SM, Jones LW, Gulati A, Kumar NB, Greenlee H, Pietanza MC, Cassileth BR. Complementary therapies and integrative medicine in lung cancer diagnosis and management of lung cancer. 3rd ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2013; 143 (5) (Suppl): 420S-436S.